

リハビリテーション(総合)

実施計画書を

上手に使いこなす法

(含：記入例)

利用者との二人三脚で、質の高い「リハビリテーション(総合)実施計画書」を作成しよう。

平成15年実施の介護報酬改定は、制度創設の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、図1に示すような「在宅重視と自立支援」と「個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上」の基本的な考え方に立っておこなわれた。

それにともない、介護保険サービスにおけるリハビリテーション（以下リハと略す）のあり方が大きく変わった。その一つの大きな現れとして、訪問リハ、通所リハの個別リハ加算、介護老人保健施設のリハ機能強化加算について「リハビリテーション実施計画書」が新設され、また介護療養型医療施設のリハ計画加算における「リハビリテーション総合実施計画書」が改訂された。

計画書の目的—項目を埋めるのではなく、**共同作成・説明・交付のプロセスが重要**

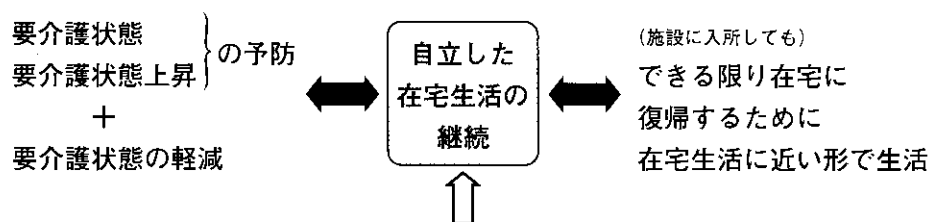
この計画書（以下両者を合わせて「リハビリテーション(総合)実施計画書」又は単に「計画書」という）の主な目的は図2に示す通り、

- ①利用者の個別性の重視、
- ②明確な目標の設定、
- ③専門性に立ったチームとしての統一的な生活機能全般の把握、
- ④説明と交付を通しての自己決定権の尊重、
- ⑤定期的な効果判定と計画見直し、である。

すなわち、利用者・家族を含めたチーム全体の目標・方針を統一するプロセスを重視するものである。

図1. 平成15年度介護報酬見直しの基本的な考え方

I. 在宅重視と自立支援



II. 個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上 (リハビリテーション関連)

A D L (〔活動*]) の自立性向上が目的
個別リハビリテーション計画に基づき
リハビリテーションを実施

※ I C F (WHO国際生活機能分類) 用語

人間らしい、豊かな人生に「参加」するための様々な チャレンジこそ、リハビリテーションの原点。

「生活機能」全般の向上がリハビリテーションの目的

今回の改定にあたって新たにリハビリテーションの定義が明確に与えられ、「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。」と規定された。

ここでいう「生活機能」および「活動」とは、ICF（WHO国際生活機能分類）の概念に立ったものである。すなわちリハビリテーションの目的は、「心身機能」（生物レベル）の回復のみにあるのではなく、「活動」（個人レベル）および「参加」（社会レベル）を含む総合的な「生活機能」全体の改善向上である（ICF、生活機能→4ページ参照）。

またその内容は「日常生活における諸活動」すなわちADL(日常生活活動)を中心とした広い範囲の「活動」を、

単に訓練時におこなえばよいのではなく、実生活（自宅・病棟・居室棟）の中で「実用的」におこなうこと、すなわち「している“活動”」（→6ページ参照）の向上をめざすものである。

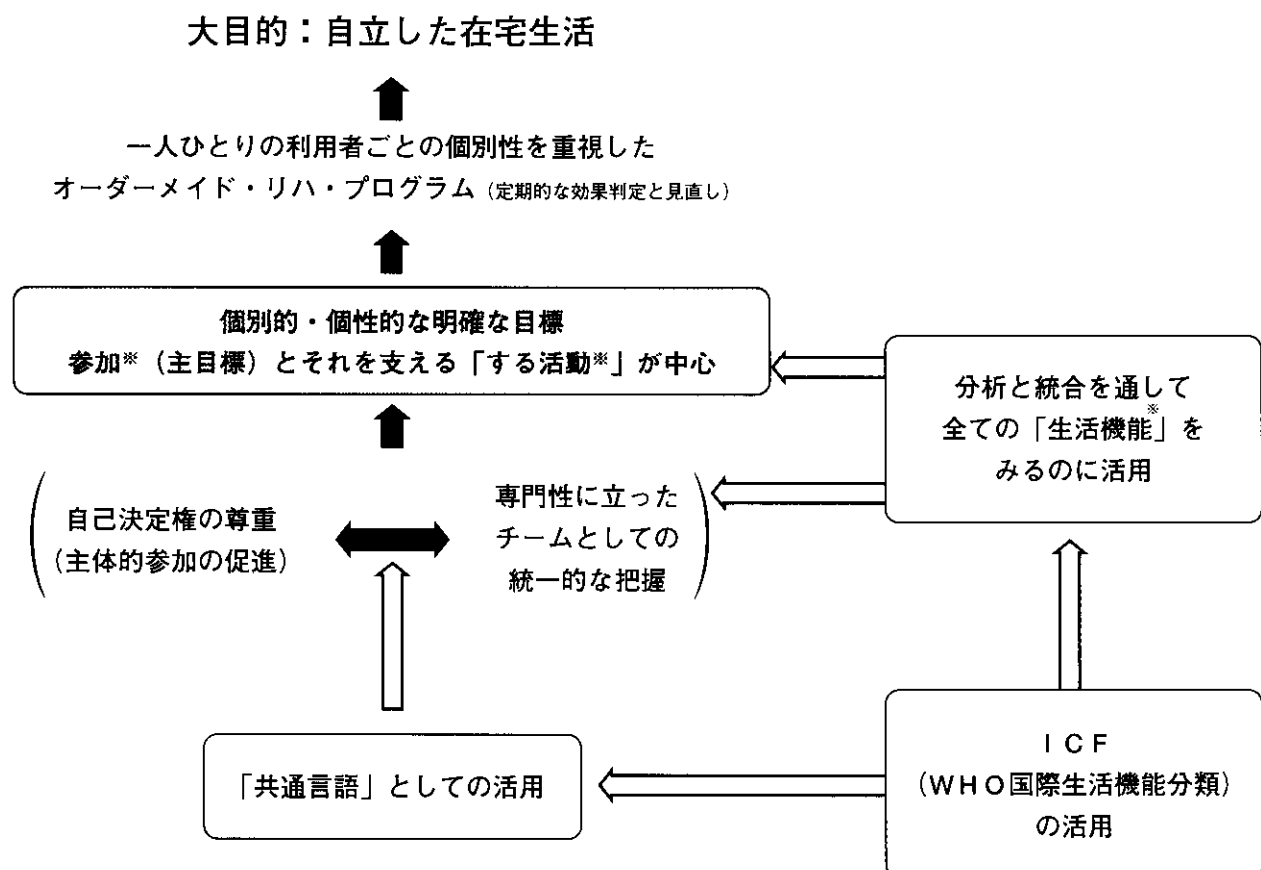
こうして「心身機能」の不自由を生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加」することができる。

リハビリテーションの初心に戻る

リハビリテーションは機能回復訓練と考えられやすいが、この言葉の意味は「権利・資格・名誉の回復」であり、障害のために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」（全人間的復権）をいう。

今回の改定はICFの「生活機能」の概念に立って生命・生活・人生の全体の向上のために働きかけるという点で、新しい見地からリハビリテーションの原点に戻る方向を打ち出したものといえる。

図2. 「リハビリテーション（総合）実施計画書」の基本的な考え方



※ ICF（WHO国際生活機能分類）用語

隠れたプラスの芽を見つけるために 「リハビリテーション(総合)実施計画書」の積極的活用を。

リハビリテーション(総合)実施計画書の構成：タテ軸のICFとヨコ軸の目標づくり

本計画書の構成は、タテ軸がICF：国際生活機能分類（2001年WHO制定）の生活機能構造に沿った軸をな

し、ヨコ軸が目標（計画書の左）とそれをつくり出すための評価（同右）の軸になっている。

ICFの生活機能構造（タテ軸）

計画書のタテ軸をなす生活機能とは、人が「生きる」ことの3つのレベル（階層）、すなわち「心身機能・構造」・「活動」・「参加」のすべてを含む、プラス面の「包括用語」である。この3階層は図3のような特徴をもつ。なお「生活機能」は「障害」というマイナス面の包括用語に対応する。

この生活機能の3つの階層の間には相互作用があり、更にそれに対して健康状態（病気・ケガなど→8ページ参照）、環境因子（→10ページ参照）、個人因子（性、年齢、民族、ライフスタイルなど）が様々な影響を与えるのがICFモデル（図4）である。

ICFが本計画書において重視されるのは、主に以下の3つの理由からである。

1. リハビリテーション（人間らしく生きる権利の回復）のためのICFモデルの活用

リハビリテーションの本来の趣旨である「人間らしく生きる権利の回復」の実現をめざすためには、特定の生活機能レベルだけでなく全人間的にみる必要がある。そのためにはICFモデルの活用が非常に有用である。

2. ADLなど「活動」重視

本来のリハの基本技術はADL訓練などの「活動」向上訓練技術である。今回の介護報酬改定では、ADL訓練加算や個別リハ、リハ機能強化加算等において、「活動」向上訓練の重要性が明確に示されている。

「活動」は「できる“活動”」（ICFによる「能力」）と「している“活動”」（同「実行状況」）の両者を明確にわけ、別個にみて、それぞれに働きかけるものである。両者の差やその理由を明らかにすることで、「活動」レベルへの働きかけの方針が明らかになる。この「できる“活動”」をみるとは隠れたプラスの芽を見つける上でのキーポイントである。→6ページ参照

3. 患者の自己決定権の尊重にむけた「共通言語」

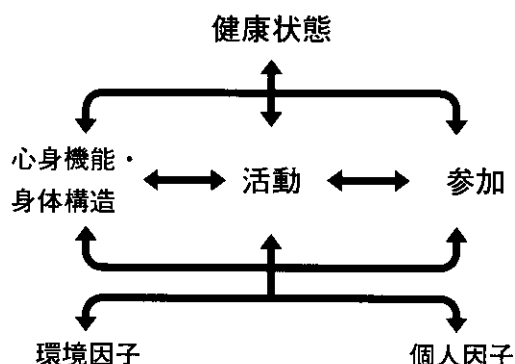
本計画書は「チームとして作成」し、「患者に説明」される。すなわち、治療者側だけで用いるものではなく、利用者・家族に説明し、書面として渡すことで、リハ達成に不可欠な利用者自身の主体的参加を促し、自己決定権を尊重するものである。そのため、利用者と専門家の間の「共通言語」であるICFが活用されている。

図3. 生活機能の階層構造（各階層の特徴）

心身機能・構造	活動	参加
生物レベル (生命レベル)	個人レベル (生活レベル)	社会レベル (人生レベル)

※心身機能は10ページ、活動と参加は8ページを参照

図4. ICFモデル（WHO, 2001）



新しい生き方を創ってゆく個別リハビリテーション。 ひとりひとりが個性的かつ具体的に。

個別リハビリテーションとは個別的な目標に向けたオーダーメイドのプログラム

今回の改定では「個別リハビリテーション」が重視されているが、それは単に集団でない一対一の訓練という意味ではない。具体的に「どのような人生を創るのか」という、その人にとってベストの個別的・個性的な目標

を一人ひとりについてたて、それを実現するためのプログラムも個別的なものをたてる。

すなわち一人ひとり違った「オーダーメイド」のリハを行っていくのが個別リハビリテーションである。

目標を創りだすための評価（ヨコ軸）

目標とはなにか

目標は①各生活機能（参加、活動、心身機能）について設定し、②具体的到達内容とともに到達する時期をも明示する。③予後予測と本人の同意にもとづくものである（図5）、目標は単なる希望や、漠然とした方向性（例えば「ADL改善」、あるいは時期や具体的な活動の状況を明確に示さない「家庭復帰」）などではない。また長期目標・短期目標という用語は用いない。

評価のための評価ではなく、目標づくりのための評価

評価とは現状の単なる記載ではなく、具体的な目標・方針・プログラムをつくるためのものである。そのためには生活機能の各レベル、環境・心理その他多くの面に

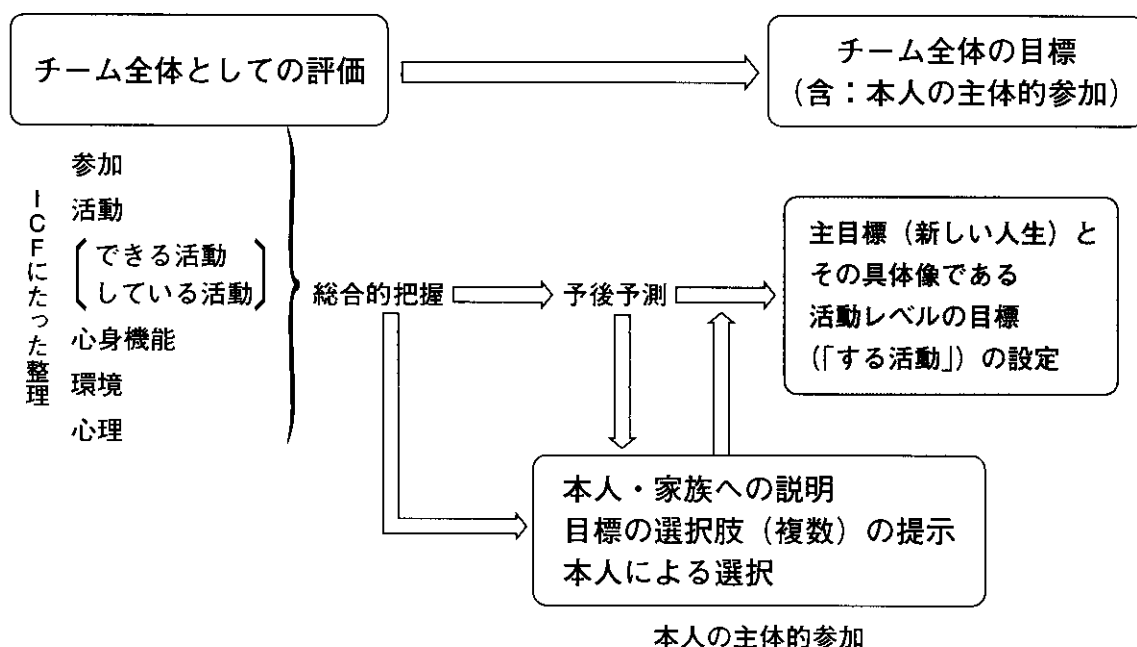
ついて総合的・構造的に把握する必要がある。本計画書はそのための有効な武器となる。

目標設定の考え方：主目標と活動レベルの目標の優先

利用者はたとえ心身機能の面では似ていても、活動、参加の面では大きな差があるものである。個別リハビリテーションではその差を尊重し、①その利用者がどのような社会生活を送るのかという「参加」レベルの目標（すなわち「主目標」）と、②その具体的生活像である活動レベルの目標（6ページで述べる「する“活動”」）とを表裏一体のものとして同時に決めるのである。

そしてそれを実現するために必要な心身機能・構造レベルの目標を決めていく。決してその逆ではない。

図5. チーム全体の協業と本人・家族参加による目標設定のプロセス



毎日「している“活動”」と、やれば「できる“活動”」のチェックを。 潜在能力を伸ばす「する活動」へ。

「できる“活動”」と「している“活動”」との明確な区別

本計画書では「日常生活での実行状況：している“活動”」と「評価・訓練時の能力：できる“活動”」とが明確に分けられている。

「している“活動”」とは自宅・居室棟・病棟などの日常生活の中で毎日実際に行っている“活動”である。これはICFの「実行状況 (performance)」にあたる。

「できる“活動”」とは訓練や評価の時に発揮される“活動”であり、ICFの「能力 (capacity)」にあたる。

この両者の間には、通常大きな違いがある（図6のようにふつうは「できる“活動”」の方が高い）。

その両者を明確に区別し、両者の差を生む因子を明らかにすることが、活動向上訓練プログラム作成の上で不可欠である。これは個別リハビリテーションのキーポイントである。

→「している“活動”」についての評価：14ページ、
「できる“活動”」についての評価：15ページ参照

「する“活動”」

「する“活動”」とはリハの目標として計画・設定する、将来の実生活において実行「している“活動”」である。これは活動レベルの多数の行為（ADLなど）ごとに設定する。3ページの図2にあげた「個別的・個性的な明確な目標」の中で、「する“活動”」の設定は中心的な意味を持つ。

この「する“活動”」は参加レベルの目標（「主目標」→5ページ参照）の具体像にはほかならない。またいいかえれば「する“活動”」とは、次に述べる活動向上訓練によって潜在能力（残存機能ではなく）が引き出され、フルに発揮されている状態である。

目標指向的活動向上訓練（図6）

目標指向的活動向上訓練は、①目標である「する“活動”」にむけて②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等による「できる“活動”」の向上への働きかけ、③そのようにして向上させた活動能力を看護職・介護職等が実生活での実行状況（「している“活動”」）に生かされるようにする働きかけ、この②③の2つの働きかけを連携して行なっていくものである。今回の改定でもそのことが明記されている（8ページ上参照）。

決して目標なしに「している“活動”」と「できる“活動”」に働きかけて、結果的に到達するのが「する“活動”」なのではない。

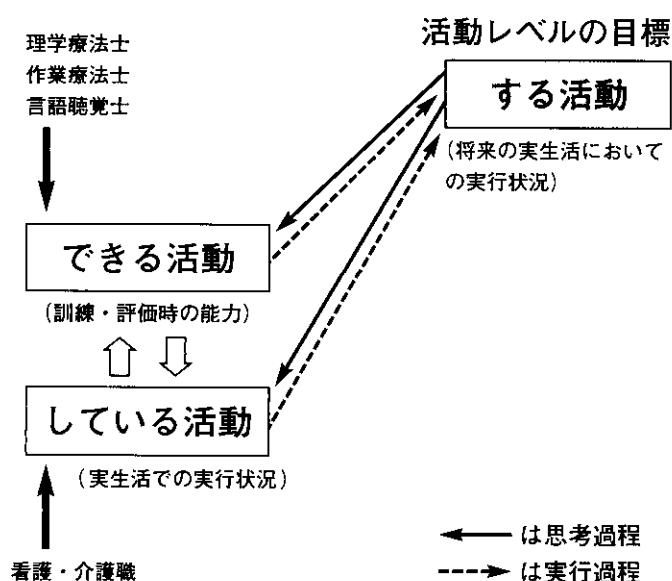
「できる“活動”」と「している“活動”」が同じとは？

この2つが同じことはふつうはないが、同じ場合には次の2つの可能性を考える。

- ①「活動向上訓練」が不十分で、「できる“活動”」への働きかけが有効に行えず、隠れた可能性を引き出せていない
- ②「活動向上訓練」としてはほぼ終了した
後者ならば、入院中・入所中であれば、それ以上の入院・入所は必要ないとも判断できる。

→「できる“活動”」「している“活動”」の差の読み方：12、13、20ページ参照

図6. 目標指向的活動向上訓練



思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する“活動”」を設定し、その実現に向けていかに「できる“活動”」と「している“活動”」とを向上させていくかを計画するという意味。

実行過程の矢印は、この目標に向けて“活動”向上訓練を行っていくという意味。

一緒に考える。一緒に目標をたてる。 より深いチームワークのために有効な「共通言語」ICF。

利用者との「共通言語」であるICF

「利用者本人や家族のような専門家でない人にICF（WHO国際生活機能分類）の生活機能構造を説明しても理解してもらえず、まして活用など無理ではないか？」という疑問があるかもしれない。しかしそもそもICFは専門家だけではなく、利用者を含む全ての人の「共通言語」としてつくられたものである。

ICFは生活・人生という利用者・家族にとって身近な問題を扱っているので、本計画書を用いて、具体的な生活・人生上の問題点について話し合えば、意外によく理解し合えるものである。

また障害に関しては問題や課題が複雑だからこそ、ICFモデル（図4）に沿った整理が利用者本人・家族にとっても有効なのである。

なお「共通言語」として用いるには、利用者が理解しやすいような説明を専門家が加えるなどの配慮が求められる。しかしこれはICFの場合だけでなく、介護・医療一般において、特に利用者・患者自身の主体的参加が不可欠なりハビリテーションにおいては当然のことである。→ICF：4ページ参照

計画書の具体的記載方法：専門的なチームとしての把握のために

本計画書の目的として「専門性に立ったチームとしての統一的な把握（図2）」がある（→3ページ参照）。はじめから責任範囲を分担することはせずに、「心身機能」も「できる“活動”」・「している“活動”」も「参加」も全て、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・介護職・ソーシャルワーカーその他の全職種で一緒に考える。

特に目標を共同して立てることが大事である。そしてチーム全体としてのプログラムをたて、その上で各職種の役割分担をしていく。

利用者・家族への説明も、各職種が別々に説明するようなことは望ましくない。

使いはじめのチームの方へ

まず全職種が別々に計画書の全項目を記入してみることをおすすめする。そうするといかに各人で異なる評価や目標設定をしているかがわかる。そしてそのくい違いがなぜ生じたかについて議論していくことで、チーム全体としての意見が統一されていく。ここでも各専門職間の「共通言語」としてのICFが役立つ。

その際、活動レベルへの直接的な働きかけを中心に議論していくとよい。例えば「できる“活動”」「している“活動”」ともに、自立度だけでなく、「使用用具、杖、装具」「介護内容」「姿勢」などを、そして活動向上訓練が適切かどうか等を全員で議論してみるのである。リハ開始時からのこのような議論はその後のより深いチームワークのために非常に有益である。

患者・家族にありのままの内容を説明できない場合

本計画書の全ての内容は、患者及び家族に説明することになっている。しかし例えば健康状態で原因疾患が末期癌であり、それについての「告知がされていない」場合、また心理や第三者の障害について「家族が絶対に引き取らないと主張している」場合など、特に初診時には、本人に説明するとその後リハビリテーションをすすめるにあたってマイナスになる場合もありうる。

そのような場合には以下の内容を計画書とは別に診療録に記載し、その内容は家族には説明しておく。①真実の状況、②本人に説明した内容、③本人に説明しないと判断した理由、④今後それに対してどのように働きかけていくのか、⑤どういう状況になれば（何が変化すれば）本人にどのように説明をするつもりか、等である。

このように本人に真実を説明できないような内容は、重要な問題を含んでいることが多いので、「注目すべき項目」としてチーム全体がよく認識していることが望ましい。また本人が真実を知らないために、その他の項目についても患者自身が正しく関与することができないことがありうることに注意を払う必要がある。