

失語症者の生活評価尺度開発のために

—ALA (Assessment for Living with Aphasia) 使用の試み—

鈴木朋子

Towards the development of a Scale about Living with Aphasia

—Pilot study for using Assessment for Living with Aphasia—

Tomoko SUZUKI

失語症者支援の最終目標は、社会参加、生きがいのある生活を保障することである。そのアウトカムを計るため、A-FROMに基づいてALAが開発された(Aphasia institute, 2010)。ALAは、失語症、参加、環境、個人の4領域と失語症のある生活への失語症者自身の思いを聴取するよう工夫されている。今回、ALAを実施したSTの感想とALAによる症例検討内容を踏まえて、その有用性、改善点について検討した。その結果、ALAにより、失語症者の心理社会的側面を把握することができ、具体的な問題点への支援内容を検討しやすくなると考えられた。しかし、重篤な理解障害がある場合や心理的に不安定な時期は使用しにくいことが予想された。また、本邦で馴染みのあるピクトグラムへの変更が必要と思われた。機能面への訓練から、参加を志向する支援内容へと方向転換を図るためにも、ALAの利点を生かした生活の質を計るスケールの開発を目指したい。

Keywords: A-FROM (Frame work for Outcome Measurment), SCA (Supported Conversation for adults with aphasia), ALA, 心理社会的側面, 参加支援
A-FROM, SCA, ALA, psychosocial aspect, support for participation

1. はじめに

1.1. 失語症への支援目標

失語症者への支援の最終目標は、失語症者の社会生活や社会参加を支援し、その人らしい生きがいのある質の高い生活を保障することである。従来、失語症者への言語リハビリテーションは、言語聴覚士による言語機能面へのアプローチを中心になされてきた。しかし、2001年WHOによって、ICIDHを改訂して作成されたICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) では、人と環境、障害と環境とのかかわりの重要性が記述され、障害を持った人を支援するためのリハビリテーションの新しい枠組みとして、「心身機能」の不自由を、生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加」するという考え方が示された(上田, 2004)。失語症に対するリハビリテーションにおいても、豊かな人生を目指すために、失語症状への機能訓練のみならず、個人因子、環境要因も踏まえてコミュニケーション能力や社会参加の現状を把握し、その相互の関係を検討しながら、多面的な支援を行う必要がある。遠藤(2001)は、失語症デイサービスでのグループワーク活動における当事者の長期経過後の変化を報告し、たとえ重い失語症を負っていたとしても、周囲からの励ましや具体的な情報や適切な刺激の積み重ねによって有意義で価値の高い生活に到達できると述べている。また、久力(2013)も、慢性期失語症者を対象に行った尊厳や人的交流の回復と維持のための生活支援への取り組みを報告し、地域における具体的な支援の目標、在り方について提言している。その他、地域支援センターでの社会

参加実践（杉本，2009）や、失語症ボランティア（吉畑，2010）、会話パートナーによる地域参加支援の取り組み（鈴木，2012；竹中ら，2009）が報告されており、本邦でも「参加」を目指したよりよい失語症長期支援の在り方が検討され、その成果をあげつつあると言えよう。

1.2. 失語症支援のアウトカム測定について

それらの取り組みの有効性を検討するためには、アウトカムをはかるための尺度が必要とされる。欧米においては、表1（Simmons-Mackie, 2008）に示すように、失語症に対する心理社会的なアプローチに関する評価尺度が、近年多数開発されている、（Carolys et al., 2013）。

本邦では、現在、標準化された心理社会的側面の評価尺度は存在しないが、その開発の試みが散見される。中村ら（2003）は、スタッフの観察によって「参加態度、対人意識、情緒、自己認知、障害の受容」の5領域の行動を4段階で評価する尺度を作成し、センターでのグループ訓練における効果を報告している。また、久力（2013）も、スタッフによる協議で評価する「日常生活、社会生活、心理状態、コミュニケーション意欲、会への参加の様子、家族関係、家族自身の生活」の7項目5段階のコミュニケーション行動評価を作成し、失語症交流会参加前後の個人の変化を報告している。これらの評価表を用いることによって、介入の効果を検討するためのエビデンスが示されるものと思われる。しかし、いずれも、身近なスタッフが客観的に評価する尺度であり、失語症者自身の主観的な評価とは異なる。

本来、QOL や満足度、幸福感の測定は、測定対象者本人の自己評価を基本とするとされる（松田，2004）が、自記式質問紙調査に、失語症者自身が回答することは困難であるため、失語症を持って生きる人たち自身の心理面を把握するためには何らかの工夫が必要と考えられる（遠藤，2010）。藤田ら（2005）は、ICFの活動と参加の分類を用いて自己評価のためのチェックリストを作成し、活動制限、参加制約の有無について失語症者を含む脳血管障害者を対象に調査している。これによって、活動、参加における問題点の抽出はある程度可能となるが、環境や個人因子については触れられておらず、その困難な状況を失語症者自身がどうとらえているかという点については推測の域を出ない。

1.3. ALA の紹介

2010年、Kaganらは、失語症を持って生きる生活の質を失語症者自身がどのようにとらえているかを把握するスケールとして、ALAを開発した。これは、Living with aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM)の失語症への統合的アプローチのアウトカムを評価する枠組みに基づいており、高い信頼性や妥当性が検証された評価尺度である（Instructional manual, 2010）。

A-FROMは、ICFの枠組みを失語症中心に実生活に即してわかりやすく整理し直したものであり、失語症者のQOLにも言及している。失語症状、参加、環境、個人の4つの領域を円で示し、その4つの円の重なった中心に失語症を伴う生活を位置付けている（図1）。

ALAでは、各領域の実情を把握し、それらに及ぶ失語症の影響を本人がどう受け取っているかという主観的な思い、満足度を聴取するよう工夫されている。これによって、失語症者、家族、STは伝統的に行われてきた訓練だけな

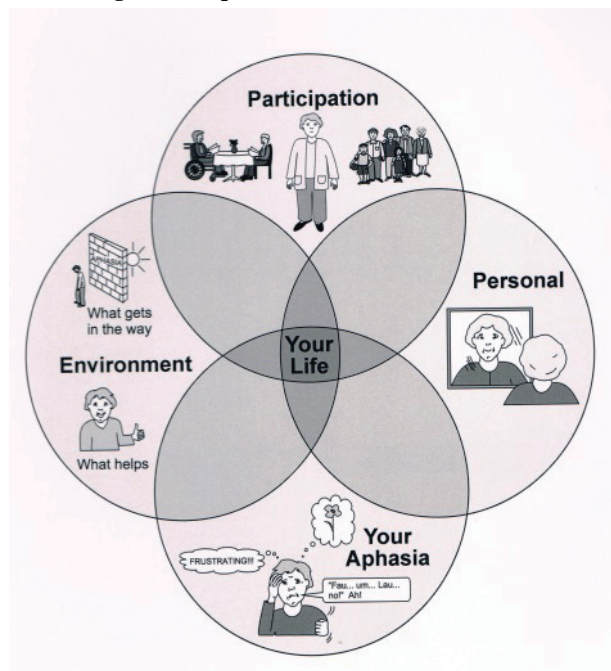


図1 失語症を伴う生活

く、参加や環境、個人因子の領域も同時に取り扱って、評価する対象となることを容易に知ることができる (Kagan et al., 2008)。

表 1 失語症者に対する心理社会的側面の評価

失語症によって受けた障害への見通し
Ethnographic interviews (Simmons-Mackie and Damico 1996, 2001, Spradley, 1979; Westby, 1990)
Communicative Profiling System (CPS) (Simmons-Mackie & Damico, 1996, 2001)
Opinion or consumer-satisfaction surveys (Patterson & Wells, 1995)
Analysis of personal narratives (Frank, 1995; Greenhalgh & Hurwitz, 1999)
機能的コミュニケーションや活動
Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS) (Frattali et al., 1995)
Functional Communication Profile (Sarno, 1969)
Communication Profile (Payne, 1994)
CADL-2 (Holland, Frattali, & Fromm, 1999)
Conversational rating scales (Erlach & Barry, 1989; Garrett, 1999)
Interactive Communication Scales (Lyon, 1998)
Discourse analysis
• Content units (Yorkston & Beukelman, 1980)
• Correct information units (Nicholas & Brookshire, 1993)
• Lexical efficiency (Helm-Estabrooks & Albert, 1991)
• Turns, initiations, time, and efficiency (Packard & Hinckley, 1997)
Functional scenario ratings (Lyon et al., 1997)
Communicative effectiveness/content/efficiency
Measure of Skill in Providing Supported Conversation for Adults with Aphasia (M-SCA)
Measure of Participation in Conversation by Adults with Aphasia (M-PCA) (Kagan et al., 2004)
Rating of transactional success in conversation (Ramsberger & Rende, 2002)
Communicative Effectiveness Ratings (Lyon et al., 1997)
Communicative Effectiveness Index (Lomas et al., 1989)
Everyday Language Test (Blomert, Kean, Koster, & Schokker, 1994)
Pragmatic assessments (e.g. Penn, 1988)
Descriptive measures of number, success, and type of compensatory strategies
Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA) (Whitworth et al., 1997)
参加
Adapted Activity Card Sort (Haley et al., 2005)
Frequency counts (e.g., number of social contacts, number of activities, hours of participation)
Community Integration Questionnaire (Corrigan, Smith-Knapp, & Granger, 1998)
Social-network analysis/contextual analysis (Simmons-Mackie & Damico, 1996, 2001)
Personal goal-attainment scales (Schlosser, 2004)
Assessment of Life Habits (Life-H) (Noreau et al., 2004)
人格、感情、心理的側面
Affect Balance Scale (Bradburn, 1969)
Code-Müller Protocols (Code & Müller, 1992)
Psychosocial well-being index for aphasia (Lyon et al., 1997)
Visual Analog Mood Scale (Stern et al., 1997)
環境
Observation and/or interview: Catalog barriers to and enablers of participation
Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) (2001)
QOL
ASHA Quality of Communicative Life Scales (Paul et al., 2004)
Burden of Stroke Scale (BOSS) (Doyle et al., 2004)
The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39) (Hilari, 2003)
Life Satisfaction Index (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961)
Satisfaction with Life Scale (Larsen, Diener, & Emmons, 1985)
Life Satisfaction Survey (Chubon, 1987)
Ryff scales (Ryff, 1989)
Present Life Survey (Records et al., 1992)

ALA を実施する際には、カナダの失語症センターで提唱された失語症者の会話をサポートする手段である SCA (Supported Conversation for adults with aphasia) の活用 (Kagan, 1997) が求められる。SCA では、失語症者を大人として尊重し、失語症者の理解や表出を、ジェスチャーやピクトグラムなどの非言語的手段やキーワードなどを用いて支援し、失語症者自身から回答を得るという方法である。

回答は、失語症者が答えやすいように図 2 のようなスケールを用いる。スケールの目盛は、0～4、0.5 点刻みの 9 段階であり、まず、中心の 2 点より肯定的(右側)か否定的(左側)かを判断し、その後、程度を聞くようにする。

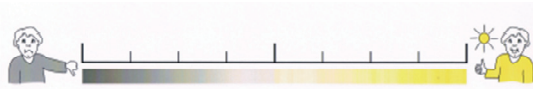


図 2 回答用スケール

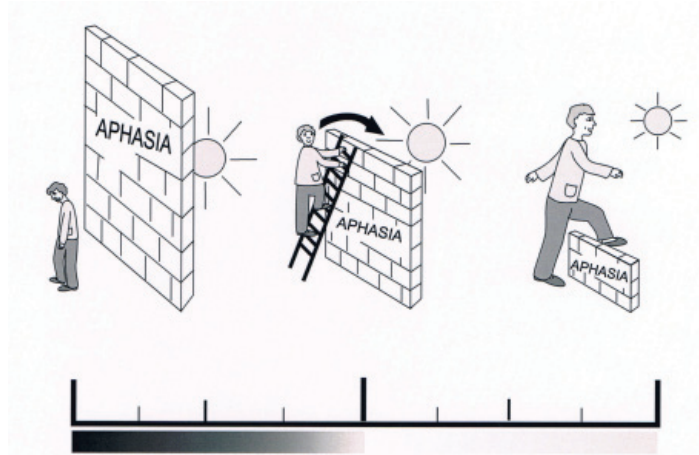


図 3 壁の質問

このような方法で実施することによって、家族の代弁や、セラピストの観察・推測によらず、失語症者自身の思いを直接知ることができる。

質問は 45 項目中、得点化されない 7 項目を除き、失語領域 5 問、参加領域 17 問、環境領域 4 問、個人領域 11 問、総合的に失語症自体をどうとらえているかを問う「壁の質問」(図 3) の計 38 問からなる。

1.4. ALA 日本語訳について

基本的に ALA のピクトグラフの原文を、忠実に日本語に訳したが、日本人にとって親密度が低い趣味活動や外出先の例をより馴染みのある内容に変更した(「オセロ」→「囲碁」、「キリスト教会」→「寺」、「神社」)。

2. 目的

ALA を日本語に訳し、複数の言語聴覚士が、重度～軽度失語症者に試行した感想および、ALA を使用した症例検討の内容を踏まえて、失語症リハビリテーションにおける ALA 使用の意義、有効性、使用方法、改善点について検討することを目的とした。

3. 方法

3.1. ALA の試行

1) 対象

○検査者：筆者及びNリハビリテーションセンター言語聴覚士6名（臨床歴1年～25年）

○失語症者：14名

失語症体タイプ：健忘2名、運動性4名、感覚性5名、伝導1名、混合型1名、全失語1名

発症からの経過：0～6ヶ月：1名、～12ヶ月：2名、～3年：4名、～10年：6名

重症度：BDAAE（Goodglass & Kaplan,1972：波多野和夫ら,2002）によって分類した。

軽度（段階6・5）5名、中等度（段階4・3）6名、重度（段階2・1）3名

2) ALA 試行のための留意点：予め、以下の留意点を検査者全員に周知した。

①病前ではなく、現在の回答を得る。

②質問が理解できるように、適宜書字、ジェスチャー、描画などの手段を用いる。

③回答を促す際は、スケールを示し両端の基準を声に出して伝える。

④実施状況とは別に、やりたいことがやれているかどうかという満足度を把握する項目が存在するので、両者が混同しない様に注意する。

⑤複数の人との関係を考える項目では、その平均値的な内容で回答してもらう。

3) ALA を実施した検査者への質問項目

ALA を実施した ST に以下の質問項目への回答を、自記式質問紙法で求めた。

①実施時の失語症者の態度

②ALA を実施して新たに理解できたり確認できたりしたこと

③失語症者が理解しにくかった項目

④不相当と思われた項目

⑤生活全般を把握する上で追加すべき項目

⑥日本における失語症者の生活の質をはかる上で改善させた方が良い点

⑦その他の感想・意見

4) ALA 実施期間

2013年10～11月

3.2. ALA を用いた症例検討

比較的重い失語症状を残存している失語症者に対し、筆者自身が ALA を実施し、失語症者の現状を把握し、支援計画を立てる上で、ALA を活用することの意義を検討した。

4. 結果

4.1. ST への質問紙の回答（表2）

実施時の失語症者の態度は、殆どが良好、協力的、積極的であり、全般的に言語機能以外の生活に関心をもたれることを肯定的にとらえているとの印象であった。今回、日常的に、言語リハビリを担当している ST が実施していることから、予想されうる結果であった。

ST 自信は、ALA を実施することで、生活全般を理解し、家族や地域での失語症の方を取り巻く環境との関わりの実情を知ることができ、また、失語症者の心理面を理解することができたとの感想があげられた。これをもとに、経時的変化をとらえ、支援方法を考えることが可能となるのではという期待感も持たれている。

しかし全般に施行に時間がかかる点が問題点としてあげられた。また、失語症者の生活状況によって

は、外出や地域の意味がとらえにくい、他者が失語症者をどう感じているかという項目で理解しにくい、という傾向があり、その都度、追加説明が必要であった。ALAの改善に対しては、病前からの変化を踏まえる、コミュニケーションツールのピクトグラムにスマートフォンなどのITを加える、質問のキーワードをより日本人に馴染みのあるものにする、などの意見があげられた。

4.2. ALAを用いた症例検討

【 症例A氏：右利き・63歳・男性 】

原因疾患：脳梗塞

現病歴：11年前脳梗塞発症にて生じた失語症状に対する言語リハビリを、F病院、A病院を経て、現在Aクリニックにて実施中。

既往歴：不整脈、高血圧

放射線学的所見：左中大脳動脈領域に広範な病巣あり

神経学的所見：特になし

神経心理学的所見：軽度肢節運動失行および口部顔面失行

表2 ALAを実施したSTの感想

①失語症者の態度	<ul style="list-style-type: none"> ・「勉強になるね」とか「そういうのいいね」といった肯定的な姿勢 ・良好な取組み ・積極的な取組み
②ALAを実施して、新たに理解できたり、確認できたこと	<ul style="list-style-type: none"> ・職場での患者様の立場がわかった ・失語症者の障害認識（予想と異なっていた） ・家族以外の人たちの失語症に対する理解のなさがわかった ・患者様の機能面の改善への強い希望がわかった ・生活全般を理解することができた ・家族との関係性が理解できた ・家族、友人、職場の人など相手により、会話の快適さが異なっていた ・症状の為自信がなくなったが、自分はこれでよいと自己肯定感をもっていることが理解できた ・休みの日に何をし、それを本人がどう感じているかがわかった ・発症から間がない方が、まだ受け入れができてないことがわかった ・自分自身や日々の生活を肯定的にとらえていることがよくわかった
③失語症者が理解しにくかった項目	<ul style="list-style-type: none"> ・社会参加をしていない人にとって、地域のイメージがわからないようだった ・重度の方が、自分の失語症状をあまり問題ないと応答していたが、問題の意味が伝わっていたか ・他の人がどう感じているかという質問では詳細な説明が必要だった問30~33 ・問32の前提の「病前同様高い能力がある」という説明がわかりづらい ・問10の「外出」はどんな外出を指すかがわかりづらかった ・問31、33の「地域」の幅が広いため、買物先、職場などあげて具体的に聞いた
④不適切な項目	特になし
⑤追加すべき項目	失語症になる前の生活背景、社会参加など
⑥ALAの改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・導入部を映画にせず、その方にとって分かりやすい例がよい ・病前からの変化がわかるように聞くとよいのでは ・コミュニケーションツールにスマートフォンも入れた方がよい ・ボランティアという表現が日本ではなじみにくいか
⑦その他の感想や意見	<ul style="list-style-type: none"> ・現状を把握し、それに則した支援を考えやすく感じた ・患者様の不満や希望がわかり臨床で役立てられる ・失語症の影響というより、年だから・などの理由で選択していた ・失語症者が日々どんな気持ちで生活しているかがわかった ・自分のことを様々な角度から聞いてくれてうれしそうだった。言語機能以外に自分について関心を持たれることに良い反応を示された ・今後ALAIにて経時的変化を追えると思われる ・施行に時間がかかる。特に理解障害の重い方にはかなり時間がかかりそう

家族：妻と2人暮らし（娘3名はそれぞれ世帯をもって独立。孫4名）

職業：建築会社社長であったが、発症3年後に重度失語症残存のため退職

趣味：旅行（海外も含む）、サイクリング、軽スポーツ（スポーツジム通所）、株など

ボランティア：大学言語聴覚士養成課程の学内実習や失語症会話パートナー養成講座会話演習に協力

諸検査結果：SLTA；発症4年後、11年後（図4）

CADL；発症2年後 37/136=27%、6年後 59/136=43%(段階2：大半援助)

RCPM；発症10年後 27/36

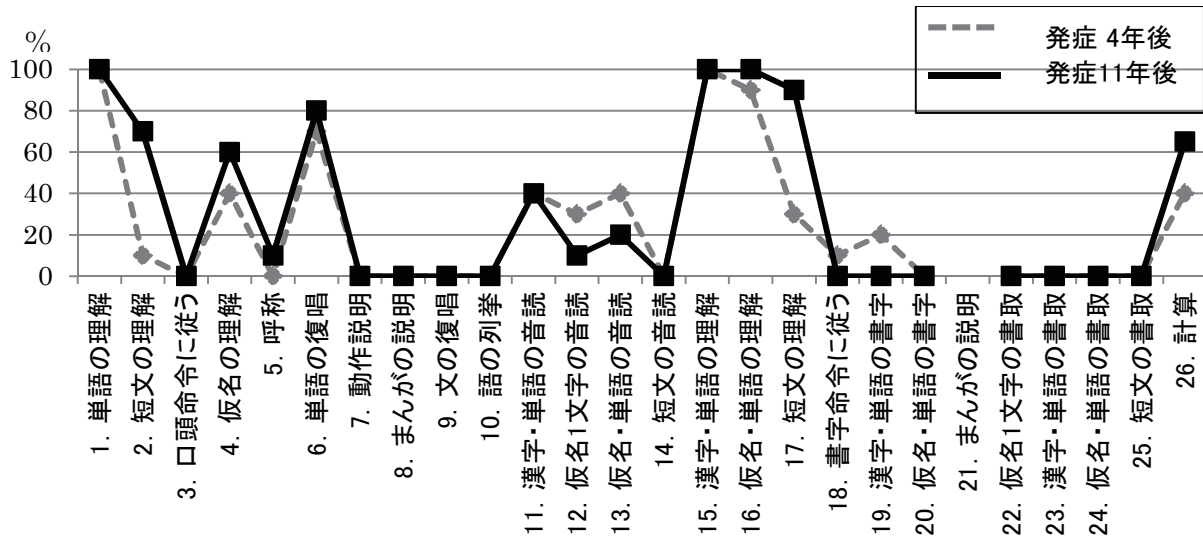


図4 SLTAの結果

言語所見：発症から11年経過した現在も重度の失語症状が残存している。SLTAによれば、「聞く」では、単語は全て正答であるが、短文は不十分であり、口頭命令に従うでは、全く正答が得られない。「読む」では、単語レベルでは、漢字・仮名ともに全て正答であり、短文の理解は9/10正答であり、書字理解の方が音声言語理解より良好である。しかし書字命令に従うでは正答は得られない。日常会話でも、音声言語を書字言語で補う必要がある。「話す」では、呼称では2/20正答と、喚語障害が重篤であるが、語頭音ヒントは有効である。日常的にも、自発語は、挨拶語や間投詞を除けば、偶発的発話に限られている。ただし、復唱は、単語は若干の歪みはあるものの8/10正答、音読も、漢字、仮名とも単語レベルでは正答が認められる。しかし、「書く」では、単語レベルでも正答は認められない。日常的には、発話を補うために、書字も使用するが、親密度の高い氏名、住所、家族名などが中心である。

CADLでは、59/136(43.4%)と、段階2(大半援助レベル)であり、電話の受け答えなど、音声言語を中心とする項目では、正答が得られず、非言語的手段による不完全正答が多かった。日常的にも、理解面では、書字の対呈示が理解の助けとなり、表出面ではジェスチャーや描画、地図などのコミュニケーションツールを多用している。一方、非言語的知能検査であるRCPMでは、27/36と、年齢別標準値以上の結果であった。

以上が、従来言語リハビリでよく用いられてきた検査をもとにした症例のまとめである。改善しつつあるものの、重篤な失語症状が残存し、非言語的コミュニケーションを活用した日常生活を行っている状況が検査結果からも推測される。

A氏は、失語症状残存のため、定年を待たずに退職されたが、経済的には恵まれており、身体麻痺もないため、自転車にて一人でスポーツジムに通うことを日課としている。その他、大型スーパーでのウインドウショッピング、美術展、町のイベントなどに出かけるなど、実に生き生きとした日常生活を送っている。娘たちが海外生活をしていることもあり、時折、妻や娘家族と海外旅行も楽しんでいる。また、数年来、大学の言語聴覚士養成課程での学内実習や会話パートナー養成講座にもボランティアとして参加することによって、言語機能面、コミュニケーションへのアプローチが継続できている。

今回、ALAを実施したところ、図5のような結果となった。ほとんどの項目が、肯定的(2点以上)であり、各領域の平均値は、失語症領域3.0、参加領域3.3、環境領域2.5、個人領域2.9であった。本人は、『失語症領域』では、「読み」、「書き」の障害程度に比し、問題がないと感じているが、新聞に目を通すことができ、氏名、住所など必要なことが書けるため、生活の中で支障がないと感じているものと予想される。『参加領域』では、失語症に関する知識以外は、自由にやりたいことができている現状が示された。会話への参加も、家庭、地域ともに複雑な内容でも参加ができているとの自己認識であった。『環境領域』では、家族との会話で、通じにくい状況があることが予想されたが、自分の能力は周りに理解されていると感じていた。『個人領域』では、感情的に、気が滅入ったり、怒りを感じたりすることがよくあるが、自己肯定感は高く、毎日を楽しく過ごしている様子がうかがえた。壁の質問では、段階3で、失語症が残存していても、日常生活は困難なくやっつけられるという現状を示していた。

今回、ALAを実施することで、A氏の障害認識、活動・参加の実態、心理的側面が明らかになった。重い失語症状がありながらも、自由な自立した日常生活が営まれ、コミュニケーションの工夫ができ、本人的には困っていない現状であった。それは、STが、推測していた内容とある程度一致していた。しかし、妻によれば、A氏は家ではあまり話さず、A氏が言いたいことが、妻に伝わらず、しばしば感情的になることもあるとのこと。これは、環境領域の「家族はあなたと楽しく話すか。」という項目で、A氏が、0点と回答したことと一致している。A氏の場合、自力での行動が可能であるため、妻が言語訓練場面に立ち会う機会は少なく、STも、これまで妻に対しては、本人の失語症状や、接し方に関する説明しか行っていなかった。A氏に対するSTのアプローチ目標としては、機能面へのアプローチに加えて、家庭内での会話の支援、すなわち、コミュニケーション代償手段を家族も活用できるように練習の機会をもつ必要があるものと判断された。

図5 ALAの結果

ALA まとめ

氏名: さん 検査日: 2013.11.6 検査者: 筆者

質問No	領域	質問	スコア	0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	領域合計 (平均値)
2	失語	どのくらい話せるか	1			●							15/5 (3.0)
3		どのくらい理解できるか	2					●					
4		どのくらい読めるか	4									●	
5		どのくらい書けるか	4									●	
6		全体的にどのくらいコミュニケーションができるか	4									●	
1	参加	失語症について知っているか	0	●									56.5/17 (3.3)
7		代表的な一週間、どこに行くか	多数										
8		行きたい場所に出かけられるか	3									●	
9		代表的な一週間のうち何日外出するか	6日									●	
10		外出する日数に満足しているか	4									●	
11		家や生活の場でやりたい活動ができていますか	4									●	
12		仕事やボランティア活動でやりたいことができていますか	3									●	
13		小遣いが自由に使えるか	4									●	
14		余暇やリクリエーションでやりたい活動ができていますか	4									●	
15		新しい活動や知識を習ったり学習しているか	4									●	
16		思い通りに移動ができていますか	4									●	
17		どのように役割や責任を果たしているか	3.5									●	
18		妻 との関係はどうか	3.5									●	
19		妻 との会話はどうか	3.5									●	
20		代表的な一週間で何人の人と話すか	2, 30人									●	
21		あなたは関わりのある人数に満足しているか	3.5									●	
22		簡単な話題の会話に参加しているか	3									●	
23		複雑な話題の会話に参加しているか	3									●	
24		あなたは家庭での会話に参加しているか	3									●	
25		地域での会話に参加しているか	3.5									●	
26	環境	あなたの会話を支援するものの数											10/4 (2.5)
27		妻 が会話支援に使用するものの数											
28		家庭で会話の支援が得られるか	3									●	
29		地域で会話の支援が得られるか	3.5									●	
30		家族はあなたと楽しく話すか	0	●									
31	地域の人たちはあなたと楽しく話すか	3.5									●		
32	家族はあなたの能力を理解しているか	3.5									●		
33	地域の人たちはあなたの能力を理解しているか	3									●		
34	個人	生活の自己管理ができていますか	4									●	32/11 (2.9)
35		自信があるか	3.5									●	
36		尊敬されているか	3.5									●	
37		周りの人たちに好かれているか	3.5									●	
38		孤独に感じるか	3									●	
39		気が滅入るか	1			●							
40		思い通りにいかなくても嫌だと思ふ	3									●	
41		怒りを感じることもあるか	0.5			●							
42		自己肯定的か	3.5									●	
43		毎日楽しみなことがあるか	3.5									●	
44		1年後の生活はどうか	3									●	
45	壁	失語症のある生活をどう感じるか	3								●	3	

コメント
 非常に協力的で、楽しく実施できた。
 質問の意図が伝わらず、書字などで補う必要があった項目あり。
 特に問題12では、現在仕事をしていないが、ボランティアは行っている。
 やっているかどうかではなく、その状態を満足と感じるか不満と感じるか
 という質問の意図を図示する必要があった。

領域	項目数	合計	平均
失語症	5	15	3
参加	17	56.5	3.3
環境	4	10	2.5
個人	11	32	2.9
全体	37	114.5	3.1
壁の質問	1		3

5. 考察

結果で示したように、ALAを実施することで、支援者であるSTが失語症者の生活全般の現状を知り、失語症者自身がどう感じているかを把握することができた。例えば、A氏の場合、全般に参加や個人領域での問題は少ないが、環境領域で、家族は、あまり、コミュニケーションツールを使用せず、会話を楽しんでいないと感じており、妻との関係は良好であるが、会話では困っていることが予想された。支援すべき内容として、家族へのコミュニケーション指導があげられ、そこにSTが介入することの必要性が理解できた。今回、ALAを実施したSTは全て、本人の思いや周囲の人との関係がよく理解できたとコメントしており、A氏の場合のように、その結果から問題点を抽出し、支援のポイントを的確に把握することができるものと期待される。

前岡(2008)は、独自に作成した失語症者の能動的態度に関する評価表を使用することによって、社会的行動、発話行動、対人意識において能動性が低いことを認めている。さらに、失語症者に対する従来の訓練方法や訓練課題自体が、受動性を助長させるものであると考え、失語症者のQOLの向上につながる訓練方法の構築が重要であると述べている。吉川(2012)も、会話パートナーによる個人支援を試みたところ、失語症者の社会参加に対するニーズが少ないことを問題点としてあげ、社会参加支援の制度が整ったとしても、サービスの利用自体が少ないという事態になりかねないと指摘している。

では、失語症者の能動的態度やエンパワメントを高める支援とはどのようなものであろうか。まずは、家族の代弁や支援者の推測によらず、失語症者自身が現在の生活を再認識し、それをどう感じているかという極めて個人的な内容を他者に伝達する試みが必要であるものと思われる。その思いを共有し、寄り添って支援をしてくれる他者の存在によって自己肯定感、自己効力感が高まっていくものと予想される。SCAを用いてALAを実施し、本人の思いを引き出そうとする試み自体が、失語症者の尊厳を守り、能動性やエンパワメントを高める支援の端緒となるのではないだろうか。失語症者の実施態度はほとんどが協力的、積極的であり、失語症の障害面ではない、生活全般に着目したことを肯定的にとらえていたことから、ALA実施は、従来の評価とは異なる視点を失語症者自身が持つ好機ともなることも期待された。

病院での訓練期間が制限され、介護保険施設や在宅での生活など選択肢が広まってきた近年、言語聴覚士以外のスタッフ、すなわち、在宅介護支援員、ヘルパーなどの他職種の支援を受けながら、新しい生活・人生の再構築をはかることになる。中川ら(2012)は、SLTAにて失語症の長期経過を検討し、慢性期と呼ばれる時期においてもなお機能的に回復を示す症例が存在するというエビデンスを示した。そして、失語症の臨床に関わる人々が、「慢性期」という概念をネガティブにとらえることなく、失語症者の機能回復の長期的可能性を追求していく姿勢が最も重要であると述べている。この慢性期における回復とは、狭義の意味の言語機能面へのアプローチによるものではなく、機能回復を支える生活の質的側面の変化、すなわち、活動や参加面での改善によるところが大きいと思われる。草野ら(2012)は、慢性期失語症者に対し、短期間集中的な言語機能訓練、実用コミュニケーション訓練の両方を実施し、その効果をSLTAとCETI、CALで測っている。CETIは、家族による本人の病前との違いを示す評価であり、CALはコミュニケーション活動に対する自己評価である。その結果、機能的改善のみならず、日常的なコミュニケーションにも改善が認められたと報告している。このように、言語聴覚士による介入の効果が機能面に限らず、コミュニケーション能力、さらに参加レベルにも及ぶものであるか、また、参加レベルへ広がり、コミュニケーション活動を高め、言語機能自体の改善にもつながっていくものかどうか、相互に及ぼす影響を輻輳的に測り、介入の効果を確認する必要があるものと考えられる。しかし、本邦には、生活の質をはかる標準化されたスケールは存在しないため、言語機能面中心に行われてきた言語リハビリの評価方法が踏襲されている実情であろう。ALAのような、失語症のある生活全体に着目した評価を用いることで、支援の枠組みが広がり、そのアウトカムをエビデンスとして提示す

ること、また、継時的に変化を追うことも可能となる。従来から用いられてきた失語症機能評価と、ALA (A-FROM に基づいた評価) との比較は表 3 のとおりである (Kagan, 2011)。

表 3 伝統的な評価と A-FROM に基づいた評価が対象としている内容の比較

	機能障害	機能的な課題 又は活動	社会参加	環境の影響	個人的要因	全般的 QOL	会話サポート の提供	希望を与える 要因	家族	個人的 価値観
多くの伝統的な失語症評価	✓	✓								
A-FROM に基づいた失語症協会のインタビューと評価	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

特に、臨床経験の少ない ST にとっては、ALA を行うことによって、支援の長期的展望が持ちやすくなるものと考えられる。さらに、関連職種との間でも、言語機能のみならず、ALA の情報によって、支援目標が共有しやすくなるものと予想される。さらに、最終的な「壁の質問」の意味するところは、明確には定義されていないが、恐らく、失語症に対する認識、障害受容、エンパワメント、アイデンティティの回復などの概念に近いものであり、失語症者の心理的回復の度合いを知るのに役立つものと思われる。壁の質問は抽象的な項目で、失語症者にはわかりづらいと予想されたが、ピクトグラム (図 3) によって、失語症者が容易に意味を解することができたとの印象であった。これは、失語症がどの程度生活や人生の支障となっているか、失語症者の表現したい心情に適合した項目であることが推察された。

一方、ALA を日本で用いる際に、改善すべき点も抽出された。まず、ピクトグラム (コミュニケーショングッズの項目、外出場所、人物など) を、失語症者にわかりやすいよう、より馴染みのある日本的な絵にする必要がある。また、ボランティア活動等、日本の高齢者にとってはまだ十分根付いてないと思われるキーワードは自治会活動などの用語を併用する必要があると思われる。さらに、個人領域での項目が、やや抽象的で分かりにくく、また、特に本邦の高齢者にとっては、個人の内面を表明することに慣れていないことによる戸惑いも起こり得ると予想される。怒り、もう嫌だ、気が滅入る、など否定的な項目を整理することも可能かと思われた。その試みは、所要時間が長いという問題の対策にもなり得る。また、マニュアルによれば、発症初期から、重度症例にも使用できるとのことであったが、SCA でしっかりサポートしたとしても、理解障害の重い症例にとっては、特に個人領域における抽象的な項目の理解には支障があるものと予想された。さらに、発症からの経過が短いと、まだ、心理的に nervous であり、個人項目では否定的な回答が多くなることが予想される。therapy の一環として意図的に用いる場合を除いて、ある程度内面を客観視できる心理的状态が施行の前提条件であるものと思われる。

今後この ALA 日本語訳を N センターにてパイロット的に施行し、改善点について、検討を重ねる予定である。そして、ALA の利点を生かし、是非、本邦で幅広く簡便に活用できる生活の質をはかるスケールを開発したいと考える。そのようなスケールの有効活用によって、機能面に集中しやすい言語リハビリのスタイルを脱却し、社会生活、社会参加を志向する支援内容へと方向転換がなされることを切望している。我々 ST には、失語症者の機能障害、コミュニケーションの問題を把握し、その改善のために本人のみならず、環境にも働きかけをしながら、本人のニーズにあわせた参加の場を設定し、それらの場への参加を促し、活動を支援するという多面的な役割が期待されていると考えられる。

文献

- Aphasia Institute. (2010). *Assessment for Living with Aphasia (ALA) instructional manual*. 4-6.
- Baylor, C., Yorkston, K., Eadis, T., Kim, J., Chung, H., & Amtmann, D. (2013). The Communicative Participation Item Bank Calibration and Development of a Disorder-Generic Short Form. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 56, 1190-1208.
- 遠藤尚志 (2010) 「失語症デイの活動について」『コミュニケーション障害学』 27 (1), 32-37.
- 藤田早苗・菊池恵美子 (2005) 「ICF(国際生活機能分類)による復職後の生活困難に関する分類—脳血管障害者 9 名を通して—」『The Journal of Academy of Health Science』 7 (4), 277-284.
- 波多野和夫・中村光・同席恭子・横張琴子 (2002) 『言語聴覚士のための失語症学』 医歯薬出版 p. 233
- Kagan, A. (1997). Supported conversation for adults with aphasia : methods and resource for training conversation partner. *Aphasiology* 12 (9), 816-830.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., et al. (2008). Counting what count : A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology* 3, 258-280.
- Kagan, A. (2011). A-FROM in Action at the Aphasia Institute. *Seminars in speech and language* 32(3), 216-228.
- 小林久子 (2010) 「失語症における参加制約」『言語聴覚学研究』 7 (1), 73-79.
- 久力周子 (2013) 「失語症後の人生をその人らしく生きるために : 地域における失語症者への支援」『コミュニケーション障害学』 30 (1), 50-60.
- 草野みゆき・春原則子・渡辺基・百崎良・安保雅博 (2012) 「慢性期失語症患者に対する短期集中的リハビリテーションの効果」『高次脳機能研究』 32 (4), 601-608.
- McVicker, S., Parr, S., Pound, C., & Duchan, J. (2009). The Communication Partner Scheme : A project to develop long-term, low-cost access to conversation for people living with Aphasia. *Aphasiology* 23 (1), 52-71.
- 前岡恵美 (2008) 「失語症者の能動的態度に関する検討—評価表の作成を試みて—」『音声言語医学』 49, 248-253.
- 松田智大 (2004) 「QOL 測定の方法論と尺度の開発」『雑誌名』 53 (3), 181-185.
- 中川良尚・小嶋知幸 (2012) 「慢性期の失語症訓練」『高次脳機能研究』 32 (2), 257-268.
- 中村やす・野副めぐみ・中尾貴美子 (2003) 「失語症者の心理・社会的側面の改善を目的としたグループ訓練」『高次脳機能研究』 23 (4), 11-21.
- Simmons-Mackie, N. (2008). Social Approaches to Aphasia Intervention. In R. Chapey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (5th Ed.), (pp. 297-298). Baltimore: LippincottWilliams & Wilkins.
- Simmons-Mackie, N. & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in aphasia. *Seminars in Speech and Language* 28, 244-253.
- 杉本啓子 (2009) 「失語症の人の社会参加 : 地域活動支援センター「すももクラブ」での実践を通して」『コミュニケーション障害学』 6 (1), 37-42.
- 鈴木朋子 (2012) 「会話パートナーによる失語症者支援の現状と今後の展望—愛知県における 7 年間の取り組み—」『健康医療研究 (愛知淑徳大学健康医療科学部誌)』 2, 27-38.
- 鈴木朋子 (2013) 「失語症会話パートナーへの会話支援—失語症者との会話に対する質的評価の試み—」『健康医療科学部研究 (愛知淑徳大学健康医療科学部誌)』 3, 9-23.
- 竹中啓介・今泉利江子・谷宏子・松本真紀・前里伸子・宇野園子 (2009) 「失語症会話パートナーの養成と派遣事業の取り組み」『言語聴覚研究』 6 (3), 176-181.

- 上田敏 (2004) 「ICF：国際生活機能分類と高次脳機能障害」『高次脳機能研究』24, 244-251.
- 吉畑博代 (2010) 「失語症者の参加への取り組み」『コミュニケーション障害学』27 (2), 131-140.
- 吉川雅博 (2012) 「失語症者のエンパワメントに向けた提案と課題」『愛知県立大学教育福祉学部論集』60, 61-69.
- 吉野真理子 (2009) 「失語症のある人の生活参加を支援するアプローチ」『コミュニケーション障害学』6 (1), 27-31.

謝辞

ALA 日本語版をパイロットスタディとして活用することに対し、ご理解くださったカナダ失語症センター、及び、本短報を執筆するにあたり、快くご協力いただきました N センター言語聴覚士の皆さま、A 様はじめ失語症の方々に心より感謝いたします。