

---

---

## 解 説

---

---

# 発達障害の新しい診断分類について～非専門医も知っておきたいDSM-5の要点～

驚 見 聡 \*

### はじめに

我が国では、2000年頃から発達障害に対する関心が高まり、最近では一般のマスコミ等でも取り上げられる機会が増えている。その結果、数多くの子どもたち(成人も)が専門外来に殺到する状況となり、さらに、一般の小児科・精神科クリニックなどでも、発達障害の診療を期待される場合が増えている。また、一般的疾患(感染症、アレルギー疾患など)を診療する場合でも、発達特性に配慮した対応が必要な時がある。従って、発達障害に関する“最低限の知識”は、専門医以外の小児科医や精神科医、ひいては、すべての科の医師が身につけておきたいものである。

発達障害の診断分類は、米国精神医学会が編集している「精神疾患の診断・統計マニュアル(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)」に基づいている。従来使われていた第4版(DSM-IV)では、広汎性発達障害やアスペルガー障害などの診断分類が使用されていたが、第5版(DSM-5)ではそれらの分類が廃止され、代わって自閉スペクトラム症という新分類が設けられた<sup>1)</sup>。他にも数多くの改訂があり、従来の知識のみでは発達障害の話題についていけない状況となっている。そこで本稿では、新しい発達障害の診断分類に関して、非専門医も知っておきたい重要なポイントについて解説する。

### 1. 精神疾患の診断・統計マニュアルについて

米国精神医学会が編集している「精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)」は、種々の精神疾患

や発達障害に関する診断基準で、世界的に広く使用されている。これまでに度々改定が行われ、最新のものは2013年に英語版、2014年に日本語版が発行された第5版(DSM-5)である<sup>1)</sup>。この診断基準の特徴は、「操作的診断」という方法が採用されている点である。操作的診断では、精神症状の項目リストを作成しておいて、患者がその項目のいくつ当てはまるかを調べ、機械的に特定の診断名に振り分ける。たとえば、「項目リストの症状のうち、2つ以上が1年以上続く場合に、〇〇病と診断する」という手順である。診断のためのチェックポイントが一致するため、医師間のくい違いが少なくなるが、その一方で、「チェック項目の焦点が、患者の悩みに合っていない場合がある」などの弱点も指摘されている。したがって、実際の診療では、DSMのチェック項目にないことも含めて、一人ひとりを丁寧に診察する必要がある。

なお、世界保健機関による基準(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)は行政機関でよく使用されている。対象はすべての疾患に及び、その中の精神疾患については、DSMとの整合性に配慮され、ほぼ同じ内容になっていた。したがって、今回のICDの改訂時にはDSM-5の考え方が反映されると思われる。

### 2. 神経発達症(Neurodevelopmental Disorder)について

従来のDSMには、教育分野や福祉分野でも使用している発達障害に相当するカテゴリーがなかったが、今回の改訂で神経発達症(別訳は神経発達障害)というカテゴリーが設けられた。今後、

---

\* 日本福祉大学子ども発達学部心理臨床学科 教授  
(すみ さとし)

キーワード: 発達障害、DSM-5、神経発達症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症

医学分野では、発達障害に代わって、この名称が使用されると予想される。また、今回の改訂では、幾つかの診断名が廃止され、新たな名称が採用された。例えば、広汎性発達障害に代わって、自閉スペクトラム症という名称になった。今後は、一般の人々の間でも新名称を用いた会話が交わされるようになると思われ、医療関係者も新名称を覚える必要がある。

また、名称だけではなく、発達障害(神経発達症)の考え方に、新たなコンセプトが導入された。1つは「ディメンショナル」である。精神医学分野で近年広まってきた考え方で、この用語を日本語に直訳すると、次元的となる。ある特徴(症状)をひとつの次元と捉え、その特徴が“どの程度か”評価する。例えば、○○に関してはこの程度、△△に関してはこの程度、と評価するという考え方である。

2つ目は、従来の下位分類(詳細なタイプ分け)の大部分を廃止し、「その時々の状態像の評価」を重要視したことである。一旦下位分類を決めると、その分類は長期間変わらないと受け止められやすいが、実際には年齢とともに変わっていく場合が多いためである。

3つ目は、実際の生活上の困難さを重視していることである。つまり、「発達に偏りがあっても、生活上の困難さがなければ診断をつける必要はない」という考え方である。

### 3. 自閉スペクトラム症(Autism Spectrum Disorder, ASD)

対人関係が苦手で、興味の偏りや、こだわり行動がみられるケースに対し、従来は広汎性発達障害という名称が使用されていた。そして、自閉性障害、アスペルガー障害、レット障害、小児期崩壊性障害、特定不能の広汎性発達障害という5つの下位分類に分けられていた(図1)。ところが、「アスペルガー障害と特定不能の広汎性発達障害と本質的な違いがない」「レット障害は特定の遺伝子異常による」など、それらの下位分類に疑問を投げかける研究報告が相次いだ。また、自閉的な

特徴は、重症例から軽症例、さらに一般集団へと連続的に分布していることが明らかとなり、スペクトラム(連続体)に例えられるようになった。そのため、広汎性発達障害という名称とその下位分類が廃止され、自閉スペクトラム症(ASD)というひとつの診断分類が設けられた(図1)。ASDの診断基準の概要は以下である。

#### A. 社会的コミュニケーションの領域

- ① 対人的、情緒的關係に困難がある
- ② 非言語的コミュニケーションを用いることが困難
- ③ 人間関係を発展させ、維持することなどが困難

診断マニュアルには、各項目について詳しい説明が記載されている<sup>1)</sup>。例えば、①については「対人的に異常な近づき方や、通常の会話のやりとりができないといったものから、興味、情動、または感情を共有することの少なさ、社会的相互反応を開始したり応じたりすることができないことに及ぶ」と記されている。

#### B. 限局された行動・興味の領域

- ① 常同的または反復的な行動(玩具を1列に並べる、単調な常同運動、反響言語など)
- ② 同一性への固執(小さな変化に対する極度の苦痛など)
- ③ きわめて限定された興味(一般的ではない物への没頭など)
- ④ 感覚刺激に対する異常反応(特定の音や触覚に対する過敏さ、または鈍感さ)

以上の「社会的コミュニケーション」と「限局された行動・興味」の両方に困難を生じ、それらの困難が早期(幼児期)から出現し、社会的活動に支障がある場合にASDと診断する。また、診断名をつけるだけではなく、その時点での重症度評価も行うことが義務付けられている。今回の改訂で下位分類が廃止され、このASDという分類には様々な重症度のケースが含まれることになった

が、重症度の評価結果をみれば、各ケースの重症度を理解することができる。

なお、従来はASDと注意欠如・多動症（後述）との両方の診断名をつけることが認められていなかったが、DSM-5では両方の診断名をつけることができる。また、社会的コミュニケーション症（後述）という新たな診断分類が提案されている（図1）。

#### 4. 注意欠如・多動症 (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, ADHD)

落ち着きがなく、注意を集中することが困難なタイプに対し、注意欠陥・多動性障害という名称が使用されて、略語であるADHDが広く用いられてきた。DSM-5では新たな日本語訳、注意欠如・多動症が採用された。診断基準の基本的考え方従来どおりで、「多動・衝動性」と「不注意」の2つを主要の片方、または両方の症状がある場合に診断をつけることができる。ただし、6ヶ月以上の期間にわたって、2つ以上の状況（例えば自宅と学校）で、症状が認められる必要がある。発症年齢は、従来は7歳以下とされていたが、DSM-5では12歳以前に症状があれば診断をつけてよいことになった。つまり、多動性や衝動性が軽減した成人例や、幼児期の情報が乏しい場合にでも、診断をつけやすいように配慮されている。また、従来の分類にあった「不注意優勢型」「多動性・衝動性

優勢型」「混合型」という下位分類が廃止され、その時々が目立つ症状を記載することになった。

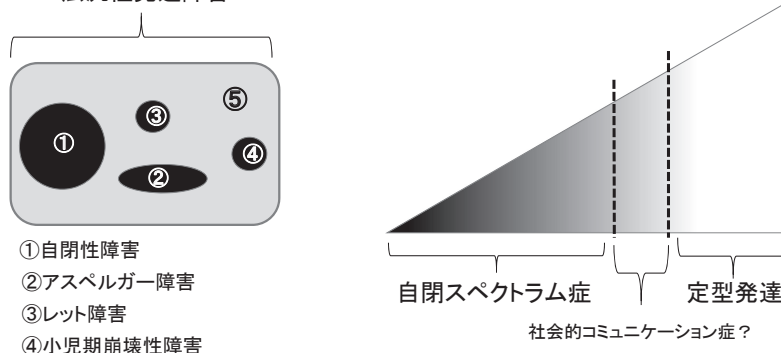
#### 5. 限局性学習症 (Specific Learning Disorder)

「学習障害」という用語は教育関係者の間でも広く使用され、文部科学省は「学習障害とは、基本的には全般的な知的発達には遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、推理する、あるいは計算する能力の取得と使用に著しい困難を示す様々な状態で、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定される」という定義を公表している。DSMでは、学習障害に相当する分類名称は何度も改訂され、DSM-5では「限局性学習症」となった。診断基準の要点は「実年齢より学業的機能が著明に低く、①文字を読む、②読んだ意味の理解、③綴字、④文章記述、⑤数概念や計算、⑥数学的推論の中の1つ以上に困難を生じること」である。ただし、知的能力障害、視力障害、聴力障害、不適切な教育による場合は除かれる。

#### 6. 知的能力障害 (Intellectual Disability)

知的発達の全般的な遅れに対し、従来は精神遅滞という用語が用いられてきた。また、診断については知能検査の結果が重要視され、知能指数70以下を精神遅滞としていた。DSM-5では知的能力障害という名称が使用され、知能指数よりも臨床の評価が優先されている。重症度の評価にも、

図1 広汎性発達障害と自閉スペクトラム症のイメージ図



従来重要視していた知能指数よりも、臨床的評価が優先される。

## 7. 言語症 (Language Disorder)

言語発達に遅れがみられる幼児に対して、数多くの名称が使用されてきた。例えば、小児科領域では、言語発達遅滞、発達性言語障害がよく使われてきた。また、従来の DSM では、話す能力 (= 表出) と理解する能力 (= 受容) を分けて考え、表出性言語障害と受容-表出混合性言語障害という2つの分類になっていた。しかし、表出と受容に分けて評価することが難しいため、DSM-5では言語症というひとつの分類に統合された。

言語症の診断基準を要約すると、年齢に対して期待される言語能力より低く、語彙、構文、話法などの習得と使用に持続的な困難があるため、社会的活動に制限をきたしている状態である。ただし、聴力障害、運動機能障害、知的能力障害、ASDによって言語発達に問題がある場合には、言語症と診断しない。

## 8. 語音症 (Speech Sound Disorder)

正しい発音が困難な状態を意味し、いわゆる構音障害に相当する。定型発達児 (健常児) の場合、幼児期早期に発音の誤りがあっても、5歳頃までに改善していく。5歳を過ぎても正しい発音が困難な状態が続く場合に、語音症と診断する。なお、口蓋裂などの器質的構音障害と、聴覚障害が関連している場合には語音症と診断しない。

## 9. 小児期発症流暢症 (Childhood-Onset Fluency Disorder)

話し始める時に、音声または音節を反復する、あるいは無言状態で会話が停止する場合にこの診断名をつける。従来の吃音の概念とほぼ一致する分類である。ただし、社会生活に困難を生じない、ごく軽い症状の場合には、この診断をつけない。

## 10. 社会的コミュニケーション症 (Social

## Communication Disorder)

DSM-5で新たに設けられた診断分類で、「基礎的な会話能力は十分にあるにもかかわらず、社会的状況に応じたコミュニケーションが困難なこと」を意味する。例えば、相手の気持ちに配慮した会話、相槌をうつ、比喩やユーモアの理解、場所に応じた会話などが困難なことである。つまり、ASDの主要症状の1つである「社会的コミュニケーションにおける困難」があり、もう1つの「興味や行動の限局」がない場合に適用される。しかしながら、ASDの軽微なタイプと考えるか、言語障害の1つと捉えるか、専門家の間でも意見が分かれており、さらなる検討が必要である。

## 11. 発達性協調運動症 (Developmental Coordination Disorder)

協調運動とは複数の筋肉が連動して円滑な運動を行うことである。例として、物をつかむ、はさみや刃物を使う、書字、スポーツを行うことなどが、診断マニュアルに挙げられている。協調運動の発達レベルが年齢に比べて低く (いわゆる不器用)、日常生活活動に支障があり、幼児期からその症状がある場合に、発達性協調運動症と診断する。ただし、知的能力障害、視力障害、神経疾患によるものは除く。なお、ASDやADHDに発達性協調運動症が合併することはしばしばあり、その場合には両方の診断名をつけることができる。

## 12. チック症群 (Tic Disorders)

チックとは、突発的で、すばやく、一定のリズムで繰り返される不随意運動および発声である。まばたき、首すくめ、顔の表情を変える、咳払い、鼻鳴らし、汚言症、反響言語など、様々なタイプがある。DSM-5では、チック症群として神経発達症のひとつに位置付けられ、トゥレット症、持続性運動チック症、持続性音声チック症、暫定的チック症に細かく分けられる。

## 13. 非専門医ができる発達支援

### 1) 親へのアドバイス

親子で安定した毎日を過ごせるように、親の不安を軽減させるアドバイスが重要である。専門外来の予約待ちが長い状況下で「発達障害かもしれないから、すぐに専門外来受診を」などの言葉では、親の不安を煽るだけに終わることが多い。専門外来受診の前のできることを具体的な言葉で提示することの方が不安軽減につながりやすい。

もし、発達障害の特性がはっきりしている場合には非専門医にもその診断は容易である。しかし、告知には十分な時間を要するため、時間をかけられない場合には告知までする必要はない。発達に凸凹があることを認めつつ、今後苦手な面が改善する可能性にも触れ、そして、時間をかけて相談に乗ってもらえる機関を紹介するのが良い。一方で、告知前に診断名称がでてくる書籍を紹介することはショックを与えるリスクがあるため、診断名称がでてこないものを紹介することが望ましい。例えば、拙著「発達に偏りのある幼児への支援」名古屋市西部地域療育センターだより21号が役に立つかもしれない(同センターホームページより入手可能)。

発達障害の特性が比較的軽度、すなわち、境界域と思われる場合には、子どもたちの発達に個人差(多様性)があることを説明し、日々の生活の中でも苦手分野の成長が期待できることを伝えるとよい。診断名に必要以上にこだわる親も少なくないが、境界域の児の親には、「障害」ではなく「発達の凸凹」と受け止めてもらう方が良いだろう。

## 2) サポート資源の情報提供

地域によって状況は大きく異なるが、幼児期の発達支援は療育センター、こども発達センター、保健所(保健センター)などが中心となっている。幼稚園や保育園でも、気になる幼児に対しサポートの保育士を配置する園が増えている。

小学校入学以後は、学校生活で様々なサポートが行われており、スクールカウンセラーへの相談が可能な学校もある。大学病院等の児精神

外来や児童精神クリニックにおける医療的支援(薬物治療等)も行われている。それぞれの地域のサポート機関の情報を提供することも重要な支援と思われる。

## 3) 一般の診療場面における支援

サポートに関する専門機関に通うようになってから、一般的疾患の診療場面において、発達特性に応じた配慮を行うことも支援のひとつである。例えば、怖がりや過敏な子どもの場合には、痛みを伴う治療をいきなり受けると恐怖心がさらに強くなる。そこで、まず待合室に慣れさせ、次回に診察室を見学させ、その次から治療を開始するなどのスモールステップで進めていくと上手くことが多い。また、視覚的刺激に反応しやすいために診療器具に手が出る場合には、刺激的なものが目に入らないように隠すと落ち着くことがある。特徴を理解した上で、様々な工夫をすることにより、発達障害児(者)のストレスを軽減することが可能である。

## おわりに

最近10年の間に、発達障害(神経発達症)に関する膨大な知見が積み重ねられ、その概念が大きく変化してきた<sup>2)</sup>。例えば、ASDと定型発達児の間には明確な境界はなく、連続的であることが明らかになった。また、経過とともに症状が大きく変化するケースが多いことがわかり、固定的障害という考え方を疑問視する声が多くなってきた。さらに、発達障害の人数は、従来の想定よりもはるかに多く、注意欠如・多動症の有病率は数%、自閉スペクトラム症の有病率は2%を超えることが明らかになった。つまり、軽微な例も含めた場合には、子ども約10人に一人が何らかの発達障害の診断にあてはまるのである。したがって、多人数の発達障害を数少ない専門医のみでカバーすることは不可能である。他の一般的疾患と同様に、発達障害診療においても、プライマリーケアを行う臨床医と困難例を担当する専門医との役割分担のシステムを構築するべきではないだろうか。

従来は、発達障害は稀な特殊な障害で少数の専門医のみが担当すればよいと思われていた。しかしながら、その人数は、コモン・ディゼーズに匹敵する程が多い。学校のどのクラスにも何人かいるはずで、同様に、どの待合室にも何人かいるはずである。発達障害支援を充実させるためには、数多くの非専門医による協力が不可欠であると筆者は考えている。

本稿に利益相反(COI)はない。

#### 【文献】

- 1) American Psychiatric Association (高橋三郎、大野裕 監訳): DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014
- 2) 鷲見 聡: 発達障害の謎を解く. 日本評論社, 東京, 2015