

# 在宅失語症者の利用している社会制度と障害特性の関係

## —身体障害者手帳と要介護認定の比較—

渡邊知子<sup>1)</sup>

キーワード：在宅失語症者 社会福祉制度 コミュニケーション能力

### 要 旨

在宅失語症者への支援を検討するため、利用している社会制度の実態調査を行ない、影響する要因の検討を行なった。

1. 失語症者は男性が約7割を占め、平均年齢は63.5歳 (SD10.3)、平均失語期間40.9ヶ月 (SD26.6)、介護者の8割弱が女性であった。
2. 身体障害者手帳を交付されている失語症者は25名 (64.1%)、要介護認定を受けている者は24名 (61.5%)であったが、どちらも利用していない者は6名 (15.4%)であった。
3. 身体障害者手帳の有無では「失語症期間 ( $p < .01$ )」、要介護認定の有無では「ADL能力 ( $p < .001$ )」「コミュニケーション能力 ( $p < .01$ )」に有意な差が認められた。

以上のことから、身体障害者手帳取得に比較し要介護認定は、失語症者のコミュニケーション障害が反映されている可能性が示唆された。

## Relations between the Disability Types of Aphasic Patients Living at Home and the Supportive Services They Use

Tomoko Watanabe<sup>1)</sup>

**Key words** : aphasic patients living at home, social (welfare) services, long-term care insurance, communication ability

### Abstract :

We conducted a survey to examine the supportive services-particularly the social services-available to aphasic patients living at home. A self-report questionnaire was administered to caregivers for aphasic patients, and 39 responded. Some of the results are as follows:

1. Seventy percent of the aphasic people were male. The average age of the patients was 63.5 (SD = 10.3). They were aphasic for the average length of 40.9 months (SD = 26.6). Slightly less than 80% of the caregivers were female.
2. Twenty-five patients (64.1%) had a certificate of qualification as physically disabled (*Shintai-shogaisha-techo*), and 24 people were certified as needing nursing-care (*Yokaigo-nintei*). Six patients did not have either certification.
3. The item which turned out to be statistically significant in terms of *Shintai-shogaisha-techo* was the "length of time as being aphasic" ( $p < .01$ ), and those which were determined to be significant on the basis of *Yokaigo-nintei* were "ADL ability" ( $p < .001$ ) and "communication ability" ( $p < .01$ ).

The survey results suggest that *Yokaigo-nintei* is the better indicator of the presence of communication disorder than *Shintai-shogaisha-techo*.

1) 宮城大学看護学部

Miyagi University School of Nursing

## はじめに

わが国における失語症者に関する実態は、高次脳機能障害学会（旧日本失語症学会）による全国規模の実態調査<sup>1)</sup> および綿森ら<sup>2)</sup> による調査が実施され、その結果が報告されている。また、近年、『隠れた障害』として、失語症者を含む高次脳機能障害者に対する医療・福祉制度の利用に関する実態調査が実施されている<sup>3)</sup>。

失語症とは、何らかの後天的原因により、大脳の言語中枢が損傷され、一旦獲得した言語表徴が障害を受け、「話す」「聞く」「読む」「書く」のいずれかに障害をきたした状態であり<sup>4)~6)</sup>、言語の生成、表出あるいは言語理解に障害を有する。言語は情報の伝達のみならず、個人が自らの思考を概念化し、構築するための道具であり、人間の高次な精神活動の基盤といえる。そのため、言語表徴の障害は、社会生活に重大な影響を与えることは言うまでもない。

失語症者に利用可能な社会資源は、現行の社会福祉制度下において、医療保険による外来通院での言語療法、身体障害者福祉法における身体障害者手帳の取得、障害者福祉事業におけるデイケア、あるいは、介護保険における要介護認定後の介護老人保健施設における通所リハビリテーションなどが挙げられる。さらに、インフォーマルな社会資源として、同じ障害を有した失語症者同士によって運営される自助グループでの活動も報告されている<sup>7)~9)</sup>。しかし、失語症者が利用できる社会制度が失語症の障害特性の生活への障害を考慮した内容であるのかについての検討は行われていない。

そこで、在宅失語症者の社会制度の利用の実態を明らかにするために、アンケート調査を実施した。この結果から明らかになった在宅失語症者の社会制度の利用状況と言語障害との関係について報告を行う。

## 研究方法

### 1. 対象者の選定

宮城県内には全県規模での在宅失語症者を掌握する制度・機関が存在しないため、失語症便覧2001年版<sup>10)</sup>に掲載された「言語訓練施設のご案内」「友

の会」および広報誌等に掲載され周知されている失語症者を対象とする「ディケアサービス」「言葉の教室」を利用している失語症者の介護者を対象とした。

### 2. 調査対象

県内の医療・福祉機関を利用している失語症者の介護者、および、自助グループに参加している在宅失語症者の介護者、計66名。

### 3. 調査方法

調査は自作質問紙を作成し、無記名式郵送法にて実施した。調査項目は、在宅失語症者については年齢、性別、就業状況、原因疾患、失語症期間、身体障害者手帳の有無、介護保険利用の有無、言語訓練の有無である。介護者に関しては、年齢、性別、続柄、職業の有無、副介護者の有無、相談相手の有無、言葉の障害への対応とし、コミュニケーション能力、およびADLについては、以下の尺度を用いて計量化した。

1) コミュニケーション能力：コミュニケーション能力の評価は、実用コミュニケーション能力検査（Communication ADL Test 以下、CADL）の家族質問紙<sup>11)</sup>（FQ）を用いた。CADLは綿森らが失語症者の日常生活場面での非言語的手段を含めたコミュニケーションの実態を把握するため作成し、標準失語症検査<sup>12)</sup>と高い相関が認められ（ $r = .88, p < .001$ ）、すでに標準化されている。CADLの家族質問紙（以下、CADL-FQ）は家庭での失語症者のコミュニケーション行動を家族から聴取することを目的に作成され、CADLと高い相関が確認されており（ $r = .73, p < .001$ ）<sup>13)</sup>、家庭における失語症者のコミュニケーション行動上必要最小限と考えられる30項目（「話す（4項目）」「聞く（4項目）」「日常生活の言葉のやりとり（22項目）」）で構成されている（図1）。得点は各質問項目に用意された選択肢5～8個から日常生活でのコミュニケーション行動に近いものを選択し、各3, 2, 1, 0の点数が与えられ（範囲：90～0点）、高得点ほどコミュニケーション能力が高いと評価される。本調査における各カテゴリーの信頼性係数（Cronbach's  $\alpha$ ）は0.93であった。

図1: 実用コミュニケーション検査家族質問紙 問題と回答選択肢 例

各質問項目をお読みのうえ、患者さんの実際の行動を思い起こし、一番それに近い項目の番号1つを丸で囲んで下さい。

A 言葉の理解・使用に関する事柄について

話すこと

2. 家族の方、友人たち、同僚、あるいは近所の人たちなどと雑談をかわすことがありますか。

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1 | 自分から雑談を始めたり、人が話しているところに口をだしたりする。(3) |
| 2 | 誘われれば雑談に加わり、あいづちをうったりする。(2)         |
| 3 | 雑談に加わることがほとんど発言しない。(1)              |
| 4 | 誘われたり、すすめられても雑談に加わろうとしない。(0)        |
| 5 | 病前も無口で雑談することはなかった。(NA)              |
| 6 | わからない(理由: ) (NA)                    |

聞くこと

6. 家族の方が患者さんに何かを頼んだり、話しかけたりした場合、言われたとおりにできますか。

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1 | 言われたとおりにできる。適切な反応をする。(3)         |
| 2 | 間違ってトンチンカンな応答や行動をすることがときどきある。(2) |
| 3 | 間違った応答や行動をすることの方が多い。(1)          |
| 4 | ほとんど理解できない。(0)                   |
| 5 | わからない(理由: ) (NA)                 |

B 日常生活の中で起こる言葉のやりとりについて

22. 食堂、喫茶店に入って自分で注文できますか。

- |   |  |
|---|--|
| 1 | 言葉(またはメニューの指さし)で注文できる。(3)  |
| 2 | 注文するが言葉につまったり、言い誤ったり、身振りもあいまいではっきり伝わらないことがあるため、聞き返しをされることがある。(2) |
| 3 | 家族、友人など一緒にいる人があれこれと尋ねて、本人に代わって注文することが多い。(1)                      |
| 4 | 自分で注文することはない、店に入りたがらない。(0)                                       |
| 5 | わからない(理由: ) (NA)   |

2) 日常生活動作 (以下、ADL): ADL 評価はバーセルインデックス得点<sup>14)</sup>を用いた。バーセルインデックス評価項目は、食事、移乗動作、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの10項目であり、「自立」「一部介助」「全介助」に従い、各15、10、5、0点が配点され(範囲:100~0点)、高得点になるほど高い自立度を意味する。本調査での信頼性係数(Cronbach's  $\alpha$ )は0.91であった。

4. 調査期間

平成16年3月~4月にアンケート用紙の配布を行い、同年5月20日までを返送期間とした。

5. 分析方法

回収されたアンケート58通(回収率87.9%)の

うち、必要事項に記載のあった39通(有効回答率68%)を分析対象とした。

基本属性の記述統計後、コミュニケーション能力の特徴はCADL-FQ内の各カテゴリー得点を比較することにより確認した。CADL-FQは各カテゴリーで項目数が異なるため、各カテゴリー得点率の算出を行ない、各カテゴリー間の相関係数の算出を行なった。

また、社会資源の中で、在宅失語症者が利用可能な社会福祉制度である、身体障害者手帳の取得と要介護認定について、使用の有無により2群化し、ADL能力およびコミュニケーション能力のt検定を行なった。

統計ソフトはSPSS13.0 J for Windowsを使用した。

表1 在宅失語症者の特徴 N=39

	度数 ( % )	平均値 ( SD )	欠損値
年齢		63.5 ( 10.3 )	
男性	28 ( 71.8 )	63.8 ( 8.9 )	
女性	11 ( 28.2 )	62.8 ( 13.6 )	
失語症期間(月)		40.9 ( 26.6 )	
6ヶ月以下	1 ( 2.5 )		
7ヶ月～24ヶ月	13 ( 33.4 )		
25ヶ月～60ヶ月	16 ( 41.1 )		
61ヶ月以上	9 ( 23.0 )		
原因疾患			
脳梗塞	27 ( 69.2 )		
脳出血	10 ( 25.6 )		
その他	2 ( 5.1 )		
職業			
有	4 ( 10.3 )		
無	35 ( 89.7 )		
運動麻痺			
有	32 ( 82.1 )		
無	7 ( 17.9 )		
構音障害			1
有	27 ( 71.8 )		
無	11 ( 28.2 )		
嚥下障害			
有	17 ( 43.6 )		
無	22 ( 56.4 )		
バーサルインデックス得点		81.5 ( 25.1 )	
CADL-FQ得点		47.2 ( 20.3 )	
「話す」得点		7.7 ( 2.9 )	
「聞く」得点		8.2 ( 2.5 )	
「日常生活の言葉のやりとり」得点		31.2 ( 16.1 )	

表2 介護者の特徴 N=39

	度数 ( % )	平均値 ( SD )	欠損値
年齢		58.0 ( 11.9 )	
男性	9 ( 23.0 )	54.3 ( 17.8 )	
女性	30 ( 77.0 )	59.1 ( 9.7 )	
続柄			
配偶者	29 ( 74.4 )		
子・子の配偶者	7 ( 17.9 )		
その他	3 ( 7.7 )		
職業			
有	20 ( 51.3 )		
無	19 ( 48.7 )		
副介護者			
有	20 ( 51.3 )		
無	19 ( 48.7 )		
相談相手			1
有	19 ( 50.0 )		
無	19 ( 50.0 )		
退院時の指導			2
有	19 ( 51.4 )		
無	18 ( 48.6 )		

## 6. 倫理的配慮

今回の調査にあたり、本学倫理委員会での審査を受け承認された。その後、各医療・福祉機関施設長および自助グループ代表者に対して研究の目

表3 CADL-FQ得点率と各項目得点率の関連 N=39

	平均得点率 ( SD )	「話す」	「聞く」	「日常生活の言葉のやりとり」
CADL-FQ	52.4 ( 22.5 )	.618***	.799***	
「話す」	64.1 ( 24.3 )		.617***	
「聞く」	69.0 ( 21.0 )			
「日常生活の言葉のやりとり」	47.2 ( 24.5 )			

R=スピアマンの相関係数 \*\*\*=p<.001

的・方法等の説明を行い、対象者の紹介を依頼した。

各施設および自助グループからは、本調査研究への組織内での必要な審議と許可が得られた場合、許可書への署名をうけた。また、各医療・福祉機関施設長および自助グループから紹介を受けた在宅失語症者と介護者に対しては、研究者が直接、調査の目的および分析方法、個人情報保護、権利の保障、調査中のアンケート用紙の管理方法、分析終了後のアンケート用紙破棄方法について書面にて、説明を行なった。また、調査研究への参加による利益と不利益、調査への協力を得られない場合でも現行サービスに影響が生じない点、アンケート用紙を返送した場合は、研究への参加に同意したと理解する、という点について、書面にて配布を行い、了解を得た。

## 結果

### 1. 在宅失語症者（以下、失語症者）および介護者の特徴

失語症者は男性18名(71.8%)、女性11名(28.2%)、平均年齢63.5歳(SD11.9)、平均失語症期間40.9ヶ月(SD26.6)、原因疾患は、脳梗塞27名(69.2%)、脳出血10名(25.6%)に加え、脳外傷2名(5.1%)が含まれた。ADL能力はバーセルインデックス平均得点81.5点(SD25.1)であり、CADL-FQ平均得点47.2点(SD20.3)であった(表1)。

介護者は男性9名(23.0%)、女性30名(77.0%)、平均年齢58.0歳(SD11.8)、20名(51.3%)が何らかの職業に従事していた。また、副介護者を有する者は20名(51.3%)であった(表2)。

### 2. 失語症者のコミュニケーション能力の特徴

CADL-FQ平均得点率は52.4%(SD22.5)で

あった。CADL-FQを構成する各カテゴリーの関係をスピアマンの相関係数の算出により確認し、「話す」得点率と「日常生活での言葉のやりとり」平均得点率間に高い相関 ( $R=.799$   $p<.001$ ) が認められた。しかし、「聞く」得点率は、「話す」得点率 ( $R=.618$   $p<.001$ ) および「日常生活での言葉のやりとり」得点率 ( $R=.617$   $p<.001$ ) と、中程度の関連に留まった (表3)。

### 3. 失語症者の利用している社会制度

社会資源の中で、身体障害者手帳を有している者は25名 (64.1%)、要介護認定を受けている者は24名 (61.5%) であった。また、両方の制度を利用している者が17名 (43.6%) いたものの、どちらも利用していない者も6名 (15.4%) いた。要介護認定では、要支援と要介護度1が各7名 (29.2%) と最も多かった。次いで、要介護度3の6名 (25.0%) が多かった。介護保険で利用しているサービス (複数回答) は、ディサービス13名 (33.8%)、通所リハビリテーション12名 (30.8%) で、訪問看護4名 (10.2%)、ショートステイ2名 (5.1%)、全く利用していない7名 (17.9%) であった。

さらに、いずれかの機関で言語療法士による言語療法を継続している失語症者は34名 (87.2%) であり、病院で言語療法を受けている者が、21名 (53.8%) と半数を占めていたものの、障害者福祉施設を利用している者は、13名 (33.3%) であり、介護保険により介護老人保健施設を利用している者は、3名 (7.7%) であったが、一人の失語症者が医療機関、障害者福祉施設など複数の機関で言語療法を受けているケースも認めた (表4)。

### 4. 在宅失語症者の特徴と利用している制度の関係

失語症者が利用している障害者手帳の所有の有無、および、介護保険の要介護認定の有無により、対象者を2群化し、失語症期間、ADL能力、コミュニケーション能力についてt検定を行った。

その結果、身体障害者手帳の有無によって、有意差が認められた項目は「失語症期間 ( $p<.01$ )」のみであった。また、要介護認定の有無によって、有意差が認められた項目は、ADL能力である

表4 在宅失語症者の利用している社会制度 N=39

	度数 (%)
身体障害者手帳	
有	25 (64.1)
無	14 (35.9)
身体障害者等級	
1級	11 (44.0)
2級	10 (40.0)
3級	2 (8.0)
4級	2 (8.0)
要介護保険認定	
有	24 (61.5)
無	15 (38.5)
要介護度	
要支援	7 (29.2)
要介護1	7 (29.2)
要介護2	1 (4.1)
要介護3	6 (25.0)
要介護4	2 (8.4)
要介護5	1 (4.1)
身体障害者手帳および要介護認定の利用状況	
身体障害者手帳および要介護認定を受けている	17 (43.6)
身体障害者手帳のみ	9 (23.1)
要介護認定のみ	7 (17.9)
どちらも利用していない	6 (15.4)
介護保険で利用している社会サービス (複数回答)	
ディサービス	13 (33.8)
通所リハビリテーション	12 (30.8)
訪問介護	4 (10.2)
ショートステイ	2 (5.1)
訪問リハビリテーション	0 (0.0)
その他	7 (17.9)
何らかの施設での言語訓練	
有	34 (87.2)
無	5 (12.8)
言語訓練を受けている施設 (複数回答)	
病院	21 (53.8)
障害者福祉施設	13 (33.3)
介護老人保健施設	3 (7.7)

「バーセルインデックス得点 ( $p<.001$ )」、コミュニケーション能力を示す「CADL-FQ得点 ( $p<.01$ )」とCADL-FQ得点内のカテゴリー「話す得点 ( $p<.01$ )」「日常生活の言葉のやりとり得点 ( $p<.01$ )」であった (表5)。

### 考 察

#### 1. 在宅失語症者の背景と利用している社会制度

在宅失語症は、「聞く」得点が高く、言語理解障

表5 失語症者の特徴と身体障害者手帳取得および要介護認定の関係

N=39

	身体障害者手帳取得		要介護認定	
	有(N=25) 平均得点 (SD)	無(N=14) 平均得点 (SD)	有(N=24) 平均得点 (SD)	無(N=15) 平均得点 (SD)
失語症期間(月齢)	49.3 (28.7)	25.6 (13.2)**	38.7 (27.0)	44.3 (26.6)
ADL能力				
バーゼルインデックス得点	78.0 (26.8)	87.6 (21.0)	71.9 (27.6)	97.0 (5.6)***
コミュニケーション能力				
CADL-FQ得点	45.4 (22.3)	50.4 (16.3)	39.8 (19.0)	58.9 (16.7)**
「話す」得点	7.4 (3.1)	8.2 (2.5)	6.7 (3.0)	9.3 (1.9)**
「聞く」得点	8.4 (2.8)	8.0 (2.0)	8.0 (2.7)	8.8 (1.8)
「日常生活での言葉のやりとり」得点	29.6 (117.6)	34.1 (13.4)	25.1 (14.7)	40.9 (19.9)**

\*\*=p<.01\*\*\*=p<.001

害は比較的軽度であると考えられた。ADL能力においてもバーゼルインデックスの平均得点が80点以上と高く、ほぼ自宅内での生活は自立していると考えられた。これらのことから、自宅内での失語症者に対する介護援助量は比較的軽微なものと考えることができた。また、失語症者の中には何らかの形で職業に従事しており、ADL能力およびコミュニケーション能力の障害を持ちながらも社会への復帰を果たしている者も認められた。

しかし、先行研究の報告では、失語症者の復職は容易ではないことが指摘されている<sup>15)16)</sup>。今回、調査対象となった失語症者の平均年齢は60歳代前半で、失語症期間も5年以下の者が7割強を占めていた。すなわち、原因疾患を発症した年齢は50歳代後半と予測され、失語症者が、原因疾患の発症時、既に、退職後の年金生活者であったとは考えにくい。このような在宅失語症者の中で、現在の有職者が1割のみであったことは、言語機能の障害が社会復帰に対して深刻な影響を与えることを示唆している。

また、失語症による身体障害者手帳取得は重篤な全失語であっても3級以上の等級交付にはならない。今回、身体障害者手帳を取得している失語症者の等級が、1級および2級で半数以上を占めていることから、運動麻痺による身体障害による取得者が多いことが明らかになった。要介護認定は、要支援および要介護1・要介護2が7割強を占めていた。綿森らが行なった調査<sup>17)</sup>では、要支援から要介護2が約6割強を占めており、今回の結果も同様であったといえる。

さらに、身体障害者手帳を取得し、要介護認定も受けている失語症者が半数近くいるのに対し

て、どちらの社会制度も利用していない者が1割以上認められた。失語症による障害が軽度であり、運動麻痺を有しない場合、社会制度の対象とはならないことは容易に理解できる。しかし、高次脳機能障害が「目に見えない障害」であるため、周囲から障害が認識されず、適切な社会制度の支援に関する情報提示がなされていない可能性がある。すなわち、社会福祉制度や医療制度、あるいは介護保険等の社会制度を利用していない失語症者に関する詳細な調査の必要性が示唆される。

今回の調査では、失語症者が要介護認定を受け、介護サービス下で言語療法を利用している者もわずかながら認められたことは、介護保険サービスにおける言語療法について整備の遅れはあるものの<sup>18)</sup>、今後、サービス提供が推進されるよう支援する必要がある。

## 2. 失語症者の特徴と利用している社会制度の関係

失語症者が利用可能である身体障害者手帳の有無、および、要介護認定の有無による失語症者の特徴を確認するため、それぞれを2群化し、t検定を行なった。身体障害者手帳取得の有無は、失語症者のコミュニケーション能力とは有意な差は認められず、要介護認定の有無は、コミュニケーション能力と、構成する「話す」得点、「日常生活での言葉のやりとり」得点で有意な差が認められた。

身体障害者福祉法の身体障害者手帳の等級認定は、失語症など言語・音声機能障害が、最も重篤な場合であっても3級である。今回、身体障害者手帳を取得している者の8割強はその等級が1級および2級であり、言語・音声障害以外の障害で

取得していることとなる。このため、言語・音声機能障害の一部分であるコミュニケーション能力の障害が、身体障害者手帳の有無に反映されないことは、容易に想像できる。身体障害者手帳の取得によって失語症の言語療法に限定しない何らかの福祉サービス受給することが可能であったとしても、失語症に特有の言語機能の障害への支援を得ることは難しいことが示唆される。さらに、ADL能力を計量したバーセル・インデックス得点においても影響が認められなかったことは興味深い。今後、失語症者の在宅生活の実態を掌握するために、詳細な調査を行なう必要がある。

一方、要介護認定の有無においてADL能力の障害以外にも、失語症によるコミュニケーション能力に有意な差を認めたことは、コミュニケーション障害が日常生活における介護に何らかの影響を与えていることを意味している。このことは、要介護認定が、失語症による言語機能の障害が何らかの形で反映されると予測できる。失語症者は、言語聴覚士による言語療法、障害者福祉事業におけるデイケアなど、医療保険および社会福祉制度下で行われている支援に加え、介護保険でも支援を得られる可能性について、情報提供される必要がある。

平成15年度から介護保険サービスにおいても言語療法が保険点数化された<sup>19)</sup>ことは、「目に見えない障害」であった失語症が、生活障害として認識され、支援の必要性を制度化されたこととして、その意義は大きいと考えられる。現在、看護職が行う失語症者への援助は、脳血管障害の回復期リハビリテーション病棟での入院治療中の看護援助が中心となっている。これらの失語症患者は時間の経過に伴い、適切な生活の場の確保が必要となる。リハビリテーション看護は生活の再構築に対する援助であることから、看護職が、失語症者の生活に生じる様々な障害に対して支援が得られる社会制度の知識を得ることは深い意義があるものと考えられる。また、在宅生活への看護援助を提供する訪問看護師においても同様のことが言える。今回の調査で明らかになった各社会制度を使用している失語症者の特徴が、継続的な看護援助の検討において意味のある情報となるものと考えられる。

## 研究の限界と課題

失語症の原因は脳の損傷であり、他の高次脳機能障害を合併していることが多く、また、失語症タイプや重症度も多様であるため、その障害像を正確に掌握することは困難であり、コミュニケーション障害によってのみ障害を判断することには限界がある。また、今回の調査は、特定の地方自治体の在宅失語症者を対象に行った調査であるため、回復期リハビリテーションでゴールに達した在宅失語症者の社会制度の利用状況を明らかにされたとはいいがたい。

しかし、「見えない障害」であり、社会的認知を得ることの難しい高次脳機能障害に含まれる失語症者が利用している社会制度の実情を把握し、障害特性への支援の方向性について検討が行われたことの意義は大きいといえる。

## 謝 辞

この調査を実施するにあたりご協力頂いた、医療・福祉機関および自助グループのみなさまに心より感謝申し上げます。

なお、この研究の一部は、第9回北日本看護学会学術集会(2005, 秋田)において発表した。

## 引用文献

- 1) 朝倉哲彦 浜田博文 種村純 他：失語症全国実態調査報告. 失語症研究 22(3), 241-256, 2002
- 2) 綿森淑子・小林久子・本多留実 他：在宅失語症者の家族の介護負担感. 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 4(1), 75-85, 2004
- 3) 東京都高次脳機能障害者実態調査研究会：高次脳機能障害者実態調査報告書. pp. 85, 東京都衛生局, 東京, 2000
- 4) 本村暁：臨床失語症学ハンドブック. pp. 34-41, 医学書院, 東京, 1994
- 5) 佐藤ひとみ：臨床失語症学. pp. 88-100, 医学書院, 東京, 2001
- 6) 鹿島晴雄・種村純：よくわかる失語症と高次脳機能障害. pp. 47-56, 永井書店, 大阪, 2002
- 7) 櫻井勇・田中亜寿香：失語症当事者と家族が

- 作った失語症デイサービス. コミュニケーション障害学, 22, 47-52, 2005
- 8) 四方田博英・横張琴子・波多野和夫: 慢性期在宅失語症者の生活の満足度について. Quality of Life Journal, 3 (1), 13-19, 2002
- 9) 吉畑博代・本多留美・長谷川純・他: 失語症者の心理社会的側面に対する援助. 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 2 (1), 39-52, 2002
- 10) 特定非営利活動法人 全国失語症友の会連合会: 言葉の海 臨時増刊号 失語症便覧. pp. 36-39, 東京, 2001
- 11) 綿森淑子・竹内愛子・福迫陽子・他: 実用コミュニケーション能力検査-CADL検査-. pp. 99-115, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1990
- 12) 失語症研究会(葦山カンファレンス)標準失語症検査作製委員会: 標準失語症検査マニュアル(SLTA). 鳳鳴堂書店, 東京, 1975
- 13) 綿森淑子・竹内愛子・福迫陽子 他: 実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化. リハビリテーション医学, 24(2), 103-112, 1987
- 14) 正門由久・永田雅章・野田幸男・他: 脳血管障害のリハビリテーションにおけるADL評価-Barthel indexを用いて-. 総合リハビリテーション, 17(9), 689-694, 1989
- 15) 中村やす: 地域福祉センターにおけるSTによる多面的援助の実際. 聴能言語学研究, 17(2), 102-108, 2000
- 16) 渡辺修・泉孝久・秋庭正己: 失語症の復職. Journal of Clinical Rehabilitation, 10(6), 556-559, 2001
- 17) 地域ST連絡会 失語症会話パートナー養成部会 編: 失語症の人と話そう. pp60-63, 中央法規, 東京, 2004.
- 18) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成15年介護サービス施設・事業所調査結果の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/03/index.html//2004> (2005年10月29日 アクセス)
- 19) 介護報酬 改正点の解説: pp301-313, 社会保険研究所, 東京, 2003.