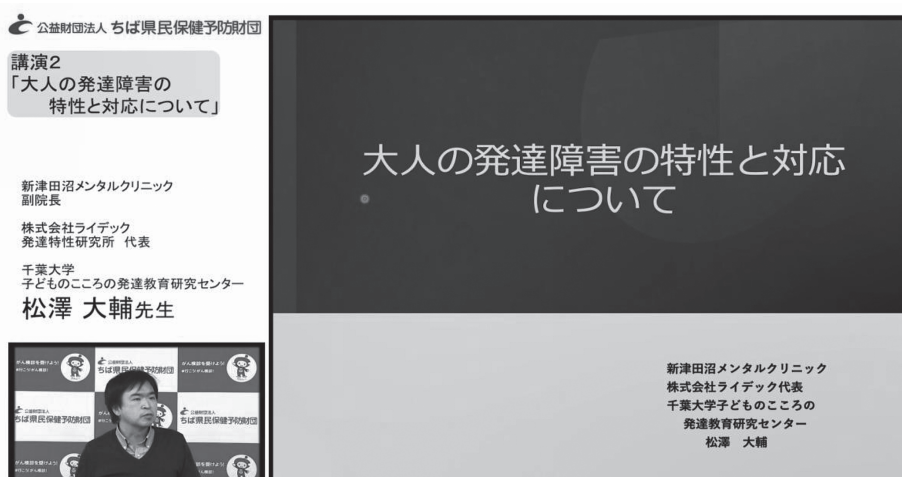


大人の発達障害の特性と対応について

新津田沼メンタルクリニック
副院長 松澤大輔



1. 発達障害の定義と支援理念

最初に、共通認識として以下の2点を挙げておきたい。

1点目は発達障害の定義についてである。発達障害の診断は現在、アメリカの精神診断マニュアルDSM-5に則って行うのが通例で、そこでの発達障害の定義は「発達期早期、しばしば小中学校入学前に明らかとなり、個人的、社会的、学業、または職業における機能の障害を引き起こす発達の欠陥により特徴づけられる一群の疾患」とされている。

私自身は発達障害の定義として臨床的には、

- 幼少期より発見できる一定の特性を持っている
- 社会的、心理的な機能障害をもたらす可能性を持つ（ただし発達障害の特性があっても社会生活に問題も無い方もいるため、特性を持つ、もしくは症状がある＝発達障害という病名がつくわけではない）
- 他の精神疾患や身体疾患では説明できない特性を持っている
- 生物学的には極めて多様な因子が関係している（heterogenous）

という理解が良いと考えている。

単一の病因で無いのは明らかで、「自閉スペクトラム障害」や「注意欠如・多動症」といった病名はあるものの、それらが排他的に存在するのではなく、モザイク的な形でその人の特性として存在しているといった理解の方が正しい。

2点目は、成人発達障害者への支援理念についてだが、これまでよりも当事者主体の方向へ変えていくことが大切だと考えている。

支援理念は、医療が保護していた「パターナリズム（paternalism）」的な考え方から、治療方針を

説明して同意していただく「インフォームド・コンセント (Informed Consent)」という考え方に変わってきた。それをさらに進め、支援者と当事者がお互いによく話し合うことで当事者の希望や夢、価値観等を大事にしつつ、そこに特性がどう関係してくるのかについても共通理解を持ちながら今後のステップを決めていくという考え方になっている。これを「SDM (Shared Decision Making: 共有意思決定)」と言う。これをしっかりと意識しながら診断と治療/支援行為を行っていくことを大切にしたい。

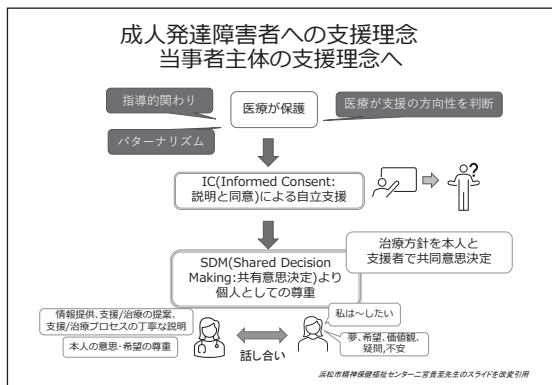
2. 発達障害の診断基準

DSM-IVまでは、「広汎性発達障害」や「アスペルガー症候群」という言葉が使われていたが、現在その2つは「ASD (Autism Spectrum Disorder): 自閉スペクトラム症」という名称に統合されている。

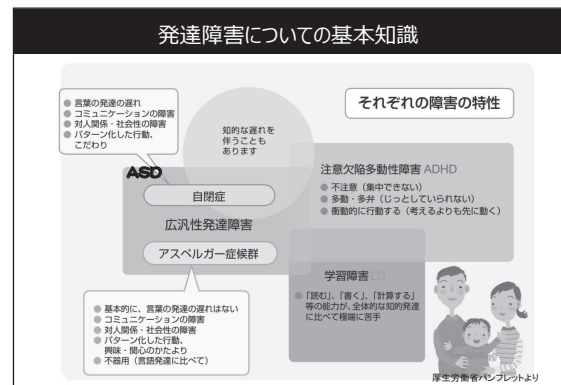
また、「注意欠陥多動性障害」は、DSM-5で「注意欠如・多動症」と言うがいわゆるADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) のことである。そして学習障害はLD (Learning Disability) と呼ばれ、一般的にこの3つはそれぞれの特性と共に、お互いが重なりあって存在することもと理解されている (図表2)。

自閉スペクトラム障害についてのDSM-5の診断基準を簡単に示すと図表3のようになるが、ここで注目すべきは「症状は社会や職業その他の重要な機能に重大な障害を引き起こしている」という一文である。つまり、症状や特性が存在しているというだけでは自閉スペクトラム障害と診断せず、生活していく上で自分や周囲に問題が生じている場合に診断するということである。

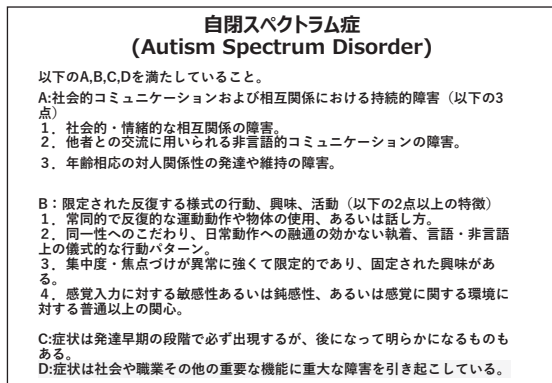
注意欠如・多動症についても、診断基準として重要なのは「症状が社会・学業・職業機能を損ねて



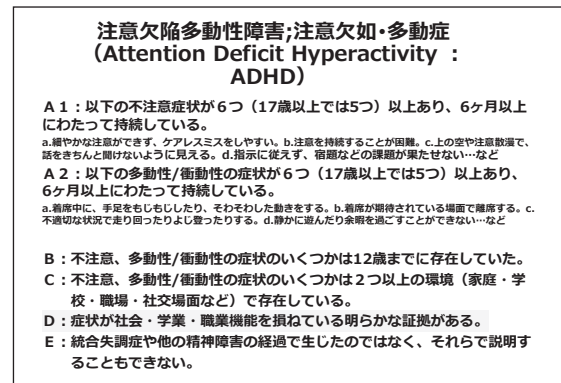
図表1



図表2



図表3



図表4

いる明らかな証拠がある」という点である。特性があるだけでは注意欠如・多動症と診断しない。

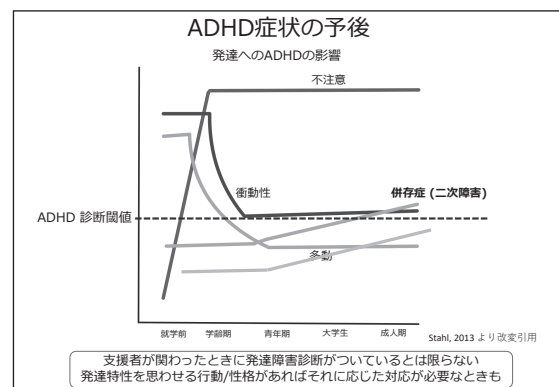
外来診療には、「自分はASDではないか」「ADHDではないか」と言って受診される方や、「自分を知りたい」という理由で受診される方もいる。しかし病名は一種のレッテルとして機能しかねないため、私は「あなたにとって診断は、どういう役に立ちますか?」と必ず尋ねるようにしている。その際、「現在、特に不便を感じているわけでもなく、社会生活も家庭生活も問題なくやれている」といった回答があった場合は、「特性がある」ということと、「疾患名として診断する」ということの区別を説明し、「特性はあるが診断はしないようにしましょう」と話してお帰りいただくことがある。発達障害はそういう意味でもいわゆる疾患概念とは異なっている。

ADHD症状の予後を見ると、ADHD者では不注意と衝動性と多動が学童期前に出現し、衝動性や多動は年齢と共に次第に治まってくるが、不注意はずっと続く。そして年齢を重ねるにつれて併存症(二次障害)が相談のメインになってくることもあり、青年期以降は併存症の方がクローズアップされることも多い(図表5)。

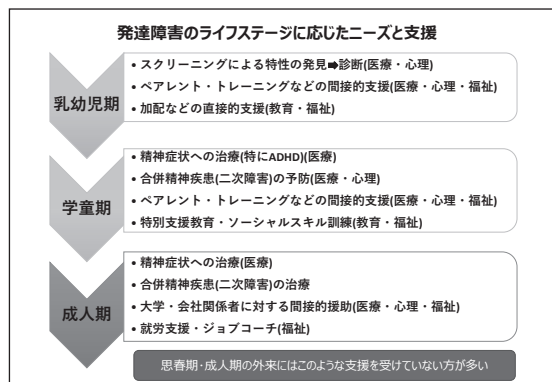
「大人の発達障害」への支援で難しい点の1つとして、いざ支援者が関わった時に発達障害診断がついているとは限らないことがある。一方、発達障害特性を思わせる行動や性格があれば、診断がついていないとしてもそれに応じた支援が必要な時がある。診断の有無にこだわると、発達障害特性を持つ方への支援ができなくなってしまうことがあるため、特性と診断は常にイコールで結ばれているものではないことを認識しておくべきである。本来、支援とは診断でなされるものではなく、その人の個性に応じてなされるべきものなはずと考えると、診断の有無で支援の有無も左右されてしまう現状にはもどかしさを感じる。

3. 思春期以降まで未診断の発達障害者の特徴

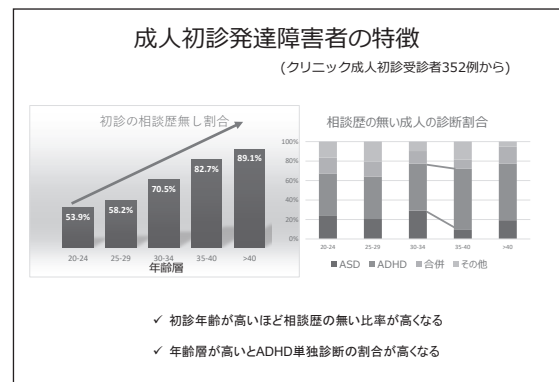
発達障害者の支援は、例えば乳幼児期にスクリーニングで特性を発見し、図表6に示すように発達段階に応じた支援を行っていくのが原則である。しかし、思春期や大人になって初めて外来に来られる方はそのような支援を受けてこられなかった方が多いため、成人発達障害者への支援はこの点を踏まえる必要がある。実際、図表7は私のクリニックで得られたデータだが、成人初診発達障害者では初診年齢が高じるほど相談歴無し比率が高く



図表5



図表6



図表7

なっている。40歳以上になって初めて受診する方では、過去に相談歴はほとんど無い。また、成人になるほど、特に30-40歳にかけてはADHDの単独診断がつく方が増えるという点も特徴的である。小児科の先生は「発達障害の大部分はASDとADHDの合併が多い」と仰る方が多いが、成人外来との違いであろう。

さて、支援に対する当事者側の意識は、大人になって初めて診断された場合と子どもの頃に診断されて支援を受けた場合とでは大きな違いがある。相談歴がある場合は、家族も本人も発達障害特性があるということをわかっているので障害の受容がされており、支援を受ける心構えができています。医者としても支援者としても非常に接しやすく、色々な支援を提案しやすい。一方、相談歴が無い場合、思春期や大人になってから初めて告知されるので、障害受容は人によって大きく異なる。生活を立て直すための支援を提案してもその受け入れには、本人も親もそれぞれに大きな個人差が生じてしまう。

思春期から成人期になって初めて発達障害として診断されるケースの特徴としては、学校や社会生活における不適応への気付きが遅れたということがあり、その理由を以下に挙げる。

①実は早期に発達障害特性が顕在化していたが、親や医者が気づけない、もしくは様子を見られてしまう

これは非常に多い。特に「就学前に一度相談したがグレーと言われ、そのまま放置した」という言葉を聞く。

②頭が良くて様子を見られた

能力が高く成績の良い子で、かつ学校では特段目立った対人的な問題がない場合には様子を見られてしまうことが非常に多い。しかし実は友達がなくて孤立していたりする。

③支援的立場が気づけていなかった

本人が周囲に違和感を持っていても、親や相談を受けた医療者が「まだ子どもだし……」「男の子だから多少乱暴でも仕方ない」などと流してしまうことはよくある。子ども自身は実は以前から周囲に助けを求めたかったのだが、親が「そんなこと無いよ」と言ってしまう、医療受診や支援が入るタイミングを逸してしまうケースはかなり多いので注意したい。

さらにそれまでは能力の高さでカバーできていたり、他者との違いに気づきつつも周囲と同じようにふるまおうとするカモフラージュ的な行動が上手く機能していたが、負荷が増して辛くなってきたからこそ顕在化する場合もある。要は、早期に気づけない理由は多様であることを実感する。

また、発達障害特性に配慮されずに向けられた発言や態度が虐待やいじめとして本人に認知されていることも多い。本人にとっては深刻なトラウマ体験や迫害体験であるのに周囲から認識されていないことがあり、後々の猜疑的な人間理解、社交性の無さ、回避行動などに繋がりやすい。

未診断のADHD者やLDの方も類似の問題を抱えている。特に、LD者は今認識されているよりも数が多いはずだが、医療面が無視してきた面があるため、今後、LDの方の不適応感にどう対応していくかについても考えていかなければならない。

CHIBA UNIVERSITY

思春期以降まで未診断であったASD者の特徴

- ◆ 診断の遅れ
 - ・ 幼少期は症状が目立ちにくく、診断が遅れやすい
 - ◆ 迫害体験の受けやすさ
 - ・ ASD者は社会性の不器用さのためいじめや虐待を受けやすい (Munro, 2010)
- ◆ 不適応感
 - ・ 社会的場面での困難さや仲間との違いを意識する (Sterling et al., 2007)
 - ・ 他者と自分との違いの認識が抑うつを高める (Hedley & Young, 2006)
 - ・ 社会的相互作用や関係に興味を持つものの、それを達成するスキルは乏しい (Ozonoff et al., 2002)

未診断のADHD, LD者も類似の問題を持つ

千葉大学子どもの心の発達教育研究センター大島氏から改変引用

図表8

4. 発達特性の発現について

近年、重要視されているのは「できるだけ早期に発見する」ということである。

発達障害特性は2歳児までには出てくるというのが一応のコンセンサスだが、実際、2歳児に自閉症診断があった場合に、4歳児、9歳児の診断のstability（安定性）は非常に高いというデータがある。

従来からの見方として、発達障害特性は10代前半までには顕在化し、診断閾値を超えて一生続いたり、ストレスの多い時期や成長の過程で目立っていた部分が成長とともに次第に和らいでいくという理解が多い。

しかし、患者さんと接していると、そうでもないと思うことが多い。例えば幼少期にADHDと診断されたが、後年、ASD診断が加わった方が10%前後いるという研究結果がある。図表9には私が考える発達障害特性顕在化の例を示した。10代前半から20代にかけてはADHDの特性の顕在化が強かったが、その後、本人のスキルが上がったり環境に恵まれたりして特性が診断閾値下となり、生活の上での問題は無くなることもある。ところが、出産や育児、昇進、転職といった負荷が増したことで、再び現れて来ることもあるというのが上の例。

また、小さい頃はADHD特性が強かったが、20代の頃から進学や就職、複雑化する対人関係といった問題が出てくるとASD特性が強く出てきやすくなる。それが後年になって再度、複雑に混じり合うようなことがあるため、発達特性の顕在化の時期というのは、当事者にかかるストレスや環境によって大きく異なると言える。

「子どもの頃に強かった特性が次第に目立たなくなった。しかし又、辛くなってきた」という言葉や、「子どもの頃は何もおかしいと思わなかったのに……」という言葉をよく耳にするが、発達障害特性の顕在化は一様ではない。

5. 発達障害の告知に関して

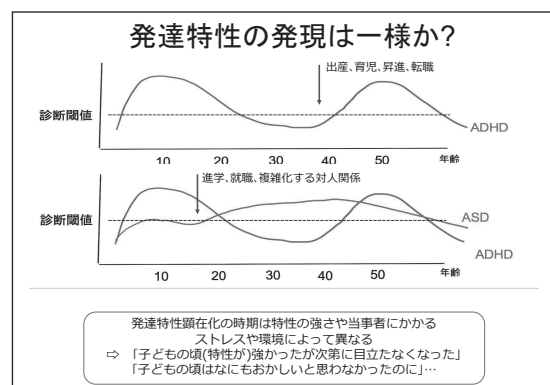
告知には十分な配慮が必要である。思春期以降初めての相談という場合には、突然、障害者にされてしまうという認識の方がいるため、支援者はその感覚に寄り添う必要である。一方、診断が出てホッとすることも多い。感じていた違和感や問題は、自分の努力不足や怠惰が原因ではなかったと感じられるためだ。そういう方にとっては、罪責感が減って自分を大事にできるようになり、セルフネグレクトからの脱却にもつながる。

ただ、本人は診断されて良かったと思っても、親や配偶者が認めたがらないケースも多い。本人と周囲の人々の両方への支援に困難が生じることもあるため、告知の際にはそういう点への注意も必要だ。

日本は、告知について欧米に比べて遅れているのが実情だ。欧米では告知は非常に早い段階でされている。自分の違和感を早々に認識した上で、どう生活すれば楽になるかを少年期から理解していく。

支援の必要性を受容する困難というのは、成長してからの診断になるほど増していく。「障害」という言葉に対し、自分自身、あるいは親や配偶者が非常に悪いイメージを持っていて、支援に至らないケースがあるのは残念なことだ。

また、ADHDには治療薬があるが、「薬は使いたくない」「カウンセリングですべてを解決したい」という人も一定数いる。何か1つの手段で、特にカ



図表9

ウンセリングだけ、薬だけ、で全てが解決するわけではないが、ADHD特性に対し薬が実際に役立つことは、もっと理解されるべきである。

頻繁に見受けられるパターンとして、精神科で多剤大量処方されている親族がいて、自分はそうなりたくないという警戒し、支援を受けつけないケースがある。これは精神科医が反省すべき点であるし、この誤解を払拭していくのも重要である。

6. 見逃されているケースが多い発達障害

母親と一緒に来院したある女性は、以前から自分はどこかおかしいと自覚していたのだが、母親が受診をためらっていたという。彼女の困りごとを以下に列挙する。

①子どもの頃から非常に忘れ物が多く毎日のように文房具を失くしてしまい、今もスマホや財布を頻繁に失くしてしまう。②思わず暴言を吐いてしまうため対人関係の継続が難しい。③理科の実験では指示を忘れて器具を壊してしまう。④黒板を見てノートをとる際も、前に座っている人のことが気になって集中できない。⑤ケアレスミスが極端に多く、試験の際も記入し終わったと思ったらもう1枚残っていた。⑥スポーツでも、一つ一つの運動行為は問題ないが、試合となるとあらゆることに注意しなければならなくなるため苦手である。

これらはどれも早期に気づくことのできたADHDの特徴であると同時に、本人の怠惰や性格、やる気の問題と捉えられがちな部分でもある。特性に気づくことは診断と関係なくできるため、親御さんや学校の先生方は、こういう側面を垣間見たらADHD特性かもしれないと気付いてあげて欲しい。

私が診てきた中では30～40代のADHDの女性は非常に多い。この点は欧米でも話題となっている。アメリカのユタ州に住む、3児の母でもある56歳の女性のケースでは、長年、不安とうつに苦しんできたが理由はわからなかった。最終的にADHDと診断されたのは40歳になってからで、本人は、もっと早く診断されていれば大学に行けたのではないかと悔やんだそうである。

現在でも成書には「発達障害者は男性の方に偏って多い」という記述が散見されるが、実際には女性もかなり多い。女性ADHD者は“fly under the radar”（レーダー網の下を飛ぶ＝教師／親に気づかれない）ということで、特に若い頃は見逃されがちであり、そういった方が後年になって特性に苦しみ、受診に至るケースはかなり多くある。

7. ADHD特性があれば診断がなくても支援が必要

診断はされていないが発達障害特性を持つ方は多く、大人になってから顕在化したというだけでなく、早くから顕在化しているが気づかれていないということがある。

典型例として、お母さんを介護する娘さんのケースを紹介する。訪問ケア担当者いわく、娘さんは提出書類の期限をなかなか守れない、要介護者であるお母さんの行動に我慢できず怒鳴ってしまうことが多い、介護の仕方が雑で器具操作を覚えられず、ゴミが溜まっている等々がよく確認される、と。

上記の例では、不注意、衝動性の高さ、ワーキングメモリの不足、優先順位を決められない、協調運動が苦手、整理・片付けが苦手など、ADHDの特性が明らかである。にもかかわらず、この娘さんはADHDと診断されていなかったために、これまでに支援を受けていない。こういったケースに関わる支援者的立場の方は、例え目の前の相手が診断されていなかったとしても、書類の提出期限を守ってもらうにはどうしたら良いのかなど工夫してみたいと思う。

学校での生徒に対しても同じである。診断はされていなかったとしても、出ている特性に対して支援をすることは可能なことから、それぞれに対応しながら、できれば受診を促してもらいたい。

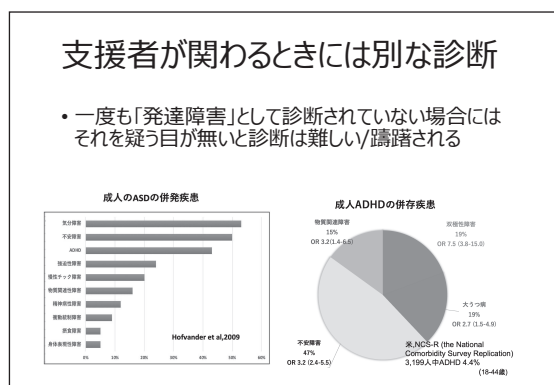
また、すでに別の医学的診断がされているケースも多い。例えば成人ASDの併存疾患として「気分障害」や「不安障害」が上位にくることが知られている。精神科受診の既往がある場合に、診断は併存疾患である「うつ病」であったり「不安障害」単独であることが多い。ADHDでは特に多い4つの併存疾患として、「双極性障害」「大うつ病」「不安障害」「物質関連障害（薬物依存やアルコール依存）」があり、その診断名单独で受診している方も多い。そういったケースでも、支援的立場であれば顕在化している特性に応じて対応していただきたいと思う。

なぜ現在の主治医に発達障害を診断されていないのか、という疑問がよくあるが、過去に一度も発達障害と診断されていない場合には、それを疑う目が無い精神科医には診断が難しかったり、躊躇されることが多いのが現状である。例えば、双極性障害として長く治療を受けていたあるケースでは、詳しく生活歴を聞いてみると、幼少～青年期から特徴的な不注意や浪費癖があり、ADHDを疑わせる特性があった。双極性障害を併存しているADHDと改めて診断し、抗ADHD薬による薬物治療を開始したところ、生活を劇的に改善できた。このような例から、併存している片方の疾患・障害に目を向けているだけであると、生活の改善には役立たないケースはがあると実感する。この点はまた後に述べたい。

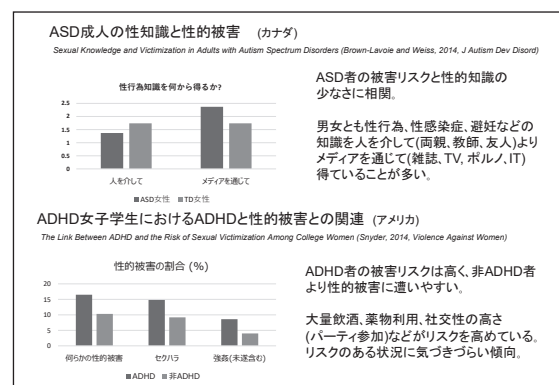
8. 発達障害と性の問題

思春期から成人期に出てくる問題として、性をめぐる問題に着目したい。発達障害があると性的被害に遭いやすいことは認識しておきたい。特にASDでは年齢相応な性的知識／経験の少ない人が非常に多い。定型発達の子どもの場合は友達を通じて性的な知識を得ていくが、ASDの子どもの場合は雑誌やテレビ、ポルノメディアを通じて得ていることが多く、性に関する知識が非常に偏っていることが報告されている（図表11の上）。また、ADHD者の衝動性が高い特性は、加害にもつながるが被害にも遭いやすい。図表11下はアメリカの研究だが、ADHD者には性的被害を受けている方が多いという結果がある。薬物依存にも陥りやすい衝動性の高さや、社交性の高さからリスクが高いのだが、そのリスクに本人は気づいていない。

性的嗜好や性自認についても、ASD者はそれぞれの幅が広い可能性があると言われている。ただそれが、ASD特性そのものによるものなのか、それとも定型発達の人に比べていわばマイペースなために自分の性的な嗜好を表現しやすいためなのか、その点はよくわかっていない。実際外来では、自身の性自認に関して悩んでいる人はとても多い。そもそも性的嗜好を持たないという方も多く、そういった面での悩みについても相談しやすい環境を整えることが大切である。



図表10



図表11

9. 発達障害の薬物治療

医療で提供される発達障害の支援は、実はさほど大きいことができるわけではなく、環境調整が最も重要と言える。とはいえ、医者ができることの中では診断書作成と共に薬物治療もそれなりの割合を占めている。

ASDへの薬物治療での注意点として、その目標は「ASD特性をなくす」ことではない。目標はあくまでも環境の改善、周囲からのサポート、精神療法（カウンセリング）を受け入れる素地作りや、不安があっても自己制御できる力を向上させることである。中核特性への医学的アプローチを薬物で行うのは基本的に困難というのがコンセンサスであり、イギリスの国立医療技術評価機構（National Institute of Health and Clinical Excellence：NICE）のガイドラインでもルーティン的な薬物使用は非推奨となっている。

一方、常同・反復行動、攻撃性に対しては、一定の薬剤がある程度役立つが、日本でもアメリカでも認可されているのは「リスペリドン」と「アリピプラゾール」のみであり、ASD者のirritability（いらいら、易刺激性）に対して使用する。その場合でも、単純に薬物を使って衝動性を抑えようとするだけでは問題は解決せず、まず事実確認をして、何に納得いかなかったかを傾聴し、どのような行動がより適切だったかを考えてもらう。その上で、自分にこだわりや特性があることを確認し、同意を得た上で薬も使いつつ、適応的行動を促していくことが必要だ。

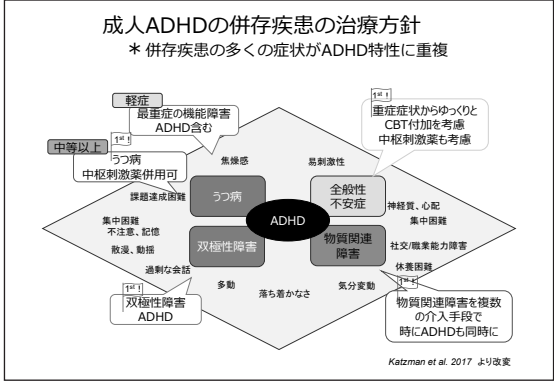
一方、ADHD特性に対しては薬がある。ただ、こちらも特性をなくすことに目標があるわけではない。障害受容と、薬を使うことで「こんなこともできるようになれるんだ」と自尊心を高めてもらうことが大事であり、自身の特性を踏まえた適応性の高いパーソナリティ形成を目指す。ただし、成人になってからADHDの診断を受けたケースでは、これまでの経験から挫折感や無力感が非常に強い可能性があり、薬物療法を優先する必要性のある場合がしばしばある。そこは小児とは異なる点と言って良い。

ADHDに対する薬物治療の効果は高い。「おまえはダメだと言われ続けてきた」という方は多いが、抗ADHD薬により「初めて目が覚めたような気がする」「親から『初めておまえが話を聞いている』と言われた」「教科書を初めて読めるようになった」「ミスが減った」「暴言を吐いていた場面で言い直しができるようになった」「昼間の覚醒度が上がって朝も起床しやすくなり、昼夜のリズムがつかみやすくなった」など、生活面で大きな違いを感じられることが多い。

また、大人のADHD者は、先述のようにうつ病、双極性障害、全般性不安症、物質関連障害の4つの疾患のどれかを併存していることも多い。どちらの治療を優先すべきかという迷いが生ずるものだが、図13に示すように、生活改善のためにはどちらの治療も進めながらケアしていくことが重要だ。

種類	中核刺激薬		非中核刺激薬	
	メチルフェネチート	リスチキサメタミン	アトモキセタン	グアンファシン
薬名(主名)	コンサータ	ビバンセ	ストラテラ (ジェネリックあり)	インチュエブ
規制区分	創薬、向精神薬	創薬、覚醒剤原料	創薬	創薬
製造販売	ヤンセンファーマ	塩野製薬 (提携: 武田薬品工業)	日本イーライリライ	塩野製薬 (提携: 武田薬品工業)
承認時期 (追加追加)	2007年10月 (2013年12月: 成人適応追加)	2019年3月	2009年4月 (2012年8月: 成人適応追加)	2017年3月 (2019年6月: 成人適応追加)
作用機序	D1/D2受容体拮抗作用 α1受容体拮抗作用	D1/D2受容体拮抗作用 α1受容体拮抗作用	選択的ノルアドレナリン再取り込み阻害	選択的α2アドレナリン作動薬
剤形	錠剤	カプセル	カプセル・液	錠剤
使用用量	18-72mg	30-70mg	40-120mg(18歳以上) 0.5mg/kg(18歳未満)	2-6mg(50kg以上) 1mg(50kg未満)
投与回数	1日1回(朝)	1日1回(朝) 日本では18歳未満のみ	(18歳未満)1日2回 (18歳以上)1日1回または2回	1日1回

図表12



図表13

ただし最重度のうつ病に関しては、うつ病の方から治療していく必要がある。

尚、薬物療法を行ったからといって一生薬を使い続ける必要があるわけではなく、終結は意識しておく。日本のガイドラインでは、心理社会的治療や環境調整の継続がある中で、GAF（Global Assessment of Functioning：機能の全体的評定尺度）が60超であれば抗ADHD薬の終結を考慮する。一方、アメリカでは機能障害がある場合は抗ADHD薬の継続を推奨し、欧州では時期尚早な終結は避けるとされている。つまり終結はできるが、無理はしないほうが良いのも確かである。

実際に薬物療法を行っている実感としては、服薬しながらでも学習した内容や技能はきちんと身につくので、一定のところで終結することは十分あり得ると感じている。ただ、その時の負荷によって再開が必要となる例も多く、薬の必要性は柔軟に考える必要がある。

10. 就労・進学の見え方と、支援者・本人の心構え

発達障害者の進学や就職にあたっては、向き不向きや能力が本人の希望と乖離していることは少なくない。そういった場合、支援者はどうしても能力面を重視してアドバイスしがちになることには注意が必要と考えている。それ自体は悪いことではないのだが、若い方なら敢えて挑戦させて、失敗したら支援者として対処するのも1つの方法だ。もちろん、本人の希望する方向が余りにも適応に困難が予想される場合には考えなくてはいけないが、例えば、大学進学の際に「理系を目指す辛いことになるかもしれない」と感じて、一旦行かせてみるのも一手だと思う。

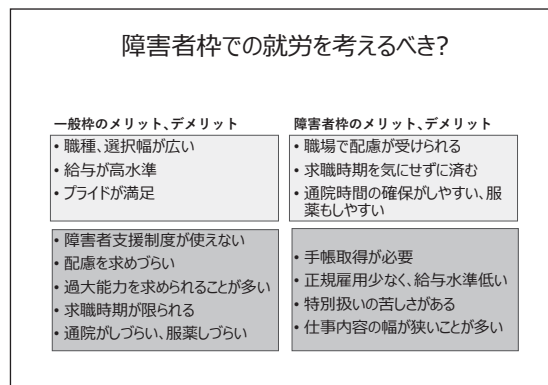
また、成人の発達障害者の雇用を考えた時、障害者枠を勧めることは多いが、一般枠と比べた場合のメリット・デメリットはあるため、その点を本人にも把握してもらった上で選択してもらおうと良い。障害者枠は配慮を前提にして就職できるというメリットが大きいですが、一度、一般雇用でトライしてみても、失敗したら再度考えてみるのも良いと思う。

心構えとして、まず支援者に望むことは、本人と信頼関係を結んで欲しい。発達障害特性を持つ方は、悪い言葉やきつい言葉に対して感受性が高いため、罵るようなきつい対応や陰口をいうような態度はとらないこと。これは当たり前のようなものであるが、本人に対してでなくても、他の誰かに対する言葉づかいや支援者間のパワハラ・セクハラに深く傷つくこともあるため、支援者自身にとっても良い環境を整えることが大切だと思う。

本人は色々なことを訴えてくると思うが、多様な価値観を認めてしっかり傾聴していくことが重要である。学校教諭の中には、「その子にばかり支援していて良いのか」と葛藤する方もいるが、支援とはいわばメガネのようなもの。足りない部分や苦手な部分に対し支援をしていくというのは当たり前という認識を持ちたい。



図表14



図表15

本人に対しても、「嫌なことをされた時は、別の見方ができないか考えてみよう」「信頼できる人の助言を聞き、言われたことを実行してみよう」「信頼できる人でも間違えることはあるから、グレーな部分を認められるよう考え方を少し変えていこうか」といったことを伝えるようにしている。

11. 小児科からの卒業と中核支援者について

小児科に受診していた発達障害者が、大人になって精神科に転院する際に困難が生じることは多い。

主治医が変わることの心細さは相当なものであるため、日本小児学会では平成18年から「大人になるまで見守ります」と提言していて有難いことだ。

ただ、青少年のうちに精神科の医師に親しみをもってもらえることは大変大きなメリットがあるため、重複受診期を設けるなどしながら、できるだけ早めに大人の精神科にかかる方法を模索してみると良いと思う。そして精神科医には、青少年のうちから受診してもらう方が支援を受け入れてもらいやすいことを知ってもらいたい。その一方、感覚過敏や新規環境への適応が非常に難しく、成人の精神科を継続受診することが困難なケースがあるのも確かで、そういう場合は、小児科医に後々まで診てもらえると有難い。

また支援者の方々には、「方針決定するのは医師なのか」という点も考えて欲しい。診断を行う医者が当事者支援の中核となるべきと考える方は多いが、前述したとおり、発達障害特性についてはなかなか診断をつけられず、診察室で問題解決できないことも多いため、医者が得意でない領域も数多い。

私の希望を込めた願いとしては、「発達障害支援センター」のような組織が医療や教育を含めた支援機関の上位機関となり、様々な助言や研修、支援者の指定や支援機関同士の仲介などの役割を担うようになることが理想的だと考えている。

松澤大輔先生のプロフィール

医師／医学博士 新津田沼メンタルクリニック 副院長

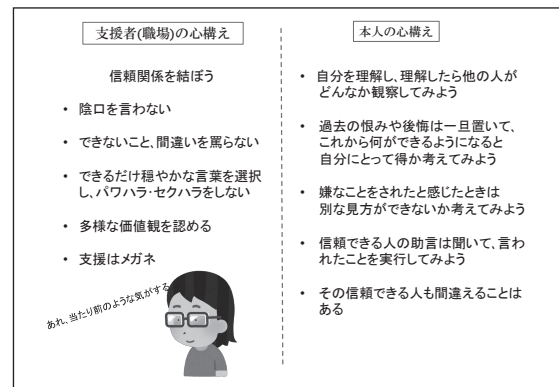
【略歴】

2000年千葉大学医学部卒業。同年千葉大学医学部精神医学教室に入局。

千葉大学附属病院精神・神経科での研修後、2001年より、千葉県救急医療センター、同仁会木更津病院を経て、2007年より千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学。2018年より千葉大学子どものこころの発達教育研究センター特任准教授、新津田沼メンタルクリニック副院長、株式会社ライデック（発達特性研究所）代表取締役社長。

【専門】

認知症／発達障害臨床、神経科学、分子生物学



図表16