

厚生労働行政推進調査事業費補助金

障害政策総合研究事業

総括研究報告書

失語症者の社会実態を踏まえた障害認定基準の検証と失語症者の自立と
社会経済活動への参加に繋がる福祉サービスについての研究

研究代表者	三村 将	慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 教授
研究協力者	種村 純	びわこリハビリテーション専門職大学 リハビリテーション学部 特任教授
研究協力者	斎藤 文恵	慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
研究協力者	小西 海香	慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
研究協力者	立石 雅子	一般社団法人 日本言語聴覚士協会
研究協力者	船山 道隆	足利赤十字病院精神科
研究協力者	中川 良尚	江戸川病院リハビリテーションセンター
研究協力者	浦野 雅世	横浜市脳卒中神経・脊椎センターリハビリテーション部
研究協力者	藤永 直美	東京都リハビリテーション病院リハビリテーション部
研究協力者	大住 雅紀	霞が関南病院リハビリテーション部

研究要旨

失語症者の QOL、社会参加、社会参加の阻害因子に関する質問紙評価を行った。204 名の研究参加登録者は、知的機能や注意・記憶機能の保たれた軽度～中等度の失語症であり、運動麻痺がないかもしくはあっても軽度の成人患者である。失語症者の年齢は 20～85 歳で、平均年齢は 59.8 歳であった。身体障害者手帳を取得していたのは 45 例であり、失語症以外の疾患により身体障害者手帳を取得しているケースや精神障害者保健福祉手帳を取得しているケース、65 歳以上で介護保険福祉サービスを利用しているケースが多数散見された。特に軽度の失語症のみで身体障害者手帳を取得することの困難さが伺われた。質問紙の主な結果は、失語症者の社会参加の程度や QOL が失語症の重症度に影響されることが明らかとなった。特に、65 歳未満の失語症者の就労において、失語症の重症度が影響した。以上より、失語症の言語機能の回復を促すリハビリテーションから就労支援までの連続的かつ継続的な支援が必須であり、身体障害者手帳による社会福祉サービスとしての支援提供が望まれた。

A. 研究目的

失語症は脳血管障害や頭部外傷、神経変性疾患をはじめ、さまざまな病因によって生じる代表的な高次の神経機能障害であり、現行の保険福祉制度のもとでは身体障害者手帳の対象疾患である。平成 26-28 年度の厚生労働科学研究「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」（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局長）では、全国の失語症新規発生数は年間およそ 6 万人と推定され、その中の 3 万 6 千人程度が障害程度を問わず後遺症を遺すとされている。言語は人間にとってもっとも重要なコミュニケーションの手段であり、言語が障害される失語症者においては、当然ながら対人コミュニケーションを含めた日常生活や社会生活が大きく障害される。当事者および家族の生活困難度・困窮度も大きいと考えられる。しかしながら、失語症は身体障害者障害程度等級表においては、「音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害」に分類されるが、この障害領域は他の身体障害領域とは質的に大きく異なっている。さらに、「音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失」が 3 級、「音声機能、言語機能またはそしゃく機能の著しい障害」が 4 級となっているが、この 2 等級のみであり、2 級より上、あるいは 5 級よりも下の等級は存在しない。

身体障害の他の領域、特に「上肢・下肢・体幹の肢体不自由」においては「機能の著

しい障害」、あるいは「心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫・肝臓の機能障害」においては、「日常生活が極度に制限されるもの」が 2 級相当とされるのに対し、失語症が該当する「音声機能、言語機能」においては機能の「喪失」が 3 級、さらに「機能の著しい障害」が 4 級相当であり、失語症による障害の評価が厳しくなっている。本研究では、現行の失語症者の障害程度区分や社会福祉サービスが妥当であるかについて、失語症者の社会参加と QOL を通して検討する。

B. 研究方法

失語症を有する成人およびその介護者へ質問紙を用いて、失語症による日常生活や社会参加への困難さを聴取し、失語症の重症度や知的機能、注意や記憶などの認知機能、発症からの年数などの個別要因などの因子によって社会参加や QOL がどのように影響を受けているのかを多変量解析の手法を用いて明らかにする。

これまでの数少ない失語症者の QOL や社会参加についての研究では、失語症者の職業復帰率は低く、17.7%と報告されている（佐藤ら、1987）。ただし、復職に影響するものは上肢機能であり、失語症よりも身体障害によって就労が困難になっていることが示された。また、軽度から中等度の失語症者の社会参加、環境因子、健康関連 QOL を調べた研究では、失語症は健康 QOL のみ関連し、社会参加は

むしろ身体機能による影響を受けることが報告されている（大畑と吉野，2015）。しかし、研究対象は重度の失語症者を含まず、症例数も限られていたために失語症による社会参加の低下が示されなかったと考えられる。一方、失語症者では発症前後で対人交流の推定人数は10分の1程度に減少することが示されている（船山と中川，2016）。そのため、失語症による社会参加の度合いや復職への影響を調べるには、重度失語症、運動麻痺の少ない失語症者へQOLや日常生活上の困難さの指標となる評価および質問紙を実施する必要がある。

データ収集からデータ解析までの過程を迅速化するため、被検者のデータと質問紙への回答をタブレットに直接入力し、データをExcelファイルにエクスポートできるアプリの開発を行った。

また、令和4年度より25の研究協力施設の協力を得て、症例リクルートとデータ収集を行った。

実施機関および研究責任者

慶應義塾大学病院精神神経科学教室(研究主体) 三村 将(教授)

川崎医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科/川崎医科大学附属病院リハビリセンター(症例リクルート)

種村 純

一般社団法人日本言語聴覚士協会(研究協力・データ結果解釈) 立石雅子

足利赤十字病院精神科(症例リクルート)

船山道隆

江戸川病院リハビリテーション科(症例リクルート) 中川良尚

横浜市脳卒中・神経脊椎センターリハビリテーション部(症例リクルート) 浦野雅世

東京都リハビリテーション病院リハビリテーション部(症例リクルート) 藤永直美

霞ヶ関南病院リハビリテーション部(症例リクルート) 大住雅紀

研究協力施設

1. 公立能登総合病院
2. 恵寿総合病院
3. 市立輪島病院
4. 公立昨羽病院
5. 済生会富山病院
6. 公立南砺中央病院
7. 富山リハビリテーション病院・こども支援センター
8. あさひ総合病院
9. 富山労災病院
10. 国際医療福祉大学成田病院
11. 国際医療福祉大学クリニック言語聴覚センター
12. おおたわら総合在宅センター
13. 新潟大学医歯学総合病院
14. 桑名病院
15. 塩味病院
16. 千葉リハビリテーションセンター
17. アルカディア氷見
18. 高岡病院
19. 福井医療大学/福井県高次脳機能障害支援センター

20. 福井総合クリニック
21. コミュニケーションデイサービス言の葉
22. デイサービス リハデイスマイル
23. 熊本託麻台リハビリテーション病院
24. 友紘会総合病院
25. 長野医療衛生専門学校

主要評価項目

- ① Frenchay Activities Index (FAI): IADL の指標
- ② Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): QOL の指標
- ③ Life stage Aphasia Quality of Life scale-11 (LAQOL-11): 重度失語症者に対する QOL の指標
- ④ Community Integration Questionnaire (CIQ): 社会参加の指標
- ⑤ Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF): 失語症のために社会参加へ阻害となる因子の指標

以下の因子を要因として解析を検討する

- ① Demographic: 年齢、性別、失語症発症からの年数、失語症の原因疾患、失語症タイプ、教育年数、婚姻状況、意欲
- ② 失語症重症度
- ③ コミュニケーション能力
- ④ ADL
- ⑤ 知的機能および認知機能

その指標:

失語症重症度: 標準失語症検査 Standard Language Test of Aphasia (SLTA)、Boston Diagnostic Aphasia Examination
 コミュニケーション能力検査: CADL 実用コミュニケーション能力検査 (短縮版)、CADL 家族用質問紙

ADL: Functional Independence Measure (FIM)

意欲: Clinical Assessment for Spontaneity (CAS) 臨床総合評価

知的機能および認知機能: Raven's Coloured Progressive Matrices (RCPM)、視覚性抹消検査 (Clinical Assessment for Attention; CAT の下位検査)、図形の記憶 (Wechsler Memory Scale-Revised; WMS-R の下位検査)

上記に挙げた要因(交絡因子)が結果に影響されると想定され、独立変数として解析に組み込むことでこれらの因子の影響を調整する。ただし、すべての因子を組み込むことは困難な可能性がある。その場合は論文化する際の本研究の限界として記述する予定である。

研究対象者

研究対象者となる可能性のある集団の全体 慶應義塾大学病院 (および研究協力施設)、川崎医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科/川崎医科大学附属病院リハビリセンター、足利赤十字病院、江戸川病院、横浜市脳卒中・神経脊椎センター、東京都リハビリテーション病院、

霞ヶ関南病院の 7 施設における入院・外来・在宅の失語症を有する患者とその主たる介護者、および全国失語症友の会に参加している失語症者とその主たる介護者。

選択基準：失語症の病因は脳血管障害、頭部外傷、脳炎、代謝性疾患など、非進行性の脳病変によるもの。肢体不自由による身体障害の併存の影響を除外するため、運動麻痺はなし、もしくはあっても軽度なものに限る。介護者は失語症者の家族およびそれ以外の日常生活の様子を最もよく知る者。

除外基準

失語症の病因が変性性認知症など、進行性の脳病変によるものは除外する。

予定した研究協力者数

200 例を目標とした。これまでの失語症者のコミュニケーション能力や QOL、社会参加への研究では症例数が多くても 60 例程度であるため、より多数例で検討することを企図した。

各研究機関の登録者数

慶應義塾大学病院 59 名
川崎医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科/川崎医科大学附属病院リハビリセンター 12 名
足利赤十字病院精神科 33 名
江戸川病院リハビリテーション科 18 名
横浜市脳卒中・神経脊椎センター 32 名

東京都リハビリテーション病院 28 名
霞ヶ関南病院リハビリテーション部 10 名
日本言語聴覚士協会 12 名

C. 研究結果と考察

研究参加登録者は 204 名と目標を達成した。被検者の年齢は 20 歳～85 歳（平均年齢 59.8 歳、SD: 13.8）、男性 150 名女性 54 名、ほぼ全例右手利き（7 例のみ左手利き）であった。失語症を発症して平均 51.6 (SD: 75.4) ヶ月経過していた。また、被検者の婚姻状況は 127 名が既婚、68 名が死別・離婚を含む未婚者（不明 9 名）であり、平均教育年数は 13.7 (SD: 2.3) 年であった。

失語症の原因疾患は脳梗塞 121 例、脳出血 53 例、くも膜下出血 14 例、頭部外傷 10 例、脳腫瘍 1 例、脳炎 1 例、その他（低血糖脳症など）4 例（図 1）、失語症のタイプは Broca 失語 38 例、Wernicke 失語 49 例、伝導失語 12 例、超皮質性運動失語 4 例、超皮質性感覚失語 6 例、健忘失語 47 例、その他 48 例（混合性失語、軽度流暢性失語および失読失書など）、失語症の重症度は SLTA 総合評価得点平均 7.8 (SD: 2.5) /10、Boston Diagnostic Aphasia Examination 平均 3.1 (SD: 1.2) /5、短縮版 CADL による実用コミュニケーション能力検査予測得点平均 104.9 (SD: 24.9) /126、予測によるコミュニケーション・レベルの判定平均 4.3 (SD: 1.1) /5 であった。これ

らのことから、対象者のほとんどが脳血管障害による流暢性失語であり、失語症の重症度は中等度～軽度であった。

麻痺の程度は軽度右麻痺を含む独歩 160 例、杖歩行 23 例、車椅子 1 例であった。上肢の運動機能は実用手 174 例、補助手 21 例、廃用手 19 例であり、運動麻痺の程度は低かった。

対象の失語症者のうち抗うつ薬を服用していたのは 7 例のみであった。CAS による著しい意欲低下（1 例）～軽度の意欲低下を示す失語症者は 35 例であり、169 例は意欲低下を認めなかった。

失語症発症後 6 カ月経過し、身体障害者手帳を取得していた被検者は 45 例であった。15 例は精神障害者保健福祉手帳を取得していた。取得している身体障害者手帳の等級は図 1 に示すとおりである。失語症者が取得できる身体障害者手帳は 3 級 4 級のみであるため、失語症以外の疾患によって身体障害者手帳を取得しているケースが多数存在した。身体障害者手帳を取得している失語症者の失語症重症度は、3 級において SLTA 総合評価法中央値が 7、4 級において中央値が 8 であった。SLTA 総合評価法 9-10 の軽度失語症者のほとんどは身体障害者手帳を取得していない、あるいは他の身体疾患により身体障害者手帳を取得していた。

就労状況については、65 歳未満かつ失語症発症後 6 カ月以降の被検者（97 名）のう

ち、就労している被検者が 41 例（うち一般就労 20 例、パートタイム 3 例、就労移行支援 3 例、就労継続支援 B12 例、障害者雇用 3 例）、就労していない被検者が 51 例、退職後が 5 例であった。就労年齢の対象者のうち、福祉的就労を含めると、約 40% が就労していた。

65 歳以上の介護サービスの利用状況について、77 例のうち介護利用サービスを利用しているのは 20 例であり、デイサービス 8 例、デイケア 8 例、訪問リハビリ 2 例、短期入所 1 例、不明 1 例であった。

認知機能においては、知的機能の指標である RCPM の正答数、視覚性注意機能の指標である CAT Visual cancellation task の正答数、視覚性記憶機能の指標である WMS-R 図形の記憶の正答数はいずれの平均値も満点に近く、明らかな認知機能低下を認めなかった（表 1）。

失語症者本人の質問紙回答結果を表 3 に示す。失語症者の健康関連 QOL の指標である SAQOL-39 では、麻痺がない、ないしはあってもごく軽度のため、Physical score は 4.4/5 であり、身体機能に関する QOL は比較的高かった。一方、Communication score は相対的に低く（3.3/5）であり、特に「言葉の問題が自分の社会生活を妨げていると感じた」といった言語障害が他者とのコミュニケーションや社会参加の障壁になっている様子がうかがわれた。一方、「望むほど十分には友

人に会えなかった」という質問が最も低得点であったが、失語症による言語障害だけでなく、研究期間中 COVID-19 による外出制限による影響が考えられた。

重度失語症者であっても回答が得られやすい LAQOL-11 においては、79.4/110 の比較的高い得点であった。最も低い得点であったのは「話す機能はよくなっている」であり、一方、最も高い得点であったのは「言葉のリハビリはしたい」であった。話せない状態が改善せず続いていることからリハビリテーションを求めており、話せないことだけでなくリハビリテーションの機会が十分でないことが QOL 低下の要因とも推察された。

CIQ による社会参加の程度は、家庭統合 (4.0/10)、社会統合 (5.6/12)、生産性 (2.8/7) であり、家庭内での家事参加を含め、レジャーなどの外出を行う社会統合やさらに就労などの生産性は低い値にとどまった。家庭統合の低下は、被検者の 2/3 が男性であったことが影響したかもしれない。社会統合のうち、比較的得点が高かったものは「買い物」であった。このことは、ほとんどの被検者が麻痺を伴わなかったために COVID-19 期間中であっても単独で行うことができる外出であったためとも考えられる。

参加の障害因子の尺度である CHIEF の結果は、平均 17.8/200 であり、特に政策方針のサブスケール「この 1 年間、地域社会

で事業やサービスが足りないために困ったこと、企業や組織の方針や規則で困ったこと、教育や就業のプログラムや方針のために、したいことやすべきことをするのが難しかったこと、政府の事業や政策のために、したいことやすべきことをするのが難しかったこと、ほどの程度ありますか」の質問で高得点であり、社会資源の低下が社会参加の障害因子となっていた。

次に、失語症者の社会参加や QOL について検討するために、それらに影響を与える因子の特定を試みた。回復期（発症 6 カ月）以降の失語症者 151 名の社会参加と QOL について、回帰分析を行い、関連する因子を検討した。従属変数を CIQ 社会統合、説明変数を、性別、年齢、教育年数、婚姻状況、意欲、失語症重症度、CHIEF 総得点（社会参加を障害する因子）とした重回帰分析（強制投入法）を行ったところ、性別 ($\beta = 0.247$, $p < 0.01$)、年齢 ($\beta = -0.261$, $p < 0.01$)、意欲 ($\beta = -0.169$, $p < 0.05$)、SLTA ($\beta = 0.238$, $p < 0.01$) が社会参加の程度に影響した。すなわち、軽度の失語症で、意欲がある若年男性は社会参加の程度が高いことが明らかとなった。

さらに、従属変数を SAQOL、説明変数を、性別、年齢、教育年数、婚姻状況、意欲、失語症重症度、CIQ 社会統合、CHIEF 総得点とした重回帰分析（強制投入法）を行ったところ、年齢 ($\beta = 0.181$, $p < 0.05$)、SLTA ($\beta = 0.213$, $p < 0.01$)、CIQ ($\beta = 0.269$, $p < 0.01$)、CHIEF ($\beta = -0.423$,

p < 0.01) が QOL に影響した。すなわち、社会参加の程度が高く、社会参加を阻害する因子の少ない、高齢の軽度の失語症者は QOL が高かった。

上記の結果から、社会参加、QOL のいずれも、失語症重症度が影響することが明らかになった。

また、65 歳未満かつ発症後 18 カ月以上経過した失語症者 67 例のうち、福祉的就労を除く、一般就労またはパートタイム就労しているのは 15 例であった。就労を目的変数として、年齢、意欲、教育年数、知的機能、失語症重症度を説明変数としたロジスティック回帰分析の結果、失語症重症度 ($\beta = 1.037$, $p = 0.03$) のみ有意となり、就労には失語症重症度が最も影響していた。

これまでの研究では、失語症重症度が社会参加や QOL に影響することは報告されていた (Dalemans ら、2010 : Lee ら、2015) が、失語症者の就労に影響する要因については明らかにされてこなかった。今回の研究を通して、失語症重症度は主たる社会参加である就労にも影響することが明らかとなった。

今回の対象者では、204 名の失語症者のうち約 30% の 71 名が就労 (福祉的就労を含む) していた。一部は発症後間もない急性期の失語症者を含むため、休職状態になっていることも考えられるが、それを勘案しても就労率が高かった。これは、就労に

は受け入れ側の失語症への理解も大きく影響すると考えられ、失語症者側の要因だけでなく環境因子も影響すると考えられた。

D. 結論

本研究により、失語症重症度が就労や社会参加、QOL に影響することが明らかとなった。したがって、失語症者に対する発症早期からの、また回復期以降も継続的なリハビリテーションが必要であり、就労や社会参加への連続的な支援が望まれる。

身体障害者手帳を取得している失語症者は限られており、失語症以外の疾患により手帳を取得しているケースや精神障害者保健福祉手帳を取得しているケース、65 歳以上であれば介護福祉サービスを利用しているケースが散見された。このことから失語症のみ、特に軽度失語症によって身体障害者手帳を取得することが難しい現状がうかがわれた。

本研究は COVID-19 の影響を受け、症例エントリー期間を長く要した。また、特に他者と接することや外出などの社会参加の機会が限定されることによって質問紙回答に影響したことが懸念された。一方、その影響を考慮した上でも、失語症がより重度であれば、就労をはじめ社会参加が限定され QOL が低下することが示された。また、軽度失語症者は身体障害者手帳を取

得することが困難であることが示唆された。

E. 健康危惧情報

無し

F. 研究発表

小西海香, 斎藤文恵, 船山道隆, 中川良尚, 浦野雅世, 藤永直美, 大住雅紀, 立石雅子, 種村純, 三村將: 失語症者の QOL および社会参加状況と障害福祉サービスへのニーズの検討 (第一報). 第 46 回日本高次脳機能障害学会. 2022 年 12 月. 山形.

小西海香, 斎藤文恵, 船山道隆, 中川良尚, 浦野雅世, 藤永直美, 大住雅紀, 立石雅子, 種村純, 三村將: 失語症重症度が失語症者の社会参加に影響する. 第 47 回日本高次脳機能障害学会. 2023 年 10 月. 仙台

G. 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 無し
2. 実用新案登録 無し
3. その他 無し

引用文献

1. 船山道隆, 中川良尚. 失語症者の対人交流はどれだけ減るか. 臨床神経心理 2016 ; 27 : 15-19.
2. Kamiya A, Kamiya K, Tatsumi H, Suzuki M, Horiguchi S. Japanese adaptation of the stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39): comparative study among different types of aphasia. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015; 24(11): 2561-2564.
3. 佐藤ひとみ, 遠藤尚志, 保坂敏男, 長谷川恒雄. 失語症者の職業復帰. 失語症研究 1987; 7: 19.
4. 大畑修央, 吉野真理子. 失語のある人の参加、環境因子、健康関連 QOL についての検討. 高次脳機能研究 2015; 35: 344-355.
5. Dalemans RJP, De Witte LP, Beurskens AJHM. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. Disability and Rehabilitation 2010; 32 (2):1678-1685
6. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun S-B. Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. Yonhei Med J 2015; 56(6): 1694-1702.

図1 等級別身体障害者手帳取得者数

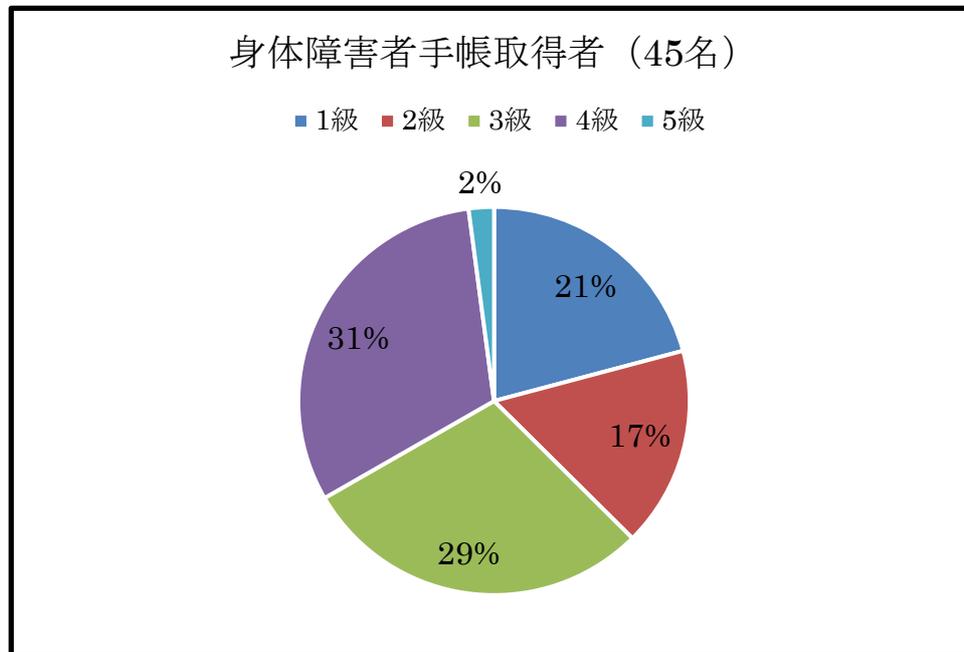


表1. 認知機能検査結果

Raven's Colored Progressive Matrices	29.91±9.97	/36
CAT Visual cancellation task	55.27±6.30	/57
WMS-R 図形の記憶	5.43±2.22	/10

表 2. 質問紙結果

		平均値	標準偏差
SAQOL-39	総合得点	3.86/5	0.62
	Physical score	4.40/5	0.57
	Communication score	3.34/5	0.97
	Psychosocial score	3.49/5	0.90
	Energy score	3.43/5	0.96
LAQOL-11		79.39/110	14.42
CIQ	総合スコア	10.66/29	4.50
	家庭統合	4.04/10	3.02
	社会統合	5.55/12	2.62
	生産性	2.82/7	2.03
CHIEF	総合得点	17.77/200	27.98
	政策・方針	5.27/32	9.30
	物理・建築物	4.20/48	7.47
	仕事・学校	1.41/24	4.35
	態度・支援	2.56/40	5.48
	サービス・援助	2.28/56	4.57
FAI		20.93/40	8.62