

## 神経難病を診察する医師に対する実態把握調査

下記の質問に、記述または選択で回答してください。また、本アンケートは、神経変性疾患（別紙①参照）を対象とします。ここで言う異常感覚（痛みを含む）とは、他覚的神経所見で異常を認めない原因不明の自覚的な感覚障害を指します。皮膚や筋肉の障害による痛みや異常感覚は対象外です（免疫性疾患や皮膚結合組織疾患などは除きます）。個人を特定できる情報の記載はお控えください。

A) まず、先生ご自身についてお聞きします。

先生のご年齢、専門医取得後年数をお書きください。

ご年齢 \_\_\_\_\_ 歳 専門医年数 \_\_\_\_\_ 年

B) 神経難病の異常感覚（痛みを含む）の性状について、ご経験のある記号に丸印をつけてください（複数回答可）。

- a. ズキズキ      b. チクチク      c. びりびり・ジンジン感      d. ヒリヒリ感  
e. 一枚皮が被っているような      f. 雲の上を歩いているような  
g. 冷感      h. 灼熱感      i. 何かが貼りついているような付着感  
j. 鋭利な砂利あるはガラス片を踏んでいるような痛感      k. 締め付け感  
l. その他（ご記入お願いします） \_\_\_\_\_

C) 実際に診察された患者様についてお聞きします。

① 神経難病の患者は何名くらい診察され、その内何名くらいが異常感覚を訴えていますか？  
（1年間の延べ診察人数を記載ください）

総数 \_\_\_\_\_ 名 異常感覚 \_\_\_\_\_ 名

② 異常感覚を訴える神経難病の疾患名を選択し、記号に丸印をつけてください（複数回答可）。

- a. パーキンソン病      b. パーキンソン病以外のパーキンソン症候群  
c. 筋萎縮性側索硬化症      d. 筋萎縮性側索硬化症以外の運動ニューロン障害疾患  
e. 多発性硬化症（視神経脊髄炎）      f. 多発性硬化症（視神経脊髄炎）以外の脊髄障害疾患  
g. 代謝性末梢神経障害      h. 代謝性末梢神経障害以外の末梢神経障害  
i. アルツハイマー病      j. アルツハイマー病以外の認知症疾患  
k. その他（ご記入お願いします） \_\_\_\_\_

③ 異常感覚（痛みを含む）を訴える患者様の数が最も多いと思われる具体的な神経難病の疾患名を一つお書きください。

④ 先生ご自身は、③の患者の異常感覚（痛みを含む）の原因部位は何処だと想定されていますか？最も想定される記号に丸印をつけてください（一つのみ選択）。

a. 脳（大脳皮質）      b. 脳（基底核）      c. 脊髄      d. 末梢神経（神経根含む）      e. その他

⑤ 先生ご自身の異常感覚（痛みを含む）への対処法についてお教えてください。記号に丸印をつけてください（複数回答可）。

- a. 運動障害に対する薬剤療法      b. 痛みや異常感覚に対する薬剤療法      c. 運動療法  
d. ペインクリニックへ紹介      e. 精神科へ紹介      f. 脳神経外科へ紹介  
g. その他（ご記入お願いします） \_\_\_\_\_

⑥ ⑤で a や b の薬物療法の場合、どのような薬剤を使用することが多いですか？一般名もしくは商品名をお教えてください（複数回答可）。  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

⑦ 薬剤療法の効果判定のタイミングは、投与開始後どのくらいの時期であることが多いですか？

\_\_\_\_年 \_\_\_\_ヶ月

⑧ 薬物療法のみで十分な効果が得られていますか？ どちらかに丸印をつけてください。先生の満足度をパーセンテージでお書きください。

得られている・得られていない \_\_\_\_\_%

D) 先生が診察し、異常感覚で最も苦勞した、もしくは苦勞している患者様一名についてお聞きます。

① 具体的な疾患名をお教えてください。  
\_\_\_\_\_

② 運動障害を認めましたか？どちらかに丸印をつけてください。

はい・いいえ

③ ②で「はい」を選択された患者様は、運動障害と異常感覚のどちらの症状を早期に認めましたか？どちらかに丸印をつけてください。

運動障害・異常感覚

④ 発症から異常感覚出現までどのくらいの期間がありましたか？およその年月をご記入ください。

\*異常感覚が初発症状の場合は、下記の欄に異常感覚出現から診断日までの期間をお書きください。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_ヶ月

\*異常感覚が初発症状の場合 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_ヶ月

⑤ 異常感覚の部位における運動症状について教えてください。当てはまるものに丸印をつけてください。

不随意運動 有・無 有の場合（振戦・ジストニア・バリスム・ミオクローヌス）

筋力低下 有・無 有の場合（MMT 4・3・2・1・0）

⑥ 外出時の歩行状況について最も多い状態をお教えてください。当てはまるものに丸印をつけてください。

・歩行自立 ・介助歩行（杖歩行・歩行器・車いす） ・歩行不可

E) 運動症状と異常感覚の関連について、先生のご経験・ご意見をお聞きます。

① 運動症状の改善とともに、異常感覚が軽減及び改善した患者様のご経験はありますか？どちらかに丸印をつけてください。 はい・いいえ

② 運動障害と異常感覚は関連があると思われますか？どちらかに丸印をつけてください。

はい・いいえ

F) 2018年度にもアンケート調査を予定します（謝礼あり）。

ご協力いただける先生は下記にご所属とご氏名をお書きください。

ご所属・ご氏名  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご協力いただきありがとうございます。