

〔原著論文〕

医療福祉系養成校学生の失語症理解度に関する検討

浅田 一彦¹⁾、藤原 健一²⁾、平川美和子³⁾、板垣喜代子³⁾、木村 綾子³⁾

要 旨

本研究では、医療福祉系養成校の学生へ失語症の啓発を行う際の基礎的知見を得ることを目的として、失語症の理解度を調査し、現状の問題点と課題について検討した。対象は本学在学中の看護学科、作業療法学専攻及び言語聴覚学専攻の学生90名である。3学科・専攻とも条件を揃えるため、臨床実習を終了した4年生とした。対象者の属性に関する質問紙と、辰巳ら(2017)が開発した失語症の理解度評価尺度Aphasia Knowledge Test-20(AKT-20)を実施した。AKT-20の下位項目は、“biomedical knowledge (BK)”8問(失語症の原因や出現率、症状、合併症など)、“coping knowledge (CK)”7問(失語症状の対処方法など)、“services knowledge (SK)”5問(リハビリテーション環境や社会サービスなど)の合計20問から構成されている。調査の結果、言語聴覚学専攻学生に比べてBKで看護学科学生と作業療法学専攻学生が有意に低下していた。また、実習等における失語症者担当経験の有無ではBK、CK、SKに有意差が認められず、実習による向上があまり期待できないことが推察された。以上のことから医療福祉系養成校に在籍する言語聴覚学専攻以外の学生の失語症に関する基礎知識の不足が明らかとなった。本研究の調査結果より、学生に対する失語教育の必要性が示唆された。

キーワード：失語症、Aphasia Knowledge Test-20、多職種連携教育

I. はじめに

大脳の損傷に由来する、一旦獲得された言語記号の操作能力の低下ないし消失を失語と呼ぶ¹⁾。つまり、失語症は大脳の言語中枢の損傷により後天的に生じる言語機能の障害である。聴く、話す、読む、書く、(加えて計算)のすべての側面に多かれ少なかれ障害が出現する。生れながらの障害ではなく、心理的な問題から発生するものでもない。また、記憶や知能の障害でもない。失語症の原因の多くは脳血管疾患であり、日本全国に推定20万人いるとも50万人いるともいわれる²⁾。主な症状としては、言いたいことばが思い出せない「喚語困難」、思ったことと違うことばを言う「錯語」、数字の誤り、聞いたことばの意味が理解できない「意味理解の障害」、さらに読み書きの障害などである。なお、言語以外の次のような側面は、失語症になっても病前と変わらない。その人らしい人格、感情表現、表情や雰囲気からの状況判断、社会的礼節、出来事の記憶、時間や場所の感覚、

等々である。

失語症は単に、ある機能が障害されたという道具立ての問題のみならず、その影響はコミュニケーションをはじめとする他者とのかかわり、日常生活、ひいては職業生活にまで及ぶ。しかしながら、失語症は「隠れた障害」³⁾と例えられるように、客観的把握が困難である。症状は多彩であり、脳損傷の部位や大きさ、侵襲性、合併症の有無などにより異なる⁴⁾。したがって、失語症は一般の方々はもとより、医療(福祉)従事者にとっても理解し難い障害の1つということが出来る。

医療福祉系の専門職を目指す学生においても例外ではない。医療福祉系養成教育は知識・技術の伝達を、講義・演習などにより養う学内教育と、医療福祉の臨地で患者に直接的に対応し知識・技術の適用、専門職としての態度を習得する学外での臨床実習によって達成される。この臨床実習において、コミュニケーション障害のある患者を担当する機会を得る学生は少なくないのが現状であり、その際、担当患者が例えば失語症者であった場合に、

1) 弘前医療福祉大学保健学部 医療技術学科言語聴覚学専攻 (〒036-8102 青森県弘前市小比内3丁目18-1)

2) 弘前医療福祉大学保健学部 医療技術学科作業療法学専攻 (〒036-8102 青森県弘前市小比内3丁目18-1)

3) 弘前医療福祉大学保健学部 看護学科 (〒036-8102 青森県弘前市小比内3丁目18-1)

その対応に苦慮したという声をよく耳にする。

このような背景のもと、養成校が果たすべき役割の1つとして、学生に対する失語症に関する啓発活動が重要であると考え。そのため、啓発活動を円滑に進めるために4つの手順を想定した。まずStep1として、医療（福祉）従事者を対象とした「失語症の理解度」や「失語症ケアの熟達度」等の評価に関する先行研究を概観し、医療（福祉）従事者の現状と課題を明らかにする必要がある。Step2では、医療福祉系養成校に在籍する学生に対して失語症の理解度を調査し、Step1で得られた知見と学生の現状から問題点と課題を検討する。そして、Step3ではStep2で得られた結果を踏まえ、学生に対する具体的な啓発活動の内容について検討し、失語症の啓発活動における失語教育プログラムの構築を行う。さらにStep4では失語教育プログラムによる啓発活動の効果を検証していく。

今回、Step2である医療福祉系養成校に在籍する学生に対して、失語症の理解度（症状や対処方法など）を調査し、現状の問題点と課題についてStep1の知見を踏まえて検討することとした。

II. 目的

本研究では、医療福祉系養成校の学生へ失語症の啓発を行う際の基礎的知見を得ることを目的として、失語症の理解度を調査し、現状の問題点と課題について検討した。

III. 対象及び方法

対象は本学在学中の看護学科、作業療法学専攻及び言語聴覚学専攻の学生合計90名である。3学科・専攻とも条件を揃えるため、臨地実習又は臨床実習を終了した4年生とし、本研究の協力に同意が得られた者を対象とした。調査期間は看護学科、作業療法学専攻が2018年7月、言語聴覚学専攻が2018年9月にデータの収集を行った。

調査方法は、無記名自記式による質問紙法を用いた。口頭及び研究の趣旨を記載した文書を用いて説明した後、質問紙を配付。同意が得られた学生から同意書と質問紙を回収した。

対象者には、対象者の属性（専攻、年齢、性別、実習等における失語症者担当経験の有無、失語症の知識に関する情報源）に関する質問紙と、辰巳ら⁴⁾が開発した失語症の理解度評価尺度 Aphasia Knowledge Test-20 (AKT-20) を実施した。なお、AKT-20を使用するにあたり、開発者の許可を得ている。この評価尺度は、Alzheimer

病の理解度尺度である“The revised 25-item Dementia Quiz”を参考にして、辰巳らによって作成された失語症のケアにおいて必要な基本的事項に関する質問紙である。AKT-20の下位項目は、失語症の原因や出現率、症状、合併症などbiomedical knowledge (BK)に関する質問が8問、失語症状の対処方法などcoping knowledge (CK)に関する質問が7問、リハビリテーション環境や社会サービスなどservices knowledge (SK)に関する質問が5問の合計20問から構成されている。回答法は5択方式（1つの正答、3つの誤答と「わからない」選択肢1つ）であり、AKT-20全体の正答率、BKの正答率、CKの正答率、SKの正答率を算出した。また、AKT-20の質問ごとに正答者数と誤答者数をカウントした。

分析は、言語聴覚学専攻学生群 (ST学生)、看護学科学学生群 (NS学生)、作業療法学専攻学生群 (OT学生) のAKT-20全体の正答率及びBK、CK、SKの正答率の比較にはKruskal Wallis検定及びその後の多重比較 (Steel-Dwass) を行った。また、ST学生、NS学生、OT学生のAKT-20全体の正答率について、実習等における失語症者担当経験の有無の2群比較を行うため、Mann-WhitneyのU検定を行った。さらに、正答率の多重比較 (Steel-Dwass) では、効果量 (r) を算出した。解析にはSPSS Statistics version 24及びEZR version 1.54を使用し、有意水準を5%未満とした。なお、ST学生、NS学生、OT学生のAKT-20全体の正答率及びBK、CK、SKの正答率についてはShapiro-Wilkによる正規性の検定を実施し、ST学生及びOT学生のAKT-20全体の正答率以外の全ての正答率において正規分布していないことを確認した。

倫理的配慮

研究の目的及び意義、方法、予想される効果、予想される危険性、同意しない場合でも不利益を受けないこと、個人情報取扱いについて、当該研究に係る資金源、起こり得る利害の衝突及び研究者等の関連組織との関わり、研究組織、研究担当者との連絡先について、口頭及び文書を用いて十分に説明を行った。

なお、本研究は弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：2018-5）。

IV. 結果

1. 対象の基本属性 (表1)

調査用紙の回収率は、ST学生100%、NS学生89.5%、OT学生90.9%であった。対象の内訳は男性27名、女性63名で、ST学生17名、NS学生43名、OT学生30名であり、3学科専攻とも女子学生の方が多く、また、年齢は

大半が21～25歳であった。実習等における失語症者担当経験の有無については、「有り」が45.6%であり、内訳は、ST学生が100.0%、NS学生30.2%、OT学生36.7%であった。失語症の知識に関する情報源として多かったのは（複数回答）、「講義」84.4%（ST学生：94.1%、NS学生：90.7%、OT学生：70.0%）と「教科書・医学雑誌」85.6%（ST学生：100.0%、NS学生：81.4%、OT学生：83.3%）で、次いで「学外実習」が35.6%（ST学生：70.6%、NS学生：18.6%、OT学生：40.0%）であった。

2. AKT-20の結果（図1）（表2-1、表2-2）

学科専攻別 AKT-20全体の正答率は、ST学生が中央値80.0（第一四分位75.0-第三四分位90.0）%、NS学生が65.0（57.5-72.5）%、OT学生が75.0（65.0-80.0）%であった。ST学生、NS学生、OT学生の被検者間比較(Kruskal Wallis検定)では有意であった ($\chi^2 = 27.92, p < 0.001$)。多重比較 (Steel-Dwass) の結果、ST学生とNS学生 ($p < 0.001$, 効果量 $r = 0.63$)、ST学生とOT学生 ($p < 0.01$, 効果量 $r = 0.43$)、NS学生とOT学生 ($p < 0.01$, 効果量 $r = 0.37$)の全てにおいて有意であった。次に、AKT-20の

表1 対象の基本属性

	全対象		ST 学生		NS 学生		OT 学生	
	n	%	n	%	n	%	n	%
性別								
男性	27	30.0	8	47.1	8	18.6	11	36.7
女性	63	70.0	9	52.9	35	81.4	19	63.3
年齢								
21～25 歳	86	95.6	15	88.2	41	95.3	30	100.0
26～30 歳	1	1.1	0	0.0	1	2.3	0	0.0
31～35 歳	1	1.1	1	5.9	0	0.0	0	0.0
36～40 歳	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
41～45 歳	2	2.2	1	5.9	1	2.3	0	0.0
実習等における失語症者担当経験の有無								
有	41	45.6	17	100.0	13	30.2	11	36.7
無	48	53.3	0	0.0	30	69.8	18	60.0
※無記入	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	3.3
失語症の知識に関する情報源 （※複数回答）								
講義	76	84.4	16	94.1	39	90.7	21	70.0
教科書・医学雑誌	77	85.6	17	100.0	35	81.4	25	83.3
学外実習	32	35.6	12	70.6	8	18.6	12	40.0
テレビ	9	10.0	2	11.8	6	14.0	1	3.3
インターネット	23	25.6	7	41.2	12	27.9	4	13.3
その他（ポスター）	1	1.1	0	0.0	1	2.3	0	0.0
その他（教員）	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	3.3

ST 学生：言語聴覚学専攻学生、NS 学生：看護学科学生、OT 学生：作業療法学専攻学生

下位項目について学科専攻別BKの正答率は、ST学生が中央値87.5(87.5-100) %、NS学生が62.5(50.0-75.0) %、OT学生が75.0(65.6-87.5) %であった。ST学生、NS学生、OT学生の被検者間比較 (Kruskal Wallis検定) では有意であった ($\chi^2 = 32.94$, $p < 0.001$)。多重比較 (Steel-Dwass) の結果、ST学生とNS学生 ($p < 0.001$, 効果量 $r = 0.64$)、ST学生とOT学生 ($p < 0.01$, 効果量 $r = 0.46$)、NS学生とOT学生 ($p < 0.001$, 効果量 $r = 0.49$) の全てにおいて有意であった。一方、学科専攻別CKの正答率は、ST学生が中央値85.7(85.7-100) %、NS学生が85.7(71.4-85.7) %、OT学生が85.7(71.4-85.7) %であった。ST学生、NS学生、OT学生の被検者間比較 (Kruskal Wallis検定) は有意ではなかった ($\chi^2 = 3.09$, $p = 0.213$)。他方、学科専攻別SKの正答率は、ST学生が中央値60.0(60.0-80.0) %、NS学生が40.0(20.0-60.0) %、OT学生が60.0(40.0-75.0) %であった。ST学生、NS学生、OT学生の被検者間比較 (Kruskal Wallis検定) では有意であった ($\chi^2 = 16.20$, $p < 0.001$)。多重比較 (Steel-Dwass) の結果、ST学生とNS学生 ($p < 0.001$, 効果量 $r = 0.48$)、NS学生とOT学生 ($p < 0.05$, 効果量 $r = 0.29$) で有意であった。

次に、学科専攻別の AKT-20 全体、BK、CK、SK の正答率について、実習等における失語症者担当経験の有無で 2 群比較 (Mann-Whitney の U 検定) を行った結果、NS 学生 (AKT-20 : $U = 180.5$, $p = 0.705$, BK : $U = 162.0$, p

$= 0.395$, CK : $U = 173.5$, $p = 0.574$, SK : $U = 129.0$, $p = 0.083$)、OT 学生 (AKT-20 : $U = 102.5$, $p = 0.933$, BK : $U = 86.0$, $p = 0.445$, CK : $U = 94.0$, $p = 0.672$, SK : $U = 93.5$, $p = 0.641$) とともに有意ではなかった。

V. 考察

1. 学生における AKT-20 の特徴及び課題

辰巳ら⁴⁾は、AKT-20の臨床的有用性を検証するとともに、病院や介護保険施設に勤務する医療・福祉・介護分野の専門職を対象に AKT-20 を用いて言語聴覚士、介護支援専門員、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士の正答率を調査している。その結果、AKT-20 全体の正答率と下位項目である BK、CK、SK の正答率のすべてにおいて言語聴覚士群より他の専門職が有意に低下していたことを報告している。今回、我々の調査では AKT-20 全体及び BK の正答率は ST 学生より NS 学生及び OT 学生が有意に低下していたが、CK の正答率はどの学科専攻の学生も有意差が認められず、SK の正答率では NS 学生が有意に低下しており、辰巳らの報告とは違う結果であった。この違いは、対象者が専門職の有資格者であるのか学生であるのかが影響していると考えられるが、辰巳らが調査した言語聴覚士、看護師、作業療法士における AKT-20 全体の正答率平均値

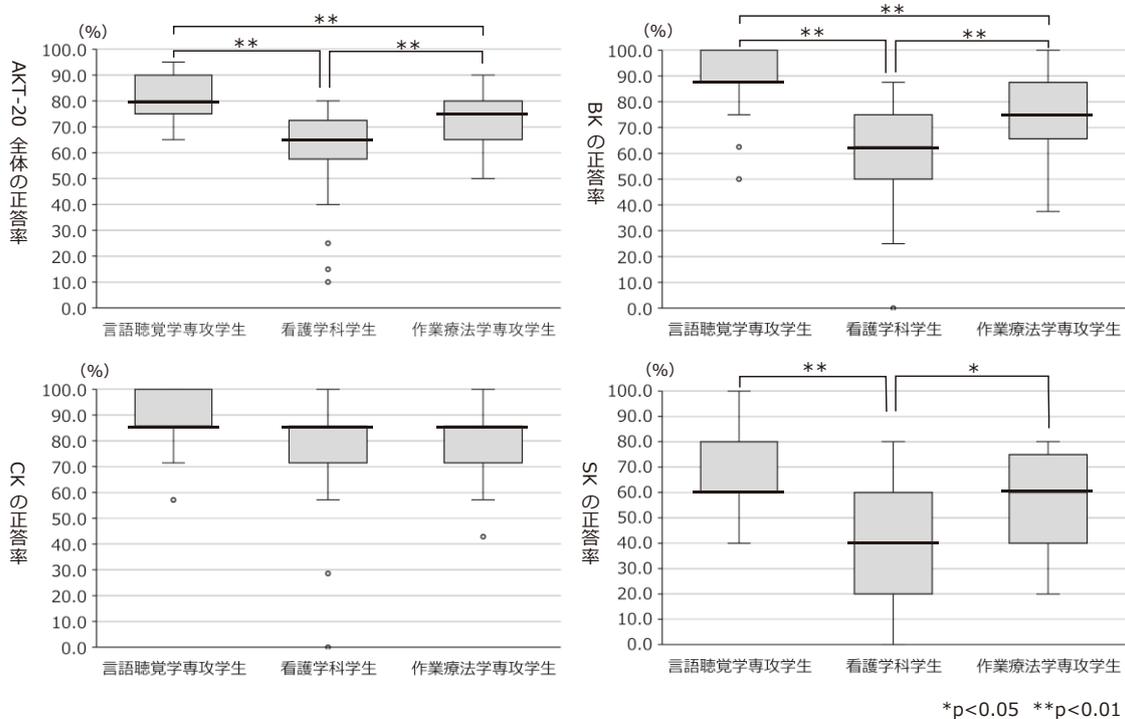


図1 AKT-20 における全体、BK、CK、SK の正答率

AKT-20: Aphasia Knowledge Test-20、BK: biomedical knowledge、CK: coping knowledge、SK: services knowledge

表2-1 AKT-20の結果 (①～⑩)

	全対象 n : 90 %	ST 学生 n : 17 %	NS 学生 n : 43 %	OT 学生 n : 30 %
※表内の斜体は正解を示している				
AKT-20 全体の正答率 (中央値)	70.0	80.0	65.0	75.0
biomedical knowledge 正答率 (中央値)	75.0	87.5	62.5	75.0
①失語症の原因ではないのは？				
1) 脳外傷	2.2	5.9	2.3	0.0
2) 脳卒中	1.1	0.0	2.3	0.0
3) 抑うつ	<i>91.1</i>	<i>88.2</i>	<i>90.7</i>	<i>93.3</i>
4) 脳腫瘍	3.3	5.9	0.0	6.7
5) わからない	2.2	0.0	4.7	0.0
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
②脳卒中における失語症の出現率は？				
1) 1～3%	1.1	0.0	2.3	0.0
2) 8～10%	17.8	5.9	14.0	30.0
3) <i>20～30%</i>	<i>41.1</i>	<i>35.3</i>	<i>44.2</i>	<i>40.0</i>
4) 50～70%	13.3	47.1	2.3	10.0
5) わからない	24.4	11.8	37.2	13.3
※無記入	2.2	0.0	0.0	6.7
③失語症の方にとって、負担の少ない作業は？				
1) <i>絵を描くこと</i>	<i>76.7</i>	<i>100.0</i>	<i>62.8</i>	<i>83.3</i>
2) 手紙を書くこと	3.3	0.0	7.0	0.0
3) 携帯電話をかけること	6.7	0.0	7.0	10.0
4) パソコンで文章を打つこと	8.9	0.0	14.0	6.7
5) わからない	4.4	0.0	9.3	0.0
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
④失語症の症状ではないのは？				
1) 相手の言葉が理解できない	7.8	0.0	11.6	6.7
2) 伝えたいことを、文字で書くことができない	1.1	0.0	2.3	0.0
3) <i>口がうまく動かさず、ご飯が食べにくくなる</i>	<i>54.4</i>	<i>100.0</i>	<i>32.6</i>	<i>60.0</i>
4) 計算ができない	33.3	0.0	46.5	33.3
5) わからない	3.3	0.0	7.0	0.0
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
⑤失語症の治療で正しいのは？				
1) 手術で、よくなる	0.0	0.0	0.0	0.0
2) 薬で、よくなる	0.0	0.0	0.0	0.0
3) リハビリテーションは、効果がない	0.0	0.0	0.0	0.0
4) <i>失語症のタイプや重症度によってさまざまである</i>	<i>94.4</i>	<i>100.0</i>	<i>90.7</i>	<i>96.7</i>
5) わからない	5.6	0.0	9.3	3.3
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
⑥失語症であっても、保たれやすい能力は？				
1) 地図の地名を、正しく音読する能力	2.2	5.9	2.3	0.0
2) <i>カラオケ (音楽) に合わせて、歌う能力</i>	<i>37.8</i>	<i>82.4</i>	<i>9.3</i>	<i>53.3</i>
3) 単語や文章を、ひらがなで書く能力	12.2	0.0	18.6	10.0
4) 新聞や雑誌を、声を出さずに黙読 (理解) する能力	42.2	11.8	60.5	33.3
5) わからない	5.6	0.0	9.3	3.3
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
⑦失語症の方に、伴いやすい精神症状は？				
1) 幻覚	3.3	0.0	2.3	6.7
2) 妄想	4.4	0.0	4.7	6.7
3) <i>抑うつ</i>	<i>70.0</i>	<i>94.1</i>	<i>62.8</i>	<i>66.7</i>
4) 躁状態	4.4	0.0	4.7	6.7
5) わからない	17.8	5.9	25.6	13.3
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
⑧失語症の方が、会話できない理由は？				
1) 口や舌が、麻痺しているため	11.1	0.0	23.3	0.0
2) 耳鳴りや、耳が聞こえにくくなったため	0.0	0.0	0.0	0.0
3) 喉が不調で、声が出しにくくなったため	1.1	0.0	2.3	0.0
4) <i>頭のなかで、言葉と意味が繋がらないため</i>	<i>82.2</i>	<i>100.0</i>	<i>62.8</i>	<i>100.0</i>
5) わからない	5.6	0.0	11.6	0.0
※無記入	0.0	0.0	0.0	0.0
coping knowledge 正答率 (中央値)	85.7	85.7	85.7	85.7
⑨失語症の方にとって、会話しやすい場面は？				
1) 多人数グループでの会話	2.2	5.9	0.0	3.3
2) テレビがついているリビングでの会話	2.2	0.0	0.0	6.7
3) <i>静かな落ち着いた部屋での会話</i>	<i>87.8</i>	<i>94.1</i>	<i>90.7</i>	<i>80.0</i>
4) にぎやかなところでの会話	0.0	0.0	0.0	0.0
5) わからない	5.6	0.0	4.7	10.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑩失語症の方が、正しく理解できていないようなときは？				
1) 大きな声で、もう一度言う	1.1	0.0	2.3	0.0
2) すぐに別の話題に切り替える	0.0	0.0	0.0	0.0
3) わかるまで、何度も繰り返す	1.1	0.0	0.0	3.3
4) <i>文字や絵を添えて、もう一度、ゆっくり話す</i>	<i>94.4</i>	<i>100.0</i>	<i>90.7</i>	<i>96.7</i>
5) わからない	1.1	0.0	2.3	0.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0

ST 学生：言語聴覚学専攻学生、NS 学生：看護学科学生、OT 学生：作業療法学専攻学生

表2-2 AKT-20の結果 (⑪~⑳)

	全対象 n : 90 %	ST 学生 n : 17 %	NS 学生 n : 43 %	OT 学生 n : 30 %
※表内の斜体は正解を示している				
⑪失語症の方が、言いたい言葉を思い出せないようなときは？				
1) 文字や絵を書くように促す	65.6	76.5	67.4	56.7
2) 言葉が出るまで、じっと待つ	26.7	23.5	20.9	36.7
3) 言葉で話すように、しっかりと励ます	1.1	0.0	2.3	0.0
4) すぐに別の話題に切り替える	1.1	0.0	0.0	3.3
5) わからない	3.3	0.0	4.7	3.3
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑫失語症の方が、間違った言葉を言った場合は？				
1) 言い間違いを指摘し、正しく修正させる	3.3	5.9	0.0	6.7
2) 前後の会話から正しい言葉を推測し確認する	92.2	94.1	90.7	93.3
3) 正しい言葉を言うまで、何度も言い直しさせる	0.0	0.0	0.0	0.0
4) 「わからない」と告げて、会話を中断する	0.0	0.0	0.0	0.0
5) わからない	2.2	0.0	4.7	0.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑬失語症の方が、リハビリテーションを拒否した場合は？				
1) 趣味や興味のあることなど、別の活動を薦めてみる	93.3	94.1	90.7	96.7
2) 叱責して、リハビリテーションを強引に受けさせる	0.0	0.0	0.0	0.0
3) 根気強く、リハビリテーションを受けるように説得する	0.0	0.0	0.0	0.0
4) 好きなことを、自由にさせておく	1.1	0.0	0.0	3.3
5) わからない	3.3	5.9	4.7	0.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑭失語症の方が、突然に怒り出したときは？				
1) リハビリテーションの課題に集中するように、強く促す	0.0	0.0	0.0	0.0
2) 安全を確認し、しばらくの間、様子をそっと見守る	52.2	52.9	41.9	66.7
3) 怒る理由について、本人にしっかりと確認する	42.2	41.2	48.8	33.3
4) 安全確保のため、ベッドや椅子に身体を拘束する	0.0	0.0	0.0	0.0
5) わからない	3.3	5.9	4.7	0.0
無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑮失語症のコミュニケーション法で、最も有効な手段は？				
1) 手話を使う	1.1	0.0	0.0	3.3
2) 点字を使う	0.0	0.0	0.0	0.0
3) 50音表を使う	15.6	0.0	20.9	16.7
4) 表情や身振りを使う	77.8	100.0	67.4	80.0
5) わからない	3.3	0.0	7.0	0.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
services knowledge 正答率 (中央値)	60.0	60.0	40.0	60.0
⑯失語症のリハビリテーションを担当する専門家は？				
1) 理学療法士	0.0	0.0	0.0	0.0
2) 作業療法士	1.1	0.0	0.0	3.3
3) 言語聴覚士	95.6	100.0	93.0	96.7
4) 心理療法士	0.0	0.0	0.0	0.0
5) わからない	1.1	0.0	2.3	0.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑰発症後、6か月以上経過した失語症の方が、病院の外来で言語リハビリテーションを受けることはできますか。				
1) 総合病院の外来通院では、まったくできない	2.2	11.8	0.0	0.0
2) 主治医の診断があれば、受けることができる	67.8	82.4	55.8	76.7
3) 家族の懇願書があれば、受けることができる	2.2	5.9	0.0	3.3
4) 保健所の許可があれば、受けることができる	0.0	0.0	0.0	0.0
5) わからない	24.4	0.0	37.2	20.0
※無記入	3.3	0.0	7.0	0.0
⑱介護保険で、言語のリハビリテーションを受けにくいのは？				
1) デイサービス	22.2	23.5	16.3	30.0
2) 通所リハビリテーション	3.3	11.8	2.3	0.0
3) 訪問介護	42.2	47.1	34.9	50.0
4) 訪問リハビリテーション	6.7	11.8	7.0	3.3
5) わからない	21.1	5.9	30.2	16.7
※無記入	4.4	0.0	9.3	0.0
⑲身体障害者手帳で、言語機能の「完全喪失」は何級ですか？				
1) 1級	28.9	41.2	27.9	23.3
2) 2級	3.3	5.9	4.7	0.0
3) 3級	7.8	23.5	2.3	6.7
4) 4級	13.3	11.8	4.7	26.7
5) わからない	44.4	17.6	55.8	43.3
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0
⑳失語症の方が身体障害者福祉制度上の給付が受けられる、「補助具・日常生活用具」は？				
1) 視覚障害者用拡大読書器	1.1	0.0	0.0	3.3
2) 聴覚障害者用情報受信装置	4.4	5.9	0.0	10.0
3) 点字ディスプレイ	10.0	0.0	16.3	6.7
4) 携帯用会話補助装置	45.6	88.2	25.6	50.0
5) わからない	36.7	5.9	53.5	30.0
※無記入	2.2	0.0	4.7	0.0

ST 学生：言語聴覚学専攻学生、NS 学生：看護学科学生、OT 学生：作業療法学専攻学生

(それぞれ86.9%, 61.7%, 72.6%)が本学のST学生、NS学生、OT学生の中央値(それぞれ80.0%, 65.0%, 75.0%)と近似していたことは特筆すべきことである。つまり、失語症に関する理解度は、言語聴覚士、看護師、作業療法士の養成校として良好な教育効果が認められていると推察できる。また、BKである失語症の原因・出現率・症状・合併症等の医学的知識に関連する正答率は、辰巳らの言語聴覚士(95.8%)、看護師(61.4%)、作業療法士(81.7%)と比較して、ST学生(87.5%)、NS学生(62.5%)、OT学生(75.0%)であり、失語症の専門家である言語聴覚士には及ばないものの学生としては医学的知識が概ね修得されていると考えられる。一方、CKである失語症状の対処方法に関連する正答率は、辰巳らの言語聴覚士(87.6%)、看護師(73.2%)、作業療法士(78.9%)と比較して、ST学生(85.7%)、NS学生(85.7%)、OT学生(85.7%)であり、学生として十分な対処方法が身についていると推察できる。他方、SKである失語症のリハビリテーション環境や社会サービスに関連する正答率では、辰巳らの言語聴覚士(77.3%)、看護師(50.5%)、作業療法士(59.2%)と比較して、ST学生(60.0%)、NS学生(40.0%)、OT学生(60.0%)であり、臨床経験の乏しい学生において身につけていない領域であることが窺える。

専門職における失語症に関する知識や対応に関連する先行研究では、看護師を対象とした研究が散見され、片岡ら⁵⁾は急性期脳神経病棟の看護師を対象とした調査において、失語症患者に対する知識不足を明らかにしており、言語聴覚士との連携が重要であるとしている。また、Hersh et al.⁶⁾は同じく急性期病棟の看護師を対象に調査を行い、失語症を理解したうえでのコミュニケーションの工夫が必要であると指摘した。このように臨床場面では失語症を呈している症例に対して言語聴覚士以外の多職種においても失語症の理解と適切な支援方法の修得がさらに必要とされている。また、失語症に関する理解度では、今回の結果において専門職養成校の学生と臨床現場の専門職との間に顕著な違いとなっておらず、養成校で修得した知識及び技術が臨床現場でのその後の知識及び技術レベルに影響している可能性がある。

さらに、学科専攻別のAKT-20全体、BK、CK、SKの正答率は、実習等における失語症者担当経験の有無で有意差が認められず、臨地実習又は臨床実習では失語症に関する理解度の向上が得られにくい結果となった。Higgs⁷⁾は身体障害者に対する態度を接触経験と知識との両面から検討し、接触経験が多いものは身体障害についての知識も多く、身体障害に対する態度も肯定的であると述べており、知識と接触経験とは関連があることが推察される。しかしながら、臨床現場では失語症に対す

る知識及び技術の向上が多職種に求められているにも関わらず、ST学生に比べてNS学生やOT学生は保健師助産師看護師学校養成所指定規則又は理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則に基づいたカリキュラムであるため、失語症に関連する講義時間数が少ない。そのため、ST学生に比べて知識及び技術の修得レベルが十分でないことに加えて、専門職として掲げる治療の到達目標にも違いがあり、臨地実習又は臨床実習において失語症を経験する機会があっても失語症に関する理解度の向上に結び付きにくい可能性が高い。したがって、実務経験が豊富な言語聴覚士の資格を持つ教員によるNS学生及びOT学生への直接指導は、失語症を理解する上で、非常に効果的であると考え⁸⁾。また、失語症者との接触機会である失語症友の会や失語症サロン等のボランティア・スタッフとして参加機会を設けることや、多職種連携に関連する学科専攻合同科目の中で言語聴覚士による直接指導、あるいは臨地実習又は臨床実習前後の失語症に関連する知識及び技術の支援を行うことが必要であると考えられる。

以上のことから、臨床現場で必要とされる失語症に関連する知識及び技術の教育は、卒後教育よりも卒前である専門職養成校において言語聴覚士による教育が重要であることが示唆された。また、ST学生よりも正答率が低い失語症の原因・出現率・症状・合併症等の医学的知識、全体的に正答率が低い失語症のリハビリテーション環境や社会サービスについては特に積極的に教育内容に取り込み、臨地実習又は臨床実習での経験が失語症の理解度の向上に繋がるようカリキュラムを含めた教育内容の再編の必要性が本研究結果から示唆された。

2. 本研究の限界と今後の展望

今回は1校のみの看護学科、作業療法学専攻及び言語聴覚学専攻学生が研究対象であり、将来失語症者のケアに携わる可能性のある医師、理学療法士、心理職、社会福祉士、介護福祉士といった医療福祉系専門職を目指す学生は含まれていないことに加えて言語聴覚学専攻学生のサンプルサイズが少ないため一般化できない。医療福祉系養成校で学ぶ学生全体の実態をある程度把握するためには対象規模の拡大が必要である。また、対象学生の失語症に関する理解度と実際の対応状況との関連については明らかではない。

しかし、以上の限界はあるものの医療福祉系養成校に在籍する学生の失語症に関する理解度の現状について、いくつかの知見を得ることができた。今回の結果を踏まえて、今後の展望として、失語教育プログラム等の検討と失語症の啓発活動の効果検証を行う必要があると考えられる。

VI. 結 論

本研究では、医療福祉系養成校の学生へ失語症の啓発を行う際の基礎的知見を得ることを目的として、失語症の理解度を調査し、現状の問題点と課題について検討した。

医療福祉系養成校に在籍する学生では、臨床現場で求められる失語症に関する知識及び技術の不足が認められ、その不足は卒業後の臨床現場にも影響を及ぼす可能性が推察された。さらに、養成校での臨地実習又は臨床実習ではこの不足を向上させるには至っていないことから、養成校での失語教育の重要性が浮き彫りになった。本学言語聴覚学専攻には、言語・コミュニケーション障害を専門とする教員（言語聴覚士）が所属している。本研究の調査結果に基づき、例えば、言語聴覚学専攻教員が他学科・専攻の学生にレクチャーを行う等、カリキュラムを含めた教育内容の再編の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究は弘前医療福祉大学学長指定研究により実施された。なお、本論文の一部要旨は第6回保健科学研究発表会（2019年9月、弘前市）で発表した。

著者の役割分担

上記に関しては、以下の役割分担とした。

浅田 一彦 : 研究計画、データ収集・処理・解釈、論文執筆
藤原 健一 : 研究計画、データ収集・処理・解釈
平川 美和子 : 研究計画、データ処理・解釈
板垣 喜代子 : 研究計画、データ解釈
木村 綾子 : データの収集

利益相反

本研究には、利益相反に関して申告すべき内容は含まれてはいない。

文 献

- 1) 山鳥重：言語の障害. 神経心理学入門（初版）. 157-251. 東京：医学書院. 1985.
- 2) 特定非営利活動法人全国失語症友の会連合会：「失語症の人の生活のしづらさに関する調査」結果報告書. 2013.
- 3) Orchardson, R.: Aphasia—the hidden disability. Dental Update. 39(3): 168-170, 2012.
- 4) 辰巳寛、仲秋秀太郎、佐藤正之、前島伸一郎、山本正彦：メディカル・スタッフのための失語症の理解度評価尺度 Aphasia Knowledge Test-20の開発. 総合リハビリテーション. 45(4): 357-365, 2017.
- 5) 片岡恵理、田中英利子、森山綾美、西野由理江、清水登紀子：急性期脳神経病棟の看護師における失語症を呈する患者に対するイメージと関わりの認識. 日本看護学会論文集 急性期看護. 45: 266-269, 2015.
- 6) Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N. & Bernhardt, J.: “Ward talk”, Nurses’ interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. Aphasiology. 30(5): 609-628, 2016.
- 7) Higgs, R.: Attitude formation-Contact or information? Exceptional Children. 41(7): 496-497, 1975.
- 8) Jensen, L., Løvholt, A., Sørensen, I., Blüdnikow, A., Iversen, H., Hougaard, A., Mathiesen, L. & Forchhammer, H.: Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and in-hospital patients with aphasia. Aphasiology. 29(1): 57-80, 2015.

Investigation on the Level of Understanding on Aphasia in the Students of a Healthcare and Welfare Professional Training School

**Kazuhiko Asada ¹⁾, Kenichi Fujiwara ²⁾, Miwako Hirakawa ³⁾,
Kiyoko Itagaki ³⁾ and Ryoko Kimura ³⁾**

- 1) Hirosaki University of Health and Welfare, Department of Rehabilitation Sciences, Division of Speech-Language-Hearing Therapy (3-18-1 Sanpinai, Hirosaki 036-8102, Japan)
- 2) Hirosaki University of Health and Welfare, Department of Rehabilitation Sciences, Division of Occupational therapy (3-18-1 Sanpinai, Hirosaki 036-8102, Japan)
- 3) Hirosaki University of Health and Welfare, Department of Nursing (3-18-1 Sanpinai, Hirosaki 036-8102, Japan)

Abstract

This study surveyed the students of a healthcare and welfare professional training school on their levels of understanding about aphasia and investigated the current problems and challenges in providing basic data for increasing their awareness about aphasia. Ninety students in the departments of nursing, occupational therapy, and speech-language-hearing therapy participated in this study. For consistency of participant characteristics, all participants from the three departments were fourth-year students who had completed their clinical practicums. Participants completed a questionnaire about their basic demographics and the Aphasia Knowledge Test-20 (AKT-20), a scale developed by Tatsumi et al. (2017) to evaluate the level of understanding on aphasia. The subscales of the AKT-20 comprises 20 questions, including 8 about “biomedical knowledge” (BK; e.g., causes, prevalence, symptoms, and complications of aphasia), 7 about “coping knowledge” (CK; e.g., coping methods for aphasia symptoms), and 5 about “services knowledge” (SK; e.g., rehabilitation conditions and social services). The survey results revealed that nursing and occupational therapy students scored significantly lower in BK than speech-language-hearing therapy students. Moreover, the experience of being assigned to care for aphasic individuals in practicums or other occasions did not contribute to any significant difference in BK, CK, or SK scores, suggesting that practicums cannot be expected to improve knowledge. These results revealed the lack of basic knowledge on aphasia in healthcare and welfare professional training school students, except for those of the speech-language-hearing therapy program, suggesting the importance of reinforcing education on aphasia in healthcare and welfare professional training programs.

Keywords: Aphasia, Aphasia Knowledge Test-20, Multidisciplinary Education