

った。蜂須賀⁴⁾が主張する包括的な満足度指標が必要であると思われる。

そしてまたSMON患者のQOLを向上させるためのアプローチの検討を進める上でも、QOLの構造解析を更に進めることが必要だと考える。

文 献

- 1) Mahoney FI, Barthel, DW : Functional evaluation ; The Barthel index, Maryland State medical Journal, 14 : 61-65, 1965

- 2) 古谷野亘他：地域老人における活動能力の測定.日本公衛誌, 34 : 109 - 114, 1987

- 3) Raspe, H : リウマチ学におけるQOLの評価, Guggenmoos-Holzman他編 (篠崎一朗監訳) QOL ; その概念から応用までシュプリンガーフェラーク, p.128 - 141, 1996

- 4) 田中正一, 蜂須賀健二, 緒方甫 : 難病患者におけるADLとSDL, 総合リハ, 21 : 928 - 934, 1993

Abstract

Study on ADL, levels of activity capability, and satisfaction in the life of patients who sought medical examination for SMON in Kanagawa Prefecture

Norihiko Ando ¹⁾, Kazuko Hasegawa ²⁾

¹⁾ Yokohama City University School of Medicine

²⁾ Kitazato University School of Medicine

A study was conducted on the results of a survey on ADL (activities of daily living), indices for activity capability, and satisfaction with their life of SMON patients and the interrelationship among these parameters. It was found that the majority of the patients were independent in performing ADL but they appear to be limited in locomotive capabilities. Among the indices for activity capability, their intellectual capacity was rated to be high, while their social activities were hampered. The extent of satisfaction with their life was equally divided between satisfaction and dissatisfaction. When the factors affecting satisfaction were analyzed by logistic regression, restrictions placed on ambulation surfaced as a significant factor. The chi square test failed to extract any specific factor related to satisfaction. The factors that showed some bearing on satisfaction were indices for activity capability, followed by ambulation and opportunities for outing.

長期臥床で幻覚のある患者のQOLを考える ～車椅子乗車を試みて～

小西 哲郎（国療宇多野病院）

小山 好美（国療宇多野病院看護部）

永見 恵子（　　　　　　）

宮川いずみ（　　　　　　）

河辺百々代（　　　　　　）

野瀬千津子（　　　　　　）

高鳥 郁子（　　　　　　）

梅田 敏子（　　　　　　）

小山 洋子（　　　　　　）

キーワード

スモン患者、幻覚、不眠、車椅子、気分転換

要 約

長期療養で終日臥床の患者は、他者との関わりも少なく、入院生活も単調となり、精神症状がしやすい環境にある。少しでも刺激を与えて生活にはりをもたせることが必要で、今後も継続していくことが重要である。

目 的

長期臥床で幻覚のある患者に、気分転換の場をつくることの効果を考える。

方 法

- 1) 研究期間：平成11年9月～12月
- 2) 対象者：Y.M.75歳、男性。終日臥床しテレビを見ることが以外は何もしようとせず、ADLは食事以外全介助である。不定愁訴が多く、すぐに薬に依存する。幻覚があり、時々夜間に意味不明な言動や危険行為があるため、向精神薬を服用している。
- 3) 看護目標：気分転換の場をつくることによって、苦痛や幻覚が減少する。

看護の実際

- 1) 毎日同じ時間に車椅子乗車を促す。
- 2) 乗車中は看護婦との会話や間食をする。
- 3) 乗車中や乗車後の患者の表情や言動、夜間の睡眠状態を観察する。

結 果

（表1 経過表参照）

1) 車椅子乗車開始～1ヶ月

初めは全身が痛いや痒いと言って拒否反応を示すが、毎日繰り返し促すことによって、「1日おきなら乗ってもよい。」という言葉が聞かれた。1ヶ月のうち23回乗車し、乗車率は76.6%で、乗車時間は5～30分であった。日数が経つにつれ徐々に表情も明るくなり、自発的に看護婦に挨拶等声をかけることが多くなった。夜間も良眠し、幻覚や意味不明な言動、危険行為も減少していった。

2) 1ヶ月～2ヶ月

この間は膀胱炎により発熱し、乗車できない日が8日間あったため、乗車可能な日数は22日間で、乗車率は86.3%であった。

この頃から、間食を楽しめる余裕もでき看護婦との

表1 経過表

	車椅子乗車前	乗車開始～1ヶ月			
		1W	2W	3W	4W
1週間に乗車した日数 時間		5日	5日	7日	7日
		15～30分			
睡眠状態		良	～時覚醒	一時覚醒	良
			空をつかむ 動作あり	コール頻回 寝ぼけよう 言動あり	
	夜間覚醒、独語あり	ほぼ夜間良眠、独語なし			
言 動		お尻が痛い むかむかする 手足痺いとがらばる		毎日乗ることが…	
	疼痛以外は自分から訴えず、声かけにもあまり返答なし。	自分から看護婦に声をかけてくる。			
表 情	無表情	活気あり、表情よくなる。笑顔あり。			

	1ヶ月～3ヶ月							
	5W	6W	7W	8W	9W	10W	11W	12W
1週間に乗車した日数	7日	4日	3日	3日	5日	1日	3日	4日
時間								
睡眠状態	良	良	良	良	良	一時覚醒	良	良
	独語なし							
言 動					調子が良い時は乗っていきたい。		車椅子に乗ってる間、痛いのや痺いのがわすれられる。	
	看護婦からの声かけに反応良い。 自分から看護婦に話し掛ける。							
表 情	活気あり、表情よい。							

会話の中で、「車椅子に乗っている間は、痛いのや痺いの忘れられる。」という言葉が聞かれた。そして、夜間は良眠でき、向精神薬を服用しなくても、幻覚症状はみられなくなった。

考 察

- 1) 最初車椅子乗車を拒否していた患者が、短時間でも毎日乗車できるようになったのは、同じ時間に車椅子乗車を促したため、習慣化が図れたと考える。
 - 2) 乗車中に、看護婦と会話をするなど、他者と関わる刺激を与えたことで、自分の存在を認めてもらいたいというマズローの承認のニーズを満たしたと言える。
 - 3) 車椅子乗車することで、身体的苦痛の軽減が図れたのは、気分転換により、疼痛閾値が上昇したと思われる。
- 以上のことから、車椅子乗車を行うことは、長期臥床で幻覚のある患者に、効果があったと考える。

Abstract

Improvement of QOL of long-term bedridden SMON patient with visual hallucination

Tetsuro Konishi, Yoshimi Koyama, Keiko Nagami, Izumi Miyagawa,
Momoyo Kawabe, Chizuko Nose, Ikuko Takatori, Toshiko Umeda,
Yoko Oyama

Utano National Hospital

We aimed to relieve pain and hallucination of the SMON patients, who have been bedridden in the long term and suffering from hallucination, by offering them a place for a change. We urged the patients to ride on wheelchairs on the same time every day, and also inspired them by making conversation. As a result, the patients' pain relieved, and hallucination disappeared. Therefore, we came to the conclusion that it is essential for the SMON patients who have been bedridden all day in the long term to be inspired and challenged to lead a life.

若年発症スモンの一例 －QOLの視点から－

北川 達也（国療西鳥取病院）

下田光太郎（　　　　）

井上 一彦（　　　　）

金藤 大三（　　　　）

土居 充（　　　　）

柏谷 義宏（　　　　）

キーワード

若年発症スモン、視力障害、QOL

要 約

視力障害と両下肢痙性不全麻痺を主症状とした若年発症スモンの一例を報告する。二人の子供を立派に育て上げ、現在は積極的に社会参加をし、仲間たちと趣味、郷土芸能、ボランティアなどをして自分自身の生活を充実させて生きている。結果的に良好なQuality of Life（QOL）になっている。

【症 例】

T.T. 52歳、女性。

発症：昭和42年9月、大腸炎で入院中（19歳時）に歩行障害が出現し、一週間後には寝たきりになった。それに続いて両側の視力障害が出現した。リハビリを行い独歩可能な状態で翌年4月退院したが、視力は0.03、0.04となり普通の生活をすることは無理なので、何か自分にできるものはないかと考えて身体障害者更生指導所に入所した。点字を習ったりもしたが、仕事としてはマッサージ以外に働く場所がないことを知り、自分には向かないと考えて退所した。

昭和44年10月、スモンの症状の再燃で再入院した。45年5月退院したが視力はさらに悪化していた。退院後、何かをしなければと思っていたところへ知人から話があり、この知人の美容院でお客様の洗髪や家事の手

伝いをするようになった。美容院で知り合った人と昭和49年に結婚し長女、長男を産んだが、夫は3年後に病死した。義父に子育てなどで援助を受けたが、その義父も10年後に痴呆で亡くなってしまった。このとき子供たちの助けをかりて義父の介護をした。

夫の遺した家、屋敷があったことで生活を維持できたことは幸いだった。痴呆の義父の世話をするのが大変だったことから、長女は中学時代から看護婦になることを希望し、その意志通りに現在看護婦になって公立病院で働いている。長男は中学時代には生徒会長をしたり、弁論大会で賞をもらったりしていて、訪問したときにはそれが額に入れて飾られていた。長男はこの春大学を出て就職し、現在二人の子供とは同居し楽しく暮らしている。

子供たちが成人になったので今度は自分が好きなことをして、できるだけ自分自身も積極的に生きようということで、盲人会での手芸をやり、作品づくりに精をだし、また地元の郷土芸能をしているグループに入れてもらって、安来館の歌や踊り、銭太鼓などの練習をしている。

【現 症】

視力：眼前指数弁別程度、両下肢：PSR、ASRとも亢進、バビンスキー徴候（－）、クローヌス（－）、歩行：痙性、独歩可能、バスを利用して外出できる、表

在知覚：膝以下で軽度障害、振動覚：軽度低下、血圧139/76、バーテル・インデックス100、身体障害者手帳1級（両視神経萎縮）。

【病気に対する姿勢】

病気（視力障害）があったために、子供の成長期に家にいてやれて子供をよく理解できた、毎日「ただいま」という声だけでその日の子供の心身の状態が理解できた。視力障害のために行事などに参加してやれなくて心を傷めたこともあったが、子供は不満を言わないで耐えてくれた。結果的に子供の自立心を育てることができたし、子供の中に困っている人をみると援助しようという優しいところを育むことができたと思う。そして次のようなエピソードを語ってくれた。

今年、弟夫婦と同居していた自分の実母が実家で転倒し動けなくなった。弟夫婦は二人とも仕事に出ていて、祖母がほったらかしになっているのを知った二人の子供たちは、おばあちゃんをあのままにしていたら寝たきりになってしまう、自分たちの家に連れて帰って世話してあげようと言い出した。おばあちゃんを家に連れてきてもよいかと言うので、自分は目が悪いのであまり世話できないからあなたたちが責任をもって世話するのだったらいよいよと言ったら、二人は車で祖母の家に行き、病院へ連れて行って骨折のないことだけを確認した上でわが家に連れ帰り二人で世話をした。実母は再び歩けるようになり喜んで弟の家族のと

ころに帰って行った。

在宅検診に訪れたとき、「今は自分の目が見えないことを恨んではない、大変だったとか悲劇だとか思っていない、むしろ障害をもちながら努力して生きてきたことを誇らしくさえ感じている、障害があることで様々なことを学ばせてもらった、自分の生き方が他の人の励ましになればうれしい。今は積極的に社会参加をして多くの人と交わり、少しでも充実して生きたいと考えてボランティア活動にも参加している」と語ってくれた。

若年発症スモンは痙性対麻痺や視力障害を伴うことが多いと言われているが、本症例も同様であった。しかし若い故に障害を積極的に受け入れて生きてきており、この視力障害をもつ本症例を通して、物質的な豊かさの中で自己中心的、利己的な若者が多くなっている現状を顧みて、子育てとは何かを考えさせられた。それと共に家族のあり方に教えられる点も多かった。

文 献

- 1) 小長谷正明、飯田光男：若年発症スモン患者の検討，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.109-111，1997
- 2) 中江公裕ほか：スモン患者の主観的満足度と客観的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

A case of juvenile onset SMON — From a viewpoint of QOL —

Tatuya Kitagawa, Kotaro Shimoda, Kazuhiko Inoue, Taizo Kaneto
Mitsuru Doi and Yoshihiro Kashiwaya

National Nishitottori Hospital

A 52-year-old female case with subacute myelo-optico-neuropathy (SMON) was reported from a viewpoint of QOL. She suffered from SMON at the age of 19, and as sequels of the SMON, she lost her vision (almost

blind) and had spastic paraparesis.

She was married at age 26 and she had a daughter and a son, and her husband died three years after the marriage. Her daughter and son grow up to be a fine young persons with well self-supporting and high sense. Now she wants to enjoy herself with having social communication, such as making folk articles in the circle of the blindpersons, and doing the folk public entertainments. Though she has been blind, she is satisfied with her daily life.

日常生活満足度と日常生活動作の関連

蜂須賀研二（産業医科大リハビリテーション医学教室）

千坂 洋巳（ ）

佐伯 寛（ ）

根ヶ山俊介（西南女学院大福祉学科）

キーワード

日常生活満足度、SDL、ADL

要 約

北九州市八幡西区に在住する55歳以上の中高齢者752名の調査結果に基づき、日常生活満足度が日常生活動作と関連はあるものの異なる領域を評価しており、間接的ではあるがQOL尺度として妥当であることを支持する結果であった。

目 的

スモン患者の主観的領域のQOLを簡便に評価して高齢者や脳卒中患者などと比較検討できる評価尺度を作成する目的で、平成元年に日常生活満足度評価表を作成して臨床使用を試みてきた¹⁾²⁾。平成8年に無作為に抽出した在宅高齢者の調査に基づき評価項目の検討を開始し、平成9年には、「身体機能」を「健康、ADLの自立、歩行、家庭内の仕事、住み易い住居」の5項目に細分化し、また、「自己啓発」の項目を削除した改訂版を作成した³⁾。平成10年にはこの改訂版を用いて在宅中高齢者の日常生活満足度評価を行い標準域を設定した。今回はこの日常生活満足度評価の妥当性を検討する目的で、Barthel Index自己評価表で判定した日常生活動作との相互関係に検討を加えた。

対象と方法

北九州市八幡西区に在住する55歳以上の中高齢者の中から選挙人名簿に基づき1000名を無作為に抽出した。これらの中高齢者に調査依頼状と自己記入式の調査票：プロフィール、日常生活動作（Barthel Index自己

評価表）⁴⁾、日常生活満足度評価表を郵送した。本調査に同意した780名に対して、原則として調査員が家庭訪問を実施し、記入漏れが無いことを確かめ、必要があれば再記入をした後調査票を回収した。家庭訪問を好まない中高齢者には、氏名と電話番号を記入して郵送してもらった。

調査結果はパーソナル・コンピュータと表集計ソフトを用いて集計し保存した。Spearman相関係数はSPSS 8.0jを用いて計算し、相関係数はP値が0.01未満のものを有意とした。

結 果

1. 対象者のプロフィール（表1）

対象者は調査の時点で病院、老健施設、特別養護老人ホームに入所中のものを除外すると、最終的に対象となる中高齢者は752名、男性361名、女性391名であった。多くは配偶者と生活しており、Barthel Indexは平均98.5、日常生活満足度は平均43.3であった。

表1 対象者のプロフィール

	合計	男	女
対象者数	752	361	391
年齢	67.1(7.8)	66.4(7.6)	67.7(7.9)
居住形態			
一人住まい	85	16	69
配偶者	521	305	216
その他の家族	145	40	105
友人	1	0	1
Barthel Index	98.5(7.3)	98.9(6.6)	98.2(7.9)
日常生活満足度	43.3(7.6)	43.4(7.8)	42.5(8.2)

2. Barthel Index自己評価 (表2)

装具装着、車椅子操作の2補助項目を除く13項目ではほぼ満点に近い値であった。その中では階段昇降は9.3と最も難易度の高い動作であった。身の回り動作の自立の指標であるセルフケア指数は59.4であり、歩行能力に関する指標である移動指数は39.1であった。

3. 日常生活満足度 (表3)

日常生活満足度評価の中で、セルフケア、歩行、家事、住環境、家族の5項目は平均4点代で満足度は高かったが、健康、精神、趣味、交流、年金・補償、仕事の6項目は平均3点代であり、満足度はやや低かった。

4. 日常生活満足度とBarthel Indexとの相関 (表4)

日常生活満足度の中でBarthel Indexと相関が強い ($p < 0.01$, $\rho > 0.300$) 項目はセルフケアであり、Barthel Indexの12項目、セルフケア指数、移動指数、BI合計点と有意な相関を認めた。次に、日常生活満足度の中で歩行、家事の2項目はBarthel Indexの入浴、更衣、歩行、階段の項目やセルフケア指数、移動指数、BI合計点と有意な相関があった。その他の項目は相互に相関する項目は少ないか、相関は弱いのか、もしくは有意な相関はなかった。日常生活満足度の合計点はBarthel Index合計点と相関を認めた。

表2 Barthel Index自己評価

	範囲	平均値	標準偏差
食事	0~10	10.0	0.5
整容	0~5	5.0	0.4
入浴	0~5	5.0	0.6
更衣(上)	0~7	6.9	0.6
更衣(下)	0~8	7.9	0.8
トイレ	0~5	5.0	0.3
排尿	0~10	9.9	0.9
排便	0~10	9.9	0.8
椅子移乗	0~5	5.0	0.4
トイレ移乗	0~5	5.0	0.4
浴槽移乗	0~5	5.0	0.5
歩行	0~15	14.9	1.2
階段	0~10	9.3	2.0
セルフケア指数	0~60	59.4	4.0
移動指数	0~40	39.1	3.7
BI合計点	0~100	98.5	7.3

表3 日常生活満足度

	範囲	平均値	標準偏差
健康	1~5	3.5	1.3
精神	1~5	3.8	1.2
セルフケア	1~5	4.6	1.0
歩行	1~5	4.4	1.0
家事	1~5	4.4	1.0
住環境	1~5	4.3	1.0
家族	1~5	4.4	0.9
趣味	1~5	3.7	1.1
交流	1~5	3.8	1.1
年金・補償	1~5	3.2	1.2
仕事	1~5	3.3	0.8
SDL合計点	11~55	43.3	7.6

表4 日常生活満足度とBarthel Indexとの相関

	健康	精神	セルフケア	歩行	家事	住環境	家族	趣味	交流	年金・補償	仕事	SDL合計点
食事	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
整容	*	*	0.329	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
入浴	*	*	0.390	0.301	0.311	*	*	*	*	ns	ns	*
更衣(上)	*	*	0.366	*	0.302	*	*	*	*	*	ns	*
更衣(下)	*	*	0.388	0.305	0.321	*	*	*	*	ns	ns	*
トイレ	*	*	0.350	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
排尿	*	*	0.336	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
排便	*	*	0.310	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
椅子移乗	*	*	0.330	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
トイレ移乗	*	*	0.318	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
浴槽移乗	*	*	0.338	*	*	*	*	*	*	ns	ns	*
歩行	*	*	0.338	*	0.306	*	ns	*	*	ns	ns	*
階段	0.334	*	0.434	0.415	0.376	*	*	*	*	ns	*	0.344
セルフケア指数	*	*	0.414	0.324	0.332	*	*	*	*	ns	ns	0.325
移動指数	0.343	*	0.449	0.429	0.393	*	*	*	*	ns	*	0.357
BI合計点	0.366	0.313	0.472	0.444	0.409	*	*	0.305	*	ns	*	0.384

Spearmanの相関係数で $\rho > 0.300$, $p < 0.01$ は数値で, $\rho < 0.300$, $0.01 < p < 0.05$ は*で, $p > 0.05$ はnsで示した。

考 察

無作為抽出法を用いて選択した中高齢者を対象にして日常生活満足度による主観的QOLの評価と、Barthel Index自己評価による日常生活能力の評価を行い、その関連を検討した。セルフケアの満足度はBarthel Indexで評価した日常生活動作能力と関連が深く、健康、歩行、家事に関する満足度はBarthel Indexと関連を認めるものの必ずしも強固なものではない。精神、住環境、家族、趣味、交流、年金・補償、仕事の満足度はほとんどBarthel Indexとは関連がない。従って、日常生活満足度はBarthel Indexと関連があるものの必ずしも強固な関連はないので、Barthel Indexとは異なる尺度で患者の健康に関連する主観的領域のQOLを評価しているためと考えられる。この結果から、スモン患者のQOLを評価する際は、Barthel Indexで日常生活能力を客観的に評価し、併せて日常生活満足度で主観的領域を評価することにより、患者の障害の全体像がより明瞭となるであろう。単一のQOL尺度のみで患者の障害の全体像を代表させるのは適切ではない。

日常生活動作とQOLは関連深いが同一内容ではな

いので、機能訓練により直接的にQOLを高めることはできないが、今回の結果からは日常生活動作の訓練や日常生活用具を活用して生活の自立度が高くなると、日常生活満足度のセルフケア項目や合計点は改善すると考えられる。従って、スモン患者でも日常生活動作への配慮によりある程度の主観的QOLの向上が期待できる。

文 献

- 1) 田中正一, 他: 地域リハビリテーション・システムの検討—北九州市における巡回機能訓練の実態調査—, JUOE12: 369 - 372, 1990
- 2) 田中正一, 他: 難病患者におけるADLとSDL (日常生活満足度), 総合リハ21: 928 - 934, 1993
- 3) Hachisuka K, et al: Factor structure of satisfaction in daily life of elderly residents in Kitakyushu. Sangyo Ika Daigaku Zashi 21: 179 - 189, 1999
- 4) Hachisuka K, et al: Self-rating Barthel index compatible with the original Barthel index and the Functional Independence Measure motor score. Sangyo Ika Daigaku Zashi 19: 107 - 121, 1997

Abstract

Relationship between Satisfaction in Daily Life and activities in daily living

Kenji Hachisuka ¹⁾, Hiromi Chisaka ¹⁾, Satoru Saeki ¹⁾ and Shunsuke Negayama ²⁾

¹⁾ Department of Rehabilitation Medicine, University of Occupational and Environmental Health

²⁾ Department of Social Welfare, Seinan Jogakuin University

In order to reveal relationship between activities of daily living (ADL) and Satisfaction in Daily Life (SDL), which is a brief evaluating instrument for subjective domains of health related quality of life, we investigated ADL and SDL in persons more than 55 years old who were randomly sampled from Yahata-nishi Ward. "Self-care" and "gait, household, and health" in SDL had moderate and weak Spearman's coefficients of ADL, respectively, and the other 7 items had very weak or not significant Spearman's coefficients. As the SDL was somewhat related with ADL, but not the same scale, we think that SDL is appropriate for evaluating subjective domains of health related QOL.

スモン患者のQOL対策と医師患者関係

吉良 潤一（九州大神経内科）

荒川 健次（ ）

キーワード

QOL、医師患者関係、患者交流会

要 約

福岡地区におけるスモン患者のQOLの対策として、医師患者関係の現状および患者のニーズを調査研究するため、医師が患者会主催の交流会に出席し定期検診を行うとともに、班会議への意見や担当医師の印象、希望事項などについてのアンケート調査を行った。18名から回答を得られ、医師患者関係に大きな問題点は見られなかった。しかし、政策医療の姿勢や治療の行き詰まりに対する不満や将来の療養環境に対する不安がみとめられた。今後も患者QOLの向上のためには医師が患者と積極的に関わっていかうとする姿勢が重要であると考えられた。

目 的

福岡地区におけるスモン患者の医療、福祉およびQOLの対策として、医師と患者の関係の現状および患者のニーズを調査研究する。

方 法

1999年の「福岡県スモンの会」の患者交流会（福岡県原鶴温泉）に参加したスモン患者18名を対象とした。「福岡県スモンの会」の協力のもとで、患者交流会に地区の担当医師が参加して検診を行い、その後に医師患者関係に関する無記名アンケート調査（表1）を行った。アンケート用紙の配布と回収は患者会の代表者に一括して依頼した。

結 果

回答率は100%だった。回答結果は表1のとおりである。

さらに具体的意見としては、質問2に対して、「今さら調査研究でもない。もっと患者のことを知って欲しい。」「今後の他の薬害や難病対策に役立たせて欲しい。」という回答があった。質問4に対しては、「医師との交流が深まり、緊張せずに診察が受けられる。」という理由が挙げられていた。質問5に対して、「病気発生時の事を担当医師が知らないのではないかと案じられる。」という意見があり、質問6の合併症の治療に対して、「何が合併症かよくわからない場合が多い。」との回答があった。

表1 医師患者関係についてアンケート

1. スモンに対して厚生省が調査研究活動を行っていることをご存じですか。	はい 17名 いいえ 1名
2. 厚生省のそのような調査研究活動は有意義だと思いますか。	はい 17名 いいえ 1名
3. 地区の担当医師による毎年の定期検診を有意義だと思いますか。	はい 18名 いいえ 0名
4. 「スモンの会」患者交流会への地区の担当医師の参加は望ましいと思いますか。	はい 17名 いいえ 1名
5. 地区の担当医師の印象はいかがですか。	親しみやすい 17名 頼りになる 14名 怖い 1名 何とも思わない 0名 その他 1名
6. 今後、お住まいの地区のスモン担当医師に期待することは何ですか。	定期的な健康相談 13名 必要時の診察・検査 13名 合併症の治療 14名 病気を含めて暮らしの相談相手 10名 スモン研究の現状の説明 14名 その他 2名

考 察

福岡県におけるスモン患者と医師の関係に大きな問題点はみとめられなかった。疾病に対する諦めと医療の現状への憤りの意見もあったが、担当医師に対してというより、政策医療の姿勢と治療の行き詰まりに対する不満と考えられた。

担当医師が患者交流会に参加することは、患者にも受け容れられていた。担当医師が今後も継続して積極

的に患者と関わっていくことが、患者から求められており、患者QOLの向上にもつながると考えられる。

文 献

- 1) 松本昭久ほか；函館地区、釧路地区におけるスモン療養相談会を通してスモン患者のQOLを考える，厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成10年度研究報告書，p.67 - 69，1999

Abstract

Improvement of quality of life of patients with SMON and the relationship between patients and doctors

Jun-ichi Kira, Kenji Arakawa

Department of Neurology, Neurological Institute,
Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

Eighteen patients with SMON were investigated with questionnaire concerning relationship between patients and doctors and medical welfare after annual health examination in patients' annual meeting in Fukuoka prefecture in 1999. No major troubles were found between patients and doctors. They thought it would be better to continue taking the annual health examination not only at hospitals but also in their annual meeting.

In order to improve quality of life of patients, it is important to continue our effort to keep good relationship with them.

スモン障害度と介護保険での要介護認定の関連

松本 昭久（市立札幌病院神経内科）

宮岸 隆司（　　　　　　〃　　　　　　）

津坂 和文（　　　　　　〃　　　　　　）

キーワード

スモン障害度、要介護認定、介護保険申請

要 約

道内のスモン患者のうち、介護保険での要介護申請した23名について、スモン現状個人調査票における障害度、介護に関する補足調査と認定された要介護度の関連を検討した。申請者のスモン障害度は極めて重度が4名、重度が10名、中等度が7名、軽度が2名である。6名は施設サービス、14名は在宅でのサービスをすでに利用していた。要介護認定判定が終了したのは、23名中8名で、要支援が2名、要介護1が3名、要介護2、要介護3と要介護5が各々1名であった。介護に関する補足調査項目での日常生活での介護介助の必要性との関連では、障害度が重症と中等度の例では要介護度と関連はなく、移動歩行が自立度の低い比較的低得点の例でも、入浴、用便、更衣の項目で高得点の自立度の高い例では、要介護度がひくい傾向があった。

目 的

異常感覚が前景となるスモン患者の障害度がどの程度、介護保険での介護認定に反映されるのか検討する目的で、介護保険の申請された症例について、スモン現状個人調査票における障害度、介護に関する補足調査と、認定された要介護度の関連を検討した。

方 法

道内の介護保険の要介護認定申請者をスモン患者会の協力により調査し、スモン検診での障害度、介護に関する補足調査と要介護認定された症度の関連を検討した。

結 果

北海道内のスモン患者134名中、介護保険の要介護認定申請者は23名であった。年齢層は65歳より92歳で、年齢層は75-79歳（6名：26%）にピークが認められた。また家族構成も1人暮らしが7名（30%）、高齢者の2人暮らしが8名（35%）で両群で65%をしめていた（表1）。

表1 介護保険申請者の割合

年齢層	介護保険申請者	スモン患者全体
～64歳	0名（ 0%）	33名（ 28%）
65～69歳	2名（ 9%）	19名（ 16%）
70～74歳	4名（ 18%）	18名（ 15%）
75～79歳	6名（ 26%）	22名（ 19%）
80～84歳	5名（ 22%）	13名（ 11%）
85～89歳	2名（ 9%）	11名（ 9%）
90歳～	4名（ 17%）	2名（ 2%）
合 計	23名（100%）	118名（100%）

年齢層	家族構成			合計
	1人暮らし	夫婦2人	3人以上	
65～69歳	0名	1名	1名	2名（ 9%）
70～74歳	2名	2名	0名	4名（ 17%）
75～79歳	2名	3名	1名	6名（ 26%）
80～84歳	2名	1名	2名	5名（ 22%）
85～89歳	1名	1名	0名	2名（ 9%）
90歳～	0名	0名	4名	4名（ 17%）
合 計	7名（30%）	8名（35%）	8名（35%）	23名（100%）

介護保険申請者のスモン現状個人調査票における障害度は極めて重度が4名、重度が10名、中等度が7名、軽度が2名で、介護の補足調査票での介護では14名（58%）が毎日の介護を要し、8名は必要時の介護、1名（軽度症例）は“必要でも介護者がいない”であった（表2）。

現在利用している福祉サービスは在宅でのサービス利用は11名で、そのうちヘルパー利用が5名、ヘルパー利用と入浴サービス利用が1名、デイサービス利用が4名、ショートステイ利用が1名であった。施設サービスは6名で、特養入所が4名、長期療養病床群入院が2名であった。

表2 介護に関するスモン補足調査での介護の必要性とスモン障害度

	極めて重度	重度	中等度	軽度	合計
毎日の介護必要	4名(18%)	6名	4名	0名	14名(58%)
必要時の介護	0名	4名	2名	2名	8名(38%)
介護者いない	0名	0名	1名	0名	1名(4%)
合 計	4名(18%)	10名(43%)	7名(30%)	2名(9%)	23名(100%)

要介護認定の判定がすでに終了したのは、23名中8名で、極めて重度の1名は、要介護5度、障害度が重度の2名中、1名は要支援、1名は要介護1である。中等度の4名中2名は要介護1度、1名は要介護2度、1名は要介護3度となっていた(表3)。重度で要支援となった1名については、施設入所の必要性から再審査請求をしている。

表3の結果では、スモン障害度が中等度、重度では要介護度との間の相関はなく、重度でも要支援、あるいは中等度でも要介護3度となる結果が得られた。介護に関する補足調査項目での日常生活での介護介助の必要性との関連では、移動歩行および外出の項目が自立度の低い比較的低得点でも、入浴、用便、更衣の項目で高得点の自立度の高い例(症例EH、KN)では、要介護度がひくい傾向があり、それが基本調査に影響を及ぼした可能性がある。

重度症例で要支援となったEH例はスモンと脊髄小脳変性症の病名があるが、主治医意見書で神経症状の記載がなかったという問題もある。また介護申請した症例はいずれも異常感覚による有痛性歩行障害があり、移動歩行、外出の障害因子となっているが、今回の調査では、異常感覚の重症度自体と要介護度の間には関連が認められなかった。

表3 スモン患者の障害度、介護等級と介護に関する補足調査の関連

	KM	EH	KN	SM	SK	KM	OT	SK
障害度	軽度	重度	重度	中等度	中等度	中等度	中等度	極重度
介護等級	要支援	要支援	要介護1	要介護1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護5
年齢	72	79	80	75	72	76	74	79
性別	F	F	F	F	F	F	F	F
食事	5	4	4	4	4	4	4	3
移動歩行	4	3	3	3	3	4	3	2
入浴	4	4	4	4	4	4	4	1
用便	5	4	5	4	5	3	3	1
更衣	5	4	5	4	4	4	4	2
外出	4	2	2	2	2	2	2	2
利用予定サービス								
ヘルパー	●	●	●	●	●	●	●	●
デイサービス								
ショートステイ	●	●				●		●
入浴サービス								●
施設入所		●						

食事、移動介護、入浴、用便、更衣、外出の各項目は、介護補足調査での介護介助の程度を示し、5が自立、1が完全介助で、4-2はその中間である。

考 察

スモン患者の実態調査からは、高齢化に伴う合併症による運動機能の低下、主たる介護者である配偶者の高齢化などによる在宅療養困難例の増加傾向が認められている¹³⁾。スモン患者の介護調査からも、将来の不安として、介護者の高齢化や疲労・健康の問題が認められ、患者自身や介護者の高齢化とともに将来的に介護の点で在宅生活が困難となるとの結果が得られた¹⁴⁾。その点については、介護保険などが在宅療養を支援する中核になるが、スモンの主症状である異常感覚による日常生活の障害が、どの程度介護保険に反映されるのか問題になる。

今回の調査から、障害度が極めて重度、軽度では障害度と要介護度が相関するが、中等度、重度では両者の相関はなく、重度でも要支援となる結果が得られた。

介護に関する補足調査項目での日常生活での介護介助の必要性との関連では、移動歩行などの自立度が低い比較的低得点の例でも、入浴、用便、更衣の項目で高得点の自立度の高い例では、要介護度がひくい傾向があった。長期療養での手すりなど介助器具を設置するという日常生活における工夫が入浴、用便、更衣の項目で自立度が高くなり、結果的に要介護認定の介護度をひくく認定されやすい要因ともなっていると考えられた⁴⁾。

また介護申請した症例はいずれも異常感覚による有

痛性歩行障害があり、長い距離の歩行や長い時間の立位保持が困難となるが、今回の調査では、異常感覚の重症度自体と要介護度の間には関連が認められず、異常感覚自体は要介護度の重症度判定には寄与していなかった。要介護度の重症度は病気自体の障害度というより、介護に必要とした時間を重視するという側面もあるが、スモンの有痛性歩行障害自体は見守りを必要とするため、介護認定審査会へのスモンについての適切な情報提供が必要になる。

文 献

- 1) 松本昭久, 田代邦雄: スモンの在宅療法, 神経治療学 10: 299 - 305, 1993
- 2) 松本昭久ほか: 北海道地区におけるスモン患者の実態調査と地域医療システムに関する研究, 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.23 - 26, 1997
- 3) 松本昭久ほか: 北海道地区におけるスモン患者の実態調査 (平成10年度), 厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成10年度研究報告書, P.31 - 35, 1999
- 4) 松本昭久ほか: スモン患者障害度と介護に関するスモン現状個人調査票との関連ー北海道地区においてー, 厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成10年度研究報告書, P.70 - 73, 1999

Abstract

The nursing insurance and disability scale in SMON patients

Akihisa Matsumoto, Takashi Miyagisi, Kazufumi Tusaka

Department of Neurology, Sapporo City General Hospital

23 patients with SMON applied for the nursing insurance (Kaigo Hoken). As to the disability scale of SMON of these patients, 4 cases showed the extremely severe disability scale, 10 cases showed the severe disability scale, 7 cases showed the medium disability scale, 2 cases showed the mild disability scale. 8 patients were decided as the degree of nursing insurance from grade 1 to grade 6 (1 patients with grade 1, 3 patients with grade 2, 1 patients with grade 3, one patient with grade 4, one patient with grade 6,).

The degree of the nursing care was related with the disability scale of SMON in patients with the extremely severe disability scale and the mild disability scale. However in patients with the severe disability scale and the medium disability scale, the degree of the nursing care was not related with the disability scale of SMON. The degree of paresthesia was not also related with the degree of the nursing care.

スモン患者の重症度の変化：30年前との比較

中江 公裕（獨協医大公衆衛生）

岩下 宏（国療筑後病院）

飯田 光男（国療鈴鹿病院）

安藤 一也（国療中部病院）

キーワード

スモン、重症度、30年前、変化

要 約

最近10年間の重症度割合を昭和46年当時と比較すると、軽症者の増加、中等症の減少が示唆される。重重度（重度＋極めて重度）は68%が軽い症度から重症へ移行している。一方、軽軽度（軽度＋極めて軽度）は64%が重い症度から軽い症度へ移行している。

重症度と性差との間には重症度が高いほど女性の割合が多い傾向が認められる。重症度とキノホルム投与総量との間にも一定の関連が認められる。重症度と年齢との関連は、キ調査票ではみられず、最近10年間で重症度の高い群に高齢者の占める割合が高くなっている。

軽軽度群と重重度群との間には性・年齢の影響を補正しても、身体上、精神上、日常生活上の多くの要因において、顕著な差がみられる。

日常生活能力および神経機能を障害された者の割合は重症化群に有意に多く、男性より女性の方に有意差のみられる項目が多い。

異常知覚については、高度障害者の割合が男性は軽症化群に、女性は重症化群に有意に多い。精神症候の有所見率については女性の方が男性より高い。

転倒したことがある者は、男性の重症化群に有意に多く、転倒場所は家屋内が有意に多い。

Barthel Indexでみた日常生活能力は、男性より女性の方が顕著に低い。重症化群で男女間に約3倍の開き

がみられる。

生活の満足感は、男性の方が高く女性に低い。

配偶関係については、死別、未婚は女性に、離婚は男性に高い。

同居家族については、男性の重症化群に夫婦のみが顕著に高く、男性の軽症化群に未婚の子供と同居が顕著に高い。また、家族数一人は軽症化群の方が高く、二人は重症化群の方が高い。

配偶者を主な介護者とする割合は、男性の重症化群に高く、嫁が主な介護者である割合は女性の重症化群に有意に多い。

目 的

スモンの原因キノホルムの使用が中止されて約30年が経過した。この間、スモン患者は高齢化し、スモンの後遺症と合併症に今なお悩まされている者も少なくない。この30年間でスモン患者の神経症状や重症度はどのように変化したのであろうか。高齢化の影響は重症度にどのような形で現れているのであろうか、これらの点について、30年間の重症度の変化について比較検討を行ったので報告する。

方 法

平成2年～11年（10年間）のスモン検診受診者（3406名）のうち、キノホルム服用状況調査票（昭和45～46年調査：キ調査票と略）を有する者は688名（20.2%）であった。これらについて、30年前のキノホルム投与状況、重症度を把握し、現在の日常生活能力、現病歴、重症度、合併症、受療状況などと比較検

討した。

結 果

表1 長年月を経過した重症度の変化

現状調査 診察時障害度	キノホルム調査票 (昭和46年)			女/男 の比率	現在 平均 年齢	キノホルム 平均 投与量
	軽症	中等症	重症			
極めて重度	2	11	10	3.24	74.0歳	173.2g
重度	24	50	30			
中等度	69	114	21	2.97	73.1歳	123.9g
軽度	73	89	26	1.23	69.6歳	128.9g
極めて軽度	17	37	6			
不明	11	41	21			
合計	196	342	114	2.13	72.6歳	135.9g
女/男の比率	1.83	2.16	2.26			
現在平均年齢	72.9歳	72.4歳	72.4歳			
キノホルム 平均投与量	101.8g	139.5g	220.3g			

この10年間の検診受診者3406名のうち、キノホルムを有する652名の昭和46年当時の重症度と最近10年間の重症度とのクロス表を表1に示す。なおキノホルム調査上の重症度不明者36名はこの表から除かれている。昭和46年調査時の重症度割合は軽症37.9%、中等症40.8%、重症21.4%であったが、表1に示す652名の昭和46年当時の重症度割合は軽症30.1%、中等症52.5%、重症17.5%である。つまり、本研究班の検診受診者は昭和46年当時の軽症者がより多く脱落していることが示唆される。

最近10年間の重症度割合は、極めて重度+重度（以下重重度と略）127名（21.9%）、中等度（以下中等度）204名（35.2%）、軽度+極めて軽度（以下軽軽度）248名（42.8%）であり、昭和46年当時と比較すると軽症者の増加、中等症の減少が示唆される。重重度127名の20数年前の重症度内訳は、軽症26名（20.5%）、中等症61名（48.0%）、重度40名（31.5%）であり、68%が軽い症度から重症へ移行している。一方、軽軽度248名の20数年前の重症度内訳は、軽症90名（36.3%）、中等症126名（50.8%）、重度32名（12.9%）であり、64%が重い症度から軽症へ移行している。

重症度と性差との間には重症度が高いほど女性の割合が多い傾向（重重度の逆性比3.24、中等度2.97、軽軽度1.23）が認められる。重症度とキノホルム投与総量との間にも一定の関連（昭和46年当時は軽症101.8g、中等症139.5g、重症220.3gと比較的明瞭な順相関関係、

最近10年間の重症度別・性別に諸特性の頻度を比較した結果を表2に示す。なお、年齢による影響を除去するために、表2では軽症群の年齢分布に合わせた年齢補正を行っている。また、軽軽度と重重度との差を検定し、*（危険率5%で有意）、**（1%で有意）、***（0.1%で有意）で示した。

表2に示すごとく、軽軽度群と重重度群との間には性・年齢の影響を補正しても、身体上、精神上、日常生活上の多くの要因において、顕著な差がみられる。

（1）上下肢筋力、神経反射機能、知覚・触覚・痛覚、自律神経症状などの神経症状において、重重度群は高率に高い障害度を示す。従って内科より神経内科への依存度が高い。

（2）重重度群は、視力・歩行機能が衰えているため、日常生活能力が低く、行動範囲も限られている。生活の満足度も重症度の高いものが有意に低い。

（3）重重度群は、精神徴候も有意に高頻度に有する。

（4）合併症についてはいくつかの疾患において有意差がみられるものの、両群の差はそれほど顕著ではない。

（5）性差のみられる項目がいくつかある。男性のみに有意差のある項目は、心疾患および姿勢・動作振戦の合併症、記憶力の低下、配偶者との離婚、既婚の子供夫婦または未婚の子供と同居であり、女性のみに有意差のみられる項目は、知覚障害のしめつけ・つっぱり感、じんじん・ぴりぴり感、下肢末端部の痛み、腹痛、合併症の肝・胆嚢疾患、骨折、未婚、親と同居であった。

（6）高齢になって心身が衰えていく原因を、性、年齢、合併症だけから説明することは出来ないことを表2は示唆している。

表1に示すごとく、20数年前と比較して重症度が変わらないものは244名（42.1%）、軽い方に変化したもの179名（30.9%）、重い方に変化したもの156名（26.9%）であった。これら3群の性比、平均年齢、キノホルム投与総量を比較して表3に示す。

表2 最近10年間の性別・重症度別にみた諸特性の頻度

諸特性	男				女			
	軽軽度	中等度	重重度	検定	軽軽度	中等度	重重度	検定
栄養不良～やや不良	9.8%	23.9%	39.4%	***	14.9%	14.7%	27.9%	***
体格：やせ（高度～軽度）	18.4	42.3	45.1	***	27.8	23.6	33.3	*
食欲：低下（高度～やや）	14.0	26.8	34.8	***	12.3	24.5	33.9	***
睡眠：不眠（常に～時々）	33.5	62.5	41.9		49.9	56.8	52.8	
視力：全盲～眼前指数弁	0.9	8.2	43.3	***	0.7	3.2	22.8	***
歩行：不能～松葉杖歩行	0.3	15.1	80.5	***	3.1	19.4	74.5	***
10m歩行速度:20秒以上	10.1	38.4	28.4	***	13.6	29.5	21.5	***
外出：不能～車椅子で	2.6	21.1	84.5	***	6.8	26.7	78.0	***
起立：不能～支持必要	3.6	18.1	77.5	***	2.7	19.3	69.8	***
Romberg徴候：あり	25.6	40.5	32.9		16.5	40.2	39.0	***
下肢筋力低下：高度～中等度	5.2	37.3	84.5	***	10.1	33.4	81.8	***
下肢痙縮：高度～中等度	4.2	20.7	59.3	***	6.9	31.5	44.4	***
下肢筋萎縮：高度～軽度	28.0	57.2	88.4	***	30.9	56.5	82.3	***
上肢運動障害：あり	6.4	23.0	31.0	***	16.1	23.5	40.6	***
握力判定：低下	0.0	9.6	17.4	***	4.6	15.6	25.5	***
下肢表在覚障害：体幹部分	18.6	52.3	52.9	***	25.9	59.8	70.3	***
触覚：高度～中等度低下	17.9	62.4	64.5	***	24.5	65.2	71.3	***
痛覚：高度～中等度低下	15.4	60.0	67.4	***	22.2	57.8	66.7	***
下肢振動覚障害：高度	19.4	46.7	75.5	***	15.9	29.4	56.4	***
異常知覚：高度	6.7	21.9	33.5	***	9.6	21.7	33.3	***
：中等度	50.5	61.7	41.9		51.7	63.0	53.4	
足底付着感	41.6	45.1	25.2	***	53.3	52.4	43.2	
しめつけ、つっぱり感	33.5	43.6	41.3		47.9	53.7	58.0	***
じんじん、びりびり感	76.2	67.7	73.5		66.1	70.9	76.9	***
痛み	19.9	43.5	20.0		35.4	38.9	49.8	***
冷感	38.3	49.0	31.0		50.2	48.0	38.8	
上肢知覚障害：常にあり	5.9	15.9	27.7	***	8.0	11.7	21.7	***
上肢深部反射：亢進	3.1	17.6	33.6	***	24.1	21.6	46.2	***
Babinski徴候：あり	6.6	24.2	48.4	***	9.6	26.6	45.2	***
clonus：あり	5.4	7.1	19.4	***	2.8	10.9	19.5	***
自律神経症状								
下肢皮膚温低下：高度	9.6	22.9	25.2	***	9.1	22.5	50.8	***
尿失禁：常に～時々	11.5	45.0	60.0	***	34.4	50.4	73.3	***
大便失禁：常に～時々	9.8	20.7	50.9	***	6.5	18.1	44.5	***
胃腸症状：重い	17.0	15.5	31.6	***	12.3	21.2	23.1	***
胃腸症状：常に便秘	25.3	15.4	39.4	**	15.4	24.0	31.5	***
：しばしば腹痛	2.6	7.5	2.6		6.5	11.3	14.7	***
合併症：あり	90.7	93.7	89.0		93.2	92.8	91.6	
白内障	46.1	38.8	55.5		48.6	44.6	40.0	
高血圧	39.2	36.7	38.1		37.5	33.2	31.1	
脳血管障害	3.7	11.0	19.4	***	3.8	6.3	9.8	***
心疾患	20.7	24.9	34.2	***	15.9	16.4	18.1	
肝・胆嚢疾患	9.8	16.1	5.8		7.5	11.8	12.7	**
糖尿病	2.9	5.2	6.5		7.0	6.2	5.6	
呼吸器疾患	10.9	12.9	7.7		8.0	9.3	6.2	
骨折	11.8	13.7	9.0		7.8	15.5	18.1	***

脊椎疾患	26.3	20.7	18.7		26.5	32.3	28.7	
四肢関節疾患	4.6	11.7	7.1		19.3	25.0	21.5	
腎・泌尿器疾患	19.5	28.0	21.9		6.4	10.5	10.4	*
パーキンソン症候	0.0	2.3	1.3		0.2	1.6	2.0	**
ジスキネジー	0.0	0.2	0.6		0.1	1.7	0.6	
姿勢・動作振戦	3.4	3.2	14.8	***	0.4	1.1	1.6	
悪性腫瘍	2.2	6.0	1.3		1.6	2.9	2.6	
その他	37.0	19.8	26.5		35.6	34.0	38.6	
精神症候：あり	22.6	38.1	61.9	***	40.0	40.4	51.6	***
不安・焦燥	11.0	20.4	29.0	***	20.0	22.2	31.1	***
心氣的	4.4	10.9	27.7	***	10.8	14.6	20.3	***
抑うつ	7.9	9.0	27.7	***	12.7	16.1	18.9	**
記憶力の低下	9.0	15.7	17.4	**	15.9	13.4	18.5	
痴呆	1.0	3.0	4.5	*	0.2	2.0	5.6	***
障害要因：スモン＋合併症	32.4	49.0	49.0	***	33.6	50.0	40.8	*
スモン＋加齢	20.1	18.8	11.6		12.2	9.3	9.8	
診療科：神経内科	12.3	18.8	31.0	***	11.8	23.8	19.1	***
内科	62.1	61.5	47.7		57.8	56.1	53.0	
付添い：常にあり	8.3	18.1	40.6	***	8.1	22.4	33.3	***
活動範囲：ベッド上～居宅内	8.0	18.4	71.0	***	2.5	20.6	50.0	***
Barthel Index								
食事：介助	0.2	3.5	23.2	***	0.1	4.1	22.3	***
ベッドへの移動：介助	0.0	5.5	54.2	***	0.6	5.6	44.2	***
洗顔・整髪：介助	0.0	0.9	36.7	***	0.0	2.3	18.0	***
トイレ動作：介助	0.0	4.0	63.9	***	0.1	2.8	32.8	***
入浴：介助	2.3	8.6	64.5	***	1.5	12.3	54.4	***
階段昇降：介助	19.4	39.0	76.8	***	12.8	47.6	84.9	***
更衣：介助	2.4	9.2	59.3	***	1.1	6.1	40.0	***
排便：介助	10.9	23.2	54.8	***	6.9	16.2	45.9	***
排尿：介助	6.0	46.3	60.0	***	28.6	48.5	73.1	***
合計スコア：90点以下	4.8	47.2	88.4	***	12.9	49.1	91.2	***
生活の満足度								
満足～やや満足	62.6	46.8	17.4	***	60.9	48.0	30.3	***
なんともいえない	18.7	23.3	45.2	***	24.4	26.3	31.3	*
やや不満足～不満足	18.6	29.6	37.5	***	14.3	24.9	36.4	***
配偶者								
死別	14.8	12.6	13.5		42.4	35.3	37.6	
離婚	0.6	1.2	12.3	***	1.9	5.2	2.6	
未婚	2.9	2.4	2.6		8.4	8.5	16.5	***
同居家族								
一人暮らし	11.6	8.2	14.8		25.7	18.1	23.3	
夫婦のみ	35.8	48.1	34.2		21.3	22.2	21.1	
親（父、母）と同居	8.5	1.3	4.5		4.7	3.8	8.6	**
既婚の子供夫婦と同居	22.8	23.2	39.4	***	25.4	33.5	26.9	
未婚の子供と同居	24.2	14.8	11.0	*	16.9	19.1	14.9	
主な介護者								
配偶者	8.1	17.2	25.8	***	5.6	11.1	15.5	***
娘	0.0	1.6	7.7	***	3.2	6.5	10.8	***
嫁	2.6	0.7	2.6		3.4	9.3	5.4	

軽軽度と重重度との差の検定：* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表3 重症度の変化群別にみた諸特性

男+女	重症度の変化群		
	軽くなった	不変	重くなった
女／男の比率	1.17	2.38	3.22
現在平均年齢	70.1歳	71.7歳	74.8歳
キ平均投与量	138.5g	146.3g	128.4g
男			
患者数の割合	43.1%	37.4%	19.5%
現在平均年齢	67.3歳	66.7歳	74.5歳
キ平均投与量	153.4g	156.0g	156.0g
女			
患者数の割合	24.9%	44.3%	30.8%
現在平均年齢	72.6歳	73.7歳	74.9歳
キ平均投与量	128.9g	143.5g	119.2g

表3に示すごとく、20数年の間の重症度の変化に、当時のキノホルム投与量は直接関係していないが、性差と重症度の変化との間には顕著な関連（症度が軽い方に变化した群の性比は顕著に男性の割合が多く、重い方に变化した群の性比は女性の割合が多い）が認められる。また年齢と重症度の変化との間にも関連がみられ、高齢になるほど重症度が悪い方に变化する傾向が強い。重症度が重い方へ变化した群については、男女間に年齢差はないが（男74.5歳、女74.9歳）、軽い方に变化した群では男女間に5歳の開きがある（男67.3歳、女72.6歳）。

20数年間の重症度の変化を、軽くなった（軽症化）、不変、重くなった（重症化）の3群に分け、性別に諸特性の頻度を検討した結果を表4に示す。なお、年齢による影響を除去するために、表4では軽症化群の年齢分布に合わせた年齢補正を行っている。また、軽症化群と重症化群との差を検定し、*（危険率5%で有意）、**（1%で有意）、***（0.1%で有意）で示した。

表4に示すごとく、(1) 日常生活能力および神経機能を障害された者の割合は、重症化群に有意に多い。男性より女性の方に有意差のみられる項目が多いが、これは男性の患者数（191名）が女性（386名）の約半分と少ないためと思われ、日常生活能力及び神経症状については男女ともに同じ傾向が示唆される。ただし頻度については、男性より女性にその割合が高い項目が多く、下肢筋力・歩行能力のごとく2倍以上も障害率に差のあるものもある。(2) 異常知覚については、

高度障害者の割合が男性は軽症化群（39%）に、女性は重症化群（31%）に有意に多いという男女逆の結果となっている。一方中等度障害は、男性の重症化群が77.8%と有意に高率であるが、女性の方は3群間に差がみられない。異常知覚の内容についても、男女ともに3群間で差がみられない。(3) 合併症については、肝・胆嚢以外の消化器疾患（男性）、呼吸器疾患（男女）、姿勢・動作振戦（男性）、その他の合併症（男性）が、重症化群に有為に多い。逆に軽症化群に有為に多い合併症は、心疾患（男性）、骨折（男性）、脊椎疾患（男性）であった。女性については、3群間に合併症の頻度に差のみられるものはほとんどない。(4) 精神症候の有所見率については女性の方が男性より高い。心氣的、抑鬱的傾向は特に男女間の差が大きい。しかし3群間の比較においては、精神症候あり、不安・焦燥あり、記憶力の低下ありの3項目が、男性の重症化群に有意に多い。(5) 転倒したことがある者は、男性の重症化群に有意に多く、転倒場所は家屋内が有意に多いが、転倒による怪我は女性の重症化群に有意に多い。(6) Barthel Indexでみた日常生活能力は、男性より女性の方が顕著に低い。合計スコアでも90点以下の割合は、重症化群で男性22.9%、女性73.3%と約3倍の開きがみられる。(7) 生活の満足感、男性の方が高く、不満満足は女性が多くもっている。軽症化群に満足感が高く、重症化群に不満満足が高い傾向はあるが、あまりはっきりしていない。(8) 配偶関係については、死別、未婚は女性に、離婚は男性に高いが、3群間の比較では有意差はみられない。(9) 同居家族については、男性の重症化群に夫婦のみが52.6%と顕著に高く、男性の軽症化群に未婚の子供と同居が52.4%と顕著に高い。また、家族数一人は軽症化群の方が高く、二人は重症化群の方が高い。(10) 配偶者を主な介護者とする割合は、男性の重症化群に高く（26.2%）、嫁が主な介護者である割合は女性の重症化群に有意に多い（10.2%）。

表4 重症度の変化群別にみた神経症状（年齢補正、性別）

	男				女			
	軽症化	不変	重症化	検定	軽症化	不変	重症化	検定
栄養不良～やや不良	11.0%	12.9%	26.3%		20.8%	19.4%	25.6%	
体格：やせ（高度～軽度）	17.1	15.5	38.7	*	31.1	22.3	34.2	
食欲：低下（高度～やや）	9.8	5.7	21.0		17.7	25.4	38.5	**
睡眠：不眠（常に～時々）	30.5	21.1	51.0	*	55.2	58.1	63.6	
視力：全盲～眼前指数弁	3.6	6.2	9.1		0.0	7.3	9.3	**
歩行：不能～かなり不安定	12.2	28.6	40.2	**	26.0	60.1	80.3	***
10m歩行速度:20秒以上	11.0	11.2	9.1		13.5	17.8	19.2	
外出：不能～車椅子で	1.2	10.9	17.6	**	8.3	29.8	52.4	***
起立：不能～一人で開脚で可	15.8	25.8	37.2	*	16.7	51.1	73.7	***
Romberg徴候：あり	15.9	24.4	17.9		18.8	39.6	44.4	***
下肢筋力低下：高度～中等度	7.3	14.2	29.3	**	13.5	38.9	54.8	***
下肢痙縮：高度～中等度	4.9	16.9	38.0	***	9.4	31.9	38.7	***
下肢筋萎縮：高度～中等度	4.9	8.6	11.1		4.2	15.8	30.5	***
上肢運動障害：あり	8.5	8.8	19.0		13.5	29.5	38.8	***
握力判定：低下	0.0	3.3	0.7		4.2	12.2	26.2	***
下肢表在覚障害：体幹部分	24.4	23.6	46.8	*	25.0	52.8	70.3	***
触覚：高度～中等度低下	24.4	43.2	81.2	***	28.1	49.7	74.1	***
痛覚：高度～中等度低下	22.0	41.1	57.0	***	17.7	44.1	68.9	***
下肢振動覚障害：高度～中等	37.8	54.8	83.2	***	43.7	67.2	87.1	***
異常知覚：高度	39.0	27.2	8.2	***	13.5	22.6	31.1	**
：中等度	36.6	43.9	77.8	***	61.5	59.7	55.2	
足底付着感	72.0	58.0	71.7		52.1	58.2	59.2	
しめつけ、つっぱり感	63.4	72.7	45.8		55.2	50.3	62.5	
じんじん、びりびり感	82.9	66.1	56.8	**	77.1	79.2	74.7	
痛み	19.5	28.0	37.6		54.2	43.5	45.9	
冷感	59.8	62.5	54.2		44.8	46.9	42.5	
上肢知覚障害：常にあり	35.4	30.2	8.2	**	3.1	11.8	18.0	***
上肢深部反射：亢進	1.2	6.7	20.5	**	19.8	35.7	24.1	
Babinski徴候：あり	2.4	15.3	27.5	***	12.5	31.7	34.0	***
clonus：あり	37.8	31.6	24.6		2.1	17.4	8.3	
自律神経症状								
下肢皮膚温低下：高度	3.7	4.5	28.0	***	12.5	20.8	40.1	***
尿失禁：常に～時々	17.1	13.1	50.1	***	37.5	52.0	72.0	***
大便失禁：常に～時々	2.4	9.7	18.6	**	8.3	18.9	30.9	***
合併症：あり	90.2	86.6	76.6		91.7	91.4	88.7	
白内障	18.3	22.5	28.0		51.0	40.6	40.2	
高血圧	19.5	28.7	17.9		46.9	30.0	35.0	
脳血管障害	3.7	2.8	0.0		3.1	3.3	7.2	
心疾患	41.5	34.1	15.8	*	16.7	16.8	19.5	
肝・胆嚢疾患	40.2	30.6	21.6		11.5	11.3	12.0	
その他の消化器疾患	6.1	22.1	36.4	***	25.0	21.9	22.8	
糖尿病	4.9	2.1	9.8		7.3	4.8	6.1	
呼吸器疾患	3.7	11.4	16.3	*	2.1	5.2	10.8	*
骨折	41.5	23.8	10.2	**	12.5	16.3	17.3	
脊椎疾患	50.0	35.6	22.1	**	30.2	33.5	37.9	
四肢関節疾患	8.5	3.4	19.1		20.8	20.3	20.7	
腎・泌尿器疾患	12.2	10.8	17.8		10.4	10.9	8.9	
姿勢・動作振戦	0.0	1.1	12.4	**	0.0	2.2	0.7	
悪性腫瘍	1.2	2.8	10.2		3.1	3.3	1.8	
その他	18.3	29.6	39.4	*	40.6	37.1	30.0	