

標準的口蓋裂言語評価のパブリックコメントのお返事

標準的口蓋裂言語評価法（CAPS-A-JP）に対して、会員の皆様より、たくさんのコメントを頂きました。お忙しい中、有り難うございました。質問に関して、言語ワーキンググループで検討しましたので、ご返答申し上げます。

2023年1月25日

Japancleft 委員会言語ワーキンググループ一同

➤ 検査年齢について

- ・何歳から検査可能として設定してありますでしょうか。（数唱は4歳だと言えるかどうかは個人差が大きいような気がします。）

→今回の検討では4歳半から7歳未満のお子さんを対象としました。対象年齢は4歳以上としておりますが、ご指摘の通り、数唱が難しいお子さんもおられると思われます。評価は自発話が望ましいですが、できる範囲で行い、難しい場合は復唱で行うなど工夫が必要と思われます。

➤ 数唱について

- ・マニュアルには具体的に記載されておりませんでしたが、抄録にありました「1-20, 31-40」になりますでしょうか。

→ご指摘有り難うございます。記載漏れでした。1-20, 31-40を追記し、ガイドラインを修正いたしました。

➤ 評価用紙の修正

- ・3 3 a 開鼻声 自発話、数唱、復唱課題 1, 5, 25→1, 5, 24

→ご指摘有り難うございます。3.3 a 開鼻声 自発話、数唱、復唱課題 1, 5, 25を1, 5, 24に修正いたしました。

➤ サンプル文の修正

- ・可聴性の呼気の～ 5行目、網掛け部の高圧子音に k j、g j を追加

→ご指摘有り難うございます。可聴性の呼気の～ 5行目、網掛け部の高圧子音に k^j、g^j を追加いたしました。

➤ 絵カードについて

- ・単語は復唱だけではなく、カードなどを作成し自発話として評価しても良いのでしょうか。

→絵カードは既に作成しております。講習会の際、提示させて頂こうと思います。

➤ 講習会について

- ・講習会などのご予定はありますでしょうか。
- ・咽頭構音：分類が大変細かく、難しいです。講習会でご指導ください。

→トレーニング講習を今後、行う予定です。日時などが決定しましたら、日本口蓋裂学会HPでご案内する予定です。

➤ 運用（使い方）について（臨床評価との兼ね合い、評価時期など）

・日常的な臨床業務としての言語管理では、今まで通りの評価を用いつつ、たとえば、5歳、10歳など定点的にこのCAPS-A-JPの評価を追加し、資料収集をしておく、そしてその資料をもとに、評価者間の信頼性をチェックしたり、研究の際の資料とする、というようなことでしょうか。

→従来の臨床評価に加えて、CAPS-A-JPのスピーチサンプルも同時に録音することで、評価者間の信頼性を評価したり、患者さんの経時的な変化をみるための評価に用いることができます。研究の目的によって評価時期は異なるので、常日頃から両者の録音データを蓄積することが理想と考えます。

・定点評価とすると、たとえば、当センターに通う患者様が転院されるときの報告書などは、従来通りの評価を使用するのでしょうか。

→転院後もスムーズに言語療法が継続できるようにするために、従来の臨床評価の報告を行うことが前提と思います。可能であれば、CAPS-A-JPでの評価結果も添えていただければと思います。

・半年に1回の受診のたびに、研究用として毎回CAPS-A-JPを追加するのでしょうか。もしそうでなければならないとしたら、例え10分で評価が可能とはいえ、病院の診療体制に関わってきます。

→CAPS-A-JPの導入に関しては、それぞれの施設でご検討いただくことになると思います。CAPS-A-JPの音声表記やCSCsの視点は重要と思いますので、ご検討の程、よろしくお願い申し上げます。

・今後の学会発表などにおいては、CAPS-A-JPを使用していなければ通用しないということなのでしょうか。そうなると、これまでのデータ蓄積はどうなってしまうのかという問題が気になっております。

→研究にCAPS-A-JPを用いることを強制するものではありません。研究の目的に適した検査法をご使用ください。今までのデータはとても貴重なものなので、今まで同様の利用ではいかがでしょうか。今後、評価者間・施設間などの比較検討では、標準化されているCAPS-A-JPをご活用いただければと思います

・口蓋裂言語を扱うSTというのは、日本のSTの中では本当にごく限られたマイナーポジションにいると思います。当院では、訓練は原則地域のSTと連携をとりながら進めているため、地域のSTと口蓋裂に関する共通言語を持つために、日々連絡を取り合い、特

にことばの教室の先生方などには、現状の評価を正しくしていただくだけでもかなり労力を要しているため、さらに補助記号などを加えた CAPS-A-JP を知っていただくことは現実的ではありません。

→補助記号を含めた音声表記は、普及を考えた場合に難しいというご指摘があることはごもっともです。本研究で検討してきた音声表記についての臨床的なメリットについてご説明させていただきたいと思います。IPAなどの音声記号は、複雑で動的な変化をする音声現象を書き留める有用なツールですが、どのような記号を用いても完璧に音声を転記することはできません。今回の音声表記に精密表記や補助記号を用いた目的は、正確に記述することよりも、臨床上、観察される音が、許容される語音からどのように逸脱しているかを表現し、それを標準の評価として共通理解していくという点にあります。補助記号などが付記されていることで「特異な構音操作」であることを示すことができる点はメリットとして考えられます。口蓋化構音については、聴取された音声に応じて記号を書き分けることで「特異な構音操作」の動態を把握することが可能となります。また、構音訓練過程で、「付いていた補助記号が外れる」ことになれば改善を表現できるメリットもあると思われます。音声表記については、今後もこのような臨床的観点から検討し、普及につながるような工夫をしていく必要があると考えています。

➤ 容認度の評価について

- ・評価が難しいように感じました。程度に関係なく年齢相応かどうかということでしたら判断できますが、話の内容に注目できるかどうかといった基準は、評価する以上誤り音には気がついてしまうと思うので。
 - ・会話明瞭度/容認度 の 5 行目、「全体的な印象の評価であり、共鳴の異常の程度や口蓋裂にみられる特異な構音操作の誤りのタイプは考慮しない」とあります。これは会話明瞭度に関することと理解してよいでしょうか。もし容認度にも関係すると、「容認度の 1 : 違和感がある。声質/共鳴の異常や構音の誤りが多く認められる」との解釈が難しいので、明確な表現をお願いいたします。
- 講習会で、詳しく説明をさせていただこうと思います。

➤ 2 の NE の評価について

- ・これも程度に関係なく、口蓋裂言語検査でいうところの呼気鼻漏出による子音の歪み 1 度であっても○をつけて数に含むのでしょうか。その基準によって評価の分かれやすいところかなと思いました。
- 「あり」「なし」の 2 段階評価なので、含まれると考えます。講習会で、詳しく説明をさせていただこうと思います。

➤ 共鳴について

・共鳴 3 b 「1：あり：多くの鼻音と隣接する母音にあり。」という表現ですが、「多くの」という表現に曖昧さがあり、0と1の間、すなわち「数個あり」の場合、どちらに評価するか悩みそうです。

→ご指摘有り難うございます。ワーキンググループで検討し、「多くの」を削除し、「鼻音と隣接する母音にあり。」に変更しました。

➤ 軟口蓋音／口蓋垂音への後方化について

・[評価ガイドライン(案)]の「6. 誤り音の分類」口腔内の CSCs の「6. 軟口蓋音／口蓋垂音への後方化」の説明は、1から5までと少し相違点があるように思います。「6. 軟口蓋音／口蓋垂音への後方化」についても、1から5までと同様に、例えば、「聴取したように、あるいは、聴取した音に近い音声表記をする」等の説明を、今後、加える必要はないでしょうか？

→音声表記については、講習会で、詳しく説明をさせていただこうと思います。

➤ 鼻腔・鼻咽腔構音について

・私の音声学の知識の未熟さからくる質問だと思いますが、全ての鼻咽腔構音は IPA 表記をすると m に補助記号をつけたもので表すことができるものなのでしょうか。口唇は開いたままの場合もあると思いますが、それも音としては m+補助記号で表されるものなのでしょうか。

→[m]は一例として挙げておりますが他の鼻音の記号を用いる方がいい場面もあると思います。実際の評価では聞こえた音に最も近い記号を選んでいただければと思います。

・本文4行目以降の補助記号の3種が入れ替わっているようですので確認をお願いいたします。

→確認させていただきました。入れ替わりにあたるところはなかったと思います。