



第7回

日本精神・心理領域理学療法研究会 学術集会抄録集

テーマ

構築する精神・心理理学療法の可能性を拓げる

大会長：清宮 清美

会 期：2022年3月13日(日)

会 場：Web開催

主 催：日本精神・心理領域理学療法研究会



一般社団法人

日本理学療法学会連合

Japanese Society of Physical Therapy

目次

学術集会の開催によせて	1
研究会日程表	2
Web開催の案内	3
参加者の皆様へ	4
発表者の皆様へ	6
座長の皆様へ	7
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	7
講演プログラム	8
一般演題プログラム	12
運営幹事名簿	31

学術集会の開催によせて

第7回精神・心理領域理学療法部門研究会

研究会長 清宮 清美

ここに第7回精神・心理領域理学療法部門研究会学術集会が開催に至りましたことを皆さまに感謝いたします。今回も昨年と同様にオンラインでのWeb開催となりますが、全国各地から多くの演題登録をいただき、ありがとうございました。

第7回研究会学術集会はテーマを「精神・心理理学療法の可能性を拓げる」として、特別講演に理学療法士であり公認心理師の資格を持つ穴田周吾氏をお迎えし、現在の精神科医療や精神科領域での理学療法士を取り巻く現状や医療施策など当部門に関わる幅広い内容のご講演をいただきます。また、教育講演では当部門の創設者である仙波浩幸氏に設立からの10年間の歩みと今後の活動の在り方についてご講演いただきます。

精神・心理領域理学療法部門が設立から10年が経ち、時代の変遷とともに精神・心理領域理学療法が対象とする疾病が増加し、携わる理学療法士も増えてきています。さらに昨年の診療報酬改定では、精神科療養病棟における疾患別リハビリテーション料の算定が可能となり、精神科領域での理学療法士の活躍の場が増えました。

また、日本理学療法士協会の連合学会が法人化し、この度当部門は「日本精神・心理領域理学療法研究会」と名称を新たにして発足いたしました。発足年の記念すべきこの研究会が、ご参加の皆さまにとりましてもこれからの可能性を拓げることのできる有意義な大会となることを祈念しております。

日程表

ZOOM	
8時	00
	10
	20
	30
	40
8:30~9:00 受付	
9時	00
	10
	20
	30
	40
9:00~9:10 開会式	
9:10~10:10 (メインセッション) 教育講演	
10時	00
	10
	20
	30
	40
10:20~11:50 (メインセッション) 特別講演	
11時	00
	10
	20
	30
	40
11:50~13:00 昼休憩	
13時	00
	10
	20
	30
	40
13:00~14:00 (ブレイクアウトルーム1) 一般演題1	
13:00~13:20 動画確認時間 (Webページ、事前視聴を奨励)	
13:20~14:00 質疑応答時間	
14時	00
	10
	20
	30
	40
14:10~15:10 (ブレイクアウトルーム2) 一般演題2	
14:10~14:30 動画確認時間 (Webページ、事前視聴を奨励)	
14:30~15:10 質疑応答時間	
15時	00
	10
	20
	30
	40
15:20~16:15 (ブレイクアウトルーム3) 一般演題3	
15:20~15:40 動画確認時間 (Webページ、事前視聴を奨励)	
15:40~16:15 質疑応答時間	
16時	00
	10
	20
	30
	40
16:20~16:30 閉会式	
	50

Web 開催の案内

本研究会は Web 開催とし、Zoom ミーティングを使用して発表、議論、学術研鑽を行います。各講演はリアルタイムでのライブ配信形式で行い、一般演題は、事前にスライド動画を配信し、質疑応答はリアルタイムで行います。活発な議論ができるよう、学術集会ホームページから事前に質問やコメントを受け付けます。また、事後閲覧期間を設け、当日視聴できなかった演題や、もう一度視聴したい講演などを学術集会終了後にも閲覧できるようにします。

参加方法

- 1) 会員は協会マイページから事前参加登録をしてください。
- 2) 学術集会当日までの間、「事前質問・コメント受付」ページから演題への質問やコメントを受け付けます。いただいた質問やコメントは学術集会当日の質疑応答で使用します。
- 3) 2022年3月初旬頃に学術集会の Zoom ID とパスワード、および事後閲覧のためのパスワードをメールでお知らせします。
※携帯電話のキャリアメール (@docomo.ne.jp, @i.softbank.jp, @ezweb.ne.jp 等) は、迷惑メールフィルタの影響で受信ができない場合がありますので、参加登録時には、ご注意ください。3月5日までにメールが届かない場合は、info@mh.jspt.or.jp にご連絡ください。
- 4) 研究会当日は、Zoom ミーティングを使用したオンライン開催となります。
- 5) 一般演題は発表動画を事前公開いたします。当日も閲覧する時間は設けますが事前に発表動画を視聴し参加していただけますようお願いいたします。
- 6) 研究会終了後から1週間程度 YouTube の限定公開で講演や演題の閲覧が可能です。

受講上の注意

本研究会は、お手元のパソコン、スマートフォンから参加できる Web 形式の学会です。通常の会場型学会とは異なり、参加者の顔が見えないため、特に建設的なディスカッションとなるよう十分にご注意ください。

1) 禁止事項

- ・講演や一般演題の内容を不正に電磁機器にデジタル情報として保存する行為。
- ・講演や演題で発表された数値データやアイデアを不正に他で公表する行為。
- ・講演や一般演題の閲覧に関するパスワードを他人に教える行為。
- ・一人の参加登録者のアカウントで、複数人で閲覧する行為。
- ・誹謗中傷や荒らし行為、個人情報を書き込みや研究会に関わらない情報を書き込む行為

2) 著作権について

本学会ではすべての講演・一般演題発表のいずれもその作者・発表者に著作権があります。これらの著作物の録画・撮影・画面のハードコピー・パソコンやその他の記憶媒体への保存等の行為は一律禁止とさせていただきます。また、これらの著作物を本会以外のホームページ、SNS などに掲載することも固くお断りさせていただきます。

参加者の皆様へ

1. 参加登録

- 1) 参加登録は、事前参加登録のみです。登録期間終了後は受付できませんので、ご注意ください。
- 2) 会員は日本理学療法士協会マイページ (セミナー番号: 25944) から事前参加登録をしてください。
- 3) 事前参加登録完了後は、キャンセル、返金のご請求はお受けできません。
- 4) 演題発表者、座長は参加登録が必須です。
- 5) 登録されたメールアドレスが誤っていると、当日の参加に必要な Zoom の URL がお知らせできず、参加していただけない可能性があります。会員の方はマイページに登録されているメールアドレスを改めてご確認ください。3月4日までに URL の連絡が届かない場合は、info@mh.jspt.or.jp にご連絡ください。

2. 学術集会参加費

- 1) 会員: 2,000 円
- 2) 非会員 (理学療法士): 5,000 円
- 3) 非会員 (他職種): 2,000 円
- 4) 学生: 無料

3. 登録期間

- 1) 現金振込 (会員) : 2021年10月19日(火)~2022年2月6日(日)
- 2) 楽天カード (会員) : 2021年10月19日(火)~2022年2月21日(月)
- 3) 口座振替 (会員) : 2021年10月19日(火)~2022年1月30日(日)
- 4) 現金振込 (非会員) : 2021年10月19日(火)~2022年1月28日(金)迄

4. 登録方法 (会員)

【現金振込】

- 1) ご登録の住所へ日本理学療法士協会より振込用紙を郵送します。登録後1週間以内に請求書が未着の場合は、JPTA 学会 <gakkai@japanpt.or.jp> へお問い合わせください。未着による事前参加登録失効については責任を負いかねます。
- 2) 振込用紙を用いて参加費をお振り込みください (振込期限: 2022年2月21日)。手数料として275円 (税込) を加算させていただきます。
- 3) お支払いは請求書裏面記載の支払期日内に行ってください。支払期日を過ぎますと事前登録

は無効となります。

- 4) 振込用紙が届かなかった場合も含め、参加費未納の方は事前参加登録を無効とさせていただきます。

【楽天カード】

- 1) 引落日はクレジットカード会社のWebサイト等にてご確認ください。
- 2) 決済状況を協会マイページよりご確認ください。開催1週間前までにご請求が確定しなかった場合（決済状態が『未納』の場合）は、事前参加登録を無効とさせていただきます。必ず事前に決済状況をご確認ください。

【口座振替】

- 1) 引落口座が未登録の方（年会費の決済方法が口座振替ではない方）は、「預金振替依頼書・自動払込利用申込書」を協会マイページからダウンロードして、日本理学療法士協会事務局へご郵送ください（2021年12月21日必着）。

【領収書の発行】

領収書が必要な方は学術集会事務局<info@mh.jspt.or.jp>へご連絡ください。協会マイページからのダウンロードはできませんので、ご注意ください。

4. 登録方法（非会員）

- 1) 事前参加登録はオンライン登録での受付のみです（受付は終了しました）。
- 2) ご登録の住所へ日本理学療法士協会より振込用紙を郵送いたします。
- 3) 2022年2月14日時点でも振込用紙が未着の場合は、<info@mh.jspt.or.jp>へお問い合わせください。未着による事前参加登録失効については責任を負いかねます。
- 4) 振込用紙を用いて参加費をお振り込みください（非会員振込期限：2022年2月21日）。手数料として275円（税込）を加算させていただきます。
- 5) お支払いは請求書裏面記載の支払期日に行ってください。支払期日を過ぎますと事前登録は無効となります。
- 6) 参加費未納の方は事前参加登録を無効とさせていただきます。
- 7) 振込控をもって領収証とさせていただきます。

発表者の皆様へ

- 1) 発表者も必ず事前参加登録をしてください。
- 2) 本研究会の一般演題は口述発表のみです。研究会当日は、Zoom ミーティングを使用したオンライン開催となります。
- 3) 第7回精神・心理領域理学療法研究会学術集会の演題査読委員会を設け、査読者3名にて演題の採択を決定いたします。
- 4) 2022年2月13日までに発表スライドのmp4ファイルを提出してください。ファイルの提出は、E-mail または各種データ送信サービスで 7th.jcppmh@gmail.com に送信してください。メールの件名は、「第7回精神心理領域理学療法研究会学術集会演題申込」としてください。
- 5) Zoom ミーティングを用いて、7分間の発表（事前に提出された発表スライド動画を Google Drive にて事前公開およびセッション開始 20 分を動画閲覧時間とする）、6分間の質疑応答（リアルタイム）を行います。
- 6) 質疑応答は、参加者が Zoom ミーティングの「手を挙げる」機能を使用して発言する質問を想定しています。
- 7) 学術集会終了後から約1週間程度 YouTube の限定公開で事後閲覧期間を設けます。
- 8) 提出していただいたデータは、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) 一般演題はZoomミーティング、ブレイクアウトルームの機能を用いて行います。
- 2) 担当セッション開始時刻の10分前までに招待されたZoom URLよりログインしてください。
- 3) 発表時間は、発表7分、質疑応答6分となっております。
- 4) 発表は事前に提出されたスライド動画を事前配信いたします。また、セッション開始20分は動画の閲覧時間とし、時間になりましたら各演題の質疑応答を行ってください。
- 5) 参加者からの質問はZoomミーティングの「手を挙げる」機能を用いて受け付けます。「手を挙げる」ボタンが押された場合には、「トーク許可」ボタンで参加者の発言を許可してください。

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

※本大会のZoomミーティングへのログインをもって参加確認といたします。

講演プログラム

教育講演

9 : 10~10 : 10

精神心理領域の理学療法における現状と課題

講師：仙波 浩幸（神奈川県立保健福祉大学）

座長：倉持 正一（ホスピタル坂東）

特別講演

10 : 20~11 : 50

精神・心理領域の臨床や部門マネジメントのための

医療政策と病院経営の知識

講師：穴田 周吾（グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン）

座長：清宮 清美（埼玉県総合リハビリテーションセンター）

教育講演

精神心理領域の理学療法における現状と課題

神奈川県立保健福祉大学

仙波 浩幸

現在の研究会の前身は、2010年第45回日本理学療法士学術大会(岐阜)で精神心理領域理学療法部門として発足しました。日本理学療法士協会が精神疾患/精神障害を理学療法の対象として公に宣言をする歴史的な瞬間でした。

コロナ禍で活動が制限される直前まで、この精神医療福祉領域に関わる様々な変化を見届け、実践をしてきました。2014年厚生労働省の報告書において、精神障害者に対する理学療法が初めて明記されました。2015年には本協会が「精神疾患・認知症患者へのリハビリテーション提供実態調査」を実施しました。また、前後して日本精神科病院協会、整形外科、本協会と合同で厚労科研に取り組み、日本精神科病院協会、日本精神神経学会でシンポジウムを開催しました。本部門も、身体合併症に関する研究、診療報酬制度への提言など積極的に取り組みました。始動期における、この領域の知識の発展、職域拡大に資することができたのではないかと考えています。

これまでの歩みを総括し、精神科理学療法さらなる発展のために、次世代を担う理学療法士にバトンを受け渡す準備をしなければなりません。臨床、教育、研究各領域を複合的に多様なリソースを総動員して、新たな理念を掲げ、新たな課題に取り組み、実践することが求められます。当日はこれらについて私見を含め述べたいと思います。

【特別講演1 講師紹介】

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン

穴田 周吾 先生



【略歴】

2013年 藍野大学医療保健学部理学療法学科 卒業

医療法人清仁会 入職 水無瀬病院配属

同法人にて介護老人保健施設、リハ特化デイサービス、デイケア、
訪問看護ステーション、地域包括委託の通いの場などの業務に従事 (2019年退職)

2016年 大阪府理学療法士会社会局医療介護保険部 部員

研修会、地域ケア会議、小中学生の運動器検診の補助、展示会スタッフなど

2019年 追手門学院大学大学院経営・経済研究科博士前期課程 入学

2021年 追手門学院大学大学院経営・経済研究科博士前期課程 修了

株式会社 Global Health Consulting Japan 入社

現在はアナリストとして病院コンサルティングファームにて急性期病院を対象に理学療法士の
経験を活かしたリハビリテーション部門の分析やDPCデータ分析を主に行い、地域連携や地域
包括ケアシステムの構築などのコンサルティングに携わる。

【保有資格】

理学療法士、(認定：管理・運営)(認定：地域理学療法)、協会指定管理者(上級)、

地域ケア会議推進リーダー、地域ケア会議推進リーダー

公認心理師、修士(経営学)、診療情報管理士、医療経営士二級

【学会・書籍】

日本理学療法学会学術大会、近畿理学療法学会学術大会、大阪府理学療法学会学術大会、日本リハビリテ
ーション医学会で口述・ポスターでの発表

PT/OT/STのための臨床に活かすエビデンスと意思決定の考えかた 寄稿

特別講演

精神・心理領域の臨床や部門マネジメントのための医療政策と病院経営の知識

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン

穴田 周吾

2020年の診療報酬改定では当時の精神・心理部門や協会など関係各者の尽力もあり、「精神科療養病棟における疾患別リハビリテーションの実施」が診療報酬上で許可された。だが、理学療法士の就労は2021年3月末日時点で約13万人の会員が居るなかで、精神・心理領域への進出が進んでいるとはまだまだ言いにくい印象がある。なぜなら、病院所属が約7.3万人/6200施設を超過半数を占める割合に対して、精神病院の所属は131人/54施設と全体の0.1%程度だからである。もちろん一般病院に精神科病床があり関わっているケース、非常勤や福祉関連などの勤務も考えられるが、恐らくはそこまで多数とは言えないだろう。このことから、理学療法士の過剰供給が課題として叫ばれる一面もあるなかで、精神・心理領域に携わる理学療法士の配置が非常に少ない可能性が考えられる。

我が国の病院数は「厚生労働省/令和元(2019)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」から総数は8300施設である。そのうち1054施設が精神病院であり、一般病院と足した総数のうちに精神病院が占める割合はおよそ13%となる。病床で捉えると総数は約160万床のうち、32万床が精神科病床でありおよそ20%を占めている。これらの調査の結果から職域となる病院数や病床数としては決して少なくはない。また、精神科医療の経営を取り巻く現状として、長期入院症例の地域移行、入院患者の高齢化に伴う基本的動作能力の障害の発生の予防などがある。こういった現状の課題に対して、理学療法士が果たせる役割は前回までの本学会を見ている限り大きいはずである。

その他にも推計入院患者数で最も多いのは「精神および行動の障害」であると言われていることや、認知症やメンタルヘルスの増加、地域包括ケアシステムでの障害福祉との繋がり強化、ACPや看取りといった関連領域を踏まえると現在、そして今後の精神・心理領域の理学療法の専門性の発揮やさらなる発展が期待されているといえるのではないだろうか。

本講演では駆け出しではあるが、医療系コンサルタントと若手理学療法士としての2つの視点を踏まえ、大会テーマである「精神・心理理学療法の可能性を広げる」ためのポイントや事例を医療政策と病院経営をベースで紹介していく。リハ室での関わりといった日常の臨床から、視点を少し変えた切り口で医療政策と病院経営の知識を紹介することで、精神・心理領域の理学療法の発展や関連領域で現在働いている、もしくはこれから働く理学療法士の職域拡大やそのための課題の抽出、あるいは介入における価値の最大化に近づくことが出来ると考えたからである。その理由とビジョンを参加者と共有したい。

一般演題プログラム

一般演題 1 13:00~14:00 (ブレイクアウトルーム 1)

座長：小澤 純一 (福井県立病院)

- 1-1 変形性膝関節症に罹患して人工膝関節全置換術を施行された患者に対する運動介入と心理的介入の併用が心理的要因に及ぼす影響
- ランダム化比較試験のシステマティックレビューおよびメタアナリシス -
広島大学大学院 人間社会科学研究科 西元 淳司
- 1-2 ギャンブル障がいをもつ者の運動習慣・心理機能・身体機能に関する横断研究
京都橘大学大学院 健康科学研究科 大村 颯太
- 1-3 精神疾患に身体合併症のある患者の自宅退院を規定する要因
平川病院 上菌 紗映
- 1-4 精神療養病棟における疾患別リハビリテーション料が与える影響
- 当院の場合 -
湘南病院 杉 輝夫
平川病院 上菌 紗映
- 1-5 統合失調症患者と健常者の筋力発揮調整能の比較
武蔵野中央病院 宮原 淳志
- 1-6 精神疾患を合併した骨折術後患者に超音波画像診断装置を用いて詳細な評価を行った事例
特定医療法人 恵風会 高岡病院 安田 昌弘

一般演題 2 14:10~15:10 (ブレイクアウトルーム 2)

座長：堀 寛史 (びわこリハビリテーション専門職大学)

- 2-1 認知機能低下を呈する患者のADL改善に関連する要因の検討
岸和田リハビリテーション病院 桑原 裕也
- 2-2 認知症高齢者の身体活動を促すための理学療法士の関わり
金沢大学 横川 正美
- 2-3 回復期病棟における重度認知機能低下を呈した患者のADL改善に関わる要因の検討
岸和田リハビリテーション病院 竹内 萌恵
- 2-4 認知症の行動・心理症状を呈する患者に対する理学療法事前介入の効果の検討
- シングルケーススタディ -
ホスピタル坂東 倉持 正一
- 2-5 重度アルツハイマー型認知症患者に対する、移乗前の車椅子操作の学習に着目した介入
- 症例報告 -
メープルヒル病院 中川 敬汰

2-6 早期段階で認知症介入のための補助的測定器の改良と工夫

大阪河崎リハビリテーション大学 小俣 武陸

一般演題 3

15:20~16:15

(ブレイクアウトルーム 3)

座長: 池田 拓洋 (健生ふれあいクリニック)

3-1 コロナ禍における理学療法士の認知症治療病棟での病棟業務支援に関して

医療法人三星会 かわさき記念病院 八重田和宏

3-2 当院精神科疾患別リハビリテーションにおける新型コロナウイルス感染対策について

宇治おうばく病院 四方 公康

3-3 新型コロナウイルス感染症に対するリハビリ職員の感染不安は変化しているのか?

福井県立病院 小澤 純一

3-4 脚が腐っていて歩けない”という妄想があったうつ病の事例に対する、
身体的な自己意識に着目した理学療法の試み

秋津鴻池病院 吉岡 正訓

3-5 退院後、症状再燃した解離性運動障害の一症例

札幌溪仁会リハビリテーション病院 佐藤 義文

一般演題 1-1

変形性膝関節症に罹患して人工膝関節全置換術を施行された患者に対する運動介入と心理的介入の併用が心理的要因に及ぼす影響

ーランダム化比較試験のシステマティックレビューおよびメタアナリシスー

西元 淳司^{1) 2)} 小野晃路^{1) 3)} 猪村剛史^{1) 4)} 光武翼^{1) 5)} 田中繁治^{1) 6)} 井上優^{1) 7)} 田中亮¹⁾

1) 広島大学大学院 人間社会科学部研究科 2) 埼玉医科大学総合医療センター リハビリテーション部

3) しげい病院 リハビリテーション部 4) 広島都市学園大学 健康科学部 リハビリテーション学科

5) 福岡国際医療福祉大学 医療学部 理学療法学科 6) 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部

リハビリテーション学科 7) 倉敷平成病院 リハビリテーション部

Keywords / 人工膝関節全置換術,心理的要因,システマティックレビュー,メタアナリシス

【目的】 人工膝関節全置換術 (TKA) 後においても残存する疼痛や術後身体機能に影響する要因として、うつ、不安、破局的思考などの心理的要因が報告されている。これまで、TKA 後患者に対する運動介入と心理的介入の併用が術後の心理的要因に及ぼす効果のエビデンスは評価されておらず、本研究によって明らかにすることを目的とした。

【方法】 PubMed、CENTRAL、CINAHL、PEDro、医中誌をデータベースとして利用した。適格基準は、(1)変形性膝関節症に対して人工膝関節全置換術を施行された患者、(2) 実験群は運動介入と心理的介入の両方が施行された患者、(3) 対照群は運動介入もしくは心理的介入が単独で行われた患者、(4) ランダム化比較試験 (RCT) である、とした。RCT の risk of bias 評価には PEDro スケールを使用した。メタアナリシスは統合可能なデータを RevMan 5.4 によって解析し、エビデンスレベルの判定は GRADE システムに基づいて実施した。

【結果】 本研究の適格基準に該当した論文は 7 編であった。RCT に含まれていた運動介入は、関節可動域練習、筋力強化練習、荷重・歩行練習、階段昇降練習、課題指向型トレーニングであった。心理的介入は、認知行動療法、生物心理社会モデルに基づく介入、聴覚や視覚を標的とした介入が含まれた。エビデンスレベルが判定できたアウトカムは、うつ、破局的思考であった。運動介入と聴覚・視覚への介入もしくは認知行動療法との併用は、TKA 後のうつと破局的思考の改善に有効であり、いずれもエビデンスレベルは「高」で支持できた。

【考察】 運動介入と心理的介入の併用は、TKA 後の心理的要因を改善させる可能性が示唆され、特にうつや破局的思考を有意に改善させる質の高いエビデンスが得られた。本研究では、抽出された論文数が少なく、介入期間や時期が異なっていたことから、概念的異質性を完全に排除したメタアナリシスを行うことが今後の課題である。

【倫理的配慮】 本研究は UMIN に登録済みである (登録番号 000044568)。

一般演題 1-2

ギャンブル障がいをもつ者の運動習慣・心理機能・身体機能に関する横断研究

大村 颯太¹⁾ 入来晃久²⁾ 田中芳幸¹⁾ 横山茂樹¹⁾

1) 京都橘大学大学院 健康科学研究科

2) 大阪精神医療センター・こころの科学リサーチセンター

Keywords / ギャンブル障がい, 心身機能, 横断研究

【目的】 ギャンブル障がいとは、ギャンブル体験後にギャンブル行為を自分の意志で制御できず、反復し続ける病的なギャンブルの習癖のことであり、本邦においても有病率が高く社会的問題になっている。近年、ギャンブル障がいをもつ者(People with Gambling Disorder:以下、「GD」)の運動不足や生活習慣病の発症リスクなどが報告されている。さらに、GD に対する有酸素運動は、生活習慣病のリスクやギャンブル渴望を軽減する可能性も示されている。しかしながら、GD の運動習慣や心身機能の特性は不明である。本研究の目的は、GD の運動習慣、心理機能および身体機能を健常者と比較することでギャンブル障がい者の特性を明らかにすることである。

【方法】 対象はギャンブル障がい群 12 名(年齢: 42.1±13.4 歳/男性 9 名/女性 3 名)(以下、GD 群)とコントロール群 12 名(年齢: 39.1±12.9 歳/男性 9 名/女性 3 名)(以下、C 群)とした。GD 群は、精神科医にGDと診断された者とした。測定項目は、サウス・オクス・ギャンブリング・スクリーン(以下、SOGS)、職業性簡易ストレス調査票、IPAQ 日本語版アンケート短縮版、全身持久性体力質問紙、最大握力、等尺性膝伸筋力、長座体前屈、胸椎後彎角とした。各測定項目における GD 群と C 群の比較として、対応のない t 検定を実施した。

【結果】 GD 群は C 群と比較して、SOGS・胸椎後彎角は有意に高値を示し ($p < 0.01$)、職業性簡易ストレス調査票・全身持久性体力質問紙・等尺性膝伸筋力・長座体前屈は有意に低値を示した ($p < 0.05$)。

【考察】 持久性・膝伸筋力・長座体前屈の低下は、生活習慣病のリスクを高めることが報告されており、健康面において GD 群が運動を行うことは重要かもしれない。また、胸椎後彎姿勢はアップライト姿勢と比較してネガティブ思考であり、ストレス耐性も低いことが報告されている。GD 群における胸椎後彎の増大は心理機能になんらかの影響を与えている可能性が考えられる。

【結論】 本研究において、GD 群の心理機能・運動習慣・身体機能の特性が明らかになった。

【倫理的配慮】 本研究は、京都橘大学・研究倫理委員会の承認(承認番号: 19-32)を受けて実施した。

一般演題 1-3

精神疾患に身体合併症のある患者の自宅退院を規定する要因

上菌 紗映¹⁾ 山崎裕司²⁾ 加藤宗規³⁾

- 1) 平川病院
- 2) 高知リハビリテーション専門職大学 理学療法学専攻
- 3) 了徳寺大学 健康科学部理学療法学科

Keywords / 精神疾患, 身体合併症, 自宅退院

【はじめに】本邦では、精神疾患患者の長期入院が大きな問題となっている。また、精神疾患を持つ患者も、様々な身体疾患を合併する可能性があり、1年以内に患者が退院できなかった理由に日常生活活動能力の低下が17.7%あったとされている。今回の研究では、精神・身体重複障害を持つ患者を対象として、自宅退院に影響を及ぼす因子について検討した。

【倫理的配慮】本研究は、平川病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【対象】対象は2015年1月～2018年12月までに当院合併症病棟に入院し、身体リハビリテーションを実施した患者350名である。除外規定は、欠損データがあるものとし、最終的に分析対象となったのは296名であった。

【結果】入院継続あるいは他院へ転院を除き、生活の場に退院となった256名中、自宅退院者は116名、45.7%であった。自宅退院群を規定する要因についてロジスティックス回帰分析で有意であった因子は、認知症の有無、自宅からの入院か否か、同居家族の有無、入院時 Functional Independence Measure (以下、FIM) 認知項目得点、退院時 FIM 運動項目得点であった。

【考察】2020年度診療報酬改定で、精神科療養病棟での疾患別リハ算定も認められることとなった。今後、精神科において身体合併症を持つ患者に対しての身体リハビリテーションは重要性を増すことになると思われるが、診療のアウトカムに関するデータはまだ少ない。今回の結果より、多重ロジスティックス回帰分析で上がった因子のうち、入院後の介入で変化しうる因子は退院時 FIM 運動項目得点のみであり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等リハビリテーションを行う専門職の関わる意義や必要性が考えられた。今後は専門職の介入の効果についてさらに検討が必要である。

一般演題 1-4

精神療養病棟における疾患別リハビリテーション料が与える影響

~当院の場合~

杉 輝夫 箕輪文緒 島貫優華

湘南病院

Keywords / 精神療養病棟, 疾患別リハビリテーション料, 影響

【目的】 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進を目的に、2020年4月疾患別リハビリテーション料の算定が可能となった。2021年9月、診療報酬制度の変更後の変化に関する報告は見当たらなかった。算定が可能となって約1年半が経過していたが、精神療養病棟(療養)においてリハが推進されているか不明であった。そこで、当院における2020年4月1日以前と以降における療養に入院している患者に対するリハの実施状況の変化を把握することとした。

【方法】 リハ室が管理している依頼患者名簿を利用し後方視的に情報収集を行った。調査期間は2018年10月1日~2020年3月31日(疾患別リハ算定前:pre)と2020年4月1日~2021年9月30日(疾患別リハ算定後:post)とした。対象者は精神科の療養と精神科一般病棟(一般)に入院しており、対象期間内に依頼がありリハを終了している患者とした。入院日が不明等のデータ上に不備のあった患者は除外した。調査項目は依頼件数、疾患別の内訳、年齢、リハ終了後の転帰、入院からPT依頼までの日数、PT実施期間、入院期間とした。

【結果】 依頼件数は療養にて2/8件(pre/post)、一般にて55/60件であった。疾患別の内訳は療養、一般共に前後で大きな違いはなかった。平均年齢は療養で75.5/66.3、一般で63.5/64.9と療養で依頼時の若年化がみられた。リハ終了後の転帰は、療養においてpreは2例とも入院の継続であったが、postでは自宅退院、グループホーム、特別養護老人ホームへの入所がみられた。一般ではpostに入院の継続、療養への転棟が減少し(15/6)、自宅退院が増加(26/38)していた。入院からPT依頼までの日数とPT実施期間においては療養ではpostで長期化し、一般では短縮した。

【考察】 制度改定前後にて、精神科における依頼件数や依頼内容に大きな変化は認められなかった。しかし、療養においては依頼患者の若年化、院外施設への退院や実施期間の延長等がみられた。依頼数は少ないながら、患者に合わせた多様なサービス提供ができるようになり、リハビリテーションの推進に繋がっていると考えられた。

【倫理的配慮】 データの取扱に際し、氏名データは除去し個人を特定できない状態にて処理を行った。

一般演題 1 - 5

統合失調症患者と健常者の筋力発揮調整能の比較

宮原 淳志

武蔵野中央病院

Keywords / 統合失調症, 筋力発揮調整能, 膝伸展筋力

【目的】統合失調症患者と健常者で, 必要な力を適切なタイミングで発揮する筋力発揮調整能に差が生じるか検討すること.

【対象と方法】当院の精神科に入院中の歩行可能な女性統合失調症患者 19 名(以下 S 群, 平均年齢 62.9 ± 6.0 歳)と当院の女性スタッフ 27 名(以下 N 群, 平均年齢 57.7 ± 7.0 歳)を対象とした. 膝関節伸展筋力をハンドヘルドダイナモメーターで, 最大筋力を 3 回, その後「最大の力の 50% くらいの力を発揮してください」と伝え, 50%筋力を 1 回測定した. 実測の 50%筋力と, 最大筋力から予想される真の 50%筋力を用いて筋力発揮調整能を算出した. 算出値が大きいくほど, 筋力発揮調整能は低下し, 真の 50%筋力から離れていることを意味する. S 群と N 群の筋力発揮調整能は, 最小二乗法による線回帰分析を用いて比較した.

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき研究内容及びリスク, 個人情報の保護に対する配慮を十分に説明し同意を得た.

【結果】筋力発揮調整能の中央値は S 群 33.3(四分範囲: 17.6-47.5)と N 群 14.1(四分範囲: 9.5-29.0)であり S 群の筋力発揮調整能の値が大きくなった. また線回帰分析の結果, N 群と比較して, S 群の推定平均差は 17.4 (95%信頼区間: 7.6-27.4 ; $P < 0.01$)であった. 年齢と最大筋力値を調整しても, この差は有意なままであった(推定平均差: 18.8, 95%信頼区間: 5.7-31.8 ; $P < 0.01$).

【考察】S 群は N 群と比較し, 筋力のコントロールが困難であることが示唆された. ①測定時の抽象的な指示入力により, 応用的な動作の円滑性が欠如する統合失調症の行動特性と②自己の体性感覚を通じて感じとる, 筋力発揮の程度を把握しにくいセルフモニタリング障害が筋力発揮調整能を低下させたと考える.

一般演題 1 - 6

精神疾患を合併した骨折術後患者に超音波画像診断装置を用いて詳細な評価を行った事例

安田 昌弘 柴田裕資 松下亮
特定医療法人 恵風会 高岡病院

Keywords / 精神疾患, 超音波画像診断装置, 理学療法評価

【はじめに】精神疾患を合併した症例では精神症状や現実検討能力の低下から理学療法の介入が困難な事例を多く経験する。先行研究より、精神疾患を合併した大腿骨頸部骨折術後の患者に対しても理学療法は効果があると言われているが、術後の疼痛により精神症状が増悪し、積極的な介入が困難になることも少なくない。今回、精神疾患を合併した骨折術後患者に対し超音波画像診断装置（以下エコー）を用いて詳細な評価を行い、良好な結果が得られたため報告する。

【症例紹介】統合失調症で幻聴や被害関係妄想に影響された行動や動作停止があり、長期入院加療中。X年Y月に転倒。近医整形外科を受診。左大腿骨転子部骨折と診断。翌日に観血的骨接合術を施行。Y+1月に当院再入院。受傷前のADLは自立。受傷後、FIMは89点。荷重時痛が鼠径部～大腿内側部にNRS5/10。

【経過】術後39日目から当院で介入開始したが、幻聴や妄想が強い日は消極的で、不明瞭な疼痛の訴えを多く認め、介入が困難であった。術後51日目、エコーを用いて患部の詳細な評価を実施し、腸腰筋、大腿直筋、腸骨関節包筋の圧痛、滑走性、柔軟性の低下を確認。判明した疼痛部位を中心に物理療法、リラクゼーション、ROM練習を実施し、即時的に疼痛軽減を認めた。その後、精神症状は残存しながらも徐々に疼痛が軽減したことで少しずつ意欲や持続性が向上し、術後74日目には疼痛は消失し、筋力トレーニング等が可能となった。術後130日目、院内独歩獲得、ADL自立し、介入終了。最終評価では、FIM102点。疼痛なし、独歩で500m以上可能。

【考察】本症例は不安定な精神状態や術後の疼痛により、積極的な運動療法が困難であった。そのため、エコーを使用し、疼痛部位を可視化することで、よりの確に原因因子を絞り込むことが可能となり、消極的な患者に対して、効果的かつ効率が良い介入が出来たと考える。その結果、疼痛が軽減したことで、信頼関係の構築や積極的な運動療法に繋がり、早期改善に至ったと考える。

【倫理的配慮】高岡病院の倫理審査委員会の承認を得た。また、対象者には書面にて同意を得た。

一般演題 2 - 1

認知機能低下を呈する患者の ADL 改善に関連する要因の検討

桑原 裕也¹⁾ 竹内 萌恵¹⁾ 森田 将行¹⁾ 天真 正博^{1) 2)}

1) 岸和田リハビリテーション病院 リハビリテーション部

2) 大阪府立大学 大学院 総合リハビリテーション学研究科

Keywords / 認知機能低下, ADL, 回復期病棟

【目的】 認知機能低下を呈する患者は ADL の改善が乏しいことが報告されている。回復期病棟において認知機能低下を呈した患者の ADL 改善の指標とされる運動 FIM effectiveness に関連する要因は明らかになっていない。本研究の目的は回復期病棟において認知機能低下を呈した患者の ADL 改善に関連する要因を明らかにすることとした。

【方法】 研究デザインは後ろ向きコホートとした。対象者は X 年 4 月から X+1 年 4 月までに回復期病棟に入院している MMSE23 点以下の患者とした。除外基準は意識障害、失語症、高次脳機能障害によって MMSE の評価が困難な者、入院中に転院・死亡した者とした。目的変数を運動 FIM effectiveness (運動 FIM 利得 / (91 点 - 入院時運動 FIM)) とした。説明変数は入院時の年齢、性別、FIM 運動項目・認知項目、MMSE、認知症行動障害尺度 (DBD)、Functional Balance Scale (FBS)、リハビリテーションに対する拒否の有無 (リハ拒否の有無) として stepwise 法による重回帰分析を行った。

【結果】 分析対象者は 260 名であった。運動 FIM effectiveness に影響を与える因子として FBS ($\beta=0.45$)、リハ拒否の有無 ($\beta=0.24$)、DBD ($\beta=-0.20$)、MMSE ($\beta=0.13$) の順に有意な規定因子として抽出された ($P<0.01$)。自由度調整済み決定係数は $R^2=0.54$ であった。

【考察】 FIM の運動項目はバランス機能を要する項目が多いため、認知機能低下を呈している患者においても FBS が抽出されたと考える。本研究ではリハに対する拒否の有無や DBD が抽出された。このことからリハ拒否の有無や周辺症状が運動療法の阻害要因となり、ADL の改善に影響することが示唆された。

【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言に則り十分な倫理的配慮のもとで実施した。

一般演題2-2

認知症高齢者の身体活動を促すための理学療法士の関わり

横川 正美¹⁾ 谷口 好美¹⁾、米田 由美²⁾

1) 金沢大学

2) 医療法人社団生生会 えんやま健康クリニック

Keywords / 認知症高齢者、身体活動、理学療法士

【目的】認知症高齢者の身体活動を促すために理学療法士(PT)がどのような関わりを行っているのかを検討すること。

【方法】デイケア3施設で許可を得て理学療法場面を録画した。PT4名にインタビューし、自身の録画画像を視聴しながら、クライアントに行った理学療法プログラムとその背景、録画画像をみて気づいたこと、認知症高齢者への対応に関して思うことを聴取した。インタビューの逐語録からPTの対応、その時の考えを修正版グラウンデッドセオリーアプローチ(M-GTA)にて分析した。

【結果】関わりの概念を14個抽出した。それらをグループ化し、4つのカテゴリー【1.信頼関係を築く】、【2.身体活動につながる記憶機能を確認する】、【3.なじみのある活動習慣を知る】、【4.運動療法をクライアントの日常生活にリンクさせる】に集約した。このうち、カテゴリー2において、PTは理学療法を開始する前にクライアントの<その日のコンディションを知る>を行っていた。理学療法中は日常会話でクライアントに<次にすることを聞く>、元々できていた動作・運動をその日も覚えていたことを確認する>をしていた。カテゴリー4では、<適切に動作を行えるよう声がけする>、<声がけ以外の方法でも動きを引き出す>、<日常生活での動作のやり方を伝える>を行っていた。また、<本人のペースを乱さない>ように注意を払う一方で、<動作する時のペースとなる目印を伝える>、すなわちクライアントのペースをPTが規定したり、<模擬的環境を設定して動作練習を提供する>場合もあった。

【考察】PTは、認知症高齢者が日常生活において、本人がしたい動作を自然に行えることを目指していることが明らかとなった。そのためにPTは複数の関わり方で運動・動作練習を実施し、クライアントの身体機能向上と日常生活へのリンクを図っていた。

【倫理的配慮】PTおよびクライアントに研究内容を説明し、同意を得た。本研究は所属する施設の医学倫理審査委員会の承認を得て行った。

一般演題 2 - 3

回復期病棟における重度認知機能低下を呈した患者のADL改善に関わる要因の検討

竹内 萌恵¹⁾ 桑原裕也¹⁾ 森田将行¹⁾ 天真正博^{1) 2)}

1) 岸和田リハビリテーション病院 リハビリテーション部

2) 大阪府立大学 大学院 総合リハビリテーション学研究科

Keywords / 重度認知機能低下, ADL, FIM 利得

【目的】 認知機能の重症度が高い患者はADLの改善が乏しいと報告されている。一方、臨床現場では重度認知機能低下を呈した患者でもADLが改善する例がしばしば見られる。本研究の目的は、重度認知機能低下を呈した患者のADL改善に関連する要因を明らかとすることである。

【方法】 研究デザインは後ろ向きコホート研究とした。対象者は2020年4月からの1年間で回復期病棟に入院しているMMSE9点以下の患者とした。MMSEの点数とFIM利得による階層性クラスター分析を行った。クラスターの特徴からFIM利得低群（利得平均4.0点）、FIM利得中等度群（利得平均20.2点）、FIM利得高群（利得平均48.1点）に分類し、入院時の年齢、運動FIM、認知FIM、MMSE、Dementia Behavior Scale(DBD)、Functional Balance Scale(FBS)の多重比較法（Bonferroni法）を行った。また、リハビリテーション(リハ)に対する拒否の有無をカイ二乗検定で行った。有意差を $P < 0.05$ とした。

【結果】 FIM利得低群は25名、FIM利得中等度群は21名、FIM利得高群は14名であった。FIM利得低群とFIM利得高群で認知FIM、DBD、FBS、リハに対する拒否に有意差を認めた。FIM利得中等度群とFIM利得高群でFBS、リハに対する拒否に有意差を認めた。

【考察】 本研究では重度認知機能低下群においてもFIM利得に違いが生じた。FBSに有意差がみられた要因としては、日常生活に関連する機能的な動作項目が含まれていることが考えられる。先行研究では社会的異常行動があると回復期病棟において難渋すると報告されており、訓練拒否や周辺症状は、運動機能の改善やFIM利得に影響するものとする。

【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言に準じて実施し、データの利用は個人情報保護に努めた。

一般演題 2 - 4

認知症の行動・心理症状を呈する患者に対する理学療法事前介入の効果の検討：シングルケーススタディ

倉持 正一¹⁾ 橘 香織²⁾

1) ホスピタル坂東

2) 茨城県立医療大学保健医療科学研究科

Keywords / **BPSD**, 事前介入, 参加意欲

【目的】 本研究の目的は、認知症症状の一つである行動・心理症状（以下、**BPSD**）を呈する患者に対して、理学療法プログラムの事前介入が **BPSD** 及び理学療法への参加意欲に及ぼす影響を、シングルケースデザインを用いて検討することである。

【方法】 当院入院患者で認知症の診断を受けており、且つ **BPSD** があり理学療法への参加が不良の方を対象とした。シングルケースデザイン **ABAB** 型にてベースライン (**A1** 期), 除去期 (**A2** 期) は通常の理学療法プログラムを実施, 介入期 (**B1** 期, **B2** 期) は事前介入として背部に対する軽擦刺激を5分間行う期間とし, それぞれ2週間とした。**BPSD** の評価として **NPI-Q**, 阿部式 **BPSD** スコア (**ABS**), 理学療法への参加については **Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale (PRPS)** にて評価した。**ABS** および **PRPS** については二項検定を実施し5%未満を有意とした。

【結果】 77歳男性。誤嚥性肺炎後の廃用症候群。混合性認知症 **MMSE** 0点。**NPI-Q** 看護師重症度4点, 負担度4点, **PT** 重症度2点, 負担度2点, **FIM** 運動項目13点, 認知項目9点, **BMS** 0点。**BPSD** の評価である **ABS** では介入期において有意な低下があった。理学療法への参加の評価である **PRPS** ではベースラインより **B1** 期では増加, **B1** 期に対して **A2** 期では減少を示し, いずれも有意差が検出された。**NPI-Q** の重症度は **B** 期終了時には軽減を示していたが **B2** 期では, 誤嚥のリスクによる食事中止, 頻脈が出現し介入刺激や理学療法そのものが実施できないことも生じた。

【考察】 介入刺激による症状軽減があり, **BPSD** の変化に伴って参加意欲の増減が生じていた。後半の期間は精神症状よりも身体症状に影響されてしまったことが推察される。

【倫理的配慮】 演者所属大学および当院倫理委員会の承認と対象者の代諾者に書面にて説明・同意を得ている。

一般演題 2-5

重度アルツハイマー型認知症患者に対する、移乗前の車椅子操作の学習に着目した介入：症例報告

中川 敬汰^{1) 2)} 北風草介¹⁾ 岡村仁²⁾

1) メープルヒル病院 リハビリテーション科

2) 広島大学大学院 医系科学研究科 精神機能制御科学

Keywords / 認知症患者, 移乗前の車椅子操作, 日常生活動作練習

【はじめに】 認知症患者は、移乗前の車椅子操作の学習に難渋することを経験する。しかし、認知症患者の移乗前の車椅子操作に着目した報告は少なく、学習に適した介入方法は明らかになっていない。今回、重度認知症患者に対し、エラーレス学習と間隔伸張法を併用した練習に行動後の称賛を取り入れた介入を行い、移乗前の車椅子操作の学習がみられたため報告する。

【症例紹介】 症例は入院中のアルツハイマー型認知症の90歳代女性であり、認知症重症度はCDR3、認知機能はMMSE10点であった。移動は車椅子を使用していたが、移乗前の車椅子操作を行わないため、移乗の準備に介助が必要な状態であった。車椅子操作後の移乗動作は見守り下で行えていたため、FIMの車椅子ーベッド間の移乗は5点であった。移乗前の車椅子操作の評価は、車椅子の適切な位置への停止等の5項目の手順と操作の有無を観察した。

【介入方法】 目標を車椅子ーベッド間における移乗前の車椅子操作の学習、車椅子ーベッド間の移乗の自立として介入した。理学療法プログラムはエラーレス学習と間隔伸張法、行動後の称賛を行う介入を立案し、週2~3回、20分間実施した。なお、移乗前の車椅子操作は各介入日のプログラムの初めに毎回評価を行なった。

【経過と結果】 移乗前の車椅子操作の成功数は、介入1、2回目は0/5、介入3~6回目に2~4/5、介入7~12回目に5/5となった。介入9回目からは自室外やホールの自席からベッドへの移乗練習を行う等、段階的に難易度を調整した。その結果、介入1回目から34日後にFIMの車椅子ーベッド間の移乗が6点に向上した。

【考察】 重度認知症患者の移乗前の車椅子操作に対する、エラーレス学習と間隔伸張法を併用した練習に行動後の称賛を取り入れた介入は操作の学習に寄与した可能性が示唆された。

【倫理的配慮】 対象者と代諾者に十分説明し、自由意思による同意を書面にて得た。

一般演題 2 - 6

早期段階で認知症介入のための補助的測定器の改良と工夫

小峯武陸 水野貴子 武田雅俊、浦谷崇人

大阪河崎リハビリテーション大学

Keywords / 瞳孔計測, 認知症, ヒトミル

【はじめに】 認知症に早期介入するためには、客観的かつ簡便に病態を把握するシステムが必要である。我々は、認知症の病態を反映するとされる瞳孔反応に着目し、認知症の把握に適するよう既存の簡易瞳孔計測器の改良を試みた。今回は、その改良の経緯について報告する。

【方法 (改良の経緯と工夫)】 本研究での瞳孔反応の解析には、軽量のゴーグル型の瞳孔計測器ヒトミル (ウラタニ・ラボ) を用いた。これは、被験者あるいは計測者が本体を手で支えることで簡便に瞳孔反応を記録できる。認知症患者を被験者として、ヒトミルによる瞳孔反応の計測を実施した。瞳孔反応の様相は刺激光の色の違いによって異なることが知られているが、ヒトミルは単色発光であったため、多色発光に変更した改良型初号 (Hitomiru C-002 号機) を製作した。解析スピードは 15-20Hz、カメラのフレームレートは 45Hz であったが、しばしば瞳孔径の計測値が不安定で誤差が生じた。この誤差はサンプリング周波数を上げることで解決できると考え、HiromiruC-003 号機として、解析スピードを 62.5Hz、カメラのフレームレートを 60Hz とした改良型を製作した。更に安定した計測値を得るため、暗室にて照度 0 の状態で計測し、また、計測継続時間を延長した。しかし、計測器を支える被験者または計測者の手の振動により、測定値にずれが生じていた。そこで、計測器本体を計測台に設置し、被験者は顎を顎台に乗せて計測を行った瞳孔径の誤差は減少した。さらに、車いす使用者に対応可能な測定用ボックスを製作した。この環境で、瞳孔径の計測誤差を最小限に留めることができている。

【現状と今後の予測】 同一被験者の瞳孔反応を連続して計測したところ、結果のばらつきや欠損はほぼ見られなかった。再現性が高いことから、早期認知症の発見につながる客観的計測データが得られることが期待される。今後、刺激光色の種類による瞳孔反応の違いが認知症の程度を反映する可能性を検証していく必要がある。

【倫理的配慮】 本研究は大阪河崎リハビリテーション大学の倫理委員会の承認を得て実施している。対象者に書面を用いて実施内容を十分説明したうえで、参加の同意の署名を得て実施した。

一般演題 3 - 1

コロナ禍における理学療法士の認知症治療病棟での病棟業務支援に関して

八重田 和宏 山口 朝樹 吉崎 広大

医療法人三星会 かわさき記念病院

Keywords / 認知症治療病棟, COVID-19, 病棟業務支援

【目的】2021年1月15日に理学療法士協会ではコロナ禍の病棟業務支援に関して基本的な考え方が示された。看護師業務の一部業務を支援することで看護師数の絶対数の不足からの医療崩壊を防ぐ目的での提言であった。具体例として提示された物は急性期・回復期病棟のみであり精神科での病棟業務支援に関して提示はなかった。今回、認知症治療病棟でCOVID-19のクラスターが発生し病棟業務支援に携わらせて頂いたため発表を行う。

【方法】認知症治療病棟でのコロナクラスター発生時の理学療法士の役割を検討する。約1ヶ月間の業務を振り返り理学療法士として専門性が発揮できる部分、また発揮できない部分を検討する。この発表は当院倫理審査委員会の承認に基づき行う。

【結果】精神科病棟は急性期病棟などと比較すると看護配置基準が少ない。実際行った看護業務支援では排泄介助や食事介助、医療廃棄物の感染ゴミの運搬などの業務を行った。病棟業務として理学療法士がリハビリ介入は困難であったが、マンパワーとして補助に入ることによって看護処置や、カルテ記載の時間確保などの看護業務の支援ができた。

【考察】精神科領域で働く理学療法士は約140名と少なく作業療法士が中心だが普段は身体接触が少ない業務であり身体接触を伴う業務に慣れるまでに時間を要することもある。日常的に個別リハビリで身体接触を多く行っている理学療法士が入ることでスムーズに介入ができると考えた。また、当院は閉鎖病棟であり、クラスターが発生しやすい環境だが、感染の拡大は約3週間で治まり最短での終息ができたと考える。それはマンパワー増加により、感染対応をより正確に行えた結果だと考える。しかし今回の感染対応の1ヶ月間はリハビリが中止と理学療法士としてリハビリ介入が出来なかった。今後はクラスター発生時に理学療法士として専門性をより発揮できる方法を考える必要がある。

一般演題3-2

当院精神科疾患別リハビリテーションにおける新型コロナウイルス感染対策について

四方 公康

宇治おうばく病院

Keywords / 新型コロナウイルス, 精神科, 感染対策

【はじめに】 当院では、新型コロナウイルス感染対策において、リハビリ室の増設やリハビリスタッフの病棟担当制など、感染を予防しながらも収益への影響を最小限に抑える取り組みをしている。今回、このような対策に至った経緯及びその現状について報告する。なお、本研究は、医療法人栄仁会宇治おうばく病院研究倫理審査委員会の承認（承認番号：20211013-1号）を得ている。

【経過】 1. 2020年4月1日より、訪問リハビリと院内病棟（介護医療院）でのリハビリの兼務を中止。感染拡大を予防するため、訪問リハビリを兼務するセラピストの、介護医療院への出入りを禁止とした。2. 2020年9月8日より、リハビリ室を増設し2室で運営。以前は密を防ぐ目的で、1時間1病棟という縛りで行っていたが、リハビリ室を使用できる患者が限られ、医療の質及び収益の低下が懸念された。そのため、リハビリ室を1室増設し、1時間で2病棟が使用できる体制とした。3. 2021年1月12日より、病棟担当制を導入。感染拡大を防ぐ為、担当できる病棟を絞る必要があった。当院は、9つの病棟があり、以前は一人のセラピストが6つの病棟を担当していたが、対策以降担当できる病棟を4つまでとした。

【考察】 感染予防に重点を置いたことで、収益の減少や患者数の偏りなどの問題が考えられた。そのため、タイムリーでセラピストが担当している病棟及び患者数を把握できるように、担当病棟一覧表を作成し、処方が出た際は一覧表を参考に、担当者を決めるようにした。リハビリ室の運用においては、病棟別時間割表を作成し、他病棟患者同士が接触しないよう配慮した。リハビリ室を増設できたことで、リハビリ室を使用するプログラムにより長時間の介入が可能となり、複数単位での算定が増え、収益の面でもプラスに繋げることが出来た。

一般演題 3-3

新型コロナウイルス感染症に対するリハビリ職員の感染不安は変化しているのか？

小澤 純一

福井県立病院 リハビリテーション室

Keywords / 新型コロナウイルス感染症, 感染状況, 感染不安

【目的】 当院は、感染症指定医療機関として新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）患者の診療を行っている。リハビリ部門も感染予防対策を行いながら、通常業務と COVID-19 患者に対する直接介入を実施している。昨年 1 月以降、国内感染状況は周期的に変化し、感染予防対策もワクチン接種等進んでいる。今回、これらの状況変化がリハビリ職員の感染不安に与える影響について調査した。

【方法】 昨年 5 月、当院リハビリ部門職員 37 名を対象に、質問紙によるアンケート調査を実施した。基本情報（年齢・性別・職種・臨床経験年数）、感染脆弱性意識尺度（以下、PVD 尺度）日本語版（福川, 2014）による感染脆弱性意識、感染不安については状況毎（一般病棟業務、COVID-19 専門病棟業務、日常生活）に 10 件法にて回答を得た。第 5 波終息後の今年 11 月に、同様の調査を実施した。経時的な感染不安の変化や基本属性・PVD と感染不安の関連について、Excel 統計 2019 を用い、Spearman の順位相関係数や Mann-Whitney U 検定、Kruskal-Wallis 検定にて統計学的解析を行い、有意水準は 5%とした。

【結果】 有効回答数 32 名 (86.5%)、理学療法士 20 名・作業療法士 9 名・言語聴覚士 3 名であった。男性 16 名・女性 16 名、平均年齢 37.6±9.2 歳、臨床経験年数 15.1±9.9 年であった。感染不安の変化は、一般病棟：中央値 5 点（最大 10 点、最小 0 点）→2 点（9 点・0 点）、COVID-19 専門病棟：8 点（10 点、2 点）→7 点（10 点・0 点）、日常生活：6 点（10 点、0）→4 点（9 点・0 点）であった。一般病棟と日常生活での感染不安は有意に低下したが、COVID-19 専門病棟では変化を認めなかった。また、すべての状況で女性の感染不安、COVID-19 専門病棟での言語聴覚士の感染不安が有意に高かった。

【考察】 メンタルヘルスケアの観点から、属性（性別・職種）に応じた対応が必要であり、特に COVID-19 専門病棟での業務にあたる際は不安軽減のサポートが必要と考える。

【倫理的配慮】 対象者には書面で説明し、同意を得た者から任意にて回答を得た。

一般演題 3-4

脚が腐っていて歩けない”という妄想があったうつ病の事例に対する、身体的な自己意識に着目した理学療法の試み

吉岡 正訓 石橋雄介 西田宗幹

秋津鴻池病院

Keywords / うつ病、妄想、身体的な自己意識

【はじめに】近年、精神疾患と自己意識との関連が議論されている。今回、妄想が強かったうつ病の事例に対する理学療法 (PT) を経験し、身体機能や精神症状に加え、自己意識の改善を認めたため報告する。

【事例紹介】70歳代、女性。X-6年にうつ病と診断され数回の入院歴あり。X-8か月に自宅退院後、妄想や不安、拒食、全身の脱力が出現。自宅生活が困難となり、X-10日に当院入院、X日にPT開始となった。“口の中が傷だらけでご飯が食べられない”、“脚が腐っていて歩けない”などの身体妄想が強く、抗うつ薬と抗不安薬の調整が行われ、PTでは離床を促すことから開始した。X+25日の評価では、MMSE 30点、ADLは全介助 (FIM 48点)、身体機能の著明な低下 (SPPB 3点)、重度の抑うつ (SDS 64点)、自己意識の低下 (ESSS 72点) を認め、身体妄想は継続し、離人感も訴えていた。

【病態解釈】退院後に外出機会が減少したことで、抑うつの増悪、活動量の低下による体力・食欲の低下が生じ、それらが身体妄想につながり、身体的な自己意識の低下を引き起こしたと考える。PTでは、体力向上に加え、身体的な自己意識を高めるような運動の設定を工夫した。

【経過および結果】歩行練習では、体性感覚入力を高めるために足部に重錘を負荷し、視覚的な手がかりや運動の予測がしやすいように歩行路に線を引く設定をした。経過とともに“脚が腐っているのに何で歩けるんだろう?”、“歩けるということは脚は腐ってないんだ”と発言の変化を認めた。X+40日には、病棟内の歩行器歩行は自立となり (FIM 101点)、SPPB 8点、SDS 28点、ESSS 43点まで改善し、身体妄想や離人感も消失した。

【結論】身体妄想の強かったうつ病の事例に対するPTを経験し、身体機能やADL、抑うつ症状が改善、“脚が腐っている”などの妄想も消失し、自己意識の改善を認めた。身体運動による介入により、身体機能や精神症状だけでなく、身体的な自己意識も変化する可能性が示唆された。

【倫理的配慮】本人に報告の趣旨と内容を説明し、同意を得た。

一般演題 3-5

退院後、症状再燃した解離性運動障害の一症例

佐藤 義文

札幌溪仁会リハビリテーション病院

Keywords / 解離性障害 転換性障害 チームアプローチ

【はじめに】急性期病院で経験した、症状再燃した解離性運動障害の一症例を報告する。報告にあたり、本人ならびに御両親の発表への同意を得た。また抄録作成や発表においても個人情報保護に配慮する。

【症例紹介】Bさん(13歳 女子中学生 吹奏楽部)突然の両下肢脱力、立てなくなり、徐々に膝より遠位の感覚減弱。翌日も症状変わらず、当院受診、入院精査となった。意識清明。血液検査、髄液検査、MRI等で異常なし。下肢神経伝導速度も正常。両下肢運動・感覚障害に対して理学療法処方された。

【経過】両足部で表在/深部とも重度鈍麻。両病的反射陰性。ROM制限なし。全身的に低緊張。MMT(右/左)腸腰筋 2/2、大腿四頭筋 2-/1、ハムストリングスとも 2-/1、下腿足部 0/0。起居～長坐位自立 胡坐～端坐位は上肢で姿勢保持や代償を駆使し動作見守り。車椅子移乗は介助要し、トイレ移乗や下着の上げ下げも介助。坐位立位などの姿勢負荷を中心に、可及的に機能～能力拡大を図り、MMT 両腸腰筋、大腿四頭筋 4/4、ハムストリングス、T/A、下腿三頭筋 4/3-、EHL3/3。片松葉杖歩行や階段昇降可能となり、外泊を挟んで、入院3週間程度で自宅退院。退院後2週間程度で、下肢脱力症状再燃。車椅子で外来リハ来室。リハ後に小児神経科に受診し再入院。医師、看護師、チャイルドライフスペシャリスト(以下、CLS)と情報共有しながら疾病利得を探った。PTやCLSが学校や部活への拒否的反応を掘り下げた結果、「いじめ」が疑われ、学校側と親で話し合いを重ね、事実が明らかになった。転校とともに、体力も回復、走行も可能となった。

【考察】疾病利得を探る事は、意識・無意識に限らず、心的ストレスを自覚させることである。コメディカルスタッフは個々に患者とのレポートを形成するとともに、情報共有を密にすることで、チーム中でも傾聴に重きを置くスタッフと、質問を担当するスタッフとに役割分担をして、精神的ケアを併施する等の細心の注意が必要である。

理事名簿

理事長	上菌 紗映 (医療法人社団光生会平川病院)
副理事長	仙波 浩幸 (神奈川県立保健福祉大学)
理事	石橋 雄介 (医療法人鴻池会秋津鴻池病院)
	加賀野井 聖二 (医療法人おくら会 芸西病院)
	清宮 清美 (埼玉県総合リハビリテーションセンター)
	倉持 正一 (ホスピタル坂東)
	甲田 宗嗣 (広島都市学園大学)
	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)
	山本 大誠 (東京国際大学)

日本精神・心理領域理学療法研究会



ホームページ



部門 Facebook

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 : 濱田 賢二

hamakochan9@yahoo.co.jp