

特集

パーキンソン病患者の看護と生活援助



秋山 智
広島国際大学 教授
日本難病看護学会 代表理事



我が国で約 20 万人と推定されるパーキンソン病患者。病院・施設・在宅で出会うことの多いパーキンソン病患者へのケアは看護の基本とも言えます。パーキンソン病看護（脳神経内科看護）の 3 原則である、①安静にすべからず、②全身を見よ、③三大合併症（気道感染・尿路感染・褥瘡）に注意せよ、に従って、患者 QOL を高めるための質の高い看護を提供しましょう。

■パーキンソン病ってどんな病気？

1. パーキンソン病の名前の由来

1817 年、イギリスのジェームズ・パーキンソンが、『An Essay on the Shaking Palsy』に「振戦麻痺」として初めてその症状を記載しました。1888 年、この疾患はフランスのジェーン・マーチン・シャルコーによってジェームズ・パーキンソンの名を冠し「パーキンソン病」と命名されました。

その後 200 年以上が経過しましたが、今ではパーキンソン病は最も代表的な神経難病、神経変性疾患として認識されるようになっていきます。

2. パーキンソン病の病態と発症機序

1) パーキンソン病の病態

パーキンソン病は、中脳にある黒質の神経細胞が変性・脱落して、さまざまな錐体外路症状が現れる疾患です。症状は、「運動症状」のみならず、多彩な「非運動症状」もあり、典型

的な全身性疾患です（表 1）。症状の詳細は後述します。

表 1 パーキンソン病の症状

運動症状	非運動症状
1. 無動 2. 振戦 3. 筋強剛 4. 姿勢保持障害 5. その他（姿勢異常・すくみ現象）	1. 睡眠障害 2. 精神・認知・行動障害 3. 自律神経障害 4. 感覚障害 5. その他の非運動症状（体重減少・疲労）

日本神経学会監修・「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会編：パーキンソン病診療ガイドライン 2018. 医学書院. 東京, 2018: 11-17. 引用抜粋




最初の運動症状は、左右どちらか一側の上肢または下肢から始まることが多く、2～3 年すると逆側にも出現するようになります（N 字型、または逆 N 字型と言われる）。多くの場合、運動症状の程度には左右差があり、それは初めに出現した側のほうが強く、さらに病歴を通して不変であることが多いです。

発症から 5～7 年くらい経過すると姿勢のバランスを崩すことが増え、10 年経過で杖歩行、場合によっては車いすが必要になることもあります。ただし、症状の進行は、治療の状態や管理の仕方などにより個人差が激しいです。

病的には、黒質の変性・脱落とともに脳内に「レビー小体」と呼ばれる封入体を認め、それにより疾患単位として確立されています。また、レビー小体の主要構成成分は、「 α -シヌクレイン」というシナプス蛋白の凝集体であることがわかっています。

2) パーキンソン病の発症メカニズムと分類

パーキンソン病では、黒質の変性・脱落により、運動機能をつかさどる神経伝達物質ドパミンが減少するため、大脳基底核（線条体）による運動の制御が障害されて円滑な動きができなくなります（図 1）。さらに、正常な線条体ではアセチルコリンがドパミンと結合して役割を果たしていますが、ドパミンの欠如によりアセチルコリンの働きが優位になってしまいます。つまり、この 2 つの神経伝達物質の活動バランスが崩れるため、この病気では動作が円滑にいかなくなり、緩慢になってしまおうと考えられています。

	せる。職種によっては仕事も可能である		
IV度	立ちあがり動作や歩行が難しくなるが、介助によりなんとか可能である。その他の生活の様々な場面で介助が必要になる		
V度	介助なしでは寝たきりになる。自力で立つことは不可能で、車いす生活になる		III度：日常生活に全面的な介助を要し、歩行・起立不能

3. パーキンソン病と遺伝との関連

パーキンソン病の多くは孤発性ですが、数%程度（文献により5~10%）に単独遺伝子異常を背景とする家族性（遺伝性）の症例を認めます。若年発症者には比較的家族性のタイプが多いです。

家族性パーキンソン病の遺伝子シンボルは、現在 PARK1~24 まで明らかにされています。最近、家族性の原因遺伝子産物の機能解析が進んでおり、ドパミン神経変性のメカニズムが少しずつ明らかになっていきます。それが、いずれは孤発性の病態を明らかにすることにつながるものが期待されています。

4. パーキンソン症候群

パーキンソン症状（無動・振戦・筋強剛など：パーキンソンニズムともいう）を呈する疾患は他にも多数存在し、総称して「パーキンソン症候群」と呼ばれています。その代表がパーキンソン病であり、全体の7~8割を占めます。

他に、脳血管性のもので、薬剤性のもので、中毒性のもので、その他の神経変性疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、多系統萎縮症、ハンチントン病など）などがありますが、それらとの鑑別が非常に重要です。

パーキンソン病以外の疾患では、筋強剛が強くて振戦が少なく、レボドパの薬効が良くないという特徴があります。



発症の原因、とりわけ黒質でドパミンを産生する神経細胞が変性・脱落する真の原因は、いまだに不明です。黒質の神経細胞数が正常の20%以下に減少するとパーキンソン病が発症するとされています。さまざまな対症療法（薬物療法、デバイス補助療法など）は開発されていますが、いまだに病気を根治させる治療法はありません。

パーキンソン病は徐々に症状が進行していく疾患ですが、その進行度を示す指標として、ホーン・ヤールの重症度分類と生活機能障害度分類がよく用いられます（表1）。

表1 ホーン・ヤールの重症度分類および生活機能障害度分類

ホーン・ヤールの重症度分類		生活機能障害度分類
I度	振戦や筋強剛は一側性。機能障害はないか、あっても軽度	I度：日常生活、通院にほとんど介助を要さない
II度	症状が両側性になる。姿勢反射障害はない。日常生活や仕事ややや不便になる	
III度	小刻み歩行、すくみ足がみられる。視線反射障害がみられる。日常生活に多少の支障が出るが、介助なしで過ごせる	II度：日常生活、通院に介助を要する

■パーキンソン病患者は増えている？

パーキンソン病の真の原因は不明ですが、遺伝因子および環境因子が何らかの影響を及ぼしていることは知られています。そして、何よりも加齢が大きく発症に寄与しています。パーキンソン病は加齢に伴って増えていく特徴があり、人口の高齢化・長寿化の著しい我が国においては、今後ますますなる増加が見込まれます。

年齢段階別のパーキンソン病患者数を表1に示しました。発症年齢のピークは60歳前後とされています。長寿社会の現在、高齢になるほど患者数は激増し、その半数以上は後期高齢者です。

発症に男女差はありませんが、女性のほうが平均寿命が長いため、それに比例して高齢になるほど女性患者の比率は高くなります。

この表では、患者総数約14万人余りとなっていますが、あくまで指定難病患者の人数です。指定難病はホーン・ヤールの重症度分類（既出・表1）のⅢ度以上で認定されるので、軽症のⅠ、Ⅱレベルの患者数はこの表の人数には入っておらず、実数は保健所でも把握されていません。軽症のⅠ、Ⅱの患者数を加えると、我が国の本疾患の患者数は約20万人程度と推定されています。

表1 年齢段階別パーキンソン病患者数（全国）

年齢	令和3年度 指定難病 医療受給者証所持者数、年齢階級・対象疾患別									
	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～74歳	75歳以上	総数
人数	0	4	20	134	1,140	5,471	20,191	27,793	85,720	140,473人

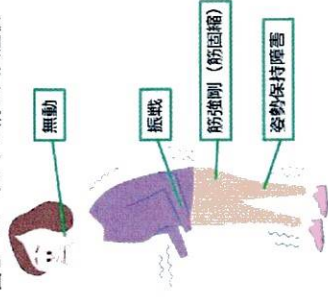
（難病情報センター、2022/3/31現在）

■パーキンソン病の代表的な症状：運動症状って何？

パーキンソン病では、錐体外路系、すなわち大脳皮質～大脳基底核ループが障害を受けます。この部位は運動野と密接な連絡を持ち、中脳の黒質や小脳なども連絡しています。その結果、症状として主に運動症状として現れ、これは「運動減少」と「運動過多」に大別されます。

運動減少としては「無動」「筋強剛（筋固縮）」、そして運動過多として「振戦」が生じます。これがこの疾患の三大症状です。これに病状の進行に伴って次第に現れる「姿勢保持障害」を加えて、四大症状と呼びます（図1）。

図1 パーキンソン病の四大症状



1. パーキンソン病の四大症状




1) 無動

無動（寡動、動作緩慢）は、この疾患の主要症状です。病初期には、上肢では字の書きにくさや「小字症」（はじめは大きいがだんだん小さくなる）、あるいは箸の使いにくさなどの手指の巧緻動作の障害で現れることが多くあります。

歩行では「すくみ足」（はじめの一步が出ない）、「小刻み歩行」、「突進現象」、歩行時に手を振らない等が特徴的です（図2）。また、方向転換は苦手です。

さらに、発声の不明確や声量自体の低下（「小声」）、瞬きの減少、顔の表情が乏しくなる「仮面様顔貌」、流延なども見られます。これらの症状は、患者さんのADLや他者との交流にきわめて多大な影響を与えます。

図2 パーキンソン病の歩行障害

すくみ足	小刻み歩行	突進現象
		

2)振戦

患者さんの訴えとしては「振るえ」と表現されることが多いです。この疾患における振戦の多くは4-6Hzの「静止時振戦」です。母指と中指をすり合わせるような動きは「ピルロリング(丸薬丸め)」と呼ばれます。通常は、片側の下肢に発症し、次に同側の下肢、そして逆側の下肢さらに下肢へと進行していきます(N字型、または逆N字型)。

上下肢のみならず、頸部や顔面に出現することもあります。歩行時に現れやすく精神的な緊張や負荷時にも増強すると言われています。その一方で、睡眠時には消失しています。振戦は目立ちやすい症状なので、心理的な負担を伴うことも多いのですが、文字を書いたり箸を使ったりするときには減少または消失するため、案外実際のADLには影響が少ないことが多いです。

3)筋強剛(筋固縮)

この症状は診察しないとい評価できなことが多く、四肢の関節を他動的に動かして、受ける抵抗により評価することができます。パーキンソン病では、小刻みで規則的な引っ掛かりを伴うことが多く、これを「歯車様強剛」と言います。

また、関節の可動域を通じて抵抗がほぼ一定である場合を鉛管様強剛と言いますが、必ずしもこの疾患特有なものではありません。いずれにせよ、この症状は錐体外路の障害により筋トーン(骨格筋)がある程度の緊張状態を保っていることが上昇している状態といえます。

4)姿勢反射障害

この症状は、発症初期に見られることはほとんどなく、病気の進行によって次第に出現してくるものです。したがって、診断時には呈さないことが多いです。この症状がある場合は、立位の患者さんに対して外力を加えると、押された方向に容易に転倒してしまいます。

2.その他

1)姿勢異常

この疾患では、立位静止時や歩行時に体幹を「前傾前屈」させる姿勢が典型的です。これは、

病状の進行に従って悪化していく傾向にあります。体幹は前傾ですが、頸部は後屈し、さらに肘関節と手関節を屈曲させた特有の姿勢になります。さらに、前屈がひどくなると、胸椎下部や特に腰部に負担がかかり、腰痛に悩まされる場合があります。こうなると、ADLにさまざまな影響を及ぼします。

■パーキンソン病の代表的な症状：非運動症状について

古くからパーキンソン病の中核症状は運動症状とされてきましたが、最近では非運動症状が目立っており、ほとんどの患者さんで多彩な非運動症状が見られます。神経変性は中脳黒質線条系のドバミンニューロンを超えて、それ以外のノルアドレナリン系、セロトニン系、アセチルコリン系などへ広がります。非運動症状の出現に関与しているといわれます。その発症は、疾患の前駆期からのもの、進行後の OFF 時に出現するもの、あるいは治療薬に関連するものなどさまざまです。

特に、発症前から出現しているものとして、嗅覚障害、レム睡眠行動障害、便秘、うつや不安、の4項目はそのエビデンスも高いといわれています。

1. 自律神経障害

- ①便秘
最も頻度が高い症状です。発症初期のみならず、発症前から出現していることもあります。
- ②排尿障害
頻尿、尿意切迫、切迫性尿失禁などいわゆる過活動性膀胱の状態を呈します。
- ③起立性低血圧
発症初期から見られることもありませんが、加齢、長期罹患、症状の進行によりさらに出やすくなります。
- ④発汗障害
発汗過多、発汗低下の両パターンがあります。進行患者の OFF 時、ジスキネジアが出ている ON 時に出ることが多くあります。
- ⑤性機能障害
男性患者の ED など、なかなか顕在化しにくいものです。
- ⑥脂漏性顔炎
顔面が脂ぎってしまいう状態です。若い女性患者では化粧のノリが悪くなり困ると言います。

2. 精神・認知・行動障害

- ①気分障害
うつを呈する患者さんが全体の約4割程度とされて、発症前からいつになつていられる方もいます。他にも、無感情、快楽の消失、不安なども含め、幅広い状態が含まれます。
- ②幻覚・妄想
患者さんの3～6割程度とされますが、軽度のものから明確な幻視、さらに妄想へ進行していきます。ただし、治療薬の副作用で惹起されていることも多いので注意が必要です。

③行動障害

「衝動制御障害」には、病的賭博・性欲亢進・買いあさり、むちゃ食い、常同反復運動があります。また、「ドパミン調節障害」を呈する者もいます。患者・家族は、これらがパーキンソン病に関連した症状（ほとんどがレボドパやドパミンアゴニストの副作用）とは思わないうことも多く、発見が遅れることもあります。特に、病的賭博や買いあさりなどはひどくと家庭生活に多大な被害を及ぼすことになるため注意が必要です。

④認知機能障害

遂行機能障害、注意障害、視空間認識障害等から始まり、その後記憶障害が出現します。結果として、ADL に支障をきたすようになり、認知状態になることもあります。

3. 睡眠障害

- ①日中睡眠
長期罹患で自律神経障害や認知機能障害のある患者さんに多く出現します。治療薬に関連している場合もあります。
- ②突発性睡眠
上記と同様の患者さんに多く、前兆の有無にかかわらず、活動時（食事中、運転中など）に突発的に眠り込む病態です。
- ③夜間不眠
入眠困難、途中覚醒、早期覚醒など、状態は多岐にわたり、頻度も高いです。
- ④レム睡眠行動障害
睡眠時のレム期の筋緊張低下の気が障害されるため、夢内容に一致した異常行動が出現します。
- ⑤ムズムズ脚症候群
特に入眠時に下肢の不快感、耐え難い運動欲求を呈します。下肢を静止していると病状は悪化して、動かすことにより改善します。「下肢静止不能症候群」とも言います。

4. 感覚障害

- ①嗅覚障害
最近、着目されることの多い重要な非運動障害である。パーキンソン病の診断以前にほぼ障害が完成していると言われています。かなり初期から自覚する人もいますが、多くの患者さんは自覚しないままに経過します。この疾患の患者さんの7～8割に見られ、嗅覚障害はMDSの診断基準の支持的基準にも取り上げられています。
- ②痛み
痛みを感じる患者さんは約6～7割と言われており、その病因は多彩ですが、多くの症例でレボドパ治療に伴う運動症状の変動に並行して出現しています。

5. その他

①体重減少

その頻度は5～6割とされ、「やせ」という患者さんから訴えがあることも多いです。

②疲労

患者さんの4～6割が疲れやすさを訴えますが、その発症機序はまだ明らかにはされていません。

■若年性パーキンソン病の特徴：発症年齢による臨床経過

パーキンソン病は加齢とともに人数が増えるため、高齢者の病気が認識されやすいのですが、実際には若年層にも発症者はいます。40歳以前に発症する場合、特に「若年性パーキンソン病」と言います。

現在40歳未満の患者数は、14万余のうちのおよそ158人です（既出・表2）。ただし、これはホーン・ヤールの重症度分類のⅢ以上の人数なので、重症度分類Ⅰ、Ⅱの患者数を加えると200～300人程度かと推定されます。

若年性パーキンソン病という病名がつくのは、あくまで発症時の年齢であり、患者さんの人生はその後にも続くので40歳をはるかに超えて老年期にさしかかっている若年発症者も多く存在します。その人たちの病名は年をとっても若年性パーキンソン病なので、若年性の人が必要しも若年者ではないことには注意が必要です。

若年性パーキンソン病の主な症状は、基本的には普通のパーキンソン病と同じです。すなわち、振戦（安静時）、無動／寡動（動作が緩慢であり動き動けない、表情が乏しいなど）、筋固縮（筋肉や関節がガクガクとこわばる）、姿勢反射障害（体のバランスが崩れて転びやすい）などが代表的な運動症状です。

ただし、若年性では、高齢発症者に比べていくつもの特徴があります（表1）。

例えば、初期に振戦が出るのは比較的少ないと言われており、無動／寡動に関連した歩行障害のほうが目立つことが多いです。また、体幹がどちらかに傾く傾向にある人が多いのですが、転倒するほどバランスを崩すことはありません。

薬（レボドパ）の反応が大変よく、当初は使用量も少な目でコントロールできます。しかし、若いのがゆえに投与期間が長期に及ぶことから、次第に薬の効果が減弱し、日内変動（ウェアリングオフ現象、オンオフ現象）、不随意運動（ジスキネジア）といった運動合併症が目立ってきます。これは高齢者に比べて顕著です。

病気の進行は高齢者に比べて比較的穏やかで、数十年以上かかってゆっくりに進行していくのが特徴です。また、高齢患者で見られやすい認知面での障害も少ないと言われています。

表1 若年性パーキンソン病の特徴

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・高齢者に比べて、病気の進行がゆるやか・初期症状としては歩行障害が多く、振戦は少ない |
|---|

- ・薬（レボドパ）が大変よく効き、薬の使用量は少なくてすむ
- ・長期の使用により、薬による日内変動やジスキネジアが出やすい
- ・睡眠効果はつきりしている
- ・自律神経症状が出やすい
- ・物忘れなど認知機能障害はあまり認められない。

■看護師が知っておきたいパーキンソン病の診断法・検査法

最近では、診断法としては「MDS 診断基準」(2015)がよく活用されています。これは、International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS) から2015年に提唱された診断基準です。それによると、症状としてはパーキンソニズムとして無動(静止)・動作緩慢が見られることが必須であり、さらに振戦(静止時)か筋強剛のどちらか、または両方がみられることと定義されています。

姿勢反射障害については、早期の出現はあまりないことから、診断時にはあまり重要視されません。

レボドパ製剤の服用により、症状が改善されると、本疾患の可能性がきわめて高いと判断されます。

パーキンソニズムを呈する他の疾患を鑑別するために、頭部のCTやMRIが撮影されることが、パーキンソン病の場合には、これらの画像に異常は見られません。MIGB 心筋シンチグラフィを撮影すると、パーキンソン病では心臓交感神経の脱落を反映して心筋へのMIGB (¹²³I-メタヨードベンジルグルジアニジン)の取り込み低下がみられます。

※International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS) 診断基準 (2015) については、日本神経学会監修・「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会編：パーキンソン病診療ガイドライン2018、医学書院、東京、2018：3、をご覧ください。

■看護師が知っておきたいパーキンソン病の治療法

古くから薬物療法とリハビリテーションがパーキンソン病治療の両輪と言われていますが（ただし根治療法ではない）、昨今では同じく根治療法ではないものもさまざまなバイス補助療法が実施されています。

症状やその程度、患者さんの年齢や罹患年数、薬の副作用の度合いなどによって、薬物療法を基本としながら、さまざまな治療法が選択・併用されます。

1. 薬物療法

薬物療法は治療の中心であり、さまざまな薬物が開発されていますが、一方でそれぞれ特徴的な副作用もあるため、注意が必要です。

①レボドパ

最も効果が高く、薬物療法の中心です。大脳基底核（線条体）でドパミンが欠乏している状態なので、ドパミンの前駆物質であるレボドパを投与します。ドパミンは直接経口投与しても血液脳関門でブロックされて脳内に届きません。そこで前駆物質のレボドパを投与し、これは腸管で吸収されてやがて血液脳関門を越えて、中枢でドパミンに返還されることとなります。なお、消化管でドパミンに返還されてしまうことを防ぐために、それを阻害するカルビドパなどの合剤として投与されることが多いです。

レボドパは大変よく効きますが、副作用として悪心、起立性低血圧、幻覚や妄想などが見られることがあります。また、長期に使用していると、以下の状態が出やすくなります。

①日内変動

レボドパの内服は開始後3～4年は著効しますが、その後次第に効果が減少し、いわゆる日内変動を伴う運動合併症が起ってきます。

a. ウェアリングアップ現象：同じ量の薬を飲んでも効果が少なくなり、持続時間が短縮する。次の服用までに効果が途切れてしまう。

b. オン・オフ現象：服薬時間に関係なく、突然まるでスイッチが切れたかのように薬の効果が切れてしまう。

②ジスキネジア

長期の服用により、患者さんの意思に関係なく生じてしまう持続的な不随意運動で、身体の一部位に起こります。他者から見ると奇異な動きに映るので、患者さんは心理的にしんどい状態になります。薬を減らすと逆に体が動かなくなり、服薬調整が難しいです。

(1行空白)

なお、レボドパは、突然中止したり減量したりすると、高熱、意識障害、筋強剛などの「悪性症候群」と呼ばれる病態が出現することがあります。

2)ドパミンアゴニスト

ドパミン受容体作動薬であり、線条体にあるドパミンの受容体に直接作用します。レボドパと比較して効果はゆるやかで、長期に使用しても副作用（ON/OFFやジスキネジア）は出にくいとされています。

経口薬だけでも様々なタイプの薬品があり、経口薬のみならず、貼り薬も良く用いられています。また、最近では持続皮下注射法も実施されています。

突発性睡眠を含む眠気、吐き気、幻覚や妄想などの副作用が出やすいのが特徴です。

3)MOA-B阻害薬

脳内でドパミンを分解する酵素（MOA-B）を阻害することによりレボドパの作用時間を長くします。

4)COMT阻害薬

末梢にいてドパミンを分解する酵素（COMT）を阻害することにより、レボドパの作用時間を長くします。

5)アママンタジン塩酸塩

黒質の神経細胞を刺激する作用があり、それによってドパミンの放出を促進します。

6)抗コリン薬

ドパミンが欠乏したことによって相対的に過剰になっているアセチルコリンの働きを抑えます。古くから使用されている薬で、振戦にはよく効きますが、口渇、幻覚、尿閉、便秘などの副作用に注意が必要です。

2. リハビリテーション

パーキンソン病のリハビリテーションには、歩行障害などの改善をはかる理学療法、ADLの向上をはかる作業療法、そして音声障害や嚥下障害の改善をはかる言語聴覚療法があります。また、音楽療法も注目されています。

最近では、米国で開発されたLSVT（リー・シルバーマン音声治療）の運動版であるLSVT*BIGや音声版LSVTLOUDを使う施設も増えています。

リハビリテーションは、薬物療法との併用で特にONの状態のときに行うと、運動症状の改善効果があります。

1) 理学療法

理学療法では、主に歩行などの大きな運動障害に対して、パーキンソン体操、筋力増強運動、基本的動作練習、関節可動域運動、姿勢矯正運動、バランス練習、日常生活活動指導等が実施されます。

特に、四大症状（無動、筋強剛、振戦、姿勢反射障害）に応じた訓練内容が実施されます。

2) 作業療法

作業療法では、主に手指の巧緻動作の改善を目標として、日常生活動作（ADL）である食事、整容、更衣、排便、入浴などの動作の訓練を行います。

さらには、手段的日常生活動作（IADL）である家事（調理、掃除、洗濯、買物、ゴミ出し等）の動作のみならず、必要に応じて金銭管理、服薬管理、交通手段の利用、電話の対応等の訓練を行います。

3) 言語聴覚療法

音声・構音障害に対して、呼吸・発声・共鳴・構音の各機能に対応したリハビリテーションがあります。また、それら全体にアプローチする包括的なリハビリテーションも実施されます。

呼吸機能に対してはリラクゼーションや胸郭可動性訓練など、構音障害に対しては発声速度調整法（ペーシングボード等の道具を使用する方法、道具を使用しない方法）など、さまざまな方法があります。

摂食・嚥下障害に対しては、間接訓練（食べ物を用いずに実施する基礎訓練）と直接訓練（姿勢の調整や嚥下訓練など）が行われます。

4) 音楽療法

音楽療法は、外部からの音楽刺激によって運動が改善することから、最近非常に注目されている療法です。いわゆる“キュー”（刺激）を利用した方法で、外部からの音やリズム、メロディが脳内の歩行リズムを喚起します。

また、単に歩行時のキューになるだけでなく、音楽は癒しや気分転換、家族や他者とのコミュニケーションにも役立ちます。さらには、合唱や楽器演奏、ダンスへの応用など、より社会的なリハビリテーションにも活用できます。

3. デバイス補助療法 (DAT: Device-Aided therapy)

1) 外科手術: 脳深部刺激療法 (DBS)

DBS は、ある程度症状が進行して薬だけでは症状の改善が難しくなった場合や、運動合併症（ウエアリングオフやジスキネジア）の出現がひどくなった場合に検討される外科手術を伴う治療法です。

DBS は、手術で脳の深部に細い電線を挿入し、胸の前部にパルス発生器を埋め込み、その

電線に弱いパルス（電気信号）を送るといったものです。そのパルスによって脳を刺激して症状の改善を図るという治療法ですが、これもあくまで対症療法です。

脳への損傷を最小限にするために頭蓋に小孔を開けて、そこから脳深部に針を差し入れるため、実施時には頭部の剃毛が必要となります。しかし、この方法ではすべての装置やコードが体内に埋め込まれるので、髪が生えた後は外見上の変化はありません。

手術後は定期的にパルス発生器の調整やバッテリーの交換が必要になり、それなりの管理が必要です。

すべてのパーキンソン病患者に適応になるわけではないため、医師とよく相談して実施が検討されます。手術自体は脳外科医が行い、その後の管理は脳神経内科医が行うことが多く、両者の連携が大切です。

2) LCIG: 経腸療法

LCIG は比較的新しい治療法で、病気の進行とともに経口薬や貼り薬では十分な効果が得られず、運動合併症（ウエアリングオフやジスキネジア）の出現がひどくなって日常生活に支障をきたす場合に検討される治療法です。

この方法は、カセットに入ったレポドバ・カルビドパ配合経腸溶液（デュオドバ）を、胃ろうを経てポンプの力で管から直接小腸（空腸）に送り届け、小腸から薬が吸収されるといってメカニズムです。

小腸に切れ目なくかつ直接薬剤が投与されるので、安定に吸収されてレポドバの血中濃度が一定に保たれるというメリットがあります。

ポンプは、日中は装着したままにして、薬剤の投与は最大16時間継続できます。しかし、夜間就寝時には外す必要があります。

胃ろうを造設するためには外科手術が必要になるので、その際にそれなりのリスクがあります。また、実施後の機器の操作方法に関する知識・手技の習得も必要になります。

3) アモルフィン持続皮下注

この方法も比較的新しい治療法で、病気の進行とともに経口薬や貼り薬では十分な効果が得られず、運動合併症（ウエアリングオフやジスキネジア）の出現がひどくなって日常生活に支障をきたす場合に検討されます。

これは、カニエューレという細い管を皮膚（皮下組織）に留置して、ポンプで24時間その管から皮下にレポドパ製剤を投与し続ける方法です。この方法では、特に外科手術は必要とはしません。

24時間切れ目なく投与することで、レポドバの血中濃度を安定して維持できます。

4. その他の

その他の治療法としては、MRgFUS（MR ガイド下集束超音波療法）があります。これは、頭髪を剃った後に超音波を集束させるための治療用ヘルメットをかぶって、MRI 装置に入

ります。その際、脳に約800～1,000本の超音波を集束させて温度を上げ、当てている部分を凝固させる治療法です。最近、一部の施設で行われています。IPE細胞を使ってドパミン細胞を作り出す神経細胞を作成し、それを脳へ移植する研究が進められています。今後の臨床への応用が期待されています。特定の遺伝子を脳内に注入して、パーキンソン病を治療するという遺伝子治療も研究されていますが、まだ課題も多いです。

■パーキンソン病への看護師のかかわりの実際

1. 昔から言われている脳神経内科看護の原則

1) 安静にすべからず！

普通の内科系疾患は、症状に応じてまずは落ち着くまでは安静が必要になることが多いでしょう。とりあえず安静にして病状の回復を待ち、回復に応じて安静を解除していくわけです。しかし、パーキンソン病をはじめとする神経難病では、この原則は通じません。肺炎などの急性の合併症がある場合を除き、疾患自体は残念ながら安静にしても回復することはないのです。むしろ、安静によって病状が悪化してしまうのが神経難病の特徴です。

パーキンソン病をはじめとする神経難病においては、無用な安静は避け、逆にできるだけ動くことが必要です。これは年齢に関係なく老若男女共通です。パーキンソン病の場合は、薬（レボドパ）の効き具合に注意しつつ、リハビリテーション（理学療法、作業療法など）を行うことがとても重要になります。

歩行訓練やADL訓練が基本ですが、その際、転倒による骨折やケガには十分な注意が必要です。できるだけ動くことが必要とはいえ、万一骨折やケガをすると、その後動くことができなくなり、結果として病状が悪化することにつながってしまいます。特に、高齢者はその傾向が強いのので要注意です。

リハビリ以外の日常生活においても、できる限り自分のことが自分でできるようになる看護が重要です。すなわち、ADLの維持・向上のため、食事・清潔・更衣・排泄などの日常生活動作の自立に向けての支援です。少しでも自分のことができれば、何らかの工夫をして、なるべく介助を少なくする必要もあります。

ただし、高齢者が多いこと、さらに疾患の特性からも動きがゆっくりのため何をやるにも時間がかかるので、看護師は辛抱強く見守りつつ、どうしてもできないところのみを介助するように心がけるのが原則です。

2) 全身を見よ！

神経難病は、その疾患によってそれぞれ特有の症状があります。そして、その症状は、どこかの臓器に限定されたり、どこか局所に現れたりするものではありません。全身、広範囲にさまざまな症状が出るため、疾患ごとの特徴的な症状を知らなければなりません。パーキンソン病は、先に述べたように、症状は運動症状（無動・振戦・筋強剛など）のみならず、多彩な非運動症状（自律神経障害、認知機能障害など）もあり、典型的な全身性疾患です。

これに加えて、パーキンソン病では他の神経難病と違っていろいろな種類の薬が開発されています。それがよく効く反面、一方で副作用も多くあり、それへの注意も必要です。

特に、日内変動（ウエアリアングオファオオファ現象）や不随意運動（ジスキネジア）がその典型です。

また、ドパミンアゴニストにおける幻覚や幻聴、妄想などの精神症状、強い眠気などはよく知られており、日ごろからその出現には気を付けておく必要があります。

3) 三大合併症(気道感染・尿路感染・褥瘡)に注意せよ!

パーキンソン病に限らず神経疾患患者では、一見健康そうに見える皮膚・粘膜の、感染や外傷に対する抵抗力がきわめて弱いのが特徴です。すなわち、感染や外傷を起こしやすいとともに、一度生じると大変治りにくいのです。

食べ物や水分・唾液などの誤嚥、あるいは気管切開や不潔な吸引などの操作などにより、「気道感染」を起こしやすくなります。陰部の不衛生、あるいは導尿やバルンカテーテルの留置などにより、「尿路感染」も起こしやすいです。ちよつとした皮膚への圧迫、ひっかき傷やびらんなどが契機となつて、「褥瘡」になりやすく、ひどくなると潰瘍化する場合もあります。

神経難病はその疾患自体で亡くなることはあまりありませんが、もし亡くなるとすれば、これらの合併症に起因する敗血症になつて亡くなるものが少なくないと言われています。

「気道感染」「尿路感染」「褥瘡」の3つを神経難病の「三大合併症」と言い、起こしやすくなりやすいことから、細心の注意が必要です。それが神経難病看護の3つ目の核となるものです。つまり、食事や清潔、排泄などの日常の援助において、いかなるときでもこれらの合併症を起こさないようにケアしていくのが基本となります。

2. 一般的なケアのポイント

1) ホーン・ヤールⅢ・Ⅳ度の場合

① リハビリテーション

リハビリテーション（理学療法・作業療法など）はととても重要です。薬の効き具合に留意しながら、できるだけ運動します。入院中は、リハビリテーション以外でもなるべく動くように心がける必要がありますが、一方で転倒などのアクシデントを起こさないように注意することも必要です。

「起立性低血圧」を起こしやすいので、臥床位から座位、座位から立位へなるときには、意識レベルや顔色などに十分注意します。なるべくゆっくり起き上がるとよいでしょう。

② 歩行

すくみ足や小刻み歩行は、視覚や音の刺激により緩和されることが多いです。床に歩幅に合わせたテープを貼ったり、声かけや音楽などでリズムを取りながら歩行すると、歩きやすくなります。すくみ足は、その場で少し足踏みをしてから歩き出すとよいです。突進現象が出た場合には、転倒や衝突などに注意します。一時的に手をつなぐのもよいです。

よう。また、方向転換が苦手なので、その際には大きく曲がるように指導します。狭い場合には、足踏みしながら回転するのもよいでしょう。

③ ADL 自立

ADL はできるだけ自分でできるようにします。多少時間はかかってもなるべく見守り、もろもろ工夫したりして、どうしてもできない部分のみ介助します。

排泄は、おむつは外して、特に日中ではできるだけトイレに行くように心がけます。陰部の清潔には気を付けます。

食事は、嚥嚥に十分注意して、万一の時のために吸引器を準備しておくこととよいでしょう。なるべく自分で食べられるように、食べ物の形態や食器などを工夫するのも大切です。

清潔面では、できる限り入浴を勧めます。その際、全身の皮膚の状態をよく観察します。更衣は、着脱のしやすいものを選択し、ボタンが難しい場合はマジックテープなどを工夫します。

④ 薬剤

薬の種類や量、服用時間薬などをよく把握しておく必要があります。薬が切れた OFF 状態では無理に動かさず、薬が効いてくるのを待ってから動き始めるようにします。

薬は確実服用するよう指導します。また、薬を勝手に急に中止すると、「悪性症候群」(発熱、意識障害、筋強剛など) という状態になることをあらかじめ指導しておき、それを防止する必要があるります。

薬の副作用として、幻覚や幻視、妄想などが出現していないか、患者さんの言動には常に注意して観察します。

薬をどのくらいの量、何時に飲んだら最も効果的なのか、ON と OFF の時間帯などを踏まえて日々患者さんと模索し、医師や薬剤師と相談します。そのために、服薬・体調日記のようなものを付けようとして、緩下剤を使用します。

便秘を起こしやすいため、食物繊維の多い食べ物の摂取、適度な水分摂取と運動に心がけてもらいます。必要に応じて、緩下剤を使用します。

⑤ 精神面

パーキンソン病患者はそれだけでなく動作がゆっくりになり、患者さんと接する態度としては、決して急がせないことが重要です。そして気分転換を図ることも大切です。

2) ホーン・ヤールⅤ度の場合

基本はホーン・ヤールⅢ～Ⅳ度の場合と同じですが、自分では歩行できないため、日中できるだけ寝たきりにはせず、車いすで連れ出したり、リハビリなどを行うとよいでしょう。少しでも残存機能があればそこを大切に、おろそかにせず、自分でも自分でできることは自分でやろうようにします。

三大合併症をますます起こしやすい状態にあるため、Ⅲ～Ⅳ度のとき以上に細心の注意が必要です。食事や清潔、排泄などの日常の援助において、いかなるときでも三大合併症を起こさないようにケアしていくのが基本です。

特に、誤嚥は致命傷になりかねないため、よりいっそうの注意が必要であり、いつでも使えるように吸引器を準備しておきます。また、沈下性肺炎予防のための口腔内の清潔も大切です。

ホーン・ヤールⅢ・Ⅳ度の場合以上に「起立性低血圧」を起こしやすいので、よりいっそう注意します。

重度になると精音障害も進み、コミュニケーションに支障をきたすことも多くあります。言語による意思疎通が難しくなることも多いため、そうした場合の合図や身振り、あるいは意思疎通カードなどの工夫が必要になります。

3. 嗅覚障害と看護

最近、パーキンソン病の嗅覚障害がクローズアップされています。しかし、パーキンソン病では、運動症状・ON-OFF現象・ジスキネジア・不眠などいろいろな症状があるため、嗅覚障害などない問題とは感じないというよう患者さんも多いようです。つまり、においに関しては直接生命にかかわる問題ではないため、嗅覚障害をさほど大きな問題とは捉えていない患者さんも少なからず存在します。しかし、よく話を聞くと食事面・安全面・衛生面・情緒面それぞれに問題があります。そこで、これらの問題に対して取るべき対策あるいは援助について整理してみました。

医療職が嗅覚障害のある壮年期のパーキンソン病患者に対して援助できることは、以下のような日常生活上の工夫などのアドバイスを行うこと、家族の理解と協力を得ること、そして患者さんの思いをよく聞き、特に情緒面でフォローしていくことです。

1) 食事面

食事面では、嗅覚障害がある場合、腐りかけているものがわかりにくいという傾向があります。嗅覚障害によって、例えば魚や肉、果物など生ものの腐りかけたにおいを感じにくかったり、さらに味もわからない人ではその鮮度がいつそうわかりにくかったりすることが考えられます。そこで、製造月日や賞味期限を確認することに加え、冷蔵庫保管後も購入日、開封日などを記載することで、なるべく新鮮な状態で食べることができるようになります。特に患者が主婦の場合など、家族全員の食事を作ることが多いため、家族の健康を守るためにもより注意が必要です。

さらに、塩分や味付けの問題もあります。味付けで困らないようにするために、食塩などは好みの味に合わせた分量を目や秤などの器具で量ることが必要です。可能であれば、味付けの際に家族の協力を得られればさらによいでしょう。

また、焼き物を焦がしても気づかない恐れがあるため、目とタイマーを利用しながら注意して調理することが必要です。

2) 安全面

安全面では、嗅覚障害によって、ガス漏れ、火災に対する検知能力が低下することが挙げら

れます。対策としては、まずガス検知器や火災報知機を設置することです。特に、一人暮らしの場合には、周囲に危険を知らせてくれる人がいないため、より危険性が増します。そのため、ガス検知器や火災報知機などの危険を感知する器具は必需品といえます。

可能であれば、IHの導人が一番有効です。昨今では実際に家族や知人などからの勧めでIHに変更している人も多くなってきています。

3) 衛生面

衛生面としては、体臭や口臭、ベットや部屋の中のみならずにおい、香水などのおいにおいを感じにくくなります。

体臭や口臭に関しては、会社など自宅外で仕事をしている有職者がより強く気にする傾向にあります。そのため、入浴や歯磨きなどの回数を増やす人が多いです。また有職者の場合は特に周囲への影響が大きいため、香水の付けすぎには注意が必要です。

一方、家の中のことでは、例えば、ベットの排泄、子どものおむつなどに関してはこまめな観察により対処する必要があります。そして、洗濯物はなるべく外に干します。部屋はできるだけ整理整頓し、掃除をこまめにするのも大切です。部屋や衣類のにおいを取るために消臭剤などを利用する場合は、香りのしない無香性のものが望ましいです。

4) 情緒面

情緒面としては、まず花などの植物の香りが感じにくく季節感を味わいにくくなることがあります。しかし、たとえばにおいかわかなくとも植物を見ることで視覚に刺激を与え、ことでも季節を感じる一つの手段になります。また、香りを楽しめずに寂しさを感じたり、おいに関連した周りの会話に入らず疎外感を感じたりすることもあります。

看護師は、そのような情緒的な苛立ち、落胆、疎外感に対して、患者・家族の話を傾聴し、その気持ちを理解することが必要です。また、傾聴だけでなく、同様な悩みを感じている者同士で話すことで孤独感を軽減し、精神的苦痛を減少させることができます。

■ 若年パーキンソン病患者への看護師のかかわりと注意点

1. 若年患者特有の問題点を知る

パーキンソン病は一般に中高年以降に発症し、患者層の大半は高齢者です。高齢者は多くの場合すでに定年退職しており、子どもも巣立っていることが多いでしょう。そのため、最大の問題は、自分の健康上の問題、あるいは介護の問題となります。しかし、若くして発症する若年性パーキンソン病患者においては、高齢患者とはまったく違う側面での生活上の諸問題を抱えていることを知っておく必要があります。そのうえで、同じパーキンソン病という病名であっても、高齢者とは違う視点をもってかかわる必要があります。

1) 診断まで時間がかかり、しかも診断後の人生が長い。

若年性パーキンソン病では、なかなか診断がつかないこともあります。3～5年、中には10年くらい自分の病名がわからなかったというケースもあるほどです。やっと診断がついてほつとした、と語る若年患者もいます。しかし、診断後の人生が50年以上あることもあり、長い期間ずっと疾患とともに生きることとなります。将来に対する不安は高齢者以上にとてつもなく大きいのです。

2) 症状の日内変動(ON/OFF)の激しさに関する周囲の無理解に悩まされることが多い

薬が効いている時 (ON) は、健康人と変わらずに動けます。しかし、ひとたび薬が切れる (OFF) とまるで別人のように動けなくなります。このギャップが高齢者に比べて大変激しく、それが周囲の人になかなか理解されません。その結果として、職場で孤立したり、失職の原因になったりします。中には家族にすら理解されない場合もあります。

3) 現役世代ならではの、家族や就業などに関連する問題を抱えている。

10代、20代の患者さんは、進学、就職、結婚などの人生の選択に迷うことが多くあります。また、あまり知られていませんが、この病気になっても出産・育児は可能であり、実際にそれを経験している若い女性も存在しています。30代、40代の患者さんは、社会の中堅世代として、就業、子育て、家族の経済問題、家庭崩壊の問題などを抱えています。50代の患者さんには、子どもの結婚の問題、遺産の心配、親の介護問題、老後の生活設計など、親子3代にわたっての課題があります。

2. 若年患者へのかかわりの注意点

若くして発症した若年性パーキンソン病においては、高齢者とは違う配慮や注意が必要です。

筆者がこれまで出会った60人を超える若年性パーキンソン病の人から聞いた話を集約し、特に看護師に望むことを表4に紹介します。特に若年患者には、この思いを知ったうえでかわかるとより良い看護につながると思われれます。

看護師への要望については、表4のように4つの要望に大別されます。

- ①人間としての尊厳を大切にしたい
- ②自分のことをわかってもらいたい
- ③若年性の特性をよく理解してほしい
- ④専門職としての対応を希望する

- ①②④については、必ずしも若年患者でなくとも、高齢患者でも基本は同じかと思われれます。
- ③については、若年者の特性を特に色濃く反映しているカテゴリーです。

表4 看護師への要望

カテゴリー	サブカテゴリー	
①人間としての尊厳を大切にしたい	自尊心を大切にしたい	
	信頼関係を確立したい	
	患者によって態度を変えないで欲しい	
②自分のことをわかってもらいたい	話や思いを聞いて欲しい	
	自分なりの努力を理解してほしい	
③若年性の特性をよく理解してほしい	いつか完治する日を信じたい	
	老人のパーキンソン病とは違う	
	一人ひとりの症状は異なる	
	ONとOFFのギャップの激しさ	
④専門職としての対応を希望する	動けない時にも体力を使っている	
	いつか結婚や出産への希望がある	
	不安を払拭するような声かけをして欲しい	
		この病気に合った対応をして欲しい
		個人個人の特徴をつかんだケアを望む
		正しい知識や情報を勉強して伝えて欲しい

■在宅でパーキンソン病患者・家族に接するとき に注意すべき点

1. 昔から言われている脳神経内科看護の原則

患者さんの入院中などに家族が面会に来たら、まずは前述の「昔から言われている脳神経内科看護の原則」すなわち、①安静にすべからず、②全身を見よ、③三大合併症に注意せよ、の3項目について、その基本的な考え方をしっかり理解してもらおうことが大切です。これを理解してもらえらると、在宅療養の基本はマスターできます。

2. 基本的ケアの方向性の説明

そのうえで、自宅でできるリハビリテーション、起立性低血圧や幻覚など特に注意すべき症状、そして三大合併症を予防しながら食事、排泄・清潔などの日常生活での介護の仕方などについて指導していくことが重要です。

服薬指導は重要な必須項目であり、さらに特別な処置（デバイス補助療法：DBS やデュオDパなど）をしている患者さんの場合は、その管理方法などの指導も必要です。

3. 社会資源の説明

在宅療養は家族だけで抱えるものではありません。ケアマネジャーや保健師、訪問看護師などの協力も得て、場合によってはショートステイやデイケアを活用することも考えても構いません。

身体障害者手帳、指定難病、介護保険などを最大限利用できるよう、多職種と連携して整えることも必要です。また、必要に応じて、パーキンソン病友の会などの患者会を紹介するのも有用です。

身体障害者手帳の交付（ただし18歳以上）により、さまざまな支援を受けられるようになります。ただ、障害の判定は原則として障害が固定していることが前提となります。そのため、症状が変動するパーキンソン病では判定が困難な場合もあると言われています。

なお、パーキンソン病は「肢体不自由」に該当します。

指定難病に申請できるのは、ホーン・ヤールの重症度分類Ⅲ度以上、かつ生活機能障害度分類Ⅱ度以上です（Ⅰ・Ⅱレベルでは申請できませんので注意してください）。

パーキンソン病は、介護保険の第2号被保険者の対象疾患ではありませんが、これか使えるのは40歳以上の介護保険加入者です（40歳未満では使えませんので注意してください）。家に引きこもりにならないよう、家族だけでなく周囲の人やさまざまな制度をフル活用して生活の場を広げ、いろいろな人とかわるようにするのが重要です。

1)人間としての尊厳を大切にしたい

これは、基本的な人権そのものです。そして、看護師の言葉づかいや態度を問うものでもあり、どうしても弱い立場の患者さんから見ると、その時その場の看護師の対応が人間としての尊厳に大きく影響することを物語っている内容です。

この積み重ねこそ信頼関係に直結するものであり、患者さんとしてはできることなら看護師と良い関係を築きたいと願っています。そのことがそのままサブアプカテゴリーにも出てきています。

2)自分のことをわかってもらいたい

看護師はとかく忙しいですが、とにかく話を聞いてもらいたい、どんな思いでいるかを聞いてもらいたい、そのうえで自分自身を、あるいは自分なりの苦勞や努力をわかってもらいたい、さらには若いのがゆえに将来の夢や目標をわかってもらいたい、と患者さんは非常に強く思っています。

3)若年性の特性をよく理解して欲しい

同じパーキンソンでも高齢患者とは抱えている問題が根本的に違うとか、つらい症状として日内変動、すなわち「ONとOFFのギャップ」が激しいことなどが挙げられています。

若年患者の抱えている問題の特性は、上記1)で挙げた通りの現役世代ならではの問題です。日内変動については、具体的には「OFF時のつらい症状」はもちろんなること、「ONとOFFの差が激しいこと」などですが、それがまた「一人ひとりの症状は異なる」ことであり、さらにそれらを相手に「わかってももらえないことへの辛さ」などになります。

4)専門職としての対応を希望する

パーキンソン病の場合は、ほとんど動くことが必要であり、安静にしているとか次第に症状が悪化してしまいます。しかし、動くとか転倒のリスクも高まるため、そこをどう加減して対応していくかが専門職としてのケアの質に直結します。

不安を緩和するための声かけやその病氣特有の対応など、プロとしての技量を患者さんは求めていますし、同時に、個々の看護師の能力を患者さんはよく見ているものなのです。

■パーキンソン病患者の QOL を高めるために

患者さんの主観的な QOL を測定する尺度として、SEIQoL-DW という方法があります。これは、QOL 尺度の中でも患者自身が生活の質ドメインを直接的に重み付けするという特徴がある尺度です。

これを定期的に長期間実施してみると、ずっと高い値が持続している人や、一度下がったまま回復する患者さんも多くおり、その結果を分析することによって QOL を高める方策が明らかになります。

高い値が持続したり、再度上昇した多くのケースの分析から、①良い家族関係、②社会との接点（患者の会、新たな友人関係等）、③考え方の枠組み（ナラティブ）の変容、が QOL を高く保つ主な理由であることがわかっています。

パーキンソン病患者は、長い経過とともに症状が少しずつ進行していくことはやむを得ません。しかし、それでもなお、高い QOL を保つためには以下の3点のことが重要です。

①家族の支えがある

良い家族関係は、QOL を保つ生活の基礎です。

②社会との接点を維持する

例えば、友人関係、患者の会、新たな趣味、自分でできる範囲での仕事など、何らかの形で社会とつながっている人は QOL が高い傾向にあります。

③ナラティブの書き換えができる

たとえ生涯治らない病気（難病）であっても、それを受容し、明るく、くじけず、前向きな思考ができる人の QOL は高いと言われています。

まとめ

パーキンソン病患者の場合、長いスパンでみると病状の進行とともに生活に直結するさまざまな喪失体験を経験するのはやむを得ないことと思われれます。しかし、そんな中でも、家族の支えを基本として、前向きな思考と、その患者さんなりの“社会との接点”を維持することが重要です。

そうした視点に立って、我々が看護にあたれば、患者さんの QOL の向上に必ずや寄与することができると考えられます。

引用・参考文献

1. 秋山智：若年性パーキンソン病を生きる、長崎出版、東京、2011.
2. 秋山智：難病患者の恋愛・結婚・出産・子育て、あっぷる出版、東京、2017.
3. 日本神経学会監修、「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会編：パーキンソン病診療ガイドライン 2018. 医学書院、東京、2018
4. 服部信孝編：いきなり名医！パーキンソン病 Q&A. 日本医事新報社、東京、2009.
5. 服部信孝編：パーキンソン病研究 Update. Bio Clinica 2022；37(5).
6. 平山穂造, 西出美智子, 佐々木和子：神経内科看護 第2版. 医学書院、東京、1988.
7. 戸田達史他：第6回 PD ナース・メディカルスタッフ研修会資料集. 日本パーキンソン病・運動障害疾患学会 (MDSJ), 2023.
8. 豊倉康夫編：ジェイムズ・パーキンソンの人と業績. 診断と治療社、東京、2004.
9. 国立病院機構宇多野病院ホームページ：パーキンソン病のリハビリテーション. https://utano.hosp.go.jp/outpatient/other_know_neurology_11.html (2023/10/24 アクセス)
10. 難病情報センターホームページ：パーキンソン病 (指定難病6) . <https://www.nanbyou.or.jp/entry/169> (2023/10/24 アクセス)
11. パーキンソンズマイル. <https://parkinson-smile.net> (2023/10/24 アクセス)

筆者プロフィール

秋山 智 (あきやま・さとる)

広島国際大学看護学部教授

<略歴>

1982年～国立精神神経センター国府台（こののだい）病院（看護師）

1996年～愛媛大学医学部看護学科（助教授）

2003年～産業医科大学産業保健学部看護学科（教授）

2006年～広島国際大学看護学部（教授）

<学位>

1998年、青山学院大学院大学院博士後期課程修了（博士：教育学）

<所属学会>

日本難病看護学会（代表理事）、日本難病医病ネットワーク学会（評議員）、日本看護診断学会（評議員）、日本看護研究学会（評議員）、日本看護科学学会、日本看護学教育学会、日本看護歴史学会、日本公衆衛生学会、他

<主な研究領域>

・神経難病患者の看護

・若年性パーキンソン病患者の QOL、など

<主な著書>

・「若年性パーキンソン病を生きる」(長崎出版、2011)

・「難病患者の恋愛・結婚・出産・子育て」(あっぷる出版、2017)、など