

神経発達症（発達障害）；個々の事例から学ぶこと

Neurodevelopmental Disorders (Developmental Disorders)

– Learning from Individual Cases –

古 莊 純 一
(Junichi FURUSHO)

【はじめに】

最近、発達障害を「ニューロダイバーシティー（Neurodiversity、神経多様性）」という概念でとらえることがある。ニューロダイバーシティーとは、Neuro（脳・神経）と Diversity（多様性）という2つの言葉が組み合わされて生まれた新しい単語である。自然界に様々な動植物が存在することを表すバイオダイバーシティ（Biodiversity；生物多様性）を、人の世界に当てはめた単語で、日本語では「多様な脳」や「脳の多様性」と訳されることもある。今までの症状のリストから判断していた発達障害の概念を、脳は一人ひとり違うもので、脳や神経、それに由来する個人レベルでの様々な特性の違いを多様性にとらえて相互に尊重し、それらの違いを社会の中で活かしていく、というより肯定的で斬新なとらえ方とも考えられる。しかしながら、多様な脳の特性をもつ人々の中でも一部の人は、配慮や支援の対象ととらえられている。発達障害の診断は、その線引きを行うこと、ということもできよう。

ところで、発達障害者支援法において、発達障害とは、「自閉症、アスペルガー症候群 その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されている。一般には知的障害を含まず、主として発達障害者支援法に具体的な名称で述べられた3タイプを支援対象としている。しかし、本来は「脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」がその概念であり、医学では、知的障害を含む7から8タイプに分類されている。なお、知的障害者については、旧来の知的障害者福祉法に基づいて支援が行われている。

診断名も変更がなされている。2013年にアメリカ精神医学会の書籍（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th ed：DSM-5）と世界保健機関のICD-11（International Classification of Diseases 11th Revision；国際疾病分類の第11回改訂版、ネット利用を想定）は、いずれも旧来の発達障害（developmental disorders）を神経発達症（neurodevelopmental disorders）という診断名に変更した。そのため、日本語も「神経発達症」という用語に変更されているが、まだ医学の分野に限定されている。それに伴い、サブタイプの診断名も変更になっている。表1に現在使用されている主な診断名と、本著で述べる略語を示した。

表1 現在使用されている主な診断名と、本書で述べる略語

本書の表記	英語表記	発達障害者支援法	DSM-5 訳語	ICD-11訳語 (未公表)
知的障害	Intellectual Disability	(主たる対象ではない)	知的能力障害	知的発達症
ASD	Autism Spectrum Disorder	広汎性発達障害	自閉スペクトラム症	自閉スペクトラム症
ADHD	Attention-Deficit Hyperactivity Disorder	注意欠陥多動性障害	注意欠如多動症	注意欠如多動症
LD	Learning disorder もしくは Learning disability	学習障害	限局性学習症	発達性学習症

注) Disability は障害、disorder は症という訳語にすることが検討されている。知的障害もしくは学習障害は、医学単語では disorder が用いられているため、知的障害は知的発達症、学習障害は、限局性学習症（DSM-5）、発達性学習症（ICD-11）となる。

そこで、本稿では、事例を提示して、多様性と個々の理解、支援について筆者の臨床経験を述べさせていただく。なお、事例で述べる診断の筆者なりの概念を表2にまとめた。

表2 本書で述べる神経発達症（発達障害）4タイプの疾患の臨床特徴

知的障害：知的機能および適応行動、双方の明らかな制約によって特徴づけられる能力障害であり、発達期（22歳に達するまで）に発症する。
ASD：コミュニケーションを含む対人把握の問題、こだわりや興味関心の限局あるいは感覚過敏などの症状を持ち合わせたもの。本人が意思を持って「自閉」というわけではなく、脳機能の把握の異なりにより他者から見ると症状として「自閉的」となる。
ADHD：不注意と衝動性・多動性を主な症状とする。脳の前頭前野の発達と関連した症状であるが、この部位の発達は就学時以降も続くため、幼児期までは判断が難しい。
LD：読む、書く、計算するなどの特定の能力の獲得に著しい困難さがある。実際は、視覚、聴覚、空間認知に不具合があると考えられている。

【事例提示】

事例を提示する。個々の事例については、個人情報保護のため、複数の事例の特徴をまとめた後、細部に修正を加えて提示する。従って、すべての事例は、著者の臨床経験をまとめたフィクションであることをお断りしておく。数年以上にわたる診察の概要を来した事例もあるため、原則初診時の年齢順に提示する。

事例1 ADHDではなく軽度知的障害と診断したケース

Aは、7歳の男児。小学校入学後ADHDを疑われて、近所の小児科を受診。そこでADHDと診断を受けて、すぐに内服薬治療がはじまった。薬の副作用で不眠が出現したが、医師からは不眠に対し別の治療薬を提案された。一方、学校での学業不振については、医療では対応することがな

い、と言われ、セカンドオピニオンを求めて筆者の外来を受診。

A は、幼児期の健診では特に問題は指摘されていない。幼稚園で集団行動がとれない、落ち着きがないという指摘を受けていたが、家庭ではその様子が見られないため、受診はしていなかったという。A は、一人歩き1歳6か月、始語1歳6か月、2語文3歳と、発達は概して遅めであった。幼稚園では、他の園児と遊ぶことが苦手で、一人で気に入ったもので遊ぶこと、時に乱暴な行動をとることもあったが、保育士の発言は理解することができ、就学相談では通常学級に在籍することになったという。A は、数字やひらがなの理解ができておらず、小学1年生の内容でも授業についていくのが困難な様子であったため、母が学校と相談したところ、発達障害の診断があれば、通級の利用可能とされたという。

外来で知能検査（ウェクスラー式知能検査Ⅳ；WISC-Ⅳ）を実施した。結果は70であった。ADHD 診断については、家庭でその特徴がみられないことから考えにくく、IQ70であれば、発達の期待値は5歳程度であり、7～8歳の集団の中では、多動衝動が目立つこともあると考えた。薬物を中止を提案し、知能検査結果を学校に示して、通級の利用もしくは支援学級在籍を勧めた。

事例2 ギフティッドのASD 児のケース

B は、小学4年生男子。診断はASD。感覚の過敏さと、興味のない授業中に別の本を読むなど授業に参加しない、集団行動ができないということで、学校のスクールカウンセラーからの紹介で受診。IQ の測定値は132とギフティッド領域（一般にIQ130以上の高IQの人をギフティッドと呼ぶ）であった。初回の問診時、母への質問中に「ぼくは、学習障害ですか？自閉症ですか？」と話をさえぎる。発達障害について母や学校の話の内容を表面的ながら理解しているようだった。一方、学校では嫌なことを我慢してみんなに合わせなければいけない、授業中に周囲の物音がストレスになる、学校で予想外のことが起きることが多いと身体不調を来す、などの理由で、学校に行くのがつらいと述べ、学校に通えない日も出現していた。

発達障害のある子の場合、学校側に合理的配慮を受けることができる、しかしながら、不登校状態を呈した後、診断を受けた場合。その学校に復学するのは容易ではない。B の場合も、成績がよいこともあり、それまではASD の特性には気づかれていなかった。体調が悪い時は学校を休むことを保証したが、完全に不登校状態となった。学校からは、不登校児を対処とした適応指導教室に通うような提案があったが、家族と本人は、フリースクールを選択し、本人のペースで通学を行っている。

事例3 軽快した多動性衝動性が再出現したADHD 児のケース

C は、小学校4年生の男子。ADHD と診断され治療を受けていたが、ここ1年くらい多動衝動性は改善していた。ところが最近、夜遅くまでゲームに没頭する、母親が注意をするとはげしく抵抗し、ふたたび衝動性が強くなったため、母が主治医に相談し、内服薬を勧められるが本人が拒否

したため、筆者の外來を受診した。Cの母の話では、以前からゲームは好きであるものの、自分で時間を管理できていたが、最近は寝る時間になるとゲームを行うようになり、なかなか寝ようとしない、やめるように指示しても、「やめられない」と答えるため、ゲームをとりあげると、大泣きする、暴れる、など手が付けられない状態で困っている、ということであった。

診察室で、母親がその経過を説明をする間、C君はだまって話を聞いていた。母親に診察室の外で待機してもらい、Cと話をした。Cは寝る前にゲームをする理由は、父親を目撃したこと、と答えた。Cの両親は、母へのDVが理由で離婚したが街中で偶然見たという。ケイタイを使って大声で話をしている様子と家庭内で怒鳴りつける様子を思い出した。「寝るときに一人になり部屋が暗くなると父さんを思い出して怖いため、怖さから逃れるためゲームをしている」、と答えた。Cは家庭裁判所から提案のあった父との面接交流も拒否しているという。母が心配するから、そのことは話していないと述べた。その後、Cは、不安をとって夜眠れるような処方をするため、母に事実を伝えることを承諾した。母にはそのことを伝えたくて、漢方薬（フラッシュバックを抑える作用のあるもの）、と軽い抗不安薬を処方した。また、寝るときに部屋を暗くしないこと、Cには怖いことがあったら母に話をして解決することを助言した。その後、Cはゲームに没頭することもなく、夜眠れるようになった。

事例4 ADHD 治療薬の怠業で本人に診断概念を伝えたケース

Dは、小学6年時に受診したADHD児。不注意が目立つため、内服薬を朝1回開始。その後、学校での適応は改善し、中高一貫校に進学した。中学に入り、授業中に居眠りをする、家族に生活を注意されることが増えてきた。当初、薬の副作用で不眠があり、夜間眠れなかったが、中学に入ると夜更かしをする、日中眠気がでるようになったという。Dは「勉強する意味がわからない親の指示通りにしたくない」など、親に反抗するようになった。Dは外來を受診も面倒であるということで、外來は母のみの受診で、内服薬を変更した。高校進学後の春休みに本人も受診した。母親に促されてDは「中学に入って薬を飲み忘れるようになった。現在はほとんど飲んでいない。新しく処方された薬も親にわからないように捨てていた」と述べた。

Dは叱責されることを恐れているようであったが、薬を飲まなくても適応がよくなっていることについて、Dの努力を認めた。そのうえで、Dには、ADHDの診断であることと、これからの危惧される以下の問題点について説明した。Dは他者と比べて聴覚処理が苦手であり（複数の人が話をしている時、言葉だけで必要な情報を聞き取ることが苦手である）、そのため不注意の様子ととられる。メモをする習慣や、聞き取れない時は聞き返すこと、ADHDの人は一般的にストレスが加わると短絡的に結論を導くことで自殺のリスクがあること、これから学校や職場で診断名をつけて配慮を求めることもできるし、診断名を告げずに自分でその特性をふまえてうで自己調節することもできる、などを説明した。Dは、「はじめて自分の病気について知ることができた、内服薬は中止したままとするものの、自分で外來を受診する。」と答え、学校の長期休暇中に外來を受診

するようになった。

事例5 高学歴親が子どもの ADHD を疑ったケース

F は中学1年生女子。父は理系の大学院卒で大手の企業の研究開発部門に勤務、母は4年生の大学卒業後専業主婦。F は小学在籍中は成績が優秀であったが、両親が有名私立中学を受験するように勧めたため、塾に通い、目標の中学に合格した。F は中学の校風が合わず、また成績も芳しくないため、特に母親に反抗するようになった。母は「女の子なのに大声で反抗する」「中学生なのに勉強の前に動画を見ている」などと建前論でF を叱責していたばかりでなく、ADHD ではないかと心配して、筆者の外来を受診した。母は、大声で反抗するF をケイタイの動画を見せながら説明した。

F の母に診察室の外で待ってもらい、F に話を聞いた。F は母から褒められたことはない、できて当たり前、できないと責任を転嫁する、自分は人より忘れ物が多いという自覚はあるが執拗に注意されると腹が立つ、母の様子をみても父は何も言わない、などと述べた。

F の母に、中学に入学するまではその特性はないこと、また小学校と中学校でも特性を指摘されていないことから ADHD とは診断できないと説明した。F の母は、納得できない様子で、F の母は、「中学に入ったら勉強を頑張るという約束を守らない」「夫は仕事を理由にF の勉強を教えないどころか、甘やかしている」などと発言した。

F の父にもこのことを伝えてもらい、両親で再度受診することを勧めたが、再診することはなかった。

事例6 自殺防止対策を優先した LD 児のケース

G は初診時中学2年生女子、兄が ADHD で受診しており、本人も ADHD の特性がありそうだということで受診。母親も ADHD と診断を受け、父と離婚後一人で本児と兄を養育していた。母は躁うつ病があり、精神科の主治医から処方を受けていた。G は ADHD の特性は軽度であるが、書字や位置関係の把握に困難さがあり、授業の困難さは LD によるものと考えられ、通級を利用することになった。

G が高校1年時に、母親が自殺し、その後叔母と祖母が養育することになった。本人も学業不振、友だちがいなくて孤立しているということで、家族に自殺をほのめかすことが出現した。祖母と叔母には、発達障害児は自殺のリスクが一般の子どもより高いこと、成績不良や叱責が引き金となることを説明し、本人の悩みについては話を聞いて、自殺についてははっきりと否定するように助言した。G には抗うつ薬の処方を開始した。G は、他人からの助言についても、自分が批判されているように受け取ってしまうため、他者の言葉について自身で評価することをやめて、聴いた内容をそのまま書き留めるようにした。

兄の逸脱行動や母の自殺で児童相談所の介入など、地域における相談支援体制がもともとできて

いたため、それぞれの相談機関にも、本人の自殺企図があるという情報を共有するように伝えた。

事例7 大学まで診断につながらず就職でつまづいたケース

Hは大学4年生男子。小学校入学時から勉強が苦手で、宿題は家族が手伝っていた。小学入学時、中学入学時に知能検査を受けるも、IQの数値はそれぞれ78、75であり境界知能（IQがおおむね70～84）であった。支援級や通級の対象ともならなかった。高校は出席をして提出物を出せば単位を取得できる学校であり、AO入試で大学に合格。コロナ禍で、大学の授業はオンラインとなったが、Hはオンライン授業に出席し、レポート課題は家族に手伝ってもらい提出することができ、単位は取得できていた。対面授業がはじまり、授業内容がまったくわからない、友だちもできないということで筆者の外來を受診。質問については母親が答えるのみで、Hは「大丈夫です」「その通りです」などと自身の言葉で表現することはなかった。IQを測定したところ60と軽度知的障害レベルの数値であった。

大学では、成績不良を理由に就職先を斡旋してもらえず、アルバイトを希望しても書類が作成できず、面接でも質問に適切に返答できず不採用が続いたという。親は障害者枠での就労と、就労が決まるまでの障害者年金の受給を希望したため、軽度知的障害と診断し、申請の診断書を作成した。

【各事例についての考察】

事例1：最初に受診した小児科では、症状の確認のみでADHDと診断されていたと考えられる。発達障害の診断のプロセスの基本は、複数の場で症状がみられるか、全体の発達から期待される様子との開きがあるか、そのほかの状況で出現しないか、などの判断が不十分なまま診断をされ、投薬を開始されていた。

事例2：BはASDと診断は受け、小学3年生まで、学校では適応はできていたようにも思われるが、それまでも、学校ではBの日中の生活環境が整っていなかったのであろう。小学4年生になり、Bにとって不快な環境で、好きな勉強にも没頭できないため、不安が強くなり、登校が困難になった。不登校を呈した発達障害児については、早期から日中の居場所の確保をふまえた助言が必要である。

事例3：発達障害で一度改善した症状の再燃は、環境因子に関係すると考えるべきである。C自身がそのことを理解しているため、ADHDの投薬を拒否した。また母親を気遣う社会性も持ち合わせていた。Cは、父親からの心理的虐待（DVの目撃）があり、ADHDの診断も適切であったかどうかは疑問の余地が残る。虐待を受けた子どもが発達障害類似の症状を呈することはしばしばあり、臨床的には症状の区別がつかなくなり、発達に伴いさまざまな併存症を呈することを、発達性トラウマ障害として縦断的に診ていくこともある。

事例4：思春期以降に、発達障害児が怠業することは珍しくない。家族から説得されても従わず内服は自己調節をするしばしば経験する。親と医師が協働して内服を促しても効果があがらない。

本人の自立と障害受容の時期であることから、Dには単に診断名の告知だけでなく、今後本人に予想される困難さについて説明し、本人も納得し、親の同伴でなく、自ら当事者として外来を受診することとなった。

事例5：高学歴の親に限ったことではないが、子どもの自主性を尊重せず、無理な教育を押し付ける、いわゆる教育虐待が注目されることもある。親が、学業にこだわるあまり、子どもの睡眠や食事など健康や生活習慣が損なわれることもある。また親が高学歴や世間で注目される存在であれば、その子どもは「できて当たり前、できなければ本人の努力不足」という周囲からのプレッシャーを感じていることも留意すべきである。

事例6：発達障害者は自殺のリスクが高いことは、小児科医にもほとんど認識していない。また、小児医療の現場で、子どもの自殺について相談されると、対応が困難であるという理由で精神科などを紹介されることもあるが、連携は進んでいない。

事例7：さまざまな調査や報道で発達障害とされる人の割合は増えている。しかし知的障害の人の割合については増えていない。この要因は知的障害の診断には知能指数IQが重視されているからである。IQ70は母集団からのおおよそ2標準偏差以下のいわゆる統計の外れ値である。他の発達障害が臨床症状と生活の支障から診断されているのに対し、知的障害はIQ値で線引きされてしまう。また社会の偏見や誤解だけでなく、当事者にも知的障害とされることにスティグマを抱えていると考えられる。1回の検査でもIQの数値には5前後の誤差があることが指摘されている。また学童期にIQが80前後とされていても、成人期に知的障害と診断される可能性は否定できないと報告されているが、Hもその事例と考えられる。

【考察】

（文部科学省の調査結果）

文部科学省が2022年に報告した「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」の結果を受けて、発達障害の可能性のある児童生徒が増えていて、その割合は8.8%であると、多くの機関が報道した。しかしながら、これは直ちに発達障害と診断されている子どもが増えているのではなく、その調査の通り「特別な教育的支援を要する児童生徒」であり、カリキュラムや社会情勢の変化の影響も大きいと思われる。筆者は「特別な教育的支援を必要とする」のは、発達障害よりも境界知能の子どもではないかと推測している。文部科学省の調査では学年が上がるにつれてその割合が減っているが、むしろ境界知能の子どもの学習の困難さは、学年があがるにつれて強くなり見落とされている。

（発達障害診断のアップデート）

診断に関しては、ここ10年間で大きな変化があった。2013年にアメリカ精神医学会が、診断基準を改定し、DSM-5として公表した。診断名が神経発達症と変更になったが、症状をより多彩にとらえるディメンジョン（dimension；次元）診断を採用したが、一般の臨床家にはまだ浸透してい

ない。また、WHO は、ICD-11を公表した。今回の改定ではじめて診断定義（description）を記載している。特に正常との線引きと他疾患との線引きについて記載している。より科学的根拠に基づいて診断する方針と思われる。しかしながら、診断には定型発達児と鑑別となる疾患について十分な臨床経験が求められることになる。提示した事例1と事例3も鑑別診断が不十分だったケースと言えよう。発達障害は、小児期早期に発症するものの、診断は容易ではない。また、発達に伴い診断が変更になることもある。また環境が整っていれば、思春期以降になってはじめて生活の困難さが出現することもある。知的障害の診断では、発達期を22歳までに引き上げられている。小児と精神両方の視点を持つ医師は限られており、個々の診断にばらつきがあることは否めない。DSM-5では、症状をより多面的にとらえること、ICD-11では、より科学的にとらえることを求めており、診断の敷居が高くなったようにも思われる。

（理解と支援の課題）

保育や教育の現場では、診断基準を満たさない、もしくは診断を受けていないがその特性のある子どもを「グレーゾーン」「ボーダー」と称して注目されている。公的な支援を受けるには診断を受けることが必要であるが、「グレーゾーン」「ボーダー」は、診断を受けていないか、その特性があり診断基準を満たさない（診断閾値以下）であるものの、支援のニーズが存在する子どもたちということになろう。診断の正確さと支援ニーズの把握の両立は、医療現場に課された課題ということもできよう。

文部科学省は、個別の支援計画の作成の目標を、「障害のある児童生徒の一人一人のニーズを正確に把握し、教育の視点から適切に対応していくという考えの下、長期的な視点で乳幼児期から学校卒業後までを通じて一貫して的確な教育的支援を行うことを目的とする。また、この教育的支援は、教育のみならず、福祉、医療、労働等の様々な側面からの取組が必要であり、関係機関、関係部局の密接な連携協力を確保することが不可欠である。他分野で同様の視点から個別の支援計画が作成される場合は、教育的支援を行うに当たり同計画を活用することを含め教育と他分野との一体となった対応が確保されることが重要である。」と述べている。教育と他分野との一体となった対応について、本稿では、医療の分野で経験した臨床例について、個々にどのように家族や当事者を支援したかについて述べてみた。教育関係者においても参考になることがあるかもしれない。他分野との一体となった対応が、より深まっていき、よりよい支援になることを願っている。

（参考文献）

- American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association, D. S. M. Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Pub 2013.
- 古荘純一『第2章 発達障害』古荘純一編著 子どもの精神保健テキスト改訂第3版 診断と治療社 2023 pp35-57
- 古荘純一『境界知能 教室からも福祉からも見落とされる知的ボーダーの人たち』合同出版 2024 印刷中（3月刊行予定）
- 古荘純一 磯崎祐介『教育虐待・教育ネグレクト 日本の教育システムと親が抱える問題』光文社新書 2015
- 本田秀夫『子どもの発達障害 子育てで大切なこと、やってはいけないこと』ソフトバンク新書 2021年
- 厚生労働省 発達障害者支援法
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=83aa6591&dataType=0&pageNo=1
閲覧日2023年12月27日
- 文部科学省. 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果（令和4年）について
https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/2022/1421569_00005.htm
閲覧日2023年12月27日
- 文部科学省 特別支援教育の推進に関する調査研究協力者会議（第1回） 配付資料 > 今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）参考1 「個別的教育支援計画」について
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/attach/1361230.htm
- 成田奈緒子『発達障害と間違われる子どもたち』青春出版社 2021
- 坂爪一幸, 湯汲英史（編著）. 知的障害・発達障害のある人への合理的配慮 かもがわ出版 2015.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Tassé, M. J., ed. Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and systems of supports (12th Ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 2021.
- 鈴木慶太 フツウと違う少数派のキミへ：ニューロダイバーシティのすすめ 合同出版 2023
- 内山登紀夫. 現在の知的障害に関する国際的な診断基準と、最近の知的障害概念の検討. 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業, 研究代表者 辻井正次 療育手帳に係る統一的な判定基準の検討ならびに児童相談所等における適切な判定業務を推進させるための研究. 2021 pp21-31
- van der Kolk BA (著), 柴田 裕之 (翻訳), 身体はトラウマを記録する——脳・心・体のつながりと回復のための手法. 紀伊国屋書店 2016
- World Health Organization. Neurodevelopmental disorders 2023. 6 A00 Disorders of intellectual development, ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 01/2023)
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2f05267007>
閲覧日2023年12月27日