

第1回
精神・心理領域理学療法部門研究会
抄録集

テーマ
身体的リハビリテーション

研究会長：

会 期：2016年2月14日（日）

会 場：神戸学院大学

神戸ポートアイランドキャンパス

主 催：精神・心理領域理学療法部門

公益社団法人 日本理学療法士協会

目次

第1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
一般演題プログラム	8
一般演題抄録	9
運営幹事名簿	20

第1回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて

日本理学療法士学会精神・心理領域理学療法部門代表運営幹事
仙波浩幸

皆様のご支援とご声援により、ここに第1回精神・心理領域理学療法部門研究会を開催することができました。ここに感謝を申し上げ、皆様の負託に今後も応えて参りたいと思いますので引き続きご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

精神疾患・障害患者の自傷行為による多発骨折や脊髄損傷、メタボリックシンドローム、活動低下による廃用症候群、および、加齢に伴う身体的虚弱（フレイル）、心肺機能の低下、関節症や転倒による骨折などの運動器疾患、脳卒中などの中枢神経系疾患、呼吸循環器疾患、認知症など、さまざまな身体合併症のリスクが顕在化しており、身体的リハビリテーションの必要性が高まっています。

また、病院はもとより、社会福祉施設、地域在宅、予防、産業など理学療法士が関与する様々の領域において、精神・心のケアが必要な患者やクライアントは少なくありません。

医療介護総合確保推進法、地域包括ケアなど日本全体が取り組まなければならない安心、安全、効果的、効率的なサービス提供には、身体面にとどまらず、精神・心理面、さらには社会環境（社会的役割・交流、学習機会、家族構成、経済）が影響する生活の質（QOL）を常に考慮し取り組まなければならない、理学療法士の積極的な活躍が期待されています。

日本理学療法士学会精神・心理領域理学療法部門は「精神症状や心理状態を正しく理解し適切な対応ができるよう、精神心理領域の知識や理学療法治療技術に関する普及と啓発に努めるため、今回研究発表主体の第1回研修会を開催することになりました。

特別講演は、「精神科領域における身体的リハビリテーションーどのようにチームを形成するかー」和歌山県立医科大学リハビリテーション科の荒川英樹先生をお願いいたしました。今まさに時節に叶った内容で、これからの理学療法士のあり方を示してくださる内容です。

演題発表は〇題のエントリーがありました。発表者と参加者との活発な議論の時間を多く取りました。

この研修会、精神心理領域理学療法部門の内外で大いに議論を重ね、精神科医療の向上に貢献していきましょう。

研究会日程表

2016年2月14日(日)

9:00~9:30

受付

9:30

開会式

9:30~11:10

一般演題1

11:10~12:40

特別講演

13:30~14:25

一般演題2

14:30~15:25

一般演題3

15:25~15:30

閉会式

会場案内

会場：神戸学院大学 神戸ポートアイランドキャンパス
B号館 B106. 107号教室



神戸学院大学 > 交通アクセス > ポートアイランドキャンパス

<http://www.kobegakuin.ac.jp/access/portisland.html>



参加者の皆様へ

1. 研究会受付

- 1) 事前受付期間は2015年11月2日(月) ～ 2016年1月20日(水)です。
- 2) 受付は、神戸学院大学 神戸ポートアイランドキャンパスB号館B106.107教室で行います。
- 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。
 - ✓ 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。参加登録票を記載していただき、参加費は後日請求となります。日本理学療法士協会会員証をお忘れになられた方は、参加費は当日お支払いとなります。
 - ✓ 日本理学療法士協会非会員(一般・企業等)の方は、受付会場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/ioptmh/>)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:5,000 円
- 2) 非会員:10,000 円

* 本研究会では事前登録割引はございませんが、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。

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
- 3) 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。
- 4) 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。
- 5) 喫煙について

館内は全面禁煙です。屋外に喫煙所がございますので、喫煙をされる方はそちらでお願い致します。

6) 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いたします。大学構内の売店は閉まっておりますので、駅前のコンビニエンスストアをご利用ください。

1) 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28年2月7日（日曜日）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10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10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

11 : 10~12 : 40

(仮) 精神科領域における身体的リハビリテーション

— どのようにチームを形成するか —

講師：荒川 英樹（和歌山県立医科大学リハビリテーション科）

座長：仙波 浩幸（豊橋創造大学）

一般演題プログラム

一般演題 1 9 : 30~11 : 30

座長：甲田 宗嗣（広島都市学園大学）

1-1 精神疾患を有する大腿骨頸部骨折患者のアウトカム：歩行自立獲得について多施設データベースの分析

ためなが温泉病院 下平 貴弘

1-2 リハビリテーション進行に阻害的に働く精神症状

平川病院 上菌 紗映

1-3 精神疾患患者への身体リハビリテーション実施時に遭遇するトラブル

平川病院 濱田 賢二

1-4 飛び降りにより多発外傷を受傷し外泊中に再度自殺を図り完遂となった症例

平川病院 宮下 泰範

1-5 精神科病床における身体リハの必要性和導入上の問題点に関する調査：精神科作業療法士の意見

武蔵野中央病院 細井 匠

一般演題 2 13 : 30~14 : 25

座長：増田 芳之（静岡県立静岡がんセンター）

2-1 回復期病院での脳卒中後うつ評価の導入経験：PHQ-9を用いたうつスクリーニングとADL改善との比較

新八千代病院 藤田 聡行

2-2 藍野病院理学療法科の紹介と今後の課題：精神・身体障害合併患者への理学療法について

藍野病院 中島 悠

2-3 長期入院中の統合失調症患者の転倒事故の特徴

武蔵野中央病院 細井 匠

一般演題 3 14 : 30~15 : 25

座長：上菌 紗映（平川病院）

3-1 精神科病棟入院患者に対する理学療法が生活機能・精神機能に及ぼす影響に関する実態調査

秋津鴻池病院 石橋 雄介

3-2 身体精神合併症患者に対する理学療法ガイドラインの作成

豊橋創造大学 仙波 浩幸

3-3 精神疾患を有する身体合併症患者に新人理学療法士がどのように関わったか：統合失調症患者の1症例を担当して

藍野病院 伊藤 涼

精神疾患を有する大腿骨頸部骨折患者のアウトカム

歩行自立獲得について多施設データベースの分析

下平貴弘¹⁾，上藁紗映²⁾，池田拓洋³⁾，加賀野井聖二⁴⁾，倉持正一⁵⁾，小坂敏則⁶⁾，山中裕司²⁾，仙波浩幸⁷⁾

1)ためなが温泉病院 2)平川病院 3)山容病院 4)芸西病院 5)ホスピタル坂東

6)函館渡辺病院 7)豊橋創造大学

【はじめに】

我々は現在 6 施設合同で大腿骨頸部骨折患者のデータベースを作成している。今回データベースを解析し、リハにより歩行自立となった群と非自立群との間の比較、検討を行った。

【倫理的配慮】

本調査は所属病院倫理委員会の審査を受けている。

【対象】

精神疾患を有し、平成 19 年 1 月～平成 27 年 5 月に大腿骨頸部骨折を受傷し、手術後に精神科病院に入院してリハを実施した 167 名のうちデータ欠損のある患者 29 名を除いた 138 名（男性 42 名、女性 96 名、平均年齢 71±12.4 歳）を対象とした。精神疾患内訳は認知症 44 名、アルコール依存症 10 名、統合失調症 52 名、気分障害（双極性障害含む）19 名、その他 13 名であった。

【方法】

対象患者を歩行自立群 53 名と非自立群 85 名に分類し、年齢、精神科疾患名、大腿骨頸部骨折以外の身体合併症（以下その他身体合併症）、術後リハ開始までの期間、各病院でのリハ期間、リハ開始前後の FIM 移動得点と総得点について解析を行った。解析方法は精神疾患名とその他身体合併症の比較についてはカイ 2 乗検定、それ以外の項目については t 検定を実施した。

【結果】

歩行自立群は非自立群と比較して年齢が有意に若く、FIM に関する全項目について有意に点数が高かった。術後リハ開始までの期間と各病院でのリハ期間については差がなかった。精神科疾患名に関しては非自立群において有意に認知症患者が多かった。その他身体合併症の有無については差がなかった。

【考察】

精神疾患の有無にかかわらず、若年でリハ開始時の ADL レベルが高いことがより歩行自立へとつながっている。また今回の調査では非自立群には認知症が多かったが、これは認知機能障害が受傷前からの ADL レベルの低下やリハ効果の阻害因子となることが関係していると考えられる。

リハビリテーション進行に阻害的に働く精神症状

上菌紗映¹⁾，仙波浩幸²⁾

1) 平川病院 2) 豊橋創造大学

【はじめに】精神症状は、理学療法に阻害的に働くこともあり、現場では数多くの工夫を必要としてきた。我々の先行研究では、出現率の高い陰性症状などが中心に抽出され、臨床で得られる感触とは乖離していた。今回、精神症状評価尺度である AMDP システムにて評価をした患者について阻害的に働いた確率を算出し、傾向を確認することを目的として調査を行った。

【倫理的配慮】本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【対象】AMDP システムにて評価を行い、阻害確率の算出のための再評価に協力が得られ、データ欠損のない延べ 102 例

【方法】症状の出現の有無及び、表出されていた症状が阻害的に働いていたかを算出し上位 20 位までを取り出し傾向を観察した。調査項目は AMDP システム精神症状、年齢、精神疾患名である。

【結果】年齢平均は 55.9 歳、認知症 10 名、アルコール依存症 2 名、統合失調症 66 名、うつ病 16 名、その他 8 名であった。このうち、85 例 (83.3%) にて精神症状がリハ実施に対して阻害的に働いていた。AMDP システムの精神症状評価 100 項目のうち、阻害確率が高かったのは、意識混濁、時間的・場所的・状況・自己に関する見当識障害、保続、的外れ応答、途絶・思考断裂、錯乱・支離滅裂、不信、心気妄想、誇大妄想、錯覚、視覚幻覚、思考伝播、生气感情の障害、貧困感、運動性不穩、奇異、午前悪化、攻撃性、自傷であり、症状が出ていた場合は必ずリハに阻害的に働いていた。不安、内的不穩、社会的退却が次いで高く、85～90%以上が阻害的に働いていた。

【考察】本研究では陽性症状が多く抽出されていた。陽性症状は通常精神科治療においては薬剤にてコントロールされることが殆どであり、リハ場面にまで影響する陽性症状はそれだけに難治性もしくは急性期状態にある可能性があり、それゆえ阻害的に感じやすいと考えた。一方、出現率を考えると、陰性症状が主に抽出されること、また、アウトカムに直接関与するのは陰性症状が主体であることが先行研究にて報告されているため、これら陽性症状については、阻害的に感じつつも、現場での工夫で回避またはアウトカムに影響しない形で行えている可能性を示唆している。

精神疾患患者への身体リハビリテーション実施時に遭遇するトラブル

濱田賢二¹⁾，上菌紗映¹⁾，梅澤奈保¹⁾，仙波浩幸²⁾

1) 平川病院リハビリテーション科 2) 豊橋創造大学保健医療学部理学療法学科

【はじめに】一般科で働く多くの理学療法士は精神疾患を有する患者への身体リハビリテーションを実施するにあたり、様々なトラブルが起こるのではないかと想像する。実際に精神疾患患者に理学療法を実施する現場では様々なトラブルに遭遇する。しかしそれらについて調査は行われていない。今回、「想定されるトラブル」と「実際に起こったトラブル」について調査したのでここに報告する。

【説明と同意】本発表は当院倫理委員会の承認を得ている。

【対象】平成 23 年から平成 27 年までに当院、精神・身体合併症病棟に入院した患者のうち、コミュニケーションが取れないものを除く合計 265 名。

【方法】当院の理学療法士 11 名に対し「想定されるトラブル」を調査し、そこで抽出された項目について、過去に担当した患者から、訓練中や病棟生活において「実際に起こったトラブル」についてアンケート調査を実施した。

【結果】抽出された項目は 37 項目。そのうち、実際に起こったトラブルの多い順に上位 10 項目は「訓練拒否：60 名」「大声・怒声：49 名」「泣く：39 名」「精神状態の身体化：39 名」「汚染（尿・便）：37 名」「転倒：30 名」「訓練時間変更：24 名」「陽性症状による訓練実子困難：17 名」「問題のすり替え：16 名」「転落（ベッド等）：17 名」となった。

【考察】これらの項目は出現頻度も多く訓練進行にも影響が出やすい。一方で、上記以外の少数項目として「自傷」「他害」「ハラスメント」「自殺」なども見られた。これらは少数であったとしても 1 例でも起こると本人や周囲に多大な影響を与えるものもある。そのためこれらトラブルの全容を把握し、正しい理解と予防の手がかりとしていきたい。

飛び降りにより多発外傷を受傷し外泊中に再度自殺を図り完遂となった症例

宮下泰範¹⁾，上菌紗映¹⁾，仙波浩幸²⁾

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) 豊橋創造大学保健医療学部理学療法学科

【目的】今回、飛び降りにより多発外傷を受傷し、入院中に再自殺した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】30代男性、診断名は反復性うつ病、多発外傷。X-5年頃交際中の女性と破局し、動悸・不安・焦燥感が出現し精神科クリニック通院開始。軽快しては通院を自己中断することを繰り返していた。その後自己判断による減薬により症状増悪、希死念慮出現。そのため、約1年間精神科病院の入退院を繰り返した。退院後妻との離婚、別居の話で不安訴え、X年X日、自宅マンション11階から飛び降り受傷。A大学病院へ救急搬送され外科的処置をした後、X+130日後リハビリ目的で当院に転院、任意入院となる。

【説明と同意】

本発表は当院倫理委員会の承認を得ている。

【経過】

入院時は車椅子、無気力・悲観的であり訓練意欲乏しい状態であった。移動手段がT字杖となると仕事復帰の気持ちが表れ、今回の件に関して後悔の念を吐露。その後試験外泊を行うが、外泊中妻からの手紙を読んだことで、帰院後不安や希死念慮をうかがわせる発言が聞かれた。以降、訓練は行えていたが意欲は低く、悲観的な態度であった。その後2回目の試験外泊時に初回と同じマンションから飛び降り完遂となる。

【まとめ】

WHOによると自殺者の90%は精神障害を抱えており、そのうち約30%がうつ病となっている。本症例はWHOが提示する自殺に関連する要因のうち、うつ病、身体疾患、離婚、失業、幼児期の死別体験と、数多く該当していた。我々理学療法士は他職種に比べ患者と濃密な時間を過ごす事が多く、日々の言動や変化を把握しやすい。再自殺の危険性を察知するために今後どのような対応ができるか当日ディスカッションし理解を深めていきたい。

精神科病床における身体リハの必要性と導入上の問題点に関する調査

—精神科作業療法士の意見—

細井匠¹⁾

1) 武蔵野中央病院リハビリテーション科

【はじめに、目的】入院患者の高齢化により、わが国の精神科における身体リハの必要性は高いと思われるが、実際の現場の意見は不明であり、精神科病床における身体リハの必要性と導入上の問題点を明らかにすることを目的に、全国調査を実施した。

【対象と方法】全国 934 病院の精神科作業療法責任者を対象に、郵送自記式質問紙調査を実施した。調査項目は、精神科に身体リハを導入するべきかについて「はい」か「いいえ」の二択を求め、その理由と、身体リハ導入上の問題点について自由記述を求めた。自由記述は文脈を読み取り、記述内容が複数の場合は別の文章として分け、解釈の恣意性を避けるため、精神科 OT2 名の助言を得ながら類似性によってカテゴリー化して集計した。

【倫理的配慮】本研究は武蔵野中央病院の研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：100155）。また、調査依頼文には、本調査で得られた情報についてはプライバシーの保護に配慮し、個人名、病院名等は特定できないような形で処理し、本研究の目的以外に使用しないことを明記した。

【結果】449 病院から返信があり、回収率は 48.1%であった。「精神科に身体リハを導入すべきか」に対する回答は、「はい」430 名（95.8%）、「いいえ」13 名（2.9%）、無記入 6 名（1.3%）であった。自由記述は 128 名が回答し、164 文に分けられ、「必要性がある（44.5%）」、「一般科では十分なリハビリが受けられない（15.6%）」、「現状では必要性があっても十分に行えない（14.1%）」の順に多かった。「身体リハ導入上の問題点」については、136 名が回答し、167 文に分けられ、「基準上の問題で収益に繋がらない（27.2%）」、「人員と時間の不足（19.9%）」、「身体リハを実施、算定できる基準の設置・変更が必要（19.1%）」の順で多かった。

【結論】わが国の精神科作業療法責任者は、95.8%が精神科での身体リハが必要と感じており、導入上の問題点は、制度上の問題が大きかった。

回復期病院での脳卒中後うつ評価の導入経験

～PHQ-9 を用いたうつスクリーニングと ADL 改善との比較～

藤田聡行¹⁾，小池靖子(作業療法士)¹⁾，石橋尚基(言語聴覚士)¹⁾，木村真人(医師)²⁾

1) 医療法人社団心和会新八千代病院リハビリテーション科

2) 日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科

【目的】千葉県共用脳卒中地域医療連携パスに，Patient Health Questionnaire-9（以下，PHQ-9）が加えられ，全県下で脳卒中後うつ病（以下，PSD）を見逃さずに，診断治療に結びつけようとする試みが開始された。PHQ-9 がシートで運用されることとなり，導入に当たり横断的に調査を行い，回復期での ADL 改善と PSD 経過を比較し検討を加えたので報告する。

【方法】平成 26 年 7 月から平成 27 年 11 月に当院回復期リハビリ病棟を退棟した脳卒中患者 184 名のうち，PHQ-9 を実施することが出来た 105 名を対象とした。PHQ-9 採点による PSD を判定し，ADL については FIM を用いて比較した。なお，本研究における倫理的配慮として，ヘルシンキ宣言を遵守して研究計画を立案し，調査にあたって，個人が特定できないよう十分に注意した。

【結果】PHQ-9 判定と医師診断名から，PSD 例 26 名，判定率は 24.8% となり，急性期からの治療継続例 13 名を含んでいた。PSD 診断症例では，抗うつ薬服用例ではすべて ADL 改善傾向を示し，未服薬例では症状が十分改善せず悪化する例も認められた。

【結論】PSD は巣症状にマスクされ，うつ症状がつかみにくい上，罹患すると ADL 回復遅延，認知機能の悪化，さらに死亡率も 3 倍以上高まることが言われている。PSD のうつ症状が改善した例には，FIM 得点が大きく改善している事例を多く認め，一方，改善を認めなかった例では FIM 得点も十分に改善してはいなかった。これは，ADL が改善してうつ症状が改善したのか判断は難しいが，うつの改善例は FIM 得点がより改善しているように思われる。PSD の認識を高め，早期発見から適切な治療に結びつけることが重要で，可能ならばうつ病のスクリーニングをすべきである。

藍野病院理学療法科の紹介と今後の課題

－精神・身体障害合併患者への理学療法について－

中島悠¹⁾

1) 医療法人恒昭会藍野病院理学療法科

1. はじめに、目的

当院は、精神科を主体とした整形外科、内科、外科等をもつ一般病院で、50年前に創設された。リハビリテーション部は、理学療法科、作業療法科、言語聴覚科より構成されている。当院の患者の多くは近隣の精神科を持たない病院・施設から精神・身体障害合併患者の対応が困難となった方の紹介入院が多く、その方々に対するリハビリテーション（以下、リハ）に携わる機会が多い。近年、マイノリティーとみられていた精神疾患患者の理学療法が普及・啓発活動されるようになってきている。当院リハでは精神障害および認知障害を呈する患者が大半を占めるため、身体機能面のみでなく、精神障害を合併している患者への理学療法を多く担っている。理学療法介入後、身体障害の改善に伴い精神症状が大きく改善することが多く、理学療法を実施する上で重要なポイントと考える。そこで今回、長年精神・身体障害合併患者に対してリハに関わっている当院理学療法科の紹介とスタッフへのアンケート調査結果について報告し、当院における今後の精神・身体障害合併患者に対する理学療法の課題を検討する。

2. 内容

・当院リハビリテーション部の紹介

精神科主体であるが、整形外科、神経内科等の多くの診療科からなり、以前より精神・身体障害合併患者を多く受け入れている。当院の概要とリハビリテーション部の取り組みを紹介する。

・理学療法介入による精神・身体障害合併患者の治療到達度

当院理学療法科で3ヶ月間に治療した各疾患別・全体の患者治療実績と受傷/発病前の状態とPT終了時の相対的な改善度合い（到達度）の調査結果

・当院理学療法士の精神・身体障害合併患者に対する意識調査

当院理学療法士が精神・身体障害合併患者に対して入職前に抱いていたイメージと実際に携わってからの印象や、精神・身体障害合併患者の対応で注意していることや、苦勞した点、その時の解決した方法等についての調査結果

・当院における精神・身体障害合併患者に対する理学療法の課題

実際に多くの精神・身体障害合併患者に携わっている当院理学療法士が考える当院と今後の精神・身体障害合併の治療に対しての課題と提言

長期入院中の統合失調症患者の転倒事故の特徴

細井匠¹⁾

1) 武蔵野中央病院リハビリテーション科

【はじめに, 目的】 わが国の精神科临床上, 統合失調症患者に有効な転倒予防対策を実施することは喫緊の課題である。本研究は, 統合失調症患者の転倒事故を 10 年間調査した結果から, その特徴を明らかにし, 有効な対策を考察することを目的とする。

【対象と方法】 調査期間は 2002 年 8 月 1 日からの 10 年間で, 毎年 8 月 1 日の時点で歩行が自立しており, 1 年以上入院中の統合失調症患者を対象に, 毎月のアクシデントレポートの集計と, 毎年 8 月に過去 1 年分の看護記録を見直す二重調査を実施した。調査項目は, 転倒の時間, 場所, 発生状況, 方向, 外傷の有無と内容である。

【倫理的配慮】 本研究は, 武蔵野中央病院の研究倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 100113)。また, データの処理に当たっては, 個人が特定できないよう配慮した。

【結果】 10 年間の延べ対象者数は 1141 名, 延べ転倒者数は 426 名, 総転倒件数は 1088 件, 外傷事例は 556 件であった。年代別に転倒者数の割合をみると, 30 代で 12.5%, 40 代で 15.1%, 50 代で 24.0%, 60 代以降では 40%を超えていた。転倒の多い病室, ホール, 廊下での発生状況を分類すると, 病室では, 夜間のベッドからの転落と起居動作時の転倒が多く, ホールでは食事時を中心に, 歩行中と起居動作時に多く, 廊下では日中満遍なく発生し, 歩行中や, 他患との接触や暴力による転倒が多かった。転倒の方向は, 前方が最も多く, 次いで後方, 左右側方の順であった。

【結論】 長期入院中の統合失調症患者は, 中年期から転倒する方が多く, 運動療法などの身体機能を高める工夫が必要である。また, 転倒の時間, 場所, 状況, 方向などに特徴があるため, 場面ごとに, きめ細やかな対応を考慮する必要がある。

精神科病棟入院患者に対する理学療法が生活機能・精神機能に及ぼす影響に関する実態調査

石橋雄介¹⁾，西田宗幹¹⁾

1) 秋津鴻池病院 リハビリテーション部

【はじめに】本研究では、PTの対象となった精神科病棟入院患者の現状を明らかにすること、生活機能及び精神機能に対するPTの効果を検討することを目的とした。

【方法】対象は当院精神科病棟に入院し、平成24年1月から平成26年12月までの期間にPTを実施した患者。調査項目は、年齢、性別、精神疾患、身体疾患、身体疾患発症前生活場所、転帰、Barthel Index (BI)、GAF。開始時と終了時のBI及びGAFの比較には、ウィルコクソンの符号順位検定を使用し、有意水準は5%とした。なお、本研究は、当院研究計画審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象は126名（年齢 62.9 ± 14.8 歳，男性52名，女性74名）。精神疾患は気分障害54名，統合失調症43名，その他29名。身体疾患は廃用症候群66名，運動器疾患38名，脳血管疾患等22名。発症前生活場所は病院66名，自宅52名，施設9名。転帰は入院継続57名，自宅43名，施設15名，転院11名。開始時BIは40 [10-60]点，終了時BIは70 [35-85]で有意に改善していた ($p < 0.01$)。開始時GAFは52 [41-60]点，終了時GAFは55 [45-62]点で有意に改善していた ($p < 0.05$)。

【結論】PTの対象となった精神科入院患者は廃用症候群が多く，病院が生活場所となっている者が多いことが特徴的であった。PTの効果として，生活機能のみならず精神機能の改善も期待できることが示唆された。

身体精神合併症患者に対する理学療法ガイドラインの作成

仙波 浩幸¹⁾

1) 豊橋創造大学

【目的】

身体精神合併症患者に対する理学療法実施に際して、身体および日常生活動作障害の特徴による標準的プログラムの策定、併せて精神症状への対応を検討する目的で実施した。

【対象】

統合失調症、双極性感情障害、うつ病性障害があり、骨関節疾患、多発外傷や脊髄損傷など日常生活動作の低下や身体機能障害を併発し、身体機能の回復・再獲得のため入院して集中的な身体的リハビリテーションが必要な患者で、2施設 15名（男性3名、女性12名）、60.2±21.3歳を対象とした。

【方法】

標準的な理学療法を実施し、基本情報とともに、開始時および終了時には簡易精神症状評価尺度（BPRS）を、機能的自立度評価法（FIM）、健康関連 QOL（SF-8）、精神的健康度（GHQ-12）は1ヶ月毎に評価を実施した。

【結果】

機能的自立度評価法（FIM）の総合、運動項目、精神項目、SF8 身体健康で有意な改善が認められた（ $p<0.01$ ）。また、包括的精神症状評価（BPRS）および精神的健康度 GHQ12 は改善傾向が見られた。

【考察】

当該患者に対する理学療法は身体機能が向上しており、精神症状も改善傾向も見られる。理学療法の中止や、精神症状の増悪の報告がないことより、理学療法の実施は身体精神両面に効果がある。さらに症例を増やして分析を進め、当該患者のガイドライン作成に取り組んでいきたい。

【倫理的配慮】

各施設の倫理委員会の承認を得ている。また、各患者に対し、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。

【開示事項】

本研究は平成 26 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「精神疾患患者の整形外科領域を中心とする合併症に関する研究」（継続中）の分担研究である。

精神疾患を有する身体合併症患者に新人理学療法士がどのように関わったか —統合失調症患者の1症例を担当して—

伊藤 涼¹⁾

1) 医療法人 恒昭会 藍野病院理学療法科

【はじめに】

精神科母体の病院において、新人理学療法士が約1年間、臨床を経験し、精神疾患を有する身体合併症患者に対して関わったことについて1症例を通して報告する。

【症例紹介】

70代男性 診断名：統合失調症 合併症：器質性緊張病性障害、薬剤性パーキンソニズム。
前院で精神疾患治療中に臥床状態になり、リハビリ目的で当院に転院された。理学療法(以下PT)開始当初、筋緊張の亢進により体幹・四肢に可動域制限がみられた。ADL動作はほぼ全介助であり、起き上がりのみ中等度の介助で可能であった。暗い表情で不安の訴えが多くリハビリに対して拒否も見られ、意欲も低かった。

【方法】

PTプログラムを実施する際、心理面に対して患者が負担に感じないよう時間に余裕のあるプログラムを立案し、患者の言動、表情の変化に注意を心がけた。また、目標も短期間ごとに設定し意欲を向上させるために訓練中は少し大袈裟に誉め、成功体験を実感できるように心掛けた。運動レベルを上げるなどにPTプログラムを変更する際、躊躇される事が多くその時はやや強く促した。身体面へのアプローチは薬剤性と考えられるパーキンソニズムを呈していたため、パーキンソン病の運動療法を参考にして治療を実施した。

【結果】

PT介入約3ヶ月で、全身の筋緊張は大きく緩和し、病棟内の基本動作は独歩にて全て自立となった。現在PT終了後2ヶ月経過したが、基本動作能力は維持しており、精神状態の悪化も見られていない。

【考察】

統合失調症は、認知や情動、意欲などの多彩な精神機能の障害が見られる。精神面では、治療時間の配分や患者観察、目標設定の工夫を実施した結果、PTでは精神状態が悪化することもなくPTに対するモチベーションも維持できたと考える。また、身体面では、パーキンソン病の運動療法を参考に進めた結果、最終的に筋緊張は緩和し歩行自立に繋がったと考えられる。

【倫理】

本報告は、既にPT治療を終了した症例の経過報告で、医学系研究に該当しないため、倫理指針の対象外と考える。

本人より、今回の報告および発表について承諾と、当院の許可は得ている。

運営幹事名簿

- 代表運営幹事 仙波 浩幸（豊橋創造大学）
- 運営幹事 上菌 紗映（医療法人社団光生会平川病院）
- 富樫 誠二（広島都市学園大学）
- 甲田 宗嗣（広島都市学園大学）
- 増田 芳之（静岡県立静岡がんセンター）
- 清宮 清美（埼玉県総合リハビリテーションセンター）

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