



第6回
精神・心理領域理学療法部門研究会
抄録集

テーマ
事例から学び，エビデンスを構築する

研究会長：石橋 雄介

会 期：2021年3月13日(土)～14日(日)

会 場：Web開催

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6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
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	19
運営幹事名簿	55

第6回精神・心理領域理学療法部門研究会の開催によせて

第6回精神・心理領域理学療法部門研究会

研究会長 石橋 雄介

根拠に基づく理学療法（Evidence-based Physical Therapy：EBPT）という言葉が理学療法士にとって一般的となっていますが、精神心理領域の理学療法においては未だエビデンスが乏しく、エビデンスを「つくる」ことが求められています。さらに、精神心理領域では患者個人の背景や人間関係を理解するために、Narrative Based Medicine：NBM（物語と対話に基づく医療）の実践も重要です。

この研究会では、「事例から学び、エビデンスを構築する」というテーマを掲げ、講演や研究発表をもとにエビデンスを構築するきっかけをつくるとともに、事例報告も積極的に行い、個々の事例から学ぶことも大切にしていきたいと考えています。全国から最新の知見や実際の取り組みが報告される本研究会は、精神心理領域において理学療法士の活躍の場を広げる上で、意義深いものであると考えます。

2020年3月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が期待されています。今後、より多くの理学療法士が精神科領域でのリハビリテーションに携わり、患者と社会の利益に貢献するためには、過去の知見を整理し、未来への展望を示す必要があります。そこで、教育講演では武蔵野中央病院の細井匠先生に「精神科領域における理学療法の過去・現在・未来」と題してご講演いただく予定です。

また、精神科療養病棟において疾患別リハビリテーション料が算定できるようになった背景には、精神科入院患者の高齢化による身体障害の合併や転倒事故の深刻化があると推察されます。特別講演①では、東京都立大学から樋口貴広先生をお招きし、「歩行の知覚・認知制御：精神疾患に対する転倒予防への示唆」と題してご講演いただく予定です。樋口先生は知覚・認知と歩行の制御に関する研究を数多くされており、今回の内容は理学療法士が精神疾患患者の歩行練習や転倒予防を考える上で、貴重な示唆に富んだものになると確信しております。

特別講演②では、ATR認知機構研究所の浅井智久先生をお招きし、「統合失調症を身体と運動から理解する：行動・脳・介入研究の融合から」と題してご講演いただく予定です。浅井先生は、心理学の立場から自己感や身体性などについて基礎研究からアプローチされています。今回は、統合失調症の症状や自己感といった行動や主観レベルの体験が、どのような脳内表象になっているか、どう介入・変化させられることができるのかといった視点でお話いただく予定です。

今回はCOVID-19の影響を考慮し、オンラインでのWeb開催といたします。新たな形態での開催となりますが、参加者の皆様が安全に安心して参加できるよう準備を進めてまいります。例年通り活発な研究会になるよう、皆様のご参加、演題のご応募をお待ちしております。

日程表

1日目:2021年3月13日(土)

	第1会場	第2会場
8:30	受付開始	
9:00	9:00~10:00 教育講演 「精神科領域における理学療法の過去・現在・未来」 講師:細井 匠(武蔵野中央病院) 座長:上菌 紗映(平川病院)	
10:00	10:10~11:40 特別講演1 「歩行の知覚・認知制御: 精神疾患に対する転倒予防への示唆」 講師:樋口 貴広(東京都立大学) 座長:細井 匠(武蔵野中央病院)	
11:00		
12:00		
13:00	13:00~14:00 一般演題1 座長:上菌 紗映	13:00~14:00 一般演題2 座長:甲田 宗嗣
14:00	14:10~15:10 一般演題3 座長:石橋 雄介	14:10~15:10 一般演題4 座長:加賀野井 聖二
15:00		

2日目:2021年3月14日(日)

	第1会場	第2会場
	受付開始	
9:00~10:00	研究会長講演 「事例から学び、エビデンスを構築する」 講師:石橋 雄介(秋津鴻池病院) 座長:加賀野井 聖二(芸西病院)	
10:10~11:40	特別講演2 「統合失調症を身体と運動から理解する: 行動・脳・介入研究の融合から」 講師:浅井 智久(ATR認知機構研究所) 座長:石橋 雄介(秋津鴻池病院)	
12:00		
13:00~14:00	13:00~14:00 一般演題5 座長:細井 匠	13:00~14:00 一般演題6 座長:倉持 正一
14:10~15:10	14:10~15:10 一般演題7 座長:清宮 清美	14:10~15:10 一般演題8 座長:加賀野井 聖二
15:15~	閉会の辞	

Web 開催の案内

本研究会は Web 開催とし、Zoom ウェビナーを使用して発表、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、一般演題の発表は、事前に作成した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、研究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研究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) 抄録集公開後から研究会当日までの間、「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研究会当日の質疑応答で使用します。
- 3) 2021年3月初旬頃に研究会の Zoom ID とパスコード、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、6th.jcppmh@gmail.com にご連絡ください。
- 4) 研究会当日は、Zoom ウェビナーを使用したオンライン開催となります。
- 5) 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堅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：24073）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5日までに URL の連絡が届かない場合は、6th.jcppmh@gmail.com にご連絡ください。

2. 学術集会参加費

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

3. 登録期間

- 1) 現金振込（会員）：2020年12月13日(日)～2021年2月9日(火)
- 2) 楽天カード（会員）：2020年12月13日(日)～2021年2月24日(水)
- 3) 口座振替（会員）：2020年12月13日(日)～2021年1月28日(木)
- 4) 現金振込（非会員）：2020年12月13日(日)～2021年1月12日(火) 午前9:00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：2021年2月23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（2020 年 12 月 25 日必着）。

【領収書の発行】

領収書発行は協会マイページからダウンロードしてください。

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) 2021 年 1 月 25 日までに振込用紙が未着の場合は、2021 年 2 月 3 日(水)午前 9:00 までに 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。
- 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：2021 年 2 月 23 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 ウェビナーを使用したオンライン開催となります。
- 3) 第6回精神・心理領域理学療法部門研究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) 2021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6th.jcppmh@gmail.comに送信してください。メールの件名は、「第6回精神心理領域理学療法部門研究会演題申込」としてください。
- 5) Zoom ウェビナーを用いて、7分間の発表（事前に提出された発表スライド動画の上映）、7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 ウェビナーの「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) 研究会終了後から約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 ウェビナーを用いて行います。
- 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 7 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配信いたします。動画の配信はホスト（会場係）が行います。
- 5) スライド動画の配信後に質疑応答を行います。参加者からの質問は Zoom ウェビナーの「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

※本研究会の Zoom ウェビナー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

1 日目 : 2021 年 3 月 13 日 (土)

教育講演

9 : 00 ~ 10 : 00

精神科領域における理学療法の過去・現在・未来

講師 : 細井 匠 (武蔵野中央病院)

座長 : 上菌 紗映 (平川病院)

特別講演 1

10 : 10 ~ 11 : 40

歩行の知覚・認知制御 : 精神疾患に対する転倒予防への示唆

講師 : 樋口 貴広 (東京都立大学)

座長 : 細井 匠 (医療法人社団総合会 武蔵野中央病院)

2 日目 : 2021 年 3 月 14 日 (日)

研究会長講演

9 : 00~10 : 00

事例から学び, エビデンスを構築する

講師 : 石橋 雄介 (秋津鴻池病院)

座長 : 加賀野井 聖二 (芸西病院)

特別講演 2

10 : 10~11 : 40

統合失調症を身体と運動から理解する : 行動・脳・介入研究の融合から

講師 : 浅井 智久 (ATR 認知機構研究所)

座長 : 石橋 雄介 (秋津鴻池病院)

【教育講演 講師紹介】

総合会 武蔵野中央病院リハビリテーション科

細井 匠 先生



【略歴】

2002年 社会医学技術学院夜間部理学療法学科卒業後、現在まで武蔵野中央病院リハビリテーション科勤務

2007年 筑波大学大学院 教育研究科カウンセリング専攻 リハビリテーションコース博士前期課程修了

2010年 生活環境支援系専門理学療法士取得

2015年 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 生涯発達科学専攻 博士後期課程修了

2017年 精神心理領域理学療法部門 運営幹事就任

臨床業務の傍ら、精神疾患患者の転倒予防や、身体面でのリハビリテーションの必要性について研究発表にも取り組んでいる。

【精神・心理領域に関する主な論文】

精神科病棟における転倒事故の現状. 障害者スポーツ科学 2(1), 53-58. 2004

精神障害者の転倒事故分析とその対策. 理学療法ジャーナル 39(11), 971-978. 2005

わが国の精神科病床における転倒事故実態調査. 精神障害とリハビリテーション 12(2), 163-170. 2008

統合失調症患者における最大一步幅の見積もり誤差と転倒との関係. 精神障害とリハビリテーション 16(1), 57-61. 2012

わが国の精神科病床における身体的リハビリテーションの需要と実施状況に関する調査. 作業療法 35(1), 11-21. 2016

わが国の精神科病床における環境面での転倒危険因子に関する調査. 精神障害とリハビリテーション 20(1), 91-95. 2016

長期入院中の統合失調症患者の転倒事故の特徴. リハビリテーション連携科学 17(1), 47-53. 2016

統合失調症患者に対する身体認知フィードバックによる転倒予防効果. 総合リハビリテーション 17(1), 47-53, 2017

我が国の統合失調症患者に対する運動介入効果に関する文献的考察. 理学療法学 47(4), 354-362, 2020

近年、わが国の精神科病床においても地域移行が進展し、「精神及び行動の障害」による入院患者数と平均在院日数は、1995年の341,041人・468.2日から、2017年には252,000人・277.1日まで減少・短縮している。しかし、未だに人口10万人辺りの精神科病床数と平均在院日数はOECD（Organization for Economic Co-operation and Development：経済開発協力機構）加盟国中で最も多く、長い。

一方、1970年代以降に脱病院化を推進した欧米では、急性期治療のみを病院で行い、その後は地域のナーシングホーム等の居住及び療養施設へ移る形式を採用したため、精神科病床数は減少し、平均在院日数も5～30日程度と短い。しかし、居住及び療養施設のベッド数を加味すると人口当たりの病床数はわが国と同程度であり、単純にわが国の精神科医療が諸外国から立ち遅れているとは言えない。

とは言え、わが国の推計入院患者数で最も多いのは「精神及び行動の障害」であり、今後も病床数の削減と平均在院日数の短縮が求められることは避けられない。

このような状況の中、精神科在院患者の年齢に着目すると、65歳以上の割合は54.3%に達し、身体面の問題を抱える患者の増加によって、理学療法も含めた心身両面からのリハビリテーションの充実が求められている。しかし、現状では多くの精神科病院において疾患別リハビリテーションの施設基準の取得は困難であり、実際に精神科病院に勤務する理学療法士は全協会員の約0.1%に過ぎない。

本講演では、精神疾患患者に対する運動療法の効果に関するこれまでの知見に触れ、現在の精神科領域における理学療法を取り巻く問題点や疑問点を整理した上で、精神・心理領域理学療法部門が取り組むべき課題や将来の展望について考察する。

【特別講演1 講師紹介】

東京都立大学人間健康科学研究科

樋口 貴広 先生



2001年 東北大学文学研究科修了。博士（文学）。
2003年 日本学術振興会特別研究員
2004年 ウォータールー大学（カナダ）客員研究員
2006年 首都大学東京人間健康科学研究科助教
2008年 首都大学東京人間健康科学研究科准教授
2015年より現職

運動制御を支える知覚・認知的な情報処理過程に着目した研究を行っている。得られた成果をリハビリテーションに応用するための試みを行っている。

主な著書

「身体運動学：知覚・認知からのメッセージ」（2008，三輪書店）
「運動支援の心理学：知覚・認知からのメッセージ」（2013，三輪書店）
「姿勢と歩行：協調からひも解く」（2015，三輪書店）
「知覚に根ざしたリハビリテーション」（2017，シービーアール）」
「研究的思考法：想いを伝える技術」（2019，三輪書店）

近年、抑うつ症状や軽度認知機能障害といった精神疾患に対して、継続的な運動習慣が有益であるという研究成果が多く報告されている。その結果、運動のもつ意義が改めて社会的に評価される時代となった。とはいえ、適切な運動を処方しても、意欲減退といった様々な問題を抱える患者が実践する気にならなければ、効果は発揮されない。つまり、運動と精神疾患の両面において患者を支援できる理学療法士の方々のご活躍があつてこそ、運動が真に意義のあるものとなる。長期入院などの影響でフレイルやサルコペニアの問題を抱える患者が多いことを考えれば、運動中の転倒予防・安全管理に関する貢献も、理学療法士の方々に強く期待されることであろう。

本講演では、「知覚・認知」という観点から、歩行の制御や転倒予防に関する諸問題について解説する。身体状況や環境は常に変化する。このため、転倒せずに歩行し続けるためには、状況に応じて歩行を調整する力が求められる。この調整には、運動系の機能と知覚・認知系の機能が両輪となって働く。つまり、十分な関節可動域や自由度を確保するという運動系の機能に加えて、状況を適切に把握し、正しい動作修正を選択・実行するという知覚・認知系の機能が正常に作用する必要がある。加齢に伴い、過度に視覚に依存した状況把握や、実行機能の低下といった知覚・認知系の問題が生じることがある。加えて精神疾患患者においては、状況理解が困難といった問題や、自己の身体機能に対する認識に乏しいといった問題も起こりうる。こういった問題がもたらす転倒危険性を把握するためには、そもそも知覚・認知系が歩行制御にどのように寄与しているかを理解する必要がある。本講演ではこうした問題意識のもと、主として障害物回避動作や方向転換動作に関する研究事例を題材に、歩行中の知覚・認知機能を評価する方法について提案する。

【研究会長講演 講師紹介】

医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 リハビリテーション部

石橋 雄介 先生



2009年 星城大学 リハビリテーション学部 理学療法学専攻 卒業

2009年 秋津鴻池病院 リハビリテーション部 入職

2016年 星城大学大学院 健康支援学専攻 博士前期課程 修了

2017年 日本理学療法士協会 認定理学療法士（呼吸） 取得

2018年 精神心理領域理学療法部門 運営幹事就任

臨床現場で精神疾患患者に対する理学療法を実践しながら、臨床研究にも取り組んでいる。

1. 石橋雄介, 西田宗幹, 山田和政: 精神科病棟入院患者の現状と理学療法の効果. 理学療法科学. 2017;(4):509-513.
2. 石橋雄介, 林久恵, 坪内善仁, 福田浩巳, 洪基朝, 西田宗幹: 身体疾患を合併する精神疾患患者の自宅退院に関連する因子の検討. 理学療法学. 2018;(6):366-372.
3. 石橋雄介, 上菌紗映, 下平貴弘, 倉持正一, 池田拓洋, 加賀野井聖二: 多施設共同研究による大腿骨近位部骨折を受傷した精神疾患患者の理学療法終了時 FIM 運動項目得点に影響する因子の検討. 理学療法学. 2019(5):366-370.
4. Ishibashi Y, Arakawa H, Uezono S, Kota M, Kitakaze S, Daikuya S, Hirakawa J, Nakamura T, Chosa E: Association between long-term hospitalization for mental illness and locomotive syndrome. J Orthop Sci. 2021; in press.

事例から学び、エビデンスを構築する

医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 リハビリテーション部
石橋 雄介

精神・心理領域で働く理学療法士について、World Physiotherapy（世界理学療法連盟）のサブグループである IOPTMH（International Organization of Physical Therapy in Mental Health）のステートメント（2019年）によれば、「精神に障害をもつ人々に対して、身体的運動などの介入により、身体的健康と精神的健康の両面からエビデンスを増やし、新領域であるメンタルヘルスを築く必要がある。」と提唱されています。

エビデンスというとメタアナリシスやシステマティックレビュー、ランダム化比較試験などの研究論文を思い浮かべる方も少なくないと思います。1991年にEBM(Evidence based medicine)を提唱した Gayatt は、EBMとは根拠となる研究成果を基に、「臨床家の専門性（経験）」と「患者の価値観」を合わせてより良い医療を目指すものであるとしています。つまり、臨床家の経験もEBMを実施するうえで重要な要素となるのです。

本講演では、今まで私が臨床で経験した事例を、①身体障害を合併した精神疾患患者に対する理学療法、②精神症状に対する理学療法、③精神疾患特有の運動障害に対する理学療法の3つに分けて紹介していく予定です。本講演が精神・心理領域における理学療法のエビデンスを構築するための第一歩となることを期待しています。

【特別講演 2 講師紹介】

株式会社 国際電気通信基礎技術研究所 (ATR)
認知機構研究所 専任研究員

浅井 智久 先生



専門：心理学（異常心理学・実験心理学・認知神経科学）

所属：ATR 認知機構研究所 専任研究員

1980年 東京生まれ

2001年～2003年 東京大学 教養学部文科Ⅲ類

2003年～2005年 東京大学 文学部心理学専攻[佐藤隆夫研究室] →学士（文学）

2005年～2007年 東京大学 総合文化研究科修士課程[丹野義彦研究室] →修士（学術）

2007年～2010年 東京大学総合文化研究科博士課程 [丹野義彦研究室] →博士（学術）

独立行政法人 日本学術振興会特別研究員 DC1

2010年～2013年 千葉大学 文学部 [若林明雄研究室]

独立行政法人 日本学術振興会特別研究員 SPD

2013年～2017年 NTTコミュニケーション科学基礎研究所 RA

2017年～現在 ATR 認知機構研究所 専任研究員

先生は主に実験心理学の方法論を用いて、「自己と他者」という表象がどのように脳内で表現されているのかを研究されています。中でも自己感に関する研究、自己主体感を測定する尺度開発、多数の国内外学会の発表、多数の著書・翻訳等ご活躍されています。

1. Asai, T. (2017). Know thy agency in predictive coding: Meta-monitoring over forward modeling. *Consciousness and Cognition*, 51, 82-99.
2. 浅井智久 (2019). 主観主義的精神病理学：自己と世界と幻覚・妄想. *心理学評論*, 62, 5-15.

アンリ・ベルクソンという哲学者は、この世界の森羅万象を「物質の科学」と「精神の科学」に呼び分けた上で、両者が本当に区別されうののかと議論しました。このテーゼは 100 年経った今でも未解決であり、私たちにとって身近な問題に置き換えれば、「身体の科学」と「心の科学」は別に扱うべきものなのかと考える必要があります。統合失調症は、妄想や幻覚を特徴とする精神疾患と考えられてきたため、身体疾患とは扱われ方が異なってきました。しかしながら、両者に共通するものとしての「学習障害」が見えてくると、「物質と精神」を超えた新たな視点やアプローチが取れるようになる可能性があります。この背景には、「操作対象の振る舞いを学習・予測・制御する」という物質の科学から生み出された理論である内部モデル原理が、精神の科学にも拡張可能であると認識されつつあることに因ります。たとえ物質であっても、それが私たちの精神が認識しているところの物質である以上は精神の科学の範疇であるとも言えますし、逆に精神世界の事象であっても、時間の矢のように物質と同じ法則に従うことも珍しくないはずです。このように両者を区分しない立場の 1 つとして、伊藤正男先生が 10 年以上前に、「思考」を例にして内部モデル原理を適用してみせています(Ito, Nature Reviews Neuroscience, 2008)。つまり、私たちが精神世界で何かを思案するという事は、抽象的な空間内である対象を操作することに他ならないということです。思考は目には見えないだけで、身体制御と同じ理論が適用可能ではないか、となります。そうすると「妄想」というのは、その抽象空間内での操作がうまくできない障害ではないかと考えて、自転車にうまく乗れないような身体・運動性の疾患と同じ、ある種の学習障害であると仮説することができます。本講演では、身体運動の制御から思考の制御まで、あえて区別しない立場で、健常者および患者さんを対象とした実験結果を紹介していきます。ここから見えてくるのは、脳は「物質と精神」の仲介をしているという意味でももちろん重要ではあるが、中枢というよりは中継であり、それは身体も同じ役割を持っているという視点になります。この「中継」を非侵襲的に阻害すれば、物質と精神の相関関係から創発しているだろう「自己感」が健常者であっても損なわれることとなりますし、統合失調症の患者さんが私たちとは異なった自己の捉え方や世界の見え方になっていることも直感的には理解されます。こうしたアプローチでの科学研究はまだこれからですが、行動・脳・介入研究を合わせた一連の実験を示すことで、今後の道筋を議論したいと思います。

関連文献

- 1) Hiromitsu, K. & Asai, T. (forthcoming). Generalized internal model of mental representations: Thought insertion, mental agency, and the cerebellum. In P. López-Silva & T. McClelland (Eds.), *Intruders in The Mind: Interdisciplinary Perspectives on Thought Insertion*. New York, NY: Oxford University Press.

- 2) Imaizumi, S., Asai, T., & Miyazaki, M. (forthcoming). Cross-referenced body and action for the unified self: empirical, developmental, and clinical perspectives. In Y. Ataria, S. Tanaka, & S. Gallagher (Eds.), *Body schema and body image*. New York, NY: Oxford University Press.
- 3) 田中彰吾・浅井智久・金山範明・今泉修・弘光健太郎 (2019). 心身脳問題：からだを巡る冒険. *心理学研究*, 90, 520-539.
- 4) 浅井智久 (2019). 主観主義的精神病理学：自己と世界と幻覚・妄想. *心理学評論*, 62, 5-15.

一般演題プログラム

一般演題 1 1 日目 13:00~14:00 (第 1 会場)

座長：上 蘭 紗映 (平川病院)

- 1-1 療養病棟の軽度から中等度の認知症者における日常生活活動と基本的動作能力の変化が
認知機能に及ぼす影響
メープルヒル病院 中川 敬汰
- 1-2 認知症高齢者に対する理学療法士の関わり
金沢大学 横川 正美
- 1-3 認知症治療病棟の転倒に対して疾患・時間帯・行動心理症状からの要因分析
かわさき記念病院 吉崎 広大
- 1-4 積極的な運動療法の結果，トイレ動作の獲得，BPSD 症状が改善した認知症患者を経験して
秋津鴻池病院 上村 敦洋

一般演題 2 1 日目 13:00~14:00 (第 2 会場)

座長：甲田 宗嗣 (広島都市学園大学)

- 2-1 精神科救急・合併症病棟に関わる理学療法士は不安を抱えている
ー 国内施設のアンケート調査から ー
福井県立病院 杉下 泰明
- 2-2 精神科における新型コロナウイルス集団感染発生時のリハビリテーション専門職の現実
武蔵野中央病院 細井 匠
- 2-3 新型コロナウイルス集団感染発生後の精神科におけるリハビリテーション再開の経験
武蔵野中央病院 細井 匠
- 2-4 外来リハに通院する発達障がい児の特性と GIS を用いた Covid-19 リスク下における
避難所収容可能人数の検討
芸西病院 加賀野井聖二

一般演題 3 1 日目 14:10~15:10

(第1会場)

座長：石橋 雄介 (秋津鴻池病院)

- 3-1 右大腿骨転子部骨折術後のプロトコール通りにリハビリが進まなかった1症例
ー 回復期リハビリ病棟の理学療法士として認知症併存患者にできること ー
札幌西円山病院 松岡 寛樹
- 3-2 アルツハイマー型認知症に慢性腎不全を合併した患者に対して
ー 運動療法と栄養療法を併用した一例 ー
武蔵野中央病院 細 友花
- 3-3 転倒リスクが高い認知症患者が独歩再獲得に至った事例
高岡病院 近森 鷹希
- 3-4 離床・運動療法に拒否のあるレビー小体型認知症患者に対し、
軍歌の導入により歩行練習距離が改善した症例
かわさき記念病院 山口 朝樹

一般演題 4 1 日目 14:10~15:10

(第2会場)

座長：加賀野井 聖二 (芸西病院)

- 4-1 すくみ足を呈した統合失調症患者に対しての注意機能賦活訓練の試み
秋津鴻池病院 末廣 大和
- 4-2 5年間ADL全介助状態であった非定型精神病患者に対する装具を併用した理学療法の経験
秋津鴻池病院 神田 孝祐
- 4-3 ギランバレー症候群発症後に解離性転換性障害による失立失歩の患者様に対し、
無意識化での運動を行い歩行が改善した1症例
江田記念病院 乙部 海人
- 4-4 ユマニチュード導入によりリハビリテーション介入に変化が見られた一例
千年メディカルクリニック 勝山 誠

一般演題 5 2 日目 13:00~14:00

(第 1 会場)

座長：細井 匠 (武蔵野中央病院)

5-1 精神科病院におけるリハビリテーション中の接遇トラブル

ー 10 年前との比較 ー

平川病院 上 菌 紗映

5-2 精神科療養病棟入院患者における退院予定先の決定の有無と

ロコモティブ・シンドロームとの関連

広島都市学園大学 甲田 宗嗣

5-3 精神科病棟入院中の肺炎患者における BMS の有用性検証

秋津鴻池病院 神田 孝祐

5-4 当院精神療養病棟における疾患別リハビリテーションの現状と課題について

宇治おうばく病院 四方 公康

一般演題 6 2 日目 13:00~14:00

(第 2 会場)

座長：倉持 正一 (ホスピタル坂東)

6-1 演技性疼痛を疑い松葉杖依存を脱した症例

ー 患者との関係性を保ちながら矛盾点を突くには ー

大高病院 番場 君夫

6-2 身体心理学的アプローチを用いて慢性的な腰背部痛が軽減した 1 症例

信貴山病院分院上野病院 安井 義博

6-3 地域在住者の抑うつ傾向と老年症候群との関連について

大阪河崎リハビリテーション大学 今岡 真和

6-4 ベクシオン錯覚が重心動揺に与える影響

福岡リハビリテーション専門学校 池田 幸広

一般演題 7 2 日目 14:10~15:10 (第 1 会場)

座長：清宮 清美 (埼玉県総合リハビリテーションセンター)

- 7-1 BPRS を用いた統合失調症患者の特徴と身体リハビリテーションへの影響
平川病院 古屋 真美
- 7-2 慢性期統合失調症患者に対する理学療法が精神症状へ及ぼす影響
医療法人養生園 TAOKA こころの医療センター 水越 祐輔
- 7-3 日常生活動作自立のための生活補助具の定着が困難だった症例
ー 統合失調症の症状に着目して ー
武蔵野中央病院 宮原 淳志
- 7-4 統合失調症による妄想が強い症例に対するリハビリの介入
高岡病院 松下 亮

一般演題 8 2 日目 14:10~15:10 (第 2 会場)

座長：加賀野井 聖二 (芸西病院)

- 8-1 入院期間中に独歩移動を再獲得した右大腿骨頸部骨折，発達障害の一症例
ー 若年，身体的回復期の対象者が少ない当院における事例紹介 ー
山容病院 池田 拓洋
- 8-2 精神疾患患者の運動機能特性の把握に向けた試行
ー10m 歩行テストのばらつきを指標としてー
湘南病院 杉 輝夫
- 8-3 児童における雲梯動作の特徴について
大阪河崎リハビリテーション大学 小俣 武陞
- 8-4 精神疾患を合併した腰椎粉碎骨折患者の理学療法を経験して
ホスピタル坂東 倉持 正一

療養病棟の軽度から中等度の認知症者における日常生活活動と 基本的動作能力の変化が認知機能に及ぼす影響

中川敬汰¹⁾ 北風草介¹⁾ 田村明大¹⁾ 宍戸真知子¹⁾

中本 圭¹⁾ 田村拓也¹⁾ 金井秀作²⁾ 甲田宗嗣³⁾

1) メープルヒル病院

2) 県立広島大学

3) 広島都市学園大学大学院

Keywords / 療養病棟, 認知症高齢者, ADL

【目的】本研究の目的は、療養病棟の認知症者における日常生活活動（ADL）と基本的動作能力の変化が認知機能に及ぼす影響を明らかにすることである。

【対象】対象は、メープルヒル病院の医療・介護療養病棟に2018年10月から2018年12月までの期間に入院中であった認知症者76名のうち、軽度から中等度の認知症者25名とした。選択基準はMini-Mental State Examination（MMSE）が可能な者、障害高齢者の日常生活自立度がB2以上の者とした。MMSEが24点以上の者と重度認知症者は除外した。

【方法】縦断的、前方視的に6ヶ月間の調査を実施した。調査項目は、ベースライン時の基本属性、ベースライン時と6ヶ月後にADLをFunctional Independence Measure（FIM）運動項目、基本的動作能力をSouthampton Mobility Assessment 日本版（SMA-J）、認知機能をMMSEにて評価した。また、6ヶ月間のPTの総単位数と集団OTの総参加回数を調査した。統計解析は、6ヶ月後にMMSE合計点が不変もしくは向上した群（認知機能維持向上群）と低下した群（認知機能低下群）の2群に分類し、群間比較を行なった。

【結果】最終的な解析対象は21名であった。ベースライン時の2群間の比較では、年齢と教育年数に有意差が認められた。6ヶ月後、認知機能維持向上群の方がFIM運動項目またはSMA-Jを維持した者が有意に多かった。また、2群間にて、6ヶ月間のFIM運動項目合計点の変化量、下位項目のトイレ移乗の変化量と移動の変化量、SMA-Jの変化量、集団OTの総参加回数に有意差が認められた。

【考察】認知症者のADLと基本的動作能力の維持は、認知機能の低下を緩徐にすることに繋がる可能性があり、今後の更なる検討が必要である。

【倫理的配慮】本研究は、メープルヒル病院と広島都市学園大学の倫理審査委員会の承認を得た。また、対象者もしくは代諾者には書面にて同意を得た。

認知症高齢者に対する理学療法士の関わり

横川正美¹⁾ 谷口好美²⁾ 米田由美³⁾

1) 金沢大学医薬保健研究域保健学系リハビリテーション科学領域

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域

3) えんやま健康クリニック

Keywords / 認知症, 理学療法, 動作

【目的】理学療法士が認知症高齢者にどのように関わっているのかを抽出すること。

【方法】データ収集は、デイケア 1 施設で許可を得て理学療法場面を録画した。理学療法士 1 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 1 名に行った理学療法の内容、その場で判断したこと、治療目標を中心に聴取した。インタビューの逐語録から理学療法士の対応、その時の考えを抽出し、質的記述的に分析を行った。

【結果】関わりの概念を 15 個抽出した。理学療法士は日常会話や理学療法中の問いかけにより、クライアントの記憶を確認していた。得意なこと、最近の生活習慣についても観察や会話から情報収集していた。動かす部位に先に触れる、声かけする、動く時にペースとなる目印を伝えることで、クライアントの動作を促していた。また、模擬的環境を設定して動作練習を行っていた。クライアントにとって嫌な記憶が身体活動に影響していると判断した場合には時間をかけて対応し、理学療法士が嫌な記憶を誘発しないよう常に配慮していた。インタビュー時点において、クライアントが目標達成に必要な身体機能、認知機能を獲得できるという見通しを立てることが難しいと述べ、詳細な目標設定を保留していた。

【考察】理学療法士は検査だけでなく、会話によっても認知機能を評価していた。クライアントの動きを促す時には、刺激を入れるタイミング、動作のペースに着目していた。目標設定に関する判断は専門性を求められる部分であり、一回保留にすることは一つの判断と言えるが、保留中にも日常生活を踏まえた対応が行われ、目標を達成する方法が検討されていた。理学療法士は、認知症の方が目的とする動作に向かえるよう関わり、動きを促しているのではないかと考えた。

【倫理的配慮】理学療法士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。

認知症治療病棟の転倒に対して疾患・時間帯・行動心理症状からの要因分析

吉崎広大 佐藤真帆

かわさき記念病院

Keywords / 認知症, 転倒転落, BPSD

【目的】認知症治療病棟の転倒は一般病棟と比較して多く、当院でもインシデントの約半数が転倒転落となっている。転倒転落をした患者の転倒転落時間は16時台が最も多いが、アルツハイマー型認知症（以下AD）とレビー小体型認知症（以下DLB）では時間帯の違いが見られた。疾患と行動心理症状（以下BPSD）の関連性から転倒転落の要因を検討し対策の一助とする。

【方法】当院の転倒転落委員会で対策を実施した患者の疾患はAD195回、DLB75回であった。その中で同一患者はAD63人、DLB29人であった。対策を行った患者を対象に転倒毎の時間・NPI・移動能力を統計ソフトSPSSを使用しノンパラメトリック検定（有意水準5%）で統計分析を実施した。当研究はヘルシンキ宣言に基づき実施し当院倫理委員会で承認を得ている。

【結果】ADはDLBと比較し午後の転倒リスクが有意に高い。BPSDで脱抑制・睡眠のある患者は有意に転倒リスクが高いことが分かった。DLBは朝方の転倒リスクが有意に高くBPSDは脱抑制・睡眠のある患者で時間帯に関係なく転倒転落が多いことが分かった。ADとDLB間の比較ではBPSDは脱抑制のある患者は時間に関係なく転倒転落が有意に多かった。

【考察】ADとDLB共通してBPSDは「脱抑制」「睡眠」のある患者の転倒転落が多い傾向にあった。脱抑制による衝動性からの周囲への注意力低下や睡眠障害によるふらつきが要因と思われる。ADはDLBと比較し夕方の転倒が多い特徴があり、夕暮れ症候群によるBPSDの悪化が影響していると思われる。DLBの朝方の転倒が多い傾向は睡眠障害の影響が考えられ、過去の文献でも維持期では朝方の活動時間帯に転倒が多いと報告されている。対策を行う際に身体機能の他にBPSDや時間帯なども考慮することで、入院早期の患者行動を把握する前から転倒転落を防ぐ一助になる可能性があると思われる。

積極的な運動療法の結果、トイレ動作の獲得、
BPSD 症状が改善した認知症患者を経験して

上村敦洋 神田孝祐 石橋雄介 西田宗幹

秋津鴻池病院リハビリテーション部

Keywords / 認知症, 理学療法, BPSD

【はじめに】認知症治療病棟入院患者に対して下肢装具を使用した積極的な歩行練習を実施した。その結果、排泄動作の獲得、行動・心理症状(BPSD)が改善した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】脳血管型認知症、左片麻痺を有する 80 歳代の男性。杖歩行自立にて生活されていたが、X-77 日に肺炎を発症、14 日間の安静臥床を呈し ADL 全介助となる。大声、不穏等の BPSD 症状により X 日に在宅生活が困難となり、当院認知症治療病棟へ入院。X+14 日よりトイレ動作獲得目的で PT 開始となった。

【初期評価 (X+12 日)】認知機能は MMSE 10 点、認知症行動障害尺度(DBD) 51 点でありベッド上では排泄の訴え及び体動認め、ベッドからの滑落が頻発した。BRS は上肢Ⅲ、下肢Ⅲ。筋緊張は MAS で左ハムストリングス 2。筋力は MMT で右膝伸展 3 であった。起立動作は右下肢支持不可、左膝関節過屈曲みられ中等度介助。排泄はオムツ対応となっていた。

【理学療法介入】まずは下肢筋力増強を図り、トイレ動作獲得を目的に膝装具を装着した歩行練習を開始、X+40 日には 200m の歩行が可能となった。さらに、起立・立位保持が可能となったことで介助柵等の環境調整を実施、移乗方法を病棟スタッフと共有し、病棟内トイレへの定時誘導を開始した。

【最終評価 (X+60 日)】左ハムストリングスは MAS 1 に、右膝伸展筋力は MMT 4 に改善した。移乗動作は、物的支持下にて起立・立位保持が可能、失禁回数も減少し、夜間の大声や不穏等の BPSD は軽減、ベッドからの滑落もなくなり DBD は 24 点に改善した。

【結語】認知症治療病棟における PT 介入は認知症リハビリテーション料の 1 回 20 分・週 3 回と決められている。今回、個別療法だけでなく、他職種との協力により、認知症患者の ADL や BPSD の改善に繋がったと考えられる。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき、本人様ご家族様に口頭紙面にて説明した。

精神科救急・合併症病棟に関わる理学療法士は不安を抱えている

－ 国内施設のアンケート調査から －

杉下泰明 小澤純一

福井県立病院リハビリテーション室

Keywords / 精神科救急・合併症病棟, 不安, アンケート

【目的】身体合併症を有する精神科患者に対する理学療法介入の有効性はいくつか報告されている。2008年の診療報酬改定で、精神科救急・合併症入院料（以下、合併症病棟）が新設された。今回、国内の合併症病棟における理学療法の現状を調査し、理学療法士が現場で抱える業務上の「不安」に焦点を当て報告する。

【方法】国内で合併症病棟を有する11病院の理学療法部門管理者と理学療法士スタッフを対象にアンケート調査を行った。方法は郵送自記式質問紙調査法で、2020年9月に実施した。管理者には施設の基本属性と暴言暴力や精神疾患由来のリスクに関する職場内教育・マニュアルの有無を、スタッフには基本属性と卒前・卒後教育、合併症病棟での業務上の不安について7件法で回答を求めた。卒前・卒後教育、職場内教育・マニュアルの有無と不安の程度をMann-Whitney U testで分析し、統計学的有意水準は5%とした。

【結果】7病院から回答を得た（施設回答率63.6%）。また、スタッフ92名から回答を得た（個人回答率78.6%）。回答者は年齢 39.2 ± 10.7 歳、男性54名女性38名、臨床経験年数 15.6 ± 10.1 年、精神科に関わる臨床経験年数 9.4 ± 7.4 年、卒前教育は3年制34名、4年制57名であった。暴言暴力に関する職場内教育・マニュアルの有無と合併症病棟内の暴言暴力への不安の程度に有意な差が認められた（ $p < 0.001$ ）。また、卒前教育と合併症病棟内の精神疾患由来のリスクへの不安の程度に有意な差が認められた（ $p < 0.001$ ）。

【考察】合併症病棟で理学療法を行うに当たり、業務に不安を感じているスタッフが認められた。卒前卒後教育や暴言暴力に関する職場内教育・マニュアルの有無で不安の程度に差を認めた。今後、職場内教育体制やマニュアル等の整備を進めることで、合併症病棟に関わる理学療法士が抱える不安を軽減できると考える。

【倫理的配慮】対象者に対して調査の趣旨について書面にて説明し、同意を得たものから任意にて回答を得た。

精神科における新型コロナウイルス集団感染発生時の

リハビリテーション専門職の現実

細井 匠

武蔵野中央病院リハビリテーション科

Keywords / 精神科, 新型コロナウイルス, 院内感染, リハビリテーション専門職

【はじめに, 目的】2020年5月下旬, 当院の精神科病棟で新型コロナウイルスの感染が拡がり, 「緊急事態宣言解除後初のクラスター発生」として大々的に報道された。こうした特殊な状況下でのリハビリテーション専門職(以下, リハ職)の実態を記録したので報告する。

【方法】院内の感染状況, 病院の対応, リハ職の活動内容, 公的機関の対応, 報道の内容, 自分の精神状態について記録した。

【経過】

5/21: 発熱した精神科病棟職員1名のPCR陽性が判明し, 一緒に昼食を摂っていた職員3名が濃厚接触。

5/23: 濃厚接触者であった職員2名が発熱しPCR陽性。

5/25: 全国緊急事態宣言解除。当該病棟の入院患者5名が発熱しPCR陽性。感染状況をホームページ上で公表。

5/27: 全病棟のリハビリテーション中止, 病棟への立ち入り禁止。

5/28: 「緊急事態宣言解除後初のクラスター発生」と大々的に報道され, 清掃業者が撤退し, リハ職が院内の共用部分の清掃と消毒作業を担うことに。

6/9: 感染者が徐々に増加し, 隣の病棟に感染が拡大。

6/25: 最後の陽性者が転院。最終的に患者51名, 職員12名が感染。

リハ再開は最後の陽性者が転院してから4週間後と保健所から指導を受け, 7/27まで中止。リハ職は1名も感染しなかったが, 同居家族の出勤停止, 家族との別居, 保育園への立ち入り拒否などの経験をした。

【考察】病院や施設における新型コロナウイルス集団感染は, 職員が感染源となる可能性が高いと思われる。今後は院内で感染が発生してもリハビリテーションを中止する必要のない体制の構築が必要である。

【倫理的配慮】データの処理にあたっては, 個人名が特定できないよう配慮した。

新型コロナウイルス集団感染発生後の精神科における

リハビリテーション再開の経験

細井 匠

武蔵野中央病院リハビリテーション科

Keywords / 精神科, 新型コロナウイルス, 院内感染, リハビリテーション再開

【はじめに, 目的】当院は1階に内科98床, 2階と3階に精神科205床を有する病院である。2020年5月下旬, 3階の精神科病棟で新型コロナウイルスの感染が拡がり, リハビリテーションの中止期間は2ヶ月に及んだ。今回, クラスターが発生した病棟でのリハビリテーション再開までの手続きと, 再開後の経過について報告する。

【経過】最後の陽性者が転院した6/25の時点で, 患者51名, 職員12名が感染した。保健所からリハビリテーションの再開は, 最後の陽性者が転院してから4週間後と指導を受け, 7/27から再開となった。クラスター発生以前は1人の理学療法士が各病棟の患者を数名ずつ担当していたが, 病棟間の感染伝播を防ぐため病棟担当制に変更し, リハビリ室の使用時間も病棟毎に分けることとした。しかし, 当院のリハ職は人数が少なく, 必要な人員を病棟毎に配置した結果, クラスターの発生した3階病棟の担当は1名しか配置できなかった。3階病棟には, 新型コロナウイルス感染により転院していた51名のうち, 47名が再入院し, 感染しなかった患者も2ヶ月間の病棟閉鎖により, 身体機能が低下していることが予想された。そこで, リハ再開前から病棟に赴き, 3階病棟入院患者95名の基本動作の自立度を調査した。その結果, 何らかの問題がみられたのは45名で, 起居動作困難で機能低下の著しい13名を廃用症候群として, 起居動作可能だが歩行時に転倒リスクが高いと思われた15名を運動器不安定症として新規に指示をもらい, 理学療法を開始した。また, 新型コロナウイルスに感染した47名のうち, 理学療法が必要となったのは17名(36.2%)であった。この17名のFIMは感染前の平均 80.8 ± 27.3 点から, リハ再開時には 56.9 ± 25.4 点にまで低下していたが, 翌月には 61.3 ± 25.2 , 翌々月には 68.3 ± 25.5 へと改善傾向にあった。このように, 感染予防対策を優先してリハビリテーションの提供体制を大幅に変更し, 成果も出ているものの, リハ職の不足が深刻である。

【倫理的配慮】データの処理にあたっては, 個人名が特定できないよう配慮した。

外来リハに通院する発達障がい児の特性と GIS を用いた

Covid-19 リスク下における避難所収容可能人数の検討

加賀野井聖二^{1) 2)} 岡村 綾¹⁾ 中井寿雄³⁾ 岩村 久¹⁾

1) 芸西病院

2) 高知大学大学院 総合人間自然科学研究科博士課程 医学専攻

3) 金沢医科大学看護学部

Keywords / 発達障がい児, Covid-19, GIS, 避難所

【目的】外来リハに通院する発達障がい児の特性と、地理情報システム（GIS）を用いて最近接の指定避難所を特定し、コロナウイルス感染症（Covid-19）リスクを考慮した収容可能人数の推計を目的とした。

【方法】通院リハビリテーションを受けている発達障がい児 56 人を対象とし、理学療法士が養護者に聴き取り調査を実施し、避難時に固有空間が必要か否かの 2 群と、属性、発達障がい特性、支援の必要性、支援体制との関連を χ^2 検定もしくは Fisher 直接確率検定にて検討した。有意水準は 5%未満とした。次に、対象区域を高知県安芸市とし避難所の面積と収容可能人数から、一人当たりの避難時の割り当て面積を算出した。

【結果】発達障がい児の特性は、目が離せない 32 人(57.1%)、大声をあげる 26 人(46.4%)、偏食 25 人(44.6%)、聴覚過敏 20 人(35.7%)などであった。養護者が災害時に支援が必要と回答した項目は、目が離せない 27 人(48.2%)が最も多かった。避難時に固有空間が必要と回答した養護者は 39 人(69.6%)だった。固有空間の必要性の有無に有意な関連が認められたのは、近隣住民からの支援($p=0.039$)、大声をあげる($p=0.006$)、聴覚過敏に支援が必要($p=0.021$)だった。次に安芸市の収容可能な指定避難所は 27 箇所あり、Covid-19 による感染リスクを考慮し、避難面積の国際基準であるスフィア基準の 3.5 m^2 を割り当てたとすると 3193 人(57.1%)、5 m^2 で 2235 人(40.0%)、6 m^2 で 1863 人(33.3%)と推計された。

【結論】大声をあげる、聴覚過敏のある児と養護者には、平時より避難環境の確保や、あらかじめ避難場所を決めて固有空間を確保しておく対策が必要と考えられた。現行の避難所で一人当たり 6 m^2 を割り当てた推計によると、安芸市で約 3700 人の定員オーバーが想定された。都市部であれば、ホテルや高層ビル活用による代替え対策の検討が可能であるが、地方で宿泊施設や高層階の施設が少ない区域では、高台で車中避難が可能な区域の確保などの工夫が必要であろう。また、被災していない他県との広域連携など、地方自治体の枠を越えた対策が必要と考えられる。

【倫理的配慮】本研究は芸西病院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

右大腿骨転子部骨折術後のプロトコル通りにリハビリが進まなかった1症例
—回復期リハビリ病棟の理学療法士として認知症併存患者にできること—

松岡寛樹

札幌西円山病院

Keywords / BPSD, 展望記憶, 身体支援

【背景】患者の高齢化により重複障害を呈する者が多くを占めるようになり、回復期理学療法の介入対象は主疾患のみでは成り立たなくなった。特に、認知症を有する患者は個別性のある介入が退院支援の観点からも重要視されている。

【症例】年齢；90歳代性別；女性 診断名；右大腿骨転子部骨折(γ-nail)合併症；認知症，難聴疼痛；ADL上での出現なし認知機能；HDS-R:5点（加点；短期記憶・計算），ADL；食事以外の全てにおいて何かしらの介助が必要，移動は車椅子全介助
病前；自宅周辺を徘徊し保護されることがあった

【経過】入院時より病棟生活上の介助場面で生じる拒否的態度が課題とされた。多職種チームでは周辺症状への対応方法の確立と関わり方の統一が長期目標に掲げられ，理学療法介入中の誘導方法から適切な関わり方を模索した。結果，筆談を用いることで意思疎通が円滑化された。また，スケジュールを時刻とともに筆談にて提示することで拒否的態度なく運動を誘導することが可能となった。この方法にて生活動作の誘導も可能となり，最終的には全てのスタッフが統一した関わり方をすることで生活が穏やかなものとなったため，退院先にも有益な情報を提供することができた。

【考察】栗城らより，「聴覚と視覚から入力された情報は受容する感覚野が異なるものの，その意味や文脈を理解する過程は同じである」とされている。本症例は難聴による聴覚刺激の質的低下が聴覚入力時に限定された理解低下の原因となっていたため，筆談の導入が意思疎通を容易にしたものと考えられる。

また，スケジュールの提示による動作誘導の円滑化については，時刻に則ってスケジュールを進めたことで低下した見当識や展望記憶の想起が促されたと推察する。

【倫理的配慮】本報告は本症例のキーパソンである息子様に書面にて同意を得ている。また，当院倫理委員会の承認を得ている。

アルツハイマー型認知症に慢性腎不全を合併した患者に対して

運動療法と栄養療法を併用した一例

細 友花

武蔵野中央病院 リハビリテーション科

Keywords / アルツハイマー型認知症 慢性腎不全 栄養療法

【はじめに】今回、アルツハイマー型認知症に慢性腎不全を合併した患者に対して、運動療法と栄養療法を併用した症例について報告する。

【倫理的配慮】対象者には予め研究内容について説明を行い、同意を得た。

【事例紹介】当院内科病棟に入院された、アルツハイマー型認知症の70歳代女性である。合併症に慢性腎不全、十二指腸潰瘍を有し、低栄養状態を呈していた。主訴は「一人でトイレに行きたい」である。

【方法】入院日から定期的に体重とTUG、10m歩行速度、HDS-R、生化学検査を測定した。

【経過と結果】1)入院日～1週目：身体機能は概ね保たれていたが、HDS-R17点であり、十二指腸潰瘍に対する妄想的思考があり、独歩可能だが歩行器を希望する等、歩行や食事に自ら制限をかけていた。2)入院2週目～6週目：2週目になると、本人から食事量が足りないという訴えがあった。主治医と管理栄養士に相談した結果、慢性腎不全だが蛋白質制限はしない方針となり、食事量と食事形態を段階的に変更した。その結果Alb、TP、Hb値やTUG、10m歩行速度に改善がみられ、リハビリ中は独歩可能となった。病棟での排泄自立に向けて、看護師に相談したが、転倒リスクや認知症による離院リスク等を理由に理解を得られず、トイレまでの歩行は見守りレベルに留まった。この頃から、BUNやCREの値が徐々に悪化した。3)入院7週目～：動作時に易疲労性出現するようになり、TUGや10m歩行速度が低下した。9週目に有料ホームへ退院された。

【考察】栄養療法と運動療法によって、入院から6週目までは、Alb、TP、Hb値や歩行能力が改善した。本症例は精神科ではなく内科への入院であり、リハビリと病棟間で考え方が異なり、患者様のADL向上よりもリスク管理を重要視されてしまった。その結果、「トイレに一人で行きたい」という目標を達成することができなかった。今後は、さらに病棟との情報交換を密にとるように心掛け、実際のリハビリの様子を見てもらう等の工夫していきたい。

転倒リスクが高い認知症患者が独歩再獲得に至った事例

近森鷹希 安田昌弘

高岡病院 理学療法科

Keywords / 認知症, 身体合併症, 他職種連携

【はじめに】今回、身体合併症を呈したが、病識が乏しく転倒リスクが高い認知症患者を経験した。他職種連携を図り治療した結果、独歩獲得まで至ったので以下に報告する。

【倫理的配慮】本人に本報告の意図を十分に説明し、口答および書面にて同意を得た。

【症例紹介】90歳代女性。X年3月にアルツハイマー型認知症を発症。X+2年4月にグループホーム入居。X+6年3月に転倒し、右大腿骨頸部骨折と診断され、ピンニング術施行。同年4月にグループホーム再入居後、徐々に歩行不安定となり、同年7月に当院にて外来リハビリ開始。認知面はMMSE：16点。身体面は股関節周囲筋：MMT3，歩行：右側下肢の跛行とデュシェンヌ徴候出現。B.I：65点。

【経過】介入時、歩行は歩行器歩行だが、病識が乏しいため、歩行器を使用せず、転倒リスクが高い状態であった。さらに、リハビリの必要性が理解できないことや環境変化により不安な表情や発言があり、リハビリ中は注意散漫で、指示入力が困難な状態であった。介入1～2ヶ月、不安感がある場面では繰り返し情緒の安定化を図り、リハビリへ意識を傾くように促した。加えて、他職種と連携し歩行器使用の声掛けを徹底した。介入3ヶ月、不安症状は軽快し、積極的な運動療法が可能となった。そのため、身体機能改善の見込みがあり、家族、グループホームスタッフと意見交換し、リハゴールを独歩獲得に変更。さらに、見守り強化の依頼を行った。介入4ヶ月、不安症状は消失し、身体面は股関節周囲筋：MMT4，歩行：右側下肢の跛行軽減し、デュシェンヌ徴候消失。B.I：75点と改善した。

【考察】本症例は認知機能が低下しているだけでなく、病識が乏しいため、リハビリに対する不信感が不安の増悪に繋がっていると考えた。その結果、不安の原因を捉え、安心感を与える対応を行ったことが、積極的な運動療法を可能としたと考える。また、独歩獲得に向けて、転倒リスクや残存能力の可能性を他職種や家族に情報発信し、連携を図れたことで、積極的な歩行練習が可能となり、転倒に至らず独歩獲得が出来たと考える。

離床・運動療法に拒否のあるレビー小体型認知症患者に対し、
軍歌の導入により歩行練習距離が改善した症例

山口朝樹 吉崎広大

かわさき記念病院

Keywords / 認知症, リハビリ拒否, 音楽

【はじめに】運動機能低下は認知症を進行させる因子とされるため、認知症患者に対する運動療法の必要性は高い。一方で認知症による行動心理症状はスムーズな運動療法の実施を阻害することが多い。今回、リハビリ拒否のあるレビー小体型認知症（以下 DLB）に対し、介入中の軍歌の導入および環境設定によって運動療法の実施が可能となった症例を報告する。

【症例紹介】DLB 患者の 90 代男性。X-4 年に施設に妻と入所。X-2 年に妻が亡くなってから人を呼ぶ声出しが始まり、X-1 ヶ月より他入所者からクレームが来るほどの大声になる。介護困難となり X 日当院入院。X+6 日に感染症罹患し ADL 低下、歩行困難となる。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき実施し、当院倫理委員会の承認を受け本人・家族の同意を得た。

【経過】感染症罹患により 2 週間の長期臥床となる。その後 ADL 低下とともに離床・運動療法への拒否が出現し介入に難渋するようになる。介入の糸口を探す中、雑談から元予科練生だったとの情報を得て戦争体験に関する情報収集を続けると、X+12 週に「軍艦マーチは大好きだよ、何度でも聴きたくなる」との発言が聞かれる。リハビリ実施中に軍歌を流す、介入の時間を一定にするなどの環境設定を実施。再度歩行練習を実施できるようになり、歩行距離が増加した。その後両膝痛が出現して歩行練習距離は再度低下するも、離床拒否・リハビリ拒否の状態に戻ることはなく、移乗動作練習などの運動療法介入は継続できる。

【考察】認知症患者も音楽に関する記憶や受動性は比較的保たれるとされ、本症例においても残存する音楽への記憶・受動性を活かすことで運動療法介入が可能になったと考える。また運動療法介入を通してラポール形成に成功し、膝痛出現後も運動療法が継続できたと考える。個別的な運動療法においても、音楽の活用は認知症患者の拒否を和らげるなどの効果が期待できると思われる。

すくみ足を呈した統合失調症患者に対しての注意機能賦活訓練の試み

末廣大和 石橋雄介 川上将平 大森紹平 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

Keywords / 統合失調症, すくみ足, 注意機能賦活訓練

【はじめに】パーキンソン病のすくみ足の出現に前頭葉機能の関連が指摘されており，注意機能賦活訓練がすくみ足に有効であると報告されている。今回前頭葉機能の低下を認める統合失調症患者のすくみ足に対し，注意機能賦活訓練を試み，その効果について検討した。

【症例提示】71歳女性。X-33年に統合失調症と診断され当院入院。X-6日に精神状態が悪化し，X日より理学療法（PT）開始。関節可動域制限，筋力低下は認めず，歩行中に注意が他の対象へ移った時や疲労感の出現時にすくみ足を認めた。PT開始時10m歩行：10.29秒，TUG：13.11秒であり，日常生活動作は，セーフティアームウォーカー院内歩行自立，入浴以外のセルフケアは自立。使用している抗精神病薬の期間中の変更はなかった。なお発表に際し本人の同意を得た。

【介入および評価方法】介入期間は90日でA期35日，B期55日とし，A期は運動療法のみ実施し，B期では運動療法と注意機能賦活訓練を行った。注意機能賦活訓練はトランプ分配課題とし，ランダムに分配したトランプをマークごとに分類させ，特定の数字が出た場合にカードを裏返しにする方法で実施した。歩行評価指標としてTUG，10m歩行（数字の復唱有・無），70センチ幅開口通過テストを行った。認知機能をMMSE，前頭葉機能をFrontal Assessment Battery（FAB）にて評価を行った。

【経過および結果】A期の前後でMMSEが20点から28点，FABが3点から7点へ改善したが，歩行評価指標は著明な変化がみられなかった。B期の前後では，FABが7点から11点と改善がみられたが，その他の評価指標は著明な変化がみられなかった。

【結語】今回，統合失調症患者のすくみ足に対し，注意機能賦活訓練を試みたところ，前頭葉機能の改善はみられたが，すくみ足の改善にはつながらなかった。

5 年間 ADL 全介助状態であった非定型精神病患者に対する

装具を併用した理学療法の経験

神田孝祐¹⁾ 石橋雄介¹⁾ 西田宗幹¹⁾ 洪基朝²⁾

1)医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 リハビリテーション部

2)医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 精神科

Keywords / 非定型精神病, 装具, ADL

【はじめに】5 年間 ADL 全介助であった非定型精神病患者に対し、装具を用いた理学療法 (PT) を実施することで起立・移乗介助量の軽減が図れた為、報告する。本報告は、本人・家族の承諾を得ている。

【症例紹介】69 歳女性。X-23 年前に非定型精神病発症。X-5 年、他院入院中に筋強剛・興奮・妄想が憎悪・遷延し、徐々に ADL 全介助となった。その後、精神状態は安定し、施設入所に至ったが、興奮と妄想が再燃した為、X 日に薬物調整と ADL 改善を目的に当院へ入院となった。

【初期評価】X 日より PT 開始。非系統的・断片的な独語と過度な緊張を認め、MMSE は 10 点、簡単な意思疎通は可能であった。膝伸展筋力は 7.0/10.4kgf, 関節可動域(°)は肩関節屈曲 70/115, 肘伸展-90/-70, 足関節背屈-35/0 であった。起居は中等度介助、起立時の体幹前傾に両腋窩介助を要し、踏み返し時の右膝折れを認めていた為、移乗は全介助であった。立位姿勢は体幹前傾、股関節屈曲位であり、右内反尖足のために踵が接地できず、立位保持に重度介助を要した。

【経過・結果】X+3 日後、右短下肢装具着用下での起立・歩行練習を開始。装具の設定は、足関節底屈-10° とし、踵内反固定ベルトと踵補高を装着することで、足底接地面の安定性向上を図った。結果、立位姿勢の改善を認め、起立は体幹前傾の介助のみで 50cm から可能、軽介助での歩行器歩行も可能となった。X+37 日より、階段昇降練習・レッグプレスを追加。X+120 日後には膝伸展筋力が 11.5/9.4kgf となり、起立は 43cm から見守りにて可能、踏み返し時の右下肢の支持性も向上し、片腋窩軽介助での移乗が可能となった。さらに、片腋窩介助での歩行が最大 50m 可能となった為、介助方法の伝達を行った上で、棟内スタッフによる歩行練習を依頼した。

【考察】適切な装具設定により良好なアライメントが保たれ、効率的な運動療法を積極的に行えたことで、ADL の介助量軽減に繋がったと考える。

ギランバレー症候群発症後に解離性転換性障害による失立失歩の患者様に対し、
無意識化での運動を行い歩行が改善した1症例

乙部海人

江田記念病院

Keywords / 失立失歩, 無意識化での運動, 歩行

【目的】一般的に解離性転換性障害の麻痺症状や感覚障害は、身体所見や解剖学的知見からは説明のつかないことが多い。転換症状は、心理的ストレスが加わることで生じるといわれており、本人の訴えと症状が一致しないことが多く、一貫性がない。そこで今回意識下では症状が出現してしまうのではないかと考え、無意識化での運動を継続した事で、失立失歩症状が改善した為報告する。

【症例紹介】症例は40歳代の女性である。X-3年頃よりギランバレー症候群発症し入院。その後リハビリ病院へ転院となるが、同室他患とのトラブルをきっかけに適応障害として加療される。X-2年頃精神症状改善のないまま自宅退院。退院後は感情がなくなったように感じており、離人感や解離症状も時折認められた。X年Y月、起床時手足の脱力、痺れが出現し、全く動くことができなくなり、神経内科へ入院。しかし症状を示唆する有意な所見がみられず本人の訴えと一致しない行動がみられることから、心因的要因が強く疑われた。この為精神科での入院加療勧められ、X年Y+1月に当院を初診、同日入院。

【結果】X年Y+2月より、リハビリ介入。介入当初6分間歩行テスト約100m可能であった。環境変化により、恐怖感の訴えもあった。治療では無意識的に下肢を振り出すよう、お手玉を用いた立位・歩行訓練を導入した。X年Y+4月6分間歩行テストは300m可能であり、環境の変化にも対応することが可能であり、恐怖感の訴えはなくなった。

【考察】意識的に随意的な運動を行う際に、心理的ストレスや無意識化での転換症状が生じ、歩行を阻害していると考えられる。今回お手玉を用い、投げることに意識を向けさせ、下肢の症状には意識を向けさせず無意識化での運動を用いた。この結果今回の治療は本症例には有効であり、歩行の改善も認められた。

【倫理的配慮】本症例に、書面にて本報告の意図を十分説明し同意を得た。

ユマニチュード導入によりリハビリテーション介入に変化が見られた一例

勝山 誠

千年メディカルクリニック

Keywords / BPSD, ユマニチュード, リハビリテーション

【目的】リハビリ介入への拒否が強く関わりに難渋する患者へユマニチュードを導入，実践したことで BPSD が軽減，介入が以前に比べ容易になった事例を以下に報告する

【方法・症例】対象者：90 歳代 女性 アルツハイマー型認知症，住宅型有料老人ホーム入居 3 年 3 ヶ月，BPSD による易怒性，攻撃性，暴言あり，リハビリスタッフ，介護スタッフに対して拒否言動，非協力行動多く通所介護利用も中止していた。リハビリ時にも視線は合わず身体に触れるだけで拒否するため，介入困難状態が続いていた。

近年，看護，介護の場面で認知症患者へのコミュニケーションとして導入されている，ユマニチュードを実践しながらリハビリ介入を試みたところ患者に変化がみられた。

【結果】ユマニチュードを導入後，介入時に拒否言動が減少し以前に比べると円滑にリハビリが行えるようになった。また，拒否言動が減り協力的になったことから，周囲の他の利用者への BPSD の軽減にも繋がり通所介護利用も再開できた。

【考察】患者の人間性を尊重するユマニチュードをリハビリ時に導入することで，リハビリに対するポジティブな感情を引き出し，次回に繋がる関係性が構築され，結果，患者の BPSD が軽減し介入の糸口を見出すことが可能となった。

患者にとって強制的な介入ではなく，患者の人間性を認め尊重することで忘れかけていたその人らしさを取り戻し，円滑にコミュニケーションが図れ，スムーズなリハビリが行えることは患者のみならず，介入者も含めた両者の満足度の向上に繋がることが明らかとなった。

【倫理的配慮】ご家族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た。

精神科病院におけるリハビリテーション中の接遇トラブル～10年前との比較～

上 藺紗映¹⁾ 加藤宗規²⁾ 木村舞¹⁾ 林光俊³⁾ 平川淳一⁴⁾

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

3) 杏林大学整形外科 4) 平川病院精神科

Keywords / 精神疾患, 接遇, トラブル

【目的】当院は精神科病院だが、PT・OT・ST・助手からなる身障リハ科を設置、精神疾患患者の身体合併症患者に対応している。精神科でのリハ実施は、療法士の対応に工夫が必要な場面が多くあるが、重複障害患者へのリハ場面の接遇については先行研究に乏しく、10年前に当院で実施した研究が報告されているのみである。今回再度調査を行い、10年前との比較を行い、接遇トラブルや院内教育成果について検討した。

【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・方法】対象期間は、10年前同様、直近2年間に担当した延べ491症例で、当院リハ科に所属する常勤スタッフ21名（PT13名、OT4名、ST1名、助手3名）に対し、“接遇トラブル”であると感じた事例に関して概要を書面で回答した。結果は、10年前の調査結果（常勤スタッフ21名、トラブル総数56件）とカイ二乗適合度検定を用いて比較、前回調査後に行ったスタッフ教育による影響を検討した。統計はSPSS ver.15 for WINDOWSを用い、有意水準は5%とした。

【結果】接遇トラブル数は4例（スタッフ1人2年あたり0.2件）であり、前回調査の59件（スタッフ1人2年あたり3.1件）から有意に減少した。内容は「恋愛感情を向けられる」1件、「セクハラを受ける」2件、その他1件（暴力）であった。

【考察】前回は、他の精神科専門職に比べてトラブル件数が多く、その要素は「頻度と周期性」「個別性」「身体接触」「具体的な目標」があげられた。結果を受け、精神症状の見方について精神科医とのトレーニングを重ね、知識や対応のバリエーションを増やす取り組みを継続した。今回の結果は、その成果が表れていると考える。一方、トラブルを精神症状としてとらえている可能性を考慮すると、自身の接遇に関して振り返る機会を失ってしまうため、今後も継続的に研鑽を重ねていく必要がある。

精神科療養病棟入院患者における退院予定先の決定の有無と

ロコモティブ・シンドロームとの関連

甲田宗嗣¹⁾ 上藺紗映²⁾ 石橋雄介³⁾ 北風草介⁴⁾ 荒川英樹⁵⁾

1) 広島都市学園大学

2) 医療法人社団光生会 平川病院

3) 医療法人鴻池会 秋津鴻池病院

4) 医療法人社団知仁会 メープルヒル病院

5) 宮崎大学医学部整形外科

Keywords / 精神科療養病棟, ロコモティブ・シンドローム, 入院期間

【目的】精神科療養病棟に入院する患者の入院期間が長期化する要因として、歩行や移動能力の低下が関与する可能性がある。本研究では、ロコモティブ・シンドロームに着目し、精神科療養病棟に入院する患者の退院予定先の決定に関連することを明らかにすることを目的とした。

【倫理的配慮】本研究は、医療法人社団光生会平川病院の研究倫理審査委員会で承認され（承認番号：H30-1）、ヘルシンキ宣言に基づき実施された。

【方法】3施設の精神科療養病棟に入院している患者202人のうち、採択基準と除外基準に合致した74人を対象とした。精神科療養病棟で勤務する看護師もしくは医療ソーシャルワーカーに、対象者の退院予定先が決まっているかどうかを聴取し、決定群と未定群の2群に分類した。評価項目は、年齢、国際疾病分類第10版の精神および行動の障害におけるFコード、入院期間、抗精神病薬のクロルプロマジン換算量、ロコモ度テスト（ロコモ25、2ステップテスト、立ち上がりテスト）、バーセル・インデックスとした。

【結果】多重ロジスティック回帰分析の結果、決定群と未定群の違いを説明する項目として、入院期間と2ステップテストが採択された。退院予定先が未定になるオッズ比は、入院期間が2年未満に対し、10年以上でオッズ比8.42倍（ $P=0.012$, 95% CI=1.59, 44.53）、2ステップテストのステージが0に対し、2でオッズ比10.62倍（ $P=0.013$, 95% CI=1.65, 68.23）であった。

【結論】

長期入院と2ステップテストで判断されるロコモティブ・シンドロームは、退院予定先の決定に関連する。

精神科病棟入院中の肺炎患者における BMS の有用性検証

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

Keywords / 肺炎, 精神科病棟, ADL 評価

【目的】精神科病棟における肺炎患者は、理学療法 (PT) 開始時に約 6 割が寝たきり状態であり、機能的自立度評価法 (FIM) では重度介助者の日常生活動作 (ADL) を評価することが困難である。本研究では、肺炎を罹患した精神科病棟入院患者の PT 開始時の ADL を Bedside Mobility Scale (BMS) にて評価し、得点分布の特性を確認、併せて歩行獲得における予測精度を FIM 運動項目と比較した。

【方法】2017 年 1 月から 2019 年 12 月までに肺炎を罹患し、PT を実施した当院精神科病棟入院患者を対象とした。PT 開始時の FIM と BMS を後方視的に調査し、それぞれの最下点者の割合と歪度を算出、床効果と得点分布を比較した。また、PT 終了時の FIM 歩行得点 5 点以上を歩行獲得と定義し、PT 実施期間中の歩行獲得の有無を従属変数、PT 開始時の FIM 運動項目および BMS を独立変数とした ROC 曲線を作成、曲線下面積 (AUC) を算出した。解析には R2.8.1 (CRAN) を使用し、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き、当院倫理委員会の承諾の下で実施した。

【結果】解析対象は 48 名。各 ADL 評価 (FIM 運動項目・BMS) の最下点者の割合は 43.8%・14.6%、歪度は 1.86・0.65 であった。また、ROC 分析における AUC は、FIM 運動項目 0.69 ($p : 0.01$, 95%CI : 0.58-0.81), BMS 0.71 ($p : 0.01$, 95%CI : 0.56-0.86) であり、有意差は認めなかった。

【考察】BMS は、FIM 運動項目と比較して最下点者の割合が少なく、歪度が小さかったため、床効果の影響が小さく、重度介護者が多くを占める精神科病棟入院肺炎患者の ADL 評価に適していることが示唆された。しかし、BMS・FIM 運動項目ともに歩行獲得の予測能は低かったため、症例数を増やした上での前向きな調査を行い、より詳細な予測精度の検証を行う必要がある。

当院精神療養病棟における疾患別リハビリテーションの現状と課題について

四方公康

宇治おうばく病院

Keywords / 精神療養病棟, 疾患別リハビリテーション料, 現状と課題

【はじめに】2020年4月より、精神療養病棟における疾患別リハビリテーション（以下：疾患別リハ）料の算定が可能となった。当院精神療養病棟（60床）においては、以前から介入し、記録を残していた。今回、2015～2019年度（以下：過去5年）と2020年度における、新規患者数、収益などを比較し、現状と課題について報告する。

【方法】リハビリテーションシステムより、2015～2020年度提供した当院精神療養病棟の疾患別リハにおける、1. 新規患者数、2. 患者数、3. 総単位数、4. 1回単位数、5. 収益、6. 平均年齢、7. リハビリ区分割合を抽出し、過去5年と2020年度の月平均値のデータを比較、過去5年の同一患者処方数割合（同一患者5年以内で2回以上処方ができた割合）を算出し検討した。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：20201013-1号）を得ている。

【結果】過去5年と2020年度の比較では、新規患者数で44.4%増、患者数で210.0%増、総単位数523.1%増、1回単位数123.1%増、収益564.9%増。平均年齢は、0.3歳増加し、リハビリ区分では、脳血管13.5%減、廃用13.2%減、運動器30.5%増、呼吸器3.8%減。また、同一患者複数処方割合は、処方数全体の20.9%を占めていた。

【考察】今年度より、精神療養病棟における疾患別リハ料の算定が可能となり、当院でも、処方数が増加し、収益の拡大に繋がっている。当院では、拘束ゼロを目標に取り組んでおり、拘束解除にて転倒、骨折の方が増加し、運動器での介入が増えている。この点については、歩行補助具を供給できる体制を構築するなど、課題が残っている。

地域移行実施加算において、当院では新設されてから継続して算定し、リハビリ室では、担当患者が該当するか否かを確認している。しかし、地域移行実施加算合同会議などへの参加ができておらず、他部署との連携について課題が残っている。また、入院が長期に及ぶと、同一患者にて処方が繰り返される場合があるため、早期に生活リハビリ、センターOTに移行し、活動量を減らさないような環境を提供する必要がある。

【理学療法学研究としての意義】当院精神療養病棟での、疾患別リハにおける算定前後の比較により、そこから見えてくる現状と課題について検討することが、精神科領域での理学療法の実践に繋がるものと思われる。

演技性疼痛を疑い松葉杖依存を脱した症例
—患者との関係性を保ちながら矛盾点を突くには—

番場君夫

大高病院 リハビリテーション科

Keywords / 依存, 疼痛回避, 矛盾

【はじめに】当院には精神科はないが精神身体合併症例の受け入れを多く行っているのが特徴である。今回その中の一症例をここに報告する。

【症例紹介】50代女性 A 氏 診断名：肺炎，臀部打撲 既往歴：パーソナリティ障害，大腸癌疑い，独居，生活保護受給者，入院前 ADL：全自立

【現病歴】4/1 に転倒し臀部を打撲。また咳が出て動けず救急で当院搬送となった。肺炎に対して治療後 4/8 になって本人から歩行不安の表出があり評価。打撲による疼痛回避歩行と分析し，片松葉杖貸出の上 PT 継続となった。開始時 ADL は片松葉杖使用し屋外歩行自立。

【初～中期経過】A 氏の主観的疼痛が改善されることはなく，打撲箇所以外の機能障害を訴えるなど不可解な点があった。疼痛は打撲によるものではなく心因性や演技を疑ったが，患者の訴えを否定するわけにもいかず傾聴していた。4/11，何気ない動作で患肢に全荷重している場面を現認し単脚支持が可能であると確信した。外すタイミングを見計らっていたが，A 氏は痛みで何もできないと訴え退院調節は難航し，矛盾が増強していった。リハビリには連日参加し，独歩の練習も行った。

【最終経過】4/18AM，病棟で転倒したが経過観察。同 AM，リハ室へ独歩で安定して移動可能。帰室後松葉杖を回収。同 PM，区職員来院。同 PM，自宅退院となる。松葉杖無しだったことも後押しになった。

【考察】A 氏にとって松葉杖は入院継続の生命線であった。よって強固に依存した物を容易に外してしまうことは精神不安助長に繋がると考えた。疼痛や転倒が演技であったか否かの科学的な立証は難しく，このような依存性の強い症例に対してはその依存物を外すタイミングやそこに至る過程での関係性作りが重要であると考察する。

【倫理】本報告実施にあたり，当院病院長の承認を得ている。

身体心理学的アプローチを用いて慢性的な腰背部痛が軽減した1症例

安井義博

信貴山病院分院上野病院

Keywords / 身体心理学的アプローチ, 慢性疼痛, 腰背部痛, 思考場療法

【はじめに】慢性的な運動器症状は、精神医学的な要素が問題の一要因になっていることが指摘されている。そこで、『思考場療法（以下、TFT）』を施行して慢性的な腰背部痛が軽減した症例を経験したので報告する。

【方法】TFTとは、筋テストを用いて問題部位を探し、タッピング刺激を入れる手法。タッピングの際は、患者は疼痛や不快な感情に焦点を当てる。不快感や疼痛の程度はSUD（苦痛の主観的単位）で表し、最も悪い状態を10、苦痛が無い状態を0とする。

【症例紹介】整形外科診療所に通院中の女性52歳（主婦）。X-2年8月2日初診。主訴は反復性の腰背部痛。診断名は、左仙腸関節炎、左股関節臼蓋形成不全、末梢神経障害、筋膜性腰痛症、頸椎症、骨粗しょう症、腰仙関節椎間腔狭小化。既往歴は先天性股関節脱臼と20代前半に背部痛を呈した第7胸椎のシュモール結節。TFT前の理学療法は徒手療法や運動療法を中心にアプローチされていた。BS-POPチェッカー（腰痛における精神医学的問題を見つけるための簡易問診票）では、医師用10点、患者用17点と陽性。

【倫理的配慮】本報告はヘルシンキ宣言に基づき、患者からの同意を書面にて得ている。

【経過】初回の問診からTFT全3回（X年2月27日、3月6日、3月16日）の変化。背中の痛みは20代で増強。数ヶ月に1度は激痛。背中は昨日から特に痛い（SUD8）。⇒タッピング後に小学校での不快な記憶が想起。⇒タッピング後に背中の痛みは軽減し、腰の痛み（SUD8）が出現。⇒母の介護に対する心理的苦痛の訴え。⇒タッピング後に腰の痛みはSUD1に軽減。加療3か月後の電話での問診では、背中の痛みは忘れるぐらいで、以前は週に2、3回は湿布を貼り、10日に1回は痛み止めを飲んでいたが、今は湿布も必要なく、月に1回頭痛で痛み止めを飲むか飲まないか程度となっているとのことで、理学療法は終了となった。

【考察】不快な感情や情動記憶が慢性的な腰背部痛を修飾していたと考えられ、身体心理学的な観点からアプローチすることで、症状が軽減したと考える。

地域在住者の抑うつ傾向と老年症候群との関連について

今岡真和¹⁾ 中村美砂¹⁾ 中尾英俊¹⁾ 田崎史江¹⁾ 生水智子¹⁾ 今井亮太¹⁾ 肥田光正¹⁾ 武田雅俊²⁾

1) 大阪河崎リハビリテーション大学

2) 認知予備力研究センター

Keywords / 虚弱, 多剤内服, 抑うつ

【目的】 うつは生涯に1度なる人が15人に1人とされ、誰しもがなりうる疾患である。発症の要因として、ストレスや疲労感、痛み、こころの不安など多岐に渡ることが知られている。近年、フレイルを発症している者が将来のうつ発病リスクが高いと報告されている。しかしながら、うつの前段階とされる抑うつとフレイルを代表とする老年症候群の関係性を横断的に調査した研究は非常に少ない。

そこで本研究の目的は地域在住者を対象に抑うつとフレイル、ロコモティブシンドローム、サルコペニア、骨粗鬆症およびポリファーマシーの関連性について検討した。

【対象と方法】 対象は60歳以上の地域在住者370名（女性280名）、平均年齢73.6均年齢住歳とした。なお、既にうつ状態である者は除外した。調査項目は、フレイルの有無をJ-CHS基準で判定を行った。抑うつについてはGeriatric Depression Scale（以下：GDS）を用いて、5点以上10点未満を抑うつとした。ロコモティブシンドロームは2ステップテストにてロコモ度を判定した。サルコペニアはAWGSの判定基準に従い判定を行った。ポリファーマシーは一日の服薬数が4剤以上である者とした。

統計解析は、抑うつの有無により抑うつ群と健常群の2群に分類し単変量解析を行い、有意に関連した項目を独立変数、抑うつ群を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。なお、有意水準は5%未満とした。

【結果】 抑うつは103名（27.8%）であった。次に、2群比較では抑うつ群でフレイル・プレフレイル該当率、ポリファーマシー該当率が有意に高かった。抑うつを従属変数としたロジスティック回帰分析では、フレイルはオッズ比5.86（95%信頼区間：2.42-14.17）、プレフレイルはオッズ比1.79（95%信頼区間：1.08-2.96）、ポリファーマシー該当群はオッズ比2.66（95%信頼区間：1.26-5.61）と有意な独立関連因子であった。

【結論】 60歳以上の地域在住者の抑うつにはフレイル、プレフレイル、ポリファーマシーの関連が示唆された。

【倫理的配慮】 ヘルシンキ宣言に則り口頭にて説明を行い、書面にて同意を得て実施した。なお、本学の研究倫理審査委員会の承認（OKRU-029）を得て実施した。

ベクションが重心動揺に与える影響

池田幸広 江口淳子

福岡リハビリテーション専門学校 理学療法学科

Keywords / ベクション, 錯覚, 重心動揺

【目的】ベクションとは「静止している観察者に視覚的運動が与えられたとき、自己身体に錯覚的移動感覚が生じる現象」と定義されている。今回、健常者に対しベクションを誘導する視覚刺激を加え、錯覚の有無による重心動揺の違いを検討した。また、身体機能面の評価に膝関節伸展筋力体重比（以下：WBI）を用いて錯覚知覚への関連を検討した。

【方法】対象は健常男性 15 名とした。測定肢位は静止立位、目前 1m に 32 インチ液晶画面にてベクション刺激（中心から拡散するオプティカルフロー）及びコントロール刺激（静止画）を各 30 秒間提示し、その際の重心動揺を計測した。測定後、錯覚を感じたか口頭にて確認した。重心動揺測定はアニマ社製バランスコーダーGW-8000 を用い、総軌跡長、外周面積、X・Y 方向動揺中心変位、X・Y 方向最大振幅を算出した。WBI の測定は酒井医療社製 Mobie を用い、椅子座位で膝関節屈曲 90°にて膝伸展筋群等尺性随意最大筋力を左右測定し、体重比にて算出した。統計解析は SPSS.Ver17 を使用し、錯覚を感じた群（以下：有り群）と感じなかった群（以下：無し群）での重心動揺値と WBI の差を Mann-Whitney の U 検定を用いて検討した。有意水準は 5% 未満とした。

【結果】有り群 8 名 WBI 127.5 ± 27.2 、無し群 7 名 WBI 118.3 ± 27.8 であった。有り群と無し群の WBI とコントロール刺激時の重心動揺に有意差を認めなかった。有り群は無し群より Y 方向最大振幅が有意に高値を示した。他の重心動揺値に有意差を認めなかった。

【考察】錯覚を知覚した場合視覚刺激に対応した前後方向の姿勢制御が引き起こされることが示唆された。今回の対象が健常者で WBI が高値のため、WBI60 以下の低活動者で追加検証したい。また、自己運動感覚刺激を発現させると行動意欲向上に繋がるのではないかと考える。今後錯覚という無意識的認知過程（精神・心理面）に身体機能がどのように影響しているか検討したい。

【倫理的配慮、説明と同意】対象者に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。また、事前に研究内容について十分な説明を行い、参加する同意を得た。

BPRS を用いた統合失調症患者の特徴と身体リハビリテーションへの影響

古屋真美¹⁾ 久保田直美¹⁾ 木村舞¹⁾ 亀田南美²⁾ 濱田賢二¹⁾ 石橋雄介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 理学療法士

2) 医療法人社団 光生会 平川病院 リハビリテーション科 作業療法士

3) 医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 リハビリテーション部 理学療法士

Keywords / 統合失調症, BPRS, 身体リハビリテーション

【はじめに】

BPRS とは、Brief Psychiatric Rating Scale : 簡易精神症状評価尺度で、18 項目からなり 0 点（症状なし）～6 点（非常に高度）の 7 段階で評価されるものである。今回、当院にて身体リハビリテーション（以下、リハビリ）を実施した統合失調症患者の、開始時・終了時 BPRS の傾向について調査した。リハビリ実施時の影響について、考察を加え報告する。

【倫理的配慮】

本研究は当院倫理委員会の審査を受け、許可を得ている。

【対象と方法】

対象は、平成 26 年 9 月 1 日～平成 30 年 9 月 30 日の間に、当院でリハビリを実施した統合失調症患者 77 名（男性 23 名、女性 54 名、平均年齢 55.7 歳）。BPRS 各項目の出現割合と平均点について算出した。出現割合は、各項目において評点が 1 点以上であった患者の割合とした。なお、データ欠損のあるものは除外した。

【結果】

開始時 BPRS の出現割合の上位 3 位は、順に「心氣的訴え」83.1%（平均：1.75±0.85 点）、「不安」59.7%（平均：1.65±1.05 点）、「運動減退」57.1%（平均：1.82±1.07 点）、「情動鈍麻もしくは不適切な情動」57.1%（平均：1.89±1.15 点）であった。終了時は「心氣的訴え」79.2%（平均：1.73±1.00 点）、「不安」63.6%（平均：1.87±1.00 点）、「思考解体」62.3%（平均 1.87±1.13 点）であった。平均点が最も高値となった項目は「幻覚」で、開始時 3.31±1.33 点、終了時 3.22±1.65 点で、3 点以上と症状が中等度以上の患者は開始時 77.3%、終了時 73.3%であった。

【考察】

今回の結果より、出現割合は身体疾患も評価に含まれる「心氣的訴え」が最も多くみられた。また、上位 3 位はいずれも大多数の患者で 2 点以下と症状が軽度であり、リハビリへの影響は小さいと考えられる。一方、統合失調症の陽性症状である「幻覚」は、開始時・終了時ともに平均点が高値であった。さらに、多半の患者の症状が 3 点以上と中等度以上であり、リハビリへの影響は大きいと考えられる。以上のことから、出現割合が高い項目と評点の高い項目では特徴が異なり、リハビリ実施に際し双方を把握する事が重要である。

慢性期統合失調症患者に対する理学療法が精神症状へ及ぼす影響

水越祐輔¹⁾ 澤口陽平¹⁾ 宮本実範¹⁾ 天羽悠介²⁾ 今津功貴¹⁾

1)医療法人 養生園 TAOKA こころの医療センター リハビリテーション科

2)医療法人 倚山会 田岡病院 リハビリテーション科

key word / 理学療法, BPRS, STAI

【目的】近年、精神科病院においても入院患者の高齢化や認知症が急増している。それに伴い整形外科疾患や内科疾患との合併症が問題となっており、精神科病院での理学療法士の需要が高まっている。しかし精神科病院で勤務している理学療法士は少ない。そのため理学療法が身体機能だけでなく、精神症状にどのような影響があるかという研究や報告も少ない。そこで理学療法が統合失調症患者の精神症状へどのように影響するのか調査したためここに報告する。

【方法】対象は当院入院中の慢性期統合失調症患者 45 名の内、研究に同意が得られた 8 名で行った。対象者に 2 ヶ月間 1 回あたり 40 分、週 2 回程度、理学療法を行った。評価は開始時と 2 ヶ月後の計 2 回、精神症状と不安の客観的評価として Brief Psychiatric Rating Scale (以下: BPRS) と、State-Trait Anxiety Inventory (以下: STAI) を用いて行った。統計処理には、R2.8.1 (CRAN, freeware) を使用し、統計学的分析は、理学療法介入前後の比較に、対応のある t 検定を用いて解析した。有意水準は 5%未満とした。

【結果】本研究では脱落者 2 名を除いた 6 名に理学療法を実施した。2 群間の比較の結果を (介入前, 介入後, p 値) の順で表す。BPRS (42.3±16.7, 38.7±14.1, p<0.05) に有意な差が認められたが、STAI の状態不安 (48.3±9.7, 47±11.2, p=0.72), 特性不安 (40.5±6.9, 46.8±10.1, p=0.22) には有意な差を認めなかった。

【考察】先行研究によると統合失調症では、前頭葉の相対的血流量の低下が生じると報告されている。運動を行うことで脳内血流量の増加がみられることは広く知られており、今回理学療法を行うことで日常の運動量・活動量の増加が挙げられ前頭葉の血流量改善が考えられる。また渡辺は、精神障害者は身体にかかわってもらうことで、安心、愛着、癒しといった肯定的感情を体感すると述べている。理学療法は 1 日に約 20~40 分と身体的リハとして患者と多くの時間を共有することができる。これらのことより脳内血流量増加と他者と関わることでの肯定的感情により BPRS の改善とつながったと考えられる。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に基づき対象者に署名を持って説明し、同意のもと行った。

日常生活動作自立のための生活補助具の定着が困難だった症例

— 統合失調症の症状に着目して —

宮原淳志

医療法人社団 総合会 武蔵野中央病院

Keywords / 統合失調症, 大腿骨頸部骨折, 人工骨頭置換術

【はじめに】統合失調症に大腿骨頸部骨折を合併した症例に対し、補助具を導入しようとするも、精神症状が治療の妨げとなり、ADLに反映することが困難だった事例について報告する。

【論理的配慮, 説明と同意】本人に対し口頭と書面により協力の同意を得た。

【対象と経過】対象はA病院に長期入院されていた50代女性。X年1月, A病院入院中に転倒し左大腿骨頸部骨折を受傷。同年2月, B病院にて人工骨頭置換術施行。同年5月, 当院へ転院となった。転院時の移動手段は車椅子であり, ADL動作は食事, 整容以外は全介助であった。FIM51点, MMSE22点。短期目標を棟内歩行の自立, 靴・靴下の着脱自立として介入した。歩行補助具, 靴べら, ソックスエイド等を用いて段階的にADL向上を目指した。しかし補助具を用いると注意の持続や配分が困難となり, かえって動作に時間を要し, 遂行可能な動作が行えなくなる事や転倒や脱臼リスクの高い動作となった。反復練習を行ったが, 変化がなかったため, 補助具の使用を中止した。その後歩行はフリーハンド, 靴・靴下の着脱は股関節の開排動作を用い, 注意の幅を狭めて練習を繰り返した。現在FIMは87点で病棟歩行, 靴の着脱は自立した。しかし, 靴下の着脱のみ介助を要する状態である。

【考察】統合失調症患者は健常者と比較し, 情報処理速度が遅く, 容量も小さい。また新しい環境や状況に応じて行動しにくく, 何度か経験した刺激でも毎回新鮮に感じるという身体的な反応性の低下を認める。本症例は受傷前は自立して生活していたため補助具の導入は, 本症例にとっては新たな状況の変化となり, 情報処理能力が乏しく注意の配分が不得手であることなどから反復練習を行っても, 学習効果が得られなかったものとする。結果として補助具の使用方法の理解が困難で定着しなかった。大腿骨頸部骨折術後のADL能力の低下の原因には精神疾患の合併があり, これは再転倒や脱臼などの二次障害のリスクが高いためであると示唆された。

統合失調症による妄想が強い症例に対するリハビリの介入

松下 亮 三枝恭見(OT)

高岡病院

Keywords / 統合失調症, 妄想, 運動療法

【はじめに】今回、妄想が強く、積極的な運動療法の介入に苦渋した症例を経験した。症状の変化に対応し、継続的に関わることで良好な結果を得たので以下に報告する。

【倫理的配慮】本人に本報告の意図を十分に説明し、口頭及び書面にて同意を得た。

【症例紹介】60歳代の女性で統合失調症により、当院にて長期入院加療中。X年4月に離院や自殺企図があり、薬物調整を開始。その後、症状は軽快していたが、同年5月に悪性症候群を発症。その後、日中臥床状態となり、悪性症候群を離脱した同年6月より身体機能改善を目的にリハビリ開始。

【経過】介入当初より活気は乏しく、「誰か強い存在に行動を制限されている」といった被害妄想があり、リハビリに拒否的だった。そのため、ラポール形成に重点を置き、その中で得た情報から、活動量を上げる動機づけを行った。介入2ヶ月、徐々にリハビリに対して拒否が軽減し、精神科OTへの参加やベッド上での運動から座位、立位での運動が可能となった。介入3ヶ月、「皆に殴られる怖い。大変なことが起こる。」といった被害妄想が強くなり、運動に消極的になったため、負荷量の調整や自己効力感低下の予防を図った。介入4～6ヶ月、妄想は継続したが、支持的対応や訴えに対しては、具体的に説明を行い対応した。介入7ヶ月、妄想は軽減し、継続的に運動が可能となり、身体面はTUG：15.22秒→10.93秒、10m歩行：15.5秒27歩→13.44秒22歩、努力歩行は9秒13歩と改善を認めた。

【考察】今回、介入当初より妄想が強く、積極的な運動療法が困難であった。そのため、訴えに対して、傾聴し支持的に関わることでラポール形成ができ、そこから得た情報から、活動量の向上を促すきっかけを作れたと考える。また、日中の活動量が向上したことで、徐々に身体的な介入にも結び付き、運動療法が拒否なく可能となったと考える。さらに、妄想が増悪した場合に、訴えに対して、具体的に説明し修正したことで継続した運動が行え、歩行能力の改善など良好な結果に繋がったと考える。

一般演題 8 - 1

入院期間中に独歩移動を再獲得した右大腿骨頸部骨折，発達障害の一症例
—若年，身体的回復期の対象者が少ない当院における事例紹介—

池田拓洋

医療法人山容会 山容病院 リハビリテーション課

Keywords / 発達障害，任意入院，術後身体的リハビリテーション

【はじめに】今回，自殺企図による転落にて右大腿骨頸部骨折を受傷した 20 歳代の発達障害の男性に対して理学療法を経験した。右下肢非荷重の状態から部分荷重期間を経て独歩移動を再獲得し自宅退院した。今回の任意入院のケースにおいて，比較的入院期間を確保でき，また，若年で身体的回復期の事例が少ない当院での事例をまとめて報告する。

【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，現病歴】発達障害，20 歳代男性，当院に X 年 6 月より外来再診し受診中。約 X 年 -2.5 年前に当院受診歴あり。7 月下旬，自宅 2 階ベランダより飛び降り右大腿骨頸部骨折を受傷。総合病院へ入院し整形外科にて骨接合術を実施。整形外科病棟で大きな声を出すなど落ち着かず，入院中に総合病院精神科受診し精神科病棟へ転棟となる。その後も医師，看護師がその都度対応していたが，入院中のストレスにより 8 月下旬自宅退院となる。9 月自宅アパート駐車場で他人の車を揺らし通報。同日警察と当院を受診。入院を勧めたところ受け入れ即日任意入院した。

【経過】当院入院後，身体リハビリテーション（PT）の指示あり PT 開始。非荷重の状態から 9 月中旬部分荷重開始となり，その後は総合病院整形外科受診により部分荷重量増加の指示あり PT 継続。11 月上旬に全荷重可となり独歩移動を再獲得して同月中旬に自宅退院となる。退院後は当院精神科デイケアを利用。

【考察】PT 開始当初はコミュニケーションが取りづらい状態だったが，PT 期間を通じて強い拒否，自傷行為もみられずリスク管理ができ，定期的に介入ができたことが奏功したと考えられる。任意入院中であつたが退院後の生活を見据え主治医のアプローチにより移動の再獲得，精神科デイケアの移行，外出，外泊を通じて治療期間を確保することができた。今後，当院における精神科的治療と身体的リハビリテーション治療を同時に行う必要のあるケースの 1 つのモデルになりうることを提示し印象付けた。

精神疾患患者の運動機能特性の把握に向けた試行 —10m 歩行テストのばらつきを指標として—

杉 輝夫 関 建太 箕輪文緒

湘南病院

Keywords / 精神疾患患者, 運動機能, ばらつき

【はじめに】臨床場面において、他の疾患を有する患者と比較し、精神疾患を有する患者では一定のパフォーマンスが表出できないことを繰り返し経験した。そこで、歩行テストにおけるばらつきに着目し、精神疾患を有する患者の歩行能力を地域在住高齢者、他の疾患患者と比較することで歩行能力の特徴を把握できるか検討することとした。

【方法】

対象：主病名がうつ、統合失調症(Schizo)、脊椎圧迫骨折、大腿骨近位部骨折術後、膝関節術後、運動器不安定症、肺炎、眼、心不全だった入院患者から、並存疾患、既往疾患が運動機能に大きな影響を及ぼしている症例を除外した 65 名。加えて、介護予防活動事業の参加者をランダムに 8 名選出し、合計 73 名を対象とした。

分析項目：10m 歩行テストを 3 回実施した場合の所要時間、歩数、歩行率の平均、標準偏差(SD)、変動係数(CV)とした。

分析方法：測定結果をグラフ化。その後、一元配置分散分析(ANOVA)を実施。有意差を認めた項目でのみ下位検定を実施。

【結果】グラフより、うつでは平均値の個人差が大きく、Schizo では CV の個人差が大きかった。ANOVA の結果、所要時間、歩数、歩行率の平均にのみ有意差を認めた。下位検定の結果、所要時間、歩数の平均において Shizo と運動器不安定症の患者で、歩行率においては、うつと大腿骨近位部骨折術後の患者と、Schizo と運動器不安定症、肺炎の患者で有意差を認めた。

【考察】グラフの傾向からは、うつの患者では平均値の個人差が大きく、Schizo ではばらつきの個人差が大きかった。精神疾患により、呈しうる歩行能力の特徴が異なる可能性があると考えられた。10m 歩行テストの平均値やばらつきにおいて、うつと Schizo の患者の歩行能力を特徴づけるような統計学的な有意差を認めなかった。ばらつきを用いてうつと Schizo の患者の歩行能力の特徴を把握するのは困難と考えられた。しかし、CV の値は非常に小さいため、効果量とサンプルサイズを検討しデータを蓄積していく必要があると考えられた。

【倫理的配慮】測定データについて、匿名にて学術目的に使用、発表される可能性がある事を事前に説明し同意を得た。

児童における雲梯動作の特徴について

小峯武陸 岡 健司

大阪河崎リハビリテーション大学リハビリテーション学部

Keywords / 腕渡り動作, 体幹機能, 児童

【はじめに】近年、姿勢保持に問題のある児童、特に発達障がい児に対する体幹機能トレーニングが関心を集めている。日常生活活動での姿勢保持には脊柱起立筋群が重要な役割を果たすことが知られている。本研究では、脊柱起立筋群の活動を促す一手段として、子どもがよく用いる遊具である雲梯での腕渡り動作（雲梯動作）に注目した。この動作は、重力を利用した振子様運動で前進効率を高める点で歩行と共通点を持つ。今回、児童を対象として雲梯動作時の脊柱起立筋群の活動を測定し、左右筋活動量の特徴を比較した。

【方法】体操競技経験のない健常児童 1 名（9 歳、右利き）を対象に、表面筋電図計を用い、雲梯動作時における左右の脊柱起立筋の活動を記録した。雲梯は、本学の運動学実習室に設置したもので、ストライド長は通常 0.6 m となる。支持基体に右手が接してから、再び右手が接するまでを雲梯動作の 1 周期とした。この 1 周期をさらに、両手支持期、右片手支持期、両手支持期、左片手支持期の 4 期に分けた。今回は、連続した 2 周期の筋活動を解析対象とした。本研究は、本学研究倫理審査委員会の審査を経て承認されている。（承認番号 OKRU29-A102）。

【結果】雲梯動作の両手支持期では脊柱起立筋群の活動は明瞭でなかった。しかし、右片手支持期では右脊柱起立筋群の活動が、左片手支持期では左脊柱起立筋群の活動が増加する傾向がみられた。

【考察】脊柱起立筋は、歩行では初期接地の前後にかけて両側が活動するのに対し、雲梯動作時には主に片手支持期全般で支持手と同側が活動した。体幹の安定性に関与する点で歩行と雲梯動作は共通している。雲梯動作は定型発達児の脊柱起立筋の活動を促すことが示唆された。雲梯遊びは、発達障がい児の体幹姿勢調節の発達に貢献しうると考えられる。

精神疾患を合併した腰椎粉碎骨折患者の理学療法を経験して

倉持正一 小室純平

ホスピタル坂東 リハビリテーション部

Keywords / 精神疾患, 腰椎粉碎骨折, 対麻痺

【はじめに】発達障害をベースに精神疾患を併存した腰椎粉碎骨折に伴う対麻痺患者を担当。当初の予後予測に反して良好な経過をたどり、歩行が獲得された症例であった。今回の経験を振り返り若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】A 氏, 30 代女性。X 年 X 月上旬より, 腰痛出現, 当院整形外科を受診。腰椎が変形している等と説明を受けた後より, 食思不振, 臥床がちとなり, トイレに行くにも這っていくようになった。自宅生活困難なため入院。腰痛症, 骨粗鬆症にてリハオーダー出るがプログラムに乗らず一旦中止。その後再検査にて第 1 腰椎粉碎骨折, 不全対麻痺の診断。再オーダーとなった。精神科診断名は統合失調症, 精神発達遅滞。

【経過】入院時は痛みがありながらも歩行可能であった。職員に対して依存的な発言・態度があり床に寝転んでしまうなどのエピソードが続き活動性が低下傾向にあったためリハオーダーとなった。その頃より「足が動かない」と訴え臥床状態となった。腰痛持続しているため再度画像検査を実施。第 1 腰椎粉碎骨折による不全麻痺の診断となった。

開始時は両下肢とも MMT : 0~1, 前脛骨筋と下腿三頭筋は 2 レベル, AIS : C, 尿意はあるが便意はなかった。寝返りにも介助を要していた。精神症状は幻聴による独語や空笑などがあったが概ね落ち着いて過ごせていた。車椅子移乗動作の獲得を目標としてプログラム開始。1 ヶ月程度でトランスファーボードを使用して移乗動作獲得, その頃より下肢筋力の回復あり。その後平行棒内歩行が可能なレベルまで急激に回復。目標を上方修正し歩行獲得としてプログラム継続。経過良好にて最終的には独歩獲得となった。

【考察】身体症状の客観的な把握と評価に難重した症例。精神発達遅滞に伴う理解力や現実検討力の低さが影響していた。プログラムについては成功体験を積み重ねていたことが功を奏したと推察した。

【倫理的配慮】本報告をするにあたり症例本人に口頭にて説明を行い, 承諾を得ている。

運営幹事名簿

代表運営幹事	上菌 紗映 (医療法人社団光生会平川病院)
運営幹事	仙波 浩幸 (日本保健医療大学)
	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)
	小俵 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 (医療法人鴻池会秋津鴻池病院)
	倉持 正一 (ホスピタル坂東)

精神・心理領域理学療法部門



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