学 会 長　挨 拶

学 会 長

玉　利　竜　二

再　　生
～希望のある暮らしを創造する～

今回の第 31 回鹿児島県作業療法学会は，東京オリンピック・パラリンピックと同様，1 年延期しての開催となりました. 延期すれば, パンデミック以前の状況に戻ると予想していたのですが，新型コロナウィルスの感染状況は，我々の儚い期待を裏切り，収束の兆しすら見えない状況となっています.

さて，このような状況の中で開催される学会のテーマは，【再生】です．このテーマには，2 つの意味があります.

1 つは，このコロナ禍からの【再生】です.

今もなお，全国で数千人の感染者が，また，数十名の死者が，連日出ています．緊急事態宣言やまん延防止重点等措置で，国民全体がいろいろな制限を受けています．ただし，これから，ワクチン接種が全人口の 8 割に及び，人流が 4 割程度抑えた状況になれば，感染者数がさらに減少し，マスクなどの基本的な感染予防対策をしながら，感染前の社会活動に戻ることができるといわれています．この時が，コロナ禍からの【再生】となるでしょうか.

2 つ目は，我々作業療法士が関わることのできる，対象者の人生の【再生】です．作業療法士は，障害を持つあるいは障害を持つことが予想される対象者の生活様式やライフサイクルを共に見直し，その人生を豊かにすることができます．対象者に関わる専門職の中でも，特に人生の再生にアプローチすることができるのが作業療法士ではないでしょうか.

今回の学会は，11 月 13 日（土）・14 日（日）の 2 日間，対象者の人生の【再生】をメインテーマにオンライン配信となります.

1 日目は，東京パラリンピックの開会式でも素晴らしいパフォーマンスをされた，看護師であり，北京・ロンドンパラリンピックの競泳日本代表であり，バイオリニストでもある，伊藤真波氏の公開講座「あきらめない心と作業療法」をオンライン配信いたします.

2 日目は，伊藤氏の担当作業療法士であった兵庫県立リハビリテーション中央病院の柴田八衣子氏の特別講演と，鹿児島大学医学部保健学科教授の田平隆行氏の教育講演を同じくオンライン配信いたします.

この学会を通して，各領域をまたいだ作業療法士の考え方や，経験，知識に触れ，これからの臨床の中で，対象者と共に希望のある暮らしを創造するエネルギーになるような学会になればと考えております．皆さん奮ってご参加ください.

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

「常に改めて見直して進化して」

第 31 回鹿児島県作業療法学会は昨年度 11 月開催予定でしたが，新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に伴い，延期せざるを得ませんでした．そして今年度，現在の感染状況を考慮して，Web 個別配信による開催となりました．当協会におきましては，学会は，以前より本会場とは別にサテライト会場を設けてインターネットで繋いでおりましたが，Web 個別配信で行うのは初めてとなります．2021 年 9 月時点では，県協会の会議ならびに研修会は全てリモートで行われており，既に皆様にはなじみの状況となっていますが，PC やタブレットの利用に抵抗感がある方もいらっしゃいますし，通信が不安定になってせっかく参加したのに無駄な時間を過ごすことになった方もいたかもしれません．そして何より，対面時にはあった参加者同士が交流する機会は，Web 個別配信では得られにくいと思われます．だからと言ってコロナ禍が落ち着けば，以前のように全て対面に戻るということにはいかないように思います．県学会に限らず研修会や会議は，対面で行う良さとリモートで行う良さの良いとこ取りが当面の取り組みとなると思われます．県協会事業が今年度下半期に突入する中，来年度に向けて会員の皆様に少しでも支持して頂けるやり方を模索して行きたいと思います．

さて，本学会は県協会において最も重要な事業の一つです．ですが多くの方に参加してほしいと願いながらも中々参加者数が伸び悩んでおりました．しかし，最近になって様々な工夫もあり徐々に参加者数は増加してきております．丁度コロナ禍で九州各県作業療法士会の事業がとん挫したこともあって検証には至っていませんが，前年度より九州沖縄の各県士会で学会の登録演題と参加者数をどの様にして増やしていくかについて互いの取り組みを共有し学会企画に生かそうということを始めています．本学会では，11 月 13 日（土）に企画されてます公開講座「あきらめない心と作業療法」で「何とかバイオリンの生演奏を皆様にお届け出来ないか最後まで模索しましたが叶わず残念です」と伺ってます．ZOOM ウェビナーでの配信となりますが，作業療法士がどの様に演者へ関わっていくか実際の体験と一緒にバイオリンの音が心を揺さぶってくれることを期待しています．

数カ月前，ある会議の冒頭，中村春基日本作業療法士協会長が協会の存在意義の一つとして，「診療報酬や介護報酬に作業療法士の名称が記載されていることの全てに協会が関わっていること」と説明し「それには日頃から関係団体と繋がっていないと実現しない」と言葉を付け加えました．診療報酬や介護報酬がどのようにして決まるかの説明は割愛させて頂きますが，真に作業療法の発展を願って活動しているのは我々の団体しかないのです．とりあえずは，皆さん，参加して頂いて本学会を盛り上げましょう．ひいては鹿児島県作業療法士協会，日本作業療法士協会を一緒に盛り上げていきましょう．

最後に，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：10,000 円
学　生：無料（要学生証）
一　般：1,000 円

※会員とは，一般社団法人鹿児島県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 学会について

- 本学会は Web 会議アプリ「Zoom」を利用しての Web 視聴による学会となります．Web ブラウザもしくはアプリをご使用ください．アプリを使用する場合は事前に Web 会議アプリ「Zoom」のインストールをお願い致します．また，パソコン（当日使用される端末）OS や Zoom アプリを事前に最新の状態にしておいてください．
  https://zoom.us/download
- 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）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，Web 上（SNS を含む）に公開することを固く禁じます．

③ 参加受付

- 本学会は事前受付のみとなり，当日受付は行いません．事前受付終了後にご登録いただいたメールアドレスに Web 視聴用 URL をお送りいたします．
- 事前受付を行うまでに 2021 年度の鹿児島県作業療法士協会会費の納入をお願い致します．
- 当日（14 日）は，9 時より入室可能となります．
- 生涯教育単位認定システム（ポイント）について，一般社団法人日本作業療法士協会会員であることが条件となります．学会終了後に申請を行い，後日ポイント付与させていただきます．

④ 聴講中の留意点

- 聴講中はミュート設定と画面 off 設定をお願い致します．
- 質疑応答は，各自ミュート解除と画面 on にて対応してください．

⑤ 学会アンケート

13 日（土）公開講座アンケート
https://forms.gle/3KUdXsJ3Fc2p7nPx7

14 日（日）学会アンケート
https://forms.gle/ezmDczmsZu3TzAn88

※会員の皆様は、アンケートの入力確認にて学会参加（両日とも）とし、ポイント付与をさせていただきます。

事前受付について

本学会は事前受付のみとなっております．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 10 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/9U2iEyghzWXiuxst8

※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 13 日，14 日の第 31 回鹿児島県作業療法学会からも参加登録ができます．

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 30 分前（時間厳守）までに学会専用 URL より入室ください．入室時の氏名は，「座長）氏名」でお願い致します．
- 開始時刻 15 分前までに担当セッションのルームへ入室しておいてください．
- 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．終了時に合図でお知らせします．
- 本学会は，Web 会議アプリ「Zoom」を使用した Web 配信による発表となります．パソコン（当日使用される端末）OS と Zoom アプリを事前に最新の状態にしておいてください．

演者へのお願い

- 当該セッション開始時刻 30 分前まで（時間厳守）に入室ください．入室時の氏名は「演者）氏名」でお願い致します．
- 開始時刻 15 分前までに担当セッションのルームへ入室しておいてください．
- 発表は 7 分，質疑応答は 3 分です．終了時に合図でお知らせします．
- 動画の使用は可能ですが，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．
- 発表スライドの中に，倫理的配慮に関する内容と利益相反（COI）のないことを明記して必ず口頭にてご説明ください．
- インターネット環境や発表用のパソコン端末（当日使用される端末）の設定，カメラ・マイクの確認等 Web での配信に備えたご準備をお願いします．特に，パソコン OS や Zoom のアップデートを事前に最新の状態にしておいてください．
- 通信環境は，固定回線での有線や Wi-Fi 環境を推奨します．デザリングやポケット Wi-Fi の使用はお控えください．

日　程

11 月 13 日

公開講座

https://kagoshima-ot.jp/category/event-info/seminar/

１８：　００～　２０：　００

あきらめない心と作業療法　義手（失った片腕）が与えてくれたもの

～看護の仕事と水泳とバイオリン～

講師：伊藤　真波 氏

柴田　八衣子 氏

11 月 14 日

9：00	受　付		
9：35	開　会　式		
9：50	特別講演 「七転八起　～あきらめない心と作業療法～」 伊藤真波さんの担当 OT は，その時，何を考えどうしたのか 講師：柴田　八衣子 氏		
11：20	休　憩		
11：30	一般演題発表		
	第 1 セッション 01 ～ 04	第 2 セッション 05 ～ 08	第 3 セッション 09 ～ 12
12：20	休　憩		
12：30	ランチイベント		
13：20	休憩		
13：30	教育講演 作業療法士の得意な工程分析を生活行為への介入戦略に活かす 講師：田平　隆行 氏		
15：00	閉会式		

公開講座　　司会・進行：大庭 潤平

（日本作業療法士協会　常務理事・神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学科　教授）

あきらめない心と作業療法　義手（失った片腕）が与えてくれたもの
～看護の仕事と水泳とバイオリン～

作業療法とは，その人がしたいと思う，日常生活の中での活動（作業）をとおして，それを実現させるにはどうしたらよいかを作業療法士が患者さんや利用者さんと一緒に考え，たとえ病気や障害から介護が必要になったとしても日常の生活行為や趣味，社会活動など作業活動に積極的にかかわることにより「ひとは作業することで元気になれる」という観点から支援をしています．

「あきらめない心と作業療法」

事故で片腕を失った伊藤真波さんが「伊藤さんらしさ」を取り戻した「作業」である，バイオリンの演奏をしていただきます．
さらに，演奏後の座談会では，作業療法士が義手というツールを使って，「伊藤さんらしさ」を取り戻すに至った働きかけについて紹介いたします．

このことを通して，作業療法士は，障害のあるなしに関らず，みんなが共に生活していける社会を作るために必要な職業であることを，みなさまに広く知っていただきたいと思います．

作業療法とは

作業療法士は，その人がしたいと思う作業（生活行為）を実現するために，その人と共に考え，共に取り組む医療専門職です．病気や障害があってもしたい作業（生活行為）を実現するためには，『あきらめない心と作業療法』が必要です！

私たち作業療法士は，「人は作業をすることで元気になれる」の観点を大切にして生活支援をしています．また，障害のあるなしに関わらず，みんなが共に生活していける社会を作るために作業療法が必要であることを，皆さまに広く知って頂きたいと思います．

あきらめない心

伊藤さんは，看護師を目指していた 20 歳の時に，右腕を失いました．バイクで実習施設に向かう途中での交通事故でした．「看護師になる夢すべてをあきらめなければならない．バイオリンも水泳もできない．」絶望の日々を送っていました．しかし，厚生労働省は上肢切断が看護師の欠格事項とはならないとの判断をし，そして，兵庫県立リハビリテーション中央病院で作業療法を開始しました．

できる！が増えていく日々．日常生活が自立した！水泳をしにプールに行けた！看護師になれた！作業療法士の「やってみよう」がバイオリンを弾く力をくれた！

伊藤さんは言います「作業療法で気持ちが前向きになれた」そして，「あきらめない心で今の私がここにいる！」

伊藤真波さんからのメッセージ

私は 17 年前に交通事故で右腕を失いました．それまでは当たり前に鉛筆を持ってレポートを書き，箸を持ち友達と一緒にお弁当を食べ，おしゃべりしながら自転車に乗り登下校をし，可愛くなりたいと必死ながらに化粧をし，当時の私は「当たり前が当たり前にある生活」を送っていた 20 歳の看護学生でした．右腕は治療の甲斐も無く腐敗し，毎日動かなくなっていく腕に失望する日々でした．復学

が決まり，休学の期間に義手を作らなくてはいけないことになり兵庫県立リハビリテーション中央病院に行きました．最終的に「腕を切断する」ことも，「看護師になるための義手を作る」ことも自分で決めたはずなのに，始めのうちは心がついていかず，ただ毎日，下を向いて生きているだけでした．しかし作業療法士の先生方はそんな私の気持ちを知ってか知らずか，無理に私と義手をくっつけようとはしませんでした．それどころか自分の好きなことばかりさせてくれて，「水泳がしたい」と言い出した私を応援して下さいました．次第に私の心も変わっていきました．自分でできることが増え，遠ざかっていた「義手製作」に取り組めるようになりました．

看護師の私も，バイオリンを弾く私も，泳げる私がいるのも，全て私の「やってみたい！」想いを作業療法士の先生方が尊重して下さったおかげなのです．誰一人あきらめなかったから私は今笑顔で毎日前を向いて生活できています．

柴田八衣子（作業療法士）からのメッセージ

伊藤さんの作業療法の関わりで，大切にしていたこと

入院当初は，伊藤さんが何を考えているか，何を感じているかをできるだけ深く読み取るよう配慮していました．20 歳の若い女性が，作業療法に直向きにがんばる姿勢の中に，様々な葛藤があるのだと感じました．無理強いはせず，彼女の真の意向に沿えることは何なのかと絶えず考えていました．

装飾義手の製作，水泳を再開すること，能動義手のシステムのバージョンアップ，バイオリン用の義手の製作など，作業療法士として，伊藤さんの力を信じて一緒に挑戦することが私の楽しみでもあり，成長でもありました．

作業療法士としてあきらめなかったこと

伊藤さんがどうしてもやりたいことや思っていることに対して，彼女の残存能力を最大限に活かして，そして，作業療法士としての「できる見通し」を立て，一緒に挑戦してみようという気持ちでした．そして，その挑戦に対して，時期や取り組むタイミングを計りながら着実に基盤づくりをすすめ，「やりたいこと」を達成することだと思います．そのために，主治医や義手を製作する義肢装具士，バイオリン教室の先生など，本当に多くの人に協力をお願いし，その力に支えられながら進めてきました．

大切なのは，作業療法士としての「できる見通し」を信じて，最後まで粘り強く，一緒に取り組むことでしょうか．

バイオリン演奏

今回の公開講座にて，伊藤さんにはバイオリン演奏を頂きます．
伊藤さんの奏でるバイオリンをぜひお楽しみください！

伊藤（いとう）　真波（まなみ）

看護師

北京・ロンドンパラリンピック競泳日本代表

略歴

1984 年　静岡県出身　5 歳で水泳を始める

2000 年　静岡県立清水西高等学校　衛生看護科 入学

2003 年　静岡県医師会看護専門学校 入学

2004 年　交通事故に遭い右腕切断（肩離断）兵庫リハ中央病院にて義手製作後に復学

2007 年　神戸百年記念病院 入職　バイオリン用義手に挑戦

2008 年　北京パラリンピック 100m 平泳ぎ：4 位　100m バタフライ：8 位

2010 年　 アジアパラリンピック 100m 平泳ぎ：2 位

2012 年　ロンドンパラリンピック 100m 平泳ぎ：8 位

2015 年　神戸百年記念病院退職　結婚

現在、育児をしながら講演活動（バイオリン演奏）

特別講演　　座長：玉利　竜二（学会長）

柴田（しばた）　八衣子（やえこ）

社会福祉法人　兵庫県社会福祉事業団
兵庫県立リハビリテーション中央病院

「七転八起　～あきらめない心と作業療法～」
伊藤真波さんの担当 OT は、その時、何を考えどうしたのか

私がはじめて真波さんの事を知ったのは，17 年前であった．当院で切断者の支援研究会主催の研修会が開催され，全国から『上肢切断と義手』について熱意のある人々が集った時のことだ．その研修会に，急性期病院で彼女の担当作業療法士であった清水裕子先生は，静岡から動画（ビデオ）を持参していた．真波さんのこれからについて相談するためである．その対応は，研究会の代表であった古川宏先生にお願いした．私は，スタッフであったこともありバタバタしていて，ビデオを見た記憶は薄らあるが，意見を求められて，「能動義手操作はできると思いますよ～.」と軽く答えた程度だったと思う.

真波さんは，翌年 3 月に当院に入院し，担当作業療法士は志水理香さんとなった．そして，看護学校へ 9 月に復学することを目指して治療を開始した.私は,志水さんと同じチームであったことから，一緒に介入することも多かった．しかし，志水さんが予期せぬ人事異動（施設内）となったため，思いを託されるかたちで引き継ぎ，私が 4 月から担当する運びとなった．これが，真波さんとのスタートラインとなり，私が作業療法士 13 年目のことである.

今日までの 17 年の間，振り返って考えてみると，本当に様々なことがあった．これまでのことが走馬灯のように一瞬の出来事のようにも感じられる．いざ，担当となり真波さんの気持ちを察しながら介入した日々，「先生，私，看護師になれるかな．看護師になりたいの.」と言った時，看護学校にスクーリングへ外出するために装飾用義手を提案した時，入院中に水泳をやってみたいと打ち明けてくれたこと，復学に向けて看護師用の義手の製作と練習の時，バイオリンを弾きたいと相談してくれた時．また，退院後に静岡に帰ってすぐに眼科医院でのアルバイトの再開，神戸に看護師として就職，パラリンピックに出場したこと，バイオリン用の義手を製作し演奏の練習，ご主人と出会って結婚し母となったこと，最近では，東京パラリンピックの開会式でバイオリン演奏したことなどなど．入院していた期間は 8 月までと短く，こんなに長く彼女の人生に寄り添うことになるとは思ってもみなかった．この期間に培った関係が基盤となり，退院から今までを紡いできたのかもしれない.
真波さんへの治療としての作業療法は，入院中に看護学校復学のために義手というツールを使ってどのような動作が獲得できるか，そのための義手の製作と適応練習が中心であった．その後，バイオリン用の義手の製作も行うこととなる．これらの中身は，周りの人に協力してもらいながら，彼女と一緒に困ったり楽しんだり喜んだりしながら，夢中になり没頭した時間でもあった．上手くいかないことも多々あり,たくさんの壁にぶち当たっては転び,超えたり避けたり壊したりしながら進んできた.真波さんとの作業療法は，私自身への作業療法の挑戦であったともいえるだろう.

講演では，真波さんとの作業療法の経験を通して，実際の臨床で必要な想いや態度について皆さんと一緒に考える機会としたい.

【略歴】
宮崎県宮崎市出身
1989 年　宮崎県立宮崎北高等学校卒業
1992 年　鹿児島大学　医療技術短期大学部　作業療法学科卒業
1992 年　兵庫県立総合リハビリテーションセンター　リハビリテーション中央病院
1994 年　兵庫県立総合リハビリテーションセンター　自立生活訓練課
1996 年　兵庫県立総合リハビリテーションセンター　リハビリテーション中央病院
2008 年　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
2010 年　兵庫県立総合リハビリテーションセンター　リハビリテーション中央病院
現在に至る

2007 年　（社）日本義肢装具学会　飯田賞奨励賞　受賞　授賞理由「筋電義手への取り組み」
2021 年　（社）日本作業療法士協会　特別表彰　受賞　授賞理由「筋電電動義手分野の研究，後進の育成，執筆活動により作業療法の学術的発展における功績」

日本作業療法士協会認定作業療法士，生活行為向上マネジメント指導者，（社）日本義肢装具学会理事，（社）日本作業療法士協会 SIG　切断者の支援研究会事務局

【好きな言葉】
なせば成るかな.（為せば成る，為さねば成らぬ何事も，成らぬは人の為さぬなりけり．上杉鷹山公の格言より改編）敵は己の中にあり．七転八起.

教育講演　　座長：田之上　友彦

（有限会社 リハシップあい隈之城）

田平（たびら）　隆行（たかゆき）

鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

作業療法士の得意な工程分析を生活行為への介入戦略に活かす

学生時代，基礎作業学で工程分析を学修されたと思います．介入手段としての作業の活用では，身体的側面，認知的側面，心理的側面から各工程の作用を推察し，対象者の障害との適応を考え導入を図ると思います．しかし，近年動作分析という言葉はよく聞かれますが作業療法士が得意とする工程分析という言葉はあまり見受けられなくなってきた印象を受けています．身障分野では，例えば一連の排泄動作を工程分析し，どの部分が障害されているかを観察し，さらに詳細な動作・姿勢分析にてその要因を推察し，介入計画を立てることが多いです．このように OT が日常的に思考していることを多職種と共有するには，文字情報のみならず分かりやすい工程分析表を用いることが大切と考えています．既存の ADL 評価表は介助量の視点が多く，OT の思考プロセスを可視化でてきいません．MTDLP の課題分析シート等が有用と思いますが，共有シートとしては限界があるかもしれません．

私たちの研究グループでは，ADL を運動学的分析ではなく，認知機能的側面から工程分析し，障害されやすい部分と残存しやすい部分を明らかにする目的で認知症者を対象に生活行為工程分析表（PADA-D）を開発しました．詳細は，当日お話ししますが認知機能の低下に伴い，どのような生活行為のどのような工程が低下しやすいのかがある程度予測できれば介入の時期やポイントを明らかにできます．一方，重度になってもどのような工程が残存しやすいのかを明らかにできれば，OT が得意とする「できる」を活かす介入方針が立てられます．また，最近では，介入戦略を整理しており，手続き的記憶など得意な認知機能を活かしつつ，生活環境・用具の工夫をし，反復練習をするなどの戦略を組み合わせていることもわかってきました．様々な治療理論を援用することも重要ですが，対象者の日常生活しっかりと観察，分析した上で，介入戦略を立てることが大切と感じています．少しの工夫やアイディアで自立度が改善することも少なくないと思います．

略歴
出身：南さつま市

学　歴

平成 5 年 3 月　長崎大学医療技術短期大学部作業療法学科　卒業
平成 10 年 8 月　学位授与機構にて学士を取得　学士（保健衛生学）
平成 13 年 3 月　長崎純心大学大学院人間文化研究科博士前期課程　修了
修士（学術福祉）
平成 17 年 3 月　国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士後期課程　修了
博士（保健医療学）

職　歴

平成 5 年 4 月　医療法人春回会長崎北病院　作業療法士
平成 13 年 4 月　国際医療福祉大学保健学部作業療法学科　助手
平成 16 年 4 月　長崎大学医学部保健学科　助手
平成 19 年 4 月　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻　助教
平成 23 年 4 月　西九州大学リハビリテーション学部　准教授
平成 28 年 4 月　鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻　教授

認定作業療法士（第 362 号），専門作業療法士（認知症，第 6 号）

著　書

・evidence based で考える認知症リハビリテーション．田平隆行・田中寛之編集，医学書院，東京，p14-19，2019.
・田平隆行：認知機能評価指標の使い分け―認知症患者の認知機能評価に適した指標―．どう向き合う!?　高齢者の認知機能．牧迫飛雄馬編集，光文堂，東京，p55-67，2019.

論　文

著書・論文 - tabitaka-lab ページ！（jimdofree.com）

社会活動

・日本作業療法士協会
　学術部学術委員会学術推進班長，学術誌編集協力者，認知症の人の生活支援推進委員会委員
・日本作業療法研究学会　理事・事務局長
・Review Circle on Rehabilitation for Dementia: RCRD　代表
・日本老年療法学会　理事

演題

第 1 セッション：口述発表　11：30～12：20

座長：まろにえ老人保健施設　川床　裕香

01 訪問看護でのリハビリにおいて家族・他事業所と連携を図る事により利用者の役割再獲得ができた一例

株式会社ユニティステップハート訪問看護ステーション　古木 廉

02 通所リハビリテーションにおける脳卒中片麻痺利用者の復職に向けた取り組み

いちき串木野市医師会立脳神経外科センター　下野 竜二

03 意欲・発動性低下を呈した失語症患者へ作業導入を行った事例
－意欲向上による生活行為の改善－

種子島医療センター　下東 鈴

04 尿便意の訴えがない症例のトイレ動作獲得を目指して
－尿便意の改善と下衣操作獲得に向けて－

種子島医療センター　塙 京夏

第 2 セッション：口述発表　11：30～12：20

座長：鹿児島第一医療リハビリ専門学校　池田　真一

05 小指屈曲拘縮に対する腱剥離術後に早期介入し関節可動域・握力の改善により復職に至った症例

鹿児島赤十字病院　西 貴之

06 麻痺側上肢・手指にミラーセラピーを併用し、機能改善と腫脹、疼痛の軽減を図れた症例

田上記念病院　福留 雄介

07 重度上肢麻痺患者における麻痺側上肢の使用頻度が向上した事例の報告

種子島医療センター　市來 政樹

08 リストバンド型ウェアラブルデバイスを用いた身体活動量のモニタリング，フィードバックにより，身体活動量，疼痛の改善が得られた大腿骨転子部骨折術後の症例報告

加治木温泉病院　藤本 皓也

第 3 セッション：口述発表　11：30～12：20

座長：デイサービスセンター リハシップあい西出水　緒方　匡

09 認知症高齢者に対する人間作業モデルを用いた作業療法の効果
－1 群前後比較研究－

伊敷病院　新川 正二

10 作業療法活動で音楽を用いた事例報告

加世田病院　染川 航晴

11 当院の予後予測スコア(PPI 値)と訓練内容の傾向

種子島医療センター　西 愛美

12 腱板断裂を合併し左上肢麻痺を呈した一例
－実用手の獲得と在宅復帰を目指して－

種子島医療センター　中森 純香

01　訪問看護でのリハビリにおいて家族・他事業所と連携を図る事により利用者の役割再獲得ができた一例

古木 廉
ステップハート訪問看護ステーション

【はじめに】

今回，脳梗塞後遺症による左片麻痺が残存し，夫と次女の住む在宅へ復帰した利用者を担当する機会を得た.「自宅で一人になった時の生活が不安」との言動が見られていたが，訪問看護でのリハビで心身状態に合わせて環境調整や訓練を実施し，合わせて他事業所と連携を図り自立した生活を支援していったところ，母親として妻としての役割の再獲得につながったためここに報告する．なお，本報告は事例に承認を得ている.

【症例紹介】

A 様：40 歳代女性・要介護１・夫，娘の三人暮らし．アテローム血栓性脳梗塞（左片麻痺）を発症し入院．退院後，訪問看護を利用開始（週 2 回リハビリ，月 1 回看護）．退院 1 ヶ月後にデイサービス利用開始（週 2 回）．認知機能面良好であり，杖歩行で移動可能．FIM は 95 点であり，IADL 一部介助が必要.

【介入戦略】

妻として母親としての役割を見つけ，日常生活動作への意欲向上，自己効力感の向上を図り，役割を習慣化できるよう介入した.

【経過と結果】

本人・ご家族にお話をお聞きし，まず出来るようになりたい事・本人にして欲しいことを確認，洗濯・調理・掃除の３つに絞り実施．洗濯動作では，洗濯物が円滑に運べるよう籠の下に４つのローラーを設置し取手に紐をつけ引っ張りながら運べるように改造し，訓練を実施した．運ぶ際にコントロールが難しく籠が下肢に当たる事が時折見られる．しかし，杖で籠を押しながら運ぶようにしたところ，下肢に当たることもなく円滑に運ぶ事ができた．籠が倒れた際や杖を落とした際の床からの拾い上げでは，最初は恐怖心があったものの練習を重ねる事で安定して行えるようになった．調理動作に関しては入院期間中練習を行っていたが退院後は実施せず．そこで訪問看護では調理時に必要な物品の確認や，調理動作時のバランス練習などを実施．また，併用するデイサービスへ調理動作に関する情報共有を行い，サービス提供時間中に調理動作練習を実施していただいた．徐々に調理に関しての自信を取り戻し，現在朝食に関してはほぼ毎日調理をされており，また夫の誕生日には娘と協力してグラタンなどの料理を振る舞うなどの行動が見られてきた．掃除動作に関しては，杖を使用せずに移動することに対し不安が強かった．まず，独歩での短距離移動練習やバランス練習を実施．徐々に掃除機を持ちながら移動や，実際に掃除機をかけてみる練習を訪問看護・デイサービス共に実施し情報を共有した．現在は毎日ではないが定期的に掃除機をかける習慣ができ始めた.

【考察】

OT が介入を行い，やれば出来ることはたくさんあるということを実感させられたのではないかと思う．確かに，片側で出来ることは少ない．しかし，本人・スタッフが協力し工夫することで出来ることは無限にあるのではないかと思う．私たち OT が介入することによって安心して相談でき動作確認を共に行い役割の再獲得につながったのではないかと考える.

本人が継続して家事動作練習を行えた背景には，家族から直接行って欲しいことなど発言してもらった事が影響していると考えられる.「妻として母親としての役割が出来るようになる」事を再認識したからこそ，練習を通して出来ることの幅がどんどん増えていったのではないか.

また，訪問看護だけでは継続した介入が困難と判断し，デイサービスとも情報を共有し同一の方向性を持ち双方から本人の自立した生活を支援していった事も，結果につながったのではないかと考える.

02　通所リハビリテーションにおける脳卒中片麻痺利用者の復職に向けた取り組み

○下野 竜二　山下 孔明　浦底 まゆみ（PT）
いちき串木野市医師会立脳神経外科センター

【はじめに】

通所リハビリテーション(以下，通所リハ)は，要介護状態となった場合においても，その有する能力に応じ，自立した日常生活を営むことが出来るよう生活機能の維持，又は向上を目指すことを基本方針と定めている（厚生労働省.2020）．一方，第 2 号被保険者(40 歳から 64 歳)の場合には，収入を得て生活を保つために復職が目標となるケースも少なくない．今回，脳卒中発症後に通所リハ(1 時間以上から 2 時間未満)を利用し，復職が可能となり，通所リハ利用を終了することが出来た事例について報告する．

【対象】

症例は 40 歳代女性，病前は精肉加工工場に勤務していた．業務中に左片麻痺症状が出現し，当院搬送後に，CT 上に右被殻出血を認め，保存加療にて急性期病棟へ入院となった．自宅復帰を目指し，発症 24 日後に回復期病棟へ入棟した．発症 144 日で自宅退院となり，病前に勤務していた職場への復帰を目的に，発症 162 日に通所リハを週 2 回利用開始となった．利用開始時は要支援 2，移動やセルフケアは自立していた．症例からは「仕事で使えるように，左手がもっと動くようになってほしい」とあり，上肢機能評価では Fugl-Meyer Assessment 上肢項目（以下，FMA）48 点．麻痺手の使用頻度は Motor Activity Log の Amount of Use（以下，MAL－A）2.1 点，動作の質は Quality of Movement（以下，MAL-Q）2.4 点，物品操作能力は簡易上肢機能検査(以下，STEF)78 点であった．本報告にあたり公表についての説明を行い，書面にて同意を得た．

【方法】

職場への復帰に向けて，両立支援ガイドライン(厚生労働省．2016)を参考に，必要とする支援を 3 つの段階に分けて介入した．自宅生活へ適応する時期(1 日目～)では，麻痺手への機能訓練と，麻痺手の使用状況を確認し，生活上で麻痺手の参加を促す動作指導等を行った．復職の準備に関しては，症例と症例家族が勤務先の担当職員と定期的に話し合うため，現状出来る作業及び動作，注意点について症例家族と介護支援専門員への情報共有を行った．復職を開始した時期(8 か月目～)では，午前中のみの業務が開始となり，業務を通して課題となった動作の解決に向けて，段階付けをした課題指向型訓練やマシントレーニングを実施した．1 年目にはフルタイム勤務が開始し，勤務時間や出勤日数が増えたことにより，身体的疲労の訴えが増えていた．耐久性向上の訓練も継続しつつ，自宅で出来る身体ケアの指導を行った．通所リハ終了移行期(1 年 10 か月目～)では，復帰後の業務も定着したため，症例と介護支援専門員との話し合いの上，利用回数を週 1 回に変更し，自宅でのケアや健康維持に向けたフィットネスクラブ利用への移行を勧めた．

【結果】

週 1 回の通所リハ利用とフィットネスクラブ利用を経て，通所リハ開始から 2 年後に利用終了することが出来た．終了時の評価項目は，FMA は 61 点，MAL-A は 4.4 点，MAL-Q は 4.2 点，STEF は 94 点であった．

【考察】

脳卒中後の障害を来した勤労者にとって，復職は社会復帰そのものであり，生活の質の確保と向上に大いに寄与している(佐伯．2006)．今回，復職を目標とした脳卒中後の対象者が，退院後に通所リハを利用し，職場復帰を目指した．週 2 回の通所リハ利用を通して，復職の前後で生じた課題に対し，段階に分けて支援出来たことが，本事例の社会参加に貢献できたのではないかと考える．

03　意欲・発動性低下を呈した失語症患者へ作業導入を行った事例
―意欲向上による生活行為の改善―

○下東 鈴　濱添 信人　上野 瞬　大田 巧真
種子島医療センター

【はじめに】

意欲低下を呈した失語症の症例に作業導入・成功体験による活動意欲，自発性向上を目指して作業療法介入を行ったため，以下に報告する．なお，本報告は口頭と紙面による説明を行い，書面にて同意を得た．

【症例紹介】

症例：90 歳代前半，入院前は独居，日常生活動作自立，趣味は短歌作り．Y 月 X 日急に話をしなくなり倒れ救急搬送され当院受診．左側頭葉と右前頭葉の両側アテローム血栓性脳梗塞の診断で入院となる．X+5 日に回復期病棟へ転棟．

既往歴：高血圧症，頻脈性不整脈．本人の希望：家に帰りたい．

初期評価：問いかけに対しては全て Yes の反応で言語的なコミュニケーション困難であり，表情も険しかった．日常生活動作では常に声掛けが必要であり， FIM は 20 点（運動項目 14，認知項目 6）．HDS-R は意思疎通が難しく実施困難．回復期病棟転棟後，離床拒否は見られなかったが，１週間経過後離床・食事拒否が見られ，Vitality index（以下 VI）では 3 点と意欲の低下が見られた．

【方法】

作業療法介入：言語的な関わりが増えてから離床・食事拒否など意欲低下が見られたため，介入初期はジェスチャーなど非言語で可能なちぎり絵や花くす玉作りなど作業活動を実施．離床拒否が軽減し，言語的な関わりが可能になった段階で，排泄動作練習をトイレで排泄することから始め，清拭や下衣操作など介助量を徐々に減らし段階的に実施した．作業療法介入の中で成功体験・達成感を増やしていき介入後はその日出来たことをジェスチャーや単語で伝えるようにした．

【結果】

作業療法介入により，離床拒否は軽減し最終評価では単語，短文にて意思疎通が可能となり，自らトイレに行くようになった．FIM では 85 点（運動項目：67，認知項目 18）と日常生活動作の自立度向上が見られた．また自発的な行動，自発話，笑顔も増え VI では初期評価の 3 点から 8 点に変化し，意欲向上が見られた．

【考察】

本症例は，言語的な関わりが増えてから離床・食事拒否が観察され，意欲の低下が見られた．そこで，症例は入院前に短歌作りという創作活動を趣味としていたため，非言語的な関わりに配慮したちぎり絵，花くす玉作りの作業導入にて，成功体験・達成感を目的に介入を行った．離床拒否は軽減し，単語・短文での意思疎通が可能となり自発的な発言・行動も見られた．魚尾らも成功体験と意欲は関係し ADL にも影響していると報告しており， 症例も作業導入による成功体験が意欲向上に繋がったと考える．また，作業導入の関わりの段階からジェスチャーなどでその日出来たことを伝える関わりを行ったことも，意欲向上に繋がった要因と考える．言語的な関わりが可能になってから，段階的な排泄動作練習に移行し，症例は自らトイレに行くようになった．山本は意欲を高める技法として「対象者の自立的行動を確認しながら介助量を徐々に減らしていく」と述べており，排泄動作練習ではトイレでの排泄から始め，清拭や下衣操作など介助量を徐々に減らしていき段階的な排泄動作練習にて成功体験を積み重ねた．このような段階的な排泄動作練習により排泄動作獲得に繋がったと考える．結果，本症例は作業導入による作品作りや段階的な排泄動作練習での成功体験にて意欲向上，積極的な行動が見られ，生活行為の改善に繋がったと 考えられる．

04　尿便意の訴えがない症例のトイレ動作獲得を目指して－尿便意の改善と下衣操作獲得に向けて－

○塙 京夏　大田 拓真　濱添 信人
種子島医療センター

【はじめに】

排泄自立は症例や家族より求められる動作で,排泄の援助を受ける時には人としての自尊心や尊厳に深く関わってくる事から,自立度拡大を目指す動作である.今回左アテローム血栓性脳梗塞により右片麻痺,運動性失語を呈した症例を担当した.本症例はオムツを着用しており尿便意の訴えがなく失禁があった.トイレ動作自立に向けて下衣操作に着目し,段階付けたバランス練習を行う事で,下衣操作獲得できトイレの介助量の軽減,またトイレ誘導を行った事で尿便意の訴えに繋がった為,以下に報告する.なお,ヘルシンキ宣言に基づき,対象者の親族に説明し書面にて同意を得た.

【症例紹介】

60 代男性,右利き,妻と二人暮らし.ADL,独歩自立. 令和 3 年 5 月 X 日に歩行困難となり緊急搬送,左アテローム血栓性脳梗塞の診断. X+17 日に回復期病棟に転棟.家族 HOPE：トイレが出来るようになってほしい.症例 HOPE：トイレが出来る様になりたい.

【初期評価】

(X+18 日)Brunnstrome stage(以下 BRS)右上肢Ⅱ,手指Ⅰ,下肢Ⅱ, FIM 合計 24 点,トイレ項目全て 1（運動項目 16,認知項目 8）BI トイレ動作 0,移乗 10,排便,排尿コントロール 0,合計 15,Gross muscle Test(以下 GMT),膝関節伸展 4, 運動性失語,失行,HDS-R/MMSE 困難,オムツ内に失禁有,運動性失語有.尿便意の訴え聞かれず.オムツ受け入れ不良.介入中泣いている場面多い.Functional Balance Scale（以下 FBS）(X+48 日) 立ち上がり,座位保持,着座 3,移乗 2,その他の項目 0, 合計 10,

【方法と作業療法経過】

第Ⅰ期（X+18-29 日）では尿便意はない.トイレでの排泄を視野に入れた座位バランス練習を中心に介入.支持物有りで座位獲得.第Ⅱ期（X+30-51 日）で変わらず尿便意はなく,立位保持,バランス低下ある為,立位保持練習と静的立位バランス練習を行う.支持物有りで立位保持と静的立位バランス向上.動的立位バランス不良.第Ⅲ期（43-80 日）で下衣操作獲得を目指し,模擬的な練習と動的立位バランス練習を行い,動的立位バランスの向上に繋がる.また,失禁時に意思表示が増え,徐々に尿便意の訴えが聞かれる.第Ⅳ期（X+59-80 日）で多職種と協働連携を図りトイレへ時間帯誘導開始.誘導する際に意思表示カード導入.尿便意の認知確認やトイレ希望を確認.併行し実際場面でトイレ動作練習を行い,特に下衣操作に着目.能力向上に応じて介助量を段階的に減らした.

【結果】

最終評価（変化点のみ記載）右下肢Ⅲ,FIM トイレ動作 2,トイレへの移乗 3,合計 47（運動項目 31,認知項目 16）, BI トイレ動作 5,移乗 10,排便,排尿コントロール 5,合計 45, 排泄は日中トイレでの排泄となり,オムツからリハビリパンツに移行出来た.ジェスチャーにより意思表示が可能となり日中の失禁もなくなる.介入中泣く場面が少なくなり笑顔が増えた.FBS 立位保持,閉脚立位保持,後方をみる 2,座位保持 4,閉眼立位保持,前方リーチ 3,合計 24.

【考察】

症例は介入初期,尿便意の訴えが無く終日オムツ着用であった.病棟と連携し時間帯誘導でトイレの排泄を行い,さらに意思表示カードを用い本人のトイレ意欲を促した結果,オムツからリハビリパンツに移行し,トイレの排泄が獲得できた.高野氏は排尿誘導法が尿意の再獲得や排尿の自立に有効である可能性が高いと述べており,症例もトイレ誘導を行い,意思表示を促した事で尿便意の改善に繋がったと考える.下衣操作において,米持氏によると随意性の低い片麻痺患者におけるトイレ動作の自立には限定的な範囲内での非麻痺側肢を中心とした立位での動的バランス能力を獲得する事が重要と述べている.FBS の結果より動的バランス能力が向上し下衣操作獲得に繋がったと考える.今後本人家族の希望の在宅復帰に向け,排泄動作自立を目指し作業療法の継続と環境調整が今後必要と思われる.

05　小指屈曲拘縮に対する腱剥離術後に早期介入し関節可動域・握力の改善により復職に至った症例

○西 貴之[1)]　松元 義彦[1)]　瀬座 真琴[1)]　宇田川 晃洋[1)] 有島 善也[2)] 佐々木 裕美[3)]
1）鹿児島赤十字病院
2）恒心会おぐら病院整形外科
3）鹿児島大学病院整形外科

【はじめに】

今回，屈筋腱損傷に対する腱縫合術後に右小指の屈曲拘縮を起こした症例に対して，腱剥離術後早期に作業療法介入し，術後 2 ヶ月で復職に至った症例を経験したので考察を加え報告する．本報告について本人に十分な説明を行い書面にて同意を得ている．

【症例紹介】

30 歳代男性．職業は産業廃棄物の処理作業(手袋着用し工具使用)，作業中にガラスが右手掌に刺さり受傷．ZoneⅢで小指浅指屈筋，深指屈筋ともに断裂し，A 病院にて腱縫合術を施行，B クリニックにて外来リハビリテーションを開始したが，仕事が忙しく週 1 回の通院．その後，右小指 PIP・DIP 関節の屈曲拘縮出現，腱縫合術から約 6 ヶ月後に当院にて腱剥離術施行．術後 4 週で自宅退院し，B クリニックでの外来リハビリテーションを経て術後 2 ヶ月に復職の経過となった．

【術前評価】

Needs：手袋の着用やペンチの使用が困難．握力：右 31 kg/左 49 kg．右小指自動 ROM(°)(屈曲/伸展)：MP 関節 80/-40，PIP 関節 70/-60，DIP 関節 30/-20．上肢障害評価表(DASH)：8 点．Hand20：24 点．

【作業療法介入】

術中麻酔下での伸展 ROM は MP 関節 10°，PIP 関節-25°であった．腱剥離術翌日より手指 ROMex.，ブロッキング ex.等の運動療法を開始，またナイトスプリント作製し伸展 ROM の維持を図った．術後 3 日より屈筋腱の滑走性改善を目的に Wood brock を用いた自主ブロッキング訓練を指導し追加．術後 10 日より渦流浴と超音波の温熱療法を徒手治療前に追加．術後 3 週目より復職に向けたペンチ等の操作訓練や重量物の模擬運搬動作訓練を実施した．

【術後 3 ヶ月評価】

握力：右 36 kg/左 48 kg．右小指自動 ROM(°)(屈曲/伸展)：MP 関節 90/-20，PIP 関節 95/-30，DIP 関節 65/-20．DASH：0.8 点．Hand20：1 点．

【考察】

手指屈筋腱損傷後のハンドセラピーにおいては修復腱の癒着による運動障害の予防が重要である．中田らは腱剥離術後早期の自動運動が非伸縮性の癒着組織の再形成を予防し腱の滑走を維持すると述べている．また，武藤らは術後 2 週は剥離した腱の再癒着の可能性が高く運動の継続が必須と述べている．本症例においても術後早期より運動療法や装具療法および自主的な腱滑走訓練を実施し，術後 2 週以降においても運動療法が継続できたため，術後 3 ヶ月における手指 ROM，握力の改善に至ったと考えられる．復職に関しては，手袋の着用が小指の伸展制限により困難だったが，自動伸展可動域の改善により着用可能となった．ペンチの把持については，穴開けパンチを利用し穴をあける材質を変更することでペンチの把持力増加の段階付けを行った．ペンチを把持する際に必要な手指伸展動作は，右小指自動伸展可動域が改善したため小指が引っかからずにペンチの把持が可能となった．ペンチを握り込む動作は，右小指自動屈曲可動域の改善により握り込みがしやすくなり握力の改善もみられたことでペンチ操作の実用性が向上したと考えられた.冷蔵庫等の重量物の把持や運搬する動作は，右小指自動伸展可動域の改善により手掌部が重量物に密着しやすくなった．また模擬動作訓練として冷蔵庫の底と同程度の面積のかごに入れた錘の重量を段階的に増やし把持や運搬の反復練習を行ったことで実用性が向上したと思われた．本症例は術後早期からの継続的なスプリントや徒手治療，腱滑走訓練により修復腱の癒着が予防できたことで関節可動域や握力が改善したこと，さらに仕事で必要な模擬動作訓練を行ったことで仕事上での手の使用がしやすくなり復職に至ったと考えられた．

06　麻痺側上肢・手指に電気刺激療法とミラーセラピーを併用し，機能改善と腫脹，疼痛の軽減を図れた症例

○福留 雄介　松下 幸子　川上 剛　小田 博重　中村 浩一郎
田上記念病院

【はじめに】

脳卒中ガイドライン(2015)によると，上肢機能障害のリハビリテーションでは，中等度の麻痺筋には電気刺激療法の使用(グレード B)，麻痺が軽度から中等度の患者に対して，特定の動作の反復を伴った訓練(Mirror Therapy，促通反復療法など)を行う事が勧められている(グレードＢ)．今回，脳卒中片麻痺患者に対して電気刺激療法と Mirror Therapy (以下:MT)を併用して実施した．その結果，麻痺側上肢・手指の機能改善が見られ，腫脹，疼痛の軽減を図れた症例を経験したのでここに報告する．

【症例紹介】

X 年 Y 月に左被殻出血を発症した 60 歳代の男性．病前 Activities of Daily Living(以下:ADL)は自立．8 病日に当院回復期病棟へ入院．入院時の Brunnstrom stage(以下:BRS)は右上肢Ⅰ，右手指Ⅰ，右下肢Ⅴ．感覚は表在，深部ともに正常．右手関節から手指にかけての腫脹と疼痛を認め，手関節周径は右側 18.5 ㎝，左側 17.4 ㎝，手関節の Numerical Rating Scale(以下:NRS)は 8 であった．高次脳機能障害は軽度の運動性失語と注意障害を認めたが，日常生活上では支障が見られなかった．ADL については主に左上肢を使用しており Functional Independence Measure(以下:FIM)は 53 点であった．その後，115 病日に自宅退院し，週４回の外来リハを開始．本症例は当院倫理審査委員会の了承を得て実施した．なお，本症例において開示すべき利益相反関係にあたる企業等はない．

【方法・結果】

入院初期のアプローチとして，随意性向上を目的に右手指に対し，随意運動介助型電気刺激装置(Integrated Volitional control Electrical Stimulation:以下 IVES)による電気刺激療法を実施．IVES はノーマルモードで行い，発症 46 日後の BRS は右上肢Ⅱ，右手指Ⅱまで改善を認めたが，右手関節から右手指にかけての腫脹，疼痛が残存しており，関節運動を伴う積極的なアプローチが実施できなかった．そこで 58 病日より，疼痛軽減を目的に MT をアプローチに追加．また，自主トレーニングとして，MT を 30 分以上実施するように指導．103 病日に，IVES を外部アシストモードに変更し，MT と併用した．その後 BRS は右上肢Ⅲ，右手指Ⅲまで改善し，FIM が 123 点となり 115 病日に自宅退院．外来リハにおいても IVES の外部アシストモードと MT を継続．その結果，178 病日は BRS が右上肢Ⅲ，右手指Ⅲで運動機能障害に著明な改善は認めなかったが自動運動による右手関節の掌背屈角度は増大し，腫脹，疼痛は軽減した．右手関節の周径は 17.8 ㎝，NRS は 2 まで改善．

【考察】

本症例は右上肢・手指に重度片麻痺を呈し，右手関節から手指にかけて腫脹，疼痛を認めていた．宇佐見らは脳卒中患者の麻痺側上肢・手指に対して，IVES を実施したことで体性感覚フィードバックが行われ，運動学習を伴った機能改善に有効であったと報告している．本症例においても電気刺激の筋ポンプ作用による循環改善と，脳内運動領域への脳血流増加によって機能改善と腫脹の軽減を図ることができたのではないかと考える．また，MT では実施中ミラーニューロンシステムが活動し，感覚入力と運動出力の中枢を賦活させていると嶋田により報告されており，本症例においても MT により脳内の運動感覚領域が賦活され，電気刺激療法と併用することにより疼痛が軽減したのではないかと考える．

07　重度上肢麻痺患者における麻痺側上肢の使用頻度が向上した事例の報告

○市來 政樹　酒井 宣政　西 愛美
種子島医療センター

【はじめに】

今回，右アテローム血栓性脳梗塞にて重度上肢麻痺を呈した症例を担当した．発症早期よりカナダ作業遂行測定(以下 COPM)を用いた目標設定と共有や Grade-4/5 Motor Activity Log-Amount of Use (以下 Grade-4/5MAL)を用いて介入し麻痺側上肢の使用頻度が向上した症例を報告する．なお今回の発表について本人・家族に書面にて同意を得た．

【事例紹介】

症例：70 代後半男性　診断名：右アテローム血栓性脳梗塞　入院前：妻と同居し ADL 自立．利き手：左　demand：「妻に迷惑をかけないで生活したい」，Need：麻痺側上肢を使用し ADL の介助量軽減

【初期評価】

BRS は左上肢・手指Ⅱであり Fugl- Meyer Assessment-Upper Extremity(以下 FMA-UE)は 11 点と重度麻痺に分類された．感覚は表在･深部覚共に中等度鈍麻．Grade-4/5MAL は 0 点

Action Research Arm Test(R/L)：52 点/4 点，握力(R/L)：25.4 kg/0 kg，FIM：44 点．また，COPM では「失敗回数を減らしてトイレへ行きたい」が遂行度・満足度共に 0 点であり「椅子に座ってご飯を食べる」では遂行度・満足度共に 1 点であった．

【OT 計画】

麻痺側上肢に促通反復療法・上肢機能訓練を実施.また，COPM にて目標設定，Grade-4/5MAL にて使用頻度を評価・共有し ADL 練習を実施．

【作業療法経過】

入院翌日から 1 週間，促通反復療法を行い随意性は向上したが基本動作・ADL の際，麻痺側上肢に注意は向かず動作時の使用が見られなかった.「左手はもう使えないよね」と発言もあった．そこで早期から COPM にて目標設定と共有，Grade-4/5MAL で使用頻度の評価を行った．また，本症例・他職種へ目標を共有し成功した際は「左手を使った方が上手ですね」など言語的説得により賞賛を与え麻痺側上肢の使用を促した．3 週目は「少しずつできることが嬉しいよ」と聞かれ麻痺側上肢を使用することで目標に近づくことができた．

【結果】

最終評価時は BRS が左上肢・手指Ⅳと変化し FMA-UE は 23 点と中等度麻痺に改善した．表在・深部覚共に軽度鈍麻．Grade-4/5MAL は 1.68 点と向上，ARAT(R/L)：54 点/13 点，握力(R/L)：26.2 kg/10.9 kg，FIM：66 点に向上．COPM は「失敗回数を減らしてトイレへ行きたい」が遂行度：5 点・満足度：6 点,「椅子に座ってご飯を食べる」では遂行度：10 点・満足度：8 点と向上がみられた．

【考察】

今回，著明な認知機能低下や高次脳機能障害がなく症例が主体となり発症早期から COPM にて重要な動作を目標に自己決定した．排泄や食事が内発的に動機付けられ自己効力感が高まり，動作練習に対して主体的に取り組むことができたと考える．Grade-4/5MAL では動作内で使用する場面を症例や他職種とも共有し，実際の排泄や食事場面において，言語的説得や賞賛を与えたことで自己効力感が高まり麻痺側上肢の使用頻度が向上したと考えられる．結果，目標に近づくという達成経験により効力予期・自己効力感が高まったことで内発的動機付けに繋がったと考えられる．最終評価時も結果を共有すると前向きな発言が聞かれ，今後も自己効力感を高めることで主体的に麻痺側上肢を使用し ADL 拡大に繋がると考えられる．今後は COPM や Grade-4/5MAL の共有，自己効力感の評価をした上で麻痺側上肢の使用頻度について経時的な変化を追っていきたい．

08　リストバンド型ウェアラブルデバイスを用いた身体活動量のモニタリング，フィードバックにより，身体活動量，疼痛の改善が得られた大腿骨転子部骨折術後の症例報告

○藤本 皓也　有川 瑛人，土持 功大　原口 友子　夏越 祥次
加治木温泉病院

【はじめに】

2018 年の回復期リハビリテーション病棟(回復期リハ病棟)協会の調査報告によると，整形外科系患者において，回復期リハ病棟から在宅復帰した患者の退院時平均 FIM は 99.5 点と高く，在宅復帰には高い身体能力が要求されている．また，大腿骨近位部骨折患者では，バランス機能低下，疼痛への回避行動によって身体活動量が低下することが報告され，日常生活における活動モニタリングの重要性が報告されている(Patel S, 2012)．

近年，スマートフォンやウェアラブルデバイスの普及に伴い，医療・健康分野における情報通信技術の重要性が高まっている．例えば，リストバンド型ウェアラブルデバイスは，24 時間の身体活動評価が可能で，行動変容や身体活動の促進等ができる．しかし，回復期リハ病棟での整形外科疾患患者に対し,ウェアラブルデバイスとリハビリテーションを併用したアプローチの報告は見受けられない．

我々は，大腿骨転子部骨折術後患者に対し，病棟内で杖歩行が自立になった時点から，リストバンド型ウェアラブルデバイスを着用し，日中の活動をモニタリング，フィードバックを実施し，身体活動量の安定，疼痛の改善が得られた症例を経験したので報告する．今回の発表にあたり，症例に説明を行い，同意を得ている．

【症例紹介】

80 歳代，女性，自宅で転倒し受傷した．入院前は夫と二人暮らし，ADL 自立で，要介護 1 であった．A 病院にて，骨接合術を施行され，X＋16 日に，当院回復期リハ病棟した．X＋54 日に病棟内杖歩行が自立となったため，リストバンド型ウェアラブルデバイスを着用し，日中の身体活動量を測定した．評価は 10m 歩行，Timeup Go test(TUG)，6 分間歩行，Functional Balance scale (FBS)，Numerical Rating Scale (NRS)を行った．

【方法】

身体活動量の指標は，歩数（歩/日）とし，測定には．三軸加速度センサーを内蔵するウェアラブルデバイス InBody Band2（InBody 社製）を用いた．AB デザインを用い，A 期は装着のみ，B 期は装着＋フィードバックを実施し，各期間は 2 週間に設定した．

【結果】

A 期では,過活動や活動のペーシング不良で，翌日に痛みが出現し，身体活動量が低下していた．B 期では，身体活動量のフィードバックを行うことで，身体活動量の安定，疼痛の改善が得られた．評価結果は，介入前-A 期-B 期の順に，10m 歩行は，杖：10.5-10.7-10.8 秒，独歩：11.2-13.2-10.9 秒，TUG では，杖：13.4-12.6-12.1 秒，独歩：13.5-14.0-13.0 秒，FBS は 44-45-49 点，6 分間歩行は 286-239-275m，NRS は 6-5-3 点であった．

【考察】

大腿骨転子部骨折術後患者に対し，病棟での移動が杖歩行となった時点から，リストバンド型ウェアラブルデバイスを用い，身体活動量のモニタリングを実施した．その結果，フィードバックをした期間に，身体活動量の安定，疼痛の改善が得られた．疼痛患者が，適切な活動のペーシングを獲得するためには，活動量を記録し，記録した活動量に対してフィードバックを行うことで，適応的な思考へと変化させることが可能とされている（井上，2016）．ウェアラブルデバイスを用い，日中の活動量を客観し，フィードバックを行なったことで，過活動や活動のペーシングを整えることができたと考える．今後は，症例数を蓄積し，介入の妥当性を検討していく必要がある．

09　認知症高齢者に対する人間作業モデルを用いた作業療法の効果　―１群前後比較研究―

○新川 正二[1)]　山田 孝[2)]
１)伊敷病院
２)一般社団法人日本人間作業モデル研究所，東京保健医療専門職大学，東京都立大学名誉教授

【はじめに】

わが国は，令和 7（2025）年に 65 歳以上の高齢者が 3677 万人に達すると見込まれ，総人口の約 30%を占めると予想されている．65 歳以上の認知症高齢者数と有病率の将来推計では，平成 24（2012）年は認知症高齢者数が 462 万人と，65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人（有病率 14.2%）であったが，令和 7（2025）年には約 5 人に 1 人（有病率 20%）になると推計され，効果的な認知症リハビリテーションが益々求められると考える．認知症高齢者に対する作業療法(OT)は，これまで多様な方法で実践されているが，その多様な実践の数に対する見合った割合の研究論文の数は少ない．山田らは，2017 年に認知症高齢者に対するプログラム計画のための文献レビューを実施している．この文献研究によると，認知症に対する OT において，近年，人間作業モデル（MOHO）に基づく作業による介入(MOHO-OT)の事例報告が増加しており，注目されているとしている．MOHO は，OT の概念的実践モデルの 1 つである．MOHO は意味のある作業を見出し，意志を働かせて作業に参加することに着目した実践モデルであり，人間を意志，習慣化，遂行能力の 3 つの要素からなるとし，環境と交流するシステムとして作業の側面から，心理社会的なレベルで人間を捉えている．

【目的】

本研究は，認知症高齢者を対象に，MOHO-OT により，認知症の改善と進行予防を検討する．

【方法】

認知症高齢者 7 名に，興味や生活で重要としている「意味のある作業」を実施した．改訂版長谷川式簡易知能スケール（ＨＤＳ-Ｒ），認知症行動障害尺度短縮版（ＤＢＤ13），人間作業モデルスクリーニングツール（MOHOST）の各総得点，MOHOST の 6 つの領域（作業への動機づけ，作業のパターン，コミュニケーションと交流技能，処理技能，運動技能，技能が評価される環境）の介入前と介入後のアウトカムの変化量の差の比較を，Wilcoxon の符号付き順位和検定によりそれぞれ検討した．各対象者への介入の頻度，時間，期間は，厚生労働省が示す個別リハビリテーションの基準をもとに設定し，週 4 回から 5 回，1 回につき 20 分から 60 分，３カ月間とした．なお，本研究の参加者であった対象者，対象者家族に評価や介入内容に関して，口頭と紙面による説明を行い，同意を得た上で実施した．

【結果】

HDS-R は，有意な改善がみられなかったが，DBD13 と MOHOST 内の半数以上の領域で有意に改善した．効果量では，DBD13 と MOHOST が効果量大を示した．

【考察】

以上の結果から，認知症高齢者に対し MOHO-OT を実践して，BPSD は有意差が認められ，効果量も概ね効果を示したことより，BPSD の改善を高めることがわかった．山田らは，興味や価値，役割，過去の習慣に基づく MOHO による作業が，脳の残存機能の活用や神経可塑性を促し，認知機能に良好な影響を及ぼしたと報告している．井口らは，BPSD の改善には，対象者にとって意味のある作業を用い，活動に参加する役割の獲得が有用であると報告し，また，青柳らは興味に基づく作業を契機とした介入は，様々な MOHO の構成要素の変化を駆り立てる対象者にとって「意味をなす作業」となり，BPSD の出現を激減させたと報告している.これらの知見と本研究の解析結果は,多くの共通点を示しており，従って，認知症高齢者に対する MOHO-OT の実践は有用と考えられる．アウトカム指標としての MOHOST の有効性については，篠原らは介入後の MOHOST の合計，作業への動機づけ，作業のパターン，技能が評価される環境，および HDS-R と DBD の得点も有意に改善したことから，MOHO-OT が作業機能の改善とともに，認知症の改善にも効果があることが示されたと報告している．本研究の MOHOST の結果も類似した変化を示しており，従って，MOHOST は認知症高齢者に対するアウトカム指標として有効である可能性があると考えられる．

10　作業療法活動で音楽を用いた事例報告

染川 航晴
加世田病院

【はじめに】

精神科作業療法において音楽を用いることがある．音楽を活動で取り入れる効果として，楽しむ機会や体験をすること，身体的な心地よさや安心感から生まれる精神的な落ち着きなど，身体性，精神性の相互に作用することが考えられる．また視聴する音楽の種類によって違いが生じるか比較を行いアンケート様式で実施した．その結果をここに報告する．

【調査方法】

作業療法活動に参加する現在精神科に入院中の 50 代から 90 代の男性 3 名女性 9 名を対象とする．

（対象者の主病名：統合失調症 4 名，統合失調感情障害 2 名，うつ病 1 名，全般性不安障害及び統合失調症 1 名，全般性不安障害 1 名，身体表現性障害 2 名，老年期精神病 1 名）

実施日は令和 3 年 7 月 5 日，7 月 12 日の 2 回行った．方法として活動開始 40 分後と音楽視聴直後に行う．7 月 5 日に患者になじみのある学校唱歌，7 月 12 日に J ポップなど高齢者に馴染みのない音楽をそれぞれ 30 分間鑑賞してもらう．

（質問項目として①音楽への興味,関心②現在の精神状態③視聴した音楽に興味,関心が持てたか）

なお，アンケートを基にした本稿の提出について所属施設長及び対象者の同意を得ている．

【結果】

1 回目のアンケートでは質問①に対し 12 名中 10 名が大いに関心あり音楽鑑賞が楽しみであると回答した．また 1 名が脳トレや創作活動など普段取り組んでいる他の種目より興味があると回答した．残り 1 名はあまり興味がない，聴くジャンルによっては興味がなくなると回答した．質問②では 1 名が非常にリラックスしている，6 名がいつもより少しリラックスしている，3 名が普段と大差ない，いつもより少しイライラしている，イライラしており落ち着かないと回答した方が各 1 名いた．音楽視聴後の質問②に対しては 4 名が非常にリラックスしている，1 名がいつもより少しリラックスしている，5 名が普段と大差ない，2 名がイライラしており落ち着かないと回答した．また，質問③に対し 5 名がとても興味・関心を持つことができた，4 名が少しは興味が持てた，興味をもつことはなかったが視聴できた，あまり興味は持てなかった，全く興味・関心が持てなかったと回答した方は各 1 名ずついた．

2 回目実施したアンケートでは質問②に対し 1 名が非常にリラックスしている，4 名がいつもより少しリラックスしている，5 名が普段と大差ない，いつもより少しイライラしている，イライラしており落ち着かないと回答した方が各 1 名いた．音楽視聴後の質問②に対しては非常にリラックスしている，いつもより少しリラックスしている，いつもより少しイライラしていると回答した方が各 2 名ずつ，5 名が普段と大差ない，1 名がイライラしており落ち着かないと回答した．また質問③に対し，2 名がとても興味・関心を持つことができた，3 名が少しは興味が持てた，3 名が興味をもつことはなかったが視聴できた，4 名があまり興味は持てなかったと回答した．今回のアンケートでは，高齢者に馴染みのある学校唱歌の方が，対象者の興味・関心を引くことができた．音楽を視聴した前後の精神状態の変化については大きな変化はみられなかったものの学校唱歌視聴後の方がリラックスできたと回答した数は多い結果であった．

【考察】

対象者が作業療法を通し興味，関心を持つことが楽しい作業療法活動となると考える．また，脳機能をより活性化させ賦活していくことにも繋がる．年齢や興味，関心を把握し，精神機能の回復段階に沿って作業種目を選択することが意義のある活動にあるのではないかと考える．

11　当院の予後予測スコア(PPI 値)と訓練内容の傾向

○西 愛美　酒井 宣政　濱添 信人　岩本 健　清水 孔営　小早川 葵
種子島医療センター

【はじめに】

緩和ケアにおけるがんリハビリテーション(以下がんリハ)の目的は患者の問題点や予後をアセスメントし,適切な時期に合った専門性のある手段を用いて患者やその家族の QOL を向上させる事である.そこで緩和予後指標(Palliative Prognostic Index：以下 PPI)を基にどの時期にどのようながんリハ介入を行っているのか調査することにした.なお,本研究は医の倫理審査委員会の承認を得ている.

【方法】

当院の電子カルテシステムを用いて過去 4 年分（期間：平成 28 年 4 月 1 日～令和元年 3 月 31 日）の診療情報を後方視的調査にて行った.データーは主治医が終末期又は Best Supportive Care と診断した以降で,がんリハ初回介入日から 1 週間の状態と最終介入している 1 週間の状態を情報収集し,PPI を抽出した.PPI は 3.5 以下(予後が 42 日以上の月単位)を A 群,6.5 以上(予後が 21 日以下の週単位)を C 群,その間を B 群と 3 区分に分け,実施している訓練内容を集計した.さらに国立がん研究センターが作成している資料やエビデンスがある緩和期のリハ内容を 12 項目に分類し,A,B,C 群の訓練内容を探った.また,患者とその家族の全人的苦痛やリハに対する要望を調べ,A,B,C 群の PPI の時期の訓練内容と比較した.その他の基本情報は年齢,性別,がん腫,転移の有無,Functional Independence Measure（以下 FIM),介護保険の有無,外出泊の有無,居宅訓練の有無の以上の項目を統計解析した.

【結果】

対象者は 110 人で男性 70 人,女性は 40 人. 平均年齢は 77 歳(±10.4 歳)だった.データーは総計で 207 例集まった.原発巣は肺がん,膵がん,胃がんの順で多かった.訓練内容は A 群が Relaxation Massage(以下 RM),運動.B 群は RM,運動,ADL 訓練.C 群は RM,リンパドレナージ,安楽姿勢の調整だった.患者とその家族の要望は A,B,C 群で自宅退院が最も多く,希望する訓練も提供する訓練内容とほぼ一致していた.在宅支援は A 群が 12 名,B 群が 8 名,C 群が 11 名だった.統計解析はカイ二乗検定を使用し,PPI の ABC 群と訓練内容,がん腫,介護保険の有無,患者とその家族の希望で統計的に有意(P＜0.05)だった.

【考察】

WHO が推奨している緩和期における訓練内容は月単位で積極的な運動機能訓練などを図り,週単位では痛みのケアや心理面での支援が必要であると示している. A 群では RM,運動と多く,積極的な離床訓練が可能で,患者の要望も運動が多かった.また,B 群では A 群と C 群の中間期であり, 積極的な離床は難しいが環境調整などを図りながら離床可能な時期であり,訓練内容も運動や ADL 訓練を実施していた.C 群は RM やリンパドレナージ,安楽姿勢の調整が多く,心理的なサポートや患者の痛みや浮腫に配慮した介入が多かった.研究結果より患者の予後を評価し, その時期にあった訓練内容が選択されていると解釈する. また,患者とその家族の希望と訓練内容は一致しており, 介入するセラピストが患者や家族の要望を取り入れ,PPI の時期と要望に沿った訓練を選択していることが示唆される. また,今回は患者とその家族の希望をカルテから後方視的調査で収集したため,今後はアンケートで聴取するなどの課題は残る. さらに今回は理学療法,作業療法における専門性の調査に至らず,今後の課題に残る.

12　腱板断裂を合併し左上肢麻痺を呈した一例　－実用手の獲得と在宅復帰を目指して－

○中森 純香　濱添 信人　上野 瞬　大田 巧真　馬込 健太朗
種子島医療センター

【はじめに】

軽度から中等度の麻痺に対して促通反復療法(以下 RFE)は脳卒中治療ガイドライン 2015 でグレードＢとされている．また腱板断裂を合併した脳卒中患者の先行研究は少ない．今回,左腱板断裂を合併し左片麻痺を呈した症例に対し肘・前腕・手指に RFE,机上課題を行った．並行して上肢機能の状態に合わせ日常生活動作(以下 ADL)練習,自主練習指導を行ったことで実用手を獲得し在宅復帰が可能となったため,以下に報告する．本報告にあたり公表についての説明を患者に行い,書面を持って同意を得た．

【事例紹介】

70 歳代男性,右利き．X 年 Y 月 Z 日に右ラクナ梗塞を発症．既住歴は高血圧,糖尿病,入院前に左腱板断裂を合併している．発症前は独居,ADL 自立．本人の主訴は左手が動くようになりたい.真面目でリハビリ意欲が高い.

初期評価（Z+18～24 日）は Brunnstrom recovery stage(以下 BRS)左上肢,手指Ⅳ,左肩関節可動域は屈曲 65°,外転 50°,外旋 35°,握力 7.0 ㎏.機能的自立度評価法(以下 FIM)は 88 点,Action Research Arm Test(以下 ARAT)は 7 点で GRASP1 点,GRIP3 点,PINCH0 点,GROSS MOVEMENT3 点,簡易上肢機能検査(以下 STEF)は実施困難だった.

【方法】

第 1 期(Z+18～36 日)は 1 日 60～80 分間の治療で肘・手関節屈伸,手指伸展・対立,母指掌側外転の RFE,机上課題,関節可動域訓練を実施．第 2 期(Z+37～77 日)は前腕回内外の RFE に加え握力強化,自助具を用いた更衣・入浴練習実施．自主練習は物品操作,ADL で左上肢を使用するように指導を行った．第 3 期(Z+78～98 日)は自助具なしの洗体・家事練習を実施.

【作業療法経過】

中間評価(Z+48～55 日)は BRS 左手指Ⅴ,握力 9.0 ㎏,FIM108 点へ向上．ARAT は 30 点で GRASP8 点,GRIP8 点,PINCH5 点,GROSS MOVEMENT9 点,STEF は 46 点と改善した.

【結果】

作業療法介入により BRS 左手指Ⅴ,握力 14.6 ㎏,FIM117 点となった．ARAT は 43 点で GRASP14 点,GRIP12 点,PINCH8 点, GROSS MOVEMENT9 点,STEF は 73 点と改善し実用手獲得,在宅復帰が可能となった.

【考察】

退院後の生活を見据え,左肘,前腕,手指の分離性低下に着目し RFE 中心に介入を行った．また左肩関節は疼痛がない範囲で関節可動域訓練,筋力強化を行った．初期評価は手指の分離運動が不十分だったが中間評価では手指の BRS,上肢機能検査の点数が改善した．RFE は個々の指の分離運動を促進する手技で BRSⅢ以上の片麻痺患者に対し RFE 後に物品操作訓練を継続することで ARAT の改善が優位に見られたと報告がある．今回,RFE,机上課題の実施で手指の麻痺が改善したと考える．さらに近藤はエビデンスに基づけば訓練強度や量を増やすことでリハビリ効果は様々な面において増大し,効果が持続するのは獲得した機能や ADL を患者自らが使い続ける場合のみであると述べている．症例が自主練習に積極的に取り組んだことで個別リハビリ外での訓練量が確保でき,結果として手指の随意性向上に繋がったと考える．中間評価以降,ARAT の点数は停滞しその要因として PINCH の困難さと腱板断裂の影響により上肢挙上を伴う項目が実施困難であったことが考えられる．介入の中で右上肢を代償した ADL だけでなく両手を使用した ADL,家事動作が可能となり実用手獲得,在宅復帰へと繋がった.

メ　モ

KAGOSHIMA 協賛施設

有限会社　リハシップ あい

リハビリは病院だけじゃない。
「地域」だからできることもある。

代表取締役
川本愛一郎

『利用者様と農作業』

『地域の保育園へ利用者様が作った積み木の贈呈』

『地域のお祭りへ参加』

地域の ど真ん中 企業!!

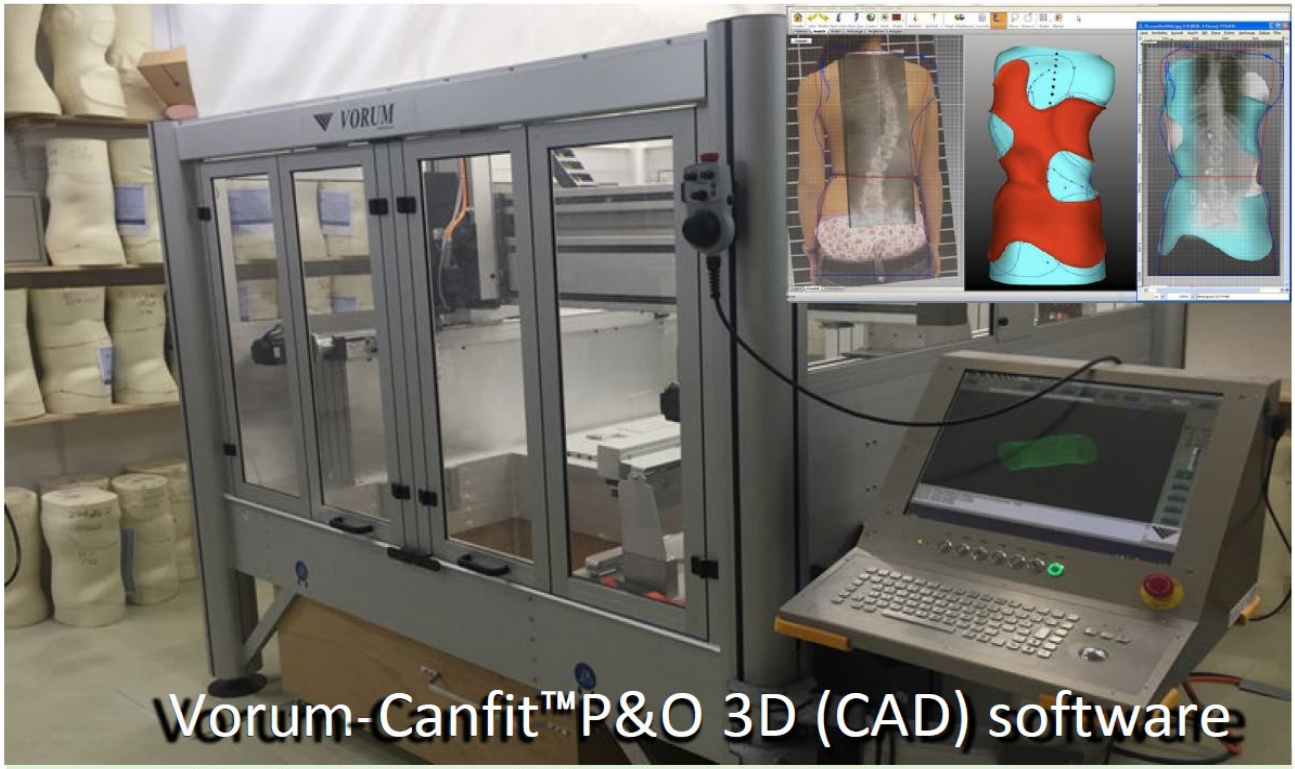
『子どもたちと川遊び』

『利用者様とサツマイモ収穫』

（本社）
〒899-0216　鹿児島県出水市米ノ津429
Tel(0996)67-0819　Fax(0996)79-4300

HP　問い合わせ

協賛施設



株式会社 北義肢製作所
〒890-0015 鹿児島市草牟田町3-16Tel 099-223-5053 Fax 099-226-8460

協賛施設

福祉用具レンタル・販売・住宅改修

リバティのECサイト
オープンしました！
皆様の会員登録を
お待ちしています。

LIBERTY

■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

児童発達支援・放課後等デイサービス

特定非営利活動法人　サポートロコペリ

将来の自立に向けた支援は
「遊び」からはじまります。
必要なのは、「できる！」という自信と喜び
専門家として子ども達と関わりあいながら、
「これ好き！」「できた！」「うれしいな！」
を一つでも多く増やすお仕事を
してみませんか？

療育に携わる
作業療法士さんを募集
しています。
詳しくは
お電話ください。
TEL:0995-73-5565

〒899-5241
鹿児島県姶良市加治木町木田5348－134

サポートロコペリ
Support Locopelli

KAGOSHIMA

協賛施設

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

［谷山キャンパス］〒891-0113 鹿児島市東谷山3-31-27 ／ TEL:099-260-4151
［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

本校HP ▶

［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／幼保連携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／原田学園そうだん支援事業所

協賛施設

医療法人 三州会　大勝病院

◆ リハビリセンター理学療法・作業療法・言語聴覚療法・物理療法が集結 ◆

◆ 最先端のリハビリ機器を活用した身体機能・高次脳機能へのアプローチ ◆

◆ 身体障害分野では珍しい陶芸やリハビリ庭園での農作業等の様々な趣味活動が実施できる環境も整っています （陶芸・革細工・藤細工・タイルモザイク・紙細工・農園）

診療科目 ： 脳神経内科
　　リハビリテーション科
病 床 数 ： 321床
　　一般～急性期60床
　　特殊疾患33床
　　療養～回復期リハ病棟60床
　　地域包括ケア病棟42床
　　療養病棟126床

〒890-0067
鹿児島市真砂本町３番９５号
TEL 099-253-1122
FAX 099-254-9643
URL https://ookatsu.jp/

協賛施設

公益財団法人慈愛会 今村総合病院

鹿児島市鴨池新町11-23

☎099-251-2221

病床数 428 床（一般 330 床、回復期 50 床、精神 48 床）

リハビリテーションスタッフ募集中!!

(PT・OT・ST)

求人に関するお問い合わせ先

公益財団法人慈愛会　　総務人事部　総務人事課

T　E　L　:099-256-0311

e-mail : jinzai@jiaikai.jp

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）

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

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。

E-mail: jiseikai@welfare-kyusyu.or.jp
http:// www.wkh.or.jp