

## <研究課題> 言葉を理解できなくなった聴覚失認者および類似の症状を持つ高齢者の認識する生活世界の研究

代表研究者 兵庫県立大学 自然・環境科学研究所 客員教授 三谷 雅純

### 【抄録】

脳血管疾患後の高次脳機能障害である失語症および聴覚失認を示す当事者の生活世界（Lebenswelt）を、医療人類学の視点から記述・分析した。半構造化インタビューによる定性的調査の結果、以下の知見が得られた。まず市民団体「失語症友の会」にボランティアとして参加していた言語聴覚士が聴覚失認という障害特性に応じた配慮を欠き、実質的に聴覚失認当事者を排除する事例が確認された。また急性期医療における失語症者の意思疎通の困難に起因して医療者側の身体拘束も証言が得られた。これらは人権擁護の観点から深刻な課題である。精神面では孤立が希死念慮を誘発する一方、家族による社会的包摂が抑うつへの防波堤となる可能性がある。今後の展望として、日本は国連の「障害者の権利に関する条約」に基づき社会障壁の解消を重視する「人権モデル」に転換し、当事者と社会が双方向に受容し合う相互包摂に近づくことが挙げられる。

### 1. 研究の目的

一昔前までは、時として失語症の原因となる脳梗塞や脳内出血などの脳血管疾患による死亡例が多かった。そのため脳卒中と総称される脳梗塞や脳内出血は怖い病気として恐れられていた。しかし、現在では延命処置技術が発達し、かつては亡くなった人の多くが生き延びるようになった。ただ、それにともなっており、生き延びた脳血管障害者の後遺障害という新たな課題が浮かび上がった。脳梗塞や脳内出血の後遺障害は身体にマヒのある場合、外見上よく目立つが、外からはまったく見えない後遺障害も多い。そのような隠れた後遺障害として失語症、記憶障害、易疲労性、視覚や聴覚の失認などの高次脳機能障害がある。本研究では高次脳機能障害の内、失語症と聴覚失認を扱う。

失語症は高次脳機能障害の中でも比較的よく知られた障害である。自発的な発語や聞き取りの困難、つまり言葉が出にくいとか他者の言っていることがよく理解できないといった障害を負う。人によっては失語症と共に失認症を発症する。失認症とは、失語症者の聞き取りが難しくなるという障害とは別に、視覚や聴覚など特定の感覚を通して対象が認知

できなくなる高次脳機能障害の一種である。目や耳などの感覚器官は正常なのに、そこから取り入れた情報を脳が受け付けなくなる。

失語症と聴覚失認を共に起こした人の生きる世界の認識やその死生観は、医療人類学的には興味深いテーマである。なぜなら、人生の途中で「喋れない上に聞こえない」という条件のもとで生活することになるとはいかなることかは、多くの人の想像を超えた出来事であるからである。言語音で喋っていた人が失語症のために喋れなくなり、その上、何も聞こえないとなると多くの人はうつに陥り、人とのコミュニケーションを諦めてしまうのではないだろうか。その結果、地域社会との交流がなくなるかもしれない。それは、ふとした弾みで自死に繋がる状態である。

本研究では聴覚失認の女性1名と、40歳の男性1名を含む言葉が分かりにくい失語症のある人を含む60歳以上の男性4名、女性1名（表1）を対象としたインタビューを実施し、コミュニケーションを補助しながら面接を行った。これらの面接でそれぞれ具体的な問い掛けから失語症当事者の生活世界（Lebenswelt）を描き出す。

表1 協力者のインタビュー当時の年齢、発症の年齢、性と身体障害者手帳に記載された障害の程度

個人名	性別	インタビュー 当時の年齢	脳血管疾患の 種類	発症した年齢	話す側面*	聞く側面**	身体障害者手帳		
							言語障害***	言語障害以外	合算****
Aさん	女	74	脳梗塞	56	Ⅲ	Ⅲ	(重い聴覚失認)	身体障害	2種4級
Bさん	女	79	脳内出血	53	Ⅰ	Ⅱ	なし	右下半身の障害	2種6級
Cさん	男	49	脳梗塞	43	Ⅱ	Ⅰ	4級	無記載	2種4級
Dさん	男	65	くも膜下出血 脳内出血	53	Ⅱ	Ⅱ	3級	右半身麻痺、 高次脳機能障	1種1級
Eさん	男	62	脳内出血	59	Ⅲ	Ⅰ	3級	右半身機能全廃	1種1級
Fさん	男	74	脳内出血	64	Ⅲ	Ⅱ	3級	右半身麻痺、 高次脳機能障	1種2級

\*: 話す側面の能力レベルは以下の通り。Ⅰ 時々言葉に詰まるが、それ以外は普通に会話ができる。Ⅱ ある程度会話ができるが、通じない事もある。Ⅲ 会話はまったく（ほとんど）できない。

\*\*：聞く側面の能力レベルは以下の通り。Ⅰ 話を聞いて、ほとんど理解できる。Ⅱ ある程度理解できるが、理解できない事もある。Ⅲ 聞いても、まったく（ほとんど）理解できない。

\*\*\*：通常、言語障害は3級、もしくは4級しかない。

\*\*\*\*：合算の○種とは旅客運賃割引についての種別を表したもので、第1種は障害者とともに介護者の方についても割引を受けることができる。第2種は本人のみの割引となる。また1級、2級が重度障害にあたり、3級以上は通常の障害にあたる。

## 2. 研究の方法・経過

### 2-1 研究倫理上の手続き

この調査・研究内容は、兵庫県立大学 自然・環境科学研究所の倫理審査に申請し、承認された（受付番号 2024-1）。

### 2-2 研究の方法

インタビューは2023年8月1日から2024年1月27日までの間、3回ないし4回、半構造化インタビューを実施した。失語症者と家族の了解を取った上で録音を行った。録音時間は1,170分（＝19時間30分）に及び、そのすべてで逐語録を作り、分析した。

### 2-3 聴覚失認の女性Aさんの調査経過

聴覚失認の女性Aさんは、リハビリテーションが始まった段階で身体の軽度マヒと失語症、そして聴覚失認が明らかになった。失語症はきわめて長期のリハビリテーションが必要だが、医療行為のリハビリテーションは180日を限度とすることが厚生労働省の定めた基準で決まっている。そのため以降は自力で言語リハビリテーションができる環境を探さねばならない。そこで女性は言語リハビリテーションを行っている市民団体「失語症友の会」に参加する。しかし失語症友の会にボランティアで参加していた言語聴覚士は、女性が喋れず聞こえないという困難を知らながら、十分な配慮がなかった。そのため失語症

友の会を辞め、言語リハビリテーションに力を入れているデイ・サービス施設を見つけて通うようになった。このデイ・サービス施設は失語症という症状と共に女性の聴覚失認にも理解が深く、女性は居心地が良いと表現している。

また女性は昔の同級生の画家に絵画を習っていたが、「筆談だけでは出来ない。詳細な事で喋りだけ教えたいって感じでした」と、画家は音声言語に頼ったコミュニケーションに拘泥していた。書字や手話などいくつかの音声に頼らないコミュニケーション様式があるにもかかわらず、それを無視することで、画家は「口が利け、言ったことが理解できる」コミュニケーションしか認めないという態度を示している。

### 2-4 言葉が分かりにくい失語症者の調査経過

社会的格差は障害者に影響を与えやすく、障害者は容易に劣位の立場に押しやられる。失語症者の場合、発症直後には「失語症」という自分の置かれた状況が把握できず、希望や要求があっても、それを相手に伝えることができない場合が多い。また相手の言った言葉が理解できない場合がある。

発症時、比較的若かったCさんは障害を抱えたまま、元いた企業の下請けをしている

職場に戻った。調理師である D さんは、失語以外、身体のマヒはなかったので仕事を定年まで続けた。E さんは大手の菓子会社を定年で辞めて介護施設で施設長を 7 年ほど勤めていたが、倒れたことを機会に退職した。F さんはエンジニアとして会社に勤めていたが、発症が定年間近だったため入院し、リハビリテーションをしている間は病欠とし、その後はそのまま退職している。

失語症でなくても、高齢者では希死念慮 (suicidal ideation) を持つことがある。B さんは希死念慮を持ったが、それは失語症になったからというより、自分自身が高齢になり、家族などまわりの人に迷惑を掛けるのではないかという心配があるためである。自分が死んだ方が、皆、穏やかに暮らせるのではないかと証言している。

D さん、E さん、F さんは、うつになった自覚も希死念慮を抱いたこともないと言う。これは家族などまわりの人が、高齢になった失語症者に、日常生活で配慮してきた結果であると思える。

### 3. 研究の成果

#### 3-1 聴覚失認の女性 A さんから得られた研究の成果

A さんを取り巻く現状は厳しいものが多い。失語症と聴覚失認を共に持つ A さんに対して、書字であれば書字で応答できたにもかかわらず、医療従事者であっても障害の質を考慮した対応を取っているとは言えなかった。また市民団体「失語症友の会」に参加していた言語聴覚士は、失語症と聴覚失認を共に持つことの意味を理解していたはずであるのに、聴覚失認を考慮した対応は取っていない。さらに画家で絵画を教える A さんの昔の同級生は、書字や手話など、他にいくつものコミュニケーション方法があるにもかかわらず、それを無視することで「口が利け、言ったことが理解できる」方法しか認めないという態度を取っていた。

女性は自分の障害をものともせず、ICT やその他の補助具を利用して積極的に社会に出て行こうとしていた。この積極性を考慮すれば、今は A さんを受け入れるべき側が聴覚失認という稀な障害にとまどっているだけな

のかもしれない。しかし、受け入れる意思があれば、将来的には包摂が可能であると思える。それは単に A さんを受け入れる側が包摂するというだけではなく、A さんの側も A さんを受け入れる多くの人びとを包摂する相互包摂を意味する。

#### 3-2 言葉が分かりにくい失語症者から得られた研究成果

面接から見えてきた失語症者の主な課題は、身体拘束、高齢な失語症者の就労、希死念慮であった。身体拘束は失語症により意思疎通ができない苛立ちから暴れてしまい、拘束されている。睡眠リズムが乱れて昼夜逆転し、暴れてしまうのであれば、言葉のコミュニケーションが成立しないのだから、現在でも医療者が拘束することはよくある。その理由を探れば、① 本人が暴れるため点滴の針を引き抜くなどすれば、本人や医療者に実害が及ぶ恐れがある。あるいは ② 本人の睡眠リズムが昼夜逆転しており、夜間の活動が顕著であるが、夜間は病院スタッフの人手が足りず、それを補うために身体拘束に至る、という医療者側の理由が想像できる。

縛られた経験があると語ったのは D さんと F さんの 2 名であったが、入院初期には意識レベルが低下していたため、縛られていたかどうか分からない場合もあり、身体拘束はさらに多くの例がある可能性を捨てきれない。

身体拘束は人権の無視であり、基本的にやってはいけない。やむを得ず行う場合には必ず医療スタッフが責任を持って監視し、必要がなくなったらすぐさま拘束を止めるという厚生労働省の示した原則を厳しく守る態度が必要である。

高齢な失語症者の就労は身体障害に加え、記憶障害や易疲労性などの精神障害により雇いが敬遠される傾向にあった。また 65 歳を迎える失語症者の場合、就職よりも引退と言語リハビリテーションの継続を希望する例が多い。発症年齢が定年まぢかであれば、当事者としては就労が必要だという感覚にはならないのだろう。

職場を離れたか離れないかにかかわらず、従来は失語症友の会という市民団体が失語症者の活動に大きな役目を担っていた。しかし

ながら、介護保険法（2000年施行）が施行され、脳血管障害者が対象とされてから失語症友の会に参加する失語症者は減り始め、介護保険を利用した訪問リハビリテーションによる言語訓練が増え始めた。

失語症友の会の活動にせよ介護保険による訪問リハビリテーションの利用にせよ、これらは当事者にとって社会のメイン・ストリームから外れた一種のアジュールとして機能する。失語症友の会に限って言えば、「仲間づくり」や「失語症っていう言葉を啓発、啓蒙」はできたが、「人権の主張」やその具体化としての「就業支援」は話題に上らない。この原因は当事者のあきらめと「競争に勝てる人材の確保」「競争にならない人たちの福祉」という国の政策によるところが大きい。

希死念慮は女性と若年発症の男性が抱いたことがあると回答した。一方、聴覚失認ではない男性の高齢者3名は家族とのコミュニケーションを絶やさぬようにしているようすがうかがえた。このような家族や親族との日常的な接触があるかないかが、うつに陥るとか希死念慮を抱くとかとの境目になったのではないだろうか。つまり、家族や親族との日常的な接触が当事者を孤立させない生活として重要であると予想できる。「病後の生活と希死念慮」については、うつと希死念慮に至る過程が非障害者にもありうるもので、社会全体を対象に考えていくべきである。一方、うつや希死念慮と無縁であった3人が、ともに家族や親族とのコミュニケーションが維持されていたことの意味は大きいかもしれない。

#### 4. 今後の課題

2022年10月に出された国際連合の障害者権利委員会総括所見（勧告）は思考の補助線として有効である。「障害者の権利に関する条約」では、国連障害者権利委員会の構成委員は各国から選ばれるが、その際、個人の資格で職務を遂行する専門家であり、「委員の配分が地理的に衡平に行われること、異なる文明形態及び主要な法体系が代表されること、男女が衡平に代表されること並びに障害のある専門家が参加することを考慮に入れて選出する」（障害者の権利に関する条約、第

34条一4）と規定されている。この規程により委員は地球上のさまざまな地域から性別に偏ることなく選ばれるが、本研究では特に障害のある専門家の参加が重要である。現実には2022年時点では、構成委員の半数以上が障害者であった。

個人の資格で職務を遂行する障害者権利委員会の委員は、地域の歴史や周辺諸国との関わりなど、国家のしがらみに囚われる必要のない自由な発想が許された存在である。しかし現実の国家は歴史や関わりなどに束縛されており、また日本側の政府職員は個人の考えを隠してでも日本政府の代弁者でなくてはならない。この条件で構成委員から出される「総括所見」を求めていくのだから、そこには当然のように齟齬がもたらされる。

研究の成果に挙げたさまざまな齟齬は、今後、いかに矛盾を解消していくか考えていく必要がある。そうすることによって日本でも障害者権利委員会の人権モデルを実現する方向に近づけたい。

#### 5. 研究成果の公表方法

現在、査読付き原著論文を投稿するために、上記の内容で原稿を用意している。

以上

# Research on the life worlds (Lebenswelt) perceived by individuals with Auditory Agnosia and elderly individuals with similar symptoms who have lost the ability to understand language

**Principal Investigator:** Masazumi Mitani  
Visiting Professor, Institute of Natural and Environmental Sciences, University of Hyogo

This study describes and analyzes the life worlds (Lebenswelt) of individuals exhibiting aphasia and auditory agnosia, higher brain dysfunction following cerebrovascular disease, from a medical anthropology perspective. Qualitative research using semi-structured interviews yielded the following findings. First, cases were identified where a speech-language pathologist volunteering with the civic group “Aphasia Peer Circle” failed to provide accommodations tailored to the characteristics of auditory agnosia, effectively excluding individuals with this impairment. Additionally, testimonies emerged regarding physical restraints imposed by medical staff during acute care due to communication difficulties with aphasic patients. These represent serious issues from a human rights perspective. Psychologically, isolation can induce suicidal ideation, while social inclusion by family members may serve as a buffer against depression. Japan should transition to a “human rights model” prioritizing the removal of social barriers, based on the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, moving toward mutual inclusion where both individuals with disabilities and society accept each other reciprocally.