

資料 2	専門家会合（第 2 回）
	平成 26 年 8 月 4 日

平成 26 年 8 月 4 日

障害年金の認定（言語機能の障害）に関する 専門家会合への意見書

特定非営利活動法人全国失語症友の会連合会
理事長 八島 三男
副理事長 園田 尚美

私達は本来、障害者年金とは、重い障害を負って日常の生活できないものが人間として当たり前の生活をしていく上での最低限の保障であると認識をしている。失語症という、障害は、人間として生活をしていく上で必要不可欠な人と人との言語によるコミュニケーションを断絶するものである。脳の言語領域の損傷による言語機能の障害は完治することはない。

職を得ている者でも、生きるため、生計を維持するために必要な額を得ているかと言えば、それは全くその額に達していないのが現状である。生きることを担保できない額である年金額で、失語症者とその家族は、どのように生活を維持していけば良いのか、どのように生きていけば良いのかと思う。若年で失語症を持った者は、支える者の亡き後、一人で過ごす将来の生活に大きな不安を持つ。又、大黒柱が突然の失語症で倒れた家庭は、生きるために①介護をする。②家族が昼夜働きに出る、③子育てをするという、人間としての労働の限界を超えた日常生活を強いられることになる。果ては共倒れになったり、自死や離婚、家族が離散したり、という悲惨な状態も現実には表面化している。

失語症は現在障害年金 2 級とされているが、下記の具体例にあるように、失語症のある方たちが、当たり前の生活を送ることが担保されていないということをご理解していただきたく、意見書を提出致します。

- 1) 会話が困難ということのみならず、文章を作ること、文章を理解すること、文章を書く事、計算する事、聞いたことを理解すること等が困難で、様々なコミュニケーションに対する障害のある失語症者が人間として当たり前の日常生活を送ることは甚だ難しい。
- 2) 1) の機能が障害されている上に、聴覚障害における補聴器、手話、要約筆記等や視覚障害における点字、指文字等々の様な代替手段を使えない事が、日常生活を更に困難にしている。

- 3) 他の障害と比較するわけではないが、現在、障害者年金1級に該当するとされている「両足が不自由で車椅子に乗っている方」でも社会復帰をなし、就労されている方々は多いと認識する。ところが、重度の失語症者はコミュニケーション障害、という言葉を操る機能を損傷しており就労が甚だ難しい。つまり失語症というのは人間として一番大切な言葉・コミュニケーションの欠損であり、他の障害との差別に他ならないことを御認識願いたい。
- 4) 失語症者は、大脳の損傷による障害であるため、失行を伴う方が多い。失行があるとジェスチャー等も的確にできず、又、道具を誤使用する事もあるので、日常生活は常に見守りが必要な者が多い。ここにも、介護者の常の見守りの必要性が生じる。
- 5) 失語症者の就労率は、他の障害に比しても、8%台と低く、就労には大変困難なことがデータでも実証されている。
- 6) 就労や復職の状況を見てみると、第1次産業、自営業、家事補助等が殆どを占めており、言語を用いる情報の処理が欠かせない職種（いわゆる事務職、営業職、技術職、管理職等）への復帰就労は皆無といっても過言ではない。

以上のような根拠により、重度であっても失語症のみでの障害では障害年金2級としか認定されないことは、人間として当たり前の生活を送る、生きる保証がされていない現状に、深くご配慮を賜りたい。

(参 考 1)

平成 26 年 7 月 15 日

意 見 書

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座教授
医学博士 安保 雅博
東京慈恵医科大学附属第三病院リハビリテーション科教授
医学博士 渡邊 修

失語症は、大脳の言語にかかわる部位の損傷によって表出する「言葉の理解」「言葉の発話」等に障害がみられる症状です。本症状も、軽度な場合は、最低限のコミュニケーションが可能です。現在の障害年金の2級に相当するような、「音声又は言語機能に著しい障害を有するもの」の状態では、自己の意思を伝えることも、相手の意思を理解することもほとんどできません。患者は、孤立した精神世界に押し込められた状況にあるということが出来ます。このような状況なので、相手との意思疎通が困難なことから、たとえば、食品の購入や交渉は困難となり日常生活の自立は不可能です。

以上の理由から、「音声又は言語機能に著しい障害を有するもの」の状態に関する等級については、再検討を要するに値すると思えます。

障害年金の認定（言語機能の障害）に関する
専門家会合への意見書

一般社団法人脳卒中協会
副事務局長
国立循環器病研究センター
先進医療・治験推進部 部長
(総長特任補佐兼任)
山本 晴子

1. 失語症とは

言語を操る能力は、おそらくは動物の中でも人間だけが獲得した高度な脳機能である。話す、聞く、読む、書くという言語機能は、大脳の前頭葉、側頭葉、頭頂葉、さらに後頭葉の一部までを駆使して行われ、9割以上の人で、左半球に局在しているとされている。大脳の左半球の言語機能を担う部分に一定以上の大きさの損傷（脳卒中、外傷等）を受けた場合、なんらかの言語機能障害が起こる。この障害がいわゆる失語症である。右効きの人が右手の麻痺や損傷で字が書けない状態、あるいは、声帯麻痺で発声ができなくなった状態は、言語機能障害とはいわない。これは、言語を表現するツールの一部が障害されているが、他のツールで代替可能だからである。失語症では、言葉が出にくい症状の方は多くの場合、書字も障害されているし、言われていることを理解しにくい症状の方に補聴器をつけても、改善しない。脳の中で言語を操る能力そのものが障害されているためである。専門的知識をもたない一般の方には、失語症患者のおかれている状況がなかなか理解できない。患者自身は言語を用いて自分の状況を説明できない。そのためか、そばにいる家族ですら、障害を理解しきれずに本人の「不出来」を責めることがある。また、判断力など言語機能以外の知的能力は保たれているにも拘らず、認知症等を疑われたり、周囲から幼児のように扱われたりして、患者の自立心を傷つける。失語症に陥った患者は、自分の障害による苦しみに加え、周囲の無理解と、自分が言語的に説明することで周囲に理解してもらおうという道が閉ざされていることに苦しむという、三重の苦しみをもち続けているのである。

2. 失語症の主な症状

失語症では、脳の障害部位やその広がりによって様々な症状がみられる。主な症状を以下に挙げるが、多くの場合、一人の患者の障害には複数の症状が重なり合っている。

1) 発話の障害

話そうとした時に、言葉が見つからない、なかなか出てこない（喚語困難）、例えば「はさみ」を「はなみ」というように言葉の一部を言い間違える（錯語）、錯語がひどく、発話全体が意味をなさない（ジャルゴン）、年齢を答えたあとに、名前を聞かれても住所を聞かれても年齢を答えてしま

うというふうに、同じ言葉を何度も繰り返してしまう（保続）など、発話に関する障害には様々な症状がある。どの症状も他者とのコミュニケーションを障害し、また、患者自身の知的能力の低下を疑われる原因ともなる。

2) 聴覚的理解の障害

言葉自体は聞こえているが、意味がわからないという症状。側頭葉の限定された部位の損傷で典型的な症状が出た場合には「ウェルニッケ失語」と呼ばれる。先に記載した錯語を合併することが多く、ウェルニッケ失語の場合には発語はジャルゴンでほとんど理解不能で、他者からの問いかけをまったく理解できないため、言語による意思疎通がなかなか成立せず、認知症や他の精神疾患と間違われることもある。

3) 読み書きの障害

書字障害は、かな、漢字、数字などの書字ができない、書き間違ふといった症状で、主にかなが書けない場合や漢字だけが書けない場合など、患者によって障害の内容は様々である。発話や聴覚的理解障害が中等度以上の場合、書字にもなんらかの障害がみられることが多い。そのため、発話ができない患者と書字やワープロで意思疎通を図るといったことは、多くの場合困難である。

読字障害は、大脳損傷による視覚的機能の障害と強く関連があり、少数ではあるが、読んだり聞いたりほぼ正常にできて読字だけが障害される場合がある。一方、聴覚的理解の障害が強い場合は読字も同様に障害されることが多い。例えば、先に述べた意思疎通が困難なウェルニッケ失語の患者に書字を見せて意思疎通を図ろうとしても果たせない場合がほとんどである。

4) 失語症に合併しやすい症状

左半球には、言語だけでなく、計算、物品の使用、物品の有する意味の認識、地誌的見当識などの機能も宿っている。そのため、失語症患者では、計算ができない、物品の使い方がわからない、知っているはずの場所で道順がわからなくなる、といった言語以外の高次脳機能障害が合併することが少なくない。これらの障害は言語機能障害にも増して他者から理解されにくい。本人すら、なぜ病前にできていたことができないのかを理解できず、誰にも相談せずに苦しんでいることがある。

3. 失語症患者と社会生活

健常な時には意識していないが、社会生活を送る上で言語機能は不可欠である。まず、多くの失語症患者は、電話の使いにくさに直面し、電話に出るのが恐怖になる。障害が軽度であっても、何度も言い直したり聞き直したりして意思疎通に時間がかかるため、多忙な商店や窓口での対応ができない。文字や数字の読みが困難になれば、スーパーでの買い物ができない。計算障害や書字障害があるだけで、会社に復帰できない。専業主婦であっても、町内会の回覧板

や子供の学校からのお知らせが読めず、近所付き合いができない。買い物ができないために、家事が困難になる。手足の麻痺が軽くて自力で歩いて電車に乗れたとしても、言語機能障害はそれ自体が社会復帰を阻む高い壁である。その上、失語症患者は、自身の状況を言語で詳しく他者に説明する能力が障害されているため、他者からの理解を得られず、知的能力の低下さえ疑われ、家に閉じこもったり精神的に追いつめられたりすることも稀ではない。

4. 公的支援の必要性

失語症による社会生活の障害は深刻である。知的能力が保たれ、運動機能障害が軽度にも拘らず社会復帰ができない患者も少なくない。その上、自身の困窮を他者に説明することができず、長い間、声を挙げることもできない状況であった。言語機能の障害は、運動麻痺と同等、あるいはそれ以上に社会復帰を妨げる理由である。失語症患者は、他の障害とは独立して、言語機能の障害の程度を正しく評価され、障害に応じた公的支援を必要としているのである。

2014年7月17日

障害年金の認定（言語機能の障害）に関する専門家会合への意見書

一般社団法人日本言語聴覚士協会

会長 深浦順一

副会長 立石雅子

失語症とは、言語を司る脳の言語中枢が、脳梗塞などの脳血管障害、脳外傷、あるいは脳腫瘍などの原因により、損傷されることによって生ずる言語機能の障害をいいます。聞く、話す、読む、書くというすべての言語様式が障害されます。発症、あるいは受傷により、それまで何不自由なく用いていた言語機能が突然使用できなくなります。

失語症にはいくつかの臨床上的タイプがあります。聴覚的理解が難しいウェルニッケ失語では音声を音として聞くことはできますが、その意味を理解することが難しくなります。一方、発話が難しいブローカ失語では、自らの伝えたい内容を相手に伝えることが極めて困難となります。これらの失語では音声言語や書字による意思疎通がうまくできないという状況が生じます。

またブローカ失語では前頭葉に損傷部位があるため、多くは運動麻痺を生じ、歩行の障害やADLの障害を伴います。

失語症など言語機能の障害については、機能改善をめざし、活動制限や社会参加の制約を軽減するために、発症直後から言語聴覚士によるリハビリテーションが行われます。しかし脳損傷の部位や広がり
の程度によるとはいえ、発症前の言語機能にまで完全に回復することは難しく、改善には限界がある場合がほとんどです。

家族との基本的な意思疎通はなんとか可能な状況となっても、仕事や学業で必要とされるレベルの言語機能を自在に駆使することは難しいと言わざるを得ず、言語機能の障害が復職や復学の大きな妨げとなります。失語症者の復職率は極めて低い状況となっています。

言語機能の障害は、社会生活を営む上で欠くことのできない家族とのやりとりや周囲の人とのやりとり、職場でのやりとりなど、さまざまなレベルでの他者とのやりとりが障害される状況をもたらします。

二次的に抑うつや引きこもりなどを生じる事例もみられます。

言語機能の障害を対象とするわたくしたち言語聴覚士は日々、自ら訴える手段を奪われている方々と接する中で、この障害が対象となる方々と、そのご家族の生活全体に影響を及ぼす障害であることを代弁することが職務の一つであると考えております。

是非、障害についてご理解いただき、障害者年金の認定について適切な基準をご検討いただきますようお願いいたします。

今回ご検討いただいている障害年金の認定に関しましても、障害認定基準の認定要領そのものが、失語症の方々にとって適切かという問題と関連すると拝察されます。失語症という障害の特徴を勘案いただき、適正な基準をご検討いただければ幸いです。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

平成 26 年 7 月 17 日

障害年金の認定（言語機能の障害）に関する専門家会合への意見書

愛知県立大学教授、言語聴覚士
吉川雅博

1. 失語症の障害程度について

話したいことが頭の中に組み立てられているにもかかわらず、思うように話せない。相手の話している言葉の内容が理解できない。文字の意味がわからない。文字が書けない。このような症状がある失語症者は、コミュニケーション能力の低下が顕著である。日常生活に著しく支障をきたし、就労も困難となる。

社会生活を送る上で欠かせない言語運用能力が低下している状態であり、特に重度の失語症は、年金 1 級に相当するのが適当と考える。

なお、ドイツでの障害程度認定（100 までの数字で程度を表す）では、失語症の障害程度は、軽度で 30－40、中度で 50－80、重度で 90－100 となっているようである。

2. 失語症に係わる認定基準について

現在の診断書では、(5) 言語（構音・音声）機能の障害で失語症も対象とし、発音不能な語音と会話状態のみで障害程度を判定している。構音・音声障害は明らかに失語症とは異なる障害と位置づけるべきであり、構音・音声障害と失語症を同じ基準で判定することは明らかにまちがっている。これは改めなければならない。

SLTA や WAB などの失語症検査を行えば、失語症の障害程度は判断でき、失語によるコミュニケーション能力の欠如による日常生活の困難さは推定可能である。これらの検査は全国の医療機関等でほぼ共通に使われており、公平性も問題ない。失語症に係わる認定基準は、SLTA や WAB などの失語症検査結果を使うべきである。