以下で、5年後の調査でも改善はみられず、また stage の高い例でも拘縮や高度の知覚障害のため、廃用症候群が補助手にとどまっている。

考 査

外科治療症例は診断が明確で、ある程度機能改善後の拡がりが期待できるが、脳神経外科領域での成績が必ずしもリハ成績と一致しない例を少なくながら報告する。

また外来リハ領域では片ひだの上肢機能の改善は、下肢に比べてかたり期待される。試行的に2〜3年後における機能の改善する例があり、それが何に起因するのか明確な論理的裏付けがなされていないように思われる。

さらに脳神経外科領域では、最近出血性障害および意識障害と機能障害との関連について、従来とは異なる見解が示される。すなわち、内側型（頸動脈血栓）であっても、必ずしも予後不良ではなく、また意識障害の重症度と機能予後とは、あきらか関係がないとの報告も相次ぐ。

私たちの調査でも、出血部位や血腫量との関連性は十分でないもののは、むしろ発症時の重さによる影響が大きいことがある。すなわち、機能改善群と低下群の平均年齢は9年（死亡例と生存例）の差があり、生命および機能予後における影響に有意の差を認め、(P < 0.01)。

このことはリハ治療後2〜3カ月で独立群に達した40〜50歳代の患者は、退院後も機能改善が期待できるが、介護群のまま退院する60歳以上の高齢者では、将来も機能改善は期待できないことを意味している。

上肢機能の回復については、文献上発症後1年以上経過した改善例の報告がある。私たちも少数例ながら、stage 3以下のものと1〜2年後には上肢の stage 5、浮力 4 以上に回復し用補助手となっている例を認めた。これは存在する神経組織の再学習能力が年齢的な要因と重なり合って回復するものと推定してよいものなのか、非常に興味のもとである、問題である。

む す び

高血圧性脳出血の外科治療50症例の5年後のリハ成績について述べた。

外科治療例において、発症時の症状だけでなく年齢による影響を考慮に入れて目標を設定し、目標値に至るものと思われる。

質 問

1) 上肢機能、退院時ステージ3，調査時5.6であった症例に関して、退院後発症後何日目か？下肢機能の変化は？ 感覚的反射の変化は？

出血部位・量は？

有馬温泉病院 吉尾 雅春

回 答

1) 1例は80日に退院。下肢スライドは2年後で5であった。もう1例は、105日目に退院、2年後の調査で下肢スライド6であった。又、症例1には、深部知覚障害があったと思う。

23 都市における片麻痺患者のA.D.L.

追跡調査（第2報）

大阪厚生年金病院
リハビリテーション室
中谷 治夫 石丸 洁
安川 広光 森内 邦雄
東野 覧 森 政英
岩谷 修

最近，高齢化が進む老人の疾病が多く、その中でも片麻痺患者の発生率が高くなってきている。片麻痺患者にとって都市の建物の高齢化、交通機関の発達による社会生活の複雑化は、日常生活に大きな障害となっているように思われる。

目 的

当院リハビリテーション室において、昭和46年から49年までに取り扱った片麻痺患者に対して，昭和50年に「都市における片麻痺患者のA.D.L.追跡調査」を行ない，第10回学会に発表した。今回は再び同一患者を対象にして，都市生活の複雑化が進む中で，片麻痺患者のA.D.L.が3年後どのように変化したかについて調査を行い，比較・検討した。
方法・対象

調査方法は、アンケート用紙を郵送して、それを回収し集計した。

対象患者は前回解答のあった40名とした。回収率は29名(72.5%)で、うち2名は死亡しており、27名が対象者となった。その内訳は、性别では男17名、女10名、年令別では80才代2名、70才代9名、60才代9名、50才代4名、40才代2名、30才代1名、患側別では、右13名、左14名であった。

この27名を前回調査の中から抽出して、今回と比較した。

調査項目は、
1) 歩行動作では独立歩行、杖歩行、介助歩行、歩行不能について。
2) 屋内動作ではトイレ・入浴動作が独自で可能か、介助が必要か、不能かについて。
3) 屋外動作では青信号での横断、歩道橋の昇降、電車、バス、エスカレターの乗降が独自で可能か、介助が必要か、不能か、についてである。

結 果

1) 歩行動作では、前回独立歩行をしていた12名中1名が杖歩行、1名が介助を必要とし、杖歩行の9名中2名が介助を必要とした。また介助歩行をしていた3名中1名が歩行不能となり、歩行不能の3名は変化がなかった。
2) トイレ動作では、前回独自で行けた16名が今回も可能であり、和式使用は前回15名が今回10名となら、洋式使用は6名が11名となった、残り6名は前回同様不能であった。
3) 入浴動作では、前回で可能の16名と不能の2名は変化なく、介助が必要とした9名中1名が不能となった。
4) 青信号での横断では、前回で可能の14名中2名が介助を必要とし、1名が不能と低下した。介助を必要とした7名中1名が不能となり、1名が独自で可能となり、前回不能の6名は変化がなかった。
5) 歩道橋の昇降では、前回で可能の11名中1名が不能となり、介助を必要とした3名は変化がなかった。前回不能の13名中1名が独自で可能になった。

6) 電車の乗降では、前回独自で可能の12名中1名が要介助となった。要介助を必要とした5名中1名が独自で可能、1名が不能となった。前回不能の10名は変化がなかった。また独自で可能の症例で、ラッピュアワーに乗り合せることが多いと答えたのは、前回3名が今回4名であった。
7) バスの乗降では、前回独自で可能の12名中1名が不能となり、介助を必要とした5名中2名が独自で可能、2名が不能となった。前回不能の10名中1名が要介助で可能になった。またラッピュアワーに乗り合せることが多いと答えた症例は前回3名が今回4名であった。
8) エスカレーターの乗降では、前回独自で可能の12名中1名が要介助、1名が不能となった。介助を必要とした4名は変化なく、前回不能の11名中1名が要介助で可能となった。

<table>
<thead>
<tr>
<th>エスカレーターの乗降</th>
<th>前回</th>
<th>独自で可能</th>
<th>要介助</th>
<th>不能</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>獄計</td>
<td>27</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>独自で可能</td>
<td>12</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>要介助</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>不能</td>
<td>11</td>
<td>1</td>
<td>10</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

考察

歩行動作では、僅かながら機能低下を示している。これは年令と共に耐久力が低下し、外出の機会が少なくなり、屋内生活を余儀なくされているためと思われる。

トイレ・入浴動作では対象が固定された体位で比較的安定性があるため前回と大差はなかった。しかし今回和式トイレ使用者が減り、洋式使用者が増えているのは、高令によるしゃがみ動作の困難さもあるが、最近の家屋が洋式傾向にあるためとも思われる。

電車・バス・エスカレター等の乗降では、安定性とスピードが要求されるため、若年層では改善をみたが、高年層では低下している。

このように全体を通してみると高齢が60才以上の高令者であるため、行動範囲の狭い屋内動作では変化はなく、軽症の中で対処しなければならな
い動作では能力の低下を示している。

**まとめ**

我々は、都市における片麻痺患者の退院後のADLについて、少しでも改善されたのではいかなる観点から、追跡調査を行なった。

しかし結果は、僅かではあるが機能低下を示しており、家庭での機能訓練の重要性を痛感した。

今後も追跡調査を続け患者の状態を把握しながら、少しでも機能低下を防ぎ、維持・改善のための努力を重ねて行きたいと思っている。

**24 在宅脳卒中後遺症者のADL阻害因子**

リハ・センター 鞍枝病院
高橋伊三郎 古川 正雄
斎藤 博子 石神 重信

当院では昭和50年より在宅リハ検査を実施してきた。第13回本学会において在宅障害者老人の身体機能と物理的環境の相関について報告した。今回は在宅における脳卒中後遺症者のADL阻害因子を身体・精神機能と物理的・社会的環境を中心に検討を加え、とくにあいまいにされがちな専門病院における退院後指導の在り方と在宅リハの可能性を追求するために、本研究を行なったので報告する。

検診は近隣4町村の保康婦によって抽出された在宅脳卒中後遺症者を医師PT、OT、MSW、保康婦から成るリハチームで実施した。

対象は昭和52年6月より53年12月まで、当院在宅リハチームが検診を行なった脳卒中後遺症者146名で、性別は男性90名、女性56名、障害側は左75名、右50名両側12名であった。また発症から期間をみると最低1ヶ月から最高32年までで大きな幅を示し、平均6年8ヶ月であった。

**結果**

麻痹側別にADLを比較してみると、食事、排泄、入浴の3動作で両側麻痹の自立度が低かった。左右の比較では食事において左が、また排泄では右がそれぞれ優位に優っているが、大きな差は認められなかった。次にADLを年代別、男女別にとらえてみると排泄動作に限って各年代とも女性の自立度が優れている点が特徴的である。

移動機能別にADLの自立度をみると、屋外移動可能群で25.8％、屋内移動可能群では84％が入浴動作に介助を必要とし、移動が自立しているにも拘らず、この動作の困難性の高いことがわかる。また移動機能の阻害因子として一般にいわれている、下肢の変形がADLでどのように関連をもつか検討した。足関節、膝関節では30度以上の屈曲拘縮を、足関節では30度以上の屈曲変形拘縮を強度変形拘縮としてとらえ、それぞれADLの自立度別に比較すると、自立度が低下するに伴って変形拘縮も著しく増加する。また全介助群では特に症Alphaにおいて変形の著しいことが明らかとなった。

精神機能とADLの関連をみるために長谷川川簡易知能検査スケールを実施した結果、食事に関しては指摘群でも70％で、準指摘群では93.7％が自立している。逆に入浴動作では精神機能の低下に伴って自立度も低下している点が注目される。

次に家族構成がADLにどの影響を与えるかを検討した。家族構成を2人暮らし、2世代家族、3世代家族の分け、自立度を比較した。2世代家族では、食事、排泄、入浴の自立者がそれぞれ94.5％、82.1％、57.8％と最も高く、逆に2人暮らしでは同じくその自立者が68.2％、47.6％、31.8％に過ぎず、僅か2人介助者の場合の介助者は、殆ど女性に限られていることが示された。また2人暮らしの場合には家族構成が、殆ど男性に限られていることが示された。逆に介助者が2人暮らしの場合の介助者は、同様に自立度が最も高いことが示された。2世代家族自立度の高いことが示されることを確認することができた。

最後にADLをリハ経験者と未経験者とで比較すると、食事動作自立では経験群100％に対し、未経験群74.1％、排泄動作では72％、43.6％、入浴では、54.2％、25.1％、何れもその自立度に著明な差が認められた。未経験者に対する今後のリハサービスの取り組みが課題となる。