

にニーズとして、リハビリテーションへの要望や利用したいサービスについて聞き取る。

2. 経過

- 1) 発症時および経過：スモン症状の始まりやその経過を聴取し把握する。
- 2) 合併症・既往歴：消化器疾患や高血圧や糖尿病、うつなどの精神疾患についてこれまでの既往歴や合併症について聴取する。
- 3) 生活歴および職歴：出生地、生育歴、学歴、趣味歴などを聴取し、職歴はその種類と期間を聴取する。

3. 現状

1) 認知・心理面

見当識や記憶力、コミュニケーション能力、計画性、判断力などの認知障害の有無、気分や意欲、抑うつや不安、さらに生活の満足度などの心理面を評価する。聞き取りや観察、時には標準化された短時間で可能なスケールを用いるのも良い。認知症の鑑別には、代表的なものに改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）やMini-Mental State Examination（MMSE）がある。

生活の質（QOL）の評価は、QUIK（自己評価式QOL質問表）、改訂（版）PGCモラル・スケールやSF-36（健康関連QOL尺度）、Euro-QOLなどが代表的である。SF-36は、2004年に短縮版として、SF-8が発表されており、さらに使いやすくなっている。またQOL評価法の1つとして蜂須賀らが日常生活の満足度の自己評価表（SDL；Satisfaction with daily life）を用いてスモン患者さんに対し調査している。SDLはQOLの中でも日常生活に関する主観的評価であり、スクリーニングの目的で使用でき、所用時間が10分程度の簡便な方法であり、再現性も確認されている。

2) 生活時間及び生活状況

生活リズム（睡眠・食事）、栄養面（食欲、嗜好）、スケジュール（平日、休日、通院日などに分ける）、趣味や家庭内や社会的役割などの活動性、転倒状況、外出や生活圏の範囲、交友関係などについて聞き

取りから情報収集する。栄養については「低栄養状態予防のためのアセスメント」、転倒については、「転倒アセスメント」、外出については「閉じこもりアセスメント」などがある。

3) 身体機能

視力・聴力、運動機能（筋力、可動域、他）、筋力、平衡反応、持久力と、特にスモンの感覚障害である下肢表在覚障害、下肢振動覚障害、異常感覚も評価する。運動負荷の確認と廃用症候群の有無、心肺機能なども押さえておく。

4) 基本動作

起居動作（寝返り、起き上がり）や座位、立ち上がり、立位、歩行（屋内）、歩行（屋外）、階段、車いすの場合（移乗、自走能力）を実際の動作を観察して評価する。

5) 日常生活能力

日常生活活動（ADL: Activities of daily living）として、食事・排泄・整容・入浴が挙げられるが、「しているADL」と「できるADL」共に評価する。

手段的ADL（IADL: Instrumental activities of daily living）はADLより生活環境への適応能力として高次であり、食事の支度・買い物などの家事、公共交通機関の利用、趣味活動、服薬の管理などが含まれる。このIADLはADLと共に在宅生活における機能を評価する上で重要である。

代表的な評価法として、Barthel indexやFunctional Independence Measure (FIM)がある。これらは主に介助の必要性の把握に役立つ。IADLでは、Lawtonらが示したIADLスケールや古谷野らが老研式活動能力指標を作成している。また、ADLおよびIADLの総合的評価として、厚生労働省の「障害老人自立度（寝たきり度）判定基準」があり、介護保険での要介護認定にも使われている。改訂版Frenchay Activities Index自己評価表は末永らが作成している。これは応用的な日常生活動作や生活習慣（ライフスタイル）を評価でき、スモンにおいても活用されている。日常生活能力は、介助方法・

介護状況の評価も重要である。主たる介護者である家族の介護能力や家屋環境の評価をはじめ、自宅周囲の環境や社会資源などに関する幅広い分野の情報も必要である。横断的評価や1職種による評価では総合性に欠けることがある。そこで、保健所・保健センターの保健師、ケアマネジャーと実際にリハビリテーションを実施するリハスタッフとの合同在宅訪問によって評価が行われることが望ましい。

6) 人的支援状況

家族構成の中で、主介護者、その主介護者をサポートする人がいるかどうかといった介護マンパワー状況、さらに現在利用している公的サービスやインフォーマルサービスを概観し、介護状況と負担や不足について把握する。介護負担の指標としては、荒井らのZarit介護負担尺度日本語版がある。

7) 経済面

介護サービス費負担や経済的問題があるか把握する。

8) 住居環境・福祉用具

家屋環境として、持家が賃貸か、家屋改造が可能であるかどうかは重要な情報である。さらに福祉機器の使用状況、家屋内の段差や生活する上での動線からみた障壁(バリア)を評価し、敷地内の生活圏である庭、門、車庫までのアプローチ、近隣の交通量や居住地域の特性、公共交通機関へのアクセスについても把握する。

2) 課題分析

地域・在宅における援助の主たる目的は、介護量の軽減を図りながら生活の自立や生活活動圏の拡大を推進することである。そのために、個々の生活に適応した行動様式(日課、社会的交流や社会参加の確立に向けた援助方法)の選択や、環境条件(物的・人的)の選定・整備に向けた援助が実践される。これらの目標達成に関する現状と課題の把握が評価(アセスメント)の目的といえる。

そのために行われる評価は、スモンという疾患特有の異常感覚や筋力低下、バランス低下のみでなく、心身機能の評価や生活行動能力の評価に加え、1日の生活状況や社会的役割の遂行度や日頃の活動範囲、対人

交流，社会的活動度など，生活面の満足度，介護者の介護負担度，住環境の状況やその地域の社会資源に関する情報の収集と状況の分析・考察が行われる。特に，心理面や生活リズムについての評価は，薬害であるスモンにとって欠かせない項目であると考えられる。

対象者自身が遂行したいと願っている活動を実現させていくための介入や助言，社会資源の調整，あるいは生活活動障害を軽減させるための介入となるように課題分析を進めていくことが重要であろう。

課題とは，評価から抽出される問題点にあたるものである。初期評価は，目標設定や介入計画立案のために行うが，再評価や最終評価の際に介入効果を検証するために

どのような対象者に

どのような介入をしたら

どのような状態になったか

などが明確にされなくてはならない。課題の解決にはさまざまな選択肢がある。生活活動障害を解決していく上で，価値観，考え方等が大きく影響している。本人が希望していること(本人のニーズ)，家族や介護者が希望していること(介護者のニーズ)，リハスタッフが必要であると考えること(リハビリテーションニーズ)が異なっている場合もある。そのために，まずどのような生活を目指すかについて本人，家族と関係スタッフが確認し調整することが重要である。その上で共通のイメージをもって目標を設定することに配慮する。また，再評価の時期をあらかじめ期限を設け，成果，効果を確認しながら関わるということが重要である。生活全般の解決すべき課題について列挙する。要因についてどう支援できるか，その取り組み方について列挙する。さらに問題となる生活実態の中で，解決の優先順位を考える。現状から障害の予後とそれに伴う生活を予測し，解決策について検討することが重要である。

3. リハスタッフのための訪問リハビリテーション計画

訪問リハビリテーションの最大の利点は，対象者が実際の生活の場所で行う日常の動作や活動を評価することにより，対象者自身のみならず，

周囲を取り巻く人的あるいは物理的環境との関連を含め、より現実的なリハビリテーション目標の立案により具体的なリハビリテーション介入を行えるという点であろう。

ここでは、スモン患者さんを対象とした訪問リハビリテーションを実施するにあたり、実際にどのような介入を行うかといったリハビリテーション計画の立案について、スモンという疾患の特徴やスモン患者さんが抱えやすいリハビリテーション上の問題点などの特徴から解説する。

1) 薬害としてのスモンと訪問リハビリテーション

スモンの原因が整腸剤として用いられたキノホルムであると判明する以前、全国規模で症例が多発する時期があった。当時は原因も不明であり、世紀の奇病として恐れられ、社会不安を引き起こした。感染症であることが疑われ、罹患者やその家族は村八分的感覚で白眼視され、結婚もできないなど、大きな社会問題に発展した。

スモンの原因がキノホルム中毒であると分かってからも、罹患者には重篤な障害が後遺症として残り、発病から30年以上が経過した今も、スモン患者さんは様々な障害や困難に苦しめられている。このような経緯をふまえてスモン患者さんの心情について考えてみると、その苦しみや悲しみは我々の想像を遙かに超えている。

キノホルムが整腸剤として用いられており、医療機関を受診した際に処方される薬剤であったことから、スモン患者さんの医療への不信感は小さくないであろう。しかし、スモン自体が疾病であり、高齢化に伴う合併症の併発などにより、医療機関を受診しなければならないといったある種の矛盾もそこには存在しているのかもしれない。

こうした特殊な経緯をもつスモン患者さんに対する医療について考えてみると、患者さんの要求や受診を待っているのではなく、医療の側からスモン患者さん宅に出向いていって医療を提供するのが理想的であるといえる。そういった意味で、スモン患者さんのリハビリテーションは、訪問リハビリテーションという形態が最適であろう。

2) 医療保険と介護保険による訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションには、介護保険における訪問リハビリテー

ションと医療保険における「在宅老人訪問リハビリテーション指導管理料」によるものがある。しかし、介護保険の要介護認定を受けていると介護保険が優先され、どちらかを自由に使い分けたり、両方を同時に使ったりすることはできない。

介護保険の訪問リハビリテーション料金は、1回あたり5,500円で、自己負担は料金の1割となる。一方、医療保険の訪問リハビリテーション指導管理料は、1回あたり5,300円であるが、老人医療保険の場合は自己負担額の1ヶ月の上限が2,120円となるため、訪問回数の多い場合は医療保険を使った方が得となる。さらに、スモンが特定疾患であることから、その医療費は公費負担となり、医療保険を使うことで自己負担額は無料となる。また、スモンの場合、介護保険では介護認定において疾患の特異性が反映されず、介護度が低く算定されることが多いので、必要なサービスが思うように提供できないといった事態に陥る。これに反して、医療保険による訪問リハビリテーションには回数の制限がないので、必要に応じたサービスが提供できるといった利点もある。

以上のことから、主として訪問リハビリテーションのみが目的で、その他の介護を特に必要としないスモン患者さんであれば、介護保険の申請をせずに、医療保険で訪問リハビリテーションを受けた方が良いということになる。特に、被害の被害者として何よりも国からの補償を切望しているスモン患者さんに対しては、医療にかかる負担額をできるだけ押さえることが重要であろう。

3) スモンに対する訪問リハビリテーション計画

介護保険では、訪問リハビリテーションの実施において、「訪問リハビリテーション計画書」の作成が義務づけられており、本人あるいは家族への説明と同意に基づいて実施されるものとされている。一方、医療保険においては、このような厳密な規定はなされていない。いずれにせよ、スモン患者さんに限らず、訪問リハビリテーションの実施においては、的確な評価に基づいた訪問リハビリテーション計画を立てることで、適切かつ効果的なりハビリテーションを提供できるようにすべきであろう。

訪問リハビリテーションは、医療機関からの退院後あるいは介護施設

等からの退所後の在宅でのフォローアップとして提供されることが多い。したがって、対象者の医療情報や現状に至る経緯などの背景情報が得やすい環境にある。しかし、スモンの場合はそれらの情報が無いままにサービスを開始することが多くなるとされる。それゆえ、スモン患者さんへの訪問リハビリテーションを開始するに当たっては、近医（主治医）との連携や協力体制を確立するとともに、まずは十分な評価を行うための時間を作ることが重要である。

①訪問回数

訪問リハビリテーションの実施頻度は、対象者の状況に応じて決められるべきである。医療保険を使用する場合には訪問回数の制限が無く、必要かつ十分な回数の設定ができるであろう。しかし、介護保険を使用する場合には、要介護度と介護計画に左右されたり、サービス提供側のマンパワーの問題によって訪問回数が制限されたりする。

スモン患者さんの訪問リハビリテーションにおいても、患者さんの状況に応じて訪問回数を決めることになるが、スモン患者さんの場合は、内在している多くの問題とは裏腹に、表面的には比較的良く動けるといった印象を持たれることが多いため、訪問回数も少なく設定されることが懸念される。

したがって、訪問リハビリテーション開始直後は、対象となるスモン患者さんや家族との信頼関係を確立し、患者さんの置かれている状況や環境をできるだけ詳しく把握し評価するためにも、訪問回数を多めに設定することが望ましい。具体的には、週に2回以上の訪問回数が理想的である。

また、スモン患者さんの場合、身体的な動作においては介入直後から良好な改善を示すことも珍しくないと考えられる。このことから、訪問リハビリテーション開始後の比較的早い時期に訪問回数を見直す時期が来ると予想されるが、スモン患者さんのリハビリテーションにおいては、定期的な訪問の継続が何よりも重要であり、最低でも週に1回の訪問を継続することが望まれる。

②リハビリテーションの目標

訪問リハビリテーションにおける目標の設定は、具体的なサービス内容やそのための手段について計画を立てるのに必要不可欠なものである。スモン患者さんに限らず、訪問リハビリテーションの最大の目標は、対象者の実際の生活の場における生活の質(QOL)の向上であると言っても過言ではないであろう。しかし、一言にQOLといっても、対象者を取り巻く周囲の環境や状況、対象者本人および家族の考え方や価値観などは千差万別であり、その内容も様々である。したがって、ここでいうリハビリテーションの目標は、QOLの向上を長期の目標として掲げつつ、これを達成するための中期あるいは短期の目標であり、より具体的で実現可能なものであることが必要である。また、このような目標は1つである必要はなく、複数の目標を立ててもよい。その場合、目標に優先順位を付けておくことと具体的なサービス内容などのリハビリテーション計画が立てやすくなるとともに、効率の良い訪問リハビリテーションが展開できる。

訪問リハビリテーションの対象者がスモン患者さんであるからといって、特別なリハビリテーション目標を立てる必要はない。ただ、訪問リハビリテーションの対象となるスモン患者さんは、ここ数年の間に機能低下や活動性の低下などの変化が著しい人が多いと予想される。このような急激な変化が生じるにはその引き金となる何らかのエピソードが存在することが多い。例えば、スモンに加えて心疾患を合併し、入院して手術を受けたことをきっかけに、活動性が低下し、外出することがほとんどなくなった。あるいは、自宅で転倒し、骨折したことで安静を余儀なくされたことを契機に、廃用性の障害が加わることで、起居動作や歩行が不安定となり、日中も家で寝たり起きたりの生活となったなどである。

このようなエピソードは、訪問リハビリテーション開始時の評価において、対象者の訴えに注意深く耳を傾けることで容易に得られる情報であるが、スモン患者さんの訪問リハビリテーション計画の立案にあつては、まず、現在の状況に至る引き金となった出来事以前の状態に近づけるといった目標を立てることができる。その理由は後述するが、スモン

患者さんにとってこのような目標は、大変具体的なものであり、十分実現可能なものであることが多く、患者さん本人や家族にも受け入れられやすいものと思われる。

③サービス内容

訪問リハビリテーションにおける目標が決まった後、これを達成するために、具体的にどのようにリハビリテーションを進めていくかといった計画を立てる必要がある。いわゆる治療プログラムにあたる部分であるが、ここではサービス内容という言葉を用いる。

具体的なサービス内容の決定は、「リハスタッフによる初期評価と課題分析」で詳述されている評価の結果から、問題を生じている項目を取り上げることから始まる。ここで取り上げられる項目は、独立したものではなく、それぞれの項目が相互に関連し合っていることが多い。したがって、問題を生じている項目間の関連を十分に分析し、問題や障害の構造を把握することで、重要な問題をいくつかに絞り込んだり、どこに、どのようにアプローチするのが最も効果的かといったリハビリテーションのポイントが明確となる。

このような手続きを経て、具体的なサービス内容を決定していくのが理想的ではあるが、限られた時間の中で訪問リハビリテーションを実施するので、評価とサービスが同時に並行して実施されることも多い。それゆえ、訪問リハビリテーション開始直後に最も重大な問題の抽出とそれを効果的に解決するサービス内容を決定できるような評価を心がけるとともに、リハビリテーションのサービス内容にもリハビリテーションの目標と同様に優先順位を付けると良いであろう。これにより、限られた訪問回数や時間の中で、どのサービスをどのくらい実施するかといったサービスの頻度を決定するのに役立ち、より効果的なリハビリテーション計画を立てることが可能となる。

4. リハスタッフのための訪問リハビリテーション手技

スモン患者さんの訪問リハビリテーションにおいては、まず、訪問するリハスタッフがスモンという疾患を十分に理解していることが最低条

件である。スモン患者さんはこれまでに薬害の被害者として様々な苦難を乗り越えてきた。このような長年にわたる苦労や努力を分かって欲しいといった思いを、スモン患者さんは少なからず持っていると思われる。これに関連する訴えに対して、患者さんの立場に立って話に耳を傾けられるようにするためにも、訪問リハビリテーションを開始する前に、スモンという疾患に対する最低限の知識を持つておくべきである。ここでは、スモンという疾患の特異性を考慮しつつ、訪問リハビリテーションにおける具体的な介入方法について述べる。

1) 身体機能へのアプローチ

スモン患者さんの日常生活における活動性の向上を考えたとき、様々な動作の基本となる身体機能へのアプローチは欠かせないものである。以下に代表的な身体機能に対する具体的なアプローチ方法について述べる。

①筋力の維持・増強

加齢や合併症による活動性の低下により、スモン患者さんは特に下肢筋力の廃用性の低下を示すことが多い。これに対しては、筋力増強訓練を行う必要があるが、直接的に徒手や重錘などを用いた抵抗運動を行うよりも、感覚刺激と抗重力運動を伴う動作を練習する中で、感覚失調に対する代償機能の強化と同時に間接的に筋力を強化する方法を用いるのがよい。例えば、椅子からの立ち上がりや床からの立ち上がりを何度か繰り返すなどである。このとき、テーブルに手をつく、手すりなどに掴まるなど、補助的な動作を含めるか含めないかなどにより、抵抗の量を段階づけられる。

②関節可動域 (ROM)

スモン患者さんのROMに関する問題については、これまでほとんど議論されてこなかった。しかし、多くの患者さんの動作を見ていると、必ずしもROMには問題がないと断言はできない。スモン患者さんの場合は、特に股関節と足関節に制限を生じやすいので、これらの関節の可動域チェックは必要であろう。ROMの基本は他動的ROMであるが、基本的な動作の観点からは自動的ROMが重要となる。実際のアプローチ

としては、筋力に対するアプローチと同様に、具体的な動作を行う中で可動域の拡大を行うのがよい。例えば、歩行の練習をしながら足を前後に開き、前に立ったりハスタッフを押す、手すりなどを用いて立ち上がりを行った後、同様のやり方で手すりや壁を前方に押すなどである。

③感覚障害

下肢の感覚障害はスモンの症状として最も顕著なものである。残念ながらこのような感覚障害を根本的に解決する手段は存在しない。しかし、感覚は関節運動や動作に影響を及ぼしており、残された感覚からのフィードバックを意識しながら動作訓練を行うことで、運動機能の大幅な改善が見込まれる。具体的には、動作の練習時に、常に自分の足がどこにあるか、足底のどのあたりに体重がかかっているかなどを、リハスタッフの声かけなどで意識してもらいながら、正しい動作を反復して練習してもらうこと（感覚の再教育）が重要である。

また、下肢の異常感覚に対する訴えに対しては、足を冷やさず温めることをアドバイスするとよい。実際、スモン患者さんの中にはお風呂上がりには下肢のしびれが軽くなるという人が多い。具体的な指導としては、座っているときには膝掛けなどをする。自分の手で足をゆっくりと摩るなどである。この場合の摩り方としては、両手の手掌を使い、膝下からつま先にかけて（近位から遠位へ向かって）常に一定方向に軽くゆっくりと摩るのがよい。また、温かいお湯に足をつける足浴なども効果的であろう。お湯の温度は38～40度のぬるめとし、時間は10～15分間を目安にするとよい。一般家庭にあるものを利用する場合、大きめの洗面器や小さめのたらいなどが使用可能であるが、お湯につかる部位としては足部に限られる。できれば両足の下腿の遠位半分以上がお湯につかることが望ましいので、両足が入る大きめのバケツあるいは片足が入るバケツを2つ用いるとよい。ただし、このような足浴の方法はお湯の温度変化が大きく、お湯が冷めてきた場合にこまめに足し湯をするなど、お湯の温度管理が面倒である。最近では、電子レンジで温める保温剤を用いたブーツ型の足温器なども比較的安価で購入できるので、そのような器具を利用するのも1つの方法である。

さらに、朝起きたときに、ベッドや布団を離れる前に、準備運動のような下肢の軽い運動（体操）を行うとよい。これは、感覚のみならず動作の開始をスムーズにする効果が期待できる。欲をいえば、しばらく座っていて動かなかった後など同じ姿勢を長時間取っていたときに、急に動作を始めるのではなく、必ず軽い関節の運動を行ってから動き始めることを習慣とすることが理想的である。

④バランス能力

最近、スモン患者さんの転倒の問題がクローズアップされるようになってきた。以前はそれほど転倒しなかったスモン患者さんが最近になって転倒しやすくなった主な原因は、加齢による廃用性の筋力低下など、身体機能の低下であると考えられる。また、転倒はバランス能力と深く関連しているので、身体機能の低下に伴い、バランス能力の低下も進行していると考えられる。

スモンの症状には元々感覚障害や運動麻痺があるため、スモン患者さんはバランス能力にも問題を抱えている。重心動揺計を用いたこれまでの調査によると、スモン患者さんの重心動揺の範囲は、健常者に比べて全体的に狭く、特に、足底における前後の重心移動量が小さい、足部の内側で体重を支える傾向があるなどの特徴を示す。実際、立ち上がり時や歩行時に、スモン患者さんは足を左右に開いて姿勢を安定させる（wide base）、常に足底全体が接地しており、つま先や踵が床から離れることが少ない、動作スピードがゆっくりとなるなどの特徴が見られる。

このような動作のパターンは、スモン患者さんが長い障害との戦いの中で、自分なりのやり方を獲得してきた結果であると思われる。しかし、このパターンが一旦崩れてしまうと、その他の代償的なパターンにすぐには移行することができず、実際の身体機能以上に動作の困難さが表面化してしまうと思われる。したがって、このようなスモン患者さんに対しては、現在の身体機能に合わせた効果的な代償的動作パターンを指導することで、大きな改善効果を得ることが可能となることが多い。

また、移動動作時の足底における重心移動の範囲を拡大するために、前後方向の重心移動には、足底の感覚を意識しながらリハスタッフや重

量のある荷物などを前方に押して歩くことが効果的である。また、左右や多方向への重心移動に対しては、立位で遠くの物を取る（リーチ）練習を行い、股関節の動きを優先して姿勢の安定性やバランスを維持するといった方略から、足関節や膝関節の動きを優先してバランスを維持する方略への転換を促すことが重要である。

2) ADL能力へのアプローチ

ADL能力へのアプローチは、訪問リハビリテーションにおいて最も重要なサービスの1つである。特に、スモン患者さんにとっては、身体機能や基本的な動作の大きな改善が期待できるだけに、それを維持し、有意義な日常生活を送ってもらうためにも、日常生活の活性化につながるADLへのアプローチは重要である。

具体的には、まず、身体機能の改善がADL能力の改善に直接影響するので、身体機能へのアプローチは欠かせない。しかし、バランス能力の部分で述べたように、スモン患者さんには、自分なりに獲得してきた独自のやり方のようなものがあり、ADLに関してもこれは例外ではない。したがって、スモン患者さんのADL動作をよく観察し、より効率的なやり方を指導することで動作の改善を促すことを考えるとよい。

また、ADL動作の改善を考える上で、福祉機器の導入が検討されることも多い。しかし、スモン患者さんに対しては、この点については少し慎重になるべきである。例えば、普段は布団を使用していて、床から立ち上がることが不安定なスモン患者さんに対して、安易にベッドや手すりの導入を奨めることは避けたいことの1つである。なぜなら、もちろん身体機能の改善や維持の目的もあるが、スモン患者さんにとっては、これまでできていたことが環境を変えずに、できればやり方も変えないで、自分の力でもう一度できるようになることが一番の喜びにつながるからである。この場合、ベッドや手すりの導入を考える前に、布団の近くに小さなテーブルや椅子などを置き、それを手で支えながら立ち上がりができないかを試してみるなど、やり方の工夫で解決できないかを考えるべきである。

福祉機器の導入は、スモン患者さんやその家族に少なからず経済的負

担を強いることになる。訪問リハビリテーションを通してスモン患者さんの機能変化の経過を追っていく中で、最終的には福祉機器の導入を選択することも当然あり得る。その場合でも、できるだけ自己負担が少なくて済む方法を模索し、提案することが望ましい。また、最初は福祉機器のレンタルなどを利用し、スモン患者さんの受け入れや導入の効果を確認してから本格的な導入を決めることが望まれる。さらに、家屋内の廊下やトイレ、浴室への手すりの設置などは、家族の協力があれば日曜大工程度の労力で行い付けることも可能である。この方法であれば、費用は材料費程度で済むので、経済的な負担を押さえることができる。

3) 認知・心理面へのアプローチ

スモン患者さんの中で、認知面に障害を持つ人は少ない。認知症を併発している人も少数存在するが、むしろ最近では、キノホルムに認知症予防の効果があるのではないかといった海外の学術的な報告を契機として、スモンは認知症になり難いのではないかという議論も存在するほどである。

一方、スモン患者さんに対する心理面へのアプローチは大変重要なものである。薬害の被害者としてスモンを原因とする様々な障害と長く向き合ってきたスモン患者さんにとっては、これまでの苦勞を語り、理解してもらうことが大きな満足となる。また、これを傾聴することはスモン患者さんに対する心理的なサポートにつながる。それゆえ、訪問リハビリテーションを行うリハスタッフがスモンという疾患の特異性を理解した上で、患者さんの話を時間をかけてじっくりと聞き、共感することが重要である。

4) QOLの向上に対するアプローチ

QOLは、前述のごとく、スモン患者さんによって千差万別である。これに対するアプローチとしては、まず、患者さんの日々の生活について詳しく聴取し、重要なニーズを把握することが大切である。

具体的なアプローチとして、以下にいくつかのポイントを挙げる。

①家庭内での役割

スモン患者さんは、スモンという疾患の性格上、できるだけ自分のこ

とで家族には迷惑をかけたくないといった心情がことのほか強いことが予想される。したがって、少なくとも自分のことぐらひは自分一人でいたいという気持ちも強い。これに加えて、自分が家にいることで、家族のために何かできることがあれば、それが喜びにつながりやすいと思われる。例えば、日中は息子夫婦は働きに出て、孫たちは学校に行って1人になる患者さんが、洗濯物を取り込んでたたんだり、孫のおやつや簡単な夕飯の下ごしらえをしたりできるように援助できると良いであろう。

②趣味の開発

スモン患者さんは、上肢にはほとんど障害のない人が多い。また、若い頃には仕事を持って働いたり、内職や稽古ごとに通ったりした人も少なくない。このような情報の聴取を元に、家の中で時間のあるときに手を使った趣味的活動などを導入できれば、ただじっとしてテレビなどを見ているだけでなく、必要な道具や材料を準備したり、片づけたりするなどの過程において、身体的な活動も活性化される。また、作品として形が残るような活動であれば、家の中で家族に使ってもらったり、孫などへのプレゼントにしたりすることで、得られる達成感や喜びも大きくなるであろう。

③社会参加

訪問リハビリテーションにおいては、対象者の生活の場である在宅でのサービスにとどまらず、自宅からの外出などにも積極的に関与すべきであろう。スモン患者さんにとっての社会参加を考える上で大切なことは、何か新しく地域での活動ができる場所を提供するというよりも、これまで普通に行ってきた外出の様式を取り戻すことへの援助から始めるのがよいであろう。例えば、これまで自分で通っていた近くの鍼灸院まで行く、近くのスーパーに買い物に行く、同じスモン患者さんの友人のところへ遊びに行ったり病院に見舞いに行ったりする、スモン患者さんの集まりに参加するなどである。

これらの活動に対する具体的なアプローチの方法としては、身体機能の改善による移動能力の向上、屋内から屋外への動線の確保、屋外での移動手段や方法の工夫などが挙げられる。このようなアプローチが実を

結び、スモン患者さんの日常生活の活性化が実現されれば、QOLの大きな向上につながるであろう。

5) 生活状況の悪循環から良循環へ転換

スモン患者さんに対する訪問リハビリテーションにおける具体的なアプローチのまとめとして、生活状況の悪循環から良循環への転換の重要性について述べる。

スモン患者さんは、スモンという特殊な疾患に起因する多くの障害を抱えながらも、自分自身を奮い立たせて、自らのやり方でそれを克服しながら長い年月を過ごしてきた。しかし、高齢化という人類共通の身体の衰えの影響に対してはなす術がなく、合併症や転倒、骨折などを契機として、以前のような生活を送ることが困難となりつつある。このようなスモン患者さんに対して適切な訪問リハビリテーションが実施されれば、その効果は大きなものになり得る。

スモン患者さんへの訪問リハビリテーションにおいて最も重要なことは、これまでできていた動作がある出来事をきっかけとしてできなくなることで、活動範囲が狭小化し、日常生活全体における活動性が低下し、さらに動けなくなるといった悪循環を生じていることに着目することである。これを、これまでできていた動作を再度確立することで、活動範囲の拡大、生活全体の活性化といった良循環へと転換していくことが大切である。

これまでスモンという病気に勇敢に立ち向かってきたスモン患者さんは、高齢化に伴う障害の拡大に対しても、負けずに立ち向かうという前向きな気持ちを持ち続けていただきたい。悪循環を引き起こしたきっかけが小さなものであるほど、良循環への転換は難しいものではなくなる。スモン患者さんは、ほんの少しのきっかけで良循環の生活に転換できる素地を持っているということを忘れないでもらいたい。

しかしながら、高齢化はスモン患者さんのみならず、誰の身にも平等にやってくるものである。これまで誰の助けも借りないでやってきたという自負の念がスモン患者さんにあるならば、加齢による身体的な変化を受け入れることを契機として、少しは家族や他人、医療や行政、福祉

の力を借りることへの抵抗感を和らげてもらえるようなアプローチも必要かもしれない。

5. リハスタッフのための訪問リハビリテーションの効果判定

介入効果の検証は、介入前に設定した妥当性をもった目標について、それが達成されたか否かを判断することである。

効果検証に使用される手法には、定量的な計測値や臨床評価指標を用いる必要がある。

初回に指導した動作が生活の中で定着しているか、介助法に問題はないかなどを視覚的に確認するために、事前承認を本人から得た上で、写真、ビデオ等の記録媒体を用いると、言語的記録よりも正確に多くの情報を記録し伝えることができる。

効果を判定するために、3～6ヶ月ごとに再評価を実施し、変化した点を見極め、再度リハビリテーション計画を立案する。評価方法は、毎回一定の基準で統一することが必要である。

対象者の機能改善の指標を用いることも効果判定の1つであるが、また、リハビリテーションの定着率、実施率も判定基準となる。PT、OTが継続的な訪問指導を実施し、訪問目的が達成されているか、指導項目別の定着率として、家庭環境整備や福祉用具の利用と結びついたADL項目の定着率なども視点の1つである。

これらの結果は、患者さん本人に伝えるのは勿論であるが、主治医、かかりつけ医にも報告し、意見や指示を求めることが重要である。

さらに、2003年11月全国訪問リハビリテーション研究会研修大会のワークショップにおいて提言された10項目を紹介しておく。

<訪問リハビリテーションの10項目>

- ① 具体的目標を個別に設定し、計画的な訪問を実践しよう
- ② 退院（退所）直後の集中的訪問を実施しよう
- ③ 外来リハビリテーション・通所リハビリテーションへ繋げる努力をしよう
- ④ 軽度の要介護者が重度化しないように努力しよう

- ⑤ 重度の要介護者の場合、介護負担の軽減に努力しよう
- ⑥ 福祉用具・住宅改修に積極的に関与しよう
- ⑦ 地域の回復期リハビリテーション・外来リハビリテーション・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションのサービスの実態を把握しよう
- ⑧ 回復期リハビリテーション病棟、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護との連携を強化し、お互いの顔が見えるケアチームを作ろう
- ⑨ データを蓄積・分析し、効果的・効率的に実践しよう
- ⑩ 人材育成に努力しよう

特に⑨のデータを蓄積し、介入効果を客観的データとして明らかにしていくことがエビデンスに基づく訪問リハビリテーションを確立する上で重要であると考える。

6. リハスタッフのためのスモン患者さんへの訪問リハビリテーションの経済的側面 一介護保険と医療保険制度利用の手引き一

スモン患者さんが医療保険制度による訪問リハビリテーションを受ける場合、「在宅訪問リハビリテーション指導管理料」(2006年、20分/1単位:300点)、を算定されるが特定疾患医療受給証を持つスモン患者さんは自己負担なしで訪問リハビリテーションを受けることができる(表9)。

スモン患者さんのうち65歳以上の人は、介護保険制度を利用することもできる。介護保険制度を利用して訪問リハビリテーションを受ける場合は、市町村に申請をして要介護認定をされていることが前提となる。要介護認定をされたスモン患者さんにケアマネジャーによって訪問リハビリテーションが計画され実施された場合、患者さんは単価の1割(約500円)を自己負担する必要がある(表9)。

スモン患者さんの場合、医療保険制度で提供されるサービス(訪問看護・訪問リハビリテーション)は自己負担額が無料のため、65歳以上の患者さんでも訪問リハビリテーションを利用する際には医療保険制度を

表9 スモン患者さんへの訪問リハビリテーション (2006年11月現在)

制度	請求名称等	条件等	自己負担額	備考
療	在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (診療所・病院のPT・OT・STから提供される訪問リハビリテーション) 1単位:20分 300点	特定疾患医療受給者証保持者	無料	6単位/週まで
		70歳未満のもの 70歳以上の一定以上の有所得者	1単位(20分)あたり 900円(3割)	
		70歳~74歳高齢受給者証を持つもの (2002年9月30日までに70歳になった者)	1単位(20分)あたり 300円(1割)	
		75歳以上の老人保健適応者	1単位(20分)あたり 300円(1割)	
保 険	訪問看護基本療養費(I) (訪問看護ステーションのPT・OT・STから提供される訪問リハビリテーション) 530点(週3日まで) 630点(週4日以降)	特定疾患	無料	基本的に週3回まで利用可能。このほか毎月基本利用料(利用日数により異なる)がかかる
		70歳未満 70歳以上の一定以上の有所得者		
		70~74歳 (上記参照)	530円(1割) 1,060円(2割)	
		75歳以上 (老人保健)	530円(1割)	
介 護	訪問リハビリテーション(指定訪問リハビリテーション事業所のPT・OT・STから提供される訪問リハビリテーション)	1回20分以上(500単位)	約500円(1割)	スモン患者さんの訪問リハビリテーションは医療保険を優先適応することとこの区分は原則として適応されない しかしすでに他の介護サービスを利用している場合には介護保険サービスが優先され医療と介護保険両方からの訪問リハビリテーションを受けることはできない
	リハビリテーションマネジメント加算(1日につき)	PT・OT・ST・その他の職種の者が共同でリハ実施計画書を作成し、患者や家族に説明した後同意を取る	約20円(1割)	
保 険	短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションマネジメント加算を算定している者で、退院(所)日又は認定日から ~1ヶ月 1ヶ月超~3ヶ月 3ヶ月超~(予防給付)	約330円(1割) 約200円(1割) 約200円(1割)	
	険	訪問看護(訪問看護ステーションから提供される訪問リハビリテーション) 71点(30分未満) 72点(30分以上1時間未満)	1回30分未満 (425単位)	
1回30分以上1時間未満(830単位)			約830円(1割)	

利用した方が経済的負担が少ないといえる。たとえば介護保険制度を利用して老人保健施設等の通所リハビリテーションや訪問介護サービスを受けているスモン患者さんの病状が悪化して医学的管理をより必要とするようになったり、通所サービスの利用が困難になった場合は、次回の介護申請をしないで（取り下げて）、医療保険制度の訪問リハビリテーションや訪問看護サービスを利用した方が患者さんの自己負担は少なくてすむ。

しかし2002年度の宮田らの調査によると、毎日介護を受けるスモン患者さんは21.1%（17.0%：1998）、必要な時に介護を受けるスモン患者さんは35.0%と要介護者が増加している現状がある。訪問リハビリテーションと訪問看護のみで考えた場合は医療保険によるサービスの方が患者の経済的負担は少なくすむが、豊かな在宅療養生活を継続するためには介護保険制度で提供される通所系サービスや訪問介護サービス、住宅改修や福祉用具貸与等のサービスが必要な患者さんも多い。PTやOTは専門職としてリハビリテーションだけを提供するのではなく、包括的な視点から患者さんひとり一人にとって適切なサービスが利用できるよう患者さんや家族に情報提供をすることも忘れてはならない。患者さんの病状や希望、家族の介護力等総合的に判断して、スモン患者さんやその家族にとって充実した在宅療養生活が送れるよう2つの制度を効果的に利用していくことが重要である。

参考文献

- 1) 加藤伸司，下垣 光，小野寺敦志，他：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成。老年精神医学雑誌 2：1339-1347，1991。
- 2) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State", a practical method for grading the cognitive state for the clinician. J Psychiatr Res 12: 189-198, 1975.
- 3) 古川 宏：IADL 訓練事業ガイドブック。兵庫県・兵庫県社会福祉協議会・兵庫県作業療法士会，2001。
- 4) 前野大作，浅野 仁，他：老人の主観的幸福感の研究 —モラル・スケールによる測定を試み—。老年社会学 11: 15-31, 1979。
- 5) 福原俊一：SF-36 日本語版マニュアル。パブリックヘルスリサーチセン