

わが国における自閉スペクトラム症の早期診断の実態 ——多地域疫学調査より——

本田 秀夫

著者が研究代表者を務めた厚生労働科学研究で行った調査では、自閉スペクトラム症（ASD）の早期発見・早期支援の地域システム整備が行われたわが国のいくつかの地域において、ASD 診断例の頻度が幼児期のうちに人口の3～6%に達していた。本稿では、その背景に過剰診断あるいは診断見逃しの可能性がどの程度あるのかを考察した。ASD において過剰診断や診断見逃しの問題がクローズアップされやすい背景には、診断基準に症状と経過だけでなく社会適応の軸が導入されていること、研究と支援ニーズの把握という目的の違いによって含められる範囲が異なることなどが挙げられる。幼児期に ASD と診断された子どもの一部は、成人期までに著者のいう「非障害自閉スペクトラム（ASWD）」に移行する。この群は結果的には過剰診断の可能性もあるが、もし幼児期に ASD と診断されなかったら逆に支援を要する状態が続いているのかもしれないため、一概にそう断定するわけにもいかない。幼児期に AS 特性が把握できたケースについては、ASD 診断は慎重にすべきとはいえ、何らかの形でフォローアップしておくことが求められる。

<索引用語：自閉スペクトラム症（ASD）、早期診断、過剰診断、診断見逃し、疫学>

はじめに

自閉スペクトラム症（ASD）の頻度は、査読のある英文誌に掲載された論文では、2000 年以降は人口の1～2%台という報告が多い⁷⁾。一方、1980 年代後半から飛躍的に ASD の早期発見・早期支援の地域システム整備が行われたわが国のいくつかの地域では、それを上回る頻度で ASD の診断例がみられている。

最近、著者が研究代表者を務めた平成25～27年度の厚生労働科学研究費補助金による多施設共同研究⁶⁾では、わが国の多くの地域で国際的にみて類をみないほど高い頻度で ASD が診断されていることが示された。本稿では、その結果の一部を紹介し、わが国で ASD 頻度が高くなることの要因について考察するとともに、幼児期から学童期

にかけての臨床現場における ASD 診断における過剰診断と診断見逃しおよび妥当な診断のあり方について考える。

I. 厚生労働科学研究における 多地域疫学調査の概要

平成24年度に文部科学省が行った調査で、小中学校の通常学級で発達障害が疑われる児童生徒の割合は6.5%であったことは記憶に新しい⁸⁾。しかしこの数値には2つの留意点がある。1つは、この調査が通常学級に限定されたものであるため、すでに特別支援教育（特別支援学級や特別支援学校）の対象となっている児童生徒が含まれていないことである。支援ニーズを包括的に把握するためには、特別支援教育の有無を問わず発達障害全

表1 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの出生コホートの小学1年生時点における発達障害全体の累積発生率と有病率(%)

市	医療機関の調査				学校の調査			
	発生率		有病率		有病率(受診例)		有病率(疑い含む全例)	
	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD
横浜	4.7	4.2	7.7	5.4	4.5	3.4	10.9	5.4
広島	6.7	5.3	6.3	5.0	5.4	3.6	11.6	4.9
豊田	6.4	4.2	—	—	3.4	2.8	—	—
宮崎	7.3	6.6	7.4	6.7	4.1	2.7	11.1	4.9
松本	—	—	1.7	1.5	4.6	2.6	12.0	3.6
多治見	—	—	5.3	2.9	—	5.9	10.0	5.4
瑞浪	—	—	2.9	1.6	—	1.0	4.9	1.0
山梨	4.1	3.0	4.2	3.2	6.9	3.8	16.3	5.6
いわき	—	—	—	—	3.0	1.2	7.7	2.0
南相馬	—	—	—	—	7.7	3.4	18.5	3.4

(文献6をもとに著者が作成)

体の実態を知る必要がある。もう1つの留意点は、調査の対象が全国からランダムに抽出された学校の調査であったことである。専門家が全国に十分配置されているとはいえない現状では、発達障害の子どもたちをそう認識して支援対象と判断できる能力にも格差があることは想像に難くない。調査に答えたのは通常学級の教師たちであるため、発達障害に関する知識や支援技術においてバラツキが相当にあった可能性がある。真の支援ニーズを把握するためには、すでに支援体制が先進的に整備され、発達障害に対する診断技術のある医師が地域支援システムに関与できており、教師に対する発達障害に関する研修体制がある程度整っている地域を抽出して調査する必要がある。

著者が研究代表者を務めた厚生労働科学研究⁶⁾では、上記の条件をある程度満たすと思われる14自治体を抽出し、各地域の支援体制に関与している医師の研究参加を得て、各自治体の小～中学生における発達障害(知的障害も含む)の発生率および有病率について医療機関受診例の調査を行うとともに、同じコホートに対して地域の学校(特別支援学校なども含む)へのアンケート調査を行

い、学校教師による発達障害(未診断の疑い例も含む)の把握および医療機関受診例(診断例のみ)の把握に関する調査を行った。ここでは、平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれのコホートに関する調査を紹介する(表1, 2)。

医療機関の調査で、対象コホートにおける出生から小学1年生までの累積発生率は、発達障害全体で4.1～7.3%であった。診断では広汎性発達障害(PDD; ICD-10)の累積発生率は3.0～6.6%であった。小学3年生まで追跡したところ、発達障害全体の累積発生率は5.1～9.4%に上昇し、PDDの累積発生率は4.2～8.7%であった。学校への調査では、小学校入学の時点で学校教師が(診断/未診断の疑い例を問わず)何らかの発達障害に含まれることを疑った子どもの割合は、4.9～18.5%に分布し、医療機関を受診していることを何らかの形で教師が把握していたのは3.0～7.7%であった。この群の小学3年生のときのデータをみると、学校教師が何らかの発達障害に含まれると疑った子どもの割合は、5.8～13.3%に分布し、うち受診していることを教師が把握していたのは2.9～5.8%であった。

表2 平成18年4月2日～平成19年4月1日生まれの出生コホートの小学3年生時点における発達障害全体の累積発生率と有病率(%)

市	医療機関の調査				学校の調査			
	発生率		有病率		有病率(受診例)		有病率(疑い含む全例)	
	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD	発達障害全体	PDD
横浜	5.1	4.5	8.3	5.8	5.3	3.6	13.3	5.9
広島	7.4	5.8	7.4	5.9	4.9	3.3	9.6	5.2
豊田	6.5	4.2	—	—	3.7	2.9	—	—
宮崎	9.4	8.7	9.6	8.9	5.3	3.6	11.5	5.7
松本	—	—	—	—	5.8	3.4	12.8	4.6
多治見	—	—	5.3	3.0	5.3	2.6	12.3	3.6
瑞浪	—	—	2.9	1.3	2.9	1.0	5.8	1.0
山梨	7.0	4.8	8.0	5.9	4.5	2.4	10.1	3.8
いわき	—	—	—	—	3.4	1.5	7.7	2.7
南相馬	—	—	—	—	5.1	2.7	11.8	4.2

(文献6をもとに著者が作成)

未診断例も含めた発達障害全体の支援ニーズは、小学生で少なくとも10%程度は存在する可能性があること、地域によっては就学前にその過半数が診断され早期支援を受けていることが示された。特記すべきは、就学までに地域の医療機関でPDDと診断された子どもの有病率が5%を超える地域、小学3年生までの累積発生率が4%を超える地域が複数あったことである。このことから、わが国の多くの地域で、英文誌に報告されているよりもはるかに高い頻度でASDが診断され、学校において支援の対象と考えられている実態が明らかになった。

II. この調査でASD頻度が高かったことの要因

1. 早期発見・早期療育システムの整備

わが国は、国際的にみても早い時期から、乳幼児健診を基盤とした発達障害の早期発見と早期療育システムの整備を積極的に進めている自治体が多い。今回の多地域疫学調査における対象地域は、いずれもその地域の基幹となる医療機関にかかわっている医師が研究分担者・研究協力者として参加していたため、国際的なレベルでも発

達障害の支援ニーズがより掘り起こされている可能性がある。このことが、今回の研究におけるASD頻度の高値の要因の1つであると思われる。

一方、それだけの精度をもってしても、まだまだ未診断例は相当数おり、学校ではその対策が必要となっていることが、学校調査で示された。小学1年生でも3年生でも、学校教師は生徒の1割前後に何らかの発達障害の特性があると捉えている。しかし、医療機関を受診していることを把握しているのは、その半数前後である。一方、医療機関の有病率が学校調査の把握率より高かった地域もいくつかあった。すなわち、医療機関で診断を受けていても、学校にはそのことを伝えていないケースが一定の割合で存在することが示唆された。医療機関のデータをもとにした頻度の数値でさえ海外の研究と比較すれば高いが、それでもなおかつ診断もれの可能性があり、今後さらに詳細な研究デザインで調査していく必要がある。

2. 診断基準における社会適応概念の導入

DSM-5¹⁾におけるASDの診断基準では、まず症状として「A. 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」と「B. 行動, 興味, または活動の限定された反復的な様式」の両者が存在し, 発症年齢について「C. 症状は発達早期に存在していなければならない (しかし社会的要求が能力の限界を超えるまでは症状は完全に明らかにならないかもしれないし, その後の生活で学んだ対応の仕方によって隠されている場合もある)」と規定されている。次いで, 除外診断について「D. 症状は社会的, 職業的, または他の重要な領域における現在の機能に臨床的に意味のある障害を引き起こしている」とされ, 「E. 知的能力障害 (知的発達症) または全般的発達遅延ではうまく説明されない」と記載されている。

A~C 項目は, 多くの疾患と同様に診断概念の構成軸をなす「症状」と「経過」に関する記載であり, これらが「自閉スペクトラム (AS)」の特性といえる。しかし, これだけでは診断基準を満たさないのである。特記すべきは D 項目である。自閉スペクトラム (AS) が自閉スペクトラム症 (ASD) として診断されるためには, 特性の存在に加えて, 「社会適応」の軸が必要とされる。このことから, ASD が純粋な医学的 (生物学的) 概念ではなく, 社会学的概念の要素を含むことがわかる。

DSM-5 では, DSM-IV-TR までのような「何が何項目以上」というカットオフを廃止し, かわりに A~B 項目の 2 領域における症状に対して必要な支援の程度によって「レベル 1」(支援を要する) から「レベル 3」(非常に十分な支援を要する) までの 3 段階で重症度を記述するようになっていく。症状は環境との関係で変動することもあるため, 単に症状だけを診るのではなく, その症状に対してどの程度の支援が必要かという視点で重症度を記載するよう求めているところは, 臨床での活用を強く意識したものとして一定の評価ができる。ただし, 支援の必要度の細かい記載をみると, ASD 診断基準の A および B 項目に記載された症状の強弱と支援の必要度が線形関係にあるという前提も見え隠れする。臨床現場では, ASD の症状が強いほど社会適応が難しく, 弱いほど社会適応

が容易であるという線形関係が必ずしも成り立たない。症状の強い人たちが, それだけ手厚い支援が必要であるのは事実だが, 症状がわずかだからといって必ずしも順調に社会適応できるとは限らない。今後, 必要な支援の程度による重症度分類の具体的な方法論についてはさらなる洗練が必要と思われる。

わが国で近年問題となっている発達障害の人たちの多くは, 症状がわずかであったために児童期に ASD の存在に気づかれず, 深刻な二次障害を呈した後に精神科を受診する思春期から成人期の人たちである⁵⁾。AS 特性がありながらも思春期以降までそのことへの配慮がなく, 生活のなかでさまざまなストレスやトラウマを経験し, 反応性の精神変調をきたして成人期に初めて精神科を受診するケースが, 近年実に多い。このような人たちは, AS 特性単独では障害化しなかったかもしれないが, 他の精神症状が併存することでむしろ深刻な社会不適応を呈する。この群は, 症状のうえでは軽症でも社会不適応の程度は重症となるが, DSM-5 では「ASD, レベル 1」と診断され, 適応不全が深刻でも十分なサービスを受けられなくなる可能性があることを著者は以前に指摘した⁴⁾。

一方著者は, 生来性の AS 特性のみで他の要因による影響をほとんど受けずに成人期に達した人たちの一部に, 特に障害対応の必要なく社会参加が可能な人たちが存在することを指摘し, 「非障害自閉スペクトラム (autism spectrum without disorder: ASWD)」とあえて呼んでいる²⁾。

これらからわかるように, 症状のうえでは同程度でも社会適応の良否や支援の必要性の程度は環境との関係に大きく影響される。したがって, 同じ診断基準を用いていても ASD の人たちに対する社会の理解や支援環境の整備の程度を反映して国によって診断される人の頻度に差異が生じる可能性が出てきたといえる。わが国の社会環境が何らかの理由で ASD の子どもたちに社会不適応を引き起こしやすいために, 頻度データが高くなっているという要因もあり得る。

ASWD のなかには AS 特性はしっかり残ってい

る場合もあるが、DSM-5ではASDとならない。ASWDの成人が、幼児期に全員がDSM-5でASDと診断できるかどうかは不明である。また、どこかの時点でいったんASDと診断された子どもが、もし将来的にASWDに移行するとして、どの時点からASWDといえる状態に移行するかも必ずしも一定しない。従来の海外におけるASDの疫学調査の多くが学童期の子どもたちを対象としているのに対し、今回の多地域疫学研究は幼児期の終わり（小学校入学時点）というASDの特性が最も顕著となる時期の調査であることから、本研究の調査の方が海外の報告よりASDの頻度が高くなることに調査対象の年齢が影響している可能性はある。現在は縦断的にASD頻度の推移を追跡しているところである。

3. DSM-5における「社会的（語用論的）コミュニケーション症」の分離

DSM-IV-TRまでは採用されておらず、DSM-5で初めて採用された診断分類の1つである「社会的（語用論的）コミュニケーション症（SCD）」は、ASDと同様の社会的コミュニケーションの異常を示しながらASDにおける行動、興味、活動の限定された反復的、常同的な様式の基準を満たさないという概念である。DSM-5においてSCDはASDから分離されて「コミュニケーション症群」の下位分類におかれた。

語用論的発達の研究領域において、以前から「語義-語用症候群（semantic-pragmatic syndrome）」あるいは「語義-語用性障害（semantic-pragmatic disorder）」などの用語が提唱されており、その概念の流れがDSM-5にSCDとして導入されたと考えられる⁴⁾。一方、この概念は以前よりASDと重なり合いがかなりあることが想定されており、これをASDとは別のジャンルに移すことについては異論もある⁴⁾。近年、いったんはDSM-IV-TRのPDDの診断基準を用いて行われた疫学調査をDSM-5のASDの診断基準でやり直したところ、わずかではあるが有病率が下がったという報告もある⁷⁾。これは、SCDに該当する症

例がはずれたことによると思われる。

今回の厚生労働科学研究における多地域疫学調査では、DSM-IV-TRとほぼ同じであるICD-10をPDDの診断に用いた。DSM-5のASDの基準よりは広いため、DSM-5で診断すると頻度がやや下がる可能性はある。とはいえ、それでも従来の海外の研究に比べて十分に高い数値であることに変わりはないと思われる。

4. 研究における均一化の要請と臨床における幅広いニーズへの対応の要請

ICD-10では、研究上の統計分類と臨床上の実用という異なる目的に対応した2種類の診断分類を出版している⁹⁾。「DCR研究用診断基準」¹¹⁾では、研究に用いることを目的とした操作的基準による分類を行っている。出版された当時は、まだ現在ほどには自閉症の啓発が進んでいなかったこともあり、診断の主たる関心は「小児自閉症」と「アスペルガー症候群」であった。小児自閉症の診断基準はかなり厳密に症状と経過で規定されているのに対して、アスペルガー症候群の診断基準ではやはり社会不適応を伴うことが診断基準に記載されている。さらに、「広汎性発達障害」の基準は満たすが小児自閉症やアスペルガー症候群などの特定が難しい場合の分類として「非定型自閉症」と「その他の広汎性発達障害」が挙げられているものの、これらの診断をするかしないかのカットオフポイントは曖昧であった。

同じICD-10でも「臨床記述と診断ガイドライン」¹⁰⁾では、臨床家が概念を把握するのに必要な臨床的特徴を叙述的に記載している。ここでは治療ニーズをなるべく満たすことが主眼におかれるため、典型度の低い症例も広めに取り込んで診断することが可能であり、診断するか否かの主要な視点は治療ニーズを満たすかどうかである。当然、症状や経過の典型度よりも社会適応の視点の方が重視されている。

近年、ASDの研究が加速するにつれて、臨床現場と必ずしもかかわりの強くない研究者がどんどん研究に参入するようになった。このため、研究

対象がたしかに ASD であることを保証する必要性が高まった。特に生物学的研究においては症状と経過において一定程度以上の同一性を保っておく必要がある。そのようなニーズにとっては、非典型例を取り込むことは、研究の精度を下げるおそれがあり、望ましくない³⁾。一方、臨床においては、多少非典型的でも支援に関するサービスニーズが同じであれば、対象に含めておくべきである。研究でも、疫学研究のように臨床サービスニーズの把握も研究目的に含められることがある。その目的において研究用診断基準に拘泥しすぎると、症状や経過のうえでは典型的とはいえなくても ASD としての支援サービスのニーズが確実にある人たちをサービスから除外することになる。近年の英語論文のデータよりもわが国の疫学調査のデータが高値であることの要因には、英文誌に記載された研究用診断基準に準拠した頻度に比べて実際の現場における支援ニーズの方が高いことが挙げられよう。実際、今回の多地域疫学調査では ICD-10 の「臨床記述と診断ガイドライン」に沿って診断された、臨床現場で支援を要するために診断された子どもたちの頻度を求めている。

Ⅲ. 現場において臨床家がとるべき診断態度

AS 特性は、対人感情、興味、直観的判断などの精神諸機能において非 AS と質的に異なる。その異なり方は根源的であり、生来的にみられ生涯にわたって持続する。かといって、その特性だけでは必ずしも社会不適應を生じないか、あるいは社会適應にむしろ有利な場合もあるため、これを疾患概念で括るよりも、「認知的(おそらくは生物学的)変異(variant)」と理解するのが妥当と思われる。AS 特性の存在だけであれば価値中立的であるが、社会的マイノリティであることと心理的ストレスやトラウマに心身の反応を生じやすいことから、障害化しやすいのである。また、AS 特性が各人の個性をどの程度説明するかには個人差があり、AS 特性以外の特性と混ざりあいながら成人期に向けてパーソナリティを形成していく。このため、成人期に AS 特性の存在だけでその人

の個性すべてが説明できるほど AS 特性の強い人は稀であり、多くの場合は AS 特性で説明できるのはその人のパーソナリティや精神症状の一部に過ぎない。

以上の議論をふまえ、著者は AS 特性の有無の判断と ASD 診断とを次のように分けておくのがよいと考える⁵⁾。

まず、①その人の個性を最も説明しやすいのが、AS の特性であるとき、②その人の個性を最も説明しやすいのは AS 以外の特性であるが、よくみると AS の特性もみられるときには、その人に AS 特性があると判断する。しかし、AS 特性があってもそのことで本人または周囲の人たちが生活上何ら困っていないのであれば、AS 特性はその人のパーソナリティの一部であると考え、診断はしない。

一方、その人が社会不適應の状態にあり、①その主たる要因が AS の特性によるとき、②主たる要因が複数あり、そのうちの 1 つが AS の特性であるとき、③主たる要因は他にあるが、AS の特性に配慮することによって問題の改善が促進されるときには、ASD と診断し、AS 特性に配慮した治療や支援を行う。

Ⅳ. 幼児期の ASD 診断における

過剰診断と診断見逃し

幼児期における ASD の過剰診断と診断見逃しの問題を考えるうえでの論点は、以下のように整理できる。まず、幼児期に ASD と診断された子どもは、成人期にも ASD と診断されるのか？そして、成人期に初めて ASD と診断された人たちは、もし幼児期に専門家が診察すれば ASD と診断されたのか？

症状と経過の両面において、ASD の特性が他覚的にみて最もわかりやすいのは、幼児期である。定型発達と比較して対人交流およびコミュニケーションの異常が典型的な形で表れやすい。ASD 特有の興味の限局や行動のパターン化も顕著になってきて、こだわりがうまくいかないときのパニックも目立つ。そして、自信や意欲の低下

などの二次的な問題がまだ出現していないことが多い。学童期に入ると、年齢が上がるにつれて対人行動やコミュニケーションの異常が表面上は目立ちにくくなり、こだわりがうまくいかないときにそれほど感情を乱さなくなるため、異常さが目につかなくなる。なかには家庭でも学校でも、本人も周囲もほとんど何も支障を感じなくなる場合もある。そのまま一生を通じて社会生活に支障のないケースもあるが、逆に思春期頃になってから、表面的な行動の問題はほとんどみられないにもかかわらず、平均的な人たちとの微妙な対人関係のずれや興味のずれに気づいて悩むケースや、それらが遠因となっていじめ被害や不登校に至るケースが出現してくる。なかには抑うつ、不安、強迫などの精神症状を呈し始めるケースも出てくる。

著者の横浜市における早期支援の実践の経験では、早期から継続して支援を受けている人たちではこうした思春期の二次的な問題は比較的予防や介入がしやすい。一方、横浜市以外の地域における思春期、成人期の症例に関する著者の経験では、二次的な問題が深刻化するケースの多くは学童期までASの子どもたちに必要な周囲の理解や支援を得る機会を逸してきている。これらのケースは、現在の診断技術をもって幼児期に診察していれば、ASDと診断できたのだろうか？

近年の成人の精神科における「発達障害ブーム」の背景として、小児期に診断見逃しされていたケースが実にたくさん存在していることは明白である。しかし、それらのケースの全員が、もし小児期に発達障害に詳しい医師に診察を受けていたら確実にASDと診断されていたかどうかは、不明である。

現時点で確実にいえるのは、以下のことであろう。まず、幼児期にASDと診断可能なケースは、おそらく3~6%存在する。学童期に入ってからもう少し新規診断例が加わってくる。一方、その一部は症状のうえではある程度改善し、少なくともASの特性は残ったとしても社会適応上は問題なくなり、そのまま特に診断の必要のない状態で

成人期に至る場合がある。著者のいうASWDである。ただし、そのような経過をたどっているケースでも、思春期~成人期における環境次第では二次的な問題のリスクはある。一方、幼児期から学童期にかけての症状と経過では見逃され、思春期以降に二次的な問題の出現を機にAS特性の存在が初めて明らかとなるケースがどの程度存在するかは、今後の研究を待つ必要がある。

おわりに

幼児期にASDと診断された子どもの一部は、成人期にASWDに移行する。早期に支援を開始することによって、ASWDへの移行を確実にできる可能性がある。この群は、もし幼児期にASDと診断されなかったら逆にASWDへは移行せず、ASDのまま支援を要する状態が続いているのかもしれない。そう考えると、一概に偽陽性と断定するわけにもいかない。この疑問に対する科学的に厳密な答えを追求するのであれば、幼児期にASDと診断されたケースを対象に、ランダム割り付けをして支援を行う群と行わない群との比較対照研究を行う必要がある。

一方、いわゆる診断見逃し例のなかには、学童期までにASWDの状態になっていた症例が思春期以降に二次的な問題などによって顕在化してASDと診断されるケースが含まれているかもしれない。そのリスクを考えると、幼児期にAS特性が把握できたケースについては、ASD診断は慎重にすべきとはいえ、何らかの形でフォローアップしておくことが臨床倫理上は望ましいのではないだろうか。

利益相反

過去1年間で開示すべき利益相反関係にある企業：
大塚製薬株式会社（講演料）

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 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) 本田秀夫：子どもから大人への発達精神医学—自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践—, 金剛出版, 東京, 2013

3) 本田秀夫：成人の発達障害—類型概念, 鑑別診断および対応—, 精神経誌, 116 ; 513-518, 2014

4) 本田秀夫：Autism Spectrum Disorder (自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害), 児童青年精神医学とその近接領域, 55 ; 518-526, 2014

5) 本田秀夫：成人期の自閉スペクトラム, 児童青年精神医学とその近接領域, 56 ; 322-328, 2015

6) 本田秀夫 (研究代表者)：発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価, 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)) 平成 25~27 年度総合研究報告書 (H25-身体・知的一般-008), 2016

7) 岩佐光章, 本田秀夫：ASD の疫学研究, 分子精神医学, (印刷中)

8) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について, 2012

9) Rutter, M., Schopler, E. : Classification of pervasive developmental disorders : some concepts and practical considerations. J Autism Dev Disord, 22 ; 459-482, 1992

10) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992

11) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993

Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Japan : Perspectives from a Multi-regional Epidemiological Study

Hideo HONDA

Mental Health Clinic for Children, Shinshu University Hospital

In the research funded by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare, the prevalence of preschool children with autism spectrum disorder (ASD) was found to have risen to 3-6% in some areas where regional systems of early detection and early support have been established. In this paper, the author discusses the possibility of overdiagnosis and overlooked diagnoses lying behind this high prevalence. The author also discusses introducing social adjustment into the diagnostic criteria and the difference in the range between needs in research and those in clinical support.

Some of the children diagnosed with ASD at preschool age grow up with remaining symptoms of autism spectrum but with no more need for social support, which the author calls 'autism spectrum without disorder (ASWD)'. Those with ASWD might be regarded as being overdiagnosed, but they might grow up to need some support, and thus will retain a diagnosis of ASD if not supported from their childhood. Although a definitive diagnosis of ASD should be made carefully, it is recommended that children are followed-up in some way once they develop symptoms of autism spectrum.

<Author's abstract>

<**Keywords** : autism spectrum disorder (ASD), early diagnosis, overdiagnosis, overlooked diagnosis, epidemiology >
