

昭和53年度 臨床相談技術共同開発事業報告(1)

<部会研究>

障害児の各種スクリーニング法の整理統合と 処遇ガイダンスの体系化に関する研究

—その2— 言語障害の研究

<部会長>

日本総合愛育研究所第6部長

森 協

要

<部会員>

厚生省児童家庭局企画課
児童福祉専門官

下 平 幸 男

厚生省児童家庭局障害福祉課
障害福祉専門官

小 林 久 利

厚生省児童家庭局企画課
児童相談所係長

枋 尾 勲

山梨県中央児相相談所長

林 茂 男

東京学芸大学教授

谷 俊 治

国立聴力言語障害センター
外来相談室長

堤 賢

整肢療護園 言語治療主任

石 川 晃 子

群馬県中央児童相談
言語訓練室

狩 野 久 雄

日本総合愛育研究所 研究員

権 平 俊 子

野 田 雅 子

神 田 久 男

(一) 言語遅滞

1) 知能遅滞

言葉の障害のなかで、まず一番訴えの多いのは言葉の遅れである。こうした言語の発達遅滞の原因も、いろいろ考えられるが、なかでも知能遅滞によるものが最も多い。

言語の発達は知能と深い関係がある。一般に知能の高い子どもは早く話し始め、また語彙も多い。複雑な文章を話すようになり、構音の間違ひも少ない。これに対し知能遅滞児は始語期も遅く、その後の発達も遅れるのが普通である。知能遅滞児の言語がどの程度まで回復するかは、どの程度まで知能が発達するかによって決まることが多い。しかし言語の発達は知能の発達よりも遅れることが多く、これは知能遅滞児が一般に受容されることが少ないために言葉をつかう機会が少ないからである。

言葉の発達のためにも円満なパーソナリティの形成が望まれる。一方、あまり好ましくない環境条件が知的な発達を遅らせ、その結果として言葉の発達を遅らせる場合や、貧弱な言語環境が直接言葉の発達を遅らせる場合もある。(例えば、養育条件が悪かった頃の乳児院等において養育された子どもの知的、言語発達が遅れたような場合)しかしこの場合は環境がよくなれば発達は追いつくし、そのままの環境でも最悪な環境でなければ徐々に普通になっていく場合もある。

2) 難聴

言語は音を媒介として学習される故、難聴は言語獲得の障害となる。言語の学習が不可能であったり、言語を学習し、話し始めてもその進歩はおそく、また構音障害も起りやすい。難聴児の言語指導のためには、まずその聴力を測定することから始まる。子どもの聴力を測定する方法はいろいろあるが、家庭で①言葉が遅い、②声を

かけても振向かない、③音の出る玩具と出ない玩具に異なった反応を示さない、等の徴候があればまず難聴を疑ってよい。

③の場合、親は子どもを呼ぶとき身振を伴うことが多いので、隣の部屋に子どもがいるとき、声をかけてみるとよい。4～5歳になって発声がおかしかったり、助詞が欠ける等のことがあれば、難聴を疑ってみる必要がある。言葉は早い時期に発達する機能であるので、聴力の障害の発見は早い程よい。乳児や幼児の場合は、彼等の聴力の測定はかなり難しいが、熟練した聴力検査者 (audiologist) なら生後2～3ヶ月頃から検査でき、6ヶ月もたてばかなり正確に難聴かどうかはわかると考えられている。

普通の聴力検査の方法は一般には純音オーディオメトリーが用いられている。これは検査音を被検者にきかせ、それがきこえたか否かを答えさせるものである。しかし被検者が幼児である場合、十分な協力が得られないことが多く、普通の方法で、聴力を測定することは困難である。そこで以下に幼児に対する聴力検査法をいくつかあげてみると、

①Moro 反射

急激に強い音を聞いた場合、身体の一部あるいは全身を屈曲し、抱きしめるような形をとる。この反射は新生児にのみみられる。

②眼瞼反射 aropalpebral reflex (A. P. R.)

大きな音に対するまばたき反射

③瞳孔反射

大きな音刺激に対しては散瞳が起こる。

④驚愕反応

大きな音を聞いて驚いたり、泣き出したり、ふり向いたりする。

⑥条件探索反応聴力検査 conditioned orientation reflex (C. Q. R.) と Peep Show

音と光刺激を用いてふり向き反応を形成し、この反応が正しく起こったときに子どものよろこぶような報酬を与えるという形で条件づけをしていく方法。

⑥遊戯聴力検査法

純音を社会音におきかえて遊ぶというように、幼児にとって遊びであっても検査者にとってはそれが聴力検査になるように工夫された方法。

⑦脳波誘発反応聴力検査 Evoked Response Audiometry (E. R. A.)

音刺激に対する脳波の一過性の特徴的な電位変動からとらえる方法。

こうした方法をいろいろ使って聴力を測定して、何デ

シベルの聴力損失があるかを決定することができる。難聴児は普通30デシベル以下は軽度、30～60デシベルは中等度、60～90デシベルは高度、90デシベル以上は聾として一応分類されるが、群馬県中央児相言語訓練室の報告によれば、言語教育の効果は第1表の通り可成高いことを示している。

第1表

	聾学校	A		B		計
		難学級	普通学級	施設	特殊学級	
高度	9	1	4	5	2	21
中軽	0	3	11	0	1	15
計	9	4	15	5	3	36
割合	25%	11.1	41.7	13.9	8.3	100

{Aグループ 合併症なし}
{Bグループ あり}

この表から明らかな事は高度、中等度、軽度を合せて0歳から言語教育を行った結果は、合併症を伴わないものは、その41.7%は普通学校の普通学級で教育を受け、難聴学級に通級している者を合わせると、52.8%となり、言語教育の効果が示されている。高度の難聴児でも14人中4名は普通学級に通っている。9名は聾学校に通っている。中等度の者は合併症のある1名を除外し全員、小学校で普通教育を受けている。(難聴学級に通級している者もいる。)

人間の教育の手段としての言語の占める役割は圧倒的に多いために、言語の理解や表現力が可能な限り、普通の小学校で教育される事が何よりも望まれる。そのためには出来るだけ早く難聴児を発見して、その言語教育を行うことが大切である。

国立聴力言語障害センターの調査によれば、言語障害のために、ここを訪ねる子どもの年齢構成は次の如くである。

第2表 国立聴力言語障害センターに来た子どもの初診の年齢分布

年 齢	人 数	割 合
1歳以下	1人	2.5%
2歳	8	20
3歳	17	42.5
4歳	10	25
5歳	4	10
計	30	100

この表をみると、約60%は3歳時点でこのセンターに来ており、4、5歳になってセンターに来た者は約35%である。この中で聴力損失が50~70デシベルの者の中、27名について来所当時の言語能力を推定してみると、次の如くなる。

- 2歳児……2名共言語能力1歳程度で1年の遅れ
- 3歳児……8人(80%)が言語能力1歳6ヶ月以内で1年半の遅れ
- 4歳児……6名(60%)は言語能力2歳以下で2年の遅れ
- 5歳児……3名共言語能力は2歳1ヶ月以内で2年6ヶ月の遅れ

年齢が大きくなる程言語の発達の遅れは著しく、普通児とのギャップは大きくなっていて、言語の治療は早く始められるべきことを示している。

〔聴能訓練 (auditory training)〕

聴能訓練は、主として言語治療士 (speech therapist) の手によって行われている。

この訓練の目的は、次の4つの項目に分類することができる。

①音の認知

訓練の第一歩は、音の存在に気がつき、音を聴こうとする態度を養い、音の有無に反応するように指導することである。

難聴児の多くは、訓練過程を経ないと、音に対して反応する習慣を失っており、彼等の外界の知覚は殆ど聴覚以外の感覚器官に依存しているのである。そこで、この訓練では、彼等の聴覚も働いており、この機能を使うことに慣れれば、この器官を通じて、外界を知覚することができ、特に他人の言語を理解し、自からの言語を獲得することができる事を教えるのである。そのためには、先ず音の存在に気づかせ、音を聴こうとするよう動機づけ、音を聞く態度を作らねばならない。

②意味の理解

いろいろな、音や言葉の差を弁別し、それぞれの音には、それぞれの意味のあることを知らせねばならない。言葉について言えば言葉の意味を理解させなければならない。

③表現

聴覚のフィードバックシステムを利用して、自発的に普通の人と同じような音声を出し、言葉を使用することを学ばねばならない。

④補聴器の装用に慣れ、自分で一番よい状態に補聴器を操作することを学習しなければならない。

実際の訓練に於ては、治療者は、先ず、子どもとの間

によいラポートをつける。子どもが治療者に慣れ、興味を示したところで、いろいろな音を聞かせて、音を聞く態度、音に対する興味を喚起するように務めていく。徐々に言葉を教え、言葉と物との関係を示していく。シンボルとしての言葉とその指示物としての物や意味との関係を作っていく。言葉を教えるだけでなく、その意味の理解が加わらなければならない。「大きい」という言葉は大、小の概念を理解して始めて言葉になるのである。次にその理解した言葉をコミュニケーションに出来るだけ多く使えるように指導しなければならない。そのためにはモチベーションの喚起が大切である。

これらの訓練は、補聴器を装着して行われる。その間、補聴器を自分の一番よい状態にコントロールすることも教えるなければならない。

聴能訓練は、聴力を強化する訓練ではない。そうでなくて、今まであまり外界を知覚するために使わなかった感覚(聴覚)を出来るだけ使うようにさせる訓練であると言えよう。

盲目になった人が、今まであまり気にしていなかった音や皮膚感覚や触覚を対象知覚の道具に使用することに慣れ、その能力を訓練し、行動の手がかりとして使うようになるのと同じ現象である。

難聴児の言葉の訓練に於て、聴能訓練だけに頼り、視覚の手がかりを排除しようとする教育法と、聴能訓練と共に読唇(Lip-reading)をも併用しようという考え方があるようである。

常識的に考えるならば、我々が語学の耳の訓練に於て、音の刺激だけに頼る場合(例えば、ラジオで英会話を習う)と、その言葉が発せられた場面の手がかりが加わる場合(テレビで英会話を習う)を比較すれば、或はまた直接クラスで先生から学ぶときでも、只声を聞いている時と、一番前の席で先生の口の動きをみていた時をくらべてみると、多くの感覚の手がかりを使った方が、早く学習するようである。

しかし難聴児の場合には、視覚的刺激は大きすぎ、聴覚刺激があまりにも少なすぎるので、視覚的な手がかりを与えると、聴覚的刺激を利用しようとする動機が失われ、聴覚的刺激を使おうとする努力を失わせてしまい、聴覚的刺激によって対象や言葉を理解する能力の発達をおくれさせるようである。

難聴児の問題で特に注意を要する点は、難聴が器質的な欠陥ではなく、心身医学的な、問題であるケースがあり、その数が次第に増えていることが谷等によって指摘されている。即ち何等かの理由で、こういう子どもは社会との接触を好まず、そのために聞こえないというわけ

である。親子関係を改善し、本当に受け入れられているということが理解されてくると、疎通性も改善され、言語も回復してくる。この点を具体的な症例をあげて説明してみる。

【症例A】

A(2歳6ヶ月)は、生後10ヶ月の頃、マンマ、プー、シーが言えたが、1歳6ヶ月で言語は消失、難聴になったのか、呼んでも振り向かず、あやしても反応を示さない。時計の音にも気づかない。2、3の聴力検査にも反応せず、又観察によっても音刺激に全然反応しないことが確かめられた。この子の生育歴は言葉を除けば発達は早い方である。

【医学的既往症】

2ヶ月の時、股関節形成不全、6ヶ月までに治療したが、ギブスを嫌がり気嫌が悪いことが多かった。1歳の時風疹をしている。

聴力については日常生活でも聞こえているように思えない。呼んでも振り向かない。しかし、父の大声に振り向いたことがある。電話の音や玄関のチャームには気がつかない。音には殆ど反応しないが、トシボの羽の音や飛行機の爆音に気づいたことがある。又パネモニカやたいこの音を出して喜んでいるように見えることもある。

この子の聴力測定は不能であったが、心身症的なものであるという診断に基づいて治療が始められた。この子の発達は言葉を除いては年令以上の発達を示している。治療は母子関係の調整を中心とした治療を行ったところ、この子は非常に落ちついてきて、発声量が増加し、偏食が減り、食欲が出て、2ヶ月後母親が困る程甘えるようになってきた。音に対する反応も確かになり、3ヶ月後には耳が遠いという母親の心配はなくなった。

谷はこういう子の一般的特徴としては性質や行動が極端であることをあげている。例えば、①乳児期から非常に育て易いか、非常に気嫌の悪い赤ちゃん、②母乳の飲みが悪いとか、ミルク嫌いであったり、離乳がすぐに完了する子、③反抗期が殆ど無かったり、いつまでも反抗現象が残っている子、④心身医学的な症状の多い子、⑤人見知りや全く無いか、非常にひどいか、⑥おつむてん、にぎにぎ、バイバイなどが全然できない子。こういう子どもは普通のテストにはなかなか乗りにくいので、先ず治療を試みることによって、本当の診断が出てくると、谷等は考えている。即ち治療こそ本当の診断であるという立場である。

3) 環境性言語遅滞
子どもの中には耳は聞こえて、それ故にある程度、言

語は理解は出来るが、自分では全然話さない子どもがいる。知的な遅滞もなく自閉症的でもない。それ故原因を環境としての言語的刺激に帰す以外に、原因が求めにくい。両親が聾啞者である場合などは明かにその原因は、言語環境にあると思えるが、それ程ひどくなくても親や養育者の言語的働きかけが悪く、特にしばしば指摘されるのは、テレビに子守りをさせておく場合などである。テレビは一方的な話し方で、ここに対話はない。子どもが場面の理解が十分であれば、或は言葉の刺激として作用するかも知れないが、普通は、場面が十分理解されていないので、言語的環境とはなり得ない。全然知らない外国語を聞いている場合と同じで、言葉の訓練としての働きはない。こういう子は環境が改善されると、言語も回復されると考えられている。

4) 単純性言語遅滞

単純性言語遅滞は特異性言語遅滞と云われているものと同じであるように思われる。この場合は耳も聞こえ、普通の言語環境であり知能も正常である。しかも自分から話すことはできないが、言語の理解が大変よく、脳波異常もないのが特徴である。1歳過ぎると他人の話は普通に解るが、自分の方からは話せないで、2歳〜3歳に近づくとき、非常にいらいらして乱暴になったり、反抗的な行動が目立つが、言語が出始めると普通の行動になる。そして大切なことは、この種の子どもは必ず話すようになるのである。こういう子どもの数は必ずしも少ない。こういう子どもは必ず言語は回復するが、何時から話すようになるか予知することは困難である。2歳で話し始める子もあり、3歳すぎになってやっと話し始める子もある。又、話し始めると急速に上手になる子と、徐々に進歩する子がある。どちらにしても、小学校に入るまでにはすっかり回復する。特別に治療しなくても、無理に話させようとしなければ皆言語は回復する。

5) 発達性失語症

発達性失語症という言葉をよく聞くが、その実体は明らかではない。知能や聴力や発音器官に異常がないのに1歳半や2歳になっても言語を発しないものが失語症と言われるようである。しかし失語症と診断された子が、何時までも言語を発しないかどうかの追跡調査が残念ながら殆どないようである。

我々の経験でも、知能に異常はなく、聴力も普通であり、発声発音器官にも何等欠陥がなくて、しかも1歳半2歳、2歳半、時には3歳をすぎても一言も発しない子どもはいた。しかし、これらの子は、結局、その後ある程度の期間を経過すると、凡て話せるようになり、その時期はそれぞれ異っているが、結局は普通に話すことが

できるようになっている。

勿論、このような子どもは、言語は話さないが、理解言語は良いのが普通である。

こういう状況や、その後の、言語発達の様子からすると、発達性失語症と言われる子どもは、我々が単純性言語遅滞と診断した子どもと実体は同じである人がかなりいるのではないかと考えざるを得ない。

したがって、こういう症状の子どもは、失語症と呼ぶのは適当でなく、単純性言語遅滞を呼ぶ方がよいと考える。又、発達性失語と呼ばれている者の中には明らかに大脳機能の障害と考えられるものもある。この場合、発達性失語は成人の失語と類似した大脳機能の障害と考えられているが、発達途上にある小児の大脳では障害の時期によって必ずしも同一の病像を示すとは限らず、一律に論ずることはできない。しかし、一方では微細脳障害による言語遅滞と考えられており、それに従えば、発達性運動失語と発達性語彙とに大別される。

発達性運動失語は、言語の理解は可能であるがことばを話さない。「くつした」を「つくした」などと順序を誤って構音したり、置換えたりするなど、がみられるので、聴覚弁別障害や聴覚記憶力の短縮などが考えられている。そして第1に、語や文と事物や概念などの対応を障害されているため想起して言うことができない。第2に構音失行と考えられるもの、第3に文法的に正しい構文ができないなどの特徴が指摘されている。しかし、順序を誤って構音したような場合は、こちらがゆづり構音してあげると正しくできることもあり、このあたりが治療へのきっかけになるかもしれない。

次に、発達性語彙は次の如き特徴が指摘されている。第1に、言語理解は簡単な単語でも、殆どできず、有意語の表出もなく、模倣もできない。第2に、騒音には反応することが多いが、一定していない。しかし難聴ではない。第3に、ことばの理解が不能であり、聴こうとする努力もみられない。第4に、言語以外の知的機能は遅れていないようであり、なかでも視覚認知は良好で、絵や文字に関心がある。第5に、ある程度の多動性があり新しい環境になれどく点もみられるが、対人接触は悪くない。こうした特徴から「聴覚失認」或は「聴覚認知障害」とも考えられている。治療法も文字を媒介とした教育がうまくいくこともあり、我々もこうした症例に文字と音声言語を対応させながら行なった成功例を経験している。

6) 自閉症児

①自閉症児の言語の特徴と原因

自閉症児の言語発達は一般に悪く、殆ど言語を話さな

い者もあり、又話してもその言語には自閉症児独特の特徴を示す。言葉を記憶でき、再生ができて、場面に合わせて正しく使用することができない。日本語は代名詞(私、あなた等)を省略することが多いのであまり目立たないが、例えば母親が、「I will give you a chocolate.」と話す時、その言葉は憶えるが、それを自分がチョコレートが欲しい時に使う。「チョコレートを下さい」と言うべき時に、「I will give you a chocolate.」と言うのである。言葉を憶え始めた幼児が、そのごく初期段階でこういう間違いをするが、すぐその表現が場面に合わないことを知って改める。しかるに自閉症児はこの間違いに気がつかない。いわゆる自閉症児の特徴であるエコーリアは、上記の場合の極端なものと、考えることができる。即ち、彼らが人間関係の理解ができないことから、彼らの言語の欠陥が生じてくる。

②言語治療

自閉症児の言語の治療、矯正は、上述した原因を考えあわせると、まず彼らに人間関係を理解させることから始める。心理療法的な接近や行動療法的な接近も試みられているが、人間関係を理解させるという目的にはあまり効果をあげているとは考えられない。また、自閉症児を健全な子どもたちのグループの中で生活させることによって、社会関係を作ろうとする試みもアメリカで随分早くから、ロサンゼルスを中心に始められ、又、日本でも最近これが試みられており、その効果が強調されることもある。しかし、その実際の効果はこれから評価される段階にあるのではないかと思われる。したがって、自閉症児に社会関係を理解させることによって彼らに言語を憶えさせ、あるいは彼らの言語を矯正しようという試みは、自閉傾向が軽度の場合を除いて、あまり成功していないようである。

上述の考え方とは全く反対の立場から自閉症児の言語に迫ろうとするグループがある。自閉症児の言語が正しく習得されないのは、彼らに社会生活の欲求がないためであり、社会生活の欲求がなければ、コミュニケーションの手段としての言語は必要がないのだから発達しないのは当然と考えるのが、上述の従来の考え方である。これに対して、このグループの人々は全く逆の立場をとっている。即ち、自閉症児の言葉が発達しないのは、自閉症児に社会的欲求がないからではなく、言語(話しことば)というコミュニケーションの手段が彼らに理解できないのだと考える。言いかえれば、言語が理解できないので社会的疎通ができないのである。自閉症児が疎通性に欠けるゆえに言語を理解できないのではなく、彼らに理解できる言語がないから疎通性に欠けるといえるのが、

このグループの主張である。

この主張は、今まで考えられてきた原因と結果とを逆転させたものである。そこで次の問題は、自閉症児に受け入れられるようなコミュニケーションの手段は何かということである。この問いに対する彼らの答えは、サイン・ランゲージである。サイン・ランゲージは普通の言葉よりずっと自閉症児に理解されやすく、これが習得される程度に応じて自閉的傾向が低くなると考えるわけである。

しかし、これも現実にはそれほど効果はないようである。サイン・ランゲージの簡単なものには、反応があるが、複雑なものはあまりよく反応できないようである。この考え方に従えば、話しことばというコミュニケーション手段をもたない点では、自閉症児と聾啞者とは同じ水準にあると言うことになる。しかし自閉症児と聾啞者は、本質的には全く異なるものであるから、上記の仮説にもなお考えるべき問題点が多いようである。

現在の段階ではやはり、徐々に自閉症児の一般的な発達を援助しつつ、その言語の発達を期待するよりほかないようである。

(二) 構音障害

構音障害というのは、或る年齢に達しても、その地域の標準的な構音の獲得ができないことをいう。単語を中心として考えると、構音障害の症状は、省略、置換、歪み等がある。

1) 要因:

① 形態学的要因

先天性：口唇裂、口蓋裂、口腔顔面異常、歯の咬合
後天性：口腔、顔面の欠陥

② 神経生理学的要因

麻痺性構音障害（中枢性、運動系）

③ 環境的要因：幼児語、方言、親子関係

④ 知的機能の欠陥

⑤ 受容器官機能の欠陥：聴覚、触覚、運動感覚

⑥ 成熟の遅れ

発声発語器官の形態に異常があれば正しい発音は難しい。発声発語器官に麻痺のある場合にも、同様に正しい構音は困難になる。

環境的要因のため、と考えられるものに、双生児がある。双生児の中には、二人だけの結びつきが深く、お互いに不完全な言語を模倣し合うため、構音の発達が遅れる事が少なくない。親が不完全な構音をもってると、子どもはその影響を受けて同じように不完全な構音になることがある。例えば、アメリカなどの外国生れの両親を

もつ子どもの構音の異常はこの例である。又、所謂方言でジとチの区別が出来ない、のなども、その一つであろう。併し、最近ではテレビやラジオの影響で、方言としての構音障害は非常に減少している。

難聴児の構音障害は難聴のために、他人の話す音の弁別が困難なことからきている。

2) 治療法:

発音器官に形態的異常のあるものは手術することが必要である。手術は、口腔外科、形成外科、耳鼻科などで行われるが、言語治療士のいるところを、択んだ方がよい。手術後の指導が大切なためである。

手術の適当な時期は、1歳6カ月～2歳の間がもっともよいと考えられている。手術をすれば、構音は自然に改善される筈なので、4歳までは、その発達の様子をみることになる。しかし、進歩が見られなかったり、おかしな構音が固定しだしたら、直ちに言語治療士に依頼すべきである。

構音障害の治療は、まず、音の弁別の訓練から始められる。治療士はチェックリストを使って、弁別の出来ない音を発見し、それらの音の弁別の訓練を行う。音の弁別ができるようになったら、その音をよく聞かせ、発音を模倣させる。必要があれば、治療士の発音するときの、舌の位置、口の開け方、息の仕方等を見せてまねさせる。又、鏡をみて自分の話し方を治療士の話し方に合せていくよう指導をしていく。聴覚の手がかり（音の弁別）だけでなく、視覚の手がかりも訓練に利用する。しかし、構音の矯正も、被治療児の強い興味と努力を必要とする仕事なので、言語治療士と、子どもとの間に深い信頼関係がなければならぬ。そして、被治療児側の強いモチベーション（正しい構音をしようとする）を喚起しなければならない。そのために、子どもの構音を矯正する仕事の前に、子どもに遊戯治療的接近を行い、子どもとの間に、深いラポートが出来て、子どものモチベーションが高まるのを待つべきであり、こういう準備の後に構音の治療を行うべきである。

子どもによっては、心理治療者の援助を求める必要がある。構音障害児の中には、口蓋等を異常に緊張させることが原因になっている場合がある。こういう子どもの場合には心理治療者の援助を得て、全体の筋肉の緊張を弱める工夫を教え、学ばせることが必要である。

成熟のおくれた子どもについては、心理治療などをすれば話そうという動機を強め、始語期を早めるのかも知れないが、普通は、話すことを強制さえしなければ、時間はかかるが必ず話すようになるので特別のことをしなくても——よい方法があれば治療をした方がよいと思う

が——、無理に強制しなければ、言語は回復するのである。

話し始めると、非常に勢いで遅れをとりもどし、半年か一年で普通の子どもに追いつく子もあれば、徐々に回復する子もいる。回復の遅い子でも小学校入学までには普通に追いつくことが多い。よほど遅い子でも、小学校2、3年頃までには構音の完成も含めて完全に回復する。

(三) 脳性麻痺の言語障害

脳性麻痺とは、1968年の厚生省の定義にしたがえば、受胎から新生児（生後4週間）までの間に生じた脳の非進行性病変に基づく永続的な、しかし変化し得る運動及び姿勢の異常である。石川は脳性麻痺の言語異常を次の如く概括している。言語障害の出現率は対象になった集団によって異なるが、脳性麻痺児の65%~90%であるという。病状はいろいろで、言語発達の遅れ、構音の乱れ、リズムの異常、声の異常、聞きやすさや話し態度の異常等として現われる。

言語障害の発達する機序としては、本来の運動障害に加えて、聴力障害、視力障害、知覚障害、てんかん発作等の随伴障害を一つ乃至それ以上を持っている者が大半である。又、これに伴って起る環境的要因も加って、障害を複雑化しているという。整肢療護園に於いては、脳性麻痺による言語障害児は、生育歴、言語障害の現状、発声発語器官の機能、話し声、構音等から調べられる。しかしこれらの知識から必ずしも脳性麻痺の言語障害の分類が行われて、その分類にしたがって治療訓練が行われているわけではない。むしろ、もっと一般的な、全体的な発達のための訓練が行われる。一般的な発達を促進することによって言語の発達を刺激しようとする。

それ故、親子関係や、社会的環境を重要視し、これらを正しく調整することが、言語治療の前提であると考えている。親や兄弟や友人その他より十分受容されている状態を作りあげることにはまず努力が向けられる。そして子どもたちに話したい、聞きたいという、言語疎通の欲求を高める努力が払われる。

こうした基礎の上に立って話す機会を多くすると、発声量を増すとかの援助が行われ、徐々に呼吸、発声の改善、構音の訓練が行われ、そして最後に他人に解らせる工夫が指導される。勿論対象が脳性麻痺児であるので機能訓練士(P.T)の援助の下に、一般的運動機能の回復、特に発語器官の緊張の弛緩の訓練が行われる。

林は脳性マヒ児の発声・発語機能の障害は、発声・発語器官の運動機能の随意的コントロールの障害とみられることが可能であり、大切であると考えている。発声・発語

器官およびそれに関連する身体部位の筋肉の緊張・弛緩体系の障害で、発声・発語の際に必要な部位に必要な緊張が得られず、不必要な部位に不必要な緊張が発生するところにその主たる問題がある。それ故治療の目的は随意的にこの緊張を解くことができるように訓練することである。そしてもし麻痺に加えて、知能遅滞を伴っておれば、知能遅滞児の言語訓練を行うべきであり、又聴力障害があれば、聴力障害児として訓練すべきであると考えている。

しかし、脳性麻痺児の言語障害は、複合形成であるから、以上のように明解に割切れないのではないかと考える立場があり、こういう立場からは脳性麻痺児の言語障害を治療的接近型の違いから、何とか分類できないだろうかという希望もある。しかし、治療の現状からは、脳性麻痺の言語障害は非常に複雑なので、その治療はケースバイケースで治療を進めながら、相手の反応をみて治療法を改めていくことが一番現状に適していると考えられている。

(四) 吃音

1) 吃音の症状

吃音は普通次の順序で表われてくると考えられている。

- 第一段階：くり返し(repetition)

吃音は初頭音や音節を反復する行動として現れるが、この段階では本人には発吃的意識はない。
- 第二段階：引き伸ばし(prolongation)

反復の頻度は増加し、語音の引き伸ばしや不規則なリズムの話し方をするようになる。発語に対する注意集中や努力があらわれる。
- 第三段階：ブロックング(blocking)

発音直前に表情の緊張、唇のけいれん、チック等の随伴運動をともなう。吃る言葉や場面の回避傾向が現われる。
- 第四段階：ブロック症状の強化、固定化

ブロック症状の強化、固定化が行われ、発吃に対する不安、恐怖の回避傾向が強くなる。

しかし、すべての子供にこれと同じパターンで表われるとは限らない。一般に3歳時点で始めからブロックングが始まり、しかも改善が割合に早いものもあり、くり返しの状況でそれ以上あまり進まないが非常に治り難いものもある。

2) 吃音の原因

① 家系

原因を考えるときに、家系的な条件を全然考えないわ

けにはいかない。しかし、家系に現われても必ずしも家系的とは考えられない場合もある。子どもが吃りらしい行動を少しでも示し始めると、心配して子どもに吃らないよう強く注意することがかえって吃音をつくりだしているとも言える。

② 診断原生説あるいは学習説

これはジョンソン (W. Johnson) の主張したもので、幼児の吃り発生には大変関係が深い。ジョンソンによれば、どの子どもでも言語発達の一つの段階において、吃りと同じような言葉の乱れが生じてくる。この状態は異常でも何でもなく、ごく普通の発達上の一つの過程にすぎない。この状態は、吃りと言うべきではなく、言語がまだ十分流暢でないと言うべきである。どの子にもこの現象はあり、普通の親は何も気にしないので、子どもはこの状態を卒業してゆくのである。しかし家系に吃音者のいる親は、これは大変と「吃らないようにしなさい」とか「ゆっくり話しなさい」など、間違った指導をするので、「流暢でない状態」を吃音に固定させてしまうのである。「流暢でない現象」を「吃音」と診断することによって吃音習慣を学習させてしまうわけである。

③ 情緒障害

子どもの基本的欲求——愛情、運動、自由等が著しく妨げられると、情緒障害のいろいろな症状があらわれる。親から拒否される、新しく生れた子どもに嫉妬心をもつ、嫌な事を無理にやらせられる等のことがあると情緒障害を起こす。あるいは又、環境に対する適応がわるくなると情緒障害を起こす。幼稚園が面白くないのに無理に行かせられるといったときに起こることがある。幼児期の吃音のもっとも重要な原因は情緒障害である。

④ 模倣説

吃音は吃音する友人と遊んだ為に、それを模倣して吃音者になるという人がいる。しかし我々が育って来た環境の中には、一人や二人の吃音者は必ずいるものであるが、その為に吃音者が多くなったという話はあまり聞かない。もし友人の模倣によって吃音になったとすれば、既に吃音になる他の主な原因があって、友人の吃音の模倣は単なる「きっかけ」にすぎないであろう。

③ 吃音の治療法

① 幼児期

幼児の吃音の治療法として一番効果的なのは心理治療法（遊戯療法）であろう。それは幼児の吃音の原因が主として情緒障害にあるからである。大人の吃音者の中にも情緒障害がその主な原因であるものもある。しかし、大人の吃音は幼児の吃音と異って心理治療的な接近では治りにくい。それは、心理治療やカウンセリングによっ

て、吃音の原因となっている情緒障害はよくなるが——即ち吃音の原因はなくなったが、吃音は既に習慣化しているために、原因がなくなっただけではよくなるのではないのである。

それに対して幼児の場合は、まだ習慣化が十分でないので心理治療によって情緒障害が改善されれば、吃音も容易に消えていくことが多い。

勿論、幼児の心理治療の場合でも、吃音は他の神経症的症状に比べて一番頑固な症状で、吃音児の遊戯治療をしていると、他の神経症的特徴が段々と消えていって最後に吃音が消えてゆく経過をとることが多い。

② 児童期及び大人

児童や大人の吃音については、いろいろな行動療法的なアプローチが試みられている。例えば、吃音者の話す自分の声のフィードバックの時間を少し遅らせるとか、あるいは、メトロノームに合わせて話すと、割合にスムーズに話せるので、耳の後に小型のメトロノームを着けて、話す時にメトロノームを作動させるとか、吃音者が話すとき、雑音を与えて自分の吃音の声のフィードバックを妨げるとか、いろいろな方法が試みられているが、その中、比較的实施がやさしくて効果的なのはシャドウイング法 (shadowing method) といわれる方法である。これは紙に書いてある一定の文章を読ませるのであるが、吃音者が一人で読む時は吃って非常に難しい。これを助けるために、治療者はこの文章の一句、あるいは一節を先ず読んでそのあと吃音者に読ませる。吃音者はまねをして読んだり話したりするのは比較的楽であるという事実を上手に利用している。こういう訓練をすると、吃音者は、治療者に先きに読んでもらわなくても吃ることが少なく、自然に上手に読めるようになる。勿論吃音者に同時に心理治療を与えて、情緒障害を治療、あるいは軽減しておく事が大切であるあることは言うまでもない。

こうして治療者の前で上手に読めたら、次は第三者を交え、人数を増やしたり、第三者の性質を変えたりして（未知の人、友人、上役等）、段々と新しい環境に慣してゆく（脱感作）。

こうして、ものを読むときの吃音は治るが、尚残る問題は、本を読むときは吃らないが話すときはやっぱり吃るという事である。行動療法は般化が困難であるとししば言われるが、この場合もそうである。しかし、よく注意して観察していると、こういう方法では般化は難しいが必ずしも不可能ではない。般化は非常に徐々に行われるので時間がかかるのである。半年とか一年の単位で考えると、吃音者の会話も徐々にスムーズになっている

例もあり、今後こういう方法をもう少し多く試みてその方法を改善したいと思う。

又、吃音の心理治療を実施してなかなか効果が期待できない場合、脳波を測定したら脳波異常が発見される事が時々起こると経験を述べる部員がおり、又、これに賛成して、吃音者の何%かは脳波異常者であると述べている部員もいる。吃音児で脳波異常が認められ、投薬治療

を行い好転した事例はあるが、神経科医は脳波異常と吃音との関係づけが必ずしもあるとは思われないが、投薬により他の問題行動の改善をみたことが吃音に対してもよい影響を与えたのではないかと述べている。

将来この方面の研究がもっとすすめられることが大切である。