

言語聴覚士が行う支援 失語症患者への支援

佐藤卓也*

Support Provided by Speech-Language Pathologists: Support for Patients with Aphasia

Takuya Sato*

*新潟医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚学科
[〒950-3198 新潟県新潟市北区島見町 1398 番地]

*Department of Speech-Language Pathology, School of Rehabilitation, Niigata University of Health and Welfare

1. 失語症患者の現状

「失語症患者の障害者認定に必要な日常生活制限の実態調査及び実数調査等に関する研究（障害者政策総合研究事業、2017）」によれば、全国の失語症者の総数は約30万人であり、年間約6万人ほどが新規に失語症を発症しそのうち約3万6千人が後遺症として残すと推測している¹⁾。この調査を含め一般的に失語症の実態調査は脳卒中を対象になされることが多いが、吉野・飯島（2012）が指摘しているように²⁾、外傷性脳損傷や原発性進行性失語³⁾などを含めるとさらに数は増えることが容易に想像できる。過去に筆者が脳卒中を対象としたデータや文献から推測した概算では、約25万人という数字となった⁴⁾。

厚生労働科学特別研究事業の「失語症がある人の生活の質に影響する因子の調査研究（2025）」によると、アンケート回答者510人中、外出時の移動手段（複数回答）として、自分で自動車を運転している者は76人（14.9%）と報告している⁵⁾。仮に失語症者全体の14.9%が自動車を自分で運転していると仮定すれば、37,250～44,700人ほどが運転していると推測される。この調査では、徒歩332人（65.1%）、家族や他人の運転による自動車274人（53.7%）、電車192人（37.6%）、バス185人（36.3%）、タクシー109人（21.4%）に次ぐ数であり、全体として自分での自動車運転はそれほど多くないことが示されているものではあるが、一定数の人が自動車運転を行っていることが分かる。

交通手段として自動車の依存することが多い地方でその数が多くなるであろうことは想像に難くない。

2. 失語症患者の運転支援

運転場面での言語機能の影響は、注意や視空間認知などの高次脳機能障害よりもその影響はわかりにくいものと思われる。一般的な運転再開支援リハビリテーションの流れ⁶⁾としては図1に示すようなものと思われるが、失語症を評価の中に位置づけたものとして、「脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断（日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会、2020）」⁷⁾では、神経心理学的検査の最初に失語症の有無とその状態を評価する位置づけとしている（図2）。

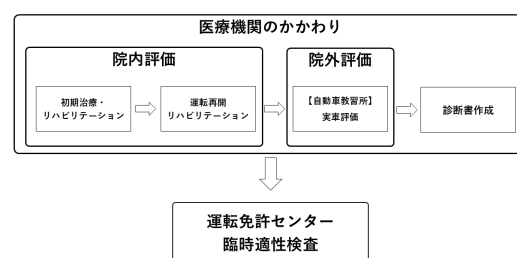


図1 運転再開支援リハビリテーションの流れ（佐藤2025）

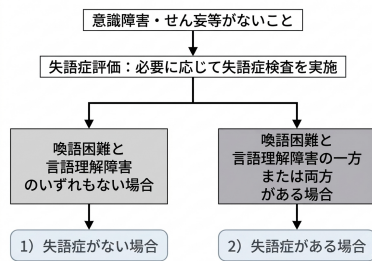


図2 失語症の有無によるフローの選択（日本高次脳機能障害学会Brain Function Test 委員会, 2020）

その後の評価の流れを示すこのフロー（図3）は失語症がない場合と比較して、フローが大きく変わるものではないが、評価検査の選択が言語機能の低下による影響を極力軽減し、また合併することが多い失行の評価を追加し全体に失語症に対する考慮がなされている。

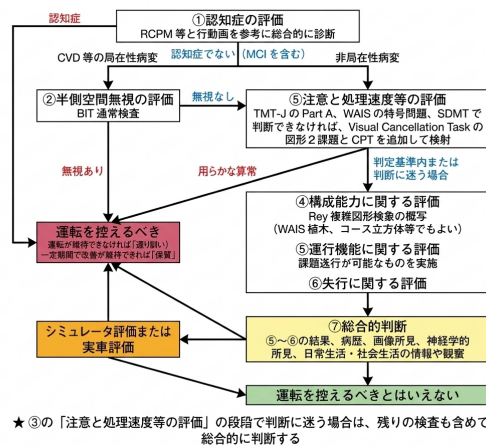


図3 失語症ありの場合の評価のフロー（日本高次脳機能障害学会Brain Function Test 委員会, 2020）

加藤ら（2017）は、道路標識等の文字の把握やカーナビの音声に従う言語機能が運転には必要であると指摘している⁸⁾。

筆者は運転における言語機能の果たす役割として、運転計画の段階、運転中の車内の側面と車外の側面、さらに走行しているルート状況などの様々な側面があると考える。運転計画の段階では天候や選択するルートの渋滞などの情報を得ようとする際には言語機能が欠かせない。運転中では車内のカーナビや同乗者からの情報を得る際に、車外では標識や案内表示、看板などの情報を得る際に必要となる。また選択したルートによって、普段の慣れたルートであれば車外状況の把握にそれほど言語機能の負担はないかもしれないが、慣れていないルートであったり、また慣れたルートでも工事や渋滞、事故

などでいつもの状況と異なれば、状況把握には多くの負荷があると予測される⁹⁾。

また、Wallace ら（2024）は、失語症者の運転再開支援において問題となる点をいくつか指摘している¹⁰⁾。その中で指摘されていることとして、失語症が運転パフォーマンスに与える影響、そして運転再開評価プロセスに与える影響を挙げている。

運転パフォーマンスに与える影響として、これまで述べてきたように運転行動下における様々な影響の他、アクシデント時の警察官とのやり取りや運転免許試験を受けるときの影響も指摘している。

運転再開プロセスに与える影響として、神経心理学的検査上の不利益の他に、運転再開支援プログラムそのものの説明と理解の不利益、医療関係者とのコミュニケーションの困難が能力評価の誤解や理解不足と受け取られる可能性があるということである^{11) 12) 13)}。ここで重要なのは我々医療関係者も失語症者の理解の程度と彼らの意思表示を正確に把握できていない可能性があるという点である。チーム医療が問われている現状にあつて失語症というものをチーム内で共有することの重要性が求められていると言える。

Mackenzie & Paton（2003）はインタビューをした医療関係者の82%、そしてSLT（Speech Language Pathologist）の61%が特定の状況下では失語症者の運転は禁忌との結果を報告している¹¹⁾。失語症の詳細な評価により聴覚的理解と保持力、文字理解がどの程度保たれているのか、そして運転状況下において即対応できるのか否かを把握することが運転再開の見極めに影響を与えるものと思われる。

そして言語聴覚士は運転再開支援においては失語症の評価に関してその専門性を発揮することが期待される。

3. 失語症の神経心理学的検査上の特徴

失語症者が神経心理検査においてどのような傾向を示すのか検討した報告はほとんどみられない。筆者が行った検討⁴⁾では、運転再開評価バッテリーとして表1に示す検査を用いて、失語症60例（男性55、女性5、平均年齢55.6±9.8歳）、非失語症84例（男性男性71、女性13、平均年齢52.3±11.0歳）を対象として検討した。

- MMSE
- 文字抹消
- TMT A&B
- WAIS-III 符号、記号探し、算数、数唱、語音整理
- BADS 動物園地図、修正6要素

表1 運転再開評価の神経心理検査バッテリー

2群の比較結果を表2に示す。

また、失語症の重症度分類を Boston diagnostic aphasia examination (BDAE) (Goodglass et al., 1971) に基づいて分類した検討⁹⁾では、区分3以上の失語症例62例を再開可能群46例（男性39

例、女性7例、平均年齢53.3±12.4歳）、再開見送り群16例（男性14例、女性2例、平均年齢58.4±12.3歳）の2群に分け検討した（表3）。

失語群と非失語群との比較では、MMSE、記号探し、数唱、および語音整列で有意差が認められた。

	失語群 (N=60)			非失語群 (N=84)			P
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
MMSE	49	26.63	3.26	84	28.19	1.94	0.001 **
TMT-A	58	51.97	23.12	84	48.57	22.8	0.39
TMT-B	57	164.75	136.24	84	134.8	88.56	0.12
文字抹消	52	37.31	4.57	84	37.86	2.83	0.39
符号	50	6.38	2.65	84	7.05	3.3	0.23
記号探し	50	6.12	2.80	84	7.23	2.84	0.03 *
算数	41	8.34	2.95	84	8.90	2.96	0.32
数唱	42	7.98	3.14	84	9.45	2.81	0.009 **
語音整列	40	7.68	3.53	84	9.86	3.47	0.001 **
動物園地図	53	2.21	1.25	84	2.18	1.33	0.9
修正6要素	51	3.20	0.94	84	2.95	1.21	0.22

* < 0.05

** < 0.01

表2 失語群—非失語群の神経心理学的検査の比較（佐藤, 2018）

	区分3 (N = 8)		区分4 (N = 23)		区分5 (N = 31)		P
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
MMSE	23.75	2.60	26.04	3.07	27.84	2.16	0.0004 **
TMT-A	60.38	20.25	53.04	17.58	42.06	19.79	0.02 *
TMT-B	146.00	66.77	207.04	133.43	109.52	53.84	0.001 **
文字抹消	37.75	2.12	37.00	4.12	38.23	2.39	0.37
符号	5.50	1.85	5.52	2.41	7.19	2.81	0.04 *
記号探し	6.00	2.83	5.65	3.04	7.16	2.73	0.15
算数	6.50	2.20	8.35	3.37	8.42	2.75	0.25
数唱	6.63	3.42	7.91	3.46	8.55	2.51	0.27
語音整列	6.00	3.12	7.39	3.64	8.81	3.13	0.07
動物園地図	2.00	1.07	1.96	1.17	2.42	1.18	0.32
修正6要素	3.38	0.52	3.52	0.59	3.27	0.87	0.46

* < 0.05

** < 0.01

表3 失語重症度別の神経心理学的検査の比較（佐藤, 2023）

MMSE から全般的重症度として非失語群よりも失語群のほうがやや重症であると考えられた。記号探しは複数のターゲットを探索しなければならないもので、処理の負荷が大きく、失語群では不利となる可能性が考えられた。数唱、および語音整列は聴覚刺激（音韻表象）の処理のために失語症者には負荷が大きい可能性が考えられた。

失語症の重症度別の比較では、MMSE、TMT-A および B、WAIS-III 符号で有意差がみられた。さらに多重比較の結果、MMSE では、区分3と5、および区分4と5で有意差がみられ、全体では重症度が重くなるにしたがって成績が低下する傾向にある。また、TMT-A では区分3と5で有意差があり、全体として失語の重症度が重くなるにしたがって成績の低下がみられる傾向にある。MMSE と TMT は失語の重症度と関連があると思われる。

TMT-B では、区分5、区分3、区分4の順で成績の低下がみられた。区分4と5で有意差がみられたが、区分4のばらつきが大きいものであった。TMT-A に比べ、B は数字と仮名の異なるターゲットを順序だてて結んでいく課題であり、より言語機能への負荷が高い。しかしながら、区分4の成績が最も低かったことが今後の検討である。

符号では、区分4と5で有意差がみられた。しかしながら、区分4と3ではほとんど差がみられない。これも今後の検討が必要である。

この検討から、これらの検査は失語症の重症度を示す指標となる可能性があるものと思われる。

4. 言語聴覚士が行う運転支援とは

運転支援において、患者の詳細な高次脳機能障害の評価及び、そこから予測される運転上の問題点の分析は担当するセラピスト全員の共通項であろう。それぞれの専門性を発揮し各々の立場からの評価と分析を総合することで詳細で多角的な検討になり、患者にとって有益な支援となるであろう。言語聴覚士も高次脳機能障害の評価・分析は従来より行っているものであり、検査上の所見、ADL 場面の所見と合わせて詳細に分析することでチームに貢献できると考える。失語症に関しては言語聴覚士がその専門性を生かして詳細な評価とチーム内で他の職種にその評価と問題点を伝えなければならない。加えて、本人とその家族にも失語症がコミュニケーション場面で、そして運転行動場面でそのような支障が生じるのか、それがど

のような問題を生じるのかをきちんと説明することが必要と思われる。そしてさらには自動車教習所、運転免許センターを含む支援するすべての関係者、そして当事者とその家族も含めた関係者すべてが問題となる事象すべてを共有することが重要と思われる。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

謝 辞

いつもデータ収集に協力いただいている新潟リハビリテーション病院の関係者に深く感謝をいたします。

文 献

- 1) 飯島節：失語症患者の障害者認定に必要な日常生活制限の実態調査及び実数調査等に関する研究平成 26～28 年度総合研究報告書。障害者政策総合研究事業（身体・知的等障害分野），2017
URL:https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2016/201616002A.pdf (2026 年 3 月 1 日引用)
- 2) 吉野真理子，飯島節：高次脳機能障害の疫学と診断。Cognition and Dementia, 2012; 11: 16-21.
- 3) Mesulam MM：Primary progressive apasia. Ann. Neurol. 2001; 49: 425-432.
- 4) 佐藤卓也：失語症者の自動車運転再開支援リハビリテーション。高次脳研究，2018; 38: 149-154.
- 5) 菅原英和：失語症がある人の生活の質に影響する因子の調査研究令和 6 年度総括研究報告書。厚生労働科学特別研究事業，2025。URL:https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202406005A-sokatsu.pdf (2026 年 3 月 5 日引用)
- 6) 佐藤卓也：自動車教習所と連携した運転再開支援。臨床リハ，2025; 34: 478-489.
- 7) 日本高次脳機能障害学会 Brain Function Test 委員会：脳卒中、脳外傷等により高次脳機能障害が疑われる場合の自動車運転に関する神経心理学的検査法の適応と判断。高次脳研究，2020; 40: 291-296.
- 8) 加藤徳明，二宮正樹，佐伯覚 他：高次脳機能障害者の自動車運転。精神医学，2017; 59: 333-340.
- 9) 佐藤卓也：失語症者の運転上の特徴。高次脳機能研究，2023; 43: 137-141.
- 10) Wallace HW, Gullo HL, Coplanda DA et al: Does aphasia impact on return to driving after stroke? A scoping review. DISABILITY AND REHABILITATION, 2024; 46:5977-6000. URL:<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638288.2024.2317989> (2026 年 3 月 25 日引用)
- 11) Mackenzie C, Paton G: Resumption of driving with aphasia following stroke. Aphasiology. 2003;17:107-122.

- 12) Radford KA, Lincoln NB: Concurrent validity of the stroke drivers screening assessment. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 85: 324-328.
- 13) Rohde A, Townley-O' Neill K, Trendall K, et al: A comparison of client and therapist goals for people with aphasia: a qualitative exploratory study. Aphasiology. 2012;26:1298-1315.