成人口蓋裂の言語訓練

川野通夫* 一色信彦**

Results of Speech Therapy in 10 Adult Patients with Cleft Palate

Michio Kawano* and Nobuhiko Isshiki**

Palatoplasty for cleft palate is usually performed before 2 or 3 years of age when the speech starts developing. As the results, children with cleft palate speech has apparently decreased. Despite this progress in the treatment for cleft palate, not a few adult patients with cleft palate still have speech disorders to the extent that their social adjustment is thereby much disturbed. Speech pathologists or therapists have long been well aware of the fact that the speech disorders in adult patients are much more resistant to speech therapy than those in children.

Our recent concentration speech therapy appears to change this dismal pattern of speech therapy in adults.

Our speech therapy concentrated for 21 months, includes not only articulation training but also help for their social adjustment. Our speech therapy features in the following points.

Emphasis on articulation training. Correct articulation, first of lip, is trained with the aid of tactile and visual sensations. Fricative sounds are induced by sustained fricative production with whispered voice, while difficult sounds requiring tongue adjustments are often induced by modification of other sounds. Puff up one's cheeks proved more useful for velopharyngeal closure training than blowing exercise.

It should also be emphasized that the patients for speech therapy should be strictly selected on the basis of objective evaluations of V-P function; aerodynamic, inspectory, auditory and radiographic examination.

Various methods have been applied to accelerate carrying the corrected sounds at the level of monosyllable or word over that of passage or conversation. They are singing a song, repetition of monosyllable, participation in a drama and frequent use of the sounds in their daily life conversation.

Active counselling with the patients was also quite effective in promoting their social activity.

はじめに

近年口蓋裂患者に対する早期手術が普及し、口蓋裂言

語（開鼻声と構音の悪習慣）を持ったまま、学童期を迎える症例はしだいに減っている。しかし、現在でもなお、成人で口蓋裂言語を持つ場合もまれではなく、この場合話しことばの異常に対する自己意識に顔面醜形の影響も加わり、問題はしばしば話しことばの障害にとどま

* 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

らず、性格や社会適応にまで及んでいる。

ところが成人人口蓋裂言語の改善は困難とする考えが一般にかなり浸透しており、これから述べる症例の中にも「年齢的に無理」とか「現在の程度で十分です」などといつて、指導を断わられたものが10例中3例ある。

また言語障害に関する本邦での文献も構音改善は増齢とともに困難になるとするものが多く¹⁻⁴⁾、改善は可能であるとするもの^{5,6)}も若干みられるが、ともに症例に基づいた具体的記述に乏しい。心理的指導の必要性に触れた文献もあるが、言語訓練中どのように指導するか内容を記述したものは、渉猟した範囲ではみられなかった。

筆者は過去の臨床経験から、成人人口蓋裂患者の言語訓練は構音指導とともに心理的指導が重要であると感じ、昭和51年6月よりこれら両面の指導を重視し、改めて取り組んできた。その結果若干の知見を得ることができたので報告する。冗長と思われるかもしれないが、指導効果向上の観点から症例ごとに具体的に記述する。

I. 初診時所見

1. 症 例

昭和51年6月より昭和53年3月までに京都大学医学部附属病院耳鼻咽喉科言語外来で言語訓練を受けた成人人口蓋裂患者10症例は表1のとおりである。

表 1 10 症例の内容

症例	性別	年齢 (初診)	初回口蓋 手術年齢	職 業	裂 の 種 類
①	女	21	6	家事手伝	口 蓋 裂
②	男	30	6	公 務 員	唇裂・口蓋裂
③	女	23	18	家事手伝	"
④	男	23	4	会 社 員	"
⑤	女	20	16	学 生	"
⑥	女	50	23	病院薬剤士	"
⑦	女	25	11	タイピスト	口 蓋 裂
⑧	女	20	5	家事手伝	"
⑨	女	25	19	縫 製 工	唇裂・口蓋裂
⑩	男	29	5	工 員	"

初診時年齢は20歳から50歳、男3例、女7例で、初回口蓋形成術年齢は4歳から23歳である。

症例⑥は45歳の時から speech-aid を装用したが、ささえとなる歯が抜けて装用困難となり、症例⑩は18歳で咽頭弁形成術を受けたが弁が細い紐状になり、さらにこの弁を股ぐ形に2股の speech-aid を装用したことがあるが、鼻咽腔閉鎖機能は改善しなかったものである。他に口蓋再形成術を受けたものはなかった。

これら10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。聴覚以外の他の障害を合

併するものは Klippel-Feil 症候群1例 (⑧) のみであった。

2. 受診の動機

受診の動機はもちろん「正常なことを話したい」ということであるが、各人の社会的環境などにより、動機の種類、強さにはかなり差がある。また問診のとり方、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)「家にとじこもっているけれど就職や結婚をしたい」3例 (①③⑧)、(2)「職場でもっとわかりやすく話したい。もっとやりがいのある仕事につきたい」7例 (②④⑤⑥⑦⑨⑩) の2群にわけられ、動機の強さとしては(1)群中「自分ではほとんど話せないで、外出するときはいつも私(母親)がついてい。何とか少しでも話せるようになって欲しい」(⑧の母親)のように、自分では改善をあきらめていて、家族につれてこられたものから、(2)群の「教師になりたかったのに高校時代、ことを理由に縫製工になるように指導された。発音をよくして教育的な仕事につきたい」(⑨)のように自ら強い動機を持つものまでさまざまである。

3. 鼻咽腔閉鎖機能

鼻咽腔閉鎖機能は音声と視診および pneumotachograph を用いる空気力学的方法⁷⁾により評価した。

その結果全例に開鼻声が認められ、9例は視診と pneumotachograph による測定の結果、鼻腔抵抗値 45 dyne·sec/cm⁵ 以下で鼻咽腔閉鎖機能不全があり、1例 (⑥) は限界値 (critical)* (鼻腔抵抗値 51.35 dyne·sec/cm⁵) と判定した。

これら全例とも当院で口蓋形成術を受けたことは無い。鼻咽腔閉鎖機能不全の9例については、まず咽頭弁形成術⁸⁾を行うこととした。

4. 異常構音

単語による構音検査の結果は表2のとおりである。

これら10症例でみるかぎりでは、母音の誤りや子音の置換、口蓋化傾向および側音化構音はみられず、最も多い異常構音は[p] [t] [k] 音などの声門破裂音であった。

5. 聴力損失

平均 20dB 以上の聴力損失のあった症例は表3のとおりである。

このうち症例②は8,000Hz で 左 80dB, 右 60dB に達

* 鼻咽腔閉鎖機能限界値は、音声と視診、空気力学の検査の3つの判定基準を総合して決定される。開鼻声は(1)やや、(2)かなり、(3)非常に、と3段階にわけた場合(1)以下であり、鼻腔抵抗値でいえば50~80dyne·sec/cm⁵のものをいう。

表 2 初診時の異常構音

症例	声門破裂音	省略	歪み	鼻音化	咽頭摩擦音
①	p.t.k.kj.s.f.dʒ				
②	p.t.k.kj.ts.tf		b.g.s.f		
③	p.t.k.kj.ts		s.f		
④		p	t.k		
⑤		p.t.k.kj	ts		
⑥	p.t.	k.kj	n	b	
⑦	t.ts	k	s.f	p	
⑧	t.ts.k.kj.s		p.dʒ	dz.b	f
⑨	p.t.k.kj				s.f
⑩	p.t.ts.k.kj		dʒ.n	b.g	s.f

表 3 症例別聴力損失

症 例	平均聴力損失 (dB)	
	左	右
②	28	26
④	25	30
⑦	21	45
⑧	57	32.5

注) 平均聴力損失 = $\frac{a+2b+c}{4}$

(a: 500Hz, b: 1,000Hz, c: 2,000Hz)

する高音域漸傾型混合難聴であった。

これら聴力損失も言語訓練結果に多少の影響を持つものであり軽視できないが、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ごとくである。

1) ほかの人がいるところで電話のベルが鳴ったとき、(1)受話器をとる: 0, (2)受話器をとらない: 10 (全例), 症例①⑧は1人で留守番をしていても受話器をとることはめったにない。

2) 電話に出たとき、(1)普通に話す: 1 (④), (2)なるべく短いことばですませたいが必要なことは話す: 6 (②③⑤⑥⑨⑩), (3)ハイ、イエエ、ウンなどで簡単な返事ですます: 3 (①⑦⑧)。

3) (1)友人や同僚と長時間話し合う: 1 (④), (2)話し合いの場面なるべく聞き役になる: 4 (②⑤⑥⑩), (3)長時間話すことはめったにない: 4 (①③⑧⑨), (4)はっきり答えられない: 1 (⑦)。

4) (1)自分から洒落や冗談がいえる: 1 (④), (2)いえない: 9 (④以外全例)。

このほか来院時、5例 (②⑤⑦⑧⑩) は声が小さく、4例 (①⑦⑧⑨) は伏目がちに話す習慣を身につけていた。

性格や行動に関する患者自身のことばから例記すると「異性に電話をかけられない」3例 (②④⑩), 「患者の名前を呼んですぐこないときは自分のせいだと思って薬袋を窓の外にそっと置く」⑥ (薬剤士), 「家事を手伝い始めた頃は軒かの店で買物ができたが、今はことばのいらないスーパー以外のところへは行かない」(⑧) などがあり、言語活動からの逃避傾向や生活そのものに自信や張りを失った傾向がうかがわれる。

II. 言語訓練

1. 術前訓練

手術までの期間、少しでも改善できることがあればという患者の欲求に応じて、言語訓練担当者が鼻孔を指で押えて呼吸を口から出すことから構音操作を指導した。目的は鼻孔を閉鎖した状態で、できれば文章朗読まで正しい構音ができることであった。期間は手術までの6カ月以内である。対象は咽頭弁形成術予定の9例で、指導回数は2~18回 (1回約40分) であった。

2. 術後の鼻咽腔閉鎖機能

咽頭弁形成術を施した1カ月後、9例中3例 (④⑥⑨) は経鼻呼吸漏出と開鼻声がみられなかったが、6例 (①②③⑦⑧⑩) には認められた*。前者には構音操作を、後者には呼吸の口腔内処理から訓練をした。

3. 吹く訓練

言語訓練の核をなすのは構音操作の指導である。

構音訓練に先だって、いわゆる強く吹く訓練 (hard blowing exercise) は全くしない。これにより鼻咽腔閉鎖機能があまり改善されることはなく、咽頭弁形成術によりその機能が得られるからである。また少量の経鼻呼吸漏出が残っていても、正しい構音は可能である。

術後1カ月経って開鼻声の残るものには(1)「呼吸を鼻と口から交互に出す」(2)「頬をふくらませてp ΦΦ……と呼吸を出す」、(3)「鏡の前であくびの動作をさせて軟口蓋の挙上をみせたり、その時の筋感覚を説明する、また口笛を吹く」などを指導する。これは鼻に流していた呼吸を口にもっていくことと、軟口蓋挙上、咽頭収縮に伴う筋感覚を自覚し、口腔内圧上昇感を把握させ、結果として構音操作に伴い口腔内に呼吸をためたり、吐き出したりすることができるようにする。つまり呼吸の口腔内での処理を上手にしようとするものである。これらに伴い口腔内圧が若干上昇したり、鼻咽腔閉鎖機能もいくぶんよくなることもあるが、それ自体を訓練目的とする

* 術後この時点では局所症状 (頸部の痛みなど) もあり、この結果がそのまま鼻咽腔閉鎖機能の予後を正確に示すものではない。

ものではない。

4. 耳の訓練 (ear training)

正しい音と誤り音の弁別訓練や訓練する音の聞き出しをする、いわゆる耳の訓練もそのみを行うことはめったにない。構音操作の指導過程で録音を聞かせることでこの訓練はできる。ただし、声門破裂音や咽頭摩擦音などは、その音を聞かせて音の性質や構音点を説明するよう留意している。

5. 構音訓練

構音訓練は阿部ら⁶⁾の方法と大旨同じである。冗長になるので重複記述はさけ、阿部らの方法に若干追加することにとどめる。

声門破裂音について、阿部らによると [p] は口唇をせめ軽く息を出して [Φ] をつくることから [pΦΦΦ] → [pΦu] → [pu] にすすむとあるが、われわれはこれに頬をふくらませて、両頬を指で押すことにより、口唇が動いて呼気を口から出すことを教え [pΦΦΦ] にはいる方法も用いる。

[t] は [n] といって歯茎部の裏に舌尖を挙上し、勢いよくはじきおとすことから有気性の [t^h] 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④はこれを用いた)。

[ʃ] については、[t] [ʃi]* のささやき声からしだいに [ʃi] を出させるようにする。

また [k] について、患者を仰臥させ、口を開いて口腔内に少量の白湯を入れ、飲みこませないで [kha] → [ka] または直接 [ka] を出させることもある。

[s] について、歯間に舌を出し [θ] をつくる阿部らの口蓋化傾向の指導法は、声門破裂音にも有効だと考えている。

この他口蓋化傾向、咽頭摩擦音、咽頭破裂音などの指導法も阿部らと同様である。

成人口蓋裂患者は構音の悪習慣が身につについて、単音節から有意味語(単語)の訓練にはいっても、過去の誤った構音習慣にとらわれやすい。これを防ぐため、患者の訓練している音節をいいにくい音環境 (たとえば「カ」について「タカタカ」や「ナカカラ」は一般的に口蓋裂患者にとっていいにくい) での連続構音 (無意味音節) 訓練を重複する。

無意味音節から単語、短い文、長文での訓練にすすみ、会話訓練として日常生活用語、歌唱、テーブル・スピーチ、落語、演劇、グループ・ディスカッションなどの指導をする。

6. 指導期間と回数

術前訓練と術後訓練の期間と回数は表4のとおりである。

合宿は患者数名ずつに3～4人のボランティアと言語訓練担当者が院外で1～2泊するもので、1日6～7時間に及ぶ集中的な構音訓練とカウンセリングなどを行っている。

7. 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る。

(1) カウンセリング

構音指導の後約30分非指示的なカウンセリングを実施する。最初2～3回全例に行い、あとは必要に応じて行

* 服部四郎⁹⁾によれば、「シ」→[ʃi], 「チ」→[tʃi], 「ジ」→[dʒi] 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。

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	0	16ヵ月
④	3		1		4			5		5	9	2	9ヵ月半
⑤	3	1	10	4	18						18	0	10ヵ月
⑥	1	3	1		4	3	1	4	1	9	13	2	(10ヵ月)
⑦	1	4	4		4	1	2	2	13	20	24	0	12ヵ月
⑧	3	2	5		10			6	10	11	21	1	(9ヵ月)
⑨	7	1			7		4	4	1	9	16	1	9ヵ月
⑩	3				3	1	2	5		5	8	1	(7ヵ月)

注) 音節・単語など個々の訓練は2つ以上平行して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。

う。

心の奥深い悩みを語り合う集団カウンセリングも有効である。ここでは、院内ではみられなかった患者の問題や行動パターン、性格などを知ることができ、指導計画立案にも役立つ。

(2) 行動療法

行動療法として、幼い口蓋裂児集団のピクニックや合宿にボランティアとして参加し、後で両親を含めた懇談会を持つ。ここでも患者は子どもの持つ問題や、母親の子どもへの態度（過保護、過干渉、安定した関係など）をみるにより、自己の心理的問題についての洞察の機会を持つ。

電話を苦手とするものには、院内電話の利用、院外から当科職員への連絡など順次電話をかける相手を広げ、頻度を多くするよう指導する。

話し相手を家族内や訓練担当者など限られた範囲から、しだいに不特定多数の人へと広げる。

症例によって進学や就職の助言もする（①③⑦）。

Ⅲ. 結 果

1. 訓練終了時の基準

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

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を目安においている。

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。

判定の場所は従来訓練室で行っていたものを現在では

なるべく長時間患者と話し合える合宿とする。

2. 構 音

指導の結果、症例別構音の改善度は表5のとおりである。訓練前の表2と対比されたい。単語段階は全例とも正常になり、文章、会話段階では10例中7例が正常か、ほぼ正常、3例に異常がある。

異常のある3例は目下訓練中で、経験に基づく予想として今後まだ改善は期待できる。

しかし、症例⑧は Klippel-Feil 症候群で顎が短く、下顎の発育不全、頸椎異常による頸部運動障害、伝音性難聴などの影響も考えられるが、まだ不明な点が多い。

症例⑩は鼻咽腔閉鎖機能不全の疑いがあり、さらに言語訓練をすすめた後、場合によっては追加手術が必要となるかもしれない。

症例⑦は咽頭弁形成術後開鼻声があったが、訓練経過中その程度が軽くなり、構音も改善したので終了とし、時たま経過を観察している。

鼻咽腔閉鎖機能限界値症例⑤は、言語訓練のみで会話まで改善したい。

表4をみると症例①と②④では訓練回数が、44:6.9と極端にちがう。この差は(1)構音悪習慣の程度のちがいが、(2)症例②④は訓練者の自宅を訪ねてきて、何度も指導を受けた（これらは表の訓練回数に含まれてはいない）などによる。

訓練開始後2カ月から6カ月目頃にかけて、3症例（①②④）に吃症状がみられた。①は難発で時々手で頬をパチンとたたいて発語していた。②は軽度難発、④は時々語頭音節を連発していた。原因は正しく話そうという精神的圧迫感、新旧構音操作の混乱など考えられるがはっきりしない。しかし、この症状はことばの改善に伴い、いずれも3カ月くらいで消失した。

表5 構音訓練結果

レベル 症 例	文	章	会 話	残 余 障 害
①	正	常	ほ ぼ 正 常	会話時[t]に歪みがある
②	正	常	ほ ぼ 正 常	会話時[f.s]が時に弱い
③	正	常	ほ ぼ 正 常	会話時[f.s]が弱い
④	正	常	ほ ぼ 正 常	会話時[t]に歪みがある
⑤	正	常	正 常	会話時[t]が時たま歪む
⑥	[t]を除き 正	常	[k.t]に 異 常 あ り	会話時[t.k]が時々声門破裂音
⑦	正	常	ほ ぼ 正 常	開鼻声、会話時[s.f]が弱い
⑧	[f.s]を除き 正	常	[f.s.k]に 異 常 あ り	開鼻声、会話時[f.s.k]が歪む
⑨	正	常	正 常	なし
⑩	ほ ぼ 正 常		[k.t]に 異 常 あ り	開鼻声、会話時[t.k]が声門破裂音になりやすい

3. 意識や行動の変化

言語改善に伴う意識、行動の変化も目ざましいものである。たとえば、声が大きくなった6例(①②⑥⑦⑨⑩)、伏目がちから目を合わせて話せるようになった6例(①②⑤⑦⑧⑩)、自分のいえない音節(タ行、カ行など)を避けて話そうとする苦痛がなくなった2例(④⑤)がある。

その他、忘年会で生まれてはじめて歌をうたった(②)、家の中に閉じこもっていたのに進学、再就職した(①③)、洋服を習い始め、デパートで買物ができるようになった(⑧)、以前より希望していた職場へ転職した(④⑦)などがある。

症例⑥(薬剤士)は現在、訓練した5分間スピーチが正しく話せる程度だが、職場で正しく患者の名前を呼ぶ、電話で薬品を注文する、大勢の人の前で挨拶をするなどに訓練効果を生かし、自信を得て管理職採用試験に合格した。

IV. 考 察

最近、口蓋裂手術の成績向上とともに、症例を的確に診断し、真に言語訓練の必要な症例に重点のかつ精力的な指導をすべきことが明白になってきた。換言すれば言語指導者の仕事の1つは幼少児の言語未発達期に予後の見通しをたてることであり、もう1つは年長者の構音異常矯正を主とした言語訓練である。本論文では後者の問題に焦点をあててみた。

成人口蓋裂患者の訓練成績は症例数も少なく、訓練中のものもありまだ断定的なことはいえないが、現在のところ構音改善と患者の意識・行動の変化の面でかなり満足すべき成績を得たと考えられる。そこでなぜかなりの成功をおさめることができたか、以下においてその要因ではないかと考えられる事項を考察する。

1. 構音訓練に重点をおいたこと

これまでの臨床経験で、患者達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、誘導などは与えられずに、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矯正を基礎に置くべきで、訓練方法として、口腔内圧や経鼻気流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)、呼吸を口に出すことから指や鏡などの触覚的、視覚的援助による口唇音の導入、摩擦音なら持続発声、その他囁語の応用、他の音からの接近法、舌位(構音運動時における舌の位置)からの誘導などを用いる。

当然のことながら単音節、単語、文章、会話へと移行すべきであるが、単語へ入るまえ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「まねしなさい。いいえあなたは間違っています」では駄目で、どうしたら正しい音が出せるようになるか、おのおののケースでヒントが与えられるようにならねばならない。

2. 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。われわれはいわゆる吹く訓練をやらない。口唇音の指導の中でごく軽く呼吸を口から出すように求めるだけである。その理由の1つにはすでにいわれているように、口に何かをくわえて吹くことは構音操作と直接関係ない運動であり、口唇運動改善を妨げる可能性もある。

強く吹く訓練は不要であり、これにより鼻咽腔閉鎖機能不全が改善されるとは考えない。

吹く訓練より、頬をふくらませて呼吸を吹き出す訓練が、(1)口唇をとじる(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訓練となる、(3)口腔内圧上昇感覚を持つ、の3者を同時に習得できるのでより望ましい。

3. 鼻咽腔閉鎖機能の的確な評価

構音訓練を行う前に鼻咽腔閉鎖機能を的確に評価する必要があるのは言をまたない。鼻咽腔閉鎖機能不全に気付かず構音訓練をいたずらに長く続けたり、構音改善不可能とあきらめるのは全く意味がない。鼻咽腔閉鎖機能不全を認めれば、程度により咽頭弁形成術か言語訓練かを選ぶようにする。

ただし、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矯正は可能である。術前訓練をした症例はかなり正しい構音操作を習得することができ、術後に単語や文章訓練にすぐ入ることができた。術後の訓練期間を短くし、患者を勇気付ける点で術前訓練には利点がある。

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段階で改善できても、それを会話段階へ移行(carry over)させるのが困難だといわれてきた。

事実そのとおりであるが、会話での構音改善の工夫として、つぎ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。
- 2) 歌の指導：各自の訓練する音が多く出てくる、比

較的テンポのはやい曲を歌う。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よい。

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、他の人格を演じるの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で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、訓練当初から、日常生活での適応を援助するため、改善のできた構音を、少しの語数でも実生活の会話で確実にいえるように訓練した。具体的には単語訓練終了の頃から、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。また症例①は訓練終了前に料理旅館で注文料理名をインターホーンで調理場に連絡するアルバイトを紹介したところ、約3カ月で会話が急速に改善された。

このように日常生活用語を訓練し、それを具体的に用いてさらに改善することが重要である。

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とおりである。これらに対する理解、助言なしに真の信頼は得られないし、訓練効果もあがらない。言語障害が性格、行動の歪みの原因であるとしても、訓練効果をあげるには、後者の問題解決にも積極的に努力せねばならない。

このために集団合宿訓練はきわめて価値のあるものといえよう。

6. 動機付けの配慮

阿部ら⁶⁾は「高年齢群では、訓練中断例が多く、これらが年長者における問題点と考えられる」としている。われわれの症例では中断したものはない。

中断防止のためには以下の配慮が肝要である。

1) 患者と担当医師および言語訓練者の心理的つながりを深める。言語訓練者は患者のどのような感情や意見、性格もありのままに受容し、かつ構音操作の指導ひとつを例にとっても、いっしょになって切り開いていこうとする心がまえが必要であろう。

2) 発音と行動上の具体的改善目標を患者に確認させる。

3) 患者の通いやすい時間を考慮し、時には時間外でも訓練する。

4) 合宿による集団の力の応用：仲間意識、連帯感、時には競争心も生む。1人で努力するより多人数のほう

がしやすいし、仲間で教え合うと納得しやすいときもある。また、言語と行動改善例を目の前にみることは、訓練中の患者に大きな励ましとなるであろう。

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、かなり満足すべき言語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。吹く訓練よりも、頬をふくらませて呼吸を吹き出す訓練がより有効なことが多い。

3) 鼻咽腔閉鎖機能不全があっても、訓練法によっては正しい構音操作を教えることは可能である。ただし、訓練法を誤まれば構音の悪習慣をかえって誘発しかねない。限界値程度の軽度の鼻咽腔閉鎖機能不全は、言語訓練だけでなくすることもできる。

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わっても、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。

文 献

- 1) 大橋 靖：口蓋裂治療の予後。歯界展望，29：1493～1498，1967。
- 2) 黒住静之，小野文孝：口蓋裂言語障害とその治療。広島医学，21：385～392，1968。
- 3) 田中幸代：口蓋裂の言語治療。耳喉，38：1417～1425，1966。
- 4) Isshiki, N., Honjow, I., Morimoto, M.: Indication and the Results of Pharyngeal Flap Operation. Arch. klin. exp. Ohr.-Nas.-u. Kehlk. Heilk, 200：158～168，1971。
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 本庄 敏：口蓋裂音声における鼻咽腔閉鎖度の意義。耳鼻臨，60：865～881，1967。
- 8) Isshiki, N., Morimoto, M.: A New Folded Pharyngeal Flap, Plast. reconstr Surg., 55：461～465，1975。
- 9) 服部四郎：音声学。岩波全書，1951。