













II. 失語症の症例数について

対 象： 18歳以降に病気や事故などによる後天性の疾患・外傷の後遺症として障害を持たれた方。
生まれつきの知的障害でこのような障害が出ている場合は除きます。

失 語 症： 他人のことばが理解できない。発音に障害があるわけではないが、ことばが思いつかず、
うまくしゃべることができない。

1. 失語症者の受け入れ

記憶、注意、遂行および社会的行動の障害を示さない失語症者を貴施設の支援対象に含めていますか。

失語症のみを示す場合には支援の対象にならず、記憶等の高次脳機能障害を示す失語症者は支援の対象にしている

失語症のみを示す者も支援対象にしている

その他：

2. 施設全体の利用者数

性別、利用者数

男性 _____ 名 女性 _____ 名 合計 _____ 名

2-2. 高次脳機能障害者の利用者数（記憶、注意、遂行機能および社会的行動障害を示す高次脳機能障害者、これらの障害に併せて失語症を示す症例も含めてください。各設問の合計人数が、設問①の合計の合算と同じになるようにしてください。）

①性別、症例数

男性 _____ 名 女性 _____ 名 合計 _____ 名

②年齢

20歳未満 _____ 名 20歳以上～30歳未満 _____ 名 30歳以上～40歳未満 _____ 名

40歳以上～50歳未満 _____ 名 50歳以上～60歳未満 _____ 名

60歳以上～70歳未満 _____ 名 70歳以上～80歳未満 _____ 名 80歳以上 _____ 名

2-3. 失語症者の利用者数（記憶、注意、遂行機能および社会的行動の障害を示さない者について記載して下さい。各設問の合計人数が、設問①の合計の合算と同じになるようにしてください。）

①性別、症例数

男性 _____ 名 女性 _____ 名 合計 _____ 名

②年齢

20歳未満 _____ 名 20歳以上～30歳未満 _____ 名 30歳以上～40歳未満 _____ 名

40歳以上～50歳未満 _____ 名 50歳以上～60歳未満 _____ 名

60歳以上～70歳未満 _____ 名 70歳以上～80歳未満 _____ 名 80歳以上 _____ 名

3. 失語症について

① 失語症の種類

運動性失語 _____ 名 感覚性失語 _____ 名 全失語 _____ 名

健忘失語 _____ 名 その他 _____ 名

- 運動性失語：相手のことばを理解できるが、話ができない。発話が短く、なめらかに出ない。
- 感覚性失語：相手のことばを聴き取れず、また意味が理解できない。発話はなめらかに出るが、ことばに言い誤りがある。
- 全失語：ことばの理解と表出の両面が重篤に障害されている。
- 健忘失語：相手のことばは理解できる。自分から話す際に、なかなかことばが思い浮かばない。話し方はなめらかである。

② 発症からの経過期間

1 年未満 _____ 名 1 年以上 3 年未満 _____ 名 3 年以上 5 年未満 _____ 名

5 年以上 10 年未満 _____ 名 10 年以上 _____ 名 不明 _____ 名

Ⅲ. 失語症者へのサービスについて

1. 失語症者に対するサービス内容

下記の「身体機能の訓練」から「その他」のサービス内容の実施状況について、失語症者に対する以下の各種支援の実施状況、必要性および困難度について書き込んで下さい。実施状況については行っているか、行っていないか、必要性と困難度については大、小、なしで評価して下さい。

サービス内容	実施状況	必要性	困難度
身体機能の訓練	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション機能の 診断・評価	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション機能の 訓練	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし

認知機能の訓練	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
精神・心理面の指導	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
自立生活のための訓練・支援	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
職業能力の評価	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
職場適応についてのアドバイス	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
職場への情報提供	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
社会的資源の利用相談	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
当事者家族、周囲の人への指導	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
創作活動	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
レクリエーション	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし

生活場所の提供	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
その他	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし

2. 失語症者に対する支援の困難点について具体的にご記入ください。

3. 失語症者に対応する職種（複数回答可）

貴施設において高次脳機能障害者に対する各種サービスを担当している職種は次のいずれですか。該当するものの□の中にレを付けてください。

- 医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護福祉士
支援相談員 介護支援専門員（ケアマネージャー） 社会福祉士
その他：

IV. 失語症者の社会的支援について

1. 社会福祉制度の利用

失語症者の社会福祉制度の利用について調べている場合に記入してください。お分かりの範囲で結構です。

調査年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 調査対象者数：合計 _____ 名

手帳制度

① 取得者 _____ 名 ② 非取得者 _____ 名（非該当者 _____ 名、未申請者 _____ 名）

① 取得者の内訳

身体障害者手帳

1級 _____ 名 2級 _____ 名 3級 _____ 名

4級 _____ 名 5級 _____ 名 6級 _____ 名

精神障害者保健福祉手帳

1級 _____ 名 2級 _____ 名 3級 _____ 名

療育手帳

A _____ 名 B _____ 名

2. 失語症者の社会参加という視点から見て、自立生活および就労に向けた福祉制度の問題点、改良した方がよい点について記載して下さい。

以上で終了となります。いま一度、ご記入もれなどの無いことをご確認願います。
大変お忙しい中、ご協力を誠にありがとうございました。

岡山県内の介護保険施設における高次脳機能障害者 利用状況に関する実態調査

◆ 同封の返信用封筒をご利用のうえ、郵送にてご回答願います

◆ 締切日:2013年 1月18日(金曜日)

ご記入日 201 年 月 日

※ 記載いただいた個人情報はこの事業の遂行のためにのみ使用させていただくことを励行いたします。

施設名		
住所	〒	
連絡先	TEL	FAX
記入者	所属部署	ご氏名

該当するものの□の中にレを付けてください

I. 貴施設の所属・サービス内容についてお答え下さい。

1. 施設の所属

- 地方公共団体 公的・社会保険関係団体 社会福祉法人 医療法人
 社団・財団法人 協同組合 営利法人（会社） 特定非営利活動法人（NPO）
 その他：

2. サービス内容

- 居宅介護支援 介護予防支援 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション
 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護
 特定施設入居者生活介護 小規模多機能型居宅介護 介護老人福祉施設
 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 その他：

II. 高次脳機能障害者の症例数について

1. 高次脳機能障害者数

症状ごとに障害者数を数える場合、個々の障害者で複数の高次脳機能障害を合併することが多いため、類似の障害を①～⑤のようにまとめ、分類ごとにそれらの障害を示した人数を記入してください。例えば失語症で失読症も併せ持つ場合も1名と数えてください。また記憶障害と注意障害を併せ持つ場合のように、①から⑤の障害分類を複数有する障害者についてはいずれかの主要な障害分類にのみ数えてください。認知症疾患による高次脳機能障害は⑦認知症に分類してください。

① 失語症

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

以下の症状を含む。

- 失語症：他人のことばが理解できない。発音に障害があるわけではないが、ことばが思いつかず、うまくしゃべることができない
- 失読症：視力障害のためではなく、文字を読むことができない
- 失書症：文字を書くことができない
- 失算症：計算ができない

② 失認症・失行症

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

以下の症状を含む。

- 視覚失認：品物・絵・写真を見ても、それが何であるかわからない
- 色彩失認：物の色がわからない
- 相貌失認：人の顔がわからない
- 地誌的障害：場所がわからない、道に迷う
- 半側空間無視：左側（あるいは右側）にある物や人などに気づかない、無視する
- 視空間失認：物の距離感がわからず、つかめない、物に気づかない
- 聴覚失認：泣き声や自動車の音などが、何の音かわからない
- 触覚失認：触ったときに、そのものが何であるかわからない
- 左右障害：左右の判断がつかない

- 手指失認：中指、薬指などの指の順番がわからない
- 身体部位失認：肩、腰、膝など身体の一部がわからない
- 半側身体失認：身体の左右いずれかの側を使わず、無視する
- 失行症：手を振るなどのジェスチャーや、歯ブラシなどの道具の使用がうまく行えない
- 構成障害：複雑な形を組み立てることが難しい
- 着衣失行：麻痺のためでなく、服を着ることができない

③ 記憶障害

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名
 通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名
 在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

うち、認知症を伴うもの

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名
 通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名
 在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

以下の症状を含む。

- 新しいことがらを憶えられない
- 以前のことを忘れている

④ 注意・遂行機能障害

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名
 通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名
 在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

以下の症状を含む。

- 集中力が低下している
- 注意が持続しない
- いくつかのことがらに同時に注意を向けることができない
- 計画的に物事を実行することができない
- 自分で物事を決められない
- 指示しないと何もできない
- 何かをしていて途中で止まってしまう

⑤ 行動や情緒の障害

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

以下の症状を含む。

■社会的行動障害：認知機能の低下のため、社会生活やコミュニケーション行動に問題が生じている

■依存性・退行：周囲の人に頼りがちで、ややこどもっぽくなった

■欲求コントロール低下：自分のしたいことがあると、我慢ができない

■感情コントロール低下：突然興奮したり、怒り出す

■対人技能拙劣：他人と人間関係をうまく築けない

■固執性：気になることがあるといつまでもこだわるようになった

■意欲・発動性の低下：ほうっておくと何もしない

■抑うつ：気持ちが沈みがちになる

■感情失禁：感情の起伏が激しい、急に泣いたり、怒ったりする

■攻撃性の亢進：人を攻撃する

⑥ 認知症

入所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

通所（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

在宅（ ）名、男性（ ）名、女性（ ）名

以下の病型を含む。

■血管性痴呆 ■アルツハイマー病

■前頭側頭型痴呆 ■レビー小体病

■その他

2. 上記高次脳機能障害者の原因疾患の有無を教えてください。

脳梗塞 なし あり

脳内出血 なし あり

くも膜下出血 なし あり

脳外傷 なし あり

脳腫瘍 なし あり

変性疾患（認知症疾患を含む） なし あり

その他 なし あり

Ⅲ. 高次脳機能障害者へのサービスについて

1. 高次脳機能障害者に対するサービス内容

次の「身体機能の訓練」から「その他」のサービス内容の実施状況について、高次脳機能障害者に対する以下の各種支援の実施状況、必要性および困難度について書き込んで下さい。実施状況については行っているか、行っていないか、必要性と困難度については大、小、なしで評価して下さい。

サービス内容	実施状況	必要性	困難度
身体機能の訓練	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション機能の 診断・評価	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション機能の 訓練	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
認知機能の訓練	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
精神・心理面の指導	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
自立生活のための訓練・支援	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
社会的資源の利用相談	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
当事者家族、周囲の人への指導	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし

創作活動・レクリエーション	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
生活場所の提供	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし
その他	実施 <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	必要性 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし	困難度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> なし

2. 高次脳機能障害者に対する支援の困難点について具体的にご記入ください。

3. 高次脳機能障害者に対応する職種（複数回答可）

貴施設において高次脳機能障害者に対する各種サービスを担当している職種は次のいずれですか。すべてお書きください。

- 医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 介護福祉士
支援相談員 介護支援専門員（ケアマネージャー） 社会福祉士
その他：

以上で終了となります。いま一度、ご記入もれなどの無いことをご確認願います。
 大変お忙しい中、ご協力を誠にありがとうございました。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
深津玲子	知的障害	朝田隆	誤診から学ぶ 認知症と老 年期の精神・ 神経疾患の鑑 別	医学書院	東京	印刷中	
深津玲子	言語機能障害 中 途疾患 先天疾患	伊藤利之, 江藤文夫, 木村彰男	今日のリハビリ テーション 指針	医学書院	東京	印刷中	
稲葉健太郎 (編集代 表:相澤欽 一)	第3章職場への移 行支援 第3節職 場への移行支援の 事例 2高次脳機 能障害のあるCさ ん	日本職業リ ハビリテー ション学会	職業リハビリ テーションの 基礎と実践	中央法規	東京	2012.9	179-180
奥村歩, 松本淳, 篠田淳	遷延性意識障害に 対する治療 - 鍼 治療 -	千葉 茂	脳と心のプラ イマリエア 第5巻. 意識 と睡眠.	シナジー 社	東京	2012	191-192
野村 忠 雄	高次脳機能障害者 の就労支援の成果 と課題	独立行政法 人高齢・障 害・求職者 雇用支援機 構障害者職 業総合セン ター	第20回職業リ ハビリテーシ ョン研究発表 会 発表論文 集	株式会社 美巧社	千葉	2012	164- 167
種村純		日本高次脳 機能障害学 会 教育・研 修委員会	伝導失語-復 唱障害、STM障 害、音韻性錯 語-	新興医学 出版社	東京	2012	81-94
椿原彰夫		千野直一, 椿原彰夫, 園田茂, 道 免和久	脳卒中の機能 評価-SIASと FIM[基礎編]	金原出版	東京	2012	78-138