



私たちの仕事

— 言語聴覚士 (ST=Speech language hearing Therapist) —

阪下 英代

I. はじめに ～STは手話をする人か？

私が言語聴覚士（以下ST）になって10年が過ぎました。まだ時々「手話するのよね？」と、聞かれることがあります。「うむむ、違う……」

STの認知度はこんなものかと少々落胆するのですが、確かにその仕事内容はわかりにくいのかもかもしれません。病院には多くの専門職がありますが、他職種の専門内容を正しく理解しているかといえば、自信がありません。この機会に、STの専門性や特徴、さらに具体的にSTの行う診療の一部を、失語症の診療場面を通じて少しお伝えできたらと思います。

II. 言語聴覚士とは

STは、ことばや聞こえの問題を持つ人に対して専門的な支援を行う、1997年に誕生した、リハビリテーション専門職としては比較的新しい国家資格です。現在の有資格者は約2万人（2010年国家試験までの累計）です。職務内容は言語聴覚士協会のホームページによれば、「ことばによるコミュニケーションに問題がある方に、専門的サービスを提供し、自分らしい生活を構築できるよう支援する専門職。また、摂食嚥下の問題にも専門的に対応」と記されています¹⁾。ことばによるコミュニケーションに問題がある状態を「言語聴覚障害」、食べることに問題がある状態を「摂食・嚥下障害」といい、この二つの障害を扱うのがSTなのです。STが活

躍する分野は、医療、福祉、教育のほか、保健機関や養成機関で働くSTもいて、多分野にわたっています。

III. 言語聴覚障害とは

STの専門領域である言語聴覚障害とは、どのようなものでしょうか。

1. ことばの鎖

ことばを正しく話し、正しく理解するまでの過程を表すのに、「ことばの鎖」という考え方があります（図1）。

これは、①頭の中で考えたことばを、②唇・舌・顎などを使って音を作り、③その音波を耳でとらえ、④とらえた音を頭の中で処理して理解する、という過程を示しています。この鎖が次々につながられることで、相手との会話、コミュニケーションが成立するのです。

ことばの鎖の、どの部分が障害されても言語聴覚障害は起こりえます。

2. 言語聴覚障害の原因

言語聴覚障害の原因は、大きく3つ挙げられます（図2）。

第1の原因は、聞こえ（聴覚）の問題です。私たちは出生直後から、耳を通して言語を学び始めます。先天的な聴覚障害で耳から音が入らなければことばは習得されません。また、ことばを通じた概念形成や抽象的な思考が発達しにくいといった影響も出てきます。

第2の原因は、発音に用いる器官（発声・構音）の問題です。発音のことを専門的には構音といい、構音に使う口唇、舌、顎などの諸器官

さかした ふさよ：京都府立医科大学附属病院
リハビリテーション部

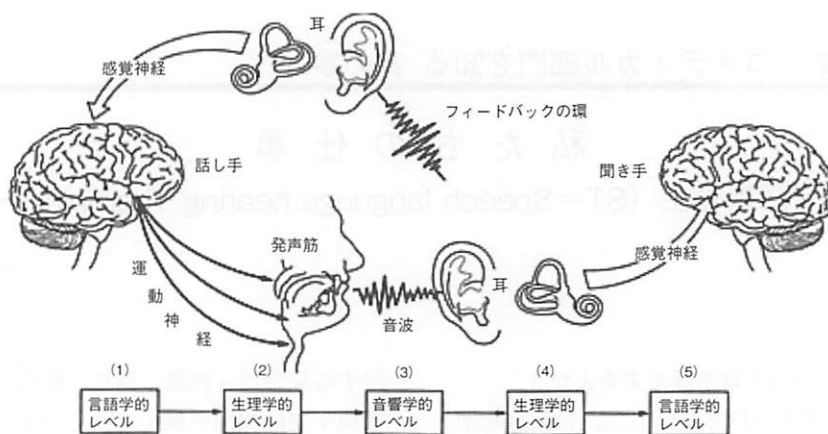


図1 ことばの鎖 (Denes & Pinson, 1963)

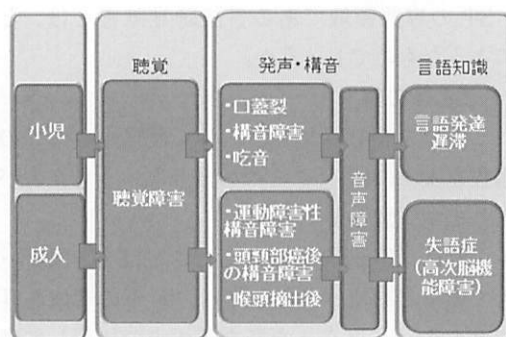


図2 言語聴覚障害の原因

を構音器官といいます。構音器官の構造や動き方に問題が生じると、きれいに発音できなくなります。小児では口蓋裂や原因不明の機能的構音障害、成人では脳卒中などによる運動障害性構音障害などがあります。また、舌や口腔内のがんなどで、器官切除した後も構音の問題が生じます。

構音障害にはしばしば声の異常も伴いますが、声の異常だけ生じた場合を「音声障害」といいます。声の使い過ぎや、声帯結節などにより、かすれ声やガラガラ声になったりするという問題が起こってきます。

第3の原因は、ことばに関する知識（言語知識）の問題です。これは、先天的に言語知識を習得しにくい障害である「言語発達遅滞」と、

いったん脳に構築された言語知識が脳卒中や脳外傷などの疾病で、以前のように使えなくなる後天的な障害の「失語症」があります。また、失語症以外の高次脳機能障害もあります。他者の気持ちがくみとりにくくなったり、衝動性が強くなったりなどの、さまざまな症状により、コミュニケーションに問題が生じる場合があります。

IV. 当院の ST

私の勤務する京都府立医科大学附属病院は、1,065床の32診療科をもつ急性期総合病院です。「世界トップレベルの医療を地域へ」を理念に掲げ、多くの医療専門職が各領域で日々尽力しています。

1. ST 業務

ST はリハビリテーション部に所属しており、主に入院患者の診療と音声障害の外来診療を行っています。

業務内容は、患者様の診療以外にも、日々のカルテ記録、各種報告書の作成、嚥下回診、診療科カンファレンスへの参加、研修会の開催や実習生指導、学会発表などがあります。大学病院として、日々の診療に加え「研究」や「教育」といった業務は、特に求められている内容といえます。

2. 実際の診療

ここで診療の様子を、一部ご紹介します。

(1) ウサギ≠うなぎ? ~失語症

Y氏、74歳男性。左中大脳動脈領域の脳梗塞を発症し、失語症があります。

「おはようございます」「体調は？」など、いつもの挨拶でスタート。話しかける時は、正面から、はっきり・ゆっくり、失語症の方の理解力に配慮します。にこにこ「あいよおぶ」(大丈夫)と、出だし好調です。

はじめは、日付や系列語(曜日や干支、数唱など)を、STと斉唱です。導入は楽にできる課題でウォーミングアップです。

さて、次に聴く訓練です。絵カードを8枚並べ、「野菜、どれですか？」Y氏「…」。すかさず「赤くて、丸い野菜？」と言うと、今度は正答(トマト)。同様のことを何回か繰り返します。

続いて絵カードを12枚に増やし、私が言う複数のカードを指してもらいます。「海、手袋、パンダ」。はじめの2枚は指せますが、パンダがわかりません。そこで、再度「海、手袋、パンダ」先程よりゆっくりと。すると正答！Y氏も満足げな笑顔です。

しばらくすると、誤りが多くなってきました。疲労のサイン、休憩です。リラックスした中で、パズルや絵を書いたり、歌ったり、あとは楽しく会話したりします。左脳を使う課題が続くので、非損傷側の右脳を使うことで息抜きをします。

さて、復活の兆しが見えたので後半は発話訓練。Y氏が、一番不安に感じているところです。

絵カードの名前を言う呼称訓練です。飛行機を「い…、ひお…」私は口型を見せながら「ひ・こ…？」と続きを促します。「ひ、こ、おき」「そう正解！」間髪入れず、「飛行機」と復唱してもらい、正しい発話を強化していきます。

その後も、「冬は○○○。」の、○○○の部分想起する補完課題や、「くるま」は何個の音でできてる？などの音韻課題が続きます。

60分経過し、終了です。行った課題の正答率

や誤り方の特徴と変化、今後の目標などをカルテに記録していきます。

Y氏とは、こんなやりとりがありました。訓練開始3日目、ベッドサイドでの診療中でした。幼少時の話題に「あま、うわあぎお、とった」と。「山でウサギ捕った」かな？と私。Y氏の反応はどれも違います。それではと、STのベッドサイド三種の神器「紙、中太マジックペン、バインダー」の登場です。私は、あの手この手で真意の確認を始めます。キーワードを文字や絵で示し、確認作業。こんな時、患者さんが「はい」か「いいえ」で答えられる質問を重ね、正答を絞っていきます。そして、ついに判明です。「川でうなぎ捕った」だったのです。やったあと、何だか初めての共同作業を成し遂げたような時間でした。

笑顔あり時に涙ありの時間を積み重ね、Y氏の言語リハビリテーションは続いていきます。

(2) 失語症とは

脳には言語中枢をはじめ、ことばの処理に重要な部分があり、脳の神経ネットワークでことばや文字の理解や表出を行います。脳の病気でこのネットワークに障害が生じ、ことばや文字をうまく使えなくなった状態が失語症です。先述した訓練を、英語やスワヒリ語で自分が行っていることを想像してみてください。失語症は、「今まで使ってきた日本語がまるで外国語のようになってしまった状態」と、よく言い表されます。多少はわかる英語なのか、全くわからないスワヒリ語なのかは、失語症の重症度といったところです。

ところで、私は失語症の方の訓練で心がけていることがあります。それは、訓練の中で誤り、つまり失敗体験が、なるべく少なくなるようにすることです。

なぜなら、私たちは試行錯誤し失敗から学ぶことができますが、失語症の方にはこれが難しいからです。

さまざまな失敗体験を重ねると、無力感や悲しみといった感情だけは残りやすいのに、何を

どう間違えたか、といった記憶は残りにくいのです。ことばと思考は本来別々のものですが、ことばを習得していく過程で思考はことばに置き換えられ、両者は切り離せない一体のものとなります。ことばはコミュニケーションの道具であると同時に、思考の道具なのです。ですから、ことばが十分に使えないと、体系的な思考も難しくなるのです。

V. ST の課題 ～少し立ち止まって…

多くの患者様との診療を通し常々感じるのは、私たちは専門とする言語症状だけでなく、障害をもつ一つの“人”を対象にしているということです。訓練によって、障害そのものを軽減することは重要ですが、それだけでなく、ライフサイクルに応じて生活の質（QOL）を高めること、これから続くその方の地域での生活を充実させることも、同じように大切なことなのです。

私は時々、当事者会の「失語症友の会」の活動に参加させていただくことがあります。その中で、“電車に乗って一人で外出できない”、という話題がありました。駅や交通機関での表示がわからず、他人に話しかける能力も不十分だからです。公共機関では視覚・聴覚障害の方々への配慮を見ることはありますが、言語機能に支障があるの方々への環境整備は進んでいないようです。

現在失語症について、社会的にどれほどの認知度があるのでしょうか？ 失語症の方々のそばにいる私たち ST は、もっと社会的に啓蒙をしていくことが必要かもしれません。失語症に限らず、言語聴覚障害を持つの方々にとっての、さまざまな社会制度の不備や矛盾を見据え、利益を代弁した活動を地道にしていくことが、今後の

ST の課題の一つでもあります。ことばやコミュニケーションの不自由な人々が生活しやすい社会・環境は、誰にとっても優しい社会であるように思います。

VI. 図書館とのかかわり ～私の場合

デジタルコンプレックスの私にとって現在の情報の電子化は、恥ずかしながらかえって手間取る結果となっています。パソコンで相当な情報収集ができるらしいことは知りながら、実際になかなか使いこなせない状態です。そんな時、司書さんは、膨大な量の情報の中から自分に必要なものを引き合わせてくれる、大変ありがたい存在です。

ST の行う日々の診療に根拠を持ち、その効果を深めていくためには、言語聴覚療法の理論面と実践面の両面を向上させていくことが不可欠です。診療の結果を積み重ね、それを体系的に残していく作業は、ST の職務の一つと言えるかもしれません。

そういった面で今後とも力を貸していただきたいと思います。また今後、病院図書館が、ハード・ソフト面とも充実し、さらに利用しやすい環境になっていただけたらと思います。

参考文献

- 1) 日本言語聴覚士協会ホームページ。[引用 2012-10-12]
<http://www.jasht.gr.jp/whatst.html>
- 2) 毛東真知子. 言語聴覚士になりたい. 東京: 中央経済社; 2002. p. 22-90.
- 3) 財団法人 医療研修推進財団監修. 言語聴覚士指定講習会テキスト. 東京: 医歯薬出版; 1998. p. 162-6.