

「1. 軽度発達障害とは？」

第一福祉大学教授

竹下 研三 (たけした けんぞう)



● 略歴

- 1961年 九州大学医学部卒業、小児科入局
1976～1977年 ドイツ・ハイデルベルグ大学小児科
1978年 鳥取大学医学部脳神経小児科・教授
2002年 第一福祉大学教授

1. この用語の歴史的背景は？

1930年、医学領域ではこのような子どもを微細脳損傷 MBD とした。

「MBD とは、知能が平均に近いか平均以上であるにも関わらず、脳機能の逸脱 deviation による軽度～重度の学習障害または行動障害を示す子ども。」

この逸脱は、知覚、概念形成、言語、記憶、注意や行動、運動機能の統制などで多様な組み合わせとして現れる。この異常は脳の発達と成熟にとって重要な時期における遺伝的変異、生化学的不全、周産期の脳障害、病気や外傷、その他の原因不明の理由によってもたらされるものであろう。」

1980年、アメリカ精神医学会は DSM-III により AD/HD、LD、自閉症とした。

1988年、全米学習障害合同委員会は LD の定義を行った。

2. 教育と医学の間の問題点は？

- ①両者に「障害」が disability なのか disorder なのかが理解されていない。
②Disability は子どもの教育・福祉の向上に主眼を置く。Disorder は脳科学的に整合性のある定義に基づき鑑別と原因追求を含め判断する。

3. このような子どもは増加しているのか？

増加している報告が多い。

理由：

- ①少子化により幼児期の集団体験が少なく、コミュニケーション能が未発達。
②低体重出生児の増加で脳成熟（情報処理能）にリスクをもつ児が多い？
③脳の成熟環境の劣悪化（たばこ、酒、テレビ、遊びの偏り、ストレスなど）？
④精神遅滞という言葉より保護者にはこれらの言葉に抵抗が少ない。

4. 代表的な疾患は？

- ①LD (Learning disorder)・学習障害：

特徴：読み（理解も含めて）、書き（文章も含めて）、算数（大小、繰り上がり、文章問題を含む）

の障害。頻度：1～3%。男女比：1～2：1。

診断：認知障害の確認（WISC、K-ABC、ITPA）

② AD/HD (Attention deficit/hyperactivity disorder) 注意欠陥/多動性障害

特徴：不注意（9項目中6項目以上）、多動性・衝動性（9項目中6項目以上）からなる行動異常（自己コントロールの困難）。2か所以上で確認され、6か月以上続いている。7歳未満から発症。

頻度：3～4%。男女比：3：1

治療：薬物療法（リタリン）と行動コントロールの育成、学習支援。二次障害への発展（不登校や行為障害、反抗挑戦性障害など）を防ぐ。

原因：不明。遺伝的背景があり、セロトニンを中心とする神経伝達物質の機能異常が疑われている。

③ 広汎性発達障害（Pervasive developmental disorder）

=自閉症（カナー・タイプとアスペルガー・タイプ）

特徴：1.周囲の人への関心の欠如（視線が合わない。表情が読めない）、2.コミュニケーション能の欠如（言語性および非言語性）、3.限られた興味と固執。

診断：ASQ（40項目の質問）、ASSQ（27項目の質問）による判断。WISC検査で言語性IQ<動作性IQ。頻度：0.1%→1%に上昇。男女比：3：1。

治療：早期発見による恵まれた環境下での療育で問題行動の減少を目指す。

原因：不明（神経伝達物質の機能異常、脳の局所異常、遺伝子異常、環境）

5. 診断名がなぜ変化するのか？

確定する検査所見がなく、年齢に伴って中核となる症候が変化する。

【MEMO】