

表5 リハビリテーションプラン

	症例1	症例2	症例3
リハビリテーション実施施設の検討 (検討内容が①→②→③と変化した)	①医療保険リハビリテーション施設の検討 ②介護保険リハビリテーション施設の検討 ③訪問看護ステーション利用を検討	①医療保険通所リハビリテーション施設の検討(本人拒否) ②介護保険リハビリテーション施設検討(本人消極的) ③医療保険の訪問リハビリテーション施設の検討	医療リハビリテーション・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2)	行わなかった
サービス施設の選定上の問題点	介護保険・医療保険での訪問リハビリテーション施設が見あたらない。訪問看護7のみが利用可能	介護保険は自己負担があり、公費負担のある医療保険を希望。医療保険の訪問リハビリテーション施設に受け入れの余地が無かった	介護予防は保健所の事業のみであった
最終的に決定した利用サービス施設	訪問看護ステーションの訪問看護7を特定疾患で医療保険として利用	訪問看護ステーションの訪問看護7を特定疾患で医療保険として利用	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
リハビリテーション実施担当者との協議	訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション担当PT, OTと協議	担当PT, OTと協議	担当保健師と協議
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

【症例1】日中独居状態となり、寝たり起きたりであるが介護保険は未申請であった。内科診療所で高脂血症や骨粗鬆症の治療を受けているが、主治医からリハビリテーションの必要性や介護保険の申請を奨められたことはなかった。今回の介入に当たって、医療保険での訪問リハビリテーション実施施設が利用可能な地域になく、介護保険を申請することになった。しかし介護保険で訪問リハビリテーションを行っている施設も少なく、利用施設探しが困難であった。結局訪問看護ステーションが唯一訪問看護7として訪問リハビリテーションを行っていることが分かり、サービスを依頼した。しかし依頼先から特定疾患患者さんに限り訪問看護は医療保険で請求するが良いかと了解を求めてきたので医療保険が自己負担分は公費負担で利用できることが分かった。医療機関医師の訪問リハビリテーション指示書が必要であったが、これはかかりつけ医師がいたので問題はなかった。

【症例2】医院に通院する以外は殆ど寝たきりの生活であったが、要介護度は2と低い認定であった。患者さん自身も医療保険では全額公費負担となっているのに、介護保険が1割自己負担となっていることに納得がいかず、利用に消極的で、またケアマネジャーも積極的に課題分析を実施しないこともあって、訪問入浴を受けているだけで、これまで訪問リハビリテーションは行われていない。本人は経済的にも全額公費負担の医療保険での訪問リハビリテーションでなければ利用しないというので、医療保険の訪問リハビリテーション実施施設探しをしなければならなかった。幸い、比較的近隣にリハビリテーション病院がありそこからの訪問リハビリテーションを利用することになった。しかし最終的には病院の訪問リハビリテーションに受け入れの余地が無く、同じ施設グループの訪問看護ステーションからの訪問看護7を医療保険で利用することになった。

【症例3】問題解決に最も困難を感じた。いわゆる「できるADL」と「しているADL」の乖離が著しい症例で、その原因に心理社会的要因があった。気力の衰えに家庭内の役割の喪失が重なり、活動性が著しく減退していた。現在の日本ではこうした状態を改善する十分な公的支援は

なく、医療や介護の対象からも外れている。閉じこもりの結果として骨折や認知症が発症すれば医療や介護保険の対象となる。唯一、保健所の機能訓練事業B型だけがこのような高齢者を対象にした支援活動であったので、月1回の参加の効果は疑問であったが、保健所と連絡を取って積極的に参加を呼びかけることとした。

症例1と症例2は現時点では訪問看護ステーションからの訪問看護7を利用することになった。訪問リハビリテーションは患者さんひとり一人の個別性を最大限尊重し、自宅の環境の中で安全性と活動性を確保し寝たきりを防止する最良の方法であろう。3症例とも最終的には閉じこもりの防止のために通所リハビリテーションに繋いでいく必要があるが通所リハビリテーションが認知症高齢者を対象とした集団リハビリテーション中心の所も多く、障害の特殊性から個別リハビリテーションを必要とするスモンでは個別リハビリテーションを通所で行っている施設を探すことは極めて困難であった。また医療保険や機能訓練事業B型では送迎サービスがなく利用不可能であった。

3例であったが実際に訪問リハビリテーション介入を計画して多くの困難が判明した。それらは実はこれまでも指摘されていたことであったが、実際の3例にそれぞれ典型的な形で反映していることにあらためて印象づけられた。それらの概要を表6にまとめた。

スモンの訪問リハビリテーションを実際計画してみると患者さんのニーズが必ずしも高くないことが分かった。次第に歩行能力が低下してきても、老化現象と区別がつかず、歳をとったから仕方がないと思っていたり、気力の衰えが著しかったり、家庭や社会生活上の役割を喪失していたり、障害を持ちながら苦勞して育ててくれた親を楽にさせたいと思う子供から大事にされ過ぎていて、何もしないで寝たり起きたりしている状況が許されていることなどから、改善の意識は生まれにくいことが多い。また、多くの患者さんがさまざまな理由で主治医を持っているが、一般内科医はリハビリテーションの必要性の認識が高くなく、積極的にリハビリテーション治療を受けることを行わない。こうした状況から多くのスモン患者さんが転倒を契機に骨折し、それがもとで寝た

表6 症例を通じて判明した問題点

	症例 1	症例 2	症例 3
医療保険施設の 利用	利用可能な地域に 訪問リハビリテー ション施設がない	利用可能施設が あったが、主治医 の紹介もなく、こ れまで利用してい ない	心理的閉じこもり は医療の対象外
介護保険の利用	主治医からもマッ サージ院からも指 導がなく、準寝た きりであるのに未 申請となっていた	自己負担金の負担 増が困難でこれ以 上の利用を拒否	日常生活上はでき る ADL 上が自立 しているので、介 護保険の対象にな らない
送迎付き通所リ ハビリテーショ ン	個別リハビリテー ションを行ってい る施設が少ない	認知症主体の集団 リハビリテーショ ンに参加して嫌気 がさした	
保健所の機能訓 練事業 B 型	障害者は対象外	障害者は対象外	保健所が遠く送迎 サービスが無い

きりとなっている。

次にリハビリテーションを行う施設の問題点が実に大きいことが明らかとなった。スモンの治療として全額公費負担となる医療保険での訪問リハビリテーションを受けることが最も望ましいが、訪問リハビリテーションを行っている医療保険の施設は実に限られており、利用できるスモン患者さんのごくわずかである。したがって介護保険での訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションを訪問看護7のサービスとして利用することになる。しかし多くのスモン患者さんも医療関係者もまず第1に訪問看護7が理学療法士（PT）、作業療法士（OT）による本格的訪問リハビリテーションであることを知らない。さらにスモンで特定疾患申請済みであれば訪問看護7は医療保険でしかも自己負担分も公費で利用できることを知らない。このことは大きな問題である。通所リハビリテーションは閉じこもりがちなスモン患者さんにとって外出の機

会とする良い方法であるが、介護報酬とリハスタッフの不足から圧倒的に利用が多い認知症高齢者が主体でスモン患者さんにとってこれもなかなか受け入れがたい雰囲気になってしまう。

保健所の機能訓練事業B型は何とか自立生活を送れる高齢者にはぴったりの公共のサービスであるが月に1回の頻度と送迎サービスがなく、遠くの保健所まで行かなければならないことがネックとなって効果が疑問視される。そのようなことでスモン患者さんの利用はほとんどないのが実情である。

## 2. 介護保険における訪問リハビリテーションの制度について

### 1) 介護保険制度の概要

#### ①介護保険制度の改正とスモン患者さんの介護保険の利用状況

介護保険制度は2000年4月より、介護の必要な人にその人が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスの給付を行なうことを目的に創設された。介護保険制度は3年に一度見直しが行なわれるが、2006年4月より大きく改正された。その大きな改正の一つに介護予防を重視したシステムの転換がある。介護予防とは、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すると意味づけられている。この考えに沿って2006年4月から介護度が、今までの要支援、要介護1～5の区分から、要支援1・2、要介護1～5という区分に変更された。要支援1・2の方は、介護予防サービスを利用することで生活機能の維持・向上を集中して効果的に行ない、出来る限り自立して生活していけるようなサービス提供を行なう形態となっている。

宮田の調査によると、スモン患者さんの介護保険申請率は2003年度の調査で約46%となっており介護保険制度開始時である2000年度の約23%と比べて申請率が上昇し、年齢が高い層ほど申請率も高い。また、介護サービス利用率も2000年度の56.1%から、2003年度の69.1%に増加している。このようにスモン患者さんにとって、介護保険を必要とする度合いは次第に高まっている。

## ②介護保険の申請と認定について

### 1. 申請

介護保険のサービスを受けるには、まず市町村の窓口で申請する必要がある(図6)。申請は本人の他、家族、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設、地域包括支援センター等が代行することもできる。

### 2. 認定

申請後、市町村または市町村から委託された法人職員が自宅などを訪

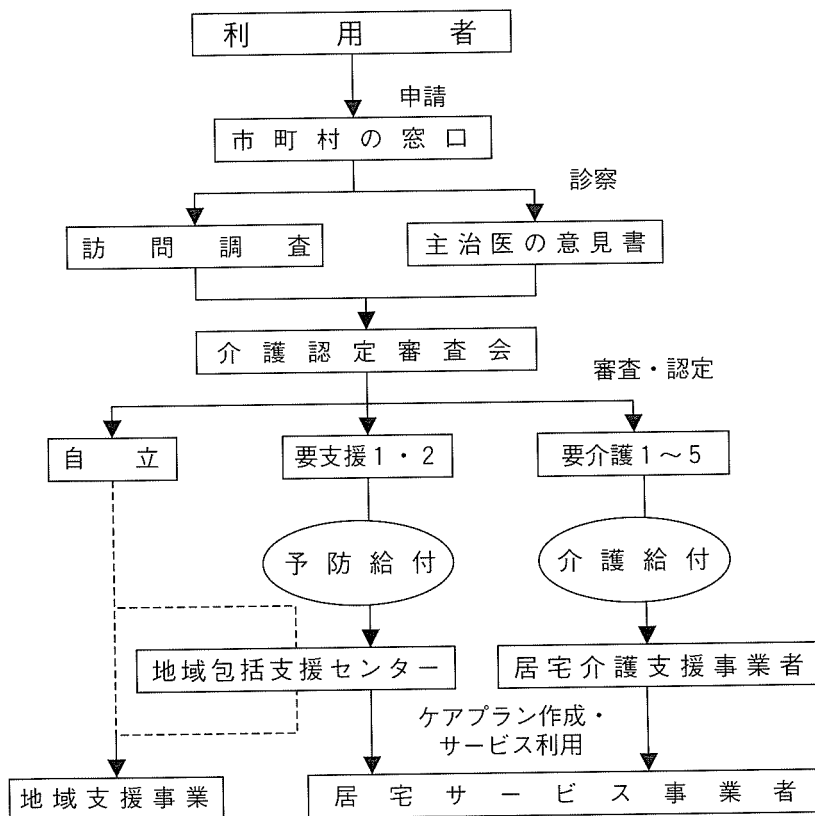


図6 介護保険の申請から利用までの大まかな流れ

問して心身の状況や環境等を調査し、調査結果は市町村が行なう介護認定審査会に提出される。また、主治医の意見書も審査会に提出される。介護認定審査会は保健・医療・福祉の学識経験者等から構成されており、訪問調査の結果と主治医の意見書を基に話し合ったのち要介護度を判定する。申請から認定までの期間はおおよそ30日以内で行なわれる。スモン患者さんの場合、意見書が提出される前に主治医へ受診する際にスモンの病状についてしっかり伝えておくことが、適切な判定を受ける上で重要であると思われる。また、訪問調査時も無理をせず普段の生活状況をしっかりと伝えることが大切である。

認定の有効期間は初めての申請の場合は原則6ヶ月で、更新申請での認定は原則12ヶ月である。ただし、市町村や介護認定審査会の判断によって有効期間は初回申請時が3～6ヶ月に、更新申請時が3～24ヶ月に短縮または延長される。また、介護の必要度が変化する場合は、有効期間内であっても変更申請が可能である。

### 3. サービス利用

要介護度の認定を受けた後にサービスを利用することとなるが、サービスを受ける形態やサービスの限度量、種類等は要介護度によって異なる。サービスに対する給付では要介護の人は介護給付という枠組みで、要支援の人は予防給付という枠組みでなされる。またサービスの利用計画は、利用者自身での立案や、利用したいサービスを提供している事業者に直接申し込むことも可能である。しかし、多くの場合、専門家に自身の希望を伝えながら作成する。要介護の人は居宅介護支援事業者の介護支援専門員（ケアマネージャー）が訪問し、心身の状況や環境、利用者と家族の希望等を伺い、これらを考慮したサービス計画を作成する。そして、その計画について利用者本人や家族、専門家や関係者等が話し合い、本人の同意をもってサービスを利用できるようになる。一方、要支援の人は、地域包括支援センター（表7）の保健師等が訪問し、介護予防サービス計画を作成する。その後の流れは、要介護の人と同様である。

サービスを利用した際の自己負担は原則1割である。介護報酬は単

表7 地域包括支援センターについて

設置目的	地域住民の心身の健康の保持及び安定のために必要な援助を行なうことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援業務等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関
設置主体	市町村および包括的支援事業の実施委託を受けた者(在宅介護支援センター、医療法人、社会福祉法人、地方自治法に基づく一部事務組合または広域連合を組織する市町村等)
職員	原則として保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員(確保困難な場合これらに準ずる者)
事業内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指定介護予防支援：予防給付対象の要支援者への介護予防支援計画の作成と連絡調整</li> <li>2. 介護予防ケアマネジメント事業：虚弱状態にある高齢者への介護予防ケアプランの作成と地域支援事業に必要な援助等</li> <li>3. 総合相談・支援事業：初期相談対応、専門的相談支援、地域高齢者に必要な支援把握と必要なネットワーク構築等</li> <li>4. 権利擁護事業：虐待や困難事例への対応、認知症に伴う成年後見制度の活用促進等</li> <li>5. 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業：包括的なケア体制の構築、介護支援専門員に対する後方支援等</li> </ol>

位で表され、1単位の単価は市町村によって異なるものの概ね1単位10円と計算されることが多い。よって、介護報酬の単位を円に置き換えると、利用者が支払うおおよその自己負担額となる。

## 2) 介護保険での訪問リハビリテーションについて

介護保険制度でPT、OT、言語聴覚士(ST)が訪問して行なうリハビリテーションは、実施機関によって2つに区分される。すなわち、病院・診療所・介護老人保健施設からの「訪問リハビリテーション」と指定訪問看護ステーションからの訪問看護、いわゆる「訪問看護7」である。訪問看護7は、介護保険対象者に対してPTやOT、STが訪問看護を行なうものを指す。訪問看護でリハビリテーションを行なうことは、訪問看護活動の主たるサービスの1つとして挙げられており、利用者が



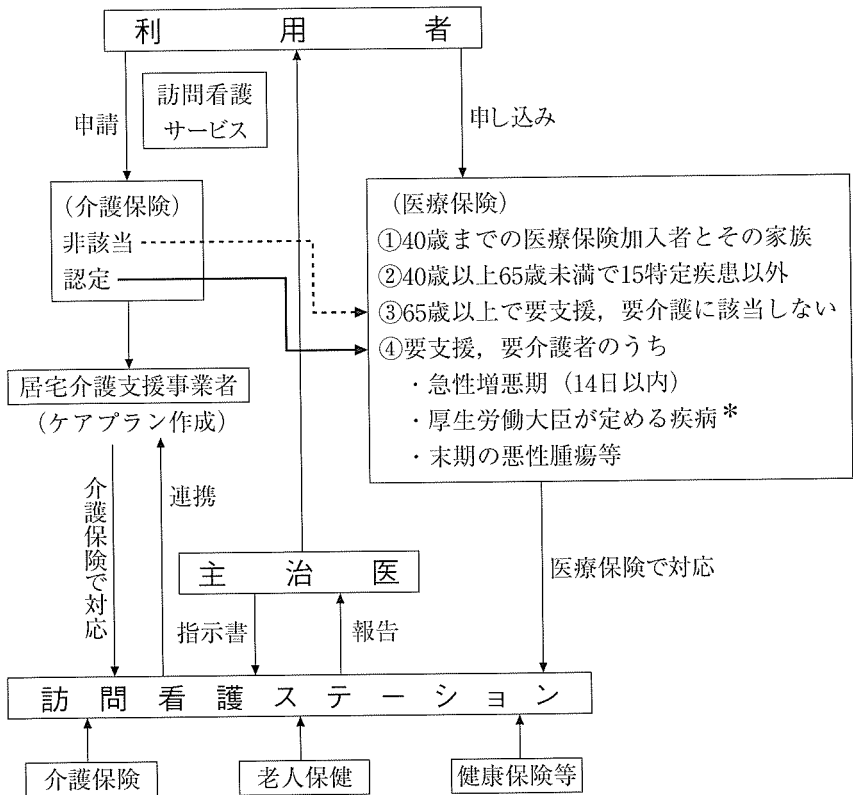
在宅生活を継続するためにも大変重要である。2006年4月からの介護保険法制度の改正で「訪問リハビリテーション」と「訪問看護7」においては、介護報酬や加算の見直しが図られると共にSTの派遣が可能となった。

介護保険制度において、要介護認定を受けた人が訪問看護や訪問リハビリテーションを利用する場合、原則として介護保険の適用となる。しかし、スモンは厚生労働大臣が定める疾病等のいわゆる特定疾患に指定されており、スモン患者さんが訪問リハビリテーションや訪問看護サービスを利用する場合は介護保険ではなく医療保険が適用される(図7)。つまり、訪問リハビリテーションや訪問看護サービスが医療保険で給付される場合は、本来介護保険として給付される分を他の介護保険サービスに振り替えることが可能となる。

#### ①介護保険制度における病院、診療所、老人保健施設からの「訪問リハビリテーション」

病院、診療所及び介護老人保健施設からの「訪問リハビリテーション」を行なう場合は「当該事業を行なう事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供にあたる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を置かなければならない」とされており、指定を受けている施設からはPT、OT、STのリハビリテーションを受けることができる。ただし、3職種がそろっているとは限らないので注意しなければならない。「訪問リハビリテーション」が介護給付の場合はこの名称だが、予防給付の場合は「介護予防訪問リハビリテーション」と呼ばれる。法令のみなし規定により「介護予防訪問リハビリテーション」は「訪問リハビリテーション」を行なう事業所で受けることが可能である。

訪問リハビリテーションでの介護報酬は病院又は診療所、介護老人保健施設のいずれでも1日につき500単位となっている(表8-a)。2006年の法改正によって短期・集中的なサービス提供を重点的に行なうため、加算としてリハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハビリテーション実施加算が新設された。リハビリテーションマネジメント加算は、①医師やPT、OT、ST、その他職種が共同して利用者ごとのリハ



\*厚生労働大臣が定める疾病（一部抜粋）

1. 多発性硬化症
2. 重症筋無力症
3. スモン
4. 筋萎縮性側索硬化症
5. 脊髄小脳変性症
6. ハンチントン舞踏病
7. 進行性筋ジストロフィー症
8. パーキンソン病（ヤールの臨床的症度分類のステージⅢ以上であって生活機能症度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）
9. シヤイ・ドレーガー症候群
10. クロイツフェルト・ヤコブ病
11. 亜急性硬化性全脳炎
12. 後天性免疫不全症候群

図7 医療保険と介護保険のすみわけ

表8 訪問リハビリテーションと訪問看護7の介護報酬額について

## a 訪問リハビリテーション

	基本部分	リハビリテーションマネジメント加算	短期集中リハビリテーション実施加算	
			1ヶ月以内	1～3ヶ月以内
訪問リハビリテーション費	500単位	20単位	330単位	200単位
介護予防訪問リハビリテーション費			200単位	

\* 短期集中リハビリテーション実施加算の算定には、リハビリテーションマネジメント加算の算定とおおむね2日/週以上の実施を要件とする。

## b 訪問看護7

	基本部分 (8時～18時)	早朝・夜間 (6時～8時, 18時～22時)	深夜 (22時～6時)
30分未満	425単位	531単位	638単位
30分以上 1時間未満	830単位	1038単位	1245単位

リハビリテーション実施計画を立てる、②計画に従い医師の指示をもとにリハビリテーションを行なうとともに定期的な記録をしていること、③居宅サービスを行う他の事業所に対して日常生活上の留意点や介護の工夫等の情報の伝達を行なうことなどに対して、1日20単位加算される。短期集中リハビリテーション加算は、退院・退所後に初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅でのADL向上のために短期集中的にリハビリテーションを行なった際に加算される。ただし、リハビリテーションマネジメント加算が必須で、1週間におおむね2日以上実施する必要がある。また、介護給付の場合、退院・退所または認定日から起算して1ヶ月以内が330単位/日、1ヶ月から3ヶ月以内が200単位/日となる。一方、介護予防訪問リハビリテーションの場合の短期集中リハビリテーション実施加算は3ヶ月以内が200単位/日となっている。

## ②「訪問看護7」を利用した訪問リハビリテーション

介護保険における訪問看護の基本方針は居宅サービスに関する基準法令で、「要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指すもの」とされている。

介護保険での「訪問看護」は、指定訪問看護ステーションあるいは病院、診療所からの派遣となる。しかし、PT、OT及びSTによるリハビリテーションを「訪問看護7」として受ける場合は指定訪問看護ステーションからの派遣に限られる。訪問看護ステーションは2005年10月の時点で全国に5671箇所存在する。だが、訪問看護ステーションへのPT、OT、STの配置は、「実情に応じた適当数」とされ配置していない場合もある。そのため、「訪問看護」の枠でPT、OT、STが訪問して行なうリハビリテーションを利用したい場合はケアマネージャー等を通じて確認を取る必要がある。また、厚生労働省の通達により「訪問看護7」は看護師、准看護師等が派遣される訪問看護の回数と同数以下としなければならないとされている。これは、PT、OT、STが行なうリハビリテーションは「訪問看護」より医療機関等による「訪問リハビリテーション」で提供されることが望ましいとされている為である。しかし、医療機関等からの派遣環境が不十分で訪問リハビリテーションを十分に提供できない地域もあるため、市町村によって対応が異なるのが現状である。

訪問看護7の介護報酬は、2006年の改正前は1回行なうと830単位がついていたが、改正後は2段階の時間区分に変更となった(表8-b)。現在の訪問看護7の介護報酬は30分未満の利用が425単位/回、30分以上1時間未満が830単位/回となっている。さらに早朝・夜間(6時～8時、18時～22時)や深夜(22時～6時)の間に利用する場合は、それぞれ25%、50%の加算となる。尚、予防給付による介護予防訪問看護は介護給付による訪問看護の介護報酬と同額である。

### 3. 医療保険での訪問リハビリテーション

在宅療養をしている患者さんで、通院が困難な人は医師の診察に基づき、医療保険制度を利用して訪問リハビリテーションを受けることができる。スモンは特定疾患に指定されているので、「特定疾患医療受給者証」を持つスモン患者さんは訪問リハビリテーションにかかる医療費の自己負担をする必要がなく無料で受けられる。

2006年度の診療報酬改定により、訪問リハビリテーション(在宅訪問リハビリテーション指導管理料)が単位制となり(1単位20分:300点)1週間に6単位まで受けることが可能で、継続する場合は1ヶ月毎に医師による診察(医学管理)を受ける必要がある。また2004年度よりPTやOTだけでなくSTによる訪問リハビリテーションを受けることも可能になった。かかりつけ医や普段かかっている病院がリハビリテーションを実施していない場合は、患者さんが同意すればリハビリテーションを実施している別の医療機関に情報を提供することで、別の医療機関の訪問リハビリテーションを受けることができる。

ただし「特定疾患医療受給者証」の交付を受けていないスモン患者さんで75歳以上の老人医療対象者と70歳から74歳の高齢受給者証を持つ人は医療費の1割負担が、70歳未満の人と70歳以上でも一定以上の収入がある人は医療費の3割(2006年10月より)負担が必要となる。訪問リハビリテーションの自己負担額は1単位あたり300円(1割負担)～900円(3割負担)で、自宅から遠くの医院や病院の訪問リハビリテーションを利用する場合はPT・OT・STの交通費(実費)を請求されることがある。

医療機関からの訪問リハビリテーションの他に従来通り訪問看護ステーションから「訪問看護基本療養費」としてPTやOT等による訪問リハビリテーションを週3回まで受けることも可能である。2006年度の改定においてPTやOT等の訪問リハビリテーションの回数が保健師や看護師による訪問回数を上回るとは適切でないとして、算定が困難になったことから患者さんによっては訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションの回数が減少したケースもあり得る。しかし患者さん

の近くに訪問リハビリテーションを提供できる医療機関がない地域においてはPTやOT等の訪問回数が半数を超えても実施・算定可能との判断がなされている。このように医療機関の訪問リハビリテーション提供体制が未整備な地域においては今までどおり訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションを利用することができる。

リハビリテーション科を有する医療機関に勤務する主治医は担当のスモン患者さんにリハビリテーションの必要性を認めた際には、訪問リハビリテーションの目的・効果・内容などを説明し、リハビリテーションの指示箋（又はリハビリテーション科依頼箋等）に記載しリハビリテーション科に紹介する。患者さんから訪問リハビリテーションの要望が出た場合は（診察）評価に基づきリハビリテーションの適応を判断し指示箋等に記載しリハビリテーション科に紹介する。リハビリテーション科を有しない医療機関で診療している医師は、スモン患者さんの同意の元、患者さんの自宅近くの訪問リハビリテーションを提供できる医療機関か訪問看護ステーションに紹介する。

訪問リハビリテーションを継続するには1回／月以上の診察によりリハビリテーションの適応の有無を考慮し、定期的に計画変更・効果判定などを行う必要がある。PT・OT・訪問看護師等は評価に基づきリハビリテーション計画を作成し実施する。リハビリテーションを実施したPT・OT・STは実施内容・効果等について主治医に報告をする（図8）。

65歳以上のスモン患者さんで介護保険制度の介護認定を受け、すでに訪問介護や訪問リハビリテーション等のサービスを利用している場合には、医療保険による訪問リハビリテーションを受けることができないので注意が必要である。

#### \*訪問リハビリテーションの目的（例）

医療保険と介護保険によって、制度上の名称の違いはあるが、PT・OT・STによって行われている訪問リハビリテーションの目的として以下の7項目が挙げられる。

- 1) 廃用症候群の予防と改善
- 2) 基本動作能力の維持・回復

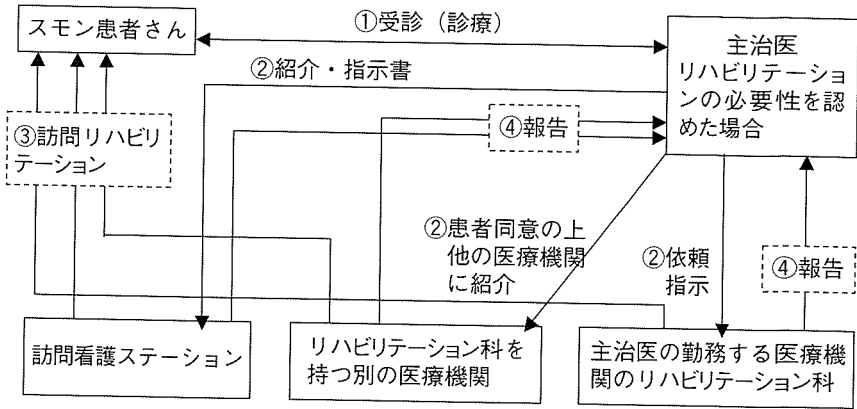


図8 医療保険による訪問リハビリテーションの流れ

①受診（リハビリテーション継続の場合1回/月）→ ②主治医による訪問リハビリテーションの指示→ ③訪問リハビリテーション計画・実施（6単位/週まで） ④主治医への報告（月1回）

- 3) ADL（日常生活活動）の維持・回復
- 4) IADL（手段的日常生活活動）の維持・回復
- 5) 対人・社会交流の維持・拡大
- 6) 介護負担の軽減
- 7) 福祉用具利用・住宅改修に関する助言など

訪問リハビリテーションは、実際の生活圏である在宅で、実践的なリハビリテーションが実施できるサービスである。今後、訪問リハビリテーションのサービスの量・質共の充実が望まれる。

訪問リハビリテーションの目標は、生活の再構築である。そのためには、廃用性の心身機能低下を防ぎ、生活の中での生活能力の向上を目指す。また閉じこもりを防ぎ外出する機会を提供するとともに、外出能力を高め、社会との接点をもつことができるように橋渡しすること、それが生活空間の拡大やQOLの向上に働きかけることになるであろう。

## 参考文献

- 1) 看護法令要覧 平成16年度 日本看護協会出版会、610、2004.
- 2) 細田多穂, 半田健壽, 中山彰一, 中屋久長: 理学療法士プロフェッショナル・ガイド. 文光堂, 175-176, 2003.
- 3) 財団法人日本訪問看護振興財団: 訪問看護白書. 日本訪問看護振興財団, 東京, 13-14, 2002.
- 4) 石川 誠: 在宅リハビリテーションの現状と課題. 訪問看護と介護9: 168-173, 2004.
- 5) 村井千賀: 訪問作業療法の役割と効果. 作業療法ジャーナル38: 252-257, 2004.
- 6) 島内 節, 他: 地域看護学講座8. 高齢者地域看護活動. 医学書院, 131, 2001.
- 7) 小林貴代, 松下純子, 北村麻衣子, 真銅 恵: 訪問作業療法の実践・介護老人保健施設における訪問リハ. 作業療法ジャーナル38: 265-270, 2004.
- 8) 本田 憲一: シンポジウム「訪問リハの現状と課題」発表資料, 2002.  
<http://www.npta.or.jp/home/houmonrihamap.pdf>
- 9) 杉村公也, 伊藤恵美, 清水英樹, 他: スモンにおける訪問リハシステムの確立に関する研究—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, 112-115, 2003.
- 10) 宮田和明: スモンの介護保険利用状況. 松岡幸彦 編, スモンの過去・現在・未来(Ⅲ)—「平成16年度スモンの集い」から—. 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, 60-69, 2005.
- 11) 第1回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料(厚生労働省), 2006.  
<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBigcategory20/8B207A12EEE576C04925718C0003115E?OpenDocument>
- 12) 全国介護保険担当課長ブロック会議資料(厚生労働省), 2006.  
<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBigcategory20/56817AB8F14897E74925711B001E691D?OpenDocument>
- 13) 平成17年介護サービス施設・事業所調査結果の概況(厚生労働省), 2006.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kaigo05/index.html>
- 14) 介護保険制度平成18年4月改正関係Q & A (Vol.1)(厚生労働省), 2006.  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/seido/0604/dl/06.pdf>
- 15) 安部芳江(編著): 在宅ケアの実践 やさしく学ぶ在宅看護・介護論. 久美株式会社, 2002.



## 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

### 1. 訪問リハビリテーションの必要性の認識から指示書の作成まで

#### —かかりつけ医のためのリハビリテーション医療の手引き—

ここではスモン患者さんのかかりつけの医師がリハビリテーション科医でない場合に、受診するスモン患者さんのリハビリテーションの必要性をどのように判定し、スモン患者さんがどのようにリハビリテーションを受けたらよいのかについて解説する。

#### 1) リハビリテーションの必要性の判定

まず受診されるスモン患者さんに以下の状況があればなるべく早い時期にリハビリテーションを導入する必要がある。

##### ①頻回の転倒

スモン患者さんの転倒傾向は廃用性の下肢筋力低下によって増強されている。閉じこもりがちなスモン患者さんを放置しておくとな廃用性の下肢筋力低下により転倒し、大腿骨などの骨折に至ることが多い。患者さんや患者さん家族に説明し、了解を取った上で「転倒防止」と「下肢筋力の維持・向上」のためのリハビリテーションを訪問リハビリテーション施設に依頼することが最も良い対処法になる。

##### ②骨折後

スモン患者さんは転倒傾向が強い上に老化現象としての骨粗鬆症から容易に骨折する。近年の骨折治療は観血的に金属を用いて骨折箇所を固定し、早期から荷重を可能にし、廃用を防止することが多いが、それでも術前・術後の臥床により廃用が一気に進行し、骨折は治癒したのに寝たきりになる患者さんが多い。骨折治療から退院してきた患者さんに対して長期のリハビリテーションの必要性を説明し訪問リハビリテーションを導入する必要がある。

### ③退院後

どのような疾患によるものであっても入院治療が必要になる程の疾患ではこれまでなんとか維持してきた体力，気力が急に衰え，退院後も寝たきりに移行することが多い。これまで頑張ってきたのだからこれからはゆっくりしてもらおうという家族の気持ちがかえって廃用を助長し寝たきりになる場合がある。術後の体力と活動性の維持のためにもリハビリテーション治療を導入する必要がある。

### ④閉じこもり傾向

明確な身体上の要因なしに閉じこもり傾向となる患者さんもいる。心理的な問題も多い。患者さんを家族の団らの輪の外に置き去りにすると，孤独感から急速に気力も衰え，寝たり起きたりとなり廃用が一気に進行し動けなくなることもある。心理的なサポートを重視した訪問リハビリテーションが最も良い適応になる。

### ⑤関節痛

高齢者の関節疾患は老化現象の要素も強く罹患者が多い。関節の変形や疼痛があるとある程度の安静が必要になる。しかし長期にわたると廃用が進行し関節自体の炎症が緩解しても廃用から動けなくなることが多い。関節疾患では動かしつつ治療する，除痛を図りつつ動かすといった専門的なりハビリテーションが必要になる。そのためにも訪問リハビリテーション治療を是非導入したい。

### ⑥しびれの悪化

スモン患者さんが最近しびれが悪化して動けないと訴えることも多い。多くは腰椎症や脊柱管狭窄症による radiculopathy であるが実際はかなり治療が困難な場合が多い。疼痛を伴う場合は除痛を図りつつ廃用とならないようリハビリテーションを導入する必要がある。

## 2) 訪問リハビリテーション実施施設の把握

リハビリテーションの必要性が明らかとなり，患者さんや家族にも必要性が認識されたら，いよいよ訪問リハビリテーションを導入する。この場合問題となるのは理学療法士 (PT) や作業療法士 (OT) による訪問リハビリテーションを依頼する施設をどのようにして探すかである。

勿論自分のところでPTやOTによる訪問リハビリテーションを実施していれば問題はないが、多くの場合は他施設に依頼しなければならない。それでは患者さんの自宅の周辺で訪問リハビリテーション施設を探すにはどうしたらよいのであろう。

まず市町村や都道府県の医療行政担当部局に趣旨を説明して条件に合う施設をいくつか紹介してもらう方法がある。ただそうした依頼に対する行政の対応や態勢は市町村や都道府県によりかなり違うのが実情である。

インターネット検索ではWAMネット (<http://www.wam.go.jp/>) がある。WAMネットは厚生労働省系の独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉保健医療に関するインターネット情報提供組織であり、地域を絞って検索すればさまざまな医療機関や介護保険施設が連絡先を表示している。

訪問看護ステーションについての情報は近くの居宅介護支援事業所に問い合わせるのが手取り早い方法である。

### 3) 紹介状とリハビリテーション指示書の作成

訪問リハビリテーション実施施設と連絡が取れたら患者さんの紹介状とリハビリテーション依頼書を送付する。リハビリテーション依頼書は場合によればリハビリテーション指示書ともなるので具体的にどのようなリハビリテーションをして欲しいのか書くことが望ましい。ただし医師といえどもリハビリテーション科医でない場合はどのようなリハビリテーション手法があるのか熟知していないのが一般的であるので必ずしもリハビリテーション手法を指示する必要はない。リハビリテーション目標を箇条書きすれば十分である。たとえば「歩行能力の維持・向上」とか、「転倒の危険性の低下」とか記載すれば良いであろう。書き方が分からないリハビリテーション指示書の記入を求められたら率直に記入方法を担当PTやOTに電話で問い合わせればよい。

### 4) その後のフォローアップ

訪問リハビリテーション開始後も患者さんの状態の変化や患者さん自身の感想や希望を聞いてリハスタッフに伝え、またリハスタッフから報告を受けるようにする。

## 2. リハスタッフによる初期評価と課題分析

### 1) 初期評価

評価とは、社会生活をおくる個人に関する心身、環境などの情報を収集・分析し、その人の全体像を把握する過程と考えられる。したがって、評価にあたっては、障害された範囲と障害の程度を知り、かつ、残存能力の把握も重要な視点である。

初期評価は、リハビリテーション計画の基となる情報であり、情報収集のシステムが鍵を握っている。正しい情報に基づく評価と予後予測、リハビリテーションに対する対象のニーズの整理は、初期評価における最大の問題である。この課題に対する対策として、かかりつけ医や神経内科医と情報交換を行い、対象者のニーズの把握と課題の分析は主に包括的な評価を行う保健所・保健センターの保健師や、また介護保険認定を受けている場合はケアマネジャーとの情報交換によって、さらに明確になるであろう。サービス提供者の定期的カンファレンスも不可欠である。ここでは、個人情報収集し、全体像を把握する流れについて述べる。

#### ①他機関（他部門）からの情報収集

生活のすべてをリハスタッフのみで聞き取るのは、大変な作業であり、対象者にとってもまた何度も同じ内容を説明することは負担となる。できるだけ、他機関から得られている情報を有効活用し、リハビリテーションの介入に直接関係のあることは、リハスタッフが確認する。医学的リスクや健康管理状況、事故の危険性に関する情報などは欠かせない情報である。

#### ②面接

現状認識やリハビリテーションへの関心、考え方などを知るとともに、信頼関係を築くためにも重要である。また面接によって観察評価も同時に可能となる。対象者のみでなく、介護者にも面接する。

#### 1. 主訴の聴取

初期評価の流れとして、自己紹介後、まず主訴から聞いていくが、自分から訴えられないときは、家族や介護する人を通して聴取する。さら