

リハビリテーション総合実施計画書

— タテ軸のICFとヨコ軸の目標づくり —

介護療養型医療施設における日常生活活動訓練加算：

「できる活動」・「している活動」両者の訓練が必要
 今回の改定にあたって新たに介護療養型医療施設のリハビリテーションに、日常生活活動訓練加算が新設された。この日常生活活動訓練とは訓練室で行うものことではなく、居室棟・病棟における歩行・整容・排泄などのADL、そしてその他の「活動」の訓練である。
 介護報酬における日常生活活動訓練加算においては、「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において、実用歩行訓練・活動向上訓練等を行うことであり、当該訓練により向上させた諸活動の能力については、入院中において、常に看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。なお病棟訓練室及び廊下等で行った平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない。」と

健康状態 (ICF用語→330ページ参照)

病気やケガだけでなく、高齢、ストレス、など人が生きること

参加 (ICF用語→330ページ参照)

社会的な人間のレベルで、社会的なできごとに関与したり役割を果たすこと。たとえば、主婦としての役割、親・子・親族・友人としての役割、種々の組織の中での役割を果たすこと、その他色々な社会参加。

「参加」に問題が生じた状態が「参加制約」である。

主目標→331、338ページ参照

活動 (ICF用語→330ページ参照)

人が生きていくのに必要なさまざまな行為のこと。実用的な目的をもったひとままとまりをなした行為であって、歩行（たとえば居間からトイレまで行くこと）、整容（歯を磨き、顔を洗い、髪をとかす、など）、更衣（衣服を出してきて身につける）などの日常生活活動（ADL）から、家事、さらには余暇活用の行為までを含む。

「活動」に問題が生じた状態が「活動制限」である。

いる。

この趣旨は、ADLその他の活動の自立性の向上のためには、実際の生活の場において理学療法士・作業療法士等による「できる活動」向上にむけた活動向上訓練によって向上させた活動能力を、看護師等により在宅生活での実行状況（「している活動」）に生かされるよう働きかけをすることが必要であり、この「できる活動」「している活動」の両者への働きかけが行われることによって、利用者のADLその他の「活動」の自立性を向上させることができるとするものである。

したがって日常生活活動訓練加算を実効あるものにするには、「できる活動」「している活動」の両者を明確に区別して評価し、訓練を行うことが前提条件となる。また、訓練の効果を確認して、記録しておくこと（含：両者への具体的働きかけの内容）が必要である。そのためにもリハ（総合）実施計画書による整理が効果的である。

利用者氏名		性別	年月日生 (歳)	要介護級	訓練係
健康状態 (原因疾患、発症、受傷日等)		合併疾患・コントロール (高血圧、心疾患、呼吸器疾患)			
目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。) [到達時期]					
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		退院			
【退院時期】 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 外出(内容・頻度等): 余暇活動(内容・頻度等):					
自立・介護状況					
項目					
屋外移動 (含: 家の出入り)					
交通機関利用 (車、通院)					
階段昇降					
トイレへの移動					
食事					
排泄 (昼)					
排泄 (夜)					

リハビリテーション

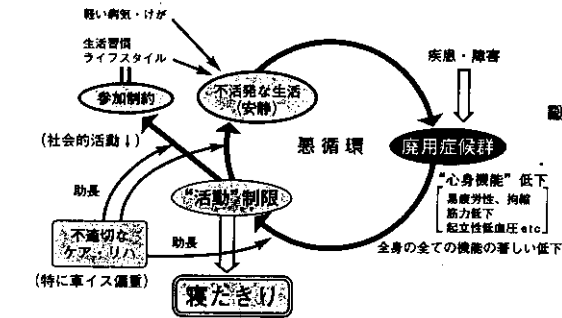
廃用症候群

廃用とは「用いない」ということで、使わない機能は著しく低下し、特に高齢者ではそれが起こり易く、一旦生じると「廃用症候群の悪循環」に陥り、更に悪化していく。

1. 局所性廃用症候 (拘縮、廃用性筋萎縮、廃用性骨萎縮など)、
2. 全身性廃用症候 (心肺機能低下、起立性低血圧、血液濃縮、静脈血栓など)、
3. 精神神経性廃用症候 (うつ状態、知的活動低下など) が、ふつう多数、同時に起こってくる。→339ページ (起立性低血圧と静脈血栓が特に挙げられている理由) 参照

廃用症候群の悪循環

廃用症候群が一旦生じると、そのために活動の実行状況が低下し、それによって生活全体の活動性が低下し、ますます廃用症候



「廃用症候群の悪循環」が寝たきりを作る！

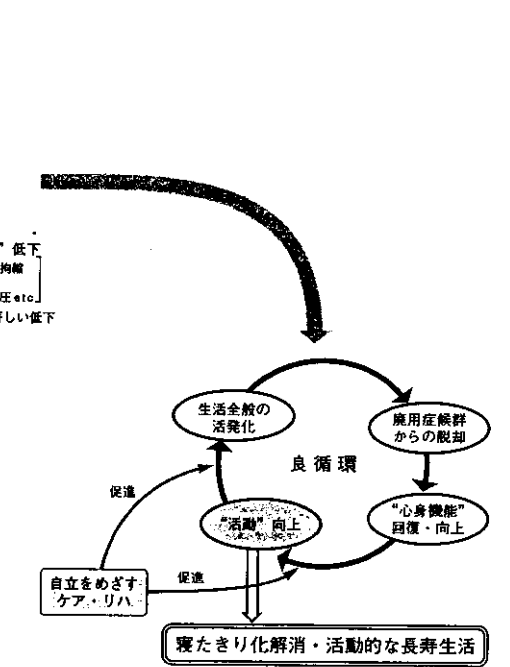
リハビリテーション総合実施計画書

PT:	OT:	ST:	SW:	看護係:
状態				
廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重症		障害老人の日常生活自立度		
<input type="checkbox"/> 起立性低血圧		正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
<input type="checkbox"/> 静脈血栓		痴呆性老人の日常生活自立度		
		正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)				
実現に向けた課題・条件:				
日常生活の実行状況 [「している活動」]				
評価・訓練後の能力 [「できる活動」]				
日常生活の実行状況 [「している活動」]				
評価・訓練後の能力 [「できる活動」]				

群が進行していく「悪循環」(下図)がおこりやすく、これはわが国の「寝たきり」の大きな原因である。「寝たきり」を防ぐにはこの悪循環を良循環に転換させることが重要で、それには活動の実行状況(している活動)の向上による「生活全体の活発化」が重要である。→(活動度: 339ページ参照)

「生活全般の活発化」による良循環への転換

- 「生活全般の活発化」には下記の3つがポイントである。
- ①安静(休息)をとりすぎないこと。特に日中は横にならないこと。
 - ②個々の活動が廃用症候群予防に関して効果的な方法で実施されていること[質的な面](例:車椅子自立より介助歩行がより効果的)
 - ③「活動」を1日の生活の中で頻回に実施していること[量的な面]



活動的な長寿生活をつくる「良循環」へ

「できる「活動」」「している「活動」」「する「活動」」
 →332ページ参照

リハビリテーション総合実施計画書に関する加算

「医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行った理学療法、作業療法等の効果、実施方法等について共同して評価を行った場合」に算定するもので、「医師等の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明のうえ交付するとともに、その写しを診療録に添付する。」こととなっている。

心身機能 [身体構造を含む] (ICF用語→330ページ参照)

体の動きや精神の動きのことで、それに問題が起こった状態は例えば手足の麻痺(まひ)、筋力低下や関節拘縮(機能障害)、あるいは手足の一部の切断(構造障害)などである。

「心身機能」に問題が生じた状態が「機能障害」。「身体構造」に問題が生じた状態が「構造障害」である。

基本動作

立位保持、平行棒内歩行、訓練室歩行などは「活動」ではなく「心身機能」である。ADL訓練加算では、たとえ病棟で行なっても基本動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は加算の対象とならない。

→ 装具・歩行補助具の積極的活用を：341ページ参照

心理

リハビリテーションにおいては客観的な生活機能である心身機能・構造、活動、参加の向上だけでなく、精神面・心理面の立ち直りが重要である。心理の現状を把握し、解決の目標を立てる。

環境

障害の発生には個人のもつ心身の特徴だけでなく環境の影響が大きいことの認識に立ってICFには環境因子の分類が加わった。この環境とは支援機器、建物、交通機関などの物的環境から家族・介護者などの人的環境、社会の意識や態度、さらに法制度、行政や各種のサービス(医療、福祉、教育など)などの社会的環境まで含む非常に広いものである。

リハビリテーションのプログラムの質もまた利用者・患者にとっては重要な「環境因子」である。

第三者の障害

本人の障害が家族・親族・友人・知人・利害関係者などに与える悪影響。これは本人にはね返り「本人と家族の障害悪化の悪循環」を作るので、リハビリテーションにおいては本人の問題に併せて第三者の障害をも予防・解決する努力が必要である。

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入)「到達時期」		日常生活での座位状況(目標「する活動」)		日常	
項目	自立・介護 状況	自立 可	介助 要	自立 可	介助 要
整容					
更衣					
入浴					
家事					
コミュニケーション					
心身機能					
心理					
環境					
本人の希望	参加面: 活動面:				
基本方針(ケアプランの目標、特に意識に向けての具体的計画)	具体的プログラム				
自己実施プログラム	活動度指示				
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容	備考				
本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	

<注>: 健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生
理学的内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)		評価・理解時の能力「できる活動」	
生活での実行状況「している活動」	自立 可	介助 要	自立 可
整容			
更衣			
入浴			
家事			
コミュニケーション			
心身機能			
心理			
環境			
本人の希望	参加面: 活動面:		
基本方針(ケアプランの目標、特に意識に向けての具体的計画)	具体的プログラム		
自己実施プログラム	活動度指示		
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容	備考		
本人・家族への説明	年	月	日

活動能分類による

「できる「活動」」、「している「活動」」、「する「活動」」

1) 「できる「活動」」と「している「活動」」との明確な区別
(→332ページ参照)

① 「できる「活動」」

訓練や評価時に発揮される活動。

② 「している「活動」」

自宅・居室・病棟の日常生活の中で毎日実際に行っている活動

2) 目標としての「する「活動」」

「活動」レベルの目標。将来の目標として設定する実生活で実行している「している「活動」」。→332ページ参照

「参加」レベルの目標(「主目標」→331ページ参照)の具体像

3) 自立度だけでなく、姿勢、手順、用具、装具などをみる

「できる活動」、「している活動」、「する活動」とも独立から全介助にいたる自立度をチェックするのは当然だが、それだけに終わらず、姿勢や具体的方法、手順までの細部にわたって記載・設定するものである。すなわち、「使用用具、杖、装具」の欄、また「介護内容、移動方法、姿勢、つたい、もたれ等」の欄に記載すべきである。逆にいえばこのような細部に注意してはじめて効果的な活動向上訓練が行なえるのである。(→341ページ参照)

コミュニケーション

コミュニケーションは意志・情報の伝達であり、それを視覚・聴覚・発声・発語、運動などの心身機能をもとに、話す、聞いて理解する、書く、読む(点字、手話などを含む)などの活動を通じて行う。これにも「できる活動」、「している活動」の別があり、その両者の正確な把握にもとづいて、目標としての「する活動」を設定する。

この際大事なことは、コミュニケーションはその他の活動や参加に必ず伴っていることである。ADL・家事の「口頭指示」の場合はもちろん、介助や見守りの場合にも、その場に必要コミュニケーションが行われている。したがって他の「活動」の「介助内容」の欄にはコミュニケーションについても記載することが望ましい。

中枢性麻痺の評価

中枢性麻痺の本態は筋力の量的低下ではなく、原始的共同運動、連合反応などの運動支配の質的異常である。従って筋力テストでは評価できず、ブルンストローム法(I~VIステージ)、それを改良し標準化した信頼性・妥当性が確実な片麻痺機能テストの12段階法(0~12グレード)などを用いるべきである。

リハビリテーション総合実施計画書の記入上の注意

実用歩行訓練の重視；車椅子偏重からの脱却

移動が車椅子であるか歩行であるか、日常生活等の活動を立位姿勢で行なうか(車)椅子座位で行なうかは廃用症候群の悪循環の予防・改善、また社会的活動範囲に関して大きな違いを生み出す。車椅子座位で「している活動」レベルで自立していてもそれで満足すべきではなく、実用歩行訓練を行って、歩行自立の可能性を追及すべきである。そのポイントとなるのは「使用用具・杖・装具」欄の歩行補助具・装具を実生活(している活動)で十分に活用しているか、すなわち十分に活用できる指導をしているかどうかである。→**装具・歩行補助具の積極的活用**：341ページ参照

健康状態

脳卒中、骨折のように直接的に運動障害を生じる疾患だけでなく、障害(生活上の不自由・不利益)を生じる原因となった健康状態が何かを明らかにする。単なる加齢のせいとするのではなく、原因となる健康状態とその発症時期を明らかにすることは、生活機能の改善の予後予測のために重要である。

退院実現に向けた課題・条件

特に退院未定の場合は、退院実現に向けた課題・条件を明らかにする。

主目標

「新しい人生」とは、この人にとってどのような人生か、ということを示す参加(社会)レベルの目標。→331ページ参照
この例では退院後、余暇活動(友人と週3～4回自宅で囲碁を打つ)を活発に行ない、その他月1回の町内会、年1回の同窓会などの社会活動を行なうというかなり活発な生活が主目標となっている。通院(隔週)しか外出の機会がないということではない。

「できる活動」「している活動」の差の読み方(2)：交通機関の利用

交通機関利用について「している活動」としては「行わず」だが、「できる活動」として「乗車時の腰の横移動」の介助で「一部介助」であった。この介助を必要とする内容についての訓練を行うことで、通院時のタクシー利用は自立すると予測し、目標設定した。

評価のための評価ではなくプログラム作成のための評価

現状の状況の単なる記載ではなく、具体的な目標とプログラム作りに役立てるのが評価である。そのために必要な情報を記載する。例えば活動については単なる自立度だけではプログラムは作れないので、具体的方法、姿勢、手順、用いる道具等を記載する。→331ページ参照

起立性低血圧と静脈血圧が特に挙げられている理由

起立性低血圧ではその存在に留意せずに車椅子座位をとって脳虚血を生じる危険がある。またこの症状を病気が治っていないためと判断して更に安静をとったりし、廃用症候群の悪循環を悪化させる危険もあるので注意が大事である。
静脈血圧は今後増加していく可能性があり、注意を促すものである。

参加レベルの評価

(退院実現に向けた課題・条件)

評価時の参加レベルの状況だけでなく、将来における参加レベルに関する条件も考える。

特に自宅復帰促進を目的として、退院後の自宅生活が継続できるための課題・条件を詳細に明らかにする。

参加レベルの具体像である生活レベルの課題・条件を明らかにして、はじめて具体的なプログラムとなる。

「できる活動」「している活動」の差の読み方(1)：屋外歩行

本例は屋外歩行を「している活動」レベルとしては自立度は「行わず」、すなわち日常生活では行っていない状態である。しかし「できる活動」としては「一部介助」で可能であるので、「している活動」レベルを向上できる可能性がある。この例では、それまでの屋外歩行に関するリハビリテーション・プログラムの内容なども考慮して(本例ではそれまで短下肢装具、ウォーカーケインの使用はなく、それを用いての屋外歩行訓練も実施されていない)、予後予測に立って屋外歩行の目標である「する活動」は「ウォーカーケインと短下肢装具を用いれば自立する」と設定したものである。
十分な活動向上訓練を行なった上での「できる活動」と「している活動」の差、それも単に自立度だけではなく、具体的手順、使用用具等の差を見ることが大事である。その上で「する活動」達成にむけて、「できる活動」と「している活動」の両者に働きかけるプログラムをつくる。「できる活動」だけでなく、看護・介護による「している活動」への働きかけも不可欠である。→332ページ参照

リハビリテーション 総合実施計画書 (記載例)

計画評価実施日 ○○年○月○日

利用者氏名	厚生太郎	性別	男	生	T14年5月6日生 (78歳)	要介護度	3	担当医	○○
健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	脳出血(H13.11.10)、右片麻痺			合併疾患・コントロール状 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病(インスリン朝1回注)					
健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	+肺炎(H14.8)時の安静による廃用症候群								

【目標【コロン(:)の後に具体的内容を記入。】[到達時期]

退院先①自宅 ②その他: 退院未定

退院時期: 15年6月上旬

家庭内役割(家事への参加等):

社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回)

外出(内容・頻度等): 通院(隔週)

余暇活動(内容・頻度等): 囲碁(自宅、近所の友人と週3～4回)

項目	自立・介護状況				退院先での実行状況(目標): 「している活動」				重要項目	見守り	口頭指示
	自立	見守り	一部介助	全介助	自立	見守り	一部介助	全介助			
屋外移動 (含:家の出入り)	レ				杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン				レ		
交通機関利用 (含:通院)	レ				電車(ワン 通院時)						
階段昇降	レ				杖・装具 短下肢装具 手すり						
トイレへの移動	レ				杖・装具 短下肢装具	つないみ			レ	レ	
食 事	レ				用具: 箸						
排泄(昼)	レ				便器: 尿:立ち便器 便:洋式						
排泄(夜)	レ				便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器						

PT: ○○ OT: ○○ ST: ○○ SW: ○○ 看護員: ○○

状態: 廃用症候群: 軽度 中等度 重度
起立性低血圧
静脈血圧

障害老人の日常生活自立度: 正常 J1 J2 A1 A2 B2 C1 C2
痴呆性老人の日常生活自立度: 正常 I Ia IIa IIb IIIa IIIb IV M

【評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

実現に向けた課題・条件:

内生活自立(自宅に隣接する店舗での仕事の合同での介護で十分な状態)

排泄自立。

時に店舗に連絡する緊急プザーを適切に押せる。

は店舗が忙しくない時期なので、その時期なら帰りに自宅の状況の確認可能。

項目	常生活での実行状況: 「している活動」				評価・訓練時の能力: 「できる活動」			
	自立	見守り	一部介助	全介助	自立	見守り	一部介助	全介助
杖・装具	レ				レ			
杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン	レ				レ			
杖・装具 短下肢装具 手すり	レ				レ			
杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン	レ				レ			
用具: スプーン フォーク	レ				レ			
便器: 尿:立ち便器 便:洋式	レ				レ			
便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器	レ				レ			

自立と独立
「している活動」では「自立」を使うか、「できる活動」では「独立」を使う。それは「できる活動」では訓練・評価場面で人の見守り・口頭指導、介助なしに実行できることを指しているだけであって、実際生活での自立ではないからである。

活動実施時の姿勢(立位が椅子座位か)
→340ページ参照

活動項目のなかの「重点項目」

活動の項目は多数ある。そのためリハ・プログラムをすすめていくにあたり、どの項目（複数可）を重点的に行なうのかを、チーム内（含：本人・家族）で明確にしておく。

この例では、トイレへの移動、屋外移動、整容が重点項目となっている。もちろんその他の活動を軽視してよいというのではない。

「している活動」についての評価

「している活動」の評価も、単にその時点の実行状況を知るためだけのものではない。更に「している活動」を向上させるためにはどうすればよいか考えるための評価である。「使用用具・杖・装具」「介護方法」が最適であるかどうかを常に反省しながら進めるようにしたい。すなわち杖・装具や介護方法が不適切なために、自立度が低くなっているのではないか、歩行可能なはずなのに車椅子になっていないかを検討する。

「している活動」の評価は看護師・介護職だけの評価で十分なのではなく、特に介護内容・つたいもたれの具体的方法についてはPT、OT、STなどの専門的観点も必要である。→332ページ参照

実用歩行訓練の重視→338ページ参照

本事例では「している活動」は整容、トイレへの移動は車椅子で自立していた。しかし「できる活動」において、杖・装具としてウォーカーケインと両側支柱付短下肢装具を用いて実用歩行訓練を行なったところ一部介助で可能であった。そこで「している活動」、「できる活動」の両者へ働きかければ、退院後自宅ではトイレと整容は両側支柱付短下肢装具と伝い歩きで自立すると予測した。

「活動」実施時の姿勢

実用歩行自立のためには、移動を歩行で行っているかどうかだけでなく、活動（整容、男性の排尿、家事など）を立位姿勢で行なえることが大事である。実用歩行自立のためには立位姿勢での活動を早期に実施すべきで、そのために杖・装具・歩行補助具を活用する。歩行が自立した後にはじめて立位姿勢での活動向上訓練を開始するのではない。

なお同じ活動でも立位姿勢で行う場合と車椅子に座っての仕方は、別の行為と考えるほうがよい。このような細かな差に留意して評価・指導し、それをもとにどのように働きかけるのかを決めることが大事である。

「行わず」

—評価は実際に行ったもの—

評価は、推測ではなく、確認されたものでなければならぬ。「できる活動」として記載しても、実際には評価・訓練していなかったり、「している活動」としては実行していない場合（疾患の状態などのため禁止されている場合を含む）には「行わず」と記載する。

「できるはず」として推測で「独立」とか、「しているはず」として推測で「自立」と判断したり、また「できないはず」と判断したものを「非実施」とせずに「全介助」と評価するのは誤りである。

「できる活動」についての評価

患者さんに「やってみて下さい」と言っているだけで高い能力が発揮できるようにPT・OT・STが十分に指導しながら評価する。すなわち活動の評価自体が活動向上訓練の意味もっており、この内容によって「できる活動」だけでなく「している活動」のその後の向上に大きな影響がある。

「できる活動」については評価者の技量が大きく影響するものである。「使用用具・杖・装具の使用」「介護方法」についての内容が活動向上訓練の技量をあらわす。→332ページ参照

装具・歩行補助具の積極的活用を

装具や歩行補助具の使用は最後の手段ではない。実生活での活動（している活動）を早期に自立するために積極的に活用する。例えば脳卒中後片麻痺患者で訓練室で歩行が独立や一部介助で、実生活では車椅子生活である場合、なぜ実生活（している活動）では杖・装具を用いて介護歩行や歩行自立をしていないかを検討する。また入院・入所中であれば、病棟・居室棟での装具・歩行補助具を用いた活動向上訓練が、（すなわちできる活動として）十分行われているかどうかを確認する必要がある。

訓練室での基本動作が杖・装具などで独立していても、「できる活動」更には「している活動」は全く異なるレベルであるので、更に重装備の歩行補助具、装具を用いる必要があることが多い。

→基本動作：336ページ参照

※両側支柱付装具・ウォーカーケイン・四脚杖の活用を

本事例は基本動作が丁字杖・シューホーン（プラスチック製靴べら）装具で訓練室内歩行が独立していたが、「している活動」としては車椅子生活で介護歩行も全く行なわれていなかった。実生活の場での活動向上訓練が十分か、また杖・装具の活用・選択が十分かを検討すべき事例である。

そこで「できる活動」として両側支柱付短下肢装具、ウォーカーケインを用いることで、屋外歩行・トイレへの移動・整容等は一部介助になり、階段昇降は口頭指示となった。訓練室歩行が独立し装具・歩行補助具をより重装備にすることで「している活動」としても自立すると予測した。「している活動」として介護歩行も行なわれていない状況で、基本動作の杖・装具を軽装備にすることに向かうことは問題である。

※活動の違いに応じての歩行補助具・装具の使い分け

活動の自立度を向上させるには、歩行補助具・装具を活動項目毎に使い分けることが有効である。例えば屋内と屋外の歩行時の違い、歩行と関連して行なう「活動」の種類の違いによる使い分け、等々である。

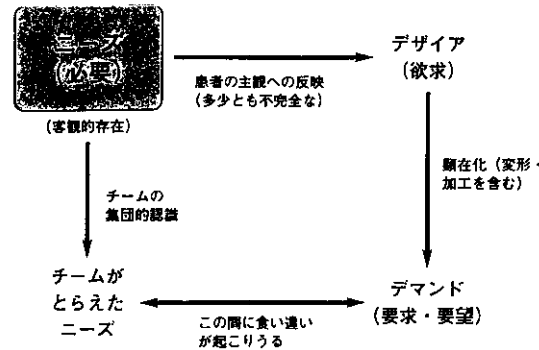
項目	目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入)「到達時期」											
	退院先での実行状況(目標)「する活動」											
	自立	介助	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ等 [到達時期]	重点項目	見守り	口頭指示
整容								短下肢装具	移動方法(姿勢) つたい歩き、立位			
更衣 (含:理・装具の着脱)								姿勢 立位				
入浴								浴槽:				
家事												
コミュニケーション												
心身機能	拘縮は改善し、関節可動域正常 (但し退院後も自己訓練として、毎日足関節は背屈訓練を行う必要あり)										運動 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> そ	
心理												
環境	自宅改造 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 ウォーカーケイン、短下肢装具 -つたい歩きし易いように家具配置一部変更必要										家屋 家屋周 同居家 社会保	
第三者への影響	退院後の家族の変化 仕事の合間に太郎氏の状態確認が必要(特に退院直後)										家族の 参加面 健康上	

項目	評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)											
	生活での実行状況「している活動」					評価・訓練時の能力「できる活動」						
一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ等	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ等
				移動方法(姿勢) 車椅子、座位							短下肢装具 ウォーカーケイン	移動方法(姿勢) 歩行、立位
				姿勢 ベッド上座位							短下肢装具	姿勢 もたれ立位
				浴槽: 介護浴槽							浴槽: 訓練用・洋式	浴槽出入りのみ介助 歩行・ウォーカーケイン
機能障害 慢性麻痺(ステージ、グレード) 上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 左手指: 左下肢: その他					<input type="checkbox"/> 知覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚、 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害: <input type="checkbox"/> 構音障害、 <input type="checkbox"/> 失語症(種類: <input checked="" type="checkbox"/> 拘縮 足関節: 背屈-5° 右膝関節: 屈曲-10° 右股関節: 伸屈-5°							
保持(装具: <input type="checkbox"/> つかまり、 <input type="checkbox"/> 不可 室内歩行: <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 ・装具等: T字杖、シューホーン)												
環境					:2階建て。本人の居室は1階。トイレ:洋式+立便器(朝顔型)。浴槽:洋式、主に椅子生活。 困:勝手口から出る道は交通量少なく、50m先に公園あり(園基友宅宅へもこの道から行く)。 族:長男夫婦(日中2人とも店舗) 障サービス <input checked="" type="checkbox"/> 身障手帳(1級) <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金(1級) <input type="checkbox"/> その他:							
生活機能(長男夫婦) :自宅に隣接する食料品店経営(配達もあり、2人とも店舗にいる必要あり) の問題:特になし												

本人の希望・家族の希望の解釈

本人の希望と家族の希望とは必ずしも一致しないので別個に確認すべきであるが、希望を知ればよいのではなく、表現された希望（デマンド）を通じてその奥にある真のニーズ（必要）をつかむことが目的である。そのためには348ページの表に示したような、①リハビリテーションとは何かについての説明、②生活機能の全ての側面に働きかけることの重要性の理解が前提となる。

それは右の図に示すように、利用者・患者の真のニーズ、それが本人に自覚された欲求（デザイン）、口頭表出されたデマンド、そしてチームが認識したニーズとはそれぞれ必ずしも一致せず、種々の手廻りを通じて真のニーズにせまることが必要だからである。



過用症候・誤用症候

過用症候とは「使いすぎ」による害であり、過用性筋力低下、過用性筋損傷、過用性体力消耗などがある。疾患あるいは廃用症候群のある場合にこれらが起こりやすいので、注意が必要である。

誤用症候とは誤った訓練法がひきおこす害であり、一種の医療事故である。関節損傷（肩関節、股関節等）、末梢神経麻痺等がある。これは絶対に起こしてはならないものである。

基本方針を計画する時の注意

「訓練人生」をつくらない

明確な目標と方針のないリハビリテーションは「訓練人生」をつくる。「訓練人生」とは、「訓練さえ続ければいつかは自分の体は元どおりになるのだ」と患者が思い込んでしまい、前向きに現実的な意義ある具体的な生活を確立することから目を背け、いつまでも後向きに機能障害改善に固執して訓練を続けているような人生である。これは本来のリハビリテーションとは全く逆のものである。

機能障害偏重のアプローチがこのような「訓練人生」を作ることが多いので、反省が必要である。

自己実施プログラム

自己訓練・家族の訓練の方がより効果的な場合がある

自己訓練とはよく指導され、チェックされた訓練であり、本人の自由にまかされた自主訓練・自主トレではない。自主訓練では不十分になったり、過用症状や誤用症状をつくる危険もある。

理学療法士・作業療法士が行うアプローチは、活動向上訓練のように患者の個性に合わせて行う専門的な技術を要するものを優先させるべきであり、患者本人や介護者が自宅で実施可能なことは、「自己訓練」として指導を行うべきである。そのようなことまで専門職が行うことは社会資源の有効活用の点からも問題である。

例えば関節可動域訓練は一生継続する必要があることが多く、本人や家族が頻回に実施できることの方がむしろ十分な効果を生むものである。

<p>本人の希望 参加面：以前のように近所の友人宅もしくは自宅で囲碁をうらいたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。 活動面：身の回りのことは一人でやれる。</p>		<p>家族の希望 (長男夫婦) 参加面：日中は一人で自宅生活ができる。 活動面：一人でトイレがおこなえること</p>	
<p>基本方針 (ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画) 移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカーケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことで、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。 自宅生活が車椅子生活、つたい歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始時から行う。(自宅・自宅周辺見取り図で細かくチェックしていく) 退院後の寝たきり予防のために頻回に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行う。</p>		<p>具体的プログラム 廊下歩行がと予測される。練として頻回のための活動性 歩行・立位に、PT/OTに「している活その装置内ウォーカー上の家具の伝 日中はデイを読むことを</p>	
<p>自己実施プログラム ・姿勢：日中デ ・移動：病棟内 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕</p>		<p>リスク・疾病管理 (含：過用・誤用) 低血糖発作の危険があるため、訓練時は角砂糖を常備し、発作が起きた可能性がある場合は角砂糖を投与し、医師を呼ぶこと</p>	
<p>前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容</p>		<p>備考</p>	
<p>本人・家族への説明 ○年○月○日</p>		<p>本人サイン 厚生太郎 家族サイン ○ ○ 説明者サイン ○ ○</p>	

「安静度」から「活動度」へ
「活動度」は積極的に活動性を向上させることを目的としたもので、これは「廃用症候群の悪循環」形成の予防・改善の要(かなめ)となる。
どのような活動を日常生活においておこなうかという具体的な活動性(1日の生活の指導、している活動の実施方法の指導等)に関する指導内容である。
疾患管理上一般に指示される「安静度」が安静(活動性の制限・活動上限の指示)を確実にとらせることを基本とするこの、逆方向であり、リハビリテーションではむしろこちらの方が重要である。

新設されたリハビリテーション実施計画書

実用的な日常生活における諸活動の自立性向上

介護療養型医療施設においてリハビリテーションの定義が明確になったのと同様に、今回の改定で介護老人保健施設でのリハビリ機能強化加算では「在宅復帰の促進等を目的として」、通所リハに今回新設された個別リハ加算では「在宅生活での継続を目的として」、また訪問リハで新設された日常生活活動訓練加算は「退院（退所）後早期に」と、いずれも「実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上」のためと、在宅生活の継続・復帰が目的であることが明確に規定された。

そしてそれぞれの加算は「実用歩行訓練・活動向上訓練等を利用者の状態像に応じて行った場合」に算定できるものとされた。また「訓練により向上させた諸活動の能力については、看護師や家族・介護者により在宅生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。」とされている。

この趣旨は、介護療養型医療施設の日常生活活動訓練加算と同様に、「できる活動」と「している活動」の両者への働きかけが行われることによって、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性を向上させることができるものとするものである。したがって、それぞれの加算を実効性のあるものにするためには、本計画書の活用が効果的である。→332ページ参照

健康状態→334、338ページ参照

目標→331、332、338ページ参照

参加→334ページ参照

この2つの内容のみで十分なではなく、他の項目も加えるとよい。介護老人保健施設では、退所先の場所と退所時期を明確にする。→退院実現にむけた課題・条件：338、339ページ参照

主目標→331、338ページ参照

活動→334ページ参照

する活動→332ページ参照

介護老人保健施設では退所先での状況

基本方針を計画する時の注意→342ページ参照

自己実施プログラム→342ページ参照

別紙様式		リハビリテーション実施計画書																					
利用者氏名		性別	年月日	生	年齢	要介護度	担当医	PT	OT	ST	SW	看護師	計画評価実施日	年	月	日							
健康状態 (原因疾患、発症日等)		合併疾患		常用薬剤 (種類×中薬量)		障害老人の日常生活自立度		正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		視覚性老人の日常生活自立度		正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M											
本人の希望		家族の希望																					
参加主目標		目標 (到達時期)		評価項目・内容																			
家庭内役割:		外出 (目的・頻度等):		自立・介護状況		自宅での実行状況 (目標)「[する]活動」		日常生活での実行状況「[している]活動」		評価・訓練時の能力「[できる]活動」													
項目	自立	見守り	口開指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口開指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口開指示	一部介助	全介助	行わず	備考		
屋外歩行 (倉庫からの出入り)																							
階段昇降																							
トイレへの移動																							
食事																							
排泄																							
整容																							
更衣 (倉庫・装具の備蓄)																							
入浴																							
家事																							
コミュニケーション																							
リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等																							
自己実施プログラム																							
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容等																							
本人・家族への説明		日	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン													

雇用賃候群→335ページ参照

本人の希望・家族の希望の解釈→342ページ参照

評価：評価のための評価ではなくプログラム作成のための評価→331、338ページ参照

している活動：日常生活での実行状況
通所リハ、訪問リハでは自宅の日常生活での実行状況を指す（自宅生活の継続が目的なので当然。）
介護老人保健施設では居室棟での日常生活での実行状況を指す。しかし自宅復帰を目的としているので居室棟で自立すればよいのではなく、居室棟と自宅生活環境との差異の影響を考慮すべきである。なお、居室棟も通常の自宅となるべく近い環境を整えるようにすることが望ましい。→340ページ参照

「できる“活動”」、「している“活動”」、「する“活動”」→332、337ページ参照
「できる“活動”」についての評価→341ページ参照
「している“活動”」についての評価→340ページ参照

備考
リハ総合実施計画書の「使用用具：杖・装具」「介護内容、つたい・もたれ等」「姿勢」などの内容を記載する。→337、340、341ページ参照

「行わず」
—評価は実際に行ったもの—
→341ページ参照

リハビリテーション実施計画書（またはこれに準ずるもの）
介護老人保健施設リハビリテーション機能強化加算、通所リハビリテーション個別リハビリテーション加算、訪問リハビリテーション費の要件として医師、理学療法士・作業療法士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、その内容を利用者に説明することとなっている。

リハビリテーション実施計画書の記入は できるだけ具体的に

「できる活動」と「している活動」との差の眺め方 (1) : 屋外歩行
屋外歩行では「している活動」は自立度は一部介助だが、杖・
装具は用いず、介助法は腕組みであった。一方「できる活動」で
は杖・装具としてシルバーカーを用いれば自立度は「見守り」で
あった。

これまでシルバーカーを用いた実用歩行訓練は行なっていな
かったので、シルバーカーを用いれば「できる活動」は現在以上に
改善できる可能性が大いだと判断した。

高齢者で疾患（本例では膝関節症）があるから活動・参加レ
ベルの低下はしかたがないと考えるのではなく、直接的な活動レ
ベルへの働きかけ（活動向上訓練）を行なうべきである。まず心身
機能レベルへの働きかけをするのではない。→332、339ページ参
照

「できる活動」と「している活動」との差の眺め方 (2) : 家事

「している活動」としては家事を行っていないが、「できる活
動」としては口頭指示であった。そのため家事訓練を行えば「す
る活動」として家事は自立すると判断した。

コミュニケーション→337ページ参照

別紙様式

リハビリテーション

利用者氏名	厚生花子 男	〒10年1月5日生 (81歳)	介護歴	1	担当院	〇〇	PT		
健康状態 (原因疾患、発症日等)	膝関節症 (右強い、20年前から) 十處用症候群							合併疾患	
本人の希望	一人でも外出したい (特に近所、買い物)							家	
参加(主)目標	家庭内役割: 平日の主婦業 外出(目的・頻度等): 買い物(週2回)、友人宅(週3回)、老人会(週1回) 自立・介護状況: 自立 自宅での実行状況(目標): 「する活動」							家庭特に	外出家
項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り
屋外歩行 (含: 家からの出入り)	レ						買い物: シルバーカー それ以外: 四脚杖		
階段昇降	レ						手すり		
トイレへの移動	レ						家具配置換え ついでに歩行	レ	
食事	レ							レ	
排泄	レ							レ	
整容	レ							レ	
更衣 (含: 履・装具の着脱)	レ							レ	
入浴	レ							レ	
家事	レ						平日の基・夕食 掃除	レ	
コミュニケーション									問

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク
 膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによ
 するため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活
 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT
 (特に家事は細かく指導していく。) (随時家族にも、
 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時は
 買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの
 外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。
 て、応用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム
 下肢の運動 (通用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明 H 〇〇年 〇〇月 〇〇日

本人サイン 厚生

<注>: 健康状態・参加・活動(実行状況・能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活
 ・詳細な内容は必要場合は別紙記載の上、添付のこと

実施計画書 (記載例)

計画評価実施日 〇〇年 〇月 〇〇日

〇〇 OT: 〇〇 ST: 〇〇 SW: 〇〇 種類: 〇〇

高用健康器具: 杖 膝杖 車椅子 歩行器

原因: 膝痛のための活動性低下

障害者の日常生活自立度
 正常 J1 J2 (A) A2 B1 B2 C1 C2
 病巣性老人の日常生活自立度
 (正常) I Ia Ib IIIa IIIb IV M

本人の希望
 これ以上悪くなくて欲しい(平日は家事をして欲しい)

族の希望
 これ以上悪くなくて欲しい(平日は家事をして欲しい)

評価項目・内容
 内役割:
 なし(2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、
 嫁はパートにも行っている。)

族の介助時のみ(3ヶ月前から介助必要)

生活での実行状況: 「している活動」	評価・訓練時の能力: 「できる活動」									
口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
レ					腕組み					シルバーカー
						レ				
							レ			
								レ		
									レ	伝い歩き指導 洗い・椅子使用 履への負担の 少ない方法の 指導

題なし 問題なし

管理: **終了の目安・時期**
 生活が不活発となり、応用症候群が進行している状態。
 発化させ、応用症候群を改善していく。具体的には、
 ・OTが指導し、自宅で行ってもらう。
 自立までの介助方法を指導していく。) (随時家族にも、
 シルバーカー、それ以外(四脚杖)を使用した屋外移動、
 出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。
 その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくこと

本人・家族への説明 H 〇〇年 〇〇月 〇〇日

本人サイン 厚生 花子

家族サイン 厚生次郎 説明者サイン 〇〇

<注>: 健康状態・参加・活動(実行状況・能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活
 ・詳細な内容は必要場合は別紙記載の上、添付のこと

参加レベルの評価

現在の参加レベルの状況についてだけでなく、目標・プログラ
 ムを立てるのに必要な過去の状況も含む。本例では2-3ヶ月前
 から急に参加レベルの低下(参加制約)が生じたことがわかった
 ので、それを改善するプログラムを立案した。→339ページ参照

自立と独立→339ページ参照

終了の目安・時期

「訓練人生」になり、本来のリハビリテーションと逆方向にい
 かないためにも、何を目的として個別リハビリテーションを行な
 うかということと終了の目安とを明確にしておく。
 →訓練人生: 342ページ参照

新しい人生の目標をたてる、という目的のもとに 「リハビリテーション(総合)実施計画書」の記入と説明を。

計画書の作製はリハ・チームにとっては真のチームワーク遂行の最初のプロセスであり、同時にチームと利用者・患者・家族などの当事者との共同作業の出発点である。その要点を下表に示す。

これを定期的にくり返すことで、当事者の自己決定権

をチームの専門性で支えるという「車の両輪」がスムーズに進む。

利用者・患者・家族などの当事者は疑問があれば遠慮せず専門家に相談すべきであり、誠実にそれに答えるのが専門家の責任である。

表. 計画書の記入と説明の手順

- ・リハとは何かを説明(リハをどう思っているかを聞き、その誤解を解くようにする)
- ・生活機能の全ての側面に働きかけることの理解の促進
 - －手足の動き(心身機能)が不十分でも、生活上の「活動」能力を高め、それによって豊かな人生に「参加」することは可能であることを強調。



リハ(総合)実施計画書記入のステップ

〈利用者・家族との共同作業〉

タテ軸：生活機能構造にそった整理

ヨコ軸：目標(左)設定のための、評価(右)

step 1. 「している活動」を聴取 [書いてきてもらうのもよい]

「お家の生活で何ができなくてお困りですか？」

－手足の不自由さでなく、具体的な“活動”(生活行為)の実行状況を聞く

step 2. 本人・家族の希望の確認・記入

「どのような生活ができればと御希望ですか？」

「できるはずがないと思わずに言ってみてください」

step 3. 「できる活動」(訓練時の能力)を説明

←専門家は「できる活動」を十分に引き出しているかを自問すべき

step 4. 「参加」レベルの「主目標」、「する活動」(活動レベルの目標)を共同決定

「どのような人生を創っていくのか」を一緒に決めていく

step 5. プログラム決定(チーム全体としての方針を決め、その上で職種毎の役割分担)



「計画書」の「交付」



プログラム実行(常に再確認を行う)



定期的な成果確認・計画の見直し(上のプロセスをくりかえす)

明るく、前むきに。 「リハビリテーション(総合)実施計画書」Q & A

Q 1 : この計画書の目的は評価だと思いますが、関係がない項目が多い反面、大事な評価を書くスペースが少ないのですが

A 1 : 計画書の目的は評価ではなく、あくまでリハビリテーションの目標を定め、計画を立てることです。リハビリテーションとは「人間らしく生きる権利の回復」ということですから、全人間的に、生命・生活・人生の3つのレベルを中心に関係する側面を全て捉えなければ正しい計画は立てられません。この計画書は「取りこぼし」なく、全ての側面をとらえ、しかも本人や家族の希望を取り入れた共通認識を作るための最低限のチェックリストです。ある点について「問題がない」ということも重要な情報ですから、すべての項目を埋めるべきです。詳しい評価や説明の追加を否定するものではありません。

Q 2 : この計画書で利用者・患者・家族に説明しなければならぬとすると、説明が非常に煩雑になるのですが

A 2 : 今は本当の利用者・患者本位の医療の時代であり、利用者自身の主体的参加を推進する時代です。利用者・患者についての情報（評価内容、目標、計画など）はすべて説明し、共通理解を確立しなければなりません。難しい問題を避けるのではなく、正面から患者や家族とともに問題を分析し、解決策を考えていくという医療者

としての真剣さが必要です。リハビリテーションは非常に複雑な内容をもつものなので、この計画書はそれを整理するのに非常に便利なものです。また説明の上交付することにより、利用者・患者も家族もくりかえして読み、よりよく理解することができます。

Q 3 : 我々が対象としている対象者・患者には現在の機能を維持することがやっとならぬという人が多いと思います。その場合には「している活動」と目標とする「する活動」とは同じなのだから、こんな詳しい計画書を書く必要はないと思いますが？

A 3 : まず、必ずしも「機能」の改善がなくても「活動」レベルの向上は可能です。残念ながらこれまで直接「活動」向上に向けて働きかけるアプローチは極めて不十分だったといえます。特に高齢者のリハビリテーションほど、どのようなリハ・プログラムを行うかで大きな差を生じます。高い質を求めていきましょう。それが今回のリハに関する介護報酬改正の基本にある考え方です。

次に「維持」を目標にするというような消極的な考え方では維持さえできず、心身機能面も活動面も低下するだけです。今回の改定の基本はもっと積極的に「活動」向上に取り組めば必ず効果があがるということです。

リハビリテーション(総合)実施計画書の書き方検討委員会

委員長：上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会）

委員：青井 禮子（日本医師会）

川越 雅弘（日医総研）

漆原 彰（全国老人保健施設協会）

斎藤 正身（全国老人デイケア連絡協議会）

大川 弥生（国立長寿医療研究センター）

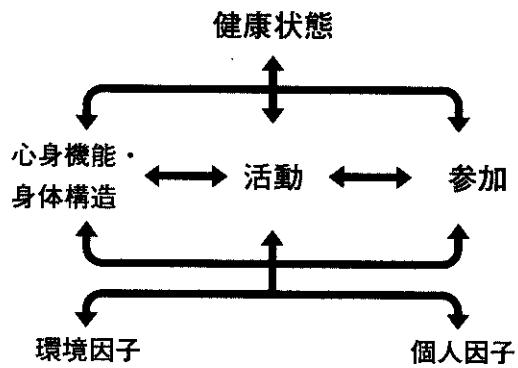
山口 昇（全国老人保健施設協会）

・平成14年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）による

連絡先：reha-keikaku@mbh.nifty.com

ICF (国際生活機能分類) モデル

(WHO, 2001)



介護保険におけるリハビリテーションのあり方検討委員会

委員長：上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会）

委員：青井 禮子（日本医師会）

川越 雅弘（日医総研）

漆原 彰（全国老人保健施設協会）

斎藤 正身（全国老人デイケア連絡協議会）

大川 弥生（国立長寿医療研究センター）

山口 昇（全国老人保健施設協会）

平成14年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）による

連絡先：reha-kaigoho@mbm.nifty.com