

## 失語症者の社会適応

立石雅子  
(Masako TATEISHI)

### 【要約】

失語症者が障害とつきあいながら、よりよい生活を営むことは言語聴覚療法の目標である。しかしながら言語機能の側面に比べ、失語症者の社会心理的側面に関する研究は少ない。国際生活機能分類 (ICF) による障害のとりえ方、生活の質 (QOL) という視点の確立などの影響もふまえ、言語機能、コミュニケーションに障害がある慢性期失語症者が障害とどのようにつきあい、どのような活動状況で生活をしているか、すなわち社会適応という側面について現状を概説した。職業復帰など外的基準に基づく社会復帰ではなく、失語症者、あるいは家族の視点に基づく調査結果から、良好な社会適応に影響を及ぼす要因として障害に対する本人の理解、病前性格、家族の理解、脳損傷による器質的人格変化の4つが抽出された。言語聴覚療法の実施に際してはこのような視点を考慮することが重要である。

キーワード：失語症者、言語聴覚療法、社会適応、活動性、適応良好の要因

### 1. はじめに

失語症とは大脳の言語領域が脳血管障害や脳腫瘍、頭部外傷、炎症など後天性の損傷を受けることにより生じる、思考や概念を言語記号に置き換えたり、言語機能を解読して意味を理解したりすることが難しくなる状態をさす。ことばのやりとりには不可欠な、聴く、話す、読む、書くという言語機能が障害される。

身体的な麻痺により歩行が障害された、あるいは上肢の巧緻性が障害されたという場合と同様、言語機能の障害により意思伝達が障害されたと考える限りでは、失語症も道具の障害と行うことができる。

しかし言語機能の障害は通常、道具の障害にとどまらず多側面に影響を及ぼす。

人は日常生活において聴く、話す、読む、書くという言語機能を駆使して意図した内容を適切に表出し、また相手の意図を理解するという行為を行っている。コミュニケーションとは意図を伝達するという側面に重点を置いた、このような言語による相互方向の情報交換活動のことである。コミュニケーションの成立には言語機能に加え、言語を場面に応じて使い分ける、積極的に人と関わる、情報を収集する際に不可欠な認

知能力や記憶能力、能動的な精神活動などの機能、およびそれらを総合的に機能させて言語を運用する能力が必要とされる。通常はそのような機能や能力の使用は意識されることはなく、ほぼ自動的に行われているが、実際には種々の機能や能力の組み合わせを必要とするかなり複雑な活動である。

患者により状況は異なるが、言語機能が障害された失語症者では、それまで無意識に何ら苦勞することなく行ってきた他者とのコミュニケーションが困難となる。日常生活に、また職業生活にさまざまな支障をきたすことになる。言うまでもなく、他者との関わりやコミュニケーションは社会生活を営む上できわめて重要な活動である。したがって言語機能の障害はコミュニケーションの障害、ひいては他者との関わり方、家族関係にも影響を及ぼし、社会的、心理的な問題や、個人としての全存在に影響を及ぼす問題へと波及する場合も多い。

失語症者の心理社会的な側面に関する研究については、ようやくその重要性が指摘されるようになった (M.T.Sarno 1993)<sup>23)</sup>。失語症が個人に及ぼす影響 (Brumfitt 1993<sup>2)</sup>, Hemsleyら1996<sup>3)</sup>、病前の生活

との変化から生じた抑鬱状態 (Starksteinら 1988<sup>17)</sup>, Irelandら 1996<sup>5)</sup>), 失語症者と暮らす家族の適応の問題 (Hermann 1989<sup>4)</sup>, Kinsellaら 1979<sup>6)</sup>, Zraickら 1991<sup>25)</sup>), 家族と患者との評価の差異 (Sorin-Peterら 1995<sup>16)</sup>), あるいは家族と臨床家との評価の差異 (Oxenhamら 1995<sup>11)</sup>) などの観点からの報告が散見されるが、認知神経心理学的な研究に比べ、その数はきわめて少ないと言わざるを得ない (Wenigerら 1990<sup>24)</sup>)。

## 2. 失語症者の生活状況

臨床の場面では長期間にわたり言語機能を維持する症例にも、経過につれ言語機能の低下を示す症例にもしばしば遭遇する。発症から5年以上経過した慢性期失語症者について言語機能の変化を追った調査 (立石, 2000)<sup>21)</sup> の一部を紹介する。「聴く」「話す」「読む」「書く」「計算」の各言語様式別に発症後1~3ヶ月時点の言語機能の障害の程度をSLTA (標準失語症検査) の得点を基準として得点増加率の推移をみると、全症例の平均値では「計算」を除く言語様式は発症5年経過後になお得点の増加傾向を認めた。特に増加傾向が著しかった様式は「書く」、および「話す」であった (図1)。

個々の症例では言語機能が維持されている症例と低下している症例があり、発症後5年経過時点に言語様

式のいずれかにおいて、ピーク時の得点の10%以上の低下を示した症例を機能低下群、いずれの言語様式においても得点上昇が継続しているか、得点が低下していない症例を機能維持群として分類すると、性別、平均年齢だけでなく、自立歩行の比率や有職率についても両群間で統計的な有意差を認めなかった。一方で、統計的に有意ではないが、維持群では言語障害の重症度が軽度の比率が低下群に比して高い傾向を示した。また機能低下群の正答率は言語機能のうち「聞く」「話す」「読む」では相対的に保たれているのに対し、特に「書く」で正答率の低下が著明であった。日常会話など話し言葉のやりとりに必要な「聴く」「話す」などに比べ、「書く」「計算」は意識していないと日常的使用が少ない言語様式であることもこのような差が生じた一因であると推察される。

さて、日常生活の行動について「よく行う」「月1回以上」との回答の比率を維持群、低下群別に見ると、「テレビを見る」「家族との会話」を除く項目ではいずれも低下群に比べ維持群で「よく行う」「月1回以上」の比率が高く、同居家族数についても低下群2.8人に比べ維持群では3.8人と維持群で有意に多い結果であった。性格傾向では「外向的で細かいことにこだわらない」循環気質か、「几帳面、完全主義的」な執着気質かという分類では、循環気質の比率が維持群56%で

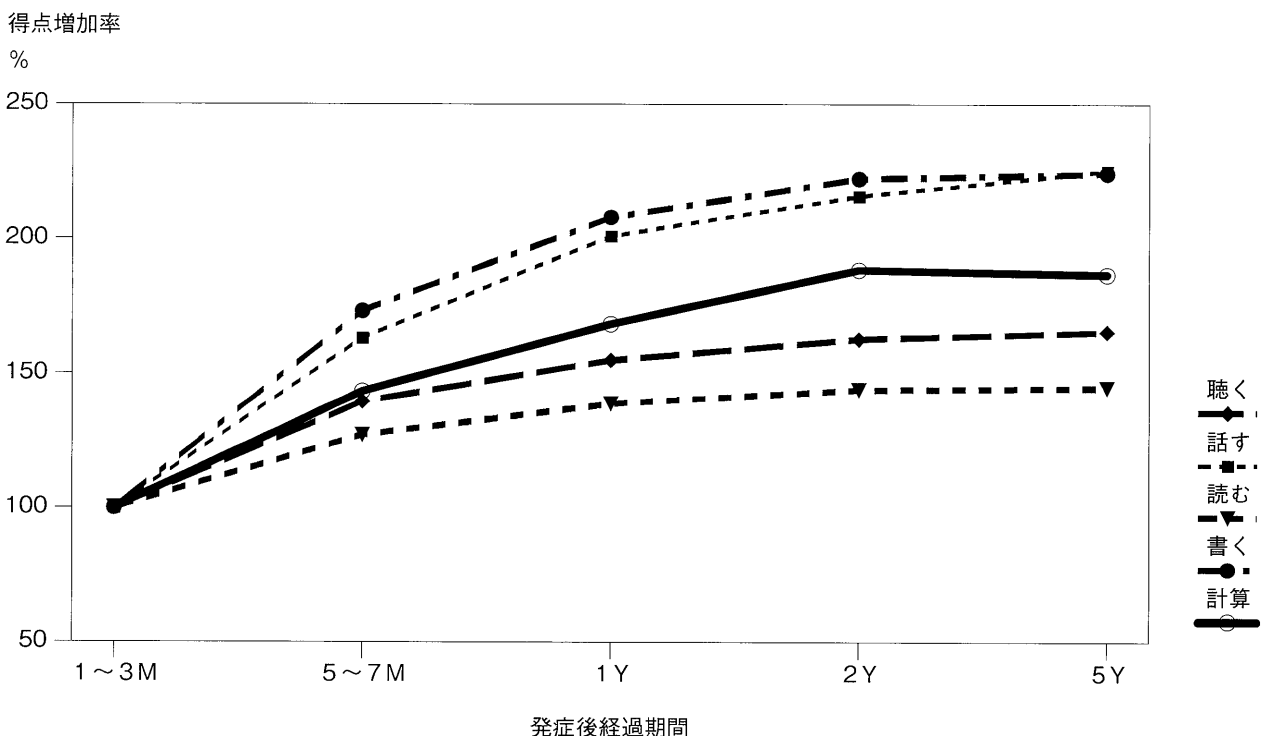


図1 言語機能の推移

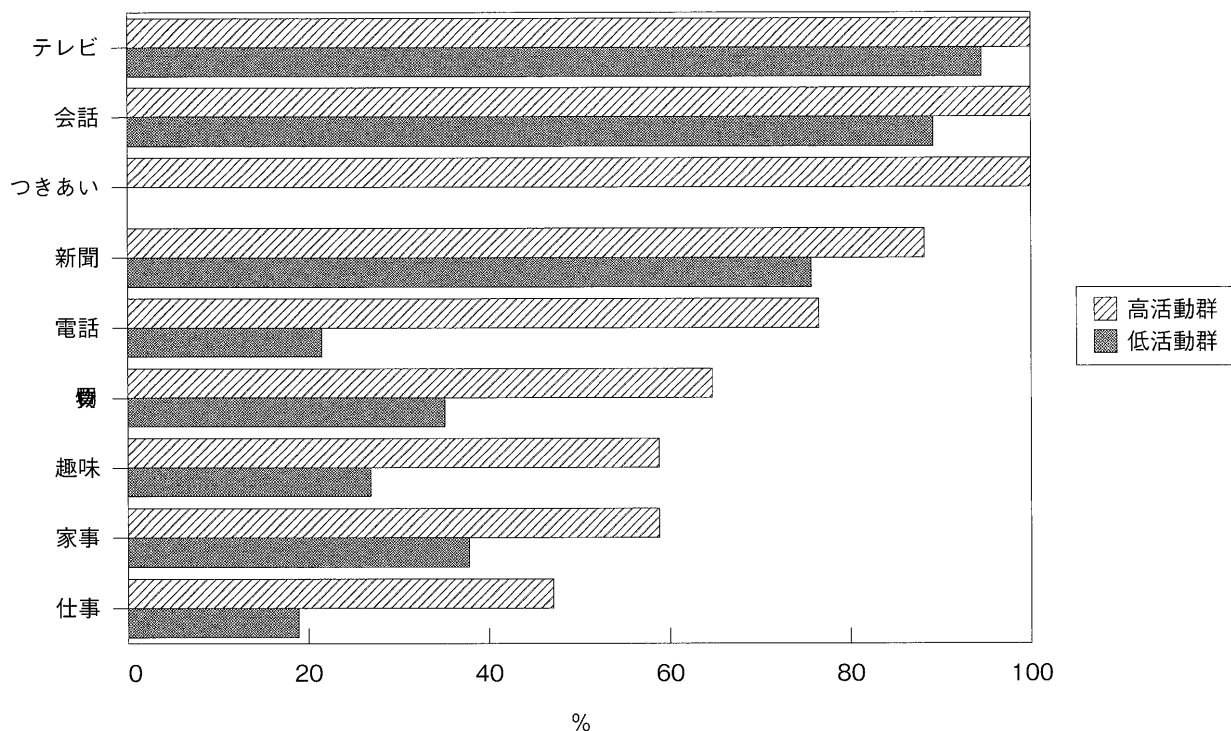


図2 活動性による日常生活の差異

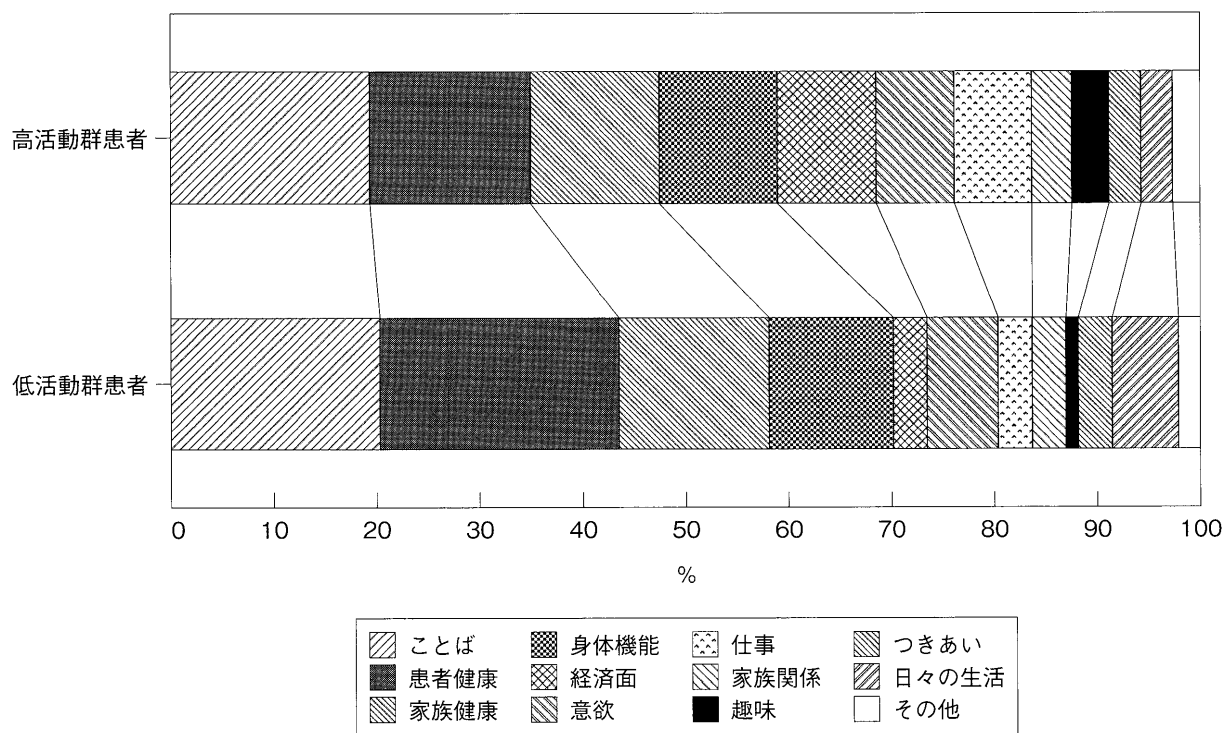


図3 不安に感じる事柄

低下群25%に比べ高い傾向を示した。これらの結果から、機能維持には、発症時年齢や性別、言語機能の障害の程度というより、行動の広がりや影響を及ぼしていることが示唆される。

そこで筆者らは失語症者の活動性について検討を行った(立石、2000)<sup>22)</sup>。対象は慢性期失語症者71名、

およびその家族である。失語症者の中に人と積極的に関わったり、趣味活動を行ったりする活動性の高い例も低い例もあった。高活動群と低活動群でみると、日常的な活動をどの程度行うか尋ねた回答では、テレビを見る、家族との会話、新聞を読むといったごく日常的な項目については低活動群の頻度と高活動群の頻度

との間に大きな差異は認められなかった。一方、会合への参加、友人とのつきあい、趣味活動、買い物、家事、仕事、電話などの項目を行う頻度は高活動群に比べ低活動群で低い傾向を示した(図2)。両群間で有意な差が認められたのは年齢と就業率であった。すなわち、活動性の高い群では就業率が有意に高く、年齢は有意に低くなっていた。活動性の高い群の平均年齢は58歳、低い群は66歳で、活動性の高い群で年齢が低い傾向を示し、活動性は加齢とともに低下することが推測された。一方、運動機能と活動性の間には運動機能が良好であると活動性が高いというような特定の関係は認められなかった。脳卒中患者の社会的な活動が保持されるか否かは必ずしも身体的な自立と呼応しない(Labi et al. 1980<sup>8)</sup>)とする見解もある一方で、Mummaらのように脳卒中後には移動能力、活動性、社会的活動のいずれも減少しているとする考えもある(1986)<sup>9)</sup>。

失語症者が不安を感じる事項は身体機能、ことば、健康をはじめ、家族関係、経済的状況、仕事、つきあい、趣味活動、日々の生活など、多岐にわたっており(図3)、また活動性の高い群と低い群とでは不安を感じる項目の比率が異なっていた。このように生活状況、意識に関する調査から活動性の高い例とそうでない例が存在すること、不安を感じる事項が多様であることが示された。これらの結果は失語症の社会復帰を考える際には以上のような側面についても考慮しなければならないことを示唆している。

### 3. 社会復帰状況から社会適応へ

「社会復帰」という語から一般に想起されるのは受傷あるいは発病により歩行障害であるとか上肢の巧緻性などの機能障害を負った患者がリハビリテーションを経て職業に、社会に戻るといったイメージである。最終的に職業復帰を果たせるか否か、家庭復帰が可能かどうかという外的基準に基づく状況である。この際、障害ということばでまず思い描かれるのは身体的な障害であろう。したがって失語症者の「社会復帰」といわれても、具体的な状況を思い浮かべることはなかなか困難である。

失語症による言語機能の障害は訓練終了後も何等かの形で残存することが多い。したがって言語機能に障害が残存する失語症者が病前の職業にそのまま復帰することがいかに難しいかについては容易に想像するこ

とができる。失語症者の職業復帰はどの程度可能であろうか。最近のデータで2006年の日本高次脳機能障害学会実施の高次脳機能障害全国実態調査<sup>7)</sup>によれば、408施設、2,570名について社会復帰の状況をみると、最も多いのは家庭復帰で47%、次いで病院に入院中の者27%、福祉施設入所、通所者が10%と続く。職業復帰を果たした失語症者は全体のわずか5.5%にとどまっている。

日本失語症学会が2001年に実施した失語症全国実態調査(日本失語症学会、2002)<sup>14)</sup>によれば、回答のあった61施設、2,682名について社会復帰の状況をみると、最も多いのは家庭復帰で46%、次いで病院に入院中の者15%、福祉施設入所者が12%と続く。職業復帰を果たした失語症者は全体のわずか8%で、先の2006年の調査と同様、低い率にとどまっている。病前就業していた人のうち、不明とその他に該当する19%を除くと職業復帰率は約10%となる。このような外的基準に基づく社会復帰に関する調査はこれまでも行われてきているが、そこでは職業復帰率について10%から20%という数値が発表されている(永江、1982<sup>10)</sup>、佐藤、1987<sup>13)</sup>)。数値に幅があるのは、対象、調査を行った発症後の時期などが異なるためと考えられる。職業復帰については、さらに病前就業していた者が現職に復帰が可能か否か、あるいは配置転換が可能か、転職が可能かなどといったことが問題となる。先の失語症全国実態調査では、現職復帰は102名、48%、配置転換が78名、37%、職場を変った者が32人、15%という内訳となっている。職場を変ったという回答のうち、職種の変更もあったかどうかは明らかではないが、復職を果たしたとしても、半数以上は病前とは異なる状況であることが示されている。どの程度、病前の言語機能を回復したか、さらに身体的な状況、病前従事していた仕事の内容、受け入れの環境などが復帰率に影響を及ぼす要因となる。

病院に入院中、あるいは福祉施設入所という状況にある比率を合計すると27%に達し、およそ3.5人に1人は家庭に帰ることもできない、という状況にあることを考慮すると、職業復帰率が低率にとどまっていることも頷ける。

昨今、ICF国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health)の採択(2001年WHO総会)<sup>15)</sup>以来、わが国での障害者基本計画の推進、「共生社会」やユニバーサルデザ

インという用語の普及など、障害のある人の社会参加を広げるためのさまざまな施策が推進され、障害の有無等にかかわらず、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う社会の実現という流れが着実にできつつある。障害のとらえ方そのものに変化が訪れている。

ICFでは「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルに「環境因子」など影響を及ぼす因子を加え、障害はマイナスであるとしてもそれを含む生きること全体としてのプラスを重視する生活機能という概念を強調している。

このような流れの中で失語症者に対するリハビリテーションも、近年、言語機能のみならず、より広義のコミュニケーション能力に対するアプローチも視野に入れた長期的な訓練が行われる方向へと変化してきている。言語機能の障害は程度の差はあれ残存し、上述したように職業復帰が可能な症例は限られている。多くは、職業には戻ることができず家庭生活を送ることになる。失語症者の言語機能の改善をはかることは言語聴覚士の主たる業務であるが、失語症者が言語機能の障害とつきあいながらよりよい生活を送れるよう補助手段、代償手段の活用を促し、行動半径を拡大するよう援助することもまた重要な業務の一部である。

社会復帰についても職業復帰という観点のみならず、障害とともにいかに社会に適応していくかという観点から捉え直されようとしている。

職業復帰、家庭復帰、あるいは施設入所といった外的基準に基づく失語症者の社会復帰の状態のみならず、失語症者がどのように社会に適応しているかという失語症者の社会適応の側面にも焦点を当てながら考えていく必要がある。それはそれぞれの最終的な生活場面において個々人が社会生活にどのように適応しているかという、より広範な視点で考えることである。

本項ではしたがって外的基準に基づく失語症者の社会復帰の状態のみならず、失語症者がどのように社会に適応しているかという側面を含む広義の社会復帰について考える。

#### 4. 失語症者の社会適応

失語症者に対するリハビリテーションでは、かつて狭義の言語訓練、すなわち言語機能に対する訓練のみが重視される傾向にあった。しかるに近年、言語機能のみならず、より広義のコミュニケーション能力に対するアプローチも視野に入れた長期的な訓練が行われ

る方向に変化している。言語機能の障害が残存し、職業復帰が可能な症例は限られることは先に見た通りである。職業には戻ることができず家庭生活を送ることになる症例も多い。本人の身体的状況、家族環境などによっては家庭生活を送ることもできず、施設入所となる症例もある。もちろん失語症者の言語機能の改善をはかることは言語聴覚士の主たる業務であることは論を待たないが、失語症者が言語機能の障害とつきあいながらよりよい生活を送れるよう拡大代替手段の獲得、活用を促し、行動半径の拡大をはかるよう援助することもまた重要な業務である。また言語機能の改善のみでは失語症者の抱える問題は解決しないことが多い。このような認識から失語症者の訓練は以前に比べ広がりのあるものとなっている。

高齢化社会をむかえ、失語症者の数は累積することが予想される。社会復帰についても、障害とともにいかに社会に適応していくかという観点に重点を置いた考え方がなされるようになってきている。

リハビリテーションの領域では、coping、すなわち障害への対処の仕方という考え方がある（Broida, 1979<sup>1)</sup>、Rayら1982<sup>12)</sup>）。このcopingの意味での社会適応が問題とされているのである。

失語症者の社会適応という観点から筆者らが行った調査（立石、1989<sup>18)</sup>）を紹介する。ここでいう社会適応とは職場復帰か家庭復帰かというような外的基準によるものではない。本人が自己の状況をどのように考え、対処しているか、という失語症者個人の要因に注目したものである。患者、および家族の主観的判断を重視し、適応良好を患者および家族がともに困っていない状態と定義した。

発症後3年以上経過した失語症者150名についてみると、言語機能の障害の程度が軽度の者では適応良好例が68%であった（表1）。言語機能の障害の程度が中等度もしくは重度の症例では適応良好例が34%であった。 $\chi^2$ 検定の結果1%の危険率で有意であり、言語機能の障害の程度が重くなるにつれ適応良好例が減少する傾向が認められた。失語型別、性別、年齢別

表1 言語機能の重症度と社会適応

	(人)	
	適応良好	適応不良
軽度	42	20
中・重度	38	50

$$\chi^2 = 8.82 \quad p < 0.01$$

と適応の良否との間に特別な関連は認められなかった。

一方、失語型別の中・重度の症例についてみると失名詞失語で50%、Broca失語では53%、Wernicke失語では56%といずれの失語型においても50%以上は適応良好例である(表2)。すなわち障害の程度が中・重度であっても適応良好例は存在するということである。

1990年に行った慢性期の失語症者55名についての調査(立石, 1990)<sup>19)</sup>においても同様の結果が得られた。この調査では適応の良否と、言語障害の程度を表すSLTA(標準失語症検査)得点およびコミュニケーション能力を反映するとされるCADL(実用コミュニケーション能力検査)得点との関係について検討した(図4)。SLTA総得点は中央値167点で軽度と重度に分けてある。グラフに示されているように言語機能の

障害が重度であっても適応良好な例は存在した。また適応良好例ではCADL得点がSLTA得点より高い、言語機能の程度より実際のコミュニケーション能力の方が高い、すなわち回帰直線より上方に適応良好例が分布することが予想されたが、回帰直線より下方にも適応良好例が認められた。

このように言語機能の障害が重度であっても社会適応が良好である、あるいは逆に障害は軽いにもかかわらず病前の言語機能との落差のみを問題として社会適応が良好でない、など言語機能の障害の程度と実際の社会生活の状況とが解離している失語症者がかなりの割合でいることがわかった。このことから社会適応の良否は言語機能の障害の程度のみでは予測できない側面があることが推測される。

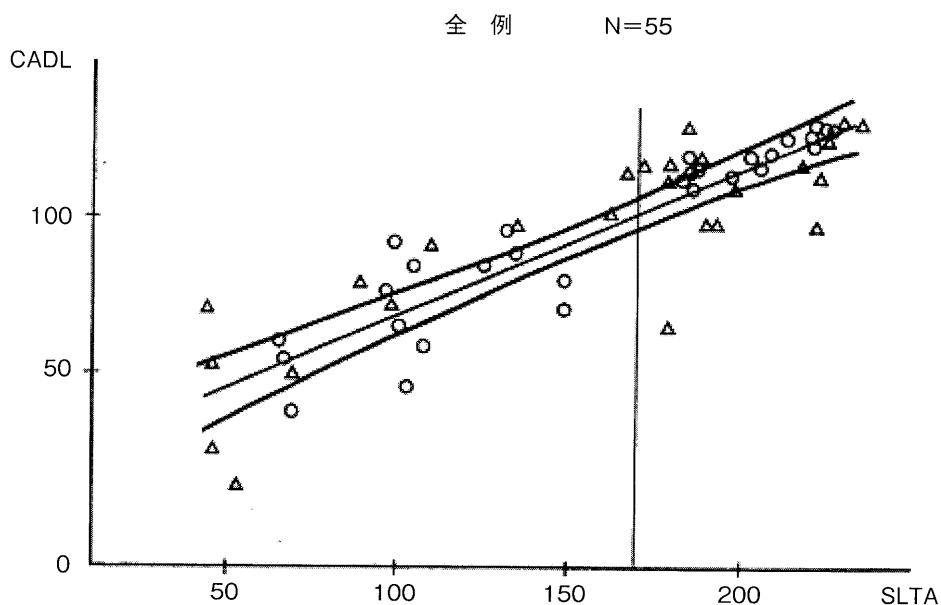
## 5. 社会適応に影響を及ぼす要因

そこで、家族が患者の言語機能をどのように捉えているかに関する質問紙、社会・経済・家族状況に関する調査、また患者の病前、病後の性格などに関する精神科医による面接を行い、適応良好例についてその要因の検討を行った(立石, 1997)<sup>20)</sup>。その結果、適応良好な症例を特徴づける4つの要因が抽出された。

1. 障害に対する本人の理解
2. 病前性格

表2 失語型と社会適応

	(人)	
	適応良好	適応不良
失名詞失語	8	8
伝導失語	1	0
Broca失語	9	8
Wernicke失語	18	14
全失語	1	17
その他	1	3



縦軸はCADL得点、横軸はSLTA得点。図中の実線はSLTA得点の中央値(167点)で、言語機能の障害のレベルを重度と軽度とに分けている。回帰直線の両側の曲線は95%の信頼区間を表す。○は適応良好例、△はそれ以外の例を表している。

図4 SLTA得点およびCADL得点の分布。

## 3. 家族の理解

## 4. 脳損傷による器質的人格変化

の4つである。その要因がどのように適応の良否と関連するかを模式的に示したものが図5である。

失語症者はまず自己の障害を理解しているか否かで大別される。自己の障害を客観的に理解しているのは、Broca失語、失名詞失語や障害の程度が軽度なものに多い傾向が認められた。自己の障害を理解した上で、訓練や社会生活の状況をそのまま受け入れるか否かという点については症例の病前性格が反映されるようである。すなわち、適応良好例には円滑、自然かつ柔軟性があり、外向的な循環気質と呼ばれる性格特性を示す例が多く、几帳面で完全主義的傾向のある執着気質の性格特性は適応良好以外の例に多いことがわかった。

一方、自己の障害の理解が十分でない症例は、Wernicke失語や障害の程度が重度であるものに多く、このような例では適応の良否に関わる要因として家族の理解と脳損傷による器質的人格変化が重要であった。障害に対する本人の理解が十分でない場合には、家族が失語症者の状況を理解しているか否かが社会適

応に大きく影響する。家族が失語症者の状況をよく理解していれば本人の行動をうまくリードすることができる。また多幸、暢気といった器質的人格変化の存在は、通常はリハビリテーション上の阻害因子と考えられるが、場合によってはかえって障害による抑鬱などの深刻な心理的反応を惹き起こさず、家族の理解があれば、社会的内面に陥らせないと考えられる。

以下に具体的な症例を示す。

(症例1) 57歳の男性。脳梗塞。失名詞失語。当言語室受診当初は喚語障害が著明で、自発話はほとんど認められなかった。簡単な会話における聴覚的理解は良好であった。訓練には意欲的に取り組み、他院入院を経て、発症後約1年で閑職への配置転換という形でレコード会社に復職した。この時点では言語機能の障害の程度は軽度ながら仮名書字の書き誤りや、まとまった内容の発話が困難という問題が残存していた。言語機能評価の正答率は94%、知的機能も良好であった。独歩は可能、上肢は廃用手。自宅での自習課題を作成し、経過観察を継続した。旅行に出かけるなど徐々に行動半径を広げ、発症後5年目には講習を受けた後パソコンを購入し、本人の所蔵する膨大なレコードやCDの管理を開始した。さらに発症後約8年で自

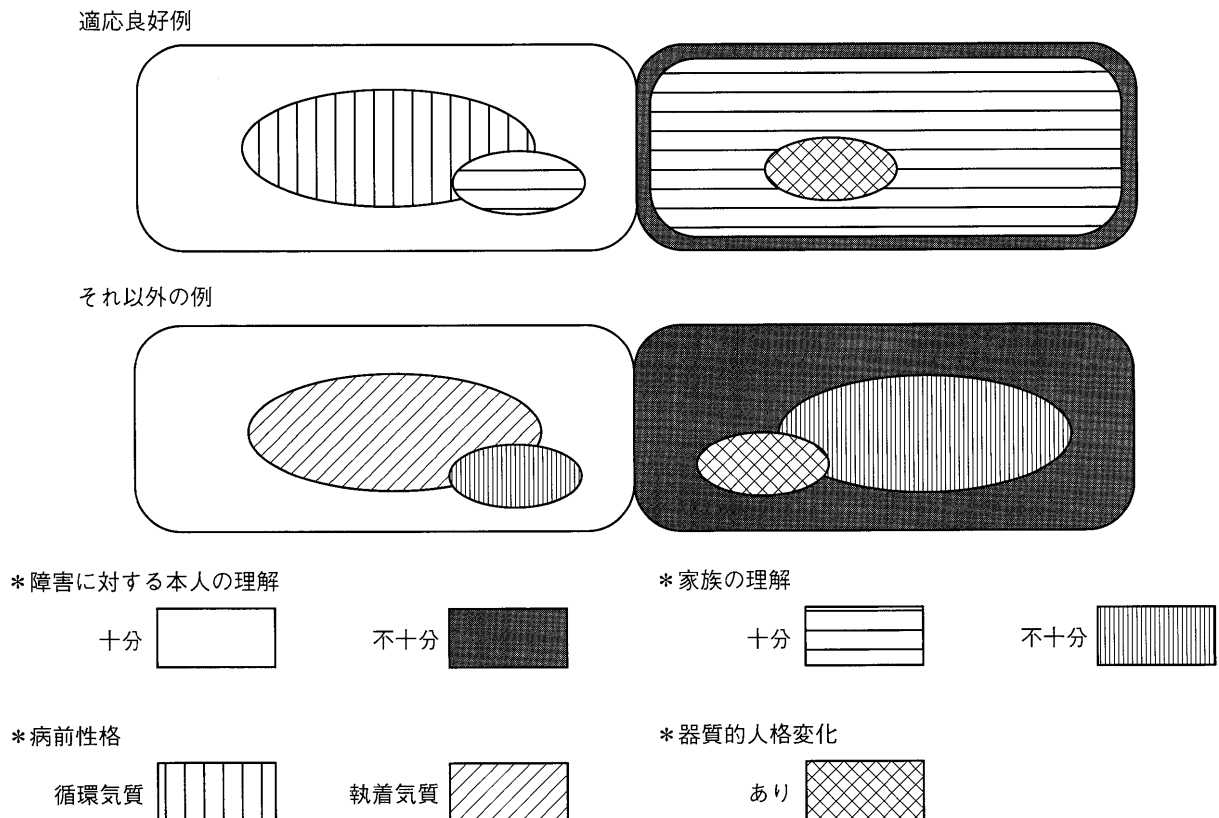


図5 適応の良否に関わる要因

ら希望して資料室への配置転換を果たし、パソコンを用いた資料管理を行うに到った。模式図上に位置づけを示す(図6)。本症例は障害を客観的に理解し、循環気質という病前性格が反映され、訓練にも、仕事にも前向きに取り組み、行動半径を拡大した理想的な例であるといえる。

(症例2) 63歳の男性。脳梗塞。Broca失語。複数の医療機関での訓練を経て、発症後約8年で当言語室を受診した。主訴はうまく話せないし書けないとのことであった。発話は非流暢であったが、短い単語を用いた意思伝達は可能であった。右片麻痺でプラスチック装具により独歩が可能であり、右手は廃用手で利き手交換により左手を使用していた。指示されたことは実行するが、自分で応用はせず、他者に依存的な状況であった。したがって訓練終了後はほとんど家に閉じこもっていたとのことであった。言語機能評価の正答率は82%であった。言語機能の訓練に加え、患者の会などの活動への参加を促した。訓練開始後約2年目から患者の会で知り合った友人と旅行に行く、趣味の将棋を再開し将棋道場に行くなど外出の機会も増えた。生活半径は徐々に、しかし確実に拡大し、依存性も減少した。本症例は言語障害を理解していたものの、病

前性格が執着気質で、病前との比較にこだわり、行動半径の拡大までに長い期間を要した例で、図6のような位置づけと考えられる。

(症例3) 51歳の男性。脳梗塞。Broca失語。初診時、発話は非流暢で喚語障害が著明であった。聴覚的理解は文レベルで誤りが出現した。身体的な麻痺はほとんど認められず、発症後1年で言語訓練を継続しながら、地方公務員として復職した。この時点における言語機能評価の正答率は70%であり、障害の程度は中等度であった。手紙の仕分けや備品の管理など配置転換による仕事の内容は簡単なものが多く、その遂行は順調であったが、本人は喚語障害、書字障害の訴えを繰り返した。訓練には意欲的であったが、年齢が高くないこともあり焦りが強く、思うように成果が出せずにまた焦るといふ悪循環となった。改善点を積極的に認める働きかけも行ったが、復職後1年を過ぎた頃から「訓練をやっても仕方がない」という意味の発言が目立ち始めた。訓練継続を希望する妻を交え、何度も話し合いを持ったが、翻意させるに到らず訓練終了となった。妻からの情報によれば現状に満足してはいないが仕事は続けているとのことである。本症例は図6に示すように、自己の障害をよく認識していたが、

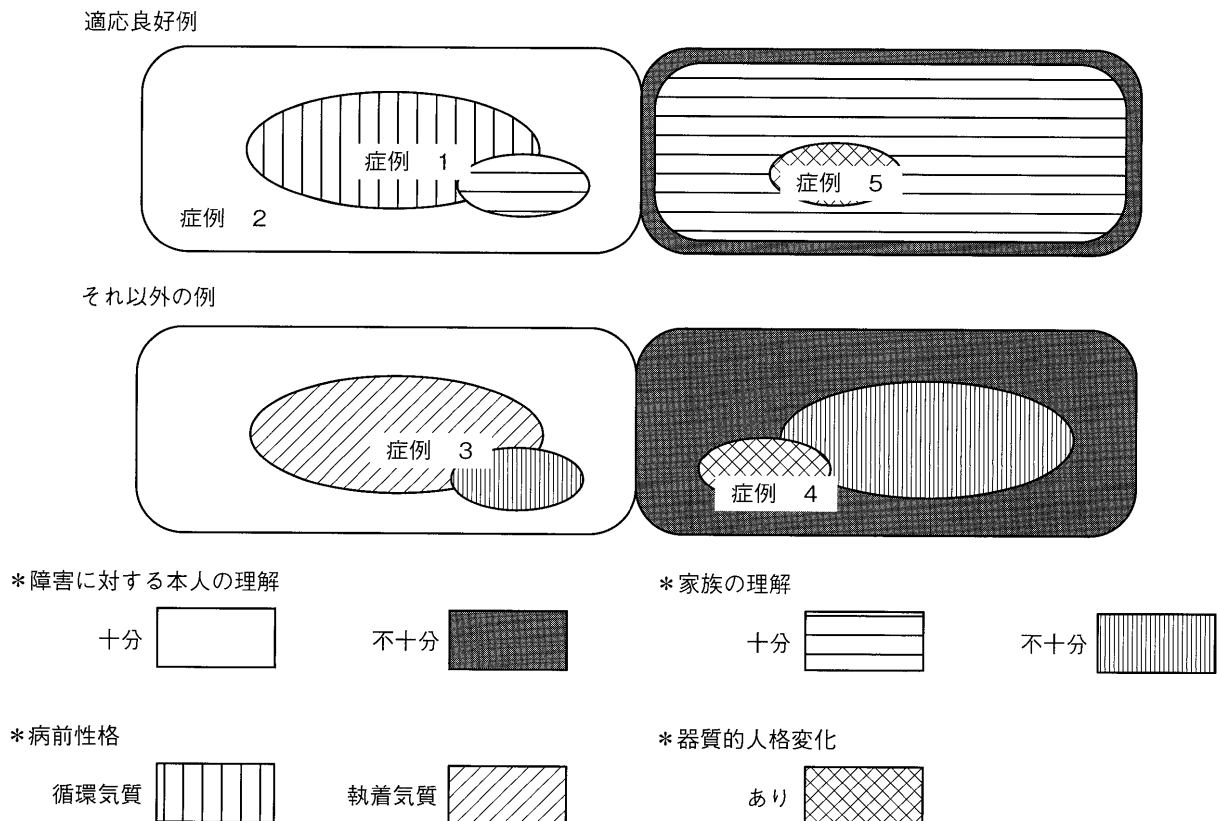


図6 症例の位置づけ



執着気質であるために、病前の仕事に戻らなければという気持ちが先走り、訓練に適合できなかつた例である。このような症例では、本人、および家族に対し、仕事にかかわる目的を見つける働きかけが早期から必要であったと考えられる。また本例は妻の意向をほとんど取り上げていない。障害の程度が軽度である場合、あるいは自己洞察ができていない症例では、相対的には家族の意向より本人の意向が重視される傾向がある。したがって適応の良否には本人の病前性格がかなり反映されるといえる。

(症例4) 53歳の男性。脳梗塞。超皮質性感覚失語。他院での入院を経て発症後約1年で当言語室初診。発話は流暢であったが喚語困難が著明で、聴覚的理解は簡単な日常会話においても不良であった。家族とのコミュニケーションも推測でようやく成り立っており、家族が本人の意図を誤って理解すると怒り出すこともあった。失語症状に加え、気分のムラが大きく、注意持続が短い、保続傾向が著明、易怒性などの症状が認められた。病前は温厚な性格であったといい、器質的人格変化を認めた。障害に対する自覚に乏しく、課題の遂行はきわめて難しかった。言語機能評価の正答率は20%と低い値であった。徐々に変化することを期待して、定期的な訓練を継続したが、本人は訓練継続を勧める家族の言に耳を貸さず、終了となった。本症例は自己の状況を理解せず、病前性格は循環気質であったが脳損傷による器質的人格変化が著明であり、家族の理解は十分であったにも拘わらず、訓練構造に適応することが困難であった例といえる(図6)。

(症例5) 61歳の男性。髄膜腫摘出術後。Wernicke失語。当言語室初診時には簡単な会話の理解も困難であり、発話は流暢で、著明な錯語を認めた。身体的な麻痺が認められなかったこともあり、言語症状を含む自己の状況把握においてやや深刻味に欠ける印象があった。発症後2ヶ月で退院となり、外来で言語訓練を継続した。言語機能評価の正答率は62%であった。病前は商店を営んでいたが、退院後も本人は店のことが気になり、店に顔を出してはあれこれ指示をしようとした。妻は症例の言語機能の状況、刺激が必要なこと、店を切り回すことは難しいことなどをよく理解していた。そこで店の特売品を書き写させる、自動販売機の硬貨を毎日集計する、商品の陳列など、症例が無理なくできる仕事を常に見つけ、刺激を絶やさぬ努力を続けた。症例も徐々に店の運営については妻や息

子に任せるようになり、店の手伝いをしながら客との会話なども積極的に行っている。また病前からの趣味である民謡や囲碁を再開している。現在も複雑な内容を聴いて理解することは難しく、また喚語障害も残存している。障害に対する理解の不十分な本症例において、中心になって店を営んでいた病前と、手伝いをしている現在の状況を比較して落ち込むことなく、できることを徐々に増やすという姿勢で社会的内向に陥らずに済んだのは、家族の理解と器質的人格変化に依るところが大きく、器質的人格変化が肯定的に働いた症例といえる(図6)。

これらの症例から明らかなように重症であるから社会適応が良好でないとは限らない。社会適応にはむしろ失語症者個人に関わる種々の要因が影響を及ぼしている。失語症者に対するリハビリテーションの目標が失語症者のよりよい社会生活であるとすれば、このような視点で失語症者を捉えることが必要である。

先の、慢性期失語症者の活動性に関する結果とも関連するが、性格傾向は発症後に生じた言語障害をはじめとするさまざまな変化をどのように捉え、そのような変化とどのように折り合いをつけていくか、という部分と緊密に関係する。障害の程度が重度であっても高い活動性を保持するか、障害の程度がたとえ軽度であっても活動性を高められないか、一概には区分できないさまざまな事例は性格傾向とcopingの結果として表れると考えることができる。

失語症者の社会参加という側面を考える際には、以上、見てきたように活動性や心理的側面などについても十分に考慮しなければならないことを示している。

## 6. 失語症者に対するリハビリテーション

それでは失語症者の良好な社会適応をはかるには、具体的にいつ、どのようなリハビリテーションを行わなければならないのであろうか。言語訓練が終了した後には社会適応を考えて指導を行うというのでは間に合わない。早期から、各々の症例について大まかなゴール設定を行い、良好な社会適応を可能にするために考慮すべき要因を的確に把握する必要がある。基本的には言語機能に対する訓練と並行して指導や情報提供が進められることが望ましい。

### (1) 家族指導

言語機能の障害の程度が軽度である、あるいは障害

に対する本人の理解が十分である場合には、社会生活を営む上での判断は患者本人が行い、それが優先される。しかし障害の程度が重篤である場合、障害に対する本人の理解が不十分である場合、また器質的人格変化がある場合には家族の理解が重要な要素となる。さまざまな局面で家族の協力が必要となるので、患者の行動半径を広くするのも狭くするのも患者の家族の理解に依るところが大きい。

言語機能に対する集中的訓練期には家族同席で訓練の様子を実際に見せること、評価結果を家族と本人に話すことなどは失語症者の状況について、家族の理解を深めることにつながる。たとえば、聴覚的・了解の悪い失語症では、家族は患者の了解の悪さを十分には知らない場合が多い。家族が障害の程度を実際より軽いのと思っている場合には、家族が機能の改善に過度な期待をかけ、本人を叱咤激励することになり、患者にとっては大きな負担になることもある。このようなことを避けるには、家族に本人の言語機能の状態とコミュニケーションの確実なとり方、接し方のポイントをできるだけ正しく知っておいてもらうことが重要である。

たとえ残存する障害が重篤であっても、家族がその限界を知った上で配慮をしていれば、失語症者は良好な社会適応を果たすことができる。

## (2) 職場復帰

失語症者の職場復帰はなかなか厳しい状況にある。患者の機能レベルが病前の職種に完全復帰が可能な程度に改善していない場合には、受け入れ側である職場の関係者との調整が必要となる。身近に失語症者と接したことがない人に失語症者の状況を正確に理解してもらうことはたいへん難しい。知的機能の問題と同一視され、実際より障害が重度と考えられ、本人が望み、かつ可能な仕事は全く与えられない例や、逆に実際より軽度の障害と考えられて、本人には過重な負担となる仕事を与えられたりする例が少なくない。したがって、患者は何ができて何ができないかを明確に説明することが重要である。その上で、原職への復帰が可能か、あるいは配置転換が可能かを決定してもらうことが望ましい。

さらに、実際に復職してみると、復職前には考え及ばなかった問題に直面する場合もあり、復職後一定期間は経過観察を行う必要がある。

## (3) 地域活動、友の会など

中等度から重度の言語機能の障害が残存した失語症者の場合には、病前、就業していても復職がかなわぬ場合も多い。また既に退職年齢に達している失語症者もいる。よりよい社会適応という観点では、このような場合に日常生活の中で趣味であれ、地域活動であれ何か生きがいとなることがらを見つける援助も重要である。

活動性が高い失語症者は就労していない場合でも、このような活動を行っている者が多い。地域の福祉センターや老人センターなどが行う種々の企画など社会資源の活用、あるいは各地の失語症友の会の活用も検討できる。友の会は同じ障害を持つ者同士という安心感から、場合によっては地域での活動より親しみやすいこともある。いずれにせよ新しい活動の契機として有効である。

医療保険における在院日数の短縮、介護保険の導入など、失語症者を取り巻く社会状況はめまぐるしく変動し、言語聴覚士の介入はより早期にという流れがある。一方で、長期にわたり機能レベルの改善が認められる症例の存在、慢性期患者の言語機能の維持、社会適応に長い経過を必要とする症例の存在など、失語症を含む高次脳機能障害者に対するリハビリテーションには長い時間が必要であることも明らかである。このような状況の中にあっても、各々の失語症者の状況を早期に的確に把握して、早期からの取り組み、家族指導、環境調整、社会資源の利用など適切なサービスを提供することが重要であることに変わりはない。

## 【参考文献】

- 1) Broida, H. et al: Coping With Stroke, College Hill Press, Huston, 100-122, 1979
- 2) Brumfitt, S.: Losing your sense of self: what aphasia can do. (Clinical Forum) Aphasiology, 7: 569-591, 1993
- 3) Hemsley, G. and Code, C.: Interactions between recovery in aphasia, emotional and psychosocial factors in subjects with aphasia, their significant others and speech pathologist. Disability and Rehabilitation, 18: 567-584, 1996
- 4) Hermann, M.: On the possible value of family therapy in aphasia rehabilitation. Aphasiology, 3: 491-492, 1989
- 5) Ireland, C. and Wotton, G.: Time to talk: counselling for the people with dysphasia. Disability and Rehabilitation, 18: 585-591, 1996
- 6) Kinsella, G.J. and Duffy F.D.: Psychosocial

- Readjustment in the spouses of aphasic patients. *Scan. Rehab. Med.*, 11: 129-132, 1979
- 7) 高次脳機能障害全国実態調査委員会：高次脳機能障害全国実態調査報告. *高次脳機能研究*, 26: 209-218, 2006
- 8) Labi, M.L.C., Phillips, T.F. and Gresham, G.E.: Psychosocial disability in physically restored long-term stroke survivors. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 61: 561-565, 1980
- 9) Mumma, C.M.: Perceived losses following stroke. *Rehabil. Nursing*, 11: 19-24, 1986
- 10) 永江和久, 中村美子, 江島緑, 田上美年子, 本村暁, 他：失語症患者の社会復帰状況に関する調査. *日本災害医学会会誌*, 30: 522-530, 1982
- 11) Oxenham, D., Sheard, C. and Adams, R.: Comparison of clinician and spouse perceptions of the handicap of aphasia: everybody understands "understanding". *Aphasiology*, 9: 477-493, 1995
- 12) Ray, C., Lindop, J. and Gibson, S.: The concept of coping. *Psychological Medicine*, 12: 385-395, 1982
- 13) 佐藤ひとみ, 遠藤尚志, 保坂敏男, 長谷川恒雄：失語症者の職業復帰. *失語症研究* 7: 1-9, 1987
- 14) 失語症実態調査委員会：失語症全国実態調査, 日本失語症学会総会資料より2002
- 15) 障害福祉研究会(編)：ICF国際生活機能分類—国際障害分類改訂版. 中央法規, 2002
- 16) Sorin-Peter, R. and Berhrmann, M.: Change in perception of communication abilities of aphasic patients and their families. *Aohasiology*, 9: 565-575, 1995
- 17) Starkstein, S.E. and Robinson, R.G.: Aphasia and depression. *Aphasiology*, 2: 1-19, 1988
- 18) 立石雅子, 鹿島晴雄：失語症—治療と社会適応. *精神科治療学*, 4: 413-416, 1989
- 19) 立石雅子：良好な社会適応を示した失語症者について. *失語症研究*, 10: 251-258, 1990
- 20) 立石雅子：社会適応に影響を及ぼす要因の検討. *失語症研究*, 17: 213-217, 1997
- 21) 立石雅子, 大貫典子, 千野直一, 鹿島晴雄：慢性期失語症者の言語機能維持について. *失語症研究*, 20: 71-72, 2000
- 22) 立石雅子, 大貫典子, 千野直一, 鹿島晴雄：慢性期失語症者の活動性について. *失語症研究*, 20: 287-294, 2000
- 23) Taylor Sarno, M.: Aphasia rehabilitation: psychosocial and ethical considerations. *Aphasiology*, 7: 321-334, 1993
- 24) Weniger, D. and Taylor Sarno, M.: The future of aphasic therapy: more than just new wine in old bottles? *Aphasiology*, 4: 301-306, 1990
- 25) Zraick, R.I. and Boone, D.R.: Spouse attitudes toward the person with aphasia. *JSHR*, 34: 123-128, 1991