

## 失語症者の家族から見た失語症状の認識に関する検討

守屋咲希<sup>\*1,2</sup> 種村純<sup>\*1</sup>

### 要 約

失語症者のコミュニケーション場面において失語症状について正確に認識され、話し手の支援が得られるかどうかコミュニケーションの成立に大きく関わる。失語症は理解されにくく、周囲の人々が失語症状をどのように捉えているかは明らかになっていない。失語症状の捉え方について、言語機能および認知機能における家族の評価と言語聴覚士の評価を比較し、評価の乖離に関わる要因について検討した。対象者は生活期失語症者の4名とその家族であった。失語症状の評価においては、家族の評価が言語聴覚士の評価に比べて低い場合と高い場合があり、症例ごとに相違があった。また、コミュニケーション相手や場面によって発揮する機能のレベルが異なり、状況を伴う実用的コミュニケーション能力を反映していた。症状の捉え方の特徴においては、喚語困難は失語症状として理解されやすかった。一方で、単純化された発語は失語症状ではなく認知症と捉えられ、感覚性失語における意味理解障害は失語症状として理解されにくかった。認知機能の評価においては、コミュニケーション障害の結果から認知機能の低下があると捉えられることがあった。また、家族が失語症者に要求する生活に必要な言語能力の水準に実際の言語能力の水準が達していないと言語機能のみならず認知機能にも障害があると家族が認識していた。しかし、失語症者に可能な活動を家族が有意義だと判断した場合、認知機能の低下はないと認識された。家族に有意義だと判断されるかどうかは、要求される生活に必要な言語能力の水準に実際の言語能力の水準が達しているかどうかに関わっていた。

### 1. はじめに

失語症の症状は社会から見えにくく、理解されにくい<sup>1)</sup>。上手く言葉がつかえないことで知的な能力が損なわれたと思われ、認知症などと間違えられたり<sup>1)</sup>、知性がコミュニケーション障害によって隠されたりしてしまうことがある<sup>2)</sup>。失語症者にとって症状が適切に理解され、会話相手からの適切な対応が得られるかどうかコミュニケーションの成立に大きく関わる。

実際に失語症者は、「失語症の人に対して言葉が話せないくらいにしか考えていない人が多い」、「表向きには障害が無い様に見えるので苦勞している<sup>3)</sup>」など症状を理解されていないと感じている。また、失語症者の家族も「言いたいことがわからず、どう引き出してあげ、どう理解してあげればいいのか立往生を繰り返す、どう接していいかわからない<sup>1)</sup>

と失語症の症状および対応は理解されていない。

たとえ家族であっても周囲の人には障害の状況が伝わりにくく、失語症者を取り巻く周囲の人に対して、障害の状況、接し方、留意すべき点などについて理解を促すことを目的とした働きかけが重要である<sup>4)</sup>。失語症者との会話について具体的な助言を行うセラピーは、何らかの改善、障害の理解、適切な応答の理解に有益であることが複数の研究から報告されている<sup>5)</sup>。

失語症の症状が周囲の人に理解されることの重要性および、失語症者との会話には専門的な助言が必須であることは明らかにされているが、周囲の人々が失語症状をどのくらい理解し、どのように捉えているかは明らかにされていない。

失語症の症状がどのように捉えられるかを明らかにすることは、効果的な症状理解の介入を実現し、

\*1 川崎医療福祉大学大学院 医療技術学研究科 感覚矯正専攻

\*2 川崎医科大学総合医療センター リハビリテーションセンター

(連絡先) 守屋咲希 〒700-8505 岡山市北区中山下2-6-1 川崎医科大学総合医療センター

E-mail: saki.m@hp.kawasaki-m.ac.jp

失語症のコミュニケーションの確保と拡大に役立つはずである。今回の研究は、失語症状がどのように理解され、捉えられているかを明らかにするために、失語症者の家族から見た言語、認知症状の捉え方とその特徴について検討した。①家族による評価と言語聴覚士(speech language hearing therapist 以下、ST)による評価の結果の乖離に関わる要因の検討と、②失語症者の生活場面において病前生活、および現在家族から求められる活動が実際の言語能力の水準で達成できるかどうかの検討を行った。①の研究では症状の捉え方の特徴を明らかにし、②の研究では、その捉え方に関わる要因を明らかにした。

## 2. 方法

### 2.1 対象

対象者は、外来言語聴覚療法を継続している生活期失語症者4名とその家族であった。家族は失語症者と最もコミュニケーション機会が多い主介護者の1名であった。失語症者および家族に関する情報を表1に示した。評価の時期は表1に示す経過年数の時点であった。

### 2.2 方法

研究1「失語症者の言語機能および認知機能に対する家族による評価とSTによる評価の乖離に関する検討」と、研究2「症状の捉え方に関わる要因の検討」を実施した。

## 3. 研究1 失語症者の言語機能および認知機能に対する家族による評価とSTによる評価の乖離に関する検討

### 3.1 方法

方法は、実用コミュニケーション能力検査 Communication ADL test<sup>6)</sup>(CADL)の家族質問紙 Family Questionnaire (FQ)の得点と標準失語症検査 Standard Language Test of Aphasia (SLTA)の得点、機能的自立度評価法 Functional Independence Measure (FIM)の認知5項目、BADS 遂行機能障害症候群の行動評価 Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome の介護者質問紙 The Dysexecutive Questionnaires<sup>7)</sup>(DEX)、リバーミード行動記憶検査 The Rivermead Behavioral Memory Test<sup>5)</sup>(RBMT)の健忘チェックリストにおける家族の得点とSTの得点を使用し、失語症者の言語機能および認知機能の家族の評価とSTの評価を比較した。

また、実施した3種類の質問紙を用いて面接調査を行い、家族の症状の捉え方を検討した。

#### 3.1.1 家族の評価と神経心理学的検査による言語機能の評価の比較

CADL-FQの得点とSLTAの得点を比較した。CADLとSLTAの間には高い相関が示されており<sup>9)</sup>、CADLとCADL-FQは共通項目で構成され比較できるように作成されている<sup>6)</sup>。CADL-FQおよ

表1 症例と家族のプロフィール

症例情報				
症例	1	2	3	4
年齢	54歳	72歳	70歳	75歳
性別	男性	男性	女性	女性
疾患名	アテローム性脳梗塞	アテローム性脳梗塞	心原性脳塞栓症	心原性脳塞栓症
失語症タイプ	運動性失語	運動性失語	感覚性失語	感覚性失語
失語症の重症度	軽度	軽度	軽度	軽度
失語症状	統語理解障害 喚語困難 意味性錯語 失文法 発語失行	統語理解障害 喚語困難 意味性錯語 意味性錯読 失文法	聴覚性把持力低下 意味理解障害 喚語困難 音韻性錯語 音韻性錯読 音韻性錯書 意味性錯語	聴覚性把持力の低下 意味理解障害 喚語困難 意味性錯語
神経心理学的検査結果				
SLTA総合評価尺度	10	10	9	9
RCPM (/36点)	36	31	—	27
WAIS-III	VIQ:86 PIQ:95 FIQ:89	VIQ:91 PIQ:113 FIQ:96	PIQ:113	—
発症からの経過年数	4年	2年	1年	1年
退院後生活	復職 (勤め-部署異動, 降格)	家庭生活	復職 (自営業-時間短縮)	復職 (自営業-内容制限)
病前の役割	就労(役職) 主たる生計者	定年退職 家事の手伝い 孫の相手	1人で自営業	自営業(販売・経理)
評価者の家族の情報				
評価者	妻(同居)	妻(同居)	妹(同居)	息子(共に仕事)
年齢	50代	70代	60代	50代
生活	パート(5回/週)	専業主婦	専業主婦	店舗経営

び SLTA の得点をそれぞれ CADL 評価で用いられるコミュニケーション・レベル (CL) に分類し家族の評価と比較した。

CADL-FQ の得点は、平均点が各 CL において等間隔で上昇し、CADL-FQ の平均点で CL の分類を反映できる<sup>9)</sup>。SLTA は総合評価尺度の各項目に相当する SLTA 因子<sup>10)</sup>が CL に関連することが示されている。それぞれの SLTA 因子が各 CL の到達に関連することが示され、CL の分類と対応関係を得ることが可能である<sup>10)</sup>。以上より、CL の分類方法を表2に示した。

### 3.1.2 家族と ST の言語機能評価の比較

FIM の認知項目の理解と表出の得点について家族と ST の評価点を比較した。家族の FIM の得点は、項目ごとに得点の基準を ST が説明し、日常生活の状況について家族が評価した。

### 3.1.3 認知機能の評価の比較

DEX と RBMT の健忘チェックリストの家族と ST の得点の比較、FIM の認知項目の社会的交流、記憶、問題解決の家族と ST の得点の比較を行った。家族の FIM の得点は、項目ごとに得点の基準を ST が説明し、日常生活の状況について家族が評価した。

### 3.1.4 家族の症状の捉え方の聴取

面接調査の所要時間は1時間で、家族が行った CADL-FQ、DEX、健忘チェックリストにおいて低評価であった項目について、どのような障害と解釈しているか、日常生活に及ぼす影響があるかについて聴取した。聴取した内容を症状ごとにカテゴリー化した。聴取内容の分析は7名の ST で行った。家族の捉え方と失語症状を比較し、失語症状の捉え方の特徴を明らかにした。

## 3.2 結果 (表3)

### 3.2.1 家族の評価と言語機能検査成績の比較

#### CADL-FQ と SLTA の得点の比較

3症例で CADL-FQ の平均得点と SLTA 総合評価尺度の得点より分類した CL が一致した。しかし、症例1のみ CADL-FQ の評価は CL1、SLTA の評価は CL5 と明らかな乖離を認めた。

### 3.2.2 言語機能の評価 FIM の理解・表出の家族と ST の評価の比較

症例ごとに異なる特徴を示した。症例1では理解は家族5点、ST6点、表出は家族3点、ST6点と理解、表出ともに家族は ST に比べ機能が低下していると評価した。症例2では家族、ST ともに理解6点、表出4点と一致した。症例3では理解は家族7点、ST5点、

表2 コミュニケーション・レベル (CL) の分類

CADL検査 CL分類	1 全面援助	2 大半援助	3 一部援助	4 実用的	5 自立
CADL-FQ 平均点	50%未満	50-60%	61-70%	71-80%	81%以上
SLTA 理解(/3)	2以下		3	3	3
総合評価尺度 表出(/3)	2以下		2以下	3	3
書字(/4)	3以下		3以下	3以下	4

表3 家族と ST の評価の比較

評価	症例1		症例2		症例3		症例4		
	家族	ST	家族	ST	家族	ST	家族	ST	
CADL-FQ得点(/90)	41	—	81	—	67	—	71	—	
平均得点(%)	45.5	—	90.0	—	74.4	—	78.8	—	
SLTA総合評価尺度(/10)		10		10		9		9	
理解(/3)	—	3	—	3	—	3	—	3	
表出(/3)	—	3	—	3	—	3	—	3	
書字(/4)	—	4	—	4	—	3	—	3	
CL	1	5	5	5	4	4	4	4	
FIM	理解	5	6	6	6	7	5	7	5
	表出	3	6	4	4	5	4	5	6
	社会的交流	7	7	7	7	7	7	7	7
	記憶	3	7	7	7	7	7	7	7
	問題解決	6	7	7	7	7	7	5	6
DEX	48	2	0	2	1	2	0	6	
RBMT健忘チェックリスト	29	3	0	3	9	3	2	4	

表出は家族5点, ST4点であり, 理解, 表出ともに家族がSTと比べ機能が保たれていると評価した. 症例4では理解は家族7点, ST5点と家族がSTと比べ機能が保たれていると評価した. しかし, 表出は家族5点, ST6点と家族がSTに比べ機能が低下していると評価した.

### 3.2.3 認知機能の評価の比較 DEX・RBMT 健忘チェックリストの家族とSTの評価の比較

症例1の家族のみが認知機能に低下があると評価した. DEXが48.00点, RBMT健忘チェックリストが29.0点といずれも問題点が多いことを示す得点であった.

DEX得点はWAISと中等度の相関があり, 日常行動に問題を示す患者におけるDEX得点の平均は $32.85 \pm 15.99^{7)}$ であることから症例1の家族は明らかな障害があると評価した. 一方WAIS-IIIの成績はPIQ95と明らかな低下は認められなかった. かつSTによるDEX得点においても2.00点と障害を示す得点ではなかった.

また, RBMT健忘チェックリストの介護者評価点40~59歳平均は $26.4 \pm 10.0^{8)}$ であり, 家族は記憶機能に障害を認めていると評価していた. 一方STは3.0点であり, 家族の評価は明らかに低成績であった. その他の症例ではST, 家族ともに障害を示す得点ではなかった.

### 3.2.4 FIMの認知項目の社会的交流, 記憶, 問題解決の家族とSTの得点の比較

症例1では記憶で家族3点, ST7点と点数が大きく異なった. 症例4では問題解決で家族5点, ST6点と点数の違いを認めたものの, 聴取時「問題の解決は可能だが, 言えないことで時間がかかるため日常では手助けが必要な場合がある」と認知機能の低下によるものではなく言語の問題として捉えられていた.

### 3.2.5 面接調査における家族の症状の捉え方 (表4)

面接調査で聴取した内容は, 分析したST全員が全て失語症の症状に分類した. 失語症状については, いくつかの症状が関わっている内容もあり, 分析者が挙げた全ての症状を示した.

全症例について, 「言葉がでない」と共通して捉えられており, 喚語困難について, 「わかっているが, 言いたいことが言えない」状態であると, 失語症状として捉えられていた (※1).

一方, 運動性失語の2症例に共通して, 単純化された発話について, 失語症者の詳細や経緯が聞きたいという発話意図や理解しきれなかったための補償行動であることが家族に理解されず, 表出された語

のみから「3歳児のよう」や「当たり前のことを聞く」と判断した. その理解から失語症状を認知機能の低下と捉えていた (※2).

感覚性失語の2症例について, 家族は理解に問題は全くないと捉えており, 失語症者が「はい」と返答することから何でもわかっていると判断した. このように理解障害に伴い肯定する反応によりこちらの発話は全て理解されていると捉えて, 理解障害が言語症状として捉えられなかった (※3).

また, 全症例, 失語症状を認知症と捉えていた時期があったが, 「病前からできていることが同じようにできる」「言葉以外のことは問題なくできている」など, 病前より変わらない行動や自立した行動があると気付いたことで認知症ではないと評価を変えていた (※4).

しかし, 症例1においては音韻性錯語で時間を言い誤ったことについて「時計が読めない」, 失文法によって詳しい説明ができないことについて「大事な話は覚えていない」など失語症状を記憶障害および認知機能障害と捉えられていることが多かった (※5).

そして, 表1に挙げられる失語症状の中で症例4の聴覚性把持力の低下は面接調査の内容からは抽出されず, 家族から認識されていない症状であった.

## 3.3 考察

### 3.3.1 言語機能に関する家族とSTの評価の比較

言語機能に関する家族とSTの評価の比較から, 家族の症状の捉え方は, STが臨床場面で捉える言語機能とは異なっていることが示された. FIMの言語評価の比較では症例2を除き理解, 表出共に家族とSTの評価が一致せず失語症者の言語機能は理解されにくいことが明らかになった. また, コミュニケーションの相手や場面によって失語症者が発揮できる言語機能が異なることを示しているとも考えられた. つまり, STでは1対1でコミュニケーションの成立を重視することから, ST評価は最高水準の言語機能を示していると考えられた. 家庭では, 効率を重視しコミュニケーションを中断することや, 状況により言語を用いなくてもコミュニケーションが成立することから, 家族評価では言語機能に限らず, 状況を認識しコミュニケーションをする能力を示していると考えられた. 家庭での日常の状況は個人ごとに異なるため, 家族の評価が言語聴覚士の評価に比べて低い場合と高い場合があり, 症例ごとに相違したと考えられた.

表4 症状の捉え方に関する面接調査結果

症例	家族から見た症状		失語症状	特徴的捉え方	
症例1	数字がわからない	時計が読めない。10分後にお風呂に入って、8が来たたらと言うと「8って？」とか聞く。毎回説明が必要。でもちゃんと10分後に入ってるけど。	認知症	音韻性錯語 音韻性錯読 時間の理解障害 意味性錯語 単語の理解障害	※5
	大事な話を忘れる	前の日の夕食時に話したことを覚えてない。食事の内容(魚とか)は覚えているが、子供のことなど大事な話は覚えてない。	記憶障害	失文法 発語失行 単語の理解障害 聴覚的理解障害 統語理解障害	※5
	単純なことはわかるが、覚えてないこともある	仕事行く日や、病院に行く日、場所などはよくわかっている。できることはできるが、覚えていないことは全く覚えてない。	記憶障害	失文法 聴覚的理解障害	※5
	言葉が出ない	「えっと」とわかっているが出てこない。言いたいんだけど言葉が出ない。 自分が言った言葉の反対を取られるかと思ってる。それが怖い。誤解されているかと思っても訂正する言葉が出ないから結局最初から言わない方がいいかと思っている。	失語症	喚語困難 失文法 喚語困難 発語失行 防衛的態度	※1
	理解はできている	みんなが言っていることや思っていることはわかっているみたい。考える力はすごくあると思う。	失語症	失語症	
	突然言う	突然言う時がある。2、3日経ってから、何で今頃言うの？という時に言うことがしょっちゅうある。	まだら認知症	喚語困難 発語失行	
	なぜ？とよく聞く	3歳児のように「なぜ？」「どうして？」など聞いてくる。	認知症	失文法 発語失行 聴覚的理解障害	※2
	言葉を失った	言葉がない。忘れていることは完全に忘れていて、脳の中からなくなっている。	記憶障害	喚語困難 発語失行	
症例2	言葉で言えない	最初のうちは孫の名前もわからなくなってきたかと思っていたが様子を見てみると頭では分かっているみたい。言葉として出てこない。	失語症	喚語困難	※1
	Yes/Noが有効	言いたい、言おうとしているんだけど言えない。同調や頷きで形はできる。	失語症	喚語困難	
	後から言う	少々時間置いて言ってくれることがある。出てきたときは、それ正解、となる。	失語症	喚語困難	
	言葉を探す	「あの、その」となると言いたいことが想像できる。	失語症	喚語困難	
	あきらめる	「もうええわ」と言うが、「わからん」とは言わないからわかっているのだろう。	失語症	喚語困難 聴覚的理解障害	
	読み間違い	元々文字によく触れる仕事で使用量も普通とは違うから読む、書くはかなりできていた。それが読めなかったり、間違えたりするのはかつてはなかったことだから、脳梗塞の影響だと思ってる。	失語症	錯読 錯書 失文法 単語の理解障害	
	読めない	字が読めない時、完全にわからなくなってきたかと思っただけがそれはないみたい。結局4〜5回読み直しを促すと修正できるから、わかっているわけではない。	失語症	錯読 読解障害 失文法	
	突然聞く	毎日来る孫のことを「今日来る？」など突然聞いてきて、当たり前ののにわざわざ聞くから「ついにボケたか？」と思っただけが、病院の日だったため、そのまま学校行くのが聞きたかったみたいだった。よく聞いてみると意図があったようだった。	認知症 ⇒よく聞けば失語症	失文法 喚語困難	※2,4
	後遺症	脳梗塞のダメージは言葉に関わること。そう聞いている見えても納得という感じ。	失語症	失語症	
	言葉のみの問題	他のところは大丈夫なんだから今までどおりやろうと話をした。 忘れた、おかしいではなく言葉が不自由だと家族が共通認識している。	失語症	失語症	
言葉以外は問題ない	頭自体はしっかりしている。 動くことは今まで通り、自然にできている。前と同じだと思う。	失語症	失語症		
症例3	言い間違い	おかしいことや言い間違い、逆を言う、聞いていて間違えたとわかるから大丈夫。	失語症	意味性錯語	
	言葉が出ない	言葉が出ない。スツと出る時もある。	失語症	喚語困難	※1
	読みにくい	一句一句読むのに時間がかかる。平仮名も漢字も長い文章は読めない。しんどいし負担だし、プレッシャーがかかるから読まなくていいのに字幕を頑張って読んでいる。	失語症	錯読 読解の障害	
	数字を間違え	10日を20日とか間違え、聞き返して確認するから大丈夫。	失語症	音韻性錯語 意味性錯語	
	詳しいことは言えない	相槌程度での会話は問題ないけど、深く深く掘ったら言えないと思う。	失語症	失文法 喚語困難	
	全部わかっている	「ふんふん」言ってるから全部わかっている。	問題なし	理解障害 肯定反応	※3
言葉以外は問題ない	慣れていて、体が覚えている仕事は大丈夫。言葉以外のことは問題ない。	失語症	失語症		
よく覚えている	昔のことなどよく覚えているから、認知症ではない。 始めは認知症かと思ったが、間違え、言えないと分かり始めて言葉の病気がわかった。わかりにくい病気。 できることが見えるから認知症じゃないとわかった。	認知症 ⇒失語症	失語症 錯語 喚語困難	※4	
症例4	言い間違い	言いたい部分がうまく伝わらない、意味的に近くのことを言ってしまふ。 一緒にいると大体言いたいことがわかるから聞き返す。 違う言葉だと話の脈絡が変わるから、確認する。違う言葉かもと構えている。	失語症	意味性錯語 迂言 喚語困難	
	理解はOK	ペラペラ話しても「はいはい」と返答しわかっている。配慮してはなす必要はない。	問題なし	理解障害 肯定反応	※3
	あきらめる 後から言う	言葉が出にくいし、時に言うのをあきらめたり、出た時に後から教えてくれる。	失語症	喚語困難	※1
	数字が苦手	電話番号や時間にオロオロしている。間違えるかもしれないので一緒に確認する。	失語症	音韻性錯語 数字の錯語 意味性錯語	
	文字は難しい	新聞など理解してかわからないけど見させている。 申込書や新しい薬の説明書など一緒に見ないといけないと思う。	失語症	錯読 読解の障害	
	慣れたことはできる	認知症みたいにはできないかと思っただけが、今までやってきたことはしっかりできている。 言葉で苦労することはあるかもしれないが、やってきたことはできる。	認知症 ⇒失語症	失語症	※4
	言葉以外はOK サポートが必要	標識やサインは問題なく理解している。 聞き手のサポートがあれば、ほとんどの会話は可能。	失語症 失語症	失語症 失語症	

### 3.3.2 認知機能に関する家族とSTの評価の比較

認知機能に関する家族とSTの評価の比較から、STが行った評価は認知機能に明らかな低下は認めないにも関わらず、家族からは認知機能に障害を示すと捉えられる場合があることが示された。このような家族の認知機能の捉え方は、失語症者の日常のコミュニケーション活動を反映するCADL-FQの低評価に関わると考えられた。認知機能について家族の評価が明らかに低成績であった症例1は、CADL-FQとSLTAの評価の比較においても、SLTAの評価からCLは自立レベルであるにも関わらず、CADL-FQの評価からは全面援助レベルであり、家族の評価が低評価であった。

CADL-FQで評価される日常のコミュニケーション活動は、言語以外にも様々な要素が関与する活動であり<sup>6)</sup>、特にCADLの得点から反映されるコミュニケーション活動制限は言語機能よりも認知機能との関連が強いことが示されている<sup>11)</sup>。コミュニケーション活動には認知機能も強く関与しており、家族が認知機能の低下があると捉えていることが、コミュニケーション活動の評価であるCADL-FQの評価において多大な援助が必要であるという低評価に結びついていると考えられた。

### 3.3.3 家族の言語機能および認知機能の捉え方の特徴

言語機能の捉え方について失語症の症状には、理解されやすい症状と理解されにくい症状があることが明らかになった。面接調査の結果では、喚語困難が失語症状として理解されやすかった。失語症は言いたい言葉が言えない症状であるという理解は成立していた。一方、単純化された発語は認知症と捉えられた。また、コミュニケーション場面で相手の発言を肯定する傾向も失語症状とは捉えられず、家族は失語症者の理解障害に気が付かなかった。症状によっては失語症状を言語障害として捉えられないものがあることがわかった。聴覚性把持力の低下は認識されておらず、理解面における失語症状は認識されにくいのではないかと考えた。

そして、失語症者の認知機能の捉え方には失語症者の行動を家族がどのように捉えているかが関わっていた。全症例に共通して失語症状を一時的に認知症と誤解したことがあったが、病前どおりの行動や自立した行動ができると気付くことで認知症ではないことを認識する契機となっていた。つまり、家族の認知機能の捉え方には、失語症者が病前どおりの行動または自立した行動ができることを家族が有意義であると判断しているかどうかに関わっていた。

認知機能に低下を示すと家族が評価した症例1の失語症者は、失語症状を記憶障害や認知機能障害と捉えられることが多く、認知症と誤解されたままであった。症例1は認知症ではないことを認識する契機がなかったと考えられた。つまり、家族に病前どおりの行動あるいは自立した行動ができると評価される機会が生活の中にないことが関与していると考えられた。言語機能および認知機能のみでなく失語症者が生活する環境を考慮することによって家族の失語症の理解の状態を明らかにすることができると思われる。

## 4. 研究2 症状の捉え方に関わる要因の検討

### 4.1 目的

研究1において、失語症者の症状の捉え方には、病前どおりの行動あるいは自立した行動が評価される機会が生活の中にあるかどうかに関わるのではないかと考えられた。病前通りの行動あるいは自立した行動がどのように評価されるかを明らかにし、症状の捉え方に関与する要因を検討した。

### 4.2 方法

#### 4.2.1 要求内容、病前の生活内容の抽出(表5)

研究1で家族が行ったCADL-FQ、DEX、健忘チェックリストにおいて低評価であった項目について、どのような障害と解釈しているか、日常生活に及ぼす影響があるかについて聴取した1時間の面接調査において得たインタビューデータを使用した。インタビューデータの中から、生活に関して語られている内容を「現在の生活」と「病前の生活」に分け、失語症者が家族から求められる、あるいは求められていた活動を抽出した。

#### 4.2.2 実際の言語能力、求められる活動に必要な言語能力、および病前生活で使用していた言語能力の水準の評価

言語運用能力の評価水準<sup>12)</sup>を参考に言語能力の水準を基礎レベル(日常生活で簡単なやり取りができる)、自立レベル(社会生活で意見を詳細に表現できる)、熟達レベル(複雑な話を理解し、細かいニュアンスまで説明できる)の3段階に分類した。

実際の言語能力は、失語症状をふまえてSTが言語能力の水準を評価した。

面接調査から得られた内容から、失語症者が家族から求められる活動、および病前果たしていた活動を抽出し、その活動を実行するために必要な言語能力の水準を7名のSTで評価した。

表5 求められる活動の内容と病前の活動内容の水準

症例	活動内容	求められる活動の内容	水準	要求以上に本人が率先してやっていること	水準	病前の活動内容	水準
症例1	コミュニケーション活動	・しんどの種類の伝達(低血糖, 疲労, 酔っ払い)	基礎	-	-	-	-
		・家電製品購入の店員とのやり取り	自立				
		・映画の話の内容の伝達	自立				
		・時間の管理(風呂の順番, 食事時間)	基礎				
		・出勤日時の伝達	基礎				
		・昨日した大切な話(家計, 子供の教育, 妻の職場の愚痴など)	自立				
		・道案内	基礎				
		・職場であったこと, 仕事内容	自立				
		・病後の生活に対する自身の気持ち	自立				
		症例2	コミュニケーション活動				
・新聞を読む, ニュースを見る	自立						
・今日の予定の確認(病院診察の有無, 孫の訪問の有無)	基礎						
・かつての同僚との会話, 電話, 同窓会参加	自立						
・病気の治療方針, 希望の話し合い	基礎						
その他の活動	・孫と将棋をする		基礎	-	-	-	-
	・趣味活動(ペーパークラフト, スポーツ観戦)		基礎				
	・家事手伝い(洗い物・庭の枝切り)		基礎				
	・妻と買い物		基礎				
	・-		基礎				
症例3	コミュニケーション活動	・電話対応(自営の親しい客のみ・失語症であること伝達済み)	基礎	-	-	-	-
		・仕事の記録(予約の記入, 日付の記入:過去分を参照しながら)	基礎				
		・客と会話(親しい客のみ, 相槌・復唱程度で可能)	基礎				
		・妹と同居	基礎				
		・-	基礎				
	その他の活動	・妹と買い物(スーパー, 洋服:話せなくてもできる)	基礎	-	-	-	-
		・TVを見て過ごす	基礎				
		・体操へ行く	基礎				
		・-	基礎				
		・-	基礎				
症例4	コミュニケーション活動	・客と世間話, 商品の提案(見せる程度)	基礎	-	-	-	-
		・理解ある常連客の対応	基礎				
		・-	基礎				
		・-	基礎				
		・-	基礎				
	その他の活動	・一人で通院(タクシー・失語症を知っている先生の診察)	基礎	-	-	-	-
		・-	基礎				
		・-	基礎				
		・-	基礎				
		・-	基礎				

表6 求められる活動の内容および病前の活動の達成可能な項目数

水準	症例	症例1		症例2		症例3		症例4	
		要求内容	病前生活	要求内容	病前生活	要求内容	病前生活	要求内容	病前生活
③熟達(項目)		0	3	0	0	0	0	0	0
②自立(項目)		5	2	2	1	0	1	0	4
①基礎(項目)		4	0	6	3	7	2	5	0
達成可能な比率		4/9	0/5	3/4	3/4	7/7	2/3	5/5	0/4

#### 4.2.3 実際の言語能力の水準と求められる活動に必要な言語能力, および病前使用していた言語能力の水準との比較

家族から求められる活動の項目数, および病前生活で果たしていた活動の項目数と, 実際の言語能力の水準で達成できる項目数を数え, 達成可能な項目数を計算した. 達成可能な項目は, 実際の言語能力の水準で可能な項目数/求められる活動の全項目数, あるいは病前果たしていた活動の全項目数で表した.

#### 4.3 結果

##### 4.3.1 言語能力の水準の評価(表5)

###### (1) 実際の言語能力の水準の評価

4症例とも喚語困難や錯語により流暢な発話応答は困難で, 社会生活での自然な会話は困難であった. 症例1, 2では統語理解障害, 失文法にて複雑な話を全て理解したり, 説明したりすることに困難が生じていた. 症例3, 4では意味理解障害により複雑な話を理解することに困難が生じていた. このことから4症例とも実際の言語能力は基礎レベルと評価した.

###### (2) 求められる活動に必要な言語能力と病前使用し

###### ていた言語能力の水準の評価(表6)

言語能力の水準における評価結果の検査者間信頼性に関して, 級内相関係数<sup>†1)</sup>は0.87であった.

症例1では, 求められる活動内容は9項目抽出され, 基礎レベルが4項目, 自立レベルが5項目であった. また, 病前果たしていた活動内容は5項目抽出され自立レベルが2項目, 熟達レベルが3項目であった.

症例2では, 求められる活動内容は8項目抽出され, 基礎レベルが6項目, 自立レベルが2項目であった. また, 病前果たしていた活動内容は4項目抽出され, 基礎レベルが3項目, 自立レベルが1項目であった.

症例3では, 求められる活動内容は7項目抽出され, すべて基礎レベルであった. また, 病前果たしていた活動内容は3項目抽出され基礎レベルが2項目, 自立レベルが1項目であった.

症例4では, 求められる活動内容は5項目抽出され, すべて基礎レベルであった. その他, 本人が率先してやっていることが3項目抽出され, すべて自立レベルであった. 病前果たしていた活動内容は4項目抽出され, すべて自立レベルであった.

#### 4.3.2 実際の言語能力の水準に対する求められる活動に必要な言語能力および病前使用していた言語能力の水準の比較 (表6)

症例1の求められる活動内容の水準は実際の言語能力の基礎レベルを上回る自立レベルが多く、達成可能な項目が4/9項目であった。達成できる活動が少なかった。また、病前果たしていた活動内容の水準は自立レベルと熟達レベルであり、達成可能な活動が0/5項目であり、病前どおりにできる活動がなかった。つまり、症例1は家族から求められる活動を自立してできる、あるいは病前どおりできると評価されなかった。

その他の3症例では求められる活動内容の水準は基礎レベルが大半であり、症例2は6/8項目、症例3は7/7項目、症例4は5/5項目、と実際の言語能力の水準で達成可能な活動が多かった。また、症例2、症例3では病前果たしていた活動内容の水準は基礎レベルを含み、達成可能な項目が3/4項目、2/3項目と病前どおりに達成できる活動があった。症例4では病前果たしていた活動内容の水準が達成可能な項目が0/4項目であったが、要求以上に本人が率先してやっている項目が3/4項目あった。実際の言語能力を上回る内容ではあるものの、意欲的に言語活動を行っており、病前どおりできるとは限らないが、病前どおりやっている活動として評価されていた。つまり、これら3症例においては家族から自立してできる活動、および病前どおりできる活動もしくは病前どおりやっている活動があると評価されていた。

#### 4.4 考察

失語症家族から見た失語症者の症状の捉え方には、失語症者が示す機能障害の結果から生じる症状のみでなく、失語症者の病後の活動も関わっていることが明らかになった。具体的には、家族から求められる活動が自立してできるか、および病前どおりできる活動があるか、もしくは病前どおりやっている活動があるかどうかに関わっていた。

研究1において、症例1の家族のみ、認知機能およびコミュニケーション活動に関わる能力に明らかな低下があると評価し、STの評価と乖離を認めた。研究2においても、症例1のみ、家族から求められる活動に対して自立してできる活動が少なく、かつ病前どおりできる活動はなかった。家族から求められる活動に必要な言語能力の水準が実際の言語能力の水準に達していないことは、コミュニケーション行動の問題を大きくし、役割の変化や活動の制限が生じることで捉えられる障害は言語障害にとどまらず認知機能の低評価につながると考えた。また、病前に果たしていた役割を実行するために必要な言語能

力水準に対して実際の言語能力の水準で達成できる活動があるかどうか、病後の生活の変化を示すと考えられた。

症例1にのみ認知機能の低評価や、求められる活動を自立してできる、および病前どおりできると評価されなかったことについて、50歳代と他の症例とライフステージが異なることが関係すると考えられた。就業年代の失語症者では高齢者とは全く異なった課題を抱えている。職場でも家庭でも責任が重く、社会的に高い役割、親の役割、経済的な役割を総合的に果たしているからである。一方高齢者では、定年を迎え年金を受給し、家庭的にも子育てが終了して経済的にも負担が軽くなっている<sup>13)</sup>。各ライフステージによって、職業においても、家庭においても果たす役割や周囲から求められる水準が異なっている。

症例1は病前から職場では役職者であり、家庭では経済的な支柱であり、双方向的に重要な責任と役割を果たしていた。そして、失語症になってからの役割の変化は大きいものであった。さらに失語症になってもなお社会的責任、子供の養育など日常レベルを超えた、正確性の高いコミュニケーション能力が求められていた。

つまり、ライフステージ、言語使用環境、生活行動範囲、社会参加の有無など個人の条件によって必要な機能の水準が異なる。要求する生活に必要な言語機能の水準に実際の言語能力が達しているかどうか、が家族の言語機能および認知機能の認識に影響していた。

失語症者の言語機能および認知機能のみならず、失語症になった後のその人自身に対する家族あるいは社会のニーズを把握することが重要であり、それが失語症者の生活背景やライフステージなどの個人の条件に大きく関わるということを考慮する必要があると考えた。

#### 5. 結論

失語症者の家族から見た言語、認知症状は、それらの機能に限らず、状況を伴う実用的コミュニケーション能力を反映していた。症状の捉え方の特徴は、喚語困難は失語症状として理解されていた。一方で、単純化された発語は失語症状ではなく認知症と捉えられ、感覚性失語における意味理解障害は失語症状として理解されにくかった。いずれの症例もコミュニケーション障害の結果から一度は認知機能が低下していると捉えられていた。しかし、失語症者に可能な活動を家族が有意義だと判断した場合、認知機能の低下はないと認識が変えられていた。失語症者



家族の言語、認知症状の捉え方には、失語症者が病前どおりできる活動または自立して可能な活動があるかどうかに関わっていた。また、病前に果たしていた活動に必要な言語能力の水準、および求められ

る活動に必要な言語能力の水準が実際の言語能力の水準で達成できるかどうか、言語能力だけでなく認知症状の認識に関わっていた。

#### 倫理的配慮

本研究は川崎医科大学倫理委員会（承認番号3020）および川崎医療福祉大学倫理委員会（承認番号17-087）より承認を受けて実施した。対象者には口頭と書面によって説明を行い、書面による同意を得た上で行った。

#### 注

†1) 級内相関係数とは信頼性係数のことである。数値のたまかな基準は、0.7以上が fair, 0.8以上が good, 0.9以上が great とされている<sup>14)</sup>。

#### 文 献

- 1) 言語障害者の社会参加を支援するパートナーの会・和音：改訂失語症の人と話そう—失語症の理解と豊かなコミュニケーションのために—。中央法規出版，東京，2008。
- 2) Aphasia United：Best practice recommendations for Aphasia.  
<http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/English-Aphasia-United-Best-Practices-Recommendations1.pdf>, [2014]. (2021.8.5確認)
- 3) NPO 法人全国失語症友の会連合会「失語症の人の生活のしづらさに関する調査」結果報告書作成ワーキンググループ：「失語症の人の生活のしづらさに関する調査」結果報告書。特定非営利活動法人全国失語症友の会連合会，東京，2013。
- 4) 立石雅子：失語症のある人のための意思疎通支援。保健医療科学，66(5)，512-522，2017。
- 5) 中村やす：失語症者の社会参加のための環境調整，竹内愛子編，失語症者の実用コミュニケーション臨床ガイド，協同医書出版社，東京，218-300，2005。
- 6) 綿森淑子，竹内愛子，福迫陽子，伊藤元信，鈴木勉，遠藤教子，高橋正，高橋真知子，笹沼澄子：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。
- 7) 鹿島晴雄，三村將，田淵肇，森山泰，加藤元一郎：BADs 遂行機能障害症候群の行動評価日本版（Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome）。新興医学出版社，東京，2003。
- 8) 綿森淑子，原寛美，宮森孝史，江藤文夫：日本版 RBMT リバーミード行動記憶検査（The Rivermead Behavioral Memory Test）。千葉テストセンター，東京，2002。
- 9) 綿森淑子，竹内愛子，福迫陽子，伊藤元信，鈴木勉，遠藤教子，高橋真知子，笹沼澄子：実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化。リハビリテーション医学，24，103-112，1987。
- 10) 森岡悦子，金井孝典，中谷謙：失語症の言語機能とコミュニケーション能力の関連性—SLTA から読み取れる実用的言語能力の可能性—。高次脳機能研究，33(2)，253-261，2013。
- 11) 福永真哉，服部文忠，中村光，中谷謙，平田幸一：失語症患者の言語・認知機能障害とコミュニケーション活動制限の経時的変化—WAB 失語症検査と短縮版 CADL 検査を用いた検討—。認知神経科学，18(1)，30-37，2016。
- 12) 吉島茂，大橋理枝，奥聡一郎，松山明子，竹内京子：外国語の学習，教授，評価のためのヨーロッパ共通参照枠。朝日出版，東京，2008。
- 13) 種村純：言語コミュニケーション障害者への医療福祉。川崎医療福祉学会誌増刊号，409-417，2012。
- 14) 谷浩明：評価の信頼性。理学療法科学，12(3)，113-120，1997。

(2022年5月16日受理)

## Examination of Recognition of Aphasia Symptoms from the Perspective of the Family of a Person with Aphasia

Saki MORIYA and Jun TANEMURA

(Accepted May 16, 2022)

**Key words** : aphasia, questionnaire to the family, community life, symptom evaluation by the family

### Abstract

We analyzed the factors on the discrepancies in evaluations of an aphasic person's language and cognitive functions between family members and speech language hearing therapists (ST). The subjects were four persons with aphasia and their families. Family members' evaluations of language function were lower or higher than the evaluations of ST. It became clear that the evaluations by family members were based on the communication successes or failures in important situations. These requirements differed by communication partners, i.e., family or ST, and by the setting, i.e., home or therapy room. The word-finding difficulty was easily conceived as an aphasic symptom. However, the simplified speech was conceived as a symptom of dementia, and semantic comprehension disorder in sensory aphasia was not conceived as an aphasic symptom. Cognitive disorders were not evaluated as cognitive disorders when the family members judged the aphasic person's performances as meaningful. In addition, family members evaluated the cognitive and language functions as "impaired" when the level of actual performances of aphasic persons did not reach the level required for family life.

Correspondence to : Saki MORIYA

Rehabilitation Center

Kawasaki Medical School General Medical Center

2-6-1 Nakasange, Kita, Okayama, 700-8505, Japan

E-mail : [saki.m@hp.kawasaki-m.ac.jp](mailto:saki.m@hp.kawasaki-m.ac.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.32, No.1, 2022 307 – 316)