

第8回  
聖隷クリストファー・リハビリテーション学会  
学術大会

~The 8<sup>th</sup> Seirei Christopher Society of Rehabilitation Sciences~



**食べることは生きること**

~多職種の視点からみた摂食嚥下リハビリテーションの再考~

主催：聖隷クリストファー・リハビリテーション学会  
共催：聖隷クリストファー大学 同窓会

## 第8回

# 聖隷クリストファー・リハビリテーション学会学術大会

日時：2023年3月11日 土曜日 9:00～14:40

場所：聖隷クリストファー大学（3601教室）

## プログラム

9:00 受付開始

9:30 開会挨拶

9:35-10:35 一般演題

座長：鈴木 幹汰（すずかけヘルスケアホスピタル OT13期生）

池田 圭介（三方原ベテルホーム PT9期生）

山城 航平（浜松市リハビリテーション病院 ST8期生）

11:00-12:30 基調講演

人生最終段階の食支援 お食い締め

講師：牧野 日和 先生

（愛知学院大学 心身科学部 健康科学科 准教授）

座長：角田 由佳（健寿会山の上病院）

13:30-14:30 シンポジウム

摂食嚥下障害×多職種

～職種の枠を越えた先にある支援の連携を目指して～

講師：俵 祐一 先生（聖隷クリストファー大学理学療法学科 准教授）

星川 望 先生（つばさ静岡 OT2期生）

飯田 衛 先生（浜松医科大学付属病院 ST9期生）

司会：佐藤 豊展 先生（聖隷クリストファー大学言語聴覚学科 准教授）

14:35 学会長 総評 ・ 次期大会長 挨拶

14:40 閉会

# 大会長挨拶



大会長：角田 由佳

職種：言語聴覚士 1期生

健寿会山の上病院

第8回聖隷クリストファー・リハビリテーション学会学術大会を開催するにあたり、ご挨拶申し上げます。

はじめに、本学会の開催にあたりご後援いただきました聖隷クリストファー大学関係者および理事、基調講演・シンポジスト・演題発表・司会・座長をご快諾いただきました先生方に深くお礼申し上げます。新型コロナウイルス感染症の影響が長期化する中ではありますが、感染対策を徹底して、現地参加型での開催を予定しております。

今大会では、テーマを「食べることは生きること～多職種の見点からみた摂食嚥下リハビリテーションの再考～」としました。プロフェッショナルとして『食べる』ことを捉え、分析するにとどまらず、死生観までも考える機会になることを期待するものです。

さて、皆様は「お食い締め」という言葉をご存じでしょうか？基調講演では、この言葉の発案者である愛知学院大学の牧野日和先生をお迎えし、「人生最終段階の食支援 お食い締め」についてご講演いただきます。看取り期における食支援の本質とは？望ましい最期の姿とは？という壮大ながら誰もが直面する課題を、牧野先生のご経験を通してお話いただきます。

また、シンポジウム「摂食嚥下障害×多職種～職種を越えた先にある支援の連携～」では、PT・OT・STそれぞれの立場からハイレベルな摂食嚥下障害へのアプローチをご紹介いただき、連携を深める議論の場となりますと幸いです。

食の多様性が当たり前になっている時代、摂食嚥下に障害を持つ方も、そうでない方も『食べる』ことが幸せであるよう心から願っております。

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を心から感謝申し上げます。そして、新型コロナウイルス感染症の終息と、聖隷クリストファー・リハビリテーション学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。

# 一般演題

---

2023年3月11日(土) 9:35-10:35

## 演者

---

聖隷クリストファー大学4年

水谷 海吏(OT16期生)

さわや家

齋藤 想(OT15期生)

浜松医療センター

北野 貴之(PT3期生)

トレーニング型デイサービスぷらすワン

森 大成(PT14期生)

三方原ベテルホーム

平崎 真実(ST12期生)

## 座長

---

鈴木 幹汰(すずかけヘルスケアホスピタル OT13期生)

池田 圭介(三方原ベテルホーム PT9期生)

山城 航平(浜松市リハビリテーション病院 ST8期生)

# 一般演題①

## 浜松市内の中学生における作業療法の認知度と啓発活動の在り方

水谷 海吏<sup>1)</sup>、鈴木 達也<sup>2)</sup>

1) 聖隷クリストファー大学 学部生

2) 聖隷クリストファー大学

### 【研究目的】

本研究の目的は中学生における医療保健福祉職の認知度と職業選択の傾向を捉え、作業療法の認知度および印象を明らかにすることである。

### 【方法】

浜松市内の学習塾に通う中学生を対象とし、アンケート調査を実施した。アンケートは無記名とし、回収をもって同意を得られたものとした。分析方法は単純集計、自由記述についてはカテゴリ分類にて実施した。

### 【結果】

中学生64名(男性27名, 女性37名:1年生6名, 2年生22名, 3年生36名)から回答を得た。職業選びで利用したい職業選択ツールでは、インターネットが一番多く、次いで職業体験、親族からの情報であり職業体験を利用したいとの意見が多かった。作業療法士の認知度(名前/仕事内容)は理学療法士(59.4%/10.9%)、言語聴覚士(31.3%/14.1%)に対し35.9%/4.7%と低かった。作業療法の印象については“リハビリテーション”、“身体を良くする”との認識が高く、“こころ”の認識は低かった。作業療法士の職場については、医療や福祉で働く内容が多い一方で工場や企業で働く内容もあった。作業療法士が関わる人については病気やケガを呈する人、障害者、高齢者の内容が多い一方で精神障害、就労の内容は少なかった。

### 【考察】

作業療法の認知度が低い背景には名称が伝わりづらいという問題と関わる機会が稀であるという問題が生じていると考えられた。作業療法士は「医療に関係している職業」との認識があったが、日本作業療法士協会が掲げる“こころ”“就労”“地域”の内容は少なかったため、精神面や地域の内容が普及しているといえないと推測された。今後、インターネットやSNSの情報発信のみならず、日本作業療法士協会と教育委員会が連携を図り、職業講話での講師派遣、職業体験の受け入れが作業療法の魅力や認知度を高めることに繋がると推測された。

# 在宅生活での脳卒中後抑うつへの回復過程 役割の獲得に焦点を当てて

齊藤 想<sup>1)</sup>

## 1) 医療法人好生会さわや家

### 【はじめに】

筆者は実習において、会話中に泣き出す患者様に接する機会があり、その症状は、脳卒中後抑うつ(以下PSD)であったことを知った。PSDは脳卒中患者の15～60%に生じ、悲哀感、不安、興味の喪失、睡眠障害、食欲減退、思考困難、希死念慮などの症状を引き起こすことで治療を妨げ、家庭・社会復帰を遅らせるほか、QOLの低下につながる(小林, 2001)。先行研究では、主観的回復感に着目し、高回復感群では抑うつ症状が弱く、運動麻痺とADL能力の改善に有意な正の相関を認めた(小枝ら, 2013)。一方で、どのようなADL能力や役割獲得が抑うつ状態を脱するかは明らかではない。これらの回復過程を明らかにすることで、PSDを患者様へのリハビリの一助となると考えられる。

### 【症例紹介】

右被殻出血発症後PSDと診断され、現在は克服した地域在住の60歳代女性。尚、報告に際し本人より許可を得ている。

### 【調査内容】

健康関連QOL(SF-12)、ADL(BI)、IADL(FAI)、抑うつ(SDS)、役割チェックリストを、発症前・PSDの症状が強かった退院直後・現在の3時点で想起しながら記入し。その後、インタビュー形式にて一般情報、退院直後からPSDを克服した現在に至るまでの過程を半構造化式面接にて実施した。分析は、評価項目を時系列に示し、インタビュー内容と照らし合わせて検討した。

### 【結果と考察】

役割は病前と現在では減少し、健康関連QOL、IADL、SDSは退院直後より改善したが、病前のレベルには至っていなかった。PSDの原因として、退院直後は病前の動作を再現できないこと・自分と同じ境遇の者との関わりが少ないこと・病前の役割(主婦)が喪失していたことが挙げられた。現在では、主婦的役割は再獲得できているが、感染対策で外出が制限され友人に自由に会えないこと、障害の辛さが共有できないことがストレスを感じさせている。病前の主な役割の再獲得に加え、辛さについて共有を行うことがPSDへのアプローチとなりうることを示唆された。

## 脳梗塞発症後2日目の理学療法評価から退院時の歩行自立の可否の予測を試みた一症例

北野 貴之<sup>1)</sup>

### 1) 浜松医療センター

#### 【はじめに】

脳卒中患者における急性期病院退院時の歩行自立の可否について、先行研究では年齢と疾患、発症から5日以内の体幹機能検査のTrunk Control Test(TCT)と脳卒中総合評価のJapan Stroke Scale-Motor(JSS-M)を用いた予後予測モデル” $y=(-0.019 \times \text{年齢})+(0.69 \times \text{疾患}(\text{脳出血}=0, \text{脳梗塞}=1))+(0.034 \times \text{TCT})-(0.044 \times \text{JSS-M})-0.099$ 。カットオフ値0.95、陽性尤度比4.43”が報告されている。今回、このモデルを用いて退院時の歩行自立の予測を試みた症例を報告する。

#### 【症例紹介】

患者は60歳の男性であり、左視床と後頭葉の脳梗塞のため入院した。PTは入院後2日目から開始となり、初期評価を実施した。[コミュニケーション]会話可能だが見当識障害あり[高次脳機能障害]認知機能障害(MMSE=18点)、右半側空間失認の疑い[脳卒中総合評価]JSS-M=2.92点[身体症状]右同名半盲[運動麻痺]右下肢ブルンストロームステージ=VI[運動失調]踵膝試験=右陽性[体幹機能]TCT=100点[バランス機能]BBS=46点[基本動作]全て自立[歩行]独歩見守り。ふらつきやすく廊下の左側に偏る。正面の障害物に衝突することがある。

#### 【方法】

検査陽性時にイベントが発生する確率(陽性的中率)は有病率の影響を受ける。当院の脳卒中患者が退院時に歩行自立する割合(有病率)を調査したところ43%であった。有病率と先行研究の予後予測モデルの陽性尤度比から、ノモグラムを用いて陽性的中率=80%が算出された。本症例の初期評価の結果を予後予測モデルに入力し、スコア=2.72が算出された。この結果はカットオフ(0.95)以上であるため、本症例は高い確率で退院時に歩行自立すると予測された。

#### 【結果】

退院時の歩行は院内独歩自立であった。右同名半盲と右半側空間失認の疑いは残存したが、右下肢の運動失調は改善し、バランス機能はBBS54点に改善した。本症例は入院後19日目に回復期病院へ転院した。

#### 【結論】

本症例は、予測精度の高いモデルを用いたことで、発症後2日目のPT評価から退院時の歩行自立の可否を予測できたと考えられる。

# 一般演題④

## 大学野球選手の通常投球と遠投時における投球フォームの比較

森 大成<sup>1,2)</sup>、澤田 将宏<sup>3)</sup>、影山 哲也<sup>4)</sup>、根地嶋 誠<sup>5)</sup>

- 1) トレーニング型デイサービスぷらすワン
- 2) 聖隷クリストファー大学大学院
- 3) こぼり整形外科クリニック
- 4) 常葉大学リハビリテーション病院
- 5) 聖隷クリストファー大学

### 【目的】

遠投は投球肘傷害の発生リスクが高いことが指摘されている。その要因の一つに投球フォームが考えられているが、通常投球(以下;塁間投球)時と比較し肘傷害発生を誘発する不良な投球フォームとなるかは分かっていない。本研究の目的は、塁間投球と遠投による投球フォームを比較し、遠投時の投球フォームが投球肘傷害発生を誘発するかを明らかにすることである。

### 【方法】

対象は保健医療福祉系大学の硬式野球部員10名(年齢:20.3±1.1歳,身長:172.3±2.8cm,体重:67.9±7.2kg)とした。投球条件は最大努力下での遠投と塁間投球を各3球とした。投球フォームを評価するために対象者の側方・後方にてビデオカメラで撮影した。得られた画像から、肘下がり,体幹側屈,早期体幹回旋について、坂田らの指標を用い、不良な投球フォームの有無を判断した。投球時の肘関節ストレスの測定にはPULSEthrowを用い、球速の測定はスピードガンで対象者の後方より測定した。投球条件と投球フォームの検定には $\chi^2$ 検定及びt検定を用いた。

### 【結果】

遠投時の投球フォームは塁間投球時と比較し、肘下がり( $p=0.03$ ,  $p<0.05$ ),体幹側屈( $p=0.05$ ),早期体幹回旋( $p=0.02$ ,  $p<0.05$ )の割合が多かった。肘関節ストレスは両群間で差は認められなかったが、球速は遠投が塁間投球よりも有意に低い値を示した。

【考察】最大努力下での遠投は塁間投球時と比較し投球フォームが不良となりやすいことが示された。遠投では鉛直上向きに投球するため、投球フォームが不良となったことが考えられる。肘関節ストレスが2条件間で差がなかったことについては、ストレスの発生要因が、塁間投球時では球速が向上したこと、遠投時は投球フォームが不良になったことが推察された。本研究により、遠投は塁間投球と比較して投球フォームが不良となりやすいことが示唆された。



## 舌接触補助床・軟口蓋挙上装置一体型口腔内装置の効果が認められたサルコペニア症例

平崎真実<sup>1)</sup>、梅田慈子<sup>2)</sup>、片桐伯真<sup>2)</sup>、高木大輔<sup>2)</sup>、大野友久<sup>3)</sup>  
藤島 一郎<sup>3)</sup>

- 1) 三方原ベテルホーム
- 2) 聖隷三方原病院
- 3) 浜松市リハビリテーション病院

### 【はじめに】

舌接触補助床(以下、PAP)、軟口蓋挙上装置(以下、PLP)は、舌と口蓋の接触、鼻咽腔閉鎖を補うことで嚥下障害、構音障害を改善する。頭頸部癌術後や脳血管疾患、神経筋疾患等に適応し、効果が見られたと報告がある。サルコペニアに対するPAP、PLPの効果を示した先行研究はほとんど見られない。今回サルコペニアによる嚥下障害が疑われた症例にPAP・PLP一体型の口腔内装置を作製したので報告する。

### 【症例】

80歳代女性。左大腿骨転子部骨折にて入院後、誤嚥性肺炎を併発した。脳血管疾患、神経筋疾患の既往なし。嚥下造影検査(以下、VF)ではゼリーが咽頭通過せずそのまま残留。濃いとろみは鼻咽腔逆流を認め、咽頭に多量に残留した。BMI(Body Mass Index)12.84で低体重であった。握力9.5kg、BIA測定での筋肉量4.5kg/m<sup>2</sup>、舌圧7.5kPaでありサルコペニアの嚥下障害診断基準によるprobable sarcopenic dysphagiaと考えられた。

### 【方法】

口腔内装置のあり/なしについてVF所見の比較を実施した。咽頭残留はNormalized Residue Ratio Scale(NRRS)を用いて喉頭蓋谷、梨状窩の評価をした。誤嚥はPenetration Aspiration Scale(PAS)を用いて評価し、口腔内残留と鼻咽腔逆流はあり、なしの2段階で評価した。また舌圧測定を行った。構音評価として単音節明瞭度、単語明瞭度を比較した。

### 【結果】

口腔内装置により鼻咽腔逆流が解消し、咽頭残留が減少した。最大舌圧は上昇し、構音も改善した。

### 【考察】

サルコペニアによる嚥下障害に対しても口腔内装置が有効と思われた症例である。一方、本症例は原因不明の構音障害があり、こちらにも効果があった。サルコペニア以外の疾患が関与している可能性があるため、経過を観察したい。

# 基調講演

2023年3月11日(土) 11:00-12:30

## 人生最終段階の食支援 お食い締め

### 講師

## 牧野 日和 先生

愛知学院大学 心身科学部  
健康科学科 准教授

### 【講師略歴】

#### <学歴>

- ・福井医療技術専門学校(現. 福井医療大学)
- ・愛知学院大学大学院歯学研究科

#### <職歴>

- ・社会福祉法人びわこ学園 第一びわこ学園 言語聴覚士
- ・札幌医療科学専門学校 言語聴覚学科講師
- ・学校法人同志舎 言語聴覚学科長
- ・愛知学院大学 心身科学部 言語聴覚科学コース

#### <社会活動(一部)>

- ・日本口腔ケア学会 常務理事
- ・日本言語聴覚士協会 教育部部員

### 座長

角田 由佳(健寿会山の上病院 ST1期生)

## 人生最終段階の食支援 お食い締め



講師：牧野 日和 先生

看取り期における食支援のリスクは2つ。食べることで誤嚥や窒息しやすいという生命存続のリスクと、人生の最終段階に(対象者個人や家族全体を含む)在りたい自分でいられないリスクです。前者のリスクがあっても、どうにか最期まで食べさせてあげたいと考える家族は多いものです。

しかしながら生物の最期は、食べられなくなることは自然な姿といえるでしょう。実際のところ、ヒトも同様で、最期まで食べられる方がいる一方で、食べられない、食べない方が良い方が多々存在するように思います。

看取り期における支援の本質は何でしょう。それは食べることではなく、逝く対象者が人生を有意義だったと感じ、また家族等が絶望の中において良い最期だったと折り合いを見出しその後の人生の再起を図ることにあります。従いまして、看取り期の食支援においては、「食べること」は一つの手段に過ぎず、食べる場合においては対象者の癒しを軸に、可能な範囲で食べ、最期まで対象者のQOLを支える必要があると思われまます(世界保健機関の緩和ケアの定義2002より)。

本講演では、看取り期の食支援において、言語聴覚士が対象者や家族、他スタッフとどうかかわり、死をどう迎えるかについて、これまで私が経験した事例を通して解説を試みたいと思います。

とくに、私が実践している「お食い締め」支援は、人生の最期に何かを食べようというもの。お食い初めが人生最初の食事であれば、お食い締めがあってもいいのではと思い命名しました。

私はこのお食い締め支援を、対象者の自己超越感を促し、家族やスタッフの死生観を養う、ライフサイクルの舞台と位置付けております。

講演でご紹介する事例たちは、われわれに高齢者が生きる意味、死んでいく意味を示唆してくれるでしょう。

### ■講義キーワード

- 人生会議と死生観
- 病の軌跡と食支援
- お食い締めの実際

私がお食い締め実践を開始したのが2003年。それまで看取り期支援に関与する言語聴覚士は少なかったように思います。私の経験から、看取り期においても言語聴覚士は必要とされる！。本講演がみなさまのお役に立てられれば幸いです。

# シンポジウム

2023年3月11日(土) 13:30-14:30

## 摂食嚥下障害×多職種

～職種の枠を越えた先にある支援の連携を目指して～

### シンポジスト

聖隷クリストファー大学 理学療法学科 准教授  
俵 祐一

つばさ静岡

星川 望(OT2期生)

浜松医科大学付属病院

飯田 衛(ST9期生)

### 座長

佐藤 豊展

(聖隷クリストファー大学 言語聴覚学科 准教授)

## 理学療法の視点から考える摂食嚥下障害への関わり

シンポジスト: 俵 祐一(教員)  
聖隷クリストファー大学 理学療法学科

摂食嚥下障害に対するリハビリテーション(以下リハ)はこれまで言語聴覚士の方々が積極的に関わってきたが、理学療法士に関しては、多くは摂食嚥下障害が原因で発症する誤嚥性肺炎に対する呼吸理学療法や、摂食嚥下障害の合併が多い脳血管障害や神経筋疾患に対する運動療法での関与に限られていたと考える。しかし、近年摂食嚥下障害の原因の一つとして嚥下筋のサルコペニアが指摘されており、嚥下筋の機能について注目が集まっている。嚥下動作は嚥下筋の働きとして捉えることができ、骨格筋とは発生学的には異なるものの嚥下筋は組織学的には横紋筋であるため、四肢体幹筋と同様に筋機能の改善を目指したリハが有効となる可能性がある。

誤嚥性肺炎は摂食嚥下障害が原因であることが多いが、治療にて一度は完治しても、その元となっている摂食嚥下障害の改善は現在の医療では困難であることが多く、その後も肺炎を繰り返し発症してしまう。さらには、肺炎を罹患するたびに呼吸機能や全身状態も低下し、さらに肺炎を発症しやすくなる悪循環に陥りやすいが、嚥下筋のサルコペニアが摂食嚥下障害の原因の一つと考えられる場合、早期から嚥下筋の機能改善を図る適切なリハを提供することで、呼吸機能や摂食嚥下機能の改善または低下予防に貢献できると考える。

嚥下筋へのリハとして、現在呼吸筋トレーニングの検証が進んでいる。呼吸筋へ負荷をかけることで嚥下機能が改善するとの報告が散見され、演者が行った研究でも同様の結果を認めているため、今回その一部を紹介する予定である。本報告が言語聴覚士の方だけでなく、理学療法士や作業療法士の方にも摂食嚥下障害に対するリハの一助になれば幸いである。

## 摂食場面での作業療法士としての仕事

シンポジスト: 星川 望 (OT2期生)  
つばさ静岡

つばさ静岡は医療型障害児入所施設の基準を持っていて、理学療法士(以下:PT)2名、作業療法士(以下:OT)2名の計4名が在籍しています。言語聴覚士がないため、日常での摂食関係の依頼はOTに話が回ってきます。つばさ静岡では、摂食外来という特別な外来の時間を設けていて、利用者様1組に対して医師・OTが付き、食事の始まりから終わりまでを1つの評価とし、相談された事案やこちらが気になった事について検討を行う時間があります。

摂食外来では、考えとして大切にしている3本柱があり、それは「食形態」「姿勢」「介助方法」です。「食形態」では、「発達期摂食嚥下障害児(者)のための嚥下調整食2018」をもととした考えをベースとして医師が提案していきます。また、簡単に嚥下調整食を作成するための道具や嚥下食の紹介を行います。「姿勢」では、生活に合わせた座位保持装置の提案と、摂食を行うために最大限にご本人の嚥下機能を引き出せるようなポジショニングの検討を行います。特に作業療法士の考えが必要な場面であり、ご本人の骨格を元にして、筋緊張の状態・方向性、嚥下時の反応の仕方を総合的に判断して調整を行っていきます。「介助方法」では、食事を介助してくださるご家族様をはじめ、学校や放課後デイサービスのスタッフ向けに提案することがあります。スプーンの種類、口からの抜き方などの提案をさせていただき、お互いに負担なく食事を楽しむ時間にできるように支援しています。

作業療法士として摂食に関わる際は、記述した通り「姿勢」に関して関わることが多いです。また、食具の選定に関しても関わることもあり、最近では東部地域の工房と協力して障害児用のスプーンを作製させていただきました。食事という作業に焦点を当て、その食事の時間が快適に過ごせるように、PT・医師・栄養士・支援員と共に継続的に支援していくことを目指しています。

## 長期絶食期間があったサルコペニアの嚥下障害患者に対し 他職種連携により3食経口摂取となった一例

シンポジスト: 飯田 衛 (ST9期生)  
浜松医科大学付属病院

### 【はじめに】

サルコペニアの摂食嚥下障害とは、全身と嚥下関連筋群の両方にサルコペニアを認めることで生じる摂食嚥下障害である。本症例はイレウスにより長期絶食期間があったサルコペニアの嚥下障害患者に対し、リハビリテーション治療だけでなく摂食嚥下CNや栄養士との連携により短期間で3食経口摂取となった症例を報告する。

### 【症例】

80代女性。X年Y月Z日にイレウスと診断、Z+11日に腹腔鏡下腸閉塞解除術を施行した。既往歴はX-8年に幽門側胃切徐術あり、X-8年52.7kg→Z+5日31.7kgと著明な体重減少があった。

### 【経過】

術前後Z+1～16日に絶食期間があった。Z+10日ST介入しVFにて中等度嚥下障害が認められペースト食から開始した。しかし、Z+11日に上記より再度絶食となった。WGS2019にてサルコペニアの嚥下障害と診断された。栄養管理について、Z+17日の嚥下カンファにて末梢静脈栄養の追加・捕食の提供・食形態向上や嗜好品の提供により摂取エネルギーの増加させる方針とした。リハビリでは摂食嚥下CNと連携し離床時間を増加させ、舌骨上筋群や舌筋などのレジスタンストレーニングを中心に実施した。Z+24日VFにて軽度嚥下障害に改善、液体誤嚥は見られず、食物での残留量減少を認めた。喫食量は2→9割に増加した。

### 【考察】

サルコペニアの摂食嚥下障害の治療には、嚥下関連筋のレジスタンストレーニングを含めたリハビリと栄養改善の併用が重要である。栄養状態改善について、エネルギー必要量1350kcal＋蓄積量200～750kcalを目標とし、達成したためだと示唆された。リハビリについて、舌骨上筋群の強化、舌筋強化、咽頭感覚強化を中心に介入し向上が認められた。また、嗜好品の提供・食形態変更・離床時間増加による大幅な喫食量の増加(課題特異性)のためと示唆された。

## 聖隷クリストファー・リハビリテーション学会

学会ホームページ : <http://scsrs.sakura.ne.jp/>

### 【事務局】

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453

聖隷クリストファー大学 リハビリテーション学部内

聖隷クリストファー・リハビリテーション学会 事務局

メール : [seirei-riha-society@seirei.ac.jp](mailto:seirei-riha-society@seirei.ac.jp)



聖隷リハ学会

