

言語聴覚士を目指す学生のための
テキスト & 参考図書

2022

ST

STANDARD TEXTBOOK

標準言語聴覚障害学・言語聴覚士のための基礎知識

2022 年は
全巻装丁リニューアル!



標準言語聴覚障害学



言語聴覚士のための基礎知識

医学書院

標準言語聴覚障害学シリーズ

〈シリーズ監修〉 藤田郁代 国際医療福祉大学大学院教授・
医療福祉学研究科言語聴覚分野

基本方針

- 言語聴覚障害学の重要な理論、技術、価値観を網羅し、体系化して解説しています。同時に最新の理論・技術についても、読者に指針を示す構成を目指しています。
- 主たる読者対象である学生に配慮し、国家試験に出題される基本知識を網羅しています。
- 基礎科学の理論・技術については、各障害領域の中で言語聴覚療法との関係において重要なもののみを選び、過不足なく解説していますので、効率よく学習することができます。



装丁をリニューアル!

当シリーズの新たな改訂方針を受け、
装丁を一新するとともに言語聴覚分野で
共通のマーク を作成しました。

読者の皆様に未長くご愛用いただける
シリーズとなることを願っています。

シリーズ全体の改訂方針

2009年に刊行を初めた本シリーズはお陰をもちまして刊行から10年超が経過し、全9巻体制となりました。この間、2018年に「言語聴覚士養成教育ガイドライン」が日本言語聴覚士協会より発表され、言語聴覚士養成教育をめぐる状況に大きな潮流が生まれつつあります。

この状況を受け、弊社では当シリーズ全体の改訂方針を以下の通り新たに定めることとし、左記のとおり新刊および改訂版を発行しました。

- 「言語聴覚士養成教育ガイドライン」を踏まえた内容とすること
- 各章・各項目で学生が学ぶべき内容を「学修の到達目標」として明示し、学ぶ上での指針とすること
- 事例の記述を加えることで、卒後の臨床につなげていく内容とすること

電子テキストに関心をお持ちの先生は
特設サイトまたは「eテキスト」パンフレットをご覧ください。
<https://rehabilitation-etext.islib.jp/>



言語聴覚障害学概論 第2版



【編集】

藤田郁代
北 義子
阿部晶子

国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究科言語聴覚分野
武蔵野大学准教授・専攻科言語聴覚士養成課程
国際医療福祉大学教授・保健医療学部言語聴覚学科

言語聴覚士の仕事とは。言語聴覚士が携わる多彩なコミュニケーション障害とは。

最初の一步から専門科目への橋渡しまで、学生がこれから学ぶ内容を俯瞰できる一冊です。

奥深い言語聴覚士の魅力を伝えます。

目次

第1章 言語聴覚障害と言語聴覚士の役割

- 1 言語聴覚障害とは(藤田郁代)
- 2 言語聴覚士とは(藤田郁代)
- 3 言語聴覚士の役割(藤田郁代)
- 4 多彩な障害への対応を理解する
 - A 言語聴覚士の臨床を見てみよう(北 義子)
 - B 失語症(阿部晶子)
 - C 言語発達障害(大伴 潔)
 - D 聴覚障害(北 義子)
 - E 音声障害(石毛美代子)
 - F 吃音・流暢性障害(坂田善政)
 - G 摂食嚥下障害(倉智雅子)
 - H 高次脳機能障害(記憶障害)(植田 恵)
- 5 言語聴覚士に求められる基本的な資質と能力(藤田郁代)

第2章 言語聴覚障害学とは(藤田郁代)

- 1 学問分野
- 2 言語聴覚士の教育

第3章 言語とコミュニケーション

- 1 人間の言語・コミュニケーションの特徴(藤田郁代・菅野倫子)
- 2 コミュニケーションの成り立ち
 - [1 コミュニケーションのとりえ方](藤田郁代・菅野倫子)
 - [2 ノンバーバル・コミュニケーション](北 義子)
- 3 言語によるコミュニケーションの過程(藤田郁代・菅野倫子)
- 4 言語聴覚障害の種類(藤田郁代)

第4章 言語・コミュニケーションとその生物学的基礎

- 1 言語音と産出機構(石毛美代子)
- 2 飲み込みと摂食嚥下機構(稲本陽子)
- 3 聴こえと聴覚機構(小淵千絵)
- 4 言語と脳(吉村貴子)

第5章 言語聴覚障害の種類

- 1 言語・認知系
 - [1 失語症](阿部晶子)
 - [2 言語発達障害](大伴 潔)
 - [3 高次脳機能障害に伴うコミュニケーション障害](植田 恵)
- 2 発声発語系
 - [1 音声障害](城本 修)
 - [2 発語障害](今井智子/柴本 勇)
 - [3 吃音・流暢性障害](前新直志)
- 3 摂食嚥下系(倉智雅子)
- 4 聴覚系(倉内紀子)

第6章 言語聴覚療法

- 1 言語聴覚療法の基本理念(藤田郁代)
- 2 言語聴覚療法とICF(森 淳一)
- 3 言語聴覚療法の過程(藤田郁代)
- 4 関連職種連携(畔上恭彦・佐藤妙子)

第7章 言語聴覚士の職務

- 1 言語聴覚士と倫理(内田信也)
- 2 リスクマネジメント(立石雅子)
- 3 言語聴覚療法の法的基盤(深浦順一)

第8章 言語聴覚障害分野がたどってきた道

- 1 欧州における発展(藤田郁代)
- 2 米国における発展(藤田郁代)
- 3 わが国における発展(藤田郁代)
- 4 歴史のトピックス(笹沼澄子)

編集者より 本書のポイント



本書は「言語聴覚士養成教育ガイドライン」の「言語聴覚臨床の基本」の学修内容にほぼ相当しています。各領域の障害を学ぶ前に、すべての障害領域に共通する基本的な理論・技術や臨床理念を理解するために役立つ内容です。また言語聴覚障害学のエッセンスが網羅されています。

Sample

失語症の症状って？ 摂食嚥下障害の患者さんに食べてもらうためには？

26 第1章 言語聴覚

は、**環境調整法**(⇒ Side Memo 20)と**流暢性形成法**(図1-9)(⇒ Side Memo 21)を組み合わせて行うこととした。

訓練頻度は、初期には週1回を基本とし、症状の改善に伴って月2回、月3回と間隔を空けていくこととした。なお、訓練時間は1回につき1時間を基本とした。

3 訓練内容と経過

ドくんに対する**環境調整法**として、具体的には「母親をはじめとする家族の発話速度を下げる」、「ドくんに対して行う質問の数および難易度を下げる」といったコミュニケーション環境の調整と、「指ごを求めるといったドくんの甘えを可能な限り満たすあげる」、「危険な場合を除く指示や禁止を控え、しからずにはずむ対応を心がける」といった養育環境の調整を行った。なお、これらの調整を行うにあたり、毎回の言語聴覚療法において保護者との相談を行い、前回訓練時からの経過を聴取した。またそれとともに、ドくんとのかかわり方について、言語聴覚士による助言やモデル示、母親による実践と、それに対する言語聴覚士によるフィードバックも行われた。

Side Memo 20: 21

20: 環境調整法
子どもの発話状況は、本人の心理状態や発達段階、発話環境の環境など、さまざまな要因によって影響を受ける。**環境調整法**とは、このような発話の状況を踏まえ、少しでも改善の余地があると思われる環境を整え、発話に好ましい影響を及ぼすことで、発話能力の改善と交流に好ましい状態を促す方法である。

21: 流暢性形成法
「抑ったり奥から湧き出した」発音症状が生じにくい発音(ラウソフ)を段階的に練習していく方法である(図1-9)。発音、発話の仕方から自由話し出しまでの段階にわたる段階を設定し、発音症状が生じにくい発音(ラウソフ)を、より良い発音で行えるように訓練を進めていく。

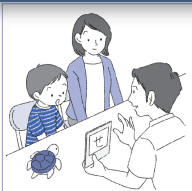


図1-9 流暢性形成法の訓練場面
練習1-1を例に、単語レベルであった「おはよう」について、子どもがイメージしやすいように、母が「おはよう」を繰り返して発音し、子どもが「おはよう」を繰り返して発音するよう促す。子どもが「おはよう」を繰り返して発音するよう促す。

次に、**流暢性形成法**としては、ゆったりとした柔らかい発話(楽な発話)の練習を、単語レベル、2-3語レベル、動作絵の叙述、状況絵の説明、質問-応答、自由会話といった段階を設定して実施した。訓練場面ではドくんが可能なレベルの練習を、毎日10-15分程度行うことを家庭における宿題とした。また、家庭で宿題を適切に行う上で、母親が楽な発話を適切に提示することが重要であったため、ドくんの訓練に先立ち、母親に対して楽な発話の指導を行った。

母親をはじめドくんの家族は協力的に環境調整に取り組み、ドくん自身も熱心に流暢性形成法に取り組んだ。それに伴いドくんの発音症状は、調子の変動はありつつも、徐々に改善していった。

小学校に入学するころには、ドくんの発音は顕著に改善していた。また、母親も、母親の発音が悪化

これらを考慮して言語聴覚士は、ドくんのこれまでの経過や、発音について学校で配慮して欲しい点を報告書にまとめ、入学前に学校に送った。すると後日、報告書を読んだ小学校の校長から母親に連絡があり、「ドくんの発音の状況により気をつけるよう学校側に伝え、必要に応じて配慮する」と約束してくれた。このことがあって、母親は安心してドくんの入学を迎えることができた。

小学校に入学して1か月ほど経ったころ、経過観察のためドくんが来院した。その際に実施した発音検査では、発音症状はほぼみられず、ドくん自身も自分のことばについて「もうふつう」困ることは「ない」とのことであった。

その後、母親の報告によれば、発音症状は日常生活でもまったく気にならなくなり、ドくん自身もこのことを気にせず学校生活を楽しんでおり、このような状態が数年間続いているとのことであった。

4 吃音を理解するポイント

吃音とは、発話における流暢さの問題であり、音声言語による情報伝達の効率や発話の自然さを低下させるものである。また、上記に加えて、発話に対する自信の低下や社会参加の阻害といった心理・社会的問題を引き起こす可能性もある。

吃音のある人に対してどのようなアプローチを行えば、吃音症状の程度や、吃音に対する受け止め方、周囲の環境の状況、合併している問題の有無や程度によって異なる。吃音の臨床において言語聴覚士は、吃音症状のみにとらわれず、また、上記のような多様な背景を考慮した言語聴覚療法を行わなければならない。

引用文献

27

G 摂食嚥下障害

摂食嚥下とは、食べ物や飲み物を口へ運び、ひとまとまりの食塊として胃へ送り込む一連の生理学的動作を指し、この過程のどこかに障害が生じることが摂食嚥下障害である。摂食嚥下障害になると、飲食が十分にできないことによる低栄養や脱水、誤嚥による肺炎、食べる楽しみの喪失、社会参加(外食や会食)の食べられないことによる回避など、身体的な問題だけでなく、QOLに大きな影響を与える。

1 Gさんについて

65歳、女性、重度感覚障害を伴う重度摂食嚥下障害例。

(1) 現病歴

63歳のときに延髄血管脊髄腫に対する手術、またその2か月後に急性経嚥下血腫に対する手術を受けたものの、2回目の手術後のリハビリテーション中に転倒し、摂食嚥下障害を発症した。転倒後の病院内で肺炎を繰り返し、3か月間寝たきり状態だった。摂食嚥下障害を発症してから6か月後、全身の状態が落ち着いたため、盲嚥を造設し、退院。訪問看護サービスを受けることとなった。摂食嚥下障害に対し、家族が施設での摂食嚥下リハを希望するも、施設のリハビリテーションから摂食嚥下リハは不可能」といわれ、訓練をしてもらえなかった。その後も家族が摂食嚥下リハをあきらめず、さらに6か月後、摂食嚥下機能改善を目的にリハビリテーション科を受診した。

2 初診時

初学者が最初に手に取る本として最適です

言語聴覚療法 評価・診断学

2020年
11月新刊



【編集】

深浦順一
植田 恵

国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究科言語聴覚分野
帝京平成大学教授・健康メディカル学部言語聴覚学科

言語聴覚士養成教育ガイドラインに対応！ 評価・診断の具体的な枠組みや流れ、検査、障害などの具体的な評価の実際、報告書の書き方などについて解説しました。障害と検査を一対一で対応をさせるのではなく、障害を持った方を全人的にみる視点を強調した構成です。研究法についても学べます。

■目次

第1章 言語聴覚療法における評価・診断とは

- 1 言語聴覚障害の種類と特徴 (深浦順一)
- 2 評価・診断の基本概念 (菅野倫子・藤田郁代)
- 3 評価の技法 (深浦順一)
- 4 臨床データの解釈 (植田 恵)

第2章 評価・診断の過程 (立石雅子)

- 1 評価・診断の流れ
- 2 評価・診断の枠組み

第3章 評価・診断に用いる検査

- 1 スクリーニング
 - A 成人の言語聴覚障害のスクリーニング (植田 恵)
 - B 小児の言語聴覚障害のスクリーニング (深浦順一・安立多恵子)
- 2 各領域において必要とされる検査
 - 1 言語・認知系 (成人) (東川麻里)
 - 2 言語・認知系 (小児) (石坂郁代)
 - 3 発声・発語系 (相馬有里)
 - 4 摂食嚥下系 (相馬有里)
 - 5 聴覚系 (木場由紀子)
 - 6 その他 (心理・社会系) (植田 恵)

第4章 各領域の評価・診断の実際

- 1 言語・認知系
 - 1 成人 (阿部晶子・小森規代)
 - 2 小児 (内山千鶴子)
- 2 発声・発語系
 - 1 音声障害 (城本 修)
 - 2 構音障害 (成人) (福永真哉)
 - 3 構音障害 (小児) (今井智子)

- 4 流暢性障害 (前新直志)
- 3 摂食嚥下系
 - 1 成人 (稲本陽子)
 - 2 小児 (椎名英貴)
- 4 聴覚障害
 - 1 成人 (鈴木恵子)
 - 2 小児 (小淵千絵)
- 5 障害が重複した事例の評価・診断
 - A 失語・高次脳機能障害 (阿部晶子・小森規代)
 - B 摂食嚥下障害と認知症 (稲本陽子)
 - C 発達障害・聴覚障害 (小淵千絵)
 - D 脳性麻痺・重複障害 (虫明千恵子)

第5章 評価・診断結果の報告 (長谷川賢一・南都智紀)

- 1 報告書の書き方
- 2 情報提供

第6章 研究法

- 1 言語聴覚障害学における研究 (藤田郁代)
- 2 研究の種類 (中村 光)
- 3 研究における実証の方法 (藤田郁代)
- 4 研究の倫理的配慮 (藤田郁代)
- 5 研究の進め方 (藤田郁代)
- 6 論文の読み方 (藤田郁代)
- 7 論文の書き方 (藤田郁代)
- 8 学会発表の仕方 (藤田郁代)

編集者より 本書のポイント



2020年秋、シリーズに新しく加わったタイトルです。言語聴覚療法のスタートである評価・診断を行うにあたっては、言語聴覚障害の特徴の理解、必要な検査の選択とその解釈、全体像の統合など、基本的知識の理解と臨床推論の力を十分身に着ける必要があります。言語聴覚療法の学修の初期段階で評価・診断の基本的過程について学び、また研究法の基礎について身につけておくことが、確かな臨床能力の獲得につながっていくものと考えています。

Sample

- 言語聴覚障害の診断・評価の基本概念を体系的に学び、その上で評価・診断のプロセスと思考過程の領域横断的な理解を深めます。
- 言語聴覚士養成教育ガイドラインの内容を網羅しています。
- 教育的な典型事例を介して、現場で直面する問題を俯瞰で見る力を養います。

解説したことがあると報告されている。ただし、面接中の喝法は、認知症、種々のパーキンソン症候群、筋萎縮性側索硬化症、脳血管障害、多発性硬化症など器質性疾患でも、前頭葉機能としての感情失禁もあることで注意が必要である。この感情失禁の場合は、諸因なく突然の喝法となるのが特徴である。

D 質問紙

⑧ 自覚的評価

患者自身が自分の音声障害をどのようにしているか、また日常生活でどのように困っているのか把握するために、問診票以外に自覚的評価が用いられる。本項では自覚的評価質問紙を解説する。現在、本邦で用いられている自覚的評価には、VHI (Voice Handicap Index) や VHI の別バージョンである VHI-10、V-RQOL (Voice-Related Quality of Life) などがある(これらは日本音声言語医学会ホームページからダウンロードできる)。それぞれ点化できるため、音声障害の原因となる疾患の特徴や患者自身の生活上の制約や自分の声に対する認識や発声時の身体的制約などについて、定量的に評価することができる。

VHI と V-RQOL を比較すると、総合的に VHI の方が、質問項目数が多く情報量があることから、より徹底的な評価が実施され信頼性は高い。一方、V-RQOL は速に評価結果に対する反応性が期待される。また、VHI は音声障害患者個人の特徴を抽出するのに向いているが、V-RQOL は音声障害患者を疾患群として特徴を抽出するのに向いている。

た感情的側面。および喉頭の違和感など発声に関連する身体的認識を反映した身体的側面の3つのカテゴリについて、カテゴリごとに10の質問項目からなる質問紙である。VHI では健常者と比して音声障害患者群は総得点平均が有意に高いこと、さらに音声障害患者群の中では、腫瘍性病変よりも神経学的病変による患者群の VHI 総得点平均が有意に高いことが報告されている。つまり、健常者に比して音声障害患者群は明らかに VHI 総得点平均が高く、疾患の種類によっても VHI 総得点平均に差がある。

(1) VHI 実施方法

各質問項目に5段階で評価点を振り分け、全く問題ない場合を0、常に問題を感じている場合を4としている。各カテゴリ(機能的側面、身体的側面、感情的側面)ごとに得点の総和を算出し、さらに全体の総和を総得点として算出する。VHI 総得点は、0-120 までに分布し、患者が障害の影響を受けているほど総得点が高くなる。機能的側面: 1, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 16, 19, 22 身体的側面: 2, 4, 10, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 26 感情的側面: 7, 9, 15, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30 各カテゴリについての得点は、0 から 40 までに分布し、得点が高くなるほど各カテゴリで患者が障害の影響を受けていると言える。

なお、健常者と音声障害患者の VHI の得点は、表 4-7 に示すとおりである。

(2) V-RQOL (Voice-Related Quality of Life)

VHI と同様に、音声障害患者の問診結果から最終的に10項目の質問に絞られたのが V-RQOL である。音声障害患者群と健常者群の間では、V-RQOL 平均得点に有意差が認められる。健常者と音声障害患者の V-RQOL 得点は、表 4-8 に示すとおりである。



図 4-9 呼吸器機能の位置。心臓性 VCD は、喉頭筋群を収めることが多く、一方、上気道狭窄の器質性疾患はほとんど呼吸器は、気道確保のために空間を占めている喉頭筋群を収める必要がある。



図 4-10 発声時の喉頭の位置。A: 発声時 B: 発声時の喉頭の位置。A: 発声時の喉頭の位置。B: 発声時の喉頭の位置。

キンソン病ではダビリンが欠乏するので嚥下の回数は減少するが、高齢者でも減少するので留意が必要である。

② 観察: ずっと一か所を凝視するいわゆる「目が凝りついている状態」は、統合失調症などの精神疾患を示唆する所見とされている。また、面接を開始して1分間以内に患者が目を横に振ってよそ見をする場合も、幻聴が聞こえているようなコントロール不十分な統合失調症を示唆する所見とも

言われている。逆に面接時間中ずっと視線をそわけている場合も注意が必要である。視線をそわけている場合は目が低い場合には眼からの精神疾患を疑う。ただし、信頼関係が成立していない段階では視線が合いにくい患者もいるので、注意する。

③ ため息: 健常者がため息を頻繁につくことはほとんどない。したがって、頻繁なため息は精神的な背景の存在を疑うべきである。面接中の明らか

失語症学 第3版

2021年2月改訂



【編集】

藤田郁代
立石雅子
菅野倫子

国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究科言語聴覚分野
日本言語聴覚士協会・副会長／前目白大学教授
国際医療福祉大学准教授・成田保健医療学部言語聴覚学科

言語と脳の関係、失語症の原因疾患、症状、近縁症状、随伴しやすい障害、さらに各失語症候群を具体的に解説します。それぞれにおける評価・診断・訓練を臨床的な視点で網羅していますので、失語症学を初めて学ぶ学生のための基礎知識に加えて、臨床家が迷ったときにも参照できる内容です。具体的な事例を加え、学んだ知識の定着を図ります。

目次

第1章 失語症と言語聴覚士の役割 (藤田郁代)

第2章 言語と脳

- 1 言語の構造 (井原浩子)
- 2 言語の神経学的基盤 (松田 実)
- 3 言語領域の血管支配 (松田 実)

第3章 失語症の原因疾患 (永井知代子)

第4章 失語症の症状

- 1 言語症状 (菅野倫子)
- 2 失語症の近縁症状 (小野久理子)
- 3 失語症に随伴しやすい症状 (佐藤睦子)

第5章 失語症候群

- 1 失語症候群の成り立ち (水田秀子)
- 2 ブローカ失語 (水田秀子)
- 3 ウェルニッケ失語 (水田秀子)
- 4 伝導失語 (水田秀子)
- 5 健忘失語(失名辞失語) (水田秀子)
- 6 超皮質性失語 (目黒祐子)
- 7 全失語 (目黒祐子)
- 8 交叉性失語 (田村 至)
- 9 皮質下性失語 (森岡悦子)
- 10 純粋型
 - A 純粋語彙 (能登谷晶子)
 - B 純粋型の発語失行(失構音) (藤原加奈江)
 - C 純粋失読 (春原則子)
 - D 純粋失書 (遠藤佳子)
 - E 失読失書 (新貝尚子)
 - F 失読および失書への認知神経心理学的アプローチ (春原則子)
- 11 原発性進行性失語(進行性失語) (菅野倫子)

第6章 失語症の言語治療の全体像 (藤田郁代)

第7章 失語症の評価・診断

- 1 失語症の評価・診断 (藤田郁代)
- 2 情報収集
 - A 言語・コミュニケーション面の情報 (阿部晶子)
 - B 認知面の情報 (阿部晶子)
 - C 医学面の情報 (鈴木匡子)
 - D 関連行動面の情報 (阿部晶子)
 - E 社会・心理面の情報 (阿部晶子)

- 3 情報の総合と評価のまとめ (阿部晶子)
- 4 鑑別診断 (小森規代)

第8章 失語症の回復過程

- 1 失語症の神経学的回復メカニズム (船山道隆)
- 2 失語症の言語・コミュニケーションの回復 (藤田郁代)

第9章 失語症の言語治療の理論と技法

- 1 言語治療の基本原則
 - A 言語治療の枠組み (藤田郁代)
 - B 病期別の言語聴覚療法 (藤田郁代)
 - C 言語治療計画の立案 (藤田郁代)
 - D リハビリテーションにおける連携 (立石雅子)
 - E 安全管理 (立石雅子)
- 2 言語治療の理論と実際
 - A 刺激法 (藤田郁代)
 - B 行動変容アプローチ(プログラム学習法) (熊倉真理)
 - C 機能再編成法 (藤田郁代)
 - D 語用論的アプローチ (吉畑博代)
 - E メロディック・イントネーション・セラピー (藤田郁代・藤原加奈江)
 - F 認知神経心理学的アプローチ (藤田郁代)
 - G 社会的アプローチ (吉畑博代)
 - H CI言語療法 (藤田郁代)
 - I 非侵襲性脳刺激 (内田信也)

第10章 失語症の言語治療の実践

- 1 急性期の評価・訓練・支援 (立石雅子)
- 2 機能回復訓練
 - A 語彙訓練 (奥平奈保子)
 - B 構文訓練 (藤田郁代・菅野倫子)
 - C 文字・音韻訓練 (中村 光)
 - D 発語失行(失構音)訓練 (藤原加奈江)
- 3 活動・参加訓練
 - A 実用的コミュニケーション訓練 (坊岡峰子)
 - B 心理・社会的問題の支援 (坊岡峰子)
 - C 重度失語症の訓練 (吉田敬／村西幸代)
 - 4 生活適応期の訓練・支援 (東川麻里)
 - 5 社会復帰 (立石雅子)
 - 6 言語治療結果のまとめと報告 (小嶋知幸)

第11章 失語症研究の歴史 (種村 純)

Sample

を行い、次に、文字カードを使用して、文の構成素の移動操作(能動文を受動文に変換するなど)を細かいステップで練習する。各ステップでは、文の音読または復唱を実施する。

動詞と項構造は文を構築する基本となる。したがって動詞の処理を回復させることは、文の理解・産生の向上につながる。訓練法には、動詞を単独で取り上げる方法と、動詞の項構造にアプローチする方法が存在する。

- 動物の音価訓練** 動物の音価形式へのアクセスが両側でなされる場合は、動物を単語に取り上げ理解と単語の同値性を示す。基本的な手続きは、「意味的意味-音価一致」の過程を刺激するところである。意味カードを使用し、喚語を促進することもある。
- 動物に項のマッチング訓練** 動物がとる項、主題音価(意味音価)へのアクセスを促進する訓練である。手続きとしては、動物を音価または文で提示し、その動物と適合する意味音価(主題音価)の喚語を選択してもらう。なかでも考えられる、名前とは異なる文で示される。例えば、
「聞くという動物に対して、対象対象、フツ」
[道具]の線が示されてもらう。その後、動物と
気配の音価(文)を交換させけいけい(文)と

機能訓練の最終的な目標は、**般化**の実現である。般化には、訓練で取り上げなかった文への般化と、会話場面への般化がある。このような般化を起こすには、極めて訓練プログラムが必要である。

●**非訓練文への般化**：訓練に取り上げたと同じ構造の文への般化は生じやすい。一方、異なる構造の文への般化は生じにくく、生じても限定的である。特に、単純な文が複雑な文に般化することは少ない。また、複雑な文は単純な文に般化することが確認されている²⁰⁾。

り上げ、発話・理解の自動レベルを上げることが必要である。限定された数の基本文を訓練しただけでは、会話への転化は生じにくい。また会話において、訓練に取り上げた文を使用する機会を意図的に多数設けることも重要である。

会話において文の発話を引き出すには、効果的な問いかけをすることが必要である。現在もっている能力で、文発話を促進する方法として代償方略の使用が効果的である。会話における代償方略としては、拡大発話や選言発話が考えられる。**拡大発話**は、相手の発話を拡大して返す方法であり、「弁当を・・。弁当・・。」と問いかけ、「弁当を食べるの」ように発話を文に拡大して返してもらう。

事例 学臨

【基本情報】50歳代男性。右利き。自営業(不動産関係)を妻と営んでいる。

【主訴】言葉が出ない(妻より)。

【現病歴】心臓バイパス手術後に脳塞栓を発病し、失語症と右片麻痺を発症した。発症3か月時の頭部MRI(FLAIR)にて、左下前頭回および中心前回の皮質・皮質下白質に高信号域を認めた(図10-14)。

ブローカ失語(重度)、発語失行(中等度)、口舌
顔面失行(軽度)を認めた。知的機能は保たれてい

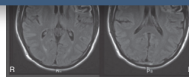


図 10-14 事例の頭部 MRI 画像
発症 3 か月時の頭部 MRI (FLAIR).
左中心前部・下前頭部および左側頭葉に高信号域を認めた。

理解面については、簡単な日常会話の理解は可能であるが、話題が転換すると理解できないことがある。標準失語症検査(SLTA)にて、単語の覚的理解が9/10、短文の理解が5/10、口頭命令が2/10であった。2桁の数字の順唱が可能であった。聴覚的理解と読解の間に顕著な差はなかった。

知識を
つなげる

【文の理解】会話では文脈を手掛かりに2・3文
文の理解が可能であるが、理解していないの
「うん、うん」とうなずくことがある。SLTA 単
の理解は10/10、単文の理解6/10と改善して
た。新版 失語症構文検査では、非可逆文が理
できるレベルであり、可逆文の理解は困難であ
た

【Xの産生】会話は、語や句を断片的に発話する程度であり、完結した文は少なかった。動詞は極めて少なく、名詞と動詞の比率は7/1であった。格助詞の脱落および誤用を認めた(例:帽子、風とった)。「奥さんの、来てる」)。R-STAにおいて、「男の子が 泣く」のみ発話可能であった。この構成では名詞と動詞の語順は正しいものの、格助詞の脱落が認められた。

事例 学んだ知識を臨床につなげる

た。障害レベルとして、動詞の処理、格助詞と主題役割のマッピング、統語構造の構築過程の障害が疑われた。活動面では会話における意思疎通が困難であり、参加面においては現状では現職復帰は困難であった。

訓練の目的は現実に復帰し社会での暮らしの
 の対話が可能なこと、短期目標は日常生活の理解を
 理解し、非可逆文と可逆文を用いて情報の受けと
 り伝達できること、入院6ヵ月6月は6月6日、退
 院後4ヵ月は外転して第2回の訓練を実施した。
 【訓練内容】理解面については、文例鑑法を実施し
 た。課題は非可逆文から可逆文へと変えた。非
 可逆文は、【動作主-対象-動作】(例：男の子が
 フラメンコを食える)→【動作主-目標-動作対象】
 (例：女の子の学校に行く)→【動作主-目標-対象】
 (動作対象) (例：男の子が本をカバンに入れて)へ
 と段階的に導入した。会話でも同じ文型の理解を考
 慮した。

産生訓練においても文刺激法を実施し、非可逆文の〔動作主・動作動詞〕(例：男の子が走っている)から開始し、理解と同様に課題文を導入した。会話における実用的訓練も実施し、選言発話方略も強化した。また、動詞の喚語訓練も並行して実施した。

【訓練経過】構文訓練開始後 10 か月の時点で再評価を実施した。構文訓練開始時と再評価時の成績を表 10-9 に示した。R-STA では理解成績が向上し、格助詞の理解が可能となった。産生においては、新版 失語症構文検査では産生成績は 1/15 から 8/15 へと改善した。格助詞の誤用はまだ出現するものの、可文文の発話が可能となった。構文話は 2-3 文節文の発話が主体となってきた。格助詞の脱落は減少したが、誤用はまだ出現する。動詞の樂語も改善傾向にある。

高次脳機能障害学 第3版

2021年1月
改訂



【編集】

阿部晶子
吉村貴子

国際医療福祉大学教授・保健医療学部言語聴覚学科

京都先端科学大学教授・健康医療学部言語聴覚学科

高次脳機能障害学の初歩から体系的に学ぶことを目的に編集されています。高次脳機能障害の定義・分類、理論体系、リハビリテーションにおける言語聴覚士の役割を総論で解説し、さらに種々の高次脳機能障害、認知症、認知コミュニケーション障害の概念・評価・リハビリテーションを学びます。章頭の「エピソードと臨床的推論の視点」で、各障害のイメージを描き興味深く学習できる構成になっています。

■目次

第1章 総論

- 1 高次脳機能障害とは（阿部晶子）
- 2 脳と高次機能（橋本律夫）
- 3 神経心理的な考え方（橋本律夫）
- 4 高次脳機能障害のリハビリテーションにおける言語聴覚士の役割（吉村貴子・阿部晶子）

第2章 視覚認知の障害（平山和美）

- 1 視知覚と視覚認知
- 2 視知覚障害
- 3 視覚認知障害
- 4 視覚性認知障害の評価とリハビリテーション
- 5 視覚性失認の事例

第3章 視空間障害（阿部晶子）

- 1 視空間認知
- 2 半側空間無視
- 3 地誌的見当識障害
- 4 バリント症候群
- 5 構成障害
- 6 左半側空間無視の事例

第4章 聴覚認知の障害（能登谷晶子）

- 1 聴覚の情報処理過程：聴覚伝導路と聴覚認知
- 2 聴覚認知障害
- 3 聴覚性失認の評価とリハビリテーション
- 4 聴覚性失認の事例

第5章 触覚認知の障害（中村 淳）

- 1 触覚の情報処理過程：体性感覚と触覚認知
- 2 触覚性失認
- 3 触覚性認知障害の評価
- 4 リハビリテーション

第6章 身体意識・病態認知の障害（菅原光晴・前田眞治）

- 1 身体図式
- 2 ゲルストマン症候群
- 3 病態失認

第7章 行為・動作の障害（中川賀嗣）

- 1 行為・動作の障害と失行
- 2 行為・動作理解のための基礎知識
- 3 古典的な失行の考え方（リーブマンの失行論）
- 4 古典論から脱却して今日の見方へ

- 5 失行と失行関連障害の今日のとらえ方
- 6 リハビリテーション
- 7 観念性失行の事例

第8章 記憶障害（吉村貴子）

- 1 記憶の基本概念と分類
- 2 記憶障害の原因疾患と症状
- 3 記憶障害の評価とリハビリテーション
- 4 記憶障害の事例

第9章 前頭葉と高次脳機能障害（大槻美佳）

- 1 前頭葉の構造と機能
- 2 前頭葉損傷による主要な高次脳機能障害
- 3 前頭葉機能障害の評価とリハビリテーション
- 4 ワーキングメモリ障害の事例

第10章 脳梁離断症状（原田浩美）

- 1 脳梁の構造と機能
- 2 脳梁離断症状の原因疾患
- 3 脳梁離断症状の分類
- 4 脳梁離断症状の評価
- 5 拮抗失行に対するリハビリテーション

第11章 認知症

- 1 正常な加齢と認知症による社会生活水準の低下（大沢愛子）
- 2 認知症の基本概念と分類（大沢愛子）
- 3 認知症性疾患の薬物療法と非薬物療法の概要（大沢愛子）
- 4 認知症に対するアプローチの今後の展望（大沢愛子）
- 5 認知症の評価とリハビリテーション（植田 恵）

第12章 脳外傷による高次脳機能障害（内田信也）

- A 脳外傷とは
- B 脳外傷の病態
- C 症状
- D 評価・診断
- E 訓練・指導・援助

第13章 認知コミュニケーション障害

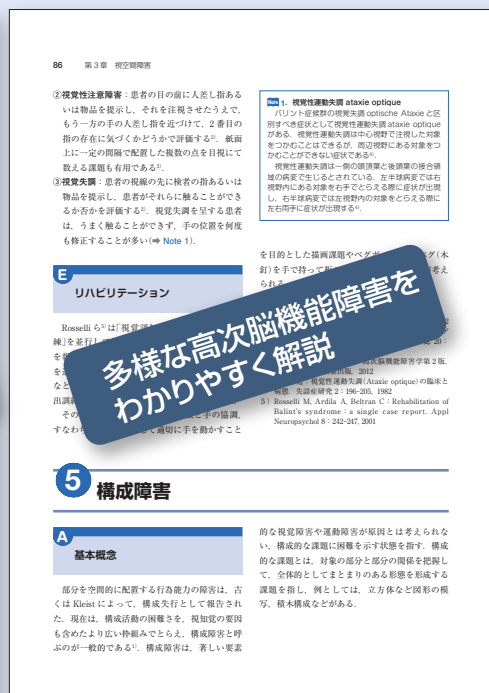
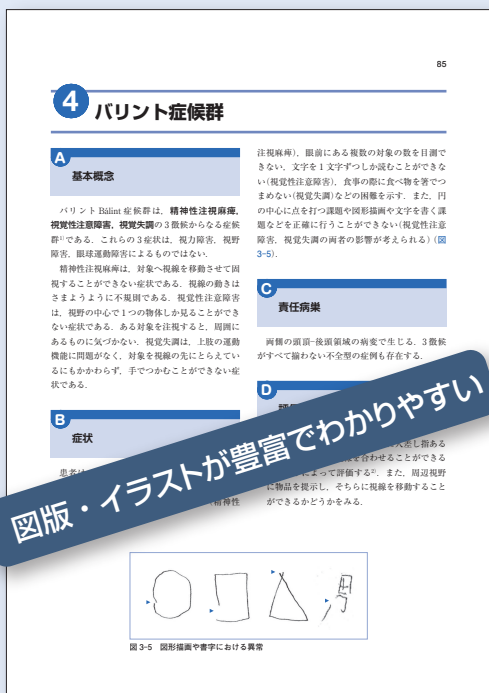
- 1 脳外傷に伴う認知コミュニケーション障害（坂本佳代・藤田郁代）
- 2 右半球損傷に伴う認知コミュニケーション障害（太田信子）
- 3 認知症によるコミュニケーション障害（飯干紀代子）
- 4 筋萎縮性側索硬化症に伴う認知コミュニケーション障害（小森規代・橋本律夫）
- 5 パーキンソン病に伴う認知コミュニケーション障害（橋本律夫・小森規代）

編集者より 改訂のポイント



「言語聴覚士養成教育ガイドライン」に基づいて、高次脳機能障害に関する基本的知識、重要な理論・技術を網羅しています。第3版では、学生が高次脳機能障害学を学ぶための導入として、「高次脳機能障害のリハビリテーションにおける言語聴覚士の役割」を新設しました。高次脳機能そのものの障害、活動制限、参加制約に働きかけることと併せて、高次脳機能障害によって起こるコミュニケーション障害に対するアプローチの必要性を述べています。

Sample



発声発語障害学 第3版

2021年2月改訂



【編集】

城本 修
原 由紀

県立広島大学教授・保健福祉学部コミュニケーション障害学科

北里大学准教授・医療衛生学部リハビリテーション学科言語聴覚療法学専攻

第3版では新たな取り組みとして、冒頭に「発声発語障害学の基礎知識」と題する章を設け、本書で取り扱う分野の基盤となる知識をわかりやすくまとめます。また、各項目の冒頭に設けた“学修の到達目標”は、日本言語聴覚士協会が作成の「言語聴覚士養成教育ガイドライン」(2018年)の内容を踏まえており、学生が学びを進めるうえでの指針とします。

目次

第1章 発声発語障害学の基礎知識

- 1 発声発語器官の基本構造と機能 (西澤典子)
- 2 発声発語器官の病態と医学的診断 (西澤典子)
- 3 発声発語器官に関与する神経系の基本構造と機能 (西澤典子)
- 4 音声の産生と知覚
 - A 音声の産生と知覚、加齢変化 (西澤典子)
 - B 日本語の音韻・構音と音声知覚 (今村亜子)
 - C 音韻発達と構音発達および加齢変化 (今村亜子)

第2章 音声障害

- 1 音声障害の症状とその原因 (発症メカニズム) (岩城 忍)
- 2 音声障害の病態 (岩城 忍)
- 3 音声障害の関連障害 (石毛美代子)
- 4 音声障害の評価診断
 - A 評価診断の原則と流れ (刈安 誠)
 - B 医師が行う音声障害の評価診断とその意味 (柳田早織)
 - C 言語聴覚士が行う音声障害の評価診断 (柳田早織)
 - D 音声障害の評価の解釈 (柳田早織)
- 5 音声障害の治療
 - A 音声障害の治療 (医学的治療と行動学的治療) (城本 修)
 - B 行動学的治療 (金子真美／飯野由恵)
 - C 事例報告と報告書の作成 (阿部千佳)

第3章 発話障害 (構音障害と発語失行)

- 1 発話障害の概念と分類
 - A 発話障害の基本概念 (柴本 勇)
 - B 小児の発話障害の原因と分類 (今富摂子)
 - C 成人の発話障害の原因と分類 (小澤由嗣)

2 発話障害の評価と訓練

- A 小児の発話障害の評価と訓練 (緒方祐子)
- B 成人の発話障害の評価と訓練 (織田千尋／高倉祐樹・大槻美佳／西脇恵子)
- C 歯科補綴装置の利用 (西脇恵子)
- D 拡大・代替コミュニケーション (長谷川賢一)
- E 脳性麻痺による発話障害 (椎名英貴)
- F 事例報告と報告書の作成 (佐藤亜紀子／中村 文)

第4章 流暢性障害 (吃音)

- 1 流暢性障害 (吃音) の概念と分類
 - A 流暢性障害の基本概念 (原 由紀)
 - B 吃音の発症と進展のメカニズム (小林宏明)
- 2 流暢性障害の評価
 - A 評価診断の原則と流れ (前直志)
 - B 評価の実際 (酒井奈緒美)
- 3 流暢性障害の治療
 - A 治療の原則と流れ (原 由紀)
 - B 幼・小児期の発達性吃音の治療 (坂田善政)
 - C 思春期・成人期の吃音の治療 (北條具仁／塩見将志)
 - D セルフヘルプグループなどとの連携 (飯村大智)
 - E クラタリングの評価と治療 (宮本昌子)
 - F 事例報告と報告書の作成 (佐々木ゆり／吉澤健太郎)

Sample

12 第1章 発声発語障害学の基礎知識



鼻腔は大鼻翼軟骨で支持され皮膚に覆われる鼻前庭と、その尾端で粘膜に覆われる固有鼻腔に分かれる。固有鼻腔の尾側端は後鼻孔で、硬口蓋ならびに鼻中隔の後端に一致し、気道はここから上咽頭に連なる(図1-15a)。

鼻腔共鳴^{※1}の特徴は、高域の吸収(反共鳴)と、中域の共鳴負荷(鼻腔共鳴)が行われることで、語音に鼻音性が付与される。

咽頭は、気道消化系において、鼻腔・口腔の下方に位置し、咽頭弁により食道と口腔に通じる管腔である。咽頭蓋から軟口蓋付着部の高さにかけて、上咽頭、中咽頭、下咽頭と分けられる。上・中咽頭の境界は硬口蓋と軟口蓋の接合部の高さ、中・下咽頭の境界は舌背上縁（喉頭蓋谷底部）の高さとする。咽頭後壁には咽頭横筋（舌根付着部）と咽頭に接する。咽頭の前方には口腔、口腔、喉頭とどの間隔にわたってはおおむね上・咽頭は鼻腔の下方、中咽頭は口腔の上方、下咽頭は喉頭の下方ならびに膈方（**梨状窩**）の管腔と考えよい。咽頭腔は腔大で、局在を概して記述する必要がある。図5-1には、鼻腔と喉頭の断面を前後視、上方視、側面視

* 1 音声学的に鼻腔共鳴は鼻腔腔が開放され、文字通り音声は鼻腔に共鳴することを指す。一方、舞台芸術の領域で行われる発声指導において、「鼻腔共鳴」あるいは「声の前頭部に当てる」などの表現が使われることがあるが、これは、歌唱において喉頭における発声と声道における共鳴を良好に調節する感覚をつかむために比喩的に使われることばで、音声学的な鼻腔共鳴そのものを指すのではない。



咽の境界を舌根の有郭乳頭(舌の後1/3のライン)、咽頭と喉頭の境界を披裂喉頭蓋ひだの稜線と定める¹²⁾。一方発声言語障害を論じる場合は、管腔構造のつながりに即して共鳴腔を分けるほうが合理的なので、口腔、咽頭の境界を口蓋弓のライン(口輪)とする記述もある¹³⁾。

咽頭の形態変化は语音の共鳴を調節する。これにかかわる筋肉を以下にまとめる。

・咽頭収縮筋群(1章1節C項(⇒8頁)を参照)
(図1-16)

上・中・下咽頭収縮筋に分かれ、下から重なって、咽頭の側壁を取り囲むように走行し、咽頭後壁正中の結合組織（咽頭縫線）に至る。上咽頭収縮筋は翼状突起、下咽、舌根に、中咽頭収縮筋は舌骨に、下咽頭収縮筋は甲状軟骨、輪状軟骨に起始をもつ。橋下で隣りて咽頭腔を上から徐に絞断することで食味の移送を促す。咽頭収縮筋群の活動により、凡嚥反射としての咽頭腔は決くなる。また、上咽頭収縮筋は口蓋軟骨筋と協調して鼻咽腔閉鎖に働く。神経支配は舌咽・迷走・副神経からの枝で構成される咽頭神経叢である。



・口蓋帆挙筋(図1-17)
頭蓋底から前下方に向かって起こり、左右から軟口蓋に入って正中で筋束を交える*2。活動によって、軟口蓋は後上方へ引き上げられる。発語、嚥下によってある鼻咽腔閉鎖機能の主体となる。神経支配は咽頭神経叢である。口蓋帆挙筋と同様に頭蓋底から軟口蓋に向かう筋肉に口蓋帆横筋があるが、この筋は鼻咽腔閉鎖には関与せず、活動によって耳管を開閉する。神経支配は三叉神経である。

・口蓋舌筋、口蓋咽頭筋(図 1-17)
舌、咽頭から軟口蓋に入る筋肉で、軟口蓋を下制する。

※2 口蓋裂、軟顎下口蓋裂では、左右口蓋帆筋が正中で接合せず、軟口蓋を前方に向かい、硬口蓋後端に付着するという走行異常が起こる。本疾患に対する口蓋形成手術においては、粘膜の覆いを閉鎖するだけでなく、口蓋帆筋の走行異常を正して正中で接合させる操作を行うことが、歯列の構音機能再建のために重要とされる。

摂食嚥下障害学 第2版

2021年3月改訂



【編集】

椎名英貴

森之宮病院リハビリテーション部

倉智雅子

国際医療福祉大学教授・成田保健医療学部言語聴覚学科

正常な摂食嚥下のメカニズムから、各疾患に伴う障害、言語聴覚士が行うべき観察・評価、診断の読み方、チームにおける役割、言語聴覚士の具体的介入をまんべんなく理解できます。近年、ますます重要になる小児の摂食嚥下障害も、本書は手厚く解説しています。第3版では全体構成を見直し、分類、合併症、評価・訓練の実際の流れがさらにわかりやすくなりました。

目次

第1章 摂食嚥下機能とその障害

- 1 発達と成熟
 - A 摂食嚥下機能の発達と成熟 (弘中祥司・向井美恵)
 - B 正常な嚥下 (小野高裕)
- 2 加齢 (前田留美子)

第2章 摂食嚥下障害の分類

- 1 小児の摂食嚥下障害
 - A 小児摂食嚥下障害とは (椎名英貴)
 - B 脳性麻痺に伴う摂食嚥下障害 (荒井 洋)
 - C 小児後天性脳損傷に伴う摂食嚥下障害 (荒井 洋)
 - D 先天性疾患に伴う嚥下障害 (田邊 良)
 - E 自閉スペクトラム症と摂食 (市川宏伸・志村みさと)
 - F 器質性障害 (口唇・口蓋裂)に伴う摂食嚥下障害 (山本一郎)
 - G 食物拒否と回避・制限性食物摂取症 (荒井 洋)
- 2 成人の摂食嚥下障害
 - A はじめに (倉智雅子)
 - B 運動障害に伴う摂食嚥下障害
 1. 脳血管疾患 (藤島一郎)
 2. 神経筋疾患 (野崎園子)
 - C 悪性腫瘍に伴う摂食・嚥下障害 (藤本保志)
 - D 高次脳機能障害、認知症に伴う摂食嚥下障害 (長谷川賢一)
 - E 加齢に伴う摂食嚥下障害—サルコペニア、フレイルとの関係 (森 隆志)
 - F その他 (矢野実郎)

第3章 摂食嚥下障害によくみられる合併症

- 1 小児の合併症とリスク管理
 - A はじめに (椎名英貴)

- B 呼吸器系の問題 (北住映二)
- C 消化器系の問題 (北住映二)
- D てんかん、薬物の影響 (荒井 洋)
- 2 成人の合併症とリスク管理
 - A はじめに (倉智雅子)
 - B 誤嚥性肺炎・窒息・気管切開 (太田喜久夫)
 - C 低栄養、脱水、非経口栄養 (太田喜久夫)
- 3 言語聴覚士に求められる感染症対策 (柴田寛子)

第4章 言語聴覚士の役割とチームアプローチ

- A 言語聴覚士の基本的な役割 (倉智雅子)
- B 言語聴覚士と倫理 (藤島一郎)
- C チームアプローチ (平田 文・清水充子)

第5章 評価・スクリーニング・検査

- 1 小児の摂食嚥下障害の評価
 - A 小児評価の概要と流れ (椎名英貴)
 - B 情報の収集 (佐野麻子)
 - C 臨床の評価 (佐野麻子)
 - D 機器を使用した検査 (益田 慎)
 - E 情報の統合と評価の立案 (椎名英貴)
- 2 成人の摂食嚥下障害の評価
 - A 評価の流れ／B 情報収集・問診／C 観察・臨床評価／D スクリーニングテスト (兼岡麻子)
 - E 臨床評価 (西脇恵子)
- 3 嚥下造影 (馬場 尊)
- 4 嚥下内視鏡検査 (津田豪太)
- 5 その他の検査 (福本陽子)
- 6 情報の統合 臨床推論と介入計画の立案 (倉智雅子・平田 文)

第6章 小児の摂食嚥下訓練

- 1 小児摂食嚥下リハビリテーションの概要 (椎名英貴)

- 2 言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーション (椎名英貴)
- 3 言語聴覚士の介入 疾患別
 - A 脳性麻痺および類似疾患 (佐野麻子)
 - B 先天性疾患に伴う嚥下障害
 1. 筋ジストロフィー (虫明千恵子)
 2. 染色体異常 (ダウン症を除く)、遺伝子の異常による疾患など (虫明千恵子)
 3. ダウン症 (中村達也)
- C 自閉スペクトラム症に伴う摂食嚥下障害 (佐藤小由里)
- D 口唇・口蓋裂に伴う摂食嚥下障害 (藤原百合)
- E 食物拒否に対する対応 (佐藤小由里)

第7章 成人の治療・訓練

- 1 成人分野の概要 (倉智雅子)
- 2 言語聴覚士の介入
 - A 間接訓練と直接訓練 (小島千枝子)
 - B 脳血管障害 (福岡達之)
 - C 神経筋疾患 (荻野智雄)
 - D 器質性疾患 (飯野由恵)
 - E 加齢・廃用・認知症など (長谷川賢一)

第8章 摂食嚥下障害リハビリテーション

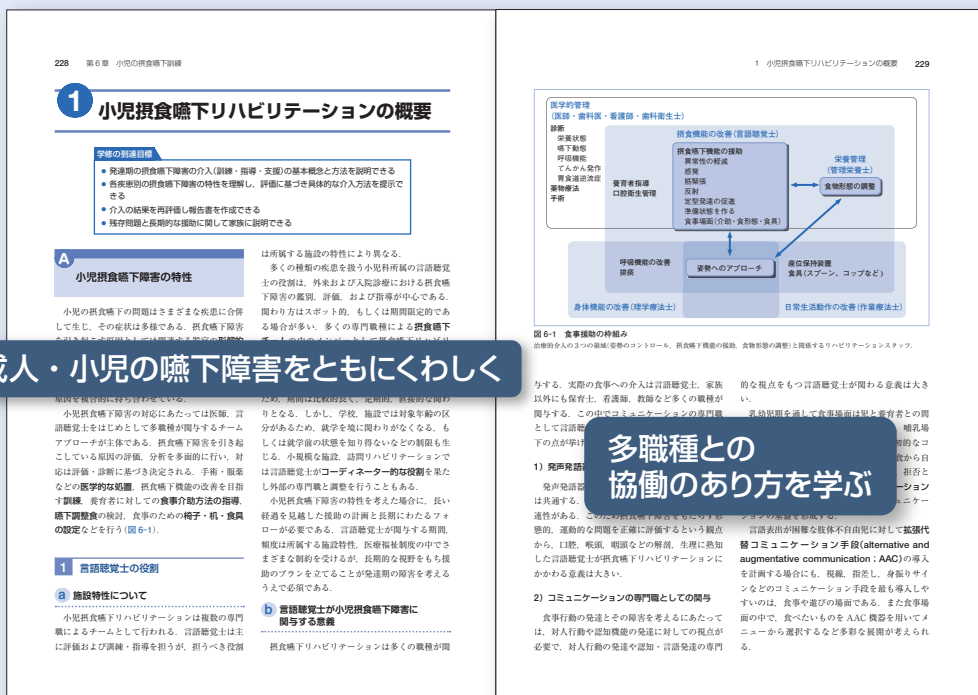
- 1 小児の嚥下障害リハビリテーションの課題と展望 (椎名英貴)
- 2 成人の摂食嚥下リハビリテーションの課題と展望 (熊倉勇夫)

編集者より 改訂のポイント



摂食嚥下障害に関する研究・臨床は年々活性化し、かわる言語聴覚士の数も増加し続けています。また言語聴覚士が対象とする摂食嚥下障害は、従来の脳血管障害中心から、進行性疾患、頭頸部癌、認知症、サルコペニアに伴うものなどに広がっています。また初版から手厚く解説している小児領域においても、自閉スペクトラム症児の偏食や、いわゆる“食べたがらない”子どもなども対象になってきました。これら近年の動向に対応し、それぞれの解説を充実させました。医療・介護の現場で直面する「食べること」に関する幅広い課題についても、新たに項を立てています。

Sample



言語発達障害学 第3版

2021年3月改訂



【編集】

深浦順一
藤野 博
石坂郁代

国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究科言語聴覚分野

東京学芸大学大学院教授・教育学研究科

北里大学教授・医療衛生学部リハビリテーション学科

第3版では日本言語聴覚士協会が2018年に発表した「言語聴覚士養成教育ガイドライン」を踏まえた目次立てとするとともに、学生が学ぶ際の指針として各章・各項目ごとに学修の到達目標を明示します。さらに今版では事例の記載を充実させ、臨床をイメージできる内容とするとともに、保健・福祉・教育との連携や言語発達障害支援の最前線についても解説します。

■目次

第1章 言語とコミュニケーションの発達

- 1 発達の全体像 (大伴 潔)
- 2 前言語期 (大伴 潔)
- 3 幼児前期 (語彙獲得期を含む) (大伴 潔)
- 4 幼児後期 (大伴 潔)
- 5 学童期 (原 恵子)

第2章 言語発達障害とは

- 1 言語発達障害とは (石坂郁代)
- 2 言語発達障害の医学的背景 (稲垣真澄)
- 3 言語発達障害の臨床 (石坂郁代)

第3章 評価 (アセスメント)・診断

- 1 情報収集 (深浦順一)
- 2 検査 (畦上恭彦)
- 3 評価のまとめ (畦上恭彦)

第4章 指導と支援

- 1 発達段階に応じた指導 (大伴 潔)
- 2 環境調整 (熊田広樹)
- 3 特異的言語発達障害 (田中裕美子)
- 4 限局性学習障害 (春原則子)
- 5 知的能力障害 (下嶋哲也)
- 6 自閉症スペクトラム障害 (藤野 博/石川亜紀)

- 7 注意欠如・多動性障害 (水戸陽子)

- 8 脳性麻痺・重複障害 (高見葉津・虫明千恵子)

- 9 小児失語症と後天性高次脳機能障害
(藤野 博/藤吉昭江)

第5章 保健、福祉、教育との連携

- 1 特別支援教育における言語発達障害児の支援
(久保山茂樹)
- 2 地域支援における連携 (重森知奈)
- 3 高等教育における支援 (就労支援を含む) (森脇愛子)

第6章 言語発達障害支援の最前線

- 1 言語聴覚士のかかわりと位置づけ (藤野 博)
- 2 ICT支援 (平林ルミ)
- 3 多言語児童生徒の学習支援 (松井智子)
- 4 低出生体重児における言語発達の問題 (井崎基博)

編集者より 改訂のポイント



前版で内容が重複していた部分を整理することで、よりシンプルでわかりやすい構成としました。特に第4章では、各障害の特徴や指導・支援法に関する記述をまとめたうえで事例を紹介して、具体的に学べる工夫をしました。また、保健・福祉・教育などの関連領域との連携については、独立した章で解説しました。そして、ICT 支援や多言語児童生徒への学習支援などの最先端の知識に関する章を新たに設けました。

Sample

76 第4章 指導と支援
77 発達段階に応じた指導

1 発達段階に応じた指導

字修の到達目標

- 発達段階(水準)ごとの指導について述べることで、

A 指導の基本的背景

1 指導領域・指導目標の設定

言語・コミュニケーションの発達に遅れのある子どもへの指導を開始する第一歩として、指導を要する領域(伝達手段のハートリー、伝達機能、語彙、文法、メタ言語、書記言語)と具体的な目標を設定する。保護者からの主訴や言語・コミュニケーション行動の観察、アセスメントなどの結果にもとづいて決定する。なお、言語・コミュニケーション面の課題だけでなく、注意や視覚的分別、ワーキングメモリ、実行機能といった認知領域、自覚性、協力、感情の理解といった情動・社会性領域にも配慮する。

2 目標水準の設定:発達最近接領域の配慮

指導目標を設定する際、「スモールステップをかける」という言い方をすることがある。最終的な目標に到達するために、到達可能な短期目標を設定し、積み重ねることによって長期目標に近づくという考え方である。ロシアの心理学者ヴィゴツキー(L.S. Vygotsky)は**発達の最近接領域**という概念を提唱した(図4-1)。大人の援助により達成できる水準で、仲間と一緒のグループ活動であれば到達できる水準までを発達の最近接領域と呼ぶ。

「学修の到達目標」とともに的確な図表、Noteを用いてわかりやすく記載

行動的アプローチ	子どもの自覚的達成のめあて(目的)	目標的行動の確立のための適切な課題の策定に向けた課題を組み入れ、行動的アプローチを用いる
試した応用行動分析(applied behavior analysis: ABA)が用いられることがある。ある状況で子どもが適切な行動(正反応)を起こしたら、即座に報酬を与えることによって、その行動が定着するように強化する。個別指導場面において、一定の基準に達成するまで学習試行を何度も繰り返していく方法を 不適応的行動訓練(discrete trial training: DTT) と呼ぶ。近年の応用行動分析は、より自然な人とのかかわりのなかで自覚する。機能性コミュニケーション行動を定着させるようになっている。 機会利用型指導 。応用行動分析理論にもとづく指導方法を行動的アプローチと呼ぶ。	定型的発達児は、乳児期から異年齢児(4歳5歳参照)を介した人とのかかわりを通して、情動を含めた多様な経験を積み、自然な母子関係のやり取りを分析した発達論的研究の知見にもとづき、言語・コミュニケーションの発達に有効なかわり方を抽出し、支援方法として整理したものを発達論的アプローチと呼ぶ。子どもからの自覚的なコミュニケーションを重視し、聞き手の反応や言語環境を調整することで、子どもの発達を最大限に促すことを主眼としている。本節で紹介する。	

図4-1 「発達の最近接領域」に配慮した目標設定

教材を選択したり、指導内容を設定したりする際には、子どもの水準よりもわずかに高いレベルの課題を用意することが重要である。例えば、言語表現が困難な子どもの場合、オノマトペや音韻数の少ない語の産出から始める。短い音韻の中で産出を求め、なじみのある音韻から語彙を導入する、といった配慮である。日常生活の中で使う機会が多く、役に立つ**機能性社会性**の高い表現を目指すといった配慮も重要である。

3 指導アプローチの多様性

言語・コミュニケーションの指導方法には、いくつかの分類の仕方がある。表4-1の分類では、子どもと大人のかかわり方をもとに「発達論的アプローチ」と「行動論的アプローチ」に整理している。また、課題の枠組みの観点から、自由場面等と課題設定型に分けていく。ただし、これらの要素が融合するスタイルもある(※Note 19)。

試した応用行動分析(applied behavior analysis: ABA)が用いられることがある。ある状況で子どもが適切な行動(正反応)を起こしたら、即座に報酬を与えることによって、その行動が定着するように強化する。個別指導場面において、一定の基準に達成するまで学習試行を何度も繰り返していく方法を**不適応的行動訓練(discrete trial training: DTT)**と呼ぶ。近年の応用行動分析は、より自然な人とのかかわりのなかで自覚する。機能性コミュニケーション行動を定着させるようになっている。**機会利用型指導**。応用行動分析理論にもとづく指導方法を行動的アプローチと呼ぶ。

定型的発達児は、乳児期から異年齢児(4歳5歳参照)を介した人とのかかわりを通して、情動を含めた多様な経験を積み、自然な母子関係のやり取りを分析した発達論的研究の知見にもとづき、言語・コミュニケーションの発達に有効なかわり方を抽出し、支援方法として整理したものを発達論的アプローチと呼ぶ。子どもからの自覚的なコミュニケーションを重視し、聞き手の反応や言語環境を調整することで、子どもの発達を最大限に促すことを主眼としている。本節で紹介する。

自由場面型と課題設定型

指導アプローチは、活動の自由度の高いスタイルと、課題設定を優先するスタイルに大きく分けることができる。**自由場面型**では、子どもの自覚的な遊びや表現を引き出すことを優先する。子どもにも活動の主導権を与えるなかで、発達や遊びのモデルを提示し、より適切な理解や表現に導いていく。**課題設定型**では、例えば絵カードの呼称のように、目指される子どもの表現が明確であり、限定的である。自由場面でも特定の発話を引き出すために道具が意図的に配置されたり、課題設定型でも子どもにも活動の主導権を与えたりするなど、両者の特徴が融合されるスタイルもある(※Note 20)。

学童期のメタ言語的活動や読み書き指導は、基本的には課題設定型である。教材の内容が指導目標に沿っているか、教材の難易度が子どもの発達水準に照らして適切であるか(発達の最近接領域に設定されているか)、子どもが自ら課題に取り組

聴覚障害学 第3版

2021年3月改訂



【編集】
城間将江
鈴木恵子
小淵千絵

国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究科言語聴覚分野
北里大学非常勤講師・リハビリテーション学科言語聴覚療法学専攻
国際医療福祉大学教授・成田保健医療学部言語聴覚学科

日本言語聴覚士協会が2018年に発表した「言語聴覚士養成教育ガイドライン」を踏まえた目次建てとし、前版の内容をベースにしながら全面的に改訂しています。今版より成人、小児ごとに評価から指導・訓練に至る流れを明確にし、また事例の記載を増やすことで学生の理解がより進む構成とします。加えて各章の冒頭で「学修の到達目標」を設け、学びの指針とします。

目次

第1章 聴覚と聴覚障害 (城間将江・中村公枝)

- 1 聴覚の機能
- 2 聴覚障害とは何か
- 3 聴覚障害のリハビリテーションの歴史と現状
- 4 聴覚障害のリハビリテーションの概要

第2章 音と聴覚 (富澤晃文)

- 1 音の物理的特性
- 2 聴覚の心理的特性

第3章 聴覚と平衡機能の医学 (高木 明)

- 1 聴覚の発生
- 2 聴覚器官の解剖と生理
- 3 聴覚の病理
- 4 平衡器

第4章 聴覚・平衡機能検査

- 1 聴覚・平衡機能検査の概要 (城間将江)
- 2 自覚的聴覚検査 (城間将江)
- 3 他覚的聴覚検査 (小淵千絵)
- 4 平衡機能検査 (中村雅子)
- 5 乳幼児聴力検査 (城間将江)

第5章 聴覚補償機器

- 1 補聴器
 - A 構造と機能 (富澤晃文)
 - B 適合の理論と実際 (井上理絵)
- 2 人工聴覚器
 - A 種類 (射場 恵)
 - B 構造と機能、適合の理論と実際 (射場 恵)
 - C 幼児期の人工内耳マッピング (城間将江)
- 3 補聴援助システム (佐藤紀代子)

第6章 成人難聴のリハビリテーション

- 1 成人難聴のリハビリテーションの概要 (鈴木恵子)
- 2 成人難聴の評価 (鈴木恵子)
[事例1] 成人難聴 評価サマリー (川上紀子)
- 3 成人難聴の指導・支援 (鈴木恵子)
[事例2] 成人難聴 指導サマリー (井上理絵)

第7章 小児難聴のリハビリテーション

- 1 小児難聴のリハビリテーションの概要 (小淵千絵)
- 2 小児難聴の評価 (廣田栄子)
[事例3] 小児難聴 評価サマリー (大原重洋)
- 3 小児難聴の指導・支援
 - A 指導・支援の観点 (小淵千絵)
 - B 聴覚活用と聴覚学習 (小淵千絵)
 - C 小児期における選択の内容及と条件 (小淵千絵)
 - D 難聴児の音声言語習得上の課題 (小淵千絵)
 - E ハビリテーションプログラムの立案 (小淵千絵)
 - F 小児の発達段階と学習方法 (小淵千絵)
 - G 言語指導段階 (小淵千絵・中村公枝・北 義子)
 - H 障害認識へのアプローチ (高井小織)
 - I 軽度・中等度難聴児の課題 (井上理絵)
 - J 人工内耳装用児の課題 (城間将江)

4 学校教育における指導と課題

- (平島ユイ子)
- [事例4] 小児難聴 (乳児期) 指導サマリー (楠居裕子)
 - [事例5] 小児難聴 (幼児期) 指導サマリー (和泉千寿世)
 - [事例6] 小児難聴 (学童期) 指導サマリー (大金さや香)

第8章 特異的な聴覚障害

- 1 一側性難聴 (福島邦博)
- 2 中枢性難聴 (福島邦博)
- 3 オーディトリリー・ニューロパシー (ANSD) (福島邦博)
- 4 聴覚情報処理障害 (APD) (福島邦博)
- 5 機能性難聴 (福島邦博)
- 6 視覚聴覚二重障害 (柴崎美穂)
- 7 難聴を伴う重複障害 (北川可恵)
[事例7] 重複障害 (難聴・発達障害) 指導サマリー (中津愛子)
- [事例8] 重複障害 (難聴・脳性麻痺) 指導サマリー (北川可恵)

第9章 情報保障と社会資源

- 1 情報保障 (柴崎美穂)
- 2 聴覚障害と社会資源 (鈴木恵子・田中多賀子)

編集者より 改訂のポイント



平衡機能検査の一部が2018年に言語聴覚士法に追加されたことに伴い、耳鳴りやめまいに関する理論や検査を加えました。また、非典型的あるいは特殊な難聴については「特異的な聴覚障害」として新規に章立てをし、内容も更新しました。そして、非典型を含む実際の事例について、評価サマリーと指導サマリーを新たに加えることで、臨床における実践的な学習・指導に役立つ内容としています。

Sample

わかりやすい本文の解説に加えて、実際の事例として「評価サマリー」「指導サマリー」を随所に記載

機能、障害認識。コミュニケーションにかかわる情報をまとめた一覧表である。直接による結果は、診断欄に記述して記録することもできるが、表のように改まったスタイルで記録を残すことで、聴覚リハビリテーションの目標設定、およびその成果の評価に必要な資料として、医療者間で共有することが可能と思われる。

- 4) 日本聴覚医学会臨床研究委員会：聴覚器適合検査の指針(2018)について。 *Audiology Japan* 33 : 708-726, 2018
- 5) 鈴木恵子、他：聴覚者におけるコミュニケーション・リハビリテーション「きこえ」についての意識調査(2012)の結果に表れた傾向一。 *Audiology Japan* 36 : 228-233, 2013
- 6) 鈴木恵子、他：「きこえ」ことについての意識調査(2012)の評価点に表れた聴覚者の変化-聴覚障害者向けに-に関する検討一。 *Audiology Japan* 60 : 492-499, 2017

事例

事例1 成人難聴 評価サマリー

【対象者】70歳代 男性。

【主訴】最近、テレビの音が聞こえにくい。家族からもテレビの音が大きいといわれ、聞こえないと指摘される。友人が補聴器で聞こえるようになっているようなので、自分も試してみたい。

【診断名】加齢による中等度の感音難聴(加齢性難聴)。

【診断経過】4~5年前に聴力低下の指摘を受けたが、聴覚の自覚なく対応していた。この数か月で聴覚を自覚し、補聴器を用いる目的で耳鼻咽喉科を受診。医師の診察により補聴器装着適応となり、補聴器外来受診となった。

【既往歴】飲心位(手術歴あり)、アルコールと薬物による肝機能障害。

【補聴器経歴】今回が初めての補聴器装着となる。

評価

【純音聴力検査】平均聴力レベルが右耳 57 dBHL、左耳 47 dBHLで、(※) 骨導差は認められず、両側とも高音側偏型の感音難聴であった(図6-4)。

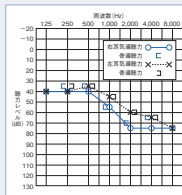


図6-4 補聴器外来受診時の純音聴力検査結果

【語音理解検査】右耳 60 dBHL、左耳 50 dBHL。

【語音弁別検査】最高語音明瞭度は、右耳 55% (80 dB)、左耳 50% (70 dB) であった。

【SISI 検査】1000 Hz 側音で右耳 100% (75 dB)、左耳 75% (65 dB) で両側ともに補充現象陽性であった。

【コミュニケーション行動】医師および言語聴覚士

右耳に補聴器(BT)の試験を行った結果、声が小さくなり、ご家族からの声かけへの反応も改善された印象を受けた。

評価のまとめ

純音聴力検査と語音聴力検査の差がなく、医師は典型的な中等度の加齢性難聴と診断した。本人の希望により補聴器試用まで行ったが、今後は下記に示すより補充現象に留意しながら補聴器適合し、補聴器装着指導とコミュニケーション指

指導と指導内容

補聴器適合

【指導内容】家庭での試験結果に応じた補聴器特性の調整。および補聴器の効果と限界、基本的なコミュニケーション方法についての助言を行い、安

定装置まで届く。

【指導目標】補聴器装着の継続、および障害理解とコミュニケーション活用助言の促進。

【指導内容】補聴器装着継続のために、聴覚管理と補聴器調整を定期的に。補聴器装着後の障害理解やコミュニケーション活用助言の状態を評価し、家族も含めて必要な助言を行う。

3 成人難聴の指導・支援

A

指導・支援の観点

言語聴覚士にとって、成人難聴のリハビリテーションの軸ともいえる業務は、補聴器や人工内耳などの適合を主とした聴覚援助への介入である。これは、言語聴覚士の支援を要する多くの人が、補聴器による聞こえにくさの改善を期待しているからというだけでなく、たとえ主訴が聴音や言語、コミュニケーション、社会適応などであっても、多くの場合、それらの問題に関係なく聞こえにくさが要因としてかわるからである。

では、評価の前で述べたリハビリテーションのはかの2つの要素、障害認識とコミュニケーションは、この聴覚援助への介入とどのような関係にあるのだろうか。

1 補聴と障害認識の相互関係

障害認識が、補聴による聴覚機能の改善と相互に影響し合う密接な関係にあるという理解は、成人難聴のリハビリテーションにおいて重要である。

補聴器は、失われた聴覚を工学的に補償する有用な道具であり、医学的治療が難しいと判断された場合、次の重要な選択肢となる。しかし、補聴器によって正常聴力を取り戻せるわけではなく、場面や状況によって聞こえにくさが残存し、音の違和感やうるささを訴え続ける例も多い。そのため、補聴器の特性を物理的に調整するだけで適合を達成することは難しく、当事者が自分の聞こえにくさに向き合い、限界も理解したうえで機器を受け入れる能動的な姿勢をもって、初めて装置が安定する。

ここで注目すべきは、補聴器の試験体験が聞こえにくさの認識を進めるきっかけとなる可能性

地域言語聴覚療法学



【編集】

半田理恵子
藤田郁代

前夢のみずつみ村新樹苑・施設長

国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉学研究科言語聴覚分野

地域言語聴覚療法学を体系的に学ぶための本邦初のテキストが「標準言語聴覚障害学」シリーズの1冊としてついに刊行！ 昨今の言語聴覚士を取り巻く状況を踏まえ、言語聴覚士養成課程で学ぶ学生にとって必要な知識・技術・態度を解説し、今後の方向性を示します。学生のみならず、地域言語聴覚療法に関する知見を深めたい臨床家にも座右の書となる1冊です。

目次

第1章 社会的背景と意義

- 1 地域リハビリテーションの社会的背景 (藤田郁代)
- 2 地域リハビリテーションの概念 (藤田郁代)
- 3 リハビリテーションの歴史 (藤田郁代)
- 4 わが国における社会保障制度の変遷 (藤田郁代／内山千鶴子)
- 5 地域リハビリテーションの意義 (藤田郁代)

第2章 成人・高齢者の地域生活を支える

- 1 地域言語聴覚療法 (半田理恵子・藤田郁代)
- 2 地域言語聴覚療法を支えるシステムと制度
 - A 地域包括ケアシステムと制度 (深浦順一)
 - B 医療関連のシステムと制度 (深浦順一)
 - C 介護関連のシステムと制度 (深浦順一)
 - D 福祉関連のシステムと制度 (山本弘子)
 - E インフォーマル支援 (西脇恵子)
- 3 地域における連携 (小園真知子)
- 4 地域言語聴覚療法の展開
 - A 展開プロセス (半田理恵子)
 - B 情報収集と評価 (長谷川賢一／半田理恵子)
 - C 支援計画および訓練・指導・援助 (半田理恵子)
 - D 職種間連携 (半田理恵子)
 - E リスク管理 (半田理恵子)
- 5 地域言語聴覚療法におけるサービス
 - A 地域包括ケアにおける言語聴覚療法 (深浦順一)
 - B 介護予防における言語聴覚療法 (西脇恵子)
 - C 外来における言語聴覚療法 (佐藤妙子)
 - D 通所における言語聴覚療法 (小田柿誠二)
 - E 入所における言語聴覚療法 (黒羽真美)
 - F 在宅における言語聴覚療法 (上杉由美)

6 地域言語聴覚療法の実際

- A 失語症 (半田理恵子)
- B 高次脳機能障害 (半田理恵子)
- C 摂食嚥下障害 (山本 徹・長谷川賢一)
- D 発声発語障害 (志和智美・長谷川賢一)
- E 認知症 (植田 恵)
- F 聴覚障害 (鈴木恵子)
- G 神経難病 (小森規代)
- H がん (西脇恵子)
- I 吃音 (安田菜穂・吉澤健太郎)

第3章 小児の地域生活を支える

- 1 発達・教育の支援
 - A 基本概念 (内山千鶴子)
 - B サービスの形態とシステム (内山千鶴子)
 - C 連携 (内山千鶴子)
 - D 展開 (原 由紀)
- 2 支援の実際
 - A 乳幼児健康診査における取り組み (安立多恵子)
 - B 外来における取り組み (畦上恭彦)
 - C 通所における取り組み (木場由紀子)
 - D 就学後の取り組み (石坂郁代)
 - E 特別支援教育における取り組み (石坂郁代)
 - F 肢体不自由および重症心身障害への取り組み (虫明千恵子)

第4章 災害への対応 (原田浩美)

- 1 災害リハビリテーション

第5章 コミュニケーション機器による支援 (畠中 規)

- 1 コミュニケーション機器の種類
- 2 コミュニケーション機器の導入

編集者より 改訂のポイント



地域言語聴覚療法学は、医療福祉環境の変化や学問の進歩を踏まえて近年新しく生まれた専門領域で、本書はその基本理念や臨床理論・技術を体系的に解説しています。内容は、日本言語聴覚士協会の「言語聴覚士養成教育ガイドライン」に沿っています。具体的には、教育・介護・福祉などで提供される言語聴覚療法のあり方や、各種の言語聴覚障害に対する評価と介入の理論と技術について、事例を示してわかりやすく説明しています。学生はもちろんのこと、臨床家にも役立つ内容となっています。

Sample

14 第2章 成人・高齢者の地域生活を支える

1 地域言語聴覚療法

A 地域言語聴覚療法とは

1960年代に北欧から先進諸国へと広がった「ノーマライゼーション」の理念、すなわち障害のある人が地域や家庭において普通に生活できる社会をつくらなければならないとする考えは、1981年の国際障害者年を契機にわが国に浸透した。また、1980年代中ごろから欧州を中心に広まった「ソーシャル・インクルージョン」の概念は、障害のある人に加え、高齢、貧困などにより社会とのつながりから排除された人々を含め支え合うとする考え方であり、このいずれれもわが国の地域リハビリテーションを推進する理念となっている。日本リハビリテーション病院・施設協会は、2016年に地域リハビリテーションを推進する活動指針として以下の5項目をあげている。

- ① 障害の発生を予防することが必要であり、リハビリテーション関係機関や専門職は介護予防（※Side Memo 1）にかかわる活動（地域リハビリテーション活動支援事業）に積極的にかかわっていくことが求められる。また災害による最悪な生活で生じる生活機能の低下にもリハビリテーションが活用されるべきである。
- ② あらゆるライフステージに対応してリハビリテーションサービスが総合かつ継続的に提供できる支援システムを地域につくっていくことが求められる。これに反映においては、

Side Memo 1 介護予防（障害発生予防）
介護予防とは、高齢者や障害者が介護状態に陥らないよう、また悪化しないよう、生活機能維持・改善をさせることである。

用症候群の予防および生活機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーションサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと段階なく体系的に継続される必要がある。

- ③ さらに、機能や活動能力の改善が困難な人々に対して、できる限り社会参加を促し、また生まれる限り、人らしく過ごせるよう支援がなされなければならない。
- ④ 加えて、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえられるよう啓発されることが必要である。
- ⑤ 今後は、専門的サービスのみにでなく、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動などへの支援や育成も行い、地域住民による支え合い活動も含めた生活圏域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきである。

「地域言語聴覚療法」は新たな学問・臨床領域であり、何を目標とするように実践すべきかについての概念は完全に確立していない。しかし言語聴覚療法の歴史をたどると、まだ言語聴覚士の国家資格がなく、言語聴覚士にたずさわる専門家が全国で1,000人にも満たないことから、失語症など言語・コミュニケーション障害がある人に対し地域を基盤とした専門的サービスが提供されてきた。たとえば、ボランティアの協力を得て地域に「失語症友の会」などの患者会の立ち上げ提看援助と連携した在宅訪問療、保健師とともに保健所で開業したりリハビリ教室で集団訓練や個別指導などが行われてきた。地域により活動内容は異なるが、このような活動が地域言語聴覚療法の先駆けになったといえる。また現在、市区町村

言語聴覚士養成課程で学ぶ学生に必要な地域言語聴覚療法のスタンダードを示す

在宅	在宅リハビリテーション（訪問看護・介護老人保健施設） 訪問介護（デイサービス） 訪問入浴介護（ショートステイ） 訪問入所生活介護	介護保険
	訪問リハビリテーション（調理学・診療科） （介護老人保健施設） （訪問看護ステーション）	医療保険 介護保険 介護保険・介護保険
入所・入院	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護療養型	介護保険 介護保険 介護保険

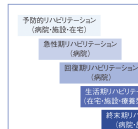


図2-1 リハビリテーションの流れ

なることを目指す。介護老人保健施設は入所者を対象としたリハビリテーションを行うと同時に、先に述べた通所リハビリテーションや短期入所療養介護（ショートステイ）においてもリハビリテーションを提供する。介護療養型医療施設は、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理下で介護や医療などを提供する。生活期の言語聴覚療法においては、回復期の医療保険によるサービスから生活期の介護保険によるサービスへとソフトランディングできるよう支援する。これには介護保険のサービスが医療サービスに比べて切れ目なく提供できるよう、退院前から地域のケアマネジャーと、診療情報提供者の

内容を共有するなど、連携することが重要である。現在、2025年を目標に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が推進されている。この中で、地域言語聴覚療法は、介護予防から地域社会における生活圏域までを含む幅広い専門的サービスを、地域包括ケア地域住民と連携して提供するようになる。

G 地域言語聴覚療法の特徴

言語聴覚療法は、予防的リハビリテーション、急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、生活期リハビリテーション、終末期リハビリテーションの流れの中で提供される（図2-1）。地域言語聴覚療法は、主に生活期と終末期のリハビリテーションを担い、その特徴は下記の点にある。

- ① 活動・参加の向上を主な目的とし、現在の機能・能力の維持・向上に努めるとともに、生活環境の改善、社会参加の促進、介護負担の軽減