

パーキンソン病患者へのパーキンソン体操の指導を試みて

—事例を通して得られたこと—

C棟5階

○庵 前 幸 代 西 清 子
東 悦 子

1. はじめに

パーキンソン病は進行性神経疾患の中で有病率が高く、経過は長期にわたる。治療方法として主に薬物療法が用いられるが当科では同時に運動療法もとりいれる。両者はバランスをとりながら併用することが大切である。現在、運動療法として理学・作業療法を約20分リハビリテーション部にて行っている。運動療法には心肺機能、能力、平衡機能などを保持し廃用性障害を予防する効果がある。また目標を定め決めたことをやった、という満足感は精神面でも良い影響を与える。しかし、リハビリの時間以外は臥床傾向にある患者が多く、患者の運動療法に対する認識に疑問を持ち、今回ある患者に対し面接調査を行った。患者は運動療法に対して十分に理解してなかった。そこで、運動療法に対する捉え方を改めてもらい、継続できるよう運動の必要性を説明し、パーキンソン体操の個別指導を行った。結果、患者の理解が深まり、運動意欲の向上と継続が得られた。これを Benner の理論で説明できると考え、考察したのでここに報告する。

2. 事例紹介

M氏(70歳・男性)

- ・入院期間 H16年8月11日～9月13日
- ・主訴 無動
- ・入院目的 内服コントロール
- ・既往歴 64歳で大動脈解離指摘される。
- ・現病歴 31歳で発症。右視床 Vim 核破壊術される。その後今までに6回コントロール目的の入院を繰り返している。
- ・性格 内向的で気難しい。きっちりしている。疾患に対しては前向きな姿勢。

3. 研究方法

1) 研究期間：平成16年9月2日～9月13日

2) 方法

① 倫理的配慮

患者に研究の主旨、プライバシーを厳守すること、研究論文としてまとめ院内看護研究会に発表することを説明し承諾を得た。

② 運動療法に対する認識調査

患者のベットサイドで看護者と1対1で面接調査を行った。面接時間は約30分であった。内容は結果に示した。

③ パンフレットの作成

初めに運動療法の効果について記述した。パーキンソン体操(以下体操と略)の内容は、パーキンソン友の会が推奨している体操をベースとした⁶⁾。その中から「立って行う運動」は一人で行うと転倒などの危険があるため除き、ベットサイドで行えて安全なものを、神経内科の医師と相談し選択した。(表1)

④ 退院前の面接調査

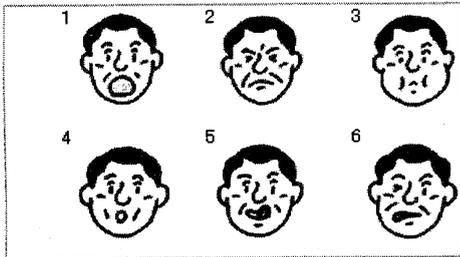
退院前に、体操の感想や変化について面接を行った。患者のベットサイドで、30分程度であった。

表1パーキンソン体操パンフレット

1. 顔の運動

顔の筋肉のこわばりやしゃべりにくさを改善します。

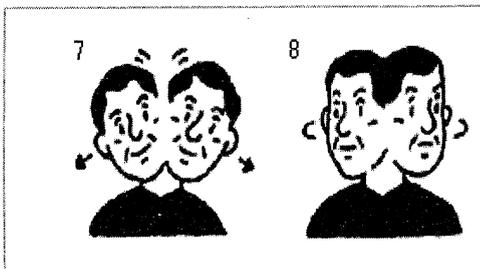
1. 口を大きく開けたり閉じたりする
2. 顔をしかめたりゆるめたりする
3. 両頬に息をためてふくらませる
4. 口をすぼめて息を吐く
5. 舌でくちびるのまわりをナメる
6. 口を左右に引き、引いた側の目を閉じる



2. 頭と首の運動

首の運動は痛みがでない程度に行ないましょう。

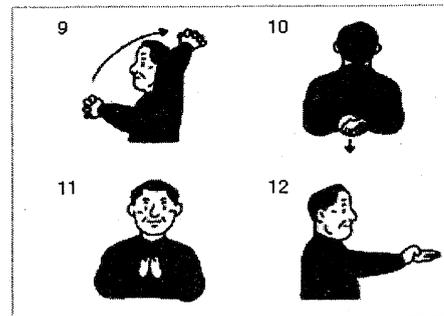
7. 頭を左右にゆっくり倒す
8. 頭を左右にゆっくり回す



3. 肩・腕・手・指の運動

関節の柔軟性を高めて動きやすくします。

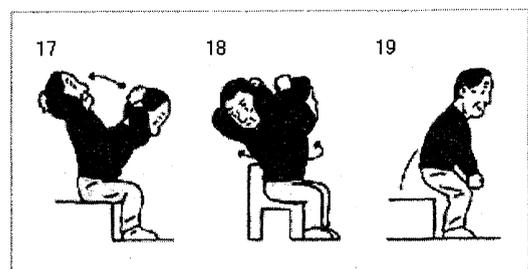
9. 両手をあわせ腕をゆっくり上げる
10. 手を背中ので握り上げ下げする
11. 両手を胸の前であわせ手首を左右に倒す
12. 腕を上げ、手を握ったり開いたりする



4. 座って行う運動

着席するときはイスに十分に近づき、体をできるだけ前にかがめて、ゆっくりと腰をおろします。

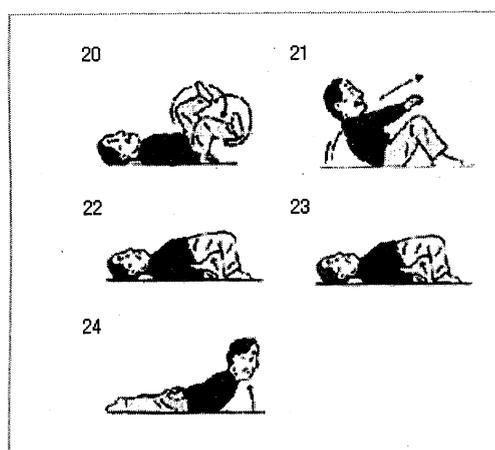
17. イスまたはベッドの端に座り、両手を頭の後ろに組み、体をゆっくり前後に曲げ伸ばす
18. 両手を頭の後ろに組み、体をゆっくり左右にひねる
19. アゴを引いて体を前に曲げて立ち上がり、体を前に曲げて座る



5. 横になって行う運動

立ったり座ったりしにくい患者さんでも畳やフンの上でできる運動です。

20. あおむけに寝て自転車をこぐように、両足をクルクル回す
21. あおむけに寝て両足を曲げ起き上がる
22. あおむけに寝て両足を曲げお尻を上げる
23. あおむけに寝て両足を曲げ左右にゆっくりひねる
24. うつぶせに寝てゆっくり上体を起こす



4. 結果

<指導前>

①パーキンソン病について知っていること。(治療も含む。)

M氏 疾患の起因など詳しく知っている。

治療については薬物療法、外科的治療がある。

②普段から運動(リハビリ)をしているか。している場合、その内容

M氏 往復600mの距離を週に4日ほど歩いており、「歩くということが生活の基本となりますので」と、パーキンソン病に関わらず、年齢的な筋力の衰えなど健康のために歩いている。また、「日常生活の中にリハビリを取り入れようとしています。」と風呂洗いなどすすんで行っている。一方で、「パーキンソン病の寄り合いに出てるから、パーキンソン

体操やったことありますよ。しかし、こんなやって治るのかと思う。バカらしい。」「リハビリが大事なことは重々知ってます。でも継続する事はなかなか難しい。薬の効きが悪かったらやめたくなるし。」との発言もあり。

以上の面接調査後、体操の説明を行った。M氏は体操に否定的であったため、入院中は自宅ほど体を動かさないから運動量が少なくなること、継続することが大切であること、この体操は生活動作では足りない部分を補うためにあるということ、ストレスの発散になることを説明しながら指導を行った。体操はパンフレットを見ながら看護師も一緒に行って、指導した。毎日体操を実施したかどうか準夜帯で確認し、何か体操についての発言があれば特定の用紙に記入するようにした。結果、毎日1~2回実施されていた。退院前の面接内容は以下のとおりである。

<退院前>

①体操についての感想。(動作の難しさや時間などの良い点・悪い点)

M氏「動きは分かりやすかったです。顔の運動はしょっちゅうやっています。」「自分の気持ちいい範囲で回数決めて、全体通して30分くらい。このくらいの時間だとやれました。」

②体操を始めてから、動き(症状)に変化はなかったか。

M氏「かえて薬が効いたと思うわ。薬が効いてないと気力だけではできないから。薬も効いてきて嬉しくなってやる気できます。」

③体操などのリハビリが有効的だと指導を受け、実際にやってみて意識的に何か変化はなかったか。意欲は高まったか。

M氏「計画を立て遂行するという気持ちが気迫になってくる。それを遂行すると勇気が出てきます。今まで出来なかったのが出来たという喜びが得られました。」「できるだけ毎日やろうと心がけてました。それは入院前からですが。薬飲んでそれで終わりじゃだめです。体動かすための治療やから。」

5. 考察

以上の結果をBennerの理論を用いて考察した。

Bennerは「指導/手ほどきの機能」の領域で、時機について「患者の学習レディネスを把握する。」と述べている。指導の導入時期は、内服コントロールが良好となり退院が近い時期であったため、身体の動きも良く運動療法を行いやすい時期であったと考えられる。次に「ライフスタイルと結びつけて病気や回復に関することを統合するように患者を援助する。」と述べている。患者は疾患に対する知識や治療法をよく知った上で、日常生活動作を取り入れた運動をされており、前向きな発言が多かった。このことからこの項に関しては、介入する部分がなかったと考えられる。次に「病気について患者が解釈していることを引き出し、理解する。」と述べている。患者は日常生活動作を行うことが運動療法だと考えていたので、さらに体操をするのはバカらしいと言っていた。看護師はこの言動から患者の運動に対する捉え方を理解できた。次に「患者の状態について考えられることを提供し、治療処置の根拠を与える。」と述べている。なぜ日常生活動作だけでなく体操が今必要なのかを説明したことは、根拠を与えられたと考えられる。次に「手ほどきの機能：文化的に避けている病気の局面に接近し、理解できるようにしむける。」と述べている。今回は特に関わっていないが、今後症状の進行に合わせた関わりを持ち、受容出来るように援助する必要がある。

以上の考察から、今回の指導はこの理論に当てはまっていたから「却って薬が効いた。」「出来なかった事が出来たという喜びを得られた。」と発言の変化につながったのではないかと考えられる。

6. 終わりに

- 運動療法に否定的な患者にパーキンソン体操を実施したことで患者にリハビリに対する理解が深まり、運動意欲の向上と継続が得られた。
- 今回の事例に Benner の理論を活用できたと考えられる。
- 今後は症状の進行に合わせて援助していかなければならない。

<引用・参考文献>

- 1) パトリシア・ベナー：ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー，医学書院，56-60，2000

- 2) ナンシー・I・ホットマン，他：ナースのための患者教育と健康教育，医学書院 236-247，1996
- 3) 小林量作，他：リハビリテーションパーキンソン病患者の生活指導、難病と在宅ケア，Vol 8，No 2，36-40，2002
- 4) 小林量作・金子功一・水島佳子・他：パーキンソン病患者の退院前指導とフォローアップ，PTジャーナル 30，705-712，1996
- 5) 黒田研二，他：パーキンソン病患者の療養の態度がその死亡率に及ぼす影響に関する研究，日本公衆誌 37，：333-339，1987
- 6) 高橋和郎、増本正太郎、他：新版神経難病，メディカ出版，34 - 42，250-262，1997