

# 第 11 回

一般社団法人

## 新潟県言語聴覚士会

### 学術大会

摂食嚥下リハビリテーションの

効果を考える

プログラム・抄録集



大会長：高橋 圭三（（一社）新潟県言語聴覚士会副会長）  
日本歯科大学 新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学

会 期：令和 6 年 5 月 26 日(日)

会 場：燕三条地場産業振興センター リサーチコア

後 援：公益社団法人新潟県理学療法士会

公益社団法人新潟県作業療法士会



## 大会長挨拶

### 大会テーマ：摂食嚥下リハビリテーションの効果を考える

高橋 圭三

日本歯科大学 新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学

第11回新潟県言語聴覚士会学術大会大会長 / (一社)新潟県言語聴覚士会副会長

この度、第11回新潟県言語聴覚士会学術大会を開催させていただくことになりました。

摂食嚥下リハビリテーションは、20年くらい前はまだまだよく知られておらず、摂食嚥下障害を問題だと捉えているごく一部の（職種を問わない）病院あるいは施設の職員によって、手探りの中飲み込みの取り組みが行われていた状況も多かったと思います。今は、誤嚥性肺炎のリスクが広まり、歯科医師を始めとした多職種の参入もあり、摂食嚥下リハビリテーションの取り組みは急速な発展をしたように感じます。その一方で、飲み込みの取り組みが遅れていると感じる場面もあり、まだ対象者に十分な摂食嚥下リハビリテーションを受ける機会は均等ではないとも感じています。



そこで、摂食嚥下にはたくさんの取り組みがある中で、多職種連携のもと、我々STはどんな訓練法を選択し、どのような効果を得ているのかを考えてみたいと、このテーマを設定いたしました。シンポジウムでは、県内の摂食嚥下分野で活躍するSTより、効果のある取り組みについて、自由にお話しいただきます。成人分野だけでなく、小児分野での取り組みも踏まえ、皆様と効果的な方法について考えてみたいと思います。また、特別講演として倉智雅子先生をお招きし、「前舌保持嚥下法や嚥下訓練の効果について」ご講演いただきます。前舌保持嚥下法は、海外ではとても有名な間接嚥下訓練法ですが、どのような訓練法なのか、また倉智先生からみた嚥下訓練の効果について自由にお話しいただきます。倉智先生は嚥下造影検査の緻密な評価と、評価にもとづいた治療を大事にされており、高い知識とスキルを非常に分かりやすくお話しされますので、多くの気づきを与えてくれると確信しています。ぜひ楽しみにご参加ください。

最後に、本学術大会は、もう（まだ？）11回目ですが、当会の前々会長である井口光開先生が理事会後の居酒屋で「学術大会やろう」と言ったのがきっかけだったと記憶しています。当時は理事会後の反省会として、STは何をするべきなのか、私たちは何をしたいのかなど遅くまで語り合い、この学術大会開催もその中で生まれたものでした。当時は、不安よりもワクワクした気持ちが大きかったことを思い出します。本学術大会でも、そのワクワクした気持ちでSTの取り組みについて考えていけたらと思います。

大会長挨拶	1
会場案内図	4
大会スケジュール	5
参加者の皆様へ(諸注意/参加費など)	6
司会進行 田村和子 (新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚科)	
受付	8:30~11:30

会場(マルチメディアホール)

一般演題

**嚥下障害 座長:矢内康洋先生 (新潟市民病院 医療技術部 リハビリテーション技術科) 9:00~9:40**

- ① 訪問摂食嚥下リハビリテーションと多職種連携が奏功した橋出血の一例  
竹内 裕美 訪問看護ステーション フォレスト……12
- ② 家族の協力により食べる楽しみを取り戻した超高齢者の一例 一ご飯を食べたい、食べさせたい—  
石山 真衣 介護老人保健施設マチュアハウス中条……13
- ③ 重度の球麻痺症状を呈した咽頭頸部上腕型ギラン・バレー症候群の1例  
上野 靖史 長岡赤十字病院 リハビリテーション科部……14
- ④ 未破裂動脈瘤に対するコイル塞栓術後に重度嚥下障害を発症した超高齢の球麻痺症例  
今井 滉太 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科……15

**活動報告・音声障害 座長:田村俊暁先生 (新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 言語聴覚学科) 9:50~10:30**

- ⑤ 済生会新潟県央基幹病院 開院紹介  
齋藤 望 済生会新潟県央基幹病院……16
- ⑥ 能登半島地震災害派遣活動報告 新潟 JRAT での活動  
蓮子浩行 この脳神経クリニック……17
- ⑦ 内視鏡下試験的音声治療が有用であった声帯結節の1例  
丸山航輝 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科……18
- ⑧ 当院における音声障害リハビリテーションと患者背景の調査  
渡辺慶大 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科……19

**高次脳機能障害・新人発表(失語) 座長:飛田靖人先生  
(総合リハビリテーションセンター・みどり病院 リハビリテーション科 言語聴覚療法部門)10:40~11:30**

- ⑨ 当院回復期病棟での連携強化に向けた取り組み 一認知関連行動アセスメントを活用して—  
渡邊 裕之 新発田リハビリテーション病院 リハビリテーション科……20
- ⑩ 運転免許更新時の認知機能検査受検を契機にリハビリを14年振りに再開した症例  
丸山 志織 特定医療法人楽山会 三島病院 神経心理科……21
- ⑪ 両側前頭葉損傷により社会的行動障害を呈した一例  
田村 和子 新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚科……22
- ⑫ 左中大脳動脈閉塞によりブローカ失語を呈した一例  
紅谷 菜摘 新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚科……23

⑬ 場面を問わず『よかったね』を繰り返した重度失語例

佐藤 笙太 新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚科……24

開会式

開会宣言:飛田靖人先生(一般社団法人 新潟県言語聴覚士会 学術大会部長代理)

大会長挨拶:高橋圭三先生(一般社団法人 新潟県言語聴覚士会 副会長)

会長挨拶:佐藤卓也先生(一般社団法人 新潟県言語聴覚士会 会長)

来賓:佐藤成登志先生(公益社団法人 新潟県理学療法士会)

四方秀人先生(公益社団法人 新潟県作業療法士会)

司会:田村和子(新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚科)

13:30~13:50

特別講演

特別講演 座長:高橋圭三先生(日本歯科大学 新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学)

13:50~14:50

「前舌保持嚥下法や嚥下訓練の効果について」

講師:倉智 雅子先生 国際医療福祉大学 成田保健医療学部 言語聴覚学科……7

シンポジウム

それぞれの嚥下障害への効果のある取り組み ~何を大事にアプローチしているか~

座長:佐藤卓也先生(新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 言語聴覚学科)

大橋知記先生(新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 言語聴覚科)

15:05~16:35

① 摂食嚥下リハビリテーションとは

高橋 圭三 日本歯科大学 新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学……8

② 切れ目なく、効果のある摂食嚥下リハビリテーションを目指して

落合 勇人 新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部言語聴覚学科

新潟大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野……9

③ 「介護予防」から「病院」言語聴覚士へ

池浦 一樹 五泉中央病院

新潟大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野……10

④ 小児期の摂食嚥下リハビリテーション~乳幼児期の子育て支援の視点と子どもの食べる機能を促す支援~

長井 彩香 国立病院機構新潟病院 リハビリテーション科 言語聴覚療法部門……11

表彰式……………16:55

Closing Remarks

井上 真一(一般社団法人 新潟県言語聴覚士会副会長)……17:10

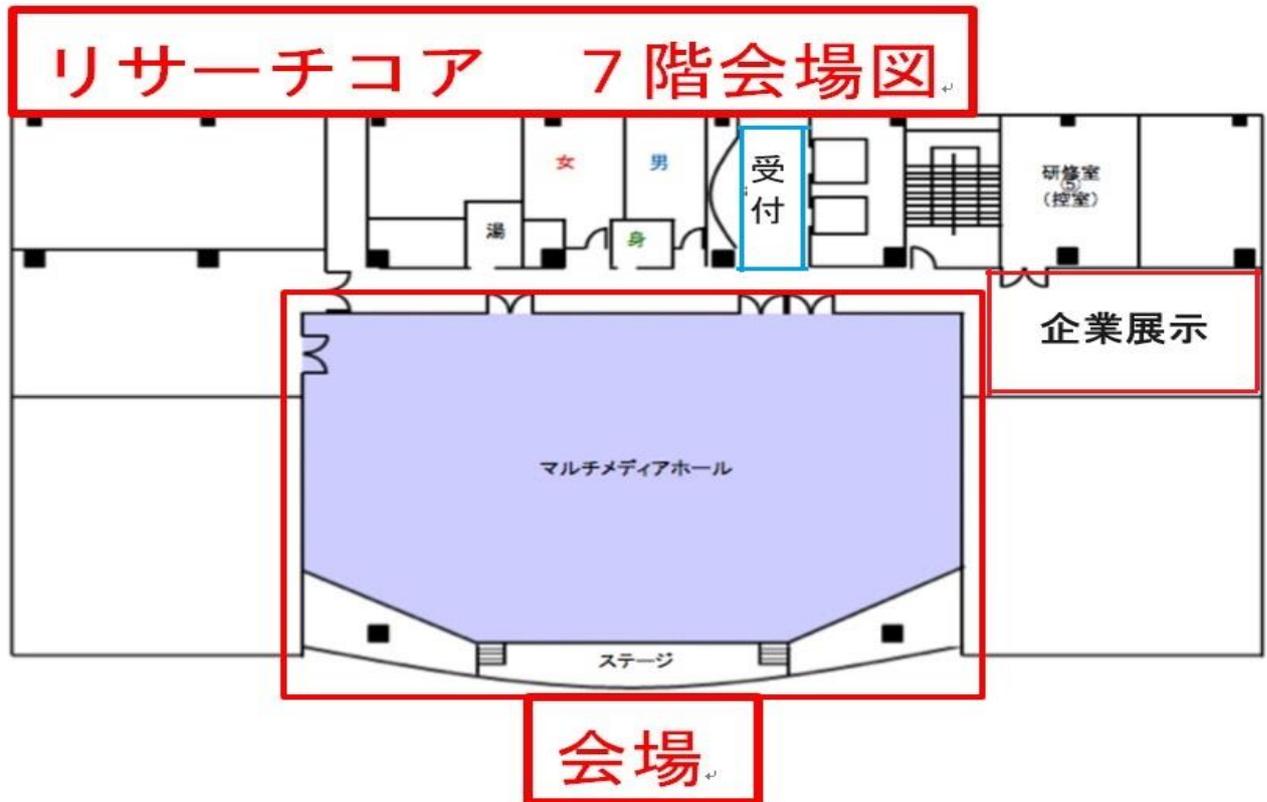
## 会場案内図



— 燕三条地場産業振興センター  
リサーチコアまでのアクセス —

- 電車でのアクセス  
JR 上越新幹線燕三条駅(燕側出口)から  
徒歩5分
- 車でのアクセス  
北陸自動車道三条燕IC から車で 5 分
- 住所  
〒955-0092  
新潟県三条市須頃 1 丁目 17 番地
- TEL  
0256-32-2311(代)

## 会場見取り図



会場 7階 リサーチコア マルチメディアホール

# 第11回 新潟県言語聴覚士会学術大会スケジュール

会場 (7階マルチメディアホール)		会場 (7階ホール)	
9:00	一般演題① 嚥下障害 座長：矢内康洋先生 演題：①, ②, ③, ④	9:00	
9:40	休憩	9:40	
9:50	一般演題② 活動報告, 音声障害 座長：田村俊暁先生 演題：⑤, ⑥, ⑦, ⑧	9:50	
10:30	休憩	10:30	10:30
10:40	一般演題③ 高次脳機能障害, 新人発表(失語) 座長：飛田靖人先生 演題：⑨, ⑩, ⑪, ⑫, ⑬	10:40	
11:30	休憩	11:30	
11:45	令和6年 一般社団法人 新潟県 言語聴覚士会総会	11:45	
12:25	昼休憩	12:25	
13:30	開会式	13:30	
13:50	特別講演 「前舌保持嚥下法や嚥下訓練の効果について」 講師：倉智雅子先生 座長：高橋圭三先生	13:50	企業展示
14:50	休憩	14:50	
15:05	シンポジウム 「それぞれの嚥下障害への効果のある取り組み ～何を大事にアプローチしているか～」 座長：佐藤卓也先生 大橋知記先生  講師：高橋圭三先生 落合勇人先生 池浦一樹先生 長井彩香先生	15:05	
16:35	休憩	16:35	16:30
16:55	表彰式	16:55	
17:10	Closing Remarks 井上真一先生	17:10	
17:15		17:15	

## 《参加者の皆様へ》

- ・今回大会は、現地開催と後日オンデマンド配信を予定しています。
- ・**学術大会参加申し込みは「事前申込みのみ」です。当日の会場受付はございません。**  
ご注意ください。**事前申込み締め切りは5月20日（月）です。**
- ・事前参加申込み QR コード及び URL は、県士会ホームページのトピックス内、学術大会の項をご覧ください。
- ・参加費は以下の表をご覧ください。参加費のお振込みは、振り込みは申し込み後、2週間以内、大会2日前までを期限厳守をお願いいたします。お振込み先は、事前参加申込みフォーム内を参照下さい。
- ・当日の参加受付は、8時30分から11時30分までです。
- ・本大会は JAS 生涯学習ポイント取得対象の研修会です。参加証明書の発行は1枚となります。
- ・当日は、学術大会、総会にふさわしい服装でご参加下さい。
- ・**抄録集は県士会ホームページからのダウンロードでの配布のみです。**大会当日、会場での販売はございません。
- ・オンデマンド配信は大会2週間後から6月末までを予定しております。配信開始時には案内の連絡をいたします。

## 《発表者の皆様へ》

- ・**筆頭及び共同演者が県内在勤・在住の ST である場合は県士会員でなければなりません。**
- ・一般演題の発表時間7分、質疑応答3分です。時間厳守にご協力ください。
- ・学術大会での演題発表は、JAS 生涯学習の症例検討・発表の対象とはなりません。
- ・各セッションの終了後、座長より発表証明書をお渡しします。お受け取りください。
- ・一般演題では最優秀演題賞、新人奨励賞を設けております。午後プログラムの最後に表彰式を行います。

### [発表データの取り扱いについて]

- ・音声・動画を使用される場合：動作確認の上、発表データが入った PC を当日お持ちください。  
※プロジェクターとは HDMI 接続を行います。お持ち込みいただく PC に HDMI 接続口があることをご確認ください。  
※Mac をご使用される場合は、各自ケーブルアダプターをご用意ください。  
※当日、PC セットアップは学術大会部でお手伝いいたします。PC をお持ち込みされる方は事前に下部お問い合わせ先にご連絡ください。
- ・音声・動画を使用しない場合：大会前日の5月25日(土)21時までに PowerPoint ファイルを、学術大会演題申し込みメールアドレス（下部に記載）にご提出ください。  
※大会当日はバックアップデータとして、USB メモリー等のメディアでデータをお持ちください。（メディアはウイルスチェック済みのものをご使用ください）

## 第11回一般社団法人新潟県言語聴覚士会 学術大会 参加費

	新潟県士会員・準会員・賛助会員 他県 ST、他職種	新潟県在住・在勤で非県士会員の ST	学生
参加費	3,000 円	10,000 円	1,000 円

- ・新潟県在住・在勤の ST で新潟県士会員でない方のみ 10,000 円、学生の方は 1,000 円となります。
- ・新潟県士会員は、令和5年度の会費が未納の場合、参加費は 10,000 円となります。ご注意ください。なお令和6年度の会費については、未納であっても参加費は 3,000 円です。
- ・学術大会では、特別講演、シンポジウム、および一般演題を開催します。
- ・参加される内容にかかわらず（一部でも全てでも）、上記のいずれかの金額となります。
- ・不明な点は事前に下記問い合わせ先にご連絡ください。

演題問い合わせ先：st.niigata.gakujutsu@gmail.com 担当：学術大会部 矢内 康洋

参加問い合わせ先：10th.niigatagakkai@gmail.com 担当：学術大会部 飛田 靖人

## 前舌保持嚥下法や嚥下訓練の効果について

倉智雅子

国際医療福祉大学 成田保健医療学部 言語聴覚学科

前舌保持嚥下法 (tongue-hold swallow, 以下T H S) は、嚥下咽頭期の舌根部と咽頭後壁の接触不全に対し、咽頭壁の収縮運動を増強させる可能性を秘めた間接訓練法として1996年にFujiu & Logemannによって提唱された。嚥下運動では、舌根と咽頭壁が互いに欠如機能を代償する関係にあることが先行研究からも推測されている。この関係を利用し、舌の後退運動障害と同じ状況を作り出すことが咽頭収縮筋の強化訓練につながるとの仮説から、舌の前方を上下前歯で固定したまま唾液を嚥下するT H Sが誕生した。個人差はあるものの、T H Sを用いると健常成人でも嚥下時には咽頭後壁隆起が増すことが実験的に確認されている。

T H Sのメカニズムについては未だに不明な点が多いが、解剖学的には、横舌筋と上咽頭収縮筋が舌根部のレベルでリング (輪) 状に連続しているというSaigusa et al (2004)の報告が、上述の仮説を支持する1つの根拠となっている。さらにT H Sは、舌を保持する際の挺舌距離の大小によって運動の負荷調整ができる可能性のほか、咽頭期のみならず、口腔期の舌後退運動を強化する運動訓練となり得る可能性も有した手技と考えられている。

T H Sの生理学的メカニズムについては、嚥下造影 (V F)、筋電図、マノメトリ、舌圧、嚥下C Tなどによる究明が続けられている。V F画像では、患者や健常者において、舌保持の際の挺舌位が大きくなるほど咽頭壁の隆起が増大したと報告されている。筋電図研究では、T H Sの有無で咽頭収縮筋の筋活動に差が生じたことや、挺舌位が大きくなるほど舌骨上筋群や舌骨下筋群の筋活動が増大したことが示されている。舌圧研究では、挺舌位置が増大するにつれて舌圧生成時の舌の努力性が増すことが示唆され、嚥下C T研究では、上咽頭の収縮効果に加え、舌骨と喉頭の挙上や食道入口部開大にも影響が及ぶ可能性が示唆されている。ただし、いずれの研究においても、T H Sの効果には個人差があり、舌保持位/挺舌距離が対象者にとって大きすぎると効果が半減することもあると指摘されている。マノメトリでは、T H S実施時の圧生成に関して一貫した見解が得られておらず、さらなる検証が求められている。

訓練効果に関しては、嚥下運動に問題のない健常者での検討を含め、研究は限られている。メカニズム研究同様に個人差が指摘されているものの、T H S訓練後には咽頭収縮以外に舌筋力や唾液分泌が高齢者で増加したとの記述もみられる。さらなるエビデンスの蓄積に加え、運動トレーニングの原理原則などを考慮した、1セッションの実施回数、訓練頻度、訓練期間など、至適な訓練プログラムの確立も急務である。

## 摂食嚥下リハビリテーションとは

高橋 圭三

日本歯科大学 新潟生命歯学部 耳鼻咽喉科学

本シンポジウムでは、県内の摂食嚥下分野で活躍する ST より、成人分野や小児分野での取り組みなどを報告してもらい、効果のある摂食嚥下リハビリテーションを考えていきたい。摂食嚥下リハビリテーションは ST だけで行うものではなく、多職種で連携して行うものであるが、職種や検査機器が揃っていないなどは多くあり、ST が行うべき役割も施設ごとに異なってくる。さらに、施設外の事業所と連携を取ることも少なくない。このように、施設ごとの摂食嚥下リハビリテーションの方法は異なるものの、どのような視点で ST が摂食嚥下リハビリテーションを考え、展開していくのか考えてみたい。私の方からは、この摂食嚥下リハビリテーションについての概論と、問題提起などを行う。

摂食嚥下リハビリテーションには、様々なアプローチがあり、治療的アプローチ、代償的アプローチ、環境改善的アプローチ、心理的アプローチがあげられる。しかしながら「むせるようになったから効果のある嚥下訓練をして欲しい」と他職種などから依頼されることが多いが、これは治療的アプローチのことと推測される。治療的アプローチですべてが解決できず、また治療的アプローチを行う前に確認すべきことや、やるべきことが多い。覚醒状態、バイタル、血圧、食欲、口腔衛生、義歯、栄養状態、食事姿勢、食事形態、食事方法など多岐にわたり確認し、改善が必要である。対象者の状況がある程度改善されないと嚥下訓練は困難である。このような対象者の状況は、病院や施設の通常のサービスとして考えられ、提供されることが望ましいと考えている。また嚥下訓練は、どの嚥下関連筋によるどのような嚥下運動を増強させるのか、あるいは感覚入力を強化していくのかなど、何を改善させるのかを理解して訓練手技を選択することが重要だと考える。さらには、筋力を増強するためには、過負荷の原理など生理学的な運動原則の理解も必要である。昨今、口腔体操や嚥下体操がますます流行しており、10分程度で簡単に行うことができ、「これさえしておけば飲み込みは良くなる」と思われているが、どのような原理原則で、何が改善しているだろうか。嚥下体操の内容の吟味が必要と思われる。

このように、摂食嚥下リハビリテーションには、対象者の状況を適切に評価した上で多くのアプローチ法から適切なものを選択し、最大限の効果を得るよう、多職種連携におけるチームアプローチが施されることが望ましい。また、どのくらいの効果がみられたのか、一般の方が分かりやすいデータを構築していくことも必要だろう。

## 切れ目なく、効果のある摂食嚥下リハビリテーションを目指して

落合 勇人<sup>1,2</sup>

新潟医療福祉大学<sup>1</sup> 新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション分野<sup>2</sup>

摂食嚥下障害に対するリハビリテーションを展開していくためには、観察や検査による正確な評価に基づいた病態解釈と根拠のあるアプローチが求められる。アプローチは、間接/直接訓練といった患者への訓練的介入だけでなく、食物形態や食具、摂食環境、生活リズム等の調整まで多方向からの介入が必要である。これらのアプローチを選択し、提供するプロセスにおいて、未知の病態や疾患を有する患者やアプローチが奏功しない場面に直面し、しばし臨床判断に苦慮することを経験する。このような時に、自身の経験や知識と照らし合わせて、既存の訓練方法や代償方略を展開するが、果たして自身が「効果的」なリハビリテーションを提供出来ているのか、悩みながら臨床を重ねていることが多いのではないだろうか。実際に基準や適応が、未だ明確になっていない事項は多く、日々状況が変化していく中で、最良の選択を取ることは難しい。臨床家として出来るのは、評価の定まった共通の基準で現象を捉え、知見を踏まえて治療仮説を立て、効果検証的に介入を積み上げていくことであると考え。そのためには、これまでの知見を振り返り、何が明らかで、何が不明であるのかを調べ、考え、記録し、悩みながら技術と知識を更新していきこうとする姿勢が大切であり、これらの営みは時として患者のQOL向上に寄与する可能性がある。

また実際のリハビリテーション介入では、患者・家族の置かれている社会的状況や病院・施設の検査提供体制、マンパワーといった対象者を取り巻く資源の有無によって、現実的に提供可能な支援は異なる。加えて、患者本人の意欲や認知機能、パーソナリティといった特性は訓練の遂行や、効果に大きな影響を与える。すなわち、検査や観察から得られた情報を基にして科学的根拠に準拠したリハビリテーションを展開することを前提としつつ、環境因子や個人因子を考慮した柔軟なマネジメントと連携が言語聴覚士には必要である。また、「効果」を可視化する尺度は日常診療でしばし共通言語として用いられ、非常に重要な指標であるが、その時々状況によって当事者や家族にとっての「効果」の指す意味合いは異なるのではないだろうか。患者や家族の声を尊重し、時としてevidence-based practice (EBP) に寄りすぎない、患者の語りや物語を優先させた介入もコミュニケーションを生業にする言語聴覚士だからこそできる支援と思われる。

今回は、急性期・回復期・生活期を通じたこれまでの経験をご紹介します、効果的な摂食嚥下リハビリテーションを展開するための手がかりを、皆様と一緒に考えていける機会になれば幸いです。

## 「介護予防」から「病院」言語聴覚士へ

池浦一樹

五泉中央病院, 新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野

私は現在の回復期病棟に関わっているが、以前10数年間介護保険分野で言語聴覚療法を実施していた。今でも「摂食嚥下機能への介護予防」には強い興味があり、言語聴覚士の知識や技術が十分に発揮できる分野だと個人的には感じている。

現在私は、当時介護保険分野で感じていた「摂食嚥下障害支援へのジレンマ」や、「摂食嚥下障害支援の実際」を視野に入れ、患者と言語聴覚療法の相互理解を含めた支援を大切なマインドとして言語聴覚療法を提供している。

介護保険分野での研究では、様々な研究が存在するが一部では聖隷式質問紙を用いた在宅高齢者の接触嚥下機能調査で嚥下障害疑いを含めると80%強に何らかのシステム異常をきたしていると報告している。一方で、実際に介護保険の臨床に関わると機能低下を自覚し積極的に介護予防に努めようとする者は少ない印象である。場合によっては家族や関係職種への理解に苦しむ場合もある。いかに摂食嚥下機能への対応が重要であるか本人を含め関係者に理解してもらうことは重要な課題であると言える。

今回のシンポジウムでは私が経験して得た私見と、実際の回復期病棟で気をつけている支援について皆さんと共有したい。

## 小児期の摂食嚥下リハビリテーション

～乳幼児期の子育て支援の視点と子どもの食べる機能を促す支援～

長井彩香<sup>1)</sup> 小林瑞希<sup>1)</sup> 佐藤大樹<sup>2)</sup>

国立病院機構新潟病院リハビリテーション科 <sup>1)</sup> 言語聴覚療法部門 <sup>2)</sup> 作業療法部門

《はじめに》経口摂取は生きる楽しみのひとつであり、家族とのコミュニケーションの場である。一般に哺乳期から5-6か月で離乳食開始とされるが、首が座り、お座りができる、食べ物に興味を示す、スプーンを舌で押し出すことが少なくなってから始めることが望ましい。養育者は専門的な知識は乏しくても、育児に関する情報を持ち、STは嚥下機能について知識はあるが、情報量に個人差がある。育児に関する基礎知識をもつことで養育者との信頼関係を築きやすくなる。

《事例》点状軟骨異形成症、0歳8か月男児。哺乳、離乳食を嫌がり食事が上手に食べられない。家族が2人介助で食べさせるが嘔吐もあり、経鼻胃管を希望して来院。食物の拒否、反り返りや口唇閉鎖不全が強く食事から気を逸らせながら食べる状態であった。

《経過》遊びの場でスプーンや赤ちゃん煎餅をもつ、舐める、少しでも食事で口唇閉鎖を促すことから指導を開始した。食事では変わらず大泣きして反り返り重力で咽頭へ流れてきた食物を嚥下していた。経鼻胃管栄養を開始したが数日で自己抜去する。しかし同時期から食事への拒否が軽減し、摂取量が増加したためST場面では水分摂取練習や摂食練習を開始し、水分摂取はコップを傾け、口で迎えに行くことが可能となった。摂食練習では咀嚼運動が出現しハンバーグやチーズの手づかみでの齧りとり、スプーンでの自食動作がみられた。米飯は餡がないと食べなかったが、一口大おにぎりが食べられるようになった。

《考察》全身の運動発達により姿勢の安定と口腔の微細運動が発達した。遊びの中での経験や感覚入力を行い不快感が軽減され、本人が能動的に食べることを支援したことで手づかみ食べや摂食嚥下機能の発達に繋がったと考える。多職種との連携を強化することで、効果的に摂食嚥下アプローチが行うことができた。小児期の摂食嚥下の発達は、全身の運動発達が進む中で遊びや食事の経験の中でより促進されていく。STは養育者が家庭で安心して発達を促す嚥下のポイントや介助方法を理解できるよう、子育て支援や養育者支援視点を持ち、更に育児の知識を組み合わせながら患児の発達、口腔機能を見ていく必要がある。

《謝辞》本人、ご家族様、ご指導いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

# 訪問摂食嚥下リハビリテーションと多職種連携が奏功した

## 橋出血の一例

竹内裕美<sup>1</sup>，綿貫純子<sup>1</sup>，岩淵和美<sup>1</sup>，西野陵輔<sup>1</sup>，椛沢美砂子<sup>2</sup>，高木祐太<sup>3</sup>，北沢公代<sup>4</sup>

訪問看護ステーション フォレスト<sup>1</sup>，居宅介護支援センター 与板<sup>2</sup>  
障害者支援施設 桐樹園<sup>3</sup>，ひまわり歯科<sup>4</sup>

### はじめに

今回、橋出血による摂食嚥下障害を呈した事例に介入する機会を得た。訪問による摂食嚥下リハビリテーションを提供し、併せて多職種が連携したことが奏功して食事形態アップ、目標としていた焼肉弁当の摂取が可能となった。

経過に若干の考察を加え、以下に報告する。

### 事例

【年齢】56歳 【性別】男性 【既往歴】高血圧

【診断名】橋出血

【現病歴】X年Y月、左半身の動かしづらさと嚥下困難感を自覚し、A病院入院。

X年Y+1月、胃瘻造設、その後B病院へ転院。

X年Y+4月、3食経口摂取、胃瘻抜去、自宅退院。

X年Y+7月、在宅支援型住宅へ転居（独居）。

要支援1、生活保護受給。障害福祉施設の生活介護に週2回通所。訪問歯科による口腔ケア指導、摂食嚥下評価・訓練を月1回実施。

X+1年Y+6月、訪問による摂食嚥下訓練、身体機能訓練を月合計7回に調整して開始。

X+1年Y+9月、X+2年、歯科医師による嚥下内視鏡検査（以下、VE）に言語聴覚士が同席した。

### 訪問初期評価【X+1年Y+6月～】

【全体像】意識清明。FIM合計112点（運動項目83、認知項目29）

【HOPE】「焼肉弁当が食べたい」

【神経学的所見】左側下肢麻痺、左側顔面・舌咽・迷走・舌下神経麻痺、左側下肢体幹失調、左側上下肢・体幹・口腔・咽喉頭感覚障害。

【言語面】失語症状なし。軽度左側口唇運動範囲制限、挺舌時の軽度左側偏倚を認めた。また奥舌の挙上不全あり。左側軟口蓋麻痺にて開鼻声、声量低下あり。発話明瞭度3.5

【嚥下面】流涎、軽度湿性嘔声あり。咽頭反射やや減弱。随意的咳嗽力の低下あり。RSST:2回、MWST:4、FT:3、

FILS:Ⅲ-7（配食の全粥・刻み食）

【高次脳機能面】MMSE:25 退院時指導（トロミ付加）は守れているが、自己流で濃度が薄い。

### 経過

【X+1年Y+6月～Y+9月】

トロミ付加方法の再指導、ブローイング訓練、頭部挙上訓練、舌の抵抗運動、氷なめ訓練等、自主練習の提案と実践状況の確認。

VEにて兵頭スコア:5（1-1-2-1）

【X+2年～】

上記に加え舌圧強化訓練、咀嚼訓練等、自主練習の実践状況を確認。

VEにて兵頭スコア:4（0-1-2-1）

米飯・常食へ食事形態アップ、焼肉弁当摂取食事摂取方法の指導、実践状況の確認。

当事業所看護師・理学療法士による状態確認。ケアマネジャー経由で通所施設の食事形態アップと食事場面観察を依頼。FILS:Ⅲ-8。

### 考察

本事例の生活環境や摂食嚥下訓練の回数制限等を考慮すると、自主練習や指導内容を確実に実践していくこと、VEでの精査をはじめとした多職種連携は必須であり、結果として奏功した。

# 家族の協力により食べる楽しみを取り戻した超高齢者の一例

## —ご飯を食べたい、食べさせたい—

石山 真衣<sup>1)</sup>

1) 介護老人保健施設マチュアハウス中条 言語聴覚士

### はじめに

超高齢者は、一度、食形態レベルが下がった後、再び、食形態レベルを上げることに難渋する場合が多い。今回、通所リハを利用する98歳の超高齢女性を担当した。症例は、新型コロナウイルス感染症に罹患し誤嚥性肺炎を発症し、食形態が常食からミキサー食に変更となった。ST介入から、約4ヶ月後、家族の協力によって、本人が望む米飯を摂取できるようになった。今回の症例の経過について、考察を加えて報告する。

### 症例

症例：98歳，女性，要介護3

現病歴：当施設の通所リハを週3回利用していた。Z-9日，新型コロナウイルス感染症に罹患，自宅療養していたが，状態悪化により，Y月Z日，誤嚥性肺炎の診断でA病院に入院となった。入院中に食形態が常食からミキサー食に変更となり，Z+7日に自宅退院となった。退院後，自宅では，市販の嚥下調整食を利用していた。しかし，本人からは「ご飯(米飯)が食べたい」，家族からも「本人の希望に沿って，家で作ったものを食べさせたい」という希望があった。そのため，Z+24日，通所リハ再開時より，STの介入を開始した。

初期評価：HDS-R10点/30点，FIM51点/126点（運動項目38点，認知項目13点），喉頭下垂，鼻咽腔閉鎖機能不全あり，RSST4回，MWST5点。食事場面では，ペーシング障害あるが，ミキサー食をむせなく自力摂取可能。軽度の湿性嘔声を認めた。長期間に及ぶ咀嚼機会の減少や，誤嚥性肺炎の既往から，段階的な食形態の変更が必要であった。そこで，継続的な家族指導，自宅環境での食事評価を目的に，Z+45日より，STによる訪問リハを開始（隔週）した。通所リハでは，体力の向上を目的に，PT・OTの介入を，通所リハでの食形態の調整を目的に，STの介入を行った。訪問看護には，肺炎発症リスクの管理を依頼した。

### 経過

STの訪問リハでは，昼食場面の評価と指導を実施した。機能向上と咀嚼機会の確保のため，自主訓練（嚥下体操，咀嚼訓練）の指導を行った。本人は食形態レベルの向上を望む反面，自主訓練には消極的であったため，家族の促しが必要であった。また，家族に食事状況の記録を依頼した。本人は，ミキサー食に対し，頻回に不満を訴えていた。施設医には，リハビリテーション会議の場で，在宅医には，介護支援専門員を介して，都度，状況報告を行っていった。Z+89日，軟飯・歯茎でつぶせるレベルで評価を実施した。機能面では，主食は全粥が適切であると考えたが，本人は米飯を強く希望した。家族は「もうこの歳だから本人のしたいように」と，誤嚥のリスクを理解した上で，米飯を選択した。その後は，度々むせを認めたが，体調は安定していた。また，副食は，市販品と，家族が調理した食事の併用が可能となった。Z+126日，自宅での食形態の調整が完了したため訪問リハは終了した。その後は，通所リハで，STによる経過観察と，家族から相談があった際の対応を継続した。米飯の摂取が可能となってから，約2ヵ月後，心不全のため入院となり，第18病日，永眠となった。

### 考察

今回，本人・家族を含めた，多職種で食の支援を行った。その要は，家族であった。本症例は，誤嚥性肺炎を再発することなく，人生の最期に，食べる楽しみを取り戻すことができた。それは，家族が本人の意思を尊重し，リスクを十分に理解した上で，時間をかけて，支援を行なった結果だと考える。生活期では，本人に能力が残っていても，引き出せる能力は，家族の意見や環境によって大きく左右される。本症例も，家族との関係性，家族の理解力や対応力がなければ，異なった結果になっていた可能性がある。在宅支援において，家族という環境因子の重要性を，深く実感することのできた症例であった。

# 重度の球麻痺症状を呈した咽頭頸部上腕型ギラン・バレー症候群の1例

上野 靖史<sup>1</sup>, 小宅 睦郎<sup>2</sup>

長岡赤十字病院 リハビリテーション科<sup>1</sup>, 長岡赤十字病院 神経内科<sup>2</sup>

## はじめに

咽頭頸部上腕型ギラン・バレー症候群（以下、PCB）は咽頭筋、頸部、上肢近位筋の脱力を特徴とし、ギラン・バレー症候群の稀な亜型とされる。今回、PCBで入院され、リハビリ転院までの間、嚥下訓練を主体にリハビリテーションを行う機会を得たので報告する。

## 考察

PCBと診断され、重度の球麻痺を呈した本症例に対して経口摂取訓練を継続するにあたり、神経学的所見に加えてVFによる嚥下動態の詳細な評価や、発話明瞭度、舌圧等の改善を継続的に確認することが重要と思われた。

## 症例

40代女性。主訴：舌が動かない  
家族歴・既往歴：特記なし  
現病歴：鶏肉のたたきを食べた2日後に下痢と頭痛が続き、20日程経過して咽頭の違和感、構音障害、両手掌の感覚障害が出現。数日で嚥下困難感が増悪し当院を受診され、当院神経内科での入院加療となる。

## リハビリ経過

第4病日目より介入。頻回な唾液吸引を自力で行い、誤嚥防止のため側臥位姿勢を維持する必要あり。RSST 3回/30s以上だが唾液は口腔咽頭に残留し、MWST 1/5点（嚥下不可）。藤島 Gr.2, FILS 2。挺舌は門歯越えず、口角引きは両側困難。発声中の軟口蓋挙上制限あり、重度の開鼻声で発話明瞭度 4。第5病日目より経鼻経管栄養開始。第9病日目、完全側臥位で少量冷水の直接嚥下訓練開始。第19病日目、VF施行し仰臥位30度でミキサー粥（コード2-1）3ccはPAS 1/8（喉頭侵入なし）、茶ゼリー（0j）は咽頭へ移送できず嚥下困難。第30病日目、発話明瞭度 2に改善も、舌圧は2.9kPaと低下あり。第33病日目、ゼリー（1j）の摂取訓練開始。食塊移送には重力を要し60度姿勢で実施。第37病日目、舌圧は3.7kPaと依然低下あり。第38病日目、ゼリー1個（50g, 160kcal）を20分以上かけて摂取。藤島 Gr.2→4, FILS 2→4へ改善も経管栄養が主体であった。第44病日目、回復期病院へ転院となった。

# 未破裂動脈瘤に対するコイル塞栓術後に 重度嚥下障害を発症した超高齢の球麻痺症例

今井滉太<sup>1)</sup>, 渡辺慶大<sup>1)</sup>, 丸山航輝<sup>1)</sup>

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科<sup>1)</sup>

## はじめに

未破裂動脈瘤に対するコイル塞栓術後に嚥下障害を発症することがあるが<sup>1)</sup>, 超高齢の球麻痺症例への対応は明らかでない。今回, 未破裂動脈瘤に対するコイル塞栓術後に重度の嚥下障害を発症した超高齢の球麻痺症例を経験した。本症例に対し, 症状対処的な嚥下訓練により, 経口摂取を獲得することができたため報告する。

## 症例提示

【症例】94歳女性。【主訴】飲み込めない。  
【現病歴】X年11月, 夕食後に構音障害が出現し, A病院に救急搬送された(1病日)。前医での頭部CTで, 左シルビウス裂のくも膜下出血を指摘され, 当院へ救急搬送された。同日の造影CTでは, 脳底動脈先端に未破裂動脈瘤が発見され, 当院入院となった。当院入院時は嚥下障害の指摘はなく, 軟菜食の摂取が可能であった。45病日に, 未破裂動脈瘤に対しコイル塞栓術が施行された。しかし, 翌日に嚥下障害が出現したため, ST介入となった。【神経学的所見】JCS2, 認知機能はMMSE:19/30点であった。脳神経所見は, 顔面神経および舌下神経の麻痺はなかった。しかし, カーテン兆候を認め, 舌咽神経および迷走神経の麻痺が疑われた。一方, 四肢に麻痺はなかった。【初回嚥下スクリーニング検査】MWST:1点, RSST:0回/30秒の結果であった。嚥下反射が消失し, 泡沫状の唾液をティッシュに吐き出しており, 経口摂取は困難であった(FILS:Lv2)。

## 臨床経過

51病日の初回VEでは, 左声帯の不全麻痺があり, 頸部正中位での嚥下は困難であった。しかし, 右側臥位に左頸部回旋位を併用した姿勢(一側嚥下)では, ゼリースライス, 水分3mLを誤嚥なく摂取した。そのため, 52病日より一側嚥下でゼリーによる直接訓練を開始した。53病日の初回VFの正中座位では, 嚥下反射惹起

遅延や嚥下前誤嚥を認めた。しかし, 一側嚥下の姿勢では, 誤嚥なくペースト食の摂取が可能であった。56病日には, VF結果をもとに, 嚥下反射惹起遅延に対する頸部干渉波刺激を導入した。加えて, 一側嚥下の姿勢でペースト食での直接訓練を開始した。60病日の頭部MRIでは, 左延髄外側を含む散財性の高信号域があり, 嚥下障害発症の要因であった。67病日のVFでは, 左頸部回旋座位でペースト形態の嚥下が可能であった。72病日に刻みとろみ食へ食形態をアップした。84病日に五分菜食に変更し(FILS:Lv8), 99病日に自宅退院となった。入院経過中に誤嚥性肺炎の発症はなかった。

## 考察

コイル塞栓術後に重度の嚥下障害を稀に発症することがあるため<sup>1)</sup>, 脳神経所見や嚥下機能を注意深く観察する必要がある。本症例の嚥下障害の特徴として, 嚥下反射の低下やカーテン兆候, 左声帯麻痺などの咽喉頭の左右差を認めたことから, 球麻痺を呈していたと考えられた。本症例は超高齢の球麻痺症例であり, 誤嚥性肺炎発症のリスクが非常に高い状態であった。しかし, 嚥下障害の特徴を適切に評価し, 姿勢調整を用いた直接訓練や頸部干渉波刺激などの症状対処的な訓練を継続することで, 誤嚥性肺炎の発症なく経口摂取を獲得することができた。

## 結語

コイル塞栓術後に稀に重度の嚥下障害を発症することがある。誤嚥性肺炎リスクの高い超高齢の球麻痺症例であっても, 症状対処的な嚥下訓練を適切に行うことで, 嚥下機能回復を促進できることが示唆された。

## 文献

- 1) Kunieda K, et al. New Swallowing Method to Improve Pharyngeal Passage of a Bolus by Creating Negative Pressure in the Esophagus-Vacuum Swallowing. Am J Phys Med Rehabil. 2018 Sep;97(9):e81-e84.

# 済生会新潟県央基幹病院 開院紹介

齋藤望<sup>1</sup>

社会福祉法人 恩賜財団 済生会新潟県央基幹病院<sup>1</sup>

## はじめに

2024年3月1日、新潟県立燕労災病院と厚生連三条総合病院の再編統合により、社会福祉法人恩賜財団済生会新潟県央基幹病院が開設された。病院の理念や使命をもとに、地域に根ざした医療リハビリについての今後を報告する。

## 地域の医療編成

県央医療圏では救急医療施設やスタッフの不足により、救急患者を圏域外へ搬送するなどの課題に対し、住民が救急医療に困らない、高齢者が地域で生活できる体制の再構築が急務であった。

近隣の病院・施設と機能分担し連携強化することで地域住民・患者が安心できる医療提供体制を目指す。

## 病院機能

病院規模：診療科31科（予定）、病床数計400床（一般病床396床・感染症病床4床）、地上9階。

病院基本方針：「県央地域の患者は、県央で診る～地域と共に地域の医療を守り抜く～」を使命とし、基本方針として以下3点を掲げている。中核病院として、救急医療・高度医療・災害医療を担い、地域の命を守る。地域の保健・医療・福祉施設とともに住民の健康を支えるまちづくりに貢献する。専門的な知識・技術に加え、幅広い視野を持つ医療人を育成する。

## 病院特徴

24時間365日医療提供を整え、高度急性期を中心とした患者を受け入れる。医療を支える人

材育成に注力し、充実した教育体制を整備する。

## リハビリテーション科

基本方針：リハビリテーションの提供は原則365日を実施し、患者のADL・QOL向上を図り早期社会復帰・早期退院を目指す。地域の保健・介護・福祉施設関係者との連携や退院時指導等を病院全体として取り組めるように患者サポートセンターと連携・協働する。

組織：理学療法士21名、作業療法士10名、言語聴覚士5名、受付1名。

言語聴覚士業務：ICU・HCUを含む高度急性期医療を中心としたリハビリテーション。必要に応じた外来リハビリテーション。医師、歯科医師、看護師など多職種と協働した嚥下リハビリテーション。実習生の受け入れ指導等。

## 課題と展望

急性期リハビリテーションへの研鑽。能力に応じた到達目標を示すクリニカルラダーの早急な整備。在院日数が短い中でのタスクシフト等による効率的な業務運営。周辺病院との顔の見える関係づくり。

# 能登半島地震災害派遣活動報告

## 新潟 JRAT での活動

蓮子浩行

こんの脳神経クリニック

### はじめに

能登半島地震において新潟 JRAT に一員として災害派遣に赴く機会を得られたのでここに報告する。

### 新潟 JRAT のチーム構成

医師 1 名、理学療法士 1 名、言語聴覚士 1 名の計 3 名で構成されるチームとして活動。

### 活動期間と活動場所

活動期間：2月4日から2月6日の3日間  
活動場所：輪島市内・輪島市門前地区

### 活動内容

- ・避難所を訪問してリハビリアージを行う
- ・避難所訪問時にアセスメントシートの作成
- ・福祉避難所での食事介助
- ・避難所の環境調整

### 実際の避難所の状況

能登半島地震は被害状況が大規模でライフラインが大きく損なわれたため、輪島市や珠洲市などの奥能登地方で被災者を全て避難所に収容できずに金沢市に2次避難所が設置された経緯がある。その時車いす使用者や身体障害を持つ被災者は優先的に2次避難所へ移送された。その為に奥能登地方の現地の避難所にはリハ適応が余り無い被災者が多くいる現状であった。

### 災害リハに参加した感想

今回被災して1ヶ月たった状況で災害リハ派遣で現地に赴いたが、移動がとても大変であった。また現地で活動しようとしても避難所の状

況を全て把握できていない状況なので、現地に赴いて話を伺うことが優先的事項であった。問題点としては輪島市では2月上旬でまだ大規模な避難所が1つ存在しており、400人弱の被災者が避難生活している状況であった。プライベートな空間を確保するために段ボールハウスが多く設置されているため、生活不活発を誘発しやすい印象を受けた。その為にこれからリハビリが必要になる被災者が多く出てくるのではないかと予想された。

### 今後の災害リハについて

日本は自然災害が非常に多く首都直下型や南海トラフなどが起こる可能性が取りざたされている。今後再び大規模な災害が起こる可能性は否定できない現状であると考え、そうなった場合やはり JRAT の活動は必要なものとなり、派遣活動を切れ目なく継続していくことが重要となると考えられる。その為に災害リハに係わって頂ける人材の育成や派遣活動への職員派遣に対しての職場の理解が大切になると考える。

# 内視鏡下試験的音声治療が有用であった声帯結節の1例

丸山航輝<sup>1)</sup>, 田村俊暁<sup>2)</sup>, 渡辺慶大<sup>1)</sup>, 今井滉太<sup>1)</sup>, 木村堯<sup>3)</sup>, 本田耕平<sup>4)</sup>

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科<sup>1)</sup>, 新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部 言語聴覚学科<sup>2)</sup>, 新潟大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>3)</sup>, 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 耳鼻咽喉科<sup>4)</sup>

## はじめに

過緊張性発声障害 (Muscle tension dysphonia: MTD) を伴う声帯結節の1例に対し、内視鏡下試験的音声治療で有用な発声法を選択し、早期に音声機能の改善を認めた症例を経験した。当院での音声治療および治療前後の喉頭所見や音声機能を報告する。

## 症例および経過

【症例】47歳女性。【職業】保育士。【主訴】「毎年、春頃は声が嘎れるが、今年は治りが悪い」。【病悩期間】3ヶ月。【Hope】「元の声に戻る」。【現病歴】毎年、春頃は花粉症のため嘎声を認めるものの、自然軽快していた。X年8月、嘎声が軽快せず前医を受診し音声リハビリ目的にX年10月に当院初診となった。【初回評価(治療開始0日)】喉頭所見：両側声帯膜様部に結節性病変を認め、発声時に声門後部の間隙、右披裂部の過内転と声帯の前後径の短縮を認めた。喉頭ストロボスコーピーでは、声帯の粘膜波動は左右非対称であった。以上の所見から声帯結節およびMTD: Type 1<sup>1)</sup>と診断された。内視鏡下試験的音声治療：耳鼻科医と喉頭内視鏡で声帯を視認しつつ、各種試験的音声治療を施行した。チューブ発声は通常発声やハミング発声と比較して声門後部の間隙と粘膜波動の周期性に改善を認めた。音声機能評価(表1)：Maximum phonation time (MPT)の短縮、話声位の低下などを認めた。【音声治療内容】初期治療として声の衛生指導、喉頭マッサージ、口唇トリル、チューブ発声を実施した。【再評価(治療開始78日)】喉頭所見：声帯結節の縮小を認めた。発声時の声門後部の間隙は狭小化し、声帯粘膜波動ならびにその前後径は改善した。音声機能評価：MPTの変化は乏しいが、音響分析、聴覚的評価、自覚的評価は改善した(表1)。

表1 音声機能評価

	初回評価	再評価
空気力学的検査		
MPT (s)	8.8	9.0
音響分析評価 (/a/発声時)		
Pitch (Hz)	189	225
Jitter (%)	0.412	0.481
Shimmer (%)	7.42	6.39
HNR (dB)	16.64	18.9
生理的声域 (Hz)	112 (278-166)	165 (373-208)
聴覚印象評価		
GRBAS 尺度	G2R1B1A0S1	G1R1B1A0S0
自覚的評価		
自覚評価 (点)	40/100	70/100
VHI (点)	24/120	16/120

## 考察

声帯結節やMTDの音声治療として、内外喉頭筋群の過緊張緩和を目的にチューブ発声やハミングが行われている<sup>2)</sup>。音声治療開始時には病態に合わせた最適な音声治療を選択するために、耳鼻咽喉科医とSTで試験的音声治療が行われる<sup>3)</sup>。内視鏡下試験的音声治療で声門閉鎖不全や粘膜波動の改善を認めたチューブ発声法を選択できたことにより、最適な音声治療を早期に施行が可能であった。したがって音声治療手技の選択として、内視鏡下試験的音声治療は有効であったと考えられる。

## 文献

- 1) 讃岐, 機能性発声障害の診断と治療. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 121 (12) : p. 1474-1478, 2018.
- 2) 三瀬ら, 音声治療の基本的考えと実際. 喉頭, 30 (2) : p. 67-71, 2018.
- 3) 前川ら, 機能性発声障害に対する音声治療. 音声言語医学, 48 (4) : p. 353-358, 2007.

# 当院における音声障害リハビリテーションと患者背景の調査

渡辺慶大<sup>1)</sup>, 田村俊暁<sup>2)</sup>, 丸山航輝<sup>1)</sup>, 今井滉太<sup>1)</sup>,

今井遼太<sup>1)</sup>, 伊原武志<sup>3)</sup>, 木村堯<sup>4,5)</sup>, 本田耕平<sup>5)</sup>

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 リハビリテーション技術科<sup>1)</sup>, 新潟医療福祉大学  
リハビリテーション学部 言語聴覚学科<sup>2)</sup>, 長岡赤十字病院 リハビリテーション科<sup>3)</sup>, 新潟大学医学部  
耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>4)</sup>, 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 耳鼻咽喉科<sup>5)</sup>

## はじめに

音声障害患者に対するリハビリテーションの有効性が期待されているが<sup>1)</sup>, 音声障害を専門とする言語聴覚士 (ST) や音声治療を実施できる医療施設は少ないのが現状である<sup>2)</sup>. 今回, 当院における音声障害リハビリテーションの現状および耳鼻咽喉科外来に受診した音声障害患者の背景を調査したため報告する.

## 当院の音声障害リハビリテーション

初診時, ST が音声障害に関する問診や Voice handicap index (VHI) を実施する. その後, 耳鼻咽喉科医と ST が喉頭内視鏡で喉頭の視診を行い, 喉頭ストロボスコーピーで粘膜波動の周期性などを評価する. 加えて, 喉頭内視鏡で声帯を視認しつつ, 最適な治療手技の選択を目的とした試験的音声治療を試みる. さらに, ST による空気力学的検査や音響分析を用いた音声機能評価を行い, 患者に対するフィードバックを実施する. 最後に, 評価結果に合わせた声の衛生指導および音声訓練を患者に提供している.

## 対象および方法

対象は, 2017 年から 2023 年に新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院の耳鼻咽喉科外来を受診し, 音声障害リハビリテーションを目的に ST 介入依頼があった音声障害患者とした. 対象者の患者背景, 原因疾患, 転帰などを調査した. 質的データは n (%) で示し, 量的データは中央値 (範囲) で記述した.

## 結果

音声障害患者の背景を表 1 に示す. 対象者は全体で 10 名であった. 年齢の中央値は 50.5 (13-81) 歳であり, 女性が 80% を占めていた. 原因疾

患の内訳は声帯ポリープ 2 名, 痙攣性発声障害 2 名, 心因性発声障害 2 名, 過緊張性発声障害 2 名, 声帯結節 1 名, 声帯萎縮 1 名であった. 転帰は, 改善 40%, 外来のドロップアウト 20%, 治療継続 40% の結果であった.

表 1 音声障害患者の背景

	全体 (n=10)
年齢 (歳)	50.5 (13-81)
性別 (女性)	8 (80)
病悩期間 (月)	8.0 (0.5-108)
総セッション数 (回)	7.5 (1-23)
治療日数 (日)	142.0 (56-271)
Maximum phonation time (秒)	9.5 (0-16)
GRBAS 評価	
G score (点)	2.0 (1-3)
Voice handicap index (点)	48.5 (11-67)
機能的側面	13.0 (4-27)
身体的側面	16.5 (5-37)
感情的側面	9.0 (0-23)

## まとめ

当院における音声障害患者の背景は中年女性が多く, 原因疾患は多岐にわたっていた. 現状の転帰として, 外来のドロップアウトや完治していない患者が存在している. そのため, 音声治療手技の向上, 耳鼻咽喉科医との協働体制を充実させていくことが今後の課題である.

## 文献

- 1) 田口亜紀. “音声治療およびリハビリテーション.” 日本気管食道科学会会報 62.5 (2011): 440-444.
- 2) 渡嘉敷亮二. “音声障害領域での現状と問題点.” 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会会報 125.2 (2022): 185-190.

# 当院回復期病棟での連携強化に向けた取り組み

## —認知関連行動アセスメントを活用して—

渡邊裕之<sup>1)</sup>, 菅原祐哉<sup>1)</sup>, 湯澤元樹<sup>2)</sup>

1)新発田リハビリテーション病院 リハビリテーション科 言語聴覚士  
2)新発田リハビリテーション病院 リハビリテーション科 理学療法士

### 【はじめに】

森田ら<sup>1)</sup>によって開発された認知関連行動アセスメント (Cognitive-related Behavioral : CBA) は、認知機能に関連する諸問題を意識・感情・注意・記憶・判断・病識の6項目から行動観察をもって評価し、5段階の重症度毎に異なる患者様の支援方略に繋げる援助ツールである。2020年6月に開設した当院の回復期病棟では、回復期経験の浅いリハスタッフが多く、高次脳機能障害を有する患者のリハビリと支援に難渋していた。そこで、森田先生から月1度の指導を仰ぎ、CBAを当院に導入していく事にした。今回、当院での取り組みや現状の問題、今後の課題について報告する。

### 【当院での取り組み】

回復期のリハスタッフにCBAの紹介とコアメンバーの募集を行い、PT2名、OT3名、ST3名でワーキンググループ (WG) を結成した。WGでは、月1度の会議、研修会の積極的参加、科内勉強会や事例検討会の開催を行った。また、回復期のリハスタッフに対して、自身が担当する患者に1度はCBAを使用してみる事を呼び掛けた。ほぼ全てのリハスタッフが1度はCBAを使用した段階で、使用してみたの感想についてアンケートを実施した。結果、採点はしやすいが、生活やリハビリ場面での活かし方についての疑問が多く認められた。

その為、月1度のカンファレンス前に、3療法一緒に採点や結果をもとにしてのリハビリ介入方法について検討するミニカンファレンスを実施する事とし、2023年4月より、全患者に対してのCBA評価を開始した。また、月に1度事例検討会を3職種合同で開催した。事例検討は、WGが中心になって事例を提供する事から開始し、徐々に他スタッフが中心となつての事例提供にシフトした。その際は、WGメンバーがファシリテーターとして参加した。

### 【現状と課題】

CBAを導入し約1年が経過した。CBAを取り入れたミニカンファレンスによって、以前よりも3職種で話す機会が増加している。また、職種間で患者について話す際に、CBAで用いられる言葉を使用する事も増え、高次脳機能障害についての認識がPTやOTと共通になりつつある。一方で、ミニカンファレンスに多くの時間が必要な事もあり、少なからず業務に影響を与えており、今後どのように運用していくかについて、問題である。また、現在はリハスタッフのみでCBAを活用しており、日中や夜間の病棟生活についての情報を十分に取り込めていない事も問題である。

### 【今後の目標と展望】

以上の問題点を解決するためにも、今後は病棟スタッフにもCBAを取り入れてもらい、多職種での情報共有の質の向上を図る必要があると思われる。そして、CBAを用いる事によって、病棟での普段の会話だけでも患者の状態を十分に理解し、ミニカンファレンスを設けなくても月1回のカンファレンス内で、支援について具体的に話しあえるようになることが目標である。

# 運転免許更新時の認知機能検査受検を契機に リハビリを14年振りに再開した症例

丸山志織

特定医療法人楽山会 三島病院 神経心理科

## 【症例】

初診時 74 歳男性。右利き。教育年数 12 年。職歴タクシー運転手。

## 【既往歴】

61 歳時、心原性脳塞栓症を発症し、搬送先病院に即日入院。その後、リハビリ目的で B 病院に転院、2 ヶ月後に退院。独歩は可能だが、失語は残存した。身体障害者手帳 3 級を取得。

## 【現病歴】

3 年前から早口で話されると理解出来ない。2 年前から物をどこに置いたか分からず探し続けるというもの忘れの疑い。運転免許更新の認知機能検査を受検し不合格。診断書提出命令が下り、かかりつけ医に認知症を含めた精査を勧められ、当院紹介受診。

## 【頭部 MRI 所見】

左側頭葉広範に陳旧性脳梗塞を認める。

## 【神経学的所見】

明らかな運動麻痺とは言えないが、下肢に僅かに動かしにくさがある。

## 【初診時神経心理学的所見】

MMSE 得点 20, HDS-R17 点。発話は流暢だが、喚語困難著明。誤反応は音韻性錯語とそれに伴う接近行為が主で、稀に語性錯語認める。復唱は単語レベルでも不良。伝導失語に近い中等度の Wernicke 失語と判断した。失語以外は、失算と軽度の遂行機能障害を認めた。SDSA は、複雑な教示理解が困難で課題不成立。明らかな近時記憶障害はなし。

## 【経過】

現時点では脳梗塞後遺症の伴う高次脳機能障害として、運転免許は条件付きで許可。ドライブ

レコーダー搭載を勧め、症例の言語能力について説明書きしたカードを作成し、携帯するよう指導した。介護認定を受けることは不相当と判断。当院で月 2 回の外来リハを開始。その後、頻度を月 4 回に増やした。自分で運転し来院。「リハビリが楽しい」と言い、一度も欠席せず通院中。事故やトラブルはない。

## 【約 1 年半後の再評価】

MMSE 得点 20, HDS-R24 点。言語以外の機能に著変なし。言語面では、音韻出力・入力障害および言語性短期記憶障害は改善。SDSA は教示方法に工夫を要するが、理解出来たため、課題が成立した。結果は不合格だったが、標識問題であると 1 問正答すれば合格だった。

## 【考察】

本例は発症から 2 ヶ月言語機能訓練を実施したが、その後中断。14 年経過した段階で訓練再開した。約 1 年半機能訓練を継続実施し、緩やかだが機能回復、中等度かつ長期経過でも訓練効果があった。この背景には、リハ意欲や自己の障害についての理解と洞察があったことが要因として考えられた。長期経過の場合には、代替手段を含めたコミュニケーション指導などに重点を置くことが多いが、症例の状態を見極め、訓練を提供出来れば、長期経過の失語症患者にも機能訓練で寄与できる場合がある。

## 両側前頭葉損傷により社会的行動障害を呈した一例

田村和子<sup>1</sup>, 大橋知記<sup>1</sup>, 小股整<sup>2</sup>, 佐藤卓也<sup>3</sup>

新潟リハビリテーション病院リハビリテーション部言語聴覚科<sup>1</sup>, 新潟リハビリテーション病院リハビリテーション科<sup>2</sup>, 新潟医療福祉大学リハビリテーション学部言語聴覚学科<sup>3</sup>

### はじめに

2001 年度に開始された高次脳機能障害支援モデル事業において、脳損傷後の後遺障害の中でも特に記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害を示す一群を「高次脳機能障害」と呼ぶことが定められ、なかでも「認知」の障害に分類できないようなさまざまな「行動」の障害はすべて「社会的行動障害」に含むとされる(村井, 2018)。今回我々は経過中認知機能検査の結果は改善したものの生活面で社会的な行動が顕在化した症例を経験したため報告する。

### 症例

47 歳男性右利き。

教育歴：高校卒 12 年，職業歴：家業の中古車販売店勤務。家族環境：妻と子の 5 人家族。

既往歴：特記事項なし

現病歴：突然の意識障害と頭痛で発症し救急搬送。頭部 CT にて右前頭葉に脳内出血を伴うくも膜下出血を認め左前大脳動脈瘤破裂の診断。コイル塞栓術後左前大脳動脈閉塞による脳梗塞を合併。ADL 全介助。発症約 1 か月リハビリ目的で当院に転入院。

神経学的所見：右片麻痺

### 高次脳機能所見

スクリーニング所見(発症 1 か月)：意識覚醒。声がけに「よろしくおねがいします」等応答あるが状況理解を伴っていない印象。発話は抑揚乏しく感情感じ取れず。視野に入った道具を手あたり次第操作し被影響性の亢進顕著，易疲労性強く横になったとたんいびきをかいて入眠。検査所見(発症 1~2 か月)：総じて従順に取り組む。MMSE22/30(構成-1, 三段階命令-1, 計算-2, 想起-2, 見当識-1)。数唱順 9 逆 6 桁。FAB9/18, TMT-JPartA112 秒エラー-3, B161 秒エラー-2。ともにリリース多数。WAIS-IV FSIQ61, VCI70, PRI68, WMI79, PSI60。BADs 年齢補正後得点 68, 区分 障害あり

病棟生活場面：当初は従順だったが発症 2 か月半頃から食事や服薬で拒否が出現しリハビリの声掛けにも閉眼で応じず臥床時間が増えた。

所見のまとめ：前頭葉症状，遂行機能障害，近時記憶障害，注意障害，発動性低下，病識低下。

### 経過

発症 3 か月頃からリハビリ時間を固定しスケジュールボードに明示して時刻表的な生活に環境調整。以降リハビリ時間になると準備して待機していた。一方病棟では検温等のケアを拒み暴言が目立つようになった。他患者の音がうるさいと訴え部屋移動しても訴えが続いた。発症 6 か月頃から車椅子自操し概ね ADL 自立するも，職員や他患者に悪態をついたり道を譲らない等の行動障害が目立った。ST リハでは電卓計算のような単純課題は「やってやってもいい」と受け入れ 30 分以上集中して取り組めるが PC 操作は手順を誤り表情が陰しくなった。

検査所見(発症 5~6 か月)：MMSE29/30(見当識-1)。数唱順 10 逆 8 桁。FAB16/18, TMT-JPartA52 秒エラー-1, B60 秒エラー-2。リリース 0~1。WAIS-IV FSIQ92, VCI102, PRI73, WMI134, PSI75。BADs 年齢補正後得点 83, 区分 平均下。所見のまとめ：初期評価に比し検査成績は全て改善し健常域に達した項目もあった。中でも WMI は 134 と高成績だった。一方取り組みから短絡的な思考が目立ち，立ち止まって考えたり俯瞰的な視点で物事を捉えることは難しかった。病棟では脱抑制，社会的行動障害が目立ち，退院後の生活に影響を及ぼす事が想定された。

### 考察

村井(2009)は社会的行動障害には脳損傷と直接関連する症状と間接的に関連する症状があり，直接関連する症状は，特に前頭葉損傷との関連が重要と述べている。発表では本症例の障害像を文献的考察を交えて検討する。

# 左中大脳動脈閉塞によりブローカ失語を呈した一例

紅谷菜摘<sup>1</sup>, 高橋茉鈴<sup>1</sup>, 大橋知記<sup>1</sup>, 佐藤卓也<sup>1,2</sup>, 小池亮子<sup>3</sup>

新潟リハビリテーション病院 言語聴覚科<sup>1</sup>, 新潟医療福祉大学 言語聴覚学科<sup>2</sup>

新潟リハビリテーション病院 神経内科<sup>3</sup>

## はじめに

喚語困難, 発語失行が顕著なブローカ失語症例に対して発語表出を中心に介入し, 約4カ月の訓練後, 発語を中心に全体的な言語機能の改善を認めため報告する。

## 症例紹介

44歳 女性 右利き 教育歴:14年 職歴:会社の経理事務 家族構成:夫, 長女, 次女 主訴:話したい 既往歴:特記無し 医学的診断名:左中大脳動脈閉塞, 症候性てんかん, 僧帽弁閉鎖不全症, 子宮筋腫, 鉄欠乏症 現病歴:X年Y月Z日, 全失語, 意識障害発症 A病院に救急搬送 左中大脳動脈閉塞が疑われ血栓回収療法施行 Z+3日, 左中大脳動脈再閉塞, 梗塞巣も散在的に増大 右上肢遠位の運動障害と運動性主体の失語症残存 Z+27日リハビリ継続目的で当院に入院 神経学的所見:右上肢麻痺(BRSIV-III-VI) 感覚障害, 右舌下神経麻痺 画像所見:MRIにて下頭頂小葉皮質, 皮質下から中心前回下部にかけて虚血性変化を認める。

## 初期評価

全体像:意識清明, 礼節保たれ協力的 発語意欲あるが上手く表出できずに落ち込む様子あり 日常会話では言い換えが必要な場合あり 状況理解は良好 言語機能:ブローカ失語, 話量乏しく発話非流暢 語レベルの発語あるも発語失行, 喚語困難著明 音韻性, 意味性錯語, 保続, 接近行為あり, 有意味な発語は少ない 呼称は語頭音ヒントが必要 聴理解は語レベルで低下あり 文字理解は聴理解より良好で短文レベルで可能 発語失行の特徴として, 努力性が顕著で接近行為も多い 【WAB 失語症検査】I. 自発話 3.0 II. 話し言葉の理解 3.1 III. 復唱 0.2 IV. 呼称 3.6 V. 読み 5.0 VI. 書字 3.6 VII. 行為(左手) 8.8 VIII. 構成 8.2 失語指数(AQ) 20.4

## 経過

発語表出を中心に介入 発語失行に対して, 構音点を図示したことで音の歪みに改善が認められ, 接近行為が減少した 挨拶語は比較的プロソディーが改善されたが, 挨拶語以外は音の途切れが残存 単語の呼称訓練や語想起課題を行い, 表出単語が増え, 2~3語の電文体発話が増加した 文字の想起訓練は, 入院1~2か月は文字チップを使用し仮名配列訓練を行い, 2か月~4か月は文字想起訓練を行った 段階的に文字に対してアプローチを行い, 仮名配列に改善はみられたが文字想起は実用的なレベルまで改善しなかったため, スマートフォンの音声入力など, 代償手段を提案した。

## 考察

構音点を視覚化することで発語失行の特徴である構音の歪みは改善した一方, プロソディーは改善がみられなかった 高倉ら(2018)は「1)失構音の特徴は構音の歪みが音の途切れより優位なタイプ, 2)音の途切れが構音の歪みよりも優位なタイプ」があると述べている また, 「音の途切れが優位なタイプはブロードマン4野の損傷と前方6野にも侵襲が及んでいる」(高倉ら, 2018)とも述べており今回の梗塞巣と一致することからプロソディーの回復が小さかったと考えられる。

文字の想起困難さが改善されなかったが, 藤田ら(2017)は「他の言語モダリティに比べて, 書字の機能は自然回復の要素が小さく訓練しないと改善しない。また書字機能は比較的長期にわたって改善する。」と述べている 今回の入院では発語表出を中心に介入したため書字に十分にアプローチがされず般化されなかったと考えられる。

# 場面を問わず『よかったね』を繰り返した重度失語例

佐藤笙太<sup>1</sup>, 田村和子<sup>1</sup>, 大橋知記<sup>1</sup>, 田中良賢<sup>2</sup>

新潟リハビリテーション病院 言語聴覚科<sup>1</sup>

新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション科<sup>2</sup>

## はじめに

今回、左中大脳動脈灌流域に広範な病巣を持ち、常同的に聞かれる発話が時期によって変化した重度失語例を経験したため報告する。

## 症例

77歳、女性、右利き【学歴】9年（中学卒）【職業歴】経理事務【疾患名】アテローム血栓性脳梗塞【既往歴】高血圧、心房細動、白内障【主訴】聴取困難【現病歴】自宅内で倒れているところを発見され新潟大学病院へ救急搬送。頭部CTより左MCA閉塞が疑われ血栓回収術を施行。一旦開通したものの再梗塞、左中大脳動脈灌流域に広範な病巣を認めた。27病日当院転入院。

【神経学的所見】右片麻痺、右顔面・舌下神経麻痺【神経心理学的所見】失語症、注意障害、右半側空間無視、口腔顔面失行。【神経心理学的検所見】WAB失語症検査失語指数29.1（初期評価）意味のある発話はごくわずか。口頭・文字言語による意思疎通は困難で推測に依存。聴覚的理解は単語レベルだが、浮動的でYes-noや指さしは不確実なため意思疎通が難しい。

## 本症例の発話特徴と経過

【発話特徴】発話失行を軽度と認めるが、発話は流暢、努力性はなくプロソディは保たれていた。常同的に繰り返される発話により、話量は保たれていたが、意味を伴う発話はごくわずか。自発的に何かを伝えようとする意欲は乏しい。喚語困難、語性錯語、保続を認めた。呼称や発話場面で意図する言葉の表出ができないと思われる際には、常同的に繰り返される発話や反響言語が聞かれた。

【入院初期】：「とんぼがでてきてこんにちは」「あと10日」を場面を問わず繰り返す。有意味語は聞かれず。

【入院中期】：「とんぼがでてきてこんにちは」「あと10日」の頻度は低下し、動作中や車椅子乗車中に「よいしょ」、自由会話場面で「よかつ

たね」が目立つようになる。有意味語は「眠い」のみ聞かれた。

【入院後期】常同的に聞かれる発話は「よかつたね」に収束し強く残存。時折「ねんねん～」と聞かれるようになる。補完現象により、呼称が成立する時があるが、語頭音ヒントがなければ表出困難。ヒントなしで呼称を促すと、困ったような反応を示し、多くが「よかつたね」や「よいしょ」と表出する。

## 考察

再帰性発話は、重度の失語症患者でほとんど他の言葉を発話できない状態において、会話の文脈とは無関係に発せられる不随意的、常同的に繰り返し発せられる発話とされる。（松田ら、2018）現在本症例にて常同的に聞かれる「よかつたね」は、場面を問わず繰り返し聞かれる発話であり、再帰性発話の一種であると考えられる。本症例は、発話しようとする意欲はあるが、語想起には至らず、残っている語彙「よかつたね」が強く表出されてしまう可能性が考えられる。

また、本症例の日常会話場面や検査場面を見ると、2文節レベルの復唱が可能であり、他の機能と比べ保たれている傾向がある。初期にはエコリア様の発話も見られたこと、補完現象を認めることから、超皮質性感覚失語または混合型超皮質性失語に該当する可能性が考えられる。しかし、再帰性発話は全失語または重度ブローカ失語にみられる現象とされており、（東川ら、2003）本症例は従来の古典分類に当てはめることは困難であると考えられる。

## 文献

- 1) 松田実ら、実在語再帰性発話から無意味再帰性発話へ移行した全失語の一例、1992。
- 2) 東川麻里ら、再帰性発話と反響言語の合併について - 症例報告 -, 2003。
- 3) 大石如香ら、場面によって異なる再帰性発話を呈した重度失語例、2020。



## 主催（一社）新潟県言語聴覚士会

大会運営：第11回学術大会部

高橋圭三、佐藤卓也、飛田靖人、安達侑夏、  
佐藤秀和、志塚めぐみ、白樺友則、矢内康洋、  
藤間紀明

一般社団法人新潟県言語聴覚士会ホームページ

<https://www.niigata-st.com/>