

# 高機能広汎性発達障害の女子例にみられる 発達精神医学的問題

本田 秀夫      清水 康夫      日戸 由刈      今井 美保  
(横浜市総合リハビリテーションセンター)

## 要 約

従来きわめて稀とされていた高機能広汎性発達障害 (HFPDD) の女子例は、近年の調査では決して稀でないことが示されている。HFPDD の女子に特有な発達精神医学的問題を抽出するために、幼児期から学童期に至る臨床上的特徴について調査が必要である。本稿では予備的段階として、幼児期に横浜市総合リハビリテーションセンター児童精神科を初診し、学童期に至る現在も継続的なフォローアップをうけている HFPDD 女子のうち代表的な 3 例について検討した。この 3 例をわれわれがリアルタイムに直接観察したデータからは、共通する臨床経過の特徴として (1) 幼児期には自閉症状が軽症であったため、正確な診断が困難であったこと、(2) 軽症の自閉症状であっても、学童期には不適応の要因となっていたこと、が挙げられた。また、3 例とも産科的最適性が低く、2 例は男子同胞も広汎性発達障害であった。幼児期の早期発見と早期療育は、HFPDD の女子例における学童期以後の不適応に対して予防効果を発揮すると考えられた。

キーワード：高機能広汎性発達障害，アスペルガー症候群，女子，発達精神医学，早期発見・早期療育システム

## はじめに

高機能自閉症やアスペルガー症候群に代表される高機能広汎性発達障害 (以下、「HFPDD」と略) に対する臨床上的関心が急速に高まっている。従来、知的障害を伴う自閉症に比べて HFPDD は予後が良く、また数の上でも少ないと考えられていたため、研究の対象としてはともかく、臨床において話題に上ることは少なかった。しかし、HFPDD は知的障害を伴う自閉症よりもむしろ精神症状が多彩であるため、かえって根底にある自閉症の基本障害が見えにくい。その結果、適

切な診断と対応がなされにくいことが指摘されている (Tsai, 1992; Cox & Mesibov, 1995; Wing, 1996; Attwood, 1998; Perry, 1998; Szatmari, 1998)。また最近ではその数も決して稀ではないことが明らかにされている (本田&清水, 2000)。このような背景をもって臨床の場で HFPDD の受診と診断が急増し、このテーマに関する臨床経験は医学や教育の分野で次第に蓄積されつつあり、研究論文も増えてきている (Schopler & Mesibov, 1998)。

しかしながら、HFPDD のジェンダーをめぐる議論は意外に乏しい。HFPDD の精神医

学的な臨床テーマは学童期から思春期にかけて生じることが多く、したがってその問題への対処や予防的対策を講じるには性差の問題を避けて通れないことは明らかである。にもかかわらず、この問題がとりあげられることは、今日まで少なかった。

もともと自閉症は女子の方が少ない。そのうえ自閉症の女子は、男子よりも重篤になる傾向がある (Rutter & Schopler, 1987), 知能が高い例はさらに稀である (Lotter, 1966; Wing, 1981b) といわれてきた。これらより、HFPDD の女子はきわめて稀、と推論されていた。ところが最近の疫学調査の結果からは、このことは必ずしも支持されない。たとえば Ehlers & Gillberg (1993) の調査では、アスペルガー症候群の有病率が 0.36% であり、有病率の男女比は非典型例をも対象に含めると 2 対 1 であった。われわれが行った小児自閉症 (ICD-10; WHO, 1993) の発生率調査では、小児自閉症の発生率 0.16% の半数が高機能自閉症であり、高機能自閉症の男女比は 2 対 1 で、小児自閉症全体の男女比と相違なかった (Honda et al, 1996)。

HFPDD の女子に焦点をあてた報告自体は 1990 年代以降、欧米においていくつか散見される。たとえば Kopp & Gillberg (1992) は、6 歳から 10 歳 (平均 8 歳) の高機能自閉症の女子 6 例を対象として、親の回顧情報にもとづく経過および現在の医学的所見、神経心理学的所見に共通する特徴を検討した。その結果、いずれの症例も自閉症状は軽く、幼児期に専門家を訪れたが自閉症を疑われなかった点で共通していた。McLennan et al (1993) は、6 歳から 36 歳 (平均 14 歳) の高機能自閉症の女子 21 例を対象として、親の回顧情報にもとづく 5 歳までの臨床特徴

および現在の臨床特徴について男子と比較したところ、幼児期の社会性とコミュニケーションのスコアは女子の方が高かったが、学童期の社会性スコアは女子の方が低かった。これらの報告に共通するのは、対象とした症例の診断年齢の平均が 8 歳を越えている点である。我が国の学会でも HFPDD 女子の症例にかんする報告があるが、いずれも診断された年齢は学童期以降であった (木谷, 1999; 塩川 & 桃井, 2000)。

これらの疫学調査や研究報告からは、HFPDD 女子の示す自閉症状が男子の示す典型的な症状よりもやや軽症であることが示唆される。「HFPDD 女子がきわめて稀である」というかつての推論は、幼児期までに特徴的な症状を示して把握された典型例のデータから導かれたものである。HFPDD 女子が軽症で幼児期までに診断されにくいとすれば、従来の疫学調査では把握されにくかったことの合理的な説明が可能となる。しかし、これまでの報告では、HFPDD 女子の幼児期までの臨床特徴については保護者の回顧的情報しかない。HFPDD 女子が学童期に呈する問題に対処するためには、性差を考慮した予防的対策が必要である。そのためには、HFPDD の女子例を幼児期から学童期に至るまで研究者が発達精神医学的視点からリアルタイムに直接観察した縦断的研究が不可欠である。

本研究は、横浜市総合リハビリテーションセンター (以下、「YRC」と略) において幼児期に診断をうけて学童期までフォローされている HFPDD の女子例の検討を通して、HFPDD 女子に特有な発達精神医学的問題を解明する糸口を探ることを目的とする。YRC には、この研究を遂行するために有利となる以下のような臨床的基盤がある。

YRCは保健所や他の関係機関との緊密なネットワークを基盤に横浜市北部地域における発達障害の早期発見・早期療育システムを構築している（本田，1999；Honda & Shimizu, submitted）。保健所の乳幼児健康診査（以下、「健診」と略）で発達障害が疑われた症例がYRCに紹介されてくるのみならず、健診で把握されなかった症例も幼稚園・保育所など他の関係機関から紹介されてくるため、担当地域に居住するPDDは知的障害の有無を問わずほぼ全例が紹介されてくる。

YRCにおける早期療育のシステムは、詳細な診断・評価と療育の導入を担う第1ステップ（集団療育の形式で3ヵ月間、週1回実施）と、本格的、継続的な療育を担う第2ステップという2つの小段階から構成される（本田，1999）。第2ステップの療育プログラムには、YRC内に法定の知的障害児通園施設と難聴幼児通園施設が用意されているが、それと並行して診療所部門にも高機能例を対象とした早期療育のクラスが置かれている。子どもの障害の特徴に応じてこれらのいずれかを利用できるようになっており、すべての部門で療育方針が基本的に一致しているためサービス内容も等質なものとなっている。このようにYRCでは、知的障害を伴う例はもとより知的障害を伴わない高機能例に対しても早期療育が用意されるよう、療育のシステムを急速に充実させてきた。とくにここ数年、YRCではHFPDDに特異的な早期療育のプログラムが開発されている（佐藤ら，1996；清水ら，2001b）。また、YRCの担当職員による園訪問、幼稚園・保育所の職員を対象とした療育見学やセミナーなど、幼稚園や保育所における統合に対する支援のプログラムも用意されている。高機能例は、ほぼ全例が幼

稚園や保育所で統合されるので、これらの統合の場合への支援プログラムは専門療育とともに早期対応の重要な柱となる。

さらに、早期療育を受けた子どもたちは、就学後も外来でフォローアップを受けることができる。学童期のフォローアップは、児童精神科医師と臨床心理士によって個別に行われるのが基本であるが、それに加えて定期的に3ヵ月間のグループ指導（「学童グループ」）を利用することができる。「学童グループ」は、各メンバーの障害特性がなるべく近い構成となるよう配慮しているが、さらにHFPDDでは性差を考慮して女子のみで構成されたクラスを作るようにしている。YRCで幼児期に早期診断および早期療育を受け、学童期もフォローアップされているHFPDD女子は、これまでに数十例に上る。また、YRCに隣接し、同じく横浜市リハビリテーション事業団が運営する横浜市障害者スポーツ文化センター「横浜ラポール」において、発達障害のある学童女子を対象とした「ジュニア・エアロビクス教室」が定期的で開催されており、YRCの児童精神科医師および臨床心理士も教室運営に対する支援を行っている。ここにも、YRCでフォローアップを受けている学童期のHFPDD女子が10～20例参加している。

以上のような臨床的基盤のもと、本研究では、HFPDD女子の臨床経過を幼児期から学童期までリアルタイムに直接観察した縦断的研究が、国際的にもはじめて可能となった。

## I 方 法

本研究では、幼児期より横浜市の早期発見・早期療育のシステムで把握され、以後学童期に至るまでわれわれがリアルタイムに直

接観察し得た数十例のHFPDDの女子について発達精神医学的検討を行った。ここでは、そのうちの代表的な3例について、直接観察したデータをもとに行った縦断的な検討の結果を報告する。この3例は幼児期にYRCを初診し、学童期に至る現在も児童精神科医師と臨床心理士によって継続的なフォローアップをうけている。なお、3例とも本人と家族に研究の主旨を説明し、了承を得ている。

## II 結 果

### 症 例 1

10歳女子、小学校5年生で通常学級に在籍している。診断はWing (1981a)の基準に該当する「アスペルガー症候群」である。知的水準はWISC-IIIでFIQ103 (VIQ106, PIQ100)である。「第1段階 (first order) のメタ表象」(Baron-Cohen, 1989)は7歳代に獲得している。脳波、頭部CTの両検査では異常を認めない。6歳 (小学校1年生)の弟がおり、家族歴に特記すべき問題はない。

母体の妊娠経過には、特に異常なかった。在胎40週で、胎児仮死のため吸引分娩にて出生した。出生時体重は3340gであった。出生時に臍帯巻絡が認められた。新生児黄疸が強かったため、光線療法を受けた。始歩12ヵ月、初語15ヵ月、二語文24ヵ月であった。障害が発見された契機は保健所の1歳6ヵ月児健康診査 (以下、「1歳半健診」と略)であった。ただし健診の項目にはすべて通過しており、把握されたのは親から「抱いても目が合わない」という訴えがあったためであった。YRCの児童精神科を初診した年齢は2歳10ヵ月であった。

初診時は、助詞を用いた多語文を話し、大人を相手に象徴遊びをしたが、すべて一方的

であった。共感的・相互的な対人関係をとることができず、コミュニケーションにおいて非言語的な手段の使用が少ない状態であった。興味の限局はとくに目立たなかった。初診時の診断は「他の広汎性発達障害」(ICD-10)であった。3歳6ヵ月時より3ヵ月間、週1回の集団療育 (第1ステップ) を利用し、第2ステップでは定期的に臨床心理士による個別指導をうけていた。

5歳代では、コミュニケーションの異常は目立たなかった。しかし、幼稚園では集団行動をとることはできたものの、友達と一緒に遊ぶことが少なく、暗黙の了解事項がわからず逸脱することがしばしばみられた。

就学は通常学級を選択し、2年生と4年生の時に、それぞれ「学童グループ」を利用した。とくに4年生の時は、女子だけで構成されたクラスであった。また、4年生より現在に至るまで、横浜ラポールの「ジュニア・エアロビクス教室」に参加している。

5年生の現在は、学校では勝敗やルールへのこだわりが強いため、クラスメートから疎まれることが多い。5年生になってから、担任の先生に厳しく叱られたことをきっかけに「教室が怖い」という理由で登校をしづらうになり、登校しても保健室に直行する状態となった。保護者がYRCに連絡をとり、臨床心理士のアドバイスを担任に伝え、本人が朝登校したら必ず担任が本人と面接して1日のスケジュールを確認する、などの対応を迅速に行ってもらった。このような早期対応によって、登校しづりは1週間でなくなり、授業に参加できるようになった。

### 症 例 2

9歳女子、小学校4年生で通常学級に在籍し、

情緒障害児通級指導教室（以下、「情緒通級教室」）を利用している。診断は「小児自閉症」（ICD-10）である。知的水準は WISC - III で FIQ86（VIQ94, PIQ80）である。第1段階のメタ表象は8歳代に獲得している。脳波で後頭部から側頭部にかけて14Hz陽性棘波が高頻度に見られる。頭部CTには異常が認められない。10歳の兄も小児自閉症（中度知的障害を伴う）と診断され、YRCの早期療育を利用し、現在は養護学校小学部5年生である。その他の家族歴に特記すべき問題はない。

切迫流産および貧血のため、妊娠中に薬物療法を受けた。在胎36週で切迫早産のため誘発分娩した。出生時体重は2430gであった。新生児黄疸が強かったため、光線療法を受けた。始歩14ヵ月、初語34ヵ月、二語文42ヵ月であった。障害が発見された契機は1歳半健診であり、発語や指さしが多くなかったため把握とされた。YRCの児童精神科を初診した年齢は3歳0ヵ月であった。

初診時は、発語は構音不明瞭な単語のみであった。しかし指さしや視線など非言語的な手段を用いたやりとりが成立し、象徴遊びがさかんにみられた。興味の限局はとくに目立たなかった。「受容性言語障害」（ICD-10）との暫定診断のもと、初診後ただちに第1ステップの集団療育に導入され、集団活動場面における状態が詳しく観察された。その結果、他者とのやりとりは確かにあるが、対人意識が希薄で情緒的な交流が乏しいこと、些細な手順の違いにより感情が大きく崩れること、強い固執症状を示すこと、二語文を話すパターン的な使用が多くエコラリアが見られること、などの特徴が詳しく観察された。第1ステップ終了後、3歳9ヵ月時の診察で「他の広汎性発達障害」（ICD-10）と診断された。

5歳代には、言語能力は発達したもののコミュニケーションにおける相互性や共感性の欠如がかえって目立つようになった。5歳6ヵ月時より、YRC内にある知的障害児通園施設におけるグループ指導と幼稚園を併用した。5歳8ヵ月時の診察では知的障害を伴わない「小児自閉症」（ICD-10）と診断された。

就学時には通常学級を選択し、1年生より現在に至るまで情緒通級教室を継続的に利用している。また、2年生より現在に至るまで横浜ラポールの「ジュニア・エアロビクス教室」に参加している。

4年生である現在は、自閉症状は表面的には目立たないほどに軽減している。しかし、学校には親しい友人がおらず、いつもひとりで過ごしている。相手の意図がわからず、他人からの働きかけを被害的に受け止めることでトラブルに発展する。初めての課題には「できない」と言ってすぐに回避しようとする。情緒通級教室やエアロビクス教室には意欲的に参加し、教室内では他のHFPDDの子どもたちと楽しそうに会話したり、他児と同じ服装や装飾品を身につけてみたりする。ただし、教室を離れると、他児と一緒に活動を続けることができず、孤立してしまう。

### 症例3

9歳女子、小学校4年生で通常学級に在籍し、情緒通級教室を利用している。診断は「他の広汎性発達障害」（ICD-10）である。知的水準は田中ビネー知能検査でIQ85である。第1段階のメタ表象は6歳代に獲得している。脳波に異常はないが、頭部CTでは大脳白質の低吸収領域が多く、髄鞘化の障害が推定される所見が見られる。5歳の弟がアスペルガー症候群（Wingの基準、1981a）と診断さ

れ、YRCの早期療育を利用中である。その他、家族歴に特記すべき問題はない。

妊娠中に切迫流産および蛋白尿が認められた。在胎42週で、胎児仮死のため帝王切開にて出生した。出生時体重は3270gであった。新生児黄疸が強かったため、光線療法を受けた。始歩10ヵ月、初語18ヵ月、二語文36ヵ月であった。1歳半健診では異常を指摘されなかった。3歳児健診では多動と言語発達の遅れを指摘され、しばらく保健婦のフォローを受けていた。やりとりが成立し、二語文や非言語的手段を用いたコミュニケーションをとることができたため、発達障害との確信がもたれず、保健所からYRCに紹介されることはなかった。結局この症例は、保育園で発音の異常と多動を指摘されたことを契機に、YRCの耳鼻科を4歳4ヵ月で受診した。耳鼻科からの依頼で検査を担当した臨床心理士および聴覚言語士から発達障害を疑われて児童精神科を紹介され、5歳7ヵ月で初診した。

初診時は、相手とのやりとりが成立し、興味の限局はみられなかった。落ち着きがなく、気に入らないとすぐに癩癩をおこす状態であった。初診時の暫定診断は「多動性障害」(ICD-10)であった。

初診後ただちに第1ステップの集団療育に導入され、集団活動場面における状態が詳しく観察された。その結果、他人とのやりとりは確かに成立するのだが、場面に合わない不適切な発話が多いこと、物の配置や手順などへの固執症状が強いこと、「一番」であることにこだわり、一番になれないと大騒ぎすること、などの特徴が詳しく観察された。第1ステップ終了後、5歳9ヵ月時の診察では「他の広汎性発達障害」(ICD-10)と診断された。

就学時は通常学級を選択した。3年生の時

にYRCの「学童グループ」(女子だけのクラス)を利用した。4年生から情緒通級教室の利用を開始しているが、これも女子のみで構成されたクラスとなっている。

現在は、クラスメートと共通の関心事を一部共有し話題に加わることができるが、無神経に相手を傷つける発言を繰り返してトラブルとなることがある。3年生より登校をしぶるようになったが、4年生から利用し始めた通級の担当と担任が連絡をとりあうことにより、登校しぶりはなくなった。

### 3症例のまとめ

対象とした3例の臨床特徴を表1に、療育と教育の経過を表2に、それぞれまとめる。

全例とも男子同胞がひとりずつおり、うち症例2と症例3では男子同胞も広汎性発達障害であった。また、全例とも産科的最適性(obstetric optimality)が低かった。

症例1は幼児期より発達の遅れがなく、自閉症状も軽症であった。しかし自閉症状は学童期も持続し、小学校高学年になってから社会適応上の問題が増加した。症例2では幼児期前半までは言語発達の遅れが前景にあったが、幼児期後半より言語能力が発達すると自閉症状が目立つようになった。学童期までに自閉症状は目立たなくなったが、それでも社会適応上の問題の要因となっている。症例3では、幼児期までは構音の異常と多動が前景にあり、自閉症状は目立たなかった。学童期の現在も、集団場面で詳細に観察しなければ自閉症状はわからない。しかし小学校の中学年になって社会適応上の問題が出現し、その要因は多動ではなく自閉症状と考えられた。

表1 臨床特徴のまとめ

	症例 1	症例 2	症例 3
家族歴	なし	兄がCA	弟がAS
産科的最適性	低い	低い	低い
発見の契機	1歳半健診	1歳半健診	保育園からの指摘
初診時年齢	2歳10ヵ月	3歳0ヵ月	5歳7ヵ月
臨床像			
3歳			
前景に立つ問題	社会的相互交渉の異常	言語発達の遅れ	多動, 言語発達の遅れ
診断 <sup>1)</sup>	PDD	RLD	—
自閉症状 <sup>2)</sup>	++	+	+
5歳			
前景に立つ問題	軽症の自閉症状	自閉症状	多動, 構音の異常
診断	PDD	CA	HKD→PDD
自閉症状	++	+++	++
学童期			
前景に立つ問題	自閉症状	自閉症状	自閉症状
診断	AS	CA	PDD
社会適応上の問題	+++	++	++

1) 診断名は以下の通り。PDD:他の広汎性発達障害, CA:小児自閉症, RLD:受容性言語障害, HKD:多動性障害(以上はICD-10の基準), AS:アスペルガー症候群(Wingの基準)。「—」は未受診を示す。

2) 自閉症状については小児自閉症の基準を満たす場合を「+++」、他の広汎性発達障害に該当する場合を「++」、他の問題が前景に立ち、自閉症状はあっても軽症である場合を「+」とした。

表2 療育および教育の経過

	症例 1	症例 2	症例 3
幼児期			
第1ステップ	3歳	3歳	5歳
第2ステップ	個別	知的障害児通園施設	—
学童期			
情緒通級教室	—	+	+
「学童グループ」(YRC)	+	—	+
「エアロビクス教室」(横浜ラポール)	+	+	—

### Ⅲ 考 察

本研究は、HFPDD 女子に特有な発達精神医学的問題を解明する糸口を探るため、3 症例の幼児期から学童期に至るまでの臨床経過について縦断的に検討したものである。近年まで HFPDD の女子はきわめて稀であると推論されており、HFPDD 女子に焦点を当てた研究も 1990 年代以降にいくつか散見されるに過ぎない (Kopp & Gillberg, 1992; McLennan et al, 1993)。これらの研究で対象となった HFPDD の女子例のほとんどは診断されたのが学童期以降であり、幼児期までの発達にかんしては親の回顧的記憶に頼らざるを得なかった。YRC では、担当地域における発達障害の早期発見と早期療育のシステムのもと、就学前に早期発見され早期療育を受けた後、学童期に至る現在も継続的なフォローアップをうけている HFPDD の女子が数十例に上る。このような臨床的基盤を背景に行われた本研究では、幼児期から学童期に至るすべての臨床経過について、親の回顧的記憶に頼ることなくリアルタイムに直接観察したデータが用いられており、過去に類をみない資料を提供することとなった。

さて、3 例の臨床経過に共通する特徴を以下に挙げる。ひとつは、幼児期には自閉症状が軽症であったため、正確な診断が困難であったことである。従来の HFPDD 女子にかんする報告では、ほとんどの例で診断された時期が学童期以降であり、HFPDD 女子の幼児期の診断が困難であることが推測されていた。今回報告した 3 例のうち 2 例は、幼児期には自閉症状よりも言語発達の遅れや多動が前景に立っていたため、いったん「広汎性発達障害」以外の暫定診断がなされていた。本研究

において、発達障害を診断した経験の豊富な児童精神科医師が直接観察しても、幼児期には正確な診断が困難であったことは、従来の推測を実証するものである。このように自閉症状が目立ちにくい症例では、個別の診察場面で医師が観察した所見と保護者が陳述した情報だけではなく、集団療育場面において療育スタッフが詳細に観察した社会性や対人関係の特徴にかんする情報が、診断の決め手になる (清水ら, 2001b)。HFPDD 女子を幼児期からの確に診断するためには、チーム・アプローチによって行われる早期療育の場を十分に活用することの重要性が強調される。

3 例の臨床経過に共通する特徴のふたつめとして、軽症の自閉症状であっても学童期には不適応の要因となっていたことが挙げられる。HFPDD は知的障害のある自閉症に比べると福祉的ケアの対象とされにくく、教育の場や職業生活においてより高度な適応水準を求められる。幼児期から学童期初頭においてはほとんど目立たない程度の自閉症状でも、微妙な対人スキルが必要となる学童期後半になると、周囲の仲間との関係において多彩な摩擦や齟齬の要因となり、不適応に至るリスクが高まると考えられる。このような学童期以後にみられる社会適応上の問題に対して、幼児期からの早期発見と早期療育は予防効果を発揮するかもしれない (清水ら, 2001a)。今回報告した 3 例は、YRC において幼児期に HFPDD と診断され、早期療育のプログラムを利用した後、学童期に至るまで継続的な支援を受けることができた。学童期には、YRC での児童精神科医師と臨床心理士による定期的なフォローアップを基盤に、教育との連携も行なわれていた。学童期半ばに生じた登校しぶりなどの適応上の問題も、このよう



な医療と教育との連携によって迅速な対処が可能となり、問題が深刻化する前に早期解決することができたと考えられる。YRCではHFPDDに特異的な早期療育のプログラムがここ数年でめざましく発展してきている(佐藤ら, 1996; 清水ら, 2001b)。報告した3例のなかでは、早期療育の第2ステップに集団療育を利用したのは1例のみであったが、現在ではHFPDDを特異的な対象とした第2ステップの集団療育のクラスが増設されており、ほとんどの症例が幼児期から集団療育のプログラムを受けることが可能となっている。内容においても、学童期に予想される適応上の問題を想定した予防的なアプローチにより重点が置かれ、学童期以降の支援との間に継続性と一貫性が保証されるよう留意されている。今後は、学童期の不適応に対して幼児期の早期発見と早期療育が及ぼす予防効果について、実証的に示し、HFPDD女子に特異的な幼児期から学童期に至る支援プログラムを確立していくことが必要である。

その他の共通点として、産科的最適性が低かったこと、および遺伝負因の存在が挙げられる。自閉症では産科的最適性の低い症例が多いことが、以前より報告されている(Tsai, 1987)。一方、自閉症は家族内集積性が高く、発端者の家族では軽症の非典型例も含めたPDDの有病率が高いことが指摘されている(本田, 2000)。今回報告した3例は、全例とも産科的最適性が低かった。また3例ともに男子の同胞が1名ずつおり、うち2例が男子同胞もやはりPDDと診断されていた。2例とも自閉症状は男子同胞の方が顕著であった。自閉症状としては軽症であることの多いHFPDD女子例においても産科的最適性が低く、家族内集積が認められたことは、興味深

い。逆にいえば、自閉症発端者に女子の同胞がおり、その女子同胞の産科的最適性が低い場合には、幼児期にたとえ顕著な自閉症状を呈していなくとも、多少なりとも対人関係やコミュニケーションに異常が認められるのであればHFPDDを疑う意義があると思われる。

本報告では、われわれが幼児期より直接観察しながら学童期までフォローアップしている数十例のHFPDD女子のうち、代表的な3例について述べた。HFPDD女子にかんする発達精神医学的研究の次なる課題には、疫学的視点の導入が求められる。自閉症の典型例だけでなく軽症例をも含めて、知能水準の分布と性比をあらためて算出し、HFPDD女子の発生率と臨床特徴を明らかにしていく必要がある。さらに、産科的最適性や遺伝的要因にかんする検討も進めていく必要がある。このような疫学的検討は、自閉症の生物学的研究の進歩にも大きく寄与するものと思われる。

## おわりに

本研究で得られた知見は、児童精神科医師を中心としたチーム・アプローチによる早期発見・早期療育および学童期支援の地域システムがあつてはじめて明らかとなったものである。HFPDDに対する支援プログラムの開発は、保健、医療、教育の緊密な連携を基盤とした一貫性と継続性のある地域支援システムが前提となる。そのシステム計画立案の段階から、性差への配慮が充分に行われることが求められる。われわれは今後、HFPDDの女子にかんする疫学的検討も行い、今後のHFPDD支援システム立案のための重要な基礎資料を積み上げていく予定である。

## 文 献

- Attwood, T.: *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. Jessica Kingsley Publishers, London, 1998 (富田真紀, 内山登紀夫, 鈴木正子訳: *ガイドブック アスペルガー症候群—親と専門家のために*. 東京書籍, 1999)
- Baron-Cohen, S.: The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30: 285-297, 1989
- Cox, R. D. & Mesibov, G.B.: Relationship between autism and learning disabilities. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and Cognition in Autism*, pp.57-70. Plenum, New York, 1995
- Ehlers, S. & Gillberg, C.: The epidemiology of Asperger syndrome: a total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 1327-1350, 1993
- Honda, H., Shimizu, Y., Misumi, K., Niimi, M., Ohashi, Y.: Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 169:228-235, 1996
- 本田秀夫: 横浜市の早期発見・早期療育システム—政令指定都市の特性を利した設計と運用. *乳幼児医学・心理学研究*, 8: 29-35, 1999
- 本田秀夫: 自閉症. *臨床精神医学講座 Special Issue 第11巻, 精神疾患と遺伝*, pp.201-211, 2000
- 本田秀夫, 清水康夫: 高機能自閉症の疫学. *臨床精神医学*, 29: 487-494, 2000
- Honda, H. & Shimizu, Y.: Early intervention to preschool children with autism in the community: the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Submitted
- 木谷秀勝: 青年期のアスペルガー症候群に見られる自己意識に関する一考察 (第2報). *児童青年精神医学とその近接領域*, 40: 32, 1999
- Kopp, S. & Gillberg, C.: Girls with social deficits and learning problems: autism, atypical Asperger syndrome or a variant of these conditions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1: 89-99, 1992
- Lotter, V.: Epidemiology of autistic conditions in young children: 1. prevalence. *Social Psychiatry*, 1: 124-137, 1966
- McLennan, J. D., Lord, C., Schopler, E.: Sex differences in higher functioning people with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23: 217-227, 1993
- Perry, R.: Misdiagnosed ADD/ADHD: rediagnosed PDD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 113-114, 1998
- Rutter, M. & Schopler, E.: Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17: 159-186, 1987
- 佐藤真美, 尾身あおい, 小川淳, 本田秀夫, 清水康夫: 高機能自閉症の早期療育. *安田生命社会事業団研究助成論文集*, 32: 237-242, 1996
- Schopler, E. & Mesibov, G. B.: Introduction. In E. Schopler, G.B. Mesibov, & L. Kuncze (Eds.), *Asperger Syndrome or High Functioning Autism?* Plenum, New York, 1998
- 清水康夫, 今井美保, 本田秀夫: 医学的リハビリテーションとしての「早期療育」. *総合リハビリテーション*, 29: 53-58, 2001a
- 清水康夫, 中村泉, 日戸由刈: 「一番になりたい!」—高機能自閉症において社会性の発達に伴って生じる新たな固執症状への早期対応. *総合リハビリテーション*, 29: 339-345, 2001b
- 塩川宏郷, 桃井真理子: 神経性食思不振症を呈した高機能自閉症女児. *児童青年精神医学とその近接領域*, 41: 115, 2000
- Szatmari, P.: Differential Diagnosis of Asperger Disorder. In E. Schopler, G.B. Mesibov, & L. Kuncze (Eds.): *Asperger Syndrome or High Functioning Autism?* Plenum, New York, 1998
- Tsai, L.Y.: Pre-, peri-, and neonatal factors in autism. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds.): *Neurobiological Issues in Autism*, pp. 179-189. Plenum, New York, 1987
- Tsai, L.Y.: Diagnostic issues in high-functioning autism. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds.): *High-Functioning Individuals with Autism*, pp.11-40. Plenum, New York, 1992
- Wing, L.: Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine* 11: 115-129, 1981a
- Wing, L.: Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psychiatry Research*, 5: 129-137, 1981b
- Wing, L.: *The Autistic Spectrum: A Guide for Parents and Professionals*. Constable, London, 1996 (久保絃章, 佐々木正美, 清水康夫監訳: 自閉症スペクトル—親と教師のためのガイドブック. 東京書籍, 1998)
- World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva, 1993