独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業

失語症者のリハビリテーションと社会参加に関する調査研究事業

第一次調査報告書

特定非営利法人全国失語症友の会連合会
理事長　松田 正久

＜　調査目的　＞

脳血管障害や事故の後遺症で失語症という障害をもつ人の数は全国に３０万人とも５０万人とも言われている。失語症という障害は外見では分かりにくく、社会の人々に理解されることは難しいが、人との意思疎通が困難になることからそれまでの家庭生活や社会生活が困難となる場合が多く、本人、家族とも生活上の支障が非常に大きい。失語症のリハビリテーションにあたる言語聴覚士は平成１１年に国家資格となったのを機に増加はしているがまだ失語症者すべてが充分なリハビリテーションを受けられるほどには至っていない。

また、昨今の診療報酬の改定により、脳血管障害のリハビリテーションにも日数制限が課せられ、身体障害を伴った失語症者は他のリハビリテーションと同時に訓練を終了させられることが急増し、介護保険でのリハビリテーションに移行を求められる場合が多いが、この分野では言語聴覚士の配置が更に少なく、機能的に改善途中であってもリハビリテーションが打ち切られてしまうという事態が起きている。訓練形態においても実用的コミュニケーション能力の改善に有効と言われている集団訓練が報酬の対象外となったことから集団訓練を廃止する施設が増えているという報告が多い。福祉によるリハビリテーションも介護保険制度が始まって以来、利用機会を制限されてきている。

このようにリハビリテーションの提供状況が厳しい現実に対して、全国失語症友の会連合会には会員やその他新たに失語症になった方々から多くの悲鳴に近い訴えや相談が寄せられている。

当会は設立以来失語症者の社会的不利を軽減し、患者や家族の自立と社会参加を促進するため他の関連諸団体と協力しながら活動を行ってきた。失語症をはじめとする言語障害のリハビリテーションは生涯をかけて進められるべきものであり、また、一般社会の人々が失語症を理解し、失語症者が住みやすい社会を実現するため更なる活動が必要と考えている。

医療保険制度や介護保険制度、福祉制度などが大きく変革する中、失語症者が必要充分なリハビリテーションを受けて家庭や社会に復帰し、社会参加を果たしているかどうかを早急に調査し、結果を考察して今後どのようなリハビリテーションの枠組みが必要であるのか、また、どのようにすれば社会参加が促進されるかについて検討を加え、報告をすることが急務と考えられたので、本調査を実施することとした。

＜　調査方法　＞

①事前調査として日本言語聴覚士協会および道府県言語聴覚士会にＳＴが所属している施設に関する（会員の個人情報を除外した）情報提供を依頼し、回答を得た。

調査結果を元に、失語症を主対象とする成人言語障害を扱う医療機関・介護保険施設・福祉施設・失語症等自主グループ（以下友の会）にアンケート用紙送付・記入の上ファックスにて返送を頂く方式での調査を行った。第一次締め切り後、未回答施設に再度調査のお願いをした。

②事前調査でＳＴがいるとの情報が無かった介護老人保健施設にもＳＴが雇用されている可能性があると考え、追加調査用紙を発送し、回答を得た。

③老人保健法を根拠法令として行われている保健所・保健センター等での言語障害者を対象とするサービス(「言語リハビリ教室」等)の実施状況の変化等に関する追加調査を行った。

＜　調査期間　＞

①2007 年６月～１１月
②2007 年９月
③2008 年２月

＜　調査項目　＞

①成人言語障害者を対象とする施設の種別とその割合
②言語聴覚士数・雇用形態
③患者・利用者数（2007 年 4 月から 6 月までの任意の 1 ヶ月間の実数）
　　（保健関連施設には 2008 年 1 月の状況）
④訓練形態
⑤転帰（2006 年度一年間の実数）
⑥退院・退所後の社会参加の状況
⑦友の会会員の状況とリハビリテーション実施状況等
⑧老人保健法によるリハビリテーションの実施状況等

＜　調査対象及び回収率：アンケート送付数　＞

言語聴覚士関連施設	3,394 通	有効回答数	1,285	回収率　37.9%
介護老人保健施設（上記を除く）	2,764 通	有効回答数	454	回収率　16.4%
友の会	224 通	有効回答数	95	回収率　42.6%
老人保健法関連施設(保健所･保健センター)	2,093 通	有効回答	715 施設	回収率　34.2%

＜　結　果　＞

Ⅰ．成人言語障害者を対象とする施設調査

① 回答のあった成人言語障害を扱う施設の種別とその実数は図 1 の通り。
医療機関が最も多く 894 施設に対し、介護保険施設は約半数の 450 施設で、福祉施設は僅か 51 施設であった。
　介護保険制度の開始と共に同制度でのサービスは増加傾向にはあるが、当会には病院で訓練終了と言われたが、住んでいる地域の介護保険サービスには言語障害者を対象とするものが無いという相談が多く寄せられている。
介護保険施設の職員やケアマネージャー・ヘルパーなどの職種から言語障害についての講習を行ってほしいとの要望が各地に寄せられていることなどからも、言語障害者を対象とする介護保険でのサービスは質・量ともに不十分であると推測される。

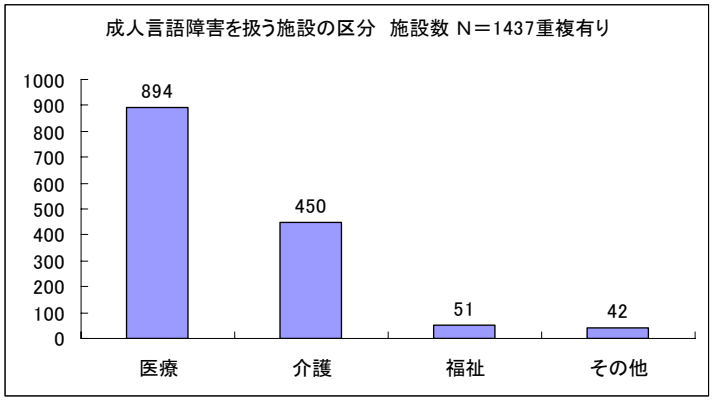

図１　成人言語障害を扱う施設区分

　障害者福祉制度や老人保健法を根拠法として行われていたサービスも介護保険開始以来全体として減少しており、僅かに行われていた言語障害者へのサービスもその影響を受けている。

② 言語聴覚士数
　回答者の勤務形態は総数 3、062 名中、常勤者 2,702 名、非常勤者 360 名であり、約 90%が常勤者であった。
　当会調査では失語症者を対象とする言語聴覚士は 1994 年に 1,551 名、2000 年には 2,427 名であった。表 1 の通り、言語聴覚士が国家資格として認定されてから有資格者数は年間約 1000 名ずつ増加しており、2007 年 4 月現在言語聴覚士有資格者数は約 12,000 名となっている。

言語聴覚士国家試験		
年	受験者	合格者
1999	4, 556	4, 003
2000	1, 565	664
2001	1, 908	936
2002	2, 113	1, 137
2003	2, 447	1, 027
2004	1, 658	1, 130
2005	1, 812	1, 012
2006	2, 226	1, 389
2007	2, 323	1, 266
合計	20, 608	12, 564

表１　言語聴覚士有資格者数

③　都道府県別言語聴覚士数
　2007 年 6 月現在の日本言語聴覚士協会会員 6,729 名のうち成人言語障害を対象とする ST 数を県別に算出し、有資格者数との比率から推定ＳＴ数を算出した。（※協会会員データは個人情報を除外して提供された。）

※成人推計 ST 数は協会会員数に対する全有資格者数の比率 1.87 をかけて試算した。

表２　都道府県別言語聴覚士数

	県名	人口万人	成人推計 ST 数	推計 ST/人口 100 万	推計 ST 順位	推計 ST/100 万順
01	北海道	563	520	92.38	2	13
02	青森県	144	79	54.67	38	42
03	岩手県	139	67	48.61	41	45
04	宮城県	236	118	49.92	32	44
05	秋田県	115	58	50.61	43	43
06	山形県	122	101	83.03	35	18
07	福島県	209	144	68.85	23	23
08	茨城県	298	219	73.54	12	20
09	栃木県	202	153	76.04	18	19
10	群馬県	202	133	65.60	25	26
11	埼玉県	705	426	60.44	5	34
12	千葉県	606	348	57.43	8	37
13	東京都	1,257	806	64.11	1	28
14	神奈川県	879	387	44.03	6	46
15	新潟県	243	150	61.53	19	30
16	富山県	111	103	92.52	33	12
17	石川県	117	129	109.91	28	8
18	福井県	82	157	191.19	17	1
19	山梨県	88	140	158.56	24	3
20	長野県	220	191	86.86	15	16
21	岐阜県	211	129	61.23	28	31
22	静岡県	379	230	60.65	11	33
23	愛知県	725	430	59.29	4	35
24	三重県	187	123	66.10	31	25
25	滋賀県	138	50	36.58	46	47
26	京都府	265	150	56.51	19	38
27	大阪府	882	494	55.99	3	39
28	兵庫県	559	340	60.88	9	32
29	奈良県	142	133	93.41	25	11
30	和歌山県	104	58	55.95	43	40
31	鳥取県	61	62	101.67	42	9
32	島根県	74	43	57.95	47	36
33	岡山県	196	176	89.82	16	14
34	広島県	288	209	72.80	14	21
35	山口県	149	127	85.20	30	17
36	徳島県	81	79	96.97	38	10
37	香川県	101	56	55.42	45	41
38	愛媛県	147	131	89.18	27	15
39	高知県	80	146	183.19	22	2
40	福岡県	505	367	72.59	7	22
41	佐賀県	87	103	118.71	33	6
42	長崎県	148	92	61.97	36	29
43	熊本県	184	213	115.72	13	7
44	大分県	121	150	123.68	19	5
45	宮崎県	115	75	64.87	40	27
46	鹿児島県	175	267	152.53	10	4
47	沖縄県	136	92	67.33	36	24

成人を対象とするＳＴ数絶対数の増加に伴い、人口比の割合は増えていたが、地域間のばらつきが大きかった。

2000 年当会調査と比較すると、人口 100 万人あたりのＳＴ数推計値が最も多かったのは福井県：191.19 人で、前回調査（高知県：45.68 人）の約２倍であった。最も少なかった滋賀県では 36.58 人で、前回調査（滋賀県 3.73 人）の約 10 倍であった。

人口比により最も多かった福井県と少なかった滋賀県の差は 5.2 倍となっていた。

全体のＳＴ数は増加しているが、最多でも人口 100 万人当たり、200 名弱（人口１万人あたり 1.9 名）しかＳＴがいない状態では、失語症者で 30 万人～40 万人、構音障害者で 100 万人ほどいると言われている成人対象のリハビリテーションを担うには余りにも少なく、今後更なる人材育成を行い、言語障害者への充分なサービス提供を日本全国どの地域でも格差無く充足させて頂くことが言語障害者全ての願いである。

表３．（成人対象）ＳＴ数の多い上位１０都道府県

順位	都道府県名	成人推計 ST 数
1	東京都	806
2	北海道	520
3	大阪府	494
4	愛知県	430
5	埼玉県	426
6	神奈川県	387
7	福岡県	367
8	千葉県	348
9	兵庫県	340
10	鹿児島県	267

表４．（成人対象）ＳＴ数少ない上位１０県

順位	県名	成人推計 ST 数
47	島根県	43
46	滋賀県	50
45	香川県	56
43	秋田県	58
43	和歌山県	58
42	鳥取県	62
41	岩手県	67
40	宮崎県	75
38	青森県	79
38	徳島県	79

表５．人口 100 万人当たりＳＴ数多い上位１０県

順位	県名	推計 ST/人口 100 万
1	福井県	191.19
2	高知県	183.19
3	山梨県	158.56
4	鹿児島県	152.53
5	大分県	123.68
6	佐賀県	118.71
7	熊本県	115.72
8	石川県	109.91
9	鳥取県	101.67
10	徳島県	96.97

表６．人口 100 万人当たりＳＴ数少ない上位１０府県

順位	県名	推計 ST/人口 100 万
47	滋賀県	36.58
46	神奈川県	44.03
45	岩手県	48.61
44	宮城県	49.92
43	秋田県	50.61
42	青森県	54.67
41	香川県	55.42
40	和歌山県	55.95
39	大阪府	55.99
38	京都府	56.51

④　対象とする障害

言語聴覚士が対象としている障害についての質問には、失語症 1,267 名、構音障害 1,263 名、摂食・嚥下障害 1,209 名、高次脳機能障害 1,115 名（重複有り）とほぼ同数の回答が有った。回答総数 1,284 施設の殆どで失語症者へのリハビリテーションが行われていることが分かった。

⑤　患者・利用者の数（重複有り）

2007 年 4 月から 6 月までの任意の１ヶ月の患者・利用者数についての質問では、失語症者数は 17,819 名、構音障害者数は 19,674 名であった。回収率が 20%程度だったことから推計すると、失語症者でリハビリテーションを受けている方は約９万人、構音障害でリハビリを受けている方は１０万人程度と予想された。

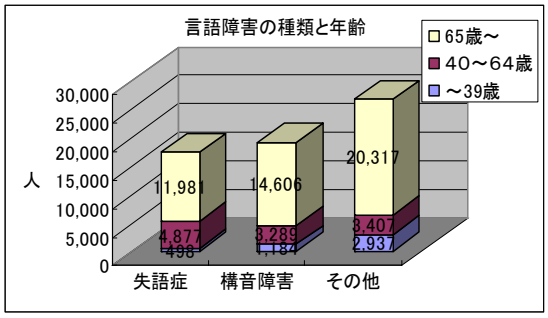

図２．　言語障害の種類と年齢

各障害者の年齢は図２の通り、どの障害においても 65 歳以上の割合が高いが、40 歳未満の介護保険非対象者の割合も失語症者 498 名（2.8%）、構音障害者 1,184 名（6.0%）その他の障害 2,937 名（10.7%）総計 4,619 名（7.1%）もあり、これらの方々は医療機関でリハビリテーションを受けた後、障害による日常生活上の困難さやコミュニケーション上の問題が残存していても介護保険でのリハビリテーションが受けられない。また、保健・福祉制度による言語障害者へのリハビリテーションもその数が非常に少ないので充分なリハビリテーションが提供されてないおそれがある。

上記と同様に推計値を出すと全国の失語症者で約 2500 人、構音障害者で約 6000 人の方が年齢だけの問題で介護保険を利用出来ていない可能性がある。

入院・入所でリハビリテーションを受けている方は４0,023 名、外来・通所でリハビリテーションを受けている者は 17,811 名、訪問では 1,606 名であった。

入院者数に比べ、外来・通所や訪問でリハビリテーションを受けられている方は半数以下になっている。

退院された方のうち過半数の外来リハを受けていない方々が機能的改善が見込まれず打ち切りとされているのか、あるいは日常生活上困難の無い状態になってリハビリテーションを受けていないのかについての詳細は今後調査する必要がある。

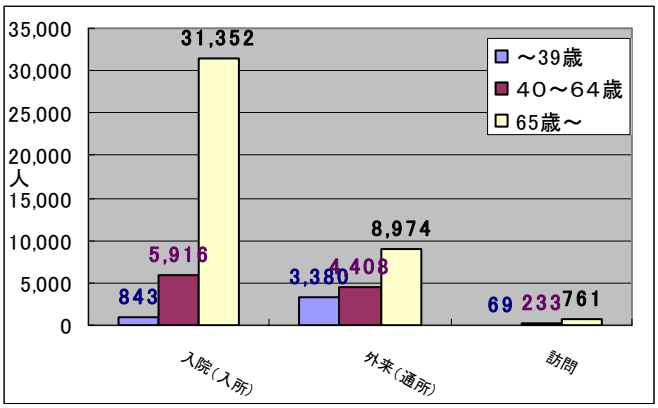

図３．リハビリテーションのサービス形態と年齢

年代別で見ると 40 歳未満において入院・入所時に比べ、外来リハビリテーション利用者の割合が高くなっている。これらの方々は介護保険や障害者施策で受けられないサービスを医療機関の外来で受けている可能性がある。

制度化された言語障害者を対象とする訪問リハの利用者も 2001 年に行われた友の会対象の当会調査（友の会 53 団体、回答者 1270 名中、介護保険での言語サービス利用総数 106 名、訪問サービス利用３名）と比較すると飛躍的に増えてはいるが、全体としての数はまだ少く、当会にも「ＳＴ訪問を受けたいが近隣にサービスを行っている施設がない」という相談が多数寄せられている。

⑥　訓練形態について

現在、言語聴覚療法は医療保険においても介護保険においても個別訓練のみが報酬の対象となっており、それ以前に多くの施設で行われていた集団訓練の数は減少している。しかし、全体の 26.9%の施設で集団言語訓練が依然として実施されており、2.1%の施設では集団言語訓練のみが行われていた。

要因として、言語障害者・失語症者自身の集団訓練に対するニーズが高いこと、言語聴覚士が集団言語訓練を効果のある訓練と認識し、報酬に反映されないが訓練を実施していること、
などが考えられた。

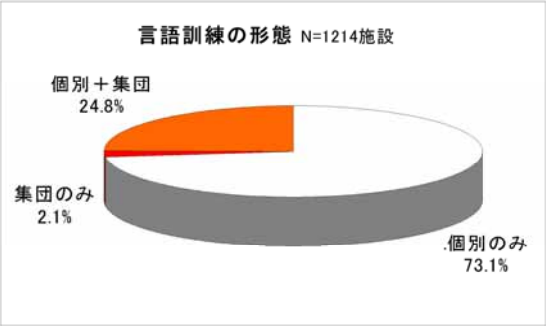

図４．言語訓練の形態

⑦　転帰

昨年度一年間に退院・退所した患者・利用者のＳＴ訓練の継続状況については、訓練継続が 13,665 名（29.4%）、訓練終了は 30,479 人（65.6%）、不明が 2,338 人（5.0%）であった。

医療であっても介護保険であっても、退院・退所後は７割に近い方がＳＴ訓練終了となっていた。

昨今の制度改定以前には失語症者へのリハビリ

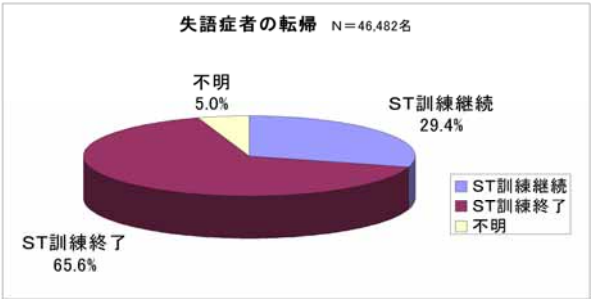

図５．失語症者の転帰

テーションは退院後も外来等にて比較的長期にわたって行われており、今回のこのような結果は外来（日数）制限の影響を受けていることが原因となっていることも考えられた。当会にも病気になってまだ日が浅く、戸惑うことばかりなのに訓練は終了と言われたがどこに行けば訓練が受けられるのかという相談・質問が寄せられている。

訓練が継続されたという回答 13,665 名の内訳は、他施設への入院・入所によるもの 8,232 名 62.5%、外来継続 3,276 名 24.0%、介護保険または福祉施設での通所による訓練継続 1.410 名 10.3%、訪問ＳＴ利用 249 名 1.8%と他施設への紹介が半数以上を占めていた。

外来、訪問、通所など在宅復帰者への訓練を受けている方は、退院・退所後も訓練を継続されている方の４割以下であり、

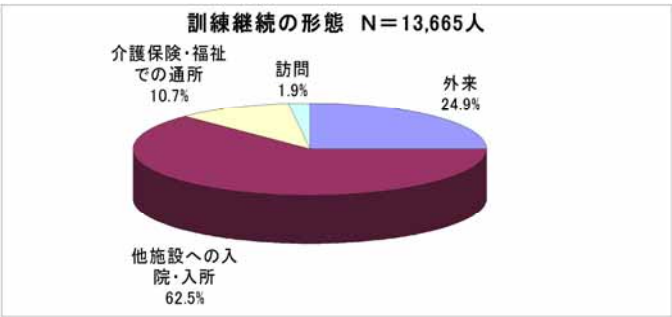

図６．訓練継続の形態

昨年一年間の退院・退所者全体から見ると１割程度であった。在宅復帰をしてリハビリテーションを受けている方の割合が低くとどまった要因として、外来でのリハビリテーションに日数制限が設けられたこと、通所、訪問などのサービス提供施設はまだ充足されていない現状などが考えられる。すなわち、リハビリテーションの継続を目的として他施設へ入院・入所するという方は多く存在しているのではないかと推測される。

実際、退院・退所に当たって患者・利用者・家族としてはリハビリテーションが受けられなくなるのではないかという不安が大きく、当会にも病気になってまだ日が浅く、戸惑うことばかりなのに訓練は終了といわれたが、どこに行けば訓練が受けられるのかという相談・質問が寄せられている。在宅生活での困難を乗り越えることを目的としたリハビリテーションサービスがどの地域でも受けられれば安心して家庭復帰できる場合が多いのではないだろうか。

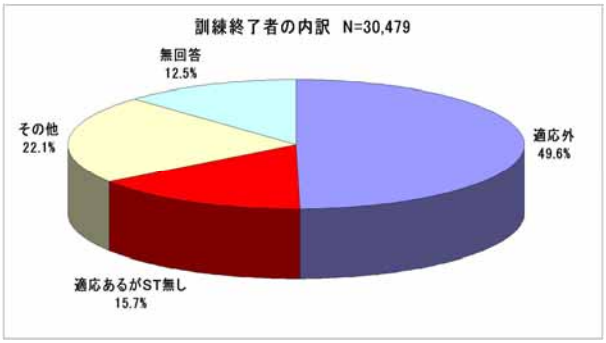

図７　訓練終了者の内訳

訓練終了者は転帰の約７割を占めていたが、その中に「訓練の適応はあるが、ＳＴのいる施設に繋げられなかった」という回答が 4,798 名、15.7%もあった。

原因として、ＳＴの絶対数の不足や雇用施設の少なさなどが考えられる。リハビリテーションによって改善が見込まれるのに訓練が提供されないという状況は患者及び家族にとって非常に大きな不利益であり、早急に改善して頂きたい課題である。

また、訓練終了の理由で最も多かったのは「適応外（56.8%）」による終了であったが、これが言語機能の回復により訓練継続の必要なしと施設・ＳＴが判断したものなのか、全身状態の悪化や死亡等によるものなのかは不明である。これは、「その他」についても同様で今後追加調査を行う必要がある。なお、「転帰不明」の中で 219 施設は「全身状態の悪化や死亡者等」という記述が見られた。

更に、当会への相談には「“もう良くなったから訓練の必要はない”と言われて訓練を打ち切られたが、日常生活では困ることがとても多く、納得できない。」という訴えも多く、障害者本人や家族の同意と納得に基づいて訓練継続や終了が決定されているのか、という点も二次調査で明らかにしなくてはならない。

また、退院・退所時、次のサービスの紹介を「よくする」と回答した施設は 25.6%にとどまり、「していない」と「たまにする」を合わせると 51.8%となった。

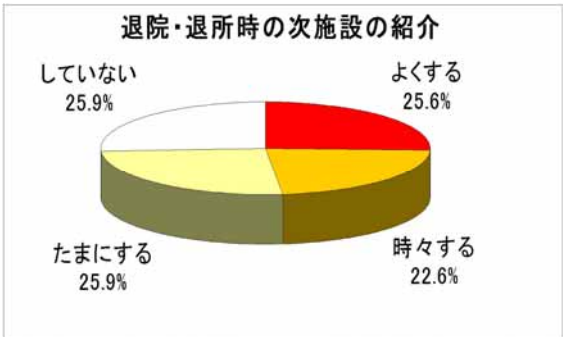

図８　退院・退所時の次施設の紹介

施設全体や担当者に、継続したリハビリテーショ

ンを提供しなければならないという意識が低いのではないかということが疑われた。
　現制度では、患者・利用者の入院・入所期間を厳しく制限するという方向性は求められているが、同じ患者・障害者が継続してリハビリテーションを受けられるように配慮するという方向性に重点は置かれていない。制度上のこのような誘導も影響していると思われる。
　この設問への回答は 815 施設で、無回答が 480 施設と非常に多いことも特徴的であった。

⑧　社会参加
　社会参加についての設問には回答数 18,309 名に対して、社会参加がありとの回答は 4,830 名(26.4%)にとどまった。社会参加無しとの回答は 6,065 名(33.1%)、不明が 466 名（2.5%）、無回答が 6,948 名（37.9%）であった。
　社会参加が達成されたかどうかについて、不明あるいは無回答を併せた回答が 40.5%と半数近くもあることは、上記次の施設紹介が少なかったことと同様、施設全体も、セラピスト個人もリハビリテーションの最終目標として社会参加に向けた支援を行うという意識が低いのではないかということが懸念された。

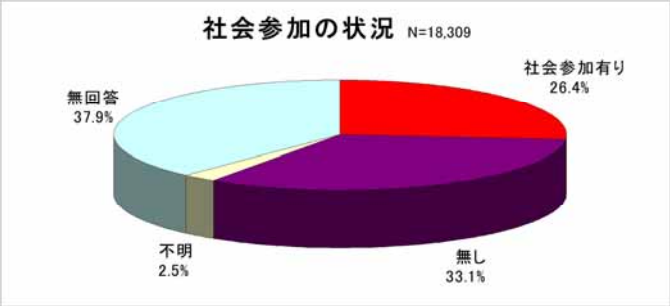

図９　社会参加の状況

「社会参加無し」という回答が示す実態は、障害が重度で社会参加が困難なためなのか、言語障害者への社会資源が乏しいのか、社会参加へのアプローチ自体がなされていないのかは不明であり、これも今後調査しなければならない課題である。

　社会参加の先はデイサービスが 2,707 名（56%）と最も多かった。
　介護保険のサービスは専門職の援助のある環境であり、送迎もあることなどから、障害をおって最初に地域生活に復帰する第一歩となっているのではないかと考えられた。しかしながら現状では、デイサービスへのＳＴ配置は介護老人保健施設や通所リハビリなどの他の介護保険施設に比べさらに不十分であると推測される。介護や援助を必要とする言語障害者にとっては、デイサービスは閉じこもりを防止し、家族以外の第三者とのコミュニケーションや交流の機会が得られる有効な社会参加の場と成り得るはずであるが、ＳＴの援助が無いために職員や利用者間でのコミュニケーションや人間関係を成立させることが難しく、「一般のデイサービスを利用していたが、誰ともコミュニケーションが上手くいかず孤立してしまうので行くのをやめた」という声を聞くことは多い。調査結果が示すように地域の施設として利用頻度の高い社会参加の場となっているデイサービスを、言語障害者にとって有用な場とするためにはＳＴの配置が求められる。

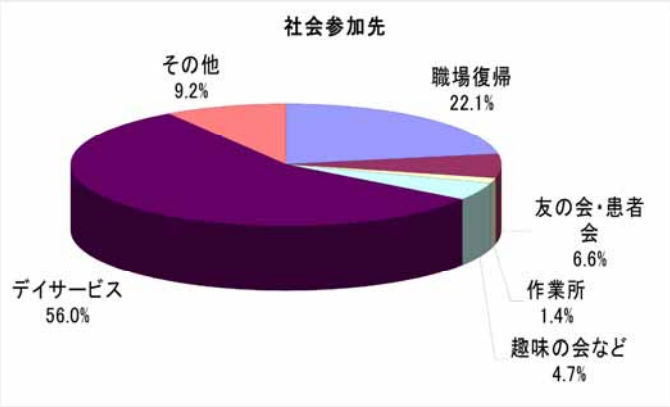

図１０　社会参加先

　また、言語障害者を含め、障害者全般には「介護を受ける」という受動的立場ではなく、より自立的活動を目指すことが可能な方もいると考えられる。職場復帰を果たしている方も 22.1%あり、障害の重さにもよるが、リハビリテーションによってこれらの方々が就労に至っていることは大きな成果と可能性を示していると言えるのではないだろうか。
　職場復帰に向けたリハビリテーションは全ての施設で行われているわけではなく、就業可能である比較的若年者に対するリハビリテーションを充実させていくことでこの割合は更に増加することも考えられる。失語症者の職場復帰には身体機能の問題のほかに、職場でのコミュニケーションが困難、電話などの情報手段を使いこなすのが難しい、職場の人間が失語症を知らず、どのように受け入れられるか分からないなどの問題もあり、軽度の障害であっても復帰が困難である場合が多い。そのリハビリテーションと職場との調整にはＳＴの果たす役割が大きい。
　その他の参加の場は友の会・患者会、趣味の会、となっていた。「同じ障害の方と会いたい、失

語症を理解しあえる人と過ごす場がほしいので友の会を紹介してほしい」という相談が当会に多く寄せられている。言語障害のように目に見えない障害は社会一般からは理解されにくく、閉じこもりの原因にもなりやすいが、同病者に出会うことで互いに励ましあい、再び人間関係の活性化がなされる場合が多い。聴覚障害者にとって手話通訳があるように、失語症にも会話やコミュニケーションの補助をする役割のできる人材を配置しなければ公平なサービス提供とはならない。

社会参加への紹介をどの程度行っているかという質問にも次施設の紹介への設問と同様回答数が少なかった。「していない」と「たまにする」を合わせると 65%となり、リハビリテーションの継続性への意識の低さに加えて、社会参加へ向けた指導・援助は更に乏しい、あるいは困難であるという現状を示していた。

要因として、言語障害のある方が参加できる場が少ない、障害が重症で社会参加に至らないということも考えられた。

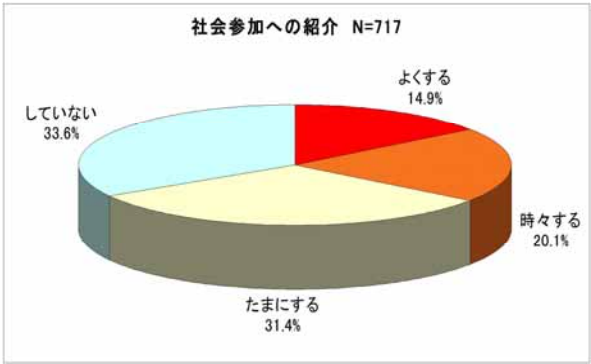

図１１　社会参加への紹介

患者会や自主グループへの参加援助を行っている施設も 998 施設中 315(31.9%)と少なかった。

Ⅱ　介護老人保健施設を対象とする追加調査

言語聴覚士関連施設への調査に対する回収率が低く、また、事前調査で拾い上げられていない施設にも言語聴覚士が雇用されている可能性が考えられたので、未回答施設に再度依頼状を送付すると共に、事前調査で言語聴覚士がいるとの情報の無かった施設にも言語聴覚士が雇用されているかどうかを含め、追加調査を行う必要性が生じた。

介護保険施設・デイサービス実施施設、訪問看護ステーションなど様々な施設が考えられたが、これらの総数は非常に多く、全てを網羅することが困難と考えられたので、比較的サービスの行われている可能性の高いと考えられた介護老人保健施設のみ、追加調査を行った。

①　言語聴覚士雇用について

事前調査ではＳＴ雇用が確認されなかった介護老人保健施設への調査 454 施設中 143 施（31.5%）に言語聴覚士が配置されていた。また、現在はいないという回答の 311 施設のうち、将来の言語聴覚士雇用予定との回答が 19 施設、検討中との回答が 75 施設あり、介護老人保健施設での言語リハビリサービス提供へのニーズの高さが窺えた。

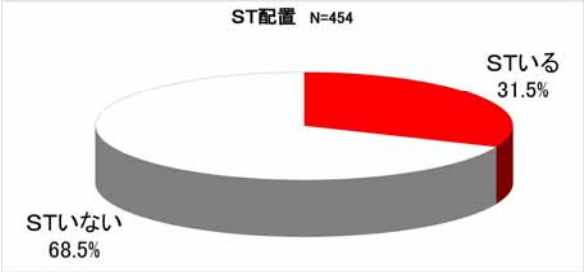

図１２　ＳＴ配置

②言語聴覚士がいないと回答した施設にも言語障害者は 2,511 名（失語症 1,233 名、構音障害 1,270 名、その他 351 名）がいるとの回答があり、多くの言語障害者がリハビリテーションを受けられていない実態があった。

③言語聴覚士について

言語聴覚士の勤務形態は常勤 100 名、非常勤 55 名で全体調査とは異なり、非常勤の割合が高かった。

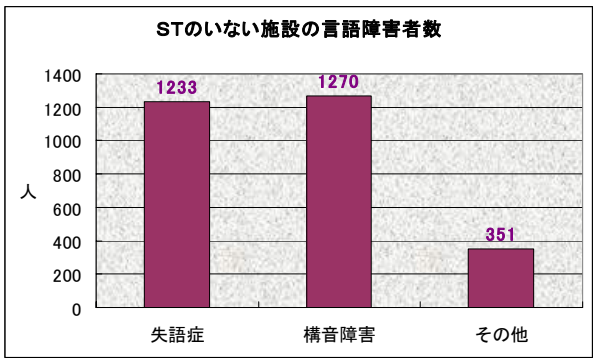

図１３　ＳＴのいない施設の言語障害者数

対象とする障害は失語症、構音障害等に関してはほぼ全ての施設でリハビリテーションが行われており、成人言語障害者を対象とする施設調査と同様であった。

④　利用者について

言語障害者の内訳はＳＴのいる施設での患者・利用者数は失語症者 1,022 名、構音障害 1,093 名、その他 1,883 名となっていた。

成人言語障害者を対象とする施設調査と比較すると、失語症者の割合が構音障害などの障害に比べて高かった。

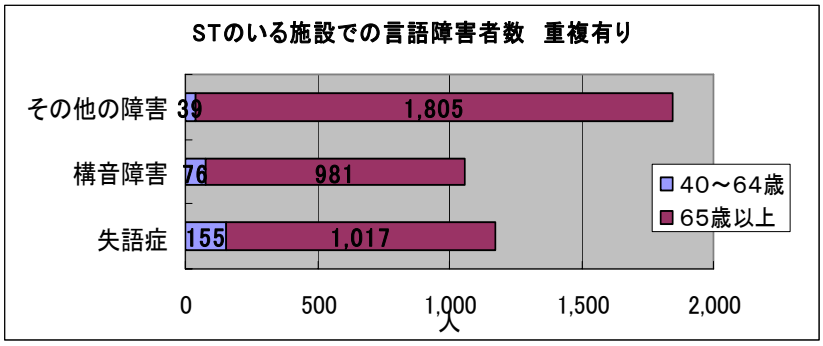

図１４　ＳＴのいる施設の言語障害者数

年齢の内訳を見ると 40 歳から 64 歳の二号被保険者は失語症者で 155 名（15.2%）、構音障害者 76 名（7.0%）となっており、失語症者では比較的若年者でも介護保険によるリハビリテーションを受けている割合が高かった。

これらの世代の失語症者は職場復帰を目指す方もあり、訓練へのニーズは非常に高いが、ＳＴの雇用数が少ないこと、介護保険施設での一日のプログラムが高齢者向きであることなどから利用できない・利用しにくいという意見が当会に多く寄せられている。また、これより若年の介護保険非対象者にも潜在的に多くのリハビリテーション適応者がいるものと推測される。

介護保険サービスで、入所者は 2,701 名、通所の数は、1,487 名であった。24 名と少数ではあるが介護保険においても訪問言語聴覚療法を利用している者もあった。

⑤　訓練形態

言語訓練の形態は、先の全体調査より更に集団訓練を行っている割合が 41.5%と高かった。(全体 26.9%)

個別訓練のみを行っている施設が 83（58.5%）集団訓練のみが 1 施設（0.7%）個別訓練と集団訓練の両方を行っている施設が 58 施設（40.8%）であった。医療機関で中心的に行われる言語機能訓練に加えて実用的コミュニケーション能力を回復させるため、複数人数での会話訓練などが行われていることが推測された。

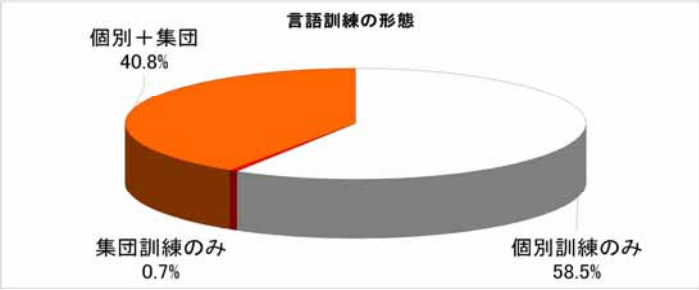

図１５　言語訓練の形態

⑥　転帰

昨年一年間に退所した失語症者の内、ＳＴ訓練が終了となった方は 267 名(31.8%)、訓練継続 180 名(21.4%)、不明の方が 393 名(46.8%)あった。

訓練が継続された方の内訳は、外来訓練 7 名、他施設への入院入所 33 名、介護・福祉での通所 32 名、訪問 5 名となっていた。

訓練終了者のうち言語リハビリの適応がありながら終了となった利用者が 92 名(終了者の内 34.5%)もあった。

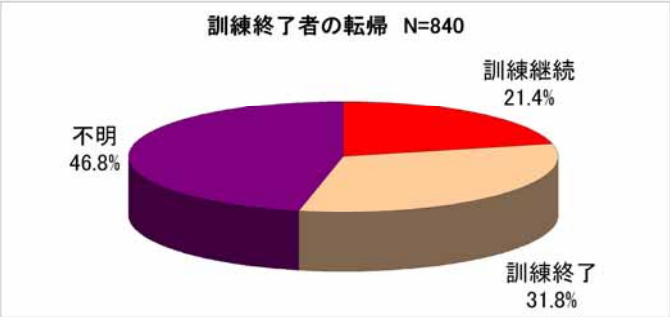

図１６　訓練終了者の転帰

また、介護老人保健施設においても転帰不明者が 393 名（46.8%）もあり、医療機関よりさらに在宅支援が行われるべき施設でも退所後のフォローがなされていない実態があった。

⑦　社会参加

昨年一年間に終了となった失語症者のうち社会参加ありと言う回答は 67 名（31.9%）で、全

体調査（26.4%）と比較するとやや割合が高かった。

社会参加無しは 73 名（34.8%）、不明が 70 名（33.3%）となっていた。

参加先で多かったのはデイサービス（65.7%）であった。友の会という回答も 6.0%あった。

参加状況に関して「不明」が３割以上あることには問題が感じられた。「地域社会への復帰・自立生活支援」を目的とする介護保険施設に於いては訓練終了時には何らかの社会参加への指導・援助が必要ではないだろうか。

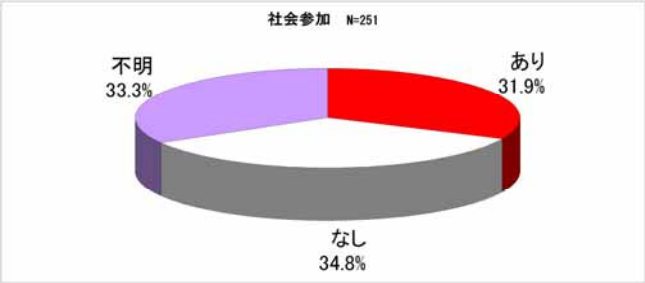

図１７　社会参加

利用者への次に繋がるサービス紹介は「よくする」という回答は 9 施設（9.2%）社会参加の場への紹介を「よくする」という回答も 6 施設（9.6%）と非常に少なかった。

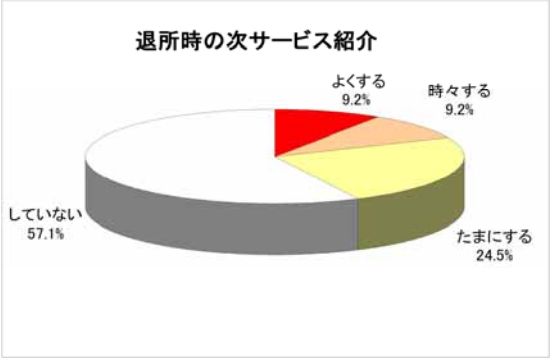

図１８　退所時の次サービス紹介

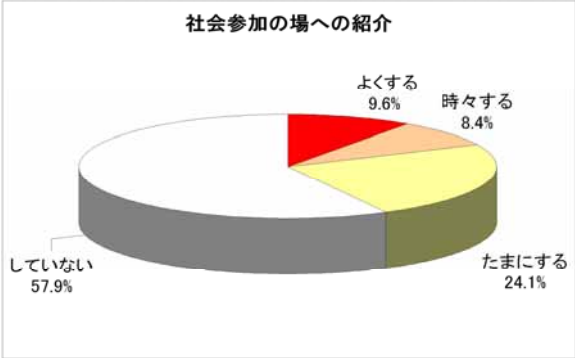

図１９　社会参加の場への紹介

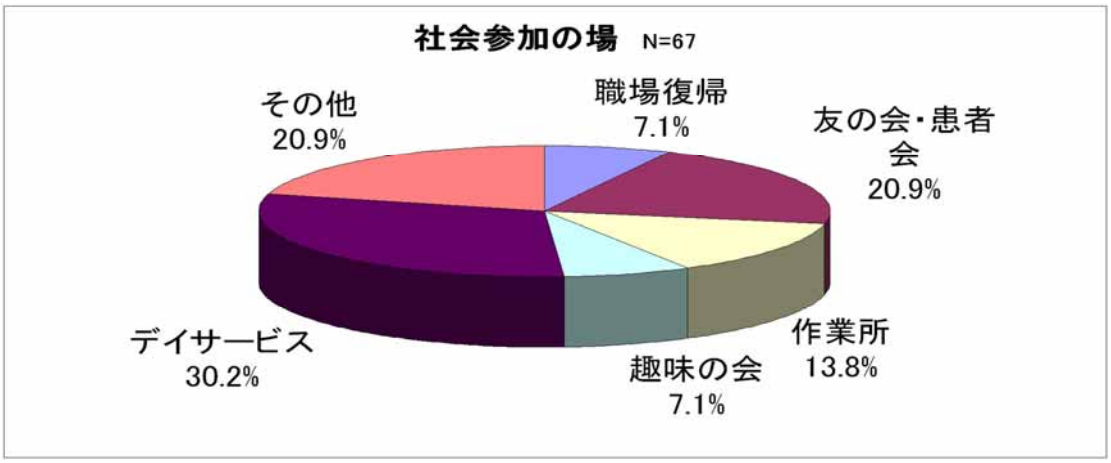

図２０　社会参加の場

Ⅲ　老人保健法に基づく保健所・保健センター等での言語障害者へのサービスに関する追加調査

介護保険開始以前には老人保健法を根拠法令とし、保健所・保健センター等で「言語リハビリ教室」というような形態での言語障害者へのサービスが行われていたが、介護保険サービスの拡大とともに廃止となったという情報が多く寄せられていたので、追加調査を行うこととした。

※　今回の調査では送付対象を保健所・保健センターのみとしたので障害者福祉センター等で行われている事業については含まれない

①「言語リハビリ教室」等の実施状況

サービスの実施状況についての設問では、現在も今後も行う予定が無いという施設が 591 施設（82.7%）と圧倒的に多く、保健分野では言語障害者へのサービス実施は非常に少なかった。

更に、現在実施している施設も今後廃止予定の施設が 18 施設、以前実施していたが現在は廃止している施設が 58 施設もあることなどから、今後この分野でのサービスは行われなくなる可能性が高いことが推測された。

廃止した施設の理由には「介護保険制度創設のため」「(介護保険施設に)対象者が移行し減少したため」など介護保険制度化開始に伴う影響を示す回答が多かった。事業の廃止を避け、自主グループに移行したという回答も一部にみられた。

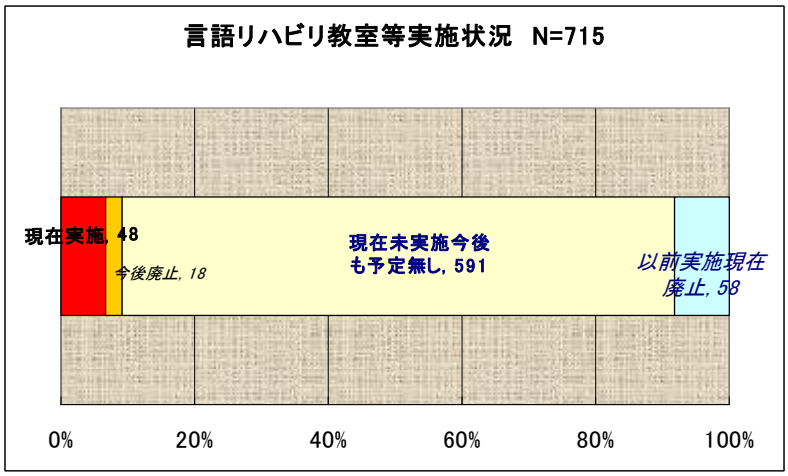

図２１　老健法での言語リハビリ教室実施状況

②担当者の職種

運営にあたるスタッフは保健師が最も多かったが、ボランティアの割合も同程度にあったことが特徴的であった。

地域保健行政は市民に様々な疾病や障害に関する啓発を行うこと、市民と共に健康を保持すること・障害者を持った方を支えることを目標とする事業を伝統的に行っており、今回の結果には、それが表れていたものと考えられた。

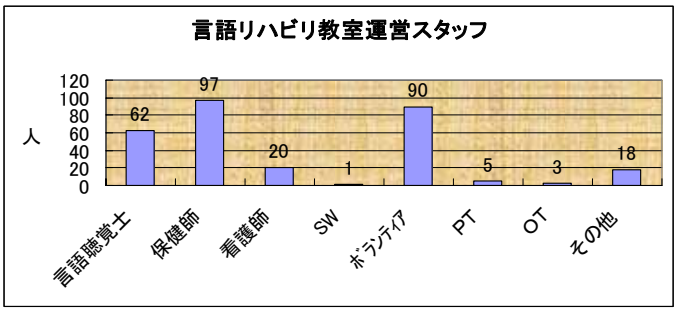

図. 22 言語リハビリ教室運営スタッフ

③　参加者について

参加者は全体 532 名中、259 名が失語症であり 65 歳以上の高齢男性が多かった。

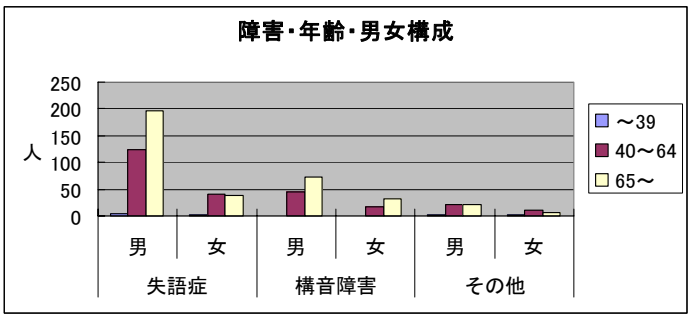

図. 23 障害・年齢・男女構成

Ⅳ　失語症友の会

①　運営スタッフ

失語症友の会運営に携わっている職種は、障害者自身とその家族が圧倒的に多く、1,446 名（64.8%）であり、障害者自らが主体的に運営し、これをボランティア等(失語症会話パートナー含む)や、言語聴覚士らが援助していた。

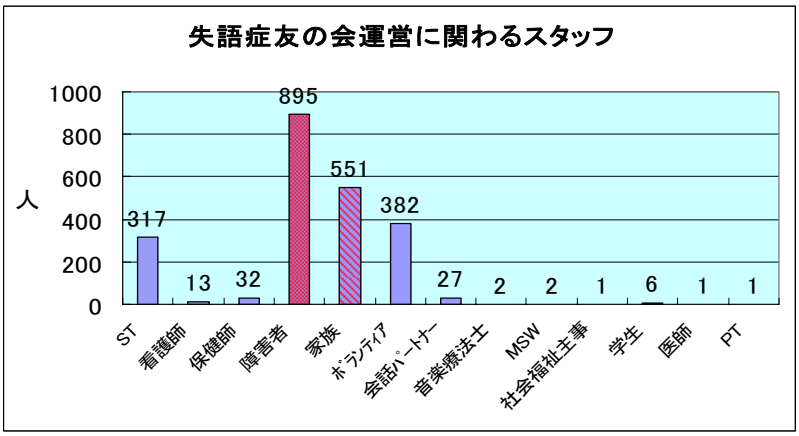

図. ２４　失語症友の会に関わる運営スタッフ

② 会員の内訳

失語症者が最も多く 1,732 名(81.2%)、構音障害者が 183 名、その他 87 名となっており、主たる障害は失語症であった。

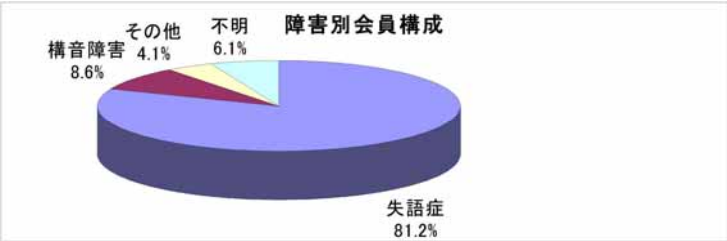

図. ２５　障害別会員構成

男女比では男性の割合が高く、約３：１となっていた。

年齢は失語症者の男性については 65 歳以上の高齢者が比較的多かったが、女性では 65 歳以上と 40～64 歳の割合がほぼ同数であった。

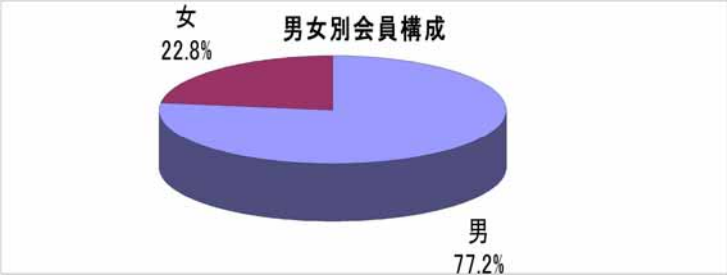

図. ２６　男女別会員構成

各地の友の会からは「会員の高齢化が進んでいて会の継続が困難である。」「(医療保険制度などが変わってから) 新しい会員が入ってこない」などの意見が寄せられている。先の結果からも分かるように、失語症友の会に紹介する施設が少ないことも影響しているものと思われる。

また、40 歳未満(介護保険非対象者)も全失語症者のうち 3.9%の割合で存在していた。40 歳未満の会員の、全体の中での割合は 4.5%であった。

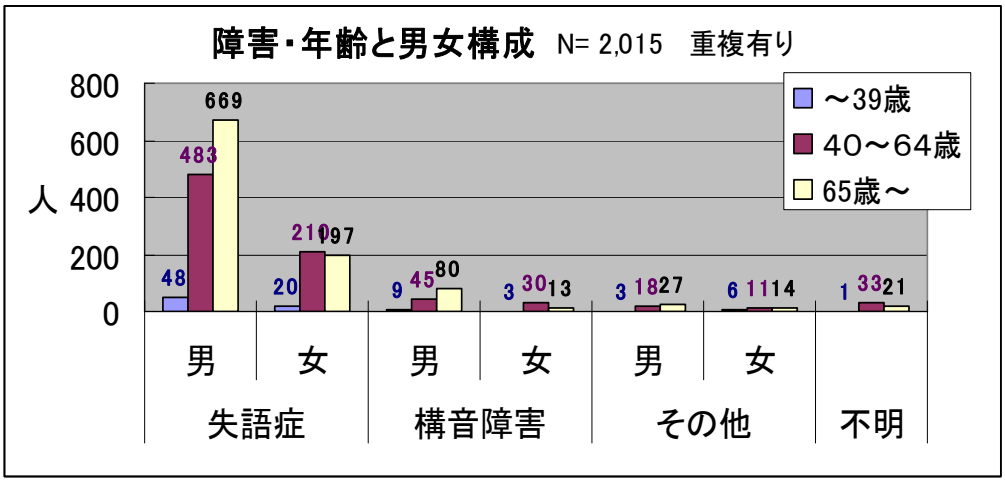

図. ２７　障害・年齢と男女構成

③ 失語症訓練について

友の会会員で失語症についての訓練を受けている方は 687 名（29.6%）と約 1/3 程度存在した。

友の会会員は自立度が高く、「もっと良くなりたい」という意欲も障害者本人、家族とも高い場合が多い。自らの努力で自分に適した訓練実施施設を探し出している可能性もある。

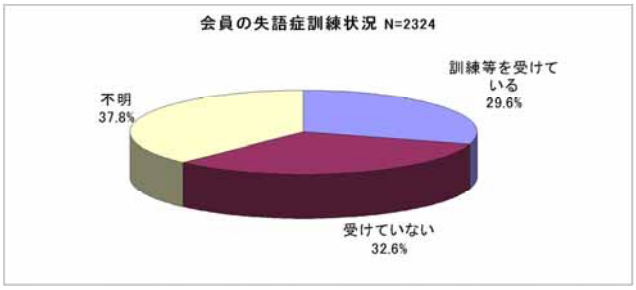

図. ２８　会員の失語症訓練状況

言語障害者を対象とする施設のサービスが受けられないまま、友の会会員となっている場合でも、会員・家族同士の情報交換などによって適切な訓練を行ってくれる施設に通い始めたり、会での人との交流によってコミュニケーションへの意欲が向上し、一般の趣味の会など地域で社会活動に参加するようになる場合もある。

失語症は周囲の人々との人間関係や適切な訓練によって年単位での改善が見込まれるとの報告もあり、長期にわたって訓練・援助・ケア・相談などが必要とされている事を表しているとも考えられる。

残存する障害が失語症のみであると、非常に重度の言語障害で周囲の方とのコミュニケーションが困難であっても介護保険の等級が低くなり、介護保険でのサービスが受けられないという現状もある。

訓練を受けている施設は、医療機関・介護保険施設などが同程度の割合であった。

友の会会員は発病からある程度の時間経過があり、全身状態は落ち着いている方が多いので、医療機関での訓練は本来終了となる場合が多いが、介護保険の対象とならない若年者や言語障害のみの障害で介護保険等級が低く、利用が出来ない方は医療機関の外来で言語訓練を継続している場合がある。

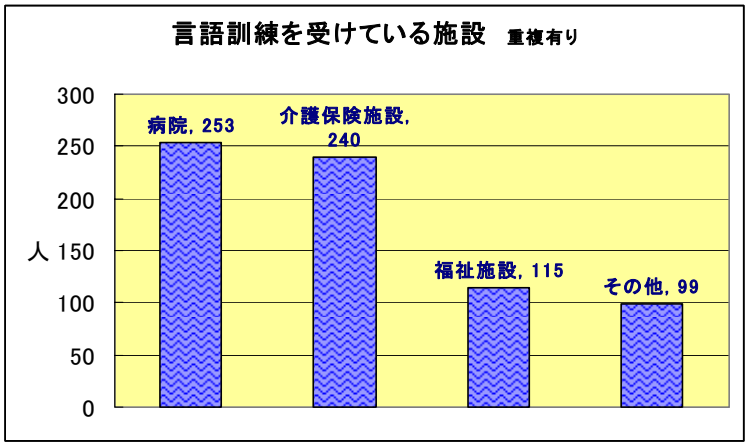

図. ２９　言語訓練を受けている施設

介護保険利用者数は当会の前回調査と比較すると飛躍的に伸びており、言語聴覚士の配置が今後介護保険施設に進むことで（40 歳以上の介護保険対象者と言語障害に身体機能の障害を併せ持つ方については）さらにその利用数が増加するものと予想される。

＜　結果まとめ　＞

○成人言語障害のリハビリテーションを行う施設は医療機関に多く、介護保険施設はその半数程度であった。福祉その他では大変少なく、全体でも一割にも満たなかった。
○言語聴覚士の配置されていない介護保険施設にも多くの言語障害者が入所・通所していた。
○現在、リハビリテーションを受けている失語症者数は約 18,000 名、構音障害者は約 20,000 名という回答があり、全国総数を推計すると失語症者約９万名、構音障害者 10 万名と予測された。言語聴覚士がいない病院や施設にいる失語症者や構音障害者も多数いることを考えると、失語症者や構音障害者の総数は更に多いと推測された。
○ＳＴ総数は国家資格制定以降増加しているが、成人を対象とするＳＴ推計数人口比を都道府県別にみると、最も多い県でも 100 万人当たり 200 名弱、（1 万人あたり 1.9 名）、少ない県では 40 名弱（1 万人あたり 0.4 名弱）と差が大きく、また絶対数もまだ充分ではなかった。
○一年間の退院・退所者のうち７割程度がＳＴ訓練終了となっていた。失語症の回復過程が機能改善、コミュニケーション機能全般の回復と適応、人間関係の回復、社会生活への参加、と長期に渡って複雑な過程を経なければならないことを考えると、充分なリハビリテーションが提供されているとは考えられなかった。
○退院・退所した患者・利用者に次にリハビリテーションを継続できる施設を紹介していない、また、その方がどうなったかという転帰も不明という回答が数多くみられた。在院日数や外来受診日数制限、診療報酬の逓減などの制度的誘導で、継続的にリハビリテーションを提供する体制が崩れてきており、患者・利用者は短い期間しかリハビリテーションが受けられず、更にその先のリハビリテーションや社会復帰への指導・助言も無いまま孤立している現状があった。
○転帰において訓練適応があっても言語聴覚士がいないので訓練継続と出来なかったという回答が訓練終了になった方のうち１８％程度もあった。
○介護保険非対象となる 40 歳未満の失語症者は介護保険のサービスが受けられないため、医療機関の外来を利用している場合もあった。しかし外来訓練も短期になっている可能性があった。
○失語症者が社会参加を果たしている割合は２～３割しかなかった。社会参加を目指して参加先や自主グループである友の会の紹介を行っている施設も少なかった。
○老人保健法を根拠法令とする言語リハビリ教室は介護保険制度開設に伴って廃止されつつある。
○社会参加先で最も多かったのは介護保険のデイサービスであった。

○失語症友の会は障害者本人や家族が主体的にその運営に当たっており、ボランティアや言語聴覚士が援助的役割を果たしていた。
○友の会の会員構成は失語症者が 8 割程度で、男性・65 歳以上の高齢者が多かった。
○友の会会員で失語症訓練を受けている方は構成員の約 1/3 であった。訓練を受けている施設は医療・介護がほぼ同数であった。

＜　今後に向けた提言　＞

失語症は、発病前は何不自由なく使用できた言葉が使えなくなるだけではなく、言葉を通して実現できた社会活動や人間関係の維持にも大きな影響を及ぼし、発病後の生活の質と人生を生きる意味を大きく変えてしまう。さらに、失語症者本人だけではなく、共に人生を歩む家族にとっても多大な影響を及ぼす障害となる。

当会は、そうした失語症者や家族を庇護し、援助する制度も施策もない時期に、言語聴覚士等の、心ある専門職の支援を受けて全国に生まれ、活動し続けている当事者と家族の自主的な交流グループ「失語症友の会」をつなぎ、ともにより良い生活を実現するために発足し、以来、毎年のように全国失語症者の集いを開催してきた。失語症の治療・回復の大きな推進力となる言語聴覚士の国家資格制定にむけて、関係諸団体と協力しながら何年も掛けて運動し、平成 11 年ついに国家資格を勝ち取ったことは、当会の活動としても特筆すべきことであり、また、会の存在基盤を固めるために NPO 法人化にもいち早く取り組んだ。

ひるがえって、失語症者個人としては、言葉を回復し、職業や社会への復帰を目指すリハビリテーションは、人生の大きな目標となっている。

上田敏氏は「リハビリテーションとは個々の身体部位の機能回復のみを目的とするのではなく、障害を持つ人間を全体としてとらえ、その人が再び“人間らしく生きられる”ようになること、すなわち“全人的復権”を究極的な目標とすることである。」と述べており [1]、われわれ失語症者も、病院等でのリハビリテーションが終了した後も、生涯を掛けて、生活のあらゆる場面でリハビリテーションに励んでいる。また、WHO（世界保健機構）が 2001 年に策定した概念枠組みである ICF（国際生活機能分類）も、障害を、人が「生きる」こと全体の中に位置づけて、「生きることの困難」として理解するという新しい見方に立っている。綿森淑子氏はこの枠組みに沿って失語症を整理し、失語症の言葉の症状の問題としての機能障害、生きていくのに必要な様々な生活行為に制限を生じる活動制限、家庭の経済生活上の役割が果たせないなどの参加制約が起こると述べている。またこれらのレベルと相互に影響しあっている背景因子も、物理的な環境因子のみでなく、家族や介護者などの人的環境、社会の意識や態度、さらに法制度、行政の各種サービスなど社会的環境を含む幅広いものであると考えられ、この３つのレベルのすべてを視野に入れるとともに環境因子についても評価し、何らかの参加が可能となるような幅広いアプローチが必要であると提言している [2]。

しかし医療制度の改定、介護保険制度の創設、障害者自立支援法の制定など、昨今の失語症者を取り巻く環境の変化は著しく、その影響が各地の失語症友の会だけではなく、全国組織の当連合会にも甚大な影響を及ぼしていることが、このたびの調査を通して改めてうきぼりになった。

言語障害のリハビリテーションに関わる言語聴覚士の姿勢や意識にも、変化の兆しが現れている。言語聴覚士は従来、発病初期から訓練を行い、在宅となって社会生活に復帰するところまで長期に継続的に関わり、自主的活動である友の会の支援も行ってきた。長期的に当事者をサポートすることで、言語聴覚士自身もリハビリテーションが社会生活への復帰を目指す、という視点を持って関わることができた。しかし、言語聴覚士が勤務する施設でのリハビリテーションは、現在、急性期、回復期、維持期と発症からの経過月数により機械的に分断されてしまい、言語聴覚士は自分の施設が受け持つ期間の患者・利用者への対応に追われ、患者を長期的な視点で見ることが困難な傾向にある。

今回調査で、「適応外のため訓練終了」「次のリハビリテーション施設を紹介していない」「転帰は不明」「社会参加への紹介を行っていない」などの回答が多かったことからも、現在リハビリテーションが分断されつつあることが明らかである。

短期的な目標設定に従い、リハビリテーションが段階的に実施されることには意味があるが、

---

[1] 上田　敏　：リハビリテーションを考える―障害者の全人的復権　東京　青木書店　1983
[2] 綿森　淑子：失語症リハビリテーションの最近の動向とＩＣＦ　人間と科学　県立広島大学保健福祉学部誌　2006

それぞれの期の施設での目標設定と達成率のみが重視され、長期的な目標や“人間らしい生活”という、数値に表しにくい目標に目が向けられないとすれば、患者・利用者そして家族に、将来的な生活の展望を示すことも出来ない。各期の施設での目標が達成されたといわれても、それはあくまで施設側の目標であって、障害者本人や家族が目指す、人間として幸せな社会生活を取り戻す道筋を示すことにはならないからである。

現在の体制では、日数制限によりリハビリテーションを短期に行うことが制度上求められており、患者・家族にとって必要充分と考えられるリハビリテーションが提供された、あるいは受けられたと感じられなくなってきている。失語症をはじめとする言語障害者が再び社会生活に復帰し、多くの方との豊かなコミュニケーションを取り戻すためには時間的にも、段階的にも長期を要する。我々が求めるのは、短期間でどれだけ言葉が回復したかということより、長期に渡って言語やコミュニケーションの能力を回復させるリハビリテーションであり、最終的にどの様な生活を目指すことができるのかということへの助言と支援である。

まず、言語機能を最大限に回復するための訓練、残存能力を生かし、効果的なコミュニケーションを行うための訓練・指導、実用的なコミュニケーションを専門職の元で少人数で行うための援助、最終的に主体的に、積極的に自らの意思を周囲に伝え、また理解するための環境整備、などが、個々人の回復過程と心理状態に合せてじっくり行われなければリハビリテーションが充分に効果的に行われたとは言えない。

言語聴覚士は国家資格ができたことでその絶対数は徐々に増えてはいるが、地域リハビリテーションの主体となりつつある介護保険制度の中でのリハビリテーションはまだ非常に少なく、また、年齢制限で利用できない方があるなど問題は大きい。また、保健福祉の分野でも行なわれてきた言語障害者へのサービスが、介護保険サービスの実施に伴って廃止縮小の傾向にあることも、残念な状況である。

社会全体の失語症への認識が乏しく、失語症者が利用できる社会資源が乏しいことも失語症者の社会参加を阻害している。医療、介護における失語症リハビリテーションが分断的傾向にある現在、障害者の健康や福祉を推進する保健福祉の分野でも、一層の社会参加や自立に向けた取り組みを維持、創設する努力が求められる。

失語症者にとって喜ばしい社会的変化もある。各地の言語聴覚士により、失語症者の社会参加を推進するために、失語症を理解して不自由なコミュニケーションを補い、会話を広げたり、社会との橋渡しをする、失語症会話パートナーというボランティア養成が、日本各地で始まっており、会話パートナーは友の会の運営にも携わるようになってきている。こうした支援者を社会の中にもっともっと増やしていかなければならない。

失語症友の会は障害者と家族によって自主運営されている、数少ない自立的地域活動であり、多くの失語症者にとって、障害を理解しあい、安心して多くの人との交流が果たせる場でもある。社会参加の第一歩であると同時に、潜在的な能力を発揮し、成長して、ここで自信をつけ、次の段階へと飛躍するベースキャンプでもある。このような自主自立的な活動を、各地に広げて参加と自立の機会を増やし、この運営を支援していくことは失語症者の社会参加を促す上で非常に有効と考えられる。

障害者作業所なども同様に各地に広げ、失語症に理解のある環境での職業復帰を可能にする体制作りが必要である。しかし、調査では、こういった地域活動への紹介を行っているという回答も少なく、社会参加への支援体制をどのように作っていくかは、大変重要な課題である。

今回の調査で明らかになった、社会参加への支援が手薄な状態からは、言語聴覚士が友の会活動へ積極的に関われない、という更に深刻な情況が危惧されている。コミュニケーション障害を抱える失語症者にとって、社会参加の場は大変限られており、その主要な活動の場である友の会は、失語症に詳しい言語聴覚士等の専門職の支援が不可欠と言っても過言ではない。しかし現実には、専門職の支援が無くなったため、友の会を存続することが難しい、という報告が当会に寄せられており、今後も増え続ける可能性がある。これは、一友の会の問題に止まらず、全国組織である当会からの脱会という事態も生じさせている。

こうした状況を打開するには、言語聴覚士等の専門的知識を持った人員を公費で配置するなど、各地の自主グループを強化し、発展させるための制度的な支援を要請する運動も考えていかなければならない。

以上、様々な現状の問題点が考えられた。これらを改善するためには、以下のことが必要と考えられる。

Ⅰ．　失語症者をはじめとする言語障害者が必要充分なだけリハビリテーションを受けられるよう、言語聴覚士の絶対数を増やし、リハビリテーション提供機関における言語聴覚士の配置を早急に充足させる。

Ⅱ．　医療の中で設定されている急性期・回復期などの日数を限定したリハビリテーションは個々人の回復段階を軽視し、リハビリテーションの分断を招くので別の枠組みを考える。

Ⅲ．　全ての言語障害者が再び社会の一員として生きているという実感が持てるよう、発病初期から社会生活復帰の具体的目標を設定し、それに向けて継続的リハビリテーションが提供できるような体制を整備する。

Ⅳ．　介護保険制度では現在対象外となっている４０歳未満の方も含め、全ての失語症者の訓練・指導がどこでも受けられるよう失語症者の回復段階・個々の要望・能力に応じたリハビリテーション体制を整備する。

Ⅴ．　失語症についての正しい知識の社会啓発を行い、言語障害ゆえに利用できないという公共施設などがなくなるよう、社会資源を整備する。

Ⅵ．　失語症者の外出や会議の参加などを補助する専門的技能をもったボランティア「失語症会話パートナー」等の育成を行い、自立的生活を営むための活動への支援を制度として行う。

Ⅶ．　保健・福祉領域においても“介護”とは違った視点での言語障害者への地域生活支援事業・健康保持増進に関する事業・相談事業などを行う。

Ⅷ．　言語障害を乗り越えて自立的生活を営むための活動への支援として、失語症友の会などの自立的、主体的活動が広く活発に行われるように、制度的支援や言語聴覚士のような専門職が援助できる体制を推し進める。

失語症者のリハビリテーションと社会参加に関する調査研究事業

第一次調査報告書

［失語症現況調査委員会］

委員長　：	全国失語症友の会連合会理事長		松田　正久
内部委員：	同上	常任理事	八島　三男
同上　：	同上	事務局	新川　縒子
外部委員：	言語聴覚士		上杉　由美
同上　：	同上		木村　逸子
同上　：	同上		鈴木　弘二
同上　：	同上		関　　初穂
同上　：	同上		相馬　肖美
同上　：	同上		田中　治子
同上　：	同上		中村　やす
同上　：	同上		山口　勝也
同上　：	同上		山本　弘子

平成 20 年 3 月 1 日　発行

発行所　特定非営利活動法人全国失語症友の会連合会

〒162-0054 東京都新宿区河田町 10－15

河田町コーポラス 102 号

TEL.03－3357－9493　FAX.03－3357－4456