

第16回 宮崎県作業療法学会

The Possibility of Occupational therapist ~Future creation~

作業療法士の可能性 ~未来創造~



会期：2021年12月12日(日)

会場：WEB開催

主催：一般社団法人 宮崎県作業療法士会

第16回 宮崎県作業療法学会

The Possibility of Occupational therapist ～Future creation～

作業療法士の可能性 ～未来創造～

主 催

一般社団法人 宮崎県作業療法士会

後 援

宮崎県
公益社団法人 宮崎県医師会
一般社団法人 宮崎県歯科医師会
公益社団法人 宮崎県看護協会
一般社団法人 宮崎県理学療法士会
宮崎県言語聴覚士会
宮崎県医療ソーシャルワーカー協会
一般社団法人 宮崎県介護福祉士会
一般社団法人 宮崎県社会福祉士会
一般社団法人 宮崎県薬剤師会
社会福祉法人 宮崎県社会福祉協議会
宮崎県精神保健福祉士会
一般社団法人 宮崎県放射線技師会
一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会
公益社団法人 宮崎県栄養士会

Contents

3	県士会長挨拶
4	学会長挨拶
5	学会スケジュール
6	参加者のみなさまへ
7	発表演者・座長へのお願い
10	特別講演
12	教育講演Ⅰ
14	教育講演Ⅱ
17	一般演題Ⅰ
21	一般演題Ⅱ（※チャレンジ演題）
24	一般演題Ⅲ
29	特別企画①
33	運営組織図
34	編集後記

会長挨拶

一般社団法人 宮崎県作業療法士会 会長

津輪元 修一



第16回宮崎県作業療法学会の開催にあたり、一言ご挨拶申し上げます。COVID-19の影響で昨年度はやむを得ず中止となりました本学会ですが、今年度はリモート形式という新しい形で開催を迎える事ができました。当県士会の歴史ある事業が再開できたことを、本当にうれしく思っております。

日本作業療法士協会の定義では「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」とあります。

今、日本の医療・介護の分野では2025年問題、2040年問題と言われる少子高齢化に伴う課題に対して、すでに多くの取り組みを行ってきています。AI（人工知能）をはじめとする機械化もその一つですが、反面、将来機械化によりヒトの働く場所がなくなるという課題も生じてきています。作業療法の概念は個人の価値観や提供する作業の多様性などを数値化することがまだ難しく、今後しばらくは機械化されることはないのでは、ということです。ただ、それを提供する職種が今後も作業療法士であるとは限りません。音楽や園芸など、様々な作業を治療に応用している職種は多くあります。「作業療法士」は上述の定義を理解・実践できる職種でなければなりません。機能訓練も必要で重要なことです。ただ、作業療法士は今行っている訓練が、その先にある「クライアントの幸福な生活」に沿って提供しているものかを常にイメージしておくことが大切です。

今回の学会メインテーマは「作業療法士の可能性」、サブテーマが「未来創造」です。本学会が皆様の「作業療法士」についての振り返りと、これからのお仕事のヒントをもたらしてくれるものになりますことを期待しております。

最後になりましたが、今学会を開催するにあたり、多くの関係機関、団体様よりご後援を賜りましたことを心よりお礼申し上げます。また、開催にご尽力頂きました太田尾 祐史学会長をはじめとする学会運営委員の皆様、本当にお疲れ様でした。参加申込みを頂いた方を含め、本学会に関わって頂きました皆様方の今後の益々のご発展とご健勝を祈念いたしまして挨拶とさせていただきます。

学会長挨拶

都城・北諸県郡ブロック長

太田尾 祐史



新型コロナウイルス(COVID-19)が2020年から猛威を振るい、我々の生活を激変させた中、2021年において様々な障害を乗り越え、県学会初となるweb開催で本学会を迎える事ができました。COVID-19感染の拡大を始めとした諸般の事情により、短い準備期間でしたが、学術大会運営委員会を始め関係各位の皆様方のご理解とご支援のもと大会が無事開催されますことに、学会長として心から感謝申し上げます。また、コロナ禍でも会員の皆様が日頃から士会活動に対して深いご理解とご協力を頂いている賜物と深く感謝いたしております。

医療と介護の在り方は、診療報酬改定、地域包括ケアシステム、予防事業などを背景に常に変化しています。さらに近年では、新型コロナウイルスの影響により、従来の業務に変化が生じた方も多いのではないのでしょうか。しかし、その変化の波に押され、作業療法の本質を見失っているのではないかと感じてしまう事があります。私自身も変化に対応はしていたものの、振り返ってみると「作業療法の実践」とはかけ離れた意識の中で仕事をしていた時があったように思えます。おそらくこの感覚は、誰しも一度は抱いたことがあるのではないのでしょうか。

作業療法が日本に取り入れられてから半世紀が経過しましたが、黎明期の作業療法士は、組織としての力は弱かったものの、個々の作業療法士が求められている事を形にし、“作業療法”とするために、対象者に向き合ってきたように思えます。現代では作業療法士が増え、組織としても拡大し、選択肢、可能性も広がっており、多くの作業療法士が作業療法の発展のために活動して下さっています。しかし、今の時代だからこそ、一度立ち止まり、黎明期を過ぎ成熟した作業療法を整理し、それを扱う現代の作業療法士が自分を見つめなおす時代が到来しているように感じます。

本学会では、今一度、一人一人の作業療法士が作業療法をさらに発展できる力を持っていることを感じる、発見出来る、形に出来るような学会にしたいという想いから、テーマを「作業療法士の可能性～未来創造～」を掲げました。

プログラムとしては、従来の演題発表などの内容に加え、特別講演を「未来を創る今後の作業療法」のテーマで東京工科大学 医療保健学部 リハビリテーション学科 澤田 辰徳先生にご講演頂きます。今後の作業療法の在り方や作業療法士としての視野を広げるポイントをお聞きできるのではないかと思います。教育講演Ⅰでは「研究が拓く作業療法」のテーマで吉備国際大学 保健医療福祉学部 作業療法学科 寺岡 睦先生、教育講演Ⅱでは「チャレンジ人生 ～自分らしく生きるとは?～」のテーマで、看護小規模多機能 むく 佐伯 美智子先生にご講演頂きます。どのご講演も今回のテーマに沿った、今後の作業療法士の可能性を気付くことができる内容になっているのではないかと思います。

また、特別企画として「作業療法士としての想いを形に」というテーマで作業療法士としての「職場の中での想い」「個人としての想い」を募集しました。参加者同士で「想い」を分かち合いながら、各々の“作業療法士”という視野を広げる場となるのではないかと思います。

最後に重ねてではありますが、本大会の開催に際し、多くの皆様方にご支援ご協力を賜りましたことに心から感謝申し上げ、第16回宮崎県作業療法学会の成功と宮崎県作業療法士会の発展を切に願ひまして開催のご挨拶とさせていただきます。

学会スケジュール

9:30	学会受付																				
9:50	開会の挨拶 宮崎県作業療法士会会長挨拶 大会長挨拶																				
10:00	特別講演「未来を創る今後の作業療法」 講師:澤田 辰徳先生 (東京工科大学 医療保健学部 リハビリテーション学科)																				
12:00 (休憩)	ランチョンセミナー1「宮崎身体障害勉強会について」 講師:郡 健太先生 (潤和会記念病院) ランチョンセミナー2「子どもに関わる作業療法士の勉強会 宮崎発達勉強会について」 講師:長友 優紀先生 (エンラボカレッジ宮崎)																				
13:00	<p>一般演題・チャレンジ演題(*)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><u>一般演題Ⅰ</u></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><u>一般演題Ⅱ</u></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><u>一般演題Ⅲ</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13:00</td> <td>久木崎 航先生 (飯田整形外科)</td> <td>長友 優弥先生 (古賀総合病院)</td> <td>日高 美友先生 (宮崎保健福祉専門学校)</td> </tr> <tr> <td>13:15</td> <td>瀧上 華鈴先生 (宮崎江南病院)</td> <td>吹上 崇先生 (藤元総合病院)</td> <td>迫間 亮汰先生 (宮永病院)</td> </tr> <tr> <td>13:30</td> <td>西田 真基先生 (宮崎江南病院)</td> <td>田中 省吾先生 (県立日南病院)</td> <td>甲斐 壮先生 (延岡共立病院)</td> </tr> <tr> <td>13:45</td> <td>福屋 建太先生 (都城市郡医師会病院)</td> <td>岩田 雄大先生(*) (和田病院)</td> <td>藤本 勇一先生 (ひむか苑)</td> </tr> </tbody> </table>		<u>一般演題Ⅰ</u>	<u>一般演題Ⅱ</u>	<u>一般演題Ⅲ</u>	13:00	久木崎 航先生 (飯田整形外科)	長友 優弥先生 (古賀総合病院)	日高 美友先生 (宮崎保健福祉専門学校)	13:15	瀧上 華鈴先生 (宮崎江南病院)	吹上 崇先生 (藤元総合病院)	迫間 亮汰先生 (宮永病院)	13:30	西田 真基先生 (宮崎江南病院)	田中 省吾先生 (県立日南病院)	甲斐 壮先生 (延岡共立病院)	13:45	福屋 建太先生 (都城市郡医師会病院)	岩田 雄大先生(*) (和田病院)	藤本 勇一先生 (ひむか苑)
	<u>一般演題Ⅰ</u>	<u>一般演題Ⅱ</u>	<u>一般演題Ⅲ</u>																		
13:00	久木崎 航先生 (飯田整形外科)	長友 優弥先生 (古賀総合病院)	日高 美友先生 (宮崎保健福祉専門学校)																		
13:15	瀧上 華鈴先生 (宮崎江南病院)	吹上 崇先生 (藤元総合病院)	迫間 亮汰先生 (宮永病院)																		
13:30	西田 真基先生 (宮崎江南病院)	田中 省吾先生 (県立日南病院)	甲斐 壮先生 (延岡共立病院)																		
13:45	福屋 建太先生 (都城市郡医師会病院)	岩田 雄大先生(*) (和田病院)	藤本 勇一先生 (ひむか苑)																		
14:00	<p>特別企画 「作業療法士としての想いを形に」</p> <p>14:00 ①職場の中での想い 川俣 陽圭先生 (宮崎江南病院) 芝 佳苗先生 (高原小学校) 黒木 俊光先生 (古賀総合病院)</p> <p>②個人としての想い</p> <p>15:40 県士会活動報告1 「宮崎JRATについて」 講師:芝 圭一郎先生(藤元病院)</p> <p>県士会活動報告2 「宮崎県の自動車運転再開支援の取り組み」 講師:岩切 良太先生 (日南市立中部病院)</p>																				
16:00	閉会の挨拶 大会長挨拶 学会表彰																				
16:20	学会終了																				
	<p>【オンデマンド配信(12月5日～)】</p> <p>教育講演Ⅰ「研究が拓く作業療法」 講師:寺岡 睦先生(吉備国際大学 保健医療福祉学部 作業療法学科)</p> <p>教育講演Ⅱ「チャレンジ人生 ～自分らしく生きるとは?～」 講師:佐伯 美智子 先生 (看護小規模多機能 むく)</p> <p>特別企画② 個人としての想い</p>																				

参加者のみなさまへ

学会参加費

- ・宮崎県作業療法士会会員で本年度会費納入者：無料（事前に年会費を納めてください）
- ・その他：4000円（但し、作業療法士養成校学生は無料）

学会参加申込

- ・URLもしくはQRコードより、申込フォームにアクセスし、画面の指示に従い入力してください。

オンライン参加申込



URL：<https://forms.gle/k3xC2ToCmxB391aW6>

申込期間：令和3年9月12日～令和3年12月5日（日）12時まで
ログイン案内：令和3年12月8日までに届かない場合はお問合せ下さい

オンデマンド参加申込



URL：<https://forms.gle/hK9ZjEbhXLh98x7P7>

申込期間：令和3年11月20日～令和3年12月13日（月）12時まで
ログイン案内：令和3年12月3日までに届かない場合はお問合せ下さい

お問い合わせ先 blockmiyazaki-16@yahoo.co.jp

宮崎県作業療法学会 参加受付部門（参加受付に関する内容のみ）

注意事項

- ・参加申し込み後、宮崎県士会員の方は、年会費納入の確認（その他の方は、入金の確認）を行いますので、早めの申し込みをお願い致します。会員確認、入金確認に数日要します。参加に必要なログインパスワードなどは、申し込みされたメールへお伝えします。
- ・Web開催の内容について、一切の記録及び配布は厳禁ですので、以下の禁止事項を確認してください。
 - * 資料などをWeb上（SNSを含む）で共有したり、別のサイトにアップロードしたりすること。
 - * Zoomによる学会のミーティングIDやパスワード、URLなどを他人に譲渡や共有すること。
 - * 第16回宮崎県作業療法学会に関わる抄録ならびにWeb視聴で掲載されるスライド（スライド・画像・動画など）に関して、ビデオ撮影・録音・写真撮影（スクリーンショットを含む）を行うこと。
- ・オンラインおよびオンデマンド配信において、電波状況の不具合等が生じる恐れもありますので、ご容赦ください。

発表演者・座長へのお願い

口述発表の環境・手続き

- ① 本学会は「ZOOM」を用いたLive形式による発表となります。Zoomの機能である画面共有を利用したPCプレゼンテーションとなりますので、あらかじめ発表スライドの動作確認は各自で済ませておいてください。
- ② Windowsに標準搭載されているフォントMSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、メイリオ、游ゴシック、游明朝、Times New Roman、Arial、Arial Black、Arial Narrow、Century、Century Gothic、Courier、Courier New、Georgiaを使用してください。
- ③ PowerPointのスライドは10枚程度でお願いします。
- ④ 音声や動画は使用できません。
- ⑤ 発表スライドは、プライバシーに十分配慮し、個人情報の取り扱いに注意し作成ください。
- ⑥ あらかじめ提出頂きました発表用データは、学会終了後に学会事務局が責任を持って消去いたします。
- ⑦ 学会1週間前程度を目安に、画面共有機能の動作確認や発表時間等の確認をさせていただきます。詳しい日時は個別にご連絡いたしますので、時間の調整をお願いいたします。
- ⑧ 発表者は、12:50までには、所定のブレイクアウトルームにて待機をお願いいたします。
- ⑨ 一般演題およびチャレンジ演題の発表は1演題につき7分、質疑応答7分で行います。
- ⑩ 特別企画①の発表時間は1演題につき10分、質疑応答5分で行います。
- ⑪ 発表の際のPC操作は演者ご自身で行ってください。万が一、通信トラブル等による不具合が発生し、発表が中断した際には、運営スタッフと共に問題解決にあたって頂きますようよろしくお願いいたします。また、所定時間内に発表が出来なかった場合には、オンデマンド配信用に発表動画を録画していただき、後日提出をお願いします。
- ⑫ 学会当日以降(12月14日～12月24日12時まで)に、オンデマンド配信を行います。その為、演題発表から質疑応答まで間、録画させていただきます事もご了承ください。またオンデマンド配信については「vimeo」を利用し、限定公開として配信します。

座長のみなさまへ

- ① 座長の皆様は、12:50までに、「座長控室(ブレイクアウトルーム)」にお越し下さい。改めて、演題発表の進行につきましてご説明をさせていただきます。
- ② 担当セッション開始後の進行については、すべて座長に一任します。必ず予定時間内に終了させてください。発表及び質疑応答とも、各7分ずつとしております。
- ③ 通信トラブル等による不具合が発生し、発表が中断した際には、運営スタッフと共に問題解決にあたって頂きますようよろしくお願いいたします。3分間経過しても開始できない場合は、その時の状況にもよりますが、質疑応答など可能でしたら、質疑応答の時間を長くとり、所定時間を持って演題発表を終了として下さい。

特別講演

12月12日(日曜日)
10:00～12:00

未来を創る今後の作業療法

東京工科大学 医療保健学部 リハビリテーション学科
澤田 辰徳

座長：太田尾 祐史 医療法人社団牧会小牧病院 小牧病院

教育講演 I

オンデマンド配信
(令和3年12月5日～12月24日)

研究が拓く作業療法

吉備国際大学 保険医療福祉学部 作業療法学科
寺岡 睦

教育講演 II

オンデマンド配信
(令和3年12月5日～12月24日)

チャレンジ人生 ～自分らしく生きるとは?～

看護小規模多機能 むく
佐伯 美智子

未来を創る今後の作業療法

講師



澤田 辰徳

東京工科大学医療保健学部

学歴・学位

1999年 広島大学医学部保健学科卒業、その後、同大学院卒業（保健学博士）

職歴

大学卒業後、急性期から特別養護老人ホーム、訪問リハビリテーションおよび病院部門管理者などを経て、現在、東京工科大学医療保健学部作業療法学科教授として勤務。専門は作業療法の独自性、協働的作業療法、自動車運転、管理運営。

資格

認定作業療法士、AMPS・ESI・A3・A-one認定評価者 など

その他（社会貢献）

日本作業療法士協会 学術部学術委員会副委員長、学術誌・学会査読委員、
運転と作業療法委員会委員

日本臨床作業療法学会 会長

運転と作業療法研究会 世話人 など

主な著書

澤田辰徳 編：作業で結ぶマネジメント。医学書院

藤田佳男、澤田辰徳 編：作業療法とドライブマネジメント。文光堂 など

我が国の作業療法士の数は劇的に増大し、その数は世界第2位となっている。人数の増加が全てではないが、世界において日本の作業療法は無視できない状況にあることは一つの事実である。

しかし、現実の我々の取り巻く状況は好転しているかどうか?と問われると個人的には疑問が残らざるを得ない。国の情勢で言えば強国日本は影を潜める反面、世界トップレベルの借金大国となった日本の現状は、医療業界においても暗い影を落としている実状がある。

日本に作業療法士が誕生してから半世紀以上、時代が進むに伴い、我々作業療法士の働く環境は目まぐるしく変化している。近年、厚生労働省が明らかにした統計では、リハビリテーション職の需要と供給バランスの逆転現象がすぐそこまできている。私的見解になるが、このまま何もしなければ就職に強い職種という神話は長くは続かない。我々の市場はしばらくすればブルーオーシャンからレッドオーシャンへと変化するだろう。まず理学療法士、そしてその後作業療法士、就職で壁に当たることは容易に予想できる。

一方、過去に比べて、有能な作業療法士の数や質は格段に上がっていると考えられる。様々な日本人が海外に招聘され、海外のトップジャーナルにも名を載せるようになった。一方、急速な数の増加に伴う教育不足により、その反対(つまり、良質な作業療法を提供できない)作業療法士数も増大しており、個人の質のばらつきは過去と比較して増大しているであろう。一方で、近年のワークライフバランスという言葉に代表されるように、プライベートを充実させようとする動きも増大している。しかし、自己研鑽は医療福祉専門職倫理の鍵でもある。これまでは医療職の倫理的な自己努力により推奨されてきた研鑽も業務範囲の線引きを明確化する必要があるのかもしれない。また、副業を含めた多種多様な働き方の実践が見聞きされるようになり、働き方そのものの変革の時期が到来している。いずれにせよ、各個人が自身の質を上げるマネジメントが重要な鍵となり、それが我が国の作業療法の新しい道筋につながるかもしれない。

未来思考で言うなれば作業療法を行う組織としての変革も必要であろう。かの有名な研究でも明らかにされたように作業療法士はAIに取って代わることのできない職種の上位ランクである。それは作業療法士が悩む抽象性の裏返しであり、「型が曖昧である」ことが利点になる時代であるともいえる。作業療法士×労働衛生領域、健康予防領域、生きがい教室など無限の可能性を秘めているだろう。ダーウィンの名言、「最も強い者が生き残るのではなく、最も賢い者が生き延びるのでもない。唯一生き残ることができるのは、変化できる者である」で示されるように、未来の作業療法をどのように創り上げていくのか?当事者同士で考える場になれば幸甚である。

研究が拓く作業療法

講師

寺岡 睦

吉備国際大学



略歴

1989年11月高知県生まれ。

博士(保健学)、作業療法士、認定作業療法士。吉備国際大学大学院保健科学研究科保健科学専攻博士(後期)課程修了。

現在、吉備国際大学保健医療福祉学部作業療法学科講師。学部生時代に、作業に根ざした実践の魅力と課題に気づき、OBP2.0という新しい作業療法理論の着想に至った。

吉備国際大学学部大学院一貫教育システムを活用し大学院へ進学する。臨床では身体障害領域の作業療法に取り組み、医学モデルと作業モデルの両立の重要性を体感し、ハイブリッド型作業療法理論としてOBP2.0を構築していった。趣味は、読書。研究論文、著書は多数あり。

このテーマを聞いて、どのようなイメージが浮かびますか? 「研究は学生時代に少ししかやらなかった」、「全然忘れてしまった」、「研究って聞くと難しく自分には縁がないと思う」、「症例報告はしたことあるけど研究は・・・」と思われる方も多いかもしれません。本講演は、そういった研究への苦手意識のある方や、自分には縁遠いと思っている方にぜひ聞いていただきたいです。

研究にも様々な形があり、古くは紀元前の古代ギリシャで哲学としてスタートしました。当時は様々な概念の真理をめぐりディスカッションが繰り返され、高貴な遊びとして楽しまれていました。そこから医学、数学、物理学、天文学、生物学、政治学、経済学などの学問へと発展し、現代まで研究が進められています。本講義では、研究そのものを紐解くことは行いませんが、ここでお伝えしたいことは、研究には「人間の好奇心」が原動力にあるということです。研究をするということは、知らないことを知る、分からないことがあれば実験等を通して明らかにすることであり、それは人間の知的好奇心を刺激します。つまり、研究は楽しいから行うのです。楽しくて研究していたら社会的価値が認められたり、時代が変わっていく節目に道しるべとなっていくのです。

作業療法分野に目を向けると、作業療法も職域の探求からスタートしています。医者、看護師、ソーシャルワーカー、建築士、哲学者、障害者当事者が、心身が不自由でもその人らしい生き方ができるよう支える仕事があることを望み、臨床での知見を通して作業療法を生み出してくれました。そして現代まで作業療法は、人の健康と幸福を支えるために様々な研究が進んでいます。作業療法での研究は、上記の、楽しみながら行う研究に加え、作業療法の生き残りをかけて存在意義を示すために行われた研究もあります。作業療法は複数回のパラダイムシフト(流行の移り変わり)を経っていますが、いずれの時代の研究も「作業療法を後世に存続させるために」という価値を見出した研究者が試行錯誤した結果です。つまり作業療法の研究は、楽しいから行う側面もあれば、必要に駆られて行っていた側面もあります。必要に駆られて行っていた研究も、当時の研究者が“作業療法はこんなに良い仕事だ”という価値を感じながら多くの人に伝えることを願って行ってきました。

本講演では、【研究が拓く作業療法】というタイトル通り、日々の作業療法にプラスして研究の視点を取り入れることを目的としています。この講演を聴いた参加者が、日々の臨床で分からないことを分かるようにしていくプロセスを踏めるように、作業療法を発展的に切り拓く研究が増えることを願っています。

チャレンジ人生 ～自分らしく生きるとは～

講師



佐伯 美智子

合同会社 MUKU

略歴

1995年 作業療法士免許取得

1995年～20年間 高齢者病院や高齢者施設で作業療法士として勤務。

2002年～2年間 AUS・NZに移住

2007年 唐津に移住 ママの働き方応援隊唐津校代表、Share!鏡代表等、福祉や町づくり、子育て支援に関する活動に従事。

2016年1月 合同会社MUKU設立。

2017年4月 「看護小規模多機能むく」を開設。赤ちゃんがいる事業所としての活動を新聞・テレビ・雑誌等各種メディアに注目され、全国各地から講演依頼が来るようになる。現在、介護関係のイベントや介護福祉専門学校、大学などで講演・セミナー講師等も行っている。

2022年4月 子どもの通所支援である放課後等デイサービス「ひなたぼっこ」との複合施設として「小多機むく」「住宅型有料老人ホームむくん家(むくんち)」を開設予定。

私は、作業療法士だ。

合同会社MUKUを創る前は、病院や老健で働く、ただのいち作業療法士だった。お年寄りや障がいのある方と一緒に、ベッド上で(当時流行りの)関節可動域訓練をしたり、機能訓練をしたり、生活動作訓練をしたり・・・していた。でも、そんな訓練ばかりじゃ面白くないから、お年寄りと一緒にカラオケに行ったり、温泉に行ったり、喫茶店に行ったり、海に行ったり、山に行ったりもしていた。正直、作業療法士という仕事は天職だと感じていたし、やりがいもあったし、面白かった。でも、私にとって病院や大規模施設での作業療法には限界があった。リハビリには1人何分という時間の縛りがあり、サラリーマンとして日々あげなければいけない点数の縛り、深入りしすぎてはいけない関係性の縛り、膨大な書類、他スタッフとの温度差の違いなどを感じていた。もともと、バックパッカーで、自由人として生きてきた私は、それが、だんだん窮屈になっていった。なんで、入院患者はみんな同じ服を着て、同じ時間にご飯を食べて、なんで、うんこまでみんな一緒の時間にしているの?なんで、それが当たり前みたいになっているの?人間って何?人生の最期の時が、これでいいの?そして、人を人として見ることができなくなり、人が点数に見えてきたとき「このままじゃだめだ。この仕事をやめて起業しよう」と決意した。

一度目の決意をしたのは合同会社MUKUができる15年以上前。私がまだ(ギリギリ)20代のころ。事業計画を立てて、物件を探して、見に行き、何度もお金の計算をして・・・あきらめた(笑)とにかくお金がなかったし、銀行に借りる勇気もなかった。でも、心のどこかにはずっと引っかかっていた。ずっと、ずっと、いつかは縛りがない「普通の人の暮らし」ができる場所をつくりたいと思ってきた。多分、誰のためでもない、自分のために。そんな中で、海外を放浪していた時に会ったオーストラリア人と1度目の結婚をし、長男が生まれた。程なく離婚をし、シングルマザーも経験し、数年後に(今度は日本人と)2度目の結婚をして、次男が生まれ、適度に波乱万丈な人生を送っていた。で、やっぱり仕事に窮屈さを感じだしたころ、3男が生まれた。ちょっと前の自分だったら、この子が大きくなって、落ち着いてから起業しようって思っていたかもしれないけど、気が付けば私も42歳。そうそう、悠長にしていたらおばあちゃんになってしまうではないか。それに、もしかしたら今って、いいタイミングなのかもしれない。旦那は大工だけど、歳を取ったら使えなくなるかもしれないし(当時60歳)、育休中だけど時間はたっぷりあるし、失敗しても作業療法士だもん、仕事はどこかにあるだろう・・・って(軽いな)そして、何より『赤ちゃんがいるからできないじゃなく、赤ちゃんがいるからこそできる』をやればいいんだ!と、3男が3か月の時に本気の起業をした。

一般演題Ⅰ

座長：岩切 良子（日南市立中部病院）

時間	演題番号	演題名	所属・氏名
13:00～	16-1	Wide awake surgery による長母指伸筋腱断裂後の腱移行術に対する3週間固定 法と早期運動療法の比較検討	飯田整形外科クリニック ハンドセラピー室 久木崎 航
13:15～	16-2	手指複合損傷に対し趣味であるゴルフ再開に向けて介入した症例	独立行政法人 地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 リハビリテーション部 淵上 華鈴
13:30～	16-3	手根管症候群の術後急性期の知覚変化について	独立行政法人 地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 リハビリテーション部 西田 真基
13:45～	16-4	複数の伸筋腱断裂を呈した外国人技能実習生の治療経験～環境因子に着目した後療法の選択～	都城市郡医師会病院 総合リハビリテーション室 福屋 建太

一般演題Ⅱ・チャレンジ演題(※)

座長：江藤 優子（小林市立病院）

時間	演題番号	演題名	所属・氏名
13:00～	16-5	多職種共同による介助指導で円滑に自宅退院へ繋がった事例報告 ～コロナ禍を環境因子と捉えた生活行為向上マネジメントを用いて～	社会医療法人同心会 古賀総合病院 リハビリテーション技術部 長友 優弥
13:15～	16-6	周術期がん患者におけるFR (Fujimoto Rehabilitation) 術前スクリーニング 評価の開発及び有効性	藤元メディカルシステム 藤元総合病院 リハビリテーション室 吹上 崇
13:30～	16-7	上肢挙上困難に対してコンビネーション治療を併用した筋力増強訓練でADL改善を目指した1例	宮崎県立日南病院 リハビリテーション科 田中 省吾
13:45～	チャレンジ ※ 16-1	重度上肢麻痺に対する促通反復療法の原理原則に基づいた電気刺激併用療法 の事例報告 ～予後不良症例における身体機能的効果に焦点を当てて～	医療法人誠和会 和田病院 岩田 雄大

一般演題Ⅲ

座長：堀江 桃子（若草病院）

時間	演題番号	演題名	所属・氏名
13:00～	16-8	障害児通所支援アンケート調査結果からわかる県内通所支援の現状とOTの必要性	学校法人宮崎南学園 宮崎保健福祉専門学校 日高 美友
13:15～	16-9	訪問リハビリテーションにおける家族への更衣動作指導により時間短縮に至った症例	医療法人 魁成会 宮永病院 迫間 亮汰
13:30～	16-10	COPD 患者における認知機能障害とセルフマネジメント教育～作業療法士が介入する重要性～	医療法人伸和会 延岡共立病院 リハビリテーション科 甲斐 壮
13:45～	16-11	再就職に向けての外来リハでの関わり～就労移行支援事業所に繋がった1例～	介護老人保健施設 ひむか苑 リハビリテーション科 藤本 勇一

一般演題 I

16-1

Wide awake surgeryによる長母指伸筋腱断裂後の腱移行術に対する
3週間固定法と早期運動療法の比較検討久木崎航^{1) 2)} 橋野悠也³⁾ 田中祥継³⁾ 飯田博幸³⁾

1) 飯田整形外科クリニックハンドセラピー室

2) 医療法人幸仁会飯田病院 リハビリテーション科

3) 医療法人幸仁会飯田病院 整形外科

Key words：早期運動療法，ハンドセラピー，関節可動域

【はじめに】 当院ではwide awake surgery (WAS)での手術が頻繁に行われている。WASとは局所麻酔下で行われる手術であり、術中に縫合腱の滑走を確認することができる。そのため、腱断裂の手術に有用だとされている。腱断裂の中でも、長母指伸筋(EPL)腱断裂は遭遇する機会の多い疾患であるが、それに対する術後セラピー(セラピー)のコンセンサスは得られていない。本研究の目的は、WASによるEPL腱への腱移行術後例に対し、3週間固定法(固定群)と早期運動療法(早期群)の治療成績を後ろ向きに比較し、基準や適用を検討することである。

【対象】 対象は2020年9月から2021年7月の間にEPL腱断裂と診断され、当院にてWASによる腱移行術を施行した6例6指であった。その内、早期運動療法を実施していなかった時期の固定群は3例3指、早期からセラピーを開始しても安全だと判断し、早期運動療法を導入した後の早期群は3例3指であった。対象者には研究について説明し、文書にて同意を得ている。

【方法】 セラピーは、両群とも術後4日目にstatic splint (SS)作製し、訓練時以外は常時装着とした。固定群は術後4週目から軽い自動運動を開始し、術後6週目からは他動運動も開始した。術後8週目にSS除去し、ADL参加を許可した。一方、早期群は術後4日目からセラピーを開始した。まずdynamic splint (DS)を作製し、DS装着下で母指IP関節の自動屈曲と自動伸展保持運動を実施した。加えて、手関節背屈位で単関節ごとの他動屈曲運動、母指掌側外転運動を実施した。術後3週以降は固定群と同様のリハを実施した。治療成績は術後12週目の治療成績を日本手外科学会腱損傷機能評価法(日手会成績評価)で評価した。さらに、術後3, 6, 9, 12週目の%TAMと母指掌側外転可動域の健側比(掌側外転可動域)を測定し、その経時的推移を比較した。

【結果】 日手会成績評価では固定群で優2例、良1例であり、早期群で優3例であった。%TAMの経時的推移は固定群が13%, 29%, 80%, 88%, 早期群が18%, 81%, 88%, 89%であり、術後6週目のみ明らかな差を認めた。掌側外転可動域の経時的推移は固定群が27%, 67%, 85%, 90%, 早期群が77%, 88%, 94%, 96%であり、術後3, 6週目に明らかな差を認めた。

【考察】 早期群は、早期より制限下で母指の運動を実施したため、縫合腱の癒着が軽減し、より早い段階での可動域が改善したと考える。一方で、術後12週時点では両群の治療成績に差がなかった。先行研究では腱縫合時の緊張度が最終な成績に最も影響することが報告されている。今回、WASにより術中に適度な緊張度でEPL腱が縫合されており、最終的に両群とも良好な成績を獲得したため、差がなかったと考える。

一般演題 I

16-2

手指複合損傷に対し趣味であるゴルフ再開に向けて介入した症例

淵上華鈴¹⁾ 吉松利夏¹⁾

1) 独立行政法人 地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 リハビリテーション部

Key words：ハンドセラピィ，趣味，切断

【はじめに】 右示指不全切断，中指・環指切断を呈した症例を経験した。デマンドであるゴルフ再開に向けて，機能的なアプローチに加え，ゴルフに必要な手指の動作分析を行い段階的なアプローチを行うことで，趣味動作の再獲得に繋がったため報告する。

【症例紹介】 80代男性，利き手は右手，職業は農業。X年Y月Z日に農作業中に牧草を巻き取る機械に巻き込まれ受傷。示指中節部近位切断，中指中節部切断，環指PIP関節離断を呈し，受傷同日に示指～環指の断端形成を施行。Z+9日より軽負荷での手指可動域練習を開始したが示指・中指の黒色壊死を呈し，Z+18日示指腹壁皮弁・中指PIP関節離断施行。Z+35日皮弁切り離し術施行し，翌日よりリハ再開。頸椎疾患の既往あり，受傷前より右肩関節・肘関節・前腕の可動域制限から右上肢のみでの前方・上方へのリーチは困難だったが，手指の制限はなく，ゴルフは下方でクラブを握り，左手を中心に上方へ動かすことで行っていた。ゴルフは40年以上行ってきた趣味であり，友人達とゴルフコースを回ることを楽しみとされており，ゴルフ再開を希望していた。なお，本報告に際して本人へ説明し同意を得ている。

【経過】 Z+36日(皮弁切り離し術翌日)より手指の関節可動域練習を再開。MP関節屈曲が示指45°/60°，中指60°/70°，環指60°/85°，小指70°/85°(自動/他動)と示指・中指に関節拘縮あり。環指・小指の関節柔軟性は比較的良好だったが，active TPD6cmと自動運動制限が著明。また，把握動作時の外在筋収縮が乏しく内在筋優位の握りがみられた。手指機能訓練に加え，ゴルフ再開に向け，まずクラブのグリップ練習としてコーン・棒把持を行い，外在筋収縮の向上を図った。また，スタンピングにより握力の向上を図り，セラプラストからビー玉を取り出す練習によりピンチ力の向上を図った。筋力の向上に伴いスイング時に遠心力でクラブが飛ばないように，手に合わせて形の変わるタオルを引っ張り合い，段階付けとして形の変わらない棒を引っ張り合う練習を行った。更にスイング練習として，段階的に長さ・重さを変え，短くて軽い棒→長い棒→ゴルフクラブを振る練習を行った。

【結果】 Z+80日(皮弁切り離し術後41日)の退院時には，MP関節屈曲が示指85°/90°，中指80°/90°，環指80°/90°，小指85°/100°と自動運動・他動運動ともに可動域向上。active TPDは環指6cm→3.5cm(環指PIP関節40°/80°→70°/90°)小指6cm→0cm(小指PIP関節30°/90°→80°/90°，DIP関節10°/45°→20°/60°)と外在筋収縮が向上し，内在筋優位の握りの改善がみられた。握力は右11.7kg，左23.9kgとなった。またゴルフ動作においては，クラブを把持しフルスイングを行うことが可能となった。退院後は，友人とゴルフコースを回り，趣味活動を再獲得された。

【考察】 本症例は右手指の複合損傷により複数回の手術が必要となった。関節拘縮，内在筋優位の握り，筋力低下を呈し，把握動作困難により趣味再開が困難となる可能性が考えられた。機能評価とゴルフに必要な手指の動作分析を行い，機能的訓練に加え段階的なゴルフ動作練習の実施により趣味再開に繋がったと考える。

一般演題 I

16-3

手根管症候群の術後急性期の知覚変化について

西田 真基¹⁾ 小野 文子¹⁾ 川俣 陽圭¹⁾ 深川 恵理奈¹⁾ 甲斐 早央里¹⁾

1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 リハビリテーション部

Key words：手根管症候群，急性期，知覚，調査

【はじめに】 今回,当院の手根管症候群に対し術前と退院前の知覚検査の結果を後方視点的に調査した.その結果,術後急性期の知覚変化より,術後の留意点に関して知見を得た為ここに報告する.

【目的】 絞扼性末梢神経障害のTinel様徴候は絞扼部に再生軸索も共存しているため出現する.その為,外科的手術で圧迫等を除去した場合,何らかの神経再生が生じられると思われるが,先行文献において術後急性期の知覚変化やそれに伴う知覚面での留意点の報告は少ない.そこで今回の調査より術後急性期の知覚変化より留意点の検討を行った.

【調査内容】 対象は2017年4月～2020年3月に手根管開放術後,抜糸後も入院加療し手掌含め再評価を行えた8名10手,診療録より術前と退院前の結果を後方視点的に調査した.平均在院日数は12～14日,平均年齢は70.75歳.倫理的配慮として個人情報特定されないように十分に配慮した.尚,発表に関し開示すべきCOI関係にある企業等はない.

【調査方法】 ①知覚変化度と標準筋力の関連性②受傷側が利き手,非利き手での変化度③部位別の知覚変化度の差,以上3点を検討した.また精密知覚検査(semmes-weinsteinmonofilament以下SWT)は緑:4点,青:3点,紫:2点,赤:1点,赤+黒斜:0点と独自に点数化し術前と退院前の点数の差から変化度を抽出した.静的2点識別検査(statictwo-pointdiscrimination以下S-2PD)と動的2点識別検査(movingtwo-pointdiscrimination以下M-2PD)は実際の変化距離で抽出した.また,評価方法は日本ハンドセラピ学会の評価法に準じている.筋力は握力*1及びPinch力*2の標準筋力の標本との差を調査した. *1平成27年度体力-運動能力調査結果(文部科学省ホームページより握力のみ抜粋) *2Grip and Pinch Strength(Mathiowetz V et. 1985)

【結果】 ①では,関連性はなかった②では非利き手群が利き手群に比べSWTで平均0.5点,M-2PDで平均1.5mmの変化がみられた.③では手掌のSWTが平均0.2点,M-2PDが平均2mmと他部位に比べ知覚変化が僅かであった.また②および③でのS-2PDは知覚変化や差がほぼ無かった

【考察】 結果より,利き手および非利き手の違いから術前の手の使用頻度や負荷量による差であることや部位別より手術侵襲などが術後の影響を受けることが示唆された.これより現時点で考えられる留意点として①患側が利き手の場合の作業内容や開始時期②持続的な物品把持や把持力のコントロールを有する作業活動③手掌への負荷が予想されるon handや握力把持型(1992.鎌倉)などの手のフォーム等が留意点であると考えられた.

一般演題 I

16-4

複数の伸筋腱断裂を呈した外国人技能実習生の治療経験 ～環境因子に着目した後療法の選択～

福屋 建太¹⁾ 海田 博志¹⁾ 帖佐 直紀¹⁾

1) 都城市郡医師会病院 総合リハビリテーション室

Key words：ハンドセラピー，手指伸筋腱損傷，環境因子

【はじめに】 近年，日本で働く外国人労働者の人数は増加傾向にある。その背景として，日本の少子高齢化による国内の人材不足が一番の原因とされており，今後も外国人労働者は増え続けることが予想される。それに伴い，近年医療現場においても外国人患者は増加傾向の印象である。今回，複数の伸筋腱断裂を呈した技能実習生として日本に来日している外国人（以下症例）を担当した。環境因子を考慮し，術後の後療法を検討しながら進めることで良好な結果が得られたため報告する。

【目的】 互いに言葉が理解できないため術後4週間の外固定を選択。術翌日より早期運動療法実施し機能回復を図った。ヘルシンキ宣言に基づき十分な説明を行い，症例の同意と当院倫理委員会の承諾を得た。

【方法】 症例はベトナム人の20歳代男性，右利き，技能実習生として鉄筋工場勤務である。自宅で調理中に包丁で左手背部（ZoneVI）を切り受傷。示指伸筋，総指伸筋（示指・中指・環指）の切断認め，同日腱縫合術施行。腱断端が創部より発見できず，追加切開を加え津下法にて縫合施行。後療法として症例は4週間のシーネによる外固定とした。DIP関節のみ術後翌日より他動関節可動域練習開始。症例の退院希望が強く，術後1週で自宅退院となり，外来リハ開始となる。術後4週シーネによる外固定終了し手関節・MP関節・PIP関節の他動・自動関節可動域練習開始。また，症例の環境因子を考え2週間カックアップスプリント装着となる。術後6週でスプリントによる固定終了となり，術後11週で作業療法終了。

【結果】 手関節自動可動域は掌屈：80°背屈：65°。% TAMは示指：98%，中指・環指：100%。握力健側比58%。術後10週で復職し仕事に関して支障はないとのことであった。

【考察】 ZoneVIの後療法として，通常3週間固定法もしくは早期運動療法の適応となることが多い。症例は早期復職を希望するも，日本語・英語の理解が乏しく，症状に対する理解度がわからないことから，4週間のシーネによる外固定を選択。術後4週から自宅での環境因子を考慮し2週間のカックアップスプリント装着となり，通常より固定期間が長くなった。また，金銭的な問題や言葉の通じないストレスから術後1週で早期退院となった。その後，交通手段がないことから週に1～2回程度の外来リハで対応。その中で，ZoneVIの伸筋腱断裂術後は，DIP関節の運動に関して断裂部分への影響は少ない。術後翌日より示指・中指・環指DIP関節の関節可動域練習を早期に開始することで，癒着を最小限にとどめることができたと思われる。また，スプリントを使用した早期運動療法が主流となる中で環境因子を考慮し長期の固定を選択したことで，再断裂を予防できたことが今回の結果に繋がったと考える。今回の治療経験を通して，外国人技能実習生は早期の復職を希望するなかで，言語的な問題だけではなく，環境因子を考慮し後療法を進めていく必要があると考える。

一般演題 II

16-5

多職種共同による介助指導で円滑に自宅退院へ繋がった事例報告 ～コロナ禍を環境因子と捉えた生活行為向上マネジメントを用いて～

長友 優弥¹⁾

1) 社会医療法人同心会古賀総合病院リハビリテーション技術部

Key words：生活行為向上マネジメント，がん，多職種連携

【はじめに】 近年、地域包括ケアシステムの普及を感じる。一方、カンファレンスの開催やリハビリテーション（以下、リハビリ）見学といった医療から介護へのシームレスケアは、COVID-19の影響による困難さを強く感じる。今回、生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を用いて、コロナ禍に応じた多職種共同による介助指導を経験した為、考察を交えて報告する。

【対象者】 A氏、70代前半の女性。X年に多発性骨髄腫を発症。入院前から、度重なる病的骨折により、四肢はシーネやギプスで創外固定され、セルフケア全般に介助が必要。A氏及び夫ともに障害受容されており、放射線療法を受けながら二人暮らしを続けていた。医療保険での訪問看護・訪問リハビリ等を利用中。近年は、骨折リスクが高くなっており、X+15年、移乗介助時に受傷した左脛骨骨折の治療及び、新たな腫瘍への放射線療法を目的に入院加療となった。

【作業療法評価】 自宅での夫の介助方法を聴取すると、下肢への過剰な荷重が判明。更なる骨折を受傷するリスクが高いと考えた。また、サービス事業者への聴取で、介助時に骨折への不安を感じている事が判明。その為、自宅生活継続の為に、介助方法の申し送りが重要と判断し、合意目標を『骨折を予防できる安全な介助方法をA氏・夫・サービス事業者の皆様が身につけて家で過ごす』とした。初期評価時の実行度・満足度は1点であった。また、コロナ禍で退院前カンファレンスは開催出来ず、退院前に夫が1度のみ来院されることが予定されていた。

【方法】 短期目標(1週間):日頃のケアやリハビリを通してA氏が介助の受け方を身に付ける。長期目標(2週間):夫の来院日に、各専門職より夫へ介助方法の指導を実施。最終目標(3週間):動画撮影した指導内容を、夫とサービス事業者とで共有する。

【結果】 A氏への介助の受け方、及び夫への介助方法の指導は目標通り達成し、実行度・満足度8点であった。指導後、A氏は、痛みを避ける方法を介助者に伝えるといった様子がみられた。退院から半年経過後、更なる骨折等を受傷する事無く過ごせていた。なお、介助方法について夫婦とサービス事業者は情報共有出来てはいたが、動画撮影した指導内容を参考にする頻度は少かった。

【考察】 MTDLPにおいて、コロナ禍による影響を環境因子と捉えた上で、問題点や目標といった介助指導計画を、早期から医療チーム内で共有した事で、1回の介助指導場面で医療チーム各々が集中した指導ができ、合意目標の達成に繋がったと考える。また、動画を媒体とした情報共有が低頻度であった要因として、動画の見にくさが要因と考える。撮影時の環境設定や動画編集等も重視しながら、充実したシームレスケアができるように検討を重ねていきたい。

【倫理的配慮、説明と同意】 ヘルシンキ宣言に沿い、本報告の趣旨を書面にて説明し同意を得た。演題発表に関連し、開示すべき企業等との利益相反に関する事項はない。

周術期がん患者におけるFR (Fujimoto Rehabilitation) 術前スクリーニング評価の開発及び有効性

吹上崇¹⁾ 大田原知草¹⁾ 綱翔太郎¹⁾ 岩村秀世¹⁾ 遠矢菜津子¹⁾ 福永誠司¹⁾ 藤元勇一郎²⁾
1) 藤元メディカルシステム 藤元総合病院 リハビリテーション室 2) 藤元メディカルシステム

Key words : がん, スクリーニングテスト, 評価法

【はじめに】 周術期リハビリテーションは術後の合併症を予防する等を目的とし、術前より身体機能等の評価を行い、必要に応じて運動指導や呼吸練習の指導を行うことが一般的である。しかし当院においては、術前の入院期間の短縮や医学的検査、処置などが理由でリハ介入の時間に制約がある。その為、周術期のがん患者に対して、術前に介入が難しく術後からの介入になる事やPT,OT,ST,3職種全てが術前介入出来ず、十分な術前評価が行えない現状にある。そこで、がんのリハビリテーション研修会を受講したPT,OT,ST(以下、がんリハスタッフ)で協議し術前評価の為のFujimoto Rehabilitation術前スクリーニング評価(以下、FR術前評価)を作成した。本研究の目的は当院に入院中の術前がん患者にFR術前評価を実施し、有効性を検証することである。

【FR術前評価】 FR術前評価内容としては、一般情報より疾患名,既往歴,治療方法の3項目,認知機能として意識等の8項目,身体機能として筋力等の20項目の計31項目からなり,評価方法は0,1点で採点を行うよう作成した。

【対象・方法】 対象はR2年10月9日～R3年4月9日の期間に当院に入院している術前評価を行ったがん患者13名(年齢 75 ± 7.1 ,男性7名,女性6名)とした。対象者にFR術前評価を実施し認知機能,身体機能の項目ごとに合計点を算出した。併せて,対象者の入院時FIMを算出した。統計解析は,相関分析を用いて,FR術前評価の各項目とFIM各項目の関連性を分析した。統計学的処理にはRコマンダー 4.0.2を使用し有意水準は5%とした。また,がんリハスタッフ4名に対して,評価期間終了後にアンケート調査及び収集を行った。アンケートの内容は各評価項目について,評価の活用性について1から5の5段階評価と自由記載欄を設け回答を求め術前評価の使用感を調査することとした。

【倫理的配,説明と同意】 本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て(承認番号 006),ヘルシンキ宣言に基づき個人が特定できない形で発表を行う。開示すべきCOIはない。

【結果】 FR術前評価点数は 24 ± 3.3 ,認知機能項目が 6 ± 0.78 ,身体機能項目は 16.5 ± 3.0 ,入院時FIM運動項目は 85 ± 20 ,認知項目は 35 ± 3.7 であった。FR術前評価の身体機能項目と入院時FIM運動項目($r = 0.68, P < 0.01$)のみ有意な相関を認めた。アンケートに関しては,認知機能項目は4,5,身体機能項目は3から5,評価の活用法に関しては3から5の評定が多い結果となった。

【考察】 FR術前評価において,身体機能項目と入院時FIM運動項目に有意な相関関係を認めた。一方で,認知機能項目とFIM認知項目に相関は認めなかった。要因としては,FR術前評価にないFIMの認知項目が減点され影響があった為と考える。アンケート結果で認知項目の評定が高い要因としては,評価方法が統一され比較的簡易な方法であったからと考える。今後得た結果をふまえ,評価項目をさらに見直し,より根拠のある評価方法を検討し,実施していく必要がある。

一般演題 II

16-7

上肢挙上困難に対してコンビネーション治療を併用した 筋力増強訓練でADL改善を目指した1例

田中 省吾¹⁾ 前田 圭徳¹⁾

1) 宮崎県立日南病院 リハビリテーション科

Key words：上肢動作，筋力，電気刺激

【はじめに】 コンビネーション治療とは、血流改善や拘縮緩和、鎮痛などの効果がある超音波と、神経症状の緩和や鎮痛などの効果のあるハイボルテージを同時に使用することで治療効果の促進を図る手法である。この度、術後に著明な上肢筋力低下を呈した患者に対して、コンビネーション治療を併用した筋力増強訓練を実施し、筋力やADLの改善を図ることができたため、ここに経過を報告する。

【症例提示】 50代男性。職業は工場の管理職。県立日南病院（以下、当院）の外来で頸部脊柱管狭窄症（C5/6>4/5>3/4）の経過観察中に症状増悪あり、手術加療目的で入院。術後の疼痛による不動から筋力低下が生じ、左上肢挙上が困難となった。なお、事例報告にあたってはヘルシンキ宣言に則り、本報告の趣旨を書面にて説明し同意を得た。

【経過】 初期：左肩関節屈曲・外転時に疼痛の増強あり、代償動作を過度に伴いながら自動運動で左肩関節屈曲30°外転40°までなんとか可能だった。歩行は肩への負担軽減のために歩行器を使用、ADLはトイレ動作・入浴・更衣で部分介助、食事や整容動作は自立していた（BI：70/100点）。肩関節屈曲・外転の主動作筋である三角筋前部線維・中部線維に対して5分間ずつコンビネーション治療を行いながら、肩関節屈曲・外転の筋力増強訓練を実施した。中間：運動時痛は減少し、代償動作はわずかにみられるが左肩関節屈曲90°外転60°、短時間の保持が可能となった。最終：自動運動にて左肩関節屈曲180°外転90°まで可能となり、90°屈曲位で25秒間保持、90°外転位で15秒間保持が可能となった。MMTは左肩関節屈曲が2→4レベル、外転が2→3レベルまで改善した。左上肢で頭部までのリーチが可能となったが、まだ筋持久力不足のため洗髪動作は右上肢を主に使用しながら行っている。上衣更衣と洗顔動作は両手を使用して行えるようになった（BI：100/100点）。

【考察】 本症例は、術後の激しい疼痛や著明な筋力低下、代償動作の出現により、筋力増強訓練の進め方に悩んだ1例であった。疼痛と代償動作の軽減目的に、コンビネーション治療を併用した筋力増強訓練を行ったところ、肩関節屈曲・外転時の疼痛は徐々に軽減していった。術後の日数経過による影響もあると思うが、それまでの疼痛の状況を考えると、超音波治療と電気治療による鎮痛効果が大きかったのではないかと考える。また、主動作筋に電気刺激を加えながら随意運動を促すことによって、本人に正しい運動パターンを学習させることができ、代償動作を最小限に抑えた筋力増強訓練を行うことができた。疼痛や上肢筋力が次第に改善するにつれて、本人の意欲や活動性の向上にもつながり、自主トレーニングにも積極的に励むようになっていった。最終的には上肢を挙上して短時間の保持まで可能となり、洗髪や洗顔、上衣更衣などのADL改善につながった。

チャレンジ演題

※16-1

重度上肢麻痺に対する促通反復療法の原理原則に基づいた 電気刺激併用療法の事例報告

— 予後不良症例における身体機能的効果に焦点を当てて —

岩田 雄大¹⁾

1) 医療法人誠和会 和田病院

Key words：上肢機能，機能的電気刺激，反復運動

【はじめに】 通電時間を長く設定した(5秒程度)一般的なトリガー型電気刺激では、同じ時間内でも意図した運動を実現する頻度が比較的減少してしまう。そこで、重度麻痺に応用する為開発された促通反復療法にて筋電を得やすくした状態で、促通反復療法の原理原則に基づいたトリガー型電気刺激療法を実施した。臨床的に意義のある最小変化量(以下MCID)に達する効果を得られた為ここに報告する。尚、本報告に関しては、当院の倫理委員会より承認を受けており、開示すべきCOI関係にある企業等はない。

【事例紹介】 50歳代、男性、右利き。右内頸動脈閉塞症に伴う右アテローム血栓性脳梗塞、全般的注意障害、中等度左USN。拡散強調像にて右放線冠に広範囲の高信号。第7病日に症状増悪、バイパス術施行、血流量改善無し。第49病日に当院回復期病棟転棟。Fugl-Meyer Assessment(以下FMA)上肢運動項目4点。観察評価 姿勢は左肩甲帯が落ち込み亜脱臼2.5横指、体幹右側屈。重度麻痺に対しメンタル面の落ち込みあり。

【方法】 介入期間は2ヶ月半。介入頻度は週7日、1時間中上肢機能アプローチ約30分実施。対象筋は三角筋前部・中部繊維、上腕二頭筋、上腕三頭筋、手指屈筋・伸筋群。以下、2期に分類し記載する。A期(1ヶ月間) IVES+(OG技研)での筋電検知困難な時期であり、持続的低周波電気刺激下の促通反復療法(RFE under cNMES)実施。ES530(伊藤超短波)を使用し設定はTENSコンスタント、20Hz、パルス幅150 μ s、出力は僅かに筋収縮を生じる程度。注意の持続困難な為回数は30回1セット実施。B期(1ヶ月半) IVES+使用開始。筋電計ランプは感受性低く1つまでしか得られなかった為、設定はトリガーモード。促通反復療法の電気アシスト版とすべく反復頻度を増やす為、トリガーレベル1、立ち上り1秒、通電1.5秒、立ち下がり0.5秒、休止0秒、感度はその都度安定してランプが点灯する値、時間性でなく回数性の30回1セットとし、手指以外の筋を対象に実施。手指はFEEを用いてノーマルモードにて実施。

【結果】 FMA上肢運動項目A期4点→B期13点。観察評価 肩甲帯も定位置へ戻り亜脱臼1.5横指、それに伴い体幹も正中位へ改善。

【考察】 今回、予後不良症例において、FMAのMCID(9～10点以上)に達する改善を認められた。これは、原則①「目標の神経経路を通った運動実現」を、機械による受動的で単純な電気刺激では無く、より効果的に大脳皮質からの指令をトリガーとし、電気刺激によるアシストで行った事。そこに原則②「頻回に反復して伝達効率を高める」を用いる事で、誤学習を減らした効率的なシナプス結合強化を行えたと考える。また、高次脳機能障害の影響で運動学習効果が得られ難いが、注意が逸れたり誤った動きを行った際には運動が生じない為、OTの注意喚起、正しい運動の教示、バイオフィードバック効果も寄与していると考えられる。

一般演題Ⅲ

16-8

障害児通所支援アンケート調査結果からわかる 県内通所支援の現状とOTの必要性

日高美友¹⁾ 宮崎作業療法県士会 制度対策部員 清武昌光¹⁾

1) 学校法人宮崎南学園 宮崎保健福祉専門学校

Key words：発達障害，地域支援，発達支援

【はじめに】 宮崎県内では令和2年度時点で放課後等デイサービス153施設，児童発達支援事業所59施設，保育所等訪問35施設と障害児支援の事業所数や利用者数は毎年増加している現状があり，近年，発達過程作業療法の実践の場は多様化している。令和3年の4月に行われた報酬改定では基本報酬の見直しや様々な加算の追加・廃止が設けられ，その中でも，①専門職を加配して行う支援を評価する「専門的支援加算」②重度および行動上のケアニーズの高い児童への支援についての「個別サポート加算Ⅰ」③虐待等の要保護児童等について支援することを評価する「個別サポート加算Ⅱ」などがあり，より専門的な治療・支援にて全体的な質の向上を目指す他，連携や家族支援が難しい児に対する支援を行う事業所を報酬上評価するための加算が創設されたという経緯がある。そこで，報酬改定後の各事業所の実態を調査し県士会員に情報の共有を図ること，また発達障害領域OTに地域通所支援の必要性や現状を把握してもらうことを目的としアンケート調査を実施したため結果と考察を加え報告する。

【対象・方法】 宮崎県内173施設（放デイ・児発・保育所等訪問）にアンケート資料を発送し，回収方法はFAX・web入力の形式とする。内容は施設の特色や各職種の配置人数，報酬改定後の加算の状況等を中心した質問で，回答期間は2021年10月4日～21日とする。

【結果】 173施設中56施設からの返答（2021年11月1日時点）があり，セラピスト数は非常勤も含めOT28名，PT20名，ST16名であった。①報酬改定後では，OT3名，PT4名，ST3名が追加配置されている。②個別サポート加算Ⅰを算定しているのは47施設，③個別サポート加算Ⅱを算定できているのは2施設のみ，「①②どちらとも算定できていない」が8施設であった。また，専門職（OT・PT・ST）が勤務している施設では，ビジョントレーニングや運動療育など心身状況に合わせて様々な体験活動ができるといった特色豊かな結果がみられた。

【考察】 通所支援事業所が乱立する中，報酬改定も含めこれまで以上に療育の質が問われる時代となってきた。活躍できる専門職の中でOTが一番必要とされている現状がある反面，質の向上を図る目的で専門職を雇用したいが人件費の面で厳しい状況にある施設も多い。また，③要保護加算のような虐待をしている保護者に虐待の事実を認めてもらって初めて始まる支援などは保護者への説明や児相との連携など信頼関係や支援に影響を及ぼす可能性があるため算定できていない施設が多い。我々発達分野のOTはこういった地域の現状を把握する必要があると強く感じた。また，教育カリキュラムの変更に伴い「地域作業療法学」では発達障害分野の「地域支援」に関しても手厚く更新されている。先輩が現場にいないという理由で新卒から通所支援に就職できていなかった今までの現状を変えるべく，制度対策部員として情報収集の幅を構築し，学生教育・制度対策活動の質の向上に真摯に取り組みたい。

訪問リハビリテーションにおける家族への更衣動作指導により 時間短縮に至った症例

迫間 亮汰¹⁾ 土屋 太¹⁾ 柚木 直也²⁾ 中原 寿志²⁾ 黒木 裕亮²⁾

1) 医療法人 魁成会 宮永病院 作業療法士

2) 医療法人 魁成会 宮永病院 理学療法士

Key words：日常生活動作指導，視覚誘導，対人姿勢協調

【はじめに】 脳卒中患者の自宅退院に至る影響は、患者自身の能力や動作の自立度だけでなく、家族が介助可能であるか実際の介助力評価が重要である。脳卒中ガイドライン2021では、介助者に日常生活動作の現状や介護方法の情報提供を推奨しているが、昨今はCOVID-19感染予防の為、家族面会制限により動作指導機会が減少している。今回、動作指導が不十分な状態で在宅退院した方へ更衣動作指導を行い、効率的な更衣かつ時間短縮に至った一症例について報告する。

【方法】 症例は、要介護3の認定を受け脳出血発症から半年経過した、右片麻痺と失語症及び失行症を呈する70歳代男性である。身体機能面はBrunnstrom recovery stageは、右上肢Ⅲ・手指Ⅲ・下肢Ⅲ、肩関節屈曲100°外旋40°で疼痛を伴った関節可動域制限が認められ、更衣の際麻痺側肩関節にNumerical Rating Scale（以下NRS）7の疼痛を認めた。更衣動作は介助者が右袖通しを誘導し、衣服を巻き込みながら背部へ回す際に疼痛が出現していた。失語症の影響で言語理解及び表出困難、文字理解も困難であるが状況理解能力は比較的保たれている状態であった。失行評価は物品使用9項目17/54点とジェスチャーの模倣6項目26/36点であった。

介入は、更衣動作を図解したパンフレットを用意し、日常生活での更衣の際に確認しながら行うとともに、週3回の訪問リハビリテーションの際に、主介護者である同世代の妻に対して動作確認及び指導を行った。更衣時のNRS、更衣時間と失行評価を介入2週間後に実施した。なお本研究はヘルシンキ宣言を遵守し、対象者の同意が得て評価及び介入を行った。

【結果】 介入前と比較し、介入2週間後にNRSは7から0、更衣時間は5分45秒から2分10秒、失行評価はジェスチャーの模倣が26点から30点となった。更衣動作は介助者に合わせて、自身で麻痺側上肢の位置を修正可能となり、介助者は適切な誘導で、視線や表情を確認する様子が伺えた。

【考察】 本症例の上衣更衣時の肩関節疼痛は、麻痺側の袖通し介助時に可動範囲以上の誘導が疼痛の一要因で、パンフレットを用いて過度な介助誘導とまらない方法で更衣が可能となった為、疼痛消失に繋がったと考える。失行症に対して視覚的プロセスが意図的な運動や身振りが改善(Pazzaglia et al.,2019)し、互いの軽い接触によって生じる対人姿勢協調は、2者間の信頼度・親密度に応じて調節される(Ishigaki et al.,2017)と報告している。本症例は、ジェスチャーの理解は比較的可能であり、パンフレットをもとに介助方法を統一したことで介助に合わせた麻痺側上肢の管理が可能となり、更衣を繰り返していく過程で両者のタイミングが一致し、効率的な更衣と時間短縮に有効であったと考える。失語症及び失行症を有する症例へ、週3回の訪問リハビリテーションといった限られた介入であっても、パンフレット等を有効に使用することで更衣動作の効率化を図れる可能性が示唆されたと考える。

一般演題Ⅲ

16-10

COPD患者における認知機能障害とセルフマネジメント教育 ～作業療法士が介入する重要性～

甲斐 壮¹⁾ 赤須 晃治²⁾

1) 医療法人伸和会 延岡共立病院 リハビリテーション科

2) 医療法人伸和会 延岡共立病院 総合診療科

Key words：慢性閉塞性肺疾患，認知障害，患者教育

【はじめに】近年，慢性閉塞性肺疾患（以下，COPD）と認知機能障害の関連性についての研究報告が増加している。また，2018年には「呼吸リハビリテーション（以下，呼吸リハ）に関する新しいステートメント」の中でセルフマネジメント教育（以下，教育）の16項目が提示され，呼吸リハにおける教育の有用性が示されている。今回，COPDと認知機能障害に関する最近の研究を報告するとともに，OT介入の重要性について当院での取り組みを交えて報告する。

【COPDと認知機能障害】臨床において，COPD患者は「多弁，自身の動作に固執する，指導が十分に反映されない」等の症状が治療や訓練，教育の妨げとなる傾向にあった。しかし，近年，COPD患者は一定パターンの高次脳機能障害を呈し，中でも言語性記憶が低下すると報告されている(渡邊美穂子.2001)。そして，低酸素を伴う患者では前頭葉の皮質及び皮質下領域の血流量が低下し前頭葉機能が低下することや，日常生活において低酸素状態に晒される時間が長い程，認知機能が低下することが報告されている(杉谷竜司.2015)。また，COPDはMCIのリスク上昇と関連すること，罹患期間と非健忘型MCIに相関があることも報告されている(Singh B.2014)。

【認知機能障害と当院でのセルフマネジメント教育】COPD患者のQOLや生命予後とセルフマネジメント能力は強く関連しており，呼吸リハにおける教育が重要となる。しかし，認知機能障害により十分な教育理解が得られず，自宅退院後早期に再入院となる例も少なくない。その為，OTが認知機能を評価し，各々に応じた教育を行うことが，効果の向上及び持続に不可欠である。当院では認知機能の評価として先行研究を参考にFABとMoCA-Jを用いて評価し，アプローチとして，運動療法と認知課題を併用している。教育を行うにあたっては言語性記憶の低下や思考の柔軟性の低下，概念の転換障害を来している事に注意する。病気の理解についてはパンフレットを用いて指導する。セルフモニタリング指導では，ノートを用いてレコーディングを行い体調変化への気付きや対応を学習し習慣化を図る。ADL・IADLトレーニングでは，パルスオキシメーター等を用いて息切れを視覚的にフィードバックし，自覚的運動強度との乖離を是正する。そして，動作指導や休息の挟み方等の指導を反復し，楽に出来たという成功体験を用いて自己効力感を高められるように介入する。また，退院後も継続した管理が行えるように家族や関係者に対する指導が重要であると考え，環境整備や掲示物の作成も含め丁寧に指導を行うよう努めている。

【まとめ】慢性呼吸器疾患に対し認知機能を考慮した教育は非常に重要であり，OTの積極的な介入は不可欠である。そして，呼吸リハはOTが活躍できる可能性を多く残している。今後もオーダーメイドの治療を提供するとともに，認知機能障害との関連性について検討していきたい。

一般演題Ⅲ

16-11

再就職に向けての外来リハでの関わり
～就労移行支援事業所に繋げた1例～

藤本 勇一¹⁾ 河野 寛一²⁾ 川越紀幸³⁾ 上杉留美⁴⁾
古瀬正志³⁾ 小林真美³⁾ 吉田 イジェック 智代³⁾ 大山望³⁾ 安在真帆³⁾ 川野純麗³⁾

1) 介護老人保健施設 ひむか苑 リハビリテーション科

2) 潤和会記念病院 診療部 総合リハセンター / リハビリテーション科

3) 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部 4) 潤和会記念病院 患者支援室

Key words：就労支援，目標，外来作業療法

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）への入院患者の約15%が若年脳卒中や交通事故等での脳外傷による入院とされている。その年齢層への就労支援をサポートする事は患者のニーズに応える為にも重要となってくる。今回、外来作業療法（以下外来リハ）にて脳梗塞後、右片麻痺・運動性失語症を呈する症例を担当した。就労意欲はあるが復職が難しく、介入時の面談では「働きたいけど今の自分に何ができるか分からない」と今後の生活や再就労に関して不安を抱いていた。就労支援経験の少なかった筆者が就労移行支援事業所を始めとする多方面の方々と係り、外来リハから就労移行支援事業所に繋げた1例の介入経過を以下に報告する（ヘルシンキ宣言に則り本人の承諾を得ている）。

【症例紹介】年齢：40代 性別：女性 診断名：脳梗塞 Br.stage (Rt)：V-V-V

高次脳機能障害：運動性失語 身体障害者手帳：4級 前職業：アパレル関係（販売員）

※当院回復期退院後、3ヵ月間外来リハビリを実施（頻度：週3回）。

【介入内容と結果】①面談：生活や就労の希望の聴取を行う。②目標の共有：就労準備段階の把握や目標達成に向けた過程や達成時期を設定・意識共有を行う。外来リハで行う内容と自宅での自主訓練を分別。③事業所検索：インターネットにて市のHP等（事業所一覧）を元に検索。④事業所選定：事業所の見学や面談に同行・同席、相談支援専門員等へ情報共有を実施（失語により十分に伝えられない部分を補足）。⑤体験利用：実際に外来リハと並行しつつ週1回の体験利用を開始。事業所と体験した内容や強化していきたい能力等の情報共有を実施。

【考察】豊永は「脳卒中の発症という事実があり、一方、麻痺の回復や再就労できたかどうかの結果は事実としてあるが、その過程における効率的な手段・方法については、ブラックボックス（複雑な迷路）の状況であり、よく分かっていない部分が多すぎるのが現状である」と述べている。今回、制度内容や就労支援の流れ、事業所の種類等を学ぶ事から始まった中で、事業所見学や面談に同行・同席する等、介入方法が最良であったかは検討すべき点ではある。しかし、自身の状態を把握し説明できる方は希望する事業所を選ぶ事ができるかもしれないが、失語や構音障害、高次脳機能障害等で説明が困難な方だと自身のニーズに合った事業所を選択できないケースも出てくるのではないかと感じた。その中で患者本人のニーズや状況等を詳しく各事業所へ情報共有出来たのは良い収穫であった。今後も再就労できない理由は何か、何が再就労に有利なのか等、再就労の効率的過程や関連要因の検証も念頭に置き介入を行っていききたい。

抄録内容に関連し開示すべきCOI関係にある企業等はない。

特別企画①

進行：黒木 俊光（古賀総合病院）

演題番号	演題名	所属・氏名
①-1	“見て、わかる & やって、感じる” 作業療法を目指して	独立行政法人 地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 リハビリテーション部 川俣 陽圭
①-2	特別支援教育支援員として小学校での奮闘	高原町教育委員会 高原町立高原小学校 芝 佳苗
①-3	研究発表への取り組み ～臨床では得られないものとは何か～	社会医療法人同心会 古賀総合病院 ストレスケア医療技術支援部 黒木 俊光

特別企画について**「作業療法士としての想いを形に」****<趣旨>**

私たちは、今自分の目の前にある事柄に対して、作業療法士として解決、目標達成するために、色々な事を“想い(考え)”ながら日々の業務に励んでいることと思います。しかし、作業療法が日本に取り入れられ、様々な技法や働く場の拡大に伴い、多様な選択肢があるのではないのでしょうか。また、各作業療法士としての様々な経験や働く環境や立場によっても、作業療法士としての「想い」は違っていると考えています。どの選択肢が正しいという事ではなく、色々な選択肢を持っているということが重要だという事です。

そこで本学会の特別企画として、作業療法士としての「職場の中での想い」「個人としての想い」を参加者同士でわかちあひながら、各々の“作業療法士”という視野を広げる場（選択肢を多く持つことが出来る場）となることを意図して企画しました。宮崎県内で働く作業療法士として、どのような事を思って、対象者に向き合い、どのような事を一緒に行えたか、何が提供できたか、また、働く職場環境に対する思いなど、それぞれが作業療法士として行っている「想い」を発表して頂く機会としています。

特別企画① 職場（部門内や他職種）の中での想い

内容：職場での取り組み、職場で力を入れている事、新たな試みとして取り組みを行っている考えることなど、職場に対して作業療法士としてどのように働きかけているかなど

特別企画② 個人としての想い

内容：個人で紹介したいもの（対象者の作品やその様子を捉えたもの、作業療法士が手作りのもの、作業療法を提供している一場面、その他のこれが作業療法だというもの）

※学会誌には、掲載されません。学会当日での発表を楽しみにお待ちしております。

特別企画①

①-1

“見て、わかる&やって、感じる”作業療法を目指して

川俣 陽圭¹⁾

1) 独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院 リハビリテーション部

Key words：患者教育，フィードバック，評価法

【現状】

リハ実施計画書等の限られた文書スペースのなかでは、定型文で患者説明をしてしまいがちである。一人ひとり異なる障害像を理解してもらうために、模型やイラストを通して、課題の共通認識や目標化に努めている。

【課題】

模型等を用いれば、概念としての病態理解を得られるが、今ひとつ“体感”としてのリアルさがない。例えば、妊婦さんはイラストから月齢ごとの胎児の身体形成を理解するが、エコーを通して胎児と対面したときの安堵感や感動は別物と言ってよいものではないだろうか。私たちも、このリアルな評価と患者説明を目指したいと考える。

【取り組み】

当院では、2018年度にエコー、2020年度に下肢加重計を導入した。エコーを用いてリアルタイムで描出すると、患者は実感を伴った病態理解と目標への認識が生まれる。コスト算定は出来ないが、非常に好評を得ている。また我々の勉強機会を得ることになり、幾つかの知見を3編の研究論文として誌面発表した。下肢加重計は、下肢疾患の荷重量feedbackに用いており、標的荷重域を可視化でき、訓練効果が高めることができた。下肢加重検査(250点/月)はコスト算定し、僅かながら収益貢献を果たすことができています。なお、本発表はヘルシンキ宣言を遵守し実施した。また開示すべきCOI関係にある企業等はなかった。

特別企画①

①-2

特別支援教育支援員として小学校での奮闘

芝 佳苗¹⁾

1) 高原町教育委員会 高原町立高原小学校

Key words：特別支援教育，（小学校），作業療法

【はじめに】

出産、育児を機に前職を退職し3年振りに再就職した。特別支援教育支援員(以下、支援員)として採用され小学校に勤務し約半年が経過。全校生徒323名。筆者は2年生3クラス、4年生2クラスの計121名を受け持ち日々奮闘中である。なお、今回の報告に際して当教育委員会より承認を受けている。

【経過】

入職初期:担当教諭(以下、教諭)や児童らとの関わりが分からず不安の毎日であった。支援員として何をすべきか分からなかったがまずは児童や教諭の思いを確認し介入することに心掛けた。中期:授業中うまく座れない児童へビニールボールを詰めた座布団を作成。教諭に相談後、導入し改善した。栄養教諭から姿勢や箸の持ち方で作業療法士(以下、OT)の助言を求められ対応。学年全体の授業補助や自宅訪問の機会にも繋がった。現在:校長会でOTや座布団の話があがり他学校の校長から関心をもらう。資料の作成、配布をきっかけに他の学校から問い合わせあり。今後は町内の学校へ訪問し介入できることになった。

【想い】

学校教育での作業療法の有用性や必要としている児童の多さを感じている。児童、教諭らの潜在的なニーズに応じていける作業療法の視点を深めていきたい。一方で、OTが常勤として勤務することの高いハードルを感じている。

特別企画①

①-3

研究発表への取り組み ～臨床では得られないものとは何か～

黒木 俊光¹⁾

1) 社会医療法人同心会 古賀総合病院 ストレスケア医療技術支援部

Key words：研究，教育，環境

【はじめに】

当院では、2008年より年に1回“リハビリテーション技術部 部門内研究発表会”を実施している。今回、当院での取り組み方を通し、研究発表についての想いを報告する。また、開示すべきCOI関係にある企業等はない。

【研究発表会の概要】

内容：症例報告、アンケート調査など。実施方法：11～12月に1回/週、4演題（7分発表、8分質疑）実施。発表形式：口述発表、PCプレゼンテーションとし、パワーポイント資料を1週前に提出。発表後：投票を行い、優秀演題を決定。選ばれた演題発表者へ、学会での発表を依頼。

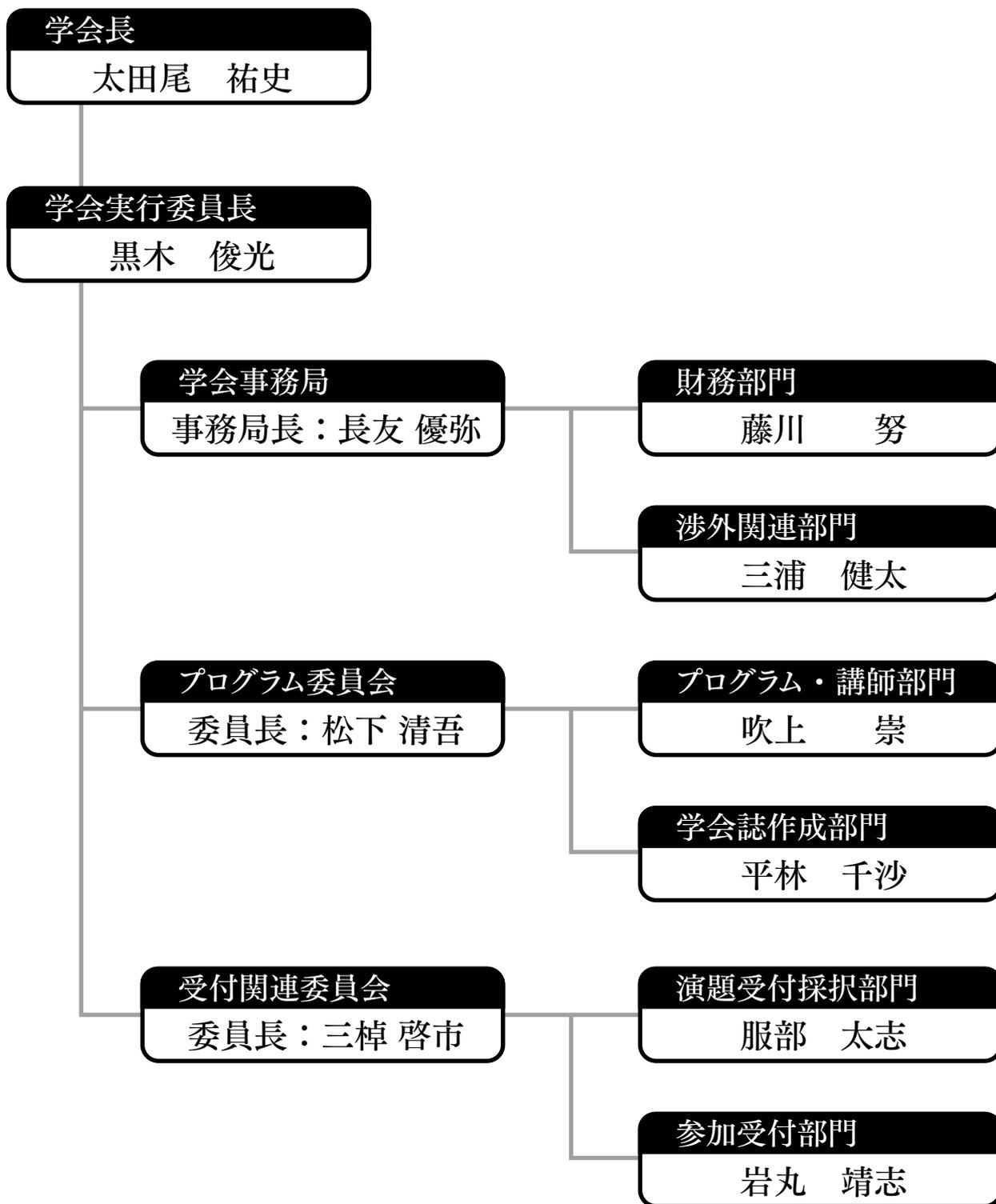
【結果】

毎年、数名が学会などで発表を行う事が出来ており、九州PTOT合同学会in宮崎では、5人/7人が行った。また、学会発表に際し、それぞれの経験に合わせて抄録原稿を一緒に作成、抄録の添削、発表スライドの指導など実施した。

【まとめ・意見交換したい事】

職場環境として、一年に一度、自分自身が行ってきた事を振り返る事が出来る研究発表会は、臨床だけでは得られない“何か”を身に付ける事が出来るのではないかと考えています。“何か”とは何か？“研究発表を行う事”は、臨床経験を積み重ねる上で必要なかどうか？今回、他の施設での取り組みはなど、研究に対する職場・個人としての想いについて、意見交換を行う事が出来ればと考えています。

組織図



編集後記

表紙は宮崎県と鹿児島県に跨る、霧島連山を撮影したものを選びました。活火山と広がる青空が、今回の学会テーマであります「作業療法士の可能性～未来創造～」を彷彿とさせる、わくわくした印象であると思いこの写真にしました。

コロナ禍となり、昨年は中止となっていましたが、第16回宮崎県作業療法学会を、ようやく開催することができました。初のWEB開催となり、全員が試行錯誤の中で、会期を迎えることとなりました。新型コロナウイルス（COVID-19）により、私達の生活は一変しました。この状況だからこそ気付かされた事が多くあります。作業療法の持っている力を、改めて発揮できる状況となっているのではないのでしょうか。この学会を通して一度、作業療法の可能性や、未来を考えていくきっかけとなればと思います。

学会誌作成部門：平林千沙

第16回 宮崎県作業療法学会 学会誌

発行日	2021年 11月28日発行
発行	第16回 宮崎県作業療法学会実行委員会
学会事務局	〒880-0041 宮崎県宮崎市池内町数太木1749-1 「第16回 宮崎県作業療法学会 事務局」 Mail:miyazaki.ot.gakujyutu@gmail.com
印刷・製本	株式会社 イマイ印刷 〒881-0003 宮崎県西都市右松2145-1 TEL 0983-43-5103 FAX 0983-43-5196

