

初回の平均得点は17.2点(±15.82)、2回目の平均得点は14.8点(±12.64)と低下を示した。

②初回にcut-off pointを超えていたのは1名のみで、2回目でも1名で同一人である。他の症例ではcut-off pointを下回る水準での変化にとどまっていた。cut-off pointを超えた症例4では両年ともに高水準でうつ病の可能性を示唆する得点圏内である。症例4は生活満足度が3→4と不満足傾向になったが、初回の48点から2回目の35点に大幅に低下していた。症例1では生活満足度が3→5と不満足傾向に大きく変化し、初回の8点から2回目に14点と上昇したがcut-off pointを超えることはなかった。

考 案

初回の評価から3年経過した2回目にスモン患者の不安傾向や抑うつ傾向について同一の心理検査を用いて経年的評価を行った。これらの患者に対して、この期間に特別な精神的援助は行っていない。また、この間の身体機能の変化について、「一日の生活(動き)」や「日常生活動作(Barthel Index)」からみると、粗大運動では大きな変化を認めなかった。一方、「生活の満足度」ではやや不満足傾向への移行が認められたが、ここでも際立った変化はなかった。これに対して、不安尺度(STAI:特性不安)、うつ病評価尺度(CES-D)では、両者ともに軽度の得点の低下、すなわち自覚的な不安感や抑うつ感の自覚の低下傾向が示された。抑うつ得点の上昇を示した症例に於いても、うつ病との判別点である16点以上に变化したものはなかった。これらの結果からみると、不安傾向や抑うつ傾向の高さは、必ずしも「一日の生活(動き)」・「日常生活動作(Barthel Index)」・「生活の満足度」と一致しているものではない。初回時点でSTAIやCES-Dで際立った高得点を示した症例4では、抑うつ傾向は低下しているものなお高い水準にある。初回調査でスモン患者群の平均得点から1SDを超える得点を示した症例4では経年変化によって精神的な安定化傾向は認められるものの、現時点でなお高い不安・抑うつ傾向にあった。症例数が極めて少ないためさらに検討が必要であるが、スモン患者群の平均得点を1SD以上超える者には積極的な精神的援助が必要であると考えられた。また、スモン検診を毎年受信している患者とは意思疎

通が良好な関係になってきている傾向にあり、スモン検診は患者の心理的側面のサポートに有用であるとも考えられた。

結 論

スモン患者の心理状態に経時変化について老研式活動能力指標と生活満足度と対比して検討を行った。心理状態についてはSTAIとCES-Dを用いた。4年間で老研式活動能力指標では変化がなかったが、生活の満足度は若干低下した。心理状態については不安、うつ尺度ともに低下を認めた。当初より得点の高い症例については、4年経った時点でも得点が高く、心理的サポートの介入が必要とも思える。また、スモン検診がスモン患者の心理的サポートの一助となっている可能性も挙げられた。

参 考 文 献

なし

スモン患者のストレスコーピングに関する研究 (V)

早原 敏之 (国療南岡山病院臨床研究部)
星越 活彦 (香川医科大学精神神経科・三光病院精神科)
臼杵 豊之 (" " ・しおかぜ病院精神科)
中村 光夫 (" ")
洲脇 寛 (" ")
花房 憲一 (" " ・三船病院精神科)
大林 公一 (" " ・キナン大林病院神経内科)
鍛本真一郎 (国療南岡山病院臨床研究部・健寿協同病院)
泉 弘文 (香川医科大学精神神経科・泉クリニック)
山下 元司 (高知県立芸陽病院)
高橋 美枝 (高知医科大学神経精神科)

要 旨

スモン患者のストレス対処行動を性別や年齢、障害などの各要因について比較・検討し、自我態度との関連性を明らかにした。方法は、岡山・香川・高知の各県在住のスモン患者を対象にラザルス式ストレスコーピングインベントリー (SCI) および自我態度スケール (EAS) を施行した。有効回答者数は 36 名 (男性 11、女性 25)、平均年齢は 70.0±8.3 歳であった。SCI の結果、男性や 60 歳代の患者では、「情動中心型」の対処ストラテジーが、さらに「対決型」や「責任受容型」などの対処型も有意に高値であった。また、これらの対処行動と EAS との関連性については、「情動中心型」は「適応性」と、「対決型」や「責任受容型」は「合理性」と最も強い関連が認められた。すなわち、男性や 60 歳代のスモン患者は、積極的かつ誠実に問題解決に取り組もうとする一方、情動中心の対処戦略によって問題解決が困難な場合に生じる情動的苦痛を軽減しようとしていると思われた。

目 的

スモン患者のストレス対処行動を性別や年齢、障害などの各要因について比較・検討し、さらに自我態度との関連性を明らかにする。

方 法

集団検診に参加した岡山・香川・高知の各県在住のスモン患者を対象に、ラザルス式ストレスコーピングインベントリー (SCI) および自我態度スケール (EAS) を施行した¹⁾。

SCI は、ストレス状況における対処行動を明らかにする質問紙であり、2 つの対処ストラテジーと 8 つの対処型に分類し評価する。質問は 64 項目から構成され、最近体験したストレス状況に対してどのような対処行動をとったかを、「あてはまる」、「少しあてはまる」、「あてはまらない」の 3 段階で回答する。なお、それぞれの尺度における最高得点は対処ストラテジーが各 64 点、対処型は各 16 点である (表 1)。

また、EAS は、個人が認知的評価を行なって行動する時に影響を与える人格変数の中で、動機的な要素を重視した傾向をとらえる質問紙である。94 の質問項目から構成され、回答は SCI と同様に 3 段階で行ない、7 つのカテゴリーにそれぞれ分類し評価するものである。なお、各尺度の最高得点は 12 点となっている (表 2)。

結 果

有効回答者数は 36 名 (男性 11 名、女性 25 名) で

表1 SCIにおける対処分類と評価

対処ストラテジー	
1. 問題解決型	事件に対してチャレンジする傾向、積極性
2. 情動中心型	情動の軽減を図る傾向、消極性
対処型	
1. 計画型	熟慮する。慎重性、計画性がある。
2. 対決型	自己信頼感が強い。問題に積極的に対処する。自信がある。
3. 社会的支援探索型	社会への適応、他者を信頼する。依頼心が強い。
4. 責任受容型	従順性。現実的具体的な自己の役割を自覚、責任感が強い。
5. 自己コントロール型	自分の感情・行動を制御。他人の気分を害さない。慎重型。
6. 逃避型	問題解決の意欲を失う。やけになる。他人のせいにする。
7. 隔離型	自分とできごとの間を切り離す。問題を忘れる。
8. 肯定評価型	経験を重視。自己発見。自己啓発。自己改革。

表2 EASにおけるカテゴリー分類と評価

1. 批判性	自己の意見を主張し、責任感が強く、習慣を重んじ、教育的な態度で人に接する。
2. 養育性	周囲への配慮を心掛け、世話や保護的態度をもって養育していく。
3. 円熟性	心身の発達が調和し、親和的対人関係を保つ。
4. 合理性	論理的、計画的に物事を実行する。
5. 自然性	自分の感情や衝動を自由に表現することができる。
6. 直感性	好奇心や空想力が豊かで新しいアイデアが浮かぶ。
7. 適応性	他者の存在を意識し、物や感情を分かち合い、服従や忍耐力に富む。

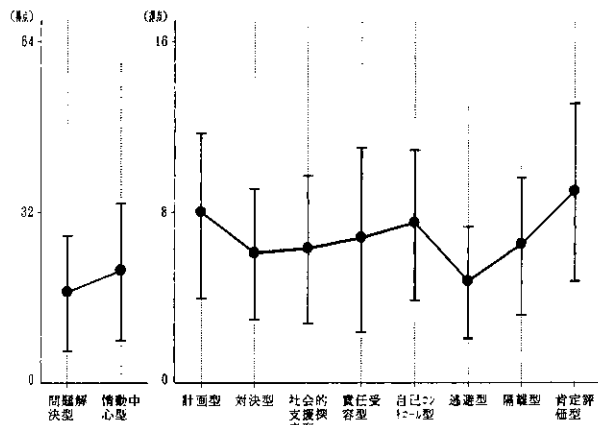


図1 SCI評価プロフィール

あり、平均年齢は70.0±8.3歳であった。まず、SCIについて全体の平均得点と標準偏差を図示する(図1)。評価プロフィールより、スモン患者の対処ストラテジーは「情動中心型」の得点が比較的高く、対処型では「肯定評価型」や「自己コントロール型」、「計画型」が高値であった。次に、各対処ストラテジーについて、性別や年齢、障害度別の平均得点と標準偏差を示す(表3)。有意差検定の結果、性別と年齢に有意差が認められ、特に男性や61-70歳の患者における「情動中心型」の得点が比較的高値であることが示された。

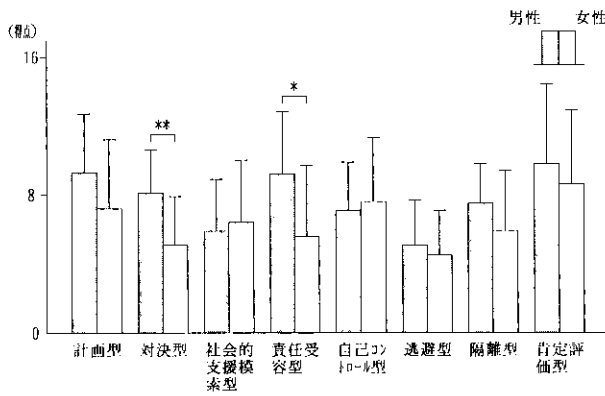
表3 各属性別における対処ストラテジーの比較

属性	人数	対処ストラテジー			
		問題解決型	情動中心型		
性別	男性	11	16.6±7.2	n.s.	
	女性	25	16.8±12.0		p<0.5 ¹⁾
年齢	60歳以下	9	12.4±9.0	n.s.	
	61-70歳	13	15.5±9.7		p<0.5 ²⁾
	71歳以上	14	20.6±11.7		14.4±10.1
障害度	重度	4	21.5±9.5	n.s.	
	中等度	12	16.0±14.0		19.8±6.7
	軽度	20	16.3±8.7		20.6±16.4

1) Mann-Whitney U test
2) Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

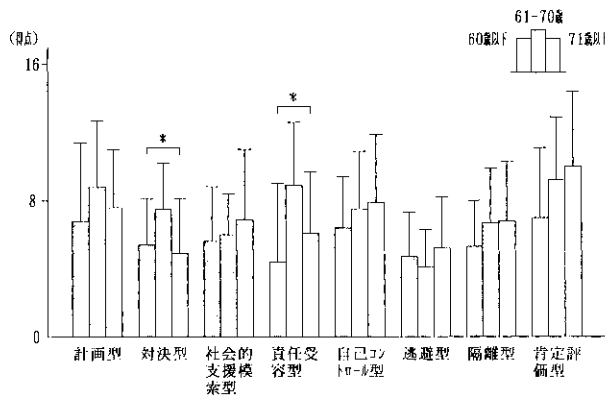
さらに、対処型と各種患者属性との分析において、まず、男女別の平均得点と標準偏差を図示する(図2)。有意差検定により「対決型」や「責任受容型」の得点で有意差が認められ、女性に比べ男性は有意に高値であることが示された。また、年齢別の比較においても有意差が認められ、61歳から70歳の、いわゆる60歳代の患者において「対決型」や「責任受容型」の得点が高値であった(図3)。

次に、EASについて全体の平均得点と標準偏差を図示する(図4)。評価プロフィールより、スモン患者は「円熟性」や「適応性」の得点が比較的高いもの



(Mann-Whitney U test * : P<0.05 ** : P<0.01)

図2 性別による対処型の比較



(Kruskal-Wallis 1-way ANOVA * : P<0.05 ** : P<0.01)

図3 年齢による対処型の比較

の、「自然性」や「直感性」、「批判性」などの得点は低い傾向にあった。なお、性別や年齢、障害度などの

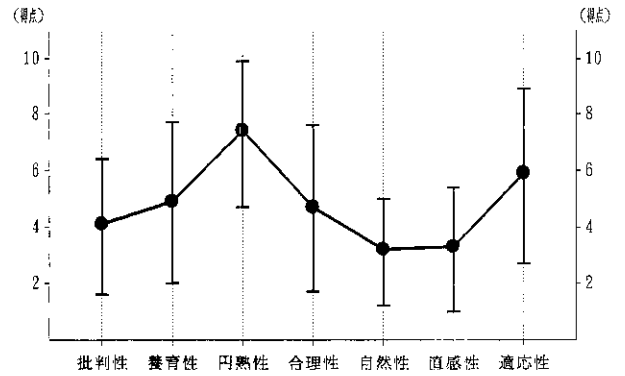


図4 EAS評価プロフィール

患者属性における比較では、特に有意な差は認められなかった。

さらに、SCIとEASの関連性を明らかにするため、SCIの各対処分類を従属変数とし、EASの各カテゴリ分類を独立変数として重回帰分析を行なった。その結果、SCIの各対処項目の重相関係数はおよそ0.39から0.78であった。標準化回帰係数より、対処ストラテジーではEASの「合理性」や「適応性」が、また、対処型においても「合理性」や「円熟性」、「養育性」などの尺度項目がそれぞれストレス対処行動により強く影響していることが明らかとなった。

考 察

スモン患者は、ストレスに満ちた日常から感情的危機に直面せざるを得ない状態にあり、そのストレス対処行動は特異的なものであると言われている³⁾。スモン患者のストレスコーピングに関する研究では、スモン

表4 重回帰分析結果

S C I	重相関係数	標準化回帰係数						
		批判性	養育性	円熟性	合理性	自然性	直感性	適応性
対処ストラテジー								
問題解決型	.623	.098	.276	.123	.500	-.238	.101	.123
情動中心型	.396	-.089	-.126	.146	-.055	.108	-.093	.430
対処型								
計画型	.775	-.178	-.031	.395	.711	-.349	.074	-.163
対決型	.591	.221	-.124	.077	.371	-.162	.182	-.071
社会的支援模索型	.476	-.157	-.288	.577	.189	-.149	-.039	.062
責任受容型	.712	.073	.268	-.070	.746	-.116	-.167	-.110
自己コントロール型	.651	-.025	.646	-.082	.316	-.116	.083	-.186
逃避型	.390	.092	-.161	.273	.203	-.069	-.301	.225
隔離型	.530	.301	.275	.154	-.047	-.124	.029	.018
肯定評価型	.611	-.024	.431	.097	.220	.027	.327	-.309

ン患者は自分の感情や衝動を自由に表現しにくい傾向にあり⁴⁾、また、障害が重度の者や生活の満足度の低い患者では感情発散や抑制といった対処行動が認められると報告されている²⁾。

今回我々は、スモン患者に対して SCI と EAS のテストバッテリーを施行した。これによって、ある状況下でのストレス対処行動が明らかになるだけでなく、個人の自我態度の特徴を把握しストレス対処行動に及ぼす影響を推測することで、スモン患者の対処行動の理解が容易なものとなる。

まず、SCI の分析より、男性や 60 歳代のスモン患者においては、「対決型」や「責任受容型」などの対処型が有意に高値であった。対処型としての「対決型」とは、自己信頼感が強く、問題に積極的に対処することであり、困難な状況を変えようとして積極的に努力し危険や失敗を承知で問題や相手にぶつかることを表わしている。また、「責任受容型」は、従順で現実的・具体的な自己の役割を自覚し責任感が強いことを意味するものであり、誤った自分の行動を素直に自覚し反省するといった対処行動を示している。

対処ストラテジーについては、これまでもスモン患者は情動中心の対処行動により情動的苦痛を軽減しようとする傾向のあることが報告されている³⁾。そして今回、特に男性や 60 歳代のスモン患者において、「情動中心型」の対処ストラテジーが有意に高値であることが明らかとなった。これは、出来事からの圧力に耐えられずに情動の軽減を凶ろうとする消極性を示すものであり、主として健康や家族についてのストレスの場合において生じる傾向があると考えられている。

また、これらの対処行動と EAS との関連性については、「対決型」や「責任受容型」は「合理性」と、「情動中心型」は「適応性」と最も関連の強いことが重回帰分析によって確認された。自我態度としての「合理性」とは、論理的・計画的に物事を実行したり、情報を正しくとらえて現実に則した判断をする傾向を表わす。また「適応性」とは、対人関係が良好で環境に適応し我慢強いものの、否定的に作用すると感情が出せずに抑うつ的となり無力感にさいなまれやすい傾向を示している。

これらのことより、男性や 60 歳代のスモン患者の

ストレス対処行動は特異的な 2 面性を有していると考えられる。すなわち、ストレスに対して積極的かつ誠実に問題解決に取り組もうとする一方で情動中心の対処戦略をとっている。これは、物事を論理的・現実的に把握し我慢強く対処しようとするが、同時にこのような対処行動が破綻した場合に生じるであろう情動的苦痛を軽減しようとするものであると思われる。

スモン患者は、ストレスに満ちた日常を余儀なくされ、そのストレス対処行動はきわめて特異的なものとなっている。今後、社会的支援の充実だけでなく、スモン患者へのメンタル・ケアにおいては、特異的な対処行動をふまえた面接やカウンセリングが必要であると考えられる。

結 論

スモン患者のストレス対処行動は特異的である。特に男性や 60 歳代のスモン患者では、積極的かつ誠実に問題解決に取り組もうとする一方で問題解決が困難な場合に生じる情動的苦痛を情動中心の対処戦略により軽減しようとしていると思われた。

文 献

- 1) 日本健康心理学研究所：ストレスコーピングインベントリー自我態度スケールマニュアル—実施法と評価法—，実務教育出版，東京，pp.3-40，1998
- 2) 早原敏之ほか：スモン患者の stress-coping に関する検討，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，pp.142-146，1994
- 3) 早原敏之ほか：スモン患者のストレス・コーピングに関する研究（Ⅲ），厚生科学研究費補助金（特定疾患対策研究事業）スモンに関する調査研究班・平成 12 年度研究報告書，pp.142-145，2001
- 4) 早原敏之ほか：スモン患者のストレス・コーピングに関する研究（Ⅳ），厚生科学研究費補助金（特定疾患対策研究事業）スモンに関する調査研究班・平成 13 年度研究報告書，pp.141-144，2002
- 5) 星越活彦ほか：スモン患者の心理特性—気分プロフィール検査およびストレス対処行動調査票による検討—，心身医学，pp.433-441，1998

スモン患者における認知機能障害に関する研究

吉良 潤一（九州大学医学部神経内科）

大八木保政（ “ ” ）

要 旨

近年、スモン患者も高齢化している。アルツハイマー型老年痴呆（SDAT）は65歳以上の5～10%に存在すると言われているが、これまでスモン患者で痴呆の有病率についてはあまり検討されていない。スモン患者でもの忘れの程度についてのアンケート調査および改訂長谷川式痴呆スケール（HDS-R）を行い、スモン患者における痴呆の頻度を検討した。今回の調査では痴呆症を認めた患者はなく、頻度は特に高いものではなかった。しかし、前痴呆状態である軽度認知障害（MCI）などの頻度については、今後の検討が必要である。

目 的

スモン患者における痴呆症の頻度をスクリーニング的に調査し、一般集団における痴呆症の頻度と比べて、高いか、低い、同等かを検討する。

方 法

まず、定期検診を案内するスモン患者22名で自覚的もの忘れの程度についてアンケート調査した。自覚的もの忘れ症状の程度を、「なし」、「時々」、「頻繁」の3段階で解答していただいた（表1）。さらに、検診受診者10名について、改訂長谷川式痴呆スケール（HDS-R）を行った。

表1 アンケート調査項目

日常生活において、物の置き忘れ、物品名や人名を忘れることがありますか？
1) 特に「なし」。
2) 「時々」感じることがあり、最近の出来事や訪問場所を忘れたりする。
3) 「頻繁」に感じ、しばしば道に迷ったりする。

結 果

自覚症状のアンケートには、22名から返答をいただいた。22名の平均年齢は75.6±8.8歳（男性6名、女性16名）で、もの忘れ症状は、「なし」が1名、「時々」が18名、「頻繁」が3名だった。さらに、そのうちHDS-Rを行った10名では、30点満点中25～30点（平均28.1点）で、自覚症状は「時々」が9名、「なし」が1名であった（表2）。HDS-Rにおける痴呆症のカットオフ値は20点であるので、あきらかな痴呆域の患者はいなかった。しかし、自覚症状で「頻繁」と答えた3名は、高齢の方もあり、検診を受診しなかつ

表2 自覚的もの忘れと改訂長谷川式痴呆スケール（HDS-R）値

患者	年齢・性	自覚的もの忘れ			HDS-R
		なし	時々	頻繁	
A.N.	96 F			○	
S.H.	93 F		○		
U.T.	90 F			○	
T.M.	90 M		○		28
M.I.	84 F		○		27
S.H.	82 F		○		
S.K.	81 F		○		
M.M.	80 F		○		
K. I.	78 F		○		27
S.H.	78 F		○		
D.H.	76 M		○		25
T.T.	76 F		○		
S.H.	75 M		○		
I.O.	73 M			○	
E.Y.	71 F		○		29
Y.S.	71 M		○		29
S.M.	68 F	○			29
H.Y.	65 F		○		29
A.M.	62 F		○		28
T.T.	61 M		○		
S.T.	59 F		○		30
Y.K.	54 F		○		
平均	75.6±8.8				28.1

表3 HDS-Rにおける減点内容

患者	HDS-R	見当識	計算	逆唱	遅延再生	5物品	野菜名
90 M	28				-1	-1	
84 F	27		-1	-1		-1	
78 F	27	-1			-2		
76 M	25				-2	-1	-2
71 F	29					-1	
71 M	29				-1		
68 F	29				-1		
65 F	29					-1	
62 F	28	-1				-1	
59 F	30						

た。HDS-Rの減点となった項目を比較してみると、表3に示すように、遅延再生や5物品の記銘力の減点が多く、加齢でよく見られる短期記憶や記銘力の障害が推定された。

考 察

今回の調査においては症例数が少ないため、限定的な考察しかできないが、アンケートに「時々」と答えた患者群では、基本的に痴呆症といえる段階の患者はいないことが推定される。「頻繁」と答えた3名のHDS-R評価ができていないが、かりに3名ともに痴呆域であるとしても、10%強であり、年齢を考えると、一般集団における痴呆の有病率よりも明らかに高いとはいえないと推定される。しかしながら、最近では痴呆症に至る前段階と考えられる軽度認知障害（mild cognitive impairment、MCI）の存在が注目されている。その評価には、MRIや脳血流シンチグラフィ（SPECT）などの画像検査や、WMS-RおよびWAIS-Rなどの詳細な神経心理的評価が必要なことから、スモン患者におけるMCIなどの頻度の検討にはさらに詳細な調査が必要である。

ごく最近、キノホルムが実験的に銅のキレート剤として作用し、ADモデルマウス脳でアミロイドβ蛋白の沈着を抑制することで、欧米において、AD/SDATの治療薬・予防薬としての可能性が取りざたされている^{1,2)}。しかし、最新の学会では、AD患者におけるキノホルムの治療的効果は、現在使用されている塩酸ドネペジルなどをこえるものではないという報告もあり、まだ検討が必要である。今後、このような薬剤の抗痴呆薬としての使用に関しては、その効果だけでなく、スモン病発症のリスクなどを慎重に考慮すべきと考え

られる³⁾。

結 論

今回の調査では、スモン患者で特に痴呆の頻度が高いとはいえなかった。

文 献

- 1) Cherny RA, et al.: Treatment with a copper-zinc chelator markedly and rapidly inhibits beta-amyloid accumulation in Alzheimer's disease transgenic mice. *Neuron* 30: 665-676, 2001.
- 2) Regland B, et al.: Treatment of Alzheimer's disease with clinoquinol. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 12: 408-414, 2001.
- 3) Tabira T: Clinoquinol's return: cautions from Japan. *Science* 292: 2251-2252, 2001.

スモン患者における生活満足度に関する要因

高瀬 貞夫 (広南会江南病院)
 松永 宗雄 (弘前大学・医・脳神経血管病態研究施設神経統御部門)
 大井 清文 (いわてリハビリテーションセンター)
 阿部 憲男 (国療岩手病院)
 千田 富義 (秋田県立リハビリテーション・精神医療センター)
 片桐 忠 (山形県立河北病院)
 山本 悌司 (福島県立医大神経内科)
 西郡 光昭 (宮城教育大学教育学部)

要 旨

われわれは昨年度の研究において東北六県（青森、岩手、秋田、山形、福島）におけるスモン検診受診者の生活満足度の変化と、一日の生活（動き）、日常生活動作、Barthel Index (BI)、老研式活動能力指標の変化との相互関連について検討をおこなった。今年度はさらに生活満足度とBI合計スコア、一日の動き、老研式活動能力指標などとの関係と、BI合計スコアと老研式活動能力指標との関連について検討することを目的とした。

方 法

平成14年度に行われた上記東北六県のスモン検診受診者のうち、検討項目すべてに回答があった受診者を対象とし、回答をもとに検討した。

今回の検討の対象項目は、性、年齢、介護に関するスモン現状調査個人票（補足調査）と面接記録のうち、生活満足度、一日の生活（動き）、BIスコア、老研式活動能力指標などである。

回答総数88（男21、女67）のうち、生活満足度に回答がなかった2名（男・女各1）、一日の生活（動き）に回答がなかった3名（男2、女1）を除く計83名（男19、女64）を検討対象者とした。なお、統計解析にはystat 2000.×lsを用いた。

結 果

対象者の属性を表1に示す。性別は男性19名、女

表1 対象者のプロフィール

対象者数 (人)			83	
性別	男		19	
	女		64	
年齢 (歳)*	72.3±9.2			
年齢分布	男	女	計	
	～49		1	
	50～54	2		2
	55～59	4		4
	60～64	4	4	8
	65～69	4	12	16
	70～74	5	14	19
	75～79	2	13	15
	80～84	2	7	9
	85～89	1	8	9
計	19	64	83	

* 平均±標準偏差

性64名であり、平均年齢は72.3歳であった。

上の対象者（男女合計）の年齢分布を次の図1に示した。

表2に生活満足度の回答状況を示した。1.「満足している」14.5%に対し5.「まったく不満である」は全体の7.2%であった。図2にその分布を図示した。

表3にADLの指標であるBIスコアと老研式活動能力指標（以下老研式指標）の各ランクと患者の分布状況を示し、図3、図4は表を図形にした。

表3、図3に見るとおりBI（合計）スコアでは85～100が88%であり、表3、図4に見るとおり老研式

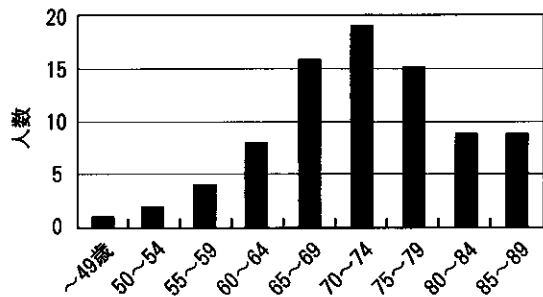


図1 対象者の年齢階級別分布

表2 生活満足度の状況

生活満足度	男	女	計 (%)
1. 満足している	3	9	12 (14.5)
2. どちらかという満足	6	24	30 (36.1)
3. なんともいえない	5	16	21 (25.3)
4. どちらかという不満足	2	12	14 (16.9)
5. まったく不満足	3	3	6 (7.2)
計	19	64	83 (100)

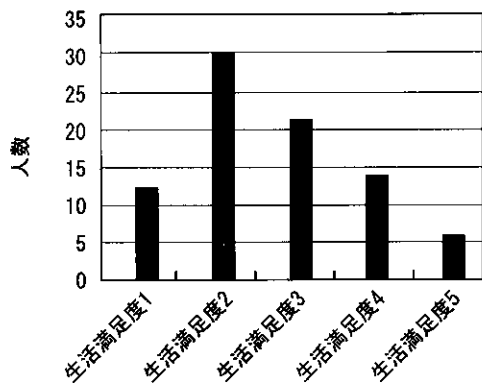


図2 生活満足度の分布

指標ではばらつきがみられた。

以上述べた各結果のうち、受診者の年齢分布と生活満足度で正の相関関係が認められた ($r=0.41$, $p<0.05$)。しかし、受診者の年齢とBIスコアとの間、年齢と老研式指数との間に統計的に有意な相関は認められなかった。

次に、生活満足度とBIスコアの間、生活満足度と老研式指標の間ではいずれも統計的に有意の差はみられなかったが、BIスコアと老研式指標の間では有意な相関が認められた ($r=0.59$, $p<0.01$)。

表4は受診者の一日の生活(動き)について分布状

表3 BIスコアと老研式活動能力指標

BIスコア(点)	人数	老研式指標	人数
5~20	1	0~2	3
25~40	1	3~5	20
45~60	8	6~8	16
65~80	10	9~11	25
85~100	63	12~14	19
計	83	計	83

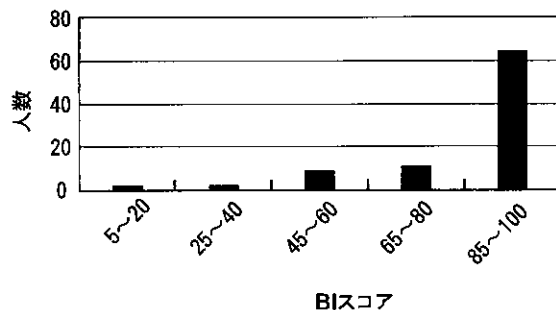


図3 BIスコア(点数)別分布

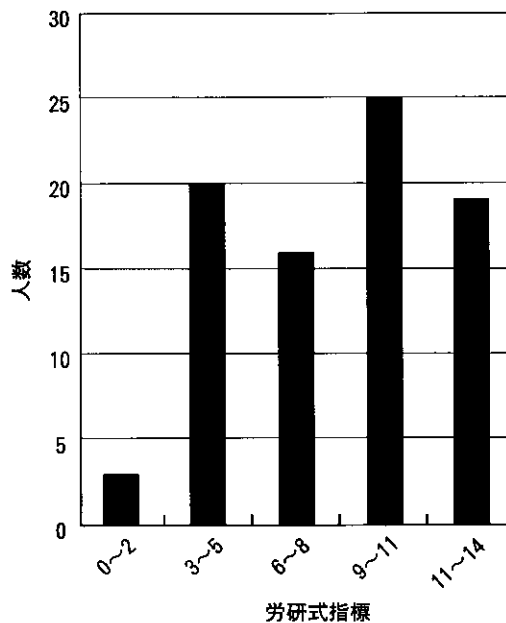


図4 老研式活動能力指標の分布

況をみたものであるが、5. 時々外出する、が34人(41%)と最も多かったが、他の項目ではばらつきがみられた。

なお、生活満足度と一日の生活(動き)において相関は認めなかった。

表4 一日の生活（動き）の状況

動 き	人数
1. 一日中寝床についている	3
2. 寝具の上で身を起こしている	3
3. 居間や病室で座っていることが多い	17
4. 家や施設の中をかなり移動する	9
5. 時々外出する	34
6. ほとんど毎日外出している	17

表5 同居家族数

1. 一人（単身）	16
2. 二人	29
3. 三人	15
4. 四人	8
5. 五人	3
6. 六人	5
7. 七人	5
8. 八人	1
* 無記入：1	82

次に家族について本人を含む同居家族数を表5に示した。

また、配偶者については、あり：50人、なし：33人であったが、配偶者なしの内訳では、死別：20人、離婚：2、未婚：11、別居：0であった。なお、本人を含む同居人の数と生活満足度の間、配偶者の有無と生活満足度の間には有意な相関は認められなかった。

考 察

本年度調査の有効回答者は表1のとおり83名であり、昨年度の同じく東北六県の調査60名（男性14名、女性46名）より明らかに多かったが、昨年度調査は平成11年度と同13年度の検診をいずれも受診者し、かつ有効回答者を対象にしており、本年度調査対象者がみかけ上多かったということである。なお、以下では男女合計で考察することにする。

生活満足度は主観的QOL（quality of life、生活の質）の指標となる重要なものであるが、表2、図2に見るとおり、1. 満足している、2. どちらかといえば満足、の2項目で50%をこえた。生活満足度はさまざまな要因が絡んだ結果として表明されるものであるが、以下、生活満足度といくつかの要因との関連について考えることとする。

受診者の年齢と生活満足度で正の相関が認められたのは、スモンそのものの病状の変化（進行）によるも

のもあろうが、スモン患者が合併症に悩まされることが多くなればそれだけ生活満足度が「不満足」に傾くのは当然と考えられる。今年度の調査では合併症についての検討は行っていないが、本研究班の報告でも、白内障、高血圧、消化器疾患、脊椎疾患、四肢関節疾患が高頻度に認められるとされており¹⁾、それがスモンに特異的なものであるか、加齢にともなう合併であるかの議論はともかく、年齢と生活満足度の相関は十分考えることである。

年齢との関連では、日常生活活動（activity of daily living、ADL）尺度（scale）のうち代表的な標準ADLの一つであるBIインデックス（Barthel Index）との関連も重要であると考えられるが、今回調査では有意の相関は認めなかった。今回はBIスコア（合計スコア）で見たものであるが、今後はBIインデックスの各項目について年齢との関連が明らかになるものと考えられる。また、年齢と老研式活動能力指標（TMIG Index of competence）との有意な相関は認められなかった。これも年齢との相関ありと考えさせるところであるが、その説明は困難である。

次に生活満足度と、BIスコアおよび老研式指標というADL指標との関連ではいずれも有意な相関は認められなかった。BIスコアが低い点数ほど老研式指標が小さいほど生活満足度は不満に傾くと考えがちであるが、そのようにストレートには考えられない他の要因が関係していることを示唆するものである。

また、BIスコアと老研式指標との間に相関関係が認められたことについて、かつて筆者らは、BIスコアは性、年齢を補正しても生活満足度との関連はみられず、スモンにおいては余り適切なADL指標とはいえないと述べ、これは、スモン患者においてBIスコア分布は高得点に集中しすぎているためではないかと述べた²⁾。一方、老研式指標は、性と年齢を補正しても生活満足度との関連が認められ、これはヒストグラム（図4）にみるようにばらつきが大きいためであろうと述べた²⁾。

平成11年度に述べたことはBIスコアと老研式指標との相関をみたものではなく、個別に観察した上での意見であったが、今回の調査でこの違いについては改めて検討する必要があると考えられた。

一日の生活（動き）（以下日常生活動作）について、時々外出する、ほとんど毎日外出する、の合計が61.4%であったが、生活満足度との相関はみられなかった。前に述べたように生活満足度の単純集計では、満足している、どちらかといえば満足している、で50%を越えており、上の、外出する、の61.4%と考え合わせると相関がありそうに思えるが有意の相関ではなかった（ $r=0.07$ ）。

外出の機会が増えることは患者の手段的自立と社会的役割の機会を増やし、これらは生活満足度と関連すると考えられたが、日常生活動作と生活満足度との関連についてもいろいろな要因が関係していることを示すものである。

配偶者の有無と生活満足度との関連では、相関はみられなかったが、以前筆者らは、生活満足度と配偶者の有無が強い相関を示したので、満足度に関連する要因とともに性、年齢で補正して満足度とその他の要因の関連をみたが、その結果、配偶者の有無は有意ではなくなったことを報告した²⁾。

また、別の報告では配偶者がいないもので生活満足度が低下する傾向があることを報告した³⁾。今回の調査では統計的に有意の差はなかったが生活満足度の関連について引き続き検討を必需とする事項であると思われる。

今回の調査は、平成13年度東北六県のスモン患者検診の調査票から、生活満足度との関連を検討した。その結果、受診者の年齢と生活満足度の間に、BIスコアと老研式活動能力指標との間に、いずれも有意の相関が認められた。しかし、老研式指標と生活満足度とでは相関は認められず、一日の生活（動作）と生活満足度にも相関はみとめられなかった。今後とも不十分な多くの部分の検討をさらに進めたい。

文 献

- 1) 小長谷正明ほか：スモン合併症有病率の検討，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 pp.148-151 1999年
- 2) 西郡光昭ほか：スモン患者の生活満足度とADL，MWS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 pp.67-69 1997年
- 3) 西郡光昭ほか：スモン患者における生活満足度の

日常生活満足度 SDL および SF-36 における測定概念の類似性と相違性に関する検討

蜂須賀研二（産業医科大学リハビリテーション医学教室）

永吉美砂子（福岡市立心身障害福祉センター）

岩田 昇（東亜大学総合人間・文化学部）

要 旨

スモン患者の主観的 QOL の評価尺度として日常生活満足度評価表（SDL）の妥当性を検討するため、QOL の標準的な指標となっている SF-36（1992 年 Ware らにより報告され、健康全般に関する客観的および主観的評価項目からなる）との関連性を分析した。その結果、脳卒中患者における主観的日常生活満足度の評価尺度として SDL は妥当であると考えられた。

目 的

我々はスモン患者の包括的リハビリテーション評価の立場から、基本的日常生活動作は Barthel Index 産医大版自己評価表、応用的日常生活動作は Frenchay Activities Index 自己評価表、生活の質の主観的領域は日常生活満足度自己評価表を開発あるいは検討を加え臨床使用を試みてきた^{1,2)}。この日常生活満足度（Satisfaction in Daily Life, SDL）は、7 項目からなり主観的な領域の QOL を評価する Viitanen らの Life Satisfaction に基づき³⁾、「身体状況、家庭生活、社会生活、勤労生活、自己啓発、趣味、収入・補償」の基本的 7 項目と「日常生活全般」の合計 8 項目に対して、「不満足、やや不満足、どちらでもない、やや満足、満足」の 5 段階に自己評価する評価表を 1989 年に作成した。臨床的には有用であり再現性も良好であったが、主観的領域の QOL という特殊性のため、その妥当性は確立していなかった。そこで 1989 年、北九州市八幡西区に在住する中高齢者 1,000 名を無作為抽出して日常生活の満足感に関する要因の調査と因子分析を行い⁴⁾、SDL を 11 項目、5 段階からなる主観的領域の QOL 評価に改訂した。この改訂版 SDL を用いて

スモン患者を包括的に評価しリハビリテーションの意義を検討してきた^{5,6)}。今回、スモン患者の主観的 QOL 評価尺度として作成した SDL の妥当性を明らかにする目的で、在宅中高齢者と脳卒中患者を用いて QOL の標準的指標となっている SF-36 との測定概念を比較し、両者の類似性や相違性を検討することにした。

方 法

全国のリハビリテーション専門施設で外来受診中の在宅脳卒中患者 1,070 名（男性 677 名、女性 393 名；平均年齢 64.5 歳、SD=11.1）および北九州市八幡西区に在中する中高齢者対照群 780 名（男性 374 名、女性 406 名；平均年齢 67.4 歳、SD=8.0）を対象に、SDL と SF-36 の自己記入式調査用紙を手渡し、郵送にて回収した。欠損値があるものは電話で確認を取り追加記入した。

SDL は、「身体の健康、精神の安定、身の回り、移動歩行、家庭の仕事、住環境、配偶者・家族との関係、趣味・レクリエーション、地域・社会的交流、年金・補償、仕事」の 11 項目を「不満足、やや不満足、どちらでもない、やや満足、満足」の 5 段階に自己評価する評価表である⁷⁾。これらを「身体健康領域、生活環境領域、社会経済領域、精神健康領域、地域・社会的交流」の 5 下位尺度に分け、SF-36 の 8 下位尺度とともに変数として一緒に因子分析を行い、因子構造を視察した。解析には主成分分析（プロマックス回転）を用い⁸⁾、患者群・対照群別、男女別に行なった。対象となった脳卒中患者の疾患分類は、脳梗塞 577 名（男性 375 名、女性 202 名）、脳出血 414 名（男性 257 名、女性 157 名）、くも膜下出血 60 名（男性 31 名、女性

表1 脳卒中患者群におけるSDLとS-36の因子構造

	男性患者 (N=677)				女性患者 (N=393)			
	共通因子				共通因子			
	I	II	III	共通性	I	II	共通性	
SF36MEN (精神衛生)	.92	-.10	-.08	.72	.84	.15	.72	
SF36VIT (活力)	.84	.00	.01	.71	.72	.23	.71	
SF36PAIN (疼痛)	.68	-.14	.24	.55	.24	.56	.49	
SF36GEN (一般的健康感)	.67	.08	.10	.57	.58	.23	.56	
SAT_MEN 精神健康領域	.57	.34	-.13	.59	.80	-.16	.63	
SAT_ECO 社会経済領域	.51	.22	-.15	.38	.58	-.21	.41	
SF36SOC (社会活動)	.48	-.10	.36	.43	.32	.49	.45	
SAT_ACT 生活環境領域	.07	.83	-.04	.73	.20	-.02	.73	
SAT_PHY 身体健康領域	.20	.76	.01	.78	.28	-.02	.80	
SAT_SOC 地域・社会的交流	.07	.67	.05	.53	.14	-.05	.54	
SF36PHYS (身体活動)	-.26	.85	.13	.59	-.30	.17	.67	
SF36ROLP (身体的役割)	-.03	.07	.91	.84	-.18	.91	.76	
SF36ROE (感情的役割)	.01	.07	.87	.80	-.04	.86	.72	
成分相関行列								
	2	.553			.452			
	3	.384	.231		.492	.261		

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
注：SAT；SDLの下位尺度、SF36；SF-36の下位尺度

29名)その他9名(男性7名、女性2名)、不明10名(男性7名、女性3名)であった。対照群の健康状態は、疾患ありが301名(男性156名、女性145名)疾患なしが479名(男性218名、女性261名)であった。

結 果

主成分分析の結果、固有値1.0以上の基準を適用すると、在宅脳卒中患者群では男女とも3因子が抽出された(表1)。第1因子は男女ともに、SF-36の精神衛生、活力、一般的健康観など3下位尺度と、SDLの精神健康と社会経済が大きな因子負荷量を示し、「精神全般的健康・満足」を表現していると考えられる。男性患者群の第2因子は、SDLの生活環境、身体健康、地域・社会的交流と、SF-36の身体活動により構成されており、「身体行動的健康・満足」を表していると考えられるが、これらの下位尺度は、女性患者群では第3因子を構成しており、SF-36の「疼痛・社会活動」が女性患者群の第2因子を構成していた。男性患者群の第3因子はSF-36の身体的役割・感情的役割より構成されており、第3因子は「社会的役割制限」を表すと考えられる。このように男女とも、各因子の構成尺度はほぼ同じであった。一方、対照群の因子構造では、男女とも共通して、ひとつの大きな満足度・機能概念が形成されており、細分化は認められなかった

表2 中高年齢対照群のSDLとS-36の因子構造

	男性対照群 (N=374)				女性対照群 (N=406)			
	共通因子				共通因子			
	I	II	III	共通性	I	II	共通性	
下位尺度								
SF36MEN (精神衛生)	.66	.20	-.06	.59	.52	.34	.60	
SF36VIT (活力)	.76	.08	.07	.67	.50	.44	.72	
SF36PAIN (疼痛)	-.04	-.04	.86	.71	.13	.39	.23	
SF36GEN (一般的健康感)	.74	.05	.08	.62	.56	.32	.64	
SAT_MEN 精神健康領域	.85	-.08	-.10	.66	.80	-.04	.61	
SAT_ACT 生活環境領域	.87	-.14	-.05	.66	.83	-.05	.64	
SAT_PHY 身体健康領域	.94	-.09	.05	.82	.79	.15	.80	
SAT_SOC 地域・社会的交流	.72	-.01	-.28	.53	.84	-.18	.55	
SF36PHYS (身体活動)	.63	.06	.32	.62	.45	.33	.50	
SF36ROLP (身体的役割)	.01	.92	.01	.85	-.19	.99	.77	
SF36ROE (感情的役割)	-.06	.98	-.07	.88	-.24	1.00	.76	
成分相関行列								
	.480				.624			
	.169	.286						

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
注：SAT；SDLの下位尺度、SF36；SF-36の下位尺度

(表2)。

考 察

(1) SDLとSF-36の類似性：患者群・対照群ともに、SDLの精神健康領域と社会経済領域はSF-36の精神衛生、活力と同じ「精神・全般的健康・満足」(第1因子)に入っており、精神全般的健康・満足度をみるときは、SDLの下位2尺度で簡略化することが可能である。さらに患者群では、SDLの下位3尺度(生活環境領域、身体健康領域、地域・社会的交流)とSF-36の身体活動とは同じ因子(男性では第2因子、女性では第3因子)に入っており、身体活動に関してはSDLの下位3尺度で簡略化することが可能である。

(2) SDLとSF-36の相違性：SF-36の身体的役割・感情的役割(過去4週間の身体的・心理的問題による活動の制限)はSDLと共通の因子を構成することはなく、SDLの日常生活満足度との関連性に乏しいことが明らかとなった。また、SF-36は尺度単位で因子が分散しているのに対し、SDLはほとんどの尺度が同一因子を形成していた(対象群ではほとんどが第1因子)。

(3) 在宅脳卒中患者群では、身体と精神の状態に対する日常生活満足度は3つに概念化された。SDL全体では、5下位尺度がSF-36の6下位尺度と共通の因子を構成しており、SDLとSF-36の一部の測定概念

は類似していると考えられ、脳卒中患者の長期的な日常生活満足度をSDLによって簡略的に把握することが可能であると考えられる。SF-36には心理的・身体的満足度評価の両方が含まれているのに対し、SDLは主観的日常生活満足度を評価するものである。したがって、SF-36の心理的尺度に基づく測定次元と類似した心理的満足度をSDLで簡易的に評価することが可能であるといえよう。

本研究で得られた所見は、中高齢者、脳卒中患者を対象としたものである。年齢や対象疾患の違いによって、この関係性がどのように変化するのか、一般化するためには今後さらなる研究が必要である。

文 献

- 1) 田中正一, 蜂須賀研二, 緒方甫: 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—, 産業医科大学雑誌 12: 369-372, 1990.
- 2) 田中正一, 蜂須賀研二, 緒方甫: 難病患者におけるADLとSDL(日常生活満足度), 総合リハビリテーション 21: 928-934, 1993.
- 3) Viitanen M, Fugl-Meyer KS, Bernspang B, Fugl-Meyer AR: Life satisfaction in long-term survivors after stroke. Scand J Rehabil Med 20: 17-24, 1988
- 4) Hachisuka K, Tsutsui Y, Kobayashi M, Iwata N: Factor structure of satisfaction in daily life of elderly residents in Kitakyushu. Journal of Occupational and Environmental Health 21: 179-189, 1999
- 5) 蜂須賀研二: スモン患者の日常生活満足度要因, 厚生省特定疾患スモン調査研究班, 平成8年3月
- 6) 蜂須賀研二: スモン患者の日常生活満足度, 厚生科学研究費補助金スモンに関する調査研究班, 平成14年3月
- 7) Iwata N, et al.: Psychometric Properties of the State-Trait Anxiety Inventory among Japanese Clinical Outpatients. J Clin Psychol 56: 793-806, 2000

福井県におけるスモン患者の実態調査（平成14年度）

——健康関連 QOL 尺度：SF-36 による評価を中心に——

栗山 勝（福井医大二内）
藤山 二郎（ ” ）
山村 修（ ” ）
林 浩嗣（ ” ）
筒井 広美（ ” ）
野瀬 恭代（同リハビリテーション部）
高井 悦子（市立敦賀病院理学診療部）
杉本 和恵（福井県日本赤十字病院）
斎藤 智子（福井県福祉環境部健康増進課）
宮越 広美（ ” ）
高嶋加代子（福井健康福祉センター）
常田美代子（二州健康福祉センター）

要 旨

福井県のスモン患者の実態を把握するため、その現症、医療状況、介護、日常生活の調査を行った。また、健康関連 QOL 評価 SF-36 を施行した。対象は、平均年齢 74.9 歳の福井県在住スモン患者 16 名である。その結果、スモン患者における健康関連 QOL 評価は、すべての下位尺度で有意に低下していた。現時点での満足度は、SF-36 の身体機能や心の健康度と相関し、不安感はどの下位尺度とも相関していなかった。

目 的

福井県のスモン患者の実態を把握し、患者ケアの基礎資料とするためその現症、医療状況、介護、日常生活の調査を行った。また、健康関連 Quality of Life (QOL) 評価を行うため、アンケート調査：SF-36 を施行した。

方 法

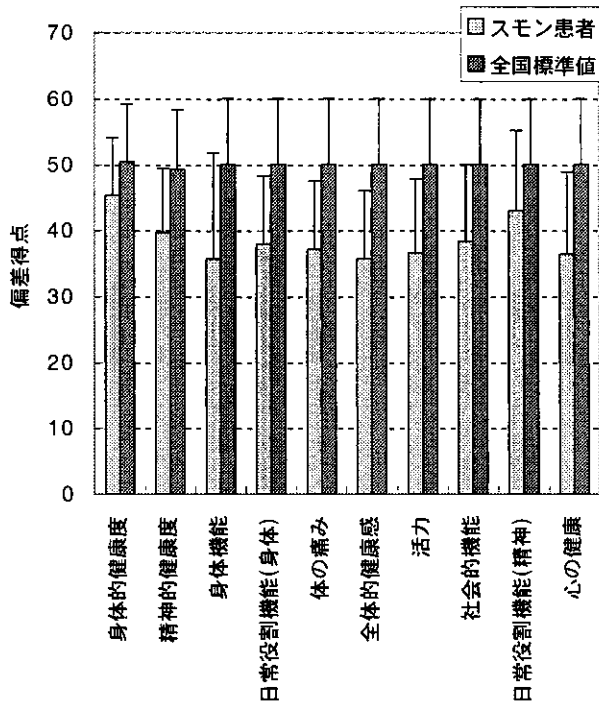
現状調査には、スモン調査研究班・医療システム分科会のスモン現状調査個人票および介護に関する現状調査票を用いた検診を行った。この際、健康関連 QOL 調査として SF-36 への自己記入をお願いした。比較対照としては、福原らの無作為抽出による日本人全国

標準値を使用した（ $n=4500$ 、平均年齢 46.2 ± 16.4 歳、幅 16-93 歳）。

結 果

対象者 23 名のうち、検診参加者 16 名（集団検診 12 名、大学受診者 1 名、在宅検診 1 名、面接のみ 2 名）を対象とした。平均年齢は 74.8 ± 9.1 才で、男女比は 3:13 であった。SF-36 によるサマリースコアは、福原らの日本人全国標準値に対する偏差得点として、身体的健康 PCS 45.37 ± 8.71 、精神的健康 MCS 39.7 ± 9.7 と両指標とも低値であった。下位尺度では、身体機能 PF 35.63 ± 16.1 、日常役割機能（身体）RP 38.03 ± 10.3 、体の痛み BP 37.24 ± 10.3 、全体的健康感 GH 35.65 ± 10.3 、活力 VT 36.57 ± 11.2 、社会生活機能 SF 38.45 ± 11.6 、日常役割機能（精神）RE 42.96 ± 12.3 、心の健康 MH 36.3 ± 12.5 とすべての項目で $-1SD$ から $-2SD$ 程度の低値であった（図 1）。また、年齢を考慮して 65 歳以上の階層（約 500 名）との比較を行ったが、同様にすべての下位尺度で低下していた（図 2）。

次に、個人調査票の「満足度」との相関を検討した。生活の満足度は、満足 26.7%、どちらかという満足 26.7%、どちらかという不満足 33.3%、不満足 6.7



サマリースコア & 下位尺度

図1 SF-36 偏差得点
スモン患者 vs 全国標準値

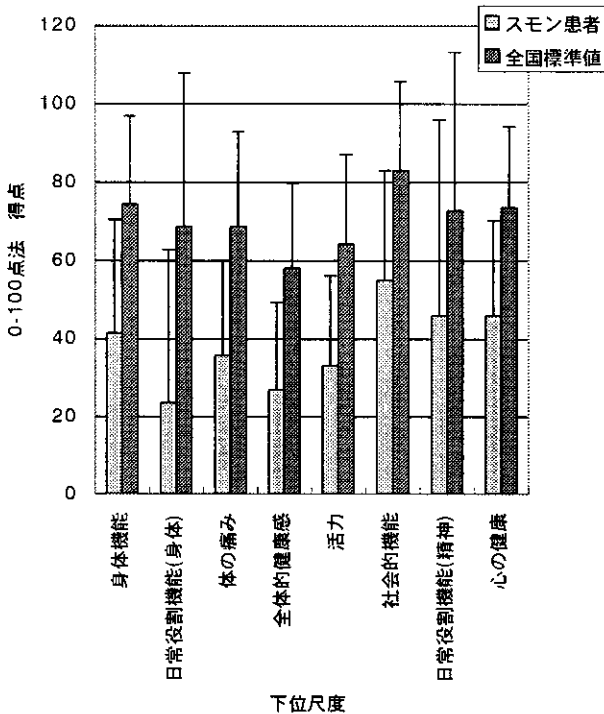
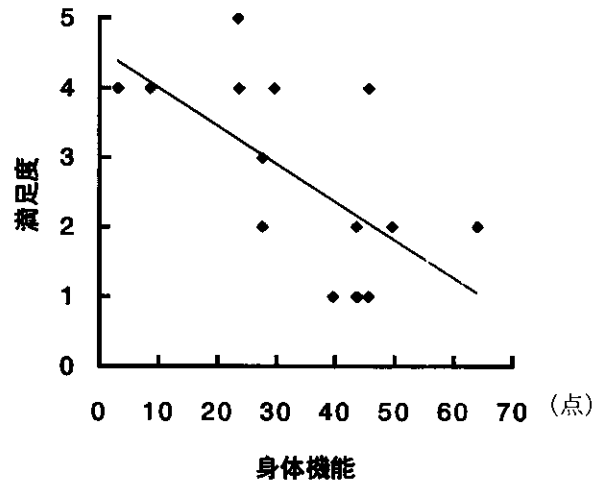


図2 SF-36 得点
スモン患者 vs 65歳以上全国標準値

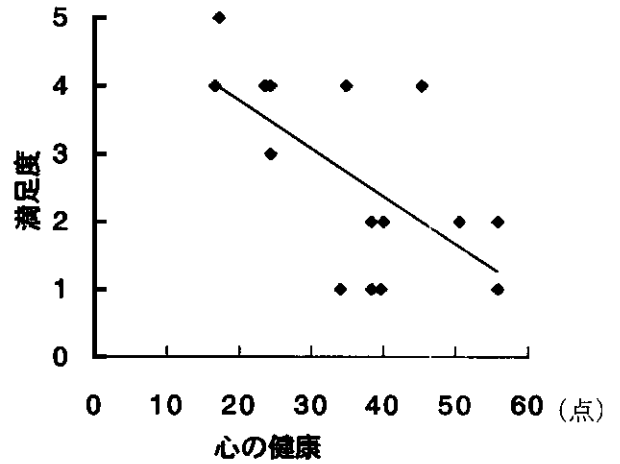
%であり、SF-36の下位尺度の身体機能と心の健康とが有意に相関した ($p=0.043$ 、 $p=0.009$) (図3、4)。



満足度

- 1: 満足、 2: どちらかという満足、 3: 何とも言えない、
- 4: どちらかという不満足、 5: 不満足

図3 満足度と身体機能 (SF-36)



満足度

- 1: 満足、 2: どちらかという満足、 3: 何とも言えない、
- 4: どちらかという不満足、 5: 不満足

図4 満足度と心の健康 (SF-36)

一方、将来への不安は、62.5%に見られ、「不安感」との相関は、すべての下位尺度で相関を認めなかった。不安感の理由としては、介護者の不在や高齢化、健康度などをあげる患者が多く、将来の介護環境への不安が主であると考えられた。

考 察

今回の検討では、年齢を考慮して、65歳以上の階層と比較しても、下位尺度すべてで、患者のQOLの認識が低いことが判明した。単純に比較検討はできないが、発症から数十年経ってなお、日本人での現時点

での施設入所老人、透析患者、脳梗塞後遺症患者、そして慢性閉塞性肺疾患患者に匹敵する低下度と考えられた。薬害という背景と治療困難な神経機能障害への反応と考えられるが、これらの理解の下に、患者の福祉介護環境の整備による患者の将来不安の払拭が今後の重要な課題となってくるものと考えられた。

結 論

スモン患者における SF-36 健康関連 QOL 評価は、すべての下位尺度で有意に低下していた。現時点での満足度は、身体機能や心の健康度と関連し、不安感はその下位尺度とも関連していなかった。

文 献

- 1) 福原俊一編：健康関連 QOL 尺度 SF-36 日本語版マニュアル，2001
- 2) 高井一郎ほか，透析患者の QOL-SF-36 を用いた試み，臨床透析 13：1107-13，1997
- 3) 辻洋子，福原俊一，透析患者の健康関連 QOL 測定，腎と透析臨時増刊号：979-82，1997
- 4) 尾藤誠司，福原俊一，Short Form 36 Health Survey (SF-36) 面接用バージョンの妥当性，および施設入所老人と一般在宅老人との比較を中心とした高齢者 Health-related Quality of Life 測定の試み，日老医誌 35：458-63，1998
- 5) 亀井三博，高炭酸ガス血症を呈する慢性呼吸不全に対する非侵襲的陽圧換気法 (NPPV) の有用性，日呼吸会誌 37：886-92，1999
- 6) 生島祥江，伴貞彦，脳血管障害の外来患者の HR QOL とその影響因子—SF-36 を用いて測定した 13 名の結果報告—，Bull Kobe C Jr Col of Nursing 19: 39-44, 2000

スモン患者の介護問題

宮田 和明（日本福祉大学）

秦 安雄（中部学院大学）

大野 勇夫（日本福祉大学）

若松 利昭（日本福祉大学）

伊藤 葉子（中京大学）

要 旨

2002年度に行われたスモン患者の介護問題に関する全国的な調査の結果について概要を検討する。回答者の男女別構成はこれまでの結果と大差ないが、年齢階層別に見ると65歳以上の各層が増加しており、高齢化が進行していることを示している。

介護の必要度について、1998年度の調査結果と比較できる631ケースについてみると、「毎日介護してもらっている」者が増加し、とくに「移動・歩行」について介護の必要度が高まっていることが分かる。

介護保険制度の利用についてみると、申請率は年齢の高い層ほど高まっており、サービスの利用が増加しているが、将来の介護についての不安は解消されていない。

目 的

1997、98、2000、01年度に続いて2002年度に行われたスモン患者の介護問題に関する全国的な調査の結果について概要を検討する。スモン患者の介護にかかわる具体的状況の時系列的な変化を把握するために、過年度の調査結果との比較検討を試み、また介護保険制度の利用状況について検討する。

方 法

本調査研究班医療システム委員会の協力を得て、2002年度の検診活動と連動させ、「介護に関するスモン現状調査個人票」（以下「介護調査票」）にもとづき、検診受診予定者を対象として実施した調査の結果を集計し、過年度の調査結果と比較検討する。

結 果

回収された調査票は1,031名分であった。

1997年度以降の調査結果の概要を表1に示す。

2002年度について、男女別内訳をみると、男275名（26.7%）、女756名（73.3%）で、その構成比は過年度の調査結果とほぼ同様である。

年齢階層別に見ると、64歳未満17.7%、65～74歳38.7%、75～84歳32.5%、85歳以上11.1%となっており、64歳未満は1997年度（患者会調査を除く）に比べて9.5ポイント減少し、65歳以上の各層はいずれも増加している。2002年度の平均年齢は、72.9歳であった。

次に、日常生活の中での介護の必要度について各年度結果を表2に示す。2002年度では、「毎日介護してもらっている」21.1%、「必要なときに介護してもらっている」35.0%に対して、「介護は必要ない」41.8%となっている。「毎日介護してもらっている」が微増する傾向を示しているが、全体としては大きな変化はない。

各年度の調査対象者（検診受診者）には一定の重なりがあるので、ここで、1998年度と2002年度の両年度についてデータが得られる631ケースについて、日常生活の中での介護の必要度の変化を検討する。

「毎日介護してもらっている」者は、98年度には107（17.0%）であったが、02年度には150（23.8%）に増加している。

表3に示すように、両年度のうちいずれかが「分からない」または「無回答」であった27ケースを除く

表1 介護調査結果の概要

			1997年度	1997年度 患者会調査	1998年度	2000年度	2001年度	2002年度	
男女比	実数	男	292	114	273	276	293	275	
		女	830	382	755	762	724	756	
		計	1,122	496	1,028	1,038	1,017	1,031	
構成比	構成比	男	26.0	23.0	26.6	26.6	28.8	26.7	
		女	74.0	77.0	73.4	73.4	71.2	73.3	
		計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
年齢別	実数	64歳未満	306	122	265	237	213	183	
		65～74歳	420	153	391	388	392	399	
		75～84歳	315	153	287	314	309	335	
		85歳以上	80	58	85	99	103	114	
		計	1,122	496	1,028	1,038	1,017	1,031	
	構成比	構成比	64歳未満	27.2	24.6	25.8	22.8	20.9	17.7
			65～74歳	37.4	30.8	38.0	37.4	38.5	38.7
			75～84歳	28.1	30.8	27.9	30.3	30.4	32.5
			85歳以上	7.1	11.7	8.3	9.5	10.1	11.1
			計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(注) 1997年度の年齢別「計」は「無回答」1名を含む。

表2 日常生活の中での介護

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度	
毎日介護	189	18.4	202	19.5	196	19.3	218	21.1
必要なときに介護	372	36.2	391	37.7	357	35.1	361	35.0
介護は必要ない	441	42.9	410	39.5	437	43.0	431	41.8
分からない	10	1.0	17	1.6	12	1.2	9	0.9
無回答	16	1.6	18	1.7	15	1.5	12	1.2
計	1028	100.0	1038	100.0	1017	100.0	1031	100.0

表3 日常生活の中での要介護度の変化(1998年度と2002年度との比較)

		2002年度					
		毎日介護	必要なときに介護	介護は必要ない	分からない	無回答	計
1998年度	毎日介護	72	22	10		3	107
		67.3	20.6	9.3		2.8	100.0
	必要なときに介護	56	144	38	3	1	242
		23.1	59.5	15.7	1.2	0.4	100.0
	介護は必要ない	20	59	183	2	3	267
		7.5	22.1	68.5	0.7	1.1	100.0
分からない	1	3	2			6	
	16.7	50.0	33.3			100.0	
無回答	1	4	3		1	9	
	11.1	44.4	33.3		11.1	100.0	
計	150	232	236	5	8	631	
	23.8	36.8	37.4	0.8	1.3	100.0	

1998年度から2002年度への変化

改善	70 (11.6)
変化なし	399 (66.1)
悪化	135 (22.4)
小計	604 (100.0)

表4 移動・歩行についての要介護度の変化（1998年度と2002年度との比較）

		2002年度						計
		寝たきり	車椅子	平地歩行に解除	階段昇降に解除	解除なし歩行	無回答	
1998年度	寝たきり	10 71.4	3 21.4				1 7.1	14 100.0
	車椅子	12 21.8	34 61.8	4 7.3	3 5.5		2 3.6	55 100.0
	平地歩行に解除	7 9.9	16 22.5	25 35.2	13 18.3	6 8.5	4 5.6	71 100.0
	階段昇降に解除	1 0.6	14 8.6	42 25.9	54 33.3	47 29.0	4 2.5	162 100.0
	解除なし歩行	1 0.4	5 1.9	25 9.3	59 21.9	158 58.5	22 8.1	270 100.0
	無回答		2 3.4	3 5.1	8 13.6	31 52.5	15 25.4	59 100.0
	計	31 4.9	74 11.7	99 15.7	137 21.7	242 38.1	48 7.6	631 100.0

1998年度から2002年度への変化	
改善	76 (14.1)
変化なし	281 (52.1)
悪化	182 (33.8)
小計	539 (100.0)

表5 介護保険制度の申請状況

	2000年度		2001年度		2002年度	
	申請した	申請していない	申請した	申請していない	申請した	申請していない
申請した	237	22.8	268	26.3	355	34.4
申請していない	750	72.3	701	68.7	634	61.5
分からない	14	1.3	16	1.6	18	1.7
無回答	37	3.6	35	3.4	24	2.3
計	1038	100.0	1020	100.0	1031	100.0

604 ケースのうち、介護を必要とする状況が改善された者は70（11.6%）、変化のない者は399（66.1%）、悪化した者135（22.4%）となっている。

全体として介護を必要とする状況が進んでいることが分かる。

表4は、「移動・歩行」についての要介護状況の変化を示したものである。

同様に、両年度のうちいずれかが「分からない」または「無回答」であった92ケースを除く539ケースのうち、介護を必要とする状況が改善された者は76（14.1%）、変化のない者は281（52.1%）、悪化した者182（33.8%）となっている。

「移動・歩行」について、要介護状況の悪化がより強くあらわれている。

次に、介護保険制度の申請状況を見ると、表5に示すように、申請者数は制度発足の2000年度の237名から、01年度268名、02年度355名と増加しており、

申請率（回答者数に占める申請者数の比率）も同じく22.8%から26.3%、34.4%に増加している。

図1は、申請率の変化を年齢階層別に示したものである。85歳以上では2000年度に47.5%であったものが02年度に59.6%に、75～84歳では同じく34.7%から51.3%に、65～74歳では同じく18.8%から26.8%に増加している。

介護保険制度では、認定申請にあたって「かかりつけ医」の意見書を添えられることになっているが、2002年度についてみると、「スモンの専門医に書いてもらった」と答えた者は申請者のうちの30.1%にとどまっており、57.5%がスモンの治療に関係なく、かかりつけの医師に書いてもらっている（図2参照）。

認定結果をみると、「要介護1」がもっとも多く、355名中136名（38.3%）を占め、次いで「要介護2」が72名（20.3%）となっており、「要介護3」以上は合わせて74名（20.8%）であった。今回の調査が検診受診者を対象としているところから、相対的にみて要介護度が低い者の比率が高くなっているものと思われる。

認定結果については、51.3%が「おおむね妥当」と答えており、「自分の状態と比べて低いと思う」と答えている者は27.3%であった。