

——タテ軸のICFとヨコ軸の目標づくり——

• 335 •

体の働きや精神の働きのことで、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。

基本動作

→装具・歩行補助具の積極的活用を：341ページ参照

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。

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。

第三者の障害

目標（ゴール）の達成に具体的な内容を記入し「到達時期」を指定する活動									
項目	自立・介護 状況	自居・生活 自立	自居・生活 自立	全介助 利用	行わず 利用	使用用具 杖・器具	介護内容 つたいたれ等 【到達時期】	自立 指示	自立 指示
	活動内容								
要領									
入浴									
家事									
コミュニケーション									
心身健康									
心理									
環境									
その他									
本人の希望									
参加面：									
活動面：									
基本方針（ケアプランの目標、特に施設に向けての具体的な計画）								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									
本人・家族への説明 年 月 日 本人サイン									

詳細項目・内容（コロン「:」の後に具体的な内容を記入）				評価・履歴時の能力（できる“活動”）				
生活での実行状況 （したい“活動”）	全介 介介 助助 す	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ等	頻度 毎 日 立	□ 守 示 示 示 示	全介 介介 助助 す	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ
			移動方法：歩行					移動方法：歩行
			歩行					歩行
				添削:				
転倒懸念 □中重度転倒（ステージ、グレード） □軽度転倒 □高次転倒（床ずれ） □褥瘡・発熱・肺炎 □骨折・脱臼・関節炎 □失禁・便秘 □その他				☐ 認知症： ☐ 記憶力 ☐ 聴覚 ☐ 高次脳機能障害： ☐ 音声・発声障害： ☐ 構音障害： ☐ 失読症（読み書き） ☐ 失算症（計算） ☐ 失認症（物忘れ） ☐ その他				
医師/装具： ☐ 手拭き ☐ つかまり ☐ 不可 室内歩行： ☐ 独立 ☐ 一歩介助 ☐ 全介助 ・義足等： ☐								

角間：

家族：

保障サービス ☐身体介護（給） ☐障害年金（給） ☐その他:

の生活状態

面：

上の問題：

家族の希望

参加面：

活動面：

ラム（リハビリテーションの方針・計画）	リスク・疾病管理（食・通商・健康）
---------------------	-------------------

	家族への指導
--	--------

	備考
--	----

	説明書サイン
--	--------

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Ⅻ段階法（Ⅶ～Ⅻグレード）などを用いるべきである。

• 339 •

活動項目の中の「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を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たときの仕方は、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ない。「できる活動」として記載しても、実際には評価・訓練していないかったり、「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」と言っているのではない。
できるだけ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

本事例は基本動作は丁字杖・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。

活動項目	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・介護状況	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	目標項目	見守り
活動(2)	整容	レ					短下肢装具	移動方法(姿勢) つたい歩き、立位	レ	レ
	更衣(含:裸・装具の着脱)	レ						姿勢 立位		レ
	入浴	レ					浴槽:			
	家事				レ					
心身機能	コミュニケーション									
	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)									
心理										
環境	自宅改造 ☒ 不要 ☐ 要									
	福祉用具 ☐ 不要 ☒ 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									
家族等への影響	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)									

生活での実行状況	評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)									
	「している活動」									
	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
生活での実行状況					移動方法(姿勢) 車椅子、座位				レ	
					姿勢 ベッド上座位				レ	
	レ			浴槽: 介護浴槽					レ	
	レ								レ	
機能障害	極性麻痺(ステージ4グレード) 上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 上肢: 左手指: 左下肢: の他									
	☐ 知覚障害: ☐ 視覚、 ☐ 聴覚 ☐ 高次脳機能障害: ☐ 音声・発話障害: ☐ 構音障害、 ☐ 失語症(種類: ☒ 拘縮 足関節: 背屈-5° 右膝関節: 屈曲-10° 右股関節: 伸展-5°									
保持(装具)	☒ 手差し、 ☐ つかまり、 ☐ 不可 室内歩行: ☒ 独立、 ☐ 一部介助、 ☐ 全介助 ・装具等: T字杖、シューホン									
生活機能(長男夫婦)	:2階建て。本人の部屋は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(園芸友達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 ☒ 身障手帳(1級) ☒ 障害年金(1級) ☐ 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									

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

ー自己訓練・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。

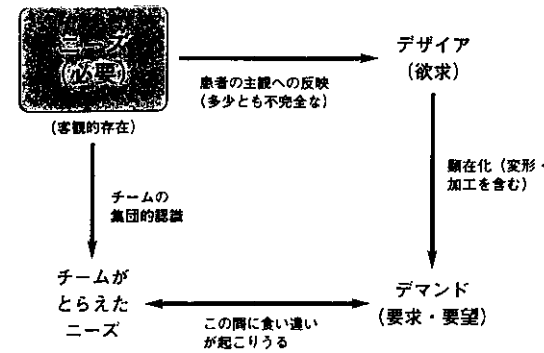
理学療法士・作業療法士が行うアプローチは、活動向上訓練のように患者の個性に合わせて行う専門的な技術を要するものを優先させるべきであり、患者本人や介護者が自宅で実施可能なことは、「自己訓練」として指導を行うべきである。そのようなことで専門職が行うことは社会資源の有効活用の点からも問題である。

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。

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起こす害であり、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。

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園基をうらいたい。 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。		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	
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、つな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。		具体的プログラム 廊下歩行がと予測される。練習として頻回のための活動性 歩行・立位に、PT/OTに「している活その搬屋内ウォーカー上の家具の伝 日中はデイを読むことを	
自己実施プログラム ・廊下歩行 片道ずつ2往復 1時間毎 ・移動：病棟内 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕		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	
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	厚生太郎	家族サイン ○ ○
			説明者サイン ○ ○

「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との、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。

• 345 •

コミュニケーション→337ページ参照

別紙様式

＜注＞：・体調状態・参加・活動（実行状況、能力）・心身機能・環境は、WHO ICF（国際生機・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

計画評価実施日 ○○年 ○月 ○○日

能分類)による

「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に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ないとすると、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・患者も家族もくりにかえして読み、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）

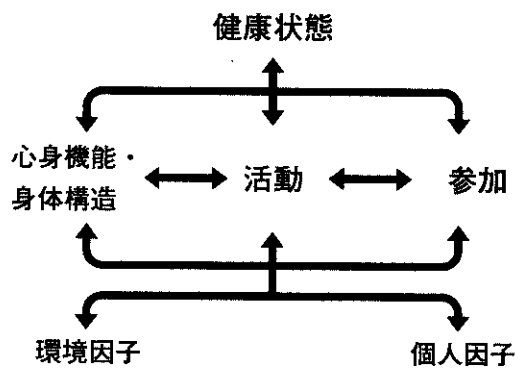
大川 弥生（国立長寿医療研究センター）

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