

オデマンド配信 口演 (A) ※一部、座長の先生にコメントや回答を掲載しておりますのであわせて掲載いたします。(座長のコメントおよび回答は任意にてご依頼)											
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	座長名	座長からのコメント	座長の回答		
70016	口演(A)01	失語事例①	O(A)01-1	貴重なご発表ありがとうございました。いくつか質問をさせていただきます。①SLTAのデータが無かったのでお話ししたいのですが、もし検査を取ってしましたら、短文の理解や口頭命令に従う(聴く、読む)ずれにおいてもといった部分での低下はありましたでしょうか。②1つ目の質問と本質的にお話ししたいところは重複しますが、理解・表出にも助詞を複数含む文の処理にも影響はありましたでしょうか。③今後この方にとって日常生活において問題になりそうな部分として、日本語話者は助詞を省略して話しても意味がある程度通じてしまうという特性があるかと思えます。その上で、訓練内容として例えばセリフで教えて助詞を省略した文を提示し、省略された助詞を補充するといったものなど検討はされてはいかがでしょうか。あるいは、今回の介入によってその辺りの理解面が向上したなどあれば教えて頂きたいです。宜しくお願い致します。	永永 亜紀	ご質問ありがとうございます。順番にお答えしていきます。①当院ではWAB失語検査にて言語評価を行っております。もしSLTAをとっていただければ、短文の理解及び口頭命令に従うの項目においても、低下がみられたと思います。②格助詞の理解・表出能力に加え、本発表では検討していませんが、言語性短期記憶や情報処理機能も向上しています。よって、複数の助詞を用いた理解及び表出にも改善がみられました。③助詞を省略した課題の導入は、最終的に導入を検討してまいりました。しかし助詞を除いた文章でも伝わる部分はあります。症例様の自然に話したいという要望及び、助詞の概念がわかりにくかったため、今回の訓練方法を導入するに至りました。質問の答えになっておりますでしょうか。今回は発表を見ていただき、ありがとうございました。	中川 良尚	②助詞の理解・表出能力と、言語性短期記憶の関係性については、さらに掘り下げてもさそうです。特に助詞の意味理解の速度は異なります。③発話の質を考慮する、という点からみれば、助詞の概念がわかりにくいという点については、逆に言えば助詞に特化するものではないと解釈できるでしょうか。この症例は感覚性失語で良きそうなきがします。			
70051	口演(A)01	失語事例①	O(A)01-1	質問ですが、1.訓練効果があり見られなかったという事で、こちらの訓練を3か月行ったとの事で、2カ月の練習よりも、より改善した根拠はありますか？2.助詞の使用は述部により変化するもので、また発達を考慮すると格助詞よりも産出しやすいものがあると思えますが、そのついた例は検討していただけたでしょうか。3.感覚性失語では伝導失語ではないのでしょうか？	永永 亜紀	ご質問ありがとうございます。順番にお答えします。①発表冒頭に挙げております既存の課題では、症例様による格助詞のパターンが見つけにくく、繰り返しても分らないという反応がありました。実際、失語症検査や日常生活においても変化は小さいものでした。本発表での課題を導入してからは、失語症検査・日常生活での改善がみられただけでなく、症例様からも分かるようになったという反応がありました。以上が根拠となります。②発達での習得のしやすさは、今回は考えておまじませんでした。貴重なご意見ありがとうございます。次回、参考にさせていただきます。③伝導失語に分類すべきか、チームでも悩んだところですが、今回は感覚性失語と判断しました。質問の答えになっておりますでしょうか。ありがとうございました。	中川 良尚	③伝導失語であれば、もっと音韻性言語(語音)が前面に出て、そのほかの症状はほとんどない。逆に言えば助詞に特化するものではないと解釈できるでしょうか。この症例は感覚性失語で良きそうなきがします。			
70015	口演(A)01	失語事例①	O(A)01-2	貴重なご発表ありがとうございました。この方は左手でタイピングされていますが、タイピングの入力スピードや正答率に差はあったのでしょうか？例えば、本来、左手で打つのはキーのばうが打ちやすいなどです。また今回11文字の検討でしたが、単語や非単語、文など文字数が多くなる。傾向はどののでしょうか？もし検討していただけたら教えていただけますと幸いです。	小山 健太	ご質問いただき誠にありがとうございます。タイピングの入力速度はホームポジションを境界として計数すると(目標とするキー→誤反応キーの位置)右手の入力の範囲内ではエラー24個(例:U→O)、左手のみの範囲内ではエラー4個(例:A→O)、右手→左手8(例:A→O)、左手→右手10(例:O→A)となっています。なお、これは複数回生じた同一のエラーを合計したものであります。他は非誤反応であり、一貫性はありました。タイピングの入力速度については、今回は詳細な測定はしていません。あくまでも主観となりますが、子音あるいは母音の選択に似るレベルの誤差は多く、その際左右差は明らかではなかったと存じます。単語レベルの検討については、非語は書取(SALA D40 結果:11/56)にて成績低下が顕著であったため、負荷が高いと考えタイピング入力は未実施しました。一方、実在語にてタイピング入力を検討しております。SALA D39を①書取、②タイピング入力にて比較検討したところ、①は88/90とおおむね良好でした。②は42/90(読解)に低下を認め、内訳は、ひらがな16/30(2モーラ→5/10、3モーラ→5/10、4モーラ→4/10)、カタカナ11/30(2モーラ→4/10、3モーラ→1/10、4モーラ→5/10)、漢字15/30(2モーラ→7/10、3モーラ→5/10、4モーラ→3/10)となっています。誤反応分析をすと、置換9個、付加7個、母音66、子音35でした。なお、本例は自己修正をすることで最終的に正答に至ることが可能です。	小山 健太	ご質問いただきありがとうございます。本例の「kyo」⇒「kiyo」の誤りは、語反分析の付加の個数(2個)を参照して頂けると理解して頂くことが可能と存じますが、置換の総数に比してごくわずかな反応となります。以上より、頻発する誤りではなく、音素選択の上で試行錯誤の末に生じたエラーとさせていただきます。本例の音素や拍音へのローマ字変換の際には、消音入力の際と異なるなどという所見は明らかではありませんでした。ローマ字の読み書きやタイピング入力に関しては、その習熟度が入出力過程に影響を及ぼすのではないかと考えております。書字やタイピング入力の際に、六水(2009)の想定する消音を経た消音・拍音へ変換するルートと異なる例が存在する可能性も十分に考えられます。このルートを取らない例も稀に存じます。この点については、日本人健常者におけるローマ字書字やタイピング入力方法についての調査が必要と考えております。貴重なご質問・ご意見誠にありがとうございます。	中川 良尚	小山先生のお話のように、私も書字やタイピング入力の際に、消音・拍音へ変換するルートをとると、このルートを取らない例と存在すると思えます。習熟度の影響もありそうですし、立ち止まって考えたときだけこのルートを通る、というような可能性もあると思えます。	
70022	口演(A)01	失語事例①	O(A)01-2	今後ネット社会が更に広がる中で、貴重なご発表をありがとうございました。1点質問です。春原先生からごさいましたが、提示された仮名や文節等をローマ字変換した際の規則について本症例においては理解されてきたことですが、具体的にどういった点からどのように解釈されたのでしょうか。例えば「きょ」に対して「KIYO」or「KYO」の二択で開けた場合に即時に適切な「KYO」を選択できるという所見があったのでしょうか。六水先生の文獻の考察では、ローマ字変換においては拍音や消音に関しては一度消音を経由して変換する可能性を提案していたかと思えます。その前提であれば「きょ」⇒「KIYO」or「KYO」や「が」⇒「KA」or「GA」の選択でもどみ別のよな所見が見られてもおかしくはないのではないかと存じます。逆にどみが見られなかったのであれば、この「消音を経由してローマ字変換」が正しいというの解釈、あるいは他のルートやそのルートにおいてももう少し詳細な処理段階が置かれるということも考えていく必要があると思えます。そういった観点からも、何かご見解等ございましたらご教授頂けると幸いです。	小山 健太	ご質問いただきありがとうございます。1.の質問について。本例の中核症状は音韻機能障害と考えられたため、主に実施した訓練は、音韻操作課題(①モーラ抽出・結合課題(例:えき・はと→きと)、②モーラ結合(例:と・か→かとぶか)、③ひらがな書取課題(小森ら2013を参考に、音節→モーラ→仮名文字の一致・不一致を統制)などです。また自宅学習用に別途、音韻課題やタイピング課題を実施してまいりました。これらの結果、音の置換や付加の減少、およびタイピング速度の向上が認められています。再検査した結果、Digit spanの数値は変化はありませんでしたが、音韻操作課題にて向上を認めています。以上から、音韻機能の向上が、タイピング成績の改善に寄与したと考えております。2.の質問について。仮名文字が提示されることでワーキングメモリの負荷(仮名文字表象の想起・保持)が軽減するためにローマ字変換書字のエラー数が減った、という御指摘と推察します。それについては御指摘の通り、その可能性も考えられます。一方、仮名文字提示の上でのタイピング入力における成績は、ローマ字変換書字と較べて低下しております。処理モデルに従えば、ローマ字表象が正しく活性化されたのであれば、その後タイピング成績も概ね同等の成績が得られると想定されます。今回の発表では、この点について言及することができておりません。この点については、今後のさらなる検討が必要と考えています。	中川 良尚	小山先生のお話のように、私も書字やタイピング入力の際に、消音・拍音へ変換するルートをとると、このルートを取らない例と存在すると思えます。習熟度の影響もありそうですし、立ち止まって考えたときだけこのルートを通る、というような可能性もあると思えます。			
70052	口演(A)01	失語事例①	O(A)01-2	1.今回の検討は、聴覚の訓練としては、タイピングの訓練は聴覚保持が向上すれば改善しているという結果でしたでしょうか？2.最後の考察は、文字が提示されることで保持を保管するという点についてはどうでしょうか？	小山 健太	ご質問いただきありがとうございます。1.の質問について。本例の中核症状は音韻機能障害と考えられたため、主に実施した訓練は、音韻操作課題(①モーラ抽出・結合課題(例:えき・はと→きと)、②モーラ結合(例:と・か→かとぶか)、③ひらがな書取課題(小森ら2013を参考に、音節→モーラ→仮名文字の一致・不一致を統制)などです。また自宅学習用に別途、音韻課題やタイピング課題を実施してまいりました。これらの結果、音の置換や付加の減少、およびタイピング速度の向上が認められています。再検査した結果、Digit spanの数値は変化はありませんでしたが、音韻操作課題にて向上を認めています。以上から、音韻機能の向上が、タイピング成績の改善に寄与したと考えております。2.の質問について。仮名文字が提示されることでワーキングメモリの負荷(仮名文字表象の想起・保持)が軽減するためにローマ字変換書字のエラー数が減った、という御指摘と推察します。それについては御指摘の通り、その可能性も考えられます。一方、仮名文字提示の上でのタイピング入力における成績は、ローマ字変換書字と較べて低下しております。処理モデルに従えば、ローマ字表象が正しく活性化されたのであれば、その後タイピング成績も概ね同等の成績が得られると想定されます。今回の発表では、この点について言及することができておりません。この点については、今後のさらなる検討が必要と考えています。	中川 良尚	少し論点はずれませんが、タイピングについては、ブライドタッチレベルであれば言語化したものを保持するよりも、もっと反射的な動きのような気がします。例えば、失音症でピアノが弾けなくなった症例の機序などと比較してみるのも面白いかもしれません。			
70053	口演(A)01	失語事例①	O(A)01-4	低下していた課題が改善しており、まさに訓練効果だと思えました。非常に興味深い発表でした。参考になりました。質問としては、1.音韻機能の書きが保たれている症例に適用できるかどうか？2.その場で録音したものを活用した点が良かったと思えますので、書き取った文をまとめた印刷制が必要なかったと思えます。これは感想です。	河村 鐘子	ご質問いただきありがとうございます。1.フールドの手段として音声データの書き取りを行う場合、言い間違いを聞き取るための注意機能や音韻機能が保たれ、かつ正しく書き取りが行えるための書字能力が必要と存じます。その上で、エラーを認識し自己修正が行えることを判断する根拠(本症例の場合は、すべて誤った文になってしまいう誤りではなく、正しい文の表出が可能である)がある症例に適用があるのではないかと存じます。2.ご指摘の通り、会話前後に録音データの振り返りがポイントかと思えます。また本症例の場合、録音データを聞き返すだけではエラーに気が付くことができなかったため、書き取りという能動的な活動を行うことで自己認識が高まる効果があったのではないかと存じます。随時随時 河村鐘子	中川 良尚	われわれもそうだと思いますが、言った言葉が間違っている、という前提に立つことは難しいと思います。このため書字による自己認識強化は非常に有効性が高いと思えます。自録例ではこのような訓練を繰り返して、まず間違えがなくなる意識をもつ、そして会話時には相手の顔色を見て(怪訝な表情など)で自身の発話内容が間違っていたという点に気が付けるようになる、というパターンもありました。			
70023	口演(A)02	失語事例②	O(A)02-2	とても現代に即した介入事例の発表をありがとうございました。介入後の改善の大きさにびっくりしながら拝聴しておりました。1点質問です。LINEでの文字入力が可能となった結果として、入力速度の検討等はされておりますでしょうか。自力入力？あるいは転記？あるいはその両方に関して、どの程度の実用性があるのかを検討する上では入力速度というのは重要な材料であるかと思えますので、介入前後の比較等されていただけたらご教授頂ければ幸いです。	阿久津 美友	数多くある演題の中で、当演題をご視聴いただき、誠にありがとうございます。文字入力の速度に関しましては、特に数値化はしていませんでした。申し訳ございません。LINE文字入力の様子について、介入前では自力入力に困難であり、目的の音韻を探索し入力していましたが、目的の漢字が表示されないため、間違えていくことに付き、再度音韻探索を繰り返されました。(太鼓と入力した場合に、「た」を探すが、「と」を入力してしまい、誤りに気づかず、「た」と入力されるが、予測変換機能「太鼓」が表示されないため、誤りに気づく)単語や短文を入力されるまでに非常に時間を要しており、自力入力できていないこともありました。転記入力についても同様の誤りが見られました。介入後は、自力・転記入力共に、日常生活に支障がないくらい、非常に素早く入力され、誤りもなくなり、自力入力も出てまいりました。発症前は目的の音韻まで選んで入力する方でしたが、発症・介入後は長押ししてスライドする方法(フリック入力)を使用されておりました。今回の発表では、この点について言及することができておりません。この点については、今後のさらなる検討が必要と考えています。	中川 良尚	少し論点はずれませんが、タイピングについては、ブライドタッチレベルであれば言語化したものを保持するよりも、もっと反射的な動きのような気がします。例えば、失音症でピアノが弾けなくなった症例の機序などと比較してみるのも面白いかもしれません。			
70005	口演(A)02	失語事例②	O(A)02-4	反響言語はとも興味深いですが、音声や具体的発話があるというイメージが強いと思えました。質問ですが、1.MRIでも所見はありませんでしょうか？前頭葉の血腫は吸収されてしまいましたが発症後にはないのでしょうか？また、骨折もしているが脳神経の損傷もあるのでしょうか？2.以前からこぼれ出たという症状があったようですが、その情報は詳細に伺いたいと思えます。3.正常圧水頭症であれば、オペしなければ歩行・尿失禁といった中核症状は良くならないのではないのでしょうか？	村田 和人	ご質問ありがとうございます。私の不手際で、動画を再生できなかったことをご詫言申し上げます。ご質問を3点頂きましたので、分けて記載致します。1.頭部MRIは右前頭葉底部の脳挫傷が認められていました。神経線維の損傷があるのではないかとお話ししましたが、私の知識不足も詳細な説明ができません。ただ外傷性の膜下出血を呈した症例では、発症時から様々な症状経過が認められることがあるという経験もあり、画像所見のみならず、しっかり臨床所見を診ていく必要があるかと私では考えております。2.数年程前より言葉が出なくなったという主訴があったことは、重要であったと考えております。入院直後の神経心理学的所見からも、変性疾患の可能性についても念頭に評価を進めてまいりました。また本症例では正常圧水頭症と報告されてきたことが、言葉以外でも重聴低下、転倒を繰り返すなどの症状も入院前からあったことから、特発性正常圧水頭症の可能性もあつたのではないかと考えております。いずれにしても、本症例のように症状が重症化していることが考えられる際は、入院前からの生活状況についても確認していくことが重要であると思われま。3.歩行障害、排尿障害など、シャント手術をしなければならぬのかという質問で良かったのでしょうか？発表の際の指摘でもありましたように、タプテストなどで症状変化があるが評価、シャント手術後より改善するケースは多いと思われま。また本症例のように外傷性膜下出血発症後から臨床経過を診ながら判断ということもあると思えます。もし認められる歩行障害、排尿障害の原因が正常圧水頭症の症状であるならば、シャント手術の選択がされるケースが多いのではないのでしょうか。以上です。少しでもご返答になっておりましたら幸いです。	中川 良尚	われわれもそうだと思いますが、言った言葉が間違っている、という前提に立つことは難しいと思います。このため書字による自己認識強化は非常に有効性が高いと思えます。自録例ではこのような訓練を繰り返して、まず間違えがなくなる意識をもつ、そして会話時には相手の顔色を見て(怪訝な表情など)で自身の発話内容が間違っていたという点に気が付けるようになる、というパターンもありました。			
70024	口演(A)02	失語事例②	O(A)02-4	反響言語について理解が深まって大変勉強になりました。3点質問です。①言語症状(失語症状)がある中でHDS-RやMMSEを、特に並行して実施することは少ないと思いますが、TAP test等の簡単な言語性の検査を中心に選択されているのは何か理由がございますでしょうか。②介入後2か月時点で歩行等のADLは改善しているけれど、MMSEの点数が下がっていることに関しては、NPHの悪化とは捉えにくいように感じますが、どのような解釈をされておりますでしょうか。③介入後の言語症状について、状態としては多少改善されたのか、維持されたのか、悪化したのかについてご教授頂きたいです。宜しくお願い致します。	村田 和人	ご質問ありがとうございます。頂きました3点について、順番に記載致します。1.検査内容に関しては、入院前の生活状況より変性疾患の可能性なども考慮する必要もあるかと考え、実施する検査を選択してまいりました。その中で今回は、反響言語といった言語面に着目した演題であったため、言語性の検査についてスライドに載せさせて頂きました。2.症状経過に関しては見当識、近時記憶に関して変化が出ていたことが考えられました。こちらは正常圧水頭症の所見と見比べると考える必要があるかと存じます。但し頭部MRI所見を診て頂いた際にシルビウス裂の拡大、高位円蓋部の髄液腔の狭小化が認められていたことから、正常圧水頭症の症状に関しても同時に考えていく必要があるかと考えております。3.初期介入からの言語面の経過に関しては、スライドでお示ししたように、発症2か月後の段階では、検査所見からは大きな成績は認められませんでした。反響言語症状に関しても、大きな変化は出ていないと考えております。以上です。ご質問に対する返答とさせていただきます。	中川 良尚	われわれもそうだと思いますが、言った言葉が間違っている、という前提に立つことは難しいと思います。このため書字による自己認識強化は非常に有効性が高いと思えます。自録例ではこのような訓練を繰り返して、まず間違えがなくなる意識をもつ、そして会話時には相手の顔色を見て(怪訝な表情など)で自身の発話内容が間違っていたという点に気が付けるようになる、というパターンもありました。			
70057	口演(A)03	失語事例③	O(A)03-1	詳細な分析と切りの口がとも興味深いと思えました。質問ですが、1.入院前の認知機能・言語機能の詳細がわかりやすく教えて下さい。2.SLTPA称の誤り方を教えてください。3.「会話」の条件は及ぶとどうでしょうか？話題内容ややり取りの順番など、こうなったらSTが話題を提供するなど。4.会話の変化は15分間の会話では、我々の会話もそんなものではなかなと思えますが、いかがでしょうか？他の患者さん、職員と15分間会話が続くのでしょうか？5.非実在語の教示方法はどのようにしていただけたのでしょうか？感覚性失語は具体的単語がたぶん出たわけではなく、繰り返しが多くなると思えます。新造語が出た場合、繰り返されて非実在語が増えるのではないのでしょうか？音節、STは会話の中で誤り語が出た場合、話題を変更したり正しい語に変換して復唱を促したりすると思いますが、いかがだったのでしょうか？	赤池 尚	ご質問ありがとうございます。1.点目: ご発表中の情報ですが、言語機能の問題はなく日常のやり取りは行っていました。もの忘れが目立つようになり認知症疑われていたことが、確定診断はありませんでした。日常生活は自立され、近所へご自身で自動車運転し出かけることもありました。2.点目: 呼称では単語や空語句が多量に目立ちました。会話場面では認めませんでした。3.点目: 今回の特異な会話の条件等は統制はしていませんが、反応が乏しくなったら話題を変えようとは行っていました。4.点目: 一つの話題で話を続けた際には、ご指摘の通り健常者でも同じような結果になるのではないかと存じます。今回の研究では複数の話題で行ったので、その場合に経過で発症量が増えることは健常者ではあり得ないのではと考えました。また、非実在語が増えるのは発症の動機がとも高いに感じられたこと、その後発症量が減少した際には、STの問いかけに対しては返答が乏しくなった点は、健常者と異なるかと存じます。5.点目: 今回の分析では繰り返された語も全てカウントに含めていますので、ご指摘の通り新造語が出た際に非実在語が増える傾向があります。ジャンルは「了解不能な発話のまとまり」なので、語というよりも発話全体の様相を確認することが大切ではないかと考えております。そのため繰り返された語も分析の対象に含めることで、よりジャンルの特徴が表れるかと考えてこのような方法で分析を行いました。今回は自然な会話場面での発話を対象としたため、あえて誤りを修正することはありませんでしたが、訓練の中では行っていました。	飯干 紀代子	・分析の切り口に独自性を感じました。症状分析としての価値も高いですが、日常生活での会話を支援する方策としても興味深かったです。一般的な会話を支援として、話題の種類や難易度などの考慮が挙げられますが、これに加え、時間経過による発話量の質の変化という観点も、新たな支援方法の基礎資料として提供できるのではないかと存じます。今後の更なるご発展を祈念いたします。			
70058	口演(A)03	失語事例③	O(A)03-2	数値化することで今後の経過が読みやすくなる。質問ですが、1.単音節ディコトと複音節ディコトの違いは先行研究では報告ありますか？2.確定診断としては、今後どのような検査・経過をみていくのでしょうか？	小川 七世	ご質問いただき、ありがとうございます。1.進行性失語(PPA)に関しては、こうした違いは検討したものは見当たりません。学会ではディコトの音声呈示ができませんでしたが、もし実際の音声をお聞きになりたい場合はお示ししますので、ご一報ください。2.PPAの場合、Gorno-Tempini (2011)の診断基準に則るなら、確定診断は病理が出て初めてなされます。よって確定診断は難しいので、背景疾患の検索についてお答え致します。PPAOSでは、背景疾患で最も多いのは進行性核上性麻痺と大脳皮質基底核症候群といわれています(Botha and Josephs 2019) ため、脳画像所見に加えて、パーキンソンズ、眼球運動障害、拙歩症といった症状の出現に注意を払う必要があると思えます。またflouracaurip ((18F)AV-1451) PETなども有用かと思えます(Utianski 2020)。ただ私はSTなので、経過観察(「患者さんと家族のお困りごとの対応」と思っています。症状進行の見直しを示したり、使えない機能を使える機能でどうにか一掃するか考えたり、背景疾患の検索になるのが重要ですが、背景疾患の検索そのものは医師にお任せしています。これで答えになっておりますでしょうか。誤りや足りない点などありましたら、お教えいただければ幸いです。	飯干 紀代子	・分析のための客観的指標について、興味深い的確な示唆を与えていただきました。個々の経過を辿りながら具体的な支援方法につなげることはもちろんですが、加えて、横断的に多数例を分析することで、今後のPPAの症候類型や診断にも貢献することが期待されます。更なるご発展を祈念いたします。			
70119	口演(A)03	失語事例③	O(A)03-2	ご発表の例目の方に良く似たプロトタイプ障害の特徴がPPAOSが疑われる事例を外来に「フールド」しております。ASRS-3の発話サンプルの決まりはありますか(文の複雑さ、長さ、音韻的・構文の複雑さなど)? 評価の参考にさせていただきたいと思えます。ご教示のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。	小川 七世	ご質問いただき、ありがとうございます。ASRS-3の発話サンプルについては決まりはありません(Utianski 2018; Wambaugh 2019; Duffy 2021)。決定した理由は、1例目に関しては、雑誌「神経心理学」第37巻 第3号(2021年9月号)に掲載予定の拙稿に詳しく記載いたしました。ASRS-3の紹介(拙稿)や、音韻・ディコトにキキス等の音素も併せて呈示いたしました。すでに早期公開されているはずですが、もしお念のため場合は直接お問い合わせください。他、まだ不明な点などありましたら、私で分かる範囲のことであれば随時ご返信させていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。	飯干 紀代子	・分析のための客観的指標について、興味深い的確な示唆を与えていただきました。個々の経過を辿りながら具体的な支援方法につなげることはもちろんですが、加えて、横断的に多数例を分析することで、今後のPPAの症候類型や診断にも貢献することが期待されます。更なるご発展を祈念いたします。			
70059	口演(A)03	失語事例③	O(A)03-3	長期的なフォローは貴重な報告であり、ありがとうございます。質問ですが、1.認知機能に低下はありますか？活動に参加しやすくなったのでしょうか？介入初期と直近に分けて教えてください。2.先の時期に応じた提案は評価を踏まえて適切に初期の理解を促進するアプローチはどのように行いましたか？4.他にごコミュニケーションエピソードはどのようになっていますか？	平山 滋	ご質問ありがとうございます。1.活動・参加に関しては、JRSを使用し、用いる物や、家事など身の回りの事は自己にて介入初期から直近まで行っていました。しかし、外出頻度は腫瘍の影響もあつたが徐々に減ってきてまいりました。2.最初STと本人のみで練習し、その後ご家族が練習しながら改善していく方法を行いました。理由としては、御家族は仕事や父の介護などで多忙であり、御家族と症例で時間をかけて練習する事は難しいと考えたからです。3.病気の進行についてはなかなか受け入れられず(事が難しかったのですが)、御家族が言語機能の変化を感じた時にSTに伝えて頂いていたので、その都度、病状説明を行うようになってまいりました。4.症例は訴える内容が様々であり、訴えの選択肢をあらかじめ記載しておく会話ノートの使用は難しいと考えてまいりました。しかし、現在は更に言語機能が進行してきたので、そのような手段も検討していただければならないと考えています。また、症例が一人で外出する際は御家族に外出先伝えるためのカードを机において外出して頂くようにして活用されています。	飯干 紀代子	・PPAの方を長期的な支援経過の報告はまだ少ない状況であり、貴重な報告と存じます。在宅という制約もあろうかと思いますが、可能な限り必要と評価を行い、活動参加の具体的な支援を提供し、本人とご家族の生活(人生)を支える取り組みの報告が今後増えてくることを期待します。			

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	座長名	座長からのコメント	座長の回答
70060	口演(A)04	失語調査・研究	O(A)04-1	質問です。1.病態理解は科学としては非常に重要だと思います。しかし、実臨床では発語失行・発声失行の方が訓練など関与することが多いと思いますが、口舌顔面失行目を向けた理由がわかりましたら教えてください。また、今後の展望など実臨床として研究の意義も併せてよろしくお願いいたします。2.構音との関連性も発語失行の重症度とも関係があるのでしょうか？よろしくお願いたします。	木村 実月	1.口舌顔面失行を目的とした理由 実際の臨床現場で、口舌顔面失行と発語失行を併発する患者様の構音訓練時に口形呈示が有効でなく訓練方法に悩んだことがこの点に着目したきっかけです。今後の臨床では、口舌顔面動作の評価も呼吸・吸気、音を伴う音で分けて評価を必要があると考えます。また関連的な呼吸・吸気動作の困難さや、声帯調節との協調の障害についても評価も重要と考えます。 2.構音との関連性と発語失行の重症度 今回の研究では発語失行の重症度からの分析を行っていませんが、発語失行の重症度が高い患者では構音検査の成績も低下している傾向にはあったと考えます。重症度との関連もあると考えられますので今後検討していきます。			
70061	口演(A)04	失語調査・研究	O(A)04-2	研究方法も詳細に計画されていたいへん勉強になりました。効果のある訓練方法の選択として、参考になります。興味深く視聴いたしました。質問ですが、1.意味刺激直後の呼称検査とは、検査であって3日間とか1週間の訓練は行ったわけではないですか？2.エラーに関して、無反応群は無反応が減少して語性錯誤が増加していますか？これは口頭表出が増加したプラスの反応と捉えてよいでしょうか？	石川 芽衣	1. 意味刺激は、1回のみであり継続的に訓練を行ったわけではありません。 2. 無反応群は無反応が有意に減少しましたが、意味刺激を与える前後で語性錯誤の出現率には有意差はみられませんでした。			
70034	口演(A)04	失語調査・研究	O(A)04-3	興味深いご発表ありがとうございました。日本語を母語とするS Tが、手話を母語とする聾者の手話言語の評価を正確に実施するのは非常に難しく感じます。手話通訳者を介しリハビリの可能性に関してはいかがお考えでしょうか？	伊藤 さゆり	ご質問ありがとうございます。手話通訳者を介したリハビリの可能性ですが、個人的にはぜひ通訳者と一緒に行いたいと思います。ただ、下記の問題があると思います。 1) 手話通訳者の参加制限 コロナ禍の影響で家族でも面会が難しい中で手話通訳士を依頼しにくいという報告がありました。 2) 手話通訳者の不足 障害者差別解消法の実施後、聴覚障害者からの手話通訳士のニーズが高まり、手話通訳士は不足しているとの報告があります。 3) 手話通訳者との連携不足 連携は簡単ではないと感じています。たとえば手話通訳者は仕事、聴覚障害者の表現が不十分なところを補って通訳する傾向がありますが、これは被験者の反応を歪ませています。手話通訳者に対し手話失語について知っていただく機会をSTから設けると、一方でSTも手話を身につけていくはずも、ある程度聴覚障害者の反応を評価できるスキルを身につける必要があると感じています。			
70062	口演(A)04	失語調査・研究	O(A)04-3	非常に貴重な調査だと思います。わたしの経験では、読書がある程度可能な手話の失語症者がいらっしゃいました。また、片麻痺になり両手手話が難しくなった症例と半舌の症例の方がいました。質問ですが、1.地域に手話の会などありませんか？施設ではなくそちらの調査も必要ですね。2.手話通訳士は14件でしたが、どのような施設での回答でしょうか？特徴はありましたか？	伊藤 さゆり	貴重なご質問をいただきありがとうございます。手話失語のご経験がおありのこと、手話失語の症例の情報を集めておりますので、よろしければぜひ詳しくお話を聞きたい存じます。下記までご連絡いただけますと幸いです。 今回はSTを対象とした調査でしたが、現在、地域の聴覚障害者を対象とした調査も進めております。またまりましたら報告させていただきます。 手話通訳士(評価リハビリテーション)へ参加してもらった回答した施設は14施設でしたが、現時点では一定の傾向は見だせませんでした。今後さらに検討を進めていく中で傾向がみつかりましたら、論文化の際に記載させていただきます。			
70063	口演(A)04	失語調査・研究	O(A)04-4	先生の発表は正直驚きですが、養成校の卒業、言語学や統語論を勉強することがほぼなので、このような知識の必要性を考えるとかなり良いと感じました。チョムスキーは自分の理論を全部取り除くところが偉大ですね。1.先生は他に参考している言語学者はいますか？	大村 真也	今回はchomskyのminimalist programを参考にしましたがchomskyの生成文法は統語論の一分法論に通きません。他にもlexical functional grammarやcognitive grammar等文法を分析する手段があります。特に後者はlangacker, goldbergらの優れた研究が参考になっています。認知言語学は邦語の文献も多いため関心があれば手に取って頂けたらと思います。			
70064	口演(A)04	失語調査・研究	O(A)04-5	非常に貴重な報告だと思います。勉強になりました。なぜ聴覚失認？とのことでしたが、普通に聴覚線、もしくは内側線状体の損傷だと思います。tPAも実施されていますし、重症だったのだからと思います。質問は、1.病態失認に関してですが、皮質音のように「はいはい、聞こえてますよー」のような反応があったのでしょうか？2.最初は注意障害で難しいですが、口型に注目して読書が可能になる様子は見られましたでしょうか？3.まだ関わっていらっしゃいますか？聴覚失認なので、聴覚の改善は難しいと思います。しかし、他のモダリティは先生の介入効果を反映できると改善されているので、その上でどのようにコミュニケーションを取っていくの工夫が重要だと思います。どのような方法が考えられるでしょうか？よろしくお願いたします。	川邊 圭太	ご質問ありがとうございます。こちらこそ勉強させていただきました。 1点ずつ回答させていただきます。 ①病態失認に関して 先生の質問にあるような皮質音様の反応はみられませんでした。 こちらから聞こえていてオープンQで聞いても、「(以前と) 変わらないですね」と話され、「聞こえづらさはないですか?」などクローズドQで聞いても「うーん、どうかな」といった反応でした。 ②読書に関して 注意機能は入院時に比べ改善されたものの、最終的にも読書は難しく、かなり工夫して注意を向けられたとしても口型をみて理解が促進される様子はありませんでした。 ③関わり継続とコミュニケーションの工夫 現在は回復期病棟を退院され、在宅で介護保険下でのサービスを利用していますので、残念ながら直接的な関わりはございません。コミュニケーションについては、注意の問題は残存していましたが、文字言語の理解が改善されたため、退院時の家族指導として、会話開始時の注意喚起とホワイトボードの活用方法、本人用で作成したコミュニケーションカードの使用についてご説明しました。この場合、家族の理解が良好で、協力体制も十分な環境であったため、退院後1か月のフォローアップ時にはご家族から「不便さはあるが、なんとかコミュニケーションは取れています」とのお言葉をいただきました。 越えながら回復は以上になります。 質問の意図にそぐわない箇所がありましたら申し訳ございません。 何卒宜しくお願い致します。			
70006	口演(A)05	失語就労・復学支援	O(A)05-1	1.まず、NEEDSを把握することが非常に重要だと思います。先生は利用者さんからどのようにして情報収集していますか？標準化されているようなツールなどはあれば教えて頂きたいと思いますが、2.リートの良さがもう少しわかると良いと思います。外来リハビリや当事者会は継続して援助できるのが問題でリモートの方が良かったかを具体的に教えてください。例えば、19時からリハビリがしてWin-Winである。チャット・SNSなどについても連絡がとれるなど。3.どの事例も職場との連携・提案・関わりによって解決できる事例だったと思いますが、そういったアプローチは回復期・訪問リハビリでは難しいのでしょうか？リモートでは、会社へのアプローチは難しいかと思いましたが、4.雑音下で苦勞すると言うのは、眠から始まりました。わたしも意識して訓練立案してみます。雑音下や不意の質問に対する訓練は何か行いましたか？	西村 紀子	1. 規定の質問用紙を作成しています。2019年に言語聴覚士8名で研究していた時のフォーマットに、試行錯誤しながら作成しました。 2. 程度で情報・就労継続の人に特化したものは、今検討中です。病院に勤務していたときに使用していたものとあまり変わりません。 3. LINEを利用していつでも連絡ができるだけでなく、日記などの課題提出にもラインを使っています。進捗と日々の活動が把握できます。 4. 自宅をできるのは、時間とお金と労力と多大な節約になり、非常にメリットがあると考えています 5. 会社は直接アプローチはしていません。資料を作成した際はあります。回復期や訪問で実施できますが、こちらの利用者さんは「してもらってない」ということでした。回復期などは退院してしまつたあとに、検査結果さえなかなかもらえない病院もあるようです(私も驚きましたが、少なからず)入院期間中に、会社へのアプローチをしない病院が、退院後に何かしてくれるのはほぼ可能性はないと思います 6. 雑音とはほとんどの人が訴えます。なので、BGMをつけて聞き取りの練習などしています。質問については、ひたすら実践に即して、STがいろいろな質問をして、答えてもらうという練習をしています。			
70007	口演(A)05	失語就労・復学支援	O(A)05-4	今後、withコロナだと思いますので、わたしも是非リモートを活用したいと思いました。一つ質問ですが、課題としてコストをおげいましたが、貴院ではこの支援を行うに至った経緯を詳しく教えてくださいたいと思います。誰がコンサルを取りつたのでしょうか？	高橋 誠貴	ご質問ありがとうございます。 当時、緊急事態宣言が発令され当センターでは外来リハビリを閉鎖した経緯がありました。退院直後に復学を控えていたため、リモートでの介入について私から提案し、主治医(所属医)の許可を得て、実施に至りました。社会情勢としてリモートが推奨されていたので大きな反対ははなから実施することが出来た。主治医が立ち会える際には電話による再診料のみ頂いていた。			
70074	口演(A)06	失語意思疎通支援事業	O(A)06-1	ご報告ありがとうございます。近年、STが一丸となって取り組むべき重要な事業だと思います。しかし、現場のST、特にわたしは急性期勤務であり関わりができていない(申し訳ない)とも思っています。質問は、1.発症初期からの情報提供とありますが、ご家族に選ばれる本場に簡単なプリントなどがありますでしょうか？無い場合、急性期でこれだけは最低限伝えたい内容などありますでしょうか？2.STが行える取り組みの提案は非常にわかりました。実践のための支援や広報のようにしていますか？例えば今回のような学会発表など、これは興味あるでしょうか？3.先生がコメントした3.支援者が4人であれば関係も深まったり、支援しやすいのではないかと思いますか？金銭・報酬面でも良いのでしょうか？	佐藤 裕紀	質問1の回答：愛知県言語聴覚士会では、意思疎通支援者派遣事業のPRリーフレットを作成いたしました。ご希望の際には、勤務先へ送付いたします。当事者・ご家族様へは、身体障害者手帳の音声・言語機能の障害の認定を取得していただくをお勧め下さい。手帳取得が、意思疎通支援者派遣事業を利用するための必須条件となります。また、派遣の際には、無料で利用できること、医療機関の受診や病院の窓口の手続きの場等で、意思疎通の支援を受けられることもお伝え下さい。 質問2の回答：本事業に関心のあるST以外にも、失語症のある方と関わる全ての職種に本事業を周知していきたいと考えております。すでに社会福祉協議会、愛知県失語症友の会連合会、高次脳機能障害者団体、失語症会話パートナー団体等へリーフレットと周知依頼を送付しております。今後、医師会、ケアマネージャー等関係職種へも周知していく予定です。 質問3の回答：行政担当者からは、支援者の育成の観点から複数の支援者が派遣されることについては回数制限など条件を設けることで可能と返答をいただいております。その際の費用(交通費・報酬)は、経費として計上できるものとしております。			
70075	口演(A)06	失語意思疎通支援事業	O(A)06-2	事例報告は派遣事業のイメージをもち、非常に参考になりました。ご報告ありがとうございます。STとして非常に重要な事業だと思います。しかし、現場のST、特にわたしは急性期勤務であり関わりができていない(申し訳ない)とも思っています。質問は、1.県土会が依頼者から報告を受けられるどのような方法でどの程度の報告を受けるのでしょうか？2.県土会のコーディネーターはボランティアでしょうか？3.失語症友の会は少なからずあるとお聞きします。愛知県も友の会があつても、全域は包括していませんか？以前からの取り組みで、非常に重要な取り組みですね。もっと増やしてほしいですね。コメントです。	鈴木 朋子	1の回答：いくつかの質問に対し①～⑤、当てはまる、ほぼ当てはまる、あまりあてはまらない、全く当てはまらない、4段階の近いものを選んでいただく。 2. 目的が達成されましたか。 2. 困りごとがあつていないんだ。 3. 危険な場面があつた。 4. コミュニケーションがわりやすかつた。 5. また機会があれば依頼したい。 2の回答：今のところ有志がボランティアでやっていますが、とても大事な役割なので、色々な活動に精通した人が行い、謝金を払う必要もあるかと考えています。複数名で行うのお願いもかまいません。 3の回答：愛知では会話パートナーが運営に関わってくれています。今現場が忙しすぎてSTがプラスアルファの仕事がにくい気がします。だから、まず、急性期でいずれば生活する地域で使える情報提供をしていただけたら動きます。また何年も経つた友の会の活動まで行かなくても、病院でコミュニケーショングループの延長上の失語症サロン開催が友の会のきっかけになるかもしません。			
70076	口演(A)06	失語意思疎通支援事業	O(A)06-3	失語症者意思疎通支援事業はSTの未来のためとても重要な取り組みであると思います。質問は、1.会話パートナーはボランティアでしょうか？ただしこれは先、会話パートナーの関わる事業を全て派遣事業として報酬が出るように手続きすることは可能でしょうか？2.考察で、信頼関係が必要であるとか、生活歴の把握が必要であるかありましたが、それは養成講習のやりかたによっては十分であると先生が感じているのでしょうか？3.サロン立ち上げは非常に良い家だと思います。是非ともまたご報告いただきたいです。また、病院勤務している身として紹介などできないので今後課題したいと思っています。	山田 和子	ご質問ありがとうございます。 質問1への回答 一会話パートナー(NPOあなたの声)はボランティアです。愛知県の場合は会話パートナー(友の会支援)と意思疎通支援者(個別支援)はそれぞれ役割が違つて考えていますので、会話パートナーの活動を派遣事業として手続することは考えていません。 質問2への回答 養成講習会の実施は受講者にとっては学びの途中で失語症のある方と接することが初めての方もいます。また、実習に協力してくださる失語症のある方のご一部であることから派遣事業のマッチングをスムーズにするための信頼関係を構築するには十分と考えています。 質問3への回答 一愛知県も意思疎通支援事業に関して、失語症のある方やそのご家族、ST、関連職種などの啓発は十分ではありません。今年度リーフレットを作成し、より多くの方に理解していただけるよう配布しているところです。			
70077	口演(A)06	失語意思疎通支援事業	O(A)06-4	貴重なご発表ありがとうございます。質問1.今回のケースは経費老人ホーム型でしょうか？また、老健でも意思疎通支援事業の派遣は可能なのでしょうか？可能であれば、わたしを含め知らないSTも多くなるのではと思いました。質問2.愛知県の発表を視聴しての質問ですが、派遣の種類はある程度狭められて、こちらからの提案ができるのではないかと思います。そこで、今まで先生が愛知県、全国の事例を集めていると思いますが、具体的にどんなケースが多いのか教えてください。よろしくお願いたします。	諸岡 雅美	ご質問ありがとうございます。回答1.本ケースは経費老人ホームA型に入居されました。愛知県では老健に入所されている方への派遣の経験はまだありませんが、意思疎通支援者の派遣が必要な要件と事業主の自治体で認める場合、派遣は可能ではないかと考えます。回答2.派遣は昨年夏から始まりましたが、こちらから事例を蓄積していくことと想っています。本セッションで佐藤氏が発表されていたように、愛知県では昨年9月から6件の派遣を行いました。内務としては、医科・歯科受診の同行、失語症友の会の役員会員の支援、バロン教室受講の支援、当事者講演としてイベント参加するための公共交通利用支援・講義支援といった内容でした。他府県では失語症友の会やサロンでのコミュニケーション支援も派遣実績に含まれているところがありました。愛知県は先に挙げたような、個別支援のみが派遣要件として認められているところ。以上回答とさせていただきます。			
70078	口演(A)06	失語意思疎通支援事業	O(A)06-5	セッション参加の先生方もおっしゃっていましたが、よこれだけの団体にアンケートができたのは感心いたします。回答は少ないですが、医師会など、日頃の関係性が良いのでしょうか？素晴らしと思いました。質問は、1.2019年度の事業説明会は何回行い何名の参加がありましたでしょうか？2.意思疎通事業だけでなく、また失語症だけでなく、そもそもSTの認知度をあげる必要があると感じました。コメントです。	盛田 大斗	この度はご質問ありがとうございます。①2019年度の事業説明会は2回実施しております。1回目はSTを対象に行い50名の参加がありました。2回目は一般市民を対象に行い75名の参加がありました。②コメントをいただきました通り、STの認知度が低下している現状です。今後、研修会や事業を通してSTの認知度も向上させていくことができると考えております。			
70079	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-1	貴重な症例報告ありがとうございます。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、1.急性期としては主訴に対する対応が重要と思えますが、往診失認に対してPTOTとの声かけが有効に反応しましたでしょうか？病棟を含めて、2.空間認知・失読・失書・失算などのように考察しましたでしょうか？独立したものが、中核症状があるか、などを教えてください。よろしくお願いたします。	船本 風沙	質問1について 病室内にあるトイレまでの移動は、貼ってあった目印をよりに移動することが可能でした。リハビリでは特に病棟～リハビリ室までの道のりを移動できるよう、PTOTと共に対応してました。院内の看板を目印にさせたり、床にテープを貼る線をみながら歩いてもらうなどを工夫を行いました。環境が変わる目印になるものを見つけていくことが困難でした。よって最初の角は右、次は左の角の声をかけPTOTで統一することにしました。しかしこれも指示を覚えておくことが難しく院内の移動の自立は困難でした。 質問2について 本症例では左同名半盲ではありますが、半側空間無視はありませんでした。純粋失読と失読失書は本来左半球で生じる症状が右半球の同じ半球で交叉性生じていたと考えられ統合型視覚失読や同時失読の影響ではなく独立した症状と考えています。自分が書けない文字が読めず、病巣が非古典型純粋失読であると考えました。また漢字の部分読みや形態性錯誤の症状は側頭葉後下部型失読失書の特徴でした。			
70080	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-2	当院は急性期ですが、てんかん後に高次脳機能の低下ケースをよく経験します。脳外科医師はあまり関心がないのか脳神経コントロールがけはすぐに退院してしまいます。今回の発表を参考に予後予測やアプローチに活かしたいと思つています。質問ですが、1.4-5月の呼称の誤りかと失語タイプを教えてください。2.言語性STMの障害とありますが、2ヶ月も誤りですが、詳しく考察を教えてください。3.包括的言語訓練からノートの使用や就労に向けたアプローチへの移行はどこで判断しましたでしょうか？何か指標はありましたか？4.復職されてから素晴らしと思いました。復職後の経過は何か進捗などありますでしょうか？5.環境音の知覚は何かだつたのでしょうか？よろしくお願いたします。	木佐賀 太輔	1.呼称、書物共に音韻性錯誤、接近行違、語断片など、音韻性の誤りが認められました。日常会話は流暢で理解も良好でした。あえて分類すれば、伝音的が一番近い誤り型かと考えますが、書字面では仮名より漢字に困難を呈すと、明確なタイプ分類は難しく考えられます。 2. SALの結果から、有意意味語の単語の書取と比べて無意味語の書取で成績低下を認めたこと、無意味語の書取で読長効果も認めたことから言語性STM障害が示唆されると考えました。 3.ノートは、包括的言語訓練からの表出言葉の増加がみられたタイミングで導入を開始し、活用状況を確認しながら取り組みました。就労に向けたアプローチへの移行はどこで判断しましたでしょうか？何か指標はありましたか？4.復職されてから素晴らしと思いました。復職後の経過は何か進捗などありますでしょうか？5.環境音の知覚は何かだつたのでしょうか？よろしくお願いたします。 4.代償手段を活用しながら就労を継続しています。職務内容、環境の変化に合わせて、継続した支援が必要な状況です。 5.全体的に過敏な印象がありました。また、少しの物音が気になる、環境音で注意がそれるなどの症状も認めました。			
70031	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-3	CCSAに関しては最近報告も増えつたり、小脳損傷対象者を担当する上では大切な視点かと思つています。貴重なご発表をありがとうございます。1点質問です。考察として、円滑な日常生活へのサポートの必要性を挙げたのですが、この症例においては同居されている奥様が現在お仕事をされていることでした。奥様がお仕事(内職でたら申し訳ございません)に出ている時間の、対象者の方の日常生活のサポートについて、介入の中で工夫された部分などあればご教訓頂きたい存じます。宜しくお願い致します。	芝村 理美	ご質問ありがとうございます。 本症例の奥様は、内職では外でお仕事をされている方です。なので、ご指摘の通り、奥様が仕事に出ている間の日常生活面のサポートが必要でした。 リハビリでは、まずは家の中で最低限必要とされるであろう記憶の獲得に努めました。具体的には、奥様の置き場所や収納場所を見てお事や、消耗品や食料を使用する場面で使用後の個数を把握する事などです。本症例は注意障害も望んでいましたが、家一人で居る状態は慣つてのんびりしていることが多く、あまり意識が動き回らない情報を得たため、自宅内ではそこまで高度な注意機能は求められないであろうと考え、具体的な日常生活面は想定していませんでした。注意の転換力向上訓練を行った後は、奥様に注意点を伝えることで対応しました。最後に、これはOTが実施した内容になりますが、食事を電子レンジで温めて食べられるように、箸を持つての正しい歩きと電子レンジの操作獲得は入院中に行いました。			
70081	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-3	CCSAは非常に興味深い症例ですね。質問ですが、1.文意を多く挙げていますが、今回の症例がどうだったか問題なので画像はある良いと思つています。出血量と出血部位を教えてください。2.障害部位と症状の関連性について考察を教えてください。3.デヒアスリアは何かだつたのでしょうか？4.たいへん改善されているようですが、急性期の通過障害ではなくCCSAと判断された理由は何でしょうか？よろしくお願いたします。	芝村 理美	ご質問ありがとうございます。 1.出血量の記録は残存していましたが、見つけることが出来ませんでした。当時の主治医は当院におらず、確認する術がありません。お答え出来ず申し訳ありません。出血部位は、小脳半球の広範囲です。小脳に局限した出血でした。発表後振り返り、詳細な検討の為に脳画像は必要であったと反省しました。 2.出血部位が左小脳なので、視覚性認識機能に低下を呈したと考えます。また、小脳半球の広範囲の出血なので、記憶の成立とモニター機能の両方に低下を呈していたと考えます。 3.運動障害性構音障害は望んでいませんでした。発話明瞭度と自然度は、ともに1でした。小脳特有の失調性構音障害(爆発的発声など)も望んでいませんでした。 4.本症例は発症後早期に回復期リハビリテーションを開始しましたが、記憶障害が日常生活に大きな支障を与えない水準まで回復するまでに3-4か月かかりました。注意障害は退院後も残存しました。記憶障害が回復するまで数か月掛かったこと、注意障害が退院後も残存した事から、急性期の通過障害ではなくCCSAであると判断しました。			

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	座長名	座長からのコメント	座長の回答
70032	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-4	貴重なご発表、誠にありがとうございます。症例について一点質問があります。作話(自発性・誘発性のいずれかあるいは両方)は望していらっしゃいますか？また場所や時間に関する見当識(地理的定位置識など)の所見がありましたら教えてください。どうぞよろしくお願ひ致します。	田中 裕子	ご質問ありがとうございます。私自身知っている限りでは、作話は無いと思われました。「次男をそろそろ迎えに行かない」といった発言は、作話のようではありますが、訂正不能な確信(妄想)と思われ、繰返し聞かれました。実際には起こっていないことを起こしたというような、事実と異なるエピソードを作り上げる「作話」は聞かれませんでした。今後の参考とさせていただきます。場所や時間の見当識は、やや低下しており、見当識の確認を随時必要がありました(MMSEの見当識：時間2/5、場所4/5)。入院当初は、特に、症例の故郷(遠方)に近い地名を挙げて説明されることが僅かですがありました。一方で、自宅周辺の場所の説明もされることもありました。			
70082	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-4	たいへん興味深い、貴重なご発表ありがとうございます。質問は、1.視知覚の問題があり、次男を次男と判断しているのではないのでしょうか？日常場面での観察以外にディープテストはしましたでしょうか？2.神経心理学的症状はたいへん興味深いですが、一般のSTとしては訓練が知りたところですか？訓練の糸口や示唆がありましたら教えてください。よろしくお願いいたします。	田中 裕子	ご質問ありがとうございます。次男を声で認識しているのではないかとこのことについて、本来ならVPPTAの熟知相模の検査通り、家族の顔写真を用いた検査を実施すべきですが、今回はできていません。なお、VPPTAの相模認知の項目では、有名な顔写真の指示において7/8正答することができていました。そのため、相模認知は概ね保たれていると思われました。基本的視知覚に関しては、こちらもVPPTAの視知覚の項目を実施すべきではありますが、左半側空間無視の影響が強いと考えたため実施しておらず、今回の反省点です。なお、BITを実施した際は、半側空間無視の影響はありますが、立方体等認識できており、模写も一部できておりました。ディープテストは、スライドと重複しますが、VPPTAの一部、パレイド/ア-テスト等を実施しました。リハビリ内容としては、構音障害や半側空間無視へのアプローチが中心となり、フレジの錯覚や重複記憶課題に関しては、会話の中で確認したり、記憶の整理をしたりすることはありましたが、評価したのみで、そのことを病棟のスタッフ間で症状について共有することとなりました。			
70083	口演(A)07	高次脳機能障害事例	O(A)07-5	オンラインの活用は非常に有益だと思いました。興味深く視聴させて頂きました。質問ですが、1.復職支援に関して、一方で症例の不利益になることもあるかと思いますが、先生の職場ではいかがでしょうか？2.医師の介入などありますか？3.コメントですが、家族のストレスについては、必死なので当たり前だと思いましたが、ストレスを無くするのではなく、フォローを検討する必要がありますか？	地主 千尋	数ある発表の中からご視聴いただきありがとうございます。1.主治医はオンラインを使用した復職支援を行う了解をいただき、適宜ご助言をいただきました。症例の不利益はありますが、個人情報などのことでしょうか？今回の症例では特にそのようなトラブルはありませんでした。2.ストレスに関しては、「オンライン面談でZoomを使用すること」に対するストレスという意味合いでアンケートを作成しました。発表ではスライドの関係で分かりにくい申し訳ありません。今回は家族・会社側ともに40〜50歳代でスムーズで使用経験もありましたが、機器を使用したことのない世代です更に強いストレスになるかと感じています。			
70084	口演(A)08	高次脳機能障害-その他	O(A)08-1	質問ですが、1.tPAは行いましたか？2.トッピングも大事ですが、ボトムアップも大事だと思います。発動性低下、語列挙低下、理解低下とあるように超皮質性運動失語があらわれていたのでしょうか？標準失語症検査をせずに鑑別診断はどのようにされましたか？よろしくお願ひいたします。	伊良波 俊馬	ご質問ありがとうございます。1.tPAについて実施されております。発症2週時のMRI画像では、左半球の中・下前頭回、島皮質、中心前回の一部が最終的な梗塞部位として完成しておりました。2.超皮質性運動失語の有無について仰る通り、発動性の低下、語列挙の低下などはTCMAの特徴ともなります。しかしながら、視覚性呼称、聴理解・読解、書字などの課題場面において他の失語症ではありませんでした。時間や紙面の都合上、スライドや抄録には記載できませんでしたが、それぞれの症状については、SLTAより項目を一部抜粋し、2病目に評価を実施しております。TCMAの場合、呼称場面では単語困難や保続などの症状が出現するかと思います。そのような所見はなく概ね読み可呼称可能でした。語想起 (category) は呼称と比べると良好ではありませんが、視覚性呼称と語想起が乖離するようなTCMAの場合、語想起はもう少し低下すると考えられます。また、そのような場合は補足運動野に病巣を有することが多いと思われます。語想起 (letter) の低下については、語想起 (category) との乖離より注意・遂行機能障害の影響と評価致しました。理解面に関しては、文の一部を誤る (MMSE理解)の項目において「紙を左手でとる」など 傾向がありましたが、注意の問題で説明可能と判断致しました。3.失語の鑑別診断について上で回答したように、SLTAの項目を一部抜粋し試行したのみであり、全課題実施したわけではありません。また、言語機能に関する掘り下げ検査も実施できていません。したがって、失語症の存在を完全に否定することは難しいかもしません。しかし、他の神経心理検査や日常場面において、失語症を疑うような反応はありませんでした。例えば、失語症があれば言語記憶課題において少なからず低下を示すと予想されますが、14病目に実施した標準言語性対連合学習検査は関係対語10、無関係対語3とおり、年齢相応に保たれておりました。	森田 秋子	臨床をしていると、通常と異なる個性化を示す事例に出会うことがあります。本事例は左半球を大きく損傷されながら、失語、失行が見られず、通常右半球損傷由来の注意障害が生じることの多い消失現象、運動維持困難が一過性に生じました。STとして、利き手や機能の個性化を丁寧にとらえることの重要性を示していただき、また質疑の場面で左右半球の機能局在の歴史にも触れていただき、興味深い議論を行うことができました。	
70085	口演(A)08	高次脳機能障害-その他	O(A)08-2	STの関わる領域を拡大される、たいへん貴重なご発表ありがとうございます。また、研究デザインについても非常に参考になりました。質問ですが、POCDのリスク因子として、PODの他にどのようなものが報告されていますか？臨床状況・運動機能も関わるのでしょうか？よろしくお願ひいたします。	天白 陽介	ご質問ありがとうございます。POCDのリスク因子としては高齢者、術前の認知機能障害、術後の身体機能障害、入院中の認知機能障害、せん妄(POD)が挙げられています。せん妄のリスク因子としては、多岐にわたる報告がございますが、術前のリスク因子としては、認知症、うつ病、70歳以上、術前の麻酔またはベンゾジアゼピン系薬剤の使用、敗血症、せん妄の既往歴、視力障害、BUA/ク/アチンC、喫煙歴、血管手術、抑うつ症状、注意力の低下が挙げられています。また、ご質問にご含まれた臨床状況に関しては、ICUでのせん妄を予防するガイドラインにおおまかに準拠してせん妄の発生率を低下させたことと報告しております。その他、療法士が実施可能な内容としては感覚刺激の使用(視覚、聴覚、触覚)や、音楽療法等の効果も検討されており、単一の介入が効果を奏するというのは、複合的な介入に意味があるのではないかと考え、当院でも療法士、看護師とともに実施しております。	森田 秋子	急性期に勤務するSTとして、医師とタッグを組み、高齢者の術後せん妄の経過のデータをまとめ、報告していただきました。高齢、認知症等の多要因に、手術の与える影響を明らかにしていただき、これからのSTが関わる実践的な領域を広げる可能性を感じました。	
70086	口演(A)08	高次脳機能障害-その他	O(A)08-3	超高齢社会のフロントランナーとして、非常に意義のある調査だと思います。喫煙の問題であり、全国調査が必要だと感じました。質問ですが、1.評価は検査だけでなく、認知症の診断が重要だと思いますが、診断はどのような状況なのでしょうか？2.短期集中リハビリテーションにおける効果はどのような状況なのでしょうか？3.認知症カリエにSTが関わるのであれば、是非ともどこでも評価(効果測定)ができる良いと思いましたが、いかがでしょうか？4.認知症に関わる上で、資格もいくつかあると思いますが、それらの取得なども把握されていますでしょうか？よろしくお願ひいたします。	柿本 明日香	ご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.評価は検査だけでなく、認知症の診断が重要だと思いますが、診断はどのような状況なのでしょうか？ 今回、診断については調査しておりません。2.短期集中リハビリテーションにおける効果はどのような状況なのでしょうか？ 今回、効果については調査しておりません。京都府言語聴覚士会 認知症委員会は、短期集中リハビリテーションを含めた認知症リハビリテーションにおける効果の検討を重要課題として考えています。引きつづきこれに関する調査、情報収集等を行い発信していく予定です。3.認知症カリエにSTが関わるのであれば、是非ともどこでも評価(効果測定)ができる良いと思いましたが、いかがでしょうか？ 今回2施設においてSTがカリエでMMSEを行っていました。一方で認知症カリエに関わる中で感じるのは、当事者や介護者が安心して過ごせる場であるカリエで心理的な負担を感じさせる検査を行うことの躊躇です。評価の必要性を吟味し目的を明確化した上で説明し、了承のうえに行うことが大切だと思います。またSTが日々カリエの関わりをなかでコミュニケーションや認知機能を観察評価し、当事者・介護者・他職種と連携し、よりよい支援やケアに繋げられるような方法で評価結果を伝えていくことも重要だと思います。認知症カリエに関わるSTがまだまだ少ない現状ですが、現場ではSTの専門性が求められていると感じています。STが関わることにする効果のメリットを示し認知症が上がることでSTが果たす役割はさらに拡大していくと思います。4.認知症に関わる上で、資格もいくつかあると思いますが、それらの取得なども把握されていますでしょうか？よろしくお願ひいたします。 今回、認知症関連資格の取得については調査しておりません。今後検討したいと思っています。	森田 秋子	認知症に関わる実態調査を行っていただき、STがどこに困っているのかを知ることができました。認知症の評価を机上検査だけでなく行い、この限界があり、生活の情報や手やアプローチについて困っている様子がうかがえました。地域ネットワークが進むことが期待されます。	
70088	口演(A)08	高次脳機能障害-その他	O(A)08-4	今回の分析は非常に興味深い結果でした。とても参考になりました。質問は、1.若手言語聴覚士や他職種は十分理解できていないと考察がありますが、根拠は何でしょうか？2.認知機能の重症度によって内容の割合が違ってくる。会話を含めた方が良いのか、落とした方が良いのか、次の段階の会話をした方が良いのか、現時点ではどのように考えられているでしょうか？よろしくお願ひいたします。	河本 友紀	①当院では、患者様の「思い」を知るとい取り組みを行っており、STが担当患者様から、大切にしていることやモチーなどの「思い」を聴取しています。その中で、3年以下のSTは、認知機能が重度の患者様からなかなか「思い」が引き出せず、「聴取困難」としてしまっていることがありました。4年以上になると、認知機能が重度の患者様にもその方々にあった話題提供や質問の仕方を工夫し、何らかの「思い」を聴取できていました。こういった結果から、若手と中堅以上では違いがあると考えました。②認知機能が重度の方に比べ、中等度、軽度の方は記憶や思考力の低下などから、話題の幅も狭くなっていきます。認知機能が重度の方には、未来の話を自身と関わりのない話を提供するより、その日の生活のことやその人に関わりの深い話を提供する方が、その方にとって負担の少ない会話となると考えます。また、認知機能の変化を見逃さず、変化に合わせて話題も次の段階に移行することが重要とも考えています。会話の話題は、その方の背景や性格など個人因子も大きく影響しているため、一概に「認知機能が重度の患者様には、この話題」ということは出来ませんが、質問ありがとうございます。	森田 秋子	STが扱う会話の種類や活用方法は、十分に分類されているとはいえない状況です。日常生活に必要なコミュニケーションの援助に関わることでありますが、最近では参加につながるその人の思いを引き出すという役割が求められることも増えています。会話を行う専門職として、会話のレベルを理解し、会話をSTに活用していけるようになりたいものです。	
70089	口演(A)09	成人発声発語・音声	O(A)09-1	ディサーリアはもっと研究が進むことが望まれますので、非常に興味深く貴重なご発表だと思います。たいへん参考になります。質問は、1.条件がたさん検討できるかと思いますが、先生は今後どのような条件が望ましいと思えますか？2.考察で、歯蓋部で有意差を認め、硬口蓋...では有意差を認めなかったとありますが、もう少し詳しく教えてください。3.今後の課題がありましたら、被験者が2名ですが、違いはどこからきているか、お答えあれば教えてください。4.構音の歪みに影響しますでしょうか？よろしくお願ひいたします。	栗村 正平	ご質問いただきありがとうございます。1.条件がたさん検討できるかと思いますが、先生は今後どのような条件が望ましいと思えますか？課題や方法について。改善点は多くあると考えております。被験者はその子でも行うことを考えております。調査点や調査方法の違いによりどのような傾向が生じるのか検討する必要があります。対象者数も2名少ないので増やしていく必要があると考えております。超音波と併用するなど舌口蓋接触以外の舌の状態を明らかにすることで接触の持つ意味が変わると考えております。最終的には構音障害患者様で実施していくための基礎データの蓄積ができればよいと考えております。2.考察で、歯蓋部で有意差を認め、硬口蓋...では有意差を認めなかったとありますが、もう少し詳しく教えてください。歯蓋、後部歯蓋、硬口蓋、軟口蓋で共通して言えることは、リリース時には舌縁の接触が認められることです。特に歯蓋部に関しては中央部の開放が生じ、その状態に有意差を認め、他箇所では中央部の接触がなく舌縁部の接触のみであり、そこに有意差は認めませんでした。3.今後の課題でありましたが、被験者が2名ですが、違いはどこからきているか、お答えあれば教えてください。通常は意識していないだけで発話の定型的なパターンが複数存在する可能性があるのではないかと考えております。発話機会や教育環境の違いなど様々な要素は考えられますが、そういった要素を含めた個人ごとに定型的なパターンが存在する可能性もあるのではないかと考えております。対象者数を増やし検討していく必要はあると思えます。4.構音の歪みに影響しますでしょうか？ 構音障害患者様であれば発話速度が影響する可能性はあると考えております。今後は構音障害患者様のEPGデータが蓄積することでの一つの要因を検討できる可能性はあると考えております。			
70098	口演(A)09	成人発声発語・音声	O(A)09-1	貴重な発表ありがとうございます。EPGは調音動態を理解する上でとても有用なツールです。質問ですが、「遅い」「早い」では構音連成のストラテジーがかなり変わる気がしますが、(例えば、早いであれば舌だけの動き、遅いでは下顎も舌と一緒に動く)今回健康者の2例ですが、構音速度を意図的に変化した場合でも、原則的には同一のストラテジーとして捉えて良いかご教示いただけます。	栗村 正平	ご質問ありがとうございます。質問ですが、「遅い」「早い」では構音連成のストラテジーがかなり変わる気がしますが、(例えば、早いであれば舌だけの動き、遅いでは下顎も舌と一緒に動く)今回健康者の2例ですが、構音速度を意図的に変化した場合でも、原則的には同一のストラテジーとして捉えて良いかご教示いただけます。			
70090	口演(A)09	成人発声発語・音声	O(A)09-2	差がある群の多くが軽度例なので、そこに認知機能の影響は少ないという事で、軽度だからこそ難しいかあるかと思いましたが、認知としては、社会的認知が大切なものかもしれません。たいへん興味深く視聴いたしました。質問は、1.差がある16名の退院時の明瞭度において1名変化していましたが、他は変化していませんよね？担当STの経験年数はどうだったのでしょうか？気になったのは、先生は若手STのアプローチに問題があるといった趣旨の発言をしているように感じましたが、いかがでしょうか？	服部 恵理子	ご質問ありがとうございます。経験年数による差は特にありませんでした。今回はアプローチについての調査は行っていません。今後、検証していく、結果をもとに若手STの指導に活かしていきたいと考えています。			
70091	口演(A)09	成人発声発語・音声	O(A)09-3	貴重なご報告、たいへん興味深く視聴させていただきました。研究デザインも非常に参考になりました。質問は、音声障害で母音評価がメインで発話評価がメインの疾病の特性ではないでしょうか？つまりリハビリと母音評価が良ければ発話ももちろん良くなるものではないのでしょうか？となる、こんな音声障害だと発話の評価が必要か？といった疑問があります。疾病による分け方ができますでしょうか？	佐藤 剛史	ご質問いただきありがとうございます。先生にご指摘いただきましたポリープや結節などの疾患に関しては、母音で評価で事足りることが多いかと存じます。本研究は、声帯障害患者の術後の音声評価(MPTとMFR)と会話時の音声の状態(聴覚印象や自然さなど)に乖離を認めた症例を被験したことがきっかけになっています。声帯障害患者に今回のような評価を行うことは、治療効果の判定につながる一つの指標になるのではないかと考えております。声帯障害症例以外にも、産声性発声障害や機能性などで発声と発話で症状に乖離を認める症例では、発話による評価も必要かと考えます。最後になりますが、今回の検討の用いた指標がどこは別として、音声治療や音声外科を行う場合は、会話時に音声のどのように変化したかを評価することが効果判定する上で重要なポイントかと思っておりますので、会話時の聴覚心理学的な評価以外に何らかの客観的な評価は必要ではないかと考えます。			
70065	口演(A)10	摂食嚥下事例①	O(A)10-1	長期介入を詳細にご報告いただきありがとうございます。質問ですが、1.スロウリーアークの文献があれば教えてください。2.外来継続期は何kcalで栄養管理をしていましたか？3.3回目入院理由は原因は何だったのでしょうか？何かエピソードがあったのか、発表の中にもありますが加齢によるものなのか？4.誤嚥防止術は具体的に何を試しましたか？また、術式選択の理由も併せて教えてください。5.長期経過ではありますが、体重・栄養評価：適切な値の比較の経過がわかるように教えてください。6.バルーン拡張法は筋の繊維化をきたし、逆効果になるといった報告もありますが、そういった検討はされていますか？	小林 浩子	ご質問ありがとうございます。500字という制限もあり、説明不足と感じられる点もあつりますがご理解いただけたら幸いです。1. 以下が参考になると思います。http://square.umin.ac.jp/jjcrs/2014_33-39j.pdf2. 1日の総カロリーは1500-2000 kcal前後を想定しています。3. 加齢による筋力低下・認知機能低下により安全な摂取条件(姿勢など)が厳守できなくなったことが原因かと考えています。4. 喉頭閉鎖野法と呼ばれる術式によるものです。詳細は下論文をご覧ください。選定理由まで今回は詳細にお答えできず申し訳ございません。https://www.jstage.jst.go.jp/article/larynx/1989/20/1/20_5/_pdf5. 経過を通して一般的な適切な体重からやや低い値を推移しています。特に臥床が長かった3回目入院では適切な体重から8割に減少した時期もありました。栄養に関しては血液検査、体重測定などで適切に管理されていたと思います。6. 繊維化による影響も検討しながら実施しています。この患者様に限りませんが、当院では医師の決定のもと拡張練習を開始し、その後は定期的V-F検査を実施し拡張効果を継続して確認しています。繊維化などの影響で食塊の食道入口部通過が悪くなる等の症状が出れば、バルーン拡張練習を一旦中止し経過を見たり、その他の手段を検討するなどの措置がとられます。			
70141	口演(A)10	摂食嚥下事例①	O(A)10-1	貴重な発表ありがとうございます。質問ですが、発表の中で一粥一飯、ペースト食をご家族と一緒に調理指導を行ったと仰られていたと思いますが、どのように調理指導を行ったのか、また、STが調理指導を行ったのでしょうか、是非お伺いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。	小林 浩子	ご質問ありがとうございます。長期介入であり、ご家族への調理指導に関しては私が直接携った部分ではないため、詳細について十分にお答えできない可能性があります。ご了承ください。ゼリー食、ペースト食に関しては、入院中に介助者となる奥様に実際に見ていただき、試食していただいた上でVF検査・VE検査でも実施しています。料理の準備からお手当てまで、食形態の理解はこの段階で非常に良好であったと聞いています。また、退院前には栄養士による栄養指導も受け、実際のペースト食やゼリー食の作り方を指導していただきました。調理実習の段階では、STは手順を奥様と一緒に確認する他、完成した皿下食が患者の嚥下機能面から問題ないか確認する、という形で介入になっています。			

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	座長名	座長からのコメント	座長の回答
70066	口演(A)10	摂食嚥下事例①	O(A)10-2	当院では、耳鼻科のopelはないためこのような症例は経験がありませんので、とても勉強になります。質問ですが、1.兵頭スコアの点数変化はいつかだったのでしょうか？2.喉頭浮腫が遷延した原因は何だったのでしょうか？3.もも腹下出血症例ですが、運動外傷症候群を呈していたのでしょうか？4.3に関連しますが、鼻音腔閉鎖と構音はいつかだったのでしょうか？5.嚥下姿勢はヘッドアップ45度程度に見えますが、いつかだったのでしょうか？姿勢はいつか試したのでしょうか？試していれば、どんな姿勢を、その際どんな嚥下動態だったか教えてください。	佐藤 貴子	1. 兵頭スコア ①喉頭蓋や梨状陥凹の嚥液貯留：3→2 ②声門閉鎖反射や吸気時の惹起性：1→0 ③嚥下反射の惹起性：1→2 ④着色水嚥下による喉頭のラフランス：1→1 2. 執刀医より喉頭浮腫の改善は、かなり個人差があると聞いています。 本症例においては、術前に腫瘍ができ、2回ほどデブリしたため、喉頭や咽頭の改善に影響が出た可能性が考えられます。 3. 椎骨動脈瘤破裂によるもも腹下出血であり、球麻痺に近い状態であったと考えられます。 術前の担当者による、全く咽頭通過してはいないことがなかったが、喉頭残留が著明で誤嚥を認めたこと、舌や顔面の運動麻痺が筋力低下も認めたと聞いています。 術前のリハビリテーションでは、積極的な口腔器管の運動やバルーン法等実施しましたが、改善は乏しい状態でした。 術後の介入では、口腔器管の運動に加え、PAP装着により送り込みの変化も見られました。 4. 術後、フローイング時は0度、/a/発声時は1～2度の鼻漏出を認めました。退院時はフローイング、発声ともに0度でした。 術後、5か月目くらいから発声となりましたが、構音障害というよりは相対性障害が著明でした。 5. 嚥下（食事時）の姿勢は車椅子座で、VF時も検査室の椅子（90度）座位で評価しました。当院のVF検査はカムによる撮影で、撮影条件上、動画の姿勢は実際の角度と異なります。なお、食事時の姿勢調整は実施していません。			
70067	口演(A)10	摂食嚥下事例①	O(A)10-3	貴重な症例のご報告ありがとうございます。質問ですが、1.下咽頭癌治療後の食事は常食でよくなったのでしょうか？2.VFの評価がありましたら教えてください。食道入口部開大不全にバルーン法を用いていますが、妥当だったのでしょうか？開大不全の原因は何だったのでしょうか？という質問です。3.opelの検討はされませんでしたでしょうか？	赤池 洋	ご質問ありがとうございます。 質問1： Q) 下咽頭癌治療後の食事は常食でよくなったのでしょうか？ A) 常食を摂取していました 質問2： Q) ①VFの評価がありましたら教えてください。②食道入口部開大不全にバルーン法を用いていますが、妥当だったのでしょうか？③開大不全の原因は何だったのでしょうか？ A) ①今回の報告で載せていませんでしたが、転院前に実施しています。明らかな誤嚥は見られませんが、喉頭収縮や嚥下圧が上がり、嚥下時の喉頭上も弱いため食道入口部の開大が弱く、少量ずつ食道に流れ込んでいる状態でした。左右差は若干左の方が強い印象はありましたが、横向き嚥下など代償手段の活用までは至りませんでした。 ②食道入口部開大不全に対しては、頭部挙上訓練やメンデルソン手法、など間接的嚥下訓練をリハビリ前から自主訓練として行っていました。効果が現れなかったためバルーン法を導入しました。本症例はバルーン法を自主訓練を早期に方法を獲得し、訓練を行うたびに食道入口部の開大が得られることをVEで認識でき、かつモチベーションを維持しながらリハビリができていたことから、バルーン法は妥当だったかと個人的には思っています。 ③開大不全の要因はミオチン（筋の萎縮や線維化）か下咽頭癌に対する放射線治療による晩期障害（照射による喉痛・狭窄など）かどちらが要因なのは明確にはわかりませんでした。しかし、下咽頭癌治療後は嚥下機能は維持できていたため、今回のミオチンが嚥下機能低下の要因ではないかと個人的には考えています。また症状の改善を促しているのは放射線治療からくる晩期障害を重視している要因もあるかと考えています。 質問3： Q) opelの検討はされませんでしたでしょうか？ A) 今回の入院ではそのままでの話はありませんでした。出来るだけリハビリを行い、経口摂取の希望も強かったので「経口摂取」を目標に行っていました。その結果、現在もバルーン訓練を継続しながら経口摂取できています（常食）。もし現在も食べられていなかったら、手術の検討もされたと思いますが、本症例は手術に対しては下咽頭癌の治療の際から消極的でしたので、もししたら行わなかったかも知れません。 以上となります。貴重なご質問ありがとうございます。			
70068	口演(A)10	摂食嚥下事例①	O(A)10-4	死ア症候群は初めて知りました。非常に貴重なご報告だと思います。文献検索して原因を探る重要性を改めて感じました。ありがとうございました。コメントですが、似たような症候群は、経鼻胃管管理だと2ヶ月の絶食とは言わないのでしょうか。質問1.栄養評価の値を時期別について教えてください。2.末梢性舌下神経麻痺が改善する筋萎縮はどのような見方になるのでしょうか？きれいな舌粘膜に戻るのでしょうか？3.鼻音腔閉鎖不全-喉頭麻痺が改善して、声門閉鎖不全が現存するとなると声門閉鎖不全の原因は何とお考えのでしょうか？左輪状靭帯断裂脱臼だと思いますがいつかでしょうか？だとするとC.Tなどで確認できないのでしょうか？4.若年者であり、PTとの協力も自主練習の方が効果があったと思いますが、いかがでしょうか？	金井 晋	ご意見ご質問ありがとうございます。 まず訂正いたします。ご指摘いただきましたように本ケースは経鼻栄養管理となっていたので「絶食」ではありませんでした。 以下はご質問への回答です。 1. 栄養状態の評価は血液検査のデータのみで行いました。転院当初から適切に栄養管理されていたのでTP、Alb値はおおむね正常範囲でした。鼻音を呈していました。 2. 舌粘膜が回復してしまいましたが退院時においてまだきれいな状態までにはなっていませんでした。 3. 前院では脱臼の修復を行ったが回復しないあり、反回神経麻痺も疑われるという申し送りでした。当院では頸部のCTを撮影するスタッフがいないためどちらが原因だったかという診断は行っていません。 4. ご指摘の通り若年で認知機能はしかかかっていたこともあり、自主トレーニングも指導いたしました。硬起声発声練習は病室では遠慮しがちな点についてPT場面で訓練室で行っていただきました。 以上です。			
70069	口演(A)10	摂食嚥下事例①	O(A)10-5	皮膚筋炎の症例を担当したことがないのですが、まず初めにどのような症状が出て、どのような経過で診察されるものなのでしょうか？診察後ある程度経過して嚥下障害を呈するのでしょうか？そして、とても経過が良いものですね。質問は、NSTの介入はありましたでしょうか？また、合併症の予防はできるのでしょうか？合併症の対応はどのような方法があるのでしょうか？在宅期の症状が落ちている時の訓練が報告の中にはありませんでしたが何を行っていましたか？前舌保持嚥下・ボール訓練・開口訓練・嚥下でおこ体操などいかがでしょうか？よろしくお願いたします。	落合 勇人	ご質問ありがとうございます。皮膚筋炎の患者については初発症状は四肢体幹の筋力低下などが多く報告されていますが、嚥下困難を初期から呈される方もいらっしゃるようです。また、Gowers徴候などの身体症状、ヘリトロフ疹などの皮膚症状を呈されることが特徴的です。嚥下障害の診断についても経過の中で明らかになったときに、症状群のひとつとして診断されるようです。NSTも介入をしておき、経鼻栄養剤の種類の調整するなど試みられたことが消化管症状の影響で難しい、限定的なものでした。 合併症は特に悪性腫瘍や間質性肺炎、縦膈気腫の併発が多く報告されており、これらの疾患が併発しうることを踏まえて進行とともに適宜検査がなされます。そのため、皮膚筋炎の症状自体は、ステロイド薬療法で軽快してもこうした合併症の影響が残存する可能性があり、予後不良の因子となります。多発性筋炎の軽快後に嚥下障害そのものは良くなることも多いようですが、本例は生化学的検査上は比較的早期に改善したものの、関連合併症の管理に難渋し経過が長くなったかと思われます。 在宅では、訪問看護師を中心に直接訓練を継続頂き、外来で定期的な検査を行ってまいりました。併せて、シャキア訓練や舌挙上訓練などの舌骨上筋群に対する間接訓練も実施頂いてまいりました。ご指摘頂いた訓練も本例の症状の合致する訓練で適切に適用に成りうるとおもいます。ご訪問ありがとうございます。			
70070	口演(A)11	摂食嚥下事例②	O(A)11-1	当院でも同じような事例が散見され非常に悩んでいます。ご報告ありがとうございます。質問ですが、1.移動は車椅子、全粥-一口水を提供していただいている高齢者なので、おそろお老練はあったらうと思います。喉頭嚥下はよくも準備期-口腔期の機能低下があったのではないのでしょうか？また、先生のコメントにもありましたが、ALBの低下もあったようなので老練もサルコペニアだったのではないのでしょうか？2.専門領域での発熱は誤嚥でしょうか？であれば原因は何だったとお考えのでしょうか？3.嚥下チームは筆頭はどなたでしょうか？今回の事例から、運動器の牽引用に対する提案など嚥下チームから行うなど何かしらの対策はとられますでしょうか？当院はNSTがありますが、なかなかひとつの病棟のルールを決めるまでは至っておりません。STだけが考えても難しいですね。4.サルコペニアの嚥下障害だと思いますが、診断基準の検討はいつかだったのでしょうか？（もしくは低栄養の原因について）よろしくお願いたします。	掛田 彩加	1.準備期-口腔期の低下ですね。サルコペニアだとそのように考えています。 2.食事は完全介護者に対してはいたしましたが、食事以外の場面の誤嚥と低栄養による悪循環が考えられます。 3.4.施設入所者は在宅高齢者と比較して低栄養患者が多いという報告があります。今回、施設（サービス付き高齢者住宅）からの入院で、栄養面の評価がなされたことが専門職が不在なため、低栄養であると気がつきにくく、対応が遅れたことが考えられます。また、入院時に栄養の評価はしていますが、早期から低栄養に嚥下機能を見逃した関わりが必要でした。摂食嚥下支援チームはSTが中心となって実施しており、今後は運動器疾患の高齢者について、低栄養の場合の取り組み方法を検討していきたいと思えます。ご指摘ありがとうございます。			
70071	口演(A)11	摂食嚥下事例②	O(A)11-2	プレイル・サルコペニア評価をした上で介入、非常に参考になりました。精神的・社会的なプレイルの検討の重要性がよく現れたと思います。ありがとうございました。質問ですが、1.X月の筋炎の際にSTは関わってなかったのでしょうか？X月+1月がSTの介入がなかったり包括的介入がなかったことが大きな問題だと思いますが、情報はありますが、2.散歩以外で意味はありましたか？活動と参加はどの程度だったのでしょうか？3.入院時評価にて、スクリーンテストで評価があるのに対してVEでは明らかに誤嚥がないとはどのように考察しますか？歩行ができなくて、F.T.3歳という感じができません。3点でありますが200kcalを経口できていますし。。。4.社会的プレイルは重要であるとの報告がありますが、退院後の活動と参加は何か提供とされたのでしょうか？	渡邊 育美	ご質問ありがとうございます。 A1.近医での外来治療で筋炎は改善したため、患者様と奥様は嚥下障害が顕在化した後もしばらく対応してよいからすぐに退院がなかったこと。症状をきたした際の家族が嚥下補助食品を購入し、すぐに入院治療への受診されたという経緯がありました。緊急事態宣言下で昔より家族間の連絡や行き来が難しくなったことも原因ではないかと考えています。そのため、その間のST介入や包括的介入はあなかったです。 A2.意味はなかったことですが、良縁と買い物に行かれることが多く、自宅が階段のみの5階であったため、ほぼ毎日かなりの階段昇降はされていたと言っていました。 A3.入院時PT3回に対し、VEで評価した結果の差については、VEでは喉頭感覚が良好で、わずかな喉頭残留にしろも自発的に咳嗽で嚥出する様子があったこと、FTも自発的な咳嗽が即時に働いたのではないかと考えました。“歩行ができるの”という点については、考察部分でも触れさせていただきましたが、「嚥下プレイル」の特徴のひとつではないかと考えます。200kcal経口摂取については、栄養補助食品(1j)を食後+間食で摂取し、食後や間食で栄養量の確保を優先的に行った点が大きいと考えます。 A4.社会的プレイルに対しては、サ高住へ入居された後も患者様が嚥下リハビリを強く希望されたこともあり、嚥下障害に対する不安を軽減でき、また多の方と関わる機会をもてるように本人様、多職種間で話し合い、複数の通所リハビリの介入を現在も継続されていると伺っています。			
70072	口演(A)11	摂食嚥下事例②	O(A)11-3	サルコペニアの嚥下障害が非常にわかりやすく評価の重要性が伝わる内容だと思います。質問ですが、1.今回の事例はサイズサービスや訪問利用者に対して全例栄養管理を必要とする判断したのではないかとと思いますが、何かしら検討はありますか？2.STの介入回数など議論がマネジメントしているのでしょうか？先生が決めたのでしょうか？頻度や介入内容は効果的であったら適切だったのではないかと。	田中 奈央	1. 確かに、全例栄養管理ができるというのが理想的であると思えます。かつ専門職である管理栄養士の意見等を聞き、栄養士の観点からHリハビリができるより良いリハビリの提供に繋がるのではないかと。他方で、サービス内容の限界やマンパワーといった、現実的に組めるHリハビリチームの限界があることも事実だと思います。様々な環境下において、摂食嚥下に携わるSTだからこそ“機能的に食べられる”という意識の枠を超えてST自ら栄養面に立つのがマネジメントしているのでしょうか？先生が決めたのでしょうか？頻度や介入内容は効果的であったら適切だったのではないかと。			
70073	口演(A)11	摂食嚥下事例②	O(A)11-4	非常に興味深くて貴重なご報告ありがとうございます。質問ですが、1.嚥下障害おとなの方等では通所リハビリで何かしら栄養面・嚥下面の介入していないのでしょうか？2.通所リハビリでも身体機能の低下があることに驚きました。通所リハビリ者と比較して低栄養が小さければ良いですが、エビデンスはありますか？	平田 文	ご質問ありがとうございます。 質問1. 嚥下障害おとなの方への栄養面や嚥下面の介入について嚥下障害認知症22名中、嚥下訓練を個別に実施している者は4名でした。また、栄養状態は管理栄養士による栄養指導は実施していませんが、STや看護士が訪ねています。 現在、嚥下障害者に対する個別的な介入だけでなく、嚥下障害のリスクが高い者や嚥下機能が良好な者に対して嚥下機能低下を予防するプログラムを検討しています。 質問2. 通所リハビリ利用者で非利用者の比較に関するエビデンスはありますか 本研究は、通所リハビリ利用者の調査をしておりませんので比較はできません。 今回の調査では、2回の計測会（2019年、2020年）に参加した通所リハビリを利用している要支援1.2要介護1.2の者を対象にしています。対象者の大半は介護度を維持していましたが、しかし、「介護度低下」などの明らかに変化は認められず、高齢者の身体機能（握力、歩行速度）は低下することが明らかになりました。高齢者の身体機能や嚥下機能の低下を把握するためには定期的な評価が重要と考えます。			
70092	口演(A)12	摂食嚥下調査研究①	O(A)12-3	当院も急性期であり、脳卒中患者を多く担当いたしますのでたいへん参考になりました。質問ですが、1.座長からもおっしゃる通り、ベスト食問題の定義を教えてください。バイタルや検査法、姿勢、誰かが判断するなど。2.グレードはなしレベル(フォイス/ファイル)の方が良いように思いますが、グレードをアウトカとした理由はなぜでしょうか？またグレードであれば、一緒にDSSもあるより良いと思えます。3.入院期間はそれぞれ何日だったのでしょうか？当院でも届くのは3-6ヶ月後の予後でして、それがわかれば無理せず経管と併用もありかとの考えもありません。よろしくお願いたします。	深川 真将	1.当院では、初回評価時CT/G-up30°全介助で飲水テストを行い、水分でムセがあればベスト食では誤嚥のリスクが高いと判断しております。 2.ベスト食の摂食が可能であれば経口摂取のみでの栄養摂取が可能になる可能性があり、FOISではゼリー食との差別化が困難となるため、グレードを採用しています。 3.飲水テスト合格群の平均入院期間が24.7日、飲水テスト不合格では35.3日でした。今回の研究は当院(急性期)での検討であったため、飲水テスト不合格群においても3-6ヶ月後では経口摂取可能になる可能性は高くなると考えます。			
70136	口演(A)12	摂食嚥下調査研究①	O(A)12-5	貴重な発表ありがとうございます。大変勉強になりました。今回の調査の中で、使用手について比較されていますが、利き手については今回検討されておらずでしょうか？もし分ければ教えてください。	正村 幸代	ご質問ありがとうございます。 利き手については、自己摂取群、介助群ともに調査対象の患者さんのすべてが右利きでした。 利き手や使用する食具の難易度によっては利き手の影響があるのではないかと推測されますが、食事を自己摂取できるか出来ないかの調査においては、使用手による有意差はない結果であり、かつ全ての患者さんが右利きであったことから利き手の検定は実施しませんでした。			
70017	口演(A)13	摂食嚥下調査研究②	O(A)13-1	貴重な発表ありがとうございます。嚥下改善手術後のリハビリテーションについて、具体的な訓練内容があれは教えてください。	清宮 悠人	下顎甲状軟骨接近術と輪状喉頭筋切断術を行った後のリハビリテーションのことは、手術後の新しい飲み方の習得があります。具体的には頸突出嚥下法と呼ばれる、顎を前方に突出することで食道入口部を意図的に開く見方を練習していきますが、嚥下反射惹起不全が著しいと、嚥下反射惹起が残存しているけれども喉頭残留が多くて誤嚥をしようとするタイミングが異なります。前者の方には、タイミング(嚥下反射が起こることが期待できないため、食物の口に取り込んだらすぐに頸突出を行い、食道入口部を開いたままにした状態ですると食べ物を押し込んでいきます。そのため、固形物摂取は極めて困難なためにもうの方は嚥下訓練食レベルのペーストの食事がゴールとなることだと思います。後者の方は嚥下反射が残存しており、輪状喉頭筋が切断されたことで咽頭通過量が多少改善していることが予想できるため、まずは通常の飲み方で飲み込んでいただきます。そして飲み込んだ直後に3秒ほど(患者に合わせて設定いたします)頸突出をする時間を設けて喉頭残留物を押し込み時間を設けます。喉頭残留物が1回では除去できない場合には、一度突出した顎を元に戻して再度頸突出を行うことや、交互嚥下を行うなどの代償嚥下法を検討していきます。また、この術式のメリットとして舌骨の固定を行っていないため、舌根部の後方運動が手術による阻害されないという点がありますので、手術後は舌骨筋力強化運動(川崎医療福祉大学矢野先生の舌圧測定器を使用したプロトコルを参考にしています)及び、手術後1か月はしましまた舌骨上筋群へのアプローチを強化して行っています。手術後の安静期間(痛みで離床が進まない期間)や術後炎症により舌骨上筋群が減少する傾向があるため、筋力強化運動を強化していき、嚥下時の食物の1回通過量をできるだけ増やせるように、間接訓練2回と直接訓練をできるだけ行い、ST2人体制で対応しています。			
70055	口演(A)14	摂食嚥下調査研究③	O(A)14-1	舌骨上筋群へのアプローチは様々な方法があり、その強度や回数などSTの興味関心は高いものと思います。今回の発表の機器は、頭部にフィットしやすそうで、角度も変えられるのが素晴らしいと思います。質問ですが、1.矢野先生も質問していましたが、なぜ嚥下でおこ体操・CTAR・開口訓練と比較したのか教えてください。日常臨床で行っているものと比較しても、メンデルソンは技術が必要で、舌抵抗訓練は副次的効果はあると思いますが、やはり訓練目的は違々と思えますがいつかでしょうか？2.数値化できることは非常にいいと思いますが、計測される数値とは何のことでしょうか？3.舌抵抗訓練に関する具体的な方法の詳細を教えてください。4.実は舌抵抗訓練の方が訓練として優れているという点はないのでしょうか？頭頸部屈曲訓練も胸鎖乳突筋の筋収縮が弱く、舌抵抗訓練は少ないようですがいつかでしょうか？5.舌骨下筋群も言及していますが、下筋群はトレーニングした方がいいのでしょうか？イメージとしては下筋群は収縮しない方がいいかと考えますがいつかでしょうか？臨床での目的は舌骨上筋群に対するアプローチだと思いますので、6.牧野先生は「簡便だ」とおっしゃっていましたが、実臨床用ではなく、研究用との解釈でよろしいのでしょうか？どう考えても嚥下でおこ体操、CTARの方が簡便だと思いますがいつかでしょうか？	岡野 雄二	発表を視聴・御質問頂き有難うございます。頂きました質問にお答えさせていただきます。 1.嚥下でおこ体操・CTAR・頭頸部屈曲訓練は座位での頭頸部屈曲と運動様式が同じです。今回、頭頸部屈曲訓練を検証する初めての研究ですでの検証結果に基き、運動様式の異なる訓練法を選択致しました。 2.今回、計測出来る数値というのは頭頸部屈曲力(kg)です。 3.舌抵抗訓練の方法は、口腔内に挿入した球状バルーンを舌で口蓋に押しつけます。本研究では3時間実施し、最大ピーク時を中心に1秒前後を解析区間としました。 4.頭頸部屈曲訓練と舌抵抗訓練の最大振幅値・平均振幅値を比較すると頭頸部屈曲訓練(p<0.05)と有意な差を認めていますので舌骨上筋群への訓練としては頭頸部屈曲訓練の方が高負荷なレジスタンストレーニングを可能にすると思えます。しかし、胸鎖乳突筋に関しては舌抵抗訓練より最大振幅値・平均振幅値が高い筋出力となっているので症例特性に応じて訓練を選択して頂ければ良いと考えます。 5.舌骨下筋群は舌骨上筋群の拮抗筋であり、舌骨下筋群の中には喉頭を上方向へ牽引する甲状舌骨筋も含まれるため、本訓練の標的は舌骨上筋群ですが一緒に舌骨下筋群強化トレーニングになることは良いことであると考えます。 6.頭頸部屈曲計は頭頸部屈曲力(kg)を計測するための器具であり、症例毎に角度調整可能な計測器という点が影響しているものと考えます。頭頸部屈曲計が自指するのは臨床場面での活用であり、臨床に役立つ研究として取り組んでおり、現在は試作品の段階です。今回の発表に対し、頂いた御意見も参考に今後の研究に活かしていきたいと思えます。御質問有難うございました。			

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	座長名	座長からのコメント	座長の回答
70056	口演(A)14	摂食嚥下調査研究③	O(A)14-4	たいへん興味深い研究であり、今後も続報を楽しみにしております。質問ですが、1.「リハビリ効果が上がっているのでは？」との仮説でしたので、歩行やアクティビティ参加などPTOT部門でも検討しているのでしょうか？2.一つ目の質問に関わりますが、パスの利用など多職種連携をしているので、異性STの介入が摂食機能に影響していると言われた考察は、細か言々と食事場面に必ず介入していると言ったことでしょうか？カンフレンスも行っているとのこと、適宜色々な職種が関わっているように思われますがいかがでしょうか？	千葉 彩	ご質問ありがとうございます。 1.PTやOTの検討は行っていません。今後チーム内で他職種の介入に関しても検討させて頂きたいと思えます。 2.今回の研究は、「リハビリ介入が異性であるか同性であるか」で分けていたもので、食事場面の介入は絶対になっていません。しかしリハビリの時点で異性介入の方が反応良かった患者に対しては食事場面でも異性のスタッフが介入して欲しい旨、申し送った患者も居ました。			
70120	口演(A)16	自閉症スペクトラム	O(A)16-4	当院は成人急性期であり、小児の関わりはありませんので、たいへん勉強になりました。訓練は細かくデザインされているように見受けられましたが、なかなか理解が通じませんでした。質問ですが、1.強化子は2年間変わらないものなのでしょうか？2.2年間の訓練は何ほどの程度行ったのでしょうか？呼名への関わりはセッションで終了でしょうか？いつ行ったのでしょうか？3.運動は言語よりも良い機能ですか？PTの関わりはありますか？4.応用行動分析の練習はどちらでしょうか？全てなののでしょうか？よろしくお願いたします。	川村 立	質問1：呼名への関わり課題での強化子はシャボン玉、DTT課題ではセラブラストのように訓練内容によって強化子は変更しています。理由としては、児が持っている強化子でも飲み月する飽和化し、飽きてしまうので課題によって変更致しました（正しい行動が強化できなくなるため）、しかし、約2年間で主に用いた強化子は上記2点と褒め言葉などの二次性強化刺激です。現在は、ピアノ音楽（重鎮の曲）、シールなどを強化子に利用しています。 質問2：逆模倣は約半年、それ以外の課題は1年以上継続して行っています。DTT課題はスモールステップorエラーレスラーニングで行っており、成功頻度が向上するにつれ難易度を上げています。呼名への関わりは8セッションで終了しています。 質問3：PTの関わりはありませんが、OTは介入しています。初回評価時は運動機能の方が優れていましたが、現在は言語機能が優れています。 質問4：今回発表した内容は、3 項随伴性（行動の前→行動→行動の後）を用いて評価しており、トレーニング内容も全てABAでの介入です。			
70124	口演(A)17	小児構音・吃音	O(A)17-2	構音は身体の運動なので、少なからず身体の発達と関係があるのだと感じました。たいへん興味深く視聴させていただきました。質問は、今回の研究が今後、何につながっていくのでしょうか？機能性構音障害になりやすいケースをスクリーニングする目的でしょうか？	清水 一典	ご質問ありがとうございます。 はい、今後、機能性構音障害になりやすいケースをスクリーニングできれば理想的と考えております。機能性構音障害になりやすい傾向は何か、構音操作に関する舌の運動に、前に、乳幼児期からみられる両唇音の動きや手指の動作などから、何らかの要因を探ることができれば、早期対応ができるのではないかと考えております。			
70125	口演(A)17	小児構音・吃音	O(A)17-3	貴重な発表ありがとうございました。質問ですが、1.受診される方は、10歳以上の方がも増加している印象でしょうか？その方たちは、どのように受診されたのでしょうか？2.後ろ向き研究なので難しいですが、ご家族の誤った対応の原因は何でしょうか？インターネットから正しい情報を得られない理由はありますか？3.検診にSTが関わると良いと思いたいです。コメントです。	南 久美	ご質問ありがとうございます。以下が回答です。①10歳以上（小学生から社会人）の相談件数は増加傾向です。小学生～高校生は保護者と、大学生～社会人は本人1名で来院されましたが、インターネットから当院のHPに辿り着いたようでした。②誤った対応の原因や正しい情報を得られない理由を明らかにできていません。インターネットで検索した保護者の中には正しい対応とそうではない対応を混合してかかわっていることもありましたが、（例：最後まで傾聴するが吃音のある話し方がある、推測出来る内容は代わりに話すなど）書いている情報は全て参考にしてみましたとおっしゃいました。ネットで容易に検索できるようなり、ある程度、保護者も吃音の知識が得られやすくなったのだと思いますが情報量に不安を感じている保護者もいらっしゃる感じました。今回の発表からさらに追及する必要がありますので今後の課題とさせていただきます。			
70026	口演(A)21	COVID・地域	O(A)21-2	様々な団体でこのような調査をたくさん行っていますが、これらの調査を何のためにしているのでしょうか？団体によっては、ガイドライン作成もされているのでしょうか、会員・非会員にとつこれらの結果を活かしてはいるのか期待はあるのでしょうか？	新井 慎	ご質問ありがとうございます。 たしかに様々な協会や団体がCOVID-19による影響などを調査はされています。 本調査は、他調査に比べ中止または制限された摂食嚥下リハビリテーションについて選択肢を多数設定し、回答を得ています。 各病院施設は様々なガイドラインを参考にしつつ、摂食嚥下リハビリに関する規則を設定されている現状かと思えます。 しかし、本結果からでも中止、制限された内容には多少バリエーションが生じています。本調査の結果を各病院施設の摂食嚥下リハビリの規則改定において、一資料として頂ければと考えています。 また、摂食嚥下リハビリに従事するSTのみ対象をした調査は見当たりません。本調査の多くのSTが摂食嚥下リハビリ内で感染の不安を抱いている結果となっています。 この結果を踏まえ、特に現場管理・役職者の先生方は、感染拡大前よりも部下のメンタルヘルスに注視して頂く必要があると考えています。 回答が不十分な点がございましたら、ご連絡いただければ幸いです。 よろしくお願いたします。	松尾 康弘	新井先生の仰せの通り、今回調査して頂いた結果を、各々の病院施設の方針と照らし合わせてどのように活かせるか、まずは検討させて頂くことが良いかと思えます。新井先生からご回答がありました「部下のメンタルヘルスに注視」という点においても、この長いコロナ禍においては非常に重要な点かと思えます。	
70027	口演(A)21	COVID・地域	O(A)21-5	以前からこのような取り組みをされて、素晴らしいと思いました。1.看護部など、リハビリ以外の部署はどのような対応をしているのでしょうか？リハビリを参考にする部署もあるのでしょうか？2.子育て委員以外で、男性スタッフの役割になるような取り組みはありますか？3.有給消化率は他部署と比較していかがでしょうか？またリハビリ内では取り組み以前と比較していかがでしょうか？4.離職率は他部署と比較していかがでしょうか？またリハビリ内では取り組み以前と比較していかがでしょうか？	吉岡 由佳	①部によって、体制や男女比も異なるため、面談やサポートについては参考できない取り組みが多いと思われます。しかし、イクボスエントリーや子育て支援の考えなどは、グループ内の発表を通して情報発信していることもあり、リハビリが率先して取り組み、他部署も参考していることもあり。 ②病院全体の取り組みとしては、育休の取得が可能です。数名ですが実績もあります。 また、リハビリの取り組みとしては、男性スタッフに限らず7日間の連休が取得可能です。（有給休暇含む、回数は問わず）男性スタッフであれば、重傷り出産に合わせて、奥様の仕事復帰に合わせて、などで休暇を取るスタッフが多いです。休む方も気を使っていますが、出来るだけ休みやすいよう声掛けやお互いの配慮を心がけています。 ③現段階での有給取得率は、リハビリ60.2%、他部署53.9%です。 取り組み以前の有給取得率が不明であり、十分な回答にはなっており申し訳ありません。 ④離職率の算出はしており、数字的には不明です。最近では、体感的に「働きにくいから辞める」というのは減少してきているようです。ただ、離職の要因が定かではないため、この取り組みが関係しているかは不明です。	松尾 康弘	質問を頂いた先生と同じく、このような取り組みをされていることは非常に素晴らしいと思います。病院という組織は一般的に女性比率が高いことが知られています。また言語聴覚士（協会会員）の男女比においても同様です。その中で持続可能な組織運営、そして持続可能な言語聴覚療法提供のためのヒントを与えてくださるご発表でした。	
70029	口演(A)22	養成教育	O(A)22-1	貴重な発表ありがとうございました。私が在学していた際にもこのような分析して、私たちにフィードバックして下さっていた事を改めて感じ、頭が下がります。 発表に関して、2つほど、ご質問させていただきたく存じます。 1つ目に研究目的、方法について模試試験から苦手分野と予想される基礎科目を選択除外したとのことですが、苦手分野の選定の基準としては、どのようなものになるのでしょうか？ 2つ目に私が学生だった時に、苦手である科目の中でわからない問題であれば直感的に選んでしまうこともあり、選んだ回答が偶然、正解であったことがありました。これは私にとって予期せぬエラー（回答に自信が無く、誤答であると思っていたが正解していた）となりました。国家試験でも同様のエラーが起きる可能性もあるためモデルによる合否予測に干渉するかはわかりませんが、このようなエラーはモデルによる合否予測のプロセスや精度（適合率など）、結果に干渉するのでしょうか？	小牧 祥太郎	ご質問ありがとうございます。 >1つ目に研究目的、方法について模試試験から苦手分野と予想される基礎科目を選択除外したとのことですが、苦手分野の選定の基準としては、どのようなものになるのでしょうか？ 上記に関しては、本校の学生の正答率の低い、音声・言語学分野、心理学分野を設定いたしました。 >2つ目に私が学生だった時に、苦手である科目の中でわからない問題であれば直感的に選んでしまうこともあり、選んだ回答が偶然、正解であったことがありました。これは私にとって予期せぬエラー（回答に自信が無く、誤答であると思っていたが正解していた）となりました。国家試験でも同様のエラーが起きる可能性もあるためモデルによる合否予測に干渉するかはわかりませんが、このようなエラーはモデルによる合否予測のプロセスや精度（適合率など）、結果に干渉するのでしょうか？ 上記に関しては5 択ですので、偶然的正解も考えられ、その際は合否予測に干渉は考えられます。しかしながら、機械学習モデルは回答のパターンを学習しますので、いわゆる難しい問題に正解しても、簡単な問題を落とすような回答が続けば、確率的に不合格の判定を下しやすくなります。そのため、偶然正解するものが多少あっても大きな変動はないと考えます。 以上です。			
70025	口演(A)22	養成教育	O(A)22-2	学生にとって、非常に有意義なプログラムであると思います。STにとってもプラスであると思いたいです。質問1.病院STと患者のコミュニケーション評価について表の見方がわからなかったで、数字を詳しく教えて下さい。そもそも病院STがコミュニケーション能力があるか疑問もあります。2.取り組み実践まで準備がたいへんかと思いますが、時期は適切なのでしょうか？実習で病院STのコミュニケーションを見学して、「ああ、こーやってコミュニケーションを取るのか」と学ぶのではないのでしょうか？	渡邊 佳弘	質問1への回答 ご質問ありがとうございます。学生のコミュニケーション能力評価は、病院STは25項目、患者は7項目のチェック項目それぞれに対して2点・1点・0点で評価していただいております。グラフは患者が評価した全項目の平均点を縦軸、病院STが評価した全項目の平均点を横軸とし、散布図として両者の相関→一致度を示したものです。ご指摘の通り、病院ST自身がどの程度コミュニケーション能力を身に付けているかは明らかでなく、おそらく個人差もかなりあると思われます。ただ今回の試みの意図は、内部教員など限られた者が学生のコミュニケーション能力を評価する、という今までのスキームから脱却し、より多様な立場の者が学生のコミュニケーション能力を評価する、という新たなスキームへの転換にあります。その妥当性については、病院STと患者の評価結果が概ね相関していたことから、今回の場合一定程度担保されたと考えております。ご指摘いただいた「病院ST自身のコミュニケーション能力と病院STが学生のコミュニケーション能力を評定する能力」の関連は興味深いテーマと考えられますので、ぜひ今後の課題とさせていただきますと存じます。 質問2への回答 今回導入を試み始めた基礎実習の実施時期ですが、入学後2ヶ月過ぎからコミュニケーション講義・演習が始まり、基礎実習フィードバックの完了は入学後5ヶ月過ぎとなります。ご指摘の通り、これまでの常識から言えば真例ともいえる早い時期に実施しております。今回あえてこの時期に設定したのは主に2つの理由によります。第1は学生のコミュニケーション能力習得の体系化・強化です。本校でもこれまで1年次後期に実施する見学実習で現場のSTのコミュニケーションを見学し、その後の見学実習や臨床実習で自由会話を体験するという流れをとってまいりました。しかしこれでは自己の能力を把握しないうまま本番となるため、失敗体験を重ねてしまったり、どうしても日報やレポートなどの課題に目が行き、自己のコミュニケーション能力のスキルアップにまで精神的にも精神的にも手が回らないなど、コミュニケーション能力の習得に効率的な仕組みになっていないのではないかとすら反省がありました。そこでコミュニケーション能力の習得に特化した場を設定し、順序を踏み成功体験を持たせ、時間をかけてコミュニケーション能力を養うことができるようにするためにこの時期に設定しました。第2はモチベーション効果です。入学後座学が続き、しかも最初は基礎科目が多いため、学生はモチベーションが下がりがちです。この時期に「患者との会話」という実践的でわかりやすい目標を与えることで、学生はそれに向かおうと奮闘することができ、成功体験を得ることによって「言語聴覚士になる」という目標を再確認できるのではないかと考え、この時期に設定いたしました。実際アンケートでも「意欲が高まった」という感想が多く見られ、偶然かもしれませんが、例年必ずこの時期には自らの適性に迷い、休学や退学を申し出る者がいるのですが、この学年は一人も休学・退学者が出ず、教員からも学生からもモチベーションの高さが感じられました。			