

(両側検定： $t(16)=0.15, p>.10$ )。

## 考 察

今回の調査では、学習性無力感尺度を用いて調査を行った。この学習性無力感とは、抑うつ感の一モデルであるが、「回避することができない経験の後に形成される性格特性」であり、その性格特性としては、受動性、あきらめ、劣等感、無関心、攻撃性の欠如、神経質、外的統制、自発的反応の欠如、小心、自信の欠如、自己顕示性の欠如、活動性の欠如などが挙げられている。スモン患者は、一度その疾患に罹患すると、医学的援助や本人の意思的努力に関わらず、長期にわたり回避することができない経験の中に置かれている。ここで学習性無力感尺度を利用した理由は、このスモンの疾患特性に伴って生じるであろう感情的反応のあり方（抑うつ感）が、学習性無力という状態と近縁の状態にあるのではないかと理解したことによるものである。

今回の調査結果では、学習性無力感とソーシャル・サポートに「中程度」の負の相関が認められた。

このことは、

- ①学習性無力感が高い、つまり抑うつ気分の高いスモン患者は「自分がケアされ愛されている、または尊重され価値を与えられている」というソーシャル・サポート認識が低いこと、
- ②学習性無力感が低い、すなわち抑うつ感の低いスモン患者はソーシャル・サポートを受けているという認識が高いことが示された。

さらに、検診参加患者と不参加患者の群間では学習性無力感の高低に差は認められなかった。

この結果の背景についてみると、検診不参加者は検診参加者に比較して平均年齢が高く、またBI得点が検診参加者に比較して低い傾向が認められた。ことを考慮すると、検診不参加者は、高年齢化に伴いADLが低下している状態にあり、このことが検診への参加不参加を決定した大きな理由のひとつであると考えられた。したがってスモン患者の学習性無力感は、検診に参加するかしないかという検診参加行動に依存するものではない可能性が示された。

今回調査を行った「ソーシャル・サポート」は、「自分がケアされ愛されている、あるいは尊重され価

値を与えられている」という患者の認識を測定したものであり、ソーシャルサポート感が高いことは、必ずしも現実生活における患者を支えている家族からの介護援助の有無や福祉制度の実際の利用状況と直接結びついているものではない。したがって今後の課題としては、患者が困ったと感じたときに自分の感情や要求を表現する行動を示す「自己開示性」の高低、援助を受けたいとの具体的行動を起す「被援助行動」の高低などの関連性についての検討が必要であると考えている。

また、学習性無力感の高い患者の医療機関や保健所への相談状況、福祉サービスの利用状況などの実態調査を踏まえながら学習性無力感との関連性について検討を行う必要があると考えている。

さらに今回調査対象となった症例では、ADLの低い者でも福祉サービスなどの社会的援助を受け入れているケースが少ない印象があった。援助を受けるといって「被援助行動」を促進したり阻害したりする条件についての検討も必要であると考えている。

## 文 献

- ・青柳肇・細田一秋・小島政敏、1985、学習性無力感に関する研究(1)——無力感尺度の作成とその信頼性・妥当性——、都立立川短期大学紀要、18、17-24.
- ・青柳肇・強矢秀夫、1986、学習性無力感に関する研究(2)——無力感尺度の再検討と地域差・性差——、都立立川短期大学紀要、19、25-29.
- ・久田満・千田茂博・箕口雅博、1989、学生用ソーシャル・サポート尺度作成の試み(1)、日本社会心理学会第30回大会発表論文集、145-146.

## 京都スモン患者の精神障害有病率 (2)

小西 哲郎 (国立療養所宇多野病院神経内科)

立澤 賢孝 (横須賀共済病院精神科)

立澤 敏子 (神奈川県立精神医療センター芹香病院精神科)

林 香織 (国立療養所宇多野病院精リハビリテーション)

### 目 的

昨年度の本研究で、スモン患者はキノホルム服用中に大うつ病、せん妄を高率に発症することを報告した<sup>1)</sup>。また、キノホルム中止後もスモン患者の大うつ病有病率は高い。一方、スモン患者の自殺行動の実態は把握されていない。今回我々は、キノホルム服用と精神障害及び自殺行動の関連性を検証するため、(1) 自殺行動疫学調査、(2) 神経障害重症度による自殺行動の予測妥当性評価 (自殺予測評価) をそれぞれ行った。

### 方 法

平成 14 年度宇多野病院スモン検診受診者 26 名を対象に、DSM-IV I 軸障害 (以下、精神障害) 構造化面接を実施した。

- (1) 自殺行動疫学調査：希死念慮、自殺企図の出現時期を特定し、キノホルム服用前・服用中・中止後 (以下 QF 前・QF 中・QF 後) の時点出現率をそれぞれ算定した。
- (2) 自殺予測評価：希死念慮及び自殺企図の有無による 2 群に分け Mann-Whitney の U 検定を用いて視力障害重症度、歩行障害重症度をそれぞれ比較検討した。

### 結 果

- (1) 自殺行動疫学調査：QF 中のみ、希死念慮 23%、自殺企図 11% を認めた。いずれも大うつ病出現に一致してみられ、大うつ病群内では希死念慮 54.5%、自殺企図 27.2% であった (表 1)。QF 中せん妄では身体拘束の既往を認めたが、問題行動の詳細は不明であり自殺行動は特定不能であった。

表 1 自殺行動疫学調査

対象全体 (n=26)			
	QF 前	QF 中	QF 後
希死念慮	0%	23%	0%
自殺企図	0%	11%	0%
大うつ病既往群 (n=11)			
	QF 前	QF 中	QF 後
希死念慮	0%	54.5%	0%
自殺企図	0%	27.2%	0%

表 2 自殺予測評価

	既往/視力障害	既往/歩行障害
希死念慮	p=.339	p=.511
自殺企図	p=.113	p=.971

- (2) 自殺予測評価：希死念慮、自殺企図の有無に関し視力障害重症度、歩行障害重症度との関連を検討した結果、これらのパラメーターとの間には有意差は認めなかった (表 2)。

### 結 論

キノホルム服用中は大うつ病出現に一致して、高率に希死念慮、自殺企図が出現する。これは昭和 48 年の患者会による実態調査結果と一致する (『全国スモンの会の姿勢を正す会』『キノホルム被害者を支援する会』)。生存者に対する後方視的検討では、神経障害重症度による自殺行動予測は出来なかった。スモン患者の自殺率は不明であるが、スモン患者における大うつ病発症は生命予後に大きな影響を与えた可能性がある。

### 参 考 文 献

- 1) 立澤賢孝, 立澤敏子, 林香織, 小西哲郎, 京都スモン患者の精神障害有病率 (大うつ病, パニック障

害等), 厚生省特定疾患スモン研究班・平成 14 年度  
総括分担研究報告書, pp.118-119, 2003.

## スモン患者の日常生活満足度の推移

蜂須賀研二（産業医科大学リハビリテーション医学講座）

佐伯 覚（ ” ” ）

千坂 洋巳（ ” ” ）

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・文学部）

### 要 旨

スモン患者の日常生活満足度は年月と共に僅かに低下し、基本のおよび応用的日常生活動作は明らかな低下を示したが、スモン障害度自体には明らかな経年変化は無かった。日常生活満足度はスモン重症度と最も相関が強く、日常生活における主観的評価であり、スモン重症度を反映する。

### 目 的

1989年にスモン患者の主観的QOLを評価する目的でViitanenのLife satisfaction<sup>9)</sup>を基に7項目、5段階尺度の日常生活満足度（Satisfaction in Daily Life, SDL）評価表を作成した<sup>9)</sup>。1994年に在宅中高齢者1,000名を無作為に抽出して日常生活における満足度に関与する要因の調査を開始し、1997年にこれらの結果に基づき11項目5段階評価へと改訂を加えた<sup>9)</sup>。このSDL評価表を用いてスモン患者、脳卒中患者、在宅中高齢者の主観的QOLを評価し、スモン患者の障害特性を明らかにしてきた<sup>10)</sup>。今回は、スモン患者の日常生活満足度を評価し、その推移や基本のおよび応用的日常生活動作との関連を検討したので報告する。

### 対象と方法

対象者は北九州および筑豊地区に在住するスモン患者で、1997～2003年の間に産業医科大学リハビリテーション科が開催するスモン健康相談に参加した36名であり、その中で15名は複数回参加したので延べ83名（男34名、女49名）であった。

基本的日常生活動作の評価スケールとして、Barthel Index<sup>9)</sup>のGranger版<sup>9)</sup>を基に作成した

Barthel Index 自己評価表（BI）<sup>9)</sup>を用いた。BIは日常生活に関する基本的な動作13項目を「できる、少しできる、できない」の3段階に被検者が自分で判定する評価法であり、すべての項目が「できない」であれば0、すべての項目が「できる」であれば100となる。BIは自己評価として妥当性と信頼性が確立しており<sup>9)</sup>、在宅中高齢者に対する標準値が設定されている<sup>10)</sup>。

応用的日常生活動作はFrenchay Activities Index（FAI）<sup>11)</sup>を基に作成した自己評価表で評価した<sup>12)</sup>。FAIはBIよりも応用的な活動や動作15項目に対して0～3の4段階に評価し、合計点は最も非活動的であれば0、最も活動的であれば45となる。FAIも自己評価としての再現性と妥当性が確立し<sup>13)</sup>、標準値も設定されている<sup>12)</sup>。SDL評価（表1）は日常生活に関する主観的なQOL評価尺度であり、11項目に対する満足度をそれぞれ1～5の5段階に判定し、合計点は最も不満足であれば11、最も満足であれば55となる。

スモンの重症度評価はスモン研究班評価法<sup>14)</sup>を用い、2001年以降のスモン健康相談参加者に対して実施した。

### 結 果

対象者の年齢は71.1±10.1歳であり、図1に年度毎に年齢を示す。BIは83.8±23.5、FAIは14.2±8.5、SDLは25.8±8.3、スモン重症度は9.5±4.2であり、その年次推移を図2～5に示す。SDLとこれらの評価値の相関係数はスモン重症度-0.639\*、FAI 0.404\*、BI 0.373であった（図6、\*：p<0.05）。

表1 日常生活満足度

氏名： 年齢： 性別： ( ) 男、( ) 女

あなたの健康や日常生活に関して、他人との比較ではなく、自分自身の気持ちや印象で判断し、最も当てはまる回答を一つ選んで○を記入して下さい。

1. あなたの体の健康状態。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
2. あなたの心の状態 (精神的な落ち着き、活力)。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
3. 身の回りのことが自分できること。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
4. 歩いたり、または車椅子などで移動できること。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
5. 家庭内の仕事 (家事、片づけ、庭仕事など) ができること。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
6. 住み易い住居。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
7. 配偶者や家族との良い関係。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
8. 趣味やリクレーションへの参加。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
9. 友人や地域活動など社会的な交流。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
10. 年金・補償・蓄え。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足
11. 職業。  
定年後で特に職を探していない場合は、「どちらでもない」に○をつけて下さい。  
5( )満足、 4( )やや満足、 3( )どちらでもない、 2( )やや不満足、 1( )不満足

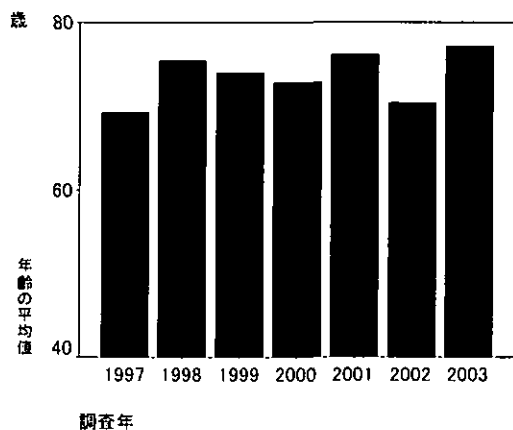


図1 スモン健康相談参加時の年齢

### 考 察

スモン重症度は3年間しか経過を見ていないが明らかな増悪は無いと考えられる。一方、日常生活における基本的活動や家庭生活や社会生活における応用的活動は年々低下する傾向がある。これらの事実を考えると、スモン患者はスモン重症度自体は悪化していないが、加齢やその他の合併症により徐々に家庭生活や社会生活における障害が高度になると予想される。一方、SDLはスモン重症度とFAIに有意な相関関係があり、BIとは有意な相関を認めず、その中でも特にスモン重症度との関連が明らかであった。これらの特性は、

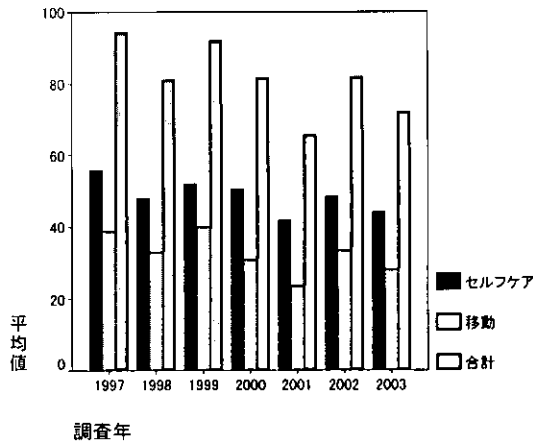


図2 Barthel Index

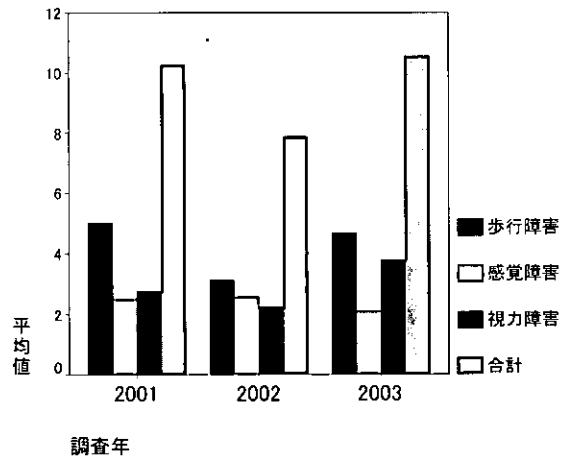


図5 スモン重症度

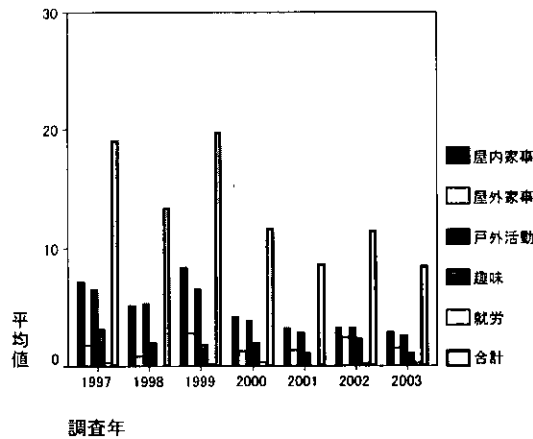


図3 Frenchay Activities Index

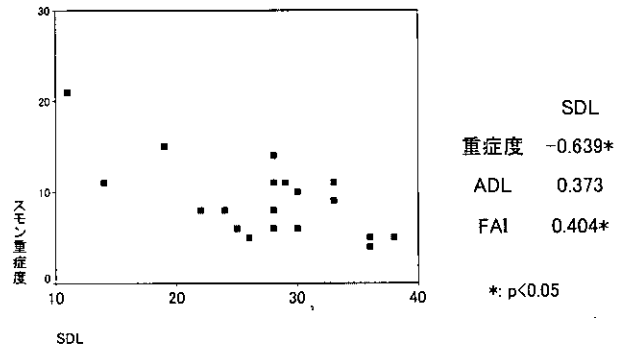


図6 SDL とスモン重症度との相関係数

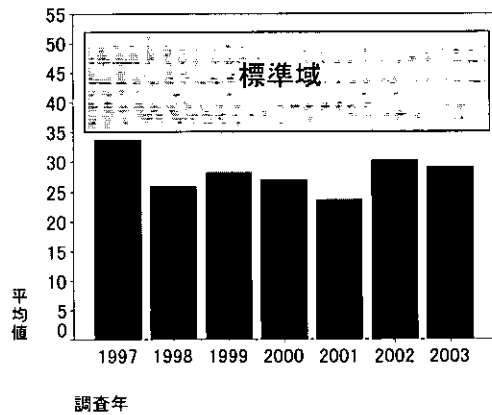


図4 日常生活満足度

スモン患者の主観的 QOL を評価する尺度として適切であると考えられる。

### 結論

日常生活満足度は主観的 QOL 評価尺度であり、スモン重症度を反映する。

### 文献

- 1) Viitanen M, Fugl-Meyer KS, Bernspang B, Fugl-Meyer AR: Life satisfaction in long-term survivors after stroke. Scand J Rehabil Med 1988; 20: 17-24.
- 2) 田中正一, 緒方甫, 蜂須賀研二: 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 —, 産医大誌 1990; 12: 369-372.
- 3) 蜂須賀研二ほか: 日常生活満足度評価表の検討, 厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成9年度報告書, 1998, 134-137.
- 4) 蜂須賀研二, 緒方甫, 根ヶ山俊介, 佐伯覚: 在宅高齢者およびスモン患者の日常生活満足度, 厚生省特定疾患スモン調査研究班・平成10年度報告書 1999, 143-145.
- 5) 蜂須賀研二, 千坂洋巳, 佐伯覚: スモン患者の日常生活満足度と評価方法, 厚生科学研究費補助金(定疾患対策研究事業)スモンに関する調査研究班・平成12年度報告書 2001, 105-107.

- 6) 高橋真紀, 渡邊哲郎, 千坂洋巳, 佐伯覚, 蜂須賀研二: Barthel Index と Frenchay Activities Index を用いたスモン患者の障害とライフスタイルの評価。総合リハビリテーション 2002; 30: 263-267.
- 7) Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Med J 1965; 14: 61-65.
- 8) Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB: Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Bartehl index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154.
- 9) Hachisuka K, Okazaki T, Ogata H: Self-rating Barthel index compatible with the original Barthel index and Functional Independence Measure motor score. Sangyo Ika Daigaku Zasshi 1997; 19: 107-121
- 10) 千坂洋巳, 佐伯覚, 筒井由香, 蜂須賀研二, 根ヶ山俊介: 無作為抽出法を用いて求めた在宅中高齢者の ADL 標準値, リハビリテーション医学 2000; 37: 523-528.
- 11) Holbrook M, Skibeck CE: An activities index with stroke patients. Age Aging 1983; 12: 166-170.
- 12) 蜂須賀研二, 千坂洋巳, 河津隆三, 佐伯覚, 根ヶ山俊介: 応用的日常生活動作と無作為抽出法を用いて定めた在宅中高年齢者の Frenchay Activities Index 標準値, リハ医学 2001; 38: 287-295.
- 13) 末永英文, 宮永敬市, 千坂洋巳, 河津隆三, 蜂須賀研二: 改訂版 Frenchay Activities Index 自己評価表の再現性と妥当性, 日本職業・災害医学会誌 2000; 48: 55-60.
- 14) 厚生省特定疾患スモン調査研究班: スモン重症度基準, 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 10 年度報告書 1999; 213-214.

## スモン患者における生活満足度に関する要因

西郡 光昭（宮城教育大学教育学部）

高瀬 貞夫（広南会広南病院）

松永 宗雄（弘前大学医学部脳神経疾患神経統御学）

大井 清文（いわてリハビリテーションセンター）

阿部 憲男（国立療養所岩手病院）

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 梯司（福島県立医大神経内科）

### 要 旨

平成 15 年の調査研究において東北 6 県におけるスモン検診受診者（85 名）の生活満足度、一日の生活（動き）、日常生活動作（Barthel Index、以下 BI）の合計スコア、老研式活動能力指標などの各項目との関連について検討した。生活満足度では「どちらかといえば満足」を含めて「満足」は半数を越え、「どちらかといえば不満」、「まったく不満」で約 4 分の 1、「なともいえない」も約 4 分の 1 であった。

生活満足度と BI 合計スコア間に有意の相関がみられたが、生活満足度と一日の生活との間には有意な相関はみられなかった。また、生活満足度と老研式活動能力指標の間にも有意な相関はみられなかった。

日常生活面でいろいろな不都合を訴える患者さんが多い一方で、生活満足度の面ではどちらかといえば満足の意向が多く示された。この解離を説明するためには今後さらに調査が必要であると思われた。

### 目 的

平成 15 年度の調査研究において東北 6 県（青森、岩手、秋田、山形、宮城、福島）におけるスモン検診受診者の生活満足度、1 日の生活（動き）、日常生活動作（Barthel Index）合計スコア、老研式活動能力指標などの各項目との関連について検討すること。

### 方 法

平成 15 年に行われた上記東北 6 県スモン検診受診者の検診結果をもとに上に述べた各項目について分析検討する。

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

### 結 果

対象者の属性を表 1 に示す。東北 6 県の検診受診者総数は 85 名で、男性 21 名、女性 64 名、平均年齢は 72.1 歳であった。男性は全体の 24.7%、女性は 75.3% であった。対象者の年齢階級別男女別分布を図 1 に示した。

表 2 に生活満足度に対する回答状況を示した。1. 「満足している」が全体の 19% であったのに対し 5. 「まったく不満」は 8.4% であった。図 2 に合計の分布図を示した。

図 3 に BI 合計スコアと受診者の分布、図 4 に老研式活動能力指標（以下 老研式指標）と受診者の分布状況を示した。BI 合計スコアでは約 70% が 100 点から 85 点であった。老研式指標では半数以上が可能な動作項目に「はい」とこたえている。

以上述べた各結果のうち、受診者の年齢分布と生活



表1 対象者のプロフィール

対象者数(人)	85			
性別	男	21		
	女	64		
年齢(歳)	72.1±8.4			
年齢分布	男	女	計	
	50~54	1	2	3
	55~59		2	2
	60~64	5	6	11
	65~69	3	10	13
	70~74	8	18	26
	75~79	2	11	13
	80~84	1	6	7
	85~90	1	9	10
計	21	64	85	

\*平均±標準偏差

表2 生活満足度の状況 (n=84)

生活満足度	男	女	計	(%)
1. 満足している	3	13	16	(19.0)
2. どちらかといえば満足	7	19	26	(31.0)
3. なんともいえない	2	21	23	(27.4)
4. どちらかといえば不満足	5	7	12	(14.3)
5. まったく不満足	4	3	7	(8.4)
計	21	63	84	(100)

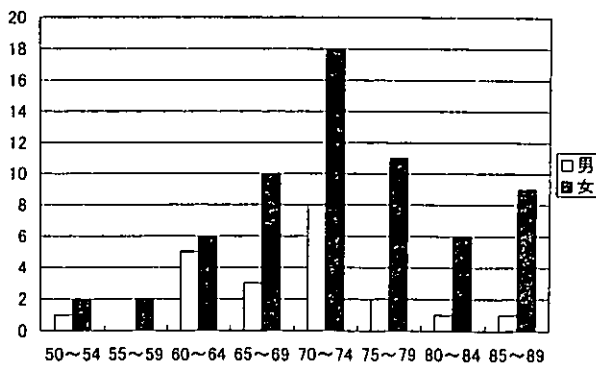


図1 対象者の年齢階級別男女別分布

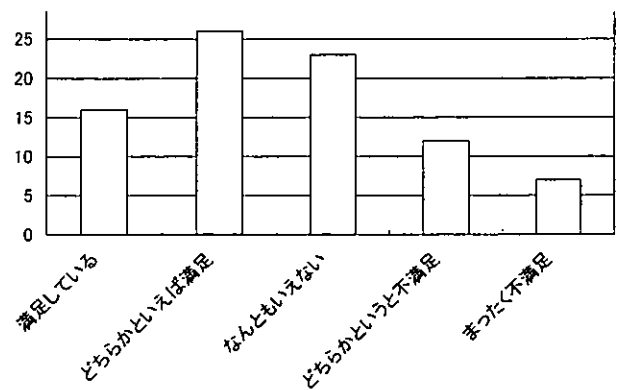


図2 生活満足度の状況

満足度の方に相関関係は認められなかった。また、生活満足度とBI合計スコア間に有意な相関が認められた ( $r=0.64$ ) が、生活満足度と老研式指標の間に相関は認められなかった。BI合計スコアと老研式指標との間に有意な相関を認めた ( $r=0.57$ )。

また図5は歩行速度の分布状況であるが、歩行速度とBIスコア間にも有意な相関が認められた ( $r=0.64$ )。しかし歩行速度と年齢との間には相関がみられなかった。生活満足度と外出の程度にも相関は認められなかった。

### 考 察

平成15年度調査の対象者は受診者のうち調査分析に同意した85名であった。昨年度は有効回答者83名であったので、このような数が東北6県では平年の受診数であろうと思われた。

本調査研究班で用いられている現状調査票のうち、面接記録の質問項目「生活満足度」は主観的QOL

(Quality Of Life、生活の質)の指標となるものと考えられるが、表2、図2に示すとおり、1. 満足している、2. どちらかといえば満足、にシフトしている。生活満足度はさまざまな要因が絡んだものとして表明されるものであって、どのような要因が患者さんの生活満足感により深くかかわるかを探ることはきわめて有意義なことと考えるので、以下生活満足度といくつかの要因との関連について考察することとする。

本研究班の報告では、白内障、高血圧、消化器疾患、脊椎疾患、四肢関節疾患がスモン病の患者さんに高い頻度で見られるとされ<sup>1)</sup>、スモンに特異的なものか、加齢にともなう合併症であるか、は今後とも議論を重ねる必要はあるとしても、上のような疾患と患者さんの年齢との関係は十分検討される必要があると考えられる。

今回の調査対象者の平均年齢は72歳であったがやや高齢側にシフトしている。この年齢分布と生活満足

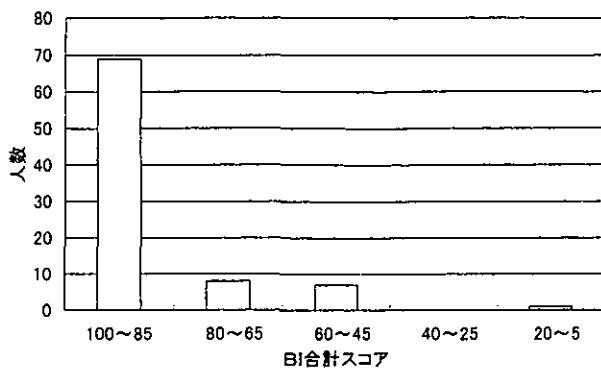


図3 BI合計スコア分布

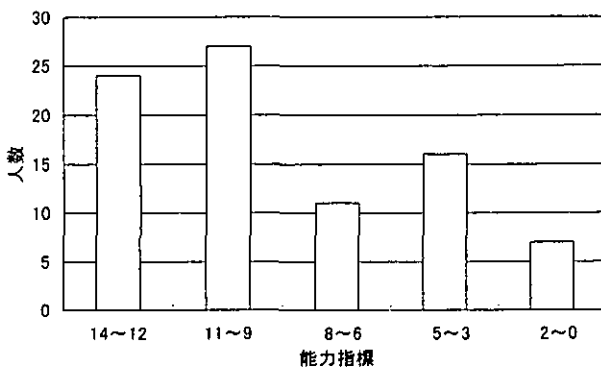


図4 老研式活動能力指標の分布

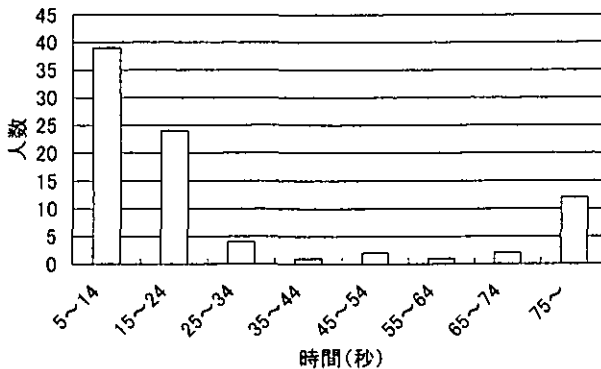


図5 歩行速度の分布

度の方に有意な相関はみられなかった。また、BI合計スコアと年齢との有意な相関は認められなかった。

結果で述べたように、生活満足度とBI合計スコアとの間に有意な相関が認められた。BI合計スコアは日常生活動作(Activity of Daily Living、ADL)の代表的な尺度であるから強い相関がみられるのはうなずけるものであるが、同じく生活満足度と老研式指標との間には相関が認められなかった。老研式活動能力指標は一般的ADL指標よりも高次のものといわれるが、これとの相関もみられなかった。BI合計スコアが低いほど、また老研式指標が小さいほど生活満足

度は「不満足」にシフトすると考えるべきところであるが、そのようにストレートには考えられない他の要因があることを示唆するものである。

また、BI合計スコアと老研式指標との間に有意な相関を認められたことについては、昨年度の調査と同じ結果であった。

かつて筆者らは、性、年齢を補正してもBI合計スコアと生活満足度との関連はみられず、スモンにおいては適切なADL指標とは必ずしもいえないと報告した<sup>9)</sup>。しかし、前回と今回の調査からも生活満足度・BI合計スコア間に有意な相関が認められたことは前説について改めて検討する必要があると考えられた。

また老研式指標については、以前、性、年齢の補正後も生活満足度との関連が認められたと報告したが、今回の調査では相関が認められず、これも今後再考のテーマと受け止めざるをえない。

さらに、結果には示さなかったが、歩行速度と対象者の年齢、生活満足度との有意な相関はみられなかったが、歩行速度とBIスコア間には相関が認められた。

## 結 論

1. 「生活満足度」は患者さんのQOLを把握する上で重要な指標である。今回調査でも、「満足」と「どちらかといえば満足」の2項目で50%をしめた。
2. 生活満足度と有意の相関があったのはBI合計スコアであった。
3. 身体的、精神的・心理的にさまざまな訴えをもつスモン患者さんが、生活面においては「満足」の傾向を示した。

## 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，148-151，1999。
- 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。

# スモン患者の QOL 評価

—SL-36 を用いて—

藤井 直樹 (国立療養所筑後病院神経内科)

荒川 健次 ( “ ” )

## 要 旨

スモン患者の主観的健康関連 QOL を、SF-36 を用いて評価検討した。スモン患者では、主観的健康度が SF-36 の 8 つの下位尺度すべてにおいて国民標準値と比較して低下している。疾患のために、身体的、心理的、社会的な多様な側面において QOL が障害されていると、患者自身が認識していると考えられる。一部の下位尺度に「生活の満足度」との相関はみられたが、SF-36 サマリースコアとしての「身体的健康度」・「精神的健康度」はいずれも、Barthel Index、スモンの重症度、生活の満足度、介護の必要性の有無、とは相関がなかった。このことより、スモン患者の主観的健康関連 QOL は表面的な障害の軽重に単純に相関していないといえる。

## 目 的

スモン患者の QOL (Quality of Life) を評価することを目的とし、健康関連 QOL の包括的尺度である SF-36 を用いて、スモン患者の主観的 QOL を国民標準値と比較して検討する。

## 方 法

対象患者は福岡県筑後地区の平成 15 年度スモン検診受診者のうち同意を得られたスモン患者 17 名。内訳は、男性 6 名、女性 11 名。年齢は 53 歳から 87 歳、平均  $71.0 \pm 10.6$  歳。

評価尺度として、疾患非特異的な健康関連 QOL を評価する SF-36 (自己記入式) を用いた。比較対照として、福原らによる無作為抽出による日本人 3395 名 (16~93 歳、平均  $46.2 \pm 16.4$  歳) からすでに得られている SF-36 のデータを用いた。

対象患者の現状は、検診の際使用したスモン調査研

究班・医療システム分科会のスモン現状調査票および介護に関する現状調査票の内容を用いた。

## 結 果

スモン患者 17 名の、SF-36 における 8 つの下位尺度の得点 (100 点満点) は、身体機能  $40.9 \pm 25.6$ 、日常役割機能 (身体)  $11.8 \pm 28.6$ 、体の痛み  $35.5 \pm 9.5$ 、全体的健康感  $21.1 \pm 17.7$ 、活力  $31.8 \pm 19.6$ 、社会生活機能  $58.1 \pm 25.0$ 、日常生活機能 (精神)  $23.5 \pm 42.4$ 、心の健康  $48.5 \pm 21.2$  であった。これらの各項目の値は、70 歳以上の年齢階層 (約 240 名) のものと比較して全て低値であった (図 1)。また、慢性疾患を 1 つ有す階層 (約 750 名) のもの、慢性疾患を 2 つ以上有す階層 (約 280 名) のものと比較しても全ての項目で低値であった (図 2)。

スモン患者 17 名の SF-36 によるサマリースコアは、「身体的健康度」が  $33.1 \pm 8.9$ 、「精神的健康度」が  $38.6 \pm 9.1$  といずれも日本人全国標準値に比して、1SD 以上低値であった。

スモン患者 17 名の SF-36 によるサマリースコアの「身体的健康度」と「精神的健康度」との間には相関はなかった ( $r=0.07$ )。

スモン現状調査票の Barthel Index の値と SF-36 サマリースコアの「身体的健康度」との間 (図 3) に相関はなかった ( $r=-0.31$ )。Barthel Index が 90 点以上と高値にもかかわらず「身体的健康度」の値が低い患者がかなりいることが注目された。

スモン現状調査票より得られた「障害度」とサマリースコアの「身体的健康度」との間、「障害度」とサマリースコアの「精神的健康度」との間には相関はなかった ( $r=0.02$ 、 $r=0.27$ )。

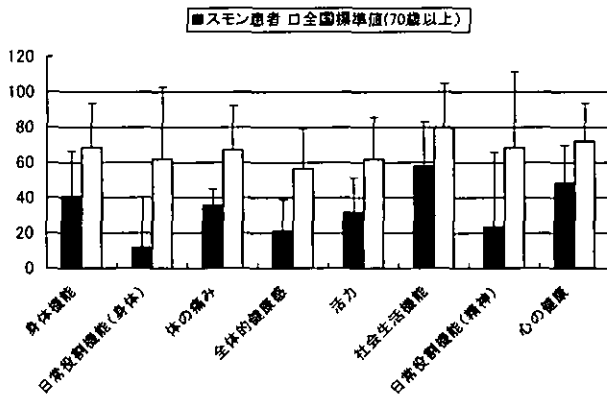


図1 SF-36 下位尺度別スコア 1

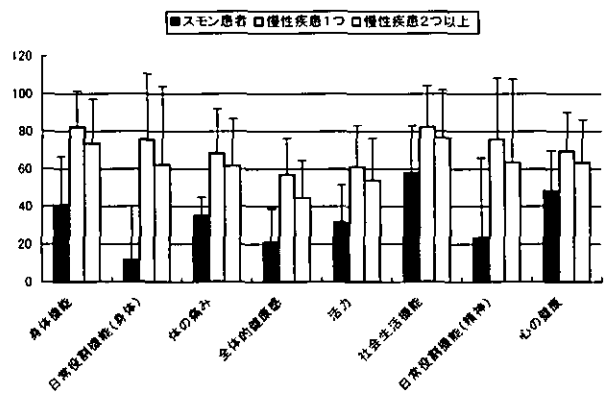


図2 SF-36 下位尺度別スコア 2

スモン現状調査票より得られた「生活の満足度」とサマリースコアの「身体的健康度」との間、「生活の満足度」とサマリースコアの「精神的健康度」との間にも相関はなかった ( $r = -0.14$ ,  $r = -0.48$ )。

スモン現状調査票より得られた「生活の満足度」とSF-36の下位尺度の一つ「心の健康」との間には有意の負の相関がみられた ( $r = -0.56$ ,  $p = 0.007$ ) (図4)。しかし他の下位尺度と「生活の満足度」との間には相関は見られなかった。

介護に関する現状調査票より得られた介護の必要性の有無とSF-36サマリースコアとの関係を見ると、介護が必要な患者群(7名)より介護が不要な患者群(10名)が身体的・精神的ともに健康度のスコアがむしろ低かった(表1)。

考 察

SF-36は包括的な健康関連QOLを評価する尺度であり、主観的健康度を計量化することができる。36の質問項目よりなり、これらを身体機能、日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生

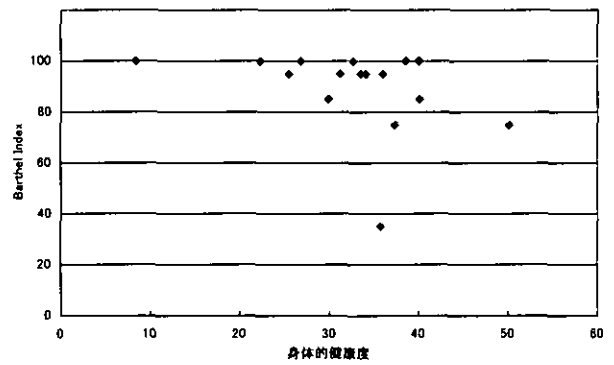


図3 Barthel Index と身体的健康度 (SF-36 サマリースコア)

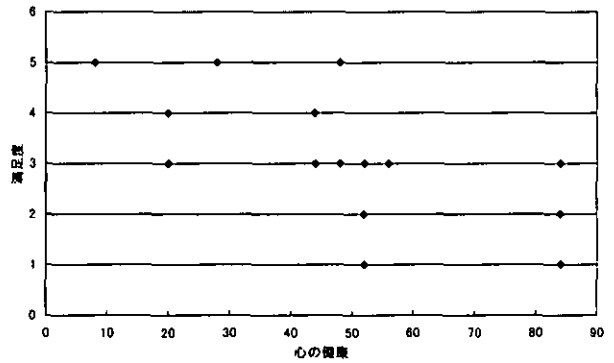


図4 生活の満足度と心の健康

表1 介護の必要性の有無とSF-36サマリースコア

	身体的健康度スコア	精神的健康度スコア
介護必要 (7名)	33.5 ± 11.7	40.6 ± 10.3
介護不要 (10名)	32.8 ± 6.1	37.1 ± 7.8

活機能、日常役割機能(精神)、心の健康の8つの下位尺度にまとめることができ、さらにこれら8つの下位尺度が「身体的健康度」と「精神的健康度」の二つの因子にカテゴライズされる。すでに日本人3300人余りのデータに基づく国民的な標準値があり、これとの対比をすることができる。

今回我々が解析した17名のスモン患者におけるSF-36の8つの下位尺度のスコアは、70歳以上の年齢階層のものと比較しても、また慢性疾患を1つ有す階層のものおよび慢性疾患を2つ以上有す階層のものと比較しても全ての項目で低値であった。このことは疾患のために、身体的、心理的、社会的な多様な側面においてQOLが障害されていると、患者自身が認識していることを示している。

SF-36の下位尺度の一つ「心の健康」で「生活の

満足度」との間に有意の相関がみられ栗山らの報告と一致したが、SF-36 サマリースコアとしての「身体的健康度」・「精神的健康度」はいずれも「生活の満足度」との間に有意の相関がなかった。また、Barthel Index、スモンの重症度、介護の必要性の有無もSF-36 サマリースコアとしての「身体的健康度」・「精神的健康度」とは相関がなかった。このことより、スモン患者の主観的健康関連 QOL は表面的な障害の軽重に単純に相関しておらず、生活の満足度にはその他の要因の関与があるものと推測された。

## 結 論

SF-36 を用いた検討で、スモン患者の主観的健康関連 QOL は、国民標準値と比較して 8 下位尺度すべてにおいて低下している。SF-36 のサマリースコアとしての「身体的健康度」・「精神的健康度」はいずれも、Barthel Index、スモンの重症度、生活の満足度、介護の必要性の有無とは相関がなかった。

## 文 献

- 1) 福原俊一，鈴鴨よしみ，尾藤誠司，黒川清：SF-36 日本語マニュアル (ver.1.2)，助パブリックヘルスリサーチセンター (東京)，2001.
- 2) 福原俊一，鈴鴨よしみ：健康プロファイル型尺度 (SF-36 を中心に)，池上直己，福原俊一，下妻晃二郎，池田俊也編，臨床のための QOL 評価ハンドブック，医学書院 (東京)，2001.
- 3) 尾藤誠司：臨床に用いられる QOL 評価尺度，—— SF-36 日本日本語版を中心に ——，腎と透析 46 (3)：335-340，1999
- 4) 栗山勝，藤山二郎，山村修ら：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 ——，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 年度研究報告書，pp.136-138，2002.

## 和歌山県下鍼灸師のスモン患者治療状況と今後の課題

—— スモン患者の QOL 向上を目的として ——

吉田 宗平 (関西鍼灸大学神経病研究センター)  
中吉 隆之 ( )  
鈴木 俊明 ( )  
池藤 仁美 ( )  
吉益 文夫 ( )

### 要 旨

和歌山県下の平成 14 年度におけるスモン患者現状調査において、患者の鍼灸受診状況の聞き取りアンケート調査を行った。その結果、公費負担の鍼灸治療の制度を知りながら、利用できないあるいは利用した事のない患者が存在する事が示された<sup>1)</sup>。これを改善する目的で、本年度、社団法人和歌山県鍼灸師会の協力を得て、今回は施術者側の鍼灸師のスモン患者に対する治療状況についてアンケート調査を行なった。全会員数 72 名中、30 名 (男性 26 名、女性 4 名) の回答があった。平均年齢は 43.9 歳、平均臨床歴は 16.6 年。スモンの病名を知る者が 28 名、その原因を知る者が 20 名、症状を知る者が 10 名であった。公費負担制度については、それを知る者が 2 名、スモン患者の治療経験のある者が 1 名であった。公費負担による治療希望患者が地域に存在する場合は 28 名が往診可能と答えた。この事から、和歌山県下では地域での支援体制作りと同時に、鍼灸師に対するスモン患者治療の啓蒙が必要と思われた。現在、和歌山県鍼灸師会の協力を得ながらスモン患者の QOL 向上を目的とした支援体制作りを進めている。

### 目 的

鍼灸治療はスモン患者のスモン症状及び高齢化に伴う合併症の改善に有効であると考えられており、その研究結果が報告されている<sup>2,3)</sup>。我々は、県下のスモン現状調査の際、平成 14 年度より、希望者に対して鍼灸治療を試みてきた。平成 15 年度の調査では、前

年度の治療をきっかけに鍼灸治療を始められ、関節痛や足の冷えなどの異常感覚、また痙縮のような筋緊張異常等の症状が改善された患者が確認された。

平成 14 年度現状調査では、スモン患者の鍼灸受診状況を調査する為に「ハリ・灸治療に関するアンケート (2002)」を作成し、聞き取り調査を行なった。その結果、公費負担の鍼灸治療の制度を知りながら、利用できないあるいは利用した事のない患者が存在する事が示された<sup>1)</sup>。そこで、このような状況の改善を目的に、和歌山県鍼灸師会の協力を得て、鍼灸師のスモン患者に対する治療についてのアンケート調査を行なうこととした。

### 方 法

和歌山県鍼灸師会の協力のもとに、全会員 72 名に対して「スモン病に関するアンケート 2003」を送付した。その内、回答のあった 30 名についてのアンケート結果をまとめ、スモンに対する鍼灸師の理解の程度や患者に対する鍼灸師の支援体制作りが可能かどうかの検討を行なった。

### 結 果

和歌山県鍼灸師会会員 72 名中、30 名 (男性 26 名、女性 4 名) より回答があり、有効回答率は 41.7%であった。鍼灸師の平均年齢 43.9 歳。平均臨床歴 16.6 年であった。

スモンに関する質問に対して、スモンの病名については 28 名 (93.3%) が知っており、原因を知っている 20 名 (66.7%)、症状を知っている 10 名 (33.3%)、

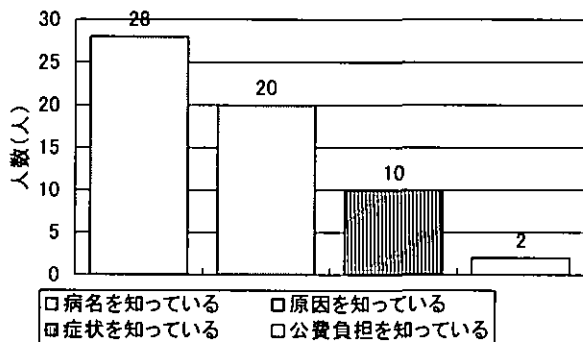


図1 スモン病に関する知識 (複数回答)

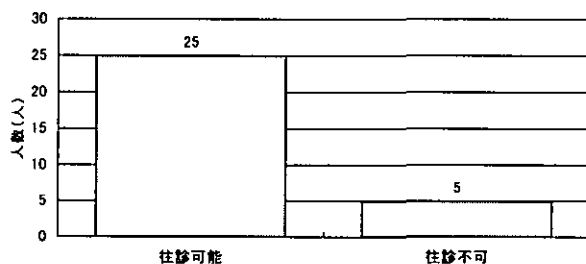


図2 往診の可否

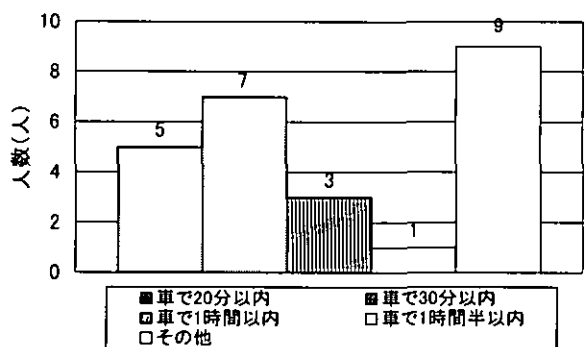


図3 往診可能な範囲

公費負担制度の事を知っているが2名(6.7%)であった(図1)。また、スモンの治療経験は1名(3.3%)であり、ほとんどが治療経験なしであった。公費負担による鍼灸治療希望者がある場合の往診の是非性については、往診が可能が25名、不可能5名であった(図2)。往診可能な範囲は車で20分以内5名、車で30分以内7名、車で1時間以内3名、車で1時間30分以内1名、その他9名であった(図3)。その他の内訳は、「5km以内なら」、「施術所から4km以内」、「昼休みの時間帯で治療可能な距離であれば」などの条件が挙げられた。また、問題点としては往診先の駐車場の確保や往診料に関する問題が提起された。

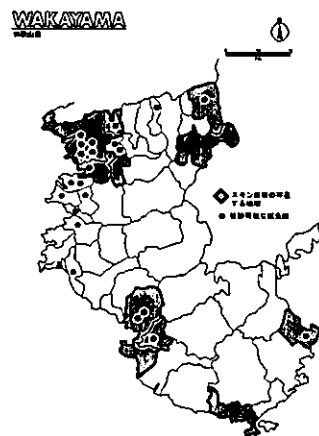


図4 スモン患者の存在する地域と往診可能な鍼灸師の分布

### 考察および結論

今回のアンケートの結果、回答のあった30名中スモンの病名は28名、原因は20名、症状は10名とある程度の予備知識をもっていた。しかし、スモン患者の治療経験者は1名のみで、治療費の公費負担制度について知っている者も2名であった。鍼灸師は過去の臨床経験や専門教育の中で、スモンについての知識をある程度得ているが、実際の治療経験は無く、治療費の公費負担についてもほとんど知らなかった。これは葉害スモンの発症から40年余りが経過し、その後新しい患者も発生していない現在、スモンに関する世間での認識の風化を反映していると考えられる。

平成14年度のスモン患者の鍼灸受診状況のアンケート結果では、患者の平均年齢は76.8±10.3歳と高齢化が進み、公費負担の知識があっても、周りに適当な鍼灸治療院が無い、鍼灸治療院側に公費負担の理解が無い、手続きの方法が分からない、通院がしんどい、通院時間が作れないといった理由で鍼灸治療を利用できないあるいは利用した事のない患者が多数ある事が示されている。これに対して、今回のアンケートの結果では、鍼灸治療を希望するスモン患者で事情により通院ができない患者がある場合には、往診可能な範囲であれば、往診治療を行なうとする鍼灸師が25名(83.3%)存在した。また、和歌山県下のスモン患者の地理的分布と往診可能な鍼灸師の分布を重ね合わせると、一部の地域では往診可能な鍼灸師のいない地域が存在するが、その地域の一部は隣の市町村からの往診が可能であった(図4)。

現在、在宅療養、介護の現場を始め、医療の中へも代替医療の関与が注目されている。それ故、鍼灸治療もその一つとして役割が大きく期待されている。今回のアンケート結果からは、スモン患者のQOL向上を目的とした鍼灸師の地域支援体制作りが可能であると思われた。この実現の為には、和歌山県、保健所、鍼灸師会の相互の協力が必要である。今後、往診先の駐車場や往診料の問題を含め、和歌山県鍼灸師会の協力を得ながらその実現に努めたい。

#### 参考文献

- 1) 吉田宗平ほか：和歌山県におけるスモン患者の現状と鍼灸受診状況，厚生労働科学研究補助金（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，pp.67-70，2003.
- 2) 西條一止ほか：スモンおよびスモン類似疾患に対する鍼灸の効果——老化に伴う諸症状に対する鍼灸の効果，昭和60年度厚生省特定疾患スモン調査研究班研究業績集，pp.363-369，1986.
- 3) 丹沢章八ほか：スモンに対する鍼灸の効果，平成7年度厚生省特定疾患スモン調査研究班研究報告書，pp.205-207，1996.



## スモン患者の介護問題（2）

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）  
 林 宏二（上越保健医療福祉専門学校）

### 要 旨

1997、98 および 2000～02 年度に続いて 2003 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 64 歳未満の層が減少し、85 歳以上の層が増加しており、高齢化が進行していることを示している。

日常生活における介護の必要度は全体として少しずつ高まっており、従来から要介護度の高かった「移動・歩行」「外出」の面だけでなく、「入浴」「用便」「更衣」など日常生活のいくつかの面で介護の必要度が高まっている。

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いる。サービスの利用も増加し、いま以上に介護が必要になった時の見通しについて、「家族の介護とサービス利用の組み合わせ」と答えた者の比率が高まっている。しかし、将来の介護についての不安がこれによって解消されたとは言い難く、介護保険制度の適切な利用を含めて、家族介護者の負担軽減を図るための専門的な援助の充実が求められる。

### 目 的

1997、98、2000、01、02 年度に続いて 2003 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整理し、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、

2003 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整理・集計し、分析する。

### 結 果

有効回答数は 1,039 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。

2003 年度について、男女別内訳をみると、男 285 名（27.4%）、女 754 名（72.6%）で、その構成比は過年度の調査結果とほぼ同様であった。

年齢階層別に見ると、64 歳未満 17.0%、65～74 歳

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	2003 年度
実 数	男	292	114	273	276	293	275	285
	女	830	382	755	762	724	756	754
	計	1,122	496	1,028	1,038	1,017	1,031	1,039
構 成 比	男	26.0	23.0	26.6	26.6	28.8	26.7	27.4
	女	74.0	77.0	73.4	73.4	71.2	73.3	72.6
	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
年 齢	64 歳未満	306	122	265	237	213	183	177
	65～74 歳	420	153	391	388	392	399	403
	75～84 歳	315	153	287	314	309	335	330
	85 歳以上	80	58	85	99	103	114	129
	計	1,122	496	1,028	1,038	1,017	1,031	1,039
構 成 比	64 歳未満	27.2	24.6	25.8	22.8	20.9	17.7	17.0
	65～74 歳	37.4	30.8	38.0	37.4	38.5	38.7	38.8
	75～84 歳	28.1	30.8	27.9	30.3	30.4	32.5	31.8
	85 歳以上	7.1	11.7	8.3	9.5	10.1	11.1	12.4
	計	100.0	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 データ解析・発表についての同意の有無

	実数	構成比
同意あり	984	94.7
同意なし	15	1.4
不明	40	3.8
合計	1,039	100.0

表3 日常生活の中での介護

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
毎日介護	189	18.4	202	19.5	196	19.3	218	21.1	218	22.2
必要ときに介護	372	36.2	391	37.7	357	35.1	361	35.0	353	35.9
介護は必要ない	441	42.9	410	39.5	437	43.0	431	41.8	402	40.9
分からない	10	1.0	17	1.6	12	1.2	9	0.9	8	0.8
無回答	16	1.6	18	1.7	15	1.5	12	1.2	3	0.3
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

表4 生活の各面での介護・介護の必要度

(1) 食事

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
経管栄養	5	0.5	6	0.6	7	0.7	3	0.3	9	0.9
口に運ぶのに介助	19	1.8	17	1.6	17	1.7	20	1.9	19	1.9
ベッド上で自力で	68	6.6	82	7.9	81	8.0	84	8.1	80	8.1
食卓で自力で	249	24.2	268	25.8	253	24.9	283	27.4	251	25.5
不便はない	588	57.2	577	55.6	545	53.6	577	56.0	552	56.1
無回答	99	9.6	88	8.5	114	11.2	64	6.2	73	7.4
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

(2) 移動・歩行

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
寝たきり	41	4.0	47	4.5	36	3.5	48	4.7	46	4.7
車椅子	90	8.8	107	10.3	113	11.1	118	11.4	114	11.6
平地歩行に介助	107	10.4	147	14.2	134	13.2	140	13.6	132	13.4
階段昇降に介助	236	23.0	233	22.4	214	21.0	219	21.2	221	22.5
介助なし歩行	459	44.6	414	39.9	401	39.4	434	42.1	385	39.1
無回答	95	9.2	90	8.7	119	11.7	72	7.0	86	8.7
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

(3) 入浴

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
浴槽では入浴不可	51	5.0	55	5.3	66	6.5	61	5.9	70	7.1
全面的介助	63	6.1	71	6.8	78	7.7	92	8.9	85	8.6
入出に介助	38	3.7	75	7.2	62	6.1	67	6.5	64	6.5
おむね独りで	172	16.7	166	16.0	141	13.9	184	17.8	154	15.7
介助要らない	614	59.7	587	56.6	564	55.5	563	54.6	543	55.2
無回答	90	8.8	84	8.1	106	10.4	64	6.2	68	6.9
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

38.8%、75～84歳31.8%、85歳以上12.4%となっている。64歳未満は1997年度（患者会調査を除く）に比べて10.2ポイント低下し、これまでの調査でもっとも低くなっているのに対して、85歳以上は同じく5.3

(4) 用便

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
おしめ	29	2.8	43	4.1	40	3.9	47	4.6	43	4.4
便器・ポータブルトイレ	34	3.3	28	2.7	35	3.4	30	2.9	46	4.7
後始末に介助	16	1.6	27	2.6	25	2.5	27	2.6	21	2.1
トイレまでの介助	121	11.8	128	12.3	115	11.3	162	15.7	129	13.1
介助なし	737	71.7	729	70.2	694	68.2	702	68.1	670	68.1
無回答	91	8.9	83	8.0	108	10.6	63	6.1	75	7.6
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

(5) 更衣

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
年中寝間着	27	2.6	26	2.5	20	2.0	26	2.5	29	2.9
全面的介助	26	2.5	35	3.4	31	3.0	38	3.7	45	4.6
部分介助	86	8.4	89	8.6	99	9.7	95	9.2	99	10.1
おむね独りで	133	12.9	179	17.2	157	15.4	182	17.7	162	16.5
介助なし	669	65.1	626	60.3	598	58.8	624	60.5	576	58.5
無回答	87	8.5	83	8.0	112	11.0	66	6.4	73	7.4
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

(6) 外出

	1998年度		2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
外出できない	140	13.6	153	14.7	128	12.6	141	13.7	147	14.9
通院に介助	241	23.4	265	25.5	247	24.3	281	27.3	250	25.4
電車・バスに介助	66	6.4	61	5.9	59	5.8	58	5.6	58	5.9
買い物程度は自力で	205	19.9	202	19.5	201	19.8	211	20.5	211	21.4
不便はない	281	27.3	269	25.9	269	26.5	268	26.0	241	24.5
無回答	95	9.2	88	8.5	113	11.1	72	7.0	77	7.8
計	1,028	100.0	1,038	100.0	1,017	100.0	1,031	100.0	984	100.0

ポイント上昇し、同様に最も高い値となり、スモン患者の高齢化の進行を示している。

2003年度の平均年齢は、73.2歳であった（2002年度72.9歳）。

2003年度調査より、「データ解析・発表」についての「同意」の有無を確認することとなった。その結果、有効回答数1,039ケースのうち、「同意する」984ケース（94.7%）、「同意しない」15ケース（1.4%）、不明40ケース（3.8%）であった（表2参照）。

以下、「同意」のあった984ケースについての分析結果を示す。

介護の必要度についてみると、表3に示すように、前年度までに比べて「毎日介護してもらっている」が漸増し、2003年度は22.2%となり、「介護は必要ない」は漸減し、同じく40.9%となっている。

また、「食事」「移動・歩行」「入浴」「用便」「更衣」「外出」などの日常生活についての介護の必要度につ

表5 介護保険制度の申請状況

	2000年度		2001年度		2002年度		2003年度	
申請した	237	22.8	267	26.3	355	34.4	376	38.2
申請していない	750	72.3	700	68.8	634	61.5	585	59.5
分からない	14	1.3	16	1.6	18	1.7	16	1.6
無回答	37	3.6	34	3.3	24	2.3	7	0.7
計	1038	100.0	1017	100.0	1031	100.0	984	100.0

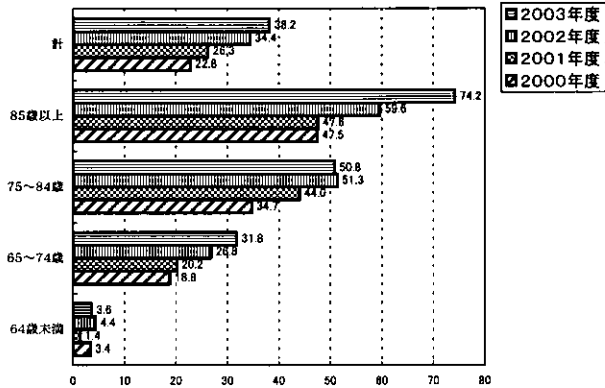


図1 年齢階層別介護保険申請率 (%)

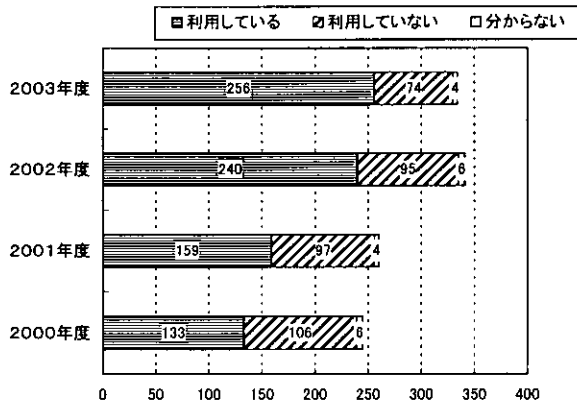


図2 介護保健サービスの利用状況 (申請者)

いてみても、目立った変化はないが、「入浴」や「用便」など、いくつかの面で少しずつ高まる傾向を見せている (表4参照)。

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、制度発足の2000年度の237名から、01年度267名、02年度355名と増加してきた申請者数は、2003年度には376名となり、申請率 (回答者数に占める申請者数の比率) も同じく22.8%、26.3%、34.4%から38.2%に増加している。

年齢階層別に申請率の変化をみると (図1参照)、年齢階層が高いほど申請率の上昇度が高い。85歳以

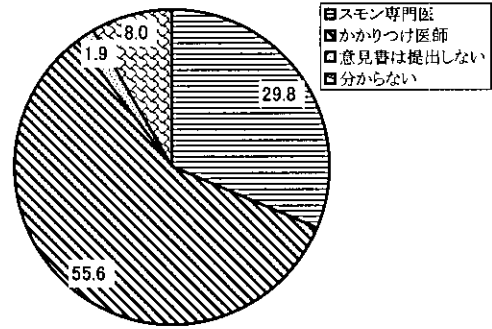


図3 意見書を誰に書いてもらったか (2003年度)

上では2000年度に47.5%、02年度に59.6%であったものが03年度には74.2%まで増加している。75～84歳では03年度50.8%、65～74歳では同じく31.8%となっている。

介護保険制度によるサービスの利用者数も、2000年度133名、01年度160名、02年度240名、03年度256名と年度をおって増えている。03年度申請者376名のうち、実際にサービスを利用している者256名の比率は68.1%であった (図2参照)。

認定結果をみると、2002年度と比較して要支援・要介護度別の構成はほとんど変化がない。「要介護1」がもっとも多く、376名中146名 (38.8%、2002年度38.3%) を占め、次いで「要介護2」が79名 (21.0%、2002年度20.3%) となっている。「要介護3」以上は合わせて86名 (22.9%、2002年度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、「おおむね妥当」と答えた者が49.5%で、「自分の状態と比べて低いと思う」と答えた者は24.7%であった。

次に、認定申請にあたって添えることのできる「かかりつけ医」の意見書については、「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29.8%にとどまっており、申請者の半数以上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。この点では、2002年度までの状況に比べてほとんど変化はない。

このように介護保険サービスの利用は増加しているが、介護について不安に思うことがあるか否かについ

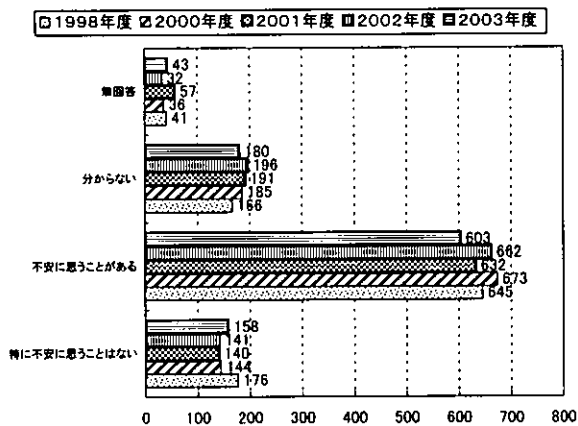


図4 介護についての不安の有無

てみると、2002年度までと同じように3分の2弱にあたる603名（61.3%）が「不安に思うことがある」と答えている（図4参照）。

さらに、いま以上に介護が必要になった場合の見通しについては、「家族の介護で自宅で暮らせる」と答えた者は2003年度では98名（10.0%、2002年度11.6%）で、漸減傾向が続いている。「家族の介護とサービス利用の組み合わせ」と答えた者は367名（37.3%）で、2002年度の326名31.6%に比べて増加している。「いずれは施設への入所を考える」と答えた者には大きな変化はみられない（図5参照）。

#### 考 察

日常生活における介護の必要度が年を追って高まる傾向を示している中で、介護保険制度の認定申請者数やサービス利用者数は、制度発足時に比べて漸増しており、日常的な介護を必要とする高齢のスモン患者にとって、介護保険制度の発足は、これまでのところでは介護サービス利用の面でプラスの方向に働いていると考えられる。

しかし、介護保険制度の利用が増加したからといって、介護問題への不安が解消されたわけではない。介護問題を中心とする将来への不安は依然として大きいと考えられる。

#### 結 論

介護保険制度の発足から4年度目を迎え、スモン患者の要介護認定申請率が高まり、介護サービス利用も漸増している。いま以上に介護が必要になった時の見通しについて、「家族の介護とサービス利用の組み

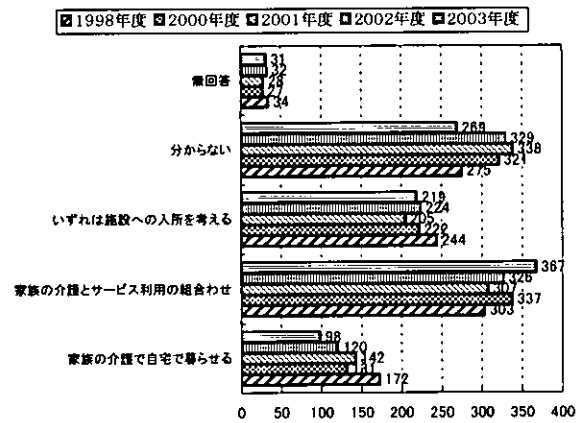


図5 介護についての見通し

せ」と答えた者の比率が2002年度31.3%から2003年度37.3%に増加していることも介護保険制度の利用の広がりを反映するものとみられる。

とはいえ、それによって将来の介護問題への不安が解消されたわけではない。

スモン患者の高齢化は引き続き進行しており、介護の必要度は今後急速に高まるものと予測される。要介護度の適正な認定をはじめ、介護保険制度の適切な利用が可能となるような専門的な援助を行うことと合わせて、家族介護者の負担軽減を図る必要がある。