

■セミナー

痴 呆 と 失 語

—言語およびコミュニケーション障害の特徴—

笹 沼 澄 子*

I はじめに

痴呆の中核症状は、左右両半球にわたる散在性（ないしびまん性）の脳病変を背景とする広範な知的機能の低下であり、その一環として言語面の障害が比較的早期から現われることが知られている。一方、失語症は左半球の限局性病変に由来し、病巣の部位と広がりによって多彩な言語症状が出現する。痴呆および失語症に見られるこうした言語の障害には、両疾患に共通する部分も少なからず存在し、両者の鑑別は必ずしも容易ではない。

言語には少なくとも次の二つの側面がある：①狭義の言語機能、すなわち音韻、統語、意味の規則によって記述される恣意的な符合体系としての言語形式の側面、および②こうした言語形式を、情報伝達の目的に従って、その場の状況（文脈）に応じて選択し使いこなす言語使用の側面（語用論的側面）。前者つまり言語の形式面の処理は長年の学習により自動化されている傾向があるのに対し、後者つまり情報伝達の目的で使用するコミュニケーション行動には、言語の形式面の処理能力に加えて、その場の状況、話者の意図などを含む言語外のさまざまな文脈情報を過去の経験、記憶、知識体系等に照合しつつ時々刻々に処理し統合する高度の認知能力が必要とされる。

最近の研究（Bayles, et al., 1987；笹沼ら, 1987；綿森ら, 1989）によると、言語を構成するこれら二つの側面の障害のされ方が、痴

呆と失語症とではそれぞれ異なる傾向を示すことが明かにされており、両者の鑑別にとって重要な指標の一つになり得ることを示唆している。本セミナーでは、こうした研究から得られた知見を整理し、これらの知見が両疾患の鑑別診断に際してどのように役立ちうるかについて考察することにした。

II 各疾患の基本的特徴

表1は、両疾患の基本的特徴（脳損傷の部位、発症と経過の特異性、中核障害）の違いである。痴呆にはいくつかのタイプがあるが、その中核症状は、知的機能のさまざまな領域にわたる進行性（または非進行性）の低下であり、見当識、記憶、思考、学習、判断力など広範囲にわたる知的機能の低下、および感情・意欲・人格、などの障害ないし変容として現われる。つまり痴呆患者が示す言語面の障害は、こうした広範囲にわたる知的機能の低下を背景とすることが特徴である。また、これらの症状の発現は、脳血管性痴呆を除くと、失語症の場合とは対照的に潜行性の経過（通常1年から数年）をとる場合が多く、その後は徐々にまたは急激に進行する。

一方、失語症の中核症状は特殊な符合体系としての言語形式による情報の符合化と解読の障害であり、その他の高次脳機能は比較的保たれている。大多数の失語症では発症が急激であり、発症直後の急性期を過ぎると症状は固定ないし改善する。痴呆と失語症との鑑別は、こう

表1 痴呆と失語症の基本的特徴

	痴 呆	失 語 症
脳病変の部位	左右半球にわたる 散在性（びまん性）病変	左半球の 言語領野
発 症	潜在性*	急性
経 過	進行性*	非進行性
中核障害	広範囲にわたる 知的機能の低下	言語符号の 処理機能の障害

*血管性痴呆は例外

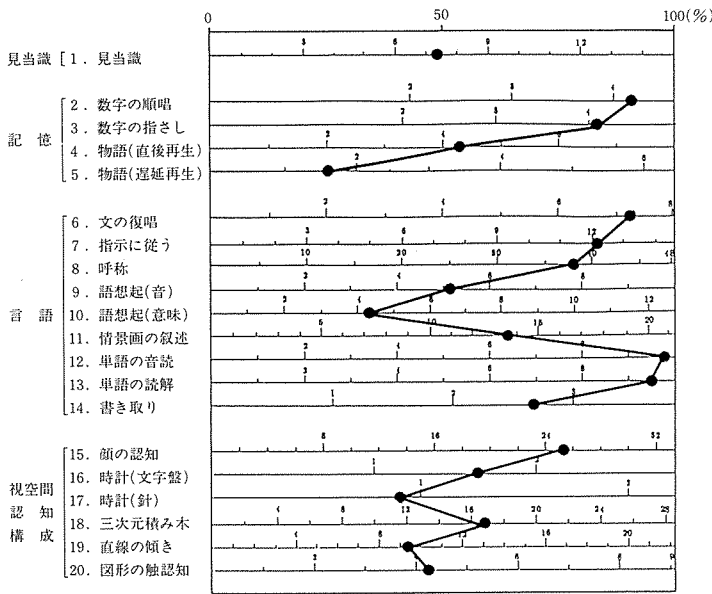


図1 高次脳機能検査（老研版）における痴呆患者（種々のタイプを含むN=102）の成績

した両疾患の基本的差異を踏まえたものであることが必要である。

III 「高次脳機能検査」による検討

まず、言語の障害に焦点をしぼる前に、複数の認知領域にわたるより広い視野から両群の成績を検討した。図1は、見当識、記憶、言語、視空間認知・構成の諸領域を含む高次脳機能検査（老研版）（笹沼ら，1987；笹沼，1988）に対し、軽度～中等度痴呆患者102名（老年痴呆55名，脳血管性痴呆42名，その他5名）の示した得点プロフィールである。この図から①痴呆群の成績は対照健常老人群の成績（図の右端の

100%）に比べてすべての検査項目で有意に低いこと、しかし②成績低下の度合は検査ごとに異なり、比較的良く保たれるもの（たとえば数字の順唱、文の復唱）から、重度に障害されるもの（見当識、物語の再生、語想起、および顔の認知を除く視空間認知・構成領域の諸検査）まで大きな開きがあること、の2点が明らかである。また当然のことながら、個々の患者の成績には大きな個人差が認められた。

では、失語症患者は本検査に対してどのような成績を示すであろうか。図2は、複数の臨床タイプを含む48例の失語症患者（右利き，左半球損傷，発作回数1回，痴呆や失行・失認症状の合併なし，種々の臨床タイプを含む）の成績である（福迫ら，1987）。比較のため、50例の老年痴呆患者の成績を点線で示した。図から明らかなように、両群のプロフィールには明白な差異が認められる。痴呆群の得点が失語症群に比べて有意に低い検査がある一方、痴呆群の得点が有意に高い検査もある。特に興味深い違いとしては、次の4点が認められる。

まず第1に見当識は痴呆群の成績が有意に低い。第2に記憶面についてみると、数字の順唱と数字の指さしで痴呆群の成績が失語症群に比べて有意に高く、また物語の直後再生では両群間に差がないにもかかわらず、30分後の遅延再生では痴呆群にのみ著しい成績の低下が認められる。すなわち痴呆群は失語症群に比べて短期（一次，直後）記憶は有意に良く保たれているにもかかわらず、短期記憶から長期記憶への情報の転送，符合化などが特異的に障害されることを反映するものと考えられる。

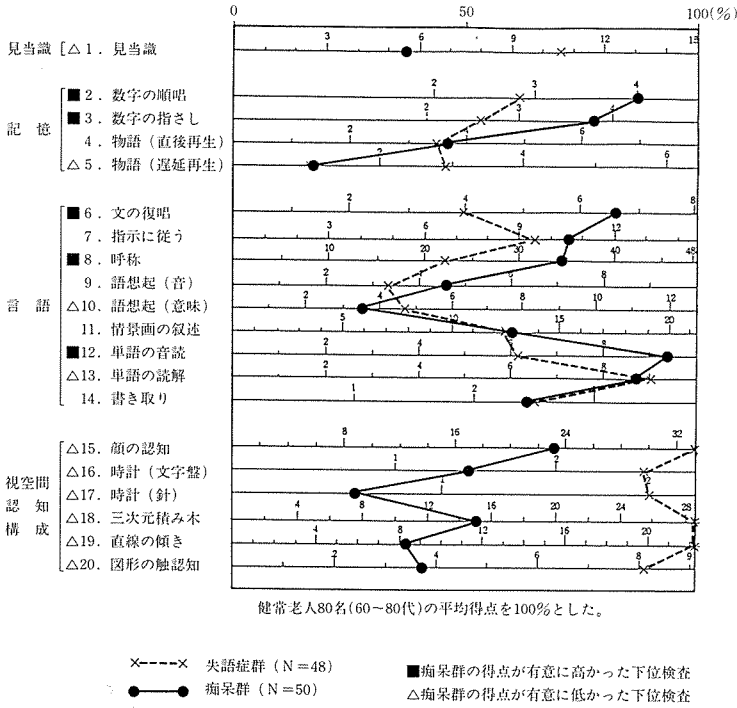


図2 高次脳機能検査 (老研版) における痴呆群と失語症群の比較

第3に言語面では痴呆群が全般的に高い成績を示した。しかし各検査間の関係についてみると、文の復唱、単語の音読など長年の習熟によっていわばルーチン化した自動的処理に依存する音韻や統語面 (言語の形式面) の処理能力は失語症群より良く保たれているのに対して、こうした自動的処理には不向きな言語の内容/意味的側面をみる意味による語想起、単語の読解などは失語症群より有意に劣っている。さらに、まとまった情報をその場の状況・文脈に基づいて適切に解釈・整理して相手に伝える情景画の叙述も、比較的早期から障害されやすい課題である。

第4の視空間認知・構成面では、失語症群の成績が正常範囲であるのに対して、痴呆群の成績は全項目に著しい低下を示す。

なお、上記の特徴は、鑑別上問題となることの多い流暢タイプに属する失語症群29例と、痴呆群との比較においても同様に認められている。

以上から、痴呆患者の高次脳機能の低下が複

数の領域にわたる特徴的な障害パターンを示すことが明らかにされた。特に言語面に関しては言語形式そのものの処理に比して言語の意味的側面および情報伝達/コミュニケーションが特異的に障害される傾向があることが示唆された。すでに触れたように、コミュニケーションにおいては狭義の言語機能に加えて、言語外の種々の文脈情報を処理し統合するための高度の認知能力 (記憶、推論、抽象的思考など) を必要とする。したがってコミュニケーション能力は、痴呆をもたらす脳の疾患によって最も障害されやすい側面の一つであることが予想される。そこで、次に「実用コミュニケーション能力検査」により痴呆群と失語症群におけるコミュニケーション能力の実態を検討した。

IV 「実用コミュニケーション能力検査」による検討 (笹沼ら, 1987; 綿森ら, 1989)

1. 痴呆患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は、実際の生活場面のシミュレーションを用いて日常生活上基本的な34のコミュニケーション行動を評価する検査である (綿森ら, 1987)註)。

対象患者は、長谷川式痴呆スケールでボーダーラインから重度痴呆の範囲にわたる痴呆患者65名 (平均年齢73.2歳; 男29名, 女36名) であった。脳血管性痴呆患者のうち、明らかな失語症の患者は除外した。痴呆の重症度の目安としては、前述の高次脳機能検査20項目から3項

註) 刺激は実際の生活用品を使用し、各下位検査を一日の生活の流れに沿って配列する事により自然の文脈情報が利用しやすいように工夫されている。採点は反応の実用性を重視し、非言語的伝達手段 (身ぶりなど) が用いられた場合でも第三者に通じる実用的な反応と判断できれば、それなりの評価が与えられる。

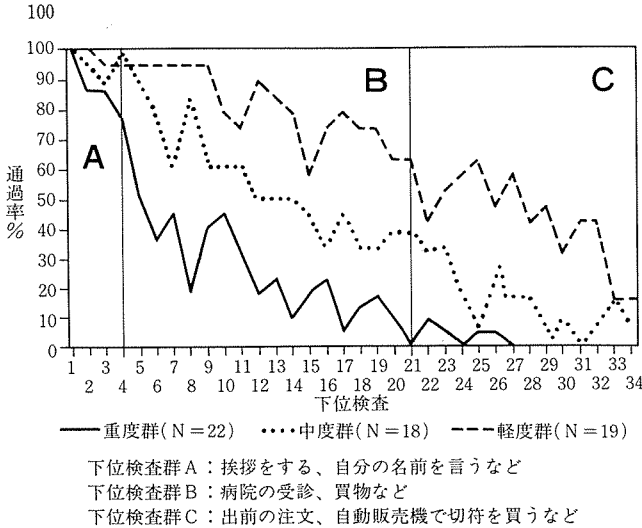


図3 実用コミュニケーション能力検査各下位検査通過率プロフィール (重症度別)

目(見当識, 指示に従う, 時計の文字盤の描画)を選んだ抜粋版 ($r=0.89$ の相関)も同時に施行した。

得られた結果は, 次の2点にまとめられる。

(1) 実用コミュニケーション能力検査の成績と痴呆の重症度との関係: 痴呆の重症度の指標として高次脳機能検査(抜粋版)の平均Z得点を算出し, 実用コミュニケーション能力検査総得点との関係をみたところ, 両者の間に0.87という高い相関が認められ, コミュニケーション能力が知的能力と平行して低下することが明らかとなった。この結果は, 情報伝達行動というものが, 狭義の言語機能に加えて, より広い認知能力との複雑な相互作用の上に成り立つことを裏づけたものといえる。

(2) 痴呆の重症度と下位検査の通過率プロフィールとの関係: 図3は, 高次脳機能検査(抜粋版)の平均Z得点に基づく痴呆の重症度(軽度, 中度, 重度の3群)と下位検査の通過率との関係を示したものである。34の下位検査は各群の通過率プロフィールに基づいてA, B, Cに分けてある。すなわち下位検査群Aでは軽度から重度まですべての群が高い通過率を示すが, 下位検査群Bでは重症度によって明確に成績が分かれる。さらに下位検査群Cとなると軽度痴呆患者でも困難を示し, 中度及び重度の患者の通過率は著しく低下する。各下位検査群の内容

をみると, 重症の患者でも高い通過率を示す下位検査群Aは, 高度に自動化されたコミュニケーション行動を捉える項目からなる。一方下位検査群Bの項目の多くは, 比較的単純な情報処理(例: 与えられた選択肢の中の一つを指さすといったもの)を要求するものであるが, 重度の患者ではこの検査群の通過率が急激に低下する。その理由の一つとして, 現実場面をやや離れて特定のコミュニケーション状況を想定した下位検査(「病院の受診」, 「買物」など)が多く含まれていることが考えられる。つまり, 痴呆では自分が現在置かれている個人的・具体的な状況から

離れた状況での文脈を利用することが著しく困難となる傾向が認められる。

痴呆群にとって最も困難であった下位検査群Cには「出前の注文をする」, 「自動販売機で切符を買う」のように, 複数の情報処理ステップを必要とする複雑な課題が含まれていた。

以上から, 痴呆では知的機能への負荷の大きい複雑なコミュニケーション活動がまず困難となり, 痴呆の進行とともに, より単純なコミュニケーション行動へと波及するが, 自動化されたコミュニケーション行動は重症度に関わりなく保たれていることが明らかにされた。

2. 失語症患者との比較

次に, 言語に特異的な障害を持つ失語症患者のコミュニケーション能力を痴呆患者のそれと比較検討する目的で, 実用コミュニケーション能力検査の総得点をマッチさせた失語症患者と痴呆患者各59名について, 下位検査の難易度を調べた(図4)。

図4から, 両群のプロフィールは明らかに異なり, 失語症群にとって容易な下位検査が痴呆群には困難であることがわかる。すなわち痴呆群では, 状況文脈の利用が必要となる下位検査や, 計算能力, 視空間認知能力等に関わる下位検査が困難であるのに対し, 失語症群では言語の理解・生成に直接関わる下位検査の成績が劣っている。つまり失語症患者は言語形式その

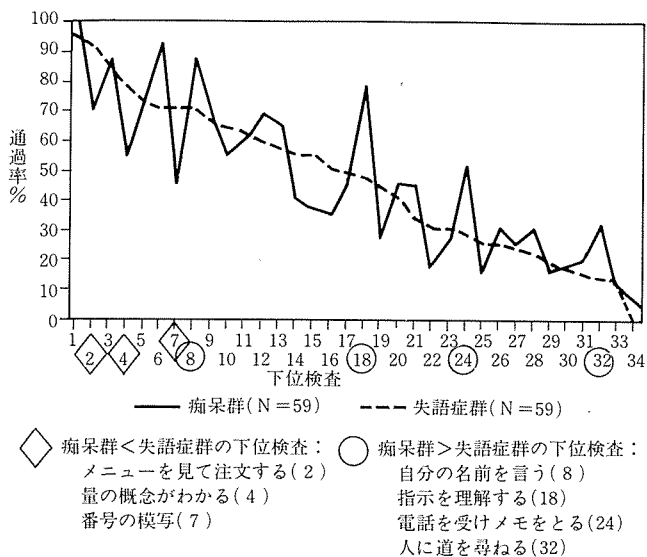


図4 実用コミュニケーション能力検査各下位検査通過率プロフィール (痴呆群対失語症群)

ものの操作には困難を示すものの、文脈情報を手がかりとしたり、代償手段（指差しなど）を用いて情報伝達を行なうことができるのに対して、痴呆患者では、言語の形式面は一応保たれているにもかかわらず、伝達できる情報内容および状況文脈の利用能力の点で明らかな障害があることが確認された。

以上をまとめると、痴呆患者におけるコミュニケーション障害の特徴は次の3点に要約されよう：①言語の形式面と伝達される情報内容との間に解離がある。②知的機能への負荷の高いコミュニケーション行動から障害が始まる。③状況文脈を利用する能力に障害がある。

V む す び

最近の研究成果を参照しながら、痴呆と失語症における言語およびコミュニケーション能力の障害パターンの特徴を比較検討した。これらの知見は、痴呆と失語症との鑑別上の有用な指

標の一つになりうると考えられる。しかし当然のことながら、個々の症例についての鑑別の手がかりを言語面のみの特徴に求めることは、少なくとも現時点では現実的ではない。冒頭で触れたような両疾患の基本的差異、ならびに言語面以外の高次脳機能障害の継続的变化に関する情報を合わせて検討することが不可欠と思われる（笹沼, 1988）。

文 献

- 1) Bayles, K. A. & Kazniak, A. W.: Communication and Cognition in Normal Aging and Dementia. Taylor & Francis, London, 1987.
- 2) 福迫陽子, 物井寿子, 綿森淑子, 笹沼澄子: 高次脳機能検査 (老研版) による痴呆患者と失語症患者の比較. 第11回日本神経心理学会, 東京, 1987. 9. 11~12.
- 3) 笹沼澄子, 伊東元信, 線森淑子, 福沢一吉, 佐久間尚子, 福迫陽子, 物井寿子, 辰巳格: 痴呆の神経心理学的研究——障害構造の検索. 神経心理学, 3; 216—225, 1987.
- 4) 笹沼澄子: 健常老人および痴呆老人における高次脳機能検査の成績. 老年精神医学, 5; 503—516, 1988.
- 5) 笹沼澄子, 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 伊藤元信: 痴呆老人におけるコミュニケーション障害の特徴とその対策. 笹川医学医療研究財団研究業績年報, 3(1); 83—95, 1987.
- 6) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 伊藤元信, 鈴木勉, 遠藤教子, 高橋真知子, 笹沼澄子: 実用コミュニケーション能力検査の開発と標準化. リハビリテーション医学, 24; 103—112, 1987.
- 7) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 宮森孝史, 鈴木勉, 遠藤教子, 伊藤元信, 笹沼澄子: 痴呆患者のコミュニケーション能力. リハビリテーション医学, 26; 23—33, 1989.