

標準ディサースリア検査を円滑に行うポイント

中西俊二

Shunji Nakanishi

要旨 2004年に標準ディサースリア検査が作成されてから、8年が経過した。ディサースリア臨床研究会では毎年、検査方法の習得を目的とした標準ディサースリア検査講習会(以下講習会)を開催している。筆者は2004年より、講師を担当している。講習会の参加者は、ほとんどが言語聴覚士(以下ST)であり、臨床経験の少ないSTが自身の臨床現場への導入を目的に参加していることが多い。そのため講習会では、経験の少ないSTが翌日からでも本検査を臨床現場に導入できるように、検査マニュアルには掲載しきれない、円滑に評価を行うためのポイントを伝えるように心がけている。今回、それらのポイントを検査のコツとして、本誌にて紹介する。

キーワード ディサースリア評価、標準ディサースリア検査

I. 標準ディサースリア検査について

標準ディサースリア検査 (Assessment of Motor Speech for Dysarthria; AMSD) は西尾によって2004年に開発された、国内唯一の標準化された、成人対象のディサースリア検査である。AMSDは1994年に出版された「旭式発話メカニズム検査」(Asahi Speech Mechanism Test; ASMT)の改訂版として作成された。ASMTが発声発語器官の検査であったのに比べ、AMSDは「一般情報の収集」「発話の検査」「発声発語器官検査」から構成された、総合的なディサースリア検査である。

国内の多くの施設で使用されており¹⁾、検査方法は「標準ディサースリア検査」²⁾として出版されている。検査は多くの項目から構成されているため、検査方法を習得しやすいうように、出版のほかに全国で講習会を開催している。

II. 講習会について

講習会は講義、デモンストレーション、実技から構成されている。項目ごとに、講義で評価内容を学び、デモンストレーションで実施方法を理解し、実技では参加者同士がペアとなり、お互いの観察を行っている。患者を直接観察する機会はないが、観察ポイントを把握したうえで正常発話者の最大の運動能力とペア以外の参加者を通じて個体差の観察を行っている。

III. 検査のコツ

1. ディサースリアの評価について

ディサースリアの評価は、①神経・筋系の病変、②病変に基づく運動機能障害、③結果として現れる発話の障害、の3つを検査にて証明する作業が必要となる。たとえば上記①～③は実際の臨床場面では、①右側脳梗塞による左顔面神経・左舌下神経麻痺、②左顔面神経・左舌下神経麻痺による左側口唇・舌の運動機能低下、③構音の歪みとなる。AMSDを用いてディサースリアを評価する場合も、上記①～③に対応させて、①は一般情報の収集から、②は発声発語器官検査から、③は発話の検査から情報を収集することを考えるとわかりやすい。

2. 実施時間を短くする

同一の発声発語器官を検査する場合、「運動範囲」と「筋力」の測定を続けて実施することで実施時間を短縮できる。同じ器官の中には運動範囲と筋力の評価手順の違いが、測定時の徒手抵抗の有無のみの場合もあるため、器官ごとに続けて実施すると効率が良い。AMSDの実施に要する時間はおおむね40分程度であり、長時間は要しないが、効率的に実施し、被験者の負担軽減や検査結果の分析にかける時間を増やすことを考えたい。

3. 一般的情報の収集と同時に発話サンプルを収集する

一般的情報の収集は、多くの場合、被験者や関連スタッフを通じて収集することになる。特に被験者との面談では、不安やニードを聴取して、信頼関係を構築することが重要

医療法人社団三喜会鶴巻温泉病院リハビリテーション部

[連絡先] 中西俊二: 医療法人社団三喜会鶴巻温泉病院リハビリテーション部 (〒257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北1-16-1)

TEL: 0463-78-1311 FAX: 0463-78-5955 E-mail: riha@sankikai.or.jp

受稿日: 2012年9月18日 受理日: 2012年9月18日

であるが、同時に被験者との会話から、大まかな発話の問題点を把握できると良い。さらに発話の検査で必要となる自由会話のサンプルを収集しておくとも良い。サンプルは発話の聴覚的評価に使用するため、短すぎても、長すぎても良くない。また、再評価時の比較材料として、同じ内容の物であればなお良い。筆者はサンプル収集には、病気をした日のことを聞くようにしている。初対面でも、適当な長さの発話が引き出せ、再評価時にも内容が大きく変わることがない。ただし、情報収集の目的がサンプルの収集とならないように、信頼関係を構築することが重要である。

4. 聴覚的評価を丁寧に行う

ディサースリアは発話の障害であるので、発話の検査が重要となる。AMSDでは「発話明瞭度」「発話自然度」「発話特徴」「発話速度」の4つを聴覚的手法によって評価する。聴覚的評価には習熟が必要であるが、講習会で参加者に聞いてみると、評価や分析にかかる時間は5分程度の場合も少なくない。発話の評価のなかでも筆者が難しいと考えるのは、発話特徴である。AMSDでも16の発話特徴すべてを4段階で評価しなければいけない。慣れないうちは被験者の発話を聞いて、その場で16項目のなかから、どの特徴がどの程度あるかを判別することは、相当難しいと考える。慣れるまでは短い発話サンプルを繰り返し聞き、1項目ずつ、「あるか？ ないか？」「段階は？」と確認していく方法が良い。1項目2分としても32分はかかる計算となる。初めは時間がかかるが、耳を鍛えるつもりで取り組みながら効率を上げていくことが望ましい。また、各発話特徴の段階を知るには、標準ディサースリア検査評価用基準スピーチ・サンプル集³⁾の使用が便利である。

5. 正常発話者の運動機能を理解する

発声発語器官の検査では、主に運動機能の評価を行うため、教示方法を工夫しながら、被験者の最大の運動機能を観察する必要がある。また、機能低下の検出は各年齢層の正常発話者の運動機能を知っていて初めて比較可能となる。職場の同僚などに協力してもらい、正常発話者の運動機能を把握すると良い。

6. 基準の運動範囲を正しく観察する

AMSDには口腔構音機能の評価として、運動範囲の検査が10項目ある。項目それぞれに基準の運動範囲があり、その基準と比較しながら評価を行う。よって、基準の運動範囲が正しく観察できるかどうかが重要となる。講習会で

は、参加者から「軟口蓋の評価が難しい」と聞くことが多い。鼻咽腔閉鎖機能の評価として、軟口蓋の挙上について評価を行うわけであるが、AMSDでは、軟口蓋の一番高く挙上している部分が、硬口蓋の後端の高さまで挙上することで、基準の運動範囲としている。つまり、硬口蓋の後端を見つけられなければ、正しく観察することが難しくなる。しかし、難しいと感じている参加者の多くは、硬口蓋の後端と比較することなく、口蓋垂や口蓋弓の動きのみを観察している場合が多い。ここでは、まず硬口蓋の一番後ろ、つまり軟口蓋との境界を見つける必要がある。口腔内で左右の第3大臼歯を線で結んだ辺りと憶えておくのも良いが、事前に自分自身の口腔の硬い部分(硬口蓋)と柔らかい部分(軟口蓋)を鏡と手を使って、見て、触れて、理解しておくことが重要である。基準の範囲と比較したうえで、口蓋弓の挙上範囲や左右差を観察すると良い。

7. 徒手的抵抗の重さを理解する

口腔構音機能の評価で、基準の運動範囲に達した場合は徒手的抵抗を加えて、筋力の評価を行う。抵抗の重さは、検査を行う前に理解しておく必要がある。抵抗の重さには軽度、中等度の2種類があり、検査項目により使い分ける。まず、軽度は「第1指で加える軽い力」と定義し、重さは約300~500gとしている。また、中等度は「第2・3指で加えるかなりの力」とし、各指1kg、第2・3指合わせて2kgとしている。家庭用の秤などで、自分の指を使い、重さを量っておくと良い。

IV. ま と め

今回はAMSDを用いてディサースリアの評価を円滑に行うポイントとして、講習会で伝えている検査のコツを紹介した。AMSDには発話の検査など、マニュアルでは詳細まで把握することが難しい項目も多い。それらをわかりやすく紹介して、臨床の現場に導入してもらうことを目指して、今後も講習会の内容を工夫し続けていく必要がある。

文 献

- 1) 川岸 恵, 板垣登志子, 小林範子, 他: 運動障害性構音障害の現状報告, 言語聴覚研究, 3: 85-88, 2006.
- 2) 西尾正輝: 標準ディサースリア検査, インテルナ出版, 東京, 2004.
- 3) 西尾正輝: 標準ディサースリア検査 評価用基準スピーチ・サンプル集, インテルナ出版, 東京, 2009.