

「発達障害概念の誕生 ～歴史と国際分類の変遷～」



かとう のぶまさ
加藤 進昌

昭和大学発達障害医療研究所長。公益財団法人神経研究所理事長。
東京大学名誉教授。

1947年 愛知県生まれ。東京大学医学部卒。帝京大学精神科、国立精神衛生研究所、カナダ・マニトバ大学生理学教室留学、国立精神・神経センター神経研究所室長、滋賀医科大学教授などを経て東京大学大学院医学系研究科精神医学分野教授、東京大学医学部附属病院長、昭和大学医学部精神医学教室教授、昭和大学附属烏山病院院長を歴任。【専門】精神医学、発達障害。2008年、昭和大学附属烏山病院に大人の発達障害専門外来を開設し、併せてアスペルガー症候群を対象としたデイケアを開始。2013年からは神経研究所附属晴和病院でもリワークプログラムと組み合わせた発達障害デイケアを開設した。2014年 烏山病院内に開設された昭和大学発達障害医療研究所で、文部科学省共同利用・共同研究拠点として、発達障害の科学的理解と治療研究に取り組んでいる。【著書】「大人のアスペルガー症候群」講談社（2012）、「あの人はなぜ相手の気持ちがわからないのか～もしかしてアスペルガー症候群!?」PHP研究所（2011）ほか。

Key words 発達障害者支援法 / 自閉スペクトラム症 / 注意欠如多動症 / アスペルガー症候群

発達障害という用語はすっかりおなじみになりました。これは平成 17 年度に施行された発達障害者支援法で規定されたもので、法的な概念ともいえます。学校現場で「知的には問題ないが、発達性に学習や社会生活に困難がある」子どもがかなりの数にのぼることがわかって、支援の枠組みを規定するために法律ができました。したがって基本的には知的障害を含みません。法的な「障害者」区分としては身体・知的・精神の三障害のうちの精神障害に含まれます。

1. 発達障害に含まれる疾患とは？—国際診断基準

ではどういった疾患が含まれるのでしょうか。支援の枠組みを規定するためには対象をはっきりさせねばなりません。でも、それは口で言うほど簡単ではありません。それがこの冊子の目的でもあります。国際診断基準（ICD）の変遷を見てもよくわかります。図 1 に第 10 版と 11 版の比較を示します。発達

障害にはおもに自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder; ASD) と注意欠如多動症 (attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD) が含まれます。

図から明らかなように、第 10 版までは自閉スペクトラム症と注意欠如多動症は別のクラスターになっていました。注意欠如多動症は行動と情緒の発達上の問題として、いわばパーソナリティの偏りと考えられてきた歴史上の経緯がその背景にあります。しかし、自閉症と併存することが多いという臨床家からの指摘が相次いで、11 版では同じクラスターに含まれることになりました。しかしそれが正しいのかは、これからの実証的な研究の蓄積を待たなければなりません。

ICD-10とICD-11の比較

ICD-10	ICD-11
F8 心理的発達の障害 F80-82 言語 (吃音) ・学力 (失読) ・運動機能の発達障害 F84 広汎性発達障害 (PDD) F84.0 小児自閉症 F84.1 非定型自閉症 F84.2 レット症候群 F84.3 小児崩壊性障害 F84.5 アスペルガー症候群 F84.9 特定不能のPDD (PDD-NOS) F9 小児の行動および情緒の障害 F90 多動性障害 (ADHD、多動性素行障害) F91 素行障害・反抗挑戦性障害ほか その他 (選択性緘黙、愛着障害、チック)	神経発達症群 6A00 知的発達症 6A01 発達性発話または言語症群 6A02 自閉スペクトラム症 6A03 発達性学習症 6A04 発達性協調運動症 6A05 注意欠如多動症 6A06 常同運動症 8A05.0 一次性チックまたはチック症群 6E60 二次性神経発達症候群 6A0Y 神経発達症、他の特定される 6A0Z 神経発達症、特定不能 (引用：公益社団法人日本精神神経学会2018年6月1日草案)

図 1 発達障害に関する国際診断基準第 10 版 (ICD-10) と第 11 版 (ICD-11) の比較
日本では法律上はまだ ICD-10 の用語が使用されていますが、医学的概念としては ICD-11 の用語がすでに浸透しています。

2. 自閉症がスペクトラム症に

自閉症は 1943 年にカナーが報告¹⁾ して以来、常に児童精神科医にとって中心的課題でした。最初の 11 例の報告がそうであったように、多くは重い知的

障害を伴い、彼らが大学に入り、就職し、結婚して子どもをもうけるということは想定外でした。一方で、ウィーン大学の小児科医であったアスペルガーは、知的には高いが社会的なスキルに問題のある4例を1944年に「自閉的精神病質」として報告しました²⁾。これは病気というよりも異常性格ととらえた報告であり、カナー型の自閉症とは別に考えられてきましたが、1981年にイギリスのローナ・ウイングが、自閉症の一部は成長後にアスペルガーの報告例と区別できない状態になることを見出して、アスペルガー症候群と呼ぶことを提唱しました³⁾。以後、自閉症とアスペルガー症候群の異同が学会の大問題になり、健常とみなされてきた大人たちにも両者に共通する特性がまれならず見られることが広く認められるようになって、連続体を意味する自閉スペクトラム症という分類に至ったわけです。

3. 多動性障害が注意欠如多動症に

落ち着きがなく衝動的な行動をする子どもたちの存在は、自閉症の発見よりも100年以上前から知られていました。外から見ても容易にわかる行動異常です。医学的には何らかの微細な脳への損傷が発達期にあったのだらうと推定されて微細脳損傷といった命名が一般的だった時代もあります。

これに忘れ物が多い、不注意という症状が合併するという知見が加わってADHDという診断名がアメリカの診断基準(DSM)に収載されたのは1994年⁴⁾とずいぶん遅れました。それがICD-11に至って上述のように自閉スペクトラム症と合併しうる疾患に分類されたのです。忘れ物が多い、うっかりミスが多いといった症状は確かに「おっちょこちょい」な人の特性と思えます。しかし、自閉症の特性でもある「相手の意図を読んで状況の文脈を理解することができない」という実行機能障害とも通じるものがあります。

4. エビデンスに基づく診断と対処法の開発

アスペルガー症候群が周知されるようになって、診断を求めて受診する人たちが激増しました。これは精神科では珍しいことです。おそらく歴史上の偉人はみなアスペルガーだったとか、天才だといった一般書に影響された現象と思

われますが、一方でその診断は混迷を極めています。この混乱を正すためにも障害の本質は何かといった研究が必要です⁵⁾。さらには機能的脳画像などによる客観的診断法の開発が望まれます⁶⁾。エビデンスもはっきりしない診断機器や治療法などを自由診療で勧めてくる医療機関も一部には見られますので、これは極めて重要です。

後述するように、不注意症状と実行機能障害が目立ち、過眠症が合併する一部の注意欠如多動症には劇的に効果がある薬が手に入るようになりました。しかし、こういった薬は薬理学的には覚醒剤に類似しており、取り扱いには慎重さが求められます。そのために、2021 年からは処方実態を国が管理する措置が施行されますが、医師の側にも正確な知識をもってもらわなければなりません。

患者さんの立場からすれば、診断は何であれ今の困りごとが解決すればいいわけです。まさに「医療は治してなんぼ」です。自閉スペクトラム症者の社会的自立には今のところデイケアなどでの訓練がもっとも有効と私たちは考えています。このプログラム実施によってスタッフが参加者の行動を長期に観察できることから、改めて診断の正しさも検証することができます。診断の混乱をいまのところ一挙に解決できないのであれば、支援を継続的に実施してくれる医療機関を選ぶことが、患者さんにとって最も賢明な対策といえるように思います。

【参考文献】

- 1) Kanner L: Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2: 217-250, 1943.
- 2) Asperger H: Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117: 76-136, 1944.
- 3) Wing L: Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11: 115-129, 1981.
- 4) American Psychiatric Association: "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition", Washington D.C.: American Psychiatric Association (1994).
- 5) 加藤進昌: 大人の発達障害とは一診断の混乱を克服するために. *保健の科学*, 60: 45-49, 2018.
- 6) 太田晴久, 丹治和世, 橋本龍一郎, 加藤進昌: アスペルガー症候群の臨床と脳画像研究. *BRAIN and NERVE*, 70: 1225-1236, 2018.



Biophilia Special 特集



発達障害の患者学 — 治す医療から治し支える医療へ

何となく自分は他の人たちと違う、
どうして人間関係で失敗してしまうのか……

発達障害の外来で自閉スペクトラム症(ASD)と診断された時には「リハビリ」ともいえる ASDプログラムへの参加はいかがですか。ショートケアとデイケアで、お互いの悩みや思いを共有し、コミュニケーションの練習、発達障害の理解などの共有体験を通して、社会で生活できるテクニックを学ぶことができます。発達障害専門プログラムを実施している医療機関が各地にあります。

さまざまな失敗体験を、性格や努力不足のせいとされ、自己肯定感の低くなった自閉スペクトラム症を抱えた者同士で語り合うことで、気づきが生まれ、他者目線を学習することができます。

自分の考え方や生き方を見直してみませんか。

Biophilia

1

自閉スペクトラム症とは何か ～自閉症とアスペルガー症候群



昭和大学発達障害医療研究所長 (公財) 神経研究所理事長 東京大学名誉教授 **加藤 進昌**

Key words

自閉スペクトラム症 / アスペルガー症候群 / 注意欠如多動症

私たちは自閉スペクトラム症を対象とする専門外来とデイケアを 2008 年に開設しました。

自分もしくは身近な誰かを発達障害じゃないかと思って皆さんは受診してこられますが、当然ながら診断としては該当しない方も多く含まれます。現在に至るまで自閉スペクトラム症を確定診断する方法は開発されていません。したがってあくまでも該当するかどうかは、その時点での私どもの評価でしかありません。私の診断が正しいかどうかは実は正確にはわかりません。実際、初期の自分の診断を今になってふりかえると、恥ずかしいと思うことは多々あります。でも、多くの患者さんを診ながら「自閉スペクトラム症の本質は何だろう？ 社会性の障害というだけでは不十分ではないか」と自分に問い続ける毎日でした。

1. 自閉スペクトラム症とアスペルガー症候群

今の段階で自閉スペクトラム症の各群を模式的に分類するとこうなるので



かとう のぶまさ
加藤 進昌

Author 著者

昭和大学発達障害医療研究所長 (公財) 神経研究所理事長
東京大学名誉教授

プロフィールは巻頭言を参照してください。

はないかという図を示します（図1）。左下に知的障害を伴う自閉症が位置します。歴史の項で述べたように、いわば中核群であり、古典的自閉症とか発見者にちなんでカナー型と通称します。今に至るまで児童精神科医の関心の的であり、個々の例は典型例とどこが違うかの議論が続いています。こういった群がICD-10で広汎性発達障害（PDD）と総称されてきました（巻頭言 図1）。

カナー型は重い知的障害を伴うのが通例であり、精神内界は推測することができません。彼らの行動特性から典型的かそうでないかを判断するほかに、知的障害を伴う非典型例が多くなり、総称して児童精神科医たちは「特定不能の広汎性発達障害（PDD-NOS）」と呼びました。これが図1のオレンジの部分に当たります。PDD-NOSには知的障害を伴い、かつ社会性が独特である雑多な群が含まれることになります。この中には、女兒に限定されることから「女の自閉症」と呼ばれたレット症候群もICD-10では含まれていましたが、1999年に責任遺伝子が発見され¹⁾、一方でその遺伝子は自閉スペクトラム症とは無関係であることがわかりました。

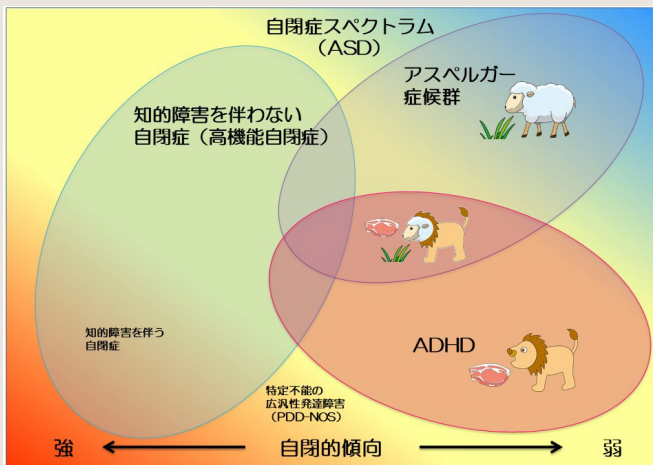


図1 自閉スペクトラム症、アスペルガー症候群と注意欠如多動症の関係

略称：PDD-NOS (pervasive developmental disorders-not otherwise specified)、ASD (autism spectrum disorder)、ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder)。



ウイングによるアスペルガー症候群の再登場は、自閉スペクトラム症の範囲を思いきり広げる結果になりました。自閉症の中でも知的に健常者の水準に近いところまで成長する一群を高機能自閉症と呼び、知的には健常者と同等もしくはより高い群をアスペルガー症候群と呼ぶことが通例となりました。古典的自閉症は以前と変わらず1万人に数人程度の有病率とされるのに対して、高機能および高知能群を含む自閉スペクトラム症は100人に一人を超えると見込まれています。

2. 大人の自閉スペクトラム症は子どもと何が違うのか

アスペルガー症候群の発見は、もっぱら成人を専門にしてきた精神科医に大きなインパクトを与えました。引きこもりの大学生や、会社に適応できないまま脱落していく人たちに自閉スペクトラム症と一致する特徴を見出したのです。それまでうつ病や社交不安とみなされてきた人たちの一部は自閉スペクトラム症であるという発見が喧伝されました。「共感性・社会性の障害」が中核症状とされ、それは拡大解釈されて、過剰診断につながりました。

発達障害は生来性のものという前提があり、思春期のいじめや家庭の崩壊といった環境要因によって起こるものではありません。生育歴を聴取していけば、どこかに子どもの自閉症と共通する特性を見つけることができます。成人専門の精神科医の多くは古典的自閉症を診たことがありません。彼らは社会に出ることがなく、成長した後は激しい行動異常をきたさない限り精神科医の前には現れないからです。自閉スペクトラム症の治療に有効な薬は今のところ存在しません。投薬の必要もない彼らに対応するノウハウを精神科医はもっていないともいえるでしょう。

典型的でない発達障害に対してグレーゾーンという表現も最近をよく使われます。しかしこの表現はかなり「グレー」です。発達障害に「似て非なる」人たち、過剰診断されがちな人たちは、児童の場合はさまざまな原因によって起こる知的障害、成人の場合は環境によって傷つきやすい敏感なパーソナリ



ティの多くが当てはまるように思います。自閉スペクトラム症の人たちは知的障害があるように見えても、内的な知能レベルはある程度まで発達します。また周りがよく見えていない、どちらかといえば鈍感な人たちだと思います。

図1で典型的とはいえない自閉スペクトラム症の人たちは、右上のブルーの部分に位置すると思います。健常者の中にも自閉症的な特性をもったスペクトラムがありうると考えたためですが、大人でグレーゾーンといわれる人たちは、子どもでPDD-NOSと思われる人たちとは立ち位置がかなり異なるという意味合いを図示してみました。つまり、児童精神科医と成人精神科医はかなり違う母集団を診ている可能性があるということです。

自閉スペクトラム症の診断基準は国際診断を含め、すべて子どもの診断が基礎になっており、大人にしか適用されない診断基準はありません。「大人にも使える」という基準でしかないのです。子どもの時にはあまり問題にならず、大人になって重要になってくる精神症状については十分な検討がされていないと思います。端的に問題になってくるのは異性関係です。また、精神内界を探れない知的障害児を想定しているため、知的な問題がない大人の場合の精神病理が決定的に不足しています。これからの精神病理学的な探求が求められます²⁾。

3. 自閉スペクトラム症と注意欠如多動症の違いは

自閉スペクトラム症と注意欠如多動症は発達障害の中心となる病態であり、国際分類でも診断基準が明確に分けられています。前者は共感性・社会性の障害であり、後者は注意と多動・衝動性の障害というわけです（図1）。確かにその表現型はかなり異なり、社会的自立が問題になるのは圧倒的に自閉スペクトラム症であり、注意欠如多動症の場合は社会で活躍する方も少なくありません。

自閉スペクトラム症は男性のほうが女性より数倍多いのが特徴で、多くは「理数オタク」で外見上はおっとりした人たちです。図では草食系と表示し、注意欠如多動症は対比のために肉食系としていますが、そこまではっきり区別でき



るわけではありません。ところが両者が微妙に混じった人たちがいることがわかってきました。これは、表現型は不注意優勢型の注意欠如多動症だけれども精神内界は自閉スペクトラム症に近いという意味です。この人たちは女性に目立ち、過眠症を合併する例が多いように思います（第5章参照）。治療的にも徐放性メチルフェニデートがしばしば著効します。

こうしてみると自閉スペクトラム症と注意欠如多動症の違いは、今の診断基準が定めるほどはっきりわけられるのかが疑問になってきます。実際に脳機能で調べると両者の区別ができないという報告も増えつつあります³⁾。注意欠如多動症は一般に不注意優勢型と多動・衝動性優位型にわけます。前者は自閉スペクトラム症と近いが社会性は保たれている発達障害の1亜型ですが、後者は一種の行動障害であってパーソナリティの偏りであるというICD-10以前の診断のほうが適切であったという可能性もありえるように思います。

このほか、男女差（ジェンダー）の問題、代表的な前頭葉機能といわれる実行機能障害は発達障害のタイプによってどう違うか、過眠症で問題になる「意識」と不注意症状の中心である「意識（注意）」はどう違うか、「読み書きそろばん」の障害である学習障害（LD）と外界に対する認知の障害（ASD）は本質的にどこが違うのか、など診断基準を含めて今後検討すべき問題は山積みのように思います。発達障害の「発見」は精神医学に大きな革命をもたらすような気がします⁴⁾。

【参考文献】

- 1) Amir RE, Van den Veyver IB, Wan M, Tran CQ, Francke U, et al: Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2 encoding methylCpG-binding protein 2. Nat Genet, 23: 185-188, 1999.
- 2) 内海健: “自閉症スペクトラムの精神病理—星をつぐ人たちのために”, 医学書院 (2015).
- 3) Ohta H, Aoki Y, Itahashi T, Kanai C, Fujino J, et al: White matter alterations in autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in relation to sensory profile. Molecular Autism, in press.
- 4) Watanabe T, Rees G: Brain network dynamics in high-functioning individuals with autism. Nature Commun, 8:16048, 2017.