

ウェルニッケ失語症例のコミュニケーション障害と 非言語的手段の使用について

深 沢 美 奈¹⁾ 保 坂 敏 男¹⁾
武 田 清²⁾ 牧 野 順四郎²⁾

Communication disorders and nonverbal communication skills of Wernicke aphasia

Kiyoshi Takeda¹⁾, Mina Fukazawa¹⁾,
Toshio Hosaka,²⁾ Junshiro Makino²⁾

抄 録

ウェルニッケ失語患者は非常に多弁であるとともに、一方的に話し聞く姿勢に欠ける症例が多いので、他の患者や治療者とのコミュニケーションに障害が起こる。研究1は、ウェルニッケ失語症例の発話と喚語障害や話しことばの音韻面の障害などがみられない右半球損傷例の発話を、場面とコミュニケーションの相手ごとに比較し、両者の発話の差異と類点を明らかにすることを目的とした。

重度ウェルニッケ失語症例ではブローカ失語や全失語などに比べ、非言語的手段の使用訓練の報告が少ない。研究2では、ジェスチャー、描画、コミュニケーションノートなど、自発的に非言語的手段を使用する程度の異なる3症例を取り上げ、これらウェルニッケ失語症例の言語能力、非言語能力、発話開始を含むコミュニケーション態度等の比較検討を行い、非言語的手段の援用によるウェルニッケ失語症例のコミュニケーション改善へ資することを目的とした。

キーワード：ウェルニッケ失語

多弁
コミュニケーション障害
非言語的手段

- 1) 山梨リハビリテーション病院・言語聴覚士
Speech Therapist in Yamanashi Rehabilitation Hospital
- 2) 健康科学大学
Health Science University

研究1 ウェルニッケ失語症例の多弁さとコミュニケーションの障害について

流暢型失語症の代表的失語タイプであるウェルニッケ失語の発話の特徴の一つとして、多弁傾向が挙げられる³⁾。ウェルニッケ失語患者は非常に多弁であるとともに、一方的に話すばかりで聞く姿勢に欠ける症例が多い。それにより、他の患者や治療者とのコミュニケーションに多かれ少なかれ障害が起こるのが普通である。

失語症は左大脳半球言語野の損傷によって引き起こされるが、右半球損傷後に引き起こされるコミュニケーション障害は、失語症にみられるような喚語障害や話しことばの音韻面の障害などはみられない点で失語症とは異なる。しかし、どちらも非常に多弁で聴く姿勢に欠けるという特徴をもつので、言語聴覚士（以下ST）などの専門的知識を持つ者以外にとっては、同じコミュニケーション障害と感じられる。

上述の2つのコミュニケーション障害は病因に違いがあり、幾つかの点で両者は内容が異なる。このことは、両者のコミュニケーション障害の行動的特徴も異なることを示唆する。両者の多弁的発話における差異と類似性を明らかにすることは、コミュニケーションにおける適切な対応法を生み出していく上で重要な示唆を与えると同時に、コミュニケーション障害の専門職としてのSTにとっても大きなメリットを与えることになる。

研究1は、ウェルニッケ失語症例と右半球損傷例の発話を、場面、コミュニケーションの相手ごとに比較分析し、両者の発話の差異と類点を明らかにすることを目的とする。

方 法

調査場所と期間：リハビリテーション専門病院、2005年9月から2007年9月まで

対象：短期間に多くのウェルニッケ失語症例と右半球損傷例を集めることができなかったため、ここでは各1症例についての結果を述べながら考察をすることにした。

(1) 症例1：ウェルニッケ失語症例

69歳、右利き男性。

現病歴：2005年8月、言語障害、視野障害にて発症。救急病院にて脳梗塞と診断後、点滴治療を行った。その後2008年10月、K病院に入院して本格的にリハビリテーションを開始した。

神経放射線学的所見：発症から2ヵ月後にCTにより、左大脳半球側頭葉に低吸収域が認められた。

神経学的所見：顕著な麻痺はなく、日常生活動作は全て自立。FIM（運動項目）91点。

神経心理学的所見：重度のウェルニッケ失語を認めた。多弁で相手の話しを聞く姿勢に欠けていた。理解は単語～短文レベルに留まり、発話は言い誤りや言いよど

みが多く、実用的な伝達手段とはならない状態であった。ジェスチャーや描画、書字で積極的に伝達しようとする様子がみられた。

(2) 症例2：右半球損傷コミュニケーション障害例

87歳、右利き女性。病名：脳梗塞（多発性）

現病歴：2006年1月、左片麻痺で発症。救急病院にて脳梗塞の診断後、点滴治療を行った。3週間後、本格的リハビリ目的にて、K病院に入院。

神経放射線学的所見：発症から3週間後のCTにて両側大脳半球の皮質下に複数の小さな低吸収域が認められた。

神経学的所見：両側下肢に軽度の筋力低下が見られた。病棟内の移動はシルバーカー使用にて自立。FIM（運動項目）78点。

神経心理学的所見：注意障害、記憶障害など高次脳機能障害に伴うコミュニケーション障害（中～重度）を認めた。発話は多弁で、聞く姿勢に欠けていた。発話はまとまりに欠け、内容的には、記憶障害、見当識障害があり、不正確なことが多くみられた。

手続き

(1) やりとりの相手を感じるコミュニケーション障害の程度

対象者と日常接する機会の多い、看護師、看護助手、担当理学療法士（以下PT）、担当作業療法士（以下OT）、1名ずつに対し、アンケート調査を行った。調査項目は、①普段のやりとりに困っているか、②対象者の発話が多いと感じるか、③一方的に話したり、こちらの話を聞いてくれず、やりとりができないことがあるかの3項目とし、それぞれ5段階評価で回答してもらった。

(2) 場所による発話の差異

訓練室内での発話については、言語訓練時に対象者が訓練室入室後、挨拶の後、担当STと対象者のうちどちらが先に話し始めるかを連続6回の訓練の中で観察し、記録した。

病棟内での発話については、対象者の昼食前後の食堂での様子（食事前、食事中、食事後）の様子を、担当STが観察した。

結 果

(1) やりとりの相手を感じるコミュニケーション障害の程度

①普段のやりとりに困っているか。

症例1では、PTが「いつも困る」、看護師、OTが「時々困る」、看護助手は「あまり困らない」と回答した。症例2では、看護師、看護助手、PT、OTとも、「時々困る」と回答した（表1）。

②対象者の発話が多いと感じるか。

症例1、2ともに、看護師、看護助手、PT、OTとも、「多弁と感じる」と回答し

表1 普通のやりとりに困っているか

	看護師	看護助手	PT	OT
症例1	時々困る	あまり困らない	いつも困る	時々困る
症例2	時々困る	時々困る	時々困る	時々困る

(いつも困る・時々困る・どちらでもない・あまり困らない・困らない、の5段階評定)

表2 対象者の発話が多い

	看護師	看護助手	PT	OT
症例1	多弁と感じる	多弁と感じる	多弁と感じる	多弁と感じる
症例2	多弁と感じる	多弁と感じる	多弁と感じる	多弁と感じる

(多弁と感じる・やや多弁・どちらでもない・あまり感じない・全く感じない、の5段階評定)

表3 一方的に話し、相手の話を聞かず、やりとりができない

	看護師	看護助手	PT	OT
症例1	時々できない	時々できない	時々できない	時々できない
症例2	いつもできない	時々できない	いつもできない	時々できない

(いつもできない・時々できない・どちらでもない・あまりない・全くない、の5段階評定)

た(表2)。

③一方的に話してしまい、こちらの話を聞いてくれず、やりとりができないことがあるか。

症例1では、看護師、看護助手、PT、OTとも、「時々できない」と回答した。症例2では、看護師とPTが「いつもできない」、看護助手、OTは「時々できない」と回答した(表3)。

(2) 場所による発話の差異

①訓練室内

症例1は、6回中5回の言語訓練で、挨拶後、すぐに話し始めた。症例2は、6回全ての言語訓練で、挨拶後、すぐに話し始めた。

②病棟内

症例1は、食事前は隣の席の患者と会話し、食事中は特に会話をせず、食後はすぐに自室に戻るといった状況であった。症例2は、食事中は食事に集中しているが、食事前や食事後は、病棟スタッフに緊急性の低い内容をしきりに訴えたり、他患者の見舞い客に一方的に話しかける様子がみられた。

考 察

やりとり相手の調査では、ウェルニッケ失語症例、右半球損傷例ともに、どの相手もやりとりに困り、対象者の発話を多弁と感じ、聞く姿勢に欠けると感じていた。また、訓練室内では、両者ともSTに対し、自ら積極的に話しかけていた。

一方、病棟内では、ウェルニッケ症例では多弁傾向は観察されなかったのに対して、右半球損傷例では、忙しく働くスタッフの状況の如何に関わらず話しかけたり、自分とは関係のない見舞い客に一方的に話すなどがみられた。

結果から、ウェルニッケ失語は、特に1対1といった会話場面では、多弁で聞く姿勢に欠けるという状態になるが、それ以外の場面では、多弁さが、特に行動上問題となることはないことが分かった。一方、右半球損傷例では、どんな場面でも多弁となり、時に他者に迷惑となるような行動がみられることが明らかとなった。ウェルニッケ失語症例では状況を理解して多弁を抑制することができるのに対して、右半球損傷例ではそれが見られなかったことは、多弁的発話を周囲の状況に応じて抑制できるかどうか（状況の理解能力）に大きな違いがあることを示唆する。

研究2 ウェルニッケ失語症例の非言語的手段の自発的使用について

重度失語症症例では、言語の理解や発話面の機能訓練と同時に、ジェスチャー、描画、コミュニケーションノートなどの非言語的手段を導入して、実際のコミュニケーション場面へと般化させるよう訓練を行うことが多い。

これに対し、重度ウェルニッケ失語症例は、非言語的手段の使用に必要な非言語的能力も低いことが報告されている⁴⁾。そのためか、重度ウェルニッケ失語症例ではブローカ失語や全失語などに比べ、非言語的手段の使用訓練の報告も少ない。また、非言語的手段を自ら使用してコミュニケーションをとろうとするウェルニッケ失語症例も少ない。

研究2では、ジェスチャー、描画、コミュニケーションノートなど、自発的に非言語的手段を頻繁に使用する症例、時々ジェスチャーなどの非言語的手段を使用する症例、ほとんど非言語的手段の使用がみられない症例の3例を取り上げ、これらウェルニッケ失語症例の言語能力、非言語能力、発話開始を含むコミュニケーション態度等の比較検討を行った。

方 法

対象

(1) 症例1

69歳、右利き男性。

現病歴：2005年8月、言語障害、視野障害にて発症。救急病院にて脳梗塞と診断後、点滴治療を行った。その後、リハビリテーションを開始。同年10月、本格的リハビリテーション目的にてK病院に入院。

神経放射線学的所見：発症から2ヵ月後のCTにて左大脳半球側頭葉に低吸収域が認められた。

神経学的所見：顕著な麻痺はなく、日常生活動作は全て自立。

神経心理学的所見：重度のウェルニッケ失語を認めた。発話は多弁で、相手の話を聞く姿勢に欠けていた。理解は単語～短文レベルに留まり、発話は言い誤りや言いよどみが多く、実用的な伝達手段とはならない状態であった。

(2) 症例2

62歳、右利き男性

現病歴：2005年10月、右上下肢麻痺、言語障害にて発症。救急病院にて脳塞栓と診断後、治療を行った。同年11月、本格的リハビリテーション目的にてK病院に入院。

神経放射線学的所見：発症から1ヶ月後のCTにて左大脳半球側頭葉から頭頂葉にかけて低吸収域が認められた。

神経学的所見：顕著な麻痺はなく、日常生活動作は自立していたが、失行がみられ、慣れない場面では、道具の使用などに混乱がみられることがあった。

神経心理学的所見：重度のウェルニッケ失語を認めた。発話量はそれほど多くなく、喚語困難が顕著で、錯語がみられ、時にジャーゴンもみられた。発話しても実用的な伝達手段とはならない状態であった。

(3) 症例3

54歳、右利き男性。脳梗塞（左側頭葉）

現病歴：2004年10月発症。救急病院にて脳梗塞の診断後、治療を行った。同年12月、本格的リハビリテーション目的にて、K病院入院。翌年4月、自宅へ退院。その後、週2回外来にてリハビリテーションを実施。

神経放射線学的所見：発症2ヶ月後のCTにて左大脳半球側頭葉に低吸収域が認められた。

神経学的所見：顕著な麻痺はなく、日常生活動作は自立していたが、失行がみられ、慣れない場面では、道具の使用などに混乱がみられることがあった。

神経心理学的所見：中等度から重度のウェルニッケ失語を認めた。発話量はそれほど多くなく、喚語困難が顕著で錯語がみられた。発話は実用的な伝達手段とはならない状態であった。

手続き

対象者全員に、標準失語症検査（1997年版；以下、SLTA）⁵⁾、短縮版実用コミュニケーション能力検査（1990年版；以下、CADL-S）⁷⁾、コース立方体組み合わせテスト（1966年版；以下、コース）¹⁾、レーヴン色彩マトリックス検査（1993年版；以下、RCPM）²⁾を行った。

次に、会話への積極性を評価するため、言語訓練室に入室してもらい、担当STと挨拶後、対象者とSTのどちらが先に会話を始めるかを、連続6回の訓練セッションで記録した。なお、担当STは、挨拶後、自分からは会話を切り出さず、対象者の発話を最大60秒まで待つよう努めた。

結 果

1. 対象者と ST の会話

対象者と、対象者とあまり接したことのない ST との対話をビデオに記録し、非言語的手段の使用について調査者 A が観察した。話題は、「仕事について」「好きな食べ物」とした。

症例 1：発話と同時に、常に、ジェスチャーや描画、コミュニケーションノート、書字の使用がみられた。

症例 2：発話で答えようとするが、うまく伝わらず、あきらめてしまうことが多かった。好きな食べ物についての話題で、一度だけジェスチャーの使用がみられた。

症例 3：会話には応じるが、質問に対しては「わかりません」と答えることが多かった。ジェスチャーや描画等の使用は、促してもみられなかった。

2. 対象者の言語検査、非言語検査、会話の開始

対象者の言語性・非言語性検査の結果を、症例ごとに表 4 に示した。SLTA は、総合評価法⁶⁾に基づき、10段階評価を行った。症例 1、3 が中～重度、症例 2 は重度に該当した。コース立方体組み合わせを IQ で示した。CADL-S 得点は、症例 3 が最も高く、症例 2 が最も低かった。コース立方体組み合わせは、症例 1 が最も高く、症例 3 が最も低かった。RCPM は、症例 1 が最も低かった。会話の開始については、6 回の訓練中、対象者が先に会話を切り出した回数をカウントした。症例 1 は 6 回中 5 回とほぼ毎回、

表 4 3 症例の言語性、非言語性検査、会話の開始

対象	SLTA	CADL-S	コース	RCPM	会話開始
1	3	67.2	80.2	27	5
2	1	24.8	74.4	33	0
3	2	75.5	64.4	33	1

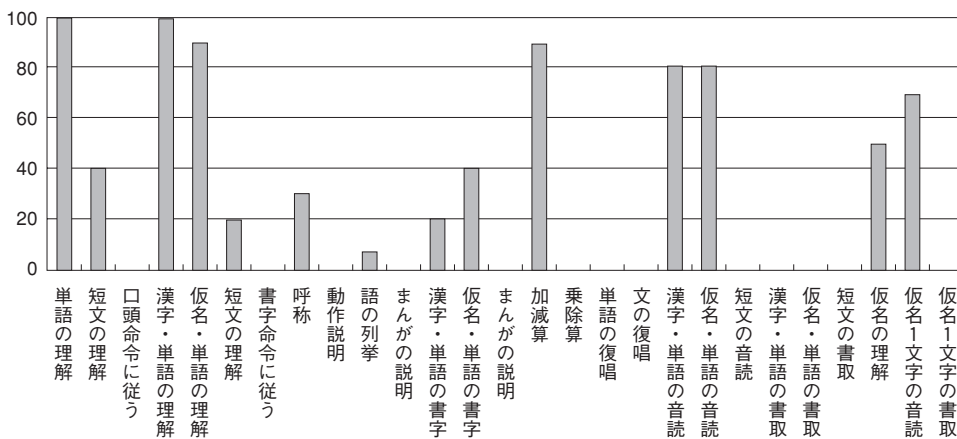


図 1 症例 1 の SLTA 結果

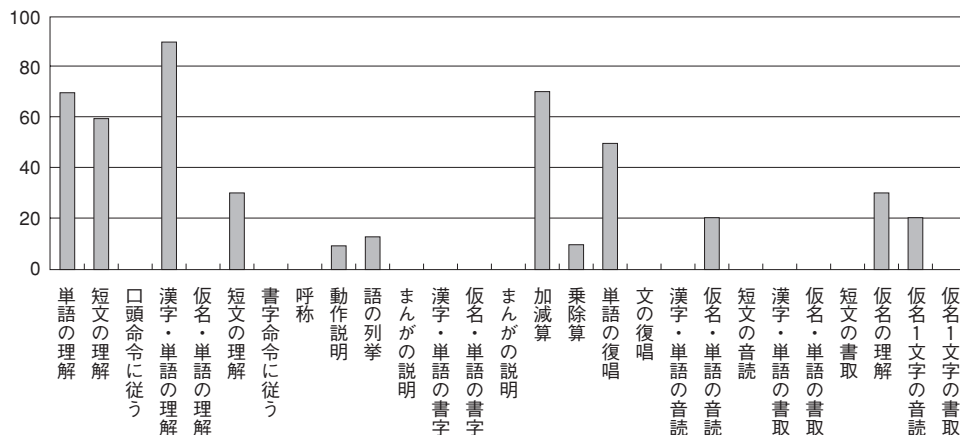


図2 症例2のSLTA結果

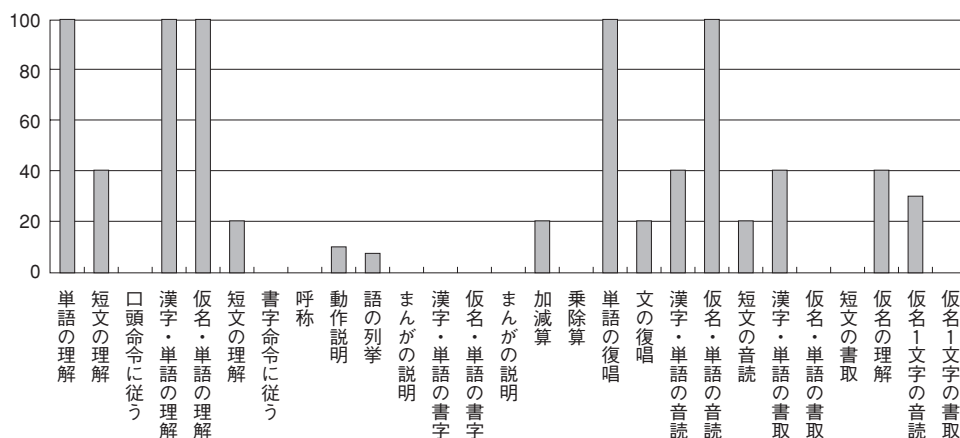


図3 症例3のSLTA結果

自分から会話を開始した。症例2、3は自分から会話を開始することはほとんどなかった。なお、対象者のSLTAの詳細については図1～3に示す通りである。

考 察

症例が少ないため統計的処理は行わず、症例についての記述にとどめた。

3症例の中で、非言語的手段を積極的に使用する1症例と、あまり使用しない2症例との間で、顕著に差がみられたのは、発話への積極性であった。症例1は、症例2、3に比べ、発話量が多く、会話の中で自ら話を切り出すことが多かった。

症例3は発症から約1年半が経ち、症例2は発症から半年が過ぎている。両者とも、機能的には大きな改善が期待できない時期であり、訓練プログラムの中心は、言語に加え、非言語的手段を使用しての実用コミュニケーション能力の改善となっている。非言語的手段の使用を可能とする要因は様々あると推測されるが、本研究の目的の一つである非言語的手段の使用を促すアプローチを考える上で、これら3症例の比較から示唆さ

れた「発話への積極性」を考慮することが重要と思われる。

言語、非言語を問わず、コミュニケーションで重要なのは、発話者の伝達したい内容が相手に伝わったという成功体験である。それは大きな強化となり、次の発話への動機づけをさらに高める。また言語的手段が困難であっても、非言語的手段の使用を促しながら失語症者の伝えたい内容を対話者が理解し、両者が同じ内容を共有できたという経験が最も重要である。そのためには、訓練を担当する ST は、失語症者が伝えたいと思う内容を見出して、両者で確認し合うことが重要である。

非言語的手段を自発的に使用しない症例で考えられることは、上述した成功体験を持ったことがないことも一因としてあげられる。その多くは対話者が失語者の伝達しようとする内容を見出すことができなかつたことであろう。それが発話それ自体の動機づけを低下させてしまったことが考えられる。もしそうならば、たとえば ST は、失語症者に何かを伝えたい、ST に何かを教えたいと思わせる状況を作り出し、非言語的手段の使用を促すことにより、伝わったという成功体験を持ってもらうことも必要であろう。

これまでに、非言語的手段の使用に影響すると推測される非言語能力の比較を行った研究は見受けられるが、実際に非言語的手段の使用頻度の異なる失語症者の言語能力、非言語能力など、様々な側面を比較した報告は少ない。今回は、重度ウェルニッケ失語症例 3 例の比較であったが、今後は、さらに多くの症例について検討し、非言語的手段の自発的使用に影響する要因を明らかにし、コミュニケーション障害における非言語的手段の有効な援用法を見出していく必要がある。

引用文献

- 1) 大脇義一：コース立方体組み合わせテスト。三京房、1966。
- 2) 杉下守弘、山崎久美子：日本版レーヴン色彩マトリックス検査。日本文化科学社、1993。
- 3) 竹内愛子、河内一郎：脳卒中後のコミュニケーション障害。協同医書出版、1995。
- 4) 竹内愛子、高橋正、萩生正彦ほか：重度失語症者の非言語的象徴障害音声言語医学、32、1991、216-226。
- 5) 日本失語症学会：標準失語症検査 改訂第 1 版、新興医学出版社、1997。
- 6) 長谷川恒雄、岸久博、重野幸次ほか：失語症評価尺度の研究—標準失語症検査 (SLTA) の総合評価法—。失語症研究、1984、4、639-646。
- 7) 綿森淑子、竹内愛子、福迫陽子ほか：実用コミュニケーション能力検査—CADL 検査—。医歯薬出版、1990。

Abstract

The purpose of the present study was to find an appropriate application for nonverbal methods on Wernicke-aphasia with communication disorders mainly due to the garrulity of their speech. In study 1, the behavioral aspects of speech in a hospital were compared between Wernicke-aphasia and aphasia from right-hemisphere damage in each case. The Wernicke-aphasia was found less garrulous during meals and other situations in hospital, garrulous only during treatment or training by a Speech Therapist (ST). On the contrary, the other aphasia was constantly garrulous in all situations.

In study 2, three cases of Wernicke-aphasia with different degree of usage of nonverbal means in communication were compared to find a better application of nonverbal methods on Wernicke-aphasia. It was suggested that the initiation of speech with/without nonverbal way would be so important that ST should find a proper way to prompt them to initiate speech or act, which could be the first step to promote their verbal and/or nonverbal communication skill.

Key words: Wernicke aphasia
garrulity
communication disorder
nonverbal communication skill