高齢神経疾患の QOL について —とくに脳血管障害後遺症とパーキンソン病について—

若山 吉弘¹⁾ 前田 眞治²⁾ 春原 経彦³⁾ 加知 輝彦⁴⁾ 米山 栄⁵⁾

〔要 約〕 高齢神経疾患の QOL を調査するため、我々が作製した QOL 調査表を用いて脳血管障害後遺症 (CVD) 106例 (65歳以上76例, 未満30例) とパーキンソン病 (PD) 136例 (65歳以上91例, 未満45例) を対象に、それぞれの患者の背景因子と QOL を調査した。QOL は physical, functional, psychological, social health の各項目を調査し、高齢群と非高齢群とを比較した。その結果、背景因子では PD の高齢者で歩行が障害され同居人数が少なく、主たる介護人は妻と嫁が多くなった。PD の非高齢者では wearing off が多く、家庭での役割をもつ者が多かった。一方、CVD では高齢者で出血より梗塞が多く多発性であり、上肢の麻痺が強かった。CVD の非高齢者では出血が多く、リハビリテーションを受ける患者と身体障害者手帳の所持者が多かった。CVD と PD を加えたものでは全体的傾向は PD の結果と似ていたが、異なる点は高齢者で痴呆が多くなっていた。次に PD, CVD それぞれの疾患での QOL に関して高齢、非高齢の比較では CVD では QOL の全ての項目で有意差が認められなかった。一方 PD では、physical health では高齢群で手足の不自由さ、前傾姿勢、すくみ足の頻度が多く、方向転換、転倒、座位からの起立、排便、排尿がより障害されていた。functional health では階段昇降、外出、炊事、洗濯がより障害されていた。psychological health では高齢群で物忘れや加齢感を感じる人が多く、social health では高齢群で旅行に出かけたり、家族や親戚の相談にのることが少なくなる点で QOL が有意に低下していた。また PD と CVD を合わせた QOL の解析では高齢群で PD 高齢者の特徴とほぼ同様であった。尚 physical, functional, psychological, social health 別々に CVD と PD それぞれの高齢群、非高齢群でクロンバッハ α 値を計算した所、すべての値は0.732から0.948の間にあった。

Key words: 高齢神経疾患, 脳血管障害後遺症, パーキンソン病, 背景因子, QOL

(日老医誌 1999; 36: 396—403)

緒 言

我が国は21世紀に向けてかつて経験したことのない程の高齢化社会を迎えようとしている。その結果必然的に高齢神経疾患の増加が予想される。高齢神経疾患は実に多様で種々の疾患からなり、脳血管障害や神経変性疾患のパーキンソン病などが含まれる。これらの患者では最近の診断、治療法や介護の進歩により罹病期間は延長しても quality of life (QOL) はかえって低下している場合も少なくない。本研究班では、高齢神経疾患の中でも頻度の高い脳血管障害後遺症とパーキンソン病を対象として平成8年度には QOL 調査表を作製した¹⁾が、この

調査表を用いて、高齢神経疾患患者では患者の背景因子の何が問題で、また QOL のどの様な側面が特に低下しているのかを明らかにするため、いくつかの施設で脳血管障害とパーキンソン病患者の、背景因子と QOL とを調査解析した。

対象および方法

病歴で脳血管障害発作を有し、神経学的に巣症状いわゆる片麻痺など何らかの神経学的な異常所見を有する脳血管障害後遺症 (CVD) 患者106例 (男69例, 女37例, 平均年齢男69.2歳, 女68.8歳, 65歳以上76例, 未満30例, 平均罹病期間4.5年) (表1) と病歴から緩徐発症し、無動、固縮、振戦や姿勢反射障害を有するパーキンソン病 (PD) 患者136例 (男60例, 女76例, 平均年齢男67.3歳, 女67.8歳, 65歳以上91例, 未満45例, 平均罹病期間7.6年) (表1) を対象に、我々が作製した QOL 調査表¹⁾を用いてそれぞれの患者の背景因子と 1. Physical health, 2. Functional health, 3. Psychological health, 4. Social health の各項目それぞれ15項目計60項目につき調査し

1) Y. Wakayama: 昭和大学藤が丘病院神経内科

2) M. Maeda: 北里大学東病院リハビリテーション科

3) N. Sunohara: 国立療養所武蔵病院神経内科, 現国立療養所箱根病院神経内科

4) T. Kachi: 国立療養所中部病院神経内科

5) S. Yoneyama: 川村病院神経内科

受付日: 1998. 8. 11, 採用日: 1999. 1. 12

表1 対象患者の性別, 年齢, 罹病期間

C V D	65 歳以上	{	M	52 人	平均年齢	74.2 歳		全年齡	{	M	69 人	平均年齢	69.2 歳
			F	24 人	平均年齢	74.8 歳				F	37 人	平均年齢	68.8 歳
		平均罹病期間					5.0 年						
		{	M	17 人	平均年齢	54.0 歳			平均罹病期間				4.5 年*
			F	13 人	平均年齢	57.7 歳							
平均罹病期					3.1 年								
P D	65 歳以上	{	M	42 人	平均年齢	71.6 歳		全年齡	{	M	60 人	平均年齢	67.3 歳
			F	49 人	平均年齢	73.6 歳				F	76 人	平均年齢	67.8 歳
		平均罹病期間					7.7 年						
		{	M	18 人	平均年齢	55.9 歳			平均罹病期間				7.6 年*
			F	27 人	平均年齢	57.2 歳							
平均罹病期間					7.4 年								

CVD: 脳血管障害後遺症, PD: パーキンソン病, M: 男, F: 女, *: T 検定にて有意差 (1%)あり

た. 患者は無作為に抽出し, 調査の趣旨を説明し同意を得た上で調査を実施した. 調査は原則として患者の外來受診日などに面接や診察をして行った. 本研究では65歳以上を高齡者, 65歳未満を非高齡者とした. そしてI) 高齡者のCVDと非高齡者のCVD, II) 高齡者のPDと非高齡者のPD, III) 高齡者のCVDとPDをあわせたものと非高齡者のCVDとPDをあわせたものとを比較検討し, 有意差をX²検定した. またCVDとPDの間, およびCVD, PDそれぞれの高齡者, 非高齡者の間で罹病期間の差をT検定した. 尚背景では社会サービスという言葉を知らないか知っているかの2分類で, リハビリテーションの意欲と効果は, 共にあり, ややあり, なしの3段階分類で, 歩行障害は, 不能, 介助, 車椅子使用, 歩行器使用, 杖使用, 不安定歩行, 独歩の7段階で, 痴呆は高度, 中等度, 軽度, なしの4段階で, コミュニケーションは, 不能, わずかに可能, 中等度に障害, 少し障害, 正常の5段階に分類し評価した. 更にQOLの回答内容はその程度に応じた3段階分類(1, 2, 3)で評価した¹⁾. この調査表のphysical, functional, psychological, social healthの各項目についてCVD,PDのそれぞれ高齡群, 非高齡群の4群に関してクロンバッハ α 値を計算した.

結 果

CVDとPDの間, およびCVD, PDそれぞれの高齡者, 非高齡者の間での罹病期間についてはCVDとPDの間でだけ統計的に有意にPDで罹病期間が長かった(表1). CVDとPDの高齡群, 非高齡群でX²検定にて5%の有意差の認められた項目は背景因子やQOLの各項目で異なる傾向がみられた. 背景因子では表2,7の様にPDの高齡者で同居人数が少なく主たる介護人は妻と嫁が多くなった. 調査時点で外來でリハビリテーションを受けているリハビリテーション有がCVDでは非高齡者に多いのにPDでは高齡者に多かった. 家庭での役割はPDで非高齡者に有が多かった. CVDでは高齡者で梗塞や多発性の病巣が多く非高齡者で出血が多かった. またBrunstrom stageでは高齡者で上肢の麻痺が強かった. PDでは非高齡者でWearing offが多く, 歩行は高齡者で障害されていた. 一方, CVDとPDを加えたものでは全体的傾向はPDの結果と似ていたが, 異なる点は身体障害者手帳の所持者が非高齡者で有が多く, 高齡者で痴呆が多くなっていた.

次にQOLの項目としてCVD, PDそれぞれの疾患でのQOLに関して高齡, 非高齡の比較ではCVDではphysical(表3), functional(表4), psychological(表

表2 背景因子: 65歳以上と65歳未満での比較

	CVD	PD	CVD + PD
合併症の有無	NS	NS	NS
骨折の有無	NS	NS	NS
変形性関節症の有無	NS	NS	NS
同居人数: 高齢者で同居人数少ない	NS	*	*
主たる介護人: 高齢者で妻と嫁が多い	NS	*	**
社会サービス	NS	NS	NS
リハビリの有無: CVD 非高齢者 PD 高齢者で多い	**	*	NS
有りの場合: 回数	NS	NS	NS
場所	NS	NS	NS
リハの意欲	NS	NS	NS
リハの効果	NS	NS	NS
家庭の役割の有無: 非高齢者で多い	NS	*	**
身障手帳の有無: 非高齢者で多い	**	NS	NS
身障等級別	NS	NS	NS
出血と梗塞の割合:			
高齢者で梗塞多い	**		
非高齢者で出血多い	**		
単発と多発の割合: 高齢者で多発が多い	**		
麻痺側	NS		
上肢 Brunstrom (BR.) Stage: 高齢者で麻痺が強い	*		
手指 BR. Stage	NS		
体幹下肢 BR. Stage	NS		
失語	NS		
失認	NS		
失行	NS		
仮性球麻痺	NS		
Yahr 分類		NS	
Wearing offの有無: 非高齢者で多い		**	
歩行: 高齢者で障害が多い	NS	*	NS
痴呆: 高齢者で痴呆が多い	NS	NS	**
Communication	NS	NS	NS

χ^2 検定 NS: 有意差無し

*: 有意差 (5%) 有り **: 有意差 (1%) 有り

CVD: 脳血管障害後遺症 PD: パーキンソン病

5), social health (表6) の項目ではすべて有意差はなかった。PDでは次の項目が有意であった。physical health (表3) では高齢群で手足の不自由さ、前傾姿勢、すくみ足の頻度が多く、方向転換、転倒、座位からの起立、排便、排尿がより障害されていた。functional health (表4) では高齢群で階段昇降、バス、電車を利用している外出、炊事、洗濯がより障害されていた。psychological health (表5) では高齢群で物忘れや加齢感を感じる人が多かった。social health (表6) では高齢群で旅行に出かけたり家族や親戚の相談にのることが少なくなる点で QOL が有意に低下していた。CVD と PD を合わ

表3 Physical health: 65歳以上と65歳未満での比較

	CVD	PD	CVD + PD
1. CVD シャベりにくいですか	NS		NS
PD 小声になりしゃべりにくいですか		NS	
2. ものを飲み込みにくいですか	NS	NS	*
3. CVD 手や足にしびれ(感覚障害)や痛みがありますか	NS		NS
PD 手や足にこわばりや痛みがありますか		NS	
4. 手や足が不自由ですか	NS	*	NS
5. 書字がむずかしいですか	NS	NS	NS
6. CVD 耳鳴り、めまいがありますか	NS	*	NS
PD 姿勢が前かがみですか			
7. CVD 歩きにくいですか(杖、歩行具を使ってもよい)	NS	**	*
PD 歩きにくかったり足がすくむことがありますか			
8. 歩行時方向転換がむずかしいことがありますか	NS	*	*
9. 倒れることがありますか	NS	*	**
10. 坐位(椅子)からの立ち上がりは出来ますか	NS	**	**
11. 長く椅子に座っていることが出来ますか	NS	NS	NS
12. 食事がすすまないことがありますか	NS	NS	NS
13. 便秘していますか	NS	NS	NS
14. 寝返りは出来ますか	NS	NS	NS
15. 尿や便を漏らすことがありますか	NS	**	**

χ^2 検定 NS: 有意差無し

*: 有意差 (5%) 有り **: 有意差 (1%) 有り

CVD: 脳血管障害後遺症 PD: パーキンソン病

せた解析では、physical health (表3) では高齢群で嚥下、歩行、方向転換、転倒、座位からの起立、排便、排尿が障害され、functional health (表4) では高齢群で50 m以上の平地歩行、階段の昇降、バス電車を利用している外出、炊事、洗濯がより障害され、psychological health (表5) では、高齢群で物忘れや加齢感を感じる人が多く、social health (表6) では高齢群で家族や親戚の人の相談にのることが少なくなっていた。尚表8はphysical, functional, psychological, social healthの各項目のCVD, PDそれぞれの高齢群、非高齢群でのクロンバッハ α 値を示した。その値は0.732と0.948の間にあった。

考 察

神経疾患患者のQOL調査²³⁾は脳血管障害^{4)~6)}や心疾患⁷⁾については国内外でかなり実施されている。しかし、パーキンソン病などの神経変性疾患での調査は少ない。本邦でも最近いくつかの研究が報告されているが、パー

表4 Functional health: 65歳以上と65歳未満での比較

	CVD	PD	CVD + PD
1. 自分で食事が出来ますか	NS	NS	NS
2. 一人で着替えが出来ますか	NS	NS	NS
3. 一人で入浴が出来ますか	NS	NS	NS
4. ベッド(ふとん)への移動, 起き上がり, ベッド(ふとん)からの移動が出来ますか	NS	NS	NS
5. 平地を歩くこと(50m以上, 装具, 杖を使用してもよい)が出来ますか	NS	NS	*
6. 階段の上り降り(手すり, 杖を使用してもよい)が出来ますか	NS	*	*
7. 人の言うことがわかりますか	NS	NS	NS
8. 人に言葉で意志を伝えられますか	NS	NS	NS
9. トイレへの移動と衣服着脱, 後始末が出来ますか	NS	NS	NS
10. 一人で洗面, 整髪が出来ますか	NS	NS	NS
11. 歯みがき, ひげそりが一人で出来ますか	NS	NS	NS
12. バス・電車を利用して一人で出かけられますか	NS	**	**
13. 一人で炊事が出来ますか	NS	**	**
14. 一人で洗濯が出来ますか	NS	**	**
15. お金を自分で支払えますか	NS	NS	NS

 χ^2 検定 NS:有意差無し

*:有意差(5%)有り **:有意差(1%)有り

CVD:脳血管障害後遺症 PD:パーキンソン病

表5 Psychological health: 65歳以上と65歳未満での比較

	CVD	PD	CVD + PD
1. 相当物忘れが強くなりましたか	NS	*	**
2. 頭が重かったり, 痛んだりしますか	NS	NS	NS
3. 年をとったと思うことが多くなりましたか	NS	*	**
4. よく眠れないことがありますか	NS	NS	NS
5. 疲れたと感じることが多いですか	NS	NS	NS
6. 気分が沈んで, ゆうつなことがありますか	NS	NS	NS
7. 不安になることがありますか	NS	NS	NS
8. イライラして, 集中できないことがありますか	NS	NS	NS
9. 自分の病気はなおりにくいのではないかと心配していますか	NS	NS	NS
10. あなたは今楽しく暮らしていますか	NS	NS	NS
11. 病気による障害に立ち向かう気がありますか	NS	NS	NS
12. ささいなことでも気にするようになったと思いますか	NS	NS	NS
13. これから先何か楽しいことがあると思いますか	NS	NS	NS
14. 異性と話していた方が楽しいですか	NS	NS	NS
15. 今の生活に満足していますか	NS	NS	NS

 χ^2 検定 NS:有意差無し

*:有意差(5%)有り **:有意差(1%)有り

CVD:脳血管障害後遺症 PD:パーキンソン病

表6 Social health: 65歳以上と65歳未満での比較

	CVD	PD	CVD + PD
1. これからのあなたの生活はどうなると思いますか	NS	NS	NS
2. 家族はあなたをいたわってくれますか	NS	NS	NS
3. 家族やまわりの人とうまくいっていますか	NS	NS	NS
4. 同じ年代の人のなかに仲のよい友人がいますか	NS	NS	NS
5. よく旅行しますか	NS	*	NS
6. 趣味をもっていますか	NS	NS	NS
7. 病気のために以前より外出しなくなったと思いますか	NS	NS	NS
8. 手紙を書くことが出来ますか	NS	NS	NS
9. 新聞を読んでいますか	NS	NS	NS
10. 子供や親戚の家を訪ねることがありますか	NS	NS	NS
11. 家族や親戚の人の相談にのることがありますか	NS	**	*
12. 若い人に自分から話しかけることがありますか	NS	NS	NS
13. 病人を見舞うことがありますか	NS	NS	NS
14. 訪問看護や在宅ケアなどのシステムを利用していますか	NS	NS	NS
15. 病気のため家庭や社会での活動が制限されていると思っていますか	NS	NS	NS

 χ^2 検定 NS:有意差無し

*:有意差(5%)有り **:有意差(1%)有り

CVD:脳血管障害後遺症 PD:パーキンソン病

キンソン病の薬物治療効果と, QOL の関係⁸⁾やパーキンソン病患者の職業従事と, QOL の関係⁹⁾をみたもので高齢パーキンソン病患者のQOLの低下に注目した研究は非常に少ない¹⁰⁾. ところで, 1996年英国から AGEM de Boer 等¹¹⁾により QOL 調査表の実例が提案された. 我々はこれらの先例を踏まえ, 背景因子と, physical health, functional health, psychological health, social health 各項目15項目ずつ計60項目の調査事項を選出し, また physical health については CVD と PD で疾患特異的項目を設定した. QOL 質問表の信頼性と妥当性については飯田らの報告¹²⁾がある. 彼らの質問表は ADL や客観的 QOL の部分よりむしろ主観的 QOL に力点が置かれ作製され, 我々の CVD と PD を対象とし高齢, 非高齢群を比較したものとは, やや趣旨が異なる. 我々の QOL の各項目の信頼性 (再現性), 妥当性 (内部一貫性) についてはクロンバッハ α 値が各項目につき0.732以上なので充分信頼性, 妥当性があるものと考えられる. ところで今回の調査でいくつかの興味ある知見が得られた. 特に背景因子では, 高齢者で同居人数が少なくなり主たる介護人は妻に加え嫁が多くなる事実は今後の高齢化社会を迎えるにあたってその対策を練るに際し, 大変重要

表7 患者背景

		CVD		PD		CVD+PD	
合併症	有	17.1		21.4		19.4	
		18.5		22.5		20.9	
骨折	有	9.2		5.6		7.3	
		7.1		11.1		9.6	
変形性関節症	有	7.9		11.2		9.7	
		10.7		8.9		9.6	
同居人数	一人	8.5		9.5		9.0	
		10.0		0		4.1	
	二人	43.7		42.9		43.2	
		33.3		34.1		33.8	
	三人	14.1		14.3	*	14.2	*
		26.7		27.3		27.0	
	四人	7.0		10.7		9.0	
		13.3		25.0		20.3	
	五人	16.9		10.7		13.5	
		13.3		2.3		6.8	
	六人以上	9.9		11.9		11.0	
		3.3		11.4		8.1	
主たる介護人	娘	7.6		15.3		11.9	
		8.0		4.4		5.7	
	嫁	15.2		9.4	*	11.9	**
		0		0		0	
	妻	57.6		36.5		45.7	
		48.0		33.3		38.6	
	夫	6.1		17.6		12.6	
		16.0		42.2		32.9	
	その他	13.6		21.2		17.9	
		28.0		20.0		22.9	
社会サービス	知っている	57.9		66.3		62.4	
		50.0		67.4		54.0	
リハビリテーション	有	41.3	**	31.1	*	35.8	
		70.0		13.6		36.5	
リハビリテーションの意欲	充分有	65.6		46.2		54.9	
		67.9		35.1		49.2	
	わずかに有	14.1		30.8		23.2	
		21.4		32.4		27.7	
	なし	20.3		23.1		21.8	
		10.7		32.4		23.1	
リハビリテーションの効果	有	50.0		45.5		47.9	
		44.4		28.6		40.0	
	少し有	37.5		48.5		42.5	
		55.6		42.9		52.0	
	なし	12.5		6.1		9.6	
		0		28.6		8.0	
家庭の役割	有	37.8		50.5	*	45.1	**
		63.3		77.8		72.0	
身障者手帳	有	31.1	**	21.3		25.8	
		60.0		20.5		36.5	

出血		18.1 43.3	**			
梗塞		81.9 53.3	**			
単発		51.4 80.0				
多発		48.6 13.3	**			
麻痺側	右	40.9 53.8				
	左	48.5 46.2				
	両側	10.6 0				
麻痺の6段階分類で麻痺の最強の割合	上肢	38.2 26.7	*			
	下肢	34.2 26.7				
	体幹下肢	38.2 23.3				
失語	有	13.2 16.7				
失認	有	5.3 10.0				
失行	有	3.9 0				
仮性球麻痺	有	10.5 6.7				
wearing off				36.8 65.9	**	
歩行	不能	4.0 0		2.2 0	*	3.0 0
	要介助	6.7 3.3		3.3 4.4		4.8 4.0
	車椅子使用	10.7 6.7		2.2 2.2		6.0 4.0
	歩行器使用	8.0 3.3		3.3 0		5.5 1.3
	杖使用	28.0 40.0		12.2 2.2		19.4 17.3
	不安定歩行	8.0 10.0		35.6 20.0		23.0 16.0
	独歩	34.7 36.7		41.1 71.1		38.2 57.3
コミュニケーション	不能	0 0		0 0		0 0
	わずかに可能	1.3 3.3		3.3 0		2.4 1.3
	中等度に障害	5.3 10.0		7.7 4.4		6.6 6.7

痴呆	少し障害	25.0	22.0	23.4	
		26.7	11.1	17.3	
	正常	68.4	67.0	67.7	
		60.0	84.4	74.7	
	高度	0	2.8	1.4	
		3.3	2.5	2.9	
	中等度	14.1	8.5	11.3	
		0	2.5	1.4	
	軽度	15.5	21.1	18.3	
		10.0	5.0	7.1	
	なし	70.4	67.6	69.0	
		86.7	90.0	88.6	

CVD: 脳血管障害後遺症, PD: パーキンソン病

上段: 65歳以上の割合(%) 下段: 65歳未満の割合(%)

 χ^2 検定 *: 有意差(5%)有り **: 有意差(1%)有り表8 クロンバッハ α 値

	CVD 非高齢群	CVD 高齢群	PD 非高齢群	PD 高齢群
Physical health	0.823	0.753	0.849	0.838
Functional health	0.906	0.918	0.948	0.913
Psychological health	0.806	0.799	0.732	0.805
Social health	0.790	0.853	0.769	0.784

な事実と考えられる。次にリハビリテーションを受ける患者がCVDでは非高齢者に多いのにPDでは高齢者に多いこと。家庭での役割は、PDでは非高齢者に有りが多かったこと、CVDとPDを加えたものでは身体障害者手帳の所持者が非高齢者で有が多く、高齢者で痴呆が多くなっていたことなどは当然予想されることではあるが、本研究ではそのことが統計的に証明された。CVDの非高齢者にリハビリテーションを受ける患者さんが多いのは1つには発病後の期間が短いことと関係があるかもしれない。次に要約や結果の項で記したようにPDの高齢者で歩行が障害され、同居人数が少なく、主たる介護人は妻と嫁が多くなった。CVDの高齢者で同様な所見が得られなかった理由の詳細は不明であるが、PDではすくみ足、小股歩行、動作緩慢、易転倒性が年齢と共に増悪する傾向があり、CVDの高齢者では不全片麻痺はあるものの、変性疾患の様に徐々に病勢が進行していくことは比較的少ないせいと考えられる。次にPDの非高齢者でwearing offが多いという結果が得られたがその理由は不明である。CVDの高齢者では上肢の麻痺が下肢のそれより強かったが、これは高齢者の特徴というよりCVDでは一般に中大脳動脈領域の血管障害が多く、この場合上肢が下肢よりも麻痺が強いの、高齢者でたまたまこのことが確認されたものと思われる。本研

究ではCVDの高齢者では多発性の脳梗塞が多いという結果を得た。これは病歴を聴取する段階で複数の発作があったことなどが根拠であり、これを支持する臨床症状、例えば仮性球麻痺や痴呆が高齢者群で多いという結果は得られていない。さらに今回の研究結果からはPDとは異なりCVDではQOLのすべての項目で高齢群と非高齢群で有意差が認められなかったのは意外であった。この理由は不明であるが、更にCVDの症例数を増やせば何らかの差が出てくる可能性もある。疾患特異的項目を含めたQOL調査では、調査結果に歩容等の疾患特異的所見でPDの高齢非高齢群間で差が得られたことは興味深い。患者への薬物療法で特に抗うつ薬はQOLに影響を与えるが、今回の調査では抗うつ薬服用者群と非服用者群とを区別して扱っていない。厳密にはこの点も考慮すべきであるが非高齢群で抗うつ薬投与者が多いということもないので、PDの高齢群でのQOLの低下は薬剤投与による可能性は少ないものと思われる。今回得られた結果は、高齢神経疾患患者のQOLの向上のために居住空間の改善や家族や地域社会でのコミュニケーションの改善のために何らかの示唆を与えてくれると思われる。

謝辞: 本研究に際し御指導頂いた、国立療養所中部病院名誉院長安藤一也先生に御礼申し上げます。またQOL調査に関

し多大な協力をして下さった, 昭和大学藤が丘病院神経内科 自見隆弘, 渋谷誠二, 小嶋宏子, 村橋 真, 高橋裕秀, 甲斐研一, 北里大学東病院リハビリテーション科 柴喜 崇, 外島裕之, 国立療養所中部病院 山田孝子, 川村病院 出口 晃, 名古屋大学医学部神経内科 水野桂子, 安田武司の諸先生および祖父江元教授に深謝します。

文 献

- 1) 若山吉弘, 加地輝彦, 前田真治, 春原経彦, 米山 栄: 脳卒中後遺症とパーキンソン病患者のQOL 調査表の作製. 昭和医学会誌 1997; 57: 541—550.
- 2) 上田 敏: ADL から QOL へ—リハビリテーションにおける目標の転換. 総合リハ 1984; 12: 261—266.
- 3) 大川嗣雄: クオリティ・オブ・ライフのリハ医学における評価. 総合リハ 1984; 12: 269—276.
- 4) Belcher SA, Clowers MR, Cabanayan AC, Fordyce WE: Activity patterns of married and single individuals after stroke. Arch Phys Med Rehabil 1982; 63: 308—312.
- 5) Osberg JS, McGinnis GE, Dejong G, Seward ML: Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults. J Gerontol 1987; 42: 228—230.
- 6) 亀山正邦, 宇高不可思, 目崎高広, 澤田秀幸, 芹生直行, 進藤克郎ほか: 脳血管障害と Quality of life. Ther Res 1990; 11: 2460—2467.
- 7) 萱場一則, 長嶋紀一: 循環器病治療における Quality of life scale の開発—妥当性と信頼性の検討—. Ther Res 1990; 11: 74—80.
- 8) 野垣 宏: 老年者のパーキンソン病治療と QOL. Geriat Med 1996; 34: 713—717.
- 9) 大越教夫, 庄司進一: パーキンソン病患者の Quality of life (QOL) 職業従事と家事の実態調査. Geriat Med 1996; 34: 1395—1399.
- 10) 山田孝子, 加知輝彦, 米山 栄, 武田章敬 安藤一也: 高齢パーキンソン病患者における生活の質—日常生活と心理的要因について—. 総合臨床 1997; 46: 2824—2826.
- 11) AGEM de Boer, W Wijker, JD Speelman, JCJM de Haes: Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 61: 70—74.
- 12) 飯田紀彦, 小橋紀之, 小山和作: 新しい自己記入式 QOL 質問表 (QUIK) の信頼性と妥当性. 日本老年医学会雑誌 1995; 32: 96—100.

Abstract

Quality of Life in Elderly Patients with Cerebral Vascular Disease and Parkinson's Disease.

Yoshihiro Wakayama¹⁾, Masaharu Maeda²⁾, Nobuhiko Sunohara³⁾, Teruhiko Kachi⁴⁾ and Sakae Yoneyama⁵⁾

We developed a questionnaire for the study of background factors and quality of life (QOL) in elderly patients with cerebral vascular disease (CVD) and Parkinson's disease (PD). The questionnaire covered the background factors and four sections such as physical, functional, psychological and social health sections. Each section had 15 questions and disease-specific questions for CVD or PD were included in the physical health section. We analyzed 107 patients with CVD (76 elderly patients, aged 65 or more, 31 non-elderly patients under 65) and 136 patients with PD (91 elderly, 45 non-elderly). In the background section, of a total of 243 patients with CVD and PD, the elderly patients needed the assistance of their spouse and their sons wives more frequently than non-elderly patients. With regard to rehabilitation, non-elderly CVD patients had rehabilitation more frequently than the elderly CVD patients, while a higher percentage of elderly patients with PD had rehabilitation training more frequently than the non-elderly PD patients. In the QOL section, there was no difference between elderly and non-elderly CVD patients, while elderly PD patients were statistically more significantly disabled physically and weak-minded psychologically. The physical disabilities of the elderly PD patients in this statistical investigation included slow motion, stooped posture, frozen gait, difficulty in turning and standing up, constipation and dysuria. The psychological problems of elder PD patients included forgetfulness and a feeling of aging. These patients had significantly fewer consultations by family and relatives than the non-elderly PD patients. The overall tendency of QOL in patients with CVD and PD was similar to that of PD patients.

Key words: *Neurologic diseases in the aged, Cerebrovascular disease, Parkinson's disease background factors, QOL* (Jpn J Geriat 1999; 36: 396—403)

- 1) Division of Neurology, Department of Medicine, Showa University Fujigaoka Hospital.
- 2) Department of Rehabilitation, Kitazato University East Hospital.
- 3) Department of Neurology, Hakone National Hospital.
- 4) Department of Neurology, Chubu National Hospital.
- 5) Kawamura Hospital.