

I. 構音の評価の枠組み

1. 評価の枠組みの考え方

発音不明瞭の主訴で来室するケースに対しては、新版構音検査が広く行われている方法である。しかし一口に発音不明瞭とはいえ、いわゆる機能性構音障害¹⁾に該当するとは限らない。

発音不明瞭の原因には、難聴はじめ様々なものが考えられる。よって構音の状態を評価するだけでは不十分であり、原因の特定や支援方針・内容の立案が可能な検査バッテリーの計画が求められる。発音不明瞭の要因となりうる領域ごとに評価すべきポイントを以下にまとめた。

1) 明瞭さが期待される年齢に達していない場合

構音は通常、特別なトレーニングを受けずとも自然に発達していくが、そこには一定の順序性があることがわかっている。p や b などの両唇音は比較的早期に獲得される一方で、ts や r などの複雑な操作を要する音は構音発達の最終段階で獲得される傾向にある。

幼い子どもの発音が不明瞭であるのは当然のことであり、誤り音によっては、その年齢では許容できるかどうかのポイントとなる。例えば、同じく k(カ行)が誤っていたとしても、2歳児には問題にはならないが、5歳児の場合は獲得が期待される年齢を既に超えており、その詳細を明らかにする必要があるかもしれない。

このことを評価するためには、新版構音検査による構音の誤りの評価と、子どもの年齢の確認が必要である。

2) 明瞭さが期待される発達年齢に達していない場合

上で述べた年齢は、生活年齢のことである。気を付けなければならないのは、生活年齢と発達年齢が一致していない子どもがいるということである。発達年齢がより低い場合、構音の発達もそれに伴って遅れる可能性がある。よって発達年齢を評価することも必要となる。

発達年齢は、知的機能や言語機能が年齢相応の発達をたどっているかどうか確かめることで評価可能である。知能検査であれば、WISC-V、

K-ABC II、DN-CAS といった標準的なものや Kohs、RCPM、DAM などの簡易的なものが利用できる。言語検査は、S-S 法言語発達遅滞検査、LC-R、質問一応答関係検査、LCSA、PVT-R、SCTAW、STC、J.COSS などが利用できる。

3) 構音器官に形態的な問題がある場合

正しい構音の產生には、構音に必要な器官が正常な形態をしていなければならない。舌小帯が短ければ舌の挙上は困難になるし、口蓋に穴が開いていては共鳴の問題が起こる可能性がある。よって構音器官の評価も必要である。口唇口蓋裂や粘膜下口蓋裂、舌小帯短縮症などの診断基準を参考としながら視診等によって判断する。

4) 構音器官に機能的な問題がある場合

構音器官の形態に異常がなくとも、機能に問題がある場合は、やはり構音へ影響を与える可能性がある。

鼻咽腔機能や舌の運動機能が正常か判断するためには、口蓋裂言語検査や随意運動発達検査が有用だと考えられる。

5) 聴覚に問題がある場合

発話の曖昧さは聴覚に問題がある可能性があり、発音不明瞭の要因の一つに難聴がある。

標準的な純音聴力検査を実施して、難聴の有無を確かめるのが望ましい。

以上を踏まえ、新版構音検査を用いて、構音障害の具体的な評価・診断、構音治療の適応、構音治療の内容についての方針のための情報を得る。新版構音検査では、誤りの有無だけでなく、その誤りが固定化しているのか、或いは浮動的に正しく產生可能なのか、ということまで分析することができる。

2. 構音評価バッテリーの実際

上記の領域の評価が行うことができれば、構音主訴で来室するほとんどに対応できると考えられる。ただし施設やスタッフによっては、様々な制約があり、この通り行うのは困難かもしれない。参考までに、実際に我々が行っている例を以下に記載する。

当施設では、保護者からの電話にて初回評価日を設定し、相談が開始する。この時に、近隣の

耳鼻科医による診察を、初回評価前に実施するよう、保護者に対してお願いしている。具体的には、聴力検査を行うこと、構音器官の形態や機能に異常がないことである。当施設では、小児に対応できるオーディオメータ、また十分な防音室がなく、聴力検査が行えない状況にあるのが理由である。また構音器官の形態と機能についても、耳鼻科医による確実な評価の実施ができるよい機会だと判断し、このように設定している。この方法で、2年間で全例について実施することができている(一部初回評価日後の実施があった)。

よって当施設では、構音と知的機能・言語機能の評価を中心に行っている。構音については新版構音検査をマニュアル通り全ての下位検査を実施している。知的機能・言語機能については、直近の(1年程度以内としている)標準的な知能検査のデータが、保護者から入手できれば、当教室での検査は省略している。そうでなければ、相談者の年齢にもよるが、言語面はPVT-R、非言語面はRCPM(もしくはKohs)の実施を基本としている。カットオフ値(-1.5SDもしくは-2SD)を下回った場合は、追加の検査や他の相談機関への紹介を適宜行っているが、ほとんどのケースはこの組み合わせで対応可能であった。初回評価の所要時間は、保護者との面談を併せても1時間足らずである。

以下にこの枠組みを用いた架空の子どもの評価のサンプルを記載する。ただし基本情報や相談歴等は省略した。

1) 構音

単音節: no が ɲo、ro, ru が go, gu に置換。ただし構音方法を助言後、復唱で可能となった。

単語: 単音節の誤りに加え、ta、to、da、do が ka、ko、ga、go に固定して置換(例: パンダー→パンガ。ポケット→ポケッコ。ブドー→ブゴ)。ただし一部の単語は復唱で可能となった(例: パンダ、ポケット、ブドー)。

文章: 単語と同様。

会話: 単語と同様で会話明瞭度は2。本人は発音の誤りを自覚しており、タとトが言いづらいと訴えた。発音のことで特に困っていることはないとのこと。

2) 構音器官の形態・機能

問題なし(A 耳鼻科)。

3) 聴力

平均聴力レベル左右とも 20dB 以下で問題なし(A 耳鼻科)。

4) 言語面

単語レベルでは年齢相応以上(PVT-R:SS12)。

5) 評価のまとめ

年長児。構音は k、g、n、r に浮動的な置換がみられ会話明瞭度は2。ただし音単位では問題なく、単語レベルでの模倣も一部可能である。その他の問題はみられない。

II. 吃音の評価の枠組み

1. 評価の枠組みの考え方

吃音を主訴とする子どもに対しては、4側面の評価の枠組みが有用である²⁾。吃音はその症状だけが治療の対象となるわけではない。例えば症状は軽くても、心理面や環境面の問題が大きい場合は、後者へのアプローチが主となるだろう。また同じ症状であっても、本人の悩みが大きい場合、或いは全くない場合もある。それぞれの場合によって、治療の方針は全く異なってくるだろう。ゆえに症状面、心理面、環境面、関連する問題に整理して評価する枠組みが重要となる。以下にそれぞれの側面で評価すべき内容と、当施設での実際を併せて示す。

1) 吃音症状

現在どのような症状が、どの程度存在するかといった吃音症状に関する情報を評価する。発吃からこれまでどのような経過をたどってきたか、場面や相手によって症状はどのように変動するか、といった情報も併せて得る。

当施設では、吃音検査法の会話検査を中心に、質問応答場面や単語呼称、文・文章による絵の説明、音読等での吃音症状を記述する。症状の可変性は本人への聞き取りを主とするが、低年齢であれば正しく答えることが困難であることも多く、保護者に対しての聞き取りも必ず行う。発吃からの経過や、検査場面と日常場面との違いについてはむしろ保護者に尋ねる方が望ましいか

もしれない。

2) 心理面

吃音について、本人がどのように捉えているかを評価する。また情緒性反応や回避行動についても心理面を評価する上で必要な情報となる。

当施設では、本人への聞き取りを主に、また保護者に対する聞き取りも併せて行っている。検査場面以外での情報、特に回避行動の有無を確かめる際は、保護者からの情報がより重要となる。具体的なフォーマットは作成できていないが、吃音臨床の手引き³⁾を参考にしながら問診を行っている。

3) 環境面

家族構成や吃音のある家族の経過をはじめ、保護者、学級担任、友人の吃音に対する理解、考え方、配慮の仕方、さらには吃音についての真似や指摘、からかいの有無、その後どのような対応をしたかなどを評価する。

当施設では、本人、保護者、また学級担任に対する聞き取りを行っている。環境面に限らないが、保護者に対して聞き取る量が非常に多くなることから、当施設独自の相談票を事前に保護者に渡し、初回相談までにある程度の情報が出そろようようにしている。

4) 関連する問題

吃音について関連する問題を評価する。例えば、症状面には構音障害、心理面にはうつ病や社交不安障害との関連が大きい他、ASDや知的障害なども吃音に影響を与えるだろう。

なお当施設では、構音や言語発達障害を除いては、適切な評価や支援の手段をもたないため、問題が疑われた際には、適切な専門施設を紹介するという手続きをとっている。

2. 評価の枠組みの実際

以上の評価の枠組みを利用して行われた、架空の子どもの評価サンプルを以下に示す。ただし基本情報や相談歴等は省略した。

1) 症状面

繰り返しが中心の症状があり(中核症状頻度：会話34)、繰り返し数は1が最も多いが3回みられることもある。緊張性はしばしばみられる程

度で、随伴症状はなし。中等度だと言える。吃音症状は、2歳の発吃より変化なしとのこと。

2) 心理面

吃音の自覚はあるが、把握している症状は実際の半分程度である(例：検査者の「話し方どうだった？」という問いかけに対して)。

母曰く、話しづらいという自覚はあり、そのときはそのまま話すのをやめてしまうことがあるとのこと。言いたいことを先回りして言われると怒ってしまうことがあるとのこと。吃音によって、イライラしたり不安になったりはしないとのこと。

3) 環境面

保護者(母)は、発言を先取りしないなど気を付けているが、その他についての対応は行っていない。Bセンターから基礎知識について、一通り説明は受けているとのこと。両親ともに、吃音を治したいと考えているが、治療が難しいことも理解していると思われる。本人の辛い気持ちを助けてあげたい、と考えていたが、本面談を通して、本人がそれほど悩んでいないことにも気づいたとのこと。

園の先生は本人が吃音であることを把握し、それについて指摘しないなどの配慮は行っているとのこと(母)。

4) 関連する問題

特になし。自分のしたい話を一方的にするが、検査者の声かけでやめることができる。

5) 評価のまとめ

繰り返しが中心の中等度の吃音がある年長児。吃音の自覚はあるものの、症状の把握に乏しい。心理的に目立った問題は見られないが、吃音のために話すのをやめてしまうことがあるとのこと。保護者は吃音の改善を希望しており、基礎知識については一通り知っていると思われるが、積極的な対応は行っていないとのこと。

文献

1) 今井智子,小児の構音障害,音声言語医,57:359-366,2016

2) 坂田善政,成人吃音の臨床,言語聴覚研究,12(1):3-10,2015

3) 日本吃音・流暢性障害学会,吃音臨床の手引き Ver2.1,2017