

〈評論〉

## 精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) の改訂について

田 卷 義 孝\*, 堀 田 千 絵\*\*, 加 藤 美 朗\*\*

A review of the successive revision of the DSM diagnostic standard

Yoshitaka Tamaki, Chie Hotta and Yoshiro Kato

**要旨**：アメリカ精神医学会の発行する精神障害の診断と統計マニュアル (DSM) は、臨床医や研究者による精神障害の診断と分類のために世界規模で使用されている。客観的な症状の評価のために診断基準は簡潔で明確である。WHO が刊行する疾病及び関連保健問題の国際分類 (ICD) も精神障害の手引きとして汎用されている。本稿の目的は、DSM の 60 年余にわたる数次の改訂と関連事項を検討することである。DSM-5 の改訂は建設的どころでなく正反対の結果を招くだけであり、特別支援教育に係る精神・行動障害の理解と処遇の進歩を遅らせるものでしかないように思われる。

**Abstract** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) published by American Psychiatric Association has been used worldwide to diagnose and classify mental disorders by clinicians and researchers. The diagnostic criteria are concise and explicit, intend to facilitate an objective assessment of symptom presentation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) produced by WHO is the other commonly used manual for mental disorders. The aim of this paper was to review the successive revision of DSM over the past of 60 years and the related matters. The fifth revision of DSM seems to have far more negative consequences than positive, slowing down what progress in understanding and treatment of mental and behavioral disorders including the field of special needs education.

**Key words** : 診断基準 diagnostic criteria 精神障害の診断と統計マニュアル Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 国際疾病分類 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) International Classification of Diseases (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) 国際生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health 特別支援教育 special needs education

---

\*関西福祉科学大学 健康福祉学部 教授

\*\*関西福祉科学大学 健康福祉学部 講師

## I 特別支援教育の概要と対象障害の診断

本稿の主題は、特別支援教育の対象障害の内、精神医学的疾患の診断に供される「精神障害の診断と統計マニュアル」(略記、DSM)の改訂の歴史を踏まえて、この診断に係る方法論的改革を考察することである。併せて、DSMの改訂に関連する事項も検討する。

特別支援教育は、特別な教育ニーズを有する児童生徒のための適切な教育対応と必要な支援を総称する。その最終目標は、社会的・経済的発展の結果による生活条件の改善において、福祉領域と関連して障害をもつ人々が普通の市民と平等な分配や恩恵を受け、同等の生活条件を享受できるようにすることである。ここで改めて述べる必要もないが、診断は医師の責務による医療行為である。これにより、学校教育法などに定められている各種障害が診断される。それらの障害は、学校教育法第 1 条、同第 72 条、学校教育法施行令第 22 条の 3 に規定されている視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱(他の合併障害を含む。以下、5 障害という)である。基本的に、5 障害のいずれかを有する児童生徒は認定特別支援学校就学者として特別支援学校に就学する。特別支援学校の教育目標は、認定特別支援学校就学者が幼稚園、小学校、中学校、高等学校に準ずる教育を受けるとともに、障害による学習上または生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を修得することといわれている(学校教育法第 72 条)。

特別支援教育の場は、学校以外に、特別支援学級、通級による指導がある。特別支援学級は、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校に設置することができる(学校教育法第 81 条第 2 項)。しかし、高等学校と中等教育学校(後期課程)の教育は義務教育でなく、高等学校学習指導要領に特別支援教育の教育課程に係る記述がないことなどから、公立の高等学校と中等教育学校(後期課程)に特別支援学級

は設置されていない。特別支援学級への入級対象となる障害種別は、学校教育法第 81 条第 2 項の規定による知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱、弱視、難聴、その他である。その他は、「障害のある児童生徒の就学について(通知)」(2002 年 5 月 27 日、文科初第 291 号)及び「通級による指導の対象とすることが適当な自閉症者、情緒障害者、学習障害者又は注意欠陥多動性障害者に該当する児童生徒について(通知)」(2006 年 3 月 31 日、文科初第 1178 号)により、言語障害、自閉性障害、情緒障害に分けられる。通級による指導は小学校、中学校、中等教育学級(前期課程)の通常の学級に在籍して、特別な教育ニーズ(比較的、軽度)を有する児童生徒を対象としている。その児童生徒は通級指導教室で通級による指導を受ける時間帯を除いて、原学級(通常の学級)で普段通りの学校生活を送っている。通級による指導の対象となる障害種別に、学校教育法施行規則第 140 条に定められている言語障害、自閉性障害、情緒障害、弱視、難聴、学習障害、注意欠陥/多動性障害、その他がある。その他は、第 291 号通知による肢体不自由、病弱、身体虚弱をいう。

また、2013 年まで認定就学者の制度が存在した。認定就学者は、5 障害の内、障害の状態に照らして通常の教育を受けることができる特別な事情があると市町村教育委員会が認めた児童生徒をいった。認定就学者のために、必要に応じて学校施設(例、エレベータ、スロープ)が整備されることもあった。この制度は、1994 年に児童の権利に関する条約を我が国の国会が承認して同年に批准したが、憲法第 98 条の規定により国際条約は法的拘束力をもつことから、児童の権利に関する条約第 23 条に基づいた国内法規の整備として 2002 年に学校教育法施行令第 5 条第 1 項が改正された所産である。

2013 年に学校教育法施行令第 5 条第 1 項が改正されて認定就学者の制度が廃止され、認定特別支援学校就学者という新しい制度が定めら

れた。この改正は、2014年に障害者の権利に関する条約を国会が承認して2015年に批准したが、批准に向けた国内法整備の観点から5障害をもつ児童生徒は特別支援学校に原則就学するという就学先決定の仕組みを改めたものである。その際、対象児童生徒の就学に関して、専門的知識を有する者の意見を市町村教育委員会が聴取することには変わりはない。対象児童生徒の保護者の意見を聴き、その意見を尊重することが明確になったことが変更点である。すなわち、本人・保護者に十分な情報提供を行いつつ、本人・保護者と市町村教育委員会、学校等の間で特別な教育ニーズと必要な支援に合意形成が図られたことにより、特別支援学校に就学する児童生徒は認定特別支援学校就学者と呼ばれるようになった。特別支援学校に就学しない場合、市町村教育委員会はその保護者に居住地校である小学校か中学校の入学期日を通常の手続に従って通知することになった。なお、本人・保護者の意向により、これまで通常の学校への就学が選択されたこともあった。

## 1 特別支援教育の教育課程

遺憾なことに、通常の学校と特別支援学校の違いはあまり知られていない。通常の学校では基本的に居住地ごとに校区が定められている。一方、特別支援学校の校区は広域であり、児童と生徒は主にスクールバスなどの交通手段を用いて通学している。高等特別支援学校（高等部だけの設置）を除いて、1つの特別支援学校に小学部、中学部、高等部が設置されているが、幼稚部や専攻科を置く学校もある。寄宿舎を併設する学校も多い。

また、公立義務教育諸学校の学級編制及び教職員定数の標準に関する法律（略記：標準法）第3条第3項において、特別支援学校（小学部、中等部）の学級編制基準（1学級あたりの在籍者数の上限）は6人、5障害の内、2つ以上の障害を有する児童生徒で学級を編制する場合は3人と定められている。標準法第3条第2

項で、特別支援学級（小学校、中学校、中等教育学校の前期課程）の学級編制基準は8人と規定されている<sup>1)</sup>。学級編制基準は義務教育の水準を維持し、教育の機会均等を保障するナショナルミニマムである。しかし、都道府県教育委員会は、所管する特別支援学校（標準法第4条）あるいは特別支援学級（標準法第3条第2項）の実態を考慮して、それぞれの学級編制の標準（学級編制基準よりも少ない数）を弾力的に設定できるようになった。学級編制の標準の設定に伴った教員の増員に要する人件費は原則として都道府県が負担する。

特別支援学校（小学部、中学部）の規模（学級総数）に応じて教員が配置される。この教員配置には、通常の小・中学校と同じ教職員定数の基準が適用される。特別支援学校では、学級総数や在籍児童生徒数に応じて、教育相談担当教員、自立活動担当教員などが加配される。このため、2～3人の教員が学級担任を務めてチーム・ティーチング式の授業が行われて、一斉授業中であっても必要に応じて個別対応が可能である。また、各学級担任は授業を含めて、個別の指導計画の作成、成績の評価などを協働して担当している。

根本的な相違は教育課程（教育内容、指導形態）にある。通常の小学校の教育課程（教育内容）は、①各教科、②道徳、③外国語活動、④総合的な学習の時間、⑤特別活動で編成されている。一方、特別支援学校小学部（知的障害）を例にすれば、①項～⑤項に自立活動を加えたものになる。自立活動の目標は、自立をめざし、障害の克服・軽減を図ることと定められている。自立活動の内容は、a健康の保持、b心理的な安定、c人間関係の安定、d環境の把握、e身体の動き、fコミュニケーションの各領域ごとに設定されている（特別支援学校小学部・中学部学習指導要領）。自立活動の6領域の内、どの領域をどのように指導するかは個別の指導計画に記述される。個別の指導計画は担任によって作成され、児童生徒一人ひとりの特

徴や特性（特別な教育ニーズ）の評価に基づいて個別的な教育の目標や内容、方法等が記載されている。

特別支援学校小学部（知的障害）の教育課程の内、指導形態は、①教科、領域別の指導、②教科・領域を合わせた指導に区分されている。①項の領域別の指導に、道徳、特別活動、自立活動がある。②項に、日常生活の指導、遊びの指導、生活単元学習がある。これらの内、1946年の第一次アメリカ教育使節団報告書に生活単元学習の端緒がある。この報告書は戦後の教育制度改革の指針になった。つまり、特別支援教育に関して、アメリカ経験主義教育の思想に基づいて教師中心・教科書中心の教育から子ども中心・生活中心の教育に改革することが勧告された。この勧告に添った教育実践を経て、精神薄弱教育において生活中心教育への指向が高まった（宮部、1950）。その結果、知的教科からの離脱が促進され、1950年代から独自の指導形態である生活単元学習の定着をみた。生活単元学習とは、教科と領域（例、子どもの生活そのものの営みで、経験の共有を介して身の周りを理解する手段である「遊び」と読み書きや算数）を組み合わせて、興味や関心をもって豊かな生活経験をさせることにより、社会生活の望ましい態度や習慣、技能を身につけさせるという教育的意図をもった授業の一形態である。その際、組み合わせた教科と領域を明確にする必要がある。また、教科別の指導、領域別の指導（特に自立活動）、教科・領域を合わせた指導（特に生活単元学習）を組み合わせて時間割を編成することは、学習指導要領の基準と他の基準のもとで、特別支援学校長の識見や経験、力量に委ねられている。

特別支援学級の場合、特別の教育課程が編成され（学校教育法施行規則第 138 条）、学級の実態に応じて対象児童生徒の特徴や特性などに配慮した授業が行われている。すなわち、①時間割に自立活動の時間を組み込んだり、②各教科の目標・内容を（児童生徒の該当学年より

も）下学年の教科の目標・内容に替えたり、③対象児童生徒が知的障害をもつ場合、各教科を特別支援学校（知的障害）の各教科に替えたりして、実態に即した教育課程が編成されている。通級による指導では、自立活動の一部や各教科の補充学習（例、図形などを読みとれない児童生徒に対する個別の教科教育）が行われている。その授業時数は制限されているが（文科初第 1177 号）、ここでは述べてない。特別支援学級でも通級による指導でも、個別の指導計画が作成されることに変わりはない。

1979年の養護学校教育の義務化に伴って、いわゆる重症心身障害を有して身体的・精神的な事由により、医師によって通学が制限されている児童生徒のために養護学校教育の一形態として在宅教育（訪問教育）が行われてきた。その根拠規程は学校教育法第 81 条第 3 項にあるが、学校教育法施行令や同施行規則で在宅教育といった用語も内容も定められていない。在宅教育に係る法的整備が望まれる。

## 2 国際的診断基準

特別支援教育の対象障害の内、視覚障害、聴覚障害、肢体不自由、病弱（小児慢性疾患などにより、6ヶ月以上の入院加療を要する者）、身体虚弱（いわゆる重症心身障害）を有する児童生徒は、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、内科などの診療科を受診する。上記以外の主に精神医学的疾患をもつ児童生徒は神経精神科や精神科などの医師の診断を受ける。その際、DSM または「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（呼称、ICD）が使用されると述べても決して過言ではない。DSM も ICD も国際診断基準である。診断基準には、疫学研究や治療効果の検討などのために患者群をできるだけ均質にするという意図がある。国際診断基準という用語に優れているという含意はなく、世界各国で翻訳され汎用されていることを意味するだけである。

DSM は、医師がもっとも効果的に治療でき

るように1人の患者の疾患を他の疾患と区別するために、また健康管理の専門家集団に共通の言語を提供するために、アメリカ精神医学会と精神保健の専門集団が共同して作成するものである（Kaplan & Sadock, Eds. : 井上・四宮（監訳）, 2003, pp.313-318）。この背景に、精神疾患の有病率や薬物療法の効果判定などが地域、大学、病院、個人で異なることがあった。また、多くの精神医学的疾患の解明されていない原因を探究するためにも、ガイドラインの必要性が痛感された。ともかく、DSM作成の目的はアメリカ国内で使用されることであった。しかし、アメリカに編集事務局を置く権威ある医学系学術誌への投稿で（患者群を均質にするために）DSMの使用が義務づけられたこともあり、研究領域でDSMが圧倒的に使用されている。

一方、WHOの専門家委員会が国際疾病分類（略記、ICD）を作成する。この作成目的は、国際保健や諸国の保健医療政策などに反映される死亡原因や疾病罹患の調査統計に使用されることである。また、発展途上国を含む世界各国での使用が想定されたことから、平易な疾病分類となるように配慮された。わが国ではICD-10に則った保健統計をWHOに報告する義務を負っているため、ICD-10は厚生労働省が管轄する保健統計や医療機関の診療分析などに用いられている。

1900年に死亡原因の調査のために、WHOは国際死因一覧（略記、ILCD-1）を発行した。このため、ILCD-1の精神障害は白痴と精神病しかなかった。また、医学の進歩を考慮してほぼ10年ごとの改訂が計画された。ICD-6（WHO, 1948）で、ILCDからICDに名称変更され、28項目の性格・行動・知能の障害（人格障害、未熟人格、アルコール中毒、薬物中毒、小児期行動障害、精神薄弱、その他）が初めて登録された。1955年にICD-7が、1965年にICD-8が、1975年にICD-9が発行された。ICD-10の改訂に際して、WHOはDSM-III

（APA, 1980）の高い評価に刺激を受けてDSM-IIIと照合した。この結果、ICD-10（WHO, 1990）はICDの歴史で初めて臨床診断と研究用の診断を両立したDSM-III類似の診断基準になった。その名称も現行のものに変更されたが、慣例としてICDの略記が用いられる。また、ICD-10の第5章「精神及び行動の障害」に登録された300以上の精神・行動障害について、40カ国の研究機関などでの研究調査を経て、それぞれの症状や身体所見の特徴（食習慣や運動習慣、性差などを含む）と診断のためのガイドラインを記載した「ICD-10精神及び行動の障害分類」（WHO, 1992）が発行された。

なお、国際的な診断体系が2種類存在することは国際的な健康統計に不一致を生じさせることなどから好ましくないと考えられ、ICDとDSMの統合が指向されている。しかし、診断基準の違い、翻訳や使用に伴う著作権料なども関係して、両者を統合して1つの診断基準にすることは実現していない。診断基準の違いとして、ICDは社会文化的に異なる諸国での使用を想定して、診断基準に社会機能の障害を含めていないことがある。一方、DSM-5（APA, 2013）では知的能力障害の診断基準の1つに、個人の自立や社会的な責任において発達の及び社会文化的な水準を満たすことができないようになるという適応機能の障害 deficit が定められている。それでも、医療統計の迅速な処理と健康管理の円滑な遂行のために、ICD-10とDSM-5で同じ精神障害に同じコードが付されている。

次に、DSMの改訂の歴史を踏まえて、特にDSM-IIIとDSM-5のそれぞれの概要と関連事項を考察する。

## II DSM

1952年に、当時のアメリカの精神医学界で主流であった精神力動的な概念（証明のない理論的仮説）を軸として構築された治療体系に基づいてDSM-Iが発行された。また、約60の

精神疾患の分類体系を欠き、診断の根拠になる症状は叙述的に記述され、軽度、中等度、重度などの判断は担当医に委ねられた。これらは、診断結果が一致しないことの原因になった。1968年にDSM-Iを踏襲したDSM-IIが発行された。DSM-IもDSM-IIも、それほど注目されなかった。なお、DSM-Iの原型は第2次世界大戦におけるアメリカ陸軍の徴兵の際に用いられた問診表である (Valenstein, 1998)。

### 1 DSM-III

1980年のアメリカ精神医学会によるDSM-IIIの発行は現代精神医学の革新と称された (黒木・神庭, 2014)。この革新性ゆえに、前述した医学系学術誌の制約も関係して世界の精神医学界に大きな影響を及ぼした。また、司法の領域 (裁判)、教育界でも広く利用されるようになった。

DSM-IIIが注目されたことで、DSM-IIIは日常の振るまいの疾病化を招いていると批判された (Kurchins & Kirk, 1999)。日常の振るまいの疾病化とは、よく眠れないことは大鬱病性障害、他人を憎むことは分裂病質人格障害、万引きは行為障害、元気がないことは気分変調性障害、心配しすぎることは全般的不安障害といった精神障害として診断されることをいう。この結果、医療保険が適用されて、アメリカの精神医学関連業界 (医師、病院、製薬業界) は隆盛を極めているといわれた。あるいは、DSMに列挙された障害が実体化されて疾患と同等とみなされる傾向を強める一方、精神障害の原因追求を妨げる可能性があるとは指摘されている (Kupfer, First, & Regier, 2002)。また、DSMの作成は精神医学界内部の政治性によって左右され、障害カテゴリや診断基準の新たな認定も患者団体、フェミニズムや同性愛などを信条とする組織集団の圧力を受けていると主張されている (Kurchins & Kirk, 1999; Valenstein, 1998)。

このような批判があるにせよ、DSM-IIIの革新性は次の3点に要約することができる。

第1の革新性は、疾患や疾病という用語に伴う問題を考慮して、DSM-IIIに登載された精神疾患の全てが障害 disorder と記述されたことである。

疾患は、健康と対比される病いに相当する主観的な概念であり、その患者が生きていく上で不都合な状態 (例、不快感、精神的な苦痛、自由の喪失、社会的・経済的な制約) を被っているか、被る危険性が増加していることをいう。要するに、健康とは、発病していないことや虚弱でないことに加えて、身体的・精神的・社会的に快適な状態であることをいう (WHO QOL group, 1993)。また、疾患という用語が象徴的な意味をもち始めて疾患本来の姿を離れ、社会的な意味を帯びて一人歩きをし、偏見や差別の新たな対象を生み出すことがある (山崎, 1995)。この例に、後天性免疫不全症候群がある (櫻井, 1994)。これらが、DSM-IIIで精神疾患が disorder と記述されたことの根拠であると考ええる。

また、このことに関して忘れられないことがある。それは、児童精神医学会で自閉性障害をもつ子どもの親が意見を述べ、“われわれの殆どが、声を失って黙り込まざるを得なかった” (小澤, 1984) と評されているほどの衝撃を学界関係者に与えたものである。その親の意見の一部を次に引用する。

わたくしたちが先生がたに受けとめてほしかったのは、「このような子を持つがゆえのわたくしの苦しみ」ではありません。「このような子を持つがゆえに周囲からうけ、差別や邪魔者扱い、そのような社会の中で生きていく上でのわたくしの苦しみ」なのです。先生がたは、残念ながら、〈周囲〉に対して、〈社会〉に対してたたかおうとはされず、問題を子どものゆえにというところにしぼってしまい、子どもの処遇だけを考えてしまわれています。それこそ、わたくしたちが「苦しめられてきた」周囲の者のこのような子どもに対する観方

そのものなのです。先生がたはこうしてわたくしたちへの敵対者として、社会一般のわたくしたちの子どもに対する攻撃の代弁者として、わたくしたちの前に登場されているのだということをはっきり自覚しておいででしょうか（枝吉，1971）。

特別支援教育に話題を限れば、自閉性障害と統合失調症の異同に関して結論が出され、自閉性障害は統合失調症から独立した臨床単位（精神障害の1つ）として認められた。また、広汎性発達障害という障害カテゴリ（臨床単位の上位に位置するもの：別名、大項目）のもとに、幼児自閉性（注、自閉性障害と同義）、小児期発症の広汎性発達障害、非定型広汎性発達障害という3つの臨床単位が提言された。すなわち、学術用語としての発達障害は小児期における脳機能障害ないし脳機能成熟の遅延に起因すると定義され、①狭義の発達障害、②広汎性発達障害、③特異的発達障害に分類された。これらの内、①項は知的障害を指す。③項は、学習障害と言語障害が属する障害カテゴリとして提言されたが、DSM-IVで削除されて学習障害とコミュニケーション障害（旧称、言語障害）に分割された。なお、1960年代のアメリカで発達障害という用語が提唱された。この発達障害は、行政用語としての発達障害と呼ばれている（田卷，2014）。

第2の革新性は、多くの精神障害の原因が解明されていない状況を踏まえて、特定の精神医学的理論を拠り所にした精神障害の原因に係る解釈がほぼ削除されたことである。なぜ、どうして、その精神障害を発症したかということはほとんど記述されていない。つまり、病因論に関して基本的に中立的な立場が採用された。これにより、特定の精神医学的理論に準拠する神経症や心気症はDSM-IIIに記載されていない。また、たとえばアメリカとイギリスで統合失調症の診断基準が異なるといった問題は回避され、実証的な臨床研究を進展させた。

各々の精神障害は症状から操作的に定めら

れ、研究者の主観に依存しなくてもよいように診断基準は客観的かつ記述的で、複数の項目（行動特性）で構成されている。DSM-IIIの利用にあたって、経験に基づいた適切な臨床的判断が必要である。そして、列挙された項目の中で、被検査者に該当する項目数が予め定められた基準数以上であれば、その診断基準を満たしたと判断され、診断が下される。また、観察期間などが定められている場合もある。この方式は実用的なアプローチで、臨床単位に関する知識を共有できることから診断の再現性や患者の均質性は高くなった。

しかし、操作的な診断基準は症状羅列的であり、平板な印象を与えることが難点である。これによる問題に、たとえば統合失調症の患者が併存症 comorbidity としての強迫性障害の症状を示せば、統合失調症に加えて強迫性障害の診断も下されることがある。併存症とは、原障害（原疾患）の予後や病態機序に影響を及ぼす他の障害（併存症）をいう。すなわち、併存症は複数の精神障害を同一平面に並べる一種の重複診断であり（濱田，2009）、合併症と異なる。併発症の他の例に気分変調性障害とパニック障害があり、薬物中毒や人格障害などにも適用されつつある。一方、合併症 complication は、ある精神障害（主症状）が原因となって惹起される他の精神障害（随伴症状）をいう。

操作的な診断基準にとって、より重要なポイントは、DSM-IIIの信頼性、臨床的有用性、臨床的妥当性である。いいかえれば、DSM-IIIが健康管理の専門家と研究者から信頼され、DSM-IIIによる診断は精神障害Aの患者を見逃さないこと、精神障害Aの患者と精神障害Bの患者を区別できることである。このため、DSM-IIIの作成委員会は臨床単位と網羅的な症状の記述が臨床や研究に有用であるか否かといったことを膨大な臨床研究の資料に基づいて詳細かつ慎重に検討した。この編集手続きは、その後の改訂でも基本的に踏襲されている。

第3の革新性は、多軸評価システムが採用さ

れたことである。このことは DSM-IV の項で述べる。

1987 年にアメリカ精神医学会は DSM-III-R を発行した。この改訂版では、精神医学の進歩に伴って、DSM-III の障害カテゴリや臨床単位の一部が変更されている。たとえば、広汎性発達障害という障害カテゴリに属する臨床単位は、自閉性障害（小児期発症型は、その旨を明記する）、特定不能の広汎性発達障害の 2 つに改められた。

## 2 DSM-IV

1994 年にアメリカ精神医学会は DSM-IV を発行した。この改訂版では、DSM-III の診断体系を踏襲しつつ、精神医学の進歩に伴って内容の一部が変更されている。広汎性発達障害（障害カテゴリ）を例にすれば、大規模な実態調査を実施して（Volkmar, Klin, Siegel, et al., 1994）、広汎性発達障害に属する臨床単位は自閉性障害、レット症候群、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害の 5 つに改められた。

また、面接（精神科医療では診断と精神療法の間である）による診断のばらつきを少なくするために、構造化面接 SCID structured clinical interview for DSM-IV（予め定められた質問項目、質問順序に従った面接）の技法が提案された。

次に、前述した多軸評価システムについて述べる。

多軸評価システムの目的は、以下の 5 軸（5 つの身体的・精神的・社会的な次元）から多面的に精神障害を診断することである。つまり、精神症状とこれに付随する身体症状の視座だけでなく、患者が直面している活動や参加の制約（もう 1 つの患者を苦しめている負担）を含めて精神障害を診断することを、アメリカ精神医学会は DSM の使用者に要請したのである。DSM-IV の多軸評価システムは次に示す 5 軸で構成されている。

- 第 1 軸：臨床疾患
- 第 2 軸：人格障害、精神遅滞
- 第 3 軸：一般身体疾患
- 第 4 軸：心理社会的及び環境問題
- 第 5 軸：機能全般的評価

これらの内、精神障害の診断と分類に関係するものは第 1 軸と第 2 軸である。第 1 軸と第 2 軸の違いは、臨床的関与（医療）の対象になる精神障害は第 1 軸で診断される。その際、2 種類以上の診断基準に合致すれば、主障害（受診理由）を最初に記述した上で、他の精神障害は併記される。また、第 1 軸の精神障害と第 2 軸の精神障害を発病した場合、第 2 軸の精神障害が主障害であることが明記されない限り、第 1 軸の精神障害が主障害とみなされる。付言すれば、たとえば統合失調症（第 1 軸）の診断前に統合失調型人格障害（第 2 軸）を、社会不安障害（第 1 軸）の診断前に回避性人格障害（第 2 軸）を、気分障害（第 1 軸）の診断前に境界性人格障害（第 2 軸）を呈することが多いといわれている。つまり、人格障害が第 2 軸に位置づけられたことは第 1 軸の精神障害との間に併存関係がみられることを反映している。さらに、DSM-III で精神遅滞、広汎性発達障害、特異的発達障害は第 2 軸に区分されていた。DSM-IV で広汎性発達障害は第 1 軸に移され、特異的発達障害（障害カテゴリ）は削除された。それゆえ、精神遅滞の内、①臨床的関与の対象になる（医学・生物学疾患を伴う）精神遅滞は第 1 軸と第 3 軸で、②特定の治療を必要としない精神遅滞は DSM-III の場合と同じく第 2 軸で診断される。精神遅滞の臨床的 2 分法に基づけば（田巻, 2014）、①項は病理 pathological 群、②項は低文化 subcultural 群に該当する。なお、低文化群という訳語は、ポリジーン形質（素因）として評定された“知能”が集団の文化水準に達していないということを意味している。すなわち、精神遅滞をもつ人々の生活環境レベルが“低い”といったような含意などはまったくない。



第1軸、第2軸、第3軸が診断的評価に用いられる。医師が診断するときに、第1軸か第2軸だけでなく、第3軸の精神障害の診断や患者の現在の状態に影響を及ぼす他の医学・生物学的疾患や身体状態を診察し、その所見を第3軸に記録することが求められた。この理由は、1人の患者が精神障害以外の病態や症状を併せて呈する場合があるためである。つまり、精神障害やこの病態は身体疾患（例. 甲状腺疾患、膠原病）に続発したり、身体疾患（例. アルコール依存による肝疾患）に先行したりすることがある。このような場合、内科などの専門医による治療が必要である。また、精神障害に伴う病態が治療に影響することがある。たとえば、不整脈を伴えば薬物を慎重に選択する必要がある（秋元，2002）。

第4軸と第5軸は臨床と研究で活用される尺度で、治療計画、予後予測にとって有用である。いいかえれば、「精神障害を診る」だけで、「患者を看ない」という不適切な立場をとれば、補助的な尺度となる。

第4軸では、患者の精神障害を潜在的に悪化させる心理・社会的や環境的な問題（例. 親の死、親の離婚か再婚、過保護、児童虐待、ネグレクト、不適切な学校環境、教師や友だちとの不仲）が記録される。

第5軸では、治療計画の作成、治療効果の評価、転帰の予測に役立たせるために、機能の全体的評定尺度（略記. GAF 尺度）を用いて、患者の適応生活機能に関する（第1軸～第3軸と独立した）担当医の判断が7段階評価で記録される（最適状況～最重度状況：100～31）。適応生活機能は、対人関係、職業活動、心理的機能の3領域を合わせた概念として提唱された。たとえば、精神障害を有することによって学校や職場での適応が妨げられたり（中等度：60～51、重度：50～41）、意思伝達に乏しくなり、友だちを殴ったり家庭内で反抗的になったりする（最重度：40～31）ことがある。

このように精神障害の異なる側面に配慮した

多軸評価システムを採用することにより、1つの軸（第1軸ないし第2軸）による観察だけでは見逃されるような患者の状態を的確に把握できるようになった。つまり、ある精神障害を患ったことによる機能障害は健康状態の一部であるが、その人は「病い」をもつとか、「病む人」であると捉えてはならないことが指摘された。あるいは、通常の地域生活を妨げる困難や対人関係のトラブルなどに適切に対応しなければならないことが強調された。

2000年にアメリカ精神医学会は DSM-IV-TR (text revision) を発行した。この解説改訂版では、主に DSM-IVの解説 text の内、関連する検査所見、有病率、経過などの項目が新しい知見を加えて大幅に改訂されている。

### 3 DSM-5

2013年にアメリカ精神医学会は DSM-5 を発行した。その内容は、DSM-IIIの規模に及ばないが、大きく変更された。この背景に、深く考えることもなしに行われる（誤解を招きやすい）製薬会社のマーケティング活動があるといわれている。DSM-IVの発行からの約20年間に、アメリカで自閉性障害の有病率は20倍、注意欠陥／多動性障害では3倍、双極性障害では2倍（特に、小児の双極性障害では40倍）にそれぞれ増加した。また、抗鬱薬の90%、抗不安薬の80%、抗精神病薬の90%が一般開業医によって処方され、安易な診断と治療が横行して精神症状に苦しむ人をさらに苦しめていると指摘されている（Frances, 2013 b）。このような過剰診断・過剰治療を回避することが DSM-5 の発行にあたっての課題になった。

しかし、この課題は解決されていない。Frances (2013 a) が、DSM-5 の改訂は総じて頑健な科学的基盤に立脚したものでなく、十分に検証されたわけでもなく、治療効果を予測するものとして実証されたものでもない指摘している。いいかえれば、DSM の改訂過程において膨大な臨床研究の資料に基づいて詳細か

つ慎重に検討されていることは前述した。しかし、DSM-5 の改訂に際してアメリカ国立衛生研究所の助成金が削減されたことなどが関わって徹底した臨床研究は実施されずに、ある事項を診断体系に組み込むか否かの決定などはその分野のエキスパートとされる者の決定に委ねられたこともあるといわれている (Kupfer et al, 2002)。ともかく、Frances (2013 a) は“DSM-5 はさらなる過剰診断と過度な薬の使用への門戸を開け放ってしまった”と結論づけている。

この例に、注意欠陥／多動性障害と診断される子どもの年齢の上限が 7 歳 (DSM-IV) から 12 歳 (DSM-5) に引き上げられたことがある。通常、小児期後期から青年期前期までに注意欠陥／多動性障害に特有な移動性の多動は消失するか軽快する (Douglas, 1972; Laufer & Denhoff, 1957; Menkes, Rowe, & Menkes, 1967)。したがって、診断時期の上限の延長は、原則的に多動が減少し始める時期を含むが、多動性や衝動性、注意の障害をもたらす他の医学・生物学的疾患との混同を招来して、精神刺激薬 (注意欠陥／多動性障害の第 1 選択薬) の乱用を増長することが危惧される。

また、非メディカル・スタッフ (非専門家集団) である教師が DSM の診断体系 (特に多軸評価システム) を十分に理解すれば、DSM-III、DSM-III-R、DSM-IV、DSM-IV-TR の最新版に基づいて疑わしい対象児の精神障害を判別することができた。しかし DSM-5 では、このような使用は禁じられた。それでも、対象児の精神障害に関して理解を深めるために、教師が DSM-5 を活用することはできる。Frances (2013 a) が、DSM-5 を使用する際の注意事項や留意事項などを紹介している。

このような批判や問題が DSM-5 にあることを明らかにした上で、次に DSM-5 で変更された 2 つのことを述べる。

第 1 の変更は、一部の精神障害 (精神病性障害) で、その症状の重症度 (症状なし～重度) に応じて「定量的に」評価し、1 人の患者の臨

床的な特徴を把握する方式 (ディメンション方式) が採用されたことである。DSM-5 に精神病症状 (例. 抑鬱、躁状態) を評価するための重症度ディメンション (症状に係る設問ごとに多段階評価で回答する質問紙) が記載されている。

広汎性発達障害 (DSM-IV) から名称変更された自閉症スペクトラム障害 (DSM-5) はディメンション方式に則った障害概念の新しい捉え方である。すなわち、自閉症スペクトラム障害は、この障害に特異的な精神病理学的領域に基づいて設定された 2 つの評価基準によって診断され、それぞれの診断結果によって自閉症スペクトラム障害の重症度のいずれに該当するかが特定される。自閉症スペクトラム障害の重症度は、軽度、中等度、重度という 3 つのディメンションに分類されている。これらの概要は後述するが、上記のディメンション方式で診断される一部の精神障害は自閉症スペクトラム障害を含まない。

ディメンション方式と対比すれば、DSM-III、DSM-IV ではカテゴリ分類 (別名. カタログ分類) と呼ばれる「定性的な」方式が用いられた。カテゴリ分類の場合、診断基準として提示された項目 (行動特性) の内、対象者に存在する (ある／なしで判定された) 項目数が予め決められた基準数以上であることで診断が下される。実は、多くの精神障害の原因が不明である状況下における診断として、カテゴリ分類とディメンション方式のどちらが適しているかに関する結論は記述されていない。このため、DSM-5 でディメンション方式を採用するとされた精神病性障害の一部でもカテゴリ分類による診断は可能である。

第 2 の変更は、多軸評価システムが廃止されたことである。この廃止により、疾患自体とそれがもたらす社会のステレオタイプやスティグマに苦しめられ闘い続けている患者本人と、全ての人々と同じく未来に希望をもつことを願っている家族の立場が忘れ去られることが懸念さ

れる。しかし、これは私の誤解である。なぜなら、多軸評価システムの廃止は ICD との統合を図るためである。機能の全体的評価尺度は、2001年に WHO が発行した国際生活機能分類を代用して評価することが DSM-5 に明記されている。国際生活機能分類と多軸評価システムが廃止されたことに伴う問題は後述する。また、ここで述べたことを含めて、DSM-5 と特別支援教育に係る問題も後述する。

次に述べる問題は DSM-5 に全く関わりがない。2014年に刊行された翻訳本（高橋・大野監訳）の問題であり、日本語訳の問題である。翻訳の際に、たとえば communication disorder をコミュニケーション障害ではなく、日本精神神経学会精神科病名検討委員会が決定したコミュニケーション症（注. コミュニケーションの疾患）と訳出することにしたと記されている。我が国の決定は、DSM-IIIの発行の際に精神疾患を全て精神障害と捉えたアメリカ精神医学会の思想に反している。なお、翻訳本には〇〇症と〇〇障害が併記されている。

この問題の根源は障害の「害」という漢字にあるとされている。字統、字解、字通を編輯した白川 静の解釈に対して当時の主流であった中国学者が批判している。それでも、字通（平凡社刊）で「害」の成り立ちが説明され、常用字解（平凡社刊）に「害」は害することができず、無害の字になったという記述がある。つまり、「害」に妨げるの意味はあるが、災いの意味はない。歩行障害や心臓障害などと記述されることが多い中で、障害者といった表記が問題にされたことを障害をもつ人に尋ねたときに「害」という漢字の問題ではなく、障害者という表記自体を改めること（例. ニーズをもつ者。ただし、要支援者は不可）を望むと言われたことがある。

障害に対する理解と共感がない限り、あるいは偏見や差別、ステレオタイプ、スティグマを除去することに社会（関係者）が積極的に取り組まない限り、新たな用語にスティグマが付加

されることは容易に想像できる。たとえば、1999年に精神薄弱という用語が知的障害に改められた直後に、特別支援学級（知的障害）を併設する小学校で、その学級に在籍する同級生を「ちて」という新たな蔑称で呼びすてた児童がいたことを担任が悲しみと怒りと反省を込めて私に告げた。

### Ⅲ 国際生活機能分類

国際生活機能分類（略記. ICF：WHO, 2001）は、健康状態に関連して起こりうる事象の分析に使用するために作成された。たとえば、子どもが麻疹を発病したことは ICD-10、発病によって通常の日常活動ができなかったり、伝染予防のために登校できなかったりすることは国際生活機能分類で扱われる。

国際生活機能分類で、健康状態に関連して起こりうる障害は、心身構造と身体機能、活動、参加の3つの次元に背景要因（環境要因、個人要因）を加えて理解されている。これは、1981年の国際障害者年、1983～1992年の国連・障害者10年などの影響を受けて、障害をもつ人々が家族とともに地域社会で生活することを支援し援助すること、完全な社会統合を保障することが障害者問題の中核であると捉えられるようになったことを示す。

国際生活機能分類での健康状態は、個人に苦悩をもたらし、日常生活の活動を妨げ、医療機関を受診させるようになる個人の健康状況の変化ないし属性をいう。したがって、医学・生物学的な疾患、精神医学的な疾患、事故や災害による外傷だけでなく、妊娠、先天異常（または発生毒性）、老化、遺伝的素因などに起因するものを含む。健康状態（変調ないし疾患）は、3つの次元及び背景要因（環境要因、個人要因）の相互関係のもとで、基本的に「身体機能→活動→参加」という系列に従って障害や制約を招来する。稀に、環境要因が参加の制約を直接引き起こすことがある。たとえば、後天性免疫不全症候群に対するスティグマにより、この

陽性感染者（未発病）の社会参加が拒否されることがある。

身体機能の障害は、身体か身体一部の基礎的な機能（脳機能を含む）を遂行できないことをいう。生活上の困難をもたらす器官・臓器レベルの機能障害は、①医学・生物学的な疾患、②四肢や他の心身構造の変形や欠陥、欠損に由来する。①項の場合も②項の場合も、ICD-10に登録された疾患／症候群に随伴する機能障害はICD-10で扱われる。国際生活機能分類では、日常生活に支障をきたす一般的な身体機能の障害や機能障害について分析されている。

活動の制約は、地域生活において人々に期待されている日常生活動作や生活関連動作などの遂行が妨げられていること、それらの遂行時に援助や援助を必要とすることをいう。

参加の制約は、身体機能の障害や活動の制約をもつ人の参加の実態と、その人が期待する参加や同じ社会・時代の障害をもたない人々に保証されている参加の実態との間の不一致として捉えることができる。しかし、身体機能の障害の結果としての活動や参加の制約は避けることのできないバリアではない。たとえば、あるタイプの色覚異常（異常三色型：いわゆる赤緑色弱）を有する人は日常生活に支障を生じないにもかかわらず、たとえば就労において不当に扱われ、教員不適格などの差別を受けていた。現在では、このような参加の制約は撤廃されている（日本色覚差別撤廃の会編著、1996）。

国際生活機能分類による障害を理解する上で、次に述べる4点に注意する必要がある。

①系列の中断：先天代謝異常症の新生児集団スクリーニングと早期治療（主に食事療法）により、たとえばフェニルケトン尿症をもつ児童生徒の正常な心身発達が期待できるようになった。このことは、身体機能の障害（フェニルアラニン水酸化酵素の欠乏）があっても、活動や参加は制約されないことを示す。

②系列の逆行：危うく死ぬような事故に遭遇

したことが契機になり、それまで健康であった児童生徒が外傷後ストレス障害（生き残ったことへの自責の念を含む）を呈するようなことがある。

③対応の不一致：ハンセン病（別名、ライ病）は特に皮膚に重度の病変が生じることなどから、中世から偏見や差別、排除の対象となってきた。1980年代に有効な治療薬が開発されたあとも、絶対的隔離政策と消極的な優生思想に基づく施策が継続された。1996年に、らい予防法の廃止と優生保護法の改正が実現した。2001年に国が責任を認めて患者・元患者の名誉回復を含むハンセン病対策に踏み出した。これらは、ハンセン病に対する国とマスコミの一貫した冷淡な対応も含めて、異質な他者に対する根強い社会の差別意識を反映している（三宅・福原、2013）。

④2次性障害の発現：フェニルケトン尿症と診断された児童生徒は食事療法を継続しなければならない。そこで、同級生などから好奇の目でみられ、中傷されるようなことがあれば、その児童生徒の精神発達に悪影響を及ぼして新たな活動や参加の制約（例、不登校）をひき起こすことが考えられる。

また、慢性疾患を患っている家族を看病するために、健康な個人が休職や退職を余儀なくされることがある。しかし、その家族の一員としての思いや負担に伴う活動や参加の制約については不明確な部分が多く、身体の構造と機能に障害をもたない家族が直面する問題は今後の検討に委ねられている。

#### [心身構造と身体機能の障害・活動と参加の制約の評価]

国際生活機能分類の構成要素（分析対象）は、心身構造、身体機能、活動と参加、環境要因の4つである。表1に示すように、構成要素ごとに評価の領域が設定されている。これに加えて、それぞれの評価の領域でも検査項目が定

表1 国際生活機能分類における構成要素、評価の領域、評価点（観点）[障害者福祉研究会編（2002）より作表]

構成要素	評価の領域	評価点	
心身構造	(8 領域)	[観点] 構造障害の程度や大きさ	
	神経系の構造 目・耳及び関連部位の構造 音声と発声にかかわる構造 心血管系・免疫系・呼吸器系の構造 消化器系・代謝系・内分泌系の構造 尿路性器系と生殖系に関連した構造 運動に関連した構造 皮膚及び関連部位の構造	{ 構造障害なし 軽度の構造障害 中等度の構造障害 重度の構造障害 完全な構造障害 詳細不明 非該当	
身体機能	(8 領域)	[観点] 機能障害の程度や大きさ	
	精神機能 感覚機能と痛み 音声と発声の機能 心疾患系・血液系・免疫系・呼吸筋の機能 消化器系・代謝系・内分泌系の機能 尿路・性・生殖の機能 神経筋骨格と運動に関連する機能 皮膚及び関連部位の機能	{ 機能障害なし 軽度の機能障害 中等度の機能障害 重度の機能障害 完全な機能障害 詳細不明 非該当	
活動と参加	(9 領域)	[観点] 能力	[観点] 実行状況
	学習と知識の応用（注. この検査項目を例示） 一般的な課題と要求 コミュニケーション 運動・移動 セルフケア 家庭生活 対人関係 主要な生活領域 コミュニティライフ・社会生活・市民生活	{ 困難なし 軽度の困難 中等度の困難 重度の困難 完全な困難 詳細不明 非該当	{ 困難なし 軽度の困難 中等度の困難 重度の困難 完全な困難 詳細不明 非該当
環境要因	(5 領域)	[観点] 阻害因子	[観点] 促進因子
	生産品と用具 自然環境と人間がもたらした環境変化 支援と関係 態度 サービス・制度・政策	{ 阻害因子なし 軽度の阻害因子 中等度の阻害因子 重度の阻害因子 完全な阻害因子 詳細不明の阻害因子 非該当	{ 促進因子なし 軽度の促進因子 中等度の促進因子 高度の促進因子 完全な促進因子 詳細不明の促進因子 非該当

められている。次に、活動と参加の構成要素の内、学習と知識の応用の領域における検査項目を例示する。

- 目的を持った感覚的経験：注意して視ること、注意して聴くこと、その他の目的のある感覚、その他の特定の（及び詳細不明の）目的をもった感覚経験
- 基礎的学習：模倣、反復、読むことの学習、書くことの学習、計算の学習、技能の

- 習得（基本的な技能の習得、複雑な技能の習得、その他の特定の技能の習得、詳細不明の技能の習得）、その他の特定かつ詳細不明の基礎的学習
- 知識の応用：思考、読むこと、書くこと、計算、問題解決（単純な問題解決、複雑な問題解決、その他の特定の問題解決）、詳細不明の問題解決
- 意思決定

- その他の特定かつ詳細不明の知識の応用
- その他の特定かつ詳細不明の学習と知識の応用
- 詳細不明の学習と知識の応用

このように、学習と知識の応用の領域では 7 つの検査項目が設定されている。これらの内、3 つの検査項目で、さらに細分化された検査項目が用意されている。これらの検査項目は簡潔に説明され、具体的な評価の内容が明示されている。また、それぞれの評価点は操作的に定義されている。そして、表 1 に示した各々の構成要素の評価点（評価の観点）に基づいて、全ての検査項目が 5 段階（詳細不明と非該当を加えれば、7 段階）で評定され、障害をもつ人々の機能障害、活動や参加の制約の実態が明確にされる。

なお、次の 3 点を付記しておきたい。第 1 点は、活動と参加の制約は生活の全ての領域（例. 話すことだけでなく、会話の内容なども含む）に及ぶことである。つまり、この制約は、①能力、②実行状況（環境下で活動や参加が遂行されている状況）という 2 種類の評価点で構成されている。これらの内、②項は、現実に個人が置かれている状況を背景にした「生活・人生場面への関わり」ないし「生活経験」と捉えることができる。その状況には、環境因子の全ての側面（例. 物理的側面、社会的側面、人々の社会的な態度の側面）を含む。この全ての側面は環境因子として評価される。第 2 点は、②項として記した実施状況は日常的な実施状況を意味するが、補装具または個人的な支援を利用した場合（日常的に利用していれば、補装具または個人的な支援を不使用の場合）の実施状況が別途評価されることがある。第 3 点は、環境因子の評価点に、促進的に作用する程度、阻害的に作用する程度の 2 つがあることである（障害者福祉研究会編、2002）。

#### IV DSM-5 の問題点

DSM-IV (APA, 1994) において、特別支援

教育の対象障害は「通常、幼児期、小児期、青年期に始めて診断される障害」というカテゴリに登録されていた。表 2 に示すように、DSM-5 (APA, 2013) で、そのカテゴリの名称は「神経発達障害」に改められ、内容も変更された。また、神経発達障害に分類される障害カテゴリの名称だけでなく、障害カテゴリの構成（臨床単位の名称を含む）も変更された。次に、これらの変更が特別支援教育に及ぼす影響について考えてみたい。

第 1 に、DSM-5 で神経発達障害というカテゴリが採用されたことがある。神経発達障害は、典型的には発達期早期（しばしば就学前）に明らかになり、個人的、社会的、学業面や職業面の機能の阻害 impairment をもたらす発達期の障害 deficit によって特徴づけられると記述されている。発達期の障害が及ぶ範囲は、学習や実行機能の制御という特異的で極めて限られたものから、社会的スキルや知能などの全般的なものまでとされている。しかし、神経発達障害は DSM-III (APA, 1980) で提唱された発達障害の同義語であるか否かは言及されていない。神経発達障害に係る記述には小児期における脳機能成熟の遅れという概念構成要素 (DSM-III) を欠くことから、神経発達障害は発達障害と異なった概念であると捉えることが妥当である。発達障害概念の内包（脳機能成熟の遅れ）と外延（狭義の発達障害、広汎性発達障害、特異的発達障害に分けられたこと）は神経発達障害概念の場合と同じでないことを明確にしなければ、注意欠陥／多動性障害は DSM-5 で始めて発達障害とみなされたといった誤解が生じる。

ともかく、神経発達障害は、知的障害からチック（突発的で、急性、反復性、非律動性、常同的な運動ないし発声）まで、著しく次元の異なった状態を内包している。DSM-III で広汎性発達障害という用語が採用されたが、発達障害の定義からみて、自閉性障害の診断基準の 1 つである常同的・反復的な行動を発達障害として

表2 特別支援教育の対象障害に係るカテゴリにおける DSM-IVと DSM-5 の相違（DSM-IV, DSM-5 より作表）

DSM-IV (APA, 1994) のカテゴリ	DSM-5 (APA, 2013) のカテゴリ
通常、幼児期、小児期、青年期に始めて診断される障害	神経発達障害 neurodevelopmental disorders
精神遅滞 [障害カテゴリ]	知的能力障害 [障害カテゴリ]
軽度精神遅滞	知的能力障害（別名、知的発達障害）
中等度精神遅滞	全般的発達遅延
重度精神遅滞	特定不能の知的能力障害
最重度精神遅滞	
精神遅滞、重症度は特定不能	
学習障害（旧称、学習能力障害） [障害カテゴリ]	特異的学習障害 [障害カテゴリ]
読字障害	特異的学習障害
算数障害	
書字表出障害	
特定不能の学習障害	
運動能力障害 [障害カテゴリ]	運動障害 [障害カテゴリ]
発達性協調運動障害	発達性協調運動障害
チック障害 [障害カテゴリ]	常同運動障害
トゥレット障害	チック障害
慢性運動性または音声チック障害	他の特定されるチック障害
一過性チック障害	特定不能のチック障害
特定不能のチック障害	
コミュニケーション障害 [障害カテゴリ]	コミュニケーション障害 [障害カテゴリ]
表出言語障害	言語障害 language disorder
受容-表出混合性言語障害	語音障害 speech sound disorder
音韻障害 phonological disorder（旧称、発達性構音障害）	小児期発症流暢性障害（吃音）
吃音	対人的（語用論的）コミュニケーション障害
特定不能のコミュニケーション障害	特定不能のコミュニケーション障害
広汎性発達障害 [障害カテゴリ]	自閉症スペクトラム障害 [障害カテゴリ]
自閉性障害	自閉症スペクトラム障害
レット障害	
小児期発達性崩壊性障害	
アスペルガー障害	
特定不能の広汎性発達障害（非定型自閉症を含む）	
注意欠陥及び崩壊的行動障害 [障害カテゴリ]	注意欠陥／多動性障害 [障害カテゴリ]
注意欠陥／多動性障害	注意欠陥／多動性障害
特定不能の注意欠陥／多動性障害	他の特定される注意欠陥／多動性障害
反抗挑戦性障害	特定不能の注意欠陥／多動性障害
行為障害	
特定不能の破壊的行動障害	
幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害 [障害カテゴリ]	
異食症	→ 摂食・飲水障害 [障害カテゴリ]
反芻性障害	→ 摂食・飲水障害 [障害カテゴリ]
幼児期または小児期早期の哺育障害	→ 摂食・飲水障害 [障害カテゴリ]
排泄障害 [障害カテゴリ]	
遺糞症	→ 排泄障害 [障害カテゴリ]
遺尿症（身体症状によらない）	→ 排泄障害 [障害カテゴリ]
幼児期、小児期、青年期の他の障害 [障害カテゴリ]	
分離不安障害	→ 不安障害 [障害カテゴリ]
選択性緘黙	→ 不安障害 [障害カテゴリ]
幼児期または小児期早期の反応性愛着障害	→ 心的外傷及びストレス因障害 [障害カテゴリ]
常同運動障害（旧称、常同性／性癖障害）	→ 運動障害（上記の障害カテゴリ）
特定不能の小児期、小児期、青年期の他の障害	
	他の神経発達障害 [障害カテゴリ]
	他の特定される神経発達障害
	特定不能の神経発達障害

注. 破壊的行動障害（反抗挑戦性障害、行為障害）については、本文を参照されたい。

捉えられるかという議論があった。DSM-5 の神経発達障害では、このような議論を招かないように巧みに説明されているが、精神活動の次元に違いがありすぎるという違和感は残る。より重要な問題は、自閉症スペクトラム障害を除いて、神経発達障害は（一見すれば）カテゴリ分類に属する障害である。DSM-5 の作成実行委員会は、カテゴリ分類とディメンション方式による分類を混在させたことに関する研究と臨床の根拠を「付録 A. DSM-IV から DSM-5 への主な変更点」などの箇所で提示すべきであったと考えるが、そのような記述は見当たらない。本質的に正常と異常に類別されることによる障害と連続体を構成する障害という互いに本性が異なるものを神経発達障害に包括するからには、異質的なものの集合体で恣意的であるといわれないうように包括に至った事由を明らかにすることが望まれる。

このことに関して、DSM-5 の運動障害（障害カテゴリ）の内、チック障害（臨床単位）の「臨床的特徴」の箇所で、症状の重症度に応じて、チック障害はトゥレット障害、持続性（慢性）運動ないし音声チック障害、暫定的チック障害の順に分類されている。また、他の特定されるチック障害、特定不能のチック障害はチック障害よりも軽症である。そうすれば、少なくともチック障害はスペクトル障害とみなされるはずであるが、このことは言及されていない。

第 2 に、神経発達障害という曖昧で不確かな概念を仲立ちにして、神経発達障害に属する障害は他の障害にしばしば併存すると指摘されていることがある。このため、表 2 に示すように、「通常、幼児期、小児期、青年期に始めて診断される障害」（DSM-IV）のカテゴリにおいて、他の障害に併存する可能性がないと判断された障害（例、異食症、分離不安障害）は他の障害カテゴリ（例、摂食・飲水障害、不安障害）に移されている。なお、コミュニケーション障害は他の障害に併存することがあるのかと

疑問をもたれるかも知れない。コミュニケーション障害に「対人的（語用論的）コミュニケーション障害」（臨床単位）が加えられたことで、併存関係の可能性が生じた。この例に自閉性障害（特に高機能自閉症）があり、意味・語用論障害ないし語用論的な症状が自閉性障害に併存することは報告されている（Baltaxe, 1977; Menyuk, 1978; Tager-Flusberg, 1981）。

DSM-IV-TR (APA, 2000) のカテゴリの内、特別支援教育の主な対象となる障害カテゴリには除外規定が定められていた。除外規定とは、表 3 に示すように、たとえば発達性協調運動障害の診断に際して、同時に自閉性障害を診断できないことをいう。つまり、発達性協調運動障害と自閉性障害は重複して診断できない。しかし、知的障害と診断された児童生徒が（その子どもにみられる知能機能の低下ではうまく説明できない程度の）不器用さを示せば、発達性協調運動障害を重複（追加）して診断することができた。表 3 では、ある種の制限はあるが重複診断が可能なることを「制限」と述べている。

これまで、注意欠陥／多動性障害と診断された児童生徒が（注意欠陥／多動性障害の症状だけでなく）自閉性症状を呈することは知られていた。このような場合、注意欠陥／多動性障害の症状が主症状で、自閉性症状を随伴症状として捉えるといった視座から、その児童生徒の精神心理面の状態を可能な限り把握することが試みられてきた。この理由は、注意欠陥／多動性障害に特徴的な対人関係の障害は、自閉性障害の場合と異なり、対人的感受性が乏しいことに由来するためである（Selikowitz, 1995; Wender, 1997）。つまり、対人関係の障害に関して注意欠陥／多動性障害の概念には独自性がある。このため、注意欠陥／多動性障害の除外規定（DSM-IV-TR）に自閉性障害が記されていたのだろう。しかるに、研究と臨床の根拠が提示されずに DSM-5 では 3 つの除外規定が撤廃され、神経発達障害を構成する障害カテゴリはそれぞれ原疾患と併存症の関係にあるとだけ記



表3 DSM-IV-TRの「通常、幼児期、小児期、青年期に始めて診断される障害」における主な障害ごとの除外規定

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	付記
①精神遅滞		△		△	△				(精神遅滞には除外規定がない。)
②学習障害	△			△	△				
③発達性協調運動障害	△				×				
④コミュニケーション障害	△				×				重複診断の不可→表出性言語障害
⑤広汎性発達障害	△		×	×		×			
⑥注意欠陥/多動性障害	△		△		×				
⑦反抗挑戦性障害	△								}破壊的行動障害
⑧行為障害									

[記号]×：重複診断は不可。△：重複診断（追加診断）に制限がある。空欄：言及されていない。

注1. たとえば、注意欠陥/多動性障害の除外規定には他の精神障害性障害（例、双極性障害）も含まれている。

注2. たとえば、精神遅滞の項目では発達性協調運動障害との重複診断に係る記述はないが、発達性協調運動障害の項目では精神遅滞との重複診断について述べられている。このため、横欄と縦欄で記号の記述は異なる。

述された。診断にあたって、どちらが原疾患あるいは併存症であるかを特定する観点や方法は述べられていない。また、原疾患での併存症の併存率、その児童生徒の成長に伴った原疾患と併存症の関係の変化なども明らかでない。そこで、自閉性障害と注意欠陥/多動性障害（または、自閉性障害と学習障害、自閉性障害と発達性協調運動障害）の間で何らの制限もなしに重複診断が可能であるならば、これらの障害カテゴリはどうして必要であるのか。あるいは、それぞれの概念の独自性は担保されているのだろうか。

確実な根拠によらずに DSM-IV-TR の3つの除外規定が DSM-5 で撤廃されたことに問題があると考えられる。これで困ることは、たとえば注意欠陥/多動性障害の経過、転帰を含む予後は自閉性障害の場合と異なり、適切な教育対応も異なるので、重複障害の診断をもつ児童生徒の担任が個別の指導計画を作成できなくなることである。また、どちらが原疾患であるかが不明なために中・長期的な展望がもてなくなったり、教師の意欲や熱意がそがれたりすることも起こるだろう。

第3に、DSM-IVの障害カテゴリである「精

神遅滞」が DSM-5 で「知的能力障害」に改められ、知的能力障害の低位分類が変更されたことがある。この変更に至った事由と関連事項は既に報告したので（田巻・堀田・加藤、2015）、ここでは述べない。

第4に、前述したように「広汎性発達障害」（DSM-IVの障害カテゴリ）が「自閉症スペクトラム障害」（DSM-5）に変更されたことがある。これに伴って、学術用語としての広汎性発達障害の典拠がなくなった。一方、DSM-5では、自閉症スペクトラム障害を特徴づける精神病理学的領域に基づいて2つの評価基準が定められている。これらの評価基準は、広汎性発達障害の3主徴（Wing & Gould, 1979）として提唱された①対人関係の障害、②コミュニケーションの障害、③常同的・執着的行動の内、①項と②項を一体化した「対人的コミュニケーション及び対人相互反応の障害」（略記、評価基準A）と、③項の表記を改めた「限られた反復的な行動様式」（略記、評価基準B）である。評価基準Aの設定は、DSM-IV-TR（APA, 2000）において、自閉性障害の診断基準に①項～③項の3つ、アスペルガー障害の診断基準に①項と③項の2つが用いられたことと関係する。つま

り、アスペルガー障害の言語スキルはほぼ正常域にあると理解されていたのである。また、自閉症スペクトラム障害の重症度はレベル 1 (支援を要する)、レベル 2 (十分な支援を要する)、レベル 3 (極めて高度な支援を要する) の 3 段階に分けられている。

自閉症スペクトラム障害の特徴は、これを診断するための診断基準と診断項目が定められていないことである。すなわち、評価基準 A と評価基準 B に該当すると思われる症状がみられるという医師の判断により、自閉症スペクトラム障害と診断される。いいかえれば、評価基準 A と評価基準 B のどちらか一方だけしか認められない場合、自閉症スペクトラム障害の診断は下されない。たとえば、評価基準 A に関してレベル 1、評価基準 B に関してレベル 2 と特定されることにより、自閉症スペクトラム障害と診断される。しかし、評価基準 A に関して著しい障害を示すが、他の自閉症スペクトラム障害の診断基準 (注. 必ずしも明確でない) を満たさない場合、対人的 (語用論的) コミュニケーション障害と診断されることになる。また、評価基準 A と評価基準 B、自閉症スペクトラム障害の重症度 (軽度～重度) の意味内容は例示されているが、いずれの診断基準も診断項目も定められていないことを改めて述べておきたい。したがって、医師によって、たとえば評価項目 A に該当する障害を有するか否かの診断、あるいは評価項目 A の重症度の特定が異なることも起こるだろう。つまり、自閉症スペクトラム障害の疑いをもつ者が自閉症スペクトラム障害と診断されたり、診断されなかったりすることが懸念される。

診断に際して、①認知障害の合併の有無、②言語障害の合併の有無、③関連する既知の疾患 (遺伝疾患を含む) や環境要因を明記することが要請されている。これらの内、②項は評価基準 A と一部重複しているが、評価基準 A では言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションが障害されているか否かを特定し、

②項では自発言語と理解言語の発達段階 (言語障害の程度や内容を含む) などを記録することが求められている。③項は、症候性自閉症 (Barton & Volkmar, 1998) であることを特定するものである。この例に、レット症候群に関連する自閉症スペクトラム障害がある。

また、自閉症スペクトラム障害は、DSM-IV の診断基準に基づいて診断された臨床単位 (例. 自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害) を包括するとされている。しかし、自閉症スペクトラム障害において、広汎性発達障害の下位分類である臨床単位は定められていない。これで困ることは、DSM-5 で自閉性障害やアスペルガー障害を認めていないので自明のことになるだろうが、自閉性障害やアスペルガー障害の重症度が判定されていないことである。それゆえ、自閉性障害やアスペルガー障害のスペクトラム障害としての実態 (臨床単位の重症度) は不明である。しかも、たとえばレベル 1 の重症度と知らされても、これまで自閉性障害やアスペルガー障害といった診断を介して自閉症概念を理解してきたことと齟齬をきたして、その子どもにみられる障害の内容と程度をどのように把握して教育対応を図ればよいのかと教師は苦悩するだろう。重要なことなので付記するが、アスペルガー障害の外的妥当性を巡ってさまざまに議論されている (e.g., Volkmar & Klin, 2000)。DSM-5 に準拠すればアスペルガー障害という診断は成立しないので、アスペルガー障害の独自性や原因の解明に係る研究調査を停滞させるようになることが懸念される。

DSM-5 の作成実行委員会がディメンション方式による診断を採用すると決めたのであれば、信頼に足る科学的データに基づいて従来の臨床単位 (特に、高機能自閉症、アスペルガー障害) の削除理由を明記した上で従来の臨床単位を削除すると宣言して、一定の診断基準に該当する病態を自閉症スペクトラム障害に一括し、症状の重症度に応じて分類すると踏み込ん

だ提言をすべきであった（注. DSM-5で統合失調症の下位分類は削除されたが、この理由は「DSM-IVからDSM-5への主な変更点」の箇所に記されている）。あるいは、自閉症スペクトラム障害は従来の臨床単位を包括しているとするならば、従来の主な臨床単位を重症度に応じて分類し、それぞれの診断基準と診断項目を提言することも検討されるべきであった。そうでなければ教育現場の混乱を招くだけである。いいかえれば、従来の臨床単位を許容し、いずれの診断基準も診断項目も定めなかったDSM-5は信頼を失うだけである。ともかく、自閉性障害に関わる用語は自閉症スペクトラム障害に統一されたが、診断の再現性や患者の均質性は保証されなくなった。自閉症スペクトラム障害に係るDSM-5の提言は時期尚早の誹りを免れえないだろう。

第5に、注意欠陥／多動性障害の併存症の問題がある。すなわち、行為障害の原因の1つに神経生物学的な要因があり、この要因を注意欠陥／多動性障害も共有すると考えられて（Kaplan et al. Eds., 2003, pp.1232-1240）、注意欠陥／多動性障害に破壊的行動障害（反抗挑戦性障害、行為障害）が併存する可能性がある。このため、DSM-IVの障害カテゴリは「注意欠陥及び破壊的行動障害」であった。しかしDSM-5では、この障害カテゴリは注意欠陥／多動性障害と破壊的行動障害に分割されて、注意欠陥／多動性障害は「神経発達障害」に属する障害カテゴリの1つとして設定された。一方、破壊的行動障害は、DSM-5で新たに設けられた「秩序破壊的・衝動制御・行為障害群<sup>2)</sup>」という障害カテゴリの下位分類に位置づけられている。破壊的行動障害の位置づけが変更されたことにより、次に述べることに理解が及ばないようになる恐れがある。

注意の障害や多動の診断基準、併存症の診断基準、調査集団などによって併存症の診断は異なるが、一般的に、反抗挑戦性障害の併存率は35～50%、行為障害では25%と報告されてい

る（Jensen, Martin, & Cantwell, 1997; Kuhne, Schachar, & Tannock, 1997）。注意欠陥／多動性障害にステイグマが付加されることも、我が子の将来に無用の不安を保護者に抱かせることも望まないが、破壊的行動障害という併存症の存在を知らずに、反抗や乱暴をやめない子どもに育てたと保護者が苦悩して自責し、緊張と不安のなかで生活していることもあるだろう。そうすれば、誰の力も借りずに家族で何とかしようとしている保護者に説明して納得させ、専門医の診断と適切な治療（例. カウンセリングを含むペアレント・トレーニング、薬物療法）を受けるように助言することが望まれる（Eddy, 2006）。

注意欠陥／多動性障害に別の問題がある。それは、注意欠陥／多動性障害の13～54%にトウレット障害が併存することである（Comings & Comings, 1998; Robertson, 1989）。ときに、注意欠陥／多動性障害の薬物療法によってトウレット障害は悪化する場合もある。DSM-5でチック障害は「運動障害」（障害カテゴリ）に移されたが、トウレット障害（臨床単位）は削除された。それでも、DSM-5の注意欠陥／多動性障害（臨床単位）の「併存症」の箇所で注意欠陥／多動性障害にチック障害が併存するだけで述べられ、トウレット障害はチック障害の「診断的特徴」の箇所で説明されている。これで述べたいことは、DSM-IVに比して、DSM-5の記述はマニュアルとしての利便性（わかりやすさ）を欠いていることである。

第6に、ICDとの統一的な診断基準を目指してDSM-5で多軸評価システムが廃止されたことがある。その際、遺伝疾患（例. レット障害、結節硬化症）の合併症状の1つとして自閉性症状を呈することがある（Gillberg & Collman, 1992）。この病態は症候性自閉症と呼ばれている。DSM-IVを用いれば、自閉性障害（第1軸）の診断に加えて、一般身体疾患（第3軸）の診断を行うことによって症候性自閉症であることが特定できた。臨床の立場からみれば

ば、多軸評価システムの廃止は診断基準としての弱体化を招来したといわざるをえない。すなわち、自閉性障害だけでなく、DSM-IVでは知的障害、学習障害、発達性協調運動障害、コミュニケーション障害などで一般身体疾患（第3軸）の診断を要することは明記されていたが、DSM-5ではその指摘がない。たとえば、知的障害（障害カテゴリ）の「診断マーカー」の箇所で、診断の構成は（一般的身体疾患の診断のための）各種検査法を含むと述べられているだけである。なお、非メディカル・スタッフがDSM-5を用いることを禁止したので、その記述だけで十分であると考えられたのだろう。

これまで述べてきたように、DSM-IIIの革新性はDSM-IVに継承されたが、DSM-5では総じて後退したように見受けられる。このため、知的障害や自閉性障害などに係る理解の深化が頓挫し、それらの障害をもつ児童生徒に対して適切な教育対応を図ることは困難になったように思われる。また、DSM-5の改訂事由に過剰診断・過剰治療を回避することがあった。しかし、たとえば自閉性障害では診断基準を欠き（つまり、診断は医師の裁量に委ねられ）、注意欠陥／多動性障害では診断時期の上限が引きあげられ、これらの障害などに関する除外規定が撤廃されたために、神経発達障害において過剰診断・過剰治療は回避できたとはいえないだろう。

注

- 1) 法令に特別の定めがある場合を除き、特別支援学校（知的障害）の小学部と中学部における学級編制は15人以下（学校教育法施行規則第120条第2項）、また小学校、中学校、中等教育学校（前期課程）に設置される特別支援学級の学級編制は15人以下（学校教育法施行規則第136条）を標準とすると定められている。
- 2) DSM-5の翻訳本（高橋・大野監訳，2014）において、「Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders」は「秩序破壊的・衝動制御・素行障害群」と訳出されている。しかし、本稿では「秩序破壊的・衝動制御・行為障害群」とした。

つまり、conduct disorderを（これまでと同じく）行為障害と訳した。この理由は、“素行”という用語に“素行が悪い”（大辞林，三省堂刊）といった用例があるためである。このようなネガティブなステレオタイプを含意する用語を使用することにより、行為障害（素行障害）をもつ子どもに対して個人の人格を貶めるようなステイグマが付与される可能性がないとは限らない。この可能性に配慮し、本稿では行為障害という用語を使用した。

また、DSM-5の翻訳本で「Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder」は「注意欠如／多動性障害」と訳出されているが、本稿では「注意欠陥／多動性障害」と訳した。この問題の端緒に、学習障害、注意欠陥／多動性障害の先行概念である微細脳障害概念は1970年代の英語圏で廃棄されたが、この廃棄に伴って医学界の後継概念は多動性障害であるとみなされたことがある。しかしDSM-IIIにおいて、微細脳障害の後継概念の内、行動障害は注意欠陥障害 attention-deficit disorderと行為障害に分割されて提唱された（田巻ら，2015）。DSM-III-Rで、注意欠陥障害は注意欠陥／多動性障害に改められた。このような経緯を踏まえた上で、少なくとも障害を巡る諸問題は、上述の“素行”の含意を除いて、どのような用語を使用するかということによって解消されるようなことではないと考えていることを改めて述べておきたい。

引用文献

- 秋元波留夫（2002）. 実践精神医学講義 日本文化科学社
- American Psychiatric Association（1952）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1st ed. Washington, D. C.: own.
- American Psychiatric Association（1968）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington, D. C.: own.
- American Psychiatric Association（1980）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, D. C.: own.
- American Psychiatric Association（1987）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. revised. Washington, D. C.: own.
- American Psychiatric Association（1994）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, D. C.: own.（高橋三郎・大野 裕・

- 染矢俊幸（監訳）（1996）. DSM-IV：精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院
- American Psychiatric Association（2000）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., text revision. Washington, D. C. : own.（高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸（監訳）（2002）. DSM-IV-TR：精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院）
- American Psychiatric Association（2013）. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, D. C. : own.（高橋三郎・大野 裕（監訳）（2014）. DSM-5：精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院）
- Baltaxe, C. A. M.（1977）. Pragmatic deficits in the language of autistic adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, **2**, 176-180.
- Barton, M., Volkmar, F. 1998 How commonly are known medical conditions associated with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **28**, 273-27.
- Comings, D. E. & Comings, B. G.（1998）. Tourette's syndrome and attention deficit disorder. In F. Leckman & D. J. Cohen（Eds.）, *Tourette's syndrome — tic, obsessions, compulsion; developmental psychology and care*. New York : John Wiley & Sons. pp.119-135.
- Douglas, V.（1972）. Stop, look, and listen : the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, **4**, 259-282.
- Eddy, J. M.（2006）. *Conduct disorders : the latest assessment and treatment strategies*, 4th ed. Burlington, MA. : Jones & Bartlett Learning.
- 枝吉幸子（1971）. 子どもの置かれている現状とわたくしの疑問 児童精神医学とその近接領域, **12**, 255-259.
- Frances, A.（2013 a）. *Essentials of psychiatric diagnosis : responding to the challenge of DSM-5*. New York : Guilford Press.（大野 裕・中川敦夫・柳沢圭子（訳）（2014）. 精神疾患診断のエッセンス：DSM-5の上手な使い方 金剛出版）
- Frances, A.（2013 b）. *Saving normal : an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York : William Morrow.（青木 創（訳）（2014）. 〈正常〉を救え—精神医学を混乱させる DSM-5への警告 講談社）
- Gillberg, C. & Coleman, M.（1992）. *The biology of the autistic syndromes*. 2nd ed. London : Mac Keith Press.
- 濱田秀伯（2009）. 精神症候学, 第2版 弘文堂
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P.（1997）. Comorbidity in ADHD : implication for research, practices, and DSM-V. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1025-1035.
- Kaplan, H. & Sadock, B. J. : 井上令一・四宮滋子（監訳）（2004）. カプラン臨床精神医学テキスト：DSM-IV-TR 診断基準の臨床への応用 メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- Kuhne, M., Schachar, S., & Tannock, R.（1997）. Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 1715-1725.
- Kupfer, E. J., First, M. B., & Regier, F. D.（2002）. Introduction In E. J. Kupfer, M. B. First, & F. D. Regier（Eds.）, *A research agenda for DSM-5*. Washington, D. C. : American Psychiatric Publishing. pp. xv-xxiii.（黒木俊秀・松尾信一郎・中井久夫（訳）（2008）. DSM-V研究行動計画 みすず書房）
- Kurchins, H. & Kirk, S. A.（1999）. *Making us crazy : DSM : the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. London : Constable.（高木俊介・塚本千秋（監訳）（2002）. 精神疾患はつくれる—DSM 診断の罫 日本評論社）
- 黒木俊秀・神庭重信（2014）. DSM-5時代の精神科診断 神庭重信（総編集）DSM-5を読み解く：DSM-5, ICD-10をふまえた新時代の精神科診断. **1** 中山書店 pp.1-22.
- Laufer, M. W. & Denhoff, E.（1957）. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, **50**, 463-474.
- Menkes, M. M., Rowe, J. S., & Menkes, J. H.（1967）. A twenty-five years follow-up study on the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics*, **39**, 393-399.
- Menyuk, P.（1978）. Language : what's wrong and why. In M. Rutter & E. Schopler（Eds.）, *Autism : a reappraisal of concepts and treatment*. New York : Plenum Press. pp.105-116.（丸井文男（監訳）（1982）. 自閉症：その概念と治療に関する再検討 黎明書房）

- 宮部正夫 (1950). 精神遅滞児の教育 時事通信社
- 三宅一志・福原孝浩 (2013). ハンセン病-差別者のボクたちと病み棄てられた人々の記録 寿郎社
- 日本色覚差別撤廃の会 (編著) (1996). 色覚異常は障害ではない 高文研
- 小澤 勲 (1984). 自閉症とは何か 精神医療委員会©
- Robertson, M. M. (1989). The Gilles de la Tourette syndrome: the current status. *British Journal of Psychiatry*, **154**, 147-169.
- 櫻井よしこ (1994). エイズ犯罪-血友病患者の悲劇 中央公論社.
- Selikowitz, M. (1995). *All about A. D. D.: understanding attention deficit disorder*. New York: Oxford University Press. (中根 晃・山田佐登留 (訳) (2000). ADHD (注意欠陥多動性障害) の子どもたち 金剛出版)
- 障害者福祉研究会 (編) (2002). ICF 国際生活機能分類-国際障害者分類改定版 中央法規
- Tager-Flusberg, H. (1981). On the nature of linguistic functioning in early infantile autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **11**, 45-56.
- 田巻義孝 (2014). 発達障害ハンドブック, 第 2 版 文理閣
- 田巻義孝・堀田千絵・加藤美朗 (2014). 知的障害, 自閉性障害と DSM-5 人間環境学研究, **12**, 153-159.
- 田巻義孝・加藤美朗・宮地弘一郎 (2015). 学習障害概念の変遷について 人間学研究, **13**, 1-18.
- Valenstein, E. S. (1998). *Blaming the brain: the truth about drugs and mental health*. New York: Free Press. (中塚公子 (訳) (2008). 精神疾患は脳の病気か? -向精神薬の科学と虚構 みすず書房)
- Volkmar, F. R. & Klin, A. (2000). Diagnostic issues in Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome*. New York: Guilford Press. pp.25-71. (山崎晃資 (監訳) (2008). 総説アスペルガー症候群 明石書店)
- Volkmar, F. R., Klin, A., Siegel, B., Szatmari, P., Lord, C., Campbell, M., Freeman, B. J., Cicchetti, D. V., Rutter, M., Kline, W., Buitelaar, J., Hattab, U., Fombonne, E., Fuented, J., Werry, J., Stone, W., Kerbeshian, J., Hohino, Y., Bergman, J., Loveland, K., Szymanski, L., & Towbin, K. (1994). Field trial for autistic disorder in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, **151**. 1361-1367.
- Wender, P. H. (1997). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press. (福島 章・延与和子 (訳) (2002). 成人期の ADHD: 病理と治療 新曜社)
- WHO (1900). *The international list of causes of death*, 1st revision. Geneva: own.
- WHO (1948). *The international classification of diseases*, 6th revision. Geneva: own.
- WHO (1955). *The international classification of diseases*, 7th revision. Geneva: own.
- WHO (1965). *The international classification of diseases*, 8th revision. Geneva: own.
- WHO (1975). *The international classification of diseases*, 9th revision. Geneva: own.
- WHO (1990). *The international statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision. Geneva: own.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: own. (融 道男・中根 允文・小宮山 実 (監訳) (1993). ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン 医学書院)
- WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: own.
- WHO QOL group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. *Quality of Life Research*, **2**, 153-159.
- Wing, L., Gould, J. 1979 Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **9**, 11-29.
- 山崎摩耶 (1995). 健康と病気. 今井道夫・香川知晶 (編) バイオエシックス入門, 第 2 版 東信堂 pp.24-44.