

P01-1 自閉スペクトラム症を理解する：支援に活かす基本知識と実践的アプローチ 石田 悠 先生への質問（LIVE配信時のQ&Aリストです。オンデマンド配信視聴の方の質問は受け付けておりません。）	
Q	行動を切り替える際に泣いて暴れてしまう児に対し、事前の声かけなどを行っても一朝一夕にはいかないと思います。そのため保護者が成功体験を積むことも簡単にはいかないと考えますが、そのような場合にどのような声かけや対処を行っていますか？
A	ご質問ありがとうございます。一朝一夕にはいかないということや、常に事前の声かけなどをやる余裕はないかもしれないということもお話しています。それでも、こういったテクニックを保護者の方が頭の片隅においていただくことで、保護者がちょっと冷静になれるかもしれない、余裕がある時に「やってみよう」と思えるかもしれない、と説明しています。そういった中で徐々に成功体験を積めるように励ましています。
Q	家庭での環境調整（スケジュールやPECSなど）を具体的に促しても、親が仕事やきょうだいの世話で忙しく、その余裕がないという場合、あるいは、そのようなことをわかっていても出来ない場合、どのように対応されておられますか？
A	ご質問ありがとうございます。まずはご家庭で出来る範囲での環境調整を促しますが、それも難しい場合には、学校や放課後デイなどと連携して、可能な範囲でできることがないか、ということを提案しています。
Q	ASDは脳の特性であり、育て方ではないとあります。養育環境（小児期逆境体験）による愛着障害・トラウマ障害と言われる子供達でASD、ADHD特性とよく似た特性を認めることがあります、どのように見分けておられますか。
A	ご質問ありがとうございます。非常に難しいです。できる限り多くの情報を集めることがまずは必要です。そのうえで、診断名にこだわるのではなく、どのような点で困りごとが生じているか、という視点から対応を考えるのがいいのではないかと思います。
Q	小学校教員です。どうしてもカリキュラムが決まっています。集団対応・指導が基本の学校では、個々の不安への配慮が希薄になって今行うことが多いと思います。そもそも明治時代から変わらない学校教育のやり方そのものに限界があるような気もしていますが、先生のご意見はどうでしょうか。このままでは不登校の激増に代表される学校問題は是正しないような気がします。でも、不安と環境調整という話は絶対職員研修などで話そうと思います。
A	ご質問ありがとうございます。学校教育について詳しく存じ上げないのですが、私が小中学生のころと比べると、特別支援教育などさまざまな制度が充実してきていると認識しています。 ただし、医師は免許を取ってすぐに患者さんを一人で担当することはなく、必ず研修医の時代があります。また、担当の患者さんについても、困ったら他の医師と並診したり、多職種で連携することが可能です。一方で、学校では大学卒業後すぐの先生が、お一人で30人前後の生徒さんを抱える状況になるというのは、かなりご苦労が絶えないだろうな、と感じています。
Q	自閉スペクトラム症の方で、思春期に場面緘黙がみられるケースがあり、環境調整及び抗うつ剤処方を行っておりますが対応に難儀しております。もしアドバイスいただけましたら幸いです。
A	ご質問ありがとうございます。非常に悩ましい症例だと思います。ASD特性、思春期、不安、「話さないこと」で守られてきた、といった様々な要素が混在しているのだと推察いたします。私からアドバイスできるようなことはほとんどないと思いますが、「話すこと」を目標にせず、「話さない＝能力がない、ではない」ということを繰り返し、一貫して届けることではないでしょうか。大した回答になっておらず申し訳ないです。
Q	石田先生、大変わかりやすいお話をありがとうございました。 冒頭で、個人ごとの困りごとをレーダーチャートで視覚化されておりましたが、日常診療の中ではMSPAなどを実施されるのでしょうか？ 日々の診療の中で、問診、評価尺度や心理検査に加えてどれくらいの期間で実施されているのかご教示いただけますと幸いです。 心理師の人数の観点から実施が難しい場合の工夫店などもご教示いただけますと幸いです。
A	ご質問ありがとうございます。スライドをまとめるにあたりレーダーチャートを図示しましたが、実際にMSPAを使用したことはありません。現実的には初診の時に詳細を確認し、継続診療ではその時その時の困りごとを確認したり、変化がないかを確認する程度です。評価尺度などの心理検査が、もっと診療報酬に直結すると、心理職の雇用を増やせるのではないかと考えています。
Q	石田先生、ありがとうございました。 ASDの診断を受けている幼児で、療育の成果もあり、幼稚園では落ち着いてきたのですが、母にのみ攻撃的な場合、どのように対応が考えられるのでしょうか。
A	ご質問ありがとうございます。児に対する対応が幼稚園と家庭で異なることはないか、幼稚園ではカモフラージュをして自宅での疲れが出ているのではないか、という確認は必要かと思えます。そのうえで、環境調整などを工夫しても難しくければ、薬物療法を検討するかと思います。
Q	ご講演ありがとうございました。切替が難しい時に「あと5分」などの声掛けをしても、結局あと5分では終われずにズルズルとその活動を続けてしまう場合もあります。アラームなどで気づかせる方法を提示することもあります。効果的な方法を他に存じでしたら教えてください。
A	ご質問ありがとうございます。数字の理解が可能なお子さんでしたら、デジタル時計(アナログ時計は認識しにくい子が多いので)を置いて、あと何分かを自分で認識できるようにするのはいかがでしょうか。また、これまでに約束した側が「あと5分」という約束を守ったか、守れたらお子さんを誉められたか、ということも確認するのがいいと思います。
Q	ご講演ありがとうございました。乳幼児期は特性が気付かれにくいとありますが、感覚過敏や鈍麻といった感覚特性も4.5歳頃から表面化してくるものなのでしょうか？
A	ご質問ありがとうございます。感覚特性は、生まれつき幼児の頃から持っているものだとされています。しかし、4～5歳頃になると、他者との関わりが増え、生活環境も変化することで、負荷が強くなり、その特性が徐々に表面化してくると言われています。つまり、感覚特性が見えやすくなるのは、この時期が比較的多いと考えるといいと思います。

Q	わかりやすいお話をありがとうございました。診療時間に限りがある中で、なかなか丁寧に診療をすることが難しいところがあります。石田先生は、どのような枠組みで診療をされていますか？（一人何分など）効率的な診療をするために、何か工夫をされていることがあれば教えていただけるとありがたいです。
A	ご質問ありがとうございます。非常に難しい問題だと感じています。私は大学病院で外来を担当しているため、診察時間のある程度余裕を持って設定することができます。初診は最低30分、再診でも15分ほどの枠を確保するようにしています。それでも、困りごとが多い方の場合には、時間内に診察が終わらないこともあり、効率的な診療については私自身も悩んでいるところです。可能であれば、診察の最初の段階、いわゆるインテークの場面で、心理職に関わってもらっています。初期評価では、できるだけ心理職の方から詳しくお話を聞いていただくということをしています。
Q	大変整理された分かりやすいご講義をありがとうございました。ASDの初診、再診に費やされる時間。キャリアオーバーへの対応について教えてください。支援のフィッティング、学校との連携、二次障害（リストカット・オーバードース）へのカウンセリング、ペアレント・トレーニング（CAREプログラム、PCITなど）を実施していますが、診療報酬との関係もあり、十分な時間の確保に苦慮しています。
A	ご質問ありがとうございます。キャリアオーバーについては、非常に悩ましい点が多いと感じています。いわゆる強度行動障害のような状態が見られる場合には、できるだけ早い段階で院内の精神科の先生と連携を取り、一緒に関わっていただけるようお願いしています。東京医大には複数の精神科医が在籍しているため、その先生方と相談しながら、必要に応じて診療を移行したり、対応方針を検討したりしています。また、大学病院まで通うことが難しい方については、精神科の先生から別の医療機関をご紹介いただくなど、できるだけ支援が途切れないよう連携体制を整えながら対応しているところです。
Q	子ども当事者への診断告知について、先生のお考えやご経験を教えてください。先生の素晴らしい診療のコンセプトを拝聴し、大変勉強になりました。
A	ご質問ありがとうございます。そのお子さんの性格や、どの程度理解できるかといった認知面の要素にもよりますが、私はできるだけ小学校高学年の頃には、一度は保護者の方と本人に診断をどのように伝えるかを相談するようにしています。そのうえで、本人が受け入れにくいような場合には、たとえば ASD に関する本を家の中の子どもの目に入りやすい場所に置いておき、興味を持って手に取ってくれたら、そのタイミングで保護者の方が「気になるなら今度病院で聞いてみようか」と声をかけてつないでいただく、というような工夫をしています。
Q	不安が強い幼児の相談を受けたときに、私の周りの精神科医師や心理士は「気質」という言い方をすることが多いです。私はほとんどのお子さんが先生のおっしゃるようなASD特性の見通しの立たないことに対して生じていると考えているのですが、先生は気質という考え方についてどうお考えになりますか？
A	ご質問ありがとうございます。講演でもお話した通り、「ASDなのか気質(パーソナリティ)なのか」という二元論は、現実的ではないと感じています。また、「気質だから」で留めてしまうと「だから仕方ない」という認識になってしまい、次の支援に繋がりにくくなるのではないかと、いうことを危惧しています。
Q	不安に対するSSRIは10代などですとActivation Syndromeが気になりますが、それよりも幼い年齢での使用を想定されていますでしょうか。先生が使用している感覚として、安全性、効果はいかがでしょうか。
A	ご質問ありがとうございます。実際には幼い年齢ではSSRIを使用することはほとんどないので、安全性や効果を明確に説明することはできません。申し訳ありません。
Q	ご講演ありがとうございます。こどもさんのことを保護者に認識していただくためのポイントをご教示願えますでしょうか。
A	ご質問ありがとうございます。本当に気づいていない場合だけでなく、保護者自身が子どもさんと同じような特性を持っていて気づきにくい場合や、気づいていても受け入れられない場合、あえて気づいていないようにふるまっている場合などが考えられます。そのため、特性の有無を直接指摘するのではなく、まずは具体的な生活場面や困りごとの共有から始めるのがいいのではないかと考えます。説明は抽象的な概念よりも、事実ベースで短く明確に伝え、「こういう場面で負担が大きくなりやすい」「こうすると楽になる」といった実践的視点を重視しています。
Q	ADHDの情動調節困難とASDの易興奮性の区別は、どのようにすればよいですか？
A	ご質問ありがとうございます。簡潔にまとめるのは難しいですが、ADHDの情動調節困難とASDの易興奮性は似て見えるものの、背景は異なると言われていています。ADHDでは情動の抑制が弱く、刺激に対して衝動的・瞬間的に反応しやすいです。一方、ASDでは感覚刺激や予定変更などによる負荷が蓄積し、限界を超えた時に興奮が表出することが多いとされています。ADHDは爆発後に気持ちが切り替わりやすいのに対し、ASDは消耗や混乱が長引きやすい点も特徴です。鑑別では、きっかけ、崩れるまでの経過、収束の仕方を観察することが重要で、両者が併存するケースも少なくないです。支援では、ADHDには衝動性への対応、ASDには環境調整や予測可能性の確保を重視し、背景に応じて組み合わせることが必要と考えます。