

## 言語聴覚士の養成における諸問題

大 平 章 子

明倫短期大学 専攻科保健言語聴覚学専攻

## Some Issues in Professional Education of Speech and Language Pathologist

Ayako Ohira

Department of Speech and Language Pathology, Meirin College

言語臨床家は、教育、福祉、医療の各分野で臨床および研究に従事してきた。従来の医療職の考え方とは相容れない業務が多いため、資格制度問題は数十年の間紛糾してきた。言語聴覚士は医療分野で働く言語臨床家を対象とした新しい国家資格ではあるが、言語臨床の歴史は長い。養成体制の不備はあったが、臨床家の約9割が4年制大学および大学院卒業以上の経歴を有している。個々の言語臨床家の努力により、これまでは臨床面でも研究面でも国際的なレベルを保持してきた。現在は、4年制大学、大学院、3年制・4年制の専修学校、学部卒者あるいは他の医療職従事者に対する2年制課程等、様々な形態の養成校が存在する。

言語聴覚障害は多岐にわたり、発生機序、評価方法、治療方法は、障害の種類や症例により異なる。言語聴覚士は、検査、評価、診断、治療、相談を自身の判断に基づいて行う。検査方法や治療方法を自ら考え、研究する。背景となる学問分野は言語病理学を核とし、多様な専門基礎分野を持つ学際的なものである。

法は養成の最低ラインを示しているに過ぎず、教育内容や教育方法に関する課題は多い。臨床施設、研究施設の付設、カリキュラムの充実が求められる。言語聴覚障害児／者の福祉のために、日本語の言語病理学の確立・発展と高いレベルの言語聴覚士の教育に尽力することが、養成校に課せられている。

キーワード：言語聴覚士、言語病理学、専門教育

Key words : Speech and language pathologist, Speech and language pathology, Professional education

## 1. はじめに

言語臨床家は、言語治療士、臨床言語士、言語療法士、言語治療教師等、様々な名称のもとに、医療・福祉・教育分野で臨床および研究に従事してきた。各分野の特色にあわせた臨床業務を行っているが、その学問的背景や言語聴覚障害児／者に対するサービス自体に基本的な違いがあるわけではない。各領域に共通の資格を望む動きもあったが、言語聴覚士法では、医療分野に限定した資格として定められた<sup>1)</sup>。国家資格化は、言語聴覚士の社会的認知の観点からは評価し得る。しかし、日本における言語病理学の確立と言語臨床家の資格の統合の観点からは、国際的にも時代の要請にも逆行したという感はある。

ない。

その学問領域は学際色が強く、日本の教育行政の中では明確に位置づけられてこなかった。そのため、言語学、心理学、教育学、音響学、音声言語医学、神経心理学等の関連分野の大学教育・大学院教育を核とする者が、さらに言語病理学を学び、あるいは、外国で学位を取得して、言語臨床に従事してきた。

日本における言語臨床は、明治時代から教育分野で発展し、昭和30年前後より活性化された<sup>2), 3)</sup>。医療・福祉分野においても、国内外の先達の業績を参照しながら、臨床および研究を行っている。医療分野に限っても、言語臨床の歴史は数十年におよぶ。

対象となる言語聴覚障害が多岐に渡り、専門基礎分野も多様であることが、業務の全体像についての

理解を得ることを困難にさせてきた。隣接分野の専門家が言語臨床やその基礎研究分野の極一部をもって言語聴覚士の仕事であると理解し、群盲象を撫でるが如く、部分をもって全体を語ることがなされてきたというのが現状であろう。

国家資格化で量的な確保の問題の目途はついたとしても、学問分野としての日本語の言語病理学の確立、教育方法、質の確保等、残された問題は多い。本稿では、言語聴覚士の質の確保の観点から養成教育の内容と現在の問題点について考察を加えたい。

## 2. 言語聴覚障害と言語聴覚士の業務

言語聴覚障害の臨床・研究における「言語」とは、言語 (language) と話しことば (speech) とを意味する。言語聴覚障害とは、話す、読む、書く、聴く等の側面からみた言語によるコミュニケーション活動に何等かの支障があることである。①主に大脳皮質の損傷により生じた符号体系としての言語機能の障害 (理解・表出)、②音声の産生に必要な呼吸・発声・構音・共鳴・プロソディの障害、③音声聴取の障害、④発声・構音・失語・高次脳機能等の障害と合併する嚥下障害、⑤記憶・思考・認知・知能等の高次の脳の活動の障害等が含まれる。具体的には、言語発達障害、失語症、運動性構音障害、口蓋裂言語、音声障害、機能性構音障害、吃音、聴覚障害、嚥下障害等である。これらは重複する部分があり、病態も様々である。上記の診断名も単一の症状を示すものではない。

言語聴覚障害の治療は、障害された機能ならびに本人および周囲の態度と評価の改善を目的とする系統的な働きかけである。本人や家族から依頼を受け、相談、評価、診断、治療、指導、訓練等を行う。対象者は小児から成人までの全ての年齢層にわたる。Augmentative & Alternative Communicationの開発や利用も重要な領域である。検査・評価方法、治療訓練の方法、ゴールの設定は、障害の種類、発達段階、言語環境、その他の要因に対応して症例毎に異なる。

言語聴覚士は、その業務全体には医師・歯科医師の指示がかけられていないという点で他の医療職と異なる。指示が必要とされるのは業務の極一部であり、大部分の業務は、医師・歯科医師との連携のもとに言語聴覚士の判断でなされる。言語聴覚士には、様々なコミュニケーション障害に対応し得る基本的な能力と、検査方法の選択、評価・診断、治療計画

の立案、治療の回数や終了について決定する自律性が求められる。

## 3. 言語聴覚士の養成の歴史的背景

厚生省の国立身体障害者リハビリテーションセンター (以下、国リハセンター) 学院言語聴覚学科 (旧・聴能言語専門職員養成課程) は、学部卒者、大学院卒者を対象とする言語聴覚士の養成課程である。その前身で昭和 44 年に開設された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の卒業生を含め、現在まで約 800 名の卒業生を出した。医療関係の言語臨床家の養成施設としては、長い間唯一の存在であった。この他に、欧米の言語病理学等の学位取得者、障害児教育系の学部・大学院卒業生、4 年制大学の言語障害関係の専攻課程や大学院を卒業した者が、言語臨床や研究を行ってきた。国リハセンターは、養成教育、研究・臨床機関として、聴覚・音声・言語のコミュニケーション機能全般にわたる中心的な機関でもある<sup>4), 5)</sup>。

言語聴覚士の養成は、博士課程に連なる 4 年制大学でなされるべきことが再三指摘されてきた<sup>6) 10)</sup>。諸外国を見ると、1960 年代前半には言語病理学の学位を取得できたのは米国・カナダだけであったが、現在までに多くの国で言語病理学が学問分野として認められ、4 年制大学や大学院 (修士・博士課程) で言語臨床家の養成を行うようになっている<sup>8), 9)</sup>。1980 年の国内の調査では、養成体制の不備にもかかわらず、医療・福祉分野の言語臨床家の 90 % 以上が 4 年制大学あるいは大学院卒業の経歴を持っていた<sup>11)</sup>。個々の臨床家の努力により、臨床および研究レベルでは欧米の水準を保持している<sup>12)</sup>。医学系、心理学系、言語学系、教育学系等の多様な学術雑誌に言語聴覚士の研究報告が認められる。しかし、最近の言語聴覚障害の臨床・研究の世界的な発展・拡充の観点からは、量的には立ち遅れている<sup>13)</sup>。

1984 年以後は専門学校や 4 年制大学が徐々に増加し、平成 11 年度初頭には養成校は 27 校となった。大学、大学院を含め、この数年内にさらに増加する見込みである。法では、広範な分野から言語聴覚士資格を取得を可能にさせる考え方が示されたが<sup>1), 14)</sup>、教育内容を誤れば臨床・教育の水準を低下させる懸念が生ずる。水準の低下は、言語聴覚障害者の不利益を意味する。養成校は、教育内容、基礎・臨床研究の質の維持・発展に努め、学問分野の確立と高いレベルの言語聴覚士を輩出させる責務を負っている。

#### 4. 養成教育の内容

言語臨床の核となる学問分野は、言語病理学、聴能学、言語聴覚障害学、コミュニケーション障害学等とよばれる（以下、便宜的に言語病理学と総称する）。言語病理学は、言語機能の障害の様々な面の究明と、これらの障害をもつ人々のリハビリテーション・ハビリテーションを目的とする基礎研究と臨床を統合した学問分野であり、特に米国で発展してきた。正常なコミュニケーション過程の科学的な究明を基盤とし、正常な機能からの逸脱状態としての様々な障害について、症状の記述、評価、原因の究明、治療法の開発と体系化を目指す<sup>6), 7)</sup>。

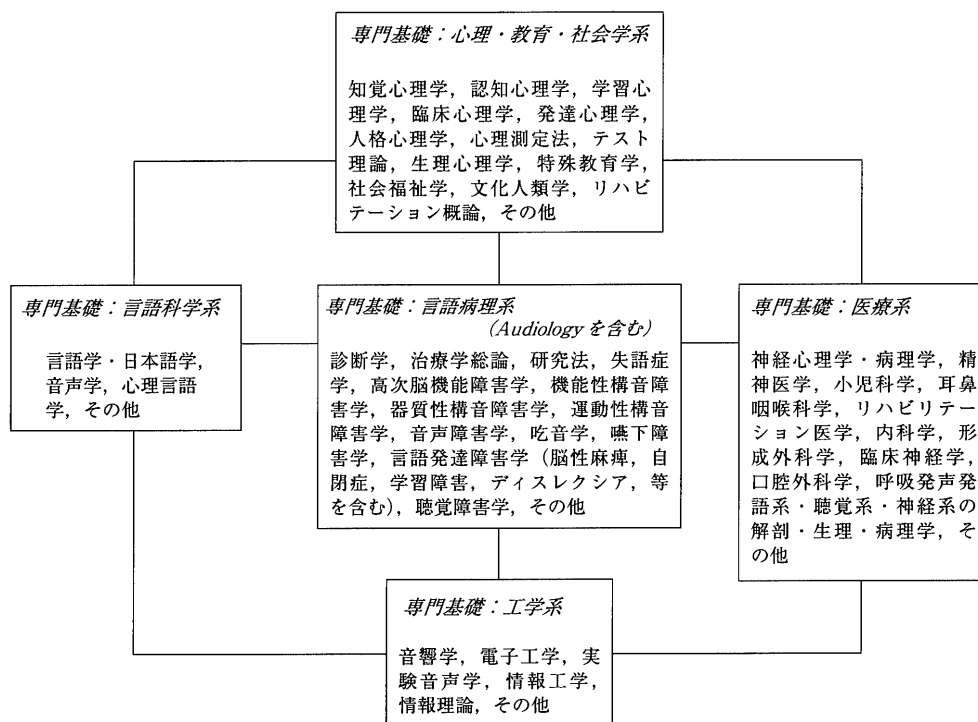
図1は、言語聴覚士の養成教育に必要な科目を示したものである。専門分野としての言語病理学と、言語科学系、心理学系、教育学系、社会学系、社会福祉学系、医学系、工学系などの専門基礎課程との統合の上に成立する<sup>6), 7), 15)</sup>。専門基礎分野は多様であり、医療分野に限った資格であっても、医学・歯学を偏重しすぎでは言語聴覚士の養成は困難であるといえる。

厚生省令・文部省令の基準<sup>14)</sup>は最低ラインを定めたものである。これらの科目は広範囲の内容を便宜的にまとめたものであり、実際の授業科目はさらに

細分化される<sup>16)</sup>。たとえば、「発声発語・嚥下障害学」という分野はspeechの障害をさすが、実際の臨床・研究においては、機能性構音障害学、器質性構音障害学、運動性構音障害学、音声障害学、嚥下障害学、吃音学、その他にわかれ、各分野に専門家がおり同一科目として扱えるものではない。「各科目を教授するのに適当な数の教員を要」する<sup>14)</sup>必要があるのは当然のことである。養成校は、専任・非常勤を問わず、実際の専門科目数および専門基礎科目数に合わせた教員を確保しなければならない。いかに教育するかは養成施設に委ねられている。最低ラインを満たしていれば、どの分野に重点をおいた教育をなすかは各校の教育理念により自由であろう。しかし、低いレベルの内容を設定すれば、言語聴覚障害児／者のニーズに合わず、早晚淘汰されていくことは必至である。

対象範囲の広がり、言語以外の認知機能にも障害がおよぶ重症症例の比率の急増、治療的アプローチの多様化、働きかけのレベルの拡大、言語病理学、および、隣接領域の知識・技術の進展が、臨床の諸側面の改善に直接・間接に結び付いている<sup>13)</sup>。臨床・研究の質と発展性を左右するものは、学問体系の確立である。

優秀な人材を育成するためのカリキュラムの内容・



※ その他の必須科目：統計学

図1. 言語病理学と関係専門分野（笹沼，1975、伊藤，1998を一部改変）

時間数の充実はもとより、日本語の言語病理学の確立、研究と臨床の結合が求められる。養成校の急増に伴い、実習施設も不足している。各養成施設には、研究施設と、付設あるいは系列の言語臨床施設が必要であろう。付設あるいは系列の臨床施設は、耳鼻咽喉科、口腔外科、リハビリテーション科、神経内科、脳神経外科、小児神経科等の施設に併設された言語のクリニックが望ましい。教員には、教育活動と同時に研究活動の場が保証されなければならない。付属の臨床施設、研究施設、大学院等の充実、臨床家となった後にも再学習あるいは研究の場を提供することになる。

言語聴覚士には、論理的な思考のもとに、自ら判断することが求められる。したがって、「何を」、「なぜ」、「どのように」という臨床の核となる考え方を身につけさせるために、教育プログラムの確立が急務である。国リハセンターのカリキュラムは養成のモデルとされてきたが、他の分野で研究方法を修得したものに対する教育であり、同様の方法では現状に対応しきれなくなっている。

養成教育は、単に既存の臨床技術を習得させることではない。評価・診断・治療の過程は、仮説を立て検証することの繰り返しである。一般原則や、理論的背景を教授することは可能だが、臨床の考え方や技術は学生自身が掴みとっていくものである。Curtis<sup>17)</sup> は入門テキストの中で、「細かい臨床プロセスには意図的に触れないが、徹底的かつ広範囲にわたる専門教育と相当量の臨床実習経験を含む十分な準備が必要である。」と述べている。マニュアル通りに臨床を行おうとしても、うまくいくものではない。症例に応じて新しい検査方法や治療方法を編み出し、正常からの逸脱がいかに生じているか等について考察できなければ務まらない。研究法に関する一定水準以上の能力も必要とされる。隣接分野の発展にも敏感でなければならない。全体を俯瞰すると同時に、各論に対して造詣の深い学生を育成するカリキュラムを編成する必要がある。

## 5. 問題点と展望

今回の法制化では、広く人材を求めるという観点から、養成施設として5種類が認められた。その結果、3・4年制の専門学校、4年制大学、大学院等様々な養成方法が平行して行われるようになった。法の基本的な考え方に異を唱えるものではないが、業務内容や教育内容、日本の教育制度に鑑みて、大

学院に連なる4年制大学での養成が望ましいであろう。従来は欧米の言語病理学を個々人が吸収・発展させてきたが、これからは、日本語の言語病理学の確立を図ることが大切である。臨床研究および基礎研究が可能な研究施設を併設した機関が、養成教育も担当すべきであろう。

大学や他の医療職種の養成施設で一定科目を履修し、単位を修得した者を対象とした短縮課程での養成は、言語聴覚士教育の水準を下げるものであってはならない。1年あるいは2年課程で言語聴覚士を養成するためには、定められたもの<sup>18)</sup> 以上の入学条件を設定する必要がある。指定科目を単に履修してきたか否かだけでなく、履修内容を各校が審査しなければならない。加えて、教育内容は定められたもの<sup>18)</sup> 以上とする必要がある。また、他の医療職からの参入は、自身の専門領域の臨床を通じて言語病理への強い関心を持ち、自ら知識を求めると言語聴覚士を目指そうと考えるに至った実務経験のある者を対象とすべきであろう。

カリキュラムや内容は、この分野の発展につながる体制を整えるべきである。また、指定科目には教育学系の科目が不足しており、その領域の充実も望まれる。専門基礎分野について学習した上で、それを言語臨床あるいは研究に取り込み、有用な治療プログラムを立案できるような者を養成する教育を行う必要がある。

## 6. おわりに

言語聴覚士の国際交流は盛んであり、密度の濃い情報交換が行われてきている。言語聴覚士のレベルダウンはその面でもマイナスとなる。

昭和47年に日本音声言語医学会が厚生省に提出した「言語治療士（仮称）の身分制度に関する要望書」は、『言語治療士は、医療、社会福祉、教育の各分野と密接な関連をもつ独立した専門職であり、聴覚言語障害に関する十分な知識と技能を有し、自主的に臨床研究に取り組み、責任ある判断を下し得る高度の専門家でなければならない。養成は、各種学校ではなく、各種関係講座を有する大学教育法による4年制の総合大学において、大学院課程と連なる形で行うべきものである。もし、身分制度が低いレベルで制定されれば、学術振興の道は阻まれ、将来に致命的な禍根を残すことになる。』と主張した<sup>10)</sup>。「将来に禍根を残す」事態が、現実のものとなりかねない状況にある。

資格制度を巡って言語臨床家の団体は分裂したが、言語聴覚士の有資格者団体である日本言語聴覚士協会が、平成12年1月に新たに発足した。法制定5年後の言語聴覚士法の見直しに備えた活動も行われるであろう。長期間の混迷の末に言語聴覚士が誕生したが、これは終着点ではなく出発点である。残された課題は多く、養成方法や内容の問題もその一つである。これは、言語聴覚士のみの問題ではない。養成施設の経営に携わる者は、言語病理学の研究体制の整備と高レベルの言語聴覚士の教育に尽力し、「将来に禍根を残す」事態を阻止することを課せられたといえる。

### 文 献

- 1) 言語聴覚士法. 平成9年法律132号, 官報, 1997
- 2) 切替一郎: 音声言語医学の源流とわが国における発展; 前篇. 音声言語医学, 36: 408-419, 1995
- 3) 教師養成研究会特殊教育部会編: 聴覚・言語障害児教育. 学芸図書, 東京, 1972
- 4) 柴田貞雄: 国立身体障害者リハビリテーションセンター. 音声言語医学, 36: 536-544, 1995
- 5) 倉内紀子: 言語聴覚士の歩み, (日本言語療法士協会編) 言語聴覚士の仕事. 88-93, 朱鷺書房, 大阪, 1998
- 6) 田口恒夫: 言語障害治療学. 213-233, 医学書院, 東京, 1966
- 7) 笹沼澄子: 言語障害のリハビリテーション, (笹沼澄子編) 言語障害. 医歯薬出版, 東京, 1975
- 8) 日本聴能言語士協会編: 臨床言語士になるために. 誠信書房, 東京, 1990
- 9) 北野市子: 海外各国における言語治療士の現況; 各国ST団体へのアンケート調査から. 音声言語医学, 31, 338-343, 1990
- 10) 日本音声言語医学会: 言語治療士(仮称)の身分制度に関する要望書. 1972
- 11) 日本聴能言語士協会資格制度委員会: 聴能言語業務についての実態調査報告書. 日本聴能言語士協会会報, 18, 49-71, 1980
- 12) 倉内紀子, 白坂康俊: ヨーロッパの言語療法士; その社会的位置づけ. 音声言語医学, 30: 389-396, 1989
- 13) 笹沼澄子: 世界の言語障害学; 最近の動向. 音声言語医学, 36: 442-447, 1995
- 14) 言語聴覚士養成所指定規則. 文部省・厚生省令第2号, 官報, 1998
- 15) 伊藤元信: 言語聴覚障害学総論, (医療研修推進財団監) 言語聴覚士指定講習会テキスト. 161-166, 医歯薬出版, 東京, 1998
- 16) 言語聴覚士養成施設等設置基準検討会: 言語聴覚士養成施設等設置基準検討会報告書. 厚生省, 1998
- 17) Curtis J F (ed.): Processes and disorders of human communication. Harper & Row, NY, 1978
- 18) 厚生省告示第225号~227号. 官報, 1998