

2

高次機能の診察

失語，失行，失認

伊東大介

慶應義塾大学医学部 神経内科 専任講師

Point

- 1 「失語」とは、大脳言語中枢による言語理解・表出の障害です。口唇・舌の構音器官の障害により起こる構音障害とは異なります。
- 2 「失行」とは、運動麻痺や感覚障害がないのに、要求された行為をうまくできない状態です。
- 3 「失認」とは、感覚が正しく入力されているのに、感覚を介して対象物を正しく認識できない障害です。

はじめに

「失語」，「失行」，「失認」は、主に大脳皮質の病変により起こる高次機能障害です。多くは、脳血管障害で引き起こされますが、頭部外傷や脳腫瘍でも生じます。

これらを診察するうえで優位半球を確認することは重要です。右利きの人のほとんど、左利きの人でも7

割は、左大脳半球が優位半球です。多くの高次機能障害は優位半球の障害で起きますが、一部は劣位半球でのみ出現します。



失語の診察の仕方

失語とは

「失語」とは、大脳言語中枢（大脳皮質：図1-A）による言語理解・表出の障害です。一方、「構音障害」とは、構音器官（口唇，舌，咽頭，喉頭）の障害により、言語が発せない、もしくは不明瞭になる運動機能障害で、失語とは異なります。

実際の診察では、身の回りのもの（鉛筆，ネクタイなど）を見せて、その名前が出てくるかどうかを診ます。物品呼称はすべての失語に出現するため、失語の有無の判定に有効です。また、検者が「目を閉じて」「口を開けて」など簡単な指示を出して従えるか否かを評価して、言語理解を検

査することも、基本的診察の1つです。詳細な病型分類は、図2のフローチャートを利用して診断します。

ブローカ（運動）失語

発話量が少なく、努力性です（非流暢）。しかし、言語理解は比較的良好に保たれていることが特徴です。復唱障害や音読障害も伴います。また、書字障害も合併しますが、通常右片麻痺も伴うので検査自体が困難です。優位半球（通常は左半球）の下前頭回後部（ブローカ野：図1）を中心とする障害でみられます。

また、「超皮質性運動失語」は、非流暢言語ですが、言語理解と復唱は良好です。これは、ブローカ失語の

回復期でみられます。

ウェルニッケ（感覚）失語

発語は流暢で多弁になりますが、内容が乏しく、言葉理解が著しく障害されるのが特徴です。言い間違い（錯語），文法の間違い（錯文法）が多く出現します。重症の場合、何を言っているかまったくわからない「ジャーゴン失語」といわれる状態となります。優位半球（通常は左半球）の上側頭回後部（ウェルニッケ領野：図1）の障害で起こります。

「超皮質性感覚失語」は、言語理解の障害があるが復唱は可能で、やはりウェルニッケ（感覚）失語の回復期でみられます。

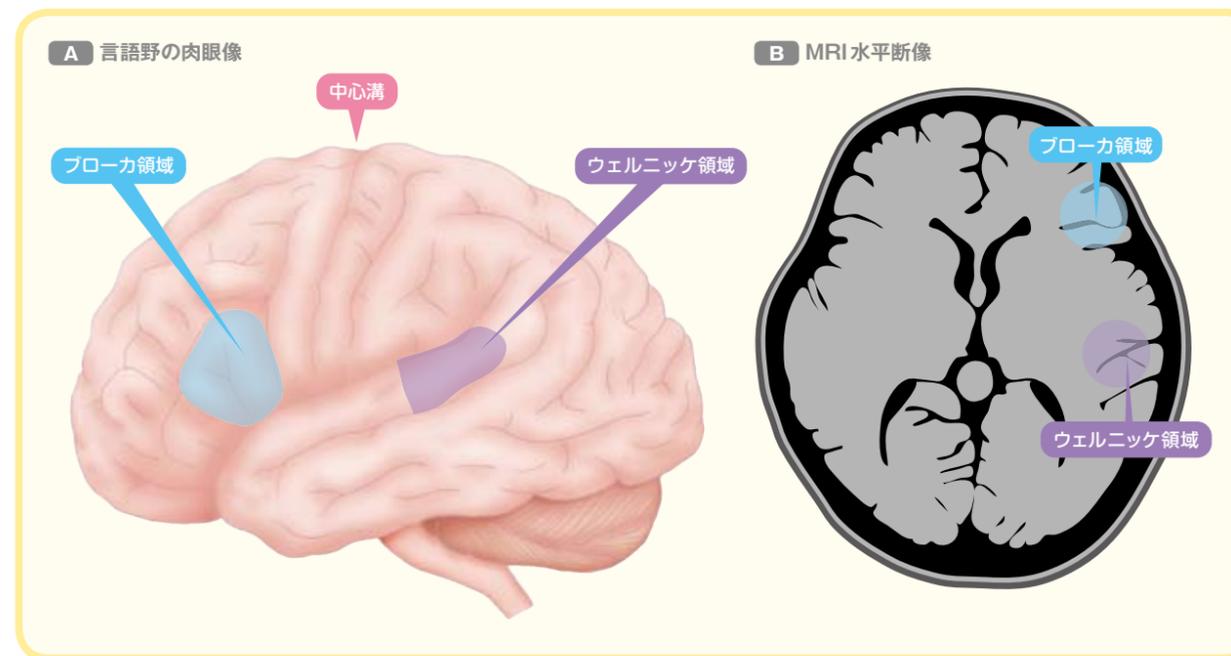


図1 失語の病巣部位