４人であり、夫婦以外の家族と一緒に生活している者が15人であった。家族と共に暮らすことで生活の質の充実、こころの安堵感がみられていた。しかし寝たきりなど重い介護が必要になったとき、家庭内での介護ができるか否かについては、多くの人が分からないとか、施設での対応を望むということであった。

昨年報告した鳥取県のスモン患者に痴呆を伴った人は見られなかったが、今回の島根県でも痴呆を伴った人はみられなかった。全体的に家族に支えられながら生き生きと意欲的に生活している人が多くみられた。現在のところ福祉サービスの利用は少なかった。

文　　献

1）飯田光男ほか：平成８年度全国スモン検診の検討，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成８年度研究報告書，P.17－26，1997

2）飯田光男ほか：平成９年度における全国スモン検診の分析と検討，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成９年度研究報告書，P.17－22，1998

3）Manhony,F.I. et al: Functional evaluation; Birthel Index. Maryland State Med. J.，14：61-65，1965

Abstract

A follow-up study on patients with SMON in Shimane prefecture

Tatsuya Kitagawa, Kotaro Shimoda, Kazuhiko Inoue, Taizo Kaneto and Mitsuru Doi

National Nishitottori Hospital

We ascertained 36 patients with SMON in Shimane prefecture. In 24 out of the 36 patients, visiting to their home and their physical examinations were carried out, and their living care and social supports were investigated by interviewing. Seven were males and 17 were females. Average age was 69.8 years old, ranging from 50 to 90 years old.

The Scores of Barthel Index were used as the disability scales in these patients. Activities of daily living were decreased with ages, but at present, most of these subjects were well supported by their family. Care service and welfare service would be needed in the future.

スモン検診に対する受診希望の状況

小寺　良成（岡山県保健福祉部健康対策課）
古森　晴男（　　〃　　）
内川　洋之（　　〃　　）
富田　辰郎（　　〃　　）
浅田　公恵（　　〃　　）
磯濱亜矢子（　　〃　　）

キーワード

subacute myelo-optico-neuropathy（スモン）、questionaire survey（アンケート調査）、medical consultation（検診）

要　　約

岡山県に在住のスモン認定患者162人を対象に、1998年度の会場検診および在宅検診の受診希望の有無および受診を希望しない場合の理由等について調査を行い、今後の検診等患者支援のあり方について検討を行った。

会場検診を受診しない理由として、「検診会場までの移動が困難」を上げた人が多く、今後患者の高齢化がさらに進み検診会場への移動もさらに困難になることから、会場検診の場所の選定や在宅検診の実施方法が特に重要である。また、会場検診および在宅検診を受けない理由として、「かかりつけの主治医がいる」がもっとも大きな理由であり、患者のニーズを把握し必要な支援を行っていくには、かかりつけ医との連絡・連携を強化する必要がある。

目　　的

厚生省特定疾患スモン調査研究班の活動の一つとして、スモン検診が実施されている。スモン検診は、患者の病状や合併症、患者をとりまく生活環境、医療や福祉サービスの利用状況などを把握し、種々の相談に応ずる場として位置づけられている。検診として、会場検診と在宅（訪問）検診とを実施しているが、これらの検診を受診する人は登録患者の一部に過ぎず、受診しない人の病状等の把握が課題となっている。受診しない理由の分析を行い、今後の検診等患者支援のあり方を検討することを目的とした。

結　　果

(1)回収率

回収できた138人（回収率85.2%）のうち、有効回答のあった129人について以下の分析を行った。

(2)対象者の特性（**表1**）

表1　対象者の特性

	男 (N=28)	女 (N=101)	計 (N=129)
年齢構成			
50歳未満	0.0	1.0	0.8
50歳～	10.7	12.9	12.4
60歳～	39.3	19.8	24.0
70歳～	35.7	40.6	39.5
80歳～	14.3	25.7	23.3
現在の視力			
ほとんど見えない	0.0	5.0	3.9
人の顔は分かる	0.0	6.9	5.4
新聞の大見出しは分かる	46.4	46.5	46.5
新聞の細かな字はなんとか読める	21.4	28.7	27.1
普通	32.1	12.9	17.1
外出の状況			
外出できないので家で過ごしている	17.9	20.8	20.2
通院などの時に送迎や介助をする人が必要	0.0	21.8	17.1
電車やバスを使う外出には介助が必要	10.7	8.9	9.3
近所での買い物程度なら独りで行ける	32.1	30.7	31.0
外出に特別な不便は感じない	39.3	17.8	22.5

70歳以上が全体の65.2%と男女とも高齢化が進んでいた。特に女性では62.5%が70歳以上であった。現在の視力の状況は、「普通」に見えるのは全体の17.1%しかなく、80%以上で視力が低下していた。視力低下の著しい「ほとんど見えない」および「人の顔は分かる」は、女性では11.9%であったが、男性では全くなかった。外出の状況は、「外出に特別の不便を感じない」が男性で39.3%であるのに対して、女性では17.8%しかなく、視力の場合と同様、外出についても女性の方が障害が重い傾向にあった。

(3)会場検診受診希望（**表2**）

表2　会場検診受診希望

	男 (N=28)	女 (N=101)	計 (N=129)
受診する	25.0	32.7	31.0
受診しない	75.0	67.3	69.0

会場検診受診希望者は、40名（31.0%）であった。

(4)会場検診を受診しない理由（**表3**）

会場検診を受診しないと回答した89人に対して、受診しない理由を質問した。理由としては、男女とも「かかりつけの主治医がいる」（54.8%）が最も多く、次いで「検診会場までの移動が困難」（45.2%）であった。「入院・入所中」は、男性ではなかったが女性では16.9%あり、一方、「健康状態に変化がない」は男性の方が22.7%と多く女性では12.7%であった。

表3　会場検診を受診しない理由

	男 (N=21)	女 (N=68)	計 (N=89)
かかりつけ主治医がいる	54.5	54.9	54.8
検診会場までの移動が困難	50.0	43.7	45.2
外出が億劫	18.2	23.9	22.6
健康状態に変化がない	22.7	12.7	15.1
検診当日は都合がつかない	13.6	14.1	14.0
入院・入所中	0.0	16.9	12.9
余病を併発している	9.1	11.3	10.8
その他	13.6	9.9	10.8

(5)視力と会場検診受診（**表4**）

視力障害が重度である「ほとんど見えない」と「人の顔は分かる」とでは、受診希望がなかったが、視力障害の程度が軽くなるとともに受診を希望する率が高くなった。ただし、視力が「普通」では、軽い障害がある場合に比べて、受診を希望する率は低下していた。

表4　視力と会場検診受診希望

		受診する	受診しない
ほとんど見えない	(N= 5)	0.0	100.0
人の顔は分かる	(N= 7)	0.0	100.0
新聞の大見出しは分かる	(N=60)	36.7	63.3
新聞の細かな字はなんとか読める	(N=35)	40.0	60.0
普通	(N=22)	18.2	81.8

(6)外出状況と会場検診受診（**表5**）

外出の障害が重い「外出できないので家で過ごしている」と「通院の時に送迎や介助をする人が必要」では、受診を希望する率が低く、外出の障害が軽度になると受診を希望する率が高くなっていた。

表5　外出状況と会場検診受診希望

		受診する	受診しない
外出できないので家で過ごしている	(N=26)	19.2	80.8
通院などの時に送迎や介助をする人が必要	(N=22)	22.7	77.3
電車やバスを使う外出には介助が必要	(N=12)	41.7	58.3
近所での買い物程度なら独りで行ける	(N=40)	35.0	65.0
外出に特別な不便は感じない	(N=29)	37.9	62.1

(7)在宅検診の受診希望（**表6**）

会場検診を受診しないと回答した89人のうち、在宅検診を受診したいと回答したのは16人（18.0%）であった。

表6　在宅検診の受診希望

	男 (N=21)	女 (N=68)	計 (N=89)
受診する	28.6	14.7	18.0
受診しない	71.4	85.3	82.0

(8)在宅検診を受診しない理由（**表7**）

在宅検診を受診しないと回答した73人に対して、在

表7　在宅検診を受診しない理由

	男 (N=15)	女 (N=58)	計 (N=73)
かかりつけの主治医がいる	93.3	79.3	82.2
その他	20.0	17.2	17.8
家の中に入って欲しくない	0.0	17.2	13.7
患者であることを隠したい	6.7	13.8	12.3
受けても益がない	0.0	10.3	8.2
医者嫌い	0.0	0.0	0.0

宅検診を受診しない理由を質問した。理由としては、「かかりつけの主治医がいる」が82.2%ともっとも多かった。それ以外の理由として、女性では、「家の中に入って欲しくない」、「患者であることを隠したい」、「受けても益がない」が少数だが挙げられていた。

表8 視力と在宅検診受診希望

		受診する	受診しない
ほとんど見えない	(N=5)	20.0	80.0
人の顔は分かる	(N=7)	42.9	57.1
新聞の大見出しは分かる	(N=38)	13.2	86.8
新聞の細かな字はなんとか読める	(N=21)	19.0	81.0
普通	(N=18)	16.7	83.3

表9 外出状況と在宅検診受診

		受診する	受診しない
外出できないので家で過ごしている	(N=21)	33.3	66.7
通院などの時に送迎や介助をする人が必要	(N=17)	17.6	82.4
電車やバスを使う外出には介助が必要	(N= 7)	14.3	85.7
近所での買い物程度なら独りで行ける	(N=26)	19.2	80.8
外出に特別な不便は感じない	(N=18)	0.0	100.0

(9)視力、外出状況と在宅検診受診希望（**表8、表9**）

視力と在宅検診の受診希望との関係は、視力障害の重い「人の顔は分かる」で、受診を希望する率が高かった。また、外出状況と在宅検診受診希望の関係では「外出できないので家で過ごしている」で受診を希望する率がもっとも高く、「外出に特別な不便は感じない」では、受診の希望はなかった。

考　　察

(1)会場検診の場所の重要性

スモンの会場検診を受診しない理由については、これまで多くの調査が行われており[1-12]、これら調査では、「移動の困難さ」や「かかりつけ医の存在」が理由として挙げられている[2、5、7-12]。今回の調査でも、これまでの調査と同じく、会場検診を受診しない主要な理由は、「かかりつけの主治医がいる」と「検診会場までの移動が困難」とであった。

また、視力障害の程度や外出障害の程度と会場検診の受診希望との関係を見ると、視力障害の程度が重いほど、また外出が困難なほど受診を希望する率が低いことから、視力障害や外出障害の程度も会場検診を受診しない要因であると考えられる。

従って、会場検診の受診を促進するためには、会場検診の会場をできるだけ患者の近くに設けるなど、会場への移動を容易にする必要がある。

(2)在宅検診の活用およびかかりつけ医との連携

一方、視力障害や外出障害が重度の人で在宅検診受診希望率が高いことから、障害が重度の場合には在宅検診の役割が大きいと考えられる。障害が重度の人の受診を促進するためには、会場検診だけでは限界があり、在宅検診を有効に活用する必要がある。

今後さらに患者の高齢化が進むことから、スモンによる障害に加齢による障害が加わり、障害の重度化がさらに進むと考えられる。障害の重度化が進めば、会場検診の受診が今以上に困難になるとともに、病院等への入院や老人施設への入所者も増加すると予想される。それ故、今後は、在宅検診の有効な活用に加えて、かかりつけ医との連携がますます重要になろう。

(3)医療や福祉サービスの利用に関する相談の場としての検診

また、検診の場は病気の状態の経過観察だけでなく、医療や福祉サービスの利用に関する相談の場としても大きな役割を果たしている。この意味から、患者自身が検診を受診できない場合でも、介護者・家族だけが来て患者についての相談の場として活用することも有用である。相談の場としての利用を促すため、相談体制の充実と患者・家族に対する連絡や広報が重要であろう。

文　　献

1）吉田健男ほか：検診場所とスモン検診受診者の状況，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成5年度研究報告書，P.571-573，1994

2）山中克己ほか：スモン検診を希望しない者の状況について，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成5年度研究報告書，P.515-521，1994

3）三浦英男ほか：福島県スモン患者の実態，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成5年度研究報告書，P.485-489，1994

4）古和久幸ほか：神奈川県でのスモン患者の実態調査（検診欠席者の追跡調査），厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成5年度研究報告書，P.499-501，1994

5）田辺　等ほか：関東・甲越地区におけるスモン患者検診（第6報），厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成5年度研究報告書，P.490-498，1994
6）松永宗雄ほか：青森県患者検診の現状（受診率の推移と問題点），厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成6年度研究報告書，P.360-361，1995
7）桑原武夫ほか：新潟県在住スモン患者の検診状況とその問題点について，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成7年度研究報告書，P.384-386，1996
8）山中克己ほか：スモン集団検診に対するスモン患者の意識，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成8年度研究報告書，P.94-98，1997
9）桑原武夫ほか：新潟県在住スモン患者の現況，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成8年度研究報告書，P.73-75，1997
10）伊藤久雄ほか：東北地方におけるスモン患者の検診，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成8年度研究報告書，P.27-30，1997
11）溝口功一ほか：静岡県地区スモン患者の検診結果と検診に関するアンケート調査結果について，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成9年度研究報告書，P.87-89，1998
12）西本和弘ほか：スモン検診に対する希望の実態，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成9年度研究報告書，P.93-95，1998

Abstract

Problems of the medical examinations for SMON patients

Ryosei Kodera, Haruo Komori, Hiroyuki Uchikawa
Tatsuo Tomita,　Kimie Asada, Ayako Isohama

Okayama Prefectural Health and Welfare Department

162 registered SMON patients were surveyed by questionnaire.We asked whether they would take the medical examinations for SMON patients in this year, and the reasons why they would not. Using the result of this survey, we considered the the medical examinations and the support system for SMON patients .

The main reasons for not wishing to undergo the examinations were that they have difficulties to go to the places for the medical examinations and that they can consult their home doctors . So that it is important to choose the place and to utilize the medical examinations in their home by visiting doctors. It is also necessary for us to communicate family doctors of the SNON patients.

在宅スモン患者のヘルスケア評価

乾　　俊夫（国療徳島病院）
川尻　真和（　　〃　　）
松本　正子（徳島保健所）
原　美智代（　　〃　　）
下村　節子（　　〃　　）
藤原　　靖（　　〃　　）

キーワード

スモン、ヘルスケア評価、高齢化、総合相談窓口、福祉サービス

要　　約

徳島県に在住の在宅スモン患者のヘルスケア評価を行い、必要なサービスの査定を行った。その結果、在宅スモン患者はADLは自立していてもIADLで介助を要する症例が多く、ADLに介助を要する症例では、介助者が高齢化し、余力の少ない日常生活をしていることが推測された。このことから必要なサービスは、適時状況を把握しサービスを調整するケースマネージメント機能を備えた総合相談窓口の設置が考えられた。

目　　的

徳島県下の在宅スモン患者の生活状況と質を調査し、必要なサービスを査定するヘルスケア評価を行う。

対象と方法

対象は、平成10年度スモン検診受診者53名のうち調査に協力の得られた45名(男12名、女33名、平均年齢71.4歳)であり、方法は**表1**に示す基本情報、受療状況、ＱＯＬ、療養生活状況の33項目を保健婦が面接調査のうえ評価し、サービス査定を行った。

結　　果

1．生活の状況：家族構成は**図1**に示した。介護が必要な患者は68.9％で、年齢とともに要介護率は高くなっていた。75歳以上の患者は子供に、他は配偶者に介護を受けている者が多かった（**図2**）。

表1　調査項目

基本情報	
	1.性　2.年齢　3.家族構成　4.身体障害者手帳の有無　5.年金有無
受療状況	
	6.受療期間・場所　7.医療機関属性　8.医療機関数　9.受療形態
	10.医療機関滞在時間　11.通院所要時間　12.通院介助の必要性
	13.通院手段
QOL	
	14.視力　15.聴力　16.会話　17.移動　18.幸福感　19.記憶
	20.問題解決能力　21.痛み　22.効用
療養生活状況	
	23.ADL　24.IADL　25.特別な治療、ケア　26.食生活
	27.歯、口腔、咀嚼状態　28.病状安定　29.リハビリ　30.転倒
	31.住宅改修　32.支援体制　33.サービス利用状況

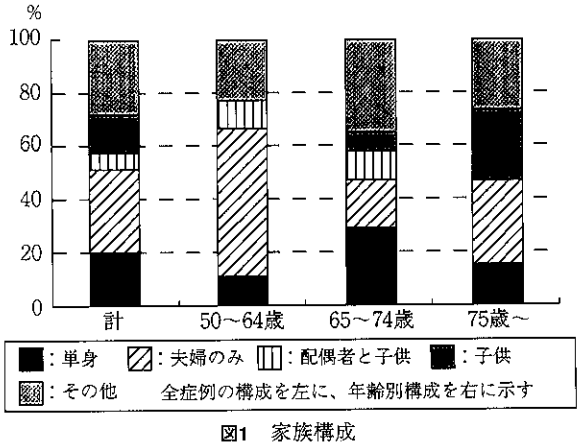


図1　家族構成

2．ＱＯＬの状況：問題のある者の比率が50％を越えていた項目を**図3**に示した。身体機能に関する問題は全ての患者に共通であったが、50～74歳の比較的若年層に痛み不快感、記憶力低下、幸福感の欠如が多かっ

た。効用の評価は、男46、女45で、65～74歳の前期高齢者が最も低値であった（**図4**）。

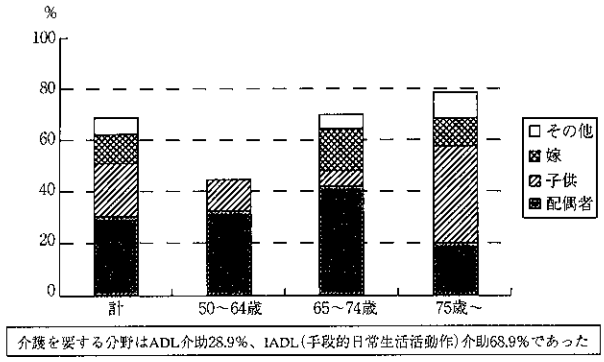


図2　要介護率

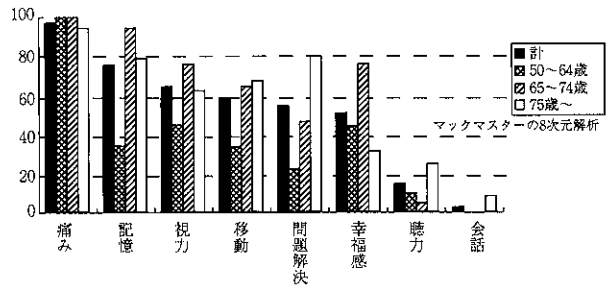


図3　QOLの状況

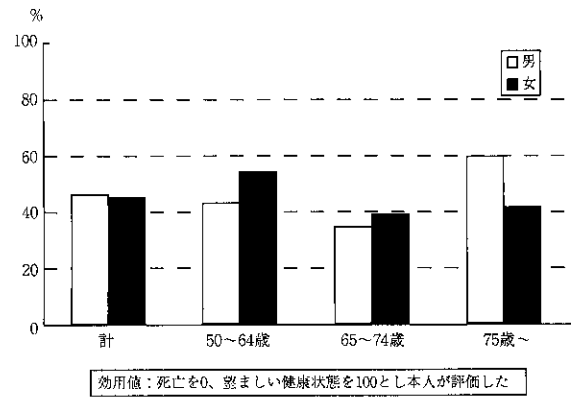


図4　効用の評価

3.必要なサービスとその充足状況：必要件数が多かったサービスは、スモン検診時の医療相談会、住宅改造、患者同志の交流などであり、充足率が低かったのは随時相談、住宅改造、外出援助等であった（**表2**）。また、ホームヘルパー派遣等の福祉サービスにおいては、査定件数に比し本人の要望は低い状況(38.2%）であった。

表2　必要なサービスとその充足状況

サービス内容	必要サービス件数	サービス　充足状況（%）		
		充足	利用不十分	今後導入必要
国療相談会（スモン検診）	37	37（100）	0	0
住宅改造	32	3（9.4）	9（28.1）	20（62.5）
患者同志の交流・患者会紹介	32	28（87.5）	4（12.5）	0
総合相談窓口	31	0	6（19.4）	25（806）
通院・外出支援	28	7（25.0）	7（25.0）	14（50.0）
家事援助	20	7（35.0）	10（50.0）	3（15.0）
デイサービス（入浴・リハビリなど）	10	2（20.0）	0	8（80.0）
訪問相談・指導	7	0	1（14.3）	6（85.7）
専門医訪問診療	7	7（100.0）	0	0
訪問歯科治療・口腔ケア	7	1（14.3）	0	6（85.7）
かかりつけ医訪問診療	6	5（83.3）	1（16.7）	0
日常生活用具給付	5	0	1（20.0）	4（80.0）
リハビリ指導（訪問・通院）	4	1（25.0）	0	3（75.0）
訪問看護	3	2（66.7）	0	1（33.3）
関係者調整	3	0	1（33.3）	2（66.7）
緊急通報システム	3	0	0	3（100.0）
ショートステイ	2	0	0	2（100.0）
症状悪化時の入院施設	1	0	0	1（100.0）
補装具の交付・修理	1	0	0	1（100.0）
障害年金	1	0	1（100.0）	0
情報提供	1	0	1（100.0）	0
その他	8	1（12.5）	0	7（87.5）
計	249	101（40.6）	42（16.9）	106（42.5）

考　　察

今回、徳島県の在宅スモン患者において次のような事が推察された。1）単身者が比較的多い。夫婦のみの患者では介護者が高齢化し介護力の弱い状況にある。また、ＡＤＬは自立していてもＩＡＤＬでは介助を要する患者が多く、余力の少ない日常生活が推測された。2）ＱＯＬでは、移動障害、視力の低下、異常知覚等の痛み不快感、幸福感の欠如が在宅スモン患者の特徴的問題と思われた。緒方ら[1]の一般高齢者を対象とした調査と比較すると、スモン患者は問題を持つ者の比率が、聴力と会話の領域では 0.6倍であるが、他の６領域では、1.4－4.3倍と高く、特に移動や幸福感の領域で問題を持つ者が多かった。効用についても同調査と比較すると、スモン患者は男女とも点数が低く、平均12点の差があった。このことはスモン患者の疾病受容の困難さを感じさせた。また、幸福感・効用は比較的若年層に低かったが、単身者が多いことや日常生活の役割が充分果たせないことなどが影響していると推察された。

福祉サービス利用に消極的患者が比較的多いことから、サービスを受けることの意識啓発が必要と思われた。

文　　献

1）緒方静子ほか：高齢者の生活の質とヘルスケア評価，四国公衆衛生学会雑誌，41：159-162，1996

Abstract

An assessment of welfare services to patients with SMON

Toshio Inui[1], Masakazu Kawajiri[1], Masako Matsumoto[2]
Michiyo Hara[2], Setsuko Shimomura[2] and Yasu Fujiwara[2]

[1]National Tokushima Hospital
[2]Tokushima Health Care Center

We investigated 53 patients with SMON to evaluate their physical and social conditions, and interviewed with 45 patients (male 12、female 33、mean age 71.4 years old) out of them in order to assess suitable welfare services to give by evaluating their healthcare condition. The patients got older and their physical condition became lower. There were many patients who needed IADL supports though they were independent in ADL. On the other hand, the patients who needed ADL supports lived with their spouses who also became older. We could guess that their situation of daily life was very limited and the capacity of caring them was low.

For giving timely and suitable services to SMON patients and their families, we should estimate correctly the medical, social, ADL and IADL condition of an individual patient. For that purpose we have already established a committee consisted of doctors, nurses, functional trainers, public health nurses, helpers, persons in charge of welfare, and so on in Tokushima health care center. The committee should have well-organized function of making assessment of necessary services to the patients in future.

20～30年追跡のスモン患者

花籠　良一（南昌病院・盛南リハビリテーションセンター）
川村　定利（　　〃　　）
伊藤　浩子（　　〃　　）
滝村　光一（　　〃　　）
藤村　住裕（　　〃　　）

キーワード
スモン、追跡調査、障害受容、後遺症

要　　約

スモンの追跡調査報告はあるが、断片的なものである。一人の特定専門医による、発病から現在に至る医学的以外も含めての変遷を有機的に調査し、問題点のニーズに対応するべく検討した。対象患者は医師の所属とか、患者の住所が変更しても経年診察あるいは電話、文書などで確実に把握している72例である。

花籠の在職歴に関連し、30年以上の東北大病院例の約10%、25年以上は都立府中病院例の16%、20年以上は同神経病院例の25%に相当する（以後の例は非該当）。最近の合併症などはスモン悪化の不安、心・循環器系、骨・関節症、心理的（極度のもの忘れ・うつ・老後不安）、その他である。今回の例に関係無く死亡35例あり、心臓、脳卒中、悪性腫瘍などが多い。スモンの検診を受けない・患者会不参加の理由は、メリットが期待できない、なじまないをあげている。未補償スモンが10例いるが、特定疾患の医療は受けている。障害の受容とQOLについては今回の例では比較的良好である。年賀状などは消息に役立っている。

目　　的

同一医師による追跡調査の意義は、極めて長期間に及ぶスモン後遺症、特に異常知覚の苦痛その他に耐えての年月、身体的はもちろん心理的から生活環境、経済的などの変遷について初期と良く比較検討し、今後の診療に役立てる目的である。

結　　果

対象の72例について病院所属と経過年数を**表1**に示したが、丁度私の職歴の区切りにも一致している。追跡の経過年数が長いほど消息を確実に知り難くなっている事がわかる。**表1**の1）、2）、3）の施設にまたがる継続受診例もいる。なお初診から20年以内例は含まれない。**表2**は高齢とも関連して特に最近困っている身体症状と合併症をまとめた。高血圧を含めると

表1　20年ないし30年間追跡スモン患者　－72例－

追跡年数と当時の病院	例　数	（全例との比率）
1）30年以上 東北大病院関係	9例	約10%
2）25年以上 都立府中病院関係	27例	約16%
3）20年以上 都立神経病院関係	36例	約25%

※（死亡例含まない）。1）、2）、3）にまたがる例もある

表2　最近困っている主な身体症状・合併症　－72例－

心筋梗塞、狭心症……14例
変形性関節症……13例
腰痛・脊椎症……10例
高血圧……27例
スモン悪化（歩行困難）……24例
消化器疾患……19例
白内障……6例
骨折・外傷……6例
膀胱障害……21例
精神的（忘れ・鬱・不安）……14例
その他……27例

心・循環器系統は41例56％と最多であり、ついで老化に伴うスモンの歩行障害・膀胱障害（悪化）、関節・脊椎症、精神・心理的問題、その他となっている。明らかなアルツハイマー病の比較的軽症スモンの１例がいる。**表３**の死亡35例は必ずしも今回の72例の中ではないが、少なくとも初診から20年以上経過した例で約20％に相当する。心臓、脳卒中、悪性腫瘍などが目立っているが、スモン後遺症には高齢に達する以前に死亡した例も稀ではない。特に著者例の中には患者会に参加しないとか、スモン検診にも出れない患者が少なくないのであるが36例の理由を**表４**に示した。検診については今までの経験から直接のメリットが期待できない、患者会にはなじまない、連れていってくれる人がいない、関心が少ない、その他があげられている。**表５**には未補償スモンの10例を示したがまったく希望しなかった例はなく、比較的軽症で温厚な人たちである。手続きを知らなかった、集団に加わらなかった、その他の事情があげられる。高齢スモンのADLをBarthel Indexで見ると、凡そ75歳前後から特に歩行（移動）能力低下が目立つようになる。障害の受容とQOLに関しては、著者のスモン患者は他のスモン例に比較して良好である。それは長年にわたる生活・心理指導等のほか、多分に人間的な要素も含まれている（**表６**）。

表3　わかっている死亡例　－35例－

心臓死……９例
脳卒中……６例
悪性腫瘍……４例
肺炎……３例
胆嚢炎……１例
交通事故……１例
老衰死……１例
自殺（原因判明前）……１例
死因不明……９例

表4　検診を受けない、患者会などに加わらない例
－３６例－複数回答－

メリットが期待できない	27	75%
活動家的なことを好まない	22	61%
なじまない（ハイクラス）	13	36%
自分独りでは行けない	12	33%
あまり関心がない	11	30%
患者会グループがちがう	10	27%
静かにしていたい、他	7	19%

表5　和解・補償が得られていない例　－10例－

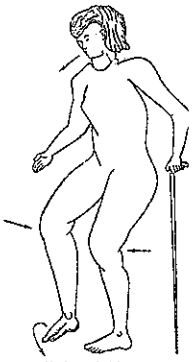
・手続知らなかった独身男・女性（現在、生活苦）
・スモンと診断されていない親子例、姉妹例
・必要と思わなかった芸術家（現在、心筋梗塞）
・裁判になじまない（集団訴訟なら参加例多い）
・比較的軽症例が多い
・特定疾患の医療給付は受けられる
・その他

表6　障害受容までの期限

	～３年	～５年	～７年	補償後	未受容	計
ほぼ受容	3	7	7	10		27 46.6%
不完全受容	1	4	6	11		22 37.9%
受容できない					9	9 15.5%
計	4 6.9%	11 19.0%	13 22.4%	21 36.2%	9 15.5%	58 100%

SMONの理学療法
姿勢・運動異常とその治療

SMONの立位、歩行姿勢
（昨年死亡）



SMON特有の歩行
（　　花籠による）

図1

図１は昭和44年に最新医学のスモン特集に掲載し、それを単行本に引用されたものである。右図例の初診は41年頃（東北大）で、秋田県農村の方で一時継続診療は中断していたのであるが数年前の冬、いわてリハビリテーションセンターに入院もした。その例の平成11年の年賀状を示す（**図２**）。同図左は都立府中病院神経内科（神経病院の前身）当時の例であるが最近死亡されたとの事である。何れも強度の痙性対麻痺例である。

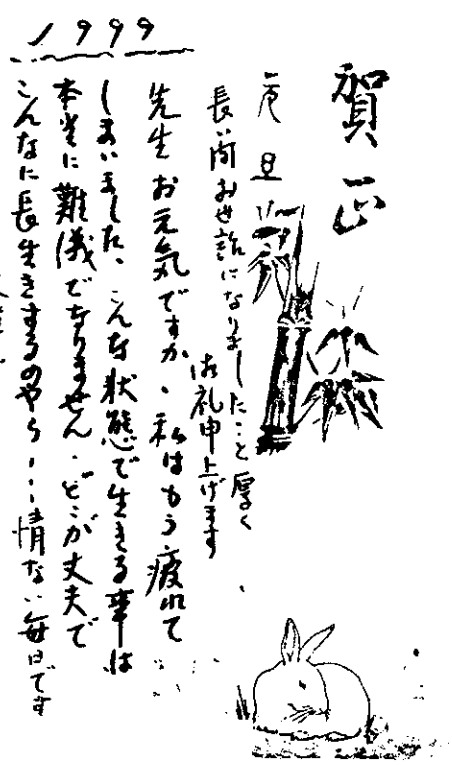


図2　（本文参照）

考　　察

特定疾患、特に神経難病の中でもスモンは別個的な存在であり、また歴史的にいってもこれらの原点でもある。著者の30余年前における疫学的調査ではスモンの発病率は人口10万対凡そ10人であり、その内鑑定され和解補償患者は約2/3のはずである。現在に至り相当数の患者が死亡し有病者（率）も当然減少している。当研究班員の中にも著者の如く自身の多数例について、30年以上の追跡をし報告できる医師は殆どいなくなった。

スモン後遺症患者に対する公的な在り方については比較的行き届いたものではないかと考えられる。今後とも世代が変わっても是非後退することなく、生存者に国家的責任において支援しなければならない。また医学的にも忘れてはならない。

今回の成績では比較的良好な成績であり、最悪状態の症例などは含まれなかったのであるが、表に出なかった傾向がないとはいえない。主治医の生活指導などの手前もあり、悪いことはあまり告げない傾向があるかも知れない懸念がある。

文　　献

1）花籠良一ほか：スモン患者の障害受容に関連する意識，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成7年度研究報告書，P.263-265，1996

2）花籠良一，杉山　尚：腹部症状を伴う脳脊髄炎症（スモン）の予後とリハビリテーション，最新医学 24：2510-2517，1969

3）中村隆一：SMONの理学療法―姿勢・運動異常とその治療―，新興医学出版，東京，1973

Abstract

Patients with sequelae of SMON followed up for　20-30 years

Ryoichi Hanakago

Nansyo Hospital, Seinan Rehabilitation Center

We have treated more than 200 patients with SMON at Tohoku University Hospital and 3 Tokyo Metropolitan hospitals including a neurological hospital and have followed up their long-term outcome. In this study, the status of 72 patients were investigated and analyzed.

About 20% of the patients are known to have died, but some patients whose outcome is unknown are also considered to have died. The reduction of their ADL is primarily due to dysesthesia, and the ambulatory ability declines markedly

after the age of about 75 years according to the Barthel index. Among possibly fatal complications, disorders related to arteriosclerosis are observed relatively frequently, and lack of exercise due to dysesthesia appears to be a factor. Osteoarthropathy was also observed frequently.

Concerning the acceptance of disability and psychological problems including QOL, patients who were compliant to our therapeutic guidance were generally satisfied, but those who were not tended to be dissatisfied with their lives.

Ten patients were not entitled to compensation by reconciliation, because they did not follow the necessary procedure.

Reasons for not participating in the SMON Patients` Association or not receiving health screening included unwillingness to be exploited in extended activist campaigns and no prospect of merits.

神経性食欲不振症を合併する若年発症重症スモン例

松永　宗雄（弘前大学脳研臨床神経）
倉橋　幸造（青森県立中央病院神内）
小川　雅也（　　〃　　）
成田　祥耕（成田祥耕クリニック）

キーワード

小児スモン、神経性食欲不振症、全盲、完全対麻痺、盲学校教育

要　　約

３歳時に初発し５歳で全盲、ほぼ完全な下半身麻痺となり、18歳時に神経性食欲不振症（anorexia nervosa）を併発した１例を報告した。典型的な重症小児スモン例で、発症から10余年間を親兄弟に手厚く支えられて成長したが、思春期に至り父親の病気、姉の結婚、排尿障害の増強など種々の心理的葛藤が重なり神経性食欲不振症に陥ったものである。以後、37歳の現在まで体重は全く回復しないまま経過している。本例の問題点を指摘するとともに、若年発症スモン症例が今日抱えている諸問題についても考察を加えた。

目　　的

若年発症スモン症例は単に発病が早かったと言うだけではなく、医学的、社会的に成人発症例とは異なった観点からのサポートが必要である。成人発症の多数集団が著しく減少した後も、なおスモン問題を継承して行かなくてはならない対象でもある。そういった問題を端的に負っている１症例を提示し、症例数が近未来に激減しても、なお残される問題点を提議することを目的に報告する。

症　例

1961年6月生れ、女性。正常分娩、生下時体重は3,000gであった。それまで順調に成長していたが、1964年（３歳）から腹痛・下痢のため総合病院の小児科を受診し、治療を開始した。治療中にスリッパが脱げやすくなったり、つまずき易くなったことに気づいたが治療はそのまま継続された（後になってキノフォルムが投与されていたことが確認された）。さらに1966年（５歳）には視力障害、歩行障害が進行した。治療は中断時期もあるが、腹部症状が出没したため投薬はキノフォルム剤が禁止されるまで続いた（総投与量は不明）。その間に視力障害は急速に悪化して失明に至り、下半身脱力も完全対麻痺に進展した。キノフォルム剤中止後は全身状態が改善し、意欲も向上して、1971年からは精力的なリハビリテーションを行うようになった。歩行は這って移動可能な程度からさらに一時は室内の伝え歩きが可能になり、排尿のコントロールもできる様になったが、視力は全く回復しないままであった。1975年（14歳）から盲学校教育を受け、点字を習得した。この頃の患者は数多くのハンディを抱えながらも、読書や手紙を書くことなどかなり前向きな面が見られた。家族も患者の年齢に合わせて修学旅行に紛うべく京都見物などに連れて行って、目の見えない患者に「あれが○○寺」、「ここが□□院」などと話しかけながら旅行をしたこともあったという。1977年には下半身のしびれ感が増強したため、弘前大学附属病院に入院の上、高圧酸素療法を80回行い大分改善して退院した。しかし1979年春より排尿困難が強まり導尿が必要になった。飲水を減らし、その結果の尿量減少を来たした。そのことと前後して腹痛の出没もあり、1979年夏から著しい食欲不振に陥り、数カ月で50Kgから30Kg余に体重が減少した。精査目的で弘前大学へ再入院した[1]。

入院時現症は身長153cm、体重32Kgと著しい羸痩が見られ、体温は午前中は35℃代、午後は36℃代で、血圧は臥位で90/60mmHg、脈拍は50/分前後であった。神経学的には①ほぼ全盲（強い光は感じることもある）、②四肢筋力低下（上肢：握力は左右ともに８～９Kg、両下肢は臥位で辛うじて屈伸可能、起立・歩行は不能）、③感覚障害（鼠径部以下）：表在感覚は中等度低下、深部感覚は高度障害、異常感覚や痛みも持続性であるが比較的軽度、しかし下肢冷感のため夏でも就床中も靴下を着用、④括約筋障害：尿閉かつ両便失禁、⑤深部反射は上肢では亢進、下肢では膝反射は亢進し、アキレス反射は両側消失していた。

身体的にはうぶ毛の密集、稀発月経（入院前３カ月は無月経）があり、内分泌学的検査で汎下垂体機能不全は否定され、神経性食欲不振症と診断された。食事はもっぱらカレーライス、酢の物、果物、ジュースなどを摂り、それ以外のものは余り口にせず、毎回の摂取量もごく少量である。対症療法など種々試みた結果体重は35Kg程度となり、自宅療養に戻った。当時、患者は家族への迷惑などを口にし、しばしば「死にたい」ともらすことがあった。周囲の説得には素直に耳を傾けるが、陰のある悲しそうな仕草が消えることはなかった。この後、同居していた祖母、病にふせっていた父親が亡くなるなど試練は続き、37歳の現在に至るまでの20年間、体重はずっと30Kg前後を増減しているが、それ以上回復することはないままである（平成10年度検診時も30Kg）。ADLに関してもここ数年間は検診の都度Barthel index scoreは10点で、主に点字読書と音楽を聴く生活で、ほぼ全面的に母親に依存している。30余年に及ぶ介護を続けてきた母親が高齢になって来た上、健康を害したためしかるべき施設への入所を考えるようになっているのが現状である。

考　　察

本例は幼児期発症の重症例である。かかる小児スモンに特徴的とされる、視力障害、下半身麻痺、痙縮が強く、その割には知覚異常はそれ程ひどくないという典型的な臨床症状を呈している[2]。また急激な体重減少には、低血圧、低体温、徐脈、うぶ毛が濃いなどの身体的所見、稀発月経、空腹時低血糖などを伴いかつ下垂体機能の明らかな低下はなく、神経性食欲不振症に矛盾しない。本例では隠れ食いややせ願望などは見られなかった。心理的な軌跡を推し量ってみると、家族中の心からのサポートに支えられて成長し、素直で家族思いな性格が育まれ、点字を学んだことで前方を見据えるようになりつつあった頃から、支える家族の柱であった父親が若干40歳代で脳卒中に倒れたこと、しびれの悪化や排尿困難など症状の変化が重なり、姉の結婚などが複雑に思春期の不安定な心理を揺さぶった。こういった葛藤が神経性食欲不振症を誘発せしめる伏線になったと考えられる。ほとんど何も見えない瞳でじっと見つめていたのは死であり、これ以上家族に迷惑を掛けられないと思い詰めていたようであった。本症を併発する前は50Kgあった体重が30Kg前後まで下降してから約20年にわたって回復できず、現在に至っている。精神的にも成長し、読書を通じて知識も啓発されているが、なお低体重から脱却し得ないままである。

現在高齢に達している多くのスモン症例が去った後は、社会に占める本症の物理的ウェイトは縮小するであろう。しかし未だ人生半ばにある本例は、家族のみならず行政や医療が今後如何にして支えて行くべきかについて問題提起をしていると言えるのみならず、スモン問題を決して風化させてはならないという強い警鐘を鳴らし続けているとも言えよう。

文　　献

1）松永宗雄、島村秀樹、倉橋幸造ほか：青森県スモン患者の現況(2)，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成４年度研究報告書，P.486-488，1993

2）花籠良一：長年経過を追っている乳幼児発症スモンの５例，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成９年度研究報告書，P.105-107，1998

Abstract

A case of child-onset severe SMON associated with anorexia nervosa

Muneo Matunaga[1], Kozo Kurahashi[2], Masaya Ogawa[2], Shoko Narita[3]

[1]Department of Neurology, Institute of Neurological Diseases, Hirosaki University.
[2]Department of Neurology, Aomori Prefectural Central Hospital
[3]Narita-Shoko Neurology Clinic

A 37-year-old female case of child-onset severe SMON, who had been suffered from association with anorexia nervosa, is reported. She was born with natural delivery and her milestones of growth had been normal, when she started suffering from repeated episodes of abdominal pain and diarrhea at the age of three. She was prescribed clioquinol for several years, and she was noticed easily to stumble, following by visual impairment, sphincter disturbance and paresthesia of the lower extremities. Finally she became blind and impossible to stand up or to walk. Since the age of 18, she has been suffering from anorexia nervosa. Her body weight decreased from 50 Kg to 30Kg, and never recovered for 20 years.

スモン患者のＡＤＬ・ＱＯＬの最近の推移

中江　公裕（獨協医大公衆衛生）
岩下　　宏（国療筑後病院）
安藤　一也（国療中部病院）
飯田　光男（国療鈴鹿病院）

キーワード

スモン、主観的満足度、ＡＤＬ、ＱＯＬ、関連係数、推移

要　　約

平成５年および平成10年の検診受診者602名について、主観的満足度、日常生活能力指標（Barthel Index）、労研式活動能力指標（TMIG Index）などのＡＤＬ、ＱＯＬに関する要因を検討し、５年間の推移をみた。

主観的な生活の満足度とＡＤＬ、ＱＯＬとの関連は必ずしも高くないが、比較的関連の高い要因として、患者の抱える総合的問題、生活・家族・介護上に問題あり、大便失禁、住居・経済上に問題ありなどの諸問題、および精神症候あり、胃腸症状の悩みの程度、友人・家族の相談にのっているか、若い人に自分から話しかけるか、病人を見舞うことができるかなど、精神的問題や社会的活動に関与する問題が、患者のＱＯＬの向上に重要であることが示唆された。なお、スモン患者に老境がしのび寄る様子が諸処にみられた。配偶者の死別、肉体的な衰え、生活能力の低下などいずれもこの５年間で数％の増加が示された。

目　　的

スモン患者のＱＯＬ（Quality of Life:人生の質）の向上は、本研究班の重要な研究目的の一つである。

本研究は患者の主観的満足度、ＡＤＬ、客観的ＱＯＬが最近どのように推移したかを検討したものである。

方　　法

平成５年の検診受診者1094名と平成10年の受診者1040名についてクロスリンケージを行い、602名の両年度検診受診者を得た。この602名について、主観的満足度、日常生活能力指標（Barthel Index）、労研式活動能力指標（TMIG Index）などのＡＤＬ、ＱＯＬに関する要因を解析し、最近５年間（平成５年～10年）の変化を検討した。また、主観的満足度とBarthel Index、TMIG IndexなどのＡＤＬ、ＱＯＬに関する要因との関連の強さについてもその推移を検討した。

なお、患者の抱える総合的問題としては、医学上の問題、日常生活と家族・介護についての問題、福祉サービスについての問題、住居・経済の問題の４つの問題をすべて持っているもの、３つ持っているもの、２つ持っているもの、１つ持っているもの、１つも持たないものと5分類した。

結　　果

602名の男女比は0.38で、女性が男性の2.65倍も多い。平均年齢は71.2歳（平成10年12月現在）であった。

ＡＤＬ、ＱＯＬに関するこの５年間の推移を**表１**に示す。

５％以上の増加を示したものは、夫婦のみ（10.2%の世帯増、以下同じ）、最近５年間の療養状況（9.0%の入院増）、１日の生活動作の範囲（8.1%の悪化増）、現在通院中（7.6%の増加）、付き添い常に必要（7.3%増）、配偶者の死別（7.1%増）、Barthel Index 75点以下（6.0%増）、尿失禁あり（5.6%増）、医学上問題あり（5.2%増）、歩行能力障害（5.0%増）であった。

３％～4.9%の増加を示したものは、大便失禁あり（4.5%増）、不安感・焦燥感あり（4.3%増）、常に不眠（4.2%増）、一人暮らし（4.1%増）、診察時の障害度：

表1 ＡＤＬ，ＱＯＬ要因の推移

	1993年	1998年	増加分（%）
解析対象数	602名	602名	
男女比	0.38（165/437名）	0.38（165/437名）	
平均年齢	66.2歳	71.2歳	
６５歳以上の割合	56.8（ 342名）	74.9（ 451名）	18.1
体格（高度やせ・軽度やせ）	25.6（ 154）	25.7（ 155）	0.1
体格（肥満）	10.8（ 65）	12.1（ 73）	1.3
食欲（低下）	20.9（ 126）	21.8（ 131）	0.9
睡眠（常に不眠）	19.6（ 118）	23.8（ 143）	4.2
現在の視力（１．全盲 ２．明暗のみ ３．眼前手動弁 ４．眼前指数弁）	7.0（ 42）	6.5（ 39）	−0.5
現在の歩行能力（１．不能 ２．要介護 ３．つかまり歩行）	15.1（ 91）	20.1（ 121）	5.0
10メートル歩行時間（20秒以上）	22.8（ 137）	20.9（ 126）	−1.9
外出（１．不能 ２．要介護）	18.8（ 113）	19.4（ 117）	0.6
尿失禁（１．常にあり ２．時々あり）	51.0（ 307）	56.6（ 341）	5.6
大便失禁（１．常にあり ２．時々あり）	22.1（ 133）	26.6（ 160）	4.5
身体の合併症あり	89.4（ 538）	91.7（ 552）	2.3
精神症状あり	37.9（ 228）	41.2（ 248）	3.3
不安・焦燥あり	19.0（ 115）	23.3（ 140）	4.3
心気的あり	11.5（ 69）	13.8（ 83）	2.3
抑鬱あり	12.0（ 72）	13.1（ 79）	1.1
記憶力低下あり	13.6（ 82）	16.8（ 101）	3.2
痴呆あり	0.5（ 3）	2.8（ 17）	2.3
診察時の障害度（１．極めて重度 ２．重度）	18.6（ 112）	22.6（ 136）	4.0
最近５年間の療養状況（２．時々入院 ３．長期入院・入所）	19.1（ 115）	28.1（ 169）	9.0
現在通院中	77.9（ 469）	85.5（ 515）	7.6
付き添い（１．常にあり）	16.8（ 101）	24.1（ 145）	7.3
１日の生活動作の範囲（１．一日中ベッド ２．ベッド上起座 ３．居間で起居）	14.5（ 87）	22.6（ 136）	8.1
Barthel Indexスコア（７５点以下）	15.8（ 95）	21.8（ 131）	6.0
生活の満足度（４．やや不満足 ５．不満足）	22.8（ 137）	23.4（ 141）	0.6
転倒したことがある	50.8（ 306）	52.8（ 318）	2.0
配偶者（死別）	21.1（ 127）	28.2（ 170）	7.1
配偶者（離婚）	2.8（ 17）	2.0（ 12）	−0.8
配偶者（未婚）	8.1（ 49）	8.3（ 50）	0.2
一人暮らし	14.0（ 84）	18.1（ 109）	4.1
夫婦のみ	33.2（ 200）	43.4（ 261）	10.2
主な介護者（配偶者）	37.0（ 223）	32.7（ 197）	−4.3
総合評価			
医学上 １．問題あり	25.2（ 152）	30.4（ 183）	5.2
２．やや問題あり	39.0（ 235）	42.7（ 257）	3.7
日常生活・家族・介護上 １．問題あり	12.5（ 75）	14.1（ 85）	1.6
２．やや問題あり	18.9（ 114）	22.9（ 138）	4.0
福祉サービス上 １．問題あり	5.5（ 33）	4.8（ 29）	−0.7
２．やや問題あり	14.5（ 87）	11.3（ 68）	−3.2
住居・経済上 １．問題あり	4.0（ 24）	3.7（ 22）	−0.3
２．やや問題あり	7.6（ 46）	9.1（ 55）	1.5
総合評価の問題を４つ全部持っている	4.0（ 24）	3.7（ 22）	−0.3
総合評価の問題を３つ持っている	10.5（ 63）	11.5（ 69）	1.0
総合評価の問題を1つも持っていない	19.0（ 115）	17.3（ 104）	−1.7

重度以上（4.0%の重度化）、日常生活・家庭・介護上にやや問題あり（4.0%増）、医学上やや問題あり（3.7%増）、精神症状あり（3.3%増）、記憶力低下あり（3.2%）であり、配偶者の介護を受けているものは4.3%減少した。

福祉サービスについては、問題ありは0.7%、やや問題ありは3.2%減少した。

次にこの５年間あまり変動のないものは、やせの体格、失明者の割合、主観的生活満足度、未婚者の割合であった。

表2に主観的満足度と他のＡＤＬ、ＱＯＬ要因との関連係数を示す。

表2　主観的満足度との関連係数

要因	年度 94	96	98
患者の抱える総合的問題	−0.290	−0.251	−0.284
精神症候あり	−0.249	−0.235	−0.273
生活・家族・介護上の問題あり	−0.263	−0.248	−0.272
友達・家族の相談にのるか	0.197	0.184	0.242
若人に自分から話かけるか	0.165	0.250	0.211
大便失禁	−0.176	−0.194	−0.202
病人を見舞うことができるか	0.216	0.219	0.201
胃腸症状の悩みの程度	−0.141	−0.153	−0.202
現在の食欲	−0.151	−0.178	−0.201
友達の家を訪問しているか	0.183	0.235	0.197
住居，経済上に問題あり	−0.225	−0.228	−0.195
Barthel Index 得点	−0.200	−0.206	−0.181
本や雑誌を読んでいるか	0.184	0.161	0.179
福祉サービス上に問題あり	−0.212	−0.210	−0.175
診察時の障害度	−0.177	−0.181	−0.173
福祉サービス：ホームヘルパー	−0.199	−0.257	−0.173
自分で食事の用意ができるか	0.152	0.148	0.166
現在の栄養状況	−0.135	−0.113	−0.166
医学上の問題あり	−0.187	−0.141	−0.165
一日の移動範囲	−0.209	−0.225	−0.152
新聞を読んでいるか	0.190	0.162	0.148
福祉サービス：ショートステイ	−0.122	−0.160	−0.148
健康の記事・番組に興味があるか	0.073	0.149	0.143
尿失禁	−0.131	−0.158	−0.142
福祉サービス：車椅子・装具など	−0.116	−0.155	−0.141
どこまで外出できるか	−0.193	−0.191	−0.136
睡眠	−0.183	−0.134	−0.132
福祉サービス：日常生活用具給付	−0.152	−0.162	−0.130
日用品の買い物ができるか	0.151	0.178	0.126
預金の出し入れが自分でできるか	0.126	0.152	0.124
一人で外出ができるか	0.185	0.143	0.123
福祉サービス：給食サービス	−0.139	−0.168	−0.116
怪我・骨折の有無	0.054	−0.035	−0.114
現在の歩行能力	−0.177	−0.171	−0.110
年金などの書類が書けるか	0.102	0.126	0.108
請求書の支払いが出来るか	0.117	0.108	0.106
福祉サービス：入浴サービス	−0.138	−0.162	−0.102
10mの最小歩行時間	0.170	0.200	0.092
福祉サービス：機能訓練	−0.092	−0.147	−0.087
最近５年間の療養状況	0.072	0.131	0.082
現在の視力	−0.130	−0.141	−0.082
最近１年間の転倒の経験	0.084	0.086	0.046

患者の主観的満足度と関連の比較的高い要因は、患者の抱える総合的問題（0.28）、精神症候あり（0.27）、生活・家族・介護上に問題あり（0.27）、友人・家族の相談にのっているか（0.24）、若い人に自分から話しかけるか（0.21）、大便失禁（0.20）、病人を見舞うことができるか（0.20）、胃腸症状の悩みの程度（0.20）、現在の食欲（0.20）、友達の家を訪問しているか（0.19）、住居、経済上に問題あり（0.19）、Barthel Index得点（0.18）、本や雑誌を読んでいるか（0.17）、福祉サービス上に問題あり（0.17）、診察時の障害度（0.17）、福祉サービス：ホームヘルパー（0.17）、自分で食事の用意ができるか（0.16）、現在の栄養状況（0.16）、医学上の問題あり（0.16）、一日の移動範囲（0.15）などとなっている。

主観的満足度と他のＡＤＬ、ＱＯＬ要因との関連度の推移をみると、増加傾向を示すものは、精神症候あり、友達・家族の相談にのるか、大便失禁、胃腸症状の悩みの程度、現在の食欲、自分で食事の用意ができるか、現在の栄養状況、怪我・骨折の有無などであり、減少傾向を示すものは、住居、経済上に問題あり、Barthel Index 得点、福祉サービス上に問題あり、ホームヘルパーサービス、日常生活用具給付サービス、給食サービス、一日の移動範囲、新聞を読んでいるか、日用品の買い物ができるかなどであった。

考察とまとめ

主観的な生活の満足度とＡＤＬ、ＱＯＬとの関連は、必ずしも高くないことが示唆されたが、比較的高い要因として、患者の抱える総合的問題、生活・家族・介護上に問題あり、大便失禁、住居、経済上に問題ありなどの諸問題、および精神症候あり、胃腸症状の悩みの程度、友人・家族の相談にのっているか、若い人に自分から話しかけるか、病人を見舞うことができるかなど、精神的問題や社会的活動に関与する問題が、患者のＱＯＬの向上に重要であることが示唆された。つまり患者のＱＯＬの向上には、患者の抱える医学的、生活的、介護的、経済的諸問題の改善のみならず、精神的安定と、社会的役割を喪失しないような方策がぜひとも必要である。このことは、全人的医療、トータルケアを目指す本研究班の今後の方向性を示唆する知見として注目したい。

スモン患者の平均年齢は今や70歳を超えた。この５年間で老境がしのび寄る様子が諸処にみられる。配偶者の死別、肉体的な衰え、生活能力の低下などいずれも数％の増加ではあるが数値として示された。本調査結果が、同年齢の非スモン高齢者と比較して高いのかどうかは今後の検討課題としたい。

文　　献

１）中江公裕ほか：スモン患者の生活満足度，厚生省

特定疾患スモン調査研究班・平成４年度研究報告書，P.450-456，1993
２）中江公裕ほか：スモン患者の主観的生活満足度と客観的ＱＯＬとの関連，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成８年度研究報告書，P.131-133，1997

Abstract

Recent transition of ADL and QOL of patients with SMON

Kimihiro Nakae[1], Hiroshi Iwashita[2], Kazuya Ando[3], Mitsuo Iida[4]

[1]Department of Public Health, Dokkyo University School of Medicine
[2]Department of Neurology, Chikugo National Hospital
[3]Department of Neurology, Chubu National Hospital
[4]Department of Neurology, Suzuka National Hospital

602 patients with SMON who had comprehensive medical examination of SMON Research Committee both in 1993 and 1998 were examined.

The worsening of ADL and QOL of SMON patients was shown in range of increase of 3% - 10%, i.e. in factors of Barthel Index score, mental disorders, social communication, household style, daily activities and physical weakening.

Mental disorders and social communication was shown as very important factors to increase QOL of elderly SMON patients. These factors had high relation with self-satisfaction of SMON patients in their daily lives.

スモン患者における生活満足度の変化とADLおよび介護状況の変化との関連

西郡　光昭（宮城教育大学教育学部）
西野　善一（東北大学医学部公衆衛生）
辻　　一郎（　　〃　　）
久道　　茂（　　〃　　）
高瀬　貞夫（広南病院神経内科）

キーワード

生活満足度、ＡＤＬ、介護状況

要　　約

平成10年に広南病院でスモン検診を受診した者の中で前年の検診を受診した24名について、各検診時に実施した面接調査から得た生活満足度の変化とADLおよび介護必要度の変化との関連を検討した。生活満足度は前年に比べ５名で低下、９名で上昇していたが、生活満足度の変化と各要因の変化との間に有意な関連を認めなかった。生活満足度の変化に影響を与える要因について今後幅広く検討する必要があると考える。

目　　的

スモン患者の生活満足度の向上に寄与することを目的とし、日常生活動作能力（ADL）や介護必要度の変化が生活満足度の変化におよぼす影響について検討を行なった。

方　　法

平成１０年に広南病院にて検診を受診した28名のうち、平成９年の検診を受診していた24名を対象とした。両年とも生活満足度、ADLならびに介護状況に関する面接調査を実施しており、生活満足度は満足しているを５点、まったく不満足であるを１点とする５段階、ADLはBarthel Index（BI）ならびに老研式活動能力指標（手段的自立、社会的役割、知的能動性の部分に分かれる）で評価している。また介護状況は、食事、移動・歩行、入浴、用便、更衣、外出に関する介護必要状況を５段階で評価している。

今回、平成９年と平成10年の生活満足度の回答を比較し、その変化とADLおよび介護必要度の変化との関連をSpearmanの順位相関係数を算出することにより検討した。解析には統計解析用プログラムSASを用いた。

結　　果

表１は平成10年調査における解析対象者の特性を示したものである。平均年齢は69.6歳、Barthel Index の平均は94.9点、老研式活動能力指標の平均は9.0点である。physical ADLの指標であるBIは過半数（16名）が

表1　解析対象者の特性（平成10年調査時）

対象者数（人）		24
性別		
	男	5
	女	19
年齢（歳）*		69.6±7.8
MWS（m/min）*		45.0±17.3
Barthel index（点）*		94.9±11.4
老研式活動能力指標（点）*		9.0±2.9
生活満足度（点）	1	1
	2	4
	3	4
	4	6
	5	9

*平均±標準偏差