

## 【総説】

# 失語症とコミュニケーション

## —相互作用に基づく評価や介入についての考察—

吉村 貴子

京都先端科学大学 健康医療学部 言語聴覚学科

### Aphasia and Communication —Implications for Assessment and Intervention through Interaction—

Takako YOSHIMURA

Department of Speech and Hearing Science and Disorders, Faculty of Health and Medical Sciences, Kyoto University of Advanced Science

## 要 旨

失語症は脳の損傷による言語コミュニケーション障害であるが、すべてのコミュニケーションが困難になるわけではない。コミュニケーションの相互作用性に着目した評価や介入方法の有効性を提言することを目的とし、コミュニケーションについて概観し、失語症に関する評価や介入についてレビューした。

評価ではコミュニケーションの全体像を把握し、介入では言語機能のみならず、日常における実用コミュニケーション能力を高める。これらの点を多面的にとらえることができる自由会話を、評価や訓練を含めた介入に取り入れる有効性や意義について考察した。

コミュニケーションの多面的な側面やその相互作用を知ることで、残存機能にて失語症のコミュニケーション障害を補填する方法を見極める視点をもつことも可能となる。本人のみが障害を補うのではなく、周囲の人が有効なコミュニケーション方法を実践することで、生活における豊かなコミュニケーションが実現できると考えられる。

キーワード：失語症，コミュニケーション，評価，介入，自由会話

Key words: Aphasia, Communication, Assessment, Intervention, Free Conversation

## I はじめに

人はことばを用いてコミュニケーションを行うが、ことばはコミュニケーションの唯一の手段ではない。失語症は脳の損傷による言語コミュニケーションの障害であるが、すべてのコミュニケーションが困難になるわけではない。

本稿では、コミュニケーションについて概観しつつ、失語症の定義や分類、その評価や訓練の方法に

ついて最近の動向を中心にレビューする。コミュニケーションは双方向性のものである。話し手と聞き手は役割を交替して、やりとりの中でそれぞれの役割を構築する。どちらかの役割においてコミュニケーションをとらえるのではなくコミュニケーションの相互作用の観点に立って失語症のコミュニケーション特性を有効に評価する方法や介入方法について考察する。

## II 言語とコミュニケーション

### 1. 言語と言語情報処理過程

言語、つまりことばとは思いや感情など、ある事柄を伝えるための一種の記号体系である。記号とは、意味をもった記<sup>しるし</sup>であるが、言語も広く記号のひとつとして解釈される。音が組み合わさって語（あるいは単語、語彙）となり意味を表す。そして、語が組み合わさって句となり、句が組み合わさって文となり、文が組み合わさって談話となる。音や語、意味などの言語に関する情報は心内辞書において蓄えられている<sup>1)</sup>。

心内辞書から単語や文に形作られるまでのプロセスについては、言語の情報処理過程としてさまざまなモデルが提唱されている（展望として<sup>2)</sup>）。例えば、話そうと思ったイメージに相応する単語を心内辞書から取り出し、ことばとして表出できる形になるように、意味、語彙、音韻の処理が施され、表出される。この一連の言語の情報処理過程を示したモデルには、ロゴジェン・モデル、相互活性化モデル、トライアングルモデルなども提唱されている（展望として<sup>3)</sup>）。失語症状を臨床において解釈する際にはロゴジェン・モデルがよく用いられる。

### 2. 言語コミュニケーションと非言語コミュニケーション

#### (1) 言語コミュニケーションの過程

コミュニケーションにおいては、さまざまな情報

をやりとりする。会話をはじめ日常でのやりとりには話しことばである音声言語による言語情報を主に用いる。

会話での言語情報のやりとりの過程を表したものに、Denis & Pinson<sup>4)</sup>によるスピーチ・チェーン（図1）がある。図1の左側に示すように、話し手は伝えたい情報をことばという記号に置き換える。この過程は言語学的レベルの段階で脳での処理であり、話し手において伝えたい内容が音、語、意味などの処理が施され、思いは記号に置き換えられる。次に、置き換えられた記号は、脳内の運動伝導路を経て口・舌や顔面などの発声発語器官に送られ、口・舌や顔面を実際に動かし、呼気により声帯を振動させることで語音になり、音声言語として表出される。この段階を生理学的レベルという。そして、表出された語音は音波として空気中を伝わり、聞き手の聴覚器官、すなわち耳に到達する。相手の聴覚器官である耳に到達した段階から聞き手における過程を表す（図1の右側）。聞き手の生理学的レベルとして、耳に伝わった音は聴覚伝導路を経て、聞き手の脳に到達する。そして、言語学的レベルとして脳内で音や語、意味の処理が行われ、受け取った情報が解釈（解読）される（展望として<sup>5)</sup>）。

図1からもわかるように、言語情報のやりとりは複数のレベルが機能することで成立する。

#### (2) コミュニケーションにおける意図と推論

会話での言語情報のやりとりには複数のレベルが

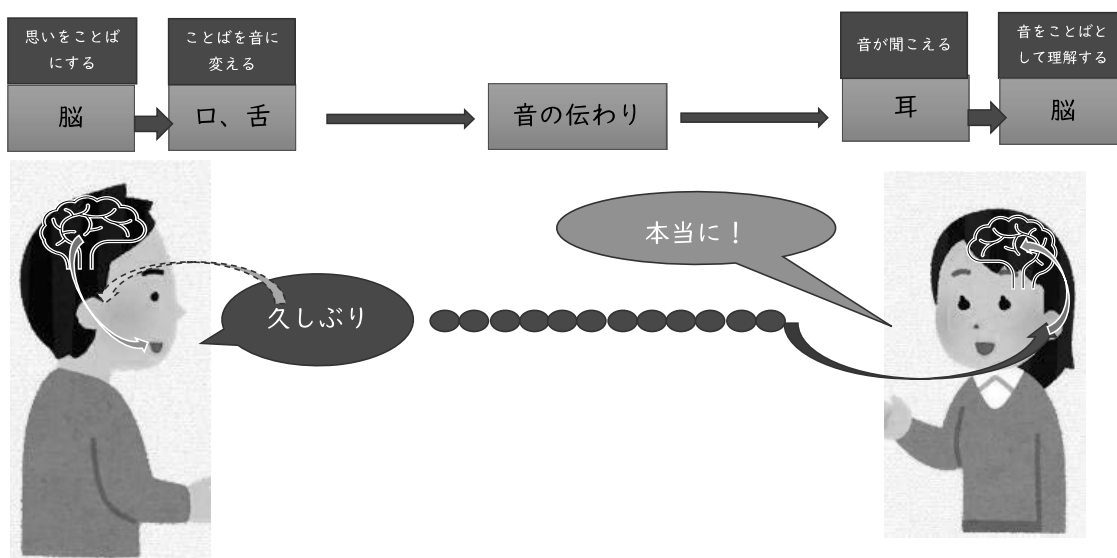


図1. speech chain（ことばの鎖）<sup>4,5)</sup>を基に筆者により作図

話し手（左側）と聞き手（右側）が音声言語を用いて行うやりとりは、脳内で行なわれる処理段階の言語学的レベル、発声発語器官や聴覚器官などで行なわれる処理段階である生理学的レベル、音の伝わる段階である音響学的レベルという複数の段階によって成立する。

関与することがスピーチ・チェーンでも示されているが、実際には言語情報以外の情報も付随させてコミュニケーションが行われる。つまり、言語情報によっては、ことばそのものの意味、あるいは字義どおりの意味をやりとりするが、そこに声の抑揚や大きさ、間のとり方などを伴うことにより、言語情報は補助され、修飾される。これをパラ言語情報（準言語情報）と呼ぶことがある。他には、身振り、うなずきや表情、視線など、身体の動きや感情の状態によって表わされる非言語情報も、言語情報のやりとりには伴う<sup>6)</sup>。例えば、否定の意味をもつ「ちがう」において、語尾を上げて言うことで、その否定の程度を聞き手に確認するという話し手の意図が表現される。一方で、渋い表情で力強いトーンで言われた場合は、話し手の強い否定の意図を聞き手は推測する。

言語情報以外の情報の内容や呼び方については研究者の間でも議論があるが、音声言語での会話におけるコミュニケーションでやりとりする情報には、「言語情報」「パラ言語情報」「非言語情報」の3つがあるとされ<sup>6)</sup>、それぞれの情報を相互に関連させながらことばで表される意味に加えて、思いの発信や伝達を行う。つまり、言語情報そのものの意味は、言語情報以外の情報や、さらにはコミュニケーションが行われている状況や文脈とも関連づけられ、話し手は意図を表出し、聞き手は意図を推論する。

### (3) 言語コミュニケーションと非言語コミュニケーション

言語情報を主体としたコミュニケーションを言語コミュニケーション（バーバル・コミュニケーション）という。一方、パラ言語情報や非言語情報を主とするものを非言語的コミュニケーション（ノンバーバル・コミュニケーション）という<sup>6)</sup>。

言語は人のコミュニケーションにおいて重要な手段ではあるが、言語情報はパラ言語情報や非言語情

報と組み合わせられ、つまり言語コミュニケーションと非言語的コミュニケーションを融合して実際のコミュニケーションは行われる。さらに言語を用いずとも非言語コミュニケーションのみでも、場合によっては情報の伝達は可能なのである。

言語コミュニケーション障害のひとつである失語症では、ことばそのものの理解や表出が困難となるが、声の抑揚によって相手の意図を推論し、身振りによって自分の意図を表出することが可能で、状況判断や文脈の理解による非言語コミュニケーションは可能である。

## Ⅲ 失語症とは

失語症は、すべての言語様式が障害された言語コミュニケーションの障害である。失語症の原因は大脳の器質的損傷であるが、損傷された脳部位によって、特徴的な失語症状が出現する。そして、損傷脳部位と失語症状との関連において失語症をタイプ分類することがある。

### 1. 脳と言語中枢

脳のうち大脳には高次脳機能の中枢がある。高次脳機能のひとつである言語の中枢も大脳にある。大脳は左半球と右半球があるが、言語の情報処理を中心的に担う大脳の半球を言語優位半球という。言語優位半球は利き手との関連が強いことが示されており、約90%の右手利き者の言語優位半球は大脳の左半球にあるとされる<sup>7)</sup>。

左半球の中で言語の情報処理を担う部分を言語中枢、あるいは言語野という。言語野（表1）は、シルヴィウス裂（外側溝ともいう）周囲にあり、ブローカ野、ウェルニッケ野、縁上回などの領域を古典的な言語野という。その他にも言語の処理に関わる部分には、角回や皮質下にある視床や基底核などがある（展望として<sup>8)</sup>）。

表1. 主な言語野とその働き（吉村<sup>8)</sup>を参考に筆者により作表）

言語野	大脳での位置	働き
ブローカ野	狭義：前頭葉の下前頭回の後方に位置する弁蓋部 広義：弁蓋部と三角部（外側溝水平枝と外側溝上行枝に囲まれた部分）	発話の調節の役割
ウェルニッケ野	狭義：側頭葉の上側頭回の後方1/3 広義：側頭葉上側頭回および中側頭回後方や縁上回や角回を含む部分	言語音の分析とその理解
縁上回	頭頂葉の頭頂間溝の下にある下頭頂小葉前方	ウェルニッケ野で分析された言語音を発話に結びつける接点 発話に向けて音を選択し配列

### 2. 失語症の原因疾患

失語症を引き起こす原因としては、言語中枢に起こった脳血管障害、頭部外傷、てんかん、変性疾患、脳腫瘍などさまざまなものがある。その中で脳血管障害が最も多い原因とされる。

脳血管障害とは、脳の血管に何らかの傷害が起こった状態で脳梗塞や脳出血などがある。脳の血管のうち、失語症の発症に関与するのは中大脳動脈である<sup>8)</sup>。

### 3. 失語症の言語症状

失語症では、聴覚的理解、発話、読解、書字という4つの言語様式にさまざまな失語症症状が出現する(表2)。

### 4. 失語症のタイプ分類

失語症のタイプ分類はさまざまな基準が提唱されている<sup>9)</sup>。本稿では臨床現場でもよく用いられる失語症状と脳の損傷部位の関係を重視したタイプ分類であるウェルニッケとリヒトハイムの図式に基づく古典分類を概観する<sup>10,11)</sup>。

古典分類に基づく失語症のタイプ分類は、発話の流暢性、復唱の可否が重要な分類基準となり、聴覚的理解や錯語、ジャーゴンなどのその他の特徴を考慮してタイプが判断される。図2に、古典分類の基準に基づく臨床現場でよく用いられる失語症タイプ

分類を示す。

## IV 失語症の評価と訓練

評価のひとつである検査には、概況を把握するためのスクリーニング検査、ある機能や能力を多面的に包括的に把握する鑑別検査(総合的検査)、さらにある機能や能力の特定の側面に焦点をあて深めて把握する掘り下げ検査がある<sup>12)</sup>。

### 1. 失語症のスクリーニング検査

臨床での初回面接におけるスクリーニング検査では、失語症を含めた高次脳機能障害や発声発語障害などすべての障害機能と残存機能をふり分けするが、ここでは失語症に関するスクリーニング検査について述べる。

古典分類による失語症タイプ分類を前提に、まず発話の流暢性に注目し、自然な話し方やなめらかさについて判断する。加えて、復唱については単語レベルと文レベルのその可否を判断し、発話内容や理解の適切さも評価する。

失語症における発話の流暢性については、発話量の多さ、発話の抑揚やメロディであるプロソディ(韻律)、さまざまな文法形式を用いた発話、十分な情報伝達量などを評価する<sup>13,14)</sup>。発話量が多く、構音に不明瞭さがなく、文法構造にバリエーションが

表2. 失語症状の一例

聴覚的理解	語音の認知障害、語の理解障害、構文の理解障害など
発話	喚語困難、錯語、復唱障害、ジャーゴン、発語失行、失文法など
読解	語の理解障害、構文の理解障害など
書字	書称障害、書取障害、錯書、構文の書字障害など

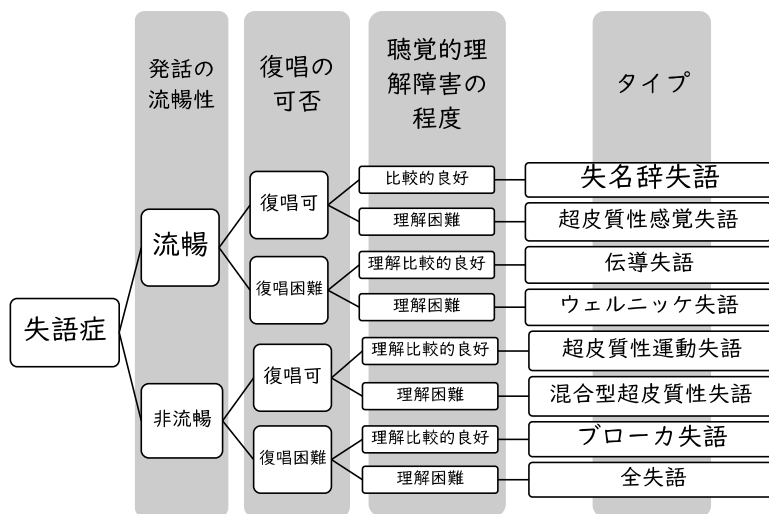


図2. 失語症タイプ分類

古典分類の判断基準である発話の流暢性、復唱の可否により分け、さらに聴覚的理解の程度で失語症を判断する流れを示す。

あり単語の羅列ではなく文で表出することができる場合は流暢性と判断する。一方、発話量が少なく、構音において努力を要し、短い文や単語レベルで表出する場合は非流暢と判断する。さらに、表出した発話に含まれる単語については、表出に難渋する喚語困難があるのか、あるいは異なった単語に置き換わって表出するのか（異なる音に言い間違っ音韻性錯語、意味が異なる単語に言い間違っ意味性錯語など）を確認する。そのほか、発話全体として意味不明な発話であるのか（ジャーゴン発話）などを確認する<sup>15)</sup>。

復唱については、単語レベル、短文レベルで復唱ができるか否かを確認し、復唱においても喚語困難、錯語、ジャーゴンなどの有無も評価する。聴覚的理解については、単語レベル、短文レベルで聴覚提示した内容を正しく理解できるか否かを把握する<sup>15)</sup>。

## 2. 失語症の鑑別検査

失語症の鑑別検査として、本邦において用いられることが多い標準化されたものに、標準失語症検査 (SLTA改訂第2版)<sup>16)</sup>やWestern Aphasia Battery日本版<sup>17)</sup>、老研版失語症鑑別診断検査 (D. D. 2000)<sup>18)</sup>などがある。これらの検査では、聴覚的理解、発話、読解、書字という4つの言語様式を評価する検査項目が含まれている。

SLTA改訂第2版<sup>16)</sup>は4つの言語様式に計算を含めた5つの領域において26の下位検査が設定されている（例えば「聴覚的理解」という領域には、1. 単語の理解、2. 短文の理解などという下位検査がある）。SLTAでの反応は、正誤による2段階評価と6段階評価で解釈される。6段階評価は、6は遅延反応なく正答、5は遅延反応等のよどみがあるが制限時間内に正答、4は一部の誤り、3はヒント後正答、2はヒント後一部誤り、1はヒント後誤答で行う。段階評価した結果は下位検査ごとに3種類のプロフィール（プロフィールA：各下位検査の施行順に従って各下位検査の正答百分率を表すことで、非失語症群の平均と標準偏差から非失語症者と比較できる、プロフィールB：言語様式により各下位検査の正答百分率を表し、非失語症群ならびに失語症群の軽度、中等度、重度の平均と比較することができる、プロフィールC：言語様式により各下位検査の正答数を表し、Z得点（平均正答数と正答数の差を標準偏差で割った値）により失語症群の平均からどの程度離れているかを検討できる）で表すことができるようになり、失語症の有無、失語症の重症度判定などを行うことができる。

SLTAには流暢性判定が得点化されないため、得

点からは失語症のタイプ判断を行う構成にはなっていない。しかし、流暢性評価を加えれば、SLTAの結果から失語症のタイプを判断することは可能である。

重症度判定はプロフィールBやプロフィールCにより可能であるが、各プロフィールでは下位検査項目ごとに重症度が示されていて、失語症症状全体の重症度を判定する形式ではない。失語症症状全体の重症度判定については、河内・竹内<sup>19)</sup>によると、SLTAの下位検査の得点（一部重みづけする）によって重度、中等度、軽度と判断できるという（表3）。

表3. 標準失語症検査SLTAの下位検査の得点から重症度を算出する方法（河内・竹内<sup>19)</sup>より一部改変引用）

下位検査 (I~IVは領域)	下位検査の合計 得点(括弧内は 重みづけ)	合計 得点
<b>I 聴覚的理解</b>		<b>40</b>
単語の理解	10	
短文の理解	10	
口頭命令に従う*	10 (×2)	
<b>II 発話</b>		<b>40</b>
呼称	20	
動作説明	10	
まんがの説明*	5 (×2)	
<b>II 復唱</b>		<b>20</b>
単語の復唱	10	
文の復唱*	5 (×2)	
<b>II 音読</b>		<b>40</b>
仮名文字の音読	10	
漢字単語の音読	10	
仮名单語の音読	10	
短文の音読*	5 (×2)	
<b>III 読解</b>		<b>50</b>
漢字単語の読解	10	
仮名单語の読解	10	
短文の理解	10	
書字命令に従う*	10 (×2)	
<b>IV 書字</b>		<b>30</b>
仮名一文字の書取	10	
仮名单語の書取	10	
漢字の書取*	5 (×2)	
	総合得点	<b>220</b>

注1) 標準失語症検査の各下位検査の得点から失語症の重症度を算出する方法である。原則下位検査の問題1問に1点配点で得点を算出する。\*のついた下位検査ではその得点を2倍する。総合得点より、重度：～70点、中等度：71～150点、軽度：151点～とされている。

### 3. 失語症の掘り下げ検査

失語症の掘り下げ検査には、軽度の聴覚的理解障害を評価する新日本版トークンテスト<sup>20)</sup>、文法能力を評価する失語症構文検査<sup>21)</sup>、語彙能力を評価する失語症語彙検査<sup>22)</sup>、コミュニケーションの実用性を評価する実用コミュニケーション能力検査<sup>23)</sup>などがある。

掘り下げ検査では、言語様式の特定の側面や実用性に焦点をあて、それぞれの失語症状の発生機序や訓練プログラム立案に向けての詳細の情報を得るために行う。

## V 失語症の訓練理論

失語症の訓練あるいは支援としては、言語機能に対する訓練、言語活動である実用コミュニケーション能力に対する訓練、そして社会復帰の促進として社会活動への参加への支援などがある。特に言語活動である実用コミュニケーション能力の向上は日常生活への一般化に向けて重要である。

### 1. 病期ごとの失語症の訓練方針

失語症の原因疾患は脳血管疾患が最も多いが、病気の発症からの期間である病期ごとの訓練方針について、発症から間もない急性期には現時点でできるコミュニケーション手段を確保することを目指す。回復期になると、失語症による言語機能の回復に向けた訓練を集中的に実施しながら、実用コミュニケーション能力の向上への介入も行う。生活適応期では、言語機能の維持とさらなる改善も行うが、コミュニケーションをとおした活動のより一層の向上と社会参加を促進する。すべての時期を通じて、本人と家族介護者の心理的な支援やコミュニケーション環境調整も心がける<sup>3,12)</sup>。

### 2. 言語機能に対する訓練

言語機能に対する訓練として、各失語症状(表2)に対応した訓練を行う。

同じ失語症タイプでも、重症度や失語症状の発生機序は様々で、言語の情報処理過程における障害箇所が対象者ごとに異なる。そのため、訓練方法や理論を選定は、失語症状に適した訓練方法を選ぶ、あるいは組み合わせることが重要である(例えば<sup>24)</sup>)。

また、喚語障害があるから絵カードをみて命名するのみの呼称訓練をすることでは訓練効果は最大限にならない。言語機能に対する訓練の原則は、脳における言語の情報処理に変化を起こす適切な刺激を与えることが重要と考えられている<sup>3)</sup>。

代表的な言語機能訓練の理論として、強力な感覚刺激、特に聴覚刺激を与えて障害された言語の処理過程の賦活を目指す刺激法、比較的保存されている

言語様式を前刺激として後続の困難な言語様式の反応の促す deblocking 法(遮断除去法)、残存された言語機能を利用して、障害された言語機能の迂回路を形成するために新たな言語処理経路の再編成をはかる機能再編成法、言語の情報処理過程モデルにおいて失語症状を引き起こす障害箇所を特定し、障害箇所の回復に関する訓練仮説を設定して訓練を行う認知神経心理学的アプローチなど、様々に提唱されている(展望として<sup>12)</sup>)。

近年では、実用コミュニケーション能力向上につなげる言語機能の訓練として、言語の情報処理の速度を考慮した喚語訓練である repeated, increasingly-speeded production (RISP) 訓練の有効性も検証されている<sup>25)</sup>。

さらに、日常においては文レベルでやりとりをするため、語彙訓練のみに終始するのではなく、文レベルの発話や理解に対する構文訓練<sup>26)</sup>を行うことも重要である。

### 3. 言語活動に対する訓練

言語活動である実用的なコミュニケーション能力に対する言語訓練として、コミュニケーションにおける活動制限を軽減することを目指した代償手段獲得訓練や代償手段使用訓練がある。

代償手段として、拡大代替コミュニケーション Augmentative and Alternative Communication (AAC) がある。AAC とは、その人がもっているコミュニケーション手段を助け、あるいは困難なコミュニケーション手段を他の手段に替えてコミュニケーションを行うことをいう。AAC には、記号や絵、身振りや態度などのシンボル、道具による補助手段、有効で効率的に情報を伝達するための方略、選択方法などがある(展望として<sup>6)</sup>)。

失語症に適応できる AAC としては、失語症においても比較的保存されている非言語コミュニケーションを活用した方法がある。具体的には、パラ言語情報に関する声の抑揚や非言語情報としてジェスチャーなどをコミュニケーションに取り入れる方法がある。電子機器ではない道具を用いる AAC としてはコミュニケーションノート(会話ノートともいう)、描画などがある。電子機器を道具として用いる AAC には、パーソナルコンピューターやタブレット型端末などを用いたものがある。近年は失語症向けにアプリケーションソフトも開発されており、電子機器による AAC の活用の範囲が広がっている<sup>27)</sup>。

代償手段獲得訓練は AAC を獲得するための訓練である。例えば、ジェスチャーの獲得を目指す訓練や描画訓練、コミュニケーションノート訓練などがある(例えば<sup>28)</sup>)。

獲得した代償手段は日常で使用できるように一般化を目指し、代償手段使用訓練を行う。その方法には、PACE<sup>29)</sup> やグループ訓練<sup>30)</sup>、会話訓練<sup>31, 32)</sup> などがある。PACEはPromoting Aphasics' Communicative Effectivenessの略で、実際のコミュニケーション場面を模して、対話形式で行う訓練である。PACEを行う際は、新しい情報を交換することや、情報伝達手段は言語コミュニケーションのみならず非言語コミュニケーション手段も活用できること、そして、話し手と聞き手の役割を同等に設定することを原則とする<sup>29)</sup>。会話訓練では、自由に話し手と聞き手の役割を交代しながら、実際のコミュニケーションを行う<sup>31, 32)</sup>。

#### 4. 社会参加に対する支援

失語症の人の復職率は8%と極めて低く、復職の問題や生活の問題が生じる<sup>33)</sup>。復職の年代にない場合でも、失語症という障害は他者からは認識しづらいため、家族以外とのコミュニケーションをとる機会が減少し、あるいは避けるために、引きこもりになる割合も高いという<sup>33)</sup>。

社会参加に向けて、社会の障壁を取り除き失語症とともに地域社会における生活をより良く営めるように支援する。社会資源により環境調整を行うことで社会参加を促すが、失語症の人向けの社会資源としては、障害者手帳や各種助成、ピアサポートとして失語症の人々の当事者団体である失語症友の会、会話パートナーによる意思疎通支援などがある<sup>33)</sup>。

日本における失語症の人の社会生活の支援活動のひとつとして、1990年代後半から会話パートナーという形で行われてきた。2006年障害者自立支援法、2013年障害者総合支援法を機に、意思疎通支援事業の対象に失語症が加わり、2018年から都道府県事業として、失語症者向けの意思疎通支援事業が開始した<sup>33)</sup>。失語症の人が地域社会に参加するためには、失語症に関わる言語聴覚士などの専門職がこのような事業に関与し、社会に向けて発信することとあわせて、制度に関する情報を失語症の人やその家族に積極的に提供し、実際の活用に向けてサポートしていくことが重要である。

## VI コミュニケーションの相互作用からみた失語症に対する評価や介入—自由会話を評価や訓練にする視点—

失語症に対する評価はさまざまなものが先述のように開発され、臨床でも活用されている。訓練方法については、語彙や構文に対する訓練法など、訓練理論に関する研究も進み、臨床においても実施しやすいように具体的手順も明確に示されている。一方

で、評価では検査のみならず、面接や観察による情報収集も、コミュニケーションの全体像を把握するためには欠かせない。さらに訓練においても、語彙訓練や構文訓練など絵カードや教材などの課題を用いた訓練で正答率を上げることは最終目標ではなく、回復あるいは再獲得した各言語機能やコミュニケーション能力を日常に一般化させることが重要である。これらの点において会話をとおした自由なコミュニケーション場面を評価や介入でどのように活用できるのかを考える必要がある。

### 1. 自由会話をういた評価

失語症の評価基準である発話の流暢性や聴覚的理解の程度などは、言語機能検査によって把握されるが、失語症によるコミュニケーションの全体像を把握するためには、実用コミュニケーション能力もあわせて評価する必要がある。失語症の人のコミュニケーションの全体像を明らかにすることは、訓練方針の設定や効果を判定する上で重要である<sup>34)</sup>。そのため、絵カードを用いた呼称や復唱など言語機能に対する課題を用いて評価する検査に加えて、自由会話も評価のひとつと考え、自然な状況で特定の話題について話し手と聞き手の役割を自由に交替してやりとりを行い、話し手としての表出や聞き手としての理解をとおして評価をする<sup>31)</sup>。

自由会話では態度や表情による非言語コミュニケーションの表出や理解の程度についても観察できる。例えば、コミュニケーションでは話し手と聞き手は視線と視線を合わす。そのアイコンタクトは表情のひとつであるが、相互に視線を交わすことでお互いに注意を向け、相手とやりとりをする意図があることを示す。これらのアイコンタクトに係る一連の行動は意識や注意に基づく行動であるため<sup>35)</sup>、コミュニケーションの基礎となるといわれている。そのため、アイコンタクトをとることができるかどうかについての確認は、実際にコミュニケーションの素地があるか否かを判断する上で重要である。

また、言語情報による言語コミュニケーションと非言語情報などによる非言語コミュニケーション、さらには会話が執り行われている状況を組み合わせ、どのように意図を示し、何を推論しているかについても分析することができる。

例えば「体温を測る」ということばを示してそれが描かれた絵カードを選択できないといった事例において、決まった時間に病室に体温を測定に来る看護職が部屋に入って来ると、目があっただけで体温を測ってもらいやすいように準備をすることがある。「体温計」や「測る」ということばそのものの意味は理解できなくても、状況や意図を読み取ったた

めに、このようなコミュニケーションが成立する場合がある。

つまり、自由会話では言語情報がない、あるいは不確かであっても、表情や態度などの言語以外の非言語情報を状況や文脈において筋道をつけて解釈して、意思疎通を実現できるか否かを評価できる。Aziosら<sup>36)</sup>は、会話が訓練の効果を測定するのに有用である可能性を示している。今後は系統的な会話の評価方法の検討が待たれる。

## 2. 自由会話を訓練として有効に展開する一周囲の人の会話技術を高め双方向にコミュニケーションを実践する一

失語症の人が語彙訓練や構文訓練で獲得した機能を実用的コミュニケーション能力として発展させるためには、会話が有用であるとされ<sup>32)</sup>、表出や理解を促進する会話技術の使用を実践する場として自由会話は臨床場面でも用いられることが多い。

自由会話訓練では、自然なコミュニケーション場面において、慣習的な会話を行い、状況や文脈を活用する、言語情報のみならず、ジェスチャーやコミュニケーションノート等の各種 AAC や会話技術を実際に使用してコミュニケーションの実用性を高めることを目指す。

自由会話訓練の有効性をより高めるためには、専門職や周囲の人がコミュニケーションの双方向性や相互作用を認識して、失語症の人の言語活動を向上させることだけでなく、周囲の人が失語症の人とのコミュニケーションで工夫をする方法を知る<sup>37) 38)</sup>ことが重要である。つまり、言語聴覚士などの専門職はコミュニケーションの工夫を画一的にとらえるのではなく、対象となるそれぞれの失語症をもつ人のコミュニケーションの全体像に応じて、コミュニケーションにつきテイラーメイドで工夫をする。そして日常でのより有効な会話につなげるような視点で会話を導くように、自由会話を訓練として展開することが重要と考える。

コミュニケーションの工夫に関する一例を表4に

示す。失語症の人が話し手となる場合、その表出を補う周囲の人によるコミュニケーションの工夫をテイラーメイドにするポイントとしては、失語症の人が言いたい語をどのように類推すれば、標的語に近づくことができるか、語の階層性に着目して、上位概念から焦点をしばり、絞った語の特性を多面的に問いながら確認する<sup>37, 38)</sup>(例えば、ソファやリクライニングチェアという下位概念から質問するのではなく、上位概念である家具というより大きな観点から確認をする)。共有する情報や背景が少ないと、相手が言いたいことを類推し難いことが多い。そのため、いきなり語を限定して選言的質問や「はい—いいえ」形式の質問を行うと、類推が間違っている場合標的語に近づかずにむしろかけ離れてしまうため、話題に関連する上位概念語を選択肢として示して、より広い枠組みにおいて選言的質問で問いながら会話を進めていく。また、共有する情報や背景としては、言語情報のみならず、身振りや会話が行われている時間帯や場所などの状況を含めた非言語情報など、参考にできる情報についても確認する。この際、音声言語のみならず、文字や絵で書いてやりとりをすすめると、会話の経過をたどることができ、たとえ標的語からかけ離れたとしても、元に戻る地点を見つけやすくなる。また文字を示す場合は、単語を漢字(漢字表記が一般的な場合は漢字単語で書く。ただし、バスなどの外来語はそのままカタカナ表記をする)で書くと、理解の促しとして有効か否かも確認する。

失語症の人が聞き手の場合、その理解を補う周囲の人によるコミュニケーションにつきテイラーメイドで工夫するポイントとしては、ゆっくりと話す際には一音ずつ伸ばすのではなく、句と句の間に小休止を置きながら、どの程度の区切りが有効かを検討しながら話す。ただし、情報を一時的に保持する能力が低下している失語症のタイプでは、ゆっくりしすぎると理解が混乱する場合もあるので注意が必要である。

表4. コミュニケーションの工夫の一例(竹中<sup>37, 38)</sup>を参考に筆者により作表)

失語症の人の表出を補うための周囲の人による会話技術の一例	
言いたいことが喚起できない	選言的質問で選択肢を提示して本人が選ぶ。 「はい—いいえ」質問でははい—いいえで答えることができる形式で質問する。
失語症の人の理解を補うための周囲の人による会話技術の一例	
会話についていけない	速度はゆっくりと、文は短く話す。 文字、絵などによりやりとりの要点を書く。 選言的質問や「はい—いいえ」形式の閉鎖型質問で問う。



失語症の評価や訓練についてはその有効性が検証されている<sup>39, 40)</sup>。日常への一般化という点において、その有効性をさらに高めるためには、検査という構造化された中での反応と構造化されていない自由会話場面での反応との差も評価できれば、より全体像が明らかになる。訓練においても、手順が明確な課題に対して注意を向けることができる場合と、さまざまな刺激に対して注意をコントロールしながら会話を遂行するという自由会話訓練を組み合わせることがコミュニケーションの実用性を高めるためには重要であると考えられる。つまり、自由会話による評価や訓練は、標準化された検査や課題による訓練と日常コミュニケーションを橋渡しする点において有用であると考えられる。

## Ⅶ 結 語

人はことばを用いてコミュニケーションを行う。しかし、コミュニケーションではことばという言語情報以外、声色や抑揚、そして態度、表情などの非言語情報が果たす役割が大きい。

失語症は脳の言語野の損傷によって生じる言語コミュニケーションの障害であるが、損傷された脳部位や程度によって聞く、話す、読む、書くという言語様式の障害される程度が異なる。そのため、言語様式のすべてが同程度に困難になるわけではなく、さらに非言語コミュニケーションは原則保存されている。

失語症状を適切に評価することなくして、効果的な言語訓練や支援を行うことはできない。効果的で効果的な評価によって失語症の発生機序の解析と仮説設定を行い、言語コミュニケーションがどのように障害され、どのようにすれば回復の可能性があるのかを検討しながら言語訓練を行う。障害を受けた言語機能に対しては適切な時期に集中的に介入を行うとともに、残存機能も適切に把握し、最適なAACによる代償手段獲得訓練や代償手段使用訓練を行う。そうすることで、実用コミュニケーション能力を最大限に発揮でき、ひいては社会参加に向けての支援が可能になる。

訓練での効果を日常生活に一般化するための自由会話による評価や訓練は、コミュニケーション特性を理解した上でないと、単なる会話にとどまってしまう。評価や訓練としての介入にはならない。専門職がコミュニケーションの各側面を理解して、多面的にコミュニケーションをとらえて、どのような残存機能で障害機能を補填できるかを見極めた上で、家族や他職種など周囲の人にコミュニケーションの工夫について説明できる能力を有することも重要と

考える。

さまざまな評価や訓練方法が提唱され、その有効性に関する報告もあるが、コミュニケーションの相互作用を重視した自由会話は評価方法としても訓練方法としても有用であることを考察した。課題のみに集中すれば遂行できる評価や訓練に比べて、自由会話では多くの刺激があるために認知的な負荷が高くなる。今後は自由会話における評価と訓練の有効性を、他の方法と比較することや、自由会話に関与する言語以外の認知機能の検証などの研究をすすめることで、自由会話をを用いた評価や訓練のエビデンスを高めることが重要と考える。

利益相反に該当する事項：なし

## 文 献

- 1) 井原浩子 (藤田郁代, 立石雅子, 菅野倫子編) : 第2章言語と脳 1. 言語の構造. 標準言語聴覚障害学失語症学第3版, 6-10, 医学書院. 2021
- 2) 天野成昭: 音声単語モデルの動向. 心理学研究. 228-240, 1999
- 3) 藤田郁代 (藤田郁代, 立石雅子, 菅野倫子編) : 第9章失語症の言語治療の理論と技法 2. 言語治療の理論と技法. 標準言語聴覚障害学失語症学第3版, 234-240, 医学書院. 2021
- 4) Denes, P & Pinson, E: Speech Chain: The Physics and Biology of Spoken Language Second edition. Worth Publishers, p.5, 1993
- 5) 吉村貴子: 重度認知症患者のコミュニケーション能力への対応一言語機能の低下と意思疎通の工夫. 精神神経学雑誌. 123 (5) : 270-277, 2021
- 6) 吉村貴子 (山田弘幸, 阿部晶子, 飯干紀代子他著) : 第11章コミュニケーション, 言語に関すること. 言語聴覚療法習得のための必須基礎知識. 215-239, エスコアール, 2015
- 7) 本村暁: 交叉性失語からみた『右脳と言語』. 失語症研究. 9 (3) : 177-183, 1989
- 8) 吉村貴子 (藤田郁代, 北義子, 阿部晶子 (編)) : 第4章4言語と脳. 標準言語聴覚障害学言語聴覚障害学総論第2版. 81-86, 医学書院, 2019
- 9) 高倉祐樹, 大槻美佳: 失語症: 最近の知見—分類, 評価, 世界の趨勢. 神経心理学. 37 : 226-237, 2021
- 10) 波多野和夫: Wernicke-Lichtheim の図式について—失語症学入門. 認知神経科学. 8 (3) : 199-196, 2015
- 11) 本村暁: 失語症臨床の基本的諸問題. 認知神経科学. 22 (2) : 68-77, 2021
- 12) 吉村貴子: 失語症タイプと言語治療. MB Medical Rehabilitation : 227, 22-27, 2018

- 13) Benson, DF: Fluency in Aphasia: Correlation with radioactive scan and localization. *Cortex*. 3. 4: 373-394, 1967
- 14) 伊澤幸洋, 小嶋知幸: 訓練法を立案する立場からみた流暢性の諸問題神経心理学. 34: 16-28, 2018
- 15) 鈴木匡子: 2008 高次脳機能障害の診方 臨床神経学 臨床神経, 49: 83-89, 2009
- 16) 日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会 (日本高次脳機能障害学会編): 標準失語症検査改訂第2版 (Standard Language Test of Aphasia: SLTA). 新興医学出版, 2003
- 17) WAB 作製委員会 (Andrew Kertesz 編) WAB 失語症検査日本語版, 1986
- 18) 笹沼澄子, 伊藤元信, 綿森淑子他: 失語症鑑別診断検査老研版. 千葉テストセンター, 2000
- 19) 河内十郎, 竹内愛子 (祖父江逸郎, 福井園彦, 山鳥重編): 非右利きの失語症の経過と予後. 医学教育出版社, 146-167, 東京, 1987
- 20) 平口真理: 新日本版トークンテスト. 三京房, 2010
- 21) 藤田郁代, 物井寿子, 奥平奈保子他: 失語症語彙検査マニュアル単語の情報処理の評価. エスコアール, 2000
- 22) 藤田郁代, 三宅孝子: 新版失語症構文検査. 千葉テストセンター, 2016
- 23) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子: 実用コミュニケーション能力検査, 医歯薬出版, 1990
- 24) 吉村貴子, 齊藤章江, 板倉徹: 伝導失語の錯語減少への訓練について - 表象安定を目指した方法 -. 神経心理学, 16 (2): 135-144, 2000
- 25) 津田哲也, 杉木蒼唯, 中村光: 喚語障害を主症状とする失語症3例に対する repeated, increasingly-speeded production (RISP) 訓練の試み. 言語聴覚研究, 18 (4): 306-314, 2021
- 26) 藤田郁代, 菅野倫子 (編): わかる! 使える! 日本語の文法障害の臨床: 失語症・特異的言語発達障害 (SLI) をひもとく. 医学書院, 2023
- 27) American Speech-Language-Hearing Association: Asha Practice Portal Augmentative and Alternative Communication. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/> 2023.10.30
- 28) Rose, ML: Releasing the Constraints on Aphasia Therapy: The Positive Impact of Gesture and Multimodality Treatments. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 22(2): S227-239, 2013
- 29) 伊藤元信: 左脳損傷とリハビリテーション—失語症への新しいアプローチ PACE を中心に. 総合リハビリテーション, 16 (11): 863-868, 1988
- 30) Galletta, EE, Barrett, AM: Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it All. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 2(2): 114-120, 2014
- 31) Simmons-Mackie, N: In support of supported communication for adults with aphasia: clinical forum. *Aphasiology*. 12:831-838, 1998
- 32) Simmons-Mackie, N, Raymer, R, Cherney, LR: Communication Partner Training in Aphasia: An Updated Systematic Review. *Archive of Physical and Medical Rehabilitation*. 97(12): 2202-2221, 2016
- 33) 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
- 34) 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の開発と標準化. リハビリテーション医学. 24 (2): 103-112, 1987
- 35) 高木幸子: コミュニケーションにおける表情および身体動作の役割. 早稲田大学大学院文学研究科紀要. 51:25-36, 2005
- 36) Azios, JH, Archer, B, Simmons-Mackie, N et al.: Conversation as an Outcome of Aphasia Treatment: A Systematic Scoping Review. *American Journal of Speech-Language Pathology Review*. 31: 2920-2942, 2022
- 37) 竹中啓介, 吉野眞理子: 失語症のある人との会話における対話者の会話態度と会話技術を評価するための観察評定尺度の開発および信頼性と妥当性の検討. コミュニケーション障害学. 35 (2): 55-63, 2018
- 38) 竹中啓介: 失語症のある人向け意思疎通支援者の養成と派遣. 高次脳機能研究. 38 (2): 5-159, 2018
- 39) Efstratiadou, VA, Papatasiou, I, Holland, R et al.: A Systematic Review of Semantic Feature Analysis Therapy Studies for Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(5): 1261-1278, 2018
- 40) Kristinsson, S, Basilakos, A, den Ouden, DB, et al.: Predicting Outcomes of Language Rehabilitation: Prognostic Factors for Immediate and Long-Term Outcomes After Aphasia Therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66: 1068-1084, 2023