■特 集 <老人のコミュニケーション障害>

実用コミュニケーション中心のアプローチ

綿森 淑子

要 約：体力・意欲・認知面でさまざまな問題をかかえる高齢失語症患者に適した治療的アプローチの条件としては、①日常生活上意義のある実用的な課題を用いること、②自発性を重視した方向づけを行い、用いる手段を問わず自分で表現する能力を高めること、③病院での訓練期間はできるだけ短期間とし、地域・在宅でのリハビリテーションへの移行を重視すること、などがあげられる。

本稿では、まず失語症患者に比較的保たれている広い意味でのコミュニケーション能力についての研究を概観し、次いで、高齢者に適した実用コミュニケーション中心のアプローチを紹介した。親しい人達とのコミュニケーションを保つことは、高齢者にとって QOL 上最優先の課題といっても過言ではない。今後の高齢者人口の増加に対応するためには、言語治療に携わるわれわれ自身の意識の改革と高齢者の特徴を踏まえたアプローチの開発・システム化に向けての一層の努力が必要である。

索引用語：高齢失語症患者、非言語的コミュニケーション能力、実用コミュニケーション中心のアプローチ、independent living skills

Rehabilitation of Aged Aphasic Patients :
A Communication-oriented Approach

Toshiko S. Watamori

Abstract : The therapeutic approach suitable for aged aphasic patients with possible complications such as poor health, reduced motivation and/or cognitive problems requires the following considerations : 1) use activities meaningful to the patient's everyday life ; 2) value patient-initiated responses and maximize the patient's ability to express him/herself regardless of the means used, and ; 3) keep the therapy period in the clinical setting to the minimum duration required and emphasize a transition to community-based rehabilitation.

In this article, communication abilities relatively preserved in aphasic patients were reviewed and the communication-oriented approach suitable for aged aphasic patients was described. For aged aphasic patients, the ability to maintain communication with others in his/her environment should be regarded as the prime issue in terms of quality of life. As a countermeasure to population aging, we as speech pathologists should become more accommodated to this new communication-oriented approach which takes the characteristics of aged aphasic patients into consideration.

Key words : aged aphasic patients, non-verbal communication abilities, communication-oriented approach, independent living skills

はじめに

高齢失語症患者では、重度の言語機能障害をもつものが多く、改善率も低いことが知られている¹⁻³⁾。この背景としては、①高齢者に出現する失語症のタイプが若年者とは異なり、より重度なものが多いこと、②高齢者では言語機能の障害に加えて認知面の障害を伴う場合が多いこと、③心疾患、糖尿病など身体的合併症を持つ場合が多いこと、④家族・周囲の関心・援助など環境的な面でも若年群に比べ不利なこと、などが考えられる^{4,5)}。もちろん、年齢以外の要因を可能な限り統制し、若年群と高齢群を比較した場合、重症度・改善度に差がみられなかったという Wertz らの研究結果⁶⁾は心に留められるべきであろう。彼らの報告は高齢であることそれ自体は否定的なものではなく、年齢と共存する種々の要因が高齢者と若年者との間で異なり、それが言語機能障害の重症度・予後に影響を及ぼしている可能性を示唆している。確かに個別にみれば高齢であっても学習能力・意欲が高く、改善度の大きい症例もあるので、高齢すなわち予後不良と短絡的に考えるべきではないが、年齢以外のすべての要因が若年失語症患者と変わらない高齢失語症患者をみることは、臨床場面ではきわめてまれといわざるをえない。一方、失語症患者の言語訓練には、一般に長期を要し、しかも成果は必ずしも割かれた時間・エネルギーに比例しないのが現実である。

こうした事実を勘案すると身体面・意欲面でさまざまな問題をかかえ、時間的な面でも制約を持つ高齢失語症患者を対象とした場合、若年患者に行うような構成度・密度の高い伝統的な言語訓練⁷⁾が適切かどうかについての見直しが必要となるのは当然といえよう。これは、高齢失語症患者が言語訓練の対象にならないという意味では決してない。それどころかただでさえソーシャルネットワークが狭まった状態にある患者にとって、コミュニケーション能力の改善はQOL 上かけがえのないものであり、そのためには最大限の努力が払われるべきである。しかし、言語治療法の効果を具体的に検討しているこれまでの研究対象は、年齢的には若年・壮年が中心⁸⁻¹³⁾であり、高齢者に多い重度の失語症（全失語、ウェルニッケ失語など）を対象とし

た研究は少ない¹⁴⁾。高齢失語症患者の体力・意欲・認知面の特徴に合った適切な治療的アプローチの条件としては、①日常生活上意義のある実用的な課題を用いること、②自発性を重視した方向づけを行い、用いる手段を問わず自分で表現する能力を高めること、③病院での訓練期間はできるだけ短期間とし、地域・在宅でのリハビリテーションへの移行を重視すること、などがあげられよう。しかし、こうした点に配慮した具体的な訓練法の検討は余り進んでいない^{15,16)}。このような観点から本稿では高齢失語症患者に適した治療アプローチを考えるための資料として、失語症患者に比較的保たれている広い意味でのコミュニケーション能力についての研究を概観し、その利用に重点を置く治療アプローチを中心に整理する。

1. 失語症患者の広い意味でのコミュニケーション能力についての最近の研究

最近の失語症研究は、談話分析の手法による言語使用面の検索、非言語的コミュニケーション行動についての検討など、狭い意味での言語機能を起えた領域へと広がってきている。ここでは、談話分析に基づく知見と非言語的コミュニケーション行動についての知見を中心に概観する。

1. 談話の産生と理解に関する研究

Ulatowska ら^{17,18)}は、失語症患者の談話^(*)産生能力と文レベルの言語能力とを対比・検討した結果、言語の構造的側面と使用の側面に乖離が認められることを明らかにした。たとえば、失語症患者に手順の説明（「外国人にアメリカのスーパーでの買物の仕方を教える」など）を行わせると構文の誤り、内容の不明瞭さなど言語の構造的側面には障害が認められたが、手順の中の重要なポイントを落とすことはなく、時系列的、論理的な順序については正しく産生することができた。この背景として著者らは、失語症患者では特定の場面で予測される物事の順序についての知識（スクリプト知識）が利用できることをあげている。

理解面についても失語症患者では談話の理解が単独の文に比べれば、よく保たれる傾向があることが知られているが、これは文の構造・語彙以外の要因（現実的な世界に関する知識と文脈による情報の余剰性な

注1：複数の文によるまとまりのある言語単位（例えば物語、手順の説明、会話など）を談話というが、談話の理解・産生には言語能力のみならず、注意・記憶・認知など多くの高次機能の関与が必要となる。

表1 検査中に記録するコミュニケーション・ストラテジーの種類²¹⁾

ストラテジー (略号)	内 容
聞き返し (REP : Repetition)	指示や情報が理解できないとき、患者自身が繰り返しを求めたり、復唱して相手に確認を求めたりするもの
代償反応 (COM : Compensation)	話し言葉による反応が要求される場合に、身ぶり、指さし、書字、描画など発話以外の手段によって代償するもの、書字反応を描画により代償するもの
自己修正 (SC : Self Correction)	自分で誤りに気づき自己修正するもの
回避 (AV : Avoidance)	失敗を予測してコミュニケーション場面を避けようとするもの

図1 CADL 検査成績の比較
重症度・年齢群別総得点 (136 点満点)

ど)¹⁹⁾の存在が理解を促進するからである。

談話についてのこうした研究結果を総合すると、文脈的な余剰性が利用でき、与えられた状況についてのスクリプト知識が話し手と聞き手に共有される日常生活の中では、文の構造・語彙の全てを解釈することができなくても失語症患者が重要なポイントを理解し、順を追って伝達できることがわかる。もちろん言語能力の障害が重度の場合、言語の使用面にも障害がみられるが、構造的側面の障害に比べれば比較的保たれているといっても過言ではない。これらの知見は、II-2で述べるように患者自身および家族・周囲の人に対処の仕方を指導する上で役立てることができる。

2. 非言語的コミュニケーション能力についての研究

重度失語症患者のコミュニケーションにおいて、非言語的手段が大きな役割を果たしていることは会話場

面について検討を行った Herrmann ら²⁰⁾も報告している。筆者らのグループが開発・標準化した実用コミュニケーション能力検査 (以下 CADL 検査と略す)²¹⁾は、従来の失語症検査と異なり、日常のコミュニケーション場面 (例: 買物、電話など) をシミュレーションによって検査するものであり、日常生活におけるコミュニケーション能力の面から高齢失語症患者の特徴を調べるのに適した検査といえる。CADL 検査では、患者の行う 4 つのコミュニケーション・ストラテジーが同定される (表 1)。これらの内、コミュニケーションの実用性に関係の深いのが代償反応である。言語治療を受けている 18 歳以上の失語症患者 229 名 (64 歳以下の若年群 123 名, 65 歳以上の高齢群 106 名) を対象にこの検査を実施し、総得点、代償反応について、言語機能障害の重症度別に年齢による違いを検討したところ興味深い結果が得られた。図 1 は CADL 検査の

図2 代償反応使用者の割合と成功率
重症度・年齢群による比較

総得点を言語機能障害の重症度・年齢群別に比較したものである。軽度および中度の患者では成績に年齢による差は認められなかったが、重度の患者では高齢群の成績が若年群に比べ有意に低かった。つまり、言語機能障害の重症度については同様に「重度」と判定される症例であっても、若年群では高齢群に比べれば広い意味でのコミュニケーション能力がより保たれていたといえる。図2は代償反応についての検討結果を示している。代償反応使用者の割合、成功率は重症度によって大きく異なっていたが、同じ重症度内では年齢による差は認められなかった。これらの結果は①高齢失語症患者といっても軽度および中度の患者では若年群と肩を並べるコミュニケーション能力を持っていたこと、②障害されたコミュニケーション機能を代償しようとする行動には年齢による違いはみられず、言語機能障害の重症度に対応していたことなど、これまであまり知られていなかった高齢者のコミュニケーション能力の一端を垣間みせてくれたものといえる。

II. 高齢者に適した治療的アプローチ： 実用コミュニケーション中心のアプローチ

現在用いられているものは、1) 非言語的コミュニケーションの使用を積極的に進めるアプローチ、2) 家族・周囲の人々の参加を求めるアプローチ、3) 自立機能に重点を置くアプローチの3つに分けられる。

1. 非言語的コミュニケーションの使用を積極的に進めるアプローチ：I-2で明らかになったように重

度の失語症患者では年齢を問わず代償的な手段を用いてコミュニケーションを行おうとする傾向が顕著であった²²⁾。代償手段としての非言語的コミュニケーションの使用を積極的に促進するアプローチとしては以下のものがある。

①ジェスチャーの訓練；失語症患者にみられるジェスチャー障害の本態については失行によるとするもの²²⁾、言語の障害と共通の中核的な認知的象徴的過程の障害によるとするもの²³⁾があり、いまだ結論は出されていない。しかし、今回のシンポジウムにおいて竹内が指摘しているように、重度の失語症患者ではジェスチャー能力も障害されており、不完全で未分化なジェスチャーが多いという点で研究者間に一致がみられている。とはいえ、発話能力に比較すればジェスチャーが相対的に保たれている例も多く、重度の患者でも発話の代償として適切にジェスチャーを用いることにより対話相手とのコミュニケーションを維持すること²⁴⁾、系統的な訓練により高齢の患者²⁵⁾も含め、限られた範囲のジェスチャーを学習できることが報告されている^{26,27)}。

ジェスチャーやサインの訓練に共通した問題として、訓練室内では学習できても現実場面での使用に般化しにくいことが指摘されている²⁸⁾。一方、積極的かつ自発的に他の代償手段を用いる例²⁹⁾ではジェスチャーの使用にも般化が得られやすいこと、訓練する代償手段が患者の行動特性と無関係なものでなく、患者が自発的に使用した手段を拡大し、指導した場合に実生活への般化が起こりやすいことが知られている²⁸⁾。

注2：これらの症例では、代償手段としての非言語的コミュニケーションの利用を促す訓練は行われていなかった。

表2 Lyon らによる描画訓練法^{30,31)}の概略

A 患者に対する訓練

- ①絵はうまく描く必要はないが、テーマを伝達する上で重要なポイントを描くように指導
- ②何を描いたのかわからない時には、絵に追加、変更を行わせて伝達性を向上させる

B 話し相手側に対する指導

- ①患者の描いた絵のテーマについて大まかに推測する
- ②テーマがわからない場合は、以下のような点について個別に確認して行く
大きさ、形、遠近、重要な要素（場面、主人公）など
- ③キーポイントとなる部分を患者に同定させる
- ④その部分を拡大して描かせるとともに用途などを尋ねる

②描画の訓練：失語症患者の描画能力は言語の障害とは比較的独立なものであるといわれている。しかし、一般の失語症患者では何の訓練もなしに伝達力のある明瞭な絵が描けるわけではない。Lyon ら^{30,31)}は絵の上手下手と、コミュニケーション手段としての描画を明確に区別し、系統的に伝達力のある描画を訓練するプログラムを開発・実施した点で注目される。絵は発話やジェスチャーと異なり表出されると同時に消えてしまうものではなく、患者・家族両者の目の前に描かれたものが存在するので、必要に応じて何度も参照・質問・追加・変更ができるという利点がある。Lyon らのプログラムはこうした利点を利用し、PACE 方式のやりとりを通して患者の不完全・不明瞭な絵から意図する情報を最大限に抽出するというものである（表2）。一方、Yedor ら³²⁾は患者の自発的な描画を拡張・複雑化させて行くテクニック（RET）³³⁾を用いることによって60歳代の患者でも実用的に描画を使用するようになったことを報告しており、①の場合と同様患者の自発性を尊重する方法の有効性を示すものとして注目される。前述の実用コミュニケーション能力検査では、患者が行う代償反応を記録するようになっており、自発的に行う代償反応のレパートリーを確認し、訓練に取り入れる目的での情報収集に適している。

2. 家族・周囲の人の参加を求めるアプローチ：I に述べたような広い意味でのコミュニケーション能力に着目することによって家族や周囲の人々のコミュニケーション上の感受性を高めるとともに患者の伝達能力を改善させることが可能と思われる。具体的には比較的保たれている談話能力を有効に利用すること、複数のコミュニケーション手段を併用することなどにつ

いて家族・周囲の人々の理解・協力を得ることが考えられる。談話能力の利用法としては、患者が発話しやすいように聞き手の側が情報を整理し、関連付ける枠組みを用意すること、患者に対しては伝えたい情報をどのように整理し、組み立てるのが効率的か³³⁾、また、伝わらない時には情報の余剰性や非言語的手段を利用することなどを教えることによって、患者の持つ言語的・非言語的コミュニケーション能力を最大限に発揮させる。

日常場面における有効なコミュニケーション促進のためには、複数のコミュニケーション手段を組み合わせることによって対処する方法がとくに高齢者にとっては現実的と思われる。Davis ら³⁴⁾の提唱する PACE (Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness) はこうした目的に沿うものであり^{35,36)}、個人訓練、グループ訓練²¹⁾ではもちろん家族とのコミュニケーション能力を高めるための訓練法としても用いることができる。PACE では自然の会話の原則、すなわち①新しい情報の交換、②伝達手段の自由な選択、③話し手と聞き手の対等な役割分担、④内容伝達の否によるフィードバック、に従い訓練が実施される。具体的な方法としては、絵カードを裏返しにして積み上げ、患者と ST が交互に1枚ずつカードを取り上げ、それが何であるかをさまざまな伝達手段（話し言葉、書字、ジェスチャー、描画など）を用いて相手に伝えるという方法をとる。ST の役割は患者に使えるような伝達手段の見本を示すことである。PACE を用いたコミュニケーションの実際を図3～5に示す。これは、失語症検査の発話面の得点が5%とほとんど全失語に近い重度の表出面の障害を持つ失語症患者とその家族との

注3：RET (Response Elaboration Training—反応複雑化法)

絵カードの呼称のように「正答」が予め決まっている反応を要求するのではなく、患者自身による自発的な言語（非言語）反応を尊重し、強化して行く方法による構成度の緩やかな訓練法⁷⁾。

家族
ヒントをここから下さい。
(話題リスト*を示す)

あ、誰か？
人、人物？
あまり有名じゃないの？
有名なの
日本人？
今テレビで話題になってる人？
政治家？
スポーツの人？
芸能の人？

一人じゃないの。何人かいるの？

2人？
双子とか。
テレビにでたの？
兄弟？

別な人？
漫才とか、芸能人でもない
スポーツの人でもない。何する人だろ
会社の偉い人ではない？
で2人？
評論家か何か？
男の人2人だろ
男の人と女の人？

日本人と外国の人？
2人とも日本人？
これは日本地図ね。(右の地図を指す)
これは何？外国？

アメリカ？
日本の人が1人にアメリカの人が1人
両方とも日本人で男の人と女の人。
じゃアメリカ何で関係あるんだ。
ゴルフの人？
スポーツじゃないもんな。

皇族？
これはイギリスね。浩宮様じゃない、
礼宮様と紀子さん

患者
「有名人」を指す

うん
とんと (うなずく)
あーとんととん (激しく手をふる)
うん
うん
うんととんと (うなずく)
手をふる
うーんとんと (手をふる)
うーんとんと (手をふる)
絵を描く (図3)

図3

うーんとんと (うなずく)
こうとんと (指を2本立てる)
こうこう
あーとんと (首を横にふる)
あ、あ、あ (うなずく)
うーんとんと (首を横にふる)
指を近づけるジェスチャー
うんうん
あーとんととんと (首をふる)
うーんうーん
おーとんと (うなずき、上を指さす)
うーんうーん
うーんとんととんととん (手をふる)
ううん (手をふる)
うん (上を指さす)
絵 (地図) を描き加える (図4)

図4

うーんとんと (手をふる)
うーんとんと (うなずく)
うんとんと (うなずく)
うんとんと (手を遠くにやるジェスチャー)

とんととんととん (手をふる)

うーんとんとん (手をふる)
うーんとんとん (手をふる)
試行錯誤の末、「仁」と書く (図5)

図5

図3～5 複数のコミュニケーション手段を併用した伝達の1例：患者と家族のPACE場面(礼宮様の婚約記者会見の写真を刺激として用いた。)

*話題リスト：

話題：家族，健康，お金，旅行，慶弔，ニュースなど

伝達内容の属性：人(自分，家族，有名人，その他)，時，場所，物などについて，それぞれ下位項目を
列挙する

PACE 場面におけるやりとりを示したものである。患者と家族は話題リスト、はい—いいえ反応を要求する短い質問、ジェスチャー、描画、断片的な書字など複数のコミュニケーション手段を用いて時間はかかるが、最終的には伝達に成功している。不完全・不明瞭な絵に加えて患者による自発的な情報の追加、家族の質問による情報の整理・明瞭化、共有する知識の利用などが伝達上有効であったことがうかがえる。

3. 自立機能に重点を置くアプローチ：高齢者の自立を目的とした、ILS (Independent Living Skills) に焦点を当てた評価・訓練がとくに認知面で問題を持つ高齢患者への対応法として近年注目され始めている³⁷⁾。ILS とは生活上の基本的な活動を他からの援助なしに遂行する能力のことであり、ADL と IADL (Instrumental ADL) を含む。

こうした考え方により高齢者のリハビリテーションを行っている例としては米国の Center for Independent Living (CIL)³⁸⁾がある。CIL では認知能力とコミュニケーション能力を高齢者のリハビリテーションの中核として位置付け、各専門職がバラバラに患者の訓練を行うのではなく、シミュレーション環境⁴⁾を利用し、統一的なゴールを目指した統合訓練を行うことによって短期間で効果をあげている。ここでの患者マネジメントの具体例として76歳の一人暮らしの女性患者Rさんの評価・訓練プログラム³⁹⁾を紹介する。Rさんは脳梗塞により右片麻痺、コミュニケーション障害を発症、運動麻痺は4日後に消失したが発語失行、書字障害を主体とするコミュニケーション障害が残った患者である。病前は地域活動にも熱心で交友関係も広がったが、退院後は自室にひきこもり、不眠など不適応症状を示したため、友人の紹介で受診した。

CIL では、セルフケアの能力に加えて IADL 能力 (金銭管理能力、買物・食事の計画と準備、家庭内の安全と危機管理、乗物による移動能力) の評価がシミュレーション環境を用いて行われた。Rさんはセルフケア面では自立しており、家計の管理、銀行の利用、計画的な買物もどうにか可能であった。しかし、警察、消防署、かかりつけの医師などへの電話は、ダイヤルすることはできたが、発語失行のため「用件を適切に伝える」ことはできなかった。会話では単語レベルの発話で何度かいい直しをするがうまくいえないとやめ

てしまう行動が観察された。評価の結果、Rさんは判断能力、問題解決能力などには問題がなく、コミュニケーション上の問題が改善すれば自立は可能と判定された。そこでコミュニケーション場面で伝達に成功する経験を積み重ねることを目的に、コミュニケーションに成功しやすいように条件を整え、会話を行わせることから始め、表3に示すような段階をたどって、言語・OT 訓練を行った。訓練の焦点は会話の内容に置き、発語失行については構音を直接訓練するのではなく、早い段階から自分の発話の適切性をセルフモニターすることを教え、自己コントロールを覚えさせた。Rさんは言語訓練室から自宅・現実環境内へと移行する計15時間の訓練で自立した生活を送ることができるようになり、以前の交友関係も復活した。発語失行による構音の誤りは依然あったが、関連のある情報を付け加えて話すなど文脈の余剰性を利用するストラテジーを使うことによって、聞き手に理解されやすくなり、話しことばは充分実用的になった。

この患者の場合、言語能力・認知能力の障害が比較的軽度であったことが幸いしていると思われるが、システムティックな訓練により短期間に大きな効果をあげている点が注目される。わが国でも最近病前一人暮らしをしていた高齢・重度の失語症患者で、運動機能の障害が少ない場合、子供との同居や施設入所を望まず、独居を希望する例がみられ、対応に苦慮することも少なくない。さまざまなハイテク機器による生活支援システムが可能となりつつある現在、安全に住み慣れた地域社会で暮らすことができるかどうかの確実な評価とそれを目的とした訓練が求められるのではないだろうか。患者を取り巻く社会的条件は異なるが、CIL の提案する総合的な評価と訓練システムは高齢失語症患者への対応法の1つとして大いに参考になる。

おわりに

高齢失語症患者の特徴を考慮した言語治療アプローチは、①実用性に重点を置き、②自発性を重んじ、③病院での訓練期間はできるだけ短期間とし、地域・在宅でのリハビリテーションへの移行を重視する方向で行われることが望ましい。本稿ではこうした目的に沿ったいくつかの治療アプローチを整理し、紹介した。親しい人達とのコミュニケーションを保つことは、高

注4：シミュレーション環境

病院内に設置する人工コミュニティ「Easy Street Environments」⁷⁾が米国では商品化されている。これは地域社会、家庭での日常生活活動をシミュレーションによって訓練するためのかなり大がかりな設備で、コミュニケーションばかりではなく、リハビリテーション訓練全般に用いることができる。各病院のニーズに合わせて銀行、マーケット、レストラン、デパート、事務室、自動車などの模型を組み合わせて作られる。

表3 Rさんの治療計画

Phase	刺激	目標	評価者	訓練場所	関わった専門家と指導時間 ST OT	期間
I 目標行動の訓練	STがコミュニケーションに成功しやすい状況を設定してインタビュ形式の会話を行う。	コミュニケーションの成功率100%	ST	言語訓練室	1時間ずつ2回	第1週
II 独立して自己管理を行う	Iの形式で訓練を行う中で、コミュニケーションの成否についての患者自身のセルフモニター能力を高める訓練を並行して行う。	コミュニケーションの成功率100%	患者	言語訓練室	1時間の訓練で確実にセルフモニターできるようになった	第1週
III 他の臨床環境(シミュレーション環境)でのOTによるADL訓練)への転移	STは患者が新しく学習したコミュニケーション技能を異なる環境へ転移させるのを促すためのカウンセリングを行い、望ましい行動を強化する。患者はシミュレーション環境下でADL活動を行いながらOTと交流する中でコミュニケーション技能を用いる。	コミュニケーションの成功率100% コミュニケーションの成功率100%	ST 患者	言語訓練室 OT室	4時間 4時間	第1, 2週 第1, 2週
IV 非臨床環境への転移	患者は自分の決めたプランに沿って自宅で友人と会話を行い、獲得したコミュニケーション技能の転移をはかる。OTでは患者が自宅でADLを行うのを友人が助ける形で訓練する	コミュニケーションの成功率100% コミュニケーションの成功率100%	患者 患者	自宅 (2週間にわたり、友人との間で行った)	2時間 2時間	第3, 4週 第3, 4週
V 一般化	銀行・買物など自宅外のADL活動の中でコミュニケーションを行う。最初は友人に付き添ってもらったが最終的には一人で行う	コミュニケーションの成功率100% コミュニケーションの成功率100%	患者	現実の環境	2時間 2時間	第5, 6週 第5, 6週
VI フォロワーアップ	行動変化の持続性と生活に及ぼす影響を定期的にSTが確認	コミュニケーションの成功率100%	患者	現実の環境	4時間	第8, 10, 14, 18週
				合計	ST 15時間 OT 8時間	18週間 6週間

Florence & Conway³⁹⁾を要約

齢者にとって QOL 上最優先の課題といっても過言ではない。今後急速に進む人口の高齢化を考えると言語治療に携わるわれわれ自身の意識の改革と高齢者の特徴を踏まえたアプローチの開発・システム化に向けての地道な努力が必要となろう。

座長の労をお取り下さいました笹沼澄子先生に深謝いたします。また草稿の段階でご助言をいただきました東京大学医学部音声言語医学研究施設福迫陽子先生に心よりお礼申し上げます。本研究に際しては厚生省長寿科学総合研究補助金の助成を受けたことを記し、謝意を表します。

文 献

- 1) 福迫陽子, 物井寿子: 失語症患者の言語訓練経過 (I) —タイプおよび年齢による差異について—. 音声言語医学, 25, 295-307, 1984.
- 2) 福迫陽子, 物井寿子: 失語症患者の言語訓練成績 —老年群と壮年群の比較—. 音声言語医学, 26: 145-158, 1985.
- 3) 佐野洋子: 失語症者の求める援助とは? —長期経過を踏まえて—. 音声言語医学, 31: 412-425, 1990.
- 4) Holland, A. L., Bartlett, C. L.: Some differential effects of age on stroke-produced aphasia. In H. K. Ulatowska (ed.) *The Aging Brain: Communication in the Elderly*. College-Hill Press, San Diego, Cal., 1985, pp. 141-155.
- 5) 綿森淑子, 福迫陽子, 物井寿子, 笹沼澄子: 失語症の発症時年齢と関連要因—非言語的認知能力を中心に—. リハ医学, 27: 379-387, 1990.
- 6) Wertz, R. T., Dronkers, N. F.: Effects of age on aphasia. Paper presented to the American Speech - Language - Hearing Association, Research Symposium on Communication Sciences and Disorders and Aging, September, 1988, Washington, D. C.
- 7) 綿森淑子: 総説 失語症に対する治療的アプローチ—実用コミュニケーション重視アプローチを中心に—. リハ医学, 28: 44-54, 1991.
- 8) 柏木あさ子, 柏木敏宏: 失語症患者の仮名の訓練について—漢字を利用した試み—. 音声言語医学, 19: 193-202, 1978.
- 9) 安積園子, 柏木あさ子, 柏木敏宏: 呼称と漢字音読の過程——失語症者の訓練経過—. 失語症研究, 1: 89-98, 1981.
- 10) 宇野 彰, 種村 純, 肥後功一: 訓練モダリティ別呼称改善のメカニズム (I) —書字を用いた呼称訓練と復唱の呼称訓練—. 失語症研究, 5: 893-902, 1985.
- 11) 藤田郁代: 失語症患者の構文治療—構文処理方式に基づくアプローチ—. 失語症研究, 8: 121-130, 1988.
- 12) 鈴木 勉, 物井寿子, 福迫陽子: 失語症患者に対する仮名文字訓練法の開発—漢字1文字で表記する単音節語をキーワードとし, その意味想起にヒントを用いる方法. 音声言語医学, 31: 159-171, 1990.
- 13) 物井寿子: 失語症の読み書き障害の訓練—仮名書字訓練を中心に—. 神経心理学, 6: 33-40, 1990.
- 14) Thompson, C. K.: Generalization research in aphasia: A review of the literature, *Clinical Aphasiology*, 18: 195-222, 1989.
- 15) Davis, A. G., Holland, A. L.: Age in understanding and treating aphasia. In D. S. Beasley & G. A. Davis (eds.), *Aging: Communication Processes and Disorders*. Grune & Stratton, New York, 1981. pp. 207-228.
- 16) Chapman, S. B.: The older aphasic patients: the problems and the potential. *Seminars in Speech and Language*, 9: 135-147, 1988.
- 17) Ulatowska, H. K., North, A. J., and Macaluso-Haynes, S.: Production of narrative and procedural discourse in aphasia. *Brain and Language*, 13: 345-371, 1981.
- 18) Ulatowska, H. K., Doyle, A. W., Stern, R. F., Haynes, S. M. and North, A. J.: Production of procedural discourse in aphasia. *Brain and Language*, 18: 315-341, 1983.
- 19) Pierce, R. S.: Linguistic context and aphasia treatment. *Seminars in Speech and Language*, 10: 329-342, 1989.
- 20) Herrmann, M., Koch, U., Johannsen-Horbach, H. and Wallesch, C-W.: Communicative skills in chronic and severe nonfluent aphasia. *Brain and Language*, 37: 339-352, 1989.
- 21) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 伊藤元信, 他: 実用コミュニケーション能力検査—CADL 検査—. 医歯薬出版, 1990.
- 22) Goodglass, H., Kaplan, E.: Disturbance of gesture and pantomime in aphasia, *Brain*, 86: 703-720, 1963.
- 23) Duffy, R. Duffy, J.: Three studies of deficits in

- pantomimic expression and pantomimic recognition in aphasia, *J Speech Hear Res*, 24 : 20-34, 1981.
- 24) Herrmann, M., Reichle, T., Lucius-Hoene, G., Wallesch, C-W., and Johannsen-Horbach, H. : Nonverbal communication as a compensative strategy for severely nonfluent aphasics? -A quantitative approach. *Brain and Language*, 33 : 41-54, 1988.
 - 25) Colon, C. P., McNeil, M. R. : The efficacy of treatment for two globally aphasic adults using visual action therapy. *Clinical Aphasiology*, 19 : 185-195, 1991.
 - 26) Helm-Estabrooks, N. Fitzpatrick, P. M. and Barresi, B. : Visual Action Therapy for global aphasia. *J Speech Hear Disord*, 47 : 385-389, 1982.
 - 27) 藤野 博, 岩倉稔子, 渋谷直樹 : 失行を伴った1重度失語症例のジェスチャー獲得過程. *聴能言語学研究*, 7 : 34-42, 1990.
 - 28) Kraat, A. W. : Augmentative and alternative communication : does it have a future in aphasia rehabilitation? *Aphasiology*, 4 : 321-338, 1990.
 - 29) Coelho, C. : Manual sign acquisition and use in two aphasic subjects. *Clinical Aphasiology*, 19 : 209-218, 1991.
 - 30) Lyon, J. G., Helm-Estabrooks, N. : Drawing : Its communicative significance for expressively restricted aphasic adults. *Top Lang Disord*, 8 : 61-71, 1987.
 - 31) Lyon, J. G., Sims, E. : Drawing : Its use as a communicative aid with aphasic and normal adults. *Clinical Aphasiology*, 18 : 339-355, 1989.
 - 32) Yedor, K., Kearns, K. : Establishing communicative drawing in severe aphasia through response elaboration training. Paper presented at the American Speech-Language-Hearing Association Convention, New Orleans, La. 1987.
 - 33) Ulatowska, H. K., Chapman, S. B. : Discourse considerations for aphasia management, *Seminars in Speech and Language*, 10 : 298-314, 1989.
 - 34) Davis, A. G., Wilcox, M. J. : *Adult Aphasia Rehabilitation*. College-Hill Press, San Diego, Calif. 1985.
 - 35) 伊藤元信 : 左脳損傷とりハビリテーションー失語症への新しいアプローチ PACE を中心に. *総合リハ*, 16 : 863-868, 1988.
 - 36) 伊藤元信 : 言語訓練からコミュニケーション訓練へー失語症治療の今日的方法. *月刊言語*, 19, 8 : 42-49, 1990.
 - 37) DeBettignies, B. H., Mahurin, R. K. : Assessment of independent living skills in geriatric population. *Clinics in Geriatric Medicine*, 5, 3 : 461-475, 1989.
 - 38) Florance, C. L., Conway, W. F. : Transdisciplinary intervention. In R. Chapey (ed.) *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia : second edition*. Williams & Wilkins, Baltimore, MD., 1986, pp. 162-173.
 - 39) Florance, C. L., Conway, W. F. : The Center for Independent Living : A case study. In R. C. Marshall (ed.) *Case Studies in Aphasia Rehabilitation*. Pro-Ed, Austin, TX., 1986. pp. 151-166.

別刷請求先 : 〒 173 東京都板橋区柴町 35-2

東京都老人総合研究所

綿森淑子