

# 第1章

## アンケート結果に対するインタビュー

以下の3氏に事前にアンケートの結果を読んでいただき、後日、東京都自閉症協会理事長の今井忠が個別に面談し、ご意見をいただいた。

日詰正文 氏：前、厚生労働省の発達障害対策専門官  
現、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 事業企画局研究部部長

米田衆介 氏：精神神経科医師  
「明神下診療所」所長

有賀道生 氏：精神科神経科医師  
現横浜市東部地域療育センター所長

## 1. 日詰正文氏にお聞きしました

プロフィール：長野県発達障害支援センターで発達障害者のための支援をされ、2007年4月から二度、厚生労働省の発達障害対策専門官を歴任し、2018年4月から、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園事業企画局研究部部長。2018年現在、一般社団法人日本発達障害ネットワーク JDDnet の理事。発達障害者の実態、日本の発達障害施策の経緯について詳しい。（文責：今井）



### インタビューア－要約

- ・ 服薬は医師任せにしては駄目で、医師と一緒に探していくという関係が望ましい。
- ・ このアンケートの中に自分が薬を飲んだ結果の表現を見つけられる。それによって、上記のための医師との対話がスムーズになる。
- ・ 児童精神科医から成人精神科医にバトンタッチできないのは、信頼できる成人精神科医が今は少ないから。
- ・ 成人の精神科医や病院が、今回診療報酬に入った発達障害・自閉症のショートケアやデイケアを作業療法士（OT）などの他職種とすることによって、自閉症に慣れることを期待している。
- ・ 自閉症への介入は、医療モデルから社会モデルへ、生活全体を見ていくことが重要。
- ・ 医師ができることのいちばんは鑑別。
- ・ 身体に装着できる測定機器で心身の状態を数値化できるようになるといい。
- ・ 精神科薬に対する理解度を自己採点できるチェックリストみたいなものができ、薬についての理解が進むとよい。

### 1. アンケート全体の印象

**今井：**アンケートの自由記述にみなさんたくさん書いていただきました。このアンケート全体に対しての印象をお聞かせください。

**日詰：**これだけあるというのがすごいいと思います。これこそ当事者団体のやるべき調査。後輩や仲間の役に立つと思って、お医師さんや学者に左右されず、信頼して出している。たぶんこういうのが医師や薬と付き合っていくことの大きな意味じゃないかなと思います。

**今井：**それはどういう意味ですか。

**日詰：**医師が言うから使うという対話がない薬の使い方は駄目だと思う。自分にとってこのように役に立ったとか、こういうふうに使えなかったという、そう言っているんだということをみんなに伝えるというのが一番大事なメッセージだなと思っています。これから飲もうとか飲んでいる人にとって、どう言っているかみんな漠然とわからなかったけど、伝え方のひな形になる気がするので、すごくいい材料集だと思います。文章でここまで

丁寧に書いてもあるので、自分に当てはまる場所を見つけられると思います。お医師さんも薬を出すときに例文集を渡して、飲んだ結果がこの中のどれに近いかを聞いて、対話がスムーズになればと思って読みました。

**今井**：知的障害があつて当事者が説明できない場合も、親が何を観察しなければいけないかわかる。他の病気であれば血液検査して数字で判断できるのに、精神科医療というのは本人の言い分による。心身の状態について観察すべきことを示してもらったほうがいい。

**日誌**：コメントでしか状況を確認しようがない。だから、医師も手探りです。これまでは、医師と患者の双方が一方向的なコミュニケーションになっているのではないのでしょうか。

**今井**：薬の説明書には副作用項目が山ほど書いてあるけど、とても読む気にならないし、どれかがあてはまるようで、役に立たない。

**日誌**：契約書とか説明書は読まされている感じがして、読む気にならないけど、このアンケートには自分に合ってるのを一生懸命見つけたい気になります。良いことも悪いことも両方書いてある。予想以上に効いてるっていうのが多かったですね。

**今井**：服薬目的では、睡眠とてんかん、それに多動が多いので、そうなるのでしょうか。また、効かないものは飲まないの。ただ、一方で、悪くなったという例が約 10%ありました。医学的な処方としては高いと思います。

**日誌**：そこでどうしたかですね。やめる相談ができたとか、別の薬を見つけたとか。

**今井**：相談にちゃんと医師が乗ってくれたのか、それともそんなこと言うお前がおかしいみたいになったのか。

**日誌**：そういう医師はそもそも駄目だと思います。処方が合っていないってこと自体はある話だと思います。TEACCH の構造化だって、スケジュールカードだって、SST だって、みんな合わない人はやっぱり 10%はいると思います。だから医師との関係も、次どうしようと相談をしあえる関係にしていくしかないと思います。本人も何が自分に合うとか、薬を飲まないのがいいのかも、対話の中で見つけていくのがいい。逆に医師任せにしては駄目で、不信ではなく、一緒に探していくという関係が望ましい。他の病気は「治してください」だけど、これは、治してくださいプラス、「自分に合うものを見つけるのを一緒に手伝ってください」という付き合い方だと思うんです。最初は、医師もわからないし、自分もわからない。やりとりをしながら見つけていくしかないと思うんです。合わないから駄目とか、合ったから一生それではなくて、年齢で違う症状が出てきたり、ほんとはもういらなくなるかもしれないとか、先生これ試しにやめてみたらどうなるかやってみていいですかとか、そういうのがあってもいい。そのことを読んでいて思いました。

## 2. 成人精神科医へのバトンタッチ

**今井**：患者が成人になっても児童精神科医が診ているという現実があります。この問題をどう考えたらいいですか。バトンタッチするのがいいのか、かかりつけ医的にずっと診ていくのがいいのか。

**日誌**：両方あっていいと思いますが、現実には信頼できる成人精神科医が今は少ないということですね。

**今井**：そのため、児童精神科医が結局ずっと診ていくという現状は改善が必要ですね。

**日誌**：それを変えたいと思ってショートケアを今回診療報酬に入れることができました。成人の精神科医や病院は発達障害、自閉症を診て、勉強してもらわないといけない。ハードルがまだちょっと高いのですが、意味があるとなれば、成人の精神科医がショートケアとかデイケアを通して診るようになってくると思います。たぶんそれは、お薬を使わなくても良くなる人がいることを見るのに一番いい機会だし、デイケアは他のスタッフが基本的に回してくので、OTとか心理とかソーシャルワーカーとか、その人たちが言うことを医師が聞くという機会になる。薬メインではない方法を勉強してもらえることにもなる。ショートケアとかデイケアを今回報酬に入れたのは20回ですが、20回見ていれば、今まで全然知らなかったことも勉強できる。それでも、勉強しない医師が多ければ、児童の精神科医が診るしかないですね。

**今井**：著名な児童精神科医の方々が高齢を理由に引退されることになって、その先生に頼っていた患者さんたちが困っています。ある児童精神科医は、「バトンタッチしたくても、信頼できる成人の精神科医がいないんだ」と仰る。だから抱えてしまう。でも、患者が自分で探すのは無理。

**日誌**：福祉事業所を自分で持っている医療法人も増えてきています。そういうところの医師はやれると思います。結局、医療だけで抱え込まないで、福祉のスタッフを使って支えていくことになる。厚労省も福祉と医療との両方というのは考えてはいます。

**今井**：その両方をやれば、生活支援というイメージに近づくかもしれませんね。薬で病気を治してから生活支援ではなく、生活と精神状態を切り離さないで介入する。

**日誌**：介護保険が始まってから介護とくつつく病院がいっぱいできました。福祉と医療を両方やる病院が増えてくると、病院の中で橋渡しができ、児童の精神科医がいろいろ言わなくても、もうちょっと地に足が付いたことをするようになるのではないのでしょうか。たぶん成人の精神科医は、心理とか OT は自分たちが使うものという感覚でいたのが、これからはショートケアなどがメインになってくると、もう横並びでやっていくことになる。医療モデルから社会モデルへ、生活全体を見ていく。精神科は早くそうなるのもいいと思います。

**今井**：服薬中心から、生活のアドバイスも含めてやっていくということについて、厚労省の中ではどういう議論がされてきたのですか。代表的な統合失調症のような精神疾患と発達障害では政策を考えるうえで違いが出るのですか。

**日誌**：違いますね。精神障害保健の担当者（医系技官）は、病院から来た人が中心なので、そちらのことで精一杯という感じでした。しかし、最近はピュアな統合失調症が減ってきて、社会適応障害とか、性同一性障害、依存症もそうですが、病院に何年もいなくてもいいような人たちの層が増えてきていて、発達障害がその中にどうもいっぱいいて、彼等は薬では治らなくて、時間をかけて SST とか、仲間とって話すというのがやはりいいらしいというのがわかってはきているんです。だから、今回そのショートケアを入れるときも病院関係者にも味方してもらえました。自分たちの将来的な仕事になるというのはよくわかっておら

れました。今はまだノウハウがそんなにないし、だけど、現場は、これまでも発達障害の人たちがいっぱいいて、今のやり方ではうまくいかないということを知り始めているんです。なので、ショートケアなどで自分たちも勉強しなきゃいけないとか、仲間の検討課題にしなくてはいけないという思いの先生がいて、今回は後押しをしてくれました。病院関係者がリードしてくれたほうが話は進みやすい。現場のほうがそのへんのことはよくわかっていると思います。後押ししていただける先生方は、患者との対話がたぶんうまくできている先生だと思います。

### 3. 医師に期待していること

**今井**：医師や医療機関のよし悪しをどういふ尺度で親や当事者が判断してるのかをアンケートの自由記述から読み取りました。親身になってくれたとか、そういう心理的な姿勢の部分非常大きいです。普通は肺炎を治してくれたなどの技術的なことなのに、この世界は薬以上に言葉で助けられているようです。なぜなのか。言葉かけなら医師免許がなくなってもできるじゃないかと。でも、医師への期待は大きいんです。

**日詰**：医師ができることのいちばんは、患者さんが治っていく道筋を見つける手伝いで、その入り口の鑑別だと思います。他の病気じゃないという鑑別をしながら、この人に合ったものを見つけていくのが医師だと思います。身体的な病気からきているのか、精神からきているのかを判断できて、患者さんの腑に落ちるような言葉かけをすることは、たぶん医師じゃなきゃできない。そういう意味では医師の役割は大きいと思います。

**今井**：言葉で励ましたり、勇気づけることは医師ではなくても、先輩の親とか他の人でもできそうです。そこで、何人かのお母さんに医師でなきゃいけないのかを聞いたら、やはり医師のほうがずっと意味があると言ったことでした。医師はいろんな人を診ているから、医師から言われたほうが意味合いが大きいんです。

**日詰**：IQ 検査みたいなものですね。IQ 検査で、あなたは正規分布の 90 とか 120 ですよとかを言われるのと同じように、あなたの自閉度の大変さがどのへんかを知りたいと思っている。

**今井**：たくさん患者を診てるから医師のほうが全体をわかっている。定期的に医師に通っているのは、医療的な行為を期待しているというよりも助言のようです。

**日詰**：そうですね。これからショートケアとかになれば、心理の人で OK とかに変わっていくと思います。

**今井**：骨折でも、今は同じ病院でずっと診てもらうのではなくて、初期の段階が終われば、今度はリハビリ施設に移りますね。

**日詰**：国の医療と介護や福祉の関係づくりもそういう方針なので、急性期だけ医療でやって、あとは介護とかリハビリ、それも 1 年で、そこから先は福祉という役割分担は今後も進むと思います。

**今井**：親や当事者が医師に期待してることを、短い言葉で言うと、親身になって本人と家族に寄り添って、的確な助言や、場合によっては処方をして、要は時間をかけて聞いてくれたということなんです。私は親だから、そうだなとは思いつつ、経済合理性を考えると医師の時間をそこまで取っていいのかと。しかし、

親御さんは心細くて、この子のことがわかってくれるのは私と先生しかいないという気持ちだと思います。

**日誌**：ある意味、自分一人で世の中と闘っているわけですね。そういうとき、権威のある医師にそばに居てほしいというのはわかりますよね。医師がそういうつもりでいるかどうかは別として。

**今井**：だから本来そこは OT さんとか心理の人とか、医師以外の誰かが担ってもいい。

**日誌**：親は医師の名前を出すと思うのですが、病院によっては、ジョブコーチとかワーカーと一緒に企業へ説明に行ってくれたり、大学に行ってくれたりするので、会社とか大学の窓口の人はそのワーカーの人が言ってくれたことが一番の助言になる。そうなると医師じゃなくても家族や本人は満足する。今は医師の権威があてになるからだと思います。診断のお部屋で先生対患者という1対1の関係でしかやってないけど、チーム医療に変わっていけば、先生の当り外れも減るのではないのでしょうか。

**今井**：医師の姿勢や態度に多くの人が感謝しています。お世話になったとか、アドバイスが良かったと。だから長く続いている。普通の医療とちよっと違いますね。

外科とか内科の医師からは、なにか違って見えるのかもしれませんが。この前、ある精神科のお医師さんが、精神科医はきわめてマイナーで、社会的地位も、医師の中での地位も非常に低いんだと言っていました。患者や家族を精神的に支えることが医療行為の一部になっているという現実をどう考えたらいいですか。

**日誌**：なかなか診療報酬の点数が上がらないんですが、患者さんが期待していることは大事かもしれないですね。それが故に広がらないということも事実ではありますね。

#### 4. 医師の助言や処方に対する評価

**今井**：一方、助言の内容や処方という技術的内容の部分の評価は満足と不満が拮抗しています。

**日誌**：一緒に相談しながらやり続けてるっていう姿勢ならば、これでいいと思います。効いてないっていうことを自覚してちゃんと言えたかどうか、合いませんでしたと言って、じゃあ変えてみましょうかというのは全然ありで、そういうやり取りができていれば、治療自体としては成功かもしれない。

**今井**：知的障害とか発達障害の人でうまく言語でコミュニケーションがとりにくい場合、専門看護師制度がありうらと思ったのです。来診や診察の前に、看護師がある程度ヒアリングをし、状態を把握して、要約して医師に伝えておく。アンケートの中にも、看護師が事前にヒアリングをして、効率的だっていうことを書いてる人がいましたね。

**日誌**：これからその気になる医師は少し増えると思います。今年11月に精神科看護協会に呼ばれて発達障害の話をするんですが、そういうことが話題になっているのだらうと思います。

鹿児島県の発達障害支援センターと療育センターがやっているんですけど、医師が忙しいから、保育所や学校などの現場から医師の視点に合った情報をケースワーカーにとってきてもらって、それを材料にして診断する。そうしたら必要なことを行う診療の時間を短縮でき、医師にもメリットがある。それをやりはじめたら、みんなの聞き取りが上手になって、回転がすごくよくなったと言っていました。



**今井**：長期間服薬していて、状態も安定していて、対応のパターンもわかっているので、減薬しても大丈夫じゃないかなと思っているけど、手つかずになっているという人がかなりいます。

**日詰**：病院のほうは抜きたいと思っている所も、少なくないと思います。

**今井**：福祉の支援者の回答では、勝手に薬を減らしたら困る、いじらないでくれというような意見が多く見受けられます。

**日詰**：勝手に減らせばそうですね。ただ、やめてみてどういう世界が待っているかがわかればいいのですが、よくわからない。医師もわかっていないので、医師も言えないんだと思います。

**今井**：長期的な服薬影響はわかっていない？

**日詰**：あまりよくわかっていないです。

**今井**：目立った副作用がすぐに出るということではない。もちろん肝機能とかは数字でわかるけど、精神活動状態や、薬を減らしても体が補うかどうかは実はわからないですね。

**日詰**：だから逆に、長く服薬している人が、後輩のためにレポートにして冊子に載せるとか。減薬だけではなく、いろいろ試してみて、減薬の可能性を確認してみるのはいいかもかもしれません。

**今井**：てんかんのお薬はある期間スパイクが出なければ減薬するとか、増薬も減薬もかなり標準化されているんですね。しかも客観的な物差しがあるから共通認識ができるけど、精神活動については言葉での表現になるように思います。

**日詰**：今、福祉工学の人たちとやっている勉強会では、血圧とか、汗とか、ストレスチェッカーの値とか、バイオリジカル的なデータを取っていけるようにしていこうという話をしているところです。先日も、網のようなシャツがあって、それでストレス計測ができるとか、今、アスリートなんかも自己チェックできるウェアラブル端末をたくさんつけていますね。ああいうので当事者の状態のデータをいっぱい集めようというのは今言ってるんです。薬を飲んでるときとか、いろんな環境因子もあるわけで、危なくなったら自分で気付くだけではなく、周りの人にも気付いてもらって、「そろそろヤバイですよ」、「休ませてください」というようなものを作っていければいいと思います。ドクターに行くときの状況の報告にも使えます。

**今井**：身体の動きの三次元測定装置で、動きの鈍さとか動かしさをデータ化できると聞きました。監視装置ではなく計測だと思います。本人用にカスタマイズした装置だといいですね。

**日詰**：本人が寝ていても周りに誰かいないけども、信号がパソコンに飛んでくので、病院の医師も状況がわかる。今は指導員が記録しないといけないけど、たとえば強度行動障害の人に加速度計を着けて記録して病院に送れば記録の負担も減る。そういう装置を使うことをもっと現場に呼び込んでいかなきゃいけないなと思っています。高機能の人なんかは当然、気圧や音、匂いなど環境刺激を計測してアラームを出すとか。

## 5. アンケートのまとめ方

**今井**：最後に、このアンケートのまとめ方や活かし方についてのご意見をいただけますか。

**日詰**：薬の勉強を小・中学校とか、親の会でもするのがいいと思います。医師はこのくらいのは知っているだろうと思って、説明を飛ばしている可能性がいっぱいある。教材なんかも作ったほうがいいと思います。薬ってというのはこういうリスクとメリットがありますよとか。

**今井**：精神科薬は人による出方が一律ではないようですね。鬱病の薬で尿が出なくなった人がいました。原因がすぐにはわからなくて苦しんだと言っていました。服薬による症状をチェック項目にした用紙を患者に渡して、記録してもらえばいいと思いました。当協会も何回か精神科薬の勉強会をしました。参加はいつも多いですね。

**日詰**：薬について理解しておいたほうがいいことを製薬会社ではなく障害者団体の人が伝えるのが大事だと思います。最初のページでもいいし、最後のページでもいいんですけど、あなたの薬に対する理解度チェックリストみたいなものを付けて、自己採点する。それから、お薬についてこのページを読むと理解がいいですよとか。このアンケートに書いている人も、もしかしたらそういう知識がなくて、医師からも説明がなくて、不都合が起きていたのかもしれない。

**今井**：そうですね。二度も盲腸になったのは服薬が原因ではないかとアンケートに書いていた人がいましたね。全般的な薬の知識ではなくて、心身の変化を客観的に観察するための材料を用意して、それをもとに医師とコミュニケーションを取ることが有益ですね。

**日詰**：そうなんです。便秘とか、食欲とか、アメリカの保健局でも指摘しているし、よくあるようですね。極端に言うのは問題がありますが、そういうところも見てあげるのがいいですね。自閉症の方に現れやすい症状とか誤解とか失敗に対して、薬剤師の方に協力いただいて、解説をみんなで作っていきませんかみたいな感じで、答えのわかったものから載せていくというのがいいかもしれないですね。このアンケートには素材がいっぱいあるので、現場の人たちのコミュニケーションツールになってくる。そういうものなら、医師が読むんじゃないですか。あ、こう言ってあげればいいのか、みたいな。

**今井**：このまとめはどんな方に興味を持っていただけそうですか。

**日詰**：発達障害支援センターの人は興味を持つかもしれない。医師とか家族はもちろんですけど、かかりつけ医の研修などをやってるような県の担当者のような、中間にいて、こういう人たちをどう仲良くしていったらいいのかを考えている人は読んでいて面白いと思います。

**今井**：発達障害の難しさは、医療と生活環境調整の両方を統一的に理解して進めるということにあると思っています。

**日詰**：そうですね。医師はそれを要求されているし、今後は医師だけではなくて、ショートケア、デイケアのスタッフにその部分のウエイトを移していけばいいと思います。



**今井**：薬の助け具合や、環境との関係というのは微妙な感じがしています。

**日詰**：それは現在では解決できないので、計測装置を使って、みんなで確認していきましょうということでしょうか。

**今井**：TEACCHでも他職種連携をしきりに言うのは、特定の専門家だけで判断すると偏ってしまうということなのでしょうね。

**日詰**：そうだと思います。人間の一部しか見ていないような話になってしまいます。限られたエリアの一人の人に全部の解決を要求されても難しいですね。まとめ方ですが、活用のアイデアをいくつか書いておいて、あとは読者に任せる。

**今井**：医師は、「そんなこと求められても困る」とか、「それは俺たちの仕事じゃない」と思うかもしれませんがね。精神については、医療の意味を、薬物中心ではなく、生活の中での健康の維持を目的にして欲しいです。

**日詰**：そうですね。だから、たぶん落としどころはショートケア、デイケアで、チームで見聞かし、話を聞いて、その中で医師は自分もやるけど、こっちの人にも聞いてごらんと。家の様子は、血圧計のように、計測できるようになればいいですね。

**今井**：今日はありがとうございました。

## 2. 米田衆介医師にお聞きしました

プロフィール：精神神経科医師。東京大学医学部附属病院の精神神経科医員、東京都立松沢病院精神科医員、東京都精神医学総合研究所兼務研究員などを経て、現在は「明神下診療所」所長として、日々、自閉症を含む数多くの発達障害者の患者に関わる。アスペルガー症候群など高機能発達障害の臨床経験は多数に上る。主に成人の発達障害者に関する研究論文や『アスペルガーの人はなぜ生きづらいのか?』（講談社）など著作も多い。（文責：今井）

### インタビューア－要約

- ・ 自閉症に対応できる技術を持つ精神科医に会う確率は低い。多くの精神科医は精神遅滞は自分の範囲ではないと思っているし、発達障害も習ってきていない。
- ・ 児・者で分けなくて、一貫して診るのがよい。
- ・ 医師を選ぶときは、医師の自閉症への理解度を確かめること
- ・ 自閉症への介入は、統合失調症とは技術が違う、それと同じ技術でやったら駄目。
- ・ 自閉症ケアでは ABA や TEACCH の要素を入れることは必須
- ・ 薬で行動障害そのものが直接治るわけではない。薬は行動療法的介入や環境調整を楽にする。薬だけ出すという治療は駄目。
- ・ 環境の調整は TEACCH、行動の調整は ABA。精神科医が ABA を学ばない限り、自閉症児者は救われない。
- ・ 一般精神科医の中で 2 割でも 3 割でも自閉症プライマリーができる人間を増やすのがいい。

### 1. アンケート全体について

**今井**：このアンケートの全体的印象をお聞かせください。

**米田**：是非こういうことを調べて、当事者団体として状況を把握しておくことが大事だと思います。患者さんや家族の視点で、医療の外側から現状を把握することに意味があると思います。

**今井**：発達障害にとっての精神科医療は、環境や関わり方、服薬などが絡み合って、捉えにくい。

**米田**：医療側からは複雑ではないのです。じつは医療側の視点に立って切り分けて整理するのは簡単なことなんです。というのは、精神科医である自閉症専門家の間では、自閉症について、どんなときに何をすべきか、あまり大きく意見が分かれることはありません。

**今井**：医療的に捉えたからといってどれだけ幸せになるかみたいのがあって。

**米田**：当事者側からはそういう主張があってもいいと思いますが、医療側は医療なしでみんなが幸せにやれるとは思っていません。ただ、医療はいらないという人がいてもそれは構わないと思います。

## 2. 医師への期待

**今井**：精神科医に対してみんな非常に感謝していることがアンケートでわかりました。具体的に何で助けられたかを詳しく書いています。困っているときに先生の言葉に助けられたとか、学校に伝えてくれたとか。だから、儀礼的に医者に感謝しているわけではなく、自分の具体的体験にもとづく感謝です。

**米田**：医者としてはありがたいです。少しは役に立っているのかもしれないと思います。

**今井**：感謝の内容は、医療技術的なことよりも、寄り添ってくれたとか、言葉とか、よく話を聞いてくれたとか、医師の姿勢です。助言の内容はその次でした。

**米田**：今日は率直な話をする場だと思うので言うと、悪い意味じゃなくて、そこがプロの仕事と患者さん・ご家族の感じ方との関係で食い違いがあるのです。たとえば、旅館に行って、とても親切にしてくれて、温かい笑顔で見送ってくれたら、ありがたうってお客さんは言うわけですけど、旅館のほうは、調理場で事故なく大量の料理を素早く作るとか、トイレを綺麗にするとか、そういうことを一生懸命頑張っているのです。でも、お客さんにはそれは見えない。お客さんがホッしたり、笑顔になってくれる、そういう直接気がついて喜んでくれることは大切なことだけど、僕らがほんとに大切に思ってるのはそこじゃないのです。

僕は医学的に正しい介入を行っているかどうかで自分たちの仕事を評価しています。まったく見当違いな治療をしても、相手をホッとさせてしまえば、とりあえず見た目はうまくいったように見えてしまう。だけどそれは医学としては違うと思う。科学的に適切な介入をしようとする、少し難しいことを親に要求する場合もあるし、ちょっと無理な環境調整をお願いして負荷を掛けてしまうとかがあります。治療を考える場合に、医師の姿勢が一番大事かという、必ずしもそうではないということなのです。残念ながら、助言の内容の適切さは非専門家には評価できないのだと思います。これは医療全体にも言えることですが、ユーザーが医療の質を評価することは、客観的な指標を作ったりしない限り難しい。だから、いい医療をしても褒められるとも限らないし、患者さんに人気が出るとも限らない。

**今井**：アンケートをまとめて、患者から見た理想的な医師を一言で言うと、「親身になって本人と家族に寄り添い、的確な助言や処方をしてくれて、時間をかけて聞いてくれて、予約が取りやすく、待たされなくて、公的な書類を書いてくれて、他職種と連携してくれて、必要なら学校、施設、職場に働きかけ、一生涯診てくれる先生」です。(笑)

**米田**：望ましいことを列挙するとそうだと思います。ただ、その中に両立しないもの、コスト的に不可能なものが出てきます。正しいことをやろうとすると、厳しいことを言わなきゃいけない場合もあります。逆に言うと、わかっているけど親切心から「大丈夫」といって診断・介入を回避して、患者さん、特に家族を安心させて、希望を持たせて帰すという医療機関もあるのではないかと思います。その結果として、やるべき処置をまったくしてなくて、家族が変容すべき行動を変容しないということがありうるわけです。そうすると見た目は親切な先生ということになるけど、でもそれはほんとにいいことをしたのか……。

### 3. 精神科医療の構造

**米田**：おそらく、医療には構造があるということを当事者の方がご存じないからだと思います。医療というのは個人の医者がやることではなくて、構造があってやることです。日本でいえば、保険診療という大きな枠があって、その中で専門別があって、小児科医もいるし、精神科医もいる。精神科医の中にも児童期からの発達をやっている人もいれば、診たことがないという人もいます。児童期の発達を診たことがなくて大人の発達をやる人はあんまりいないけれども、たまにはそういう人もいます。あるいはそもそも発達ということは最近聞いたという人もいます。そういう中で、開業の精神科医の10人中9人は自閉症を診たくないと思います。

**今井**：それは経営的な理由ですか、手離れが悪いとか。

**米田**：複数の要因があります。個人がやりたくないということよりも構造的にそうになってしまう。一つにはまず、大学で自閉症のことはあんまり教えません。それから、自閉症の中でも知的障害のある人がいますが、知的障害というゾーンは自分の専門外だと思っている精神科医は多いのです。それから外来の管理です。いわゆる病院管理上の理由で、タイプの違う患者さんがいろいろ来るのを嫌がる医療機関もあるわけです。たとえば、総合病院のメンタル部門で、サラリーマンが多く来るような環境の中で自閉症児を診るってということは、管理部門から嫌がられますね。それから、順位としては高くはないけど、おっしゃるとおり経済的にも診察に長く時間がかかったり、スタッフの手が必要になったり、コスト的に引き合わない。それから、医師だけではなく、スタッフや管理者、技師も含めて、医療機関側がよくわからないものを診るのが不安だという気持ちが素朴にあると思います。それはある意味、誠実な理由です。知らないことをやるわけにはいかないから。僕が盲腸の手術ができないのと同じです。だから、真面目なお医者さんは、几帳面に僕に送ってこられます。それは、単に嫌いだとかめんどくさいという意味じゃなくて、自分が診る患者ではないと判断して…

### 4. 精神科医師の専門性

**今井**：一般の精神科医の自閉症の理解について、精神疾患には、旧来から統合失調症や鬱病とかがありますが、そういう疾患と自閉症は捉え方に違いがあるのですか。こちの疾患がわかればそちのこともわかるとはいかないのですか。

**米田**：まったくいかないと思いますよ。極端に言えば、眼科と耳鼻科ぐらい違うんじゃないですか。共通するところを探すほうが難しいのかもしれない。

**今井**：きっと患者側はそうは思っていないと思います。そこを説明してもらえますか。

**米田**：たぶんそこが一番大事だと思います。それは精神医学とは何かということかもしれないです。精神科というのは基本的には、統合失調症、鬱病、てんかん、それから、昔ざっと大雑把にくくって神経症と呼んでいたような現象、これらを対象にして成長してきたのです。この他に、「精神神経科」を名乗る系統の精神医学教育を受けた精神科医の場合には、てんかんとか、脳卒中の後遺症や、外傷性の脳障害による神経障害とか、いわゆる高次脳機能障害とかも含めて、神経の方もやっという考えの人たちも

います。以前には、このような精神と神経を一つの問題として捉えるという考え方をするタイプの教育を受けると、必須科目で、てんかんや自閉症、精神遅滞が入っていました。ただ、現在の教えだと、精神遅滞とか自閉スペクトラム症があるということまでは教わるとは思いますが、その部分のところは自分の範囲じゃないと思っている先生も多いのです。だから、われわれからするとちょっとびっくりしますけど精神遅滞は自分の範囲じゃないと思っている精神科医がいるのです。それは、精神分析とか精神療法で考えてきた人たちは、言葉で介入できるということを考えてきたので、精神遅滞は対象に入れてもらえてなかったわけです。言語を通して精神療法を行うという頭になっている人にとっては、言語以外の手段で疎通をとれってということは、実は怯むようなことなんですよ。児童精神医学が普通の精神医学から別枠みたいに考えられやすいのも、この言葉によるやりとりができないというところに一般精神科医は距離を感じてしまうからだと思います。しかも発達は、前までは児童の問題だと思われていましたから、一般精神科医は、そこは自分の範囲じゃないと考えやすかったんですね。ただ、医療機関が少ない地域では医師の義務として善意で診てくれてはいます。でも、専門ではないのでとりあえずのことしかできない。その結果、自分が知っている領域のことを自閉症に応用しようとする。統合失調症と薬の種類も一緒だから、統合失調症のときの使い方でやってしまうことが起こる。ほんとうは、使い方がちょっと違ってくる。だからと言って、全部の精神科医が自閉症のことがよくわかる時代がいつ来るのか僕にはわかりません。それから、自閉症がわかると言っても、小児の自閉症から大人の自閉症まで連続して全部わかる人はそもそも未だに系統的には育成されていない。

## 5. 成人期へのバトンタッチ

**今井**：成人後には就職したり結婚したり、生きていく上での課題は変わってきます。児童期から始めて成人後も一貫して、掛かり付け医的にずっと付き合っていくのがいいのか、成人期の医師にバトンタッチするのがいいのか、どうでしょうか。

**米田**：児童青年精神医学会なんかは、基本的にはトランジションといって、小児科医から児童精神科医へ、児童精神科医から一般の精神科医へということを経験として頭に描いているんです。ただ、僕はあんまり現実的じゃないと思っています。一貫して診るのがいいと思っています。逆にまずいのは、診断だけで治療しないことです。あれは駄目だと思います。内山登紀夫先生もどこかで書いておられましたけど、診断した人が治療する、治療しないなら診断するなど、これは筋が通っています。だから、年齢割ではなく、自閉症圏を診る専門の医者があるのがいい。それはたとえば認知症を診る専門の医者があるぐらいの意味です。精神科医の中で、鬱が得意とか、統合失調症が得意とか、神経症一本でいきたいという医師もいるわけです。なんでも診るけれども、自閉症のことを積極的にやっていく人のところへ、早い段階で小児科とかから回してもらって、その精神科医が小さいときから成人後も縦に診ていく、そのほうが患者さんにはメリットが大きいと思う。そうしないと、誰も全体像を診たことがないことになります。「こういうタイプの小さい子はこんな大人になるんだ」、「この人の小さい時はこうだったんだ」ということがつながってはじめて医療が発展すると思います。

**今井**：それは自閉症というものの特徴なのですか。



**米田**：発達を診るという意味だと思います。これは統合失調症のように青年期に起こるということと違います。自閉症は、小さい時からあって、それが大人になっても、お爺さんになってもずっとある、それが発達を診るということです。病院の都合で年齢で横輪切りにしてしまうのは診たことにならないと思います。

**今井**：安定していても、引き継いだ成人精神科医は減薬をしないと感ずます。

**米田**：統合失調症しか診ない医者が、地域に他に医者がいないから診るというときに、自分の専門ではないので、薬を変える勇気は出ない。無用なリスクは患者さんのためにもならないと考えます。それに、統合失調症の治療に慣れている人は、増悪という概念があって、うっかり薬を減らすとバーンって悪くなる時がある。だから減薬ということにそもそも注意しないといけないというカルチャーで生きています。自閉症は統合失調症じゃありませんから、増悪という概念はないわけです。中には少数、ちょっと減らしただけでバーンとなる人がいますが、ほとんどはそういうことはないのです。自閉症では減薬は結構思いきってやれますけど、その自信を持つまでに修行がいります。毎日何十人も統合失調症を診ているついでに週に一人だけ自閉症を診ている人が、それをやれる境地に達するかというとなかなか達せません。

## 6. 介入の方法論の違い

**今井**：発達障害は、昔からの精神医学が中心としてきた病とはかなり違うのですか。

**米田**：そうです。方法論も技術も違います。一般の精神科医は、普通は ABA（応用行動分析）をやるように教育されていないのです。精神科の医学教育科目のミニマムリクワイアメントの中に入っていないからだと思います。言葉ぐらいは知っていると思いますが、行動療法をどう具体的にやればいいか、そしてそれを短い診察時間の中で、行動療法的な発想を親にどう伝えていくのかを教えてもらっていません。構造化もそうです。ショップラーが言うような構造化ということを概念として理解していて、家でこうしたらいいよって言えるような訓練を精神科医は通常受けていません。統合失調症や神経症に対するテクニックはいろいろ持っています。それは心理療法とか精神療法って呼んでいて、鬱の精神療法とか、統合失調症の精神療法的アプローチはよく研究されています。これはまず精神科医ならみんながやります。

**今井**：それと ABA 的なことは違うのですか。

**米田**：まったく方法論が逆というぐらい違うのです。だから、多くの人は矛盾を感じてできないのです。空手の体を太極拳の体に変えるようなことで、前の技を一回抜かないとなかなか入らない。だから、従来の精神科のいわゆる外来精神療法のテクニックを使いながら、同時に行動療法とか構造化という考えをミックスして同時に使うという技は、一般の精神科医から見たら、言わば邪道です。僕自身は両方をミックスして使いますけれど、邪道だということを意識して使うようにしています。ABA 派のような行動療法の専門家から見れば、余計なアクションが入っている、もっと単刀直入にやればいいのにならうし、精神療法をやっている人から見れば、ABA がやっていることは、突き放しているように見えるかもしれません。僕らはミックスして使っているので、この流派はまだ完成していない。みんな修行者一人ひとりが自分の裁量で両方をミックスしながら使っている段階です。ABA は ABA、精神療法は精神療法、これらは一つの確立した流



派ではあるけど、僕らは総合格闘技みたいに両方使わないといけない。でも、この総合格闘技の流派が今は確立してないわけです。それぞれ師匠から弟子へきっちり流れがあって技が確立しているけど、どっちともつかない妙な技を使う奴ってことになるわけです。

**今井**：片一方から見れば、反則だと。

**米田**：そう。どっちから見ても反則だ、おかしな技を使う奴っていうことになってしまいます。言語的疎通がとれる高機能のアスペルガーの精神療法なんていうことは大邪道ですから、誰もなかなか容易に足を踏み込もうとしない。だから、もっと偉い人が流派を興して、みんながその下へ集まればいいんですけど、その段階までまだ達していない。

**今井**：波形でわかるてんかんと違って、精神活動状態の客観的診断は難しいのですか。

**米田**：そこはそんなに難しくないので。一応、記述精神病理学という分野があって、精神科医がある程度勉強すれば、症状を見分けて、少なくとも熟練した精神科医同士で意見が一致するように所見を整理し、専門家の中で客観性を確保するのは可能です。診断については確かに医療機関による幅が広すぎる狭すぎるって問題は言われていますけど、それは長期的には解決できる問題です。ただどう治療していくかについて、意見をまとめたり、その技術について体系的に学べるように整理していくにはまだまだかかります。僕もほとんど一人で、そういうおかしな技を磨いてきて。「あ、これ駄目だな」と…

**今井**：その駄目だとはどんな意味ですか。

**米田**：広がらないと思います。僕としてはなるべく客観的になるようにやっているの、自分がやる分には、この技で大体いいと思いますけど、他の人に伝えることがこのままじゃ無理ですね。私一代で終わるなと思います。本当は集団的にグループでやっていくのがいいわけです。梅ヶ丘病院って結構そうやってグループとして、開発して育てていったわけですけど。そういう規模のものがないと駄目だろうなと思います。だから、お金をかけて本気でやるとなったら、国立武蔵（精神・医療研究センター）をもう一つつくりみたいな勢いになってしまうので、できないでしょうね。かと言って、勝手な技を研究している開業医などを集めてグループ化しても、みんな独自のやり方をしていますので、なかなか話が通じないかもしれませんね。それにみんなバックグラウンドが違う。僕は精神神経科系のドイツ流精神医学の雰囲気が残る教室で育ちましたが、その教育が嫌いな人もいます。ABAや行動療法に対しても、人によっては嫌います。普通のカウンセリングのような受容的な態度だけでなく、ときには決めつけていくし、ときには行動療法といって、望ましい行動を設計して、そこに向かって報酬をつくりだしていくという方法を取ります。こういうことは、一般精神科医にはなかなかやれないのです。なぜかという、スタッフも医者もみんな「そうだよな」、「辛いもんな」、「大変だよ」って、そういう寄り添う気持ちでやっているところに、「あなたはこうなさい」「こんな褒美があります」という行動療法を入れることはできないのです。

最近、精神科入院病棟の空いたところに発達障害を受け入れたらどうかみたいな乱暴な議論があったり、デイケア学会でも発達障害のデイケアをやりたいようです。だから、デイケアをどうしたらいいかが大事かもしれないです。じゃあ、どの医者がどういう技術でそれを管理するのかです。今後の動きを読み切った上で、

デイケアは必要だけど、それが悪いほうに行かないように、良いほうに行くように、当事者団体が意見を言うのが大事です。統合失調症とは技術が違ふ、それと同じ技術でやったら駄目だと。自閉症でエビデンスがあるのはやっぱり ABA だし、TEACCH です。統合失調症や、鬱の延長線上でやられたらえらいことですよ。自閉症のデイケアをやるとしたら、太田昌孝の認知発達治療とまでは言いませんが、少なくとも ABA や TEACCH の要素を入れることは必須だと思います。

#### 7. ソーシャルワークへの期待

**今井**：児童であれ、成人でも、精神科医に専門家として周囲に働きかけてほしい（ソーシャルワーク）という要望が強い。このことについてどう考えたらいいですか。

**米田**：それが言えるほど知識がある医者はあんまりいないことが問題です。アドバイスするといっても、ABA も TEACCH も名前しか聞いたことない人に、じゃあこうしなさいってことはできません。責任を取れない。障害児の医療がわかる精神科医ってというのは、ほんのちょっとしかいないわけです。

**今井**：企業職場の精神系の産業医さんもやはり自閉症のことはあまりわからないのでしょうか。

**米田**：そうです。残念だけど、ほとんどの産業医をやっているような精神科医は自閉症のことはわかりません。こだわりを直せとか言いますから。直せたら苦労しません。

**今井**：そうなるとお医者さんから会社に行ってほしいと思う。

**米田**：説明できる精神科医がいたとしても、そういうソーシャルワークは診療報酬上無報酬で、それをやっていたら医療機関が立ち行かないのです。うちでは原則として、上司に来てもらって、本人の面接の一部として、5分間だけ上司に説明すると言っています。それで報酬が増えるわけではありません。しょうがないからやりますけど、粘られたりすると大変なわけです。時間をとって文書作れ、電話掛けろと言われてもそこはできません。ほんとうはやっぱりいいと思いますけど、残念だけどやれない部分ですね。我々開業医は1日の中で点数になる医療行為をして稼いでスタッフを養わなければならない。そこが、開業医には無理な事情です。職場向けの文書を本当に真面目に作るとしたならば、ケース検討などを複数人のチームで行うとして、それと文書作成のために何時間もかかるわけですから、少なくとも1ケース10万円とかでないといと経済的に引き合わないわけです。医療機関というのはぎりぎりで経営していますから、その程度の出血をするだけの体力がないのです。

**今井**：みんな非常に感謝していますけども。

**米田**：たいしたことをやってあげられてないので、感謝してもらっても素直にありがとうと言えない気持ちです。本来ならもっとやれるはずだけど、コスト論でできないから悪いなと思っているわけです。我々に無制限のスタッフと予算を与えてくれればもっとすごいことができます。もちろん、それは現実には不可能です。社会全体の資源配分の中で、われわれにはこれだけしか認められていないわけです。

**今井**：引きこもってなかなか外に出られない人に、全体をドクターがコーディネートして、OTさんやSTさん

がチーム医療でお宅に訪問するのはどうですか。

**米田**：それは発想としては妥当だと思います。ちょっとACTっばいですね。統合失調症の緊急介入プログラムというのがあります。増悪の兆候があったらチームで行って、介入する。1チームが地域の中の何十人かの患者さんを担当して、地域でなんとか生活していけるようにする。必ずしもクリニックの中だけでやらないというモデルがあります。だけど、それが可能なのは統合失調症のことがわかったスタッフがすでにいっぱいいるからです。自閉症もそれができればいいけど、さっき言ったように、介入の方法が確立してない。医者一人ひとりが総合的にいろんな技を学んでやってきているので、これを人に教えるっていうシステムはないわけです。そうすると、科学的にもある程度エビデンスを出しながら、こうやったらうまくいくというのを積み上げていくのは、ものすごい作業ですよ。だから、時間にして10年20年、お金にして何十億円とかかります。到底、町医者の手に負えることじゃないですね。仮に技術開発が出来たとしても、当然、それに対して相応する程度の金額の診療報酬が出なければ医療機関は実施できません。

**今井**：多職種で、

**米田**：現場で多職種のチームでやって、そのチームが育って行って、お互いに教えられて、後輩が育って行って、それが偏った流派じゃなくて、ある程度科学的な技術として、お互いに連携しあって、全国大体みんなそうだよねというのは絵に描いた餅ですね。そのためには、それを教育できるある程度の技にすでに達している人間が何十人と必要になる。それに金を出して、教育していこうとしたら、日本の医療の現場から全員引き剥がさなきゃいけない。現場医療が崩壊しちゃいますからね。

**今井**：毎日、最前線にいるからですね。

**米田**：そして、その人たち同士で喧嘩しないようにモデルを考えてつくっていかなくちゃいけないわけです。出身医局との義理みたいなものもうまく処理しないと…。だから、理想はそうですけど、祈りみたいなもんですね。

## 8. 医者選びのコツ

**今井**：結局、患者側から言うと、医者選びがきわめて重要だと思います。

**米田**：患者さんから見たらそうだと思います。重々わかります。ただ、医療側から見たら、選ばないでください。たとえば、セカンドオピニオンなんかやられたら、それだけで負荷が増えます。我々ぎりぎりです。ですから、そんなことで外来を忙しくされると、僕らほんとに大変です。そこで、医学では知られている分野ですけど、災害医学というのがあって災害が起こったときに行われているトリアージ（患者の重症度に基づいて、治療の優先度を決定して選別を行うこと）ができる人材が必要です。これを災害では無くて日常的な自閉症医療の現場でやる必要があるのですが、こういうスタッフ自体も育ってないのです。たとえばこれだったら専門家じゃない精神科医でもなんとかやれるだろうとか、これは発達障害を専門にする精神科医じゃないと無理だとか、あるいは背後に入院病棟のある精神科じゃないといけなとか、症状を見分けて送ってくれる人がいれればいいんですけど、そういうことも今はまだ無理ですね。

**今井**：発達障害の分野はほんとに医師を見つけにくい。もともと資源がものすごく少なく、一箇所に集中してしまう。

**米田**：簡単に言えば、そもそもいない。自閉症を専門とする技術を持っている精神科医に会う確率はとても低い。ある意味、無いものを探して、あっちに行ったりこっちに行ったりされると大変なことになってしまいます。自閉症ですけど行動の問題についてアドバイスがもらえますかと電話で聞いてみて、それで、いやいやとんでもないと言われたら、そこはやっぱり行かないほうがいい。反対に、自閉症を学生のときにちょっと診たことがある医者が、「来てもいいよ」ぐらいの感じだったら、その人はやる気があるかもしれません。だから、とにかく率直に事情を聞いたほうがいい。鬱しか診たくないところに無理に割り込んでいっても、自信ないからやっぱりおっかなびっくりになって、うまくいかない場合もある。

**今井**：内科でも、消化器系に詳しいとか、呼吸器系に詳しいとか、得手不得手がありますね。

**米田**：自閉症の場合はそれよりもっとすごいかも知れません。自閉症はまったく診たことがないという医者がいっぱいいますから。過半数どころじゃないですから。診たというのは、診療の仕方を誰かに教わったかとか、主に学生時代とか、大病院に勤務していた頃に同僚とかに自閉症屋がいて、それに教わったと思える人は少し自信を持ってやると思うんですけど、そもそもやっているところを見たことがない人はいっぱいいます。そういう人は自信を持ってやることができない。「同じ薬出しときます」ってなっちゃう。「暴れています、なんとかしてください」って泣きつかれたら善意で薬を増やします。だけどそれは治療しているわけじゃなくて、鎮静しただけです。一般の精神科医は薬で鎮静化することしかできないけど、僕らは、行動療法をやって、一つ一つ治したり、環境を変えて改善していきます。

**今井**：親は、精神科医なら自閉症も含めてなんでも知っていると思っています。テレビでよくやっているし。

**米田**：テレビ局の人はちょっと発達障害の問題をあおっているような所があるけど、本当は一般の精神科医はあまり知らないんです。TVで言っているようなレベルのことを知っているというのは、医者として理解しているというレベルとは全く違いますから。

**今井**：歯科医と同じで、どこもそこそこ分かっているだろうと思って行くわけです。

**米田**：そこに大きな期待の落差があって、不幸なことになりかねないわけです。医師選びでは、医師の理解度を確かめることです。その言い方も、あなた自閉症知っていますかって聞いたら嫌な感じですからね。自分のところは自閉症がこのぐらいの重さで、IQ がこのぐらいで、こういう問題行動で困っているんだけど、相談に乗ってくれるところを探していますと言うと、わかっている医師なら、そこまでならできるとか、いやそれは完全に手に余りますと言うと思います。

**今井**：一般の精神科医は、言葉を使わない知的障害者を診れるのでしょうか。

**米田**：現状としては診られないと思います。一般の精神科医のほうが僕らみたいな異端の者よりも親切にする技術も心得ているから、親と仲良くなって親のいいなりに薬を出すんじゃないですかね。それで親は安心するけど、科学的にそれでいいのか……

**今井**：発達系のお医者さんの多くは、親の指導もかなりしますね。

**米田**：そうそう。だから僕らは親にはかなり厳しいですよ。「そんなの駄目だ」とかって言っちゃうから、嫌がられる。だけど、一般の精神科医はそれができません。やはり優しく柔らかくやる。しかし行動障害が激しいときに、そんなにやわやわやっていたら、いっこうにうちがあかないので。

**今井**：ということは、一般の成人精神科医が発達まで領域をすぐ広げられるかという、そう簡単ではないと。

**米田**：そうだと思います。

## 9. 精神科薬や療法について

**今井**：最後にお薬のことです。アンケートでは、どうい症状のために服薬しているのかを聞いています。多いのが、「睡眠」と「てんかん」と「暴れる」で、7割ぐらいの人は薬が効いていると答えています。一方、7～8%の人が効果が無かったと答えたり、なかには後悔しかないなんという人もいます。

**米田**：いろんなケースがあるけど、効果が無かった、悪化したというようなケースで、多くの場合は親が行動障害を薬で治せるとい期待を持って薬を飲ませたと思うんです。でも薬は行動障害を治すものではなく、情動が安定するぐらいの効果しかないわけです。少なく使えば情動が安定し、多く使えば鎮静する、どっちかしかないのです。行動障害を止めやすくはしますが、止まるわけじゃない。たまたま何か気に入らないことがあれば、暴れたりするかもしれない。そうすると、よくご理解いただいていない親御さんでは、薬飲んだら悪くなったじゃないかと思う人も出てきますね。あるいは、場合によっては緊急度が高く、鎮静量まで出したとすると、今度はぐったりしたじゃないかと怒り出す人もいます。だから、薬で行動障害そのものが直接治るわけじゃないということをまず知って使ってほしいのです。薬は行動障害に対する行動療法的介入を楽にする、あるいは環境調整を楽にするためのものですから、薬を出しても、環境を変えたり、行動療法を導入したりしなかったら、困っている行動は無くなりません。ましてや、自閉症の専門家じゃない先生に、行動が大変ですって言ったら、なんとか鎮静しようと思って、善意ですが薬をたくさん出しましようということになりがちです。

**今井**：何を今ターゲットにするのかのコミュニケーションが大事だと思います。

**米田**：大事だけど自閉症の専門家でない人にそれを言っても、「俺だってわからない」、「行動障害で大変だって言っているから出してるんじゃないか」ってなる。コミュニケーションと言っても、そういう医師は「ああそうですか」としかならないから難しい。

行動障害は、応用行動分析的に考えて、なんらかの背景ストレスやトリガーがある。ABA に対しては批判もありますけど、僕としては、少なくとも ABA は確立しているので、ABA をもうちょっと奨励したほうがいいと思います。確かに ABA にも限界とか問題点はありますし、ABA を嫌う人は多くいます。

**今井**：翻訳の問題かもしれませんが、ABA の本には、親や支援者が思っている人間にしていきたいと思います。



書いてあるんですよ。そこがひっかかります。

**米田**：そういう面はあります。ただ、それが駄目だったら医療は成り立ちません。特定の価値観を持って、ある方向へ物事を運んでいくのが医療です。

**今井**：何を目標にしているのかが問われると思うのです。

**米田**：その目標を設定して、やったら具合が悪くなって精神科に入院しちゃうならやらないほうがいいわけですよ。だから、目標設定というのは、常識的には社会に適応することになります。結局、みんなが正しいと思える目標は時代と場所で変わりますから、なるべく自分勝手な考えにならないようには気をつけるけど、だけど、その人の本来の姿というのは、お釈迦様じゃないから、だれもわかりません。だから、所詮は世間の人間の了見で良からうなと思うことをやるしかないわけです。

**今井**：ただ、ABA で自分をいじめすぎたってという被害意識を持つ人もいます。

**米田**：それはやり方が下手なだけです。だから上手な ABA をということです。有名な先生でも、行動療法が嫌いな人はいます。私の師匠もそうでした。それと反対に、僕が研修医の時に見せてもらった A 病院はすごい行動療法でした。ただ、あれは ABA ではなく、わりと単純に麦チョコを強化子に使うようなオペラント条件づけだったんですが。あれは嫌われていて、確かにそうだなとは思いましたが、効果はあるので、あれを一概に否定するのは、僕はどうかとは思っています。ただ、考え方として、ヒューマニスティックな面からカチンとくる人が多いのはわかります。

**今井**：ABA 批判はその部分ではないかと思います。

**米田**：それは人間が人間に介入する時の必然的な問題で、たとえば、外科だったら医師が考える幸せのために手術で腹を切っているのだから言わないですよ。でも、ABA だけそれ言われるのは可愛いそうな気がします。ABA を精神科医が学ぶようにならない限り、自閉症児は救われません。真心でどんなに家族を励ましたところで、べつにそれで行動が治るわけじゃないですから。環境の調整は TEACCH、行動の調整は ABA。それに加えて、認知を伸ばすようなアプローチが良かったら認知発達治療などを取り入れてもいいですけどね。

**今井**：ABA 的に見ると、現実は多くの場合、逆 ABA になって、逆介入している。

**米田**：そのとおりですよ。必ず不適切な行動を誰かが強化している。だから、そのことを修正できる精神科医とスタッフをつくらなければならない。オペラント条件づけでも ABA でもなんでもいいから、行動療法的な手法を学習しない限り絶対に介入できるようにならない。いろいろ批判はあっても ABA をみんなが勉強する以外に道はないと思います。

**今井**：そこで、行動療法と服薬との関係はどう理解したらいいですか。

**米田**：薬だけ出すという治療をやっては駄目です。必ずセットでやっていく。



10. 自閉症のことがわかった医師を増やすには

**今井**：そういうことが出来る医師は何人くらいいますか。

**米田**：小児精神神経学会の専門医が 200 人ちよいだったかと思います。ただ、半分ぐらい小児科医ではないでしょうか。児童青年精神医学会の認定医は全国で 350 人近くいるそうです。ただし、全部が自閉症の専門家と言うことでは無いです。僕のようにものぐさで認定医などを取らない人もいますから、仮にかなり多めに推測して 500 人いたと仮定しても、自閉スペクトラム症だけで人口の 2 %だから、単純に人口をかけると 250 万人、医者ひとりに 5 千人の患者ですから、たしかに少なすぎですよ。

**今井**：絶対数が全然足りないんですね。

**米田**：ですから、真のスペシャリストをたくさんつくるのはちょっと置いといて、一般精神科医の中で 2 割でも 3 割でも自閉症プライマリーができる人間を増やすのがいい。自閉症プライマリーのミニマムリクワイアメントとは、基本的には自閉症の概念が理解できて、行動療法と環境調整をサブスペシャリティでできる人。統合失調症メインだけど、ちょっと自閉のこともやれるというような医師を一般精神科医の中に 2 割でも 3 割でもつくるのが早道じゃないかと。2～300 人とかをこつこつと増やしていったのでは追いつかないですよ。精神科医全体で 1 万 4 千人ぐらいはたぶんいると思いますけど、その中の 1 割 2 割って増やしていくという作戦のほうがきつとうまくいく。僕もこうやって一般精神科として、児童、成人の区別なく患者が来るようなところに出てきてみると、児童精神科医だけで担うのは絶対に不可能だということがよくわかります。だから、普通の精神病院が若い研修医を送って、お前勉強してこいみたいな、そういう勢いにしていかないと到底追いつかないです。そのとき勉強に行ける受け皿が必要です。だから、予算を入れて、発達障害研修生を毎年募集して、大学や小児医療センターなどで教育して、1 年経ったら、精神病院に帰ってきて「俺覚えってきました、じゃあ発達障害デイケアやります、TEACCH わかります、ABA できます、行動障害のある自閉症できます」みたいになればいいんだけど。児童精神科医はちょっとしかいないし、やはり精神神経学会ベースで動いていかないと難しいのではないかと思います。

**今井**：まだまだお聞きしたいのですが時間がきました。本日はとても大事なお話を聞かせていただき、ありがとうございました。

### 3. 有賀道生医師にお聞きしました

有賀道生氏プロフィール：群馬県にある国立のぞみの園診療部長を9年間担当された後、2018年4月に横浜市東部地域療育センター所長に着任。これまで発達障害児の診療を中心に、高齢知的障害者や強度行動障害を有する障害者の評価と治療、触法知的障害者のケアにあたる。全ライフステージの実践経験を持つ。また、嘱託医として少年院や刑務所での診療に十数年従事。（文責：今井）



#### インタビューア－要約

- ・ 成人を診ている精神科医も子供を診るべき
- ・ 疾患モデルではなく、発達モデル、生活モデルであること
- ・ 初診の時にいきなり投薬を勧めたり、3種類以上の薬を出す医者は避ける
- ・ 医師には、睡眠など、まず健康状態を伝えること
- ・ 発達障害の診療とは、点ではなく線で診る。だから、生涯を一貫して診るのがベター。
- ・ 悩み以上で病気未満のところを病気にならないよう予防するのが医師の役目

#### 1. アンケート全体について

**今井**：アンケート全体に対する印象をお聞かせください。

**有賀**：多くの感謝のお気持ちをいただけるのは仕事冥利につきると言いますか、ひじょうに嬉しくなりました。でも一方で冷たい対応をされたとか、一部極端な例がありました。そういうことについては自戒を込めて、患者ファーストでありたいと改めて強く感じました。

**今井**：たくさんの文を寄せてくれました。

**有賀**：それだけ色々と言いたくても言えない、思ってもなかなか伝える機会がない、伝える人がいないということの反映かと思いました。やはり障害がある子供を育てている親は話す機会が少ないという印象をのぞみの園で診療していた頃から感じていました。ママ友がいたとしても、自分の家のことを話してもかみあわないとか、話しても向こうもピンとこないし話しにくいということで、だんだんママ友に会うのも嫌になってしまうとか、つながりが薄くなっていくという話はけっこうあって、お母さん自身が孤立していくことは診療のなかでも聞いていたし、実感としてもありました。そういう日ごろのうっぷんも含めて、全部ぶちまけたんじゃないかというのが読んだ印象です。

**今井**：行政からではなく、当事者団体の仲間のアンケートだから自分の経験を自由に吐き出していただいたのでしょね。

## 2. 精神科医と精神科医療について

**今井**：アンケートでお医者さんを評価・感謝している内容は、治療のこと以上に、生きることへの伴走や応援でした。これは医師免許がなくても出来そうなことです。この親の期待とお医者さんの役割意識にはギャップがあるのでしょうか。

**有賀**：やはり患者さんからすれば医者という立場は、知識も経験もあり、一目置きます。だから、医者から、今やっていることは間違っていないからそのまま続けて大丈夫ですと太鼓判を押してもらえば自信が持てるのだと思います。私もそういう立場なので、後押しする上では確固たる責任を負っていきますよってことをきちんと伝え、もしも何かあれば相談していただき、一緒に話しあっていきましょうと私は心がけています。

**今井**：今回の分析で成人を対象にした精神科医と児童精神科医の姿勢の違いを感じました。児童精神科医の多くは、病のことよりも一緒に育ちを見ていくという姿勢ですが、成人精神科医は若干ちよっと違って、病を診る。そこで、児童期から成人期への医療のバトンタッチの問題をどのようにお考えでしょうか。児童、成人の区別無く診るほうがいいのでしょうか。

**有賀**：私は成人を対象にした精神科医も子供をきちんと診療できるようになってほしい、大人だけを診るというのは駄目だと思っています。精神科医として子供からお年寄りまで全部診られるようにならなければいけない。しかも発達障害は必ずどのような専門性であったとしても必ず評価できるようになっていかなければいけない。そのことは私は must だと思います。「発達障害は専門じゃないので」ということは言うてはいけません。

**今井**：発達障害は病気になったというのとは違うのですね。

**有賀**：私の考えだと、発達障害というものが背景にある場合には、さまざまなストレスを抱えやすく、解決に至りにくいから、いわゆる併存症を抱えやすい。そういうバックグラウンドがあるので、例えばうつ病という疾患を診たときに、背景に発達上の課題がないかどうかという視点を持たなければなりません。どの精神科医でも大人を診るにしても、発達障害をきちんと評価をして、隠れていないか、小さい頃はどうか、必ずその視点は必要だと思っています。出来れば子供からずっと追いかけていくようなかたちで診るのがベストかなと私は思っています。

**今井**：大人の精神科医で子供の時の話なんか聞いてもしょうがないと言われたというのもありました。

**有賀**：それは私としてはあり得ないのかなって。必ず幼少期とか学生時代の時に何かエピソードはないかを聞かなければいけない。

## 2. 発達障害がわかる精神科医の育成

**今井**：今の大学医学部での精神科医の育て方は改善が必要でしょうか。

**有賀**：大学の精神医学の講座はやはり疾患モデルがほとんどで、病気モデルで学んでいる。私も当然精

精神科医のかけだしの頃はいわゆる疾病モデルでした。発達モデルについてはなかなか学ぶ機会がなかった。今ではこれだけ発達障害のことが広がってきて発達障害のことは、診療はともかく知識として一応は学んではいると思いますが、まだ疾患モデルの方に寄っていて、それも薬物療法の延長みたいな部分がある。医者は病気を治すというスタンスがあって、これは精神医学でもそうで、生活を軸にして診ていくという習慣はなかなかなかったと思います。そこに発達障害の視点をもってくるのが絶対必要で、発達上の課題として理解する。

**今井**：児童精神科医の数はそんなに多くないと聞きました。とてもその人達で全部を診ることは無理。

**有賀**：あり得ないですね。結局、児童精神科医を増やすのではなく、一般の精神科医も子供も診れるようになるのがいちばんいいと思っています。

**今井**：どのくらいかかりそうですか。

**有賀**：まだ5年、10年はかかるのではないのでしょうか。

**今井**：精神の入院病棟の医師よりも町医者さんのほうがまだ近いですか。

**有賀**：やはり色々なケースをプライマリーで診るわけですから、そういう視点で診療しないといけない。併存症の治療なんかも治療方法が変わってくるわけです。うつ病でも、その病気だけでみれば当然投薬みたいになってしまいますが、背景に発達障害があれば、まずその人を取り囲む環境を考えて、環境の整備から始めますので、治療の戦略が変わってきます。環境を全然考慮せずにただ本人にいわゆる抗うつ薬を飲ませたって良くなるはずがない。

**今井**：成人精神科医の場合には、もう一つの問題として、知的障害を伴うお子さんの場合のように、自分のことをうまく説明しない、言葉で話さない人を成人精神科医はまず診られないと言う方もおられます。つまり親御さんから話を聞いて診療するというスタンスが基本的にないんだと。

**有賀**：伝統的な精神科医の考え方というのはあくまで本人からというところが出発点としてあるのと思います。本人が話さなければまず診断も出来ません、みたいな。

**今井**：小児科医や児童精神科医はそんなこと言ったって始まらないから、親からの情報を参考にして診ていく。

**有賀**：行動上の評価とか、環境の適応状況とか、そういうことを総合評価して診ていく。話せなくても非言語的なメッセージでどんなふうにも本人なりに表出しているから診ます。

日本の精神医療は知的障害に関して、すごく介入戦略が立ち遅れています。諸外国から比べると知的障害に関して精神医療の関わりが格段に遅いんですよ。知的障害だから医療ではなく福祉でしよみたいな位置づけになってしまっていて、医療的な介入戦略に関しては全くもって立ち遅れていて、反省すべき点が多いという気がします。知的障害が重い人も、また、そうでないいわゆるアスペルガータイプの人、すべてスペクトラムとして考えて、我々精神医療の介入余地があるケースが必ずあるわけですから、きちんと

診ていく。しかもどの精神科医でも必ず初期評価できるようになるというのが私としてはいちばん理想かなと思っています。

### 3. ソーシャルワーク

**今井**：アンケートにソーシャルワークへの要望がありました。つまり、親がいくら学校に言っても聞いてくれないから、医者から学校に言ってほしいとか、職場の上司に電話でもいいから言ってほしい、そういうソーシャルワークへの期待があります。この期待に応えることをどのようにしていったらいいでしょうか。

**有賀**：私のがぞみの園にいる頃は学校の先生に来てもらって直談判をしたり、逆に学校の先生の言い分もあるので直接聞いて、お互いに歩み寄って出来る到達点を話し合っ合意していくというようなことは結構やっていました。学校でどう対応していいかわからないとか、難しいケースとか。大人の就労の場面でもかなり仕事が難しいとか、そういうときはその就労のスタッフとか管理者とかと直接話し合いをもつことは、たくさんありました。また、自分が評価とか診断とか治療とかで見落としている部分があるかもしれないと考えて、直接近くで見ていた学校の先生とか、グループホームのスタッフ、就労のところの管理者や作業所のスタッフとかからの情報で分析して、そういうことが起こっているということは、もしかしたらこういうことをすると良くなるんじゃないとか、これはちょっとやめといた方がいいんじゃないでしょうかとか、そんなことを提言しています。その結果を電話でもらったりしています。でも、やはり直接、会って話した方がいいんじゃないかと私は思います。電話だと相手の表情が見えないので。

**今井**：職場のことで、本人の言い分や上司の言い分だけでは何かを見落としたり、間違った判断になります。自分自身がその職場にいれば、お互いのズレが分かるけど、なかなかヒヤリングだけでは問題が分かりにくいですね。

**有賀**：そうなんです。だから、場合によっては現場に出向いてみようとか。特に子供達なんかは場所、場所で見せる態度が違うわけですから、診察室で見せる姿だけで評価なんかできません。そういう意味では関係者と直接の対話を私は希望することが多いのです。特にサポートに難渋しているケースなんかは、学校の先生もどうしたらいいかわからない。だから少しでもヒントが欲しいんだなって感じていました。こっちも色々今後の治療やサポートのヒントになるものが欲しい。そこで友好的な関係を作れば、それだけで本人が落ち着いたりします。特に発達障害の子たちはまわりの大人がギスギスしていたり、なんかこう少し陰険なムードになってきたりすると、それだけで落ち着かないわけです。例えば保護者と学校の先生が意見が合わなくて対立しているという状況では子供は不安定になります。でも仲良くなると子供もスッと落ち着く。

**今井**：意外と空気を読んでる。

**有賀**：そうなんです。自分のせいでこうなっちゃってるみたいなのがあって、その子本人も本音を言えなかったり、そういうことに気づくこともあります。

**今井**：ソーシャルワークは、公的部門の医師だったら収入とは無関係だからやれるんですが、民間医療機関はなかなかそうはいかない。そこで、お医者さんがそれを直接やるのか、メディカルスタッフを活用するの



がいいか。あるいは専門看護師制度を活用するか。

**有賀**：今、ソーシャルワーカーが前面に出て仲立ちをしてやっていますが、色んなケースを抱えこんで、出番が非常に多くなっています。パートアウトでもされたいへんです。先ほど出た専門看護師とか、医療的な見地から仲立ちしてくれるスタッフがいればすごくいいですね。

**今井**：ある精神科医は、医療的な言葉で話せる人がいてくれたほうが自分としてはやりやすいと言っていました。福祉系と医療系には違いがあるのですか？

**有賀**：福祉よりだったらどちらかというと生活支援が主なので、粘土細工みたいに足していく支援、今こういうことが出来ているから更にこういうこともやっていきたいと思います。学校に要求して本人にやらせると、本人がつかなくなってもう学校行きたくないみたいな。医療は逆にいらぬことはなくていいから彫刻で削っていくような、要するに負荷なんかかける必要ない、今やれていることをそのまま続けていけば大丈夫、そこまでしなくてもとりあえず今のスタイルをキープする。加えていく支援も必要なことも当然あるんですけど、そればかりだと本人が重たくなってひっくり返っちゃう。支援は、粘土細工なのか彫刻なのか、そのバランスが必要で、両方必要かと思います。

**今井**：発達障害、特に知的が重い場合、癌でも極端に悪くなってから発見される。ちょっと歩き方がいつもと違っていたので、調べたら虫垂炎がすでに腹膜炎にまでなっていたとか施設の職員さんに聞きました。

**有賀**：私ものぞみの園にいた頃は、けっこう経験しましたね。発見がやはり遅れてしまう。のぞみの園に入所しているのは重度の知的障害者なので、コミュニケーションの表出はほとんどありませんから、訴えられません。なんか騒いでいるとか、逆に単にぐったりしていたりするから一体何なんだろうと。色んなケースを見ている看護師とかは、これはもしかしたらこうじゃないかっていう経験則に基づいて気づくのです。食欲がないから、内臓疾患かと思って調べるけど何ともなくて、看護師から「先生、もしかしたら骨折しているかもしれません」と言われて、「え？ 何で？」って、全身を調べたら骨折していた。そういう発見の仕方がある。特に重たい知的障害がある方達の健康管理は経験が必要です。要するに先入観をもって診察しちゃダメだとか、いろんな可能性を考えないといけない。

**今井**：普段の様子をよく知っている職員や看護師さんの情報がいちばん大事。そこで、発達障害・知的障害の専門看護師制度を作ったらどうかと思ったのです。

**有賀**：専門看護師が知的障害の人たちの医療に関してのポイントを広めてもらって、だんだん一般看護師もある程度そういう視点を持って看護にあたればいいですね。特に知的障害関連の医療に関して言えば現場で体得した経験は大きいです。私ものぞみの園に勤めるまで全くわからなくて、スタッフから聞きながら診療にあたり、経験を積んできました。別の教科書が出来るんじゃないかくらいに感じました。

#### 4. 事務業務

**今井**：障害年金や手帳とかの申請書類の作成にかなり時間をとられているということはありませんか。



**有賀**：特に障害年金申請用の診断書は当然医師が書かなくてはいけないというしほりがあるので仕方がないと思いますが、知的障害とか発達障害を中心に診る医者に一極集中し、時期も集中して、すごく偏りが大きい。先ほど申し上げたようにどんな医者でもきちんと言られるようになれば当然診断書だって平準化すると思います。あと、事務的な作業をこなしつつ診療時間を守るために、残業や早朝出勤して片づけています。書類をもっとスリム化できると思います。

**今井**：しかも最近、知的障害の手帳でも更新が必要で期間が短くなってきています。

**有賀**：そうなんです。更新のたびにきちんと診断書を書かなきゃいけない。そういう意味ではすごく事務業務の負担感が大きい。でも皆さんの生活にかかわるので、おろそかにできない。

我々は臨床業務を中心にしなければなりません。サービスの質の向上が言われていますが、煩雑で膨大な量の事務業務はサービスの質向上の阻害要因になると思っています。患者ファーストとか利用者ファーストでサービスの質向上のためにいろんな制度が作られると、その手続きとして書類とか会議が増えて、直接現場にいる支援員の負担が増え、何で私がこんなことまでしなければいけないんだという不全感を募らせることになっていきます。そういう気持ちを持ちながら利用者の対応にあたっている。サービスの質の向上を考えた制度が逆に現場の首を絞めている。だから職員の配置基準の一つに事務作業職員の配置基準が必要です。しかし、現在はそれがありません。直接の支援員が事務作業に忙殺されて、離職率が更に高くなるんじゃないかという懸念があります。

**今井**：こんな事務しごとのために入ったんじゃない、子供達の笑顔を見たいとか。

**有賀**：事務作業が決して得意な人ばかりじゃない。直接支援はすごくいい仕事するんだけど、事務的なパソコン作業がストレスになる人もいます。行政のための事務作業で現場の必要な時間をどれだけ食い潰しているかの意識は行政側には希薄かな？

## 5. 精神科医との選び方、付き合い方

**今井**：とくに成人を対象にした精神科医の質の差が大きい。転勤で親の生活拠点が変わるとか、子供が成人になったとか、先生がお年を召されたとかの理由で医者を変える必要が出てきます。良い医師を選ぶための助言をお聞きしたい。

**有賀**：自分が尊敬し憧れている医者のイメージから言うと、患者さんが言うことに対して絶対に否定をしない医者を選んでほしい。初対面でそんなことはないですよとか言ってしまうような医者はちょっと今後も見通しとしては暗いかなと思います。まずはキャッチしてもらえる医者ですね。色々親御さんが仰ることにに関して、私も頭の中では、それはどうなんだろうという疑問を持って、お母さんなりの理由もあるだろうとか、そうせざるを得ない何か事情もあるだろうと考えて、もう少しそのあたりを詳しく聞いてみようと思います。

**今井**：アンケートには診察室で暴言を吐かれたとか、いくつかひどい例がありました。

**有賀**：それはもう、医師としての資質に欠けると思います。

**今井**：精神科医はレベルや姿勢に差があるから、良い悪いとは言えないかもしれないけれど、自分に合う・あわないがあるということですね。通勤経路にあるからみたいな選び方はするなど。

**有賀**：やはりどうしても長いおつきあいになると思うんです。なので、近いからというような選び方をするのは違う。正直な医者がいい。初診の時にいきなり投薬を早々と勧めたり、いきなり3種類以上の薬を出す医者は絶対やめた方がいい。初診時、かなり重症で、薬が必要だなと思う患者も当然来ますが、話し合っただけで投薬の必要を説明します。いきなり、眠れないんだったらこれ（薬物）でとか言う医者は遠慮したほうがいいですね。

**今井**：患者に対して、医者を上手く使うためのアドバイスありますか？

**有賀**：基本的にはやはり医者だから最終的には色々な権限を持っていると思います。例えば学校の先生にここは一言言ってほしいとか、そういうことについて最後の砦みたいに。心ある医者だったら診断書一つで出ていけると思っているはずですよ。

**今井**：忙しい医師に親は生活の実態を要領よく伝えなければなりません。高機能の当事者から職場でのことを全部聞いていたら何時間あっても足りません。患者が医師に伝えるべきポイントは何ですか。

**有賀**：まずは健康状態です。健康状態についてはきちんと伝えてほしいのです。例えば眠れていないとか。そういう日常について、不健康に傾いているのか、リズムが乱れているのかは確実に伝えてほしい。

**今井**：心理的なことよりもまず、睡眠、食事、排泄という生理3原則の確認ですか。

**有賀**：そうなんです。ちゃんと寝れているとかの健康チェック。そこがこちらのいちばんの領域ですよ。

**今井**：その上で今抱えている困りごとを。

**有賀**：それをちょっと付加的に言っていたら、健康状態とそれがどう関係しているのかを評価します。だから定期的に外来で診てもらうのは健康チェックとして、身も心も健康な状態をキープできているかどうかです。悩みは色々あっても何とか生活が整っているのであれば、お悩み相談は医者じゃなくても大丈夫ですという話になります。発達障害関連の診療はどちらかという、悩みというレベルよりは辛いけれど、病気っていうところまでいっていない、悩み以上病気未満みたいな部分を診ることが多いのです。当然病気っぽいところにはアプローチするし、これはお悩み相談だからというので例えばカウンセリングだとか、そのアセスメントするのも医者の役割です。また、その悩み以上病気未満のところを病気にならないように予防していくのも医者が担っている部分かと思っています。本人の体質とか思考パターンを考えて、どういう生活をすれば健康をキープは出来るかというのが発達障害関連の診療では大事な点。病気がないから来なくていいよとは私はあまり思わなくて、健康を維持出来ているか、予防が出来ているか、そういう定期健診みたいに診るのが私は大事だと思っています。「今、健康な状態をキープ出来ているのは、おそらくこれをちゃんと続けているからだだと思いますよ。」とか。

**今井**：アスペルガータイプであっても結婚したり上司が変わったり、変化があるので生活は平坦ではない。

だけど、そういう変化があっても体調の変化がある範囲内に収まっているかですね。

**有賀**：そうです。そのためには、これだけはキープしていってくれとか、そういう話は当然するわけです。人生には、必ずライフイベントがあって当然変化が起こるわけですね。そう考えると定期的に診ていくことが大事です。

**今井**：発達障害はそこがすごく違う。

**有賀**：だから、発達障害関連の診療というのは、点で診ると言うより線で診るというイメージで私はやっていくべきかと思いますね。

**今井**：そういう意味では一貫して診た方がいいんじゃないかと。

**有賀**：そうですね。そこに結びつくわけですね。

## 6. 精神科薬について

**今井**：最後に精神科薬についてです。状態が悪い時に薬を調整し、その後、もう長く安定しているのに、ずっと飲み続けていることを多くの人が疑問視しています。ゼロを言っているわけではないけど。

**有賀**：これって難しい問題で、薬物療法を併用しながら生活している人はけっこういるわけです。薬物療法が効いているからこそ今の健康状態が維持できているとも言えます。だから私も何度も失敗したことがありますけれど、調子がいいから、維持できているから、もういいだろうと思って減らしたら悪くなるというのがあるんですよ。私は臨床経験も10数年になりますが、止め時とか減らし時というのは永年のテーマで悩みます。患者さんがもう飲んでいませんと言ってきて、それでも大丈夫なんですかと聞いて、とりあえず問題ないならいいでしょうみたいなことが止め時だったり。

**今井**：高機能系だとよくありますよね、もう捨てちゃったとか。

**有賀**：そう。「もう全然飲んでないんですよ」と言われて、「そうなんですか？」と、こちらが拍子抜けして、「それで問題ないなら、それでいきましょう」みたいな。たださっき言ったように、予防ということも大事なので、飲んでないけれども、定期的に「半年に1回くらいまた様子を見せに来て下さい」というのは言いますけど。

**今井**：飲んだために状態が悪くなったという例もあり、薬は難しいですね。

**有賀**：副作用の出方は個人個人差があります。鋭敏にバーンと反応して副作用が強くなるタイプと、全くもってピクともしない人もいます。また、期待したほど効果が出ない方もいます。私が薬物療法を選択するのは、やはり睡眠障害が著しい場合です。環境調整を色々図ったり、日常生活を変えたりしても睡眠のリズムや睡眠の質が著しく悪くて、それが基で日常の生活に影響が及んでいる場合には薬物療法を選択することはあります。

**今井**：睡眠はいったん崩れたら、環境調整だけではなかなか戻らないですね。時間がずれるだけではなく

て、ずっと起きっぱなしのような状態になる方もいます。

**有賀**：睡眠・覚醒リズムの問題というのは子どもから成人まで発達障害関連の人には非常に多いです。そういう意味で薬物療法を併用している方は多いと思います。夜中に起きられると、家族も眠れなくなってしまう。

**今井**：薬を使う発端は睡眠のことが多いです。

**有賀**：さらに、睡眠が悪いから日中も癩癩を起こしやすいとか、不機嫌になりやすいとか、そういうことも起こってきます。まずは規則正しい睡眠・覚醒リズムが大事です。

**今井**：これまで親御さんの話からは、リスパダールやエビリファイと言った抗精神病薬の使い方が難しいと感じます。

**有賀**：私としては、音とか見えるものとか、外界のいろんな刺激に反射的にすごく反応して、「もううるさい！」とか、そういう状態になって、生活がかなり苦しい状態のときに、そのようなお薬を少量使うこともあります。それでかなり落ち着く場合もあります。薬物療法に反応する人は半数ぐらい、残りの半数は効果が出ないと言われています。全員に効く訳ではない。感覚過敏がかなり強くてそれが日常生活の幅を狭めていたり、わーっと興奮の誘引になって、日常生活がすごく傾いている場合には、抗精神病薬を少量使うことは子どもでもあります。

**今井**：それで、一定期間経過した後に見直すことはありますか。

**有賀**：もちろん、します。本人が成長するにともなって、耐える力とか、対処する力とかがついてきたときに、少し薬を外してみ様子を見ます。本人と話して、とりあえず朝だけやめてみようとか、とりあえず1ヶ月試してみようとか、そのようにやっていくことも多いです。

**今井**：何十年も飲んでいて、それにあった身体になっている場合、減薬や抜薬は難しくなるのではないですか。もう少し小さい時に調整するのがいいと思うのですが、とりあえず安定しているから、今さらいじりたくないという感じが医者からも支援者からも出ます。

**有賀**：この状態が崩れちゃったらどうしようか、そういう不安があるので減らさないでくれとか、いじらないでくれとか。

**今井**：支援職員さんの意見で、医者は薬を勝手に減らさないでくれというのがありました。

**有賀**：なので、知的障害や発達障害に関する薬物療法は、医者だけの判断ではなく、色んな人の意見を聞くことが大事です。薬物療法によって生活の均衡がとれている場合もあります。1個引き抜いただけでバランスが崩れてしまう。それをみんな懸念しています。みんなの意見を聞いて、コンセンサスが得られたら減薬します。そういうスタンスでやっています。

**今井**：てんかんはスパイクの有無でわかるので、減薬や抜薬も標準化されているように見えます。

**有賀**：てんかんは器質的な部分なので心理的なこととは違います。薬をきちんと飲んでいただかないと命にかかわることもあります。てんかん診療は医者の方のイニシアチブでやれます。今は、新規の抗てんかん薬がいっぱい出てきました。副作用も少なく、発作を抑制する効果が強く、治療しやすくなったという実感があります。昔は副作用が強い薬ばかりで、発作は治まるけど眠くてしょうがないとか、手が震えるとか、副作用がけっこう強かったけど、最近はあまり副作用が出ないので、てんかん患者の QOL もだいぶ良くなりました。今は薬も少量で済むし、飲みやすくなったので、処方しやすくなりました。

**今井**：てんかんのお薬は抗精神病薬の服薬とは違いますね。

**有賀**：てんかんは病気疾患モデルでいけます。ただ、てんかんは発作だけでなく精神的な症状もあるので、それも診ながらお薬をどうするかという必要はあります。怒りっぽくなるとか、すぐくつくくなるとか、メンタル面で生活に支障が出てきたりするので、その辺はよくまわりの関係者にも聞きながらやっていきます。発作を起こしてぶっ倒れるというだけではなくて、精神的な部分でてんかんの薬が効いていることもあります。それもてんかんに付随する症状なので、やはり薬物療法が大切だよってこちらから提案します。てんかんに関しては割り切って説明できます。

## 7. さいごに

**今井**：これだけは言っておきたいということございますか。

**有賀**：今日は色々とお伝えを出来たかなと思います。特に成人を診ている精神科医もやはり子供を診られるようになるべきだと、ここはいちばん強調しておきたいところです。例えば皮膚科とか眼科でも子供からお年寄りまでみんな診ているわけですよ。歯医者さんもそうです。基本的にはどの診療科も子供からお年寄りまでカバーしているのがほとんどですから、何で精神科だけそういうふうに分かれているのかなと思います。確かに子どもは子どもなりの専門性があるのは勿論あるんですけど、さっき言ったように線で診ていくというのが絶対にメンタルヘルスでは大事です。

**今井**：大人を診ている精神科医が圧倒的に多いので、その人達を活用しないと、児童精神科医だけが頑張っても、このボリュームはカバー出来ない。

**有賀**：カバー出来ないです。せめてプライマリーケアがちゃんと出来るようになって欲しい。かなり大変だなとなったら紹介してもらって、専門医が診るとか。

**今井**：ある児童精神科医に、患者の年齢が 20 歳を越えたらどなたを紹介するのですかと聞いたら、照会先がなくてと仰って、これって変ですよ。

**有賀**：たしかに照会先はなかなか。でも、最近は少しずつ心ある精神科医にお引き受けいただけるようになりました。

**今井**：今日は、ありがとうございました。

