

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））
発達障害の原因、疫学に関する情報のデータベース構築のための研究

分担研究報告書

わが国の成人発達障害臨床の現状－エキスパートインタビューより－

研究分担者 内山 登紀夫（大正大学 心理社会学部 教授）

研究協力者 志賀 利一（社会福祉法人横浜やまびこの里）

研究要旨：我が国の成人発達障害の臨床の現状を把握することと、成人発達障害診療を行う精神科医を養成する方法の参考にするため成人発達障害の診療を行っている代表的な医療機関の担当医にインタビュー調査を行った。その結果、我が国の成人発達障害臨床の現状には多様な課題があることが明らかになった。文献的検討を行い、その課題の一部は外国とも同様であることが示唆された。次年度は、今年度得られた情報をもとに、我が国の成人発達障害臨床の質・量の向上のための方法を検討する。

A. 概要と目的

本調査では成人発達障害の臨床を行っている代表的な医療機関の担当医にインタビュー調査を行った。現在の我が国の成人発達障害医療の現状と課題を把握し、成人の発達障害臨床に役立つ情報は何かについて提言をしてもらい、成人発達障害臨床サービスの質・量の拡大のための一助とすることを目的とした。

B. 方法

成人発達障害を診療する我が国の代表的な医療機関の担当医にインタビューを行った。対象者選択のクライテリアは①精神科の臨床経験が10年以上あること、②2019年1月現在成人発達障害を対象とした外来診療を行っていることである。③インタビューは録音し、テープ起こし原稿を作成した。インタビューアーは全例内山が行ったが、一部のインタビューには研究協力者が同席した。対象者にインタビューガ

イドを用いて半構造化面接を行った。対象者の選定は便宜的標本抽出法（コンビニエンス・サンプリング）で行い、筆者が知る範囲でクライテリアに適合する対象者に連絡をし、研究機関内にインタビューが可能であった8人を選定した。すべての対象者（インタビューイー）は、インタビューアーと面識があった。面接回数は対象者ごとに一回ずつ、一回の面接は30分から1時間程度であった。インタビューガイドは以下のとおりである。

- 1) 成人発達障害者を対象にした外来の体制
 - 2) 成人発達障害者を対象にした外来を設置した理由
 - 3) 成人発達障害者の診療上の困難や特殊性について
 - 4) 成人発達障害者を診療する医師の条件
 - 5) 成人発達障害の診療を行う上で、一般の精神科医が知っておくべき医療情報
- さらに成人発達障害の診療を始めた時期、

成人発達障害の外来診療を行っていることをホームページなどで公開しているかどうかインタビューで聞き取りをした。すべての医療機関がホームページを持っていたため、ホームページの情報も参考にした。

インタビュー内容を逐語録におこして、現在の発達障害臨床における課題の整理を試みた。具体的には得られた質的分析ソフト NVIVO Ver11 を用いて逐語録をコード化し、類似する内容ごとにカテゴリー化した。

インタビュー対象

8名の精神科医(A から H)を対象にインタビューを行った。各インタビューアーの属性として、主たる勤務先、児童精神科医か成人精神科医のいずれか、経験年数(1の位を四捨五入)、成人精神科医には児童精神科の非常勤の経験の有無を尋ねた(表.1)。一人の精神科医が複数の医療機関で成人発達障害の診療を行っている場合は、それぞれの医療機関ごとに調査を行った。そのため対象医療機関は10機関になる。またGとHは同じ機関に勤務しており、同時にインタビューを行ったが、意見が異なる点については別に記述した。(表.1文末に掲載)

対象医療機関

調査の対象として医療機関

調査対象とした医療機関の一覧を表.2にあげる。私立精神科病院(①)が1件、無床外来クリニック(②、⑤、⑨)が3件、大学病院が6件であった。

さらに参考のため第一著者が所属するkクリニックの情報についても一部を記載した。表2(文末に掲載)。

C. 研究結果

外来の特性

外来形態について成人発達障害を専門とする外来があるかどうか、成人発達障害の外来を開設した時期、成人発達障害者の月あたりの延べ患者数、発達障害成人始めた経緯などについて要点を表3(文末に掲載)に提示した。

診療体制は多様であるが、以下の7パターンがみられた。代表的な医療機関の例をあげる。

- ①すべての外来担当医が発達障害も含めて診療している。a 精神科病院、g 大学病院、
- ②主として専門外来担当医が担当するが一般外来でも対象にする j 大学病院、
- ③一般の外来受診患者の中で初診医が発達障害を疑った場合に専門外来で対応する c 大学病院。
- ④一般外来の枠ぐみの中で特定の医師が担当する h 大学病院、
- ⑤専門外来を直接予約で受け付ける d 大学
- ⑥児童精神科外来担当医が担当する。b クリニック、e クリニック、f 大学病院、
- ⑦児童精神科医が「児童・成人を区別せず発達障害の診療を行っている k クリニック

診療開始の経緯 (表. 3)

成人発達障害の診療開始の経緯も多様であるが、次の5パターンに類型化された。

- ①児童精神科医が診ている児童が経過を追う中で成人になったため児童精神科医が成人の診療を継続した。(b クリニック、f 大学病院、k クリニック)
- ②発達障害専門の小児科医からの紹介を受けているうちに発達障害を専門とする成人精神科医が成人を診療するようになった(h 大学病院)

- ③同一医療機関に児童精神科があり、キャリアオーバーの患者を診るため成人精神科医が成人診療を始めた（eクリニック、iクリニック）。
- ④専門医が赴任することにより診療を開始した（d 大学病院）
- ⑤必要性を認識し計画的に成人発達障害外来を新設した（c 大学病院、j 大学病院）。

なお、2箇所のうち成人精神科医のみで開設した事例と、成人精神科医と児童精神科医の両方で開設する場合があった。

上記の5パターンは明確に区別できるわけではなく、複数の理由が関与していることが多い。成人発達障害外来設置の背景には、もともとの医療機関の特性が関与しているケースが多かった。①パターンの担当医は児童精神科医であり、児童診療を長年しているうちに事例が成人になったケースをフォローすることで自然に成人をみるようになるケースである。②は小児科医からのキャリアオーバーケースを受け入れているうちに自然に成人を診るようになる。

もともと病院として EAP（Employee Assistance Program）に力を入れている中で発達障害特性のある事例が多いことで成人事例が増えてきた医療機関、適応障害、双極性障害、パーソナリティ障害、ARMS（At Risk Mental State）などの鑑別診断を行うなかで成人発達障害の診療ニーズや研究のために成人発達障害を開設することもみられた。大学病院では他学部の学生の依頼が増えたことが理由にあげられた。

困難性・特殊性について（表, 4）

本テーマについては、インタビューイーに

「成人発達障害の外来診療を行う上で、一般の精神科外来と比較して困難な点や特殊な点があるか、あるとすればどのような点を教えてほしい」という質問を行い、できるだけ自由に語ってもらった。インタビューアーに質問を投げかけられた場合には自分の意見を最低限述べることを行ったが、誘導的な質問はできるだけ避けるように心がけた。

逐語録を作成し、そこから重要と思われるキーワードを抽出し、共通の意味のあるサブカテゴリーを作成、さらに共通したサブカテゴリーを集約してカテゴリーを抽出した結果以下のカテゴリーを設定した。すべてのインタビュー内容を一つにしたファイルの頻出語は図.1 に示した。8人の医師の言及したキーワードは多い順に「発達歴」「診断閾値」（8人中5人）、鑑別診断（5人）、アトモキセチン（5人）診断の方法（3人）、中枢刺激薬、現在症、トラブルなどであった。

大カテゴリーとして①診断、②薬物療法、③非薬物療法の3カテゴリーが、サブカテゴリーとして、それぞれ、閾値、発達歴と現症、弊害、鑑別診断、診断の方法、心理職、受診経路と治療意欲の7サブカテゴリーに分類した。それぞれに対応した代表的なナラティブを表4に示す。

発達障害が疑われて紹介あるいは受診した患者の中で発達障害の診断がつく人の割合（表5）本質問はもともと予定されていたものでなかったが多くのインタビューイーが、発達障害外来に本人・家族あるいは医師が発達障害を疑って受診するが、発達障害以外の障害や診断がつかない人が珍しくないという陳述があったので、言及された

場合に別に記載した。

それぞれ、紹介経路や受診方法、大学病院か開業医かなど医療機関の位置づけが異なるため単純に比較はできないが、概略の割合も記載した。

成人発達障害の診断をする医師の条件 (表.6)

インタビューイーらが、成人発達障害の診療を行う医師の条件をどのように考えるかについて質問をした。結果を表. 6にまとめる。

必要な情報

成人精神科医が臨床を行う上で必要な情報がなにかを尋ねた。結果として診断のトレーニングについては全員が必要と答えた。研修内容のテーマとしては①典型的な発達障害症例と、典型的な発達障害ではない例の理解、②精神疾患との併存や鑑別、④児童期に診断された ASD の事例、③発達歴をわかりやすく提示することが提案された。方法としては特に実際の面接場面を見られること、診断のポイントのアドバイス、事例を提示して客観的な診断ポイントの解説が必要との意見があった。とくに症例提示が一番わかりやすく有効であるという意見が複数みられた。

支援、治療については診断後の福祉との連携の仕組みのについての情報、外来でできる助言、福祉サービスの仕組み、薬物療法の知識が提案された。

D. 考察

我が国の成人の ASD、ADHD の医療サービスについての現状と課題をエキスパートインタビューにより明らかにしようと試みた。

1) 外来の特性

外来の特性についてはすべてが精神科を標榜をしていたが、専門外来の有無や月あたりの患者数、ホームページでの発達障害を診療していることの公開の有無について医療機関により多様であることが明らかになった。専門外来の開設時期については明確に開設時期がわかる例では 1997 年から 2018 年と幅が広がった。もともとすべての疾患を対象としていたため発達障害の診療が自然発生的に始まる機関もあった。診療を開始する経緯も多様であった。児童を対象としているうちに成人診療を始めたケースと、当初より成人を対象としたケースがみられた。EAP とのつながり、ARMS、パーソナリティ障害や適応障害との鑑別の必要から発達障害外来を開設した例もあり、これは元々の医療機関が注力する分野と深く関係していた。

精神科医療の必要性は 20 台前後の若年層 (Anderson and Butt 2017, Weiss, Isaacs et al. 2018) から老年層 (Mukaetova-Ladinska, Perry et al. 2012) まで必要であるが、十分なケアがされていないことが問題になっている。一方医療サービスを受けるのは容易ではない (Rogers, Goddard et al. 2015) こと、サービスが不十分である (Shattuck, Roux et al. 2012) (Lai and Weiss 2017) (Lorenc, Rodgers et al. 2017, Anderson and Butt 2018)、コミュニティサポート (Macleod 1999) の必要性が議論されてきた。最近では ASD の死亡率が高い (Schendel, Overgaard et al. 2016) という説が我が国の当事者団体でも話題になった。このようにみていくと我が国の成人 ASD、ADHD の人がどのようなサポートが

必要かの調査の必要性は高い。特に我が国では静止保健福祉手帳や障害年金などの公的支援を得るためには医師による医学的診断が必要になる。診断がされなければ、医療的・福祉的支援がなされない可能性がある。

一方、診断することの弊害としては、雇用主が配慮をしなくなる、不適切な薬物療法がなされるなどの問題が生じる。

2) 困難性と特殊性

成人発達障害を診療する上での困難性・特殊性については興味深い結果が得られた。

インタビューの中で頻出語として「発達」や「診断」が挙げられるのは予想通りであったが、多くの医師がコンサータなどの ADHD 治療薬に言及したことが注目された。

診断根拠については「発達歴」を重視する意見が多かったが、同時に「信憑性が確認できない」との意見も複数みられた。

また精神疾患との鑑別では「発達歴よりも現在症を重視」という意見もあった。ARMS のフォロー中に ASD 特性が明らかになる事例や、認知症対象のメモリークリニックを受診する ADHD の存在についての言及もあり、児童期と比較して成人の場合は適応障害、認知症、パーソナリティ障害なども含めた精神疾患との鑑別や合併が課題になるからであろう。

診断方法については「インテークを何回も繰り返す必要」、「心理職が WAIS や AQ で判断するをなどの課題があった。

3) 過剰診断と過小診断をめぐる議論

診断カテゴリーでは「診断閾値」につい

て多くの議論があった。「子どものころの適応がいい人に ASD という診断をつける」ことへの否定的な意見もあるが、一方では「一般外来では適切に診断がされていない」という意見もある。過剰診断なのか過小診断なのかの判断が難しい。受診経路については本人の希望で受診するケースだけでなく、「企業から困った社員」、「妻が夫の診断を求める」などの語りがあった。

「もともと疾患の有る無しのトレーニングを受けているの、どこからラインを引くのが困難」な障害であることから、このような事態が生じやすいのだろう。

特に専門外来のある d 大学病院、j 大学病院では発達障害が疑われて受診する患者で発達障害の診断がくだされるのは、それぞれ 3 割くらい、1 割から 2 割と低いことが注目された。いぼう f 大学病院のように過半数が発達障害と診断される機関もある。c 大学病院では発達障害以外の患者は少なく、これは一般外来で発達障害が疑われた患者を対象に専門外来で評価するシステムが関与していると思われる。

成人期においては現在症の把握と他の精神疾患との鑑別が課題になるとの意見は重要である。ASD も ADHD も多様であるが、成人期に初めて診断される事例は児童期に診断される事例と比較して、適応が良いことが指摘されてきた。婚姻し子どももいて職業をもつケースも多い(Taylor, Smith DaWalt et al. 2019)。Lai らは「失われた世代」という呼び方をしている。彼らの児童期はより ASD は狭く捉えられ、診断されることがなかった。このような人たちに診断をすることへの疑問も語られた (G 医師)。

自閉症スペクトラムに正常との間にクリ

アの境界を引くことが困難であることは、既に Wing がスペクトラム概念を提唱した時点で、ASD の本質でもあった(Wing and Gould 1979(Wing, 1997 #2544) (Wing 1997)(内山登紀夫 2012))、スペクトラムであることの本質的な欠点であるかもしれないが、同時に臨床的には長所でもありうる。DSM-5,ICD-11 においてもスペクトラム概念が採用された現在、今後どのように診断の閾値や診断方法を規定するかは重要な課題である。

本調査でも多くの指摘があったように、成人の ASD,ADHD はうつ病などの気分障害(Unruh, Bodfish et al. 2018)、や不安障害(Maddox, Kang-Yi et al. 2018) (Hollocks, Lerh et al. 2018), 双極性障害、睡眠障害などの精神科合併症の頻度が高い(Davignon, Qian et al. 2018) (Hofvander, Delorme et al. 2009)ことや、統合失調症の合併頻度が ASD の 6%に登るとの報告(Lugo Marín, Alviani Rodríguez-Franco et al. 2018)、自殺のリスクが高いのに(Richa, Fahed et al. 2014)認識されていない(Veenstra-VanderWeele 2018)ことなどから精神科医療ニーズ(Weiss, Isaacs et al. 2018) (Cage, Di Monaco et al. 2018)や社会福祉サービスへのニーズが高いが、その供給は十分には行われていないとする意見が欧米では強いようである。それに加えて、パーキンソン病(Starkstein, Gellar, Parlier, Payne, & Piven, 2015)や生活習慣病などの身体疾患(Croen, Zerbo et al. 2015, Cashin, Buckley et al. 2018)についてもニーズが高い。

3) 支援と治療

薬物療法、とくにコンサータとアトモキ

セチンの不適切な使用例の経験や懸念が語られることが多かった。会社からの紹介ケースでは薬物療法を求められる傾向や、自動車運転のためにという理由で薬物を求められるなど本来の医学的理由以外での薬物使用の「圧力」を感じる事態もある。薬物療法について、不適切な薬物療法への懸念、とりわけ中枢刺激薬の使用についての混乱が語られた。オーストラリアにおいても適応が不明確な処方が成人の ASD に処方されているとの報告があり、不適切な薬物療法が広がらないような注意が必要である(Cvejic, Arnold et al. 2018)

自閉症法(2009)があるなど ASD 支援で先行している英国は国の施策としてさまざまな取組がされている。2014年に発表されたレポートでは 15 の優先順位の高い領域が設定され、適切な時期に診断が受けられること、老齢期になっても適切は精神的・身体医学的サービスが受けられることを目指している。(Care 2014)、さらに 2018年にアップデートされた報告では 5つの領域 (Domain)が設定され、Domain 3では、成人期に自閉症の診断アセスメントにタイムリーにアクセスできこと、タイムリーおよび適切なメンタルヘルスサービスが受けられること、それぞれの当事者にあったコミュニケーション方法や感覚過敏への対応、環境調整などのサービスが目標とあげられている。(Mental Health 2018).

アメリカでも連邦政府の方針として成人期の支援に 7つのテーマのうち一つが当てられている。

4) 成人発達障害の診断をする医師の条件

児童精神医学臨床の経験が望ましいと答

えたインタビューイーは多かったが、一方で成人精神医学の知識や経験が大切との指摘も多数みられた。成人精神科医の中でも発達障害を専門とする児童精神科や小児科精神科で自主研修を行っているインタビューイーも複数いた。成人、児童の両方の研修を行うことが望ましいという点では概ね意見は一致しているが、成人期の精神障害全般の診断能力、鑑別診断、治療能力を重視することが重要であろう。

5) 必要な情報

これは上記の成人発達障害の診断をする医師の条件と密接に関係する。

教科書的な内容に加えて、症例提示や診断・面接場面の直接観察することの重要性が指摘された。医師の養成システムの中で児童精神医学や発達障害をどう位置づけるかの議論は始まったばかりである。

成人期に発達障害を診断することは様々な困難がある。成人期に初めて診断されるASDは珍しくない。Laiらは本調査でも多くのエキスパートが指摘したように発達歴聴取や現在症の捉え方の困難さが課題になっている。

本調査では我が国の代表的な医療機関のエキスパートにインタビューを行い、成人精神科医療の課題を検討した。

E. まとめ

我が国の成人発達障害診療の実態を把握するためエキスパートインタビューを行い、多様な課題があることを明らかにした。

F. 参考文献

文献

Anderson, C. and C. Butt (2017). "Young Adults on the Autism Spectrum at College: Successes and Stumbling Blocks." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 47(10): 3029-3039.

Anderson, C. and C. Butt (2018). "Young Adults on the Autism Spectrum: The Struggle for Appropriate Services." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 48(11): 3912-3925.

Cage, E., J. Di Monaco and V. Newell (2018). "Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 48(2): 473-484.

Care, D. o. H. S. (2014). *Think Autism. Fulfilling and Rewarding Lives, the Strategy for Adults with Autism in England: An Update.* London, UK, Department of Health London.

Cashin, A., T. Buckley, J. N. Trollor and N. Lennox (2018). "A scoping review of what is known of the physical health of adults with autism spectrum disorder." *Journal Of Intellectual Disabilities: JOID* 22(1): 96-108.

Croen, L. A., O. Zerbo, Y. Qian, M. L. Massolo, S. Rich, S. Sidney and C. Kripke (2015). "The health status of adults on the autism spectrum." *Autism* 19(7): 814-823.

Cvejic, R. C., S. R. C. Arnold, K.-R. Foley and J. N. Trollor (2018). "Neuropsychiatric profile and psychotropic medication use in adults with autism spectrum disorder: results from the Australian Longitudinal Study of Adults with Autism." *Bjpsych Open* 4(6): 461-466.

Davignon, M. N., Y. Qian, M. Massolo and L. A. Croen (2018). "Psychiatric and Medical Conditions in Transition-Aged Individuals With ASD." *Pediatrics* 141(Suppl 4): S335-S345.

Hofvander, B., R. Delorme, P. Chaste, A. Nyden, E. Wentz, O. Stahlberg, E. Herbrecht, A. Stopin, H. Anckarsater, C. Gillberg, M. Rastam and M. Leboyer (2009). "Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-

- intelligence autism spectrum disorders." *BMC Psychiatry* 9: 35.
- Hollocks, M. J., J. W. Lerh, I. Magiati, R. Meiser-Stedman and T. S. Brugha (2018). "Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis." *Psychological Medicine*: 1-14.
- Lai, J. K. Y. and J. A. Weiss (2017). "Priority service needs and receipt across the lifespan for individuals with autism spectrum disorder." *Autism Res* 10(8): 1436-1447.
- Lorenc, T., M. Rodgers, D. Marshall, H. Melton, R. Rees, K. Wright and A. Sowden (2017). "Support for adults with autism spectrum disorder without intellectual impairment: Systematic review." *Autism*: 1362361317698939.
- Lugo Marín, J., M. Alviani Rodríguez-Franco, V. Mahtani Chugani, M. Magán Maganto, E. Díez Villoria and R. Canal Bedia (2018). "Prevalence of Schizophrenia Spectrum Disorders in Average-IQ Adults with Autism Spectrum Disorders: A Meta-analysis." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 48(1): 239-250.
- Macleod, A. (1999). "The Birmingham Community Support Scheme for Adults with Asperger Syndrome." *Autism* 3(2): 177-192.
- Maddox, B. B., C. D. Kang-Yi, E. S. Brodtkin and D. S. Mandell (2018). "Treatment Utilization by Adults with Autism and Co-Occurring Anxiety or Depression." *Research In Autism Spectrum Disorders* 51: 32-37.
- Mental Health, D. a. D. D. a. D. U. D. (2018). Think Autism strategy governance refresh.
- Mukaetova-Ladinska, E. B., E. Perry, M. Baron, C. Povey and G. Autism Ageing Writing (2012). "Ageing in people with autistic spectrum disorder." *Int J Geriatr Psychiatry* 27(2): 109-118.
- Richa, S., M. Fahed, E. Khoury and B. Mishara (2014). "Suicide in autism spectrum disorders." *Arch Suicide Res* 18(4): 327-339.
- Rogers, C. L., L. Goddard, E. L. Hill, L. A. Henry and L. Crane (2015). "Experiences of diagnosing autism spectrum disorder: A survey of professionals in the United Kingdom." *Autism*.
- Schendel, D. E., M. Overgaard, J. Christensen, L. Hjort, M. Jorgensen, M. Vestergaard and E. T. Parner (2016). "Association of Psychiatric and Neurologic Comorbidity With Mortality Among Persons With Autism Spectrum Disorder in a Danish Population." *JAMA Pediatr* 170(3): 243-250.
- Shattuck, P. T., A. M. Roux, L. E. Hudson, J. L. Taylor, M. J. Maenner and J. F. Trani (2012). "Services for adults with an autism spectrum disorder." *Can J Psychiatry* 57(5): 284-291.
- Taylor, J. L., L. Smith DaWalt, A. R. Marvin, J. K. Law and P. Lipkin (2019). "Sex differences in employment and supports for adults with autism spectrum disorder." *Autism*: 1362361319827417.
- Unruh, K. E., J. W. Bodfish and K. O. Gotham (2018). "Adults with Autism and Adults with Depression Show Similar Attentional Biases to Social-Affective Images." *Journal Of Autism And Developmental Disorders*.
- Veenstra-VanderWeele, J. (2018). "Recognizing the Problem of Suicidality in Autism Spectrum Disorder." *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 57(5): 302-303.
- Weiss, J. A., B. Isaacs, H. Diepstra, A. S. Wilton, H. K. Brown, C. McGarry and Y. Lunskey (2018). "Health Concerns and Health Service Utilization in a Population Cohort of Young Adults with Autism Spectrum Disorder." *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 48(1): 36-44.
- Wing, L. (1997). "The autistic spectrum." *Lancet* 350(9093): 1761-1766.
- Wing, L. and J. Gould (1979). "Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification." *J Autism Dev Disord* 9(1): 11-29.
- 内山登紀夫 (2012). "【正常との境界域を診る】 広汎性発達障害とスペクトラム概念." *精神科治療学*(0912-1862) 27(4): 443-451.

	児童/成人	主たる勤務先	経験年数	児童精神科経験	役職
A	成人	外来クリニック	30	あり	非常勤医師
B	児童	外来クリニック	50	—	非常勤医師
C	児童	大学病院	20	—	准教授
D	成人	大学病院	20	あり	准教授
E	成人	大学病院	20	なし	講師
F	児童	精神科病院	20	—	常勤医師
G	成人	大学病院	40	なし	教授
H	児童	大学病院	30	—	講師

表. 1

病院種別	専門外来の有無	月あたりの患者数（延べ）	ネットでの公開
a 精神科病院	なし	数十	なし
b クリニック	なし	100人以上	なし
c 大学病院	あり	数十人	あり
d 大学病院	あり	200人以上	あり
e クリニック	なし	10人程度	あり
f 大学病院	なし	10数人	なし
g 大学病院	なし	不明	なし
h 大学病院	ない	不明	なし
i クリニック	あり	数人	あり
j 大学病院	あり	100人程度	あり
k クリニック	—	200人程度	あり

表. 2

注：

- a: 児童外来を除くすべての医師が対応、児童精神科外来は児童のみ
- b: 児童精神科外来で対応
- c: 一般外来で初診し、発達障害の疑いがあれば専門外来に紹介する
- d: 専門外来で初診を受け付ける
- e: 児童精神科外来で対応

f:児童精神科医が対応

g:すべての精神科外来で対応

h:特定の医師が一般外来で対応

i:児童精神科医が対応

k:創立より発達障害を専門に成人・児童の両者を対象にしている。

	開設時期	経緯
a 精神科病院	特定不能	自然発生的、産業医・EAPからの紹介
b クリニック	特定不能	児童外来から波及
c 大学病院	2018	専門家の赴任、学生の紹介、適応障害などの鑑別に発達障害があがる
d 大学病院	2008	専門家の赴任
e クリニック	2002	児童精神科医の存在
f 大学病院	2016	児童精神科医の存在
g 大学病院	特定不能	発達障害の鑑別の必要性
h 大学病院	2003	自然発生的、開業医からの紹介
i クリニック	2015	児童外来から波及
j 大学病院	2015	成人外来診療の中で必要性を認識
k クリニック	1997	当初より成人発達障害を診療

表. 3

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な語り
診断	閾値	日本中でいろんな精神科医がみているが診断の基準はみな違う。ASDなんてどこで線を引くかだけじゃないですか。社会的診断という意味が多分にある。
		一般外来の先生は気づいていない、適切に診断されていない事例がある。
		診断閾値をどこに設定するかに個人差があると思った。医学研究という立場になると閾値が高くなる。
		子供のころの適応が良い人にあえてASDという診断をつける必要があるのか疑問。

発達歴と現症	幼少期の病歴が取れない人が多い。特性をどうとるかが難しい
	発達歴よりも現在症を重視している。他の精神疾患ではない特徴があることを ASD の症状があることと同じくらい重視している。
	あまりにも発達障害っぽい発達歴をいう親がいて、本を読んでいる親から聞く発達歴情報の信憑性が乏しい。
	幼少期に発達歴をどれくらい拾えるのか、信憑性を確認できない。
	精神現在症の評価がかかせない、精神疾患との鑑別併存症の把握も必要
弊害	<p>ASD と診断することで学校の先生や会社の上司が安心して、必要な対応をしなくなる。ASD と診断をつけることの弊害を考えて過度に診断をつけないほうが良い。</p> <p>就労支援を言い過ぎるから、就労支援会社が金儲けをするなどの弊害が大きい。</p>
鑑別診断	精神疾患との鑑別 併存症の把握も必要 どういうタイミングでどういう支援が必要になるのかの把握が必要。近況を把握して、もともと問題があったのか環境の要因の影響はどうか判断する。
	ASD が統合失調症と誤診されたとか、ADHD を鬱病と間違えるのは精神科医失格。それを間違えてもしょうがないという雰囲気は作るべきではない。
	別の医療機関で発達障害と診断された事例で思春期に屈曲があったケースは統合失調症と診断変更をした。抗精神病薬で改善し妄想などの病的体験も表出するようになった。
	認知症・もの忘れなどを対象にしたメモリークリニックを受診するケースで ADHD の人がいる。もともと困っていたが過去は部下や秘書がカバーしていて目立なかった。
	どうしても白黒はつきりできない。薬を使う。疾患なのか疾患じゃないのかトレーニングされてきたので どこからラインを引くのか幼少期の病歴が取

		れない人が多い。特性をどうとるのが難しい
	診断の方法	診断までのインテークを何回か繰り返している、インテークだけでも1か月、2か月かかる。
	心理職	心理職によっては発達障害の教育を受けていず、 WAIS や AQ で診断しており、ちゃんと生育歴を取っていない。
	受診経路と治療意欲	企業から困ったとケースを紹介したいという希望が多い。
		一般外来で待ち時間が長いと患者から断ってくる。事務や受け付スタッフとのやりとりがうまくいかずトラブルを起こす人が多い。
		妻が夫の ASD の診断を求めてくることあが、 ASD でない事例もある。
		専門外来への紹介患者でも精神医療が必要ない人や一般精神科に再紹介するケースもある。まったく心配のない人も1, 2割いる。
薬物療法	中枢刺激薬	大人の ADHD という人もいるので、その場合には薬物があるものはトライするべき、副作用ができればやめればいい。
		パキシルとストラテラの併用処方など、問題が多い。
		医師に発達障害の可能性があるとされて紹介される患者の中にコンサータ ADHD ではないのにコンサータなどを服用している事例がある。
	抗うつ薬	薬物療法は二次障害の抗うつ薬が効くのに、アスペルガーなら、障害特性による抑うつなので医療でみる必要はなく、疾病とみなす必要はないという医師がいる。
	薬物療法	自動車運転や養育のため、会社から治療を求められると薬を飲んでという雰囲気になる。大学の保健センターでも薬物療法が可能な機関だと薬物処方されがちになる。
非薬物療法	外来での支援	ASD の可能性が高い人でも、どう介入するかの情報が足りない。他院のデイケアを紹介することもある。

		生活で行き詰まることが多いので、ケースワーク的な情報が必要
	デイケア	成人になると使える社会資源が少ない。
	プライマリーケア	プライマリーケアで ASD をみても何もできない。何もできないのら診断をすべきでない。
	一般精神科医と専門医	精神医学が ASD について十分にまとまっていないので、一般医に中途半端に伝えたら企業に利用されるだけ。専門医が入口を初診できちんとみておけば、フォローは一般医でも可能。
	措置入院	措置入院後の後方病院が確保できない

表.4

病院種別	割合	代表的な語り
a 精神科病院	-	-
b クリニック	-	-
c 大学病院	—	明らかに発達障害でなかった人は4, 5人
d 大学病院	3割位	発達障害ではない人の方が多い。発達障害でない人の方が多い。精神医療が必要ない人が1、2割いた。一般精神科にリファーするケースもあったし、全く心配ない人も1、2割いた。
e クリニック	-	-
f 大学病院	8割	5人中4人は発達障害だった。
g 大学病院	-	-
h 大学病院	-	-
i クリニック	-	-
j 大学病院	1割から2割	発達障害と診断がつかないということじゃなくて発達障害のほうが（他の併存障害より）重い人は1割。だから、発達障害の疑いで紹介された人の中で発達障害の診断をつけることは私は一番少ない。パーソナリティ障害、適応障害の診断も考える。どこでその人が困っているかが大事で診断は必要ないと思うこともある。その部分がパーソナリティ障害か適応障害の支

		<p>援が重要なら発達障害の診断をしない。 ADHD は薬があるので診断をつけてもいい。</p>
--	--	--

表. 5

		児童精神医学の経験	成人発達障害の診断をする医師の条件
A	成人	言及なし	薬物療法についての知識（慎重であるべき）
B	児童	必要	3年程度の子どもの精神科診療の経験
C	児童	必要	非常勤でも児童精神科診療の経験があることが望ましい。
D	成人	必要	外来を初めて幼少期の話が重要で大きく、そのあたりの発達障害の子どものイメージがないのが問題で、就学前の子供を診たいと思っていた。発達障害専門の小児科クリニックで陪席研修を行いイメージが付いてきた。それは成人臨床をやる上で必要
E	成人	必要	毎回、専門家を招いて症例検討会をしている。短期間でも児童精神のトレーニングが受けられると良いと思う
F	児童	言及なし	一般精神医学の経験と成人にも発達障害者がいるとの認識が必要
G	成人	必須ではない	成人の鑑別診断の能力
H	児童	可能なら	児童の研修が可能な施設が少ないので、成人の鑑別診断がしっかりできることが必要

表. 6

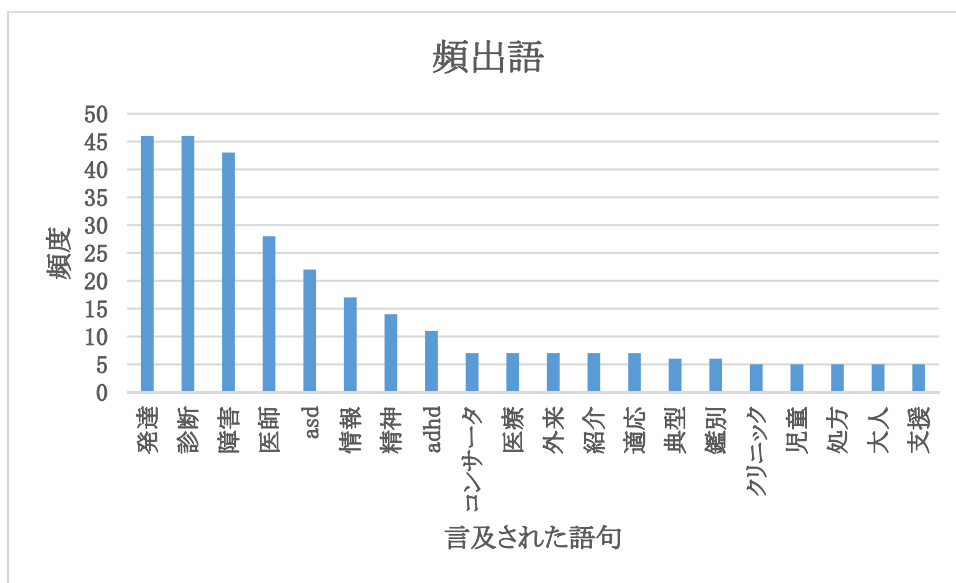


図. 1