

広島県身障者リハビリテーションセンター における言語障害児の統計

広島市民病院 耳鼻咽喉科

滝 口 峻

広島県身障者リハビリテーションセンター

黒 住 静 之 本 田 美 紀

梶 田 弘 子

はじめに

広島県身障者リハビリテーションセンターに言語外来が開設されたのは、昭和55年4月である。

当施設を訪れる言語障害児は年々増加しており、その症状も多様である。それらの原因は、重複した障害を有する言語障害児が少くないために診断し難いうえ、分類法に統一されたものがないので言語治療上困難な問題が生じやすい。

著者達は、訪れた言語障害児の分類を試み、それらの問題点を検討した。

対 象

昭和55年4月より、昭和56年9月までに広島県身障者リハビリテーションセンター言語訓練室を訪れた主として1歳から5歳までの言語障害児208名、及び付属施設である肢体不自由児施設若草園に入園している91名を対象とした。

方 法

診断には、DDST (Denver Developmental Screening Test)津守・磯部の乳幼児精神発達質問紙、田中・進藤の聴覚発達質問紙を使用し、小児の発達を知的発達、身体的発達、言語発達等総合的に評価するように試

みた。必要に応じて条件詮索反応聴力検査 (conditioned orientation audiometry COR) や聴性脳幹反応 (auditory brain stem evoked response ABR) 等の聴覚検査、脳波やCT scan (computerized tomography)等の脳神経学的検査を行った。言語障害児への診療は月に1~2回とし、言語訓練は症例に応じて訓練日数を増減した。言語障害児の分類は、田中に準じた。¹⁾²⁾³⁾⁴⁾

結 果

言語訓練室を訪れた言語障害児は表Iの如く208名である。

表1 言語障害児の分類

I 難聴群	5	IV 運動障害群	
1 難聴	5	1 脳性麻痺	81
2 多重障害		2 脳性麻痺+精神発達遅滞	23
1) 難聴+脳性麻痺	2	3 進行性筋萎縮症	2
2) 難聴+精神発達遅滞	1	4 点頭てんかん	2
3) 難聴+脳性麻痺+精神発達遅滞	2	5 点頭てんかん+脳性麻痺	3
II 精神発達遅滞群		6 巨人症	1
1 精神発達遅滞	27	V 精神科的疾患群	
III 言語発達障害群		1 自閉症ないしそれに類するもの	8
1 言語発達遅滞	7	2 診断不詳	21
2 言語発達遅滞を既成歴にもつ 構音障害	7		
3 言語発達遅滞の既成歴のない 構音障害	1		
4 吃音	10		
5 口蓋裂	5		

難聴児は10名(4.8%)であり、すべてが感音難聴であった。難聴単独群5名の聴覚障害は、高度難聴2名、中等度難聴3名であった。多重障害群5名は、いずれも中等度難聴であった。難聴+脳性麻痺群2名はアテトーゼ型1名、痙直型1名であった。

精神発達遅滞群は27名(13%)であった。その臨床的特性は多様であった。この群には、小頭症3名、ダウン症候群5名が含まれている。

言語発達遅滞群は30名(14.4%)であった。この群には、微細脳障害や特発性言語遅滞とも分類されている言語発達遅滞群7名(3.4%)及び既応歴に言語発達遅滞を有する構音障害群7名(3.4%)が含まれている。

運動障害群は112名(53.8%)であり、脳性麻痺単独群は81名(23.9%)を占めた。脳性麻痺に精神発達遅滞を合併した群は23名(11.1%)であった。

精神科的疾患群では、自閉症ないしはそれに類するものは8名(3.8%)を占めた。

脳性麻痺児の重複障害を長期間系統的に観察する目的で施設に入園している児童も検索した。即ち、肢体不自由児施設若葉園に入園している脳性麻痺児91名を言語障害と聴力障害で分類したのが表Ⅱである。この群には、言語外来を訪れた言語障害児も含まれてはいるが、大部分は入園児を往診して診断したものである。知的発達については今回言及していないが、精神発達遅滞を含めた他の障害を合併している言語障害児も含まれている。

表 2 肢体不自由児収容施設(若草園)の脳性麻痺収容児(収容人員 91名)

病 型	収容人員	言語障害	聴力障害
アテトーゼ	15	14	1
癱直型	46	4	1
混合型	14	9	0
失調型	5	4	0
その他	11	1	0
合計	91	32	2

アテトーゼ型脳性麻痺15名中、言語障害を有する児童は14名(93.3%)である。癱直型では46名中4名(8.7%)、混合型では14名中9名(64.2%)、失調型では5名中4名(80%)である。

考 按

鈴木は、言語障害児の原因を、①身体発育不全性言語遅滞、②心因性言語遅滞、③難聴性言語遅滞、④精神薄弱性言語遅滞、⑤脳性麻痺性言語遅滞、⑥自閉症による言語遅滞、⑦微細脳損傷による言語遅滞 a) 運動型、(b) 感覚型、⑧特発性言語遅滞に分類している。

田中は、言語障害児の原因を①難聴群、②精神発達遅滞群、③言語発達障害群、④失語症、⑤運動障害群、⑥精神科的疾患群に分類し、夫々に重複する障害に応じて分類した群を設けている。

この両者における分類上の問題は、鈴木による微細脳損傷による言語発達遅滞群及び特発性言語遅滞群と田中による言語発達障害群の言語発達遅滞群との内容である。

鈴木は、運動、認知、行動などの面で、脳損傷が疑われる言語発達遅滞群を微細脳損傷による群に、また脳損傷の明らかでない群を特発性言語遅滞群と区別した。そして前者には、疾病否認を伴い、聴力及び知能は正常にもかかわらず言語理解が障害される感覚失語型と脳損傷を疑う根拠がかなりはっきりしており、言語理解がほぼ正常であるのに言語表現が著しく障害される運動失語型に分類した。また後者を損傷を示唆するものがまったくなく純粹にことばのみの遅れている症例と限定した。

田中は、微細脳損傷という診断名が、社会的に悪影響を及ぼすことを懸念し、その診断名を用いない方が良いと述べている。そして鈴木のみ微細脳損傷による運動失語型及び特発性言語遅滞群を運動性言語発達遅滞群、鈴木のみ微細脳損傷による感覚失語型を感覚性言語発達遅滞群に分類し言語発達遅滞群という一群にまとめている。

天野、堀内の分類もこの両者の分類に準じている。

筆者らは、微細脳損傷という名称が子ども

の両親及び家族に与える不安や精神的打撃の強さを配慮し、それらが言語訓練への意欲を薄めるといふ傾向を防ぐ意味でも妥当でない⁹⁾と判断し、田中の分類を使用している。

言語発達障害児の原因の中で、内耳性難聴の占める比率は高い。田中によれば、51名の言語障害児中34名(66.7%)であり、堀内によれば、1164名中の言語障害児中596名(51.2%)を占めている。天野は、東京都内言語障害学級通級児466名中34名(7.3%)と報告している。当施設では、208名中10名(4.8%)と極めて低い比率を示しているが、その原因は、交通至便な場所に他の難聴児訓練施設があること、当施設が脳性麻痺児を対象に発足した由来に起因するものと思われる。

脳性麻痺児中、聴覚障害児の占める割合は、Ruthelfold(1945)41%、Shere(1960)痙直型7.2%、失調型18.4%、アテトーゼ型22.6%、服部(1965)8.4%、大下(1968)21.4%、錦織(1980)7.4%と報告されている。肢体不自由児施設若草園収容人員91名中、聴覚障害を合併した脳性麻痺児は2名(2.2%)にすぎなかった。脳性麻痺児に聴覚障害を合併していても、周囲のものは気づきにくい⁸⁾が、日常行動を詳細に観察しておれば、発見するのは可能である。当施設の2名は、他の障害を合併していなかったために聴能訓練が十分に可能であった。

当施設を訪れた精神発達遅滞児は、IQ36以上の軽度～中程度という評価を示したものが殆んどであった。Luriaは、臨床タイプを①低文化精神発達遅滞、②病型型精神発達遅滞 a) 基本型、b) 興奮型、c) 制止型、d) 聴覚・言語系障害型、e) パーソナリティ未発達型に分類している。しかし、精神発達遅滞児の臨床像は極めて多様であり、言語障害もそれに応じて更に多様であるため分類困難な症例も多い。この臨床像にとらわれて聴覚障害を見落さないように注意が必要である。

脳性麻痺の言語障害は脳性麻痺の型により

決定される(Crichmay⁹⁾)。脳性麻痺の型は、①アテトーゼ型、②痙直型、③失調型、④固縮型、⑤混合型に分類される。アテトーゼ型と痙直型は特に言語障害を生じ易く、アテトーゼ型の言語障害は多様である。Hopkins¹⁰⁾らは、脳性麻痺児1293名中、64.9%に言語障害があると報告している。若草園入園児91名中、言語障害を有するものは32名(34.8%)である。これらの言語障害は様々であるが、田中は①発声障害、②共鳴・構音障害、③言語発達の遅れ、a) 環境、b) 知能の遅れ、c) 難聴、d) 脳損傷の部位による影響という側面から分類することを提唱している。

言語障害児の臨床においては、治療が必要な子どもか否かを診断することが非常に重要である。そのためには、原因の診断が正しく行われなければならない。これは困難な問題ではあるが、広範囲の専門家が協力して解決に向う必要がある。

おわりに

広島県身障者リハビリテーションセンター一言語訓練室を訪れた言語障害児208名、肢体不自由児施設若草園入園児91名を対象に言語障害の原因分類を試みた。これは予後決定するうえで極めて重要である。言語障害の臨床像は多様であるために、分類法も統一されていない。筆者らは田中の分類法に準じたが今後とも長期の経過観察を行いながら検討してゆく予定である。

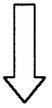
文献

- 1) 田中美郷、前川彦右エ門、鈴木重忠、：小児のことばの障害、医療薬出版、1979
- 2) 田中美郷、：言語発達障害児の研究、日耳鼻、65：982-988、1962
- 3) 田中美郷、：言語障害、小児神経学の進歩第3集、診断と治療社、1974
- 4) 佐藤靖雄、鈴木淳一、：臨床耳鼻咽喉科学書、金原出版、1981

- 5) 鈴木昌樹, : 小児言語障害の診療, 金原出版, 1974
- 6) 天野重雄, : 奪われた言葉, 毎日新聞社 1979
- 7) 堀内潔子, 今井みゆき, : 幼児難聴の臨床, 耳鼻 26 : 135-142, 1980
- 8) Luria .A.R. (鹿島晴雄訳) : 神経心理学の基礎, 医学書院, 1978
- 9) Crickmay .M.C : ポパース法による脳性まひの言語治療, 医歯薬出版, 1973
- 10) Hopkins, T.W., Bice, A.V., and Colton, K.G. : Evaluation and Education of the Cerebral Palsied Child : New Jersey Study. Washington, D.C., I.C.E.C., 1954



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

広島県身障者リハビリテーションセンターに言語外来が開設されたのは、昭和 55 年 4 月である。

当施設を訪れる言語障害児は年々増加しており、その症状も多様である。それらの原因は、重複した障害を有する言語障害児が少ないために診断し難いうえ、分類法に統一されたものがないので言語治療上困難な問題が生じやすい。

著者達は、訪れた言語障害児の分類を試みそれらの問題点を検討した。