

2024/10/12

大人の発達障害について

昭和大学発達障害医療研究所
昭和大学附属烏山病院

太田晴久

CO I 開示

筆頭発表者名: 太田 晴久

講演料: 武田薬品、大塚製薬

昭和大学附属烏山病院



精神科

計296床

東京都の救急医療区分の
第3医療圏（人口340万人）
に属する単科精神病院

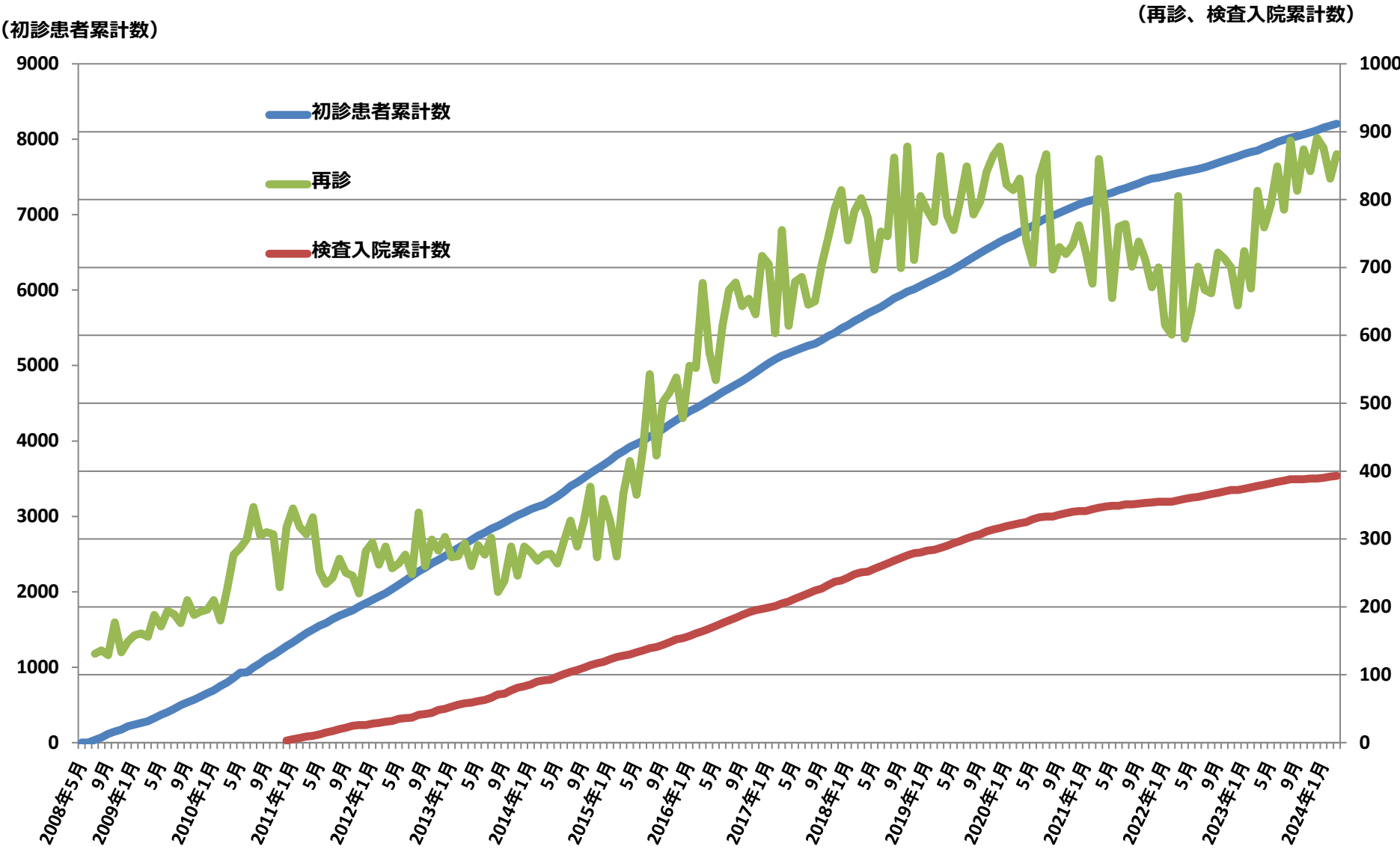


世田谷区北烏山6-11-11
最寄駅：京王線千歳烏山
（新宿から急行で17分）
駅から徒歩10分

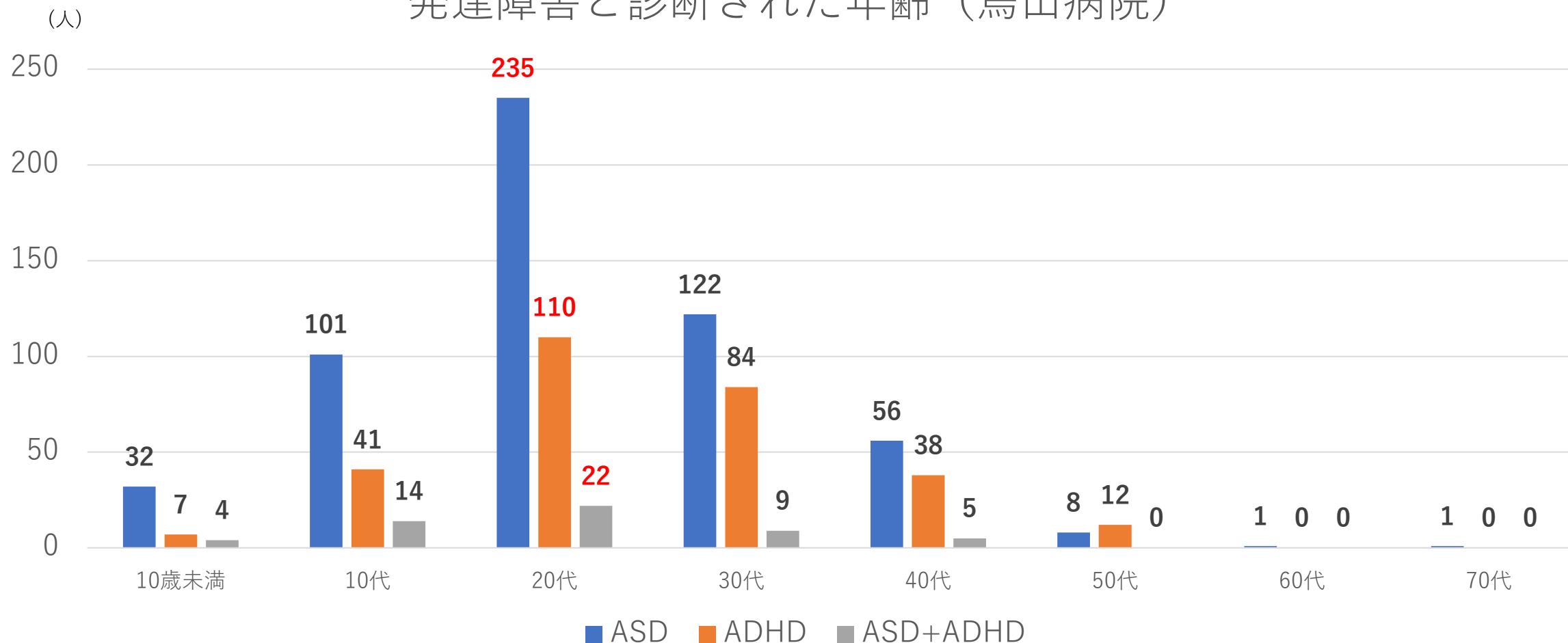
2008年より成人発達障害を対象とする専門外来、デイケアプログラムを開設

昭和大学附属烏山病院

発達障害専門外来 受診者数推移



発達障害と診断された年齢（烏山病院）



20歳代で診断されていることが多い

ほとんどが知的障害がない方（高学歴の人も多い）

大人の発達障害とは？

幼少時から発達障害は存在している

知的障害がない、症状が軽度である



進学、就職などで初めて障害に気がつかれる

大人になってから発達障害になることはない

発達障害

幼少期より発達の遅れが生じるもの

広汎性発達障害(PDD)

- 自閉症
- アスペルガー障害
- 特定不能の広汎性発達障害

注意欠如多動性障害(ADHD)

- 不注意優勢型
- 多動・衝動優勢型
- 混合型

学習障害

- 算数障害
- 読字障害
- 書字障害



ASD

(自閉症スペクトラム障害)



知的障害あり

自閉症
(カナータイプ)

知的障害なし

高機能自閉症

言葉遅れなし

アスペルガー
症候群

定型発達者
(個性的な人)
BAP
PDD-NOS

連続体(スペクトラム)

自閉スペクトラム症 (ASD) の主症状

社会性の障害



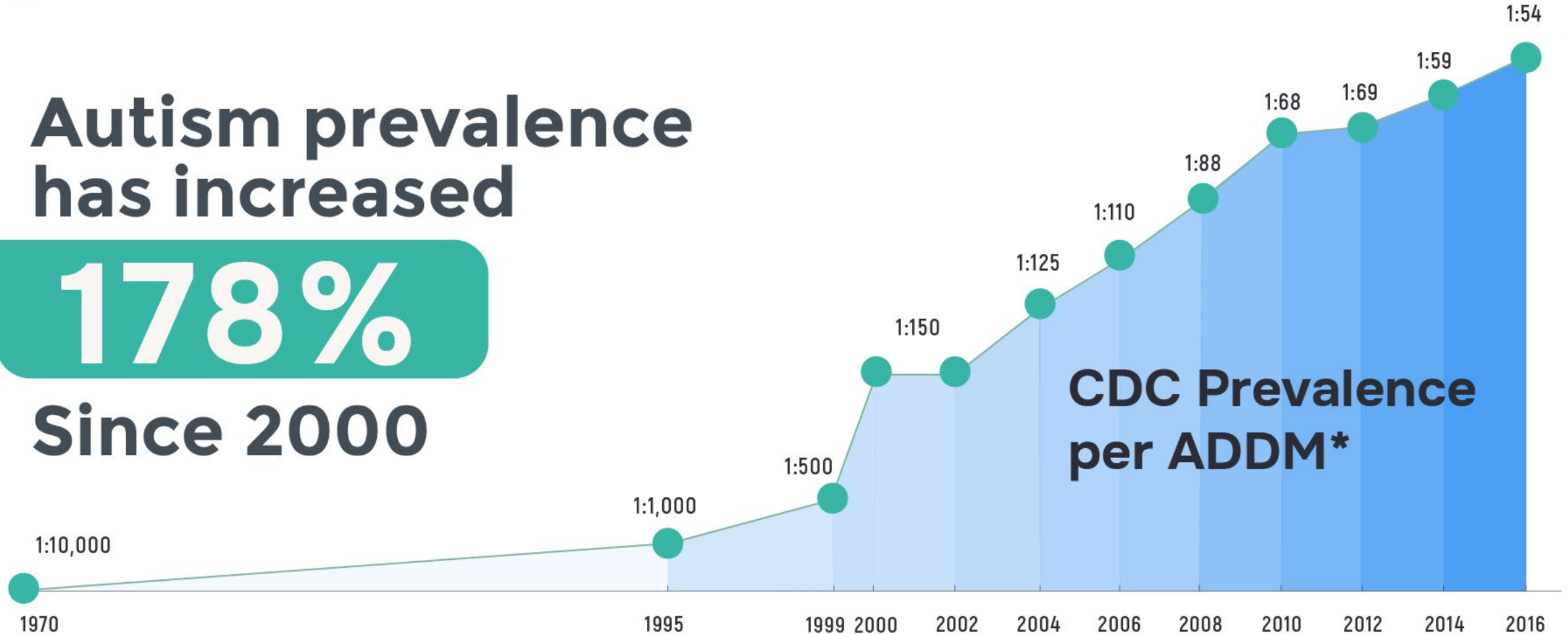
興味の限局性・常同性



Autism prevalence has increased

178%

Since 2000



**CDC Prevalence
per ADDM***

社会性の障害

- 他者の感情や場の雰囲気を理解し、適切な行動や態度を取ることが苦手

字義通りにしか
他者の発言を理解できない

視線が合いにくく、
表情変化も不自然

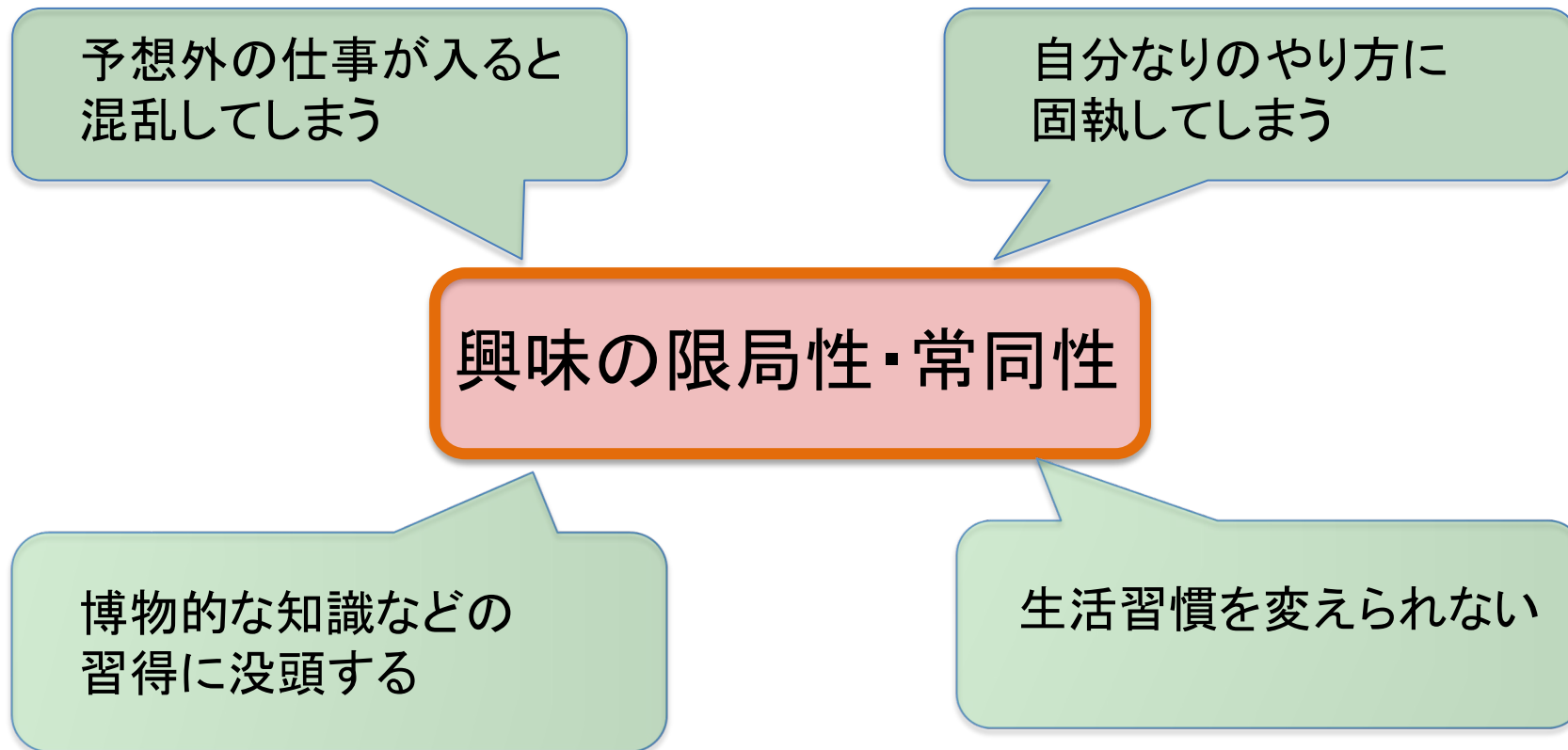
社会性の障害

意識せずに失礼なことを
言ってしまう

相手の表情や声のトーンから
感情を読み取ることが出来ない

興味の限局性・常同性

- こだわりが強く、些細な変化も嫌がる



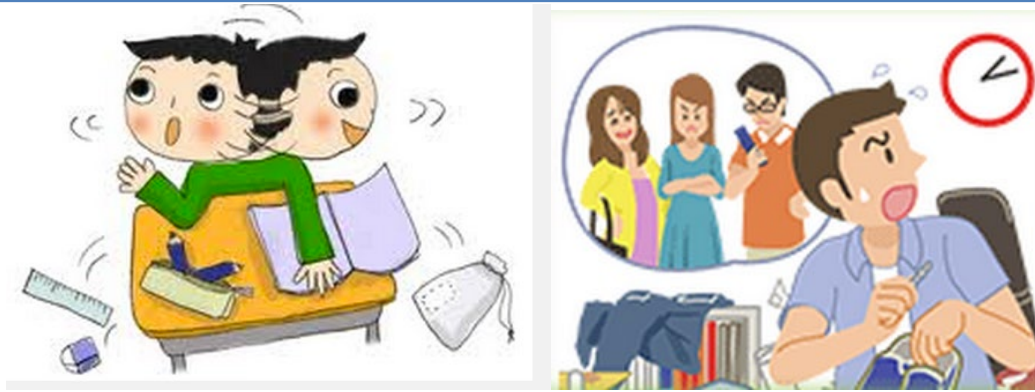
ASDの優れた特徴

- 論理的な思考に優れている
- 興味があることへの記憶力が抜群
- 流行に左右されず、人が嫌がる仕事を継続できる
- 数学/音楽/絵画などに才能があることも

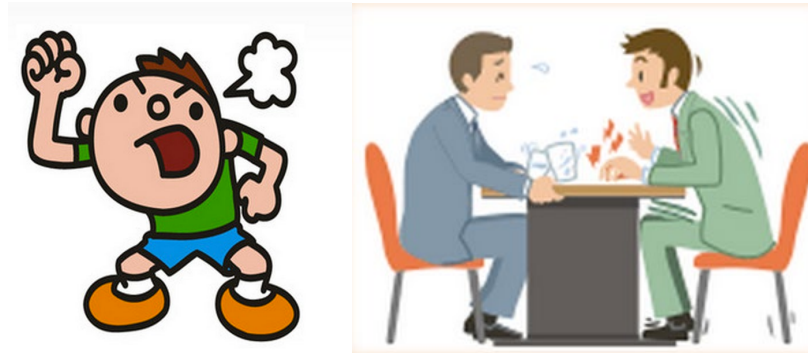
ASDは能力のアンバランス
≠ 何もできない

ADHDの主症状

不注意



多動・衝
動性



ADHD(成人期)の世界的有病率

- ◆ 2007年の世界保健機関世界精神保健調査(WMH)によれば、成人期ADHDの世界的有病率は3.4%と推定されている¹

国	有病率、%(SE)	n
ベルギー	4.1 (1.5)	486
コロンビア	1.9* (0.5)	1731
フランス	7.3** (1.8)	727
ドイツ	3.1 (0.8)	621
イタリア	2.8 (0.6)	853
レバノン	1.8* (0.7)	595
メキシコ	1.9* (0.4)	1736
オランダ	5.0 (1.6)	516
スペイン	1.2* (0.6)	960
米国	5.2 (0.6)	3197
合計	3.4 (0.4)	11422

- *95%CIの上限はサンプル全体の推定有病率を下回っている
- **95%CIの下限はサンプル全体の推定有病率を上回っている

• SE=標準誤差

- ◆ 日本での疫学調査では、成人期ADHDの有病率は1.65%と推定されている²

1. Fayyad et al. *Br J Psychiatry* 2007;190:402-409.

2. 中村和彦ほか：精神科治療学, 2013；28：155-162.

不注意

- 注意力が欠如しているため、気が散りやすく、ミスや失敗を繰り返す

大事な物を良くなくす

話を聞いていないように見える

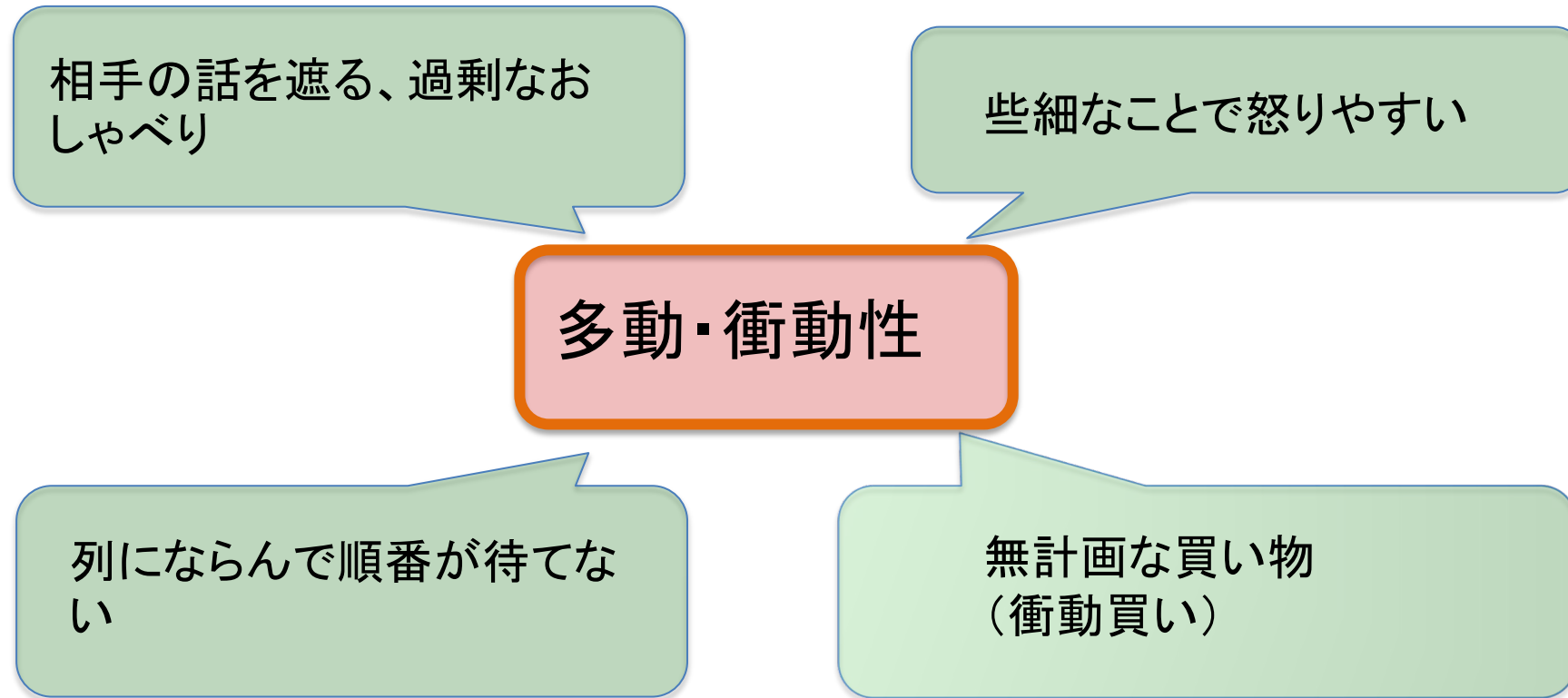
不注意

時間を守れず、約束をすっぽかしてしまう

服装もだらしく、片付けができない。

多動・衝動性

- 動き回り(成人では体を細かく動かす)、自分の発言や行動の抑制が利かない。



成人ADHDに対する薬物療法



中枢神経刺激薬

コンサータ®(メチルフェニデート)

- 効果は半日持続
- 服用して早期に効果がでる
- 毎日服用しなくてもよい

[副作用]
食欲減退、不眠、動悸など



選択的ノルアドレナリン
再取り込み阻害薬

ストラテラ®(アトモキセチン)

- 効果は24時間持続
- 効果出現まで数週間以上かかる
- 依存性や乱用の危険性は少ない

[副作用]
食欲減退、吐気、頭痛など



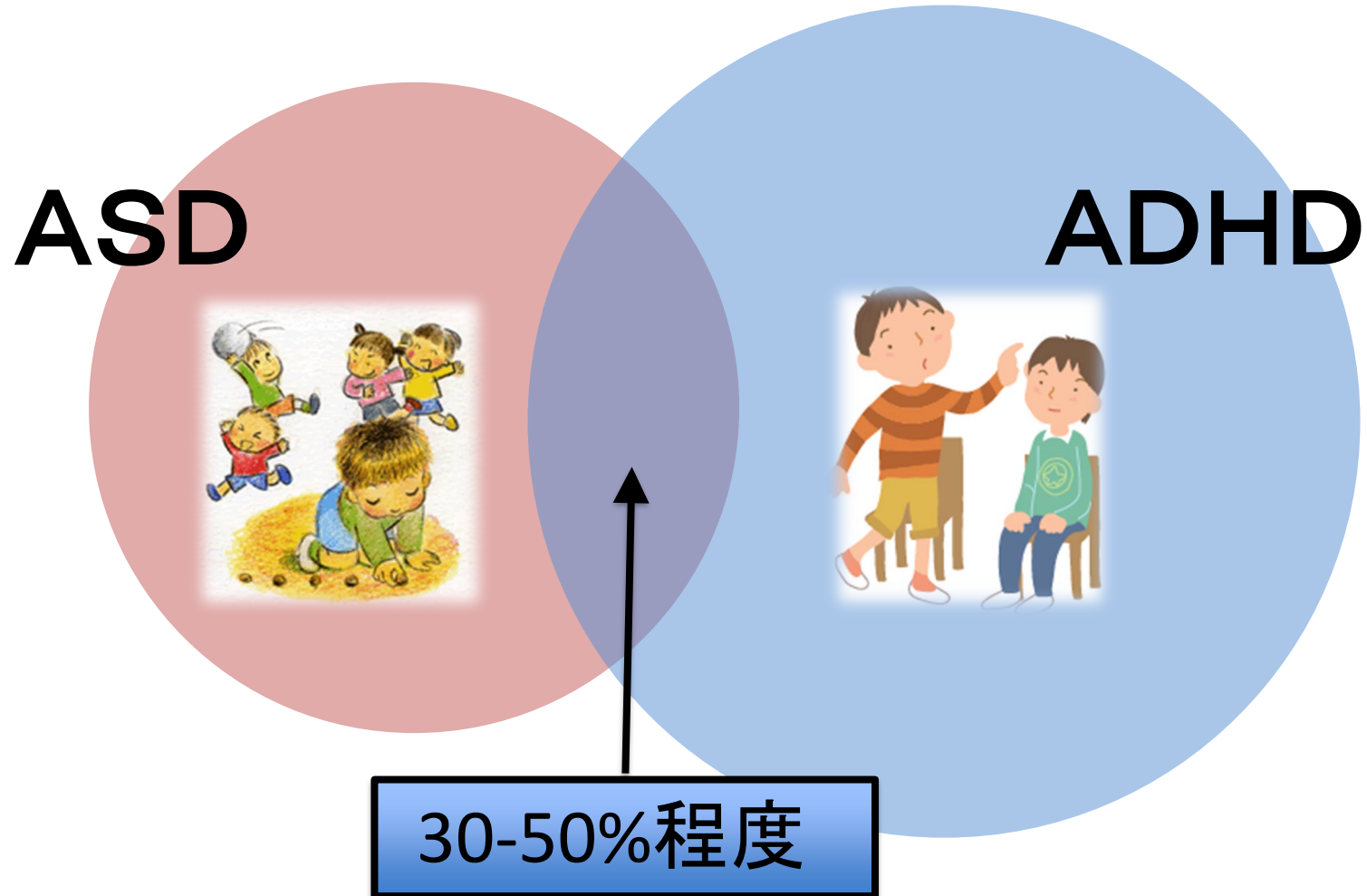
選択的 α 2アドレナリン
受容体刺激薬

インチュニブ®(グアンファシン)

- 効果は24時間持続
- 依存性や乱用の危険性は少ない

[副作用]
眠気、口渇、血圧低下など

発達障害同士の併存

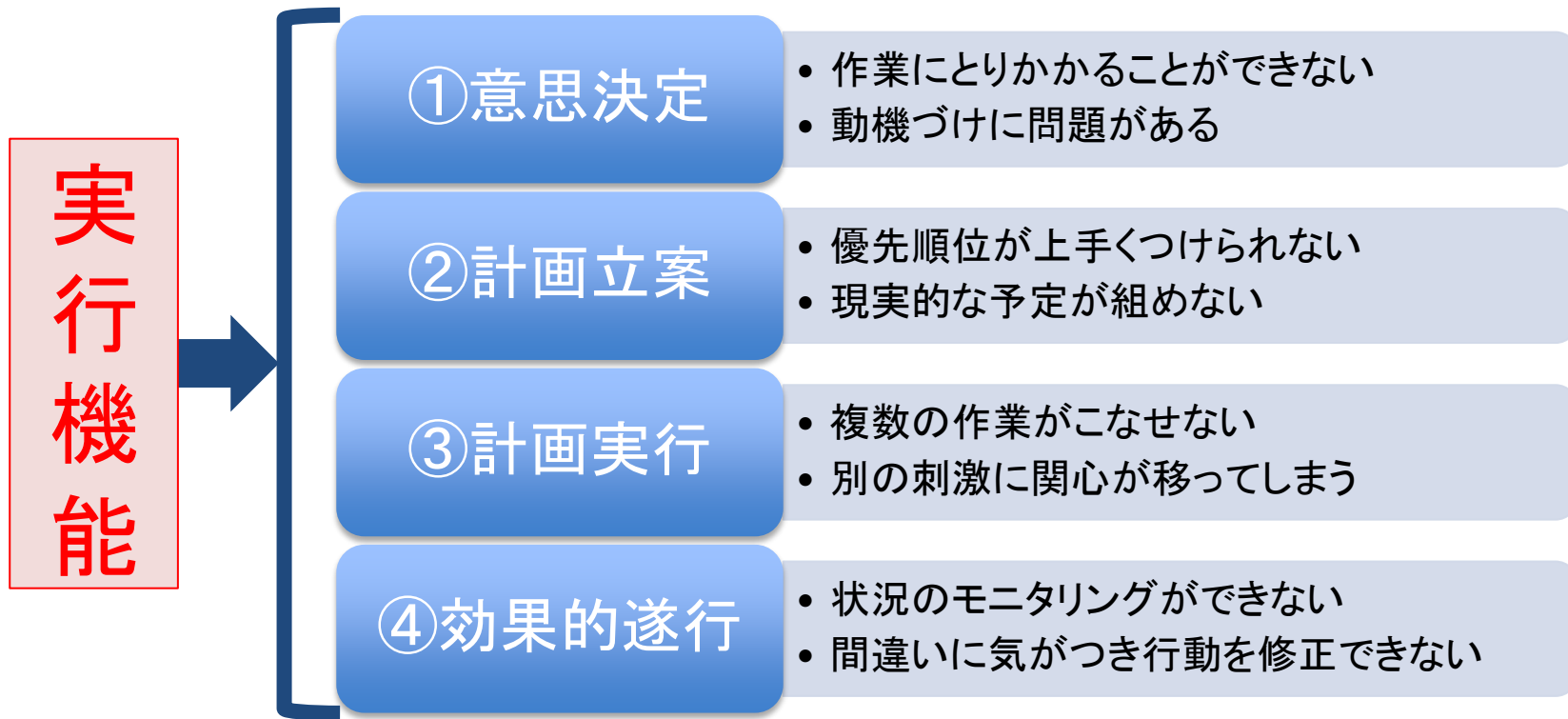


ASD症状？ ADHD症状？（混同しやすい）

	場に応 じない発 言	視線を 合わせ ない	忘れ物 が多い	動き回 る
ASD 	社会的状 況を把握 する能力 の欠如	非言語的 コミュニ ケーション 能力の欠 如	抽象的な 指示の理 解が困難	状況に応じ た行動が できない
ADHD 	衝動的に 発言・行動 してしまう	注意の持 続が困難	不注意	衝動性・多 動性

発達障害における実行機能の障害

実行機能とは目標を立てて効果的に実行していく能力



やる気がないと思われがち

発達障害に伴いやすい他の特徴

- 協調運動機能の障害

手先が不器用

運動神経が鈍い(特に球技がダメ)

- 感覚過敏・鈍麻 聴覚・触覚・光線 等

- 睡眠障害 過眠(Long Sleeper)、概日リズム障害、むずむず足症候群

発達障害に共通してみられやすい

- ジェンダーの問題

発達障害の原因は？



発達障害の遺伝性は？

ASDの双生児研究(遺伝 or 環境要因？)

一卵性双生児

90～50%

二卵性双生児

3～20%

=

同時に生まれた
兄弟

遺伝的要因

相互作用



環境因子
(妊娠中～出生後早期)

代表的な検査

ASD

- AQ
 - ✓ 自己記入式（50項目）、5つの下位尺度
 - ✓ カットオフ値の設定あり
 - ✓ 施行時間：約10～15分
- PARS
 - ✓ 専門家による養育者からの聞き取り調査
 - ✓ フルスケール版（57項目）短縮版（23項目）
 - ✓ 施行時間 フルスケール版 約60分、短縮版 約30分
- ADOS-2
 - ✓ 診断補助面接（直接の行動観察）
 - ✓ 世界的なスタンダード、研修会への参加が必要
 - ✓ 施行時間 約60～90分
- ADI-R
 - ✓ 診断補助面接（養育者から幼少時の状態について聞き取り）
 - ✓ 世界的なスタンダード、研修会への参加が必要
 - ✓ 施行時間 約120～150分

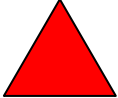
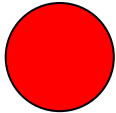
ADHD

- ASRS
 - ✓ 自己記入式チェックリスト（パートA 6項目、パートB 12項目）
 - ✓ カットオフ（パートAで4つ以上）
 - ✓ 施行時間： 5～10分
- CAARS
 - ✓ 「自己記入式」と「観察者評価式」の2種類（各66項目）
 - ✓ 不注意、多動性、衝動性、自己概念の問題の下位項目で構成
 - ✓ 実施時間 約30分
- CAT
 - ✓ 注意の様々な側面のアセスメントができる。
 - ✓ 年代ごと（20～70歳代）の標準点が設定されている
 - ✓ 施行時間：約50分+CPT(約50分)

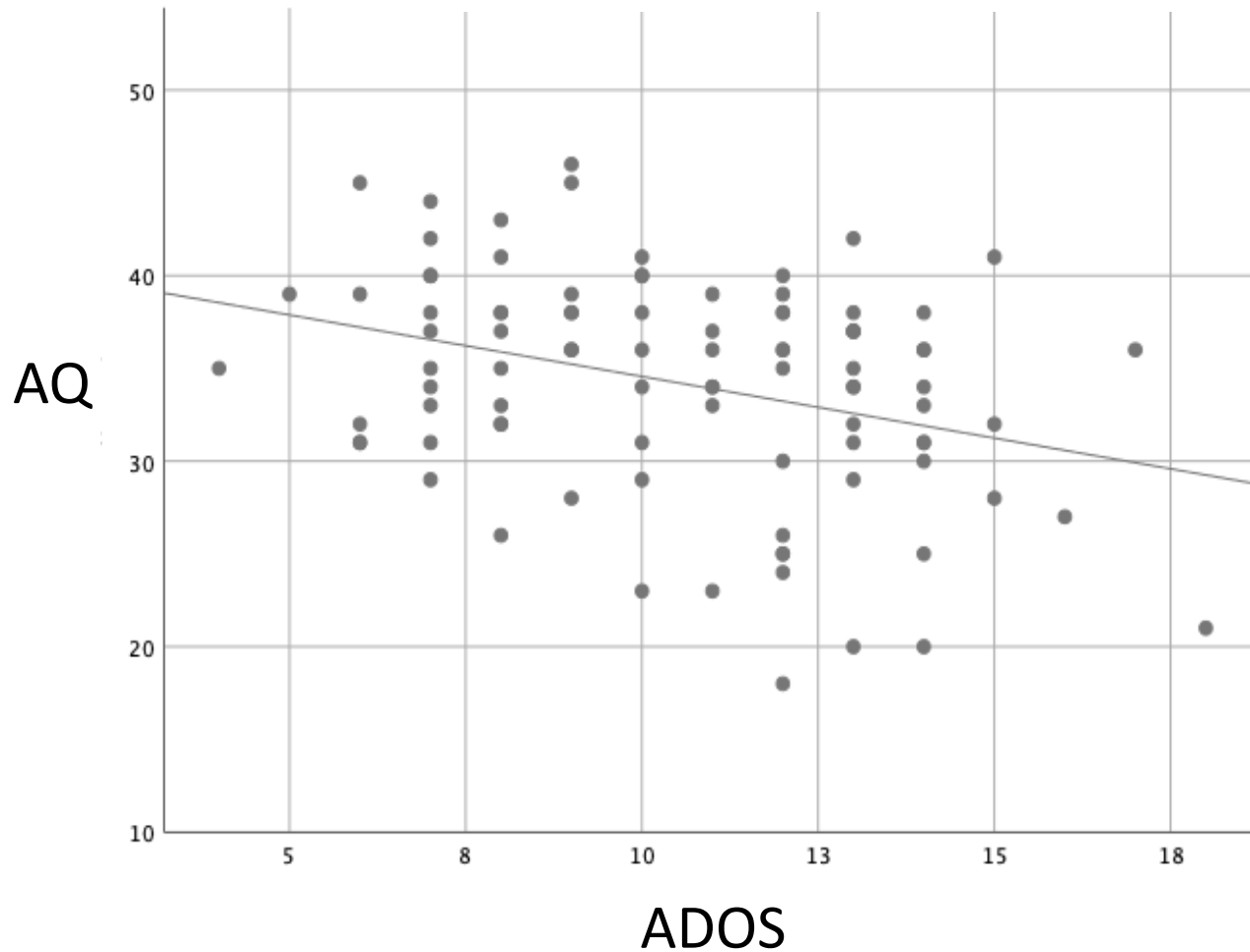
MSPA(発達障害全般)：発達障害に関連する要素を5段階でレーダーチャートに示す

WAIS-IV：IQ値を測定（発達障害の「診断」には使えない）

発達障害の診断はどのように？

- 脳画像検査 
- 遺伝子検査 
- 心理検査 
- 症状観察・生育歴 

ASDは「自分の特徴を自覚できない」 という特徴を持つ



烏山病院にて「**ASDの診断**」となった人を対象に
AQ(自己記入式)とADOS(客観的な評価)
との相関関係を調査

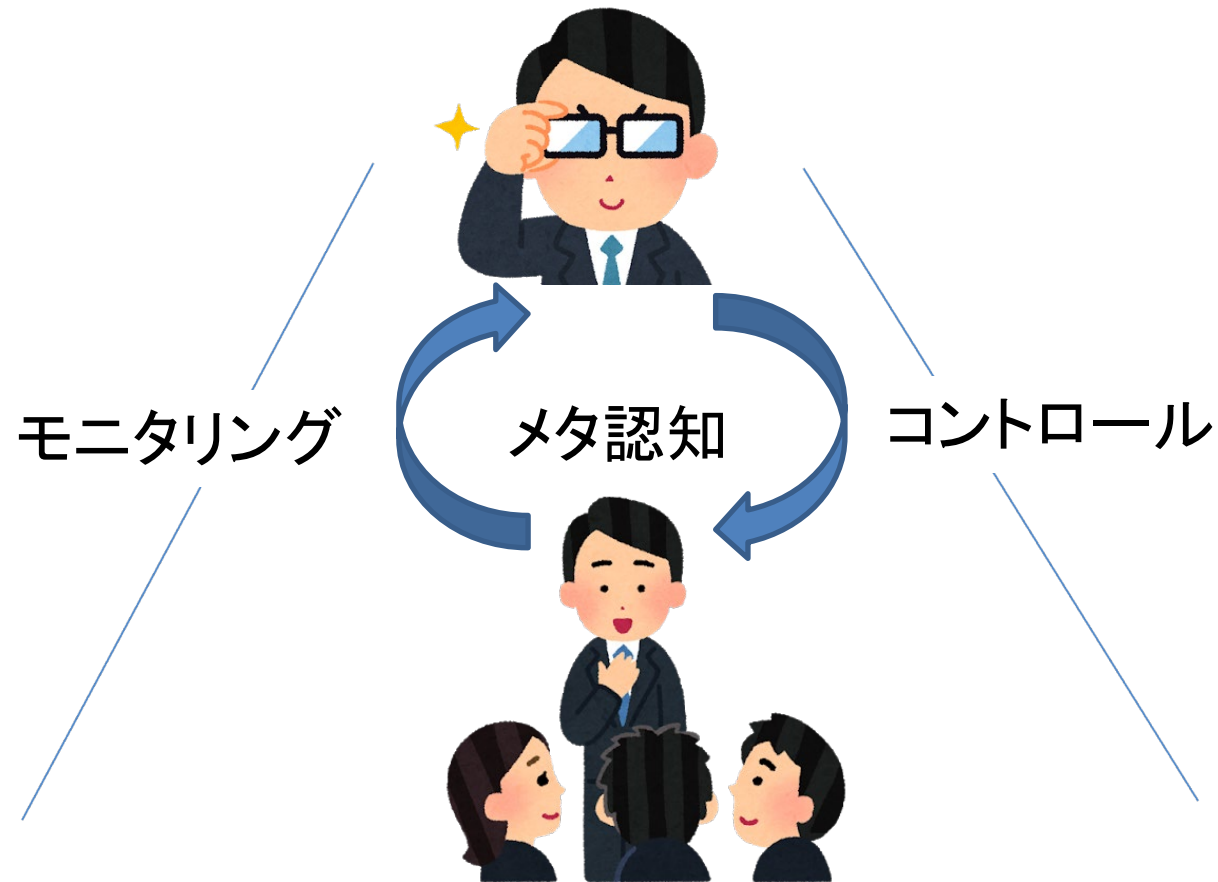
	人数(人)	男／女 (人)	年齢±SD	AQ-SD	ADOS-SD
ASD	93	80／13	31.4±7.0	28.2	7.5

$r=-0.331$
 $p<0.001$

ASDではAQとADOSの値
に有意な**負の**相関

「メタ認知」

客観的に自分の考えや行動を認識



ASD特性を適切に「自覚」するために。。



- 経験は必要だが、、、過度な負担は禁物
- 本人の行動を止めるだけだと反発、通院中断
- 適度な困りごとが必要な時も。。
- 専門職のサポート付きで経験していく

- ✓ 体験-特性との関連をFB
- ✓ ポジティブな側面も認識できるよう支援



- デイケアプログラムなどでピアサポートを活用
 - ⇒保護的に集団場面を経験、知識を得られる、具体的な他者を観察
- ACAT (Aware and Care of my ASD traits) : ASD特性の自己理解に着目したCBTプログラム (千葉大学 大島郁葉教授ら)

発達障害への対処の基本

障害の根本的な「改善」には限界がある



生活環境を本人の特性に合ったものにしていく



本人の能力が発揮でき、二次障害も防げる

- 症状をよく知ることが、適切な対処方法の発見につながる
- 中核症状の「改善」を目標にしない（適応能力の向上を）
- 併存症を見逃さずに治療介入をする

具体的な問題行動への対処(ASD)

状況に応じない発言や行動



情報の入力を通訳

- シンプルかつ具体的、論理的に伝える
- 視覚的情報を利用(文書、図表、email等)

他罰的、被害的な認知



ポジティブな経験を積み重ねるよう支援

- 敵対的な対応をされた経験が多い(周りの人間は敵だ!)
- 人の心の複雑さを理解できないことも要因となる(単なる性格でない)

こだわり



不安を解消させる、ある程度は目をつぶる

- 不安の代償行動的な側面もある
- 強迫性障害に準じた薬物療法を検討することもある

具体的な問題行動への対処(ADHD)

うっかりを繰り返す



脳の外に記憶する

- ノート、スマートフォンでメモ(ワーキングメモリーのバックアップ)
- 注意が逸れる原因となる刺激を減らす(感覚情報の整理)

生活リズムが乱れやすい



「睡眠障害」の存在を疑う

- 日中の眠気をきたす疾患を疑う(睡眠時無呼吸症候群、ナルコレプシー 等)
- 夜間の習慣に注意(ネット検索、ゲーム 等)

感情調節ができない



その場から離れる

- 一旦その場から離して落ち着かせる(興奮している時に議論しない)
- 少量の向精神薬などの頓服使用も時に有効

ニューロダイバーシティ

- ・ **Neuro(神経) × Diversity(多様性)**

脳神経による個人の違いを多様性として尊重して社会に活かす

- ・ **ASDの当事者による社会運動からスタート**

他の神経発達症、LGBTをはじめ、すべての人が対象となる概念に

- ・ **障害の「医学モデル」と「社会モデル」**

- ・ **経済産業省によるニューロダイバーシティの推進**

発達障害の特性を活かして会社の戦力に

経済合理性がニューロダイバーシティの目的 ???

発達障害とギフテッド

- 知的に高い要素と発達障害の要素をともにもった「2E」(twice-exceptional: 二重に特別)の当事者に対する関心が高まっている。
- 発達障害に高い知能を伴った場合に、内在化障害の悪化につながる可能性などが報告されている。(Michaelson et al. 2021)
- ギフテッドの人々は、さまざまな感覚的情報を大量に取り込み、そこに強く反応するoverexcitability(OE: 過興奮性)の特徴を持つことが指摘されている。
- 「2E」では希死念慮のリスクが指摘されている

「合理的配慮について診断書を書いてください...」 どうしますか？

例：聴覚過敏の強いASDの大学生

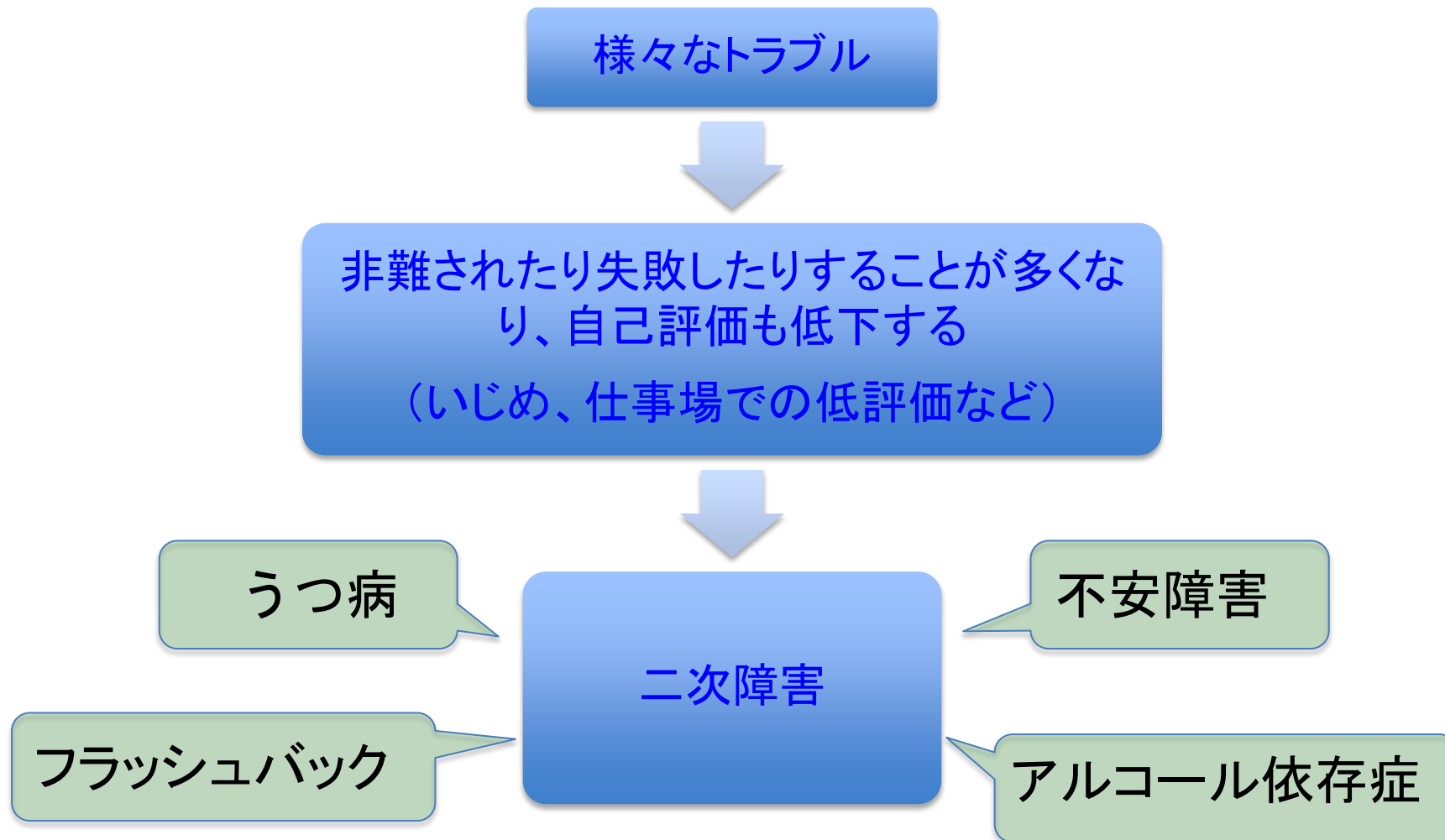
- ・集中できないので、点数の加点が望ましい **✕ 評価に関する本質的な変更**
- ・部屋の防音室への改装が望ましい **✕ 過度の負担を課すもの**
- ・雑音が少ない別室の試験が望ましい **○ 合理的に可能な範囲**

現状の発達障害に対する「合理的配慮」の問題点

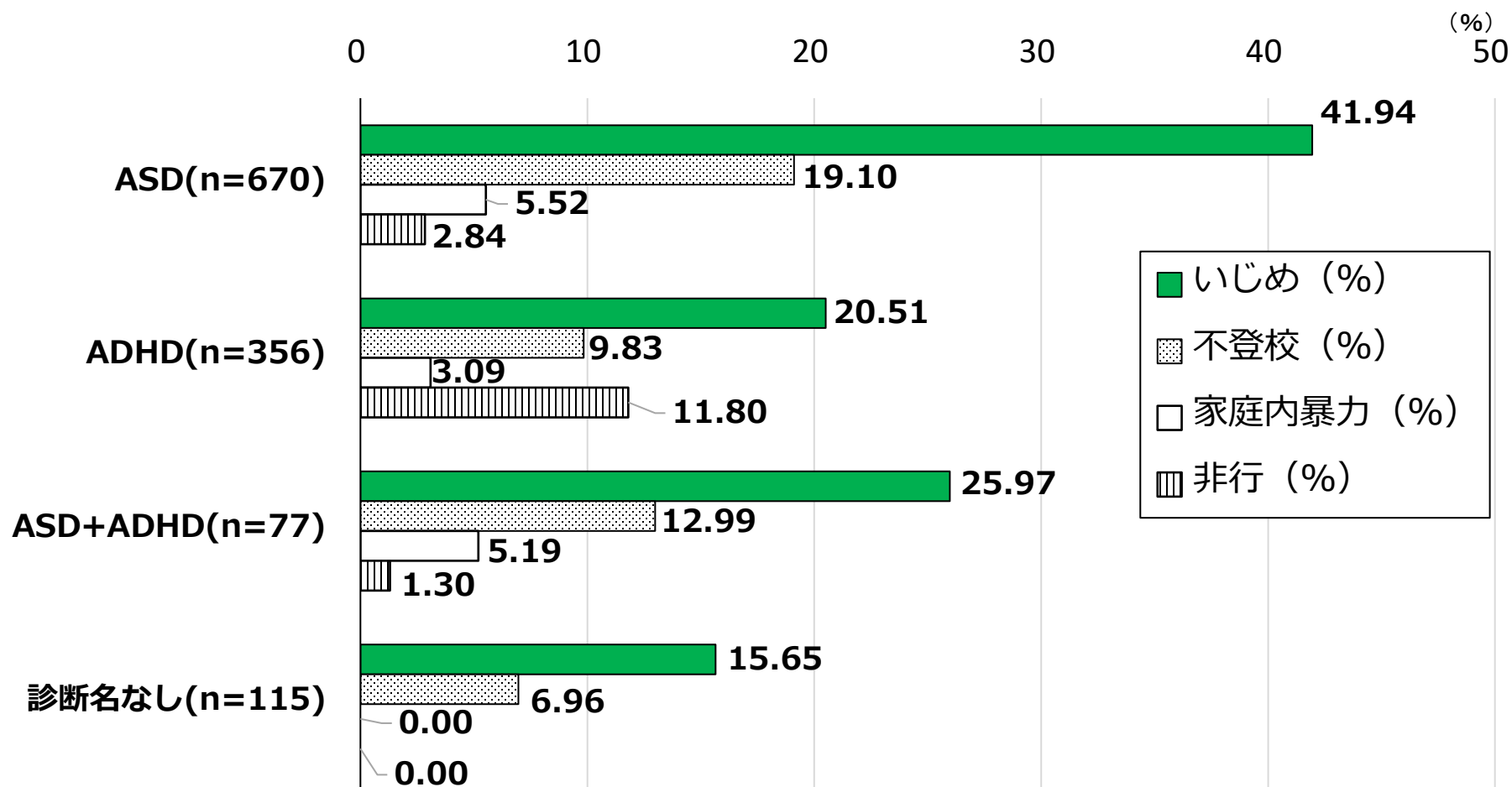
- ・標準化された心理検査が乏しい（障害名のみでどこまで配慮？重症度評価は？）
- ・本人が配慮して欲しい事象が把握できず、配慮希望を自発的に表出しづらい
- ・主治医と患者のみでは、学校内の状況が把握できない（何がボトルネックで、合理的に可能な範囲か？）

⇒ 合理的配慮の「具体的な中身」については、大学内の支援者との協議が望ましい

発達障害（ASD/ADHD）の二次障害



18歳までのいじめ経験等 (烏山病院カルテ調査)



- ASDでは約42%にいじめられた経験、不登校歴は約19%
- ADHDでは非行歴が約12%

成人期発達障害（ASD/ADHD）と 気分障害の併存

成人期ASD：うつ病の併存率：4–38%、双極性障害の併存率：6–21%

Lai et al. Lancet Psychiatry 2015

成人期ADHD：うつ病の併存率：24–31%、双極性障害の併存率：19.4%

Kessler, R.C., et al. The American Journal of Psychiatry 163, 716–723.

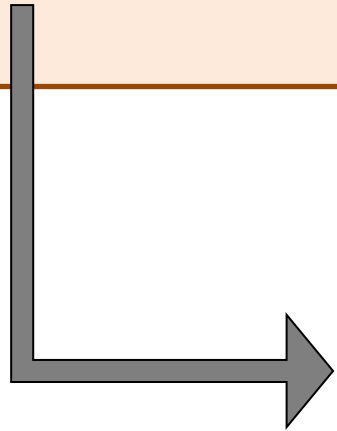
発達障害と気分障害の併存率は高い

成人期ASDに伴う「抑うつ状態」の特徴

- 抑うつ状態を上手く表現、自覚できない
→ 抑うつ気分は拾いにくい。身体症状、不眠、食欲低下、活動性低下、易刺激性などから類推
- 抑うつ状態に伴い、感覚過敏が増悪する人もいる
- 環境調整が必要な人が多い
- 精神薬に対して過敏（副作用がしやすい）傾向がある

成人期ADHDに伴う「抑うつ状態」の特徴

- 性格的な要因として認識されていることが多い
- リストカットなど自傷行為を伴いやすい
- 難治例となっていることが多い



- 不適応を引き起こす要因が継続
- 背景にある低い自己効力感
- 安定した服薬や治療の継続が困難
- 周囲から陰性感情を抱かれ易い
- 家族関係の問題(遺伝負因)

パーソナリティ障害(境界例)として認識されやすい

ADHDと依存症

ADHDでは物質使用障害の有病率が非常に高い

- 15歳まではADHD群と健常発達群とで物質使用障害の発生率に有意差がない
- 成人を対象とする調査では、ADHD群では有病率が約2倍になる
- 軽度の物質乱用から重度の物質依存への移行は約2倍に加速する

(Wilens et al. 1997, 2000)

ADHDでは青年期から成人早期に物質使用障害に至ることが多い

- ・ 報酬系システムの機能障害
- ・ 心理・社会的要因

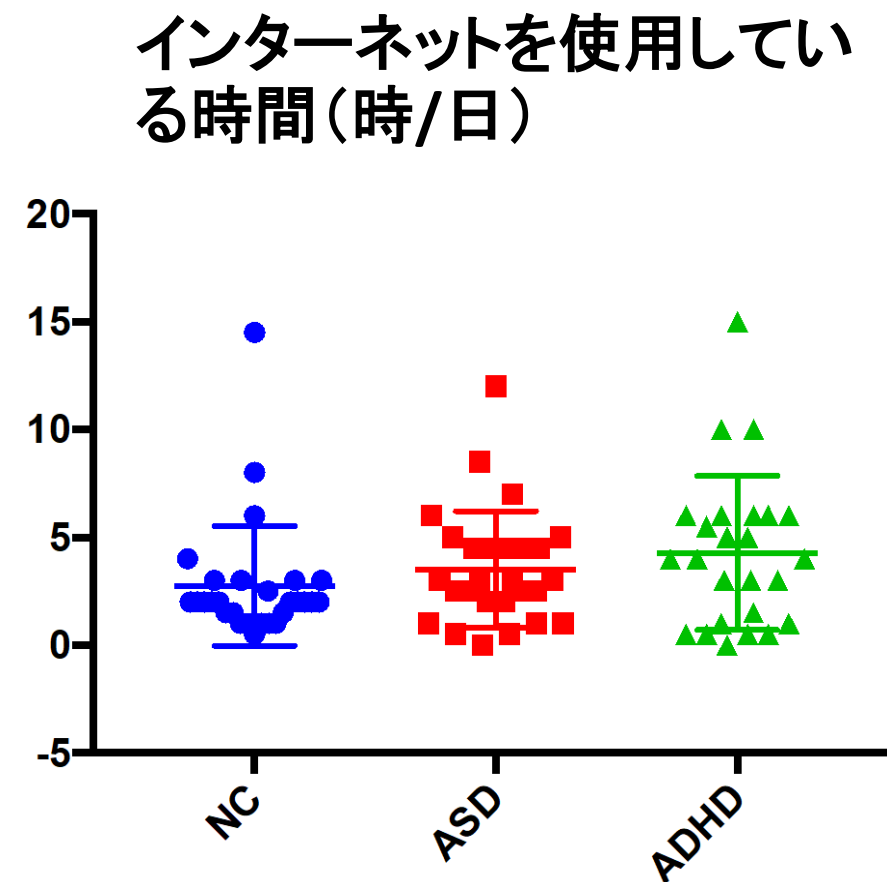
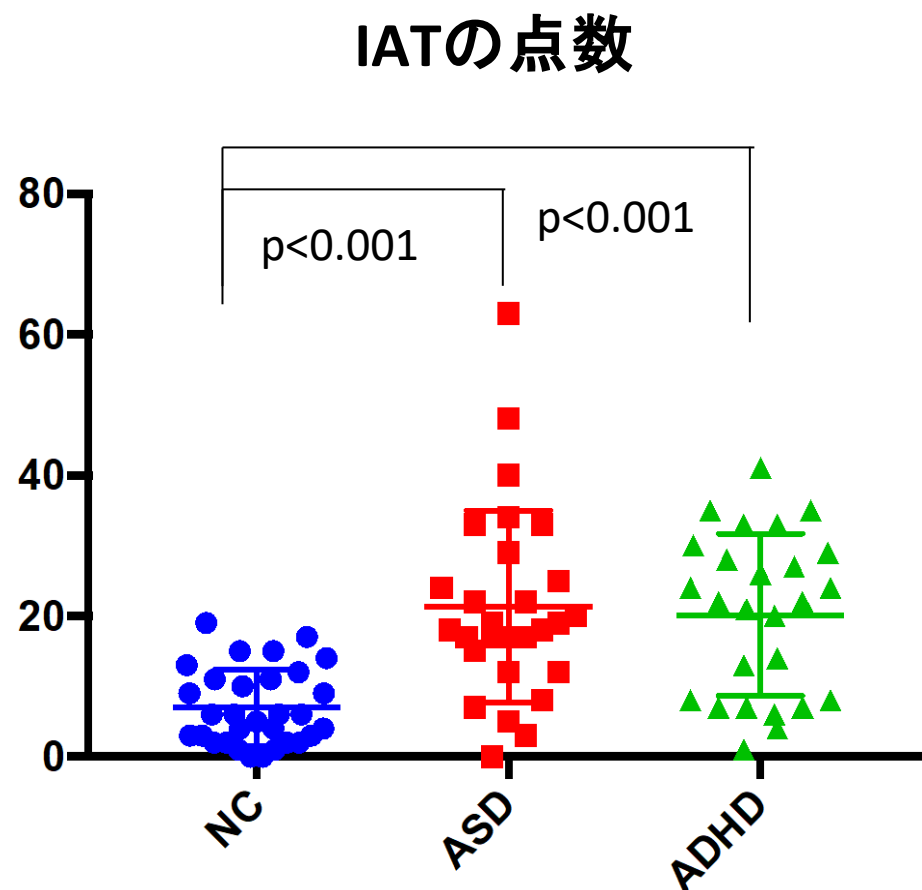
小児期から青年期にかけて中枢神経刺激薬治療を受けた場合には物質使用障害を発生するリスクがほぼ1/2に減少(健常発達者におけるリスクと同程度)

(Wilens et al. 2003)

適切なADHDの治療は物質使用障害の予防にもつながる

依存症がある場合には発達障害(特にADHD)の有無を確認しておいた方がよい

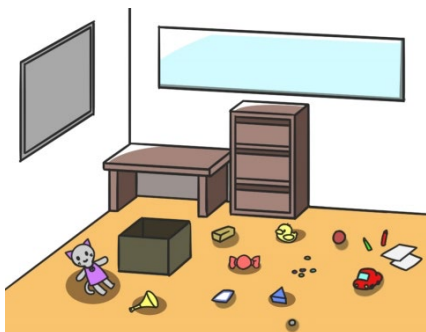
インターネット依存傾向



時間の長さの問題ではなく、ネットによる生活への影響、コントロール不能感が発達障害では大きい

どこまでが「ひきこもり」？

部屋



ひきこもり



家



ひきこもり



コンビニ



ひきこもり



秋葉原



準ひきこもり



秋葉原



非ひきこもり



時々外出していても「ひきこもり」。
外出の程度だけでなく、他者との交流があるか否かも重要。

社会的ひきこもりとは？

『就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊などを回避し、原則的には6カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（**他者と交わらない形での外出をしてもよい**）を指す』

厚生労働省 ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 2010

・狭義のひきこもり

- 家（自室）からでない
- 普段は家にいるが、近所のコンビニなどには出かける

・準ひきこもり

- 普段は家にいるが、自分の趣味に関する用事の時だけ外出する



内閣府 若者の生活に対する調査 2010

発達障害とひきこもり

- 近藤らの調査
 - 山梨県精神保健福祉センター相談者のうち、**27%は発達障害**
- 厚労省調査
 - ひきこもり相談者のうち、**32.2%が発達障害**

発達障害を持つ人が「ひきこもる」割合

初診時カルテ調査(烏山病院)

	ASD (n=670)	ADHD (n=354)	ASD+ADHD (n=77)	精神疾患なし (n=115)
「ひきこもり」あり	18.4%	12.2%	15.6%	3.5%

- 受診することができない「ひきこもり」の発達障害の人も多く存在している？(実態は不詳)
- 発達障害のひきこもりは障害特性と大きく関わっている(心理的要因だけではない)

ひきこもりからの回復過程



- 辛い出来事(否定的感情)を回避
- 楽しい出来事(肯定的感情)を体験していない

無感情

ひきこもり

できることを重ねていく
(成功体験を積んで自信を回復)

頑張って乗り越える...

肯定的感情



否定的感情



現実の「価値ある」生活

精神科デイケアとは

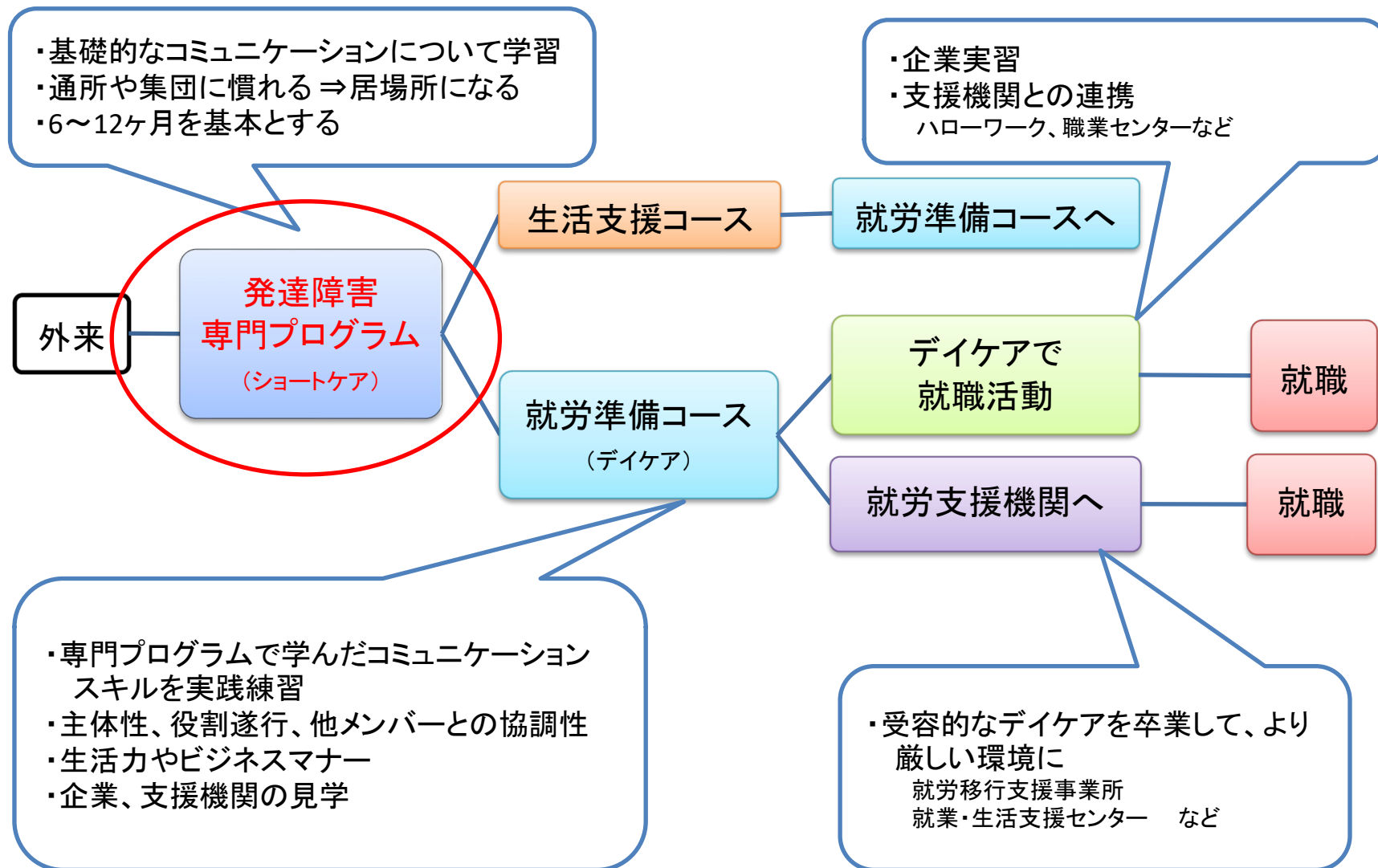
- 精神障害を持つ者が、社会復帰、復学、就労などを目的に、様々なグループ活動(集団療法)を行う通所施設
- 精神科リハビリテーション治療の一種とされ、精神疾患の再発防止に効果があり、健康保険の適用が認められている

＜昭和大学附属烏山病院の場合＞

- デイケア 大規模50人:2単位
ショートケア 大規模50人:1単位 小規模20人:1単位
- スタッフ配置:
医師3、看護師3、作業療法士3、精神保健福祉士1、
公認心理師2、事務補助2(うちピアスタッフ1)
- 登録メンバー数:約540人(発達障害:統合失調症=420:120)
- 一日平均参加メンバー数:60~70人
- 年齢層:20~70代
 - 発達障害平均:約32歳、統合失調症平均:約48歳



標準的なステップアップ(鳥山病院)



ASD専門プログラムの特徴

- ASD専門プログラム:3つの柱でプログラムを構成
 - 「コミュニケーションプログラム」「心理教育」「ディスカッションプログラム」
 - マニュアルに則って実施可能
 - 疾患別等専門プログラム加算
 - 小規模ショートケアにて200点加算(平成30年4月～)

回数	内容	回数	内容
1	自己紹介・オリエンテーション	11	上手に頼む／断る
2	コミュニケーションについて	12	社会資源
3	あいさつ／会話を始める	13	相手への気遣い
4	障害理解／発達障害とは	14	アサーション
5	会話を続ける	15	ストレスについて
6	会話を終える	16	ピアサポート②
7	ピアサポート①	17	自分のことを伝える①
8	表情訓練／相手の気持ちを読む	18	自分のことを伝える②
9	感情のコントロール①(不安)	19	感謝する／ほめる
10	感情のコントロール②(怒り)	20	卒業式／振り返り

全20回の標準プログラム マニュアル/ワークブック



環境

実施場所を固定

低刺激:感覚過敏への配慮

例:不要な物を片付ける、物理的な区切り、音・光、周囲の動き

時間管理

他者と過ごすことへの負担 → 1回3時間(適宜休憩)

見通しを持てるように1日のスケジュールを伝える

適切な板書

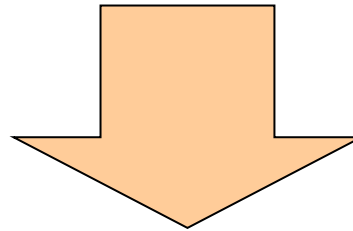
発言は極力視覚化:視覚優位の方が多い

話の流れを見失いやすい方も

次回にプリントして配布することも

発達障害（ASD）専門プログラムの目的

1. お互いの思いや悩みを共有する
2. 新しいスキルを習得する
3. 自己理解を深める

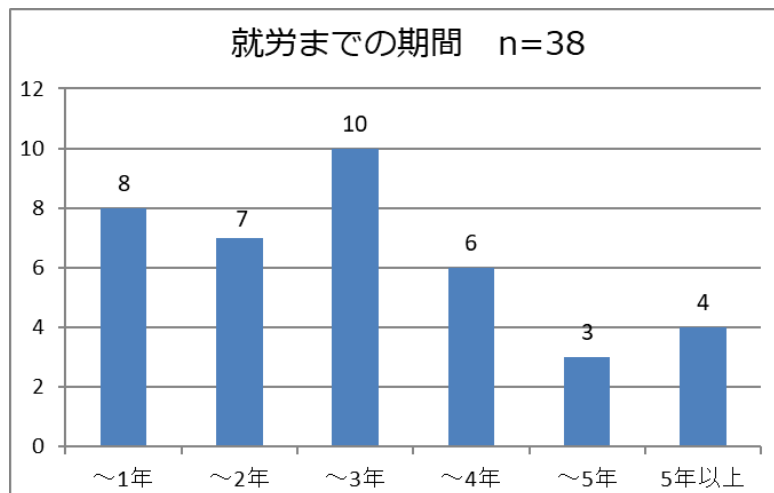
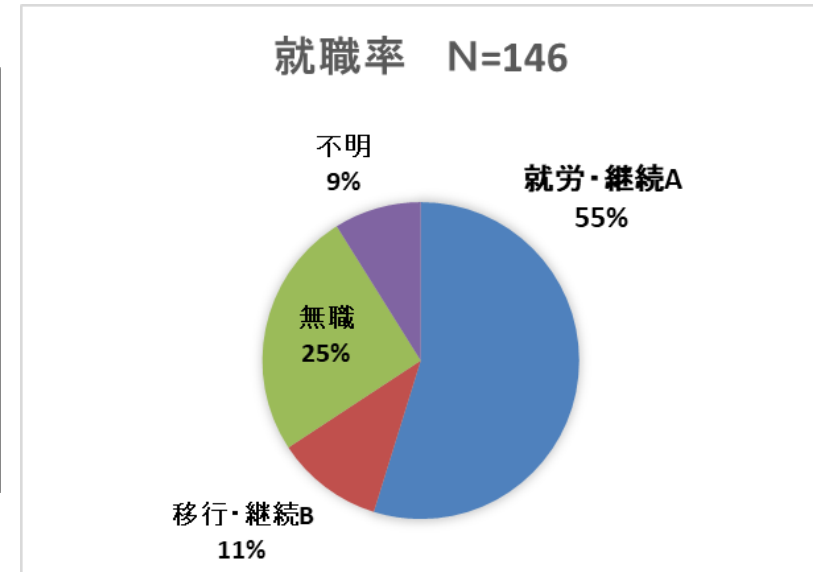
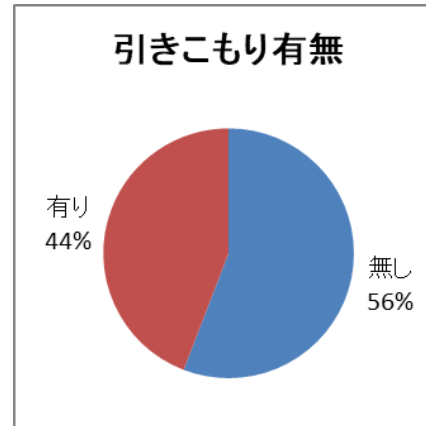


1～3を深めることで...

4. より自分自身に合った
「処世術（対処スキル）」を身につける
5. 同質な集団で新たな体験

ASDプログラム転帰調査

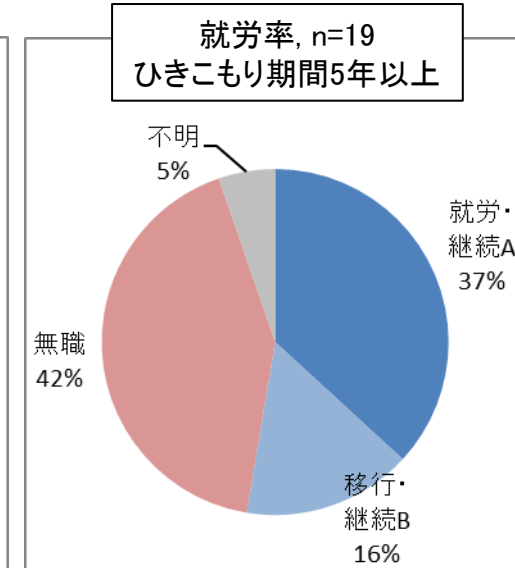
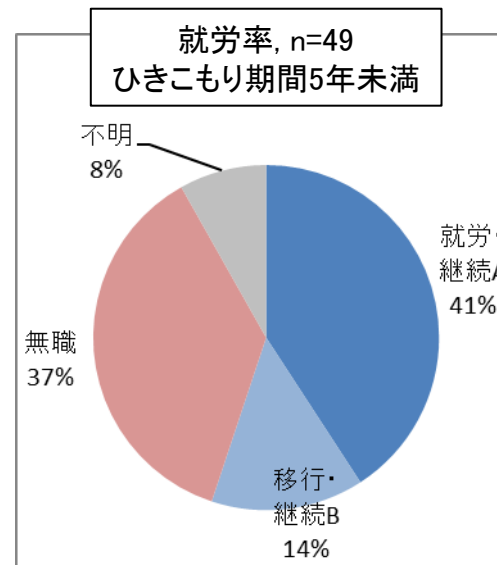
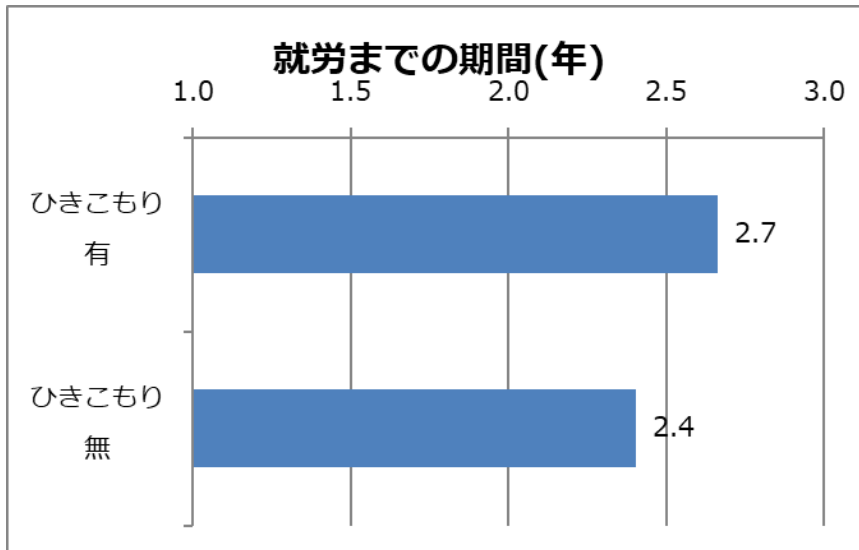
	ASD
就労群	101(31%)
学生	84(26%)
非就労群	138(41%)
全体	323



プログラムに8割以上参加したものを完遂群、それ以下は中断群として調査。その結果、完遂群は272名、中断群は25名であった。**中断率は1割以下。**

転帰調査では、無職だった者のうち**55%が3年以内に就職した。**

ASDプログラム転帰調査(ひきこもり)



ひきこもり経験の有無、ひきこもりの長さによって転帰に差は認められない。ひきこもりは**社会適応力の無さ**ではなく**適切な支援が得られなかった**ため生じている可能性

第12回
成人発達障害支援学会
東京大会

Care with Peers
～生涯にわたる支援～

2025年10月11日(土)・12日(日)

会 場

一橋大学一橋講堂 (東京都千代田区一ツ橋2-1-2)

大会長

太田 晴久 (昭和医科大学発達障害医療研究所 所長)

副大会長

丸田 伯子 (一橋大学保健センター 教授)



東京大会の「公式ポスターデザイン」を募集します！
当事者、家族、支援者の皆様からの応募をお待ちしています。
詳細は学会ホームページにてご確認ください。
(2025年1月末頃締切予定)

ご清聴ありがとうございました