



第4回

精神・心理領域理学療法部門研究会 抄録集

テーマ

身体性変容と精神神経疾患

大会長：加賀野井 聖二

会期：2019年3月10日（日）

会場：首都医校

総合校舎コクーンタワー

主催：日本理学療法士学会

精神心理領域理学療法部門



日本理学療法士学会
Japanese Society of Physical Therapy

目次

第4回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて	1
研究会日程表	2
会場案内	3
参加者の皆様へ	4
発表者の皆様へ	6
座長の皆様へ	6
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	6
講演プログラム	7
特別講演抄録	8
一般演題プログラム	9
一般演題抄録	11
運営幹事名簿	25

第4回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて

第4回精神・心理領域理学療法部門研究会 大会長
加賀野井 聖二

近年、メンタルヘルスの問題や超高齢社会を迎えた我が国では、精神疾患や加齢に伴う運動器の障害、脳卒中・脳変性疾患による運動麻痺等が急増しているため、有効なリハビリテーション治療法の確立が急務であり、その鍵を握るのは「脳内身体表現」の解明とされています。我々の脳内には身体モデル—脳内身体表現—が構築・保持されており、健全な身体では、脳内身体表現も健全であり、身体と脳との間の健全な情報の流れが運動を可能にしていると考えられます。これに異常が生じると感覚系や運動系に深刻な障害が起き、身体の障害を有する患者では、身体と脳との間の健全な情報の流れが滞り、脳内身体表現が機能不全に陥ると考えられ、「身体の動かし方がわからない」「動かしていることがわからない」「そもそも身体が自分のものであることがわからない」等々の状況が生じます。特に精神科領域では統合失調症の特徴的な陽性症状である作為体験などは自己に他者が侵入するためにおけるといわれており、脳内身体表現が機能不全の状態であると考えられ、病態の解明や新たな治療法の確立に向けてさまざまな研究が進められています。このような中、特別講演として畿央大学理学療法学科 教授（畿央大学ニューロリハビリテーション研究センター長）である森岡 周先生に「身体性変容と精神神経疾患」というテーマでお話いただきます。先生は平成26年から開始された文部科学省が主催する新学術領域研究「脳内身体表現の変容機構の理解と制御」に参加され、新たな研究成果を発表されるなどご活躍されています。

今回のご講演内容は今後、我々理学療法士が「精神症状のコントロールを目的とした理学療法」を考える意味において示唆の富んだご講演になるものと考えます。一方、演題発表に関しては16題のエントリーがありました。同じ精神心理領域で臨床活動を実践するセラピストによって、様々な臨床現場の疑問や問題、精神科医療・理学療法の向上に向けた活発な議論が展開されることを期待いたします。

皆さまのご支援とご声援により、前回大会に引き続き第4回研究会を開催することができまことをここに感謝申し上げます、開催のご挨拶とさせていただきます。

研究会日程表

	第1会場 211 (12階)	第2会場 111 (11階)	第3会場 210 (12階)	受付 Evホール (12階)
8時				8:30~ 受付
10				
20				
30				
40				
50				
9時	9:00~ 開会式			
10	9:10~10:40 特別講演			
20				
30				
40				
50				
10時				
11時	11:00~12:00 一般演題1	11:00~12:00 一般演題2		
12時	昼休憩			
13時	13:00~13:45 一般演題3	13:00~14:30 特別講演 (録画再上映)	13:00~13:45 一般演題4	
14時	13:55~14:40 一般演題5			
15時	15:00~ 閉会式			

会場案内

会場：首都医校

東京都新宿区西新宿 1-7-3

総合校舎コクーンタワー 111/211 号室



■ 交通アクセス

交通アクセス

東京駅／JR 中央線（14分）→新宿駅

上野駅／JR 山手線（24分）→新宿駅

羽田空港／京急空港線快特（17分）→品川駅／JR 山手線（19分）→新宿駅

■ 最寄駅からのアクセス

新宿（西口）駅前・徒歩3分。

JR・小田急・京王・地下鉄から地下街が直結。

駅前から歩道橋が直結。

アクセスの詳細は学校法人日本教育財団首都医校のホームページよりご確認ください。

<https://www.iko.ac.jp/tokyo/access>

※ なお、首都医校への直接のお問い合わせはくれぐれもお控えください。

参加者の皆様へ

1. 研究会受付

- 1) 事前受付期限は、口座振替（会員のみ）の場合2019年1月28日（月）、現金振込の場合2019年2月13日（水）、クレジットカード（会員のみ）の場合2019年2月27日（水）です。
- 2) 受付は、首都医校 総合校舎コクーンタワー12階EVホールで行います。
- 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。お忘れになった場合は受付で申し出て下さい。検索して受付いたします。
 - ✓ 当日までに受講料未納の場合は、当日参加登録票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。
 - ✓ 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ください。
- 4) 抄録集は本学会ホームページ(<http://jspt.japanpt.or.jp/iopth/>)に掲載しておりますので、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 4,000 円，当日参加登録 4,500 円
- 2) 非会員：理学療法士 6,000 円，他職種 4,000 円
- 3) 学 生：0 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。事前登録の期間が過ぎていた場合、sae1076@yahoo.co.jp宛に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@gmail.com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（金）とします。止むを得ず期日を過ぎる場合は、お問い合わせください。
- 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。どうしても動画を使用する場合、PCをお持ち込み下さい。なお、コネクタの準備が御座いませんので、ご持参ください。
- 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

講演プログラム

特別講演

9 : 10～10 : 40

身体性変容と精神神経疾患

講師：森岡 周

（畿央大学健康科学部理学療法学科、畿央大学大学院健康科学研究科）

座長：加賀野井 聖二（医療法人おくら会 芸西病院）

【講師紹介】

畿央大学健康科学部理学療法学科

畿央大学大学院健康科学研究科 教授

森岡 周 先生



- 1992年3月 - 高知医療学院理学療法学科 卒業
- 1992年4月 - 近森リハビリテーション病院 理学療法士
- 1995年4月 - 高知医療学院 専任講師
- 1997年4月 - Centre Hospitalier Sainte Anne (Paris, France) 留学
- 2001年3月 - 高知大学大学院 教育学研究科 修了 修士（教育学）
- 2004年3月 - 高知医科大学大学院 医学系研究科 修了 博士（医学）
- 2004年4月 - 畿央大学健康科学部 専任講師
- 2007年4月 - 畿央大学健康科学部 教授
 - 畿央大学大学院 健康科学研究科 主任・教授
- 2013年4月 - 畿央大学ニューロリハビリテーション研究センターセンター長
- 2014年4月 - 首都大学東京人間健康科学研究科 客員教授
～現在に至る

1971年，高知県に生まれる。高校生のときに理学療法士を志す。1992年，理学療法士免許を取得し病院勤務を始める。その後，活動の場を臨床から教育研究に移す。1997年，フランスを中心とした欧州の複数の施設で姿勢制御の研究と神経疾患の臨床研修を行う。医学博士号を取得した後，現在は畿央大学の教授として，教育と脳科学研究に取り組んでいる。そのかわり，脳科学と臨床・教育の接点を解説する全国講演を展開している。

【主要著作】『脳を学ぶ - 「ひと」がわかる生物学 - 』協同医書出版社 2007、『身体運動学 - 知覚・認知からのメッセージ - 』樋口貴広 共著 三輪書店 2008、『リハビリテーションのための神経生物学入門』協同医書出版社 2013、『脳を学ぶ - 「ひと」 - とその社会がわかる生物学 - 』協同医書出版社 2014、『発達を学ぶ - 人間発達学レクチャー - 』協同医書出版社 2015、『リハビリテーションのための脳・神経科学入門（第2版）』協同医書出版社 2016、その他 分担執筆、学術論文多数。

特別講演

身体性変容と精神神経疾患

畿央大学大学院 健康科学研究科

森岡 周

哲学で議論されてきた身体意識や身体性 (embodiment) は、Gallagher (2000) によって「自分の身体が自分のものであるという所有の意識 (身体所有感; sense of ownership) と「この自分の運動を実現させているのは自分自身であるという主体の意識 (行為主体感; sense of self-agency)」に区別されました。近年の神経科学・身体性システム科学によって、前者は視覚、体性感覚、感覚予測等の情報の時間的一致、後者は運動指令に伴う遠心性コピーと行為の結果として起こる動きの知覚の時間的一致によって起こることが判明しました。我々はこれらの情報間の不一致を実験的に起こすことで、様々な身体性の変容が出現することを明らかにしました (Osumi, 2018, Katayama, 2018, Katayama, 2019)。自己の身体の喪失感、自己の身体の重さの変容、余剰幻肢などがそれに相当します。一方、失行 (Nobusako, 2017) や身体/病態失認 (Fotopoulou, 2008) といった高次脳機能障害、さらには統合失調症 (Maeda, 2012) といった精神疾患においても身体性の変容が確認されており、これらの共通した病態メカニズムとして、運動制御におけるコンパレータモデルの破綻が指摘されている。

一方、時制を有した人間の身体性は3つの階層における相互作用によって変調すると考えられています (Synofzik, 2008)。最下層が感覚運動表象であり、先に示した感覚や予測の情報の統合によって生まれる身体意識です。Gallagher はこれを minimal self (一時的自己) と呼びました。第2層は概念的表象と呼ばれ、これは文脈や自己の信念等が影響します。virtual な手が自分のように思う錯覚も文脈に伴う認知的解釈によるものであり、この層の意識が関与します。最上層はメタ表象と呼び、一般的判断や社会的規範等が影響し、他者の身体と比べてどうかといった社会的解釈が含まれます。義手の許容もこの水準の意識により干渉されます。これらは narrative self (物語的自己) と呼ばれ、時間軸に伴う過去-現在-未来をつなぐ社会的な人としての自己意識です。

こうした身体性の階層性によって生まれる自己意識は、自己と他者の区別にも関与していることが想定されています。統合失調症の症状の一つに、自己と外の世界との境界がはっきりせず、周囲/状況の影響を受けやすくなり、自己の行動や思考を誰かに支配されているように感じるようになるものがあります。思考伝播、思考吹込、思考奪取などの「させられ思考」や「させられ体験」などがこれに相当します。近年、こうした問題は身体性システムの破綻と考えられています。本講演では、身体性変容の観点から、高次脳機能障害や精神神経疾患の病態メカニズム仮説について、主にコンパレータモデルおよび Synofzik の身体性階層モデルから解説していきます。

一般演題プログラム

一般演題 1 11:00~12:00 (第1会場)

座長：甲田 宗嗣（広島都市学園大学）

- 1-1 精神科病院入院患者の骨粗鬆症有病率 当院における現状調査
医療法人清順堂 ためなが温泉病院 下平 貴弘
- 1-2 肺炎を罹患した精神疾患患者の死亡転帰に関連する因子の検討
医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 神田 孝祐
- 1-3 肺炎を罹患した精神疾患保有患者の理学療法終了時 FIM 運動項目に関する因子の検討
医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 加藤 雅也
- 1-4 精神病床入院患者におけるサルコペニア関連因子の検討
医療法人河崎会 水間病院 碓石 祥之

一般演題 2 11:00~12:00 (第2会場)

座長：細井 匠（医療法人社団総合会武蔵野中央病院）

- 2-1 回復期リハビリテーション病棟における BPSD の発生状況と入退院時における変化
医療法人社団弥生会 旭神経内科リハビリテーション病院 反町 拓
- 2-2 認知症に対する運動は認知・精神機能と運動機能改善に有効か？
ランダム化比較試験のメタアナリシスのオーバービューによる検討
平成扇病院 大塚 裕之
- 2-3 歪（いびつ）な身体イメージが改善した重症うつ病の1症例
平成扇病院 川野 裕亮
- 2-4 多職種の包括的な介入により ADL と認知機能が向上した重度認知症患者1症例
医療法人大和会 平成扇病院 鈴木 啓介

一般演題 3 13:00~13:45 (第1会場)

座長：倉持 正一（ホスピタル坂東）

- 3-1 精神科領域における理学療法の現状
日本理学療法士学会精神心理領域理学療法部門 仙波 浩幸
- 3-2 精神科領域における理学療法の課題
日本理学療法士学会精神心理領域理学療法部門 仙波 浩幸
- 3-3 3ヶ月間の理学療法士介入が認知症治療病棟にもたらす効果
平成扇病院 市村 大輔

一般演題 4 13:00～13:45

（第3会場）

座長：石橋 雄介（秋津鴻池病院）

4-1 発達性協調運動障がい児に対するリハビリテーションの効果検証

—運動機能改善を目的として—

医療法人おくら会 芸西病院 近藤 友香

4-2 精神科疾患を有する大腿骨近位部骨折患者における理学療法の経過は特徴的？

—一般患者と比較するための研究方法の検討—

湘南病院 杉 輝夫

4-3 心因性による歩行障害を呈した症例を経験して

～具体的な目標が効果を示した症例～

ホスピタル坂東 古川 雄樹

一般演題 5 13:55～14:40

（第1会場）

座長：仙波 浩幸（日本保健医療大学）

5-1 摂食機能障害を呈した重度精神身体合併症患者に個別理学療法が有効だった一症例

公益財団法人星総合病院 星ヶ丘病院 布施 貴雄

5-2 心因性運動障害患者に対する身体リハビリテーションの経験

医療法人社団光生会 平川病院 濱田 賢二

5-3 うつ症状に難渋したが、自宅復帰の支援が出来た事例

～ うつ病の回復過程に着目して～

高岡病院 近森 鷹希

一般演題 1-1

精神科病院入院患者の骨粗鬆症有病率 当院における現状調査

下平貴弘¹⁾ 国友雅志¹⁾ 玉利良子¹⁾ 日名俊介¹⁾ 三原慶士朗¹⁾

1) 医療法人清順堂 ためなが温泉病院リハビリテーション科

Keywords / 骨粗鬆症、有病率、精神科

【はじめに】精神科病院において転倒事故は数多く発生し、中には骨折にいたるものもある。その背景には骨粗鬆症の存在が考えられる。そこで当院入院患者の骨塩量データより精神科病院における骨粗鬆症有病率と年代別、男女別の傾向を調査した。

【倫理的配慮】本調査は当院倫理委員会の承認を得て実施された

【対象と方法】平成30年3月20～23日に当院精神科病棟入院中の患者258名のカルテより骨塩量データを調査した。対象は当該データを有する179名（男性75名、女性104名；平均年齢 76.3 ± 8.0 歳）であった。骨塩量の測定はCXD法で行い、当院レントゲン技師がアルミ階段入り両手エックス線写真を撮影し、そのデータを検査会社が解析してなされる。調査項目は年齢、性別、入院から骨塩量検査日までの日数、骨塩量、骨塩量の若年成人平均（YAM）比と同性同年代比とし、年代別、男女別の骨粗鬆症有病率、入院日数と同性同年代比との相関、年齢とYAM比との相関を調査した。骨粗鬆症の判定は簡易的にYAM比70%未満とした。

【結果】全体の骨粗鬆症有病率は68%（男性39%、女性88%）であった。年代別の有病率は60代、70代、80代、90代のグループに分け、それぞれ55,64,75,100%であった。男女別では男性が29,43,35,100%、女性が81,84,94,100%であった。入院日数と同性同年代比の関係については70代の女性に関してのみ弱い相関（ $r=-0.242$ ）が認められた。年齢とYAM比の関係については男性で弱い相関（ $r=-0.246$ ）、女性で中程度の相関（ $r=-0.522$ ）が認められた。

【考察】男女ともに骨粗鬆症有病率は一般住民よりも高かった。これは一般に比べ自立度が低い人の割合が高いことや、長期間病院内という限られた生活空間での活動性の低下が一因であると考えられる。また、骨塩量は入院日数よりも年齢の影響を強く受けることが分かった。

一般演題 1-2

肺炎を罹患した精神疾患患者の死亡転帰に関連する因子の検討

神田孝祐¹⁾ 石橋雄介¹⁾ 西田宗幹¹⁾

1) 医療法人鴻池会 秋津鴻池病院

Keywords / 肺炎、精神疾患、生命予後

【目的】本研究では，肺炎合併にて理学療法(PT)が実施された精神疾患患者の医学的情報・発症時 ADL を基に，死亡転帰に関わる要因を検討した。

【方法】平成 27 年 1 月から平成 30 年 11 月迄に肺炎を罹患し，PT を実施した当院精神科病棟入院患者を対象とした。また，調査期間中に他科へ転棟・転院となった者，調査項目欠損例は除外した。診療録より，年齢，性別，精神疾患名，肺炎発症前移動形態・生活場所，肺炎発症日，当院入院日，PT 実施・終了日，離床開始日，身長・体重，血液検査値，肺炎の重症度として ADROP，精神科処方薬，PT 開始時 FIM を後方視的に調査した。

【解析】PT 開始から 120 日以内に死亡退院した者を死亡群，生存した者を生存群に分類し，各変数につき単変量解析(Mann-Whitney の U 検定， χ^2 乗検定)を行った。次に，死亡転帰に影響する因子を検討する為，単変量解析にて有意差を認めた項目を独立変数，死亡退院を従属変数とした Cox 比例ハザード分析を行った。統計解析は，IBM SPSS ver 24.0 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，当院倫理委員会の承諾の下，実施した。

【結果】解析対象は 81 名(年齢 79.3 ± 10.3 歳，男性 49 名)，精神疾患内訳は認知症 50 名，統合失調症 14 名，気分障害 11 名，その他 6 名であり，生存群 50 名(61.7%)，死亡群 31 名(38.3%)に分類された。単変量解析の結果，死亡群は高齢であり，発症時 BMI と PT 開始時 FIM 運動合計点が低く，ADROP が重症であった($P < 0.05$)。以上の項目を用い，Cox 比例ハザード分析を行った結果，年齢($\beta = 1.07$)と BMI($\beta = 0.88$)が有意な関連因子として採択された。

【考察】肺炎を罹患した精神疾患患者の死亡転帰は，年齢と発症時 BMI に影響される事が示唆された。

一般演題 1-3

肺炎を罹患した精神疾患保有患者の理学療法終了時 FIM 運動項目に関する因子の検討

加藤雅也¹⁾ 神田孝祐¹⁾ 石橋雄介¹⁾ 西田宗幹

1) 医療法人鴻池会 秋津鴻池病院

Keywords / 肺炎、精神科、FIM

【はじめに】本研究では、肺炎罹患により理学療法（PT）実施した精神科病棟入院患者の、PT 終了時 FIM 運動合計点に関わる因子の抽出を目的に調査を行った。

【方法】平成 27 年 1 月から平成 30 年 6 月迄に当院精神病棟に入院し、肺炎後廃用症候群に対して PT を実施した 65 歳以上の症例を対象とし、死亡例及び調査項目欠損例は除外した。診療録より年齢、性別、発症から PT 開始・離床までの日数、PT 実施期間、開始・終了時 Functional Independence Measure (FIM)、精神疾患名、肺炎発症前歩行自立度、発症時生活場所、認知症の有無、身長、体重、Body Mass Index (BMI)、アルブミン値、抗精神病薬使用の有無を後方視的に調査した。

【統計】終了時 FIM 運動合計点と各項目との相関を確認するため、Spearman の順位相関係数を求めた。終了時 FIM 運動合計点を従属変数とし、有意な相関を認めた項目を独立変数とした重回帰分析を行った。なお、統計解析には IBM SPSS ver24.0 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、当院倫理委員会承諾の下、実施した。

【結果】対象は 58 名（年齢 78.62 ± 7.92 歳）であった。終了時 FIM 運動合計点と相関を認めた因子は、肺炎発症前歩行自立度 ($r=0.509$)、開始時 FIM 運動 ($r=0.437$)・認知合計点 ($r=0.493$)、認知症の有無 ($r=-0.362$)、BMI ($r=0.321$)、年齢 ($r=-0.268$) であった。重回帰分析の結果、開始時 FIM 運動合計点 ($\beta=0.411$)、肺炎発症前歩行自立度 ($\beta=0.384$)、年齢 ($\beta=-0.244$) が採択され、決定係数は 0.507 であった。

【考察】今回の結果より、肺炎発症前歩行自立度、開始時 FIM 運動合計点、年齢が終了時 FIM 運動合計点の予測で重要あると考えられた。

一般演題 1-4

精神病床入院患者におけるサルコペニア関連因子の検討

碓石祥之¹⁾ 坪井純子¹⁾ 今岡真和^{2,3)} 湯川隆也¹⁾

小忝武陞²⁾ 沖田幸治¹⁾ 河崎建人¹⁾

1) 医療法人河崎会水間病院

2) 大阪河崎リハビリテーション大学理学療法学専攻

3) 大阪河崎リハビリテーション大学認知予備力研究センター

Key Word / 精神科、サルコペニア、活動量、認知機能

【目的】近年精神病床入院患者は高齢化を認めており、加えて長期入院や向精神薬の副作用、拘束などによる強制的な不活動となりサルコペニアリスクが高い集団と考えられる。そこで本研究は精神病床入院患者におけるサルコペニア有病者の関連因子を検討することを目的とした。

【方法】対象者は60歳以上の入院患者61名（平均年齢70.48±6.4歳、男性39名）とし、除外基準を重度の認知症、歩行困難、質問調査が困難な者とした。サルコペニアの判定はアジアの基準を使用して判定した。サルコペニアと関連が予測される因子として栄養状態の評価は、定期採血からAlb値、T-chol値、BUN値を、認知機能・精神心理状態としてMini-Mental State Examination(MMSE)、Geriatric Depression Scale15を使用した。加えて、運動習慣の有無および入院期間が1年未満であるかを調査した。統計学的検討は年齢で調整した強制投入法によるロジスティック回帰分析を実施した。なお、有意水準は5%未満とした。

【結果】入院患者61名のうちサルコペニア有病者は28名(45.9%)であった。ロジスティック回帰分析の結果、運動習慣が無い(オッズ比3.854、信頼区間1.066-13.922)、MMSE(オッズ比0.787、信頼区間0.675-0.917)がサルコペニア有病の独立関連因子であった。

【結論】サルコペニア有病には長期入院の影響よりも、運動習慣が無いことと認知機能低値が強く関連していることが示唆された。

【倫理的配慮】患者に書面と口頭にて研究の趣旨を説明し同意を得た。本研究は大阪河崎リハビリテーション大学の研究倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認番号OKRU29-A022）。

一般演題 2 - 1

回復期リハビリテーション病棟における BPSD の発生状況と入退院時における変化

反町拓^{1,2)} 関口良一¹⁾ 賀曾利裕(OT)¹⁾ 旭俊臣 (MD)¹⁾

1) 医療法人社団弥生会 旭神経内科リハビリテーション病院

2) 関東リハビリテーション専門学校

Keywords / 回復期リハビリテーション病棟、認知症、BPSD

【緒言】近年の急速な高齢化に伴い，回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）においても身体合併症で入院する認知症患者が増加している．認知症患者の行動・心理症状（以下 BPSD）が著しい場合，リハスタッフは対応に難渋する．BPSD の症状は，拒絶や暴力・大声といったリハや介護の妨げとなる著明な症状から，無気力や夜間不眠といった日勤のリハスタッフには一見して判別できない症状まで多岐にわたる．入院中長谷川式簡易知能スケール（以下 HDS-R）における認知機能にそれほど変化はないが，BPSD が落ち着いてくることも多く，それにしたがってリハ介入もしやすくなっていく．

【目的】認知症入院患者の実態を把握し，今後の対応を検討するために，本研究では回復期病棟入院患者の BPSD の症状の発生状況と入退院時における変化を調査する．

【対象】平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月に当院回復期病棟に入退院した患者 380 名の診療録を調査し，HDS-R において認知症が疑われる 20 点以下 133 名（平均年齢 81 才）を対象とした．

【方法】対象患者において観察された BPSD を当院で使用している BPSD スケールにて定量評価し，入退院時の変化を調査した．統計処理は Wilcoxon の符号順位検定を用い，有意水準は 5%とした．

【結果】BPSD の発生状況は，急な立ち上がり（60%），日中傾眠（47%），夜間不眠（46%），無気力（43%），徘徊（38%）が高頻度であった．入院時と比較し退院時には，無気力（ $p=0.004$ ），急な立ち上がり（ $p=0.006$ ），夜間不眠（ $p=0.049$ ），の 3 項目に有意な改善をみとめた．

【結語】BPSD の症状は多様であるが特徴があり，また症状は入院中に変化しうるものである．本研究の結果は今後急増する認知症を伴う入院患者への対応や介入の一助となりうると思われる．【倫理的配慮】本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に則った研究であり，また当院倫理委員会の承認を得ている．

一般演題 2 - 2

認知症に対する運動は認知・精神機能と運動機能改善に有効か？
ランダム化比較試験のメタアナリシスのオーバービューによる検討

大塚裕之¹⁾ 山本哲²⁾ 市村大輔¹⁾ 川野裕亮¹⁾ 高木洋平¹⁾

1) 平成扇病院リハビリテーション科

2) 茨城県立医療大学

Keywords / 認知症、運動、オーバービュー、アンブレラレビュー

【背景】本邦では平成 30 年度より、認知症治療病棟の認知症患者リハビリテーション料の算定可能期間が、1 か月から 1 年と延長し、理学療法士が介入する機会が増えている。しかし、理学療法や運動療法が、認知症患者の認知・精神機能や身体機能改善に与える影響については一定の見解が得られていない。

【目的】認知症に対する理学療法や運動療法（ストレッチエクササイズ、筋力トレーニング、バランス練習、有酸素運動、歩行練習、ADL 訓練）が、認知・精神機能や身体機能改善に有効か、ランダム化比較試験のメタアナリシスのオーバービューを行い、理学療法や運動療法の有用性や効果を検証することを目的とした。

【方法】データソースとして、Pubmed、CENTRAL、OTseeker、CINAHL、MEDLINE、PsycINFO を用いた。論文の選択基準は、認知症と診断された 60 歳以上の高齢者に対し、運動を導入し、メタアナリシスを実施したシステマティックレビューを採用した。

【結果】7 本のシステマティックレビューから 16 個のメタアナリシスを統合した。運動の介入群はコントロール群と比較して、認知機能の改善（3/4 のメタアナリシスで有意差）、うつ症状の改善（1/2 のメタアナリシスで有意差）、BPSD の改善（1 つのメタアナリシスで有意差）、Neuropsychiatric symptoms の改善（1 つのメタアナリシスで有意差）を認めた。また、身体機能に対しては、バランス機能の改善（2/3 のメタアナリシスで有意差）、転倒回数の減少（1 つのメタアナリシスで有意差）、ADL の改善（1 つのメタアナリシスで有意差）、6 分間歩行距離の延長（1 つのメタアナリシスで有意差）、歩行スピードの増加（1 つのメタアナリシスで有意差）を認めた。

【結論】認知症患者に対する理学療法や運動療法は、認知・精神機能や身体機能改善に貢献する可能性がある。

【倫理的配慮】本研究は該当しない。

一般演題 2 - 3

歪（いびつ）な身体イメージが改善した重症うつ病の1症例

川野裕亮¹⁾ 大塚裕之¹⁾ 市村大輔¹⁾ 高木洋平¹⁾

1) 平成扇病院リハビリテーション科

Keywords / うつ病、感覚障害、身体イメージ

【目的】重症うつ病後に身体イメージが歪形し、リハビリテーションの経過に伴い改善した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は60歳代の男性である。X-2年頃より職場内での対人トラブルが多くなる。X年に自宅で倒れているところを発見され、救急搬送後に重度うつ病と診断される。その後X+64日に廃用症候群で当院へリハビリテーション目的で入院される。入院時、表在感覚や深部感覚に麻痺は認めないが、母指探し試験は陽性であった。自画像を自由記載させる（自画像描画法）と上肢が3本描かれ、手指や下肢は描かれず、四肢・体幹の配置が歪んでいた。四肢の運動を指示した際、「手足の動かし方が分からない」という訴えがあった。病棟生活において、箸や櫛など道具を使用した食事ができず全般的に介助量が多く、FIMの運動項目は19点であった。以上の所見から、複合感覚の障害に伴う身体イメージが障害されていると考え、基本動作やADL動作練習において、四肢の位置を指示、誘導し視覚で認知させながら介入した。

【結果】X+134日の神経学的所見では、母指探し試験は陰性であった。また、自画像描画法では入院時認めた余剰な上肢は描かれず、手指や下肢が描かれ、四肢・体幹が適切に配置されていた。病棟内の介助量は漸減し、FIMの運動項目は43点に改善された。

【考察】統合失調症・摂食障害・うつ病などの精神疾患患者では、自分自身の身体イメージが歪んでいる可能性がある。また、感覚障害は身体イメージの歪みに関与すると報告されている。本症例は、うつ病や関節定位覚の障害により身体イメージの歪形し、身体活動の介入により同障害が改善したと考えられた。

【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。

一般演題 2 - 4

多職種の包括的な介入により ADL と認知機能が向上した重度認知症患者 1 症例

鈴木啓介¹⁾ 大塚裕之¹⁾ 市村大輔¹⁾ 高木洋平¹⁾

1) 医療法人大和会 平成扇病院リハビリテーション科

Keywords / 脳卒中、認知症、包括的介入

【背景】認知症はリハビリテーションの阻害因子と考えられており、身体的な介入に難渋することが多い。今回、重度認知症と脳卒中により ADL 低下を認めた患者を経験し、認知症に対する包括的な介入により、ADL や認知機能が向上したので報告する。

【症例】症例は 80 歳代女性である。X 日に右アテローム血栓性脳梗塞を発症し、左片麻痺（BRS4 レベル）を呈した。急性期保存加療後、X+43 日にリハビリテーション目的で回復期病棟へ入院した。入院時の FIM は 38 点で、全介助レベルであった。MMSE は 7 点であり重度認知機能障害を認めた。認知症行動障害尺度(DBDS)は 34 点であり、リハビリテーションの個別介入中にも、感情失禁、不穏、見当識障害、思考途絶、会話保持困難などの行動異常があった。先行研究より入院時の片麻痺 stage が IV であることから、歩行機能は改善する可能性があると予測した（二木 1981）。これらの所見より、医師や看護師と協力し、まずは異常行動の鎮静化、可能な範囲での身体的な活動の継続を目的に介入した。

【結果】抗精神病薬の効果を確認しつつ、身体的なリハビリが可能な服薬量を調整した。徐々に行動異常は減少し X+63 日には DBDS は 23 点へ改善した。FIM は 42 点と改善を認めたが、認知症の影響で指示理解は単純なものに限られた。そのため細かな動作練習は困難であったため、動作能力の向上を目的に X+67 日からホンダ歩行アシストを導入し歩行練習を開始した。その後、退院時（X+115 日）には、FIM は 62 点と一部介助レベルまで向上し、DBDS は 14 点と改善が見られ、特に感情失禁、不穏は減少した。

【考察】症状に応じた多職種の包括的な介入により、認知症患者の ADL や認知機能は改善する可能性があると考えられた。身体的な介入は患者の受け入れに応じて、様々な道具を利用しながら実施する必要があると考えられた。

【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。

一般演題3-1

精神科領域における理学療法の現状

仙波浩幸¹⁾ 上菌紗映¹⁾ 小奈武陸¹⁾ 倉持正一¹⁾ 細井匠¹⁾ 石橋雄介¹⁾

日本理学療法士学会精神心理領域理学療法部門

Keywords / 精神医療、精神科、理学療法

【目的】本研究は、精神科領域における理学療法士の理学療法の実践の現状について把握することを目的に実施した。

【方法】平成30年6月に日本理学療法士協会会員で日本理学療法士学会精神心理領域理学療法部門に登録、メールアドレスで連絡が取れる日本理学療法士協会会員3726名を対象とした。対象者は、男性2950名、女性776名、 35.6 ± 7.8 歳であった。方法は、WEBによるアンケート調査を実施した。アンケートは勤務種別に3種類（医療機関、老健施設、）用意した。共通の設問として臨地業務実施の有無、勤務種別（医療機関、老健、いずれでもない）、勤務形態（常勤、非常勤）、対象者の疾患名、勤務上の問題点（自由記載）とした。医療機関会員では精神科病床数、処方箋数、診療報酬算定方法を加えた8項目とした。老健施設会員には、ベッド数、認知症者の割合、理学療法実施者中の認知症者の割合、介護報酬算定割合を加えた9項目とした。いずれでもない職場の会員には、業態、認知症者の割合、理学療法対象者のうちで認知症者の割合、対応で困っていること（自由記載）9項目とした。

【結果】勤務種別は401名が回答し、医療機関272名、老健38名、いずれでもない55名、不明36名であった。臨床業務を行っているのは357名89.0%であった。医療施設で働くPTは74.5%を占めた。精神科病床数は0床が204名、75.6%であった。医療施設における対象患者の精神疾患名は、回答の多い順に認知症203名、統合失調症135名、診断がついていないが問題がある73名であった。老健施設でも同じ順位であった。

【考察】理学療法対象者は、認知症をはじめとして精神的な対応が不可欠な患者が多い。そのため、教育、学術の向上、エビデンスの確立等セラピスト個人、学会等総力を挙げてこの領域に力を注がなければならない。

【倫理的配慮】本研究は、公表・活用に同意をする部門登録会員に対し、無記名で本人を特定できないWEB調査である。

一般演題3-2

精神科領域における理学療法の課題

仙波浩幸¹⁾ 上菌紗映¹⁾ 甲田宗嗣¹⁾ 濱田賢二¹⁾ 清宮清美¹⁾ 加賀野井聖二¹⁾

1) 日本理学療法士学会精神心理領域理学療法部門

Keywords / 精神医療、精神科、理学療法

【目的】本研究は、精神科領域における理学療法士の理学療法の実践の現状及び課題について把握することを目的に実施した。

【方法】平成30年6月に日本理学療法士協会会員で日本理学療法士学会精神心理領域理学療法部門に登録、メールアドレスで連絡が取れる日本理学療法士協会会員3726名を対象とした。対象者は、男性2950名、女性776名、 35.6 ± 7.8 歳であった。方法は、WEBによるアンケート調査を実施した。本発表では、アンケート調査のうち、勤務上の問題点（自由記載）に絞り検討した。

【結果】アンケート全体では401名から回答があり、勤務上の問題点（自由記載）について、医療機関勤務会員166名、老健勤務会員26名、いずれでもない勤務会員33名が回答し、それぞれ248件、31件、51件であった。回答文章の重文や複文を整理し、1内容を1単文に再構成しなおして313の単文に整理した。医療機関においては248の単文が抽出され、内容が判別困難の68単文を除く180の単文が分析対象となった。問題にあがった項目の多いカテゴリーは、PTに関するもの43件23.9%、医師以外の他職種に関するもの30件16.7%、患者に関するもの28件15.6%、学術に関するもの17件9.4%、診療報酬に関するもの17件9.4%の順であった。

【考察】精神科領域において、身体的リハビリテーションの在り方として、臨床、教育、研究が三位一体となり発展していかなければならない。当日は具体的内容を提示し、セラピスト個人、学会等のあるべき姿を提示し、精神科理学療法を確立していきたい。

【倫理的配慮】本研究は、公表・活用に同意をする部門登録会員に対し、無記名で本人を特定できないWEB調査である。

一般演題 3 - 3

3ヶ月間の理学療法士介入が認知症治療病棟にもたらす効果

市村大輔¹⁾ 川野裕亮¹⁾ 大塚裕之¹⁾ 高木洋平¹⁾ 松井敏史¹⁾

1) 平成扇病院リハビリテーション科

2) 大内病院

Keywords / 介護負担度、認知症治療病棟、リハビリ

【はじめに】本邦では平成 26 年度以降、認知症治療病棟に理学療法士が介入できるようになった。前向きな見直しもされてきたが、算定は週 3 回の個別療法に制限されるなど、診療報酬では限定的な面しか評価されていない。そこで、我々は短期間で理学療法士が認知症治療病棟へもたらす効果を調べるため、認知症患者の日常生活動作と介護士の介護負担尺度を用い、検討した。

【方法】認知症治療病棟 (50 床) に理学療法士 1 名を常駐させた。週 5 回、認知症患者の身体的なリハビリテーションに加え、介護スタッフの指導を行った。具体的には、移乗方法、ポジショニングの指導、安静度の管理、車椅子の選定などを行った。期間は 3 ヶ月間とし、その前後で介護士 11 名に介護負担尺度 (J-ZBI_8)、入院患者に対し日常生活動作 (FIM) を評価した。特に FIM は動作能力のバラつきが考えられたため、運動項目の総得点を用い、3 つのグループ (a.13~38 点、b.39~64 点、c.65~91 点) に分類し比較した。統計学的解析は Wilcoxon の符号順位検定を用い、有意水準は 5% とした。

【結果】FIM はグループ b. のみ優位に改善が認められた (介入前 50.11 ± 4.37 点、介入後 70.11 ± 14.97 点、 $p < 0.05$)。J-ZBI_8 は介入前 13.0 ± 3.8 点、介入後 8.3 ± 4.0 点であり、優位な改善を認めた ($p < 0.05$)。特に「患者さんに対して、どうしていいかわからないことがありますか。」という質問項目において、優位な改善を認めた (介入前 2.45 ± 1.13 点、介入後 1.36 ± 0.67 点、 $p < 0.05$)。

【考察】FIM はグループ b. においてのみ優位に改善した。短期間での改善を考えると、このグループは潜在的な動作能力を有しており、適切な介入や指導により著しく FIM の得点が向上した可能性がある。また、他のグループにおいても更なる調査が必要だと考えられる。

J-ZBI_8 は優位に改善した。このことから、理学療法士の専門知識を活かし他職種に指導することで、より良い包括的なケアが病棟全体に広がる可能性を示唆する。

【倫理的配慮】本報告について、本人に十分説明をし、同意を得た。

一般演題4-1

発達性協調運動障がい児に対するリハビリテーションの効果検証
—運動機能改善を目的として—

近藤友香¹⁾

1) 医療法人おくら会 芸西病院

Keywords / 発達性協調運動障がい、空間認知、運動制御

【研究の背景及び研究目的】 発達障がいの1つである発達性協調運動障がい児（以下、DCD児）は協調運動を伴う身体運動を苦手としており、縄跳びが跳べない、箸をうまく使えないなど日常生活に影響を及ぼす。これは自身の意図（行為の予測）と運動の結果に誤差が生じることで目的とする行為が上手くいかないためと考えられる。それにより、自己肯定感の低下や自己感など自我機能への影響や、友達と一緒に遊べないなど社会的な生きづらさから二次障がい（パニック障害や不安障害、統合失調症など）を引き起こす危険性がある。そのため、早期から二次障がいの予防を見据えた介入は重要である。今回、DCD児に対し、①健常児と比較して運動制御機能の低下が認められるかどうか②理学療法を実施し運動制御機能（運動時間・反応時間・運動誤差）の改善が認められるかどうかの検証を目的として実施した。

【対象と研究方法】 対象は、4歳以上のDCD児9名と医学的な既往のない健常児8名を対象とした。方法は、理学療法前後に運動制御機能を評価した。評価装置として、机上にモニターとペンタブレット（ワコム Intuos4 PTK-1240/K0）を設置し、モニター上の始点から目標までペンタブレット上をペンでなぞるリーチング動作（誘導あり・なし課題）を実施した。また理学療法として、閉眼下で他動的になぞった軌跡の色を選択させる課題を3か月間を目途に5回実施した。

【倫理的配慮】 本研究は高知県立大学倫理審査委員会（健研倫 17-07）、および医療法人おくら会芸西病院倫理審査委員会（承認番号 2018-1）の承認を得ている。尚、研究実施の際には書面にて参加者と保護者に対しその旨を十分に説明し、同意を得た上で実施した。

【結果】 運動誤差について、“誘導なし”では、初期・最終評価ともにDCD児群が大きく有意差が認められた。両群とも、運動時間、反応時間、誤差について、介入前後での有意な変化は得られなかった。

【考察】 DCD児群は健常児群と比較し、より視覚に依存した運動制御になる傾向がみられることで感覚運動の予測が難しく、自己主体感の異常や精神疾患などの二次障がい発症にも影響する可能性が考えられた。また理学療法の効果については方法や実施期間を再考する必要があると思われる。

一般演題4-2

精神科疾患を有する大腿骨近位部骨折患者における理学療法の経過は特徴的？
—一般患者と比較するための研究方法の検討—

杉 輝夫¹⁾

1) 湖南病院

Keywords / 精神科疾患、大腿骨近位部骨折、研究方法

【はじめに・目的】多施設共同にて精神疾患患者における大腿骨近位部骨折後の経過に関するデータベースが構築され分析も進められている。しかし術後の歩行獲得に対する予測因子は一般患者と同一で、精神疾患を有する患者の特徴は明確にされていない。

対象者の選定基準や調査期間を統制した上で、一般患者と比較することにより精神疾患を有する大腿骨近位部骨折の患者の特徴が明確になると考えられた。そこで、可能な限り同一条件で一般患者と比較し、精神疾患を有する大腿骨近位部骨折の患者の特徴を把握できるか試行してみることにした。

【方法】対象者：2017.07.01~2018.09.30までに大腿骨近位部骨折の診断で入院した患者(26名)の内、保存的加療、術前に実用的な歩行が困難だった者等を除いた13名。調査項目：精神疾患(認知症、統合失調症、うつ病)の有無、術後理学療法開始までの日数、術後入院期間、退院時歩行能力、退院先。比較方法：精神疾患を有しない一般群(I群)と、精神疾患を有する患者群(統合失調症、うつ病；II群)、認知症群(III群)に分け比較した

【結果】症例数はI群4名(89.8歳)、II群3名(74.0歳)、III群6名(82.7歳)であった。術後の理学療法開始までの日数と入院期間はI群4.1日、48.0日、II群1.5日、22.3日、III群4.8日、37.3日で、退院時歩行能力はfree hand歩行自立が全群で0名であった。退院先は、自宅がI群1名で、精神科への転院はII群2名(術後150日程度で歩行可能)、III群1名であった。

【考察】II、III群では術後の入院期間は短期間である傾向が示されたが、転院し加療継続となる症例が多かった。退院後も理学療法を継続することより歩行を獲得できる可能性はあるが、その期間は運動器リハビリテーション料の算定期限内で十分であると考えられた。

精神疾患を有する患者の特徴を把握するためには、多施設共同研究に加えて、縦断的な研究が必要となることが示された。術前の情報、転院後の継続的な状況把握が可能となるようなシステムを構築する必要がある。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう匿名性に十分に配慮し分析を行った。

一般演題 4 - 3

心因性による歩行障害を呈した症例を経験して ～具体的な目標が効果を示した症例～

古川雄樹¹⁾ 渡邊延彦¹⁾ 倉持正一¹⁾ 岸本陽子¹⁾

1) ホスピタル坂東 理学療法士

2) ホスピタル坂東 作業療法士

Keywords / 心因性、歩行障害、目標設定

【はじめに】今回、既往歴に発達障害を持ち、心因性の歩行障害を呈した症例の理学療法を経験した。開始時よりプログラムの難易度や声掛けなどの配慮に難渋したが、具体的な目標が提示されたことをきっかけに歩行獲得まで改善した。経過を振り返り若干の考察をしたので報告する。

【倫理的配慮】報告にあたり本人および家族より承諾を得ている。

【症例紹介】10代、女性。詳細は不明だが発達障害があり小学校低学年までは特殊支援学校に通学していた。その後、両親の意向で普通学校に転入した。

X年X月X日に風邪を引いた後、起立困難となったため数日後、A病院に入院。脱力が強くなりX日+2週後にA病院小児科に入院したが、「心因性だから歩けるよ。」と言われ帰宅。しかし、その後も歩行不可能のため、B病院に通院して、神経伝導検査を行ったが異常所見はなしであった。X日+38日、当院外来受診。同日リハオーダーとなり理学療法開始した。

【経過】週2回の程度で実施。主訴は下肢脱力、歩行困難。筋力評価ではMMT1～2、左下肢の感覚は脱失であった。残存機能で起居・移乗動作は可能であった。開始後27日、左下肢の筋力・感覚回復見られ平行棒内立位監視レベルとなった。同時期に「スキー合宿に参加する」と目標を掲げた事により徐々に動作能力改善が見られ、開始後42日で歩行監視、48日に独歩可能となった。開始後62日、スキー合宿参加可能な能力と判断されリハビリ終了となった。

【考察】本症例は「スキー合宿に参加する」と具体的な目標を掲げた事をきっかけに身体機能回復に繋がった。また、学校生活での環境的変化への不安が家族など周囲の理解が得られる事で、徐々に解消された事も機能回復の要因と考える。実施時の工夫として目標達成の為に必要な動作を提示して、自主トレーニングメニュー配布を行った。更に遂行出来た事項を賞賛して成功体験を積み上げる事を意識したことが本人の自信に繋がり、目標達成へのきっかけとなり歩行能力獲得まで図れたと考える。

一般演題 5 - 1

摂食機能障害を呈した重度精神身体合併症患者に個別理学療法が有効だった一症例

布施 貴雄¹⁾

1) 公益財団法人 星総合病院星ヶ丘病院 リハビリテーション科

Keywords / 摂食障害、低栄養、器質的気分障害

【はじめに】精神科疾患による摂食機能の低下、認知機能の低下は低栄養状態に陥りやすく入院が長期化する原因となる。今回、重度な精神科・身体合併症へ長期に渡りのリハビリ介入し、在宅へ退院することが出来た一症例について報告する。

【症例紹介】60代女性 診断名：廃用性症候群 器質的気分障害 低酸素脳症 前頭側頭型認知症、H9年より鬱病による多飲水で入退院を繰り返す。H26年1月に入院中に水中毒になり心肺停止、後遺症により知能低下する。H26.6当院入院となる。H29年2月に呼吸不全となり総合病院へ転院。H29年3月当院に再入院となる。身体リハビリテーション介入となる。

【倫理的配慮】対象者には口頭と書面にて、研究の目的、方法、主旨を説明し同意を得ている

【リハ評価】H28年3月22日 意思疎通言語によるコミュニケーションは困難。奇声をあげ視線があわない。1対1で時間をかければ何とか可能。文字が読める様子。急性期病院よりの嚥下評価では嚥下機能廃絶。飲み込む力が弱い。BMI12.9kg/m² ADLはB.I. 10点

【経過】H28年3月22日 理学療法介入開始。当初は本人のペースにあわせ離床を目標に開始した。言語聴覚士による嚥下評価によりミキサー食（1000cal、タンパク質 20g）を昼食のみ開始。29日昼・夕の2食摂取可能となる。4月6日には1日3食 1600cal、タンパク質 60gに向上した。その後、徐々に栄養状態も改善し体重も1か月に1~2kgのペースで増加する。本人の食事摂取量の増加にあわせて徐々に運動負荷量を増加した。H29.3には4点杖歩行も見守りで可能。集団作業療法にも自発的に参加できるようになる。その後の経過も良く BMI19.5kg/m²ADLもB.I.70点に改善しH29.10に自宅退院となる。

【考察】この症例は初期の個別対応が有効で、徐々に低栄養状態から脱することができた。食事摂取量が安定するとともにB.I.、内服も安定し精神薬の調整も進み本人の精神症状が安定するとともにADLも改善。家族の努力もあり在宅復帰に至ったと考える。

一般演題5-2

心因性運動障害患者に対する身体リハビリテーションの経験

濱田賢二¹⁾ 渡部洋実²⁾ 林光俊³⁾

1) 医療法人社団光生会 平川病院 リハビリテーション科

2) 医療法人社団光生会 平川病院 医師

3) 杏林大学付属病院 医師

Keywords / 心因性運動障害、心因性歩行障害、心因性失語症、解離性障害

【説明と同意】本発表は本人・家族に同意を得た後に、当院倫理委員会の承認を得ている。

【はじめに】これまで心因性運動障害に対して、機能的には運動障害がないものとして理学療法では対象にならず、精神科の医療機関では理学療法が行なえないため、実際に廃用や機能低下進行してしまうケースも散見される。今回当院で、心因性運動障害の患者に対して、身体リハビリテーションを身体機能低下例と同様のアプローチで行い、良好な結果を得たので報告する。

【症例紹介】10歳代女性。診断名は解離性障害、てんかん発作、主訴は歩行障害、発語障害。

【現病歴】中学生の頃より徐々に不登校や、「声が出なくなる」症状が出現するようになり、メンタルクリニックへ通院開始。高校入学後は行事中に過呼吸や発作が頻回にみられた。当院入院の6ヶ月前、駅前を歩行中にてんかん発作にて転倒し、下顎骨骨折を受傷した。徐々に発語も見られなくなり、下肢の脱力感とともに、次第に歩行も不能となった。同時に食欲低下もみられ、一時は胃管で薬を服用する状態となった。その後自宅療養するも無言・無動が続き、転倒から6ヶ月経過後に当院入院となった。

【リハビリ開始所見】発語無く、筆談やジェスチャーでコミュニケーションは可能。アイコンタクトは良好で笑顔は表面的である。下肢以下の脱力を認め、下肢の感覚はあるが随意運動はほぼみられない。立ち上がりは不可で移乗動作も要介助状態であった。

【リハビリ結果】58日のリハビリ期間を経て自宅に独歩にて退院となった。

【考察】心因性運動障害の背景には、他者との関りや登校への不安を「歩けない／話せないから学校へ行けない」との転換の心理機制が働いていると解釈された。ただし、歩行障害に対しては、家族や介護者への負担を軽減したいとの治療意欲から順調にリハビリが進んだ。この際、理学療法士からは身体機能低下例と同様に動かないものとして扱い、目標設定を行い、心理的な側面には触れずにリハビリを行なったことが奏功したものとする。

一般演題 5 - 3

うつ症状に難渋したが、自宅復帰の支援が出来た事例
～うつ病の回復過程に着目して～

近森鷹希¹⁾ 安田昌弘¹⁾

1) 高岡病院 理学療法科

Keywords / うつ病、回復過程、退院支援

【はじめに】今回うつ症状に難渋したが、回復過程に着目して対応した結果、ADL能力向上に繋がり自宅復帰が可能になった事例を経験したため報告する。

【倫理的配慮】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】50歳代、女性。診断名、うつ病。X年6月に不安や意欲低下が著明で、外来加療では困難なため、同年7月に当院に入院となった。入院加療後、日中臥床傾向が続き、廃用症候群を発症し、身体機能と病的肥満(BMI41)の改善のため、同年8月にリハビリを開始した。

【経過】介入時、基本的動作やセルフケアは要介助でFIM67点。うつ症状は不安・抑うつ・疲労感等を認めSDS56点。そのため、介入1～4週目、本人の不安や希望を受容的、支持的に関わり、運動負荷では、本人に合った適度な負荷に設定した。その後、症状が軽快し、リハビリに意欲的になり、負荷量を高負荷に調整した。介入5週目以降、症状増悪に注意し、自宅復帰に必要なADLや床上動作練習を実施。また、本人から「料理がしたい。」など前向きな発言があり、IADL練習を追加。介入9週目以降、退院後の生活に対する不安の増強がみられたが、正のフィードバックを行い対応し、退院時はFIM90点、SDS44点、BMI37と改善を認めた。

【考察】本症例は、身体機能と病的肥満に対して、積極的なリハビリが必要であったが、不安症状を伴ううつ病は重症化し再発しやすいため、症状増悪に注意して支援を行った。運動療法では本症例の疲労度を確認し、やりがいや成功体験を繰り返し経験できるように実施したため、意欲的にリハビリに取り組めたと考える。その後、うつ病の回復時期が急性期から回復期前期となり、「～したい」という意欲の回復に合わせて、運動負荷量の調整やIADL練習を行ったことが、退院後の生活に向けて、具体的な生活をイメージさせることが出来たと考える。今回、早期に身体機能改善を目標とし、うつ病の回復過程に注意して関わることが重要であり、自宅復帰に繋がったと考える。

運営幹事名簿

- 代表運営幹事 仙波 浩幸（日本保健医療大学）
- 運営幹事 上菌 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（医療法人おくら会 芸西病院）
- 小森 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）
- 石橋 雄介（秋津鴻池病院）
- 倉持 正一（ホスピタル坂東）

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：上菌紗映
sae1076@yahoo.co.jp