

第12回
広島県言語聴覚士会 学術集会
プログラム・抄録集

日時：平成28年3月6日（日）

10:00 ～ 16:00（受付 9:30～）

会場：県立広島大学 三原キャンパス 大講義室

ご 案 内

I 参加者の皆様へ

本学術集会は、日本言語聴覚士協会生涯学習プログラムのポイント対象の研修会となっています。「生涯学習受講記録票」をご持参いただき、受付で呈示の上、参加証明書、発表証明書をお受け取りください。

本学術集会においては、参加1ポイントが取得できます。なお発表者は、さらに1ポイントの取得ができます。

受講票を紛失した方は、日本言語聴覚士協会から再交付を受けてください。県士会主催の基礎講座、専門講座の会場でも購入が可能です。

II 演者の皆様へ

- ① 一般演題の発表時間は7分、質疑応答時間は7分です。
- ② Windows 版 Microsoft PowerPoint 2003 で再生可能なプレゼンテーション・ファイルをご作成ください。機種依存文字は使用しないでください。PowerPoint 2003 以降のバージョンで作成する場合は、必ず「PowerPoint 97-2003 プレゼンテーション」というファイル形式で保存してください。
- ③ 機器接続と映写の不具合を回避するため、発表当日、個人 PC は使用できません。
- ④ 発表当日のデータの差し替えは、できるだけ控えてください。
- ⑤ 学術局担当者による事前の動作確認を希望される場合は、電子データを平成28年3月2日(水)午後2時までに担当者宛にメールで送信してください。メール送信が難しい場合は、CD-R に保存して郵送してください。受領時および会場での再生に不具合がある場合は3月3日(木)午後5時までに連絡しますので、連絡先メールアドレスおよび電話番号等をお知らせください。
- ⑥ 動画、音声を含む場合は送付時に明記してください。
- ⑦ 事前の動作確認を希望されない場合は、CD-R に保存して当日ご持参ください。事前動作確認を希望されない場合に生じた動作上のトラブルには演者が対応してください。
- ⑧ 当日は10時開会となっておりますが、ファイル動作の最終確認をしていただきますので、午前9時10分～30分に会場ステージにおいでください。⑤の事前動作確認を希望された場合も、必ず電子データをCD-R に保存して持参してください。
- ⑨ セッション開始10分前までに次演者席にご着席ください。

III 座長の方へ

セッション開始10分前までに次座長席にご着席ください。

担当セッション内で、活発な討論が行われるようにご配慮ください。

第12回広島県言語聴覚士会学術集会 プログラム

- 10 : 00 開会
- 10 : 05 一般演題 A群 : 失語症 座長 : 津田哲也 (県立広島大学)
- A-1 「左の中心前回の梗塞にてForeign Accent Syndromeを呈した症例」
脳神経センター大田記念病院 村上琴美
- A-2 「右半球損傷により失語症状を認めた一例」
因島医師会病院 原山 秋
- A-3 「失語症者の伝達手段としてのコミュニケーションブック・アプリ版活用の効果」
広島市民病院 水永沙希
- 10 : 48 一般演題 B群 : 摂食嚥下 座長 : 柏田孝志 (広島市立リハビリテーション病院)
- B-1 「誤嚥性肺炎後、3食経管栄養から3食経口摂取が可能になった症例」
西広島リハビリテーション病院 岡野つぐみ
- B-2 「当院でのEAT-10の活用方法の検討」
公立みつぎ総合病院 瀧野 剛
- 11 : 17 一般演題 C群 : 発達 座長 : 下妻玄典
(広島県立障害者療育支援センターわかば療育園)
- C-1 「集団活動への参加が困難であった自閉症スペクトラム障害
一症例へのコミュニケーション支援」
広島市西部こども療育センター 奥田晶史
- 11 : 32 平成27年度言語聴覚の日のイベント報告
- 11 : 45 昼休憩 (各自、昼食をご用意下さい)
* 会場前の廊下で、関連企業による商品展示があります。
* 会場内で出展企業による商品説明があります。説明中は静粛にお願いします。
- 12 : 45 第13回広島県言語聴覚士会 総会
- 13 : 30 シンポジウム 「在宅を支えるリハビリテーション
～訪問リハビリテーションの立場から～」
司会 : 五郎水敦 (大野浦病院)
- 他職種から見た参加と活動 STに期待する事
坂口暁洋 氏 訪問看護ステーションみなみ 理学療法士
大野木英二 氏 公立みつぎ総合病院訪問看護ステーション「みつぎ」作業療法士
岸川映子 氏 (有) GRACEAGE 井口台介護ステーション 介護支援専門員
- STから見た参加と活動 実際の訪問リハ
嚥下障害への関わり 山田亜紀子 氏 コールメディカル広島
失語症への関わり 荻原幸恵 氏 西広島リハビリテーション病院
- 16 : 00 閉会

シンポジウム

「在宅を支えるリハビリテーション～訪問リハビリテーションの立場から～」

＜他職種から見た参加と活動 STに期待する事＞

「活動」「参加」を見据える

坂口暁洋

訪問看護ステーションみなみ

＜活動と参加＞

私は理学療法士を説明する時に「体づくりの専門家です」と言うようにしています。リハビリテーション専門職として、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが求められ、心身機能の維持や改善への偏りを指摘する声も聞かれます。在宅でのリハビリテーションに係わるようになって16年になりますが、未だに私が直接的に働きかけることができる大半が心身機能です。しかし「活動」と「参加」も見据えてはいます。

Tさんは外出が好きな方でしたが、両下肢の麻痺により立つのもやっとなり、乗車がとても大変でした。私ができることは下肢のストレッチとスクワットです。幸いにも活動性が向上し、乗車が楽になりました。そして、行くことができるお店が増え、1日に何店舗もハシゴができるようになり、“ショッピング”を楽しめるようになりました。嬉しかったです。

＜言語聴覚士への期待＞

意思疎通がとれなければ孤独です。栄養摂取ができないと死にます。だから言語聴覚士は人間が生きるために必要です。

人間は一人では生きていけません。コミュニケーションは伝える側と受取る側があって成立するため、双方への働きかけが大切です。また、食事を楽しみにしている人は多い。肉の焼ける音、ドルチェの見た目、味噌汁の香り、リンゴの歯ごたえ、豆腐の舌触り、ビールのど越し、どれをとっても幸せを感じる瞬間です。どんなものならば、どのようにすれば、どこまでならば食べることができるのか、そのさじ加減の見極めが大切です。

在宅での療養生活支援において、個性への対応は欠かせません。専門職としての適切な評価をもとにあらゆる可能性を見出し、ご利用者様を笑顔にしてくれることを期待しています。

＜他職種から見た参加と活動 ST に期待する事＞

当事業所における訪問リハビリテーションの実際

大野木英二

公立みつぎ総合病院訪問看護ステーション「みつぎ」

団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年に備え、全国で地域包括ケアシステムの構築が急がれています。それを推進するように平成 27 年度は介護保険が改定されました。そこではリハビリテーションに求められている役割がより鮮明になり、「活動」と「参加」に焦点を当てたりリハビリテーションが質の高いものとされています。私は作業療法士として訪問に従事しており、利用者が在宅生活の中で「したいこと」、「しなければならないこと」、「することを期待されていること」を支援したいと思っています。しかしそれは、当然ですが利用者の個々のニーズに個々の特徴と環境の中で対応しなければならず、多くの困難があります。その困難の解決、改善を効率よくしていくためには、各専門職や関係者の特徴をいかす事ができる連携が必要なことを体験してきました。

そこで、この度は当事業所の訪問リハビリの実際の様子を見ていただきながら、「活動」・「参加」への支援、連携の困難さ、言語聴覚士の方と協働した経験等をご報告したいと思っています。

＜他職種から見た参加と活動 ST に期待する事＞

介護支援専門員からみた言語聴覚士の役割

岸川映子

(有) GRACEAGE 井口台介護ステーション

介護支援専門員は、介護が必要な高齢者を社会全体で支える仕組みとして介護保険制度が誕生した平成12年に作られた職種である。在宅や施設、地域包括支援センター等活動の場は様々だが仕事の根幹となるのはケアマネジメントプロセスに則ったケアプラン作成だと考えている。目の前にいる高齢者や家族と相談面接技術を用いて対話しながら、健康状態、ADL、IADL、コミュニケーション能力、食事摂取、介護力等の23項目にわたるアセスメントを行い、ケアプランを作成する。利用者や家族がどう暮らしていきたいかという生活に対する意向を基に、長期目標、短期目標を設定し、それを実現するためにどんなサービス内容、サービス種別、事業者が必要か考える。ケアプラン原案に必要なメンバーに召集をかけ主治医も交えてサービス担当者会議を開催し、利用者や家族も含んだチーム全体が目指す総合的な援助方針を全員で共有する。

日々多様な利用者に応じてケアプラン作成を行っているが、脳血管疾患後遺症、難病、認知症、癌の末期、老衰など疾患や状態によりケアプランの内容やチームのメンバーはかなり異なる。認知症であればなじみの関係、地域との関わりや成年後見制度などがクローズアップされるが、癌の末期の場合は主治医や訪問看護、病院等医療との連携、スピード感が重要である。

本シンポジウムでは、言語聴覚士と協働させていただいた事例の中で、まずは「口から食べたい」という利用者と家族の願いをかなえるための摂食嚥下に関する支援について、次に「些細なことでも自分の希望を伝えたい」「もっと言いたいことがあるのをわかってもらいたい」というコミュニケーションに対する支援について紹介する。

胃瘻を造設した利用者が在宅に戻り「口から食べたい」と希望した。まずは、回復期リハビリ病棟の言語聴覚士の退院時報告書を参考に主治医と相談した。次に歯科医師が嚥下評価を行い、サービス担当者会議で言語聴覚士を含めた多職種の意見を聞きながらケアプランを作成した。訪問リハビリの言語聴覚士が段階的に訓練を行い、経口摂取が可能となった。

失語症や難病のために意思伝達が難しい利用者に訪問リハビリや病棟の言語聴覚士が協力しレッツチャット等の意思伝達装置を病状に合わせて調整し意思を伝える事ができた。今後より多くの言語聴覚士がチームの一員となり専門性を発揮して頂く事で利用者の生活の質が向上するように希望する。

<ST から見た参加と活動 実際の訪問リハ>

嚥下障害への関わり

山田亜紀子

医療法人社団 CMC 在宅療養支援診療所 コールメディカルクリニック広島

【はじめに】当クリニックで ST が訪問リハビリに参加してから約 8 年間に、延べ 124 人の患者を担当した。そのうち、嚥下障害患者は 104 人（84%）と高い割合を占めた。在宅療養する患者にとって嚥下リハビリの必要性は増している。今回、嚥下障害を呈した症例を通して在宅生活における訪問 ST の役割を考える。

症例① 60 代女性 封入体筋炎

X 年 嚥下障害，歩行障害，呼吸障害出現 → TPPV，経鼻胃管栄養開始

X+2 年 2 月 在宅診療・訪問 PT 開始，経口摂取不能

6 月 経口摂取の希望強く，訪問 ST 開始

少量ずつの経口摂取が可能となる

X+3 年 1 月 食べたい物を探しに家族とスーパーへ買い物

車椅子に移乗し毎日夫とコーヒーを楽しむ

5 月 PT とベッド上での調理練習開始

7 月 主治医らを招いて餃子パーティー開催

X+4 年 6 月 夫，娘夫婦とともに鹿児島旅行

症例② 80 代男性 筋萎縮性側索硬化症

X 年 筋萎縮性側索硬化症の診断

X+2 年 在宅診療開始，デイケア利用開始

X+7 年 徐々に症状進行，妻の介護負担増加，レスパイト入院増加

X+9 年 2 月 レスパイト入院中，誤嚥性肺炎 → 24 時間 NPPV，経鼻胃管栄養開始

3 月 在宅看取りを念頭に自宅退院，「デイケアの御飯が食べたい」「歩きたい，座りたい」
毎日の経口摂取のために訪問 ST 開始

4 月 呼吸不全進行，永眠

【まとめ】在宅医療の現場において「死んでもいいから食べたい」と希望する患者は少なくない。そんな思いを実現できた時には「食べる」ことが生きる意欲に繋がり、「食べる」ことをきっかけに活動性が高まるケースを度々経験した。「食べる」ことを支援する ST として患者・家族の思いに寄り添い、一人一人の充実した、納得できる人生をサポートしていきたい。

<ST から見た参加と活動 実際の訪問リハ>

失語症への関わり

荏原幸恵

西広島リハビリテーション病院

私は、当院での病棟 ST を経て、2008 年から訪問 ST に従事しています。また、地域における失語症友の会の活動にも関わらせていただきました。

当院の病棟 ST から、「訪問ではどんなことをしているのか」「病院の言語リハビリとは違うのか」と聞かれることがあります。

在宅失語症者の中には、意思疎通が不十分なまま家に帰り、誰にも理解してもらえない環境で心を閉ざし、家庭内で孤立している方がおられます。家族もまた、どう接していいのかわからず、想定外の行動に戸惑い、家全体が重苦しい行き詰まった状態になっている場合があります。

こうした状況に訪問 ST として介入していくとき、言語機能だけをみても生活は改善されません。その人らしく笑顔で穏やかな生活を取り戻していくために、何をどうしたら上手くいくのかを生活や家族関係を確認しながら考え続け、対応や工夫を求められます。

失語症は短期間ではよくなりません。実生活でのコミュニケーションの再構築には時間がかかり、社会参加を含めた長期的な関わりが望まれます。

地域における ST の役割として、家族や身近な人に働きかけ、失語症者にとって必要なことは何かを一緒に考えてくれる理解者を増やし、失語症者を地域につないでいく役割は大きいと感じています。

今回、訪問リハビリでの事例を紹介し、在宅失語症者に対する訪問 ST の役割や、退院後の失語症者がどんな生活を送り、どんな支援を必要としているかを考える機会になればと思います。

一般口演

A-1 左の中心前回の梗塞にて Foreign Accent Syndrome を呈した症例

村上琴美
脳神経センター大田記念病院

【はじめに】

Foreign Accent Syndrome (以下 FAS) とは母国語として正常なアクセント、イントネーションをつけることができないために、あたかも外国語を話しているかのようなプロソディーを呈する後天的症状とされる。今回、左の中心前回の脳梗塞にて FAS を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は50歳代右利き、男性。主訴は言葉が上手く話せない。現病歴は201x年x月、A市へ出張で来ていた。起床時にしゃべれなくなったことに気が付きホテルの従業員を呼んだ。同日受診し入院した。頭部MRIにて、左の中心前回下部から中側頭回にかけて心原性脳塞栓症を認めた。神経学的所見はJCS I-1、四肢の動きは良好で、軽度の右顔面麻痺と発話の障害、軽度の構音障害を呈していた。なお、嚥下面は問題がなかった。言語面は、聴覚的理解は文章レベルが可能で、発話は発話開始困難、音の繰り返し、音の歪み、音韻性錯語を認め、単語～短文レベルであった。コミュニケーションは簡単な内容であれば筆談を用いながら可能であった。神経心理検査結果はHDS-R・MMSEともに28点、コース立方体組合せテストIQは103であり明らかな認知機能面の低下はなかった。標準失語症検査(SLTA)は良好、語彙判断検査(音声提示、視覚提示)を実施したが非単語の弁別、イントネーションの判断も可能であった。オーラルディアドコキネシスは/pa/が27回、/ta/が27回、/ka/が30回、/pataka/が8回であった。アクセントや抑揚は、「おはようございます」を「おはよーございまーす」など、文節の後半部や短文の後半で本人の意志と反して出現し、外国人様の聴覚印象であった。

【経過】

第2病日目、発話は非流暢で「えんぴつ→えんりつ」、「しんかんせん→しんけんせん」などの音韻性錯語と音の歪みを認めた。書字も同様の誤りを認めた。経過とともに音韻の歪みや音韻性錯語、錯書は改善したが、プロソディーの異常は残存した。「自分でアクセントがずれないように意識して話して言います」、「話すときにリズムをとると話しやすい」などの内観が聞かれた。病棟でのADLは自立していた。第19病日目に地元のB病院へ転院となった。

【考察】

本症例は、入院当初は失構音と構音障害を合併していたが、その回復過程においてFASが出現した。FASの責任病巣としては左中心前後回皮質または皮質下白質を含む小梗塞、左内包後脚から放線冠にかけてのラクナ梗塞のいずれかであると報告がある。一般的に失構音でみられるようなプロソディーの平板化や発話速度の低下に比べ、外国人様の聴覚的印象が際立ったことから、本症例はFASであったと考える。

【はじめに】

今回、右の頭頂葉を主病巣とする脳梗塞により発症した高次脳機能障害に関して、通常とは異なる側性を認めた一例を経験したので、報告する。

【症例】

80代女性。右利き。軽度の左上肢不全麻痺と会話が困難とのことで救急搬送。頭部CTにて右頭頂葉に梗塞巣を認め、保存的加療を行い、約3週間後に当院入院。

【神経学的所見】

意識は当院初診時 JCS I-2。左上肢不全麻痺。

【神経心理学的所見】

失語症、軽度の左半側空間無視、構成障害、着衣失行

【言語症状】

自発話は比較的流暢だが、音韻性錯語、音の探索・自己修正を認めた。初回 SLTA の理解面では、聴覚的理解、読解いずれも短文レベルより低下し、短文の聴理解 6/10・読解 3/10・口頭命令 5/10・書字命令 4/10 であった。呼称は 16/20。復唱・音読においても単語レベルではいずれも全問正答であったが、短文レベルでは復唱 2/5・音読 2/5 で助詞や送り仮名の部分での音の誤り、探索・自己修正を多く認めた。書字では漢字・仮名ともに単語レベルより障害を認め、漢字単語では形態性錯書を認め、仮名单語では音韻性錯書や保続が頻発した。まんがの説明では、無意味な仮名の羅列を認め、ジャルゴン失書を呈した。

再評価では、理解面は短文の聴理解 7/10・読解 6/10・口頭命令 8/10・書字命令 5/10 といずれも改善を認めた。発話においても呼称は 19/20。文の復唱 3/10・短文の音読 3/10 と改善を認めた。特に発話は成績の改善以上に音韻性錯語、探索・自己修正が減少した。一方、書字の障害は強く残存し、初期評価時と同様に仮名書字における音韻性錯書や保続、まんがの説明におけるジャルゴン失書を認めた。

【考察】

これまでの報告から、右半球損傷による失語症状は、病変部位によらず、失文法、ジャルゴン失書等を認める非流暢な発話とされる。一方で、右利き左半球損傷の際に生じる失語と大きな差はないと報告されるなどいまだ議論が残る。本症例の発語は、音韻性錯語、音の探索・自己修正を認め、左半球頭頂葉損傷で認められる、伝導失語に近似していた。一方で、右半球損傷に特徴的な症状といわれる、ジャルゴン失書を認め、言語症状としては、上記のいずれの報告をも併せ持つ症状と考えられた。再評価では、強い書字障害が残存した。その他のモダリティでは改善を認め、モダリティ間の乖離が顕著となった。これは書字機能が右側に強い側性を示し、その他のモダリティの機能が左右に分化した状態であると考えられた。

コミュニケーションブック・アプリ版活用の効果

○水永沙希¹⁾ 加藤亜依²⁾ 廣富哲也³⁾ 坊岡峰子⁴⁾

1) 広島市民病院 2) 広島市北部こども療育センター
3) 島根大学大学院総合理工学研究科 4) 県立広島大学保健福祉学部

【はじめに】

失語症者の拡大代替コミュニケーション手段（以下、AAC）の一つに、コミュニケーションブックが挙げられる。近年、タブレット端末の急速な普及とその利便さにより、コミュニケーションブックに代わるタブレット用のアプリ（以下、アプリ）の開発が進められている。そこで本研究では、AACとしてのアプリ使用の効果を検討するために、課題語の伝達場面において、アプリ使用の有無による差を比較した。

【方法】

対象は失語症者 8 例（重度 3，中等度 4，軽度 1）。失語型は、ブローカ 6 例，ウェルニッケ 1 例，非典型 1 例であった。平均年齢は 69.6 ± 6.9 歳。失語症者から会話相手である家族等に課題語を伝達する場面を設定し、アプリ不使用时（アプリ以外の口頭，ジェスチャー，書字，描画等自由に選択）とアプリのみ使用時で実施した。1 課題語の伝達制限時間を 2 分とした。課題語は食物，衣類，体調など 6 カテゴリーから各 1 語を選択した 6 語を 1 セットとし，実施期間をあけて異なる 2 セットを実施した。タブレットは階層を構成するアプリ SClick により，各カテゴリーを 2 または 3 層で構成し，単語は全て文字付きのカラー絵で示した。

【結果】

課題語の伝達成功率はアプリ不使用时 66.7%，使用時 75.0%，重症度別では，重度例は不使用时 38.9%，使用時 58.3%，中等度例は不使用时 81.3%，使用時 83.3%，軽度例はいずれも 91.7% であった。正答までの平均所要時間はタブレット不使用时 20.0 秒，使用時 30.4 秒であり，いずれの重症度でもアプリ使用時の方が長く要した。課題語別に正答率をみると，「ブラウス」，「めまい」はアプリ使用時に 35% 以上増加した。また，重度例では，聴覚的理解が特に不良な 1 例及び絵の拙劣さにより正確な伝達が困難な 1 例がアプリ使用時に正答率が増加した。アプリ不使用时に AAC 手段を複数使用した 1 例はアプリ不使用时，使用時ともに正答率は高かった。

【考察】

階層構成アプリ SClick の使用により伝達成功率が向上し，特に重度例での使用効果が示された。また，ジェスチャーや描画などでは正確に示しにくい内容を絵で提示できることによる効果が示唆された。しかし，アプリ使用時には伝達に時間がかかる傾向がみられ，今後，アプリ使用の習得と，伝達内容により選択できる AAC 手段の 1 つとして位置付けられることが重要と考えられた。また，失語症者間で，会話時の伝達方法や正確性は大きく異なるため，今後は，階層構造の理解，アプリの使用能力，会話相手に対する支援などを十分考慮し，導入を検討する必要がある。

B-1 誤嚥性肺炎後，3食経管栄養から3食経口摂取が可能になった症例

岡野つぐみ

医療法人社団朋和会 西広島リハビリテーション病院

【はじめに】

誤嚥性肺炎に罹患し，治療後，再入院となった3食経管栄養の患者が3食経口摂取となり，退院した。3回の嚥下造影検査（以下VF）の結果をもとに改善の要因を考察したため，報告する。

【症例】

70代男性。右中大脳動脈・両側前大脳動脈の脳梗塞を発症し，左片麻痺・構音障害・嚥下障害・高次脳機能障害（注意障害・記憶見当識障害・左半側空間無視）を認めた。再入院時，覚醒は不安定であったが，覚醒良好時は簡単な動作指示に応じることが可能であった。ADLは全介助レベルであった。発話明瞭度は4で，舌の動きはわずかにみられるのみであった。退院時は覚醒が向上し，入院時と比較して舌の左右上下運動がみられるようになり，発話明瞭度は2まで改善した。

【方法】

Logemann（2000）と岡田澄子（2004）の方法に基づき，VF動画にて食塊の通過時間および嚥下動態を分析した。口腔通過時間・咽頭通過時間・咽頭期誘発遅延時間・嚥下反射惹起時間を計測し，VF1回目とVF2回目（角度30度，はちみつ状のとろみ小スプーン1/2杯，ゼリー小スプーン1杯，ポタージュ状のとろみ小スプーン1/2杯），VF2回目とVF3回目（角度60度，ポタージュ状のとろみ小スプーン1杯，とろみミキサー食小スプーン1杯）をそれぞれ比較した。また，嚥下時の舌骨の前上方運動に関しては，杉下ら（2014）の方法に基づき，舌骨の前方挙上距離および上方挙上距離を測定した。また，岩田ら（2010）の方法に基づき，第3頸椎前縁を1単位として，各VF時の安静時の頤-舌骨前下端間を計測し，舌骨の位置の変化を分析した。

【結果】

VF2回目は，VF1回目と比較し，口腔通過時間・咽頭通過時間・咽頭期誘発遅延時間・嚥下反射惹起時間のすべてが短縮した。VF3回目は，VF2回目と比較し，口腔通過時間・嚥下反射惹起時間の短縮がみられた。VF1回目とVF2回目，VF2回目とVF3回目ともに，特に嚥下反射惹起時間に改善がみられた。

嚥下時の舌骨の前上方運動に関しては，前方挙上距離および上方挙上距離ともに各VFにおいて，大きな変化はみられなかった。

安静時の頤-舌骨前下端間は，VF1回目2.73単位，VF2回目2.45単位，VF3回目2.55単位と，VF1回目と比較すると，VF2回目と3回目は頤-舌骨前下端の距離がやや短縮し，舌骨が頤に近づいたことが確認された。

【考察】

今回，3食経口摂取が可能となった要因として，覚醒の改善とともに，摂食・嚥下に関わる各器官の運動機能の改善が，食物の通過時間や咽頭期・嚥下反射の惹起時間を短縮させたものと考えられた。特に，頤-舌骨間の短縮は，嚥下運動に重要な舌骨上筋群の筋力向上を示唆し，嚥下反射惹起時間の短縮に影響を与えたものと思われた。

○瀧野剛 吉村美佳
公立みつぎ総合病院 リハビリテーション部

【はじめに】

これからの介護予防についてはリハビリの関与が推進されており, その中で言語聴覚士(以下 ST)には摂食嚥下にかかる関わりが期待される. 今回は摂食嚥下機能における ST の関与のない高齢者を対象に摂食嚥下スクリーニング EAT-10 を実施し, 在宅高齢者への摂食嚥下スクリーニングの有用性について検討した.

【対象】

調査期間は 2015 年 11 月 1 日から 2015 年 12 月 15 日とした. 調査対象者は当院回復期病棟 (以下回復期) 入院患者及び, 当院デイサービスセンター (以下 D.S.), 介護予防センター(以下介護予防) 利用者のうち脳卒中既往がないこと, 摂食嚥下機能に低下を疑われていないこと, 認知症高齢者自立度はⅡb 以上であることを条件とし, 調査に協力の得られた 43 名 (平均年齢 82.6 ± 9.1 歳) とした. 内訳は回復期 15 名 (平均年齢 76.9 ± 10.6), D.S. 13 名, 介護予防 15 名 (平均年齢) であった. 要介護認定を受けていた割合は回復期 65% (入院時)・D.S. と介護予防ではそれぞれ 100% であった.

【方法】

EAT-10 の実施は言語聴覚士による聞き取りで調査を行った. データの集計は, D.S. と介護予防を合わせた地域に住む要介護高齢者 (以下在宅高齢者) の平均得点, カットオフ値の 3 点以上の割合 (以下摂食嚥下機能低下率) を集計し, 回復期と在宅高齢者の平均得点の有意差の判定を行った.

【結果】

EAT-10 の平均得点は回復期 0.44 点, 在宅高齢者 1.39 点であった. 摂食嚥下機能低下率は, 回復期 6%, 在宅高齢者は 21% であった. 回復期と在宅高齢者の平均得点間には有意差 ($p < 0.05$) を認め, 摂食嚥下低下率では在宅高齢者は回復期より高い割合となった.

【考察】

D.S. や介護予防で回復期より, EAT-10 の平均点が有意に高い事や, 摂食嚥下機能低下率が高値な原因として在宅高齢者では潜在的摂食嚥下機能の低下に気づかれていない可能性が考えられる. これは, 当院回復期病棟では摂食嚥下障害を疑うケースについてはリハビリ料算定の有無にかかわらず ST へ相談があるなど他職種で対応しており専門職の関わる機会が多いが, 在宅高齢者では ST の関わりが無く他職種での対応が出来ていない事が今回の結果であると考えた. また, 回復期でのリハビリで身体機能の向上を図ることが同時に摂食嚥下機能維持につながっており, これの関与も今回の結果の一要因だと考えられる. 今回の調査結果から D.S. や介護予防での EAT-10 の実施は, 要介護認定を受けている在宅高齢者の摂食嚥下スクリーニングとして有用であるといえる. EAT-10 は簡便に行える利点もあり, 今後介護予防事業の中で ST が多職種と連携していくための 1 つの手段として使用していくことを検討していきたい.

C-1 集団活動への参加が困難であった自閉症スペクトラム障害

一症例へのコミュニケーション支援

奥田晶史

広島市西部こども療育センター 療育課

【はじめに】

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder; ASD) とは、「社会的コミュニケーションと社会的相互交渉の障害」, 「行動・関心・活動における固定的パターン」によって定義づけられる障害 (American Psychiatric Association, 2013) である。今回、地域の幼稚園に通う年中児の ASD 児を対象にフォーマルアセスメントを行った後、5ヶ月間主にインフォーマルアセスメントに基づいてコミュニケーション支援を行い、その成果について考察を加えて報告する。

【症例】

地域の幼稚園に通う年中児 診断名は自閉症スペクトラム障害、軽度知的障害である。生育歴は周産期の異常を認めず、喃語 0;10, 指さし 1;8, 有意語 2;1. 1;5 で文字の興味を持ち始め、2;7 頃平仮名、カタカナの音読をするようになった。CARS は 37.5 (重度自閉症)。新版 K 式発達検査 2001 (検査時年齢 2;9) の結果は各領域の発達指数 (以下、DQ) は全領域 DQ:64, 姿勢—運動 DQ 111, 認知—社会領域 DQ 61, 言語—社会領域 DQ 58 であった。指導頻度は約 1/W で集団 (子ども 3 名) 療育と個別療育を交互に 16 セッション実施し (集団療育 8 回, 個別療育 8 回)。指導期間は約 5 ヶ月間であった。保護者の主訴は集団行動が出来ない (列に並べない, 椅子に座っておけない), 多動で落ち着かない等であった。

【経過】

セッション初期では、①遊びを終えて次の活動へ移ることができず、切り替えの困難さが顕著であった。②集い (本児も含め 3 名の子どもで着席し、歌を歌ったり、絵本を見る) 場面では集いの進行中に離席し、椅子の上に立つ、その場を離れておもちゃがある場所へ移動しようとする様子が見られた。③大人の援助が必要な場面では、その場を離れてしまい困難なことから回避しようとして、すぐに手助けを求めることができない様子がみられた。①に対してはセッションの活動の見通しが持てるように絵カードを上から下の順に時系列に並べたスケジュールを用意し、更に活動の終わりの合図としてトランジションカードを本児へ手渡して伝えるようにしたところ、落ち着いて遊びを終えることが出来るようになった。②については、集いの内容を上から下の順に絵と文字のカードで (「あいさつ」「えほん」など) を個別に見せ、次に何をするのか視覚的に示したところ、集い途中での離席がなくなり、最後まで参加することが出来るようになった。③に対しては、大人の援助が必要な場面でコミュニケーションカードを手渡して伝える方法を用意し教えたところ、限定された場面からカードを手渡し、援助を求めることが出来るようになった。

【考察】

ASD 児は視覚的に学ぶことが得意であるといわれており、本児も有効であった。また指導終了後幼稚園で黒板に書かれた予定に注目するようになり、朝の会での離席が減少し着席して参加できる場面が増えるなどの変化が見られた。今後は在籍する幼稚園で実施可能な支援の形を検討することが課題である。