

オンデマンド配信 口演 (B)、ポスター

受付番号	セッション名	テーマ	演題番号	質問内容	演者名	演者からの回答
70094	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-1	評価をきちんとして、話の流れも分かりやすくて、訓練内容の根拠も納得できました。改善も見られていて、素晴らしいと思いました。質問ですが、1.機能が向上して、活動・参加にはどのように好影響を及ぼしたのでしょうか？2.交叉性失語とありますが、右利きの判断はどのようにしましたか？3.運動性失語ではなく超皮質性運動失語かと思いましたが、非流暢の判断は文節の少なさを以外に発語失行のような症状がありましたでしょうか？4.SLTAの改善はいかがだったでしょうか？口頭命令、動作説明の成績など。よろしくお願いたします。	村竹 菜摘	ご質問ありがとうございます。ご質問内容は今後臨床で参考にさせていただきます。以下に回答致します。 1.CADLのコミュニケーションレベルは、初回評価は「一部介助」でしたが、最終評価では「実用的」まで向上しました。機能が向上したことにより、馴染みのスタッフに自身の体調や排泄に関して自ら詳細に伝えることができるようになりました。また、自己検温やスケジュールの管理は日課として定着しております。 2.利き手の備い具合を調べる事が出来るエジンプラ利き手テストを実施し、利き手の指数は100%であったため右利きと判断しました。 3.発語失行検査はスムーズで誤りはありませんでした。しかし自由会話においては、言いどみや抑揚の乏しい発語があり、プロソディー障害が認められました。SLTAの短文復唱では、音や語の繰り返しがありスムーズではなかったため運動性失語と判断しました。 4.SLTAは全体的に改善が認められました。口頭命令に従うは5割正答から9割正答、動作説明は9割正答から10割正答、漫画の口頭説明は段階3から段階4へ向上しております。
70095	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-2	たいへん素晴らしい内容だと思いました。非常に参考になります。質問ですが、RETの効果はSTの技術にもよるかと思いました。今回は、どれぐらいの文章を求めましたか？文節数など教えてください。コメント・感想です。：気になるところは、RETの内容がはっきりしないところでしょうか。絵カードを見た最初の発話のシーアコースでよろしかったでしょうか？だいぶ具体語が増えているようですが、RET導入後に成績が向上して、他のセットにはあまり影響が見られなかったのはある意味RETの内容が良かったからかと思いましたが、また非訓練語への般化は、先生の症例では2週間で見られた可能性があるとどう事でしょうか？よろしくお願いたします。	山本 藍	質問ありがとうございます。どの程度の文章を求めたかに関しては、今回の症例ではCIUsが5以上になるまで強化・拡大・複雑化を続けました。非訓練語への般化時期に関しては、介入開始から12日以降から徐々に非訓練セットの絵カードに対するCIUsが増加したため、その時点から非訓練セットへの般化の可能性があると考えました。
70111	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-2	貴重な発表ありがとうございます。RETを実施するにあたって、軽度で復唱が可能な失語症例が前提となるのでしょうか？例えば、超皮質性運動失語など復唱は良好で中・重度となるとRETの実施は困難となりやすいのでしょうか。実践報告が少ないか答えにくい質問かと思いますが、先生のご意見を是非お伺いしたいと思います。よろしくお願いたします。	山本 藍	質問ありがとうございます。RETを実施する症例に関してですが、RETは絵カードに対する自発表出を拡大・複雑化していく構成度の緩い練習であるため、絵カードに対する表出が認められる方であれば実施できる可能性は高いのではないかと思います。しかし、絵カードに対する表出が困難な方や、モデリングした際に復唱が困難な方はやはり実施が難しい場合もあると思います。また、今回の症例に対してはCIUsが5以上になるまでやり取りを続けましたが、症例によってどこまで拡大・複雑化するのかを調整する必要があると思います。
70096	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-3	貴重なご発表ありがとうございます。質問ですが、1.パーचेット病は今回のご発表に関係ありましたでしょうか？パーचेット病に起因する症状なのでしょうか？2.パーचेット病での脳梗塞は多いのでしょうか？3.今回の脳梗塞は静脈梗塞でしょうか？ASLをしているので動脈でしょうか？4.本例のような症状の場合、音楽・音声を優先して訓練したら良いのでしょうか？よろしくお願いたします。	市本 将也	ご質問を頂き、ありがとうございます。 1.今回の症状にパーचेット病が直接的な関与をしている訳ではないと考えています。2.パーचेット病に起因する脳梗塞は稀なようです。 3.動脈です。4.どちらかというと、音韻レベルの訓練に比重を置きました。病巣の拡がりから、音韻レベルの障害の方が強いと考えたからです。
70097	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-4	貴重なご発表ありがとうございます。たいへん興味深く視聴しました。質問ですが、1.考察に吃症状とありますが、吃は今からでしょうか？また吃なのか音韻性の問題なのかはどのようにお考えでしょうか？2.訓練はどのようなものが良いでしょうか？よろしくお願いたします。	植村 ほのか	ご質問ありがとうございます。 1.吃症状は今からです。本症例の場合、吃と音韻障害を明確にわけることが難しかったですが、明らかに語頭における繰り返しが多かったことから吃の症状もあったと考えました。また脳梁の病変においては吃症状が出現するものも一般的です。 2.本症例は言語症状以外にも著明な注意障害、発動性低下等を認めはじめはそれにより訓練がスムーズに行きませんでした。そのため、はじめは基本的な注意課題やコミュニケーション訓練を、徐々に音韻に対するアプローチ等を行ってまいりました。
70100	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-5	貴重なご発表ありがとうございます。病巣と症状を詳細に検討する必要があることがよく分かりました。質問は、1.先行文献のタイプ分類はある程度症状固定後の分類でし、急性期はやはり変動があるため分類する意味がどれほどあるのか？といった疑問があります。ただ、先行文献の症例も多くないでし、急性期から生活期の間のタイプの変動で調べてみるのもおもしろい研究かと思いました。急性期と回復期がある病院のつよみかと思えますので是非とも統報を期待いたします。2.訓練内容は病巣を優先して立案した方がよいと考えますか？単一症例では一概には言えないと思いますが、今回の症例はいかがだったでしょうか？よろしくお願いたします。	飯口 希映	質問ありがとうございます。 1.今後、同様の症例があった場合、タイプ分類を行い、急性期から回復期にかけてタイプ変動の有無を評価していきたいと思えます。 2.今回の症例に対しては退院後にタイプ分類を行ったため、訓練内容の立案には生かせませんでした。基本的には症状および改善状況に合わせて訓練を組み立てていきますが、訓練を立案する際に病巣から発話特徴を予測しておくことで、訓練内容の幅は広がるのではないかと考えます。
70102	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-6	たいへん興味深く視聴しました。呼称レベルではなく発話の訓練は非常に重要だと思えます。当院でも実践してみたいと思えます。質問ですが、1.症例の音声がありましたか、電文体には聞こえなかったのですが、音声を文章にしていれば良いと思います。2.訓練はSTの技術が必要に思いますが、何かポイントがあれば教えてください。よろしくお願いたします。	大河 芽衣	WAB失語症検査「情景画説明」は文字にすると、「え、湖では、ヨット…、ヨ…、ヨ、とこの人が、ヨットに…、乗っている。男の人、湖…、み、男の人が、えっと、男の人…、が、水、あ、水遊び、みずうみで、湖で、みずあそび、水遊び、を、して。」となります。SLTA、失語症構文検査等の他の検査場面においても、修正可能ではあるも助詞の省略や誤用などがみられておりました。今回発話データはありますが、発表時に申し上げた通り、自由会話において助詞の省略や誤用が頻回であり、顕著な電文体発話を呈しておりました。助詞の産生に対するエラーレス訓練のヒントの設定がポイントであったと考えております。
70103	口演(B)01	失語事例①	O(B)01-7	興味深いご発表ありがとうございます。質問ですが、1.内容に追いつけなかったのですが、SFAでは効果があって、さらに非訓練語も成績が上がったということでしょうか？2.そもそも症例の錯語と保続がどれほどあるのか内容がありませんでしたが、割合？など教えていただければと思います。3.SLTAの改善があったのだと思いますが、そちらもありませんでしたのでお示しいただければと思います。よろしくお願いたします。	鈴木 はるよ	ご質問ありがとうございます。 SFA訓練により、非訓練語の成績が向上し、マクナー検定にて訓練効果、汎化効果とも「あり」とされました。本症例は、呼称課題の反応より意味性錯語と意味型保続が混入する症例と考えられ、両症状が混在している可能性が考えられました。そのため、遠藤先生の質問の「錯語（意味性錯語のごとくでしょうか）と保続の割合」は出しておりません。今後、保続を対象とした評価・訓練について有用な錯語の分類等検証し、同様の症状を示す症例に対し再検討を行いたいと思えます。 SLTAは本発表の訓練期間には行っておりません。上述の通り、マクナー検定にて「訓練効果」、「汎化効果」、「維持効果」が「あり」とされ、改善と判断しております。
70105	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-2	アウェアネスに対する訓練は重要ですが、非常に難しいと思っていましたので、たいへん興味深く視聴しました。ありがとうございます。質問ですが、アウェアネス訓練後の症例の発話が、出来ないことに対するネガティブな発言のように見えたのですが、いかがだったでしょうか？違っても、少し注意が必要かと思えたので、先生はどのような点に気づいた方がいいたか示唆はありますでしょうか？よろしくお願いたします。	古川 結子	ご質問ありがとうございます。 症例の発話について、スライド上ではなかなかお伝えしづらい部分もありますが、臨床の場で症例と関わっていた者としては、少なくともネガティブな発言とは捉えておりません。awareness訓練前の症例は、誤りに対する自己修正はほぼみられず、自分がわからぬことにすら気づいていませんでした。しかし、awareness訓練後は、自己修正の増加や「違うなあ」「わかんねえ」等の発言から、誤りであることや「わからない」ことに気づき始めたのではないかと考えています。そのような意味でも、むしろ症例の発話はポジティブな発言として捉えております。今回は検査上での発話の一部しかお伝えできませんでしたが、普段の訓練ではエラーレスになるような気をつけることも必要なのではないかと考えています。
70014	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-3	わたしも急性期で勤務しているためたいへん興味深く拝聴いたしました。1.絵カードの内容はどのように決めたのでしょうか？2.文字は仮名でしょうか？漢字でしょうか？3.発達段階は具体的に誰が提唱しているものなのでしょうか？4.行動が獲得された判断はどのような指標を用いましたか？5.失行はあったのでしょうか？あったのなら、改善したということか？6.回復機序は何か？7.40分行ったとありますが、これ以外の訓練はしなかったということでしょうか？時間的に他の練習は難しいかと感じますが。	新井 香菜子	ご質問ありがとうございます。 絵カードは、帽子や鉛筆等の、漢字で現わせる高頻度単語としました。 文字は漢字にのみを振り漢字・仮名の双方表示するようにしておりました。 反応の達成状況は、そのセッションの全ての課題において目標である反応を行った際に「達成」とし、次のステップへ移行しました。 失行は、発症時より徐々に改善してはいましたが依然残存しておりました。受け渡しや指差しにも影響はあった可能性はあります。ただし、失語症は最重度と思われる、指差しが行えなかった理由が失行のみではないと思われました。 発達段階に関しては、「子どもの言語発達では物品の受け渡し等のやり取り行動の後に指差しで応答がでる」（石田2016）、一般的行為の改善経過がWallonの乳幼児の発達段階と対応していたと考えられる全失語患者の報告（中西ら1987）、を参考に致しました。 発表の内容の指差し訓練以外に、氏名や住所等の斉唱や復唱、写字等の表出訓練を行っておりました。
70019	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-3	訓練場面で使用した8語の名詞の内容と使用した名詞の選定基準があれば教えていただきたいです。	新井 香菜子	ご質問ありがとうございます。 漢字で現わせる高頻度単語と致しました。飛行機、帽子、鉛筆、大根、信号、熊、電話、布団、靴下、枕等を使用しました。
70106	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-4	たいへん興味深く視聴させていただきました。このように貴重な症例に気づいて、きちんと評価出来ることは本当に素晴らしいと思えます。非常に参考になります。質問は、病前の学習障害がなかったか？です。書字も仮名が低下しているため、今回の受傷で呈したのだと思われませんが、乖離が本当に特徴的だと思います。教育歴、仕事内容、生活内容、家族からの話、知り合いからの話、情報収集していれば教えていただきたいと思います。できれば他の脳機能画像も実施し統報を期待いたします。よろしくお願いたします。	講内 理那	ご質問ありがとうございます。 本症例において、脳卒中発症前より、発達障害等の文字言語の低下を疑う情報はありませんでした。教育歴は4年制大学卒業、仕事は自動車メーカーのセールス業、家庭環境は母の介護しながら生活をしていて、というものでした。ご視聴いただきありがとうございます。
70104	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-5	宿題の内容をもう少し詳しく教えていただきたいです。「手続き発話」というのは症例が家族に口頭で説明して、誤ったところがあれば家族にフィードバックしてもらったことでしょうか？「家族との会話や買い物先でのやり取り」ということが書かれていたのですが、これは「できるだけ家族と会話する機会を作ること、買い物の際のお金の支払いなどの店員とのやり取りは自分で行うように」ということでしょうか？興味深い内容でしたので、質問させていただきます。よろしくお願いたします。	牟田 育恵	ご質問ありがとうございます。 ・「手続き発話」は、例えばご飯の炊き方を手順に沿って写真・文字を並び替えていただき、ご家族に向けて口頭で手順説明をしていただきました。訓練時には宿題の確認も行っておりました。 ・ご家族と毎日電話をする習慣がある方であったため、より意識していただくようにしました。買い物先や近所の人とでも、やり取りを楽しんでいただくようにお伝えしていました。ご本人より「今までは人にあんまりしゃべらなくていいくらいに思っていたけど、やっぱりしゃべりたい。公園に行くと、買ったもの食べてとか、そんなことしたくないのに」とお聞きしました。ご家族からは、「話の中で、あれこれが多かった。病気になる前よりも分かりやすいですね。何かをやるという気持ちがありますね。前は、言われていることが分からなかったんでしよ。料理を持ってきたり宅配で送ったりとか、そういうことできるようになりました」「前は、あ、あ、んー、何だっけ、と言っただけ、今は電話でもスムーズに話ができる。自分のことで精いっぱいだった、気が付くことが多くなった」とお聞きすることができました。
70107	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-5	評価と訓練が適切であれば、80歳代であっても改善するのだと、非常に素晴らしいと思えました。ご報告ありがとうございます。質問ですが、1.RISPは時間が3種あるので1回の訓練で3周するとう事でしょうか？つまり結果のRISPは、1秒の制限時間の時の正答率でしょうか？2.宿題のアドヒアランスというのか、どの程度実施していたのでしょうか？3.実用的な言語機能を考えて両方の訓練が重要なのだと思いますが、どちらの方が効果的だか実施の割合だとか何かしら実感がありましたら、ご教授いただきたいです。よろしくお願いたします。	牟田 育恵	1. 原着より変更しておりますが、3秒→1.6秒→1秒の秒後、また3秒→1.6秒→1秒で行いました（2周する）。ご理解いただいたように、結果のRISPは、1秒での制限時間の正答率で間違いないです。 2. 宿題は1日30分～1時間程度で終わらせるものを提供しておりました。 3. 効果に関しては、一方だけの訓練を行っていないため検証できていないところになります。RISP・SFAで機能訓練を行い、宿題でそれらを実際の場面を使っていただく（実践していただく）というイメージであり、実際に使用できる場面があるのは効果の実感やモチベーションにつながっていたのではないかと印象を持っております。
70108	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-6	先生は毎回このように臨床しているのでしょうか？訓練を立案し、職場復帰が必要であれば、言語のみならず様々なことまで想定して素晴らしいと思えました。非常に参考になりました。質問は、1.先生は職場にアプローチはしましたでしょうか？2.病識がなかったことですが、どの介入が効果的だったでしょうか？3.退院後20日程度はどのように過ごしていたのでしょうか？よろしくお願いたします。	喜多野 由佳子	ご質問ありがとうございます 1.職場に直接アプローチはしていません。 入院中に短時間勤務が可能か復帰の時期など相談して頂く内容をメモし本人様から職場に電話して頂きました。また復帰挨拶でご自身の失語症状を説明して頂き、協力を願って頂くようお願いしました。 2.失語症に対する病識はありましたが、本人様の真面目な性格に加えてすぐにも退院・復帰を希望されていました。亜急性期であり再発のリスクを避ける為家族や本人様に脳の易疲労性と休憩の必要性の認識を促しつつ3ヶ月繰上げの退院となりました。 3.入院中に実際に職場まで行き業務を試験的に試すが難しかった為、訓練中インストールして頂いたダイヤ検索のアプリを利用して退院後座って通勤出来るルートを試すなどシミュレーションをして頂きました。その結果体力的に厳しいと実感され、家族送迎でのマイカー通勤に変更されたとお聞きしています。
70028	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-7	1. 訓練にご使用になった公文式の教材名、スマホの各アプリの名称をぜひ教えてください。なぜ公文式にしたのか、なぜそのアプリにしたのかも併せてお聞きできると嬉しいです。2. 残存した失語と失読の程度その後の変化が分かれば教えてください。 ※大変興味深い口演、ありがとうございます。	三宅 達也	ご質問ありがとうございます。 1.公文式は国語の小学校高学年レベルの文章読解課題を抜粋して実施。アプリは読解に関しては学校ネットという会社の「漢字検定」、注意に関しては「Peak」と「みんなの脳トレ」を使用していました。いずれもiPhone、iPadです。選択した理由は公文式はSTでのリハビリは時間が限られるので、こちらが関与せずとも実施→添削まで完了する点と、能力向上に従い自動的に難易度も上がるので効率性を考えて選択しました。アプリは様々な探してみた中で、STとしての見地から考えて注意や作業記憶などを鍛えられる点と達成感が得られるものだったので、個人的に重用しています。 2.残存した失語としては軽度健忘失語と漢字の失読（表層失読）です。喚語困難は比較的軽度ですがたんに薬品名などが出ないことがあるようです。失読は低頻度語（欄や褥瘡など）が初見で読めないことがありますが学習効果はあります。外来を開始して1年経ちますが、言語、非言語的認知能力（CATやWMS-R等の検査結果から）も検査上まだまだ改善しています。音読・読解できる語彙も増えており、速さも向上しています。以上、ご回答申し上げます。

受付番号	セッション名	テーマ	演題番号	質問内容	演者名	演者からの回答
70109	口演(B)02	失語事例②	O(B)02-7	前院からの評価との比較や必要に応じて訓練を実施することで、医業復帰に至ったことは非常に素晴らしいと思います。ご報告ありがとうございます。質問ですが、手術は行なっていますでしょうか？また、医師でありご本人やご家族との会話での注意した点などありましたら教えてください。よろしくお願いたします。	三宅 達也	ご質問ありがとうございます。 治療に関しては血腫量から保存的治療を選択肢し、手術は施行しておりません。 会話での注意した点に関しては、症状の説明の際にメカニズムや治療理論、分ける範囲でのエビデンスに基づいた予後など比較的特な話を織り交ぜてお話をさせていただきます。また、今行っている訓練が実際の診療でどの部分に生きるかや、何を狙っているかは常に全てお話し、夫・妻・STで目標を共有することを心がけました。 余談ですが、何名か現役医師のリハビリを経験しておりますが、やはり自尊心の高い方もいらっしゃるため、その際は共感的態度で接し、敬意を態度で示すことを意識していました。この度の患者様は非常に腰の低い方でしたのでその点はあまり苦慮していません。 以上ご回答申し上げます。
70010	口演(B)03	失語その他	O(B)03-1	失語症者実際のコミュニケーション能力についての興味深い調査ありがとうございます。読解能力がポイントというのは大変勉強になりました。質問は今回の対象患者（17名）年齢範囲についてご教示ください。（可能な最長の患者年齢まで）	瀧 佑太	ご質問ありがとうございます。 年齢範囲に関しては、35歳～89歳で平均年齢は61.8歳となっております。
70110	口演(B)03	失語その他	O(B)03-6	貴重なご報告ありがとうございます。STにとって非常に重要な事業だと思います。しかし、支援事業の発表をいくつか視聴しましたが、一体どれほどの人ができるだろうか。と視聴すればするほど悲しいです。質問は、モデルケースやスキルアップのフォローアップ研修はどれぐらいの頻度を想定しますでしょうか？	谷村 絵美	ご質問ありがとうございます。福岡県は昨年度モデルケースを実施しながら、具体的な派遣の準備を進め、今年度より派遣事業を開始しました。「一体どれほどの人ができるだろうか」という疑問は、私たちも日々意識するところでありモデルケースの実施でさらに強くなりました。今年度は派遣へ繋げられるよう「選択科目研修」で実際の派遣を想定した演習を行い、「スキルアップ研修」にて派遣手続きや書類を提示しながら事例紹介を行うことで登録者に派遣の具体的なイメージを持って頂く研修を秋に一回実施する予定です。また、一般の方で派遣登録者となっている場合は、派遣登録されているSTやコーディネーターが派遣に同行し、OJTのような形でスキルアップを図ることも検討しています。次年度以降は支援技術の維持を図る目的で、必修科目内の演習・実習講義を再聴講可とすることも検討中です。養成/派遣ともに課題が多く、さらに感染状況踏まえながらの実施に制限が多い現状ですが、他県の情報やご意見も参考に、工夫を重ねて事業を進めたいと考えております。
70093	口演(B)04	高次脳機能障害事例①	O(B)04-4	貴重な症例提示を有難うございました。ゴミは毎日捨てるものなので、ゴミをゴミ箱に入れることが出来ない背景を明らかにすることは、患者様の生活の質を高めることに繋がると感じながら発表を視聴しました。1点質問させていただきます。今回は、ゴミ箱とテレビ台の同時失認について発表されていましたが、テレビ台に着目された理由が気になりました。病室を再現したお写真には、ゴミ箱の近くにオーバーテーブルが置いてありました。その他、一般論で恐縮ですが、病室内には床頭台や衣類収納の棚などもあったのではないかと推察されます。そのように備品が沢山ある中で、ゴミ箱とテレビ台の同時失認に着目された理由、テレビ台以外の備品とゴミ箱との同時失認については考察されなかった理由がもしありましたら、教えて頂けたら幸いです。	角野 由佳	ご質問ありがとうございます。このような開催形式においてもご質問いただけたことに大変嬉しく思います。本当にありがとうございます。テレビ台に着目した理由については、テレビ台は衣類棚や冷蔵庫などが複合されているタイプであり、テレビ台の上にはテレビも設置されていました。自室は基本的にテレビ台、ゴミ箱、オーバーテーブルの3つだけが置かれている状況であり、テレビ台が視覚刺激として閾値の高い状態であると考えたことから、今回はテレビ台に着目しました。
70127	口演(B)04	高次脳機能障害事例①	O(B)04-4	非常に興味深いご発表ありがとうございます。詳細な観察と臨床推論につき、とても参考になりました。質問ですが、1.ゴミ捨て以外ではどのような場面で困難がありましたでしょうか？例え食事がとても遅いなどありましたら教えてください。2.その後の経過はいかがでしたか？環境調整はされたと思いますが、その結果、継続的に症状の軽減などあれば教えていただければと思います。よろしくお願いたします。	角野 由佳	ご質問ありがとうございます。このような開催形式においてもご質問をいただけたことに大変嬉しく思います。本当にありがとうございます。1.ごみ捨て以外の日常生活場面では、車椅子からベッドへ移乗する際やトイレ移乗時に、手すりより離れた位置で車椅子のブレーキをかけてしまう場面や着衣時に袖を逆に通す場面などがありました。それ以外の日常生活場面では大きな困難はなく、背側型同時失認でみられるようなコップを上手につくめないなどの場面も認めませんでした。2.環境設定として、ごみ箱を触れることのできる位置に固定し、ごみが入るように調整しました。経過の中で出来ることは増えていきましたが、移乗時に手すりより離れた位置でブレーキをかけてしまうことや、着衣時に袖を逆に通す場面は最後まで認められ、口頭指示など一部介助を要しました。
70126	口演(B)05	高次脳機能障害事例②	O(B)05-3	自発的に代償手段を利用するようになったとのことですが、そのためには障害に対する自己認識の深まり以外にどのような要因が必要だったと思われませんか？	百瀬 瑞穂	ご質問いただきありがとうございます。 臨床では、高次脳機能障害者の障害への気づきが深まる抑うつになって意欲や活力の低下を認めることを経験しますが、本症例は自己認識が深まる抑うつにならなかったことが要因として挙げられます。グループ訓練の支持的な雰囲気の中で、障害に伴う失敗や代償手段の工夫についての具体的な体験や気持ちを他の参加者と共有できたことが、本症例の心理的ストレスを軽減したと考えます。さらに、この共有を通して、代償手段を使用する抵抗感を減らしたのではないかと考えます。 また、自身の障害に気づいた後、有効な代償手段を援助なく考えることができたのは、本症例の知的機能が保たれていたためだと推測しています。
70142	口演(B)05	高次脳機能障害事例②	O(B)05-4	発表ありがとうございます。「在宅想定アプローチ」の内容として「退院後の生活情報の共有化」とありましたが、具体的にどのようなことをされたのですか？	佐藤 毅明	ご質問ありがとうございます。 本症例は、A D L 自立レベルであり、屋外歩行や調理訓練等の評価でも問題は認められなかったことから、主に①「運転に対するリスク予測・対策」、②「脳血管疾患の再発予防」の2点において実施しています。 ①の具体的な内容として、当院でのドライブシミュレーターの結果を用いてのフィードバックや本症例の生活圏内地図を用いての交差点や交通事情を踏まえたリスクについて対話を行いながら本症例自身の機能障害が実際にどのような場面で影響を与える可能性があるか、本症例自身の「気づき」を踏まえながら理解をして頂くように実施しています。 ②については、服薬の自己中断のリスクや栄養管理の必要性について①と同様の形式にて実施しています。
70054	口演(B)05	高次脳機能障害事例②	O(B)05-6	当院急性期では、聴覚失認の可能性を考慮するのを忘れてしまいがちで、回復期からの情報で評価が足りなかったと反省することがあります。1.今回のケースでは急性期ではどうだったのでしょうか？2.聴覚失認に対してははじめに考えられる訓練として読書があると思いますが、読書がST訓練に入っていない理由はありますか？単語まではできていたからなのでしょうか？3.A I ボイス筆談機の表事例があると良いと思いました。どのぐらいの文字の大きさと、文の長さなどどのように表示されるのか視覚的に確認したいと思いました。説明できる範囲で教えていただければと思います。	久保 千恵子	1.今回のケースでは急性期ではどうだったのでしょうか？ →発症から1か月間は前医で過ごされており、重度構音障害と不穏もあったため、そこではほぼ意思疎通困難との判断でした。当院に転院後すぐ、聞かずに「何を言っているかわからない」との訴えがあったこと、大きな音には反応があること、文字での聞かずに適切な反応が返ってきたことから聴覚失認ではないかという考えに至りました。 2.聴覚失認に対してははじめに考えられる訓練として読書があると思いますが、読書がST訓練に入っていない理由はありますか？単語まではできていたからなのでしょうか？ →S T リハ場面では、感染対策をした上で口形を見せての聞き取り練習は行っていました。発表の中では「視覚的な情報での提示」という表現で分かりにくかったかもしれませんが、単語レベルまでは聞き取れるようになっていましたが、コロナ禍であり、退院先が施設方向となっていたので、関わる人すべてがマスクが外せない状況が今後続くことを考え、後半読書は積極的にには行っていませんでした。 3. A I ボイス筆談機の表事例があると良いと思いました。どのぐらいの文字の大きさと、文の長さなどどのように表示されるのか視覚的に確認したいと思いました。説明できる範囲で教えていただければと思います。 →フォントは、教科書体フォントで、文字サイズは大・中・小（フォントサイズ約28～12）と3種類選択可能。背景は通常の白色ではなく、紙のようなテクスチャー処理を施してあるそう見やすいです
70018	口演(B)06	高次脳機能障害・調査研究	O(B)06-2	貴重なご発表ありがとうございます。 ①貴院は地域の認知症相談を請け負っている基幹的な施設なのではないでしょうか。 ②すでに他施設で認知症の診断を受けている人は含まれていましたでしょうか。 ③診断後、免許の返納について助言や指導などはどなたがされていますでしょうか。 ④診断後、返納が不明の方が13名おられるようですが、その中には認知症の診断がついた方は含まれていますでしょうか。 ⑤アルコール依存症の方は認知機能評価ではやはり低下はみられましたでしょうか。 地域で暮らす高齢者は自動車運転が生活のQ O L に直結していると思います。そうした実態を明らかにしていくことは重要だと思います。ありがとうございます。	鈴木 康史	ご質問ありがとうございます。 ①当院は当地域で唯一、日本認知症学会から認定を受けた認知症専門医の脳神経内科医が在籍しており、物忘れ外来をはじめ認知症相談を請け負う基幹病院となります。 ②今回の調査において他院からの紹介で受診された2名に関しては、すでにCHDS-Rを実施し認知症ありとされたうえで、画像診断を含めた精査目的で受診されました。 ③当院では免許返納の相談に来られた患者に対し、当院独自のフローチャートを作成し、脳神経内科医、地域連携スタッフ（MSW、NS）、言語聴覚士が連携し免許返納を促す取り組みを行っています。免許返納制度に関する詳しい説明はMSWが担当しています。 ④返納が不明な方については、認知症と診断された方も含まれています。なかには、相談のみでその後来院されなかった方もおり、診断がつかない方もいました。 ⑤初診時のMMSEは22点（計算、口頭命令、構成などで減点あり）、ADASは8点。断薬後半年後の再診時のMMSEは24点（計算、遅延再生、口頭命令などで減点あり）、ADASは8点と軽度の低下が認められました。
70035	口演(B)06	高次脳機能障害・調査研究	O(B)06-3	前頭葉機能の難しさを日々の臨床で感じています。背景でもおっしゃっているように、FABは様々な機能をみていると思われるので、FABと言語を比較しているのはあまりしっくりこない印象ですが、ここでの思考特性とは、「独自の意味判断をする」ということでしょうか？それ以外の思考特性はありますか？	諸澤 瞬人	ご質問ありがとうございます。 思考障害の中には、「独自の意味判断」他に「思考の緩慢さ」「思考の切り替えの困難さ」「発散的思考の困難さ」「思考の固執」など様々な視点、切り口があると解釈しています。その中でも今回は、発表でも述べたように「独自の意味判断」という部分に着目致しました。 FABと言語の比較という点については、FABの「類似性課題」「語流暢性課題」といった下位検査との比較も行いましたが、特徴は検出できませんでした。そのため、今回はFABの得点のみでは思考面の障害を検出することは難しい、と考察を致しました。現在、他の前頭葉機能検査とも比較をしており、SCTAWにおける独自の意味判断と前頭葉障害者の思考特性の関連を検出できれば良いと考えています。 大変貴重なご質問ありがとうございます。
70036	口演(B)06	高次脳機能障害・調査研究	O(B)06-4	超高齢社会においてコミュニケーション能力の評価は社会的認知の評価でもあると思われる。とても興味深い内容でした。たいへん参考になります。質問ですが、1.MMSEとDSTの実施されたタイミングはどうだったのでしょうか？順番や期間など。2.MMSEは読解・書字・構成課題があり、DSTは言語性の課題ですが、その違いはどのように解釈しますでしょうか？3.MMSEにも注意見当識項目があると思いますが、こちらは検討していませんでしょうか？やはり現代においてはMMSE、HDS-Rがスタンダードかと思いますが、いかがでしょうか？	鈴木 利佳子	ご質問ありがとうございます。 Q1.MMSEとDSTの実施された順番や期間。 A1.MMSEとDSTは調査の一部として同時に実施されました。両検査で重なる項目もあり項目を混ぜる形で実施され、それぞれの採点基準により点数化されました。 Q2.MMSEは読解・書字・構成課題があり、DSTは言語性の課題ですが、その違いの解釈は？ A2.検査のカットオフポイントにより、MMSE正常レベル、DST認知症レベルというケース、また逆のケースも見られました。MMSEは認知症スクリーニング検査として有効で記憶や言語、視覚認知・構成能力を広く簡便にスクリーニングできる検査と考えます。DSTは常識、論理的思考の項目がある認知症スクリーニングです。今回DSTを分析に用いたのは、常識と論理的思考を意味記憶と考え、コミュニケーション能力と関わりがあるのではないかと考えたからです。 Q3.MMSEにも注意見当識項目がある。現代においてはMMSE、HDS-Rがスタンダードかと思うが、どう考えるか？ A3.私たちがSTはコミュニケーション能力の評価を行います。初回スクリーニングで簡単にコミュニケーション能力をスクリーニングする必要があります。現時点では簡単な会話からスクリーニングしていることが多いと思います。今回、DSTという認知症スクリーニング検査を用いることで意味記憶項目と注意・見当識項目の点数と、家族評価のコミュニケーション能力にどのような関係があるかを確認しました。結果、意味記憶項目が言いたいことを伝えることができるかの能力に関わっていた、ということがわかりました。意味記憶はフリーワードからは見えにくく、私たちはコミュニケーション能力を過大評価しがちで支援に結びつきにくいことがあります。たくさん話すが内容が乏しい場合、なんとなく伝わらない場合、言語機能や意味記憶の低下が疑われますが、現在使用されている認知症スケールに意味記憶項目が含まれているものは少ないと感じています。今回の発表は自分への反省も踏まえ、コミュニケーションを支援する専門家としてSTがスクリーニングで意味記憶を確認する大切さについて示されたものと考えています。
70033	口演(B)06	高次脳機能障害・調査研究	O(B)06-5	STADはとても素晴らしい検査であり、当院急性期病院でも使用しています。実習生にも必須としています。さて、質問ですが、スクリーニング検査を自宅・非自宅の予後予測に使用することは、新人STにとって良いことでしょうか？やはりポロムアップで多角的に評価することで転帰を決めることが臨床力につながると思いますが、いかがでしょうか？また、対象は発症2～180日となっていますが、急性期では回復期病院転院が多く、回復期では自宅・施設退院が多くなるのではないのでしょうか？わたしの研究内容の理解度の問題かもしれませんが、以上2点、ご質問いたします。	荒木 謙太郎	ご質問ありがとうございます。また、急性期病院での使用や、実習生指導にも役立っていただき、検査開発者としてこの上ない幸せでございます。さて、ご質問につきまして、STADを用いた自宅・非自宅の予後予測については、ご指摘の通り多角的に評価する必要があります。例えば、転院先の決定にはご家族の協力の要因も大きく関与しますが、今回の分析には含めておりません。あくまでひとつの指標としてご活用頂ければ存じます。次に、転院先について、急性期病院では回復期リハを経由せず、直接自宅や施設となることもありますが、全体的には急性期病院から回復期リハが多くなるというご指摘の通りで問題ないと思います。よろしくお願いたします。
70115	口演(B)07	成人発声発語症例	O(B)07-1	非常に興味深く視聴させていただきました。是非とも当院でも参考にさせていただきたいと思えます。質問は、1.訓練は何分間実施しましたでしょうか？2.失語の改善は声量に影響はありませんでしたでしょうか？3.声量の評価は何に対してでしょうか？自由会話でしょうか？4.一般化したこととしてよろしいでしょうか？であれば考察を教えてください。よろしくお願いたします。	六戸 綾	ご質問ありがとうございます。 ウエイノイズ法は毎日15分程度行っておりまして。声量に失語症の影響はないものと考えております。当患者において発声失行や発声失行も認められておりませんでした。 声量の評価は短文・長文の音読について行っております。会話上の声量については今回検討しておらず、評価用の文・文章を設定することで声量の評価の際の条件を統一し、本訓練の効果測定を行いたくしました。
70112	口演(B)07	成人発声発語症例	O(B)07-3	たいへん興味深く視聴いたしました。質問ですが、1.何か客観的指標はとっていますでしょうか？今回聴覚的印象や、他部門・家族からの意見のみであっても、今後客観的指標の案などあれば教えてください。2.介入Ⅱ期について、間違っていたら教えてください。介入Ⅱ期でも先行刺激はⅠ期と変えずに、後続の刺激を変えた。でよろしいでしょうか？	三橋 章人	ご質問ありがとうございます。 1.まず、客観的指標についてですが今回は質的評価が主となり、数値として残せておりませんでした。今後については先行研究でもあるように、音声解析ソフトやiPadの Siri などを用いて音声を客観的に評価できたらと考えております。 2.介入Ⅱ期開始時は先行刺激、後続刺激共に介入Ⅰ期と同様でスタートしています。 しかし、満点が3回連続で続いた段階で先行刺激から段階的に除去(フェイディング)し、その後後続刺激についても同様の手順で除去しております。 除去した順序などは7枚目の【点数化一覧】をご参照ください。

受付番号	セッション名	テーマ	演題番号	質問内容	演者名	演者からの回答
70114	口演(B)08	成人発声発語調査・研究	O(B)08-2	たいへん興味深く視聴させていただきました。貴重なご発表参考になります。質問は、1.今回の発表には直接関係はしませんが、引き続き研究を続けられると思いますので確認いたします。明瞭度はどのように測定しましたか？0.5刻みになっていましたか？理由がありますか？2.舌圧や舌圧持続時間は構音にどの程度関わるのでしょうか？3.最大舌圧が上れば最大舌圧持続時間も上がるのでしょうか？4.健常者に舌圧持続時間が短い方がいますか？どのような方でしょうか？舌圧にはないようですね。5.展望として舌圧持続時間のカットオフの検討をあげていましたが、会話では一回発話量によるので、たくさん検討する余地があると思いましたが、ありがとうございました。コメントです。	酒井 哲郎	ご質問いただきありがとうございます。いくつかいただいておりますので個別に回答させていただきます。1.明瞭度はどのように測定しましたか？0.5刻みになっていましたか？理由がありますか？発話明瞭度については、AMSD基準の9段階の順序尺度にて測定しております。具体的には対象者の方に自由発話と北風と太陽を読んでいただき一人の検査者で測定を行っております。2.舌圧や舌圧持続時間は構音にどの程度関わるのでしょうか？発話ではなく構音に限局するのであれば構音器官には舌や口唇、軟口蓋などが関与しており、舌はその一番のファクターですので舌筋のうちどの筋の関与かは不明ですが、舌機能を測定している最大舌圧、舌圧持続時間は関与している事は間違いなくと思います。その上で舌圧がどの程度構音に関与しているかは、ほかの機能との比較になりますので今後の研修テーマになると思います。現状であれば構音障害患者と健常者の間には最大舌圧、舌圧持続時間も有意差が出ております。また他の構音評価との相関関係も私が測定したデータ(今回発表は行っておりません)また、既存論文にもありますので、舌圧を測定することである程度構音評価となる可能性はあると思います。3.最大舌圧が上れば最大舌圧持続時間も上がるのでしょうか？同じ舌機能を測定しておりますので、例えば下肢の筋力測定時の速筋、遅筋の関係性と同様の関係性はあります。統計上も相関関係にはありますが、最大舌圧が高ければ舌圧持続時間も長いとは一概に言えないのが面白いところと思います。特に軽度のdysarthria患者様の場合、最大舌圧は平均を維持しているのに舌圧持続時間は低下している方はいらっしゃいます。4.健常者に舌圧持続時間が短い方がいますか？舌圧にはないようですね。今回の測定において健常者の舌圧持続時間にはずれ値はありませんでした。図の読み違いと思いますが、dysarthria患者様に持続時間が長い外れ値の方はいらっしゃいます。5.展望として舌圧持続時間のカットオフの検討をあげていましたが、会話では一回発話量によるので、たくさん検討する余地があると思いましたが、以前発話明瞭度の信頼性の検討を行っていましたが、残念ながらSTは割と横断的にはずれが多い結果となりました。特に構音分野ではどうしても主観的な評価が多く、客観性に乏しい現状を苦慮しております。発話というパラメータの多い分野ではありますが、少しでも客観性が増せばと思いついて研究を続けていきたいと思っております。多々の質問、コメントありがとうございました。
70117	口演(B)09	音声	O(B)09-3	たいへん興味深く視聴させていただきました。質問ですが、裏声と生理学的声域の上限は別物でしょうか？逆説的な論点になっていないでしょうか？声帯萎縮によって、前筋と内筋が機能低下して重度の場合は裏声が困難になるのではないのでしょうか？	山本 亜由美	ご質問ありがとうございます。まず、裏声と生理学的声域の上限は同義ではございません。裏声可能群の生理学的声域の上限は裏声ですが、裏声困難群の生理学的声域の上限は地声となります。また、前筋や内筋の機能低下は筋電図等で測定してみたいことには確かにはわかりませんが、今回の結論でも訓練開始前の裏声の可否に関わらず両群で訓練後には改善したという結果となったことから、必ずしも声帯萎縮の進行が裏声発声を困難にさせると言い切ることはできないと考えております。今後も研究を深めて参ります。
70134	口演(B)12	摂食嚥下・リハビリテーション	O(B)12-5	当院はバルーン訓練をしておりますが、導入にあたり、何かアドバイス等あればお教え頂ければ幸いです。臨床において食道開大不全の患者様を担当することがあるのですが、バルーン訓練のように食道開大不全に直接アプローチする訓練はしてこなかったです。教えて頂ければ幸いです。	清水 綾子	ご質問ありがとうございます。バルーン訓練については、摂食嚥下リハビリテーション学会に掲載されている医療検討委員会作成マニュアルのバルーン法に準じて実施しております。一般的には尿道バルーンを使用されると思いますが、拡張幅が小さいため、食道に開大されたダブルバルーンを使用しています。まずはVFで食道入口部開大不全があることが確認でき、バルーンの効果判定を行うことが重要と考えています。
70008	口演(B)14	摂食嚥下調査研究	O(B)14-3	ご発表ありがとうございます。2点お教え願います。①自宅群と非自宅群のST介入までの日数に差が生じた因子について②肺炎の重症度(CRPやWBC)や他の肺炎の有無(COPDや間質性肺炎など)には差はなかったのでしょうか？③非自宅群は、ST介入時に経口摂取が楽しみレベルが多かったとありましたが、一度経口摂取をトライして誤嚥が疑われた結果、形態や回数を落とす主治医がST依頼をしている可能性はありますか？以上よろしくお願いたします。	馬渡 亮仙	ご質問ありがとうございます。①に関してですが、重症度や他の肺炎は今回の調査では調べておりませんでした。追加調査の項目として検討したいと思っております。②に関しては、ご指摘の通り可能性はあると思っております。その理由は病棟看護師が行う摂食嚥下機能のスクリーニング(アセスメント)でSTの必要性があった場合に医師から介入依頼があるケースもあるからです。この度は貴重なご質問をいただきありがとうございました。今後の研究に活かしていきたいと思っております。
70011	口演(B)15	摂食嚥下その他	O(B)15-1	このような事例はやはりたくさんありますね。シームレスに関わるといのですが、まずは目の前の患者さんをなんとか良くできるような介入しようと思っただけで済ませたい、文字盤でのやり取りでしょうか？選択の速さはどの程度でしょうか？2.PEGではなかった理由はあったのでしょうか？3.発声発語が困難であった理由は何でしょうか？嚥下ディサースリアでしょうか？4.昼のみ1食にとどまった理由は何でしょうか？マンパワーのためでしょうか？	田宮 浩司	ご視聴、ご質問ありがとうございます。介護医療院名南ふれあい病院の田宮です。早速ですがご質問に答えたいと思います。1.梅干しのやり取り日常的にはうなぎ/首振り=YES/NOでコミュニケーションをとりますが、具体的な内容は文字盤使用します。好きなものを聞いていく中で梅干しの情報が得ました。選択はゆっくりですがターゲットは認識してのスムーズです。2.胃瘻でない理由急性期から胃瘻の説明を受けなかった。と本人は言ってますがきつと説明はされてるんだと思います。忘れてるか、家族だけに説明があったか、しかし、急性期の段階でうまくコミュニケーション手段が確立できていなかった可能性があります。そのため本人にあまり残らなかったのかな。今はめんどさから、という理由です(NGTで何年もきているので)3.発声発語が困難な理由おそらくは声帯麻痺によるものと思われる。理由は咳やムセをするときでも有声音がほとんど出ないこと、力むことができないことからです。4.昼のみ一食に留まった理由摂取量が安定しないこととマンパワー不足両方ですが、1番は本人と決めたゴールに到達しているからです。当然経管離脱を最終目標としていたが、食べることから遠ざかっていたため早くお腹いっぱいになって摂取量が安定しませんでした。そのため3食に至らないなら全部経管でいいのでは？とリハ以外の他職から意見が出ました(よくあることです)。せっかく食べられるのに勿体ないなと思って本人と相談。一食だけでも食べられることに満足しているとのことだったので、現状を維持できるように目標変更して継続しています。あとはコロナが空けたときに奥様とおやつを食べることも目標にしているため、食べることは当然継続していく必要があるわけです。以上、長くなりましたが回答になっていでしょうか。宜しくお願いします。
70013	口演(B)15	摂食嚥下その他	O(B)15-2	先生がこちらの施設に関わることで、詳細に評価して根拠よく介入した結果がとても良くわかりました。このような事例が今後も蓄積されることと思います。質問は、リハ栄養の介入プロセスをいければ教えて下さい。誤嚥しても肺炎にならない状態を維持できているのだと思いますので、口腔ケアや運動機能、呼吸機能の維持向上もうまくいっていたのだと思います。	松岡 千明	ご質問ありがとうございます。今回は「リハ栄養」としては介入できておりません。しかし、この事例に対しては嚥下回診を行っており、医師や看護師、介護士、管理栄養士、理学療法士でラウンドし、会議を行っていました。その時に体重の減少が挙げられ、栄養補助食品などを提供して体重が減少しないようには介入していました。
70009	口演(B)15	摂食嚥下その他	O(B)15-3	先生との信頼関係を感じられる発表で感銘を受けました。質問ですが、1.食事形態の変更をして、その上で嚥下練習をすることで舌圧向上や咽頭収縮向上、喉頭挙上範囲向上は得られませんでしたでしょうか？2.口か鼻にコンバーターで空気を通して効果がありましたか？3.通常の姿勢で嚥下反射が出るのでしょうか？4.よく失語症当事者の講演がありますが、このような方も講演に協力いただけると思うのですが、是非とも都道府県士会と連絡をとってみたいとは思っています。是非とも都道府県士会と連絡をとってみたいとは思っています。	瀬尾 八栄美	ご質問ありがとうございます。回答1.2.先生のいらっしゃる通り、ST介入で舌圧や咽頭収縮力等向上し、嚥下機能は改善してはいました。ですが、胃がんによる胃全摘に伴う胃食道逆流、誤嚥性肺炎の度重なる再燃を抑え込むことができず手術を行うことになりました。手術に関してですが、仮に嚥下機能改善術を行ったとしても消化管内の逆流の状況は変わらず、逆に輪状咽頭筋切除に伴い食道第一狭窄部の逆流防止効果が低下、より食道逆流が生じやすくなってしまいうまく喉頭全摘に至りませんでした。回答3. 頸部突出法は棚橋法の術後患者が対象になるようですが、術後の嚥下に関しては特に指導を必要とすることなく食事摂取可能となっております。例えば咽頭癌で咽頭切除、さらに喉頭合併切除をした場合は咽頭壁の再建が必要となり再建部が本来の咽頭壁のように収縮しないため頸部突出嚥下が有効になると考えられます。嚥下圧が十分にある場合は頸部突出嚥下を行わなくても嚥下可能です。回答4.誤嚥防止目的で喉頭全摘を行った方が、シャント発声により音声を維持できることはQOLの向上につながります。今回の症例に関しては関わった医療従事者全員が喜んでいました。ST間でも共有していきたいと思っております。ありがとうございました。
70129	口演(B)16	小児	O(B)16-6	対象となる児童・生徒の年齢によってもSTに求められる内容が変わるようになると思いますが、今回の分析から何か傾向のようなものは認められましたか？	岩崎 淳也	ご質問ありがとうございます。ご指摘いただいた通り、児童・生徒の年齢によっても教員のニーズが変化することが予測されます。本研究では、小学部から高等部までを対象としたが、中等部・高等部はご少数だったため、小学部の傾向と考えていただいてもいいかと思っております。今後、学年ごと・低学年/高学年といったより細かい分析を行ってみたいと思っております。
70122	口演(B)18	がんリハビリテーション	O(B)18-1	たいへん興味深いご発表ありがとうございます。リハビリテーション効果があるということで、STとして知識・技術の習得が必要ですね。質問ですが、1.NAIM使用なし群はなぜNAIMの使用ができなかったのでしょうか？2.口か鼻にコンバーターで空気を通して効果がありましたか？3.わたしもN AIMの普及が重要だと思いましたが、いくつかあると思いますが、問題点と課題は何が考えられますか？よろしくお願いたします。	石川 幸伸	質問ありがとうございます。以下、回答させていただきます。1.NAIM使用なし群はなぜNAIMの使用ができなかったのでしょうか？→NAIMの使用が出来なかったのではなく、出来るのにやらなかった方々とも言えます。この群の中には「においがなくても良い」「においが無い方がくさい匂いを嗅がなくてすむ」と発言している方もいらっしゃいます。現在、論文執筆中であり多くを語れませんが、自記式の検査の結果が初期から低い方にはにおいに対する意識(向上したい気持ちを含む)が低い傾向にあります。とはいえ、ガス漏れや火事のおいにはわかった方がよいのでそのような方を事前にピックアップししっかり指導することが重要と考えます。2.口か鼻にコンバーターで空気を通して効果がありましたか？→効果はあると思います。但しやはり陰圧にならない限り気流は通らないのでそれをどのように作るかは考えなければなりません。この点に関しても現在、検討中です。3.わたしもNAIMの普及が重要だと思いましたが、いくつかあると思いますが、問題点と課題は何が考えられますか？→一つは嗅覚障害に対する意識が低いことが問題だと思っております。今回のコロナの問題でも嗅覚障害の方に対するリハビリをSTがしているという声は聞きません。まずは嗅覚障害に対して意識を持ってNAIMも普及していくと考えます。以上です。お答えになっていれば幸いです。
70123	口演(B)18	がんリハビリテーション	O(B)18-2	Mタイプの電気式人工喉頭の適応がよくわかりました。非常に参考になり、興味深く視聴させていただきました。質問ですが、1.術前介入は前日となっていますが、代用音声について誰がどのように術前介入していたのでしょうか？STは今後介入していきますでしょうか？2.食道発声は認知が関係すると思いますが、トライアルはしませんでしたでしょうか？QOLの問題です。よろしくお願いたします。	杉原 嘉直	質問1については、入院するまでの間に外来で耳鼻咽喉科医師より手術後の代用音声について当院のリハビリと近声会の説明をしていました。第2病日に入院となり第1病日にPTとSTの介入となりました。退院された後STの介入はしていませんが、現在もMタイプのELを使用していることです。質問2については、食道発声は高齢と難聴で習得が困難であることが予想されたため実施しませんでした。MタイプのELを使用した時に自分の話が伝わることを深くて喜びました。以降は笑顔が増え、ELを持ち歩きいろいろな人と会話を積極的に楽しむようになった経緯からもMタイプは本人にとって最適な代用音声であると思われました。
70046	口演(B)19	地域・その他	O(B)19-1	超高齢社会になり、全国的にこのようなケースは実際多いのだろと感じました。また、我々が直面した場合、どのように対応できるかと考えるきっかけとなりました。本当に素晴らしい取り組みだと思います。質問ですが、1.貴院のどのようなシステムもしくは理念がこの対応を実現したのか？地域密着なのか？急性期以外に訪問があるなど、いくつか要因があると思しますので、教えてください。2.今現在、こちらのケースはどなたが一番のキーパーソンでしょうか？STとして継続介入している事例はありますか？よろしくお願いたします。	安達 寿子	ご質問ありがとうございます。質問1については最も大きい理由は「家に帰りたい」という切望に対し我々が純粋、痛切に心を動かされた事だと思います(当初、転帰先は施設という考えや実際にその考えや実際にその説明をした時期もございました)。地域の方との関係を構築していくために症例と地域住民の両者が仲介役を通じて過去・未来の事を考えられる場の設定が幾度と実現したことも大きかったと思います。法人の中に訪問リハビリ(症例も利用されました)と地域総合サービスセンターがございます。質問2については地域包括支援センターとケアマネです。現在STとして継続して支援できていることは少なく訪りで困惑した事柄や当院の相談員に現状を確認する等で直接的・定期的に症例に関わっていることはありません。間接的にはなりますが症例の築いた地域の中で心の安全基地が崩れないよう現状の確認の継続をしていきたいと思いますと考えております。

受付番号	セッション名	テーマ	演題番号	質問内容	演者名	演者からの回答
70087	ポスター03	高次脳機能障害	P03-1	貴重な症例のご報告を有難うございます。漫画は親しみを感じる方が多い、人々の生活に身近なツールであることを再認識しました。1点ご質問させていただきます。「漫画のオチが分からない」という発言は、漫画に描かれた人物に対する同時失認だけが理由であったと解釈してよろしいのでしょうか？報告の中では「文字が読めるようになってきたから家族が漫画を持参した」と記載がありましたが、考察では本症例は逐次読みを呈していたとありました。本症例は、セリフ（文字）の理解は全て可能であったのでしょうか。教えて頂けたら幸いです。	長濱 朋子	ご質問ありがとうございます。 症例は、入院初期は文字の認識は曖昧でしたが、なぞり書きすることによって文字を理解することを習得され、漫画を読み始めた頃には、逐次読みではありませんが、文字の理解は文章レベルで可能でした。サザエさんの漫画は4コマでセリフは単語・短文レベルなので、実際場面で、セリフの内容理解に問題は認めませんでした。そのため、漫画のオチがわからなかったことに対し、失読の影響は限りなく少なかったと考えています。 よって、漫画のオチがわからなかった理由は同時失認であると解釈していただいてもよろしいかと思います。 ただ、ご質問では「漫画に描かれた人物に対する同時失認だけが理由であった」と表現されましたが、症例の同時失認が人物に対するものだったのかどうかについてお話をさせていただきます。 まず、同時失認とは複数の視覚対象に対する認識が困難なタイプや絵の全体把握・意味理解が困難なタイプなど複数の概念が存在していると言われていています。 今回の症例は複数の人物を同時に認識することは可能でしたが、複数の登場人物間から起きている出来事や人物間の関係性・状況を読み取ることが困難でした。また、症例は、特に背景描写に対しても認識困難な場合が多かったです。例えば、1つの4コマが家の中の話なのか、公園で起きた物語なのかを理解するのが困難でした。また1コマ目→2コマ目の間でどういった場面変化が起きたのかを理解することも困難でした。なので、今回の症例は絵の全体把握・状況理解が難しい同時失認と評価しました。 最後に、サザエさんという漫画は特にオチにセリフが少ない作品であったため、1コマ1コマ各々の絵全体の状況理解が漫画を楽しむうえで重要な要素だったと考えています。 疑問に思われた点について、適切な回答は得られませんでしたでしょうか？回答が疑問点の解決の一助になれば幸いです。
70020	ポスター03	高次脳機能障害	P03-3	ご発表ありがとうございます。 ①今回の対象者は回復期病棟入院中に評価を実施されたとお見受けしましたが、発症からの時期はどのくらいの患者群でしょうか。 ②高次脳機能障害としては、どのような症状を呈していた患者群でしょうか。 ③私も以前、神経心理検査とJ-SDSAとの関連を検討しましたが、やはりJ-SDSAの低位検査は複数の神経心理検査との相関がある結果でした。それを踏まえて、先生はJ-SDSAを運転再開評価のバッテリーに取り入れておられますでしょうか。 ④入院中は難しいかと思いますが、退院後に外来継続などで実車評価を自動車教習所にご依頼されることはありますでしょうか。 ⑤貴院では、評価後に診断書の作成を行っておりますでしょうか。 ⑥失語症があると、検査の解釈は注意を要すると思いますが、どのような検査の選択や工夫をされておられますでしょうか。 以上、よろしくお願いたします。	佐野 里夏	ご質問ありがとうございます。 ①本研究では発症から3か月～8か月経過している方を対象としました。 ②主に注意障害、構成障害を呈した方です。その他には記憶障害、遂行機能障害の方もいます。 ③J-SDSAも評価の一つにしていますが、神経心理学的評価やドライブシミュレータでの評価、実車評価など様々な評価項目から総合的に判断をしています。 ④当院では入院中でも主治医の許可があれば必要に応じて交通教育センターにて実車評価を行わせて頂いています。 ⑤免許センターにて診断書が必要とされた方には診断書の作成を行っています。 ⑥重症度によっては非失語症の方同様に評価を行っています。結果に関しては非言語性評価を主に参考としています。言語性評価に関しても実施はしますが結果だけではなく検査時の様子なども判断材料にしています。
70021	ポスター03	高次脳機能障害	P03-4	ご発表ありがとうございます。 ご指摘の通り、J-SDSAだけでは予測率70%台で、陽性的中率が47%と、これだけで予測、判断するのは危険と思います。 御高察のとおり、机上検査は複合的に、そして実車評価を取り入れるのは重要だと思います。 細かい質問で恐縮ですが、 ①J-SDSAの低位項目に着目して、実車不合格となった15名について、どの項目が特に低下していたか傾向はございましたでしょうか。 ②一度の実車評価のみではなく、その後ペーパードライバー講習など、練習経験につながり、あるいはつけられるようなアドバイスをしたケースはありますでしょうか。特に、右まひの方にハンドルグリップ、左アクセルの補助が必要な場合、一定の練習は必須と思っております。 ③再開見送りのケースのその後のフォローはどのようになっておりますでしょうか。 以上、よろしくお願いたします。	芳賀 瑞穂	ご質問ありがとうございます。 J-SDSAの研究は色々な報告はありますが、恥ずかしながら当院では数値を統計で出した事がなかったので、この機会にできる範囲で出させていたました。 頂いたご質問の回答ですが、 ①特にコンパス課題での失点が目立ちました。合格となっても、課題理解に時間を要する方もいました。また抹消の処理速度の遅延も目立っています。 ②当院でも改造が必要な方は一度の実車では不合格とする方が多い印象です。後半の学習効果が何えた方などは、ペーパードライバー講習に誘導した例はありました。ただし、自宅近隣の自動車学校ではなく、一度評価を行った教習所、と限定しています。教習所での練習後再評価を行い、合格となったケースもあります。 練習期間としては半年程度見ています。 麻痺はほとんどなく、高次脳の問題で現時点では困難としたケースも、強い再評価希望があれば、ケースバイケースですが再評価を行う事もあります。その場合も評価を行った教習所へ通っていただきます。練習の頻度は細かく決めてはいますが、およそ評価から半年～一年後に外来診察へ来ていただき、医師から再評価依頼が出る事が多いです。 ③それは私達も悩んでいる所です。地域でなかなか使用できるサービスも少なく、運転は危ないと思えるだけになっているような気がします。何かあれば私達も知りたい所でした。 回答にありませんが、よろしくお願いたします。
70133	ポスター05	摂食嚥下・脳血管障害	P05-1	電気刺激療法は、どのように導入されたのでしょうか。導入にあたりセミナー、指導を受けられたのでしょうか。 興味のある訓練法です。 当院の導入にあたり、何かご助言頂ければ幸いです。	西脇 克浩	ご質問誠にありがとうございます。質問1 機材導入の件ですが、当院では摂食嚥下障害患者増加をうけ関連機材の充実を図ろうとする時期があり、医師や上司と検討を重ね、適応患者比率などを考慮した上で最初はNME S:Vital Stim®より導入を開始しました。その後、TESS:IFC装置に関しては(株)フードケア様より、Gentle StimTMのお試し導入のお話を頂き、期間限定で使用させて頂くことができました。現在、購入検討を進めています。ご質問の2つ目、導入の上でのセミナー、指導に関してはNMESに関しては販売元であるインターリハ様主催の技術講習会への参加をしました。TESSに関しては(株)フードケア様によるオンラインセミナー等に参加し使用方法等を学びました。院内STへの教育はリハビリ医と連携をとりながら伝達講習会を開く、患者使用時に直接出向いた上で使用方法を伝授していく、カンファレンスや症例検討の際に、使用適応や患者選定の助言をする、相談にのる等の形をとりました。以上、ご参考になりましたでしょうか。その他ご質問等ありましたら、ご遠慮なく所属機関へご連絡下さい。
70118	ポスター05	摂食嚥下・脳血管障害	P05-3	ありがとうございます。すぐたけになりました。いま訪問で担当している経鼻経管栄養の高齢男性にぜひIOCを提案したいと思いましたが、なぜかという、胃ろう拒否で経鼻なのですが、経鼻チューブがあることが嚥下障害になっていると考えられるためです。IOCにすれば、チューブ飲み自体が訓練になるという、すごくいいです。88才でも飲み込みやすいチューブの太さと、材質やメーカー（？）がもしあれば教えて頂けませんか。なお左半身に軽度麻痺があるので、喉頭は右側から入れた方がいいのか、それともむしろ感覚鈍麻があるだろう麻痺側の左に入れていく方がいいのか、嘔吐反射など起きないものなののでしょうか。その辺りもしご助言あればぜひお願いたします！	古谷 二三代	ご質問ありがとうございます。 嚥下状態や背景要因がわからないので、一般的なことか申し上げられませんが、ご了承ください。 IOCは誰にでも適応があるというものではないので、導入する際には、その適応の有無を見極めることが重要かと考えます。まずは嚥下状態を含め現状を評価し、問題点を把握した上で、IOCの適応基準に合致するかの検討が必要とされます。IOCの適応や手順の詳細に関しては、下記の文献をご参照ください。 1. 木佐俊部他：間歇的経口経管栄養法（IOC）の歴史・適応・手順と効用, Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science ,2015 2. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 医療検討委員会：間歇的口腔食道経管栄養法の標準手順,2015 チューブについてですが、今回症例報告した患者さんは12Frチューブを使用していましたが、細いチューブはコシがなく飲みにくいこともあるので、太めのチューブを使う場合もあります（文献をご参照ください）。 また、嘔吐反射が強い場合はIOCの適応外です。 IOCについて導入を検討する際は、その他の関係スタッフの方々と相談・検討されるのが良いかと思います。
70030	ポスター05	摂食嚥下・脳血管障害	P05-4	慢性期の嚥下障害症例に対する大変貴重なご発表をして頂き、ありがとうございます。症例に対して治療効果を残され、HRMを用いたBio Feedbackという非常に重要な知見と存じます。 大変恐縮ではございますが、何点かお聞きしたいことがございます。 ①本症例のVFの画像を拝見するに喉頭挙上位低下・UES開大不全の病態も考えられると思われ。本症例の嚥下障害の病態は咽頭部収縮不全（頸部伸展位）によるものみでしょうか？HRMの読影ができれば理想的な外れでしたら申し訳ございません。 ②2年11ヶ月～4年11ヶ月の2年間は、HRMを用いたBiofeedback訓練のみを16セッション実施したという解釈でよろしいでしょうか？他の嚥下治療法を実施したが、有効性が乏しかったということでしょうか？また、可能でしたら、1回のセッションの時間を教えて頂けたらと存じます。 ③舌根部圧が10回目のセッションで51mmHgと開始時よりも低下した理由は、どのように考えればよろしいでしょうか？ ④理想の嚥下圧のトポグラフィーに近づけるためのパフォーマンスの知識は具体的にどのような指示を症例に対して行うのでしょうか？ ⑤HRMのフィードバック法は、メンデルソン法や前舌保持嚥下法のような嚥下訓練法と有効性に差異を認める比較研究はございますでしょうか？ 長文になり、申し訳ございません。御多忙かと存じますが、お答え頂けると幸いです。	稲本 陽子	①本症例のVFの画像を拝見するに喉頭挙上位低下・UES開大不全の病態も考えられると思われ。本症例の嚥下障害の病態は咽頭部収縮不全（頸部伸展位）によるものみでしょうか？HRMの読影ができれば理想的な外れでしたら申し訳ございません。 回答 喉頭挙不全、UES開大不全についてももちろん問題点として挙げられます。 この症例は、2年9ヶ月までの訓練で喉頭挙上やUES開大、咽頭収縮に対して積極的にアプローチを行った結果、一定の改善を認め経口摂取が一部可能となりました。 しかし、その過程で嚥下中に頸部伸展位となる目的としていない嚥下方法を獲得してしまったと考えています。 ②2年11ヶ月 4年11ヶ月の2年間は、HRMを用いたBiofeedback訓練のみを16セッション実施したという解釈でよろしいでしょうか？他の嚥下治療法を実施したが、有効性が乏しかったということでしょうか？また、可能でしたら、1回のセッションの時間を教えて頂けたらと存じます。 回答 この2年間のアプローチ方法は主にHRMを用いたBiofeedback訓練でした。 この期間中にコロナ禍となり、HRMを使用した訓練が行えない期間もありました。 1セッションは40～60分です。 ③舌根部圧が10回目のセッションで51mmHgと開始時よりも低下した理由は、どのように考えればよろしいでしょうか？ 回答 咽頭圧を強く産生するよう意識すると嚥下時に頸部伸展位となってしまうため、まずは頸部伸展位にならないよう意識して嚥下していただいていたと思います。 この時期は嚥下方法が変わっていく過渡期に当たるのではないかと考えています。 ④理想の嚥下圧のトポグラフィーに近づけるためのパフォーマンスの知識は具体的にどのような指示を症例に対して行うのでしょうか？ 回答 まず初めに健常者と症例自身のトポグラフィーと見比べて異常所見がどこを確認してもらいました。 頸部伸展位になったとき、頸部伸展を抑制して嚥下できていたときなどにその都度フィードバックを行っていました。 ⑤HRMのフィードバック法は、メンデルソン法や前舌保持嚥下法のような嚥下訓練法と有効性に差異を認める比較研究はございますでしょうか？ 回答 HRMをフィードバックに使用することで咽頭圧の産生が強化されたという報告などがありますが、HRMのフィードバックの有無を比較した検討は存じ上げません。