



第22回 佐賀県作業療法学会

師資相承

— 佐賀県作業療法士会まだ40歳 —



会 期：令和4年11月20日(日)
9時50分～16時30分(受付開始9時20分～)

会 場：web開催 配信本部：MEME 唐津

主 催：一般社団法人 佐賀県作業療法士会

(一社) 佐賀県作業療法士会

会長挨拶

会長 山口 洋一



まずは第22回佐賀県作業療法学会が新型コロナ感染の収束しない中であっても開催されることに心から敬意を表します。貴重な会員の自己研鑽、情報交換の場としての位置付けの学会を準備頂いた山科学会会長をはじめ唐松地区の実行委員の皆様方に感謝申し上げます。また講師を務めて頂く瀧雅子先生及び倉富眞先生、演題登録を頂いた会員の皆様方に厚く御礼を申し上げます。

さて県士会は、この県学会を県内5地区での輪番制にて毎年1回開催しております。これにはいくつかの意味があります。地区で作り上げるためには、地区内の交流が必要であり、この作業が地区内の会員の活性化につながると考えています。また身近な会員同士での情報共有や相談などの連携の強化、緊急時の迅速な対応が出来やすくなると思います。他にも県学会の実行委員会を経験することで九州作業療法学会やその他の運営などの大きなイベントにも理解して開催側として参加できることにつながると考えます。規模の違いがあれ実行委員会として行うプロセスはほぼ同じだと認識しています。地区での活性化は県士会全体へも好影響をもたらす、組織強化にもつながると考えております。

ここで皆様方へお願いは、最近は対外的にも作業療法士への期待が高まっています。それは特別な技術や手法ではなく、日頃から我々が行っていることの延長であろうと考えます。日常の業務に加えて、是非是非地域のニーズに応えられる作業療法でありたいと願います。今後共ご協力をお願い致します。

今学会テーマは、「師資相承～佐賀県作業療法士会、まだ40歳～」と掲げており、今年の九州作業療法学会2022 in 佐賀のテーマ「維遂（いと）～育み、つなぐ。そして明日へ」とも同じベクトルのように思えます。次の地区やこれからの佐賀県の作業療法を担う世代へ継承していくことの大切さを表現されていると認識します。そのためにも多くの方々に参加されることを願います。

結びになりますが、学会へご参加の皆様方が今後とも作業療法士として一層ご活躍なされますことを心からご祈念申し上げまして、会長としてのご挨拶とさせていただきます。

第22回佐賀県作業療法学会

学会長挨拶

学会長 山科 啓太



この度、Web開催にて第22回佐賀県作業療法学会を開催させていただき運びとなりました。依然としてCOVID-19は猛威を振るい、昨今の状況を鑑みるに現時点では、対面開催は困難であると判断しました。そのため第21回と同様にWebという方法を選択することにはなりましたが、鳥栖・三養基地区が先駆者でご教授をいただいているとはいえ、それは簡単ではありませんでした。演題募集方法や通信に関して、今まで触れたことのないものが多数ありました。しかしながら、新しいことに触れていくにつれて、非常に有用で便利な方法を知ることができました。今回の準備を経験し、作業療法士として常に変化する情報や手段を知り、それに合わせて対象者の方々により良い生活の提示を行うことが重要であるのではないかと考えさせられた機会でもありました。PCソフトや新しい機器を使用して対象者様の可能性を拡大していく事など、新しいことを知り、それを現場に活かせることが作業療法士の力量になるのではないのでしょうか。

ただその中でも佐賀県のみならず、全国において作業療法士の先人が積み上げてこられた考え方や不変なものがあります。それを受け継いでいく、今回のテーマでもある『師資相承』になります。佐賀県作業療法士会40周年ということもあり、テーマに即した講師をお招きしました。我々に非常に貴重な経験や知識を授けてくれることを楽しみにしております。また本学会にはもう一つのテーマがありました。それについては編集後記にありますので、お目を通していただけたら幸いです。

第22回学会準備委員一同、皆様の学びの場となり何かを持って帰っていただき、現場に活かしていただくことができたなら、これに代わる喜びはありません。

本学会開催にあたり山口洋一会長、ご講演を賜る講師の先生方や一般演題に登録して下さった会員の皆様、ご参加くださいます皆様、そしてなによりも開催準備に携わっていただいた実行委員長をはじめとした準備委員の皆様、心からお礼を申し上げますとともに益々のご活躍を祈念致しまして学会長の挨拶とさせていただきます。

スケジュール

受付 9:20 ~ 9:50

開会式 9:50 ~

特別講演 10:00 ~ 11:30

「師資相承 ~作業療法って面白い~」 東筑紫学園 九州栄養福祉大学 リハビリテーション学部
作業療法学科 学科長 教授 瀧 雅子
司会 河畔病院 林 克明

一般演題 セッション1 11:40 ~ 12:40

〔運動器疾患・自動車運転〕 座長 (河畔病院 本山 祥子)

○失語症者に対する運転再開支援の経験
~運転に関連する簡易失語症候評価の試み~ 伊万里有田共立病院 崎田 誠司

○頸椎症性脊髄症にて手指巧緻動作障害を呈し
COPMを用いて介入を行った症例
~箸使用での食事動作獲得に向けて~ サンテ溝上病院 武富 隼人

○人工肩関節置換術を施行した症例の急性期治療 済生会唐津病院 山口 明

○関節リウマチ患者へのスプリント作成
関節形成術後の可動域制限改善を目指して 有島病院 瀧下 勇介

○活動性が向上し、家事への参加が増加した一症例
~生活状況の確認とフィードバックを通して~ 介護老人保健施設まつら荘 吉田 結衣

休憩 12:40 ~ 13:20

一般演題 セッション2

13:20～14:20

〔脳血管障害・回復期リハビリテーション〕 座長（済生会唐津病院 諸岡 健志）

○回復期病棟入院患者における転帰先と栄養状態，日常生活動作との関連
～疾患別（脳血管疾患／運動器疾患）での検討～ 河畔病院 野口 仁美

○将来的な復職を視野にMTDLPを用いて介入した
壮年期クモ膜下出血の症例
～多職種で連携し，まずは社会資源を利用し自宅復帰へ～ 新武雄病院 浜田 富吉

○重度麻痺・半側空間無視患者における身体イメージとADLの関連について
～自画像と更衣動作の経時的変化～ 河畔病院 多和田寛子

○回復期病棟における栄養リハビリへの介入
～栄養シートとFIM利得の結果と考察～ 西田病院 入口華奈子

○夜間の排泄動作獲得に向けて
～本人・他職種との連携を通して～ 佐賀リハビリテーション病院 高田恵理香

基調講演

14:30～16:00

「作業療法の見える化」 医療法人清明会 きやま鹿毛病院
作業療法士 介護支援専門員 倉富 眞
司会 白石共立病院 山口 洋一

閉会式及び表彰式

16:10～16:30

表彰・次期学会長挨拶

【特別講演 講師紹介】



渕 雅子（作業療法士）

東筑紫学園 九州栄養福祉大学

リハビリテーション学部 作業療法学科 学科長 教授

趣味：1. 旅行 2. 山登り 3. スキー（2, 3は今は封印）

<略歴>

昭和56年3月 労働福祉事業団 九州リハビリテーション大学校卒業
昭和56年4月 労働福祉事業団 九州労災病院就職（平成2年9月まで）
昭和61年3月 北九州大学外国語学部米英学科卒業
平成2年10月 誠愛リハビリテーション病院就職 作業療法課課長
平成12年3月 日本福祉大学 情報社会科学部修士課程卒業
平成20年3月 日本福祉大学 情報経営開発専攻博士後期課程単位取得退学
平成24年5月 誠愛リハビリテーション病院 リハビリテーション部 副院長
平成28年4月 東筑紫学園 九州栄養福祉大学 リハビリテーション学部 作業療法学科 教授
平成29年4月～現職

<その他>

（社）日本作業療法士協会 認定作業療法士・専門作業療法士取得研修講師
ポバースアプローチ成人片麻痺上級講習会国際インストラクター
日本ニューロリハビリテーション学会 評議委員
高次脳機能障害作業療法研究会 世話人代表

<執筆>

- ・作業療法全書 第8巻 作業治療学5 高次脳機能障害：2011, 協同医書出版社
- ・高次脳機能障害マエストロシリーズ③ リハビリテーション評価. 医歯薬出版, 2006「観察の方法」pp19-28
- ・脳卒中の治療・実践神経リハビリテーション. 市村出版, 2010
「ポバース概念に基づく神経心理学的問題の評価と介入」pp134-151
- ・脳卒中のリハビリテーションとチーム医療 井林雪郎編集 メディカルレビュー社
- ・臨床作業療法2012年～2014 8回連載「イラストで見る 脳卒中片麻痺患者へのアプローチ」青海社
- ・作業療法ジャーナル別刷 VOL. 48 NO. 7 2014 三輪書店
「高次脳機能障害がある方への作業療法 ②プッシャー症候群」pp659-664
- ・作業療法ジャーナル VOL. 51 NO. 7 2017 三輪書店
「ポバースアプローチ：成人 脳卒中片麻痺患者の上肢・手の障害への介入」pp682-686
- ・高次脳機能研究 Vol 39 No 22019 一般社団法人日本高次脳機能障害学会
「半側有漠無視のリハビリテーションの原点とトピック」pp169-195
- ・ポバースジャーナル 43巻第1号 2020 「生活障害とは何か？生活障害とのかかわりを考える」p24-27
- ・日本の作業療法の発達史 一萌芽期の軌跡を訪ねて一
「誠愛リハビリテーション病院での作業療法士の展開 ～臨床・教育・研究の発展～」
- ・作業療法ジャーナル Vol. 55 No. 8 2021
「脳卒中患者の入浴動作の評価と介入」p821-824
「半側空間無視患者に対する評価と介入」p840-844
- ・臨床で使える 半側空間無視への実践的アプローチ 医学書院

【特別講演】

師資相承 ～作業療法って面白い～

1. はじめに

今回いただいたテーマは、「師資相承（ししそうしょう）」であり大変難しい言葉である。その意味は、師から弟子へと法・道を伝えていく、武芸や学問などの教を師から弟子へと受け継ぐこと、受け継いでいくこととなっている。佐賀県士会は40年を数えたとお聞きし、佐賀県士会が益々発展し長く続いていくことを祈願し、私が作業療法士として経験してきた四十数年についてお伝えしたいと考える。

2. 作業療法への想い

1) 作業療法とは

作業療法士になり、間もなく北九州で日本作業療法学会が開催された。九州労災病院作業療法科主任が学会長を務めた。その脇で会計を担当したが、初めて見る作業療法研究、それ以来節目での学会では、「作業療法って何か」、「作業療法再考」がテーマとなってきた。しかしなかなか答えは見つからず悶々とした。その中で、同職種からあなたのは作業療法でないといわれ、理学療法士から作業療法はこうだろうといわれ、医師からは作業療法はこうしてくださいと指示された。私自身が考える作業療法ではないにも関わらず、また他人から作業療法をあれこれ言われたくない！とその当時考えたが手掛かりは見つからなかった。

2) 中枢神経系の面白さ

最初にセラピーの面白さを実感したのは、ボバースアプローチに接したことであった。患者さんは変わるんだという実感であった。その背景として神経生理学にも巡り合った。ボバースアプローチの実践は、作業療法士が理学療法士のまねごとをしていると非難轟々であったが、今でこそ当たり前になった、動作分析、活動分析の基礎を学んだ。また、ボバースアプローチで実感する主観的な「仮説証明作業」を今風にいう「臨床推論」にしていくのに神経生理学が手掛かりとなった。

ボバースアプローチの中で最初に注目したのは、手の機能回復であったが、「麻痺側手は触るな」なぜなら、「障害受容が悪くなるから」という理屈からリハの世界では否定的であった中でのチャレンジであった。いまでは、脳卒中片麻痺患者の手の治療は当たり前となっている。しかしその当時、さらに展開したのは、高次脳機能障害への介入であった。特に半側空間無視患者の無視改善のための治療的介入であった。確実な結果を示しその背景を探り論文にした。このことは、今現在の私自身に大きく繋がったと考える。そしてその際も、方法論はボバースアプローチ、根拠は神経生理学であった。この神経生理学は、課題の選択や段階付けといった作業療法の手がかりを与えてくれた。さらには「身体と精神は切り離せない」という大きな命題をも与えてくれた。

3) 多職種連携の面白さ

2000年に介護保険制度がスタートしたが、同時に回復期リハビリテーション病棟（回りハ病棟）が生まれたのもこの2000年である。前職場である誠愛リハビリテーション病院は、遅ればせながら2002年、36床の1病棟を回復期リハ病棟としてスタートさせ、順次増やしていった。どのように回りハ病棟を実現していくのか模索する中、2007年から全国回復期リハ病棟協会（回りハ病棟協会）の理事に推薦され、

10年間理事及びPT・OT・ST委員会の委員として活動した。そこで学んだのは、徹底した多職種連携であった。それぞれの職種は上下関係ではなく、患者を取り巻く多職種として、仲間として、みんなでいかに患者のスキルを上げ、活動能力を獲得するか、公私ともに徹底して連携を学んだ。どこの病院でもセラピストは、対看護師のような構図があることを知りその背景も理解した。しかし中心に患者を据えた時、いかにそのような構図の意味のないことか。また、誠愛において副院長として過ごし、何か問題が起こったとき、課題が生じたとき、真っ先に相談するのはリハの他のスタッフではなく、看護部であった。そして多職種連携のためにはそれぞれの職種の専門性を明確にすることも重要であることを実感した。このことは、回リハ病棟協会において、まずリハ10か条を作成し、その後PT・OT・STの各5か条を作成した経緯となる。

3. 私自身の作業療法の構築

私にもお師匠さんがいる。その方々と出会い、教えを受け、それを自分なりに展開し、自分なりの作業療法を構築してきた。ここに至るにあたって、以下の信条があった。

- 1) 他人は信じない。自分で実感し確認できたことのみを事実とした。結果、嘘が誠になる。
- 2) 重箱の隅を徹底してつつくこと。そしてそこから生まれる全体を見る、視る、観る、診る目
- 3) エラーレスラーニングとトライ&エラーラーニング、トライ&エラーの重要性の実践
- 4) 対象者の胸の内をとことん聞く、そしてやり取りする。同空間で、時空間で。

対象者の言い分は変わる、やりたいことも変わる。そして長く付き合うこと

- 5) 人との出会いを大事にすること。共に嘘を誠にできる人、尊敬できる人との出会い
この中には大きく分けて、①同僚、仲間、戦友（共に戦う人） ②同じ方向性、ポバース仲間
③お師匠さん

以上を信条にしながらも、この信条をもとに自身の作業療法構築のために大事にしたことは、

- 1) 臨床：最も大事にしたことである。対象者の目標に対しぶれないこと、妥協しないこと、そして柔軟なアイデアである。
- 2) 研究：対象者から学んだことに対し、研究を通して証拠を見つけることである。
- 3) 教育：わかったこと、見つけた証拠について、他の人に伝えること。卒後教育と卒前教育である。

4. さいごに

以上について、学会で私に与えられた時間に、より具体的な経験に元づく事実を伝えることができ、それが佐賀県士会の会員の皆様に伝わり、それぞれの活躍の場で活かしていただければ幸いである。

一般演題

セッション1

運動器疾患
・
自動車運転

11 : 40 ~ 12 : 40

失語症者に対する運転再開支援の経験
～運転に関連する簡易失語症候評価の試み～

○崎田 誠司・西村 愛・田中真唯子

伊万里有田共立病院

Key Words：運転再開支援，失語症，評価

はじめに

失語症候を呈した対象者への運転再開支援を経験した。運転行動に必要な言語機能／コミュニケーション能力評価を踏まえたOff-road及びOn-road評価を経て運転再開に至った。失語症候に対する簡易検査の紹介を交えて報告する。なお本報告に関して対象者に同意を得た。

症 例

50歳代，男性。SAH(左MCA脳動脈瘤クリッピング術後)。X年Y月発症。X年Y月+6月，本人・家族より復職に向けて運転再開を希望。

Off-road 評価

失語症スクリーニング(SLTA, SLTA-STを参考に作成)：聴理解；特に文の理解で低下。表出；非流暢。音韻性錯語(+)。まんがの説明；単語レベル。情報量少。復唱；錯語及び保続(+)。文字理解；良好。書字；氏名可。住所一部誤り。

その他の神経心理学的検査：MMSE 24/30, KBDT IQ94, ROCFT 模写36/36・3分後再生16/36, TMT-A(横版)128秒。TMT-B 189秒。CAT SDMT 達成率31%。

運動／感覚系に明らかな低下なし。ADL自立。

On-road 評価

Road Test 56/60。公道での運転が安全に行えるレベル。

結 果

スマートフォン携帯やドライブレコーダー搭載等の事前配慮を行うよう助言し，運転再開に至った。

考 察

本症例は聴理解と表出面に障害を認めたが，文字理解は保たれていた。認知的処理速度の軽度の低下を認めたが，実車評価でその影響を判断すべきレベルと考えられた。総合的には，運転技能そのものに対する失語を含めた高次脳機能障害の影響は少なかったが，事故等が生じた際の状況説明や報告義務遂行が難しいものと推察された。ドライブマネジメントにおいては，運転とその周辺といった運転行動全般に対する評価と介入が必要である。本症例に対しては，コミュニケーション障害とその影響を理解し，補償手段を提案するためにも失語症候の評価と理解が重要であった。

ま と め

多職種連携を前提としながら，外来診療という限られた時間のなかで作業療法士が対象者のコミュニケーション能力と運転行動への影響を理解するのに，本スクリーニング検査は有用であった。

頰椎症性脊髄症にて手指巧緻動作障害を呈しCOPMを用いて介入を行った症例 ～箸使用での食事動作獲得に向けて～

○武富 隼人 (OT)

医療法人 同愛会 サンテ溝上病院

Key Words : 巧緻動作, 箸操作, COPM

はじめに

箸操作遂行において道具の先から対象物の硬さ、軟らかさ、重さ、質感などの特性を捉え続けることが重要であるとされている¹⁾。

今回、頰椎症性脊髄症を発症し、両手指の巧緻動作障害、表在感覚障害を呈した症例を担当した。COPMにて挙げた「箸で食事が出来るようになりたい」との目標に対し、介入を行った事で病棟内生活の食事場面で箸での自力摂取が可能となった為、考察を加え以下に報告する。尚、本研究にあたり、本人に同意を得た。

症例紹介

70代女性。右利き。C3/4レベル頰椎症性脊髄症で頰椎椎弓形成術後。四肢痺れ、指尖の感覚障害、両手指に巧緻動作障害残存。全指同時屈曲・伸展動作、各指分離運動可能も各指の協調動作、摘み動作不十分。箸操作の際、肩甲骨挙上での代償運動出現。

握力：右；10kg。左；10kg。10秒テスト：左右15回。病棟内ADLにて食事動作の際にスプーン使用。COPMにて「箸を使って食事がしたい」が重要度10/10。遂行度3/10。満足度3/10。

介入経過

初回より箸操作に必要な要素である尺側の安定性、撓側の操作性を高める練習を中心に介入。手指巧緻性障害に対しては準備段階として掌背側骨間筋のモビライゼーション施行し、自律的な手指の伸展を促

し、手指の可動性を確保した上で摘み動作、箸操作課題を実施した。段階設定として大きさ、材質、重さ、厚さで難易度を調整した。

また、指腹～指尖への知覚入力訓練では閉眼での能動接触を用いて、体性感覚から随意運動へと働きかけを行った。

結 果

指尖の感覚障害残存。母指と各指との対向つまみ動作性向上。STEF：右；91点。左；98点。握力：右；14.2kg。左；14.0kg。10秒テスト：左右22回。毎食箸での摂取動作可能。COPM「箸を使って食事がしたい」が遂行度9/10。満足度9/10。

考 察

今回、頰髄症状により手指巧緻動作障害を呈し、食事動作に制限を認める症例を担当した。COPMで本人のデマンドを引き出し、早期からの課題指向型訓練にて活動レベルにおける能力向上を図ることが出来たと考える。

参 考 文 献

- 1) 山本伸一：脳卒中×臨床OT－「今」、リハ効果を引き出す具体的実践ポイント－2020
- 2) 金子唯史：脳卒中の動作分析－臨床推論から治療アプローチまで－2018

人工肩関節置換術を施行した症例の急性期治療

○山口 明

済生会唐津病院

Key Words : COPM, 肩甲上腕リズム

はじめに

今回TSAを施行された症例に対し、本人にとって重要度の高い洗髪動作に着目し作業療法を実施。

その結果肩関節可動域拡大を認め、COPMにおけるセルフケアの遂行度や満足度が向上したことについて考察を踏まえ報告する。

事例紹介

60代女性右利き。X年7月に右上肢の運動時痛・挙上困難となり右腱板断裂・変形性肩関節症と診断。X年+2年にTSA施行。

ニーズは両手できちんと洗髪をしたい。

倫理的配慮

発表にあたり患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し症例から書面で同意を得た。

作業療法評価

臥位で右肩他動屈曲90°外転80°術後5週後、臥位で右肩屈曲(他動/自動)100°/65°外転90°/80°、
座位で屈曲100°/70°外転90°/45°外旋40°/20°

運動時NRS：7～8

MMTは三角筋前部・三角筋中部・前鋸筋2，僧帽筋上下部3

FIMは112点 セルフケアは35点

COPMの遂行度・満足度は4

作業療法計画

術後～3週まで右肩関節拘縮予防，肩甲骨のリラ

クゼーション，疼痛軽減。

術後～5週まで肩甲骨周囲・肩関節筋力向上。

結果

ROMは自動屈曲80°外転70°外旋45°

MMTは三角筋前部・中部・前鋸筋・僧帽筋上下部4

NRSは3～4

COPM遂行度・満足度は7

両手で耳の後方までReachが可能となったが洗髪動作向上には至らず。

考察

初期評価では右上肢の疼痛，肩甲骨のアライメント不良があった。これに対し，服薬で疼痛コントロールに加え，三角筋前部，上腕二頭筋，大胸筋上部のストレッチを実施。また，右肩甲骨は外転・挙上しており僧帽筋上部・中部のストレッチを実施。これにより疼痛緩和，ROM拡大に繋がったと考える。

ROM拡大が図れたため肩関節の筋力強化へ移行した。初期評価は前鋸筋や三角筋前部の筋力低下が著しく，代償動作が出現。前鋸筋と三角筋前部を中心に運動を実施。最終評価は代償動作も軽減，両上肢が耳の後方まで到達した。COPMは満足度、遂行度が7となった。

今後は挙上位での持続運動を取り入れ、筋持久力の向上を目標に介入継続していく。

関節リウマチ患者へのスプリント作成 関節形成術後の可動域制限改善を目指して

○瀧下 勇介¹⁾・井本 文也¹⁾・長嶺 里美²⁾

1) 医療法人醇和会有島病院, 2) 佐賀大学医学部付属病院

Key Words : RA, スプリント, アドヒアランス

はじめに

関節リウマチ(以下RA)に対する装具療法の重要性は多数報告がある。今回RA患者に対しスプリント作成により関節可動域(以下ROM)の改善, 装具装着のアドヒアランス向上を認めたため報告する。

倫理的配慮

報告にあたり本人に説明し同意を得ている。

症例紹介

60代女性, 右利き。十数年前RAの診断を受けている。X年Y月にA病院にて右小指PIP関節の関節形成術を施行, X年Y+4月当院作業療法開始。

評価

ROM: 右小指PIP屈曲72° 伸展-50° DIP屈曲0°
伸展30°

周径: 右小指基節骨中央6.4cm
PIP関節直上6.1cm

NRS: 右小指安静時0 接触時1
家事中に疼痛有り

蓋の開閉, 書字等が困難。手指装具あり。

目標

右小指ROMの改善

作業療法計画

週2回, 個別訓練(ROMex, 装具調整, 物理療法)

経過

1期: 装具が家事や運転の障害因子となり装着意識低下。

2期: 熱可塑性ニット素材を使用しリングスプリント作成。

3期: 作業の障害感軽減, RO維持ができ, 装着の意識改善。関節伸張に課題あり。

4期: 関節の伸張を考慮し, スプリント再作成。ROM維持可能。

結果

ROM: 右小指PIP伸展-18° 周径: 右小指基節骨
中央5.9cm PIP関節直上5.9cm

NRS: 安静時0 接触時1 蓋の開閉・書字は著
変なし。

考察

装具療法は患者自身の理解のもとに成り立つものであり, その治療効果は患者のアドヒアランスに左右されると報告がある。当初装具着用の意識が低かった症例に対し, 生活状況(外観, 運転, 家事等)を考慮したスプリントを提供したことが装具着用のアドヒアランスを向上させ, ROMの維持, 改善にも影響したと考える。

まとめ

今回, 当院にて経験の無かったスプリントの製作を考案した。今回の経験を今後も対象者に活かし, 適した装具を提供していきたい。

活動性が向上し、家事への参加が増加した一症例
～生活状況の確認とフィードバックを通して～

○吉田 結衣

介護老人保健施設まつら荘

Key Words：介護予防，活動性，家事

はじめに

今回、倦怠感により活動性が低下していた症例(以下A氏)を担当した。生活状況を聴取し適宜フィードバックを行う中で、生活に変化が見られた為報告する。尚、本報告は対象者へ報告主旨の説明を行い、署名にて同意を得ている。

事例紹介

70代女性。変形性腰椎症。既往に胃癌あり。化学療法後に臥床傾向となり、ADLは概ね自立も屋外歩行は一部介助。利用開始時の家庭内役割は簡単な調理。その他の家事は家族が担当。本人の生活の希望は「1人で買い物に行きたい。家族の負担を減らしたい。」

方法

IADLはFAIを用い、身体面は介護予防の体力測定を実施。生活状況の確認は日々の会話の他、興味関心チェックシートを活用。その結果を初回と最終(10ヵ月後)で比較した。

経過

開始時：耐久性向上に向け低負荷の筋力訓練から開始。活動面は実施可能な家事の継続を促し、適宜生活状況の確認とフィードバックを実施。

3ヵ月目：掃除や調理への参加が増加。

7ヵ月目：A氏と歩行車を選定。その後1人で買い物に行き始める。

結果

FAI:掃除の項目が向上、24点→27点。体力測定:下肢筋力向上。

興味関心チェックシート:家事を中心に、している項目が増加。歩行車使用し介助者なしでの買い物も習慣化し、新たな目標が聞かれた。

考察

今回、通所リハビリ利用による離床と運動の習慣化に加え、日々の会話から生活状況を聴取し、適宜フィードバックを実施。改善点や問題点を把握し、状況に応じて身体面の不安や日常生活を心身共に支援する事が出来た結果、活動性が向上し、A氏の家事への参加が増加したと考える。また、A氏と実際の場面を想定し、適切な福祉用具の選定が行えた事も、希望の達成に繋がったと考える。介護予防は心身機能の改善や環境調整等を通じて活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、生活の質の向上を目指す物とされている。今後もこの取り組みを続け、利用者の生活の質の向上に努めたい。

一般演題
セッション2

脳血管障害
・
回復期リハビリテーション

13：20～14：20

回復期病棟入院患者における転帰先と栄養状態，日常生活動作との関連 — 疾患別(脳血管疾患／運動器疾患)での検討 —

○野口 仁美

医療法人松籟会 河畔病院

Key Words：転帰先，栄養状態，日常生活動作

はじめに・目的

リハビリテーション対象者における栄養評価が見直され，低栄養をいかに解決していくかが重要である．そこで本研究の目的は，回復期病棟患者を対象に転帰先に影響する要因として栄養状態や日常生活動作(ADL)がどのように影響しているかを明らかにすることとした．

方 法

解析対象は2019年10月～2021年12月に当院回復期病棟を退棟した患者の内，入院中に他の併存症や再発等で治療した者を除外した254名とした．評価項目は転帰先(自宅/施設)，栄養指標として入院時Controlling Nutritional Status(CONUT)値を用い，栄養状態の程度を正常，軽度および中等度・高度異常に分類し，ADL指標として機能的自立度評価法(FIM)効率を用いた．対象を疾患別(脳血管疾患147名(男性80名，女性67名)／運動器疾患107名(男性29名，女性78名))に分け，それぞれの転帰先に影響する要因を知るために，転帰先を従属変数とし，入院時CONUT値，FIM効率を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った．統計解析はSPSS27.0を用い，有意水準は5%とした．本報告は当院倫理委員会の承認を得た．

結 果

脳血管疾患の転帰に影響する変数は，入院時CONUT値(OR=2.39)，FIM効率(OR=0.01)が選択

された．一方運動器疾患では選択されなかった．

考 察

脳血管疾患の転帰先に影響する要因としてCONUT値，FIM効率が選択された．つまり，脳血管疾患では入院時CONUT値とFIM効率が良好なほど自宅復帰者が多いことが明らかになった．栄養状態不良者は栄養状態良好者より自宅復帰率が低いことが示されており，ADL能力向上を目指すとともに，栄養状態にも目を配る必要がある．

一方で，運動器疾患では今回測定した項目とは有意な関連が認められなかった．対象者の内訳は女性が多く，約8割が脊椎圧迫骨折や大腿骨近位部骨折であった．これらの因子が関連する可能性がある．

本研究の限界は転帰先決定に関わる家族の介護力や社会的要因を含めていない点である．今後はこれらを含めた検討が必要であろう．

将来的な復職を視野にMTDLPを用いて介入した壮年期クモ膜下出血の症例 ～多職種で連携し、まずは社会資源を利用し自宅復帰へ～

○浜田 富吉

一般社団法人巨樹の会 新武雄病院

Key words：高次脳機能障害，MTDLP，復職

はじめに

クモ膜下出血により重度の高次脳機能障害を生じ、自宅復帰・復職に難渋した症例を経験した。MTDLPを用いて「日常生活動作の自立」「作業所内での作業活動獲得」を合意目標に介入した結果、社会資源を活用し、自宅退院へと繋がった為報告する。尚、発表に際して症例に同意を得ている。

症例紹介

50代前半，男性。母，妻，子2人と5人暮らし。仕事は鉄鋼業で危険な作業が多い。

作業療法評価

高次脳機能検査で、前頭葉機能・認知機能・IQ・記憶に著明な低下あり。

初期評価時FIM：33点(運動：24点 認知：9点)、徐々に信頼関係を構築しZ+71日に合意目標を設定。実行度・満足度は共に1/10。

病棟内移動は、車椅子介助。ADL動作は中等度～軽度介助。尿失禁頻回に見られた。また、離院行為が頻回にあり、抑制帯を使用。

作業療法プログラム

OT介入では、前頭葉機能賦活、病識向上を目的に介入。排尿はNsと協力し、時間誘導を行い、失禁の減少を目指す。その他ADLも多職種で連携し、実動作訓練を反復して行い、自立度向上を図る。本人の強い希望である復職へ将来的に繋がるよう、物

作りや事務作業等の作業活動を行う。

家族に対しては症例の症状について医師らと共に説明。可能な動作やリスクの理解を促す。また、退院後利用予定のサービス関係者を交えて多職種で面談を行い、シームレスな介入が行えるよう情報を提供した。

結 果

病棟内ADL動作は遠位監視で可能。退院後の生活確立と社会参加に向け継続したりハを行う為、当院外来りハ(ST)を週1回、県立りハセンターへ週2回、地域の就労支援B型の利用予定となり、Z+157日に自宅退院。合意目標の実行度6/10、満足度7/10。

考 察

今回MTDLPを活用したことで、症例や多職種と目標を共有でき、円滑な介入が可能となった。統一した介入により徐々に自己管理が可能となり、病識獲得にも繋がったと考える。また、自己管理能力や病識が向上したことで、社会資源の利用へと繋がった。

重度麻痺・半側空間無視患者における身体イメージとADLの関連について ～自画像と更衣動作の経時的変化～

○多和田 寛子

松籟会河畔病院

Key Words：自画像, 身体イメージ, 更衣

はじめに

今回、右被殻出血にて左麻痺、注意障害、半側空間無視を呈した事例を担当した。全身の自画像描画課題より、左顔面を含む左半身の欠落が観察され、ADL場面での左半身への無視も認めた。そこで半側空間無視と身体イメージに着目し、ADL場面へどのように影響するのかを更衣動作と共に経過を追い、改善を認めたを報告する。本報告は本人及びご家族に承諾を得ている。

事例紹介

40代女性。病前のADLは自立。自宅では家事を、日中は仕事をしていた。発症から40病日目に当院回復期病棟へ入院。

初回評価

Br.stage上肢Ⅱ手指Ⅰ下肢Ⅱ～Ⅲ、左上下肢表在深部感覚重度～中等度鈍麻。肩関節亜脱臼、HDS-R・MMSE30点、BIT通常検査119/146点、行動検査64/81点、FIM65点(更衣上衣3点下衣2点)。

経過

1回目自画像(33病日目)顔面の輪郭は描けるが顔面のパーツと左上下肢体幹が欠落。更衣動作は左側の袖や裾の抜き通し、背部・殿部の整えを介助。更衣の手順は未獲得で声掛けを要し、左半身の無視を認める。6回目(105病日目)左側の胸腹部の輪郭が不明瞭、左上下肢は描ける。動作手順は定着し、衣

服の袖を通す部分に目印を施すと袖の抜き通し、背部の整えが獲得される。左側細部の整えは曖昧。9回目(175病日目)左側の欠落なし。左側細部の整えは獲得され、自立に至る。

結 果

FIM102点(更衣上下衣6点)、BIT通常検査140点、行動検査81点、その他初回と同様

考 察

これまでに自画像描画課題と身体イメージの関連を示す報告は複数あり、身体イメージの評価に有用である可能性が示唆されている。しかし、身体イメージとADLの関連を示した報告は少ない。今回の事例では自画像描画課題と更衣動作で観察された内容の結びつく点が複数あり、身体イメージと更衣動作の改善に関連が示された。セラピストは身体イメージの評価及びADLの評価を行い、身体イメージを行為の中で気付きとして与えられる様に段階付けを含め対応する事が必要と思われる。

回復期病棟における栄養リハビリへの介入 ～栄養シートとFIM利得の結果と考察～

○入口 華奈子・林 千愛

医療法人光仁会 西田病院

キーワード：FIM利得，栄養，回復期リハビリテーション

はじめに

回復期リハ病棟に入棟する患者の43.5%に低栄養が認められADLの向上が得られにくいことが報告されている¹⁾。今回、当院回復期リハ病棟で栄養評価シートを用いて介入を行った結果と考察について報告する。尚、本報告について本人または家族の同意を得ている。

目的

回復期リハ病棟入棟時に低栄養を認めた患者のFIM利得が認められるのか検討を行う。

方法

対象は2021年6月～2022年5月までに当院回復期リハ病棟に2週間以上入棟し、脳血管(廃用症候群等)リハビリテーションを実施した後に退院した者で、サルコペニアの基準に当てはまる低栄養患者126名のうち除外基準に当てはまらない30名を対象とした。カルテや当院独自に活用している栄養評価シートから後方視的に、年齢、入棟期間、入棟時・退院時のFIM、BMI、Alb値、リハビリ内容、その他栄養管理に関する介入内容を抽出した。入棟時と退院時のFIM、Alb値、BMI値の各群間是对応のあるT検定にて比較し有意差を検証した。

結果

退院時FIMとAlb値には($r=0.674$)と正の相関を認めしたが、退院時FIMとBMI($r=0.105$)および、BMIとAlb値(0.108)の間には相関関係を認めなかった。その他にも、FIM利得が高い患者は、運動量

に応じた食事内容やカロリーの調整及び、経口摂取量や栄養状態に応じた運動量の調整が行っていた。

考察・まとめ

回復期リハ病棟では栄養不良患者は栄養良好患者と比べFIM利得が低いという報告がある²⁾。今回経口摂取可能な患者に対し退院時FIMに影響する因子について検討したが、退院時FIMとAlb値との間に相関があり、先行研究に報告されていた内容と相違はなかった。この要因として、栄養管理による栄養状態の改善とそれに伴う運動量の増大に繋がった事が退院時FIMの改善に繋がったのではないかと考える。しかし、BMIとの相関がみられなかった点に関しては栄養管理による栄養状態の改善がみられる一方、経口摂取量が一定しない事やカロリーに対する運動量の調整に差があった事などが関連しているのではないかと考える。また、Alb値とBMIの両群間に有意差を認めなかった点を踏まえると、血液データや体重のみではなく、食事内容や活動量にも着目した介入の必要性を感じた。今後は介入内容に差が出ないようにスタッフの知識や意識向上を目指すとともに、症例数を増やし、より効果的に栄養状態に応じたりハビリが出来るように、リハビリ内容の基準を設定できればと考える。

文献

- 1) 若林秀隆. リハビリテーション栄養ポケットガイド改訂版. 2019
- 2) 吉田貞夫. 低栄養-サルコペニア-高齢者の低栄養発生率のフレイルコンプレックスとリハビリテーション病院での転帰への影響. 2013

夜間の排泄動作獲得に向けて ～本人・他職種との連携を通して～

○高田 恵理香(OT)・吉原 来美(NS)・大坪 由美子(PT)
矢ヶ部 裕紀子(CW)・吉原 麻里(MD)

医療法人 智仁会 佐賀リハビリテーション病院

キーワード：チームアプローチ，夜間排泄，排尿パターン

はじめに

在宅復帰に向けて夜間の排泄動作獲得は重要である。尿漏れが不安で、オムツ使用を希望する症例に対して夜間の排泄手段を検討し本人・他職種との連携を通して自立に至った為報告する。

発表に際しては本人の同意を得て当院の倫理委員会の承認を得ている。

症例紹介

くも膜下出血術後(左片麻痺，失語症，身体失認)の60代女性。入院前は独居。Br.stage上肢Ⅲ手指Ⅲ下肢Ⅳ。HDS-R27点。精神面は感情失禁・落ち込みあり。入院時FIM：46点(運動28点認知18点)。主訴は独居復帰。

問題点

トイレや尿漏れが気になり不眠・うつ傾向になった為精神安定剤を服用開始。その後は本人希望にてオムツ使用し良眠。オムツ交換が一人で出来ない事が独居生活へ復帰する際の問題になった。

経過

(対策①と経過)

リハパン・P-トイレ使用して自立を目指した。環境調整や排泄動作訓練実施したが眠気は強く，転倒リスクは高かった。また，P-トイレが気になり不眠となり本人希望にて中止となった。

(対策②と経過)

リハパンの種類を検討しリハパンに排尿し交換する事を目指した。

オムツ使用し病棟は尿測，本人は排尿時間の把握をしてもらい，排尿チェック表に記載してもらった。OTはリハパンの種類を検討をした。排尿時間帯は23時，1時，4時，6時が多く，尿量は朝方が一番多かった。一晩の尿量は700cc～1000cc。

リハパンは1200cc吸引用を使用，朝方は介助歩行にてトイレで排尿，その後は普通パンツへ交換した。尿漏れ無く良眠にて安心された。

結果

退院時FIM：104点(運動78点26点)排泄コントロール自立となった。退院先はサ高住となり，退院後は移動も含めて排泄動作自立となった。

まとめ・考察

夜間の尿量や尿間隔の把握や検討を本人も含めてチームで行えた事がスムーズな排泄方法の決定に繋がり，本人の安心感を得ることが出来た。夜間の排泄は病棟の協力は必要不可欠であり，共通認識したうえで連携を強化していく事が重要である。

【基調講演 講師紹介】



倉富 眞

医療法人 清明会 きやま鹿毛医院
作業療法士 介護支援専門員

<プロフィール>

1974年 九州リハビリテーション大学校卒業
2012年 放送大学教育学部卒業
1979年～1987年 医療法人 恵愛会 福間病院（精神障害）
1988年～1990年 医療法人社団 三光会 誠愛病院（身体障害）
1990年～1995年 医療法人社団 宗仁会 奥村病院（精神障害）
1995年～2021年 医療福祉専門学校 緑生館（養成校）
2021年～ 医療法人 清明会 きやま鹿毛医院（法人事業部）現在に至る

<主な社会的活動>

1999年4月～2020年6月 佐賀県作業療法士会 会長
2001年8月～2021年3月 日本作業療法士協会 制度対策部 保険委員
2013年4月～2020年6月 佐賀県在宅生活サポートセンター 指定管理者
2016年8月～2020年6月 佐賀県リハビリテーション3団体協議会 会長
2021年5月～現在 日本作業療法士協会 倫理委員

【基調講演】

作業療法の見える化

今回、演者が実践してきた臨床と佐賀県作業療法士会の2つの取組について述べる。

演者は1979年3月に九州リハビリテーション大学校作業療法学科を卒業した。臨床にでて困ったことが作業療法の説明だった。理学療法士及び作業療法士法で「作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう」と規定されている。卒業したての頃、手芸や工作、その他の作業を行わせることが応用的動作能力又は社会適応能力の回復を図れるのか説明できない自分がいた。そもそも作業という言葉の説明に苦労していた。このような中、演者が精神障害領域と身体障害領域の臨床場面で作業療法の楽しさ・素晴らしさを感じてもらうことで作業療法を理解してもらえないか。作業療法は①当事者が体験できること。②当事者が自分の能力や特性を発見できる。適正な自己評価ができること。③自己肯定感・効力感を育むことができると考えた。前半はこのことについて例を挙げて報告する。

作業療法の見える化が難しくなったのは2006年の診療報酬改定で疾患別リハビリテーションが導入されたことも原因ではないかと考えている。それ以前は施設基準で作業療法室が必置だったので作業療法室で治療している人が作業療法士と分かったし、作業療法の治療内容も見えていた。疾患別リハビリテーションでは言語聴覚療法以外は共有のスペースで治療するようになった。家族など治療場面を見ている人は誰が作業療法士で誰が理学療法士なのか分からず、作業療法が見えにくくなったのではないかと感じていた。

今回、発表する機会を頂いたことで演者のこれまでの取組を振り返った。その中で2013年3月の第14回県士会学会の巻頭言に以下のことを書いている。

見つけ直そう作業療法～今、作業療法士がすべき事とは？～

私たち作業療法士はどれだけ作業療法の事を理解しているのだろうか。また、周囲の人たちには作業療法についてどのように理解されているのだろうか。最近、佐賀県在宅生活サポートセンターの維持管理の事で業者の人と話す機会が多くあった。そのほとんどの人が「作業療法？もう一度お願いします。」と初めて耳にした言葉でよく分からないというのが受話器越しに感じられた。

2010年に日本地域作業療法研究会研修会を佐賀県が担当して開催した。この時のテーマが『町で生きる人々：認知症を抱える人とともに暮らすために』であった。シンポジウムで行政の人は作業療法士と一緒に仕事をしたことがない。報道関係の人は認知症の特集の為、半年間認知症を支援する人を取材したが作業療法士に出会ったのは1回だけだった。認知症家族の会の人は作業療法士を知らない。在宅で面倒見るのに具合の悪い時の対応の仕方や福祉用具について教えてほしかったが誰に聞いたら良いか分からなかった。この時分かったことは認知症といえば作業療法士、福祉用具といえば作業療法士と思っているのは作業療法士本人だけで周囲の人は作業療法について知らないし、会ったこともないというのが現実だということであった。

最近、二つの体験から感じていることがある。一つ目は佐賀県在宅生活サポートセンター指定管理者申請でヒアリングがあった。その席で作業療法士は福祉用具や住宅改修等の相談や支援ができる専門家であり、生活機能向上支援もできること。その人が自立的な在宅生活を送れるようサポートする知識や技術を有していること、同時に佐賀県介護福祉士会と共同で運営するのでこのセンターを管理するのに適していることをアピールした。その結果、指定管理者の選任を受けることができた。二つ目は鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センター業務の中で鳥栖介護保険組合や鳥栖三養基地区にある6つの地域包括支援センターの

第22回佐賀県作業療法学会

職員にOT協会が進めている「生活機能向上プログラム」についてその考え方や活用方法についての研修会や話し合いの場を持った。その中で「機能訓練が目的化していて生活に結び付けられていない。」や「在宅支援をされていて困っている人にどのように対応してよいか悩んでいた。このプログラムは活用できる。」「今まで理学療法士しか知らなかったけど作業療法士は身体機能が低下している人や認知症の生活の支援ができる人ということが分かった。もっと早く知ればよかった。訪問リハに作業療法士を派遣してくれるようにしてもらいました。」「居宅支援事業所や通所介護の職員にぜひ理解してほしい。」などなどである。

私の体験したことから分かったことは①自分が作業療法士であることを相手が理解できるまで伝えること。②その中で作業療法の考え方。作業療法でできること、できないことを相手が理解できるように伝えることであった。会員の皆様にもぜひ私と同じことを実践して頂くことをお願いしたい。

このように演者の中心的関心は「作業療法の見える化」だったということに改めて気づいた。後半は佐賀県作業療法士会で演者が会員の皆様と取り組んだことを整理して報告する。

第22回 佐賀県作業療法学会 運営委員会組織図

				総務部長 飯田 尚子 所属 森本病院
		事務局長 佐々木 絵里 所属 服巻医院		財務部長 大崎 亮 所属 済生会唐津病院
				会場責任 山崎 裕介 所属 自宅会員
学会長 山科 啓太 所属 済生会唐津病院	実行委員長 中川 寛子 所属 河畔病院	運営局長 吉富 竜一 所属 唐津赤十字病院	受付責任 横山 拓也 所属 唐津赤十字病院	
			オンライン部長 小野 興輝 所属 アメニテイきゅうらぎ	オンライン副部長 前田 憲志 所属 服巻病院
			アナウンス担当 大石 優姫 所属 からつ医療福祉センター	
			企画部長 林 克明 所属 河畔病院	
		学術局長 水戸 隆寛 所属 自宅会員	査読部長 岩下 裕美 所属 済生会唐津病院	
			編集部長 小野 興輝 所属 アメニテイきゅうらぎ	

編集後記

第22回佐賀県作業療法学会の学会誌を皆様にお届けすることができたこと、大変嬉しく思います。

今回のテーマは『師資相承』～佐賀県作業療法士会、まだ40歳～です。師資相承とは、仏教で師匠の技術や教えを、弟子が代々引き継いでいくことを表した言葉で、サブタイトルは、記念すべき佐賀県作業療法士会40年を祝うとともに、今後さらなる発展を思い、運営委員の皆で考えさせてもらいました。

今学会を通して、先輩方が培ってきた技術や教えを受け継ぎ、自分たちがどう発展させていくかを考える場になればと、運営委員の一人として思います。

今学会は「皆で作りに上げていく」を目標に取り組んできました。基調講演や特別講演の内容では、佐賀県作業療法士会の会員の皆様のご意見を頂き大変興味が湧く内容になったと嬉しく思います。

また、本学会誌の表紙を飾っている作品は、皆様の患者様・利用者様から送って頂いた作品を使用しております。これは、昨今の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響で、作品を出展する場が減っていると意見を頂いた事から、展覧会の場として表紙を使えないかと考え取り組ませて頂きましたがどうでしょうか？(笑)

最後になりますが、今回の学会誌の作成にあたり、ご協力頂きました、先生方や利用者様、患者様、大同印刷（株）の皆様にご心よりお礼申し上げます。

皆様の御参加心よりお待ちしております。

(編集部長 小野 興輝)

【学会参加者の皆様へ】

1. 学会の形式について

第22回佐賀県作業療法学会は感染拡大防止の観点よりオンラインでの開催となります。

皆様はPC・タブレット・スマートフォンなどからの参加になります。Zoom配信となりますので、事前にZoomアプリケーションのダウンロードなどご準備をお願いします。

2. 学会への参加方法について

学会当日の入室・受付時間になるとZoomミーティングルームに入室することができます。

入室に際しては入金確認後に主催者より送信されたIDとパスコードが必要です。

ホスト（主催者）が入室許可をするまでに時間がかかる場合がありますのでご了承ください。

また、Zoom入室時、正会員の方は協会番号と名前を（例：37029 作業太郎）非会員・他職種・学生の方は所属と名前（例：〇〇施設 作業次郎）の記載をおねがいします。

※通信環境などによってはデータの送受信がうまくできない場合があります。通信環境のいい場所で受講をお願いします。また、使用されるネットワークの環境がZoomシステムの要件に満たしていることを事前にご確認ください。

参考URL：<https://support.zoom.us/hc/ja/articles/201362023>

3. 申し込み方法・参加費について

・参加申し込みは以下URL及びQRコードより行うことができます。

令和4年11月13日(日)までに申し込み手続きをお願いします。

申し込みURL：<https://forms.gle/5hjtFNbphZGaw2jg8>



・参加費は、佐賀県OT会員：1000円（非会員：11000円）、県外OT会員2000円（非会員：12000円）
他職種：1000円、学生：無料 となっております。

・参加費のお支払いは事前振り込みとなります。令和4年11月17日(木)までに振り込みをお願いします。

・振込先は申し込み時登録いただいたメールアドレスに後日送信しますのでご確認ください。

※日本作業療法士協会正会員の方は、生涯教育制度の基礎ポイント2ポイントが取得できます。

正会員とは日本作業療法士協会会員かつ都道府県作業療法士会の会員のことをさします。

また、原則、令和4年度（2022年度）の会費が納入済みであることが必要です。

【演題発表の演者の皆様へ】

1. 演題発表開始の30分前にはZoomに入室してください

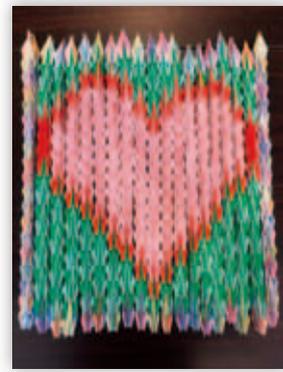
2. ブレイクアウトルームにて、最終打ち合わせを予定しております

3. 発表時間になりましたら、座長の指示に従い、Zoomの「画面を共有」によりスライドの共有をお願いします

4. 発表用データは、学会事務局で事前に保存します。学会終了後、責任をもって削除いたします

5. 一般演題の中から、表彰を行います。賞の選定は実行委員会で指名した審査委員にて行います

6. 演題発表者は、参加に加え、生涯教育制度の基礎ポイント2ポイントを取得できます



人と人のつながりで あなたの心 あなたの未来を支える 作業療法



Thank you for participating

