

住宅パーキンソン病患者の主観的 QOL を 高めるための条件

赤松 智子, 谷垣 静子*

Conditions that Improve Quality of Life in Patients with
Parkinson's Disease who are under Treatment at Home

Tomoko AKAMATSU, Shizuko TANIGAKI*

Abstract: To clarify the conditions that improve quality of life (QOL) in patients with Parkinson's disease who are under treatment at home, patients showing high QOL scores were compared with those showing low QOL scores. As a result, the following issues were found to improve QOL:

1. Higher self-supporting ability in ADL, particularly in aesthetic behavior, cleansing behavior, and clothes-changing behavior in lower half of the body.
2. Higher communicative function, such as a higher frequency of writing and telephone use.
3. Depressive tendency within the normal range.
4. Complete preparation of a living environment that does not interfere the patient's movement.
5. Acquiring of appropriate knowledge of the disease during periodic consultation with physicians.
6. Detailed understanding of the information about health and welfare services.

Therefore, considering the conditions that improve QOL in patients with Parkinson's disease who are under treatment at home, it is important to support them by improving their daily life, arousing their interests, and making the best use of their residual function or potentiality, as well as by providing appropriate information.

はじめに

パーキンソン病は、神経難病の1つであり原因不明で治療法は確立されていない。有病率は、厚生省の統計¹⁾によると、人口10万あたり50~100、65歳以上では200と加齢とともに有病

率の増加が見られ、50~60歳に最も多く発病する。症状は、振戦、筋固縮、動作緩慢、姿勢反応障害から由来する運動障害を主とし、加えて起立性低血圧や排泄障害といった自律神経症状を伴い、身体的な負担が大きい病気である。経過は、慢性及び進行性であるため、活動性の

京都大学医療技術短期大学部作業療法学科
京都市左京区聖護院川原町53

Division of Occupational Therapy, College of Medical Technology, Kyoto University

* 鳥取大学医学部保健学科
米子市西町133-2

* School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University

2000年12月20日受付

低下や抑うつ傾向を伴いやすく、老年期に発病する人が多いことから、パーキンソン病以外にも老化に伴う身体や精神機能の障害を伴う可能性が高い。従って、在宅パーキンソン病患者の生活支援の主な目的には、症状の進行に伴う寝たきり予防や活動性の維持、QOLの維持及び向上が挙げられる。

本研究では、在宅パーキンソン病患者の主観的QOLを高めるためには、どのような生活支援や情報提供が必要であるかを作業療法士の視点で述べる。

研究 方 法

1. 対 象

対象は、京都府下保健所、大阪府岸和田・尾崎保健所、滋賀県草津・水口保健所管轄内に在住するパーキンソン病患者と、パーキンソン病友の会京都支部の協力を通して、研究の目的を説明し同意の得られた132名である。

2. 方 法

方法は、保健所で行なわれている難病相談事業の交流会及び訪問相談事業、講演会を通して研究主旨の書かれた文書とアンケートを配布し、聞き取り及び郵送により回収した。また、パーキンソン病友の会事務局と過去1年以内に音信のある会員の中から、事務局役員により無作為に抽出された会員には、郵送により調査回収した。

3. アンケート内容

アンケート内容は、基本属性、主観的QOL、QOLに影響を及ぼすと考えられる在宅での日常生活活動(activity of daily living, 以下ADL)状況、抑うつ傾向、環境要因の家屋状況、保健・医療・福祉サービスの利用状況や認識等で構成した。以下に各項目の内容について説明する。

1) 主観的QOL

主観的QOLを尋ねる質問用紙は、神経難病患者の主観的QOLの評価尺度として星野ら²⁾により作成された54点満点を使用した。内容は、27項目の質問からなり、例えば、「行きた

い所ややりたいことは、困難があっても実行していますか?」といった問いに対し、「はい」か「いいえ」または「どちらでもない」のどれかに○をつけてもらうような設問である。予め、「現在の生活における健康感についてお尋ねします」という問いを設け、回答してもらうようにした。

2) ADL状況

ADL状況を尋ねる質問用紙は、在宅において「しているADL」を把握するため、機能的自立度評価法(functional independence measure, 以下FIM)³⁾の126点満点を使用した。内容は、運動項目として、セルフケア項目(食事、整容、清拭、更衣上半身、更衣下半身、トイレ動作)、排泄コントロール項目(排尿管理、排便管理)、移乗項目(ベッド・椅子・車椅子、トイレ、浴槽・シャワー)、移動項目(歩行・車椅子、階段)があり、認知項目としては、コミュニケーション項目(理解、表出)、社会的認知項目(社会的交流、問題解決、記憶)の全18項目よりなっている。回答は、介護量に応じて7段階評価してもらうよう、「現在の日常生活における身の回り動作の自立の程度についてお尋ねします。7段階評価で点数をおつけ下さい。」と尋ねる問いを設けた。7段階評価の内訳は、自立レベルは、7点の完全自立と6点の装具・自助具使用による自立の2段階であり、介助レベルは、介助者が存在する状況をさし、5点は準備してもらうか側で見てもらってできる、4点はわずかの介助で自立か75%以上本人が行う状況、3点は半介助か50%以上本人が行う状況、2点はほとんどの介助を受けるか25%以上本人が行う状況、1点は全介助の状態である。合計点が108点以上の場合には、自立レベルになる。

さらに、FIMの内容には含まれないADL関連の質問として、新たに5つの項目を加えた。物の見え具合、耳の聞こえ具合については、困っているか否かについて尋ねた。また、コミュニケーション項目では、書字頻度、電話使用頻度、ワープロあるいはパソコンの使用経

験について尋ねる質問を加えた。

3) 抑うつ傾向

パーキンソン病患者は、抑うつ気分を伴いやすいことを、中山⁴⁾や堀口ら⁵⁾は指摘しており、抑うつ気分の如何が活動性に影響を与える可能性があることから、抑うつ気分を尋ねる質問紙として東邦大式テスト (Self-Rating Questionnaire For Depression, 以下 SRQ-D)⁶⁾を用いた。質問項目は、18項目からなっており、「病気から由来する身体のだるさや疲労感についてお尋ねします。」と尋ね、「はい」の場合はその程度を『時々』、『しばしば』、『常に』で回答してもらうようにした。合計点数の区分は、10点以下は健常、11~15点は境界型、16点以上は抑うつ疑いとなる。

4) 家屋状況

家屋状況は、活動性や行動範囲に影響することから、現在の住環境について尋ねる質問紙を作成した。問いの内容は、「家屋状況についてお尋ねします。身体が不自由になられてから家屋の工夫や改造をされた場所がありますか？」と改造の有無を尋ね、「ある」と回答した人に対しては、さらに、具体的にどの場所を施行したのかを尋ねた。項目には、寝室、居間、風呂場、トイレ、台所、洗面所、段差、玄関、その他に○をつけてもらうようにした。また、今後の、工夫や改造の予定についても同様に尋ねる問いも設けた。

5) 保健・医療・福祉サービスの利用状況と認識

保健・医療・福祉サービスの利用状況と認識の程度は、在宅パーキンソン病患者の QOL に影響すると考え、質問紙を作成した。医療サービスについては、専門医や家庭医、リハビリテーションに対する定期受診や利用の有無とその頻度について尋ねた。保健・福祉サービスについては、これまでに利用した経験のあるサービスについて、予め、難病相談や保健婦の訪問、ショートスティといった項目を挙げておき、○をつけてもらうようにした。その質問の後に、サービス内容の認識の程度を尋ねる問い

を設け、「あまり知らない」や「全く知らない」と答えた人に対して、今後のサービス利用の有無を尋ねる問いを設けた。

結 果

分析対象は、回答不備を除く109名 (男性52名、女性57名、平均年齢 67.0 ± 8.5 歳) を対象とした。

1) 主観的 QOL

QOL 得点の平均値は、 31.3 ± 9.7 (0~51) 点であり、中央値は32点であった。QOL に影響を及ぼす因子を把握するため、QOL 得点の平均値と中央値の結果から32点を分岐とし、QOL 得点高位群と低位群に分け比較した。QOL 高位群は、53名 (男性24名、女性29名) で、平均年齢は 67.0 ± 8.1 歳、QOL 得点は 39.5 ± 4.7 点であった。低位群は、56名 (男性28名、女性28名)、平均年齢は 67.0 ± 9.0 歳で、QOL 得点は 24.1 ± 6.6 点であり、両群間の男女構成や年齢には差はみられなかったが、QOL 得点は、高位群の方が有意に高かった ($P < 0.01$)。

2) ADL 状況 (図1)

QOL 高位群の ADL 平均得点は、 113.4 ± 19.1 (自立レベル) であり、低位群は 103.1 ± 27.7 で、高位群の方が ADL 得点は有意に高かった ($P < 0.05$)。ADL 項目では、整容 ($P < 0.05$)、清拭 ($P < 0.05$)、更衣下半身 ($P < 0.05$) において、高位群の自立度が有意に高かった。

目の見え具合や耳の聞こえ具合では、両群間には差がみられなかった。コミュニケーション項目では、書字頻度 ($P < 0.01$)、電話使用頻度 ($p < 0.01$) において、高位群の書字や電話使用頻度の方が低位群よりも有意に多かった。

3) 抑うつ傾向

QOL 高位群の抑うつ傾向の平均得点は、 9.8 ± 4.2 (健常範囲) であり、低位群は 14.1 ± 5.5 (境界型) で、QOL 低位群の方が抑うつ傾向が有意に高かった ($P < 0.01$)。

4) 家屋状況

住宅改造の施行状況は (図2)、QOL 高位

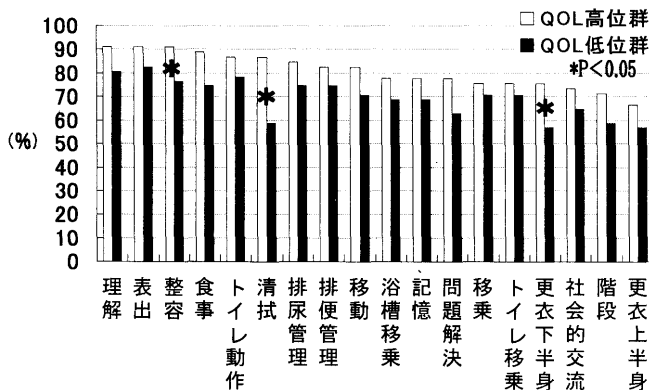


図1 ADL 状況

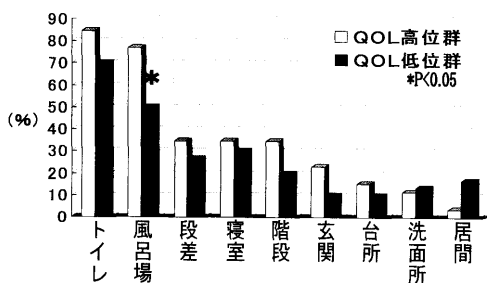


図2 住宅改造施行場所

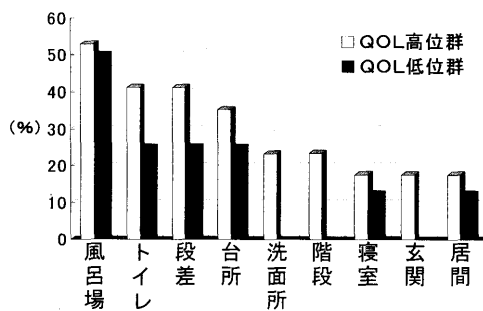


図3 今後の住宅改造予定場所

群は57.8%，低位群は61.2%の人が既に施行しており，両群間には差がみられなかったが，施行場所では，高位群の方が風呂場の改造を多く行っていた（ $P < 0.05$ ）。

今後の改造予定については（図3），QOL 高位群は37.8%，低位群は16.3%であり，高位群の方が多く，予定していると回答していた（ $P < 0.05$ ）。具体的な場所については，両群間には差がみられなかった。

5) 保健・医療・福祉サービスの利用状況と認識

医療サービスの利用状況については（図4），難病専門医に1ヶ月に1.2回以上かかっていると，QOL 高位群は95.6%，低位群は100%が回答していた。家庭医については，1ヶ月にQOL 高位群は0.9回で20.0%，低位群は1.7回で42.0%であった。リハビリテーションについ

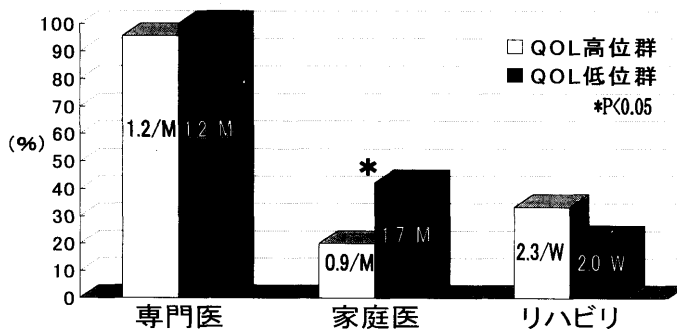


図4 医療サービス利用状況

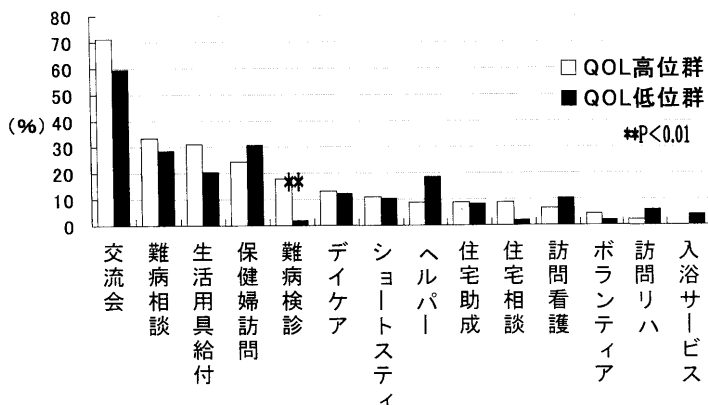


図5 保健・福祉サービス利用状況

では、1週間に QOL 高位群は2.3回で33.3%、低位群は2.0回で22.0%であった。医療サービス利用状況では、家庭医にかかっている頻度や回数において、QOL 低位群の方が有意に多かった ($P<0.05$)。

保健・福祉サービスについては (図5)、難病検診を QOL 高位群の方が多く利用していた ($P<0.01$)。また、保健・福祉サービスの認識については、よく知っていると回答した人の割合は、QOL 高位群は44.4%、低位群は26.5%であり、QOL 高位群の方がよく知っているという回答した人が有意に多かった ($P<0.05$)。今後、保健・福祉サービス利用の有無についての問いに対しては、QOL 高位群は80.8%が希望しており、低位群は80.6%で両群間には差がみられなかった。

考 察

在宅パーキンソン病患者の主観的 QOL を高めるための条件として、ADL レベル、抑うつ傾向、家屋状況、保健・医療・福祉サービスの利用状況と認識について分析し、QOL 得点が高い人の特徴から、どのような生活支援や情報提供が必要であるかを検討した。

1. ADL 状況

QOL 高位群は、ADL 平均得点が自立レベルであり、低位群と比較して有意に得点が高かったことから ADL の自立度は QOL に影

響することが明らかになった。ADL 項目の中でも、整容、清拭、更衣下半身の自立度が高い傾向を示していた。整容動作は、歯磨きや洗顔といった衛生保持のための活動や、化粧や髭剃り、整髪といった外出の機会に発展する活動が含まれる。これらの活動については、対象者の状況に応じた動作の工夫や自助具使用の適応を検討し、援助することが必要である。また、清拭動作は、身体を洗う、拭くといった行為を意味する。入浴動作は、成人においては一旦自立した動作であり、また他人の目には触れないという点でプライバシーの要素が含まれている。パーキンソン病症状の影響や薬効の影響などについての情報を把握した上で、入浴状況について評価し、身体を洗う上での工夫や安全な移乗・移動、浴室内の配置やシャワーチェアといった福祉用具の利用方法等について、シュミレーションを取り入れた指導が必要である。また、本人自身が行える浴室内の環境が必要であり、この点は、QOL 高位群の人の方が、風呂場の改造を多く行っていた結果からも、住環境に対する配慮の必要性も伺える。更衣下半身の動作は、ズボンやスカートの着脱やパンツ、靴下、靴の着脱活動が含まれる。これらの活動は、立位もしくは座位でのズボンやスカート、靴下といった対象物を取り扱う遂行機能や、既に学習された連合学習活動である。これらの要素を含む認知機能が、パーキンソン病患者にお

いて障害されることについては既に報告されており⁵⁾, Goldman ら⁷⁾も, 明らかな痴呆のないパーキンソン病患者の遂行機能, 連合学習課題, 数字順序変換課題といった認知機能が, 同年齢の高齢者と比較すると明らかな障害が認められることを指摘している。作業療法士は, ADL の中で困難となっている行為要素がどのようなことから由来しているのか評価した上で, 支援していくことが重要である。

QOL 得点の高い人は, 字を書くことや, 電話使用頻度が多かった。パーキンソン病は, 症状の進行に伴い構音障害や筋固縮の影響による発語・発話困難や, 手指の強い振戦や筋固縮の影響から手指の変形や微細動作が困難になる場合がある。早期よりコミュニケーション確保のため, シルバーホンや, 押しボタンの大きい電話器の紹介, ワープロやコミュニケーションエイドの導入を考慮する必要がある。

2. 抑うつ傾向

QOL 低位群は, 有意に抑うつ傾向が強かったことから, 病気や, その他の原因から由来するストレス等の有無について, 本人との会話や家族から情報収集を行ない, 在宅パーキンソン病患者に関わるスタッフで連携した心理支持的な対応が必要である。

3. 家屋状況

住宅改造の施行状況では, 両群間には差が見られなかったが, QOL 高位群は風呂場の改造を多く行っていた。これについては, ADL 状況において触れた。今後の改造予定では, QOL 高位群の人が, より多く予定していると回答していた。主観的 QOL を高めるためには, 特にパーキンソン病は, 無動や筋固縮により一連の動作がスムーズに行えなくなったり, 姿勢反応障害も加わり歩行障害や転倒の危険性があるため, 住環境が本人にとって, 動線の短いすくみ足現象が起りにくいレイアウトや工夫, 改造が必要である。パーキンソン病患者の住環境の改善については, 小林ら⁸⁾も触れているが, 病状の進行と薬効の影響を考慮し, 床につまづきの原因になるものを置かないようにス

ペースを広く取ったり, 段差を解消したり, 部屋の出入り口段差のある箇所に手すりの設置を行なう必要がある。逆に, すくみ足が強い場合は, 敷居や畳の縁を踏み越える要領や, 長い廊下や床には, 歩幅に合わせたテープを張る工夫を行なうといった方法が考えられる。

4. 保健・医療・福祉サービスの利用状況と認識

医療サービスでは, 専門医に毎月1回以上, 在宅パーキンソン病患者のほぼ全員が受診しており, また, 家庭医についても QOL 低位群は受診回数が多かった。これは, パーキンソン病患者の治療は, 薬物投与が中心となることから医療依存が強いことを示していると考えられる。

保健・福祉サービスの認識度は, QOL 高位群の人の方が低位群の人より, よく知っていると回答しており, かつ難病検診を多く利用していた。これは, QOL の高い人は, 保健・福祉サービスの情報を入手し, 必要に応じて利用可能とする機会を多く持っていることを意味しており, また, 難病検診を通して病気についての適切な知識を得る機会にもなっていると予想される。難病検診等といった保健・福祉サービス内容を知って, 今後, 利用してみたいと両群共 80.0% 以上の人が回答していたことから, サービス内容の広報活動や, 利用されやすいように個別の状況に応じた情報提供に力を入れることも必要であると思われる。

おわりに

在宅パーキンソン病患者の主観的 QOL を高めるための条件としては, 1. ADL の自立度が高いこと。特に整容, 清拭, 更衣下半身の行為要素が挙げられた。2. コミュニケーション機能の書字頻度や電話使用頻度が多いこと。3. 抑うつ傾向は健常範囲であること。4. 動きやすい住環境整備が行なわれていること。5. 定期的な医療受診において適切な病気の知識が得られていること。6. 保健・福祉サービス内容の情報が理解されていること。などが考えられ

た。パーキンソン病は、慢性及び進行性の神経難病であり、かつ高齢期に発症することが多いため、ADL 能力の低下を来たしやい。また、経済的負担や介護負担も加わり、家族ともに精神的な苦痛を伴いやすい状況になりやすい。今回明らかになった主観的 QOL を高めるための条件を考慮しながら、作業療法士は、日常生活の工夫や対象者の興味、残存機能あるいは潜在能力をいかした活動を取り入れ、対象者の主観的 QOL を配慮した生活支援を行なっていくことが大切であると思われる。

謝 辞

この調査の実施にあたり、ご協力頂いたパーキンソン病友の会京都支部の方々、在宅パーキンソン病患者の方々、その家族の方々、介護者の方々、保健所の方々及び関連機関の方々皆様に心から御礼を申し上げます。

本研究は、1997年度財団法人大川情報通信基金研究助成により実施しました。

文 献

- 1) 島田康夫編: パーキンソン病の診断・治療・生活指導の手引き, 厚生省特定疾患変性性神経疾患調査研究班, 1982: 3
- 2) 星野明子, 篠崎育子, 信野左千子, 藤田利治, 箕輪真澄: 神経難病の quality of life 評価尺度の開発. 日本公衆誌, 1995: 42, 1069-1081
- 3) 千野直一編著: 脳卒中患者の機能評価と SIAS と FIM の実際. 東京: シュプリンガー・フェアラーク, 1997: 1-157
- 4) 中山 宏: 各種神経疾患に伴う精神症状の特徴と対策 パーキンソン病. 老年精神医学雑誌, 1998: 9, 614-620
- 5) 堀口 淳, 笠原恭輔, 糸賀 基, 妹尾春夫, 稲見康司: パーキンソン病の臨床精神医学的側面. 老年精神医学雑誌, 2000: 11, 1419-1431
- 6) 安部達夫, 筒井末春, 難波経彦, 他: Masked depression (仮面うつ病) の Screening test としての質問表 (SRQ-D) について. 精身体医学, 1972: 12, 243-247
- 7) Goldman WP, Baty JD, Buckles VD, Sahrman S, Morris JC: Cognitive and motor functioning in Parkinson's disease. Arch Neurol, 1998: 55, 674-680
- 8) 小林量作, 福原義信: 神経難病における住宅改造の考え方 [総論]. 難病と在宅ケア, 2000: 6, 56-60