

# クライアントの日常コミュニケーションの自己評価を主軸に据えたSTアプローチ

小澤由嗣

Yoshiaki Ozawa

**要旨** ディサースリアのある人の評価においては、発話明瞭度や自然度が主な指標として用いられている。しかし、ディサースリアのマネジメントの目標がコミュニケーションの改善であることを考えると、これらは必ずしも十分な指標とはいえない。本稿では、われわれが検討中の日常コミュニケーション遂行度測定法について紹介した。この方法は、クライアント自身が伝達度、満足度というスケールを通して、コミュニケーション活動を自己評定するもので、評定結果を糸口として、クライアントのコミュニケーション上の問題点や目標をセラピストと共有するための一手段となる可能性があると考えられた。

**キーワード** ディサースリア、コミュニケーション遂行度、発話明瞭度、伝達度、満足度

## I. はじめに

ディサースリアのリハビリテーションにおいては、一般に発話の明瞭度や自然度が評価および介入効果の測定の主たる指標とされている<sup>1-3)</sup>。なかでも、言語聴覚士 (ST) が発話サンプルを聴取して、明瞭さを5段階尺度に沿って評定する会話明瞭度評価法<sup>4)</sup>が最も広く用いられている。本評価法にはいくつかの問題点があるものの<sup>5-7)</sup>、簡便さなど実用性の高さから、今後も基本的な評価指標として用いられていくであろう。しかし、発話明瞭度や自然度は、主に発話そのものに焦点を当てたものであり、環境因子・個人因子<sup>8)</sup>を含めた日常コミュニケーションの観点からは必ずしも十分な指標とはいえない。運動性発話障害 motor speech disorders のマネジメントの最終的な目標は、コミュニケーションの有効性、効率、自然度を最大に高めることであり、発話だけでなく、コミュニケーションに焦点を合わせることで、マネジメントの目標に広がりが出る<sup>9)</sup>。その結果、よりクライアントの状況や希望に合わせた支援が可能になると考えられる。本稿では、従来の評価法に、クライアントによる日常コミュニケーションの自己評価を加えたアプローチについて紹介し、その意義と課題を考察する。

## II. 従来の評価法の問題点

言語障害のある人の日常コミュニケーションの遂行状況

を把握しようとする試みは、これまで検査<sup>10)</sup>や質問紙<sup>10-15)</sup>、評価票<sup>16,17)</sup>などの形で行われてきた。しかし、これらは日常のコミュニケーションに関連する主要な検査課題や質問・評価項目をあらかじめ定めたものとなっており、対象者によっては当てはまらない項目があったり、反対に必要な項目が含まれていない場合がある。そのため、これらは、特定状況下のコミュニケーション行動を直接、観察したり、その変化をとらえる目的では優れているが、日常コミュニケーションの個別性には十分に対応できない可能性がある。

一方、現在ディサースリアの重症度の主たる指標とされている会話明瞭度評価法は、日常コミュニケーションの評価指標としてみた時、(1)クライアント自身が経験する日常コミュニケーションにおける伝達性を必ずしも反映していないこと、同様に、(2)会話明瞭度の改善が、クライアント自身の日常コミュニケーションの改善の認識と一致する保証がないこと、(3)評定に用いられる5段階尺度(段階1:すべて分かる、段階2:時々分からないことばがある、など)は、発話そのものに焦点を当てたものであり、身振りや表情など非言語的な要素の影響や、コミュニケーション時の工夫、補助手段の効用が反映されないことなどの問題がある。

(1)の状況はSTがしばしば経験することである。訓練場面では比較的高い明瞭度の発話が実現されているにもかかわらず、訓練場面以外、たとえば待合室での病院スタッフとの会話を聞くと、それに比べて明らかに明瞭度が低いケースがみられる。いわゆる「できる発話」(能力

県立広島大学保健福祉学部コミュニケーション障害学科

[連絡先] 小澤由嗣：県立広島大学保健福祉学部コミュニケーション障害学科 (〒723-0053 広島県三原市学園町1-1)

TEL: 0848-60-1120 FAX: 0848-60-1134 (事務局) E-mail: ozawa@pu-hiroshima.ac.jp

受稿日: 2011年10月29日 受理日: 2011年11月12日

capacity) と「している発話」(実行状況 performance)<sup>8,18)</sup>の違いの問題である。

次に上記(2)について検討すると、発話明瞭度の評定は通常、STもしくはクライアントのことを知らない第三者(ナイーブ・リスナー)によって、できるだけ客観性に配慮した形で行われる。発話症状およびその背後にある運動機能の客観的評価は無論、臨床上重要な意義がある。しかし、クライアント自身のコミュニケーション上の困難のとらえ方は、機能障害および発話明瞭度などディサースリアの重症度と必ずしも比例しないという指摘があり<sup>19-21)</sup>、客観的に明瞭度の改善を認めたとしても、それがクライアントの生活上の実感と一致していない可能性がある。

(1)および(2)の問題は、明瞭度の評定がSTあるいは第三者により、生活の限られた場面の発話サンプルをもとに実施され、それを単独の軸として評価が行われることで生じる課題といえる。クライアントの自己決定を尊重したアプローチを推進するためには、既存の客観的なものさしに加えて、クライアント自身の認識を映す直接的なものさしが必要と考えられる。

(3)のように、日常コミュニケーションにおけるノンバーバルな側面の影響や、コミュニケーション相手の態度、理解力など相手側の要因、クライアントとコミュニケーション相手が行う状況や環境の整備に対する努力などの影響が反映されにくいことも会話明瞭度評価法の問題点である。

### Ⅲ. 日常コミュニケーション遂行度の測定方法の検討

こうした問題点を考慮すると、従来の評価法に加えて、当事者であるクライアント自身や、そのコミュニケーション相手のみが知る日常のコミュニケーションの問題や、変化の認識が評価に反映される仕組みが求められる。具体的には、①クライアントの日常コミュニケーションの個性に対応できること、②クライアント自身の認識を知ることができ、かつ、③その変化がとらえられる方法であることが望ましい。

作業療法の分野では、上記3点を満たす方法として、カナダ作業遂行測定 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)<sup>22)</sup>が開発されている。COPMは、カナダ作業療法士協会が開発した作業療法の効果を測定するための手段である。測定は、作業の重要度、遂行度、満足度というクライアント用のスケールを活用した半構成的インタビューによって行われる。測定の第1段階は「作業遂行の問題点の探索」である。クライアントに典型的な1日を思い出してもらい、セルフケア、仕事、レジャーの各領域について、したいと思うこと、する必要があること(=本人にとって意味のある作業)を挙げてもらう。そのそれぞれについて第2段階では、10段階で「重要度の評定」

をしてもらう。第3段階では、クライアントがみずから、これから取り組む作業を決定し、「遂行度・満足度の評定」(各10段階)を行う。第4段階は作業療法実施後の「遂行度・満足度の再評定」である。カナダ作業療法士協会はCOPMを手段として、クライアント中心の実践すなわちクライアントは自分自身の専門家として、作業療法士は作業療法の専門家として、対等な立場で知恵を出し合い、協力して取り組んでいくこと<sup>23)</sup>をめざしている。現在、COPMは24か国語に翻訳され、35か国以上で使用されており<sup>23)</sup>、鎌倉<sup>24)</sup>は「いまだかつてないクライアントの視点に立つ測定法を世界に提案した」と評している。

われわれ<sup>25)</sup>は、COPMの考え方を参考にして、ディサースリアのある人を対象とした日常コミュニケーション遂行度の測定法(Communicative Performance Measure, 以下CPMと略す)を検討している。この方法では、日常コミュニケーションにおける伝達度と満足度という2つのスケールを用いて、第1段階<日常コミュニケーション上の問題点と主なコミュニケーション相手の特定>、第2段階<伝達度・満足度の自己評定>、第3段階<問題点の詳細と希望する事柄の探索、目標の設定>、第4段階<伝達度・満足度の再評定>の順にインタビューを進め、クライアント自身が感じる困難や、その変化を明らかにすることを考えている。

第1段階では、まず、言語・コミュニケーションに関する主訴を尋ねる。そして、コミュニケーションには必ず相手が存在し、相手や場面によってコミュニケーションの遂行度が異なる可能性があることを考慮して、日頃よく会話する人を挙げてもらう。

<第1段階のインタビューにおける質問の例>

- ・今、ことばや周囲の人とのやりとりのことでお困りのことがありますか？
- ・日頃、よく話すのはどなたですか？

第2段階では、コミュニケーション相手に対して、伝えたいことがどれくらい伝わっているか(伝達度)、また、その人とのやりとりにどれだけ満足しているか(満足度)を自己評定してもらう。伝達度については、一般に「伝わり具合は何割くらいか」という聞き方が分かりやすいと思われることから、「全く伝わらない」を0、「すべて伝わる」を10とする11段階スケール、満足度については「全く満足していない」を1、「とても満足している」を10とする10段階スケールの利用を考えている。必要に応じて、ほかに比較的良好に会話する人について尋ね、それぞれ伝達度・満足度の評定をしてもらう。

#### <第2段階での質問の例>

- ・〇〇さん（コミュニケーション相手）と話す時のことを思い出して下さい。その人と話す時、伝えたいことはどれぐらい伝わりますか？ 全部伝わるを10割、半分を5割とすると、何割ぐらい伝わると思いますか？
- ・（補助手段を使わず、ほぼ、ことばのみでコミュニケーションが可能な場合）  
ことばが1回で伝わるのは全体の何割ぐらいですか？
- ・伝わらない時はどうしていますか？（書字を用いるか、など）
- ・何か工夫していることがありますか？
- ・（伝わらない時は、再度言うという場合）  
1回で伝わらなかった時、言い直して2回目には伝わりますか？ さらに何回か言い直す必要がある時がありますか？
- ・（何回か言い直す必要があるという場合）  
そういうことが、週に何回ぐらいありますか？（毎日、2～3日に一度、1週間に一度など）
- ・次に、普段のコミュニケーションにどれだけ満足されているか教えて下さい。たとえば、〇〇さんとの（ことばでの）やりとりは、10点満点でいうと、どれぐらいですか？

第3段階では、クライアントが挙げた問題点および伝達度、満足度の評定結果をもとに、その相手とコミュニケーションする時に難しいと感じることや場面などについて具体的に話題にして、現時点での問題点と希望を共有していく。そのうえで、挙げられたコミュニケーション相手もしくは場面のなかから、再評定の対象とする相手（家族、家族外など2～3名程度）と場面を決めてもらう。さらに、家族などSTがコンタクト可能なコミュニケーション相手には、その人からみた伝達度、満足度の評定を依頼する。

#### <第3段階での質問の例>

- ・〇〇さんとのやりとりで最近よく伝わらなかった場面についてもう少し詳しく教えて下さい。
- ・もっとたくさん話ができたら（本当はもっと話したい）と思うことがありますか？（誰と、どういう時に、こういう場面でもっと）
- ・ことばの言いにくさがあるために、やめてしまったことがありますか？
- ・ことばの言いにくさがなければ、この人と話してみたいという人がいますか？
- ・ことばの言いにくさがなかったら、やってみたいと思うことがありますか？
- ・これができたら楽なのだと思うことはありますか？

第4段階では、クライアントが決めた相手や場面のコミュニケーションについて伝達度、満足度の再評定を依頼する。

## Ⅳ. クライアントの自己評価を軸に据えたアプローチの意義と課題

本節では、前節の測定方法を試用した結果にふれながら、クライアント自身によるコミュニケーション遂行度の評定をアプローチの軸に据えることの意義と、今後の課題について考察したい。

### 1) 伝達度・満足度スケールの導入について

これまでわれわれがCPMを用いてインタビューを行ったディサースリア単独症例はいずれも、ほぼ即座に伝達度および満足度の自己評定が可能であった。言語・認知機能の低下を伴わないクライアントであれば、スケールの理解と、自己認識のスコア化作業に大きな困難はないようである。インタビューでは、「ことばのことでお困りのことはありますか？」のように、日常コミュニケーションの困難点について問いかけることが一般的であるが、そのさい、クライアントからは「ことばがはっきりしない」「ろれつが回らない」といった漠然とした訴えが聞かれることが多い。われわれのインタビューでも、最初から、「よくコミュニケーションをとる相手」や「伝達度・満足度」から質問すると、クライアントの振り返りを狭めたり、誘導するおそれがあるため、困り事について尋ねることからインタビューを開始した。そして次に、さらに掘り下げて、よく会話する相手や場面について質問することで、回答はより具体化し、多くの場合には、相手による伝達度、満足度の違いが示された。日常の活動をスコア化することは、おそらく多くのクライアントにとって馴染みのない作業であろうが、自分自身の現状についての認識を深めるきっかけとなるかもしれない。

コミュニケーション障害の領域では、近年、クライアント自身の障害に関する認識の把握を重要視する傾向が高まっているが<sup>26-30)</sup>、サービスの目標を決定するために、クライアントの認識は不可欠な情報と考えられる。ただし、その情報を評価指標として用いるためには、妥当性、信頼性の検証が重要な課題である。伝達度や満足度スケール自体が、クライアント自身の認識を明らかにすることを目的としたツールであり、本人にしか分からないという点で、おのずと一定の妥当性を有し、他では補えないものであるが、たとえば伝達度については、クライアントのコミュニケーション相手による伝達度の評定結果（会話相手評定伝達度）と照合することで、ある程度、その妥当性の確認が可能と考えられる。クライアントによっては、本人評定伝達度と相手評定伝達度の乖離がみられる可能性もある。

この場合、特に問題となるのは、会話相手評定伝達度に比べて、本人評定のほうがかなり高い場合であろうが、これ自体は支援を考えるうえでは貴重な材料となりうるであろう。自己評定の信頼性についても今後検証が必要である。COPMに関しては、3つの再テスト信頼性調査が行われており、いずれも相関係数0.84以上の高い一貫性が報告されている<sup>22)</sup>。

## 2) 日常コミュニケーションの遂行状況と問題点の共有の可能性

われわれが対象とした症例においては、同じ明瞭度レベルでも、伝達度・満足度の評定結果には個人差がみられた。たとえば、会話明瞭度2（時々分からないことばがある）レベルの症例でも、日常場面における本人評定伝達度には違いがあり、家族との会話での伝達度は8、近所の人との会話では7と若干の差にとどまるケースがいる一方で、家族との会話では伝達度は10であるが、近所の人との会話の伝達度は5のように、相手によって大きく異なるケースがみられた。また、親身に話を聞いてくれる人と、せっかちな人に対する時とで伝達度が異なることや、電話での会話はすぐに返答したくても答えられず難しいこと、食事での会話が難しいことなど、場面による違いを挙げる症例もあった。伝達度は一見、クライアント本人による会話明瞭度評価のように見える。しかし、それが実際のコミュニケーション場面を対象とした評定である以上、非言語的側面など個人因子、環境因子のすべてを含む条件での評定ということになる。伝達度の評定結果を通して、日常のコミュニケーションの遂行レベルや、会話相手、場面による違いが明らかになり、相手や場面に応じた対策についてクライアントとともに考える糸口とすることができると考えられた。

評定されたスコアをもとに、症例に日常のコミュニケーションについて、さらに詳しく話してもらおうと、発話の明瞭さではなくコミュニケーションの仕方が伝達度低下の原因になっていると思われるケースもみられた。たとえば、会話明瞭度2の症例に、最近ことばが伝わりにくかった場面について思い出してもらったところ、台所で炊事をする妻に話しかけて伝わらなかったことが挙げられた（妻との会話における本人評定伝達度は8であった）。そして、会話の開始時に、特に妻の注意を引きつけずに、いきなり本題から話し始めたことや、相手が水仕事をしているさいにも会話を続けたことなどが伝達上の阻害因子となった可能性が示された。自宅内においても、常に対面や近距離のように理想的な条件や静かな環境下でコミュニケーションが行われるとは限らない。病前のように明瞭度が非常に高い時にはそれほど支障とならなかった環境因子が、ディサースリアのある人では伝達度の低下につながる可能性が

あり、この点に関するクライアントや家族へのSTの助言が有効である場合が多いと思われる。

満足度の評定は、一般には伝達度に比例したスコアとなる症例が多いようである。しかし、本人評定伝達度が比較的高くても、満足度スコアは5以下と低い症例もあり、この点でも個人差がみられる。満足度を8と評定したある症例（伝達度8、会話明瞭度2）は、来客と会話するさい、妻が間に入って通訳をしてしまうのが不満だったと話した。確かに一度で伝わらないこともあるが、もう一度言い直せば伝わる自信があったとのことであった。このように、自分自身で伝えたいという思いをもつケースは多い<sup>21)</sup>。しかし、当事者間では話題にしにくい場合もあるため、STが適切な機会に、コミュニケーション相手に対して、ディサースリアのある人とのコミュニケーション上の一般的な留意事項の一つとして伝えていくなどの支援も考えられる。

吉川<sup>31)</sup>は、クライアントは「手が動かない」とか、「痛い」という症状を訴えることには慣れていますが、「こぼさないように食べられたらいい」とか「落ち着いた気持ちで買い物に行きたい」のように作業遂行上の問題を話すことには慣れていないと述べている。ディサースリアのある人においても同様に、「はっきり言えない」「ろれつが回らない」のような形で症状が訴えられることは多いが、コミュニケーション遂行上の問題が具体的に挙げられることは少ない。伝達度・満足度スケールを足がかりに、発話症状だけでなく、コミュニケーションに焦点を当てたインタビューを行うことで、具体的な活動状況とスコアの上昇にむけての課題を共有できる可能性がある。Yorkston<sup>19)</sup>は、クライアントとセラピストが、常に同じ視点に立って目標を共有しているとは限らないことを指摘している。音声機能、構音機能など機能の障害 impairments<sup>8)</sup> の評価のみを主軸としたアプローチでは、クライアントとセラピストの間で、いわゆるトップダウンとボトムアップの視点の違いが生じやすいと考えられる。トップダウンアプローチでは、活動や参加などの個別的問題からアプローチを始めて、徐々に個々の心身機能など詳細な問題へと関わりを進める<sup>23,32)</sup>。一方、ボトムアップアプローチでは反対に、心身機能などの評価を行い、その結果をもとに日常生活や社会参加の可能性を吟味していく<sup>23)</sup>。この方向性の違いがクライアントとセラピストの視点のずれをうむもととなるおそれがある。クライアントとSTの協働作業を通して、クライアント自身が目標となるコミュニケーション行動を決めて、達成度の自己評価を行うこと、すなわちクライアントの自己評価をアプローチの主軸に据えることで、目標への視点のずれが生じるのを防ぎ、ニーズと希望に対応した支援が進めやすくなる可能性がある。

### 3) 今後の課題

日常コミュニケーション遂行度の測定方法の検討にあたり、われわれは、①日常コミュニケーションの個別性に対応できること、②クライアント自身の認識を知ることができ、かつ、③その変化がとらえられる方法であることを目標とした。③の変化の測定の可否については今後の検討課題である。COPMにおいてはこれまでの研究で、実際にみられた作業遂行上の変化に対して、敏感な反応を示すことが確認されている<sup>22)</sup>。測定においては、対象となる事象が明確であることが不可欠の条件である。CPMにおいても、対象となる場面すなわちコミュニケーション相手や状況をできるだけ特定化して、複数回にわたって測定するなど、測定の妥当性、信頼性を確保するための手続きの検討が課題である。この点に関してわれわれは、コミュニケーション日記という形で、一定期間、クライアントとそのコミュニケーション相手に、伝達度・満足度のほかコミュニケーションの状況を簡潔に記録してもらう方法を試みている<sup>25)</sup>。コミュニケーション日記は、インタビューのさいにクライアントが日常の様子を具体的に思い出したり、目標を自覚する手段としても役立つようである。

COPMでは、評定値の2点以上の変化が臨床上、重要と考えられている<sup>22)</sup>。こうした評定値の変化の解釈についても検討が必要である。

今回紹介した方法によるインタビューの所要時間は、多くの場合、20～40分程度であったが、クライアントの疲労などに留意して、1回あたりの面接時間が長時間にわたることがないように配慮が必要である。そのために、初回では伝達度・満足度の評定を中心にインタビューを行い、コミュニケーション上の問題点や助言に関しては別のセッションで扱う進め方もあろう。先に挙げたコミュニケーション日記は効率よく面接を行ううえでも有用と思われる。

先にインタビュー時に想定される質問を例示したが、もちろんこれはインタビューの流れや内容を規定するものではない。半構成的面接において、クライアントは自由に自分の思いを表現できる可能性があるが、それをサポートする立場であるSTには、インタビュー技術を高めていく努力が必要となろう。

## V. ま と め

本稿では、ディサースリアのある人の日常コミュニケーションに焦点を当てた評価方法と、それにもとづく支援アプローチの可能性について述べた。

神経原性コミュニケーション障害の領域では、コミュニケーション参加に関する測定法の開発が喫緊の課題とされている<sup>19,33)</sup>。今回紹介した伝達度および満足度スケールを用いてインタビューを行う方法は、参加レベルを含めて、

コミュニケーションの遂行状況をシンプルな形で測定する一つ的手段となる可能性がある。今後は、妥当性、信頼性の確保などの課題と、インタビュー技術など方法の洗練に取り組んでいきたい。

## 文 献

- 1) 伊藤元信, 笹沼澄子, 柴田貞雄, 他: 運動障害性(麻痺性)構音障害 dysarthria の検査法—第1次案. 音声言語医学, 21: 194-211, 1980.
- 2) 西尾正輝: 標準ディサースリア検査. インテルナ出版, 東京, 25-26頁, 2004.
- 3) Yorkston KM: Treatment efficacy: Dysarthria. J Speech Hear Res, 39: S46-S57, 1996.
- 4) 田口恒夫: 言語障害治療学. 医学書院, 東京, 37頁, 1966.
- 5) 伊藤元信: 成人構音障害者用単語明瞭度検査の作成. 音声言語医学, 33: 227-236, 1992.
- 6) 今井智子, 山下夕香里, 鈴木規子, 他: 構音障害者用文章理解度検査法の開発—口腔・中咽頭癌術後患者への使用経験—. 音声言語医学, 38: 357-365, 1997.
- 7) Yorkston KM, Beukelman DR, Bell KR: Clinical Management of Dysarthric Speakers. PRO-ED, Austin, pp158-161, 1988.
- 8) 世界保健機構(WHO): 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—(WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001). 中央法規, 東京, 9, 76-77, 123頁, 2003.
- 9) Duffy JR: Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management, 2<sup>nd</sup> ed. Elsevier Mosby, St. Louis, p436, 2005.
- 10) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 他: 実用コミュニケーション能力検査—CADL検査—. 医歯薬出版, 東京, 1990.
- 11) Lubinski R: Dysarthria: A breakdown in interpersonal communication. Treating Disordered Speech Motor Control for Clinicians by Clinicians (Vogel D and Cannito MP eds.). PRO-ED, Austin, pp153-181, 1991.
- 12) Yorkston KM, Bombardier C, Hammen VL: Dysarthria from the viewpoint of individuals with dysarthria, Motor Speech Disorders—Advances in Assessment and Treatment (Till JA, Yorkston KM and Beukelman DR eds.). Paul H Brookes Publishing Co., Baltimore, pp19-35, 1994.
- 13) Yorkston KM, Beukelman DR, Strand, EA, et al: 運動性発話障害の臨床—小児から成人まで—(伊藤元信, 西尾正輝監訳). インテルナ出版, 東京, 281-282頁, 2004.
- 14) Lomas J, Pickard L, Bester S, et al: The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. J Speech Hear Disord, 54: 113-124, 1989.
- 15) Paul DR, Frattali CM, Holland AL, et al: Quality of Communication Life Scale. American Speech-Language-Hearing Association, Rockville, 2004.
- 16) Frattali CM, Thompson CK, Holland AL, et al: Functional Assessment of Communication Skills for Adults. American Speech-Language-Hearing Association, Rockville, 1995.
- 17) 西尾正輝: ディサースリアの基礎と臨床 第2巻臨床基礎編. インテルナ出版, 東京, 68-69頁, 2006.
- 18) 西尾正輝, 志村栄二: Dysarthriaにおける「できる発話」と「している発話」. 音声言語医学, 46: 237-244, 2005.
- 19) Yorkston KM, Klasner ER, Swanson KM: Communication in context: a qualitative study of the experiences of individuals with multiple sclerosis. Am J Speech Lang Pathol, 10: 126-137, 2001.
- 20) Donovan NJ: Extending dysarthria research with a measure of communicative effectiveness. Ph.D. dissertation,

- University of Florida, 2005.
- 21) 中村文, 小澤由嗣: Dysarthria 患者とその家族のコミュニケーションに対する意識—予備調査—. 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 12, 2012 (印刷中).
  - 22) Law M, Baptiste S, Carswell A, et al: COPM カナダ作業遂行測定 (吉川ひろみ訳, 第4版). 大学教育出版, 岡山, 26-39, 40-46 頁, 2007.
  - 23) 吉川ひろみ: 作業療法がわかる COPM・AMPS スターティングガイド. 医学書院, 東京, 2, 4, 106 頁, 2008.
  - 24) 鎌倉矩子: 作業療法の世界 作業療法を知りたい・考えたい人のために. 三輪書店, 東京, 171-172 頁, 2001.
  - 25) 藤田千晶: Dysarthria 患者の日常コミュニケーション遂行度の測定に関する検討. 広島県立保健福祉大学保健福祉学部コミュニケーション障害学科卒業研究論文集 2005 年度, 116-122 頁, 2006.
  - 26) Jacobson BH, Johnson A, Grywalski C, et al: The voice handicap index (VHI) development and validation. Am J Speech Lang Pathol, 6: 66-70, 1997.
  - 27) Hogikyan ND, Sethuraman G: Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). J Voice, 13: 557-569, 1999.
  - 28) Eadie TL, Yorkston KM, Klasner ER, et al: Measuring communicative participation: a review of self-report instruments in speech-language pathology. Am J Speech Lang Pathol, 15: 307-320, 2006.
  - 29) Walshe M, Miller N: Living with acquired dysarthria: the speaker's perspective. Disabil Rehabil, 33: 195-203, 2011.
  - 30) Brady MC, Clark AM, Dickson S, et al: Dysarthria following stroke—the patient's perspective on management and rehabilitation. Clin Rehabil, 25: 935-952, 2011.
  - 31) Law M, Baptiste S, Carswell A, et al: COPM カナダ作業遂行測定 (吉川ひろみ, 上村智子訳, 第2版). 大学教育出版, 岡山, 1-2 頁, 1998.
  - 32) 西尾正輝: ディサースリア臨床標準テキスト. 医歯薬出版, 東京, 126 頁, 2007.
  - 33) Beukelman DR, Mathy P, Yorkston KM: Outcomes measurement in motor speech disorders. Measuring Outcomes in Speech-Language Pathology (Frattali, CM ed), Thieme, New York, p348, 1998.