

失語症患者とその家族の失語症に対する 態度に関する一考察

岡部 克己* 浜谷 葉子** 岡部 聰子***

本研究は、失語症患者とその家族の失語症観を比較することを目的とした。特に患者とその家族の失語症に対する態度の一致・不一致性、及びその要因について、環境改善の立場から論及した。

調査対象は、慢性期の失語症患者4名とその家族4名であった。32項目から成る「失語症に対する家族の態度評価尺度」(SAAA)が用いられた。主な結果は以下の通りである。

1. 患者及び家族の両群は、患者の社会参加については、挨拶程度のコミュニケーションに対しては好ましい態度傾向を示したが、親しい人以外との直接的な対人行動を伴うコミュニケーションについては、好ましくない傾向に一致が見られた。
2. 家族の患者に対するコミュニケーションのとり方に関する項目群では、両群は好ましい態度傾向への一致が見られた。
3. 両群の態度に不一致が見られたのは、患者の自己概念とその促進要因に関する項目群であった。
4. 言語治療に関する項目群では、両者の反応は少なかった。

キーワード：失語症 失語症患者 家族 態度評価尺度 言語治療

問題および目的

失語症の言語治療は、統語論、意味論を中心とした言語学的アプローチや、刺激-反応系の厳密なコントロールを重視する行動主義的アプローチで展開されてきた。しかし、言語機能の回復が脳損傷の程度によって予想以上に限定されているという臨床上的実感が強まるにつれてセラピーやリハビリテーションの目ざすところが、単なる言語症状の改善から、広義のコミュニケーション能力の改善、さらには適応能力の改善へと拡大されてきた。失語症患者の言語治療にあたっては、治療者は、単に言語症状を対象にするのではなく、言語障害をもつ「病める人間」に対せねばならないという考え方は、Sarnoら(1979)、大橋(1980)、長谷川(1981)らに共通している。患者が、絶望と欲求不満の中で苦悩することを思えば、

患者と共に生活し、関わる者が、患者が何を感じているかを理解するように努め、その事を患者に知らせて援助することは、患者・看護者——関わる者——の双方にとって望ましいことである。

失語症患者と家族との関わりについてそれらを別個にとりあげた研究はあるが、両者の関連を同時に扱った研究は、伏見・竹田(1976)、綿森・笹沼(1978)、岡部ら(1981)の報告以外、数少ないのが現状である。上掲の伏見・竹田の研究では、失語症患者に自分のもつ問題を説明・分析させて患者の失語症観を得、それを患者のパーソナリティと合わせて考察し、さらに同じ患者の家族に、家族成員が失語症になったことにより生じた問題について述べさせ、その問題に対する態度(失語症観)との比較検討を行なった。その結果、患者のリハビリテーションと環境への適応には、精神的・物質的、時には経済的にも家族に依存せざるを得ず、そのため家族の安定と協力が必要であることを強調した。又、綿森・笹沼は、上記の研究で実用的発話能力を回復した失語症患者の日常コ

* 筑波大学心身障害学系

** 武蔵野療養病院

*** 東京都立医療技術短期大学

コミュニケーションにおける音声言語理解と発話の障害条件・促進条件を分析し、特に急性期すなわち発症後1ヶ月以内の患者が自己のもつコミュニケーション能力を十分発揮できるか否かは、周囲の人々の接し方に大きく影響されると述べている。一方、岡部ら(1981)は、人間の相互交渉を中心に据えた環境改善的アプローチの重要性に着目し、失語症のリハビリテーションの一環として、患者とその家族および医療スタッフを交え、その障害の理解と克服を目的としたミーティングを実施した。その結果、家族を含めた人的・社会的環境に変化が生じ、それに伴って患者の精神的安定と言語能力に著明な改善が見られたと報告している。

以上の問題意識に基き、本研究では、筆者らが言語治療を継続して6ヶ月以上行なった家庭復帰後の患者で、現在、その言語症状がほぼ安定した慢性期の失語症患者4名とその家族を対象に、相互の失語症観を比較し、患者と家族の態度の一致性・不一致性、及びその結果に至る要因について環境改善的アプローチの立場から検討することを目的とした。

方 法

症例

研究対象は、失語症と医学的に診断された患者で、その内訳は、Schuell(1971)の分類による感覚運動障害を伴う失語1名(男性、52歳)、散在病状性失語2名(女性、45歳、男性、66歳)、単純失語1名(男性、16歳)である。それぞれの症例は、発症後18~28ヶ月の範囲で、発症経過月数の平均は、22.5ヶ月であった。また、各症例は言語治療を6ヶ月以上(平均9ヶ月)継続して行なったものとした。

対象となった家族は、各症例の主たる看護者1名ずつで、その内訳は、配偶者3名(妻2名、夫1名)、保護者1名(母親)とした。その年齢は、症例1の妻、49歳、症例2の夫、49歳、症例3の母親、42歳、症例4の妻、63歳であった。なお、看護者は患者の発症時、全員有職者であった。

言語機能の評価と言語治療の経過

各症例の言語機能の評価するために、老研版「失語症鑑別診断検査」を初回面接後実施し、症例の実態に応じて、さらに再検査を行なった。

質問紙の内容構成

本研究のために使用した質問紙は、本論文末に

示した(附表1)。この質問紙は先行研究において岡部(1981, 1986)の作成した「失語症に対する看護婦の態度評価尺度」(Scale of Nurse's Attitude toward Aphasia)を基礎にして、同じく岡部(1981)によって作成された「失語症に対する家族・職業付添人の態度評価尺度」(Scale of Attendant's Attitude toward Aphasia 以下SAAAと略す)に加筆修正したものを用いた。SAAAは32の質問項目から構成され、1. 患者の社会参加(对人的行動)、2. 家族の患者に対するコミュニケーションのとり方、3. 患者の自己概念及びその促進要因、4. 言語治療関係、5. その他、から成っている。

調査手続き及び分析方法

1. 各症例の背景 各症例の失語症の原因疾患に関する医学的所見及び身体症状、日常生活動作(ADL)の自立の程度などは、主治医から情報入手した。又、入院及び言語治療歴については、主治医の所見と言語訓練記録に基づき整理した。

各症例の家族歴、学歴、職歴などの一般情報を家族(主たる看護者)から聴取した。

2. 面接 SAAAの質問紙を用いた調査面接法によって行なった。手続き上、SAAA質問紙を予め対象となる家族に手渡しして記入を依頼し、回収後の第1回面接において、それぞれの質問に関する補足的インタビューを行なった。患者に対しては、同一の質問紙を用いて、家族との第2回目の面接終了後(昭和61年10月~11月)に面接を行なった。患者に対して面接者が質問内容を読み上げ、反応を確認しながら回答を得た。面接は、患者、家族とも個別に面接室で行なわれ、所要時間は、家族約60分、患者約30分で、面接内容は小型テープレコーダーに録音した。

3. スコアリング SAAAの全項目を好意的意見群と非好意的意見群に二分し、前者は「全くそう」を5点、「ややそう」4点、「わからない」3点、「ややちがう」2点、「全くちがう」1点とした。後者にはこれと逆に得点し、「全くそう」を1点、「全くちがう」を5点とした。従って、得点は失語症や患者に対する態度が好ましい程、高い得点となる。

なお、各項目を「好ましい態度」、「好ましくない態度」という態度傾向を用いて比較するときには、上述の得点4と5を好ましい態度、得点1と2を好ましくない態度、得点3をどちらとも言え

ない傾向をもつものとした。

結 果

各症例の概要

各症例の概要は、Table 1. に示す通りである。各症例の原因疾患の内訳は、脳血管障害によるもの3名(症例1, 2, 4)と脳炎後遺症1名(症例3)であった。全症例とも言語障害のタイプは

言語機能の評価と言語治療の過程

症例の入院歴と言語治療歴 Fig. 1. に各症例の入院歴、言語治療歴を示した。各症例の発症時期は様々であり、また入院期間にも差が認められ、最短で4ヶ月、最長で20ヶ月間の入院生活を送った者がいた。筆者らの言語指導開始時期もそれぞれの症例によって違いがある。発症後、筆者らが言語治療を行なうまでに系統的な言語訓練を受け

Table 1. 症例の概要

症例	年齢	性別	失語症のタイプ (Schuellの分類)	言語障害の程度	原因疾患	身体症状 利き手	発症 月数	ADL の程度	学歴	同居の家 族	本人の職業 前/病後	家族の職業
1	52yr.	男	感覚運動障害を伴う失語	重度	脳血管障害	右上肢不全マヒ, 右	20	自立	高卒	妻, 息子2人	運転手 休職中	妻, 息子2人ともに会社員
2	45	女	散在病状性失語	中~重度	脳血管障害	右片マヒ, 右	18	部分介助	中卒	養父, 夫, 息子, 娘	主婦 主婦	農業
3	16	男	単純失語	軽度	脳炎後遺症	右上肢不全マヒ, 右	23	自立	中学3年在学中	祖父母, 父母, 妹	中学2年 中学3年(1年休学)	会社員, 兼業農家
4	66	男	散在病状性失語	中度	脳血管障害	両下肢不全マヒ, 右	28	部分介助	専修学校卒	娘夫婦, 孫2人, 妻	公務員 無職	自営

運動性失語で、Schuellの分類によれば(Table 1.) に示す通りであった。言語障害の程度は、失語症鑑別診断検査(老研版)の結果から、軽度1名(症例3)、中度1名(症例4)、中~重度2名(症例1, 2)であった。身体症状は、右上肢不全マヒ(症例1, 3)、両下肢不全マヒ(症例4)、右片麻痺(症例2)である。又、ADLの自立の程度は、自立2名(症例1, 3)、部分的介助2名(2, 4)である。各症例の家族数は3~5人であり、その内訳は(Table 1.) の通りである。

ていたのは症例2と3であるが、全く治療を受けていなかったのは症例4で、退院後17ヶ月間、家庭にいた。

臨床報告 各症例の臨床報告を現病歴、患者の背景、言語治療経過(初回評価及び再評価結果)の順に記載する。

1. 症例1 発症後7ヶ月目の神経学的所見では、気分易変、易怒、抑うつ状態であったが、失行、失認、見当識障害は認められなかった。CT所見では、左頭頂葉——側頭葉に広範な低吸収域が

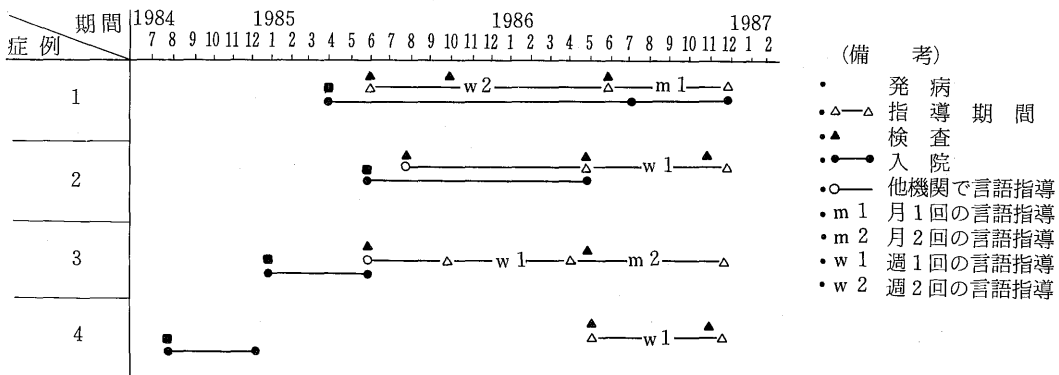


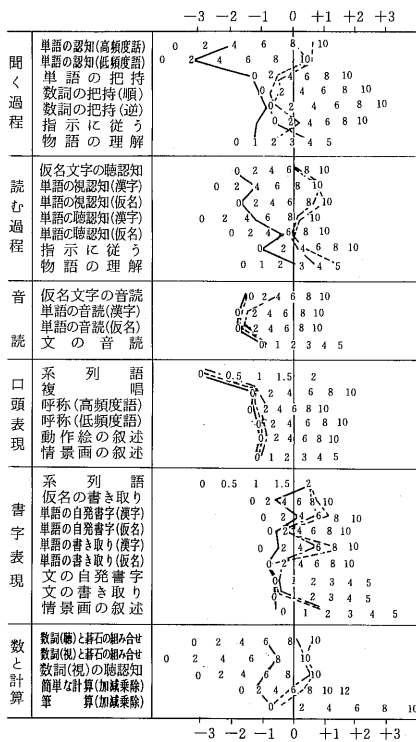
Fig. 1. 入院歴および言語指導歴

認められたが、脳波に異常は認められなかった。

患者は高校卒業後、25年間バスの運転手として勤務し、退職後は自動車学校の教師になることを楽しみにしていた。

症例1の失語症鑑別診断検査の結果はFig. 2-1.に示すとおりである。検査は発症後、4ヶ月目、7.5ヶ月目、16ヶ月目の3回行なわれた。初回検査では重度の全失語に近いタイプであった。訓練開始後4ヶ月の再検査では音読と口頭表現を除いた言語様式に著明な改善が認められ、重度の感覚運動障害を伴う失語と診断された。発症後16ヶ月目

失語症鑑別診断検査成績 (Z得点プロフィール)



症例1:

—— 発症後4ヶ月 - - - - - 発症後7・5ヶ月
 - - - - - 発症後16ヶ月

Fig. 2-1. 症例1のZ得点プロフィール

の再評価結果では、言語面での回復はほぼプラトーに達していると思われた。

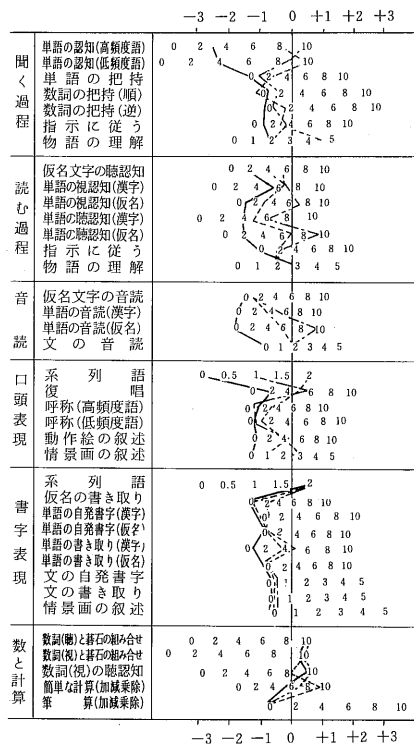
2. 症例2 神経学的所見では、右片麻痺と運動性失語が認められたが、視空間認知に異常は認められなかった。CT所見では、左頭頂—側頭葉

に強い低吸収域が認められた。

患者は中学校卒で実家も婚家も農業を営んでいる。退院後、福祉センターに通所するようになったが、農作業には全く接触をもたず、家の中ではテレビを見たり横になったりの生活で、家事も気が向けば掃除をする程度で洗濯・料理はしなくなかった。

症例2の失語症鑑別診断検査の結果はFig. 2-2.に示す通りである。検査は発症後、2ヶ月目、12ヶ月目、17ヶ月目の3回行われた。初回評価結果では、全ての言語機能に重度の障害が認められ、また発語器官の麻痺のため音韻変化が著明であった。発症後12ヶ月目の再検査では、言語障害の程度は重度から中度に改善されている。麻痺性構音障害の程度も前回より改善していた。しかし、障害は初回検査時同様、全ての言語様式にわたっており、特に口頭表現、書字表現の表出面に著しい。発症

失語症鑑別診断検査成績 (Z得点プロフィール)



症例2:

—— 発症後2ヶ月 - - - - - 発症後12ヶ月
 - - - - - 発症後17ヶ月

Fig. 2-2. 症例2のZ得点プロフィール

後17ヶ月目の検査では、前回の検査結果と比べると多少の浮動性が認められるが、言語訓練期間が1年になることから、全体としてほぼプラトーに達したものとされた。日常会話場面では理解面ではよいが、表出面では困難があり、情報伝達がスムーズにいかない。

3. 症例3 発症8ヶ月後撮影のCTスキャン所見によると、脳全体にわたる白質の低吸収域が著明に減少し、一部、左側頭葉のプロウカ領域付近、左頭頂—後頭部の深部白質に低吸収域が軽く残るだけになった。

患者は発症時、中学2年に在学中であったが、退院後、重度の失語状態にあったため、1年間休学し、中学3年に復学した。

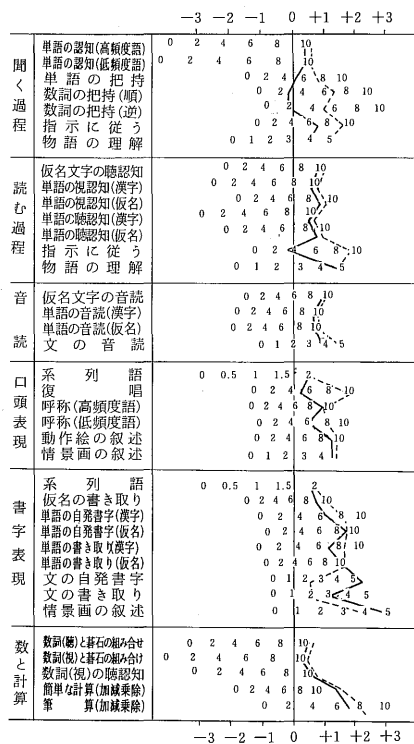
症例3の失語症鑑別診断検査の結果はFig. 2-3. に示す通りである。発症後9ヶ月目の検査では、聴覚的把持力、理解力、読解力、漢字単語、文の書き取り、筆算などの項目にやや低い項目が見ら

れた他はほぼ全問正答できた。この事から軽度の単純失語(運動性失語)と考えられた。発症後16ヶ月を経過した時点での検査では、前回10割正答できたものは大体それを維持しており、さらにその他の項目にも改善が認められた。系統的な言語訓練が始められてから1年近くなることから、言語の回復はほぼプラトーに達していると思われた。

4. 症例4 発症後27ヶ月後のCT所見によると、損傷部位は、右前頭葉に顕著であるが、出血部位が広範で深部に及び、左側頭葉にも循環障害による低吸収域が認められることから、失語症を伴うことが考えられた。CT像には脳室、脳溝の拡大が認められ、脳全体にかなりの萎縮が認められた。

患者は最初の脳卒中発作後、退職して長女夫婦と同居している。家族は娘夫婦、孫2人、妻と患者の6人であるが、娘夫婦は勤めの為、日中不在で、妻が孫の面倒を見ながら家庭で仕事をしてい

失語症鑑別診断検査成績(Z得点プロフィール)

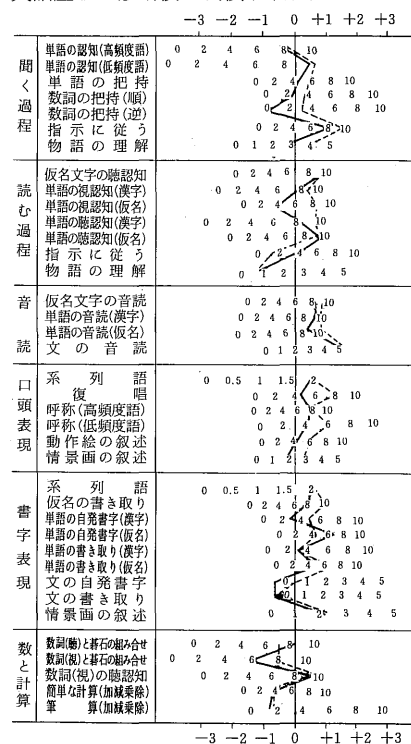


症例3:

—— 発症後9ヶ月 - - - - - 発症後16ヶ月

Fig. 2-3. 症例3のZ得点プロフィール

失語症鑑別診断検査成績(Z得点プロフィール)



症例4:

—— 発症後21ヶ月 - - - - - 発症後26ヶ月

Fig. 2-4. 症例4のZ得点プロフィール

る。

症例4の失語症鑑別診断検査の結果は、Fig. 2-4.に示す通りである。発症後21ヶ月後の検査結果によると、散在性の脳損傷に由来する視覚過程の障害と麻痺性構音障害が合併していることから散在病状性失語と考えられた。全ての言語領域における把持力の低下、総合的判断力の低下が認められた。検査の際には、検査者が語りかけただけで泣き出すという感情失禁が度々認められた。発症後26ヶ月後の検査では、訓練場面に適応し始め、感情失禁も偶にしか見られなくなった。

SAAA調査の全体的傾向

失語症に対する家族の反応 まず、全体的に見て、全症例とも好ましい態度傾向を示した項目数が全項目の過半数を越え、その内訳は症例1の家族81%、症例2は59%、症例3は63%、症例4は59.5%であった。逆に、好ましくない態度傾向を示した項目数は、好ましい態度傾向を示した項目の半数以下で、その内訳は、症例1=19%、症例2=16%、症例3=19%、症例4=28%であった。従って、全体的に見ると家族の失語症や患者に対

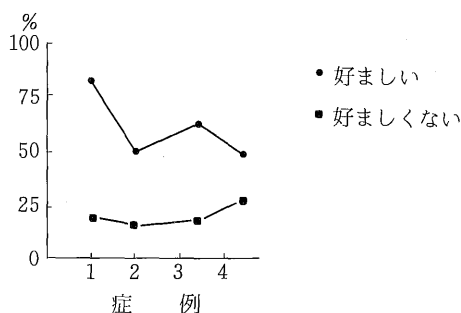


Fig. 3. 症例別にみる家族の態度の割合

する好ましい態度傾向が好ましくない態度傾向をはるかに上回っていた (Fig. 3.)。

失語症に対する患者の反応 4症例は、背景、年齢、障害の程度などが異なっており、また、内容が抽象的になると反応が得られないものがあった。反応の得られなかったものを「どちらともいえない」態度として、態度傾向を好ましい、好ましくない、どちらともいえないの3点法により分けると、結果はFig. 4.のようになった。これを見ると、家族の全体的傾向と同様に好ましい態度傾向の方が好ましくないものをはるかに上まわって

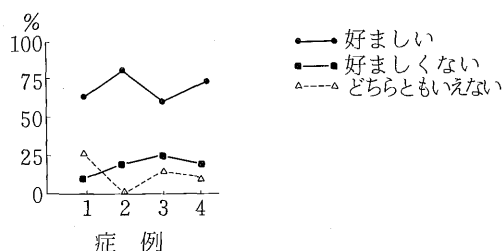


Fig. 4. 症例別にみる患者の態度の割合

いた。

SAAAに見る患者と家族の失語症観の一致

全症例における患者と家族の失語症観の一致

上述の通り患者と家族双方の全体的傾向は好ましい態度を示していたので、全体的な一致も好ましい態度の方に多くみられた。ここでは、SAAAの全質問項目の中から、患者の社会参加 (対人的行動)、家族の患者に対するコミュニケーションのとり方、患者の自己概念及びその促進要因、言語治療関係、の4つのカテゴリーの内容に関係があると思われる25項目を選び、それをカテゴリー別

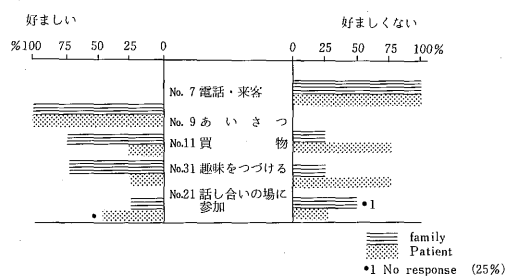


Fig. 5. 患者の社会参加 (対人的行動)

に分類した。その結果、Fig. 5., 6., 7., 8., 9., 10.に示す通り以下の事柄が明らかになった。

1. 社会参加 (対人的行動) この項目群では、「電話や来客の対応には出ない方がよい」(No. 7)という好ましくない態度を患者・家族の全員が支持し、「道で知人にあっても気づかぬふりをして通りすぎる」という同傾向の態度を含む項目には、双方が「自分から挨拶をする」と答え、好ましい態度傾向を示した。しかし、挨拶をした後、話しをするかという問いに対しては、患者全員が「うまく話せないから話したくない」と答えた。また、「買い物に行かない方がよい」を支持したのは、

家族1名、患者3名に対し、支持しなかったのは、家族3名、患者1名であった。これと同様の反応を示したのが、No.31の「病前の趣味、習慣をできるだけ続ける」という項目で、好ましい態度を示したのは患者1名、家族3名であったのに対し、好ましくない態度を支持したのは患者3名と家族1名であった。また、「家族のこみいった話し合いの場には参加させない方がよい」という項目では、家族2名は参加させない方がよいと思っているのに対し、患者は「話せなくても、聞いているだけでよいかから参加したい」と2名が答え、1名は「話が合わないからしたくない」と答えた。

この様に、社会参加（対人行動）に関する項目群では、患者と家族の態度の不一致が多く認められた（Fig. 5.）。

2. 家族の患者に対するコミュニケーションのとり方 この項目群では、患者・家族の態度が大体、一致して好ましい態度傾向を示していた（Fig. 6.）。主な項目は、「患者が少しでも努力をしたらほめる」（No.13）、「患者の言い誤りをくり返し訂正

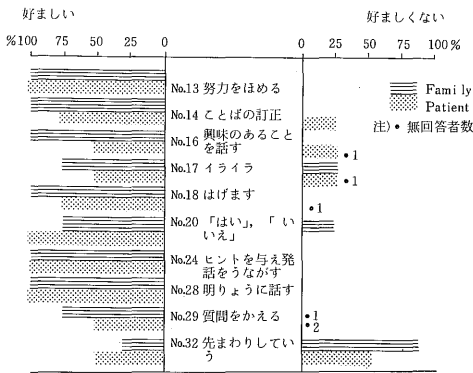


Fig. 6. 家族の患者に対するコミュニケーションのとり方

しない」（No.14）、「発話を促す」（No.16, 24）、「イライラしない」（No.17）、「励ます」（No.18）、「患者に話しかけるときは短く簡単なことばで明瞭に話す」（No.28）などであった。

一方、一致しなかった項目は、「患者がことばにつまったら、すぐ先回りして言う」（No.32）という項目で、家族1名と患者2名は支持しなかった。その理由として患者は、面接録音テープによれば、「いつも先回りされるのはいやだから」と答えた。

これに対し家族2名と患者3名は、「先回りして言う」、あるいは「言ってもら方がよい」と答え、好ましくない態度傾向を示した。

3. 患者の自己概念及びその促進要因 この項目群では、抽象的な質問内容が含まれていたため

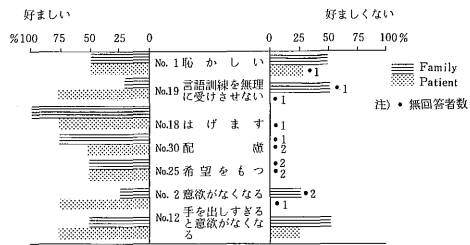


Fig. 7. 患者の自己概念及びその促進要因

患者の明確な反応が得難い項目が多かった（Fig. 7.）。「失語症患者が家族にいるのは恥ずかしい」

（No.1）と答えた家族は2名、否定した家族は2名に対し、「恥ずかしい」と答えた患者は1名、否定した患者は2名であった。No.2, 12, 19では患者の方が家族よりも好ましい態度傾向を示していた。好ましい態度傾向を示した患者・家族の内訳は、「患者が言語治療を受けたがらないときは、無理に受けさせるべきではない」（患者3, 家族1）、「患者をひとりしておく時間が長いと話そうとする意欲をなくす」（患者3, 家族1）、「患者の日常行動に必要な以上に手を出しすぎると患者はすすんで話さねばならないという気持ちをなくす」（患者3, 家族1）であった。

4. 言語治療関係 この項目群は、内容が抽象

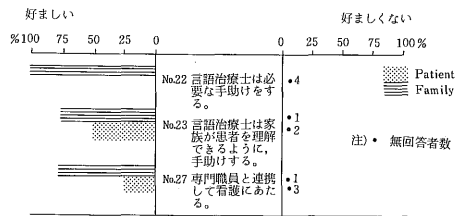


Fig. 8. 言語治療に対する態度

的になるため患者からの反応が少なかったが、家族は好ましい態度傾向を示した（Fig. 8.）。好ましい態度傾向を示した項目の内訳は、No.22, 23, 27で、順に「家族は患者の言語症状に関して言語治療士から説明を聞き、必要な手助けをする」（家族

4名)、「言語治療士は、家族が患者の問題を理解できるように手助けする」(家族3名、患者2名)、「家族は専門職員と連携して患者の看護にあたる」(家族3、患者1名)という内容であった。他の家族と患者は「わからない」と答え、好ましくない態度を支持したものはなかった。

症例別にみる患者と家族の失語症観の一致 ここでは、前項すなわち「全症例における患者と家族の失語症観の一致」で比較したものと同じ25の項目内容及び4つのカテゴリーを用いて、患者と家族の失語症観の一致する割合を各症例別に調べ

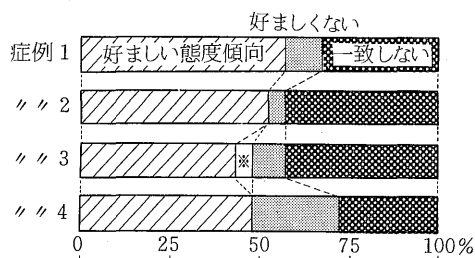


Fig. 9. SAAAにみる患者と家族の失語症観の症例別割合 (一致度)
注) ※…どちらでもない

た。結果はFig. 9.に示す通りである。その内訳は、症例1における患者と家族の好ましい態度傾向の一致度57%、好ましくない態度傾向の一致度10%、一致しなかった割合33%、症例2では、好ましい52%、好ましくない5%、一致しない43%、症例3では、好ましい43%、好ましくない9%、どちらでもない5%、一致しない43%、症例4では、好ましい48%、好ましくない24%、一致しない28%であった (Fig. 9.)。

一致するかしないかという点で比較した場合には、症例1 (一致する67%、しない33%)、症例2 (同57%、同43%)、症例3 (同57%、同43%)、症例4 (同72%、同28%)であった。

各症例における4カテゴリー別項目内容の比較はFig. 10.の通りである。症例1では、一番一致しない項目が多かったのは、患者の自己概念及びその促進要因に関する項目群で、5項目中一致したのは一つだけであった。症例2では、コミュニケーションに関する項目の好ましい態度傾向への一致が多く見られたが、対人行動に関しては、不一致や好ましくない一致が見られた。症例3では、前

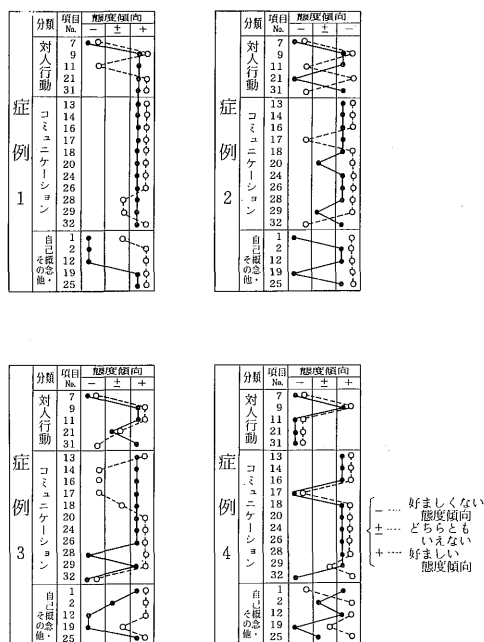


Fig. 10. SAAAにみる各症例における患者と家族のカテゴリー別失語症観の一致度の分布

2症例に比べて、一致した項目は少なかった。症例4では、社会参加に関する5項目中、全間で一致がみられた。しかし、この5問のうち4問は好ましくない態度傾向であった。

考 察

慢性期に位置する失語症患者4名とその家族4名に対する一連の面接調査の結果に基づき、患者・家族の失語症観に関する全体的傾向と個別傾向、及び失語症に対する家族の態度評価の必要性について、以下に検討を行なう。

患者・家族の失語症観の全体的傾向と個別傾向 SAAAの結果を症例別に見ると、それぞれ異なった問題をかかえているにもかかわらず、全般的には、患者・家族双方の失語症や失語症患者に対する好ましい態度傾向が、好ましくない態度傾向をはるかに上回っており、特に、家族においてこの傾向が著しかった。これは、全症例の患者が、発症後18-28ヶ月を経過し、その言語症状もほぼ安定した慢性期に入って、家族の患者に対する理解が深まったためと思われる。

さらに、SAAAの項目を結果の記述と同様に、

患者の社会参加(対人的行動)、家族の患者に対するコミュニケーションのとり方、患者の自己概念及びその促進要因、言語治療に関する項目、の4つのカテゴリに分類して考察を加える。

まず、社会参加(対人的行動)に関する項目群では、知人に出会ったら挨拶を交わすという項目に、患者・家族の積極的な態度の一致を見たが、それ以上のコミュニケーション行動に関しては、全員が消極的な態度であった。特に、実用的なコミュニケーション能力が保たれている症例3の患者でさえ、電話や来客の応対を好まず、家族や身近な人々以外とは話しながら、家族もそれに同意していることは、コミュニケーションに対する回避傾向があることを推測させる。又、外出、買物、病前の生活習慣や趣味の継続といった実際の行動を伴う社会参加に対しては、身体マヒのある症例2の患者と症例4の患者と家族が消極的であった。以上の事から、全体的に親しい人以外との直接的なコミュニケーションには、患者も家族も消極的であり、行動を伴うコミュニケーションに対しては、身体のマヒの有無が影響すると考えられた。

次に、家族の患者に対するコミュニケーションのとり方に関する項目群では、4つのカテゴリの中で最も好ましい態度傾向への一致が見られた。特に、「患者に話しかけるときは、ゆっくりと短い簡単なことばで明瞭に話す」、「患者が話し始めたら、ゆっくり辛抱強く聞く」態度は、綿森・笹沼(1978)の先行研究における音声言語の理解促進条件、発話促進条件にも合致していた。こうした、好ましい態度傾向は、患者と家族が日常生活を通じて、その時間的経過の中で、相互のより良いコミュニケーションのとり方を体得してきた結果と考えられる。

さらに、患者の自己概念及びその促進要因に関する項目群では、4つのカテゴリの中で最も両者の一致が少なく、また患者の方が好ましい態度傾向をもっていた。特に、「患者をひとりにしておく時間が長いと、患者は自分からすすんで話そうという気持ちがなくなる」、「家族が患者の日常行動に必要な以上に出しすぎると患者は自分から話さねばならないという意欲をなくす」という項目に関しては、全患者が好ましい態度傾向を示した。しかし、面接時には、「項目の内容はその通りだと思うが、実際、身のまわりの世話をされることはいやではないし、家族にするように言われる

のでしている」という答えがあった。一方、家族は、患者と一緒にいる時間を作ることや患者の日常行動に手を出しすぎること、患者の発話意欲との関係には、関心が低い傾向がみられた。従って、患者は、発話だけでなく、実際の日常行動にもあまり積極的でないことから、家族の方針に受動的になる傾向が推察された。

言語治療やチーム・アプローチに関しては、反応が少なかった。反応を得た項目に関しては、家族は言語治療士の仕事に対して比較的理解のある態度傾向を示していた。又、患者は言語治療士に、患者と家族の橋渡しになって、患者の状態を理解するように工夫してほしいという要望をもっていた。さらに、患者は言語治療を受けることには抵抗を示さず、積極的に受けたい、或いは訓練ではあっても、そのために外出できることや安心して話せる環境をもつことを楽しみにする傾向が見られた。

以上述べたような、SAAAの全体的傾向と別に、症例別に態度傾向を分析すると、次の様な傾向と問題点が考えられた。

症例1の家族は、コミュニケーションに対する態度傾向が非常によかったが、失語症患者が家族にいることを恥ずかしく思っており、患者の発話意欲を促す項目に関しては好ましくない態度傾向を示していた。一方、患者は精神症状を伴っており、自発性がなく、発話面での障害が重かった。従って、家族が患者の看護に熱心なあまり、世話を焼きすぎたり保護的になったりして看護者主導型になる可能性が考えられた。

症例2においては、全症例の中で最も両者の態度が一致しない項目が多く見られた。また、患者は身体が不自由でうまく話せないこともあって行動や言語コミュニケーションに非常に消極的であるため、患者の反応に対する家族の関心が低いと、家族の一方的な態度傾向に支配される可能性がある。

症例3の家族は、コミュニケーションに対して、受容的で好ましい態度傾向を示していた。しかし、4症例中、唯一、患者との関係が親子関係であり、そのためか、家族の患者に対する態度には、保護的・指導的な傾向がうかがえた。例えば面接時の録音によれば、家族は患者について「自発性がなく、何をするのにも時間がかかるのでつい手をかしたり、教えたりする」と述べていた。患者も家

族に依存的になる傾向が見られた。

症例4の患者は、痴呆以外に合併症状が多く、また、患者自身に自発性の欠如、注意力の低下、判断力の低下などが認められるために、家族は保護的になり、患者の行動を制限する傾向がみられた。得点の高い項目に注意すると、家族は、根気よく、辛抱強く患者に接していこうとする態度がみられたが、低得点の項目に注目すると、会話場面においても支配的な傾向が認められた。さらに、症例4では、両者の一致率が最も高く、しかも好ましくない態度傾向への一致率が高かった。この事から、患者の主体性が少なければ少ない程、家族の影響を受けやすいことが推測された。

以上述べたように、SAAAによる調査結果から、患者のコミュニケーションに対する態度は、全体的には好ましい態度傾向を示しているが、実際の行動を伴うコミュニケーションには消極的・依存的態度になることが明らかになった。又、患者に身体障害や合併症状があれば、その傾向が増強されることも明らかにされた。それに対して、家族は患者の自立を促進するというよりは、同情的、或いは、好意的な思い込みによって、患者に対し、保護的・指導的、さらには支配的な傾向さえ示すことが考えられた。

以上、SAAAの低得点の項目に注目し、補足的インタビューの内容を考慮することにより、患者と家族のもつ問題の側面が明らかにされた。

失語症に対する家族の態度評価の必要性

言語病理学者のBuck (1968) は、失語症患者であった自己の体験と学者としての臨床経験から失語症患者の診断検査のカテゴリーの中に、障害に対する家族の反応とその反応に対する処置の項目を含める必要があると強く主張している。その理由としてBuckは、患者が、消極的で非生産的な状態に留まろうとしている時には、患者自身の自己の能力低下に対する落胆、将来への不安や家族に対する後ろめたい気持ちなどの他に、周囲の者の態度が関与して、患者の環境への不適応を固定化させている事が多い、と述べている。

本研究の症例においても、直接的コミュニケーションへの回避傾向や、依存性が認められた。言語症状と本人の受容に限界があれば、それだけ環境改善の比重が高くなることをこれらの症例が示している。すなわち、言語能力が低いレベルで固定化し、本人の受容にも限界がある患者ほど、周

囲の者に依存的になりやすく、消極的になる傾向があるということは、それだけ、周囲からの正しい援助と環境の整備を必要としていることを示唆するものと思われる。

Turnblom (1952) やMalone (1970) は、家族の情緒的安定や患者への態度が患者のリハビリテーションへの意欲や環境への再適応のために重要であると報告し、Schuell (1971) もまた、患者のリハビリテーションに際して、家族の果たすべき役割と現実は何を依頼するかを検討する際に、家族の態度を考慮に入れておくべきであると言及している。

以上、環境改善的アプローチの第一歩として、家族の態度評価をすることは極めて意味のある事と思われた。

文 献

- Buck, Mckenzie 1968 *Dysphasia-Professional Guidance for Family and Patients*. Prentice-Hall, New Jersey. 竹田契一・長沢泰子 1970 失語症——家族と患者への専門的助言、日本文化科学社。
- 伏見泰子・竹田契一 1976 失語症の心理的側面に関する一研究 老年心理学研究 2: 106—131。
- 長谷川恒雄 1981 失われたことば 日本放送協会出版。
- Malone, R.L., Ptacek, P.H. & Malone, M.S. 1970 Attitude expressed alone, M.S. 1970 Attitude expressed by families of aphasics, *Bri. Journal of Disorders of communication*, 15: 174-179.
- 岡部克己・岡部聡子 1981 失語症のリハビリテーションと看護。近森病院言語室 国際障害者年記念研究会集録
- 大橋博士 失語症 1980
- Sarno, J. & M.T. 1979 *Stroke—A Guide for Patients and Their Families*. McGraw-Hill, New York.
- Schuell, H., Jenkins, J. & Jiméñz-Pabón, E. 1964 *Aphasia in Adults*. Harper and Row, New York.
- Turnblom, M. & Myers, J.S. 1952 A Group discussion program with the families of aphasic patients, *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 17: 393-396.
- 綿森淑子・笹沼澄子 1978 失語症患者のコミュニケーション・マネージメントについて、リハ

ピリテーション医学, 15:95-105。

(付表1) 失語症に対する家族の態度評価尺度 (SAAA)

構成者

岡部 克己

岡部 聡子

記入者氏名： 年令 満 才

患者との続柄：

記入年月日： 昭和 年 月 日

記入法：この検査では32の失語症に関する意見が述べられています。各意見に対して、あなたの気持ちに一番ぴったりするものを選び出し、「全くそう」、「ややそう」、「わからない」、「ややちがう」、「全くちがう」のいずれかを1つ〇で囲んで下さい。あまり深く考えず、気楽に記入して下さい。どうかすべての項目にお答え下さい。

各項目についてご意見があれば、余白に自由にご記入下さい。

1. 家族の中にあまり話せない慢性の失語症患者がいるのは恥ずかしいことであり、なるべく人に話したくないと思う。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

2. 家族が患者をひとりにしておく時間が長いと、患者は消極的になり、話そうという意欲がなくなる

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

3. 軽い失語症患者は、重い失語症患者とつきあうと、言語の回復が妨げられるため、つきあわないほうがよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

4. 脳卒中の発作後、2ないし3週間しかたっていない失語症患者の目の前で、いろいろと患者の病状について話したり、批判したりしても、患者は何を言われているのかよくわからないため、患者の心を傷つけることにはならない。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

5. 家族の誤った接し方によって、失語症患者の言語の回復が妨げられることがある。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

6. 失語症患者に話しかけて、すぐ返事がかえってこないときには、つい話し手の声が大きくなったり、一方的になったりする。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

7. 失語症の夫(妻)は、言語障害が比較的軽くても、電話や訪問客の応対には、妻(夫)に出て貰ったほうがよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

8. 脳卒中の発作後、数週間をすぎた失語症患者に話しかけてもよく理解していないと思われるとき、何度もくり返すようなことはせず、「仮名」よりも「漢字」で書いた文字を見せてわかってもらうようにする。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

9. 失語症の人は、道で知人を見かけても、気づかないようなふりをして、通り過ぎた方がよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

(付表1) 失語症に対する家族の態度評価尺度 (SAAA)

構成者

岡部 克己

岡部 聡子

記入者氏名： 年令 満 才

患者との続柄：

記入年月日： 昭和 年 月 日

記入法：この検査では32の失語症に関する意見が述べられています。各意見に対して、あなたの気持ちに一番ぴったりするものを選び出し、「全くそう」、「ややそう」、「わかenらない」、「ややちがう」、「全くちがう」のいずれかを1つ〇で囲んで下さい。あまり深く考えず、気楽に記入して下さい。どうかすべての項目にお答え下さい。

各項目についてご意見があれば、余白に自由にご記入下さい。

1. 家族の中にあまり話せない慢性の失語症患者がいるのは恥ずかしいことであり、なるべく人に話したくないと思う。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

2. 家族が患者をひとりにしておく時間が長いと、患者は消極的になり、話そうという意欲がなくなる

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

3. 軽い失語症患者は、重い失語症患者とつきあうと、言語の回復が妨げられるため、つきあわないほうがよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

4. 脳卒中の発作後、2ないし3週間しかたっていない失語症患者の目の前で、いろいろと患者の病状について話したり、批判したりしても、患者は何を言われているのかよくわからないため、患者の心を傷つけることにはならない。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

5. 家族の誤った接し方によって、失語症患者の言語の回復が妨げられることがある。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

6. 失語症患者に話しかけて、すぐ返事がかえってこないときには、つい話し手の声が大きくなったり、一方的になったりする。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

7. 失語症の夫(妻)は、言語障害が比較的軽くても、電話や訪問客の応対には、妻(夫)に出て貰ったほうがよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

8. 脳卒中の発作後、数週間をすぎた失語症患者に話しかけてもよく理解していないと思われるとき、何度もくり返すようなことはせず、「仮名」よりも「漢字」で書いた文字を見せてわかってもらうようにする。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

9. 失語症の人は、道で知人を見かけても、気づかないようなふりをして、通り過ぎた方がよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

10. ほとんど話しのできない失語症患者が何か話したそうなそぶりをしている時、気になりながらも、つい面倒くさくなり、聞き流してしまう。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
11. 失語症の人は、店で買い物をするとき、ことばが不自由なため気の毒がられたり、笑われたりしそうな気がしたら、店に入っていけないほうがよい。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
12. 家族が失語症患者の身のまわりの始末や日常行動に必要な以上に手を出しすぎると、患者は自分からすすんで話さなければならないという気持ちが、なくなってしまう。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
13. 失語症患者が努力した時は、ほんの少しの進歩でも見のがさず認め、ほめてあげる。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
14. 失語症患者が、言い間違ったり、おかしなことを言っても、繰り返し訂正したり、とがめたりしない。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
15. 重い失語症患者に対して、おとなであるにもかかわらず、つい幼児語で話しかけてしまう。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
16. 失語症患者の昔のこと、興味のあることを知り、これを話題に出し、患者に話したいという気持ちをおこさせながら会話をする。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
17. 失語症の患者がうまく言えないときには、ついこちらがイライラしてしまう。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
18. 失語症患者が、もう以前のように話すことはできないだろうと悲観的になっている時、「ことばが言えなくて、さぞ辛いでしょう」などと、相手の気持ちを汲んで励ます。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
19. 患者がことばの治療を受けたがらない時は、無理して受けさせるべきではない。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
20. ほとんど話せない失語症患者に対しては、できるだけ「ハイ」、「イエ」で答えられる質問を工夫する。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
21. 失語症患者には、言語面で特別な配慮が必要であるため、こみいった話し合いの場には、なるべく参加させないほうがよい。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう
22. 家族は、失語症患者の言語の問題が、どの程度改善しているかを言語治療士から聞き、言語治療士の指示に従って、必要な手助けをする。
- 全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

23. 言語治療士は、失語症患者の問題がどのように改善されるものかということを、家族が理解するように手助けをする。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

24. 失語症患者が、言いたいことばがわかっているにもかかわらず、口から出せないで、あせっている時は、患者の様子やその場の状況から察して、言おうとしていることばの第一音をヒントとして与え、発話を促すようにする。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

25. 言語治療を受けることによって、失語症患者は、ことばの面で、自分にできる事と、できないことを知り、言語障害に負けないで「いきがい」を見つけ、希望をもって生き始める。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

26. 失語症患者が話し始めたら、時間を充分与え、ゆっくり、辛抱強く聞いてあげる。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

27. 家族は、医療専門職員（医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語治療士など）と、お互いに緊密な連絡を保ちながら、失語症患者の看護にあたる。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

28. 失語症患者に話すときは、言語障害をもたない人に話すときよりも、くつろいだ気持ちで、短い簡単なことばを使い、明瞭に話すように努める。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

29. 失語症患者が、「リンゴ好きですか」の質問に対して「イエエ」と答えても、「嫌いなのですか」というように、別の表現に変えて確認する。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

30. 軽い失語症患者に対しては、家族が、特に配慮しなければならないことは何もない。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

31. 映画を見に行く、買い物に行く、ゲームをする、庭仕事をする、家族と一緒に食事をするなど、患者が望んでいることであれば、できるだけ病前の習慣通りの生活を続けたほうがよい。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

32. 失語症患者が、ふたことみこと言っでは、次ぎの言葉を思い出せずに、つまってしまっているときには、すぐ代わりにその言葉を言ってしまう。

全くそう ややそう わからない ややちがう 全くちがう

(全部記入したか調べて下さい。ご協力ありがとうございます。)

*ご意見、ご質問等ございましたら、ご自由にお書きください。

Summary

Attitudes toward Aphasia Expressed by Aphasic Patients and their Families

Katsumi Okabe, Yooko Hamaya and Toshiko Okabe

It was the purpose of this investigation to assess the attitudes toward aphasia held by 4 aphasic patients and their families (3 spouses and a parent). An objective attitude scale, the 32 item SAAA, was applied to these groups. Within the limits of the design of the present study, the following general conclusions were reached:

1. Results of this study revealed that 4 aphasic patients and their families studied generally held a positive attitude toward aphasic.
2. 4 aphasic patients and their families (3 spouses and a parent) were similar in their positive reaction to the statement that aphasic patients should relate to significant others, such as parent, spouse, or close friends. Both groups, however, disagreed with the statement that aphasic patients should participate in the full range of customary social activities.
3. These two groups were similar in their acceptance of the statement that the families studied employ effective communication procedures.
4. Aphasic patients studied were favorable toward the statement that their families help them develop improved self-concepts. In contrast, families studied evidenced less favorable attitude toward this proposal.
5. The study groups were moderately favorable toward the quality of the language therapy program.

Key word : aphasia aphasic patient families attitude scale language therapy