

進行性疾患とリハビリテーションの概念は一般的認識として相容れないものがあり、歴史的にみてもそのプログラムを具体化する努力は乏しかったといえよう。しかし、病状の進行の中でもそれぞれの段階におけるリハビリテーションの臨床的効果は明らかで、彼らの ADL や QOL の向上に貢献していることは事実である。そこで今回の特集は、これらのプログラム開発を促進したいという願いを込めて、敢てこの難題に取り組んでみた。

■ 癌による全身性障害のリハビリテーションはどうあるべきか！

癌を対象としたリハビリテーションの歴史を紹介、その変遷の中で、共通する全身の障害としての体力消耗状態を対象としたリハビリテーションの重要性を強調している。そのうえで、癌による体力消耗の原因を、原疾患によるもの、廃用症候群、治療行為の副作用という3つの因子に分け、その複合としての能力障害に対し、筆者らの一連の研究成果を踏まえたリハビリテーション・アプローチのあり方を示している。(上田 敏氏ら, 553 頁)

■ 悪性腫瘍による脊椎脊髄障害の自宅退院の条件は？

悪性腫瘍による脊椎脊髄障害は、障害像が明確なため悪性腫瘍の中では比較的反リハビリテーション・プログラムを進めやすい対象である。14名を対象にした筆者らの調査によれば、たとえ対麻痺が重度でも医学・社会にまたがる総合的なプログラムを提供することで、半数の人達が円滑に自宅退院することができたという。ちなみに自宅退院が可能か否かのポイントは、自宅における介助者2人以上の確保、経口薬による疼痛のコントロール、全身状態の安定、病名の告知などであった。(水落和也氏ら, 563 頁)

■ DMD の入院ケアと在宅ケアの違いは？

入院ケアと比較しながら DMD の在宅ケアのあり方について、評価の進め方やリハビリテーションのポイントを概観している。在宅ケアでは障害の進行度が早く、歩行不能になる年齢も約1年早い、教育の選択の幅は広く、ノーマライゼーションが期待できると述べている。また、評価内容とその時期や頻度、筋障害の進み方などを表にまとめ、変形や起居・移動方法などの変化、装具や座位保持装置についても写真を使ってわかりやすく示している。(里宇明元氏ら, 569 頁)

■ ALS は専門医による一貫したケアが必要！

進行性疾患の病名や障害の告知はその後のリハビリテーションを左右する重要な要件である。ALS は ADL 障害の面から運動、コミュニケーション、嚥下、呼吸障害の4点が問題になるが、臨床病型(上肢型、下肢型、球麻痺型)を考慮した告知が重要で、筆者らは病状に合わせて段階的告知法を実施しているという。なお、在宅リハビリテーションを阻害する条件として、現行の福祉サービス制度が人工呼吸器あるいは気管切開患者など、重度の医療処置を要する患者では制限されることを指摘している。(北 耕平氏ら, 581 頁)

■ 神経難病に対する社会的リハビリテーション—事例紹介—

神経難病患者が身体障害者更生施設や授産施設でリハビリテーション・サービスを受ける機会は少なく、筆者が勤務している東京都心身障害者福祉センターの調査でも毎年2～3%の利用率にすぎない。このため、彼らに対するプログラムの内容は決して十分とはいえないが、進行の各段階におけるそれぞれのリハビリテーションが求められていることは明らかである。そこで今回は、事例をとおしてその実際を紹介した。(杉原素子氏, 587 頁)