

博士〈感覚矯正学〉論文

失語症の地域リハビリテーション
に関する QOL 研究

2023 年 3 月

安居 和輝

川崎医療福祉大学大学院

医療技術学研究科

感覚矯正学専攻

目次

| | |
|---|----------|
| 1章 序論 | 1 |
| 1. 生活期失語症者および家族が抱える問題 | 1 |
| 2. 生活期失語症者に対する社会的支援の現状 | 2 |
| 3. 失語症デイサービスの概要 | 3 |
| 4. 生活期失語症者の QOL に関する先行研究 | 4 |
| 5. 失語症者のための QOL 評価尺度 | 8 |
| | |
| 2章 生活期失語症者のための QOL 尺度 (LAQOL-11) の開発 | 9 |
| 1. はじめに | 9 |
| 2. 方法 | 10 |
| 2.1. 対象 | 10 |
| 2.2. LAQOL | 10 |
| 2.2.1. 作成過程 | 10 |
| 2.2.2. 評定方法 | 10 |
| 2.2.3. 実施方法 | 11 |
| 2.3. 統計解析 | 11 |
| 2.4. 倫理的配慮 | 11 |
| 3. 結果 | 11 |
| 3.1. LAQOL の回答率と所要時間, 各項目の得点分布 | 11 |
| 3.2. LAQOL の内的整合性 | 11 |
| 3.3. SAQOL-39-J との基準関連妥当性 | 12 |
| 3.4. LAQOL の因子分析 | 12 |
| 4. 考察 | 12 |
| 4.1. 信頼性および妥当性 | 12 |
| 4.2. LAQOL の特徴 | 12 |
| 4.2.1. 項目数の制限および検査時間の短縮 | 13 |
| 4.2.2. HRQL に基づく QOL 構造 | 13 |
| 4.2.3. 霊的状态 | 13 |
| 5. 結語 | 14 |

| | | |
|------------|--------------------------------------|-----------|
| 3 章 | デイサービスに通う生活期失語症者の QOL 関連要因の検討 | |
| | ～QOL の高得点群と低得点群の比較～ | 15 |
| 1. | はじめに | 15 |
| 2. | 方法 | 15 |
| 2.1. | 対象 | 15 |
| 2.2. | 評価方法 | 15 |
| 3. | 結果 | 16 |
| 3.1. | 基本情報 | 16 |
| 3.2. | Boston 失語症診断テストの失語症重症度評価尺度 | 16 |
| 3.3. | 介護度 | 16 |
| 3.4. | グループ訓練の心理・社会的側面の評価表 | 16 |
| 3.5. | 老研式活動能力指標 | 16 |
| 4. | 考察 | 17 |
| 4.1. | QOL と個人因子 | 17 |
| 4.2. | QOL と身体および言語機能 | 17 |
| 4.3. | QOL と活動・参加 | 17 |
| 4 章 | 生活期失語症者の QOL の追跡的研究 | 19 |
| 1. | 発症から 6 年後に QOL 向上を認めた重度運動性失語の一例 | 19 |
| 1.1. | 研究目的 | 19 |
| 1.2. | 対象 | 19 |
| 1.3. | 方法 | 19 |
| 1.3.1. | 評価時期 | 19 |
| 1.3.2. | 訓練内容 | 19 |
| 1.3.3. | 評価方法 | 20 |
| 1.4. | 結果 | 21 |
| 1.4.1. | QOL の経時的変化 | 21 |
| 1.4.2. | 身体および言語機能の経時的変化 | 21 |
| 1.4.3. | グループ訓練への参加や意欲に関する経時的変化 | 21 |
| 1.5. | 考察 | 22 |

| | | |
|--------|--|----|
| 1.5.1. | 長期的なグループ訓練の効果 | 22 |
| 1.5.2. | 意欲と訓練への参加 | 22 |
| 2. | 失語症デイサービスから失語症友の会へ移行後も QOL が向上した運動性失語の一例 | 23 |
| 2.1. | 研究目的 | 23 |
| 2.2. | 対象および方法 | 23 |
| 2.2.1. | 対象 | 23 |
| 2.2.2. | 評価時期 | 23 |
| 2.2.3. | 評価方法 | 23 |
| 2.3. | 結果 | 24 |
| 2.3.1. | 言語機能 | 24 |
| 2.3.2. | ADL および IADL | 24 |
| 2.3.3. | QOL | 24 |
| 2.4. | 考察 | 24 |
| 2.4.1. | 失語症デイサービスの終了について | 24 |
| 2.4.2. | 言語機能の客観的評価と主観的評価の乖離 | 25 |
| 3. | 失語症デイサービスから就労支援へ移行した中等度運動性失語の一例結果 | 26 |
| 3.1. | 研究目的 | 26 |
| 3.2. | 対象および方法 | 26 |
| 3.2.1. | 対象 | 26 |
| 3.2.2. | 評価時期 | 26 |
| 3.2.3. | 評価方法 | 26 |
| 3.3. | 結果 | 27 |
| 3.3.1. | 言語機能 | 27 |
| 3.3.2. | ADL および IADL | 27 |
| 3.3.3. | QOL | 27 |
| 3.4. | 考察 | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 5章 地域における各種サービスを利用する失語症者の QOL および IADL に関する研究 | 29 |
| 1. はじめに | 29 |
| 2. 研究方法 | 29 |
| 2.1. 対象および方法 | 29 |
| 2.2. 統計解析 | 29 |
| 3. 結果 | 30 |
| 3.1. 基本属性 | 30 |
| 3.2. 各種サービス別の比較 | 30 |
| 3.3. QOL に関する要素 | 31 |
| 4. 考察 | 32 |
| 4.1. 失語症友の会 | 32 |
| 4.2. 就労サービス | 32 |
| 4.3. 通所サービス | 32 |
| 4.4. 訪問サービス | 33 |
| | |
| 6章 総合的考察および結論 | 34 |
| 1. 生活期失語症者のための QOL 尺度 | 34 |
| 2. 生活期失語症者の QOL の追跡的研究 | 34 |
| 3. 地域における各種サービス別の特徴 | 35 |
| 4. 結論 | 36 |
| | |
| 謝辞 | 38 |
| | |
| 図・表 | 39 |
| | |
| 付録 | 81 |
| | |
| 文献 | 92 |

1 章 序論

1. 生活期失語症者および家族が抱える問題

失語症は、現在の医療では完治は困難であり、ほとんどの者は障害が残った状態で生活している。また、目に見えない障害であり、周囲の理解も得られにくい。そのため、病院退院後、社会生活を送る上では様々な悩みを抱えている失語症者が多い。NPO 法人全国失語症友の会連合会では、2013 年に「失語症の人の生活のしづらさに関する調査」の結果を報告している。この報告から、失語症者およびその家族が抱える深刻な問題が明らかになり、それらは大きく 7 つの問題に集約された。

①社会的役割の喪失と家庭内での役割の変化：59 歳以下の労働年齢にある失語症者のうち、仕事についている人は 22%に過ぎず、78%が社会的役割を失っていた。また、7 割以上の人が自己決定できておらず、社会や家庭内で自分の役割を見出せていない状況であった。

②失語症の人の生活のしづらさの実態：発症後、生活がしづらいと感じている失語症者は約 9 割であった。さらに、41%が伝えること自体に難しさを感じ、他者とのコミュニケーションに困難を抱えていた。また、49%の人が一人での外出は難しく、日常生活の自立が困難な現状であった。

③身体障害者手帳について：会話が全くできない人の言語障害での身体障害者手帳取得割合は 4 割弱と少なく、制度に関する情報が不足していた。

④経済的な問題：44%が経済的に困窮していると回答していた。

⑤言語リハビリテーションの不足：失語症の本人の生活上の困難さを改善し、家庭復帰、職場復帰、就労支援、社会生活復帰への支援をサポートする言語聴覚士によるリハビリテーションは医療介護ともに不十分であった。

⑥家族の負担：介護家族は、経済的な問題を抱えながら介護や生活上の責任のほとんどを引き受け、肉体的にも精神的にも大きな負担感とストレスを感じながら暮らしているという現状であった。

⑦福祉的支援について：ピアカウンセリングとして同病者との関わりを持つことについては、コミュニケーションの障害を背負って暮らす人々とその家族にとって、有効な手段であることが明らかになった。

以上のように、失語症者の抱える生活のしづらさの現状が明らかとなった。これを受け、NPO 法人全国失語症友の会連合会は、失語症の人にやさしい社会の実現のために、①失語

症を学び支える人材を育てる，②コミュニケーション・バリアフリーの環境を作る，③失語症の人が必要な言語リハビリテーションを受ける機会を保证する，④失語症の人の経済と生活を支援できるように障害者制度を整備する，⑤失語症の人の家族を支える仕組みを作るという5つを提言として掲げた。

2. 生活期失語症者に対する社会的支援の現状

コミュニケーションに困難を生じた結果，失語症者およびその家族の QOL は低下する。抑うつを呈する失語症者も多く，様々な心理社会的問題がしばしば生じる。吉畑ら（2002）は，「失語症は周囲や地域社会の人々に理解されにくく，コミュニケーション面のバリアのみならず，偏見などの心のバリアも存在する」と述べている。そして，病院を退院して自宅復帰した後，社会との接点が途絶えて閉じこもりがちになることも少なくない。全国における失語症者の総数については，把握するための公的機関の調査は行われていないが，NPO 法人全国失語症友の会連合会の報告書（2013）によれば，全国に失語症者は 20～50 万人と推定されている。では，こうした結果を背景に生活期の支援体制については，公的なサービスである通所サービスのデイケアやデイサービス，訪問リハビリテーション，病院での外来リハビリテーションや当事者による共助組織の失語症友の会がある。また，近年では，民間の保険外の自費サービスによる支援も日本各地で少しずつ出てきている。しかし，失語症者数に対して生活期の失語症者を支援する機関は不十分であり，生活期失語症者に対するエビデンスのあるリハビリテーションは確立されておらず，地域での支援を行うセラピストはそれぞれ苦慮しながら支援を行っている。

以上の現状から，多くの生活期失語症者は適切な環境に居ない。通常，生活期では一般的なデイサービスに通所することが多いが，そこでは失語症者に対する支援体制が整っていない。一般的なデイサービスに失語症者が通った場合，しばしばコミュニケーションの機会は失われる。これは，従事する職員が利用する人数に比して不十分であることや，入浴介助や食事介助などの ADL 支援に職員の人手がとられるため，コミュニケーションの機会が不十分であること，施設基準において必須の機能訓練指導員に看護師が担い，リハビリ職が常時携わる環境にないことなどの社会的なシステムの問題が挙げられる。また，失語症に関する知識不足やコミュニケーション力不足などの携わる職員の問題も挙げられる。このような支援体制では，発症後，急性期・回復期の段階でリハビリを行い言語機能が改善したとしても，在宅復帰後は低下していくことは十分起こり得る。通所介護の質が向上

することはこれらの問題の解決に直結するが、多様な利用者が通所するためすぐに改善することは難しい。このような状況を打開し、失語症者が在宅復帰後も機能が維持向上できる環境を作るために、失語症デイサービスという考えが出てきた。

3. 失語症デイサービスの概要

介護保険法における「通所介護（デイサービス）」とは、同法 8 条第 7 項において、「居宅要介護者について、老人福祉法第 5 条の 2 第 3 項の厚生労働省令で定める施設又は同法第 20 条の 2 の 2 に規定する老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと（認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）をいう。」と定められており、生活に対する支援が主な目的である。一方、同じ通所サービスに通所リハビリテーション（デイケア）がある。これは、リハビリテーションが主な目的で医師が在籍している施設である。どちらも送迎サービスがあり、一人での外出が困難な要介護者や家族が仕事等でサポートが困難な要介護者も自宅まで送迎してくれるため利用しやすいサービスである。しかし、医師の在籍が必要の無いデイサービスは、デイケアと比べて開所しやすい利点がある。そのため、全国各地でデイサービスが多く開所されてきた。デイサービスの施設数増加に伴い、デイサービス事業所間の競争が生まれ、要介護者の細やかなニーズに応えるために、ただ時間を過ごす環境を提供するのではなく、デイサービスが提供するサービス内容に特色を出すように変化してきた。例えば、健康に焦点を当てた薬膳料理が食べられる、運動機能の改善に焦点を当てた運動ができる、楽器の演奏等の音楽に触れることができるなどが挙げられる。こうした流れの中で、ことばのリハビリの特色をもったデイサービスが失語症デイサービスである。失語症デイサービスでは、主にコミュニケーションに重点を置き、言語訓練が提供されている。言語聴覚士を始め介護職員もコミュニケーションに対する意識が高く、また、そこに時間と人員を当てているため、失語症者にとっては意思を表出する場となり、QOL に良い影響を与える。さらに、遠藤（2011）は、デイサービスの最大のメリットとして、様々な会話や交流、働きかけ、観察を毎週行うことができ、さらに年単位で継続できることを挙げている。介護保険制度に基づくことで、失語症者に対するケアに十分な時間をかけることが可能となっている。

失語症デイサービスの具体的なサービス内容はそれぞれの施設によって多少異なる。例えば、集団訓練と個別訓練の両方を実施しているところや集団訓練のみ実施しているところ

る、利用時間が一日のところや半日のところなど、事業内容は様々である。しかし、失語症者が安心してコミュニケーションができる環境を作る点では共通している。また、失語症デイサービスに従事する介護職員の会話技術も様々である。介護職員は失語症者と関わる時間が長く、介護職員の会話技術が向上することは、失語症者の社会的交流を促進し、QOL 向上に繋がる。そのため、現状は介護職員への有効な研修の在り方は確立されていないが、失語症デイサービスとして、研修制度の在り方は課題の一つとして挙げられる。

以上のように、本邦における現状は、生活期失語症者の環境作りまでしか確立されておらず、失語症デイサービスがリハビリテーションとして効果的な環境であるのか、またどのような生活期失語症者にとってのコミュニケーション支援はどのようなことが有効なのかといった点についてエビデンスは確立されていない。そのため、これらの点に対する研究を行うことは失語症者の生活支援にとって喫緊の課題である。

本邦における生活期失語症者研究は少ないがいくつか報告されている。次に、失語症デイサービスおよび生活期失語症グループ活動に関する先行研究を挙げる。

4. 生活期失語症者の QOL に関する先行研究

鈴木 (2014) は、「失語症者支援の最終目標は、失語症者の社会生活や社会参加を支援し、その人らしい生きがいのある質の高い生活を保障することである」と述べている。また、前岡 (2008) も同様に、「社会参加を含めたコミュニケーション活動の活性化を目標として、QOL の向上に繋がる訓練法が重要である」と述べている。また、QOL だけでなく ADL の維持向上も目標として挙げる報告 (山口 2014) もあり、失語症者の社会支援が注目されている。

失語症デイサービスは全国的に珍しく、2004 年に最初の 1 か所が開所されて以降、2016 年時点で 15 の施設が存在し、各地域で活動している。失語症デイサービスの歴史は浅く、先行文献は施設紹介の報告が中心であり、評価方法の検証は少ない。

先行研究では、遠藤 (2010) は、生活期失語症者に対する支援に従事した経験から、日本で最初に失語症デイサービスを埼玉県に開所したことを報告している。生活期失語症者の仲間づくりが可能となる拠点機関は重要であるが、財源の確保に問題があった。しかし、平成 12 年に施行された介護保険制度を活用することで長期継続ケア活動の実現が可能となった。この失語症デイサービスでは、言語聴覚士がリーダーとなって運営し、次の 6 つの点を意図してグループワークを展開している。①全員がお互いの姿を直接見られるように

する、②各メンバーの能力を最大限に引き出す、③全体のプログラムは、障害の一番重い人に合わせて計画し、ゆっくりと進行させる、④メンバー間の相互作用が活発に起きるよう促す、⑤一人ひとりが一等賞になれる場面を作る、⑥個人の「伝える能力」の向上よりは、メンバーの共同思考による「伝わる結果」を重視する。さらに、遠藤はグループワークの成功度の目安に、①皆が何回笑ったか、②一人ひとりから新しい情報が引き出せたか、③メンバー間のやりとりや交流が活発化しているか、④グループが長期間にわたって続いているか、⑤他の場所での交流や活動のチャンスも増えているか、という 5 つを挙げており、客観的な側面からの評価を中心に報告し、失語症デイサービスの持続を訴えている。

吉野（2009）は、失語症者への生活参加アプローチとして LPAA（Life Participation Approach to Aphasia）を紹介している。これは、失語症のある人々およびそのことで影響を受けるその他の人々を、彼らの現在および長期の生活目標を達成することにより支援するものであり、失語症者の生活の関心事を全ての意思決定の中心に据えている。また、評価、介入、研究の指針が構造化されている。

杉本（2009）は、地域活動支援センターによる生活期失語症者の支援を紹介している。2005年に大阪府に開所し、利用時間は一日で、月曜日から金曜日まで行っている。午前は集団リハビリテーションや体操、午後は趣味・創作活動を行っている。利用者へのアンケートを実施し、社会参加の実態や社会参加促進に向けた言語聴覚士の在り方について述べている。また、今後の課題として、適切な評価方法の確立を挙げている。

中村ら（1998, 2003）は、失語症グループ訓練における心理・社会的側面の評価表を作成し、グループ失語症者の状態や変化を捉えやすくしている。また、障害受容、再社会化、自己の再統合という自己の再建に向けて、心理・社会的グループ訓練を行い、心理・社会的活動の体験的積み重ねによって、心理・社会的側面の体験的再統合を行っていく改善プロセスを述べている。

山口（2014）は、埼玉県の失語症デイサービスを紹介し、失語症デイサービスの効果について、「同じ障害を持った人と過ごすことにより自分の状態を受け入れ、そして他の人を受け入れ助けられる人になること」と述べている。また、今後は生活期の失語症者に対するニーズが高まるため、ピアカウンセリングの場が必要であることを課題に挙げている。

諸岡ら（2016）は、失語症者支援に関して、デイサービスだけでなくデイケアも含めた介護保険通所サービス事業所の実態を調査している。この調査により、失語症者に対して集団訓練よりも個別訓練を実施している施設が多いことがわかった。また、通所施設で働

く介護職員と言語聴覚士の連携についても言及している。

大畑ら（2015）は、失語症者の HRQL について質問紙を用いて評価を行ったが、重度の失語症者は理解が難しく調査対象に含むことができなかつたと述べており、新たな評価方法の検討の必要性を挙げている。

リハビリテーションの最終目的は QOL を向上させることであり、世界的に QOL の向上が介入の重要な目的であるとされ、10 年前から注目を集めている。失語症では、がんやアルツハイマーよりも HRQL に大きなマイナスの影響を示した、との報告もある（Hilari ら 2016）。American Speech and Hearing Association（ASHA）は、コミュニケーションと嚥下能力を最適化して QOL を向上させることを音声言語病理サービスの全体的な目標としている。また、英国の Royal College of Physicians の脳卒中臨床ガイドラインでは、患者の幸福感と QOL を最大限に引き出すことが脳卒中と失語症のリハビリの重要な目標とされている。このように海外では、多くの失語症者の QOL 研究が報告されているが、本邦においては、失語症者の QOL 研究はほとんどなされていないが、近年、QOL の視点での研究が報告され始めた。神谷ら（2010）は、SAQOL-39 を日本語版に翻訳した SAQOL-39-J を作成し、受容性、妥当性、信頼性を検討した。その後、その評価尺度を用いた研究が報告された。辰巳ら（2010）は、在宅にいる生活期失語症患者の家族介護者の介護負担感とその関連要因の検討を報告している。この研究の中で、失語症者自身の主観的評価と介護者の客観的評価として SAQOL-39-J を使用している。また、黒崎ら（2013）は、中等度から軽度の運動性失語症患者 3 名の QOL を調査しており、失語症者の主観的 QOL と家族介護者の客観的 QOL に SAQOL-39-J を用いて、家族介護者の評価との差からリハビリテーションの支援方法について述べている。この研究では、家族介護者に比して失語症者が QOL のコミュニケーション面での低下を重度に評価していたことや、活動スコアの面では家族介護者の方が失語症者に比して重度に評価していたことを報告している。失語症者の QOL に関連する要因よりも、大畑ら（2015）は、ICF の枠組みに基づき、失語症者の参加、環境因子、健康関連 QOL についての検討を行っており、健康関連 QOL の尺度に SAQOL-39-J を用いている。

Hilari ら（2003）は、慢性期失語症者の HRQL の予測因子について報告している。発症から 1 年以上経過している失語症者を対象に行った調査した結果、脳卒中タイプ（梗塞、出血）、発症後の時間、人口統計学的変数（性別、民族性、婚姻状態、雇用状態、社会的経済的状态）は HRQL と有意に関連しなかつたことを報告している。また、活動参加の減少

やコミュニケーション障害の増悪、苦痛の増大、合併症は、慢性期失語症者の HRQL が低いことを予測するとしていると述べている。

Ross ら (2003) は、失語症がある群とない群の QOL について比較しており、自立のレベル、社会的関係、環境の 3つの領域が QOL を区別する最適な側面であると報告している。また、状況に合わせたコミュニケーションと社会参加に焦点を当てた治療は、慢性期失語症者の QOL を向上させるために重要であることを述べている。

Cruice ら (2003) は、コミュニケーションのどの側面が QOL を予測するかを明らかにするために、軽度から中等度の失語症者を対象に調査している。その結果、コミュニケーション能力および言語機能が低いことが QOL に関与していることを報告している。さらに、失語症者の QOL を理解するためには、社会的参加、健康、心理的幸福の観点が重要であると述べている。

Sinanovic ら (2012) は、失語症者の QOL について、非流暢性失語症者は、失名詞失語、超皮質性感覚失語、失読失書を有する者と比較して、QOL は有意に低かった結果を報告しており、失語症のタイプは QOL と有意に関連することを述べている。また、失語症の重症度も QOL と有意に関連していたこと述べている。

Cruice ら (2006) は、失語症者の社会生活を定量化し、非失語症者と比較した結果、非失語症者のほとんどは社会活動に満足していたが、失語症者のほとんどは満足していなかったと報告している。しかし、社会活動を増やしたという願望はあり、リハビリテーションにおいて、レジャー活動や友人、家族との関係の重要性を述べている。

Lee ら (2015) は、失語症者のコミュニティインテグレーションと寄与する要因を調査し、コミュニティインテグレーションと QOL の関連を調べている。その結果、失語症者の地域活動は非常に限られており、また、抑うつは QOL に大きく関連していたと報告している。さらに、失語症者のリハビリテーションについて社会参加の促進の重要性を述べている。

以上のように、海外における失語症者の QOL 研究はいくつか報告されている。しかし、本邦においては、全国の失語症デイサービスの活動報告や生活期失語症者の評価を行うために、活動の視点から研究している報告が散見されており、QOL の側面からの検討は始まったばかりである。そのため、現状は生活期失語症者の効果を示した研究はない。医療機関では、リハビリテーションの視点から機能面が長期的な改善を示す報告はあるが、生活期にとっては、QOL の側面から長期的な改善を示すことが重要であり、喫緊の課題である。

5. 失語症者のための QOL 評価尺度

QOL は曖昧な概念であり、使用する際には注意を要する。中山ら（1995）は QOL 研究の動向を調査しており、「測定する QOL の領域の規定、評価尺度の選択などが十分に選定されていない場合が多く、分析的な研究対象としてよりもスローガンやキャッチフレーズとして扱われやすい傾向がある」ことを指摘している。QOL は測定目的によって測るべき内容が異なる。また、使用する尺度によって測定される QOL の構成要素が規定されるが、基本的な構成要素に関しては、国際的なコンセンサスはできつつある。国際保健機関（WHO）は、1947 年、その健康憲章の中で、健康を「単に疾病がないということではなく、完全に身体的・心理的および社会的に満足のいく状態であること」と定義し、1998 年には、「spirituality（霊的状态）」を健康を定義する概念の中に加えることを提案しており、これらの定義は QOL の概念と相当する（土井、2004）。

QOL は、健康と直接関連のある QOL（health-related QOL:HRQL）と健康と直接関連のない QOL（non-health-related QOL:NHRQL）とに大別され、医療における QOL 研究のほとんどは HRQL 研究であり、本研究において用いる QOL も HRQL である。土井（2004）は、HRQL の構成要素について、身体的状態、心理的状态、社会的交流、経済的状态、霊的状态の 5 つがあることを紹介している。HRQL を測定する尺度の中に、健康を多次元的に測定するプロフィール型尺度があり、症状インデックス尺度、包括的尺度、疾患特異的尺度に分類することができる。失語症者は一般的な尺度では、質問内容が理解しにくいことや答えにくいことが十分予想され、疾患特異的尺度を用いることが適している。失語症者に用いられる疾患特異的尺度の代表的なものは Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 があり、神谷ら（2010）によって日本語版に訳されている。質問内容は失語症者に理解しやすいように変更され、項目数は 39 項目に限定されている。しかし依然、検査やリハビリテーションへ消極的な失語症者や重度の失語症者にとっては負担が重い。さらに、日本語版は開発されていないが、海外においては失語症者向けの QOL 尺度として Quality of Communication Life Scale（ASHA QCL）も使用されている。これは失語症重症度が重度者も対象範囲であり、項目数も 18 項目と少ない。しかし、測定している QOL がコミュニケーションに関連するものと限局的である点が課題として挙げられる（Rangamani GN, 2020）。そのため、より多くの失語症者が答えることができ、かつ時間的制約のある臨床で有用な QOL 全体を測定できる質問紙を開発することは、生活期失語症者の QOL の側面を捉えることにとって重要な課題である。

2章 生活期失語症者のための QOL 尺度 (LAQOL-11) の 開発

1. はじめに

従来、リハビリテーションを実施する病期は急性期、慢性期と呼ばれていたが、その後、急性期、回復期、維持期の 3 期に変わり、近年では維持期の状態が必ずしも維持だけではないことから、生活期と呼ばれるようになった (鈴木 2014)。生活期の失語症者支援の最終目標は、社会生活や参加を支援し、その人らしい生きがいのある質の高い生活を保障することや社会参加を含めたコミュニケーション活動の活性化を目標とした QOL の向上に繋がる訓練を行うこと (前岡 2008, Katerina 2015) である。さらに、米国の American Speech and Hearing Association (ASHA) や英国の Royal College of Physicians の脳卒中クリニカルガイドラインにおいても QOL の向上が失語症のリハビリテーション介入の重要な目標であることが掲げられている。QOL の向上は国際的に共通する目標ではあるものの、その一方で国や地方、個人による差異がある概念であり使用する際には注意を要する。中山ら (1995) は、QOL 研究の動向調査において、測定する QOL の領域の規定や評価尺度の選択が不十分なために、分析的な研究対象というよりスローガンやキャッチフレーズとして扱う研究が多いことを指摘している。

QOL は目的によって測るべき内容が異なり、かつ、使用する尺度によって QOL の構成要素が規定されるが、基本的な構成要素に関しては、国際的なコンセンサスができつつある (池上 2011)。

失語症者に対する QOL 尺度については、一般的な尺度では質問内容が理解しにくいことや答えにくいことが十分予想され、疾患特異的尺度を用いることが適している。失語症者向けの代表的な QOL 尺度に Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) があり、2010 年に神谷らによって日本語版 (SAQOL-39-J) に翻訳され、信頼性および妥当性の高い尺度であると示された。この尺度が本邦における唯一の失語症向け QOL 尺度であり、その後 SAQOL-39-J を用いた研究がいくつか報告されている。辰巳ら (2010) は、在宅にいる生活期失語症患者の家族介護者の介護負担感とその関連要因を検討しており、失語症者自身の主観的評価と介護者の客観的評価に SAQOL-39-J を使用している。また、黒崎ら (2013) も同様に、SAQOL-39-J を用いて失語症者の主観的 QOL と家族介護者の客観的 QOL を測定し、リハビリテーションの支援方法について述べている。さらに大畑ら (11) は、ICF の枠組みから失語症者の参加、環境因子、健康関連 QOL についての検討を行っている。このように、近年、失語症者を対象にした QOL の研究は散見されるようになったが、依然として報告数は少なく、QOL 尺度の項目数の多さや一部の内容の複雑さのために重度失語症者には実施困難であることが問題点として挙げられる。

そこで、本研究では、重度の失語症者を含めたより多くの生活期失語症者に適用可能な QOL 尺度 (Life stage Aphasia QOL scale: LAQOL) を開発し、その信頼性および妥当性を検討した。

2. 方法

2.1. 対象

対象は 2016 年 12 月時点で失語症デイサービス（1 施設）に通う失語症者 53 名であり、かつ精神機能評価尺度の見当識の項目において全て 0 点と認知機能が保たれているものを対象とした。性別は男性 38 名、女性 15 名で、平均年齢は 69.7 ± 11.4 歳であった。失語症タイプはブローカ失語 32 名、ウェルニッケ失語 9 名、全失語 3 名、超皮質性感覚失語 1 名、伝導失語 1 名、失名詞失語 7 名とややブローカ失語が多い対象範囲であった。失語症重症度は Boston 失語症診断テスト（BDAE）の失語症重症度評価尺度を使用し、軽度（区分 4～5）14 名、中等度（区分 2～3）29 名、重度（区分 0～1）10 名であった。また、基準関連妥当性の検討については、SAQOL-39-J が実施可能であった 18 名を対象とした。

詳細は表 1 に示した。

2.2. LAQOL

2.2.1. 作成過程

QOL は、健康と直接関連のある QOL（health-related QOL : HRQL）と健康と直接関連のない QOL（Non-health related QOL : NHRQL）に大きく分けられる。医療における QOL 研究のほとんどは HRQL 研究であり、その領域で代表的とされる QOL 定義の一つが Spilker¹³ および土井（2014）の提唱する HRQL モデルである。このモデルは、包括的な QOL である主観的生活満足度と 5 つの領域である①physical status and functional abilities（身体的状態）、②psychological status and well-being（心理的状态）、③social interactions（社会的交流）、④economic and/or vocational status（経済的・職業的状态）、⑤religious and/or spiritual status（宗教的・靈的状态）によって構成された定義であり、これは国際保健機関（World Health Organization : WHO）の健康の概念と同義である。本研究ではこのモデルを基に質問項目を作成した。

2.2.2. 評定方法

生活期失語症者への訓練経験をもつ 4 名の言語聴覚士が必要項目を列挙し、KJ 法を参考にして情報の集約化および統合化を図り最終的な質問項目を追加した。No.1 は生活満足度、No.2,3,12,13,14 は身体的状態、No.7,10,11 は心理的状态、No.4,5,8 は社会的交流、No.6 は経済的状态、No.9 は靈的状态に属する。

質問項目の詳細は表 2 に示した。

2.2.3. 実施方法

失語症者への質問は0～10の11段階の評定尺度を使用し、ポインティングや書字、発語にて回答してもらった(図1)。また調査は、個室で言語聴覚士が個別に本人へ面接した。質問内容は文字および聴覚提示を行い、理解が困難な場合は複数回提示を行った。さらに、質問の教示は誘導的にならないように配慮した。

2.3. 統計解析

信頼性の高さを担保するために、調査項目間の相関分析にて項目を選択した。次に、選択された項目の内的整合性を確かめるためにCronbachの α 係数を算出した。基準関連妥当性については、SAQOL-39-Jの総得点とLAQOLの総得点をSpearmanの順位相関を用いて相関係数を算出した。さらにLAQOLの因子構造を確認するために主因子法を用いて因子を抽出し、バリマックス法の因子回転を行った。統計解析はIBM SPSS Statistics version 24を用いた。

2.4. 倫理的配慮

本研究は川崎医療福祉大学倫理審査委員会で研究の承認を得ており、本人および家族に十分な説明を行い、同意を得て実施した。

3. 結果

3.1. LAQOLの回答率と所要時間、各項目の得点分布

LAQOLは53名中52名が回答可能であり、回答率は98.1%であった。回答不能者の1名は全失語の患者であった。また実施時間は約10分であった。各項目の平均および標準偏差は表3に示す。No.1生活満足度、No.7長寿願望、No.8他者交流は全体的に得点にばらつきがみられた。No.2言語表出の改善実感とNo.3言語理解の改善実感は、表出に比べて理解の方が高い得点を示した。No.4家族の親切度、No.6経済的状态、No.11リハ意欲は約半数が10点と高い得点を示した。一方、No.9霊的状态は半数以上が0点を示し、全体的に得点が低い結果であった。

3.2. LAQOLの内的整合性

LAQOLのCronbachの α 係数は0.81であった。項目間の相関行列を表4に示す。対象者52名の場合、0.273より大きければ5%水準で有意と判定される(肥田1972)。No.5家庭内での役割や仕事、No.9霊的状态、No.10性格の3項目は他の11項目との間で相関がないことが示された。したがって、No.5,9,10を削除して再度算出した結果Cronbachの α 係

数は0.86となった。

3.3. SAQOL-39-J との基準関連妥当性

項目間の相関がみられなかった上述の3項目を除いた11項目の総得点とSAQOL-39-Jの総得点の相関は $r=0.75$ であり、有意な相関を示した。結果は図2に示す。

3.4. LAQOL の因子分析

13項目から主因子法を用いてバリマックス法の因子回転を行った結果、3因子を抽出した(表5)。

第1因子は、「今の生活は何点?」、「長生きしたい?」、「言葉のリハビリはしたい?」、「他の人と関わることは楽しい?」、「病気の後、話す機能は良くなっている?」に因子負荷量が高かった。これらは、本人からの働きかけや主観的な生活満足度および意欲、積極性を表しているため、この因子を『主観的QOL』と命名した。

第2因子は、「お金の悩みは?」、「健康に気を付けている?」、「家族は親切?」、「病気の後、理解する機能は良くなっている?」に因子負荷量が高かった。これらは、経済的状态や家族といったQOLを高める条件を表しているため、この因子を『QOLに影響する条件』と命名した。

第3因子は、「上肢機能」、「移動手段」に因子負荷量が高かった。これらは、身体的な能力を表しているため、この因子を『身体機能』と命名した。

4. 考察

4.1. 信頼性および妥当性

No.5家庭内での役割や仕事、No.9霊的状态、No.10性格の3項目を除く11項目は高い内部相関と内的整合性を示し、十分な信頼性が認められた。また、11項目の総得点とSAQOL-39-Jの総得点は高い基準関連妥当性を示した。さらに、LAQOLについて因子分析を行った結果、LAQOLの基本的要素は『主観的QOL』『QOLに影響する条件』『身体機能』の3因子であった。この要素は前述したSpilker(1996)および土井(2004)の提唱するHRQLモデルの構成要素にほぼ合致しており、因子分析の結果からもLAQOLはHRQLモデルを反映したQOL尺度構成になっていると考えられる。

4.2. LAQOL の特徴

生活期失語症者は、言語機能に改善が認められないにも関わらずコミュニケーション活動や意欲が向上し、より充実した生活を送るケースも存在する。ゆえに、生活期失語症者の評価は言語機能ばかりではなく、QOLに焦点を当てた支援方略を検討することが重要で

あり,本研究はその QOL 尺度を開発した.以下,既存の QOL 尺度との違いを含めた LAQOL の特徴について述べる.

4.2.1. 項目数の制限および検査時間の短縮

LAQOL の 11 項目は失語症者本人が回答する 9 項目と検査者が回答する 2 項目から構成される. この項目数は既存の QOL 尺度と比較して非常に少ない構成になっている. はじめに述べたように失語症者に対する尺度は疾患特異的尺度の使用が必要であり, 項目数の制限も尺度構成として重要な要素と考えられる.

また, 回答率については, SAQOL-39-J は 34.0%であったが, LAQOL は 98.1%と高い水準であった. LAQOL は失語症重症度評価尺度の区分 0 の重度者のうち状況判断能力の低下を認めた対象者のみ実施困難であったが, その他の軽度から重度の失語症者は実施可能であった. 対象者の中には, 標準失語症検査は拒否したが, 本 QOL 尺度は実施可能であった対象者もいた. 項目数を制限したことで, 調査に対する回答者の負担が軽減し, 言語能力検査に拒否を示す対象者でも回答が可能になったと考えられる.

さらに, 生活期のリハビリテーションは他の時期と比べて十分にリハビリテーションの時間を確保することが困難である. 検査時間の短縮は, 生活期において临床上の有用性を高める一因となると考えられる.

4.2.2. HRQL に基づく QOL 構造

LAQOL は HRQL に基づいた QOL の構造を示す. そのため, SAQOL-39-J にない構成要素が含まれる. 一つは, 主観的に評価した失語症重症度の変化である. これは No.2 言語表出の改善実感と No.3 言語理解の改善実感の 2 項目であり, HRQL の構成要素の身体的状態に相当する. 失語症者にとっては身体的状態を評価する際に言語機能の状態も評価することが重要であり, この評価が含まれることは疾患特異的な部分といえる. もう一つは, 経済的状态である. これも HRQL の構成要素として重要であり, LAQOL の項目内に含まれる. 以上が既存の QOL 尺度にたく独自性を有する点であると考えられる.

4.2.3. 霊的状态

No.9 の精神的存在や信仰によって支えられるかという質問項目は相関を認めず, LAQOL の項目から除外することとなった. 霊的状态は QOL を構成する要素の一部であり, WHO は 1998 年に「spirituality」を健康の概念に加えることを提案するなど, QOL を捉えるうえでは重要な要素の一つであるとしている. しかし本研究においては, 対象者のほとんどがこの質問に対して「いいえ」を示している. これは, 海外と日本の文化的背景の違いによるもので, 日本人の多くがある特定の存在に支えを求める傾向に乏しいことが影響していると考えられる (平林 2015). また竹田 (2006) は, 日本人高齢者の spirituality 概念を「生きる意味・目的」「死と死にゆくことへの態度」「よりどころ」「他者との調和」「自

然との融和」「自己超越」の6つから構成されていると述べており、本 QOL 尺度の心理的状态や社会的交流が関連すると考えられる。

5. 結語

本研究で作成した QOL 尺度の LAQOL は、短時間で実施可能でありかつ重度な失語症者も回答が容易であり、多くの失語症者を対象とすることができた。

以上より、本 QOL 尺度 (Life stage Aphasia QOL scale-11 : LAQOL-11) は生活期失語症者に対する QOL 尺度の一つとして臨床上有用性が高いことが示唆された。

最後に、他の失語症者向けの QOL 尺度と LAQOL-11 の特徴を比較した表を表 6 に示す。

3章 デイサービスに通う生活期失語症者の QOL 関連要因 の検討～QOL の高得点群と低得点群の比較～

1. はじめに

近年、地域支援の重要性が注目される中、2016年に一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会は地域リハビリテーションを「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべて」と定義づけ、病院退院後の生活期リハビリテーションの重要性はさらに高まった。

失語症者は長期的に機能改善することは多数報告されているが、失語症は現在の医療では完治は困難であり、ほとんどの者は障害が残った状態で生活している。また、目に見えない障害であり、周囲の理解も得られにくい。そのため、病院退院後、社会生活を送るうえでは様々な悩みを抱えている失語症者が多い。コミュニケーションに困難を生じた結果、失語症者の Quality of life (以下, QOL) および手段の日常生活動作能力 (以下, IADL) は低下する。失語症者に対するリハビリテーションにおいても QOL の向上は重要であり、失語症者の社会生活や社会参加を支援し、その人らしい生きがいのある質の高い生活を保障することが求められている。しかし、本邦において QOL に焦点を当てた研究はほとんど報告されていない。そこで、本研究では失語症重症度の軽度から重度者を対象とした生活期失語症者向けの QOL 尺度である Life stage Aphasia QOL scale (以下, LAQOL-11) を実施し、生活期失語症者の QOL の実態およびそれに関与する要因について検討を行った。

2. 方法

2.1. 対象

2016年12月時点で失語症デイサービス(1施設)に通う失語症者52名である。性別は男性37名、女性15名で、平均年齢は69.4±11.3歳であった。失語症タイプはブローカ失語32名、ウェルニッケ失語8名、全失語3名、超皮質性感覚失語1名、伝導失語1名、失名詞失語7名であった。また失語症重症度はBoston失語症診断テスト(BDAE)の失語症重症度評価尺度を使用し、軽度(区分4～5)14名、中等度(区分2～3)29名、重度(区分0～1)9名であった。

2.2. 評価方法

基本属性やADL、IADLはカルテおよび家族から情報を収集し、IADLは老研式活動能力指標を使用した。その他に、精神機能評価尺度およびグループ訓練の心理・社会的側面

の評価も実施した。QOL の評価は、言語聴覚士が対象者へ LAQOL-11 を実施し、LAQOL-11 の総得点の高い 75～100 パーセンタイルの対象者 13 名を高 QOL 群、0～25 パーセンタイルの対象者 13 名を低 QOL 群とし、2 群間で QOL 関連要因を比較した。統計的分析は t 検定を用いた。

3. 結果

3.1. 基本情報

基本情報は表 7 に示した。

3.2. Boston 失語症診断テストの失語症重症度評価尺度

BDAE 失語症重症度評価尺度の平均値は、高得点群 3.2 ± 0.9 、低得点群 2.1 ± 1.0 で有意差を認めた。

詳細は図 3 に示した。

3.3. 介護度

介護度の平均値は、高得点群 2.2 ± 1.5 、低得点群 4.9 ± 1.6 で有意差を認めた。

詳細は図 4 に示した。

3.4. グループ訓練の心理・社会的側面の評価表

グループ訓練の心理・社会的側面の評価表について、参加意欲の項目は高得点群 1.8 ± 0.4 、低得点群 0.7 ± 1.7 、活動を楽しむ項目は高得点群 2.0 ± 0.0 、低得点群 1.2 ± 1.2 、自発的・積極的参加態度の項目は高得点群 1.5 ± 0.8 、低得点群 0.5 ± 1.3 とそれぞれ有意な差を認めた。

詳細は図 5 に示した。

3.5. 老研式活動能力指標

老研式活動能力指標の合計得点の平均値は、高得点群 5.5 ± 2.3 、低得点群 2.5 ± 1.9 と有意な差を認めた。また、下位項目である手段的 ADL、知的 ADL、社会的 ADL の平均値も全て高得点群と低得点群で有意な差を認めた。

詳細は図 6 に示した。

4. 考察

4.1. QOL と個人因子

ICF は、生活機能に影響する背景因子の一つに個人因子を挙げている。個人因子は、その人固有の特徴のことであり、QOL に大きく影響する。本研究の結果、2 群間で年齢や発症からの経過期間に有意差はなかった。Kwa ら (1996) も年齢と QOL に関連がないと述べ、また、Hilari ら (2003) も人口統計学的変数は QOL と有意に関連しなかったと述べており、先行研究と一致する結果であった。つまり、発症から長期に経過した失語症者に対しても適切な支援を行うことにより、年齢に関係なく QOL は向上する可能性が十分あることが示唆された。一方、個人の心理的状态を評価することも重要である。失語症者は抑うつを呈することがしばしばみられ、本研究の結果からも「抑うつ」や「意欲等低下」に関して QOL との有意な差がみられた。意欲の持続のためには良い環境が必要であり (遠藤 2011)、互助団体である友の会活動やフォーマルなサービスである失語症デイサービスといった会話しやすい環境で他者交流やリハビリテーションに取り組むことは QOL 向上に影響を与えたと考えられる。

4.2. QOL と身体および言語機能

医療における QOL 研究のほとんどは健康と直接関連のある QOL である HRQL (health-related QOL, 以下, HRQL) を指し、失語症者の QOL もそれに当てはまる。土井 (2004) や Spilker (1996) は HRQL をモデル化し、構成する 5 つの領域として①身体的状態、②心理的状态、③社会的交流、④経済的状态、⑤霊的状态を挙げている。失語症者にとっては身体的状態に含まれる言語機能は重要な要因と推察される。本研究の結果、失語症重症度は QOL と強い関連を示した。先行研究においても失語症重症度と QOL の関連性は報告されており (Sinanovic ら 2012, 諸岡 2016, Cruice 2003)、大畑ら (2015) も言語機能が高い失語症者は HRQL も高いと述べている。つまり、生活期のリハビリテーションにおいても、QOL 向上を目指して言語機能の改善にアプローチすることが重要であり、そのためには病院から在宅復帰後も継続した支援が必要であることが示唆された。

4.3. QOL と活動・参加

生活期失語症者の QOL を向上させるためには社会参加に焦点を当てたリハビリテーションが最も適切であり、強調されるべきである (Ross 2003) (Lee 2015)。社会参加と QOL の関連に関する先行研究もいくつか報告されている。Hilari (2003) は、活動参加の減少は HRQL が低いことを予測すると述べ、Cruice (2006) は、慢性期失語症者は社会的活動が有意に少なかったと報告しており、社会参加から失語症者の QOL を理解することができる可能性がある (Cruice 2003)。また、失語症者は社会活動を増やしたいという願望を抱いている (Cruice 2006)。周囲の人々の役割や関わり方が大切であり (吉畑 2010)、社会的

交流を含めた環境整備が失語症者にとって必要であると考えられる.

4 章 生活期失語症者の QOL の追跡的研究

1. 発症から 6 年後に QOL 向上を認めた重度運動性失語の一例

1.1. 研究目的

失語症は長期的に機能改善することが先行研究で多数述べられているが、QOL の視点から失語症者の改善を示した報告は少ない。また、失語症は心理社会的側面に重大な影響を及ぼすため、長期にわたって支援を続ける必要がある（本多ら，1999）（横張，1996）。生活期失語症者の公的な支援施設の一つに失語症デイサービスがある。失語症デイサービスは同じような障害を持つ仲間と過ごすことにより、自分の病気を受け入れ、今ある力を十分発揮しながら生きていくようになる場所として重要である（山口，2014）。そして、そこで行うグループ訓練は、心理的改善や社会性の向上、コミュニケーションの活性化に寄与する（横張，1996）。また、デイサービスは送迎が行われるため、一人での外出が困難な要介護者も利用しやすいサービスである。

今回われわれは、病院退院後も抑うつ傾向が続く重度運動性失語症者に対して、失語症デイサービスにて言語訓練を長期にわたって実施した結果、発症から 6 年後に QOL 向上を認めた一例を経験したので改善した要因について検討し報告する。

1.2. 対象

60 歳代，男性，右利き，要介護 2。現病歴は，X 年 Y 月に脳梗塞を発症。急性期病院，回復期病院を経て，同年 Y+7 月に在宅復帰し，同時期に失語症デイサービスにて週 2 日言語訓練を開始した。

1.3. 方法

1.3.1. 評価時期

発症後 1 年目，2 年目，3 年目，4 年目，5 年目，6 年目の 6 つの時期に分けて推移を評価した。

1.3.2. 訓練内容

1 日 3 時間の失語症デイサービスにて，個別訓練 20 分，集団訓練 45 分を実施。個別訓練では会話訓練，聴覚的理解および読解訓練，発声訓練，PACE 訓練，書字訓練などを実施し，集団訓練では会話訓練，口腔機能訓練，発声訓練，復唱訓練，他の失語症の方と協

力して取り組むコミュニケーション訓練を実施した。その他の時間は運動や制作活動などのレクリエーション活動を実施した。

1.3.3. 評価方法

1) Barthel Index

ADL の評価表で、全 10 項目を自立・一部介助・全介助の分類で 100 点満点で採点する。具体的な項目は、日常生活動作を把握するために、「食事」「車いすからベッドへの移動」「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」がある。

2) 老研式活動能力指標

IADL の評価表で ADL よりも高いレベルの生活機能を測定できる指標であり、「手段的 ADL」「知的 ADL」「社会的 ADL」の 3 領域 13 項目から構成され 13 点満点で採点する。

3) Vitality Index

高齢者の意欲を評価する指標であり、「起床」「意思疎通」「食事」「排泄」「リハビリテーション・活動」の 5 項目に関する行動の観察からそれぞれ 0～2 点の 3 段階で評価する（10 点満点）。そして、得点が高いほど意欲が高いことを意味する。

4) 失語症グループ訓練におけるの心理・社会的側面の評価表

失語症者の心理・社会的側面を評価する指標であり、評価項目は 5 つの大項目（参加態度、対人意識、情緒、自己認知、障害の受容に関する項目）と 15 の下位項目（参加意欲、所属感、活動を楽しむこと、自発的・積極的参加態度、人への関心・意識、共感性、人に対する働きかけ、情緒的安定、頑固さ、自己認知、言語障害へのこだわり、自己開示、自己評価、関心の範囲の拡大、行動範囲の拡大）から成る。それぞれの項目について（+）行動、（-）行動の出現バランスと総合的な印象によって 5 段階で評価する。

5) Pittsburgh rehabilitation participation scale（ピッツバーグリハビリテーション参加スケール）

リハビリテーションへの参加態度を参加への意欲として捉え、数値化する指標である。リハビリテーションへの参加意欲に関して、拒否がある、受け身的でありセラピストからの促しが必要である、能動的であるなどの 6 段階で捉える尺度であり、観察により判断する。

6) BDAE 失語症重症度評価尺度

失語症の重症度を測る指標で、0～5 の 6 段階で捉える尺度であり、観察により判断する。

7) LAQOL-11

生活期失語症者向けの QOL 評価尺度であり，重度から軽度までの幅広い重症度に対応している指標である。

8) カルテ情報の収集

日常生活場面での様子や訓練場面での様子をカルテから情報収集を行う。

1.4. 結果

1.4.1. QOL の経時的変化

発症後 3 年目までは抑うつが強く LAQOL-11 の実施は困難であったが，経過とともに少しずつ心理的な安定がみられ，発症後 4 年目で実施することができ，さらに 6 年目に再評価を実施することができた。

LAQOL-11 の総得点は 1 点から 10 点と発症後 6 年目の時点においては未だ低水準ではあるが，発症後 4 年時に比べ大幅な改善を認めた。改善を認めた項目については，話す機能や理解する機能の改善といった言語機能の改善を実感する項目や，家族の親切度，他者交流を楽しむことなどが挙げられた。

詳細は図 7, 8 に示した。

1.4.2. 身体および言語機能の経時的変化

ADL, IADL の経時的な変化について図に示す。

Barthel Index および老研式活動能力指標は，どちらもわずかな改善はみられるものの大きな変化はなく推移していた。また，BDAE 失語症重症度評価尺度の結果は，発症後 1 年目から変わらず段階 1 の重度のままであった。経過とともに笑顔が増えたり，ジェスチャーなどの非言語的コミュニケーション手段を用いた伝達がみられたりしたが，評価尺度の項目に影響する程の改善には至らなかった。

詳細は図 9～11 に示した。

1.4.3. グループ訓練への参加や意欲に関する経時的変化

グループ訓練の心理・社会的側面の評価表は総得点が-16 点から+2 点と大幅に改善した。特に，参加態度は-4 点から 0 点，対人意識は-5 点から 2 点と大幅な改善を認めた。

さらに，意欲についても少しずつ向上を認める結果であった。

詳細は図 12～14 に示した。

1.5. 考察

1.5.1. 長期的なグループ訓練の効果

本症例は発症から 6 年と長期にわたってグループ訓練中心に介入を行った結果、言語機能に大きな改善は認めなかったが、QOL や意欲、訓練への参加において顕著に改善を認めた。失語症は発症後長期間経っても失語症状に対する障害受容は困難な症例が多く、抑うつ傾向が続く（佐野 1990）。しかし、失語症グループ訓練を行うことで心理的改善や社会性の向上、コミュニケーションの活発化に寄与し QOL が向上する（横張 1996）。また、同じ障害を持つ仲間と過ごすことにより、自分の病気を受け入れ、今ある力を十分に発揮しながら生きていくようになる（山口 2014）。一方で、グループ訓練の効果が生じるまでには時間が必要であるため（中村ら 1998）、長期的に継続できる支援体制が必要である。本症例は長期的な支援が可能な失語症デイサービスにてグループ訓練を受けたことにより、徐々に心理的な安定が図られ、訓練意欲が向上し、QOL の改善に至ったと考えられる。

つまり、失語症者の心理的側面および社会的交流に対するアプローチができる失語症デイサービスは、抑うつ傾向のある失語症者にとって有効な支援の一つであることが示唆された。

1.5.2. 意欲と訓練への参加

意欲とは行動・行為の原動力になる積極的に行動を起こそうとする気持ちを指し、意欲の低下は ADL の自立に影響を与えるため、意欲を高めるための方策は重要である（牧迫ら 2021）。本症例は意欲低下を示していたが徐々に向上を認めた。しかし、Vitality Index は 3 年目以降プラトーに達し、Pittsburgh rehabilitation participation scale は 4 年目以降プラトーに達している。一方で意欲の指標に変化はないもののグループ訓練の心理・社会的側面の評価表は 4 年目から 6 年目にかけて大幅な改善を認めた。これは、意欲がグループ訓練参加へのベースとなっているためと考えられる。抑うつ傾向のある失語症者支援において、意欲の評価を積極的に行い、その経過をみながらグループ訓練による積極的な介入を行うことが良いと考えられる。

2. 失語症デイサービスから失語症友の会へ移行後も QOL が向上した運動性失語の一例

2.1. 研究目的

失語症デイサービスは全国的に数が少なく、遠方から利用する失語症者も珍しくない。しかし、平成 26 年の介護保険法改正により、要支援者の介護予防サービスが介護保険給付サービスから市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業に移行した。それに伴い、市外から通所していた失語症者がサービスを受けることができなくなるケースが出てきた。そこで本研究では、失語症デイサービスの利用が終了となるも継続して友の会へ移行することができ、さらに QOL が向上した症例を経験したため、その要因について考察する。

2.2. 対象および方法

2.2.1. 対象

80 歳代、女性、右利き、要支援 1、中等度運動性失語。

2.2.2. 評価時期

デイサービス利用時（発症から 2 年 6 か月）と友の会利用時（発症から 4 年 11 か月）において評価を実施した。

2.2.3. 評価方法

1) Barthel Index

ADL の評価表で、全 10 項目を自立・一部介助・全介助の分類で 100 点満点で採点する。具体的な項目は、日常生活動作を把握するために、「食事」「車いすからベッドへの移動」「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」がある。

2) 老研式活動能力指標

IADL の評価表で ADL よりも高いレベルの生活機能を測定できる指標であり、「手段的 ADL」「知的 ADL」「社会的 ADL」の 3 領域 13 項目から構成され 13 点満点で採点する。

3) 言語機能

失語症重症度は BDAE 失語症重症度評価尺度を使用した。また、単語および短文の聴理解、単語および短文の口頭表出の計 4 項目について、5 段階評価（良好—不良）にて実施し

た.

4) LAQOL-11

生活期失語症者向けの QOL 評価尺度であり，重度から軽度までの幅広い重症度に対応している指標である.

2.3. 結果

2.3.1. 言語機能

デイサービス利用時の失語症重症度は 1 点と重度であり，友の会利用時も同じ点数であった. また，単語および短文の聴理解，単語および短文の口頭表出の計 4 項目についてもデイサービス利用時と友の会利用時で差はみられなかった.

2.3.2. ADL および IADL

Barthel Index の総得点はデイサービス利用時および友の会利用時ともに 100 点満点であり，基本的な生活動作は維持されていた.

一方で，活動能力指標の総得点は 5 点から 9 点に向上を認め，日常生活関連活動の拡大がみられた. 改善した項目は，「バスや電車を使って一人で外出できますか?」「日用品の買物ができますか?」の手段的 ADL，「健康についての記事や番組に関心がありますか?」の知的 ADL，「友達の家を尋ねることがありますか?」「若い人に自分から話しかけることができますか?」の社会的 ADL と全ての領域であった.

2.3.3. QOL

LAQOL-11 の総得点は 88 点から 92 点と高得点の水準が維持された.

主観的な生活満足度や家族の親切度，経済的状态，他者交流を楽しむ，健康への配慮については向上を示した. 一方で，言語機能の理解および表出の改善実感は低下を示した.

詳細は図 15 に示した.

2.4. 考察

2.4.1. 失語症デイサービスの終了について

本症例は制度改正に伴い支援が途切れる可能性があったが，生活圏内に友の会があり，失語症デイサービスから友の会へ円滑に移行することができた. そして，継続した支援を受けることができたことで長期的な QOL の維持に繋がったと考える. 友の会は生活期における社会参加の受け皿として重要であるが，団体数は介護保険制度の急速な広がりに伴い

減少している。

生活圏内に友の会がある失語症者については、失語症デイサービスを利用することでADLおよびIADLの向上を図り、自立した生活が確立してきた時期に友の会へ移行を促すことでQOLは維持しつつより良い自立支援が可能であると考えられる。

2.4.2. 言語機能の客観的評価と主観的評価の乖離

本症例はデイサービス利用時と友の会利用時において、言語機能の維持ができていたが、主観的な評価では言語機能の低下を実感する結果であった。これは、友の会はデイサービスと比べてコミュニケーション意欲の高い当事者が多く、今まで以上に活発なコミュニケーション環境に入ることによって、本人は言語機能が低下したと感じる評価に繋がったと考える。また、友の会は常時専門職が配置されているわけではないため、自己解決をしなければならないことも要因として考えられる。

3. 失語症デイサービスから就労支援へ移行した中等度運動性失語の一例

3.1. 研究目的

障害者の就労は重要なリハビリテーションの目標であるが、失語症によるコミュニケーションの問題はしばしば就労に大きく影響を与える。2011年の高次脳機能障害全国実態調査報告によると、失語症者1749名中、職場復帰に至ったのは102名(5.8%)とごく少数に留まる結果であった。また、障害者職業総合センターの調査報告(2011)では、失語症者の就労状況について失語症発症時に就労中であった者の復職率は17.8~28.1%と報告している。さらに、失語症全国実態調査によると医療機関利用後の失語症者の職場復帰率は5.5%~16.2%と報告されており、失語症者の復職の困難さが伺えた。復職が困難な場合は、障害者総合支援法のサービスである自立訓練、就労移行支援および就労継続支援を利用する可能性がある。また、その中で最も多く利用しているサービスは就労継続支援B型である(2013, 種村ら)。失語症者にとって就労は社会参加に繋がる重要な役割であるが、生活期のステージの中でどのように移行していくかは明らかにされていない。さらに、QOLの視点から追跡した調査研究も報告されていない。

そこで本研究では、介護保険サービスの失語症デイサービスの利用を卒業し、障害福祉サービスの就労継続支援B型へ移行後もQOLの著しい低下を認めることなく生活満足度が維持できた症例から生活期リハビリテーションの支援体制について報告する。

3.2. 対象および方法

3.2.1. 対象

50歳代、女性、右利き、要支援2、運動性失語、右上下肢麻痺。

3.2.2. 評価時期

デイサービスを利用していた発症3年、5年の時点と就労継続支援B型に移行した発症7年の時点において評価を実施した。

3.2.3. 評価方法

1) Barthel Index

ADLの評価表で、全10項目を自立・一部介助・全介助の分類で100点満点で採点する。具体的な項目は、日常生活動作を把握するために、「食事」「車いすからベッドへの移動」「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」がある。

2) 老研式活動能力指標

IADL の評価表で ADL よりも高いレベルの生活機能を測定できる指標であり、「手段的 ADL」「知的 ADL」「社会的 ADL」の 3 領域 13 項目から構成され 13 点満点で採点する。

3) 言語機能

失語症重症度は BDAE 失語症重症度評価尺度を使用した。

4) LAQOL-11

生活期失語症者向けの QOL 評価尺度であり、重度から軽度までの幅広い重症度に対応している指標である。

3.3. 結果

3.3.1. 言語機能

失語症重症度は 3 点と中等度であり、発症 3 年から 5 年、7 年と変化はみられなかった。

3.3.2. ADL および IADL

Barthel Index の総得点は 100 点満点であり、基本的生活動作は維持されていた。

一方で、老研式活動能力指標の総得点は 6 点であり、日常生活関連活動の制限がみられた。また、知的 ADL に比して手段的 ADL や社会的 ADL が高い結果であった。

詳細は表 8 に示した。

3.3.3. QOL

LAQOL-11 の総得点は発症 3 年 75 点、5 年 85 点、7 年 80 点と高い水準が維持できていた。

また、下位項目をみると、11 項目中 8 項目で維持向上を認めた。一方で、言語理解の改善実感や他者交流の楽しみ、訓練意欲については低下を認めた。

詳細は図 16, 17 に示した。

3.4. 考察

本症例は病院を退院し在宅復帰後、失語症デイサービスで言語訓練を続け、その後、就労継続支援 B 型へ移行することができた。その要因として、ADL および IADL の高さが挙げられる。障害福祉サービスは送迎支援が介護保険と比べて少なく、公共交通機関等を自力で利用できる能力を有することが求められることが多い。本症例の通う就労継続支援 B 型も公共交通機関を自力で利用できることが必要であったが、本症例はその点において自立することができていたため利用ができた。

また、本症例は訓練に対する意欲が発症から 7 年経過した時点でやや低下を示した。これは訓練から卒業し、さらに社会参加への気持ちが高まった経緯が背景にあると考えられ、ステップアップとしてデイサービスの利用を終了することができたと考えられる。

つまり、デイサービスから就労支援へ移行できる条件として、若年であること、ADL および IADL が自立していること、訓練から社会参加への気持ちの高まりがみられることが考えられた。

5 章 地域における各種サービスを利用する失語症者の QOL および IADL に関する研究

1. はじめに

これまでの章で述べたように、生活期失語症者に関する QOL 研究は喫緊の課題であったため、LAQOL-11 を開発することで失語症重症度が軽度から重度までと幅広い失語症者の QOL の実態を把握することが可能となった。また、長期的な関わりを通して QOL に変化が生じることも明らかとなった。一方、生活期失語症者は経過とともに利用するサービスも変化する実態が明らかとなった。そこで今回われわれは、地域におけるサービスとして主に挙げられる失語症友の会、就労サービス、通所サービス、訪問サービスの各種サービスごとの QOL の相違を明らかにするために、QOL および IADL に関する調査を行った。

2. 研究方法

2.1. 対象および方法

対象は失語症友の会 3 団体、通所サービス 2 事業所、訪問サービス 3 事業所に所属する生活期失語症者 123 名である。

方法は、各団体および事業所に在籍している言語聴覚士に以下の調査を依頼した。調査内容は、基本情報として①性別、②年齢、③発症からの経過月数、④介護度および障害程度区分、⑤利用しているサービスの種類、言語機能の評価として⑥Boston 失語症鑑別診断テスト (BDAE) の失語症重症度評価尺度、ADL 評価として⑦Barthel Index、IADL 評価として⑧老研式活動能力指標、QOL 評価として⑨LAQOL-11(Life stage Aphasia QOL scale)を実施し、情報を収集した。

2.1. 統計解析

対象者の LAQOL-11 の総得点と各項目との相関分析を行った。次に、各種サービス別の調査項目の平均値の比較に t 検定を用いた。最後に、QOL に関係する要素について検討するため、LAQOL-11 総得点を目的変数とし、年齢、失語症重症度、Barthel Index の合計得点、老研式活動能力指標の合計得点を説明変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。統計解析には Microsoft Excel 2016 を用いた。

3. 結果

3.1. 基本属性

性別は、男性 89 名、女性 34 名であった。

年齢別は、40 歳代以下 8 名、50 歳代 10 名、60 歳代 34 名、70 歳代 54 名、80 歳代以上 17 名であった。

発症からの経過年数は、1 年以下 9 名、2 年 15 名、3 年 9 名、4 年 13 名、5 年 9 名、6 年 13 名、7 年 10 名、8 年 7 名、9 年 6 名、10 年 5 名、11 年 4 名、12 年 6 名、13 年 3 名、14 年 2 名、15 年 4 名、16 年以上 8 名であった。

BDAE 失語症重症度評価尺度は、区分 5 は 5 名、区分 4 は 30 名、区分 3 は 28 名、区分 2 は 29 名、区分 1 は 31 名、区分 0 は 0 名であった。

利用している各種サービス別の利用人数は、失語症友の会 19 名、就労サービス 8 名、通所サービス 108 名、訪問サービス 16 名であった。

詳細は図 18～21 に示した。

3.2. 各種サービス別の比較

1) 年齢別

年齢の平均は、失語症友の会 66.32 歳、就労サービス 51.25 歳、通所サービス 64.91 歳、訪問サービス 64.38 歳であり、失語症友の会が各種サービスに比して有意に高い結果であった。

詳細は図 22 に示した。

2) 失語症重症度別

BDAE 失語症重症度評価尺度の平均は、失語症友の会 3.00、就労サービス 2.88、通所サービス 2.58、訪問サービス 1.69 であり、訪問サービスが各種サービスに比して有意に低い結果であった。

詳細は図 23 に示した。

3) ADL

Barthel Index の総得点の平均は、失語症友の会 92.89 点、就労サービス 91.88 点、通所サービス 83.01 点、訪問サービス 66.56 点であり、訪問サービスが各種サービスに比して有意に低い結果であった。

詳細は図 24 に示した。

4) IADL

老研式活動能力指標の総得点の平均は、失語症友の会 7.89 点、就労サービス 6.50 点、通所サービス 4.12 点、訪問サービス 3.31 点であり、失語症友の会が一番高く、通所サービス

と訪問サービスに比して有意に高い結果であった。

詳細は図 25 に示した。

5) QOL

LAQOL-11 の総得点の平均は、失語症友の会 76.26 点、就労サービス 68.13 点、通所サービス 70.67 点、訪問サービス 58.38 点であった。訪問サービスが一番低く、失語症友の会と通所サービスに比して有意に低い結果であった。

LAQOL-11 の生活満足度に関する項目の平均は、失語症友の会 6.21 点、就労サービス 6.00 点、通所サービス 6.23 点、訪問サービス 5.75 点であり、有意な差を認めなかった。

LAQOL-11 の言語表出に対する改善実感の平均は、失語症友の会 5.42 点、就労サービス 5.38 点、通所サービス 5.50 点、訪問サービス 3.94 点であった。訪問サービスが一番低く、失語症友の会と通所サービスに比して有意に低い結果であった。

LAQOL-11 の言語理解に対する改善実感の平均は、失語症友の会 5.47 点、就労サービス 6.38 点、通所サービス 6.51 点、訪問サービス 5.13 点であり、訪問サービスが一番低い結果であった。一方で失語症友の会が通所サービスに比して有意に低い結果であった。

LAQOL-11 の家族の親切度の平均は、失語症友の会 8.11 点、就労サービス 7.25 点、通所サービス 8.17 点、訪問サービス 7.69 点であり、有意差は認めなかったものの、全体的に高い点数であった。

LAQOL-11 の経済的状态の平均は、失語症友の会 7.11 点、就労サービス 4.00 点、通所サービス 7.24 点、訪問サービス 5.75 点であった。就労サービスが一番低く、失語症友の会と通所サービスに比して有意に低い結果であった。

LAQOL-11 の他者交流の平均は、失語症友の会 8.37 点、就労サービス 6.88 点、通所サービス 6.71 点、訪問サービス 6.25 点であった。失語症友の会が一番高く、通所サービスと訪問サービスに比して有意に高い結果であった。

LAQOL-11 の訓練意欲の平均は、失語症友の会 8.42 点、就労サービス 7.88 点、通所サービス 7.85 点、訪問サービス 6.25 点であった。訪問サービスが一番低く、他のサービスは高い結果であった。また、訪問サービスは失語症友の会に比して有意に低い結果であった。

詳細は図 26～33 に示した。

3.3. QOL に関係する要素

QOL とその関係する要素を探るため LAQOL-11 の総得点を目的変数、年齢 (X1)、失語症重症度 (X2)、Barthel Index の合計得点 (X3)、老研式活動能力指標の合計得点 (X4) を説明変数として重回帰分析を行った。重回帰分析を行うにあたっては増減法を用いて変数選択を行ったところ、以下の結果が得られた。この結果から重回帰式は

$$y=15.2437+0.2851x_1+4.1345x_2+0.255x_3+1.123x_4$$

と得られた。修正済決定係数は 0.3161 となり当てはまりは悪い回帰式が得られた。しかし、P 値は年齢、失語症重症度、Barthel Index の合計得点は 5%有意で説明力のある変数といえる。(詳細は表 9 に示した。)

4. 考察

4.1. 失語症友の会

失語症友の会を利用している失語症者は、年齢が高く、ADLおよびIADLの自立度も高かった。失語症友の会は自助と互助の視点が入っている。そのため、開催場所まで自力で向かう必要があり、自立度の高さが求められた結果と考える。また、QOLは全般的に高く、社会的交流や訓練意欲が高い傾向にあった。失語症友の会の役割は、失語症者とその家族の仲間づくり、社会参加、機能訓練、レクリエーション、情報交換会などの場を提供することが挙げられ、失語症者やその家族に対して同じ病気を経験した人どうしが支え合うことができるサービスである（横張 2001, 小野 2008）。そのため、ADLおよびIADLが高い失語症者が積極的に失語症友の会に参加することで社会的交流にアプローチすることができ、高いQOLを示す可能性が示された。

4.2. 就労サービス

就労サービスを利用している失語症者は、年齢が低く、ADLは自立していた。また、IADLも比較的高い結果であった。就労サービスも失語症友の会と同様に自力で通うことが必要であり、今回の結果に繋がったと考える。

QOLについては、経済的状态が有意に低い結果であった。これは、若年であれば扶養する立場にあり、経済的ニーズがより高いためと考えられる。

4.3. 通所サービス

通所サービスを利用している失語症者は、年齢が高く、ADLはやや低く、IADLもさらに低かった。通所サービスを受けることができる対象者は要介護度の認定が必要であることが前提であるため、本研究のようにADLおよびIADLが低下している失語症者が多い傾向にあったと考える。

QOLについては全般的に高く、言語理解および表出に対する改善の実感も高い傾向にあった。また、訓練意欲も比較的高い傾向を示した。通所サービスは自分の障害について理解が得られ、サポートを受けられる場所に通うことで生活のリズムをつくり、見当識を整え、意欲を保つことができる（森田ら 2014）。また、失語症者はコミュニケーションの成功体験の乏しさから外出やコミュニケーション機会を避けることが多いが、適切な支援を受けることでコミュニケーション改善実感を得ることができる。そのため、言語機能に対するアプローチと社会的交流に対するアプローチを行うことで、高いQOLを示す可能性が示された。

4.4. 訪問サービス

訪問サービスを利用している失語症者は、年齢が高く、ADLおよびIADLも他のサービスに比して低かった。また、失語症重症度も重い傾向にあり、QOLの言語機能の改善実感も低くなっていた。訪問サービスを利用する利用者は要介護度が重く、基本的に自力での外出が困難であるためコミュニケーション機会も減少する。そのため、コミュニケーションの成功体験も乏しくなると考えられる。

QOLについては、各種サービスと比して全般的に低い傾向にあった。また訓練意欲も低く、心理的状态に対するアプローチを行うことで高いQOLを示す可能性が示された。

6章 総合的考察および結論

1. 生活期失語症者のための QOL 尺度

生活期の失語症者支援の最終目標は、その人らしい生きがいのある質の高い生活の保障やコミュニケーション活動の活性化を目標とした QOL の向上に繋がる訓練を行うことであるため、QOL を評価することは重要である。本邦における唯一の失語症者向け QOL 尺度として Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39-J(SAQOL-39-J)があったが、軽度から中等度の失語症者向けの指標であり、重度の失語症者には実施困難であることが問題点として挙げられた。そこで、本研究では重度の失語症者を含めたより多くの生活期失語症者に適用可能な QOL 尺度 (Life stage Aphasia QOL scale-11: LAQOL-11) を開発し、その信頼性および妥当性を検討した。

結果、LAQOL-11 は SAQOL-39-J に比して項目数の制限および検査時間の短縮を行うことができた。また、高い内部相関と内的整合性を示し、SAQOL-39-J との高い基準関連妥当性も示した。さらに、回答率は 98.1% と高い水準であり、軽度から重度の幅広い失語症者を対象とする検査であることが明らかとなった。そのため、本尺度は生活期失語症者に対する QOL 評価尺度の一つとして、臨床上有用性が高いことが示された。

SAQOL-39 は「Physical」「Communication」「Psychosocial」「Energy」の 4 つの領域から HRQL を評価しており、他の QOL 尺度にないコミュニケーションという領域が含まれている。また、失語症タイプ別の比較に有用であることも特徴的である (Hilari ら 2003, Kamiya ら 2015)。

一方で、LAQOL-11 は HRQL に基づいた QOL の構造を示しているが、SAQOL-39 にない構成要素が 2 つ含まれる。一つは主観的に評価した失語症重症度の変化であり、もう一つは経済的状态である。これらは HRQL の構成要素として重要であり、LAQOL-11 の項目内に含まれている。

2. 生活期失語症者の QOL の追跡的研究

本研究では、作成した QOL 尺度である LAQOL-11 を用いて生活期失語症者 3 症例の追跡的研究を実施した。

症例 1 は、失語症デイサービスに通所する抑うつ傾向のある重度運動性失語症者であった。発症後 3 年目までは心理的な問題から QOL の検査を実施することは困難であったが、発症後 4 年目になり心理的安定がみられ、LAQOL-11 による QOL 評価を行うことが可能となった。そして、発症後 6 年目の再評価では QOL の向上を示す結果となった。発症後 4 年目の時点では他者との交流を楽しむ項目は低かったが、訓練を続けることで発症後 6 年目は向上を示した。これは、失語症デイサービスに通所することでピアカウンセリングの場となり、コミュニケーション意欲が少しずつ向上したことを反映していると考えられる。また、発症後 4 年目に比して 6 年目では言語機能の理解および表出の改善実感が高い結果であった。これは、経過とともにジェスチャーなどの非言語的コミュニケーション手段を

用いた伝達が増えるなどコミュニケーションの成功体験が積み重なったことが反映されたと考えられ、LAQOL-11はこれらの変化を捉えたと考えられる。

症例2は、失語症デイサービスから失語症友の会へ移行後もQOLが向上した重度運動性失語症者であった。本症例は介護保険法の改正に伴い失語症デイサービスの継続利用が困難となったものの、失語症友の会へサービスを移行することでQOLは維持された。しかし、失語症デイサービスを利用している時点に比して失語症友の会へ移行後の方が言語機能の理解および表出の改善実感の低下を示す結果であった。これは、活発なコミュニケーション活動が行われる失語症友の会という新しい環境で活動することにより、他の失語症者との比較から自分の失語症状の見方に変化が生じた結果と考えられる。また、家族の親切度は移行後の方が高い結果であった。これは、家族とともに失語症友の会へ参加する機会が増えたことが反映されたと考えられ、LAQOL-11はこれらの変化を捉えたと考えられる。

症例3は、失語症デイサービスから就労支援へ移行後もQOLが維持した中等度運動性失語症者であった。失語症デイサービスを利用している時点では訓練意欲の高さを示したが、就労支援へ移行後は低い結果であった。これは、訓練に対する意欲から社会参加への意欲が高まり、就業に移行したことで業務内容に適應することが重要になってきたことが反映されたと考えられる。また、言語理解の改善実感も移行前は高かったが、移行後は低い結果であった。これは、理解すべき指示内容のレベルが高くなってきたことが反映されたと考えられ、LAQOL-11はこれらの変化を捉えたと考えられる。

3. 地域における各種サービス別の特徴

本研究では、地域におけるサービスとして主に挙げられる失語症友の会、就労サービス、通所サービス、訪問サービスの4サービスについて、それぞれの特徴およびQOLの相違が明らかとなった。

失語症友の会について、年齢は高く、ADLおよびIADLは自立していた。QOLは全般的に高く、社会的交流や訓練意欲、主観的な経済的状態の高さやが特徴的であった。失語症友の会は、参加する失語症者自身が障害を克服してより充実した生活を取り戻すために仲間を求めて集まってきており、仲間づくりの場としての役割を担っている（小野2008, 原山ら2020）。そのため、他者との交流に対する姿勢は積極的であり、LAQOL-11の社会的交流の高さに反映していると考えられる。また、内閣府の令和2年度版高齢社会白書によると全国の高齢者の74.1%が経済的に心配なく暮らしていると回答している。本研究の結果、失語症友の会に参加する失語症者の年齢は高く、主観的な経済的状態の高さも特徴的であり、このことは先行研究と一致している。さらに大久保ら（2008）は、失語症友の会に参加し、会への満足度が高い失語症者のQOLは高いことを示唆しており、本研究のQOLの全般的な高さとも一致する。

就労サービスについて、年齢は低く、ADLおよびIADLは自立していた。QOLは他のサービスと比して主観的な経済的状態の低さが特徴的であった。一方で訓練意欲は高い特徴もあった。若年であれば扶養する立場にあり、経済的ニーズがより高いため、LAQOL-11の主観的な経済的状態の低さに反映されたと考えられる。

通所サービスについて、年齢は高く、ADLはやや低く、IADLもさらに低かった。QOLは全般的に高く、言語理解および表出に対する改善の実感や訓練意欲、主観的な経済的状態の高さを示したが、一方で社会的交流は失語症友の会と比べると低い傾向が特徴的であった。また、通所サービスも同じ障害を持った人と過ごすことにより自分の状態を受け入れられるようになることに繋がるため（山口 2014）、失語症友の会と同様の役割を担い、QOLの全般的な高さに反映されたと考えられる。そして、失語症者が通所サービスを通してQOLの向上に寄与する可能性を述べられることはあったが、本研究によりそのことについてデータで示すことができた。

訪問サービスについて、年齢は高く、ADLおよびIADLは低かった。また、失語症重症度も重い傾向にあった。QOLは全般的に低く、社会的交流や訓練意欲も低い傾向が特徴的であった。曾根ら（2018）は、訪問の利用者は、通所の利用者より要介護度が重度で日常生活自立度も低いものが多く、また訪問の利用者のQOL向上を目指すためには、活動や社会参加に関する課題に目を向けていく必要があると述べている。本研究においても、訪問サービスの対象者はADLおよびIADLが低く、先行研究と一致していた。さらにLAQOL-11の社会的交流や訓練意欲も低い結果を示しており、社会参加を目指した支援の方向性も先行研究と同じであった。

最後に、全てのサービスにおいて家族の親切度が高い水準を示したことは共通の特徴であった。

本研究により、各種サービス別の特徴が明らかとなった。これまで生活期失語症者を捉えるうえではADLおよびIADLや言語機能といった機能評価が中心であったが、地域リハビリテーションを行ううえでは、QOL評価と年齢層を加えた3つの柱を軸に評価していくことが重要であると考えられた。

生活期失語症者にとって、社会保障制度の改訂や心身および言語機能の変化は、コミュニケーション環境の変化に大きく影響する。地域リハビリテーションを実現するためには、効率が良く、質の高いリハビリテーションを提供できるシステムを作り上げることが重要であり（森田 2014）、環境や状態の変化に合わせたQOLの評価を実施することは重要であると考えられる。

4. 結論

本研究により、幅広い生活期失語症者を対象とした臨床上有用なQOL尺度を開発することができた。また、これまで先行研究になかったQOL尺度を用いた追跡的研究を実施したことにより、コミュニケーション環境の変化に伴って失語症者のQOLの内容にも変化が生じることが示され、各種サービスの違いを具体的に把握するうえで重要であった。さらに、地域における各種サービス別の比較により、地域リハビリテーションにおけるQOLの相違を明らかにすることができ、これまで先行研究で述べられてきたことをQOLからデータで証明することができた。

失語症者の地域リハビリテーション実現に向けた重要な要素として、ADL・IADLおよび言語機能を含む機能評価と、QOL評価、年齢層の3つの柱を捉えることが、地域における

質の高いリハビリテーションの提供に有用であると考えられる。

謝辞

本稿を終えるにあたり，ご指導，ご校閲をいただきました川崎医療福祉大学大学院種村純教授に深謝いたします。また，研究を進めるにあたり，データ収集にご協力をいただきました先生方，そして検査にご協力いただきました失語症の皆様ならびに家族様に心から感謝いたします。

表 1 対象者の属性

| | |
|------------------------------|---|
| 失語症タイプ | ブローカ失語 32名 ウェルニッケ失語 9名 全失語 3名 超皮質性感覚失語 1名 伝導失語 1名 失名詞失語 7名 |
| 失語症重症度（軽度：中等度：重度） | 14名：29名：10名 |
| 移動状態（独歩：杖：車椅子） | 23名：24名：6名 |
| 上肢機能 （麻痺無しまたは実用手：補助手：廃用手） | 19名：4名：30名 |

表 2 LAQOL の質問項目と反応の評定

| 質問内容 | 反応の評定 | 回答者 |
|--------------------------|-------------------------|--------|
| 1. 今の生活は何点？ | 0：悪～10：良 | 失語症者本人 |
| 2. 病気の後、話す機能は良くなっている？ | 0：病気～10：良 | |
| 3. 病気の後、理解する機能は良くなっている？ | 0：病気～10：良 | |
| 4. 家族は親切？ | 0：いいえ～10：はい | |
| 5. 家庭内での役割や仕事はある？ | 0：いいえ～10：はい | |
| 6. お金の悩みは？ | 0：困っている～10：困っていない | |
| 7. 長生きしたい？ | 0：いいえ～10：はい | |
| 8. 他の人と関わることは楽しい？ | 0：楽しくない～10：楽しい | |
| 9. 精神的存在や信仰によって助けられることは？ | 0：ない～10：ある | |
| 10. 自分の性格は活発か静かか？ | 0：静か～10：活発 | |
| 11. 言葉のリハビリはしたい？ | 0：嫌～10：したい | |
| 12. 健康に気を付けている？ | 0：いいえ～10：はい | |
| 13. 移動状態 | 0：車椅子、5：杖、10：独歩 | 検者 |
| 14. 上肢機能 | 0：廃用手、5：補助手、10：実用手・麻痺無し | |

図1 評定尺度の一例

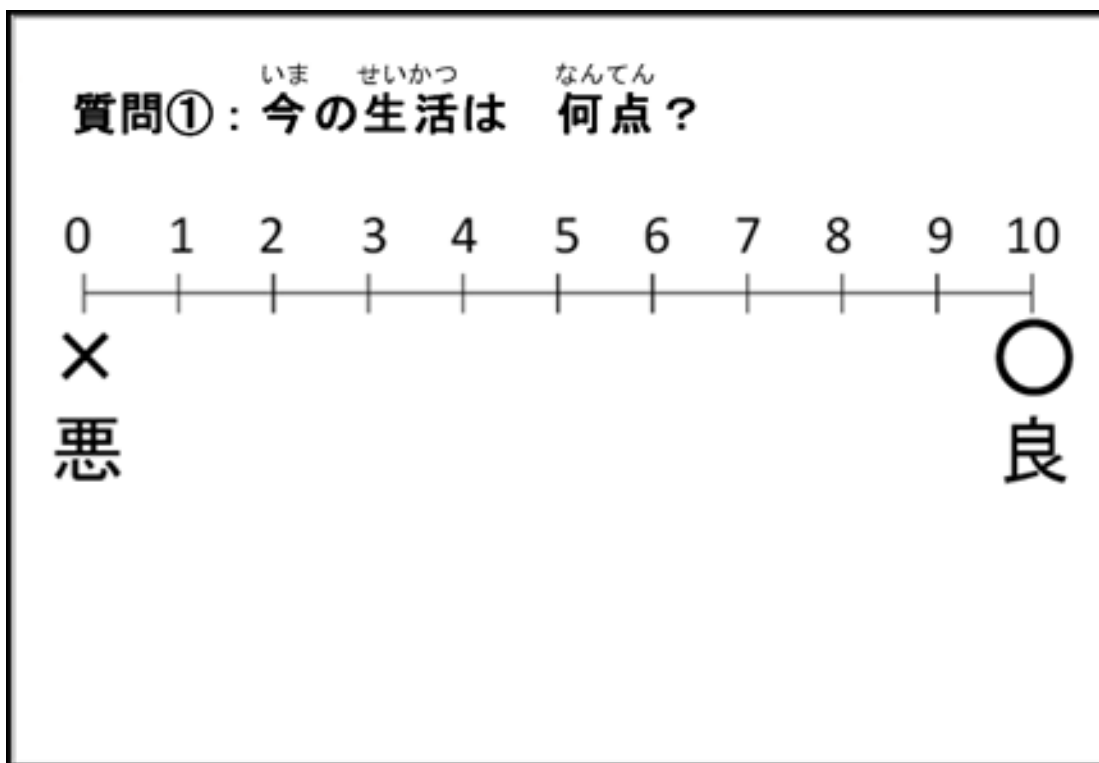


表 3 LAQOL の各項目の平均および標準偏差

| 質問内容 | 平均 | 標準偏差 |
|--------------------------|-----|------|
| 1. 今の生活は何点？ | 6.5 | 2.6 |
| 2. 病気の後、話す機能は良くなっている？ | 6.0 | 2.6 |
| 3. 病気の後、理解する機能は良くなっている？ | 6.9 | 2.3 |
| 4. 家族は親切？ | 7.9 | 2.8 |
| 5. 家庭内での役割や仕事はある？ | 5.0 | 3.7 |
| 6. お金の悩みは？ | 7.4 | 3.3 |
| 7. 長生きしたい？ | 5.7 | 3.5 |
| 8. 他の人と関わることは楽しい？ | 6.4 | 3.0 |
| 9. 精神的存在や信仰によって助けられることは？ | 1.9 | 2.8 |
| 10. 自分の性格は活発か静かか？ | 5.0 | 3.0 |
| 11. 言葉のリハビリはしたい？ | 7.8 | 3.2 |
| 12. 健康に気を付けている？ | 7.3 | 3.0 |

表 4 項目間の相関行列

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|------|-------|----|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | .520* | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | .363* | .477* | | | | | | | | | | | | |
| 4 | .509* | .451* | .389* | | | | | | | | | | | |
| 5 | .272 | .117 | .261 | .205 | | | | | | | | | | |
| 6 | .257 | .117 | .407* | .446* | .057 | | | | | | | | | |
| 7 | .513* | .373* | .216 | .435* | .243 | .148 | | | | | | | | |
| 8 | .560* | .395* | .273 | .455* | .394* | .217 | .378* | | | | | | | |
| 9 | .048 | .220 | .292 | .093 | .202 | .107 | .008 | .035 | | | | | | |
| 10 | .104 | .102 | .020 | .081 | .056 | .187 | .109 | .190 | .127 | | | | | |
| 11 | .512* | .410* | .408* | .628* | .229 | .370* | .619* | .564* | .163 | .270 | | | | |
| 12 | .389* | .347* | .460* | .637* | .334* | .454* | .461* | .367* | .021 | .169 | .547* | | | |
| 13 | .249 | .285* | .094 | .258 | .246 | .009 | .351* | .300* | .084 | .075 | .262 | .046 | | |
| 14 | .190 | .293* | .238 | .279* | .500* | .189 | .216 | .404* | .003 | .082 | .267 | .192 | .702* | |

* $r < 0.05$

図2 SAQOL-39-J と LAQOL の総得点の相関

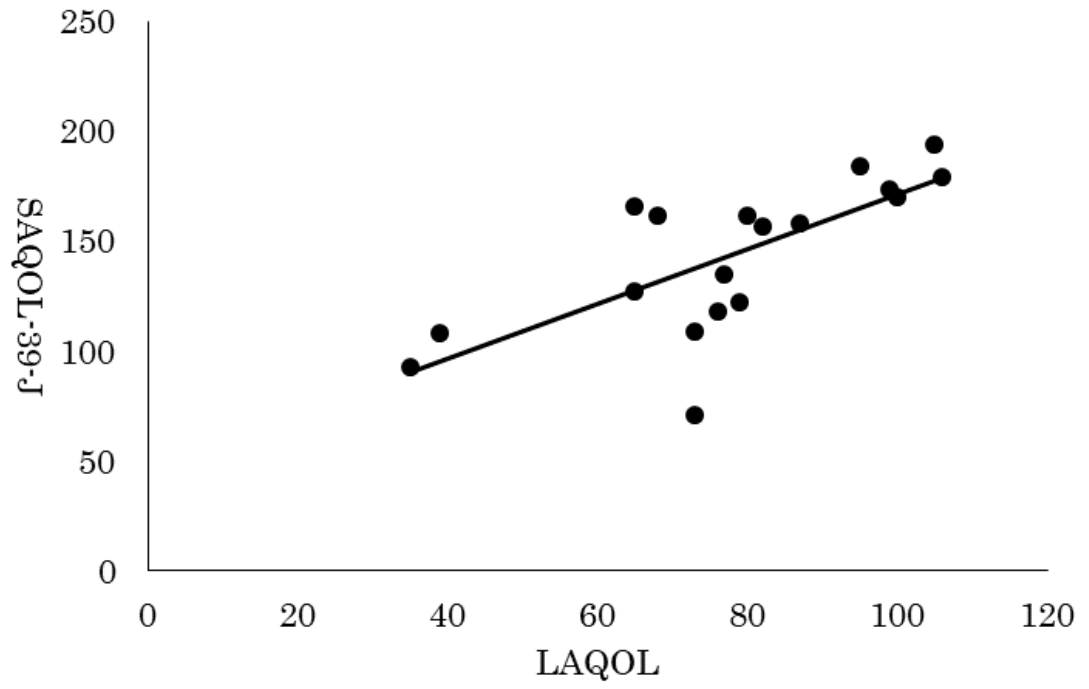


表 5 LAQOL の因子分析

| 変数名 | 因子 1 | 因子 2 | 因子 3 | 共通性 |
|----------------------------|-------|-------|-------|------|
| 第 1 因子『主観的 QOL』 | | | | |
| 1. 今の生活は何点？ | 0.71 | 0.22 | 0.09 | 0.56 |
| 7. 長生きしたい？ | 0.68 | 0.13 | 0.14 | 0.50 |
| 11. 言葉のリハビリはしたい？ | 0.68 | 0.41 | 0.12 | 0.65 |
| 8. 他の人と関わることは楽しい？ | 0.56 | 0.23 | 0.27 | 0.44 |
| 2. 病気の後、話す機能は良くなっている？ | 0.54 | 0.22 | 0.20 | 0.38 |
| 第 2 因子『QOL に影響する条件』 | | | | |
| 6. お金の悩みは？ | 0.09 | 0.69 | 0.03 | 0.48 |
| 12. 健康に気を付けている？ | 0.44 | 0.64 | -0.01 | 0.60 |
| 4. 家族は親切？ | 0.55 | 0.55 | 0.13 | 0.61 |
| 3. 病気の後、理解する機能は良くなっている？ | 0.29 | 0.52 | 0.10 | 0.37 |
| 第 3 因子『身体機能』 | | | | |
| 14. 上肢機能 | 0.09 | 0.22 | 0.97 | 0.99 |
| 13. 移動手段 | 0.32 | -0.10 | 0.72 | 0.63 |
| 固有値 | 2.73 | 1.85 | 1.63 | |
| 寄与率 | 24.77 | 16.82 | 14.83 | |
| 累積寄与率 | 24.77 | 41.60 | 56.42 | |

因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法 n=52

表 6 QOL 尺度の特徴の比較

| QOL 尺度名 | 項目数 | 測定範囲 | 対象の失語症 重症度 |
|---|-----|--------------------------|---------------|
| Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) | 39 | HRQL 構造に基づく QOL 全体を測定 | 軽～中等度 |
| Quality of Communication Life Scale (ASHA QCL) | 18 | コミュニケーションに関連する QOL を測定 | 軽～重度 |
| Life stage Aphasia Quality of Life Scale-11 (LAQOL-11) | 11 | HRQL 構造に基づく QOL 全体を測定 | 軽～重度 |

表 7 対象者の属性

| | | 高 QOL 群 | 低 QOL 群 | 有意確率 |
|--------------|----------|--------------|---------------|-------|
| 性別 | 男 | 6 | 12 | - |
| | 女 | 7 | 1 | - |
| 平均年齢 | | 73.3 (±7.8) | 67.9 (±7.1) | 0.079 |
| 発症後経過月数 | | 94.0 (±63.0) | 113.6 (±80.5) | 0.497 |
| 同居家族 | | 2.1 (±0.3) | 2.3 (±1.2) | - |
| 通所日数 (週あたりの) | | 1.7 (±1.1) | 3.6 (±1.5) | ** |
| 失語症タイプ | 失名詞 | 2 | 0 | |
| | 伝導 | 1 | 0 | |
| | Broca | 5 | 12 | |
| | Wernicke | 4 | 1 | |
| | 超皮質性感覚性 | 1 | 0 | |

図3 BDAE失語症重症度評価尺度の比較

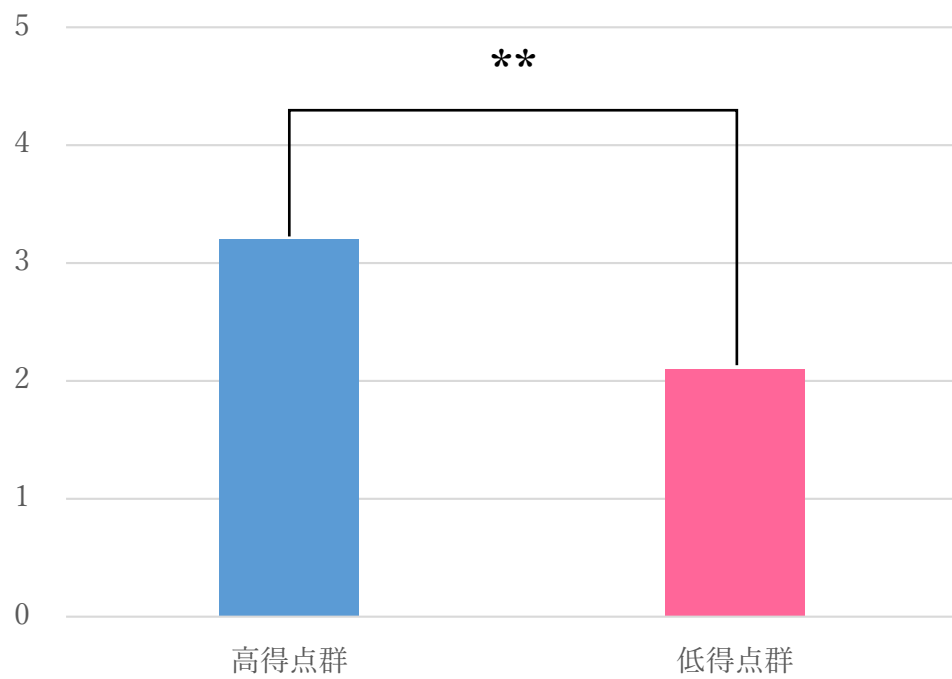


図4 介護度の比較

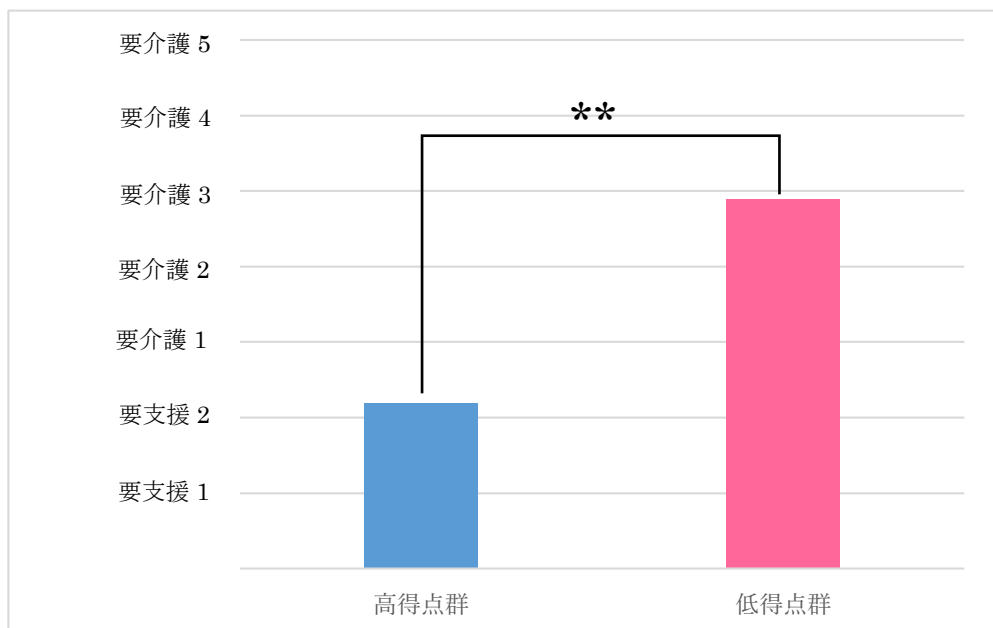


図5 グループ訓練の心理・社会的側面の評価表の比較

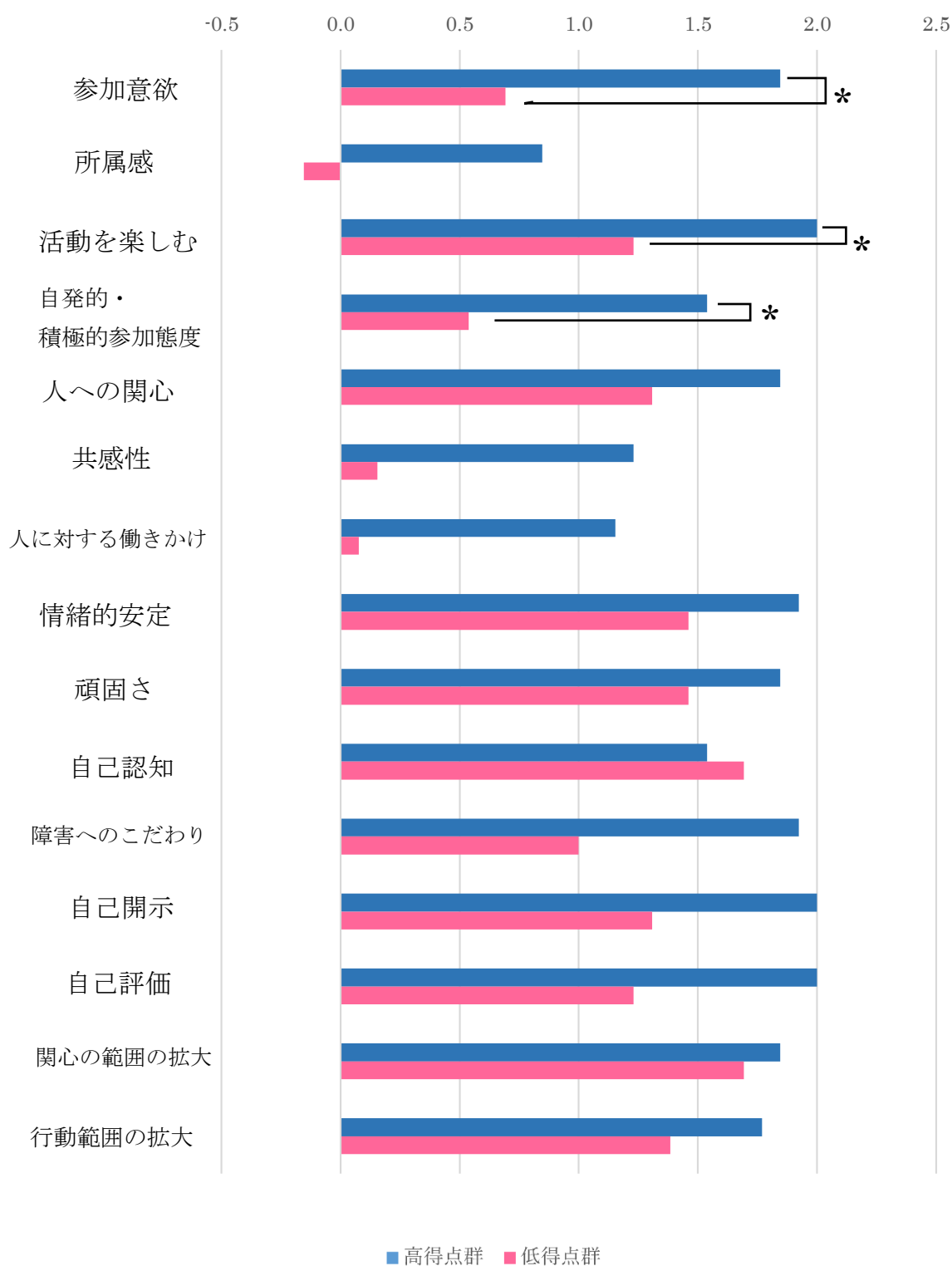


図6 老研式活動能力指標の比較

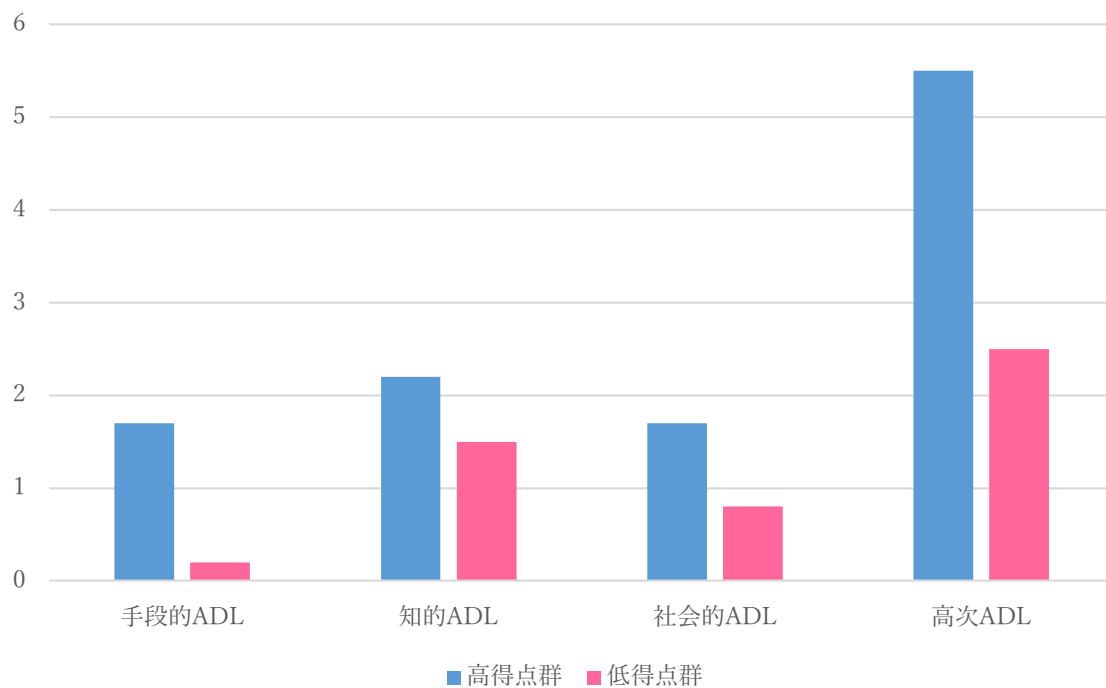


図 7 LAQOL 総得点の経時的変化

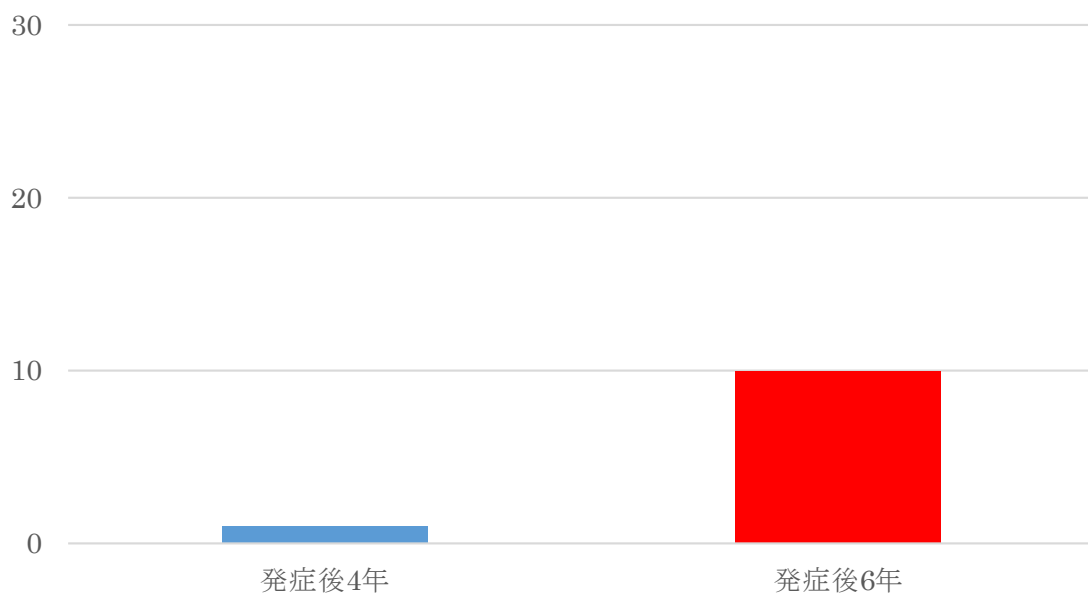


図 8 LAQOL-11 の各項目の経時的変化

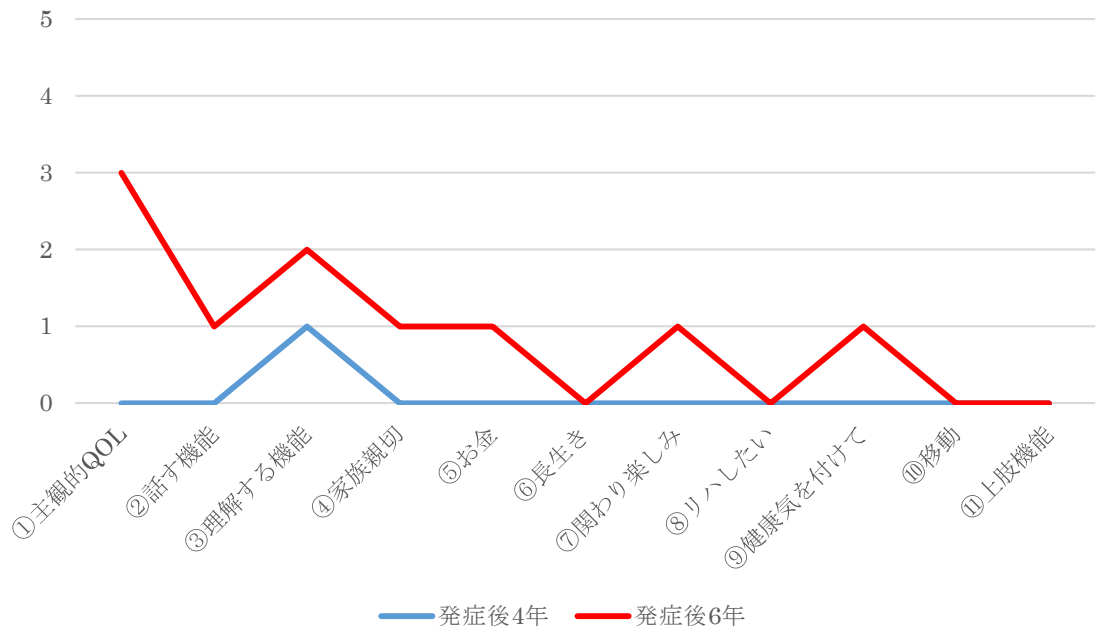


図 9 BDAE 失語症重症度評価尺度の経時的変化



図 10 Barthel Index の経時的変化

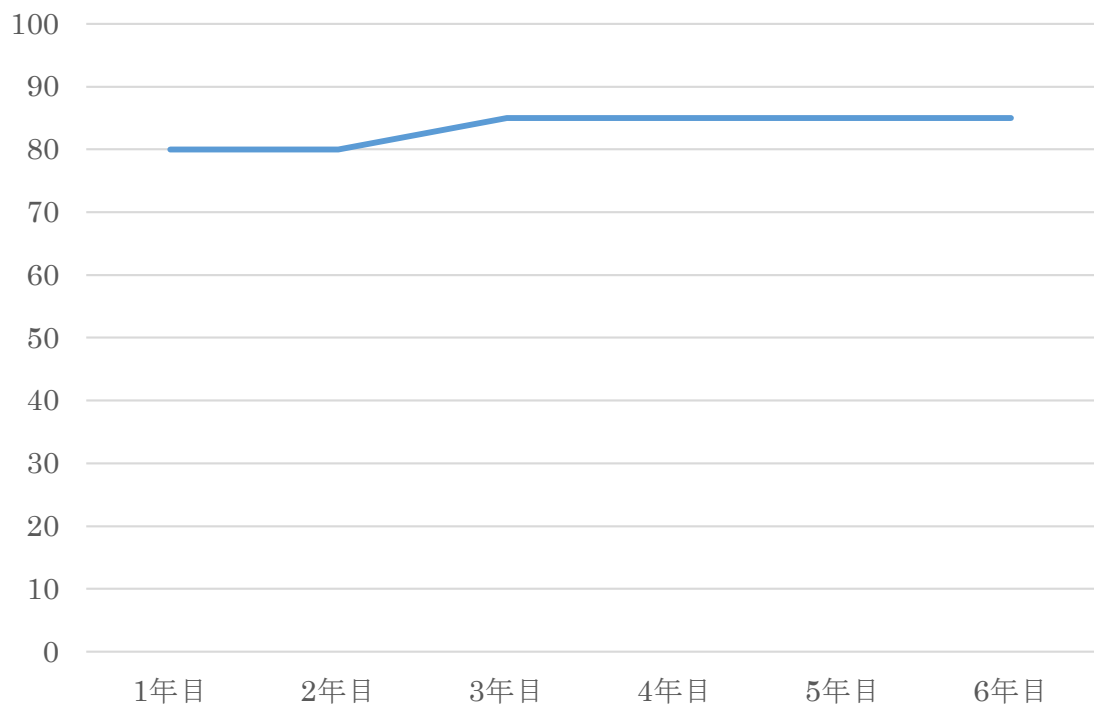


図 11 老研式活動能力指標の経時的変化

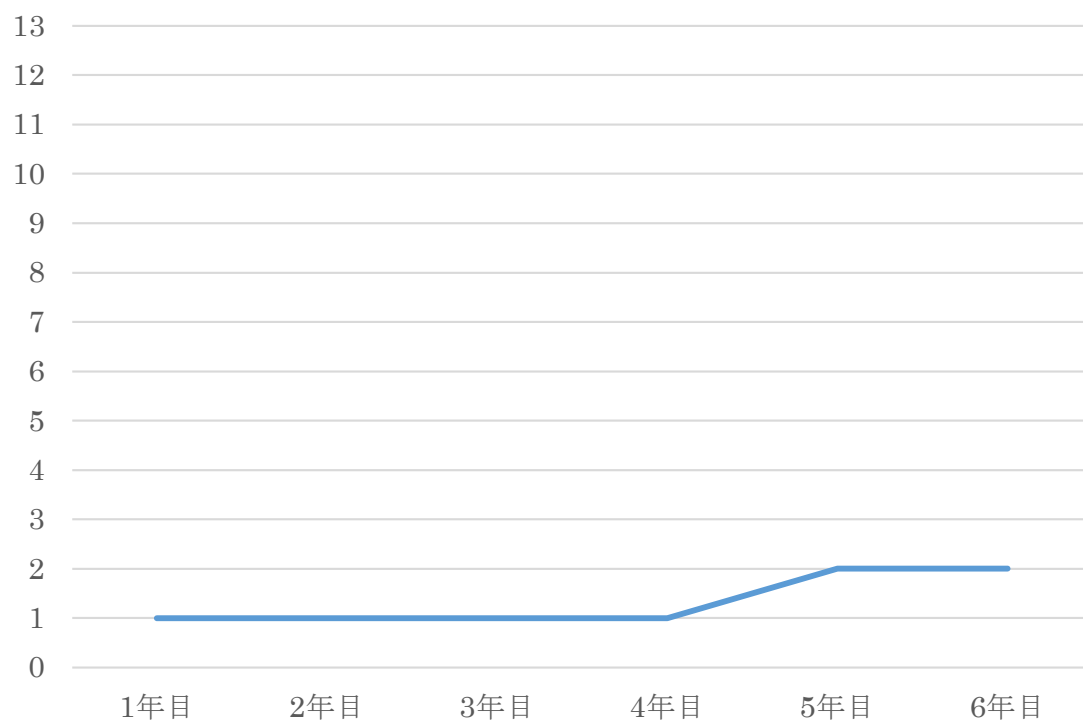


図 12 グループ訓練の心理・社会的側面の評価表の経時的変化

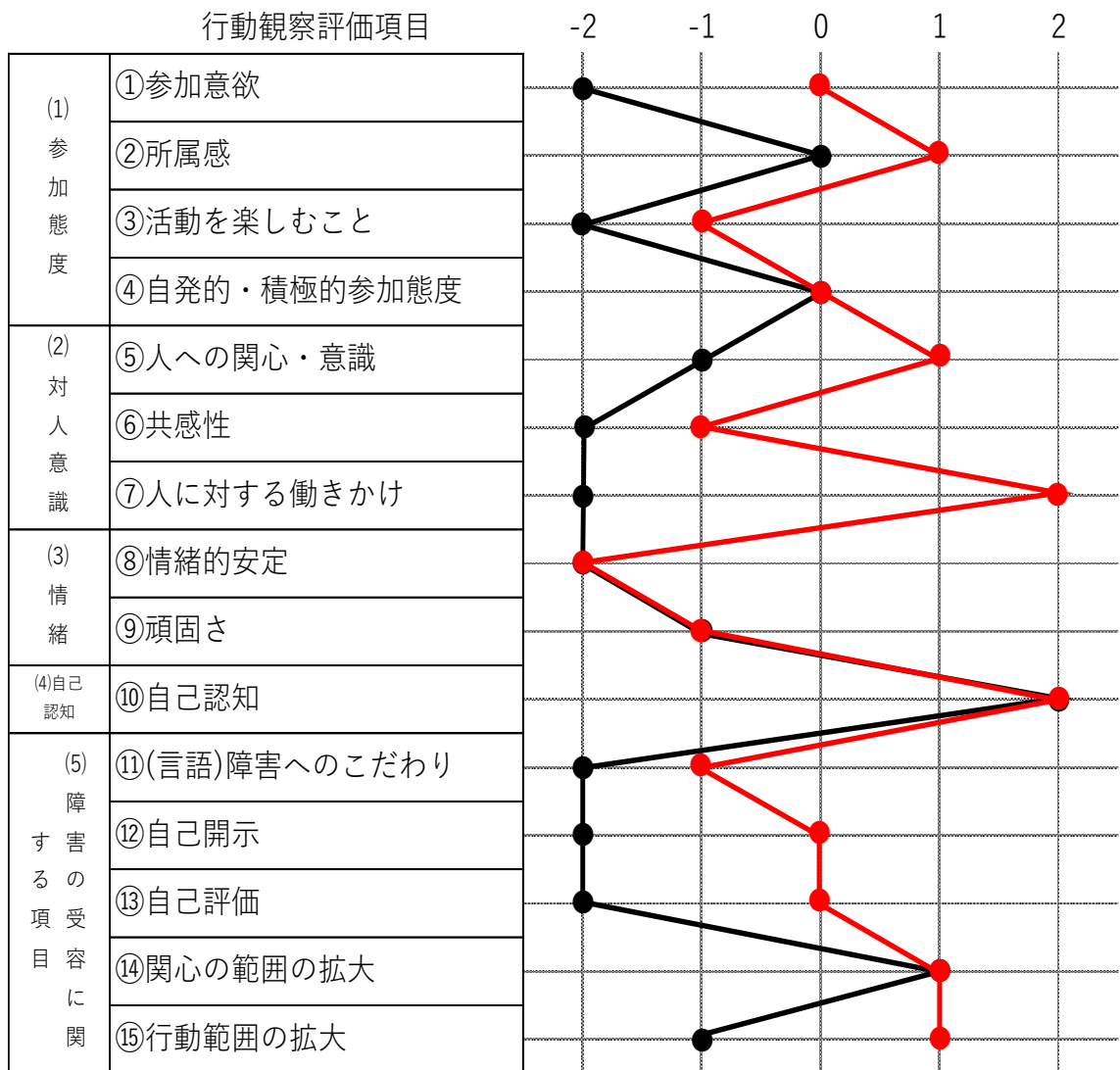


図 13 Vitality Index の経時的変化

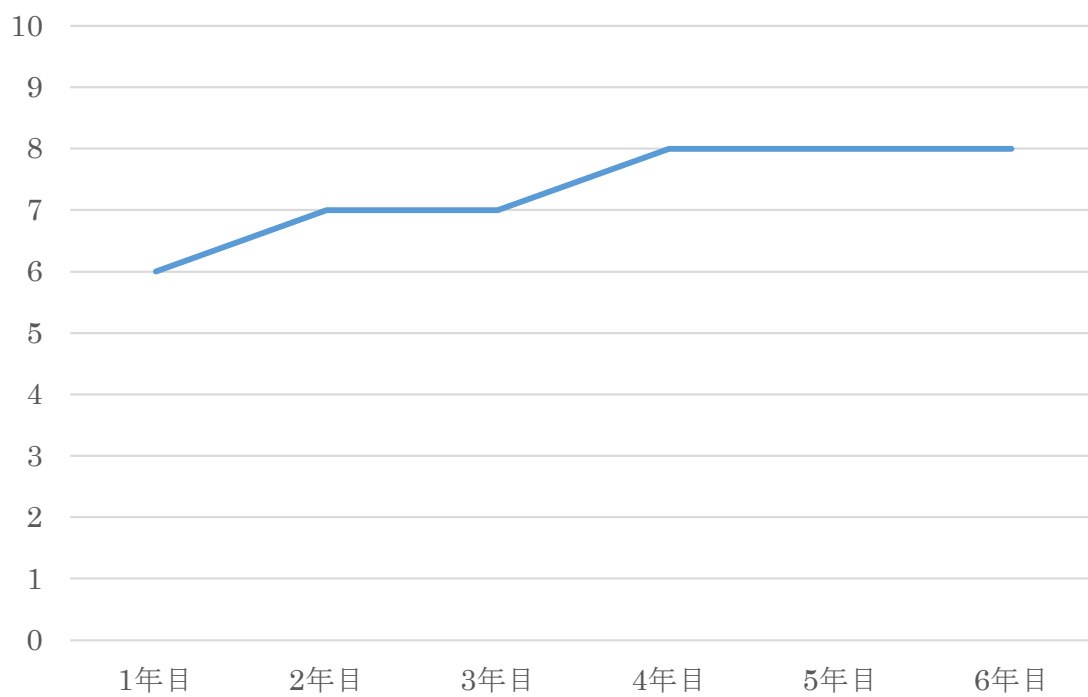


図 14 Pittsburgh rehabilitation participation scale の経時的変化

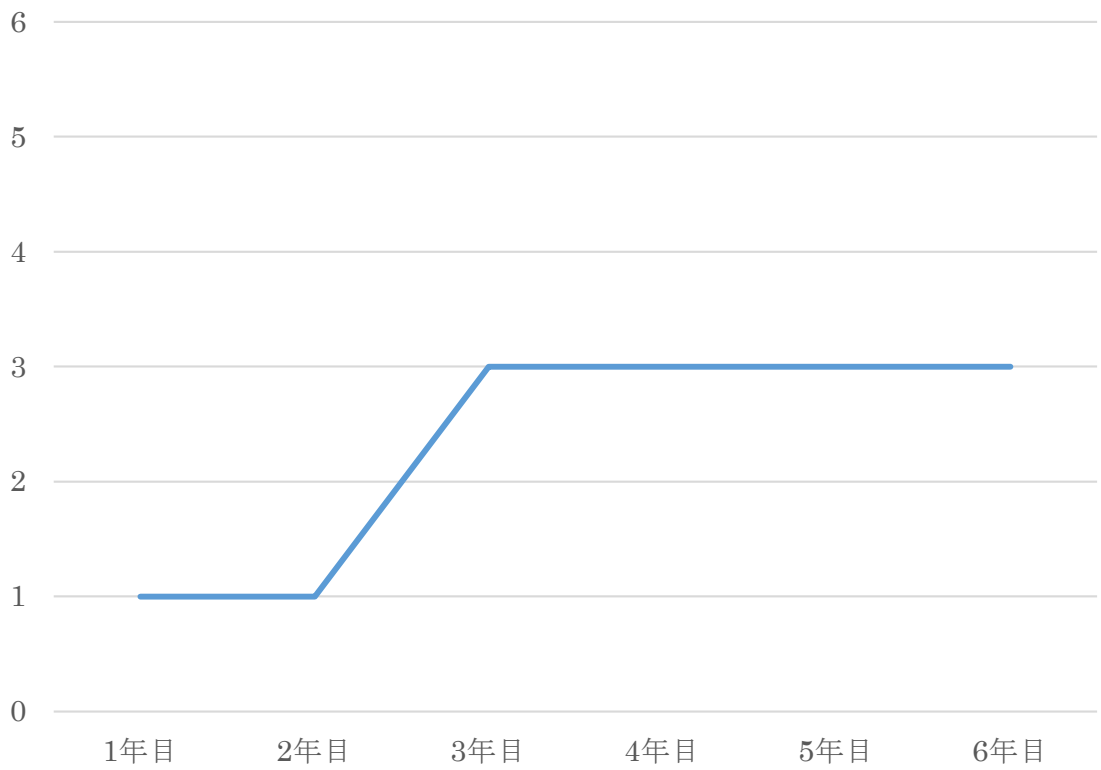


図 15 LAQOL-11 の各項目の経時的変化

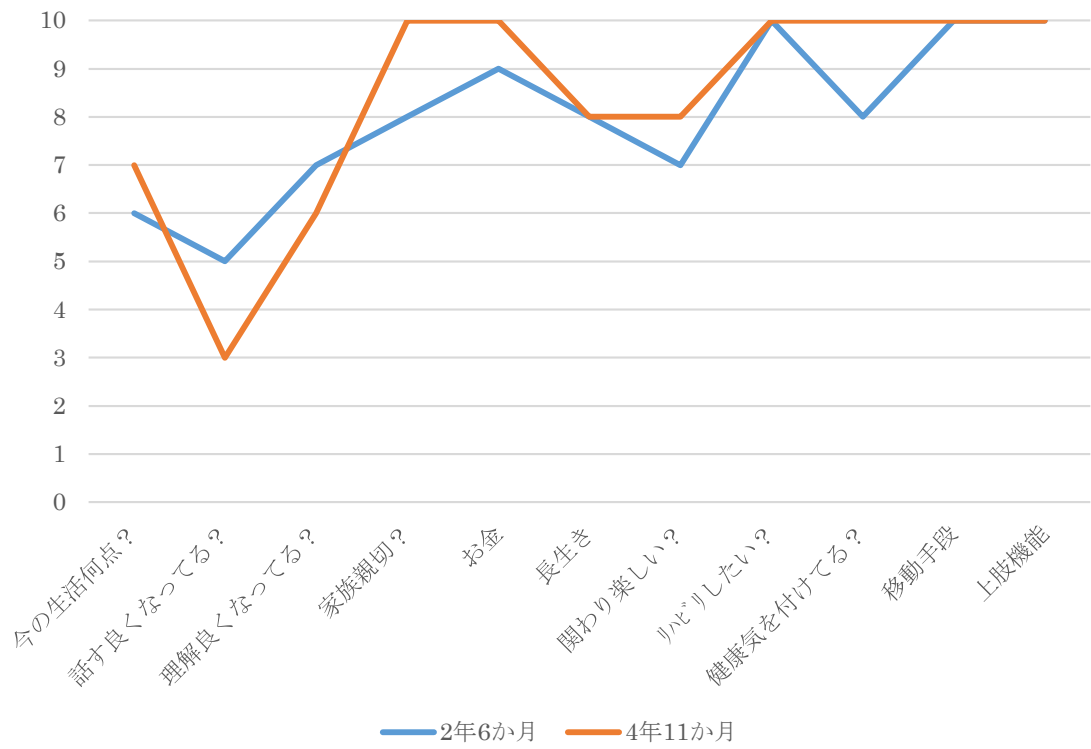


表 8 IADL の得点の内訳

| 手段的日常生活動作 (IADL) | | | 配点 | |
|------------------|------------|--------------------------|----|------|
| | 評価 | 項目 | 1 | 0 |
| 1 | 手段的 ADL | バスや電車を使って1人で外出できますか？ | はい | いいえ |
| 2 | | 日用品の買い物ができますか？ | はい | いいえ |
| 3 | | 自分で食事の用意ができますか？ | はい | いいえ |
| 4 | | 請求書の支払いができますか？ | はい | いいえ |
| 5 | | 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか？ | はい | いいえ |
| 6 | 知的 ADL | 年金などの書類が書けますか？ | はい | いいえ |
| 7 | | 新聞を読んでいますか？ | はい | いいえ |
| 8 | | 本や雑誌を読んでいますか？ | はい | いいえ |
| 9 | | 健康についての記事や番組に関心がありますか？ | はい | いいえ |
| 10 | 社会的 ADL | 友だちの家を訪ねることがありますか？ | はい | いいえ |
| 11 | | 家族や友だちの相談にのることがありますか？ | はい | いいえ |
| 12 | | 病人を見舞うことができますか？ | はい | いいえ |
| 13 | | 若い人に自分から話しかけることがありますか？ | はい | いいえ |
| 合計得点 | | | 6 | / 13 |

図 16 LAQOL-11 総得点の経時的変化

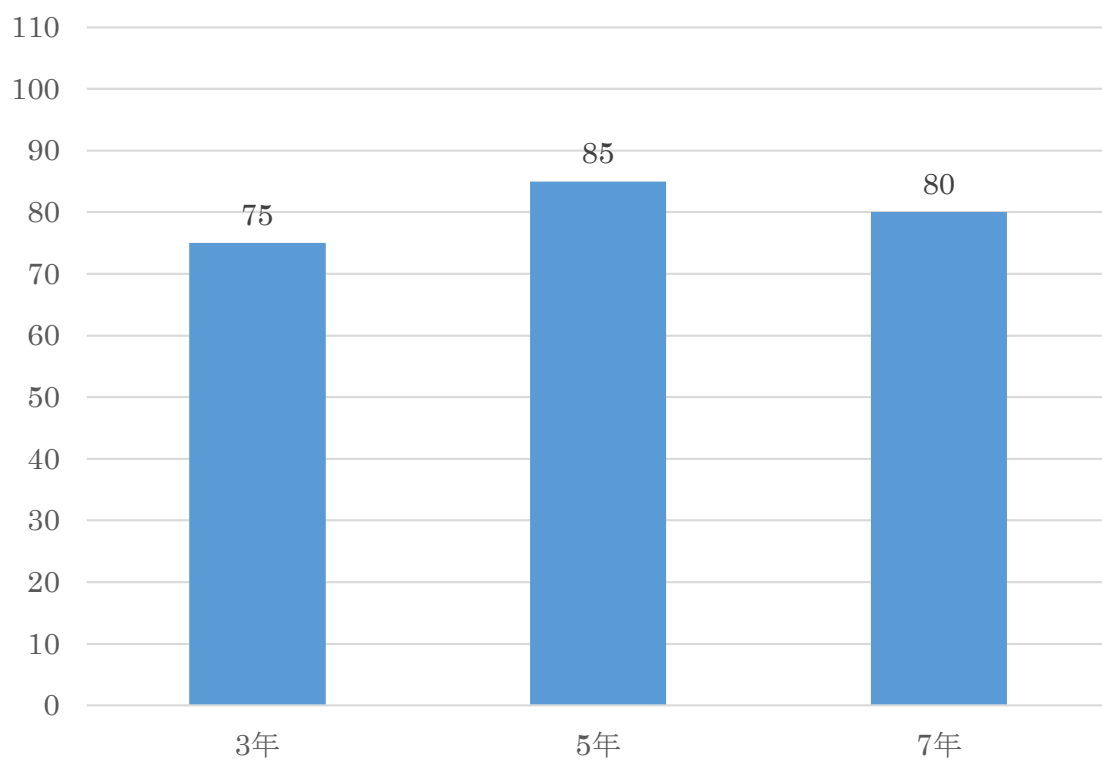


図 17 LAQOL-11 の各項目の経時的変化

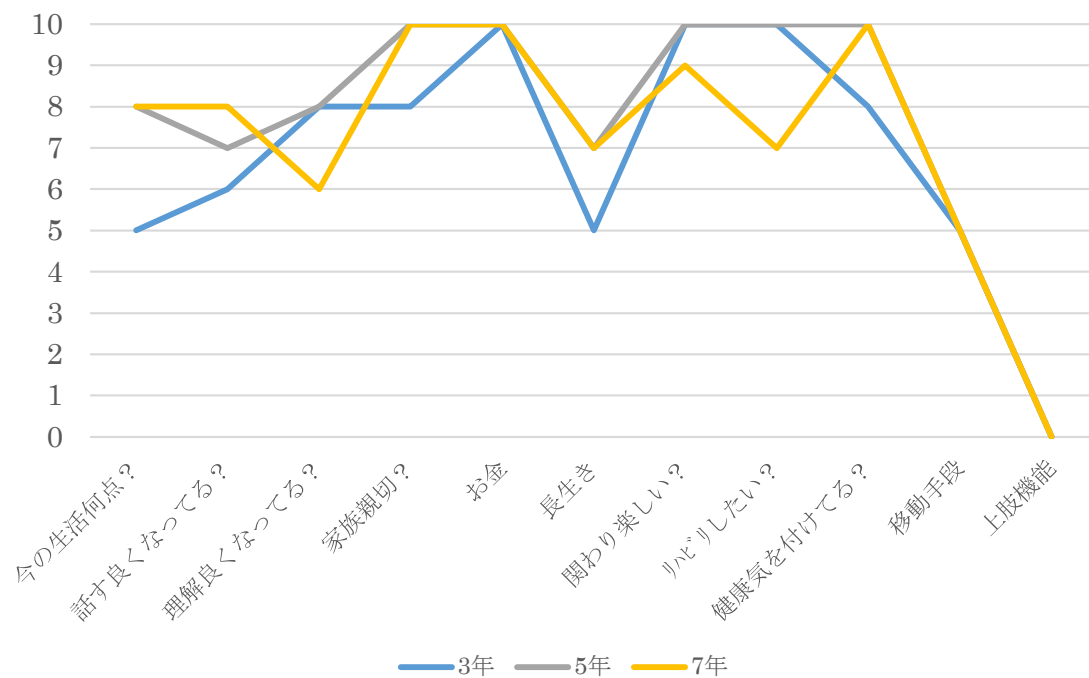


図 18 対象者の年齢

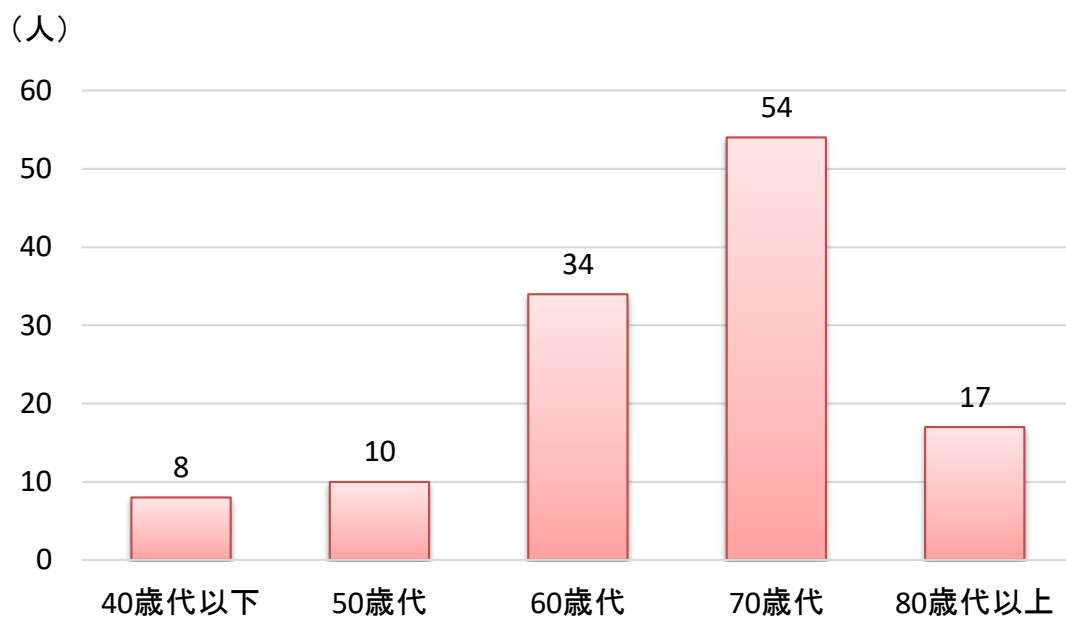


図 19 対象者の発症からの経過年数

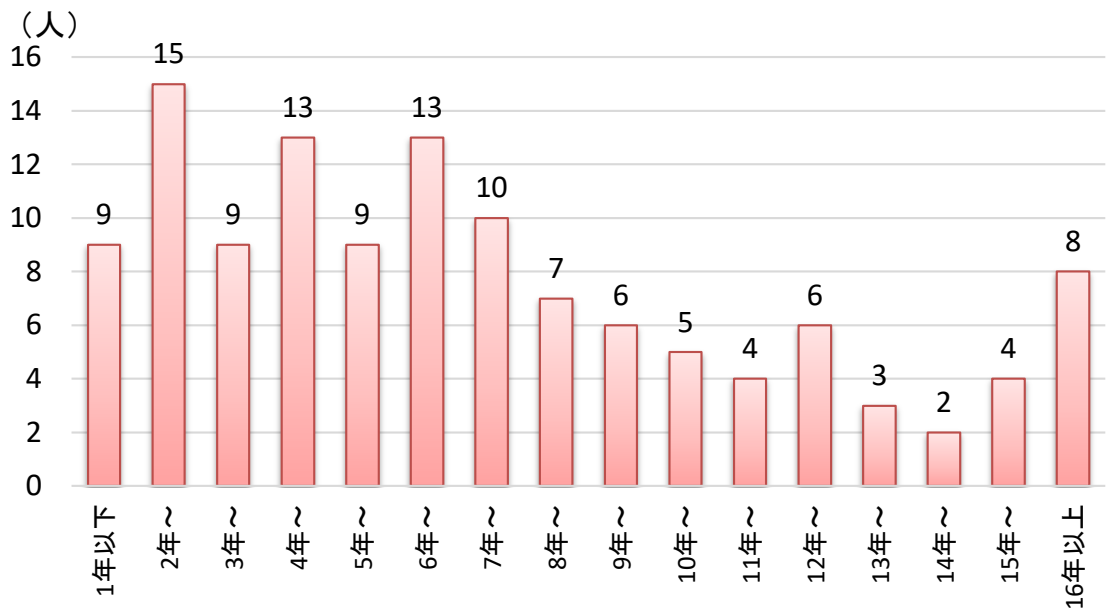


図 20 対象者の BDAE 失語症重症度評価尺度

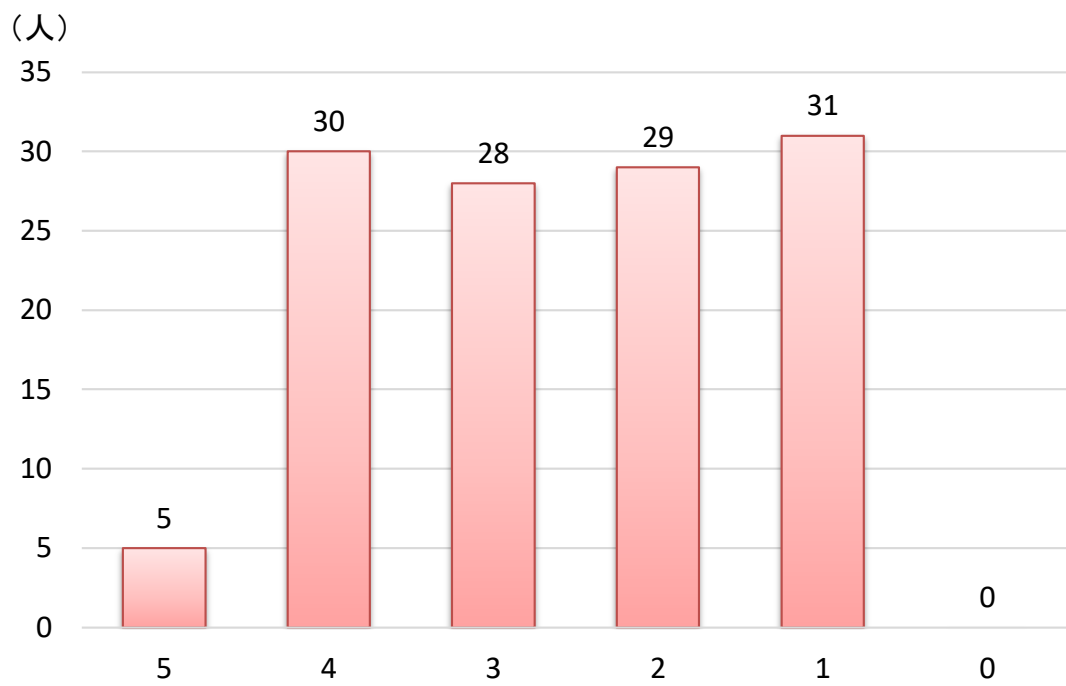


図 21 利用している各種サービス別の利用人数

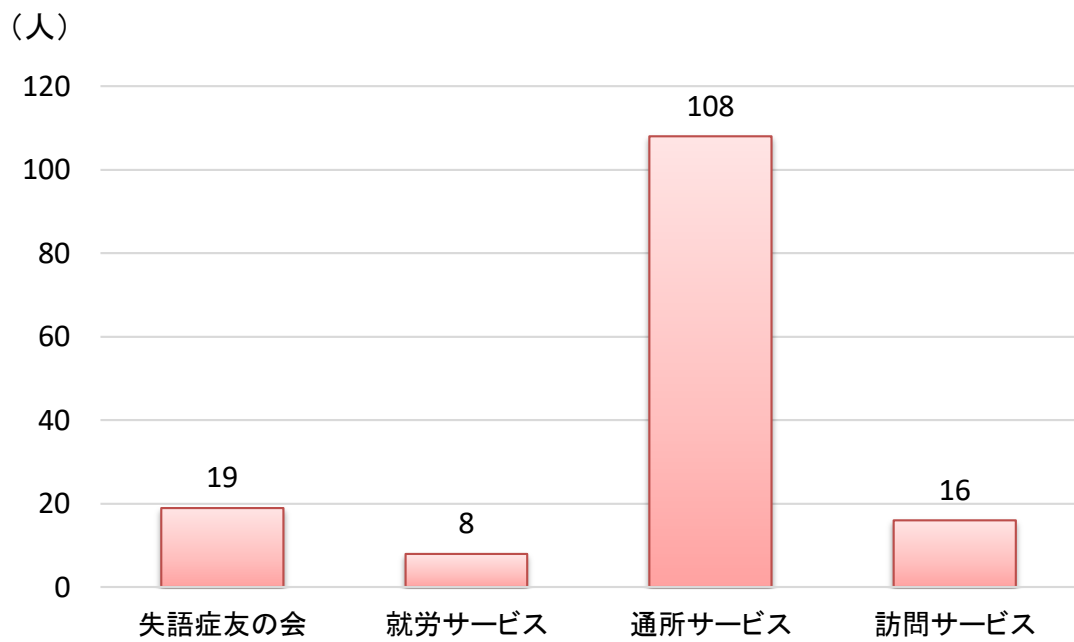


図 22 各種サービス別の比較（年齢）

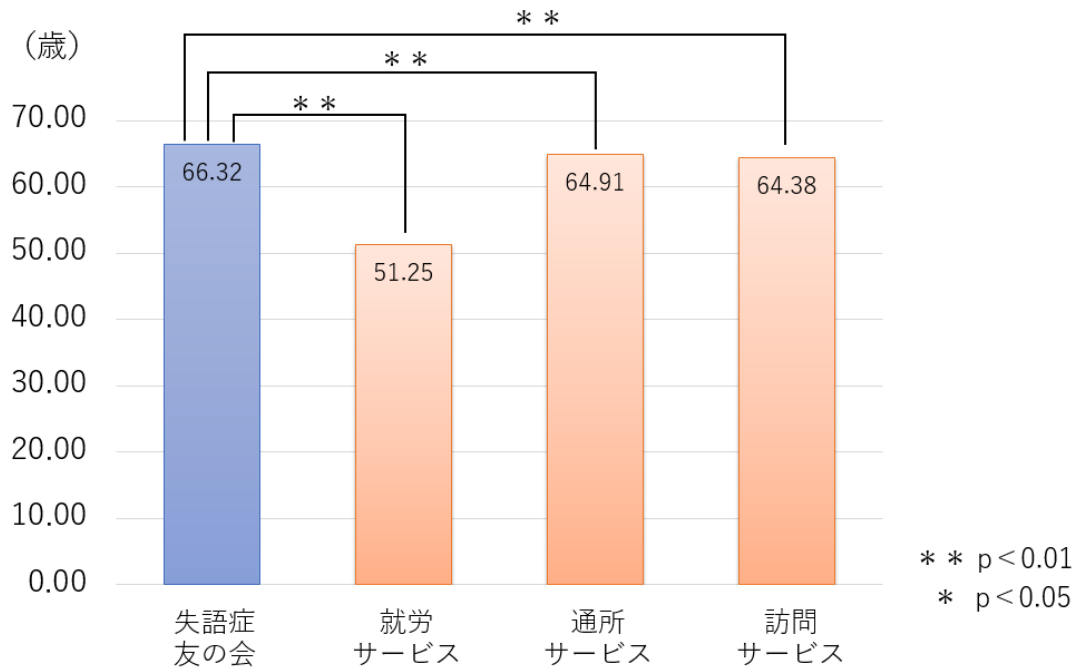


図 23 各種サービス別の比較（失語症重症度）

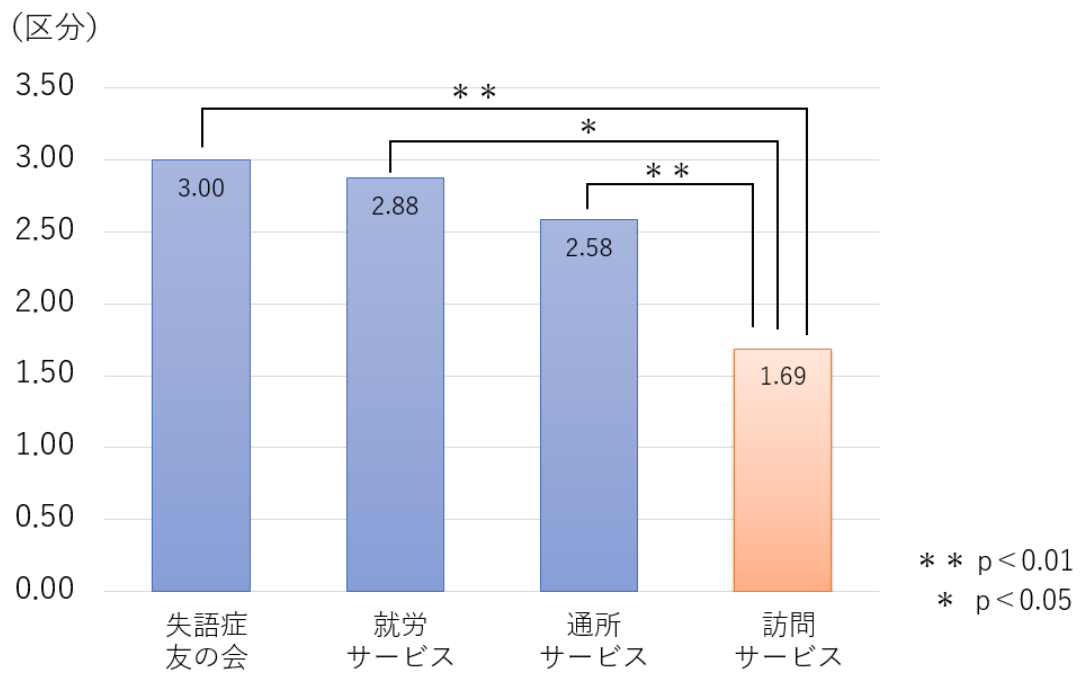


図 24 各種サービス別の比較 (ADL)

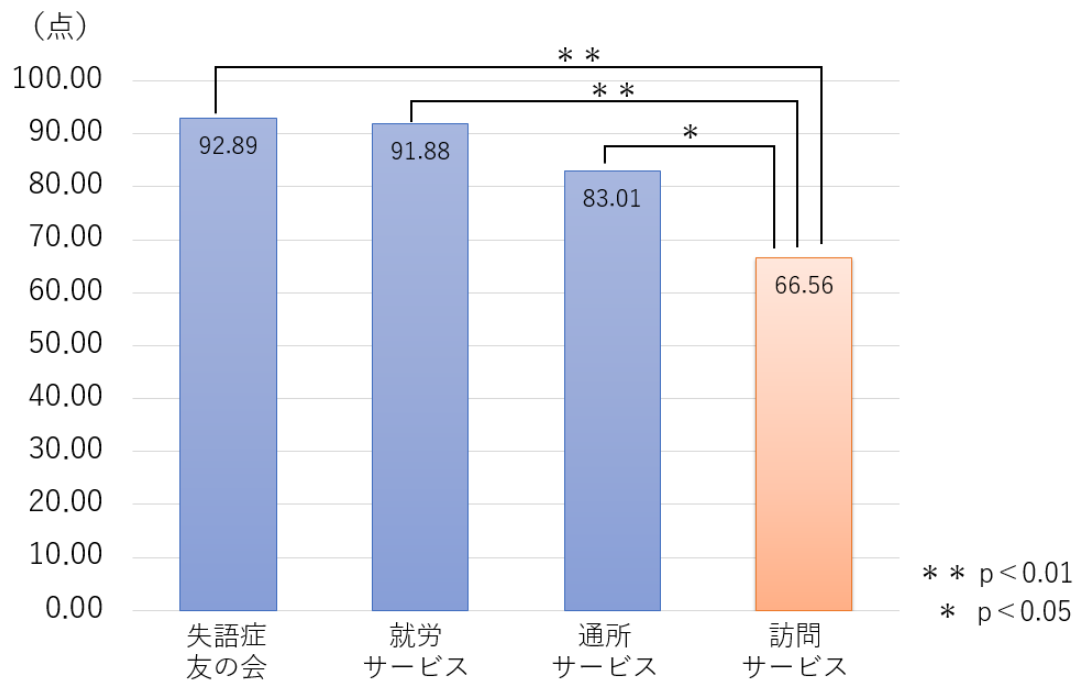


図 25 各種サービス別の比較 (IADL)

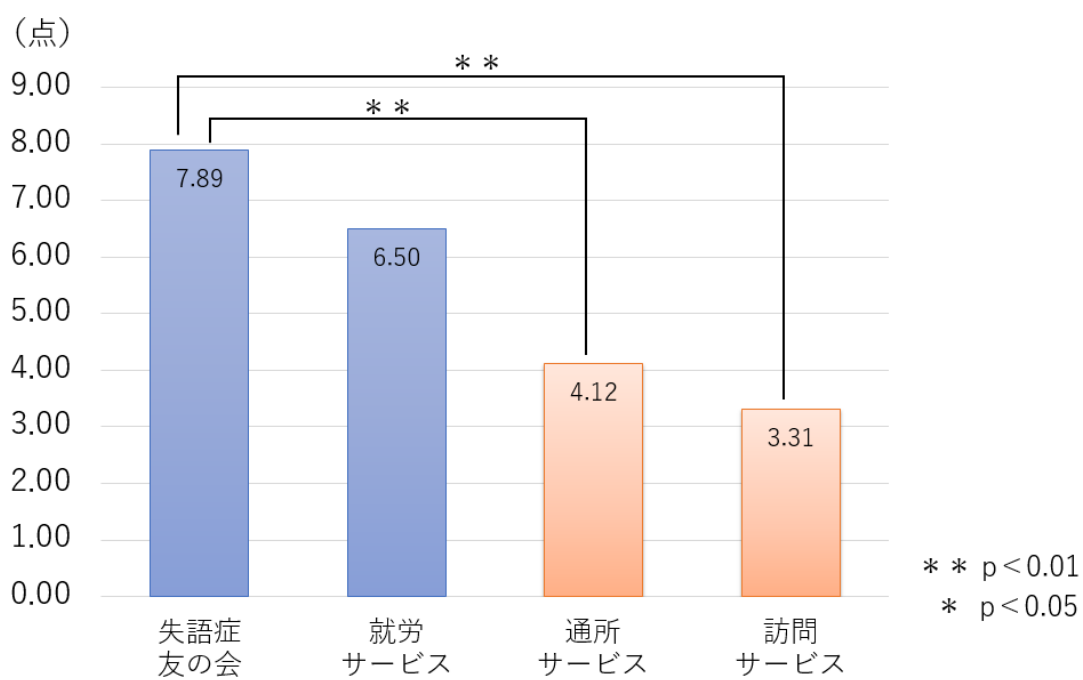


図 26 各種サービス別の比較 (QOL : 総得点)

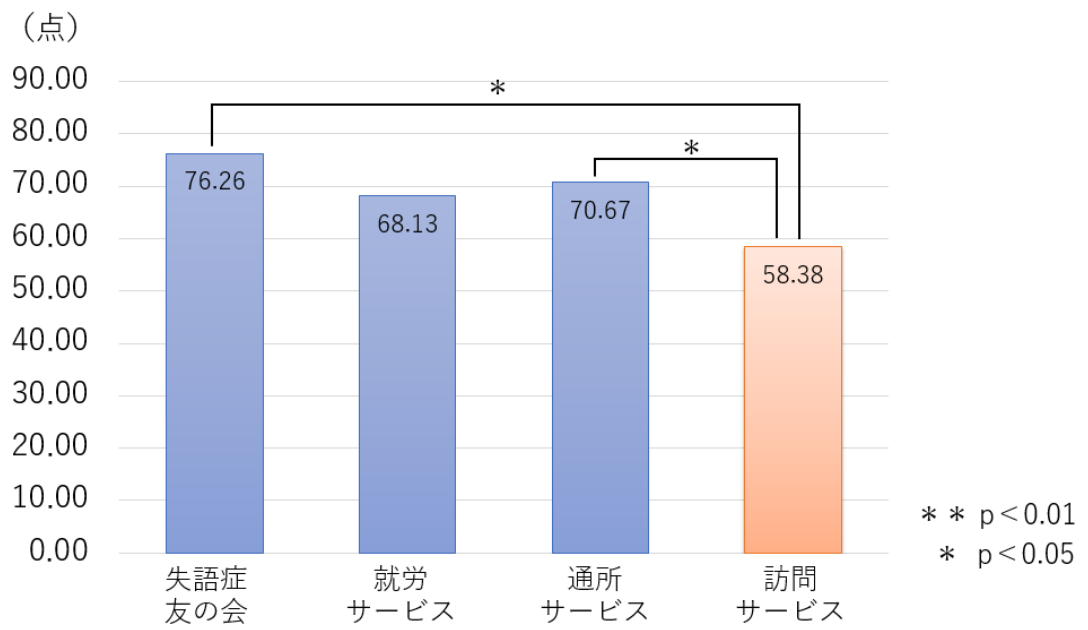


図 27 各種サービス別の比較 (QOL : 生活満足度)

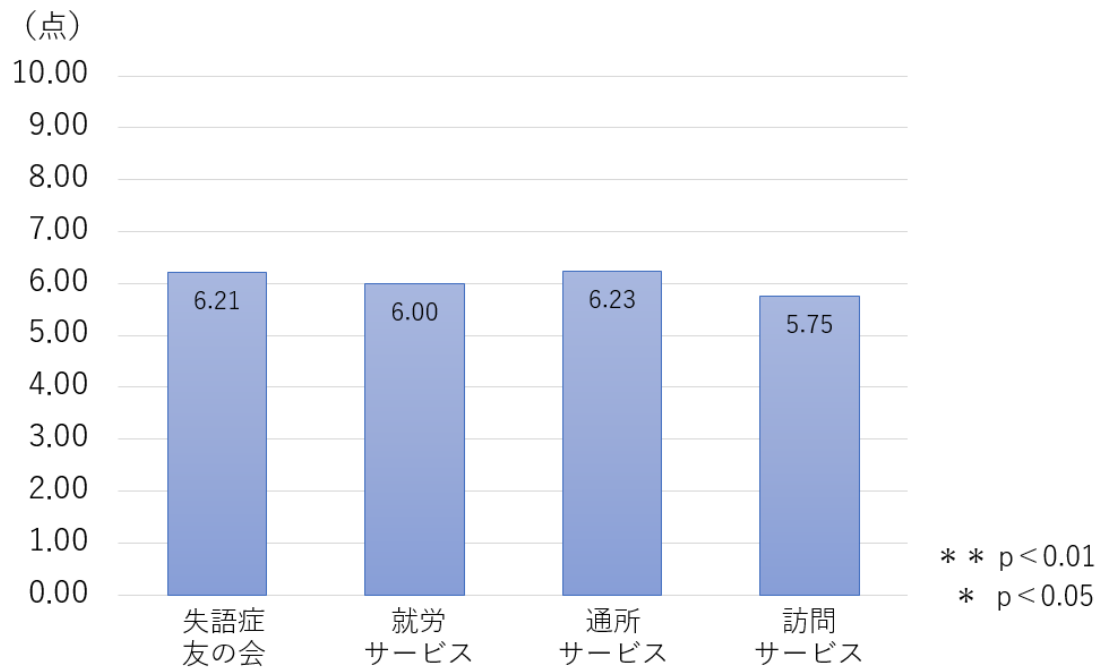


図 28 各種サービス別の比較 (QOL : 言語表出)

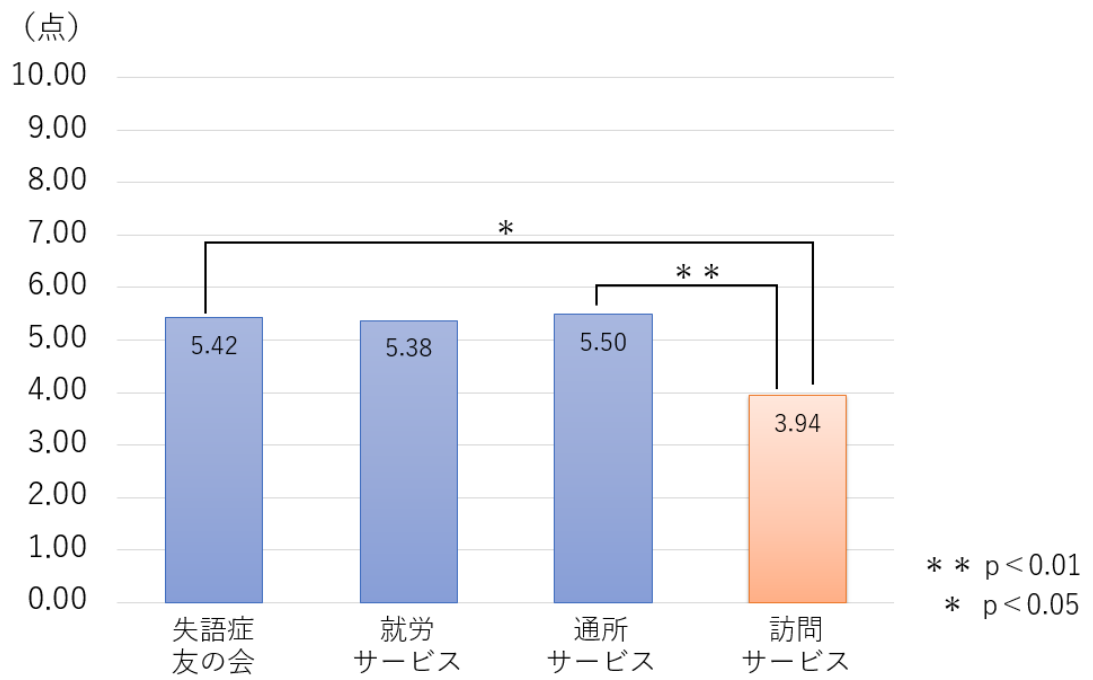


図 29 各種サービス別の比較 (QOL : 言語理解)

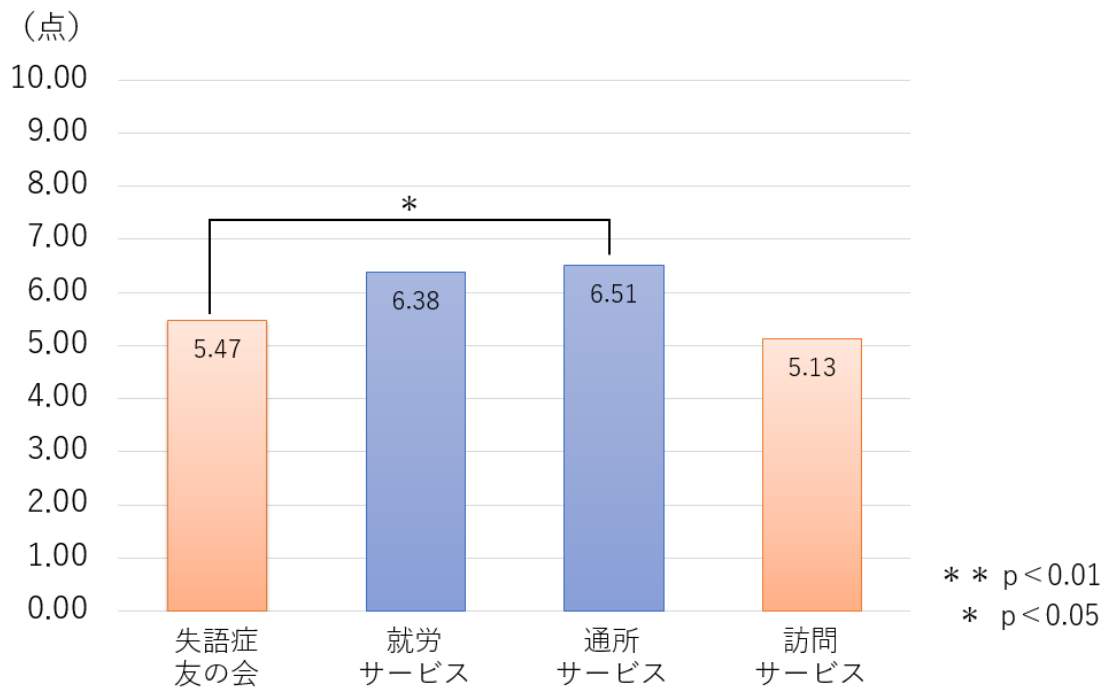


図 30 各種サービス別の比較 (QOL : 家族の親切度)

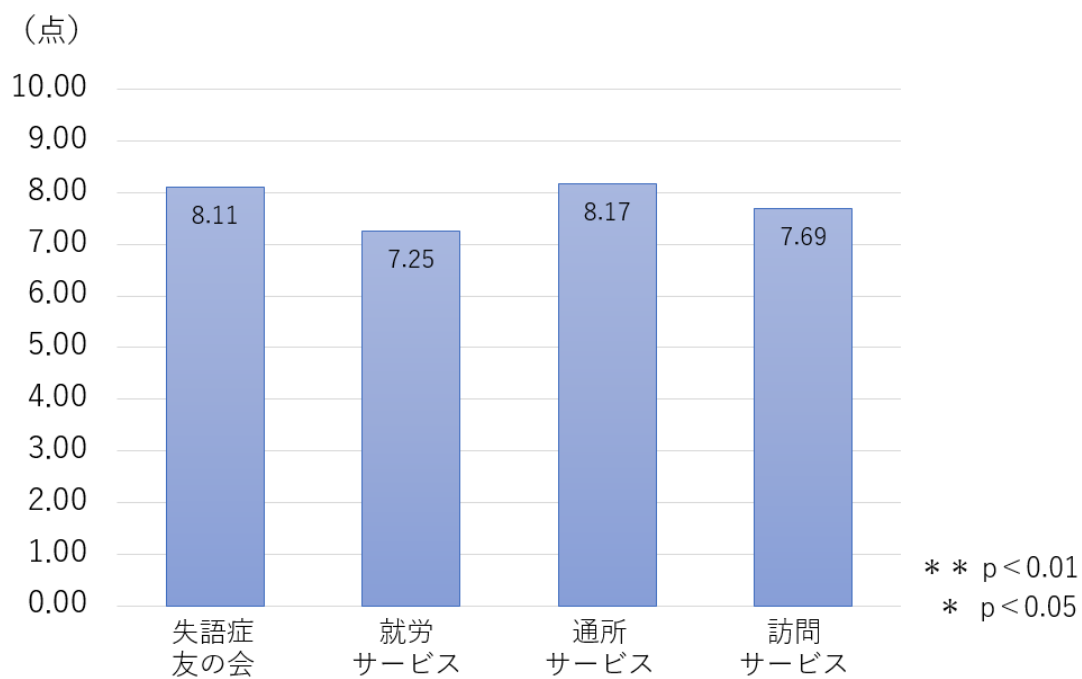


図 31 各種サービス別の比較 (QOL : 経済的状态)

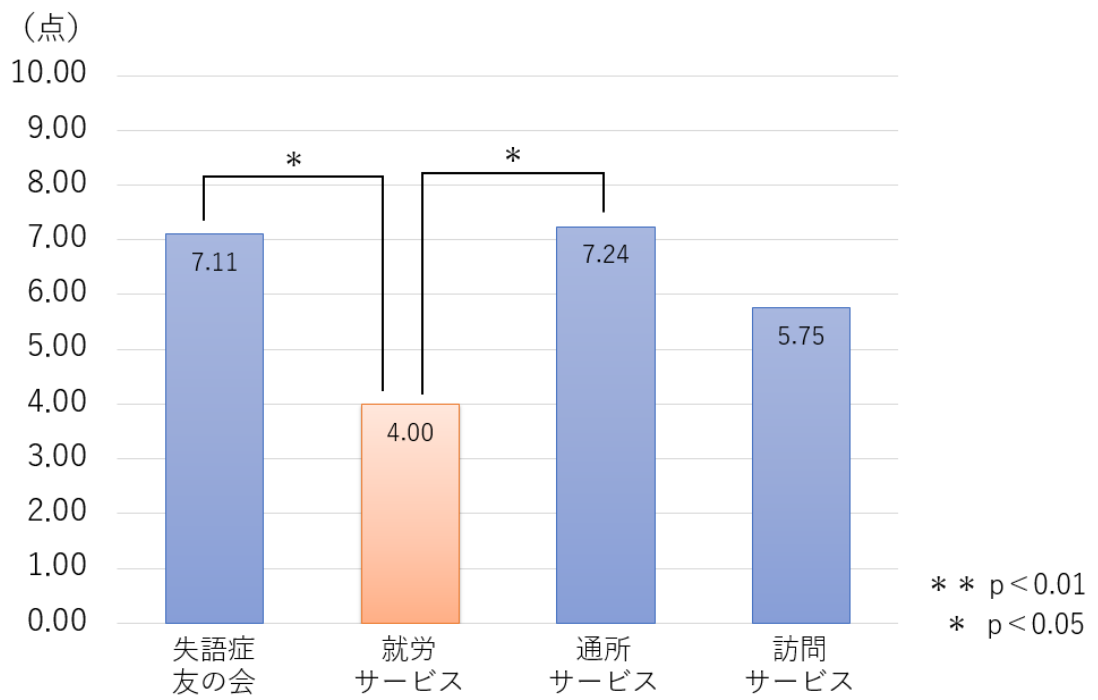


図 32 各種サービス別の比較 (QOL : 他者交流)

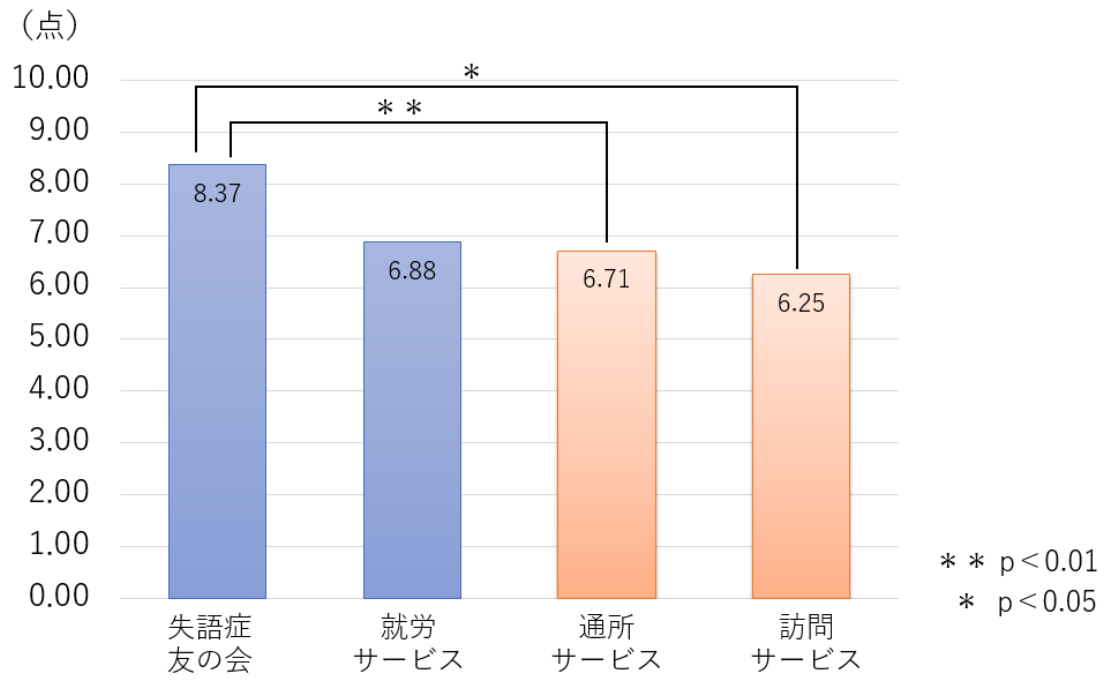


図 33 各種サービス別の比較 (QOL : 訓練意欲)

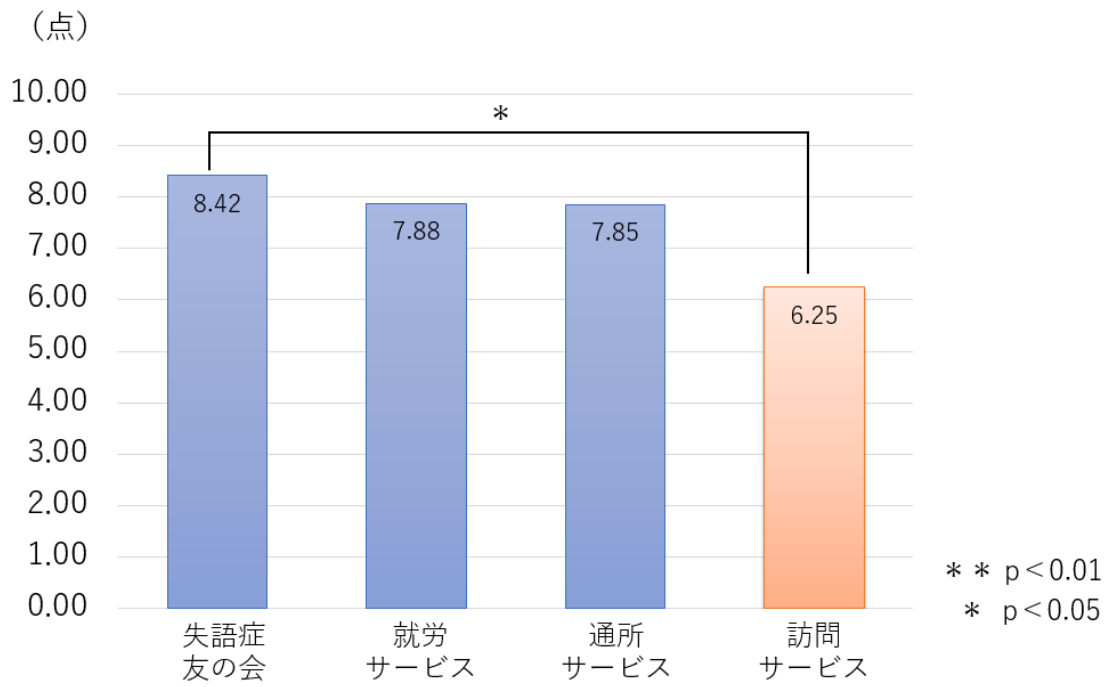


表 9 QOL に関する要素

| 変 数名 | 偏回帰係数 | 標準偏回帰係数 | t 値 | P 値 | 判定 | 単相関 |
|--------------------|---------|---------|--------|--------|----|--------|
| 年齢 | 0.2851 | 0.1557 | 2.0756 | 0.0401 | * | 0.1292 |
| 失語症重症度 | 4.1345 | 0.2481 | 2.5936 | 0.0107 | * | 0.4753 |
| Barthel Indexの合計得点 | 0.2550 | 0.2503 | 2.6017 | 0.0105 | * | 0.4816 |
| 老研式活動能力指標の合計得点 | 1.1230 | 0.1774 | 1.8095 | 0.0729 | | 0.4505 |
| 定数項 | 15.2437 | | 1.3524 | 0.1788 | | |
| 修正R ² 乗 | 0.3161 | | | | | |

LAQOL-11

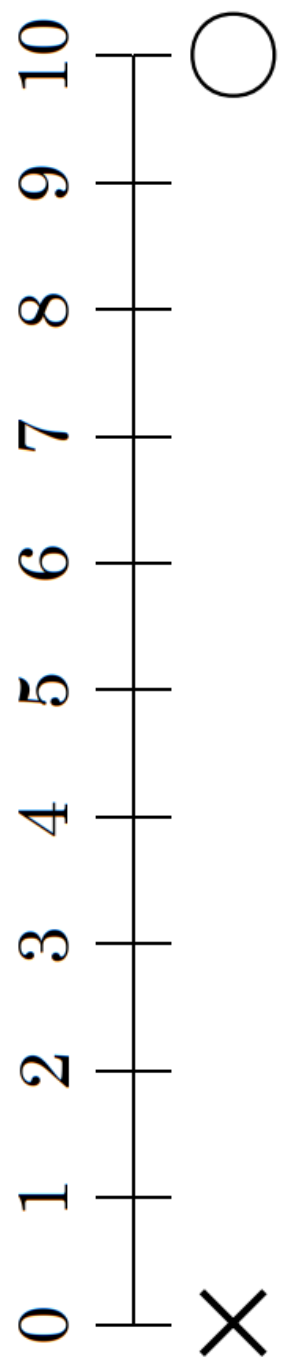
(Life stage Aphasia Quality of Life scale-11)

年 月 日 名前： _____

記録者： _____

いま せいかつ 今の生活は なんてん 何点？

質問1

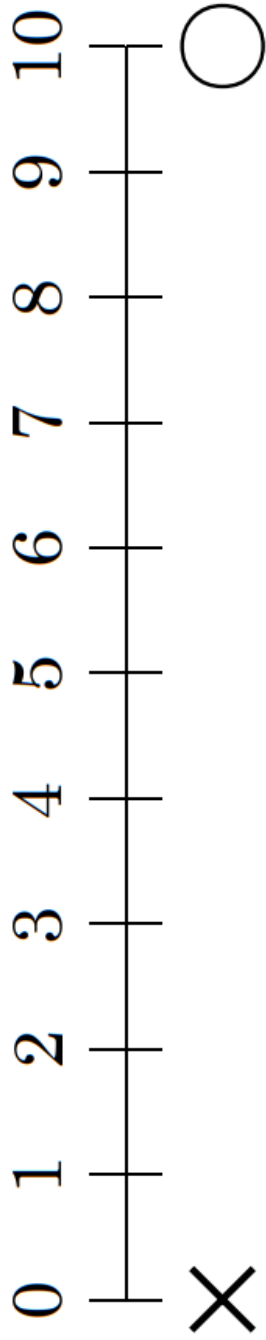


悪

良

質問2

びょうき 病気の後、あと はな 話す機能は よ 良くなっている？

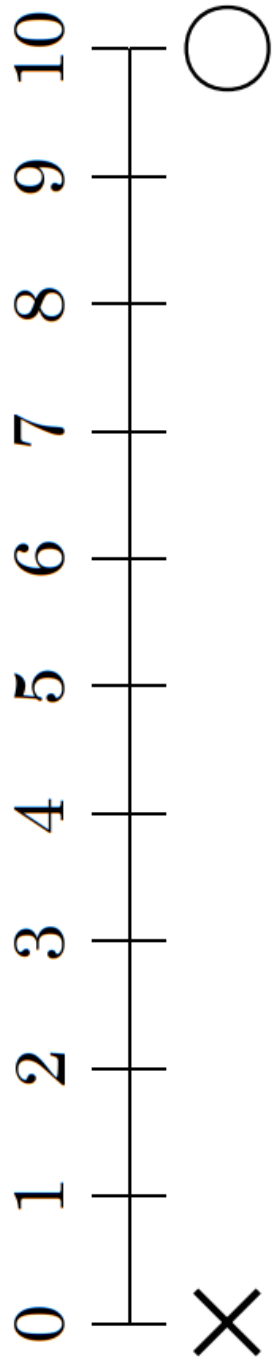


病気

良

質問3

びょうき 病気の後、あと 理解する機能は よ 良くなっている？

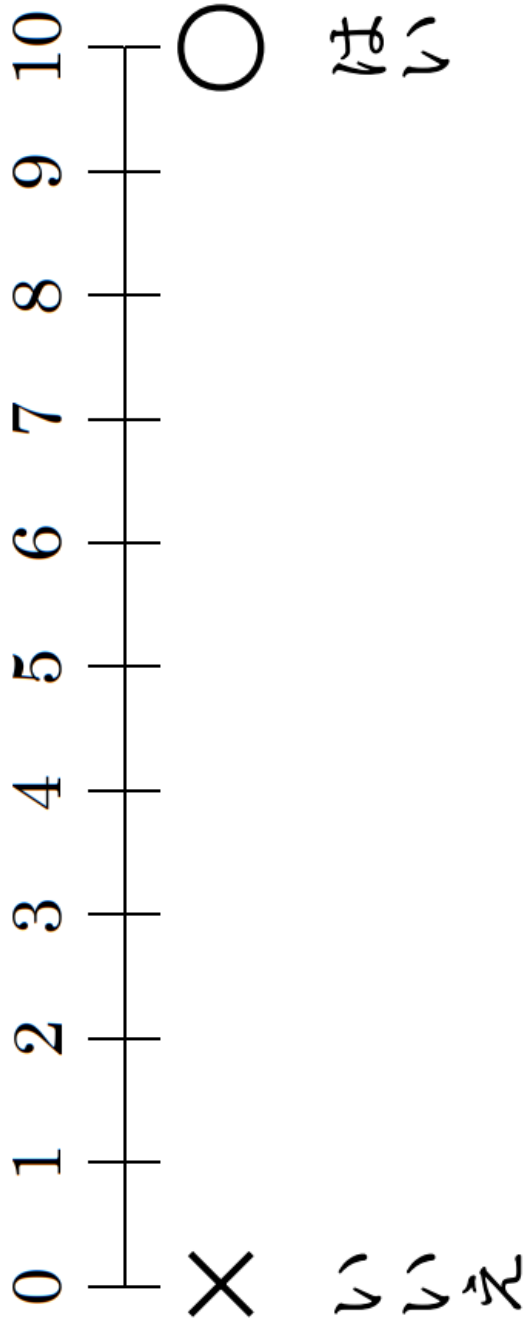


病気

良

質問4

かぞく 家族は しんせつ 親切？



質問5

かねのお金の
なや悩みの
悩みは？

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

×

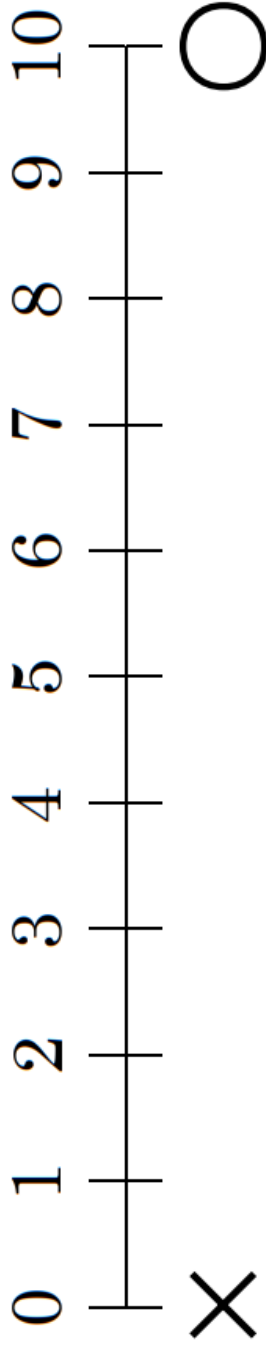
困っている

○

困っていない

質問6

ながい
長生き したい？

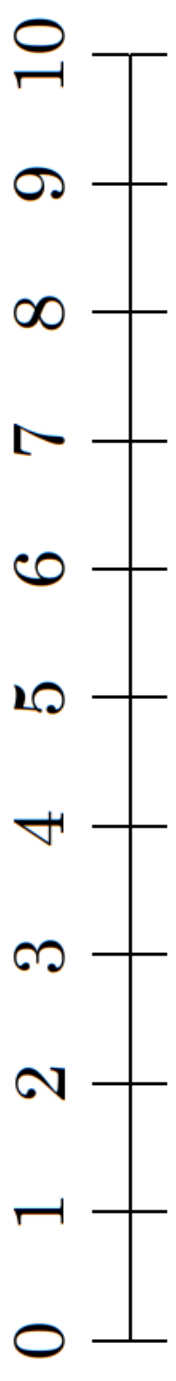


いいえ

はい

質問7

ほかひと 他の人と にかか 関わることは たの 楽しい?



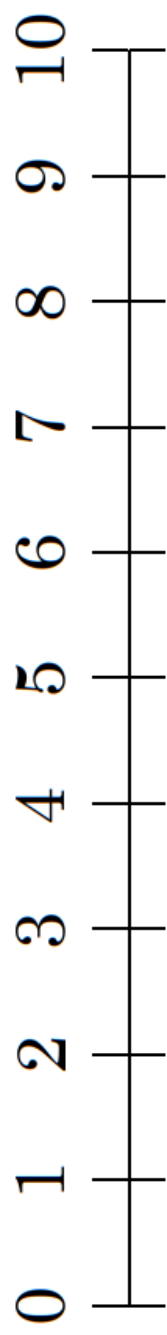
X

楽しくない

O

楽しい

質問8 ことば 言葉のリハビリは したい？



×

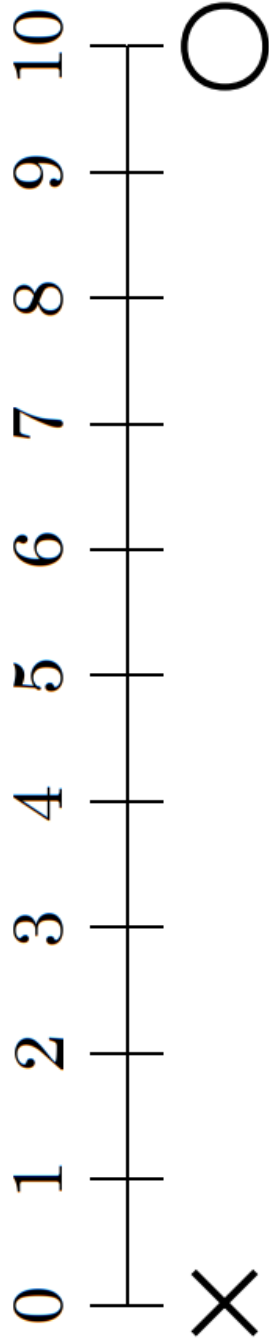
嫌

○

したい

質問9

健康に けんこう 気を付けている？ き つ



いいえ

はい

LAQOL-11 集計表

| No. | 項 目 | 得 点 |
|-------|-----------------------------------|-----|
| 1 | 今の生活は何点？ | 点 |
| 2 | 病気の後、話す機能は良くなっている？ | 点 |
| 3 | 病気の後、理解する機能は良くなっている？ | 点 |
| 4 | 家族は親切？ | 点 |
| 5 | お金の悩みは？ | 点 |
| 6 | 長生きしたい？ | 点 |
| 7 | 他の人と関わることは楽しい？ | 点 |
| 8 | 言葉のリハビリはしたい？ | 点 |
| 9 | 健康に気を付けている？ | 点 |
| 10 | 移動手段 <0点：車椅子、5点：杖、10点：独歩> | 点 |
| 11 | 上肢機能 <0点：廃用手、5点：補助手、10点：実用手・麻痺なし> | 点 |
| 合 計 | | 点 |
| /110点 | | 点 |

文献

- 1) Avent JR, Austermann S : Reciprocal scaffolding: A context for communication treatment in aphasia, *APHASIOLOGY* 17 (4), 397-404, 2003.
- 2) Breitenstein C, Grewe T, Floel A et al. : Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomized, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting, *Lancet* 389 (10078), 1528-1538, 2017.
- 3) Brumfitt S: Psychosocial aspects of aphasia: speech and language therapists' views on professional practice, *Disabil Rehabil* 28 (8), 523-34, 2006.
- 4) Corsten S, Schimpf EJ, Konradi J, Keilmann A, Hardering F : The participants' perspective: how biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia, *Int J Lang Commun Disord* 50 (6), 788-800, 2015.
- 5) Cruice M, Worrall L, Hickson L, et al. : Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being , *APHASIOLOGY* 17 (4), 333-353, 2003.
- 6) Cruice M, Worrall L, Hickson L : Quantifying aphasic people' s social lives in the context of non-aphasic peers, *APHASIOLOGY* 20 (12), 1210-1225, 2006.
- 7) Engell B, Hutter BO, Willmes K, et al. : Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure, *APHASIOLOGY* 17 (4), 383-396, 2003.
- 8) Guo YE, Togher L, Power E : Speech pathology services for people with aphasia: what is the current practice in Singapore?, *Disability and Rehabilitation* 36 (8), 691-704, 2014.
- 9) Guo YE, Togher L, Power E, et al. : Validation of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale in a multicultural population, *Disability and Rehabilitation* 38 (26), 2584-2592, 2016.
- 10) Guo YE, Togher L, Power E, et al. : Sensitivity to change and responsiveness of the Stroke and Aphasia Quality-of-life Scale (SAQOL) in a Singapore stroke population, *APHASIOLOGY* 31 (4), 427-446, 2017.
- 11) Hilari K, Byng S : Measuring quality of life in people with aphasia: the Stroke Specific Quality of Life Scale, *Int J Lang Commun Disord* 36, 86-91, 2001.
- 12) Hilari K, Byng S, Lamping DL, et al. : Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity, *Stroke* 34 (8), 1944-50, 2003.
- 13) Hilari K, Richard D. Wiggins, et al. : Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia, *APHASIOLOGY* 17 (4), 365-381, 2003.
- 14) Hilari K, Cruice M, Sorin-Peters R, et al. : Quality of Life in Aphasia: State of the Art, *Folia Phoniatr Logop* 67, 114-118, 2015.

- 15) Kamiya A, Kamiya K, Tatsumi H, et al. : Japanese Adaptation of the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): Comparative Study among Different Types of Aphasia, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 24 (11), 2561-2564, 2015.
- 16) Kwa VI, Limburg M, de Haan RJ : The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stroke, *J Neurol* 243 (8), 599-604, 1996.
- 17) Lee H, Lee Y, Choi H, et al. : Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke, *Yonsei Med J* 56 (6), 1694-1702, 2015.
- 18) Mayo NE, Anderson S, Barclay R, et al. : Getting on with the rest of your life following stroke: a randomized trial of a complex intervention aimed at enhancing life participation post stroke, *Clin Rehabil* 29 (12), 1198-211, 2015.
- 19) Rangamani GN, Judovsky HM : Quality of Communication Life in People with Aphasia: *Annals of Indian Academy of Neurology*, 23(2), S156-S161, 2020.
- 20) Rombough RE, Howse EL, Bagg SD, et al. : A comparison of studies on the quality of life of primary caregivers of stroke survivors: a systematic review of the literature, *Top Stroke Rehabil* 14 (3), 69-79, 2007.
- 21) Ross KB, Wertz RT : Quality of life with and without aphasia, *APHASIOLOGY* 17 (4), 355-364, 2003.
- 22) Sarno MT : Aphasia rehabilitation: Psychosocial and ethical considerations, *Aphasiology* 7 (4), 321-334, 1993.
- 23) Sinanovic O, Mrkonjic Z, Zecic S : Quality of life and post-stroke aphasic syndromes, *Periodicum Biologorum* 114 (3), 435-440, 2012.
- 24) Sorin-Peters R : Viewing couples living with aphasia as adult learners: Implications for promoting quality of life, *APHASIOLOGY* 17 (4), 405-416, 2003.
- 25) Spilker B: Introduction. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Lippincott Williams & Wilkins, New York, 1-10, 1996
- 26) Williamson DS, Richman M, Redmond SC : Applying the correlation between aphasia severity and quality of life measures to a life participation approach to aphasia, *Top Stroke Rehabil* 18 (2), 101-5, 2011.
- 27) 安藤徳彦 : 疾患別 QOL/脳卒中. *総合リハ*, 31(10) ; 989, 2003
- 28) 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, ほか : 臨床のための QOL 評価ハンドブック, 医学書院, 2011.
- 29) 石合純夫 : 失語症患者のリハビリテーション, *Jpn J Rehabil Med* 51 (4/5), 267-270, 2014.
- 30) 上杉由美 : 生活期適応期における評価と支援 : 失語症・認知症を含むコミュニケーション障害者に対する老健での取り組み, *コミュニケーション障害学* 27, 121-130, 2010.
- 31) 内田信也 : 失語症者の就労支援, *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 54 (4), 258-261, 2017.

- 32) 遠藤てる, 本田哲三, 高橋玖美子: 東京都における高次脳機能障害者調査について第 2 報—生活実態調査報告—, リハビリテーション医学 39 (12), 797-803, 2002.
- 33) 遠藤尚志: 失語症デイの活動について, コミュニケーション障害学 27 (1), 32-37, 2010.
- 34) 遠藤尚志: 失語症の理解とケア—個別リハビリから仲間作りのリハビリへ—, 雲母書房, 2011.
- 35) 大久保豪, 涌井智子: 失語症を負った脳血管疾患患者の QOL—文献調査から—, 死生学研究 9, 247-262, 2008.
- 36) 大畑秀央, 吉野眞理子: 失語のある人の参加, 環境因子, 健康関連 QOL についての検討: CIQ, CHIEF, SAQOL-39 の日本語版による分析, 高次脳機能研究 35 (4), 344-355, 2015.
- 37) 小野典子: 広島市失語症友の会「もみじ」の報告, 臨牀看護 34 (3), 348-353, 2008.
- 38) 神谷茜, 伏見貴夫, 堀口利之, ほか: Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 日本語版の作成—受容性・信頼性・妥当性の検討—, 高次脳機能研究 30, 195, 2010.
- 39) 楠永敏恵: 失語症者の社会参加の実態と課題: 文献検討から, コミュニケーション障害学 33, 135-147, 2016.
- 40) 黒崎芳子, 田口里香, 辰巳寛: 運動性失語症患者の QOL—SAQOL-39 日本語版を用いた検討—, 日本赤十字リハビリテーション協会誌 27, 39-49, 2013.
- 41) 古川眞理子, 山田和子, 諸岡雅美, ほか: 失語症者の在宅生活実態に関する調査, 名古屋市総合リハビリテーション事業団研究紀要 2, 26-35, 2016
- 42) 小谷優平, 種村純: 失語症者向け通所サービス短期的利用の心理社会的側面への有効性—単一被験者の検討—, 高次脳機能研究 41 (4), 427-432, 2021.
- 43) 小林久子: 失語症における参加制約, 言語聴覚研究 7 (1), 73-80, 2010.
- 44) 近藤あゆ美: リハビリ友の会が社会との繋がり～居場所を見つけた 30 代脳卒中患者～, 長野中央病院医報 8, 58-59, 2015.
- 45) 佐伯覚, 伊藤英明, 加藤徳明, ほか: 障害者に対する就労支援の最近の動向, The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 54 (4), 258-261, 2017.
- 46) 佐野洋子: 失語症者の求める援助とは?—長期経過をふまえて—, 音声言語医学 31, 412-425, 1990.
- 47) 杉本啓子: 失語症の人の社会参加—地域活動支援センター「すももクラブ」での実践を通して—, コミュニケーション障害学 26 (1), 37-42, 2009.
- 48) 鈴木朋子: 会話パートナーによる失語症者支援の現状と今後の展望—愛知県における 7 年間の取り組み—, 健康医療科学研究 2, 27-38, 2012.
- 49) 鈴木朋子: 失語症会話パートナーへの会話支援—失語症者との会話に対する質的評価の試み—, 健康医療科学研究 3, 9-23, 2013.
- 50) 鈴木朋子: 失語症者の生活評価尺度開発のために—ALA (Assessment for Living with Aphasia) 使用の試み—, 健康医療科学研究 4, 59-71, 2014.
- 51) 相馬肖美: 若い失語症者の当事者の会, 地域リハ 9 (4), 289-293, 2014.
- 52) 曾根稔雅, 中谷直樹, 遠又靖丈, ほか: 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査, 厚生指標 65 (3), 1-8, 2018.

- 53) 辰巳寛, 山本正彦: 失語症における発話流暢性評価に関する実態調査—言語聴覚士養成教育への応用—, 愛知学院大学心身科学部紀要 6, 21-28, 2010.
- 54) 辰巳寛, 山本正彦: 慢性期在宅失語症患者の家族介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討—Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を用いた予備研究報告—, 心身科学 2 (1), 9-16, 2010.
- 55) 竹田恵子, 太湯好子: 日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討. 川崎医療福祉学会誌, 16(1); 53-66, 2006) 立石雅子, 大貫典子, 千野直一, ほか: 慢性期失語症者の活動性について, 失語症研究 20 (4), 287-294, 2000.
- 56) 立石雅子: 失語症者の社会適応, 目白大学健康科学研究 1, 1-11, 2008.
- 57) 田村洋子: 失語症会話パートナーの養成と活動, 地域リハ 9 (4), 277-282, 2014.
- 58) 丹治和世: コミュニケーション障害の視点から, 高次脳機能研究 35 (2), 183-189, 2015.
- 59) 対馬栄輝: 医療系研究論文の読み方・まとめ方—論文の PECO から正しい統計的判断まで, 東京図書株式会社, 2015.
- 60) 土井由利子: 総論—QOL の概念と QOL 研究の重要性, J. Natl. Public Health 53 (3), 176-180, 2004
- 61) 外里富佐江, 岩谷力, 飛松好子, ほか: 脳卒中後遺症者における「生活満足度」, 「不安・うつ」, 「自尊感情」, 「社会的健康感」の再テスト法による信頼性の検討, 総合リハ 31 (3), 265-274, 2003.
- 62) 内閣府: 〈特集〉高齢者の経済生活に関する意識, 高齢者の経済生活に関する調査, 56-64, 令和元年度.
- 63) 中山健夫, 野地有子, 横山徹爾, ほか: わが国における「QOL 研究」の動向—文献的レビュー—, 日本公衆衛生学会総会抄録集, 54, 682, 1995.
- 64) 中村干城, 木村文香: コミュニケーションスキルチェックシートの開発, 江戸川大学紀要 22, 99-104, 2012.
- 65) 中村やす, 野副めぐみ, 小林久子, ほか: 失語症グループ訓練における心理・社会的側面の評価の試み—長期経過を通して—, 失語症研究 18 (3), 234-242, 1998.
- 66) 中村やす, 野副めぐみ, 中尾貴美子: 失語症者の心理・社会的側面の改善を目的としたグループ訓練, 高次脳機能研究 23 (4), 261-271, 2003.
- 67) 塙瑞穂: 失語症会話パートナー養成の取り組み, 言語聴覚研究 6 (1), 53-55, 2009.
- 68) 濱聖司: 脳卒中後うつと意欲低下, 高次脳機能研究 30 (2), 285-298, 2010.
- 69) 原山秋, 種村純: 失語症友の会における団体数の推移と活動方針の変化との関連, 言語聴覚研究 17 (4), 318-325, 2020.
- 70) 原山秋, 種村純: 失語症友の会の加盟団体数の推移とその関連要因の検討, 高次脳機能研究 40 (4), 432-436, 2020.
- 71) 肥田野直: 心理学研究法. 財団法人東京大学出版会, 東京, 455, 1972
- 72) 平林二郎: 日本人のスピリチュアリティ—仏教の視点から—. ことば・文化・コミュニケーション, 7; 165-181, 2015

- 73) 福田純子：患者の話を聞いてゆく：重度失語症患者との臨床経過，聴能言語学研究 18，101-104，2001.
- 74) 坊岡峰子，綿森淑子：介護職者に対するコミュニケーション障害の理解とコミュニケーションスキル習得のための支援，言語聴覚研究 2 (2)，62-70，2005.
- 75) 本多留美，長谷川純，吉畑博代：失語症治療の心理社会的アプローチ，総合リハ 27 (9)，837-842，1999.
- 76) 前岡恵美：失語症者の能動的態度に関する検討－評価表の作成を試みて－，音声言語医学 49，248-253，2008.
- 77) 牧迫飛雄馬，赤井田将真：加齢に伴う心理の変化，理学療法学 48 (2)，242-247，2021.
- 78) 三宅裕子：言語治療の課題－超急性期から在宅までを経験して，高次脳機能研究 35 (2)，190-196，2015.
- 79) 森田秋子，黒羽真美：在宅・施設リハビリテーションにおける言語聴覚士のための地域言語聴覚療法，三輪書店，2014.
- 80) 諸岡雅美，山田和子，古川真理子，ほか：介護保険通所サービス事業所における失語症患者への支援の実態調査－失語症者の参加支援を目指して－，名古屋市総合リハビリテーション事業団研究紀要 2，77-82，2016
- 81) 八島三男ほか：「失語症の人の生活のしづらさに関する調査」結果報告書．NPO 法人全国失語症友の会連合会，東京，2013.
- 82) 安居和輝，種村純：生活期失語症者のための QOL 尺度の開発，言語聴覚研究 17 (2)，106-114，2020
- 83) 安井美鈴，望月昭：慢性期失語症者の地域生活成立に向けた取り組み：行動学的 QOL の視点から，立命館人間科学研究 12，11-26，2006.
- 84) 山田那々恵：日常コミュニケーション行動へのアプローチ，こんひゅニケーション障害学 23 (1)，36-40，2006.
- 85) 山口礼子：通所サービスの中での失語症者への支援，地域リハ 9 (4)，273-276，2014.
- 86) 山里道彦，大賀優：デイケアの形態をとった慢性期外傷性脳損傷者のグループ訓練，The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 48 (10)，659-665，2011.
- 87) 山里道彦，飯田あゆみ，井上浩希，ほか：デイケアによる高次脳機能障害者の生活訓練，神経外傷 35，9-15，2012.
- 88) 山本弘子，八島三男，園田尚美，ほか：失語症の人と家族の生活の実像－全国失語症友の会連合会「失語症の方の生活のしづらさに関する調査 2013 報告書」より見えてくるもの，地域リハ 9 (4)，264-271，2014.
- 89) 横張琴子：重い障害を越えて再び輝き始める脳の底力－超慢性期重度失語症者の生命の灯が輝き出す時－，高次脳機能研究 37 (3)，314-320，2017.
- 90) 吉野眞理子：失語のある人の生活参加を支援するアプローチ，コミュニケーション障害学 26 (1)，27-31，2009.
- 91) 吉畑博代，本多留実，長谷川純，ほか：失語症者の心理社会的側面に対する援助－失語症ボランティア養成講座について－，広島県立保健福祉大学誌，人間と科学 2 (1)，39-52，2002.

- 92) 吉畑博代：失語症における活動制限，言語聴覚研究 7 (1)，63-72，2010.
- 93) 吉畑博代：失語症者の参加への取り組み，コミュニケーション障害学 27，131-140，2010.
- 94) 吉畑博代，津田哲也：失語症者を生活の視点からとらえる重要性について，地域リハ 9 (4)，258-263，2014.
- 95) 綿森淑子：高齢者施設における言語聴覚士の役割とは，聴能言語学研究 19，29-34，2002.