

統合失調症の長期臥床により廃用症候群となった1例

～重度栄養失調から自宅退院を目指して～

日本精神科病院協会

利益相反(COI)開示

発表者名：平井 謙光

演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべき

COI 関係にある企業などはありません。

はじめに

この度、統合失調症の無気力と皮膚感染により安静臥床を余儀なくされ、重度の栄養失調を来した廃用症候群の症例を担当した。運動と栄養をバランスよく取り入れながらリハビリテーション(以下リハビリ)を進めていく中で、自宅へ帰りたいという目標を抱くようになった。そこで、自宅退院に繋がられた一症例について報告する。

症例紹介

(基本情報) 年齢: 40代 性別: 女性 身長: 155cm 体重: 37kg BMI: 15.4

(医学的情報)

- 診断名: 廃用症候群/併存疾患: 統合失調症、器質性精神障害
- 現病歴

X年1月下旬から徐々に歩行困難となり、2月14日自宅で動けなくなったためA病院へ入院。身体的な原因は見られず、同日当院へ統合失調症での入院となる。入院時から無気力状態と皮膚感染による炎症が続き、食事摂取量の低下により4月4日より廃用症候群の診断にて理学療法開始となる。

- 血液データ: 高値 = 赤色、低値 = 青色で表示

(社会的情報)

- 職業: 無職 (生活保護) ・ 家屋: 市営団地7階
- 家族: 息子3人(同居)、**keyperson**長女(別居)、実母は入院中、夫とはDV被害により20代で離婚。

	X/3/23	X/4/10	X/5/23	X/6/22
Alb	2.7g/dl	3.0g/dl	3.2g/dl	3.6g/dl
TP	5.9g/dl	6.1g/dl	6.3g/dl	6.7g/dl
Hb	10.9g/dl	11.0g/dl	9.8g/dl	9.7g/dl
CRE	0.47mg/dl	0.40mg/dl	0.50mg/dl	0.52mg/dl
GLU	91mg/dl	89mg/dl	84mg/dl	80mg/dl
BUN	4.2mg/dl	3.6mg/dl	7.8mg/dl	10.2mg/dl
CRP	17.82mg/dl	0.01mg/dl		

初期評価(X/4/4～4/13)

- HOPE: **特になし**
- CRP **17.82mg/dL**(3/23)
- 体重(適正体重53kg): **37.0kg**(4/15) BMI 15.4 **体重減少率: 12.9%**(3/15～4/15)
- Timed Up & Go Test(以下TUG): ①**30.23秒**②**20.79秒**※サークル歩行器使用(カットオフ:13.5秒以上=転倒リスク/30秒以上=**日常生活に介助を要する**)
- ADL(Barthel Index以下BI): 50点(食事、排泄コントロール以外減点)
- Global Assessment of Functioning(以下GAF): 31点
- 訓練内容(ベッドサイドにて1単位/日)
- ①ROMex(上肢、股関節)②筋力ex(上肢)③基本動作ex(寝返り～端座位)

■問題点

身体的・精神的

#**栄養失調** #**低体重** #**無気力状態**による食事摂取量の低下 #臥床状態による筋肉量の低下 #タンパク質分解によるエネルギー源の確保 #炎症による異化期のエネルギー消費

■GOAL

短期:車椅子離床

中期:トイレ動作自立(病棟)

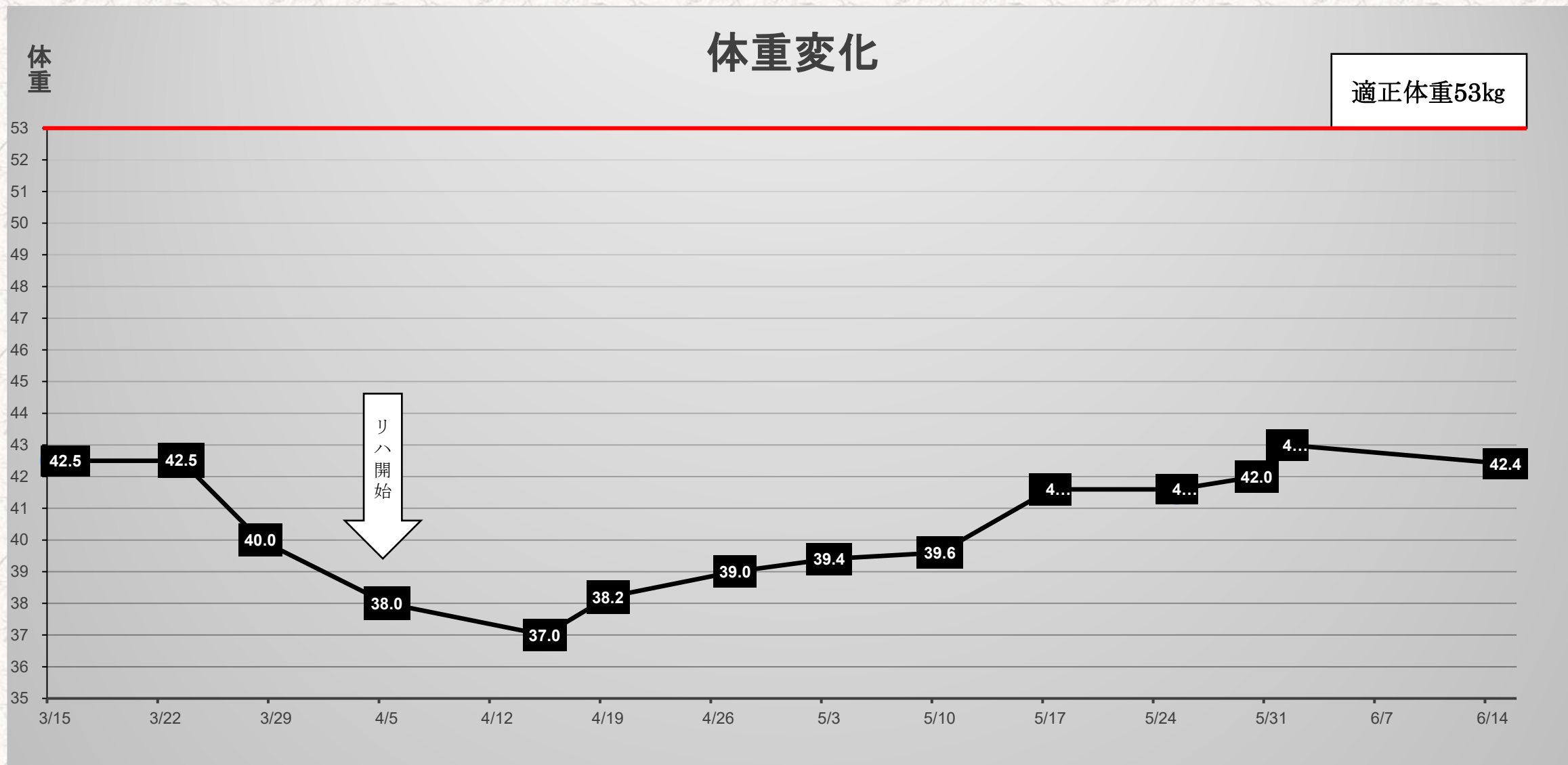
長期:病棟内歩行自立

経過(X/3/15～6/28)

日付	リハビリ内容	食事	体重	食形態	提供カロリー数 (必要カロリー数 1534kcal)	介助量
3/15	介入なし	米飯食一口大	42.5kg	常食	1430kcal	軽介助レベル
4/4	介入開始 初期評価実施	水分のみ数口程度	—	常食	1430kcal	中等度介助レベル
4/6	上肢のみ ROMex Gripex セラバンド(柔)ex	メイバランス追加	38.0kg (4/5)	半量＋補助食	1425kcal	中等度介助レベル
4/13	上肢のみ ROMex Gripex セラバンド(柔)ex 頭部挙上ex	ベッド上端座位にて食事 パン全量摂取	37.8kg	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおか ず全て半量＋補助食	1159kcal	中等度介助レベル
4/18	車いす離床に てリハビリ室で の介入	変化なし	38.2kg (4/19)	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおか ず全て半量＋補助食	1159kcal	軽介助レベル

日付	リハビリ内容	食事	体重	食形態	提供カロリー数 (必要カロリー数1534kcal)	介助量
4/26	病棟車いす自走 平行棒内歩行実施	粥食摂取せず、パンに切り替えて数口食べれている	39.0kg	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおかず 全て半量＋補助食	1159kcal	見守り～軽介助レベル
5/2	午前午後での介入開始 平行棒内ハーフスクワット等 負荷量UPした内容に変化	変化なし	—	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおかず 全て半量＋補助食	1159kcal	見守りレベル
5/8	独歩での見守り歩行可能	1日通して半分以上は摂取可能	39.4kg (5/3)	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおかず 全て半量＋補助食	1159kcal	見守りレベル
5/17	体重40kg台に増加	食事はほぼ全量摂取可能	41.6kg	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおかず 全て半量＋補助食	1159kcal	見守りレベル
6/1	本人を交えて退院についてのカンファレンス実施	食事はほぼ全量摂取可能	43.0kg (5/31)	朝・夕流動食 昼米飯一口大とおかず 全て半量＋補助食	1650kcal	自立

日付	リハビリ内容	食事	体重	食形態	提供カロリー数 (必要カロリー数 1534kcal)	介助量
6/7	変化なし	食事はほぼ全量摂取 可能	—	米飯＋おかず大皿(1.5倍)	2130kcal	自立
6/8	病院屋上にて軽いjogやダイナミックなex追加	食事はほぼ全量摂取 可能	42.4kg (6/14)	米飯＋おかず大皿(1.5倍)	2130kcal	自立
6/28	自宅退院	食事はほぼ全量摂取 可能	—	米飯＋おかず大皿(1.5倍)	2130kcal	自立



体重変化(グラフ)※ ➡ リハビリ開始時期

最終評価(X/6/20～6/27)

- HOPE: **自宅に帰りたい**
- CRP0.01mg/dL(4/11)
- 体重(適正体重53kg): **42.4kg**(6/15)
BMI 17.65
- TUG: ①**15.60秒**②**11.00秒**※独歩
- ADL(BI): **100点**
- GAF62点
- 訓練内容(リハビリ室にて**2単位**/日)
- ①ROMex(上下肢)②筋力ex(上下肢
体幹)③バランスex④**階段ex**⑤**持久力**
ex⑥**ジョギング**

■問題点

身体的・精神的

#軽度栄養失調 #低体重

社会的

#**母子家庭による生活環境** #**生活リズムの乱れ**

■GOAL

短期:病棟内活動時間の拡大

中期:階段昇降自立

長期:屋外歩行自立

結 果

体重: 38kg → 42.4kg(4.4kg増)

BMI: 15.4 → BMI 17.65(2.25増)

身体機能: 歩行器歩行レベル → 独歩

ADL: 中等度介助(BI50点) → 自立(BI100点)

HOPE: 特になし → 自宅に帰りたい

HOPE: 特になし → 自宅に帰りたい

考 察

今回症例が自宅退院できた要因として、多職種との情報共有により、多角的な視点でリハビリ提供出来たこと。リハビリを通じて精神面が徐々に変化したことが関係していると考え。介入初期は臥床状態が続き、炎症反応によるエネルギー供給が優先されているため¹⁾積極的なリハビリを行えない事が多かった。そのため、多職種と情報を共有し、安全にリハビリを行うことで徐々に食事と運動量を増やすことが可能となった。そして精神面について山本ら²⁾によれば、精神疾患患者に運動を行った結果、陰性症状の有意な変化が見られたとしている。今回症例はリハビリを継続する中で、達成感を得ながら少しずつ歩ける様になったことが自信に繋がり、「自宅に帰りたい」という具体的なHOPEが出てきたのだと推察される。

また、精神疾患患者は長期入院になりやすいとされ³⁾⁴⁾⁵⁾、一般的な入院患者と違い、自宅退院に結び付けるには退院先の有無も大きく関係している。精神疾患患者の退院先について石橋ら⁶⁾が行った研究によれば、精神科入院患者の自宅退院となる特徴に①生活場所が自宅②終了時ADLがBI65点以上③終了時GAFが51点以上④同居家族がいることの特徴を挙げており、精神疾患患者が自宅退院するには、身体・精神面の改善だけではなく、患者を取り巻く様々な環境や課題解決も必要である事を知り、改めて自宅退院の難しさを学んだ。

考 察（図）

自宅退院

身体的問題

多職種連携による安全なリハビリの提供

リハビリでの成功体験

精神的変化(帰宅願望)

社会的問題

生活上の問題(金銭、人的援助等)

環境面の問題

居住地域のバリアや家族及び人間関係(住居、家族等)

リハビリの効果

- 1: 理学療法によって身体面の改善だけではなく**精神面の改善にも効果が得られた。**
- 2: **多職種と共同で治療検討**を行い⁷⁾、本人の回復段階に合わせたメニューを提供することで**精神面や食事面にも効果が表れた。**
- 3: 身体機能にアプローチすることでADLが向上し⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾、**介助量の軽減や介助者の負担軽減**にも繋げることができた。
- 4: 長期臥床傾向の患者に対しても**褥瘡などの二次的合併症の予防や離床を促すきっかけ**になる。

参考文献

- 1) 若林 秀隆:リハビリテーションと臨床栄養.Jpn Rehabil Med 2011;48:270-281
- 2) 山本 大誠,奈良 勲,岡村 仁,藤村 昌彦:統合失調症者に対する理学療法士の有効性.理学療法科学18(1):55-60,2003
- 3) 松岡 洋夫:統合失調症 精神経誌(2007)109巻2号
- 4) 一般社団法人日本神経精神薬理学会:統合失調症薬物治療ガイドライン2022
- 5) 山本 大誠,奈良 勲:わが国における精神疾患の理学療法の課題と展望.神戸学院総合リハビリテーション研究第1巻 第1号(2006年3月)
- 6) 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.理学療法学第45巻第6号366～372頁(2018年)
- 7) 池淵 恵美:精神障害が身体障害リハビリテーションに及ぼす影響
- 8) 藤松 久恵,井戸 芳和,伊坪 敏郎,吉村 康夫:身体障害を合併した慢性期統合失調患者の日常生活動作に影響を及ぼす精神症状.長野県作業療法士会学術誌.32.116－121.2014
- 9) 渋谷 武志:統合失調症を有した多発外傷後の患者への理学療法の介入.滋賀県理学療法士会学術誌(26).47-53.2006
- 10) 桑野 大介,園田 拓史,村山 芳博:身体合併症を有する精神科患者におけるリハビリテーションの効果について精神疾患別での比較.