3週間入院運動プログラムによる 線維筋痛症患者の心身の変化

——心理面談により明らかになった理学療法士の対応の重要性——

*Physical and Mental Effectiveness of a New 3-week Exercise-based
Intervention Program for Fibromyalgia Inpatients: Interview Revealed
the Importance of Therapists' Stance*

高井 範子¹⁾ 藤田 信子²⁾ 池田 耕二²⁾
金子 基史³⁾ 丸山 伸廣⁴⁾ 中原 理⁴⁾
三木 健司^{1,3)} 高橋 紀代⁵⁾ 仙波 恵美子¹⁾

NORIKO TAKAI, PhD¹⁾, NOBUKO FUJITA, RPT, PhD²⁾, KOJI IKEDA, RPT, PhD²⁾, MOTOSHI KANEKO, RPT³⁾,
NOBUHIRO MARUYAMA, RPT⁴⁾, OSAMU NAKAHARA, RPT⁴⁾, KENJI MIKI, MD, PhD^{1,3)}, NORIYO TAKAHASHI, MD, PhD⁵⁾,
EMIKO SENBA, MD, PhD¹⁾

¹⁾ Department of Physical Therapy, Faculty of Health Science, Osaka Yukioka College of Health Science: 1-1-41 Sojiji,
Ibaraki-shi, Osaka 567-0801, Japan TEL +81 72-621-0881 E-mail: noriko-takai@yukioka-u.ac.jp

²⁾ Department of Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Naragaku University

³⁾ Hayaishi Hospital

⁴⁾ Senriyama Hospital

⁵⁾ Tokuyukai Senriyama Hospital Home Medical Care Center

Rigakuryoho Kagaku 37(1): 45-58, 2022. Submitted Aug. 29, 2021. Accepted Oct. 5, 2021.

ABSTRACT: [Purpose] This study aimed to investigate the physical and mental effects of a newly developed 3-week exercise-based intervention program for patients with fibromyalgia (FM) and the appropriate involvement of physical therapists in this treatment. [Participants and Methods] Questionnaire surveys (JFIQ, BDI-II, and SF-8) and psychological interviews of 12 female patients with FM were conducted before and after the intervention. [Results] The majority of patients showed some improvement in their JFIQ, BDI-II, and SF-8 scores. The patients' narratives suggested the importance of physical therapists being aware of their pain and distress. [Conclusion] This study showed that the exercise-based program effectively improved both the physical and mental health of the FM patients, and also, that it is important for physical therapists to consider patients' pain and distress during treatment.

Key words: fibromyalgia, exercise-based intervention program for inpatients, physical therapist stance

要旨:〔目的〕新たに考案した3週間入院運動プログラムによる介入前後の線維筋痛症(FM)患者の心身の変化を調査し、理学療法士(PT)の適切な対応を明らかにすることである。〔対象と方法〕FM女性患者12名を対象とし、医療や心理学などの専門家による共同チームが考案した3週間入院運動プログラムによる介入を行い、その前後において質問票(日本語版線維筋痛症質問票(JFIQ)、日本版ベック抑うつ質問票(BDI-II)、The 8-item Short-Form Health Survey(SF-8))による評価と心理面談による聴き取りを行った。〔結果〕本プログラムによりFM患者のJFIQでは11名、BDI-IIでは10名、SF-8では9名(身体面)、8名(精神面)が改善を示した。患者の語りからは、患者の痛みや辛さに寄り添う姿勢など、PTの対応が患者にとり重要であることが示唆された。〔結語〕本プログラムはFM患者の心身に変化を及ぼす効果があり、その遂行において患者の痛みや辛さに寄り添うPTの姿勢が重要である。
キーワード: 線維筋痛症、入院運動プログラム、理学療法士の対応

¹⁾ 大阪行岡医療大学 医療学部 理学療法学科: 大阪府茨木市総持寺1-1-41 (〒567-0801) TEL 072-621-0881

²⁾ 奈良学園大学 保健医療学部 リハビリテーション学科

³⁾ 医療法人早石会 早石病院

⁴⁾ 医療法人篤友会 千里山病院

⁵⁾ 医療法人篤友会 千里山病院 篤友会在宅医療センター

I. はじめに

近年、医療界では、社会的・経済的損失の大きさから、慢性痛の克服が強く求められており、本邦でも原因不明の痛み苦しむ線維筋痛症（fibromyalgia：以下、FM）に関する研究が進められている。FMは、全身の深部組織の耐え難い自発痛と痛覚過敏を特徴とし、その原因やメカニズムは不明であり、有効な治療法も確立されていない¹⁾。しかし、痛みが難治化するメカニズムとして「運動恐怖-回避メカニズム」が提唱されている²⁾。FM患者は痛みを悲観的に捉える破局的思考に陥りやすく、痛みを破局的に認知することで運動に対する恐怖が生じ、その結果として廃用性の萎縮・循環障害が起こり、痛みが悪化し、生活障害が進行する、というものである。一方、この恐怖回避反応と対局的な「忍耐反応」が心身症的な慢性痛難治化において重要な役割を果たしており、恐怖回避反応と忍耐反応には異なる医学的対応が必要であることが指摘されている³⁾。慢性痛の忍耐反応の患者は、成育史の影響を受け、安静に対する罪悪感のため過剰適応的行動が定着し、多動や過活動、あるいは力を抜くことができない等の特徴を持つことも報告されている⁴⁾。さらに、FM患者の独特な心理特性、免疫学的異常、脳機能異常、自律神経機能異常が注目されており、FMが典型的な心身症であり、心身相関や全人的理解に基づく対応が臨床的に有用であるとも言われている⁵⁾。このように、FMに関しては多方面からの学術的研究が進められている。

FMに限らず疼痛に苦しむ患者に対応する理学療法士は、痛みに関して学ぶことが必要である。しかし、本邦の理学療法士・作業療法士養成施設（合計219施設）において卒前教育における系統だった疼痛学教育を実施している施設はわずか18.3%であった⁶⁾。痛みや心身のストレスを抱えている患者をケアするセラピストが疼痛教育を学ぶ意義は大きいにもかかわらず、現状では適切な教育が行われているとは言い難い。特に原因不明の痛み苦しむ患者への対応は難しく、単に技術だけを機械的に実践しただけで済む問題ではなく、理学療法士の役割も「治す」から「治し、支える」というように、支えるという心理・社会的側面が重視されるようになっていく⁷⁾。

しかし、FM患者に対する治療効果を検討する報告は散見されるが、FM患者の語りから、治療効果を質的に積極的に検討したり、FM患者を支える理学療法士の対応がどうあるべきかを検討した報告は少ない。また、それらが治療効果に与える影響についてもわかっていない。したがって、いくら有効な運動療法プログラムを開発したとしても、個々のFM患者の心身に対する理学療法士の認識が違っていたり、実践する理学療法士の対応すなわち姿勢や態度が不適切であったり、理学療法士と

しての力量も備わっていなければ、プログラムの継続はおろか治療効果も得られないことになる。ここに、FM患者の身体変化だけではなく、FM患者の痛みや心身の状況および担当した理学療法士の対応について、FM患者の視点から明らかにする意義がある。そのためには直接治療に関わる医師や担当理学療法士ではなく、心理学研究者という第三者の立場から、FM患者の語りを引き出し、心身の変化や理学療法士の対応に対する認識を明らかにする必要性が認められる。また、介入前後のFM患者の心身の変化を検討するためには、量的側面による数値指標と、それだけでは捉えきれない面を補完するための質的側面の両側面による検討が必要である。量的側面の指標としては、FM患者の運動機能や疲労度、こわばり等、心身に関する内容を問う線維筋痛症質問票、および、全体的健康感や身体機能、日常役割機能等を測定する健康関連 quality of life（以下、QOL）尺度、また、FM患者が痛みのために様々な苦悩を抱えていることが推察されるため、抑うつに関する質問票を用いる。

本研究では、臨床現場の理学療法士や医師をはじめ、理学療法学者研究者、医学研究者、心理学研究者など専門を異にする医療者・研究者の共同チームによって、慢性疼痛に悩まされているFM患者12名を対象に3週間入院運動プログラムを実施し、その効果を質問票によって検討しつつ、心理面談による患者の語りから、心身の変化と理学療法士の対応に対する認識をも明らかにすることを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象

対象者は、FM患者12名（すべて女性）、年齢は59.8 ± 14.8歳（平均 ± 標準偏差、最小値37～最大値79）であった。FM診断年（X）からの経過年数（FM診断は医師が「アメリカリウマチ学会診断基準（1990）」に基づいて診断）は、症例1：X+5年、症例2：X+1年、症例3：X+10年、症例4：X+2年、症例5：X+3年、症例6：X+11年、症例7：X+4年、症例8：X+3年、症例9：X+9年、症例10：X+9年、症例11：X+1年、症例12：X+4年であった。個人情報保護の観点から個々の患者の年齢は何代と記し、経過年数は上記の表記とした。

倫理的配慮は、対象者に対して3週間入院運動プログラムの内容等を、書面を用いて説明し、同意を得たうえで行った。また、本研究は大阪行岡医療大学倫理委員会の承認を受けて行われた（承認番号：27-0001）。

2. 方法

本研究における3週間の入院運動プログラムは、エルゴメータや屋内外の散歩等の有酸素運動を一日に数回に

分けて必ず実施することとし、理学療法士が個別治療として関節可動域運動や筋力増強運動、バランス練習、歩行練習などを個々の患者に合わせて実施するというものである。有酸素運動と筋力増強運動では中等度負荷量を到達目標とする段階的運動療法とし、各運動の強度はBorg Scaleで11-15を、有酸素運動はカルボーネン法で最大心拍数(Heart Rate maximum: 以下, HRmax)60%を指標に行った⁸⁾。協力が得られた2施設において、理学療法士による2時間の個別治療と、患者による3時間の自主トレーニングが日曜を除き毎日行われた(日曜は、患者は完全休養の位置づけであり、家人と外出したり病院で過ごすなど、個々自由に過ごしていた)。担当した理学療法士は各施設1名、40代と30代の男性であり、臨床経験年数はそれぞれ5~10年と15~20年である。症例1~4は前者が、症例5~12は後者が担当している。担当の理学療法士が休みの日は別の理学療法士が担当したが、本プログラムの内容は同一で実施された。

調査の手続きとしては、入院運動プログラムの介入前と後に、①日本語版線維筋痛症質問票(Japanese version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire: 以下, JFIQ)、②日本版ベック抑うつ質問票(Beck Depression Inventory-Second Edition: 以下, BDI-II)、③健康関連QOL尺度(The 8-item Short-Form Health Survey: 以下, SF-8)における身体的サマリースコア(PCS-8)と精神面サマリースコア(MCS-8)による評価を実施した。FIQはFMの治療評価などで世界的に広く使用されており、日本語版JFIQの言語的妥当性は担保されている^{9,10)}。日本版BDI-IIの等価性、内的整合性に関する信頼性および妥当性(併存妥当性、因子妥当性)は担保されている¹¹⁾。健康関連QOL尺度であるSF-8TM Health Survey日本語版は、本邦でも広く使用されているSF-36TMv2(36項目)と同様に、健康関連の8領域(8項目)で測定することができる尺度である。SF-8TMは18歳以上75歳以下の年齢範囲において高い内的妥当性を有している尺度である¹²⁾。

質問票ごとに各症例の介入前後の得点結果および前後の得点差を示し、質問票ごとの前後の平均値に統計処理を行う。さらに、介入前後に、心理学研究者の筆者が面談を行い、痛み、心身の状況の変化を調査し、包括的QOL(人生の質、生活の質)評価を行った。面談は本プログラムが実施される病院内のプライバシーが守られる一室で行い、1対1の半構造化面接とした。面談時間は介入前後に各2時間であった。対象者は全員、質問票に回答する能力や面談時のコミュニケーション能力に特に支障をきたすような問題はみられなかった。面談では、介入前に、設問①: 痛みの発症状況を、介入前後に設問②: FM患者の語りや行動・態度に示される痛みおよび身体状況、設問③: FM患者の語りや行動・態度に示される生きる姿勢(精神面)を聴き取った。設問①、②、

③の内容を統合し、痛み、心身に対する認識の変化の解釈を行った。続いて、設問④: 本プログラム中の理学療法士の対応を聴き取り、そこから、FM患者に対する運動プログラムの継続において必要となる理学療法士の対応についての解釈を行った。

面談記録の分析は筆者が行った。まず、インタビューにおいて聴き取った患者の語りを、患者が語った順にすべてPC入力作業を行い、面談時の患者の表情や様子(例: 歩き方など)も補助データとして記録した。介入前に聴き取りが不足していたと感じられた内容に関しては、介入後の面談で確認を取るようにした。次に、患者の個人的な話と半構造化面接の設問ごとに整理してまとめ直した。さらに、運動療法による介入前後の心身の変化を検討するために、語りを身体面と精神面に分けてまとめ直した。語りのデータの抽出基準としては、介入前後のFM患者の心身の変化がよく示され、また、症例ごとの特徴が示されていると思われる内容に絞って語りを抽出した。理学療法士の対応に関しては、まず、理学療法士に関する語りの内容を全て列挙し、各症例において共通するものを抽出してグルーピングを行い、項目ごとに解釈を行った。項目の根拠としての患者の語りを示すために、症例ごとに、理学療法士の対応を箇条書きで示し、番号を振って示すこととした。解釈の妥当性を担保するために、1症例ごとに共同研究者の各分担の分析が終わった時点で、分析結果を持ち寄り、共同研究者間で情報を共有し、症例検討を行った。介入前後のFM患者の心身の変化の統合と解釈に関しては、心理学と理学療法学の専門領域が異なるため、納得の行くまで議論を尽くし、何度も検討を重ね、共通理解を得たものを採用した。

共同研究者の役割分担は以下のとおりである。現場の理学療法士は患者に本プログラムを実施し、医師は病院において患者の選定と病状の把握を行い、運動療法中の患者の健康状態を常にチェックし、理学療法士とともに、安全に本プログラムが実施できるように配慮した。理学療法学研究者は、FM患者の痛みと身体・注意機能や脳血流量(NIRS)との関係および日常生活活動量やSF-8等を調査し、心理学研究者は、患者の心理的側面の評価を、質問票(SF-8以外)と患者へのインタビュー調査によって包括的に捉える役割を負った。線維筋痛症に詳しく脳科学を専門とする医学研究者は、fMRI解析および3週間入院運動プログラム研究全体の総括を行った。

III. 結 果

表1に4つの質問票の症例ごとの前後比較の得点結果および各質問票の平均値とt検定結果を示す。JFIQでは12例中11例に得点の低下が認められ、平均値の有意な得点の低下が認められた。BDI-IIでは、12例中10

表1 介入前後の質問票の得点結果

	年齢	JFIQ (点)			BDI- II (ベック抑うつ) (点)			SF-8 (身体面 PCS) (点)			SF-8 (精神面 MCS) (点)		
		介入前	介入後	前後差	介入前	介入後	前後差	介入前	介入後	前後差	介入前	介入後	前後差
症例 1	30 代	69.8	84.1	+14.3	21	15	-6	27.8	30.0	+2.2	37.2	50.3	+13.1
症例 2	40 代	60.4	48.8	-11.6	6	5	-1	18.1	35.4	+17.3	54.4	49.9	-4.5
症例 3	30 代	53.0	18.0	-35.0	12	2	-10	26.7	45.5	+18.8	51.5	57.6	+6.1
症例 4	70 代	39.2	23.9	-15.3	16	9	-7	43.5	45.2	+1.7	51.8	55.9	+4.1
症例 5	70 代	88.5	84.0	-4.5	40	34	-6	29.7	29.3	-0.4	25.8	28.9	+3.1
症例 6	70 代	26.8	20.4	-6.4	6	6	0	43.4	45.7	+2.3	53.7	52.5	-1.2
症例 7	40 代	55.9	48.9	-7.0	13	8	-5	34.5	42.1	+7.6	45.3	44.3	-1.0
症例 8	50 代	51.4	48.4	-3.0	15	14	-1	43.3	35.4	-7.9	34.1	44.2	+10.1
症例 9	70 代	80.7	60.4	-20.3	20	9	-11	26.5	36.5	+10.0	30.8	51.3	+20.5
症例 10	50 代	85.4	61.4	-24.0	16	20	+4	24.1	22.7	-1.4	27.6	38.9	+11.3
症例 11	70 代	84.8	54.8	-30.0	33	16	-17	29.1	49.2	+20.1	39.4	33.4	-6.0
症例 12	60 代	65.4	60.3	-5.1	31	22	-9	24.9	38.8	+13.9	39.7	40.4	+0.7
介入前平均値 ± 標準偏差		63.4 ± 19.4			19.1 ± 10.6			31.0 ± 8.4			40.9 ± 10.3		
介入後平均値 ± 標準偏差		51.1 ± 21.8			13.3 ± 8.9			38.0 ± 8.0			45.6 ± 8.9		
t 値		3.2**			3.5**			-2.7*			-2.1		

症例ごとの前後差は、「介入後の得点－介入前の得点」で示している。JFIQ：日本語版線維筋痛症質問票，BDI-II：日本版ベック抑うつ質問票，SF-8：The 8-item Short-Form Health Survey. **: $p < 0.01$ ，*: $p < 0.05$ 。

例に得点の低下が認められ、平均値の有意な得点の低下が認められた。SF-8（身体面）では、12 例中 9 例に得点の上昇が認められ、平均値の有意な得点の上昇が認められた。SF-8（精神面）では、12 例中 8 例に得点の上昇が認められたが、平均値では有意差は認められなかった（JFIQ および BDI- II は介入前よりも介入後の得点下がると改善，SF-8 は得点が上がると改善となる。症例 1 のみ JFIQ の介入後の得点が上がっているが、本症例は家庭の事情により土日に帰宅し、1 週間分の溜まった家事をこなし、疲労が増していたという諸事情に起因するのではないかと推察される、本症例のみ他の症例と同一条件ではないのであるが、他の質問票では改善方向に変化しており、本研究では質的側面をも同等に重視するため採用することとした）。

表 2 に設問①の痛みの発症状況および既往歴等を示す（痛みの発症に関しては覚えていた患者のみ記載し、既往歴に関しては発症状況の話に付随して語られた場合に記載した）。

表 3 には、介入前後における設問②の FM 患者の語りや行動・態度による痛みおよび身体状況、および設問③の FM 患者の語りや行動・態度における生きる姿勢（精神面）、そして、それらを統合した患者の心身に対する認識の変化の解釈を示す。

表 4 には、設問④の FM 患者が語る理学療法士の対応を示し（特筆すべき症例のみを記載）、表 5 には、対応をもとに運動プログラムを継続し、治療効果を向上させるために必要な理学療法士の対応についての解釈を示す（理学療法士のコメントは特徴的なもののみを記載）。

全症例が痛み発症から FM と診断されるまでに複数の

医療機関を受診していたが、長い間診断名がつかなかったり、逆に FM 以外の診断名で治療が行われたが、改善されなかった経過を辿っていた。痛みの発症部位が、足の指や足底（足底筋膜炎、開張足、モートン病等）とする症例も 2 例みられ、ハイヒール着用で起因するのではないかと医師や本人が推測していた症例も 3 例あった。また、階段から戻もち状態での落下による仙腸関節の傷害が疑われるものや、殿部痛（ヘルニア、梨状筋症候群等）、股関節、鼠径ヘルニア、腰痛等に対する治療、特にブロック注射後や、全人工股関節置換術の術後に痛みがさらに他の身体部位に広がっていったケースもみられた。また、FM 患者は身体の痛みに加えて、他者（家族や職場の上司や同僚など）にその辛さをわかってもらえない心の痛みを抱え、痛みの発症時やその経過において全症例が様々な精神的ストレスを抱えていた。

IV. 考 察

本研究における質問票の結果からは、3 週間入院運動プログラムによる介入によって、FM 患者の症状やうつ傾向、QOL に改善傾向がみられたと考えられる。SF-8（身体面 PCS）において数値が不変である患者であっても、語りからは良くなったことを示す症例が散見されており、効果の判断は難しいと言える。これらについては今後の課題となろう。

痛みと心身状況の変化を解釈すると、介入前は、動くことが痛みを増強させるという思い込みや諦めから不活動だった FM 患者が（「運動恐怖-回避メカニズム」²⁾）、介入後には身体の動く範囲も広がり、痛みの部位は広範

表2 痛みの発症状況および痛みの既往歴等（設問①）

症例1 (30代)	・仕事の過重なストレス下、25歳頃から左足の第1趾の痛み（チリチリする痛み）が出始める。・痛みのためにハイヒールが履けなくなり、歩行困難となり車椅子を使用。
症例2 (40代)	・40歳前後から痛み発症。・「精神的ストレスがかかると痛みが襲ってくる」。・痛みが発症する約1年前に交通事故に遭遇。音（特に車のクラクション）を聞くとそれが強い痛みになる。
症例3 (30代)	・力仕事でぎっくり腰になった。19年位前頃から腰痛、全身痛が出始めた。・リーダーとしての責任上、無理して仕事を頑張り、痛みの症状が強くなった。・足が腫れ、痛みとともに紅斑が出た後、翌年、体中に痛みが出た。めまいや立ちくらみ。顎関節症や突発性難聴も。
症例4 (70代)	・60代後半から痛みが出始め、鼠径ヘルニアの手術後に痛みが増強した。 ・突然の胸痛もあり、「医師に神経的なものかもしれないと言われた」。
症例5 (70代)	・20年前位から足の痛みがあった。本人はハイヒールが原因と考えているが、同時に「色々なストレスから痛みがきている」と断言。「ストレスが多く、そのために全身の痛みが強くなった」。
症例6 (70代)	・50代後半、同居していた実母の他界後、痛みが出始めた。「もう少し優しくしてあげていたらと後悔している」。・じっとしていると痛みが増すことは実感しており、運動には前向き。
症例7 (40代)	・20代後半頃に階段から尻もち状態で滑り落ち、殿部にあざや数ヵ月間の痛みがあったが羞恥心から当時は受診はしていない。・腰・殿部に（ヒリヒリした）痛み（仙腸関節の痛み）。・数年後のレントゲンで「骨折の痕がある」と言われた。
症例8 (50代)	・30代後半から足底がビリビリ痛み出す。その後歩けなくなり開張足と診断。・若い頃にハイヒール着用→アーチがなくなり足底全面接地で痛み増強と当時の医師が説明。足底板使用。・モートン病。・足底は過敏で少しの段差でも痛む。・突然ぎっくり腰。・しゃがむ、物の持ち上げ、座ると腰が痛む。・両手の指もつる。
症例9 (70代)	・痛み発症時の状況は不明。・線維筋痛症と診断された頃、持病の喘息の悪化や母親の介護が重なり、長年教えていた趣味の教室をやめ、ストレスが重なっていた。・4年前に左側の全人工股関節置換術の手術。手術後歩けなくなり再度手術。
症例10 (50代)	・上肢に激痛。両腕の炎症。多くの医療機関を受診。「筋肉と筋力が同時になくなるのは珍しいと言われた」。・上肢の激痛のために食事や洗体に支障があり要介助。・「トータル12年目で両腕の炎症が出てきた」。・複数の疾患あり。
症例11 (70代)	・親族の死や夫の不在時など、10代から不安時に過呼吸になることが多かった。40代の過呼吸時に心臓神経症と診断。・舌痛症。・家族内の精神的ストレスがあった。痛みが強く救急車を呼んだこともあった。歯を磨き過ぎて口内炎になる。
症例12 (60代)	・元々股関節が悪い。30代に痛み増強。・40代頃から不眠。痛みがひどく休職も。・起床時に手のこばり→すぐ消失。・右肘関節に突然激痛→すぐ消失。・左腕の肘から手首の間の痛み→すぐ消失。・検査：膠原病やリウマチではない。・後頭部の下辺りから肩甲骨辺りまでの凝り、痛み→後頭部の痛みは消失。・精神科受診：問題なし。

囲から局部に限局化するという変化を示していた。介入後には、多くのFM患者がかなりの運動負荷に耐えることができた自分に驚き、自己の身体的潜在能力を発見し、痛みがあっても身体を動かすことや歩くことで、痛みが軽減できることを体得していた。痛みと運動の関係についての新たな発見や、自己の身体的改善によって自信を持ち、諦めていた人生に希望を見出し、ポジティブな生き方や態度への変容を示していた。退院後の生活、今後の人生への意欲が喜びとともに語られていた。特に、JFIQの数値が改善の方向に変化した度合いの大きかったFM患者にその傾向が強かった。

慢性痛の治療では、運動・食事・睡眠などの生活習慣の適正化および日常生活において活動量を増やすことが重要となるが^{13,14)}、本研究でも、不安の強い患者に対

して理学療法士が入院中の規則正しい生活リズムを徹底させたことで、患者も安心して運動療法に取り組み、患者自身も入院中の規則正しい生活が良かったと語っていた。また、同じく不安の強い別の患者は、医療スタッフが常駐する病院では突発的な事態にもすぐに対応してもらえる安心感があるために運動療法に頑張ることができ、また、安心感から家よりも眠ることができるようになったと語った。こうした不安感の払拭は、睡眠の改善にもつながり、間接的に運動に対するモチベーションも向上させていたと考えられる。ここに、入院運動プログラムの特性や利点があると考えられる。

以上を踏まえて、今回の入院運動プログラムが功を奏したのは、運動療法を行うことによって、FM患者自らが運動の重要性や身体的潜在能力に気づき、運動や理学

表3 FM患者の語りや行動・態度による介入前後の痛みと心身の変化および語りや行動・態度データに基づく統合と解釈

	設問②	設問③	設問①, ②, ③を踏まえて
	痛みおよび身体状況の介入前後の変化	生きる姿勢（精神面）の介入前後の変化	FM患者の語りや行動・態度データに基づく統合と解釈
症例1 (30代)	介入前 ・全身に電流が流れるような痛み。ひどい痛みが一旦出ると2〜3時間引かない。 ・足を床につけると痛みが増すと思っているため、基本的に車椅子を使用。 ・痛みや硬直があるため家事はしにくい。包丁を落としてしまうこともある。買い物も車椅子使用。	介入前 ・「FMの人は暗いんです。前向きに考えないとつまらないですものね」と、生きる姿勢は前向き。 ・「以前、仕事上の責任から、車椅子を使用しなければいけない身体状況になっても、最後まで仕事をやりこなした」。	介入前 本症例は、考え方は前向きだが、痛みや硬直もあり、足を床につけると痛みが増すと思い込んでいたため、車椅子を使用し、不活動傾向にあった。介入後、当初、痛みのために運動に抵抗感を示すも、意外にできることに気づき、運動メニューをこなしていった。ハードなプログラムをこなせたことや、足底全面接地でも痛みが強くならなかった経験は、患者にとって考え方（思い込み）の変化をもたらし、車椅子から杖使用への行動変容につながったと考えられた。精神面でも、介入後には、将来の職場復帰希望表明や社会貢献への意欲といった具体的表現に変わり、患者の生き方態度が変容し、生きる目標が明確になってきた。3週間の入院運動プログラムが患者の身体面の認識を変え、身体的な潜在能力を引き出し、そのことによって精神的側面においても人生の具体的な目標が見いだされ、QOL（人生の質、生活の質）を高める意欲を引き出すことにつながったと考えられた。
介入後	介入後 ・当初、少し動かしただけでも痛いために動かすことに抵抗感があったが、「やってみると意外とできた」。「これならやれる」と、その後は運動メニューをこなした。 ・足を床につけると痛みが増すと思っていたが、運動療法用の靴底が平らなベタ靴を履いて足を床につけても「思っていたほど痛みが強くならない」ことを体験。 ・退院後、杖を使用した行動が可能となった。	介入後 ・「将来は職場復帰したい」。 ・「FMの患者さんは痛みのために何もできないと考えがちだけれど、社会貢献になることもしたい」。 ・「痛みがあっても、今日一日楽しく過ごせればいいと思っています。痛みとはずっと付き合っていく覚悟はあります。明るく生きていきたい」と笑顔で話す。 ・介入後の面談では表情も明るかった。	介入後 本症例は、介入前、精神面では、「楽をしてはいけない。人生は修行。頑張るために生まれてきた」といった頑なな考え方と同時に、「身体もこわばり、ガチガチに固まっていた」ことに示されるように、心身が密接に結びついていることをよく示している。PTに、力が入っている部位の指摘や身体の緩め方だけでなく、考え方（思考）の癖（例：「自分を甘やかしてはいけない。楽をしてはいけない等」）も指摘された。そのことによって介入後は、「50か30でもいいと思えるようになり、自分を甘やかしてもいい。今の自分の体調に聞いてみるようになった。行動を変えるためには思考を変えなければいけないと気づいた」と語り、PTのアドバイスに患者も納得し、ガチガチになっていた身体の緩め方や、生きやすさの行動変容につながる考え方への修正を本プログラム中に体得していた。 ・介入前までの生活において、注意が主に身体に向けられていたものが、思考にも向けられるようになり、思考を変えることが身体を緩める行動変容につながることをPTの指導によって体得した。PTが患者の心身の特徴を早期に見抜き、本患者にあった身体的側面および精神的側面に関する的確なアドバイスを行うことによって、患者が自己の身体的、精神的状況にどう向き合えばよいかを認識できたことを示す症例と言える。さらに、これらの変化は、「身体と頭をつなげていくために、この3週間が必要だった」といった患者の語りにも示されているように、3週間の集中した本プログラムが効果的に寄与したと考えられた。
症例2 (40代)	介入前 ・「矢が飛んでくるような痛み。一瞬に痛みが襲ってくる」。 ・睡眠不足の時も痛みがきつい。 ・身体がガチガチになっている。身体に力が入っている部位が多い。 ・身体がこわばってきている。	介入前 ・「母親がほめてくれないのは自分の頑張りが足りないからだと思い、自分を甘やかしてはいけない。楽をしてはいけない。人生は修行だ。頑張るために生まれてきたのだ。頑張れることは頑張らねばならないと思って生きてきた」と痛みを抱えながらも過活動的な日常生活を送っていた。 ・自分を心配してくれる人（母親や夫、子ども）に対する罪悪感が強い（特に母親）。 ・痛みの発作への恐れのため人と会うことは余りなかった。 ・「今まではできないことでも、もっとやろうと頑張っでしまっていた」。 ・身体もこわばってきているので、将来寝たきりになるのではないかと不安に思い、本プログラムに積極的に参加。	介入前 本症例は、介入前、精神面では、「楽をしてはいけない。人生は修行。頑張るために生まれてきた」といった頑なな考え方と同時に、「身体もこわばり、ガチガチに固まっていた」ことに示されるように、心身が密接に結びついていることをよく示している。PTに、力が入っている部位の指摘や身体の緩め方だけでなく、考え方（思考）の癖（例：「自分を甘やかしてはいけない。楽をしてはいけない等」）も指摘された。そのことによって介入後は、「50か30でもいいと思えるようになり、自分を甘やかしてもいい。今の自分の体調に聞いてみるようになった。行動を変えるためには思考を変えなければいけないと気づいた」と語り、PTのアドバイスに患者も納得し、ガチガチになっていた身体の緩め方や、生きやすさの行動変容につながる考え方への修正を本プログラム中に体得していた。 ・介入前までの生活において、注意が主に身体に向けられていたものが、思考にも向けられるようになり、思考を変えることが身体を緩める行動変容につながることをPTの指導によって体得した。PTが患者の心身の特徴を早期に見抜き、本患者にあった身体的側面および精神的側面に関する的確なアドバイスを行うことによって、患者が自己の身体的、精神的状況にどう向き合えばよいかを認識できたことを示す症例と言える。さらに、これらの変化は、「身体と頭をつなげていくために、この3週間が必要だった」といった患者の語りにも示されているように、3週間の集中した本プログラムが効果的に寄与したと考えられた。
介入後	介入後 ・「ガチガチな身体を緩めることができたことが特に良かった」。「今まではいつも力が入っていた」。 ・「身体の使い方・動かし方がわかってきた」と笑顔で話す。 ・「プログラム中、(PTから)力が入っている部位を指摘され、身体を緩めるアドバイスや思考の癖も指摘された」。 ・「(PTに)、今日の自分の体調に合わせることも大切だと言われたことを契機に、体調が悪い時には、やろうと思っていたこともしないでおく（溜めておく）。溜めめると翌日、少し頑張れる。溜めることの大切さもわかったことは良かった」。	介入後 ・「今は、100でなくても、50か30でもいいと思えるようになった」。「自分を甘やかしてもいいんですね。今の自分(体調)に聞いてみるようになりました」と笑顔で話す。 ・「自分の思考の癖に気づいて、自分を客観視でき、できなくてもいいと思えるようになった」。 ・「(PTのアドバイスにより)「思考が行動になっているので、行動を変えるために思考を変えなければいけないと気づいた」と嬉しそう」。 ・「先生(PT)がうまく声をかけてくれたと思う」。 ・「身体と頭をつなげていくためにこの3週間が必要だった」。	介入後 本症例は、介入前、精神面では、「楽をしてはいけない。人生は修行。頑張るために生まれてきた」といった頑なな考え方と同時に、「身体もこわばり、ガチガチに固まっていた」ことに示されるように、心身が密接に結びついていることをよく示している。PTに、力が入っている部位の指摘や身体の緩め方だけでなく、考え方（思考）の癖（例：「自分を甘やかしてはいけない。楽をしてはいけない等」）も指摘された。そのことによって介入後は、「50か30でもいいと思えるようになり、自分を甘やかしてもいい。今の自分の体調に聞いてみるようになった。行動を変えるためには思考を変えなければいけないと気づいた」と語り、PTのアドバイスに患者も納得し、ガチガチになっていた身体の緩め方や、生きやすさの行動変容につながる考え方への修正を本プログラム中に体得していた。 ・介入前までの生活において、注意が主に身体に向けられていたものが、思考にも向けられるようになり、思考を変えることが身体を緩める行動変容につながることをPTの指導によって体得した。PTが患者の心身の特徴を早期に見抜き、本患者にあった身体的側面および精神的側面に関する的確なアドバイスを行うことによって、患者が自己の身体的、精神的状況にどう向き合えばよいかを認識できたことを示す症例と言える。さらに、これらの変化は、「身体と頭をつなげていくために、この3週間が必要だった」といった患者の語りにも示されているように、3週間の集中した本プログラムが効果的に寄与したと考えられた。
症例3 (30代)	介入前 ・この1〜2年で体力がかなり低下。今は痛みよりも疲労感（身体が重く、だるい）の方が強い。 ・家ではしんどくなったらすぐに横になり、痛みが強くないようにするために身体を動かさなかった。 ・仕事が休みの日も、翌日の仕事に影響することを懸念し、休みの日はひたすら身体を休めていた。	介入前 ・「痛みのために色々なことを諦めてきた。この辛いものを一生抱えて生きて行くんだと思っていた。自殺しようとは思わなかったが、明日、事故で死んでもいいと思っていた」。 ・一人で辛さを抱えて親元で暮らしていくのかと思っていた。 ・仕事だけで精一杯だった。 ・人から良く思われたいという気持ちが強くなり、しんどくても営業用の笑顔を作って頑張ってきた。 ・人見知りで対人関係が苦手。 ・ありのままの自分を出せず、自分の思っていることが言えない。 ・「ちゃんとしなければいけないと思って生きてきた」。 ・厳しく育てられたわけではないが感情を抑えてきた。	介入前 本症例の患者は、ありのままの自分を出せず、感情を抑え、「ちゃんとしなければ」と思って生きてきた。介入前は、将来に希望も持てず、明日、事故で死んでもいいとさえ思っていた。身体を動かすことは痛みを増強すると思い、仕事のために休日ひたすら家で身体を休めていた。しかし、本プログラムを通じて、体力もつき、「こんなに動けるんだ」と、自己の身体的潜在能力を再認識し、体力の回復や、痛みに対する認識の修正（痛みがあっても身体を動かす方が逆に良くなる）に至り、痛みへの対処法もわかり、痛みは怖くないと思えるほどの心身の改善がみられた。辛さを抱えてずっと親元で暮らすのかと思っていたFM患者が、介入後は諦めていた人生に希望を見出し、「自立したい。これからは自分の希望を叶える行動力を持って生きて行きたい」とまでのポジティブな生き方態度の変容を遂げている。また、人から良く思われたいという他者懸念の姿勢から、「人は人、自分は自分。いかにどうでもいいと思えるようにしたい」という思考変容も可能になっていた。 ・本症例は、運動療法によって患者が身体的潜在能力を再認識でき、身体的に自信を持ち、そのことが、それまで諦めていた様々なことが実現できる力が自分にあるのだという認識に至り、ポジティブな生き方態度や行動の変容につながったと考えられる。同時に、本患者が無理し過ぎる傾向にあることをPTが見抜き、思考変容への適切なアドバイスを行うことによって、無理し過ぎず、自分のペースで生き、自分の時間やゆとりを大切に新たな生き方態度への変容がもたらされた。
介入後	介入後 ・「痛みの程度は余り変わらないが少しはマシになった。でも痛みをどう抑えるかがわかった」。 ・「体力がついたと思う。こんなに動けるんだと思った」と笑顔で話す。 ・「痛みがあっても、身体を動かしたら、逆に良くなることがわかった」。	介入後 ・「今は痛みに対する対処法がわかったので、痛みは怖くないと思っている」。 ・「今回の入院で人生に希望が持てるようになった」と嬉し涙。 ・「退院後は、先生(PT)からも言われたが、無理をし過ぎず、人は人、自分は自分で生きたい。いかにどうでもいいと思えるようにしたい。ベーシングに気を付けようと思う」。 ・「もっと自分を優先して生きたい。自立したい。自分で生きて行きたいと思うようになった。今までは仕事だけで精一杯だったが、もっと自分の時間やゆとりを大切に。楽しみのために時間を使いたい」と明るい表情で話す。 ・「これからは自分の希望を叶える行動力を持って生きて行きたいと思っている」と目を輝かせて話す。	介入後 本症例は、介入前、精神面では、「楽をしてはいけない。人生は修行。頑張るために生まれてきた」といった頑なな考え方と同時に、「身体もこわばり、ガチガチに固まっていた」ことに示されるように、心身が密接に結びついていることをよく示している。PTに、力が入っている部位の指摘や身体の緩め方だけでなく、考え方（思考）の癖（例：「自分を甘やかしてはいけない。楽をしてはいけない等」）も指摘された。そのことによって介入後は、「50か30でもいいと思えるようになり、自分を甘やかしてもいい。今の自分の体調に聞いてみるようになった。行動を変えるためには思考を変えなければいけないと気づいた」と語り、PTのアドバイスに患者も納得し、ガチガチになっていた身体の緩め方や、生きやすさの行動変容につながる考え方への修正を本プログラム中に体得していた。 ・介入前までの生活において、注意が主に身体に向けられていたものが、思考にも向けられるようになり、思考を変えることが身体を緩める行動変容につながることをPTの指導によって体得した。PTが患者の心身の特徴を早期に見抜き、本患者にあった身体的側面および精神的側面に関する的確なアドバイスを行うことによって、患者が自己の身体的、精神的状況にどう向き合えばよいかを認識できたことを示す症例と言える。さらに、これらの変化は、「身体と頭をつなげていくために、この3週間が必要だった」といった患者の語りにも示されているように、3週間の集中した本プログラムが効果的に寄与したと考えられた。

症例 4 (70代)	介入前	<ul style="list-style-type: none"> ・鼠径ヘルニアの手術後、肩や右膝の左側、股関節、ふくらはぎ、下腹部も痛み出した。 ・「今までを振り返ると、用事が終わって何かほっとした時に特に痛みを感じる」。 ・布団から起き上がる時に痛みが強い。 ・定期的に家の掃除に来てもらっている。 ・今までは運動をしていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みはあるが、旅行やコンサートにも行き、趣味の教室にも通っている。 ・几帳面タイプ、結婚前は経理事務をしていた。 ・家業を営んでいるため、帳面をつけたり、処理しなければいけない書類が溜まっていることや家の整理もあり、「気づかないうちにイライラしているのかもしれないですね」。 ・帳簿管理等、やるべきことが多くてしんどい状況であった。 	<p>本症例は、几帳面なタイプである。年齢的なことや家業の事務的管理や家事などのしんどさが強くなっていった。元々は活動的なタイプであるため、運動プログラムには、最初から抵抗感なく入った。かなりまとまった運動量を経験したが、70代にも関わらず、結構こなすことができたことが自己の身体的潜在能力の発見の喜びにつながっていた。3週間入院による規則正しい生活の中で運動することによって運動習慣を獲得し、運動することのメリットを実感していた。今までは運動をしてこなかった患者が、介入後は、「退院したら運動をしよう、積極的な外出や自主トレをしよう、家の掃除も少し位は自分でした方がいいと思う」と、身体を動かすことへの意欲が語られ、さらに、今後の人生を「もっと自分の楽しみのために時間を使っていこうと思う」と語っていた。</p> <p>・本症例は、運動療法が、高齢者であっても、患者に身体の潜在能力を認識させる機会となり、それが患者の自信につながり、ポジティブな生き方態度の変容がもたらされ、残された人生のQOLを高める契機となったと考えられる。</p>
症例 5 (70代)	介入後	<ul style="list-style-type: none"> ・「全身が痛い、この（FMの）痛みは誰もわからない」と繰り返し訴える。「肩も痛い」。 ・今は痛みのため、料理もできないが味付けだけは担当している。しんどいため主な家事は家族が代行。 ・すくみ足、すり足歩行等の症状が出現。 ・家族が入院を強く勧めたので仕方なく入院に同意。「少しでも痛みがマシになれば」とも。 ・面談時も病室からPTが付き添って来談。面談時、痛みを強く訴え、身体を動かすことへの抵抗感を示していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「痛みのために、長年やってきた好きな趣味もできなくなった。」「趣味に限らず何でもできていたのに、今は何もできなくなってしまったことが情けなくて辛い」。 ・「自分がどうしてこんなことになってしまったのか、と悲しくなる」。 ・家族が家事の大半を代行していることもあり、家ではほとんど動いていなかった。 ・介入前の面談時は、笑顔はなく、表情も暗かった。 	<p>本症例は、不安や依存性が窺える患者である。介入前は、痛みの辛さや何もできなくなってしまった自己に対する悲しみや不安の強さを感じさせる発言が多く、表情も暗かった。元々、本人は入院したくなかったため、入院時は身体を動かすことに対して強い抵抗感を示していた。介入前は「全身が痛い」と訴えていたが、介入後は、痛みは下肢に限局し、肩の痛みもなくなった。笑顔も多く、声にも張りがあった。</p> <p>・介入前に、PTが付き添って来談していた患者が、介入後にはスタスタと歩けるまでに身体機能が回復したことは運動療法の効果と言える。著しい身体機能の回復とともに、身体を動かすことのメリットを実感し、痛みも軽減した。介入前に、抑うつ的な発言が多かった患者が、自分でも上腕を回すなど、身体機能回復への自助努力を行い、「患者も努力しないとダメです」と笑顔で語るほどに、行動変容と共に精神的にもポジティブに変容していた。本患者は3週間経つ頃から精神的にも落ち着き、歩行機能も回復した。したがって、3週間という入院期間には本患者には必要な期間であったと考えられた。</p>
症例 6 (70代)	介入前	<ul style="list-style-type: none"> ・全身のどこに痛み（キリキリ、ビリビリ、チクチク）が出るかはわからない。耳や頭に出ることもある。 ・下半身、太ももが冷えると足の裏や爪先の裏側もチクチクと痛む。主に下半身が痛む。足腰が冷えると痛みが出る。 ・家では一人で居る時間が多く、痛みを感じることも多かった。 ・しびれや筋肉のこわばりもある。 ・じっとしていると痛むので入院前も家では身体を動かすために積極的に掃除をしていた。 ・家では疲れるとすぐに座っていた。 ・若い頃から足がつる症状にも悩まされていた。 ・アウトドアが好きで活動的。入院時からスタスタと歩ける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「人と話すことは好き」で、友人とカラオケにも行っている。 ・「家族と一緒に以前はテニスをしていた。今はゴルフを時々している。家族と一緒に散歩をしている」。 ・「人と話したりカラオケやテニス、ゴルフなど、好きなことをしている時には痛みが軽減している」。 ・明るく社交的だが不安は強い。 ・「何か理由はわからないが、ふわっと不安が出てくる。不安が広がってどうしようと思うてしまう」。 ・緊張しやすい。話し相手がいると大丈夫だが、一人になると消極的になる傾向。 	<p>本症例は、明るく社交的なタイプであるが、不安の強い患者である。介入前に全身の痛みを感じていたが、介入後は下半身の痛みに限局していることから、本プログラムの効果が認められる。また、足腰が冷えることによっても痛みが出ており、病院内を歩き回ることによって痛みが軽減している。「身体を動かす（運動や歩く）と痛みが軽減したり、痛みを忘れていく」と語っているように、本プログラムは、運動することによる痛みの軽減を実感させることに寄与していた。</p> <p>・また、全身に痛みを感じ、不安の強い患者に対して、PTが行ったマッサージの心地よさからスムーズに運動プログラムへの導入が可能となり、また、入院中の規則正しい生活リズムを徹底させたことで、患者は安心して本プログラムに取り組めた（表4、表5参照）。さらに、運動開始時の痛みのために運動への抵抗感が出る患者に対して、付き添うことによって患者に安心感を与え、プログラムへのスムーズな導入、継続につながったと考えられた（表5参照）。</p> <p>・また、家では一人で居る時間が多く、痛みを感じることも多かったが、他の入院患者との会話が楽しく、楽しいと感じる時間を持つことが痛みの軽減につながっていた。介入後は、新たな趣味を探そうという意欲や、今まで痛みのために歩くことに消極的であったが、もっと積極的に歩こうという姿勢に変化していた。PTは患者の性格を見抜き、患者の「チャレンジはやること、続けることが大切である」ことをアドバイスできていることも適切な対応であったと言える。本プログラム内容とPTの適切な対応によって、患者の身体機能の改善や意欲的な生き方態度への変容が認められた。</p>
症例 7 (40代)	介入前	<ul style="list-style-type: none"> ・仙腸関節の痛みが続いているためブロック治療を受けた。ブロック注射後にやけどのような痛み、退院後、太ももや腕にも痛みが出始め、全身に広がった。 ・腰の痛みはずっと続いている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みやしんどさに対する家族の理解はなく、家族が抱える問題にも悩んでいる。「家族には身体的辛さを理解してほしい」。 ・心療内科医に、「痛みはメンタルな面からきている」と言われ、本人もそう思っている。・痛みで眠れず心 	<p>本症例は、今までに受診した複数の医師の見解も異なり、仙腸関節の痛みを抱え、様々な治療を受けるも、何が痛みの原因なのかわからず混乱していた。身体的辛さに関する理解が家族になく、家族の問題にも悩まされていた本症例においては、心療内科の医師から</p>

	<p>・「最終的に FM と診断されたが、医師の理解も様々であり、何が正しいのかわからず混乱する」。</p> <p>・上半身の痛み（腕と背中）と下半身の痛み（右膝下）がある。</p>	<p>療内科に通院した時、認知行動療法も受けた。「気持ちは出せたので少しは落ち着いた」。</p> <p>・しかし、「身体も痛むし、個人的なことを身近に相談できる人がいないので精神的にしんどい」。</p> <p>・身体の上り下りもあり仕事もやめ、10 年間は寝たきり状態だった。その後パートを始めたが、体力的にしんどいため辞めている。「痛みが軽減すれば再びパートなど仕事に就きたい」。</p> <p>・「自分のことが言えない、言いづらい」（抑制的）。「言っても無駄だと思ってしまう。医師に対しても」。</p> <p>・「心を許して話せる友人が欲しいがいない。カウンセリングを受けたいが仕事ができずさまざまな点で難しい」。</p>	<p>も指摘されていたように、「メンタルな面が痛みに多分に影響している」ことを本人自身も自覚していた。個人的なことを身近に相談できる人がいないことにより、身体的なしんどさ以外に、精神的なしんどさを抱えていた。心療内科への通院時、「気持ちを出せた」ことが落ち着きにもつながっていたことから、様々な気持ちを率直に出せることが痛みの軽減に寄与することを示唆していた。</p> <p>・本プログラムにおける運動によって、腰痛には余り効果はなかったものの、上半身の痛みと下半身の痛みには効果があったことや、今までできなかったことができるようになり、自信になったこと、ウォーキングが腰痛に少し効果があったこと等、運動療法の効果があったと言えよう。また、患者が「自分のペースが大切」であることや、「ウォーキングが自分に合っている」ことも体得できており、患者にとってベストな運動が何であるのかを認識する機会にもなっていた。これらの経験により、介入後の面談では表情も明るかった。本症例のように、個々の FM 患者にとってベストな運動が何であるのかを探ることも運動療法の効果の一つの指標になり得ると考える。</p>
症例 8 (50 代)	<p>介入前</p> <p>・足底の痛みから、背中の痛み、腰痛、臀部痛へと広がった。</p> <p>・2 度手術を受けたが根治しなかった。</p> <p>・50 歳頃に左肩が痛み出し手術した。</p> <p>・膝を手術するも治らず痛くなっただけ。その後 FM と診断された。</p> <p>・瓶詰のフタを開けると両手の指がつる。</p> <p>・足の裏の痛みが強い。家ではフワフワスリッパを履いている。家の中もコマ付き椅子で移動。</p> <p>・自己流でストレッチもしている。</p> <p>・今の痛みの部位は、足の裏、臀部（坐骨神経）、膝、腰、仙骨の両脇。</p>	<p>・2 年位、痛みのために家に閉じこもっていた時期もあった。うつになりそうだったが、その後、「痛くてもできるだけ外出しようと思った」。</p> <p>・家族の問題でも一時悩んでいた時期もあった。</p> <p>・育った家庭教育もあり、常に誰かのために生きてきた。夫や舅・姑に尽くし、子ども達を一生懸命育て、家族のために尽くしてきた。子ども達は独立し、「子ども達から必要とされていない寂しさを感じる」。</p> <p>・しかし、料理作りも趣味の一つであり、友人達を招いて食事会をしたり、食事に出かけたりと楽しく過ごす時間も持っている。</p> <p>・「楽しい事（好きな料理をしている時や友人との会食、趣味など）に集中している時は痛みは軽減する」。</p>	<p>本症例は、明るく、社交的な面もあるが、何度も手術を行うなど、足底の痛みから始まった様々な身体部位の痛みに悩まされていた患者である。介入前は、痛みのことで家に閉じこもっていた時期もあり、家族のことを含めて精神的にしんどい時期もあった。足の裏の痛みが強い。家ではフワフワスリッパの着用や、コマ付き椅子を使用する等、患者の行動や精神面はやや抑制的であった。介入後、手術をした部位の痛みには変化はなかったが、「感覚的には入院前よりも良くなった」と話し、「大腿で歩くと硬い腰がほぐれて痛みが軽減する。歩くとき少し楽になる」ことを体感できていることから、本プログラムによる運動の効果が認められる。また、PT によるストレッチ指導を受け、自己流ストレッチは全く効果がなかったことを認識しており、PT が効果的なストレッチ指導を行っていたことがわかる。</p>
	<p>介入後</p> <p>・「先生（PT）によるストレッチは効果的でとても気持ち良く、入院前に自宅でやっていた自己流ストレッチは全く効果がないことがわかった」。</p> <p>・「入院中も足底筋膜炎になった。歩いているときキーンと痛む。これは線維筋痛症なのか？」。</p> <p>・「手術した足と肩、腰の痛みに関しては変化はなかったが、感覚的には入院前よりも良くなった」と笑顔で話す。</p> <p>・「腰の筋肉が硬いため、大腿で歩くと腰がほぐれて痛みが軽減する」。「歩くとき少し楽になる」。</p>	<p>・「運動療法を受けて意欲が出てきた」と明るく笑顔で話す。</p> <p>・「退院後はジムに行こうと思っている」。</p> <p>・「車椅子使用の患者が歩いて帰るのを見て運動は効果があるのだと確信した」と力強く話す。</p> <p>・「外国ではリハビリに認知行動療法を取り入れていることが放映されていた。私もやってみたい」と、痛みの軽減に向けて様々な方法を試してみようとする意欲が感じられた。</p>	<p>・「運動療法を受けて意欲が出てきた」と語っているように、本運動プログラムおよび PT の対応が患者の身体的変化の気づきや意欲を引き出し、退院後のジム通いや認知行動療法への意欲も示すなど、痛み軽減に効果があるものは何にでもトライしようとする意欲を引き出すことに成功していた。PT が優れた技術を持つことによって、運動療法をおして患者のメンタル面の意欲をも引き出すことが可能となることを示している。また、入院したことによって、車椅子の患者が歩いて帰るのを見て、運動は効果があると確信し、患者にとって入院経験が間接的にも運動療法の効果への確信に寄与していた。</p>
症例 9 (70 代)	<p>介入前</p> <p>・「全身が痛い」。</p> <p>・入院前は「5 分も横になれないような痛みに襲われ、睡眠時間は 2 時間と続かない状態だった」。</p> <p>・FM の診断後、持病の喘息が出なくなった。</p> <p>・「ベッドの中では体の筋肉が硬直する。血が流れない感じがする」。</p> <p>・「夜中に目覚めた時の硬直と痛みはスゴイ」。</p> <p>・家ではほとんど寝たきり状態だった。「何をしても 5 分ほどですぐに疲れていた」。</p> <p>・面談時、歩行者を使用。</p>	<p>・「痛みのために何もできない自分に絶望的になった」。</p> <p>・「気を失うほどの痛み。泣いても泣き切れないほどの痛み。頭の中で火花が破裂する位に一日中、頭が鳴りっぱなしだった」。</p> <p>・「今まではどうせ良くなるんだろうという気持ちが強く、じっと閉じこもって鬱陶しい顔をしていた」。</p> <p>・「この痛みは誰にもわかってもらえない。生きていても仕方がない、と思っていた」。</p> <p>・不安が強く、ストレスを溜め込む傾向がある。</p> <p>・面談時、表情も暗く、痛みの辛さについて強く訴える。</p>	<p>本症例は、痛みの訴えや不安の強さが覗える患者である。「気を失うほどの痛み」と表現し、親の介護やその他のストレスを抱え、痛みのために何もできなくなった自分に絶望的になっていた。入院後、何らか「帰りたい」と訴えることもあった。PT は、入院当初から不安やストレスを溜め込む傾向が見られた本患者と接している時は、傾聴に徹し、患者に寄り添った（表 5 参照）。介入前の面談時では歩行者を使用し、表情も暗かった。しかし、介入後、身体機能が大幅に改善された。介入後の面談時、表情も明るく自信に満ち、一人で颯爽と歩き、階段の昇降も可能となっていた。</p>
	<p>介入後</p> <p>・介入後の身体的回復は目覚ましく、別人かと思うほどに一人で颯爽と歩き、階段の昇降も可能となっていたことに面談者も驚いた。歩行者使用から杖使用に改善し、さらに、階段の昇降も杖なしで可能となった。</p> <p>・訴える痛みの部位は、全身の痛み（介入前）から、介入後は、頸部、両肩前面、胸骨部の訴えに限局。</p> <p>・「左腕の痛みが強かったが、動かせと言われてるように動かすようになった。お箸も使えるようになった」。</p> <p>・「家ではほとんど寝たきりだったのに、歩けるやん」と思えるようになった。</p> <p>・「身体を動かすことが如何に大切かということを実感した」。</p> <p>・「気絶するほどの痛みも運動療法中は忘れていられた（痛みは減少していた）」「じっとしていると痛みが出る」。</p> <p>・「入院によって身体を動かす（例：足踏みしたり）と痛みが少し楽になることを実感できた」。「病院内をよく歩いた」。</p> <p>・「杖なしで一人で歩けるようになったことが本当に嬉しい」。</p>	<p>・「病院だと何かあった時にいつでも対応してもらえるので安心感があって、頑張ることができた」と表情も明るく語る。</p> <p>・PT の治療による身体的改善によって何とかなるのではないかと希望が持てた（表 4）。</p> <p>・「最初は大変だったけど、やっていくうちに身体の改善がみられたことが嬉しく、もっと頑張ろうと思った」。</p> <p>・「日に日に良くなっていくことを実感できたことが嬉しかった」。</p> <p>・「動かなかつたら血流が悪くなる。だから歩かないとダメ。やっぱり患者も努力しないとあきません。退院したら絶対に散歩します」と、退院後の散歩や遠出の外出への意欲も出てきた。</p> <p>・「今は、痛みは治らないと諦めているので、以前ほどよくよくなりました。夫にも悪いし、今は幸せだと思えるようになった。医師と出会えたことがきっかけだった」。</p> <p>・「入院中は医師がいるので安心したのか、家よりも眠れるようになったこともスゴイことだと思う」。</p>	<p>・当初、帰りたいと訴えていた患者が頑張ってみようと思えるきっかけとなったのは、「今まで横に向いていた足が前に向いた」ことだった。このことによって患者は「何とかなるのではないかと希望が持てた」のである。PT の優れた技術力によって、短期間に身体的機能回復を実現し、患者に希望を抱かせたのである。それに加えて、病院という環境が患者に安心感を与え、運動プログラムへの頑張りにつながった。「何をしても 5 分ほどですぐに疲れていた」患者が、介入後には、「動かなかつたら血流が悪くなる。だから歩かないとダメ。努力しないとあきません。退院したら絶対に散歩します」とまで意欲に満ちた力強い語りが可能となるまでに変容したのである。</p> <p>・本症例は、不安が強く、痛みへの訴えが強く、帰宅願望のあった患者に対して、まずは、PT が患者の辛さへの傾聴に徹し、そのことによって患者との信頼関係が築かれたと考えられる。PT の初期の適切な対応がなければ、本プログラムの継続は難しかったと考えられた。同時に、短期間に身体的機能回復を実現した PT の優れた技術力が患者に希望を抱かせたことがプログラム継続や頑張りへの意欲につながり、痛みがあっても運動することの効果や重要性への認識が可能となった症例であった。</p>

症例 10 (50 代)	介入前	<p>・「左腕の痛みが強く、脱臼しそう」。右腕の痛みもあり、左右に向くことも難しい。</p> <p>・息切れやむくみもある。発汗、痛みによる過呼吸。</p> <p>・上肢の激痛のために食事や洗体に支障があり要介助。</p> <p>・「FM は治らないのはわかっているが、炎症が何故起きているのかを知りたい。炎症（肩や腕）だけは治してほしい」。</p> <p>・「筋が固まっているので、これ以上固まらないようにしたい」。</p> <p>・「毎日 1 ～ 2 時間しか眠れないのが辛い」。</p> <p>・「FM であることを受け入れるのには 2 年かかった。ちょっと歩くと全身が痛くなるし。治らないのは仕方ないと受け入れるしかないから」。</p>	<p>・「元々負けん気は強いが、この痛みのために帰りたいと思ってしまう。主人が側に居てくれる方が安心できるから」。「でも頑張るしかない。だから入院したが、ここに居ても意味がない」とも。</p> <p>・当初、PT が治療を試みようとしても「触らんといて！」と拒否の姿勢を示していた。</p> <p>・「治らないと言われるのは嫌だ。調べてみよう、とか、何か希望を持たせてくれるような一言がほしい」。</p> <p>・「死にたい。何故、自分がこんな辛い状態になっているのか。どんな症状が悪くなっているので早く調べてほしい」。</p>	<p>本症例の患者は、介入前は、腕の痛みが強く、左右に向くことも難しかった。固まっている筋をこれ以上固まらないようにしたいと思うものの、痛みのために帰りたいという思いも強く、当初、「触らんといて！」と治療を拒否する傾向にあり、入院した頃は泣いてばかりだった。しかし、患者から拒否されても、冷静で平常心と笑顔で根気よく接し続けた PT の細やかな気遣いや優しさ（表 4 症例 10 参照）によって患者の頑なな心が解きほぐされていった。介入後には、もっと担当 PT に治療してほしい、と PT を絶賛するまでに変化していた。徐々に歩行範囲も拡大し、横になっている時に左右に向くことができるようになり、腕も以前よりは動かせるようになり、身体機能が改善していったことを患者自身も実感し、痛みが少し軽減したことも患者に喜びを与えた。</p> <p>・本症例の場合、当初、治療拒否の姿勢があり、帰宅願望もあり、入院して 1 週間位は心身共に不調であったため、もし、PT の対応が不適切であったならば、プログラムの継続は難しかったであろうと考えられた。したがって、運動プログラムの効果や心身の改善が見られるために、3 週間という時間が必要であったと考えられた。また、PT の、患者の辛さに寄り添う姿勢や細やかな配慮、技術力などが、患者との信頼関係構築やプログラム継続に寄与していたと考えられた。</p>
症例 11 (70 代)	介入前	<p>・家庭内のストレスから腰痛が増悪。腰に膿瘍と診断。</p> <p>・ブロック注射をしたが腰の痛みは取れず、左足のしびれ感が出た。痛みが左足の裏（足の裏に砂利がついているような痛み）やふくらはぎ、左胸、関節、腕、両肘、膝の裏、手の指、肩に広がった。</p> <p>・「痛みが余りに強いので足を切ってくれと先生（PT）に言った」。</p> <p>・「よく眠れない」・「足が冷たい」と訴える。</p>	<p>・緊張しやすく、不安が強い。</p> <p>・痛みが始めてから家事一切ができなくなり家庭内は喧嘩が絶えなかった。</p> <p>・痛みの原因もわからず寝たきり状態が長かった時、家族から、「気のせいじゃないのか」と言われ、「怠けているように思われ辛かった」。</p> <p>・「ストレスで精神的にもしんどい状態だった」。本人は、「痛みはストレスが原因だと思っている」。</p> <p>・緊張からか、少し硬い表情。</p>	<p>本症例は、緊張しやすく不安が強い患者で、家庭内のストレスから腰痛がひどくなり、「痛みの原因は家族関係のストレスだ」と自身で分析していた。したがって、家族関係など人間関係がストレスフルなものであるか否かも痛みに影響する要因の一つであると考えられた。また、ブロック注射で腰痛は取れず、逆に痛みの部位が広がっていた。PT に、余りの痛さに「足を切ってくれ」と言うほどの痛みを抱え、睡眠もよくとれずにいた。</p> <p>・介入後の面談で、本患者にとっては、病院という環境が安心感を与え、気持ちも安定し、睡眠もとれるように変化した。また、入院中、談話室での多くの患者との会話も本患者に楽しさを感じさせるものであった。さらに、散歩を数日間続けることで痛みが軽減し、楽だと感じ、逆に散歩しないと痛くなるとも感じたと語っていた。痛みの軽減に、歩くことや運動が如何に大切であるかを実感し、趣味を含む退院後の生活への積極的な意欲を示すほどに心身共に大きな改善を示していた。</p>
症例 12 (60 代)	介入前	<p>・関節症の痛みあり。</p> <p>・50 代後半、朝、立とうとすると両足の甲の骨がこごなぐにだけたような激痛があり立てないことがあった。しばらくして治まったが、こういったこと（既往歴で示した内容も含む）が繰り返された。</p> <p>・母親の介護中に再び痛み出した。母親が亡くなり、介護が終わった後、歩けなくなった。「股関節と FM の痛みが一緒に感じた感じ」。</p> <p>・母親の死後、ヨガを始め、突然腰痛になり動けなかったが 1 週間で突然治った。腰痛が治ると今度は全身が痛くなった。</p> <p>・「股関節の痛みが強いので、この痛みが股関節の痛みなのか、FM の痛みなのかはわからない」。</p> <p>・朝のこわばりが強い。</p> <p>・今はバギーを押して歩いているが体力がなく、一日家事をするとうったり疲れてしまう。</p> <p>・半月位しか外出しない。今は 5000 歩（杖使用）歩いたら痛みが強く、身体が偏る。</p>	<p>・「母親を見送り、一人になって辛かった。親に十分に介護してあげられなかったのではなにか」と自責の念。</p> <p>・「祖母や母親を亡くした辛さを誰とも分かち合えなかった」。</p> <p>・「今までは誰かに必要とされたいと思っていた。母親の介護をしている時は必要とされていた。でも母親が亡くなった後は誰も必要としてくれない」とも。</p> <p>・今は FM もそれほど辛いとは思わなくなったという。その理由は、「何もかも諦めた。友人も、旅行も、その他すべて」。</p> <p>・「今は、朝、目が覚めて、気づくと夜。何もしていないけれど、これでもいいやんと思うようになった」。</p> <p>・辛さ（家庭の事情や痛み等）を人に話せず、抱え込んでしまっていた。</p>	<p>本症例は、元々関節症の痛みがあり、下半身を中心に身体全体にも種々の痛みがあった上に、今までの人生における精神的なしんどさを抱えていた患者であった。また、本患者は気丈で良い点を多分に持っていることが窺えたが、マイナス面ばかりに目を向けてしまい、罪責感も含めて不必要に自分を苦しめていた。身体的には、股関節の痛みもあるため、痛みが股関節の痛みなのか、FM の痛みなのかはわからないこともあり、介入後、患者本人としては著しく痛みが軽減したという感覚は余りなかったようであったが、質問票の数値的には多少の改善がみられていた（表 1）。しかし、本プログラムについて、運動はきつかったものの辛くはなく、沢山身体を動かして良かったと述べていたことから、運動そのものに対しては患者自身も一定の評価をしていた。</p> <p>・また、夜は自分に集中してしまい、余計に痛みに集中してしまうため睡眠にも影響を与えるが、「3 週間目から大丈夫になった」という。このことから、3 週間の入院期間は、本患者が少しでも改善できた点を経験するために適切な期間であったと考えられる。また、痛みで眠れなかった夜を振り返って、「消灯前にリラックスできていると眠れるということを実感した」と語っていたが、短い入院期間中に、リラックスの有無と睡眠との関係を患者自身が体験できたことは幸いであった。</p> <p>・さらに、「痛みに精神面が大きく影響することがわかった」といった発言からも、精神的側面が痛みに大きく影響することを示す症例と言える。帰国後の担当医や夜間巡回の看護師に辛い思いを聞いてもらえたことによって次第に落ち着いた経緯がある。したがって、「辛いと言える安心感」。辛さを傾聴してくれる存在が患者の精神的痛みと身体的痛みの軽減につながることをも示す症例であると考えられる。</p>
	介入後	<p>・「痛みもあるため、運動はきつかったが、運動そのものは辛くはなかった。沢山身体を動かして良かった」。</p> <p>・「夜は自分に集中してしまうので、余計に痛みに集中してしまう」。</p> <p>・「一人で黙って耐えていた痛みの辛さのピークを過ぎ、医師や看護師（Ns）に話を聞いてもらって落ち着き。気持ちが落ち着いた 3 週間目から心身共に徐々に大丈夫になった」。</p> <p>・「何かに集中していると痛みを忘れていられる」。</p>	<p>・「入院中、一番辛かったのは痛みで眠れなかったこと。他の患者に迷惑をかけてはいけないのでトイレだけが逃げ場だった」。</p> <p>・「辛さを言っても仕方がない状態だが痛みが余りにも辛かったので、初めて絶望感を感じた」（ピーク時に担当医を呼ぶが海外出張で不在のため。かなり不安定になった。担当医は帰国後、頻繁に患者の病室を訪れ話を傾聴。次第に落ち着いた）。</p> <p>・「病院で誰とも話さず、黙っているのが辛かった」。しかしある晩、「巡回していた Ns がたまたまのぞいてくれて話を聞いてくれた。辛い思いを色々話し、Ns も『看護師に話した方がいいよ』と言ってくれた」。</p> <p>・「Ns の対応も個人差があるが、Ns が色々話を聞いてくれ、話ができたことは良かった」。</p> <p>・「誰かに辛い思いを聞いてもらえ、話ができること、辛いと言える安心感が大きい」。</p> <p>・痛みで眠れない夜を振り返って、「消灯前にリラックスできていると眠れる、ということを実感した」。</p> <p>・「痛みに精神面が大きく影響することがわかった」。</p>	

表4 FM 患者が語る理学療法士の対応

FM 患者が語る理学療法士の対応（設問④）	
症例2 (40代)	①「筋トレをしている時に、先生に、力が入っている部位を指摘されて身体をゆるめるアドバイスを頂きました（「まだ力が抜けていないよ」って）。「こういったことの繰り返しで、身体のゆるめ方がわかってきた」（ペーシング指導を含む） ②PTに「自分の思考の癖も指摘された」。「今までは、自分を甘やかしてはいけなかった。頑張るために生まれてきたのだ、できないことでも、もっとやろうと頑張ってしまった」。「先生のアドバイスによって、自分の思考の癖に気づいて、自分を客観的にみようと思えるようになった。それはできなくてもいい」と思えるようになった。「行動を変えるためには思考を変えなければいけないと気づいた」。
症例3 (30代)	①「無理して仕事を頑張り、痛みの症状が強くなった」。「人から良く思われたいという気持ちが強く、しんどくても営業用の笑顔を作って頑張ってきた」。「先生に“無理をし過ぎないように”と言われた」。「退院後は、先生からも言われたが、無理をし過ぎず、人は人、自分は自分”で生きたい。ほどほどでよいと思えるようにしたい。ペーシングに気を付けようと思う」（ペーシング指導を含む）。 ②「今は対処法がわかったので、“痛みは怖くない”と考えている」。
症例4 (70代)	①本人は几帳面であり、何事もきっちりするタイプであることが面談からも窺えたが、そのことに言及すると、「先生からも、『運動をかまえているな』と言われました」と笑う。
症例6 (70代)	①入院時、「(PTに)少しマッサージしてもらった。こんなにしてもらっていいのかしら、と思う位にすごく気持ち良かった」。 ②「病院の近くを先生と一緒に散歩している時はおしゃべりしながら歩くこともあり楽しかった。先生はいつも笑顔でユーモアもありおしゃべりもとても楽しかった」。 ③本人は運動すると痛みが軽減することはわかっているのだが、運動（歩き）始める最初の5分位に痛みが出るという。それを過ぎると痛みは軽減するのだが、「運動開始時の痛みのために運動への抵抗感が出てしまう」という。「散歩も先生がずっと付き添ってくれていたのでは何か乗り切れた」。 ④家では疲れるとすぐに座っていたが、「入院中の規則正しい生活が良かった」。 ⑤「担当の先生がお休みの時も、代わりの先生がちゃんと担当の先生と同じペースで同じように対応してくれていたのが安心できた」。 ⑥運動すること（散歩も含めて）、「私のチャレンジは、“やること”、“続けること”が大切だと思っている。先生からも言われている」とのこと。
症例8 (50代)	①「先生によるストレッチは、効果的でとても気持ちが良かった。入院前に自宅でやっていた自己流のストレッチは効いていなかったことがわかった」。 ②「運動療法を受けて意欲が出てきた」。「退院後はジムに行こうと思っている」。
症例9 (70代)	①PTの治療によって、「今まで横に向いていた足が前に向いたこと」がきっかけだった。「何とかなるのではないかと」希望が持てた。 ②「先生はすごい！先生は身体の痛みの中心部分には触れず、その部位以外に触れることで徐々にほぐしてくれて運動療法をしてくれた。技術がとても上手い」。 ③入院当初、不安や痛みの訴えも強かった。痛みのために何もできない自分に絶望的になり、「気を失うほどの痛さ。泣いても泣き切れないほどの痛み」を訴える患者の辛さに対してPTは傾聴に徹した。「先生にも色々話を聞いてもらった。先生はいつも笑顔で優しいし、先生がいると安心できる」。
症例10 (50代)	①入院時、涙を流してばかりだった。PTがプログラムに入る前に硬い身体をほぐす治療を試みようとしても、「触らんといて！」と拒否の姿勢を示していた。「先生は、Xさんをどうしてあげたらいいのかなあ。少しでも動けるようにしてあげたいと言ってくれた」と嬉しそうに話す。 ②「先生は、私がベッドから降りただけですごく喜んでくれた。先生が喜んでくれたことが嬉しかった」。 ③患者に歩くこと（散歩）を促すため、PTが「もし途中で歩けなくなったらお姫様抱っこして病院まで帰ってあげるから」と言葉がけをした。散歩中も「僕が守ってあげるから安心して歩きと言ってくれた。散歩に行く時も病院の受付の人に、今からデートしてくるわと言ってくれた」と嬉しそうに話す。 ④「先生が側に居てくれると安心して歩けた」。「散歩中、休憩のためにベンチに座らせてくれた時も、タオルやハンカチをベンチに敷いてくれた。その優しさがすごく嬉しかった」。 ⑤「先生は冗談も言うし、よく話をしてくれる」。 ⑥患者の腕の注射痕を見て、「“かわいそうになあ”、と言い、手を優しくさすりながら、“辛かったなあ”、と言ってくれたことがとても嬉しかった」。「Xさんの涙で、その痛みがよくわかる」と言ってくれた。 ⑦身体の状態が改善されてきたことに対して、「先生のお陰や」と言うと、PTは「『Xさんが痛みを耐えて、僕に治療させてくれたからやで』、と言ってくれたことも嬉しかった」。 ⑧「運動療法中の何かができたら、先生が親指を立てて、グー！と合図を送ってくれたことも嬉しかった」。 ⑨「先生は、私の反応を見ながら治療してくれた。本当のプロだ。先生が居ると安心できる。本当に優しい」。
症例11 (70代)	①「入院して身体（筋肉）をやわらかくするために、うつ伏せになって足をお尻につけるリハビリから始めた。最初は痛かったが、徐々にできるようになった」。 ②「先生の技術は素晴らしい。神の手”だ！。ツボをうまく押さえると腰がベタッとつく。どうしてあのツボがわかるのか不思議だ」。 ③「先生との会話も楽しい」。 ④「先生は少しでもできるとほめてくれる。嬉しくなり、やる気が出た」。 ⑤「最初は運動が嫌いだった（特に自転車）。しかし、少しずつ長くできるようになった。すごくしんどかった時に1日休ませてくれ（3週間のうち1回）、全身をもみほぐしてくれたが、すごく気持ちが良かった。次の日、また負荷をかけられたが、できるようになった」。

FM：線維筋痛症、PT：理学療法士（本表におけるFM患者が語る「先生」は「PT」を指す）。

表 5 治療効果を向上させる理学療法士の対応

FM 患者の語りから抽出された治療効果を向上させる理学療法士の対応
<p>1) 患者の辛さを傾聴し、親身に寄り添う姿勢や、患者への配慮、優しさが重要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・FM 患者は、周囲に理解してもらいにくい身体の痛みや辛さを抱えている。痛みのために不活動傾向にあり、将来に希望も見い出せずにいた FM 患者を運動療法に導入するために、PT が、患者が訴える辛さに対する傾聴に徹し、共感し、患者への細やかな配慮や優しさ、親身に終始寄り添う姿勢を示すことによって、患者との信頼関係が築かれ、うまく運動療法への導入および継続が可能となっていた。患者によっては、最初、繰り返し痛みや不安を訴えるが、その辛さの訴えを軽視したならば信頼関係は構築できず、その後の治療はうまくいかないと推測される。（表 4：症例 9 の③、症例 10 の①④⑥⑦）表 3：症例 9・10 参照） ・患者の繰り返しされる痛みや辛さの訴えを真摯に傾聴した PT は、日頃の心掛けとして、「入院当初から不安やストレスを溜め込む傾向がみられたため、患者様と接している時はできるだけ穏やかに平常心を心掛けて傾聴に徹し、まずは、私という人間を受け入れて頂けるように努力した」とのことであった。この姿勢が患者との信頼関係構築につながり、本プログラムの継続につながったと考えられた。（表 4：症例 9 の③、表 3：症例 6、症例 9、症例 10 参照） ・患者に安心感を与えることができる笑顔も重要である（表 4：症例 6 の②、症例 9 の③）。また、患者が拒否的な言動をとっても、感情のコントロール力を持ち、冷静で安定した態度で接し続けることが大切である。攻撃性に向けてきた患者に対して同レベルで否定的反応を返すようであれば、信頼関係は構築できない。治療に対する激しい拒否的反応を示していた患者に対して PT が少しでも不快さを出してしまっていたならば、患者のプログラムへの移行や継続は難しかったと考えられた。早期に退院してしまう可能性も考えられた（表 3：症例 10、表 4：症例 10 の①）。
<p>2) 患者の性格や考え方の傾向をいち早く掴み、患者に応じた適切な対応をとる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心身は密接に結びついているが、PT が患者の考え方や思考の癖、患者が無理し過ぎってしまう性格傾向にあることをいち早く掴んだうえで、ペーシング指導も含めて、無理し過ぎず、ほどほどでよいと思えるように身体面と精神面の両面においてアドバイスをしていた。患者自身も PT のアドバイスを納得して受け入れることができており、退院後の患者の QOL を高めることに役立つ有用なアドバイスであったと言える。（表 4：症例 2 の②、症例 3 の①） * 症例 2 および症例 3 は同じ PT が担当しており、PT のアドバイスは自主的に行われたものである。 ・不安の強い患者に対して、運動開始時の抵抗感乗り越えのための付き添いや、入院中の規則正しい生活のリズム作りなどが患者の安心感につながり、プログラムの継続に寄与した（担当 PT が休みの時も代わりの PT に守るように指示）。担当 PT は「すべてきっちり決めている方が安心感があるのではないかなと思ってそうした」（表 4：症例 6 の③④⑤、表 3：症例 6）。 ・何事もきっちりして几帳面な患者の運動に対する姿勢からも患者の性格傾向を把握し、患者に指摘し、患者がスムーズに運動プログラムに入ることができるように指導を行っていた（表 4：症例 4 の①）。また、運動療法を通して PT は患者をよく観察し、患者の特徴を見抜き、患者に今後どういった姿勢が必要なのか、課題は何であるのかをアドバイスできていた。患者自身が自分のチャレンジを見出すことができるよううまく持って行くことができていた（表 4：症例 6 の⑥）。
<p>3) PT としての優れた技術力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動療法において力が入っている部位、まだ力が抜けていないことを指摘し、丁寧に細やかな指導を行い（表 4：症例 2 の①）、また、痛みのために色々なことを諦めてきた患者が、痛みは怖くないと思える痛みに対する対処法を指導できていた（表 4：症例 3 の②）。 ・失意の中にいた患者が、PT の治療によって「今まで横に向いていた足が前に向いたことがきっかけで、何とかできるのではないかと希望が持てた」のである。短期間で効果が具現し、患者に希望を与えた優れた技術力が患者との信頼関係の構築につながり、本プログラムの継続と身体的改善につながった。もし、PT の技術力や患者への対応が不適切であれば、プログラムの継続は難しかったと考えられた（表 3：症例 9、表 4：症例 9 の①）。 ・患者の痛みに細心の注意を払いながら、痛みの周辺部の筋肉をほぐしていったうえで運動療法を行った技術力が患者からも高く評価され、患者との信頼関係構築に大きく寄与した（表 4：症例 9 の②）。 ・FM 患者のように身体のさまざまな部位に痛みを感じている場合は尚更難しいと思われるが、患者の言葉にも示されるように、力加減も含めて技術力の高いマッサージであったと思われる（表 4：症例 6 の①）。 ・患者に「素晴らしい、神の手だ!」と言わせる技術力。身体的に効果がすぐに顕れる技術力を患者は絶賛しており、PT の技術力が PT への信頼の強まりに寄与していたと考えられた。（表 4：症例 11 の②） ・患者は、「運動療法を受けて意欲が出てきた」と語った。PT の技術力を通して痛みが軽減する運動や、有効なストレッチがどのようなものであるかを体得でき、これらを通して、退院後の生活における患者の意欲を引き出したと言える（表 4：症例 8 の①②）。
<p>4) 患者の身体的状況に応じた運動療法の入り方や進め方への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の不安の強さや患者の身体的状況（筋肉のこわばりなど、最初にマッサージで筋肉をほぐすことが必要と判断）に応じてマッサージやストレッチをするなど、運動プログラムを効果的にするために、臨機応変な対応による導入を行っていた。患者は心地よさからも不安が取り除かれ、スムーズに運動プログラムに入ることができていた（表 4：症例 6 の①、症例 8 の①）。 ・患者も日によって心身の状況が異なる。「PT の先生は私の反応を見ながら治療してくれた。本当のプロだ」の語りにも示されるように、その日の運動療法の予定をこなすことだけに主眼を置くのではなく、その日の患者の様子や反応をよく観察しながら臨機応変に治療を行うことを患者は「本当のプロだ」と高く評価している。患者も治療を通して PT を評価している。本患者は、治療を通して PT への信頼感が増し、「PT の先生が居ると安心できる」と語っているように、PT の存在自体が患者に安心感を与えるほどになっていることがわかる。（表 4：症例 10 の⑨） ・患者が途中しんどさを訴えた時に 1 日休みを入れ、全身をもみほぐした。プログラム過程で臨機応変に休みを入れてマッサージを行い、その心地よさがプログラムへのスムーズな継続につながっていた。もし、患者が途中で感じるしんどさを無視して運動療法を強行すれば、それは患者の運動療法拒否につながる場合もあり得るため、患者の心身の状況をよく観察したうえで行うことが必要であることを示していた（表 4：症例 11 の①⑤）。
<p>5) 少しでも改善や進歩が見られた場合には積極的にほめる、励ます</p> <ul style="list-style-type: none"> ・PT は、痛みに耐えての FM 患者の頑張りに対して（例：ベッドから降りただけでも、運動プログラム中、何かが少しでもできたら）、笑顔で合図を送ったり、言葉で積極的にほめることが患者に喜びを与え、モチベーションを上げることにつながっていた（表 4：症例 10 の②⑧、症例 11 の④）。FM 患者は痛みを抱えつつ頑張っているのである。たとえ少しだけの進歩であっても、その進歩をきちんと評価し、言語的および非言語的コミュニケーションによって患者に伝える（ほめる、励ます）ことが患者のモチベーションを上げることにつながっている。
<p>6) コミュニケーション力（知識に裏付けられた説明力も含む）・人間関係構築力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・PT は常に笑顔であり、ユーモアもある。患者を楽しくさせるコミュニケーション力があり、散歩の時間も楽しさに変えることができていた。身体的に負荷を与えるしんどい運動療法の中にも、PT とのちょっとした会話によって楽しさの要素が含まれると、そのことが運動することへのモチベーションをあげることにもつながっていくと考えられる。コミュニケーション力によって人間関係も良好なものとなり、信頼も高まることによって運動療法へのより積極的な取り組みにつながっていくと考えられる（表 4：症例 6 の②、症例 11 の③）。 ・症例 10 のように、最初いきなり拒否の姿勢を示されると不快に感じてしまうところであろうが、その時、PT は慌てず冷静に、すかさず、「X さんをどうしてあげたらいいのかなあ、少しでも動けるようにしてあげたい」と話しかけているのである。患者はこの言葉を嬉しく感じていた。また、痛みが強い患者にとっては散歩も不安を感じる。その不安を PT は了解しているがゆえに、患者に安心感を与える言葉がけを行っている。ユーモアも交えたコミュニケーション力は患者の心を解きはぐす要因となっていた。また、身体の状態が改善されてきたことに対して、患者が、「先生（PT）のお陰や」と言うと、PT は「X さんが痛みを耐えて、僕に治療してくれたからやで」と述べ、あくまで患者を尊重する姿勢を貫くコミュニケーションがとれていたことを患者も評価していた。PT との会話が、しんどい運動療法の時間を楽しみ時間に変えることにもなっており、運動療法中において患者に何らかの楽しさを感じさせることも FM 患者への効果的な対応の一つと考えられる（表 4：症例 10 の①③⑤⑦）。 ・症例 2 や症例 3 のように、心身の関係（思考・情動と身体、思考と行動の関係）や、運動療法と身体改善との関係などに対するアドバイスは、実際の運動プログラムにおいて体感できるだけでなく、退院後の生活においても有用な説明力のあるアドバイスとなっていた。PT が幅広い知識を持ち、単に運動するだけでなく、何故、この運動が必要なのか、思考（情動）と身体がどう関連しているのか等、患者が納得のいく、知識に裏付けられた丁寧な説明力も有効であると考えられる。

FM：線維筋痛症，PT：理学療法士，QOL：quality of life.

療法士の技術によって身体的改善が認められ、そのことによって自信や希望を見出し、日常生活の自立を高め、行動範囲を広めていくという一種の連鎖メカニズムが働いたものと推察できる。すなわち、本プログラムはFM患者のQOLを高める契機になったと考えることができる。3週間という入院期間に関しても、2週間目や3週間目から心身の状態が好転した患者がみられており、一定の効果をもたらす期間としては妥当な期間であったと考えられよう。

本プログラムの継続には理学療法士の適切な対応が欠かせない。そこで、FM患者の語る理学療法士の対応(表4)をもとに適切な対応を考える。表4からは、今回の理学療法士の対応は、FM患者との信頼関係構築につながり、3週間入院運動プログラム継続に寄与できたと考えられる。表5にはFM患者の語りから抽出された、治療効果を向上させる理学療法士の対応が記されている。改めて以下に整理する(以下、理学療法士をPT、FM患者を患者と表記)。

1) 患者の辛さを傾聴し、親身に寄り添う姿勢や、患者への配慮、優しさが重要。

患者の言動がどうであれ、感情のコントロール力を持ち、冷静で安定した態度で接し、笑顔で、優しく、患者の辛さに共感し、傾聴に徹し、患者への細やかな配慮や親身に寄り添う姿勢を貫くことが重要となる。攻撃性を向けてきた患者に対して同レベルで否定的反応を返すようであれば、信頼関係は構築できない。医療スタッフ自身が日頃から自分の対人交流のあり方(感情反応の傾向:e.g., 怒りのコントロール力など)に対する自己理解力や内省力を身につけておくことも必要と考えられる。

2) 患者の性格や考え方の傾向をいち早く掴み、患者に応じた適切な対応をとる。

不安の強い患者に対して、入院中の規則正しい生活リズムを作り、常時、一定の方法を崩さず運動療法を実施した。自己の心身を束縛していた不合理な信念に固執する患者に対しては、思考と身体との関連性についてアドバイスすることによって、患者が自分を苦しめていた思考法への気づきもたらされ、PTのペーシング指導も含めて、運動療法において身体の緩め方のコツを体得することにつながっていた。これらの対応が、患者が安心して運動療法に取り組める契機となっていた。

3) PTとして優れた技術力を有していること。

身体的改善が短期間で達成されたことで、患者は希望を見出し、その後、PTの優れた技術力を信じて積極的に運動療法に取り組み、結果的に著しい身体的改善がみられた。痛みを強く感じている患者の身体に触れるには細心の注意が必要となるが、治療によって患者の痛みを増強することなく効果を生じさせたPTの技術力が患者に高く評価されていた。

4) 患者の身体的状況に応じた運動療法の入り方や進め方への配慮。

患者によっても、日によっても身体状況は大きく異なる。個々の患者の日々の身体状況に応じた運動内容への配慮が運動療法継続につながっていたと考えられる。

5) 少しでも改善や進歩が見られた場合には積極的にほめる、励ます。

患者は痛みを抱えつつ運動療法に頑張っている。たとえ少しの進歩であっても、その進歩をきちんと評価してほめることや、くじけそうになる患者を励ますことが大切である。言語的および非言語的コミュニケーションによって患者に伝えることが、患者に喜びを与え、患者のモチベーションを上げることにつながっていた。

6) コミュニケーション力(知識に裏付けられた説明力を含む): 人間関係構築力の重要性。

患者は何らかの不安を抱えていることが多い。うまく治療に誘導し、治療を継続していくためには患者に安心感を与えるコミュニケーション力が必要となる。本プログラムのPTはユーモアのある臨機応変なコミュニケーション力によって患者の心を解きほぐし、患者から信頼される人間関係を構築していったと考えられる。さらに、単に運動するだけでなく、何故、この運動が必要なのか、心身の関係(思考・情動と身体、思考と行動の関係)や、運動療法と身体改善がどう関連しているのか等々、幅広い知識に裏付けられたPTの丁寧な説明力も患者を納得させ、そのモチベーション向上に寄与し、有効であると考えられる。

以上に挙げた理学療法士の対応能力は、理学療法士の養成、教育カリキュラムで積極的に養われる部分ではない。このような点が、FM患者に対する理学療法の継続を難しくし、効果を左右しているものと考えられる。表5の1)において、理学療法士が日々心掛けていることについての語り(「患者様と接している時はできるだけ穏やかに平常心を心掛けて傾聴に徹し、まずは私という人間を受け入れて頂けるように努力した」)にも示されるように、現場経験を積み重ね、試行錯誤しながら、自分は日々何を心掛けるのかといった視点も踏まえて患者に向き合うことが必要であろう。また、ユーモアに関しては理学療法士のユーモアセンスの有無や患者の感じ方にもよるため、敢えて意識する必要はないと思われる。患者の辛さに寄り添い、患者が良くなることを願って患者に真摯に対応する姿勢の方が重要である。しかし、少なくとも、運動療法を患者が苦痛に感じるのではなく、少しでも楽しく行えることへの工夫は必要であろう。

本研究におけるFM患者は、退院後の生活への抱負や運動(特に、歩くこと)への積極的な意欲を語り、精神的にも明らかにポジティブ情動に変化していた。運動は辺縁系を活性化させ、そのシステムの中核である前脳の側坐核(nucleus accumbens: 以下、NAc)の活性化が

慢性痛の予防と治療のカギとされており、ポジティブな情動も腹側被蓋野や扁桃体からNAcへ至る経路を活性化させて鎮痛に働くとされている¹⁵⁻¹⁷⁾。また、あることに集中している時に痛みを忘れていたと語ったFM患者もいた。運動やポジティブ情動による痛みの軽減と脳報酬系の活性化との関連が指摘されており、脳報酬系の活性化を日常生活において持続させる方法や、痛み以外のことに集中している時に働く脳内メカニズム¹⁸⁾等のさらなる解明が必要であろう。

本研究の今後の課題として次のことが挙げられる。入院運動プログラムの利点は、FM患者の環境を整備し、安心したなかで運動を継続できることであるが、限界は退院後の持続効果を確認できないことであろう。退院後の運動メニューを提供するが、それらをFM患者自身が一人で継続できるのか（アドヒアランス）、また、規則正しい生活を習慣づけることができるのか等については不明であり、課題である。いずれにしても、治療において、本入院運動プログラムは一つの契機にはなるが、日常生活におけるFM患者のQOLの改善には様々な問題を解決する必要がある。

また、本研究では12名のFM患者を対象とし、対応した理学療法士は2名であるため、限局した内容ではある。機会があれば、今後さらに多くのFM患者への聴き取りを通して、FM患者の心身の改善に寄与できる方策や理学療法士の対応を検討することが望ましい。また、患者の語りに関して、共同研究者と共に解釈の妥当性を担保する努力を行ったが、共同研究の役割分担から、語りの分析者は1名であった。今後は、共同研究のあり方として、特に質的側面に関しては役割分担に複数を当てる等の工夫も必要である。本研究の12症例のFM患者の痛みの状況はそれぞれに異なっていたことから、痛みの共通性だけでなく、FM患者の語りにおける痛みの個別性を認識したうえでの治療が求められる。

本研究は、質問票の量的データだけでは捉えきれないものを、FM患者の語り（質的側面）をベースに、FM患者の身体的側面および精神的側面の2側面から詳細に検討し、本入院運動プログラムの効果を示すことができた。さらに、FM患者を運動療法へうまく誘導し、継続させ、その効果を上げることを可能にする理学療法士の対応の一端をも見出すことができた。

国際疼痛学会（International Association for the Study of Pain）では、2020年に痛みの定義が改定され、痛みは「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快感体験」^{19,20)}であるとされた。さらに、痛みに関する「6項目の付記」において「痛みは常に個人的な経験であり、生物学的、心理的、社会的要因によって様々な程度で影響を受ける」ことや、「痛みを経験しているという人の訴えは重んじられるべき」¹⁹⁾と記されている。したがっ

て、FM患者の語りをベースとしたFMの痛みの状況やFM患者の心身の辛さをも抽出した本研究の意義は大きいと言える。

利益相反 本研究に開示すべき利益相反はない。

謝辞 本研究にご協力頂きましたFM患者の皆様、並び大阪行岡医療大学の行岡正雄先生、奈良学園大学の柴田政彦先生、大阪大学医学部の寒重之先生に感謝致します。なお、本研究は平成28～31年度の科学研究費（課題番号：16K09002）（代表：藤田信子）の助成を受けて行われたものである。

引用文献

- 1) 仙波恵美子：線維筋痛症の痛みはどうして起こるのか。心身医学, 2016, 56: 419-426.
- 2) Vlaeyen JW, Linton SJ: Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain, 2000, 85: 317-332.
- 3) Hasenbring MI, Verbunt JA: Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. Clin J Pain, 2010, 26: 747-753.
- 4) 細井昌子：慢性痛難治例における過活動のメカニズム—忍耐反応と過活動のスクリーンセイバー仮説の観点から。ペインクリニック, 2017, 38: 633-639.
- 5) 細井昌子, 安野広三, 早木千絵・他：線維筋痛症の心身相関と全人的アプローチのための病態メカニズムの理解。心身医学, 2016, 56: 445-451.
- 6) 沖田 実：痛み教育の現状と課題—理学・作業療法士の卒前教育を中心に。Pain Rehabil, 2014, 4: 2-7.
- 7) 池田耕二, 山本秀美, 黒田未貴・他：直腸がんによるストーマ造設と化膿性関節炎による大腿骨骨頭切除を施行したがんサバイバー1人の二つの体験。理学療法科学, 2016, 31: 175-180.
- 8) 藤田信子, 池田耕二, 高井範子・他：高齢線維筋痛症2症例の3週間入院運動プログラムの効果について—痛みと身体・注意機能、包括的QOLおよび背外側前頭野の血流動態への影響—。理学療法科学, 2019, 34: 839-846.
- 9) 長田賢一, 岡 寛, 磯村達也・他：日本語版Fibromyalgia Impact Questionnaire (JFIQ)の開発：言語的妥当性を担保した翻訳版の作成。臨床リウマチ別冊, 2008, 20:19-28.
- 10) Osada K, Oka H, Isomura T, et al.: Development of the Japanese version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (JFIQ): psychometric assessments of reliability and validity. Int J Rheum Dis, 2011, 14: 74-80.
- 11) Beck AT, Steer RA, Brown GK: Beck Depression Inventory, Second Edition. 小嶋雅代, 古川壽亮（訳著）, 日本版BDI-II—ベック抑うつ質問票—手引。日本文化科学社, 東京, 2003.
- 12) 福原俊一, 鈴鴨よしみ：SF-8™日本語版マニュアル。NPO健康医療評価研究機構, 京都, 2004, pp71-116.
- 13) 仙波恵美子：ペイン・リハが奏効する脳内メカニズム。Mod Physician, 2019, 39: 538-541.

-
- 14) Senba E, Kami K: A new aspect of chronic pain as a lifestyle-related disease. *Neurobiol Pain*, 2017, 1: 6-15.
 - 15) 仙波恵美子: 痛みと情動—辺縁系とは何か. *ペインクリニック*, 2019, 40: 35-46.
 - 16) Kami K, Tajima F, Senba E: Activation of mesolimbic reward system via laterodorsal tegmental nucleus and hypothalamus in exercise-induced hypoalgesia. *Sci Rep*, 2018, 8: 11540.
 - 17) Kami K, Tajima F, Senba E: Plastic changes in amygdala subregions by voluntary running contribute to exercise-induced hypoalgesia in neuropathic pain model mice. *Mol Pain*, 2020, 16: 1744806920971377.
 - 18) Wiech K: Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science*, 2016, 354: 584-587.
 - 19) Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al.: The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 2020, 161: 1976-1982.
 - 20) 日本疼痛学会理事会: 痛みの定義2020. 改訂版「痛みの定義: IASP」の意義とその日本語訳について. 日本疼痛学会, 2020.