

■イブニングセミナー

失語症リハビリテーションの見取り図

本村 暁*

要旨：失語症リハビリテーションは、1) 患者、2) キーパーソン、3) 医療従事者、4) 社会資源の4側面から検討することが必要である。この中で前3者につき、1) 患者心理と行動パターン、2) 社会復帰状況と家族背景、3) 医療従事者としての対応の問題を考察した。失語症リハビリテーションには、多面的接近 multi-disciplinary approach が重要であることを述べた。

神経心理学 9; 90~92

Key Words: 失語症リハビリテーション, 多面的アプローチ
aphasia rehabilitation, multidisciplinary approach

はじめに

失語症リハビリテーション（以下、失語リハと略）とは、失語症患者を社会的に復帰させるための医学的、教育的、職業的および社会施策的な作業の総合体、と捉えることができる。失語リハでは、このなかで狭義の言語訓練が問題にされることが多かったが、失語症の実地診療では医学に限らない広い問題に臨床家は直面せねばならない。失語リハの実際は、1) 患者、2) キーパーソン、3) 医療従事者、4) 社会資源という四つの切り口を仮に設けて検討することができるだろう。本稿ではこのなかで、前3者につき、筆者自らの経験に基づいて点描を試みたい。

I. 患者——失語リハの主格——

失語症は、左大脳半球の言語領域を侵す病巣により生じるが、この病巣は患者の心理状態や行動パターンにもさまざまな変容をもたらす。Helm-Estabrooks らは、失語類型、病巣部位、行動変化相互の対応関係について（表1）のようにまとめている（Helm-Estabrooks, et al, 1991）。このような簡潔な要約に該当しない症例も少なくないが、臨床現場では失語患者の心理・行動学的特徴には十分留意しなければ

ならない。

失語リハの主格はいうまでもなく、患者自身である。いまここで、言語訓練という場面をとりあげてみると、治療者にとり問題になる患者の態度に対極的な二つのパターンがある。「拒む患者」と「頼る患者」である。

1. 「拒む患者」

医療を（と、ここでは言うておこう。言語訓練を含めて治療行為を）拒む失語の患者は、異なる二つの症例群に分けることができる。

1) 失語症状が重症な場合：まず、器質的脳症状という症状論水準で行動変化が解釈可能な場合がある。代表的な例は、重症 Wernicke 失語にみられる疾病否認症状で、患者は、言語訓練を含む医療に対して拒否的で、入院治療が著しく困難となる。また、病識が比較的保たれる Broca 失語の場合にも、心理的負荷による破局反応や抑うつ症状を呈し、結果として集中的言語訓練と入院治療が困難になる場合がある。このような場合、通常失語症言語訓練プログラムを適用することが反治療的になる場合がある。症例毎の問題に応じた対応が必要である。

器質脳損傷による精神症状悪化の要因として、身体因、心因、状況因があることは知られ

1993年5月8日受理

Perspectives in Aphasia Rehabilitation

*九州労災病院神経内科, Satoru Motomura: Department of Neurology, Kyushu Rosai Hospital

表1 Neurobehavioral Correlates of Aphasia (Helm-Estabrooks より引用)

Sign/symptom	Aphasia type	Lesion localization
Denial/catastrophic reaction	Broca's, global	Frontal
Depression	Broca's, global	Frontal (cortical or subcortical)
Unawareness	Wernicke's	Posterior temporal
Agitation (with or without paranoia)	Word deafness, Wernicke's	Temporal
Hypomania (rare)	Anomia	Parietal (angular gyrus)

ているが、失語症は精神症状学からは分けて論じられるためか、このような文脈で論じられることは少ない。しかし、入院という状況因が失語に伴う行動変化(脳症状)を増悪させるという機序も考慮せねばならないだろう。

2) 失語症状が軽症な場合: 一方、軽症失語症者が(言語訓練を含む)治療を拒否する場合にはむしろ、さまざまな職業・社会的背景が関わっていることに留意せねばならない。軽症失語患者では(例えば、健忘失語、伝導失語など)、言語障害についての洞察力はしっかりしている。その上で、患者本人の被雇用状況が安定しているか否か、本人が事業主かどうかという社会的背景を有する「拒否」があり、心理行動的側面に影響を及ぼしている内的な葛藤をみることができる。いうならば、「失語で仕事を休むわけにいかない」という患者心理がある。我々は疾病、障害をもの考える前提とするが、患者は失語という障害をlifetimeの中で相対化しているふしがある。基礎疾患の治療、症状のコントロールとの間で適切な折り合いをつけねばならないであろう。

2. 「頼る患者」

ST, 医師, 看護婦に対して過度に依存的な失語患者にはよく遭遇する。失語症状が固定した後も、訓練期と同様の言語訓練を強く希望してやまない患者も少なくない。これらの慢性、症状固定期の失語症者の自立を促す目的で、“ST holiday”(仮称)を試みた。詳細は省くが、(1)患者の小グループをつくり、(2)障害について十分な説明を行ない、(3)夏休みと冬休みの期間にグループ内での相互交流のみ行ない、(4)“holiday”終了後に訓練を継続するか、を問うた。プログラムの中で印象的な症例がある。63

表2 背景からの失語症者分類(佐野より引用)

- | |
|-----------------|
| 1) 復帰した、就業者失語症 |
| 2) 引退した、就業者失語症 |
| 3) 主婦の失語症 |
| 4) 老年者・引退者の失語症 |
| 5) 独居者・未成年の失語症 |
| 6) 長期入院・施設入所の症例 |

歳男性で、初回の脳梗塞で軽症非流暢型失語をのこした。不安、焦燥が強く、主治医、病棟ナース、担当STへの依存的態度が著明であった。プログラム終了後に再発。一過性に失語と右不全麻痺が悪化したが、初回に比しきわめて冷静な態度をとれた。多くの背景を含んでいようが、「体験としての失語」がもたらす患者心理にたいして、我々がどれほどの洞察をもつことができるか、という問いがのこる。

II. キー・パーソンの重要さ

失語症患者の社会復帰を規定する要因は、言語症状の重症度のみならず、合併神経症状、精神症状、並びに周囲の介護能力である。失語症者の社会復帰には、患者本人ならびに周辺のとびとの背景因子にも注目せねばならない。佐野は背景から失語症者を(表2)のように分類した(佐野, 1987)。

筆者らは、高齢者失語症の症例において社会適応状態を検討した(田上ら, 1991)。対象は言語訓練を施行した70歳以上の無作為に抽出した失語症19例。失語重症度はGoodglassらの6段階失語重症度を用いて評価し、段階0, 1を重症, 2, 3を中等症, 4, 5を軽症と3分した。神経症状、精神症状(せん妄など問題行動)はカルテの記載より、日常生活動作(ADL)については家族・介護者への問診によって調査した。

表3 高齢失語症の社会的転帰

転帰	症例数	介護状態	失語症重症度		片麻痺	異常行動
			軽	中・重		
施設入所	2	全介助		●●	+	+
家庭復帰	3	全介助		●●●	+	-
	2	半介助		●●	+	-
	12	ADL自立	●●●	●●●● ●●●●	-	-

結果を(表3)に示す。19例中17例は家庭生活を営み、2例が施設に入所していた。家庭復帰できた17例のなかで、ADL自立の12例は片麻痺がなく、介助を要した5例には片麻痺がみられた。施設ケースとなった2例は、片麻痺と精神症状(夜間せん妄など)を伴っていた。ただし、この対象に独居者はなく、独居老人の場合問題は異なってくる。別個に検討が必要である。

III. 医療従事者として

1. 医師の立場から

医師の立場から失語リハにどう関与するかについて筆者は、(1)失語とは何かを捉えること(それに、鑑別診断)、(2)失語患者をどう検査しとり扱うべきか(診療アクセス)、(3)失語症状の回復予測(予後、すなわち疾患・症状の自然史の理解)、という三つの側面から考察した。詳細は拙論を参照されたい(本村, 1991)。また、ドパミン作動薬などを用いた失語症薬物療法の臨床治験を、医師の立場からは推進すべきであろう。

2. STの立場から

STの業務が失語リハの中心にあることは論を待たない。言語の形式的側面をターゲットとした言語訓練のみならず、実用コミュニケーション促進法も注目を集めつつある。STとしての臨床経験蓄積の豊富さは、「プラトー後」の失語症者のマネジメントにおいてこそ生きてくるものであると考えられる。精神医学的観点も必要であろう(渡辺ら, 1991)。諸職種間の coordinator の役割を果たすこと(例, ICU ナースとの連携など)も要請される。

3. 異職種間のコミュニケーションのために

失語患者に address を付ける方法として、我々が用いるのは失語分類である。失語分類は、言語症状の特徴のみならず、病巣部位、予後、行動学的特徴などを知る手掛かりとなる。仮に、症例に address を付ける方法がなければ、臨床家間の討論は極めて困難なものとなる。異職種(医師, ST, ソーシャルワーカー, 看護婦など)間のコミュニケーションや施設間の連絡のためには、失語症の重症度分類も必要である(例えば、意識障害患者のコンサルテーションを電話で受ける場合, Japan Coma Scale, 3-3-9度方式が有用であることを想起すればよい)。筆者らは Goodglass らの重症度分類を試用しているが、パーキンソン病の Yahr 分類のような評定のガイドラインがある程度しっかりした重症度表記が、失語症状についても必要なことを痛感している。

まとめ

以上、失語リハの現場で生じるさまざまな問題について、筆者らの経験に基づいて述べた。

(セミナーで講演する機会を頂いた平山恵造会長に深謝する。本稿は永年、当院言語室(田上, 江島, 竹中)での症例カンファレンスで討論してきた事柄の要約である。)

文 献

- 1) Helm-Estabrooks N, Albert ML: Manual of Aphasia Therapy. Pro-Ed, Austin, TX, 1991
- 2) 佐野洋子: 失語症とその社会復帰. JOHNS 3; 1117-1125, 1987
- 3) 田上美年子, 中村美子, 江島緑, 他: 高齢失語症者の社会的予後——70歳以上の場合——(会). 失語研 11; 73-74, 1991
- 4) 本村暁: 失語症患者のプライマリ・ケア——臨床医としてのアプローチ——. 臨床と研究 69; 1945-1951, 1991
- 5) 渡辺俊之, 鈴木淳, 安孫子修, 他: 失語症言語治療とコンサルテーション・リエゾン精神医学. 精神医学 33; 395-401, 1991
- 6) Goodglass H, Kaplan E (笹沼澄子, 物井寿子訳): 失語症の評価. 医学書院, 東京, 1975