

言語治療士と理学療法士の連携に関する一考察 —医療機関の言語治療業務に対する意識調査から—

岡部 克己*・梅本 和正**

本研究は、医療機関の言語治療業務に対する、言語治療士及び理学療法士の態度の相違を明らかにすることを目的としている。30項目より成る態度評価尺度が用いられた。主な結果は以下の通りである。(1)言語治療士群及び理学療法士群は共に病院の言語治療業務に対してやや好意的な見方をしている、という全体的傾向が見られた。質問項目30のうち、両群の間に有意差の認められたのは2項目に過ぎなかった。(2)言語治療士及び理学療法士は、声、比較的重症障害、吃音の治療の成功について比較的低い評価を与えた。しかし、言語障害者の心理的適応に関わる内容の意見については、両群共に強い賛意を表明した。(3)両群は、言語治療士サイドの勤務状態は良好であるにもかかわらず、他の専門職員は言語治療業務に対して理解がやや低い、という意見を支持した。(4)両群は共に、言語治療士が話しことば及び言語の比較複雑な障害を効果的に扱えるような養成を受けていない、という見方をした。(5)言語治療士及び理学療法士は共に、税金は話し言葉および言語の治療に適切に使われている、という意見をやや強く否定した。

キー・ワード：言語治療士 理学療法士 態度評価尺度 病院 リハビリテーション

I. 問題および目的

チームアプローチ 医療においては専門分野の細分化が進み、リハビリテーションに関しては、医師と看護婦の外に、昭和40年の法制化以来、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)が専門職として中心的な役割を果たしてきた。最近では、昭和62年に義肢装具士も法制化されている。そこにまだ資格制度はないが、言語治療士(ST)、医療ソーシャルワーカー(MSW)、臨床心理士(CP)など多くの職種が加わり活動している。

そうした状況の中では、最良のリハビリテーションサービスを提供するために各専門職の協力が不可欠となってくる。リハビリテーションは全人的復権を目指すものであり、患者を中

心としたチームアプローチの方法を考えていかななくてはならない。連携の問題は、単に業務をスムーズに行うための問題ではなく、もっと本質的な価値がある。それは障害そのものに対してだけでなく、「障害をもった人間」に対して行われるという特質から生じるものである。様々な合併症状を持った障害者の場合、それぞれの障害は別々のものと考えられることは出来ない。障害者の自立は全体的なものなのであり、全人的な人間の復権が唱えられるのである。又、その障害者は一般的な存在ではなく、現実に生きている具体的な人間なのである。

障害者の全人的復権を目指すためには、1つひとつの具体例について考え、その人の人生の目標についてまでも考えなければならない場合もある。当然、1人で対応するには無理がある。専門職同士の協力が無ければ真のリハビリ

*心身障害学系

**関東脳神経外科病院

テーションは成立しない。

リハビリテーションを始めるに当たって、まず必要なのは患者に対する深い理解である。それは1人の、あるいは一職種だけの一方向からの見方ではなく、全方向から撮影し合成して一枚の像を作るCTスキャンのように、多くの専門職がそれぞれの立場から見て、その見たものを持ち寄る事によって、より完全に近い患者理解が出来るのである。又、ある専門職が他の専門職の見方を知ることにより、複眼的見方が出来るようになる。これは専門職が自分の領域を広げることにつながる。

ところで、理学療法士は医療有資格者としての歴史が長く、その数も多い。そのため、現在でも「リハビリ」という言葉が理学療法士の代名詞として使われるほどである。今日まで、リハビリテーションの中心的存在を担って来た理学療法士から言語治療士が学ぶものは多い。しかし、理学療法士と言語治療士の連携のうえでは、いくつかの問題が存在することも事実である。

理学療法士と言語治療士の連携の現状 理学療法士と言語治療士の連携の妨げとなるのは、まず第1に、お互いに対する理解の不十分さである。理学療法士の場合、資格制度が整っていて養成のための教育課程にバラツキがない。言語治療士の場合、未だ資格制度が確立されていないこともあって、背景となる基礎知識はさまざまである。この為、理学療法士も言語治療士もお互いに相手に何を期待したら良いのか分からないのであろう。

第2に、時間的制約が挙げられる。理学療法士と言語治療士は限られた時間内に多くの症例数をこなさなければならないために、連携に時間を割く事が出来にくくなっているのであろう。患者との臨床の時間のほかには、直接の1対1の接触や、異職種が集まってカンファレンスを開いたり、文書によって連絡を取り合うといったことに対する時間が取れなくなっているのである。

第3の問題は、患者に関係するすべての異職種が参加する評価会議（カンファレンス）は、

チームアプローチにとって大変重要であるにもかかわらず、現状では言語治療士の勤務する病院で必ずしもそうしたカンファレンスが開かれているという訳でない事に起因する。関谷（1985⁹⁾の神奈川県における調査では、言語治療士はリハビリテーション専門の施設では評価会議に参加していたが、大学病院での参加はなかった。そのため、評価会議に参加し、患者のゴール決定に関わる者を1つのチームとしてとらえるならば、現在は医師、看護婦、PT、OT、MSWまでがチームとしてまとまってきた、と考えられ、言語治療士や臨床心理士はまだチームを組める体制にはなっていない、としている。ちなみに、カンファレンスの運営に必要とされる条件として、古賀（1982¹⁾は異職種による参加メンバーの同等の教育レベルを挙げている。実際には同等というのは現状では不可能である。会議の内容を理解し、意志決定に加わるだけの最低限の知識及び教育レベルが要求される。

第4の阻害要因として物理的な距離の問題がある。理学療法部門と言語治療部門が距離的に離れていれば当然接触の機会は減る。

第5に、診療部門が独立して機能し、運営されているために連携に円滑さを欠く、ということである。例えば、理学療法士と整形外科医が1つのラインで結ばれていて、言語治療士と脳外科医、または耳鼻科医が別のラインで結ばれており、それぞれのラインが接点を持たない場合、連携を取るの是非常に難しくなる。

第6に人数の問題がある。1つの職種について1~2名しかいない言語治療士のような場合、すべての業務をそれだけでこなさなければならない、連携に時間を使うことは困難になる。また職種間の人数がアンバランスだと、人数の少ない方は、力関係からいっても連携によって負担が重くなることは避けられないし、独立性の確立さえ困難になってくるかもしれない。

最後に、心理的な問題点がある。言語障害の患者は言語治療によってすべて改善するとは限らない。急性期で全身状態が悪い場合、精神症

状が強い場合、進行性の疾患による場合、慢性期でプラトーに達してしまった場合など、狭義の言語治療の適応とはならない場合がある。そうした時、言語治療士は患者に対して広義の言語治療すなわちマネジメントを行って、患者の心理的サポートや社会生活への適応の援助を行う。しかし、このマネジメントの結果は数値で示すことは出来にくいこともあって他の職種に伝えるのが難しい。この事は、言語治療士が言語治療の成果を示しにくくし、連携の場に出るのをためらってしまうことにつながる可能性がある。これは言語治療士の存在の基盤にもかかわってくる基本的に重要な問題点であると言える。

過去における研究の概観 言語治療士と理学療法士の連携に関する研究は未開拓の分野である。筑波大学図書館で「リハビリテーション」をキーワードとして雑誌検索し、出力されたのは次の6誌であった。1.「神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要」、2.「職業リハビリテーション研究」、3.「総合リハビリテーション」、4.「リハビリテーション」、5.「リハビリテーション医学」、6.「リハビリテーション研究」。このうち図書館で所蔵していない、もしくは学術誌でない2、4、を除いた4誌について調べたところ、理学療法士と言語治療士の連携を直接扱ったものは、言語治療士の立場から書かれた2題に過ぎなかった。

綿森(1975⁸⁾)は理学療法士、作業療法士に対して失語症患者を受け持った場合には言語治療士と頻繁に情報を交換することを勧めている。さらに、積極的協力として、失語症患者に適切な言語刺激を与えること、言語治療室以外での患者の言語行動を言語治療士に対してフィードバックすること、という2つの役割があるとしている。熊倉(1988)も言語治療士として理学療法場面を見学し、理学療法士が言語障害や痴呆の患者と言語的、非言語的両方のコミュニケーションをとれる絶好の位置におり、患者とのコミュニケーションの技術、能力を身につける必要があるとしている。

これらの研究は、一方の側から他方を見た研究であるが、1つの集団に対して、その集団が自己の属する集団である場合と、そうでない場合との両面から、その集団の言語治療業務に対する態度を調査した一連の研究が見受けられる。

渡辺・岡部(1987⁹⁾)の研究は、医療機関の言語治療業務に対する学校・福祉施設の言語治療担当者の意識調査であり、同一職種に対する異機関での比較であった。岡部・森・岡部(1990⁵⁾)の研究は病院の言語治療業務に対する看護婦と言語治療士の態度の調査であり、異職種に対する同一機関での比較であった。

岡部・森・岡部(1990⁵⁾)の研究では、言語治療士は、医師や看護婦に対する関係よりも理学療法士、作業療法士などの専門職との関係に対して、より高い満足度を得ていたということが明らかにされた。又、言語治療士が最も連携をもちたいと思っている職種としては理学療法士、作業療法士などが最上位に挙げられていた。この事からも、理学療法士と言語治療士という2つの異なった職種が連携をして、より良いリハビリテーションを行なっていくことが必要であると言える。

以上述べた問題意識に基づき、本研究では、医療の臨床現場において理学療法士と言語治療士が相互にその専門性・独自性を生かせるチーム作りの基礎資料を提供するために、医療機関における言語治療業務に対する理学療法士と言語治療士の態度の違いを明らかにする事を目的とする。具体的には次のことを行う。

1. 医療機関の言語治療業務に対する理学療法士の態度を調査する。
2. 医療機関の言語治療業務に対する言語治療士の態度を調査する。
3. 1.の結果と2.の結果を比較検討し、理学療法士と言語治療士の態度の違いを明らかにする。その際、言語治療の内容・方法・効果、他の職種との連携、施設・組織等の改善の3つの観点から調査結果を分析し、理学療法士と言語治療士の連携の取り方について具体的方策を考える。

II. 方法

1. 調査対象

言語治療士と理学療法士の各 70 名、計 140 名を対象とした。調査地域は関東地方で、人口密度が高い地域とし、地域医療への貢献という見地から本研究者の一人、梅本の居住、勤務する埼玉県、そして隣接する東京都の一都一県を選んだ。日本聴能言語士協会名簿（1985）と日本理学療法士協会名簿（1988）を用い、対象施設を言語治療士と理学療法士の両者ともに属する医療施設 36 施設とした。さらに最新の言語治療士数を得るため、失語症便覧（1989）をも含む 3 つの名簿を対照し、各施設から人数の少ないほうに合わせて 1~8 名ずつ臨床に携わっている PT 及び ST を無作為に選び、調査の対象とした。

2. 質問紙の内容構成

本調査のために使用した質問紙は、本論文末に示した（附表 1）。質問紙はフェース・シートと質問紙から構成されている。

1) 質問紙 質問紙は「言語治療に対する態度評価尺度」を使用した。本質問紙のもとになるものは、岡部（1977⁴⁾）の作成した「Phelp—岡部、公立学校言語治療に対する態度評価尺度」の日本語版である。渡辺・岡部（1987⁹⁾）はこれを医療・福祉機関用に修正した。今回は渡辺・岡部の用いた 31 項目のうち、1 項目（学校に劣らぬサービスの提供）を除いた 30 項目を使用した。これら 30 項目の内容別分類を Table 1 に示す。

2) 確信度尺度 質問紙 30 項目の各々に、その回答についての確信の強さを尋ねる確信度尺度を付け加えた。回答する確信度を、「非常に確信をもって」、「やや確信をもって」、「それほど確信が無くて」の 3 件法により回答する、確信度尺度を採用した。

3. 集計及び分析方法

1) 郵送 質問紙の発送は平成元年 10 月 12 日に行なった。同 10 月 29 日までに回答の得られていない施設に対しては、同 10 月 30 日に督促状の発送を行った。更に 11 月 3 日より 8

Table 1 質問紙30項目の内容別分類

大項目群	下位項目群	項目番号	項目数
I 言語治療の内容・効果・方法	治療内容	13、18、28、29	4
	治療効果	1、2、16、21	4
	治療方法	9、10、17	3
II 他の職種との連携	勤務態度	4、15、19、30	4
	周囲の理解	7、22、26、27	4
III 施設・組織等の改善	治療計画の位置付け 治療者の職務	14、20、24、25 3、5、6、8、11、12、237	4

Table 2 肯定的意見項目と否定的意見項目

肯定的意見項目：1、2、4、5、10、12、14、15、16、18、19、21、22、25、27、28、29 (計17項目)
否定的意見項目：3、6、7、8、9、11、13、17、20、23、24、26、30 (計13項目)

日にかけて電話により調査の督促を行い、回答を拒否した施設に対しては今後の調査研究の参考のために非回答理由について口頭で質問した。集計の都合上、今回の集計に用いた調査結果は 11 月 30 日到着分までとした。

2) スコアリング 質問紙の 31 項目に対する回答は、「だい賛成」「賛成」「どちらとも言えない」「反対」「だい反対」の 5 件法によった。質問紙の 31 項目は、肯定的意見の項目（例：治療士は、効果的な治療法を用いている。）と、否定的意見の項目（例：治療業務は、病院・福祉施設の全体計画を妨害している。）から構成されている。肯定的意見の項目については、「だい賛成」から順に、5、4、3、2、1 の点数化が行われた。否定的意見の項目については、「だい反対」から順に、5、4、3、2、1 の点数化が行われた。質問紙の 31 項目における肯定的意見の項目と否定的意見の項目は、Table 2 に示す通りである。

質問紙の各項目に付加した確信度尺度は、3 件法で、質問事項への回答と同じ要領で確信が強い順に 3、2、1 点を与えた。

Table 3 年齢構成

	20代	30代	40代	50代	60代
PT					
(人)	25	19	4	4	
(%)	48.1	36.5	7.7	7.7	
ST					
(人)	7	17	4	1	
(%)	24.1	58.6	13.8	3.4	

Table 4 設置主体

	国公立	大学病院	日赤・労災・厚生連等	法人	その他
PT	22	13	4	10	3
(%)	42.3	25.0	7.7	19.2	5.7
ST	10	3	4	9	3
(%)	34.5	10.3	13.8	31.0	10.3

3. 分析 病院の言語治療業務に対する言語治療士群と理学療法士群の意識の相違を調べるため、質問紙 30 項目の各々について χ^2 検定を行った。又、質問紙の各項目毎に設けられた確信度尺度についても χ^2 検定を行った。

III. 結果

1. 回収成績

合計 140 通のうち 81 通 (57.9%) が回収された。理学療法士は 70 通中 52 通 (74.3%)、言語治療士は 70 通中 29 通 (41.4%) であった。

2. 回答者のプロフィール

1) 性別と年齢構成 理学療法士は男 37 名、女 15 名で男性の方が多かった。言語治療士は男 6 名、女 23 名であった。男女の構成比は両群で逆の傾向が見られた。年齢構成を Table 3 に示す。年齢構成に顕著な差は見られなかった。両群とも 20 代と 30 代が圧倒的に多く、この年代は言語治療士群 82.7%、理学療法士群 84.6% であった。

2) 設置主体 対象施設の設置主体は Table 4 の通りである。

3) 所属科 理学療法士及び言語治療士の所属科を Table 5 に示す。それぞれ半数余りがリ

Table 5 所属科

	リハビリ科	脳外科	耳鼻科	理学療法科	言語科	その他
PT						
(人)	30			15		7
(%)	57.6			28		13.5
ST						
(人)	16	3	1	1	5	3
(%)	55.2	10.3	3.4	3.4	17.2	10.3

Table 6 経験年数

	5年未満 (うち2年未満)	10年 未満	15年 未満	20年 未満	25年 以上
PT					
(人)	15(4)	22	7	3	5
(%)	28.8(7.7)	42.3	13.4	5.8	9.6
ST					
(人)	8(3)	12	6	2	1
(%)	27.6(10.3)	41.4	20.7	6.9	3.4

ハビリ科に所属している。ほかには理学療法士で理学診療科として独立しているもの、言語治療士で言語科として独立しているものが見られた。

4) 経験年数 経験年数を Table 6 に示す。両群ともに 10 年未満の者が最も多く見られた。

2. 質問紙 30 項目及び確信度尺度の分析結果

1) 平均尺度値 質問紙 30 項目に対する理学療法士及び言語治療士の回答の平均尺度値を Table 7 に示した。又、確信度尺度の平均尺度値は Table 8 に示した。

さらに、Table 1 に示した分類項目に従って表した質問項目の平均尺度値と確信度尺度の平均尺度値のプロフィールを Fig. 1 及び Fig. 2 に示す。平均尺度の χ^2 値及び自由度(df)も Table 7、Table 8 に表記した。

2) 全体的傾向 全体的な傾向は理学療法士群、言語治療士群共に一致していた。そして全体的に肯定的に評価する傾向が高かった。

3) 両群の態度の違いが明らかになった点 質問項目の平均尺度値に有意差があったのは項目 11「十分な養成教育を受ける」(p<.01)と

Table 7 質問紙の平均尺度値およびX²値

	X ¹ (PT)	X ² (ST)	X ²	df
1	3.87	4.24	5.94	3
2	3.73	4.03	6.24	3
3	2.63	2.17	2.17	4
4	3.44	3.72	6.49	4
5	2.71	1.97	11.31	4
6	2.27	2.48	1.63	4
7	3.69	3.24	7.71	4
8	3.25	3.34	0.87	3
9	4.13	4.55	5.55	4
10	3.52	3.59	2.54	3
11	3.00	2.83	21.53	4
12	2.54	2.66	9.35	4
13	3.29	2.90	4.12	4
14	3.56	3.59	2.57	4
15	3.60	3.38	2.00	4
16	4.00	4.17	1.33	3
17	3.17	3.28	6.45	4
18	3.40	3.38	2.61	4
19	4.33	4.48	1.96	3
20	3.31	3.35	3.12	4
21	3.71	3.83	2.25	3
22	3.38	3.62	2.87	4
23	2.65	3.10	2.77	4
24	4.48	4.41	4.14	3
25	3.29	3.52	5.29	3
26	3.71	3.48	3.17	4
27	3.81	3.69	2.23	4
28	3.54	3.83	4.56	3
29	3.31	3.07	5.33	4
30	4.33	4.34	0.78	3

Table 8 確信度尺度の平均尺度値

	X ₃ (PT)	X ₄ (ST)	X ²	df
1	1.96	2.59	8.00	2
2	1.90	2.56	8.69	2
3	2.04	2.59	9.01	2
4	2.19	2.44	1.43	2
5	1.81	2.22	3.82	2
6	2.33	2.41	5.76	2
7	2.25	2.44	0.62	2
8	1.81	2.33	5.34	2
9	2.25	2.93	8.59	2
10	1.77	2.41	8.21	2
11	1.81	2.52	12.85	2
12	1.93	2.48	5.93	2
13	1.79	2.30	4.37	2
14	1.92	2.33	4.20	2
15	1.96	2.41	3.76	2
16	2.06	2.56	3.00	2
17	1.85	2.44	6.66	2
18	1.94	2.44	6.84	2
19	2.58	2.93	3.15	2
20	2.21	2.56	1.57	2
21	1.87	2.41	6.11	2
22	2.04	2.41	3.67	2
23	2.00	2.41	3.71	2
24	2.38	2.67	0.98	2
25	2.02	2.41	2.15	2
26	2.06	2.59	1.41	2
27	2.08	2.44	4.59	2
28	1.88	2.89	7.47	2
29	1.65	2.04	6.72	2
30	2.31	2.63	1.08	2

項目5「治療業務における税金の適切な使用」(p<.05)の2項目であった。これら2項目は、Table 1の内容別分類でいずれも大項目Ⅲ「施設・組織等の改善」の中の下位項目「治療者の職務」に属していた。確信度尺度の平均尺度値に有意差があったのは、大項目Ⅰ「言語治療の内容・方法・効果」の中で9項目(項目18、28、29、1、2、21、9、10、17)と大項目Ⅲ「施設・組織等の改善」の中で3項目(項目3、12、11)の計12項目であった。尚、有意差のあった項目はFig. 1及びFig. 2

の中に**又は*で示した。(**はP<.05、*はp<.01)

- 4) 両群共に高い評価が得られた点 下位項目「治療効果」の項目群に高い評価が得られた。又、項目9「治療の不必要なタイプの障害を主として扱わない」、項目19「勤勉さ」、項目30「思着せがましい態度をとらない」といった勤務態度に高い評価を得た。
- 5) 両群共に低い評価が得られた点 下位項目「治療者の職務」の項目群のうち、項目3「適当な担当症例数」、項目6「遠隔地における長

期間の治療は効果的」、項目12「障害児・者ひとりの十分な時間総数」、項目5「治療業務における税金の適切な使用」の各項目に両群共に低い評価を与えた。

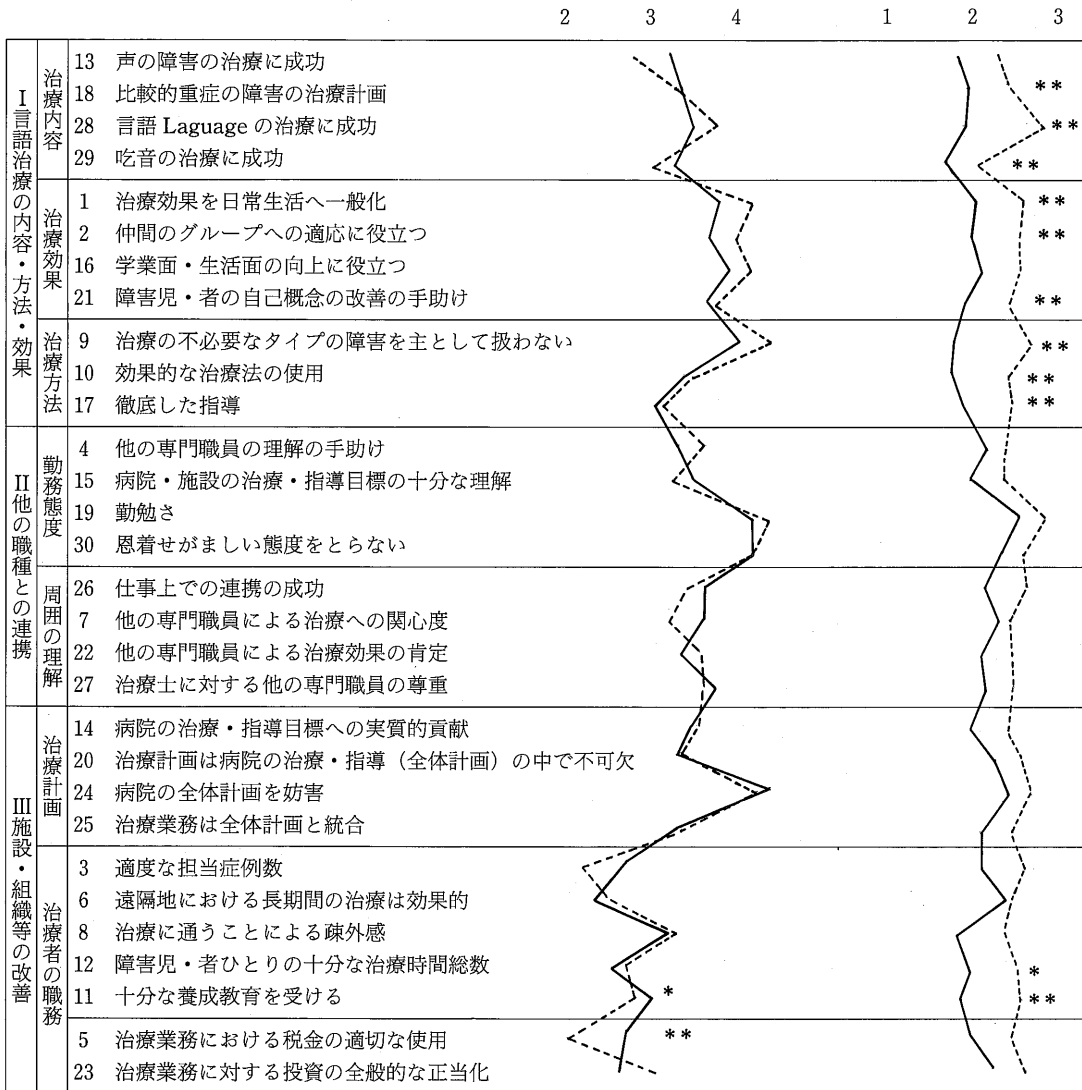
- 6) 下位項目群の違い 「治療内容」と「治療効果」、「周囲の理解」と「勤務態度」の各下位項目群間には、それぞれ前者が後者よりも低い評価が得られた、という違いがあった。
- 7) 先行研究との違い 岡部・森・岡部(1990⁵⁾)による研究との比較で明らかになったのは、

項目7「他の専門職による治療への関心度」において、看護婦群の評価(3.27)に比べて今回の理学療法士群(3.69)のほうが、若干高い評価が得られた事である。

IV. 考察

1. 全体的傾向

本質問紙の意見項目は、言語治療士にとっては自己所属集団に関するものであったが、理学療法士にとっては自分の属していない集団に関



— 理学療法士群 - - - - 言語治療士群 * p<.01 ** p<.05

Fig. 1 質問紙の平均尺度値プロフィール

Fig. 2 確信度の平均尺度値プロフィール

するものであった。しかし、両群共に病院という同一組織で働いているという点では変わりなかった。この条件下で全体的な態度傾向としては一致しており、Fig. 1 で見られるように両群が似た形の折れ線が描かれた。この折れ線の形は、渡辺・岡部 (1987⁹⁾) や岡部・森・岡部 (1990⁹⁾) による先行の研究結果とも相似していた。この事は理学療法士が言語治療業務を基本的には理解しており、組織内において専門職として言語治療士と同じ気持を共有していることの現れであると言える。又、全体的に見ると両群共に肯定的な評価が得られたことは、言語治療士が自分の職務内容に自信や誇りをもっており、理学療法士も言語治療士や言語治療を尊重していることの現れであろう。

以下、Table 1 に示した分類に従って各意見項目毎の考察を行う。

2. 言語治療の内容・方法・効果

1) 治療内容 まず、下位項目「治療内容」に属する項目 13 の「声の障害の治療」の成功については、治療が難しく、時間もかかることから、言語治療士群で比較的低い評価 (平均尺度値 2.90、以下 () 内の数値は平尺度値を示す。) が得られた。また症例数も少ないことが確信度 (2.30) を低くしている理由であると考えられる。

項目 18「比較的重症の障害の治療計画」では、言語症状が重症である場合には全身状態も悪い場合が多く、訓練を開始するのに時間もかかることで、言語治療士は余り高い評価を与えなかったものと思われる (3.38)。理学療法士が言語治療士と比べて低い確信度 (1.94) しか与えなかったのは、治療計画は他の専門職には知られていないことが多いからであると思われる。

項目 28「言語 language の治療に成功」では両群共にやや高い評価 (PT 3.54、ST 3.83) が得られた。これは言語の治療が失語症検査等によって一目瞭然に現れることによると思われる。しかし、理学療法士が言語治療士に比べて低い確信度 (1.88) を与えているのは、失語症検査等の検査結果を見る機会が少ない事と、患者との身体的接触によるコミュニケーションを

とる機会が多く、言語機能の変化を見落としてしまいがちによると考えられる。

項目 29「吃音の治療に成功」に対して両群共に余り高い評価を与えなかったのは、吃音の治療が難しく、治療が長期にわたることも多く、再発することも多々ある為と思われる。又、言語治療士は、病院で治療を行う症例も多くないために低い確信度 (2.04) を与え、理学療法士の場合には患者に接する機会もほとんどないため、言語治療士よりさらに低い確信度 (1.65) が得られたものと思われる。

2) 治療効果 次に下位項目「治療効果」に属する項目群には両群共に高い評価を与えていた。これは言語治療士、理学療法士ともに言語治療が患者の日常生活や心理面への適応に役立っている事を認めているためと思われる。

項目 1「治療効果を日常生活へ一般化」については両群共に比較的高い評価 (PT 3.87、ST 4.24) が得られた。言語治療士は患者が日常生活で言語能力をどの程度活用しているかに関する情報を得ている。一方、理学療法士は理学療法法の訓練場面における言語能力の活用状況については知ることが出来るが、患者の生活の大部分を占める病室あるいは家庭での言語の活用状況を知ることは難しい。このことが理学療法士の方が言語治療士に比べて確信度 (1.96) が低い原因になっているのであろう。

項目 2「仲間のグループへの適応に役立つ」では、言語治療士の方が高い評価 (4.03) を与え、確信度 (2.56) も高かった。これは言語治療士は患者のグループ訓練などで、患者同士が接触する場面を見ているからであると思われる。グループ場面では、患者は家族や付き添いに対するのとは違い、明確なコミュニケーションの伝達を図らなければならない。患者が家族に対するような「なんとなくわかる」レベルのコミュニケーション方法ではなく、言語治療で身につけた一般に通じるコミュニケーション方法がとられる。言語治療士はこの様な点を評価しているのであろう。

項目 16「学業面・生活面の適応に役立つ」に

についても比較的高い評価 (PT 4.00、ST 4.17) が得られた。これは言語障害を持つ患者が、その障害のために学業面、生活面において普段不利益を被っていることを両群がよく知っており、言語治療によってその不利益がいくらかでも軽減されたことを日頃観察しているのであろう。

3) 治療方法 項目9「治療の不必要なタイプの障害を主として扱っている」という意見に対しては、両群共に強い反対 (PT 4.13、ST 4.55) を示した。これは言語治療の専門性を認めている証在であろう。確信度では両群に差があり理学療法士群 (2.25) が有意に低かった。理学療法士は言語治療を受けている全ての患者を知っている訳ではない為、「主として」扱っている患者がどのタイプであるかについて確信が持てなかったものと思われる。

項目10「効果的な治療法の使用」については、さほど高い評価は得られなかった (PT 3.63、ST 3.59)。これは、現時点では言語治療法がはっきり確立している部分もあるが、手探りの部分もある事によるのであろう。言語治療士は様々な治療法を用いるが、理学療法士は治療法の種類について分らない事が多く、その種類別効果も判断がつかねる。理学療法士の確信度 (1.77) が低いのはこの様な事が原因と思われる。

項目17「徹底した指導」については両群共に高い評価が得られなかった (PT 3.17、ST 3.28)。これは言語治療士が限られた時間内に多くの症例に当たらねばならず、理学療法士もこうした事情が分かっている為と思われる。又、この意見については言語治療士の方が問題を切実に受止めているため、有意に高い確信度 [$P < .05$, $\chi^2 = 6.66$, $df = 2$] を示していた。

3. 他の職種との連携

1) 勤務態度 まず項目4「他の専門職の理解の手助け」では、言語治療士の方が理学療法士よりやや高い評価を示した (PT 3.44、ST 3.72)。これは言語治療士が、他の専門職の理解を促進するよう努力している、と思っているに

もかわらず、その気持がまだ十分には伝わっていない事を示している。

項目15「病院・施設の治療・指導目標の十分な理解」に関しては、両群共に比較的低い評価 (PT 3.60、ST 3.38) が示された。これは言語治療士が病院全体の中では、まだ運営に関われないという現状を反映しているものと考えられる。その理由としては、まず自分の業務に精一杯で、全体の運営について考える時間的余裕がない事であろう。次に言語治療士の管理職が少ないことが考えられる。これは Table 3、Table 6 に見る様に、言語治療士の年齢が若く経験年数も少ない為であろう。又、言語部門の人数が少ない事も管理職を輩出できない原因になる。勿論、言語治療士が非常勤職員の場合は全体の運営に参加出来ないであろう。

項目19「勤勉さ」については、両群共に高い評価 (PT 4.33、ST 4.48) が得られている。これは言語治療士の勤勉さを自他共に認めている事による。

項目30「恩着せがましい態度をとらない」についても、両群で高い評価 (PT 4.33、ST 4.34) が得られた。これは言語治療士が他の職員の協力が無ければ良いリハビリテーションを行う事が出来ないことを理解しており、理学療法士もそれを当然の事として認めているのであろう。

2) 周囲の理解 下位項目「周囲の理解」に関しては両群共にあまり高い評価を与えていなかった。これは理学療法士と言語治療士の間で十分な意思の疎通がなされていない事を示唆するものである。しかし、項目26「仕事上での連携の成功」ではやや高い評価が得られた (PT 3.71、ST 3.48)。これは言語治療士が業務上でなんらかの連携を取っている積りで居り、理学療法士もその姿勢を認めていることを表している。

項目7「他の専門職員による治療への関心度」に関しては両群共に余り高い評価ではなかった。しかし、両者を比較した場合、理学療法士の方がやや高い評価 (PT 3.69、ST 3.24) を示した。つまり、理学療法士は、言語治療士が考

えているよりも、言語治療に高い関心を持っているかと思われているのである。言語治療士は孤立感に陥ることなく、他の専門職の理解を一層促進していく必要がある事を示唆している。

項目 22 「他の専門職員による治療効果の肯定」については、さほど高い評価は得られなかった (PT 3.83、ST 3.62)。これは意見項目にあるように「大変」肯定的ではないにせよ、ある程度は肯定していると考えられるが、言語障害の治療が長期にわたる性質上、このような評価になったものと思われる。

項目 27 「治療士に対する他の専門職員の尊重」についてはやや高い評価 (PT 3.81、ST 3.69) が得られた。これは言語治療が病院の中でその地位を認められつつあることを示している。

4. 施設・組織等の改善

1) 治療計画 下位項目「治療計画」については、両群共に、ある程度貢献しているものであり、全体計画とも比較的消極的ではあるが統合している、という態度を持っていた。

項目 14 「病院の治療・指導目標への実質的貢献」については余り高くない評価 (PT 3.41、ST 3.59) が得られた。これは病院の治療・指導目標が疾病の治療ということに第一義的な重点を置いており、現時点では言語治療を重要視しつつある段階だからであろう。

項目 20 「治療計画は病院の治療・指導 (全体計画) のなかで不可決」という意見項目に対しても、両群共に比較的低い評価 (PT 3.31、ST 3.35) を与えていた。これは言語治療は必要ではあるが、無くては病院が成り立っていないものとは考えられていない部分がある事を示している。病院の中にはまだ言語治療部門を設置していない所も多い。言語治療部門が増加すれば、治療計画も不可欠の存在となるであろう。

項目 24 「病院の全体計画を妨害」には両群共に強い否定的態度 (PT 4.48、ST 4.41) が示された。これは言語治療業務が全体計画の中で位置を占める事はあっても、逆方向を志向しているものではないという強い意思表示である。

項目 25 「治療業務は全体計画と統合」に対しては、余り高くない評価を示している (PT 3.29、ST 3.52)。

2) 治療者の職務 下位項目「治療者の職務」については、渡辺・岡部 (1987⁹⁾) や岡部・森・岡部 (1990⁹⁾) による先行研究の結果と同様に低い評価傾向が見られた。

項目 3 「適度な担当症例数」については、両群において言語治療士の担当する症例数が多過ぎて満足のいく指導が出来ないという意見に賛意が示された。特に言語治療士にその傾向が強かった。言語障害児・者数に対する言語治療士数の割合が低く、且つ職務が多忙を極めている事を言語治療士自身が強く感じている為であろう。これは確信度尺度に有意差 [$P < .05$, $\chi^2 = 9.02$, $df = 2$] が認められた事からも言える。

項目 6 「遠隔地における長期間の治療は効果的」には両群共に効果的でないという考えを強く打出していた。入院中でも家族から余り離れていない所、若くは外来で通院出来る、住み慣れたコミュニティーに居住する事は、家庭内や地域社会でのコミュニケーションの機会を増やす。豊かな言語環境の効用が両群に認識されているのであろう。

項目 8 「治療に通うことによる疎外感」については「治療指導を受けに行くことによって、自分が他の子供・大人たちと違っていることについて過度に心配するようになる」という意見に対してやや否定的であった。患者が抵抗無く言語治療に通っているのを両群共に感じとっているであろう。

項目 12 の「望ましい行動上の変化をもたらすのに十分である」という意見には、両群共にやや強く否定的態度を示した。特に言語治療士の方が理学療法士より確信度が有意に高かった [$P < .01$, $\chi^2 = 5.93$, $df = 2$]。これは言語治療室に於ける訓練時間だけでは十分な行動の変容を望まず、他の専門職員の協力を得て言語環境を調整する事の必要性を示唆している。

項目 11 「十分な養成教育を受ける」に関しては、言語治療士群が有意に低い評価 [$P < .01$,

$x^2=21.53$, $df=4$)を示し、且つ高い確信度を示した。これは言語治療士自身が自分達の受けてきた養成教育が不十分であった事を端的に表明しているのであり、養成教育の整備が急務であると言える。

項目5「治療業務における税金の適切な使用」に関しては、言語治療士群で有意に低い評価 ($P<.05$, $x^2=11.31$, $df=4$) が得られた。現在のところ言語治療には税金の補助は出ていないし、保険点数も低い。リハビリテーション医学会 (1987) の調査では、言語治療部門は、全病院で大幅な赤字であり、原価総額は収益の3倍にも達していた。これが言語治療士数の増加を鈍らせたり、言語治療サービスの質の低下をもたらせたりする可能性がある為、今後検討を要する大きな課題であろう。

項目23「治療業務に対する投資の全般的な正当化」については、理学療法でやや低い評価 (2.65) が得られた。これは患者の“利益”という数値では表現しにくいものと、“投資”という具体的なものとの中で、戸惑いがあったためではないかと思われる。

5. 項目群間の比較

ここでは、Table 1 に示した大項目群、I「言語治療の内容・効果・方法」、II「他の職種との連携」、III「施設・組織等の改善」に属する6つの下位項目群について、項目群同士で違いが見られた箇所について考察する。

下位項目の間で差が見られたのは、「治療内容」と「治療効果」の下位項目についてであった。乃ち、「治療内容」に比べて「治療効果」に比較的高い評価が得られた。既に述べた通り、声の障害や吃音などの言語障害に対しては、訓練を行っても全ての症例に対して良好な回復が得られるとは限らないし、又、プラトーに達した症例では狭義の言語治療を施してもそれ以上の進歩が望めない。この様な理由から具体的な「治療内容」に対しては高い評価を出せなかったものと思われる。

これに対して、「治療効果」を比較的高く評価したのは以下のような理由によるものである

う。即ち、全身状態が不良であったり、訓練意欲の無いような、狭義の言語治療の対象にならない患者に対しても、集団や生活への適応を促進し自己概念の改善を図る、所謂マネジメント (広義の言語治療) は、有効に作用する事がある。又、発症後、急性期、言語訓練期、慢性期のどの時期にも行う事が出来ることも理由として挙げられよう。更に言語治療士が1対1で患者に対応することが多く、マネジメントを取り易い位置にあることも評価の高い原因であろう。

「勤務態度」と「周囲の理解」の間にも項目群間に差が見られた。これは言語治療士が勤勉且つ謙虚に勤務していると思っているにもかかわらず、周囲の者に理解されていないと感じている事を示している。この結果の意味する所は大きい。言語治療士は、積極的に自己の職務内容を周囲の人々にアピールする努力が足りないだけでなく、言語治療室という他から隠蔽された部分に閉込もり勝ちである事が懸念されるのである。言語治療士が孤立する傾向にある事は、岡部・森・岡部 (1990⁹⁾) による先行研究の結果においても指適されていた。

6. 今後の課題

本研究では、理学療法士と言語治療士の態度が全体としては肯定的な方向で一致していた。これは両者の間に意思の疎通がなんらかの形で行われており、言語治療業務に対しては好感感情を持っている為とも考えられる。連携を進めて行く上で基本的な土台は出来ていると言える。しかし、両群に若干の態度の違いも見られた。それが障壁となるのであれば乗り越える必要がある。逆手を取ってそれを積極的に活用すればプラスに転化する事も出来よう。以下に改善すべき点を5つ指摘しておく。

1) 養成教育の整備 言語治療士に対する専門職として十分な養成教育の整備が緊急の課題である。しかし、これは理学療法士と同じ制度での養成を意味しない。言語治療士の独自性を尊重した教育が望まれる。これは患者に対して十分な個別マネジメントが行なえる様な、単に

治療技術だけではない全人間的成長を志向した、奥の深い教育課程が求められる。その上で、他の専門職を理解するためのカリキュラムが組まれれば連携を進めて行く上で大いに役立つ。

2) 言語治療業務に対する税金の適正な使用
言語治療部門はリハビリテーション医学会の調査結果に見られる様に、大幅な赤字である。言語療法の診療報酬の引き上げが必須である。それに伴い言語治療士数の拡充、職務の負担の軽減も望まれる。

3) 言語環境の向上 言語障害を持つ患者に対しては、理学療法場面でも適切な言語刺激が与えられるべきである。そのため言語治療士も積極的に理学療法場면을観察する必要がある。

4) 言語治療業務の公開 他の職種の職員が言語治療場面を見る機会を定期的に設けるべきである。実際に言語治療場面を参観する事により、他の専門職員も患者に対する効果的コミュニケーション方法を学ぶことが出来る。

5) 言語治療業務に関する情報の交換 言語治療結果や言語治療計画等の情報を言語治療室内に留め置かないで、他の専門職員に周知徹底させねばならない。その為には連絡帳の回覧など文書による一方的な伝達だけでなく、口頭による情報交換も必要とされる。カンファレンスの開催が定期的に持たれる事が望ましいが、それ以外にも、問題解決のための随時のミーティングや共同学習会・共同症例検討会なども役立つであろう。いずれにせよ、臨床上の問題を先送りしないで、速やかに両者が提携して解決して行く姿勢とシステム作りが肝要である。

最後に、職種の違いを相互に認め合い、上に連挙した点を改善して連携を図る事によって、リハビリテーションの質はより一層向上する。理学療法は同じリハビリテーション専門職とし

て、言語治療士に対して他の専門職員(看護婦)よりも高い関心を寄せている事を思えば、言語治療士はこれに応えるべくより緊密な連携を進めて行かなければならない。

文 献

- 1) 古賀良平(1982): リハビリテーションとチーム医療. 総合リハビリテーション, 10(10), 879.
- 2) 日本聴能言語士協会(1985); 17-21, 日本聴能言語士協会会員名簿. 27-41.
- 3) 日本理学療法士協会(1988); 日本理学療法士協会会員名簿. 42-50, 58-86.
- 4) Okabe, K. (1977): A cross-cultural study of special education programing: Attitudes of American and Japanese speech clinicians toward public school speech and language programs. Ann Arbor, MI: University Microfilms, No. 7805213.
- 5) 岡部克己・森悦子・岡部聡子(1990): 医療機関の言語治療業務に対する言語治療士と看護婦の態度の相違. 筑波大学心身障害学研究, 14(2), 39-53.
- 6) 関谷修(1985): チームワークの問題点-身障における作業療法士の立場から-. 理学療法と作業療法. 19(1), 21-25.
- 7) 全国失語症友の会連合会(1988): 失語症便覧(1989年度版). 31-34, 40-54.
- 8) 綿森淑子(1975): 失語症をもつ患者に対する接し方. 理学療法と作業療法, 9(11), 767-773.
- 9) 渡辺博文・岡部克己(1987): 言語治療における教育と医療・福祉に関する一考察-教育機関及び医療・福祉機関の言語治療担当者の意識調査から-. 筑波大学心身障害学研究, 11(1), 29-40.

—1990.10.11 受稿, 1990.11.13. 受理—

附表 1

言語治療に対する視察評価尺度
橋本哲 岡部 友三

- 記入方法：
この調査の各項目で設けられている質問は、病院の言語治療に関するあなたのご意見を抽出するため作成されたものです。病院の言語治療について、こうだろうと感じるままにお答え下さい。次の各意見に対するつの答え（はい/いいえ/わからない）をそれぞれ「反対」「反対（少し）」「反対（少し）」「反対（少し）」「反対（少し）」「反対（少し）」「反対（少し）」「反対（少し）」の中から選んで、○で囲んで下さい。記して、それをどどのくらい感じているかを、3つの中から選んで、○で囲んで下さい。
1. 治療を受けている言語障害児・者の大部分は、明らかに進歩を示した場合、それを日常の生活場面にまで一般化している。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 2. 治療を受けていることが、話し言葉に障害をもった子供・大人が仲間グループとうまくやっでいくのに役立っている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 3. ひとりの治療言語治療担当事例が多すぎるために、一人ひとりの子供・大人に満足行く治療指導ができない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 4. 治療士が話し言葉及び言語の問題が、どのように改善されるかという点を、他の専門職員(PT, OT, 看護婦およびMSWなど)が理解するように手助けをしている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 5. 税金は、話し言葉および言語の治療に適切に使われている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 6. 一般的に言って、都市部から遠く離れた山間・郊外のリハビリテーション病院・施設に長期滞在している言語治療を受けることは効果的であり方ではない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 7. 多くの医療関係職員は、話し言葉及び言語治療に対して無関心である。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
 8. 子供・大人は言語治療の期間に治療指導を受けにくいことによって、自分が他の子供・大人たちと遅れていることに対して強気に反応するようになる。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)

9. 言語治療士は、治療しなくても問題なくなると言うタイプの言語障害（発達未熟による話し言葉などの事例）を主として扱っている。
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
10. 言語治療士は、効果的な治療法を用いている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
11. 言語治療士は、話し言葉及び言語の比較的複雑な障害を効果的に教えるような環境を受けていない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
12. 障害者一人ひとりに割り当てられる治療時間の総数は通常の機会、望ましい行動上の変化をもたらすのに十分である。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
13. 言語治療士は、声の障害をもった子供・大人の治療に成功していない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
14. 言語治療士の治療計画は、病院の治療・指導計画に実質的な貢献をしている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
15. 言語治療士は、病院の治療・指導目標に照して十分な理解を持っている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
16. 言語治療士の治療計画は、話し言葉及び言語に障害をもった子供・大人の学習面もしくは生活面での向上に役立っている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
17. 言語治療士は、良い結果を得るのに十分なだけ、徹底した指導を受けている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
18. 比較的軽症な話し言葉及び言語の障害をもった子供・大人にたいして、適切な治療計画が提供されている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
19. 言語治療士は、言語治療の進行に当たって、他の専門職員に積極的に参加する。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
20. 言語治療士の治療計画は、病院の治療・指導（生体計画）の中で、欠くことの出来ない部分とは考えられない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)

21. 言語治療士の治療計画は話し言葉及び言語に障害をもった子供・大人が自己概念を改善して行く手助けをしている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
22. 他の専門職員は、話し言葉及び言語の障害の指示物も効果的な治療的感を持っている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
23. 言語治療士は、話し言葉及び言語の障害を効果的に教えるような環境を受けていない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
24. 言語治療士は、病院で働く他の専門職員と好ましい仕事上の関係を築くうえで成功していない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
25. 言語治療士は、病院で働く他の専門職員と好ましい仕事上の関係を築くうえで成功していない。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
26. 言語治療士は、他の職員に尊敬されている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
27. 言語治療士は、他の職員に尊敬されている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
28. 言語治療士は、言語(language)の障害の治療に成功している。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
29. 言語治療士は、どもりの子供・大人の治療に成功している。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)
30. 言語治療士は、他の専門職員に対して、明らかに効果的ではない態度を持っている。
全くそう ややそう どちらともいえない ややちがう 全くちがう
(非常に進歩をもって やや進歩をもって それほど進歩がなくて)

ご協力どうもありがとうございました。

Attitudes toward Hospital Speech-Language Services Expressed by Speech-Language Pathologists and Physical Therapists

Katsumi OKABE and Kazumasa UMENOTO

The purpose of this investigation was to assess the attitudes toward hospital speech and language therapy services held by two groups of specialists, speech-language pathologists and physical therapists employed in hospitals. The 30 item objective attitude scale was applied to these groups. Within the limits of the design of the present study, the following general conclusions were reached :

1. Although there were significant differences in attitudes expressed by speech-language pathologists and physical therapists on 2 items, these two groups still evidenced moderately favorable attitudes toward hospital speech-language therapy services.

2. Speech-language pathologists and physical therapists were not positive in their assessment of therapeutic success with voice, stuttering and the more severe problems. Both groups, however, strongly perceived that speech-language handicapped people received a type of therapy that enhance their social and psychological development.

3. Both groups were positive in their attitude toward the proposal that speech-language pathologists work just as hard at doing their job as anyone else. It should be noted, however, that these two groups were similar in their acceptance of the statement that many professionals are apathetic toward speech-language programs.

4. Both groups studied were inclined to agree with the statement that therapists are not trained to effectively treat the more encompassing disorders of speech and language.

5. Both groups were negative toward the proposition that tax money is well spent on speech and language therapy programs. The score of speech-language pathologists indicated stronger rejection than physical therapists of this statement.

Key words : speech-language pathologist, physical therapist, attitude scale, hospital, rehabilitation