

多職種協働によりせん妄が改善しリハビリテーションが可能となった大腿骨頸部骨折患者の一例

○高井 貴行, 児嶋 範明, 森沢 知之
神戸リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：低活動型せん妄、認知機能障害、せん妄因子

【はじめに】回復期リハビリテーション病院（以下：回復期病院）におけるせん妄は、積極的なリハビリテーション（以下：リハ）の制限因子である。せん妄が遷延する症例は、リハが施行できず機能的転帰の悪化だけでなく転院となることも少なくない。回復期病院において、せん妄を発症した症例に対し、多職種協働アプローチによりリハが可能となった症例を担当したため報告する。

【症例紹介】80代男性、診断名は、右大腿骨頸部骨折。現病歴は、X日に自宅で転倒され右大腿骨頸部骨折を受傷、X+5日に観血的骨接合術を施行し、X+50日に当回復期病院に入院となった。入院時評価では、GCS：E4V5M6、Confusion Assessment Method（以下CAM）は陰性、MMSE：15点、頭部MRIにおいて脳室拡大による水頭症、前頭葉、側頭葉、海馬の萎縮を認めた。入院後1週間のADLでは、頻尿であることからトイレ排泄の希望が強い一方で、身体介助量が多いためにトイレ誘導が困難であった。さらに、食事時の食べこぼしによる失敗体験を繰り返していた。心理機能は、抑うつ症状を認め、食事や飲水摂取を拒否するようになっていた。X+64日頃から昼夜逆転し日中傾眠傾向となり、暴力行為や幻覚が出現した。X+76日GCS：E1V1M4、CAM陽性、血液検査ではBUN47.7と脱水症状を認め、リハ実施が困難となりチームで対策立案することとなった。

【経過】多職種における協働では、せん妄発生に対する問題点を整理した。せん妄の準備因子としては、高齢、認知機能障害疑い、難聴、前院でのせん妄の既往。直接因子として手術、内服薬（SGLT2阻害薬、不眠治療薬、オピオイド受容体作動薬）、脱水。促進因子として環境の変化、不動、トイレでの排尿困難が挙げられた。これらのせん妄発生に関する修正可能な問題点に対し治療方針として、医師は補液を行い、薬剤師と連携しSGLT2阻害薬の変更およびオピオイド受容体作動薬を中止とした。X+85日せん妄は脱水の補正後も継続しており、日中の精神運動の低活動に対して精神科による睡眠薬の調整が行われた。また、不動に対しては、看護師が日中離床と飲水を促し、リハでは頻回（計4回6単位/Day）に離床を図り感覚刺激を増加させた。排尿に対しては、療法士と看護師が共同で、排尿の訴えに応じてトイレ誘導を実施した。X+87日頃から開眼時間が増え始めX+88日以降昼夜逆転が改善されGCS：E4V5M6、CAM陰性となった。その結果、リハ参加が可能となり介護老人保健施設への入所となった。

【結論】回復期病院のせん妄患者に対して、せん妄因子に対応した多職種協働は、せん妄の修正可能因子に対応可能であり、せん妄の遷延および、それに伴う転帰先の決定に影響した可能性がある。

修正型電気けいれん療法と理学療法のコラボレーションが奏功した一例

○福田 浩巳 1), 石橋 雄介 1), 高 登樹恵 1), 重留 一貴 2), 加藤 剛 2)
1) 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪精神医療センター リハビリテーション室
2) 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪精神医療センター 医務室

キーワード：修正型電気けいれん療法、精神疾患、身体化症状

【はじめに】抑うつ症状の強さは、リハビリテーション（リハ）への参加率を低下させ、ADLの回復を阻害するとされている。そのため、リハにおいては身体機能のみならず、精神面への介入が重要である。本症例では、うつ病を背景に術後の身体化症状により理学療法の継続が困難となったが、薬物療法に加えて修正型電気けいれん療法（mECT）を導入したことで精神状態が改善し、身体機能の回復が得られた。その一連の経過を報告する。

【症例紹介】症例はうつ病で通院中の70代女性。夜間徘徊が頻発し、自宅生活の継続が困難となり、薬剤調整目的で当院へ入院した。Y日に転倒し、左大腿骨近位部骨折を受傷。同日に転院し、Y+2日に観血的骨接合術を施行。術後リハは強い不安と恐怖のため実施困難であった。Y+10日に当センターへ転院し、翌日より理学療法を開始した。初期評価では、左股関節の可動域は屈曲90°、伸展0°、MMTは右下肢3〜4、左下肢2〜4、疼痛は荷重時にNumerical Rating Scale（NRS）で8/10を示した。ADLは、起居・移乗が軽介助、移動は車椅子全介助、歩行は手引きで約5mに留まった。Pain Catastrophizing Scale（PCS）は44/52点と高値で、破局的思考が歩行への顕著な抵抗に関与していると考えられた。

【経過】理学療法開始当初、患者は「廃人になった」「痛い、ずっと痛いねん」「折れてるねん」と繰り返し、疼痛のため10m歩行に3分以上を要した。鎮痛薬の処方変更も効果乏しく、総合診療医の診察で器質的要因を除外後、精神的要因の関与が強いと判断され、精神科医と協議のうえ、Y+36日よりmECTを導入。以降、心理面に配慮し、医師・看護師・薬剤師と連携し、症状変化に応じた柔軟な介入を行った。心理的介入では、共感的傾聴と肯定的再構成を通じて否定的認知に働きかけ、小さな成功体験の言語化により意欲向上を図った。mECT3回目以降、抑うつ症状と身体化症状の軽減がみられ、筋力増強運動や歩行練習、作業療法への参加が可能となった。PCSで示される「無力感」や「反芻」に類似する発言も減退し、否定的思考も緩和された。Y+90日にはNRS 2/10、MMT両下肢4〜5、屋外杖歩行が約20分可能となり、ADLは入浴以外自立した。退院後は精神科外来フォローと訪問看護・リハを導入し、夫との屋外散歩が可能となった。

【考察】本症例では、術後の身体化症状により理学療法の実施が困難であったが、mECTの導入により精神症状が速やかに改善し、歩行練習や活動への参加が可能となった。抑うつ症状が強く、リハの展開に難渋する症例において、mECTはQOL向上に寄与する有効な治療選択肢となり得ることが示唆された。また、身体機能の回復を目指す理学療法とmECTとの親和性の高さも示され、多職種による包括的な介入の重要性が再認識された。