

失語症患者への PACE セラピーの適用

内田 芳夫*, 山口 浩明**, 西村 玲子***

(1990年10月15日 受理)

Application of PACE Therapy to Aphasic Patients

Yoshio UCHIDA Hiroaki YAMAGUCHI Reiko NISHIMURA

I. 問 題

1. 失語の分類と言語症状

失語の臨床像の分類はいくつか試みられているなかで, Lichtheim-Wernicke の失語図式 (図 1 参照) は古典的な分類ではあるが, 多様な失語症状の形態を展望するのに理解しやすい。また, 失語を流暢性 (fluency) と非流暢性 (nonfluency) とに大分類するのは臨床場面で有用である (山鳥, 1985, 相野田・鳥居, 1987, 表 1 参照)。これらのなかの主な失語症のタイプにおける言語症状について述べておきたい。

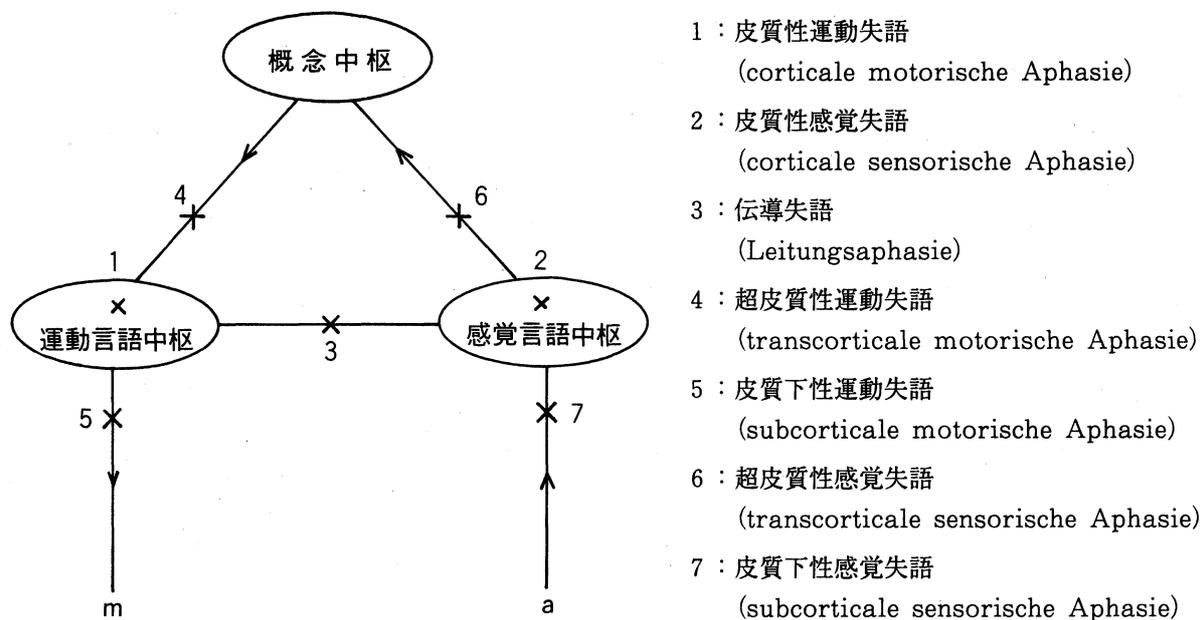


図1 Lichtheim-Wernicke の失語図式

(相野田・鳥居, 1987より)

* 鹿児島大学教育学部障害児教育学科

** 鹿児島生協病院

*** 鹿児島市立西田小学校

表1 失語症の臨床型

-
- (1) 非流暢型 (nonfluent) 失語群
 - 1. ブローカ失語 (Broca's aphasia)
 - 2. 純粹語唾 (aphemia) ; 純粹失構音 (pure anarthria)
 - 3. 超皮質性運動失語 (transcortical motor aphasia)
 - (2) 流暢型 (fluent) 失語症
 - 1. ウェルニッケ失語 (Wernicke's aphasia)
 - 2. 超皮質性感覚失語 (transcortical sensory aphasia)
 - 3. 伝導失語 (conduction aphasia)
 - 4. 語義失語
 - 5. 健忘失語 (amnesic aphasia)
 - (3) 重度の言語障害
 - 1. 全失語 (global aphasia)
 - 2. 混合型超皮質性失語 (mixed transcortical aphasia) ;
孤立言語領症候群 (isolation of speech area)
 - (4) 視床失語 (thalamic aphasia)
-

(相野田・鳥居, 1987より)

- (1) 運動性失語：口頭言語の表出障害が強く、発語失行やマヒ性構音障害を伴って発話是非流暢になる。言語理解は比較的良好である。書字におけるカナ文字の操作に障害が現われやすい。
- (2) 感覚性失語：発話は流暢で多弁であるが、錯語や錯文法が頻発し重症の場合にはジャルゴン・スピーチとなる。聴覚的理解の障害および文字言語の読み書き障害が認められる。
- (3) 健忘性失語：喚語困難が主症状で、受容言語および表出言語とも良好である。
- (4) 伝導性失語：流暢な自発語や理解の良好さに比較して、復唱障害と錯語が主症状である。
- (5) 超皮質性失語：言語機能が全般的に障害されているのに対し、復唱能力が良好である。

2. 失語の診断と評価

失語症患者の評価・診断において中核をなすものは失語症検査である。代表的な失語症検査には次のようなものがある。

- (1) Porch Index of Communicative Ability (PICA・1967)
- (2) The Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA・1967)
- (3) Functional Communication Profile (FCP・1969)
- (4) 老研式失語症鑑別診断検査 (1972)
- (5) Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE・1972)
- (6) 標準失語症検査 (SLTA・1975)
- (7) Western Aphasia Battery (WAB失語症検査・1979)

(8) Communication Abilities in Daily Living (CADL・1980)

これらの検査のなかで, (2)・(4)・(5)・(6)・(7)は鑑別診断検査(失語症と周辺の症候群を鑑別する検査)法であり, 特に, (2)・(4)・(5)はアメリカで, (5)(6)(7)は日本で比較的, 広く使用されている。しかし, これらの検査だけでは, テスト場面における心理的圧力や日常場面と直結しない状況で起こるコミュニケーション能力の低下などが影響し, 患者の潜在的な言語能力を反映することが困難である。そこで, 系統的な鑑別診断検査に加えて, (3)FCP や(8)CADLなどの日常生活言語テストを併用することが失語症患者のトータルなコミュニケーション能力を把握するうえで必要であろう。

3. 失語治療の枠組み

失語症の研究は19世紀後半に入り, Broca. P (1861) による運動性言語中枢の発見, さらに Wernicke. C (1874) による感覚性言語中枢の発見などによって急速な進歩を遂げた。その後, 解剖学的・生理学的・精神病理学的側面からの諸研究が行われたが, 失語症の言語治療への関心は薄く, 系統的な訓練法が導入されるようになったのは1960年代後半からのことである。

近年の失語症・言語治療の傾向として, 直接法的アプローチと間接法的アプローチとがある(A. Damien Martin. 1981)。前者の直接法的アプローチは課題状況を重視した思考に働きかける治療法であり, 「呼称」や「喚語の正確さ」に着目した言語中心の訓練法である。このアプローチのなかでも, 主流をなしているのが「刺激法」(Wepman. 1972)である。具体的な方法としては, 患者に対して絵カードを提示し呼称や復唱, ポインティングなどを求める訓練である。「刺激法」に代表される直接法的アプローチは, 障害のなかでも Impairment に対するアプローチであると言えよう。後者の間接法的アプローチはコミュニケーションを重視した治療法である。このアプローチの主な特徴は, 送信者と受信者との相互作用の崩壊がコミュニケーション障害であると規定したこと, さらに会話のやりとりを成功させるために, 身振りや描画など, 有効と思われるあらゆる手段を利用することにある。そして, 障害のなかでも Disability や Handicap に視点をあてた治療法と言えよう。

今日の失語治療に大きな影響を与える理論的枠組みとして, Pragmatics (語用論・実用論)の考え方が注目されている。Pragmatics (語用論的)アプローチは, 言語の伝達的側面に焦点をあてた指導法であり, アメリカでは1970年代後半から子どもの言語習得法として導入され研究が進められている(田中・他. 1982)。このPragmaticsの潮流は, 子どもの言語病理学, さらには成人の失語症の治療法へと発展を遂げている。本研究で適用したPACEセラピーも語用論的アプローチのひとつである。

4. P A C Eセラピー

PACE (Promoting Aphasics Communicative Effectiveness) セラピーは, アメリカの

Davis と Wilcox (1985) によって開発された失語症患者に対するコミュニケーション障害の援助法である。

PACEセラピーの特徴として注目すべきことは、従来の直接法的言語訓練における一方的な治療者と患者のやりとりを、自然な対話の要素を取り入れた構造へと変換した点である。PACEセラピーの治療目標は、可能なかぎり他者からの援助なしにコミュニケーションを行えるように、自らの能力を最大限に伸ばすことにある。この治療目標を達成するために4つの原則がある。

(1) 新しい情報の交換の原則

話し手は聞き手が知らない情報を伝える。

(2) コミュニケーション手段の自由な選択の原則

情報の伝え手はどんなコミュニケーション手段を用いてもよい。例えば、身振りや描画もその手段のひとつである。

(3) 会話における対等な役割分担の原則

治療者が患者に指示を与えて何かをやらせるという一方通行的なやり方ではなく、治療者と患者が交互に情報の送り手と受け手になる。

(4) コミュニケーションの充足性に基づいたフィードバックの原則

情報の伝え手が非口頭であろうと、音が歪んでいようと不完全であろうと、助詞が抜けていようと、ともかく最終的に情報が相手に伝わったかどうかを重視する。

セラピーの実際は、日常用品や動作などの絵カードを用いて、それらの多くのカードの中から治療者あるいは患者が交互に一枚ずつカードを引いて説明し、相手にそれが何であるかを当てさせるというやり方である。

5. 目 的

実用的なコミュニケーション能力を促進させる方法であるとして注目されているPACEセラピーが、失語症患者のコミュニケーション障害の改善に有効なアプローチであるかどうかを症例を通じて明らかにすること。

(内田 芳夫)

II. 方 法

1. 対 象

S病院に入院中または外来での言語治療を受けている失語症患者2名であった。

(1) 症例1

68歳、女性。原因疾患はクモ膜下出血術後後遺症。発症からの経過年数は7年。言語訓歴は発症後6年目より6ヵ月の慢性期の失語症患者であった。

PACEセラピー施行前のSLTAでは、発語は流暢なタイプに属するが、音節性錯語のため復唱障害と呼称障害が顕著で、発語でのコミュニケーションは実用的ではなかった。聴覚的理解は複雑な指示には従えないが、比較的保たれており、日常会話の理解は良好であった。読解は比較的良好であるが、音読は錯語のため困難であった。また、書字によるコミュニケーションも実用的ではなかった(図2参照)。WAB失語症検査の失語指数は35.9/100で失語症のタイプは伝導失語、重症度は中等度であった。

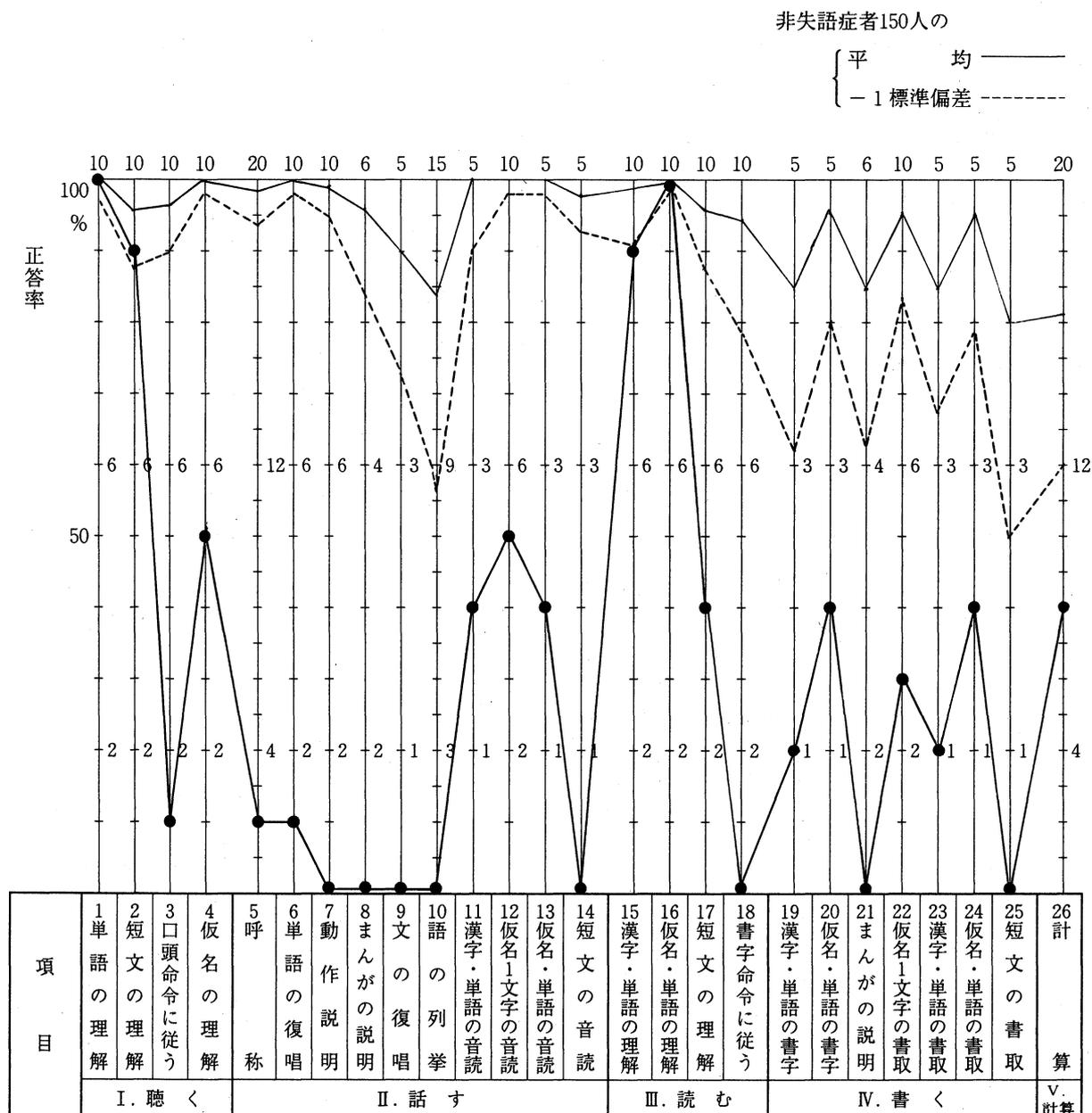


図2 症例1のSLTAプロフィール(実施前)

(2) 症例2

56歳，女性。原因疾患は脳血栓。発症からの経過年数は1ヵ月の急性期の失語症患者であった。

SLTAでは、聴覚的理解力は単語・短文レベルの理解は可能であるが、複雑な文の理解はやや困難であった。発話面では、文による表現はやや可能であるが、喚語困難のため非流暢な話し方である。音読はやや良好である。読解は、単語レベルは良好であるが複雑な文の理解が困難であり、聴理解と同程度の能力である。書字は、漢字単語は若干書けるが仮名单語は困難である。仮名1文字の書き取りは良好である。計算は、加算は良好であるが、繰り下がりのある減算が困難である。乗除算は九九レベルは可能である (図3参照)。WAB失語症検査の失語指数は54.6/100で失語症のタイプは運動性失語症。重症度は中等度であった。

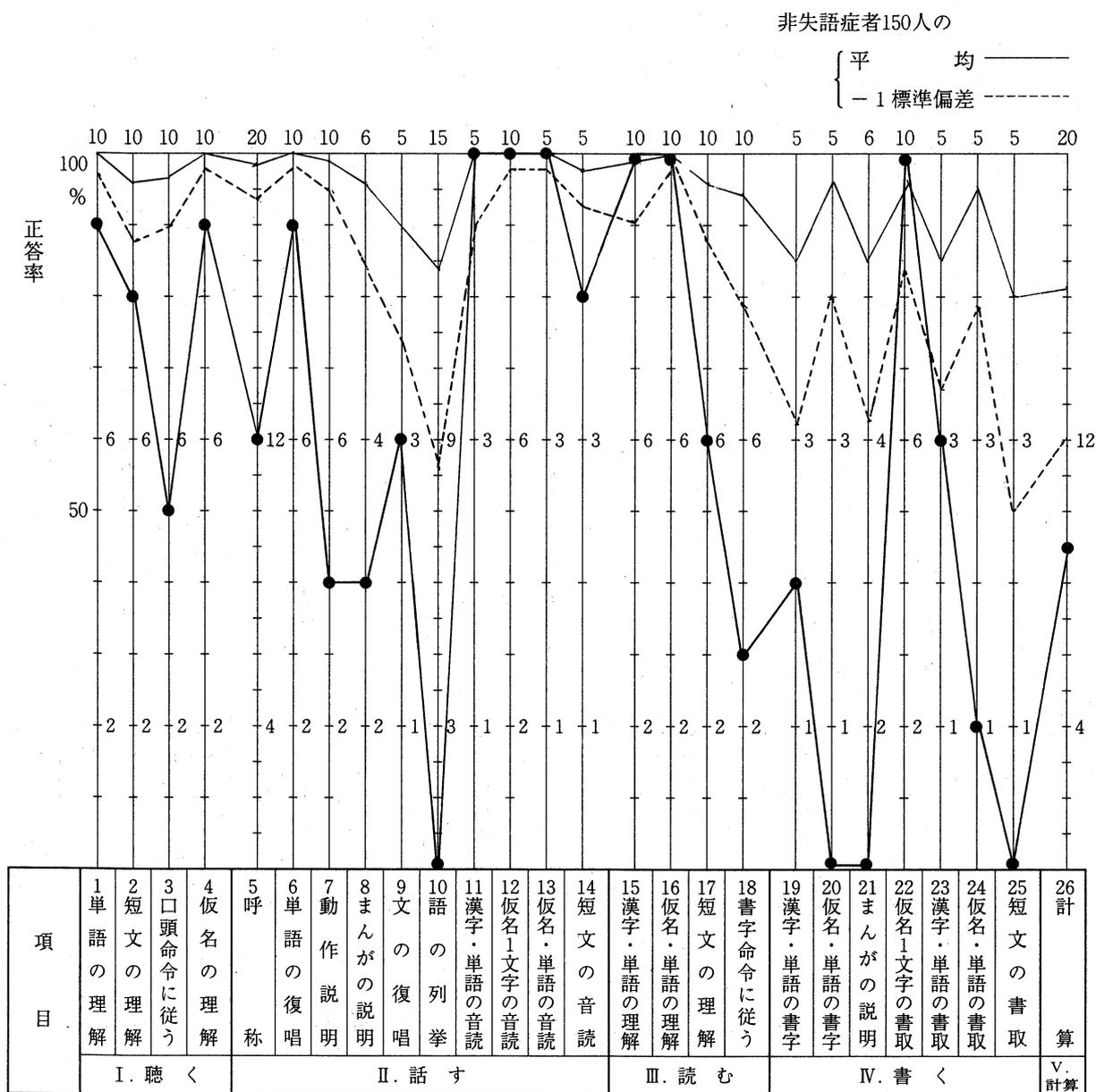


図3 症例2のSLTAプロフィール (実施前)

2. 訓練期間及び訓練回数

症例1は, 1989年5月~12月の期間の週2回, 合計15セッション。症例2は, 1989年10月~12月の期間の週2回, 合計10セッション。訓練時間は, いずれも1セッション30分であった。

3. 訓練手続き及び評価

PACEセラピーの基本的訓練方法は, 日常物品, 動作などの書かれた絵カードや文字カード, 写真などを裏返しにして積み上げ, 一番上の1枚を取り上げ, それは何であるかをさまざまな伝達手段を用いて治療者と患者が交互に伝達し当てさせるというものである。しかし, 伊藤(1988)も指摘しているように, 治療者が情報の送り手になる場合, 患者が情報を受けとったか否かの確認がしにくい。そこで, 患者を常に情報の送り手にして, PACEセラピーを実施した。なお, 2症例ともに名詞絵カードを用いた。表2はPACEセラピーにおける患者と治療者とのやりとりの一例である(表2参照)。

表2 PACEセラピーの具体例(P:患者, T:治療者)

P	「空にひかるもの……」
T	「空にひかるというと, 星ですか?」
P	「いや」
T	「空にひかる。何かまるいものではないんですか?」
P	「あの, 雨が降る前に……」
T	「あー, 雷ですね」
P	「そうです」
P	「えーと, 熱をだしたりして……。」
T	「体の調子が悪い時にどうするんですか?」
P	「……………」
T	「病院に関係があるんですね」
P	「はい」
T	「何か他に特徴はないんですか?」
P	「…………, うーん」
T	「のむものですか?」
P	「いいえ」
T	「うつものですか?」
P	「はい」
T	「注射ですね」
P	「はい」

評価であるが, 1枚の絵カードの伝達が完了するごとにPACEセラピーの評価スケール(表3)を用い評価点を与えた。さらに, PACEセラピーの訓練効果を具体的に考察できるように, 筆者らは以下の5項目の評価項目を設定した。(A)伝達単語数, (B)1単語あたりの平均伝達時間, (C)1分以内に伝達できた単語数, (D)評価点平均, (E)評価点4・5の全体に占める割合。

Ⅲ. 結 果

PACEセラピーの手続きに従って言語訓練を実施し、PACEセラピーの評価スケール(表3参照)に基づく評価結果などを筆者らが設定した5項目の評価表にまとめた。以下、症例ごとに結果を述べる。

表3 PACEセラピーの評価スケール

評価点	内 容
5	最初の試行でメッセージを伝えることができた場合
4	情報の受け手(治療士)から、最初の試行では良く分からなかった旨伝えられ、2回目の試行でメッセージを伝えることができた場合
3	治療士がいろいろな質問をしたり、ジェスチャー・書字などでの説明を求めたりした結果、メッセージを伝えることができた場合
2	治療士が繰り返しを求めたり、いろいろな質問をした結果、メッセージの一部を伝えることができた場合
1	いろいろな試みをしたが、メッセージが伝わらなかった場合
0	メッセージを伝えようとしなかった場合
U	評価不能の場合

1. 症例1

(1) 評価表の結果(表4参照)

表4 評価表の結果(症例1)

評価項目 セッション	(A)伝達単語数 (個)	(B)1単語あたりの 平均伝達時間(分)	(C)1分以内に伝達 できた単語数(語)	(D)評価点平均	(E)評価点4.5の全体 に占める割合(%)
1	2	2.1	1	3.0	0
2	10	2.5	4	3.6	25
3	14	2.1	9	3.2	36
4	13	1.3	7	4.0	70
5	17	1.8	9	3.8	47
6	11	1.9	4	3.4	20
7	11	2.0	6	3.9	46
8	14	1.5	7	3.4	43
9	14	1.4	7	3.7	50
10	14	1.1	9	3.9	57
11	10	2.5	4	3.7	40
12	13	1.8	8	3.8	62
13	14	1.8	8	3.9	50
14	17	1.4	12	3.7	59
15	18	1.1	13	4.2	65

(A) 伝達単語数は、30分という限られた時間の中でいくつの単語を伝達しえたかというものである。セッションによつての浮き沈みはあるものの、毎回10単語を下回ることなく、特に14, 15セッションでは20単語に近づいている。伝達単語数の増加は、すなわち情報を伝達するための適切な説明がなされ、1単語あたりの伝達時間が短縮されたととらえることができ、評価項目(B), (C)とも関連している。

(D), (E)はPACEセラピーの評価スケールに基づくものである。(D)評価点平均については、全セッションを通して評価点3が最も多いため、2セッション目を除いてはほとんど3~4点の領域である。(E)は、特に9セッション以降は、11セッションを除けば全伝達単語数の50%以上を評価点4・5が占めている。

(2) 伝達単語数の変化 (図4参照)



図4 伝達単語数の変化 (症例1)

図4は、全セッションを通じた伝達単語数の変化を示したものである。初期のセッションではやや減少あるいはプラトー現象がみられる。そして、後期で再び著しい上昇が認められる。

(3) 伝達時間の変化 (図5参照)

図5は、1単語あた

りの平均伝達時間の変化を示したものである。1単語あたりの伝達時間が初期のセッションで著しく短縮されており、その後、中期でプラトー状態を呈し、11セッションで急激な増大を示し、後期のセッションで再び急激な短縮が認められる。



図5 平均伝達時間の変化 (症例1)

(4) 伝達単語数と各段階評価の割合の推移 (図6参照)

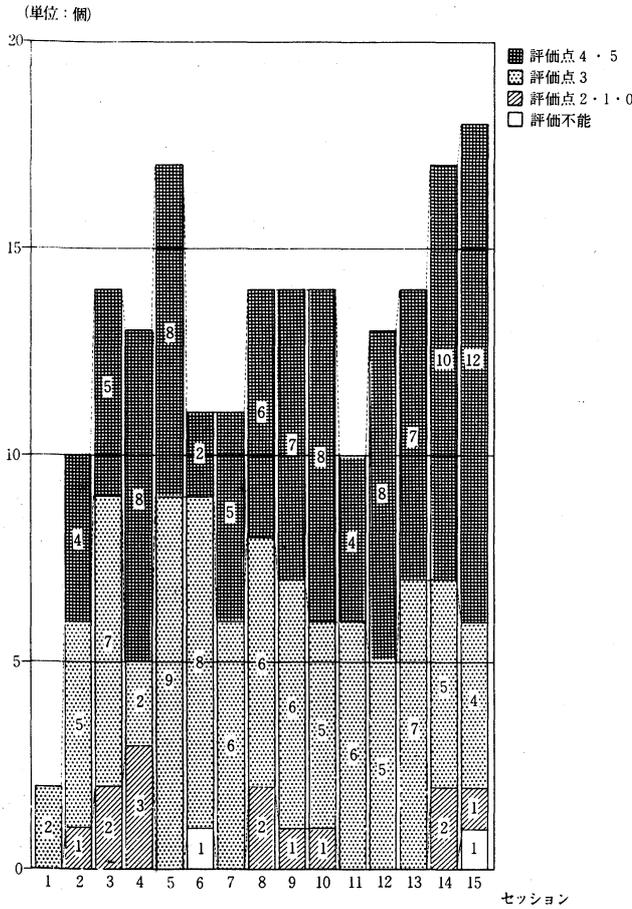


図6 伝達単語数と各段階評価の割合の推移 (症例1)

差の傾向がある。(B), (D), (E) については、すべて $T \leq 0.05$ であり危険率5%水準で有意差がみられた。

図6は、各セッションにおける伝達単語数の変化と、PACEセラピーの評価スケールに基づく各段階評価の割合の推移を示したものである。棒グラフの最上段の数字は、各セッションの評価点4と評価点5の数である。単語に関する適切な説明がなされ、情報が速く伝わると評価点4・5の数が増加する。この症例1では13・14・15セッションでは、評価点4・5が全伝達単語数の半数以上を占めており、伝達効率が比較的良くなってきている。

(5) PACEセラピーの前半と後半の比較

5つの評価項目(A)～(E)について、前半1～3セッション、後半13～15セッションの2群間の平均値の有意差検定を行ったところ、表5のような結果を得た(表5参照)。(A)は $T = 0.1088$, (C)は $T = 0.856$ でやや有意差の傾向がある。

表5 PACEセラピーの前半と後半の比較

(A) 伝達単語数の比較

セッション	N	平均	SD	T
前半	3	8.67	6.11	
後半	3	16.33	2.08	0.1088

(D) 評価点平均の比較

セッション	N	平均	SD	T
前半	3	3.27	0.31	*
後半	3	3.93	0.25	0.0434

(B) 1単語あたりの平均伝達時間の比較

セッション	N	平均	SD	T
前半	3	2.23	0.23	*
後半	3	1.43	0.35	0.03

(E) 評価点4.5の全体に占める割合の比較

セッション	N	平均	SD	T
前半	3	20.33	18.45	*
後半	3	58.00	7.55	0.0307

(C) 1分以内に伝達できた単語数の比較

セッション	N	平均	SD	T
前半	3	4.67	4.04	
後半	3	11.0	2.65	0.0856

(6) 言語検査の結果

図7は, PACEセラピー実施前後のSLTAのプロフィールを示したものである(図7参照)。PACEセラピー実施前後では, プロフィールにはほとんど変化が認められなかった。WAB失語症検査では, 失語指数が35.9/100から40.1/100とわずかに変化がみられるのみであった。失語状態はPACEセラピー実施前と変わらずほぼプラトーな状態であった。

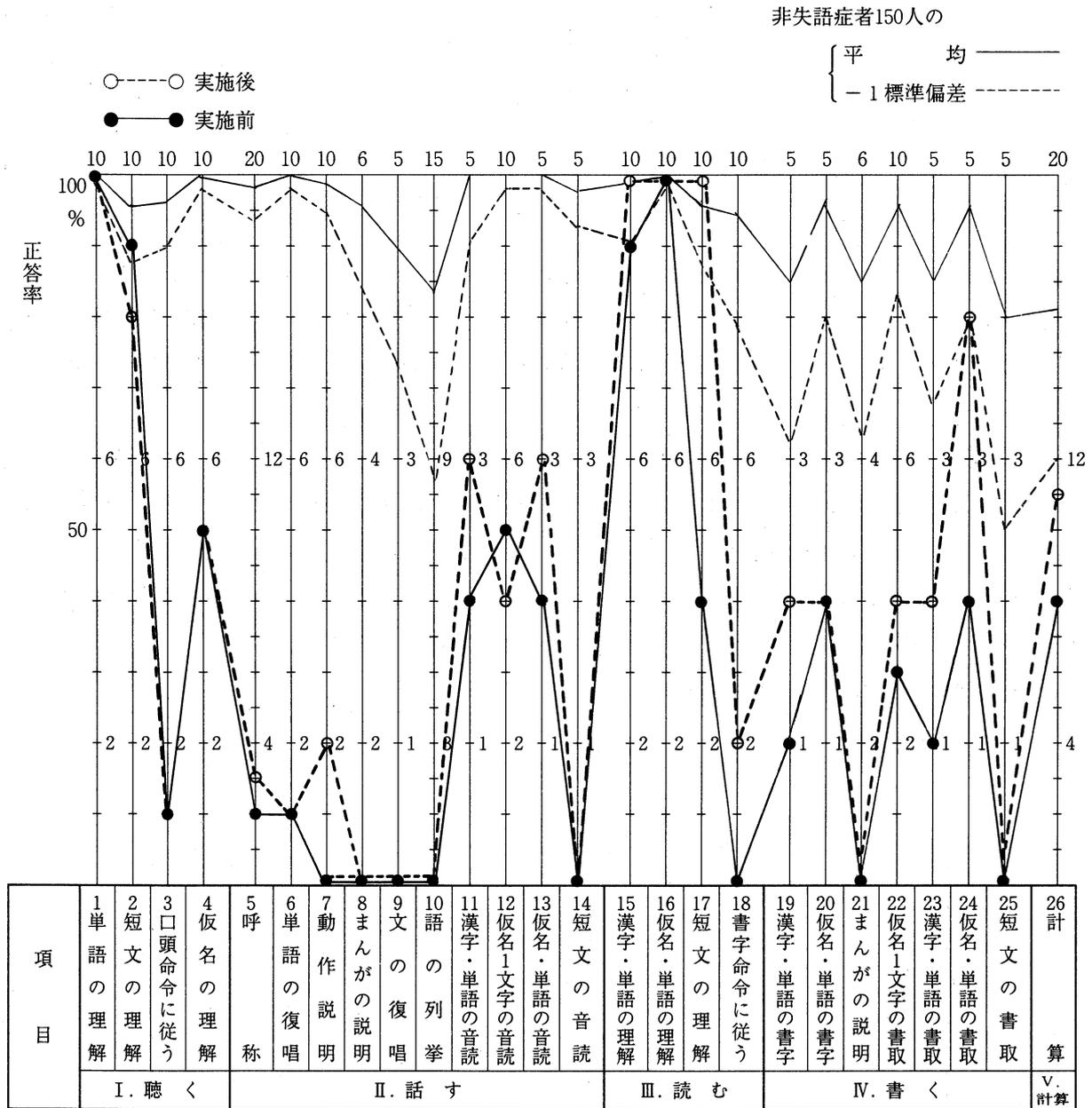


図7 症例1のSLTAプロフィール(実施後)

2. 症例2

(1) 評価表の結果(表6参照)

(A) ~ (E) の5つの評価項目は, 症例1の評価項目と同じものである。(A)については, 1

表6 評価表の結果 (症例2)

評価項目 セッション	(A)伝達単語数 (個)	(B)1単語あたりの 平均伝達時間(分)	(C)1分以内に伝達 できた単語数(語)	(D)評価点平均	(E)評価点4.5の全体 に占める割合(%)
1	7	4.1	1	2.9	0
2	14	1.6	8	3.6	57
3	15	1.8	7	3.7	53
4	14	1.9	6	3.3	23
5	13	1.9	9	3.5	31
6	11	1.7	5	4.0	64
7	15	1.7	9	3.9	50
8	11	2.4	1	3.3	22
9	19	1.3	11	3.7	58
10	16	1.5	5	3.7	38

セッションから2セッションにかけて倍増しているが、その後はプラトー状態を呈し、後半の9セッションから10セッションで2.5倍近く増えている。(A)の数値は、(B)、(C)の数値と関連している。

(D)、(E)はPACEセラピーの評価スケールに基づくものである。(D)については、やりとりを何回も繰り返したり、治療者がジェスチャーや描画での説明を求めたりした結果、情報が伝達できたという時の評価点3が全セッションを通じて最も多いため、3~4点の域を脱していない。(E)は、セッションによっては2・3・6・7・9セッションのように全伝達単語数の50%を評価点4・5が占めている。しかしながら、全体的に数値が変動的である。

(2) 伝達単語数の変化 (図8参照)

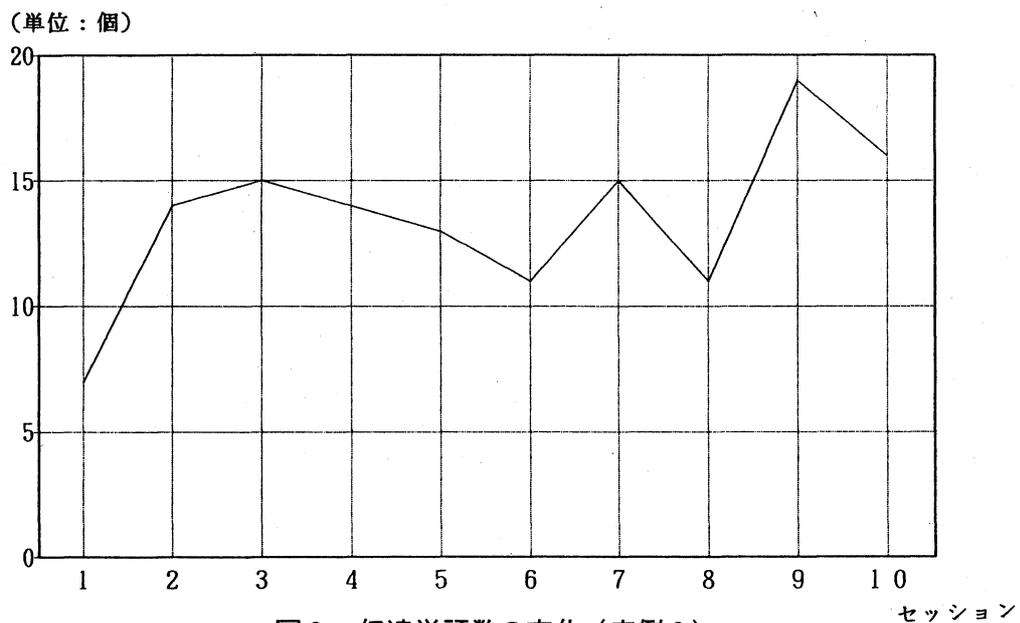


図8 伝達単語数の変化 (症例2)

図8は、伝達単語数の変化であるが、1セッションから2セッションにかけて急激な上昇が認められるが、その後7セッションまではほぼプラトー状態を呈している。7セッションから10セッションにかけて、伝達単語数は上昇傾向を示しているが、かなり変動的である。

(3) 伝達時間の変化(図9参照)

図9は、1単語あたりの平均伝達時間の変化を示したものである。1セッションから2セッションにかけて、伝達時間が急激に短縮されている。2セッションから7セッションは、伝達単語数と同様にプラトー状態を呈している。8セッションでは伝達時間が急激に増大している。9・10セッションについては伝達時間に大差はないが、1～7セッションよりやや短縮されている。

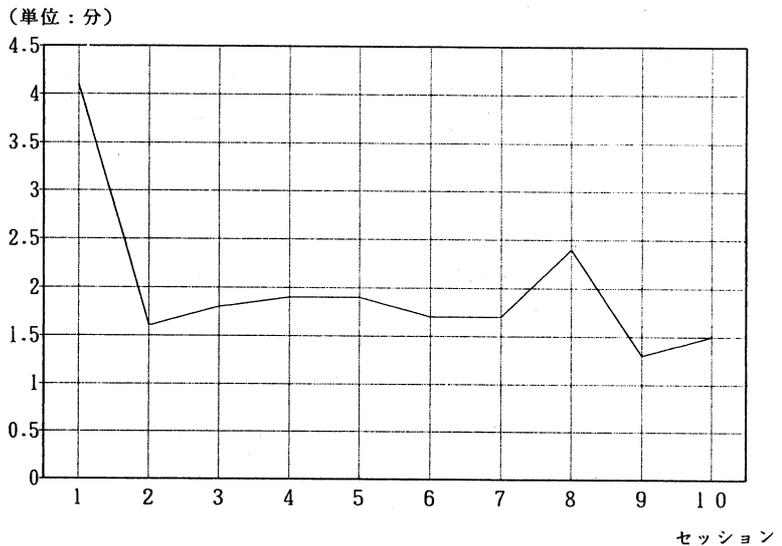


図9 平均伝達時間の変化 (症例2)

(4) 伝達単語数と各段階評価の割合の推移 (図10参照)

図10は、伝達単語数の変化とPACEセラピーの評価スケールに基づく各段階評価の割合の推移を示したものである。症例2の場合は、全セッションを通じてかなり変動的であるが、セッションによっては2・3・6・9のように評価点4と評価点5が半数以上を占めている。また、評価点2・1・0は4セッション以降消滅している。

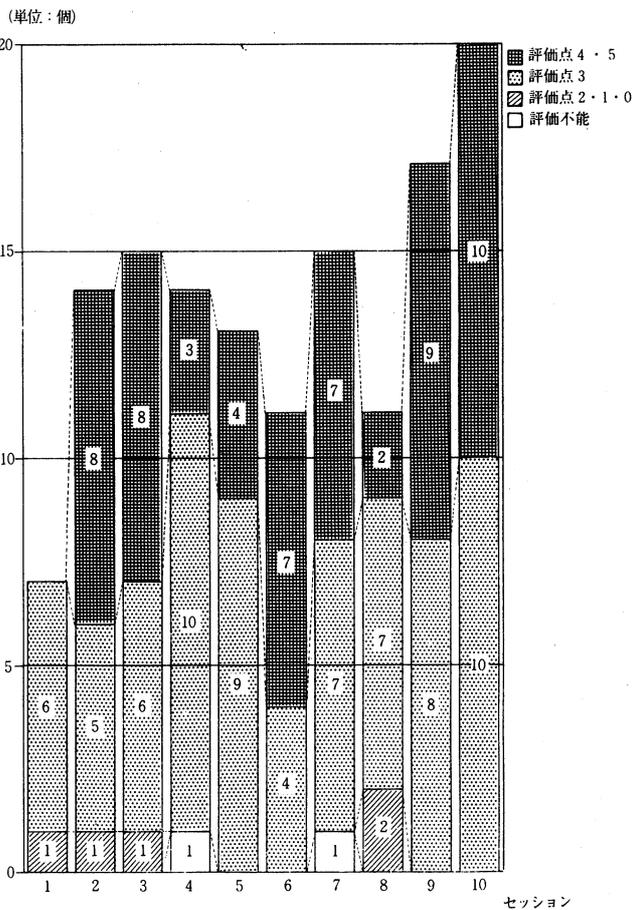


図10 伝達単語数と各段階評価の割合の推移(症例2)

(5) PACEセラピーの前半と後半の比較
 症例1と同様に、5つの評価項目(A)～(E)の前半1～3セッションと後半8～10セッションの2群間の平均値の有意差検定を行ったところ、(A)～(E)のすべての項目について有意差はなかった。

(6) 言語検査の結果 (図11参照)

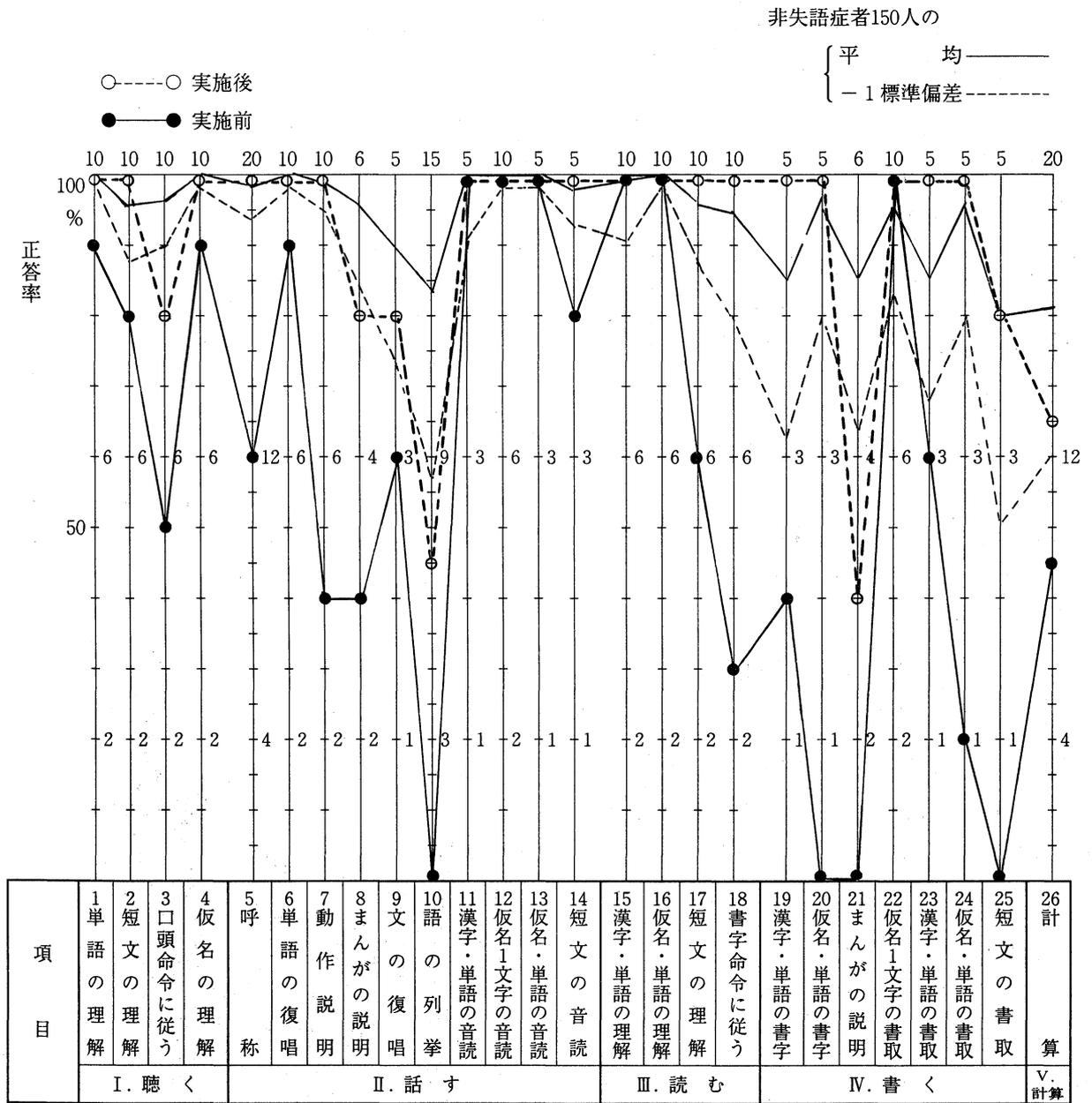


図11 症例2のSLTAプロフィール (実施後)

図11は、PACEセラピー実施前後のSLTAのプロフィールを示したものである。聴覚的理解は日常会話にはほとんど支障をきたさないレベルまで改善した。発話面は、喚語困難はかなり改善したが、語彙は相変わらず少ない。読解は、正常レベルまで改善した。書字は、錯書がみられるがかなり改善した。WAB失語症検査は、失語指数が54.6/100 (中等度) から89.2/100 (軽度) と改善が認められた。

IV. 考 察

1. 症例1の検討

症例1のPACEセラピー1回あたりの伝達単語数と1単語あたりの平均伝達時間は、いずれも中期ではプラトー状態を呈している。これは、患者自身が顕著な喚語困難や復唱障害からくる発語による情報量の乏しさを認識しているため、絵カードについての説明を途中であきらめたりすることが多くみられたことによると思われる。また、治療者の患者からの限られた情報に対するフィードバックが適切でなかったり、無意味であったりしたことも挙げられる。このため、1枚の絵カードを伝達するまでの時間がかかり、30分間の訓練時間における伝達単語数が増加しなかったと考えられる。11セッションでの低下の原因は、10セッションと11セッションの間に3ヵ月間のブランクがあったためと考えられる。しかし、12セッション以降は平均伝達時間が減少するとともに伝達単語数が増加し、患者の伝達効率が上昇した。また、評価項目(C)の「1分以内に伝達できた単語数」も12セッション以降は確実に増加しており、具体的なジェスチャーで伝達するという、症例1独特の方法がより確実にようになってきたためと考えられる。この点は、PACEセラピーの「コミュニケーション手段の自由な選択」に合致しており、患者のもつ能力すなわちジェスチャーが最大限に活用されている。

症例1のPACEセラピーの評価スケールによる評価点平均は、評価点3が最も多いため、3～4点の域である。評価点3が多いということは、情報の送信者である患者と受信者である治療者が数回のやりとりをくり返し、自然な対話に近いコミュニケーション活動を行っているにとらえてよいのではないだろうか。しかし、コミュニケーション効率を考えると、1～2回の試行で情報を伝達できた場合の評価点4・5の増加が望まれる。各セッションにおける、評価点4・5が全伝達単語数に占める割合は、9セッション以降ではブランク後の11セッションを除いてほぼ50%以上である。評価点4・5の割合が増加するということは、少ない試行でいち早く伝達できるということを意味するが、症例1の場合は伝達手段がほとんどジェスチャーであるため、ジェスチャーによる伝達効率が上昇したととらえられる。

症例1は、発語によるコミュニケーションは実用性のない中等度の伝導失語症であった。また、PACEセラピー施行前後でのSLTAやWAB失語症検査にはほとんど変化が見られなかった。しかし、筆者らが設定した5つの評価項目の有意差検定では顕著な変化がみられ、PACEセラピーによる訓練効果があらわれている。このことは、SLTAやWAB失語症検査で検索できない実用的なコミュニケーション能力の向上が認められたのである。症例1の場合、口頭で情報量は非常に乏しく、ジェスチャーでの伝達がほとんどであった。患者自身、口頭でのコミュニケーションの乏しさを認識していたため、拙劣ではあっても積極的にジェスチャーを伝達手段として用い、後期には治療者に促されなくても自ら描画で伝えようとする態度がみられるようになった。つまり、PACEセラピー

を実施したことによって特にジェスチャーの伝達効率がよくなり、どうにかして伝達しようと施行がくり返されたこと自体、患者の実用的なコミュニケーション能力の向上やコミュニケーション意欲を得ることにつながったのではなかろうか。

2. 症例2の検討

症例2の伝達単語数と平均伝達時間は、2セッションから6セッションの間プラトー状態を呈しているが、1セッションから2セッションの初期効果ののち、ある単語に関する第1の情報を筆者に伝達するのにかなり時間を要した時期があった。セラピーの手順は患者自身把握していたと思われるので、喚語困難がセラピーに影響を与えていた時期が、伝達単語数のプラトーの時期としてあらわれたものと考えられる。プラトー状態を脱したあと、伝達単語数は上昇しているが変動的であり、情報を適切な説明で伝達することがまだ確実になっていないものと思われる。

症例2のPACEセラピーの評価スケールによる評価点平均は、症例1と同様にほとんど3~4点の域であり、全セッションを通じて評価点3が最も多いことを示している。また、伝達単語数と各段階評価の割合の推移(図10参照)をみると、評価点2・1・0は、4セッション以降消滅していることから、時間は要しても何らかの形で伝達できるようになっていることがわかる。しかし、評価点4・5の全体に占める割合は、明瞭な上昇傾向はみられないことから、情報伝達が確実なものになっていないと考えられる。

症例2は喚語困難が顕著な急性期の運動性失語症(中等度)の患者であった。PACEセラピー試行前後のSLTAやWAB失語症検査ではかなり改善しており、Impairmentレベルの障害は軽度であった。筆者らの臨床観察からも、PACEセラピー実施前後を比較すると、喚語困難が改善され、会話の際の非流暢さも軽減したように思われる。発症後1ヵ月からPACEセラピーを開始し2ヵ月間実施したが、発症から3ヵ月の間に、Impairmentとしての障害がかなり軽減されたと思われる。しかし、このことが即PACEセラピーの訓練効果とは言えない。なぜならば、急性期の患者であり自然治癒による可能性が大であり、また、症例2はPACEセラピーの訓練効果の指標である5項目の評価表(表6参照)の分析でもコミュニケーション効率の上昇が認められなかったからである。しかしながら、Impairmentとしての障害が軽減されたのに、PACEセラピーの訓練の枠内では反映されなかったのは何を意味するのであろうか。もちろん、患者の自然回復が検査結果にあらわれたということが挙げられる。しかし何よりも、自然な会話場面でのコミュニケーションにおいて、情報を適切に伝達する能力がまだ不安定で不確実である、ということが言えるのではないだろうか。Impairmentとしての障害が軽減されることは重要であるが、それから先のコミュニケーションすなわち自然な対話場面において、自己の残存能力を最大限に活用できるかどうかはさらに重要なことである。症例2の場合、Impairmentとしての障害は軽減されつつあるものの、患者自身が自己の残存能力を最大限に活用できるようなコミュニケーションの方略をまだ見つけだしていないことに大きな問題があるように思われる。

2. PACE セラピーの限界と効用

PACE セラピーは失語症患者のコミュニケーション障害の改善に有効なアプローチなのだろうか。以下、本症例の検討を通してその限界と効用について考察したい。

PACE セラピーは、従来の音声言語面のみを強調する一方通行的な直接的なアプローチと異なり、言語の伝達性を重視した指導法である。従来の直接的なアプローチと根本的に異なる点は、治療者と患者が交互に情報の送り手と受け手になるという「対等な役割分担の原則」である。つまり、治療者は情報の受け手として患者の発信した情報に対して適切なフィードバックを行う必要がある。治療者のコミュニケーションのセンシティブティーが要求される。PACE セラピーにおいて、情報の送信者である患者から伝達されるのは、ある絵カードの名称を受信者（治療者）から引き出すための情報すなわちヒントである。その情報が適切であるにしてもそうでないにしても、治療者は、患者の情報から絵カードが何であるかがわかるまでフィードバックしていくことが必要である。患者は失語症状を呈しているため、情報量が乏しくなるのは必然的であるが、治療者が豊かなセンシティブティーで相互のコミュニケーション活動を展開させていくことが、失語症者のコミュニケーション能力の促進につながると考えられる。このように考えると、PACE セラピーの有効性には治療者のコミュニケーションの感度がかかわってくる。本研究では、患者側のみのコミュニケーション効率を検討したが、治療者側のコミュニケーションのセンシティブティーを検討することにより、治療者のレベルアップにも利用できると思われる。

また、評価法に関する問題も挙げられる。PACE セラピーによるコミュニケーション能力の向上を評価する方法は、現在のところ筆者らも用いた患者の送信行動を段階評価する評価スケール（表 3 参照）のみしかない。PACE セラピーが自然な会話の要素をとり入れたコミュニケーション能力促進法である限り、実際の自然な会話を反映した実用的コミュニケーション能力を評価する基準が必要である。この評価基準に関しては、筆者らの PACE セラピー終了直後に綿森ら（1990）が標準化した「実用コミュニケーション能力検査（CADL 検査）」が参考になると考えられる。

次に、PACE セラピーの有効性について述べる。

症例 1 は、SLTA や WAB 失語症検査ではほとんど能力の向上が見られないのに対して、PACE セラピーの中ではコミュニケーション効率が良くなるという、能力の向上がみられた。つまり、Impairment レベルの改善はみられなかったが、Disability レベルの改善がみられた。症例 1 は、PACE セラピーを開始した時すでに発症後 7 年経過しており、6 年間は言語訓練なしであったにもかかわらず、PACE セラピーにおいては能力が向上したわけである。いかなる手段であっても伝達できればよいということを重視した PACE セラピーによって、患者自身が実生活を過ごすための自分なりのコミュニケーション手段を再確認し、それを最大限に活用することを見いだせたのではなかろうか。このような観点から、PACE セラピーは、慢性期の失語症患者に特に有効な方法であると思われる。

症例 2 は、Impairment レベルの改善はみられたが、PACE セラピーでの能力の向上がみられな

かったことから、患者自身が自己の残存能力を最大限に活用できていないことによる言語の使用過程 (Disability レベル) の障害が推測される。症例1が Impairment レベルの障害の軽減がプラトーに達していると思われるのに対して、症例2は、PACE セラピーを終了した時点で発症がわずか3ヵ月であり、Impairment レベルの障害の軽減がまだ途上なのではないかと思われる。Impairment としての障害を克服した後に、患者なりのコミュニケーションの方法や手段の活用が確実に becoming くるのかもしれない。症例2のような場合は、今後「刺激法」などの直接的言語訓練と PACE セラピーを併用すれば、有効性が增大するのではないだろうか。

症例1, 2に共通して言えることは、楽しく和やかな雰囲気の中で訓練を進めることができたという事である。従来の一方通行的なセラピーではなく、患者と治療者が同等の立場で一定の時間を共有しているのだという実感が得られたように思われる。患者が楽しく意欲的に言語訓練を行えたという点でも、PACE セラピーは有効な方法ではないかと思われる。

(山口 浩明, 西村 玲子)

文 献

- 1) 相野田紀子・鳥居方策：成人失語症の診断とリハビリテーション，耳鼻咽喉科・頭部外科MOOK，4 コミュニケーション障害；122-132，1987.
- 2) 伊藤元信：左脳損傷とリハビリテーション ——失語症への新しいアプローチ PACE を中心に——. 総合リハ，16巻11号；863-868，1988.
- 3) Davis and Wilcox: Adult Aphasia Rehabilitation —Applied Pragmatics—. College Hill Press, 1985.
- 4) Martin, A. D. : Wepman の思考重視治療法の検討. 「失語症言語治療の理論と実際」第6章 (横山巖・他訳). 創造出版, 1981
- 5) 田中裕美子・里見恵子・竹田契一：米国における INREAL セラピーの紹介 (1). 大阪教育大学障害児研究紀要第5号, 45-57, 1982.
- 6) 山鳥 重：神経心理学入門. 医学書院, 1985.
- 7) 綿森淑子・竹内愛子・福迫陽子 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.
- 8) Wepman, J., Aphasia Therapy: A new look. J. S. H. D, 37, 203-214, 1972.