



台灣聽力語言學會電子學報

The Speech-Language-Hearing Association, Taiwan

- 主題文章：日本において言語障害の在宅診療現状—東京にて業界大手の株式会社東京リハビリテーションサービスの場合
（日本語言治療師於在宅服務的現況—以東京大規模之東京復健服務有限公司為例）
- 撰 稿 者：大橋三広



主題文章

日本において言語障害の在宅診療現状—東京にて業界大手 の株式会社東京リハビリテーションサービスの場合

日本語言治療師於在宅服務的現況—以東京大規模之東京復健服務有限公司為例

Current Situation of Speech Therapy Home-Services in Japan
— Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd. as An Example



大橋三広

株式会社 東京リハビリテーションサービス (東京康復服務有限公司)

一、「日本語聴覚士の在宅診療における役目」の討論に入る前に、まず台湾読者の方々に日本の言語聴覚士養成プログラム及び日本在宅診療の進展についての概説を大橋様をお願いしたく存じます。

在進入「日本語聴覚士於在宅服務中扮演的角色」議題前，請大橋先生為台灣的讀者介紹日本語聴覚士の學程以及日本在宅服務的發展簡介。

Before start the topic of "the Role of Japanese Speech Therapists in home healthcare services", Mr. Ohashi will introduce Taiwanese readers to the speech therapy training program and the development of home healthcare services in Japan.

● 養成プログラムについて（日本語聴覚士協会のHPより抜粋）

⇒言語聴覚士になるは、法律に定められた教育課程を経て国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受ける必要があります。試験は毎年3月に行われ、合格率は50～60%台で推移しています。

1999（平成11）年の第1回国家試験以来、20回の国家試験が行われ、現在では全国で31,233人（2018年3月時点）の言語聴覚士が活躍しています。

最終的には国家試験に合格しなくてはなりません、国家試験の受験資格を得るには必要な知識と技能の習得が義務付けられています。

高校卒業者の場合は、文部科学大臣が指定する学校（3～4年制の大学・短大）または都道府県知事が指定する言語聴覚士養成所（3～4年制の専修学校）を卒業することで受験資格が得られます。

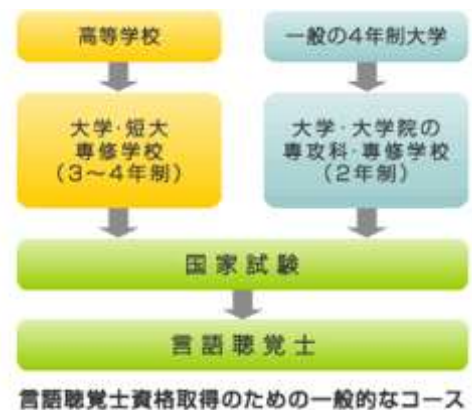
一般の4年制大学卒業者の場合は、指定された大学・大学院の専攻科または専修学校（2年制）を卒業することで受験資格が得られます。

以上が一般的なコースですが、言語聴覚士の養成に関わる一定基準の科目をすでに習得している者を対象とした指定校（1年制）もあります。また、外国で言語聴覚士に関する学業を修めた者の場合は、厚生労働大臣の認定が得られれば受験資格が取得できます。

養成教育の現場では、基礎・専門基礎科目として言語・コミュニケーション行動に関連する医学、心理学、言語学、音声学、音響学、社会科学などを学びます。

また、専門科目として言語聴覚障害学総論、失語・高次脳機能障害学、言語発達障害学、発声発語・嚥下障害学、聴覚障害学などを学習します。

さらに、病院、リハビリテーションセンター、小児の療育施設などで臨床実習を行い、言語聴覚障害がある方を支援するのに必要な知識・技術・倫理を修得します。



- **關於學程(摘錄自日本語言治療師協會首頁)**

成為語言治療師的必要條件是需接受法律明訂的教育課程並通過國家考試，取得厚生勞動大臣頒布的證書。考試於每年 3 月進行，合格率約在 50~60%範圍。

自 1999(平成 11)年的第 1 次起算，國家考試已開辦 20 次，目前全國有 31,233 名(2018 年 3 月統計)言語聽覺士活躍於各地。

最終通過國家考試雖是必要條件，但仍得為了取得國家考試的應試資格，而學習必要知識與技能。

高中畢業生於文部科學大臣指定的學校(3~4 年制大學・短大)或都道府縣知事所指定的言語聽覺士培訓機構(3~4 年制的職業學校)順利畢業便能取得考試資格。

一般 4 年制大學畢業生在指定大學・研究所的專修課程或者是職業學校(2 年制)畢業即可達到應試資格門檻。

以上為一般流程，除此之外還有針對已掌握一定程度基準之言語聽覺士培訓相關科目者所設指定學校(1 年制)。而因應有在國外接受言語聽覺士相關教育的狀況，具此背景者只要能得到厚生勞動大臣認證亦可取得考試資格。

在學程教育中有基礎・語言的專業基礎・溝通相關聯的醫學、心理學、語言學、語音學、聲學、社會科學等科目。

此外，也會學習到專業之語言聽覺障礙學概論、失語・腦引起的功能障礙、語言發展障礙學、發聲學・吞嚥障礙學、聽覺障礙學等科目。

進一步會在醫院、復健中心、早療等進行臨床實習，並習得為了支援語言障礙服務的必要的知識、技能、倫理。

- **Speech-Language Pathology Certification Exam and Requirements (Retrieved from the website of the Japanese Association of Speech-Language-Hearing Therapists)**

To become a speech-language pathologist (SLP) in Japan, you must complete an accredited undergraduate degree, pass the National License Exam for Speech-Language Pathologists, and get the license from the Ministry of Health, Labor and Welfare. The National License Exam is held in March every year, and its pass rate is about 50 to 60%.

Since 1999, the National License Exam has been conducted for 20 times. Currently there are in total 31,233 speech-language pathologists in Japan (statistic data retrieved in March 2018). Although passing the National License Exam is a must to become a SLP, to become eligible for it requires the acquisition of essential knowledge and skills.

After graduating from the high school, you can enter either a higher education institute accredited by the Minister of MEXT (a 3 year or a 4-year university, junior college) or a SLP training institution accredited by a governor of prefecture. You will be qualified to take the National License Exam once you successfully complete a training program in these institutions.

If you are a four-year university graduate, you can become qualified for the National license exam by completing a two-year program in a specialized postgraduate school or a vocational school.

In addition to the main procedures mentioned above, there are specialized one-year programs for those professionals who have already attended foundation courses in speech-language and pathology. Overseas trained speech therapy students can join the National License Exams if they obtain a certificate from the Minister of Health, Labor and Welfare.

The speech-language pathology training programs usually include many basic subjects related to languages and communication behaviors, such as medicine, psychology, linguistics, phonetics, acoustics, and social science. These programs also often include specialized modules, such as introduction to speech and hearing disorders, aphasia and neurogenic communication disorders, language developmental disorders, articulation and phonological disorders, dysphagia, and hearing loss.

Finally the clinical practicum is usually arranged at hospitals, rehabilitation centers, and child care services, in order to acquire clinical knowledge, skills and ethics which are essential for delivering speech-language pathology services.

● 地域包括ケアシステム（厚生労働省のHPより）

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。

65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。

このような状況の中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。

このため、厚生労働省においては、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生

じています。

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。

厚生労働省においては、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進しています。

今後、認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援（配食・見守り等）を必要とする方の増加が見込まれます。

そのためには、行政サービスのみならず、NPO(Nonprofit Organization)、ボランティア、民間企業等の多様な事業主体による重層的な支援体制を構築することが求められますが、同時に、高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍するなど、高齢者が社会的役割をもつことで、生きがいや介護予防にもつなげる取組が重要です。



圖一、医療従事者向けに食事関連の福祉用具の講義。

(為相關醫療人員解釋送餐等福利設備。Explaining the meal delivery service and the welfare equipment to medical assistance staffs.)

● 地區照護系統 (摘自厚生勞動省的首頁)

日本目前正發生無國外前例的高速高齡化。

65 歲以上人口現已超過 3,000 萬人(國民約 4 分之 1)，2042 年會到達 3,900 萬人這高峰，其後預期 75 歲以上人口占比仍會續增。

如此事態中，2025 年之後戰後嬰兒潮世代(約 800 萬人)來到 75 歲，國民的醫療或護理需求預估會再增加。

為此厚生勞動省把目的宗旨設定為保有高齡者的尊嚴及自立生活的支援，盡可能讓對象能在熟悉的環境中活出自我直至安息，具體施策的地區概括性支援・服務提供體制(地區概括護理系統)建立正在推進，目標放在 2025 年實現。

為了讓戰後嬰兒潮世代在達 75 歲以上的 2025 年，即使已是重度照護狀態，仍然可

以待在自己住慣的地區，過著自己想要的生活直到人生終點來臨，未來將建立統一提供居住・醫療・照護・預防・支援生活的地區性統籌照護體系。

今後，失智症高齡患者人數只會愈來愈多，若要在失智症高齡患者所在地區裡支援其生活，最重要的莫過於建立地區性統籌照護體系。

在人口成長平緩但 75 歲以上人口將急遽增加的大都市區，與 75 歲以上人口增加緩慢但實質上人口卻逐漸減少的町村部等，兩者間高齡化發展狀況有非常大的落差。

為了讓高齡者就算生病，也能在自宅等住慣的生活場所裡療養，繼續過著自己想要的生活，地區的醫療・照護相關機關必須合作，持續提供居家醫療・照護服務。

厚生勞動省已開始推動建立相關機關能互相合作，多種專業一起努力建立一個提供居家醫療・照護的服務體制。

今後，隨著失智症高齡患者和單身高齡家庭等的增加，除了醫療和照護服務外，預計需要他人協助日常生活（配送三餐・看顧等），才能繼續留在家裡生活的人將愈來愈多。

是故，在行政服務之外，也開始要求 N P O (Nonprofit Organization；非營利事業)、志工、民間企業等各個事業主體，建立多重支援體制，但同時進一步推動高齡者參與社會，藉此讓健康的高齡者成為支援生活的助手等，高齡者在社會上扮演著一定的角色，和找到生存價值、預防照護息息相關。

● **The Community-Based Integrated Care System (Retrieved from the website of Ministry of Health, Labor and Welfare)**

※ The Community-Based Integrated Care System provides essential services to the surrounding neighborhood within approximately 30 minutes.

Japan is undergoing aging at a pace which is unprecedented in other countries. The population over the age of 65 years has now exceeded 30 million (about one-fourth of the nationals), and it will peak at about 39 million people in 2042. After that, it is expected that the population over the age of 75 years will continue to increase.

In this situation, the demand for medical healthcare and nursing care of the citizens is expected to further increase after 2025, when the age baby boomer (about 8 million people) become over 75 years old.

Under these circumstances, the demand for medical healthcare and nursing care services is expected to further increase after 2025, when the baby boomers (about 8 million people) become over 75 years old.

For this reason, the Ministry of Health, Labor and Welfare is working on preserving the dignity of the senior citizens, by supporting their independent living, and assisting them to live in their own neighborhood until the end of life. The regional comprehensive support, as known as the service provision system (the Community-based Integrated Care System) is being established, and the goal is to implement in 2025.

This integrated care system will provide housing assistance, medical healthcare, disease prevention, and living assistance in the future. Therefore, when the baby boomers

reach the age of 75 years in 2025, they can live the life as they want until the end, even for those who need intensive care services.

PS: Life support is needed when a person's organs are failing, needing machines to keep alive.

From now on, the number of elderly patients with dementia will increase gradually. And to provide living assistance to them, the most important issue is to establish a community-based integrated care system.

The population aging in metropolitan areas is very different from in rural areas. In the metropolitan areas, the population growth is stable, while the population over the age of 75 years increases rapidly; On the other hand, in the rural areas, the total population decreases gradually, yet the number of people over the age of 75 years raises slowly.

In order to make the sick elderly can also be treated in their own neighborhood, the community-based medical services and home care providers should work together to provide a comprehensive home healthcare.

The Ministry of Health and Labor and Welfare have begun to promote the cooperation between institutions to provide a multi-disciplinary home care.

In addition, with the increase of elderly patients with dementia and the single elderly families, other services will also be required to assist their daily life in the future (e.g., meal delivery, daily care, etc.), to support them live at home.

Hence, apart from the administrative services, we have also begun to involve various civic organizations, such as NPOs (Nonprofit Organizations), volunteers, and private companies to establish the multiple support systems. Meanwhile, we promote the social participation of senior citizens. For example, healthy elderly people can join a community by assisting other people's life. Once they play a definite role in the society, they will find their living values. This is also related to the concept of preventive care.

● 地域における言語聴覚士について

日本も高齢化社会と言われるようになりました。在宅でのリハビリの多くは介護保険が使われ、ケアマネージャーが利用者さんに必要なサービスを検討しております。ケアマネージャーがそもそも言語聴覚士とはどういった内容の仕事をしている職種かを知らないと、そもそも言語聴覚士への依頼に繋がりません。実際に言語聴覚士の活動があまりなされてない地域もまだまだあり、言語聴覚士のことを詳しく知らないケアマネージャーもいます。その為、今でもケアマネージャーに知ってもらうような啓蒙活動も必要とされています

● 地区性言語聴覚士

日本已是高齢化社會。居家復健的病患大多使用照護保險，由照護管理師與使用者討論必須提供哪些服務。照護管理師如果不了解語言治療師是什麼樣的工作、工作內容有哪些，將無法委託言語聽覺士協助病患復健。事實上，有的地區言語聽覺士並不活躍，也有不了解語言治療師的照護管理師。因此，現今也必須推廣讓照護管理師

了解語言治療師的啟蒙活動。

- **Community-based SLPs**

Japan has entered an aging society. Most of home healthcare patients use health insurance now, and the care manager and the patients discuss what services should be provided. If the care manager does not understand the role and responsibilities of SLPs, then s/he cannot refer patients to SLPs. In fact, some community-based SLPs are not active, and there are still care managers who are not familiar with SLPs. Therefore, it is necessary to provide introductory courses to care managers to understand speech therapy.

- **大橋の所属先 【株式会社 東京リハビリテーションサービス】について**

訪問の事業に携わる会社の中でも広く事業を展開させていただいている会社ではあります。東京都だけでなく大阪府に姉妹会社もあり、障害の子ども用の服を作る事業や療法士のための教育の事業など様々な取り組みをしております。

訪問事業の方では事業所が4つとその下に出張所が8つあります。他、デイサービスが1つ。小児用の施設が2つ（放課後等デイサービス）。就労移行支援事業所が1つあります。

全部で看護師が37名、理学療法士が65名、作業療法士が64名、言語聴覚士が25名所属しております（2018年）。訪問のスタッフは平均すれば1日5件〜7件ほど回っております。成人のケースが80%、小児のケースが20%ほどで依頼があります。

言語聴覚士の数については在宅リハビリの会社からすればかなり数が多いと思われる。多くの会社は言語聴覚士が0人もしくはいても数人しかいません。

大橋は4つある事業所のうちのひとつで所長をさせていただいております。スカイツリーは海外でも有名なのでしょうか？スカイツリーという東京の観光スポットの近くに事業所を構えており、東京の東側のエリアを担当しております。

事業所の運営や自分が担当するケースの訪問だけでなく、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士問わず後輩の教育の為に一緒に行って様々な視点をアドバイスしております。

他にも行政の機関でケアマネージャーやヘルパー、時には医師や歯科医師の前で講義をすることもあります。自分も楽しいと感じている仕事の一つでは、地域住民の集会などで肺炎予防の講義をする事もあれば、口の体操の紹介など、言語聴覚士の事を知ってもらおう活動をすることにやりがいを感じております。

在宅のリハビリは専門外の視点も勉強し、気付かなくてはならない難しさはあります。しかし、その人の生活や希望に深く関わることができ、やりがいをととても感じております。その人の本当の思いに答えることが出来た時には、とても気持ちのこもった「ありがとう」という言葉が聞けることがあります。

人から頼ってもらえるという事がとてもありがたく感じています。自分も人の

役に立てることが出来たのだという気持ちはそれがまた励みとなり、がんばろうという気持ちにさせてもらえるからです。



圖二、株式会社東京リハビリテーションサービス。

(東京康復服務有限公司地圖。The map of Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd.)

● 關於“東京康復服務有限公司”

“東京康復服務有限公司”廣泛開展著到宅康復的事業，不僅在東京，在大阪也設立了合作公司。旗下包含為障礙兒童製作衣服的產業及為了(PT、OT)治療師的教育產業等等。

到宅康復方面現有 4 家營業所 8 個分支，還有一家日托機構，兩所兒童用的設施(課後託管服務)及一家障礙者就業支援機構。

目前(2018 年)共有護理師 37 名，物理治療師 65 名，職能治療師 64 名，言語聽覺士 25 名在職。到宅康復的件數約每日 5~7 件。其中成人案例約佔 80%，兒童案例約佔 20%。

言語聽覺士的在職人數相較於其他到宅康復的公司實屬多數。大多數的公司沒有言語聽覺士，有也不過幾人。

我現任 4 家營業所其中之一的所長。大家聽說過天空樹吧？營業所位於東京的觀光景點天空樹的附近，主要負責東京東邊的區域。

我除了負責營業所的營運和自己訪視個案以外，還為了護士、物理治療師、職能治療師及言語聽覺士等後輩的成長，和他們一起進行訪視並從各種角度提出建議。

此外，還對應行政機關中的醫療管理員和護工，偶爾也對醫師和牙科醫師授課。我覺得很快樂的一項工作是，在地區居民的集會上開展有關肺炎預防的講座、介紹口腔健康操、以及讓大家了解言語聽覺士的職業等活動，也是很有意義。

到宅康復的難點在於需要學習自己專門以外的視角，留心多方面的因素。但到宅康復也最能貼近患者的生活和希望，是十分有意義的工作。真正能回應患者心中所想時，

就能聽到一句真心實意的“謝謝”。

能讓別人依賴是一件感謝的事。我也因為成為別人的幫助而受到鼓舞，想要繼續努力。

這次很開心能有和日本以外的同行們說這些話的機會。希望大家共同建設好公司，從而讓這個行業在世界內得到發展。

● **About Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd.**

Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd. is a company that develops home rehabilitation widely. Not only in Tokyo, but we also have cooperative companies located in Osaka. There are also other subsidiaries, including clothing manufacturing for children with disabilities and educational courses for therapists (PTs, OTs).

Currently, there are 8 branches of 4 business offices for home rehabilitation. Besides, there are a daycare center (for elderly rehabilitation), two childcare centers for school-aged children with disabilities (after school clubs), and one employment support agency for people with disabilities.

In 2008, there were in total 37 nurses, 65 physical therapists, 64 occupational therapists, and 25 speech-language pathologists in my company. The caseload was about 5-7 cases per day, with 80% of adult cases and 20% of child cases. The number of SLPs in my company was relatively higher than other companies. Most companies only have few SLPs or even none.

Currently, I am a leader of the four business offices. Have you heard of the Sky Tree? My office is located near by the Sky Tree in Tokyo, and I mainly work in east Tokyo.

In addition to the operations of the office and the cases I took over, I also train nurses, physical therapists, occupational therapists, SLPs, and other junior staffs. We work together, and I sometimes provide suggestions for them from various perspectives.

I also give talks to care managers and care workers in the government agencies, sometimes to physicians and dentists too. One of the fun tasks is to give lectures on pneumonia prevention at local community meetings, or to introduce oral movement exercise and to get everyone to know about the professions of speech and hearing. It is very meaningful.

The most challenging issue in home rehabilitation is that you have to learn perspectives which are different from your own profession, and have to pay attention to many factors. Nevertheless, home rehabilitation provides a closer and hopeful service to the patients, which is a very meaningful job. When you give patients what they need, you may hear a sincere ‘thank you’ from them.

Letting others depending on you is a grateful ting. I am encouraged by helping other people, which makes me want to keep on working hard

I am very happy to have this opportunity to talk to the fellow SLPs from outside of Japan. I hope that together we can establish good companies, and develop our profession

in the world.

二、在宅診療サービスの需要のある方々はどんな方法で株式会社東京リハビリテーションサービスに紹介されましたか？受託の場合、貴社はどのような手順で依頼者の状況を確認されますか？

なお、在宅診療サービスのご担当・日時・支給内容をお決めになりましたか？

需要在宅服務的個案是如何被轉介到東京復健服務有限公司？承接個案後，貴公司是如何進行個案評估以及如何安排後續所需的治療專業以及到宅服務的時間？以及給付？

How are people who need home healthcare services referred to Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd.? After taking on the cases, how do you assess and following medical treatment and home healthcare for them?

多くの場合、行政から介護認定を受けた利用者は居宅介護事業所のケアマネージャーに依頼し、サービス内容の調整を行ってもらいます。

そしてケアマネージャーによってリハビリが必要だと判断した場合はPT、OT、STなど訪問看護事業所の療法士に在宅リハビリの依頼をしたり、デイサービスやデイケアといった半日や一日型の施設に行けるような手配を行います。

その為、まずはケアマネージャーに信頼してもらい、リハビリが必要なケースに対して東京リハビリテーションサービスを指名していただけるように療法士達は営業活動や情報の発信もしないといけません。

東京リハビリテーションサービスでは依頼が来た時、どの療法士が担当になるか、上司が決める事は少ないです。基本的には利用者の希望する日時を聞いた後に、自分が担当になりたいと言った療法士に担当させます。しかし様々な理由で、誰も担当になると言わなかった場合は上司から指名することもあります。また、利用者の希望する時間に必ず合わせられるというわけではないので、利用者と相談して決めることもあります。どうしても東京リハビリテーションサービスの療法士で利用者の希望の時間に行くことが出来ないなどがあった場合は、他の会社を紹介することもあります。

東京リハビリテーションサービスでは療法士達は『固定の給料（毎月同じ金額）』と『歩合の給料（リハビリをした回数によって給料が変わる）』で働き方を選ぶことができます。年齢も若くていっぱい稼ぎたい療法士は『歩合の給料』を選ぶことも多いです。『歩合の給料』の場合は一つのケースに対して45%の報酬が療法士に入ります。

ケアマネージャーから依頼を受けた療法士は基本的には1人で介入しています。ただし、経験の浅い療法士は先輩に同行してもらうよう相談することも可能です。中には1人で悩んでしまっている療法士もいますが、自分から先輩に声を掛け

て相談するように促しています。また療法士から勉強したいという希望があった場合は、短い期間ではありますが上司の方から病院で勉強できるよう手配したり、小児の施設で勉強できるような手配をすることもあります。

リスク管理という点では、まだまだ難しい問題があります。

ケアマネージャーは専門的な知識を持っているわけではありません。また日本の介護保険制度では多くの職種があるケースに必要であったとしても必ず全部の職種が関われるわけではありません。

その為、例えば看護師によるサービスが最初に開始した後に、介入していた看護師がリスクに気付いてSTも入ってもらうよう、必要性をケアマネージャーに説明したり、STが歯科医の必要性に気付いてご家族に歯科に行くよう相談したりすることがあります。

結果的に、関わっている医療従事者は自分の専門分野以外のリスクに気付いて、しかるべき専門職に情報を繋げられるよう働きかける必要があります。しかしながらNs、PT、OT、STともそのような多職種の視点を持っている者がまだまだ少ないため、例えばPTしか入っていないケースにおいて、気づいた時には誤嚥性肺炎を起こしていたり、STしか入っていないケースにおいて家の中の置いてあった物で転んでしまったりという事があります。NsやSTが見ればすぐに気付けた誤嚥性肺炎のリスクに気付けない。PTが見れば転びやすい場所だとアドバイスできる部分にSTが気付けないなどが起こるわけです。

リスクに気付いて他の専門職に繋げる為には他の職種がどのような視点を持っているかを知らねばなりません。その為、大橋の所属している東京リハビリテーションサービスでは多職種による事例検討会を定期的に行い、自分以外の専門職であればどのように評価するかといった勉強を行っています。もちろん病院などを経験してきた新入社員に対しても、「これからは自分の専門分野以外の事であってもリスクに気付かれるよう勉強しなくてはならない」と伝えています。

例えば『ふらつき』という言葉を知って、何を評価するか

PT：筋力、バランス、福祉用具、家の作りなど

OT：認知、覚醒、視覚、高次脳機能など

Ns：睡眠状況、食事摂取量、水分摂取量、服薬状況、鉄分不足、メニエール病など特定疾患の可能性

栄養士：食事摂取量、水分摂取量、栄養バランス、鉄分など

薬剤師：薬の影響、薬の副作用など

ST：食事量と栄養バランス、歯の状態など（※大橋の場合は噛みしめられないと踏ん張る力が出ないという点から「ふらつき」と歯から間接的なリスクを考えますが、この視点は主流ではないです）

⇒つまりPTがふらつきという言葉から筋力などしか見てないとしたら、本当の原

因が薬の影響であった場合は見逃してしまい、評価のミスに繋がってしまう。薬の副作用が考えられるのであれば血液のデータや腎臓や肝臓といった部分も確認しなければならない。このように他の職種の視点も気にかけて、情報を各専門職に繋げていかねばならない。



圖三、薬剤師・管理栄養士に多職種連携に関する講義。

(為藥師及營養師授課。Giving a lecture for pharmacists and nutritionist.)

大多數情況下，由判定需他人照護的使用者，委託居家照護事業所的照護管理師，再由其代為調整服務內容。

照護管理師判定使用者必須接受復健時，會向 PT、OT、ST 等訪視看護事業所的治療師委託居家復健，安排前往半日或一日的日間服務設施。

因此，為了在一開始就獲得照護管理師委託，讓照護管理師遇到必須進行復健的案例時，直接指名東京復健服務，治療師們必須發送營業活動相關資訊才行。

東京復健服務接獲委託時，很少由上司來決定哪一位治療師負責。基本上，會在了解使用者希望的日期時間後，再由自己表明想要接下工作的治療師負責。但因為各種理由，無人想要接下時，就會由上司指名負責的治療師。此外，也不一定能配合使用者希望的時間，這時候會和使用者討論後再決定。無論如何，當東京復健服務的治療師，無法在使用者希望的時間前往時，將向使用者介紹其他家的復健公司。

在東京復健服務裡工作的治療師們，可以選擇『固定薪資（每個月相同金額）』和『業績抽成制（薪資會依進行復健的次數而變動）』。年輕、想要衝刺工作的治療師大多會選擇『業績抽成制』。選擇『業績抽成制』時，每一個案件可以獲 45% 的報酬。

獲得照護管理師委託的治療師，基本上由自己 1 人單獨處理。但是，經驗不足的治療師也可能會希望前輩同行。其中，也有治療師對於要自己 1 人單獨處理感到煩惱不已，但這反而能推動他勇於向前輩開口。治療師希望進修時，雖然時間不長，但上司會安排前往醫院或兒童設施等學習。

在風險管理上，還有許多難題要解決。

照護管理師不一定具備專業知識。就算是日本照護保險制度裡，註明須有多個專業參與的案例，也未必全部的專業都會投入參與。

所以，像是最初接受某位護理師服務後，介入的護理師發現有風險，認為需要 ST 加入時，會向照護管理師說明必要性，ST 發覺需要牙科醫師時，會向使用者家人告知要前往牙科看診。

也就是說，參與的醫療從業人員發現自己專業領域外的風險時，就必須聯絡有能力處理的專業人員。然而，Ns、PT、OT、ST 裡，擁有這種多專業參與觀念的人仍屬少數，例加在只有 PT 參與的案件裡，等到發現時已發生誤嚥性肺炎；只有 ST 參與的案件裡，病患被家中物品絆倒的情況時有耳聞。他們無法察覺誤嚥性肺炎的風險，但 Ns 和 ST 卻能夠馬上發現誤嚥性肺炎。PT 能察覺容易跌倒的地方並給予建議，但 ST 卻無法發現問題。

為了在發現風險後聯絡其他專業人員，必須先了解其他專業的人員抱持著什麼樣的觀念。因此，隸屬於大橋的東京復健服務，定期舉辦多種專業人員參與的案例檢討會，學習若是自己以外的專業人員，會如何評估等。當然，就算是曾在醫院等設施工作過的新員工，也會向他們告知「今後要繼續努力學習，必須在發生自己專業領域外的事件時，也能夠立即發現風險才行」。

例如聽到『暈眩』時，會如何進行評估？

PT：肌力、平衡、福祉用具、家中結構等

OT：認知、覺醒、視覺、高級腦功能障礙等

Ns：睡眠狀況、飲食攝取量、水分攝取量、服藥狀況、鐵分不足、罹患梅尼爾氏症等特定疾病的可能性

營養師：飲食攝取量、水分攝取量、營養均衡、鐵質等

藥劑師：藥物影響、藥物副作用等

ST：飲食量和營養均衡、牙齒狀態等（※大橋從無法咬緊，維持力量不夠的觀點出發，認為「暈眩」和牙齒之間，存在著間接風險，但該觀點並非目前主流。）

⇒亦即 PT 聽到暈眩，若只考量到肌力等，就會忽略到真正原因的藥物影響，造成自己評估錯誤。若有聯想到藥物副作用，必須檢查血液和腎臟、肝臟等部分。如前文所述，必須站在其他專業人員的觀點去思考，並將相關資訊提供給各個專業人員。

In most cases, the user who has been assessed to receive care can have the care manager from a home healthcare agency arrange the services.

If the care manager decides that the patient needs rehabilitation service, they will contact the PT, OT, ST in the home healthcare office to arrange day-time services in a part-time or full-time service facility.

Hence, in order to get the referral from care managers from the start, and to make them to assign cases to Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd., our therapists should spread the word about our services.

When a case is referred to Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd. receives a referral, rarely a therapist is assign to it by a boss. Basically, after knowing the user's proposed

schedule, a therapist can volunteer to take over the case. However, not always the user's proposed schedule can be matched, so when no one can take over a certain case, the boss will assign it to a therapist. In any case, when there is no therapist from Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd can visit the user in the proposed schedule, this user will be referred to other rehabilitation service company.

In terms of salary, therapists in my company could choose any of the two methods: fixed salary (same amount per month) or variable salary (the salary depending on the numbers of rehabilitation cases). Most young therapists who want to earn more money choose variable salary, and they can get 45% reward per case.

The therapist gets the referral from the care manager basically visits the user's home alone. Some therapists who lack experiences may request other therapists go with them. Besides, the boss also arranges short-term training in hospitals and childcare centers for therapists who are willing to have advanced studies.

In our business model, there are still many problems to be solved by risk management. The care manager does not have enough expertise. Even in the Japanese care insurance system, not all cases eligible for multidisciplinary healthcare will receive it. For example, after the initial treatment, the nurse finds that the case has the potential risk of dysphagia and needs to do speech therapy, and informs the care manager about the importance of involving a SLP in the team. Similarly, when SLP finds that a dentist is needed for the case, s/he may suggest the case to a dental clinic.

In other words, when the involved medical professionals discover risks which are beyond their practice scope, they must contact the professionals capable of handling them. However, among nurses, PTs, OTs and STs, very few are familiar with this multidisciplinary participation concept. For instance, in cases where only PTs were involved, the risk of dysphagia was not noticed until the clients were already having episodes of aspiration pneumonia. In other cases involving only STs, the patients tripped over household items. In such cases, PTs are more sensitive to the risks of falling and are able to give advices concerning them, yet STs are unaware of these issues.

In order to contact other professionals after a risk has been discovered, it is necessary to understand views and opinions of other healthcare professionals. Therefore, Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd. holds regularly multidisciplinary case studies. We learn how to evaluate a client from other professional perspectives. Even for new employees who have worked in the hospitals, we also inform them that "in the future, you have to keep on learning hard, and to be able to identify immediately the risks involved."

For example, when the chief complaint is vertigo, how should the assessment be proceeded?

PT: muscle strength, balance, assistive equipment, home structure, etc.

OT: cognition, awakens, vision, higher brain dysfunctions, etc.

Nurses: lack of sleep, dietary intake, water intake, medication status, insufficient iron, and specific diseases such as Meniere's disease

Dietitian: dietary intake, water intake, nutritional balance, iron, etc.

Pharmacist: drug effects, side effects, etc.

ST: Diet and nutritional balance, dental status, etc. (※From the point of Ohashi's view, there is an indirect risk between vertigo and teeth, such as the patient may fail to bite tightly or have muscle weakness. But this view is not within the current mainstream.)

If a PT hears about vertigo and only considers the muscle strength, ignoring the drug influence, and then make the evaluation mistakes. If you connect vertigo to the drug side effects, further blood examination and checkup of kidney, liver and other organs' function. As mentioned above, you must think not only on your own profession but also other perspectives, and provide relevant information to different professionals.

三、今まで株式会社東京リハビリテーションサービス様の受託された在宅診療サービスの症例種類・成人と小児の割合・障害や病気の種類を教えてくださいと存じます。

目前為止，東京復健服務有限公司承接的到宅服務的個案類別為何？成人及小兒比率？疾病類型？

So far, what are the types of cases undertaken by Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd.? Is there a adult-child ratio? How about disease types?

東京リハビリテーションサービスに来る全体の依頼の比率としてはおおよそ成人が 80%、小児が 20%となります。地域によっては成人 50%、小児 50%という所もあります。

成人においては急性期からターミナルまでケースは様々です。多いのは骨折後のケースと脳卒中の後遺症のケースです。他にはパーキンソン病といった進行性の疾患など。少ないですが精神疾患のケースもあります。

小児のケースでは自閉症、ダウン症、脳性麻痺などが多いです。運動発達を促すことや日常生活動作の獲得といった点が多いです。

委託東京復健服務的客戶之中，成人約有 80%，兒童 20%。也有地區是成人 50%、兒童 50%。

成人病患類型從急性期到已開始邁入人生終點的都有。最多的是骨折和腦中風後遺症。其他還有罹患帕金森氏症等進行性疾病。精神疾病的案件也有，但數量並不多。

兒童以自閉症、唐氏症、腦性麻痺等居多。大多訓練動作發展和日常生活自理。

Among the clients of Tokyo Rehabilitation Service CO., Ltd., approximately 80%

are adults and 20% are children. In some areas, the caseload of adult accounts for 50%, while child cases account for 50%.

The adult patient types range from the acute stage to the end of life. The most common diseases in adults are fractures and stroke sequelae. Other types are progressive conditions such as Parkinson's disease. There are also cases of mental illness, but just in a small number.

The types of children cases are mostly autism, Down's syndrome, and cerebral palsy. And the most of training is for developing their motor skills and self care skills.

四、日本の言語聴覚士が在宅診療における役目は何でしょうか？治療を受けるご本人、あの方のご家族や他の専門職(歯医者や看護師)との交流はどんな感じですか？

日本語言治療師在宅服務中扮演的角色為何？與個案、與家屬，以及與其他專業間互動模式為何？請分享您與其他專業人士合作的經驗，像是和醫生、護士…等？

What is the role of Japanese speech therapists in home healthcare services? What is the interaction model with clients, with family members, and with other healthcare professionals? Would you please share your experiences in working with other professionals, such as doctors, nurses, etc.?

S Tの依頼においては脳卒中の後遺症後のケースが多く、次に進行性の疾患の人に関わることも多いです。比率としては摂食嚥下障害ケースが70%、言語障害ケースが30%です。

小児分野では言語発達面の依頼が多く、自閉症やダウン症も多いですが精神発達遅滞、知的障害と呼ばれる子供たちにも介入しています。中には気管切開しているような重度のケースの摂食嚥下に関わることもありますが、実施できるS Tが少なすぎるのも現状です。

成人でも小児でも、機能を評価して落ちてしまった能力の改善や維持を図るだけでなく、その人にとって何がより良い方向になるのかといった提案が出せられるように、環境の整備や患者の思いを汲み取る働きが必要です。その為にも生活史(患者の歴史)を重視し、家族の思いや介護力、介護負担に対してもアドバイスをしていくような働きかけが求められます。

※ 大橋のトピックですが、寝たきりの高齢の女性のケースで旅行の計画をたてた事があります。そのケースは『肺炎の予防』という事で介入していたのですが、家族が「かなうならばもう一度旅行にでも連れていければ良かったのに」という言葉を聞いて、主治医やケアマネージャーなどに相談し介護付きのホテルを探し、ホテル側にどんな料理が出せられるかを問い合わせたりし、実際に旅行に行ってもらえたことがあります。帰ってきた時にご家族から「この年齢でまた母と旅行に行けるとは

思わなかった。ありがとう」と言ってもらえました。

在宅ケースにおける課題としては、身体は動けるのだが、言語障害のために外に出る気持ちになれない人が多くいること。言語障害に対する理解がまだまだ社会全体に広まってない為、社会的に受け止められていない面が大いにあります。また、病院や施設にはSTが配置されるようになってきたものの、地域や外に出て活動しているSTがとても少なく、社会に訴えていけないことも現状です。

大橋の場合は、大橋の会社とは別で個人で地方行政と契約を結ばせてもらっている事もあり、地方行政の事業の枠組みの中で他職種や地域住民に講義させてもらっています。そこでSTとはどういう仕事なのか、言語障害とはどういうものなのか、嚥下で気を付ける点は何かといった話をしています。



圖四、一般の人に口腔の体操と肺炎予防の講義

(為民眾解說口腔運動體操以及預防肺炎。
Oral exercise gymnastics and prevention of pneumonia lecture for residents.)

ST 接獲的案件以腦中風の後遺症居多，第二多的是罹患進行性疾病的病患。比率為咀嚼吞嚥障礙 70%、語言障礙 30%。

兒童委託案件以發展遲緩居多，自閉症和唐氏症的案件亦多，也有神經發育遲滯、智能障礙的兒童。也會有訓練氣管切開的重度病患學習咀嚼吞嚥，但現階段有能力訓練的 ST 非常少。

不論是成人或兒童，不僅是評估改善退步的能力或維持現有的能力外，提出以患者的考量何種方式是較好的，還有環境及患者的想法都是必要的。因此，必須重視生活史（病史），並且能針對家人的想法和照護能力、照護負擔提供建議。

※接下來是大橋的案例。一位臥床的高齡女性計劃去旅行。該病患是為了『預防肺炎』而接受照護，家人聽到「如果條件可以，帶她一起旅行對她來說反而是一件好事」後，開始向主治醫師和照護管理師等諮詢，尋找附設照護設施的飯店，並向飯店詢問會提供哪些餐點，準備好之後才出發去旅行。回來時家人表示「想不到已經這個年紀還能和媽媽一起去旅行。謝謝您的幫忙。」。

居家照護案件會遇到的課題，主要是訓練身體動作，但有許多病患是因為語言障礙而不敢外出。主要是因為社會大眾仍不了解語言障礙，無法接受此類病患。雖然醫院和設施有配置 ST，但現階段在地區裡或外出行動式的 ST 非常少，根本無法向社會大眾說明狀況。

以大橋的公司來說，會另外以個人身分，與地方行政機關簽訂契約，在地方行政機關的事業體系裡，替其他職類的人員和地區居民上課。在研習中會說明 ST 做的是什麼工作、什麼是語言障礙、對於吞嚥需要注意哪些…等。

Among all clients receiving speech therapy, most of them are post-stroke, and the second most common type is progressive diseases. About 70% of them have dysphagia, and the other 30% have acquired language disorders.

Among the children cases of speech therapy, most of them have developmental delay. There are also many cases of autism, Down's syndrome, as well as mental retardation and intellectual disability. We also participate in the training of severe patients with tracheotomy to intervene swallow, but at this stage, there are very few SLPs who can do this type of intervention.

Independent of being adults or children, we not only assess patients' physical functions, improve their deteriorating abilities and maintain their current capabilities, but also consider which type of intervention is better for the patients, taking into account the environment and patients' opinions. Therefore, we have to pay close attention to their life history (case history) and provide suggestions based on the family's opinions, care capacity and care burden.

※In my caseload, there was a bedridden elderly woman who planned to travel. She received speech therapy to prevent pneumonia. Her family was informed that "if the conditions were ok, it would be beneficial for her to travel with them." After that, her family started consulting with the attending physician and care manager, searching for a hotel with care facilities, getting informed about the hotel's meals, and they only traveled after everything were properly arranged. When they came back, they said, "We haven't imagined that we could travel with our mother at this age. Thank you for your help."

The major issues encountered by home healthcare cases are mostly related to physical movement training, but there are still many patients concerned to go out due to their language impairments. This is mainly because the public still does not understand language disorders and cannot accept such patients. Although there are SLPs in hospitals and healthcare-related facilities, currently there are too few SLPs working in the community-based practice or offering mobile speech therapy service, therefore it is hard to explain these issues to the public.

Taking our company as an example, speech therapists may sign contracts with local government administrative agencies and provide educational sessions to staffs and local residents in the local administration system. In the workshops, we explain what the STs do,

what are language impairments, and what swallowing signs we should be aware of.

● 他の職種との連携について

基本的には一人で回っていることがあるので、自分の会社の仲間達や他の会社の人達との日々の連絡は電話やメールなどで連絡を取り合っています。ただし、お互いに必ず電話に出られるわけでもないので情報が遅くなってしまうことがあるのが問題にはなりません。

定期的に多職種による事例検討会というのを行い、お互いに勉強しています。ここでは「うまくいっていないケース」「悩んでいるケース」について療法士が発表し、それに対して各職種がどんなアドバイスを出せられるか、どんな職種がどんな視点で考えるかなどを勉強しています。参加される職種には【医師】【歯科医師】【看護師】【理学療法士(P T)】【作業療法士(O T)】【言語聴覚士(S T)】【管理栄養士】【薬剤師】【臨床心理士】【保健師】【ケアマネージャー】【社会福祉士】などが集まっています。

大橋の場合ですが、ケースにおいて歯科医が必要と考えた場合は利用者とケアマネージャーの同意を得て、歯科医に介入をお願いすることもあります。例えば、歯科治療や義歯の調整をしてほしいケースや内視鏡による検査を依頼したい時です。リハビリに入る回数をもっと必要だというケースも歯科医に入ってもらえないか相談することがあります。

歯科医だけでなく栄養士にも入ってもらいたいケースはたくさんあります。しかしながら、在宅で活動している栄養士もとても少ないです。法律上の整備もまだまだ課題になっていると思われれます。

摂食嚥下に関しては歯科医、言語聴覚士、栄養士の3つの職種が入ることが理想だと考えます。

● 與其他職類の人員合作

基本上都是一人單獨處理，因此與自己公司同事和其他公司人員之間的每日聯絡，都是透過電話和電子郵件等。但是，並不是每一次都能接電話，導致過晚獲得資訊。

定期舉辦多職類人員參與的案例檢討會，大家互相學習。治療師在檢討會上發表「進展不順的案件」「令人煩惱的案件」，再由大家提出各自的建議，了解什麼行業的人員會從哪個角度去思考等。參與檢討會的行業有【醫師】【牙科醫師】【護理師】【物理治療師(PT)】【職能治療師(OT)】【言語聽覺士 (ST)】【營養管理師】【藥劑師】【臨床心理師】【保健師】【照護管理師】【社會福祉士】等。

大橋判斷必須牙科醫師介入處理時，就會在獲使用者及照護管理師同意後，聯絡牙科醫師請求協助。例如病患希望接受牙科治療和調整假牙，或是委託安排內視鏡檢查時，就會尋求牙科醫師協助。也有必須增加復健次數的病患，直接詢問能否安排牙科醫師看診。

當然不是只有牙科醫師，也有許多病患想請求營養師協助。只不過提供居家服務的營養師很少。法律層面上也有許多問題尚待解決。

咀嚼吞嚥以牙科醫師、言語聽覺士、營養師 3 種行業的人員，同時參與治療最為理想。

● Collaborate with other disciplines

Basically, SLPs work alone, so we contact other colleagues or staffs by telephone or emails. Sometimes we cannot answer the phone call right away, which may delay the information.

We regularly hold multidisciplinary intervention evaluation meeting to learn from each other. SLPs can discuss about more challenging or troublesome cases during the meetings and get suggestions from different professional perspectives, and to understand different views. Professionals participating these meetings include doctors, dentists, nurses, PTs, OTs, SLPs, dietitians, pharmacists, public health nurses, care managers, social workers, etc.

If I judge that the dentist's intervention is needed, I will get both the client's and the care manager's permission, and then refer to a dentist. For example, if the client wishes to receive dental treatment to adjust the dentures, or to arrange an endoscopic assessment, I will seek for the dentist's assistance. There are also patients who need to increase rehabilitation sessions, asking for arranging the dentist appointments.

Besides the dentists, many patients ask for the dietitians' assistance. Yet, the number of dietitians offering home healthcare services is few. In addition, there are still many issues to be solved at the legal level.

Chewing and swallowing disorder management ideally should include 3 types of healthcare professional, including dentists, SLPs and dietitians.

● 摂食嚥下障害・誤嚥性肺炎予防について

脳卒中などの後遺症で摂食嚥下障害が残ってしまった在宅ケースにおいては、可能であれば歯科医や栄養士と連携をとって介入したいと思うことが多いです。歯科医に内視鏡といった検査や歯の状態を確認してもらい、栄養士にはその人の栄養状態の確認や家族に料理のアドバイスをしてもらうなど。言語聴覚士は口腔のリハビリだけでなく、口腔機能以外の視点でも摂食嚥下に与える影響なども確認し他職種と情報を共有していく役割も担うべきと考えます。

口腔機能以外の視点をいくつか紹介するとすれば、まずは『姿勢』。これは食べる時以外の姿勢も含みます。例えば寝返りが自力でできない人であれば夜間はどうかやって寝ているかを確認します。夜間の寝ている姿勢がしっかりと筋が休められる姿勢になっていないと朝起きてても疲れがたまっていたり、身体が痛かったりします。それでは食事動作や食欲に影響が出てしまいますね。

『薬の影響』。薬の副作用などでも口腔が乾きやすくなる人がいます。乾いた口では汚れが溜まりやすく誤嚥性肺炎のリスクに繋がっていきます。眠剤の影響なども確認すべきです。神経系の病気でしたら、いつ薬を飲んでいるか、薬が効いている時間はいつなのかも確認せねばなりません。

『呼吸状態』呼吸器疾患がある方では嚥下と呼吸のタイミングがずれやすくなるだけでなく、普段の生活だけでも呼吸の方でエネルギーを使う為に食べていても痩せていく人もいます。今後の見通しを立てるためにも体重の変化や食事量にも気を使わねばなりません。

他にも、認知症や食欲、高次脳機能の影響などもあります。環境面では家族の生活場面を見ると介護力も朝と夜では違うかもしれません。食事介助もその家族のメンバーによってはやり方や負担の度合いが違っているかもしれません。このように確認しなければならないことはまだまだあります。

今後は摂食嚥下障害ではなく、予防についても力を入れていかねばならないのが日本の課題と考えます。高齢者の中には入院などされたことはなくても摂食嚥下の機能低下のリスクが大きいと思われる人達も多くいます。

【加齢や栄養不足による筋力の低下】⇒【活動性の低下】⇒【食欲の低下】⇒【栄養の低下】⇒【加齢や栄養不足による筋力の低下】

といったループにおちいってしまっているケースです。このようなケースに対して「最近むせるようになった」からといたずらに食形態などを落とすと、より口腔の運動の機会を奪ってしまい機能低下を助長させてしまいます。その為にも口腔の運動を促す機会や栄養状態の見直しなど、予防の目線に対して訴えていかねばならないと思います。



圖五、在宅言語治療サービス

(居家語言治療服務。Home-service by speech therapy.)

● 有關進食吞嚥障礙及吸入性肺炎的預防

因腦中風等導致後遺症，出現了進食吞嚥障礙等的案例，應盡量和牙科醫生及營養師合作介入。請牙科醫生進行內視鏡檢查並由其確認牙齒的狀況，請營養師確認病人的營養狀態及向病人家屬提出飲食建議。言語聽覺士則不僅要進行口腔機能的康復訓練，還要確認其他因素對進食吞嚥功能造成的影響，與其他職類共同合作也是我們

的職責。

說起口腔功能以外的因素，首先是“姿勢”。這也包含進食以外的姿勢。假設是不能自己翻身的人，就要確認其夜間的睡姿。夜間的睡眠姿勢如果不能讓肌肉得到充分的休息，早上起來疲勞既得不到緩解，還會引發身體疼痛，進而影響到進食動作及食慾。

其次是“藥物的影響”。有的人會因藥物的副作用等導致口乾。乾燥的口腔容易累積污垢從而加大吸入性肺炎的風險。安眠藥的影響等也有必要確認。患有神經系統疾病的案例，什麼時候吃藥，藥效的持續時間都必須確認。

還有“呼吸狀況”。使用呼吸器疾病的人不僅容易導致吞嚥和呼吸的時機不對，還因日常生活中呼吸也在消耗能量，導致即使進食也還會消瘦。要看得長遠就必須注意體重的變化以及進食量。

其他還有認知症導致食慾的變化，認知機能等的影響。從環境的角度來看，如果觀察一家的生活場景，就有可能發現白天和夜晚能提供的照護能力不一樣。進食時的幫助根據家庭成員的不同，做法和感受到的負擔也不盡相同。像這樣需要確認的地方不勝枚舉。

今後不僅是進食吞嚥障礙，如何在預防上投入也是日本的課題。老年人當中即使沒住過院，也有很多人面臨著進食吞嚥機能退化的風險。

對於陷入“年齡增大及營養不足引發肌肉力量低下⇒ 低活動量⇒ 食慾下降⇒ 營養不良⇒ 年齡增大及營養不足引發肌肉力量低下”這種循環的案例，因為“最近開始噎到”就一下子降低食物形態的話，口腔就更沒有機會運動從而導致口腔機能的進一步退化。因此必須從預防的角度來考慮問題，要增加口腔運動的機會，重新評價營養狀態等。

● The prevention of swallowing disorders and aspiration pneumonia

In many cases of post-stroke dysphagia, we should collaborate with dentists and dietitians. The dentists can provide endoscopic examination and confirm the patient's tooth conditions, while the dietitian can confirm the patient's nutritional status and dietary recommendations to the patient's family. As an SLP, we not only provide oral motor skill rehabilitation, but also verify other factors affecting eating and swallowing abilities. Collaborating with other healthcare professionals is also within our duty.

Taking about factors other than oral motor skills, the posture is above all. This also includes postures other than eating. If a patient cannot turn over on his own, we must verify his postures during night sleep. If these postures cannot provide adequate rest to the muscles, the patient will feel fatigue and body ache next morning, which may affect eating movements and appetite.

The second factor is the influence of drugs. Some people may have xerostomia (dry mouth) due to the side effects of drugs. People with xerostomia tend to accumulate residues in the oral cavity, and then increasing the risks of aspiration pneumonia. The effects of sleeping pills also should be checked. In the neurologic disease cases, the daily

routine of drugs should be taken, and the duration of the drug effects must be monitored.

Another factor is breathing condition. People on mechanical ventilation usually have time incoordination between swallowing and breathing, habitual breathing also consume their stamina, resulting in weight loss, even they are eating regularly. In the long term, we should monitor changes in body weight and food intake.

The other factors, such as cognition decline leading to appetite changes, and influences of cognitive impairments. From the environmental perspective, when observing daily routine of a family, we can find differences in the care provided during daytime and nighttime.

During the meal, different family members give different kinds of support and feel the care burden differently. There are various similar issues should be investigated.

From now on, not only dysphagia intervention but also its prevention should be primary tasks in Japan. Even those elderly who have never been hospitalized, many of them are at risk of deterioration of their swallowing function.

It is a vicious circle: aging and malnutrition affect weak muscle strength, which reduce physical activity, leading to loss of appetite, causing malnutrition, and then resulting in reduced muscle strength due to aging and malnutrition. In this case, if we change the food consistency right away when there is a choking compliant, the patient will not have the opportunity to enhance oral motor skills, and this will lead to further deterioration of the oral motor functions. Therefore, it is necessary to consider this question from the prevention perspective, as the opportunities for oral motor exercises should be increased, and the nutritional status should be re-evaluated.

● 言語障害

言語障害、特に失語症は日本においては残念なことに世間的にほとんど注目されておられません。とても大きな課題だと思います。

在宅ケースにおいては、身体的には大きな障害はなくてもコミュニケーションにおいて自信が持てずに外に出られないという人達が多くいます。在宅リハビリに携わっている言語聴覚士達もまずは家族間のコミュニケーションや医療・介護のスタッフとのコミュニケーションについて主に支援をしていくことで手一杯というのが現状です。それでも、その人が人間らしく、希望を持って生きていけるよう目標を一緒になって見つけられるよう必死に考えていく努力をしたいものです。

大橋が以前に関わったケースで紹介したい事例があります。重度のブローカー失語になって10年近く経過されており、末期の癌も見付きり余命1年と言われた人がいました。在宅で少しでも過ごしたいという家族の意向で家に戻りましたが、時間も余っているという事ですとずっと続けていた言語のリハビリを継続しようということになり、大橋に依頼が来ました。挨拶の言葉も難しい重度の失語症

で、ご本人もやる気がなく少し難しい課題を提示すると怒るという状況。大橋も目標をどう立てればいいのかすごく迷いましたが、ご家族から「半年後に姪の結婚式に出ようと思う」という事を聞き、ご本人に「結婚式で『結婚おめでとう』の一言をいうだけ為に練習しませんか？」と提案しました。その提案を聞いたとたんにご本人様は急に泣き出して何度もうなずきました。その後は「結婚おめでとう」の一言の為に必至にリハビリを受けてくれました。練習の結果、50%くらいの確立で文字を見ながらであれば、そのフレーズだけはたどたどしくも言えるかもしれないというくらいになりましたが、結局、本番では「感極まって泣いてしまいとても言えなかった」とご家族が笑って報告してくれました。その後、ほどなくして体調が悪化し入院されて亡くなりましたが、ご家族からは「最後に目標を持って生きることができた」と言って下さいました。リハビリはただ機能改善だけの為にあるのではないと気づかされました。

今後ですが、外に出たいという希望はあるが自信が持てない人達にたいしてまず出来る事は、世間に失語症というものを知ってもらふ必要があると考えています。その為の啓蒙活動から初めて、地域で受け入れてもらえるような基盤を作ることが大きな課題かと考えています。

● 語言障礙

語言障礙尤其是失語症，很遺憾在日本幾乎沒有受到社會上的關注。這是極大的問題。

在宅康復的案例中，身體雖然沒有大的障礙，但因對溝通不自信不能出門的大有人在。而現狀是，在宅康復領域的言語聽覺士光是在支援家族間的溝通，患者與醫療・介護人員間的溝通就花費了大部分的精力。即使如此，和患者朝著相同的目標，帶著希望活下去，並為之奮鬥是我想要做的事情。

下面將介紹我所經歷的一個案例。一位患有重度布洛卡失語將近 10 年，且發現癌症處於晚期，只剩一年壽命的患者。因為家人希望不管時間多短都能在家裡度過，於是將患者接回家。因為空餘時間多便繼續語言治療，並依託我負責。重度的失語症導致連打招呼都困難，患者本人也沒有心思練習，只要面對稍有難度的課題就會動怒。我也對如何設定目標而感到猶豫，但從患者家人們那裡聽到“他半年後想參加侄子的婚禮”，便提案說“為了能在婚禮上說一句‘新婚快樂’而練習怎麼樣”？聽到這個提案，患者突然哭了出來，連點了好幾次頭。之後為了一句‘新婚快樂’而努力地投入到康復訓練當中。練習的結果是只要有文字提示的話，就有 50% 的可能性能結結巴巴地說出那一句話。但家人們告訴我到了婚禮那一天“太感動了以至於沒說出來”。之後不久患者身體狀況惡化，入院後去世了。患者家族對我說“他最後也抱著目標活下去了”。這讓我意識到康復的目的不僅僅是功能的改善。

今後，為了想接觸社會卻沒有自信的人們首先能做的事是讓人們了解失語症。因此從啓蒙活動開始，在地區建立起群眾基礎是一個重要的課題。

● Speech and language impairments

Unfortunately speech and language impairments, especially aphasia, have been receiving almost no public attention in Japan, and this a significant issue.

Among cases receiving home rehabilitation, many patients without serious physical impairments would not leave their home because they are not confident of their communication abilities. The current situation is that SLPs providing home healthcare services spend most of their efforts on establishing communication between families, between patients and medical healthcare professionals. Yet, I want to be with patients, achieving the same goals, living with hope and fighting for it.

I would like to share my experience in treating a patient. This patient has had severe Broca's aphasia for about ten years, and has been diagnosed of having cancer in the advanced stage, and has been given a year to live. Because the family wanted to spend the last moments with the patient at home, so he has been taken home. As he had some spare time, he decided to continue speech therapy, and then he became my patient. Severe aphasia even made greeting people a hard task, and the patient was also not keen to practice, any harder tasks would make him furious. I was really reluctant when setting his treatment goals, but then I heard from patient's family members that he wanted to join his nephew's wedding half year later, I proposed him to practice for being able to congratulate the newlyweds on the wedding day, then he burst into tears and nodded his head continuously. Later he worked really hard on his rehabilitation just for being able to say "congratulations". The training result was that under written cues, the patient was able to say the written sentence in 50% of times. The patient's members told me that "he was deeply moved, so he was not able to say anything". After the event, his health deteriorated, he passed away while being hospitalized. His family member told me that "he lived with a goal till the very end". This made me to realize that the purpose of rehabilitation is not just improving functions.

In the future, to help people who wish to participate in the society but lack of confidence, the primary thing we could do is to raise public awareness of aphasia. Therefore, it is an important task to build up the public knowledge foundations based on introductory activities.

五、現在日本の言語聴覚士は何名いらっしゃいますか？言語聴覚士への資金や支援は足りそうですしょうか？

在日本共有多少位語言治療師？語言治療師的服務資源是否足夠？

How many SLPs are there in Japan? Is there enough speech therapy service in Japan?

1999 年の第 1 回国家試験以来、20 回の国家試験が行われ、現在では全国で

31,233 人（2018 年 3 月時点）の言語聴覚士が活躍しています。

言語聴覚士の数は年々増えてはいるものの、まだまだ足りないと感じています。また、昔と比べて男性の言語聴覚士が増えてきたものの、多くは女性である為に結婚や出産を期に活動を控える人も少なくありません。その為、後輩を育てたり、教えられる人なども少なくなってしまうます。

地域で積極的に活動している言語聴覚士もとても少ないため、リハビリ職の中では発言する力が弱い方ではあります。また「リハビリテーション」となると身体に関するイメージが強くもあり、世間からも注目されづらいという理由もあるかもしれません。

自 1999 年進行第一次國家考試，至今已經舉辦 20 次了，目前全國共有 31233 位(截至 2018 年 3 月)語言治療師在這個領域發揮所長。

雖然言語聴覚士人數年年增加，但事實上仍嚴重人力不足。和以前相比，男性語言治療師人數增加了，但因為結婚和生產而必須減少工作的女性亦不少。也因此，連帶造成有能力培育、教導新人的人也變少了。

在地區裡積極活動的言語聴覚士也非常少，專職復健時發言影響力又薄弱。但也可能是大家一聽到「復健」，會直覺聯想到身體，不容易引起社會大眾注意。

Since 1999 when the first National Exam has been hold, it has been conducted for 20 times, nowadays there are in total 31,233 SLPs in Japan working in this professional area (Statistic data retrieved on March 2018).

Although the number of SLPs has been increasing every year, actually the manpower shortage is still critical. Compared with the past, the number of male SLPs increased, but quite a few female SLPs reduced their workload due to marriage and pregnancy. Therefore, SLPs who are capable to educate and train junior staffs is are more and more fewer.

Very few SLPs are working actively in the home healthcare service, and SLPs are not influential enough in the rehabilitation services. Maybe this is because, when hear about “rehabilitation”, people automatically associate it with body directly, therefore, it is more difficult for SLPs to raise public attention.

六、日本では様々な専門的往診サービスがあり、その中で言語聴覚関係の要請は大体何割を占めているのでしょうか？

日本在宅服務提供各個不同專業的服務，其中有語言治療需求的個案比率大約是多少？

In Japan, home healthcare service offers a wide range of services in different healthcare discipline. What is the proportion of cases per need of speech-language treatment?

⇒ S Tが必要と思われるケースは多いものの、在宅リハビリに関わっている S T の数がとても少ないことと、P Tの分野など身体に関する介護負担が優先されやす

いこと、ケアマネージャーも目で見える部分の障害を優先して考えやすいこと、場所によってはSTがほとんどいない為にそもそもSTがどういう仕事をしている職種かを詳しく知らない人がいるなどがあり、十分にSTが関わっていないのが現状です。その為、栄養面や嚥下面でのリスクに気付くのが遅くなり入院となるケースも少なくはないです。

地域においては、大きな病気をしていない高齢者であっても、加齢による筋力低下から活動性の低下に繋がり、そこから食欲・栄養の低下、それがまた筋力低下につながるといった負のループにおちいつている人もいます。そこに気付いて働きかけている医療従事者や福祉、行政の人も多くはないのでSTを必要としている人や関わった方がいいという人はまだまだたくさん隠されていると考えます。

東京リハビリテーションサービスでは、STが入るべきケースであっても、保険制度の問題やSTの人数的な問題の為に介入が難しい場合は、1回はSTが無料で評価に入り、必要と思われる摂食嚥下に関するトレーニングをPTやNsなど他の職種に伝えて代わりにやってもらうなどで対応する事があります（ただし食べ物を使わないトレーニングに限ります）。

※日本の介護保険では週に2時間までしか保険を使って訪問でリハビリが受けられません。例えば週に2時間PTが入ってしまったら、STのサービスももう1時間受けたいとしても保険が使えなくなり、利用者は自費で1万円くらい払わなければならないとなります。

⇒有許多案例必須ST參與，但居家復健的ST人數偏少，再加上PT領域等以身體相關照護負擔為優先、照護管理師容易以能看到的障礙為優先去思考、有的場所根本沒有ST等，導致許多人不知道ST到底是在做哪方面的工作，未請求ST協助。也因此，不少病患是因為太晚發現營養和吞嚥方面的風險，最後必須住院接受治療。

地區裡的高齡者即使未罹患重病，也會因為年齡增長，肌力下滑而減少活動，之後食欲降低、營養不足，進而造成肌力進一步下滑，陷入無限循環的困境。由於能夠發現此部分並採取處置的醫療從業人員，以及福祉、行政人員不多，還有許多需要ST協助，以及被建議尋求ST協助的人未浮出台面。

東京復健服務對於ST應該要加入的案件，因為保險制度的問題，以及ST人數等問題而難以獲得協助時，會改安排ST免費評估1次，再向PT和Ns等其他行業人員轉告並代為進行的咀嚼吞嚥訓練（但僅限不使用食物的訓練）。

※日本照護保險規定訪視復健最多一週只能給付2小時。例如當一週裡PT已治療2小時後，又想要再接受ST治療1小時，就無法使用保險，使用者必須自費1萬日圓左右。

There are many cases where SLPs must be involved, but the number of home healthcare SLPs is small. In addition, PT-related areas prioritize physical care, care

managers tend to think for more visible disabilities, and many setting do not even have a SLP. All this made SLPs work and specialty relatively unknown, consequently not requesting for SLPs' assistance. Also because of this, many patients with nutrition and swallowing risks were discovered too late, in the end they had to be hospitalized and treated.

In the community, even if the elderly do not have severe diseases, due to their age, their muscle strength may decrease leading to the reduction of physical activity. After that, their appetite may reduce, and their nutrition will become insufficient, which in turn will cause muscle weakness. Not many medical care professionals, social workers and administrative staffs who can identify this problem and properly handle it. Therefore, many more potential cases needing SLP's assistance or be advised to seek for SLP's assistance are still invisible.

When handling cases where SLPs should get involved, because of difficult issues such as the insurance policy and the number of SLPs, Tokyo Rehabilitation Service CO. will arrange a free SLP assessment, and then PT, nurses and other healthcare professional will be informed and referred to conduct chewing and swallowing training (but only training without food).

※ According to Japanese healthcare insurance regulations, only 2 hours of home rehabilitation service per week are covered by the insurance. If the client already received 2 hours of PT in a week, but wants to have an hour of speech therapy, the insurance will not cover the costs, the client will have to pay 10,000 yens for his/her own pocket.

七、日本の健康局や長期ケア施設などの公的機関には嚥下ケアサービス、或いはシステムがありますでしょうか？ある場合、嚥下ケアサービスの内容は何でしょうか？

日本有無類似衛生局或長照科等官方單位提供吞嚥照護的服務及模式呢？如果有，吞嚥照護服務模式是怎麼運作呢？

Is there any government agency related to health department or long-term care which provides swallowing care? If yes, how does the swallowing care model work?

日本の厚生労働省（台湾でいう健康局でしょうか）からは多くの場合は歯科医師会に委託されて嚥下に関する情報を集めたり、歯科医師が地域で活動される場合が多いと聞きます。

ただし地方の行政が市区町村の単位で独自で動いていることも多く、場所によっては歯科医師が嚥下に関するガイドラインや予防の活動を行っていたり、また他の場所では摂食嚥下障害認定看護師という摂食嚥下の分野に特化した看護師が活動されていることもあります。

STは病院や施設にはだいぶ配置するようになってはきたものの、地域や病院

の外で活動している人はとても少ない為、訴える力が弱いという現状があります。

大橋の場合は地方行政が個人的に契約してくれた為に地域に出て嚥下に関する講義などをさせていただいていますが、日本の中でも言語聴覚士がこのように動いているのはとても珍しいです。なので、まず事情としては国と繋がりが大きいのは歯科医ではあるものの、地域での活動としては場所によって歯科医であったり、看護師であったりと地方行政によって動きが若干違うという点があげられます。

続いて長期ケア施設についてです。

リハビリ目的とされる「介護老人保健施設」といった施設ではSTが配置されることも多くなってきており、リハビリも受けやすくなってきています。また歯科医師や歯科衛生士の往診、常駐している医師や看護師、管理栄養士、STといった職種が摂食嚥下に関わることで加算される制度があります。しかし、療養目的とされる「特別養護老人ホーム」といったリハビリを目的としない施設では歯科や歯科衛生士による往診を依頼するか、もしくは自費（制度上、介護保険を同時には使えないので全額をご本人や家族が払うしかない）で訪問によるリハビリを受けるしかありません。

施設関係での結論。施設でもリハビリ目的の施設では行政も摂食嚥下に関して加算するような制度も行っており、参加される専門職も増えてはいるが、療養目的の施設においては摂食嚥下の関わりが必要ではあるものの特別な制度はまだまだ不十分であり、介入できる専門職にも限りがある。

日本であっても別の県(Prefecture)になると知らないことが多いです。そこで活動している人も歯科医であったり、看護師であったり、STであったり、専門職が違うのでガイドラインや講義内容や視点もそれぞれ少し違った内容になっていきます。大橋の事も東京の東側では知っている人も少しはいるでしょうけど、日本全体からすればほとんどの人が知らないと思います。大橋もまだまだ頑張らなくてはなりません。

※施設に関する文章の中で『加算』という言葉を使いました。これは『国からお金が施設に入る』という意味です。

多數狀況下日本的厚生勞動省(應相當於台灣的衛福部)會委託牙科醫學會收集吞嚥相關資料，聽說牙醫師以現地所在區域活動居多。

只不過地方行政常是以市區町村為單位獨立行動，依地區不同有時是牙醫師會執行吞嚥相關指導或預防，另也有由特別專精於進食吞嚥領域的護士來推進的狀況。

雖 ST(語言聽力治療師)已普遍配置於醫院、設施等地方，但身處於前述區域外進行相關活動的人不多，因此就現狀而言宣傳效果其實是有限的。

我個人(大橋)是和地方行政組織締結了契約，故能做跨區域的吞嚥相關知識的研習，但就算放眼全日本，採取類似活動的言語聽覺士也極為稀少。因此，雖然和國家連結性較強的是牙醫師，不過以地區為範圍活動的牙醫師或護士的作法和地方行政組織是仍部分不同之處。

接下來來談長期照護設施。

以復健為目的的「長期照護老年人健康中心」這類設施配置 ST 的件數已逐漸增多，接受復健也變得更加容易。牙醫師或牙科衛生師的出診、常駐醫師或護士、管理營養師、言語聽覺士等職類若參與進食吞嚥相關項目會有加算¹(補助)制度。不過，以療養為目的的「特別老年人看護中心」這種非復健目的的設施，則僅能仰賴牙醫師或牙科衛生師的出診或自費(制度限制下因無法和照護保險並用所以需本人或其家人支付)來得到訪視復健的服務。

就設施面的結論而言，復健目的的設施及其關聯的行政組織有可取得進食吞嚥相關項目加算(補助)的制度，因此參與的專業者有增加趨勢，但是療養目的的設施即便有需進食吞嚥相關的必要性的制度仍不足，能夠介入的專業者也有限。

即使同是在日本，對其他縣市不清楚的事情也不少。在那的牙醫師、護士或 ST(語言聽力治療師)因專業不同，方針或研習內容、著眼點也有差異。知曉我(大橋)名聲的人在東京東側應該多少有一些，但如果放大到日本全國規模的話那絕大多數人是不知道的。我(大橋)也得再更加努力才行。

註¹前面文章中有用到『加算』一詞。那是『國家會支出費用給設施』的意思。

In most of cases, Japan's Ministry of Health, Labor and Welfare (which should be equivalent to Taiwan's Ministry of Health and Welfare) commissions the Dental Medicine Association to collect information on swallowing. I have heard that dentists are usually more active in the community where they are located.

Yet, local administrations often operate independently in the towns and villages, so in some area, the dentists execute the swallowing-related guidance and prevention, while in other areas, nurses specialized in eating and swallowing do this job.

Although SLPs are widely employed in the hospitals, healthcare-related institutions, etc., few speech therapies are active in other settings. Therefore, currently the public awareness of SLPs is limited .

Personally, I have a contract with a local administrative organization, so I can lecture on swallowing- related knowledge across regions. But in Japan, SLPs doing similar activities as I do are extremely rare. Although dentists are more connected to the country, the way of how dentists or nurses handle swallowing problems may vary in different local administrative organizations. Next, I would like to talk about long-term care facilities. The number of SLPs working in rehabilitation facilities such as the Long-Term Healthcare Center for Elderly has gradually increased, making it easier to receive rehabilitation services. There will be an additional fee (subsidy¹) for medical professionals who participate in eating and swallowing-related cases. The medical professionals include dentists, physicians, nurses, dietitians, SLPs, etc. However, for those patients in Specialized Nursing Facilities (SNFs) for Elderly, which are not rehabilitation facilities, can only rely on the dentist's home healthcare service and pay the expense themselves. (due to the restrictions, the fee is not covered by the long-term care insurance system, so to the

fees should be paid by the patients or by their family in order to get access to rehabilitation services)

With regards to the facility, if its main purposes are rehabilitation-related, the patients in that facility can get the subsidy for feeding- and swallowing-related services, and then the number of professionals participating is increasing. On the other hand, even if there is a need for swallowing therapy in a nursing facility, the number of professionals involved is limited due to the regulations.

Even if I am in Japan, I am unaware of issues in other counties or cities. Dentists, nurses, or SLPs from different places have different specialties, guidelines, studies, and points of view. Some people may have heard about me in the east of Tokyo, but most people from other places in Japan may have never heard my name. That's why I have to work harder.

¹ "Subsidy" in Japan means that "the state will spend money on the facilities."

◇ **致謝：**

1. 陳映儒及其朋友協助將日文翻譯成中文
2. 天成翻譯社協助部分日文翻譯為中文
3. 林淑琳秘書長協助日文及中文校稿
4. 李善祺將中文翻譯成英文
5. 許家甄助理教授協助英文校稿
6. "台灣在宅醫療學會及台北天母扶輪社 GG1860355 全球獎助金/職業訓練團計劃" 推薦作者大橋三広先生

關於作者

現任	東京リハビリ訪問看護ステーション East 所長 (東京康復護理中站所長) 医療法人社団城東桐和会・東京さくら病院 (非常勤) (医療法人城東桐和会協會, 東京櫻花醫院 (兼職))
學歷	多摩リハビリテーション学院・言語療法学科 (多摩康復學院, 言語治療系)
經歷	医療法人社団横浜博萌会・西横浜国際総合病院 (医療公司横濱横濱協會/西横濱國際綜合醫院) 介護老人保健施設・遊花園 (照顧老年人照顧保健設施) 青藍会・鈴木病院 (青藍會・鈴木醫院) 地域リハビリテーション活動支援事業 特別講師・東京都墨田区 (區域康復活動支援事業特別講師, 東京都墨田區)
部落格	大橋の部落格 http://tokyorehabilitise.blog.fc2.com/ 台灣語言治療師見習日本大橋三広言語聽覺士提供居家服務： http://tokyorehabilitise.blog.fc2.com/blog-entry-61.html



編輯

發行單位：台灣聽力語言學會

發行人：葉文英

主編：曾尹霆

編輯顧問：曾進興

助理編輯：陳奕秀

網址：www.slh.org.tw

發行日期：2019.04.01

聽語學報：第八十五期

副主編：吳詠渝、陳孟好、席芸、
姚若綺、鄭秀蓮、王靖歲、
李善祺、薛偉明

美術編輯：李善祺