The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	失語症者とその看護が問いかけるもの : 他者理解とコミュニケーションについての臨床哲学的考察
Author(s)	本間, 直樹; 武田, 保江
Citation	臨床哲学. 2001, 3, p. 2-15
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/6719
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

失語症者とその看護が問いかけるもの
——他者理解とコミュニケーションについての臨床哲学的考察

本間直樹・武田保江

序

脳卒中の多い日本では年間２万人近く新たな失語症者が発生している。失語症は原因疾患（脳血管障害、腫瘍、外傷、変性疾患など）によって多種多様な経過をたどり、様々な因子、例えば病巣の部位や範囲、失語症のタイプや重症度、年令、性、利き手、教育年数、全身状態、本人の性格、言語訓練開始時期などが相互に深く関連して言語回復に大きく関与している。これまで医療の専門家の関心はもっぱら診断、治療の精緻化や予後判定の精度のレベルをあげることに注がれてきた。また心理学、言語学、哲学における失語症研究も人間の脳の仕組みや言語能力の解明に貢献してきた。しかし、他の病気に比して極端に社会復帰率が低く地域生活や家庭でも孤立しがちな失語症者の現状、とくに失語症者のコミュニケーション状況を扱う研究はほとんどないといってよい。本稿ではそうした失語症者とその援助者をめぐるコミュニケーション状況に焦点を当て、主に調査を行った６つの事例から失語症患者の生きる状況を描きだすともに、そこから明らかになる他者理解とコミュニケーションについてのより普遍的な問題を示すことを試みたい。

１　失語症について

失語症の現れ方は一人一人違う。我々は大学病院を退院した失語症者の生活状況を調べるための追跡調査を行った（資料参照）。その結果によると、その失語の程度によるだけでも以下のような様々な問題が生じてくることが分かる。

自分の表現したいことをかなり的確に表現できる痕跡程度の失語症では、通常の会話ではそれと判別できず、発病前と後の言語能力の水準を自分で比較し、以前の発話イメージや感覚に捕らわれ、現在の状態に自分が満足できない。つまり本人の内部で

言語の質を問題にする。【事例１・２参照】

失語症が軽度である場合は、思っていることが即座にスムーズに出てこない、感情を適切に言葉で表せないことにもどかしさを感じる、思っていることと反対の事を言う、変に思われる、など会話する相手のことを意識する。伝達するうえでの実質的な問題が生ずる。【事例３・４参照】

以上の痕跡程度から軽度の失語症は、誤りがあっても訂正したり、補ったりしてかなり正確なところまで伝達が可能である。したがって、こうした程度の失語は「通常」に起こりうるコミュニケーションのトラブルと連続している。

中度から重度の失語症の場合、自発的な会話は望めず、「はい」「いいえ」の発語や、意味のよく分からない発声が認められる程度である。そのため意思の伝達が「うまくいっている」ということを言語の内側で保証することはできない。看護者は失語症者の意思を読み取るないし推測するほかなく、その看護者の行う理解も、それに続いて看護者のとる行動が相手の意図や欲求に沿ったものであるかをさらに相手から汲み取るしかない。つまり看護者が患者の意思の「代弁者」とならざるを得ない。看護者と失語症者の間では、相手の意思が不透明なまま、こうしたやり取りが何回も繰り替えされる。うまく行かないときは、互いに「不満足感」が募り、失語症者には諦めと疲労感が、看護者には無力感だけが残される。こうした場面では、相互理解の困難さだけが問題なのではなく、自分が何を言おうとしているかについての患者本人の自己理解が問題となっている。【事例５・６参照】

２　失語症者のコミュニケーション状況をいかに肯定することができるか

失語症者は障害の強い言語機能の使用を避ける傾向があるといわれており、そのために残された能力を発揮する機会を失うことも多い。失語症についての周りの者の無理解と言葉を中心とした社会生活のなかで自分に引け目を感じることにより、残された能力を生かすコミュニケーションの環境そのものを失うことになってしまう。

また失語症者自身が社会参加のために積極的に言語訓練に励むこともある。言語訓練の動機づけとして最も多いものは、言語能力や麻痺の回復への期待である。発症から数年を経ても依然として回復への強い期待を持ち続ける失語症者や家族がいる。しかし通常、言語や麻痺の回復は数ヶ月でほぼ固定してしまう。医療に携わる者は、能力回復への過度の期待が現実的に生活を再建するときの弊害になると考えて、「これ以上よくなりませんよ」と回復の限界を告げる。この言葉は失語症者と家族とを絶望感

に陥れる。

失語症者もその家族も、発症以前に流暢に言語を操っていたときのイメージを強固に保持している。彼ら・彼女らはこうしたイメージに囚われることによって、現在自分たちの置かれている状況そのものを受け容れることができない。元のように話せるようになるという“ 回復のイメージ ”が患者や家族の努力を支える一方で、そのイメージのおかげで彼ら・彼女らの現在の生活をなんとか成り立たせている現実のコミュニケーションは極めて否定的に捉えられてしまう。

患者や家族のみならず失語症に関わる医療・看護従事者も、患者の「言語能力」そして「言語訓練」による能力の回復に関心を寄せている。確かに我々の社会生活では言語が中心的な役割を果たしている。しかしながら、コミュニケーションの問題を失語症を抱える人の所謂「コミュニケーション能力」あるいは「言語運用能力」の問題としてしか捉えないならば、それは失語症者を援助する者そして失語症者本人をも隘路に陥れることになるだろう。即ち、言葉を自由に操ることができなければ、コミュニケーションとそれを媒体とする社会生活は成立しないという観念が先行するがゆえに、患者は少しでも障害を持つ前の状態への回復を期待するのであり、その回復の見込みが断たれたときには、絶望し、結果としてコミュニケーションへの意欲もすべて失って閉じこもってしまうのである。

しかしながら失語症者の生活状況をつぶさに見れば、コミュニケーションが言語以外のものによって支えられており、言語を満足に使用できなくともコミュニケーションの可能性が必ずしも閉ざされていないことに気づかされる。むしろ問題は、患者本人や周りの者がそうした可能性に目を向けにくいことであろう。ではいかにして我々は言語を意のままに操るというコミュニケーション･スタイルを特権化することなく、その人の能力に見合った新しいコミュニケーションのスタイルやコミュニケーションの関係を発見し築くことができるのであろうか。

我々が言葉を“ 何不自由なく ”使用しているとき、言葉を通して表現される世界や互いの意思はいわば言葉を通して透かし見られており、言葉は“ 透明な ”存在として機能している。メルロ＝ポンティの言葉を借りるならば、我々はそのような言語と言語の了解とを自明のものとする「制度化された（instituée）言葉の世界」に住まっているといえるだろう。[1]　このように「制度」となった言葉の世界においては、何かを懸命に表現しようとする際に見られる言葉詰まり、言い淀み、どもりといった“ 不透明なもの ”はノイズとみなされるか、あるいは不適切な表現として無視され忘却されてしまう。

やっと話すことを覚えた子どもとか、はじめて何ごとかを語り、考える作家とか、また最後に、ある一つの沈黙を言葉に変えようとするすべての人々とか、こうした人々の経験する、表現や意思伝達のなかにある偶然的なものを、われわれはもはや意識しないようになっている。･･･したがって、その根源にまで遡らないかぎり、言語のざわめきの下にもう一度始元の沈黙を見いだして来ない限り、この沈黙を破る身振りを記述しない限り、われわれの人間観は、いつまでも皮相なものにとどまるであろう。言葉とは一つの身振りであり、その意味するところとは一つの世界なのである。[2]

「言葉が一つの身振りである」とは、言葉を話すということが、意味の確定した思惟を音声などの伝達媒体に乗せることではなく、まずは意味の不確定な身振りとしてはじまるということである。したがって我々はここで失語症者に対して付与される「できない」という障害の沈黙、能力の限界としての沈黙を「始元の沈黙」として捉え返すことができるだろう。それは、「言葉にできない」というもどかしさを前に、聴く者が先回りして掴まえるのではなく、つまり、その沈黙を直ちに既知の言語に置き換えるのではなく、呼吸を合わせ、リズムをそろえながら待つこと、表現しようとする者の身体の意味を同じ身体を通して感じることである。

例えば何かを言おうとする失語症患者を目の前にして、看護者は「全身をアンテナにして」、言葉以外のコミュニケーションの「チャンネル」を見つけようとするという。失語症者が何かを発したとしても、言葉として表現されたものを理解するというよりは、何か体が表現するものを感じ取りながら、徐々に相手の意思に同調させていくという。こうした事態をメルロ＝ポンティの次の言葉はうまく言い当てている。

他者の言葉を発動させた彼の意味的志向は、はっきりと顕在化した思惟ではなくて、充足されることを求めているある一つの欠如態であったが、それとまったく同じように、この志向を捉える私の作用の方も、私の思惟の操作ではなくて、私自身の実存の同時的転調であり、私の存在の変革である。[3]

コミュニケーションは単なる意思伝達の調整機関ではなく、それに参与する者の存在の転調と変革を来すものである。「早口では喋れないけれど、ゆっくり喋ることで、相手がイライラしているときや怒っているときもだんだん落ちついてくる」（事例３）。言葉を自在に操ることが必ずしもよきコミュニケーションを結果するとは限らない。失語症者がときとしてよき聴き手となることは決して偶然ではないのである。[4] 失語症者とのコミュニケーションは我々の言葉とコミュニケーションに対する態度を変様させ、独自のリズム、独自の強度を通じてそれまで見えてこなかったコミュニケーショ

ンの諸様相に我々の目を見開かせる。家族は普段自分たちが意識しなかった言葉の存在に向き合うとともに、身体と言葉の連繋を再発見する。

人は失語症を被ることでそれまでの人間関係を失い孤立することが少なくない。それだけに、言葉中心の社会において言葉以外のコミュニケーションの積極的な意味を認め、それに触れる機会を作ることが重要である。ある人は話すことはできないが歌を完全に歌うことができ、またある人は入念な絵画を描くことによって自分の見たものを表現する。また失語症者のあるつどいでの「失語症ライブ」と称されたプログラムでは、重度の失語症者が介添え者とペアになって舞台の上で、歌い、踊り、互いにふれあって、会場の人々とのコミュニケーションを楽しむ。それは、同じ障害を持ちながら生活しているという共通の体験によって人々の結びつきが一層確実なものとなる場であるのみならず、社会的に孤立することの多い失語症者が、 歌い、踊り、触れ合うなど、身体の運動をともなうコミュニケーションの経験を通して多様なコミュニケーションの在り方を発見し、そのなかでさらに新たなコミュニケーションへの意欲を紡ぎだしていく機会なのである。

3　代弁者を介したコミュニケーションという問題

多くの場合、失語症を抱えることによって家族の生活は大きく変化し、それによって家族の結びつきも変化する。言葉が話せることによって隠れていた、相手を察する、気遣うというコミュニケーションの仕方が重要な位置を占めるようになる。

例えば、患者の以前の姿を熟知している家族は、患者が言葉で表現できない微妙な感情などを察することができる。また、家族が暗い表情をしても、患者の方からそれを「どうしたのか」と問い確かめることができないので、患者に不安感だけを残さないように、家族が気を使って振舞うようになる。通常家族の「思いやり」と見なされるこのような状態は、双方の側で起こりうる事態を予期し、相手の状態をいちいち問いただして確かめるコストを省くというコミュニケーションの様式として記述することができる。

こうした様式のコミュニケーションは、失語症があるなしにかかわらず、親子など親密度の高い人間関係に見られるものである。当事者をよく知る者が本人の意思を推測し代弁することによって、コミュニケーションの負担は軽減され、コミュニケーション全体がスムーズに進むことがある。このように非対称な仕方ではあるが相補いながら進行するコミュニケーションはG．ベイトソン、P.ワッツラウィックによって

「相補的コミュニケーション」と呼ばれ、同等の行為が交互に繰り返される「対称的コミュニケーション」と対比される。[5] 通常のコミュニケーションでは「相補的／対称的」という二つの様式が交互に組み合わされて進行することによって安定した関係が保たれる。しかし家族のように固定したメンバーのあいだでコミュニケーションの様式が相補的なものに固定されてしまうと、一方の側からの予測や推測のみが支配的となるとともに、双方の意思を根気よく確かめるために対称的コミュニケーションに移行することが困難になる。

確かに患者の安全と安楽（居心地のよさ）を確保する上では、相手の意思をいちいち確認するのではなく、相手の代わりに判断し・決定することが必要なことが多い。こうした相補的コミュニケーションは《医者／看護者－患者》、《教師－生徒》などに社会における特定の文脈において顕著に見られるものである。しかし家族生活のなかで失語症者を看護・介護する場合には、とりわけ言語による対称的コミュニケーションが困難であるだけ保護者・介護者の考え方が支配的となってしまうことは否めない。

事例５や６では、失語症を抱える妻を夫が介護している。事例５では、夫が仕事で外出中は鍵をかけ、訪問者があっても妻がでないようにしたり、妻が一人で歩き回ると危険なので家屋の改造もわざとしていない。

「家政婦を頼むことも考えたけれど、本人が喋れないのできちんと世話をしてもらっているか確かめられないし、そうでなかったらかえって可哀相だと思って、それだったら私が面倒を見る方がいいと思いましてね。」（事例からの引用）

夫は妻のことは自分の方がよく理解できるという理由で、一人で世話を背負い込み、地域の医療・看護の専門職の協力を得たり、患者の会から情報を得るなど方策をとらずにいる。それに対し、事例６では、夫が仕事で不在中は、看護婦の資格を持った家政婦に世話を依頼し、長男と長女は週末に世話に来ているほか、地域看護の整備面の違いもあって、理学療法士や保健婦の訪問、福祉サービスも受けている。

このように夫が妻の意思を代弁し、保護者として振る舞う場合、夫の判断が、患者の生活状況・コミュニケーションの状況を大きく左右することになる。失語症者の参加しうるコミュニケーションの範囲が狭められ、最終的に社会のコミュニケーションから閉め出されることになると、失語症者本人は孤立感のなかでコミュニケーションへの意欲そのものを失ってしまう。しかも夫がコミュニケーションと介護を全面的に請け負っている場合、精神的・身体的に夫が介護を継続できなくなれば、妻は危機的状況に陥ることになる。

また、事例６でも、車椅子は作ったものの、夫が車椅子の生活にするのはいやだと

いう理由で車椅子を使用せず、「少しの段差でも乗り越えられるように」と自宅の改造は意識的に行われていない。ここでも妻のことを考えながらも、自立して欲しいという夫の希望が大きく反映されている。

さらに夫は「言葉がもう少し出て、自分でああしたい、こうしたいと言えるようになって欲しい」と言う。しかしながらこれは単に症状として言葉が出ないこと以上の問題を示しているように思われる。重度の失語症を抱えながら、自分がどうしたいのか、ということについて表明することが困難であるのはもちろんであるが、それ以上に、妻が、自分の意思よりも、日々の生活全般を依存せざる得ない夫の意思を尊重することは十分想像することができる。むしろそのような状況では「自分でああしたい、こうしたい」と言うことができるようなコミュニケーションの関係は極めて成立し難い。

ワッツラウィックらによれば、自分の意思を表明し相手に伝えることができるかどうかは、伝達者の意志、内容、能力、自律性に関わるだけでなく、伝達すべき相手との関係に大きく依存しているという。[6] 失語症者と介護者とのコミュニケーションのに関しては、失語症者の伝達の能力の問題ばかりに目が奪われがちであるが、両者の極めて非対称な関係のなかでは失語症者の意思が二重に表明しにくいという点を認識する必要がある。先の例に関して言えば、相手に意思表示を求めること自体がすでに強制－相補的関係を先取りし、それを強化する方向にしか向かわないことは明らかである。確かに言語の使用は対称的コミュニケーションへの移行を容易にするように見えるが、必ずしもそうではない。言語を使用してもなおコミュニケーションは相補的なままにとどまる可能性はあるとともに、さきにもみたように言語によって明確に意思を表示する以外の仕方であっても対称的なコミュニケーションを繰り広げる可能性もあるはずである。

4　自己理解と他者理解

失語症者をどのように理解するのかという問題は、患者の自己理解をどう理解するのかというさらに難しい問題につながっている。とりわけ失語症においては、失語症とはどのような状態であるのかについての情報を言語を通じて理解することが困難であったり、患者本人がどのように理解しているのかを言語的に表現することが困難であるだけに、患者がどのように自己と自己の状態を理解しているのかを伺い知ることは難しい。

例えば、脳卒中の患者は時として感情失禁と呼ばれる感情の激しい起伏をみせたり、

抑うつ状態に陥ることがある。看護者は、それが脳障害そのものに由来する「生理的な原因」による場合なのか、それとも環境の変化への不適応から生ずる「心理的な原因」による場合なのかを区別し、適切に対処しようとする。「生理的な原因」によると見なされた場合、それはもはや「理解」の対象ではなく「症状」であり、患者の自己理解の有無に関わりなく薬物治療の対象になってしまう。また、「心理的な原因」によると見なされた場合、患者の不適応の原因を環境の内に探るということに重きが置かれる。いずれにせよ、苦しみのさなかにある患者に対して、自分の行動をどのように理解しているのかという意味での自己理解を問いただすことは無理なことであり、「援助」という局面では患者の自己理解を飛び越して対処せざるを得ないことは確かである。

もう一度事例に戻ってみよう。事例５では、台所の蟻を懸命に探す妻が、夫に「もういないよ」と言われても、あきらめずに同じことを繰り返し、会話がとぎれてしまうことがあった。このように患者が時折見せる意味のよく分からない行動を家族も看護者も理解できず、患者が「自分の行動を理解できていないのではないか」と思ってしまう。とりわけ看護者の目には、そうした行動は「症状」として目に映り、コミュニケーションがもはや成立しない「異常行動」あるいは「性格の変化」と判断されることが多い。

しかしながらここで考慮されなければならないのはコミュニケーションの成立／不成立を誰が決めるのかである。確かに相手が理解しがたい行為を示すときに我々はしばしばコミュニケーションが成立していないとの印象をもつ。しかしそのような印象は常にコミュニケーションに参与する一方の側から切り取られたコミュニケーションのパースペクティヴでしかない。例えば、妻の行動が夫の期待するようなコミュニケーションに対する“拒絶”を表現しており、ベイトソンやワッツラウィックが指摘するように、コミュニケーションを拒むというコミュニケーションが生じているという可能性を誰も排除することはできないのではないだろうか。自分と自分をとりまく状況とを言葉によって明確に表現できない失語症者にとって、そうしたことが言葉を意のままに操る他者によっていともたやすく成し遂げられてしまうという事態そのものが受け入れられないことは十分に想像することができる。

もちろんこうした想像や理解も可能性の一つでしかない。むしろコミュニケーション特有の問題は、コミュニケーション参与者の個々のパースペクティヴからはコミュニケーションのプロセス全体を完全に見通すことが不可能であるという点にある。ましてや参与しない者が外側から俯瞰することもできない。確かに言葉を用いることによって「私にはこう見える」という仕方で互いのパースペクティヴを比較し、置き換

えることができる。言葉の使用によって対称的なコミュニケーションが容易になるのもこのためである。重度の失語症者とのコミュニケーションが困難に思われるのは、言語という仮構された対称性が見失われることによって、この見通し得なさが前面に現れ、互いのパースペクティヴの非同一性、非対称性が顕わになるからであろう。確かに我々はこのような非同一性や非対称性に直面することによって“コミュニケーションの不可能性”という問題に突き当たる。しかしそれは失語症者とのコミュニケーションに限られるものではないだろう。コミュニケーションの不可能性という問題がすべてのコミュニケーションに潜在的に織り込まれ、いつでも顕在化し得るものであることは我々の日々の経験が示していることである。そしてまた他方で、言語の自明性のなかで惰性化したコミュニケーションを活気づけ、コミュニケーションをより豊かなものにしているのもまた、こうした非同一性や非対称性ではないだろうか。[7]

以上のようなコミュニケーションにおける非同一性や非対称性を出発点とするならば、「自己理解」や「他者理解」という問題はどのように変わるのであろうか。コミュニケーションにおいては自己理解は他者理解と連動し、循環しているとすらいえるだろう。コミュニケーションにおける「理解」とは、一方が他方の行為を観察してそれに応答し、さらに他方がその応答を観察してそれに応えるという具体的なプロセスの連続のなかでしか成立し得ない。その意味でコミュニケーションにおける理解については、発信者の「コミュニケーション能力」ではなく、むしろ受け手の応答する力というものが問われなければならない。かなり重度の失語症であっても適切な応答によってさらなる相手の応答を紡ぎ出せるのであればコミュニケーションは継続する。事例５においては蟻を追う妻に対して夫は「もういないよ」と声をかけたが、そこでコミュニケーションは途絶してしまう。そして妻の自己理解が問題と見なされる。しかし夫や看護者にとっては一緒に蟻を探すなどの別様の応答の可能性もあったのであり、それに応じてコミュニケーションのあり方も変化し得たのではないだろうか。

もちろん失語症者とのコミュニケーションを試みる者にとって、失語症者が自己と他者をどのように理解しているのかということは依然として大きな疑問であろう。しかし自己理解や他者理解というものは状況ぬきにそれ自体で成立するのではなく、あくまで行為やコミュニケーションの状況のなかで問われるべきである。失語症者のみならず失語症でない者にとってもまた、コミュニケーションは自己理解を促しもすれば、また攪乱するようにも思える。いずれにせよ、失語症者がどのように自己と他者を理解しているのかについての答えは、失語症者とともに生き、ともにコミュニケーションを行うなかでしか知ることができない。

結

以上のように、我々は失語症者をめぐるコミュニケーション状況をいくつかの観点から描き出すことを試みた。冒頭で述べたように、失語症の現れは一人一人違い、さらに同じ人でも状況によって状態が変化する。今回の事例は運動性失語に限られていたが、今後の課題は、より多くの症例をサンプルとして集積することではなく、むしろ個々の事例により深く入り込み、コミュニケーションの有り様をより具体的に描き出すことであろう。[8] そしてもう一つの課題は、障害を被ることによる変化の受容という問題であろう。被った失語症の程度に応じて、コミュニケーションの有り様は変化し、したがって人間関係も自己の有り様も変化する。変化したものに対して変化する以前の状態をいくら並べ立てたとしても、変化そのものを捉えることはできない。コミュニケーションの変様と自己なるものの変様がどのようなものであるのか、その問いに対する答えは、変化のなかで彼ら彼女らが生き、そして彼ら彼女らが自ら変化を見据え肯定することぬきには考えることはできないだろう。

注

1 「われわれは、制度化された言葉の世界に生きている。そして、このような公のものとなった言葉について、われわれはすでに形成された意味を自分自身のなかに所有している。したがって、それらの言葉がわれわれのなかに惹き起こすものは、単に二次的な思惟に過ぎず、後者は後者でまた他の言葉によって表現されるのであり、この言葉の方もそれを表現するのにわれわれの方で別にさしたる努力をする必要のあるものではないし、また聴く者の方でも、それを了解するのに何の努力もする必要のないものである。したがって、言語と言語の了解とは、自明のことのようにみえる。」M.Merleau-Ponty, Phénoménologie de la perception, Gallimard, 1945,p.214,（竹内芳郎、小木貞孝訳『知覚の現象学』１、みすず書房、1967 年、302 頁）

2 ibid.

3 ibid.

4 cf.　S. パー他『失語症をもって生きる』（遠藤尚志訳、筒井書房、1998 年）249 頁。

5 cf.　P. ワッツラウィック他『人間コミュニケーションの語用論』（山本和郎・尾川丈一訳、二瓶社、1998 年）51 － 55 頁

6 cf.　ibid.　35-38 頁

7 cf.　本間直樹「コミュニケイションと倫理学」（『倫理学年報』第 48 集、1999 年　所収）

8 武田・本間によるこうした試みに関しては、武田・本間「コミュニケーションにおける声・身体・共存について――困難なコミュニケーションが映し出すもの」（平成13年度科学研究費補助金・基盤研究(B)(2)研究成果報告書『コミュニケーションの存在論』157-166 頁）を参照。

資料１

本文の中で、事例の失語症の程度を説明する際に用いた失語症の重症度の評価およびコミュニケーション能力の評価について

１．失語症の重症度の評価

障害の程度は従来より失語症テストの得点からのみで判定することは困難で、言語療法士の臨床経験に基づいて判断されているのが実情である。発表で採用した分類は、以下の手続きによるものである。

面接によって得られた失語症者の標準失語症検査の結果を、笹沼らによる臨床定義に基づく六段階の重症度に振り分け、これを軽度（重症度４～５）、中度（重症度２～３）、重度（０～１）の三段階に分類した。

評価　重症度　　＜重症度の内容＞

軽度　５：主観的にのみ困難が感じられる程度の痕跡的失語。

４：明かなハンディキャップが認められるが、発語はほぼ正しく表現できないことはない。

中度　３：発語は形式･内容ともに欠陥があるが、考えたことをほとんど全て伝達することができる。

２：患者も会話に加わわれるが、やり取りできる情報には限界がある。

重度　１：検者が簡単な質問を色々行い、患者の曖昧な反応は推測で補うことによってわずかにコミュニケーションが成立する。

０：コミュニケーションが全く不可。

２．コミュニケーション能力の評価

現行の機能訓練事業で言語療法的訓練に用いられている評価基準に沿って評価した。

段階　　＜コミュニケーション能力＞

６：　日常コミュニケーションにほぼ支障はない。

５：　短い文で表現できるが、詳しい内容までは伝えられない。あるいは構音が不明瞭である。

４：　簡単な言葉で表現できる。

３：　話しかけに対し「はい」だけでなく「いいえ」もできる。指さしや身ぶりで自分の意思を示すことがある。

２：　話しかけると相手の顔を見る、うなずく、口真似をするなどの反応があるが、言葉の理解は不確実で、自分の意思を表現することもない。

１：　意識は一応清明だが、相手と視線があわず話しかけても表情や態度の変化がない。

資料２：事例紹介

事例１　Ｋさん　５９歳　男性　脳腫瘍　運動性失語　（痕跡程度、コミュニケーション能力６）　出版会社編集業事　麻痺なし
手術後３ヶ月間休職の後に前職に復帰した。人と話す機会が少ない業務なので直接的な支障はなかった。通常の会話では失語があることが判別できないが、本人は「頭の中で考えて言葉を並べる、その連絡が上手くいかない。文章を書くときにも微妙な表現ができなくて困る。人と話すときはゆっくりと話すように気をつけているけれど、バカヤローと言いたくても、バッから後が出てこないんですからね」と言う。妻は「電話をかけていても、本当だともっと喋るところを短くしているなという気がします。仕事柄、この人の性格からすると、表現にはとても気を配り、それを得意としていただけにつらいに違いないと思います」と話していた。

事例２　Ｉさん　５０歳　女性　高血圧性脳内出血　運動性失語（痕跡程度、コミュニケーション能力６）　ブティック経営　麻痺なし
外国を旅行中に発病、言葉が全く聞き取れず、不穏状態が続いた。「あ・い・う・え・お」は言えたがなぜそれを言わされているのか分からなかった。帰国後訓練を受け「トイレ」と「おふろ」を間違えることもあったが「娘や弟の嫁に言葉の出具合を尋ねたら、ゆっくり喋れば大丈夫と言われたので自信が持てました」。前職に復帰当初は「領収書の字が書けなかったり、そろばんが上手く使えなかったりして困ったけれど、そんなときはダメだとは思わずもう一度やろうと自分を励ましてきました」「もとに戻るのは（言葉が）無理だと分った時からできることを探していくようにしています。今は注意して喋っているけれども、以前に比べると５０％位しか言葉が出ないのよ」と話す。

事例３　Ｕさん　２２歳　女性　脳腫瘍　運動失語（軽度４、コミュニケーション能力５）　ワープロの事務職　麻痺あり
腫瘍摘出術後、失語症と右半身麻痺、顔面神経麻痺が残った。「一生懸命訓練すれば、必ずよくなると信じていた。でも、リハビリの先生からこれ以上はよくならないと言われて、とてもショックだった。２ヶ月過ぎた頃から、やっぱり良くならないんだと思うようになって、諦めて、これからどうしたらよいか考えるようになった。母はまだよくなると信じているみたい」もともと職場の友人関係が悪かったので、「外出中は帽子を被て、顔を隠して誰にも会わないようにしている。私だと分からないようにね」。失語症に対して「早口では喋れないけれど、ゆっくり喋ることで、相手がイライラしているときや怒っているときもだんだん落ちついてくる。だからいいかなと思って」と話す。発話状態にハンディキャップがかなり認められるが、時間をかけてゆっくりと相手に伝えようとする姿勢が感じられた。

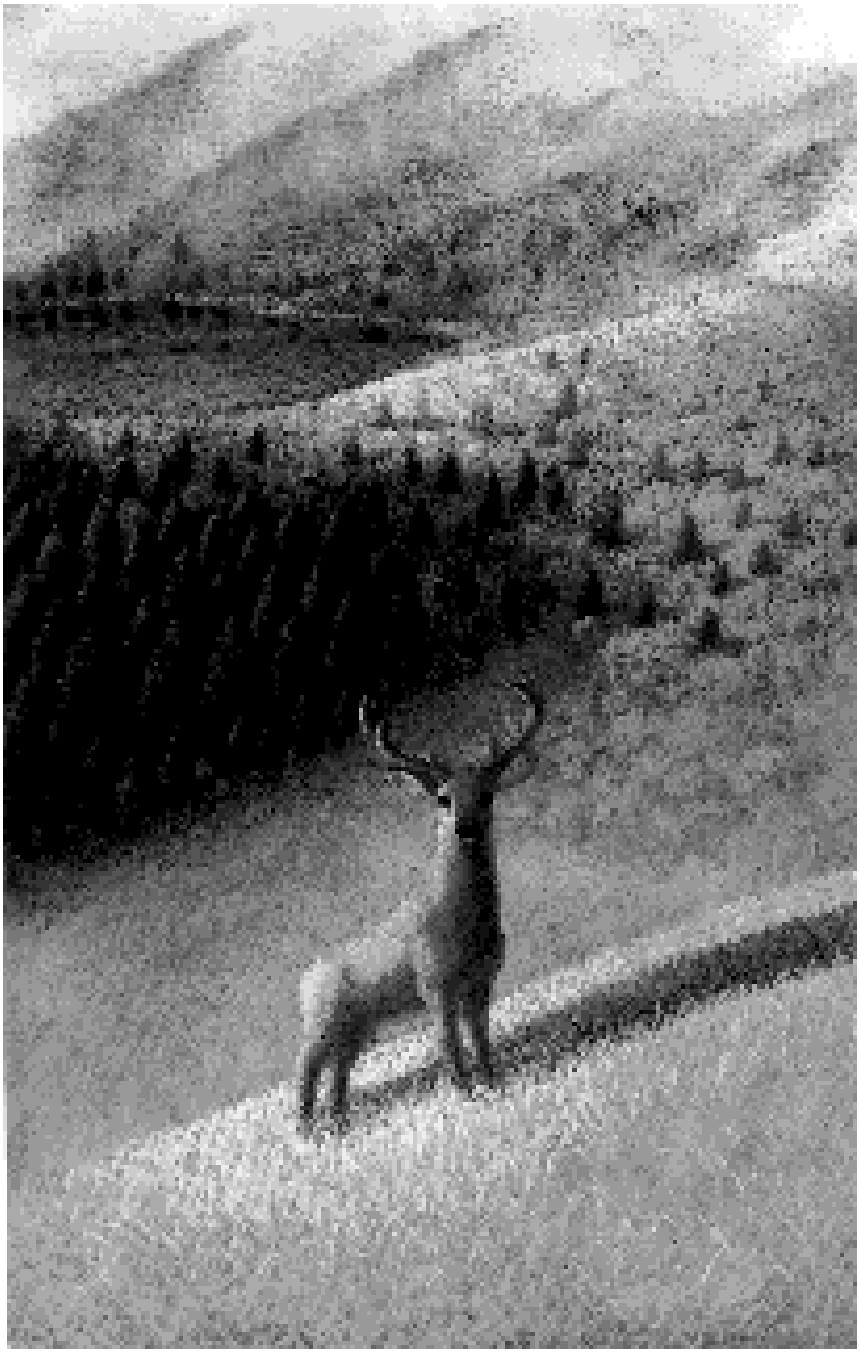
事例４　Ｍさん　６０歳　女性　高血圧性脳内出血　運動性失語（軽度４、コミュニケーション能力５）　コンピューター関係　麻痺あり
毎夜１０時頃まで仕事をするハードな毎日を過ごし、仕事中に突然発病した。リハビリの結果、杖で歩けるようになったが、右上肢はほぼ廃用状態で機能回復は望めず、仕事を辞めた。交通

の便が悪くタクシーを利用しなければ外出できないので、ほとんど家の中で過ごしている。発病前は同僚から雄弁家と言われる程話が得意で、社交家、来客も多かったが交流も途絶えてしまった。本人は「自分が出ていくと邪魔になると言う気がある。皆がどんどん来てくれなくちゃ嘘よね。きっと遠慮してみえるみたい。周りに人がいなくなったことが、病気をした一番大きなことみたい」「仕事を辞めることになって悔しい。ありとあらゆることを喋りたいのに出てこない。口が動かないことが一番悔しい」という。

事例５　Ｆさん　５３歳　女性　動脈瘤　運動性失語（重度１、コミュニケーション能力２）　主婦　麻痺あり、夫と長男の三人家族

手術後、失語症と麻痺が残り、右の上肢は廃用状態であった。発病直後は自分や家族の名前は分かるが、日常物品の名前は言えず、自発後は「はい」「いいえ」程度であった。発病する一年前に転居してきたので近所付き合いは全くなく、週に一回の言語訓練に外出する以外は家の中で過ごしている。炊飯器のスイッチを入れたり、気の向いたときに茶わんを洗ったりする程度で、家事は夫が負担している。夫が仕事で外出中は鍵をかけて電話や訪問者があっても出ない。一人で歩き回ると危険なので家屋の改造は意識的にしていない。仕事と家事、介護の負担が大きいために夫は「家事とこの人の世話でくたくたですよ。仕事ができないので親身になって世話をして下さる人がいたら昼間の面倒をみてもらいたい。家政婦を頼むことも考えたけれど、本人が喋れないのできちんと世話をしてもらっているか確かめられないし、そうでなかったらかえって可哀相だと思って、それだったら私が面倒を見る方がいいと思いましてね」。言葉については「言葉がもう少し出るようになって、自分でああしたい、こうしたいと言えるようになれば多少手足がきかなくてもまし。言葉が出ないのは大変つらいと思いますよ」。面接の間、本人は黙って横に座っていた。質問はまず本人にしたが、リハビリ訓練について尋ねたときに、「がん、ば、りっ、ました」と返事しただけで、後は夫が答えた。保健所の訓練事業を紹介すると夫は「他の会に連れて行くのはかえって可哀相」と言う。面接中に本人は、蟻がはっているのを見つけて後を追って台所に行き、一生懸命に探し始めた。その行動がしばらく続いたので夫が「もういないよ」と声をかけたが、聴いている様子もなくその行動は続けられた。

事例６　Ｓさん　６２歳　女性　内頚動脈狭窄　運動性失語（中度２、コミュニケーション能力３）　主婦　麻痺あり　夫と２人暮らし、長男、長女は独立。

物忘れがひどい、計算ができない、左の麻痺などの症状が現れ入院。頚動脈の内膜剥離術を受けたが、血流が悪く麻痺と失語症が残った。簡単な話はようやく理解できる程度で、意味のある発語は極めて困難な状態であった。リハビリ訓練先で訓練への希望を聞かれた際に、「自分で用が足せること。できれば台所に立てることと書いたら、いきなり、この病気はよくなりませんよと言われて、本人も私もとてもショックだった。かなり難しいけれど、一緒に頑張りましょうと言ってくれれば随分と違ったと思いますよ」と話す。夫が仕事で不在中は、看護婦の視覚のある家政婦に世話を依頼し、長男と長女は毎週土、日に世話に来ていた。理学療法士の家庭訪問を受けて指導のもとにトイレの手すりをつけた。また、保健婦の家庭訪問や福祉サービスも受けていた。毎日、家政婦と散歩に出かけることが日課である。本人は「あしが・・・・

（もう少し動くようになれば）」と涙ぐむ。夫は「言葉がもう少し出て、自分でああしたい、こうしたいと言えるようになってほしい」。車椅子は作ったが、夫が車椅子の生活にするのは嫌だと言う理由で使われておらず､少しの段差でも乗り越えられるようにと自宅の改造は意識的にしていない。