

研究報告：秋田大学保健学専攻紀要22(2)：37 - 45, 2014

## ブローカ失語症者の介護者への退院指導の有無と言葉の障害への対応の違い

渡 邊 知 子\* 織 井 優 貴子\*\*

### 要 旨

回復期リハビリテーション病棟から在宅移行後1年以内のブローカ失語症者の介護者36名を対象として、看護師による退院時の言葉に障害のある人への対応の指導の有無と、在宅移行後の言葉の障害への対応の実際を自記式調査票で調査した。退院時に言葉の障害に対する指導を受けた11名は、指導を受けていない25名に比べ「ご本人が話す時は、言葉以外に身振り手振りや絵、文字を使用してもらおう」(p=0.002 Wilcoxon 順位和検定)など失語症者に特有の対応方法を実施していた。このことから、看護師が退院指導で失語タイプに適した代替手段を提供することで介護者は退院後の在宅生活でも適切に対応する可能性が示唆された。

### はじめに

現在、脳血管障害は我が国の主要死亡原因第4位であるものの<sup>1)</sup>、30歳以上の国民の男性5.7%、女性3.3%が脳血管障害の診断を受けた経験があり過去10年間で患者総数は増加している<sup>2)</sup>。脳血管障害による後遺症は、運動障害や神経障害以外にも、脳血管性認知症や高次脳機能障害がある<sup>3)</sup>。失語症は高次脳機能障害で最も多く、毎年、初回発症の脳血管障害により、約60000人が発症していると推計されており、その3～4割がブローカ失語であることが報告されている<sup>4)</sup>。

失語症は大脳半球の言語野に病巣をきたした結果として、言語表徴の理解と表出に障害をきたした状態である<sup>5)</sup>。このため、発話、理解、呼称、復唱、読みと書字の言語機能が障害されるが、認知の障害や注意障害において喚起される混乱状態や認知症によって生じる発話の障害は含まない。また、知的能力の低下は伴わないとされており<sup>6)</sup>、脳の不可逆的变化による障害であるため、失語症による言語機能の障害は完全な回復を期待できない。ブローカ失語は言語表出の障害を中心としており、障害が認識されやすい反面、言語中

枢の障害とは異なる嚙唾や構音障害、知能低下による回答困難などと認識されることもある<sup>7)</sup>。失語症者は言語を用いた思考が困難となり、他者と情報を共有する道具の使用が制限されるため、社会生活に必要な情報伝達と共通認識をもつことが困難となる。このことは、失語症者本人が医療者、あるいは、その他の人間と円滑なコミュニケーションを行うことが出来ないだけでなく、失語症者が生活を共にする介護者（以下、失語症者）や家族、失語症者と関わる全ての人間が失語症者とのコミュニケーションを行う場面で困難を経験することとなる。

近年、失語症者の本来の能力を引き出すために、失語症の正しい知識に基づき、失語症者とのコミュニケーションを図ることのできるスキルによるコミュニケーションのバリアフリーの必要性が指摘され、失語症者とスムーズにコミュニケーションを行うための失語症者会話パートナーの養成が行われている<sup>8)</sup>。

失語症者の入院する回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）では、失語症者の家族を含めた言語療法が行われ、病室では看護師による生活リハビリテーションの一環として、代替手段を用いたコ

\* 秋田大学大学院医学系研究科

\*\* 青森県立保健大学大学院健康科学研究科

Key Words: ブローカ失語症者  
介護者  
退院指導

コミュニケーションが行われている。これらの代替手段を介護者に提供することは、在宅生活で失語症者と介護者の円滑なコミュニケーションが期待できる。そこで、介護者が回復期リハ病棟で退院指導を受けたか否かにより、在宅生活で行われる言葉の障害に対する対応に違いがあるか検証し、今後の看護介入方法を検討することとした。

## 研究目的

看護師の退院指導の言葉の障害に対する指導の有無による介護者の言葉の障害への対応の違いを明らかにし、今後の看護介入方法を検討する。

## 用語の操作的定義

コミュニケーション：失語症者と介護者間で行う言語的・非言語的要素を使用した情報伝達。

言葉の障害への対応：介護者が失語症者の障害タイプや重症度、残存機能を認識した上で行うコミュニケーションでの言語的・非言語的な対応策。

## 研究方法

### 1. 研究対象

初発の脳血管障害により、医療施設（以下、回復期リハ病棟）で言語療法を受けた後、自宅退院した、在宅移行後1年以内のブローカ失語症者の介護者とした。

### 2. データの収集

#### 1) データ収集施設

健康保険連合会ホームページけんぼれん、病院検索サイト「ぼすびたる！」<sup>9)</sup>に掲載された回復期リハ病棟を有する医療施設（国内）で、脳血管障害( )の基準を満たした280施設に協力を依頼した。

#### 2) 対象者の要件

##### (1) 失語症者と介護者に共通する要件

日本語を母国語とし、発症以前よりコミュニケーションに影響する疾患および障害がない、20歳～75歳の日本国内で生活する者で、本研究に参加の意思のある者。

##### (2) 失語症者の要件

初発脳血管障害患者であり、言語聴覚士のスクリーニングにより言語表出障害を中心とした

ブローカ失語症者。発症後、回復期リハ病棟で言語療法を受け自宅に退院した者。

### (3) 介護者の要件

失語症者が脳血管障害を発症する以前より生活を共にしている家族で、現在も生活を共にしている主介護者。

### 3) 調査期間

2007年12月1日から2008年7月31日の8ヵ月間とした。

### 4) 調査方法

自作質問紙による郵送法

### 5) 調査項目

(1) 属性：介護者に関する項目は、基本属性として、年齢、性別、続柄、在宅介護期間、職業、介護を行う上での副介護者の有無、失語症者との関わり方や失語症によって生じる困難を解決するための相談相手の有無、退院時の指導の有無とした。また、介護する失語症者に関する項目は、年齢、性別、発症後期間、原因疾患、原因疾患、言語訓練の有無、などとした。

(2) 医療施設から退院する時の看護師からの指導：退院指導の有無と失語症者の退院時に必要と考えられる指導内容8項目。

(3) 「言葉の障害への対応」：豊倉ら<sup>10)</sup>が、失語症者とのコミュニケーションを行う際に配慮すべきとして挙げた『失語症患者とのコミュニケーションに関するポイント』の14項目を便宜的に尺度として用いて評価を行った。評価方法は、介護者が言語表出障害に対してコミュニケーションで実施している工夫や注意点の実施頻度を「行っていない(1点)」、「行わないことが多い(2点)」、「時々、行っている(3点)」、「行っている(4点)」の中から1つを選択する。評価方法は、全14項目の合計点を算出し(14～56点)、得点が高いほど実施頻度が高いことを示している。本尺度は、「中谷介護負担感尺度」<sup>11)</sup>との相関が認められている( $r=0.377, p<0.05$ )<sup>12)</sup>。

(4) 「失語症者のコミュニケーション能力」：実用コミュニケーション能力検査 (Communication ADL Test. 以下、CADL 検査と略する)

の家庭版として作成された CADL 検査家族質問紙 (CADL 検査-Family Questionnaire. 以下, CADL-FQ と略する) を用いる<sup>13)</sup>. 介護者が理解している「失語症者のコミュニケーション能力」を測定できる. CADL-FQ は, 失語症者の日常生活場面での非言語的手段を含めたコミュニケーションの実態を把握するために作成された. CADL-FQ は, 家庭における失語症者のコミュニケーションに最小限必要と考えられる, 「話す(4項目)」、「聞く(4項目)」、「日常生活における言葉のやりとり(22項目)」の3カテゴリーの全30項目で構成されている. 評価方法は, 介護者が, 質問に対して用意された5~8個の選択肢の中から失語症者の行動にもっとも近いものを1つ選択する. 配点は, 「実用性なし(0点)」、「大半援助(1点)」、「一部分援助(2点)」、「実用的(3点)」で, 選択肢には「NOT APPLICABLE (該当せず, わからない)(0点)」も含まれる. 総得点は0点~90点であり, 構成するカテゴリーの得点は, 「話す」

0点~12点, 「聞く」0~12点, 「日常生活における言葉のやりとり」0点~66点となる. 得点が高いほど, コミュニケーションの能力は高いと判定する(図1).

### 3. データの分析

対象者である介護者の状況を明らかにするための基本属性の記述統計を行った. また, 介護している失語症者のコミュニケーション能力の実態を明らかにするため CADL-FQ を構成する3カテゴリーの一元配置分散分析を行った. その際, 「話す」、「聞く」、「日常生活における言葉のやりとり」の項目数が異なるため得点率を算出した. 「言葉の障害への対応」は実施状況を確認するために各項目の平均を算出し, 医療施設での「言葉の障害のある人との接し方」の指導有無で2群化し, Wilcoxon 順位検定による平均値の差の検定を行った. 統計ソフトは SPSS Statistics 22 を使用した.

各質問項目をお読みのうえ, 患者さんの実際の行動を思い起こし, 一番それに近い項目の番号1つを丸で囲んで下さい.

#### A 言葉の理解・使用に関する事柄について

##### 話すこと

2. 家族の方, 友人たち, 同僚, あるいは近所の人たちなどと雑談をかわすことがありますか.

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1 | 自分から雑談を始めたり, 人が話しているところに口をだしたりする. (3) |
| 2 | 誘われれば雑談に加わり, あいづちをうったりする. (2)         |
| 3 | 雑談に加わるがほとんど発言しない. (1)                 |
| 4 | 誘われたり, すすめられても雑談に加わろうとしない. (0)        |
| 5 | 病前も無口で雑談することはなかった. (NA)               |
| 6 | わからない (理由: _____) (NA)                |

##### 聞くこと

6. 家族の方が患者さんに何かを頼んだり, 話しかけたりした場合, 言われたとおりにできますか.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1 | 言われたとおりにできる. 適切な反応をする. (3)         |
| 2 | 間違っってトンチンカンな応答や行動をすることがときどきある. (2) |
| 3 | 間違っった応答や行動をすることの方が多い. (1)          |
| 4 | ほとんど理解できない. (0)                    |
| 5 | わからない (理由: _____) (NA)             |

#### B 日常生活の中で起こる言葉のやりとりについて

22. 食堂, 喫茶店に入って自分で注文できますか.

- |   |                                           |
|---|-------------------------------------------|
| 1 | 言葉 (またはメニューの指さし) で注文できる. (3)              |
| 2 | 注文するが言葉につまったり, 言い誤ったり, 身振りもあいまいではっきり伝わらない |
| 3 | 家族, 友人など一緒にいる人があれこれと尋ねて, 本人に代わって注文することが多  |
| 4 | 自分で注文することはない, 店に入りたがらない. (0)              |
| 5 | わからない (理由: _____) (NA)                    |

図1 実用コミュニケーション検査家族質問紙 問題と解答選択肢 例

## 倫理的配慮

青森県立保健大学研究倫理委員会の審査・承認後、調査を依頼した各医療施設の倫理委員会において審査・了承を得た。対象者には研究の概要と権利を記載した文書を用いて説明を行った。アンケートの返送を持って研究に同意を得たこととした。

収集したデータは、研究者以外が取り扱うことはなく、分析のためPCを用いてデータを整理する際には、WEBに接続していないPCを使用した。データはパスワードを設定した外付けHDDで管理した。分析終了後は、専用ソフトを用いて記憶メディアから削除し、データを記載した紙媒体は粉碎処分した。

## 結果

全国280施設に協力を求め、20施設より同意が得られた。研究対象者としての要件を満たす者90名に対して、医療施設のスタッフにより質問紙が配布され42通

の返送があり記入漏れのない136通を分析の対象とした(有効回答率85.7%)

### 1. 対象者の背景

対象となった介護者は、男性11名(30.6%)、女性25名(69.4%)、合計36名であった。平均年齢は58.7±11.1歳(男性63.7±10.1歳、女性55.7±11.3歳)であった。失語症者との続き柄は配偶者が29名(80.6%)であり、副介護者を有する者は19名(52.8%)で、失語症に関する相談相手を有する者19名(54.3%)であった。

回復期リハ病棟からの退院時に、看護師より何らかの指導を受けたとする者は26名(74.3%)であった。この中で、看護師から受けた退院指導(複数回答)の内容は、「薬の飲み方」が20名(76.9%)、次いで「失語症になった疾患についての説明」16名(61.5%)であったが、失語症の特徴といえる「言葉に障害のある人との接し方」の指導を受けたと回答した者は11名(42.3%)のみであった(表1)。

表1 介護者の背景

		n	(%)	平均値 (SD)	p 値	欠損値
年齢				58.7歳 (11.1)		
	男性	11	(30.6)	63.7歳 (10.1)	0.17	
	女性	25	(69.4)	55.7歳 (11.3)		
続柄	配偶者	29	(80.6)			
	子・子の配偶者	4	(11.1)			
	親	2	(5.6)			
	その他	1	(2.8)			
在宅介護期間				4.6ヶ月 (4.0)		
職業	有	15	(41.7)			1
	無	20	(58.3)			
副介護者	有	19	(52.8)			
	無	17	(47.2)			
相談相手	有	19	(54.3)			1
	無	16	(45.7)			
退院時の指導	有	26	(74.3)			1
	無	9	(25.7)			
退院時の看護師からの指導の内容 (選択肢からの複数回答)						
	薬の飲み方や作用・副作用	20	(76.9)			
	(失語症になった) 疾患についての説明	16	(61.5)			
	転倒事故への注意	15	(57.7)			
	食事や排泄など生活上の注意	15	(57.7)			
	生活リズムなど1日の過ごし方	11	(42.3)			
	言葉に障害がある人との接し方	11	(42.3)			
	ベットからの移動や車イスの乗車方法	10	(38.5)			
	その他	2	(7.7)			

介護の対象である失語症者は、男性26名 (72.2%)、女性10名 (27.8%) で男女の平均年齢は63.8 ± 11.1歳 (男性63.1 ± 12.4歳, 女性67.4 ± 7.5歳) であった。失語症となった原因疾患は、脳梗塞18名 (50%) と脳出血17名 (47.2%) であった。本調査における発症後の平均経過期間は9.6 ± 5.4ヶ月で、在宅移行後平均期間は4.6 ± 4.0ヶ月であった (表2)。

また、介護者の失語症者のコミュニケーション能力に対する評価は、「話す」能力6.9 ± 3.1点 (得点率57.4 ± 26.2%) と「聞く」能力8.5 ± 3.0点 (得点率70.6 ± 24.8%) では差はないものの、「聞く」能力と「日常生活による言葉のやり取り」能力では28.8 ± 14.6点 (得点率43.6 ± 25.2%) の間に有意な差を認めた ( $p < 0.001$ ) (表3)。

## 2. 言葉の障害への対応の実施状況

「言葉の障害への対応」各14項目の平均は1.8~3.6点であった。項目の得点が高い程、実施頻度が高いこ

とを示しているため、平均点が3.6 ± 0.7点と高い項目の「7.話したことが1度で理解できない時は、繰り返したり、言い方を変える」の実施頻度が高いことが示された。また、反対に、平均点が低い項目は、「4.文字や絵を使って話しかける」が1.81 ± 1.2点、「10.ご本人が話すときは、言葉以外の身振り (ジェスチャー) や絵、文字 (特に漢字) を使用してもらおう」が2.5 ± 1.3点であり、実施頻度が低いことが示された。特に、介護者は、日常的な対応で「文字や絵」の使用していないことが明らかとなった (表4)。

## 3. 看護師の指導の有無による介護者の言葉の障害への対応の違い

介護者の「言葉の障害への対応」が、「失語症に関する退院時の指導」の有無による違いを検討するため、それぞれ、退院時の指導の有無を2群化し Wilcoxon 順位和検定による平均値の差の検定を行った。

その結果、看護師による退院時の指導の「あり」群

表2 失語症者の背景

		n (%)	平均値 (SD)	p 値	欠損値
年齢	全体		63.8歳 (11.1)		
	男性	26 (72.2)	63.1歳 (12.4)	0.15	
	女性	10 (27.8)	67.4歳 (7.5)		
失語症発症後期間			9.6ヶ月 (5.4)		
原因疾患	脳梗塞	18 (50.0)			
	脳出血	17 (47.2)			
	くも膜下出血	0 (0.0)			
	その他	1 (2.8)			
運動麻痺	有	24 (68.6)			1
	無	11 (31.4)			
構音障害	有	9 (25.7)			1
	無	26 (74.3)			
言語訓練	有	26 (72.2)			
	無	10 (27.8)			
介護保険認定	有	26 (74.3)			1
	無	9 (25.7)			

表3 CADL-FQ カテゴリー別得点と得点率の差の検定

	平均得点 (SD)	(%) (SD)	
CADL-FQ 総得点	44.2 (21.0)	49.0 (23.4)	
「話す」	6.9 (3.1)	57.4 (26.2)	***
「聞く」	8.5 (3.0)	70.6 (24.8)	
「日常生活における言葉のやりとり」	28.8 (14.6)	43.6 (25.2)	
		F 値 10.44	

Kruskal-Wallis 検定, Bonferroni 法.

\*\*\*  $p < 0.001$

表4 「言葉の障害への対応」の失語症に関する退院時の指導の有無による違い

n = 36

	平均 (SD)	退院時の指導			p 値	
		有(n)	平均点	(SD)		
		無(n)	平均点	(SD)		
1. 話しかける時には自分に注意をむける.	3.4 (1.1)	11	3.6	(0.7)	0.243	n.s
		25	3.3	(1.1)		
2. 話しかける時は表情や身振り(ジェスチャー), 実物の提示などをおこなう.	3.0 (1.1)	11	3.1	(1.1)	0.744	n.s
		25	3.0	(1.0)		
3. ご本人が「はい」「いいえ」で答えられる質問をする.	3.1 (1.1)	11	3.5	(1.0)	0.201	n.s
		25	3.0	(1.0)		
4. 文字や絵を使って話しかける.	1.8 (1.2)	11	2.4	(1.3)	0.035	*
		25	1.6	(0.9)		
5. 短い文や単語で話しかける.	2.8 (1.5)	11	3.2	(1.3)	0.256	n.s
		25	2.6	(1.4)		
6. ご本人の理解を確かめながら話しかける.	3.4 (1.1)	11	3.5	(0.9)	0.597	n.s
		25	3.4	(1.0)		
7. 話したことが1度で理解できない時は, 繰り返したり, 言い方を変える.	3.6 (0.7)	11	3.6	(0.9)	0.990	n.s
		25	3.6	(0.5)		
8. できるだけゆっくりとした口調で話かける.	3.1 (1.2)	11	3.4	(1.0)	0.404	n.s
		25	3.0	(1.1)		
9. ご本人が話していて, うまく伝わった時はそのことを伝え誉める.	3.2 (1.1)	11	3.3	(1.2)	0.859	n.s
		25	3.2	(0.9)		
10. ご本人が話す時は, 言葉以外に身振り(ジェスチャー)や絵, 文字(特に漢字)を使用してもらう.	2.5 (1.3)	11	3.4	(0.9)	0.002	***
		25	2.1	(1.1)		
11. ご本人が話しをするときは勸を働かせて聞く.	3.4 (1.0)	11	3.0	(1.3)	0.087	n.s
		25	3.6	(0.6)		
12. ご本人が言いたい言葉を口から出せないでいる時, 言おうとしている言葉の第一音をヒントとして与え, 発音を促す.	3.3 (0.9)	11	3.8	(0.4)	0.0001	***
		25	3.0	(0.9)		
13. ご本人が話す時, 言葉が出てくるのを待つ.	3.4 (0.9)	11	3.5	(0.7)	0.331	n.s
		25	3.3	(0.8)		
14. ご本人が言い淀んだ時, 先回りをしない.	2.9 (1.1)	11	3.5	(0.8)	0.021	*
		25	2.7	(0.9)		

Wilcoxon 順位和検定

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;0.1, \*\*\*p&lt;.001

と「なし」群で, 3つの項目の平均点に有意な差を認めた. そのいずれもが退院時の指導「あり」群が高い値を示し, 在宅に移行した後も介護者が在宅で言葉の障害への対応を実施していることが明らかになった. その項目は, 「10.ご本人が話す時は, 言葉以外に身振り手振り(ジェスチャー)や絵, 文字(特に漢字)を使用してもらう」では, 「あり」群の平均点が $3.1 \pm 0.9$ 点に対して, 「なし」群の平均得点は $2.1 \pm 1.1$ であった( $p=0.002$ ). 同様に「12.ご本人が言いたい言葉を口から言いだせないでいる時, 言おうとしている言葉の第一音をヒントに与え, 発音を促す」は「あり」群の平均点は $3.8 \pm 0.4$ 点であるのに対して「なし」群

の平均点は $3.0 \pm 3.0$ 点( $p=0.0001$ ), 「14.ご本人が言い淀んだ時, 先回りをしない」では, 「あり」群 $3.5 \pm 0.8$ 点に対して「なし」群 $2.7 \pm 0.9$ ( $p=0.035$ )と看護師から退院時に指導があったとした群が有意に高い点数であった(表4).

## 考 察

### 1. 失語症の特性に合わせた介護者への退院指導と看護介入の必要性

本研究において, 対象となった介護者の8割が配偶者であり, 在宅移行後も失語症に関する相談相手がい

ると回答した者はほぼ半数の19名であった。また、退院指導を受けたとする者は、26名で全体の7割強であったが、言葉に障害がある人との接し方に対する指導を受けたとした介護者は11名であり、全体の3割にも満たない状況であった。さらに、失語症者のコミュニケーション能力について、「話す」能力と「日常生活における言葉のやりとり」能力の差はないものの、「聞く」能力に比べ「日常生活における言葉のやりとり」能力が低く評価していた。このことから、生活でコミュニケーションに支障をきたす原因は、失語症者の表出障害にあると考えているものと思われた。

指導を受けたとする介護者11名とそうでないとした介護者25名では、「言葉の障害への対応」の実施頻度に差を認めたとしたが、在宅移行後も失語症に関する相談相手がいるとした者は、「言葉の障害への対応」の実施頻度には差を認めなかった。看護師の指導を受けた介護者の実施頻度の高い項目は「ご本人が話す時は、言葉以外に身振り手振りや絵、文字を使用してもらう」、「ご本人が言いたい言葉を口から言いだせないでいる時、言おうとしている言葉の第一音をヒントに与え、発音を促す」、「ご本人が言い淀んだ時、先回りをしない」であった。ジェスチャーや描画、コミュニケーションボードの使用は、言語機能に替わる代替手段であり、また、言葉の第一音のヒントは表出障害や語想起に障害のあるブローカ失語症者の特徴を捉えたコミュニケーション手段である。このため、回復期リハビリ病棟入院中、あるいは、退院時に看護師から介護者が受けた言葉の障害のある人との接し方によって、在宅移行後も失語症の特徴を理解した対応を行っているものといえる。

看護師は、失語症以外の患者の場合に特別な代替手段を用いることのないコミュニケーションであっても、失語症者を対象とした場合、障害タイプや重症度を反映した代替手段を用いて情報交換を行っている。看護師は介護者と失語症者のコミュニケーション場面に立会い、個々の失語症者に適した代替手段を用いた情報伝達を行い、失語症の障害タイプや重症度に関する情報を提供することが可能である。このような場面で、介護者と失語症者が情報伝達の成立を経験することは、今後、生活を営む上で必要な失語症者の言葉の障害の知識や代替手段の存在を知ることになる。退院時、看護師から言葉の障害に対する対応について指導を受けることで、在宅移行後もブローカ失語症者の特徴を捉えたコミュニケーション方法が実施されていたものと考えられた。

医療施設における言語療法プログラムにおいて、失語症者と介護者の両者が代替コミュニケーション方法を獲得することで情報伝達の成功率が向上し<sup>14)</sup>、失語

症者に対するコミュニケーションスキルが提供された介護者群は在宅移行後もコミュニケーションスキルを使用し、提供されなかった介護者群に比べコミュニケーションにおけるストレスが少なかったこと<sup>15)</sup>が報告されている。介護者と失語症者が言語療法の限られた時間と状況設定された環境のコミュニケーションで獲得した代替手段は、日常生活で行うコミュニケーション場面で実用化される必要がある。このため、看護師は介護者と失語症者が獲得した代替手段を病棟で行うコミュニケーション場面でも用いることを促し、両者にコミュニケーションが成立する経験を意図的に提供することが重要である。

看護師は生活場面での代替手段の活用にあたり、言語療法士から個々の失語症者にとって最も適切な方法とその習得状況について、情報を得ることが必要である。また、言語療法士に対して、介護者の代替手段の必要性に対する理解度や面会時の実施状況に関して情報を提供し、日常生活で実用的な代替手段を検討していくことで、退院に向けた効果的な看護介入が可能となる。

## 2. 失語症者のコミュニケーション環境としての介護者

今回の研究結果では、在宅移行後1年以内の介護者であっても、7割の介護者は自宅退院時に看護師からの言葉の障害がある人との接し方の指導は受けておらず、半数の介護者は失語症者とのコミュニケーションで問題が生じた際に相談する相手を持たない状況で在宅生活を送っていることが明らかとなった。在宅移行後の失語症者は、家族と生活を共にし、介護者は失語症者にとって最も身近なコミュニケーション相手となる。このため、介護者がブローカ失語による表出障害を知能の低下と理解する場合や、ブローカ失語を言語表出のみ障害とし、理解障害の伴わない嚥嚥と理解した場合、失語症者の障害の問題ではなく、介護者側の理解不足が原因となりコミュニケーションが成立しないことになる。

立石<sup>16)</sup>は、失語症のリハビリテーションの中で機能アプローチ同様に環境に対する働きかけとして、急性期から維持期までのそれぞれの時期に失語症者を取り巻く家族や友人、スタッフなどに対して、障害の状況、接し方、留意すべき点などについて理解を促すことの重要性を指摘している。また、慢性期・維持期リハビリテーションは、介護保険下のディサービスで提供されており、近年、失語症者だけを対象とした失語症ディサービスが設置され、利用する失語症者の言語機能とコミュニケーション能力が改善したことが報告されて

いる<sup>17)</sup>。

これらのことから、介護者が失語症者の障害を理解し、日常生活のコミュニケーション場面で適切な代替手段を用いることが、失語症者の言語機能やコミュニケーション能力が改善するための生活リハビリテーションとなりうる。そのためにも、介護者に対して回復期リハビリ病棟入院中から看護師や言語療法士による失語症に関する知識やコミュニケーションのための代替手段に関する情報提供が重要である。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究では、ブローカ失語症者の介護者を対象に、退院時に看護師から失語症者との接し方の指導の有無により、在宅生活での「言葉の障害への対応」が異なることを明らかにした。今回、対象となった介護者の8割が配偶者で、平均年齢が58.7歳と壮年期にあった。このため、失語症者との心理的な距離が近く、また、ライフステージにおいて育児や老親の介護などは既に終わり、生活上の時間的制限が少ない集団と考えられた。今後は、失語症のタイプやレベル、介護者と失語症者の続き柄や介護者のライフステージの異なる集団に対して、看護師の退院指導の効果を検証する必要がある。

## 結 論

1. 回復期リハビリ病棟から在宅移行した初回発症のブローカ失語症者の介護者36名を対象に看護師による退院時の指導の有無と言葉の障害への対応の実施状況を調査した。指導を受けたとする介護者は11名(42.3%)、現在、失語症に関する相談相手が居るとした介護者19名(52.8%)であった。
2. 看護師より指導を受けた介護者は、指導を受けていないとした介護者と比較して「ご本人が話す時は、言葉以外に身振り手振りや絵、文字を使用してもらおう」、「ご本人が言いたい言葉を口から言いだせないでいる時、言おうとしている言葉の第一音をヒントに与え、発音を促す」、「ご本人が言い淀んだ時、先回りをしない」の実施頻度が有意に高い値を示した( $p = .035 \sim .0001$  Wilcoxon 順位和検定)。
3. 看護師から指導を受けた介護者は、失語症者の特徴を捉えた対応の実施頻度が高かったことから、看護師が言葉の障害のある人への接し方を指導することの重要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究を行うにあたりご協力頂きました施設の皆様、対象者の皆様に心から感謝申し上げます。

なお、本研究は2011年度青森県立保健大学大学院健康科学研究科に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。また、第35回日本看護研究学会学術集会において本研究の一部を発表した。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：平成24年人口動態統計の概況。統計表第7表。(オンライン), 入手先 <[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei12/dl/11\\_h7.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei12/dl/11_h7.pdf)> (参照 2014年8月26日)
- 2) 厚生労働省：平成22年国民健康・栄養調査結果の概要 結果の概要 第1部循環器疾患に関係する状況 1.主な疾患の既往歴。(オンライン), 入手先 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000020qbb.html>> (参照 2014年8月26日)
- 3) 石合純夫：高次脳機能障害学。医歯薬出版株式会社、東京、2003、p1-2
- 4) 東京都福祉保健局：高次脳機能障害者実態調査結果 東京都高次脳機能障害者実態調査検討委員会(平成20年)。概要版1,(オンライン), 入手先 <<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/joho/soshiki/syougai/seishiniryu/oshirase/kouji.html>> (参照 2014年8月26日)
- 5) 前掲3) p25-29
- 6) 日本聴能言語士協会講習会実行委員会(編)：アドバンスシリーズ コミュニケーション障害の臨床5 失語症。協同医書出版者、東京、2001、p22-24
- 7) 地域 ST 連絡会失語症会話パートナー養成部会(編)：失語症の人と話そう。中央法規、東京、2004、p44-46
- 8) 言語障害者の社会参加を支援するパートナーの会 NPO 法人和音：失語症会話パートナー。(オンライン), 入手先 <[http://npowaon.sharepoint.com/Pages/kaiwa\\_partner.aspx](http://npowaon.sharepoint.com/Pages/kaiwa_partner.aspx)> (参照 2014年8月12日)
- 9) 健康保険連合会ホームページけんぼれん：病院検索サイト「ぼすびたる！」(オンライン), 入手先 <[http://www.kenporen-hios.com/reference/whatsnew/site\\_top\\_init.do](http://www.kenporen-hios.com/reference/whatsnew/site_top_init.do)> (参照 2007年11月1日)
- 10) 豊倉穰, 大田哲司：高次脳機能障害のリハビリテーション手法(5家族への情報提供と生活環境の整備)。リハビリテーション MOOK 4 高次脳機能障害とリハビリテーション。千野直一, 安藤徳彦。編, 金原出版株式会社, 東京, 2003, p153

- 11) 中谷陽明, 東條光雅: 家族介護者の受ける負担. 社会老年学, 29: 27-36, 1989
- 12) 渡邊知子: 在宅失語症者の介護者の「言葉の障害への対応」の特徴. 日本在宅ケア学会誌, 10(1): 68-75. 2006
- 13) 綿森淑子, 竹内愛子・他: 実用コミュニケーション能力検査. 医歯薬出版株式会社, 東京, 1990
- 14) 広実真弓: ブローカ失語患者とその家族に情報伝達促進法を用いて行った訓練. 聴能言語学研究, 17(3): 45-149. 2000
- 15) Aura Kagan, Sandra E. Black, et al.: Training Volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults With Aphasia" (SCA). Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44: 624-638, 2001
- 16) 立石雅子: 脳血管障害への言語聴覚療法. 老年精神医学雑誌18(3): 290-296, 2007
- 17) 阪野雄一, 中村光: 失語症サービスのアウトカム評価. コミュニケーション障害学, 28: 159-165, 2011

## Differences in the speech and language outcomes for family care givers who received discharge instructions for patients with Broca's aphasia

Tomoko WATANABE\* Yukiko ORII\*\*

\* Graduate School of Health Sciences Akita University

\*\* Faculty of Health Sciences Department of Nursing, Aomori University of Health and Welfare

### [Abstract]

To assess the differences in the instructions provided at the time of discharge by nurses working in recovery phase rehabilitation wards, we distributed a self-administered questionnaire to 36 caregivers caring for patients with Broca's aphasia who were within a year after transitioning to home care. In comparison to 25 people who did not receive any instruction for speech disorders at the time of discharge, significantly high values in the peculiar countermeasure were found for 11 respondents who received instructions including: "When the patient speaks, encourage the patient to use body and hand gestures, pictures and characters in addition to words" ( $p=0.002$ , Wilcoxon signed-rank test). These results suggested that the family care giver can improve both the patient outcome and their own efficacy by being provided with sufficient instructions by nurses.