

## ビデオ症例のケースを募集しています

日頃、摂食に関して悩んでいる利用者さんはいませんか？

昨年度から引き続き、島田療育センター「摂食機能療法セミナー」では、従来の講義に加え、参加者のみなさまからビデオによる症例を募り、より個々のケースに応じた具体的な対応を検討していきたいと考えております。日頃対応に悩んでいるケース、専門家にみてもらいケースなどがいらっしゃいましたら、是非この機会にご応募下さい。

なおビデオの情報から摂食機能の評価を行うこととなりますので、ビデオ撮影にあたっては以下の要領をお願い致します。撮影したビデオを事前に送付していただき、岩間医師が評価をした上で、セミナー当日にみなさんと検討します。



ビデオを撮影していただくにあたり、いくつかの規定を設けておりますが、可能な範囲で構いませんので、お気軽にご相談下さい！  
ビデオは随時、募集しております。

### ケース検討のための資料

#### ①ケースの基本的な情報

\*分かる範囲で結構です。書式等は特に問いません。

1. イニシャル、生年月日、性別、疾患名、障害名、身長と体重（現在と一年前）
2. 生育歴
3. 既往歴：肺炎や気管支炎、喘息、窒息の有無
4. 体調と服薬
5. 栄養摂取方法と量
6. 食形態と食事にかかる時間
7. 水分摂取方法と量
8. むせ
9. 歯科検診時の記録（口腔内状態、歯数）
10. 相談内容

#### ②ビデオの撮り方

1. ビデオカメラ：三脚で、口の高さで口が隠れないよう前方にセットしてください。  
(手持ちではブレるので、三脚や台を使っでの撮影をお願いします)

2. 撮影方法 : いつものお食事の様子を撮影してください。

可能ならば、以下の項目を参考にして撮影をお願いいたします。

- i. 全体像（椅子座位、抱っこ等の食事の姿勢が分かるように）
- ii. 当日のメニュー
- iii. 食事の様子（テーブルから頭までが入る位置で）
- iv. 水分・ヨーグルト・プリン・手づかみ食べなど、いくつかの食形態での食べ方も分かると助かります。
- v. 過敏の有無：  
頬（手のひらでしっかり触る）  
下唇・上唇（指のはらでしっかり触る）  
歯肉（上下の奥歯と前歯部）

※なお応募にあたっては、必ず保護者の方の許可を得てからお願いします。

ビデオ送付先

〒206-0036

東京都多摩市中沢1-31-1

社会福祉法人 日本心身障害児協会 島田療育センター

摂食機能療法セミナー ST 圓山

\* ご不明な点などございましたら、ご連絡ください。

電話：042-374-2612 言語聴覚療法科 圓山・藤本