
小児・思春期診療 最新マニュアル

4章 よくみられる疾患・見逃せない疾患の診療

学習障害

平谷美智夫

〔別刷〕 日本医師会雑誌

第141巻・特別号(1)／平成24年6月15日

学習障害

孤立する、あいさつができない、いじめに遭う)などが小学生以降にみられることが多く、これに対してはSST (social skills training: 社会生活訓練)が対応の中心である。ABA的な対応やTEACCHの構造化も役立つ手段である。これらを総合して社会生活能力を高めるSSTを行うことは二次障害の有無にかかわらず、幼児から成人まで有効である。本邦ではまだ適切なSSTを行うことのできる社会資源は少ないが、徐々に増加しつつある。

高機能自閉症では小中学生の時期の不登校、思春期以降のうつ病やパニック障害などの二次障害が問題となり、成人期では統合失調症との異同が議論されるケースもみられる。二次障害の場合には、それぞれの病態に応じたカウンセリングや薬物療法が一般的であるが、あくまでそのときに抱えている問題への対応だけでなく、ライフスパンを含めた長期的な展望が必要であり、多くの例ではSSTが必要である。やはり本質的な薬物療法はない。

最後に

ASDは国際的にも増加しているといわれている。カナー型、高機能自閉症いずれも、対応し将来の社会生活上の困難を減少させることは、多くの例で可能である。適切な療育によって従来は特別支援学校しかないと思われていた子どもたちでも通常学級に就学している例も増えている。残念ながら診断のみでその後の適切な対応がないままに年月が過ぎてしまう子どもたちが多いという現実には、変えていく努力も必要である。知らない病気は診断できないし、対応を知らなければ療育が可能であるのに放置につながりかねない。

●文献

- 1) 平岩幹男: あきらめないで! 自閉症—幼児編。講談社, 東京, 2010.
- 2) 平岩幹男: 幼児期の自閉症を抱えた児に対するABA療育とPARSによる評価。小児科診療 2012; 75: 159-166.
- 3) 平岩幹男: 発達障害—子どもを診る医師に知っておいてほしいこと。金原出版, 東京, 2009.

(平岩幹男)

学習障害(LD)とは、知的能力や視覚・聴覚の障害がなく、生育環境や教育環境に問題はないにもかかわらず、「読み書きや計算」などの学習の特定の領域の習得困難がみられる状態を指す。DSM-IV-TRでは、読字障害(ディスレクシア)・算数・書字表出障害に分類される。中核となるのはディスレクシアで、LDのなかで疾患概念としても最も確立している(表2)。LDはADHDや自閉症スペクトラム障害(ASD)に合併することが多い。

発達性ディスレクシアの病因と臨床症状

●病因

音韻障害説によると、表記された文字を対応する音(オン)に換えるdecodingの障害であると考えられる。decodingは左大脳半球の頭頂側頭部で行われるが、decoding獲得後、文章を滑らかに読むために必要な後頭側頭部の活性化も低いことが明らかにされた¹⁾。家族性・遺伝性疾患である。偏と旁など画数の多い漢字書字も要求される日本語では視空間認知障害説も有力である。

●臨床症状

基本症状である「読むのが苦手」に関連した症状が年齢に応じて出現する(表3)。

●診断

年齢、知能、教育レベル、認知能力にそぐわない症状が存在すれば本症を疑い、既往歴、教室での様子、言語検査、書字評価、IQ等の検

表2 国際ディスレクシア協会によるディスレクシアの定義

ディスレクシア(dyslexia)は、神経生物学的原因に起因する特異的学習障害である。それは、正確かつ流暢な語の認識の困難さと綴りや文字記号の音韻化(decoding)の障害により特徴づけられる。これらの困難さは、典型的には言語の音韻的要素の困難さであり、それは他の認知能力や教育環境に障害がないにもかかわらず存在する。二次的結果として、読解能力の低下や読み経験の不足が生じ、語彙や知識の増加が障害される

表3 ディスレクシアの臨床症状

就学前	言葉の遅れに関連した症状
学童前期期	単語の発音を間違える、流暢に話せない、事物の名前を的確に言えない、読むスキルの習得が遅い、音読を嫌がるなど
学童期後期	読書の正確さが改善されるが、読みの滑らかさは得られず、読書に時間がかかる。綴り字の困難は、口頭での読書に認められる音韻性の障害を反映している
思春期～青年～成人期	人名や地名を覚えるのが苦手、言葉を出すのが苦手、すらすら読めない、試験を時間内に終了できない、など

注：平仮名・カタカナ・漢字さらに英語を要求される日本語話者独特の問題もある。

表4 LD の特別な配慮

読字・書字能力を伸ばす矯正教育によって、読書の速さや書字能力が十分に改善されるわけではない。そのために、教科書の漢字にふりがなをつける、教室でのテープレコーダーやパソコンの使用、録音図書の用意、試験の制限時間の延長、外国語履修の見直しなど

査を実施して判断する。家族歴は重要である。

稲垣らのガイドラインがわかりやすい²⁾。

本邦で実施されている言語能力検査

- ①小学生の読み書きスクリーニング検査：平仮名・カタカナ・漢字（それぞれ1文字と単語）についての音読と書取課題から構成³⁾。
- ②Rapid Automatized Naming Test (RAN課題)：不規則に繰り返して配列された絵や色名や文字・数字など5～7のターゲットの繰り返して呼称や音読のスピードを計る。

●治療

早期発見・早期療育・特別な配慮(表4)・生涯にわたる見通しをもった指導が基本となる。LDに基づく心理的な辛さや自己評価の低さなどのLD traumaへの対応や並存するADHD、ASDへの対応も重要である。

●文献

- 1) Lyon GR, et al : *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed, Saunders, Philadelphia, 2004 : 110-112.
- 2) 稲垣真澄編：特異的発達障害診断・治療のための実践ガイドライン。診断と治療社、東京、2010。
- 3) 宇野 彰他：小学生の読み書きスクリーニング検査—発達性読み書き障害（発達性 dyslexia）検出のために。インテルナ出版、東京、2006。

(平谷美智夫)

注意欠陥多動性障害

ADHD とは

注意欠陥多動性障害（attention deficit hyperactivity disorder : ADHD）は同年齢の子どもと比較して質的・量的に激しい不注意、多動性、衝動性が7歳未満から存在する発達障害である。その概念は1902年に英国の小児科医 Still による「道徳的統制の欠陥」の報告に始まり、微細脳機能障害の概念を経て、1994年に米国精神医学会の診断・統計マニュアル第4版（DSM-IV）で行動の特徴により規定される発達障害として、不注意優勢型、多動性-衝動性優勢型、混合型の3型に分類された。有病率は3～7%で、男児は女児の3～4倍とされる。

発症には種々の因子が関与していると考えられるが、主にドパミントランスポーター遺伝子とドパミン受容体遺伝子が推察され、神経化学的問題として低ドパミン仮説、さらにノルアドレナリン神経系の関与が注目され、関連する前頭葉、大脳基底核、小脳の機能的・形態的問題が推測されている。その他、環境物質、低出生体重児・早産児、微細脳損傷、虐待などにより、二次的にADHD症状が出現することも知られている。

診断のポイント

ADHDは子どもの行動上の問題点から規定された症状群ととらえることである。診断には家族歴、乳児期からの発達歴・既往歴に加えて、DSM-IVの診断基準(表5)に従い、保護者と学校など2か所以上における症状を確認し、不注意、多動性・衝動性のおおの9項目中いずれかの6項目以上満たせば不注意優勢型または多動性-衝動性優勢型、共に6項目以上満たせば混合型と診断できる。症状の経過をみるうえで評価尺度は有用であり、知的評価を実施することは鑑別、併存障害の有無確認のためにも重要である。