

# 第12回

一般社団法人

## 新潟県言語聴覚士会

### 学術大会

触れてみよう！発話の最前線！

- 神経心理学 × 運動生理・音響音声学から読み解く  
発話メカニズム -



大会長：田村 俊暁

(一社)新潟県言語聴覚士会 事務局長

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

会 期：令和8年5月31日(日)

会 場：新潟テルサ

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

触れてみよう！発話の最前線！—神経心理学×運動生理・音響音声学

から読み解く発話のメカニズム—

田村 俊暁

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

第12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事務局長

この度、第12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。本大会の開催にあたり、日頃より新潟県言語聴覚士会の活動にご理解とご協力を賜っている会員の皆様ならびに関係各位に、心より御礼申し上げます。

本大会のテーマは、「触れてみよう！発話の最前線！」です。発話障害、とりわけ発語失行や dysarthria は、臨床において遭遇する機会が多い一方で、その病態理解や評価・訓練の考え方については、今なお難しさを感じる領域でもあります。発話という行為は、言語・認知、運動制御、筋活動、さらには音響的産物としての音声まで、複数の階層が密接に関係する極めて複雑な機能であり、単一の視点のみで捉えることはできません。そこで本大会では、異なる学術的立場から発話を捉え直し、発話障害の成り立ちや評価、そして臨床実践へとつなげるための視点を、多角的に学び直す場とすることを目指しました。



特別講演には、高倉祐樹氏をお迎えし、発語失行を中心に講演いただきます。発語失行は、症状理解や鑑別、訓練方略の選択において高度な臨床判断が求められる障害であり、日常臨床に直結する多くの示唆が得られるものと期待しております。また大会長講演では、dysarthria を対象に、運動生理および音響音声学の観点からお話しする予定です。さらに、トークセッションを企画し、異なる専門分野の視点から実践的な議論を行う予定です。

本大会では一般演題につきましても、過去最多となる多数の演題応募をいただきました。嚥下、構音・高次脳機能、地域支援といった成人領域に加え、本大会では小児分野の演題群を設けることができたことも大きな特徴です。医療・福祉・地域、小児から成人まで、多様な臨床現場に根ざした発表が一堂に会することで、新潟県における言語聴覚療法の広がりや深まりを実感できる場になるものと考えております。

本学術大会が、日々の臨床を立ち止まって振り返り、発話という営みの奥深さと面白さにあらためて触れ、明日からの実践につながる機会となることを心より願っております。

多くの皆様のご参加をお待ちしております。

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 安達侑夏 (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)	
受付	8:30~11:30

会場(大会議室)

一般演題①

**摂食嚥下 座長:大橋知記 (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) 9:00~9:50**

- ① 当院摂食嚥下チーム介入の有用性に関する検討  
伊原武志 長岡赤十字病院 リハビリテーション科……10
- ② 急性期肺炎患者における嚥下障害重症度と位相角の関連  
石崎雅史 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……11
- ③ 誤嚥性肺炎患者におけるオトガイ舌骨筋指標と舌骨移動距離の関連: 嚥下エコーによる予備的検討  
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……12
- ④ 急性期の重症 Wallenberg 症候群に対する集中的かつ段階的嚥下リハビリテーションの経験:2 例報告  
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……13
- ⑤ 温かいトロミ付き番茶の粘度挙動と経時変化の評価 —シリンジ法による検討—  
藤間紀明 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……14

一般演題②

**小児 座長:長谷川史弥 (社会福祉法人 吉田福祉会 きららにじぐみ) 10:00~10:50**

- ⑥ 小児言語聴覚士の働く現場の現状と展望について —当事業所の取り組みを交えて—  
小林鈴奈 こども発達支援所はる……15
- ⑦ 地域包括ケアシステムを基に考える子ども支援 —障害児支援に従事して—  
本田俊一 発達支援ノワール 新潟県言語聴覚士会地域包括ケア推進部……16
- ⑧ 有意味語の表出がわずかだった一例に対する療育の経過  
—障害児通所事業所での療育で言語発達を育む—  
浜本彩 児童発達支援・放課後等デイサービスくりえいと……17
- ⑨ 児童発達支援くりえいと2における言語聴覚士の実践と展望 —言語支援ニーズの高まりを背景に—  
柳原佳奈子 児童発達支援くりえいと2……18
- ⑩ AI アプリを用いた意思疎通の試み  
埜孝哉 東京大学精神保健学教室 株式会社こどもめせん……19

一般演題③

**構音,高次脳,地域 座長:丸山詩織 (特定医療法人楽山会 三島病院 神経心理科) 11:00~11:40**

- ⑪ 脳卒中後 dysarthria のサブタイプ別の発話機能の特徴  
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……20
- ⑫ 地域ケア会議における助言・連携の状況 —新潟県言語聴覚士会員を対象とした調査結果から—  
原修一 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……21

⑬ 日常生活活動が自立している高次脳機能障害患者における  
Health-related Quality of Life の特徴と関連する認知機能の検討  
小原健輔 東京慈恵会医科大学附属病院 リハビリテーション科……22

⑭ 左視床出血後に類音的錯書を呈した1例 ―語義失語との比較からみた表層失書機序の検討―  
前田生真 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……23

新人発表

座長:金本優理 (医療法人社団 萌気会 訪問リハビリテーションらいふ) 13:00~13:40

⑮ 超皮質性感覚失語を呈した1症例 ―回復期,病棟連携,ST の役割―  
白井萌々 長岡西病院リハビリテーションセンター……24

⑯ 右利き右脳損傷により全失語を呈した交叉性失語の症例  
―書字・描画を用いた代償手段の確立と生活場面への介入―  
小見結子 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……25

⑰ 右内包後脚梗塞により高次脳機能障害を呈した方への復職支援  
柳沼悠斗 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……26

⑱ その人らしさを意識したリハビリテーション ―ハーモニカ演奏会に向けて―  
小林慶晃 新発田リハビリテーション病院……27

開会式

開会宣言:飛田靖人 (一般社団法人新潟県言語聴覚士会学術大会部長)  
大会長挨拶:田村俊暁 (一般社団法人新潟県言語聴覚士会事務局長)  
会長挨拶:佐藤卓也 (一般社団法人新潟県言語聴覚士会会長)  
来賓:中山裕子 (公益社団法人新潟県理学療法士会会長)  
門脇高 (公益社団法人新潟県作業療法士会副会長)  
司会:安達侑夏 (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) 11:50~12:10

特別講演

座長:田村俊暁 (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) 13:50~14:55  
「発語失行から考える発話のメカニズムと治療的介入」  
高倉祐樹 (北海道ことばのリハビリ相談室 主宰)……7

特別企画

「高倉祐樹×田村俊暁」対談 14:55~15:15  
高倉祐樹 (北海道ことばのリハビリ相談室 主宰)  
田村俊暁 (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)……8

表彰式……………15:25

Closing Remarks 堂井真理 (一般社団法人新潟県言語聴覚士会副会長)……15:50

大会長講演

座長:高倉祐樹 (北海道ことばのリハビリ相談室 主宰) オンデマンド配信  
「運動生理・音響音声学から読み解く dysarthria」  
田村俊暁 (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

## 会場案内図



### —新潟テルサ へのアクセス—

- 車  
JR新潟駅南口から弁天線経由 15分、  
新潟中央I.C.から約2分、女池I.C.から約5分  
駐車場 550台
- タクシー  
JR新潟駅南口から4人乗り  
2,500～3,000円(概算)
- バス  
■JR新潟駅から約20分 370円  
新潟駅バスターミナル 16番 S7  
スポーツ公園線  
「産業振興センター前」下車 徒歩1分
- 住所  
新潟市中央区鐘木(しゅもく)185-18
- TEL  
025-281-1888

## 会場見取り図



会場  
受付

3階 大会議室  
3階 大会議室前ロビー

# 第12回 新潟県言語聴覚士会学術大会スケジュール

会場 (3階 大会議室)		
9:00	<b>一般演題①</b> <b>摂食嚥下</b> <b>座長:大橋知記</b> <b>演題:①, ②, ③, ④, ⑤</b>	
9:50	休憩	9:50
10:00	<b>一般演題②</b> <b>小児</b> <b>座長:長谷川史弥</b> <b>演題:⑥, ⑦, ⑧, ⑨, ⑩</b>	<b>企業展示</b> <b>(会場後方で展示)</b>
10:50	休憩	
11:00	<b>一般演題③</b> <b>構音・高次脳・地域</b> <b>座長:丸山志織</b> <b>演題:⑪, ⑫, ⑬, ⑭</b>	
11:40	休憩	
11:50	開会式	
12:10	昼休憩	
13:00	<b>新人発表</b> <b>座長:金本優理</b> <b>演題:⑮, ⑯, ⑰, ⑱</b>	
13:40	休憩	
13:50	<b>特別講演</b> <b>「発語失行から考える発話のメカニズムと治療的介入」</b> <b>講師:高倉祐樹</b> <b>座長:田村俊暁</b>	
14:55	<b>特別企画</b> <b>「高倉祐樹 × 田村俊暁 トークセッション」</b>	
15:15	休憩	
15:25	表彰式	
15:50	<b>Closing Remarks</b> <b>堂井真理</b>	
15:55	休憩	15:55
16:05	<b>令和8年度</b> <b>一般社団法人 新潟県言語聴覚士会総会</b>	
17:45		

※大会長講演はオンデマンド配信のみに変更となりました。

## 《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となります。配信は6月14日～7月12日までの予定です。配信開始時に案内いたします。大会長講演はオンデマンド配信のみとなります。
- ・特別対談のオンデマンド配信は致しません。
- ・**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。**  
ご注意下さい。**事前申込み締め切りは5月24日(日)です。**
- ・事前参加申込みQRコード及びURLは、県士会HP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、申し込み後2週間以内、大会3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。参加証明書と受講証明書の発行は2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HPからダウンロードで配布のみです。当日に会場で販売はございません。**
- ・昼食は12:10～13:00まで大会議室を使用できます。ごみは各自お持ち帰りください。

## 《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。**
- ・発表の10分前までに次演者席でお待ちください。
- ・一般演題は発表時間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。
- ・一般演題では最優秀演題賞、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]

- ・アプリケーションはWindows PowerPoint2007～2016。フォントはOS内の標準フォントを使用してください。スライドは16:9を推奨します。
- ・舞台上のPCを使用できます。動画はMP4、音声ファイルはMP3の形式に調整してください。  
※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セッティング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。なおHDMI接続が可能なPCをご用意ください。  
※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)
- ・利益相反(COI)は対象を筆頭演者とし、相反のある・なしについて情報の開示をお願いします。
- ・著作権のある教科書や論文等の引用に際しては、その引用元を必ず明記してください。

### 第12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 (要学生証)

- ・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7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8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。
- ・学術大会は、特別講演、大会長講演、トークセッション、一般演題、新人発表を開催します。
- ・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。

演題や学会参加及びPCに関するお問い合わせ先はniigata.st.gakkai@gmail.comへ  
件名に『学会 問い合わせ』と記載の上、学術大会部までメールをお願いいたします。

## 発語失行から考える発話のメカニズムと治療的介入

高倉祐樹<sup>1, 2, 3)</sup>

- 1) 北海道ことばのリハビリ相談室
- 2) 北海道大学大学院保健科学研究院
- 3) 株式会社ピクシス・リハビリテーションデザイン

発語失行は「難しい」。これは、言語聴覚士として働き始めた頃の演者が強く感じていた率直な感想である。その「難しさ」の理由は、大きく三つに整理できると考える。第一に、*aphemie*、純粹語啞、純粹運動性失語、音声崩壊症候群、失構音など、同一あるいは近接した現象を指し示す複数の用語が併存し、研究者によって病態解釈が異なる場合がある点である。第二に、発語失行は失語症と *dysarthria* の中間に位置づけられる病態であり、その理解には、言語に関する神経心理学的知見と、発話運動制御、運動生理学的知見の双方が求められる点である。第三に、発語失行そのものが単次元の病態ではなく、症候の現れ方が多様な点である。そこで本講演では、Broca の *aphémie* に端を発する発語失行/失構音の概念史を整理するとともに、発語失行と失語症、*dysarthria* とを、どのように鑑別すべきかを概説する。さらに、発語失行を発話特徴に基づくサブタイプとして捉える診かたを提示し、前景に立つ発話特徴がどのような神経基盤および発話産生メカニズムの破綻を反映しうるのかを整理する。

これらの知見を踏まえ、前景に立つ発話特徴と想定される機序に応じて、どのように治療的介入を進めるべきかについて、具体例を交えて紹介する。本講演を通じて、発語失行の「難しさ」が少しでも和らぎ、明日からの臨床における評価、鑑別、治療的介入を考える手がかりを提示できれば幸いである。

## 神経心理学×運動生理・音響音声学から読み解く発話メカニズム

田村俊暁<sup>1)</sup>，高倉祐樹<sup>2)</sup>

1) 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

2) 北海道ことばのリハビリ相談室

発語失行 (apraxia of speech) および dysarthria の概念は、いずれも中枢神経系障害に伴う発話障害として位置づけられてきたが、その成立過程と理論的基盤は大きく異なる。19世紀後半の Broca や Wernicke による失語症研究を起点として、Liepmann による失行概念の整理を経て、20世紀前半には、発話障害の中に「運動実行の障害」と「運動計画・企図の障害」を区別する視点が徐々に形成されていった。

こうした流れの中で、20世紀中葉のメイヨー・クリニックにおける臨床研究は決定的な役割を果たした。Darley, Aronson, Brown らは、豊富な臨床観察に基づき、dysarthria を神経疾患別に類型化するとともに、その特徴を音響・聴覚的側面から精緻に記述した。一方で、Darley は発語失行を dysarthria や失語症とは異なる発話運動プログラミング障害として位置づけ、両者の鑑別に理論的枠組みを与えた。これらの仕事は、後の神経心理学的理論および発話運動制御研究の礎となっている。

本企画の前半では、高倉祐樹が、Broca 以来の系譜を踏まえつつ、神経心理学の立場から発語失行の概念史、病態理解、および臨床的意義を概観する。続いて田村俊暁が、メイヨー・クリニックの研究伝統を起点とし、音響音声学および運動生理学の視点から dysarthria の病態、評価指標、ならびに発話運動制御理論との関係について論じる。

後半の対談では、これら異なる理論的立場が、発語失行と dysarthria をどのように規定し、どのような境界設定を試みてきたのかを歴史的文脈の中で再検討する。また、理論の差異が臨床評価や訓練方略に与える影響、さらには言語聴覚士が臨床場面で依拠してきた思考様式についても議論を深める。本対談を通じて、発話障害理解の現在地をあらためて整理し、今後の臨床と研究を架橋するための視座を少しでも提示することができれば幸いである。

また、新潟県士会で開催されるという小規模な集会ということもあり、全国規模などでは質問しづらい学問的な枠を超えた質問、例えば「座右の銘はなんですか？」など、地方学会ならではの質問も歓迎します。

## 運動生理・音響音声学から読み解く dysarthria

田村俊暁

- 1) 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
- 2) 新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科
- 3) 国立精神・神経医療研究センター病院 身体リハビリテーション科

ディサースリアは、神経筋系の障害に起因する発話運動制御の破綻として定義され、呼吸、発声、構音・共鳴、プロソディーといった複数の発話下位系に影響を及ぼす。運動生理学的には、筋力低下、筋緊張異常、協調運動障害、運動速度および可塑性の低下など、病態に応じた多様な運動障害が基盤に存在する。一方、音響音声学は、これらの運動障害が音声信号上にどのような変化として顕在化するのかを定量的に記述する枠組みを提供してきた。

本講演では、ディサースリアにおける代表的な音響指標である基本周波数変動、強度変動、スペクトル特性、発話速度、時間的変動性などを取り上げ、それらがどのような運動生理学的背景と対応するのかを整理する。構音運動の精度・安定性と母音フォルマント変動、声帯音源制御と jitter・shimmer、運動速度制御と発話リズムの関係などについて、近年の知見を踏まえて概説する。特に 1990 年代ごろまでの変動性・不規則性 (variability, instability, inconsistency など) といった視点については、2000 年代からは不確実性 (entropy) という概念が芽生え、2020 年代後半には機械学習による意味の転換が起きている点についても触れる予定である。

これらの歴史的な文脈を踏まえて、単一指標による評価の限界を踏まえ、複数の音響指標を運動制御の観点から統合的に解釈する重要性を論じる。音響音声学と運動生理学を往還する視点は、診断精度の向上のみならず、訓練効果の機序理解やアウトカム選択の妥当性を高める上で不可欠である。本講演を通じ、ディサースリアを「音響的産生の問題」と「運動制御の問題」として架橋的に捉える視座を提示することができれば幸いである。

## 当院摂食嚥下チーム介入の有用性に関する検討

伊原 武志

長岡赤十字病院 リハビリテーション科

### はじめに

当院では耳鼻咽喉科医師をチェアマンとした摂食嚥下チームが稼働し嚥下造影検査(VF)および嚥下内視鏡検査(VE)の所見に基づいた専門的評価や訓練方針決定を行っている。チーム介入例における嚥下検査所見と経口摂取指標の整合性、およびADLの変化を後方視的に検討し、当院チームの有用性について検証する。

### 対象・方法

2025年4月から12月までに当院摂食嚥下チームが介入した39例を対象とした。内訳は男性28例、女性11例、年齢71.9±16.7歳。在院日数中央値39.0[四分位範囲25.5-54.5]、疾患別内訳は誤嚥性肺炎・呼吸器疾患14例、脳血管・中枢神経疾患10例、咽喉頭疾患/頭頸部腫瘍7例、循環器疾患2例、その他(廃用・熱傷等)6例であった。評価項目としてVDS(VF)、兵頭スコア(VE)、Functional Oral Intake Scale(FOIS)、Dysphagia Severity Scale(DSS)、Barthel Index(BI)を抽出し、各指標間の相関をSpearmanの順位相関係数を用いて解析した。

### 結果

検査はVF単独8例、VE単独22例、両検査9例であった。VFまたはVEの実施日は12病日[7.0-24.5]であった。検査値はVDS 52[28-68]、兵頭スコア 7.0[4.5-9.0]であった。初回FOIS/DSS評価日 7.5病日[3.0-27.5]、初回FOIS 3[1.5-5.0]、初回DSS 3[3.0-4.0]。最終

FOIS/DSS 33.0病日[15.5-55.75]、介入終了時の最終FOIS 4[2.0-5.0]、最終DSS 4[2.5-4.5]であった。相関分析の結果、兵頭スコアは最終FOIS( $\rho=-0.470$ ,  $p<0.01$ )、最終DSS( $\rho=-0.50$ ,  $p<0.01$ )と有意な負の相関を認めた。VDSと最終FOISは負の相関( $\rho=-0.59$ ,  $p<0.05$ )を示した。ADL指標であるBIは5[0-52.5]から40[15-72.5]へ改善し、最終DSSと正の相関( $\rho=0.433$ ,  $p<0.01$ )を示した。

### まとめ

VF/VEにおける嚥下重症度(VDS・兵頭)は介入終了時の経口摂取指標と負の関連を示した。チーム介入過程に実施された嚥下検査は、介入終了時までの食形態調整や訓練時のリスク管理の情報となり得る。

## 急性期肺炎患者における嚥下障害重症度と位相角の関連

石崎雅史<sup>1</sup>, 佐藤陽一<sup>1</sup>, 落合勇人<sup>2</sup>, 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>, 阿部貴文<sup>1</sup>, 小原健輔<sup>3,4</sup>, 大西康史<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>東京慈恵会医科大学附属病院 リハビリテーション科<sup>3</sup>上智大学大学院 言語科学研究科 言語学専攻<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科<sup>5</sup>

## はじめに

急性期肺炎患者では、嚥下障害が低栄養、死亡などの不良転機に関与するため、早期に重症度を把握し、栄養経路方針を迅速に決定することが重要である。位相角 (Phase angle, PhA) は生体電気インピーダンス法で得られる体組成指標で、全身状態を反映し得る。PhA が嚥下障害重症度と関連すれば、嚥下障害の背景に全身状態の低下が関与する可能性が示唆されるが、急性期肺炎患者での検討は限られている。本研究は、急性期肺炎患者の入院時 PhA と Dysphagia severity scale (DSS) で評価した嚥下障害重症度との関係を検討することを目的とした。

## 対象および方法

研究デザインは、横断研究とした。2024年7月から2026年2月の間に肺炎と診断され入院した136名を対象とした。体組成指標は生体電気インピーダンス法 (InBody) により入院時に全例臥位で測定した。状態悪化またはペースメーカー挿入の既往により測定が困難な者、ならびに欠損データを含む者は除外した。入院時 DSS に基づき DSS4 以下群 (誤嚥群) と DSS5 以上群 (非誤嚥群) に分類した。連続変数は Mann-Whitney の U 検定、カテゴリ変数は  $\chi^2$  乗検定または Fisher の正確確率検定を用いた。また、DSS4 以下をアウトカムとした Firth ロジスティック回帰、ROC 解析を行った。説明変数は PhA とし、PhA と筋量指標 (Skeletal muscle mass index, SMI) の寄与を比較するため、SMI も併せて投入した。共変量は、年齢、性別、BMI、Geriatric nutritional risk index (GNRI)、誤嚥性肺炎の有無とした。有意水準は  $p < 0.05$  とした。

## 結果

解析対象は 87 名 (誤嚥群 61 名, 非誤嚥群 26 名) であった。単変量解析では、誤嚥群は非誤嚥群と比べて PhA は低値であり (中央値 [IQR]: 3.40 [2.80-3.70], 4.25 [3.45-4.83],  $p < 0.001$ ), SMI も誤嚥群で低値であった (5.40 [4.60-6.30], 6.50 [5.33-6.88],  $p = 0.006$ )。Firth ロジスティック回帰分析では、Model A (共変量+PhA) において PhA は DSS4 以下と独立して関連した (OR 0.272, 95%CI 0.116-0.641,  $p = 0.003$ , AUC 0.840)。Model B (共変量+SMI) では SMI は有意な関連を認めなかった (OR 0.574, 95%CI 0.295-1.117,  $p = 0.102$ , AUC 0.801)。Model C (共変量+PhA+SMI) においても PhA は有意に関連し (OR 0.306, 95%CI 0.128-0.732,  $p = 0.008$ , AUC 0.853), SMI は非有意であった。

## 考察

本研究では、急性期肺炎患者において入院時 PhA 低値が DSS 低値と関連し、共変量調整後も DSS4 以下と独立して関連した。一方、SMI は単変量では群間差を認めたが、多変量では有意な関連を示さなかった。これらの結果は、嚥下障害重症度が筋量そのものよりも、全身状態や筋の質を反映する指標と関連している可能性を示唆する。

## 結論

急性期肺炎患者では、入院時 PhA が嚥下障害重症度 (DSS) と独立して関連した。PhA は嚥下障害重症化の背景評価に有用となる可能性がある。

## 誤嚥性肺炎患者におけるオトガイ舌骨筋指標と舌骨移動距離の関連： 嚥下エコーによる予備的検討

渡辺慶大<sup>1</sup>, 佐藤陽一<sup>1</sup>, 石崎雅史<sup>1</sup>, 田村俊暁<sup>2</sup>, 落合勇人<sup>2</sup>, 小原健輔<sup>3,4</sup>,  
丸山航輝<sup>1</sup>, 今井滉太<sup>1</sup>, 桑原貴之<sup>1</sup>, 今井遼太<sup>1</sup>, 阿部貴文<sup>1</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>, 東京慈恵会医科大学附属病院 リハビリテーション科<sup>3</sup>, 上智大学大学院 言語科学研究科 言語学専攻<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

嚥下機能評価において、オトガイ舌骨筋（以下、GH）を指標とした嚥下エコーの有用性が報告されている。しかし、誤嚥性肺炎患者における舌骨移動との関連は十分に検討されていない。舌骨移動は嚥下機能を反映する重要な指標であり、その低下は嚥下障害の重症度や誤嚥と関連することが知られている。したがって、誤嚥性肺炎患者において舌骨移動と筋指標との関連を明らかにすることは重要である。本研究では、誤嚥性肺炎患者を対象に、GH 断面積および筋輝度と舌骨移動距離の関連を予備的に検討した。

### 方法

本研究は横断研究として実施した。2024 年 11 月から 2026 年 1 月までに誤嚥性肺炎で当院へ入院し、嚥下エコーおよび嚥下造影検査（以下、VF）を同日に実施した患者を対象とした。舌骨の視認性低下や嚥下時の体動により VF 解析が困難であった例は除外した。嚥下エコーはポータブル超音波装置（Vscan Air）を用いて実施した。安静座位・閉口位で顎下部にコンベックスプローブを当て、正中矢状断像にて GH を描出した。VF は車椅子座位で実施し、40%に希釈したバリウム液体 3 mL 嚥下時の舌骨移動距離（上方・前方）を算出した。GH の断面積および筋輝度は ImageJ を用いて 2 名の検査者が独立して解析し、3 回測定した平均値を採用した。連続変数の記述統計は、中央値（四分位範囲）で示した。GH と舌骨移動距離との関連は Spearman の順位相関係数 ( $rs$ ) を用いて検討した。GH 測定の検者間信頼性は級内相関係数 (ICC) により評価した。有意水準は  $p < 0.05$  とした。

### 結果

対象患者は 13 例であった。男性 12 名 (92.3%)、年齢は 84 (76-86) 歳、肺炎重症度 (A-DROP) は 2 (2-3) であった。GH 断面積は 225.8 (211.5-266.7)  $\text{mm}^2$ 、筋輝度は 30.3 (24.2-33.4) であった。舌骨移動距離は、上方 8.9 (6.7-14.7) mm、前方 12.1 (7.1-15.4) mm であった。GH 断面積は舌骨上方移動距離と有意な正の相関を認めた ( $rs = 0.68$ ,  $p = 0.014$ , 図 1)。GH 筋輝度は舌骨上方移動距離と負の相関を示したが、有意ではなかった ( $rs = -0.49$ ,  $p = 0.093$ )。一方、前方移動距離と GH 指標の間に有意な相関は認めなかった。GH 測定の ICC (2, 1) は、断面積 0.84、輝度 0.97 であり、良好な再現性を示した。

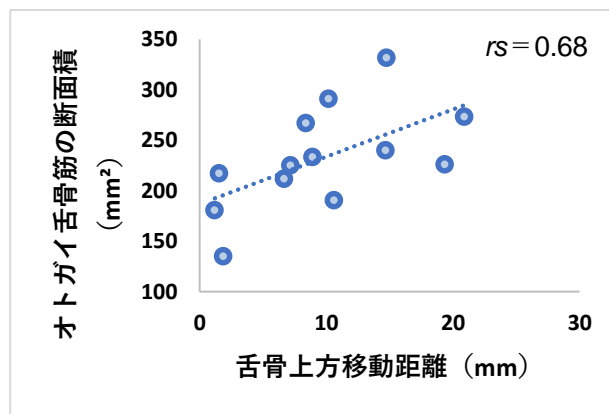


図 1 オトガイ舌骨筋断面積と舌骨上方移動距離の関連

### 結論

誤嚥性肺炎患者において、GH 断面積は舌骨上方移動距離と有意な正の相関を示した。GH 筋輝度は負の関連を示唆したが、有意でなかった。嚥下エコーによる GH 評価は、特に舌骨上方移動を反映する可能性が示唆された。

## 急性期の重症 Wallenberg 症候群に対する集中的かつ段階的嚥下リハビリテーションの経験：2 例報告

今井 滉太<sup>1)</sup>, 渡辺 慶大<sup>1)</sup>, 丸山 航輝<sup>1)</sup>, 石崎 雅史<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】

Wallenberg 症候群では延髄外側病変により、嚥下反射惹起遅延、声門閉鎖不全、片側咽頭麻痺、食道入口部開大不全など、多様かつ複合的な嚥下障害を高頻度に認める。急性期の重症 Wallenberg 症候群において、障害機序を精査し、それに基づいて集中的かつ段階的に介入内容を調整した報告は少ない。今回、発症早期より嚥下内視鏡検査 (VE) および嚥下造影検査 (VF) を反復実施し、障害機序の同定と再評価を行いながら、集中的かつ段階的な嚥下リハビリテーションを実施した 2 例を報告する。

### 【症例 1】

40 歳前半男性。右椎骨動脈閉塞による右延髄外側梗塞を発症した (図 1A)。第 2 病日より ST 介入を開始した。RSST 0 回/30 秒、MWST 1 点、唾液貯留は著明であった。第 10 病日の VE で兵頭スコア 11 点であり、片側咽喉頭麻痺を呈していた。第 13 病日の VF では正中座位で Penetration-Aspiration Scale (PAS) 7 を認めしたが、麻痺側下の右側臥位に左頸部回旋を併用した一側嚥下では誤嚥は消失した。第 20 病日の VF では通常座位で固形物は嚥下可能となった。第 27 病日の VF で更なる嚥下機能の改善を確認し、常食摂取を開始した。第 38 病日に自宅退院となった。

### 【症例 2】

60 歳後半女性。右小脳および右延髄外側梗塞を発症した (図 1B)。第 4 病日より ST 介入を開始した。RSST 0 回/30 秒、MWST 1 点。VE では兵頭スコア 10 点で、唾液誤嚥が著明であり、右声帯麻痺を認めた。第 8 病日の VF では PAS 8 を呈し、嚥下反射惹起遅延および食道入口部開大不全による誤嚥を認めた。必要栄養量の経口摂取は困難であり、経鼻胃管を挿入した。第 21 病日の VF で複数回嚥下により咽頭通過の改善を確認し、ペースト食を開始した。なお、食道入口部開大不全が残存したため、第 25 病日より

バルーン拡張訓練を併用した。その後 PAS 1 まで改善し、第 50 病日に誤嚥所見なく自宅退院となった。

両症例の訓練頻度は 2~3 回/日、5 日/週とした。その他の間接訓練として、干渉波刺激、舌筋力訓練、軟口蓋挙上促進訓練、前舌保持嚥下、嚥下おでこ体操、シャキア訓練、メンデルソン手技などを段階的に実施した。訓練に伴う有害事象および誤嚥性肺炎の合併は認めなかった。

### 【考察】

症例 1 では片側咽頭機能低下が主体であり、姿勢代償が有効であった。一方、症例 2 では食道入口部開大不全を伴い、バルーン拡張訓練の併用が不可欠であった。同じ Wallenberg 症候群であっても障害様式は一様ではなく、急性期からの機序別評価に基づく集中的かつ段階的戦略が重要であると考えられた。急性期における嚥下機能の精査とそれに基づく戦略的介入が、安全性を担保しつつ早期経口摂取再獲得に寄与する可能性を示唆する。

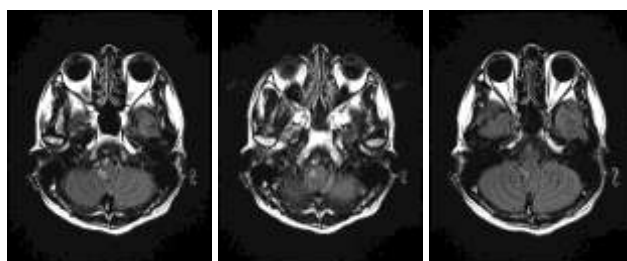


図 1A：症例 1 の頭部 MRI

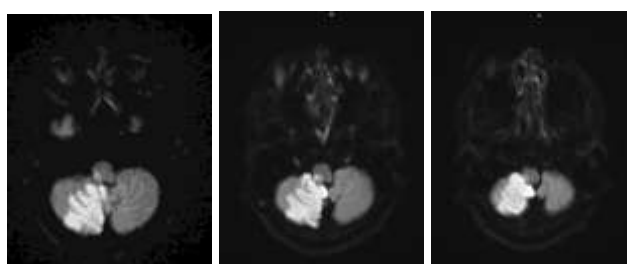


図 1B 症例 2 の頭部 MRI

## 温かいトロミ付き番茶の粘度挙動と経時変化の評価

### —シリンジ法による検討—

藤間 紀明<sup>1)</sup>, 石山 優子<sup>2)</sup>, 大橋 知記<sup>1)</sup>

1) 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

2) 新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部 栄養科

#### はじめに

嚥下障害患者における誤嚥性肺炎の予防には、嚥下時に口腔内や咽頭で適切に流れ、誤嚥リスクを減らすことのできるトロミ飲料の提供が不可欠である。しかし、トロミの粘度は液体の種類や温度によって変化し、特に温かい飲料における初期粘度と経時変化は十分に検証されていない。本研究では、当院で提供している温かい番茶に対し、ネオハイトロミールスリムを用いたトロミ付与が、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021 の粘度基準に適合するかをシリンジ法で評価し、経時変化を含めた粘度挙動を明らかにすることを目的とした。

#### 方法

注ぎたて 72.5°C の番茶 150 ml に、ネオハイトロミールスリムを 1 杯 (2.5 ml) 加えて薄いトロミ、2 杯加えて中間トロミ、3 杯加えて濃いトロミとして調製した。各試料は温茶を 50ml 注ぎ攪拌後、100ml 追加ののち、1 秒間に 2 回転のペースで 30 秒攪拌後、1 分、10 分、30 分の 3 時点でシリンジ法により残留量を測定した。測定時の室温は 25°C 程度に維持し、条件を統一した。3 回の測定における残留量の平均値を学会分類の基準値と比較して評価した。温度変化の詳細な計測は行わなかったが、経時による粘度変化を評価の中心とした。

#### 結果

1 分後のシリンジ残留量は薄い 0.7 ml、中間 3.5 ml、濃い 6.6 ml であった。10 分後は薄い 1.4 ml、中間 4.6 ml、濃い 6.8 ml、30 分後は薄い 2.8 ml、中間 4.8 ml、濃い 7.1 ml となり、時間経過に伴い粘度が上昇する傾向が確認された。薄いトロミは短時間で学会分類の基準範囲に達したが、中間・濃いトロミは 1 分では基準に達せず、経時での増加幅も薄いトロミに比べて小さかった。

#### 考察

温かい番茶条件下でも、キサントラン系トロミ剤は水和と分子の絡み合いに時間を要することが示された。薄いトロミは粉量が少なく水和の余地が大きいため、時間経過で粘度が顕著に上昇する。一方、中間・濃いトロミは粉量が多く、初期段階では液中で分子が均一に分散しておらず、水和に必要な水分量や時間も増えるため、初期粘度は低めに出やすく、経時での増加幅は相対的に小さくなる。高温条件では粉は速やかに溶解するが、分子間の絡みや構造形成が安定するまでには時間がかかるため、シリンジ法での初期残留量は低く評価される傾向がある。さらに、粉量を規定量よりわずかに増やすことで、高濃度トロミでも初期段階から規定粘度に近づけることが可能であるが、過剰に増やすと飲みやすさや安全性の問題が生じるため、臨床的には慎重な調整が必要である。これらの現象は、キサントラン系トロミ剤の特性として予測可能であり、臨床的にも安全性に問題はないと考えられる。提供直後だけでなく、経時変化も考慮した慎重な粘度管理が望ましく、今後は複数回測定や温度制御下での評価により、より安定した提供条件の確立が期待される。

#### まとめ

温かい番茶でも経時的に粘度は上昇し、特に薄いトロミで増加が顕著だった。中間・濃いのは初期基準未達で増加幅も小さかった。

#### 文献

1) Brunchi CE ら, Some properties of xanthan gum in aqueous solutions: effect of temperature and pH, Journal of Polymer Research, 23, 123, 2016.

## 小児言語聴覚士の働く現場の現状と展望について

### —当事業所の取り組みを交えて—

小林鈴奈<sup>1</sup>，須貝悠人<sup>1</sup>，伊藤美千香<sup>1</sup>，櫻井晶<sup>1</sup>

こども発達支援所はる<sup>1</sup>

#### はじめに

近年，障害児通所系サービスの利用者数が増え<sup>1)</sup>それに伴い，障害者通所系サービスの需要が高まってきた。また，児童発達利用児のニーズとして第1希望に言語・コミュニケーション面が入り言語聴覚士の必要性が高まっている<sup>2)</sup>。施設自体は増えている<sup>1)</sup>が，各施設に1人以上言語聴覚士がいないことが現状だ。そこで，県内の施設の数，そこに配置されている言語聴覚士の数についてまとめ，考察した。また，当事業所での言語聴覚士の役割と活動をもとに，今後の県内の言語聴覚士が行っていくべきことをまとめた。

#### 対象および方法

ワムネット<sup>3)</sup>にて，新潟県内の障害児通所系サービスの各施設の数，そこに在籍する常勤と非常勤の言語聴覚士の人数をまとめた。

#### 結果

児童発達支援より倍近く施設がある放課後等デイサービスの方が言語聴覚士の人数が少ないことがわかった。また，新潟県内の言語聴覚士が約350人に対し，43.7人と10%以下しか障害児通所系サービスで働いていないことがわかった。

#### 考察

放課後等デイサービスは全体で274施設あるのに対して18.4人しか常勤配置しておらず約6%の施設でしか言語聴覚士による専門的支援が行われていない。これは需要に対して明らかに供給が足りていないと言えるだろう。当事業所では，児童発達支援，放課後等デイサービス，保育所等訪問支援，居宅訪問型児童発達支援を行っている。また，通常の業務の他に定期的に当事業所の言語聴覚士だけの勉強会や県内の小児言語聴覚士の勉強会を行っている。勉強会

だけでなく，常に事業所内の言語聴覚士間で話し合えるように環境をつくっている。これらの活動によって当事業所の言語聴覚士の支援の質が高められるようにしている。現在の新潟県内の障害児通所系サービスで働いている言語聴覚士の数は少なく，1人職場のところも多い。支援の質を高めるためには，他施設の言語聴覚士と話し合い，相談できる場が必要となる。そのため，言語聴覚士会がホームページや研修等で，県内の小児言語聴覚士の集まりがあるということや困った時に相談できる仕組みを作っていく必要があると考える。また，新潟県言語聴覚士会では，総会員数しかわからず各分野に働いている言語聴覚士の数が明らかになっていない。これも今後新潟県言語聴覚士会がやっていくべき活動の1つである。

#### まとめ

新潟県内で働く小児言語聴覚士の数は，施設の数に対して少なく，常勤は約6%の施設でしか存在しないことがわかった。これは，近年の需要に対して供給が足りていないと考えられる。また，1人職場のところも多く，支援の質を高めることが困難な状況にある。他施設の言語聴覚士と話し合える，相談できる仕組みを作っていく必要があると考える。また，小児分野で働く言語聴覚士の人数も把握する必要がある。

#### 文献

1) こども家庭庁，こども施策及び障害児支援施策の最近の動向について，第1回障害児支援における人材育成に関する検討会，p22, p25, 2025年12月25日

2) 櫻井晶，児童発達支援・放課後等デイサービスの実践，2025年度実務者講習会：小児編Ⅱー障害福祉ー，p11, 2025年12月14日

3) WAM NET 障害福祉サービス等情報検索，2026年2月19日閲覧，

<https://www.wam.go.jp/sfkochoout/COP000100E0000.do>

## 地域包括ケアシステムを基に考える子ども支援

### —障害児支援に従事して—

本田俊一<sup>1</sup>

発達支援ノワール<sup>1</sup>, 新潟県言語聴覚士会地域包括ケア推進部<sup>1</sup>

#### はじめに

地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが出来るように、地域内で助け合う体制のことを言う。住まいを中心とし、医療・介護・予防・生活支援が地域の実情に合わせて一体的に提供される体制を目指しているものである。その対象者は、主に65歳以上の高齢者、特に75歳以上の後期高齢者とその家族とされているが、地域生活を営む上で支援を必要とする人は何も高齢者に限ったことではない。地域で暮らす子ども、とりわけ難病患者や重症心身障害児など、医療的なケアが必要な子のみならず、発達に特性を持った子にも地域内での助け合いが必要と考える。すなわち、急増する高齢者対策として形成された地域包括ケアシステムのネットワークやサービスは、小児分野においても貴重な社会資源となるものと考え、そこに言語聴覚士（以下ST）が深く関わっていく必要があると考える。

#### 目的

今回、地域包括ケアシステム構築に向けた介護予防の取組みを強化するために、リハビリテーション専門職の関与を促進する地域リハビリテーション活動支援事業に参画した県士会地域包括ケア推進部の活動を通しての高齢者支援、また当施設での経験を通して、子ども支援について考え、地域に求められるSTの役割やその可能性について、展望を加えて述べる。

#### 結果・考察

地域包括ケア推進部では、新潟県地域包括ケア支援専門職協議会の活動に参画し、各市町村で開催される介護予防のための地域ケア個別会議への助言者の派遣調整を行っている。令和7年度は県内15市町村に対して延べ63名のSTが、地域ケア個別会議に助言者として参加している。各市町村で開催される地域ケア個別会議

で提示する事例において、STが特に関わる困りごととしては、オーラルフレイルが最も多くを占めている。一方で、新潟市の重点取組事項の一つに認知症対策が挙げられている。認知症に関しては、難聴があることで高齢期に発症するリスクが2倍になるという報告があることから、今STには、聞こえの支援を行うことが役割として求められているものと考えている。

小児領域においては、身体機能的な問題がないことから、軽度と見られがちな機能性構音障害や、吃音がある子どもが受診・治療が出来る医療機関が少ないことから、STに繋がれないケースがある。繋がれたとしても、遠方であったり、頻度が少なかったりと、効果的な治療が出来にくいことがある。また、落ち着きがない、ことばの遅れがある、読み書きが難しい等、生活の困りごとを抱える子どもが地域には多くいることを実感している。そこで、子どもやその親が様々な困りごとを抱えながらも、地域で安心して暮らし続けていくためには、近所の児童発達支援事業所や放課後等デイサービス等のサービスが重要な役割を示してくるものと考えている。そこにSTがいることが、より安心に繋がっていくものと強く信じている。

#### 展望

小児領域の地域包括ケアという考えは、まだなじみが薄いため、今後何を考え、何を築き上げていくのかの議論が待たれる。その中で子どもを取り巻く環境、地域や、教育現場において、STの存在意義を示す為の活動を行って行くことや、その役割を求め続けられるように実践していく力が必要と考える。その為には、情報交換や相談の場、学習の場が必要であり、何より地域のSTの繋がりが必要不可欠であると考え、今発表が契機の一助となれば幸いである。

## 有意味語の表出がわずかだった一例に対する療育の経過

### —障害児通所事業所での療育で言語発達を育む—

浜本彩, 五十嵐雅治

児童発達支援・放課後等デイサービスくりえいと

#### はじめに

当事業所利用開始時に有意味語の表出がわずかだったものの、療育開始後から有意味語の表出が増え、2語文の表出がみられ始めた一例について報告をする。

#### 症例

利用開始3:10, 男児, 在胎37週, 2945gにて出生, 始語2歳頃, 3歳児健診で児童発達支援センターへつながらり, その後, 当事業所利用開始。家族の主訴は「年齢に対して話す言葉が少ない」「こちらが言うことも理解できるものと理解できないものがある」。

#### 初期評価

遠城寺式・乳幼児分析的発達検査(CA3:7, 児童発達支援センターで実施)は, <運動面>移動運動(2:3~2:5)手の運動(2:3~2:5)<社会性>基本的習慣(2:0~2:2)対人関係(1:6~1:8)<言語>発語(1:9~1:11)言語理解(1:6~1:8)。NCプログラム(CA3:11)は, 言語理解(1:0~2:0)簡単な指示理解は良好。身体部位の理解不良。名詞理解・動詞理解ともに4/6語正答。言語表出(1:0~2:0)指差し有。身振り模倣良好。

コミュニケーション態度良好。構音の歪み有。

#### 経過

事業所利用開始約3週間後から言語訓練を開始。短期目標(3か月):理解語彙の拡大。長期目標(6か月):音声言語やサインを用いての意思表示の拡大

プログラム#1聴覚的理解訓練#2音声模倣#3復唱#4呼称#5物を介したやり取りの練習  
頻度:月8回の利用のうち,2回(1回20分)。

1~2か月:1音節語復唱は5割可。一部の動物を擬音語で表出。呼称は困難だが,4割は語頭音等の呈示で語尾の表出可。

3~4か月:動詞理解6割。2音節語の復唱が可。

単語呼称4割可。

5~6か月:動詞の理解9割可。単語呼称6割可。

#### 再評価

NCプログラム(CA4:5)は,言語理解(2:0~3:0)身体部位の理解向上。名詞・動詞理解向上。大小や上下の比較概念理解向上。言語表出(2:0~3:0)2語文の表出がみられ始める。名詞5/6語可。動詞はオノマトペや幼児語の使用有。構音の歪み有(発話明瞭度2.5)

#### 考察

言語訓練時の成功体験から,訓練時の発話意欲が高まり,指導者へ注意を向けることも強化されていた。城野ら<sup>1)</sup>によると,言語発達には他者との共感,関わりを求めてのコミュニケーションに参加する態度が必要であることが示されている。本症例は,コミュニケーション態度は非常に良好であり,意思伝達意欲が強い症例である。また,中川<sup>2)</sup>によれば,言語のみに焦点をあてた訓練は効果的ではなく,運動,感覚,認知を含めた発達全体へのアプローチが言語発達には必要とされている。当事業所では,言語訓練は月8回の利用中2回に留まり,残りの6回はNCプログラムに沿って言語以外の個別・小集団活動を実施している。この点も,言語発達を促進する一因となっていると考えられる。

#### まとめ

コミュニケーション意欲を高める教材の使用や訓練方法,さらに,言語のみではなく発達全体へのアプローチを行うことが,言語発達を向上させる一因と言えるだろう。

#### 文献

1)城野ら,言語発達遅滞児の言語評価と背景的問題,耳鼻臨床,補45,151-158,1991

2)中川信子,こどもの心とことばの育ち一親子を共に支援するために,小児耳,34(3),234-238,2013

## 児童発達支援くりえいと2における言語聴覚士の実践と展望

### —言語支援ニーズの高まりを背景に—

柳原佳奈子<sup>1</sup>, 小日向秀<sup>1</sup>, 金井結<sup>1</sup>, 浜本彩<sup>2</sup>

児童発達支援くりえいと2<sup>1</sup>, 児童発達支援・放課後等デイサービスくりえいと2<sup>2</sup>

#### はじめに

当社は「子どもたちの笑顔の未来を創造する」を理念に、地域から求められる事業所を目指す障害児通所支援事業である。2022年4月に児童発達支援・放課後等デイサービスくりえいとを開設し、2024年11月に児童発達支援くりえいと2を開設した。2025年度現在、合同会社CREATEは児童発達支援管理責任者2名、保育士5名、指導員3名、言語聴覚士3名の計13名のスタッフで運営している。筆者は2024年1月より入職し、利用児の言語療育および家族支援に従事している。

#### 当社での言語聴覚士の役割

児童発達支援くりえいと2（以下くりえいと2）では2歳～6歳までの36名の利用児がおり（2026年2月現在）、そのうち12名（30%）が自閉症スペクトラム(ASD)、注意欠如・多動症(ADHD)などと診断されていた。利用児の養育者の75%が「発語がないため話せるようになってほしい」「言葉が増えてほしい」「会話が一方通行で、コミュニケーションが取れない」などの言語に関する訴えや希望が寄せられている。このことから、当施設における言語支援のニーズは非常に高いことがうかがえる。各利用児に対して言語聴覚士が月4回までの頻度で、個別もしくは小集団の言語聴覚療法を実施している。支援にあたっては、言語発達や構音の評価を行うとともに、必要に応じて認知機能や対人相互作用、感覚特性などの側面を踏まえた包括的なアセスメントを実施している。その評価結果をもとに個別支援計画に沿った支援プログラムを立案し、段階的な目標設定のもと支援を行っている。また、関係機関との連携も重要な役割の一つである。保護者の承諾を得たうえで医療機関の見学を行い、情報共有を図るほか、保育園等へ情報提供を行い、支援の一貫性を確保している。保護者支援としては、言語面に関する訴

えを含む子育て全般の相談対応、自宅で実践可能なトレーニング方法の助言、マカトンサインの導入支援を実施している。さらに、年中児の保護者を対象とした就学相談会に同席し、言語聴覚士の専門的視点から、就学に必要な言語能力、社会性、情緒面などについて情報提供を行っている。就学を見据えた支援や助言を行うことも、当施設における重要な役割の一つである。

#### 当社の課題と今後の展望

くりえいと2は開所1年を経て定員充足となり、地域における児童発達支援のニーズの高さを実感している。一方で、保護者や園からは「くりえいと2ではできないのに、自宅や園ではできない」との声も多く聞かれる。この背景には、環境条件の差異に加え、子どもの特性理解や関わり方に関する支援モデルの共有不足があると考えられる。また、利用児の多くは言語面の課題を主訴としているが、コミュニケーションを「発語の獲得」と同義に捉える傾向も少なくない。しかし、コミュニケーションとは本来、視線、表情、身振り、行動調整などを含む相互作用の総体であり、言語表出のみを目標とする支援では生活場面への般化に限界が生じる可能性がある。さらに、言語は発達の一側面であり、運動・認知・社会性・情緒などの多面的な発達が基盤となって初めて円滑な言語やコミュニケーションの習得が可能となる。この視点に立てば、言語聴覚士は言語面のみならず、子どもの発達全体を見据えた支援環境をデザインする専門職としての役割を担う必要がある。今後は、支援場面で有効であった関わり方や環境調整の方法を可視化し、家庭や園と共有できる支援モデルの構築を目指したい。また、言語面のみならず発達全体を包括的に捉える視点を事業所内外で共有し、生活場面への般化を意識した支援体制の強化を図っていきたい。本発表では、小児の福祉領域の言語聴覚士の役割と当社の課題について若干の考察を交えながら検討する。

## AI アプリを用いた意思疎通の試み

埴 孝哉<sup>1,2</sup>

東京大学精神保健学教室<sup>1</sup>, 株式会社こどもめせん<sup>2</sup>

### はじめに

言語獲得期の小児においては、文意がしばしば誤解され、発話者の意図と児の理解が食い違うことが知られている[1]。言語でのコミュニケーションが困難な場合について、自閉症児向けの絵カードを用いたコミュニケーションシステム[2]や、小児がん患者の症状記録用スマートフォンアプリ[3]などは整備されつつあるが、本邦の一般小児外来のような状況が多岐にわたるセッティングにおいて、医療者が気軽に利用できる視覚的補助手段は未確立である。

こどもめせんは、発達障害児の保護者が「児に分かりやすいシンプルな声掛けの仕方」を学べるよう、音声をもとに2枚のイラストに変換するAIアプリとして2025年に開発された[4]。スマートフォンアプリとしての拡張性をいかに、外来での意思疎通を円滑化できるよう、機能拡張を試みたため報告する。

### 方法

対象：こどもめせん iOS 版および Android 版  
(潜時測定の実機テストは iPhone 12 で実施)

方法：従来のプログラムに機能を追加。(A)選択肢のスイープと、(B)タイル表示の2種類を実装し、潜時や使用感を比較。



図1 構造の模式図

### 結果

双方の方式とも、音声入力から表示まで、潜時1秒未満で動作することを確認できた。スイープ表示(A)では、候補画像が多い場合に選択までの時間を要することや、他の提示画像との比較が困難であることから、外来セッティングの

多くで優位性はタイル表示(B)にあった。



図2

(A)スワイプ表示の例と(B)タイル表示の例

### 考察・まとめ

数年前のデバイスにおいても、実社会で許容され得る速度感で、選択肢のタイル表示を実装可能なことが明らかになった。言語的制約が大きく、情報の媒介による歪曲が生じやすい場面において、迅速に呼び出し可能な視覚情報の併用は、児の状況把握に寄与し得る。

### 文献

- 1) Maravelas R, et al., Children's Understanding of Commonly Used Medical Terminology. *Pediatrics*. 155, e2024067871, 2025.
- 2) Bondy AS, Frost LA. The picture exchange communication system. *Semin Speech Lang*. 19, 373-424, 1998.
- 3) Nilsson S, et al., Evaluating pictorial support in person-centred care for children (PicPecc): a protocol for a crossover design study. *BMJ Open*. 11, e042726, 2021.
- 4) 埴 孝哉. 視覚優位の児をサポートする人工知能の開発. 第23回日本自閉スペクトラム学会, P-35, 2025.

## 脳卒中後 dysarthria のサブタイプ別の発話機能の特徴

丸山航輝<sup>1</sup>, 田村俊暁<sup>2,3</sup>, 渡辺慶大<sup>1</sup>, 今井滉太<sup>1</sup>, 石崎雅史<sup>1</sup>, 小原健輔<sup>5,6</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>

新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健学専攻<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>

東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科<sup>5</sup>

上智大学大学院 言語科学研究科 言語学専攻<sup>6</sup>

### はじめに

dysarthria の診療はサブタイプ分類によって臨床が行われることが多い。脳卒中後の dysarthria (PSD) のサブタイプでは unilateral upper motor neuron (UUMN) が最も多く、次いで失調性や痙性がみられる。サブタイプ別の発話機能について音響学的解析等で定量的な解析が行われているが、PSD のみを対象とした報告は限定的である。

本研究の目的は、PSD における各サブタイプ間の発話機能の特徴を比較し、その差異を検討すること、および健常発話者 (HC) との違いを明らかにすることである。本研究のプロトコルは魚沼基幹病院倫理審査委員会によって承認された (承認番号: E2024001501)。

### 対象および方法

対象: PSD 話者 45 名 (女性 12 名, 年齢中央値 74 歳 [四分位範囲 64.7 - 81.3]) と年齢をマッチさせた HC 群 10 名 (女性 5 名) であった。PSD のサブタイプには痙性 5 名, 失調性 15 名, UUMN 25 名が含まれていた。

方法: 音声試料として単音節 (/pa//ta//ka/) の交互反復と文章音読場面を録音し、音声解析ソフト Praat にて解析を行なった。発話機能の指標は発話明瞭度, Alternate motion rate (AMR) および第 2 フォルマントの移動率 (F2 slope) とした。発話明瞭度は文章音読を使用し、9 段階の聴覚評定を用いた。統計解析では Kruskal-Wallis 検定を用い、サブタイプ間および HC 群との発話機能の比較を行なった。有意差を認めた指標については Bonferroni 法の多重比較試験を行ない、有意水準は  $p < 0.05$  とした。

### 結果

サブタイプ間の比較では、痙性 dysarthria は失調性および UUMN dysarthria に比して、発話明瞭度 (失調性  $p = .041$ , UUMN  $p < .01$ ), AMR ([/pa/]失調性  $p = .017$ , UUMN  $p < .01$ , [/ka/]失調性  $p = .023$ , UUMN  $p < .01$ ), F2 slope (失調性  $p < .01$ , UUMN  $p < .01$ ) が有意に低値であったが、失調性と UUMN の間には有意差を認めなかった。

HC 群との比較では、AMR 各音節において各サブタイプが HC 群より有意に低値であった ([/pa/]痙性  $p < .01$ , 失調性  $p < .01$ , UUMN  $p < .01$ , [/ta/]痙性  $p < .01$ , 失調性  $p < .01$ , UUMN  $p < .01$ , [/ka/]痙性  $p = .016$ , 失調性  $p < .01$ , UUMN  $p < .01$ )。F2 slope では痙性 dysarthria のみが HC 群より低い値を示したが ( $p < .01$ ), 失調性および UUMN の dysarthria と HC 群の間には有意差を認めなかった。

### 考察

本研究結果より痙性は失調性と UUMN, HC 群と比較して発話機能の低下が顕著であり、痙性 PSD の舌の運動範囲の制限や運動速度の低下を反映していると考えられた。

一方、失調性および UUMN は、AMR では HC 群と有意差を認めたものの、F2 slope では有意差を認めなかった。AMR は構音器官の最大能力を反映する指標であり、F2 slope は発話中の舌の前後運動速度を反映する指標である。失調性や UUMN は最大下での反復動作には運動障害が顕在化しやすいが、実用的な構音運動では時間と精度のトレードオフの関係により、健常に近い能力が維持されている可能性が示唆された。

## 地域ケア会議における助言・連携の状況

### —新潟県言語聴覚士会員を対象とした調査結果から—

原 修一, 佐藤卓也

新潟医療福祉大学 言語聴覚学科

#### はじめに

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法として、医療・介護等の多職種が協働した専門的助言等により、高齢者の個別課題の解決を図るものである。また、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めることや、個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化し、その解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映等の政策形成につなげる役割を持つ。

今回、新潟県言語聴覚士会員を対象とした地域ケア個別会議における助言や連携の実態を調査したので報告する。

#### 対象および方法

対象：新潟県内において地域ケア個別会議に参加する新潟県言語聴覚士会員のうち、調査に協力のあった14名。

方法：2025年7月～8月に、Google フォームを用いた無記名調査を実施した。地域ケア会議にて個別高齢者に対する領域別（言語・摂食嚥下・聴覚・認知・その他）助言内容、会議に参加する専門職種と助言の重複の有無と対応に関して調査した。

#### 結果

助言内容は、言語では対象者とのコミュニケーション方法、対象者のコミュニケーション障害の特徴等が、摂食嚥下では、摂食嚥下障害の特徴、食事姿勢、食形態等が、聴覚では、対象者への声掛けの方法、対象者の聞こえの特徴等が、認知では対象者の認知機能・認知症に対する対応や、対象者の認知機能・認知症で予測できる問題等であった。その他の助言として、他者との交流の勧め、趣味活動、家庭内の役割に関わる助言等を認めた。

会議に参加する専門職種は、8割以上が理学

療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士であると回答した。13名の対象者は、口腔機能の状態、歯科受診のすすめ、義歯に関する内容等において、歯科衛生士との助言の重複の経験があった。重複への対応は、事前の打ち合わせで誰が助言するかを決めることや、言語聴覚士は摂食嚥下機能のメカニズムや誤嚥性肺炎予防の観点より説明する、同じ内容でもそれぞれの立場から必要な理由が少し違うのでそのまま話すようにする、等を認めた。

#### 考察

地域ケア会議での言語聴覚士の助言内容を分析した研究（佐藤ら、2018）では、言語聴覚士による助言は、社会参加におけるコミュニケーションを視野に入れた助言が多く、内容も自助、互助、共助の幅広い範囲に及ぶことを報告している。また佐藤は、摂食嚥下機能に関する助言内容は国際生活機能分類（ICF）の心身機能・身体構造に関連する助言が多かったことも報告している。今回の新潟県内の調査でも、言語聴覚士としての助言内容は、コミュニケーションの特徴だけでなく、他者との交流の勧め、趣味活動、家庭内の役割に関わる助言等の社会参加に関する内容と、摂食嚥下に関しては、ICFの「心身機能・身体構造」やADLの「食事」への助言が中心であったと考える。また助言の重複があっても、個別ケースの課題解決に隙間のない支援が実現していたと考える。

地域ケア会議は、行政からのフィードバックがない、助言内容の成果が見えない等の課題がある。特に言語聴覚士は誤嚥性肺炎や窒息のリスクを念頭に置いた助言が多いため、今後は助言内容を職種内・間で共有することや、行政からの成果のフィードバック等が必要と考える。

#### 文献

佐藤俊彦他、地域ケア会議における言語聴覚士の助言内容の検討、言語聴覚研究, 15, 116-123, 2018.

## 日常生活活動が自立している高次脳機能障害患者における

### Health-related Quality of Life の特徴と関連する認知機能の検討

小原健輔<sup>1,2</sup>, 渡辺慶大<sup>3</sup>, 石崎雅史<sup>3</sup>, 丸山航輝<sup>3</sup>

東京慈恵会医科大学附属病院 リハビリテーション科<sup>1</sup>

上智大学大学院 言語科学研究科 言語学専攻<sup>2</sup>

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院<sup>3</sup>

#### はじめに

高次脳機能障害は脳損傷後の後遺症の一つであり、患者の生活の質や社会参加に影響を与える要因である。

脳卒中または脳外傷が原因の大多数を占める高次脳機能障害患者において、健康関連の生活の質(Health-related Quality of Life:HRQOL)を調査する際に、運動麻痺の重症度や日常生活活動の困難さは交絡因子となる。したがって、高次脳機能障害がHRQOLに与える影響について調査するためには交絡を調整した患者群による検討が必要である。

本研究の目的は、歩行を含むADLが自立している高次脳機能障害患者におけるHRQOLの項目間差を明らかにし、関連する認知機能要因を検討することである。

#### 対象および方法

対象：在宅生活をしており、外来通院している高次脳機能障害患者 41 名とした。除外基準はADL・歩行が自立していない者、重度の失語症のある者、WAIS-IVのFSIQ70以下の者とした。

方法：研究のデザインは横断的研究とした。調査項目として、日本語版Stroke Specific QOL Scale(SSQOL)とWAIS-IVを前向きに調査した。

統計解析：記述統計後にSSQOLの各項目間の比較としてFriedman検定を行い、多重比較としてDurbin-Conove法を適用した。また、SSQOLの特徴的な項目および総合平均点と関連している認知機能要因を検討するため、WAIS-IVの各機能とスピアマンの順位相関係数による相関分析を行った。

なお、本研究は東京慈恵会医科大学の倫理審査委員会の承認を得ている。

#### 結果

除外基準を適応した結果、37名が対象となった。男性が29名、女性が8名であった。原因疾患は脳梗塞が12名、脳出血9名、くも膜下出血2名、脳挫傷6名、脳腫瘍4名、その他が4名であった。SSQOLの平均点は5点満点中の3.67(SD0.7)、WAIS-IVのFSIQの平均値は92.2(SD12.7)であった。

Friedman検定の結果、項目間に有意差を認め、多重比較の結果、思考・気分・活力の項目が身辺動作・視覚・言語・動作・仕事・上肢機能と比較して有意に低い値であった。

続いて、特に低い値であった思考・気分・活力と関連しているWAIS-IVの各機能について検討した結果、気分の項目と処理速度が有意に関連していた。

SSQOLの総合点とWAIS-IVの処理速度は有意な関連( $r=0.34$ )を認めた。

#### 考察

本研究結果より、歩行を含むADLが自立している高次脳機能障害患者において、HRQOLの各項目の中で思考・気分・活力は他項目と比較して相対的に低値を示した。また、HRQOLの総合点および気分の項目は処理速度と有意な関連を認めた。これらの結果は、ADLが良好な場合でも、情報処理を含む認知機能の側面が生活の質に関与している可能性を示唆する。

一方で、本研究は横断研究であり因果関係を示すものではない。また、ADLおよび歩行が自立している患者に限定しているため、運動麻痺や重度失語症を有するすべての高次脳機能障害患者へ結果を一般化することには慎重を要する。

## 左視床出血後に類音的錯書を呈した1例

### —語義失語との比較からみた表層失書機序の検討—

前田生真<sup>1</sup>，和泉由貴<sup>2</sup>，大石如香<sup>3,4</sup>

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<sup>1</sup>

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<sup>2</sup>

新潟医療福祉大学言語聴覚学科<sup>3</sup> 新潟医療福祉大学大学院保健学専攻言語聴覚学分野<sup>4</sup>

#### 【はじめに】

今回、左視床出血により類音的錯書を認め、語義失語が疑われた症例を経験したため報告する。

#### 【症例、現病歴】

84歳、右利き女性。教育歴12年。読み書きの習慣あり。X年Y月Z日左視床出血と診断。第16病日に当院回復期病棟へ転院した。

#### 【画像所見】

左視床の内側から腹側にかけてLDAあり。ASLでは左側頭葉の血流量低下が認められた。

#### 【神経学的所見】

Brs：VI - VI - VI。明らかな感覚障害なし。

#### 【神経心理学的所見】

意識清明。流暢性失語、注意障害、前頭葉機能低下、hyperlexiaを認めた。

#### 【言語所見】

発話は流暢で構音やプロソディ異常なし。発話量は乏しく、喚語困難、完全型反響言語あり。SLTA（第25病日）：呼称6/20。喚語困難が主体で語性・音韻性錯語は認められなかった。語頭音効果なし。復唱・音読は文レベルで保たれていた。聴覚的理解は単語レベルで保たれ、文レベルで低下。読解は漢字・仮名ともに単語から障害を認めた。書字は介入初期に保続や文字想起困難を呈した。第30病日頃より、名前の漢字や書取課題にて、類音的錯書（線路→戦路）が出現。TLPA（第47病日）：語彙判断148/160、類義語判断（文字）23/40。SALA（第54病日）の音読は漢字、仮名共に可能。漢字書取で

類音的錯書（乗馬→乗場、和室→和質）、形態性錯書（基本→基本）を認めた。類音的錯書を認めた単語は一部意味の説明が可能であった（乗場→馬に乗ること、和室→和の部屋）。「海老」「土産」等熟字訓の音読、書き取りは可能であった。

#### 【考察】

類音的錯書は漢字を表音文字のごとく処理することで生じる錯書であり、表層失書の中核症候として位置づけられる。特に語義失語では、語義理解の不良を反映して出現するとされる（林ら、2002）。語義失語は左側頭葉前方を中心とする変性疾患や脳血管障害で報告され、症候として①意味理解障害②語健忘・語性錯語とそれに伴う文レベルの発話障害③意味を伴わない復唱④意味を伴わない書取（類音的錯書）および音読（類音的錯読）を認めるとされている（井村、1943）。本症例は語彙理解障害および類音的錯書といった語義失語との類似点を有する一方、熟字訓を含め音読は保たれ、類音的錯読を認めなかった。病巣は左視床出血であり、血流低下は左側頭前部に限局せず左中・下側頭回を含んでいたことから、語義失語とは異なる神経基盤が想定された。表層失書の機序としては意味理解障害と文字単語形態想起障害の2パターンが想定されているが（Beeson, 2015）、本例では意味理解が一部保たれ、音読も保たれていたことから、後者すなわち漢字形態想起障害が類音的錯書により強く影響した可能性が考えられた。

## 超皮質性感覚失語を呈した1症例

### —回復期, 病棟連携, ST の役割—

白井萌々<sup>1</sup>, 有木真衣<sup>1</sup>, 安達寿子<sup>1</sup>

長岡西病院リハビリテーションセンター<sup>1</sup>

#### はじめに

回復期リハビリテーション病棟では日常生活の第一歩を踏み出すための土台を作る役割がある。超皮質性感覚性失語を呈した1症例を通じて、STの役割を検討したため報告する。

#### 症例紹介

70代前半, 男性, 右利き, 教育歴: 12年。

【主訴】伝わらない。【診断名】心原性脳塞栓症。【現病歴】X年Y月Z日, 排尿困難, Z+1日, 尿閉, うっ血性心不全の診断でA病院入院。Z+8日, 右下肢脱力, 失語症状あり, 心原性脳塞栓症の診断を受ける。Z+40日, リハビリ目的にて当院転院。【既往歴】高血圧, 睡眠時無呼吸症候群, 2型糖尿病, 拡張性肥大型心筋症。【キーパーソン】遠方の妹。【生活歴】独居, ADL, IADL 自立。【画像所見】頭部MRI 画像にて左中大脳動脈領域に亜急性脳梗塞, 右前頭葉に出血性脳梗塞痕。【神経学的所見】運動麻痺無し。【神経心理学的所見】超皮質性感覚失語, 注意障害, 遂行機能障害。言語機能面 SLTA: <聴く>単語レベルから低下(単語の理解 7/10)。<話す>呼称: 喚語困難, 新造語, 語性錯語あり(呼称 0/20)。復唱: 文レベルより低下(文の復唱 1/5)。<読む>文レベルより低下(短文の理解 6/10)。<書く>漢字仮名共に単語レベルより低下(漢字単語の書字 0/5, 仮名単語の書字 1/5)。会話場面: 自発話は反響言語, 新造語多い。無意味ジャーゴン様。流暢で多弁, 情報量は乏しい。理解面は口頭と文字併用にて単語レベル可能。高次脳機能面 RCPM: 33/36。Kohs: IQ91.9。BIT 通常検査: 144/146。TMT-J: PartA 異常判定。WMS-R: <数唱>順唱 5 桁, 逆唱 2 桁。<視覚性記銘範囲>順唱 5 桁。

#### 経過

前期(Z+32~46日): 当院一般病棟入院。病棟は, 重度失語症を認める点と失語症への固定観念から, 意思疎通消極的。症例も不満の訴えあり。

血圧低値, 見守り対応。ADL 拡大困難。

中期(Z+47~54日): 回復期病棟転棟。入棟カンファレンスにて病棟と言語・高次脳機能面・有効な説明方法等情報共有。飲水量自己管理, ナースコール活用評価実施。Z+53日, 棟内独歩自立。

後期(Z+55日以降): 在宅方向の可能性を模索。多職種で検討後, 時間管理から開始。導入時, 実場面と文字を併用し症例とSTで丁寧に確認, 定刻通り待ち合わせに繋がる。この成功体験を機に, 症例, 病棟, 双方から会話が生まれる場面が増え, 本人の体調管理等の環境調整について病棟からも能動的に提案を受けるようになる。

#### 考察

後期より病棟からも環境調整について能動的に働きかけが生じた要因について考察する。

当初, 病棟は重度失語症のため理解困難という概念があり, 活動範囲拡大に懸念が強かった。その背景には失語症状を含めた全体像の情報共有と共通課題の検討, 確認をリアルタイムに実施することが不十分であったことや, 病棟が求める活動に到達するまでには幾つもの段階を乗り越えていく過程が必要であり, チーム全体のモチベーション維持の難しさがあった。しかし共に小さな課題解決ができた体験を経て変化が生まれた。それにより, 失語症患者を取り巻くチーム全体のエンパワーメントの向上に繋がりを, 支援力に深化が生じたことが、能動的な働きかけに繋がったと考える。

#### まとめ

ST が失語症患者を支えるチーム全体のエンパワーメントを高めることにより回復期病棟での重要な日常生活の土台作りの可能性が広がる。

#### 文献

1) 種村純, 失語症臨床標準テキスト, 医歯薬出版株式会社, 2019. 2) 平山和美, 高次脳機能障害の理解と診察, 中外医学社, 2017.

## 右利き右脳損傷により全失語を呈した交叉性失語の一症例

### —書字・描画を用いた代償手段の確立と生活場面への介入—

小見結子<sup>1</sup>, 柳原岳<sup>1</sup>, 堂井真理<sup>1</sup>, 和泉由貴<sup>2</sup>

新成医会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部 言語聴覚療法部門<sup>1</sup>  
新成医会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<sup>2</sup>

#### はじめに

右利き右中大脳動脈領域の広範な損傷により全失語を呈し、介入に難渋した症例を経験した。本報告では、残存能力を活かしたコミュニケーション支援とその回復過程を報告する。

#### 症例、現病歴

71歳、右利き、女性、教育歴12年、X年Y月Z日に奇異性脳塞栓症と診断。第35病日に当院回復期病棟へ転院した。

#### 画像所見

頭部CTで右基底核と右中心前回に低吸収、右MIにHyperdense MCA signを認め、右MI閉塞の脳梗塞と診断された。

#### 神経学的所見

左片麻痺（Brs：上肢Ⅱ，手指Ⅰ，下肢Ⅰ），左顔面神経麻痺，左舌下神経麻痺，左感覚鈍麻

#### 神経心理学的所見

JCS1-Ⅱ。全失語，注意障害，構成障害，左半側空間無視

#### 評価

**初期評価（第35～52病日）**：WABは自発話1/10点，理解29/60点，復唱0/100点。状況理解は比較的良好だが，発語失行を認め易疲労性が顕著。形態性錯書や意味性錯書残存。日常生活場面は挨拶や返事できるが短文レベルのジャーゴンあり，表出面は重度低下。また悲観的で落ち込むことが多かった。

**最終評価（第198～201病日）**：WABは理解53/60点，復唱16/100点と改善。SLTAは漢字

単語の書字・書取りで形態性錯書や意味性錯書を伴うが著明な改善を認めた。RCPM 24/36点，RCFT 模写33/36点，遅延再生18/36点。

#### 経過

初期は病状への悲観から検査や言語課題に拒否的な場面もあり，心理的配慮を優先した会話訓練と観察評価を中心に介入した。コミュニケーション支援としてノートとホワイトボードの携行を促し，漢字単語・描画・クローズドクエスションの活用を促した。同時に他職種にも情報共有や指導を行った。

第154病日のてんかん発作による一時的な注意機能低下を認めたものの，徐々に代償手段が定着し自発的な書字や単語レベルの発話が増加した。この頃，より基本的欲求を伝えることができ病棟生活での不自由さが軽減，自身から積極的にコミュニケーションをとる場面や他患との談笑など社会性の広がりも見られるようになった。複雑な内容には依然として視覚提示や反復した説明を要した。錯書は残存していたが，書字による意図伝達の精度は向上し，施設退院となった。

#### 考察

本症例は描画と漢字単語の書字能力を代償手段として再構築できたことが，言語機能の改善に繋がったと考えられる。

また悲観的な心理状況ではあったが，元来の社交的で話好きのパーソナリティと病棟内での積極的な交流が，意欲の維持と症状改善に大きく寄与したと考えられた。

# 脳梗塞により高次脳機能障害を呈したが復職に繋がった症例

柳沼悠斗 上之山恵美

新潟リハビリテーション病院言語聴覚科

## はじめに

右内包後脚梗塞により高次脳機能障害を呈した症例を経験した。注意障害、耐久性低下、近時記憶障害に対して注意訓練、処理速度訓練中心に介入し約3ヶ月後注意機能中心に改善を認め、復職可能となったため報告する。

## 症例

77歳 男性 右利き 教育歴12年  
職歴:自営業で食堂を経営。主に刺身作りや妻と娘の手伝いで一品料理などを提供。  
主訴:仕事がしたい  
医学的診断名:脳梗塞(右内包後脚)  
現病歴:X年Y月Z日、朝にコップを持とうとしたところうまくつかめず救急要請。構音障害、左半身の不全麻痺あり、MRIで右内包後脚に梗塞巣を認めた。Z+23日、当院入院。  
神経学的所見:右上肢麻痺(BRS:上肢VI, 手指V, 下肢V)

## 転院時評価・訓練

全体像:意識覚醒、礼節保たれ社会的。プライドが高く頑固な性格。リハビリ意欲高く、職員とのコミュニケーション積極的。  
歩行時や机上評価時の易疲労性あり。  
高次脳機能評価:MMSE-J: 23/30. TMT-J: PartA101秒, PartB 中止. ADAS:修正後合計減点:13/80. 単語再生:5-6-7/10, 遅延再生:5/10. 単語再認:11-11-12/12. 虚再認なし. BIT: 通常検査 141/146.  
神経心理学的所見:注意障害(分配性, 持続

性), 軽度近時記憶障害, 見当識障害。

プログラム:分配性注意向上訓練(トランプ, マグネット TMT)や耐久性向上訓練(立位で注意訓練), 記憶訓練(リハビリ開始時 ST 室内に絵カードを隠し終了時に場所とカードの内容を遅延再生)実施。

## 経過

注意面は TMT-B で Z+57 日より数字・仮名同士指す誤りが減少し、自己修正も可能となった。耐久性面は Z+71 日より徐々に改善し、注意訓練を立位で行えるようになった。記憶面は予定やできごとの想起が困難だったが、日々予定の確認や出来事の想起を促したことで、定着に繋がった。復職する際に影響を及ぼす症状について本人とご家族に説明を行った。X+89 日自宅退院となり現在復職されている。

## 考察

機能改善については、二重課題訓練により分配性注意と情報処理速度双方の改善を認めた。豊倉(2021)は、分配性注意障害に対する二重課題訓練は、単一課題訓練では得られない特異的効果を示し、処理速度も精度もアップさせることが示唆されたと述べている。また、復職に繋がった理由として、本人の復職への意欲がリハビリ意欲に繋がったこと、従業員である家族に、復職する際に影響を及ぼす症状について、説明した事がスムーズな復職支援に繋がったと考えられた。

## その人らしさを意識したリハビリテーション

### —ハーモニカ演奏会に向けて—

小林慶晃<sup>1</sup>

新発田リハビリテーション病院<sup>1</sup>

#### はじめに

重度の交叉性失語を呈した症例に対して言語機能向上に向けて介入も、精神的な落ち込みや意欲低下により訓練に難渋した。そこで個人因子に焦点を当てて介入方法を変更したところ、言語機能向上だけでなく活動や参加の場面にも大きな変化がみられたので報告する。

#### 症例

【症例】80代、男性、右利き。【教育歴】9年、農家。【既往歴】脳梗塞、胃癌、高血圧症。【診断名】脳梗塞（右中心前回）【現病歴】X年Y月Z日自宅前の庭で倒れているところを家族に発見されA院へ救急搬送された。左上下肢麻痺、運動性失語を認め、MRIにて右中心前回に急性期梗塞あり、入院加療開始。リハビリ目的に、第29病日に当院転入院。【主訴】言葉が出ない。

【神経学的所見】BRS：左下肢Ⅴ，上肢Ⅱ，手指Ⅰ。左顔面神経麻痺。表在感覚は軽度～中等度鈍麻。【神経心理学的所見】発話は非流暢、単語での発話が主体で、重度の発語失行と喚語困難、音韻性錯語、保続がみられる。聴覚的理解は簡単な内容の短文レベル良好。読解は2文節まで可能。書字は氏名の書字は可能だが、文字想起の低下著明。【ADL 所見】発動性低下がみられ、ベッドから動くことが少ないが、動作全般的に性急さあり。人が脇を通ると視線が逸れる、車椅子の管理不十分で声掛け要す。以上の所見から、注意障害、前頭葉機能低下、左半側空間無視を認めた。

#### 介入内容と経過

入院当初自発話はほとんど聞かれず、ジェスチャーや身振り手振りでの代替を試みようとするが一貫性、乏しく内容の推測が難しい状態であった。意思疎通がうまくいかないことで苛立ち

や落ち込み等悲観的な場面が目立つ。リハ場面では第39病日頃より、口頭表出の頻度増加し、表出語彙数の増加を認める。発話開始時の努力性も入院時より軽減する。病棟生活では、食事とリハビリ以外の時間はベッド上で過ごす。第50病日頃より居室で演歌を聞く姿見られるようになるが、その後「歌えないから」と聞かなくなり、帰宅願望や希死念慮の訴えが増加。そこで、家族・本人より病前の趣味が「ハーモニカ」であることを聴取し、ハーモニカ演奏会を提案した。言語訓練に重点を置いた訓練内容に、ハーモニカ演奏に向けた曲の練習と呼吸・口腔機能の訓練を追加。本人は演奏会に向けて意欲的に取り組むようになり、消極的だった書字課題についても担当スタッフへ招待状の作成を行う等苦手な課題にも取り組むようになった。同時期より病棟生活でも離床時間が拡大し、他患者との交流が見られるようになった。

#### 考察

本症例は交叉性の運動性失語を呈しており、入院当初は言語機能向上を目的とした訓練プログラムを実施した。しかし、発動性低下に加えて精神的な落ち込みもあり、積極的な介入が難しかった。そこで、本人の個人因子に着目し、参加へのアプローチに焦点を当てた訓練内容へ変更した。その結果、言語機能の向上や離床時間の増加、それに伴う他者交流の機会もみられるようになった。その人らしさを意識したリハビリテーションを行う事で機能・活動・参加が相互的に作用し生活の質の向上を図れたのだと考える。

リオン医用検査機器取扱店

より豊かな  
コミュニケーションライフを...

安心サービスを... リオネット補聴器 新潟県内 店舗  
東中通・新潟店・三条店・佐渡会井店  
他6店舗

オージオメータ AA-74

オージオメータによる  
使い方Q&A  
A4冊・37頁  
定価1,000円(税別)

補聴器フィッティングのための  
オージオメータ  
A4冊・37頁  
定価1,500円(税別)

新潟県 リオン 総代理店  
プレヒアメディカル株式会社  
〒956-0117 新潟県新潟市秋葉区あおば通  
TEL 025-25-2626 FAX 025-25-7710  
<http://www.rionet-e-nigata.jp/>

福祉・労災指定：各種車椅子・座位保持装置・ベッド  
コミュニケーションエイド・福祉機器一般  
介護保険レンタル・介護住宅リフォーム相談

**(株) G・T・B**  
**(オーエックス新越)**

〒956-0017 新潟県新潟市秋葉区あおば通  
2丁目28-27  
TEL 0250-25-2626 FAX 0250-25-7710

～リフレケア～

【リフレケア】  
医薬部外品 口腔ケアジェル用ハミガキ（薬用）  
2,200円（90g）・1,100円（30g） 税別  
＜有効成分＞  
ヒノキシオール  
グリチルリチン酸ジカリウム

【リフレケアミスト】  
口腔化粧品 口腔ケア用スプレー  
1,500円（50ml） 税別

【リフレケアW】  
口腔化粧品 口腔清拭シート  
450円（80枚入） 税別

リフレケアWは雪印ビーンスターク㈱の製品です

唾液のチカラで健康と笑顔を  
お口をやさしくケア ペプチサル・シリーズ

Pepti-Sal

Pepti-sal（ペプチサル）とは、  
「Peptide（ペプチド）」＋  
「Saliva（唾液）」の造語。  
唾液のチカラに着目して開発された  
低刺激性のオーラルケア製品です。  
デリケートなお口をやさしくケアし、  
お口の健康を健康に保ちます。  
要介護の方のケアにもおすすめです。  
2014年12月発売

ペプチド 保湿成分 保湿成分 保湿成分 保湿成分 保湿成分 保湿成分 保湿成分

T&K ティーアンドケー株式会社 [www.comfort-tk.co.jp](http://www.comfort-tk.co.jp) ☎ 0120-555-350  
〒103-0012 東京都中央区日本橋區留町1-5-7 TEL：03-5640-0233 FAX：03-5640-0232

**主催 (一社)新潟県言語聴覚士会**

大会運営:第12回学術大会部

田村俊暁、飛田靖人、安達侑夏、落合勇人  
佐藤秀和、志塚めぐみ、白樺友則、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/>