

失語症デイの経営と将来を探る」

- Part 1** 言語機能を改善させるのは病院・介護施設での集中的なリハビリテーション

川崎医療福祉大学
リハビリテーション学部
言語聴覚療法学科 教授
種村 純 氏
- Part 2** 失語症者の孤立を防ぎ外出を促す目的で訪問専従のST3人を配置

社会福祉法人こうほうえん
錦海リハビリテーション病院 病院長
角田 賢 氏
- Part 3** 課題の難易度を調整して患者は8割の成果を得ながらステップアップしていく

一般社団法人巨樹の会
原宿リハビリテーション病院
言語聴覚士主任
松浦早喜子 氏
- Part 4** 日本初の失語症デイケアST主導ではなく利用者が主体的に空間を創る

永弘クリニック デイケア
言語聴覚士
三好 幸子 氏
- Part 5** 失語症デイを拠点に仲間との交流を促進してコミュニケーション能力を戻す

有限会社言葉のかけ橋
デイサービス「言葉のかけ橋」代表取締役
NPO 法人失語症デイ振興会 代表理事
佐藤 誠一 氏
- Part 6** 子どもから大人までを対象にした全国初の言語リハビリ多機能型施設新たな評価尺度も開発

一般社団法人ことばの道
統括責任者
安居 和輝 氏
- Part 7** 介護の政策トレンドを追わず7名のSTを配置して仲間づくり重視のリハ展開

株式会社ハビサボ
代表取締役
中村 太一 氏

介護でのリハ体制はぜい弱 言語聴覚士の7割が病院に勤務

NPO法人日本失語症協議会が2020年7月に発表した『令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等』には「発症は40代から50代にも多く、全国に約50万人の患者がいるとされています」と書かれている。（「さされています」という表現は、約50万人が推計値ですらなく、風聞にとどまっていることを示している。）

なぜ失語症者の数を把握できないのか。その背景を端的に示すデータがある。6年前のデータだが、厚生労働省が2016年に実施した『全国在宅障害児・者等実態調査』である。調査で32万7000人が高次脳機能障害と診断され、さらに高次脳機能障害者の日中の過ごし方も明らかにされた。

複数回答を求めたところ、65歳以上では「家庭内」（56・3％）が過半数を占め、次いで「介護保険の通所サービス」（15・0％）「障害者通所サービス」（4.5％）「リハビリテーション」（8.6％）「病院等のデイケア」（3.9％）という順だった。65歳未満も「家庭内」（36・3％）が最も多かつ

た。ケアを受けている割合は「障害者通所サービス」（22・5％）「リハビリテーション」（4.2％）「病院等のデイケア」（2.2％）「介護保険の通所サービス」（2.1％）と、やはり低かった。

高次脳機能障害者の多くが日中を「家庭内」で過ごしているため、失語症に該当する障害者を把握できないのである。行政が失語症デイサービス・デイケアの整備計画を策定しようにも、エビデンスに基づくデータがないため、事業者もマーケティングを行えない。

問題はそれだけではない。失語症者が日中を「家庭内」で過ごすことにより外出機会が減って、閉じこもる生活様式が常態化し、社会復帰が遠のいていく。

この背景のひとつに、失語症者のリハビリテーション環境が未整備であることが挙げられる。NPO法人全国失語症友の会連合会が2014年に実施した『失語症者の人の生活のしづらさに関する調査』は、リハビリ環境について次のように指摘した。

（失語症に対するリハビリテーションの場やリハビリテーションを受けられる時間が少なく、言語

「専門性発揮で成果を築く 失語症リハビリの

今日、脳卒中や頭部外傷等により、脳の言語野が損傷して起こる言語障害の失語症患者は全国に50万人とも言われている。失語症は考えや意思を言葉の形にすること、聞こえた声を言葉として認識し、意味を理解することの両方が困難となるばかりか、音声言語のみならず読み書きも阻害されるので、筆談や文字盤を指すことも困難になると言われている。しかも障害の程度や種類も様々で、その対応には専門性が求められるが、長期間の専門的な機能訓練により回復が期待できる。そして病院での治療後、専門家チームの安定的な機能訓練の提供を可能にしたのが失語症デイであるが、その数はまだまだ不足し、全国で整備促進が急がれる。

そこでVisionと戦略7月号では、失語症リハビリの研究者、先進的に取り組む病院・事業所に現状と課題について伺い取りまとめたので、その内容を報告する。

聴覚士（以下ST）がいない施設も多い、特に介護保険制度におけるサービスには失語症者に専門的リハビリテーションを提供する場が少なく、周囲の人々との人間関係の回復、家族との良好なコミュニケーションの回復、職場復帰などが充分に行えていない状態でも言語リハビリテーションが機械的に打ち切られてしまう）

現在、日本語聴覚士協会の会員STは1万9166人。勤務先は医療が71・4%と圧倒的に多く、次いで老健・特養14・7%、福祉7.3%、養成校1.9%、学校教育1.8%、研究・教育機関1.1%、その他1.5%である。

回復期リハビリテーション病棟の入院期間の上限は180日だが、この期間を過ぎると、失語症者がSTと接点を持てる機会が激減する。在宅の失語症者は介護保険サービスの盲点になっている。

病院でのフォローは困難 生活に密着した支援が必要

ICF（国際生活機能分類）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」と捉え、構成要素として①体の働きや精神の働きである

「心身機能」②ADL・家事・職業能力や屋外歩行など生活行為全般の「活動」③家庭や社会生活で役割を果たす「参加」の3つを整理されている。

生活機能を回復させる手段は地域リハビリテーションだが、失語症者を対象としたリハビリ体制は、相当に整備状況が乏しい。現場のSTも「年単位で機能回復がみられる症例はあるが、医療機関での継続的フォローは困難。介護保険・地域包括ケアを活用した長期的かつ生活に密着した支援が必要」（令和3年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等）と見解を述べている。

失語症を患った免疫学者の多田富雄氏（東京大学名誉教授）が『わたしのリハビリ闘争 最弱者の生存権は守られたか』を著したのは2007年。2006年度診療報酬改定で脳血管疾患リハビリへの180日の上限設定に異議を唱えた書で、多田氏は「患者となった医師」の立場からリハビリ提供体制に様々な問題提起を行った。

それから約15年を経ても、介護保険サービスで失語症リハを補う体制は整っていない――。

（文／編集部）

言語機能を改善させるのは 病院・介護施設での 集中的なリハビリテーション

日本で言語聴覚士（以下ST）が誕生したのは米国から遅れること、40年。失語症治療体制の現状と課題、STの配置状況について、失語症の治療と研究に45年の経験を持つ種村純氏に聞いた。



川崎医療福祉大学
リハビリテーション学部
言語聴覚療法学科 教授

種村 純 氏
TANEMURA JUN

長として赴任し、96年に川崎医療福祉大学の教授に就任しました。

今の大学に赴任する前は、失語症の臨床と言語訓練を主な研究分野にしていました。鹿教湯病院時代の成果は分担執筆で『脳卒中の精神医学』にまとめました。

■日本の失語症の研究、診断、治療、リハビリテーション、社会的支援は、世界の先進国に比べ、やや遅れていた時代があったと言われています。今日の世界の最新動向と日本の現状をどのようにご覧になっていますか。

種村 学問的に我が国の水準が世界に比べて遅れていたと言われるほどの状況はなかったのではないのでしょうか。私が着任する以前に、伊豆菰山病院で『日本失語症文献集成』を刊行していますが、世界の動向に追いついていないのが現状です。追いついていないのは、日本の実情に合わせた失語症検査も実施されておらず、海外の動きにはかなり敏感に対応してきたと思います。

むしろ2000年代に入ってからの方が、日本のエネルギーがあまり感じません。アジア諸国は貪欲に世界の動きを取り入れています。

ます。

確かに日本が遅れているという意見を述べる方は多いのですが、19世紀からの歴史を知らず、この20年だけを取り上げて述べています。こと失語症のリハビリテーションに関しては、日本はしっかりとした水準を保ってきたと思います。

ただしSTの養成は法整備も含めて、かなり遅れています。

日本の大学で養成が始まったのは1990年前後ですが、米国では1925年に養成が始まっています。専門学校としては国立聴力言語障害センター附属聴能言語職員養成所が1971年に設置されました。STの数は米国にくらべて、かなり少ないのが現状です。

一方、社会的支援では、失語症の当事者の団体から、身体障害者手帳での認定の等級が低いので最大限の支援を得られず、ひいては年金の額にも影響してくると指摘されました。失語症の方の就業率はかなり低く、55歳未満の就業率が10%程度で、コミュニケーション能力の障害は社会活動に大きな問題をもたらします。この問題に対する社会的な支援は今の時点でも十分に対応できていません。記

■ご経歴と心理学や失語症の研究に携わった経緯についてお聞かせください。

種村 1975年に早稲田大学教育学部教育学科教育心理学専修を卒業し、77年に早稲田大学大学院文学研究科心理学専攻修士課程を修

了しました。この年から鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院（当初の名称は鹿教湯温泉療養所で、脳卒中の療養施設）に5年間勤めました。日本で初めて失語症などの成人の神経疾患に基づく言語障害のリハビリテーションに取り組んだのはこの病院です。ここでは臨床心理士として、言語よりも記憶や認知、あるいは脳卒中にともなう精神症状の患者さんを評価し、訓練をしていました。82年に伊豆菰山温泉病院に言語室

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

憶障害などの支援は2000年代に体制整備が行われて、障害の程度に応じて等級が評価されるようになりましたが、失語症に関しては1級と2級が設けられています。

■理学療法士(以下PT)や作業療法士(以下OT)に比べSTは、歴史的にも国家資格制度が遅れ、受験者や国家試験合格者も少ないという状況が続いています。国の養成計画と現状の養成数は計画通りでしょうか。

種村 STを養成する学科の定員未充足は酷い状況で、定員を満たしているのは全国で数校しかありません。日本言語聴覚士協会として養成数を伸ばしていく必要性を認識していますが、国はSTの養成計画数も設定していないので、必要数を達成しているかどうかを評価できないと思います。

STの合格者数が少ないことに対しては批判があります。STは失語症だけでなく高齢者の認知機能低下や嚥下障害、聴覚障害、小児の言語障害ときわめて幅広い知識が求められるので、合格の難易度が高いです。幅広い障害に関われないと社会の求めに対応できないことが、合格者数

に現れています。

■日本の失語症者は20〜50万人とも言われています。失語症者数や失語症のタイプ別構成比がありましたら教えてください。

種村 認知症に関しては推計が発表されていますが、これは地域悉皆(しっかい)調査(対象地域の全数調査)に基づく推計です。失語症について地域悉皆(しっかい)調査は行われていません。私は厚生労働省の科学研究費補助金を活用して、岡山県真庭市の医療機関・介護施設・障害者施設で患者・利用者を対象に失語症のデータを取ったことがあります。失語症の方は124人でした。

真庭市の人口は当時4万8400人だったので、全人口に占める失語症の比率は0・26%でした。真庭市は中山間地域なので高齢化率が高く、他の自治体よりも失語症の方が多い可能性があります。0・26%は高い比率です。また、岡山県の全介護保険施設で失語症を調査したときには、1621人がいました。岡山県の介護保険施設の全利用者数2万1207人からみると0・08%になります。現時点

で発表されたデータはこの調査結果は重要なデータだと思います。

失語症のタイプについては運動性失語が大きな比率を占め、次に感覚失語、全失語、健忘失語の4つのタイプが多くを占めています。

■国や学会はガイドライン、マニュアルを整備しているのでしょうか。

種村 失語症に特化したガイドラインはありませんが、日本脳卒中学会が脳卒中の診療ガイドラインを発表し、失語症に対する組織的なリハビリテーションが有効であることが示されています。また、日本高次脳機能障害学会の委員会で、失語症の言語治療効果に関するメタアナリシスがあります。

■失語症の治療とリハビリテーションには、退院後の継続的なリハビリテーションとともに、家族(介護者)を含めた社会的な支援が求められますが、治療や支援体制についてどのように評価されていますか。

種村 病院でのリハビリテーションが中心で、発症6カ月で終了することになっていますが、失語症はこの制約から除外されています。ただ、マンパワー不足で対応できないこと

が問題です。日本高次脳機能障害学会を通じて回復データを見ていますが、明らかに3〜5年は言語機能は改善し続けます。たんなる地域的な支援を超えて、言語訓練のアプリが有用です。

しかし医療制度上、失語症だけを集中的に治療することが難しいことは明らかです。介護保険分野と障害者福祉分野でSTが対応できることが望ましいのですが、STで介護保険分野に就職している人は少なく、障害者福祉分野はほんの少く、大半は医療分野に就職しています。一朝一夕には進まないでしょうが、今後は介護保険分野と障害者福祉分野への就職も増えていくと思います。

それから、失語症者の半数である60歳未満の方の就労の問題があります。失語症者を含む高次脳機能障害者には、日常生活活動で自立しているのに、就労できない方が非常に多いのです。これからは職務内容と一人ひとりが持っているものをマッチングするような対応やサービスが求められると思います。

(文/編集部)

失語症者の孤立を防ぎ 外出を促す目的で 訪問専従のST3人を配置

ST 15人のうち3人を訪問専従に配置している錦海リハビリテーション病院（鳥取県米子市）。診療報酬で失語症の復職支援が算定される以前から、復職支援を行ってきた。系列の老健施設内では短時間の失語症デイも開設している。病院と施設双方の実践について角田賢氏に聞いた。



社会福祉法人こうほうえん
錦海リハビリテーション病院 病院長

角田 賢氏
SUMITA SATOSHI

■錦海リハビリテーション病院の経営方針を教えてください。

角田 経営の視点は2つあります。ひとつは、自分たちは何のためにこの地域でリハビリテーションを行っているのか。経営母体がこうほうえんという社会福祉法人なので、米子

市に貢献することを常に考えていなければなりません。当院は48床という全国で最も小さな回復期専門病院のひとつかもしれませんが、小さくてもできることはあります。在宅部門は病床数に関係なく、効率は決してよくありませんが、地域全体を当院でカバーできます。

当院の特徴の一つは教育支援体制が手厚いことです。例えばPT17名のうち14名は認定理学療法士です。全国のPTで認定理学療法士は1割に満たないのですが、当院で認定を

持っていないPTは若手の3人だけです。他の職種についても積極的に研修、学会発表を奨励し、認知資格取得をサポートしています。

医師は5人体制で、内訳はリハ専門医2人、脳外科専門医1人、整形外科専門医1人、リハ専門医を指す専攻医が1人。脳外科と整形の専門医を揃えていることも、患者さんを受け入れるうえでの強みです。セラピストは、PT17人、OT20人強、ST15人。STの3人は訪問専従です。

■失語症リハにはどのような方針で取り組んでいるのでしょうか。

角田 地方では、生活期にSTが関わっている病院はそう多くありません。しかも、かりに一生懸命取り組みでも、生活期の失語症リハビリは収入にも見合いません。ただ、確実にニーズがあります。

当院の場合、在宅に戻った患者さんが広域にわたっていて、米子市以外の郡部の方々はデイに通えませんし、送迎も難しいので、訪問専従のSTが対応しています。当院が訪問リハビリを始めたのは2007年ですが、当初からSTが訪問しています。STの訪問エリアは最長30キロ

メートルですが、近年は訪問数も増加し、開始時よりは効率よく取り組んでいると思います。

STの訪問では当初、要介護5の嚥下障害や胃ろうの方に「ひと口でも食べてほしい」という訪問依頼が大半でした。今でもこうした患者さんが多く、当院は「口から食べる喜びを」を大きなテーマに据えています。徐々に失語症の依頼も増え、現在はSTリハ利用者のおよそ6割が失語症患者さんです。

地域で失語症の個別訓練を継続的に受けることは簡単なことではありません。外来で失語症のリハを継続できる方はまだ幸せと言えるでしょう。しかし、交通手段を持っていない方は引きこもって孤立し、心身の機能がどんどん落ちていきがちです。STが訪問する意義はここにあると思います。訪問ST継続の結果、社会に出ていこう、あるいは何年後には作業所に行こうという前向きな気持ちになって社会復帰を果たしている40代の事例もあります。

あるいは元の職場に戻る方については、退院するときは職場の方に、どのような点に留意すれば本人が本来の能力を発揮できるようにするのかを説明しています。昨年4月

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

の診療報酬改定で、がんサバイバー以外の復職支援にも点数が付きました。社会的に認知されたのですが、当院は点数が付く以前から、会社の方との面談、産業医とのやりとり、職場の方々へのアドバイス、ソーシャルワーカーとの連携など復職支援に取り組んできました。

■失語症に関する社会活動として取り組んでいることはありますか。

角田 失語症サロン「スマイル」を運営しています。失語症者、家族、新規にリハビリを受ける方などが交流しながら、暮らし方のポイントなどを学んでいます。新規にリハビリを受ける方は、STに言われるよりも失語症の先輩から言われたほうが安心するようです。

それから、鳥取県西部地域の失語症友の会に対して、当院のSTたちが鳥取県言語聴覚士会の会員という立場でサポートに関わっています。一般の方々を対象に、失語症の方とコミュニケーションを取る方法を教えるセミナーを開いています。

■失語症デイ「げんごろう」開設の経緯と現状をお聞かせください。

角田 2015年に介護老人保険施設

設「さかい幸朋苑」に短時間デイケアが立ち上がり、その一角で水曜日の午後1〜3時にSTが運営する枠を設けて、失語症者を対象にしたデイ「げんごろう」を始めました。この時間帯は現在でも変わっていません。最初の登録者数は4人でしたが、2年後に10人に増え、現在は9人です。利用者の介護度は要介護1が半数で、その他は要介護2と3です。一般的なデイサービスやデイケアに比べて要介護度はかなり低く、短時間デイに比べると、やや高めという水準です。利用者の年齢は60〜70歳が8割を占め、若い方では50代がいます。失語症は軽度から重度まで幅広く分布しています。

職員はST4人、介護士1人で、送迎もSTが担当しています。プログラムは、集団訓練、個別訓練、レクリエーション、外出訓練です。

現状、ケアプランを作成すケアマネジャーは失語症の症状自体を知らない方も多いため、麻痺を伴う方が多く、移動や身体面の介助が優先され、「失語症」の優先順位が低くなっています。ですから、この地域では定員10人以上に設定しても、利用者が集まりませんし、収益も確保できないと思います。

■失語症ケアを実施するうえで、医療介護資源の限界を克服するために注力されたことは何でしょうか。

角田 昨年、米子市内の急性期病院で失語症と診断された方は年間241人でした。日本語聴覚士協会のデータによると、急性期病院で失語症と診断されてから在宅療養に移行する方が半分程度なので、米子市の場合、年間で約100人以上、10年で約1000人が在宅に移行している計算になります。介護保険を使っていない方や、存在が見えない方もいるので、実態は把握できていません。

失語症の方は身体が動けるので、広域からデイに集めることが理論上は可能です。ただ、経営上のメリットを得られても、本人にとって遠方からデイに通うことに、メリットがあるかどうかは分かりません。米子市の隣の境港市から通うことを想定した場合、むしろ身近な地域コミュニティで交流を図って、失語症者にとって一番重要な課題である社会的孤立を防いだほうがよいという考え方もあると思います。

例えば病院にしかSTが配置されていない地域では、失語症者が退院して在宅に移行すると、そのまま放

置されやすい状況があります。その挙句、家族が大変なストレスを抱えて家庭が崩壊するケースもありますし、感覚性の失語症者に対して認知症のテストを行うと点数が基準値を下回るので、精神科病院や認知症デイに廻されるケースもあります。本人のどこに問題があり、何がニーズで、どうすれば幸せに暮らせるかを見極めるのがSTで、他の職種では困難なこの見極めをできるSTの力が重要です。

(文／編集部)



社会福祉法人こうほうえん 錦海リハビリテーション病院 外観

課題の難易度を調整して 患者は8割の成果を得ながら ステップアップしていく

都内最大規模のリハビリテーション病院である原宿リハビリテーション病院。失語症患者はSTと1対1の訓練だけでなく、看護師などST以外の職種を交えてコミュニケーション能力を得て、退院後に備えている。松浦早喜子氏に同院の取り組みを聞いた。

■松浦主任のご経歴と原宿リハビリテーション病院の概要を教えてください。

松浦 2014年に言語聴覚士資格を取得して上尾中央医科グループに入職しました。2015年に原宿リハビリテーション病院に入職して現



一般社団法人巨樹の会
原宿リハビリテーション病院
言語聴覚士主任

松浦早喜子 氏
MATSUURA SAKIKO

在に至ります。

原宿リハビリテーション病院は2015年に開院し、病床数は332床です。2019年度の入院患者数は1543名で、在宅復帰率は全国平均78.6%を上回る91.1%でした。職員数は684名で、内訳は常勤医師13名、歯科医師3名、歯科衛生士8名、PT168名、OT85名、ST26名、看護師207名、看護補助者94名、薬剤師4名、管理栄養士7名、その他32名です。失語症の患者数は入院が22名、外

来が2名、訪問が1名。入院患者数は全入院患者の6.6%です。症状別では運動性が17名、感覚性が5名です。

■リハビリの進め方のポイント、リハビリ提供において、とくに大切にされていることは何でしょうか。

松浦 失語症患者の方というのは、例えると言葉が分からない国に一人を取り残されたような感覚です。不安感、疎外感、孤独感を想像できるかと思います。その心情を理解して配慮するところから訓練が始まります。進め方のポイントは①ラポール形成すなわち信頼関係を築くこと②残存機能を使ったコミュニケーション手段の獲得③相手に伝わったという実感が持てること④コミュニケーション手段をSTだけでなく多職種や家族と共有することです。

リハビリの提供で大切にしていることは、課題の難易度を調整して8割の成果を得ながらステップアップしていくことです。最初は絵カードに書いてもらうなど紙面上のリハビリが多いのですが、段階を踏んで次は対面のリハビリ、その次は背面リハビリで、STが患者様の背面について家族や他者とのコミュニケーションの広がりやアドバイスをなが

ら評価します。紙面、対面、背面の3段階を踏むことを大切にしています。

■コミュニケーションの取り方は症状別にどのような違いがあるのでしょうか。

松浦 運動性で軽度の方は、相手の話している内容を理解はできるのですが、返答ができません。しかし時間をかければ返答ができる方もいるので、STが会話の中で先回りをせず、相手の発信を待つことが大切です。重度の方は理解も表出も困難なので、ジェスチャーや絵を用いてコミュニケーションを図ります。

絵に対してはSTが指差してメッセージを伝え、指差して返答してもらいます。首振りやうなずきで「YES」「NO」を伝えられる方には、「YES」「NO」で返答しやすい質問をします。

STとの1対1だけでなく、訓練が進むにつれ実用的なコミュニケーション能力の獲得に向けて、病棟内の生活が円滑になるように、看護師などST以外の職種に介入してもらうこともあります。訓練期間中は、定期的に標準失語症検査で「聴く」「話す」「読む」「書く」「計算」の各

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

モダリティーの指標に基づいて評価し、訓練プログラムを立案します。

■リハビリの手技ではどのような方法を実践されていますか。

松浦 手技として実施しているのは、刺激法、機能再編成法、遮断除去法（デブロッキング法）、全体構造法、P A C E があります。

刺激法は、言語症状に合わせて質・量ともに統制した言語刺激を系統的に与えることで、言語機能の再統合を促進することを目指します。機能再編成法は、障害された機能を比較的保たれている機能で置き換えをします。遮断除去法は、良好なモダリティーを前刺激として用いて、目標とする言語モダリティーのプロックを取り去ります。

全体構造法は発達での段階的な言語獲得と同様に、まず話し言葉の獲得を基本とし、話し言葉の聴覚的構造化（知覚）から始めます。P A C E は①S T と患者様の対等な立場での情報交換②新しい情報の交換③メッセージの伝達手段を自由に選択（絵やジュエスチャーの使用）④S T は患者様が伝達できたメッセージに基づきフィードバックをする。以上の4原則で行います。

■退院後のフォローアップについてお聞かせください。

松浦 外来79件、訪問56件を受け持っていますが、通院できない方や訪問のエリア外の方もいるので、ソーシャルワーカーと連携して自費サービスを含む地域の失語症ケア事業所を提案しています。自費サービスの利用は増えていますが、自宅から通える範囲にリハビリ施設がない方がまだ多いのが現状です。

今後は通所型の需要が増えてくると思いますが、デイケアの利用に抵抗のある患者様もいらっしゃるのでは、そういう方には失語症友の会を紹介して、コミュニケーションの機会を持つていただいています。

■患者家族への支援で取り組んでいることは何でしょうか。

松浦 S T は対面による個別訓練をする職種というイメージがあると思いますが、退院に際して、ご家族にはコミュニケーションの方法を提示して、ご家族に評価とアドバイスをさせていただいています。

■退院後の失語症リハビリが不足している中で、失語症のデイケア・デイサービス・訪問リハビリの整備促進の必要性を含め、これらの現状についてご意見をお聞かせください。

■医療のみならず、介護・福祉でもニーズが高まるS T の将来について、ご意見をお願いします。

松浦 私たちは回復期リハビリテーション病院なので、患者様にとって退院後が本番であり、生活の中で誰とどのようにコミュニケーションを図っているかが重要になっていきます。失語症の方は家にこもってしまい、コミュニケーションを取る機会が少なくなってしまうという現状があるので、どのようなサービスを受けられるかを退院前からケアマネジャーやご家族に情報提供しています。

失語症の訓練ではなくデイサービスでもよいから他の方と関わる機会を持つていただきたいと思っています。その意味で、失語症デイサービスと失語症デイケアは、今後需要が高まっていく分野ではないでしょうか。

■松浦 これまでは医療機関で働くS T が多かったのですが、現在は介護保険分野で働くS T も増えてきていますし、求人も増えています。高齢化が進む中でS T の需要はさらに高まると考えていますが、S T の仕事

があまり知られていないという印象もあります。リハビリと言えばP T とO T のイメージが強く、言語聴覚士という名称すら知らなかったというご家族もいます。今後、地域への普及活動や病院と施設で働いているS T との横の繋がりを持つことも求められていると考えています。

(文／編集部)



(左) 言語リハビリの様子 (右) 原宿リハビリテーション病院の外観

日本初の失語症デイケア ST主導ではなく 利用者が主体的に空間を創る

1999年、永弘クリニック（埼玉県新座市）に日本初の失語症デイケアが開設された。開設準備から関わった三好幸子氏は、今年でST歴22年。失語症をめぐる社会課題や医療介護体制を熟知している。三好氏の実践するケア内容と問題意識を聞いた。



永弘クリニック デイケア
言語聴覚士

三好 幸子 氏
MIYOSHI SACHIKO

いるのかをよく質問されます。新座市の障害福祉施設で月1回「言語リハビリテーション教室」が開かれていて、たくさんの方の失語症の方が通われています。担当者は遠藤先生と同僚のSTでした。当時、永弘クリニックの院長は施設の嘱託医を務めていて、「うちの2階を何かに使えないか？」と口にしたことが、保健師や看護師を経由して遠藤先生に届き、失語症デイケアの開設に至ったのです。

■失語症デイケアの概要を教えてください。

三好 当初の利用時間は1日4時間でしたが、現在は6〜7時間です。定員は1日10人で、登録数は20人。週4日の稼働です。男女比では男性がやや多く、要支援3人、要介護では1・2が一番多いという構成です。職員はST1人、介護士3人です。

利用の問い合わせは常時入っており、送迎の対象エリア以外からも入ってきます。失語症に特化した介護保険サービス事業所が各地域に存在しない現状を反映していると感じています。ご家族が送迎したり、他の手段で通っている方もいます。

STが配置されていても失語症に

特化されていない利用者が30〜40人のデイだと、失語症の方がSTと話せる時間は15分程度です。その他の多くの時間は、他の人の話についていけないとか間違った発言をしてはいけないと思ってしまう、1日を楽しく居心地よく過ごすことが大変難しいようです。その点、うちは失語症の方が10人と小規模で、発言を伝えることに時間がかかっても、言い間違えても大丈夫という安心感があるので、居心地よく過ごされているのではないかと思います。

■訓練プログラムの特徴や運営ノウハウを教えてください。

三好 グループでのリハビリを行っていることが特徴です。重症度の違う方を混在させたグループでリハビリを行うことは難しいのですが、基本的には重い方も理解できて楽しい、その中で軽度の方も楽しめるよう課題の設定に気をつけています。皆さんが病院でやってこられた絵カードを使う方法ではなく、世の中で起こっていること、季節折々のことからテーマを決めて、読んだり、理解したり、書いたりといった言語課題を取り入れながらリハビリを

■ご経歴と永弘クリニック・失語症デイケアの立ち上げの経緯をお聞かせください。

三好 高校卒業後にSTの養成校に通い、1999年に卒業と同時に病院に就職しましたが、その3カ月後に遠藤尚志先生（地域における失語

症リハビリのバイオニア・故人）から「失語症のデイケアを始めるのだからやってみないか？」と声をかけられました。当時はまだ就職して3カ月目で、経験も自信もなかったのですが、「よし、やってみよう」と決断して退職し、3カ月後に日本初の失語症デイケアを立ち上げて現在に至ります。

永弘クリニックは泌尿器科・内科・外科を標榜、一日の患者数は50〜60名です。なぜ失語症デイを開設して

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

行っています。

大切にしていることは、通所の数時間だけでなく自宅に帰られてからも、家族とのコミュニケーションの種になるようなリハビリを心がけています。例えば桜がいつ咲くかを予想するとか、梅雨明けを予想すること、家族といっしょにテレビの天気予報に目を向けるようになったり、話題にしたりするようになりま

す。あるいは身近な人の行動に興味を持たれるので、私が体を張って東京マラソンに応募したり、のど自慢に応募したりして、当選するかどうかを皆さんがワクワクして待つということもしました。運悪く(笑)、東京マラソンに当選したので、今度は私がどこまで走れるかを皆さんで予想しました。このように1年を通して、その時々楽しめることを取り上げています。それから、こちらが主導権を握るのではなく、皆さんが空間を創り出せるようにすることを心がけています。

■家族に対しては、どのような支援を行っていますか。

三好 家族の皆さんは「脳血管障害で体が不自由になることは分かっていたが、言葉が不自由になるとは思

わなかった」とおっしゃっています。最初にお目にかかったときには「ご家庭でのコミュニケーションで何に困っていますか？」と聞いて、本人が通所するようになったら「この前困っている」と相談された点はこうすれば少しスムーズになるかもしれません」と伝えます。あるいは本人が通所に慣れたら、本人が家族とのコミュニケーションで困っていることは何かを聞いて、ご家族側だけでなく、ご本人の悩みも聞くようにしています。

■地域や全国に向けた取り組みについてお聞かせください。

三好 地域の民生委員や地域活動に携わっている方から、失語症について勉強会を開いてほしいと要請さ

れ、何度か勉強会を開いたことがあります。

■失語症デイケアの運営上の課題と経営状況について教えてください。

三好 この数年は病院でのリハビリを終えてすぐにデイに通い始める方が多いのですが、病院で十分に個別訓練を受けてこなかった方が増えています。グループでの訓練の良さもありますが、従来に比べて個別訓練が必要になっていきます。

経営状況は1日10人で週4日稼働なので厳しいのですが、母体のクリニックに支えられて運営を継続できています。失語症の方にとっては小規模だから良いという事情もあるのですが、小規模の体制は崩したくありません。しかしながら小規模のままで経営の厳しさは続くので、これが課題です。それから利用者が広範囲に分布していて、一番遠い方の送迎に往復1時間半かかるので、送迎の効率性も課題になっています。

■失語症デイサービスの整備促進の必要性について、ご意見をお願いします。

三好 私どもが失語症デイを始めたのは22年前ですが、当時と変わらず

今でも失語症の社会的認知が進んでいません。永年の課題だと思ってきました。この22年の間にSTが在籍する介護保険施設あるいは通所サービスは増えましたが、STのリハビリの15分程度はいいけれど、他の方とのコミュニケーションが困難で苦痛だというケースが多いのです。そうした事業所では職員がSTに助言してもらい、失語症の方に声をかけるとか、他の利用者との交流を仲介するという配慮や来る方が一日をどう過ごすかということを考えていただければ、ありがたいと感じています。

(文/編集部)



グループワークの様子

失語症デイを拠点に 仲間との交流を促進して コミュニケーション能力を戻す

失語症を患うと他者とのコミュニケーションを忌避して、引きこもりがちになりやすい。失語症デイの利点は、グループワーク等を通じて同じ症状で悩む利用者同士で交流を図り、社会参加に繋げやすいことだ。東北地方で唯一の失語症デイを経営する佐藤誠一氏に現状を聞いた。



有限会社言葉のかけ橋
デイサービス「言葉のかけ橋」
代表取締役
NPO 法人失語症デイ振興会 代表理事

佐藤 誠一 氏
SATO SEIICHI

1日定員は18名で、登録者は65名前後で推移しています。平均介護度は2です。性別では男性が8割近くを占め、年齢は50代から90代までと幅広く、平均は70歳です。

スタッフ構成は、STが2名、介護士兼務の相談員が2名、看護師が2名、介護士が2名、送迎が1名、ケアマネジャー1名です。

■「デイサービス言葉のかけ橋」の訓練プログラムの特徴や一日の流れ、運営ノウハウについて説明していただけますか。

佐藤 午前中は2時間のグループワークを実施しています。皆で輪になって、スタッフが言葉の障害の重い方の隣に会話パートナーとして就き、全員が会話に参加して、参加者同士の相互作用が活発になるように気を配っています。このグループワークはコミュニケーションだけでなく、自信、自尊心、他者との関係性など心理社会面の回復にとっても重要です。

昼食後は口腔ケアを行ってから、個別言語リハビリ、趣味創作活動、体操、運動などを行って過ごしていきます。失語症デイには発話意欲が高まる活動と会話パートナーとしての

スタッフが欠かせません。最近ではSTのマンパワーを補う目的で、午後には私が開発したアプリに基づくコンピュータを使った訓練も行っています。

言葉の理解や想起、仮名の処理などの訓練をコンピュータで行っていますが、人間味はないものの、フィードバックが正確なこともあり、特に訓練ニーズの高い人には適用しています。失語症デイの財源は限られているので、これからはコンピュータもうまく活用していきたいと思っています。私たちスタッフは出来るだけコンピュータにはできない活動や会話などに時間を使いたいと思っています。

■家族への支援をどのように取り組んでいますか。

佐藤 ご主人が失語症で奥様が介護者というケースが多いのですが、一生懸命にコミュニケーションを取ろうとする奥様ほどストレスが多いようです。「言葉のかけ橋」では年に1〜2回家族の交流会を行って、家族同士の話し合いの場を設けています。専門職が直接助言するよりも家族同士の話し合いの場のほうが、ストレスを抱えている家族にとって気

■ご経歴と御社の設立動機・事業概要・運営方針についてお聞かせください。

佐藤 私は30年以上前からSTとしての仕事に従事し、病院勤務を経て2006年に失語症デイサービス「言葉のかけ橋」を立ち上げました。

病院での一般的な言語治療はSTと1対1で行われ、詳細な神経心理学的評価や個々の言語症状に対する訓練には適していませんが、多様な相手との会話に自信を持つことや、コミュニケーション能力の一般化・強化・社会化スキルの向上には限界があります。言葉のかけ橋では、ST、看護師、介護士などスタッフ全員がパートナーになって、グループワークを主体にコミュニケーション、言語・高次機能リハビリ、様々な活動への参加に取り組んでいます。

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

持ちが楽になるようで、すぐに問題が解決することはありません。解決の糸口になっているようです。

■御社の地域または全国的な取り組みについてお聞かせください。

佐藤 デイを拠点としてインフォーマルな活用も必要で、その一環として当社の関連法人であるNPO法人失語症デイ振興会が、毎年1回、全国各地で「言語リハビリ交流の集い」を開いています。失語症の当事者や家族、STなどが全国から集まって、それぞれの体験や取り組みを発表し交流を図っています。皆さんにとって励みになり、元気が出るという報告が届いています。最近では日本失語症協議会と共催で失語症全国大会として開いています。昨年からコロナ問題で開催を延期しているのですが、収束を待っている状態です。

若い失語症の方々の間にはオンラインで交流しているケースもあります。情報弱者である高齢の失語症の方にとっては、オンラインでの開催はハードルが高いかもしれません。

■失語症デイの運営上の課題についてお聞かせください。

佐藤 個別訓練機能加算や口腔機能

向上加算を算定して何とかやりくりをしています。やはり介護報酬が実質的には改定のたびに下がっています。今回の改定でも基本報酬は上がりましたが、全体として減収になっているので、非常に厳しい経営状況です。

LIFEへの登録は大変であきらめたデイサービス事業者も多いのですが、私どもは登録しました。ただ、LIFEで算定できる加算を含めても減収です。

■全国で失語症者は50万人とも推計されている一方、退院後の失語症リハビリが不足しています。失語症デイの整備促進の必要性を含め、これらの現状について、どのような見解をお持ちでしょうか。

佐藤 失語症デイの事業所数は全国で30カ所にとどまって、それ以上増えていません。東北地方では「言葉のかけ橋」の1カ所だけです。失語症の方にとって失語症デイは社会参加の第一歩として重要な場なので、ある程度の人口がある自治体に1カ所は開設されてほしいと思っています。人口20万人なら結構な数の利用者が存在すると思います。失語症だけでなく脳卒中の後遺症で

ある構音障害や嚥下障害にも対応できるので、STは地域でもっと役に立てると思います。

最近では訪問リハでSTが失語症にケアに当たる傾向が増えています。訪問リハだけでは失語症の方の社会参加に繋がることはむしろ難しいのではないかと思います。家から一歩外へ出て、まずは同じ障害を持つ仲間と交流することが、当事者にとって励みになりますし、いろいろな人との交流で自信をつけながらより積極的な社会参加に繋げる視点で介入することが大事だと思います。ただ、失語症デイはなかなか増えません。もっと多くの人たちに問題意識を共有していただきたいと思っています。

■失語症者向け意識疎通支援者養成研修事業実施状況の評価はいかがでしょう。

佐藤 岩手県と岩手県言語聴覚士会がこの事業を準備していましたが、現状はコロナでなかなか進んでいません。収束次第進めていく準備を整えています。首都圏では事業が進んでいますが、地方では進んでいないと思います。

■医療のみならず、介護・福祉でも

ニーズが高まるST職の将来について、どのように展望されていますか。

佐藤 他の職種に比べてSTは圧倒的に数が少なく、2016年時点ではPTが13万人、OTが8万人、STが2万人でした。STの職場は病院に偏っているのですが、もっと地域で活躍するSTが出てきて欲しいと切に思っています。STが少しの支援をするだけで、社会と繋がりが生き生きとなる例は多いのです。失語症のある人が退院して地域に戻ってから、言葉が不自由でも生き生きと暮らせるようにSTに活躍してほしいと願っています。

(文／編集部)



グループワークの様子

子どもから大人までを対象にした 全国初の言語リハビリ多機能型施設 新たな評価尺度も開発

今年4月、子どもから大人までを対象にした全国初の言語リハビリ多機能型施設が神戸市にオープンした。運営するのは一般社団法人ことばの道である。統括責任者の安居和輝氏は失語症の新たな評価尺度を作成した。同法人の取り組みを安居氏に聞いた。



一般社団法人ことばの道
統括責任者

安居 和輝 氏
YASUI KAZUKI

2021年4月に移転した現在は、定員が18名、登録者が75名で、うち12名が要支援の方です。平均介護度は2強ですが、要介護3・4・5の方が増えて40%を超えました。性別は男性が6割、平均年齢は全体で70歳強です。平均利用回数は週25回、稼働率は70%弱です。

さらに移転にともない、就労継続支援B型事業所、児童発達支援、放課後等デイサービスを併設して、子どもから大人までを対象にした全国初の言語リハビリ多機能型施設を開設しました。児童発達支援と放課後等デイサービスの利用者は計20名です。

職員数は全体35名で、常勤は14名です。職種別にはST3名、OT1名、介護福祉士6名、看護師1名、保育士・保育指導員、初任者研修受講者、さらにドライバー5名、事務職2名を雇用しています。

■多機能型施設の設計上の特徴をお聞かせください。

安居 施設らしくない建物をコンセプトに、利便性を高めるためにトイレを13カ所設置しました。2階建てで13カ所はかなり多いと思います。以前の建物のトイレは2カ所でしたが、10名定員では足りませんでした。

半日デイで訓練が終わったら、皆が一斉にトイレに向かいますので、混みあってしまいました。

半日デイで効率的に過ごしてもらうには、皆が一斉にトイレに行けることが望ましいのです。13カ所のデザインも全て変え、海や森をイメージしたトイレなどに演出しました。ちなみにデイサービスは18名定員でトイレは5カ所です。

■「ことばの道失語症デイ」の訓練プログラムの特徴や一日の流れ、運営ノウハウについて説明していただけますか。

安居 毎日11時から11時40分までのレクリエーションの時間を見直しました。以前は書道なら書道と皆でいっしょにレクリエーションを行っていましたが、今では選択制にしています。利用者さんの希望が多様化してきたことと、自分で選んで過ごすという体制を取りたかったので、その日に自分が選ぶ仕組みで運営しています。

さらにSTだけでなく、介護職もコミュニケーションのプロとして意識疎通支援者養成講座を受講し、デイで過ごす時間の全てがコミュニケーションの時間であると利用者さ

■ご経歴と貴法人の事業概要を教えてください。

安居 2010年に姫路獨協大学医療保健学部言語聴覚療法学科を卒業し、医療法人スミヤ角谷リハビリテーション病院に就職しました。13年に「ことばの道デイサービス」に

移籍して総括責任者に就任しました。16年に川崎医療福祉大学大学院医療技術学部感覚矯正学専攻修士課程を修了し、18年に同大学院の感覚矯正学専攻博士課程に進み、現在も在学中です。

ことばの道デイサービスは2008年4月に私の母が開設しました。母は失語症の方のケアマネジャーをしており、失語症の方が一般のデイサービスでポツンとして行き場のない姿を見ていたことが、開設の動機です。当時の定員は10名で、

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

んに説明しています。来所時、休憩中、帰宅時も含めて全ての時間帯をコミュニケーションの機会として、訓練にあたる職員を揃えていることは、強みであると思います。

■ご家族への支援の取り組みはついてはいかがでしょうか。

安居 ご家族には日々の困りごとやデイサービスの満足度などのアンケート調査を実施して、調査結果もフィードバックしています。もうひとつは私たちが経営するNPO法人「はなそう神戸の会」で、失語症の方と家族皆で日帰り旅行を年2回実施していました。コロナの前までに計10回実施しています。かなり濃い取り組みだったと思います。

デイサービスのウィークポイントに、家族同士の交流が乏しいことが挙げられると思います。送迎があるために、家族同士の接点がないのです。そこを何とかしなければと思って、介護保険サービスとは違う形態で家族旅行を始め、旅行先では他の友の会との交流も行いました。

■失語症に関する、地域または全国的な取り組みの状況をお聞かせください。

安居 私は大学院に通う身でもあり

ますが、失語症の方のQOLを測る評価尺度を作成しました。有用な発信ができたと思っています。今は介護保険制度も含めて成果を求められる時代ですが、失語症が改善したと現場で実感していても、あくまで感覚的な把握でしかありません。機能訓練によって機能レベルが向上したとしても、QOL向上に繋げる必要があります。

失語症に関する「SAQOL-39」という評価尺度があり、日本版として「SAQOL-39-J」があります。軽度から中等度向けの39の質問項目があるのですが、私たち事業所には重度の方が多いので、どのように評価するかが課題でした。そこで大学院での私の研究テーマとして11項目の評価尺度であるLAQOL-11を開発したのです。これから失語症の障害認定基準改定等の調査が行われますが、SAQOL-39-Jとともに、私が作成したLAQOL-11も活用されることになりました。

■失語症デイの運営上の課題についてお聞かせください。

安居 子どもも含めて車で片道45分という地域や市外など遠方から通わ

れている方が少なくありません。送迎が大変ですが、車を8台保有して対応しています。この体制がコスト増になっています。

それから失語症の重症度があまり介護度に反映されず、P・T・Oの領域が主に反映されています。国は科学的介護を掲げていますが、失語症が改善されても介護度に反映されないという現状が非常に歯がゆいですね。今年4月からのバイタルチェック後に行う体操の時間を昨年度までより長くしましたが、失語症デイは言葉だけを対象にしていればよいという考え方では厳しく、ADLも対象にしなければならぬことはデイの宿命だと思っています。

ただ介護報酬の改定内容がどんどん厳しくなっているので、加算を取りながら収益を確保せざるを得ない状況です。稼働率が80%を超えれば経営が安定するので、この数字を当面の目標にしています。

■失語症デイサービスの整備促進の必要性を含め、現状についてご意見をお聞かせください。

安居 失語症デイを10年以上経営していますが、いまだに兵庫県では私たちの1カ所しか失語症デイは存在

しません。整備は必要だと思いますが、現実はまだあまり広がらないのではないかと思っています。一方で、事業所が増えすぎても利用者の取り合いになってしまう懸念があります。

(文／編集部)



(左) 子どもから大人までを対象にした言語リハビリ多機能型施設「ことばの道」の外観 (右) 失語症リハビリの様子。

介護の政策トレンドを追わず 7名のSTを配置して 仲間づくり重視のリハ展開

「医療介護の政策トレンドを追わずに、STにしかできない仕事を積み重ねて結果を出すことがSTの将来を切り拓く」と確信している中村太一氏は、利用者間の仲間づくりを最も重視している。設立5年間の事業内容を聞いた。



株式会社ハビサポ
代表取締役

中村 太一 氏
NAKAMURA TAICHI

■ご経歴とハビサポ「言語リハビリテーションセンター言葉の葉」を立ち上げた経緯についてお聞かせください。

中村 私は長崎リハビリテーション専門学校を卒業してSTになりました。最初に諏訪の杜病院（大分市）に2年務めて、次に湯布院厚生年金病

院に7年勤務しましたが、ここで3年間摂食嚥下障害と失語症の訪問リハビリを経験し、在宅サービスのキャリアを築きました。その後、大分東部病院（現・大分リハビリテーション病院）に2年勤務して、2015年に今の会社を設立しました。

独立のきっかけは、失語症支援の地域資源が少なく、STとしてできることは何かを考えていた時に、大田仁史先生のご講演で失語症デイの存在や遠藤言語聴覚士の存在を知ったことです。

大田先生のご講演の後、見学させてもらえる失語症デイを紹介していただき、直接お伺いしたところ、「失語症デイサービスはばたき」代表の松本多香子先生を紹介していただき、すぐに「はばたき」を見学に伺いました。「はばたき」のグループワークを体感した瞬間に、自分のこれからの使命は失語症デイを大分につくることだと強く感じ、独立を決意しました。

また、当時の医療介護業界は地域包括ケアシステムの構築という流れの中で、介護予防、自立支援、認知症対策などが柱でしたが、失語症の支援は話題にあがるのが殆どありませんでした。この現状に違和感を持っていました。政策トレンドに合わせて働くよりも、自分たちだからこそできることをやらなければならないという問題意識も、独立した動機にありました。

■社名の由来を教えてください。

中村 社名の「ハビサポ」は、リハビリテーションの語源である「ハビリス」で、これは「その人らしさ」を意味します。その人らしさをサポートするという趣旨で「ハビ」と「サポ」を合わせて「ハビサポ」を社名にし

ました。リハビリテーションの視点から、その人らしさを大切にすることを大きな命題にしています。

■利用者数と社員数はどのくらいでしょうか。

中村 2016年4月に介護保険を対象にしたデイサービスを始め、その年の8月に若年層の障害者も受け入れるようにして、18歳以上の方を対象にする体制に拡大しました。サービス種別では介護保険が大半で、現在の登録者数は40名弱ですが、障害福祉サービスは4〜5名です。定員は開設当初は10名、その後12名に増やし、昨年から15名に増やしました。稼働率は9割です。デイの平均介護度は開設当初は要介護1でしたが現在は2です。さらに2018年からは事業所外で子どもの言語療育をスタートさせ、この4月に訪問看護ステーションを開設しました。

社員数は常勤・非常勤を合わせて19名です。職種は、ST7名、看護師6名、PT1名、送迎4名、さらに失語症の当事者が1名非常勤で働いています。保険外事業としてST養成校で教えたり、就労支援に出かけたりすることも多いので、2カ所という事業所にしては多くの職員を

「専門性発揮で成果を築く失語症デイの経営と
失語症リハビリの将来を探る」

雇用しています。保険外事業はまだ収益の柱にはなっていないんですが、次のステップに向けて取り組んでいきます。

■「言語リハビリテーションセンター」の訓練プログラムの特徴や二日の流れ、運営ノウハウについて説明していただけますか。

中村 仲間づくりを一番大切にして、そこからコミュニケーションが活発になるとか、社会が広がることを重要視しています。従ってプログラムの特徴は仲間づくりをベースにして、そこに言語リハビリ、職業リハビリ、生活リハビリを設定しています。午前中はグループワーク、午後は個別訓練や小集団による言語活動を行っています。

グループワークは、失語症の方向士が交流することで、お一人おひとりに存在役割や行動役割が生まれてきます。また、初めて参加する方にとっては、自分と同じ状態の方がいることで安心されます。少しずつ、笑顔が増え、言葉が増え、役割が増えていくことが、失語症デイの良さだと思います。STの役割は訓練者というよりも、環境を整えたり、や

りとりをコーディネートすることのほうが重要です。

一方で、言語の機能的側面の訓練の一環として失語症訓練教材の開発も行なっています。そこで開発した訓練教材も自己訓練として取り入れています。長い目で社会保障を見るとSTによるデイサービス運営の採算が合わなくなる時期が来ることも予測されます。失語症の方にとって真に必要な仲間づくりや言語リハビリの場を継続していくために、STがいなくても運営できる体制を想定して準備に入っているところです。

■STを7名配置している狙いは何でしょうか？

中村 コストがかかって無駄という見方もあるでしょうが、5〜10年後を見据えたときにSTを多く配置することが必要であると考えています。もうひとつは私たちのこだわりで、STでデイを運営したいという思いがあるからです。

介護職を加える必要もあるのでしようが、STが介護も医療も担うというのが私たちのデイの環境です。過去に介護職を何名か雇用したこともありますが、運営体制がST

に特化していて、介護職には働きにくい環境かもしれません。

■家族支援への取り組みをお聞かせください。

中村 日頃から家族から相談をいただくなど一般的なことは行っていますが、家族支援は永遠のテーマです。コロナ前には家族にもグループワークに参加してもらっていました。毎日の連絡帳には本人の笑顔や訓練風景の写真を添付していますので、家族は安心してくださっています。これは大きいと思います。それからオンラインで意思疎通法を説明したり、家族会も立ち上げました。

■地域あるいは全国的な活動を行われていますか。

中村 私は大分県言語聴覚士協会の副会長を務めています。協会は毎年3回、関係職種や地域住民を対象に無料で「失語症サポーター講座」を開いています。その際は、私たちが講師を務めることもありますし、失語症当事者の方に講師として参加していただくなどの活動も行なっています。全国的な活動では、数年前に失語症に関する全国大会が開かれ、私たちが事務局として企画運営をさ

せていただきました。

■経営状況や課題についてはいかがでしょうか。

中村 設立して5年が経って経営のベースができたかなと受け止めています。課題は利益をどう出すかですが、ST集団の強みを活かし、良質なサービスの提供と利益の創出の最適解を見つけ出していきます。デイ単独で利益が出なくなる時代が来るのは確実なので、失語症に必要な事業をどんどん開発していく方針です。当面の目標はデイ、就労支援、訪看、難病支援を総合したセンターの開設です。

(文／編集部)



失語症リハビリ、グループワークの様子。