

言語発達遅滞の鑑別診断について

—表出言語に著しい遅れを示した症例を通して—

両 角 正 子

Differential Diagnosis of Delayed Speech

—The Case with Severe Retardation of Expressive Speech—

Masako Morozumi

I. 問 題

筆者は、ここ数年保健所や病院において乳幼児の発達相談を担当してきたが、父母の訴えの中で一番多いのが、「ことばの遅れ」である。ことばの遅れ（言語発達遅滞）と一般的によばれているものは「子どもがその年齢では当然できると思われることばを使ってのコミュニケーションが出来ない」場合に用いられている。この言語発達遅滞というのは多種多様の要因によって起る一つの症候であり、従って予後や治療・教育の面でも多種多様であるので、それらを鑑別診断しなければ全く意味のないことである。

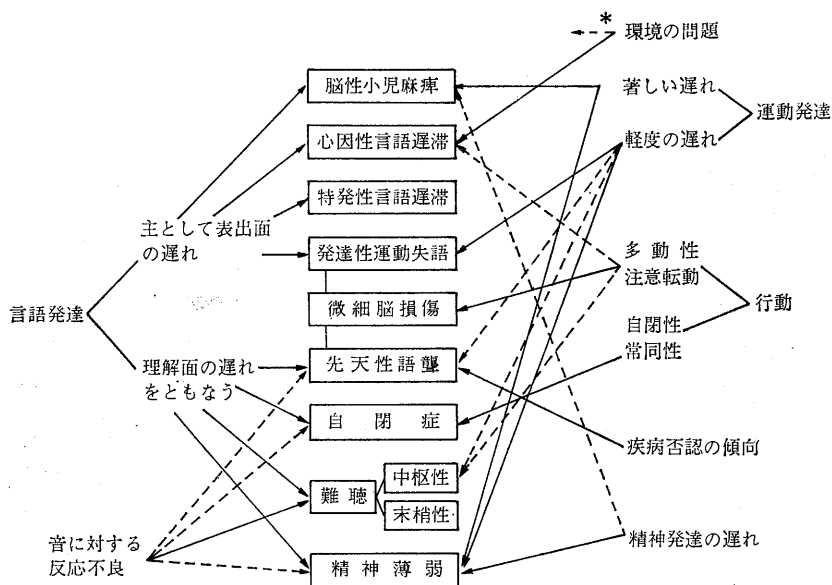
言語遅滞を分類する方法として原因的な分類が有効であり、我が国では、河村正三¹⁾や鈴木昌樹²⁾、田口恒夫³⁾ら臨床医学者からのすぐれた分類がある。それらには大きな差はないように思われるのでここに鈴木の分類を紹介する。

1. 身体発育不全性言語遅滞 (delayed speech due to general developmental retardation)
2. 心因性言語遅滞 (delayed speech due to psychic or enviromental factors)
 1. 言語刺激に乏しい環境
 2. 言語の必要性に乏しい環境
 3. 言語の学習意欲を阻害する環境
3. 難聴性言語遅滞 (delayed speech due to hearing impairment)
4. 精神薄弱性言語遅滞 (delayed speech due to mental retardation)
5. 脳性麻痺性言語遅滞 (delayed speech accompanied by cerebral palsy)
6. 自閉症による言語遅滞 (delayed speech due to infantile autism)
7. 微細脳損傷による言語遅滞 (delayed speech due to minimal brain damage)
 1. 先天性語聾
 2. 発達性運動失語
8. 特発性言語遅滞 (idiopathic language retardation)

以上のように言語遅滞の原因は様々であるが、実際問題としては上にのべたようにすっきり分けられるものではなく、2つ以上が重複して現在の状態を呈している場合も多く、このようなことから原因というよりは要因とした方がよいという考え方も生じてこよう。その意味で個々の症例に何らかの診断が下されてしまうと、その子のもっている他の側面が見落される危険があるこ

とに注意しなければならない。

しかしながらやはり症例の主たる問題点は何であるか大体の目安をたてなければならない。神経学的検査、言語病理学的検査、聴力検査等専門的な諸検査を受ける前に、鈴木²⁾は問診と行動の観察、外来での診療によって何を疑うかおおよその見当をつけることが可能であるとし、鑑別診断表を表わすとともに症状から端的に何を疑うかについて示したのが図1である。



* 環境の問題は他のいずれの原因においてもみられることがある。

図 1. 症状からみた言語発達遅滞の原因 鈴木 (1974)

筆者は心理学を専門とするので、相談を受ける乳幼児の言語発達遅滞の原因は鈴木のカテゴリでいうならば1, 2, 4, 6, 8 が大多数を占める。しかしまれには他の諸機能の発達に比して言語発達のみ著しい遅れを示す症例に出会うことがある。これらの症例について、他分野の知見に学びながら言語発達遅滞の鑑別診断、治療訓練について考察するのが本報告の目的である。

II. 症例 O. H. 児

O. H. 男 1970年2月生れ (8歳5ヶ月, 小学校3年生)

家族: 父, 母, 2歳下の弟と4人家族。いずれも健康。

生育歴: 父38歳母31歳の時の第一子。妊娠中異常なし。出産は満期であったが陣痛微弱のため難産, 吸引分娩。出産時1°の仮死状態をきたし, O₂吸入と経管栄養4日間実施。生下時体重3550g。
 3ヶ月 定頸, あやすと声を出して笑う。
 6ヶ月 6ヶ月健診受診し異常なし。座位確立。人見知りする。
 9ヶ月 突発性発疹にかかり39℃発熱, はじめてひきつける。眼球上転, 全身ケイレン15分間続く。

両角：言語発達遅滞の鑑別診断について

1歳 一人立ちや伝い歩きができる。ウマウマ、ブーブーらしきことを言う。バイバイや芸をよくする。

1歳7ヶ月 一人歩き出来る。ボールを持って投げたり楽しく遊べる。

2歳4ヶ月 弟の出産で母親が入院したが、ママの病院はとたずねられると病院の方を指さす。言語理解は良好だがはっきりした有意味語なし。

2歳6ヶ月 総合的医学検査を受けるも異常なし。民間のスピーチクリニックに週1度通院始める。

3歳 ハーモニカ、ラッパを吹けるようになる。パパ、ママ、デンシャが言える。

4歳 保育園入園（2年保育）、専門病院で聴力検査を受けるが正常、発声発語器官に器質的な異常なし。小児専門病院言語科へ通院。

5歳 昼寝中又ひきつける。脳波検査結果、てんかんと診断、投薬開始。半年に1度定期的に脳波検査実施、レノックス様の棘徐波結合が非限局性に出だし、8歳頃から左側頭葉に限局されてきた。

6歳 地域の小学校へ入学（普通学級）。学校にもよく適応して友達もできる。教育研究所ことばの教室へ通う。

7歳 学習面についていけなくなり、2年生の3学期より養護学級へ入級。

8歳 活発になり学習意欲高まる。筆者の発達検査を受ける。CT スキャン（コンピューター断層撮影）で大脳撮影、正常範囲。

発達検査結果：

① 一般的態度

母親の指示によく従い、おとなしい。情緒的に安定しており落ち着いている。対人関係もよく、筆者の指示にもよく従い、2～3時間に及ぶテスト中もあきることなく集中して意欲的にとりくむ。発語を促されると困惑したような表情をするが、なんとか努力して答えようとする。表情も豊かである。

② 軀幹—四肢のレベル

片足ケンケンが5歳頃より出来る。しかしスキップや両手を振って歩く等リズムミカルな運動がへたでぎこちない。

③ 手・指のレベル

両手交互開閉把握コントロール検査では、両腕を前後に動かしてなんとか交互に開閉しようとするが重畳反応になる。もつれの段階。指を1本ずつ順に折り曲げるのもぎこちない。指の形はキツネが自分の他の手をかりてなんとかできる。字を書く時の鉛筆の持ち方にはにぎりばし様。母親が正しい持ち方を何度教えてもできず、手先の不器用さは小さい時から指摘されている。

④ 認識のレベル

① 京都児童院式発達検査

動作性の問題は4歳台の問題は三角描写 $\frac{1}{3}$ （4：11）がマイナスの他は全部プラス。5歳台に入ると階段再生（5：11）がもう少しのところで順番に高くならない。母親が少しヒントを与えると試行錯誤してやっと出来る。人物完成6部プラス（5：3）上限はKnox-Cube $\frac{6}{12}$ （6：7）であった。

言語性の問題は発語を要求するものはすべてマイナス。イエス、ノーを首をふって、又は指さして答えられる課題はよく出来、上限は遺漏発見 $\frac{3}{4}$ (4:3) であった。数概念5まで確実、左右の区別はまだあやふやである。

⑩ WISC 知能検査

言語性検査の評価点はすべて0であった。動作性検査は、かなりよく出来、IQ 76。下位カテゴリーの各評価点を第1表に示した。

第1表 WISC 動作検査評価点
(テスト時年齢8歳2ヶ月)

絵画完成	4	組合せ問題	6
絵画配列	4	符号問題	3
積木模様	8	迷路問題	13

迷路問題では、てんかん児によくみられる同じ誤りを何度もするといったこともなく、左手でなぞって課題を解決してから右手で書き始めるといった慎重な態度であった。

⑪ 円群性化テスト及び人物画

どちらも4歳~5歳の子どもの発達の特徴を示していた。

⑫ 利き手、利き足、利き目

もともと左利きだったが4歳頃から矯正される。現在おはしと鉛筆を持つのは右手だが、ハサミ、ボール投等すべて左手。父母、弟は右利き。利き足、利き目は多分右である。

⑬ 言語表現

生育歴にもあったように3歳になってはっきりパパとママが発音できるようになり、それから徐々に語彙が増え、現在のはっきりしている語彙は(過鼻声で明瞭度は低い)、次の如くである。
——パパ・ママ・コウ(弟の名前)・ジーチャン・センセ・デンジャ・キシヤ・ピーポー(救急車)・ゴ(数の5)・アホ・バカ・アツ(熱い)・イタ(痛い)・トッテ・イコウ・カッテ・デキタ・バイバイ・ハイ(返事)——

名前を聞いても答えられず、書かすときちんとひらかなで書く。3年生の何組かときくと空中に「2」と書いたり、何月何日かときくと室内にあったカレンダーの日付を指さして答えたりできる。自らの意志を伝えようとする時はアンといった不明瞭な発声を伴ってジュスチャーを使う。一音一音口型をみせて模倣させても鼻にかかった不明瞭な音が多く、表記しがたい。特に母音のオが何度やってもウとなってしまう、従ってコがクになってしまう。弟の名前をコウと呼んだり、数の5をゴと発音できるのに、随意的には非常に困難である。まして2音節を復唱させることはより困難である。母親が「~といっごらん」といってもすぐに発語することは難しく、例えば、自発的には言える「デキタ」が、言わせようとする「ンタ」となる。口唇や舌を針でつつく検査のときはさかんに「イタ(痛い)」という。慣れてくると大声がよく出る。家ではジャルゴン様のおしょべりがさかんである。「センセ」とサ行音はいえるのに、「バス」とスを続けるのは難しい。歌はアーアーといった調子で自分では歌っているつもりであるがメロディーはつかない。

⑭ 読み書き能力

50音はまだ全部書けない。カルタとりは大体できる。漢字もいくつか書けるが、まだコミュニ

ケーションの手段として書きことばは使えない。絵カードを見せてイスと書かせようとしても難しい。母親が「あいうえおのい」とヒントを与えるとようやく「い」が書ける程度である。本児の精神発達段階と一致している。

5以下の加算も、口頭で与えられた「もし、あなたがアメを2つもっているとき、お母さんからあと1つもらったらみんなでいくつになるの」という問題には指で答えられるが、「 $1+1=$ 」の式に答えることは難しい。これは現在学校でとりくんでいる課題である。

⑧ 発声発語器官

常に軽く口を開けて舌を出している。注意するとその時は口を閉じられるが、すぐにまた開いてしまう。笑い声等はふつうであり、発語する際も、呼吸や発声は正常と思われる。発語は大体において過鼻声。ヨダレが止まったのはごく最近で、現在も何かに夢中になるとヨダレが出る。ストローで吸う、ラッパを吹くことは3歳でできるようになった。田中ら⁴⁾の随意運動発達検査で2歳でできるようになるとされている舌を前へ出すことができるようになったのが最近であり、2歳9ヶ月でできるとされる舌を左右の口角へつけることは現在もできず、顔が左右にふれる。頬をふくらませることもまだ難しく、食時の時の固形物の咀嚼嚥下がへたで口の中によく食物が残る等、発語器官の運動機能に著しい遅れを認めた。

末梢の発語器官のマヒや感覚障害は認められていない。

III. 考 察

O. H 児の発達と障害

生育歴からみて、9ヶ月まで順調に発育していたようであるが、最初のケイレン発作をおこしてから発達が全般的に遅滞していったようである。このケイレン発作は乳児熱性ケイレンではなく、やはり出生時の難産、吸引分娩、1度の仮死状態といったトラブルがなんらかの脳損傷をひきおこした結果であろうと思われる。その後5歳まで臨床的には発作はなく、脳波も2歳半の時には異常波は認められていない。もっとも乳幼児の場合睡眠脳波であるからその診断には限界があるとされている。CT像が予想に反して正常範囲であったことは、脳病変は微細であることを示唆する。

歩行開始が1歳7カ月、～はどこと質問すると指示して答えられたのが2歳すぎというところから、1歳半頃獲得する発達の質的転換期を2歳～2歳半頃獲得していったようであるが、それから遅滞の度が強まったようで、2次元可逆操作期（4歳頃に獲得する発達の質的転換期）に至るまで長くかかっている。現在の全般的な発達状況は、軀幹一四肢のレベルではケンケンが出来、手・指のレベルでは両手交互開閉が少しもつれるが出来る、認識のレベルでも発語を要求するのはダメであるが、遺漏発見やノックスキューブ等がよく出来る等、両角⁵⁾が明らかにした3つのレベルでの発達連関からいって2次元可逆操作期の特徴をよくあらわしている。WISCの動作知能からみてもO. H児は軽度の精神薄弱児といえるであろう。にもかかわらず発語能力は単語のレベルであり、しかも単語の復唱も完全にできるのは少ない。のちに述べるが構音の発達も法則性があり、3～4歳頃急速に発達するが、本児の精神発達段階から考えて構音能力の遅れはそういった発達のなものではなく、異常に落ち込んでいると考えた方が妥当である。

次に、このような発語（構音）障害の生じる原因には様々な可能性がある。その1つ1つにつ

いて検討して、鑑別診断をし、言語訓練につなげていきたいと考える。

発達性運動失語と発達性構音失行について

言語発達遅滞を示す小児の中に、言語以外の機能にはたいした遅れもないのに、言語のみ著しく遅れているものがある。これらをさして成人の脳の障害である失語の概念を導入し、発達性失語とか先天性失語とか呼んでいる。発達性運動失語は、この中の主に言語表現に障害のみられる失語に相当する。一方、主に言語理解に障害のみられる失語は、一般に先天性性聾とよばれる。鈴木²⁾は従来の先天性失語を微細脳損傷の立場から論じ、これらの小児の多くが言語障害以外に脳損傷を示唆する諸症状を示すことを明らかにした。どのような症状をさして発達性失語というかは意見のわかれるところであるが、大体の一致する点は、言語象徴の受容ないし表現する能力に限界があるか、または欠如するものをさすことであろう。

一方、小児の運動性失語の中には構音障害との鑑別が困難な症例があることが指摘されている。この構音障害の原因の1つとして、構音器官の運動障害ではなく、構音を行う動作についての失行を示すものがあり、発達性失行とよばれている。

成人の場合でも、笹沼⁶⁾は失語症と他のコミュニケーション障害との鑑別の重要性を指摘し、特にいわゆる“motor speech”の障害（構音失行、マヒ性構音障害）との区別を重要視している。そして現在一般に運動性失語症とみられているものの少なくとも一部は、実は失語症プラス構音失行症であるとしている。

典型的と思われる症例報告との比較検討

川端⁷⁾が報告している比較的純粋と思われる発達性運動失語の症状を示した8歳の男子の言語障害は、構音及び音韻の障害による発語障害と、主に文法障害の2つの側面から成り立っていた。発語障害は単なる運動障害ではなく（口唇や舌を中心とした運動を意図をもって行うことは困難であるが日常では自動的に行っている）顔面失行を伴う構音失行に相当するとした。又文法障害は内言語形成の不十分さがあらわれたものである。この症例は発達性運動失語症といってもよいとしている。この症例は幼少時受容—理解面より表出面により強く障害を示した例であるが、成長するに従い、両面とも飛躍的に進歩し、障害の核は高次の象徴機能である事物の概念的把握の困難性になってきたとしている。

大隈⁸⁾の症例は、2歳時言語発達遅滞を主症状とし、自閉症を疑われた女児で、6歳時よりオペラント療法による言語訓練を40回行った結果、8歳時には日常会話が可能になったと報告している。しかし3歳代には精神発達遅滞との鑑別が困難であった。4歳代、文字や数に対する興味が出現し言語理解が発達しはじめた。この頃から単純な精神発達遅滞と異なり、発達性運動性失語を疑った。5歳代、有意味語が出現し、又3~4語文の書字による交流が可能になった。発語器官の運動には障害はないのに、6歳代の発語能力は、単音で正確に復唱できたのは「あいうえお」の5母音と、「まもやんばば」の6子音であった。単語では「パパ、ママ、モモ、アア(赤)、イヤ、バイバイ」の7単語であったところから、本児の発語障害は、発達性構音失行が主なる原因であるとしている。

この発達性構音失行に関しては、浅川⁹⁾らが興味ある症例報告をしている。この症例は18歳の女性であるが、満1歳時に百日咳脳炎によって顔面失行をきたし、同時にその当時、可能であった数個の幼児語の発語も失ってしまった。以来、小学校入学前に練習によって一時、数個の発

語が可能になったものの、字が書けるようになってからは再び発語しなくなり、今日まで全く発語しない。しかし学業成績は優秀であり、友人も多く明るい性格の持ち主である。これからもわかるように、この症例には内言語の障害は一切認められないので運動失語とはいえず、発語不能の状態は発達性失行性構音障害とみなされた。

O・H 児の場合、幼少時から一貫して言語の理解—受容面は良好であり、内言語や象徴機能も精神発達段階相当に発達している。又一般的精神症状も良好で情緒障害を疑われたことはない。このような点から O・H 児の発語障害は発達性運動失語とはいえない。

次に構音失行の可能性についてであるが、O・H 児は自発的にはセンセ、イコウ等 3 音節の単語を発語できるのに、復唱させると単音でも困難であるところから、失行らしきところも感じさせる。しかし何気ない無意味な状態でも、顎や唇、舌を自由に動かすことができないところから、発語器官の運動障害の方が重要であるといえよう。従って構音失行の可能性からも除外した方が妥当であろう。

次に O・H 児がいわゆる“motor speech”の障害として構音失行と並んで上げられているマヒ性構音障害に相当するか否か検討していきたい。

マヒ性構音障害について

川村¹⁾によれば、構音器官の筋群を支配する末梢神経・秘経核・中枢神経路の器質的障害によって生ずる表出言語の障害を dysarthria といい、日本ではマヒ性構音障害あるいは中枢性構音障害と呼ばれている。マヒ性構音障害は次のような解剖学的分類をすることが多い。(1)運動領(中心前回転)の障害、(2)錐体路の障害、(3)錐体外路の障害、(4)小脳性障害、である。

Wood¹⁰⁾は言語発達遅滞の原因の中にこのマヒ性構音障害を含めている。この点が鈴木¹⁾の分類と異なっている。Wood の定義によれば、マヒ性構音障害とは顎や舌の重い運動障害をさし、当然のことであるが脳性マヒ児に典型的に観察される。しかし、手足にはっきりした運動障害をもたない子どもにも単独の障害としてあらわれる。そこで H 児の場合にも運動障害が限局的に発語器官のみにあらわれている脳性マヒなのかもしれないと考え、小児整形外科の診察を受けた。結果は、「アテトーゼ様の言語障害に似ているが、アテトーゼならば上肢にもう少し不随意運動が生じるであろうから、本児はアテトーゼ型の脳性マヒ児とはいえないであろう。」との診断であった。が、O・H 児は非対称性緊張性顎反射を抑制するため、年齢不相応に顎筋が発達していることや、体全体や手指の運動のぎこちなさ、お尻が突き出た体型などからアテトーゼである疑いはすてされない。さらに、O・H 児の発語も緊張した場面では特に悪く、無意識的なリラックスした状況では思いがけない単語がスラッとでるところからも、アテトーゼ型のマヒ性構音障害というのが一番妥当ではないかと思われる。アテトーゼ型の脳性マヒ児とみなすならば、このような重篤な構音障害はさほど珍らしいことではない。

結論として、O・H 児の発語障害は精神薄弱による発達の構音障害ではなく、アテトーゼ型のマヒ性構音障害であるとするのが妥当である。

言語発達遅滞の鑑別診断について

多くの文献の症例からみても先天性発達失語といわれる子どもたちの鑑別診断は 4 歳頃(2 次元可逆操作期)にならないとわかりにくいようである。つまり、構音障害にしても先行性のものか否か、随意運動が発達してこない段階では区別がつけにくいし、失語の指標である内言語の障

害（具体的には錯語、失文法等）は発達
 的にも生じるものだからである。構音の
 発達も3～4歳頃急速に発達するが完成
 するのは7歳までかかるとされている
 （表2参照）。鈴木²⁾は微細脳損傷による

表2. 構音の発達〔大熊〕

3歳	パ行, バ行, ハ行, ワ行, ヤ行, マ行,
4歳	ニャ行, ナ行, カ行, ガ行, ダ行, タ行, チャ行, ジャ行
7歳	サ行, ザ行, ラ行, ジャ行, ツ, ズ

先天失語といえるか、特発性言語遅滞であるか、は3～4歳頃に急速な言語発達をとげるか否か
 によってわかれるとしている。O・H児もこれまで様々な医療機関を訪れているが、全般的な発
 達の遅れが全面にでて、それへの指導、助言に終わってしまい、言語発達の遅れについては一般
 的な指導が多かった。また、言語訓練も2歳半頃より受けているが、遊戯治療がその主たる内容
 であった。

言語発達遅滞の鑑別診断は年齢が幼なければ幼ない程困難であるが、安易に環境的なものや精
 神発達の遅れ等に解消してしまうのではなく、早期に、どこに落ち込みがあるのか、障害の核を
 診断し、治療訓練につなげていくことが必要であろう。診断にあたっては、発達を三つのレベル
 でおさえ、それらが機能連関的に質的転換をとげていくという田中らの発達理論が有効である。
 しかし、心理学だけでは限界がある。上田¹¹⁾がリハビリテーション医学の構造の中心に障害学を
 おき、多くの専門家の参加を要請しているように、多くの専門家によって正しい診断、治療訓練
 をすすめていく必要があろう。

言語訓練について

発声、発語運動は構造及び機能の面で関節運動を主とする肢体の運動とは大いにその様相を異
 にするが、筋運動機能を対称とするという本質的な面では共通である。従って Bobath 夫妻の反
 射抑制肢位による早期訓練の原理が、Crickmay¹³⁾によって言語治療にも応用され成果を上げてい
 る。我が国で言語病理学の分野から成人のマヒ性構音障害にとりくんでいる柴田¹⁴⁾は、Bobathら
 の神経生理学的知見を導入し、独自の発声・発語運動治療学を展開するのが急務であるとしてい
 る。

O・H児は現在文字を習得しつつあるが、浅川⁹⁾らの症例のように、書き言葉を獲得すると全く
 発語が失くなってしまったという極端な事態に陥入らないにしても、コミュニケーションの手
 段に発語を使いたがらないという事になるかもしれない。文字の獲得を発語を促すプラスの力に
 するために、また自己の障害について自覚しはじめている今、発語障害を克服する言語訓練が必
 要だと考える。しかしこのような訓練を行なえる言語治療士は、我が国においてはあまりにも少
 なく、O・H児をはじめ多くの言語障害児が放置されているのが現状である。

引用文献

- 1) 川村正三：言語障害の臨床——小児を中心とした——，金原出版，1971
- 2) 鈴木昌樹：小児の言語障害の診療——言語発達遅滞を中心に——，金原出版，1974
- 3) 田口恒夫：言語障害治療学，医学書院，1966
- 4) 田中美郷・西山明雄：言語発達障害児に対する随意運動発達検査の臨床的価値，耳鼻科臨床63，1970
- 5) 両角正子：発達の質的転換過程の研究——両手交互開閉把握コントロールを中心に——，京都大学教
 育学部修士論文，1972
- 6) 笹沼澄子：失語症の評価，総合リハビリテーション，Vol. 6, No. 2, 1978
- 7) 川端利彦・太田幸雄：発達性運動失語の1例，児童精神医学とその近接領域，Vol. 5, No. 4, 1964

両角：言語発達遅滞の鑑別診断について

- 8) 大隈紘子：構音（語音）習得訓練をおこなった言語発達障害児，児童精神医学とその近接領域，Vol. 18, No. 4, 1977
- 9) 浅川和夫・吉倉範光他：顔面失行の1例——特に発達性失行性構音障害について——，精神神経学雑誌，Vol. 78, No. 7, 1976
- 10) Wood, N. E: Delayed Speech and Language Development, 1964（船山美奈子・秋吉紀子訳：言語発達の遅れ，平井昌夫・神山五郎監修，言語障害基礎シリーズ，3，日本文化科学社，1968）
- 11) 上田 敏：目でみるリハビリテーション医学，東京大学出版会，1971
- 12) 田中昌人：発達における「階層」の概念の導入について，京都大学教育学部紀要，XXIII, 1977
- 13) Crickmay, M. C: Speech therapy and the Bobath approach to cerebral palsy, 1966,（井上明生他訳：ボバース法による脳性まひの言語治療，医歯薬出版，1973）
- 14) 柴田貞雄：麻痺性構音障害，笹沼澄子編，リハビリテーション医学，東京大学出版会，1971