

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

失語症の身体障害者認定基準および障害福祉サービスへのニーズに関する研究

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

研究分担者	種村 純	川崎医療福祉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。これまでの 63 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。失語症者の平均年齢は 60 歳を超え、退職者が多いが、介護サービスの利用は少ない。これらの患者では、QOL は比較的高いものの、社会参加は家庭内の家事にとどまり、趣味や友人との外出の機会や労働あるいはボランティアの機会は少ない。今後、200 例を目標症例数として、主に退職前の重度失語症者を含む研究協力者を募り、失語症者および介護者の質問紙回答から生活機能制限と福祉ニーズ・福祉サービス利用の実態を明らかにする。最終的には、最新の医学的知見と各種要望等を踏まえた身体障害者認定基準見直しの具体案を提言するとともに、障害福祉データの利活用を推進することを目的とする。

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症数は年間およそ 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が妥当であるかについて、改めて検討することを目的とする。

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、今年度より24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う。

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

主要評価項目

- ① Frenchay Activities Index (FAI): IADLの指標
- ② Community Integration Questionnaire (CIQ): 社会参加の指標
- ③ Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): QOLの指標
- ④ 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
- ⑤ Life stage Aphasia Quality of Life scale-11 (LAQOL-11): 重度失語症者に対するQOL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、失語症の原因疾患など
- 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 for 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)

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、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

失語症者の年齢は20歳～85歳まで、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。

予定する研究協力者数およびその算出根拠

200例。

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が望ましい。

各研究機関の登録予定数(最大登録予定数)

慶應義塾大学病院 70名
足利赤十字病院精神科 30名
江戸川病院リハビリテーション科 30名
横浜市脳卒中・神経脊椎センター 30名
東京都リハビリテーション病院 30名
霞ヶ関南病院リハビリテーション部 10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 40名
日本言語聴覚士協会 10名

C. 研究結果と考察

現在までの研究参加登録者は 63 名であった。被検者の年齢は 23 歳～85 歳（平均年齢 61.0 歳、SD: 14.14）、男性 45 名女性 18 名である。失語症を発症して平均 30.4 (SD: 40.91) ヶ月経過している（表 1）。

失語症の原因疾患は脳梗塞 38 例、脳出血 16 例、くも膜下出血 5 例、頭部外傷 3 例、その他（低血糖脳症）1 例（図 1）、失語症のタイプは Broca 失語 11 例、Wernicke 失語 22 例、伝導失語 5 例、超皮質性感覚失語 1 例、健忘失語 16 例、その他 8 例（混合性失語、軽度流暢性失語および失読失書など）（図 2）、失語症の重症度は SLTA 総合評価得点平均 7.80 (SD: 2.78) /10、Boston Diagnostic Aphasia Examination 平均 3.17 (SD: 1.16) /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 102.69 (SD: 28.76) /126、予測によるコミュニケーション・レベルの判定平均 4.19 (SD: 1.19) /5 であった（図 3）。これらのことから、流暢性失語タイプがほとんどであり、失語症の重症度は概ね中等度～軽度であった。

麻痺の程度は麻痺なしが 49 例、右麻痺があっても独歩 8 例、杖歩行 6 例であった（図 4）。上肢の運動機能は実用手 53 例、補助手 3 例、廃用手 5 例であり、運動麻痺の程度は低かった（図 5）。

被検者の約 7 割は、身体障害者手帳を取得していないが、17 例は手帳を取得していた。

就労状況については、就労している被検者が 29 例（うち一般就労 10 例、パートタイム 1 例、就労継続支援 A1 例、就労継続支援 B2 例、障害者雇用 1 例、不明 1 例）、就労していない被検者が 17 例、退職後が 16 例であり、半数以上が就労という主な社会参加はしていない状況であった（図 6）。介護サービスの利用は低く、約 8 割は利用しておらず、11 例がデイサービスやデイケア、訪問リハビリを利用していた（図 7）。

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 2）。

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、Physical score は 4.54/5 であり、身体機能に関する QOL は比較的高かった。一方、Psychosocial score は相対的に低く（3.46/5）であり、「怒りっぽい・短気だった」というような性格変化や「自分の言葉の問題が家族との生活の妨げになっていると感じた」などの失語症についての内省から QOL が低下している様子が伺われた。

質問項目が重度失語症者にも回答が得られやすい LAQOL-11 においては、80.7/110 の比較的高い得点であった。特に、「家族は

親切である」、「言葉のリハビリはしたい」という項目で得点が高く、リハビリに対する意欲が感じられた。

CIQ による社会参加の程度は、家庭統合 (7.28/10)、社会統合 (5.60/12)、生産性 (1.43/7) であり、家庭内での家事参加は相対的に高いものの、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。また、CIQ は CADL によるコミュニケーション能力および FAI による日常・社会生活活動と有意な相関を認めた。つまり、コミュニケーション能力が高い、あるいは社会活動が高い人ほど社会参加が高いことが示された。

障害因子の尺度である CHIEF の結果は、特にサービス・援助で高く、「地域社会などで誰かの助けが必要なときにそれがなかなか得られなかった」と必要なときに必要なサービスが得られないと感じていることが示唆された。

これまでの約 70 名の研究参加者は運動麻痺がほとんどないか、あっても軽度であり、失語症の重症度は中～軽度であった。失語症者は言語障害のみであり、知的機能や注意・記憶機能には問題はなかった。約 3 割の失語症者が身体障害者手帳を取得しており、約半数の失語症者が一般就労を含め何らかの就労をしていた。つまり、半数以上は退職後を含め就労しておらず、介護サービスの利用もほとんどしていなかった。

これまでの失語症者の QOL は比較的高く、身体機能には問題ないが、疲労感によって休憩を要したり、やりたいことができないと感じたりしていることが明らかとなった。社会参加の程度は、家庭内の家事に携わることはあっても友人との外出や趣味、金銭管理は相対的にしておらず、仕事やボランティアはさらに行っていなかった。社会参加の障害因子としては、必要なときに必要な助けが得られないことが考えられた。

D. 結論

目標症例数は 200 例であり、現在のところ約 30% 達成している。これまでの研究参加登録者は運動麻痺がないか、あってもごく軽度なものに限定されているが、失語症の重症度は中度～軽度である。平均年齢が 60 歳を超えており、退職後の失語症者が多い。これらの失語症者では QOL は比較的高いものの、社会参加の程度は低い。

当該年度は COVID-19 の影響を受け、十分な症例エントリができなかったが、今後は共同研究施設だけでなく研究協力施設からも参加者を募集し、データ収集を進めながら、質問紙回答の集計を実施していく予定である。特に、退職前に失語症を発症した、年齢の低い、重度の失語症者の研究参加が望まれる。

また、今後、失語症者の介護者による評価結果も解析を行う。

E. 健康危惧情報

無し

F. 研究発表

論文発表・学会発表無し

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 康医療科学研究. 2014;4:59-71
6. 大畑修央, 吉野眞理子. 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.

types of aphasia. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015; 24(11): 2561-2564.

3. Simmons-Mackie N, Kagan A, Victor JC, Carling-Rowland A, Mok A, Hoch JS, Huijbregts M, Streiner DL. The assessment of living with aphasia: reliability and construct validity. Int J Speech Lang Pathol. 2014; 16(1): 82-94.
4. 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.
5. 鈴木朋子. 失語症者の生活評価尺度開発のために -ALA (Assessment for Living with Aphasia)使用の試み-. 健

表1 Demographic data

性別	男性 45・女性 18
年齢 (歳)	平均 61.0±14.14 (範囲: 23~85)
利き手	右 60・左 3
発症後経過月数 (ヶ月)	平均 30.4±40.91 (範囲: 1~232)

図1.失語症の原因疾患

■ 脳梗塞 ■ 脳出血 ■ クモ膜下出血 ■ 頭部外傷 ■ その他

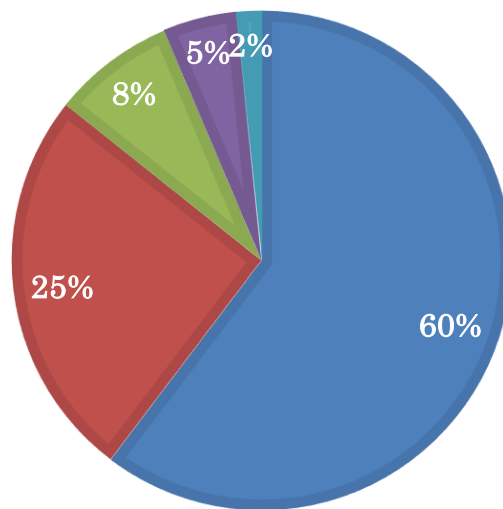


図2.失語症タイプ

- Broca失語
- Wernicke失語
- 伝導失語
- 超皮質性感覚失語
- 健忘失語
- その他

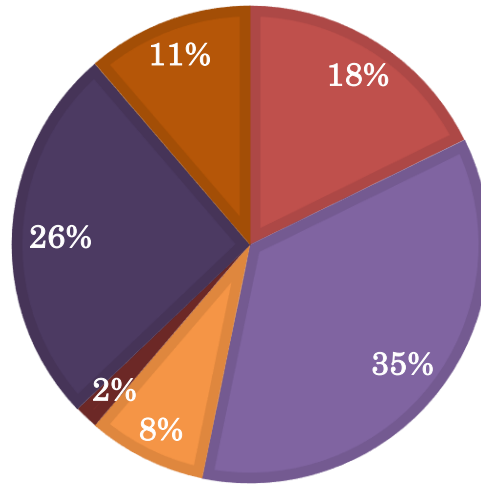


図3.失語症重症度

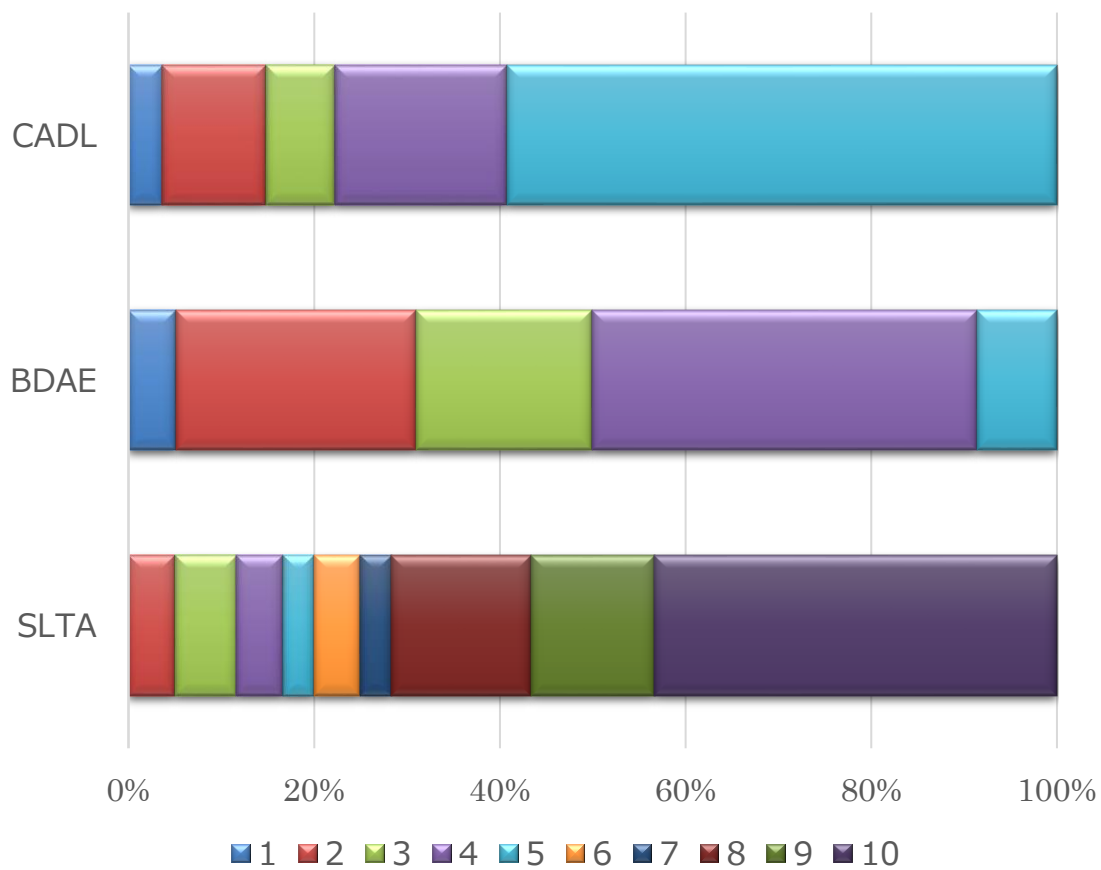


図4.運動麻痺

■なし ■独歩 ■杖歩行

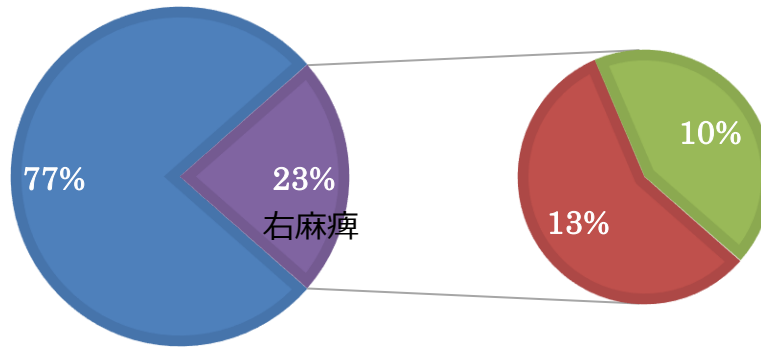


図5.上肢の運動麻痺

■実用手 ■補助手 ■廃用手

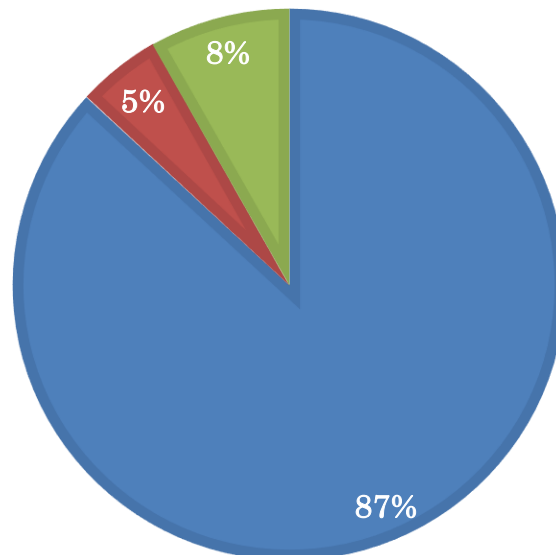


図6.就労状況

- 就労していない
- 退職後
- 一般就労
- パートタイム
- 障害者雇用
- 就労継続支援A
- 就労継続支援B
- 就労不明

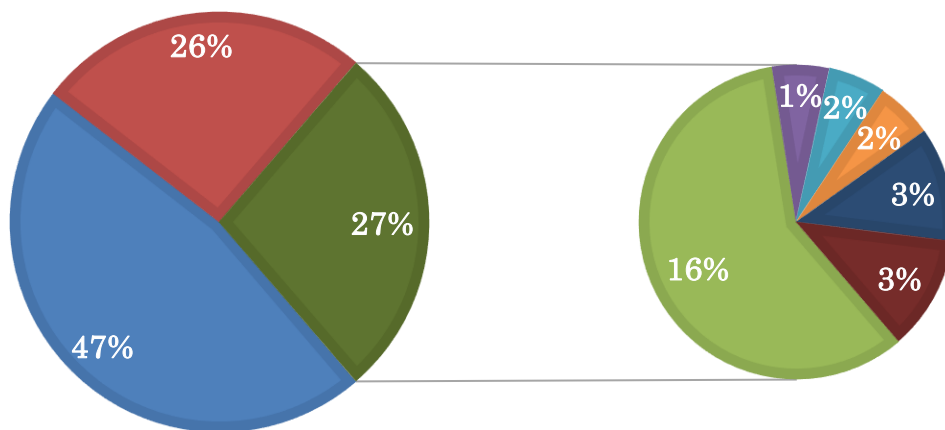


図7.介護サービス利用状況

- なし
- デイサービス
- デイケア
- 訪問言語リハ
- 短期入所
- その他

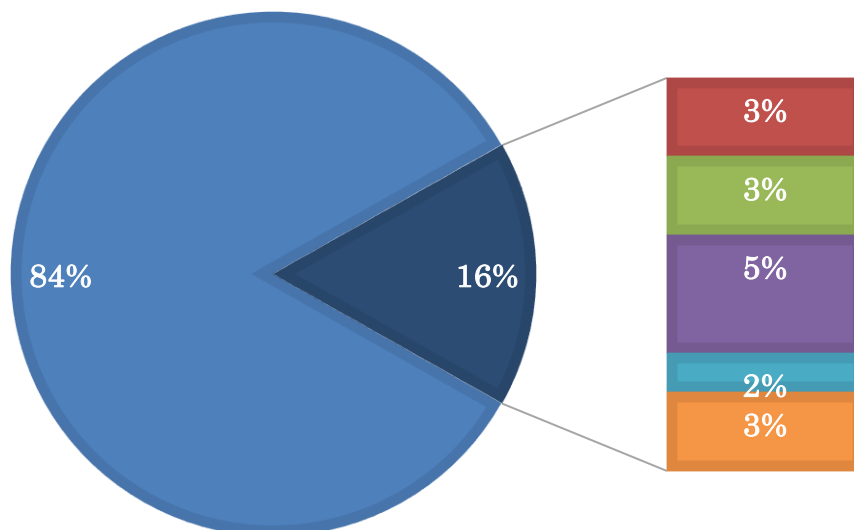


表 2. 認知機能検査結果

Raven' s Colored Progressive Matrices	28.81±7.89 /36
CAT Visual cancellation task	54.96±7.91 /57
WMS-R 図形の記憶	5.36±2.31 /10

表 3. 質問紙結果

		平均値	標準偏差
SAQOL-39	総合得点	3.95	0.57
	Physical score	4.54	0.44
	Communication score	3.55	0.97
	Psychosocial score	3.46	0.86
	Energy score	3.47	0.99
LAQOL-11		80.7	13.97
CIQ	総合スコア	14.33	4.50
	家庭統合	7.28	2.82
	社会統合	5.61	2.47
	生産性	1.43	0.58
CHIEF	総合得点	13.04	19.93
	政策・方針	2.13	1.5
	物理・建築物	2.85	4.40
	仕事・学校	1.65	4.03
	態度・支援	2.13	4.38
	サービス・援助	4.28	7.96
FAI		19.76	8.10