



第3回  
精神・心理領域理学療法部門研究会  
抄録集

テーマ  
今後の精神科理学療法を考える

研究会長：甲田 宗嗣

会 期：2018年3月11日（日）

会 場：AP西新宿 Cルーム 5F

主 催：日本理学療法士学会 精神・心理領域理学療法部門

## 目次

第3回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて .....	2
研究会日程表 .....	3
会場案内 .....	4
参加者の皆様へ .....	6
発表者の皆様へ .....	8
座長の皆様へ .....	8
日本理学療法士協会生涯学習システム単位認定について .....	8
シンポジウム .....	9
一般演題プログラム .....	13
一般演題抄録 .....	15
運営幹事名簿 .....	34

## 第3回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて

第3回精神・心理領域理学療法部門研究会 研究会長 甲田 宗嗣

平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」の報告では、重度慢性入院患者が1年以内に退院できなかつた主な本人側の理由として、精神症状のため（62.5%）、問題行動のため（34.3%）、IADLの低下（17.9%）、ADLの低下（17.7%）の順で多く（いずれも医師が評価）、日常生活活動の低下が退院を阻害する主要な因子の一つとなっていることが示されている。さらに、厚生労働省「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」（平成24年）の報告書において、「長期在院者の病棟等の人員体制については、退院支援や生活支援等の患者像に応じた支援を提供できるよう看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする」と提唱されており、精神科病棟入院患者の適切な退院支援にあたっては理学療法士の関与が必要と示されている。

最近では、平成28年から29年にかけて厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」が開催され、この検討会の論点の中に精神科病床の機能分化や精神障害者の居宅支援などが挙げられ、ICFの基本的考え方を踏まえた多職種による退院促進に向けた取り組みや多職種のチームによる訪問支援（アウトリーチ）などにおいて、理学療法士が貢献できる可能性があるものと思われる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたり、理学療法士の関与できる可能性は少なくないと思われるが、現状において精神科における理学療法士の活動報告は多いとは言えず、学術活動を通じて広く啓発を図る必要があると考えている。第3回精神・心理領域理学療法部門研究会では、「今後の精神科理学療法を考える」をテーマに研究会を開催し、同テーマでのシンポジウムを企画した。また、一般演題については19演題の登録を得、活発な意見交換を期待したい。

## 研究会日程表

2018年3月11日（日）

9：00～9：30

---

受付

9：30～9：35

---

開会式

9：35～10：45

---

一般演題 1

10：55～12：05

---

一般演題 2

12：05～13：05

---

昼食

13：05～14：35

---

シンポジウム

14：45～15：45

---

一般演題 3

15：45～16：45

---

一般演題 4

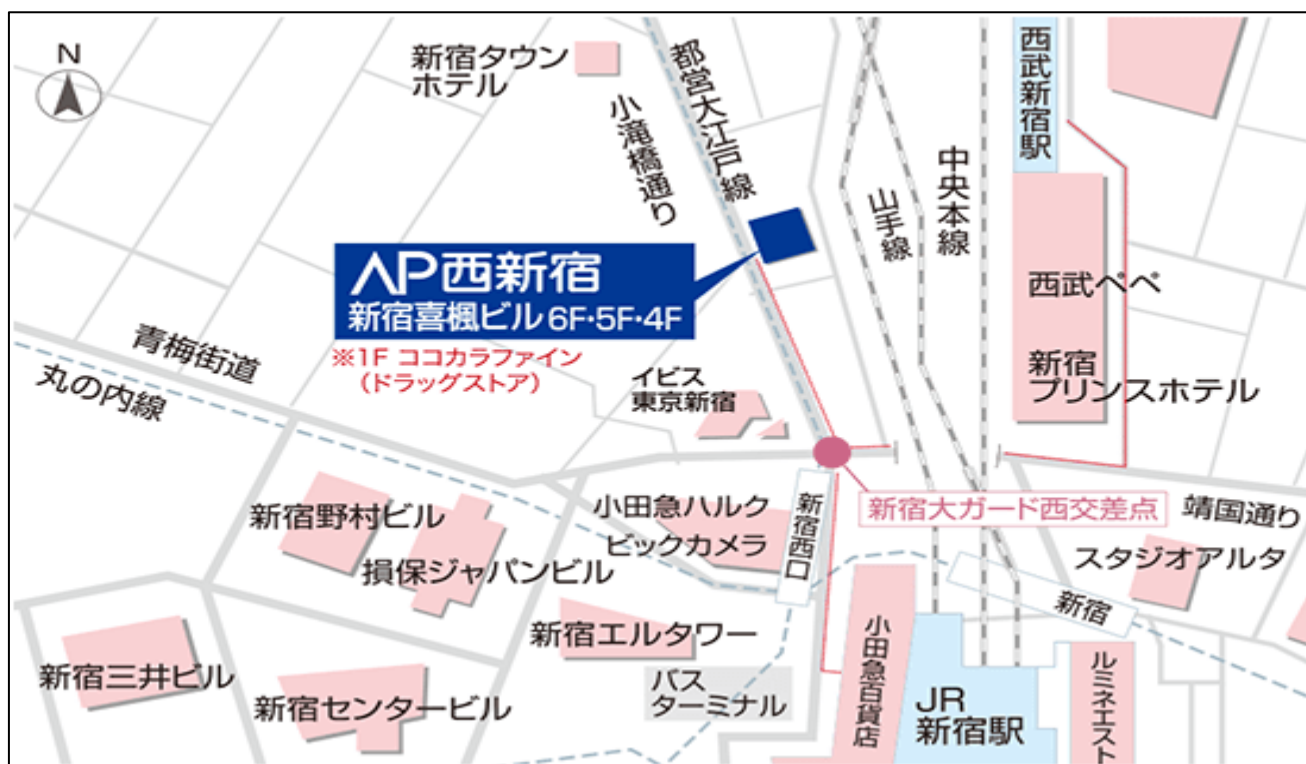
16：45

---

閉会式

## 会場案内

会場：AP 西新宿 Cルーム（5F）



### 所在地・電話番号

〒160-0023

東京都新宿区西新宿7丁目2番4号 新宿喜楓ビル 6F・5F・4F

Tel：03-5348-6109 Fax：03-3364-3109

### 交通アクセス

- ・JR線「新宿」駅中央西口から徒歩6分
- ・小田急/京王/都営新宿線「新宿」駅徒歩6分
- ・大江戸線「新宿西口」駅D5出口徒歩1分
- ・西武新宿線「西武新宿」駅徒歩5分

### 周辺駐車場

新宿サブナード駐車場 400台 新宿区歌舞伎町1-2-2 24時間営業 320円/30分

新宿駅西口駐車場 380台 新宿区西新宿1 24時間営業 320円/30分

## 周辺宿泊施設紹介

東急ステイ 新宿 〒160-0022 新宿区新宿 3-7-1

Tel : 03-3353-0109 Fax : 03-3353-0106

東急ステイ 西新宿 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 5丁目 9-8

Tel : 03-3370-1090 Fax : 03-3370-1099

東急ステイ 四谷 〒160-0004 東京都新宿区四谷 2-1

Tel : 03-3354-0109 Fax : 03-3354-0191

イビス東京新宿 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7-16-15

Tel : 03-3361-1111 Fax : 03-3369-4216

新宿タウンホテル 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7-16-15

Tel : 03-3365-2211

西新宿ホテルマイステイズ 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 7-14-14

Tel : 03-6894-3939

新宿プリンスホテル 〒160-8487 東京都新宿区歌舞伎町 1-30-1

Tel : 03-3205-1111 Fax : 03-3205-1952

ホテルローズガーデン 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 8-1-3

Tel : 03-3360-1533 Fax : 03-3360-1633

西鉄イン 〒160-0023 新宿区西新宿 7丁目 23-2

Tel : 03-3367-5454 Fax : 03-3367-5456

## 参加者の皆様へ

### 1. 研究会受付

- 1) 事前受付期間は現金振り込みの場合2018年2月20日（月）、クレジットカード（会員の  
み）の場合2018年3月2日（木）です。
- 2) 受付は、AP西新宿Cルーム入り口で行います。
- 3) 当日の受付手順
  - ✓ 日本理学療法士協会会員で事前参加登録をされた方は、日本理学療法士協会会員証をお  
忘れにならないようご持参ください。
  - ✓ 当日までに受講料未納の場合は、当日参加登録表にご記入いただきますので、ご了承お  
願い致します。
  - ✓ 参加証をお配りしていますが、ひかえに名前を書いて、受付にお渡してください。
  - ✓ 日本理学療法士協会会員で事前参加登録をされず当日参加される方も、日本理学療  
法士協会会員証を持参してください。参加登録票に必要事項を記入していただき、  
参加費は後日請求となります。
  - ✓ カード払いにしていない方で、当日までに未納のかたは念のため、後程請求が追い  
やすいように当日参加用紙を記載していただく必要があります。
  - ✓ 会員証をお忘れのPT協会会員については、システム検索が可能なので、支払いの必  
要はありません。
  - ✓ 当日その場で支払いをしていただくのは、協会外の方々のみになります。
  - ✓ 日本理学療法士協会非会員（一般・企業等）の方は、受付にあります参加登録票に、  
氏名、所属などの必要事項をご記入の上、参加費とともに受付へお渡してください。
- 4) 抄録集は本学会ホームページ(<http://jspt.japanpt.or.jp/ioptmh/>)に掲載して あり  
ますので、そちらをご覧ください。なお当日受付にて抄録集（冊子）をお渡しいたしま  
す（無料）。

### 2. 学術集会参加費

- 1) 会 員：事前参加登録 5,000 円， 当日参加登録 6,000 円
- 2) 非会員：理学療法士 8,000 円， 他職種 5,000 円
- 3) 学 生：1,000 円

\*当日の円滑な受付業務遂行のため、なるべく事前登録にご協力ください。なお、事前登録  
者数によっては、当日の参加登録を制限する場合がありますのでご了承ください。期間  
が過ぎていた場合、お問い合わせください。

### 3. 会場内の注意

1) 撮影・録画・録音について

著作権および個人情報保護の関係上、会場内におけるカメラ、携帯電話などでの撮影・録画・録音を禁止いたします。

2) 携帯電話の使用について

会場内では携帯電話の電源を切るか、マナーモードにてご使用下さい。プログラム中の通話は禁止いたします。

3) 非常口の確認

緊急・非常時に備えて必ず各自で非常口の確認をお願いいたします。

4) 喫煙について

館内に喫煙室がございますので、喫煙をされる方はそちらでお願い致します。

5) 飲食について

会場内での飲食は可能ですが、ゴミはお持ち帰りください。

### 4. その他

1) 昼食については各自でご準備下さいますようお願い致します。

2) クロークはございませんのでご了承ください。



## 発表者の皆様へ

- 1) 本研究会の一般演題は口述発表のみです。
- 2) スライドデータは、[sae1076@yahoo.co.jp](mailto:sae1076@yahoo.co.jp)宛に電子メールで提出してください。受取確認のメールをいたしますが、提出後5日経過しても受取確認のメールがない場合には、研究会事務局（本抄録集末尾に記載）へご連絡ください。スライドデータは5MB未満になるように努め、超過する場合はデータ送信サービスを利用してお送りください。提出期日は平成30年3月8日（木曜日）とします。期日を過ぎた場合は、当日にUSBメモリーにてご持参ください。
- 3) セッション開始時刻の5分前までに会場内で待機してください。
- 4) 発表時間は、発表7分、質疑応答7分となっております。発表終了1分前と終了時に合図をいたします。
- 5) 発表用コンピュータはWindows PC（OSはWindows7）のみです。プレゼンテーションソフトはWindows版Power Point 2007～2013で作成してください。
- 6) 動画機能およびアニメーションの使用は誤動作の原因になりますので、原則禁止とします。
- 7) PCにコピーしたデータは、会期終了後に大会主催者側で責任を持って削除いたします。

## 座長の皆様へ

- 1) 参加受付コーナーにて、担当セッション開始30分前までに座長受付をお済ませください。
- 2) 担当セッション開始時刻の5分前までに会場内へお越しください。
- 3) 発表時間は、発表7分、質疑応答7分となっております。発表終了1分前と終了時に合図をいたします。予定時間内で十分な議論が出来るようお願いいたします。
- 4) 発表内容が本誌抄録と大幅に異なる場合には、その場で厳重な注意をしてください。

## 日本理学療法士協会 生涯学習システム単位認定について

専門理学療法士ならびに認定理学療法士資格取得および更新に関わる履修ポイントについて、以下のとおり取得できます。

参加ポイント	20ポイント
発表ポイント	10ポイント
座長ポイント	10ポイント

## シンポジウム

### 「今後の精神科理学療法を考える」

13 : 05 ~ 14 : 35

野崎展史 （厚生労働省 理学療法士）

上 蘭紗映 （平川病院 理学療法士）

小沢成子 （武蔵野中央病院 精神科看護師長）

座長： 仙波浩幸（日本保健医療大学保健医療学部 教授）

## シンポジウム 今後の精神科理学療法を考える

---

### 予防・健康づくりの推進に関する政策の動向と 精神心理領域における理学療法士の可能性

厚生労働省保険局保険課 野崎展史

現在、厚生労働省保険局保険課では、データヘルスという政策の中で、保険者機能の強化を推進し、働く人の予防・健康作りに取り組んでいる。予防・健康づくりの推進においては、「未来投資戦略 2017—Society 5.0 の実現に向けた改革—」にもその重要性が明記され、厚生労働省はもとより、経済産業省やスポーツ庁など、省庁の垣根を越えてさまざまな施策が実施されている。

本シンポジウムでは予防・健康づくりの最新の政策トレンドを紹介しながら、その中で、精神・心理領域における取組の可能性について考えていきたい。また理学療法士協会でも職域拡大に関する活動を担当していた時の取組もいくつか紹介する。理学療法士を取り巻く環境を整理しながら、精神心理領域分野におけるこれからの理学療法士の可能性について考えたい。

## シンポジウム 今後の精神科理学療法を考える

---

### 今後の精神科における理学療法について ～現場理学療法士の立場から～

平川病院 リハビリテーション科 上菌紗映

本邦の精神科医療では歴史的に作業療法士が担ってきた経緯があり、理学療法士は精神医学の授業はあるものの、本来業務ではないという認識で過ごしてきた。しかし、全国の病床数の1/5を精神科病床が占めていることと、高齢社会に伴い認知症への対応が急務であり必須となってきたこと、何より、我々理学療法士が接するほとんどすべての障害を持つ方々は、身体疾患に付随して何らからの精神・心理的問題を抱えていることなどから、理学療法士の精神心理領域への理解は強く求められるものとなってきた。そして、精神疾患は、DALYの報告でも健康寿命を損なう疾患でも上位に挙げられ、本邦でも統合失調症の平均年齢が全国民の平均年齢よりも20年近く短いことが報告されている。今後、理学療法士がどのように国の健康問題に関わっていくか、一人ひとりが意識していく必要がある。

今回は、部門を構成する会員の概要や、会員を対象に行ったアンケートを集計し紹介した上、診療報酬改訂や現場の状況から、今後当部門として、現場理学療法士としてどのように行動していくべきかどうかについて、話題提供を行う予定である。

## シンポジウム 今後の精神科理学療法を考える

---

### 精神科病棟での理学療法

武蔵野中央病院・精神科病棟看護師長 小沢成子

武蔵野中央病院は、昭和31年（1956年）創立者の牧野総一郎先生により、「限りない心の奉仕をクランケに」の言葉と共に歩み始め、平成2年（1990年）全面改築の際、内科を拡充し内科98床、精神科210床の「心と体」を支える病院として、理学療法も充実してきた。

当初、理学療法は内科中心であったが、精神科に入院している患者の高齢化が進み、転倒する事故が目立ち始め、骨折に至る事例もでてきた。骨折の手術は他院で受けられるが、その後のリハビリは十分にされず返されることがほとんどで、当院でのリハビリが必要となったため、理学療法が精神科にも入るようになり、さらに理学療法士の入院中の精神障害者の体力や転倒についての研究が始まり、予防の為に病棟内体操や、体力測定などが行われることとなった。

また、歩行の不安定な患者の筋力アップのための個別プログラムや、呼吸状態の悪い患者の呼吸リハなど、積極的な取り組みが行われた。

精神科の患者というだけで、一般病院では受け入れが困難でしかも十分なリハビリも受けられないのが現状である。しかし、精神科に理学療法があることで車椅子から杖歩行そして独歩と患者のQOLはあがり、豊かな入院生活が送れ、地域に戻るきっかけになるのではないかと考える。現実にリハビリ目的の入院の依頼も増え、いまもリハビリに励む患者がいる。

さらに当病院は、摂食機能訓練に力を入れており、そこにも、姿勢・テーブルの調整など理学療法の専門的なアドバイスを受け大きな効果をあげている。食えること、動くこと、考えることは生きることに繋がり、人間にとって無くてはならない物であるなら、精神科の患者であっても心も体もある、「ひとりの人間」である事を多くの人々に伝えていく必要を感じている。

## 一般演題プログラム

### 一般演題セッション1 調査・統計

9：35～10：45

座長：小森武陸（大阪河崎リハビリテーション大学）

- 1-1 精神療養病棟における身体的リハビリテーションの必要性  
北風草介　メープルヒル病院
- 1-2 統合失調症患者の栄養状態の調査  
細友花　武蔵野中央病院リハビリテーション科
- 1-3 児童福祉分野での理学療法士の役割  
藤崎英珠芳　特定非営利活動法人スマイルクラブ
- 1-4 理学療法士の精神障害者に対する肯定的態度について  
小澤純一　福井県立病院リハビリテーション室
- 1-5 個々の認知症患者に適した安価なりハビリ機器の実現可能性  
市村大輔　平成扇病院リハビリテーション科

### 一般演題セッション2 症例検討1 統合失調症

10：55～12：05

座長：濱田賢二（医療法人社団光生会平川病院）

- 2-1 理学療法によって動作能力が向上し独居が可能となったがそのゴールが更なる運動機能の低下を引き起こした統合失調症を有する症例  
杉輝夫　湘南病院リハビリテーション室
- 2-2 持続的な疼痛に対する行動療法により歩行機能が改善した1症例  
上川亜梨紗　平成扇病院リハビリテーション科
- 2-3 送りたい生活の実現に向けた退院支援が出来た事例  
安田昌弘　高岡病院
- 2-4 多発外傷を生じた若年女性へのリハビリテーション  
古屋真美　平川病院リハビリテーション科
- 2-5 自己感の生起によりトレンデレンブルグ歩行が改善した1症例  
山中遼平　芸西病院

一般演題セッション3 精神疾患

14:45~15:45

座長: 加賀野井聖二 (芸西病院)

3-1 EICU に入室した自傷・自殺企図症例患者に対するリハビリテーションの現状について

川田 稔 倉敷中央病院リハビリテーション部

3-2 精神疾患を有する医療・介護関連肺炎患者の歩行再獲得に関わる因子の検討

神田孝祐 秋津鴻池病院リハビリテーション部

3-3 精神疾患の有無における FIM の回復の違い

倉持正一 ホスピタル坂東

3-4 多施設共同による精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者に対する理学療法の現状調査

下平貴弘 ためなが温泉病院

3-5 精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者における理学療法終了時 FIM 運動項目に影響する因子の検討

石橋雄介 秋津鴻池病院リハビリテーション部

一般演題セッション4 症例検討2

15:45~16:45

座長: 甲田宗嗣 (広島都市学園大学)

4-1 上腕骨近位端骨折術後に上腕骨頭内反変形を呈したうつ病を有する症例

辻畑智広 阪南病院身体リハビリテーション室

4-2 解離性/転換性障害により廃用症候群をきたしリハビリに難渋した症例

渡邊延彦 ホスピタル坂東

4-3 うつ病によりリハビリ介入が難渋した一症例に対する有酸素運動の介入

川野裕亮 平成扇病院リハビリテーション科

4-4 多職種連携により二次的合併症の予防と認知機能の改善が認められた脳梗塞の1症例

大塚裕之 平成扇病院リハビリテーション科

### 1-1 精神療養病棟における身体的リハビリテーションの必要性 ～当院の実態調査～

○北風草介 甲田宗嗣 中川敬汰 竹中 奨 金井秀作  
メープルヒル病院

【はじめに】今回、我々が介入していない精神療養病棟において、廃用症候群を含めた疾患別リハビリテーションの必要性の有無を、現場職員にアンケート調査として実施した。

【対象】精神療養病棟である2病棟の看護職員20名（経験年数：1年～36年）及び介護職員13名（経験年数：4年～17年）の合計33名とした。病棟の患者層は統合失調症、気分障害等の精神疾患を有する患者100名（66±12歳）であった。

【方法】半構造化した自由記載式のアンケートを配布し、4項目の回答を調査した。結果をカテゴリ化し、傾向を考察した。

【倫理的配慮】本研究は当院の倫理委員会にて承認を受け、対象者に研究の説明と同意を得ている。

【結果】アンケートの回収率は96.6%であった（合計33名）。PTの介入が必要であると感じる事では、動作能力の低下に対する対応や廃用症候群の予防が最も多く、次いで評価や職員教育であった。患者支援で難しいと感じる場面は、薬の副作用と思われる言語不明瞭、また認知機能低下によるコミュニケーション不良が最も多かった。看護・介護で困る時は、言語不明瞭、また認知機能低下によるコミュニケーション不良が最も多く、不穏や暴力、介護抵抗も多かった。身体的リハに期待する事は、動作能力向上が最も多く、次いで廃用症候群の予防が多かった。

【考察】職員が最も困っている点は、身体項目では動作練習を含めた廃用症候群予防であり、認知項目では、意思疎通や問題行動の出現であった。職員は、患者との関わりの中で、円滑に意思疎通ができないことを問題視する傾向があり、問題行動のきっかけは、精神疾患の症状が原因となることよりも、薬剤性パーキンソニズムによる構音障害や認知機能低下が原因となることが多いように思われた。患者との良好な意思疎通は活動全体を改善させるために、重要であり、今後、精神科入院患者の日常生活動作における運動項目、精神項目の特徴を詳細に調査する必要があると思われた。



## 1-2 統合失調症患者の栄養状態の調査

○細 友花 細井 匠  
武蔵野中央病院リハビリテーション科

【はじめに】低栄養の患者にリハビリを行うと,栄養状態の悪化や筋力低下につながる可能性が高い.精神疾患患者は不規則な生活習慣をきたしやすく,さらに食思不振や拒食等によって低栄養状態になる可能性が高いことが予想される.しかし,精神科に入院している患者の栄養状態について調査した研究は少ない.

【対象】2017年7月末までに,継続して1年以上入院している統合失調症患者81例を対象とした.

【方法】低栄養の指標として,BMIは $18.5\text{kg/m}^2$ 未満,Albは $3.8\text{g/dl}$ 未満,TCは $140\text{mg/dl}$ 未満,Hbは男性 $13.0\text{g/dl}$ ,女性 $12.0\text{g/dl}$ 未満とし,診療記録から情報収集した.また,全18項目の質問からなる簡易栄養状態評価表(以下,MNA)を用いて栄養状態を評価した.その他,運動習慣がある人数,生活習慣病(糖尿病,脂質異常症,高血圧)の合併者数,抗精神病薬および下剤の処方の有無を調査した.

### 【倫理的配慮】

対象者にはあらかじめ研究内容について説明を行い,同意を得た者のみを対象者とした.

【結果】各栄養指標の平均値は,BMIが $19.9\pm 3.3\text{kg/m}^2$ ,Albは $3.7\pm 0.4\text{g/dl}$ ,TCは $171.8\pm 32.9\text{mg/dl}$ ,Hbは $12.2\pm 1.6\text{g/dl}$ であった.MNAでは86.4%の対象者が低栄養または低栄養のおそれがあると判定された.運動習慣があった者は43.2%,生活習慣病合併者は40.7%であり,糖尿病食等の食事制限されている者は32.1%であった.また,服薬では抗精神病薬が87.7%,下剤は82.7%であった.

【考察】Albの平均値が基準値を回っており,MNAにおいても86.4%が栄養状態不良と判定された.これらの原因としては,糖尿病食等低カロリーの食事を摂っていることや,下剤による栄養吸収不足が考えられる.そして,理学療法士が実施するリハビリが,低栄養状態を助長させている可能性があることも示唆される.今後,低栄養状態の患者と栄養状態良好な患者との身体機能の差の検討,および,医師や管理栄養士,薬剤師等との多職種連携を通して,栄養面へのアプローチを進めていく必要がある.

### 1-3 児童福祉分野での理学療法士の役割

○藤崎英珠芳

特定非営利活動法人スマイルクラブ

【はじめに】2012年児童福祉法の改正により障害児通所支援（児童発達支援・放課後等デイサービス）が制度化し利用者は増加しているなか，発達障害に関わる理学療法士（以下PT）は少なく、児童福祉施設で働くPTは全体の1%未満である（日本理学療法士協会）。当事業所での活動内容，利用者の傾向から，児童福祉分野でのPTの役割を考察する。本報告実施にあたり，利用者に口頭と文書による説明を行い書面による承諾を得ている。

【活動紹介】当事業所はPT，保育士，体育教師と多職種の指導者が個別で1時間運動指導を行う。内容は学校の体育種目（マット，跳び箱等）を中心に、運動の楽しさや，運動を通じたコミュニケーション能力向上を図っている。

【方法】対象は2017年12月15日時点在籍の81名（児童発達支援27名，放課後等デイサービス54名），平均年齢 $7.6 \pm 2.8$ 歳。紙面によるアンケートを行い，在住地域・診断名・利用目的・服薬状況について調査した。回収率は83.9%（68名）である。

【結果】在住地域は市内66名，県内12名，県外3名。診断名は発達障害68件，遺伝性疾患10件，神経筋疾患8件，呼吸器疾患8件，循環器疾患7件，その他22件。利用目的は基本的運動能力向上66件，自己効力感関連20件，社会性向上16件，体育の補填18件，運動機会獲得12件，二次障害予防6件，その他10件。服薬（漢方含む）している利用者は28名であった。

【考察】当事業所は運動に特化していることもあり，利用目的は身体機能に関するものが大半を占め，運動目的に遠方からも利用があり運動の需要が高いといえる。障害児通所支援では医学的リハビリテーション終了後の機能低下防止，社会参加拡大が目的となる（高橋明彦，2016）。発達運動学に基づいた個別の運動指導や身体機能評価，疾患に対する情報提供，二次障害予防に向けた装具・福祉用具の提案でPTの専門性を活かせると考える。また多職種で共通化できるツールの開発がサービスの均一化，情報共有のための課題である。

#### 1-4 理学療法士の精神障害者に対する肯定的態度について

○小澤純一<sup>1)</sup> 矢部信明<sup>2)</sup> 板本直明<sup>3)</sup>

1) 福井県立病院 リハビリテーション室 2) 福井赤十字病院 リハビリテーション科

3) 嶋田病院 リハビリテーション部

【目的】近年，精神疾患患者の高齢化に伴い，身体合併症への診療ニーズが増大している．理学療法士が精神疾患患者に関わる機会も増加していくと考えられるが，看護師などの他職種と比較して精神科領域の卒前卒後教育を受ける機会は乏しい．理学療法士の資質について議論される機会が増えているが，精神科領域に関わる専門職としての資質についての議論は十分なされていない．今回，理学療法士の精神障害者に対する肯定的態度を調査し，考察を加えて報告する．

【対象】一般病院に勤務する理学療法士（65名）と，精神科病棟に勤務する看護師（87名）の合計152名を対象とした．

【方法】対象者に，質問紙によるアンケート調査を実施した．調査内容は，基本属性（年齢，性別，勤務先分類），臨床経験（臨床経験年数，精神科の臨床経験の有無及び年数），卒前後教育（卒前教育，精神科の臨床実習経験の有無，精神科の卒前教育の有無，精神科の卒後教育の有無），日常生活での精神障害者との関わりの有無，そして「精神障害者に対する肯定的態度尺度（以下、肯定的態度）」（岩井，2007）である．統計学的解析には統計ソフト EZR Ver1.36 を用い，肯定的態度のスコアと各項目について Spearman の順位相関係数及び Mann-WhitneyU 検定で評価し，有意水準は5%とした．

【倫理的配慮】対象者本人に書面で説明し，同意を得た者から書面にて回答を得た．

【結果】有効回答数は114名（理学療法士57名、看護師57名）で，回答率は75.0%であった．肯定的態度のスコアは，理学療法士が中央値23（最大値34 最小値10），看護師が中央値24（最大値36 最小値13）であり，2群間で有意な差（ $p=0.04$ ）が認められた．また，臨床実習経験の有無（ $p=0.01$ ）と卒後教育の有無（ $p=0.03$ ）についても有意な差が認められた．

【考察】肯定的態度のスコアは，看護師と比較して理学療法士が有意に高かった．このことから，精神科に関わる専門職として基本的資質はあると考えられる．また，卒前の臨床実習や卒後教育も重要と考えられた．

## 1-5 個々の認知症患者に適した安価なりハビリ機器の実現可能性

○市村大輔 押見心太朗 鶴羽美紀 大塚裕之 高木洋平 佐野哲孝

医療法人社団大和会 平成扇病院リハビリテーション科

【はじめに】臨床では患者のやる気を維持・向上させることは重要であり、また難渋することも多い。特に認知症患者は個人個人で様々な特徴や症状を呈し、画一的な方法論ではリハビリ介入が進まないことがある。そこで、安価で手に入るマイコンとセンサーを用いて、その方に適した簡単なりハビリ機器を作成した。機器の紹介とともに、有用性なども議論していきたい。

【機器の説明】使用した機器は主に安価なマイコンであるArduinoと赤外線センサーである。3つの機器を作成した。1つ目は有酸素運動機器 (NUSTEP: Senoh社製) にセンサーを設置し、ステップ動作する度に目の前のモニターの風景が切り替わるようにした。注意散漫で有酸素運動の持続が困難な患者に対して作成した。2つ目は初詣を模擬し、お参りの動作をすると目の前のモニターにおみくじが表示するようにした。見当識が乏しい患者に対して作成した。3つ目はペダル動作に応じて、目の前のモニターに足し算などの簡単な課題を提示し、2択を選択させるようにした。注意力の測定や注意向上訓練が必要な患者に対して作成した。

【考察】様々なリハビリ機器は開発されているが高価であるものが多い。病院の経営上、どんなに魅力的なものであっても、保険点数が算定できないものは購入されにくい。今回使用した機器は、パソコン、モニターなどを除けば、費用は5000～6000円程度である。とても安価でありさらに汎用性も高いと感じる。このように手軽に機器を作成できることで、患者個人にカスタマイズでき、より効果的なリハビリ提供できると考えられる。

【倫理的配慮】説明と同意は患者本人または家族に対し口頭または書面にて取った。

**2-1 理学療法によって動作能力が向上し独居が可能となったがそのゴールが更なる運動機能の低下を引き起こした統合失調症を有する症例；自己管理に対する社会的支援策の必要性について**

○杉 輝夫

湘南病院リハビリテーション室

【はじめに・目的】統合失調症と糖尿病(DM)を有し自宅生活が困難となった症例を担当した.理学療法(PT)を実施し,独居にて在宅生活に復帰できた.退院後,約3ヶ月でDM悪化,歩行能力が低下.外来時に自己管理の確立を目指した指導を繰り返し行ったが,生活は改善されず,退院から約6ヶ月後に再入院となった.本症例の経過を報告し精神疾患を有する患者に対するPTの関わり方を検討することとした.

【症例紹介】40歳女性.診断名：統合失調症,DM.障害名：DM性神経障害

【現病歴】外出時転倒し,体動困難となり精神科任意入院.

【入院前生活状況】引きこもりの妹と二人暮らし.靴型装具保有.足趾に創傷多数あり.

【経過】入院約7ヶ月で,動作能力が向上し妹と世帯分離を行い独居にて退院.退院時生活状況：移動は屋内T杖歩行自立.屋外は歩行,車いす併用.トイレは自立.食事は宅配弁当とヘルパーが調理.外来では,有酸素運動,靴型装具の作成,生活指導を実施.スマートフォンにてネット購入を始め,約3ヶ月で食事管理不良,多量飲酒,DM悪化,歩行能力低下あり.カンファを開催しDMと金銭の管理を主眼とした生活支援を提案したが,具体的な支援策がなく生活は不変.体重が増加し続け,歩行の安定性,耐久性が低下.カンファ後3ヶ月で減量・DM管理目的に再入院.

【考察】在宅復帰したことで,DMが悪化し運動機能が低下した.統合失調症を有する患者のゴール設定には熟慮を要し,獲得したゴールを維持するためには精神機能を変化できるようなアプローチ方法や運動プログラムを模索する必要があると考えられた.

本症例は在宅生活を希望するが,それを継続するために必要な生活スタイルは拒否していた.この矛盾した状況に対して,説明と説得を繰り返すしか手段がなかった.本人が希望する生活を維持するために必要と判断される支援策を提供者側が導入できるような社会制度の確立が必要と考えられた.

【倫理的配慮】事前に匿名にて本発表を行うことを説明し,同意を得た.

## 2-2 持続的な疼痛に対する行動療法により歩行機能が改善した1症例

○上川亜梨紗 大塚裕之 市村大輔 高木洋平 佐野哲孝

医療法人大和会 平成扇病院リハビリテーション科

【はじめに】疼痛による動作障害は日々の臨床で難渋する現象のひとつである。今回、腰椎破裂骨折後、持続的な疼痛を認めた統合失調症患者を経験し、行動療法的なアプローチにより歩行機能の向上が得られたので報告する。

【症例】50歳代男性。統合失調症をX-3年に発症。X日、踏切で転倒し、第4腰椎破裂骨折を発症した。X+60日、強い痛みより鎮痛剤を過剰に摂取し、上部消化管の出血をきたし、救急要請した。X+99日、リハビリ目的で当院に入院した。入院時、サークル歩行器を用い歩行を開始したが、歩行時の痛みの程度は腰部・殿部にNRS6/10であった。疼痛誘発テストでは神経根症状は陰性であった。X+99日～X+153日に、下肢抵抗運動やストレッチ、歩行練習等を実施し、T字杖歩行で連続70m程度可能であったが、歩行時の疼痛は変化なかった。

日中臥床時間が長く、一日の活動量が低下していることに着目し、入院X+154日から行動療法を実施した。全体的な目標は「自宅からコンビニで買い物をする」と設定し、この目標を達成するために、病棟内歩行練習の宿題を課し、病棟周回数週間行動目標を立てた。

行動療法前後で、日中活動量が漸増し、6分間歩行距離は、212.7mから363.9mと増加し、10m歩行時間は、12.2秒から10.31秒と短縮した。NRSは、行動療法前後で5~6程度で変化が認められなかった。内省として、行動療法前は歩行に対し、悲観的・消極的な発言が多かったが、行動療法後は肯定的な発言や賞賛欲求が高まっている様子であった。

【考察】本症例で用いた行動療法の心理的側面として、達成可能な週間行動目標を自ら設定し、宿題をこなすことで達成感が得られ、歩行に対する抵抗感が減少した可能性がある。これにより、疼痛を過度に回避する行動を修正することができ、歩行機能が改善したと考えられる。

【倫理的配慮】本症例には、本人に対し書面にて本報告の意図を十分説明し同意を得た。

## 2-3 送りたい生活の実現に向けた退院支援が出来た事例

○安田昌弘 井上美智枝  
高岡病院 理学療法科

【はじめに】今回、症例のニーズに対応し、円滑に退院支援が出来たため以下に報告する。また、本人に本報告の意図を十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】60歳代、男性。診断名は右変形性膝関節症、統合失調症。X年7月、生活や健康面の不安から精神状態が不安定となり入院。入院加療後、精神状態は改善傾向であったが、右膝関節痛を認め、自宅での独居生活に不安が残存する為、同年9月リハ開始となった。

【経過】介入1週目、本人は「人に迷惑をかけたくない。体が動けば出来る。」と話し、身体面の不安は強いが、福祉サービスの利用には拒否的だった。不安が強い身体面に対し、今後のリハ予定や改善の可能性を安心出来るように説明した。2週目、現在の問題点（長距離歩行困難や服薬・金銭管理）や今後の課題（退院後の生活内容や環境）を本人・多職種（DR・PT・OT・NS・PSW）と情報共有し、役割分担を行った。3週目、CMと本人を含めた検討会、ケアプランの作成を行い、訪問にてADL動作や家屋状況を把握、加えて、屋外歩行や買い物練習を開始し自信づけを促した。4週目以降、退院が近づくにつれて、身体面や退院後の生活に不安感が強まったが、その不安を感じる場面に合わせて多職種が対応し、ポジティブフィードバックを促した。退院時、本人は「歩けるようになりサービスにも満足している。」と話し、身体面はTUG：17.9秒→15.85秒、6分間歩行：150m→210m、修正BorgScale3→1と改善。IADLは公共機関の利用、服薬、金銭面の管理自立となった。

【考察】本症例は、身体機能と退院後の生活環境の改善・福祉サービスの導入が必要な状態であった。身体面では改善の可能性があることを示しながら行い、さらにリハ内容を通して成功体験を促したことが自信獲得へ繋がったと考える。また、生活面では本人の希望を尊重しつつ、目標を多職種で共有・役割分担を行ったことで具体的なフィードバックが出来た。その為、本人の希望と現実の折り合いに繋がられ、より良い退院支援となったと考える。

## 2-4 多発外傷を生じた若年女性へのリハビリテーション ～排泄障害を中心に～

○古屋真美<sup>1)</sup> 濱田賢二<sup>1)</sup>、山本洋樹<sup>1)</sup>、加藤英之<sup>2)</sup>

1) 医療法人社団光生会 平川病院 理学療法士 2) 同 精神科医師

【はじめに】膀胱直腸障害に対して同性療法士が担当することで順調に経過し、排泄機能が改善した症例を報告する。

【症例紹介】30代女性 統合失調症。Th12～L5 圧迫骨折、骨盤骨折、踵骨骨折、脊髓損傷（両下肢不全麻痺、膀胱直腸障害）幻覚妄想状態で建物3階から飛び降り受傷。A病院で手術を受けた約1ヵ月後、当院入院となった。

### 【理学療法評価】

<入院時>

基本動作：（立ち上がり・移乗）要介助 移動手段：車椅子

排尿：尿道カテーテル持続留置 排便：便意は曖昧、多量の下剤服用

表在感覚（殿部/下肢）：脱失/鈍麻 FIM：63点

<退院時>

基本動作：自立 移動手段：ロフトランド杖

排尿：自己導尿、自尿もあり 排便：便意は回復、下剤無しで排便可能

表在感覚（殿部/下肢）：脱失/鈍麻 FIM：115点

【精神症状】陽性症状は軽快しており、穏やかで疎通良好。認知機能障害は軽度で指示理解に問題は無かった。

【経過】入院時から自己導尿開始し5日後には自立した。9日後には自尿も回復したが、残尿ある為自己導尿継続した。

排便は多量の下剤で強制的に便失禁させるような状態だったが、便意や腹圧を意識した訓練を行い、下剤を漸減した。入院後約3ヵ月で便失禁は無くなった。

退院時、排尿は自尿と自己導尿、排便は下剤無しでコントロール可能となった。

【考察】PTは男女2名体制で対応した。男性PTは歩行訓練、女性PTは排泄訓練を中心に行った。個室で対応するなどの環境面に配慮したため本人の羞恥心が軽減し、排泄に関する日々の変化や悩みについての聴取、陰部周囲の感覚検査、実際のトイレ内の訓練が抵抗無く行えた。結果として訓練は順調に進んだ。

患者の羞恥心や性差に配慮して対応を工夫する事が重要であると改めて学んだ症例であった。

【説明と同意】本人に口頭で説明して同意を得た上で、当院倫理委員会の承認を得ている。



## 2-5 自己感の生起によりトレンドレンブルグ歩行が改善した一症例

○山中遼平<sup>1)</sup> 加賀野井聖二<sup>2,3)</sup>

- 1)訪問看護ステーションげいせい
- 2)芸西病院 リハビリテーション部
- 3)高知大学大学院 総合人間自然科学研究科（博士課程）

【はじめに】統合失調症は自己と他者の境界が不明慮となる自己意識障害を特徴とする疾患である。Gallagherらは自己感について，“身体保持感”と“運動主体感”から成り立つと述べている。今回，両股関節人工骨頭置換術後にトレンドレンブルグ歩行を呈した統合失調症例に対し Anokhin の行為モデルに従った課題を実施することで自己感と歩容の改善が認められたので報告する。

【倫理的配慮】研究発表に際し，本症例には書面における同意ならびに芸西病院倫理審査委員会(承認番号 16 - 02)の承認を得ている。

【症例紹介】当症例は X 年より，両股関節痛の増悪を認め B 病院受診。両変形性股関節症と診断された。X+3 年 Y 月に B 病院にて左人工股関節置換施行し，Y 月+2 ヶ月後に右人工股関節置換術を施行した。また，約 10 年間屋内での移動手段のほとんどが四つ這いであった。

【内部観察】自己感尺度(Embodied Sense of SelfScale,以下 ESSS)において，「自分の身体がロボットであるかのようにぎこちなく感じることもある」との項目に対し「少し当てはまる」と答え，同時に「自分で歩いていない様だ。膝だけで勝手に歩いている様だ」と述べた。また，明らかなトレンドレンブルグ歩行が認められるにも関わらず，「普通の人と歩き方は同じだ」と述べた。

【訓練】多感覚統合による下肢・骨盤・体幹の関連付け(約 4 ヶ月間の治療介入とする)

【結果】トレンドレンブルグ歩行の改善が得られ，ESSS では「自分の身体がロボットであるかのようにぎこちなく感じることもある」との項目を「当てはまらない」と答えた。記述に関しても，「今は自分の足で，足全体でしっかり歩いている感じがある。踵から地面につけてそこから前へ足全体に体重がかかる様に歩いたらヒョコヒョコならない。足の長さは揃っている」と自己身体の認識においても変化が生じた。

【考察】Anokhin の行為モデルに従った課題は多感覚的な整合性のある身体及び，行為の回復が成されうることが示唆された。

### 3-1 EICUに入室した自傷・自殺企図症例患者に対する リハビリテーションの現状について

○川田 稔 花田真嘉 浜野泰三郎 寺山雅人 沖 圭祐 綾井清香 継田晃平 森脇つかさ  
泊 健太 田村暢一朗 福岡敏雄

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 リハビリテーション部,  
救急科, 総合診療科・救命救急センター

【目的】当院は、2013年4月16日より3次救命救急センターに指定されており、精神疾患を既往にもつ患者や自傷、急性薬物中毒患者などの精神疾患を基礎に身体障害をもつ患者が増加傾向である。(表現が分かりづらいです。自傷や急性薬物中毒は精神疾患の二次的障害として考えられることが多く、同じ繰り返し表現と思われれます。)案を記載しています。そこで今回、当院のEICU (Emergency Intensive Care Unit)へ入室しリハビリテーションを施行した自傷/自殺企図症例の身体機能の回復について調査した。

【対象と方法】対象は、2013年4月から2016年12月の間に、自傷・自殺企図でEICUへ入院し、リハビリテーションを施行した36例である。メインアウトカムは、退院時のADL (Activities of Daily Living) 指標であるFIM (Functional Independence Measure), 2次アウトカムは、PT開始から歩行自立日/自立率とした。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言、当院臨床研究に関する倫理指針に準じて実施している。

【結果】全症例は36例、男性16例、平均年齢49歳。精神疾患の既往では、統合失調症とうつ病が21%と多かった。主病名は、急性薬物中毒が58%と最も多く、次いで刺創が33%であった。退院時FIM (運動/認知/合計) は87.5/35.0/122.5であった。入院から歩行自立日は3日目、歩行自立率は75%であった。EICU/在院日数は、2.7/7.5日、自宅退院は58%であった。

【結語】自傷/自殺企図の患者であっても、早期から理学療法を開始することが可能であった。FIMは、終了時には満点の97%まで回復していた。上記の患者でも、精神認知面が一定程度安定していれば、理学療法の適応であり、治療を行うことで身体機能の改善促しADLの向上を導く可能性がある。しかし、自宅退院は約60%であり、在宅での生活や社会復帰は十分でなく、身体だけでなく精神面の安定や自宅退院するための環境整備が必要である。

### 3-2 精神疾患を有する医療・介護関連肺炎患者の 歩行再獲得に関わる因子の検討

○神田孝祐 石橋雄介 西田宗幹

医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 リハビリテーション部

【目的】本研究では、医療・介護関連肺炎（NHCAP）にて理学療法（PT）を実施した精神疾患患者の歩行再獲得に関連する因子を検討し、歩行の予後を早期より予測する為、そのカットオフ値や判別精度を算出した。

【方法】対象は平成 27 年 1 月から平成 29 年 12 月の期間に NHCAP に対して PT を実施した精神科棟入院患者のうち、発症前に歩行が可能であった者とした。PT 期間中に他疾患発症、死亡、転院、情報の追跡が不能であった者は除外した。診療録より、年齢、性別、精神疾患、入退院日、肺炎発症日、PT 開始・終了日、離床実施日、PT 開始・終了時 FIM、身長、体重、ADROP（発症時 SPO<sub>2</sub>、意識状態、血圧）、血液 Data（発症時 CRP、WBC、ALB、BUN）、精神科処方薬を後方視的に調査した。

【統計解析】PT 終了時の FIM 歩行得点 5 点以上を歩行自立とし、自立群と非自立群に分類した。各項目の群間比較には Mann-Whitney U 検定、 $\chi^2$  検定を用いた。また、有意差のあった連続変数の項目について ROC 曲線での分析を行い、曲線下面積（AUC）とカットオフ値、判別精度を算出した。統計ソフトは IBM SPSS version24 を用い、有意水準は 5%とした。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に基づく、当院倫理委員会の下、実施した。

【結果】分析対象は 30 名（自立群 15 名、非自立群 15 名）であった。自立群は、開始時の FIM 運動項目と認知項目が高く、ADROP が軽症であった（ $p < 0.05$ ）。各項目のカットオフ値は、開始時 FIM 運動項目 22 / 21 点（AUC：0.716、感度 60%、特異度 86.6%）、認知項目 12 / 11 点（AUC：0.769、感度 86.7%、特異度 66.7%）であった。

【結論】精神疾患を有する NHCAP 患者の歩行再獲得の予測には、開始時 FIM 運動項目と認知項目が関連することが示唆された。

### 3-3 多施設共同による精神疾患を合併した 大腿骨近位部骨折患者に対する理学療法の現状調査

○下平貴弘<sup>1)</sup> 上藺紗映<sup>2)</sup> 石橋雄介<sup>3)</sup> 池田拓洋<sup>4)</sup> 倉持正一<sup>5)</sup>

1)ためなが温泉病院 2)平川病院 3)秋津鴻池病院 4)山容病院 5)ホスピタル坂東

【はじめに】本研究は多施設共同で精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者のデータベースを作成し、その理学療法（PT）の現状を明らかにすることを目的とした。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき各研究施設倫理委員会の承認を得て実施した。

【方法】対象は、大腿骨近位部骨折術後のPTを施行した精神疾患患者193名（年齢 $72.7 \pm 12.0$ 歳、男性57名、女性136名）。調査項目は、年齢、性別、精神疾患名、受傷前歩行自立度、受傷時生活場所、骨折の種類、術式、手術からPT開始までの日数、PT期間、PT開始時および終了時FIM、PT終了時歩行自立度、PT終了時転帰とし、データベースに基づき後方視的に調査した。記述統計に加え、PT開始時と終了時のFIM得点をウィルコクソン符号順位和検定にて比較し、有意水準は5%とした。

【結果】精神疾患はF0：86名、F2：62名、F3：30名、その他：17名。受傷前に歩行が自立していた者は146名（76%）、受傷前の生活場所が病院であった者は118名（61%）であった。骨折の種類は頸部骨折が162名（84%）、術式は人工骨頭置換術が95名（49%）、骨接合術が95名（49%）、手術からPT開始までの日数は $54.6 \pm 241.0$ 日、PT期間は $131.7 \pm 96.0$ 日であった。PT開始時FIM運動項目は $36.3 \pm 19.5$ 点、認知項目は $18.4 \pm 7.1$ 点、終了時FIM運動項目は $53.3 \pm 23.3$ 点、認知項目は $20.1 \pm 7.7$ 点であり、運動項目、認知項目ともにPT前後で有意に向上していた（ $p < 0.001$ ）。また、PT終了時に自立歩行が獲得できた者は72名（37%）、転帰が自宅であった者は30名（16%）、PT終了後も入院加療が必要であった者は半数以上存在した。

【考察】PT前後でFIMの有意な向上を認めており、精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者に対するPTについて、一定の効果が示唆された。また、病院内での受傷が多いことや、PT終了後も入院加療が必要な者が半数以上存在していたことは精神科の特徴である。今後入院中の骨折予防や退院支援についての関わりも重要になると考える。

### 3-4 精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者における理学療法終了時FIM運動項目に影響する因子の検討

○石橋雄介<sup>1)</sup> 上藺紗映<sup>2)</sup> 下平貴弘<sup>3)</sup> 池田拓洋<sup>4)</sup> 倉持正一<sup>5)</sup>

1) 秋津鴻池病院 2) 平川病院 3) ためなが温泉病院 4) 山容病院 5) ホスピタル坂東

【はじめに】 本研究では、多施設共同研究により精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者の理学療法（PT）終了時FIM運動項目得点に影響する因子を検討することを目的とした。

【方法】 対象は、大腿骨近位部骨折術後のPTを施行した精神疾患患者193名（年齢72.7±12.0歳、男性57名、女性136名）。調査項目は、年齢、性別、精神疾患名、受傷前歩行自立度、受傷時生活場所、Charlson Comorbidity Index（CCI）、骨折の種類、術式、手術からPT開始までの日数、PT開始時・終了時FIMとし、診療録より後方視的に調査した。統計解析は、終了時FIM運動項目と各項目の相関分析を行い、有意な相関を認めた項目を独立変数、終了時FIM運動項目を従属変数とした重回帰分析を行った。いずれも有意水準は5%とした。また、本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき、各研究協力施設での承認を得て実施した。

【結果】 終了時FIM運動項目と有意な相関を認めた項目は、年齢（ $r=-0.35$ ）、F0（ $r=-0.21$ ）、F3（ $r=0.17$ ）、受傷前歩行自立（ $r=0.41$ ）、受傷時自宅（ $r=0.26$ ）、CCIスコア（ $r=-0.30$ ）、頸部骨折（ $r=0.24$ ）、手術からPT開始までの日数（ $r=0.35$ ）、開始時FIM運動項目（ $r=0.70$ ）、開始時FIM認知項目（ $r=0.61$ ）であった。重回帰分析の結果、年齢（ $\beta : -0.13, p<0.01$ ）、受傷前歩行自立（ $\beta : 0.21, p<0.01$ ）、受傷時自宅（ $\beta : 0.10, p<0.05$ ）、開始時FIM運動項目（ $\beta ; 0.46, p<0.01$ ）、認知項目（ $\beta : 0.27, p<0.01$ ）が抽出された。

【考察】 精神疾患を合併した大腿骨近位部骨折患者において、年齢、受傷前の歩行自立度、受傷時の生活場所、PT開始時のFIM運動項目・認知項目が、PT終了時FIM運動項目得点に影響していることが明らかとなった。

### 3-5 精神疾患の有無における FIM の回復の違い ～年齢に着目して～

○倉持正一 菅谷真大

ホスピタル坂東 リハビリテーション部

【はじめに】我々は過去に精神疾患を合併している患者とそうでない患者の ADL の回復の違いについての調査を行い、精神疾患を有していても改善が得られることを報告した。同時に年齢において精神疾患を有しているものが若い結果であったためその影響を考慮することが課題となった。そこで、今回は高齢者とそれ以外に分類し検討することを目的とした。

【倫理的配慮】本発表は当院倫理委員会の承認を得ている。

【方法】平成 23 年 3 月～平成 29 年 12 月の期間に当院にて理学療法を行った患者のうち死亡退院を除いた 559 名を対象とした。調査項目としては身体・精神疾患名、年齢、性別、実施期間、転帰先、開始時・終了時 FIM を後方視的に調査。65 歳未満を非高齢者、65 歳以上を高齢者に分類し更に精神疾患の有（A 群）無（B 群）に再分類した。開始時と終了時の FIM より利得点を算出。統計解析は開始時、終了時の FIM は Wilcoxon の符号付順位和検定を実施。非高齢者、高齢者における A・B 群間の FIM 得点、利得点、実施期間については Mann-Whitney の U 検定を実施し有意水準は 5%とした。

【結果】非高齢者の A 群：79 名、B 群：21 名、高齢者の A 群：215 名、B 群：244 名。精神疾患としては非高齢者 F0：4 名、F1：9 名、F2：32 名、F3：13 名、F4：13 名、その他：8 名。高齢者 F0：137 名、F1：8 名、F2：31 名、F3：28 名、F4：4 名、その他：7 名であった。

非高齢者、高齢者ともに A 群は運動・認知・合計に有意な向上が得られ、B 群は運動・合計が有意に向上していた。実施期間については非高齢者・高齢者ともに B 群が有意に短期間であった。A・B 群間では非高齢者は認知項目のみ有意に B 群が高く、利得点には有意差はみられなかった。高齢者においてはすべて B 群が有意に高く、利得点は有意差なしであった。

【考察】非高齢者、高齢者とも精神疾患の有無に関わらず ADL 向上が認められていた。精神疾患を有している場合は実施期間が長いことから、回復や退院調整に時間を要することが推察された。

#### 4-1 上腕骨近位端骨折術後に上腕骨頭内反変形を呈したうつ病を有する症例

○辻畑智広<sup>1)</sup> 伊藤岳之<sup>2)</sup>

1) 阪南病院 身体リハビリテーション室 2) 阪南病院 診療部 整形外科

【はじめに】上腕骨近位端骨折術後の上腕骨頭内反変形は機能予後不良の因子であり、受傷前機能獲得に至らない症例を経験する。また、うつ病を有する整形外科疾患術後の患者では、疼痛の遅延や機能予後への不安が誘因となり、精神状態がより悪化することがある。

今回、上腕骨近位端骨折術後に上腕骨頭内反変形を呈したうつ病を有する症例に、12週間の理学療法を行い、心身機能改善に一定の効果を得たので報告する。

【説明と同意】本発表はヘルシンキ宣言に基づき、説明を行い書面にて同意を得た。

【症例紹介】60歳代女性。うつ病で精神科病院に入院中に転倒して左上腕骨近位端骨折（Neer分類2-part骨折）を受傷し、7日後に観血的整復固定術を施行した。不安と焦燥が強くと不穏状態の為、手術翌日に精神科病院へ転院し医療保護入院となった。術後の単純X線像では上腕骨頸体角110°で内反変形を認めた。

【経過】術後2日目より理学療法を開始した。抑うつ気分、不安感、不眠、意欲低下があり、肩の機能予後と生活全般の多岐にわたる不安を繰り返し訴えていた。治療は15単位/週の頻度で心身の状態に合わせてリラクゼーション、関節可動域拡大練習、筋力強化練習等を実施し、改善を共有する目的で2週間ごとの各肩関節可動域の測定画像を提示した。なお、抗うつ薬としてSNRI、NaSSA、SDA、抗不安薬・不眠症治療薬としてBZDが投与されている。

術後2週目と12週目に評価を行い、上腕骨頸体角に変化はなく、日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判定基準：24→62点、肩関節可動域：屈曲60→105°・外転55→70°・外旋5→30°、Numerical Rating Scale：8→1点、Barthel Index：60→100点、Patient Health Questionnaire-9：12→3点に改善した。不安の訴えは減少し、自宅退院となった。

【考察】整形外科疾患術後に機能予後が不良と判断されたうつ病患者に対し、画像を提示して身体機能の変化を共有することにより、精神状態が悪化することなく理学療法介入できる可能性が示唆された。

## 4-2 解離性/転換性障害により廃用症候群をきたしリハビリに難渋した症例

○渡邊延彦 菅谷真大 倉持正一

ホスピタル坂東 リハビリテーション部

【はじめに】今回、解離性/転換性障害による摂食障害により廃用症候群をきたした症例を担当する機会を得た。身体機能の改善はみられたが、介入に難渋することがあり、その対応・考慮をふまえ、ここに報告する。

【倫理的配慮】本報告にあたり当院倫理委員会の承認を得ている。

【症例紹介】50代前半の女性。平成X年、ストーカー被害を受けるなどのトラウマティックな出来事が次々に重なる。その頃を境として、めまいや下痢などの身体化症状が続くようになり、家事もままならなくなった。平成X+11年11月下旬、下痢が続いて体力的に大きく消耗し、その後は食事摂取が困難となり、水分も摂取できなくなった。経口摂取困難なまま衰弱し、同年12月中旬、当院身体合併症病棟へ医療保護入院となる。

【経過】入院翌日より介入開始。主訴は体動困難、嚥下困難、両下肢のしびれ。筋力評価ではMMT1レベルであるが、布団を手で捲くる、寝返り動作にて下肢を挙上するといった動作内での抗重力運動は可能であった。介入50日目までは緩徐に改善がみられ、起居動作、座位保持、立位、移乗動作、手すりを使用しての歩行は近位監視レベルとなった。同時期より依存的な態度、操作性が顕著に現れはじめる。介入79日目より、歩行練習の促しに対して「無理です」と拒否がはじまり、1つの動作を遂行するにも10分以上かかるなど、リハビリへの抵抗が顕著となる。介入120日目、主治医と相談の上、身体機能は改善しているとの判断により、リハビリ終了となる。

【考察】今回の症例に対しては、リハビリ介入により身体機能に改善が見られた。しかし、病棟内での基本動作が自立に近づくにつれ、リハビリに対して抵抗が目立つようになった。これは退院後の自身の置かれている環境が受容できず、疾病利得により、身体機能が回復することに抵抗をしていたと考えられる。本症例を通して、退院に結びつけるには、身体リハビリだけではなく、医師、看護師、心理士などと連携し、チームで支援していく必要があると考えられる。



### 4-3 うつ病によりリハビリ介入が難渋した一症例に対する有酸素運動の介入

○川野裕亮 市村大輔 大塚裕之 高木洋平 佐野哲孝  
医療法人社団大和会 平成扇病院リハビリテーション科

【はじめに】精神疾患が背景にある患者では、継続的なリハビリ介入が難渋するケースが少なくない。しかしながら回復期リハでは精神的な面に関してほとんど目が向けられていないのが現状である。そこで継続的な介入が困難な患者に対し、情動面の改善を図りつつ継続的な介入を目的に実施した。

【症例】症例は70歳代の女性である。長年、夫からのネグレクトや娘と不仲になったことから、うつ病を発症した。X日、右同名半盲と運動性失語を認め、MRIにて左頭頂側頭葉、左後頭葉に高信号域を認め、急性期病棟を経てX+46日に当院に入院した。入院当初はハミルトンうつ尺度が21/52点と重症度のうつを患っていた。身体面の改善を目的にリハを実施しても「なにもしたくない。どうでもいい。」といった悲観的な発言が非常に多く、継続的な介入が困難であった。そこでX+50日より、精神面の改善を狙った有酸素運動を実施した。効果判定をするため、有酸素運動の前後で大杉ら(2014)が報告した気分・感情状態の評価指標(POMS)を測定し比較した。負荷量は修正Borgスケールで4程度の負荷で15分、同スケール1~2程度の負荷で30分実施とし、各運動前後での血圧、脈拍の測定をした。有酸素運動の機器は自転車エルゴメーター(OG Wellness社製)を使用し、測定は4回行った。

【結果】自転車エルゴメーターを用いた軽負荷での有酸素運動前後では4回の測定でPOMSの緊張、抑うつ、怒り、活気、疲労、混乱の全項目において改善がみられた。

【結論】この結果はうつ患者に対して運動療法は効果があるといった過去の報告(Viola, 2014)を支持するものとなった。このような精神疾患が背景にある患者に対し、身体面、精神面、両方の介入が必要であり、どちらも同等に考えなければいけない。昨今の社会的な背景を踏まえると、このような患者に対し、適切なリハビリを提供していくことは極めて重要である。

【説明と同意】説明と同意に対し、本人に書面にて同意を得た。

#### 4-4 多職種連携により二次的合併症の予防と 認知機能の改善が認められた脳梗塞の1症例

○大塚裕之 市村大輔 近藤穂波 小河原雄大 三ツ間小百合 松井敏史 佐野哲孝  
平成扇病院リハビリテーション科

【目的】 精神症状や認知機能障害を有する患者は、リハビリテーションの介入に難渋する。今回、多職種連携により精神症状・認知機能障害が改善した症例を経験したので報告する。

【症例提示】 80代男性。脳梗塞の診断後、回復期病院へ転院したが、帰宅願望とせん妄により強制退院となった。しかし、在宅での療養が困難になるとともに、脳梗塞の拡大を認めたため、リハビリテーション目的で当院に入院した。

MRI 画像では、FLAIR 画像にて、左側脳室後角領域の分水嶺梗塞とともに、右レンズ核を含む多発性脳梗塞・深部白質病変（Fazekas 分類 Grade 3）・大脳萎縮を認めた。入院時、徘徊・易怒性・夜間せん妄あり、クエチアピンやメモリーなど処方された。全失語であり、発話時、湿性嘔声が認められた。動作から右半盲および右半側空間無視が観察された。入院時の NM スケールは 4 点であった。食事は、副食（ペースト食）は全量摂取するものの、主食（粥ゼリー）は拒否強く、未摂取であった。

【経過と考察】 チーム全体で、誤嚥性肺炎・栄養状態悪化・転倒による二次的合併症の予防を徹底した。環境設定として、不顕性誤嚥の防止のために、臥床時の姿勢を 20° ギャッチアップに設定した。右半盲・右半側空間無視により、居室内のドアの右側に衝突するため、クッションを設置した。日中・夜間帯の移動による転倒を防止するために、マットセンサを使用し、徘徊時はスタッフが後方から監視した。日中覚醒状態の悪化、臥床時間の増長、食事後の湿性嘔声、歩行時の動揺がみられた際、主治医へ報告し、薬剤調整された。その後、日中デイルームでの離床が可能となった。食事は、副食に主食を混ぜ込み提供したところ、拒否なく摂取可能となった。体重は入院時から漸減したが、主食の摂取量が増えてから微増した。PT・OT の個別介入は、入院当初、介入の拒否多かったが、食事摂取量が増えた頃から、拒否が少なくなった。また、積極的に話しかけることにより、簡単な会話が可能となった。退院時の NM スケールは 16 点と向上した。

以上の経過より、医師・看護師・介護士・栄養士・薬剤師・リハ職種が共同することで本症例の二次的な合併症を予防でき、認知機能の改善につながったのではないかと考える。

【倫理的配慮】 本報告について、症例の家族に意図を十分説明し、同意を得た。

## 運営幹事名簿

代表運営幹事 仙波 浩幸（日本保健医療大学保健医療学部）

運営幹事 上 蘭 紗映（医療法人社団光生会平川病院）

甲田 宗嗣（広島都市学園大学）

清宮 清美（埼玉県総合リハビリテーションセンター）

加賀野井 聖二（芸西病院）

小 柰 武陸（大阪河崎リハビリテーション大学）

濱田 賢二（医療法人社団光生会平川病院）

細井 匠（医療法人社団総合会武蔵野中央病院）

### 研究会事務局

平川病院 リハビリテーション科内

〒192-0152 東京都八王子市美山町 1076

Tel : 042-651-3131 Fax : 042-651-3133

担当：上蘭紗映

sae1076@yahoo.co.jp