
 ■第25回日本失語症学会・会長講演

わが国における失語症リハビリテーションの流れ

竹田 契一*

(失語症研究 22(2) : 103~107, 2002)

I. ステハン・フウゴウ —日本の失語症研究の始まり—

かつて筆者がその編纂に携わった日本失語症文献集成(1972)によれば, 1909年にステハン・フウゴウによる「神経疾患ニ来ル言語障碍ニ就イテ」が細谷雄太により紹介されたのが, わが国における失語症言語治療の最初の文献である。その中で, フウゴウはBroca失語症に対して, ①失語症は治療の対象となりうること, ②訓練には数ヵ月~2年かかること, ③語音の繰り返しが有効であること, ④左手の書字練習が必要であることの4点を強調している。

ただし, 失語症そのものを紹介した論文はさらに古く, 1893年の大西鍛による「失語症(アフアジー)ニ就イテ」, 同じく1893年, 渡邊栄吉による「皮質運動性失語症」の症例報告がもっとも古い文献であると考えられる。また1895年には三浦謹之助の「失語症」の紹介論文がある。

失語症セラピーの歴史は1860年代のBrocaの時代にまで遡る。当時は聴覚障害児・者に対して行われていた口型模倣を中心とする「聾啞教育法」や吃音・構音障害児童に行われていた発音指導法を失語症患者に応用していた。また幼児教育にヒントを得た歌を歌う, リズムを取る, 音を繰り返し言うなどの指導が使われていたようである。1940年代に入りGoldsteinの『Language and language disturbance』(1948)が出版されるとヨーロッパのみならずアメリカ合衆国でも当

時の聾啞教育で系統的指導法として採用されていた視覚刺激法(文字の形と口型を連携させ意味へと結びつける方法)が取り入れられるようになった。またこの方法は連合作用(motor association)とも呼ばれBroca失語の指導として使われるようになった。

わが国の失語症研究の歩みを見てみよう。日本失語症文献集成によれば, 1893~1971年までの78年間に専門誌に発表された失語症関連の論文は, 合計340論文であった。その内訳を見てみると, 失語症総論65, 症例報告91, 剖検所見37, 治療(薬物など)7, テスト法17, 音声・言語・心理27, 失語症セラピー31, 大脳半球優位性9, 失行・失認3, 失読失書19などである。78年間で失語症セラピーに関する論文が31あるが, ほとんどの研究が1966~1971年の間に集中的に発表されている。

それ以前の日中戦争, 第二次大戦から, 敗戦直後にかけての時期は, 日本の失語症研究の黎明期ともいえる時代であり, 特筆すべき論文がいくつかみられる。1つは三浦岱栄による海外失語症研究の紹介, 特にHeadのテストの紹介である。次に井村恒郎の「失語—日本語における特性—」(1943), さらに大橋博司の「失文法, 日本語における二, 三の特質」(1952)など日本語を母国語とする失語症者の言語学的特性について初めて記載された貴重な研究がこの時期に集中している。

系統的な失語症リハビリテーションの研究は, やはりアメリカ合衆国に始まる。第二次世界大戦

*大阪教育大学

終了後、アメリカではシカゴ大学の Wepman 教授によって退役軍人の失語症の研究が精力的に進められた。その集大成として1951年に『Recovery from aphasia』が出版されているが、失語症の予後については比較的楽観的な記述がなされている。1960年代のアメリカの大学院の失語症授業は Wepman の著書が教科書であり、使用されたテストも Wepman 作成の LMTA (Language Modalities Test of Aphasia) であった。1963~1965年筆者自身ミシガン大学大学院在学中に使用したのもこの Wepman の著書であった。

II. アメリカの失語症学派

アメリカの失語症研究の流れを強いて分けるとすると、高次脳機能障害の臨床研究の「ボストン学派」と、失語症のリハビリテーションで有名な Mayo Clinic を中心とする「ミネソタ学派」となる。ボストン学派は Goodglass, Sparks, Geschwind, Benson, Albert, Helm-Estabrooks, そしてそれをわが国に伝えた Yamadori (山鳥重) などの研究者が該当する。またボストン失語症検査として全米で使われている BDAE (The Boston Diagnostic Aphasia Examination) は、失語症のタイプをテスト・プロフィールから読み取ることが可能であり、病巣部位との関連も示唆されるユニークなテストである。

ミネソタ学派は、Darley, Schuell, La Pointe, Rosenbek, Sasanuma (笹沼澄子) などがこのグループに入る。ミネソタ学派はまた Schuell を中心にミネソタ式失語症鑑別診断検査 (Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia) を作成した。

現在の系統的な失語症リハビリテーションの原型は1960年代の Mayo Clinic での臨床研究が始まりと考えられている。21世紀初頭の当学会総会の特別講演者として、失語症リハビリの原点であるミネソタ学派の中心的研究者である La Pointe と Rosenbek をお招きできたことは意義深いものがある。

1960年代のアメリカでの失語症訓練は、Wepman, Schuell の影響を強く受けていたため、絵

カードを直接患者にみせ、繰り返し名称を言わせる「刺激法 (Stimulation Method)」が全盛であった。また Schuell の影響もあり失語症のもっとも基本的な問題は「聴覚理解の障害」であるとの見解で訓練全体に聴覚刺激の反復トレーニング (reauditorization) を行うのを日常としていた。刺激法は、基本的には以下の6段階から構成される。①強力な聴覚刺激、②適切な言語刺激、③反応を生起させる刺激、④感覚刺激の反復使用、⑤強制を受けない反応の生起、⑥最大限の反応の生起。この考え方の背景には当時の障害児教育で使われ始めた S-R (刺激-反応) 理論がある。繰り返し学習の中で正しい反応を強化 (reinforcement) していくという考え方である。当時から最新の情報を持ち系統的な失語症訓練を行っていた全米の退役軍人病院 (Veteran's Administration Hospital) でも訓練の中心は刺激法であった。

III. ISTA (失語症強化言語訓練) とは

1960年代の初頭から1970年にかけて、ミシガン大学スピーチ・クリニックにおいて全米で初めて12週間宿泊の失語症強化言語訓練が開始された。ISTA (Intensive Speech Therapy for Aphasics) と呼ばれ、全米からその効果が注目された失語症の特別トレーニングプログラムである。幸いにもこの ISTA に筆者が参加することが可能となり、1963~1965年の3カ年にわたって実際のスピーチセラピーを体験した。このミシガンでの貴重な経験が1970年代の伊豆山温泉病院での失語症リハビリテーションの基礎を作ったと言っても過言ではない。ISTA では、発症から2ヵ月が経過した失語症患者20名を全米から集め、12週間にわたり、週に5日間毎日5時間以上ミシガン大学の構内にあるスピーチクリニックにおいて強化訓練を行うものである。言語学者の Tikofsky 教授のスーパーバイズのもとに10人のクリニシャンが指導に当たった。主に絵カードによる呼称を中心にした刺激法であったが、基本的には日常生活に役立つ能力を見つけ、集中的に訓練していく方法がとられていたため、functional abilities approach (実用的アプローチ)

2002年6月30日

(105) 19

と呼ばれた。この、当時のミシガン大学の訓練のノウハウが全米の失語症指導のモデルとなっていた。

さてわが国で失語症リハビリテーションが本格的に始まるきっかけを作ったのは、私が知る限り Martha Taylor Sarno 女史であると思う。1964年長野県の鹿教湯温泉療養所（現在のリハビリテーションセンター鹿教湯病院）に来られ（当時はまだ Martha Taylor）、個別指導の訓練室、教材、セラピストの養成などについて意見を述べられた。Taylor 女史から効果的な練習用機器として language master を紹介され、日本で最初にこの機器を購入したのも鹿教湯温泉療養所である。

IV. Palmer 博士の影響

1960年代にはほかに Kansas State University の Palmer の影響が大きい。WHO の関係で東京に来られ、日本の聴覚言語障害の臨床・研究について示唆に富む意見を述べられた。これがきっかけで田口恒夫、神山五郎、柴田貞雄、佃一郎、長沢泰子、飯高京子など多数の研究者が Wichita, Kansas に留学し、Palmer 博士の教えを請うことになった。Wichita のスピーチクリニックで最先端の聴覚言語障害臨床を習得し帰国した彼らが、わが国のその後のコミュニケーション障害に関する臨床研究の中心的役割を担ってこられたのは周知の事実である。

V. 言語病理学入門初級講座の開始 (1966～1968)

将来の ST の国家資格制度を見据え、日本で最初のスピーチセラピストの養成プログラムが開始された。4年制大学卒の1年課程で、定員は30名だった。東京の碑文谷にあった日本ベル福祉協会の言語障害部門（佃一郎が所長）が主体となり3年間で合計80名の卒業生を出した。講師陣はアメリカで言語病理学の修士、博士課程を終了してきたものが中心となり、それに東京大学の耳鼻咽喉科学教室、その他の専門家がバックアップして講義を行った。この講座で聴覚・言語障害に関する基礎と臨床を学んだ人達が、終了後には全国

の病院、施設にスピーチセラピストとして就職した。当失語症学会の現在の理事、評議員の中にも当該講座に関係した講師、および当時講座を受講した卒業生が多数含まれている。

VI. 国による ST の養成始まる

1971年4月より国立聴力言語障害センター附属聴能言語専門職員養成所が新宿区戸山町に開設された。4年制大学卒業後の1年制であった。1979年より国立身体障害者リハビリテーションセンター学院として埼玉県在所沢市に移転し、1992年より2年制となった（学院長 柴田貞雄）。今までの約1,000名の卒業生が医療、福祉、教育の現場で活躍しており、当学会の中でも中心的存在となっている。

VII. 失語症コンピュータ研究会の発足 (1965～1969)

1965年、当時国立聴力言語障害センターの言語課長であった神山五郎氏の指導のもとに、当時新しい統計処理として注目されていた因子分析による失語症解析の勉強会が、東京大学医学部物療内科の高橋暁正氏を講師に迎え、毎週月曜日の早朝7時より10人程度の有志によって行われた。「シュールー笹沼失語症簡易検査」を80例の失語症患者に施行し、その結果の因子分析を行った。

特に検討した項目は、採点法、検査の下位項目の修正、追加などで、1967年の日本リハビリテーション医学会総会において、「失語症の情報科学的研究第1報-第6報」として発表した。この年から本格的な失語症検査法の開発が始まった。

VIII. 伊豆韮山温泉病院での臨床 (1968～)

1968年に筆者が、伊豆韮山温泉病院スピーチリハビリテーションクリニック室長となり、「失語症のリハビリテーションとは」、「失語症の予後は」、「失語症検査法の完成」を命題に失語症の治療研究に取り組むこととなった。

検査法作成に関しては、幸いにも厚生省より特別研究費があり、全国規模での医療現場の協力もあり、1974年に標準失語症検査 (SLTA) とし

て完成する。

当時の長谷川恒雄院長（日本失語症学会前理事長）の卓越した指導力のもとに数人の神経内科医が加わり、脳卒中のリハビリテーションが始まった。加藤正弘氏（現日本失語症学会理事長）もその1人である。当時の失語症リハビリテーションとしては破格の扱いを受け、失語症の訓練室5部屋、セラピスト7名という恵まれた環境でのスタートであった。伊豆韮山の第1期の失語症臨床で育った人たちには、佐野洋子、柏木あさ子、柏木敏宏、熊倉勇美、中嶋京子、田村洋子、岩田まな、など多数の優れた臨床家があり、すべて現在の失語症学会の中心メンバーである。

伊豆韮山温泉病院では1973～74年ミシガン大学で行われたISTAを試験的に行った。1日4時間、1週平均18.5時間のハードスケジュールで7名のBrocaタイプの失語症患者に3ヵ月間の集中訓練であった。呼称、書字、理解力を中心に、広くコミュニケーション全般の改善を目指したトレーニングを行いその効果を測定した。この研究から刺激法のみでの訓練の限界が明確になり、広く日常生活に密着した「生きたことば」の習得の必要性へとセラピーが変化していくきっかけとなった。

IX. 失語症リハビリテーションの 考え方の変遷

Brookshireによる『An introduction to neurogenic communication disorders』の中に1960年代以降のミネソタ学派の失語症リハビリテーションの考え方が詳しく紹介されている（Brookshire 1992）。筆者がミシガン大学で経験したISTAとその考えが一致するので一部紹介する。

①“Train and hope” 3ヵ月1単位のセラピーを2～3回繰り返す、その後は積極的な対策は取らない。日常生活に汎化（carry over）することをひたすら期待して待つ。②“Train sufficient exemplars” 患者とセラピスト1対1の指導の中で、基本例を挙げ、その表現が使われる場面を徹底的に繰り返すことが汎化につながると考えた。③“Train loosely” 自然のさまざまな言語環境を想定し、色々な文脈の中で意志の疎通をはかるト

レーニングが生まれた。この方法は患者の自発性を重視するということもあり、やる気に繋がりやすく、汎化しやすいという考え方である。

またジェスチャーよりも話しことばや書字にこだわる指導が多く、場面にあった簡単な表現が表出できると必ず「ほめる」という方法が取られ、自然に話すこと、書くことが正の強化刺激となっていた。その後“Self generated cues”（ヒントを使用することにより、より覚えにくい表現を思い出す呼称訓練）が使われるようになり、日常生活場面で使うことばを訓練で取り入れるようになった。また汎化が望ましい場面をすべて練習していく方法も取られた。このように刺激法をベースに以上述べた考え方が初期のわが国の失語症リハビリテーションの“philosophy”または“rational”な理論的背景となっていく。

X. 韮山カンファレンスの発足 (1969～1976)

日本失語症学会の基礎作りに貢献した韮山カンファレンスについて述べる。1969年夏より毎年失語症検査法作成に向けての研究会が伊豆韮山で開かれた。学際的な研究会を目指し、学閥にとらわれることなく、失語・失行・失認に関心のある医学、言語学、心理学、数理統計学、教育学、言語病理学の専門家が一同に会し一泊二日の泊まり込みで夢を語った。

全国共通の失語症鑑別診断検査の作成を目標に、現存する海外の失語症検査約50種を集め、下位項目別に分類した。また臨床家の目を重視し、喚語困難、錯語、復唱障害、書字・読字障害、理解の障害、などの失語症状をsensitiveにとらえるに有効と思われる項目を採用した。まずは、失語症コンピュータ研究会より受け継いだ80症例のデータの因子分析結果を踏まえ、JLTA（Japan Language Test of Aphasia）試案I、II、IIIを作成した。

次にJLTAのデータ分析を通して、下位項目のプロセスアナリシスを行い、現在のSLTAの原型となる標準失語症検査（SLTA）試案I、IIを作成し、1974年に5つのモダリティ、26の下位項目の検査が完成した。多くの研究者の協力を

2002年6月30日

(107) 21

得たのみならず、全国の多数の病院の協力により完成した学際的な検査法である。

XI. 日本失語症学会の創立

1977年蕪山カンファレンスの主だったメンバーを中心とし、標準失語症検査の完成により将来必要となる鑑別診断の問題、失語症の治療法の問題、STの国家資格の問題などの解決のために研究会を立ち上げた。第1回失語症研究会学術集会は1977年11月24日東京のホテル高輪において、相澤豊三会長の下に開催された。一般演題はなく、特別講演7題であった。特に初めて標準化されたSLTAのお披露目の会でもあった。研究会は6回で終了し、第7回より日本失語症学会学術集会和名称を変更し現在に至っている。機関誌「失語症研究 (Higher Brain Function Research)」は1981年の1月に創刊された。創刊号には相澤豊三理事による創刊の辞、大橋博司第3回大会会長の会長講演「失語図式の再検討」、2本の原著論文、第1～3回の失語症研究会学術集会の発表要旨などが掲載されている。

XII. 大阪教育大学でのST養成

筆者は、1975年に伊豆蕪山温泉病院を辞し、大阪教育大学教育学部言語障害児教育教員養成課程(平野分校)に助教授として赴任した(1982年より教授)。その後校舎は現在の柏原市旭ヶ丘

に移ったが、国家資格制定までの間、同課程、聾学校教員養成課程、特殊教育特別専攻科(1年制)、大学院障害児教育専攻(修士課程)は関西におけるST養成の中心的存在の1つであった。ここから巣立って現在活躍しているSTは約200名に上っている。

今回21世紀最初の日本失語症学会総会を主催させて頂く光栄に恵まれた。わが国の失語症リハビリテーションの歴史はまだ40年と浅いにもかかわらず、当時の訓練の様子や検査法開発の経緯、また当学会発足の歴史を知る人々も少なくなり段々と風化しつつある。第25回大会という節目の学術総会にあたり、筆者個人の体験を通して20世紀後半を振り返ることにより、21世紀への指針を得たいと思う。

文 献

- 1) Brookshire, R.H.: An introduction to neurogenic communication disorders. 4th Ed, Mosby Year Book, St. Louis, 1992.
- 2) Goldstein, K.: Language and language disturbance. Grune and Stratton, New York, 1948.
- 3) JSA刊行委員会: 日本失語症文献集成. 日本学術振興会, 東京, 1972.
- 4) Wepman, J.: Recovery from aphasia. Ronald, New York, 1951.