

厚生労働科学研究費補助金  
障害者政策総合研究事業

平成26年度 総括研究報告書

失語症患者の障害者認定に必要な日常生活制限の実態調査及び実数調査等に関する研究  
(26100101)

研究代表者 飯島 節  
国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局長

研究要旨

失語症者の実数調査は、新規発生数と地域に居住する現在数の両方を調査すべきである。そのいずれも全数調査を実施することは大きな研究予算を必要とすることから、本研究で実施することは不可能である。そこで推計値を求めることとした。

新規発生数については脳卒中の発生数とその中で失語症を有する比率を求めることが適切と判断した。2つの地域での拠点救急医療機関でそれぞれ1年間の脳卒中患者の受け入れ状況と失語症を有する比率を試行的に調査した結果、患者総数に対して失語症を示す患者の比率は6.8%と17.6%であった。この差を考察しながら調査対象病院を検討する必要があると考えられる。

一方、岡山県の介護保険関連施設を利用する失語症者は利用者数の比率は8.0%であった。介護保険利用者数を別途参照できれば、コミュニティにおける失語症者数の推定値を出すことにつながり、方法のひとつとして受け入れられる。

重症度評価と支援ニーズについては調査項目の設定が必要であり、高次脳機能障害支援モデル事業で使用されたものを用いることが提案された。これは同事業で実際に有効に使用されたことから、新たに調査項目を作成することよりは時間、予算の両面から適切であると判断した。

研究分担者

種村 純 川崎医療福祉大学感覚矯正学科、神経心理学教授

加藤元一郎 慶應義塾大学医学部精神神経科教授

藤井俊勝 東北福祉大学健康科学部教授

中島八十一 国立障害者リハビリテーションセンター 学院長

研究協力者

篠田 淳 木沢記念病院副院長、中部療護センター長

伊藤 毅 木沢記念病院脳神経外科副部長

稲富雄一郎 済生会熊本病院神経内科副部長

今橋久美子 国立障害者リハビリテーションセンター 研究所研究員

A. 研究目的

失語症は身体障害者手帳の対象障害であり、原因疾患は脳血管障害、外傷性脳損傷などあらゆる脳疾患により発症する。脳血管障害による失語症者は必然的に高齢者が多く、介護保険対象であるため、本邦における実数把握は十分でない。従って福祉サービスに係る社会的経費の算出も容易でない。そこで失語症者総数の推計値を求めることは、この社会的経費の算出を格段に容易にする。

一方で、失語症者がもつ日常生活及び社会生活における支援ニーズを評価しようとすると、失語症に加えて、運動機能障害などをも併せもつことから、複雑な様態を示し、必ずしも失語症単独の障害評価とはなりにくい。また、高次脳機能障害のように精神障害

者保健福祉手帳の対象となる障害を併せもつ者もあり、さらなる評価の困難な事例を生むことにもなっている。

そこで、このような失語症者にあつて、適切に障害の重症度評価の方策は、評価方法の選択から始め、事例研究の蓄積から導き出すのが適切であると考えられ、失語症を専門とする研究者に委ねる必要があり、本研究班はそのため構築された。

求める研究の成果としては、失語症をもつ者が実際にどのくらいいて、その障害程度が現在の障害者手帳制度で正しく評価されているかどうか検証することと、真に必要としている支援の内容を明らかにすることにある。

## B．研究方法

### 1. 失語症者実数調査の方針決定

失語症症例実数調査に当たっては、全国の約 9,000 の医療機関、約 7,000 の介護保険施設の全数調査または標本調査の選択をまず決定する。加えて新規発生数と既存の症例数調査の取扱いについて検討する。

新規発生数については、失語症を伴う脳疾患の種類、その患者数の把握等についてどのように算出するか検討する。その他、失語症症例数算出に必要な諸条件を考慮し、これを決定したら、試行的な調査を後方視的に実施することも可能とする。

### 2 失語症者生活状況の実態調査の方針決定

症例数調査同様に全数調査または標本調査の選択をまず決定する。これにより調査対象者数を決定する。

日常生活自立度や職業能力など測定すべき事項を決定し、使用する測定スケールについて検討する。これを基にして、重症度を測定できるか検討する。また、対象とする失語症症例の医学的屬性についても、記載方法を取り決める。特に失語症以外の高次脳機能障害の合併等の有無について、診断方法並びに調査方法を決定する。

(倫理面への配慮)

研究は必ず所属する施設の倫理委員会の承認を経て実施される。

本研究において得られた調査データは個人が特定できないようにされたデータのみを使用する。また、アンケート調査については、個人調査が必要な時には調査対象者及び家族等から、文書によるインフォームドコンセントを徹底し、被験者または保護者・関係者が納得し自発的な協力を得てから実施する。対象者の個人情報等に係るプライバシーの保護ならびに如何なる不利益も受けないように十分に配慮する。結果の公表については対象者及び保護者・関係者から、文書にてインフォームドコンセントを徹底し、承諾を得る。また、個人が特定できないように格別の注意を払う。加えてコンピューター犯罪のリスクを完全に防御されるよう最大限の努力をする。

## C．研究結果

### 1. 失語症者実数調査の方針決定

失語症を有する症例の実数を調査するに当たっては、新規発生数とコミュニティにどれだけ居住する現在数の2点を調査すべきである。

調査対象のいずれも全国規模の全数調査をこの研究班で遂行することは、研究予算の点から不可能である。したがって、いずれの場合においても推定値を求めることが妥当であり、目的にも適う。

新規発生数については、これまでの研究によれば失語症症例の原因疾患の9割以上は脳血管障害であることから、救急を取り扱う医療機関で14日程度の観察期間で脳卒中に限定して失語症の有無を調査する。調査対象となる医療機関は調査を引き受けてくれることが選定の前提となる。

その場合の問題点として、ある特定の医療機関について人口基盤を算出することは必ずしも容易ではないことが挙げられる。また、全国的な推定値を求める際の脳卒中発生数の全国統計については日本脳卒中学会等がもつ数字を吟味

した上で適用することとした。

地域に居住する現在数については、新規発生数調査と同様に研究予算を考慮すると大規模調査は不可能である。望ましくは人口1万人規模の地域を3つぐらい選んで調査を実施できれば望ましいとの意見が出たが、それも予算の見積もりを綿密に勘案する必要がある。調査対象となる地域の選定に当たっては、協力を得られる自治体を探すことから始める必要があり、次年度の遅くならない時期まで継続して検討することとした。この調査に当たる調査員については、現実には保健師のような特定の職種の動員では困難であり、対価を支払って調査を委託することも予算上困難であり、次年度に再度検討することとした。

## 2 失語症者生活状況の実態調査の方針決定

この事項について全国規模の調査は必要でないかと判断した。都市と村落、北方と南方などの地理的条件により生活状況に違いがあると考えられるが、実際には調査ができるところを対象とすることが現実的であると考えられた。

生活評価の項目については高次脳機能障害支援モデル事業（平成13年 - 17年実施）の際に使用された項目を援用することが可能であるとの指摘があった。

最終的に重症度を判定する際には、数字を求めることも可能であるが、使用する際の実際の利便を考慮すると重い、軽いと中間の3段階ぐらいの方が良いのではないかと指摘もあった。

## 3 新規発生数に関する試行的調査

篠田淳及び伊藤毅による調査（表1）では、木沢記念病院における平成26年1月1日から同年12月31日までの1年間に救急入院した脳卒中の患者のうち、死亡を見ることなく退院した患者総数は399名であった。男性226名、女性173名の内訳であった。この中で失語症を退院時に認めた患者は27名（総数の6.8%）で、男性13名、女性14名であった。これらの失語症患者総数のうち70歳未満であった者は11名（2.8%）で70歳以上であった者は16名（4.0%）であった。70歳未満

の11名のうち男性7名、女性4名であった。70歳以上の16名のうち男性6名、女性10名であった。

稲富雄一郎による調査では（表2）、済生会熊本病院における平成25年4月1日から同26年3月31日までの1年間に救急入院した脳卒中の患者のうち、死亡を見ることなく退院した患者総数は898名であった。男性502名、女性396名の内訳であった。この中で失語症を退院時に認めた患者は158名（総数の17.6%）で、男性70名、女性88名であった。これらの失語症患者総数のうち70歳未満であった者は43名（4.8%）で70歳以上であった者は115名（12.8%）であった。70歳未満の43名のうち男性25名、女性18名であった。70歳以上の115名のうち男性45名、女性70名であった。

## 4 介護保険関連施設における失語症利用者の実態調査

種村純による調査では（表3）、岡山県内の介護保険関連施設1,116に対して失語症者の有無と介護度の調査を平成27年1月から2月にかけて実施したところ、404件の回答数（回答率39%）を得た。利用者数20,217名に対して失語症を有する者は1,621名（8.0%）であった。

失語症を有する者の介護度は、要支援1：13名、要支援2：16名、要介護1：164名、要介護2：215名、要介護3：315名、要介護4：401名、要介護5：476名であった。介護度が重くなるに連れて、人数が増える傾向にあった。

## D. 考察

失語症者の実数調査に、新規発生数と地域に居住する現在数の両方を調査すべきであることは当然のこととして、そのいずれについても全数調査を実施することは本研究の研究予算では不可能である。したがって推計値を求めることが本研究でできることである。

新規発生数については脳卒中の発生数と失語

症を有する比率を求めることが適切と判断されたことを受けて、2つの地域での拠点救急医療機関でそれぞれ1年間の脳卒中患者の受け入れ状況と失語症を有する比率を試行的に調査した。その結果、患者総数399名に対して失語症を示す患者27名(総数の6.8%)と、患者総数898名に対して失語症を示す患者158名(総数の17.6%)であった。この差が何に依存するものか明らかにできないが、今後調査対象病院を増やす必要があると考えられる。

一方、岡山県の介護保険関連施設を利用する失語症者は利用者数20,217名に対して1,621名(8.0%)であった。利用者は特定の疾患をもつ者に限定しているわけではないので、加齢を含むさまざまな疾患が基礎にあると考えられ、ある意味でコミュニティに擬せられる。したがって、介護保険利用者数を別途参照できれば、コミュニティにおける失語症者数の推定値を出すことにつながり、方法のひとつとして受け入れられる。

重症度評価と支援ニーズについては調査項目の設定が必要であり、高次脳機能障害支援モデル事業で使用されたものを用いることが提案された。これは同事業で実際に有効に使用されたことから、新たに調査項目を作成することよりは時間、予算の両面から適切であると判断した。

## E. 結論

失語症症例は新規発生数及び地域に居住する現在数ともに推定値を求める。

重症度評価と支援ニーズについては高次脳機能障害支援モデル事業で用いた調査項目を用いて調査することが適切であるとした。

失語症者の新規発生数と介護保険関連施設での利用者数を試行的に調査した。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

## 飯島 節

1. 飯島 節: 終末期高齢者への医療ケア. 川越正平(編), 在宅医療バイブル, 日本医事新報社, 東京, 2014, p392-399.
2. 飯島 節: 高齢者の在宅医療・介護・看取り: 現状と課題. 在宅の高齢者を支える- 医療・介護・看取り-, 公益財団法人 長寿科学振興財団, 2014, p7-17.
3. 飯島 節: エンド・オブ・ライフケアの考え方. 診断と治療 102(2): 269-275, 2014.
4. 飯島 節: がんと認知症の終末期医療. 老年精神医学雑誌 25(2): 135-143, 2014.
5. 飯島 節: 高齢者のリハビリテーション外来: 機能維持のためのポイント. Jpn J Rehabil Med 51: 196-199, 2014.
6. 荒井秀典、鳥羽研二、飯島 節、荒牧敦子、カール・ベッカー: 高齢者の終末期医療を考える(シンポジウム). 京都医学会雑誌 61: 19-47, 2014.
7. 藤田佳男、三村 将、飯島 節: 障害者に対する運転リハビリテーション総論. 作業療法ジャーナル 49: 94-99, 2015.
8. 飯島 節: 講座 作業療法研究と倫理 第2回 医療における研究倫理問題. 作業療法ジャーナル 49: 132-137, 2015.
9. 飯島 節: 巻頭言: リハビリテーションと認知症. 老年精神医学雑誌 26: 8-9, 2015.
10. 飯島 節: 重症嚥下障害者の栄養管理. 総合リハ 43: 121-126, 2015.

## 種村 純

### 原著論文

1. 山本弘子, 八島三男, 園田尚美, 綿森淑子, 種村純, 中村やす, 失語症の人と家族の生活の実像、全国失語症友の会連合会「失語症の方の生活のしづらさに関する調査 2013 報告書」より見えてくるもの、地域リハビリテーション、9(4): 264-271, 2014

### 著書

1. 平野哲雄, 長谷川賢一編集, 種村純, 2014/05、

訓練 語彙・意味の訓練、言語聴覚  
療法臨床マニュアル 改訂第3版、214-21、協  
同医書出版社

藤井俊勝  
原著論文

1. Ito A, Abe N, Kawachi Y, Kawasaki I, Ueno A, Yoshida K, Sakai S, Matsue Y, Fujii T. Distinct neural correlates of the preference-related valuation of supraliminal and subliminally presented faces. *Human Brain Mapping* (in press)
2. Mugikura S, Kikuchi H, Fujii T, Murata T, Takase K, Mori E, Marinkovic S, Takahashi S. MR imaging of subcallosal artery infarct causing amnesia after surgery for ACoA aneurysm. *American Journal of Neuroradiology*. (in press)
3. 早川裕子、藤井俊勝、山鳥重、目黒謙一、鈴木匡子．道具把握のみに障害を呈した道具使用失行の1例．*脳神経* 67; 311-316: 2015.
4. Abe N, Fujii T, Ito A, Ueno A, Koseki Y, Hashimoto R, Hayashi A, Mugikura S, Takahashi S, Mori E. The neural basis of dishonest decisions that serve to harm or help the target. *Brain and Cognition* 2014; 90: 41-49.
5. Ueno A, Ito A, Kawasaki I, Kawachi Y, Yoshida K, Murakami Y, Sakai S, Iijima T, Matsue Y, Fujii T. Neural activity associated with enhanced facial attractiveness by cosmetics use. *Neuroscience Letters* 2014; 566: 142-146.
6. Hayashi A, Abe N, Fujii T, Ito A, Ueno A, Koseki Y, Mugikura S, Takahashi S, Mori E. Dissociable neural systems for moral judgment of anti- and pro-social lying. *Brain Research* 2014; 1556: 46-56.

著書総説

1. 朴白順，月浦崇，上田敬太，藤井俊勝：健忘（ヘルペス脳炎）．症例で学ぶ高次脳機能障害（鈴木匡子編）中外医学社 東京 2014，pp. 68-75.
2. 菊池大一，藤井俊勝：前脳基底部健忘．症例で学ぶ高次脳機能障害（鈴木匡子編）中外医学

社 東京 2014，pp. 25-32.

中島八十一

1. Sugaya A, Fukushima K, Kasai N, Ojima T, Takahashi G, Nakagawa T, Murai S, Nakajima Y, Nishizaki K. Effectiveness of Domain-Based Intervention for Language Development in Japanese Hearing-Impaired Children: A Multicenter Study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2014 Mar 13;123(7):500-508.
2. Yamaguchi K, Nakamura K, Oga T, Nakajima Y. Eating tools in hand activate the brain systems for eating action: a transcranial magnetic stimulation study. *Neuropsychologia*. 2014 Jul;59:142-7. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2014.05.003. Epub 2014 May 13.
3. Nakamura K, Makuuchi M, Nakajima Y: Mirror-image discrimination in the literate brain: a causal role for the left occipitotemporal cortex. *Front Psychol*. 2014 May 21;5:478. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00478. eCollection 2014. .
4. Imahashi, K., Fukatsu, R., Nakajima, Y., Kamezawa, Y., Nakamura, K, WHO CC. The Support Systems for Persons with Cognitive Disorder due to an Acquired Brain Injury: A Higher Brain Dysfunction Support Promotion Project in Japan. *Joining Hands: WHOCC E-newsletter* (5), 2014, 6-7.
5. 中島八十一．高次脳機能障害と地域支援ネットワーク．*日本病院会雑誌*．62(2)，2015，p. 179-188

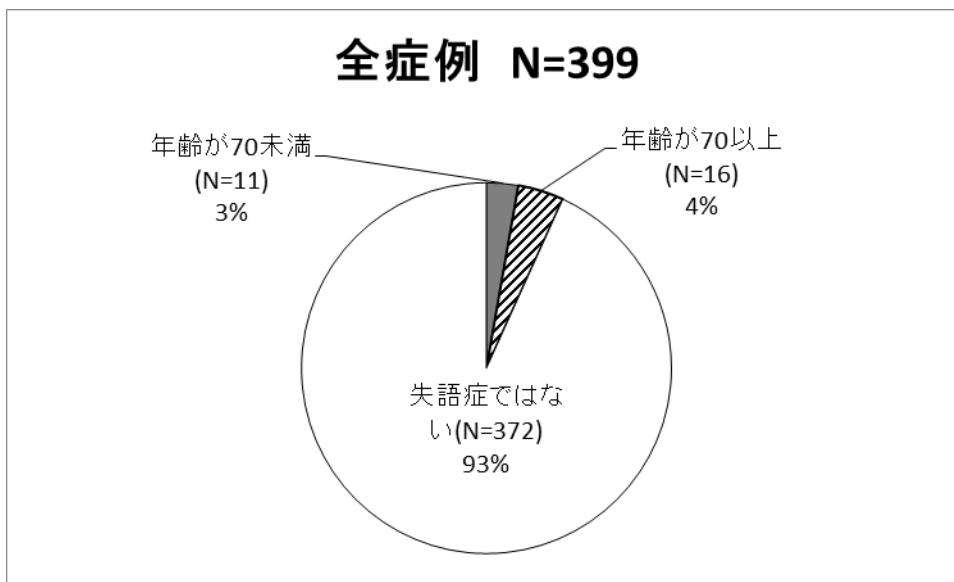
H．知的財産権の出願・登録状況

特になし

表 1 木沢記念病院に脳卒中で入院した救急患者で失語症を示した比率  
 (平成26年1月1日から同年12月31日まで)

全症例	399名	399		
年齢	男	女		
10-19歳	1	1	年齢が70未満	11
20-29	1	1	年齢が70以上	16
30-39	10	2	失語症ではない	372
40-49	19(1)	5		
50-59	16(1)	12(1)		
60-69	54(5)	32(3)	年齢が70未満(N=11)	3%
70-79	62(5)	44(4)	年齢が70以上(N=16)	4%
80-89	57(1)	55(4)	失語症ではない(N=372)	93%
90-99	6	21(2)		
計	226(13)	173(14)		

失語症 27/399



脳血栓症による 脳梗塞(190名)				
( )内は失語症 例				
年齢	男	女		
10-19歳	0	1	年齢が70未満	4
20-29	1	1	年齢が70以上	9
30-39	2	0	失語症ではない	177
40-49	5	1		
50-59	7(1)	6		
60-69	27(2)	15(1)	年齢が70未満(N=4)	2%
70-79	35(3)	23(2)	年齢が70以上(N=9)	5%
80-89	27(1)	23(2)	失語症ではない(N=177)	93%
90-99	4	12(1)		
計	108(7)	82(6)		

失語症例 13/190

脳塞栓症による 脳梗塞(47名)				
( )内は失語症 例				
年齢	男	女		
10-19歳	0	0	年齢が70未満	0
20-29	0	0	年齢が70以上	3
30-39	1	1	失語症ではない	44
40-49	0	0		
50-59	1	0		
60-69	7	2	年齢が70未満(N=0)	0%
70-79	8(1)	6	年齢が70以上(N=3)	#DIV/0!
80-89	8	9(1)	失語症ではない(N=44)	#DIV/0!
90-99	0	4(1)		
計	25(1)	22(2)		

失語症例 3/47

ラクナ梗塞(9名)			9	
( )内は失語症 例				
年齢	男	女		
10-19歳	0	0	年齢が70未満	0
20-29	0	0	年齢が70以上	0
30-39	0	0	失語症ではない	9
40-49	0	0		
50-59	0	1	年齢が70未満(N=0)	0%
60-69	1	1	年齢が70以上(N=0)	0%
70-79	3	0	失語症ではない(N=9)	100%
80-89	1	0		
90-99	0	2		
計	5(0)	4(0)		

失語症例 0/9

一過性脳虚血発作(TIA)(10名)				
( )内は失語症例				
年齢	男	女		
10-19歳	0	0	年齢が70未満	0
20-29	0	0	年齢が70以上	1
30-39	0	0	失語症ではない	9
40-49	1	0		
50-59	0	0		
60-69	0	0	年齢が70未満(N=0)	0%
70-79	4(1)	2	年齢が70以上(N=1)	10%
80-89	2	1	失語症ではない(N=9)	90%
90-99	0	0		
計	7(1)	3(0)		

失語症例 1/10

脳出血(110名)			110	
( )内は失語症例				
年齢	男	女		
10-19歳	1	0	年齢が70未満	6
20-29	0	0	年齢が70以上	3
30-39	5	0	失語症ではない	101
40-49	9(1)	4		
50-59	5	4(1)		
60-69	14(3)	10(1)	年齢が70未満(N=6)	5%
70-79	9	10(2)	年齢が70以上(N=3)	3%
80-89	17	17(1)	失語症ではない(N=101)	92%
90-99	2	3		
計	62(4)	48(5)		

失語症例 9/110



くも膜下出血(25名)		25		
( )内は失語症例				
年齢	男	女		
10-19 歳	0	0	年齢が 70 未満	1
20-29	0	0	年齢が 70 以上	0
30-39	2	1	失語症ではない	24
40-49	2	0		
50-59	1	1		
60-69	4	4(1)	年齢が 70 未満(N=1)	4%
70-79	1	3	年齢が 70 以上(N=0)	0%
80-89	2	4	失語症ではない(N=24)	96%
90-99	0	0		
計	12(0)	13(1)		

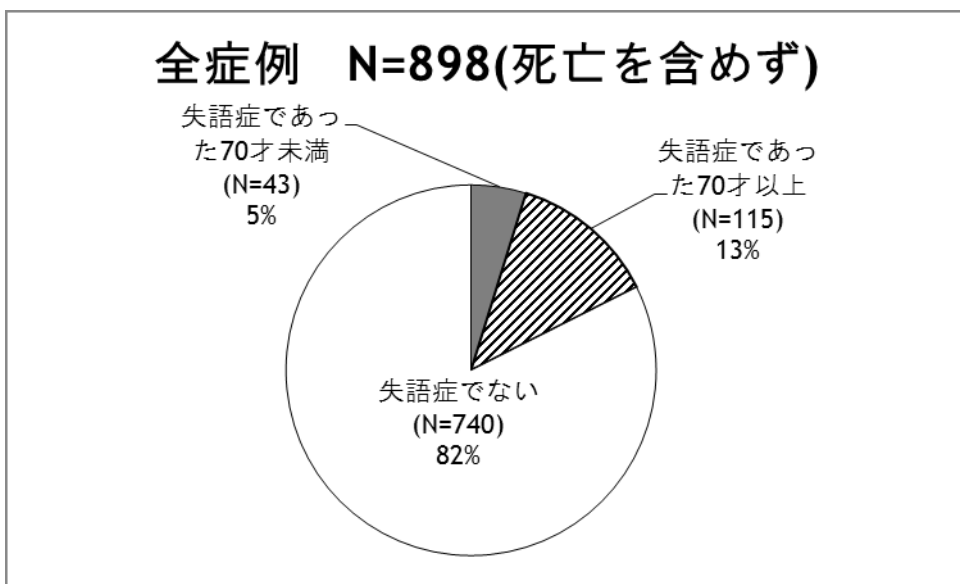
失語症例 1/25

未破裂脳動脈瘤(8名)				
( )内は失語症例				
年齢	男	女		
10-19 歳	0	0	年齢が 70 未満	0
20-29	0	0	年齢が 70 以上	0
30-39	0	0	失語症ではない	8
40-49	2	0		
50-59	2	0		
60-69	1	0	年齢が 70 未満(N=0)	0%
70-79	2	0	年齢が 70 以上(N=0)	0%
80-89	0	1	失語症ではない(N=8)	100%
90-99	0	0		
計	7(0)	1(0)		

失語症例 0/8

表2 済生会熊本病院に脳卒中で入院した救急患者で失語症を示した比率  
(平成25年4月1日から同26年3月31日まで)

死亡を含めない全症例	898	
失語症を示した症例の総数	158	18%
失語症であった70才未満(N=43)	43	5%
失語症であった70才以上(N=115)	115	13%
失語症でない(N=740)	740	82%



虚血	年齢		性別		失語		分類		在院日数	
	平均	74.8	男	375	N	485	OI	210	平均	11.7
標準偏差	12.4	女	241	P	89	CE	171	標準偏差	8.2	
最大値	101			U	19	AI	122	最大値	106	
最小値	29			D	23	LI	112	最小値	2	
						TIA	1			

出血	年齢		性別		失語		分類		在院日数	
	平均	69.7	男	167	N	214	IH	2	平均	15.4
標準偏差	13.8	女	197	P	69	CH	273	標準偏差	10.8	
最大値	97			U	22	CH, CVT	2	最大値	84	
最小値	16			D	59	CH, BT	2	最小値	1	
						SAH	84			
						SAH, CVT	1			

