

総説

失語症言語治療の現状と課題

森 寿子 藤野 博

川崎医療福祉大学 医療技術学部 感覚矯正学科

(平成5年3月31日受理)

Language Intervention for Aphasia ; Present Problems

Toshiko MORI and Hiroshi FUJINO

*Department of Sensory Science
Faculty of Medical Professions
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted Mar. 31, 1993)*

Key words : aphasia, speech therapy, PACE, alternative augmentative communication, long-term follow up system

Abstract

In Japan, aphasia therapy started about 30 years ago, under the strong influence of the stimulation method theory established by Schuell. Then many researchers found that the stimulation method is effective for young and motivated aphasics who had only language disorders, but not so effective for old and severe aphasics who had other problems added to language disorders. In the early 1980's in the United States, the limitation of the stimulation method changed the concept of speech therapy from "approach to impairment of speech function" to "approach to communicative disability". Such a change arose also in Japan in the late 1980's. We illustrate the development of aphasia therapy and discuss the problems of aphasia treatment today, stressing the following points :

- 1 . It is important to acquire pragmatic communicative ability carrying training effects on daily living.
- 2 . Jackson's theory and our "hierarchy of language acquisition theory" developing from it are useful for aphasia treatment, and it is important to establish training programs based on that theory.
- 3 . Team approach is important for coping with psychological problems of aphasics.
- 4 . It is important to establish training programs and long-term follow up systems for chronic aphasic patients or severe and multiple handicapped patients.

要 約

日本における失語症言語治療はおよそ30年前に開始されたが、Schuellによって確立された刺激法の影響を強く受けたものであった。その後多くの研究によって、刺激法は若年で意欲があり、言語機能にのみ問題を有する患者には非常に有効であるが、高齢・重度で言語機能の異常に加えてその他の障害をもつ患者にはあまり有効でないことが明らかとなった。こうした刺激法の限界を補う形で、アメリカでは1980年代初頭より「言語機能障害に対するアプローチ」から「コミュニケーション能力障害に対するアプローチ」へと治療観が変わり、日本でも1980年代後半になってこのような変化が生じた。本稿ではこのような失語症治療理論の変遷過程を紹介するとともに、今後の失語症治療のあり方について論じた。今後の失語症治療のあり方として留意すべきことは、次の4点であった。

1. 訓練効果を日常生活へ般化させるような実用的コミュニケーション能力を獲得させること。
2. 能力障害の治療には Jackson の理論やその理論を発展させた著者らの「言語獲得階層性仮説」理論が有効であり、その理論にそった訓練プログラムを確立すること。
3. 失語症患者の心理的問題に対するチームアプローチが重要であること。
4. 慢性期の失語症患者や重度・重複障害を有する患者に対する言語訓練プログラムと長期的な援助システムの確立が重要であること。

緒 言

近代的な失語症言語治療は19世紀後半に開始されたと推定される¹⁾。本稿では、失語症言語治療の始まり、日本に導入された経緯、現在抱える問題、将来の課題を要約した。

今日の失語症言語治療理論が生まれるまでの 歴史的経緯

—— 欧米、(旧) ソ連を中心に ——

文献で見る限り、近代的な失語症言語治療は、Gutzmann (1896)²⁾や Fröschels (1914)³⁾らドイツ・オーストリアの耳鼻科医によって始められたと推定される。その理論は、当時の聾啞教育の原理に基づいた視覚や触覚を利用した発音訓練を、主とするものであった。フランスの Froment (1913)⁴⁾はこの理論を批判し、聴覚刺激の重要性を強調した。Froment の理論は、後のいわゆる「刺激法」(後述)に先駆する考え方として注目に値する。

その後第1次世界大戦は数多くの脳外傷患者を生み、そのリハビリテーションが社会的な問題となり、組織的な取り組みが始まった。なかでも、ゲシュタルト心理学の影響のもとに、「有

機体理論」を提唱したドイツの脳病理学者 Goldstein (1919) が、フランクフルトに創設した脳外傷後遺症患者のための治療施設では、医師・心理学者・言語治療士・作業療法士・学校教師らのチームアプローチによる総合的治療が試みられた。そこでは狭義の言語治療に加えて、心理的・社会的適応までを問題とする総合的な視点に立った治療が展開され、多くの成果が報告された⁵⁾。

続く、第2次世界大戦でも多数の脳外傷患者が生み出された。ナチの台頭でドイツからの亡命を余儀なくされた Goldstein (1942, 1948) は、亡命先のアメリカで自らの研究成果を紹介した⁶⁾⁷⁾。Goldstein はかの地の言語病理学者に多大な影響を与え、第2次大戦後のアメリカの失語症言語治療の隆盛の礎を築いた。戦争による脳外傷患者の言語治療に携わった Backus (1945) は、Goldstein の影響の下に社会的場面への適応を促す言語治療の重要性を強調し、グループ訓練を開発した⁸⁾。この Backus の業績は後の本流となる刺激法諸派の陰に隠れてしまった感があるが、社会的場面への適応の重要性を強調した点で、再評価されるべき重要な提言を含むものである。

こうした世界的趨勢の中で、今日の失語症言語治療理論の主流をなすものは、Wepman(1951)が提唱し⁹⁾、Schuellら(1964)によって体系化された¹⁰⁾「刺激法」であることは、世界の研究者のほぼ一致した見解といえる。では、「刺激法」とはどのようなものであろうか。

Wepman(1953)は失語症の治療原理として刺激(stimulation)・促進(facilitation)・動機づけ(motivation)を挙げ、失語症言語治療のポイントはことばを教えこむことではなく、刺激による言語能力の促進であることを強調した¹¹⁾。さらにSchuellは(1964)はこの方法をさらに発展させ、聴覚刺激の重要性を強調し、失語症言語治療の原則として次の6項目を挙げた。

1. 適切な言語刺激を与える。
2. 強力な言語刺激を与える。
3. 刺激を反復して与える。
4. 刺激に対するなんらかの反応を患者から引き出す。
5. 得られた反応を選択的に強化する。
6. 矯正せずに刺激する。

Schuellはこの「刺激の6原則」に従った失語症理論にもとづく訓練で輝かしい業績を上げ、PACE(Promoting Aphasics' Communicative Effectivenessの略、以下同義)理論が導入される1980年代初期までの世界の多くの言語治療士に影響を与えた。

一方、(旧)ソ連においてはLuria(1970)が、やはり戦争による脳外傷患者を対象とした広範な治療・研究を行い、「脱抑制」と「機能再編成」という概念で、自らの治療パラダイムを定式化して報告した¹²⁾。このLuriaの理論も、今日の言語治療に多くの影響を与えている。

以上が今日の失語症言語治療理論が生まれるまでの、欧米や(旧)ソ連を中心とした歴史的経緯である。では、日本では失語症の言語治療はどのようにして始まり、現在どのような問題を抱えているのであろうか。本稿では世界の動向と関連させながら、日本の実情を中心に以下まとめてみた。

我が国における失語症言語治療

——世界の動向の中で——

1. その始まり

我が国における失語症言語治療の歴史は、欧米に比べてさらに浅く、今から約30年前の1964年に、長野県の鹿教湯温泉療養所において言語治療業務が、開始されたことに始まる。同部門の設立にあたっては、東大の切替一郎・澤島政行・戸塚元吉ら、国立聴力言語障害センターの神山五郎・笹沼澄子らが指導的役割を果たした¹³⁾。1969年には、相沢豊三・神山五郎・長谷川恒雄を世話人として、「失語症研究会」(荏山カンファレンス)が発足した¹⁴⁾。この研究会は精神医学・神経学・神経病理学・言語学・言語病理学・心理学・音声学・耳鼻咽喉科学など様々な関連分野の専門家から構成されており、この会が土台となって1977年以降は、「日本失語症研究会」として、全国規模の学術集会を毎年行うようになった。さらにこの研究会は、1984年に「日本失語症学会」と改称され、我が国における失語症研究の主導的役割を果たす学会として発展した。「日本失語症学会」と改称する以前の1969年より、この研究会は我が国で初めての全国的規模の失語症実態調査を開始しており、現在まで数年おきにその結果が報告されている^{15)~21)}。また、さまざまな失語症検査の開発・標準化の作業も進めており、1975年には日本人の手で初めて標準化された「標準失語症検査」(SLTA)が出版された。このようにして1970年代以降、我が国において失語症言語治療は徐々に普及し発展した。

2. 理論的背景

- 1) 機能障害に対する「刺激法」を中心としたアプローチ—1970年代初頭~1980年代中頃まで—

我が国では失語症の言語治療に関する文献は、1971年にSchuellの「成人の失語症」が笹沼らによって翻訳されるまで、ほとんど見当たらない。同書は「刺激法」の立場から書かれた失語症言語治療に関する優れた成書であるが、同書出版以前の現場の言語治療士は、確たる理論も方法論も持たず、手探りで言語治療を行わざる

を得ない状況に置かれていた。1978年には Schuell の弟子であった笹沼が、日本人の立場から「失語症の言語治療」(医学書院)の成書を出版した²²⁾。この本は「成人の失語症」と同様に主に「刺激法」の立場から言語治療のあり方を体系的具体的にまとめたもので、後に述べる PACE 理論が導入されるまで、我が国の失語症言語治療理論に大きな影響を与えた。日本では1970年代初頭から1980年代中頃にかけて、Schuell や笹沼らに代表される「刺激法」の理論をベースにした失語症の言語治療が主として行われ、その訓練効果や限界ならびに改善の条件等が解明されていった^{23)~26)}。

2) 機能障害の治療から能力障害の治療へ:

言語治療観の変遷—1980年代後半～現在—

「完全参加と平等」の理念のもとに、1981年に始まった国際障害者年は、WHO の定義する機能障害 (impairment)・能力障害 (disability)・社会的不利 (handicap) という多層的な障害概念を普及させることに貢献し、失語症の言語治療も「機能障害」に対するアプローチから、「能力障害」に対するアプローチへと、治療パラダイムの変遷を促進することとなった。こうした治療観の変遷の背景には、刺激法による言語治療理論の効果と限界が、様々な研究の結果明らかとなっていったこととともに、医学による延命技術の発達の代償としての後遺症の重度化・高齢化・重複化という、疫学的な変化による患者の側のニーズの変化がある。1984年に翻訳出版された、Chapey の編集による「失語症言語治療の理論と実際」の第8章で紹介された Davis と Wilcox による PACE の理論²⁷⁾は、「コミュニケーション」能力の開発という視点から、新たな言語治療の可能性を開くものとして注目された²⁸⁾。刺激法による言語治療理論では、失語症は単に「言語機能」の障害としてとらえられ、音声言語や文字言語による言語表現の正確さを確立することが、大きな訓練目標であった。しかし、PACE 理論では失語症は「コミュニケーション能力の障害」としてとらえられ、表現や伝達の方法も音声言語や文字言語のみにこだわらず、ジェスチャーや描画等のあらゆる伝達手段を用いて、「失語症患者が自己の意思や

意図をどれだけ相手に十分に伝えることができるか」という目標の実現訓練に、重点が置かれた。PACE 理論による訓練では対話状況が構成され、その中で

- (1) 新しい情報の交換
- (2) 伝達手段の自由な選択
- (3) 話し手と聞き手の対等な役割分担
- (4) 内容伝達の正否によるフィードバック

等の原則に基づいて言語治療が実施される。この PACE 理論は1980年代後半から現在にかけて我が国にも浸透し始め、従来の刺激法を中心とした言語治療によっては改善が期待できないか、あるいは訓練の適応とならないとされた慢性期の重度失語症患者に対して、ある程度の効果をあげている²⁹⁾³⁰⁾。最近では非言語的な情報伝達手段の獲得を目指したジェスチャー訓練³¹⁾や描画訓練³²⁾なども試みられているが、これらの訓練は PACE 法を有効に実施する際の基盤となる諸能力を、より限定的に確立・強化しようとするもので、PACE 理論を補完し、かつ発展させたものといえよう。このように日本においても、いわゆる機能障害の治療から能力障害の治療へと治療観は変遷しつつあり、言語治療理論も幅広いものになりつつある。

こうした治療観の変遷に伴って、Holland (1980) は失語症患者の実用コミュニケーション能力の検査法 (CADL) を開発している³³⁾。我が国でも、これに10年遅れて綿森ら (1990) が、Holland の協力のもとに、日本人のための実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化に着手し、完成した³⁴⁾。

3) 現在の課題

我が国でも、世界の動向と同様に最初は主として「刺激法」を中心とする言語治療の効果と限界が、1970年代初頭～1980年代中頃にかけて明らかにされた。続いて、1980年代後半には「刺激法」による訓練の限界を補うものとして、「代用コミュニケーション手段」の獲得指導が、試みられるようになった。ここで問題となるのは、では失語症患者にとってジェスチャー等の代用コミュニケーション手段は音声言語や文字言語より獲得が容易なものなのであろうか、という疑問である。残念ながら、失語症患者にとって

はジェスチャーや非言語的シンボルを用いた代用コミュニケーション手段の獲得も必ずしも容易ではないことが明らかにされている。Kraat (1990) は、失語症者の代用コミュニケーション手段の獲得に関する過去の諸研究を概観し、次の様な傾向を見いだしている³⁵⁾。

(1) 重度の失語症患者は集中的な訓練を受ければ語や概念を表す他の手段を獲得できることも多いが、時間がかかりその数も限られる。

(2) 非言語的な手段がいったん獲得されたとしても、多くの患者はそれらのサイン・コミュニケーションブック・ジェスチャーなどを、訓練場面以外で自発的に使おうとしないことが多い。

(3) 患者は訓練場面で教えられた方法よりも、自発的に獲得した方法を、コミュニケーション場面で用いることが多い。

一般に代用コミュニケーション手段の獲得がもっとも望まれるのは、重度の失語症患者である。ところがこのような患者では重度の言語障害に加え、失行や認知障害など重複する他の障害を有する場合が多い。このため、これらの患者ではその障害ゆえに代用コミュニケーション手段の獲得が困難である³⁶⁾、という皮肉なジレンマがある。

このような実情の中で、患者の重度化・重複化が予想される21世紀へ向けて、どのようにすれば時代のニーズに応じた失語症言語治療理論を確立することができるのか、我々に課せられた大きな課題である。

3. 失語症言語治療業務の実態

1) 失語症患者数 (図1)・施設数 (図2)・言語治療士数 (図3)

既述した失語症全国実態調査の結果によると、1969年の時点での失語症患者数は2,433人、言語治療を系統的に行っている施設数は23、常勤の言語治療士数は71人であった。この数は年々増加し、1990年の時点の失語症患者数は15,316人、言語治療を系統的に行っている施設数は477、常勤の言語治療士数は847人であった。約21年間で患者数は6倍、施設数は21倍、言語治療士数は12倍に増えている。一見数のみをみると患者数に比して施設数や言語治療士数の伸びは著しいようにみえるが、一人の言語治療士が担当しう

る患者数は一日約7～8人が望ましい³⁷⁾ことを考えると、決して十分な数字ではない。またこの調査からは漏れてしまっているが、訓練を必要とする在宅の患者数はさらに多いと推定され、過去も現在も（そして将来は一層）言語治療を行う施設数とともに言語治療士数は絶対的に不足している。

2) 言語治療サービスの内容 (図2)

それでは実際の言語治療場面では、どのような取り組みが行われているのであろうか。これを実態調査の結果に基づいてまとめてみると、図2のようであった。図2の最上段の直線は系統的な言語治療を行っている施設数、図の2番目以降はいわゆる「言語治療」に加えて、その他にどのような指導を「力を入れて」行っているか、調査したものである。質問項目は次の5項目を含むものであった。

(1) 患者の心理的問題へのアプローチ

(2) 失語症によるコミュニケーション障害の代償法の指導

(3) 患者家族、周囲の人への指導

(4) 職業復帰のための職場との折衝

(5) 友の会活動や退院後の指導

1990年の時点での結果は次のようであった。系統的に言語治療を行っている施設数は477で、アンケートに対する回答のあった施設数全体(529施設)の90%であった。その他に力を入れて行っている指導の内容としては、家族指導・281施設(全体の53%)、患者の心理的問題へのアプローチ・275施設(52%)、コミュニケーション障害の代償法の指導・218施設(41%)、職場折衝・43施設(8%)、友の会活動や退院後の指導・38施設(7%)の順で、いわゆる狭義の「言語治療」を行っている施設は多いが、患者の心理的問題や社会参加に対する指導、家族指導、代償コミュニケーション手段の獲得指導などを行っている施設は少なく、これらの指導に対する取り組みは今後の課題であることがよくわかる。

4. 失語症言語治療の今後の展望

1) 言語治療理論の新しい展開の必要性

失語症言語治療の理論と実際を概観した限りでは、機能障害に対する刺激法を中心とした言語治療においても、能力障害に対する代償コミ

(単位：人)

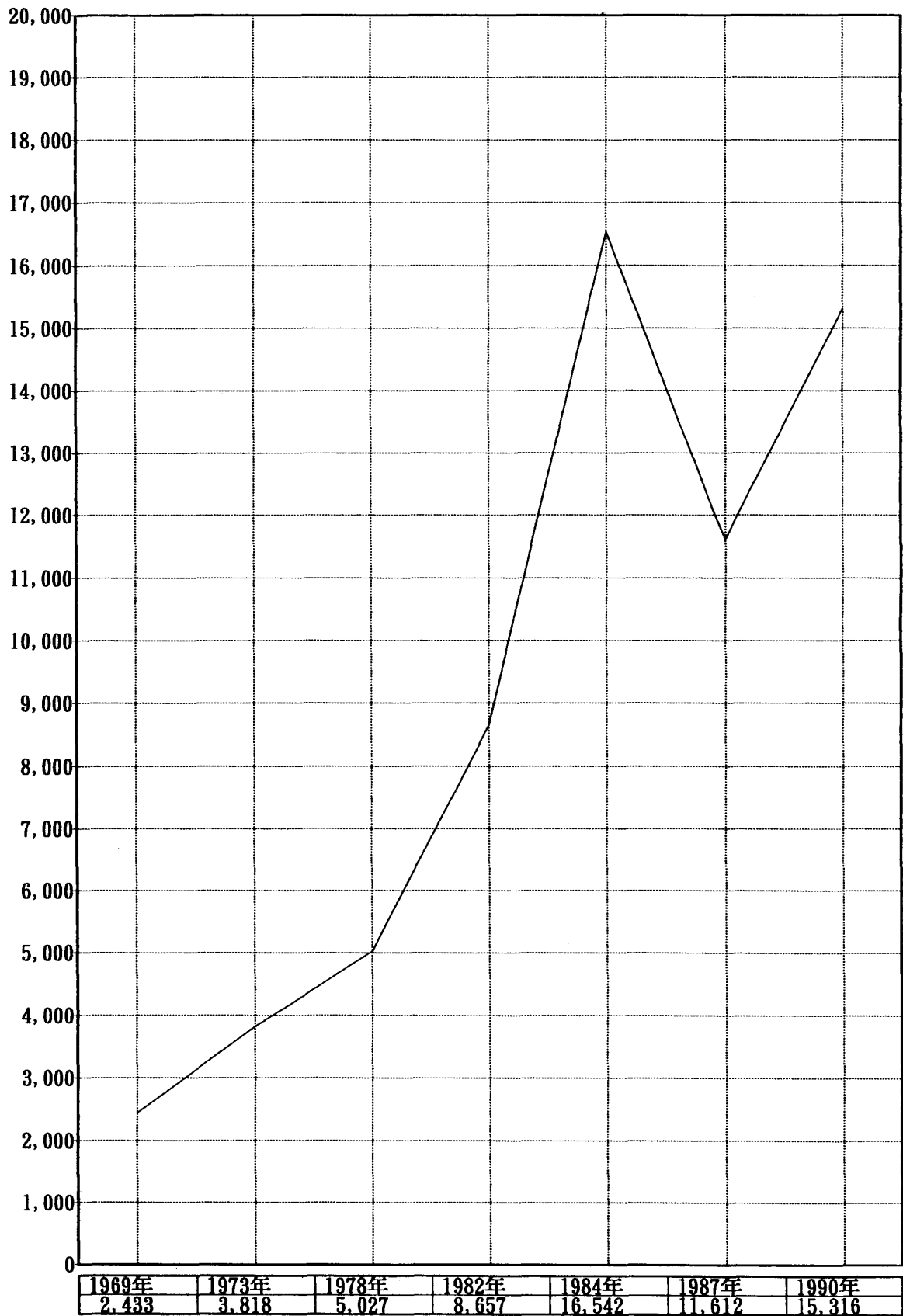


図1 失語症患者数の変化

(単位：施設数)

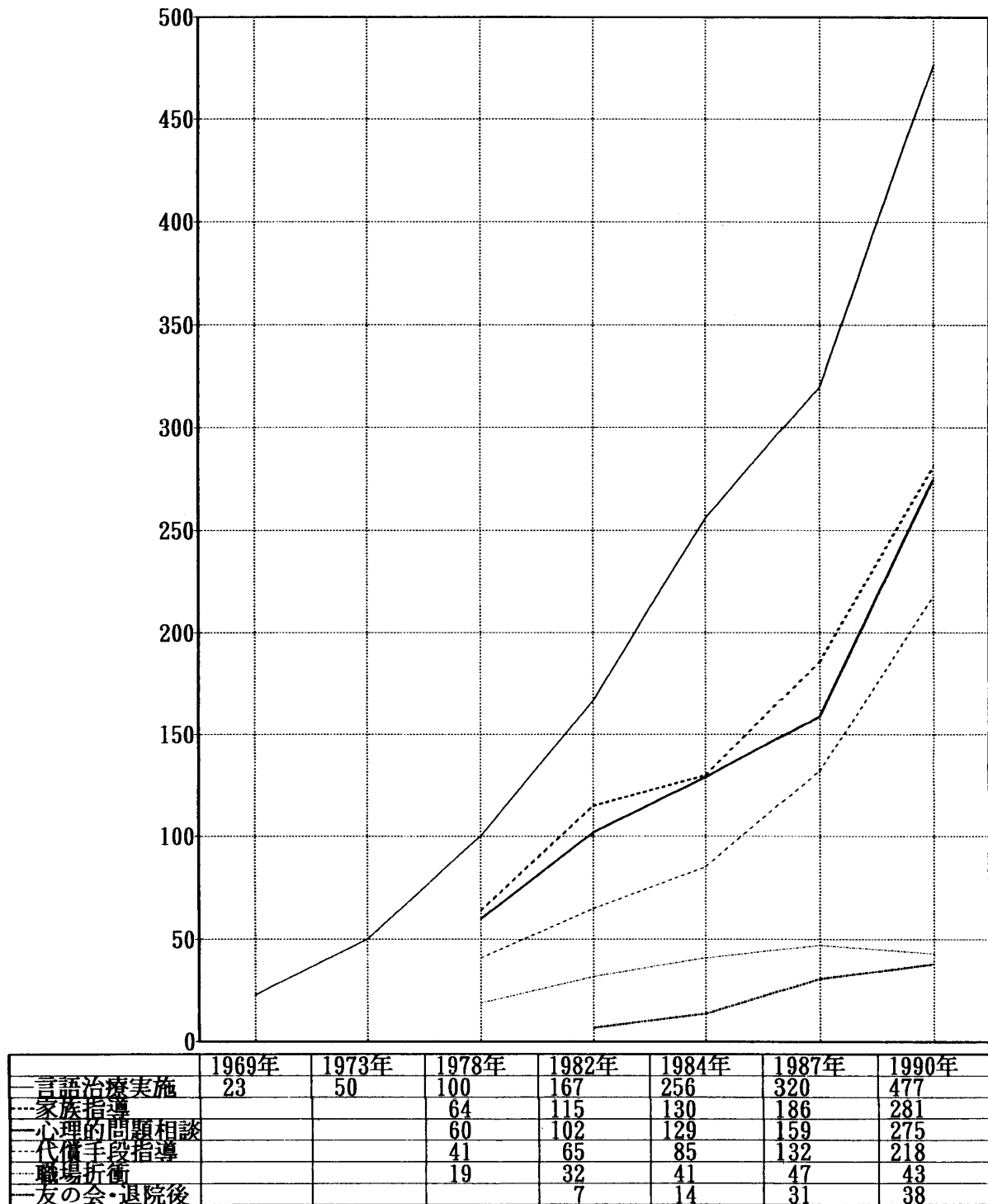


図2 言語治療を実施している施設数とサービスの内容

コミュニケーション手段の獲得指導においても、訓練室の中で行ういわゆる狭義の「言語治療」のみでは、失語症患者の問題を解決するための方法としては、不十分であることが指摘できる。

高齢者と障害者が増加する21世紀は、訓練室での「言語治療」にとどまらず、失語症患者の日常生活に即した、より具体的実際のアプローチが考えられねばならない。先に述べた PACE 理

(単位：人)

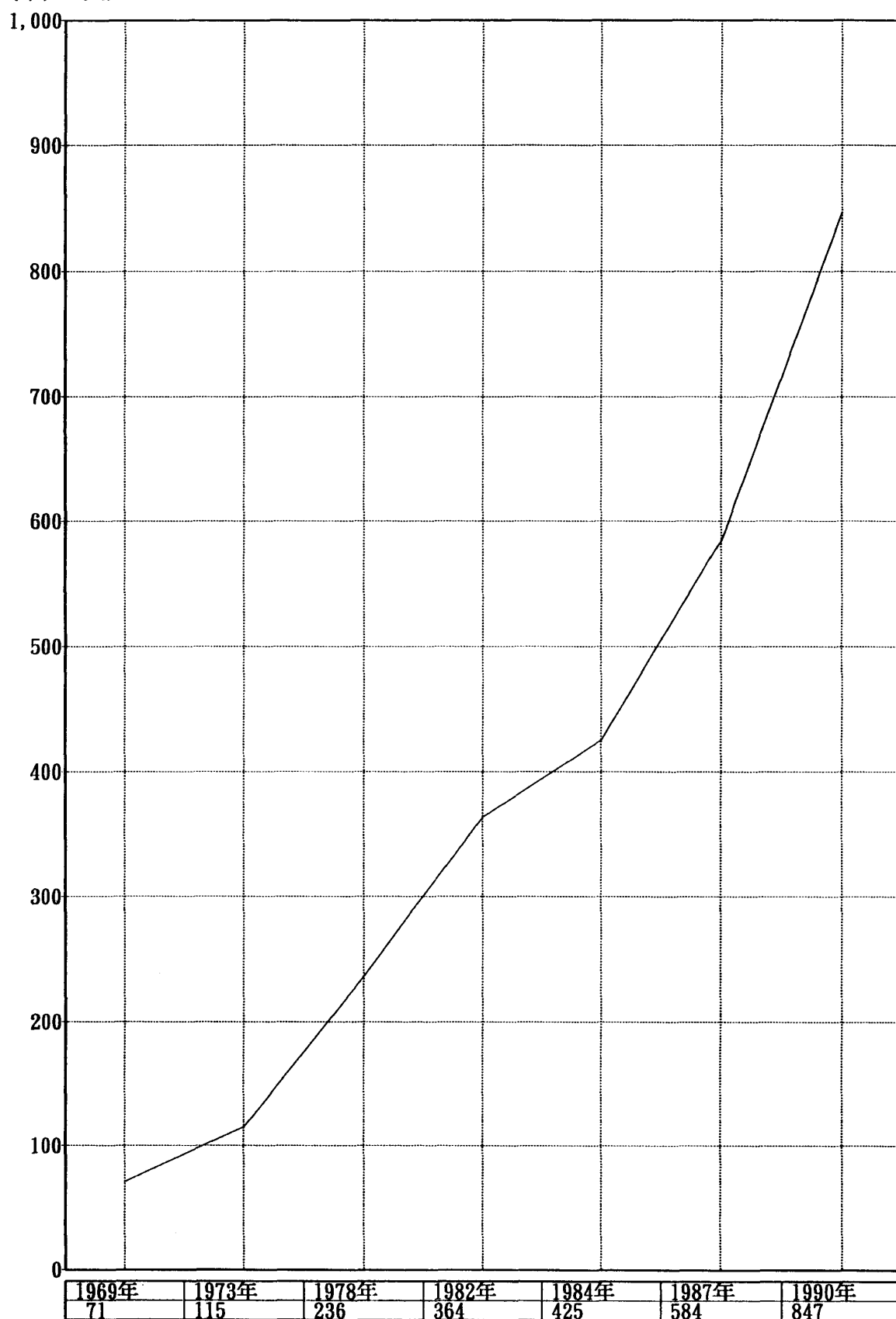


図3 言語治療士数の変化

論などは、そのような方向を目指すものである。これに加えて Kearns (1985) の理論³⁸⁾ (患者自身による自発的な言語の使用を尊重し、強化することを目的とした構成度の緩やかな訓練)、Atenら (1982) の理論³⁹⁾ (CADL 検査の項目に準拠し、日常生活での様々な実用的場面を設定し、ロールプレイをグループ訓練形式で行うもの) は、今後積極的に取り入れられねばならないであろう。訓練によって獲得した能力や機能を、どのように般化させ実用化させるかは、今後に残された重要な課題である。

また、言語治療理論を新しく展開させるにあたっては、刺激法を中心とした失語症の言語治療理論では、音声言語能力や文字言語能力を一面的にとらえすぎた観があることを、反省しなければならないであろう。著者らの経験⁴⁰⁾⁴¹⁾では、音声言語能力や文字言語能力を構成し、その基礎となる諸能力は、多面的・階層的であると考えられた。新しい言語治療理論では、この視点を忘れてはならないであろう。この点に注目して、最近では読みの障害について認知心理学的な処理過程のモデルが導入され、読みの障害を生ずる構造が明らかにされ⁴²⁾、そのための訓練法も考案されている。ただ残念にもそれらの研究は、単語レベルでの読みの能力の基礎となる諸能力を解明しようとするものであり、失語症患者の実際の日常生活や職業の遂行に必要とされる、高度な内容と複雑さをもった実用的読解能力の解明ではない。こうした研究状況を憂えて、著者らは失語症患者の文章レベルでの読解力⁴⁰⁾あるいは談話レベルでの聴覚的理解力⁴¹⁾を解明し、失語症患者が真に実用的な言語能力を獲得するために、基礎となる諸能力は何かを明らかにする努力を行っている。その結果、著者らは「言語獲得の階層性仮説」⁴³⁾に立脚した言語治療プログラムの有効性を見いだした。神経系の機能の再編成 (小児では成熟) 過程に注目した著者らの言語獲得の階層性理論は、19世紀の半ばにすでに Jackson (1884) によって提唱された「神経系の進化と解体」に関する一般理論⁴²⁾を発展させたものである。残念にも Jackson の理論は失語症の言語治療においては、局在論的・モザイク論的な機能モデルほどには注目されてこなか

った。しかし、能力障害の治療に焦点をあてた今後の失語症の言語治療理論の確立においては、Jackson の理論は極めて示唆に富み、洗い直しのうえ再利用する価値があると考えられる。

2) チーム医療の展開

一方、失語症の言語治療においては、心理面に対する配慮がとりわけ重要である。このことは Goldstein (1942) 以来広く知られているが、リハチームの中でのチームアプローチとなると、その具体的方法は未確立である。それぞれのスタッフがそれぞれの場面で試行錯誤的にこの問題に取り組んでいるのが実情である。近年、リハビリテーション医療の領域にコンサルテーション・リエゾン精神医学の概念が導入され、リエゾン・カンファレンスと呼ばれる形態のアプローチが試みられるようになってきている。このカンファレンスには、精神科医・リハ医・看護婦・言語治療士・理学療法士・作業療法士・ソーシャルワーカーが参加し、患者の心理的問題が討議される。失語症患者に対するリエゾン・カンファレンスの成果も報告されており⁴⁵⁾、患者の抱える心理的不適応や障害受容などの問題に対するチーム・アプローチの方法として、今後の発展が期待される。

3) 重複障害・重度障害を持つ失語症患者の言語訓練プログラムと援助システム確立の重要性

最後に強調しなければならないことは、現在までの言語治療場面において、訓練適応外とされてきた知的機能の低下などの合併症をもつ重度失語症患者や、慢性期の失語症患者に対する、言語訓練プログラムと援助システム確立の重要性である。現在までの知見では、言語訓練による改善率は、発症後6ヵ月～1年以内がもっとも高いとされている²²⁾。このため、発症後1年未満の訓練の重要性は、誰もが認識する所であるが、発症後1年以上が経過した失語症患者の言語訓練プログラムの確立と援助システム確立の重要性は、あまり問題にされずにきた。発症後の早期に適切な訓練を行うことの重要性は強調されるに値する。著者らもこのことに対して異論を唱えるものではない。しかし同時に、患者にとっての失語症との真の闘いは、障害が固定

化し慢性化する1年過ぎより死に至るまで生涯続くものである。このため、障害を受容したうえで、いかにしてその後に続く人生をより豊かなものにするか、長期的視野に立った言語訓練プログラムと援助システムの確立が、是非とも考えられねばならない⁴⁶⁾。著者らの経験では、全失語のような重度の失語症患者・慢性期の失語症患者・重複障害を有する失語症患者でも、長期的・体系的訓練を行うと改善する場合がある⁴⁷⁾。このような症例を1例でも増やし得る援助システムの確立は、失語症友の会活動と連携した地域ケア体制の整備とともに、今後に残された大きな研究課題である。

ちなみに、患者・家族の自助グループとして自然発生的に生まれた失語症友の会は、1991年時点で全国で102団体を数えるに至っている。我が国においては、都立養育院で言語訓練を受けた患者OBによって1976年に結成された語友会が最も古く、1984年には東京周辺の失語症友の会13団体で全国組織としての「失語症友の会連合会」が結成され、1985年にその機関紙「ことばの海」を創刊している。退院後の援助システムの確立を考える時、重要な役割を担う団体であろう。

結 語

我が国における失語症言語治療の歴史は、30

年に満たない短いものである。しかもその出発点は、Schuellの「刺激法」の理論をベースとするものであり、良い意味でも悪い意味でも、Schuellの理論の影響を強く受けた。しかし現状を認識し、今後を展望する場合、1990年代は我が国の実情に適した日本独自の言語治療理論を、確立しなければならない時期である。先に概観した通り、アメリカにおける失語症治療の出発点は、戦争による脳外傷患者を対象としたものである。このため、その患者の多くは年齢も若く損傷部位も比較的限定されており、回復と社会復帰への強い意欲と動機付けをもっていた。このような患者に対しては、Schuellを中心とする「刺激法」の治療理論は、効果的であったと考えられる。しかし、我が国で現在問題となっているのは、高齢の重複障害を有する言語障害患者である。これらの患者は21世紀の高齢者人口の爆発的な増加とともに、さらに増加してゆくことであろう。高齢の言語障害患者は、従来の「刺激法」による治療ではカバーしきれない多くの問題を有するものであり、新たな言語治療理論による安らかな死に至るまでの援助システムの確立を、必要としている。

本稿では、そのような患者のための言語治療理論の確立に向けて、著者らの試みを一部紹介し、体系的言語訓練プログラムと援助システム確立の必要性を論じた。

文 献

- 1) 浜中淑彦 (1973) 失語症の言語治療について一歴史と現況一. 精神医学, 15(2), 120—143.
- 2) Gutzmann H (1896) Heilungsversuche bei contromotorischer und centrosensorischer Aphasie. *Archives of Psychiatry.*, 28, 354.
- 3) Fröschels E (1914) Über die Behandlung der Aphasie. *Archives of Psychiatry.*, 53, 221.
- 4) Froment J and Monod O (1913) La rééducation des aphasiques moteurs et le réveil des images auditives. *Revue neurologique.*, 1, 718.
- 5) Goldstein K (1919) Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten. Vogel, Leipzig.
- 6) Goldstein K (1942) Aftereffects of Brain Injuries in War. Grune & Stratton, New York.
- 7) Goldstein K (1948) Language and Language Disturbances. Grune & Stratton, New York.
- 8) Backus OL (1945) The rehabilitation of aphasic veterans. *Journal of Speech Disorders*, 10, 149—153.
- 9) Luria AR (1970) Traumatic Aphasia. Mouton & Co., The Hague.
- 10) Wepman JM (1951) Recovery from Aphasia. The Ronald Press Company, New York.

- 11) Schuell H, Jenkins J and Jiménez-Pabón E (1964) Aphasia in Adults. Harper & Row, New York. 笹沼澄子, 永江和久訳 (1971) 成人の失語症, 初版, 医学書院, 東京.
- 12) Wepman JM (1953) A conceptual model for the processes involved in recovery from aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, **18**, 4—13.
- 13) 福井圀彦, 宮下忠司 (1967) 鹿教湯温泉療養所. リハビリテーション医学, **4**(2), 105—115.
- 14) 神山五郎 (1971) 失語症研究会の生い立ち. 神経研究の進歩, **15**(1), 155—156.
- 15) 長谷川恒雄, 佐野洋子 (1971) 日本における失語症のリハビリテーションの現状. 神経研究の進歩, **15**(1), 209—215.
- 16) 長谷川恒雄 (1974) わが国における失語症のリハビリテーションの現状. 看護技術, **20**(7), 97—104.
- 17) 長谷川恒雄, 阿部鏡太郎, 岸田興治, 沓沢尚之, 佐藤 捷, 竹田契一, 戸塚元吉, 鳥居方策, 永江和久, 西本 詮 (1979) 失語症全国実態調査報告. 音声言語医学, **20**(2), 160—172.
- 18) 長谷川恒雄, 阿部鏡太郎, 岸田興治, 沓沢尚之, 佐藤 捷, 竹田契一, 戸塚元吉, 鳥居方策, 永江和久, 西本 詮 (1983) 失語症全国実態調査報告. 失語症研究, **3**(1), 425—432.
- 19) 長谷川恒雄, 阿部鏡太郎, 岸田興治, 沓沢尚之, 佐藤 捷, 竹田契一, 戸塚元吉, 鳥居方策, 鈴木重忠, 田代邦雄, 西本 詮 (1986) 失語症全国実態調査報告. 失語症研究, **6**(1), 998—1007.
- 20) 植村研一, 阿部鏡太郎, 岸田興治, 沓沢尚之, 小林祥泰, 柴田貞雄, 鈴木重忠, 竹田契一, 田代邦雄, 永瀨正昭, 松本圭蔵, 本村 暁 (1989) 失語症全国実態調査報告. 失語症研究, **9**(2), 134—143.
- 21) 植村研一, 河野親夫, 小林祥泰, 柴田貞雄, 鈴木重忠, 竹田契一, 田代邦雄, 佃 一郎, 永瀨正昭, 平田 温, 松本圭蔵, 本村 暁 (1992) 失語症全国実態調査報告. 失語症研究, **12**(2), 189—206.
- 22) 笹沼澄子, 伊藤元信, 綿森淑子, 福迫陽子, 物井寿子 (1978) 失語症の言語治療, 初版, 医学書院, 東京.
- 23) 竹田契一 (1975) 失語症のリハビリテーションに関する研究. 慶応医学, **52**(3), 199—222.
- 24) 福迫陽子 (1977) 言語治療の効果. 総合リハビリテーション, **5**(8), 586—592.
- 25) 福迫陽子, 物井寿子 (1984) 失語症患者の言語訓練経過(I)ータイプおよび年齢による差異についてー. 音声言語医学, **25**(4), 295—307.
- 26) 福迫陽子, 物井寿子 (1985) 失語症患者の言語訓練成績ー老年群と壮年群の比較ー. 音声言語医学, **26**(2), 145—158.
- 27) Chapey R ed. (1981) Language Intervention Strategies in Adult Aphasia, Williams & Wilkins, Baltimore. 横山 巖, 河内十郎監訳, 失語症言語治療の理論と実際, 初版, 創造出版, 東京.
- 28) 伊藤元信 (1988) 左脳損傷とリハビリテーションー失語症への新しいアプローチ PACE を中心にー. 総合リハビリテーション, **16**(11), 863—868.
- 29) 小林久子 (1990) 語用論に基づく治療法 (PACE) を試みた重度失語症例の9年間の訓練経過. 聴能言語学研究, **7**(2), 71—78.
- 30) 飯干紀代子, 猪鹿倉武, 浜田博文 (1992) 脳卒中による慢性期失語症患者に対する PACE について. 失語症研究, **12**(3), 255—263.
- 31) 藤野 博, 森 寿子, 寺尾 章 (1992) 重度失語症者に対するジェスチャー訓練の適用. 川崎医療福祉学会誌, **2**(1), 183—189.
- 32) 鶴田 薫, 古田雅子, 綿森淑子 (1993) 慢性期重度失語症患者に対する系統的描画訓練. 第2回言語臨床学術研究会発表論文集, 75—90.
- 33) Holland AL (1980) Communicative Abilities in Daily Living, University Park Press, Baltimore.
- 34) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 伊藤元信, 鈴木 勉, 遠藤教子, 高橋 正, 高橋真知子, 笹沼澄子 (1990) 実用コミュニケーション能力検査ーCADL 検査ー, 初版, 医歯薬出版, 東京.
- 35) Kraat AW (1990) Augmentative and alternative communication : does it have a future in aphasia rehabilitation? *Aphasiology*, **4**(4), 321—338.

- 36) Coelho CA, Duffy RJ (1987) The relationship of the acquisition of manual signs to severity of aphasia : A training study. *Brain and Language*, **31**, 328—345.
- 37) 森 寿子, 福田登美子, 盛由紀子他 (1987) 聴能言語士業務の手引き (I) —臨床職基準試案—. p. 22.
- 38) Kearns KP (1985) Response elaboration training of patient initiated utterances. *Clinical Aphasiology*, **15**, 196—204.
- 39) Aten J, Caligiuri M, Holland A (1982) The efficacy of functional communication therapy for chronic aphasic patient. *Journal of Speech and Hearing Disorder*, **47**, 93—96.
- 40) 森 寿子, 吉岡 豊, 瀬尾邦子, 藤野 博, 濱田豊彦 (1991) 失語症患者の読解・読書能力に関する研究. 川崎医療福祉学会誌, **1** (1), 91—99.
- 41) 吉岡 豊, 森 寿子, 藤野 博, 瀬尾邦子, 濱田豊彦, 寺尾 章 (1992) 文理解力と物語理解力の乖離の原因に関する一考察. 川崎医療福祉学会誌, **2** (1), 169—176.
- 42) Howard D, Hatfield F (1987) Aphasia therapy : historical and contemporary issues. Lawrence Erlbaum Associates Ltd, Hove and London.
- 43) 森 寿子 (1992) 重度聴覚障害児のスピーチの獲得—9歳の壁打破 聴能訓練法からの挑戦, 初版, にゅーろん社, 東京, pp 47—52.
- 44) Jackson JH (1884) Evolution and Dissolution of the Nervous System. *Lancet*, 535, 649, 739.
- 45) 渡辺俊之, 鈴木 淳, 安孫子修, 青木孝之, 保坂 隆, 狩野力八郎 (1991) 失語症言語治療とコンサルテーション・リエゾン精神医学. 精神医学, **33** (4), 395—401.
- 46) 木村奈緒, 森 寿子 (1993) 成人の高次脳機能障害患者の言語訓練システムのあり方 (1) —岡山西大寺病院の実態からの考察—. 川崎医療福祉学会誌投稿中.
- 47) 瀬尾邦子, 森 寿子, 寺尾 章 (1992) 全失語患者の長期臨床経過. 川崎医療福祉学会誌, **2** (1), 177—182.