

【総説】

言語聴覚障害領域の現状と展望

長谷川賢一

聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部言語聴覚学専攻

要 旨

言語聴覚士はリハビリテーション領域のみならず、耳鼻咽喉科、小児科、歯科など幅広い領域において評価・訓練・指導のほか、研究など積極的な活動を行っている。しかし、臨床・研究などにおいて歴史的にも長い実績を持ちながらも理学療法士、作業療法士に比べて社会的認知度が低く、欧米における専門職としての地位や認知度の高さに比べて格段の差がある。現在、わが国の言語聴覚士数は9909人で、20～30歳代が全体の約70%、女性が80%を占める。勤務先としては医療が70%を占める。対象領域は成人系障害へのかかわりが多く、小児・聴覚領域は少ない。言語聴覚士の国家資格化と診療・介護報酬における評価がなされた結果、言語聴覚療法を行っている施設は、増加傾向にあるものの未だ十分とはいえない状況にある。わが国における言語聴覚療法の動向について述べるとともに、今後の展望について考察を行った。

キーワード：言語聴覚療法、職業、教育

1. わが国における言語聴覚療法の歴史

わが国における言語聴覚障害児・者への専門的な対応はおおよそ1900年の初め頃より散見される(表1)。その後、関連学会の立ち上げと共に研究と医療や福祉施設での臨床が行われてきた。養成機関としては1971年に国立聴力言語障害センターに附属の聴能言語専門職員養成所として設けられたのが、わが国初めての養成機関である。その後は民間の専門学校の開校、大学での養成等、現在では50校を超え、年間の卒業生はおおよそ1000名となっている。

言語聴覚士の資格法制化は1997年と遅かった。初の養成校開校から26年後、理学療法士、作業療法士の資格化から実に32年を経過している。この間、わが国における医療は、経済や医学の発展にともなって大きく進歩・充実し、理学療法士、作業療法士は様々な領域に位置づけられて、リハビリテーション分野を含め、保健・医療・福祉の充実発展に貢献してきた。

一方、言語聴覚障害領域においては、養成校の数も徐々に増えつつあったが、言語聴覚士の数は少なく、障害児・者は適時に、適切な治療・訓練を十分に受けられる状況にはなかった。資格化との関係もあって言語聴覚療法は、診療報

酬上で適正に評価されず、非採算部門であったことが、大きな理由である。

言語聴覚士の仕事は、臨床や研究での歴史と実績はあってもわかりにくい、あるいは社会的認知度が低いといわれる理由としては、対象とする障害特性、すなわち言語や聴覚などの障害が、外見からはわかりにくいといった事由ばかりではなく、資格法制化の遅れも一因であるように思われる。

2. 言語聴覚士法(定義、業務、連携)について

言語聴覚士法は1997年12月に制定された。言語聴覚士法の第2条定義を表2に示す。言語聴覚士は、音声言語・聴覚障害を対象に、機能の維持向上を図るため、訓練、検査及び助言、指導、その他の援助を行う。定義の文中には「医師の指示の下に」といった文言がなく、業務の内容に検査が明文化されている点が、理学療法士法、作業療法士法とは異なる。しかし、言語聴覚士が業務として自由に検査・訓練を行えるわけではない。診療の補助行為に該当する訓練を行う場合には、医師の指示が必要であり、それ以外においても、第43条の連携の項において、主治の医師があるときは指導を受けることに

表1 言語聴覚学の歴史と現況(日本)

1900年代初め	失声症や吃音などについての発表(耳鼻咽喉科学会)
1920年代後半～	東京都内の小学校数ヶ所に吃音学級、難聴学級
1930年頃	九州大学や東京大学で音声言語障害患者の診療開始
1950年代半ば	千葉県の小学校に言語治療教室
1955～56年	日本オージオロジー学会、日本音声言語医学会発足
1958年	国立ろうあ者更生相談所の開設(国立聴力言語障害センター)
1971年	国立聴力言語障害センター附属聴能言語専門職員養成所開設(本邦初のST養成校)
1984年	高校卒業生に対する3年課程の専門学校が開設(福井市)
1991年	大学での養成(岡山)
1997年	言語聴覚士法成立(PT, OT法成立から32年後)
2000年	日本言語聴覚士協会設立

なっている。専門職としての社会的責務を果たすとともに、対象者の安全確保の観点からも常に指示・連携を意識しなければならない。

言語聴覚士が行う業務を表3に示す。業務の枠組みは前述のように診療の補助行為に該当するものと、それ以外に区分され、内容としては

表2 言語聴覚士法（1997年12月）

<p>(定義) 第二条 この法律で「言語聴覚士」とは、厚生大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。</p>
--

表3 診療の補助行為

<p>(業務) 第四十二条 診療の補助として、医師又は歯科医師の指示の下に、嚙下訓練、人工内耳の調整、その他厚生省令で定める行為</p> <p>(その他厚生省令で定める行為)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 機器を用いる聴力検査（簡易聴力検査は除く） ・ 聴性脳幹反応検査 ・ 音声機能に係る検査及び訓練 (他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る) ・ 言語機能に係る検査及び訓練 (他動運動若しくは抵抗運動を伴うもの又は薬剤若しくは器具を使用するものに限る) ・ 耳型の採型 ・ 補聴器装用訓練

表4 様々な分野・関係者と連携

<p>(連携等) 第四十三条</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医師、歯科医師その他の医療関係者との緊密な連携と適正な医療の確保に努める。 ② 主治の医師又は歯科医師があるときは、その指導を受ける。 ③ 福祉に関する業務を行う者その他の関係者との連携を保つ。
--

機能回復のための評価、訓練、指導、相談に分けられる。診療の補助行為として定められている行為には、嚙下訓練、人工内耳の調整、他動運動や抵抗運動を伴うもの、又は薬剤や器具を使用して行う訓練のほか、耳型採型など、いわゆる身体の危険を伴うおそれのある行為がこれに該当する。現在の医療は多専門職種チームによるアプローチが欠かせない。当然、言語聴覚士にも関係者との連携・協働が求められている。法文(表4)では医師、歯科医師その他の医療関係者との緊密な連携を図り、適正な医療の確保に努めるとともに、主治の医師又は歯科医師があるときは、その指導を受けること、福祉に関する業務を行う者その他の関係者との連携を保つことを定めている。すなわち、医療、保健、介護、福祉、教育、行政といった幅広い領域と連携を保ちながら専門職として活躍することが期待されているのである。

3. 言語聴覚士の現状と動向

(1) 言語聴覚士の臨床状況

2006年2月時点での言語聴覚士数は9909人である。この2月に第8回の国家試験が行われており、1万人を超えることは確実である。言語聴覚士の職能団体である日本言語聴覚士協会には現在、約6000人が会員となっている。会員構成は地域別に見ると大都市圏や養成校のある地域に多い傾向が認められる(図1)。年代別では20歳代が最も多く、30歳代と合わせて全体の約70%を占める。男女比で見ると全体の80%を女性が占める(図2)。全体的に若くて、女性の多い職域といえる。勤務先は医療が全体の70%を占めるが、他に福祉領域や老健・特養、教育など幅広い(図3)。対象とする障害は失語・高次脳、嚙下障害といった成人系障害が多い(図4)。

資格法制化から8年を経過するが、この間に領域別の対象障害数は成人系で2倍、小児・聴覚系で1.5倍の伸びを見せている。近年の診療報酬、介護報酬の改定に伴うところが大きいものと考えられる(図5)。

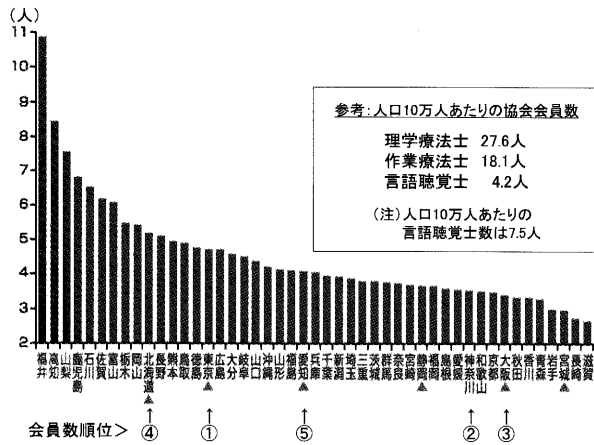


図1 言語聴覚士の分布
(人口10万人あたりの会員数)
日本言語聴覚士協会 2005

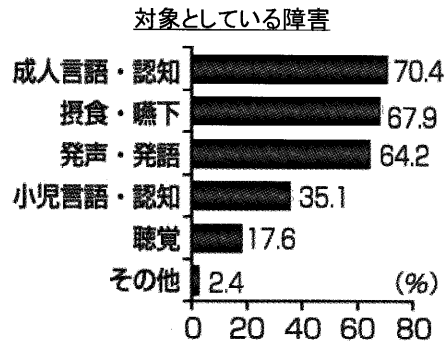


図4 言語聴覚士の状況
日本言語聴覚士協会(2005)

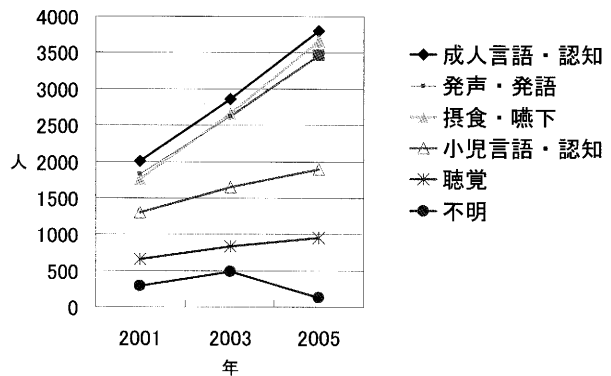


図5 対象障害別にみた会員数の推移

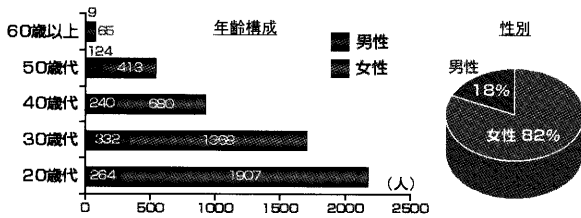


図2 言語聴覚士の状況
日本言語聴覚士協会(2005)

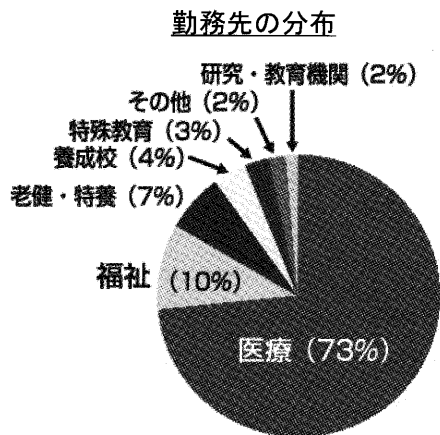


図3 言語聴覚士の状況
日本言語聴覚士協会(2005)

(2) 言語聴覚障害の推計

厚生労働省は1996年に、わが国における言語聴覚障害児・者数の推計を行っており、言語聴覚障害児・者は人口の4.4%、また治療訓練が必要な者は約105万人と推定し、これに必要な言語聴覚士数は12000人としている(表5)。これには、小児領域の障害が低率に見積もられていること、自閉症や学習障害など対象障害が広がってきていること、処方が多い摂食嚥下障害が推計に含まれていないこと、認知症などへの対応が増えていること、介護保険領域での対応が含まれていないことなどから、適切な推計とはいえない。

わが国における人口10万人あたりの言語聴覚士数は現在7.5人で、米国の32.2人に比較すると極めて低い¹⁾。また米国における推定障害児・者

数も人口の10%と、わが国の4.4%と比べると2倍以上となっている(表6)。推計が米国に比べて低いのは、国民性の違いによるともいわれるが、わが国の推計が前述のように適切でない可能性が高い。推計の正確さは、適時適切な専門的サービスを提供する上でも、極めて重要である。障害児・者数についての確かな把握とともに、それに見合う専門職員数の再設定が望まれる。

表5 主な言語聴覚障害の推計

障害者は人口の4.4% (厚生労働省推計1996年)

	訓練・検査・指導が必要な人	合計
失語症	約12万人	105万人 + α(多数)
言語発達遅滞	約11万人	
脳性まひ	約2万人	
構音障害	約8万人	
音声障害	約8万人	
聴覚障害	約62万人	
吃音	約2万人	
摂食嚥下障害	? (多数)	

さらに自閉症、学習障害、認知症など推計に含まれないものも多い

表6 言語聴覚士と言語聴覚障害児(者)数

	日本	米国
担当者数	9000人	74000人
10万人当たり数	7.5人	32.2人
言語聴覚障害児(者)数	528万人 (人口の4.4%)	2300万人 (人口の10%)

※障害児者数は現在治療訓練が必要でない人も含む

4. 障害領域別(リハビリテーション領域)の動向

①言語聴覚障害児・者の社会参加促進

後天性の障害の臨床においては、まず可能な限りの機能回復が第一の目標となる。近年は機能の回復とともに生活機能面も視野に入れたアプローチを重視する方向にあるが、言語聴覚障

害領域、特に失語症などの成人系の障害においては、一定の回復期間を過ぎた後にも機能の回復が中心的関心事になりやすい。

失語症などの回復過程は、発症後の急激な機能回復期間の後に、次第に緩やかな回復期に移行する。その後も長期にわたって回復が認められるが、程度の差はあれ、言語機能の障害が残存する例は少なくない。また、罹患年齢が比較的高齢であること、身体麻痺などを合併することが多いことなどから、失語症者の職業復帰はきわめて低い。研究者によって違いがあるが、失語症学会の全国調査²⁾などからも、おおよそ10%内外と考えられる。

職業復帰例以外でも、言語機能の障害は社会参加を阻害する。周囲から言語障害者への働きかけは少ない傾向が認められ、障害者自身も意思の伝達が困難であるため周囲への働きかけをためらう。コミュニケーションの量、質とも減少し、引きこもりに陥りやすく、更なる機能低下の要因となる。

横山³⁾は高齢者の言語的交流が日常生活に及ぼす影響について調査した。それによると言語的交流の有様は、生活の自立度や精神活動、心理的安定にも影響を与えている。この結果は、可知⁴⁾の会話者導入による高齢者の生活機能、精神機能の改善に関する研究によっても検証されている。言語環境をいかに良好な状態に整えるかは、言語聴覚障害者のみならず、高齢者においても重大な事項といえる。

言語聴覚療法においても機能回復訓練だけに終始せず、実用コミュニケーション訓練や環境調整を含む拡大・代替コミュニケーション(Augmentative and Alternative Communication)など、あらゆる手段を積極的に用いて、障害者の社会参加を促進する必要がある。臨床の目標は、よりよい社会復帰であり、質の高い生活実現へ

の援助にあることを忘れてはならない。

②リハビリテーション過程と言語聴覚療法

一般にリハビリテーションは急性期、回復期、維持期に区分される。回復期リハビリでは生命の危険も回避され、集中的に機能回復訓練を行う時期にあたる。成人領域の言語聴覚士の多くがかかわっており、訓練手技やプログラムなどについて体系化が進んでいる。一方、急性期、慢性期においては、体系化も不十分な状況にある。急性期においては、中心的課題はコミュニケーション能力の評価とコミュニケーションチャネルの確保、コミュニケーション能力に関する情報の提供、構音機能・嚥下機能の廃用の防止、認知機能の向上、心理的支持などが考えられる。慢性期では医学的治療も安定し、言語機能回復も一定の効果を得た後の期間にあたる。この時期は機能を維持しつつ、代償手段などを積極的に活用して社会参加を促進していく。その過程の中でコミュニケーションの拡大と生活の質をかめることが考えられる。

在宅における言語聴覚療法も同様である。特に在宅での活動は、訪問リハビリテーションに位置づけられてからの時間的経過が短いこともあり、活動内容・量とも極めて少ない現状にある。訪問言語聴覚療法は嚥下訓練と思われがちだが、図6のように言語機能の訓練についてのニーズも少なくない⁵⁾。

各時期に実施する課題については、対象者のニーズの把握とともに、効果的対処法を科学的に検証する必要がある。社会保障制度への位置づけ拡大とともに、業務範囲も拡大してきている。急性期や維持期の施設、在宅領域で業務を行う言語聴覚士が増加しており、対策が急がれる。

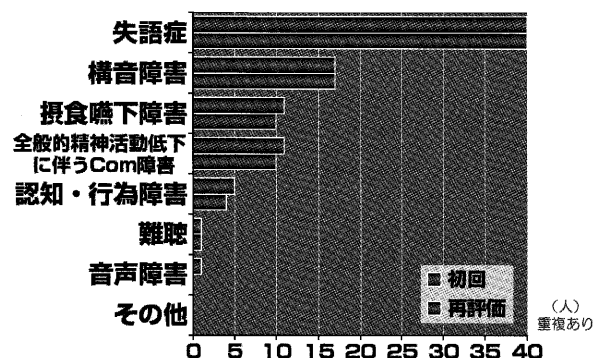


図6 訪問言語聴覚療法対象者の障害
訪問言語聴覚療法の効果に関する報告書
(日本言語聴覚士協会 2004.12)

③科学的根拠の検証、臨床ガイドラインなどの作成

言語聴覚障害はさまざまな観点から分類される。大きくは失語症、高次脳機能障害など主として中枢系に由来するもの、発声発語、構音など主として運動器に由来する末梢系と、聴覚障害のように感覚器系と中枢系にまたがるもの、原因不明なものに分類できる。

末梢系の障害では原因や障害機序についての解明が進んでいることが多く、治療法についてもおおむね系統的な訓練法が構築され、効果をあげている。一方、中枢系障害では一部の障害を除いて、整理されているとはいえない。障害の原因や状態を直接的に観察できないこと、中枢機能の解明には種々の入力方法とその結果出力された反応の差異を比較検討して推測するしか方法がないからである。近年、診断機器の進歩により脳機能の解明が進んできてはいるが、言語や認知機能の詳細な解明までには至っていない。

科学技術の進歩スピードは加速度的に上昇している。今後も様々な評価診断機器が開発され、脳機能などの解明に大きく貢献していくことが考えられるが、言語聴覚障害学領域においても

神経心理学的手法や情報処理手法といった様々な手法を用いて障害についての探索を深めるとともに、根拠に基づいた臨床ガイドラインなどを作成して、治療訓練の質的向上と均一性を図る必要がある。

④小児、聴覚領域の整備拡大

言語聴覚士がかかわる領域は言語機能、発声発語機能、聴覚機能、嚥下機能など幅広く、言語聴覚療法を処方する診療科はリハビリテーション科、耳鼻咽喉科、内科、神経内科、脳外科、形成外科、小児科、口腔外科、歯科などと多彩で、専門性も細分化されているところが特色といえる。

障害別には聴覚、小児言語・認知、成人言語・認知、発声・発語、摂食・嚥下の各領域に大別されるが、前述のように聴覚領域や小児領域を担当する言語聴覚士は少ない。聴覚障害の推定障害者数（表5）は言語聴覚士が担当する障害の中では最も多いにもかかわらず、聴覚障害へのアプローチを行っている施設は少ない現状にある。近年は人工内耳の普及が著しく、高い治療成績を上げている。今後も利用者の増加が考えられ、聴覚障害の中で大きな領域を占める可能性が高いと思われる。また、高齢社会の進展とともに高齢者の聴覚障害へのアプローチも求められている。

小児言語・認知障害領域も聴覚障害と同様に療育センターや福祉施設などが多い。医療施設では比較的規模の大きな病院から診療所・クリニックなど様々である。特別支援教育など障害児をとりまく環境も変化し、言語聴覚療法の対象障害も言語発達障害の他、自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害など多彩になってきている。

聴覚障害や小児領域にかかわる言語聴覚士が少ない原因としては、これらの障害を扱って

る施設数が、成人系の障害を扱う施設に比べて少ないことが考えられる。また、この領域は成人系の障害と異なり、長期間のかかわりや施設・設備面での配慮も必要とし、さらに教育や福祉とつながりも深く、医療機関単独では問題を解決しえないことも一因であろう。現状では医療と教育・福祉との連携は充分とはいえない。情報の共有化など円滑な連携を促進して、障害児にとって一貫したサービスが受けられるシステムが求められている。

⑤リスクマネジメント

言語聴覚障害領域における業務上のリスクについては、事故に至った例こそ少ないもののヒヤリハットや苦情などは少なくない（図7）。リスクとして多いのは、転倒、嚥下訓練上での誤嚥である⁶⁾。特に、摂食嚥下障害は社会的にも大きな関心が寄せられており、言語聴覚士への期待度も高く、業務上、避けては通れない。この領域は学際的色彩が特に強く、医師をはじめ、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士など各種専門家が、その技術をもちより、役割分担と円滑な連携によって効果をあげる領域である。また、生命の安全性を確保しつつ訓練を進めていくためには、VF検査、内視鏡検査などによる評価診断が欠かせないが、こういっ

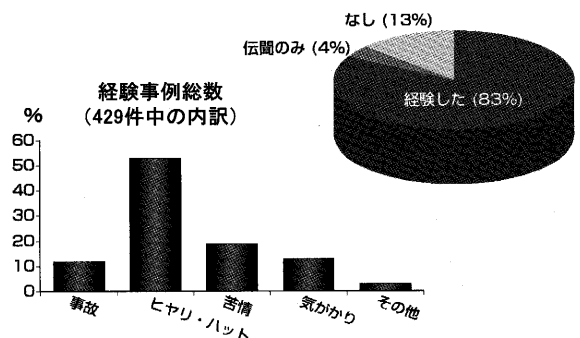


図7 ヒヤリ・ハット事故、苦情などの経験
言語聴覚士のリスクに関するアンケートより

た評価が全ての施設で行われているわけではない。スクリーニング検査で評価を済ませている施設も少なくない。

摂食嚥下障害は窒息や誤嚥性肺炎など生命の危険に結びつきやすい。食物の経口摂取は、生活の質を高める上でも、身体機能の維持向上の面でも、おろそかに出来ない課題である。介護保険における経口移行加算、口腔機能向上、訪問リハビリテーションなどの取り組みにともなって、介護分野でも対応が多くなっている。安全性を確保しつつ機能改善を図る上でも、具体的な対策が必要である。

5. 養成システムの動向

(1) 養成形態と開設数の増加

養成過程は主として高等学校卒業後に専門学校での3年間の養成、4年制大学での養成、4年制大学卒業後に専門学校での2年間の養成、その他科目指定によるものの4形態がある(図8)。言語聴覚士の資格化、診療報酬や制度上への位置づけが拡大するにつれ、養成校の開設が相次いでおり、教員確保の他、臨床実習施設の確保が難しくなっている。とりわけ臨床実習施設の確保は、困難である。実習指導者は臨床経験が5年以上の臨床経験が必要であること、言語聴覚士そのものの数が少ないこと、一人職

養成課程

- 高等学校卒業＋専門学校: 23校
(3年制16課程、4年制12課程)
- 短大等1年以上＋2年課程: 1校
- 大学(4年制): 10校
- 一般大学卒業＋専門学校(2年制): 18校

現在: 52校57課程

その他: 4年制大学における指定科目の履修(2校)

図8 言語聴覚士養成の現況(2005)

場での勤務者が少なくないことなどが要因としてあげられる。養成校の開設が急激増加しているため、この傾向は今後も続くものと考えられる。

(2) カリキュラムについて

養成カリキュラムは関連する職域が多彩であることからわかるように、学問の分野が広く、履修する科目も多彩である(養成カリキュラム表7)。養成校にもよるが、理学療法士、作業療法士との比較では、専門基礎科目数が約1.4倍と多くなっている。言語聴覚士の国家試験合格率(表8)が1回目を除いて、平均的に50%前後で、理学療法士、作業療法士に比して極めて低い傾向にあるのは、履修科目数の多さと無関係ではないように思われる。履修科目数の多さは学生にとって知識が細分化され、拡散し、統合されにくい傾向がある。履修科目間のつながりを意識した授業の進め方やカリキュラム構成を検討する必要がある。

現在の学生は社会的マナーなどの取得を含め、ソーシャルスキルが低い傾向があること、対人関係に苦手意識をもつものが少なくないこと、学びのための動機づけが不十分などといわれる。一方、臨床実習場面においては障害者の権利意識も高くなり、実習生による訓練を拒否するケースも少なくない。クリニックなどの学習環境の整備、協力症例による演習の実施など、学内において臨床能力をたかめる工夫が必要と思われる。また学生の学習目的を明確にするためにコアカリキュラムの導入や効果的な科目の履修順番などを検討すること、従来の座学形式に固執せず、PBL(problem based learning)やOSCE(objective structured clinical examination)といった多彩な教育的手法についても検討すべきと考える。

表7 養成カリキュラム

科 目		時間
基礎科目	人文科学(2科目)	60
	社会科学(2科目)	60
	自然科学(2科目)1科目は統計学	60
	外国語	120
	保健体育	60
専門基礎科目	医療系：基礎医学	
	医学総論	15
	解剖学	15
	生理学	30
	病理学	15
	医療系：臨床医学	
	内科学(老年医学を含む)	30
	小児科学	30
	精神医学	15
	リハビリテーション医学	30
	耳鼻咽喉科学	30
	臨床神経学	30
	形成外科学	15
	臨床歯科医学(口腔外科学含む)	30
	呼吸発声発語系の構造・機能・病態	30
	聴覚系の構造・機能・病態	30
	神経系の構造・機能・病態	30
	心理学系	
	臨床心理学	60
	生涯発達心理学	60
	学習・認知心理学	45
	心理測定法	30
	言語系	
	音声学	60
	音響学	45
	言語発達学	30
	聴覚心理学	15
	社会福祉・教育系	
	社会保障制度	30
	リハビリテーション概論	15
	医療福祉教育・関係法規	15

科 目		時間
専門科目	言語聴覚障害学総論	
	言語聴覚障害概論	60
	言語聴覚障害診断学	60
	失語・高次脳機能障害学	
	失語症	120
	高次脳機能障害	60
	言語発達障害学	
	言語発達障害(脳性まひ、学習障害含む)	180
	発声発語・嚥下障害学	
	音声障害	45
	構音障害	120
	嚥下障害	45
	吃音	45
	聴覚障害学	
小児聴覚障害	90	
成人聴覚障害	75	
補聴器・人工内耳	15	
視覚聴覚二重障害	15	
臨床実習	480	

表8 国家試験合格者の推移

	合格率
1 回	93.0%
2 回	42.4%
3 回	49.1%
4 回	53.8%
5 回	42.0%
6 回	68.2%
7 回	55.8%

6. 言語聴覚障害領域の将来に向けて

言語聴覚士の国家資格化から8年を経過した。この間、各種制度への位置づけや医療・介護保険などにおける評価により、施設への配置数が

増大するとともに、養成校の相次ぐ開設など、言語聴覚士や言語聴覚障害への社会的関心や認知度の高まりが認められる。同時に障害者への専門的サービスも充実してきてはいるが、サービス数、質ともに十分とはいえない。

また、専門職を養成する教育システムについても様々な観点から検索がなされるべきである。養成校の開設から約35年が経過し、平成16年には言語聴覚士養成校教員連絡協議会が発足した。専門職の団体である日本言語聴覚士協会との連携・協力によって、より効果的な専門教育の展開が期待される。

障害児・者への専門的サービスの普及向上には、保険制度など経済的裏づけや制度上への位置づけが欠かせないが、言語聴覚士自らも科学的根拠に基づいた臨床業務を行うとともに、より有効な対処法について研究・開発をすすめ、質の高い専門的サービスが提供できるように心がけなければならない(図9)。

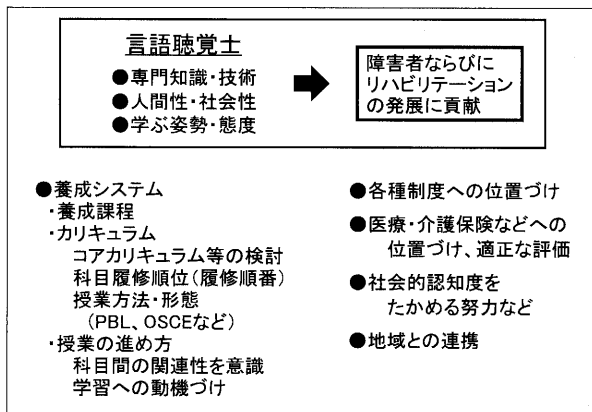


図9 言語聴覚障害領域のあり方

文 献

- 1) 倉内紀子(編著): 言語聴覚障害学概論 I、建帛社。100-105、2005.
- 2) 失語症学会: 失語症全国実態調査報告書、失語症研究。100-110、1994.
- 3) 横山正幸: 高齢者の言語的交流の程度と意識・行動の関係、高齢者の言語機能の低下による社会生活の影響に関する報告書。91-150、1992.
- 4) 可知ひろ子: 会話者の導入が施設入所高齢者の精神的健康におよぼす効果、老年期に高齢者が心身ともに健康な生活を維持していくための条件に関する研究報告書。91-150、1994.
- 5) 訪問言語聴覚療法の効果に関する報告書。2004。小島千枝子、長谷川賢一: 治療部門におけるリスクマネジメント(3) - 言語聴覚部門から、CLINICAL REHABILITATION 14(3)、232-238、2005.3