

(参考資料3) 第1回研修テキスト(パーキンソン病)

## 第1回

---

# アセスメントと実践をつなぐ ケアマネジメント研修

---

第1部：マネジメントとその基本

第2部：事例から学ぶ具体的アセスメント「パーキンソン病」



埼玉県立大学・さいたま市介護支援専門員協会 共催

## 本テキストの使いかた

高齢者が住み慣れた地域で最期まで自分らしく過ごせるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムが構築され、ケアマネジャーの役割が期待されています。

医療と介護、両方のニーズがある高齢者が増加することを考えると、生活に加えて医療的視点のアセスメントが欠かせません。利用者の現在の状況と、その原因に即した対策につなげるためには、「できない」「心配」などに対して、生活課題の「どの部分が」「なぜできないのか」、その背景や原因を踏まえたアセスメントをして、具体的な解決策につなげる必要があります。

本研修では、ケアマネジメントの実践につながるアセスメント力の向上を目指しています。難しい医療知識から入るのではなく、何をすべきか、自分の行動が具体的にイメージできるように、ケアマネジャーの思考にあわせた、研修方法やテキストの検討を重ねてまいりました。利用者・家族の望む生活につながるよう、一人ひとりの実践に貢献できることを願っております。日頃の業務のなかで、「マネジメントの基本と具体的な展開について」実践するときのサポーターとして手元に置いてご活用いただけますと幸いです。

埼玉県立大学 《統合アセスメントの推進に関する研究》

プロジェクトメンバー

# 目次

## 第1部 「マネジメントとその基本」

I. マネジメントとその基本.....	1
1. マネジメントに求められる機能とは.....	1
2. ケアマネジメントの現状と課題.....	3
3. アセスメントとニーズ（解決すべき生活課題）の関係の全体像.....	7

## 第2部 事例から学ぶ具体的アセスメント「パーキンソン病」

I. パーキンソン病の利用者のケアマネジメントのポイント.....	9
II. パーキンソン病の全体像.....	10
1. パーキンソン病とは.....	10
2. パーキンソン病の薬について.....	11
III. 基本的なアセスメント（何をみるか）.....	12
1. 具体的なアセスメント（専門職の視点）.....	12
2. パーキンソン病の進行と多職種のかかわり.....	18
3. パーキンソン病のアセスメント(重症度別).....	19
4. 専門職のアセスメントを統合する.....	20
5. 運動性の症状.....	21
6. 非運動性の症状.....	23

## 本日の研修テーマから考える自分の目標

(研修に参加する動機や業務の課題などから)

研修後、どのように変化したでしょうか

# 第1部

## 「マネジメントとその基本」

### I. マネジメントとその基本

#### 1. マネジメントに求められる機能とは

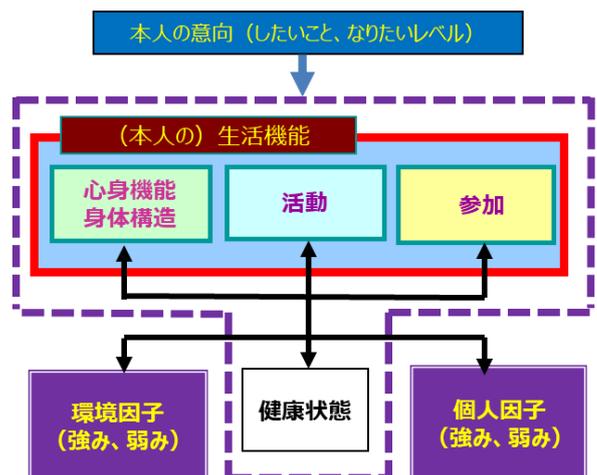
- 包括的・継続的マネジメントが展開できること
- 主治医の指示の内容と意図を理解し、翻訳した上で、ケア職に伝える機能

##### ① 包括性

- ICFの6要素を包括的に捉える（人物と状態の全体像を俯瞰する）
- 課題解決に向け、サービスや支援を統合する（専門職と非専門職による支援を融合する）  
といった側面がある。

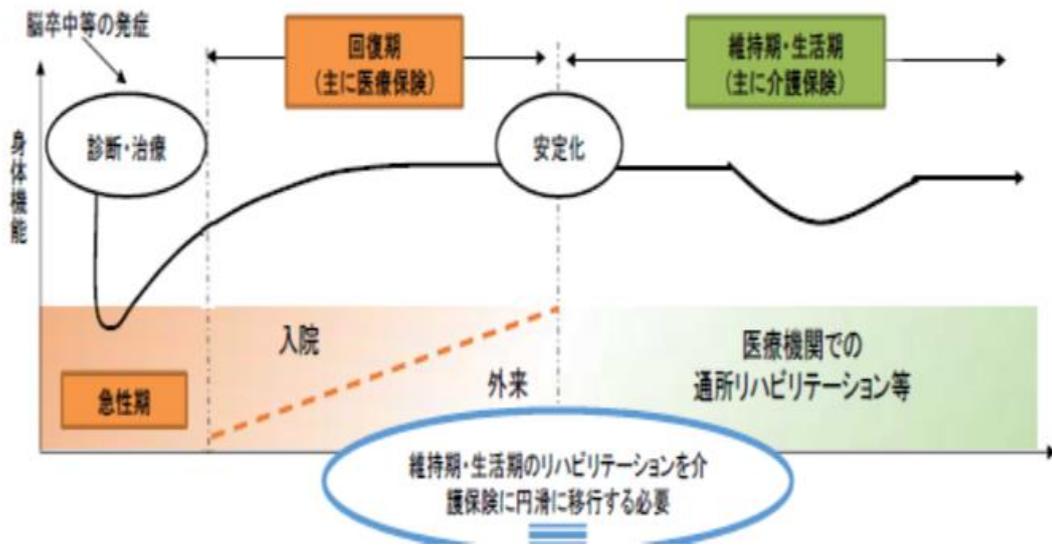
専門職は、自身の「介入」に関連する部分を主にアセスメントする。

必ずしも全体像を見ている訳ではない



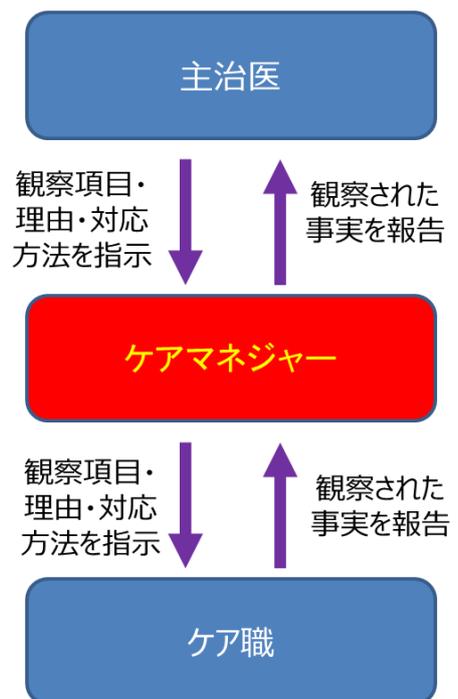
##### ② 継続性

- 本人の状態像、意向・思いなどは時間経過とともに変化していく。  
こうした変化に寄り添いながら支援を適宜見直していく必要がある。
- 専門職の場合、提供体制が縦割り構造のため、限定された時期における関与となりがち  
(例：急性期／回復期／生活期に関わるリハ職は原則異なる)
- 継続的関与が可能な職種は、ケアマネジャーと主治医のみ。両者の連携は必須となる。
- 継続的支援を適切に行うためには、①本人の状態像が今後どのように変化していくのか、②今後何が起こりうるのかなどの見通し(イメージ)を持った上での対応が必要となる。



### ③通訳機能

- 第 152 回介護給付費分科会(2017.11.22)では、平時からの医療との連携強化の観点から、「主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた利用者の状態(口腔に関する問題や服薬状況等)や、モニタリングの際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置づける必要性等を判断できるようにしてはどうか」との提案が行われ、今回の見直しに反映された。
- 主治医とケア職の中間に位置するケアマネジャーには、適切な情報収集に対するケア職への指示と、客観的事実の主治医への報告機能が求められる。
- ただ、伝達には、①報告レベル(主治医からの指示をそのままケア職に伝える、ケア職から聞いたことをそのまま主治医に伝える)、②通訳レベル(指示された内容とその意図を理解し、ケア職がその意味を理解し、意識をもって観察しにいくといった行動に移せるように翻訳して伝える)がある。マネジメントの専門家であれば、本来、通訳レベルが期待されることになる。



## 2. ケアマネジメントの現状と課題

### ケアマネジメントの問題点①

- 課題設定の考え方が間違っていないか？
- 課題が抽象的でないか？
- 要因分析が行えているか？

### 課題の捉え方と要因分析・対策の関係性(マネジメントの基礎知識)

#### マネジメントの基本的視点

- マネジメントとは「**課題**」を対象とするもの
- 課題とは、望む姿と現状のギャップのこと。したがって「**利用者が望む姿の設定**」が必須となる。  
要介護者の場合、要介護状態前の生活が、こうありたいと思う姿を考える際に参考となる場合が多い(以前の生活と今の生活の違い)。
- 対策には、①改善(課題の縮小)を目指すもの、②リスク回避により現状維持を目指すものがある。
- 前者は、現状を目指したい姿に近づけることで、課題の改善ないし解決を図るもの。
- 後者は、課題拡大のリスク(例：再発による生活機能低下)がある場合に、こうした事象が起きないようにするもの(リスクマネジメント)。
- 課題は、マネジメントの対象(例：歩行距離を現状の50mから300mに延ばす、入浴の自立度を見守りレベルに改善する、最期にしたい夢をかなえるなど)によって、人生レベルから生活レベル、機能レベルまで、様々な設定が可能となるが、いずれも、本人が目指したいレベルと現状のギャップを、対策の対象とする点は同じである。



## 課題の具体化(絞り込み)ができているか？

～一連の動作で成り立つ ADL/IADL は分解して観察し、できない所を特定する～

○入浴は、①立位、②移乗、③座位保持、④またぎ、⑤回転などで構成される

○「入浴ができない」と評価するのではなく、「一連の入浴行為のどこができないか」を把握する

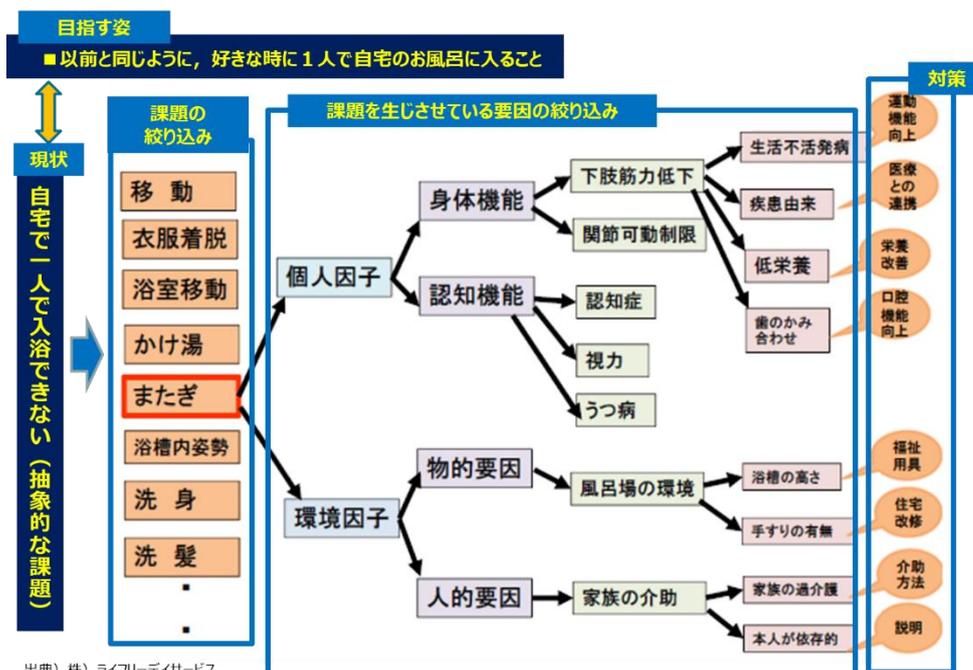
(自分で観察する、事業所から情報を得る)くせをつける必要がある。

※課題設定「入浴ができない」⇒入浴できるための方法(代替サービス)を考える

※課題設定「お風呂が跨げない」⇒跨げるようになるためにはどうするべきか(方法)を考える。



## 課題分析が適切に行われているか？～「またぎが出来ない」を例に～



## ケアマネジメントの問題点②

### ■ 社会資源を含めた課題解決策が展開できているか？

課題を具体化し、その解決に向けたチームを組んでいるか？



## ケアマネジメントの問題点③

### ■ 主治医の指示内容やその意図が理解できているか？

### ■ ケア職が具体的な行動に移せる状況を作っているか？

何をやるべきか、なぜやるべきか、どうやればよいのかイメージできているか？

【事例】千葉太郎氏 80歳 妻と二人暮らし

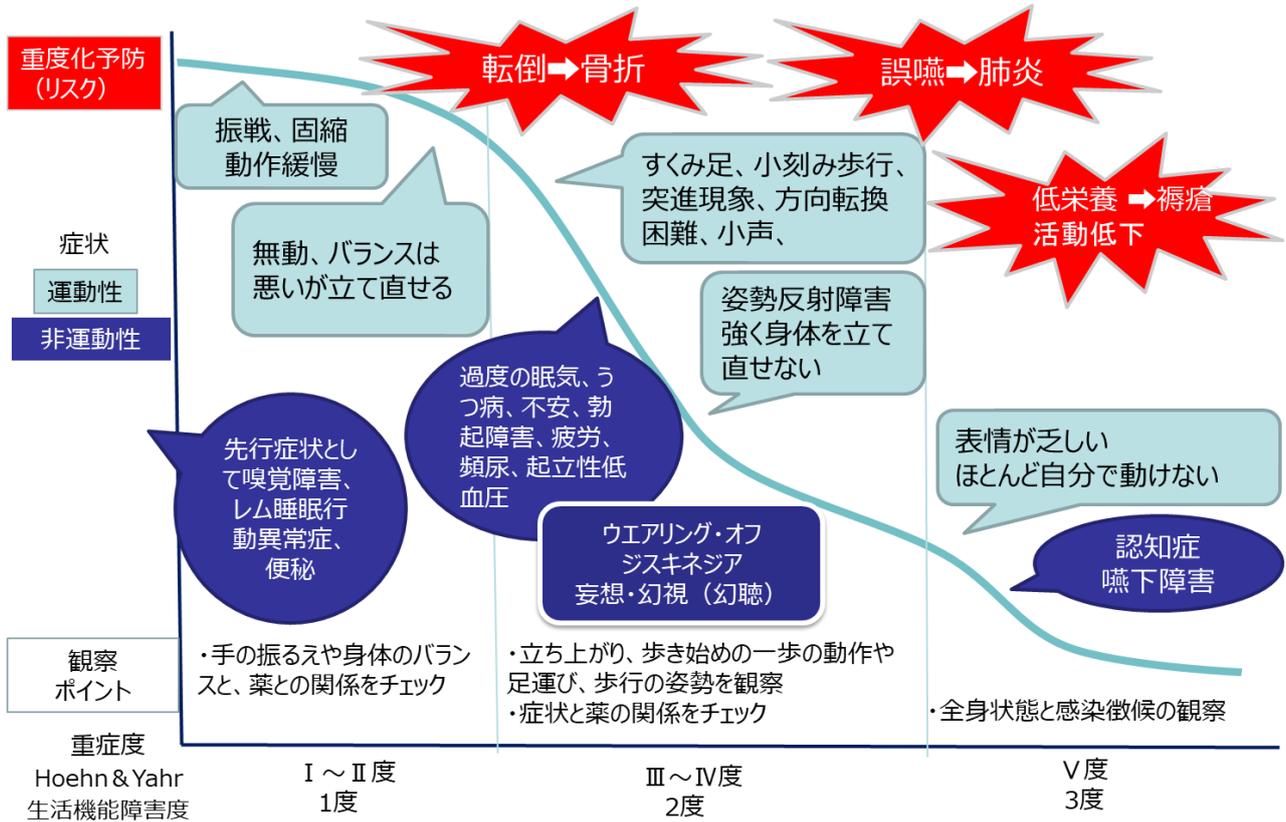
・高血圧と糖尿病あり。かかりつけ医からは、食事療法をしっかりとるように指導を受けていた。ある日、意識消失してA総合病院に救急搬送される。脳梗塞と診断され、2週間入院。その後回復期リハ病院に転院し、〇月〇日に退院。

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
病気の再発により再入院するリスクがある (本人: もう入院はしたくない)	病気の再発を防ぐことができる	・治療が継続できる ・ <b>しっかり服薬できる</b>	・定期的な通院 ・服薬管理	・妻 ・C医師 ・本人 ・D訪看 1/w ・E通所リハ2/w
「何に気をつけるのか」「なぜ気をつける必要があるのか」「適切な服用がなされなかった場合に何が起こりえるのか」をCMがイメージできているか？		・健康管理が受けられる	・健康パック	・D訪看 ・E通所リハNS
CMには、本人・家族・ケア関係者での、指導内容の共有を促す役割がある。⇒CM自身が、通所リハで「何に気をつけるのか」「なぜ気をつける必要があるのか」「食事提供を具体的にどうしたらよいか」がイメージできているか？		・指示された塩分やカロリー制限を守る <b>ことができる</b>	・塩分6g/日 ・糖尿病食 1600Kcal/日	・本人・妻 ・通所リハ

## ケアマネジメントの問題点④

### ■ 一般的経過や今後起こり得ることがイメージできているか？

一般的経過を知っているか？ 今後起こり得ることがイメージできているか？ (例：パーキンソン病)



出所) 要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する研究-疾患別テキストより一部改編

### 3. アセスメントとニーズ（解決すべき生活課題）の関係の全体像

#### 「アセスメントの全体像」把握のための概念図の整理（例：脳梗塞）



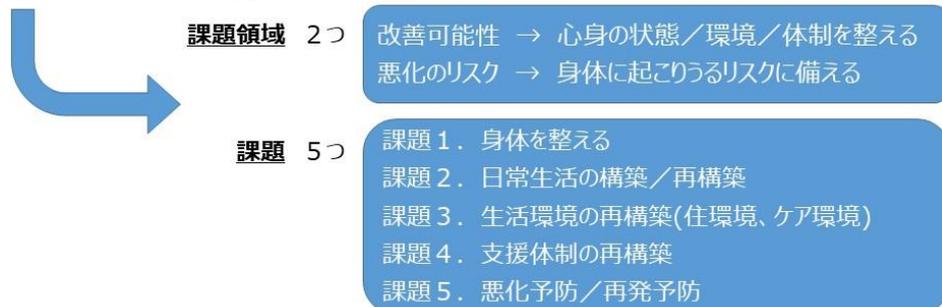
作成者：埼玉県立大学プロジェクト「統合アセスメントの推進に関する研究」委員会（2018.1.9）

疾病や要介護状態などが異なっても、利用者の自立支援・重度化予防に**必要な共通の視点**としてケアマネジメントプロセスの「アセスメント」をICF（国際機能分類）の枠組みに当てはめ、**アセスメント**と**解決すべき生活課題（ニーズ）**の関係を全体像に整理しました。

ケアマネジメントが目指すことは、生活課題の解決・改善を図ることです。

疾病や障害で生じた、**これまでの生活**と**現在の生活・目指す姿**のギャップ（＝生活課題）を埋めることです。

**解決すべき「生活課題」（ニーズ）**をこのように整理しました



（埼玉県立大学プロジェクト「統合アセスメントに関する研究」委員会）

もともとの生活、目指す姿

具体的なアセスメント  
現在の“できない”状態の背景・原因は何か？

現状

自宅で入浴できない

入浴のどの動作が  
できないのか？

- 移動 (居室→浴室)
- 更衣 (衣服の着脱)
- 移動 (脱衣所→浴室)
- 清潔 (洗身・洗髪)
- 移乗・移動 (浴槽に入る)
- 清潔 (体を拭く)

その動作ができないのは  
なぜ？

- 疲れやすい
- 痛み
- 下肢の筋力低下
- しびれ
- 手順がわからない
- もともと毎日浴槽に入っていた
- 高血圧症
- 呼吸器疾患
- 認知症
- 自尊心が高い
- 人の世話になりたくないという思い
- 浴槽が深い
- 手すりがない
- 介護者がいない
- 家族が介助方法を知らない

ICFで考える  
課題分析(アセスメント)

- 心身機能・身体構造
- 活動・参加
- 健康状態
- 個人因子
- 環境因子

どの専門職とつながるか

サービス種別・サービス内容

具体策

# 第2部

## 事例から学ぶ具体的アセスメント 「パーキンソン病」

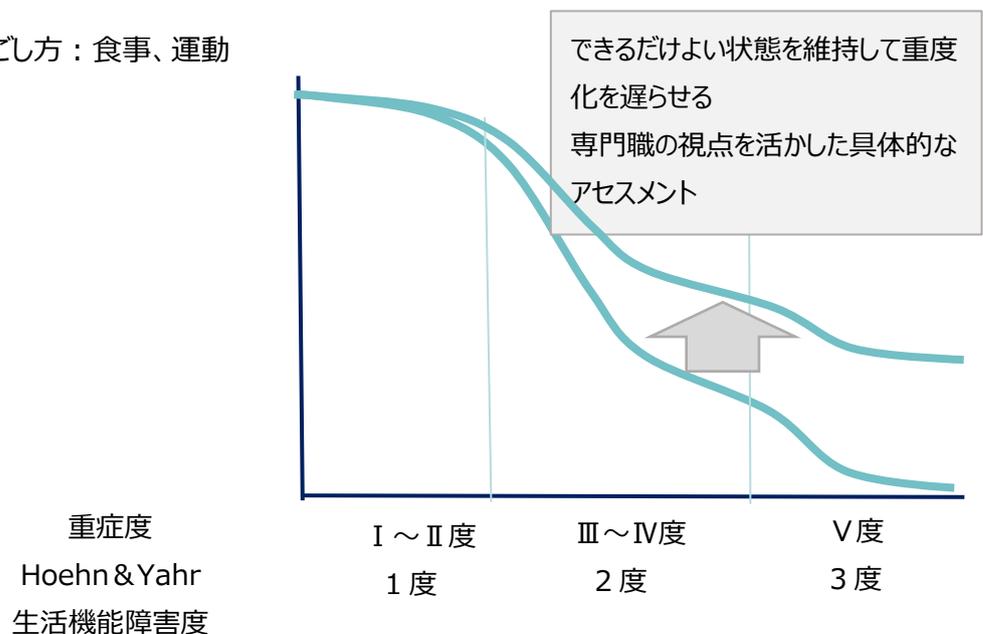
### I. パーキンソン病の利用者のケアマネジメントのポイント

#### 1. パーキンソン病とは

- 1) 難病である（進行性疾患、慢性的経過：長期療養、介護負担・経済的な負担）
- 2) 全体像（進行の経過）のイメージ

#### 2. ケアマネジメントのポイント

- 1) 現在の状況（重症度）を把握し、今後起こりうること（リスク、症状、状態）を見据えた対応
- 2) 日常生活の過ごし方：食事、運動
- 3) 服薬管理

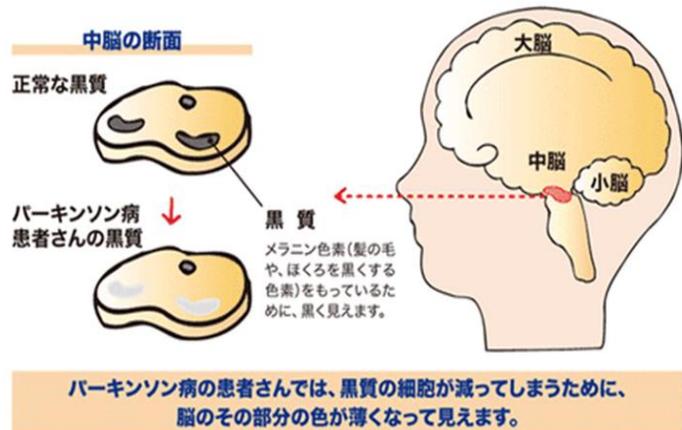


## Ⅱ. パーキンソン病の全体像

### 1. パーキンソン病とは

パーキンソン病は、脳の病気です。脳内にある黒質と言う部分に変形したり小さくなることによって、そこで生成されるドパミン（神経伝達物質ホルモン）が減少して、神経伝達が上手くいかなくなり、結果としてパーキンソン症状（身体が自分の意志とは関係なく動かない、震える、など）が出現します。

日本国内では現在20万人を超える患者がいると推測されます。高齢者に多く発生しますが、若い年齢で発症することもあります。



(図：株式会社サン・メディカル)

### パーキンソン病の4大徴候

#### 〈安静時振戦〉（手足の震え）

何もしていないとき、安静を保っている時などに手足が震えます。動作をする時には軽くなるのが特徴です。

#### 〈固縮〉

⇒ こわばりや細かい動作が苦手になります。

本人が自覚しないことも多いですが、他の人が腕を伸ばそうとするとガクガクと歯車のように感じる場合があります。

#### 〈無動〉（動作緩慢）

⇒ あらゆる動作が遅くなり、時間がかかります。顔の筋肉の動きも鈍くなるので無表情に見えることがあります。よだれは嚥下が悪くなっていることの表れで、誤嚥性肺炎などの注意が必要です。

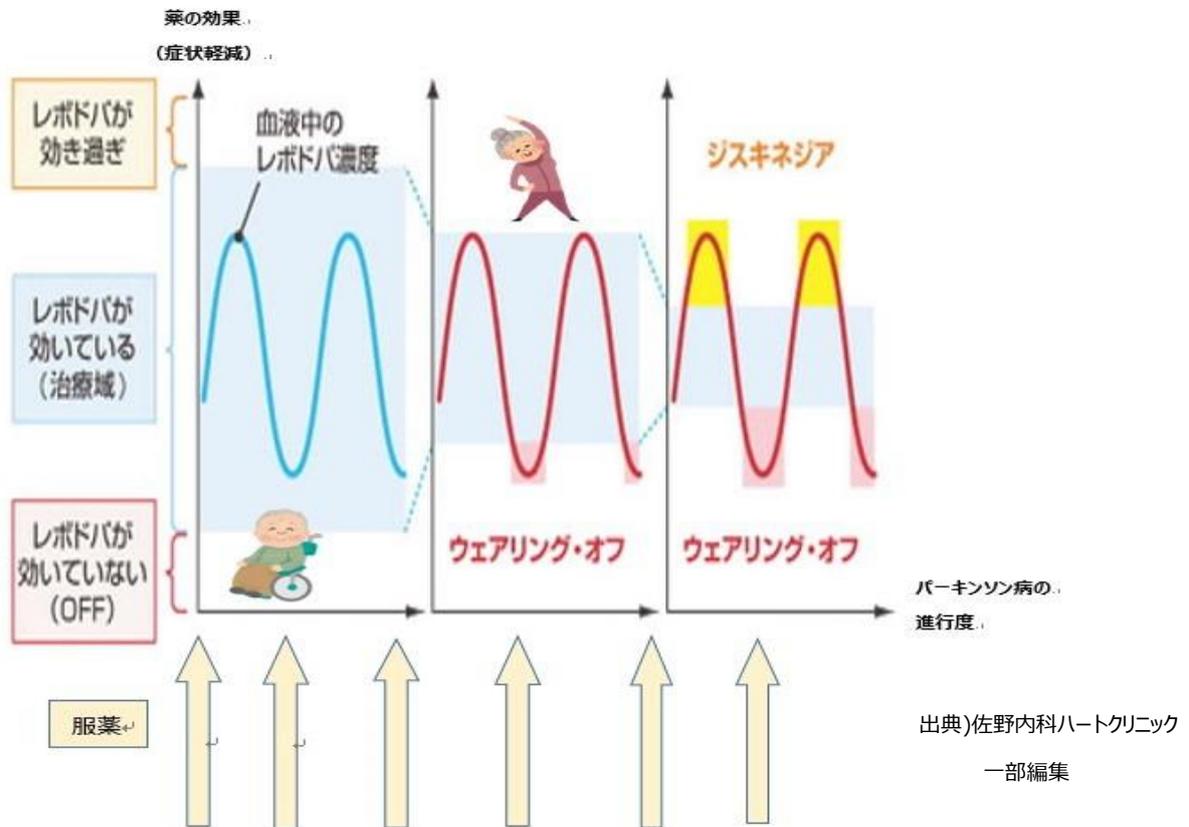
#### 〈姿勢保持障害〉（身体のバランスがとりにくい）

⇒ 進行すると現れる症状で、転倒しやすくなります。歩き出すととどろんと足がでて止まらない突進歩行が起きます。



(図：parkinson-okusuri.net)

## 2. パーキンソン病の薬について



パーキンソン病の進行と長期服薬により、レボドパの治療域が狭くなり、ウェアリング・オフやジスキネジアがおこります。

※ウェアリング・オフ：一日の中で薬が効くとき（オン）と効かないとき（オフ）

薬が効く時間が短くなって、次の薬を飲む前に効果が切れて症状が強くなる

※ジスキネジア：本人の意思に反して体の一部や手足が勝手にくねくね動く、不随意運動

### 服薬の工夫 ～ケアマネジャーの観察と報告が、適切な処方につながります～

ウェアリング・オフやジスキネジアに対しては、薬の種類、量、回数の調整について、医師に相談しましょう。

☞ 服薬の時間と動きやすさの関係を把握して、気づいたことがあれば医師に連絡しましょう。

☞ 薬が効いている時間（服薬後など）は、比較的動きが良いので、適切なリハビリを導入することができます。

### Ⅲ. 基本的なアセスメント（何をみるか）

#### 1. 具体的なアセスメント（専門職の視点）

##### 1) パーキンソン病の方のトイレ動作

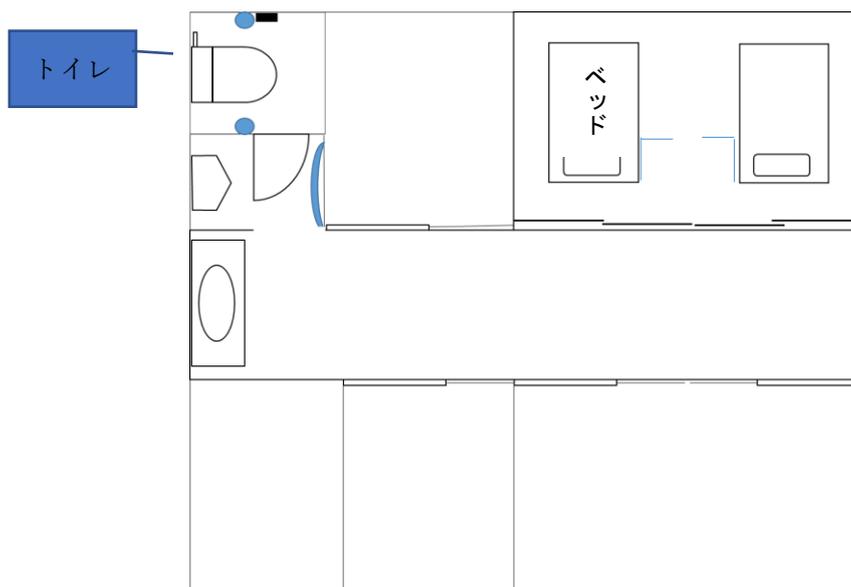
【事例】 パーキンソン病と診断を受けた男性 要介護3

妻と2人暮らし

【場面】 本人より、最近「トイレに行くのが大変」との相談があった。

担当ケアマネジャーは、実際にトイレへ行く様子を観察することになった。

【環境】



## ① 起き上がり・立ち上がり



### ● ベッドからの起き上がり

- ・布団をはぐことができない  
本人の訴え：「布団が重い」  
→振戦 固縮 動作緩慢  
→布団が重い

- ・上半身を持ち上げることができない  
→固縮 動作緩慢  
→ベッドのマットレスが柔らかい

### ● ベッドからの立ち上がり

- ・足で踏ん張ることができない  
→筋力低下 動作緩慢 姿勢反射障害  
→ベッドが高い／低い

## ② トイレまでの移動



### ● 歩き始め

- ・最初の一步が出にくい  
→すくみ足

### ● 廊下(平地)歩行

- ・つま先が上がらない歩行になる  
→すり足
- ・歩幅が狭い  
→小刻み歩行
- ・不安定  
→姿勢反射障害  
→手すりがない  
→介助者が毎回つけるわけではない

### ③トイレへの入室



- ドアノブに手を伸ばす
- ・ ドアノブに十分に近づけない  
→すくみ足
- 扉を開ける
- ・ 戸を開ける際に不安定  
→姿勢反射障害 すくみ足 小刻み歩行  
→扉が開き戸

### ④トイレ動作



- 方向転換する
- ・ スムーズに向きを変えられない  
→すくみ足 姿勢反射障害
- ズボンを下ろす
- ・ しっかり下ろしきれない  
→姿勢反射障害 振戦 固縮  
→ズボンのゴムが硬い
- ・ 両手でズボンを下す際にふらつく  
→姿勢反射障害 振戦
- 便座に座る
- ・ どしんと勢いよく座る  
→姿勢反射障害 筋力低下 固縮

## ⑤排泄後の後始末



- 用を足したあと拭く
  - ・ペーパーをちぎれない
    - 振戦 筋力低下
- 便座から立ち上がる
  - ・スムーズに立ち上がれない
    - 筋力低下 動作緩慢 姿勢反射障害
    - 便座高が高い／低い
- ズボンをあげる
  - ・十分にズボンを上げられない
    - 姿勢反射障害 振戦 固縮
    - ズボンのゴムが硬い
  - ・両手でズボンを下す際にふらつく
    - 姿勢反射障害 振戦

## ⑥トイレからの退出



- 流す
  - ・スムーズに向きを変えられない
    - すくみ足 姿勢反射障害
  - ・水栓レバーに手を伸ばすも不安定
    - 姿勢反射障害
    - 水栓レバーまでが遠い
- 扉を閉める
  - ・扉があたらぬ位置までスムーズに移動できない
    - すくみ足
- 手を洗う
  - ・洗面台まで近づけない
    - すくみ足 小刻み歩行 姿勢反射障害
  - ・壁にもたれないと立ってられない
    - 姿勢反射障害

## ⑦ トイレからベッドへの移動～座位



- 歩き始め
  - ・最初の一步が出しにくい
    - すくみ足
- 廊下(平地)歩行
  - ・つま先が上がらない歩行になる
    - すり足
  - ・歩幅が狭い
    - 小刻み歩行
- 敷居をまたぐ
  - ・足が持ち上がらない
    - すくみ足 小刻み歩行 すり足
    - 敷居が高い
  - ・戸につかまらなると姿勢が保てない
    - 姿勢反射障害
- ベッドに座る
  - ・ベッドになかなか近づけない
    - すくみ足 小刻み歩行 すり足 固縮 無動
  - ・どんと座る
    - 姿勢反射障害 筋力低下 固縮
    - ベッドが高い/低い

## ⑧ 臥床する

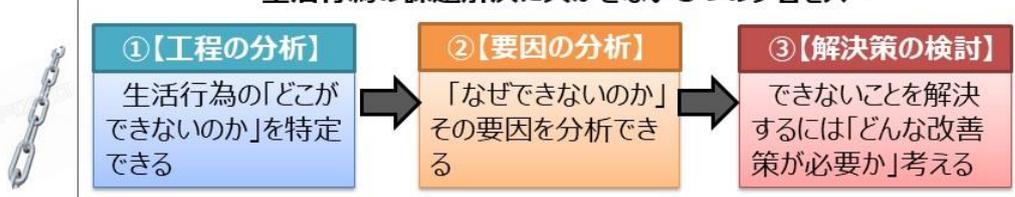


- 横になる
  - ・どんと横になる
    - 姿勢反射障害 筋力低下
- ふとんをかける
  - ・ふとんをかけられない
    - 振戦 固縮 動作緩慢
    - 布団が重い

## リハ職のアセスメントの視点

「〇〇ができない」という訴えに対し、生活行為の課題を絞り、解決策を導く

生活行為の課題解決に欠かせない3つのプロセス



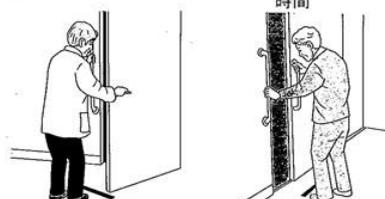
①工程分析		②要因分析	③解決策検討	
トイレの工程	可否	どこが問題か	なぜできないのか	解決策は
ベッド立ち上がり				
トイレへ移動	×	<b>【歩き始め】</b> はじめの1歩が出ない <b>【歩行】</b> 姿勢が前かがみ、つま先が上がらない、歩幅が狭い <b>【ドアを開く】</b> ドアノブを遠くからつかみ、転びそうになる ■ 介助者がいつでも介助できるよう付き添う	<b>【本人】</b> 身体・認知機能 ・下肢・体幹筋力 ・姿勢保持力 ・バランス能力 ・歩行 ・動作の開始・停止時の動作のスムーズさ ・物と体の位置関係 ・不安 <b>【環境】</b> 手すりがない、開き戸 ■ 服薬、時間、場所による影響(動ける状況)の確認	<b>【心身機能の改善】</b> 下肢・体幹筋力訓練、姿勢保持訓練、立位バランス訓練、動作開始停止訓練、歩行訓練 <b>【違う方法の習得】</b> 安全に戸を開閉できる立ち位置の習得練習、歩行時に目印を見て姿勢や歩幅を保つ練習、掛け声をかけて歩く練習 <b>【道具・環境の利用】</b> 手すり設置、杖や歩行器の検討 ■ 進行に伴い、対応が欠かせない点は：姿勢、歩行、環境
トイレ内動作				
ベッドへ移動				

## 解決策の例

パーキンソン病の経過と環境調整



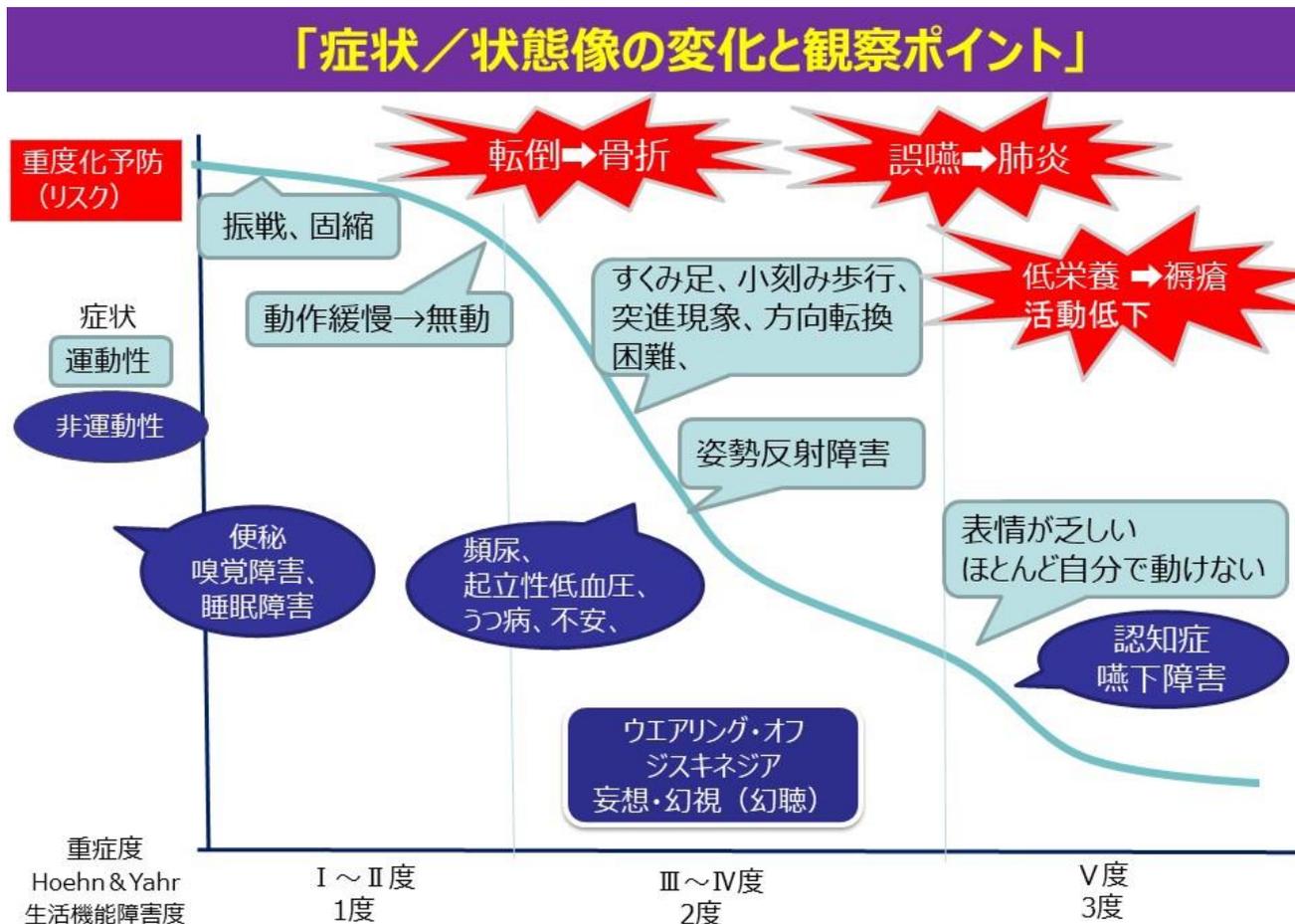
かけ声や目印の活用



高橋博一、宮口英樹編、パーキンソン病はこうすれば変わる、三輪書店、2012

伊藤利之、鎌倉節子編、ADLとその周辺 第3版、医学書院、2016

## 2. パーキンソン病の進行と多職種のかかわり



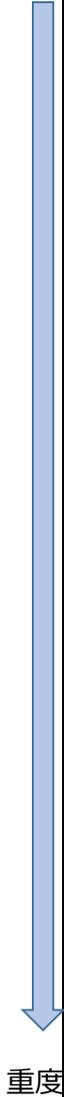
要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する研究-疾患別テキストより一部改編

ホーエン・ヤール 重症度 生活機能障害度	I～II度 1度	III～IV度 2度	V度 3度
症状・状態と 多職種のかかわり 例 (何をしないといけないのか)	便秘 程度、食事・水分・運動との関係、病気との関連について、生活場面は介護職から情報を得て医師や看護師に相談	転倒→骨折 ・立ち上がり、歩き始めの動作や足運び、歩行中の姿勢を観察、歩行状態の生活動作は介護職の観察と、リハ職の評価 ・症状と薬の関係について、医師や薬剤師、看護師に相談	誤嚥 ・口から食べて危険がないか(嚥下、食形態)について医師や歯科医師に相談 ・呼吸・発熱、むせ込み・痰がらみは、ケアのたびに観察

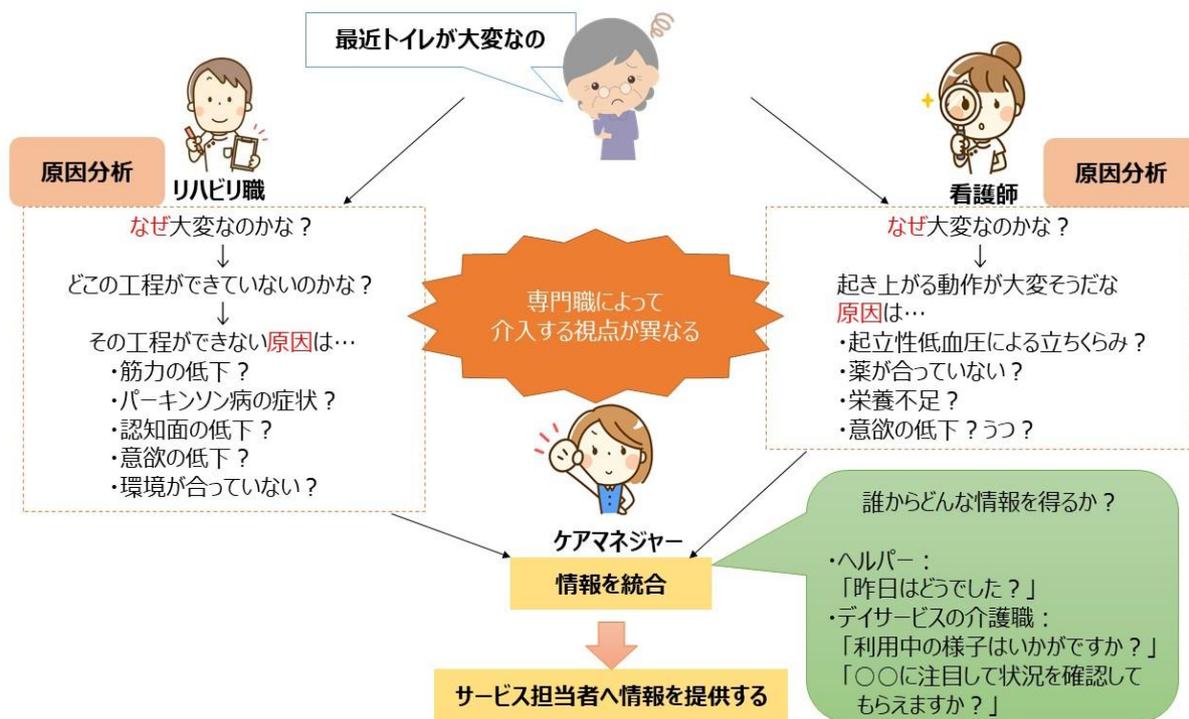
### 3. パーキンソン病のアセスメント(重症度別)

#### 重症度別チェックリスト(セルフチェックシート)

ホーエン・ヤール分類	生活機能障害度	アセスメント	本人チェック	CMチェック
I～II度	1度	動作が遅い		
		手ふるえ・手足のこわばりがある(片側・両側)		
		手足を動かしにくい、動きがぎこちない		
		体がくねくねする、口をもぐもぐする		
		便秘がある(程度・下剤使用の有無)		
		立ちくらみがある(いつ・どの位)		
		睡眠障害(寝つきが悪い、夜中に目が覚める、熟睡感がない)		
III～IV度	2度	歩行障害(すくみ足・小刻み歩行・突進)がある。		
		姿勢を保てない(左右に傾く・前かがみで歩く)		
		排尿障害がある(日中 回・夜間 回)		
		気分が落ち込む、不安がある		
		幻聴・幻視がある		
		よだれ(流涎)が出る		
		よく転ぶ(バランスを崩しやすい)		
V度	3度	表情が乏しい		
		もの忘れがある		
		嚥下障害がある(飲み込みにくい、むせ込みがある)		
		殆ど自分で動けない		



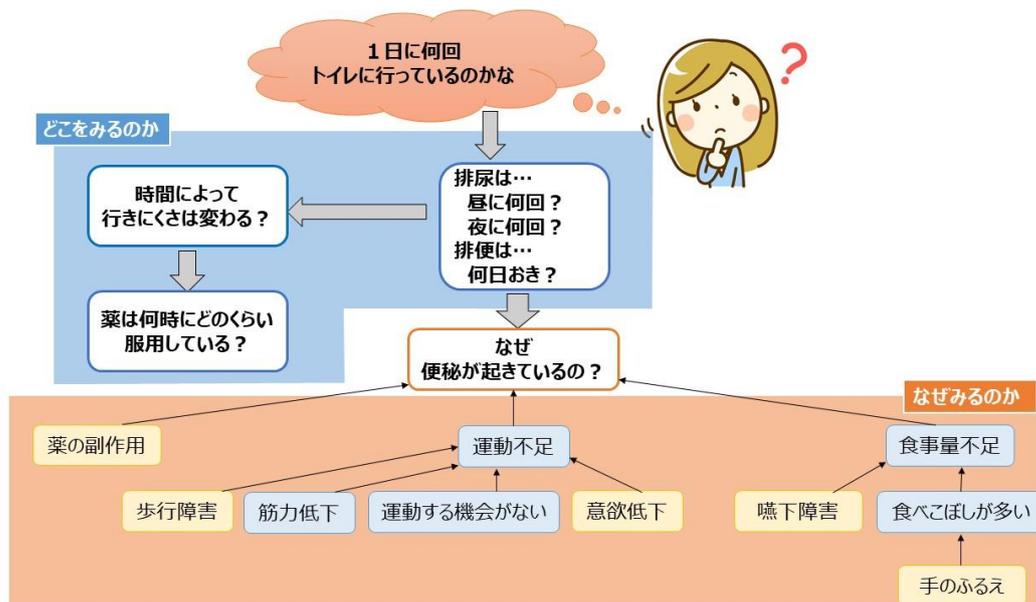
## 4. 専門職のアセスメントを統合する



(例) 「トイレに行くのが大変」の生活課題を具体的に考える

多様な専門職が分析したアセスメントを集める→整理する→まとめる（統合）

- ・ 生活課題の要因は一つではなく、さまざまな要因によって発生している
  - ・ 職種の専門性を生かして、それぞれの視点で詳しく把握できる情報を積極的に集める
- 集めた情報を再分析して、情報同士の関連を考える



## 5. 運動性の症状

### 1) 歩行障害

Q：そもそも『歩行障害』とは？

回答 ◆歩行がまったく不能であるか、または困難であり日常生活に支障をきたしている状態をいいます。

Q：『歩行障害』はなぜ起こるの？

回答 ◆からだの動きは脳から筋肉に指令が伝わることで生じます。

一般的に歩行障害は脳や脊髄の疾患により指令が伝わる経路が障害されることで起こります。

◆関節の変形や筋力低下など運動器が障害されることでも起こりえます。

Q：歩行障害はなぜ問題になるの？

回答 ◆歩行はすべての生活の基礎となり、私たちが日常生活で行っている動作のベースになります。

◆歩行障害により転倒すると骨折にいたる可能性もあります。

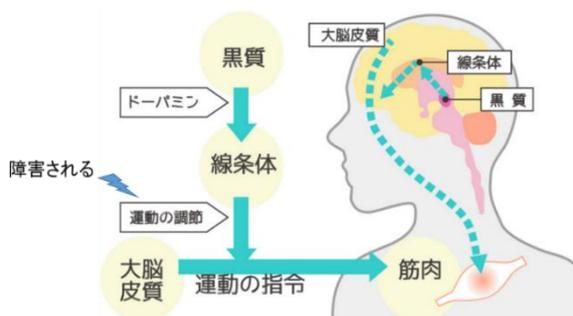
高齢者の場合、骨折して活動範囲が狭くなると体力の低下やADLの低下につながります。

また、閉じこもりになると気分も落ち込みやすくなります。心身ともに重度化の原因となりうるのです。

Q：パーキンソン病ではなぜ歩行障害が起こりやすいの？

回答 ◆パーキンソン病の場合、思い通りに体を動かす

ために働く部位（脳の黒質）の神経細胞が減り、神経伝達物質であるドーパミンが不足するため、脳内の運動をコントロールするネットワークに乱れが生じ、特徴的な運動症状が現れるようになります。



Q：パーキンソン病ではなぜ歩行障害が問題になるの？

回答 ◆パーキンソン病では1歩目が出しにくい（すくみ足）、1歩の歩幅が狭い（小刻み歩行）、歩き出すと止まらない（突進歩行）、つま先から足をすり出す状態（すり足）といった特有の歩行状態により転倒するリスクが高くなります。

- ◆円滑に歩行できないことで歩くことに不安が強くなり、行動範囲が狭くなり、意欲低下につながります。
- ◆特有の歩行であるため、周囲の目を気にして外へ出るのを嫌がる傾向があります。
- ◆転倒リスクが高いと家族が心配して本人の活動範囲を狭めている場合もあります。
- ◆歩行が障害されて動く機会が減ると腸の動きも悪くなり、より便秘がひどくなる場合もあります。

Q：パーキンソン病の方の歩行障害に関して、何に気をつけたら良い？

回答 ◆歩行障害の特徴

パーキンソン病特有の歩行障害は運動の開始時に起こりやすいので、バランスを崩して転倒し骨折するリスクが高いのです。重症化予防のためにも転倒には注意が必要です。

立ち上がり、歩き始めはより注意が必要で介助を要することもあります。

◆服薬状況

1日のうちに何度も症状の良くなったり悪くなったりを繰り返すこと(ウェアリング・オフ)により日常生活に支障をきたしていないか確認が必要です。もし支障がある場合は主治医に薬の服薬時間や量について相談しましょう。

◆歩行補助具／靴

本人の状態に合った杖／歩行器や靴の選定についての助言を、リハ職に依頼しましょう。

◆日常生活動作場面での様子：

入浴や買い物、調理等の実際の様子を、家族や介護職などサービス担当者から情報収集しましょう。その情報をリハ職に伝えて、“動作の練習や環境整備”等を依頼しましょう。

◆生活環境

自宅でも歩行障害が出やすい場所と出にくい場所があるかもしれません。普段の生活の中での歩行の様子について、本人・家族・サービス担当者から聞き取りしましょう。

本人の状態に合わせた環境整備について、リハ職に助言を求めましょう。

◆介助方法

歩行に介助が必要な場合は、“本人に合った介助方法”を、リハ職から家族やサービス担当者に伝えてもらいましょう。

★コラム

パーキンソン病の場合、バリアフリーにすれば環境が整うというわけではありません。

例)

・何も無い広いリビングよりも、机や棚があることで、それを伝って歩くことができます。

・トイレ動作の場合、広いトイレよりも狭いトイレの方が便座に安全に近づくことができます。

狭いトイレは、体を壁にもたれかけてバランスを保つことで、両手でズボンをあげられる場合もあります。

ただ障害物を排除するという考えではなく、本人の動作にはどのような環境が適しているのか、リハ職に助言を求めたり、生活環境について関係者と一緒に考えることが大切です。

## 6. 非運動性の症状

### 1) 便秘

Q：そもそも便秘とは？

回答 ◆便を十分にかつ快適に出し切れない状態です。具体的には3日以上（1日以上と定義することもあります。）  
排便がない状態を言います。  
◆量が少なく硬く(コロコロだったり) 残便感がある状態も便秘と言えます。

Q：便秘はなぜいけないの？

回答 ◆便秘が続くと、おなかが張って苦しくなったり、腹痛をおこすことがあります。  
◆吐き気や食欲低下から、低栄養状態に傾くことがあります。  
◆放置すると重大な病気（潰瘍、腹膜炎、腸閉塞など）を起こすリスクがあります。

Q：パーキンソン病では便秘はなぜ便秘が起こりやすいの？

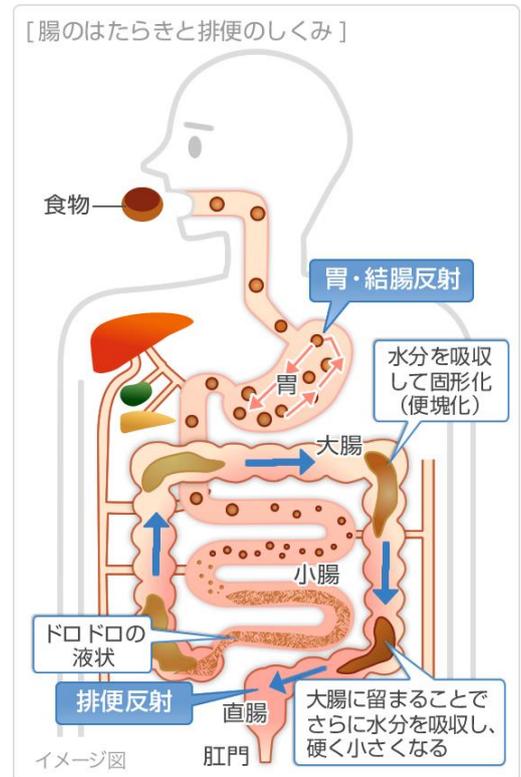
回答 ◆病気の症状：自律神経が上手く働かず腸のぜん動運動が低下し結果的に便秘になることが多いです。  
◆薬の影響：便通の様子が変わってきたら、医師・看護師・薬剤師に相談しましょう。  
◆運動障害、活動低下、食事摂取量の低下などで二次的に起こってくるものがあり、便秘が起こりやすい条件が重なってしまいます。  
◆病気の進行により運動機能が障害され、いきむことが難しくなり排便しづらくなります。



パーキンソン病の最も一般的な薬である L-DOPA 薬は経腸吸収であり、便秘があると吸収が妨げられる可能性があります。パーキンソン病は複数因子（悪循環）便秘になりやすく、その意味でも便秘予防は特に重要なのです。

Q：パーキンソン病の便秘に関して、何に気をつけたら良いか

- 回答 ◆ 回数：毎日排便があるのか、週に何回か
- ◆ 性状：便の形状や硬さなど
  - ◆ 症状：残便感、おなかの張り（腹部膨満感、常におならが出そうな感じ）、便を出しにくい感じ、  
排便に時間がかかる（排便困難）
- \* 気になることがあれば、医師、看護師に相談しましょう。
- ◆ 腹圧はかけられるか
- \* 腹圧がかけられない理由が体力・筋力によるものであれば、医師、看護師に相談しましょう。
- \* 環境による影響が考えられるときは、リハ職に相談しましょう。
- ◆ 安定した座位姿勢で排便できているか（円背姿勢は腸を圧迫し、便を出にくくします。）

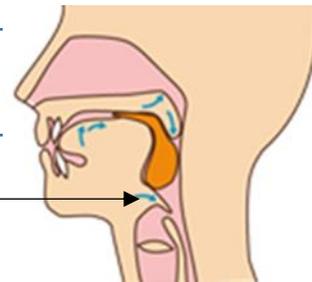


出典：第一三共ヘルスケア

## 2) 嚥下障害

Q：そもそも嚥下障害とは？

回答 ◆食べ物や飲み物を飲み込む（嚥下）ことがうまくできない状態をいいます。  
口の中のものを飲み込むときは、気管の入り口を喉頭蓋がふさいでいますが、嚥下障害があると、うまく閉じずに唾液や食べ物が気管に入ることがあります。



<図：公益財団法人 長寿科学振興財団HPより引用>

Q：嚥下障害はなぜおこるの？

回答 ◆嚥下に関わる口・喉から胃での通過を妨げる構造上の問題（口内炎、舌がん・喉頭がんなど腫瘍など）  
◆嚥下に必要な運動機能や認知機能が低下する疾患（脳卒中や認知症など）  
◆神経と筋肉の伝達異常（パーキンソン病など神経筋疾患）  
◆薬の影響（向精神薬や鎮静剤など）による各器官の働きの低下  
◆うつ病などによる食欲不振や、ストレス性の胃潰瘍による飲み込みづらさなどの、心理的な原因  
◆加齢による嚥下反射の低下

Q：嚥下障害はなぜ問題になるの？

回答 ◆窒息：誤嚥した食塊が気道をふさぐと呼吸困難になり、命にかかります。  
◆脱水：むせることを避けて水分量が減るため、脱水を起こしやすくなります。  
◆低栄養：うまく飲み込めず食事が減ることで栄養状態が悪化する原因になります。  
全身状態に影響し、重度化することがあるので、食事量や内容は具体的に観察します。  
◆誤嚥：唾液や食塊が気管や肺に入って「誤嚥」すると、細菌が入り込み「誤嚥性肺炎」を起こすことが多く、高齢者では重症化して生命予後に影響することがあります。  
◆意欲低下：飲み込みにくいので食べる気がなくなる、食べると疲れる、など食事の楽しみが減り、意欲低下から活動・参加が減り、重度化につながる原因になります。  
◆家族関係：むせることで遠慮して家族と同じ時間に食事しなくなる。本人のペースに合わせると家族が食事にかかわる時間が長くなる。など、家族関係に影響することもあります。

Q：嚥下障害について何を把握するの？

回答 ◆食事の飲み込みの様子

- ・むせることはあるか : どんなものにむせやすいのか、どんな時にむせやすいのか（水分はむせやすい）
- ・飲み込みやすさの工夫 : 食事の形態（食べやすい一口大の大きさ、やわらかさ、とろみなど）  
薬を飲むときの水を、飲みこみやすいゼリー状にするなど
- ・食事時の姿勢：頤の角度、姿勢反射障害により前屈しやすい

◆内服の様子

- ・薬の形（剤形）による違い : 錠剤の大きさや形によってのみ込みやすさが変わります  
粉薬は一般的にむせやすい。（確実な内服には飲みやすさも大事）

◆食事の環境

- ・集中して食べられるか : テレビを観てよそ見したり、話しかけたりすると意識がそれてむせる原因に
- ・食べにくそうな様子はないか : 手の震え、食べこぼし、よだれ

Q：嚥下障害に対する対応はどうしたらいいの？

回答 ◆これまでと同じものを食べているのに、飲み込みにくい

- \* 硬さや大きさなど食事の形態が変わらないのに飲み込みにくい状態に気づいたときには、医師・歯科医師・言語聴覚士など、摂食嚥下の専門職に嚥下機能の検査や評価について相談しましょう。

◆薬が飲みにくい

- \* 薬が飲みにくくなったときは、医師、薬剤師、看護師に相談しましょう。
- \* 飲みやすい薬の剤形を医師や薬剤師と相談したり、飲み込みやすい工夫（トロミ剤など）について試してみるなど、関係者で検討しましょう。

◆食事中に姿勢がくずれ

- \* リハビリ職者や看護師に相談してみましょう。
- \* 姿勢がくずれると、誤嚥のリスクがあるので、正しい姿勢を保つための工夫や助言を得ましょう。

★コラム 「かすれ声の原因を見極める！」

**かすれ声（嚙声）**は、パーキンソン症状の1つですが、誤嚥のときにも生じるので、パーキンソン病の症状だと決めつけず、医師や看護師に連絡して聴診してもらいましょう。

★コラム 「症状が出にくいことがあるので油断しない！」

- ・**むせ**は、異物を出そうとする反応です。むせができない場合もあるので、むせていないから大丈夫と考えず、誤嚥を見落とさないよう、飲み込むときの様子を普段から観察しましょう。
- ・「なんとなく元気がない」「ぼんやりして微熱がある」などの様子は、誤嚥性肺炎の危険信号かもしれません！ケアマネジャーは状態の判断や病状の診断ができないので、すぐに訪問看護やかかりつけ医に相談しましょう。

## 研修を実践に活用する

研修を終えて、明日からのケアマネジメント実践で取り組むことを具体的に考えてみましょう

私の目標 \_\_\_\_\_

(例：△△が○○になる)

私の目標を達成するための具体的な行動

いつ：

どこで：

何を：

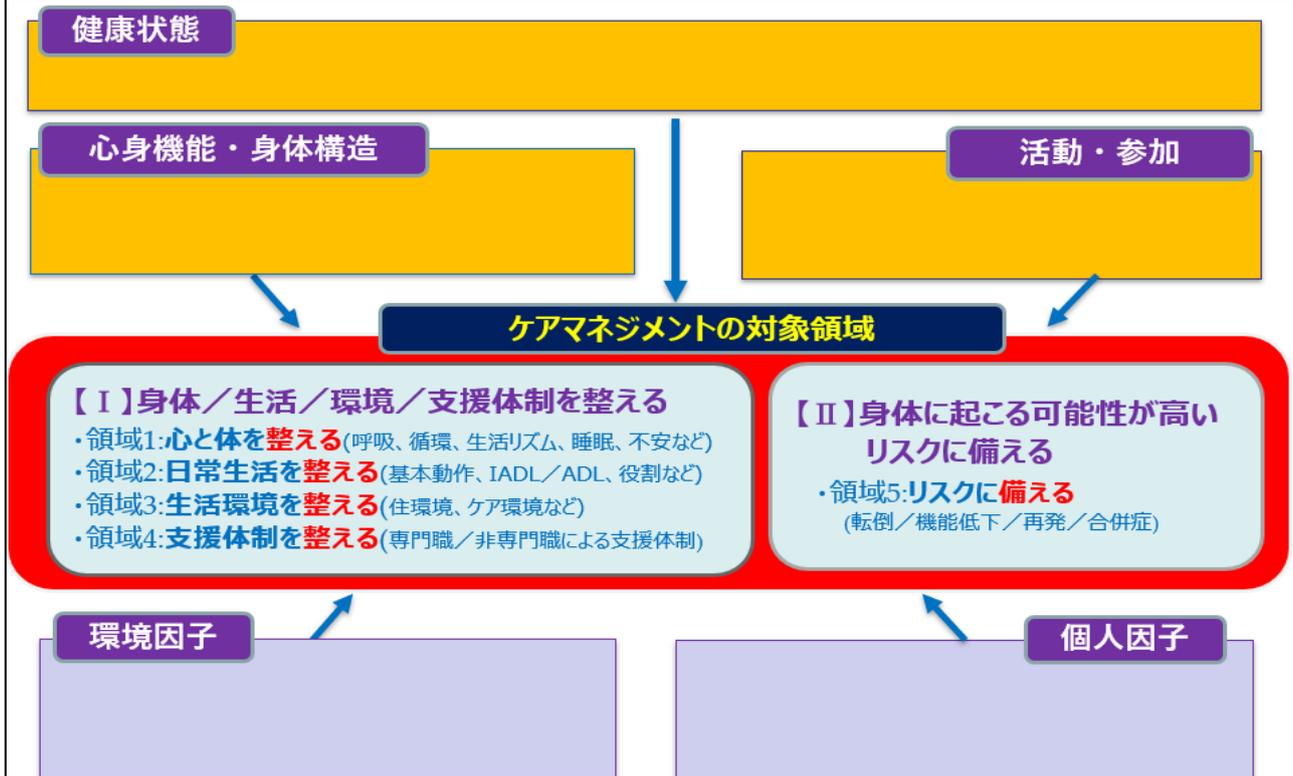
どのように：

実践して変化したご自身の姿を思い描いてみてください。

## 脳梗塞の利用者に対するケアマネジメントとは

2020年1月11日  
埼玉県立大学大学院／研究開発センター  
川越雅弘

### 1. ケアマネジメントの対象領域とICFをベースとしたアセスメントの構造



## 2. 脳梗塞の利用者に対する具体的アセスメント項目とは 課題の対象領域別に見た主な課題とはー脳梗塞の場合ー

課題の対象領域	主な課題
<b>【Ⅰ】心と体／生活／環境／支援体制を「整える」</b>	
・領域1：心と体を <b>整える</b>	課題1：適切な健康管理の実現 （血圧コントロール／便秘／口腔ケアなど） 課題2：精神面への対応 （不安／ストレス／うつ／認知症状など）
・領域2：日常生活を <b>整える</b>	課題1：適切な生活習慣の実現（見直し） （食事／睡眠／運動／禁煙／適度な飲酒） 課題2：機能／ADL・IADLの維持・向上 （運動／嚥下／麻痺／感覚／失語／高次脳／ADL／IADL）
・領域3：生活環境を <b>整える</b>	（個別性が高く、標準化は困難）
・領域4：支援体制を <b>整える</b>	（個別性が高く、標準化は困難）
<b>【Ⅱ】身体に起こる可能性が高いリスクに備える</b>	
・領域5：リスクに <b>備える</b>	課題1：再発予防と早期発見・対応 課題2：合併症予防（誤嚥性肺炎など）

### 課題 1：精神面への対応

#### 精神障害

#### うつ・意欲低下



意欲が低下したり、不安が強くなったりする。

#### 血管性認知症



脳卒中発症後に、認知症の症状を発症する。

#### 夜間せん妄



夜になると興奮して暴れたり、独り言を言って騒いだりする。

## 課題2：適切な生活習慣の実現（見直し）

○ 脳梗塞の原因となる病気（①高血圧，②糖尿病，③心房細動，④脂質異常症）の悪化につながる生活習慣の見直しが重要。

### 高血圧

- ①塩分過剰摂取 ②喫煙 ③過度の飲酒  
④肥満 ⑤運動不足 ⑥ストレス  
⑦睡眠不足 ⑧脱水  
⑨急激な温度差 ⑩排泄時の動作 など

### 糖尿病

- ①食事内容 ②過食 ③喫煙  
④過度の飲酒 ⑤肥満 ⑥運動  
⑦ストレス ⑧脱水 ⑨風邪  
⑩下痢 など

### 心房細動 (不整脈)

- ①食事内容 ②カフェインの過剰摂取  
③喫煙 ④肥満 ⑤過度の飲酒  
⑥睡眠不足 ⑦ストレス ⑧疲労  
⑨入浴 など

### 脂質異常症

- ①食事内容 ②過食 ③喫煙  
④過度の飲酒 ⑤肥満 ⑥運動不足  
⑦ストレス など

## 課題2：機能／ADL・IADLの維持・向上

### 主な後遺症

#### 運動障害

##### 片麻痺



体の左右どちらかの手足が麻痺して動かなくなる。

##### 運動失調



体がふらついてうまく立てない。手足の動きがぎこちなくなる。

#### 言語障害

##### 構音障害



話すための筋肉が麻痺し、正しく発音できない。

##### 失語症



話すこと、言葉の理解、読む、聞くなど、言語に関することができない。

#### 高次脳機能障害

##### 失行



知っているはずの行為（服の着方など）が行えなくなる。

##### 失認



知っている物や概念が認識できなくなる。

##### 半側空間無視



空間の半分を認識できず、物があることに気づけない。

#### 嚥下障害



食べ物や飲み物をうまく飲みこむことができなくなる。

## 課題5：再発予防

- 脳梗塞の再発予防では、「①再発の原因となる病気の管理」「②生活習慣の改善」「③抗血栓薬の服薬管理」が重要となる。
- 再発予防に向けたケアマネジャーの役割は、①服薬状況、②血糖異常などに伴う症状の発生の有無、③生活習慣の確認と医師の事前指示に応じた対応。

### 図. 脳梗塞の再発予防に必要なこと

再発の原因となる病気の管理

- 高血圧、糖尿病、心房細動、脂質異常症の治療
- 治療薬の服薬状況の確認と医療連携
- 血糖異常などに伴う症状の確認と医療連携

生活習慣の改善

- 喫煙、食事、運動などの生活習慣に対する指導
- 指導内容に基づく食事などの提供
- 日常生活における生活習慣の確認と医療連携

抗血栓薬の服用

- 心臓での血栓予防薬（抗凝固薬）の処方
- 心臓以外での血栓予防薬（抗血小板薬）の処方
- 抗血栓薬の服薬状況の確認と医療連携

### 脳梗塞の利用者に対する「アセスメントシート」

本シートは、3つの領域（心と体を整える、日常生活を整える、身体に起こる可能性が高いリスクに備える）における課題を明確化し、各専門職から対応策を引き出すために、ケアマネジャーとして義務的アセスメントすべき項目を整理したものです（※認知性の高い「老人患者」や「嚥下困難」は、これとは別に把握してください）。

アセスメント項目	対応欄
<b>【領域1】心と体を整える</b>	
<b>課題1：適切な健康管理の実現</b>	
①血圧のコントロール状況（目標値、変動の有無、定期的測定の有無）	<input type="checkbox"/>
②便秘・下痢の有無	<input type="checkbox"/>
③口腔内出血・舌苔の有無	<input type="checkbox"/>
<b>課題2：精神面への対応</b>	
①不安やストレスの有無	<input type="checkbox"/>
②うつ症状の有無	<input type="checkbox"/>
③認知症状の有無	<input type="checkbox"/>
<b>【領域2】日常生活を整える</b>	
<b>課題1：適切な生活習慣の実現（見直し） ※食事・睡眠・運動・禁煙/過度な飲酒</b>	
①過食・粗食傾向の有無	<input type="checkbox"/>
②塩分過多・栄養バランス不良傾向の有無	<input type="checkbox"/>
③水分摂取量の把握	<input type="checkbox"/>
④脱水症状の有無	<input type="checkbox"/>
⑤体重変化の有無	<input type="checkbox"/>
⑥運動（リハビリ、散歩など）実施の有無	<input type="checkbox"/>
⑦適量の飲酒/禁煙の遵守状況	<input type="checkbox"/>
⑧睡眠不足の有無	<input type="checkbox"/>
<b>課題2：機能/ADL・IADLの維持・向上</b>	
①機能障害の有無（耳聾/感覚/嚥下/半側空間無視/高次脳機能など）	<input type="checkbox"/>
②ADL障害の有無（尿失禁/更衣/食事など）	<input type="checkbox"/>
<b>【領域3】身体に起こる可能性が高いリスクに備える</b>	
<b>課題1：再発予防と早期発見・早期対応（生活習慣の見直し、および服薬管理と運動）</b>	
①以前発症した脳梗塞のタイプの把握（ラクナ梗塞・アテローム血栓性・心原性）	<input type="checkbox"/>
②以前発症した脳梗塞の原因の把握（高血圧・糖尿病・脂質異常症・心疾患等）	<input type="checkbox"/>
③一過性脳虚血発作（TIA*1）の有無	<input type="checkbox"/>
④定期受診の有無	<input type="checkbox"/>
⑤処方通りの服用の有無	<input type="checkbox"/>
⑥再発予防・早期発見・早期対応に対する本人・家族の認識	<input type="checkbox"/>
<b>課題2：合併症の発症予防と早期発見（誤嚥性肺炎、褥瘡、尿路感染、心不全など）</b>	
①むせ・痰がらみの有無	<input type="checkbox"/>
②発熱の有無	<input type="checkbox"/>
③起き上がり時のめまいや立ちくらみの有無	<input type="checkbox"/>
④転倒・息切れ・胸の痛み、むくみの有無	<input type="checkbox"/>
⑤褥瘡の有無	<input type="checkbox"/>

注1）一過性脳虚血発作とは、以下の症状（※）が一時的に発生した後、症状が消失することを含む  
 ※発熱が認めない、意識が明ない、口がうまく動かない、眼に痛みがある、片方の手足に力が入らない、視力が弱くなる、物が二重に見える、人の言うことがうまく理解できない、思ったように字が書けないなど



統合アセスメントの推進に関する研究  
—多職種の見点を入れたアセスメントに向けて—  
報告書

---

令和2（2020）年3月発行

発行 公立大学法人 埼玉県立大学 研究開発センター

〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820 番地

TEL 048-971-0500（代） FAX 048-973-4807

---

不許複製