

図2 基本移動動作時間

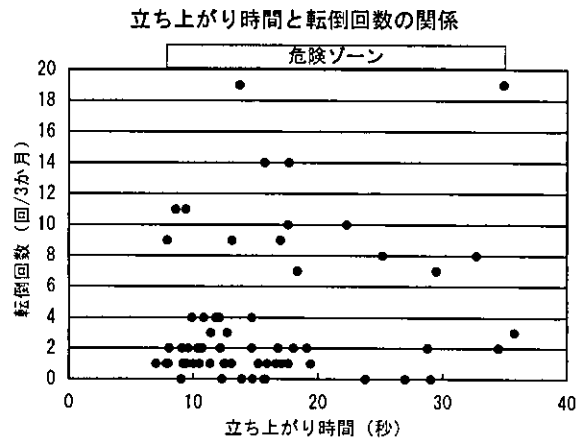


図5 立ち上がり時間と転倒回数との関係

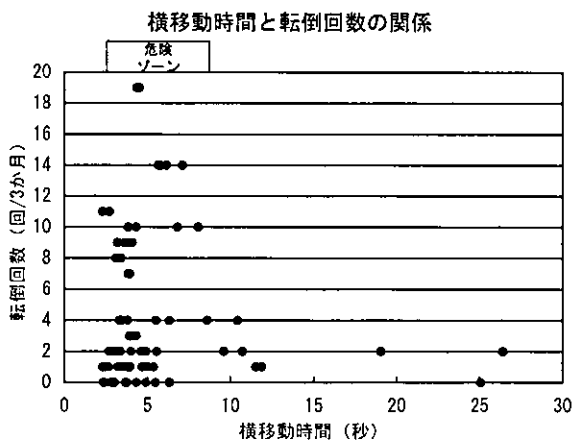


図3 横移動時間と転倒回数との関係

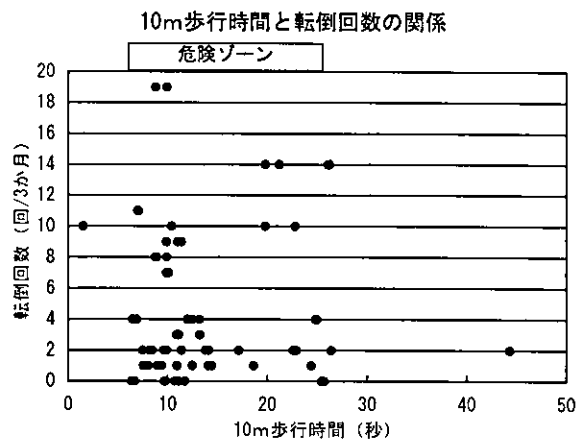


図6 10m歩行時間と転倒回数との関係

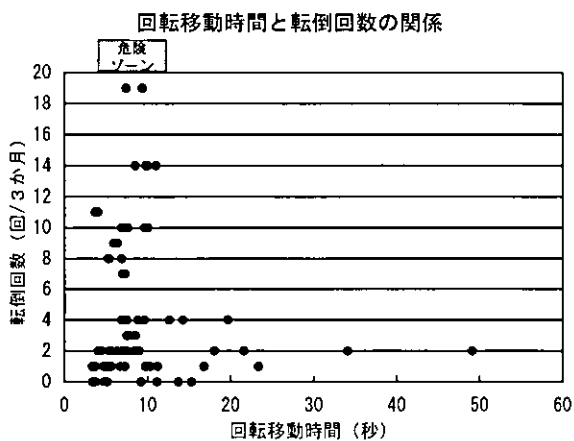


図4 回転移動時間と転倒回数との関係

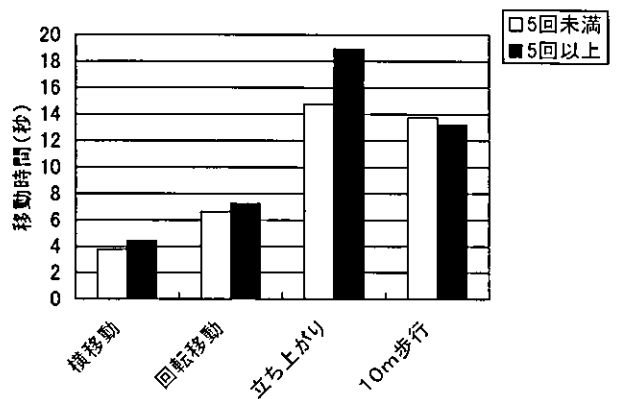


図7 転倒回数から見た基本移動動作時間の比較

れた70歳代の健常高齢者と比較しても全ての移動動作時間が有意に大きかった(図2)。

### 3. 転倒回数と基本移動動作との関係

基本移動動作時間に転倒回数が5回以上の多く転倒

する患者がみられる時間帯を認めた(横移動:3秒~8秒、回転移動:4秒~11秒、立ち上がり:8秒~35秒、10m歩行:8秒~26秒、図3、4、5、6)。この時間帯において5回以上転倒回数のある患者が転倒回数

5回未満の患者と比べ、横移動と立ち上がり動作において有意に多く時間がかかっていた(図7)。

#### 考 察

転倒の回数は3ヶ月間の調査期間において平均3.8回で、84%の患者に転倒経験があった。新野ら<sup>4)</sup>は在宅高齢者において転倒の疫学調査を行い2774名中過去1年間に転倒を経験した人は13.7%であると報告し、障害を持った高齢者においては市村ら<sup>5)</sup>が入院22例、外来17例の患者において27例(69.2%)に過去1年間で転倒を経験し、2回以上の者は19例あったと報告している。これらより、スモンは転倒の危険性が高い障害であるといえる。

また、スモン患者では転倒が多くなる基本移動動作時間の時間帯があることがわかった。特に、横方向の横移動と垂直方向の立ち上がり動作において5回以上の転倒する患者の方が5回未満の患者より移動時間がかかり、この両動作において基本移動動作と転倒回数に関係が深いことがわかった。金ら<sup>6)</sup>は転倒ハイリスク者の身体機能の特徴に「下肢筋力が弱いこと」と「動的バランス能力が悪いこと」と述べている。スモン患者もスモン特有の視力障害、下肢筋力低下、下肢筋の痙性、下肢感覚障害が下肢筋力および動的バランスの身体機能の低下があると考えられる。これらのことより、基本移動動作、特に横移動動作と膝をついた状態から立つ動作の測定は転倒の予測に有用であると考えられる。

#### まとめ

1. スモン患者では日常生活において転倒回数が多かった。
2. 基本移動動作は健常者に比べ時間がかかり、さらに転倒回数が多い患者がみられるようになる時間帯があった。特に横移動動作と膝立ちからの立ち上がり動作は転倒の予測として有用な測定項目であると思われる。

#### 文 献

- 1) 松岡幸彦：スモンの最近の症候とその経過、松岡幸彦編：スモンの過去・現在・未来 — 「平成14年度スモンの集い」から一、pp23-40、厚生省労働科学研究費補助金〔難治性疾患克服研究事業〕スモンに関する調査研究班、2004

- 2) 小長谷正明：スモンの合併症、松岡幸彦編：スモンの過去・現在・未来 — 「平成14年度スモンの集い」から一、pp41-51、厚生省労働科学研究費補助金〔難治性疾患克服研究事業〕スモンに関する調査研究班、2004
- 3) 美和千尋、他：スモン患者の基本動作、総合リハビリテーション 31：977-982、2003
- 4) 新野直明、他：在宅高齢者における転倒の疫学。日本老年医学会雑誌 40：484-486、2003
- 5) 市村瑞也、他：障害高齢者における転倒発生状況と関連要因。高知県理学療法 10号：2-6、2003
- 6) 金憲経・他：転倒ハイリスク高齢者の身体的特徴。教育医学 46：88-89、2000

# 和歌山県スモン患者の立ち上がり動作、歩行動作における前方移動能力の重要性

吉田 宗平（関西鍼灸大神経病研究センター）  
鈴木 俊明（ ” ” ）  
中吉 隆之（ ” ” ）

## 要 旨

昨年の研究では、歩行障害を認めるスモン患者における足部での前方移動能力の重要性を報告した。本年度は、昨年の研究に加えて、立ち上がり動作能力と座位での前方へのファンクショナルリーチテストとの関係も併せて検討した。対象は、平成 16 年度和歌山地区スモン検診で診察した患者 9 名（男性 1 名、女性 8 名）、平均年齢 81.1 歳である。スモン検診個人票の臨床所見と、座位・立位における前方へのファンクショナルリーチテストから、リーチ距離とリーチの際の戦略方法を検討した。結果は、座位での前方へのファンクショナルリーチテストの動作様式は多くの症例が健常者同様に股関節戦略であり、前方へのファンクショナルリーチテストの移動距離が大きいほど、立ち上がり動作が安定していた。立位での前方へのファンクショナルリーチテストの動作様式は多くの症例が股関節戦略であり、健常者の足関節戦略とは異なっていた。立位での前方移動距離と歩行動作能力との間には関連性を認めなかった。本疾患における立ち上がり能力、歩行能力と前方へのファンクショナルリーチテストの関係では、リーチ距離は重要ではなく、戦略方法が健常者と同様であるか否かが重要である。また、戦略方法が健常者と同様であれば、リーチ距離が動作能力を反映することが示唆された。

## 目 的

平成 15 年度には、和歌山県スモン患者の歩行能力と立位でのファンクショナルリーチテストの関係について検討した。その結果、歩行能力と立位でのファンクショナルリーチテストのリーチ距離は関係なく、そ

の動作様式が重要であると報告した（図 1）。具体的には、歩行障害を認めるスモン患者の立位における足圧中心は健常者と比較して後方に偏倚しているために、立位での前方移動時には健常者が用いる足関節戦略ではなく、股関節戦略を用いることが多いと考察した。

本年度は、昨年の研究に加えて、立ち上がり動作能力と座位での前方へのファンクショナルリーチテストとの関係も併せて検討し、足部での前方移動能力の重要性について報告する。

## 方 法

対象は、平成 16 年度和歌山地区スモン検診で診察した患者のうち、座位からの立ち上がり動作、10m 平地歩行が可能である患者 9 名（男性 1 名、女性 8 名）、平均年齢 81.1 歳である。

スモン検診個人票から、10m 歩行時間、座位からの立ち上がり動作能力、運動障害（筋力低下、痙縮、筋

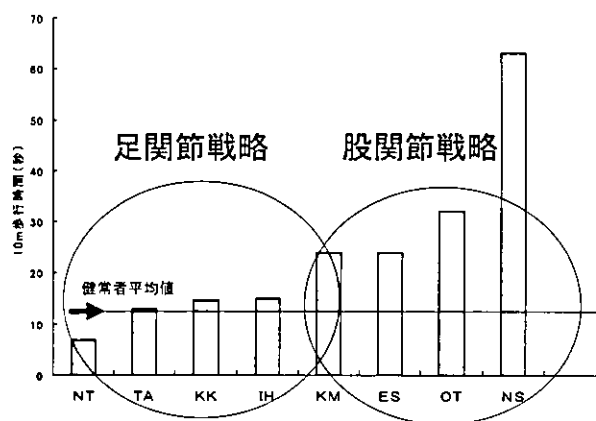


図 1 10m 歩行時間とリーチ戦略との関係  
10m 歩行時間が速いほど健常者と同様な足関節戦略であることがわかる。  
文献 1 より引用

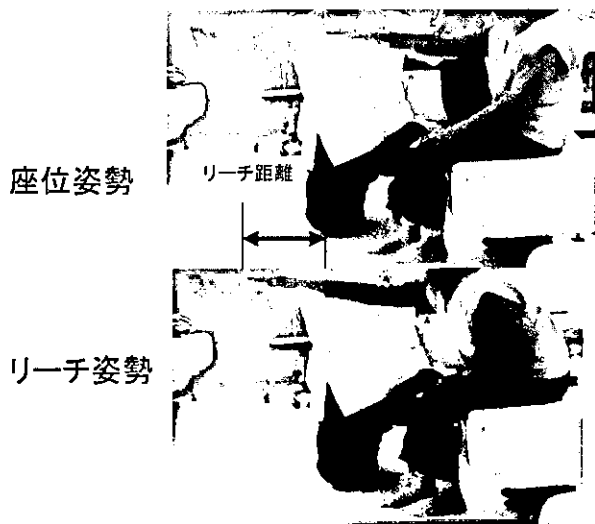


図2 座位でのファンクショナルリーチテスト

萎縮)、感覚障害(表在感覚、異常感覚)の神経学的所見、座位・立位における前方へのファンクショナルリーチテストから、リーチ距離とリーチの際の戦略方法を検討した(図2)。これらの検討より座位・立位のファンクショナルリーチテストと立ち上がり能力、歩行能力との関係を中心に検討した。

### 結 果

座位での前方へのファンクショナルリーチテストの動作様式は、多くの症例が最初に股関節屈曲動作がみられる股関節戦略であり、健常者と同様であった。前方へのファンクショナルリーチテストの移動距離が大きいほど、立ち上がり動作が安定していた(図3)。また、リーチ距離の少ない症例の神経学的所見の特徴は、感覚障害が高度であることと、痙縮の程度が高度

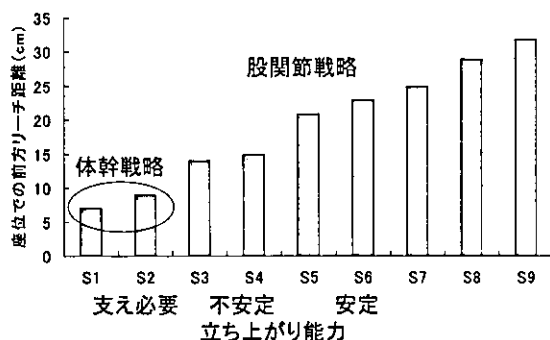


図3 座位での前方リーチ距離と立ち上がり動作能力との関係  
座位での前方リーチ距離が長いほど、立ち上がり動作能力は安定している。立ち上がり動作が可能な症例では股関節戦略であり、体幹戦略では動作遂行に介助が必要であった。

である、という2点であった。

立位での前方へのファンクショナルリーチテストの動作様式は、多くの症例が股関節戦略であり、健常者の足関節戦略とは異なっていた。立位での前方移動距離と歩行動作能力との間には関連性を認めなかった。

### 考 察

昨年は立位での前方・側方へのファンクショナルリーチテストと歩行能力との関係から、歩行能力の向上にはリーチ距離が重要なのではなく、リーチ戦略が足関節戦略であることが重要であると述べた。その理由として、スモン患者の安静立位においては足圧中心が後方にあるために、リーチ動作の際の足関節においてリーチ方向への円滑な体重移動が困難で、その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察した。

今回は、昨年の検討に加えて、立ち上がり動作能力と座位での前方へのファンクショナルリーチテストとの関係を検討した。立ち上がり動作における戦略方法は多くの症例が股関節戦略であり、これは健常者の結果と同様であった。また、座位での前方へのリーチ距離と立ち上がり動作の安定性には関連を認めた。立ち上がり動作では、図4、5に示すように股関節屈曲および前脛骨筋の筋活動による足関節背屈にともなう重心の前下方への移動により殿部が離床する。著者らは、この殿部離床までの動作が立ち上がり動作の獲得に重要であると考えている。本疾患の特徴として、昨年の報告でも考察したように足部、特に前足部への荷重が不十分なために前方への体重移動が困難な症例が多い。今回の症例と同年齢のパーキンソン患者5名(Yahr重症度 stage II・III)および健常者5名に同様な検討を行った結果では、健常者だけでなくパーキンソン患者と比較しても座位での前方リーチ距離は少なかった(図6)。そのため、神経疾患のなかでも特にスモン患者における立ち上がり動作能力は、前方へのファンクショナルリーチテストのリーチ距離に関係すると考える。

### 結 論

本疾患において立ち上がり動作能力、歩行能力と前方へのファンクショナルリーチテストの関係では、リーチ距離が重要なのではなく、戦略方法が健常者と同様

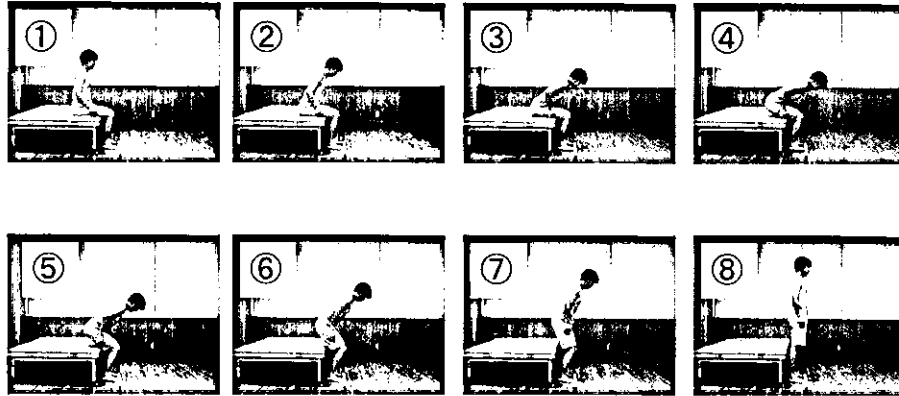


図4 健常者の立ち上がり動作  
(1相:①~③、2相:③~⑤、3相:⑤~⑧)

健常者の立ち上がり動作では、1相では股関節屈曲にともなう重心の前方移動がみられる。この前方への重心移動が重要である。文献2より改変引用

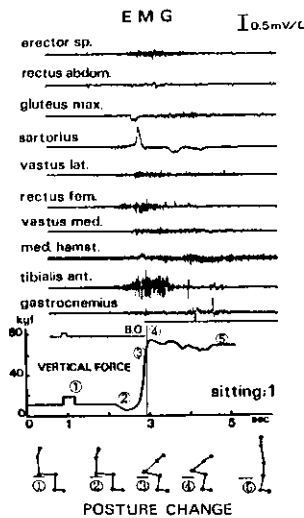


図5 健常者の立ち上がり動作における筋電図  
及び床反力(垂直分力)と姿勢変化

床反力の①~③は姿勢変化に対応している。BO (Bottom Off) は、股部が椅子から離床した時期を示す。股部離床前よりの前脛骨筋の筋活動にともなう足関節背屈動作が重要であることがわかる。文献2より改変引用

であるか否かが重要である。また、戦略方法が健常者と同様であれば、リーチ距離が動作能力を反映することが示唆された。

文 献

1) 吉田宗平、鈴木俊明、中吉隆之、池藤仁美、吉益文夫：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—、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15年

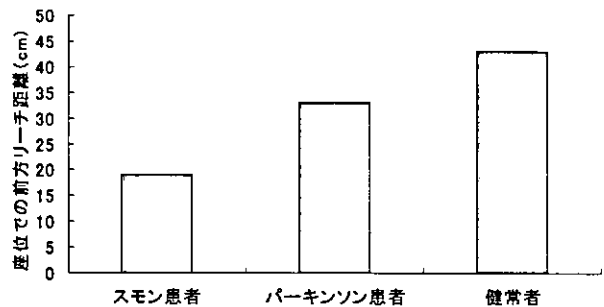


図6 座位での前方リーチ距離と立ち上がり動作能力との関係  
(スモン患者・パーキンソン患者・健常者)

スモン患者のデータをパーキンソン患者(5名、stage II・III)、健常者(5名)と比較した。スモン患者ではパーキンソン患者と比較して前方リーチテストの明らかな低下を認めた。

度総括・分担研究報告書、106-108、2004

2) 後藤 淳：立ち上がり動作—力学的負荷に着目した動作分析とアライメント— 関西理学 2：25-40、2002

# スモン患者の日常生活状況の変化

氏平 高敏 (名古屋市衛生研究所疫学情報部)

築城友加子 ( " " )

## I. 目 的

スモン患者の QOL の向上、維持のための方策を考えるための基礎資料を得るために ADL (Barthel Index)、老研式活動能力指標、生活満足度の年次推移について検討した。

## II. 方 法

### 1) 対 象

分析対象は 1993 年～1995 年 (以下 1994 年とする)、1998 年～2001 年 (1999 年)、2002 年～2004 年 (2004 年) のそれぞれの 3 年間に 1 回でも検診を受診した人 782 名 (男性 187 名、女性 595 名) である。

### 2) 方 法

Barthel Index、老研式活動能力指標、生活の満足度 (「満足している」を 5 点から「全く不満足である」を 1 点にスコア化した)、を年ごとに性・年齢別に平均値を算出した。

老研式活動能力指標 (表 1) については下部概念で

表 1 老研式活動能力指標

(1) 手段的自立 (IADL)	
1	バスや電車を使って 1 人で外出できますか
2	日用品の買い物ができますか
3	自分で食事の用意ができますか
4	請求書の支払いができますか
5	銀行貯金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか
(2) 知的能動性	
1	年金などの書類が書けますか
2	新聞を読んでいますか
3	本や雑誌を読んでいますか
4	健康についての記事や番組に関心がありますか
(3) 社会的役割	
1	友だちの家を訪ねることがありますか
2	家族や友だちの相談にのることがありますか
3	病人を見舞うことがありますか
4	若い人に自分から話しかけることがありますか

ある手段的自立、知的能動性、社会的役割についても検討した。また全国平均と比較した。全国の資料はヘルスアセスメントマニュアル (厚生科学研究社発行)<sup>1)</sup> のデータを用いた。

## III. 結 果

### 1) Barthel Index (図 1)

男性では 1994 年において 60-79 歳で低下傾向はみられなかったが、1999 年、2004 年では年齢が高くなるほど低下していた。年齢階級別にみると 60-69 歳では 1994 年、1999 年、2004 年との間で差はなかったが、70-74 歳、75-79 歳では 1994 年、1999 年、2004 年の順に低下していた。

女性ではどの年も年齢とともに低下していた。年齢階級別に見ると 1994 年、1999 年 2004 年の順に低下していた。特に 2004 年の低下は顕著であった。

### 2) 老研式活動能力指標

#### (1) 総得点 (図 2)

男性では全国平均と比較してどの年齢階級でも低かった。年ごとにみると、1994 年では 60-74 歳では低下

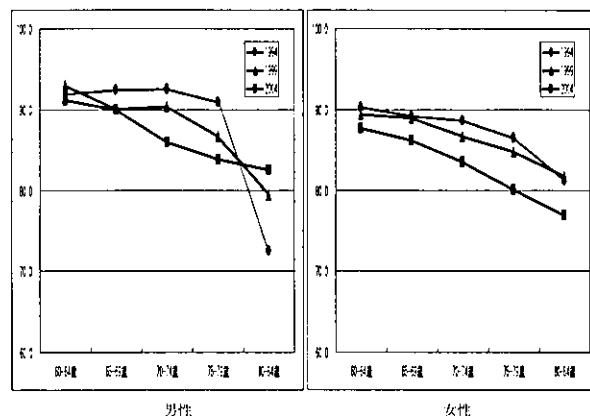


図 1 スモン患者の Barthel Index の推移

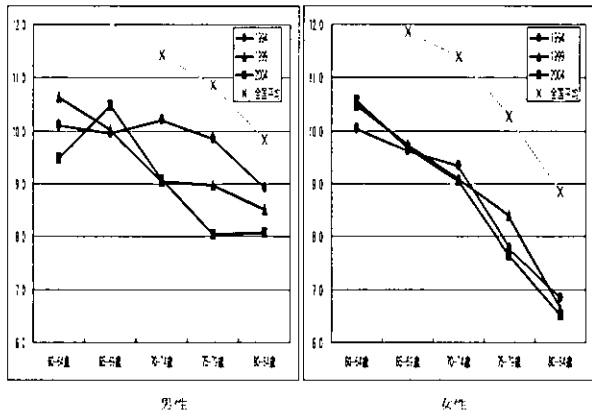


図2 スモン患者の活動能力指標（合計）の推移

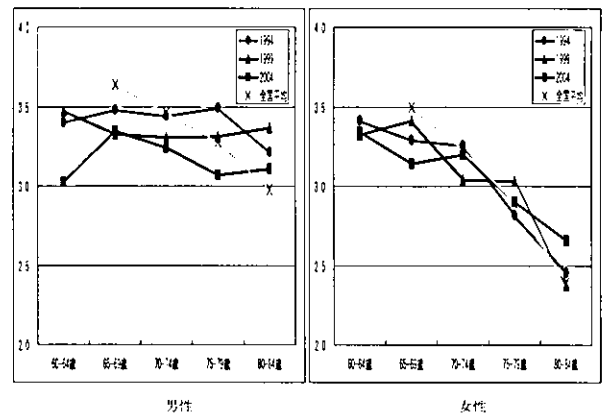


図4 スモン患者の知的能動性の推移

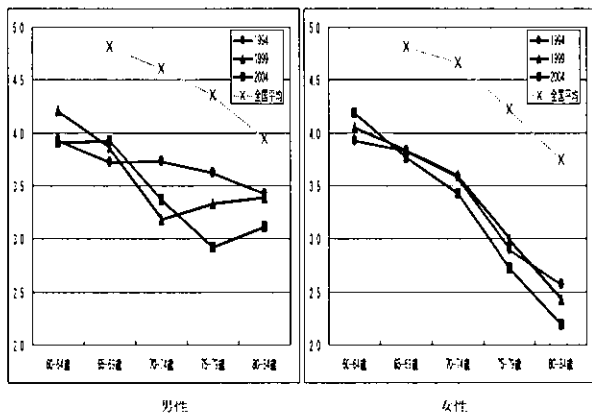


図3 スモン患者の手段的自立の推移

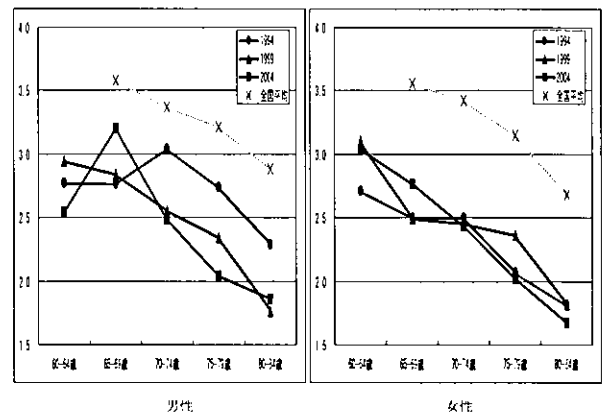


図5 スモン患者の社会的役割の推移

傾向は認められなかった。75-84歳では低下傾向が認められた。1999年では年齢が高くなるほど低下していた。2004年では70-79歳で顕著に低下していた。

女性ではどの年齢階級において全国平均より低下していた。年別にみると1994年、1999年、2004年のいずれも年齢が高くなるほど低下していた。年齢階級別にみて年ごとの差は認められなかった。

(2) 手段的自立 (図3)

男性では全国平均と比較してどの年齢階級でも低かった。年ごとにみると年においても年齢が高くなるほど低下していた。特に1994年に比べて1999年、2004年は低下の度合いが大きかった。

女性では全国平均と比較してどの年齢階級でも低かった。年ごとにみるとどの年においても年齢が高くなるほど低下していた。2004年が低下の度合いが大きかった。年齢階級別にみると70歳以上で2004年が最も低かった。

(3) 知的能動性 (図4)

男性では70歳以上で全国平均を上回っていた。全国平均では年齢が高くなるほど低下していたがスモン患者は顕著な低下傾向は認められなかった。年齢階級別にみると年ごとに低下していた。

女性ではどの年齢階級も全国平均と差は認められなかった。年ごとにみると年でも年齢が高くなるほど低下していた。年齢階級別にみるとどの年齢階級でも年ごとの差は認められなかった。

(4) 社会的役割 (図5)

男性では全国平均と比較するとどの年齢階級でも低かった。年ごとにみると1994年には60-74歳で高くなっていてそれ以降は低下していた。1999年、2004年は年齢が高くなるほど低下していた。年齢階級別にみると70-79歳で年代を経るごとに低下していた。

女性ではどの年齢階級において全国平均より低下していた。年ごとにみるとどの年も年齢が高くなるほど

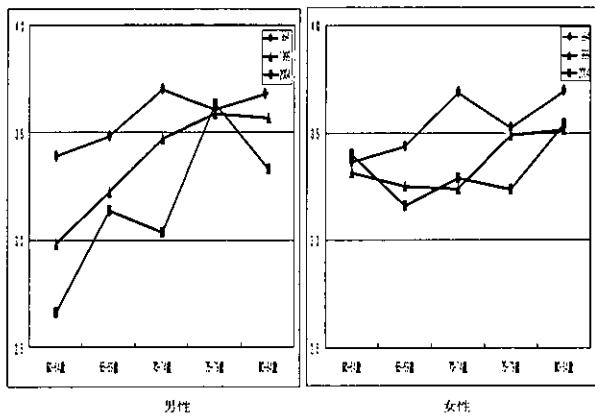


図6 スモン患者の生活満足度の推移

低下していた。年齢階級別にみて年ごとの差は認められなかった。

### 3) 生活満足度 (図6)

男性では年ごとにみるとどの年も年齢が高くなるほど増加していた。年齢階級別にみると75-79歳以外で年を経るごとに低下していた。

女性では年ごとにみると男性ほど顕著ではないが年齢が高くなるほど増加傾向があった。年齢階級別にみると65-84歳では1994年が最も高かった。

## IV. 考 察

Barthel Index は年齢が高くなるほど低下していたが年齢の効果だけでなく、たとえば70-74歳の年齢階級をみると1994年の70-74歳より1999年、2004年の70-74歳の方が低くなっていたように、時代効果が認められた。また Barthel Index ほど顕著ではないが、老研式活動能力指標の総計、手段的自立、社会的役割と生活満足度にも年ごとに低下する時代効果が認められた。この時代効果がスモン患者特有のものかどうか検討する必要がある。

しかし、老研式活動能力指標について一般高齢者に対する調査で10年後の方が改善しているという今回のスモン患者の結果とは逆の時代効果があったと報告されている<sup>1)</sup>。このことはスモン患者に対して活動能力指標の低下を鈍化させる余地があることが示唆される。

スモン患者の活動能力指標は全国平均より低かった。特に下部概念の手段的自立、社会的役割が低かった。こういった現状の中で、さらにスモン患者の高齢化が

進む中で、スモン患者のQOLの向上、維持のための具体的方策を考えていく必要がある。

## V. 結 論

Barthel Index、老研式活動能力指標についてどの年も年齢が高くなるにつれて低下していた。女性の方が男性より低下の度合いが大きかった。生活満足度は年齢による影響は少なかった。

SMON患者は老研式活動能力指標の知的能動性以外は全国平均より低かった。

年ごとに Barthel Index、老研式活動能力指標、生活満足度は低下しているという時代効果が認められた。この効果についてさらなる検討が必要である。

## 文 献

- 1) ヘルスアセスメント検討委員会監修：ヘルスアセスメントマニュアル。東京：厚生科学研究所。2000、p86-p101



## 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（Ⅲ）

——「スモン患者さんへの訪問リハビリテーションマニュアル」の作成——

杉村 公也（名古屋大学保健学科）

宝珠山 稔（ ” ）

美和 千尋（ ” ）

清水 英樹（ ” ）

伊藤 恵美（ ” ）

森 明子（ ” ）

### 要 旨

スモン患者さんが高齢化する中で、閉じこもりから寝たきり状態への危険が迫り、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）の必要性が高まっている。しかし実際にスモン患者さんに訪問リハを行おうとすると多くの障害がある。最大の障害は利用の方法や施設を患者さんもかかりつけ医も知らないことである。そこでかかりつけ医がスモン患者さんに訪問サービスを受けさせたいと感じた時どうしたら良いか、また実際訪問する理学療法士（以下PT）、作業療法士（以下OT）がどのように患者さんを評価し、どのようにリハビリテーションを行ったら良いかをマニュアルにまとめた。さらにこの過程で多くの問題点を把握したのでそれらを報告する。

訪問リハでは多くのサービスが複雑に入り組んでおり、特定疾患は陰に隠れて十分利用されないままになりうる状態に加え、医療保険の訪問リハは病院・診療所でのサービス実施施設が少なく利用が困難である。そのような状況下で介護保険の訪問看護Ⅶが殆どの訪問リハの需要を吸収している。訪問看護ステーションの訪問看護Ⅶと同様サービスが特定疾患患者では医療保険で利用できるが、このことをスモン患者さんもかかりつけ医も殆ど知らないなどが明らかになった。したがって、スモン患者さんに対し特定疾患による医療保険を利用して自己負担なしで訪問看護ステーションからの訪問看護Ⅶ（OT、PTの訪問リハビリテーション）を利用することを広く奨める必要がある。

### 目 的

多くのスモン患者さんが高齢化する中で、外出の機会が減り、検診の受診率も年々低下してきている。閉じこもり状態から寝たきり状態への危険が迫って来ていると言えよう<sup>1)</sup>。我々は一昨年、患者さんへの調査から、自立生活の維持や転倒の防止、外出機会の増加、縮小しつつある社会生活の拡大のために、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寝たきり防止のために必要であることを明らかにした<sup>2)</sup>。昨年はそうした患者さんに対して実際に訪問リハ介入を試みてその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自体の存在を知らないか、必要性をあまり認識していなかった。また、実際の利用の仕方も知らなかった。現実にはプランを作成してみると公費で利用できる医療保険では訪問リハを実施している病院、診療所が少なく、利用が困難であった。介護保険では自己負担があることと認定が低いため利用が制限されていた。かかりつけ医も訪問リハの存在や意義に関心が低い傾向があった<sup>3)</sup>。

そこで今回この問題を解決するため、かかりつけ医がスモン患者さんに訪問リハを受けさせたいと感じた時どうしたら良いのか、また実際訪問する理学療法士（以下PT）、作業療法士（以下OT）がどのように患者さんを評価し、どのようにリハビリテーションを行ったら良いかをマニュアルにまとめることにした。

ここではこの手引きをまとめる過程で把握した問題点や手引きの主要な内容を報告する。

## 方 法

研究グループのメンバーで話し合い、表題、目次を決定し、内容の確認後、メンバー6名で執筆を分担した。数回の会議で内容の統一に努めた。

## 結 果

マニュアルの表題は「スモン患者さんへの訪問リハビリテーションマニュアルー スモン患者さんのかかりつけ医、リハスタッフのための手引きー」とした。

目次と内容は以下のようなものになった。

はじめに：このマニュアルの執筆動機と本書の目的、対象者について案内した。

### 第1章 スモン患者さんの現状：

1. スモンとは：スモンという疾患の特徴と特異性を示した。
2. スモン患者さんの神経症状：スモンの障害の中心となる神経症状について解説した。
3. スモン患者さんの身体症状：神経症状以外にスモン患者さんの身体症状として消化器症状、眼症状などを持つことを解説した。
4. スモン患者さんの合併症：スモン患者さんは現在、高齢に依る影響に加えて、廃用障害にもづく多くの合併症を併発していることを解説した。
5. スモン患者さんの運動機能：スモン患者さんの運動機能障害について解説した。
6. スモン患者さんと転倒：スモン患者さんの転倒

の危険性について解説した。

7. スモン患者さんの日常生活：スモン患者さんの日常生活の現状、特に閉じこもりがちになっており、準寝たきり状態の患者さんも多いことを示した。

### 第2章 訪問リハビリテーション

1. 訪問看護とリハビリテーション：訪問看護の中心で行われる訪問リハについて解説した。
2. 医療保険での訪問リハビリテーション：医療保険が利用できる訪問リハについて解説した（表1）。
3. 訪問リハビリテーションの現状と問題点ー3人の実例の体験からー：昨年実施した3名の訪問リハ開始者について、サービス開始に至るまでの経緯とその問題点を解説した（表2、3、4）。

### 第3章 スモン患者さんへの訪問リハビリテーションの手引きーかかりつけ医によるスモンのリハ医療ー

1. リハビリテーションの必要性の認識からリハ指示書の作成まで：ここではかかりつけ医が患者さんにリハビリテーションを受けさせたいと思ったなら何をしたら良いかを案内した。

### 第4章 スモン患者さんへの訪問リハビリテーションの手引きーリハスタッフのための手引きー

1. 初期評価と課題分析：初期評価と課題分析の方法と問題点を述べた。
2. 訪問リハビリテーション計画：訪問してどのよ

表1 訪問リハビリ関係サービス

区 分	医療保険法		介護保険法	
	病院・診療所	訪問看護ステーション	病院・診療所・介護老人保健施設	訪問看護ステーション
名 称	在宅訪問リハビリテーション 指導管理	訪問看護7（PT・OTによる訪問看護）	訪問リハビリテーション	訪問看護7（PT・OTによる訪問看護）
対 象 者	介護保険非該当者および介護保険対象者でも厚生労働省の特定疾患（スモンなど）に指定された者		介護保険対象者	
内 容	居宅において療養を行っている通院が困難な患者もしくは在宅寝たきり老人等に対して、診療に基づき、計画的医学的管理を継続して行い、かつ、PTまたはOTを訪問させて基本動作能力または社会的適応能力の回復を図るための訓練等		主治医の判断に基づき、居宅で行う心身機能の維持回復・日常生活の自立援助のための理学療法・作業療法等のリハ	主治医の判断に基づき、訪問看護師等が居宅で行う療養上の世話と診療の補助（PT・OTも含まれる）
訪問頻度	週3回まで		上限規定なし（介護認定による要介護度の限界がある）	
自己負担	有（スモンは無料）		有り（1割負担）	
時 間	1回 20分以上		1回 30～60分	
単 価	5300円		5500円	8300円
主治医との関係	・指示を受ける（指示書：原則的には月1回） ・指導内容、所要時間を記録し報告		訪問看護指示書の交付、訪問看護計画書の提出	

- うなりハ計画を立てるか解説した。
3. 訪問リハビリテーション手法：実際のリハビリテーション手技を解説した。
  4. 効果判定：効果判定のための種々の評価表を示し、効果に関する評価のポイントを示した。
  5. 訪問リハビリテーションの医療経済：最後にリハスタッフとして、自分自身が実施している訪問

リハが医療経済上どのようなになっているのかを確認するための解説をした（表5）。

### 考 察

スモン患者さんが高齢化する中で、身体機能の低下が著しく進行し、外出の機会も減少、検診の受診率も次第に低下しつつある。研究班の多くの検診グループでも訪問検診が実施されるようになってきた<sup>4, 5, 6)</sup>。こ

表2 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3 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>下肢筋力低下から再転倒の危険性</li> <li>転倒・骨折から寝たきりの危険</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抑鬱状態の改善</li> <li>活動性の維持の必要性</li> </ul>
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
最期リハゴール	シルバーカーを利用して外出を可能にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>環境調整と筋力アップによって介護量を軽減する</li> <li>心理支援によりQOLを改善する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭内の役割の獲得と社会参加</li> <li>心理支援とQOLの向上</li> </ul>

表4 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	①医療保険リハ施設の検討 ②介護保険施設の検討 ③訪問看護 St.を利用を検討	①医療保険リハ通所の検討（本人拒否） ②介護保険を検討（本人拒否） ③医療保険を検討	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
最終的に行ったサービス施設との協議	訪問看護 St.と協議 特定疾患として医療保険を利用	医療保険施設と協議（特定疾患で訪問看護Ⅶを利用）	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

表5 スモン患者の訪問リハ

制度	請求名称等	条件等	自己負担額	備考
医療保険	在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (診療所・病院から提供される訪問リハビリテーション) 3回/週まで 1回20分以上 530点	特定疾患医療受給者証保持者	無料	
		70歳未満のもの	約1590円(3割)	
		70歳以上の被用者健康保険適応者	約530円(1割)	
		75歳以上の老人保健適応者 (平成14年9月30日までに70歳になった者を含む)	約530円(1割)	
		70歳以上の一定所得者	約1060円(2割)	
訪問リハ (訪問看護ステーションから提供される訪問リハビリ) 530点(週3日まで) 630点(週4日以降)	特定疾患	無料	週3回までの自己負担額を示す。 週4回以上利用した場合は4回目以降6300円の1割~3割負担額となる。	
	70歳未満	1590円(3割)		
	70~75歳 (上記参照)	530円(1割) 1060円(2割)		
	老人保健(75歳以上)	530円(1割)		
介護保険	訪問リハビリテーション (診療所・医療機関・老人保健施設から提供される訪問リハビリテーション)	1回20分以上 (550単位)	約550円(1割)	
	訪問看護7 (訪問看護ステーションから提供される訪問リハビリテーション)	1回通常30分以上 1時間未満 (830単位)	約830円(1割)	スモン患者は医療保険を適応することとなっているのでこの区分は原則として適応されない
		1回30分未満 (425単位)	約425円(1割)	
日常生活訓練加算 50単位 病院・診療所・介護保険適応の施設から退院(所)後6ヶ月以内の期間に、計画に基づきADLの向上を目的とした訓練が行われた場合に加算できる。		約50円(1割)		

のように多くのスモン患者さんが一日中じっと家に閉じこもり、用がなければ寝ているか、下肢のしびれに加えて、膝や足関節の痛みや骨折、転倒の痛みが完治せず、寝たり起きたりといった準寝たきり状態に陥っている。我々はそのような患者さんに対して一昨年、本人及び家族にリハビリテーションニーズに関するアンケート調査を行い、患者さんや家族に従来の鍼灸、マッサージだけでなく活動的で適応的な幅広いリハビリテーションへの要望が高いことを知った<sup>2)</sup>。しかし一方では患者さん自身は「衰れな姿を他人にさらしたくない」とか「他人を受け入れることが苦手」など積極的に通所系のサービス利用は避ける傾向も強いことが分かった<sup>3)</sup>。

こうしたスモン患者さんやその家族のリハビリテーションに対する要望やスモン患者さんの特徴を考慮に入れると、まず最初はスモン発症の経緯、症状、心理特徴を良く理解するリハスタッフなどの医療関係者が定期的にスモン患者さんを訪問して、個々のニーズに

基づく個別性の高いリハビリテーションを行うことが最も望ましいと結論を出した<sup>2)</sup>。

そこで昨年、訪問リハの必要性の高い3名のスモン患者さんに対してモデルケースとして実際に訪問リハ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、検診結果などから訪問リハの必要性が高いと当方が判断した3症例はいずれも本人も家族も訪問リハサービスの存在を認識していないか、訪問リハサービスの利用の仕方を知らなかった(表3)。さらに実際にプランを作成しようとする、スモン患者さんの場合公費負担で利用できる医療保険施設を利用しようにも、医療保険の病院、診療所で訪問リハを実施している施設が殆ど無く利用困難であった。介護保険も必要性があっても未申請か、認定を受けても要介護度が低いため入浴介護などの利用に殆どを使用しきっていた。さらに医療保険では自己負担が無いのに介護保険では同じスモンでも自己負担があることが割り切れない気持ちが強く訪問リハの利用には積極的でなかった

(表4)。このように実際にスモン患者さんに訪問リハを行おうとすると多くの障壁があることが判明した。なかでも利用の方法や施設を患者さんやかかりつけ医が知らないことが大きいことであった<sup>3)</sup>。そこでかかりつけ医がスモン患者さんに訪問リハサービスを受けさせたいと思ってもらい、患者さんを指導してもらうようになること、またその場合、実際にはどこにどのように連絡したり紹介したら良いのかを知ってもらうように、さらに実際訪問するPT、OTがどのように患者さんを評価し、どのようなリハを行ったら良いのか知ってもらうことが必要である。そのためにこれらの点をマニュアルにまとめることとした。

このマニュアルをまとめる過程でいくつかの重要な問題点を把握した。

まず第一は訪問リハに関する制度やサービスが複雑に入り組んでおり、大変理解しにくい状況になっていることである。最も施設数が多く利用しやすい訪問看護ステーションからのPT、OTによる訪問リハは訪問看護Ⅶという名称になっており、訪問リハという名称が隠れている<sup>7)</sup>。さらに訪問看護は介護保険優先の原則で介護保険該当者は介護保険でしか利用できないことになっている、しかし例外としてスモンなどの特定疾患申請者は医療保険で、しかも自己負担分は公費負担でこの訪問介護を利用できることになっている<sup>9)</sup>。このことが一般に知られていない。しかし特定疾患は該当疾患であっても患者自身が申請し、医療証を得なければ公費負担が受けられない。また同じ訪問リハでも医療保険と介護保険ではサービスの単位時間も報酬点数の異なっている。このようにシステムが実に複雑で、スモン患者さんがこれらを知って適切に利用できるとはとても思えない状況である。訪問保健婦も適切に指導援助している状況はない。

こうした利用制度の問題点に加えて、施設数の問題がある。医療保険の病院・診療所で訪問リハを行っている施設は極めて限られている。何とか利用できる状況で存在しているのが訪問看護ステーションであるが、実際に訪問リハ、つまり訪問看護Ⅶを実施しているのはそのうちのごく一部であると考えられるが<sup>9)</sup>、その実数すら正確に把握できていない。その理由は多くの施設が非常勤のPT、OTを雇用していて、サービス

自体が流動的でPT、OTの退職でしばしばサービスが停止される状況である。もっとも現在の診療報酬が維持されればまずまずの収益性があるので、次第にサービス実施施設は増加してきていると言われている。今後は多少利用しやすいサービスになる可能性がある。

## 結 論

今回かかりつけ医がスモン患者さんに訪問リハを受けさせようとした場合やPT、OTがどのようにスモン患者さんのリハビリテーションを行ったら良いかをマニュアルにまとめた。マニュアルにまとめる過程で訪問リハに関する多くの問題点を把握した。スモン患者さんに特定疾患公費負担による医療保険を利用して自己負担なしに訪問看護ステーションからの訪問看護Ⅶ(PT、OTによる訪問リハ)を利用することを広く奨める必要がある。

## 文 献

- 1) 松岡幸彦：総括研究報告、厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成15年度総括・分担研究報告書、p.13、2004
- 2) 杉村公也、伊藤恵美、清水英樹、森明子、宝珠山稔、美和千尋：スモンにおける訪問リハシステム確立に関する研究—患者ニーズの調査—、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、p.112、2003
- 3) 杉村公也、森明子、清水英樹、伊藤恵美、美和千尋、宝珠山稔：スモンにおける訪問リハビリテーションシステム確立に関する研究（Ⅱ）—モデルケースでの検討—、厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成15年度総括・分担研究報告書、p.102、2004
- 4) 小長谷正明、久留聡、松本昭久、他：平成15年度の全国スモン検診の総括、厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成15年度総括・分担研究報告書、p.19、2004
- 5) 松本昭久、田島康敬、森若文雄、他：北海道地区のスモン患者療養実態と地域ケアシステム（平成15年度）、厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患

克服研究事業) スモンに関する調査研究班平成 15 年度総括・分担研究報告書、p.23、2004

- 6) 井原雄悦、森松光紀、山田淳夫、他：中国・四国地区におけるスモン患者の健康診断（平成 15 年度）、厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）スモンに関する調査研究班平成 15 年度総括・分担研究報告書、p.43、2004
- 7) 日本看護協会：看護法令要覧平成 16 年度、p610、日本看護協会出版会、東京、2004
- 8) 日本訪問看護振興財団：訪問看護白書、p13、日本訪問看護振興財団、東京、2002

## スモン患者の疼痛緩和の実態調査

小松 美雪 (国立病院機構宇多野病院看護部)  
 寺澤 静香 ( " )  
 長谷川雅代 ( " )  
 塩見 明子 ( " )  
 佐古千代子 ( " )  
 西村 洋子 ( " )  
 小西 哲郎 ( " 神経内科)

### 要 旨

スモン患者の疼痛緩和方法を検討し、有効な方法があれば入院中のスモン患者に活かしたいと考え京都在住スモン患者を対象として今回のアンケート調査を実施した。

スモン患者の疼痛には、温罌法は効果がある事が分かった。しかし、患者全員に共通した有効な対処方法はなく、患者は長い経過の中で自分なりの疼痛緩和方法を見出している事がわかった。

### はじめに

スモン病の主症状には、疼痛・しびれがあり、現在も有効な治療法がないとされている。当院に入院中のスモン患者も鎮痛剤などを使用しているが、有効とは言い難く、日々、疼痛・しびれを抱えて生活されている。そのような中で、当病棟の入院患者が、疼痛・しびれの増強時に何度か希望で両下肢をしぼることがあり、それにより疼痛が軽減するということがあった。そのことから、患者個々にそれぞれの対処方法があるのではないかと思われた。そこで、在宅生活を送っているスモン患者の対処方法を知り、有効な方法があれば入院中のスモン患者に活かしたいと考え調査を実施した。

### 目 的

在宅生活を送っているスモン患者の疼痛・しびれの緩和方法を調査し、入院患者への看護ケアに活用する。

### 期間と方法

期間：平成 16 年 7 月～8 月 31 日

方法：京都府在住のスモン患者 72 名にアンケート

用紙を送り調査を実施した。

### 結 果

アンケートの回答者総数は 72 名。(100%の回収率)  
 そのうち疼痛の程度は、いつもあるが 85%、よくあるが 4%、たまにあるが 7%、ほとんどないが 4%であった(図 1)。障害老人の日常生活自立度(表 1)別の疼痛の程度は、ランク J の 43 名のうち、いつもあるが 86%、よくあるが 7%、たまにあるが 7%。ラ

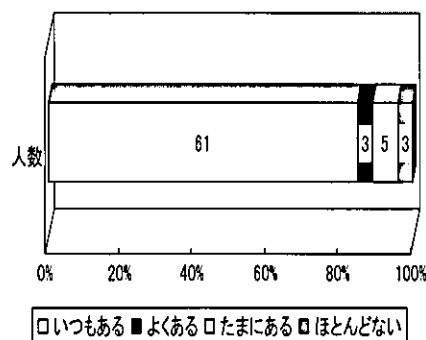


図 1 疼痛の程度 (n=72)

表 1 障害老人の日常生活自立度

- ・ ランク J……何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
- ・ ランク A……屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない
- ・ ランク B……屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
- ・ ランク C……1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する  
(ランク J、A、B、C の順に、自立度は低くなる)

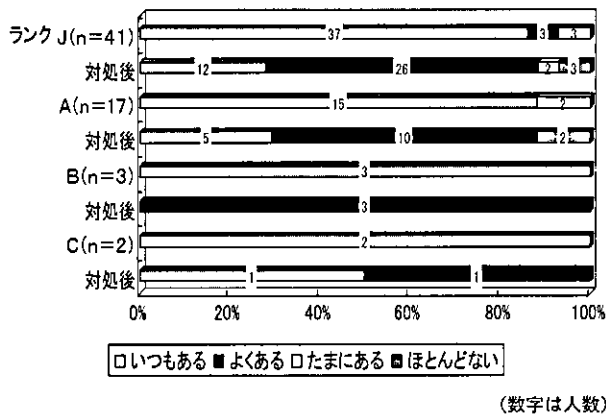


図2 日常生活自立度別の疼痛の変化 (n=63)

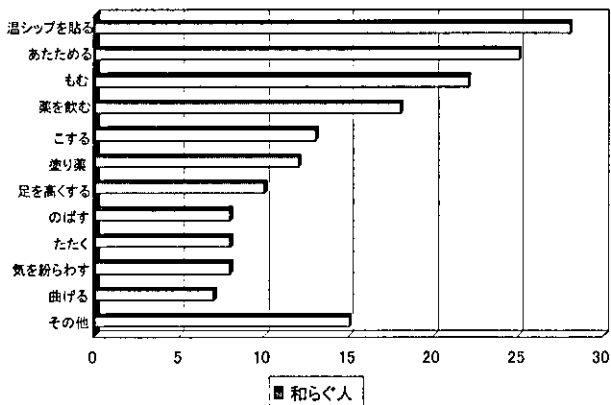


図3 対処方法の種類 (複数回答)

ランク A の 17 名のうち、いつもあるが 88%、たまにあるが 12%。ランク B の 3 名のうち、いつもあるが 100%。ランク C の 2 名のうち、いつもあるが 100%であった。回答者総数 72 名のうち、7 名は無回答であった。対処後の疼痛の変化は、ランク J ではいつもあるが 28%、よくあるが 60%、たまにあるが 5%、ほとんどないが 7%。ランク A ではいつもあるが 29%、よくあるが 59%、ほとんどあるが 12%。ランク B ではよくあるが 100%。ランク C ではいつもあるが 50%、よくあるが 50%であった (図 2)。疼痛・しびれに対する対処方法としては (複数回答)、温シップを貼る 28 名、あたためる 25 名、もむ 22 名、薬を飲む 18 名、こする 13 名、塗り薬 12 名、足を高くする 10 名、のばす 8 名、たたく 8 名、気を紛らわす 8 名、曲げる 7 名 (図 3)、ひっぱる 5 名、しばる 2 名、足を低くする 2 名、冷やす 1 名、広げる 1 名、その他 15 名であった。その他の回答としては、マッサージ、注射、エアーマットの使用、籐製のかごの角に足を押しつける、な

どがあり、回答者の生活自立度はランク J の人が 11 名、ランク A の人が 6 名であった。

### 考 察

疼痛の程度は全体の約 85% の方がいつも痛いと答えており、多くの方が日常生活の中で疼痛を感じている事が分かった。生活自立度別にみても (図 2)、いつも痛みを感じている人がほとんどだが、対処後は「よくある」が多く、どのランクの人も何らかの対処をすれば和らぐ人が多い事が分かった。疼痛に対して有効な治療方法は無いと言われているが、和らぐ事の出来る方法がある事が分かった。

次に対処方法について考察する。対処方法の中で多かったのは、暖める、もむ、温湿布を貼る、薬物療法 (内服) であり、これらが効果的である事が分かった。次に多かった「その他」の方法は、自分なりの道具を用いた緩和的方法や、マッサージ、注射、エアーマットの使用などがあり、全て異なる方法であった。また、しばる、足を低くする、方法については、実施者全員が和らぐと回答したが少数意見であった。痛みは「常に主観的なもの」と定義されており、対処後の効果は個人の主観が影響している。よって、個人がいかに関わりが効果的ではないかと考える。調査結果から、患者全員に共通して有効な方法はなく、各個人が長い闘病生活の中で自分なりの方法を見出して対処している事が分かった。疼痛緩和に対しては、より個別性ある方法を取り入れたり、痛みが和らいだと感じられる関わりが効果的ではないかと考える。また、独自の方法や少数意見であった方法を行った人の生活自立度は、ランク J の人が多かった。このことから、生活自立度の高い人ほど様々な方法を試す事が出来、自分にあった方法を見出したのではないかと考察する。よって、疼痛が変わらない人には、効果があるとされる様々な方法を試したり、介助を要す人には、様々な方法が行える様に看護師の積極的な働きかけが必要ではないかと考察する。

### 結 論

スモン患者の疼痛には、温罌法は効果がある事が分かった。しかし、患者全員に共通して有効な対処方法ではなく、患者は長い経過の中で自分なりの方法を見



出している事がわかった。

#### おわりに

患者全員に共通した疼痛緩和方法はなかったが、それぞれが自分にあった方法を見つけていた。当病棟の患者にも様々な方法を試してみることで、よりよい対処方法を一緒に見つけていきたい。特に日常生活自立度の低い人は、看護師の積極的な働きかけが必要である。患者の疼痛を緩和することで、QOLの維持・向上をはかっていきたい。

#### 参考文献

岡田美賀子, 梅田恵, 桐山靖代: がん患者のペインマネジメント, 日本看護協会出版会, 1999.

## スモン患者における介護者の心身状態に関する調査

長谷川一子（国立病院機構相模原病院神経内科）

堀内恵美子（ “ ” ）

水落 和也（横浜市立医学部付属病院リハビリテーション科）

古澤 英明（県立相模原緑風園神経内科）

横山 照夫（国立病院機構箱根病院）

福山 嘉綱（さがみはらカウンセリングルーム）

西 奈々重（ “ ” ）

福山 渉（ “ ” ）

### 要 旨

神奈川県内に在住のスモン患者の主たる介護者 18 名について、介護状況に関するアンケート、CMI、GDS の調査を実施した。その結果、CMI で神経症傾向にあるとみなされるもの、GDS でうつ状態にあるとみなされるものは、対象者の約半数に及んでいた。CMI および GDS ともに高い値を示し、神経症傾向・うつ状態が並存しているものとみなされるものは全体の 3 分の 1 を占めていた。患者同様に介護者も高齢化しており、介護に伴う心身の負担が大きいことが示された。介護者の介護状況と健康状態についてさらなる調査が必要と考えられた。

### 目 的

罹患後、30 年以上が経過した現在、スモン患者が不安に感じている内容のひとつに、「介護者の健康状態に関する不安」がある。そのため、患者の療養生活を支えてきた介護者の心身の健康状態を調査し、患者、そして介護者に安定した療養環境を提供するにはどのような課題があるのかを検討する一助となることを目的とした。

### 方 法

方法は、以下の通りである。神奈川県内在住のスモン患者の主介護者 105 名に対して郵送法により、調査目的・調査内容を提示したうえで、調査に協力を求めた。その結果、調査への同意が得られた 25 名に対し

て、介護状況に関するアンケート調査、Cornell Medical Index (CMI)、および Geriatric Depression Scale (GDS、老年うつ病スケール) を送付し、18 名 (男性 8 名、女性 10 名) から、上記の調査項目に対する回答を得た。

### 結 果

#### 1 対象者の属性

対象者全体の平均年齢は  $66.0 \pm 10.9$  歳であった (図 1)。男性平均は 70.0 歳で、65 歳以上が 6 名、女性平均は 62.8 歳で、65 歳以上が 5 名。患者・主介護者ともに 65 歳以上である老老介護の状態にあるのは 10 名、全体の 55.6% に及んでいた。介護者の年齢層で見ると、50 代から 70 代に集中している。患者と介護者双方の年齢層を見ると、図 2 に示したようになる。

#### 2 介護期間

介護期間の平均は  $21.9 \pm 12.9$  年となっている。介護期間の回答で、最短は男性 5 年、女性 10 年、最長は男性 40 年、女性 38 年となっている。介護期間が「20 年以上」の者は、全体の半分以上を占めている (図 3)。

#### 3 介護疲労感の自覚

介護に伴う疲労感の自覚については、介護による身体的疲労を「いつも」自覚している介護者は 4 名、22.0% にみられた (図 4)。精神的疲労を「いつも」自覚しているのも同様に 4 名、22.0% となっている (図 5)。

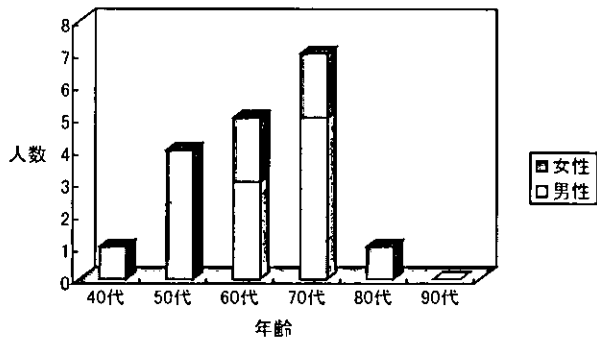


図1 介護者の年齢層

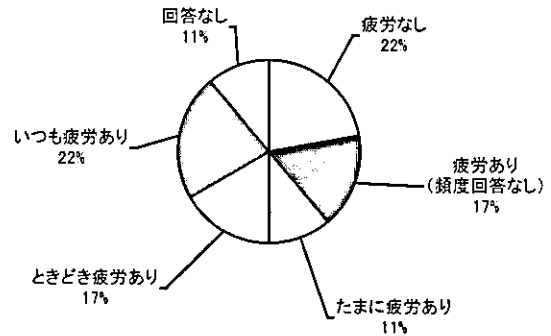


図5 介護に伴う精神的疲労感の自覚

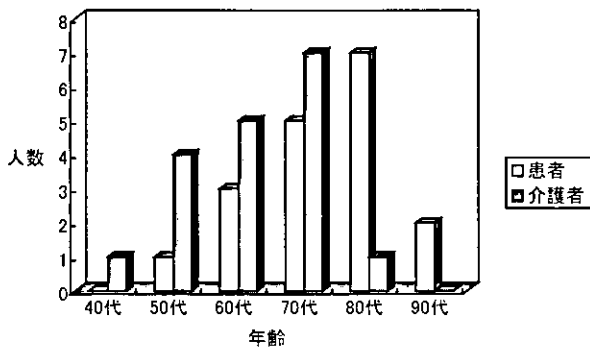


図2 患者と介護者の年齢層

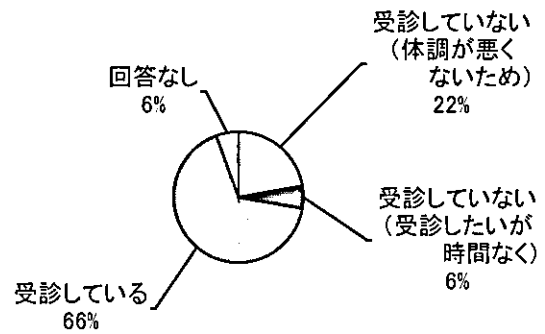


図6 介護者の受診状況

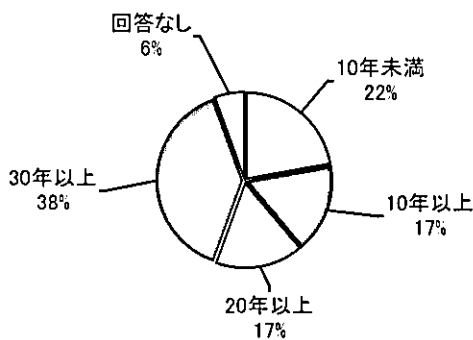


図3 介護期間

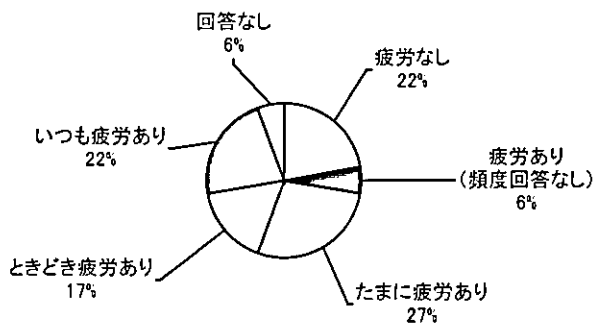


図4 介護に伴う身体的疲労感の自覚

#### 4 介護者の受診状況

介護者の医療機関への受診状況では、12名、66.7%の介護者が現在通院しながら介護にあっている(図6)。また、代わりに介護を引き受けてくれる人がいないと回答したものは12名、66.7%に及んだ。疾患・状態内容では、循環器系(高血圧)、筋肉運動系(膝や腰などの痛み)が多く見られた。

#### 5 心理検査所見

①CMI:身体的・精神的自覚症が多く神経症的傾向があるとされる「Ⅲ領域以上」の者は、男女合わせて8名、44.0%であった。

②GDS:うつ状態にあるとみなされる「11点以上」の者は、男女合わせて9名、50.0%にみられ、意欲の低下や不眠、憂うつ感などを自覚している者が半数にのぼっている。

③CMI・GDS:CMIにおいてⅢ領域以上、かつ、GDS得点11点以上の者は6名、33.0%にみられた。

#### 考 察

今回の調査での患者の平均年齢が78.8±10.9歳となっているように、患者・介護者ともに高齢化している。

患者との関係を問うアンケート項目で、「息子・娘」と答えるものが8名を占めており、主介護者の平均年齢が患者のそれより若いのは、介護者が患者の夫や妻から、娘や息子の世代に移っている現状が反映されているものと考えられる。

介護疲労感は、身体的・精神的の各項目ともに約2割の介護者がいつも疲労を感じていると答えていた。医療機関への受診状況では、約7割が現在受診していると答えていた。どんな疾患で受診しているかの調査項目では、循環器系・筋肉運動系の不調を訴えている者が多く見られた。介護者の加齢に伴う身体機能の衰え、慢性疾患を抱える健康への不安が、心身に与える介護疲労感の自覚に影響を与えていると考えられる。

CMI および GDS の結果と、アンケート調査の結果を併せて検討すると、不安・抑うつ状態の強い者は、「介護を代わりに引き受けられる方がいない」ことと相関が高くなっていた。また、「介護保険申請をしていない」「申請をしていても公的援助サービスを受けていない」者も、調査サンプルが増えれば有意差が出る可能性がある。つまり、家族や公的介護サービスなどソーシャルサポートの乏しい介護者ほど、精神的健康を損ないやすいと考えられる。我々は昨年度の本研究班報告書でも、ソーシャルサポートとうつ感情との関連性について指摘したが、今回の調査結果でも同様の結果を得ている。検診など種々の機会を捉えてソーシャルサポートの導入を促す働きかけを行う必要があると考えられる。

## 結 論

今回の調査から、主介護者の年齢は全体的に高く、いわゆる老老介護といわれる状況にある者が多数を占めていた。また、約7割の者が介護者自身の身体的な不調から通院している現状が明らかになった。そして、CMI で身体的・精神的自覚症の多いⅢ領域以上の者は44%、GDS 得点が11点以上で「うつ状態」にあると考えられる者は、50%に及んでいた。このCMI・GDSともに高い値を示す者は、「介護を代わりに引き受けしてくれる人がいない」場合に多いことが示された。また、「介護保険申請をしていない」「申請をしていても公的援助サービスを受けていない」者も、調査サンプルが増えれば有意差が出る可能性があり、介護疲労

感の自覚や精神的変調の背景にソーシャルサポートの有無との関連性が強いようである。

患者の療養生活が長期化すると同時に、介護者の介護援助期間も長期化している。介護援助に伴う介護者のストレスや健康状態への影響に関して、調査範囲を広げた実態調査が必要と考えられる。

## 文 献

- 1) 金久卓也,深町健 1983 コーネル・メディカル・インデックス 三京房
- 2) 笠原洋勇,加田博秀,柳川裕紀子 1995 老年精神医学関連領域で用いられる測度 うつ状態を評価するための測度 (1)、老年精神医学雑誌、6 (6)