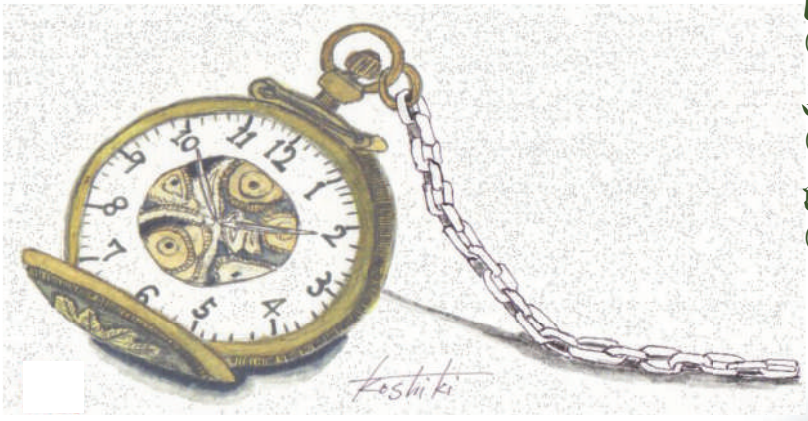
第30回
鹿児島県作業療法学会

23日（土）講演

【学会長講演】
末廣 昌平（学会長）
「重度認知症の母と作業療法士の息子」

【特別講演】
川本 愛一郎氏
（リハシップあい代表）



24日（日）講演

【学会30周年記念式典講演】
中村 春基氏
（日本作業療法士協会会長）

【専門分野特別講演】
奈良 進弘氏《発達》
（鹿児島大学医学部保健学科教授）

関本 充史氏《地域・事業》
（大阪府作業療法士会会長）

高橋 章郎氏《精神》
（NPO法人ルーツ・ユアセルフ）

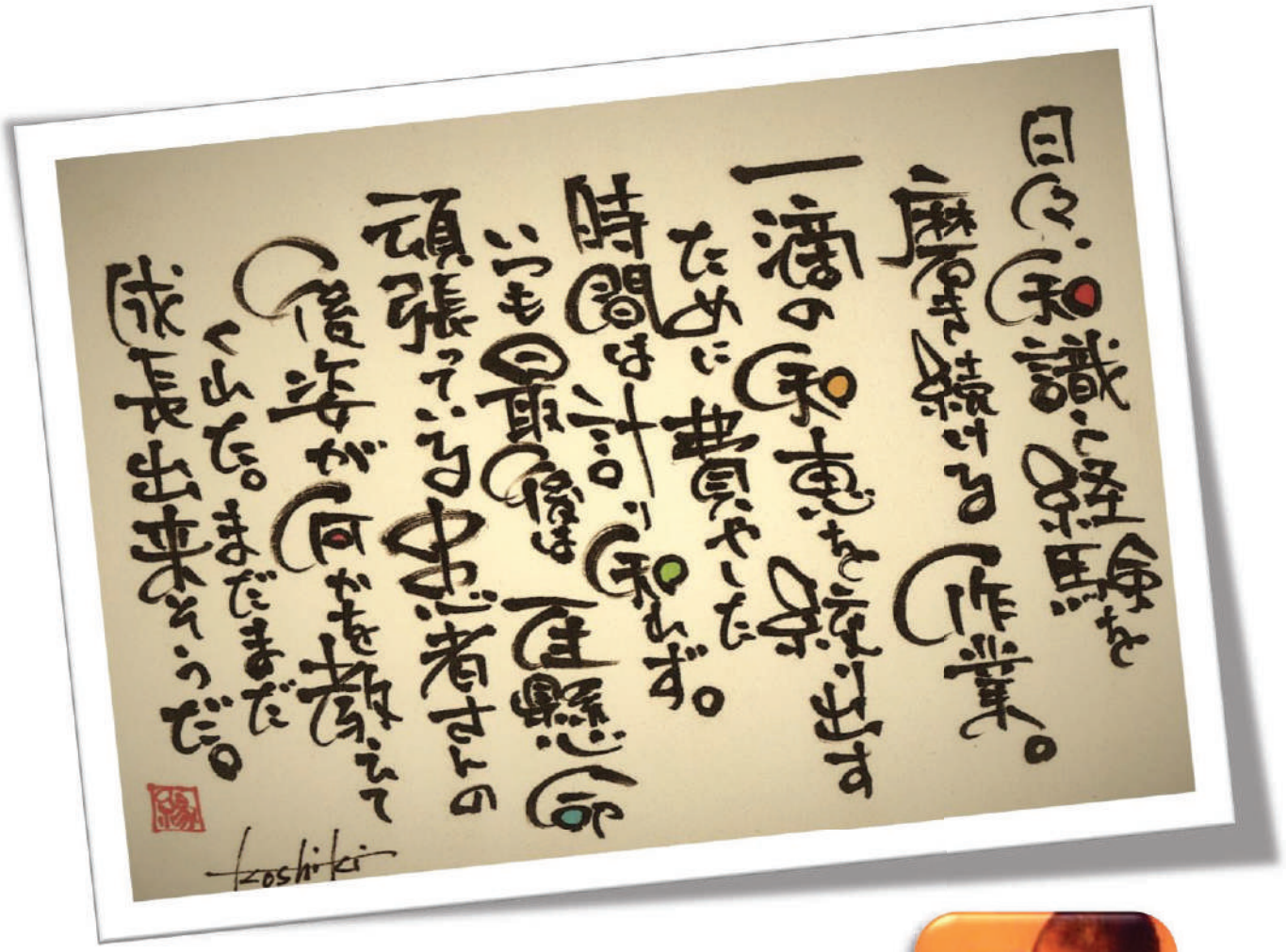
河本 敦史氏《身障》
（県立広島病院）

〈学会詳細〉

〈学会テーマ詩〉

日　時～ 2019年11月23日（土）9:00～16:30
24日（日）8:30～15:00

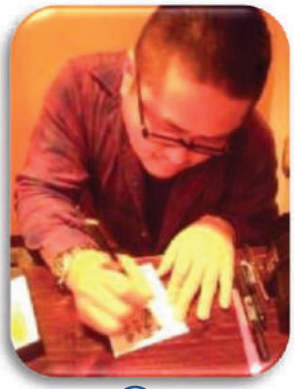
場　所～ 鹿児島医療技術専門学校　平川校



表紙　字・挿絵・詩

作者

Koshiki　（作業療法士　川添将太さん）



第 30 回鹿児島県作業療法学会　プログラム・抄録集
令和元年 11 月吉日発行

主催　一般社団法人　鹿児島県作業療法士協会
学会長:末廣昌平（鹿児島県こども総合療育センター）

問い合わせ先　〒891-0133 鹿児島市平川町 5417-1
鹿児島医療技術専門学校　作業療法学科
TEL:099-261-6161　FAX:099-262-5252

学 会 長　挨 拶

学 会 長

末　廣　昌　平

集まりたい・語りたい・繋がりたい　～　作業療法の魅力を紡ぐ

メディアで作業療法士という職種名を目にすることも多くなり、作業療法の認知度もあがり、活躍の場が広がってきているものと感じます。子供から高齢者まで、体の障害から心の障害まで、急性期医療から地域まで　幅広い作業療法に対する期待は、今後益々高まっていくものと思います。

ただ、そのように外の世界に向けて活躍の場が広がっていく一方で、作業療法士同士のつながりはどうなのだろうかとふと感じることがあります。

私は、作業療法士として臨床現場に出て、身体障害・老年期・精神障害・発達障害を経験し、20 年を超えました。その経過の中で、たくさんの作業療法士と出会い、語り、ともに目標に向かって取り組んできたことで今があるように思います。

世間の作業療法士に対するニーズに伴い、作業療法の専門性も細分化されてきました。

各専門分野においては、作業療法士同士のつながりはあると思いますが、分野を超えたつながりは以前に比べると薄くなったように感じています。

作業療法が提供するサービスは、分野によって異なることは作業療法士なら誰しもご承知でしょうが、作業療法の核となる思い、医療に依存しない・障害と上手につきあっていく・一度きりの人生を前向きに生きていけるようにお手伝いさせていただく思いは共通しているのではないでしょうか。これは、私自身がいろいろな分野を経験し、いろいろな作業療法士の取り組みを見聞きし、思いを語ってきたことで育んできたことです。

本学会は、記念すべき 30 回目の学会となります。本学会を通して、いろいろな分野の作業療法士が、共に集い、現状や夢を語り、この素晴らしい作業療法士という職種を未来に繋げていく機会になればと思います。

集まってください　語ってください　つながっていきましょう。

作業療法を受けていただく方々のため、その家族のため、自分自身のために・・・

県協会会長　挨拶

一般社団法人　鹿児島県作業療法士協会

会長　竹田　寛

「第３０回の節目」

この度、鹿児島県作業療法学会は、第３０回の記念学会を開催することになりました。まずは、末廣昌平学会長とその元で学会の企画と運営を担って下さっております学術部の皆様、そして、当日、学会運営に協力して頂くボランティアの方々に感謝の意を表したいと思います。

さて、学会テーマの「集まりたい・語りたい・繋がりたい～作業療法の魅力を紡ぐ」ですが、私も本学会が、その様な語り合う場、繋がる場になってくれることを切に願っています。本学会は、宮崎県作業療法士会との合同で南九州作業療法学会としてスタートし、第４回目より鹿児島県作業療法士会単独での開催となりました。しかし、当時の会員数は６０名をやっと超えたところでしたので、発表もし、会場運営もするということで大変だったと記憶しています。実はこの年は、鹿児島県作業療法士会発足１０周年であったことから、サンロイヤルホテルが会場で、記念式典と祝賀会も学会に引き続き行なわれ、とても賑やかに楽しく一日を過ごしました。何はともあれ集まり、語り合い、そして、繋がってゆく。そのような一日であったと思います。

時は変わり第３０回学会。会員数は１，２００名を超え、インターネットの力を借りて遠隔地からも参加できるようになりました。余談ではありますが、６月に行われた九州作業療法学会の懇親会は、やはりネットで東北学会と繋いで、中村会長が九州から両会場同時にご挨拶をされました。鹿児島県作業療法学会には、より多くの人に集まって頂けるようなワクワクする仕掛けが幾つも講じられています。

確かに学会は、我々の日常の療法、研究による成果を発信する場であり、厳格な雰囲気が必要ですが、やはり人が集まると言えばお祭りではないでしょうか。厳格な雰囲気にお祭りの要素を加えて、人が集まり、語り合い、繋がって行く。そんな時空間が本学会には用意されています。

本学会は、皆様の貴重な時間を使って集まるに値する「場」だと思います。皆様には、この場で大いに語り合い、私たち自身の作業療法士としての社会的役割と責任を感じて頂き、本学会が人々の信頼を引き寄せる学術活動として、全てに渡り充実した実り多い学会となることを願っております。

学会参加者の皆様へ

①参加費

会　員：無料
非会員：1 日参加：5,000 円　両日参加：10,000 円
学　生：無料（要学生証）
一　般：1 日参加：1,000 円　両日参加：2,000 円

※会員とは、一般社団法人日本作業療法士協会会員であり、かつ九州各県県士会会員に限ります。

※一般とは、他職種及び九州圏外の作業療法士も含みます。

②参加受付

- 1 日目は 9 時より、2 日目は 8 時 30 分より 1 号館正面入口にて受付を行います。
- 会員の方は 2019 年度の会員証あるいは振込票を提示し、受付用紙に必要事項を記入してください。
- 当日は会費納入窓口を設けております。(未納入の場合、非会員扱いとなります)
- 会員外の方は、受付時に参加費（抄録集費を含む）をお支払いいただき、受付用紙に必要事項を記入してください。
- 作業療法士養成校学生の方は、受付時に学生証を提示し、受付用紙に必要事項を記入してください。
- 受付手続き終了後、ネームホルダーをお渡ししますので、会員の方は会員証（学生の方は学生証）を入れ、その他の方は所属と氏名を記入し、首から提げてください。ネームホルダーを確認できない方は会場への入場をお断りいたします。
- 今回より学会誌は電子媒体となっております。鹿児島県作業療法士協会ホームページよりダウンロードできます。印刷は行っておりませんので、ご了承ください。
- 受付時、生涯教育単位認定システムの押印を致します。
- お帰りの際にネームホルダーは必ず回収ボックスへ返却してください。(両日参加予定の方もその都度返却をお願いします。1 日目懇親会へ参加される方は、懇親会終了後に回収いたします。)

③会場内での留意点

- 会場内での携帯電話は電源を切るかマナーモードにてご参加ください。
- 昼食は 3 号館 2 階 321 教室・322 教室・311 教室（子供同伴可）をご利用下さい。それ以外は禁止されています。
- クロークは設置しておりませんので、手荷物はご自分で管理してください。
- 著作権保護・プライバシー保護などのため、許可なく会場内で録音または写真・ビデオ等を撮影することは禁止いたします。
- 会場は土足禁止となっております。**上履きを持参**しご参加ください。

事前受付について

鹿児島県作業療法学会ではスムーズな運営を図るため、事前受付の協力をお願いいたします。なお、事前受付は11月13日（水）までと致します。

【事前受付方法】
各種ブラウザからURLを直接入力頂くか、QRコードからアクセスできます。

https://forms.gle/5aKC9m5NNKptFwZB7

※鹿児島県作業療士協会のHPにアクセスし、鹿児島県作業療法士協会年間研修会のご案内の中にある、11月23日、24日の第30回鹿児島県作業療法学会からも参加登録ができます。

サテライト会場について

子供同伴可能会場

本学会は、子供同伴にて参加が可能となっております。特別講演・口述発表を3号館1階312教室にて聴講可能となります。また、おむつ交換・授乳室も別室に準備しておりますので、気兼ねなくご参加ください。

離島サテライト会場

本学会では鹿児島県内の離島サテライト会場に配信致します。離島サテライト会場の様子は本会場の皆様も常に確認できるようになっており、リアルタイムでの意見交換も行えます。また、演題発表も離島サテライト会場から行われます。

座長・演者の皆様へ

座長へのお願い

- 担当セッション開始時刻 1 時間前までに「座長受付」(1 号館入口）にて受付を行ってください。開始時刻 15 分前までに、担当される会場前方の次座長席へお座りになりお待ち下さい。
- 担当セッションの進行については、全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。
- 発表は 7 分、質疑応答は 3 分です。発表終了 1 分前にはベルを 1 回、終了時にはベルを 2 回鳴らします。

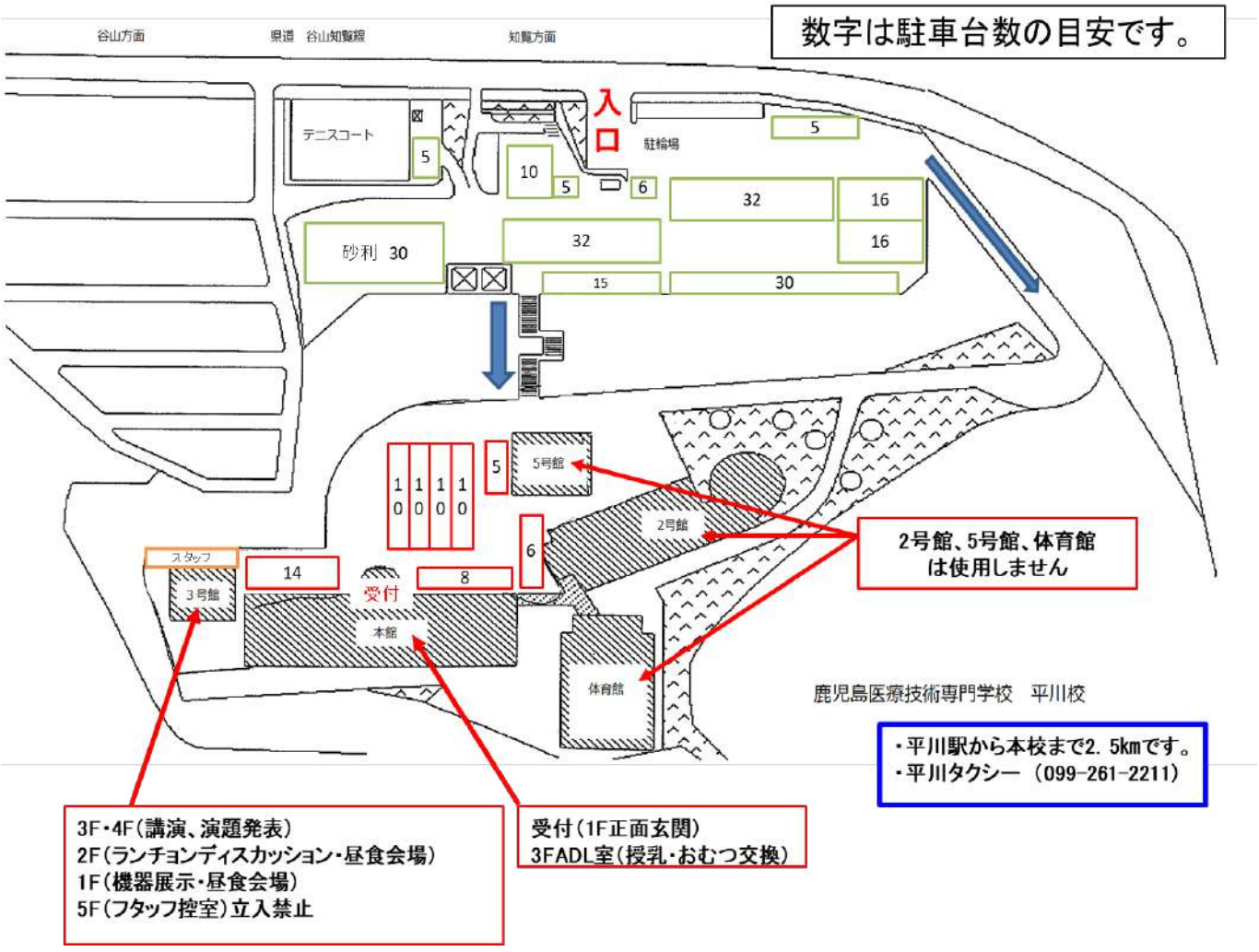
演者へのお願い

- 当該セッション開始時刻 1 時間前まで（時間厳守）に「演者受付」(1 号館入口）にて受付を行ってください。開始時刻 15 分前までに、会場前方の次演者席へお座りになりお待ち下さい。
- 使用されるデータについては、受付時に提出していただき、各自で動作確認をお願い致します。(受付横に PC を準備いたします)
- データファイル作成上の注意点
  - 発表は PC プレゼンテーション (OS：Windows10、ソフトウェア：PowerPoint2016) のみとします。
  - 上記以外をご使用する場合は各自ご準備ください。
  - データファイルには「氏名-所属名」というファイル名を付けてください。
  - 動画の使用について、各自で動作確認を必ず行ってください。発表時に不具合が生じた場合、運営側での責任は負いかねませんので、ご了承ください。
  - 必ず事前にご自身でウィルスチェックを行ってください。(感染しているファイルは開くことが出来ません)
  - データファイル作成時のフォントは、標準フォント（明朝体・ゴシック体）を使用してください。特殊なフォントは使用できません。
  - 発表用データは、会場内の PC に一旦コピーさせていただきますが、学会終了後に責任を持って消去いたします。
  - 発表は 1 演題につき 7 分、質疑応答は 3 分で行います。発表終了 1 分前と終了を合図でお知らせします。
  - 発表の際の画面切り替えは原則として演者が行ってください。
  - 倫理的配慮がなされている発表であることを、必ず口頭にてご説明ください。

交通案内

鹿児島医療技術専門学校 平川校
鹿児島市平川町 5417-1
※詳細は学会 HP を御覧ください。
http://kagoshima-occupationaltherapy.kenkyuukai.jp/event/event_detail.asp?id=32819
本学会は、離島会場での聴講（一部）ができるように現在準備を進めております。未だ準備段階のため、詳細は学会 HP にてご確認ください。随時更新しております。

会場案内



日　程

11 月 23 日

	3 号館 3 階 (A-1･2)	3 号館 4 階 (B-1･2)	3 号館 1 階 311 教室	3 号館 1 階 312 教室	3 号館 2 階 321 教室	3 号館 2 階 322 教室
9：00	受付（1 号館正面玄関）					
9：30	開会式 県協会長挨拶		サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
9：45	学会長講演					
10：45	休憩・準備					
11：00	口述発表 01～04	口述発表 05～07	サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
11：50	休憩・弁当配布					
12：00			昼食会場	機器展示 書籍販売	ランチョンディスカッション 昼食会場	
12：45	休憩・弁当回収					
13：00	特別講演 川本 愛一郎氏		サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
14：30	休憩					
14：40	口述発表 08～11	口述発表 12～14	サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
15：30	休憩					
15：40	口述発表 15～17	口述発表 18～20	サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
16：30						

11 月 24 日

	3 号館 3 階 (A-1･2)	3 号館 4 階 (B-1･2)	3 号館 1 階 311 教室	3 号館 1 階 312 教室	3 号館 2 階 321 教室	3 号館 2 階 322 教室
8：30	受付（1 号館正面玄関）					
9：00	30 周年記念講演 中村 春基氏		サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
10：30	休憩					
10：45	特別講演 関本 充史氏	特別講演 高橋 章郎氏	サテライト 会場	機器展示 書籍販売		
12：15			昼食会場		昼食会場	展示発表
13：25	特別講演 奈良 進弘氏	特別講演 河本 敦史氏	サテライト 会場			
14：55	閉会式（次期学会長挨拶：玉利　竜二）					

学会長講演　　座長：有村　智美（南鹿児島さくら病院）

末廣（すえひろ）　昌平（しょうへい）

鹿児島県こども総合療育センター

重度認知症の母と作業療法士の息子

「バカじゃが。素でバカじゃが。よかぶってバカじゃが」

毎朝私が実家を訪問し、あいさつに対して返ってくる言葉

現在、母は毎日会う子供や自宅はわからず、アルツハイマー認知症と診断されて９年目になります。
身体面にて明らかな機能障害はないものの、伝い歩きとご飯を箸で取り込むこと以外は全介助にて、要介護５の認定を受けています。
週に５回のデイサービスと、息子とヘルパーそれぞれ、毎日１時間の訪問という中で、在宅で一人過ごしています。

調子を崩すまでは、家族はもちろんのこと、親せきや知人に慕われ、相談を受けることも多く、デパートでばったり出くわすほど元気に行動して回る母でした。
また、母の料理が得意なおかげで、私は外食の経験が少なく、私と母の着るものは母の手作りというほど手先も器用でした。
“認知症には縁はない”　と日々の生活から感じていました。

専門職として、息子として、私が抱える葛藤
要介護５でありながらも在宅で過ごしてきた環境の工夫
また、昨年末に左大腿骨頸部骨折に伴う骨頭置換術を受けながらも再び在宅生活が送れるようになるにあたりお世話になった方々との繋がりに感謝しつつ、重度認知症の母と作業療法士の息子のこれまでと今のお話を講演させていただきます。

略歴

平成７年　鹿児島大学医療技術短期大学部　卒業
平成７年～平成 13 年　厚地リハビリテーション病院（旧　鴨池病院）【身障分野】
平成８年～平成９年　鴨池慈風苑　兼務【老年期分野】
平成 13 年～平成 28 年　鹿児島県立姶良病院【精神分野】
平成 28 年～現在　鹿児島県こども総合療育センター【小児分野】

30 周年記念講演　　司会：竹田　寛（県協会長）

一般社団法人　日本作業療法士協会

会長　中村（なかむら）　春基（はるき）

作業療法の現状と今後の展望

第 30 回鹿児島県作業療法学会にお招きいただき、心から感謝申し上げます。また、本学会開催にあたりご支援いただいた行政、関連団体、関係者の皆様に心から敬意を表します。

さて、この度このような記念すべき会で講演の機会をいただき大変光栄に存じます。この機会にわが国が直面している作業療法の現状と今後の展望について皆様と共有し、鹿児島の皆様の健康と幸福が促進される一助となれば幸いです。

○　現状について

1965 年（昭和 40 年）に理学療法士及び作業療法士法が制定され、作業療法士という国家資格が誕生してから 54 年の歳月が流れました。設立初年度には 18 人の会員で歩みを始めた当協会も今や 6 万人を擁する組織となり、診療報酬や介護報酬改定時にはわが国のリハビリテーションの一翼を担う専門職として意見を求められ提言を行うなど、作業療法の普及・発展、国民の健康と幸福に寄与できる団体に成長してまいりました。とりわけ平成 27 年度介護報酬改定において、ICF に基づく支援の重要性を再提示し、生活行為向上リハビリテーション実施加算を創設したことは大改革と評価され、それを支えた実践とデータの提供は当協会の大きな功績だと思っております。そして医療・介護において「活動」と「参加」は全体の目標となり、多くの職種が“健康と幸福”、あるいは“生活機能の向上”を声高らかに掲げるようになりました。多くの関係者から「今からの時代は作業療法が最も重要」と大きな期待をいただいています。しかし、ご参集の皆様の臨床実践はいかがでしょうか。本講演では、「活動」と「参加」の視点から、臨床実践の現状について皆様と共有できたらと思います。

○　今後の展望について

先に述べたように、作業療法士への期待は大きいものがあります。これからの作業療法の発展はそれにどう応えるかに尽きると思います。

応えるための武器はすでに準備されています。鹿児島県作業療法士協会でも取り組まれている MTDLP です。医療に、「医学モデル」から ICF や障害者権利条約を踏まえた「統合モデル」への変革が望まれているなか、MTDLP はまさにそれを実践するために有用なツールと言えるでしょう。「活動」と「参加」、利用者主体、自己選択と決定の支援、多職種支援など今求められている要素が含まれているからです。

問題はこのツールをいかに活用できるか、どれだけ活用できるかです。MTDLP を組織的に取り入れて作業療法の地位を確固たるものにした施設もあれば、種々の理由から取り組めないでいる組織もあります。それぞれ事情はあるでしょうが、その差はいかんともしがたい差となって現れつつあるように感じており、これは個人においても同様と思います。作業療法の将来に明るい展望が拓けるかどうかは皆様の日々の臨床実践にかかっており、皆様一人一人が「活動」と「参加」に資する作業療法を愚直に実践することこそが今最も重要であると考えています。

【　氏名　】　　中村（なかむら）　春基（はるき）

【　所属先・職位　】一般社団法人　日本作業療法士協会　会長

【　学歴　】
昭和 52 年（1977）3 月　　国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院卒業

【　職歴　】
昭和 52 年（1977）4 月　兵庫県社会福祉事業団玉津福祉センター附属中央病院
昭和 59 年（1984）4 月　国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院
平成 06 年（1994）4 月　兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院
平成 18 年（2006）4 月　兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター
　　リハビリテーション西播磨病院　リハビリ療法部部長
平成 22 年（2010）4 月　兵庫県立リハビリテーション中央病院　リハビリ療法部部長
平成 27 年（2015）4 月　一般社団法人日本作業療法士協会　会長（常勤役員）
平成 29 年～平成 30 年　リハビリテーション専門職団体協議会　代表

【　受賞歴　】　平成 17 年（2005）　厚生労働大臣表彰

【　一般社団法人日本作業療法士協会活動　】
昭和 60 年 8 月（1985）～平成 01 年 7 月　理事
平成 01 年 8 月（1989）～平成 13 年 7 月　常務理事
平成 13 年 6 月（2001）～平成 21 年 6 月　副会長
平成 21 年 6 月（2009）～現在　　会長

【　社会的活動　】
一般社団法人日本作業療法士協会（会長）、チーム医療推進協議会（副代表）、リハビリテーション機能評価機構（理事）、公益財団法人国際医療技術交流財団（評議員）、一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団（評議員）、公益財団法人訪問看護財団評議委員、公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会理事、公益社団法人日本脳卒中協会理事日本訪問リハビリテーション協会（監事）等

【　著書　】
脳卒中の在宅リハビリテーション（編集責任者）、作業療法各論・義手（リハビリテーション医学全書）、障害筋骨格系理学療法（系統理学療法）、義肢道具学（理学療法テキスト）、理学療法 MOOK 義肢装具・義肢、作業療法のとらえかた（糖尿病に対する作業療法）

特別講演　　座長：末廣　昌平（学会長）

かわもと　あいいちろう
川本　愛一郎

有限会社リハシップ あい

「地域のど真ん中へ、チェスト行けＯＴ！」

第 30 回　鹿児島県作業療法学会おめでとうございます。

私事で恐縮ですが、1995 年～2005 年まで当会（当時は県ＯＴ士会）の会長をさせていただきました。現在は、会員数 1、280 名を誇る県ＯＴ協会に成長しました。竹田会長をはじめ、県ＯＴ協会役員の皆様の御尽力に深く敬意を表します。また、第 30 回目の節目の学会にお招きいただきまして心より感謝申し上げます。

鹿児島県作業療法士会創成のころ（1984 年～1990 年）

作業療法の魅力に魅せられて作業療法士（以下ＯＴ）の道を歩み始めて、気がついたら 35 年が経ちました。35 年前、私が作業療法士として鹿児島県出水市立病院に入職したとき、鹿児島県内の作業療法士は、私を含めて 7 名でした。

当時 7 名の作業療法士は、それぞれ精神科、小児、一般身障分野で働いていました。まだ鹿児島県作業療法士会が発足して間もない頃でした。勉強会は、5 名くらいの参加で一つの机を囲んで、それぞれの分野での作業療法の取り組みを紹介する「ささやかな場」でした。

作業療法の「核」とは何か？：マイ作業療法イノベーションのススメ

右も左もわからない新人ＯＴの私にとって、作業療法は魅力的でしたが、「作業療法って何？」と聴かれた時に、即座に明確に「〇〇です！」と答えることができませんでした。

ＯＴ養成校で「作業療法とはアートであり科学である」と学びましたが、実際は人に説明するときに作業療法の魅力を伝える「言葉」が思い当たらず苦労しました。

1980 年代後半から 1990 年代前半にかけて、ＯＴ全国学会では、「作業療法の核とは何か？」というシンポジウムが毎年連続開催されていました。私は、学会に押っ取り刀で参加し、有名なＯＴの先生たちが侃々諤々の議論をされているのを拝聴し、その熱気に圧倒されたことを覚えています。

それらのシンポジウムで激論の末に共有された概念が**「ＯＴは生活を支援する職種である」**でした。その後、私は「ＯＴは生活を支援する」ということに魅力を感じ、様々な場での実践に臨みました。その実践を経て、現在の私の“マイ作業療法”の核となる魅力の言葉、「その人らしさの回復」「心が動けば身体も動く」「居場所」「共感」「作業療法“必要・十分条件”」と「地域」に出会うことができました。

「地域」こそＯＴの活躍の場！

約 20 年にわたる病院作業療法を経て痛感したことは、「病院」には“ＯＴが支援できる患者さんの生活”はない、「地域」にこそ“ＯＴが支援できるその人らしい生活”があるということです。地域を支えるＯＴを目指し、有限会社 リハシップ あいを設立し起業して 15 年になりました。当社は、キャッチフレーズを「地域のど真ん中企業」としています。

特別講演では、今学会のテーマ「集まりたい　語りたい　繋がりたい　～作業療法の魅力を紡ぐ～」を根底に据え、地域を支えるＯＴの魅力をお伝えしたいと思います。

地域のど真ん中へ、チェスト行けＯＴ！

基礎資格

作業療法士、言語聴覚士（2000 年取得)、(一社）日本ノルディック・ウォーク連盟公認指導員

学歴

1984 年 3 月　　専門学校社会医学技術学院　作業療法学科卒業（5 月　作業療法士資格取得）

経歴

1984 年 4 月　　鹿児島県出水市立病院　リハビリテーション科入職（～2004 年 6 月退職）
1995 年 5 月　　鹿児島県作業療法士会会長就任（～2005 年まで 5 期 10 年）
2004 年 2 月　　有限会社リハシップ　あい設立　代表取締役就任（現在まで）
2004 年 8 月　　リハ活動重視型デイサービスセンター　リハシップ　あい米ノ津開業
2005 年 12 月　　訪問看護ステーション　リハシップ　あい開業
2008 年 8 月　　リハ活動重視型デイサービスセンター　リハシップ　あい西出水開業
2010 年 4 月　　介護保険外旅支援事業　愛たび倶楽部開業
2011 年 4 月　　運動重視型短時間デイサービスセンター　スタジオ　ムーブ開業
　　コミュニティカフェ　喫茶ゆい開業（トレードシステム）
2012 年 4 月　　介護保険外旅支援事業　マイたび倶楽部開業（～2015 年 9 月廃業）
2013 年 5 月　　リハ活動重視型デイサービスセンター　リハシップ　あい隈之城開業
2014 年 12 月　　体験型ピザ窯事業　ゆいまーる　開業
2015 年 9 月　　児童発達支援ルーム　ここすてっぷ　西出水開業
2016 年 4 月　　リハ活動重視型デイサービスセンター　リハシップ　あい川内開業
　　5 月　　(一社）日本作業療法士協会理事（～2019 年 5 月まで、2 期 4 年）
　　10 月　　リハ活動重視型デイサービスセンター　リハシップ　あい水俣開業
2018 年 12 月　　ケアプランセンター　リハシップ　あい　出水開業
2019 年 7 月　　児童発達支援ルーム　ここすてっぷ　水俣開業

※　　現在、理念に「あなたを愛でささえます。地域でリハ理念を実現します。」を掲げ、「愛とチームの力で“その人らしさの回復”を全力支援します！」を合言葉に、上記事業のほか介護予防ワンコイン事業、健康運動教室スタッフ派遣事業、地域支援事業などを展開中。

主な著書・論文

１.『通所介護施設』（共著：医学書院）標準作業療法学、地域作業療法学第２版、2012
２.訪問リハビリテーション実践テキスト（共著：青海社)、2009
３.訪問リハビリテーション実践事例ファイル（共著：青海社)、2012
４.『老年期における情動に対するアプローチ』OT ジャーナル、41 巻 1 号、2007
５.『人をマネジメントすることは人をマーケティングすること』OT ジャーナル、45 巻 2 号、2011
６.『旅支援事業「愛たび倶楽部の醍醐味」』OT ジャーナル、48 巻 7 号、2014
７.『食べることは生きること！―調理は達成感に満ちている』地域リハ、9 巻 8 号、2014
８.『マイ作業療法イノベーションのススメ』臨床作業療法、10 巻 6 号、2014
９.『介護の現場にリハビリの視点を』訪問看護と介護、16 巻 7 号、2011
１０.『在宅を支えきる真のチームづくり　愛たび倶楽部』臨床作業療法、8 巻 2 号、2011　など

社会的活動（現在）

日本地域作業療法研究会会長、(一社）日本 OT イノベーション機構あからん　代表理事、リハビリテーション起業・経営研究所代表幹事、(一社）日本リハビリテーション病院・施設協会広報委員、(一社）リハビリテーション教育評価評価員、日本作業療法士連盟幹事、鹿児島県 POS 起業ネット代表、（一社）全日本ノルディック・ウォーク連盟鹿児島県支部理事、NPO 全国リハビリテーションを考える会会員、出水市障害区分認定審査会委員、水俣市水俣病資料館語り部、水俣再生学会委員など

特別講演　　座長：濵田　桂太朗（株式会社ユニティ）

関本（せきもと）　充史（みつし）

株式会社かなえるリンク

地域にとって活用される作業療法のつながり

高齢社会や少子化問題に対応するため、地域包括ケアシステムが推進され、団塊世代が75才以上の後期高齢者となる2025年は間近であり、現役世代1.5人で一人の高齢者を支える2040年問題に目が向けられている。各地域では、地域共生の実現化が急がれ、地域ケア会議や自立事業、特別教育支援、障がい者の就労支援などシステム構築に取り組んでいる。そんな中、作業療法士に求められる役割や領域が多様化し高度化している。医療機関における作業療法にとどまらず、特別教育支援、認知症支援、就労支援、地域支援事業、司法領域における作業療法、運転支援などここ数年、作業療法士への期待が高まっている。

それに応えるには、作業療法士自身が社会の動向に目を向けて、作業療法の理論を携えて時代にあった作業療法を提供できるよう進化していかなければならない。その人の困りごとや諦めてしまったことからアセスメントし、人・作業(活動)・環境へアプローチする職種は作業療法士以外いない。とは言うものの、住民はそれを求めているだろうか。住民はその地域でその人らしく活き活きとした暮らしを継続していきたい。私自身、17年地域で活動してきたが、専門性を発揮する以前に住民であることから考えていくことで、はじめて支援することがみえてくるとつくづく感じる。

今回の学会テーマでもあるように、作業療法士が集まり、語り、繋がることで、他領域を知り視点を広げ住民に役立つ作業療法へと発展するものである。養成校卒後すぐ地域へ飛び出し、地域事業や、訪問看護事業、通所リハビリ、通所介護事業など、起業も含めて１７年間の経験と共に、これからの地域作業療法を皆さんと一緒に検討する機会としたい。

経歴：2002年　国際医療福祉大学　卒業
2002年～2012年　株式会社メディケア・リハビリ
2012年～　株式会社かなえるリンク

株式会社かなえるリンク　取締役
一般社団法人　日本作業療法士協会　理事
一般社団法人　大阪府作業療法士会　会長

特別講演　　座長：前畑　竜郎

（障害福祉サービス事業所サンライズ）

高橋（たかはし）　章郎（あきお）

NPO 法人ルーツ・ユアセルフ

「ルーツ・ユアセルフは何をしようとしているのか？」
～精神科作業療法から NPO 法人設立、そして地域展開までを OT として振り返って～

うつ病は治る病気とされていた時代。「治す精神科病棟＆治す精神科 OT」をコンセプトに、うつ病専門病棟の立ち上げと同時に精神科 OT 室と復職支援プログラム（リワークプログラム）を開設したのが 2004 年のこと。生活とは乖離してしまった手工芸中心の OT。和紙工芸、プラモデル、ネット手芸で精神障害は改善し「生活」は豊かになるのか？プヨプヨの手指、バランスボールのような腹、その身体で地域生活・復職は可能なのか？前職で抱いた疑問に対する答えを探すように試行錯誤を繰り返した。しかし、うつ病の再発率は 70%以上、手工芸偏重に伴う作業依存の助長による家庭・家族の破綻を目の当たりにし、手工芸中心の個別作業プログラムを中止した。新たなプログラムは「動く（歩く・走る)」「食べる（調理）＆共生」「育む（農作業)」をキーコンセプトとした。

慢性疾患としてのうつ病、変わってしまった身体で生きてゆくには新たな身体像の獲得が必要であり、そのためには、毎日歩き、走ることが最適であるようだった。老年期うつ病や思春期青年期のうつ病・うつ状態の治療では、実年齢と関係なく発達段階・課題に向き合う必要が出て来る。「全ての情動発達は食卓にあり(1)」を信念に、疾患別・年代別プログラムを廃止し、多様な疾患を持つ老若男女が混在する調理プログラムを作った。毎日が盆と正月の様な集団構成の中、互いが互いの発達課題を支え合い成長してゆく過程を目の当たりにした。思えば私たちが成長してきた地域社会とは、様々な人や価値観が混在した社会である。人の成長を促すプログラムであるのなら老若男女を混在させるプログラムの合理性はすぐに理解できた。

野菜の生産から販売を通した復職支援プログラム、通称「おやじ農園」では、降り注ぐ日差しの下、仲間と共に汗を流し、害虫に怒りを覚え、下ネタで笑い、収穫に喜ぶ。台風などの自然の前では私たちは無力であり、四季の大きな流れの中ではひとに出来ることには限界があることを体感した。野菜はそれぞれのペースで育ち、手を掛けたからと言って沢山できることもなく、手を掛けないからと言って全く出来ないというわけではない。しかし、自分たちに出来ることを行わなければ上手くは行かない。自分たちのコントロール欲求が及ばない領域があることを体験した。ゆだねるという感覚。「出来る範囲のことをこつこつと・・・」この感覚をつかむと仕事との向き合い方にも変化が出るようであった。しかし、問題は彼らが職場や学校に戻った後に直面した差別であった。退職へ追い込むような配置転換や業務量の調整、執拗な早期退職の勧告と再就職の斡旋。会社の中には多様な働き方を認め担保する余裕はない様であった。だとしたら、自分たちで自分たちが生きやすい、働きやすい場所を作れないだろうか？そんな想いから当時のショートケア参加者から希望者を募り NPO 法人設立へ動き出した。多様な生き方と働き方を世に示すために。

当日は、個人的経験を振り返りながら「作業療法の魅力」に接近出来たらと思う。

参考文献

（1）デボララプトン　食べることの社会学―食・身体・自己　新曜社　1999

略歴

平成 14 年 3 月　国際医療福祉大学保健学部作業療法学科卒業
　　4 月　医療法人社団根岸病院
平成 15 年 9 月　医療法人社団 KNI　北原リハビリテーション病院
　　メンタルケア・ユニット病棟立ち上げ、作業療法室、外来作業療法開設
平成 27 年 11 月 NPO 法人ルーツ・ユアセルフ立ち上げ
平成 28 年 4 月　専門学校首都医校
　　NPO 法人ルーツ・ユアセルフ　事務局長
平成 31 年 4 月 NPO 法人ルーツ・ユアセルフ　副理事長

非常勤
錦糸町クボタクリニックデイケア非常勤

所属研究会
うつ病作業療法研究会
認知作業療法研究会
作業療法を社会学・障害学する研究会

著書
2013 年：うつ病の作業療法　医歯薬出版株式会社　分担執筆
2014 年：作業療法士になるには BOOK　ぺりかん社　分担執筆
2015 年：老年期うつ病の作業療法　メジカルビュー出版社　編・著
2016 年：精神科研修ノート第 2 版　診断と治療社　精神科における作業療法士の役割
　　分担執筆
2017 年：精神科作業療法運動プログラム実践ガイドブック　メジカルビュー出版社編・著
2018 年：精神科作業療法の理論と技術メジカルビュ―出版社　就労移行支援・うつ病
　　分担執筆

特別講演　　座長：井上　和博（鹿児島大学）

奈良（なら）　進弘（のぶひろ）

鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

子どもに対する作業療法リーズニング

専門家が自分の実践を振り返ることをリーズニング（推論）といいます。最近は、このリーズニングという言葉を色々なところで聞くようになりました。患者さんの主訴をもとに症状を診断し、治療法を考えるというのが、医師のリーズニングです。作業療法士のリーズニングも同様に対象者やその家族のニーズをはじめとするいろいろな情報を基に、その方や家族と一緒になって、どのようなお手伝いが可能になるのか、考えます。作業療法士のリーズニングの興味深い点は、同じような対象者であっても、同じような作業療法リーズニングになるとは限らないという点にあります。その対象者の機能や能力が同じであったとしても、さらに同じような環境であったとしても、ただ一つこの「作業療法」だけが正しい、と断言できるようなことは、ほぼあり得ないと思います。つまり、多くの専門職のリーズニングは、最適解に向かって収束していく過程を説明するわけですが、作業療法のリーズニングは、複数解の存在を前提として、それぞれの解が成立する条件も含めて説明するものといえると思います。作業療法のリーズニングが、少し解りにくい、でも興味を引きつけるのは、このようなことが原因となっているのかもしれません。このような作業療法のリーズニングの特性によって、作業療法の発展にも紆余曲折が生まれます。ひたすら真っ直ぐに最適解を追求するというアプローチを「科学的」だと捉えてしまえば、条件毎に解を模索する作業療法のアプローチは、いかにも頼りなく、自信を失う作業療法士も少なからずいたことと思います。そんな中で「どのように作業療法士は考えているか」を考えるというリーズニングという「メタ認知」によって、様々な考え方があり、さらに様々な考えが必要である、という作業療法リーズニングの合理性が説明されていきました。これは、１人１人の作業療法士が自信を取り戻すプロセスでもあると思いますし、同時に作業療法の発展プロセス（歴史）ともいえるでしょう。

「リーズニング」と言葉で表現すると、なにやら理論的な話のように感じられるかもしれませんが、要は、実践の中でその実践者は何を考えていたのか、ということを表現するという試みです。今回、光栄なことに、子どもの作業療法について、話をしてほしい、とのご依頼を頂きました。何を考えて子どもと関わってきたのか、を振り返る私の作業療法リーズニングを言葉にしてみたいと思っています。それが、皆様の実践に少しでもお役に立てば嬉しく思います。

奈良進弘（ナラノブヒロ）
１９５４年（昭和２９年）９月２７日生

学歴

九州リハビリテーション大学校卒
北海道大学教育学研究科（特殊教育・臨床心理）修了

職歴

1979 年　社会福祉法人別府整肢園
1981 年　金沢大学医療技術短期大学助手
1987 年　鹿児島大学医療技術大学講師
1991 年　文部省在外研究員（ボストン大学留学）
1993 年　札幌医科大学保健医療大学講師
1997 年　山形県立保健医療大学教授
2001 年　国際医療福祉大学教授
2003 年　JICA 中国リハビリテーション専門職養成プロジェクト専門家
2008 年　JICA 中国中西部地区リハビリテーションプロジェクトチーフアドバイザー
2008 年　JICA ミャンマーリハビリテーション強化プロジェクトチーフアドバイザー
2010 年　国際医療福祉大学教授（復職）
2013 年　東京工科大学医療保健学部教授
2017 年　鹿児島大学医学部教授（至現在）

学会・協会活動

1997 年　作業療法士協会「作業療法」編集委員（至 2005 年）
2001 年　作業療法士協会「作業療法」編集委員長（至 2005 年）
2004 年　Asian Journal of Occupational Therapy 編集委員長（至 2010 年）
2004 年　作業療法士協会代表代理（世界作業療法士連盟）（至 2010 年）
2007 年　作業療法士協会世界学会招致委員会委員長（至 2010 年）

特別講演　　座長：形部　麻里

（鹿児島第一医療リハビリ専門学校）

河本（こうもと）　敦史（あつし）

県立広島病院

作業療法士として今、何をすべきか

私は約 700 床の急性期病院に勤務する作業療法士である。以前回復期や生活期で勤務していた時「前の病院でマッサージをしてもらっていたからここでもしてほしい」と要望され、困惑していたのを覚えている。急性期の対象者は病前の感覚（旅行に行きたいなど）が残っている。私が行った研究において、急性期の対象者 602 名中「手が動くようになりたい」と希望した対象者は 9 名であった。しかし回復期や生活期で作業療法士に機能回復を希望する対象者は多い。我々の業界では上肢の機能回復はＯＴ、下肢はＰＴという慣習が根強い。作業療法士が急性期から機能に焦点を当てた介入を続けるため、対象者を“旅行に行きたい自分”から“手を治したい自分”に変容させ、次第に病者の役割を獲得させているのではないだろうか。

近年、作業に焦点を当てた関わりの重要性が問われている。日本作業療法士協会の新しい定義にもその言葉が使われている。生活行為向上マネジメントの制度化に代表されるよう、国も作業の大切さに着目している。今こそ我々は作業を実践すべき時である。しかし、その作業とは何だろう？作業に焦点を当てるとはどういうことなのだろうか？上肢はＯＴ、下肢はＰＴ。人を体のパーツに分けて捉えようとする風潮に終止符を打つ時である。

常識を疑え。本質を捉えろ。

作業療法士が一番大切にすべきは「作業」ではないか。しかし、医療機関等で作業そのものを実践する難しさがある。例えば、病院内で乗馬することは叶わない。また、身近な作業療法士から圧力を受け作業そのものを実践できない人がいるはずだ。新しいことを始めるとバッシングを浴びるものである。本講演では作業に焦点を当てた実践や圧力を受けた時の考え方をお伝えする。

作業に焦点を当てた介入を志す作業療法士にエールを送りたい。作業療法が社会に貢献し、立脚するためには我々作業の専門家が作業を実践することが重要である。50 年後も作業療法が世の中に在り続けていることをいつも願っている。

略歴
平成 10 年　広島大学医学部保健学科作業療法学専攻卒業
平成 10 年～平成 13 年　広島県三次地区医療センター(回復期)、同系列の老健あさぎり、訪問リハビリセンターで勤務
平成 15 年　広島大学大学院医学系研究科保健学専攻　博士課程前期修了
　　県立広島病院勤務
平成 25 年～広島県作業療法士会　理事　広報部長
平成 30 年度　広島県作業療法学会　学会長（平成 31 年 3 月 10 日開催）

平成 27 年　第４９回日本作業療法学会　シンポジスト
平成 28 年　OT ジャーナル 7 月増刊号　急性期領域で執筆
平成 29 年　第 51 回日本作業療法学会　スペシャルセッション登壇
平成 31 年　第 31 回岡山県作業療法学会　シンポジスト

外部講師歴：鹿児島第一医療リハビリ専門学校、広島大学、広島国際大学、吉備国際大学、佛教大学、神戸学院大学、星城大学

著書（分担執筆）県立広島病院　お医者さんたちのお話（2013）
　　脳卒中のリハビリテーション（2015）
その他講演多数

演題

第 1 セッション：口述発表　11：00～11：50

座長：神村学園専修学校　日高　俊和

01 ゲルストマン症候群を呈した患者の社会復帰支援
～ワーキングメモリに特化した生活課題アプローチ～
種子島医療センター　西　愛美

02 視覚性運動失調と把握の障害を呈した病識の低い患者に対し本人のニーズを反映した介入が有効であった一症例
鹿児島市立病院　田ノ上　佳華

03 訓練意欲の低い患者に対する CI 療法の効果
徳田脳神経外科病院　立本　勇太

04 老人の遺した言葉を通して
～老人・認知症患者に対する関わりを再考する～
霧島記念病院　永山　俊介

第 2 セッション：口述発表　11：00～11：50

座長：みなと病院　肝付　宏人

05 精神科病院での院外 OT 活動の現状と課題
～作業療法士へのアンケート調査と GTA から～
加世田病院　堀木　周作

06 精神科長期入院患者へ生活行為向上マネジメントを活用して
～日中臥床傾向の改善がみられた一事例～
大口病院　中留　雄一郎

07 当院入院患者に対するモザイクアートがストレスと気分に与える影響
県立姶良病院　中村　侑司

第 3 セッション：口述発表　14：40～15：30

座長：鹿児島医療技術専門学校　四元　祐子

08 終末期の患者に対して意味のある作業を見出した一例
種子島医療センター　田上　めぐみ

09 圧挫創を伴う、複数指基節骨開放骨折のピンニング例に対する術後セラピィの経験
恒心会おぐら病院　福元　利奈

10 PIP 関節側副靭帯損傷に対するスプリント療法の経験
恒心会おぐら病院　瀬戸口　大修

11 当院回復期リハビリテーション病棟における診療報酬改定後の比較と課題
池田病院　柿迫　直樹

演題

第 4 セッション：口述発表　14：40～15：30

座長：げんき・キッズ保育園　中村　量子

12 作業療法場面とペアレントトレーニングを通した母親支援における一考察

鹿児島県こども総合療育センター　眞田　俊介

13 児童思春期患者に対してのアウトリーチ 訪問看護において作業療法士に“何が求められ”“何ができるのか”

県立姶良病院　有馬　雄太郎

14 成人脳性麻痺患者に対する家族参加型修正 CI 療法の取り組み

南九州病院　竹下　晃

第 5 セッション：口述発表　15：40～16：30

座長：ウェルフェア九州病院　辻本　貴志

15 長期入院中の統合失調症患者に対する心理教育の効果
～意志・遂行技能に変化がみられた症例～

せいざん病院　田中　剛二

16 作業体験が身体愁訴の訴え軽減に繋がった事例
―自己評価を高めるための関わり―

加世田病院　出石　真奈美

17 当院の依存症プログラムにおける現状と課題

谷山病院　中山　陽平

第 6 セッション：口述発表　15：40～16：30

座長：鹿児島第一医療リハビリテーション専門学校　池田　真一

18 アテローム血栓性脳梗塞患者の箸動作改善を目的とした上肢機能訓練

徳田脳神経外科病院　竹田　憲太郎

19 左被殻出血後に右片麻痺と右半側空間無視、失行症を呈し整容動作の獲得に難渋した一例

恒心会おぐら病院　篠崎　絵梨

20 注意機能障害を呈した脳卒中患者に対し段階的目標設定を用いた介入により自動車運転再開に至った一例

垂水中央病院　今西　公美子

01　ゲルストマン症候群を呈した患者の社会復帰支援

～ワーキングメモリに特化した生活課題アプローチ～

○西 愛美　高尾 尊身

種子島医療センター

【目的】

手指失認、左右失認、失算、失書の４症状を示すゲルストマン症候群に関連したリハビリテーション(以下リハビリ)の報告は少ない。今回、作業療法(以下 OT)では４症状の中でも失算が強くでた患者に対し、レジでお金をスムーズに払える事や財布の中にあるお金を把握する事ができる事を目標に置き、段階づけた訓練を行った結果、症状が改善したので患者の呈した症状と訓練について考察する。なお、発表に際し、当院の倫理審査委員会の審査を得た上で書面にて同意を得た。

【対象】

本患者は 50 歳代女性。X 年 10 月、車の運転中に発症し、救急搬送となった。出血部は左頭頂葉から後頭葉にかけての皮質内出血である。介入初期から失語や認知機能の低下、麻痺はみられず、日常生活動作はすぐに自立となった。初期評価で軽度の手指失認、左右失認や失行を認めたもののすぐに改善された。失算、失書に関しては１桁の計算や３桁の数字を覚える事が難しく、売店でお金を払い間違える、名前や住所を記載する事も困難で、いわゆるゲルストマン症候群と診断された。 Mini Mental State Examination(以下 MMSE)は 24 点、Trail Making Test-A(以下 TMT-A)は 111 秒、Trail Making Test-B(以下 TMT-B)270 秒であった。

【方法】

入院３日から 57 日まで OT 介入１日３単位、週７日実施。訓練内容は評価期間をⅣ期に分け、段階づけた訓練を反復的に導入した。また、効果判定材料として MMSE、TMT-A、TMT-B を実施した。これらの結果は文献を用いた効果検証を行い、考察、支援を行った。

【経過】

Ⅰ期：血圧が高く、嘔気があったので体調に合わせながら名前や住所の記載練習や繰り上げがない計算を行った。

Ⅱ期：計算練習と２桁から４桁の数字の順唱や逆昌、言葉の逆昌を反復的に実施した。計算は５－２進法を取り入れ、概念の整理を促した。失書は広告を見ながらメニューを考え記載する、日記をつける事で文字を多く思いだすように促した。

Ⅲ期：より具体的な買い物訓練やお金の数え方の練習を行った。お金を数える訓練では千の位、百の位を数え、下２桁の位を数えているうちに百、千の位の合計が分からなくなってしまった。そこでより複雑な課題を盛り込んでいった。

Ⅳ期:机上課題に加え、外泊訓練や調理訓練を行った。退院後は外来リハビリにて経過観察を行った。

【結果】

Ⅱ期では名前や住所の記載、１桁の繰り上げ計算が可能となったがワーキングメモリの低下が著明であり、繰り上げ計算やお財布の中身を把握する事が難しかった。Ⅲ期で４桁のお金を数える事やレジでスムーズにお金を払う事が可能となり MMSE 結果の向上がみられた。Ⅳ期に退院し、買い物や家事を行っている。

【考察】

レジでお金をスムーズに払える事や財布の中にあるお金を把握する為にはワーキングメモリの向上を図る事が必要とされた。湯澤らは計算の学習では言語的な情報、視空間的な情報を同時に使う事が多く、ワーキングメモリの困難さが様々な影響を与えると述べている。

また、 斉藤らによるとゲルストマン症候群は患者の症状によって生活障害を余儀なくされる事が多い。主婦であれば家計簿をつける為の書字や計算家事の為の様々な道具の空間での操作などに誤りが考えられ、その生活障害の核にそって訓練は進めていく必要があると述べている。

患者の核であるワーキングメモリをⅠ期からⅣ期に段階付けて強化する事で生活障害を改善する事ができた。川平らによると意図したとおりの運動を実現する為に必要な神経回路の再建・強化には、「語りなき学習」と同じ考え方、つまり再建、強化したい神経路にのみ興奮を繰り返し伝える事が重要であると述べておりゲルストマン症候群においても段階づけた訓練を反復的に実施する事でその症状は改善できる事ができたと考える。

02　視覚性運動失調と把握の障害を呈した病識の低い患者に対し本人のニーズを反映した介入が有効であった一症例

田上 佳華
鹿児島市立病院

【はじめに】
今回、視覚性運動失調と把握の障害を呈した上に、それら症状に対し病識に乏しかったものの、当院でリハビリテーション（以下、リハビリ）実施にて病識を獲得し、日常生活動作（以下、ADL）改善に至った症例を経験したため報告する。尚、本報告に関連する情報を学会等で使用する旨を口頭・書面にて本人に説明し同意を得た。
【症例】
30 歳代女性、右利き。夫・実母・息子（生後 4 ヶ月）と同居。銀行員。既往に 2 回の脳梗塞（右頭頂葉領域、左頭頂葉領域）あり。2 回目の脳梗塞後の当院外来受診の際、左手の麻痺と呂律困難が出現し、脳梗塞（右後頭・頭頂領域）と診断され同日入院となった。元より心房中隔欠損症の存在を指摘されており、今回の脳梗塞発症を契機に心房中隔欠損閉鎖術を施行された。保存的加療で経過し、後日リハビリ開始となった。
今回発症前の ADL は自立していたが、右上肢のぎこちなさと失語が残存していたため、家事・育児動作の向上や職場復帰を目標に回復期リハビリ通院中であった。そして今回新たに左片麻痺が出現。Brs。stage 上肢Ⅵ手指Ⅵ。下肢麻痺なし。軽度伝導性失語。病棟内 ADL は自立していたが、左上肢のぎこちなさを認めた。そのため両手動作全般で時間を要した。患者は毎日のように「子供に会いたい。」と語った。
【経過】
問題点は、左上肢の到達動作や把握動作を滑らかに行うことが困難となり、両手動作全般に時間を要することであった。また、訓練を行う際にそれら症状への病識が乏しいことであった。そこで、本人のニーズを汲み取り、両手動作訓練と育児を関連付けて実施した。初めに、人形を用いてオムツ交換や抱っこを実施し、写真やビデオを撮り患者と一緒に確認した。そして、上肢機能低下が育児動作に及ぼす影響を理解して頂いた。それらを踏まえ、左上肢の到達・把握に関する機能訓練を実施した。当初患者はリハビリの必要性を感じていなかったが、介入中「こんなに出来ないんですね。」「子供に怪我をさせたくない。」と述べるようになった。その後患者自ら自主訓練の希望があり、子供用のおもちゃ（折り紙風船のモビール）を作った。退院時は、左上肢動作が介入前より円滑になり、両手動作の時間が短縮された。当院退院後は家事・育児動作の向上や職場復帰を目標に再度回復期リハビリ通院された。
【考察】
平山ら（2015）が述べるように、近年、ヒトの大脳における視覚情報処理は①腹側経路②腹背側経路③背背側経路の 3 つに大別される。このうち背背側経路は後頭葉から頭頂間溝や上頭頂小葉に向かい、対象の位置や運動、形を分析し無意識的な行為のコントロールに関わる。この付近に病変が生じると、伸ばした手が対象とずれる視覚性運動失調や、物をつかもうとすると手の開きが物の形に合わなくなる把握の障害が生じる。また、平山らはこれらの症状について、右手に生じた場合は患者が障害に気付いている場合が多いが、左手に生じた場合は発症後に左手を使用する経験が少ないと気付かないこともあると述べている。本患者の 3 回目の脳梗塞病巣は右上頭頂小葉付近に一致し、そのことによる病識の低下と上肢のぎこちなさを呈したものと考えられた。今回の経験から、病識の乏しい視覚性運動失調、把握の障害を有する脳梗塞患者に対し、患者のニーズを汲み取り、訓練内容に優先度の高い作業を取り入れること、またその作業の中で生じる問題点を具体的に提示し共有することが重要であると思われた。それらが動機付けとなり、効果的に機能訓練を実施することが可能となったと考える。

03　訓練意欲の低い患者に対する CI 療法の効果

○立本 勇太　木原 寿紀
徳田脳神経外科病院

【はじめに・目的】
今回、右上肢麻痺の患者に対し、右上肢手指機能向上目的に constraint - induced - movementtherapy （CI 療法）実施。CI 療法の前と後で右上肢機能の改善を認めた為、以下に知見と考察を報告する。尚、本研究にあたり、当院の倫理規定に基づき症例に説明と同意を得た。
CI 療法とは、卒中片麻痺上肢のリハビリテーション治療法の一つであり、非麻痺側上肢を拘束し、麻痺側上肢 を段階的に訓練することにより、上肢機能の改善を図る方法である。
【症例紹介】 基本的情報 年齢：40 代 性別：男性 利き手：右 医学的情報 現病歴：X 年３月 21 時頃に突然右上下肢の運動麻痺、構音障害を自覚した。翌日、0 病院を受診、 脳梗塞を疑われ当院紹介受診となりアテローム血栓性脳梗塞と診断され入院。画像所見：左内包～放線冠に 10 ㎜前後の梗塞既往：高血圧 デマンド：特にないです。リハビリに任せます。 社会的情報 家族 5 人暮らし キーパーソン：姉 職業：スーパーの総菜部勤務
【OT 評価】
CI 療法前 右 Brunnstrom stage：上肢Ⅳ手指Ⅳ下肢Ⅴ STEF：右 5 点 左 100 点 ARAT：GRASP：10 点 GRIP：4 点 PINCHI：3 点 GROSS MOVEMENT：5 点
【方法】 CI 療法を行った前後で簡易上肢機能検査(STEF)、Action Research Arm Test(ARAT)を実施
【経過】 CI 療法 1 日目机上タオルに手を乗せる、タオルに乗せた状態で前方に伸ばすなど粗大運動中心に実施。2・３日目にペン入れ、クリップを摘まむなどの巧緻動作項目を追加、母指・示指での指腹摘まみ可能となる。４・５日目、はさみで紙を切るなどの両手動作項目追加。書字行うが平仮名書けず。６・７日目母指の分回し運動、母指・ 示指の分離が出現、ティッシュでこよりを作る、蝶々結び項目追加。9・10 日目、右手指対立摘まみ・書字が名 前書字可能となる。
【結果】 CI 療法後 右 Brunnstrom stage：上肢Ⅴ手指Ⅳ下肢Ⅴ STEF：右 52 点 左 100 点 ARAT：GRASP：14 点 GRIP：5 点 PINCHI：11 点 GROSS MOVEMENT：7 点
【考察】
症例は右上肢麻痺により右手が廃用手レベルであったが、今回の CI 療法により STFE・ARAT 点数にて有意な改善を認めた。脳卒中ガイドラインでは麻痺側手関節あるいは手指の伸展が可能な程度の麻痺に対し CI 療法 を行うことで麻痺側上肢機能の改善が得られるとされている。今回、佐野らが考案した Shaping 項目を本人の状態に合わせて、右上肢・手指の促通・反復動作訓練を行うことで右上肢機能が向上したとされる。また、CI 療法 はどんなにモチベーションが高い患者でも 1 つの動作を何十分も続けることはストレスとなり困難とされる。今回の症例は麻痺の改善に対し意欲は低く、モチベーションの低下により課題に飽きて継続が困難となることが予想された。その為、CI 療法の Shaping 項目の他にボール投げや的当て・散歩などの項目も取り入れた。その結果症例は CI 療法の課題に対し拒否なく集中して継続することができた。これは訓練の中で遊びの要素を取り入れた工夫をすることで楽しみが生じ、気分転換となることでストレス解消となり訓練を継続することが出来たのではないかと考える。

04　老人の遺した言葉を通して　～老人・認知症患者に対する関わりを再考する～

永山 俊介
霧島記念病院

【はじめに】
去年、私の祖母は 95 歳でこの世を去った。祖母の死をきっかけに日記の中身をみることとなったのであるが、そこには認知症が進行していき、出来ないことが増えていく苦悩と不安、家族への想いが綴られていた。また、今年は祖父が 98 歳で亡くなり、祖母と同じく私たちに言葉を遺して逝った。この日記を通して、私自身も老人や認知症患者への関わりを再考するきっかけを得た。そこで、この事例を通じて、老人のケアに関わる多くの方々にも「関わり方」について再考してもらえる事を期待し報告する。なお、本報告にあたっては鹿児島県業療法学会の定める倫理規定事項に則って行われた。
【方法】
祖父母の遺した日記やメッセージを見ることで、当人たちの想いを知った。内容は以下の通りである。認知症の診断のある 90 歳代の祖母は、日記のなかで次のように記している。「しっこをして御免なさい。一寸もわからなかった。ごめんなさい。こんな事初めてだった。恩にきます。」「正月がきても誰も助けてくれるひとがいない。さびしいです。←（この言葉を縦線で消して）あまえるな」「誰がきたのか、自分はどこにいたのか、どうも狐につままれたような気がします。ボケたのでしょうか。残念です。」「今日は（母の名前）が来てくれました。ありがとう」 また、98 歳の祖父は亡くなる 1 ヶ月前に以下の言葉を遺していた。「(兄の名前)、俊介へ。兄弟仲良く、両親を助け子供を育てる事」「(父の名前）へ、堅苦しい親であったが、よく我慢して永山家を守ってくれた。ありがとう。」など。これらを私が目にしたのは、共に祖父母が亡くなった後であった。
【結果】
祖父母の遺した言葉を知ることで、日々の臨床において患者との接し方やアプローチについて再考するきっかけとなった。老人と関わる事、認知症の方々と関わる事について自分自身を見直した。またそれと同時に、施設や病院、訪問場面での職員やご家族の方々の老人や認知症の方々への一部の接し方を目の当たりにした時、「当人たちがどのように感じ、想っているのかを伝えていきたい」と思うようになった。私たち作業療法士の意義でもある「その人の幸福」を促進する為の方法として、学会という場もそれを伝えるアプローチの 1 つとして考え発表することとした。
【考察】
認知症である祖母は、自分が出来ない事が増えていることを感じ落胆すると同時に、トイレの失敗を 1 番に気にしていた。日記には排泄を失敗するたびにそのケアをしてくれる施設職員や娘への謝罪の言葉を記している。多い時で 1 ページに 13 回も「ごめんなさい」と遺してあった。また、そんな中でも見舞いに来てくれた人の名前や優しく接してくれた職員の言葉も遺している。また、祖父は家族へ向けて“祖父らしい”言葉を遺し、ある種の威厳を遺したまま逝った。近年、日本作業療法士協会において作業療法の定義が新しく定められた。そこには「人々の健康と幸福を促進するために…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。」という言葉が入っている。我々は目の前の患者に対し、健康と幸福を促進する為に目的や価値を見出したアプローチが出来ているだろうか。その答えは分かるものでは無いのかもしれない。しかし、常にその疑問を頭の片隅に置きながら、これからも作業療法士として患者と同じ方向を向いていけるようにしたいものである。
【まとめ】
今回の祖父母の日記を通し、現場で活躍されている作業療法士の皆様のアプローチにおけるヒントとなれば幸いである。

05　精神科病院での院外 OT 活動の現状と課題　～作業療法士へのアンケート調査と GTA から～

堀木 周作
加世田病院

【はじめに】

地域移行支援や退院促進事業などが進められるなか、入院患者のロングステイや高齢化、精神科作業療法の診療報酬規程を背景に、退院に向けた意欲の喚起や本人の意向に沿った個別支援や援助は、なかなかプログラムに組み込みづらい現状がある。作業療法士（以下 OTR）が診療行為として行う院外活動の現状とその課題について、実態調査を目的に、鹿児島県と宮崎県にある精神科病院に在籍する OTR に対してアンケート調査を行い、どのようなイメージを持っているのか概観した。

【対象と方法】

アンケート：質問項目は、①；病院敷地外のＯＴ活動を行っている場合の内容や種目名。①-１；現在あるいは将来予想される課題（自由記載)。1-b；実施頻度や内容(自由記載)。1-c；院外ＯＴ活動について、よりどころとしているモデルや考え(自由記載)。②：院外ＯＴ活動を用いない理由(自由記載)。2-a；院外ＯＴ活動を行わない利点や理由(自由記載)。以上についてクロス(マトリックス)集計を行った。

GTA：Grounded Theory Approach に準拠してコード化～分析をおこなった。

【結果】

アンケートは、宮崎 17/28 施設(60%)、鹿児島 17/27 施設(63%)、合計 34 施設から回答を得た。目的（重複目的含む）と年間の延べ実施回数は、社会資源利用（211 件)、退院支援（172 件)、体力と健康の維持（145 件)、運動の機会（104 件)、作業や労働体験（51 件)、気分転換（42 件)、季節行事（33 件)、OT 診療外の活動（1 件）であった。「院外活動で課題となっていること（重複回答含む）は、安全の確保（28 件)、高齢化に伴う課題（25 件)、人手不足（21 件)、治療構造の明確化（15 件）であった。

GTA では、自由記載の文脈を前提に、効果、高齢化に伴う運動能力、勤務調整・バス手配などの実務問題、責任所在、リスク管理、人員確保等にセグメント化した。さらに、自由記載の文節からコーディングし、カテゴリ設定をおこなった。コーディングからのカテゴリー設定は、「安全確保」が、リスク管理（16)、誤嚥（4)、責任の所在（3)、感染症対策（3)、熱中症対策（1)、職員の安全確保（1）からあげられた。

また、「高齢化」が、運動能力低下（18)、対象者の減少（7）からあげられた。同様に、「人手不足」が、人手不足（21）からあげられた。さらに、「治療構造」が、他職種との協業（3)、診療報酬規程の遵守（3)、実施時間の過不足（2)、少人数に制限される（2)、個別支援の必要性（1)、費用負担（1)、治療の質（1)、コンプライアンス（1）からあげられた。カテゴリーのうち「安全確保」「高齢化」「人手不足」は、OT が抱える「現状と課題」が反映されたものであった。「治療構造」は文脈全体を通して抽出されたもので、「安全確保」「高齢化」「人手不足」を包摂したものとしてとらえられた。GAT からは、「現場の OTR 達が、治療や作業療法支援としての患者への関与と、院外活動を取り巻く様々な課題との間で、援助や支援を強固なものとすべく向き合っている」状況が見て取れた。

【考察】

院外の資源を利用した活動の意義は、古くから知られており、OTR 達が治療のために創意工夫している現状があったが、「OT は治療である」とする場合、自己効力感や自尊感情と関連した患者側の視点や、厚労省指針に照らし合わせた、アウトリーチ、ピアサポーター活用などの、地域や現場でのプラクティス、関係他者を交えた支援などの広い視点から支援も治療構造に追加されるべきと考えられた。

06　精神科長期入院患者へ生活行為向上マネジメントを活用して
～日中臥床傾向の改善がみられた一事例～

○中留 雄一郎　池田 博俊
医療法人慈和会　大口病院

【はじめに】
精神科長期入院患者に対する生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）の活用にあたり、当院での実用性や課題について疑問があった。今回、臨床実習を機に作業療法士（以下 OTR）と作業療法学生（以下 OTS）が MTDLP を用いて QOL の向上を目的で介入した。介入の経過から当院での MTDLP の活用について考察する。
【事例紹介】
A 氏、７０歳代男性。主病名は統合失調症、知的障がい（WAIS―Ⅲ　全検査 IQ：５８）。ADL はほぼ自立しているが妄想や幻聴に左右され、現実的な作業や交流機会は最小限で自閉的に過ごす。活動性低下し日中臥床傾向となっており、セルフケアや作業療法（以下 OT）の実施も不定期となりがち。実施前の評価では、精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下 Rehab）において〈逸脱行為〉怒声、暴言、独語、空笑〈全般的行動合計〉平均８７点。一般性自己効力感尺度（以下 GSES）得点は６点。
【倫理的配慮】本報告は対象者に研究主旨の説明を行い、署名にて同意を得た。加えて当院の倫理委員会にて承認を得た。
【方法】
OTR２名と OTS１名で MTDLP を用いて個別で介入。主訴は「腰痛。下肢筋力低下によるふらつき」を挙げ、興味関心チェックシートにて、「絵の具で海の絵を描きたい。書道で努力と書きたい」と希望。合意目標は寝て過ごす時間を減らし、絵画や書道など生活で楽しむ時間を増やす（実行度６／１０、満足度４／１０）とし、①絵画②書道③腰痛体操④パワーリハビリ⑤散歩を実施。
【介入経過】
MTDLP 導入後も妄想や幻聴に左右された発言や行動が持続していたが、徐々に離床時間が増加し、自ら洗濯をしたり、ホールで活動準備をして待つなど日中の過ごし方に変化が見られた。腰痛やふらつきには「足腰が強くなった。腰も前より良くなった」との発言が増えた。散歩にて職員や利用者との交流機会が増え、行動範囲も拡大した。全体をふり返ると「作業を進める中でワクワクした」「やってみたら簡単なこともある」「書道をすると落ち着く」など作業に前向きな発言が多かった。導入後、「書道を続けたい。お茶をたてたい。花を生けたい」と活動の継続や未経験の作業を希望する発言が聞かれた。
【結果】
腰痛やふらつきが改善傾向となり、セルフケアや OT 参加など日中活動性が向上した。また、したい作業が増え、興味関心の幅や行動範囲も拡大した。最終評価では、実行度・満足度ともに１０／１０となった。Rehab：〈逸脱行為〉独語・空笑〈全般的行動合計〉平均７９．５点。GSES 得点：７点
【考察】
今回、精神科長期入院患者の抱える課題は多くある中で「意味のある作業」に焦点を当て関わった。OTS と共に出来る限り細かく希望を聞き取り、したい作業を具現化する為に A 氏の苦手な部分への配慮や準備を丁寧に取り組んだ。加えて主訴として挙がっていた身体面へアプローチし、生活行為を阻害する課題を A 氏と共有できたことで作業意欲をより高めることに繋がったと考える。また、OTS の丁寧な対応が A 氏の先の見えない不安や葛藤を軽減させ、安心できる環境設定ができた事も今回の介入での強みとなった。MTDLP 活用して患者が自己決定しながら取り組めた事やプランの可視化により連携を強化できたことが、より質の高いサービス提供に繋がり、A 氏の満足度や実行度を優位に変化させたと考えられる。
【おわりに】当院での MTDLP 活用では、合意目標の設定や予後予測の難しさ、環境因子など課題は多くあった。しかし、MTDLP の強みである意味ある生活行為に焦点を当て、患者が生活での楽しみや希望を見つけ、それぞれが望む生き方を実現出来るよう今後も検討や実施を重ねていく必要がある。

07　当院入院患者に対するモザイクアートがストレスと気分に与える影響

○中村 侑司[1)]　岩元 祐太[2)]
1）鹿児島県立姶良病院
2）鹿児島県立薩南病院

【はじめに】
精神科単科の病院である当院入院中の患者の中には、精神科作業療法を行う際に映像視聴や音楽鑑賞等を中心とした受動的作業種目を好む者も少なくない。このような作業種目を好む患者に対し、静的で能動的な作業種目の一つとして、直径 8mm の円形のカラーシールを手順に沿って貼付していくモザイクアート(以下、モザイクアート)を提案・提供した。モザイクアートに取り組めている患者は、適度に集中し、ＯＴ活動終了時まで継続可能な者が多く、さらにそれ以降も自発的にモザイクアート制作にも意欲を示すことが多い。一見すると塗り絵と同様に静的活動であるモザイクアートが、患者の心身に与える影響について検討した。
【目的】
埜崎は、「効果的な作業療法を実施するためには、受療者に応じた適切な作業を選択することは言うまでもない」、「作業の実施は受療者に何らかの疲労やストレスを惹起するものと考えられ、それが過大になれば、かえって受療者に好ましくない影響を及ぼす可能性がある」と述べており、自発的に取り組んだ塗り絵は心身への負担感に繋がるような気分変化を軽減すると示唆している。
当院ではモザイクアートを作業療法に用いている。患者の気分変化に有効的であることを経験的に感じていることよりモザイクアートの有効性について一症例の変化から検討することを目的とした。
なお本研究は当院の倫理審査を受け、患者の同意のもと報告している。
【対象概要・方法】
年齢：３０代　性別：男性　病名：治療抵抗性統合失調症、症状は不安、イライラ感の訴えが日常的にみられる。クロザリルを使用しているが改善は十分ではなく、幻聴、妄想が残存している。雑誌鑑賞、音楽鑑賞、棒体操などの作業種目を好む。測定方法：モザイクアート実施前後に、唾液アミラーゼモニター、血圧(収縮期血圧、拡張期血圧)、脈拍、気分プロフィール検査短縮版（以下 POMS） を用いた。3 回計測終了後、患者へ結果を伝え、対話を行った。調査期間：平成 30 年 9 月 5 日から 10 日に 3 回計測。
【結果】
POMS では、実施前後で標準化得点は、活気、抑うつ以外の項目、全てにおいて数値の減少がみられ、健常の範囲まで減少していた。2 点以上の変化が見られた陽性感情の増加、陰性感情の減少に関わる項目は、30 項目中、13 項目に見られ、約半数に変化がみられた。また、「怒る」、「頭が混乱する」、「とほうに暮れる」、「激しい怒りを感じる」の 4 項目については、3 回の測定に共通して非常に「多くあった」から「全くなかった」に改善していた。唾液アミラーゼは 3 回平均値 200kiu/l が 93kiu/l と半減してストレスが軽減していた。血圧、脈拍数については、大きな変化は見られなかった。患者の感想では、大別して自己認知、集中、達成感の３つのカテゴリーに分類できるような感想が聞かれた。
【考察】
今回の結果から、モザイクアート実施後に、ストレスが軽減し、適切な感情が増加したことがわかった。このようなことから心的に落ち着いた状態になり、健康的な気分変化の一助になるのではないかと推察された。また、作業を行った後の感想と分析データの数値が一致することで、感情や意識の変化を患者本人が認知できるきっかけになったのではないかと考える。
以上のことより、モザイクアートは静的で能動的な活動の要素を持ちながら、ストレスを軽減し、感情の安定化に影響する可能性があることがわかった。

08　終末期の患者に対して意味のある作業を見出した一例

田上 めぐみ
社会医療法人　義順顕彰会種子島医療センター　リハビリテーション室

【はじめに】
今回、乳癌、回盲部癌により右上腕骨病的骨折を呈した 80 歳代女性の作業療法(以下 OT)を実施。終末期の生活で患者と共に目標を設定し患者が主体となった関わりができたと考えここに報告する。尚、この演題は当院の倫理委員会の承認を経て作成している。
【症例紹介】
年齢:80 歳代､性別:女性､身長:143.5cm､体重:48.0 ㎏､既往歴:左乳癌(stage:Ⅳ)､回盲部癌　(stage Ⅲ)、癒着性イレウス
主訴:痛みの軽減、人に迷惑をかけずにトイレができる。
【作業療法評価】
X 年 Y 月＋1 日、右上腕骨病的骨折を受傷、その後骨接合術施行、疼痛:NRS:5/10。ROM:右肘関節、屈曲 30°、伸展-40°、FIM(56/126 点)、COPM:迷惑をかけないで排泄ができる、重要度(8/10)、遂行度(3/10)、満足度(3/10)、遂行スコアの合計 3.0、満足度スコアの合計 3.0、Performance status:2。
【経過】
【第一期】ADL 動作が向上した時期（Y 月＋7 日）
術後、排泄動作は全介助であった。PWC 再獲得の希望が強いことから排泄動作の獲得を短期目標と設定した。
【第二期】生活の幅が広がり、排泄動作の獲得が可能となった時期（Y 月＋15 日）
術後 2 週間は ADL 動作訓練を中心に実施。PWC が見守りレベルとなり排泄動作が獲得できた。しかし、乳がんの再発により左胸部の腫脹、熱感が出現。「腫れていて恥ずかしい」と乳房に関しての発言も聞かれた。
【第三期】合意目標を設定し梅干し作りを実施した時期（Y 月＋30 日）
身体機能面は向上したが時折虚ろな表情をする症例。「梅雨の時期になると亡くなった妹のことを考える。妹の家で生っていた梅を思い出す」と妹様の思い出話をする機会が増えた。そこで梅干作りを提案すると「やってみたい」と前向きな発言が聞かれた。梅干作りの計画を立て、調理当日には島外に住まれる娘様も来島され一緒に梅干を作ることができた。単純な作業ではあるがその家庭でのこだわりや習慣があり家族が揃って作業を共有できた。右上肢を使用して瓶の中の梅を混ぜ、自主訓練の一環として梅の入った瓶を転がす動作を行い、肘の可動域向上も目指した。その後症例は施設へ退院し、施設スタッフに梅干の手入れを引き継いだ。
【最終評価】
疼痛:NRS:3、ROM:右肘関節、屈曲 90°、伸展-20°、FIM(95/126 点)、Performance status:2、COPM:重要度(8/10)遂行度(7/10)満足度(7/10)、遂行スコアの合計 7.0、満足度スコアの合計 7.0。
【考察】
症例の希望に沿って早期に介助量の軽減という目標を達成したことで COPM の遂行度、満足度が向上した。梅干作りの計画を立てたことで、妹様を通じた馴染みのある作業を行い他者に教えることが症例の役割となり、梅の手入れが習慣化した。排泄動作訓練や機能訓練は OT が必要性を予測し行っていたプログラムであったが症例が「やりたい」と発した梅干作りは意思を示した作業になった。一つの作業を通して作業中は症例が主体となり輝いた。
【終わりに】
平成 31 年 3 月に本症例は永眠された。症例は自らががんであることはわかっていたが予後が 3～6 ヵ月であることは告知されていなかった。しかし乳房の腫脹などから薄々感づいていたのではないか。梅干は長くて 200 年もつと言われている。家族やスタッフに何かを残したいという気持ちもあったのではないか。この症例を通して、終末期だからこそその人らしさを家族の生活の中に生かす事ががんのリハビリテーションにおける作業療法士の役割であると感じた。

09　圧挫創を伴う、複数指基節骨開放骨折のピンニング例に対する術後セラピィの経験

○福元 利奈[1)]　小倉 雅[2)]　福田 秀文[1)]　窪 昌和[1)]
1）社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション部
2）社会医療法人恒心会恒心会おぐら病院

【はじめに】
基節骨骨折後のセラピィは Burkhalter 法により早期運動療法が可能であるが、基節骨骨折は解剖学的特徴から腱・腱膜の癒着が生じやすく、特に圧挫損傷例に関しては軟部組織損傷により腫脹も増大し、癒着・拘縮は高率となる。今回、挫創を伴う複数指の基節骨骨折に対し、従来通りの早期運動療法を実施したが、可及的な予防にも関わらず拘縮が発生した。そこで複数の拘縮改善用 splint を長時間にわたり実施した結果、実用手を獲得できたため報告する。倫理的配慮として、本症例に十分な説明を行い、同意を得た。
【症例紹介】
20 歳代女性。仕事中に機械に両手を巻き込み受傷。左示指-小指指基節骨開放骨折、左中指屈筋腱部分損傷と診断。同日、基節骨多発骨折、屈筋腱損傷に対しピンニング法、屈筋腱縫合術を施行。
【経過】
術翌日よりリハ開始。鋼線抜去まで安静固定 splint を作成。リハビリでは、バディテーピング、PIP・DIP 関節の自動・他動 ROM、splint 着用下での母指-示指ピンチ訓練を開始、4-5 回/日：1 回 20 分の頻回介入を行った。術後より小指の自動 ROM 不良を認めたため、小指 PIP・DIP 関節に対し拘縮予防・改善目的で漸次的矯正 splint を作成。自主訓練として 3 回/日：1 回 10-15 分実施した。鋼線抜去後、安静固定装具は夜間 splint へと変更。日中は ROM 拡大のため、全指 MP・PIP・DIP 関節屈曲・伸展牽引装具(漸次的)を作成、自主訓練として 3 回/日：1 回 15-20 分実施した。リハビリでは各指ピンチ訓練を開始した。術後 5 週時に手掌創部の抜糸を実施。全指自動・他動 ROM 不良に対し、グローブ splint、各関節屈曲・伸展牽引装具(動的)を作成。リハビリ介入を 2 回/日：1 回 20 分、自主訓練時間を 3 回/日：1 回 20-30 分へ変更し、各関節 ROM 訓練に加えて、セラプラストを用いた抵抗運動を段階づけて開始した。術後 8 週目で自宅退院となり、2-3 回/週：1 回 40 分-60 分の外来リハへ移行した。術後 10 週時に仕事復帰し、筋力強化のためセラチューブでの自主訓練を追加した。術後 17 週で動的矯正 splint を終了し､フレクションストラップを作成｡術後 21 週で外来リハビリ終了となった。
【結果】
最終評価は、%TAM 示指 81%、中指 89%、環指 88%、小指 90%で示指-環指 良、小指 優であった。握力は右 31.2 ㎏、左 15.1 ㎏で健側比 48.4%であった。HAND20 は 1/200 であった。
【考察】
本症例は圧挫損傷にも関わらず開放創を伴わない諸家の報告と遜色ない成績を得ることができた。その要因として、複数の拘縮改善用 splint を長時間にわたり使用できたことが考えられる。大山は他動的伸張 splint を瘢痕の成熟段階に応じて長時間使用し、拘縮軟部組織のコラーゲン繊維の配列を一定方向に再構築させることが必要と述べている。また、辻下らは、徒手的 ROM は結合組織の弾性要素のみを伸長し､リバウンド現象を引き起こすため､粘性の要素を伸長することが重要と述べ､Hepburn は Patient-tolerance-curve で矯正には Dynamic Splint が適していると述べている。本症例は長期入院のため、早期から訓練室外でも長時間にわたり splint を用いたことで軟部組織の Plastic deformation を得られることができ良好な結果につながったと考えられる。Sprint 療法に関して、使用開始時期や使用時間についての明確なエビデンスはない。今後、症例を重ね検討していく必要があると考える。

10　PIP 関節側副靭帯損傷に対するスプリント療法の経験

○瀬戸口 大修[1)]　窪 昌和[1)]　宮崎 裕一[1)]　久原 義浩[1)]　福田 秀文[1)]　小倉 雅[2)]
1）社会医療法人 恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部
2）社会医療法人 恒心会 恒心会おぐら病院 整形外科

【はじめに】

当院ではこれまで PIP 関節側副靭帯損傷の保存例に対してバディテーピングやセーフティスプリント療法などを行ってきたが、スプリント装着による可動域（以下、ROM 制限）や日常生活・仕事での装着の困難さなど、いくつかの問題点が挙げられた。今回、これらの問題点を考慮したスプリントを作製し、日常生活や仕事でのスプリント装着が可能となった 1 症例を経験したので、スプリントの有効性の検討も含め、以下に報告する。

【対象と方法】

対象は、60 歳代の女性で、利き手は右利き。X 年に 10L の容器を持って捻ってから右中指 PIP 関節に内出血や腫脹が出現した。また、右中指 PIP 関節の疼痛や拘縮がみられ、物を持ちにくいなどの訴えがあり、右中指 PIP 関節側副靭帯断裂の診断で外来リハが開始となった。炎症は、腫脹・発赤がみられ、疼痛 Numerical Rating Scale（以下、疼痛 NRS）は 10/10、ROM は MP 関節屈曲（以下、MP 屈曲）は 85°、PIP 関節屈曲（以下、PIP 屈曲）は 70°、DIP 関節屈曲（以下、DIP 屈曲）は 40°、中指指尖手掌間距離（以下、中指 TPD）は 2.0 ㎝であった。その後、バディテーピング指導やセーフティスプリントなどのスプリント療法を実施し、ROM は MP 屈曲は 90°、 PIP 屈曲は 80°、 DIP 屈曲は 60°、中指 TPD は 1.0 ㎝に改善したものの、日常生活や仕事では装着できない場面もあり、装着頻度の低下がみられた。また、炎症として腫脹・発赤が残存し、疼痛 NRS は 8/10 と改善は得られなかった。そこで、更なる炎症軽減を目指し、日常生活や仕事でも装着できるようなスプリント（以下、リングスプリント）を作製した。

今回作製したリングスプリントは、PIP 関節の側方動揺の軽減を図りながら日常生活や仕事で使用できる機能的なスプリントを目的とした。スプリントの材質としては家事や仕事内容を考慮し、軽量で通気性・耐水性のある熱可塑性プラスチック材（以下、アクアプラスト）を選択し、炎症症状に合わせて採形後にリングスプリントの作製を行った。評価は、炎症所見、疼痛 NRS、手指 ROM、中指 TPD とし、スプリント療法開始前と 2 週後に実施した。本発表をするにあたり、症例に十分に説明を行い、同意を得た。

【結果】

2 週間のスプリント療法により、炎症の軽減がみられ、疼痛 NRS は 8/10 から 3/10 へ、ROM は PIP 屈曲が 80° から 100°、中指 TPD が 1.0 ㎝から 0.0 ㎝に改善を認めた。また、リングスプリントの装着を行ってから日常生活や仕事場面での装着頻度の向上を認めた。

【考察】

今回のスプリント療法では、炎症症状や疼痛、手指 ROM、中指 TPD で改善が得られた。リングスプリントはその他のスプリントと比較し、コンパクトなため運動の妨げになり難く、固定性も高いため、炎症の増悪を予防した状態での運動が可能であったことが、炎症症状や疼痛、可動域の改善に繋がったと考える。また、スプリントの材質を家事や仕事内容を考慮してアクアプラストを選択したことが、日常生活や仕事の場面での装着が可能となり、指輪感覚で装着できるため、装着頻度の向上につながったと考える。今後も炎症や機能障害、用途などに合わせたスプリントの作製について検討が必要である。

11　当院回復期リハビリテーション病棟における診療報酬改定後の比較と課題

○柿迫 直樹　坂田　裕貴　瀬戸口 孝仁　鹿倉　慎吾　岡山 翔太　鶴川　俊洋
池田病院

【はじめに】

平成 28 年度診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）は実績指数が導入され、平成 30 年度改定ではその数値が見直された。同時に充実加算が廃止され、リハビリテーション（以下、リハ）は量から質への転換が求められる時代となった。その中で、改定による当院回リハ病棟の現状とその影響を調査し、今後の課題を検討した。

【対象と方法】

平成 28 年度から平成 30 年度までに当院回リハ病棟を退院された患者 549 名を対象とし、年度ごとに①年齢、②入院から転入までの日数、 ③入院から退院までの在院日数、④在宅復帰率、⑤患者１人の１日平均単位、⑥実績指数、⑦FIM 利得、⑧転入時と退院時の FIM 項目、⑨退院後のリハ継続率を比較し、検証を行った。倫理的配慮について患者情報は
匿名化され、十分な倫理的配慮を行った。

【結果】

平成 28 年度、平成 29 年度、平成 30 年度との比較で、①年齢 78±13 歳、80±12 歳、78±13 歳、②入院から転入までにかかった日数 14±14 日、17±17 日、13±12 日、 ③入院から退院までの在院日数 61±36 日、77±38 日、72±42 日、④在宅復帰率 89%、84.1%、87%、⑤患者１人の１日平均単位 6.91 単位、6.18 単位、4.61 単位、⑥実績指数 43 点、40.8 点、52.2 点、⑦FIM 利得 20 点、25 点、30 点、⑧転入時 FIM 運動項目 50±26 点、41±24 点、40±25 点、退院時 FIM 運動項目 68±24 点、65±24 点、66±25 点、⑨リハ継続率 42%、39%、31%であった。

【考察】

診療報酬改定で示された量から質への転換に伴い、リハ効果を最大限にするためには、訓練時間以外のマネジメントも重要になると考える。当院の取組として、適正な単位を提供しつつ、転入時訪問指導や退院時家屋評価、回診、病棟カンファレンス、退院後の施設見学、医療介護の連携強化会議、回復期療法士が通所リハを兼務する取組等の、直接単位につながらない業務も積極的に行ってきた。転入までにかかる日数の短縮化による転入時 FIM の低下の影響はあるが、適切なマネジメントによって FIM 利得や実績指数の増加が見られた。しかし、総量的に平均単位は右肩下がりする傾向があり、平均単位が低下することは病院の収益減につながり、訓練量と質の確保に向けた取り組みには矛盾が多く存在することも分かった。また、リハ継続率の低下に関しては、自宅に帰ってからの生活の質を確保するためにも、入院中より退院後のリハ継続について本人・家族・多職種と連携して検討し、サービス調整に療法士が主体的に関わり、リハ前置のマネジメントが重要になってくると考えるが、地域全体のリハ供給量とのバランスが難しく課題となる。

12　作業療法場面とペアレントトレーニングを通した母親支援における一考察

○眞田 俊介　末廣 昌平
鹿児島県こども総合療育センター

【はじめに】

発達障害を持つ子どもの養育には困難と混乱をきたすことが多いとされる（上林ほか)。鹿児島県こども総合療育センター（以下、当センター）では、「子どもへの関わり方の学習会」と称した、ペアレントトレーニング（以下、ペアトレ）を実施している。今回、当センターにて作業療法を利用している子の母が、ペアトレへ参加した。参加前後で母のストレスの軽減や子への対応に変化が見られたため、考察を加えここに報告する。なお、今回の発表については、同意を得ている。

【事例】

男児二名（双子、5 歳児）の母。二名ともに幼稚園に通いつつ、母子同伴での児童発達支援事業所と当センターでの作業療法（2 回／月）を利用。作業療法開始時、母の子に対する困り感は強く、子に対して頭ごなしに言い聞かせる対応をとっていた。作業療法場面でも、母の悩みの相談は多く聞かれた。作業療法が開始されて間もなく、「(子のことを）うまく褒められない」との悩みが聞かれた。担当作業療法士からペアトレの目的・概要をお伝えし、参加を促したところ、母より同意が得られ参加となった。

【経過】

ペアレントトレーニングは、計 8 回（隔週実施。各回グループワーク・講義を含め二時間。ホームワークあり。）で構成され、子どもの行動理解を促し、関わり方の学習をする。開始時・終了時に、ベック抑うつ質問票（以下、BDI－Ⅱ)、育児ストレスインデックス（以下、PSI）を実施。ペアトレ受講開始後まもなく、「(子どもが）泣くまで追い詰めて叱ってしまう、その後自己嫌悪に陥る。」との発言や、他の参加者の困り感に共感を示す言葉が聞かれる。また、作業療法場面では、「私も（子どもたちのことを）細かく見過ぎなんでしょうね。」と、自分の関わりを振り返る発言が聞かれた。後半は、作業療法時に見られる子への関わり方において、子の状態を見ながら適切な声かけや褒める言葉がけが見られたり、振る舞いにゆとりが感じられたりすることが増えた。また、他の参加者のことを心配する発言も聞かれるようになる。ペアトレ終了後も、他の参加者との情報交換は継続しており、他の参加者の様子を心配をする場面は継続してみられた。作業療法場面においても変わらず相談は多く聞かれる状態であった。

【結果と考察】

ペアトレ開始・終了時に実施した BDI－Ⅱ（ベック抑うつ質問票）は、開始前 12 点から開始後 9 点に減少。PSI （育児ストレスインデックス）は、「子どもの側面」は開始前後で 103 点と変化は見られなかったが、「親の側面」については開始前 122 点から開始後 110 点に減少した。内訳としては、「社会的孤立感」の軽減が一番大きく見られた。これはグループワークで得られたメンバーとの相談できる関係性が生んだ効果が考えられ、その結果、子への対応にもゆとりを感じさせる結果につながったと考えられる。ただし、「抑鬱・罪悪感」、「親としての有能さ」に関するストレスは若干軽減したものの、依然として高い値を維持したままであり、今後も母の相談支援が必要な状態だと考えられた。

13　児童思春期患者に対してのアウトリーチ 訪問看護において作業療法士に“何が求められ”“何ができるのか”

○有馬 雄太郎[1)]　末廣 昌平[2)]　柳田 信彦[3)]
1）県立姶良病院
2）鹿児島県こども総合療育センター診療部療育指導課
3）鹿児島大学医学部保健学科

【はじめに】

我が国の精神保健医療福祉については、平成 16 年 9 月に厚生労働省が打ち出した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示された。そのことに伴い近年では、各精神科病院は入院時より早期退院・地域移行を目的とした、対象者の支援を手厚いものにしている。

当院においても平成 29 年度より訪問看護へ作業療法士の担当配属が行われ精神科訪問看護（訪問看護）における作業療法の必要性や重要性が高まりつつある。今回、児童思春期の患者に対してアウトリーチの機会を得たことより、訪問看護に従事する作業療法士（ＯＴＲ）に何が求められ、何が出来るのかを考察し以下に報告する。

【事例紹介】

症例は、10 代前半、男性、診断名は注意欠如多動症（ＡＤＨＤ）である。父親の母親への暴力、兄からの暴力や同級生との不仲などから､小学校に登校できなくなり同時に自傷に至り当院へ入院した。スーパー救急病棟入院中、演者が作業療法を担当した。退院後、本人の希望で週に１回の訪問看護を開始した。訪問看護は女性看護師と演者がペアで担当している。なお、症例の兄も家族内のトラブルや不登校により過去に入院歴がある。

また、本発表は保護者である母親の同意を得て実施している。

【経過】

入院時介入時期：パラレルな場を利用し同年代他患者との関わりの仲介役を担いつつ、イラスト作成を介し徐々に交流の機会を得た。その中で本人の悩みや考え思いを言語にて表出する関わりを持った。個別対応時には症例のストレングス等に関して、ポジティブフィードバックを随時行い、考えに幅を持たせる声掛けを行った。その後、外泊訓練を繰り返し自宅での問題行動も観察されず、家族の評価も良好だったため自宅退院となる。

訪問看護介入初期：訪問看護導入と同時に登校を自ら行い数週間連続で登校している。しかし、その後に疲労を訴え、登校できない日がある。並行して母親への介入・心理的支援（または心理的フォローアップ）は看護師がメインで実施した。

【考察】

今回の介入においては、訪問看護の導入という機会が生活に変化を与え、自宅への訪問が刺激になったと予測される。しかし、入院中はパラレルな場を利用しアプローチが可能ではあったが、訪問看護導入以降は継続的なアプローチが困難となっている。そのため、登校という社会参加や家族との付き合いや、引きこもった生活をせず、目的や目標を持ち自宅や学校で過ごせることへのアプローチが現段階では困難となっている。実際の生活場面において、文献や参考資料通りのアプローチを行おうとしても自室に引きこもる症例に対しアプローチにおいて難しさを感じている。

【おわりに】

精神科領域において、地域移行へ至ったが、自宅や施設から出ることもなく地域との繋がりが途切れることも多いように感じる。訪問看護では、地域移行に至った患者に対して、生活場面へ訪問を行うことで環境整備やストレングスの活用等の問題解決手法を生活に補てんすることが可能となる。今回、ＯＴＲは対象者の不登校と家庭内での引きこもりの状態より、患者の地域生活における生活のしづらさを解消するための作業療法の視点からのアウトリーチにより、ストレングスを最大限に活かす環境を調整し提供することの重要性を実感する経験を得た。

14　成人脳性麻痺患者に対する家族参加型修正 CI 療法の取り組み

○竹下 晃　平位 和寛　有馬 由貴
独立行政法人国立病院機構南九州病院

【はじめに】

今回、痙直型左片麻痺、軽度の知的な問題をかかえる成人脳性麻痺患者を担当し、三週間の修正 CI 療法を行った。結果、調理、運転場面など生活全般において左手の自発的な使用が増え、運動の質にも向上が見られた。軽度の知的な問題がある成人脳性麻痺患者に対しても介入の工夫により効果があることが示されたため、その経過を報告する。なお、本報告について、口頭と書面にて本人、母親より同意を得ている。

【事例紹介】

20 代前半の女性、右利き。2 歳で当院を初診、その後外来にてリハビリを継続し、現在に至る。現在歩行や ADL は自立。運転免許を取得しており、日常では母親同乗にて運転を行っている。WAIS-Ⅲにて全検査 IQ50。指示理解などの意思疎通可能。順序立てて計画するなどの苦手さや、受動的な面があるが、目標に対して努力することが可能。目標は料理時に左手で食材を押さえて切ること、運転で左折時の大回りを改善すること。

【OT 初期評価】

Fugl-Meyer　Assessment(以下 FMA)は 49/66 点。簡易上肢機能検査(以下 STEF)は左 60/100 点。Motor Activity　Log(以下 MAL)は AOU2.41 点、QOM2.41 点。

【介入の方針】

午前 9 時から就寝前まで指間を縫った手袋、スリングを用い、病棟で拘束を行う。9 時から 17 時まで母親同席にて自主訓練を実施。OT、PT が 6 単位/日で介入し、訓練課題の提案、動きの指導を行う。適宜適切な運動が行われているか確認し、また難易度の段階づけを細かく行い、本人、家族に対して指導を行う。母親には適切な課題遂行の確認、日常生活での左手使用を促すなどの役割を担っていただく。

【経過】

介入 1 週目：分離運動を中心とした Shaping 課題に取り組む。単関節での動きは向上するも、複関節での運動は拙劣さ目立つ。入院中の生活動作をリスト化し、左手使用を促し、毎日本人にチェックしてもらいフィードバックを行う。Shaping 課題の難易度をあげる中で、運動が不十分な状態で反復練習する様子が見られたため、本人に動きの指導を行いながら、母親には適切な課題遂行の確認を依頼し、その後は適切な自主訓練が継続できた。

介入 2 週目：複関節での分離運動に向上見られ、Task　practice に取り組みはじめる。手内操作やスピード調整などの Shaping 課題にも取り組む。

介入 3 週目：スタッフ介入時のみ拘束を外し、包丁操作などの両手動作を取り入れ、自宅や日常生活を想定した訓練を行っていく。退院後の生活で左手を使う ADL や活動を本人、家族と確認し、それらの生活動作を細分化して紙面で共有し、退院後毎日チェックしてもらう。

【結果】

FMA は 60/66 点。MAL は AOU3.21 点、QOM3.35 点。STEF は左 61/100 点と変化は少なかったが、代償運動が軽減した。料理場面では左手で食材を押さえて切ることが可能となり、両手での調理につながるようになった。運転では左折のハンドル操作に左手の動きが加わるようになり、大回りが改善された。

【考察】

今回、修正 CI 療法により、生活に根差した機能向上を図ることができた。家族参加型により、段階づけた課題が適切に行われ、また日常生活での左手使用場面のイメージが家族にも共有され、そのチェック機能が適切に働いたことが良好な影響を与えたと考える。今回の取り組みにより軽度の知的な問題をかかえ、発達過程で学習された不使用の状態にあった成人脳性麻痺患者に対しても介入の工夫により上肢機能の改善が図れることが示唆された。

15　長期入院中の統合失調症患者に対する心理教育の効果～意志・遂行技能に変化がみられた症例～

○田中 剛二（OT）　井上 功巳（NS）　清水 美紀（NS）
松原 五十鈴（PSW）　池村 多恵子（PSW）　内村 陽子（Pharm）
医療法人　純青会　せいざん病院

【はじめに】

当院の入院患者数の約 47%が 3 年以上の長期入院中の統合失調症患者で、平均在院日数は約 22 年である。そこで長期入院中の統合失調症患者の退院生活を目指し多職種による心理教育を実施した。人間作業モデル（以下 MOHO）の視点から、症例に変化がみられたため報告する。今回の報告について症例より同意をえている。

【症例紹介】

60 歳代、男性、統合失調症。高校卒業後は農業をしていた。拒薬、問題行動などがあり他院で入退院を繰り返し、当院の開放病棟に 18 年入院している。病棟内 ADL は自立している。服薬は自己管理だが飲み忘れがある。倦怠感や気分の落ち込みがあり他患者との交流なく日中臥床傾向である。

【方法】

作業療法士（以下 OTR)、看護師、精神保健福祉士、薬剤師の多職種による心理教育を 1 回／2 週、全６回、症例を含めた 5 名の患者を対象にクローズドグループで実施した。心理教育前後に面談を行い、日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8（以下 CSQ-8J）と Drug Attitude Inventory-10（以下 DAI-10)、人間作業モデルスクリーニングツール（以下 MOHOST）を用いて比較検証した。

【結果】

介入当初は「副作用があるから薬をやめればいいんじゃないの？」と話していたが、薬剤師に薬の質問や他患者の症状や副作用への発言に「自分もあります」と共感し、他患者の副作用への対処方法を頷きながら聞いている様子がみられた。全 6 回終了後 CSQ-8J は 24 点から 28 点。「知人に心理教育を推薦するか」「もう一度受けたいか」などの項目で変化が得られた。DAI-10 は＋2 から＋8 とポジティブな評価が増えた。MOHOST では作業への動機づけ・コミュニケーションと交流技能・処理技能の項目が改善した。面接時には「また参加したいです」「薬とか知らないことが聞けた」「自分にあった仕事を探したい」と意欲的な発言が聞かれ、臥床傾向が軽減し自主的な活動参加や他患者にテキストを見せ心理教育を勧め、担当医に手の震えを説明し薬の変更を伝える言動がみられた。

【考察】

今回、OTR は長期入院により病棟生活が常態化し興味が低下し臥床傾向となり、自信の低下や技能の低下が生じているという仮説をたてた。CSQ-8J の結果、病棟生活に変化が現れたことから、症例にとって満足度の高い治療であったと考える。DAI-10 の結果、心理教育が薬剤師や他患者の意見を聞ける、病棟生活にはない機会となり服薬アドヒアランスを高めたと考えられる。天正は「服薬教室がすべての患者に適するとは限らないが、服薬について改めて考えてもらう場として有用であると思われる」と述べており、この介入では病棟生活に変化がなかった患者もいた。しかし、薬に対する新しい知識を得る機会が本症例にとって有効であったと考える。MOHOST では、山田は「MOHO は、人間を意志、習慣化、遂行技能という 3 つの相互に関係する構成要素からなる」と述べており、心理教育により本症例の意志が改善したことで遂行技能が改善し、自主的な活動参加が習慣化して病棟生活にリズムをつけたと考える。横森らは、「入院中の正しい知識の蓄積と服薬技能の習得は重要であり、対処行動に大きく反映され治療継続につながると考えられる」と述べており、担当医への薬の相談は今後の主体的な治療に繋がると考える。現在は病気や服薬、社会資源の情報を伝え共有するプログラムから本症例の「仕事を探したい」というニーズも考慮したプログラムに再構築し介入を継続している。

16　作業体験が身体愁訴の訴え軽減に繋がった事例　―自己評価を高めるための関わり―

出石 真奈美
医療法人和風会　加世田病院

【はじめに】
今回全般性不安障害で、特に身体愁訴の訴えが多く聞かれていたクライエント（以下、CL）が作業を介して自己評価を高めることで改善を目指すように作業療法士（以下、OT）は介入した。介入することで身体愁訴の訴えや全般的な不安を述べることがなくなり退院へと繋がった為､以下に報告する。なお、今回の発表については本人の同意を得ている。
【事例紹介】
A 氏、80 歳代、男性。全般性不安障害を呈している。左季肋部が「ジリジリと焼け付く」､「背中がジリジリしてポッポッして」などと身体愁訴の訴えが多く聞かれていた。また周囲で起こったささいな出来事にも過剰に気にして全般的な不安が認められた。さらに抑うつ気分、焦燥感、食欲低下、睡眠障害を認め今回入院となった。作業療法開始前まで病棟生活では自分の思い通りにいかないことがあると看護師を怒鳴るなどしていた。さらに他患者との心理的距離を置きながら孤立した状態で過ごしていた。
【介入経過】
〈作業療法導入時期〉作業療法の処方が出て集団作業療法を導入するが、活動中は自分の身体状況を気にして、活動へと注意が向きにくい状況であった。そして“体調が悪いから”と集団作業療法を途中で退室する。その後も体調が悪いことを理由に作業療法へ参加することはなかった。(一般性セルフ・エフィカシー尺度：２点)
〈個人作業療法導入時期〉個人作業療法では CL が作業療法に対して不安を持たないように行える種目の確認や時間などの枠組みを OT から説明した。OT はまず作業種目を介して CL と心理的距離を保つこととした。この時 OT から作業種目を勧めることなく、CL が興味を示した種目（音楽鑑賞）で症状安定を目指した。
〈CL が他の作業種目へ興味を示すようになった時期〉CL から「入院中でも身体が衰えないように体力をつけていきたい」との希望が聞かれた為、フィットネスバイクを提供した。そこで OT から CL に対してポジティブフィードバックを与え､他患者からも同様の賞讃が得られるようにした。その結果、身体愁訴の訴えや全般的な不安を述べることはなくなった。さらに病棟生活で自分の思い通りに行かないことがあっても「しょうがないからな。」と言い、これまでのように怒鳴ることはなくなった。また他患者とも適度な心理的距離で過ごせるようになった。(一般性セルフ・エフィカシー尺度：12 点)
【考察】
「作業療法では思考優位な生活を送りやすい神経症の人たちに、具体的な活動による現実的な体験を通して、思考的とらわれから現実な感覚に意識が向くようにする」､また神経症圏の作業療法の支援としては「本人の少しずつの努力や小さな活動の成果を適切に認めることが自己評価を高める」と山根は述べる。今回本症例においては身体的な不安や全般的な不安にとらわれていたことから個人的な運動体験であるフィットネスバイクという作業に焦点を当てるように作業療法を実施していった。個別作業療法での現実的な体験を通して現実的な感覚に意識付けが行われ､OT から活動の成果を認めるような声掛けが行われた。他患者からもそれに対して認めてもらえるような声掛けが行われたことで、自己評価をさらに高めることができたと考えられる。これによって身体的な不安にとらわれることが減少し、身体愁訴訴えることや全般的な不安を述べることがなくなったのではないかと考えられた。

17　当院の依存症プログラムにおける現状と課題

中山 陽平
公益財団法人慈愛会　谷山病院　リハビリテーション科

【はじめに】
　当院でのアルコールリハビリテーションプログラム（以下、ARP と略す）は、大きく４つのプログラムで構成している。近年では嗜癖対象の多様化と共に新規・再入院となるアルコール依存症者も含め、当院の ARP 参加者も年々増えつつある現状である。そこで、当院の ARP に参加した対象者について、プログラム実施後の変化や再入院率について把握し、プログラムに対する効果の検証と課題を見出すことを目的とした。
【方法】
対象：H27 年 4 月～H31 年 3 月の期間で当院に入院・通院し、ARP を導入した方。
分析：１）アルコール・薬物、ギャンブル依存など、アディクション関連問題に関する
入院・通院の状況、各プログラムにおける参加等のデータを集計
２）集計内容を後方視的に分析し、関連文献を基にプログラムの効果と課題を抽出
倫理的配慮:当研究は当院倫理委員会の承認を得て実施し､対象者に当研究の説明を行い同意を得た。（作－19）
【結果】
１）学習会：入院・通院者共に、登録者・参加者数も年々増加し、女性の割合も増加傾向。年齢層の割合として、50 歳代は 20%台、60-70 歳代は 30%台と各年変化なし。20-30 歳代は年々増加傾向。
２）家族教室：参加者数として、各年各月ともにバラつきあり。参加者の続柄として、配偶者が最も多く、次いで親、子の順に多い割合。
３）院内ミーティング：各年の平均参加者数として 4.0-4.7 名と大きな変化はないが、各月では参加者数としてバラつきあり。また、プログラム導入後に一回でもアルコールミーティング参加へ繋がった割合として 68.6%から 95.0%と年々増加傾向。
４）アルコールミーティング：院内ミーティング導入前の入院者の参加割合として、12-16%であったが、導入後から 21-26%と 10%程度増加。
５）ARP 実施における再入院率：当院を退院後３ヶ月以内の再入院となった方の割合として退院者の 7.9-31.5%と各年で差あり。しかし、入院治療で学習会へ参加し、退院後３ヶ月以内で再入院となった方における割合では 6.1-8.3%と、治療導入できた方の再入院に至る割合は減少。
【考察】
　ARP において、学習会を導入することで退院後３ヶ月以内での再入院・再発予防として効果的と言えるが、退院後半年、一年後など効果の持続性として経過を追いデータ分析する必要あり。また、学習会に加え少人数制の院内ミーティングを導入することにより、アルコールミーティングへの関心を持つ機会となり、参加に繋がる動機付け的プログラムとして効果的と考える。しかし、アルコールミーティングへ参加するが、継続的に参加できる方は少ない現状であり、課題としてアルコールミーティング参加継続に向けた支援が必要である。松本氏らは､「失敗したことを正直に言える場所」が必要であり、プログラムとはまさにそのような場である 1)とあるように、プログラムだけでなく、治療環境において安心・安全な場で気持ちを和らげ、依存症から回復したいという思いを引き出し、より長く治療を続けられるよう寄り添い、関わることが大切と考える。

18　アテローム血栓性脳梗塞患者の箸動作改善を目的とした上肢機能訓練

○竹田 憲太郎　木原 寿紀
徳田脳神経外科病院　リハビリテーション室

【はじめに】

脳梗塞患者の上肢機能予後予測として服部は「発症から１か月以内に手指の全可動域集団屈曲伸展運動が可能な上肢はその多くが実用手となる」(服部の利き手実用手評価基準としては箸、フォーク等をほぼ正常に使える事を挙げている）と述べている。今回、上記実用手基準に乗っ取っており、かつ箸動作再獲得を希望する患者にて検証を行ったのでここに報告する。

【対象】

X 年４月に当院入院した 60 歳代男性。診断名は左アテローム血栓性脳梗塞。病前 ADL は自立。既往に頚椎症性頸髄症の既往有り。発症 18 日時点で当院回復期転棟となり、その時点で BrS 右上肢Ⅵ-手指Ⅵ。触覚は 10 点法で右９点、左８点、二点識別覚は右中指指腹６mm、左中指指腹７mm 程度の軽度感覚障害を有していた。また、前記評価は介入前後に変化は見られなかった。介入開始時は右上肢での箸把持も困難であったが、１か月間の介入後、１cm×２cm 以下の大きさの食品を除いて、箸での食事動作可能となった。本発表を行うに当たって、当院の倫理規定に乗っ取り、本研究について説明文書を用いて説明し、同意の下で実施した。

【方法】

評価：長さ 21.5cm、直径５mm の木製箸を用い、日本箸文化協会が定める正しい箸の持ち方 2)を基準として、１cm×２cm 角大のスポンジ片を直径 10cm の容器に 10 個移す作業時間を 1 週間ごとに計測した。 また、訓練開始前と終了後に上肢機能評価として STEF も実施した。

訓練：１日 20 分程度、週５回、箸動作訓練を行い、途中、箸動作に問題が出る程度の痙性が出現した場合のみ、筋緊張調整を行った。

【結果】

入院日+49 日　　STEF　右 62 点(検査８：１点、 検査９：３点、 検査 10:４点)　左 91 点
入院日+51 日　　222 秒
入院日+58 日　　161 秒
入院日+65 日　　102 秒
入院日+72 日　　 74 秒
入院日+79 日　　 37 秒
入院日+81 日　　STEF　右 75 点(検査８：７点、 検査９：７点、 検査 10:５点)　左 92 点

【考察】

結果として STEF の右上肢は 13 点(内 11 点は巧緻動作評価の項目)、箸作業時間は 185 秒速くなった。これは手指の巧緻動作能力の向上が箸の操作時間短縮につながった為と考えられる。この結果は発症から１か月以内に手指の全可動域集団屈曲伸展運動が可能な場合、正しい箸の把持様式で箸つまみ動作の作業能力向上する事が可能である事が示唆できる。実用手条件を満たす手指機能があれば、箸動作能力の向上を見込み、箸動作訓練を検討する意義があると考える。

今後も箸動作を希望される患者様を担当する際には、訓練を行う事で実用的になるかを判断し、効果判断を行いながら、実施していきたいと考える。

19　左被殻出血後に右片麻痺と右半側空間無視、失行症を呈し整容動作の獲得に難渋した一例

○篠崎 恵梨[1)]　豊栄 峻[2)]　甲斐 惇平[1)]
黒木 一気[1)]　榎畑 純二[1)]　福田 秀文[1)]
1）社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院
2）日本医科大学千葉北総病院

【はじめに】
右半側空間無視（右 USN）は臨床上経験するものの、一過性であり消失するケースが多く、先行報告も少ない。今回、左被殻出血により右片麻痺と右 USN、失行症、失語症を呈し、右 USN が長期化した症例を担当した。介入当初、症例の右 USN も消失するであろうと推測し、行為障害の中心である失行症を考慮に入れた課題特異的訓練を実施した。選択した日常生活活動は、比較的難易度が低く、特に反応が良かった髭剃り動作を優先的に介入した。その結果、髭剃り動作自体は改善したものの、右 USN による右側の剃り残しが残存し自立には至らなかった。そこで今回、髭剃り動作を中心とした評価、介入経過と文献的考察を踏まえ報告する。尚、今回の発表について、本症例には書面で十分に説明し同意を得ている。
【症例紹介】
症例は 50 歳代男性、右利き。診断名は左被殻出血。X 年に自宅で倒れているところを家族に発見され、A 病院へ救急搬送された。同日、緊急開頭血腫除去術を施行し、第 40 病日にリハビリテーション目的で当院回復期病棟へ入棟した。既往歴にはないが、画像所見にて右被殻にも陳旧性の病変を認めた。
【OT 評価】
入院時現症として、覚醒は Japan Coma Scale（JCS）Ⅱ－20 で、コミュニケーションは重度失語により困難であった。運動麻痺は Brunnstrom stage（Br.s）上肢Ⅱ、手指Ⅰであった。高次脳機能評価は、注意障害や理解力の問題からスクリーニングのみ実施した。紐を提示すると中心より右側を掴む、右側からの声掛けを無視する等の日常生活から右 USN があると判断した。また、髭剃り動作では髭剃りを手渡すと洗面台に置く、口に咥えようとする、握り方が不適切で顔の輪郭に沿った動きが困難といった物品使用の誤りから観念失行、観念運動失行があると考えられた。また、右 USN や注意障害の影響により右側を中心とした剃り残しが観察された。Functional Independence Measure（FIM）は 18/126 点であった。
【方法】
失行症に対する介入は Strategy training と徒手的誘導によるエラーレス学習を実施した。具体的方法としては、動作開始前に症例に髭剃りを注視させ、作業療法士（OTR）がデモンストレーションにより使用方法を提示した。また、実際の髭剃りにおいては、OTR が徒手的に症例の道具使用を誘導し実施した。フィードバックは鏡を使用することと、本人の手で剃り残しの確認を行った。
【結果】
入棟後 12 週時の結果を示す。JCS はⅠ－3 に、Br.s は上肢Ⅱ、手指Ⅱへと改善した。右 USN においては、一部検査が可能となり、線分末梢課題は 4/36 点、Catherine Bergego Scale 観察評価は 15/21 点であった。髭剃り動作については、徒手誘導なくとも正しい把持が行え、顔の輪郭と髭剃りを正しく合わせることも可能となった。しかし、右側を中心とした剃り残しは多く、声掛けや修正が必要であった。FIM は 33/126 点であった。
【考察】
今回、Strategy training やエラーレス学習を組み合わせ、同一の方法で繰り返し行ったことにより髭剃り動作の改善が得られた。しかし、顔の右側を剃り残すといった右 USN 等の影響から自立には至らなかった。右 USN に関する先行報告は少ないが、症例と同様に、左半球単独損傷に比べ両半球損傷で重症度が高く、また、失語による理解力の低下も重症度に影響することが示されている。今後は先行報告を参考に右 USN の予後予測と症例の詳細な経過を照らし合わせながら、訓練・目標設定を行っていく必要があると考える。

20　注意機能障害を呈した脳卒中患者に対し段階的目標設定を用いた介入により自動車運転再開に至った一例

○今西 公美子[1)]　園田 耕一[1)]　日髙 雄生[1)]
加治 智和[1)]　大濵 倫太郎[2)]　竹中 俊宏[3)]
1）垂水市立医療センター垂水中央病院
2）鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学講座リハビリテーション医学
3）垂水市立医療センター垂水中央病院

【はじめに】

自動車運転に関する認知的操作は一定の注意機能で維持される(渡邉ら、2013)ため、注意機能に障害があると道路上の危険を見逃す恐れがある(藤田ら、2017)。注意機能障害のリハは、脳卒中ガイドライン 2015 において機能回復訓練や代償訓練が勧められるが、永続的効果や日常生活活動への般化について十分な科学的根拠はない。また、高次脳機能障害を呈した脳卒中患者は、障害を軽視し訓練意欲が保てないため、障害を正しく認識することはリハへの取り組みや社会復帰をするうえで重要である(長野ら、2012)。今回、心原性脳塞栓症により注意機能障害を呈した症例に対し、段階的目標を設定して介入した結果、注意機能が改善し自動車運転再開に至ったため報告する。

【症例】

60 歳代男性。心原性脳塞栓症を発症し保存的加療後、第 22 病日に当院へ転院。本症例は、入院当初より自動車運転再開を希望された。入院時の身体機能は運動麻痺や感覚障害を認めず、ADL も自立レベルであった。神経心理学検査の結果、TMT-A:93 秒、TMT-B:195 秒、CAT 視覚性抹消課題①所要時間:69 秒、正答率:89%、的中率:100%、課題②所要時間:102 秒、正答率:96%、的中率:100%、かな拾いテスト:65%であり、注意機能の低下を認めた。なお、報告にあたり本症例に十分な説明を行い書面にて同意を得た。【経過】検査結果を踏まえて本症例とディスカッションを重ね、以下の段階的目標を設定した。注意機能訓練は 5 回/週、40 分間実施した。第一期:課題に対しての見落としや誤りを減らし、正確さを求めることを目標とした第二期:単純な課題を指定した時間内で正確に実施することを目標とした第三期:課題量を増やし、指定した時間内で正確に行えることを目標とした。

【結果】

TMT-A:38 秒、TMT-B:99 秒、CAT 視覚性抹消課題①所要時間:68 秒、正答率:96%、的中率:100%、課題②所要時間:75 秒、正答率:98%、的中率:100%、かな拾いテスト:95%で注意機能の改善を認めた。さらに、脳卒中ドライバーのスクリーニング評価日本版(J-SDSA)を実施し、運転可能と予測された。自動車運転再開の条件として、降雨時や交通量の多い複雑な場面や長時間の運転は控えるように指導し、医師が診断書を作成した。その後、公安委員会による判断のもと自動車運転再開に至った。

【考察】

本症例は注意機能を中心とした段階的目標設定を用いた介入を行い、注意機能の改善を認め J-SDSA の結果により運転可能と予測された。注意機能障害に対するリハは、反復訓練と課題難易度や作業時間などを徐々にステップアップする階層的アプローチ、結果のフィードバックなどが重要である(豊倉ら、2015)。また、注意のどの側面に障害があるのかを見極めたうえでピンポイントに治療することが有効(Sohlberg et al、1993)で、本症例も課題への正確さと速さに焦点を絞り、反復した注意機能訓練を実施し課題の難易度や作業時間を調整した段階的目標設定を行ったことで注意機能の改善を認めたと考える。さらに、本人に正しく障害を認識させるためには、現在の本人の認識がどの段階であるかに応じ適切な援助を行うことが必要で、スタッフらのフィードバックやアドバイスを受けることでスムーズに認識をすすめることができる(長野ら、2012)。本症例においても訓練時のフィードバックや目標に対して取り組むべき課題についてディスカッションを重ね、障害を正しく認識したことで訓練意欲が高まり、注意機能の改善に寄与したと考える。

あなたの立場に立って
考えること―。
まずそこからはじめます。

CORPORATE GUIDE 会社案内

通所介護　国分・ネクスト・加治木・末吉
訪問看護ステーション　居宅支援事業　療育支援事業
0995-56-7515　MAIL info@unity-g.com

www.unity-g.com

UNITY Connect hearts

－医療の原点は慈愛にあり

公益財団法人
慈 愛 会

今村総合病院

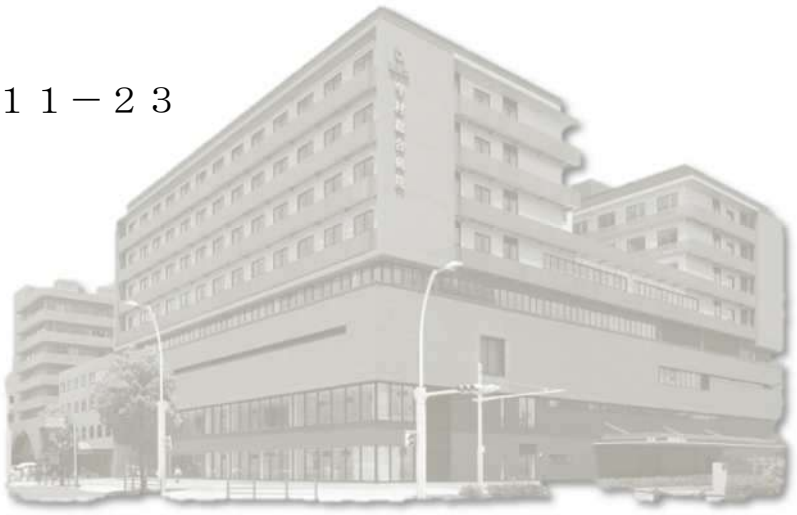
■ 病院概要

病床数　399 床
（一般病床 315 床・精神科病床 48 床・回復リハ病床 36 床）
県がん指定病院・救急告示病院・日本医療機能評価機構認定病院
基幹型臨床研修病院・障害者自立支援法による医療機関
（更生医療・精神通院医療）

■ 診療科目（30 診療科）

内科、血液内科、腎臓内科、人工透析内科、糖尿病内科、救急科、
呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、皮膚科、脳神経内科、眼科、
泌尿器科（人工透析）、脳神経外科、外科、消化器外科、リハビリテーション科、精神科、ペインクリニック内科、麻酔科（麻酔科医：東 美木子）、
放射線科、耳鼻咽喉科、気管食道科・耳鼻咽喉科、小児科、整形外科、
病理診断科、産科、婦人科、歯科口腔外科、腫瘍内科

〒８９０－００６４　鹿児島市鴨池新町１１－２３
ＴＥＬ（０９９）２５１－２２２１
ＦＡＸ（０９９）２５０－６１８１



学校法人
原田学園

鹿児島医療技術専門学校

文部科学大臣より『職業実践専門課程認定』学科設置校

高等教育の修学支援新制度
の認定校となりました。
【詳しくはwebへ】

［谷山キャンパス］

看護学科［4年／男女／80名］

介護福祉科［2年／男女／40名］

［平川キャンパス］

診療放射線技術学科［4年／男女／80名］

作業療法学科［4年／男女／40名］

理学療法学科［4年／男女／80名］

言語聴覚療法学科［4年／男女／40名］

やさしさをチカラに。

学校法人
原田学園

［平川キャンパス］
〒891-0133 鹿児島市平川町字宇都口5417-1／Tel.099-261-6161
［谷山キャンパス］
〒891-0113 鹿児島市東谷山3-31-27／Tel.099-260-4151

▼Webサイト

［ 原田学園グループ ］　鹿児島キャリアデザイン専門学校 ／ 鹿児島情報高等学校 ／ 幼稚園型認定こども園こまつばら幼稚園 ／ 企業主導型保育所こまつばら幼保連携型認定こども園しらゆきこども園 ／ 子ども・子育て支援センターしらゆき ／ 原田学園スイミングスクール ／ 原田学園ことばの支援センター ／ 原田学園児童クラブ

明るく思いやりのある人
精神科医療について学びたい向上心のある人
地域精神科医療に貢献したいという意欲のある人

ウエルフェア九州病院は
あなたと共に働ける日を楽しみにしています！

交通機関のご案内
- 鹿児島空港から枕崎駅までバスで1時間45分
- 鹿児島中央駅から枕崎駅までバスで1時間40分
- 鹿児島中央駅から病院まで車で1時間15分
- 枕崎駅から病院まで車で15分
（ウエルフェア九州病院前バス停下車）

病院見学・採用試験のお問い合わせは
総務課　日渡（hiwatashi@wkh.or.Jp）
TEL:0993-72-0055
までお気軽に連絡ください

社会医療法人　慈生会
ウエルフェア九州病院
〒898-0089　鹿児島県枕崎市白沢北町191番地
TEL：0993-72-0055　FAX：0993-72-1199
E-mail: jiseikai@welfare-kyusyu.or.jp
http:// www.wkh.or.jp

関連事業

●認知症疾患医療センター
〒898-0089　鹿児島県枕崎市白沢北町191番地
TEL：0993-72-4747

●精神科デイケア

関連施設

●訪問看護ステーション　まくらざき
〒898-0089　鹿児島県枕崎市白沢北町191番地
TEL：0993-72-1508

●地域活動支援センター　うえるふぇあ
〒898-0089　鹿児島県枕崎市白沢北町191番地
TEL:0993-72-9242

●高齢者グループホーム　福禄寿
〒898-0022　鹿児島県枕崎市宮田町172-1番地
TEL：0993-72-6608

●社会復帰アパート　ハイツ・ワンステップ
〒898-0089　鹿児島県枕崎市白沢北町191番地

当院のシンボルマークは眼前にひろがる海と空と大地をモチーフにしました。白いラインは水平線、地平線、半円は波、雲、丘を表すと同時に∞（無限）の“いのち”をも意味しています。人間が本来持っている“生命力”と自然との一体感を表現しました。ウエルフェア（welfare）とは、健康・幸福・福祉・繁栄の意。

発達支援ルーム ここすてっぷ 水俣

～2019. 7. 1 新規オープン～

地域のど真ん中企業！

Rehaship ai

有限会社 リハシップ あい

代表取締役 川本愛一郎

平素より弊社の運営に対しまして、格別のご配慮とご理解を賜り心より御礼申し上げます。弊社は、基本理念「あなたを愛で支えます」を合言葉に、リハビリ・看護・介護・運動・栄養のプロ集団の「愛とチームの力」で地域の皆様の健康と生きる力をお支えいたします。

リハシップ あいで検索

2019 ここすてっぷ水俣

2017 デイ水俣

2004 デイ米ノ津

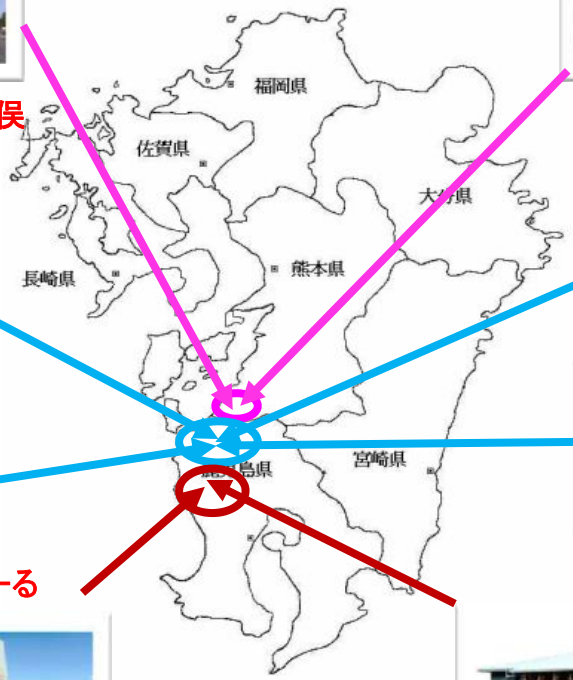
2008 デイ西出水

2014 ピザ窯 ゆいまーる

2011 ぷらす館

2013
デイ隈之城

2017
デイ川内



医療法人　三州会　URL　http://ookatsu.jp/

脳卒中・パーキンソン病などの神経疾患とリハビリテーションを専門分野として、医療技術の質の向上と設備の充実に力を注ぎ、職員一丸となって、患者様のために全力を尽くしております。

大勝病院《 神経内科　リハビリテーション科 》

◆大勝病院訪問リハビリテーション
◆大勝病院通所リハビリテーション

〒890 - 0067　鹿児島市真砂本町３番９５号
TEL 099 - 253 - 1122　FAX 099 - 254 - 9643

- ◆ 日本神経学会専門医制度教育施設認定病院
- ◆ 日本脳卒中学界認定研修教育病院
- ◆ 厚生労働省臨床研修指定病院
- ◆ 国土交通省短期入院協力病院
- ◆ 高次脳機能障害者支援協力病院
- ◆ 鹿児島県圏域地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ広域支援センター

高見馬場リハビリテーション病院

《 神経内科　内科　リハビリテーション科 》
〒892 - 0847　鹿児島市西千石町１６－８
TEL099 - 224-0100　FAX099 - 225-9915

《 他関連施設 》

介護老人保健施設　ひまわり
デイサービス　真砂本町
訪問看護ステーション　真砂本町
グループホーム　せせらぎ
介護付有料老人ホーム　ふれあいの里山田
ひまわり　通所リハビリテーション
介護相談センター　真砂本町
ヘルパーステーション　真砂本町
小規模多機能ホーム　せせらぎ

医療法人　徳洲会　名瀬徳洲会病院

離島のために　できること
離島だからこそ　できること
人に寄り添い
生活に寄り添い
かけがえのない笑顔のために
私達と共に
離島の明日を考えてみませんか？

スタッフ数
理学療法士　13名
作業療法士　3名
言語聴覚士　2名

募集人数
理学療法士・作業療法士　各数名

勤務地
奄美市　名瀬徳洲会病院

問い合わせ
ＴＥＬ：0997-54-2222
Email：nazesoum@crocus.ocn.ne.jp

当法人は、地方の肝付町、東京都の渋谷区と連携し地域医療に取り組んでいます。
特に整形外科領域では、脊椎疾患、関節疾患を中心に手術を含む急性期医療に力を入れ、より高度な医療の提供に努めています。

私達と一緒に働いてみませんか！

医療法人社団春陽会

春陽会中央病院

●脊椎センター
●人工関節センター

■ 整形外科・内科・皮膚科・循環器内科・消化器内科・外科・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科・麻酔科
■ 一般病床100床（内障がい60床）
■ 平成30年度　手術件数546件（全麻症例のみ）
（脊椎手術314例、関節手術112例、その他）

〒893-1207　鹿児島県肝属郡肝付町新富485番　　TEL0994-65-1170・FAX0994-65-1160
http://www.synapse.ne.jp/shunyoukai/index.html
E-mail：shunyoukai@po.synapse.ne.jp

参宮橋脊椎外科病院

■ 整形外科・麻酔科・リハビリテーション科
■ 一般病床22床
■ 平成30年度　手術件数508件（脊椎手術）

〒151-0053　東京都渋谷区代々木3-57-1　　TEL03-5308-0511・FAX03-5308-0512
http://sangubashi-spine-surgery-hospital.com/index.html

医療法人　寛容会

森口病院

MORIGUCHI HOSPITAL

下記の症状でお困りの方は、お気軽にご相談ください。

アルコール依存症／ギャンブル依存症／薬物依存症／その他の依存症一般／認知症／統合失調症／うつ病

専用ホットライン　無料電話相談　099-243-6700　8:30～17:30（月曜日～土曜日）

鹿児島市下田町 1763 番地
http://www.kanyoukai.or.jp/

医療法人青仁会

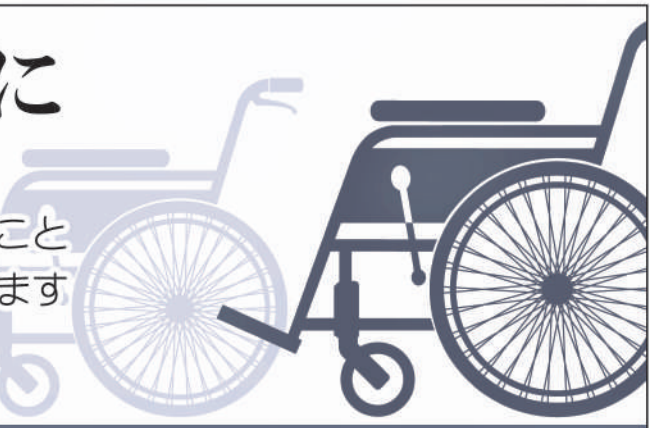
池田病院

〒893-0024　鹿児島県鹿屋市下祓川町1830番地　☎0994-43-3434　FAX 0994-40-1117

http://www.ikeda-hp.com

『介護』を『快護』に

自分にあった福祉用具に出会う
それは人との出会いと同じくらいに大切なこと
福祉用具を通じて大切な出会いをお届けします



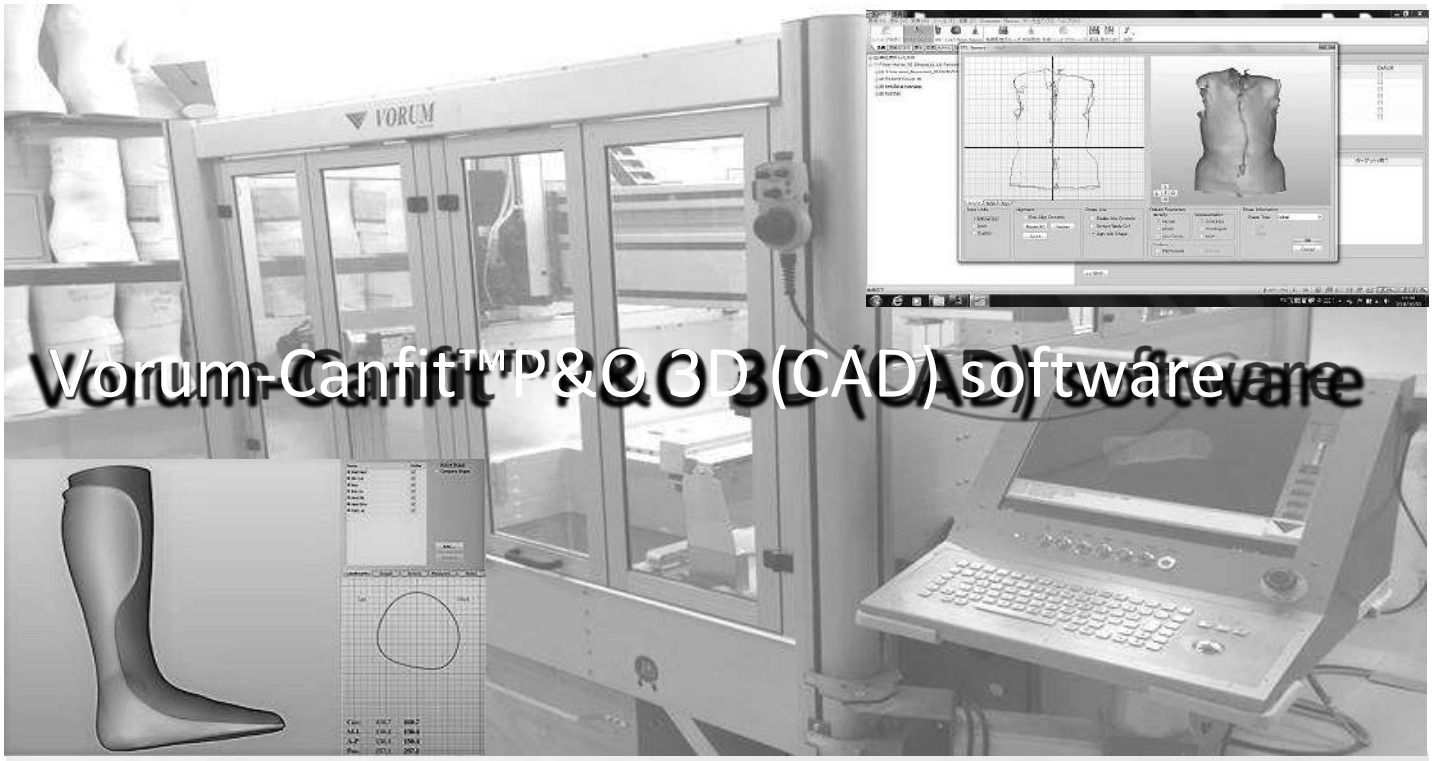
福祉用具のレンタル・販売、住宅改修、介護保険に関するご相談なら

株式会社カクイックスウィング

フリーダイヤル 0120-015-019（カ イ ゴ は カクイックス）
https://www.kakuix-wing.com

営業本部／鹿児島市谷山港 1-2-7 ☎099-261-4114

鹿児島営業所／鹿児島市谷山港 1-2-7	099-261-4114	徳之島サテライト／大島郡徳之島町亀津7490	0997-81-1350
介護用品館加治屋町／鹿児島市加治屋町3-1	099-226-0923	沖永良部オフィス／大島郡知名町余多963-2	0997-93-0551
鹿屋営業所／鹿屋市王子町3961-4	0994-40-5678	宮崎営業所／宮崎市吉村町久保田甲906-1	0985-25-3456
出水サテライト／出水市高尾野町下水流2119-12	0996-64-2034	都城営業所／都城市上川東3-3-18	0986-46-9533
川内営業所／薩摩川内市隈之城町742-4	0996-21-1513	延岡営業所／延岡市大貫町 2-2986-1	0982-26-8301
曽於サテライト／曽於市末吉町岩崎字宮之脇836-1	099-471-2715	日南オフィス／日南市上平野町2-13-9	0987-23-3000
国分営業所／霧島市国分中央4-2705-1	0995-49-8080	小林サテライト／小林市細野北八反423-1	0984-22-2800
南さつまオフィス／南さつま市加世田村原1-5-5	0993-52-0400	日向オフィス／日向市財光寺沖町62-1	0982-55-2301
名瀬営業所／奄美市名瀬小浜町30-6	0997-56-8555	居宅介護支援事業所(鹿児島)鹿児島市加治屋町3-1-2F	099-216-3788
屋久島オフィス／熊毛郡屋久島町安房788-111	0997-46-4321	居宅介護支援事業所(宮崎)宮崎市吉村町久保田甲906-1	0985-61-6422



株式会社北義肢製作所

〒890-0015 鹿児島市草牟田町3-16 Tel 099-223-5053 Fax 099-226-8460

LIBERTY

福祉用具レンタル・販売・住宅改修

qcc group

■株式会社リバティ　QCC姶良
〒899-5421　鹿児島県姶良市東餅田1749
Tel　0995-67-7801
Fax 0995-66-5600

■株式会社リバティ鹿児島営業所　QCC鹿児島
〒892-0877　鹿児島市吉野1丁目12番23号
Tel　099-295-3512
Fax 099-295-3516

HEIWA DENSHI

総合理学療法機器・介護福祉機器・一般医療器

平和電子九州メディカル株式会社
鹿児島市紫原３丁目３７－６
☎099−253−7185　FAX099−253−7199
E-mail:heiwadenshi-md@ray.ocn.ne.jp

介護保険福祉用具貸与指定事業者4670101957

Heisei 有限会社 平成メディカル

毎日のくらしに
やさしさのサポートを

介護用品：販売・レンタル
（紙おむつ・車椅子・歩行器等）
医療機器：販売・レンタル
（介護用ベッド・血圧計・特殊浴槽等）
業務用雑貨類、産業廃棄汚物収集運搬

紙オムツの独自の納入方法がございます！
詳しくは下記連絡先までご連絡ください。

（有）平成メディカル
鹿児島市宮之浦1424-1
TEL099-293-7688
FAX099-293-7677