

第 27 回 日本全体構造臨床言語学会学術集会

言語聴覚学専攻 和田 英嗣

第 27 回日本全体構造臨床言語 (JIST) 学術集会は、福岡県北九州市小倉の西日本総合展示場新館で対面形式のみで開催された。筆者は「皮質トーンの低下を伴った重度の求心性運動失語」というテーマで、症例発表 (発表 30 分・質疑応答 30 分) を実施したため以下に報告する。

症例は 70 代の男性、右利きである。診断名は脳梗塞、MRI (DWI) において左島皮質、左側頭葉先端、左角回周辺、左前頭葉皮質下、左半卵円中心に高信号域を認めた。発症から 94 日後、自宅退院となり ST は外来にて週 1 回 (60 分) の頻度で継続となった。筆者は発症から 1 年 2 か月経った時点から介入し、初回評価では表情はぼんやりしていて活気は低かった。補聴器を両耳に装着していたが、簡単な日常会話の理解は概ね可能であった。自発話はほぼなく弱々しい声量であった。具体語はなかったが感嘆詞や錯語 (歪みを含む) は多く、時折ジャルゴンもあり内容の推測が困難であった。

標準失語症検査 (SLTA: 図 1) では、聴覚的理解について単語は良好で、短文と仮名一文字はやや低下し口頭命令は厳しい状態であった。呼称では喚語困難が多く音韻性錯語が頻発し新造語や保続もみられた。単語の復唱では音節数は合っているも錯語によって正答に至らないことが多かった。まंगाの説明では基本語・関連語は共になかったが、陳述文は 3～6 成分認めた。タイプ分類は重度の Wernicke 失語と判断したが、大阪地区勉強会で検討したところ、“聴覚的理解は比較的保たれているのではないか”という意見があった。特に復唱や呼称をよく観察すると、課題語が類推できる程度の誤りに留まる反応がみられた。その際に頻度は少ないが、接近行為と思われる自己修正も同様に認めた。以上を参考に重度の伝導失語 (求心性運動失語) に改めた。

訓練に難渋したため再度勉強会で検討したところ、“流暢タイプは音の表出自体は可能であるため音の正誤判断を重要視するのではなく、構音素を十分知覚できるような工夫が必要である。母音の /i, u, e/ は要素特徴の「長さ」としては短い、あえて持続させたほうがよい。リズムを取り入れる場合は必ず繰り返し、促音がない位置を作ることでリズム性が生まれてくる。その他、覚醒も不十分で低緊張であることから、Luria (1978) が述べている皮質トーンの低下も考えられる”など様々な助言が得られた。皮質トーンは脳の第 1 機能単位系の役割であり、意識障害における覚醒の調節のみならず、周囲のあらゆる変化に注意深く反応する「定位」までを担っている。したがって皮質トーンの状態にも注意しながら、より一層不連続性を強調して訓練を実施した。

その結果、再評価 (発症 1 年 8 か月後) では、初回評価時に比べて表情が豊かとなり応答も速くなってきた。自発話も少し増えて声量も大きくなった。音の歪みやジャルゴンが軽減し、自己修正や具体語も部分的にはみられてきたため内容の把握がしやすくなった。SLTA では仮名一文字の選択は、ヒント後正答が増えて若干の改善を認めた。表出面では誤り方が課題語に更に近づき接近行為が目立ってきた。まंगाの説明では成分数が増加し、錯語ではあったが基本語が 2 語、関連語が 1 語みられ段階が上がった。

質疑応答では、質問や意見の半数以上がタイプ分類 (Wernicke 失語ではないか) についてであった。その他、皮質トーンの低下に対して、“イントネーションを不連続にして提示するのはどうか。子音の身体リズム運動では子音部で運動と声を持続するほうが訓練目的に合っているのではないか”などの助言が得られた。

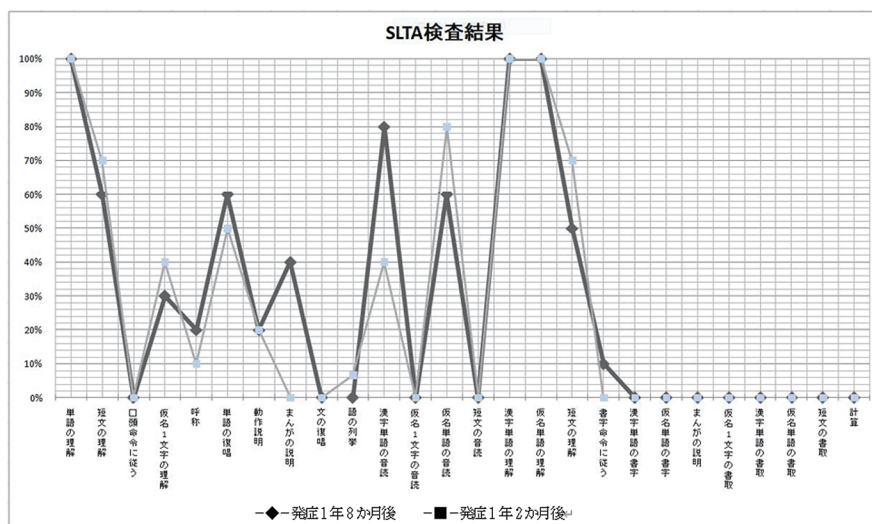


図 1 SLTA のプロフィール