

成人の言語障害 失語症

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-12-20 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小嶋, 知幸 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/681

成人の言語障害 失語症

小嶋 知幸*
Tomoyuki Kojima

● Key Words ● 言語障害、失語症 ●

はじめに

近代失語学の幕開けとされる 19 世紀後半から 150 年以上が経過した。この間失語学は目覚ましい進歩を遂げたが、いまだ学説は 1 つに収束している訳ではない。また、失語症状に対するリハビリテーション介入（言語治療）を目的とする場合には、疾患論や病巣論といった医学的視点とは異なる、認知神経心理学的視点からのアプローチも必要となる。そのため、医療従事者一般にとっても、失語症という領域がわかりにくいものになってしまっていることも否めない。本稿では、必ずしも失語症を専門としない医療従事者を想定し、失語症に対するさまざまな立場・学説を列挙することはせず、古典的失語論に依拠しつつ、失語症に関して最低限コンセンサスの得られている見解を整理して提示することを目的としたい。

定義および鑑別診断のポイント

1. 失語症の定義

一般に、成人の失語症とは、大脳の言語中枢の器質的損傷（脳血管障害、外傷、腫瘍など）による後天性の言語障害を指す。「聴いて理解する（聴覚的理解）」「話す（発話）」「読んで理解する（読解）」「書く（書字）」の 4 つの言語モダリティすべてに障害が及ぶのが普通であるが、モダリティごとの障害の程度は病巣に応じて異なり、いくつかの症候群（失語タイプ）を形成する。

2. 鑑別診断のポイント

定義から明らかなように、ことばの障害であっ

ても、脳の器質的病変が明らかでない場合には失語症は否定される（心因性失声症など）。器質性の脳病変であっても、先天性の疾患や発達過程の異常に起因することばの遅れなども除外される。

また、成人の後天性の言語障害の中で、失語症と明確に鑑別しなくてはならない障害に運動障害性構音障害（dysarthria）がある。運動障害性構音障害とは、発声・発語を司る運動神経の麻痺あるいは運動器自体（口唇・口蓋・舌・声帯など）の欠損などによる発音（構音）の障害を指す。簡単に言うと呂律が回らない状態であって失語症とはまったく異なる水準の障害であることを理解しておく必要がある。

近代失語学小史

ここで失語症のタイプ分類や関連用語の成り立ちを理解する上で最低限押さえておくべき歴史的エポックについて簡単にたどってみたい（小嶋，2014 を参考）¹⁾。

1. 近代失語学の父—ブローカ

1861 年にフランスの医学者・人類学者であるブローカ（Pierre Paul Broca, 1824～1880）が、パリの人類学会でルボルニュという名の失語症例を発表した。ブローカによればこの症例はことばの理解は非常に良好であったが、話すことのできるのは“タンタン”という意味を伴わない常套句のみであったという。そして、死後の剖検の結果をもとに、ブローカは、話しことばの主座を第 3 前頭回に求めた。これが後にブローカ領野として知られることになる言語中枢であり、またこの症例が後にブローカ失語と呼ばれるようになる症候群の嚆矢となった。また、この年をもって近代失語

* 武蔵野大学大学院人間社会研究科
〔〒 202-8585 東京都西東京市新町 1-1-20〕

学の幕開けとすることで、諸家の見解の一致をみている。

2. 古典論の集大成—ウェルニッケとリヒトハイム

ブローカの症例報告から遅れること十余年、ドイツの精神神経学者ウェルニッケ (Carl Wernicke, 1848~1905) は、1874 年の著書の中で、過去の文献をレビューし、ブローカが指摘した第3前頭回は、ことばの運動 (構音) イメージの中枢であり、その部位とは別に、第1側頭回にことばの音のイメージの中枢 (感覚言語中枢、後のウェルニッケ領野) があると示した。そしてそこが障害された場合には、ことばのイメージを失い、ブローカの失語とは異なり、理解の障害を中心とする感覚性失語が生じると考えた²⁾。

その後、スイスのベルン大学の内科教授であったリヒトハイム (Ludwig Lichtheim, 1845~1928) が、ウェルニッケの考えをさらに発展させ³⁾、2人の考えは“ウェルニッケ-リヒトハイムの失語図式”として集大成されることになる。これは、人間がことばを理解したり、考えをことばで表現したり、また、他者のことばを復唱したりする際の情報の流れを図式化したもので、2つの言語中枢 (運動言語中枢、感覚言語中枢) と概念中枢という3つの中枢と、それらを連絡する神経経路から構成されている (図1)。そして、彼らは、図式における障害位置に応じて7つの失語タイプが生じうると考えた。彼らによって打ち立てられた失語症に対する考え方は古典論、そしてその失語分類は古典分類と呼ばれている。

3. 新古典論—ボストン学派

ウェルニッケ-リヒトハイムによって打ち立てられた古典論の考え方は、その後厳しい批判にさらされることになったが、時代は下って1960年代、アメリカはボストンの失語学者達によって再び注目されることになる。そのムーブメントの中心的役割を担ったのが、ゲシュヴィント (Norman Geschwind, 1926~1984) である。ボストン学派による失語論は基本的に古典論の考え方に依拠したものであり、そのタイプ分類も、ウェルニッケ-

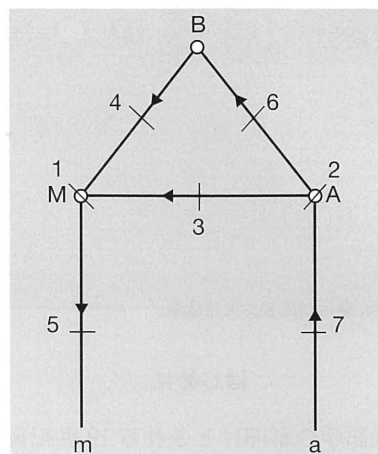


図1 ウェルニッケ-リヒトハイムの失語図式 (Lichtheim, 1885を一部改変)

A: 感覚言語中枢, M: 運動言語中枢, B: 概念中枢, a-A: 聴覚の経路, M-m: 運動 (構音) の経路。数字は障害部位を示す。

1: 皮質性運動失語 (ブローカ失語), 2: 皮質性感覚失語 (ウェルニッケ失語), 3: 伝導失語, 4: 超皮質性運動失語, 5: 皮質下性運動失語, 6: 超皮質性感覚失語, 7: 皮質下性感覚失語。

リヒトハイムの失語図式を尊重しつつ、19世紀以降の諸家の失語分類を勘案したもので、新古典分類と呼ばれる⁴⁾。

失語症のタイプ

以下、代表的な失語タイプについて概説する。本稿では、タイプ名はボストン学派の新古典分類に倣い、また、各タイプの症候学的記載については、日本における失語学の古典ともいべき大橋 (初版1967)⁵⁾を参考にする〔註: 本稿では、紙幅の都合上、右手利き者における左大脳損傷による失語症のみ扱う。左手利きあるいは非右手利きの場合の特殊な失語については他書に譲る〕。

1. ブローカ失語

古典分類における皮質性運動失語に該当する。もっとも着目すべきは、発話面にみられるアナトリーと呼ばれる症候である。日本では発語失行 (apraxia of speech の訳) と称される場合もあるが、構音器官の運動麻痺では説明のできない、発話の際の独特の音の歪みである。これによって非

流暢タイプに分類される。冒頭で述べた運動障害性構音障害との鑑別には言語病理学的専門知識を要するが、おおまかなポイントは、運動障害性構音障害の場合、音の歪み方が比較的一定で予想可能な場合が多いのに対して、アナルトリーの場合、音の歪み方が一定しないことが多く、また同じ音でも他の音との前後関係によって歪みが目立たないことがあるといった浮動性を示す。

理解面は良好であると説明されることが多いが、理解面の良否は病巣の大きさによる。

また、古くからこのタイプでは統語（文法）の処理に障害を示すことが指摘されている。

責任病巣は、ブローカが指摘した運動言語中枢、すなわち第3前頭回の脚部に加え、アナルトリーの責任病巣である左中心前回下部が含まれていることが必要であり、さらに後方に進展すると症状は重度化する。

2. ウェルニッケ失語

古典分類における皮質性感覚失語に該当する。主要症状は、聴覚的理解面の障害である。ただし、発話面にもさまざまな障害を呈する。ただし、ブローカ失語にみられるアナルトリーはなく、また、多くの場合文の形態が保たれる。このため流暢タイプに分類されるが、意図する語とは異なる語が表出されたり（語性錯語、音韻性錯語）、実在しない語が表出されたり（新造語）する。このような症状が顕著な場合には、表出される文全体が意味不明なものとなる（ジャルゴン）。読み書きにも同様な障害が現れる。

責任病巣はウェルニッケが指摘した感覚言語中枢、すなわち左上側頭回後部を中心に角回および縁上回などを含む領域である。

3. 伝導失語

流暢タイプであるという点ではウェルニッケ失語同様であるが、理解が良好である点が異なる。このタイプは、しばしば復唱が不良であることが強調されてきたが、中核となる障害特徴は音韻性錯語である。たとえば「いぬ」を“ぬい”，「えんぴつ」を“えんつび”，などと言い誤る症状で、復唱に限らず言語表出全般にみられる。自分の言い

誤りに対する気づきは良好であり、言い直しを伴うことが多いとされる。古典論では2つの言語中枢の連絡の離断によって生じるとされ、責任病巣として島あるいは弓状束が指摘されたが、現在では左縁上回が重要と考えられている。

4. 超皮質性失語

超皮質性失語は復唱が良好であることが特徴とされ、3タイプの症候群がある。

1) 超皮質性感覚失語

流暢タイプであり、理解面の障害がもっとも重要な症候であるが、復唱が良好である点がウェルニッケ失語との鑑別ポイントとなる。表出面で特徴的な症状は語性錯語である。たとえば「いぬ」を“ねこ”，「えんぴつ」を“はさみ”などと言い誤る。伝導失語と異なり音韻性錯語は通常みられない。

責任病巣は、ウェルニッケ失語の責任病巣よりも下方の側頭葉と、ブローカ失語の責任病巣よりも前方の前頭葉での報告がある。

2) 超皮質性運動失語

狭義の言語障害というよりも、ことばに対する発動性（自発性）の低下が中核症状とされるタイプである。みずから進んで話そうとしないという点で非流暢タイプに分類される。理解面は良好であり、ブローカ失語の不全形という解釈もある。責任病巣はブローカ領野の上方あるいは前方とされる。

3) 混合型超皮質性失語

上記の2つの障害特徴を併せ持つ。したがって、復唱という機能を残してすべての言語機能が障害される。2つの言語中枢を取り囲むような形で脳が損傷された場合に生じるとされるが、臨床的には言語面以外の種々の認知機能の障害も合併することが多く、純粋な失語症として遭遇することは少ない。

5. 健忘失語

古典分類には該当タイプはなく、新古典分類において導入された症候群である。すべての言語モダリティにおいて障害が軽度の失語症である。あらゆるタイプの失語症候群が改善した場合の臨床

像と捉える考え方もあるが、筆者の考えでは、健忘失語と言った場合、通常、ブローカ失語の中核症状であるアナルトリーや伝導失語の中核症状である音韻性錯語は含めない。中核症状は、言いたい語がとっさに思い浮かばない喚語困難であり、その際、例えば「りんご」に対して“ほら、何だっけ、昨日も食べたんだけど、みかんじゃなくて”など言う、迂言と呼ばれる症状が特徴とされる。病巣に関して、限定的言及が避けられる傾向にあるが、頭頂葉の角回が指摘されることが多い。

6. 全失語

新古典分類においても取り立てて言及はされていないが、すべての言語モダリティにわたって重度に障害されている失語像を指す。通常、左半球が広範囲に損傷された場合であり、多くの場合種々の認知機能障害が合併する。まれに、何かをしゃべろうとすると、決まって特定のことが表出されてしまうことがあり、残語あるいは再帰性発話と言われる。これは、例えば“がっこう”とか“これはこれは”など、実際に存在する単語や句の場合もあるが、“せんりゃくびかん”など、意味不明な言語断片であることもある。いずれも情報伝達としての用は成さない（大脳左半球における言語関連領域を図2に示した）。

これに加え、特定の言語モダリティに障害が限局した特殊な臨床型として、純粹語啞（古典分類における皮質下性運動失語）、純粹語聾（古典分類における皮質下性感覚失語）、純粹失読、純粹失書などがある。

失語症の評価

専門的な知識があれば、失語症の評価は問診だけでも相当程度可能であるが、一般的には、専用の部屋で、専門のスタッフ（通常は言語聴覚士）によって行われる。現在日本で広く用いられている総合的失語症検査として「標準失語症検査（SLTA）」「WAB 失語症検査 日本語版」などがある^{6,7)}。

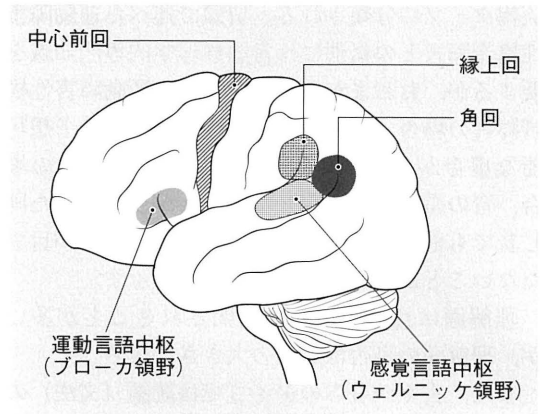


図2 大脳左半球側面図（向かって左が前）

失語症への対応

失語症への対応は、大きく、①原因疾患の治療・再発予防、②言語機能訓練、③コミュニケーション・マネジメント、④社会参加への支援、⑤家族に対する心理的支持に分けられる。これらは、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）における心身機能・身体構造、活動・参加、環境因子・個人因子という3つの構成要素から障害を捉え支援していこうとする理念に相通ずるものである。

1) 原因疾患の治療・再発予防

とくに発病直後から数週間の間は、原因疾患の治療および再発予防といった医学的介入が最優先される。この時期、失語症に対する対応という点では、患者本人への働きかけよりも、むしろ家族への正しい状況説明が重要である。

2) 言語機能訓練

原因疾患が急性期を脱し、本人の意識もはっきりしてくると、集中的な言語機能訓練が可能となる。残念ながら、先に述べた基準に基づくタイプ分類だけでは、患者個々人の障害構造に見合った効果的な機能訓練を立案することはできないため、これについては失語症のリハビリテーションに関する専門的なトレーニングを受けた言語聴覚士に委ねられる。

一般に、失語症は、同じ大脳損傷に起因する後

遺症であっても運動障害とは回復曲線がまったく異なることを理解する必要がある。失語症の場合、脳血管障害における回復期といわれる時期を過ぎても、緩徐にはあるものの年単位で回復が続くことがわかっている。特に発症が40歳未満である若年者の場合、その傾向が顕著である⁸⁾。失語症者が終了時期を気にすることなく長期にわたって適切な訓練を受けることのできる支援体制の整備が望まれる。

3) コミュニケーション・マネージメント

限られた言語能力で、他者との効率的なコミュニケーションができるようなマネージメントもきわめて重要である。コミュニケーション・マネージメントは、本人に対して行うばかりでなく、主たるコミュニケーション相手（通常は家族）に対しても行う。具体的には、症状の特性に応じて、本人に対しては、もっとも効果的な情報の発信手段を習慣づけるよう指導し、家族に対しては、もっとも本人が受信しやすいような情報の発信のしかたを指導する。情報の発信・受信手段としては、狭義の言語（音声、文字）に限定せず、身振り、描画、写真、地図、カタログ類などを適宜効果的に活用する。

4) 社会参加への支援

失語症によって言語機能が制限されると、家庭、職場、公共施設など、さまざまな場面におけるさまざまな状況下で、情報弱者となることを与儀なくされるため、社会への参加、職場・学校への復帰が極めて難しくなる。移動困難者に対するガイドヘルパー、聴覚障害者に対する手話通訳、視覚障害者に対する点字などに該当するような支援体制の整備が、失語症者に関しても強く求められるが、一部に積極的な活動がみられてはいるものの⁹⁾、社会全体での支援という状況には程遠いのが現状である。

5) 家族に対する心理的支持

家族の1人が突然倒れ、失語症になることで、

他の家族もまた極限状態に追い詰められる。すべての家族がそうであるとは言えないが、発症直後の混乱・狼狽に始まり、次に完全回復を信じて疑わない時期があり、その後絶望の時期へと続き、最終的には苛立ち、疲労困憊する。さらに、時によっては、その心理状態が患者本人への嫌悪の感情に変わる場合もある。

失語症への対応においては、失語症者本人に対する治療的介入と同時に、家族への支援が不可欠である。このような心理状況におかれている家族に対して、常に支持的態度で接し、話に耳を傾け、また、当事者（患者本人）の回復に関する短期的見通しと長期的見通しを丁寧に説明していく粘り強い姿勢が重要である。

失語症者への支援とは、当事者とその家族の人生に伴走する長い道のりである。

文 献

- 1) 小嶋知幸：失語症の源流を訪ねて、27-51頁、金原出版、東京、2014。
- 2) Wernicke C：Der Aphasische Symptomencomplex. Eine Psychologische Studie Auf Anatomischer Basis. Max Cohn & Weigert, Breslau, 1874. (Kessinger Publishing によるリプリント版) [浜中淑彦（抄訳）、カール・ウェルニッケ：失語症候群—解剖学的基礎に立つ心理学的研究—について、精神医学 17：758-764, 1975 も参照]。
- 3) Lichtheim L：On aphasia. Brain 7：433-484, 1885。
- 4) Goodglass H, Kaplan E：The assessment of aphasia and related disorders. pp54-78. LEA & FEBIGER, Philadelphia, 1972。
- 5) 大橋博司：失語症、12-44頁、中外医学社、東京、1967。
- 6) 日本高次脳機能障害学会：標準失語症検査マニュアル、改訂第2版、新興医学出版社、東京、2003。
- 7) 杉下守弘：WAB 失語症検査（日本語版）、医学書院、東京、1986。
- 8) 佐野洋子、宇野 彰、加藤正弘、他：SLTA 成績にみる失語症到達レベル-病巣と発症年齢に関する検討-。失語症研究 12：323-336, 1992。
- 9) NPO 法人 言語障害者の社会参加を支援するパートナーの会和音（編）：失語症の人と話そう—失語症の理解と豊かなコミュニケーションのために 第2版、中央法規出版、東京、2008。