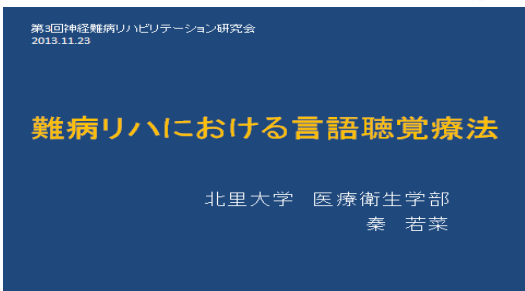


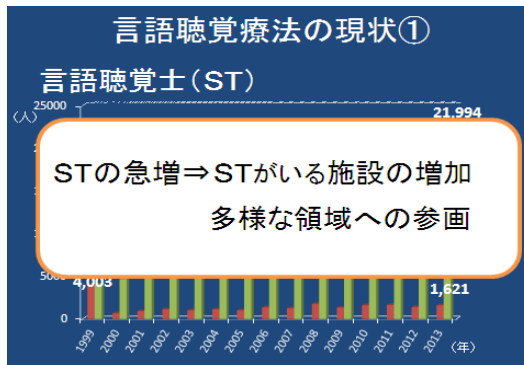
3.難病リハにおける言語聴覚療法

秦 若菜 (北里大学 医療衛生学部)



10年前の2003年が有資格者数7,767名だったことを考えますと、この10年間でSTの数が急増したということがいえると思います。

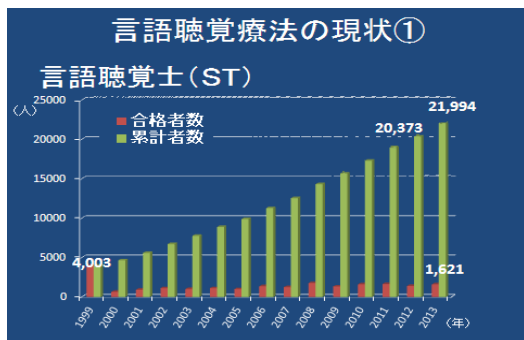
秦：北里大学の秦です。よろしくお願い致します。今回、教育というテーマをいただき、私にかくあるべきという素晴らしい話は申し上げられないと思いましたが、私自身が臨床を始めた当初に悩んだこととか、普段学生を見ていたり、卒業間もないSTを見ていたその様子から感じることを踏まえてお話をさせていただきたいと思います。



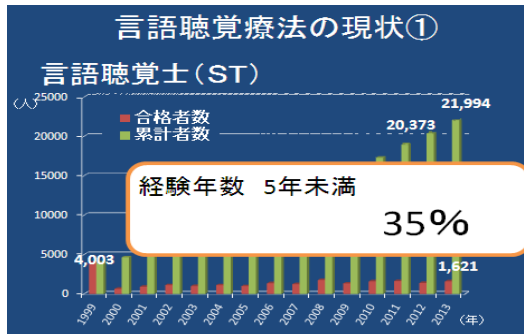
これはSTが存在する施設そのものが増加したということも意味していますし、今まで言語聴覚療法を行っていなかったような多様な領域へ徐々にSTが参画し始めたということを表していると思います。同様に神経難病に携わるSTも増加してきたといえますので、大変喜ばしいことだと感じています。



まず初めに、STの現状からご覧いただきたいと思います。2013年現在、STの有資格者数の累計は2万1,994名になりました。グラフにお示したとおり、1998年に言語聴覚士が国家資格になってから、その数は年々増加しており、現在は年間1,500名～1,700名程度のSTが誕生しています。



しかし、その反面、経験年数の浅いSTが多いということも事実です。



経験年数が5年未満のSTが全体の35%を占めていますので、STの領域全体において、言語聴覚療法の質の確保、新人STへの教育、こういったものが課題となっています。

言語聴覚療法の現状②

言語聴覚士協会の教育体制

1998年	言語聴覚士法施行
2000年	言語聴覚士協会発足
2004年～	生涯学習プログラム
2008年～	認定言語聴覚士講習会
2011年～	実務者講習会
	回復期リハビリテーション
	訪問リハビリテーション
	地域における言語聴覚療法

現在のST協会の教育体制はご覧のとおりで、2000年に言語聴覚士協会が発足した後、2004年からは生涯学習プログラムが始まり、2008年からは高次脳、嚥下、言語発達領域の認定言語聴覚士講習会が始まりました。2011年からは実務者講習会として、回復期や訪問リハに関するテーマが使われていますが、神経難病に特化したものというものは、残念ながら行われておりません。

神経難病に対する言語聴覚療法の現状とは？

教科書
ほとんどの教科書で神経難病に対する扱いが無い

ST学会における神経難病に関する演題

2003年	1/97題(1.0%)
2008年	5/185題(2.7%)
2013年	12/298題(4.0%)

では、神経難病領域における言語聴覚療法の教育はどうなっているかということを見てみると、教科書レベルの書籍では、神経難病のリハビリに関する項目というのはほとんど見つけることができませんでした。もちろん、神経難病の症状に関する記載というのは多数ありますが、リハビリに対する言及というのが少ないという状態です。構音障害や嚥下障害に関する教科書、13冊

中2冊において記載がありました。

一方で、ST学会における神経難病に関する演題をみてみると、10年前の2003年は全体の1%程度だったものが、5年前の2008年には2.7%、本年度は4%と徐々に増加しており、この領域の注目の高まりとともに、神経難病のリハに関する情報が増えてきているという印象も受けています。

とはいえ、初めての神経難病。初めて神経難病のリハビリに携わるという者たちにとって、情報が充足しているとはとてもいえないのが現状です。またSTの場合は、一人職場のSTというのも現在も決してまれではありません。おそらく実際に、PT、OTの方が指導されながらSTを育てているという施設も多くあるかと思っています。

そこで、今回は神経難病の臨床におけるSTの難しさというものを整理しながら、PTの方においても、同じ施設のSTがどういう部分に悩むのだろうか。どんなところに引っ掛かるのだろうかということ共有していただきながら、話を進めたいと思います。

脳血管障害と進行していく神経難病の違い^{山本(2013)}

疾患	脳血管障害	進行していく神経難病
発症	急激	いつからともなく
症状	障害部位によって異なる	疾患によって異なる
経過	不変、改善することあり	悪化、新たな症状も出現しうる
合併症	発症時から合併	徐々に増加
治療	リハビリテーションなど	対症治療、リハビリテーションなど
予後	不変～良好	不良

脳血管障害と進行していく神経難病の違いを山本は表のとおりにもとめています。発症のしかたや症状の違いはもちろんですが、その経過と予後の違い、これが大きな問題になるわけです。脳血管障害では症状が改善することを前提にリハビリを行います。

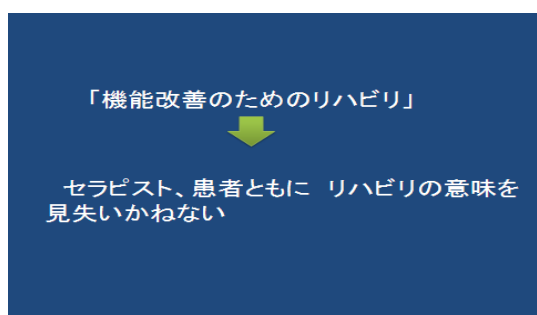
神経難病の場合は症状が悪化し予後が不良になることも考慮しながらリハビリを行う必要がありますので、

**脳血管障害と
進行していく神経難病の違い** 山本(2013)

疾患	脳血管障害	進行していく神経難病
発症	急激	いつからともなく
症状	障害部位によって異なる	疾患によって異なる
経過	不変、改善することあり	悪化、新たな症状も出現しうる
合併症	発症時から合併	徐々に増加
治療	リハビリテーションなど	対症治療、リハビリテーションなど
予後	不変～良好	不良

リハビリのあり方が異なる

脳血管障害の場合とはリハビリのあり方そのものが異なってくる可能性があります。



従来の評価をして訓練を実施し、機能が改善するというだけの筋道を描いたリハビリでは、セラピストも患者もリハビリの意味を見失いかねないと考えています。神経難病の臨床経験のあるセラピストにとっては、これは当たり前のことかもしれませんが、機能の改善を学校で教え込まれた新人にとっては、この視点の切り替えというのは容易なことではないかと思っています。

神経難病におけるSTの特徴

対象障害

- 音声障害、運動障害性構音障害
- 嚥下障害
- 失語・高次脳機能障害

評価

- 能力低下の状態の把握、障害の早期発見
- 日常場面における機能低下の影響
- 疾病の進行、症状の変化
- 予後予測

さて、神経難病に対する ST ですが、対象障害としては音声障害、運動性構音障害、嚥下障害、失語、高次脳機能障害などで、その評価においては障害の早期発見を含め、それぞれの機能の能力低下の状態を把握するとともに、日常場面における機能低下の影響を明らかにし、経時的な変化の中で症状をとらえていくことが必要になりますから、

神経難病におけるSTの特徴

対象障害

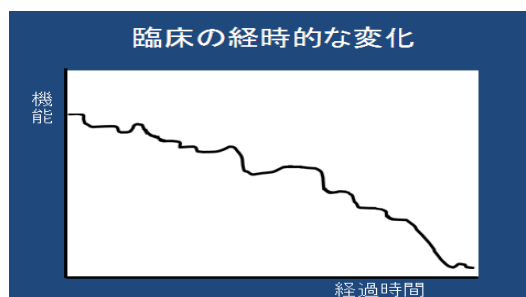
- 音声障害、運動障害性構音障害

多次元的な視点で評価する能力が求められる

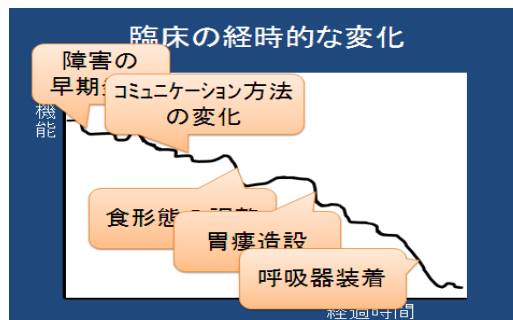
評価

- 能力低下の状態の把握、障害の早期発見
- 日常場面における機能低下の影響
- 疾病の進行、症状の変化
- 予後予測

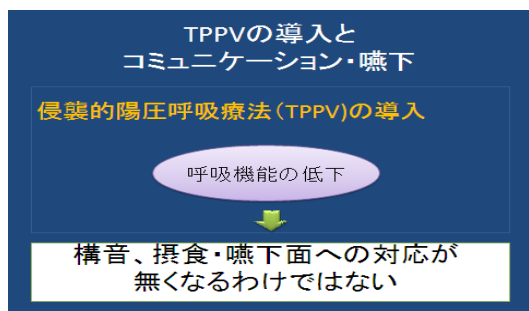
実に多次元的な視点で評価する能力というのが求められるといえます。



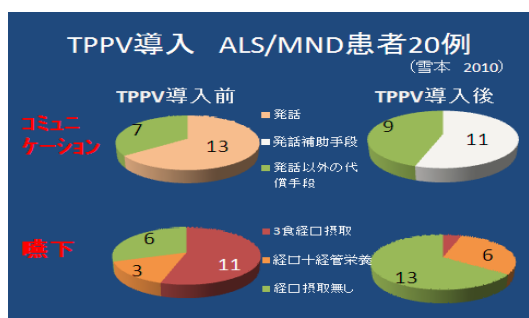
臨床の経時的な変化で考えてみますと、徐々に機能が低下していく中で、さまざまに対応していく事象がありますが、リハビリの方向性などに影響する事項としては、



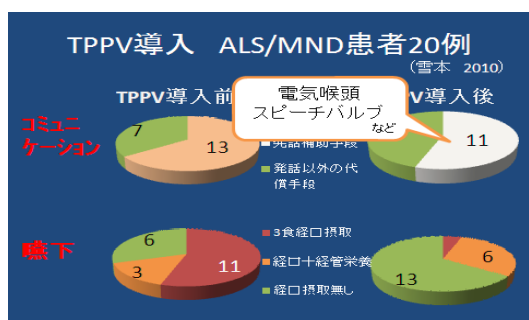
障害の早期発見、構音障害の進展とともにコミュニケーション方法の変化、嚥下機能の落ちた食形態の調整、胃瘻の造設、呼吸器の装着などが挙げられると思います。



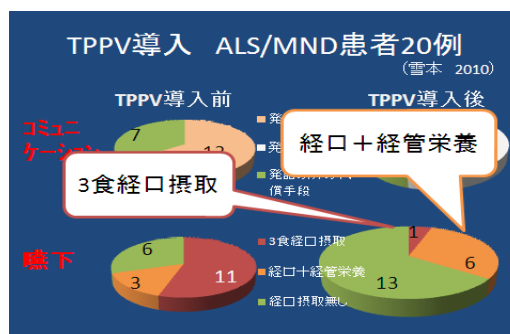
いずれもそれぞれの対応の難しさというのがあります。たとえば呼吸機能の低下に伴うTPPVの導入においても、STのかかわりがなくなるというわけではありません。



北里大学東病院でTPPVを導入したMND患者20例を調査したところ、導入前に発話を用いていた13名の内11名が



電気喉頭やスピーチバルブなどを使用して発話補助手段を用いたコミュニケーションを行っていました。



また、導入前11例が3食経口摂取を行っており、導入後も7例がお楽しみ程度を中心とした何らかの経口摂取を行っていました。適切なケアがあれば、発話補助手段の活用や経口摂取も可能でしたが、その背景には慎重な判断というものが求められていました。

症状の進行に合わせた介入

呼吸・身体機能の変化
医学的治療の方針

- ▶ 残存する機能/強化する機能の見極め
- ▶ 高次脳機能障害の症状の把握
- ▶ 心理的問題への対応
- ▶ 家族支援、指導
- ▶ チーム連携

いずれにしても症状の進行にあわせた介入を行う上で、身体機能の変化とか、医学的治療の方針、これを常に確認し、それらに対応しながら、しかも継続的に残存する機能や強化する機能を見極め、高次脳機能障害の症状の把握、心理的問題への対応、家族支援の指導、チーム連携、これらが必要になると考えられ、それらは新人STにとっても難しい要因になってくると思います。

残存機能／強化する機能の見極め

- どの機能に注目するのか？
- どの程度強化するのか？

舌、顔面、咽頭、喉頭

関節可動域の維持、拡大
廃用性の筋力低下の予防、筋力強化

⇒具体的な部位と運動量

！疾患や進行状態によって異なるため、一律の方法提示は困難

ともすれば、その時々への対応とか、代替方法の提示だけになりがちな難病リハにおいても、より積極的な機能訓練を行う必要もあります。しかし、どの機能に注目し、どの程度強化するのか。これは経験年数の浅い ST にとって見極めは容易ではありません。舌や顔面、咽喉頭の関節可動域の維持拡大、廃用性の筋力低下の予防、筋力強化、これらの目的に具体的な部位と運動量を決定しますが、疾患や進行状態により、その内容は異なりますので、一律の目標を提示すればよいというわけではないというところが難しい点です。

高次脳機能

- PDIにおける遂行機能障害
- 認知症を伴うALS例の報告
- ✓言語障害(小森 2012)
- ✓書字障害(吉田 2012)
- ✓統語理解障害(吉澤 2012,小森2013)

理解能力、書字能力、音韻操作能力の確認

⇒ コミュニケーション代替方法の選択
インフォームドコンセント、注意事項など
障害に関する理解の促進をサポート

高次脳機能の側面では、パーキンソン病における遂行機能の低下とか、認知症を伴うALS、こういった非運動機能の障害の報告というのも多数なされてきています。近年では、以前から報告の多かった書字障害に加え、言語機能全般の障害とか、統語理解障害なども報告されるようになってきています。しかし、球麻痺や四肢の運動障害が前景に立つと、言語機能の障害があっ

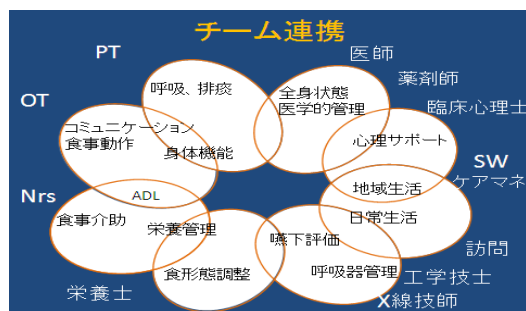
ても発見されにくくなります。言語の理解能力、所持能力、音操作能力を確認しておくということは、コミュニケーションの代替方法の選択において重要な意味を持つというだけでなく、インフォームド・コンセントとか、リハビリの注意事項など、患者がその障害に関して理解を促進するためのサポートをしていく上でも重要なことだと考えています。

心理的問題への対応 家族支援、指導

- ✓障害受容： より長時間にわたる努力
内容の変動
- ✓ターミナルケアの選択： 栄養手段
呼吸と発声

患者や家族の心理的問題の受け止め
セラピストの柔軟で強靭な心が求められる

心理的な問題への対応です。神経難病の場合、患者やその家族にとって、障害の受容への努力はより長時間にわたり、しかもその内容というのは変動します。リハビリの立場から支えというのは常に提供し続けるべきだと考えています。またターミナルケアの選択においては、栄養手段の決定とか、呼吸と発声の優先順位などをめぐり相談を重ねるといことが少なくありません。患者や家族の心理的問題を受け止めることのできる、セラピストにとっても柔軟で強靭（きょうじん）な心というのが求められています。



最後にチーム連携です。必ずチーム医療というものがいわれていますが、これは患者を中心としたチーム連携ではなく、STがST領域にかかわるリハビリを進める上だけでも、これだけの多様な職種の方々とやり取りが必要になってくるというのを表した図です。チーム連携の不備や連絡ミスというのは、患者のQOLの低下に直結するのみならず、特に食形態の調整依頼での連絡ミス。こういったことはリスクを生じさせる可能性もあります。そういったことから、さまざまな方法へ同時にベクトルを向けることができる高いコミュニケーション能力というのが必要で、これは若いSTにとって、これも一つの壁になり得ることだと感じています。

特にSTが新設の場合には、これらの方々と連携というのは一から構築していくということが生じてくることもあります。

まとめと今後の課題

- 多次元的な評価の視点が必要
- 症状の進行に合わせた介入
 - 残存する機能/強化する機能の見極め
 - 高次脳機能障害の症状の把握
 - 心理的問題への対応
 - チーム連携
- 神経難病にSTの現状把握
- 神経難病に関わるSTのネットワークづくり
- 臨床データの蓄積

まとめてみます。難病におけるSTのリハビリにおいては、多次元的な評価の視点というのが必要です。症状の進行にあわせた介入においては、個々の機能低下に伴うアプローチはもちろんですが、難病の特有なさまざまな問題に対する高い対応能力というのが求められると考えます。

今回の発表を前に、STの現状というのを改めて考えてみましたが、われわれSTの世

界というのは人数が少ないものですから、世間は狭いのですが、でも実際に難病について興味を持って困っているという人たちの連携というのはあまり取れていないというのが現状です。どのくらいのSTがどんなところで、どんなことを、どんなふうに神経難病の患者にかかわっているのか、こういったことがまだ見えていませんので、少しずつSTの状況を把握していき、顔見知りになっていくということが、今後のまずは早急な課題かと感じました。

以上です。ありがとうございました。

小森：ありがとうございました。だいぶきれいに整理をしてお話をいただきました。いかがでしょう。どなたかご質問、コメントありますか。

中馬：本当にきれいにまとめてくださり、よく分かりました。ありがとうございました。一人職場が多いということもありますから、たとえば卒前教育では難病の人特有の講義とか、そのようなものはないのでしょうか。

秦：私どもの大学では、やはり嚥下障害とか、構音障害を中心に神経難病に対するリハビリについても触れるのですが、やはり教育の段階ではまずは一つ一つの機能を評価することとか、それに対応するというのをきちんと学んでいただくということに、かなりそこに主眼が置かれますし、そこで手いっぱいという部分も少なからずありますので、触れる量はあまり多くないです。そうすると、神経難病の人とのかかわりというのは、決して短いスパンではないですから、長いかかわりの中でどのように触れていくとかということには、大きな問題を抱えたまま出ていくということになります。

質疑 H: 美原記念病院の菊地です。非常にきれいにまとめていただいて、ありがとうございます。ST、卒前の教育もそうですが、明らかに絶対数が非常に足りていないのではないかとこのところ、群馬県内にもいくつか養成校があったのですが、閉校してしまったりとか、なかなかスタッフは出てこないというところ。これを秦先生に聞くのが果たしていいのか分かりませんが、その辺について今の現状として最初にまとめられたと思いますが、今 ST はどのように増やしていくにあたり、そういうところ、協会自体の対応等など、その辺についてどんな状況なのでしょう。

秦: 適切にお答えできるか分かりませんが、ST の養成校というのはかなり増えてはいて、先ほどお示ししたとおり 1,500 名前後の ST が輩出されているわけです。おそらくこれがこのあと急激に増えてくるということはないのではないかと。このあとに新卒がどんどん増えるというようなことはないだろうと思っています。新卒の方が就職していく先としても、やはり医療系の回復期を中心とした病院の就職が多く、しかもやはり先輩が行っているところにまずは入っていくというところからスタートすることが多いので、そちらが充足していくと、徐々に地域の病院とか、維持期、生活期への ST の流れというのがあるとは思っていますが、求人件数の多さを考えると、まだまだこれからの課題かと思っています。

質疑 H: ありがとうございました。

小森: 今日はこのワークショップは 3 つの領域、OT、PT、ST と、それぞれの問題点というか現状をお話いただきました。それぞれ抱えている問題、違うところもありま

すし、共通のところもあります。卒前教育からやっているという話も出てきました。今後、この研究会としても教育の問題は毎年のように取り上げないといけない、そういう問題だと思っていますので、また皆さま方のいろいろなご意見をいただきたいと思っています。では、これでワークショップは閉じさせていただきます。ありがとうございました。