

■原著

全失語患者の語用能力 (pragmatic abilities) の評価の試み

——情報伝達以外にコミュニケーションを支える要因——

三田地 (堀) 真実*¹⁾ 飯高京子**

要旨: 本研究は最重度の全失語があり、非言語能力も重度に低下をみとめた者を対象として、語用能力 (pragmatic abilities) の評価を行動観察の手法で試みた。

分析は、命題的な情報伝達の側面ではなく、会話を遂行する際に必須の条件である①話し手と聞き手の役割の遂行、②turn-taking の理解について行った。この結果、最重度の失語症者であっても、①②の能力は残存していることが明らかとなった。ただし、この能力を引き出すにはコミュニケーションをとる相手のかかわり方、及び、適切な場面の設定が重要であることが示唆された。

また、こういった重度の患者の評価を行う際には、ビデオによる行動観察の手法が患者に負荷をかけずに行える点で有用であった。

神経心理学 13:38-46, 1997

Key Words: 最重度の全失語症患者, 語用能力, 評価, turn-taking, 文脈
person with profound total aphasia, pragmatic ability, evaluation, turn-taking, context

I はじめに

近年、全失語に対する言語治療は、患者の残存機能を最大限活用した実用的なアプローチ (Gardner et al, 1976; J-Horbach et al, 1985; 田中, 1992) に方向転換してきている。

しかし、これらの方法は全失語の中でも中西ら (1987) のいう「I. 非言語能力良好群」が対象である。これに比べ、「II B群の非言語能力不良でかつ能動的行為がみられない群、最重度全失語」に対する系統的なアプローチはまだない。重度の患者に対しては、できないことだ

けでなく、何が残存能力であるのかを明確にすることがまず必要と思われる。

全失語患者は、言語による情報伝達はほとんど不可能であるが、実際の臨床場面では、なんとなく人とコミュニケーションしているという印象がある。遠藤 (1990) は「障害の重い患者であっても、コミュニケーションの状況・文脈・前後関係を共有し、理解することはできる」と述べている。すなわち、全失語患者も言語の「語用論的な側面」が保たれているのではないかとの仮説が提唱できる。

語用能力 (pragmatic abilities) を評価する

1996年9月26日受理

Evaluation of Pragmatic Abilities of a Person with Total Aphasia: Analysis of Factors Supporting Communication Except Propositional Content

*埼玉医科大学リハビリテーション科, Mami Hori Mitachi: Department of Rehabilitation Medicine, Saitama Medical School

**上智大学外国語学研究所言語学専攻言語障害研究コース, Kyoko Iitaka: Study Course in Speech Pathology, The Graduate School of Language and Linguistics, Sophia University

1) 現: University of Oregon

(別刷請求先 2525 Portland St. #18 Eugene, Oregon 97405-3153 U.S.A. Mami Mitachi)

際の理論的基盤である語用論 (pragmatics) とは、「ことば」とその「使用者」の関係を調べる言語学の一領域である (池上, 1984)。これには、発話の意図や会話を調節する諸規則などが含まれる。後者は最も初歩的な対話の単位の遂行に必要な要因であり、具体的には、①話し手と聞き手等の伝達役割の採用 (Halliday, 1975), ②発話の順番の交代 (turn-taking) (Bruner, 1975) 等がある。

一方、語用能力を神経心理学的に検討した研究は失語症に関してはほとんどなく、語用能力の障害が顕著である自閉症の研究においていくつかみられる (熊谷, 1986; 大井, 1981)。

今回最重度の全失語患者も、より primitive な語用能力であるこの会話の遂行が可能ではないかとの仮説の元に以下の検討を行った。

- (1) 全失語患者の語用能力のうち、特に会話を遂行する能力が保たれているかどうか。その神経心理学的背景はいかなるものか。
- (2) 上記の能力が保たれているとしたならば、この能力を引き出すような指導を行った場合に経時的にどのように変化するか。
- (3) 重度の失語症患者の評価を行う際にビデオによる行動観察の手法が有効かどうか。

II 対 象

対象は、最重度の全失語患者で初診時 (1990年4月) 73歳の右利き男性。隠居生活。

1. 現病歴

1989年11月頃より、一過性に右上下肢の脱力感出現。1990年2月脳梗塞 (左内頸動脈閉塞症) にて発症。緊急で左中大脳動脈領域-浅側頭領域吻合術施行。1990年4月、リハビリ治療

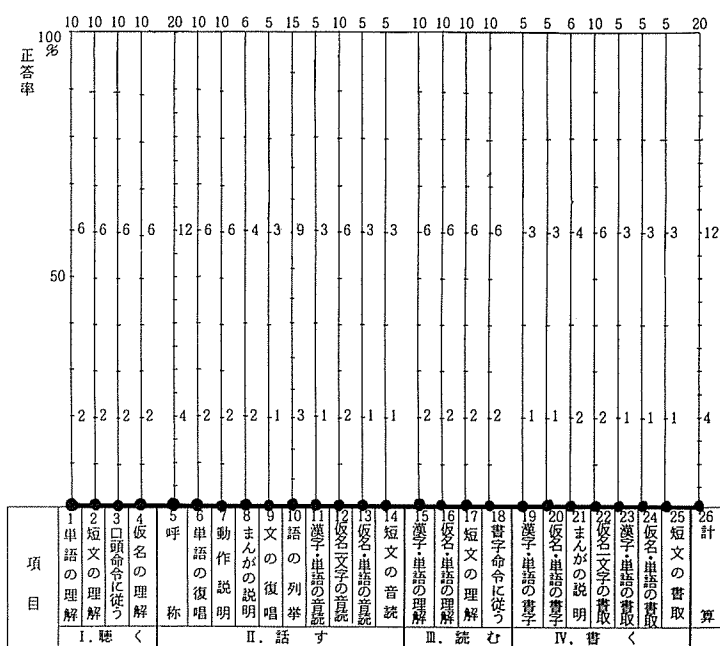


図1 初診時の標準失語症検査結果

目的にて当院リハビリ科転院。

2. 初診時の神経学的所見

重度の右片麻痺 (完全麻痺)。聴力には問題なし。頭部CT所見では左上側頭回一下前頭回に広範な低吸収域を認めた。

3. 初診時の神経心理学的所見

全般的な行動特徴としては、意識は清明、自発性の低下が認められた。

言語的には全失語 (最重度) が認められた。コース立方体組合せテストでは、言語治療士 (以下ST) がやり方を実演してもやり方を理解できず、ブロックを横に並べるのみであった。

4. 初診時の言語症状

標準失語症検査の成績は図1に示した。聞く側面は、日常物品の二者択一のポインティング課題においても、指さし動作そのものがみられない。検査指示がわからないときは首をかしげる動作はみられ、わからないことは漠然と理解しているようであった。話す側面は、自発話は「ヤイヤイヤ」という残語のみであった。検査中は、最初は残語で答えようとするが、そのうち無反応になってしまった。yes-noの表出は確実ではないが、首を縦に振る、首をかしげ

るといった身ぶりの表出はみられた。読む検査では無反応であった。書く側面は、仮名文字らしき字を書くことはあったが強迫的に同じ字を書き続けることもみられた。名前の書字は不可能であった。

言語症状、及びADLの状態から、本患者は中西ら(1987)の全失語の下位分類「B群、非言語能力不良でかつ能動的行為がみられない群、最重度全失語」と判断した。

5. 初診時のコミュニケーション状況

おじぎをするなど慣用的な行動は可能。全般的に表情の変化に乏しい。コミュニケーションの取り方は受身的で、自分から積極的に他人に働きかけることはない。場面によってはeye-contactも取れ、笑顔もみられた。

6. 初診時のADL

トランスファーは介助、移動は車椅子にて、乗車時は一人で立ち上がって転倒しないように抑制帯を使用。食事はセッティングすれば、スプーンを使用し自力で摂取するが食べこぼしも多い。排泄、更衣、整容、入浴は全介助。

III 方 法

1. 言語治療の目的及び方法

1) 言語治療期間

言語治療(以下ST指導)は、1990年4月～同年9月まで6カ月間行った。指導回数は個別指導33回、グループ訓練25回、合計58回。

2) 個別指導の概要

第I期：伝統的な刺激法を中心とした指導；開始時から2カ月(1990年4月～5月)

聴覚的理解力の向上を目的として、実物の二者択一によるポインティング課題を行った。この方法では患者は正答できず、むしろ、無反応になる、閉眼する行動がみられた。同時期のグループ訓練では他患への注目、ゲームによって笑顔がみられていた。またSTがあいさつをするとおじぎをすることはできた。

以上から、本患者は基本的なやりとりのパターン、すなわち語用能力のうち、会話を遂行する能力が保たれているのではないかとの仮説が導かれた。そこで、個別指導はこの能力に焦

点を当てたものへ方針を変更した。

第II期：会話を遂行する能力の誘発を目的とした指導；約4カ月(1990年6月～9月)

第II期は以下の点に留意した指導を行った。

- ①患者が拒否的な反応を示す課題、すなわち正反応・誤反応を設定したポインティング課題のような机上課題を行わないこと。
- ②患者からSTに対して何らかの働きかけ(発声、視線を向ける、うなずきなどの身ぶり)がみられたら、働きかけの内容はSTが理解できない場合でも即座にそれに応じる。これは、患者が何かを伝えようとしている伝達意図の部分に比重を置き、命題的な伝達内容の正誤には言及しないことを意味する。ゆえに、STは、訂正、矯正といった命題的な伝達に関わる働きかけは行わないこと、患者からの働きかけが継続しているときは、STは聞き手としてあいづちをする、うなずく行動を患者に合わせて行うことに留意した。
- ④STから患者に働きかけるときには、自然な会話で話しかけ、何らかの反応が得られるまで最大限待つこと。

2. 会話を遂行する能力の評価方法

1) 分析資料の収集及び作成

第II期の指導開始時の5月、指導中の6月、終了時の9月の3回の個別指導で、担当のSTとの自由会話場面をVTR録画した。この際、患者の表情及び上半身が映る角度でビデオカメラを設置した。各録画場面のうち、自由会話を開始してから最初の5分間を分析対象とし、1/100秒で時間をスーパーインポーズした分析用テープを作成した。

2) ビデオによる行動観察の手続き

分析用ビデオテープを再生し、表1-1、表1-2に示した分析の観点に基づき、話し手と聞き手の分類及び患者の発話・行動を1秒間のインターバル記録法にて記録した。

3) 結果の整理

(1)話し手と聞き手の役割の遂行；STの行動に基づき話し手と聞き手に分類した上で、患者が各々の役割を遂行しているかを視線方向、発

表 1-1 患者の話し手と聞き手の分類

分類項目	定義
a) 患者が「聞き手」	S Tが患者に向かって話をしているとき、すなわち、S Tが話し手であるとき、患者は「聞き手」とする。
b) 患者が「話し手」	S Tが発話をしていないとき、すなわちS Tが聞き手の場合、患者は「話し手」とする。ただし、S Tが聞き手に特有の発話である「あいづち」「ええ」「うん」「ふーん」「そう」などをした場合のみは、患者は「話し手」とした。

表 1-2 患者の行動の分類

項目	分類項目	定義
視線方向	a) S Tを見る	S Tの顔の方向に視線が向かった場合。
	b) S Tと同じ物を見る	S Tが見ている物と同じものを見た場合。
	c) その他	a) b) に分類されないものすべて。閉眼を含む。
発声・発話	a) <u>発声・発話あり</u>	患者が何らかの音声を表出している場合。 発話の意味が理解できるものか否かは問わない。 ただし、生理的な発声（咳、あくびなど）は含めない。 患者が何も発話していないとき。
	b) 発声・発話なし	
その他	a) <u>うなずき</u>	患者が首を小刻みに縦にふったとき。
	b) <u>S Tに物を手渡す</u>	患者がS Tに物を手渡したとき。

*これらのうち、今回は発声・発話あり、うなずき、物を手渡す、を「伝達行動」と定義した（下線の部分）。

話・発声行動から検討する。

(2)話し手と聞き手の役割の交代（turn-taking）；患者がSTとタイミング良く話し手の役割を交代しているかを検討するために、STの発話終了直後1秒間の患者の行動を以下の4つに分類する。

- ①「STを見る（視線ST）・発声あり」
- ②「STを見る（視線ST）・発声なし」
- ③「その他を見る（視線その他）・発声あり」
- ④「その他を見る（視線その他）・発声なし」

ただし、視線方向のうち「STと同じ物を見る」はこの分析からは除外した。

4) 分析の信頼性

筆者及びもう1名の観察者が、一つの場面のVTRを独立して再生し分析を行った。以下の式に基づき、各分析項目の信頼性を算出（Prutting et al, 1987）した。

$$\frac{\text{一致した項目数}}{\text{一致した項目数} + \text{不一致だった項目数}} \times 100$$

この結果、話し手と聞き手の分類は93.3%、患者の視線方向は76.7%、発話・発声は83.3%、その他の行動は90.0%の信頼性であった。

IV 結 果

1. 会話を遂行する能力の評価結果及び経時的な変化

本患者のビデオによる行動観察の結果を記録した分析シートは付表1に示した。

1) 話し手と聞き手の役割の遂行

5月、6月、9月時点の患者の聞き手と話し手の割合を図2に示した。どの時も患者が話し手である時間の方が長い。わずかながら回を追う毎に聞き手である割合が増加している。

次に話し手、聞き手の役割の際の患者の視線方向の結果は図3に示した。いずれの回も話し手の時よりも聞き手の時の方が「STを見る」が多い。また、9月には「STと同じ物を見る」が多く出現した。

また、伝達行動の結果は図4に示す通りで、

1990年 9月 5日
患者名 ABCさん
記録者 三田地

S T の 行 動					経過時間 (分:秒) (0.00-6.59)	患 者 の 行 動					備 考
備 考	発話あり (Pt聞き手)	発話なし(ST聞き手=Pt話し手) (Pt話し手)	うなづき	あいづち		視 線 方 向 ST 同じ物 その他	発 声 ・ 発 話 あり なし	その他の行動 うなづき 物を渡す			
		✓			3:0		✓	✓			
		✓			1		✓	✓			
		✓			2		✓	✓			
		✓			3		✓	✓			「ん」
		✓			4		✓	✓			
		✓			5		✓	✓			
		✓			6		✓	✓			
		✓			7		✓	✓			↑あきび
		✓			8		✓	✓			↓
		✓			9		✓	✓			
「ABCさん」	✓				10		✓	✓			
	✓				11	✓		✓			「ん？」
		✓		✓	12	✓		✓			
「アババよ	✓				13	✓		✓			
寝られた?」	✓				14	✓		✓			
		✓			15		✓	✓			
		✓			16		✓	✓	✓		「ん」
		✓			17	✓		✓			
「今日あきび」	✓				18	✓		✓			
「21日7時42」	✓				19	✓		✓			
		✓		✓	20	✓		✓	✓		
「今日は風は	✓				21	✓		✓			
きれい?」	✓				22	✓		✓			
	✓				23	✓		✓			
		✓			24		✓	✓			
		✓			25		✓	✓			Ptは自分の口を見
「あ、今日は	✓				26		✓	✓			
きれい?」	✓				27		✓	✓			
		✓			28		✓	✓			
	✓				29		✓	✓			
		✓			30	✓		✓			↓

付表1 分析シート記録例

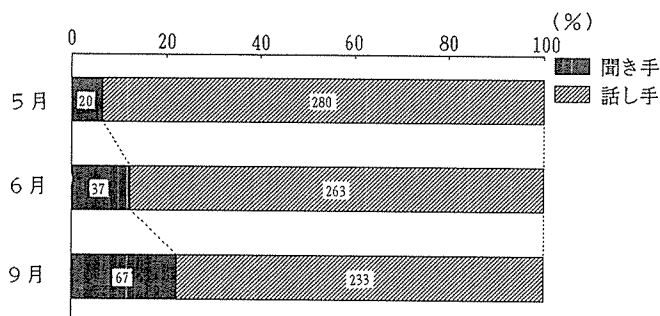


図2 患者の聞き手・話し手の役割 (図中の数値は実数)

いずれの回も話し手の時の方が聞き手の時よりも伝達行動が多く出現している。

2) turn-taking の理解

患者の発声・発話とSTの発話が同時に生起している割合はいずれの回も0～3%とごくわずかであった(図5)。

図6にはSTの発話終了直後1秒に生起した患者の行動を示した。いずれの回も多くみられたのが、「視線をSTに向けて発声する」であった。これは、9月にはやや増加し、逆に

「視線ST・発声なし」はかなり減少した。

STの発話終了直後1秒間に患者が発声した割合(図7)では、5月、6月では全体の約50%、9月では65%とやや増加した。

V 考 察

1. 最重度全失語患者における会話の遂行能力について

1) 話し手と聞き手の役割の遂行

まず、患者が聞き手である時には「STを見

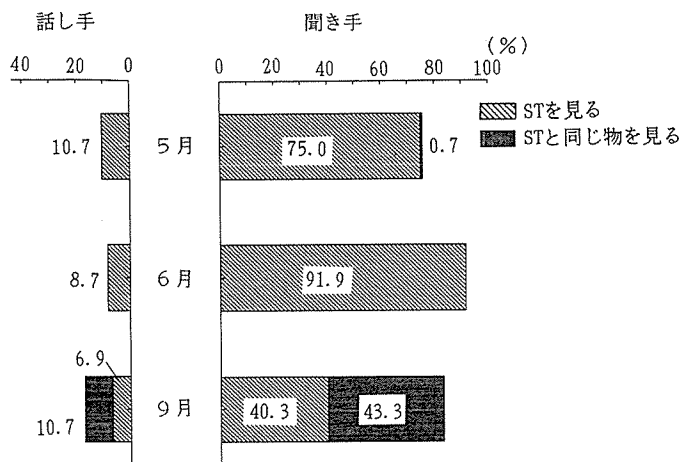


図3 患者の視線方向の結果（聞き手と話し手の役割別）

図4 患者の伝達行動の生起率（聞き手と話し手の役割別）

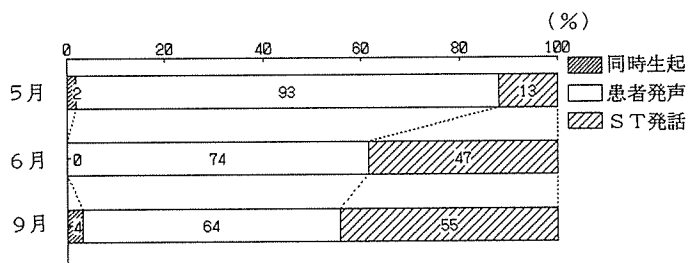
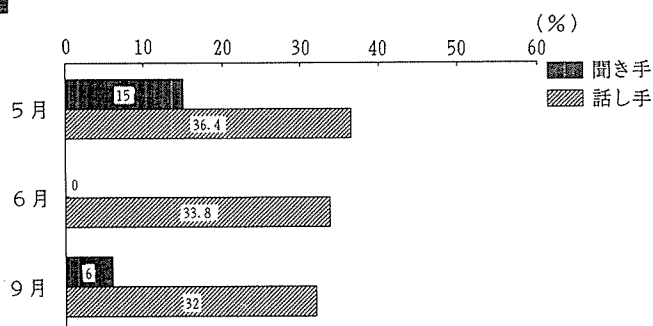


図5 患者の発声とSTの発語が同時に生起している秒数の割合（図中の数値は実数）

図6 STの発話終了直後の患者の視線方向・発声の有無（図中の数値は実数）

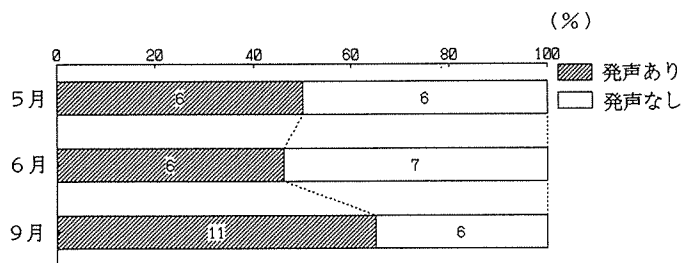
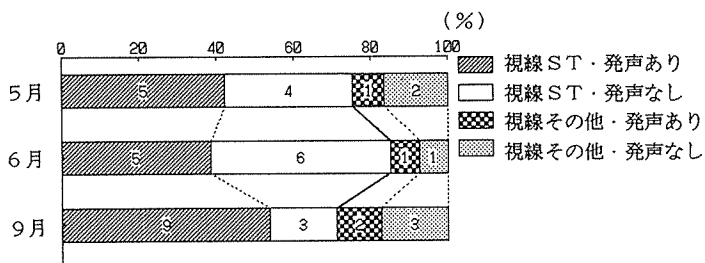


図7 STの発話終了直後に患者が発声した割合（図中の数値は実数）

る」「STと同じ物を見る」行動が75%~85%の割合を占め、逆に話し手の時には目をそらす傾向が高いことが明らかとなった。これは、Rosenfeld (1978) が報告しているように、対話者が話し手の役割を続ける時には相手から目をそらし、聞き手の場合には逆に視線を相手に向けるという対話の行動パターンと同じ結果であった。また、9月には聞き手の際に5月、6月ではほとんど見られなかった「STと同じ物を見る」が43.3%出現した(付表1の3分24秒以下の部分)。この場合はSTの見ている物に後から患者が追従する形で視線を向けたことによるもので、「視線の共有」が患者側から生じたと言える。

伝達行動は患者が「話し手」であるときに多く出現していた。また5月では聞き手の時にも伝達行動が15%出現しているが、6月、9月ではその頻度が減少し、より話し手・聞き手らしく行動できるようになったと言える。

しかし、全体の話し手と聞き手の比率では、ST側がかなり意図的に患者に話し手の役割を遂行させようと「話をしないで待って」いることが示されている。これは、両者が真に「対等な」立場でコミュニケーションしている状況とは言い難い。ただし、回を追う毎に徐々に患者が「聞き手」である割合が増加し、STが待つことが減っていることがわかる。

2) turn-taking の理解

まず、患者の発声とSTの発話が同時に生起している頻度は0~3%とごくわずかであった。これは健常成人の会話では二人で同時に話す「重複」は会話全体の5%以下であるという研究(Ervin-Tripp, 1979)を支持する結果であった。これは、会話を特徴づけるturn-takingの現象を表わし、各々が交代に話すという会話の原理(Grice, 1975)に違反せずに時間的にズレて生起していた。また、STの発話の直後に患者が発声する行動が50~60%で生起していることは、患者が話し手としてタイミング良く行動していることを意味している。しかも、この比率が時間経過と共に増加しているということは、より話し手らしく行動できるよう

になったと言える。

以上から、最重度の全失語患者も話し手の時には話し手らしく、聞き手の時は聞き手らしい行動パターンをとり、turn-takingも行っていると見える。しかし、相手と真に対等な立場でコミュニケーションを行うことは困難であり、この役割を遂行する能力を患者から引き出す際にはST側にかなりの配慮が必要であることが示唆される。

3) 語用能力の神経心理学的背景

失語症者の語用能力の神経心理学的な検討はまだほとんどなされていない。

失語症とは対照的に、語用能力に障害が顕著である自閉症児の研究によれば、この能力は脊側中脳、橋、中間辺縁皮質、視床の一部の損傷によるものとする立場がある(大井, 1981)。この説に基づけば、新皮質の損傷で引き起こされる失語症は逆に語用能力が残存している可能性があり、本例の結果もこのことを支持するものであるといえよう。しかし、今回は一事例の結果であるので、今後多くの事例を積み重ね、語用能力とその神経心理学的背景について検討する必要がある。

2. 会話の遂行能力を引き出す指導

指導結果より、伝統的な刺激法では反応が得られなくなってしまう重度の患者の場合、新しい行動を獲得させることを目的とするよりも、まず、患者に残存している語用能力を十分に発揮できるように、患者の反応を矯正しない場面を設定することが非常に重要であることが示唆された。このような指導の結果、患者はより話し手らしい、また聞き手らしい行動がとれるようになったと言える。

3. 重度の患者に対するビデオによる行動観察を用いた評価の有用性について

これまでの多くの失語症に関する研究は、検査者側が課題をあらかじめ設定し、患者の反応の正答・誤答で結果を集計する方法であった(堀ら, 1994)。このような方法では、本患者のような最重度の患者は、課題場面では無反応になってしまい、研究の対象にすらならない。こういった患者に対しては、患者に全く負荷をか

けずに施行可能な、「ビデオによる行動観察」という方法は非常に有効であることが示唆された。この方法であれば、どのような患者であっても対象に含めることができ、より包括的な研究を行うことができる可能性が示唆されよう。ただしこの方法を用いる際には、こういった行動を指標にするかということが最も重要である。Prutting ら (1987) は失語症者を含む言語障害のある人の語用能力を評価する際に、30の評価項目を提示している。彼女も日常場面の患者の行動を観察して各項目について評価する方法を用い、他のコミュニケーション障害や健常者とのプロフィールが異なると報告している。

一方、神経心理学的な観点からもこのビデオ分析は非常に有効な方法であると思われる。これまでに失語症者の語用能力の神経心理学的な研究はほとんどなされておらず、その理由の一つには特に重度の患者の語用能力を評価することが困難であったことが挙げられよう。本研究はまず重度失語症者の語用能力を評価する際にビデオを用いた行動観察を採用し、それを可能にしたことに大きな意義があると考ええる。

最後に、今回は語用能力のうち会話の遂行能力に焦点を当てたが、今後は対象を増やし、語用能力を評価する際、どのような指標を用いることが妥当であるかについてさらに検討を加えたい。

付記：本研究の要旨は第17回日本聴能言語学会学術講演会（1991，府中），第18回同学術講演会（1992，新潟）にて発表した。

文 献

- 1) Bruner JS : From communication to language—A psychological perspective. *Cognition* 3 ; 255-287, 1975
- 2) 遠藤尚志 : 重度失語症と痴呆のある患者のための地域ケア活動. 第16回日本聴能言語学会学術講演会, 東京, 1990
- 3) Ervin-Tripp : Children's verbal turn-taking. In *Developmental Pragmatics*, ed by Ochs E, Schieffelin B, Academic Press, New York, 1979
- 4) Gardner H : Visual communication in aphasia. *Neuropsychologia* 14 ; 275-292, 1976
- 5) Grice H : Logic and conversation. In *Studies in Syntax and Semantics : Speech Acts*, ed by Cole P, Morgan J, Academic Press, New York, 1975, pp. 41-58
- 6) Halliday MA : Learning How to Mean : Exploration in the development of language. In *Foundations of Language Development 1*, Academic Press, New York, 1975
- 7) 堀（三田地）真実, 本多留美 : 失語症者のディスコース能力の評価法に関する基礎的研究——Ulatowska の続き絵を用いて——. 第3回言語障害臨床学術研究会発表論文集 83-95, 1994
- 8) 池上嘉彦 : 記号論への招待. 岩波新書, 東京, 1984
- 9) J-Horbach H, Cegla B, Mager U et al : Treatment of chronic global aphasia with a nonverbal communication system. *Brain Lang* 24 ; 74-82, 1985
- 10) 熊谷高幸 : 自閉症児の言語障害の特性——ルリアの失語症モデルの適用——. 特殊教育学研究 24 ; 1-10, 1986
- 11) 中西之信, 橋本武樹 : 全失語の言語治療について. 聴能言語学研究 4 ; 71-76, 1987
- 12) 大井学 : 自閉症における言語障害の性格をめぐって. 愛媛大学教育学部研究紀要 5 ; 43-59, 1981
- 13) Prutting CA, Kirchner DM : A Clinical Appraisal of the Pragmatic aspects of Language. *J Speech Hear Disord* 52 ; 105-119, 1987
- 14) Rosenfeld, NM : Conversational control function of nonverbal behavior. In *Nonverbal Behavior and Communication*. ed by Siegman AW, Feldstein, S, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1978
- 15) 田中純平 : 1 全失語症患者に対するジェスチャ訓練の試み. 神経心理 8 ; 100-109, 1992

Evaluation of pragmatic abilities of a person with total aphasia
—Analysis of factors supporting communication except propositional content—

Mami Hori Mitachi*, Kyoko Iitaka**

*Department of Rehabilitation Medicine, Saitama Medical School

**Study Course in Speech Pathology, The Graduate School of Language and Linguistics,
Sophia University

The purpose of this study was to evaluate to the pragmatic abilities of a person with profound total aphasia who also had a severe damage on non-verbal abilities. The focuses of analysis were following ; ①whether or not the patient can send a message and receive the other person's message ; ②Whether or not he can exchange turn-taking.

The result suggested that the person retained his pragmatic abilities intact such as those exemplified in ① and ②. However, it was also

provided that the more important factors would be both the verbal and non-verbal behavior of his communication partner and the context of situation. With a cooperative partner and in a comfortable situation, the person could make use his remaining abilities.

Final, the result also suggested that it was useful we applied a behavioral observation strategy when we evaluated such as a person with severe aphasia.

(*Japanese Journal of Neuropsychology* 13 ; 38-46, 1997)