

第2回  
精神・心理領域理学療法部門研究会  
抄録集

テーマ  
身体リハビリテーション

研究会長：

会 期：2017年3月12日（日）

会 場：日本理学療法士協会

田町カンファレンスルーム

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2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2回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて

第2回精神・心理領域理学療法部門研究会 大会長  
上菌紗映

皆さまのご支援とご声援により、前回大会に引き続き第2回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、皆さまの負託に今後も答えてまい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。

思えば、ここ数年は当部門におきましては非常に大きな変化があった年であり、日本精神科病院協会学会や精神神経学会等精神科の主たる学会において当部門代表運営幹事の仙波氏がシンポジストとして招聘されたり、厚生労働省科学研究費における研究などもスタート致しました。理学療法士協会内でも、日本精神科病院協会と合同で精神科における理学療法の展開において意見交換がされるなど理学療法士を取り巻く環境の大きな変動を感じる数年間となりました。うれしい変化である一方、襟を正して臨床に取り組みなければならないと感じました。

しかしながら、まだまだ精神科での、あるいは精神疾患がある方への理学療法は科学的根拠に薄く、体系化されてない部分も多く、多くの理学療法士が現場で四苦八苦していることと思われる。そこで、昨年の第一回に続き今回第2回は、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べく、開催させて頂く運びになりました。

特別講演は日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科部長である木村真人先生に「脳卒中後のうつとアパシー～その病態と対応について～」という内容をお話いただけることになりました。理学療法士が会う最も多いであろう精神疾患である脳卒中後うつはDALYで報告される寿命・健康ロスの第一位と第二位にあります。理学療法士にとって非常に重要でかつ、示唆に富む内容をお示しいただけると幸いです。

演題発表に関しては、14題のエントリーがありました。同じ精神心理領域にいるものの同市、発表者と参加者で活発かつ、実りある議論の時間を多く取りたいと考えております。

この研究会、精神心理領域理学療法部門の内外にて、おおいに議論・研鑽を重ね、精神科医療、理学療法の向上に貢献してきましょう。

## 研究会日程表

2017年3月12日（日）

9：30～10：00

---

受付

10：00

---

開会式

10：00～11：30

---

特別講演

11：30～12：30

---

昼食

12：30～13：55

---

一般演題1

14：05～15：15

---

一般演題2

15：25～16：50

---

一般演題3

16：50

---

閉会式

## 会場案内

会場：日本理学療法士協会 田町カンファレンスルーム

東京都港区芝浦3丁目5-39

田町イーストウイング6階



## 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2017年2月20日(月)、クレジットカード(会員のみ)の場合2017年3月2日(木)です。
- 2) 受付は、田町カンファレンスルーム(田町イーストウイング6階ロビー)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/iptmh/>)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。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。

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。

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](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29年3月9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

---

10：00～11：30

#### 脳卒中後のうつとアパシー

～その病態と対応について～

講師：木村 真人（日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科）

座長：上菌 紗映（平川病院）

特別講演

---

脳卒中後のうつとアパシー

～その病態と対応について～

木村真人

日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科

---

我が国における脳卒中の死亡率は治療技術の進歩とともに減少傾向にあるものの、後遺症を抱えた脳卒中の有病者数は年々増加しており、300万人にも達することが推測されている。脳卒中後うつ病（post-stroke depression: PSD）は、脳卒中患者の約3割に出現するが、脳卒中後の落ち込みは当然なこととして、過小診断されることが多い。PSDを未治療のまま放置するとADLの回復が遅延し、認知機能がより障害され、死亡率も増加する。しかし、適切な診断と治療によって、ADLや認知機能の改善だけではなく、生命予後までも改善することが明らかにされている。

うつ病と脳血管障害は相互に関連した病態であることを理解し、PSDを見逃さずに対応していくためにはPHQ-9などの簡便なスクリーニングツールも有用である。

また、脳卒中後には、うつと混同されやすい病態として、自発性の低下を主体としたアパシーを呈することも少なくない。うつが自己の状態に悩むのに対して、アパシーは自己の状態に無関心で悩まないことが鑑別点として重要である。

PSDに対する抗うつ薬治療としてはSSRI、SNRI、NaSSAなどの忍容性に優れた薬剤が第一選択薬となるが、副作用に注意して少量から開始し、増量も緩徐に行うことが望ましい。

アパシーが目立つときには、SSRIなどの抗うつ薬の効果は乏しく、ドパミン作動薬やアセチルコリン作動薬が有効の場合がある。

リハビリテーションでは、うつ状態が重度の場合には休養や、軽い負荷の他動的運動療法を考慮し、軽度から中程度の場合には、ある程度の有酸素運動が有効である。アパシーが目立つ場合には、休養よりもレクリエーションを含めたリハビリの工夫や行動療法的アプローチが必要になる。

脳卒中治療においては、予後に大きな影響を与えるうつやアパシーへの対応を含めた総合的医療が必要であり、精神科を含めた各診療科との連携や多職種によるチーム介入が課題である。

千葉県では脳卒中地域連携パスにうつ病評価尺度（PHQ-9 推奨）を組み込んだ運用が開始されており、その取り組みについても紹介したい。

## 一般演題プログラム

### 一般演題 1 12：30～13：55

---

座長：仙波浩幸（豊橋創造大学）

- 1-1 精神疾患のある患者の理学療法に際して理学療法士が収集する情報：第一報  
平川病院 山中 裕司
- 1-2 精神疾患患者を治療する際に必要となる情報収集：熟練者と若手セラピストとの相違  
平川病院 宮下 泰範
- 1-3 境界型パーソナリティ障害による自殺企図後の一症例  
武蔵野中央病院 久保田真次
- 1-4 高次脳障害と精神症状の合併により ADL 獲得に難渋した症例：車いす自走自立にむけて  
葛飾リハビリテーション病院 番場 君夫
- 1-5 精神科長期入院患者に対する運動プログラムの効果  
秋津鴻池病院 石橋 雄介

### 一般演題 2 14：05～15：15

---

座長：甲田 宗嗣（広島都市学園大学）

- 2-1 妄想性障害で歩行時のふらつきを訴え入院となった患者に対する理学療法の役割に関する  
一考察：理学療法の継続の有無が自宅退院の契機となった症例  
湘南病院リハビリテーション室 杉 輝夫
- 2-2 背屈制限をきたしている統合失調症患者を早期から介入して  
ホスピタル坂東 菅谷 真大
- 2-3 精神疾患を有した多部位外傷患者：高所からの転落（飛び降り）後、自宅退院に至った症  
例  
ホスピタル坂東 倉持 正一
- 2-4 依存・退行症状を起因とした歩行障害により、活動性の低下を呈したうつ病症例：関わ  
り・指導方法の工夫により歩行や活動性の改善に結びついた症例  
JR 東京総合病院 矢口 悠至

一般演題3 15：25～16：50

---

座長：増田 芳之（静岡県立静岡がんセンター）

3-1 認知症の症状に対し非薬物療法を行った事例

平川病院 田川 勉

3-2 足利赤十字病院の精神科病棟における Short Physical Performance Battery (SPPB) 評価  
での身体機能に関する実態調査

足利赤十字病院 北岡 清吾

3-3 身体合併症患者に対する理学療法ガイドラインの作成（第2報）

豊橋創造大学 仙波 浩幸

3-4 独立型高度救命救急センターにおける自殺企図患者に対するリハビリテーションの関わり  
と転帰先の変遷

千葉県救急医療センター 伊崎田和歌

3-5 PHQ-9 を用いたうつスクリーニングの導入経験

新八千代病院 藤田 聡行

一般演題 1-1

---

精神疾患のある患者の理学療法に際して理学療法士が収集する情報

（第一報）

山中裕司<sup>1)</sup> 上菌紗映<sup>1)</sup> 宮下泰範<sup>1)</sup> 仙波浩幸<sup>2)</sup>

1) 平川病院 リハビリテーション科

2) 豊橋創造大学 理学療法学科

---

【はじめに】精神疾患は理学療法研究の中では除外規定としてあげられることが多く、理学療法士が臨床現場で参考に来るデータが非常に希薄である。一方で、先行研究から整形外科など理学療法士が一般的に対応する診療科においても精神心理的問題は75%の理学療法士が経験しており、対応できる知識やスキルの獲得は重要であると考えている。そこで、精神疾患患者に対し、どのような情報が必要であるかを把握する目的で実施した。

【倫理的配慮】本研究は当院倫理委員会にて審査を受けている。

【方法】2015年11月に開催された第14回精神心理領域理学療法部門研修会に参加した理学療法士34名に対して症例を提示した上で初期に集める情報をピックアップしてもらった。症例は、認知症2症例、統合失調症2症例、うつ病1症例であった。項目について、先崎が示した「初回面接にて把握すべき患者情報」を参考に、①「生い立ちや家族に関する情報」②「患者情報」③「家族の構造」④「患者自身の今後に関する見通しについての理解・認識」⑤「一般的な理学療法的情報」に分類し、観察した。

【結果】認知症は2例で①4件、②5件、③8件、④1件、⑤81件、統合失調症は2例で①9件、②8件、③0件、④8件、⑤32件、うつ病は1例で①3件、②6件、③0件、④4件、⑤30件であった。また、各疾患一例あたりの合計数は認知症49.5件、統合失調症21.5件、うつ病57件となり、統合失調症が特に少ない結果であった。

【考察】精神疾患患者を対象とする場合、①-④の件数が少なく、⑤が多い結果となった。これは、ICIDHで教育を受け、身体機能が注目されてきた歴史からも身体障害へ関心が向いており、精神疾患患者にとって重要な情報収集が十分でない可能性が考えられる。

また、一例あたりの合計数において統合失調症が著明に少ない結果である。このことは、前述したように理学療法士が臨床現場で参考に来るデータが非常に希薄であることから、普段関わる機会が認知症、うつ病と比べ少ない事が要因であると考えられる。

一般演題 1-2

---

精神疾患患者を治療する際に必要となる情報収集

～熟練者と若手セラピストとの相違～

宮下泰範<sup>1)</sup> 上藺紗映<sup>1)</sup> 山中裕司<sup>1)</sup> 加藤宗規<sup>2)</sup>

1) 平川病院 リハビリテーション科

2) 了徳寺大学 健康科学部 理学療法学科

---

【はじめに】精神科病院で働く理学療法士は年々増加傾向だが、精神科領域に関する理学療法研究は少なく、参考となる情報は希薄である。

また、教育面では精神科病院に従事する若手理学療法士への指導内容は確立されていない。若手からは症状や対応方法、事前の情報収集の仕方等の質問が多く、特に初期の導入場面で苦勞する事が多い。その際、先輩理学療法士は経験で得た知識を基に指導することが多く、根拠そのものは明確でない。そこで、本研究は当院の理学療法士を対象とし、治療上必要となる情報収集について、若手と熟練者間の比較を目的として、症例に対する情報収集項目を調査した。

【倫理的配慮】本研究は当院倫理委員会にて審査を受けている。

【方法】対象は当院理学療法士7名（1～2年目2人、7年目以上5人）。対象者は、多発外傷患者4例に対し、治療上必要となる情報を選択し、さらにその中から難渋する要因に優先順位をつけた。そして、熟練群と若手群の2群に分け、5つのカテゴリーにおける情報収集数と率（カテゴリー内選択数/全選択数×100（%））について優先順位の有無の条件下で比較した。カテゴリーは先崎による「初回面接にて把握すべき患者情報」を参考に、①「生い立ちや家族に関する情報」②「患者情報」③「家族の構造」④「患者自身の今後に関する見通しについての理解・認識」⑤「一般的な理学療法的情報」を採用した。

【結果】優先順位なしでは、熟練群は②が全体の47%、⑤34%と多く、①③は9%、8%と少ない傾向であった。若手群も同様に②が45%、①7%、③2%と熟練群と大きな相違はなかった。しかし、優先順位ありでは熟練群が①11%、③9%、若手群が①7%、③2%と熟練群は若手群に比べ①③の項目を多く上位に挙げており、②⑤には差はみられなかった。

【考察】優先順位なしでは、各カテゴリーの情報収集率はほぼ同様であった。しかし、優先順位ありでは、熟練群は①③を上位に挙げており、ICFに基づく背景因子をより重要視していた。熟練群と若手群で優先項目の相違があったが、熟練群は若手群に比べより多くの患者と関わりがある中で、臨床上問題となる項目を①③をより重要視して予測している傾向がある。

一般演題 1-3

---

境界型パーソナリティー障害による自殺企図後の一症例

久保田真次<sup>1)</sup> 細井匠<sup>1)</sup>

1) 武蔵野中央病院

---

【はじめに】

今回、自殺企図により骨盤骨折、大腿骨骨幹部骨折を呈した境界型パーソナリティー障害 (Borderline Personality Disorder, 以下 BPD) 患者を治療する機会を得たのでここに報告する。

【説明と同意】

本研究はヘルシンキ宣言を厳守し、対象者には、研究の趣旨を十分に説明し、同意を得ると共に、診療録の情報を研究に使用することについても承諾を得た。

【症例紹介】

症例は母と暮らす 30 代女性。中学時代にパーソナリティー障害を発症。自殺企図を繰り返し、X 年 4 月、自宅マンションから飛び降り、骨盤・右大腿骨骨幹部骨折・下顎骨折を受傷し A 病院に入院。同年 11 月に当院の閉鎖病棟に転入院となった。

【初期評価～治療経過】

ROM 制限、感覚障害はなく、右膝関節屈曲時に運動時痛が認められた。MMT は体幹・右下肢 2~3、左下肢 3~4 と筋力低下がみられ、歩行は軽介助を要した。閉鎖病棟の生活では、Nrs に攻撃的な一面や泣き出して注目を集めようとする場面などがみられたが、身辺動作は、自立を促し過介助とならないよう対応を統一していた。また、リハでは、身辺動作と歩行の自立、グループホームへの入所を目標として、筋力強化、起立動作練習、片脚立位練習、応用歩行練習を実施した。

一ヵ月後、右下肢の運動時痛は軽減、MMT は体幹・両下肢共に 4 レベルまで改善し、院内歩行は自立した。グループホーム入所に向けて一年後に開放病棟に転棟となったが、開放病棟のスタッフの関り方が徹底されておらず、自立している動作も介助してしまう場面がみられた。その後、右下肢の運動時痛が再燃し、本人から膝が外れそうとの訴えがあり、歩容が悪化した。画像所見で膝蓋骨外側に変形が認められたため、膝装具を作成し装着後、リハ場面では、歩容が改善した。しかし、日常生活場面では改善が見られず、跛行を呈していた。

【考察】

一ヶ月の機能訓練で身辺動作と歩行は自立したが、一年後に歩容が悪化した。原因として膝蓋骨の変形も一因であると推察されたが、膝装具を作成し、リハ場面で改善した歩容が日常生活場面に反映されなかった。これは、開放病棟のスタッフが過介助であった為、介助を受け続けたい、医療従事者の注目を集めたいなどの BPD の症状である、感情・対人関係の不安定性が原因で歩容に影響したと推察される。

一般演題 1-4

---

高次脳障害と精神症状の合併により ADL 獲得に難渋した症例

——車いす自走自立にむけて——

番場君夫<sup>1)</sup>

1) 葛飾リハビリテーション病院

---

I. 【はじめに】

脳卒中回復期においてはしばしば高次脳障害が ADL 獲得を阻害する要因となりうるが、今回、高次脳障害と精神症状が合併した症例を経験し、車いす自走に着目してここに報告する。

II. 【対象】

70代女性 診断名：アテローム血栓性脳梗塞 右 MCA 領域 左片麻痺（重度）起居・端坐位要介助、立位保持困難、移乗重度介助。

初期に幻視・せん妄あり。意欲低下、全般性注意障害、遂行障害、否認、被害妄想、感情失禁、情緒不安定あり。

開始時 FIM：32 点→終了時：82 点 開始時 HDS-R：23 点→終了時：30 点（記憶は良好）

III. 【経過】

移動手手段獲得のため、車いす自走の自立を目指して介入を開始。練習を重ねた結果、駆動そのものは自力で可能となったものの、人や障害物との接触傾向が改善せず介助が必要だった。本症例は他の ADL 訓練においても困難さや疲労感が伴うと、介助を求めたり訓練を放棄したりするなどの行動が見られていた。

IV. 【対応策】

1. 車幅感覚が得やすいよう、車いすをスリムなタイプに変えた。
2. 自室の床にテープで目印をつけ、動線やベッドとの適切な位置を目視できるようにした。
3. ぶつかる回数をカウントし、ベッド横から自室を出るまで（その逆も）何回ぶつかったかフィードバックした。

V. 【結果】

どの対応策も一定の効果があり、ぶつかる回数が減ってくると操作性も向上し、車いすを普通型に変更しても操作可能となった。病棟でも見守りながら自走を促すと自らの足で移動し始めることが増えた。その結果、接触が確実になくなったわけではないが、周囲の気遣いにより修正自立するに至った。

VI. 【帰結】

心理分析と応用行動学的視点から介入方法を検討し一定の効果は得られた。本症例のように高次脳障害と精神症状を併せ持つ症例では有効なプランを立てられず、出口の見えない機能訓練や動作練習に陥るケースは少なくないのではないだろうか。改めて心理分析の必要性を訴えたい。

VII. 【倫理】

本報告実施にあたり、患者本人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。また当院倫理委員会の承認も得ている。



一般演題 1-5

---

精神科長期入院患者に対する運動プログラムの効果

石橋雄介<sup>1)</sup> 和田しず香 (OT)<sup>1)</sup> 西田宗幹<sup>1)</sup>

1) 秋津鴻池病院 リハビリテーション部

---

【はじめに】

本研究は、精神科長期入院患者に対する運動プログラムが身体機能、生活機能、精神心理機能に与える影響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1年以上入院している患者13名（年齢73.4±7.9歳，男性3名，女性10名）。精神疾患は統合失調症9名，気分障害3名，不安障害1名。運動プログラムは，ストレッチやセラバン体操，ロコトレを組み合わせた40分程度の集団体操とし，理学療法士，OT，看護師，介護職員の下で週2回，合計24回実施した。評価項目について，身体機能は握力，5m歩行，Timed up & Go (TUG) を運動プログラム開始3ヶ月前，開始時，終了時に評価した。生活機能はBarthel Index (BI)，精神心理機能はGAF，転ばない自信を運動プログラム開始時，終了時に評価した。統計学的分析には，一元配置分散分析及びWilcoxonの符号順位検定を用い，有意水準は5%とした。また，本研究は，当院研究計画審査委員会の承認を得て行なった。

【結果】

握力は3ヶ月前13.9±7.0kg，開始時14.1±4.5kg，終了時15.4±7.3kg，5m歩行は3ヶ月前7.96±3.05秒，開始時8.49±4.58秒，終了時7.10±2.80秒，TUGは3ヶ月前21.33±7.86秒，開始時28.08±28.45秒，終了時19.68±7.68秒であり，いずれも有意な差を認めなかった。BIは開始時81.2±9.8点，終了時81.2±11.2点，GAFは開始時36.9±10.2，終了時36.3±12.6，転ばない自信は開始時25.7±5.9点，終了時28.8±4.7点であり，転ばない自信のみ終了時で有意に高値を示した ( $p<0.05$ )。

【考察】

運動プログラムにより，転ばない自信の改善を認め，転倒自己効力感に対する効果が示唆された。今後は，身体機能や生活機能，精神機能に対して効果的なプログラムの検討が必要である。

一般演題 2-1

妄想性障害で歩行時のふらつきを訴え入院となった患者に対する理学療法の役割に関する一考察

—理学療法の継続の有無が自宅退院の契機となった症例—

杉輝夫<sup>1)</sup> 栗山薫<sup>2)</sup>

1) 湘南病院リハビリテーション室

2) 湘南病院精神科

【はじめに、目的】

妄想性障害で通院中に身体愁訴（歩行時のふらつき）を生じ服薬コントロール目的に医療保護入院となった患者を担当した。非定型抗精神病薬が処方されていたが、理学療法（PT）開始後1ヶ月を経過しても歩行能力に変化を認めなかった。PTへの拒否はなく、エルゴメーターを15分継続できるようになった。入院の長期化に伴い、精神科療養病棟へ転棟方針となっていた。療養病棟転棟後、診療報酬の関係から当院ではPTを実施できなくなる旨を伝えると、本人より自宅退院の希望が聞かれた。外泊を実施したところ本人の退院の意欲が高まり、歩行能力の改善を認め自宅退院することができた。服薬状況と歩行能力の変化を経時的に提示し、妄想性障害で身体愁訴がある患者に対するPTの役割について検討することとした。

【方法】

症例紹介：60代女性。診断名：妄想性障害。現病歴：X日ふらつき、倦怠感を主訴に入院。歩行はふらつきあるも病棟内自立レベル。X+8日オランザピン減量。プロナンプセリン開始。X+11日PT開始。

説明と同意：症例に対してカルテの情報を学術目的に匿名にて発表されることを説明し同意を得た。

【経過】

PT開始時、基本動作はすべて自立レベル。歩行速度13.5m/分、歩幅0.21m/歩、歩行率63.2歩/分。X+13日：エルゴメーター25W\*5分開始。X+38日クエチアピンプマル酸塩開始。X+45日：歩行速度11.8m/分、歩幅0.16m/歩、歩行率72.4歩/分。X+52日：エルゴメーター25W\*15分。X+63日支援委員会開催。療養病棟に転棟した場合、PTの継続は困難であることを伝えると自宅退院を希望。X+69日：外泊。自宅退院の希望が増強。X+73日：退院後も通所リハの希望あり。X+80日：妄想は軽快。X+87日歩行速度33.9m/分、歩幅0.33m/歩、歩行率103.2歩/分。X+88日：自宅退院。

【考察】

本症例の主訴は歩行時のふらつきであった。そのため主訴に直接アプローチする運動療法に対しては拒否が聞かれず、運動量を増加することができたと考えられた。また、PTの継続の希望が自宅退院を選択した要因になった。動作能力の低下を主訴とする患者に対し、PTを継続したことが心理的な変化を引き起こした可能性がある。

動作能力の低下を主訴とする精神症状を有する患者に対して、PTを継続することは運動機能だけでなく心理的な変化に寄与する可能性があると考えられた。

一般演題 2-2

---

背屈制限をきたしている統合失調症患者を早期から介入して

菅谷真大<sup>1)</sup>

1) ホスピタル坂東 リハビリテーション部

---

【はじめに】

今回、緊張病型の統合失調症を呈した症例を評価・治療し良好な結果を得たので報告する。

【症例紹介】

20代女性 診断名：統合失調症 緊張型

約3年前に自殺企図、約2年前より支離滅裂、独語にて過去2回入院歴あり。退院後通院中であつたが、X日突然刃物を持ち出すなど奇異言動となり、当院緊急受診し医療保護入院となる。四肢・体幹拘束。緊張病性の筋緊張亢進、長期臥床により尖足拘縮あり。X+42日目より理学療法開始となる。

【経過】

リハ介入当初拒否はないが、緊張病性の亜昏迷をみとめ幻覚・幻聴、興奮、大声あり精神状態は不安定。積極的な運動療法の実施が困難であり精神状態に応じて介入時のプログラムを変更し廃用症候群の予防目的とした病棟内での介入を継続。拒食・拒薬状態が続き通電療法の適応となりmECT施行。幻覚妄想は目立ち突然大声を出すなど緊張病性の興奮は続いていたが、徐々に昏迷は改善、拒薬がなくなり服薬調節にて明らかな幻覚妄想を認めず情動も安定。リハ介入63日目、主治医よりPT室での介入許可あり訓練室での積極的な運動療法を開始した。

【理学療法評価・結果】

初回介入時は背屈右-45° 左-45°。四肢の筋緊張亢進あり。起居動作は軽介助、下肢筋力はMMT4であるが尖足位であるため立位・移乗の介助量が大きかった。現在、背屈右0° 左-10° 基本動作・病棟内ADLは自立。理学療法介入約3ヶ月で、左足背屈制限は残存するものの全身の筋緊張は緩和し、病棟内はサークル歩行器歩行、短距離であればFree歩行が可能となった。現在も理学療法を継続しており、精神状態の悪化は見られず外泊が可能なレベルまで到達した。

【考察】

本症例は精神状態が不安定で積極的な運動療法の遂行が困難な時期に、精神状態に応じてプログラムを変更し基本動作能力・筋力維持、関節可動域の改善を図れたことが、精神状態安定後の訓練室での積極的な運動療法を円滑に進められ、最終的に歩行獲得に繋がったと考える。

【倫理的配慮、説明と同意】

当院倫理委員会の承認を受けており、家族および本人に同意を得ている。

一般演題 2-3

精神疾患を有した多部位外傷患者

～高所からの転落（飛び降り）後、自宅退院に至った症例～

倉持正一<sup>1)</sup>

1) ホスピタル坂東 リハビリテーション部

【はじめに】

高所からの転落（飛び降り）により多部位外傷を受傷した2症例を担当する機会を得た。どちらも自宅退院に至ったが期間に大きな差が生じたため要因を検討した。

【症例紹介】

症例 A：

40代、女性。診断名は両大腿骨骨折、左脛腓骨骨折、右上腕骨骨折、骨盤骨折。平成X年1月21日、自宅マンションの14階から転落して受傷。近隣の救急病院に搬送される。X日+3日より理学療法が開始され、X日+10日、観血的整復固定術施行。術後25日、精神科治療およびリハビリ目的にて当院に転院となった。術後27日より当院にて理学療法開始した。既往歴として、うつ病、統合失調症の診断にて他院精神科に受診していた。

症例 B：

30代、女性。診断名は多発外傷。平成X年X月X日、衝動的に自宅マンションの13階から飛び降り受傷。同日救急病院に搬送され救急処置される。受傷後+83日、リハ目的にて当院に転院。理学療法開始となった。既往としてうつ病の診断を受けクリニック受診をしていた。

【経過】

症例 A：

開始当初は全般的に「ぼー」としており表情乏しく自発的な発言は皆無であった。質問すると小声で返答は可能。視線を合わせることもなく働きかけなければベッド上に寝たきりの状態であった。ベッドサイドにてプログラム遂行し徐々に離床を試みていった。移乗動作は複数人の介助を行いクライニング式車椅子で対応。開始後1ヶ月半頃に長坐位が獲得され、トランスファーボードを使用しての移乗動作練習開始。その後チルトテーブル、平行棒内を経て立位獲得。最終的には歩行器歩行獲得。開始391日後、自宅退院となった。

症例 B：

リハに対しては意欲的であり前医での自主運動に励むほどであった。気分の浮き沈みはあったがプログラム遂行に阻害的に働くことはそれほどなかった。部分荷重の遵守は良好であり荷重量増加とともに歩行レベル向上。最終的にはロフストランドクラッチ歩行獲得されリハ開始91日後に自宅退院となった。

【倫理的配慮】

報告にあたり当院倫理委員会の承認を得ている。

【結論】

実施期間に大きな差があった要因として精神症状および家族の受け入れ等の環境が大きく影響していると推察した。

一般演題 2-4

依存・退行症状を起因とした歩行障害により、活動性の低下を呈したうつ病症例  
～関わり・指導方法の工夫により歩行や活動性の改善に結びついた症例～

矢口悠至<sup>1)</sup> 宮城新吾<sup>1)</sup> 松岡慎吾<sup>1)</sup>

1) JR 東京総合病院 リハビリテーション科

【目的】今回、依存・退行症状が強いうつ病症例を経験した。症例に対し、症状に合わせた介入を行い歩行や活動性の改善、行動範囲の拡大が得られたので報告する。

【説明と同意】症例に本報告の意図を十分に説明し、同意を得た。

【症例紹介】60歳代女性。症例は入院前から施設スタッフや妹に依存的でADL動作に介助量が多く、また歩行機会は少ない状況であった。今回、家族や施設スタッフでは対応困難となり、再度施設入所に向けた環境調整目的で入院となった。入院後の症例は、身体機能に問題はないものの、諸症状により行動範囲は自室内に留り活動性は低下していた。また、歩行中には歩行障害をアピールし、身体機能に対する自己評価が低い側面もみられた。

【経過】本症例の依存性の高さは、自己の身体機能を正當に評価できないためと考えた。症例の問題点として①指示理解の乏しさ②自己評価の低さ③依存・退行症状を挙げ、正確な自己評価をもとに自主性の向上を目的として介入を行った。①に対しては、歩行指導内容を明確にした。②に対しては、5mの歩行時間を測定し、日々の変化を提示。また介入時の歩行状態を10段階で自己評価し、症例に変化を意識させた。③に対しては介入時に、口頭でのフィードバックと介入後には「何ができ、何が出来なかったか」を言語化するように関わった。その結果、介入19日目には歩行時間が51秒から8秒に短縮。歩行能力改善に合わせ医師・看護師との相談の上、日々の目標を設定し介入を続けた。最終的には行動範囲が院外に外出するまでとなり、FIMは介入時80点から退院前120点と改善を見せ、さらには身体機能を明確に自己評価できるまでとなった。

【まとめと考察】

今回、依存・退行症状や自己評価の低さといった症状に合わせた介入と他職種との症例の身体機能について情報共有を行うことで、症例の身体機能を引き出せたと考える。精神疾患患者では、自己評価が曖昧な場合が多く、本人へ現状を具体的に伝える事で正當な自己評価へと繋がったと考えられる。今回の症例を通し、介入方法を精神症状に合わせて構築し細やかなフィードバックを行うことが明確な自己評価に繋がること学んだ。

一般演題 3-1

---

認知症の症状に対し非薬物療法を行った事例

田川勉<sup>1)</sup> 上藁紗映<sup>1)</sup> 仙波浩幸<sup>2)</sup>

- 1) 平川病院 リハビリテーション科  
2) 豊橋創造大学 理学療法学科
- 

【はじめに】

今回、認知症が既往にある70歳代の女性A様を担当する機会を得た。A様は短期記憶障害や見当識障害があり徘徊や失禁などの行動・心理症状がみられ環境に適応する事が困難であったが、非薬物療法を取り入れ継続して行った結果、症状に変化が得られた為、以下に報告する。

【症例紹介】

〔指名〕A様〔年齢〕70歳代〔女性〕女性〔疾患名〕外傷性くも膜下出血

〔既往歴〕アルツハイマー型認知症、糖尿病

〔現病歴〕5年程前から物忘れが出現し、金銭や投薬管理が困難になった。H27年に外傷性くも膜下出血を発症し救急搬送される。その後、転院を繰り返しながら当院へリハビリ目的に入院となる。

【理学療法評価】

〔MMT〕四肢共に4～5レベル〔バランス〕FBS：47点/56点

〔基本動作〕自立（移動：独歩）〔ADL〕（Barthel Index）80点/100点

〔HDS-R〕7点/30点〔MMSE〕14点/30点

【アプローチ】

運動療法と併用に回想法や作業療法などの脳活性化リハビリテーションを実施した。またPT、OTが統一して病棟内の部屋からトイレ間の移動練習やトイレ動作練習などの現実見当識訓練を繰り返し実施した。環境面においては自室入口に表札、自室内にはトイレの場所を示した貼り紙を設置し、部屋をトイレの近くへ変更し分かり易くした。

【結果】

身体では大きな変化が得られなかった。認知面においてはアプローチ前、他人と接する事は少なく1人徘徊する事がみられていたが、アプローチ後は他患やスタッフと笑顔で接する機会が増えた。また自室やトイレの場所を認識出来る様になり、リハビリ以外は自室にて過ごされ、自らトイレに行ける様になった。

【考察】

回想法は情動機能や社会的交流に改善が図れ、現実見当識訓練はADLにおける混乱が減少するといわれている。A様は介入前、不安と混乱から行動・心理症状を招いていたと考えられるが、A様の性格に配慮し、適した対応や治療、環境調整によって症状は減少し、A様本来の生活が送れる様になったと考える。認知症への治療は個々の症例に対し個別の臨床的介入が大切であると考える。

一般演題 3-2

---

足利赤十字病院の精神科病棟における Short Physical Performance Battery (SPPB) 評価での身体機能に関する実態調査

北岡清吾<sup>1)</sup> 船山道隆<sup>2)</sup> 須永勘一<sup>1)</sup> 中村智之<sup>3)</sup>

- 1) 足利赤十字病院リハビリテーション技術課
  - 2) 足利赤十字病院神経精神科
  - 3) 足利赤十字病院リハビリテーション科
- 

【はじめに】当院は精神科閉鎖病棟を有する三次救急総合病院であり，専従理学療法士を配置し，身体的・精神的 Deconditioning 予防目的に早期介入を実施している．有床総合病院における精神科領域での理学療法（以下 PT）の報告は少なく，また身体機能に関連した報告も少ない．今回，入院期の患者における身体機能の実態について調査することを目的とした．

【説明と同意】本発表は当院倫理委員会の承認を得ている．

【方法】当院精神科病棟に入院し，2016年9月からPT依頼となり，2016年12月31日までに退院した30例のうち，死亡例や認知・精神機能障害により協力が得られない症例，データ欠損等の9例を除外した21例を対象とした（平均年齢：65.4±14.7歳，男/女：7/14例，Fコード：F0：6例，F2：3例，F3：11例，F5：1例，身体合併症率90%，BMI：19.2±4.1 kg/m<sup>2</sup>，入院からPT開始まで4.8±5.7日，入棟期間39.4±21.1日）．後方視的に電子カルテからGAF，握力（最大値），SPPB調査した．Wilcoxonの符号順位検定を使用し，有意水準を5%未満とした．

【結果】GAFは初回21.7±15.7点から最終50.8±14.8点（ $p<0.01$ ），SPPBは4.6±3.9点から9.0±3.7点（ $p<0.01$ ）と有意に改善を認めた．握力は14.3±8.9 kgから17.9±6.8 kgと有意な改善は認めなかった．またSPPB 8点以下に関して，初回は15名（71%）であり，最終は6名（29%）と減少していた．各項目と退院時SPPBとの相関関係は認められなかった．

【考察】専従理学療法士の早期介入によりSPPBは有意に改善を認めた．身体合併症患者が多い総合病院における早期PT介入は重要である可能性が示唆された．EWGSOPの身体機能低下基準である8点以下は最終評価時に減少していたが，29%残存していた．SPPBは将来的な機能低下や生命予後の予測指標として有効であるとされており，退院後の運動療法継続が課題であると考えられる．

### 一般演題 3-3

## 身体合併症患者に対する理学療法ガイドラインの作成（第2報）

仙波浩幸<sup>1)</sup>

1) 豊橋創造大学保健医療学部

### 1. 研究目的

本研究の目的は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です。ガイドラインの内容は、理学療法士の視点からの精神症状評価尺度の作成、精神症状、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と、併せて精神症状への対応、生活の質（QOL）の向上策も検討します。

### 2. 対象と方法

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身体精神合併症患者を対象とします。

全国4か所の医療機関において、平成26年4月から平成28年12月末までに身体的リハビリテーション目的のために入院し理学療法が終了した23名（男性3名、女性20名）、年齢55.6±19.9歳を対象としました。疾患の内訳は、大腿骨骨折9名、多発骨折4名、上肢骨折3名、下肢骨折2名、その他1名です。

基本情報は、年齢、性別、身体障害診断名、精神科診断名、入院経路、入院種別、入院日数、転帰、合併症及び併存症です。精神症状は、簡易精神症状評価尺度（BPRS）、精神的健康度（GHQ-12）、健康関連QOL（SF-8）、リハビリテーション実施計画書に記載の特記事項、機能的自立度評価表（FIM）を1ヶ月毎に測定しました。

（倫理面への配慮）

研究協力施設4病院すべてにおいて院内倫理委員会にて承認を得ました。その上で、協力者に対し書面とともに口頭で説明をして文書による同意を得て実施をしています。

### 3. 結果

協力を得た23例は全例脱落することなく理学療法プログラムを終了しました。開始時と終了時で有意な差があった項目は、FIM総合（ $9.4 \pm 6.4 : 9.1 \pm 8.1$ ）、FIM運動（ $77.9 \pm 27.9 : 104.5 \pm 19.6$ ）、FIM精神（ $25.1 \pm 19.0 : 27.9 \pm 7.0$ ）、GHQ12（ $5.1 \pm 3.4 : 3.8 \pm 3.5$ ）、SF8身体健康（ $31.7 \pm 10.3 : 43.8 \pm 5.2$ ）であった。BPRSとSF8精神健康については有意差が認められなかった。

### 4. 考察

全ての患者に脱落や精神症状が増悪することなく自立レベルに達しました。身体合併症の理学療法ガイドラインを作成することにより、在院日数の適正化、地域在宅生活に向けての阻害要因や課題への適切な対応により、在宅への早期移行、不適切な医療費の抑制にも貢献できます。当該患者の生活の質の向上にも寄与することができ、ガイドラインの作成は時代の要請であると認識しています。



一般演題 3-4

---

## 独立型高度救命救急センターにおける自殺企図患者に対するリハビリテーションの関わりと転帰先の変遷

伊崎田和歌<sup>1)</sup> 櫻田千早<sup>1)</sup> 古口徳雄<sup>1) 2)</sup> 嶋村文彦<sup>3)</sup> 杉澤淳子<sup>3) 5)</sup> 神澤由佳<sup>4) 5)</sup>

- 1) 千葉県救急医療センター診療部リハビリテーション科
  - 2) 同 神経系治療科
  - 3) 同 外傷治療科
  - 4) 同 看護部
  - 5) 同 リエゾンチーム
- 

### 1, はじめに

当センターは全国でも稀な独立型三次救命救急センターであり、他医療機関からの紹介や救急搬送によって重症患者を収容し救命医療を行う施設である。重症患者の中には自殺企図症例も多く、高所墜落など高エネルギー外傷症例も含まれるが、そのような症例のリハビリテーション（以下、リハビリ）受入先確保に難渋するケースを多く経験してきた。

### 2, 目的

当センターにおける外因性症例と自殺企図症例の転帰やリハビリ介入について比較検討し、課題と今後の展望を明らかにする。また、当センターにおける自殺企図症例に対する体制や取り組みについて紹介する。

### 3, 方法

2013～2015年度に救急搬送された外因性症例を抽出し、外因性症例（以下、外傷群）、中毒と刺創症例を除外した自殺企図症例（以下、自殺企図群）の2群とし、年度毎にリハビリ介入開始日数、在院日数、転帰先の項目で比較検討を行った。

### 4, 結果

期間中に入院となった外傷群 1363名と、自殺企図症例 157名の中で自殺企図群に分類された 81名を、年度毎に比較した。リハビリ開始日数は、2013年度自殺企図群で介入遅延傾向を認めたが、その後は両群に差は認めなかった。転帰先は、自殺企図群が年度毎に精神科病院から回復期リハビリ病院へ移行する一方で、在院日数の長期化が示された。

### 5, 考察

2013年度は両群共にリハビリ開始遅れが目立ち、院内のリハビリ体制が不十分であった影響が示唆された。その後は、両群共に早期からのリハビリ介入が可能となった一方で、自殺企図群では回復期リハビリ病院への転院交渉に難渋している可能性が示唆された。以上の検討結果を報告する。

一般演題 3-5

---

PHQ-9 を用いたうつスクリーニングの導入経験

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

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】千葉県では，平成 21 年より全県共用脳卒中地域医療連携パスが公開され，平成 26 年 4 月より Patient Health Questionnaire-9（以下，PHQ-9）を加え，広域的に脳卒中後うつ病（以下，PSD）を見逃さないという取り組みを行っている．初期の薬物治療から専門医への紹介のタイミングまでを言及し，治療に結びつけようとするものである．PHQ-9 がシートで運用され，急性期病院との連携を通じて 2 年間の経過について調査を行い，回復期での ADL 改善と比較し検討を加えたので報告する．

【方法】平成 26 年 11 月から平成 28 年 10 月に当院回復期リハビリ病棟を退棟した脳卒中患者 366 名のうち，PHQ-9 を実施することが出来た 169 名に加え，失語症や認知症から精神・心理面の課題を考慮した 79 名を対象とした．PHQ-9 採点から 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 判定と診断名から，PSD 例 63 名，判定率は 25.2% となり，急性期からの治療継続例 30 名を含んでいた．PSD 診断症例では，未服薬や見逃し事例から症状が悪化する例が初期にみられたが，抗うつ薬服用例ではすべて改善傾向を示した．

【結論】PSD はうつ症状がつかみにくい上，アパシーとの合併事例も多く報告されており見逃されやすい．今回，スクリーニングテストを経ずに，日常での患者の表情や態度から PSD 治療に結びつけることができた．治療につなげられた事例はすべて改善がみられ，PSD のうつ症状が改善した例は ADL が大きく改善している事例を多く認めた．診療チームでの 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ある．

## 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