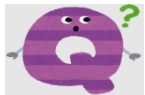


講習会アンケートに寄せられましたご質問へ

講師の先生方のご回答です。



介護者へのサポートについて、参考になる視点やポイントがあると助かります。



(PT.松下先生のご回答)

基本的にはまずは傾聴してその介護者がどのようなところを負担に思っているかどうかの把握がポイントになります。そもそも話を聞いてもらいたいのか、または、何か対策をしてもらいたいのかによっても対応が異なると思っています。もし、評価として考えるのであれば介護負担感や介護肯定感という尺度がありますので、こちらの利用を検討されても良いと思います。しかし尺度使用は介護者への負担感が強く、介護者がサポートを必要としていないといった個別性も強いので介護負担感や肯定感という視点を支援者が持っておくくらいがよいと思います。



パーキンソン杖や歩行支援に使われているレーザー光(音)が出る機械は、介護保険でレンタルできますか？

障害者の日常生活助成を使って購入できますか？Qピッドはネットで調べると「介護保険外」とでできました。



(PT.松下先生のご回答)

レーザー光の杖は自費での購入になります。Qピッドは正式には介護保険適応にならず、市によっては日常生活動作用具で申請可能な場合もあるようです。

以下の HP に掲載されていますので、ご確認ください。

<https://www.homecarewatanabe.com/qpit>



進行期パーキンソン病、非運動症状の対応、具体例などを聞かせて欲しい。



(Dr.中村先生のご回答)

2018 年神経学会のパーキンソン病診療ガイドライン

[パーキンソン病診療ガイドライン 2018 | 日本神経学会治療ガイドライン | ガイドライン | 日本神経学会](#)をご覧ください。

具体的なケースによるご質問の場合は、改めて nanbyou-manabi@hama-med.ac.jp までご連絡下さい。ご回答を差し上げたいと思います。



(PT.松下先生のご回答)

進行期におけるリハビリテーションは機能改善よりも環境調整や対処療法なものが多いです。例えば、全身の管理のために、体位ドレナージなどの呼吸リハ、関節拘縮予防のためのストレッチ、褥瘡予防のためのポジショニングがあります。また、頸部の筋強剛が強くなってくると上位頸椎が伸展位になり、誤嚥の可能性が高くなってくるため、頸部のストレッチやポジショニングを行います。嚥下障害に対してはシーティングなどで環境調整をおこないます。

非運動症状に対して、ある程度は、当日中村先生の中でもお話がありましたが、気分障害や認知障害については、まず、自分のことが振り替えられるかどうか、考え方を少し変えられるかどうか 1 つのポイントとなります。振り替えられる方に関しては、どうすればよくなるかを一步引いて考えてもらうようなかわりをしていきます。変えられない方に関しては、環境調整や介護者のかかわりによって安心して生活できるような声かけ（幻覚を否定しない）などが必要となります。

情動抑制障害に関しても、金銭的な管理を家族が行うようにする等の対応が必要になります。



**パーキンソン病の方の時々高くなる血圧についての考え方を知りたいです。
(場合によっては 190mmHg 以上になることもあります。)**

医師によっては、そのままで良いと言ったり、降圧剤で対応したりと様々です。



(Dr.中村先生のご回答)

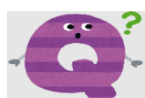
起立性低血圧があると、安静臥床時の血圧は高くなってしまいます。とくに昇圧剤を使うと顕著です。やはり高いのはよくないです。180mmHg 以上になると脳出血のリスクは高まります。ベッドを 15 度程度挙上して寝るとか、眠前に軽い降圧剤を飲んでもらうなどが有効です。血圧変動を来すパーキンソン病も予後不良といわれています。なので、高い場合は治療を考慮してください。もちろん低血圧への注意は必要です。



(PT.松下先生のご回答)

血圧については医師に基本的な方針を確認したうえでリハビリテーションを実施します。特に、パーキンソン病の方は起立性低血圧と臥位高血圧といった症状がみられますので、活動性とリスクを考慮した管理をおこないます。例えば、特に血圧が高くリスクが高い場合

には、医師に最大血圧について確認していきますし、どの程度まで運動が可能かを確認していきます。逆に降圧剤を使用した場合にも血圧が下がりすぎてしまい、反応が悪くなったり、動けなくなったりしてしまう場合もありますので、医師がそのあたりを懸念しているのかもしれない。



在宅でできる具体的な PD 患者さんへのリハビリプログラム(運動療法)などあれば、教えて欲しいです。



(PT.松下先生のご回答)

何を実施すれば良いかはその方の症状を確認してということになりますので、そのあたりを注意して進めてもらえたらと思います。軽度の方は鏡を見て普段の姿勢をまっすぐに保つようなプログラムや、動かしにくいところを意識して動かすという形がいいと思います。また、運動をどのように習慣化するかということも大事な視点となります。中等度になってくると病状に合わせたプログラムになりますし、その方の生活を維持することがプログラムになったりすることもあります。



訪問看護ステーションでリハビリをしています。日中、独居で生活されている PD 患者様が多いのですが、訪問時間が固定されているため、ON・OFF の把握が難しいと感じています。(症状日記もザックリしています。)

何か、工夫されていることやツールがあれば助言頂きたいです。



(PT.松下先生のご回答)

訪問時間が固定されているという話で他の時間ということであれば、キーパーソンや月に 1 回の訪問などの際のケアマネさんに少し協力を得て訪問してもらった際に確認することをお願いしたりします。そして、本人の ON/OFF の把握の目的を生活上支障があるため、活動の工夫が必要だということであれば、まずは本人に認識があるかどうか、何か生活上で困っているかどうかを確認します。もし、ないようであればそのまま一旦、経過観察でもいいかと思います。課題だと思っているようであれば、それを具体化してもらい対処していきます。

当室の活動にご理解・ご協力を頂いております静岡県の難病医療従事者の皆様、この度もご協力をありがとうございました。