

## ICD-11 における神経発達症群の診断について

### ——ICD-10 との相違点から考える——

森野 百合子<sup>1)</sup>，海老島 健<sup>2)</sup>

ICD-11 では，児童思春期に診断される雑多な診断がひとまとめに併記されていた ICD-10 と異なり，神経発達の問題と考えられる疾患をまとめて神経発達症としており，診断基準設定の背景が理解しやすく，使いやすいものとなった。診断名も「広汎性発達障害」(ICD-10) から「自閉スペクトラム症」へと，また「多動性障害」(ICD-10) から「注意欠如多動症」へと変更になっている。いずれの疾患の診断基準も DSM-5 の内容に準拠したものとなっているが異なる点もみられる。これらの変更には，それぞれの疾患のとらえ方の変化が背景にあると考えられる。

**Keywords :** ICD-11, ICD-10, 神経発達症, 自閉スペクトラム症, 注意欠如多動症

#### はじめに

本稿では，神経発達症群(neurodevelopmental disorders)のうち，注意欠如多動症(attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) および自閉スペクトラム症(antism spectram disorder: ASD) について解説する。

ICD-11 への改訂では，DSM-5 と同様，知的発達症，自閉スペクトラム症，多動性障害(ICD-10)/ADHD(DSM-IV) が神経発達症群として1つにまとめられた。ICD-10 では，広汎性発達障害(pervasive developmental disorders: PDD) がF8「心理的発達の障害」の項目に，また多動性障害(F90.0 および F90.1) が，F9「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害，特定不能の精神障害」のなかに含まれていた。多動性障害については行為および情緒の混合性障害(F92) が同じグループに含まれ，雑多な診断が発症の時期によって集められた印象があった。行為障害も同じグループであり，さらに多動性障害と行為障害の両方の診断基準を満たすものについては，F90.1 とコードするなど，多動性障害/ADHD と，行為障

害や反抗挑戦性障害が類似のものにとらえられていたのも特徴である。

DSM-IVでは ADHD も PDD も精神遅滞も「通常，幼児期，小児期，または青年期に初めて診断される障害」のなかに含まれていた。このなかには「幼児期または小児期早期の哺育，摂食障害」というサブグループや，「分離不安障害」を含む「幼児期，小児期または青年期の他の障害」のサブグループもあり雑然としていた。さらに「注意欠陥および破壊的行動障害」というサブグループに ADHD と行為障害，反抗挑戦性障害が含まれていた。ICD-10 と同様に ADHD と行為障害や反抗挑戦性障害が，近縁の疾患と考えられてきた結果であるといえる。

このように，DSM-IVでも，ICD-10 でも，児童・思春期精神科で日々遭遇する診断については寄せ集めの感があった。それと比べ，神経発達の問題と考えられる疾患とそれ以外を分け，発達に関連する問題を神経発達症とした，DSM-5 および ICD-11 のグループ分けは，スッキリして使いやすく，診断基準設定の背景の考え方についても理解しやすい。ICD-10 から ICD-11 への変更点については，表に概略を示す。

表 ICD-10 と ICD-11 対照表

ICD-10		ICD-11			
F7	精神遅滞	Neurodevelopmental Disorders 神経発達症群	6A00	知的発達症	
F8	心理的発達の障害				
F80	会話および言語の特異的発達障害		6A01	発達性発話または言語症群	
F81	学力の特異的発達障害（書字，読字，計算など）		6A03	発達性学習症	
F82	運動機能の特異的発達障害		6A04	発達性協調運動症	
F83	混合性特異的発達障害		6A01/6A03/ 6A04	発達性発話または言語症/発達性学習症/発達性協調運動症のうち2つ以上が該当	
F84	広汎性発達障害		F84.0 小児自閉症	6A02	自閉スペクトラム症
			F84.3 他の小児期崩壊性障害		
			F84.5 アスペルガー症候群		
			F84.2 レット症候群		
			F84.1 非定型自閉症		
F84.4 精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害	LD90.4		レット症候群	※第20章「発達上の異常」に分類	
F84.8 他の広汎性発達障害					
F84.9 広汎性発達障害，特定不能のもの					
F88	他の心理的発達の障害				
F89	特定不能の心理的発達の障害				
F9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害				
F90	多動性障害			※「多動性障害」の診断名から下記に変更	
F90.0	活動性および注意の障害		6A05	注意欠如多動症 (不注意優勢，多動衝動性優勢，混合の下位分類あり) (混合で重症の Hyperkinetic disorder を含む)	
F90.1	多動性行為障害	6A05 および 6C91	注意欠如多動症および素行・非社会的行動症 (ICD-10 では両方の診断基準を満たすことが要件のため)		
F90.8	他の多動性障害				
F90.9	多動性障害，特定不能のもの				
F91	行為障害（素行障害）	6C91	素行・非社会的行動症	※秩序破壊的または非社会的行動症群に移動	
F91.3	反抗挑戦性障害	6C90	反抗挑発症		
F98.4	常同運動障害	6A06	常同運動症		
F92	行為および情緒の混合性障害				
F93	小児期に特異的に発症する情緒障害				
F94	小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害				
F94.0	選択性緘黙	6B06	場面緘黙	※不安または恐怖関連症群に移動	
F94.1	小児期の反応性愛着障害	6B44	反応性アタッチメント症	※ストレス関連症群に移動	
F94.2	小児期の脱抑制性愛着障害	6B45	脱抑制性対人交流症	※ストレス関連症群に移動	
F95	チック障害	8A05	一次性チックまたはチック症群	※第6章（精神，行動または神経発達の疾患）からは外れ，第8章（神経系の疾患）に移動	
F98	小児期および青年期に通常発症する他の行動および情緒の障害				
F98.0	非器質性遺尿症	6C00	遺尿症	※排泄症群に移動	
F98.1	非器質性遺糞症	6C01	遺糞症		
F98.3	乳幼児期および小児期の異食症	6B84	異食症	※食行動症または摂食症群に移動	

- ・青色の部分が ICD-11 の「神経発達症（Neurodevelopmental Disorders）」
- ・対照はだまかなものであり，10 から 11 にかけて診断要件の細かな変更が多数存在する。診断にあたって，診断要件の熟読と臨床像との照合を要する。
- ・斜線は直接該当するカテゴリが ICD-11 に存在しないことを示す。ただし，個別の症例の臨床像によっては ICD-11 に該当する診断カテゴリが存在する可能性があるため，実際には臨床像と診断要件の照合を要する（例えば，非定型自閉症の診断を受けていた患者が ICD-11 では 6A02.Y 他に特定される自閉スペクトラム症の診断を受けるなど）。

広汎性発達障害 (PDD) から自閉スペクトラム症 (ASD) への名称変更であるが、1990 年代の終わりには英国の臨床現場においても「自閉スペクトラム症」の名称が使われており、実臨床に沿っての変更であるともいえる。この変更は、Wing, L.<sup>5)</sup>の提唱した、自閉症をスペクトラムでとらえる概念を取り入れたものと考えられ、自閉症が、categorical な診断ではなく dimensional な連続体としての診断であることを強調したものと考えられる。以下、ASD および ADHD のそれぞれについて詳しく述べる。

## I. 自閉スペクトラム症 (ASD)

2013 年に DSM-5 が公表されて以来、広汎性発達障害は、わが国でも自閉スペクトラム症と呼ばれるようになった。DSM-IVでは自閉性障害 (299.00) やアスペルガー障害 (299.80)、小児期崩壊性障害 (299.10) などのサブカテゴリーを含み PDD と呼ばれていたものが、DSM-5 では ASD (299.00) という 1 つの診断名に統合された。なお、DSM-IVのサブカテゴリーのなかの「レット障害 (299.80)」は、X 染色体上に存在する *MECP2* 遺伝子の異常を伴う単一疾患であることがわかり ICD-11 の精神および行動の障害の項目からは削除された。

ICD-11 は DSM の流れを踏襲し、ASD という診断名を採用し 6A02 とコードした。ASD (6A02) は DSM-5 の ASD (299.00) とおおむね同様の内容であるため、両者の共通点と主な相違点のみ示すこととする。

- ・両者とも ASD を定義する症状を、従来の 1) 社会性の障害、2) コミュニケーションの障害、3) repetitive/restricted behavior (RRB) という 3 つから、①「社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」、②「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」という 2 つの症状にまとめている。もともと「社会性の障害」と「コミュニケーションの障害」をクリアカットに区別することは困難であり、これらがまとめられたことで DSM も ICD も使いやすくなったといえる。
- ・DSM-5 では上記の 2 つの症状各々に対して重症度を特定するよう示されているが、ICD-11 では求められていない。
- ・ICD-11 では、①について「年齢と知的発達レベルに対して期待される範囲を逸脱して」おり、②についても「年齢、性別、社会文化的背景に比べて明らかに非典型的または過度に」という条件が求められている。

- ・両者とも「知的発達症の有無」「機能的言語の障害の有無」に関し特定用語を付記するよう求めている。知的障害に関して、DSM-5 が「知能の障害を伴う」「伴わない」の 2 分類であるのに対し、ICD-11 は重症度も特定するよう求めている。言語障害に関しても、DSM-5 が「言語の障害を伴う」「伴わない」の 2 分類であるのに対し、ICD-11 は「機能的言語の不全がない、または軽度の不全を伴う」「機能的言語の不全を伴う (例えば簡単な単語や、文節程度しか話せない)」「機能的言語がみられない」の 3 分類である (なお、DSM-5 も特定用語に加えて言語機能の現在の水準を評価し記載すべきとしている。例：単語のみ、短文の会話、完全な文章、流暢に会話する、など)。
- ・ICD-11 は、これまで小児期崩壊性障害と呼ばれていた一群に対しても特定用語を付記するよう求めている。
- ・ICD-11 は、「格別の努力により多くの場面で適切に機能している ASD 者」に対しても、ASD の診断は適当であると記している。
- ・両者とも ASD と ADHD の併存を認めている。

上記の通り ICD-11 の診断基準は DSM-5 に準拠する内容であるが、解説部分に特徴がみられる。「正常との境界」という新たな項を設け、さらに併存が議論になる他の精神疾患を多数挙げ解説を加えている。

### 1. 正常との境界

#### 1) 対人的相互反応

対人的相互反応の持続的欠陥は「shyness」によるものではない。Shyness であれば、身近な状況では適切な社会的コミュニケーションが図れる。

#### 2) 社会的コミュニケーション

初期に言葉の遅れがみられた子どもたちの多くは、同年代の同輩と同等の言語スキルを習得する。言葉の遅れがみられても、社会的コミュニケーションへの動機づけや対人相互反応スキルが限定的でない限り、ASD が強く示唆されるわけではない。

#### 3) 行動、興味、または活動の限定された反復的な様式

反復的または常同的な行動は、定型発達の一部として多くの子どもたちが経験する。社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥がみられない限り、これらだけで ASD が強く示唆されるわけではない。

## 2. 他の疾患との境界

発達性協調運動症 (developmental motor coordination disorder) (6A04), 発達性語音症 (developmental speech sound disorder) (6A01.0) を除く神経発達症や, 統合失調症, 統合失調型症, 社交不安症, 場面緘黙, 強迫症, 反応性アタッチメント症 (reactive attachment disorder), 脱抑制性対人交流症 (disinhibited social engagement disorder), 回避・制限性食物摂取症 (avoidant-restrictive food intake disorder), 反抗挑発症, パーソナリティ症, チック症群, 二次性神経発達症候群, と多数の疾患との境界が解説されているが, DSM-5 では明確にされておらず著者が注目した併存症のみ下記に挙げる。

### 1) 強迫症

強迫観念や強迫行動が, ASD の特徴である行動, 興味, または活動の限定された反復的な様式と区別することが難しい場合がある。ASD のみの者に比べ, 強迫症をもつ者は強迫行動への衝動に意識的に抵抗することが多い。

### 2) 反応性アタッチメント症・脱抑制性対人交流症 (DSM-5 では前者の項に ASD との鑑別に関する記載がある)

反応性アタッチメント症の診断には, 保護者による重度のネグレクトやマルトリートメントなどの履歴が必要である。同診断の者に適切な養育環境が与えられると症状は有意に軽減する。

反応性アタッチメント症では, 行動, 興味, または活動の限定された反復的な様式が典型的な特徴ではない。虐待やネグレクトの起こる以前の社会的コミュニケーションや対人的相互反応の正常な発達がみられたという証拠がかけられている場合に, 反応性アタッチメント症と ASD の鑑別は困難である。

### 3) 回避・制限性食物摂取症 (DSM-5 では本診断の項に ASD との鑑別に関する記載がある)

ASD の者は, 感覚特性やルーチンへの執着から特定の食品の摂取を制限することがある。食事の制限により体重減少が著しかったり, 健康問題を引き起こしていたり, 重大な機能障害を引き起こしたりしている場合は, 回避・制限性食物摂取症の診断を追加する。

### 4) 反抗挑発症 (反抗挑戦性障害)

ASD の学童では, 知的能力障害や機能的言語障害を伴うかどうかにかかわらず, 反抗的で要求に従わない行動や, 爆発的な怒りを伴う攻撃的な行動が顕著なことがある。ASD 者のこのような行動は, ルーチンの変化や不快刺

激, 不安などの特定のトリガーと関連し, 挑発や悪意を伴うものではないことが多い。

### 5) パーソナリティ症 (パーソナリティ障害)

ASD 者は, その疾患特性のため苦手とする対人関係を開始し維持するために, パーソナリティ症と似た表出をみせることがある。パーソナリティ症であれば, 幼児期早期より行動, 興味, または活動の限定された反復的な様式を示すことはない。

以上をまとめると, ICD-10 の PDD から ICD-11 の ASD へと診断概念が大きく変更されたが, 内容は DSM-5 の ASD とほぼ同じであり受け入れやすい。また, 診断の鑑別・決定に役立つ「正常との境界」「他の疾患との境界」という項が重点的に記載され使用しやすい印象である。スペクトラム概念は臨床的実感とも矛盾せず, ICD-10 では診断に悩まされた境界例でのわだかまりが解消された。ADHD との併存診断も認められたことで, これまで臨床現場での実感とズレがあった部分も改善された。



## II. 注意欠如多動症 (ADHD)

ここで ADHD の疾患概念の変遷について述べる。ADHD 概念の始まりは, 18 世紀末から 19 世紀初頭に記載された「制御の欠如と広範囲の秩序破壊的行動」を示し「個人の素質に原因があると考えられる児童期精神疾患」であり, Still, G. F.<sup>4)</sup>が, 「道徳的統制の障害」と述べているように当初は素行症に近い概念であった。その後「微細脳損傷」の概念が提案されたが, 微細脳損傷により多動や問題行動が生じるとの考え方は, 症候学のみに基づき脳損傷を推定することは誤りであることが明らかになるにつれて廃れていった<sup>3)</sup>。

これらの変化を経て, DSM-II に小児期の多動性反応 (hyperkinetic reaction of childhood) が記載され, DSM-III では注意欠陥障害 (attention deficit disorder : ADD) の名で「不注意・多動・衝動性の問題」として記載されて<sup>2)</sup>, 現在の ADHD 概念が確立した。以後, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10, DSM-5, ICD-11 とこれが整理され発展してきた。

ここでは, ICD-11 の DSM-IV, DSM-5 との相違点および, ICD-10 からの変更点について述べる。

DSM-IV では, 不注意症状 9 つのうち 6 つ以上, 多動・衝動性症状 9 つのうち 6 つ以上がそれぞれ 6 ヶ月以上持続し

ていることが診断条件で、症状による障害が2つ以上の状況でみられることとされていたが、症状の発現自体が2つ以上の状況でみられることとの条件はない。DSM-5になると、「症状のうちいくつかが2つ以上の状況において存在する」との条件が追加され、基準が厳格になった。ICD-10では、「1つもしくはそれ以上の状況で症状を認める」と書かれていたのみだったが、ICD-11においては「multiple」（多く）の状況で症状が認められることとしており、DSM-5よりもさらに厳しいといえる。

DSM-IVもDSM-5も、症状が「不注意優勢に存在」「多動・衝動優勢に存在」、あるいは「混合して存在」の3つのサブカテゴリーに分かれている。

ICD-10では診断名として「多動性障害」を用いており、基本症状として、注意の障害と多動を挙げていた。これは、不注意症状も、多動・衝動性症状も両方あるADHDの「混合して存在」するタイプに近いと考えられる。このようにICD-10の「多動性障害」の基本症状には、明確に「衝動性」と書かれておらず、「しばしば社会的な抑制が欠如し、ふつうにみられるはずの注意や遠慮がない」「しばしば向こうみずで、衝動的」など追記の形で衝動性の症状が記載されていた。

これがICD-11では「注意欠如多動症（6A05）」へと変更になり、DSMと同様に、不注意が優勢な型、多動・衝動性が優勢な型、混合型の3つのサブタイプが記載された。このようにICD-11では、ADHD/多動性障害の基本症状についての考え方に大きな変化がみられる。

また症状の持続について、DSM-IV、DSM-5ともに症状が6ヵ月以上持続していることという条件が付与されていたが、ICD-10にはこの条件はなかった。しかしICD-11では、DSMと足並みをそろえ「持続する（例えば、少なくとも6ヵ月の）不注意症状、または多動・衝動性症状、あるいはその両方」がみられることが診断に必要と書かれている。

症状の発現年齢についても変更された。ICD-10では6歳以前に症状が認められることが、DSM-IVでは7歳以前に症状が認められることが診断条件であったが、DSM-5と同じく、ICD-11では「12歳以前に症状が求められること」とし、年齢が引き上げられた。これは、学校生活など課題遂行や学習、行動の規範に従うことが要求される年齢や環境にないと、ADHD症状が明らかになりたいためと考えられる。さらにICD-11では不注意症状に関して「不注意症状はその個人が強力な刺激と頻回の報酬の提供され

る活動に従事しているときには、明らかになりにくい」との但し書きがされており、DSM-IV、DSM-5、ICD-10と異なっている。ネットゲームなどに集中できても不注意症状がないと判断してはならないとの戒めであろう。

成人や青年期での診断について、ICD-10ではすでに「多動性障害と診断することは成人期でも可能である」「注意と行動に関しては発達に見合った基準を考慮して判断しなければならない」と書かれていたが、具体的基準は示されていなかった。DSM-IVには成人期や青年期での診断について記載はない。DSM-5になると「青年期後期および成人（17歳以上）では、少なくとも5つ以上の〈不注意症状または多動性および衝動性の〉症状が必要」との基準が示されている。ICD-11でも成人期の診断についてふれられている。例えば、多動は年齢とともに目立たなくなり、思春期以降は身体がそわそわする感じ（“feelings of physical restlessness”）として報告されることが多いとされる。さらに成人では12歳以前に症状が存在したことの確認が必要で、それができない場合の診断は注意しながら行うこととされている。

以上、ADHDに関し、DSM-IVからDSM-5へ、またICD-10からICD-11への流れをみてきたが、最後にDSM-5とICD-11の共通点と相違点についてまとめる。

DSM-5がこれまでのDSMと異なるのは、症状リストの後に「文化に関する診断的事項」があり、文化により子どもの行動に対する態度や解釈が異なること、情報提供者の文化的背景により症状評価が異なる可能性があることが明記された点である。ICD-11にも「culture-related features」という項目があり、同様の注意点が書かれているのに加え、不注意や多動・衝動性の症状は特に紛争後の地域で劣悪で被害を受けやすい境遇におかれた子ども達の間ではトラウマ的な出来事や悲嘆の反応として生じることがあり、診断をつける際に注意を要すると書かれている。

ICD-11はDSM-5と異なり、不注意症状が大きく3つに、多動・衝動性症状が4つに分けて説明され、症状の羅列であるDSM-5より頭に入りやすく記憶に残りやすい。また前述したように「正常との境界」という項目がある点も異なっている。「正常との境界」の項目では、子ども、特に幼年期の者や、青年の多くで、多動や衝動性が正常の発達として認められること、ADHDの診断には、症状が長期間持続し、さまざまな状況でみられ、発達のレベルと比して大きく問題でなければならず、かつ社会的、学業的、もしくは職業的に直接のネガティブな結果をもたらしている

必要があることが記され、安易な ADHD 診断を戒めている。

ICD-11 の「他の疾患との境界」の項目は、DSM-5 では鑑別疾患として書かれている。取り上げられている疾患の多くは、DSM-5 と ICD-11 で共通しているが、一部異なっている。

発達性協調運動症との境界については、DSM-5 には記載がないが、ICD-11 では衝動性や不注意のために物にぶつかりやすい者を発達性協調運動症とは診断しないようにとの記載がある。

また、DSM-5 では鑑別疾患として個々に分かれて書かれている不安症群、抑うつ障害群、双極性障害、重篤気分調節症は ICD-11 ではひとまとめで記載され、これらの疾患群で重複してみられる症状と ADHD との類似点、どのように鑑別するか、特に不安症の症状との相違について具体的に記述されており理解しやすい。

秩序破壊的または非社会的行動症群（反抗挑発症、素行・非社会的行動症）（oppositional defiant disorder (6C90), conduct-dissocial disorder (6C91)）に入る疾患との鑑別では、DSM-5 では反抗挑発症 (oppositional defiant disorder) および間欠爆発症 (intermittent explosive disorder) のみが取り上げられている。反抗挑発症についての鑑別のポイントは、DSM-5 と ICD-11 で共通しているが、ICD-11 では、これらの併存も一般的と明記されている点が異なる。間欠爆発症との鑑別点は DSM-5 でも ICD-11 でも同じである。これらに加え DSM-5 ではふれられていない疾患として conduct-dissocial disorder [ICD-10 では行為障害 (conduct disorder) となっていたもの] がある。これについては「成人や青年期にみられる conduct-dissocial disorder では、一般に不注意や多動の症状がみられず、かつ他者の権利の侵害や年齢相応に社会から期待される規範やルールの侵害が持続してみられる」「しかし conduct-dissocial disorder と ADHD の併存はよくみられる」との記載がある。

以上まとめると、DSM-5 においても ICD-11 においても、これまで同じグループ内に含まれていた、素行症や反抗挑発症、間欠爆発症などの疾患群が、まったく別のグループになり、ADHD が神経発達症群として明確に定義されている点が DSM-IV や ICD-10 との大きな違いとなっている。ADHD の概念は ICD-11 において整理され直すすっきりとしたといえる。

### Ⅲ. 考 察

神経発達症群に関しては、DSM-5 と ICD-11 で足並みをそろえた診断基準や記載がみられる。Clark, L.A.ら<sup>1)</sup>が述べているように、以前の版と比べ、DSM-5 や ICD-11 は、発達病理学的観点を取り、幼少期から成人に至る精神疾患の経過を一続きにとらえた診断マニュアルとなっており、疾患を整理し直している点が特徴で、幼少期に生じて成人へと続く疾患はひとまとめとなり、体系だった使いやすなものとなっている。またいずれのマニュアルも、精神疾患が、互いに影響を与え合う病因をもつこと、環境因や文化の影響、対人関係のもつ影響など心理社会的影響について以前にましてふれている点も共通である。児童・思春期精神科医である著者らにとっては、日常臨床において、学校・家庭など環境の影響を考慮することが必須であるが、このことが ICD-11 でもはっきり示されたといえる。

### おわりに

精神疾患の診断基準は、疾患概念に合わせて変わっていく。今回の ICD-10 から ICD-11 への神経発達症群の診断基準の変更は、大きな見方の変化を含んだものといえよう。問題となるのは、診断基準の変更が、以前の研究結果と現在の研究結果の比較を困難にすることである。その意味で、疾患分類にこだわらず、心と行動の問題を、発達の経過や環境因子の観点からとらえて研究する枠組みを提供する NIMH (National Institute of Mental Health) の RDoC Framework の行方も興味深い。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文献

- 1) Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., et al. : Three approaches to understanding and classifying mental disorder : ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci Public Interest*, 18 (2) ; 72-145, 2017
- 2) 小野次朗 : 診断基準の変遷と現状。ADHD の理解と援助 (小野次朗, 小枝達也編著, 別冊発達 31)。ミネルヴァ書房, 東京, p.17-26, 2011
- 3) Sonuga-Barke, E. J. S., Taylor, E. : ADHD と多動性障害。ラター児童青年精神医学原書第 6 版 (長尾圭造, 氏家 武ほか監訳)。

---

## Concept of Neurodevelopmental Disorder in ICD-11 Changes from ICD-10

Yuriko MORINO, Ken EBISHIMA

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center

Regarding disorders that are usually first diagnosed in childhood or adolescence, the changes made in the ICD-11 are based on clear background theories. It has become more practical, clearer and comprehensive. The ICD-11 classification grouped several disorders considered to be caused by neurodevelopmental problems and created a new section of neurodevelopmental disorders. This is different from the ICD-10, which grouped many heterogeneous problems usually diagnosed in childhood or adolescence together. Discussion on neurodevelopmental disorders was also changed. Pervasive developmental disorder (ICD-10) was renamed autism spectrum disorder (ICD-11), and hyperkinetic disorder became attention deficit hyperactive disorder, both of which are consistent with DSM-5 diagnostic criteria, although there are some differences. These changes were based on the changes in concepts of the disorders.

### Authors' abstract

**Keywords** ICD-11, ICD-10, neurodevelopmental disorders, autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder