

相関係数-0.16であった。健常対照とSMON共に年齢との強い相関が認められなかった。

2) Δ Him：健常対照では相関係数-0.45、回帰方程式 $Y=25.6-0.17X$ 、SMONでは相関係数-0.54、回帰方程式 $Y=44.0-0.45X$ であった。健常対照とSMON共に年齢との相関が認められ、SMONでは加齢と共に健常対照以上に低下した(図1)。

3) Hmax：健常対照では相関係数-0.44、回帰方程式 $Y=110-0.35X$ 、SMONでは相関係数-0.088であった。健常対照では年齢と負の相関が認められたが、SMONでは年齢との相関は認められなかった。

4) Hmax/Ho：健常対照では相関係数-0.54、回帰方程式 $Y=1.62-0.005X$ 、SMONでは相関係数-0.19であった。健常対照では年齢と負の相関が認められたが、SMONでは年齢との強い相関は認められなかった。

5) Hmax/Hmin：健常対照では相関係数-0.52、回帰方程式 $Y=1.48-0.0047X$ 、SMONでは相関係数-0.45、回帰方程式 $Y=1.72-0.0061X$ であった。健常対照とSMON共に年齢との相関が認められた。

6) SMONの代表例(図2)。

加齢によってHoは上昇し、 Δ Himは減少し、Hmax/Hminは低下する。心副交感神経の低下が示唆される。

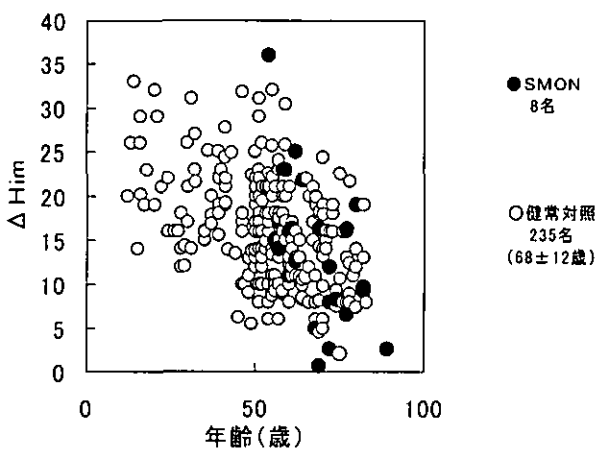


図1 スモン患者と健常対照での初期脈拍増加の年齢変化

健常対照では相関係数-0.45、回帰方程式 $Y=25.6-0.17X$ 、SMONでは相関係数-0.54、回帰方程式 $Y=44.0-0.45X$ であった。健常対照とSMON共に年齢との強い相関が認められ、SMONでは加齢と共に健常対照以上に低下した。

考 察

健常人では安静時脈拍(Ho)は急速な起立により初期脈拍増加(Δ Him)を来とし、次いで最大脈拍(Hmax)を示した後に低下し最小脈拍(Hmin)を示し、およそ30秒以内に2峰性パターンを示す。各点の意義は、Hoが安静時の心交感・副交感神経のバランス、 Δ Himが心副交感神経遠心路機能、Hmaxが圧受容体と心交感神経機能、Hmax/Hoが圧受容体からの求心路機能、Hmax/Hminが心交感神経と圧受容体と心副交感神経機能を示していると考えられ、これらの検討により心交感・副交感神経機能を複合的に評価することが可能になる⁹⁾。

一般には加齢により心・血管系自律神経では圧受容体機能や副交感神経緊張が低下し^{1,5)}、交感神経緊張が増加する^{4,6,7,8)}とされている。一方、今回のUEHRSの測定の結果においては、健常対照では加齢と共に心副交感神経系機能(Δ Him、Hmax/Hmin)は低下傾向を、心交感神経系(Hmax、Hmax/Hmin)は低下を、圧受容体からの求心系(Hmax/Ho)は低下傾向を示した。これらの結果はUEHRSによる従来の報告⁹⁾とほぼ一致する。

SMON患者では、初回検査時にHmax/Hminが低下、Ho・ Δ Him・Hmax・Hmax/Hoが健常だったことは、圧受容体・心副交感神経機能が健常で、心交感神経機能が亢進していることを示すものと思われる。10年後の最終検査時にHmax/Hminが変化せず低下、Hoは増加、 Δ Himが低下、Hmaxが不変、Hmax/Hoが低下したことは、心交感神経機能が亢進し、圧受容体機能・心副交感神経機能が低下したことを示すと思

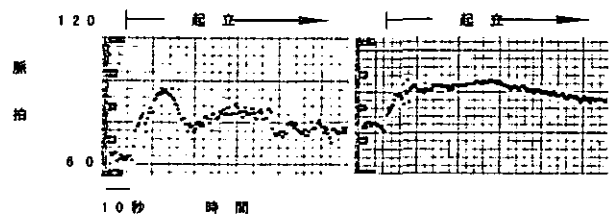


図2 SMONの代表例

加齢によって安静時脈拍(Ho)は上昇し、起立直後の脈拍の増加(Δ Him)は減少し、最大脈拍と最小脈拍の比(Hmax/Hmin)は低下する。心副交感神経の低下が示唆される。

われる。以前に我々が報告したように SMON では加齢と共に交感神経機能は亢進状態になると考えられる。一方、SMON 患者でみられた加齢による Δ Him の低下は、加齢現象を加味しても有意な変化と考えられた。これらの結果は加齢現象のみでは説明のつかない SMON 特有な現象と考えられた。

結 語

- 1) SMON 患者 8 名に対し平均 10 年間に渡って起立時超早期脈拍変動 (UEHRS) を測定し、心・血管系自律神経機能の経年変化を検討した。
- 2) SMON では心・血管系自律神経は加齢と共に交感系は亢進、副交感系は低下した。

文 献

- 1) Bonyhay, I., Jokkel, G. and Kollai, M.: Relation between baroreflex sensitivity and carotid artery elasticity in healthy humans. *Am. J. physiol.*, 271: H1139-H1144, 1996.
- 2) 服部孝道, 本間甲一, 平山恵造: SMON の心・血管系自律神経機能-起立時超早期脈拍変動による検討, 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.107-109, 1996.
- 3) 本間甲一: 起立時超早期脈拍変動測定, 自律神経機能検査第 3 版, 97-99.
- 4) Iwase S., Mano T., Watanabe T., Saitou M. & Kobayashi F.: Age-related changes of sym-pathetic outflow to muscles in humans. *J. Gerontol* 46: M1-M5, 1991.
- 5) Lipsitz, L. A., Mietus, J., Moody, G. B. and Goldberger, A. L.: Spectral characteristics of heart rate variability before and during postural tilt. Relations to aging and risk of syncope. *Circulation*, 81: 1803-10, 1990.
- 6) 美輪千尋, 岩瀬敏, 間野忠明, 斉藤満, 杉山由樹, 鈴木初恵: 水浸時におけるヒトの筋交感神経活動の抑制反応に対する加齢の影響, *自律神経* 30: 116-23, 1993.
- 7) Ng, A. V., Callister, R., Johnson, D. G. and Seals, D. R.: Age and gender influence muscle sympathetic nerve activity at rest in healthy humans. *Hypertension*, 21: 4498-503, 1993.
- 8) Young, J. B., Rowe, J., Pallotta, J. A., Sparrow, D. and Landsberg, L.: Enhanced plasma norepinephrine response to upright posture and oral glucose administration in elderly human subjects. *Metabolism*, 29: 532-9, 1980.

スモンにおける訪問リハビリテーションシステムの確立に関する研究（Ⅱ）

—— モデルケースでの検討 ——

杉村 公也（名古屋大学医学部保健学科）

森 明子（ ” ）

清水 英樹（ ” ）

伊藤 恵美（ ” ）

美和 千尋（ ” ）

宝珠山 稔（ ” ）

要 旨

閉じこもり状態から寝たきり状態への危険が迫って、訪問リハビリテーションの必要性が高いスモン患者さんに対し実際に訪問リハビリテーション介入を試みて、その可能性と実施上の問題点を探った。その結果、本人も家族も訪問リハビリテーションの必要性をあまり認識していないか、訪問リハビリテーションサービスの利用の仕方を知らなかった。実際にプランを作成しようとするとう公費負担で利用できる医療保険では訪問リハビリテーションを実施している所が少なく、利用が困難であった。医療が公費負担なのに介護保険が公費負担となっていないことや、認定が低いため、介護保険も利用は限定された。実際、介護保険は当該患者さんで必要性が高いにもかかわらず未申請になっており、かかりつけ医も介護保険に無関心で、申請の支援から始めなければならなかった。スモンの訪問リハビリテーションの実施にはこうした問題点が重なって多くの困難があることが明らかとなった。

目 的

多くのスモン患者さんは高齢化し¹⁾、外出の機会が減少し、検診の受診率も年々低下してきている^{2,3)}。昨年、我々はそうしたスモン患者さんの調査から、患者さんの自立生活の維持や転倒の防止、さらには外出機会の増加、縮小しつつある社会活動の拡大のために、患者さんの自宅を直接訪問してリハビリテーション上の支援を行うことが必要であることを明らかにした⁴⁾。

しかし実際にスモン患者さんに訪問リハビリテーションを導入するには多くの問題点が予想される⁵⁾。それらの問題点を明らかにするために、実際に訪問リハビリテーション介入を実施してみてどのような問題点が出てくるのかを検討することとした。そこで、今年度は3症例をモデルケースとして選択し、実際リハが実施されるまでを確認し、その活動の中からスモン患者さんの訪問リハの方法や問題点について検討することとした。

方 法

対象は、我々がこれまでの検診や患者会との協議により、訪問リハビリテーションが必要であると判断された患者さんの中から、状況や自立度のかなり異なる患者さんをモデルケースとして、今回3名を選択抽出した。

方法は、上記のように選択されたそれぞれの患者さんに趣旨を説明し、理解と同意を得た上で、自宅を実際に訪問し、初期評価、構造評価を行い、その結果を基に研究グループメンバーで数回のカンファレンスを実施しリハ目標を設定、実施計画を作成した。リハビリテーションの目標や実施計画を患者さんや患者家族に説明し、同意が得られたら、医療施設、ケアマネジャー、介護施設を選択し、各施設に趣旨を説明し、サービスの開始を依頼した。

この時点までの状況をカンファレンスで検討し、問題点をまとめた。

表1 各症例の初期評価・医療状況等の結果

	症例 1	症例 2	症例 3
移動状況	屋内のみ、手摺り歩行	屋内のみ、手摺り歩行	屋外：自立 屋外は杖歩行
移動安定性	歩行は手摺りが必要	歩行は介助が必要	屋内外ともほぼ自立安定
食事・排泄能力	食事と排泄のみ自立	排泄時の起立困難	ほぼ全て自立
外出状況	月1回内科医院 週2回マッサージ	隔日で肝障害の治療に近医に受診のみ	週1回近医を受診
社会的対人交流	マッサージ院での交流のみ	ほとんどなし	電話以外は一人で部屋に閉じこもりがち
医療の状況	高脂血症の治療とマッサージ	慢性肝炎の治療	高血圧治療と鍼灸・マッサージ
介護保険	未申請	要介護Ⅱ（訪問入浴を週1回）	未申請

表2 リハビリテーションのニードとゴール

	症例 1	症例 2	症例 3
本人のリハニード	ほとんどなし	ほとんどなし	ほとんどなし
本人のその他の希望	たまには買い物に出たい	通院を維持したい	話し相手が欲しい
客観的リハニード	・下肢筋力低下から再転倒の危険性 ・転倒・骨折から寝たきりの危険	・かろうじてつかまり立ちの筋力のみ なのでまもなく起立不能の危険性	・抑鬱状態の改善 ・活動性の維持の必要性
短期リハゴール	屋内の環境調整と筋力アップにより転倒を防止	筋力アップにより歩行能力を維持・向上し介護量を軽減	外出の機会を増やし、対人交流・社会参加を促す
長期リハゴール	シルバーカーを利用して外出を可能にする。	・環境調整と筋力アップによって介護量を軽減する ・心理支援により QOL を改善する	・家庭内の役割の獲得と社会参加 ・心理支援と QOL の向上

症 例

〔症例 1. K.K. 82 歳、女〕 感覚障害は臍以下で中等度。運動能力も 10 年前（71 歳）までは独歩可能であった。5 年前より歩行がやや不安定になり、外出は近くに限られるようになり一本杖を使用するようになった。それでもその頃は杖歩行で 20 分程度のスーパーにも行けた。その後頻回の転倒で脊椎の圧迫骨折をして、2 年前からは自力では外出しなくなり、屋内でも最小限の手すり伝い歩きの他は寝たり起きたりとなった。

〔症例 2. I.F. 78 歳、女〕 感覚障害は臍以下で中等度。運動能力も以前は杖歩行で自立していたが、10 年ほど前から次第に下肢筋力が低下し、夫の介助が必要になった。ところが、5 年前、夫が小脳梗塞を発症し介助が困難になり、そのため肝炎の治療に近医まで夫の運転の自動車でかろうじて通院する以外はほとんど外出しなくなった。現在介助歩行か掴まり立ち歩行のみ可能。要介護 2。訪問入浴と訪問マッサージを受けている。

〔症例 3. H.T. 79 歳、女〕 感覚障害は臍以下で中等度。運動能力は杖歩行で自立。日常生活は全て自立。身体的には歩行能力の低下の他は問題が少ないのに精神的に次第に無気力、抑鬱的となり、転倒し第 5 足指を骨折したりして、将来への不安などから活動性が低下し、家でボーとしていることが多くなってきた。

結 果

訪問しての初期評価の結果の概略を表 1 に示した。3 例に共通するのは次第に活動性が低下してきており、それに伴って歩行能力などが低下し、転倒を頻回に起こしていることである。

リハビリテーションに対する必要性の評価とリハビリテーション介入の目標を表 2 にまとめた。3 例とも客観的には下肢機能の維持や転倒防止に必要な筋力維持のためのリハビリテーションが極めて重要であるが、本人自身にはそうした要望はなく、次第に寝たきりになる状況が迫っている状態である。

訪問を前提にしたリハビリテーション治療介入の具体的計画は表 3 にまとめた。

表3 リハビリテーションプラン

	症例 1	症例 2	症例 3
リハサービス実施施設の検討	医療保険リハ施設の検討	医療保健リハ施設の検討	医療リハ・介護保険の対象外であることを確認
受給の準備支援	介護保険申請支援	利用中(要介護Ⅱ)	行わなかった
サービス施設との協議	介護保険での訪問リハ施設と協議	医療保険施設と協議	保健所と機能訓練事業の利用を協議
本人への説明と同意	本人・家族と協議・了解を得る	本人・家族と協議・了解を得る	本人に説明
リハ実施担当者との協議	訪問リハ・通所リハ担当 PT、OT と協議	担当 PT、OT と協議	担当保健婦と協議
実施内容を本人・家族と協議	本人・家族と協議・了解を得る	本人・家族と協議・了解を得る	保健所から本人に連絡

症例1では日中独居状態となり、寝たり起きたりであるが介護保険は未申請であった。内科診療所で高脂血症や骨粗鬆症の治療を受けているが、主治医からリハビリテーションの必要性や介護保険の申請を奨められたことはなかった。今回の介入に当たって、医療保険での訪問リハビリテーション実施施設が利用可能な地域になく、介護保険を申請しなければならなかった。しかし介護保険の訪問リハビリテーションを行っている施設も少なく、施設探しが困難であった。

症例2では医院に通院する以外は殆ど寝たきりの生活であったが、要介護度はⅡと低い認定であった。患者さん自身も医療費が全額公費負担となっているのに、介護保険が1割自己負担となっていることに納得がいかず、利用に消極的で、またケアマネージャーも積極的に課題分析を実施しないこともあって、訪問入浴を受けているだけで、これまで訪問リハビリテーションは行われていない。本人は経済的にも全額公費負担の医療保険での訪問リハビリテーションでなければ利用できないというので、医療保険の訪問リハビリテーション実施施設探しをしなければならなかった。幸い、比較的近隣にリハビリテーション病院がありそこからの訪問リハビリテーションを利用することになった。

症例3は問題解決に最も困難を感じた。いわゆる「できるADL」と「しているADL」の乖離が著しい症例で、その原因に心理社会的要因があった。気力の衰えに家庭内の役割の喪失が重なり、活動性が著しく減退していた。現在の日本ではこうした状態を改善する十分な公的支援はなく。医療や介護の対象からも外れている。皮肉なことに閉じこもりの結果として骨折

や痴呆化が発症すれば医療や介護保険の対象となる。唯一、保健所の機能訓練事業B型だけがこのような高齢者を対象にした支援活動であったので、月1回の参加の効果は疑問であったが、保健所と連絡を取って積極的に参加を呼びかけることとした。

3症例とも最終的には閉じこもりの防止のために通所リハビリテーションに繋げていく必要があるが介護保険の通所リハビリテーションが集団リハビリテーションのみの所も多く、個別リハビリテーションを必要とするスモンでは施設探しがさらに困難であった。また医療保険や機能訓練事業B型では送迎サービスがなく利用不可能であった。

考 察

たった3例であったが実際に訪問リハビリテーション介入を計画して多くの困難が判明した。それらは実はこれまでも指摘されていたことであったが、実際の3例にそれぞれ典型的な形で反映していることであらためて印象づけられた。それらの概要を表4にまとめた。

スモンの訪問リハビリテーションを実際計画してみると患者のニーズが必ずしも高くないことが分かった。次第に歩行能力が低下してきても、老化現象との区別がつかず、歳をとったから仕方がないと思っていたり、気力の衰えが著しかったり、家庭や社会生活上の役割を喪失していたり、障害を持ちながら苦勞して育ててくれた親に楽にさせてやりたいと思う子供から大事にされ過ぎていて、何もしないで、寝たり起きたりしている状況が許されていることなどから、改善の意識は生まれないことが多い。また、多くの患者がさまざま

表 4 症例を通じて判明した問題点

	症 例 1	症 例 2	症 例 3
医療保険施設の利用	利用可能な地域に訪問リハ施設がない	利用可能施設があったが、主治医の紹介もなく、これまで利用していない	心理的閉じこもりは医療の対象外
介護保険の利用	主治医からもマッサージ院からも指導がなく、準寝たきりであるのに未申請となっていた	自己負担金の負担増が困難でこれ以上の利用を拒否	日常生活上はできる ADL が自立しているの、介護保険の対象にならない
送迎付き通所リハ	個別リハを行っている施設が少ない	痴呆主体の集団リハに参加して嫌気	
保健所の機能訓練事業 B 型	障害者は対象外	障害者は適応外	保健所が遠く送迎サービスが無い

な理由で主治医を持っているが、一般内科医はリハビリテーションの必要性の認識が高くなく、積極的にリハビリテーションを受けるといった指導を行わない。こうして状況から多くのスモン患者さんが転倒を契機に骨折し、それがもとで寝たきりとなっている。

次にリハビリテーションをおこなう施設の問題点が実に大きいことが明らかとなった。スモンの治療として全額公費負担となる医療保険での訪問リハビリテーションを受けることが最も望ましいが、訪問リハビリテーションを行っている医療保険の施設は実に限られており、利用できるスモン患者はごくわずかである。したがって介護保険での訪問リハビリテーションを利用することになるが、この場合 1 割の利用者負担が問題となる。同じスモンの治療やリハビリテーションでありながら医療保険は全額公費、介護保険は 1 割自己負担という事実はスモン患者さんには受け入れがたいことであろう。通所リハビリテーションは閉じこもりがちなスモン患者さんにとって外出の機会とする良い方法であるが、介護報酬とリハ職員の不足から集団リハが主流で、そうなると圧倒的に利用が多い痴呆高齢者が主体でスモン患者さんにとってこれもなかなか受け入れがたい雰囲気になってしまう。

保健所の機能訓練事業 B 型は何とか自立生活を送れる高齢者にはぴったりの公共のサービスであるが月に 1 回の頻度と送迎サービスがなく、遠くの保健所まで行かなければならないことがネックとなって効果が疑問視される。そんなことでスモンの利用者はほとんどいないのが実状である。

結 論

訪問リハビリテーションの必要性が高いスモン患者さんに対して実際に訪問リハビリテーション介入を試

みて、その可能性と実施上の問題点を探った。その結果、本人も家族も訪問リハビリテーションの必要性をあまり認識していないか、サービスの利用の仕方を知らなかった。公費負担で利用できる医療保険では訪問リハビリテーションを実施している所が少なく、利用が困難であった。医療が公費負担なのに介護保険が公費負担となっていないことや、認定が低いため、介護保険も未申請か限定的利用であった。スモンの訪問リハビリテーションの実施にはこうした問題点が重なって多くの困難があることが明らかとなった。

文 献

- 1) 松岡幸彦：総括研究報告，厚生科学費補助金スモンに関する調査研究班・平成 14 年度研究報告書，p.13
- 2) 祖父江元，ほか：平成 14 年度中部地区スモン患者の実態 — スモン障害度と介護認定について —，厚生科学費補助金スモンに関する調査研究班・平成 14 年度研究報告書，p.40
- 3) 水谷智彦，ほか：関東・甲越地区におけるスモン患者の検診 — 第 15 報 —，厚生科学費補助金スモンに関する調査研究班・平成 14 年度研究報告書，p.36
- 4) 杉村公也，ほか：スモンにおける訪問リハシステムの確立に関する研究 — 患者ニーズの調査 —，厚生科学費補助金スモンに関する調査研究班・平成 14 年度研究報告書，p.112
- 5) 島 功二，ほか：在宅生活が困難となってきた高齢 SMON 患者の入院から在宅復帰をふり返る，厚生科学費補助金スモンに関する調査研究班・平成 12 年度研究報告書，p.55

和歌山県スモン患者の歩行能力とリハビリテーション

—— ファンクショナルリーチテストを用いた検討 ——

吉田 宗平（関西鍼灸大学神経病研究センター）

鈴木 俊明（ ” ）

中吉 隆之（ ” ）

池藤 仁美（ ” ）

吉益 文夫（ ” ）

要 旨

和歌山県スモン患者の歩行能力とリハビリテーションの関係について、立位でのファンクショナルリーチテストを用いて検討した。

対象は、平成 15 年度和歌山地区スモン検診で診察した患者のうち 10m 平地歩行が可能である患者 8 名（男性 1 名、女性 7 名）で、平均年齢は 82.5 歳である。スモン検診個人票の、10m 歩行時間、運動障害（筋力低下、痙縮、筋萎縮）、感覚障害（表在感覚、異常感覚）の神経学的所見に基づいて歩行機能を障害している原因について検討した。また、立位での前方・側方へのファンクショナルリーチテストを行ってリーチ距離とリーチの際の戦略方法を評価し、10m 歩行時間との関係について検討した。

10m 歩行時間の平均は 24.1 秒であり、健常者の 2 倍程度の時間を要していた。歩行時間が遅いほど、運動機能、感覚機能の障害度が重度であった。10m 歩行時間と前方・側方へのリーチテストでの移動距離との間には相関を認めなかった。10m 歩行時間が速い患者のリーチテストにおける動作様式は足関節戦略であり、歩行時間が遅い患者の動作様式は股関節戦略であった。

本結果より、歩行機能を改善するには、立位での体重移動距離を伸ばすだけでなく、動作様式を改善させることが重要であることが示唆された。

目 的

平成 14 年度の和歌山県スモン検診では、神経内科

医、理学療法士、鍼灸師が同行し医師の診察だけでなく、理学療法士による運動指導と鍼灸師による鍼灸治療をおこなった。その結果、スモン患者のリハビリテーションでは、筋力低下のような二次的障害に対するアプローチだけではなく、本疾患特有な感覚障害に対する再学習を基本にした運動学習を行なう必要があると報告した。すなわち、具体的な歩行改善を目的としたリハビリテーションアプローチとしては、正常な運動パターンを指導するなかで、特に足底の感覚を十分に意識させて感覚機能を再教育することが必要である。

そこで、本年度は、和歌山県スモン患者の歩行能力とリハビリテーションの関係について、立位でのファンクショナルリーチテスト（以下、リーチテスト）を用いて検討したので報告する。

方 法

対象は、平成 15 年度和歌山地区スモン検診で診察した患者のうち 10m 平地歩行が可能である患者 8 名（男性 1 名、女性 7 名）で、平均年齢は 82.5 歳であった。スモン検診個人票の、10m 歩行時間、運動障害（筋力低下、痙縮、筋萎縮）、感覚障害（表在感覚、異常感覚）の神経学的所見に基づいて歩行機能を障害している原因について検討した。また、立位での前方・側方へのリーチテストを実施しリーチ距離を測定した（図 1）。リーチテストは体重移動能力を検査するものである。立位でのリーチテストは、歩行の際に必要な体重移動能力を測定することができ、歩行能力と相関が高いと考えられる。具体的には、立位姿勢で上肢を

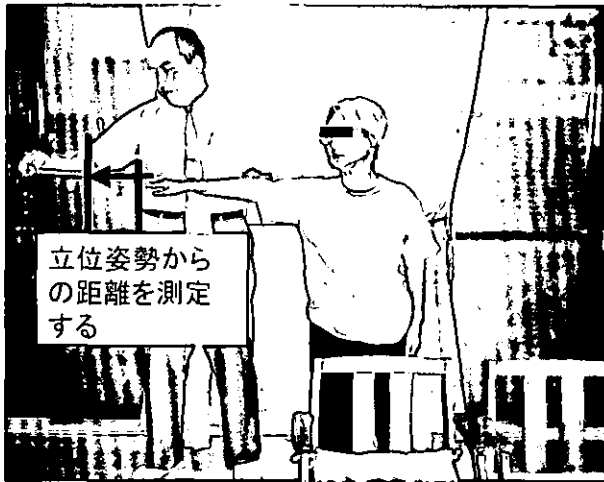


図1 ファンクショナルリーチテスト（右側方）の検査方法
立位姿勢から出来るだけ遠くに手を伸ばした（図では右側方）時の距離を測定する。このとき、両足底を浮かさないように注意し、リーチする際の戦略方法も検査する。

リーチする方向に挙上し（前方リーチテストでは肩関節 90° 屈曲位、側方リーチテストでは肩関節 90° 外転位）、その状態から下制することなくリーチ方向に手を伸ばした状態で、最大のリーチ距離を測定した（図 1）。また、リーチの動作様式より動作戦略方法について検討した。

結 果

1) 10m 歩行時間と神経機能との関係

10m 歩行時間の平均は 24.1 秒であった。今回の対象症例には 70 歳代女性が多いが、70 歳代女性の健常者では 10m 歩行時間の平均が 10.5 秒⁹⁾であり、対象症例は 10m 歩行において健常者のおよそ 2 倍の時間を要していた。また、歩行時間が遅いほど、運動機能、感覚機能の障害度が重度であった。

2) 10m 歩行時間と前方・側方へのリーチテストにおける移動距離および動作戦略との関係

10m 歩行時間と前方・側方へのリーチテストでの移動距離との間には相関を認めなかった（図 2）。一方、10m 歩行時間が速い患者のリーチテストにおける動作戦略方法は足関節戦略であり、10m 歩行時間が遅い患者の動作戦略方法は体幹傾斜をともなった股関節戦略であった（図 3）。

考察および結論

立位での体重移動訓練は、歩行機能向上のためのリハビリテーションとしてよく用いられている。この時、

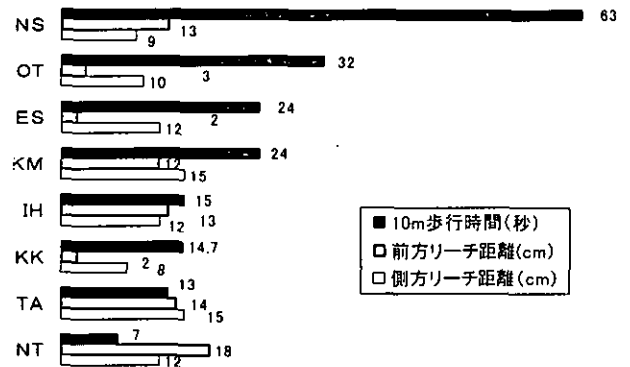


図 2 10m 歩行時間と前方・側方リーチ距離との関係
症例毎のデータを示す。10m 歩行時間と前方・側方のリーチテストでの移動距離との間には相関を認めなかった。

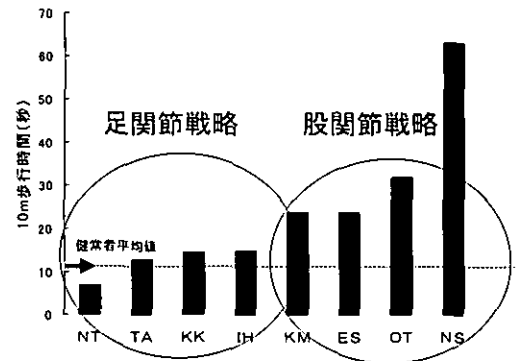


図 3 10m 歩行時間とリーチ戦略との関係

症例毎のデータを示す。10m 歩行時間が早いほど足関節戦略であり、遅いほど股関節戦略である。足関節戦略と股関節戦略の境界は、10m 歩行時間 24 秒（今回の対象者の平均値で、健常者データの 2 倍程度である）であった。

我々にはできるだけ大きく体重移動できる能力を要求することが多い。今回は、体重移動能力についてリーチテストを用いて測定し、まず 10m 歩行時間との関係を検討した。その結果、10m 歩行時間とリーチ距離には相関はなかった。しかし次いで、リーチの動作様式より動作戦略方法について検討したところ、10m 歩行時間との間に次のような関係を認めた。すなわち、健常者におけるリーチ動作様式は足関節戦略であるが、今回の検討では、リーチ動作様式が足関節戦略であるものは 10m 歩行時間が短い患者であり、反対にリーチ動作様式が股関節戦略であるものは 10m 歩行時間が長かった。この結果は、歩行能力の向上には、第一にリーチ戦略が足関節戦略であることが重要であり、次いで、その足関節戦略のもとで前方・側方の移動距離を増やす必要があるということを示すものである。

スモン患者のリーチ戦略が股関節戦略になる理由と

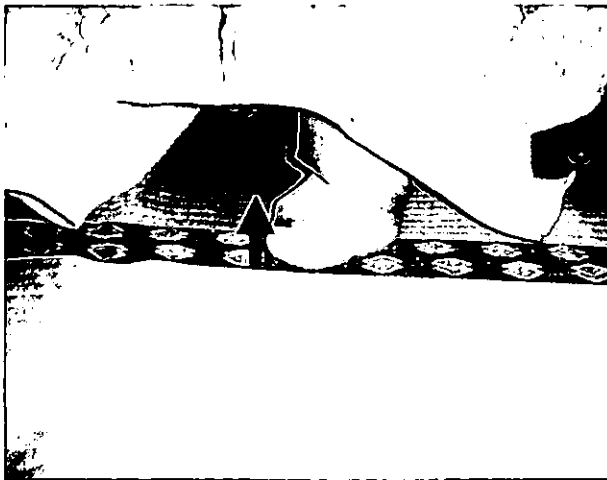


図4 スモン患者の特徴的な足部 (ES 82歳 女性)
足指伸展しており、足圧中心は後方に偏倚していることが想像できる。



図5 歩行中の立位姿勢 (ES 82歳 女性)
常に足圧中心が後方にあるため、歩行中は後方に転倒する傾向にある。

しては、安静立位における足関節での体重負荷が後方にあり（すなわち足圧中心が後方にある）（図4、5）、リーチ動作の際、足関節におけるリーチ方向への円滑な体重移動が困難で、代償として股関節戦略によってリーチ動作を行うためであると考えられる（図6）。以上のことから、スモン患者に足関節戦略を獲得させ、歩行機能を改善させるためには、足底の感覚再教育を充分に行って足圧中心を正しい位置に戻すことが必要である。すなわち、今回の結果からも、昨年度の報告²⁾と同様に、スモン患者に対するリハビリテーションには、足底感覚の再教育が重要であることが確認された。

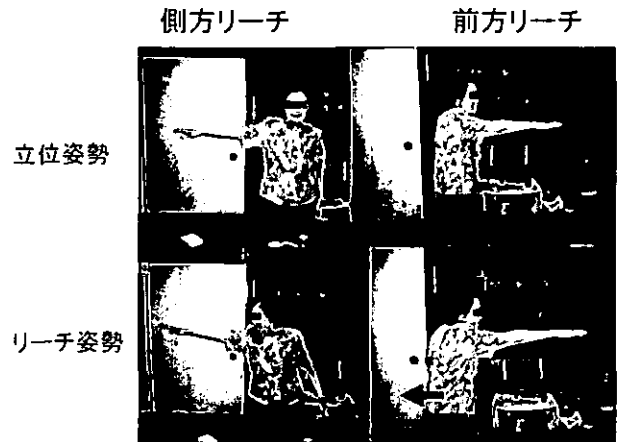


図6 代表的なリーチ動作 (ES 82歳 女性)
側方・前方ともに股関節戦略である。

文 献

- 1) 中村隆一，齊藤 宏，長崎 浩：基礎運動学第6版，p.364，医歯薬出版，東京，2003.
- 2) 吉田宗平，鈴木俊明，谷 万喜子：和歌山県スモン患者の歩行能力とリハビリテーションアプローチ，厚生労働科学研究費補助金（特定疾患対策研究事業），スモンに関する調査研究班・平成14年度総括・分担研究報告書，91-93，2003.

神奈川県スモン患者における加齢による身体・精神機能の変化

菊地 尚久（横浜市立大学医学部附属市民総合医療センターリハビリテーション科）

安藤 徳彦（ ” ” ）

長谷川一子（国立相模原病院神経内科）

要 旨

スモン患者は発症から長期間経過しており、患者が非常に高齢化しているのが現状である。したがって疾病自体による障害に加えて、加齢による身体機能、精神機能の低下が合併している状況が危惧される。今回我々は神奈川県スモン班が検診した患者に対してADL、歩行能力、生活活動度、転倒頻度の経年的な変化について縦断的な調査を施行し、また単年度での年齢別知的能力の変化について調査した。対象は1993年以降にスモン検診を受診した患者のうち3年間以上経過観察が可能であった56名で、この患者を年齢別に4群に分類し調査を施行した。80歳以上の高齢患者では経年的にADL、歩行能力、生活活動度の低下が生じており、在宅・施設リハの活用も含めた機能維持に対する方策が必要と考えられた。また知的能力に関しては80歳以上の高齢群ではMini Mental State Examination（以下MMSE）が23点以下の比率が66.7%であり、身体機能低下に加えて加齢に伴う精神機能低下も合併している症例が多く、日常生活や社会生活における介護度の増加が予測された。

目 的

スモン患者は発症からすでに長期間経過しており、患者自身が非常に高齢化しているのが現状である。したがって現在では疾病自体による障害に加え、加齢による身体機能、精神機能の低下を合併している状況が予測される。今回我々は、神奈川県スモン検診班が検診した患者に対してADL、歩行能力、生活活動度、転倒頻度の経年的な変化についての縦断的調査を報告するとともに単年度での年齢別の知的能力の変化を調査したので検討を含めて報告する。

方 法

対象は1993年以降にスモン検診を受診した患者87名のうち3年間以上経過観察が可能であった56名である。検診方法は患者の希望に応じ、拠点検診、病院検診、在宅訪問の3方法で行った。データは全て検診票から抽出した。加齢による変化をみるために年齢別に4群に分類した。すなわち、初回評価時が60歳未満であったA群（n=6）、60歳以上70歳未満のB群（n=24）、70歳以上80歳未満のC群（n=16）、80歳以上のD群（n=10）である。

経年的変化に関する調査項目は以下の4項目である。すなわち日常生活動作の指標としてのBarthel Index（100点満点）、検診票に示された歩行能力（9段階）、老研式活動能力指標（14点満点）、転倒頻度（4段階）である。このうち老研式活動能力指標については『はい』を1点、『いいえ』を0点として14点満点で評価した。これらの項目について年齢別にそれぞれ5年間の経年的変化を追跡した。さらにこれらの患者に対して本年施行したMMSEのデータを求めた。

以上の項目について年齢別に統計学的検討を加えた。尚、統計学的検討にはt検定を用い、有意水準は5%とした。

結 果

Barthel IndexによるADLの経年的変化を図1に示す。1年目の点数はA群で90点、B群で94点、C群で86点、D群で91点であった。統計学的に経年的変化を示したのはD群であり、1年目との比較でD群においては4年目が77点、5年目が64点と有意な低下を示した。

歩行能力の経年的変化を図2に示す。1年目の点数

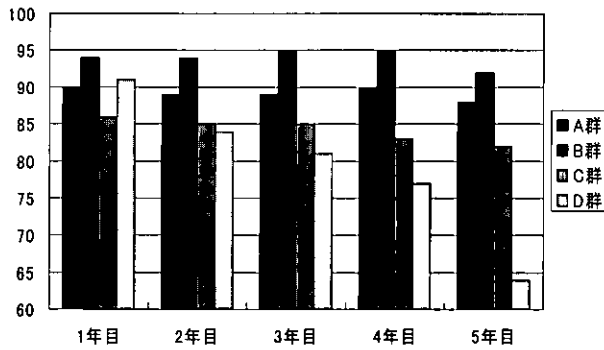


図1 ADLの経年的変化

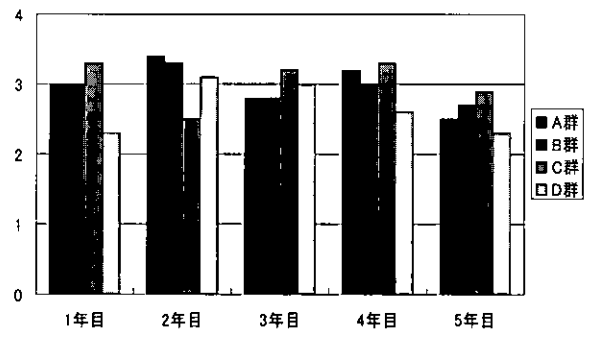


図4 転倒頻度の経年的変化

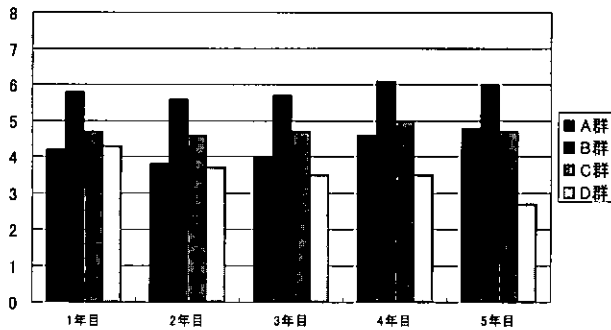


図2 歩行能力の経年的変化

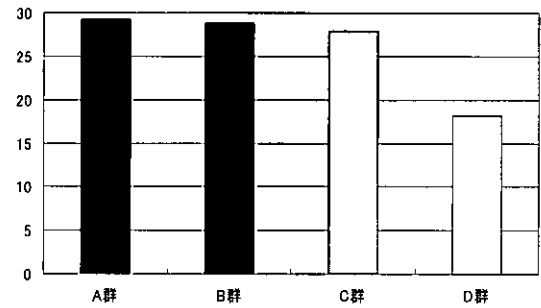


図5 MMSEの年齢別変化

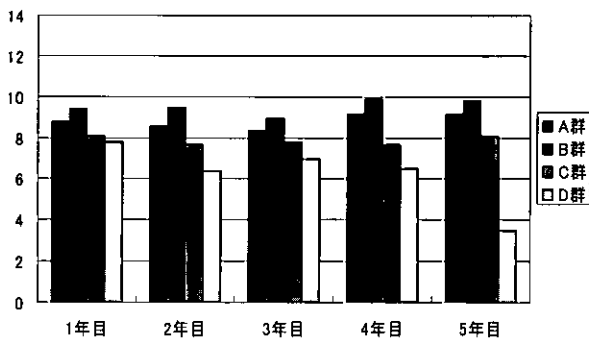


図3 活動度の経年的変化

はA群で4.2点、B群で5.8点、C群で4.7点、D群で4.3点であった。統計学的に経年的変化を示したのはD群であり、1年目との比較でD群においては5年目が2.7点と有意な低下を示した。

生活活動能力の経年的変化を図3に示す。1年目の点数はA群で8.8点、B群で9.4点、C群で8.1点、D群で7.8点であった。統計学的に経年的変化を示したのはD群で4年目が6.5点、5年目が3.5点と低下し、1年目と5年目の比較で有意差を認めた。

転倒頻度の経年的変化を図4に示す。1年目の点数はA群で3.0点、B群で3.0点、C群で3.3点、D群で2.3点であった。統計学的に経年的変化を示した群

は認められなかった。

MMSEの単年度の年齢別変化を図5に示す。A群、B群、C群ではほとんどの患者が25点以上であった。しかし、80歳以上のD群では6名中4名66.7%において23点以下であり、平均値も18.2点と他の群と比較して有意な低下を示した。

考 察

80歳以下の高齢群では5年間の経過において経年的にADL、歩行能力、生活活動度の低下を認めた。今回の結果から高齢スモン患者においては加齢に伴う身体機能の低下が合併していることが示され、これにより日常生活、社会生活の自立に制限が生じていることがわかった。したがって、身体機能低下を防ぐために在宅リハや通所リハの活用も含めた機能維持に対する方策が必要であり、また閉じこもり症候群を防ぐために、ヘルパーなどの利用も含めた外出機会の確保が必要であると考えられた。

一方、転倒の頻度に関しては年齢による明らかな経年的変化を認めなかった。転倒の原因は加齢による体幹・下肢の筋力低下や精神機能低下だけが原因とは限らず、スモン自体による感覚障害も大きな要素と考えられるためはっきりとした傾向が現れないものと推察

された。

知的能力に関しては80歳以上の高齢群では他の群と比較してMMSEが低下しており、23点以下の比率は66.7%であった。高齢スモン患者では先に述べた身体機能に加えて加齢に伴う精神機能低下も合併している例が多く、日常生活や社会生活における介護度の増加が予測される。しかし、詳細な検討をするためには今後個々の患者に対する縦断的な調査が必要と考えられた。

結 論

- 1) 神奈川県スモン検診班が診察した患者に対してADL、歩行能力、生活活動度、転倒頻度について年齢別に縦断的な調査と単年度での知的能力検査を施行した。
- 2) 80歳以上の高齢スモン患者では経年的にADL、生活活動度の低下が生じており、在宅・施設リハの活用も含めた機能維持に対する方策が必要と考えられた。
- 3) 80歳以上の高齢群ではMMSEが20点以下の比率が66.7%であり、身体機能低下に加えて加齢に伴う精神機能低下も合併している症例が多く、日常生活や社会生活における介護度の増加が予測された。

スモン患者の嚥下障害に関する調査

三浦 忠俊（川崎医科大学リハビリテーション医学教室）
椿原 彰夫（ ” ” ）
目谷 浩通（ ” ” ）
竹中 晋（ ” ” ）
平岡 崇（ ” ” ）
番月 達也（川崎医科大学附属病院リハビリテーションセンター）

要 旨

我々は、これまで岡山県下のスモン患者を対象として、嚥下障害の実態についてスモンの集団検診時に調査を行ってきた。平成 15 年度は、検診に来ることができない患者も含めた嚥下障害の実態調査を行うため、岡山県下のスモン患者 275 名に対して、嚥下障害に関するアンケート用紙を郵送することでスクリーニング評価を実施した。

評価項目は、嚥下障害を疑わせる症状・徴候 17 項目で、三者択一方式とした。「症状・徴候あり」とされた項目数および、各項目における人数の割合を平成 14 年度の間診によるアンケート結果と比較検討した。275 名中有効回答が得られたのは 182 名（66%）であった。「症状・徴候あり」と回答された平均項目数は、昨年度と比較して多かった（昨年度 4.1±3.5、今年度 5.8±4.3）。さらに、昨年度も症状として多かった「食事中のムセ」、「お茶でのムセ」、「食べるのが遅い」、「硬いものの食べにくさ」、「食物が口からこぼれる」というような口腔相の障害を疑わせる項目が、今年度も多い傾向が認められた。また、「体重減少」、「食事量の減少」といった、昨年度は認められなかった全身状態や加齢の影響を受ける項目が新たに加わっていた。このことから、①検診に来られない人ほど重度の嚥下障害が疑われること、②スモン患者では口腔相の障害が多い可能性があることが示唆された。今後スモン患者に対して、口腔ケアや口腔体操など、特に口腔相の障害に対する機能訓練を、早期から積極的に行うこと

で、能力の維持・QOL の改善が図れると考えられる。

目 的

これまでに、我々は岡山県下のスモン患者を対象として、検診時に問診や簡単なスクリーニング検査を行うことによって、嚥下障害の実態について調査してきた。しかし、重篤な運動機能障害を持つ場合や、加齢により外出が困難になるなどの理由で、集団検診を受診できないケースが見られるようになっていた。そこで今回は、集団検診に参加することのできないスモン患者も含めて、嚥下障害の実態を把握するために、アンケート用紙を郵送して調査を行った。

対象と方法

対象は、岡山県下で平成 15 年度にスモン患者と認定されている者 275 名とした。方法としては、まず当院が独自に作成したアンケート用紙（藤島らが使用している問診表を元に作成したもの）を全例に郵送した。アンケートの内容（表 1）は平成 14 年度と同様で、嚥下障害を疑わせる症状・徴候である。具体的には、「1. 肺炎の既往」、「2. 体重の減少」、「3. 食事量の減少」、「4. 食事内容の変化」、「5. 飲み込みにくさ」、「6. 食事中のむせ」、「7. お茶でのむせ」、「8. 食後の痰増加」、「9. 食べ物の咽頭残留感」、「10. 食事時間の延長」、「11. 硬いものの食べにくさ」、「12. 食べ物を口からこぼす」、「13. 食べ物の口腔内残留」、「14. 胃からの逆流感」、「15. 食べ物の詰まった感じ」、「16. 咳嗽で夜間覚醒」、「17. 食後の湿声」の 17 項目を取り上げ、その程度・頻度を A : 「しばしば・たいへん」、

表1 嚥下障害に対するアンケート項目（文献3を改変）

1	肺炎と診断されたことがありますか	A.繰り返す	B.一度だけ	C.なし
2	体重が減ってきましたか	A.明らかに	B.わずかに	C.なし
3	食べる量が減りましたか	A.明らかに	B.わずかに	C.なし
4	食事内容(嗜好)が変わってきていますか	A.明らかに	B.わずかに	C.なし
5	物が飲み込みにくいと感じることがありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
6	食事中にむせることがありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
7	お茶でむせることがありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
8	食事中や食後に痰が多くなる事がありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
9	のどに食べものが残る感じはありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
10	食べるのが周りの人より遅いですか	A.たいへん	B.わずかに	C.なし
11	硬いものが食べにくくなりましたか	A.たいへん	B.わずかに	C.なし
12	食べ物が口からこぼれる事がありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
13	食べ物が口の中に残る事がありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
14	食べ物や酸っぱい液が胃から戻ってくる事がありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
15	胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがする事がありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
16	夜間、咳で目覚めることがありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
17	食後に声がガラガラになる事がありますか	A.しばしば	B.ときどき	C.なし

表2 「症状・徴候あり」の項目数の比較

	項目数の平均
平成14年度	4.1±3.5 (n=27)
平成15年度	5.8±4.3 (n=182)

B:「ときどき・わずかに」、C:「なし」の3段階に分けたものである(表1)。AとBは嚥下障害の「症状・徴候あり」と判断した。次に昨年度と今年度の結果を比較検討した。検討内容は、①「症状・徴候あり」とされた項目数、②各項目における人数の割合とした。②については χ^2 検定を用い、危険率5%で解析を行った。

結果

アンケートを郵送した275名中、有効回答が得られたのは182名(男性48名、女性134名、平均年齢72±10歳)であった。昨年度は27名(男性5名、女性22名、平均年齢70±9歳)であった。有効回答が得られた182名のうち、嚥下障害を疑わせる「症状・徴候がある」と回答した項目数は、患者一人あたり平均5.8±4.3項目であった。昨年度は、患者27名において、1人あたり平均4.1±3.5項目であり、患者1人あたりの項目数は、今年度の方が多い傾向が認められた(表2)。

項目別人数では、「体重減少」、「食事量の減少」、「硬いものの食べにくさ」、「食物が口からこぼれる」の4項目が昨年度と比較して、人数が有意に多かった。「体重減少」と「食事量の減少」については、今年度のアンケートで新たに症状ありとされた項目であった

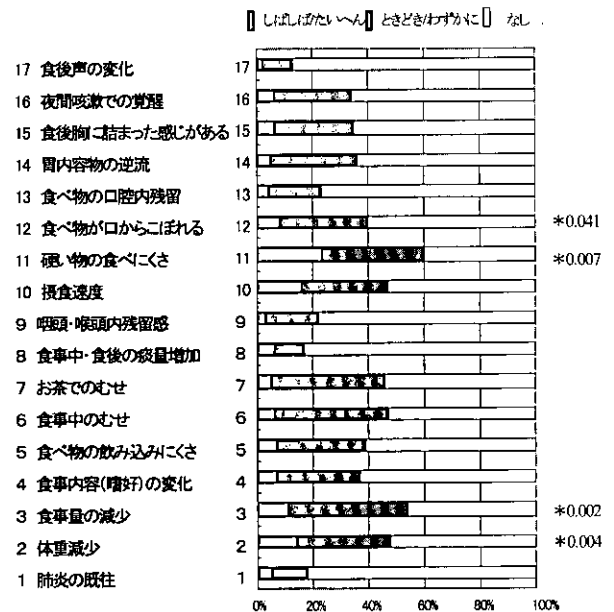


図1 項目別の比較

(図1)。

考察

今回我々は、重症もしくは高齢などの理由で、検診に来ることができない岡山県下のスモン患者を含めたアンケート調査を郵送形式によって試みた。

昨年度と比較して今年度の結果では、「症状・徴候あり」と回答した項目数が多かった。さらに、口腔相の障害を疑わせる項目については、昨年と同様に今年度でも多く認められた。それだけでなく、「体重減少」、「食事量の減少」といった昨年度は認められなかった全身状態や加齢の影響を受ける項目が新たに加わっていた。このことから、①検診に来ることができない人

(重症者や加齢の影響を強く受けている患者)ほど、重度の嚥下障害が疑われること、②口腔相の障害が多いことが示唆された。よって、今後スモン患者において口腔ケアや口腔体操など、嚥下障害でも特に口腔相の障害に対する機能訓練を、早期から積極的に行い、指導することにより、能力の維持・QOLの改善を図ることができるのと考えられる。

また、今回使用したアンケートの内容は、全身状態・加齢の影響について新たな調査を行うために、2002年に藤島らが報告したものに、食事量の減少と食事内容の変化に関する項目を追加したものである。藤島らの報告によれば、アンケートで1項目でも「症候あり」との回答があれば、嚥下障害を疑ってもよいとしている。このことから、嚥下障害の重傷度や原因について明言はできないが、スモン患者に嚥下障害が合併する可能性があると考えられる。しかし、我々の用いたアンケートは項目数が若干増えているため、さまざまな疾患群における嚥下障害に対する感度や特異度を再度検討する必要がある。さらに、今回はアンケートによる調査のみに留まったが、アンケート調査で嚥下障害を疑われた症例に関しては、今後嚥下ビデオ造影検査(VF)の施行も考慮している。

結 論

今回の調査では、検診に来ることができないスモン患者も含めて検討した。スモン患者における口腔ケアや口腔体操など、嚥下障害のうち特に口腔相の障害に対する機能訓練を早期から積極的に行い、指導することが重要である。

文 献

- 1) 大熊るり・藤島一郎・他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発，日摂食嚥下リハ会誌 6 (1)：3-8, 2002.
- 2) 藤島一郎・他：嚥下障害のスクリーニングテスト，Journal of Clinical Rehabilitation, 医歯薬出版, Vol.11, No9, 2002, pp.790-796.
- 3) 竹中 晋・他：スモン患者の嚥下スクリーニング評価，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年度総合研究報告書，2002, pp.145-147.

山陰地区スモン患者の実態（その2）

—— スモンになっての気持ちについて ——

下田光太郎（国立療養所西鳥取病院神経内科）

甲斐 太（ ” ）

岡田 浩子（ ” ）

井上 一彦（ ” ）

金藤 大三（ ” ）

目 的

我々は昨年の班会議で鳥根鳥取両県のスモン患者の実態について報告した。そこでは山陰両県のスモン患者の神経機能やADLについての状況がおおよそ明らかになった。前回のアンケート及び訪問によってほぼ患者の状態が把握できたので、今回は前回の調査を継続し、状況の確認に努めると共に日常生活動作や介護保険の受給状況の調査をする。またスモンになったことに対してどう考えているか、あるいは患者の疾患に対する思いをまとめてみた。さらに前回同様希望者に訪問検診を行い、様々の訴えを聞いた。

方 法

前任者より申し送りのあったスモン患者リストを参考に、昨年死亡された人をのぞきアンケートを郵送した。アンケート内容は①身体状況、②医療介護受診受給状況、③日常生活状況、④精神神経機能状況、④スモンに罹患した事への気持ちについて等である。選択方式をとり、症状については、①なし、②軽度、③中程度、④高度等とした。また一部では重複可で答えてもらった。またあらかじめ訪問診療の希望を聞き、希望者の内時間調整の付いた4名については自宅訪問を行い、神経学的診察と話を聞いた。

結 果

アンケートを郵送した患者は鳥根県37名、鳥取県8名の計45名である。回答はそれぞれ27名、8名で計35名、内1名死亡であった。アンケートに回答された34名についてまとめた。その身体状況について

は昨年度より自覚的には症状の進行を訴える者もいたがおおむね昨年と変化無かった。日常生活が完全に自立している者24名、全介助の者2名であった。介護保険を受けている者は8名で、そのうち要介護度5が2名、3が1名、2が3名、1が2名、要支援1名であった。物忘れの激しい人は5名、睡眠障害の強い人は11名、気分が沈みがちなうつ傾向者は16名、楽しく生活をしている人は22名であった。スモンに対する気持ちについては①スモンになって患者の気持ちが変わるようになったと答えたのは16名、②スモンの事を片時も忘れることは無いと答えた人は21名、③今でも厚生労働省に腹立たしい気持ちであると答えた人は13名、④スモンになって悔悟の念を持っている者7名であった。

スモンアンケート回答者

アンケート郵送者45名：回答者34名（76%）

平均年齢：72.4歳 男：7名：72.4歳

女：27名：71.8歳

発症年齢：平均：37.4歳 男：38.9歳

女：37.0歳

罹病期間：31年から41年

訪問診療実施：4名

自立度と介護保険

自立度

完全自立者：24名、半介助者：8名、全介助（寝たきり）者：2名

介護保険ナシ：24、要支援：1、要介護Ⅰ：2、Ⅱ：

3、Ⅲ：1、Ⅳ：0、Ⅴ：2

精神状態

アンケート回答者 34 名のそれぞれの割合 (%)

気分障害、ナシ：23.5、軽度：29.4、中程度：38.8、高度：8.8

睡眠障害、ナシ：2.9、軽度：29.4、中程度：41.1、高度：26.5

物忘れ、ナシ：50.0、軽度：38.2、中程度：8.8、高度：2.9

日常会話、楽しく会話：2.9、何とか：26.5、あまり話をしない：64.7、殆ど会話なし：2.9

患者よりの声

スモンになって患者の気持ちがわかるようになった人：47%

片時も忘れることがない人：45%

厚生労働省に対して今でも腹立たしい気持ちであると思っている人：38%

4名訪問診療

それぞれ 30 分の予定が大幅に延長し、1 時間以上の訪問となった。実際に検診になる前に多くの時間が費やされた。

何れの患者さんも非常に多弁であったが、必ずしも訴えが多いのと言うのではなく冷静に自分の病態を見つめているという感じであった。

来訪に非常に感謝されて、茶菓等の持てなしをされ、検診者が非常に恐縮した。

考 案

アンケートの回収率では前回とほぼ同じ、昨年来た人で今年返事のない人、昨年返事がなかったが昨年来た人がそれぞれ若干名いた。全般的にアンケートに対して必ずしも積極的でない人やかなり不愉快に思っている人がいる一方で、積極的に回答されて、今後に生かしていきたいといわれる人もあった。鳥取、島根両県では患者家族会は既に解散され、患者同士のお互いのつながりも徐々に薄れ、なんとなくいまさらと言った気持ちがあるようにも感じられた。患者さんの気持ちとしてはスモンに対するやるせない気持ちはあるものの、それで積極的な行動に出ようとする人は少ないように感じられた。症状としての大きな変化は見られなかった。介護保険の受給状況を見ると、要介護と認定

された人が 9 名と約 4 分の 1 いた。日常生活度についてはほぼ介護保険の状況と差異はなかった。精神の状態では不眠が最も多くて、かなりの高度の不眠症は四分の一の例で認められた。一方うつ傾向やいらいら感などの症状も中程度の人で 40% 近い人に認められていた。また痴呆状況は高度またはかなりひどいものでは 1 割前後で明らかに少なかった。スモンの患者さんがさらに高齢となったときに一般の人と比べて痴呆の発現率の違いに注目したい。また家庭生活の基本である楽しい会話ができるかどうかを見るとあまり会話をしないような人が 6 割も見られた。家族構成等にも大いに依存するため、その評価については今後の検討課題としたい。

今回アンケートに答えてくれた人はスモンに罹患したことにたいして自分で宿命として受け止め、さらに強く生きようとしている人が多かった。その一方でこうした薬害を再び起こすことが無いように厚生労働省に対する強い気持ちを持っている人もいた。また希望患者さんの自宅を訪問し検診を行ったが、何れの患者さん宅でも歓迎され、患者さんが積極的にその経過、病状を語ってくれ、診察に非常に協力的であった。今後こうした検診の必要性を感じた。

ま と め

山陰地区のスモン患者の実態を把握再評価した。

患者は今でもその後遺症に悩み苦しんでいる実態が明らかになった。

スモンになって患者の苦しみが判るようになったとの気持ちを持つ人も多かった。

未だ厚生労働省に対する不満を持っている人も少なからずいた。

例年希望がなく本年に希望が急増した訪問検診4例について

山下 元司（高知県立芸陽病院）

高橋 美枝（高知大学医学部神経精神病態学）

要 約

集団検診に加えて訪問検診を行うことが重要であることを繰り返し広報してきた結果、平成15年度は4件の訪問検診を行うことができた。従来の集団検診ではみることのなかった、より重症例の調査を行なった。しかし複雑な症状を示す例を初回検診しても、合併症の評価に悩むことが多かった。正確な評価を行うためには重症例ほど頻回の検診が必要と考えられた。

患者が生活している場でみることにより、障害の現状をより詳しく知ることができた。また検診以外のサービスも提供することもできた。

訪問検診をより有効なものにするには、事前の計画、打ち合わせ、内容説明などが重要であると考えられた。

目 的

スモンの実態を把握すること。正確な調査には、調査数を多くすることと、抽出誤差が出ないようにすることが重要である。とくに集団検診に参加しない患者の実態調査は抽出誤差を少なくするうえでも、調査数を増やすうえでも重要である。このため数年来訪問検診の充実を重点目標としてきた。

方 法

従来から高知県では患者組織を介して検診の募集が行われてきたので、本年もこれに従った。

5月に開催される患者会の年次総会では、直近の班会議の話題を提供するとともに、患者および家族からの質問に答えてきた。また訪問検診の希望者が毎年0~1人と明らかに少ないことから、訪問検診のスモン検診における重要性を説明した。とくに研究協力者としては集団検診に來られない患者の訪問検診を希望していることを強調した。

集団検診は8月の特定の曜日の午後2日をあててき

た。2人の検診医の日程を調整して検診日を決めたあと、患者会に検診希望者の募集を依頼した。7月なかばに集団検診と訪問検診希望者が決定した。集団検診は2名の医師と2名の臨床心理師により行われた。

訪問検診は研究協力者が1人で行なった。午前の勤務のあと、病院の往診用軽四輪自動車あるいは私有車で行なった。一番近い患者宅でも片道35キロ以上あり、軽四輪自動車での往復には適さないが、周辺地理がわからない場合は、車が小さいほうが現地で行動がとりやすかった。

結 果

訪問した4名の患者の誰も神経内科専門医あるいは神経内科がわかる医師の診察を定期的に受けていなかった。1名は入所を繰り返しており、残りは在宅であった。在宅のうち1名は単身生活で日常通院している病院まで非常に遠かった。2名は家族に依頼していつでも受診できる状況にあった。

転居などの事情により発病以来の家庭医が3人変わった患者もいた。

平地歩行を仮定してみて、補助具なしで歩行できるのは1名で、残り3名は歩行器を使用すれば移動できるように見受けられた。

2名は末梢神経障害で説明できる症状を呈し、2名は末梢神経と脊髄障害が仮定された。視神経障害を疑わせる例はなかった。

身体障害の認定が現状にあわない例が1例みられた。すなわち、つかまり歩きの状態では明らかな痙攣と垂れ足があるにもかかわらず、下肢障害4級の認定をうけていた。これについては身体障害者の等級変更の書類を書くこととなった。

1例は経済的利点がないことからか、難病の手帳の

更新をしていなかった。手帳を得ても新たなメリットは生じなかったが、希望があったので難病の手帳の書類を発行することとなった。

介護保健は2例が利用しており、1例はショートステイ、1例はデイサービスを利用していた。1例は、希望すればヘルパーを利用できるがあえて利用していなかった。

今回得られた検診データは中国四国のデータの一部として発表されている。

考 察

訪問検診は、これまでは募集しても希望者がほとんどいなかった。しかし平成15年度は4件の希望があった。このことは訪問検診の潜在的需要はあるが、遠慮などのために希望を出さなかったことも考えられる。そのなかの1例は新規検診であり、1例は過去に検診を受けたが、現在の検診医は検診したことがない患者であった。

はじめの患者を診察するにあたっては、合併症の評価が問題となる。すでに認定されているのでスモンであることは間違いなしとして、現在の症状がスモンだけによるのか、その後の合併症によるのか1度の診察だけでは判然としない。また手元には昔の検診データもない。神経症状が末梢神経障害で理解できる症例の場合は、スモンとして理解して大きな問題はないが、脊髄病変を考えざるをえない場合は、スモンだけなのか脊髄病変が合併しているのか確認困難であった。

筋肉の廃用性萎縮の問題もある。身体不自由のため動かずにいると、ますます筋肉が萎縮してゆく可能性もあるためである。

要するに2~3年に一回の検診受診は正確な経過観察のために必要である。集団検診に参加できない患者は概して症状が複雑であり、正確な理解のためには確実な検診の反復が必要と思われた。

検診の第一の目標は大規模データの収集であるが、機械的に行うと、検診受診者は、検診は受けたがそれ以外の利便を得られないと感じることもありえると思える。訪問検診では、検診医に生活環境がわかり、そのなかでどのように動いているか直接確認できるので、想像によらずに具体的な問題を把握できた。

各種手続は患者会でも援助しているが、必ずしも徹

底しないこともある。訪問して書類を1つ1つ確認させてもらおうと、持っているはずの書類を持っていなかったり、患者自身が書類の意味などを必ずしもよく理解していないことに会うこともあった。手続の欠けていることに関して、今回の訪問検診では2例に対して検診後の書類作成を行うことができ、単なるデータ収集に終わらせなかったことは成果である。

訪問検診はこれまでも細々と行ってきたので、それを参考に日程調整したが、結果として過重なスケジュールとなった。その理由として検診数が多いこと、検診期間が短すぎたこと、本年度から病院の勤務が従来に増して多忙になったことがあげられる。とくに医師の臨床研修の義務化に伴い、平成15年度になって突然、検診医2名の所属するそれぞれの病院が従来よりも人員不足の傾向となり、従来の感覚で職場を抜け出せなくなった。努力だけで対応困難な面もあるが、訪問検診の実施期間を冬に向かって延長して、特定の月に集中しないように配慮することが必要であろう。

今回の検診は研究協力者が1人で検診に行った。看護師を同伴したい気持はあっても、遠距離の往診で1件の検診に、往復を含めると半日を優に超える日程となり、同伴はなかなか困難であった。

もし複数で訪問すれば、調査項目のうち1つを医師が聴取し、1つを看護師が聴取するなど業務分担し、余裕を持って検診を行うことができたと考えられる。また医師には話しにくい看護師には話せる話題もあったかもしれない。

医師1人で訪問しての最大の障害は神経学的所見の検査であった。初対面の医師が患者宅で神経学的所見をとろうとして、強い抵抗があった例もあった。患者が1人で検診医に対応したことも理由のひとつであろうし、神経内科医に診察をうけていない患者が神経学的診察に慣れてないことも理由の一つであろう。この反省から、あらかじめ腱反射、血圧測定などを行なうことを別途知らせておく必要を感じた。

検診の同伴者として地域保健師を利用する選択があり、他の地域ではよく利用されているようである。このことは日程調整が煩雑ではあるが、日常の相談相手は地域保健師であることを考えると、考慮すべきことである。

最近では保健所の統廃合が進んでおり、患者宅の位置によってはかえって時間をとることもある。例えば今回一番遠かった患者宅の場合を考えると直接車で行って片道2時間であった。これを保健師と協力して行なうとしたら、鉄道で1時間半の距離を、保健所の最寄の駅まで旅行し、駅で保健師と落ち合い、その車で30キロ走り患者宅に着くことになる。このような立地の場合は、検診の成果は大きくても、看護師と合流することで所要時間はさらに大幅に増えることになる。

日常の診療においても経験することであるが、本人の状況説明だけでなく、同居している家族の話聞くことが参考になる。傍らで聞いていれば、説明不足があったことを家族がわかり、補足することができるからである。また患者の主観的体験と家族の客観的観察とは違うこともある。過去の記憶も複数で確認したらより正確になることもある。検診の話は専門的になりやすいので、複数で聞けば理解が深まることもある。

本年度の検診で家族の話聞くことができたのは、訪問検診の1例だけであった。家族を集団検診に同伴させるあるいは訪問時に自宅で待機してもらうことは難しい面もあるが、事前に依頼しておくほうがよい。

スモンの経過観察には、神経内科がわかる医師のところ定期的に診察をうけることが有用であると考えられるが、それが実行されている症例はなかった。とくに10年を越えて専門的な診察をうけていないことは大きな問題であると考えられる。

本年からMMSE検査が追加されたが、痴呆レベルにあるのは集団検診をうけた1例のみであった。残りは28点から30点の間に分布し、スモン患者に痴呆は存在しないと的印象を強く持った。しかしこれは検診できた一部集団での話であり、キノホルムの痴呆予防効果を示すものと断定することはできない。

訪問検診を行うと、患者側が非常に感謝してくれる場面が多い。我々の日常の行動規範からすれば、少ない労力で最大の病院収益をあげるために日々努力しており、その規範に従えば、半日で1人を診察することは馬鹿げた行為である。しかし検診を行なう動機は、研究協力者としての使命感であり、経済性や効率性ではない。県下に病状を理解できる医師が非常に少ないなかで、専門家として対応できたことで、日々の診察

のなかでは得られない充実感を我々も得たことを明らかにしておきたい。