

症例研究

文レベルの発話で非流暢性を呈した症例

中谷謙^{1*}, 芝さやか¹, 館幸枝¹, 辰巳郁子², 田中裕³

¹ 森ノ宮医療大学 総合リハビリテーション学部 言語聴覚学科

² 関西福祉科学大学 保健医療学部 リハビリテーション学科

³ たなかクリニック

要旨

【緒言】「話しにくさ」を主訴として受診し、文レベルの発話時に非流暢性を呈した症例について報告する。症例は、単語レベルの発話は流暢ながらも、文レベルで言いよどみやポーズの挿入による非流暢性が顕著となり、音の連結不良と考えられる症状を呈した。本症例には、「話しにくさ」や発話速度低下の自覚があり、その症状は徐々に進行した。【対象】80歳台前半の右利き男性。初回評価時および15カ月経過時の認知機能検査は正常範囲内であった。SLTAでは文レベルの発話課題で非流暢性を認めたが、その他の項目に異常はみられず、典型的な失語症ではないと考えられた。運動機能障害や口腔顔面失行はみられず、構音障害も否定的であった。発話時に、一貫性のある音の歪みは認められなかった。【評価と経過】クリニックの外来受診時に実施したフォローアップと評価で得られた経時的な言語症状の記録をもとに、本症例の「話しにくさ」に関連する要因を考察した。【結論】原発性進行性発語失行とは、神経変性疾患によって、失語の症状がなく、発語失行のみが進行する症候群を指す。発語失行の特徴として、「全体的な発話速度の低下」、「音節、単語、句などの間隔の長さ」、「発話の長さ、音節や単語の構音の複雑さに伴い生じる困難さ」が挙げられる。本症例がプロソディ型の原発性進行性発語失行を呈している可能性について検討した。

受付日 2025年2月18日

採択日 2025年3月27日

*責任著者

中谷謙

森ノ宮医療大学 総合リハビリテーション学部 言語聴覚学科

E-mail:

ken_nakatani@morinomiya-u.ac.jp

キーワード

ポーズの挿入

プロソディ障害

原発性進行性発語失行

I. はじめに

文レベルの発話時に、音が途切れる非流暢性を呈した症例について報告する。非流暢な発話が生じる理由としては、失語、構音障害、発語失行等、単独または複合的な要因が挙げられる。本症例は単語レベルの発話は流暢ながらも、文レベルで言いよどみやポーズの挿入による非流暢性が顕著となり、音の連結不良と考えられる症状を呈した。その非流暢性は徐々に進行した。クリニックの外来受診時の評価で得られた経時的な言語症状の記録をもとに、本症例の「話しにくさ」に関連する要因を検討した。本論文の投稿にあたっては対象者に説明を行い、口頭および書面で同意を得た。

II. 対象

1. 症例：80歳台前半の右利き男性。高校卒業後、製造業に長らく従事した。
2. 現病歴：身体の重さ（倦怠感）と耳鳴りのため脳神経内科のクリニックを初回受診した後に受診を一時中断、再受診した際の主訴は「話がしにくい」であった。X年Y月に認知機能検査を実施、翌月の外来時に言語聴覚士による言語機能と発声発語機能のスクリーニング評価を行った。その後、外来受診時に1~3カ月に1回程度の頻度で約30分間の言語評価やフォローアップを複数回実施した。
3. 主訴：自覚的に「話がしにくい」と感じるようになり、家族からも指摘されるようになったため受診。
4. 既往歴：高血圧

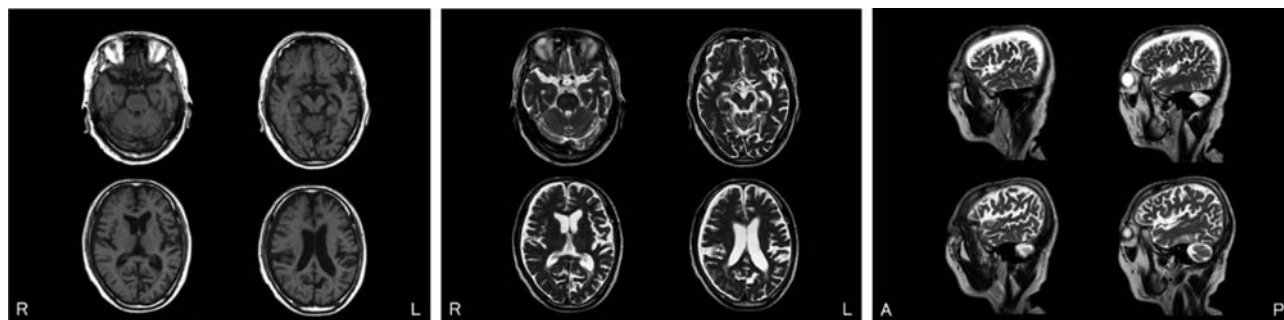


図 1. 頭部 MRI 画像

5. 神経学的所見：脳神経系では構音の障害を認めた。筋力・筋緊張は正常，深部反射は正常，Babinski（－），表在感覚・振動覚は正常，歩行は正常，小脳系は正常であった。

6. 放射線学的所見：X 年 Y 月－1 カ月に撮影した頭部 MRI 画像を図 1 に示す。右慢性硬膜下水腫，側脳室下角は左＞右で開大，両側側頭葉軽度萎縮（上側頭回），両側シルビウス裂軽度開大（左＞右），橋に虚血，両側側脳室周囲白質に虚血性変化を認めた。

7. 神経心理学的所見：意識清明で礼節は保たれ，検査課題に対して協力的かつ積極的に取り組み，注意力の持続は良好であった。明らかな行動異常は認められなかった。

初回評価時（X 年 Y 月）に実施した Alzheimer's Disease Assessment Scale Japan Cognitive subscale (ADAS J-cog) は 4.3 点，Mini-Mental State Examination (MMSE) は 27 点，礼節は保たれており，受診の際の問題点や日常生活レベルの健忘は認められなかった。これらの検査結果および放射線学的所見からは，典型的なアルツハイマー型認知症や重篤な認知機能低下については否定的と考えられた。MMSE の重複する五角形は正確に模写することができたが，コース立方体組み合わせテストは 22 点と低得点であった。X 年 Y 月＋15 カ月に実施した MMSE は 26 点で，前回比で大幅な得点変化はみられなかった。

Ⅲ. 評価と経過

1. 発話の特徴と自己認識（X 年 Y 月＋1 カ月）

自発話は文レベルで可能であった。単語レベルの発話は流暢であったが，おおむね 3 語文以上になるとポーズが入る非流暢な発話となることが多く，さらに長文となると，音の途切れ（連結不良）が顕著になった。プロソディの異常は認められたが，Foreign Accent Syndrome や一貫性のある音の歪みはみられなかった。

本症例には，「話しにくさ」や「以前に比して話すス

表 1. 症例との自由会話（自身の発話の様子について）

ST	以前と比して話すスピードはゆっくりですか？
Pt.	頭で考えて…，それから話す…ようになりました。
ST	電話はどうですか？
Pt.	あまり…しゃべらない…です。
ST	今日の調子は？
Pt.	普通です。
ST	毎日続けていることは？
Pt.	朝は…テレビ体操を…ずっと，やって，ます。

ST:言語聴覚士，Pt.:症例

ピードが低下した」との自覚があった。家族から指摘される機会が徐々に増え，「指摘されてからは，頭で考えて，それから話すようになりました」と説明した。吃音の自覚や他者からの指摘については，幼少期を含めて「無い」と回答した。奥歯が抜けたことを自ら示したものの，それと「話しにくさ」の因果関係を強く主張することはなく，口腔内の違和感や部分義歯の不具合等の訴えもなかった。

聴力検査機器を用いた検査は実施していないが，会話や評価中の聞き返しはみられず，日常生活に支障をきたすレベルの難聴は認められなかった。

歌唱を促したところ，「昔から歌はうたわない」と拒否した。クリニックでは医師や言語聴覚士と笑顔で会話するが，日常生活での会話場面やその頻度については，「口数は多いほうではない」，「人とたくさん話すタイプではない」との自己分析であった。症例との自由会話場面の発話を表 1 に示す。

2. 標準失語症検査 (SLTA)

X 年 Y 月＋1 カ月時点に実施した標準失語症検査のプロフィールを図 2 に示す。「聴く」と「読む」のモダリティに誤答はみられなかった。呼称課題では 20 課題中 19 単語はよどみなく正答可能（段階 6）であった。「門松」のみ想起できず，ヒント後の正答（段階 3）となった。動作説明では 10 課題ともに正答可能であったが，呼称課題での流暢な反応に比してポーズが頻回に出

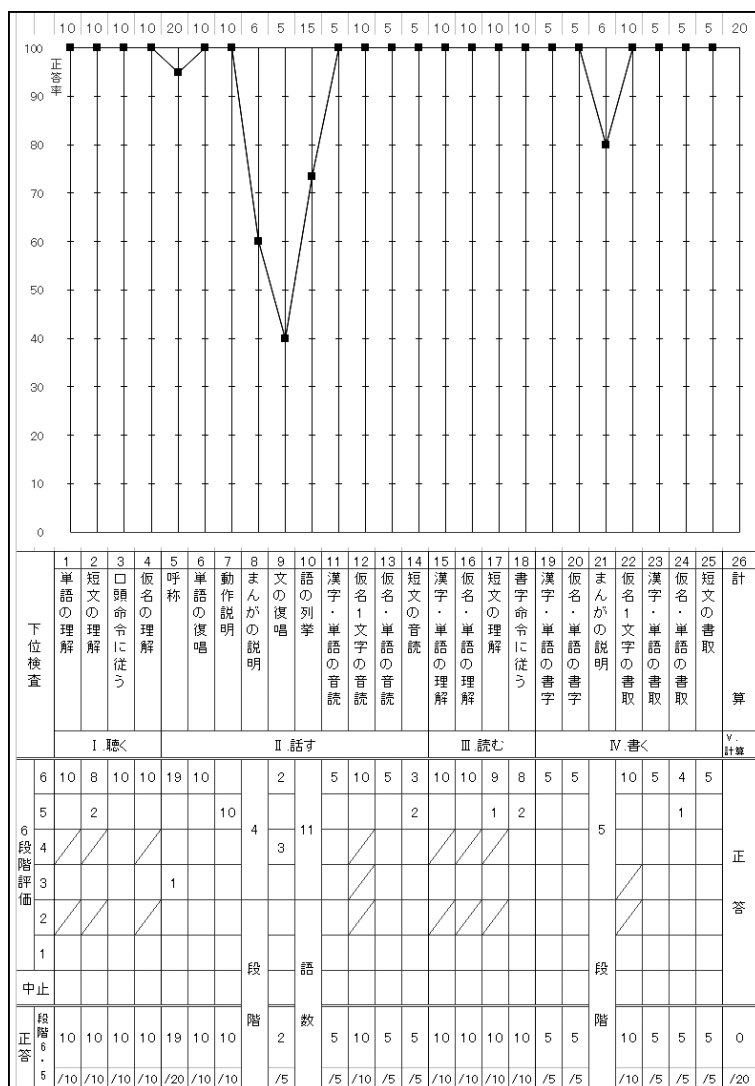


図2. 標準失語症検査のプロフィール (X年Y月+1カ月)

現し、流暢性の低下、よどみの増加により、評価はすべて段階5となった。単語の復唱は10課題ともによどみなく正答可能（段階6）であったが、文の復唱では流暢性が低下し、言いよどみやポーズの挿入がみられた（「空が青…青…青い」、「隣の町に…えっと…火事が…あった」）。まんがの説明ではさらに流暢性が低下し、「えっと、風が…強い…の…で、え～、帽子が…あの…とん…飛びました。水の中に…あの…ステッキで…とる…と…こ…です。」（所要時間38秒）との反応であった。漢字単語、仮名一文字などの音読はよどみなく正答可能であったが、文レベルの音読では流暢性が低下した。

SLTAの結果は、「話す」のまんがの説明、文の復唱、語の列挙で低下、「書く」はまんがの説明で軽度低下（段階5）がみられたものの、「聴く」「読む」の得点に低下はみられず、典型的な失語症にタイプ分類できるプ

ロフィールではないと考えた。

3. 発声発語器官の所見

オーラルディアドコキネシスの5秒間の反復回数、反復唾液嚥下テスト（repetitive saliva swallowing test: RSST）の回数、最長発声持続時間（maximum phonation time: MPT）、北風と太陽の音読所要時間の結果と経過を表2に示す。

初回評価時のオーラルディアドコキネシスは、「パ」と「タ」はおおむね正常範囲内、それに比して「カ」ではリズムの不規則性が認められた。「パタカ」は単音に比してリズム不良で、それに対して、本人にはうまくできないという自覚があった。

X年Y月+2カ月時点に実施した口腔顔面運動の評価では、口頭指示、模倣ともに、口の開閉や「ウー」

表 2. 各種検査の経過

	ADAS	MMSE	/pa/	/ta/	/ka/	/pataka/	RSST	MPT	北風と太陽
X 年 Y 月	4.3	27	22	20	13	9	-	-	-
X 年 Y 月+5 カ月			20	20	13	9	4	-	2 分 11 秒
X 年 Y 月+7 カ月			23	24	16	4	6	17	-
X 年 Y 月+9 カ月			18	20	18	5	6	16	2 分 45 秒
X 年 Y 月+11 カ月			18	20	18	6	6	14	-
X 年 Y 月+15 カ月		26	-	-	-	-	-	-	-
X 年 Y 月+17 カ月			16	19	6	2	-	-	-
X 年 Y 月+19 カ月			12	13	9	4	-	13	-
X 年 Y 月+26 カ月			14	12	4	3	-	-	6 分 40 秒
X 年 Y 月+32 カ月			6	8	4	2	-	4	-

ADAS: Alzheimer's Disease Assessment Scale Japan Cognitive subscale (単位: 点)

MMSE: Mini-Mental State Examination (単位: 点)

オーラルディアドコキネシス (/pa//ta//ka//pataka/) : 5秒間の反復回数 (単位: 回)

RSST: 反復唾液嚥下テスト (Repetitive Saliva Swallowing Test) (単位: 回)

MPT: 最長発声持続時間 (Maximum Phonation Time) (単位: 秒)

北風と太陽: 音読所要時間

「イー」の口形は問題なく可能、舌尖の挙上（上唇に触れる）がやや拙劣であったが、挺舌や舌の左右方向の運動に明らかな運動障害や左右差はみられなかった。動作指示後、速やかに指示通りの動作が可能で、試行錯誤や開始遅延などはみられなかった。指示による咳嗽は可能、口笛は「昔から吹いたことがない」とのことであった。開鼻声は認めなかった。これらの反応から、明らかな運動機能障害や口腔顔面失行は否定的と考えられた。

4. 手指模倣、身体図式および失行検査

手指模倣は、「キツネ」は左右手ともに少し時間がかかるが可能、「リング」と指折りは速やかに可能、「ハトの手」は数回の試行錯誤の後に可能であった。交代性運動は、「グーパー」は左右手ともに拙劣で複数回の試行の後も同様の反応となり、「グーパー」の異常には再現性がみられた。身体図式検査では明らかな異常は認められなかった。観念失行および観念運動失行の評価では、「ハサミを使う」動作でやや拙劣さがみられたものの、明らかな異常はみられなかった。

5. 経過

各種評価の結果を表 2 に示す。

・X 年 Y 月: 初回評価を実施した。典型的なアルツハイマー型認知症の言動は見られず、簡易な言語評価やフリートークの様子からは失語症も否定的と考えられた。自発話では、文レベルでの発話時のスムーズさに低下がみられた。

・X 年 Y 月+1~2 カ月: 標準失語症検査、口腔顔面運動の評価を実施。口腔顔面運動の評価では、舌尖の挙上

がやや不十分ではあるものの、それ以外は概ね問題なく、オーラルディアドコキネシスでは、「パ」に比して「タ」と「カ」で低下、「パタカ」は単音に比してリズム不良であった。自宅で出来る訓練（口腔顔面運動、発声発語訓練など）を指導し、複数枚の課題プリントを配布した。

・X 年 Y 月+3 カ月: 言葉の調子は「変わらないです」、自宅練習課題については「忙しくて…して…いません」とのこと。単語と文章で話すときの難しさの違いについてたずねると、文レベルのほうが難しいとの自覚があった。

・X 年 Y 月+4 カ月: 失語症語彙検査の動詞表出検査では低頻度語 20/20、高頻度語 20/20 正答可能、新版失語症構文検査の産生検査（自由発話）の部分施行では、ポーズの挿入はみられるものの内容語、格助詞、助動詞の使用に明らかな異常は認められなかった。フリートーク場面を含め、文法的な問題はないものと考えられた。

・X 年 Y 月+5 カ月: オーラルディアドコキネシスは「パ」20 回、「タ」20 回、「カ」13 回、「ラ」9 回/5 秒、反復唾液嚥下テスト (Repetitive Saliva Swallowing Test: RSST) は 4 回で、水や薬を飲むときにむせることもあるが、最近、回数が特に増えたわけではない、とのことであった。北風と太陽の音読所要時間は 2 分 11 秒で、音読完了後に「まちがわないように…考えながら…話するように…しています」との発言があった。

・X 年 Y 月+7~15 カ月: オーラルディアドコキネシス、MPT、RSST、北風と太陽の音読課題を実施。自主訓練は、多忙のため自宅での練習はできない旨を述べた。依然、訓練には消極的であることから、定期的に言

語や発話機能のフォローアップを行うこととなった。

・X年Y月+17カ月：オーラルディアドコキネシスは「パ」16回、「タ」19回、「カ」6回、「パタカ」2回で、「カ」と「パタカ」で回数が減少した。挺舌や舌の左右方向の運動では運動障害や左右差はみられなかったが、舌尖の挙上が拙劣であった。標準失語症検査の部分施行では、呼称課題、動作説明、まんが説明でいずれも正答可能ではあるものの、軽度の言いよどみや反応時間延長がみられた。音読は、単音と単語ではスムーズであったが、短文音読ではポーズの回数が増加した。自発話でも文レベルの発話時はポーズの挿入回数が増え、自由会話場面での非流暢性が目立った。ボール投げがうまくできない等、巧緻運動障害が認められた。

・X年Y月+19～26カ月：オーラルディアドコキネシス、MPT、北風と太陽の音読課題を実施。オーラルディアドコキネシスの回数は減少し、北風と太陽の音読課題の所要時間も延長した。発話開始時の言いよどみ、努力性、頻回なポーズの挿入を認めた。前屈姿勢となるが、明らかな小脳症状は認められなかった。

・X年Y月+32カ月：自由会話時の明らかな非流暢性を認めた。発話中の息継ぎの回数増加はみられなかった。国内外の最近のニュースや時事問題については、複数のトピックを正確に挙げることができた。症例の諸事情によりこの時点が最後の通院となり、フォローアップ中止となった。

IV. 考察

本症例は単語レベルの発話は流暢ながらも、文レベルでは言いよどみやポーズの挿入による非流暢性が顕著となり、その「話しにくさ」は徐々に進行した。以下、本症例の臨床症状とその要因について考察する。

1. 失語症の観点から

SLTAでは、「Ⅱ. 話す」の一部の下位項目（まんがの説明、文の復唱、語列挙）に低下がみられたものの、それ以外の下位項目に顕著な低下はみられず、聴覚的理解、文字の理解、書字は正常レベルであった。日常会話場面での聴覚的理解力は良好で、複雑な指示動作に従うことも可能であった。SLTA、失語症語彙検査、新版失語症構文検査の検査得点、検査中や日常会話場面での反応、頭部MRI画像の所見からは、本症例が典型的なタイプ分類にあてはまる失語症を呈している可能性は否定的と考えた。

ブローカ失語などが血管障害による失語型であるとするれば、原発性進行性失語（primary progressive aphasia; PPA）は変性疾患における失語型とされる¹⁾。PPAは、

①非流暢／失文法型 PPA（nonfluent/agrammatic variant PPA; nfvPPA）、②意味型 PPA（semantic variant PPA; svPPA）、③語減少型 PPA（logopenic variant PPA; lvPPA）の3つの臨床類型に分類される²⁾。

PPAのタイプ分類に必要な要素的症候として大抵は、発話失行／失構音、文産生障害（失文法）、音韻性錯語、喚語障害、単語の理解障害、言語性把持力低下（復唱障害）を挙げている³⁾。本症例について、これら6つの要素について検討する。

発話失行／失構音は発話の障害で、一音一音が滑らかにつながらない連結障害（発話の途中で音が途切れる現象）、抑揚の障害、音の歪みなどを含む⁴⁾。発話失行でみられる音の歪みは、口腔器官の麻痺などの運動障害による一貫性のある音の歪みとは異なり、一貫性に乏しい歪みとなる。本症例は、自発話は文レベルで可能であったが、おおむね3語文以上になるとポーズが入る非流暢的な発話となることが多く、さらに長文となると音の途切れ（連結不良）やプロソディの異常が顕著になった。オーラルディアドコキネシスの「カ」の軽微なリズムの乱れ、「パタカ」のリズム不良を認めた。発声発語器官の評価時に舌尖挙上の拙劣さを認めたが、発声発語器官や口腔顔面運動の明らかな異常や左右差、麻痺等は認めなかった。経験年数10年以上の4名の言語聴覚士が、1名は対面、3名は動画サンプルで本症例の発話を検討したところ、文レベルでの言いよどみやポーズの挿入による非流暢性を認めたが、一貫性のある構音の歪み、アクセントやイントネーションの異常は認められなかった。本症例の発話の異常には、発話失行の要素が含まれる可能性が考えられる。

SLTA、失語症語彙検査、新版失語症構文検査の検査得点、自由会話場面の反応からは、文産生障害、音韻性錯語と単語の理解障害はないものと考えられた。

大抵は言語障害の評価において、その障害がSpeechの問題のみなのか、Languageの問題なのかに着目することの有用性を指摘している⁵⁾。この場合のSpeechの問題は音響学的な音の表出に関わる問題、Languageの問題は言語という記号を処理する脳内のシステムの問題を指す。PPAの診断の際には、まずはSpeechの問題の有無を確認し、次に失語症に必発する喚語困難の有無を確認するが、喚語困難がなくてもSpeechの障害が強いことによって対象物を適切に呼称ができない可能性が考えられるため、書称による評価が有用としている。本症例はSLTAの単語の呼称で19/20正答可能であった。語列挙課題でのスムーズさは低下していたが、SLTAや訓練時に実施した書称課題は正確に即答可能で、書きよどみや思考の停滞は観察されなかった。まんがの書字説明

も「段階5」のレベルで可能であった。以上より、失語症に必発する喚語障害はない、もしくはきわめて軽微と考えられた。単語の復唱は可能であったが、文レベルでは音の途切れやポーズの挿入のために一部困難となった。

本症例の症状は、PPAのタイプ分類に必要な6つの要素的症候において、発語失行／失構音、言語性把持力低下（復唱障害）に該当する可能性があると考えた。PPAの診断基準は、PPAであることを診断した後に3つの亜型に分類する2段階になっている。PPAの診断基準²⁾では、1 言語の症状がもっとも顕著である、2 言語の症状が主訴であり、日常生活に影響を及ぼしている、3 初発症状および初期のもっとも顕著な症状が失語症である、という3つの必須要件を満たす必要があるが、本症例はそのなかの「3」を満たすとは言い難い。

変性性認知症疾患の失語症状の評価の際は、知能の低下が言語機能にどこまで影響しているのか、知能低下もしくは失語なのかの判別が難しい場合がある¹⁾。アルツハイマー型認知症（AD）の進行とともに、多様な言語症状が出現する。松田は先行研究をまとめ、一般的に、言語症状は喚語困難に始まり、進行すると理解障害が生じるが復唱は保存され、失名詞失語（健忘失語）から超皮質性感覚失語に移行する、進行したADは情報量が乏しい発話や回りくどい発話となると述べている⁶⁾。本症例の初回評価時の認知機能検査の結果は正常範囲内にあり、15カ月経過時点のMMSEも26点であった。32カ月経過時点においても、礼節や整容は良好で日常生活は自立しており、国内外のニュースや時事問題を正確に想起して自身の意見を述べることができた。これらの反応からは認知機能の低下が前景に立っているという印象はなく、本症例の臨床症状が認知症の進行の結果として生じ得る言語障害である可能性は否定的と考えた。

2. 発語失行の観点から

本症例のSLTAのプロフィールでは、発語能力の重篤な障害が際立っていた。脳の器質的損傷後に出現する発語能力に限定した重篤な障害を指すものとして、純粹語啞がある。山鳥は純粹語啞について、発語面にのみ限定した障害を表す、言語理解、文字言語の理解および表現は正常、発語は障害が強い、プロソディも悪い、音節に歪みがありその歪み方に一定の傾向はない、音節の模倣は音節実現を改善しない、としている⁷⁾。純粹語啞の先行研究では、発症後に緘黙状態を示す^{8), 9)}ことが報告されており、その責任病巣については、左中心前回病変が重視されている^{9) 10-12)}。本症例は、発話面のみに障害があり、文レベルの発話でプロソディの異常を呈した

が、単語レベルの復唱や音読課題はよどみなく正答可能であり、典型的な純粹語啞の臨床症状とは一致しない。

本症例は、右大脳半球に慢性硬膜下水腫や萎縮がみられた。福永ら¹³⁾は、右中心前回中下部の病巣で発語失行を呈し、その改善後にプロソディ障害が残存した非右利きの1例について詳細に検討して報告している。音の連結不良や発話速度の低下によるプロソディ障害を呈している点は本症例と共通するが、病巣や利き手、症状の経過は一致しない。右半球病巣による発語失行については明らかになっていない点が多い¹³⁾とされるが、本症例の言語症状に右半球病巣が強く関与しているとは考えにくい。

原発性進行性発語失行（primary progressive apraxia of speech; PPAOS）とは、神経変性疾患によって、失語の症状がなく、発語失行のみが進行する症候群を指す^{14), 15)}。Bothaら¹⁶⁾はPPAOSの診断基準として、進行性の経過をとる発話障害、発語失行が検査時の唯一もしくは主要な発話障害、構音障害はあってもよいが発語失行より軽度、明らかな失語症状は存在しない、という4つの基準を提唱した。さらに、精神疾患、原発性進行性失語症、他の変性疾患による発話障害ではない等の除外基準を挙げている。小川ら¹⁷⁾は、先行研究をもとにPPAOSを音の歪みが目立つ音韻型、プロソディ障害が目立つプロソディ型、両者の特徴を持つ混合型の3つのサブタイプに分類した。小川ら¹⁷⁾はその分類に基づいて、認知機能が保たれ、発話に歪みはないが音の連結不良が目立つPPAOSの症例を詳細に分析した結果、その症例が「単語内の音の分離」、「句／文中での音の分離」が顕著で、音の歪み等の音韻障害を認めないプロソディ型PPAOSの純粹例に分類されたことを報告した¹⁷⁾。また、PPAOSの質的特徴を捉えて音韻型とプロソディ型の2型に分類することの有用性にも言及している¹⁸⁾。

本症例は、認知機能の低下は目立たず、失語症状や構音障害はみられなかった。Josephsらは発語失行の特徴として、「全体的な発話速度の低下」、「音節、単語、句などの間隔の長さ」、「発話の長さ、音節や単語の構音の複雑さに伴い生じる困難さ」などを挙げている¹⁵⁾。本症例には、音の途切れ、ピッチの平板化、ポーズの挿入などのプロソディ障害や発話速度の低下がみられ、音節や単語レベルに比して、文レベルで言いよどみやポーズの挿入による非流暢性が顕著となり、その症状は徐々に進行した。これらはPPAOSの診断基準におおむね合致しており、臨床症状的には小川ら¹⁷⁾が報告した発話に歪みはないが音の連結不良が目立つプロソディ型PPAOSに類似する可能性が考えられた。本症例には経時的な脳機能評価（MRI, SPECT等）を実施していないため病巣の

観点からの検討はできていないが、小川ら¹⁷⁾は左前頭葉の中心前回および補足運動野に比較的限局した血流低下がプロソディ型 PPAOS の出現に関与する可能性を報告しており、左半球の萎縮や機能低下の影響が示唆される。ただ、高倉ら¹⁹⁾は、脳血管障害と変性疾患の失構音を比較検討し、PPAOS では「音の引き延ばし」が「音の途切れ」よりも前景に立つこと、単語発話中に「息継ぎ」が認められたこと、を両者の「違い」として報告しており、本症例の症状とは異なる。発話の諸症状のとらえ方を含め、今回の筆者らの検討とは異なる解釈も成立するものと考えられる。

結語

本研究では、「話しにくさ」を主訴としてクリニックの外来を受診した症例の言語機能の経時的な変化について検討した。症例は、文レベルの発話時に音が途切れる非流暢性を呈した。その要因として認知症、失語症、構音障害は否定的と考えられた。文レベルの発話時の非流暢性が徐々に進行した点もふまえて、原発性進行性発語失行の可能性を含めて検討した。本邦では、原発性進行性発語失行の報告はまだ少ない。今後、同様の症例の詳細なデータの蓄積が必要と思われた。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

謝辞

本研究に協力してくださった対象者に深謝いたします。

引用文献

- 1) 中川賀嗣, 大槻美佳: 言語の機能と大脳構造. 日本認知症ケア学会誌 17(3): 514-521, 2018
- 2) Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al.: Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 76(11): 1006-1014, 2011
- 3) 大槻美佳: 言語機能の局在地図. 高次脳機能研究 27(3): 231-243, 2007
- 4) 大槻美佳: 原発性進行性失語の病態. 日本認知症ケア学会誌 17(3): 522-529, 2018
- 5) 大槻美佳: 失語の診断 臨床に役立つポイント. 老年精神医学雑誌 30(1): 57-65, 2019
- 6) 松田実: アルツハイマー型認知症の言語症状の多様性. 高次脳研究 35(3): 312-324, 2015
- 7) 山鳥重: 神経心理学入門. pp186-190, 医学書院, 1985
- 8) 中嶋敏子: 重篤な語音産生障害が長期に及んだ純粹語啞例. 失語症研究 17: 45-50, 1997
- 9) 松田実, 鈴木則夫, 長濱康弘・他: 純粹語啞は中心前回症候群である: 10 例の神経放射線学的・症候学的分析. 神経心理 21(3): 183-190, 2005
- 10) 森悦朗, 山鳥重, 須山徹・他: 左中心前回弁蓋部と失語症. 失語症研究 31(2): 450-458, 1983
- 11) 大槻美佳: anarthria の症候学. 神経心理 21(3): 172-182, 2005
- 12) 田中裕, 三村将: 言語障害 言語の神経生理学 言語障害の画像診断. リハビリテーション MOOK 12: 18-25, 2005
- 13) 福永真哉, 時田春樹, 塩見将志・他: プロソディ障害が残存した右半球病巣による非右利き発語失行の 1 例. 音声言語医学 61(1): 67-75, 2020
- 14) Duffy JR: Apraxia of speech in degenerative neurologic disease. Aphasiology 20: 511-527, 2006
- 15) Josephs KA, Duffy JR, Strand EA, et al.: Characterizing a neurodegenerative syndrome: primary progressive apraxia of speech. Brain 135(5): 1522-1536, 2012
- 16) Botha H, Josephs KA: Primary progressive aphasias and apraxia of speech. Continuum (Dementia) 25(1): 101-127, 2019
- 17) 小川七世, 太田祥子, 寺尾心一・他: 音の連結不良が顕著で音の歪みのない原発性進行性発語失行の 1 例. 神経心理学 37(3): 212-218, 2021
- 18) 小川七世, 太田祥子, 長谷川康博・他: プロソディ型原発性進行性発語失行の 1 例 apraxia of speech rating scale-3 (ASRS-3) を用いた発語失行の評価. 言語聴覚研究 19(4): 348-355, 2022
- 19) 高倉祐樹, 大槻美佳, 中川賀嗣: 局所脳損傷と変性疾患の失構音 (発語失行). 神経心理学 36(2): 61-68, 2020



Case report

A case of disfluency in sentence-level speech

Ken Nakatani^{1*}, Sayaka Shiba¹, Yukie Yakata¹, Ikuko Tatsumi², Yutaka Tanaka³

¹ Department of Speech-language-hearing Therapy, Faculty of Rehabilitation, Morinomiya University of Medical Sciences

² Department of Rehabilitation Sciences, Faculty of Allied Health Sciences, Kansai University of Welfare Sciences

³ Tanaka Clinic

ABSTRACT

【Introduction】 We herein present a case of a patient who sought medical attention owing to difficulties in producing sentence-level speech, despite demonstrating fluency at the word level. When speaking in sentences, the patient exhibited disfluencies characterized by hesitation, pauses, and uneven sound connections. The patient was aware of these difficulties and noted a decline in speech rate. Over time, the disfluency progressively worsened.

【Subject】 The patient was a right-handed individual in his 80s. Cognitive function tests conducted during the initial evaluation and at a 15-month follow-up indicated normal cognitive performance. The Standard Language Test of Aphasia revealed disfluency during sentence-level speech tasks, but no decline was observed in other tasks. These findings suggested that the patient did not present with typical aphasia. No motor dysfunctions of the orofacial muscles or tongue, orofacial apraxia, or dysarthria were detected. Additionally, no consistent sound distortions were noted.

【Evaluations】 The patient's clinical symptoms were analyzed using medical records and longitudinal speech data obtained from follow-up evaluations during outpatient visits. The factors contributing to his speech difficulties were examined from the perspectives of primary progressive aphasia and primary progressive apraxia of speech (PPAOS).

【Conclusion】 PPAOS is a syndrome associated with neurodegenerative disease, characterized by the progressive development of apraxia of speech without accompanying aphasia. Key features include a “slow overall speech rate,” “extended intervals between syllables, words, or phrases,” and “increased speech difficulty with longer or more complex utterances.” The clinical symptoms observed in this patient aligned with the diagnostic criteria for PPAOS and were classified as the prosodic variant of PPAOS.

Key words: inserting a pause, dysprosody, primary progressive apraxia of speech