成人口蓋裂の言語訓練成績

川野 通夫*・一色 信彦**・萩尾 藤江*

Results of Speech Therapy in 23 Adult Patients with Cleft Palate

Michio Kawano, Nobuhiko Isshiki, Fujie Hagio

(Kyoto University)

The effect of speech therapy in adult patients with cleft palate had been assessed rather pessimistically. But recent advances in speech therapy have gradually changed this view of the prognosis.

This report deals with the results of speech therapy on 23 patients with cleft palate, as evaluated in terms of both articulatory disorders and hypernasality. Basically, our speech therapy consisted of 1. control of air flow in the oral cavity, 2. auditory training, and 3. articulatory practice. For the enhancement of the velopharyngeal function, the "puff up one's cheek" procedure proved more effective than the customary blowing exercise. It should also be emphasized that the candidates for speech therapy be selected strictly on the basis of the findings of the aerodynamic inspection, auditory and radiographic examination of velopharyngeal function. The speech therapy at our clinic is mainly directed toward the correction of articulation disorders and slight velopharyngeal incompetence.

Various methods have been utilized to accelerate carrying-over the speech sounds which were corrected at the level of word into the level of passage or conversation. They are repetition of monosyllables, singing songs, practice in drama, and frequent use of the corrected sounds in daily conversation.

Another important aspect of speech therapy is associated with psychological problems of the patients with cleft palate speech. The solution of the problem, which will promote their social activity, can be achieved by active counselling of the patients or by application of the operant conditioning method.

は じ め に

成人口蓋裂言語の治療は困難とされているが、我々は言語訓練の方法によっては著明な効果を上げ得る事を発表してきた¹⁾。

その後も「言語訓練は年齢的にみて無理」とか「治りにくい」とかいわれて訓練を断われたり、自分であきらめていたという成人口蓋裂患者の受診は引き続き増加している。今回は前回発表した10症例にさらに13症例を加え、口蓋裂言語訓練の要点とその結果について報告する。

*京都大学医学部附属病院耳鼻咽喉科

**京都大学医学部附属病院形成外科

I. 初 診 時 所 見

1. 症例

昭和51年6月より昭和54年8月までに当科言語外来を受診した成人口蓋裂患者23症例は表1の通りである。

初診時年齢は19歳から50歳，男7例，女16例で，初回口蓋形成年齢は生後数カ月から27歳である。

なお，これら23症例の居住地は近畿一円に及び，通院所要時間は30分から3時間であった。また聴覚以外の他の障害を合併するのは，Klippel-Feil 症候群一例（④）のみであった。

2. 受診の動機

受診の動機はもちろん「正常なことばを話したい」ということであるが，各人の年齢，社会的地位などにより，動機の種類や強さにかなりの差がある。また，これらは問診のとり方，と

る人によっても当然変わるであろう。

以下例記すると大別して，(1)「職場でもっとわかりやすく話し，管理職としての役割を果たすようになりたい」4例（②⑥⑧⑯），(2)「ことばをなおして職場での適応をよくしたい」7例（⑦⑨⑩⑫⑮⑰⑳），(3)「将来の就職にそなえたい」3例（⑤⑬⑳），(4)「今は家に閉じこもっているが，ことばをよくして就職や結婚をしたい」6例（①③④⑪⑭㉒），(5)「子どものために正しい発音を身につけたい」3例（⑩⑬⑱）に分かれるが，いずれも生活の上で改めてことばを意識するようになって発音を治したいと来院したものである。

3. 鼻咽腔閉鎖機能

鼻咽腔閉鎖機能は音声の聴覚的判定と視診および pneumotachograph による空気力学的検

表 I 23

症 例	性 別	初診年齢	職 業	裂の種類
1	女	21	家事手伝	口蓋裂
2	男	30	公務員	唇裂・口蓋裂
3	女	23	家事手伝	〃
4	女	20	〃	口蓋裂
5	女	20	学 生	唇裂・口蓋裂
6	女	50	病院薬剤士	〃
7	女	25	縫製工	〃
8	男	29	工 員	〃
9	女	25	タイピスト	口蓋裂
10	男	23	会社員	唇裂・口蓋裂
11	女	21	家事手伝	〃
12	男	23	会社員	〃
13	男	20	学 生	〃
14	女	27	家事手伝	先天性鼻咽腔閉鎖機能不全
15	女	24	会社員	口蓋裂
16	女	34	主 婦	先天性鼻咽腔閉鎖機能不全
17	女	36	会社員	〃
18	女	36	主 婦	〃
19	男	27	会社員	粘膜下口蓋裂
20	男	23	学 生	唇裂・口蓋裂
21	女	19	会社員	口蓋裂
22	女	27	家事手伝	〃
23	女	19	看護婦	〃

表 2 初診時の異常構音

症 例	声門破裂音	咽頭摩擦音	歪 み 音	省 略	鼻 音 化	鼻腔構音
1	p, t, k, kj, ts, f, s,					
2	p, t, k, kj, ts, tf,		b, g, s, f,			
3	p, t, ts, k, kj,		s, f,			
4	t, ts, k, kj, s,	f,	p, dʒ,		dz, b,	
5			ts,	p, t, k, kj,		
6	p, t,		n,	k, kj,	b,	
7	p, t, k, kj,				s, f,	
8	p, t, ts, k, kj		dʒ, n,		b, g,	
9	t, ts,	s, f,	s, f,	k,	p,	
10			t, k,	p,		
11	p, t, k, tf, d,					
12	p, t, k, kj, tf, ts, dʒ,				s, f, g,	
13	t, ts, k, kj, s, f,					
14	p, ts, kj,		t, k, tf,			
15			ts, s, f,			
16	p, t, ts, k, tf, dʒ,				s, f,	i
17	k,		kj,		p, t, s, f, dz,	i
18	p, t, ts, k, kj, tf,		dz, s, f,			
19	k, kj,		t, ts,			
20	p, t, k,					
21	t, k,					
22	p, t, k, tf,					
23	p, t, k,					

査によって評価した。

その結果、23症例中17例は鼻咽腔閉鎖機能不全あり、3例は鼻咽腔閉鎖機能限界値（critical²⁾），また3例は鼻咽腔閉鎖機能不全なしと判定した。

これら全例とも当院で初回口蓋形成術を受けたことはない。鼻咽腔閉鎖機能不全17例にはまず咽頭弁形成術を施し、限界値3例と閉鎖機能不全なし3例には初めから言語訓練を行った。

4. 異常構音

単語による構音検査の結果は表2の通りである。

全例に2個以上の声門破裂音や咽頭摩擦音、歪み音などの異常構音がみられる。これら23症例でみる限りでは、他の子音への置換、口蓋裂傾向および側音化構音はみられなかったが、〔i〕列音の鼻腔構音2例（先天性鼻咽腔閉鎖

機能不全）があった。そして、最も多い異常構音は〔p〕〔t〕〔k〕音などのいわゆる声門破裂声による置換であった。

5. 聴力損失

平均聴力損失が20dB以上であった症例は表3の通りである。

このうち症例②は純音聴力検査では800Hzで左80dB、右60dBに達する高音域漸傾型混合難聴であった。

これら聴力損失が言語訓練に及ぼす影響は軽視できないが、この問題については別稿にゆずる。

6. 行動および性格

言語活動について問診内容をまとめると下記の如くである。

(1)ほかの人がいるところで電話のベルが鳴った時、受話器をとらない、全例。

(2)電話にでた時、話すのが苦痛でない、1例(⑩), 苦痛である、22例(症例⑩を除く全例)などあり、この他に異性に対して電話をかけられない、7例(②④⑩⑫⑭⑯⑳㉑)があった。

(3)病院の外來で時々聞きとれない程声が小さい、9例(①②④⑤⑧⑨⑪⑫㉒㉓)。このうち症例④は言語訓練担当者以外の者が名前を呼んでも返事ができなかった。

(4)学業終了後のようすでは、就職したいけれどことばを意識して家に閉じこもっている、6例(①③④⑪⑭㉒)があった。

表3 症例別聴力損失

症 例	平均聴力損失 (dB)	
	左	右
2	28	26
4	57	32.5
9	21	45
10	25	30

註) 平均聴力損失 = $\frac{a + 2b + c}{4}$
(a : 500Hz, b : 1,000Hz, c : 2,000Hz)

II. 言 語 訓 練

1. 術前訓練

鼻咽腔閉鎖機能不全ありと判定された症例については、咽頭弁形成術までの期間、患者の言語改善への意欲を高め、手術後の訓練期間を少しでも短縮するために、術前に鼻孔を指で押さえた状態で構音操作を教え、できれば文章朗読レベルまでの改善をはかった。期間は手術までの6カ月以内、指導回数は2~22回(1回約40分)であった。

2. 呼吸の口腔内操作

言語訓練の中心となるのは、あくまで構音操作の指導である。

構音訓練に先立ってしばしば行われる吹く訓練、特に強く吹く訓練(hard blowing exercise)は当科では全く行わない。しかし、咽頭弁形成術後1カ月経ってなお開鼻声の残るものには、次のような呼吸の口腔内操作の指導を行った。我々はこの中に軽く吹く訓練を含めている。

(1)呼吸を鼻と口から交互に出す。

(2)軽く呼吸を〔ΦΦΦ^o……〕と口から出して、眼前の風車や紙片を動かす。

(3)頬をふくらませて、口腔内に呼吸を溜め、〔p ΦΦΦ……〕と軽く呼吸を口から出す。

(4)鏡の前であくびの動作をして軟口蓋の挙上を実際に見せたり、また口笛を吹く。そしてその時の筋感覚を説明する。

3. 耳の訓練(ear training)

正しい音と誤り音の弁別訓練や、いろいろな音の中から訓練する音を聞き出す、いわゆる耳の訓練をそのみ単独で行うことはめったにない。構音操作の指導過程で、患者の誤った音を録音で聞かせたり、訓練担当者が正しい音と患者の誤って出している音を模倣して聞き分けさせることで十分である。ただし、声門破裂音や咽頭摩擦音、鼻腔構音などはその音を聞かせて、音の性質や構音点についてかなり詳しく説明するようにしている。

4. 構音訓練

構音訓練の方法は、前回音声言語医学20巻3号に発表したものと同一である。内容が重複するが、今回はもう少し詳しく記述する。

(1)〔p〕音の指導

前述した呼吸の口腔内操作の指導に続き、口唇をはじくことから〔p〕音の指導を行う。このとき、呼吸が口から前に出るようにすることが大切である。そのために我々は、チリ紙(巾5cm, 長さ20cmくらい)を患者の顔の前にたらし軽く息を出させたり、小さいローソクの灯を吹き消させたりする方法を用いている。

患者が〔ΦΦΦ……〕と構音している時、人さし指を口唇の下にそれと平行に置き、指で下口唇を下から上にはじくと、瞬間的に唇が閉じ、〔ΦΦΦ p ΦΦΦ〕となる。口唇をはじく要領を

つかんだら、チリ紙を使わず〔ΦΦΦ……〕と息を口から前に出し、指を使わず軽く口唇をはじくことにより、〔ΦΦΦ p ΦΦΦ〕→〔p ΦΦΦ〕を出す。

また、頬をふくらませて、両頬を指で瞬間的に強く押すことにより口唇をはじいて呼気を口から出すことを教え、〔p ΦΦΦ〕にはいる方法も用いている。

ささやき声で〔p ΦΦΦ〕が言えるようになると、そのあとに声を出して〔u〕⁴⁾を続け、しだいにその間隔を縮めていく。こうして、〔pΦΦΦ+u〕→〔p Φ u〕→〔p u〕へとすすむ。

〔p u〕が単音筋で構音できるようになると、続いて連続音（「ププププ」など）→無意味音節（意味のない音の組み合わせ「アプアプアプ」など）→単語→文章→会話へと訓練をすすめる。以下、〔k〕音、〔t〕⁴⁾音、〔ʃ〕⁴⁾音、〔s〕音についても、この訓練順序は同じである。

(2) 〔k〕音の指導

〔k〕音の指導のポイントは奥舌の挙上である。原則的に〔ka〕は〔ga〕から誘導する。

〔ga〕が出ない時は、まずうがいの練習から始める。

①少量の水を口に含んで上を向く。

②上を向いたまま口を開け、しばらくそのままである。

③②の状態で〔nnn〕⁴⁾……〕と言う。

④うがいの要領で「ガラガラ」と音をたてる。

うがいができるようになると、今度は水を含まないで〔nnn……〕と言い、そのあとに〔ŋa〕⁴⁾をつけて〔n-na〕→〔ga〕を導く。（音をたててうがいができなくても③の状態から〔n-ŋa〕へ導くこともできる）

単語で〔ga〕が正しく出るところになると、〔ga〕から〔ka〕へ誘導する。これは〔ga〕のささやき声のあとに〔ha〕をつけて、〔k^hha〕⁴⁾→〔kha〕→〔ka〕へと訓練する。

(3) 〔t〕音の指導

〔t〕音は上歯の裏あたりを舌尖ではじくことにより構音できる。舌尖の動きが悪く、はじ

く力が弱い場合、次のような舌運動を促進するための練習を平行して行う。

①うどんをすすする。

②「ナンナンナン」または「ソーダソーダ」を練習する。

③リズムとメロディをつけて「ランランラン」とか「リリロリロリロリ」などと歌う。

こうしながら、〔t〕音の指導は舌を口唇ではさみ、ささやき声で〔pa〕と言うつもりで舌を急に引っ込め、ささやき声〔ta〕を出す方法を用いる。

あるいは、〔na-ŋ〕と言って歯茎部の裏に舌尖を挙上させ、勢いよくはじき落とすことから有気性の〔t^h〕⁴⁾をつくる方法も用いる。また、いきなりささやき声の〔ta〕を模倣させることもある。（症例⑩はこれを用いた）

〔tʃa〕が正しく構音できている場合、舌尖の動きに注意を向けさせ、ささやき声の〔tʃa〕⁴⁾→ささやき声〔tsua〕⁴⁾→ささやき声〔ta〕へと漸次接近させていく方法もある。

ささやき声で〔ta〕が構音できるようになると、声を出して〔ta〕と言う。

(4) 〔ʃ〕音の指導

〔ʃi〕⁴⁾のささやき声から誘導する。このとき、呼気が上下の歯間から摩擦性の音として出るように注意し、しだいに〔ʃʃʃ……〕音に近づける。

次に〔ʃʃʃ〕のあとに〔i〕をつけ〔ʃi〕と言えるようにする。

(5) 〔s〕音の指導

歯間に舌を出し〔Φu〕のささやき声を長く出させると〔000……〕となる、〔θ〕からしだいに舌を引っ込め〔sss……〕を誘導する。

〔sss〕が言えるようになったら、これに母音〔u〕をつけ〔suu〕^{註4)}と言えるようにする。

成人人口蓋裂患者は構音の悪習慣が身につけていて、単語を正しく構音することまでは比較的簡単にできるが、会話では依然として過去の誤った構音習慣にとらわれやすい。正しい構音操

表4 言語訓練回数

症例	術前訓練				小計	術後訓練				小計	訓練 総回数	合宿 回数	訓練 総期間
	音節	単語	文章	会話		音節	単語	文章	会話				
1	6	3	2		10	4	3	21	13	34	44	3	20ヵ月
2	2	1			2	1	2	2		4	6	4	7ヵ月
3	6	4	13		18	3	2	7	1	10	28		16ヵ月
4	3	2	5		10			13	20	28	38	2	(26ヵ月)
5	3	1	10	4	18						18		10ヵ月
6	1	3	1		4	3	1	4	1	9	13	2	(27ヵ月)
7	7	1			7		4	4	1	9	16	1	9ヵ月
8	4				3	2	4	13	2	18	21	1	(23ヵ月)
9	1	4	4		4	1	2	2	13	20	24		12ヵ月
10	3		1		4			5		5	9	2	9ヵ月
11						2	4	6	2	12	12		(17ヵ月)
12	5	2	8	13	22						22	1	(18ヵ月半)
13	10	7	8	1	16						16	2	(6ヵ月)
14	8	4	4	1	12						12		4ヵ月
15	1	1			2	6				4	6		11ヵ月
16						9	3	6	3	8	8	2	(6ヵ月)
17	10	8	5		19	6	4	3		10	29	1	(11ヵ月半)
18						19	7			18	18		(15ヵ月半)
19						2		2		3	3		3ヵ月
20	7	5	6	5	15						15	2	(15ヵ月)
21	3	1	3	8	12						10		(5ヵ月半)
22						6		3	10	15	15		(12ヵ月半)
23						3	2	1		1	1	3	(3ヵ月)

註) 音節, 単語など個々の訓練は2つ以上平行に行うことがあるため, 加算しても小計, 訓練総回数とは合わない. 訓練総期間の()内は継続中のものを示す.

作を会話まで持ち込むためには, 無意味音節での訓練が重要である. 特に, 患者の訓練している音を他の言いにくい音と組み合わせた連続構音の訓練(たとえば「カ」について「タカタカ」「ナカカラ」など)を繰り返して行う.

このような無意味音節での訓練から単語, 文章での訓練にすすみ, 会話訓練として, 歌, 落誠, 日常生活用語, 演劇, テーブル・スピーチ, グループ・ディスカッションなどの指導をする.

5. 指導期間と回数

術前, 術後訓練の期間と回数は表4の通りである.

合宿は患者数名と言語訓練担当者, ボランテ

ィアが院外で1~2泊するもので, 1日6~7時間におよぶ集中的な構音訓練と個人および集団のカウンセリングなどを行っている.

6. 心理的な指導

心理的な指導としては大別して, カウンセリングと行動療法を用いている.

(1) カウンセリング

構音指導の後約30分, 患者の感情をありのままに受容する非指示的なカウンセリングを実施する. 最初2~3回は全例に行い, あとは必要に応じて行う.

また, 合宿の集団カウンセリングも有効で, 患者同志, 悩みを語り合う中で共感が生まれ, 自己受容と共に問題解決にふみ出そうとする構

えができてくる。訓練者としても、院内ではみられない患者の心理的、社会的問題や性格などを知ることができ、その後の指導計画立案にも役立つ。

(2)行動療法

①電話を苦手とするものがほとんどなので、聴能訓練用電話器を用いて室内で訓練することから、院内の外来から研究室への連絡、院外から訓練者への連絡へとすすみ、順次電話をかける相手も広げ、回数も多くするよう指導する。

②口蓋裂児の山登りや合宿に、患者をボランティアとして参加させ、後で口蓋裂児の両親を含めた懇談会を持つ。ここでは、患者は子ども

の持つ発達上の問題や、母親の子どもへの態度（過保護、過干渉、安定した関係など）を実際にみることにより、自己の心理的問題を洞察する機会を持つことになる。

また、症例①は大学の言語障害担当教員養成課程特別専攻科へ研究生として入り、より広く言語障害について研修し、次は料理旅館で働きインターホンで100～200名分の料理名を次々と調理場に連絡するうち、会話時の構音と電話や人との会話を避けようとする態度に大きな改善をみた。

このように進学や就職、職場での適応にも行動療法を取り入れて指導している。

Ⅲ. 結

果

1. 訓練終了時の基準

訓練終了時の我々の基準は、(1)構音が「正常」または「ほぼ正常」、(2)患者の話しことばに対する自己評価、(3)行動上の変化の3つをもとにしている。

構音の「ほぼ正常」とは「会話時に時たま子音が歪む程度に30分くらい話せる者、リラックスして早口にしゃべる時は誤り音があってもよい」としている。

行動上の変化とは「電話がかけられるようになった」「声が大きくなった」などから「自分の希望する仕事についた」など患者の自己決定能力の向上も目安にしている。構音改善の最終判定は、なるべく会話時の観察を長時間、自然に行える合宿でするようにしている。

2. 構音

指導の結果、構音の改善度は表5の通りである。「ほぼ正常」以上として構音訓練を終了したもの；13例。広い意味で訓練中のもの；10例である。このうち4例（④⑧⑫⑲）は文章訓練を終了し、合宿による会話訓練を行っていて、近日中に終了の見込みである。

症例⑳も会話訓練に入ったが、上顎急速拡大術を受けたため訓練を中断している。

症例⑥は会話時に「時々わからないことが

表5 構音訓練結果

レベル 症例	終	了	会	話	文	章	単	語
1	○							
2	○							
3	○							
4				○				
5	○							
6				○				
7	○							
8				○				
9	○							
10	○							
11				○				
12				○				
13				○				
14	○							
15	○							
16					○			
17					○			
18								○
19	○							
20					○			
21				○				
22				○				
23								○
計	10		8		3			2

術をしたところ、開鼻声がなくなり、間もなく訓練を終了できるまでになった。

2. 強く吹く訓練をしなかったこと

(頬をふくらませて呼吸を出す訓練の意義)

従来、吹く訓練 (blowing exercise) については賛否両論いまだ結論が出ていないようである。我々はいわゆる強く吹く訓練は行わず、原則として口唇音 (〔P〕音) の指導の中で、患者にごく軽く呼吸を口から出すように求めるだけである。

強く吹く訓練により軟口蓋の挙上や咽頭側壁の動きが改善されることもあり得るが、それはものを口にくわえて吹く時の動作であり、構音操作時の鼻咽腔閉鎖機能の改善には直接つながらないと考えられる。

吹く訓練より、頬をふくらませて呼吸を吹き出す訓練の方が、(1)口唇を閉じる (弾力性をもたせるようにはじくこともできる)、(2)軟口蓋を挙上させ鼻咽腔閉鎖機能訓練となる、(3)口腔内圧上昇感覚をもつ、の3者を同時に習得できるのでより望ましいと言える。

長期間吹く訓練をした患者の中には、軟口蓋末端と咽頭後壁間の距離が大きいが、軟口蓋の挙上や咽頭側壁の動きが驚くほどよく、単語までは正確に構音できる者もいる。しかし、その大部分は会話時には鼻咽腔閉鎖機能が不十分で、構音がくずれ開鼻声を示す。呼吸の口腔内操作を教えることから始めて構音操作の訓練に入り、6カ月経過しても鼻咽腔閉鎖機能が改善されないものは再手術を考えた方がよい。

3. 構音訓練に重点をおいたこと

これまでの臨床経験で、患者たちが受けてきた訓練を聞いてみると、耳の訓練 (ear-training) と吹く訓練 (blowing exercise) が重視される割には構音操作のヒント、誘導などは指導されずに、ことばを改善するよう求められてきた例が多い。

言語訓練はまず構音訓練に重点をおくべきで、訓練方法として、口蓋内圧や経鼻気流々出をメーターまたはオシログラフでみせるフィー

ドバック (バイオフィードバック)、指や鏡などの触覚的、視覚的援助による口唇音の導入、その他ささやき声の応用、他の音からの接近法、舌位 (構音運動時における舌の位置) からの誘導法、摩擦音では〔ff……〕などの持続発声などを用いる。

当然のことながら構音訓練は単音節、単語、文章、会話へと移行すべきであるが、単語へ入る前に同一単音節や同一行音節 (「キカカキ」など) の連続発音をかなり速く出せるようにすることが重要だと考えられる。

ただある単音節を「こう言ってごらん下さい」「いいえ、ちがっています。もう一度言ってごらん下さい」では駄目で、どうしたら正しい音が出せるようになるか、各々のケースでヒントが与えられるようにしなければならない。

なお、鼻咽腔閉鎖機能不全があっても、鼻をつまんだりして構音異常の改善は可能であり、このような方法で術前より構音訓練をした症例は、単語レベルまでは正しい構音操作を習得することができ、咽頭弁形成術後の訓練期間を短くし、患者を勇気づけることができた。

4. 会話をよくする工夫

従来、構音異常は増齢に伴い単語や文章レベルで改善できても、それを会話レベルへ移行 (carry over) させるのが困難だと言われてきた。

事実その通りであるが、会話での構音改善の工夫として、次のような方法は有効だと考える。

(1)無意味音節の連続発音訓練を重視する。特に個々の患者の言いにくい音の組み合わせを見つけてプログラムを作ることが重要である。

(「カ」について言えば「ナ㊦カラ」の○印の「カ」が言いにくいなど)。

(2)歌の指導。各自の訓練する音が多く出てくる。比較的テンポの速い曲を歌う。大きな声で心から楽しく歌った経験のない患者もかなり多いので、心理的な解放にもいいし、開鼻声 (nasality) を減ずることもある。

(3)演劇の指導。一定時間正しく話すようにす

るだけでなく、他の人格を演じることで心理療法としても有効である。患者の興味をひきやすいし、合宿でやれば練習効果が仲間にすぐ認められるなどの点もよい。

(4)実生活のことばの訓練。成人の構音異常改善の困難性を考慮して、日常生活での適応をよくするため、改善のできた構音を少しの語数でもできるだけ早く実生活の会話で確実に言えるように訓練した。具体的には単語終了の頃から、日常生活の挨拶、日常通う駅名、職場の同僚の名前、実務用語、忘年会用の歌などを訓練した。

(5)患者の動機づけの配慮。成人口蓋裂患者の構音改善が可能だといっても、子どもと違って数倍の時間や努力を要することがある。この困難を乗り越えて、患者を構音改善に立ち向かわすためには、以下のような点に配慮して患者を動機づけることが必要である。

ア)患者と担当医師、言語訓練者が深い心のつながり(rapport)を持つ。そのためには患者の考え方や行動、性格など、いっさいを非難しないで、ありのままに受容することから始めなければならない。

イ)合宿による集団の力の応用。仲間意識や連帯感は患者に励みと共に適当な競争心も生む。

ウ)楽しみながら治す工夫。合宿に適当なリクレーションを取り入れて、集まって来ることにそのものに楽しみを与えることもよい。患者の好みに応じた詩や落語の暗誦、歌の訓練など心理的な生活を豊かにし、楽しみながら構音を改

善しようと工夫することが大切である。

5. カウンセリング、集団指導の重視

成人患者の社会不適応、性格の歪みが本人たちにとっていかに深刻なものであるかは、具体的に述べた通りである。これらに対する理解・助言なしに患者の信頼は得られないし、訓練効果も上がらない。言語障害が性格、行動の歪みの原因であるにしても、訓練効果を上げるには、後者の問題解決にも積極的に努力せねばならない。

またカウンセリングの中で、症例⑥のように構音改善が不十分でも、患者が意識や行動面で大きく変わり(この場合は話すことへの自信から管理職採用試験を受け合格した)、生活が充実してくれば、患者の自己決定により治すことにこだわらず、発音の訓練にあまり重きを置かないように励ますことも大切である。

このように構音改善に打ち込む時期から、治すことにこだわらない生き方への転換を適時助言することも言語訓練者の重要な役割である。

症例⑦は構音が改善し言語訓練をいったん終了していたが、最近になって「何度お見合いをしても断られるのではないかという恐怖が先にたって、つい自分の方から断ってしまう」といって面接を求めてきた。

今後はこのように構音改善後も患者の心理的な問題の相談に応じることが多くなるだろうが、問題の性質によっては言語訓練者だけでなく、精神科医や臨床心理学者など他の分野の専門家の援助を仰ぐことが必要かつ適切なことになると考えられる。

V. 結 語

(1)口蓋裂言語を有する成人患者に対し言語訓練を行い、かなり満足すべき構音改善成績を得ることができた。

(2)言語訓練では構音操作の指導が最も重要と考えられる。強く吹く訓練は不要で、頬をふくらませたり、軽く呼気を吹き出すことから構音操作を教える方がより有効なことが多い。

(3)軽度鼻咽腔閉鎖機能不全があっても、ひどい構音障害を生じることがある。しかし、これは言語訓練によって改善可能である。ただし、鼻咽腔閉鎖機能不全の判定や言語訓練法を誤ると、構音の悪習慣をかえって誘発しかねない。

(4)カウンセリングなどにより、患者の意識や行動を変化させるよう働きかけることが重要である。

(5)構音についての言語訓練は終っても、患者は心理的な問題や社会適応について長期にわたって援助を求めることが多い。今後はこのためのチーム・アプローチも重要な問題となる。

(6)言語訓練の場面や方法を訓練室内でのみ行う構音訓練と面接に限ってでは好ましい成績はあげられない。大学や旅館での学習を重視した症例①のように訓練場面も言語訓練担当者の働く場所も病院の指導室から野外、合宿などと広く考えるべきである。

註1) 音声言語医学20巻3号(昭和54年7月25日発行)

註2) 鼻咽腔閉鎖機能限界値は音声と視診および空気力学的検査の3つの判定基準を総合して決定する。開鼻声は、(1)やや、(2)かなり、(3)非常に、と3段階に分けた場合、(1)以下であり、鼻咽腔抗抵値は45~100 dyne.sec/cm⁵のものをいう。

註3) 服部四郎によれば「シ」→〔ɕi〕, 「チ」→〔tɕi〕, 「ジ」→〔dezi〕と表記するとあるが、本論文では「シ」→〔ʃi〕, 「チ」→〔tʃi〕, 「ジ」→〔dʒi〕などの簡略表記を用いた。

註4) 〔Φ〕……「フ(Φw)」の子音

〔w〕……母音「ウ」

〔ʃ〕……「シ(ʃi)」の子音

〔ɒ〕……「ン」の子音

〔ŋa〕……「カ^o」の音(「ガ」の通鼻音)

〔k^h〕……子音のkのあとに氣息音hの音が
つづいた音

〔t^h〕……子音tのあとに氣息音hの音が
つづいた音

〔tʃa〕……「チャ」の音

〔tsuw〕……「ツ」の音

〔ɕi〕……「ヒ」の音

文

- 1) 大橋靖:口蓋裂治療の予後。歯界展望, 29:1493~1498, 1967.
- 2) 岡崎恵子, 佐藤美子, 鬼塚卓弥, 赤川徹弥:口蓋裂言語における口蓋化傾向。聴覚言語障害 4:8~15, 1975.
- 3) Morley, M.E.: Clefts Palate and Speech (7th ed.). E & S Livingstone Edinburgh and London, 1970.
- 4) 阿部雅子, 福迫陽子, 沢島政行:口蓋裂60症例の構音訓練成績。音声言語医学 18:67~73, 1977
- 5) 阿部雅子, 沢島政行, 福迫陽子:構音障害のI型(鼻腔構音)について。音声言語医学 19:29~30, 1978.
- 6) 田中幸代:口蓋裂の言語治療。38:1417~1425, 1966.
- 7) Isshiki, N., Honjow, I., and Morimoto, M.:

献

- Indication and the Results of Pharyngeal Flap Operation. Arch. Kjin. exp. Ohr., Nas.-u. Kehlk. Heilk. 200:158~168, 1971.
- 8) 相野田紀子, 鈴木重忠:成人口蓋裂患者の言語治療経験。聴覚言語障害 3:123~129, 1974.
 - 9) 川野通夫, 一色信彦:成人口蓋裂の言語訓練。音声言語医学 20:255~261, 1979.
 - 10) 本庄巖:口蓋裂音声における鼻咽腔閉鎖度の意義。耳鼻臨床 60:865~881, 1967.
 - 11) 川野通夫, 萩尾藤江:唇裂・口蓋裂の相談。全国言友会連絡協議会, 1979.
 - 12) 糸沢二三子, 利重敦子, 三日月理子, 吉田くすほみ:口蓋裂児理解のための一考察(上)(下)。日本歯科評論 445, 446:172~184, 163~170, 1979.
 - 13) 服部四郎:音声学。岩波全書, 1951.