

# こくさいしつごれんごう 国際失語連合 (Aphasia United) による

## しつご ひとびと 失語のある人々のためのリハビリテーションのあり方への提言

### まえがき 前書き

しつご じんせい とちゅう とつぜん お しょうがい のう げんご  
失語は、人生の途中で突然起きたコミュニケーションの障害である。脳の言語の  
りょういき そんしょう お げんいん のうそちゅう おお のうがいしょう のうしゅよう  
領域が損傷されたために起きる。原因は脳卒中が多いが、脳外傷や脳腫瘍などでも  
おきる しつご はな りかい よ か こんなん  
起きる。失語になると、話すこと、理解すること、読むこと、書くことが困難になる。  
コミュニケーションは日常生活でとても重要であるため、失語は社会での人とのつな  
がり、社会への参加、幸せに生きることに対して悪影響をもたらすことが多い。失語  
のある人々は発症前の知性を保っている。しかし、その知性がコミュニケーション  
しょうがい かく しつご ひとびと ちてき のうりよく ていか  
障害によって隠されてしまうことがある。失語のある人々が知的な能力も低下してい  
るかんが かんが うえ じょうほう かつどう りかい  
ると考えられてはいけない。コミュニケーションの上で情報や活動を理解できれば、  
しつご ひとびと じぶん き かつどう さんか  
失語のある人々は自分で決めることができ、活動にも参加できる。  
しつご ひとびと まわ ひとり ひと たいせつ せつ けんり も  
失語のある人々は、周りから一人の人として大切に接してもらい権利を持っている。  
また、しつご ひと おな ほけん いりょう ふくし う けんり も  
失語のない人と同じような保健・医療・福祉サービスを受ける権利を持っている  
(たとえば、ひつよう じょうほう え じぶん けつてい しつご ひとびと  
必要な情報を得て自分のための決定をすることなど)。失語のある人々  
とその家族は、かぞく てきせつ う けんり も  
適切なサービスを受ける権利を持っており、それによって、その人のコ  
ミュニケーションがよくなり、かつどう じぶん えら さんか  
活動が良くなり、活動を自分で選んで参加できるようにならなければなら  
ない。しつご ひとびと ひと ちゅうしん きょうどうさぎょう  
失語のある人々へのサービスは、その人たちを中心とした共同作業でなければ  
ならない。

つぎ しめ 失語のある人々に関わる保健・医療・福祉サービスのあるべき姿へ  
ていげん 提言である。この提言は、世界中の資料から集成したものである。引用元の資料  
ぶんけんばんごう 文献番号を、内容の科学的根拠のレベルとともに掲載している。中には直接引用され  
ていないものもあり、資料間で共通するテーマは一つで代表させている。科学的根拠  
のレベルについては、引用元の資料を参照していただきたい。大半の提言は脳卒中ガ  
イドラインからの引用である。他の病気や失語に特定したガイドラインからではないこ  
とに留意されたい。

## こくさいしつごれんごう 国際失語連合（Aprasia United）による

### しつご 失語のある人々のためのリハビリテーションのあり方への提言

1. のうそんしょう 脳損傷や進行性脳疾患のある患者はすべて、コミュニケーション障害がないか、  
かんいけんさ 簡易検査で確認されなければならない（文献1, 2, 3, 5, 7, 8, 9；レベルC）。
2. コミュニケーション障害が疑われる人々は、国家資格を持つ専門家により評価さ  
れなければならない。その評価では、簡易検査だけでなく、疑われるコミュニケ  
ーション障害の性質、重症度、それが個人の生活に与える影響についても判定  
されなければならない（文献1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9；レベルB, C）。
3. 失語のある人々は、失語、失語の原因疾患（脳卒中など）、治療の選択肢につい  
て、自分の情報を受け取るべきである（文献1, 5, 6, 7, 8, 9；レベルA-C）。この  
ことは急性期から慢性期まで医療・福祉のすべての段階にあてはまる。
4. 失語のある人々には、必要なことや望むことを伝える手段（例：代替コミュニケー  
ーション手段、介助、訓練を受けた会話パートナー）が確保されるべきである。また

はその達成のための方法や時期に関する支援計画書が提供されるべきである。それらが無いのに訓練や支援が停止されることがあってはならない（レベル：専門家の見解）。

5. 失語のある人々は、コミュニケーションと生活に実際に役立つよう計画された訓練や支援を提供されるべきである。それは十分な量で個人に合わせたものでなければならない（文献1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9；方法・頻度・時期によりレベル A から専門家の見解まで）。この訓練や支援は、資格のある専門家の指導に基づいて考えられ実施されるべきである。

- a. 訓練や支援の内容には、機能障害改善のための訓練、補助的コミュニケーション訓練、会話訓練、活動や参加を促進するための訓練、環境調整およびコミュニケーション支援の訓練や拡大代替コミュニケーションがある。
- b. 訓練や支援のやり方には、個別訓練、集団訓練、通信機器を用いたリハビリテーション、コンピューターを利用した訓練がある。
- c. 失語のある人々は、非進行性の脳損傷（脳卒中など）でも進行性の脳損傷でも、訓練や支援から恩恵を受ける。
- d. 脳卒中などの非進行性の脳損傷による失語のある人々は、急性期でも慢性回復期でも訓練や支援を受けることができる。

6. 会話パートナー訓練は、失語のある人々のコミュニケーションを良くするために提供されるべきである（文献1, 2, 3, 5, 8；レベル A, B）。

7. 失語のある人々の家族や介護者も、リハビリテーションに関わるべきである（文献1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9；レベル A-C）。

- 家族や介護者は、失語の原因と結果について教育と支援を受けるべきである（レベル A）。
- 家族や介護者は、失語のある人々とコミュニケーションをとるやり方を学ぶべきである（レベル B）。

8. 失語のある人々のためのサービスは、その人の文化に合うものであり、個人にとって適切であるべきである（文献1, 2, 5, 8；レベル：専門家の見解）。
9. 失語のある人々に関わる医療・福祉従事者は、支援が急性期から終末期まで続く中で、失語について学び、コミュニケーションを支援するよう訓練されるべきである（文献2, 3；レベルC）。
10. 失語のある人々が使う情報は、失語があってもわかりやすく、使いやすい形で用意されるべきである（文献1, 3, 5, 7, 8；レベルC）。

#### 科学的根拠のレベルについて

- レベルA：行うように勧められる十分な信頼できる科学的根拠がある。
- レベルB：多くの場合において行うように勧められる科学的根拠がある。
- レベルC：行うことをある程度支持する科学的根拠がある。
- レベルD：科学的根拠は弱い。
- 専門家の見解：提言内容は、専門家の意見や合意に基づく。

#### この提言の資料となった文献

- Intercollegiate Stroke Working Party. (2012). *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians.
- Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care* (Update 2013). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network.
- Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 41:2402-2448.
- National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway*. <http://www.aphasiapathway.com.au/>

5. National Stroke Foundation Australia (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Prevention and Management*. Melbourne Australia.  
[http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical\\_guidelines\\_stroke\\_managment\\_2010\\_interactive.pdf](http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf)
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005). *RCSLT Clinical Guidelines*. London: RCSLT.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning A National Clinical Guideline*. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2010*. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand  
<http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). *Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline*.  
<http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>