

事例報告書作成の手引き (生活行為向上マネジメント)

「生活行為の自立を目指して」

第1.0版



私たちの暮らしは

さまざまな生活行為の連続で成り立っている

平成27(2015)年7月30日

一般社団法人 日本作業療法士協会

「生活行為向上マネジメント（Management Tool for Daily Life Performance；以下、MTDLP）」は、平成 20（2008）年度以降、一般社団法人 日本作業療法士協会（以下、OT 協会）が取り組んできた厚生労働省 老人保健健康増進等事業による研究事業で生み出された言葉であり、作業療法を国民に分かりやすく示す「作業療法の見える化」のツール¹⁾として開発しました。

MTDLP は、対象者の生活における、様々な作業に焦点をあてることで、対象者と作業療法士だけではなく、関わるすべての人が支援目標を共有することを可能にし、対象者が自分の回復に積極的に関与できるよう構成されています。さらに、MTDLP では、次の 3 つの包括的視点を重視しています。

①対象者を、心身機能の側面から理解するのみでなく、

「生活をする人」として、活動から参加までを見据える包括的視点、

②対象者の生活を、過去から現在、そして将来まで「連続している生活」として理解し、支援する包括的視点、

③対象者の「したい」と思う作業からはじまり、「できる」「する」作業へ、

加えて地域の社会資源の活用まで幅広く捉える「作業の拡がり」という包括的視点、

これらの視点は、MTDLP が対象者のマネジメントのみならず、対象者がしたい・する必要がある・することが期待されている生活行為（以下、生活行為）を実現するために、その地域での課題の抽出や課題解決方法の提案といった地域のマネジメントを実践するうえで、とても重要です。

MTDLP を活用することにより、作業療法士自身がこの 3 つの包括的視点を持ち、「国民一人ひとりが生きがい・役割を持って暮らすことができる地域」の実現を、対象者自身と対象者を支援する人々と共に目指します。

OT協会は、MTDLPを作業療法士の実践における共通の物差しとして活用・普及啓発するための基本方針として、以下の4点を掲げています²⁾。

- 1) MTDLPを自立支援型医療・介護を具体化する一つの手法として位置づける。
- 2) MTDLPが制度に組み込まれるよう働きかける。
- 3) 他の職種にも使える分かりやすいものにする。
- 4) 都道府県作業療法士会での取り組みを支援する。

こうした背景の中、平成 27 年 7 月 30 日より、以下の 3 つの目的のために、「MTDLP 事例報告登録」を開始しました。

- ① 事例報告の作成によって、MTDLP を適切に活用できる人材を育成する。
- ② 事例報告の分析によって、作業療法のエビデンス構築のためのデータ集積をする。
- ③ 事例報告の公開によって、作業療法の啓蒙と取り組みの集積と共有を図る。

本手引きが、MTDLP の事例登録だけでなく、対象者への効果的な臨床実践、国民への作業療法の普及・啓発、国民の健康寿命の延伸に役立つことができれば幸いです。

※本事例報告登録は、生涯教育制度の「認定作業療法士」申請の要件である、「症例報告」に該当します。

※本手引きは、会員の皆様と共に、素晴らしい MTDLP を実践していくためのものです。そのため、「手引き」も進化していきます。本「手引き」の内容で、改善したら良いというご意見やご提案がございましたら、是非とも、以下のアドレスまでご連絡ください。

E-mail : a-watanabe@jaot.or.jp

平成 27 年 7 月 30 日
生活行為向上マネジメント推進プロジェクト
基本構築チーム

目次

1. はじめに	1
2. マネジメントとは	3
3. MTDLPをはじめる前に	5
(1) MTDLP事前準備から審査までのながれ	5
(2) 参考資料の紹介	6
(3) MTDLPを实践する上でのキーポイント	7
(4) 対象者の決定・同意確認	12
(5) MTDLPのプロセスと事例登録用シートの紹介	13
(6) 審査基準と事例種別の限界と留意点	14
①事例審査表と事例審査基準	14
②事例種別ごとの限界と留意点	15
4. 生活行為向上マネジメントの実際と各シートの記入方法	16
(1) 基本情報収集	16
(2) インテーク：生活行為の目標の聞き取り	18
(3) 生活行為アセスメント	20
(4) 解決すべき課題の抽出と設定	24
(5) プランニングと実行：生活行為向上プラン	27
(6) モニタリングと計画の修正	30
5. 事例執筆から登録までの手順	32
(1) 基礎情報－1	32
(2) 評価指標	32
(3) 事例情報－2	32
(4) 演台区分・分類	32
(5) 本文	32
(6) 事例登録方法	34
6. 事例登録をする際のチェックリスト	35
7. 生活行為向上マネジメント事例概要図（一枚図）の書き方	36
8. 文献	38

1. はじめに ～生活期リハビリテーションマネジメント力の強化に向けて～

(1) 生活期リハビリテーションマネジメントの機能強化が求められる背景

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、住まいを中心とした医療・介護・予防・住まい・生活支援と介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」は、様々な地域で、構築が推進されています。

2015～2025年間は、医療・介護ニーズの高い75歳以上人口が増加する一方で、医療・介護の担い手となる15～64歳人口が減少します。このため、要支援・要介護者となる生活行為の低下ならびに重度化を防ぐ「介護予防」や、それを実現するための手段としてのリハビリテーション（以下、リハ）の強化が重要課題となっています。

そこで、生活期リハの現状と課題、今後の対応策を検討するため、厚生労働省は2014年9月、「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会（以下、検討会）」³⁾を立ち上げました。

検討会では、現行の生活期リハの課題として、①高齢者の状態像やニーズが多様であるにも関わらず、画一的なリハが提供されている、②身体機能に偏ったリハが実施され、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハが提供されていない、③訪問リハや通所リハなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供されていない、④高齢者の気概や、より高い生活機能を実現したいとする高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取り組みができていないなどの指摘がありました。

これを受けて、厚生労働省は、これら4課題の改善を生活期リハの見直しの基本的方向性として、2015年度の介護報酬改定で、①リハの基本理念の明確化、②生活期リハマネジメントの再構築、③リハ機能の特性を生かしたプログラムの充実、④社会参加を維持できるサービスへの移行の促進などの対策を打ち出しました。

見直しのポイントは、「リハを、多職種協働を通じて、生活課題を解決するためのサービスとして明確化したこと」です。このために、生活期リハをマネジメントするための強化を前面に押し出しています。従来の生活期リハは、リハを提供すること自体が目的化していた傾向があり、リハの目的を「生活機能の維持・向上」と明確化し、その手段として現在のリハで提供されている「心身機能と身体構造」が中心のアプローチを「活動と参加」「環境因子」「個人因子」への是正を図った方向を示しました。

「活動と参加」といった生活機能が向上すれば、医療保険や介護保険だけではなく、他のサービスに移行していく流れが増えます。この流れを加速・定着させるため、社会参加支援加算が新設されました（平成27年度介護保険報酬改定）。

(2) 日本作業療法士協会の「生活行為向上マネジメント」の位置づけとは

現在、リハビリテーション職種に求められているのは、「利用者の意向や思いに沿いながら、対象者が抱える生活課題を、多職種協働を通じて解決すること」です。なお、ここでの多職種とは、医療・介護の専門職だけでなく、対象者本人、家族、対象者の生活機能に影響を与える関係者（親戚、近隣住民など）も含まれます。

現在OT協会が進めている「MTDLP」も、国の生活期リハの見直しの流れを見据えたうえで、作業療法を国民に分かりやすく示す「作業療法の見える化」、そして、作業療法士のマネジメント力を高めるために設けたツールという位置づけにあります。

(3) 生活行為向上マネジメントの事例報告の対象者とは

MTDLPが目指しているものは、「対象者が抱えている生活課題を解決すること」にあります。さて、高齢者が抱える課題をみると、現在の生活機能（心身機能・構造や活動と参加）を高めるような絶対レベルを向上する課題もあれば、低下する可能性の高い生活機能の維持を目指すような課題もあります。

OT 協会が提唱している MTDLF では、前者（絶対レベルの向上）だけでなく、当然、後者のように生活機能に維持を目指すことも対象としています。つまり、対象者の個別性を重視した生活機能向上を目指しているのです。

また、生活機能は、心身機能、活動、参加の 3 要素で構成されますが、対象者の中には、『心身機能は低下する可能性が高いが、活動や参加レベルの向上が可能な人』や、『心身機能や活動レベルは低下する可能性が高いが、参加レベルは向上可能な人』 もいます。

「絶対レベルの向上」の事例のみだけでなく、様々な事例の提供を期待しています。

2. マネジメントとは

マネジメント（management）とは『管理』のことであり「組織をして成果を上げさせるための道具、機能、機関」⁴⁾といわれています。

ここでのマネジメントとは、単に「管理」という意味愛ではなく、対象者（本人）が抱えている生活課題を解決することです。そのために、対象者がしたいことを聞き取り、推察しながら、対象者が達成したい目標と一緒に達成していくことです。

つまり、MTDLPとは、対象者（組織）が生活行為を向上する（成果を上げる）ための自立支援ツール（道具）であり、MTDLPを活用する作業療法士は、対象者が成果を上げるための支援の質をマネジメントする責任があります。

MTDLPは、対象者の生活機能を支援する包括的な実践方法そのものであり、「マネジメント」は、以下のようなPDCAサイクルに基づく支援のながれとなります（図1）。

- ① インテーク：まず、対象者がどのような生活行為を向上したいかを把握する
 - ② アセスメント：生活行為が困難となっている要因や強みを評価・分析する
 - ③ 課題分析：解決すべき課題の抽出と設定をする
 - ④ プランニング：改善のための計画を立てる
 - ⑤ 実行：実際に支援する
 - ⑥ モニタリング：効果を評価して、次の改善プランを計画する
 - ⑦ 計画修正・生活行為の引き継ぎ：計画を見直し修正し、他職種や次の作業療法士に引き継ぐ。
- というサイクルとなります（図1）。

この一連のサイクルを、MTDLPはツール化して臨床実践を可能にしました。

目標や目的を解決・達成するためには、何が課題か、課題が生じた理由を本人の意向に沿いながら、課題を分析し、これらの課題解決のために支援し、対象者（組織）に成果を挙げていくことです。

作業療法における課題とは、支援することによって改善可能な生活行為と言い換えることができます。

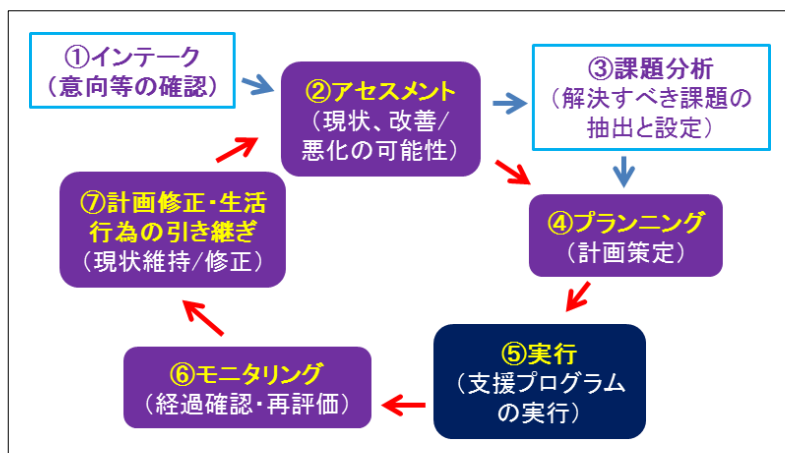


図1：マネジメントプロセスの支援のながれ

この課題を解決するため、対象者（組織）を動かしていくという視点を持つということが、従来のプログラムやセラピー、アプローチという単語ではなく、マネジメントとした所以です（P30、③今後の課題で後述）。

厚労省は生活行為を「個人の活動として行う、排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう」⁵⁾と定義しています。また、OT協会では生活行為は、「人が生活していく上で営まれる生活全般の行為のこと。生活全般の行為とは、セルフケアを維持していくための日常生活動作（ADL）の他、生活を維持する手段的日常生活動作（IADL）、仕事や趣味、余暇活動などの行為すべてを含む」と定義⁶⁾しており、この生活行為には、対象者の意思が関与することが大切で、対象者の意思を理解することが重要です。

また、人の生活は、生活行為の連続で成り立っており、人は生活行為を継続することで、健康を維持・増進しつつ、その人らしい生き方を探索し慣行できます。つまり、生活行為の歴史が人生に他なりません。

生活行為の「バランス」と「連続」を意識すると、作業療法士のみでの関わりでは限界があるため、対象者・家族・他の支援者との連携と協働が極めて重要になります。

したがって、MTDLPの目的は、急性期から生活期までの切れ目のない支援を行うことにより「対象者がしたい・する必要がある・することが期待されている」生活行為を「できる」ようにすることです。

このように、MTDLPを展開する上では、包括的にかつ、マネジメントという視点を重視してください。

このため、MTDLPの事例報告では、

- ① 人を見る視点（ICFに基づいた生活行為アセスメント）、
- ② 対象者（組織）をみる視点（組織マネジメント）、
- ③ 地域をみる視点（地域課題の抽出と必要な地域機能の創出）

が求められています。この3つの視点を必ず踏まえてご執筆ください。

3. MTDLPをはじめる前に

(1) MTDLP事前準備から審査までのながれ

MTDLP事例報告のながれを、図2に示します。

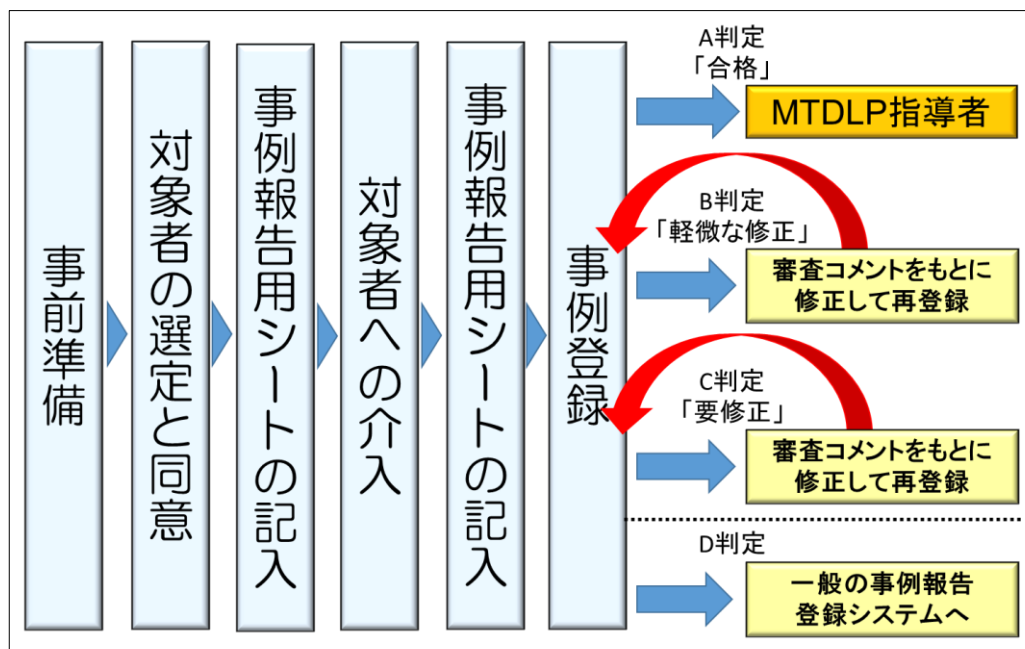


図2：MTDLP 事例報告のながれ

MTDLPの事例報告をはじめる前に、事前準備を行います。

事前準備とは、MTDLPの考え方と事例報告用シートの記載方法について理解することです。

※同意説明文書・同意書・各事例報告用シート・参考資料は、協会ホームページからダウンロード・印刷してご使用ください。

P6にMTDLPの参考資料を、P7～11にMTDLPを実践する上でのキーポイント（ポイントとなる重要な思考プロセスと支援の際に理解していただきたい考え方）を掲載していますので、実践する前に必ず熟読してください。

次に、対象者の決定と同意の手続きになります。対象者は作業療法の対象であれば、疾患・領域・年齢は問いません。対象者または代諾者に、同意説明書を用いて、事例報告書作成の説明を行い、書面で同意を得ます。

各シートに、支援前に把握している基本情報や社会資源、対象者の希望などを記載しておきます。対象者への支援の前にアセスメント項目を記入しておくことで、不足している情報を認識でき、情報収集すべき項目や、目指すべき方向性が明確になります。

対象者への支援は、実際のマネジメントとして、対象者の評価・プランニング・支援を行うことです。プラン通りにいかないことも多々あるとは思いますが、柔軟に対処しつつ支援を進めて下さい。ここで変化のあったエピソードやプランの変更については、マネジメントシートの結果や本文中の経過に記載しておけば、対象者の変化が生き活きと表現できると思います。

支援後、最終評価を踏まえて事例報告用シートを記入し、すべてのシート・本文を完成させます。本マニュアルを参考に、記入漏れがないか、表現は適切か等を確認しながら記入して下さい。

事例審査表と事例審査基準（P14）や、事例報告をする際のチェックリスト（P35）を掲載していますので、報

告前に必ず確認するようにしてください。

次に、事例報告となります。OT協会のホームページの『生活行為向上マネジメント』のバナーをクリックし、事例報告用フォームに入り、事例を報告してください。事例本文は、間違いや手間を省くためにも、事前にWord等のファイルで作成しておき、コピー・貼り付けで報告フォームに転記することをお勧めします。

事例の執筆・登録にあたっては、

[※事例報告書作成の手引き 第8.0版](#)

[※生活行為向上マネジメント 事例報告登録マニュアル（画面操作説明書）第8.0版](#)

を必ず参照し、実施してください。

事例入力後、事例審査員2名に匿名化された事例情報が届き、審査が行われます。一般的に事例入力完了および同意書送付から約3週間以内での審査を目安としていますが、事例審査の件数や審査員によって時間がかかることがありますので、予めご了承ください。

事例審査によって、総合評価が、SまたはA判定の場合は、『合格』となります。

B判定（軽微な修正が必要）またはC判定（修正が必要）となった場合は、いかに修正が軽微なものであっても報告者に修正をお願いするシステムの都合上、やむなく『不合格』となります。その際は、審査コメントに従って修正いただいた後、再報告することで、合格を目指してください。

D判定の場合も、マネジメントとしてのまとめ方や表現に対して等の判断により、システムの都合上『不合格』となります。この場合も、作業療法としての個別実践内容が評価されなかったわけではなく、生活行為向上マネジメント指導者からの助言を受け修正を行うか、一般の事例報告登録システムへの移行をお勧めします。

（2）参考資料の紹介

「生活行為向上マネジメント」の実施・執筆にあたり、本事例報告マニュアル以外にも、以下の資料を参考に事前に準備を行ったうえで、事例報告の作成・登録を行ってください。

【参考資料】

①作業療法マニュアル57 生活行為向上マネジメント

②平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業 報告書Ⅱ 資料 事例集

※これらの添付の書式（各シート類）は研究事業等の書式のため、最新のものではありません。

登録の際は、最新版を使用するようにしてください。

③事例報告書作成の手引き 第8.0版 一般社団法人日本作業療法士協会 学術部

④生活行為向上マネジメント 事例報告登録マニュアル（画面操作説明書） 第8.0版

⑤事例登録に関する一般事例用 Q&A

⑥事例登録に関するMTDLP Q&A

⑦事例審査表

審査の視点を示しています。ぜひ、執筆の参考にしてください。審査表と事例審査の基準（P14）。

※OT協会ホームページを参照ください。②～⑥は協会HPからダウンロードすることができます。

(3) MTDLPを実践する上でのキーポイント

■キーポイント1：生活行為を時間軸で捉える

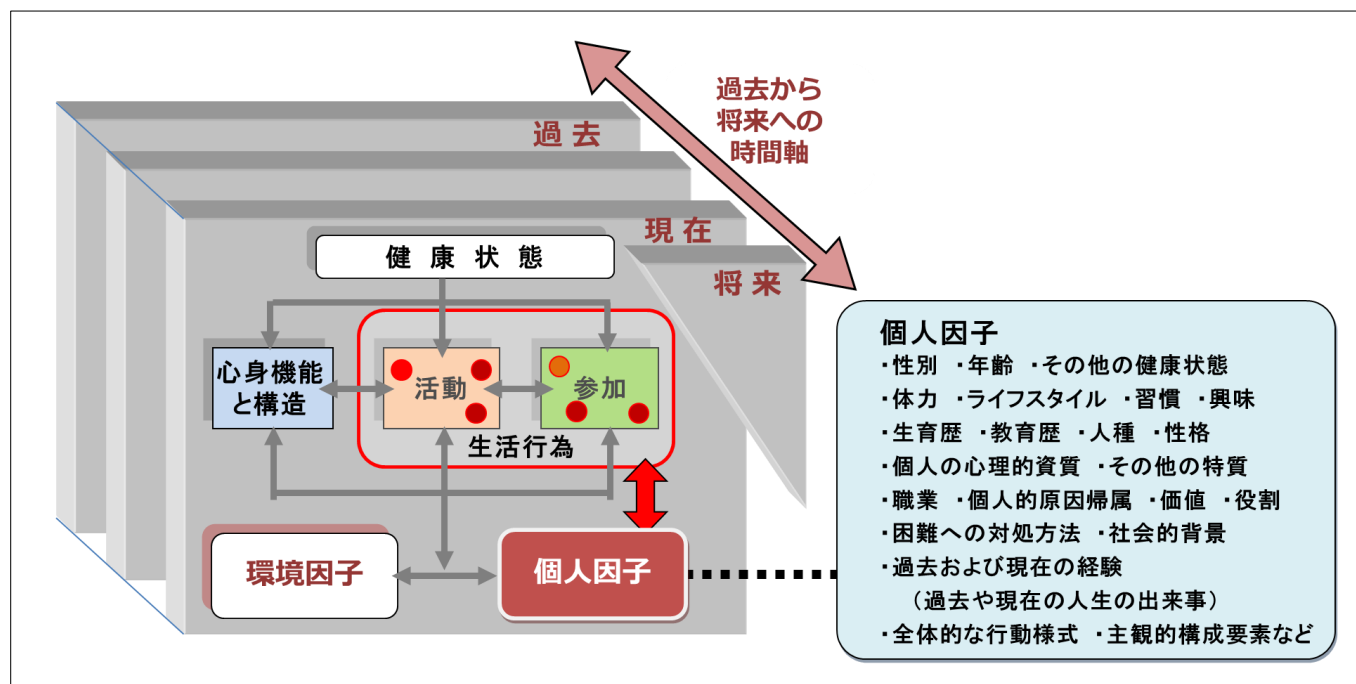


図3：生活行為の時間軸での捉え方

「対象者の生活行為」は、生活機能である心身機能・活動と参加に加えて、背景因子である環境因子や個人因子が相互に作用しながら、過去・現在・未来と連続する時間軸の中では変化していきます。

また、同じ生活行為でも、その生活行為を対象者の中でどのように位置づけるかによって、対象者にとっての意味や重要度は変わってきます。

つまり、対象者の個人因子、特に生活歴や職歴、興味、役割、価値観、また、性格やパーソナリティなどを理解し、支援の内容や方法に反映させることが求められます。

対象者の生活行為を捉える上で、個人因子を聞き取り、過去の経験や現在の状態、今後の希望を把握することから MTDLP はスタートします。

この、個人因子を聞き取る・把握するプロセス自体が、対象者の人生の振り返りや今後の希望・目標を持つこと、回復意欲を取り戻すことに非常に大切です。

■キーポイント2：生活行為の波及効果を目指す



図4 生活行為の波及効果のとりえ方 ~24時間365日を見据えて~

「人の生活は」、24時間365日営まれる生活行為の連続で成り立っています。

MTDLPによって焦点化して目標となる生活行為は、24時間365日営まれる生活行為の連続の中の一部です。

ひとつの生活行為の達成に向けた取り組み、および達成したことから波及する24時間365日への影響はどんなもののでしょうか？「プランターに水をやる」ことを目指した場合を例に、達成後はどのように生活は変化していく可能性があるのか考えてみましょう（図4）。

- ①基本的・応用的・社会適応各プログラムによって、「決まった時間にプランターに水をやる」生活行為の目標が進められています。
- ②家族や馴染み人の関心や励ましが、日々の作業を習慣化に向けた力になるかもしれません。
【生活の変化】⇒ただ水をやる時間に加えて、立ち話（コミュニケーション）という新たな生活行為の時間が加わっていきます。
- ③水やりの習慣化に伴って、決まった時間に起床できるようになり、水やりの後は食事の準備のお手伝いも少しやる気になっていくかもしれません。
取りかかった生活行為の前後で、新たな生活行為が動きだします。
- ④水やりの作業が終わっても、その経験と達成感は、以前行っていた畑作業へと向かわせるかもしれません。
できる範囲で少しずつ…徐々に畑に向かう時間も増え季節を越えて…。
- ⑤畑作業での収穫は、友人ともつながりを助けるかもしれません。そして再び動き出した社会に対する関心や意識は、楽しみだった友人との旅行へと発展するかもしれません。

24時間365日をイメージするには、生活行為の焦点化と同時に長期的な段階づけへの見立て、さらに、焦点化した生活行為の向上が他の生活行為に与える影響を予測する必要があります。MTDLPのアセスメントの中でイメ

ーが湧き、それが具体化し、対象者や家族、支援する人達と共有することが、対象者の主体性を後押しする次の新たな目標となる生活行為への取り組みへと続くかもしれません。

プラン実行の段階においては、他の生活行為の影響や、対象者の24時間365日の生活行為のイメージの変化をモニタリングすることが重要です。この24時間365日の生活行為の連続を見据え、一つの活動から他の活動へ、さらには社会参加へと波及することを意識することがとても大切なことです。

■キーポイント3：合意形成は対象者との協業から生まれる

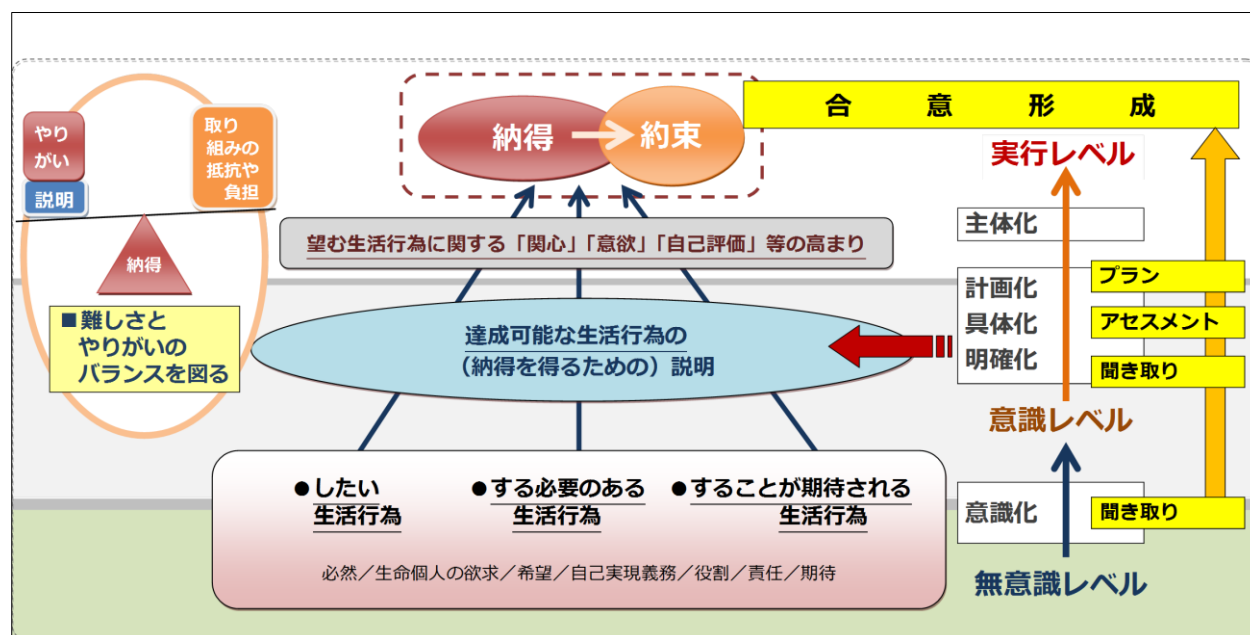


図5 実行への合意形成を得るプロセス

人には本人が意識している・していないにかかわらず、「したい」「する必要がある」「することが期待されている」生活行為が存在します。

生活行為の聞き取りは、対象者の意識下にある生活行為を、意識化し言語化するプロセスです。こうして意識化・言語化した生活行為に対して、当初はあきらめや自己否定・抵抗感や取り組みへの負担感から困難と感ずるかもしれません。

しかし、MTDLPのマネジメントによるPDCAサイクルのアセスメント・プランニングによって、生活行為を実現するまでの道筋を提示（明確化、具体化、計画化）することによって、対象者自身の関心・意欲・自己肯定感を引き出し、対象者がやってみようと思うことで合意形成につながります。

つまり、合意形成をするためには、対象者の生活行為実現までを明確にして「やりがい」を説明し、取り組みを具体化・計画することで抵抗感や負担を軽くし、難しさとやりがいの絶妙なバランスを取ることで、対象者からより良い納得、さらに合意形成が得られるでしょう。

この一連の説明と合意のプロセスがあるからこそ、MTDLPは対象者主体の自立支援型マネジメントツールと位置付けることができます。目標となる生活行為は対象者と作業療法士の視点が融合した協業のうえに成り立っています。

■キーポイント4：MTDLPを強化する課題分析シート

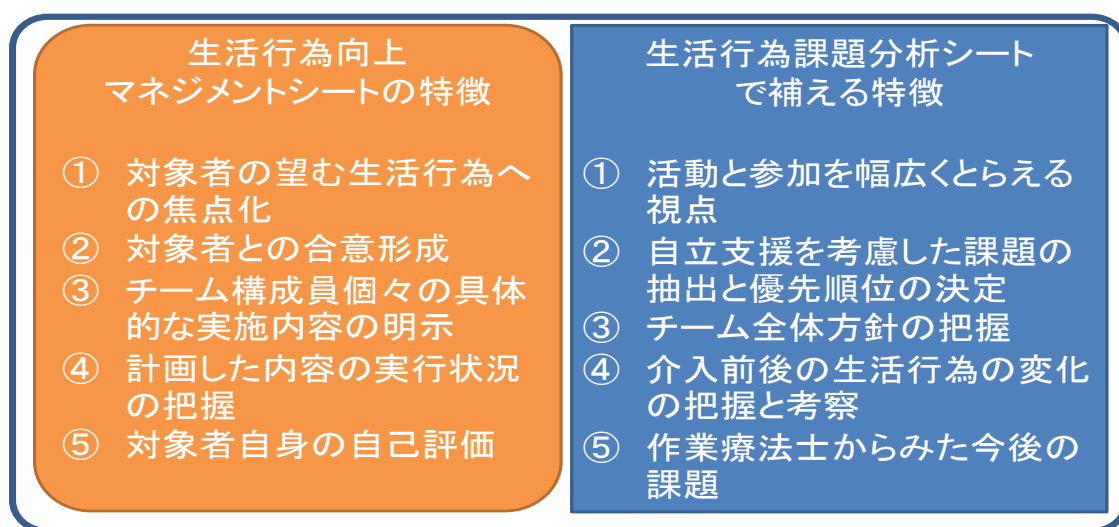
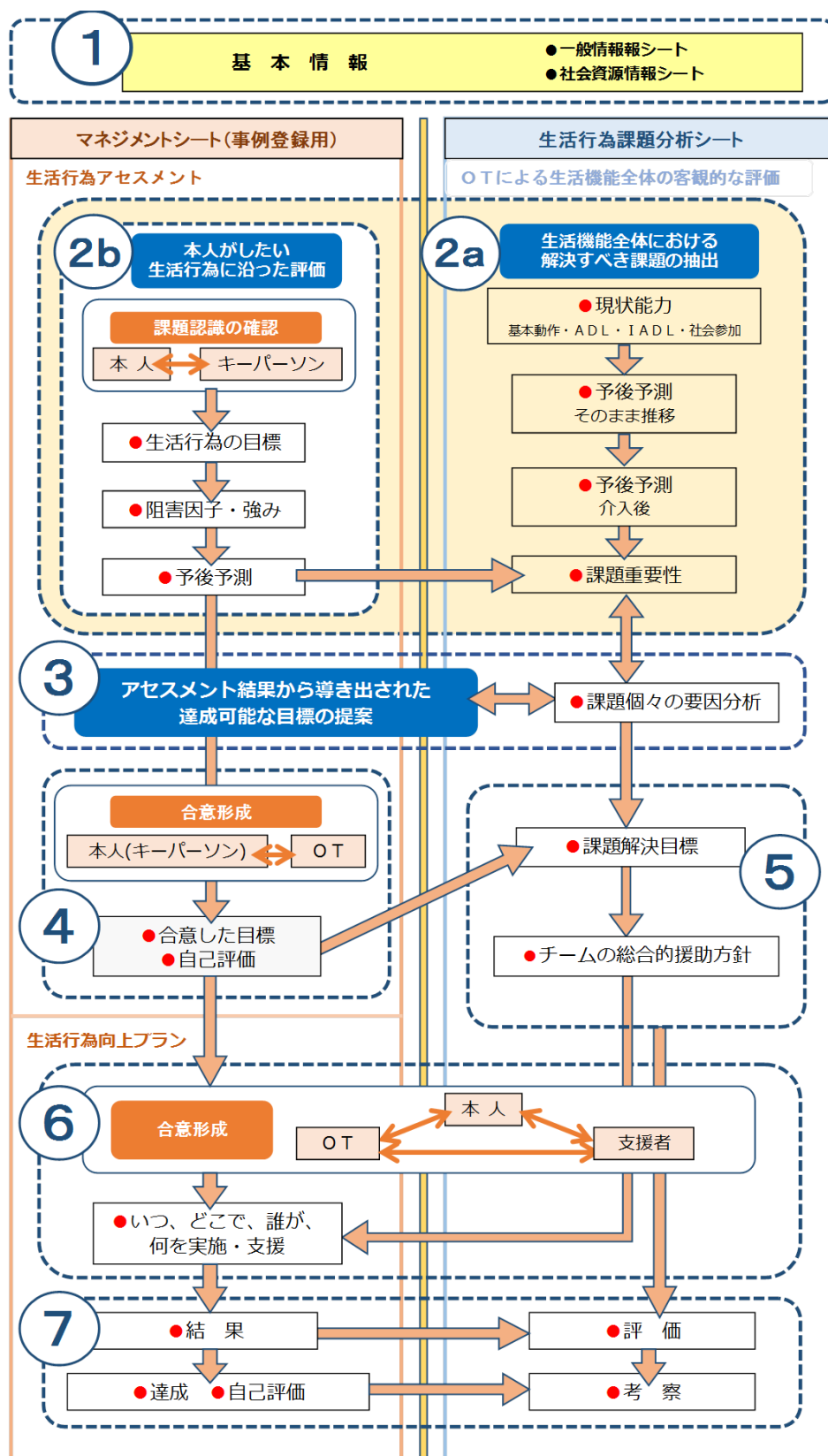


図6 事例報告で用いる主要2シートの相補的關係

MTDLP の事例報告では、生活行為向上マネジメントシート（事例報告用）をさらに強化するため、生活行為課題分析シートを用います。それぞれのシートの特徴を図6に示します。

MTDLP は、対象者主体でありながら、ICF で全体を把握し、トップダウン的視点とボトムアップ的視点、主観的評価と客観的評価をバランスよく組合せ、対象者・家族との合意形成と多職種協働プランを盛り込んだ日本オリジナルの自立支援型マネジメントツールです。全体の生活を捉え、自律を目指す作業療法士としての専門的視点が不可欠です。

■キーポイント5：主要2シートを用いたMTDLPの進め方



① 基本情報シートを用いて、生活行為の目標に関連する個人因子・環境因子等の情報を収集する。

②a 活動と参加を能力・実行状況で包括的に評価、作業療法士の予後予測に基づいて課題重要性を重要なものから1～5の序数で示す。

②b①で把握した、個人因子を基に生活行為の目標の聞き取りとキーパーソンの移行を確認する。本人（対象者）の生活目標とキーパーソンの意向とにズレがないか確認する。

③生活行為マネジメントシートの分析結果と生活行為課題分析シートとの課題個々の要因分析（全体の生活機能）から導き出された、達成可能な目標の提案を、本人とキーパーソンに説明する。

④具体化した生活行為の目標は本人、キーパーソンと合意形成を図る。

⑤課題解決目標：合意した生活行為の達成のための課題の設定、段階づけられた目標の設定。

チームの総合的援助方針：課題解決目標のために取り組むチーム支援の方針、支援者の選定やそれぞれの役割などを簡潔にまとめる。

⑥チームの総合的援助方針に基づいて合意した目標を達成するために立案したプランを本人、支援者に説明し合意形成を図る。

プランが確定し実行される。チームの総合的援助方針の基づき、具体的なプラン内容を生活行為向上プランの表内に記載する。

⑦マネジメントシート：プランの実施の結果を具体的に記載。合意した目標としての達成状況を評価、合わせて主観的な自己評価を聞き取る。

全体の生活機能を再評価し、取り組みの結果と照合させて、生活全体に及ぼした影響や、計画の修正について考察する。

図7：思考プロセスイメージに基づいた登録用ツール作成のためのフローチャート

(4) 対象者の決定・同意確認

対象者もしくは代諾者に「生活行為向上マネジメント」の導入について説明を行い、同意を得ます。

※事例についての同意は、「事例報告登録制度」同意書・同意説明書をご参照ください。

対象者は、作業療法の対象者であれば年齢・疾患・領域に関わらず、すべての人が対象となります。

これまでの報告でも、高齢者だけでなく、小児や精神疾患、若年の頸髄損傷、神経難病、就労支援の事例もありました。

協会ホームページより、

- ① 一般社団法人日本作業療法士協会「事例報告登録制度」に関する同意説明文書
- ② 「事例報告登録制度」同意書

を入手し、同意説明書に沿って対象者（または代諾者）と施設長（または部門の責任者）に十分な説明を行い、事例報告を行うにあたっての同意を得てください。

※対象者を決定する上での留意点

対象者と信頼関係ができていない段階や、発症早期で、生活行為まで目が向きにくい時点では、適切な MTDLP の実践が困難となる場合があります。

対象者の思いや状態の変化に合わせて、しかるべきタイミングで説明と同意を得るための配慮をお願いします。

意識障害や失語症、認知症により対象者からの聞き取りが困難なケースや、支援者が不在なため、合意形成が難しい場合もあると思います。このような場合、ご家族やこれまでの支援者から、生活歴情報を収集するために作業療法士が自ら動き、支援をすすめる中で対象者から聞き取りが可能となるタイミングを図ったりするなどの工夫が必要です。

(5) MTDLPのプロセスと事例報告用シートの紹介

MTDLP は、7段階のプロセス：①インテーク→②アセスメント→③課題の抽出と設定（課題分析）→④プランニング→⑤実行（支援プログラムの実行）→⑥モニタリング→⑦計画修正・引き継ぎからなっています。

図8の左は一連のプロセスを繰り返すPDCA サイクルを示し、右は各プロセスに対応して活用する事例報告用のシートです（図1を詳細に改変）。

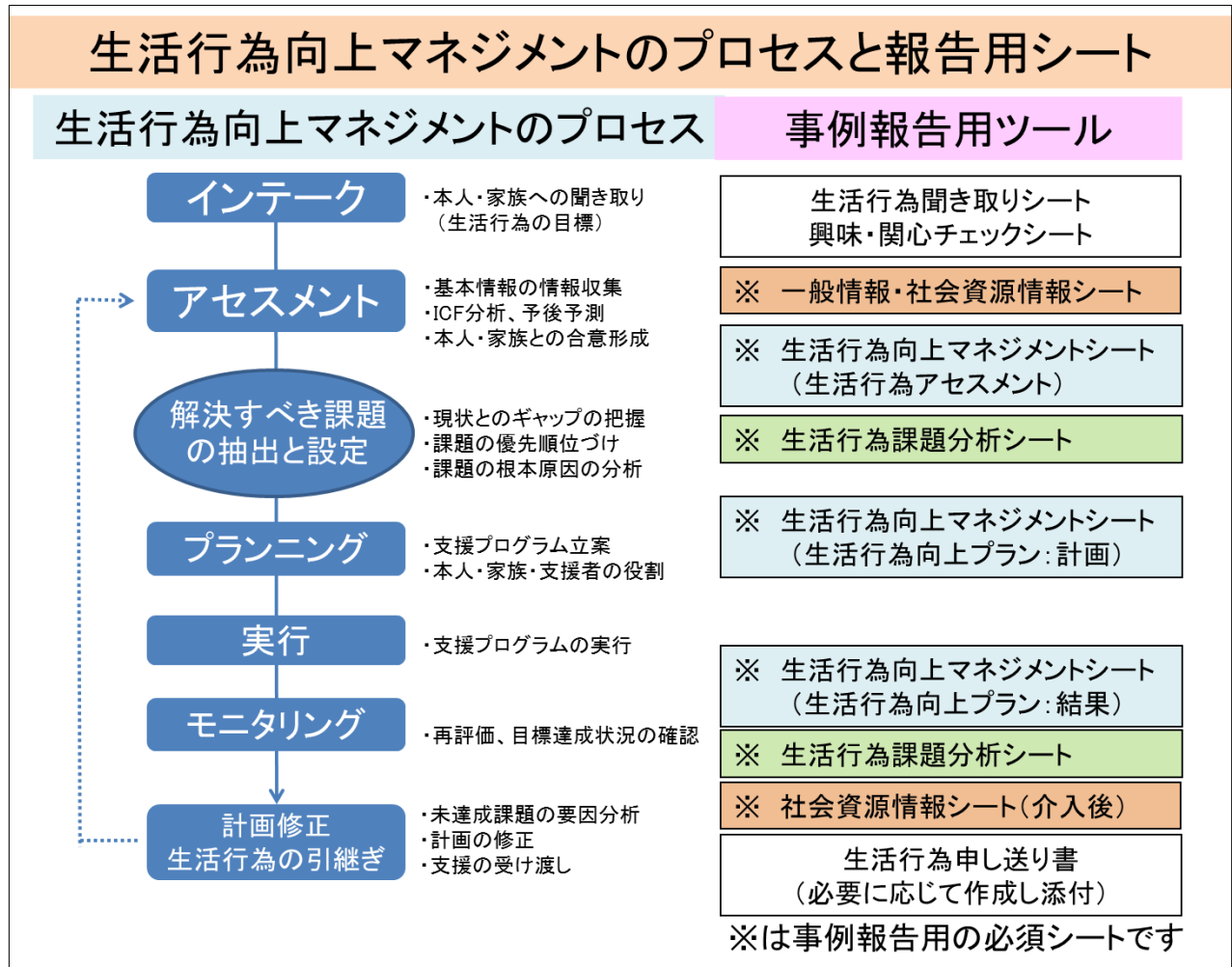


図8：生活行為向上マネジメントのプロセスと事例報告用シート

(注) 各シートは、協会ホームページからダウンロード・印刷してご使用ください。

- 生活行為聞き取りシート
- 興味・関心チェックシート
- 生活行為向上マネジメントシート（事例報告用）【※ 事例報告では添付必須シート】
- 生活行為課題分析シート（事例報告用）【※ 事例報告では添付必須シート】
- 一般情報シート（事例報告用）【※ 事例報告では添付必須シート】
⇒審査には必要ですが、事例公開時には公開されないシートです
- 社会資源情報シート（事例報告用）【※ 事例報告では添付必須シート】
⇒審査には必要ですが、事例公開時には公開されないシートです
- 生活行為申し送り表【必要に応じ添付可能シート】

(6) 審査基準と事例種別の限界と留意点

①事例審査表と事例審査基準

表1:事例審査表

事例No:													
審査年月日:		年		月		日		審査員名:					
		評定基準 4:非常によい、3:よい、2:少し改善が必要、1:かなり改善が必要 (匿名性の確保のみ 10:十分、1:不十分)											
		判定(得点率) A:80%以上、B:60~79%、C:50~59%、D:49%以下											
審査表		評定基準	合計	得点率	判定	memo							
段階	審査項目												
第0段階 個人情報保護・基本情報	匿名性の確保 基本情報は漏れなく記載されているか		0	0	D								
第一段階 対象者・キーパーソンとの 目標の聞き取り	対象者の目標は個人因子が反映されているか 対象者が考える目標の達成レベルを把握しているか キーパーソンとの意向を確認しているか		0	0	D								
第二段階 アセスメント	対象者の目標を達成するために必要なアセスメント項目を選択しているか ア 健康状態(病名・症状・合併症・薬の内容) セ 心身機能(身体機能・精神機能・水分・血圧・栄養状態など) ス 活動(ADLとIADLなど、能力・実行状況) メ 参加(仕事・地域交流・社会活動など) ン 環境因子(用具・住居・周辺環境・家族の態度・サービス・制度など) ト 個人因子(生活歴・職歴・役割・趣味・ライフスタイル・価値観など) 上記のアセスメント項目を必要に応じて網羅しているか 24時間365日の生活行為の連続を意識しているか(関わっている時間以外含む) 予後予測はいつまでに、どこまで達成するかを記載しているか		0	0	D								
第三段階 解決すべき課題の抽出と 設定	対象者の現状能力と予後予測のギャップから課題が適切に抽出されているか 課題重要性は、複数ある課題から目標に応じて優先順位づけされているか 課題個々の要因は心身機能・環境因子など包括的な視点で分析されているか		0	0	D								
第四段階 合意形成	対象者・キーパーソンとの合意形成を経て目標が具体的に示されているか 他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか 主たるマネジメント担当者(医師・ケアマネなど)との合意形成に努めているか		0	0	D								
第五段階 プランニング	在宅生活・生活の広がり意識したプランとなっているか 長期目標を達成するために、短期目標が具体的に設定されているか 生活行為工程分析とアセスメントにもとづいたプランが立案されているか 目標の達成のため、段階付けられたプログラムになっているか 本人・家族・支援者の役割分担は明確か 地域の社会資源の活用も検討されているか		0	0	D								
第六段階 実行・モニタリング	各プログラム(基本的・応用的・社会適応)の実施状況が記載されているか 目標は達成されたか、未達成の場合はその理由が明確か 介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか		0	0	D								
第七段階 計画の修正・生活行為の 引き継ぎ	結果の要因分析からプランの見直しを適切に行ったか 支援が途切れないように生活行為を引き継いだか 残る課題を解決するためのプランを考察しているか 対象者の課題から、組織や地域の課題が抽出されたか		0	0	D								
専門得点:太字の合計点、マネジメント得点:その他の合計点			専門得点率		0.0%	マネジメント得点率		0.0%					
総合判定(審査基準・マトリックスを参照)		A・B・C・D											
<コメント>													

表2:事例審査基準

判定	基準	審査者の対応
A	ケースマネジメントが十分にできている ・審査表の各段階の判定がすべてA・B ・文章・シートともに適切に記載 ・審査者が「特に素晴らしい」と判断した場合は、S事例として下さい。 例) ・社会適応プログラムに、地域の社会資源を巧みに利用した自立支援に資する多職種プランが記載され、役割分担も明確である ・考察に事例を通してみえた地域の課題が抽出でき、解決方法まで十分に記載されている	・合格 ・S事例の場合は、事例概要図の作成を依頼
B	ケースマネジメントができているが、軽微な修正が必要 ・審査表の段階0～四がA・Bで、段階五～七のいずれかにCがある ・文章・シートの記載内容に軽微な修正が必要	・不合格 ・修正コメントの作成 ・再登録の際の審査
C	ケースマネジメントができているが、修正が必要 ・審査表の段階0～四にCが1個以上で、五～七にCが2個以上 または、各段階の判定でCが3個以上 ・内容はいいが、シートに不備が多い	・不合格 ・修正コメントの作成 ・再登録の際の審査
D	ケースマネジメントが不十分 ・Dが1個以上	・不合格 ・修正コメントの作成 ・一般事例での登録は可能なことを説明

②事例種別ごとの限界と留意点

表3:事例種別ごとの限界と留意点

事例種別	限界	最低限実施すべきこと
医療:急性期	・在院日数の制限 ・機能回復の可能性と対象者のニーズの偏り ・病病連携による生活行為や在宅生活への繋ぎの困難さ	・生活行為の目標の把握 ・対象者と家族への合意形成 ・院内チームのマネジメント ・回復期 OT やケアマネジャー, 地域包括支援センターへの目標・プランの申し送り
医療:回復期・維持期 精神・小児 介護:老健施設・特別養護老人ホーム	・在宅生活での活動と参加の実行状況の評価 ・環境因子の評価 ・訪問支援の回数制限	・施設内と施設外のチームマネジメント ・家族やケアマネジャー等の支援者による環境因子の代理評価 ・在宅訪問または退院時カンファレンス ・在宅スタッフへの情報伝達
介護:通所リハ・通所介護・訪問リハ・地域包括支援センター 障害:総合支援法	・検査や診断といった医療分野 ・心身機能のアセスメント	・活動と参加, 環境因子のアセスメント充実 ・ケアマネジャーやコーディネーター・ホームヘルパーなどの専門職との役割分担 ・社会適応プログラムの充実

事例種別により, 求められる機能や役割が異なることが想定されます。そのため, 事例種別毎の限界と最低限実施すべきことを表3に示します。

例えば, 急性期病院では, DPC や地域連携パスの導入により, 在院日数の制限や心身機能の回復の可能性が大きいことなどで, 生活期リハよりも基本プログラムに重点を置いたプランとなることもあります。

しかし, MTDLP の目的を考えると, 急性期であっても, 「退院後をイメージした」マネジメントが行われるはずであり, 対象者のできるようになりたい生活行為の把握や, 次の支援者に対する申し送りなどは最低限行われるものでしょう。

4. 生活行為向上マネジメントの実際と各シートの記入方法

(1) 基本情報収集

<一般情報シート>

本シートは、対象者の支援を行うための一般的な情報をまとめたシートです。

生活歴などから対象者の人となり、生き様や嗜好がイメージできるように、さらに、疾患名・合併症・現病歴から、生活機能の障害の要因が把握できるよう作成しました。また、家族構成、要介護度や主介護者、住宅、年金、収入と言った環境因子も把握できるようになっています。

【記入方法】

○事例種別は、執筆者がMTDLPを実践した分野を選択し、その番号を記入してください。

○生活歴や作業歴には、対象者のこれまでの人生(ライフ・ストーリー)がわかるように具体的に記載してください。仕事歴や生活歴・対象者の性格や趣味・プロフィールなど、事例紹介に記載するような個人因子が意味を持つ内容を記入すると良いでしょう。

○主疾患名には、今回の生活行為の障害を引き起こした直接のきっかけとなるものを記入し、その発症からの期間を記載します。

○現病歴は、入院日や作業療法開始時をX年Y月などと記載すると、支援の時系列がわかりやすくなります。(例：X年Y月に入院、Y+1月からOT開始)

○既往疾患は、複数選択していただいて構いません。当てはまるものを、主なものから5つまで選択してください。

○家族構成・介護者は、主たる介護をする人や、対象者のキーパーソンとなる人の番号を1つ記入してください。

○対象者以外の家族について、本人以外の同居している家族や関わりのある親族などの情報を記入してください。

○住宅環境と周辺状況は、自宅環境の詳細や、家の周辺について対象者が生活で移動する範囲における情報を記入してください。

○日常生活自立度(寝たきり度)は、の障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準を、認知症老人の日常生活自立度は、の認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を参照し、適応がある対象者の場合のみ、記入してください。

○一般情報シート(ダウンロード版)の2枚目シートにある入力見本(記入例)を参考にご記入ください。

一般情報シート(事例登録用)									
事例種別								番号記入	
1:医療 急性期		6:介護老人保健施設		11:介護支援専門員・地域包括支援センター					
2:医療 回復期		7:通所リハビリテーション		12:障害(総合支援法)					
3:医療 維持期		8:通所介護							
4:医療 精神科		9:訪問リハビリテーション(訪問看護7)		13:その他					
5:小児 発達障害		10:介護特別養護老人ホーム		()					
年 齢		歳		性 別		1:男性 2:女性			
生活歴や作業歴(学歴・職歴・趣味を含む)・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど:記述									
主疾患名				発症からの期間		日			
現病歴:記述									
既往疾患(主なもの5つまで)								番号記入	
1:循環器系:高血圧、脳卒中、心臓病		6:筋骨格系							
2:内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病、高脂血症		7:外傷、中毒系、骨折、その他							
3:呼吸器系		8:がん							
4:消化器系		9:血液・免疫系							
5:泌尿器、生殖器系		10:その他		()					
家族構成				番号記入		介護者について		番号記入	
1:独居		4:孫と同居				1:配偶者		5:兄弟、姉妹	
2:配偶者と同居		5:施設入所				2:息子・娘		6:なし	
3:子と同居		6:その他		()		3:息子・娘の配偶者		7:その他	
						4:孫		()	
本人以外の家族について(同居や別居家族、関わりが多い親戚など):記述									
住 宅		番号記入		住宅環境と周辺状況:記述				介護者年齢	
1:持ち家								1:65歳未満	
2:賃貸住宅・借家								2:65~74歳	
3:ケア付き住宅								3:75~84歳	
4:施設								4:85歳以上	
5:その他		()						5:なし	
年金の種類		番号記入		障害者手帳		番号記入		収入の有無	
1:国民年金				1:身体障害者手帳				1:仕事をしている(収入あり)	
2:厚生年金				2:療育手帳				2:していない	
3:共済年金				3:精神障害者保健福祉手帳					
4:老齢福祉年金				4:なし				生活保護	
5:障害年金				判定区分(等級)				番号記入	
6:その他		()							
日常生活自立度(寝たきり度)									
1:非該当 2:Ⅰ 3:Ⅱa 4:Ⅱb 5:Ⅲa 6:Ⅲb 7:Ⅳ 8:M 9:C2									
認知症高齢者の日常生活自立度									
1:非該当 2:Ⅰ 3:Ⅱa 4:Ⅱb 5:Ⅲa 6:Ⅲb 7:Ⅳ 8:M 9:C2									

図9:一般情報シート(事例登録用)

＜社会資源情報シート（以下、社会資源シート）＞

社会資源シートは、介入期間、MTDLP の支援（介入）の前と後において、利用しているサービス内容の変化、ケアマネジャーとの連携状況、地域移行支援に向けた取り組みがわかるものです。

MTDLP を使用して、対象者の生活行為を自立（自律）に向けて支援するためには、社会保障サービスだけでなく、社会保障以外のサービス（公民館活動やボランティアなどその他の社会資源の活用）の利用も検討する必要がありますが出てくることを想定しています。それらが、支援によって変化があったかどうかを確認できるシートとなっています。

【記入方法】

○退院前訪問、退院前カンファレンス、生活行為申し送り表の利用、退院後訪問支援について、実施の有無をプルダウンで番号を記入してください。

①退院前訪問：入院・入所の方を対象に、退院・退所前に自宅もしくはグループホームなどの在宅施設に訪問して、環境因子に対する介入や社会適応プログラムを行うことです。

②退院時カンファレンス：在宅生活を具体的に組み立てるために、退院・退所前に開催する対象者・家族・ケアマネジャー等と合同で行うカンファレンス（ケア会議）です。

③生活行為申し送り書を用いた場合、ありに記入し、事例登録時に申し送りシートも添付して提出してください。

④退院後訪問支援：退院・退所後に自宅を訪問して、生活行為が上手く継続できているかの確認や、問題点・改善策の指導を行うことです。

○介入時・介入後のケアマネ・相談支援員等の関与について、あり・なしで記入してください。

○介護保険・要介護度についても、介入時・介入後それぞれについて、プルダウンで、未申請・申請中・介護度など、あてはまるものを記入してください。

○在宅サービス利用状況・その他の社会資源も介入時と介入後の変化を、週○回など記入してください。

○社会資源情報シート（ダウンロード版）の2枚目シートにある入力見本（記入例）を参考にご記入ください。

社会資源情報シート(事例登録用)							生活行為向上マネジメント
退院前訪問				退院時カンファレンス			
生活行為申し送り表の利用				退院後訪問支援			
介入時				介入後			
ケアマネ・相談支援員等の関与				ケアマネ・相談支援員等の関与			
要介護度				要介護度			
在宅サービス利用状況	領域	サービス内容	利用頻度	領域	サービス内容	利用頻度	
	医療	外来リハビリテーション	/月	医療	外来リハビリテーション	/月	
		訪問看護	/月		訪問看護	/月	
		訪問リハビリテーション	/月		訪問リハビリテーション	/月	
		通所リハビリテーション	/月		通所リハビリテーション	/月	
	介護	その他()	/月	介護	その他()	/月	
		訪問介護	/月		訪問介護	/月	
		訪問入浴介護	/月		訪問入浴介護	/月	
		訪問看護	/月		訪問看護	/月	
		訪問リハビリテーション	/月		訪問リハビリテーション	/月	
通所介護		/月	通所介護		/月		
障害	通所リハビリテーション	/月	障害	通所リハビリテーション	/月		
	ショートステイ	/月		ショートステイ	/月		
	その他()	/月		その他()	/月		
	就労支援施設	/月		就労支援施設	/月		
その他	地域活動支援センター	/月	その他	地域活動支援センター	/月		
	訪問介護	/月		訪問介護	/月		
	児童デイサービス	/月		児童デイサービス	/月		
	ジョブコーチ	/月		ジョブコーチ	/月		
その他の社会資源	福祉用具()		その他の社会資源	福祉用具()			
	補装具 ()			補装具 ()			
	住宅改修()			住宅改修()			
	配食サービス			配食サービス			
	地域包括支援センターの関与			地域包括支援センターの関与			
	保健師の関与			保健師の関与			
その他()		その他()					
就労	就労		就労				
シルバー人材センター	シルバー人材センター		シルバー人材センター				
ボランティア	ボランティア		ボランティア				
学校	学校		学校				
介護予防事業	介護予防事業		介護予防事業				
スポーツジム	スポーツジム		スポーツジム				
健康増進施設	健康増進施設		健康増進施設				
交流会・サロン	交流会・サロン		交流会・サロン				
スーパーマーケット	スーパーマーケット		スーパーマーケット				
コンビニ	コンビニ		コンビニ				
()	()		()				

第1版（平成27年7月30日）

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の 無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

図10:社会資源シート(生活行為向上マネジメント用)

(2) インテーク：生活行為の目標の聞き取り＜生活行為向上マネジメントシート＞

＜生活行為向上マネジメントシート＞

生活行為向上マネジメントシート（以下、マネジメントシート）は、マネジメントのながれと内容がわかるもので、作業療法士の思考過程である、評価と課題の設定、計画・実行までを網羅しています。

本シートは、生活行為アセスメント演習シート⁷⁾と生活行為向上プラン演習シート⁸⁾をまとめたものです。

事例登録には、生活行為向上プランに『結果』の欄が追加されたマネジメントシート（事例報告用）を協会ホームページよりダウンロードしてご使用ください。

【記入方法】

生活行為の目標（本人）；対象者のしたい・望む生活行為を具体的に聞き取り、シートに記入します。

例) 畑くらいはできるようになりたい。

キーパーソンの部分には、誰（家族や支援者等）で、対象者にできるとよい、できるようになって欲しい生活行為を具体的に聞き取ります。

MTDLPは、「対象者支援」と「環境支援としての家族と支援者等を支援」することが重要です。そのため、キーパーソンとなる家族や支援者の聞き取りも、対象者と同様に丁寧にすることが大切です。

例) 妻: トイレくらいは一人で行けるようになって欲しい。

【聞き取り方法】

対象者がしたい・望む生活行為を聞き取り、生活行為の目標を明らかにします。

聞き取りを始める前に、対象者の職歴や家族構成、家庭での役割、かつての趣味、楽しみにしていたことなど、生活歴を確認しておくことで面接が円滑に運びます。

最初の聞き取りでは本音を話しにくい、「話してもどうせできやしない」と思っている対象者もいます。

対象者が返答に戸惑う場合には、「元気になったら何がしたいと思いますか？」など、質問の仕方を工夫することで、対象者がしたいと思っている生活行為を引き出せるかもしれません。できるだけ具体的な希望や困り事を引き出せるように心がけましょう。対象者の本音を探り、本人が「答えた方が良くと思う生活行為」や「しなければならない生活行為」だけでなく、「本当にしたい生活行為」を聞き取るように努力してください。（図12）

対象者が目標となる生活行為が思いつかない場合や、生活行為の目標に気持ちが向かない場合や、認知症で答えられない場合は「興味・関心チェックシート」を活用

生活行為向上マネジメントシート(事例登録用)										生活行為向上マネジメント	
生活行為の目標	本人										
	本人										
	本人										
	本人										
	本人										
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)	活動と参加の分析 (移動・運動・ADL・IADL・社会参加)		環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)							
	ICF	詳細	ICF	詳細	ICF	詳細					
生活行為を妨げている要因											
現状能力(強み)											
予後予測 (期間・改善レベルを記入)											
合意した生活目標 (いつ・誰とどこでやるのレベルで実施するか)											
自己評価*	初期	実行度	/10	満足度	/10	最終	実行度	/10	満足度	/10	
	*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう										
生活行為向上プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム		社会適応的プログラム						
		計画									
	本人	結果									
		計画									
	家族	結果									
		計画									
	支援者 (職種明記)	結果									
		計画									
	いつ・どこで、誰が、何を、実施・支援	結果									
		計画									
実施・支援期間	介入開始日	年 月 日		最終評価日	年 月 日						
達成状況	1:目標達成		2:変更達成		3:未達成		4:中止		番号記入		
	未達成の理由										

第1版(平成27年7月1日)
本シートの著作権(著作人権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複製・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

図11:生活行為向上マネジメントシート(事例報告用)

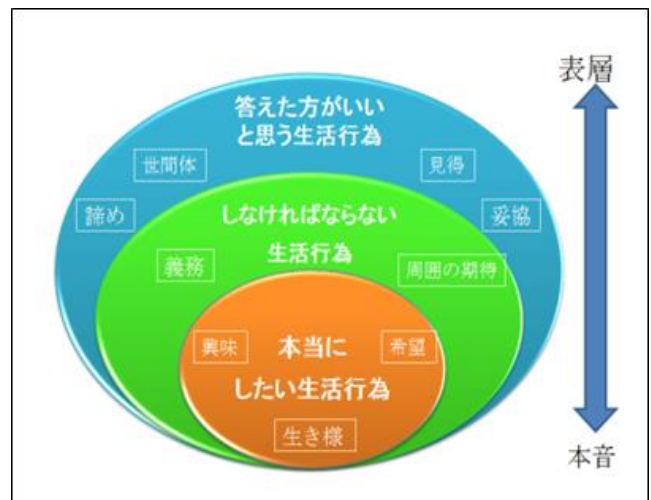


図12:対象者(本人)の本音を探る

し、「してみたい」「興味がある」とした項目の中から、対象者の意向を確認して、目標となる生活行為を決めていきます。

※最初の面接で聞き取れない場合には・・・

対象者の生活行為を聞き取ろうとする行動が対象者と作業療法士間の信頼関係の構築に繋がり、次の支援や生活行為の聞き取りがスムーズになります。そのため、最も重要な段階とも言えます。

対象者から表出される言葉のみを聞き取るのではなく、生活歴や性格・パーソナリティ等も考慮しながら個人因子を把握し、過去の経験や現在の状態、対象者自身が今後の希望をどのように感じ・考えているかを捉えることです。

図12を参考に、聞き取りをした生活行為の対象者にとっての意味を知り、その階層性も把握することが必要です。この聞き取りの意味の把握が不十分な場合は、MTDLPの趣旨から外れてしまいます。図1にあるような、MTDLPのマネジメントに重要なPDCAサイクルに導入するためのインテークとなりますので、ご注意下さい。

※インテーク：生活行為の目標の聞き取りの説明を参考にして、事例登録の本文中にも対象者の生活行為の意味を記載するようにしてください。

表4：生活行為聞き取りシートで確認した目標の例⁹⁾より引用

サービス 機関	ADL・セルフケア	家事などIADL	趣味活動	社会参加
医療	ADL自立 歩行の安定 バランスの向上	料理、仏壇の掃除 ミシン・アイロンかけ コタツに火を入れる 書字 自動車の運転 バスや電車の利用	スロット 家庭菜園 ゴルフ 仲間との山登り 定期的な外出 温泉、旅行	結婚式への参加 母親の面会 ボランティア・老人会参加 孫との文通 友人とお茶を飲む 復職、畑での機会操作
施設	トイレ動作 車いす自乗 靴下を履く	掃除、洗濯 会話、電話に出る 買い物、外出 犬や猫の世話 車の乗り降り 自転車に乗る 庭の手入れ 畑仕事	歌・民謡・詩吟、踊り 音楽鑑賞、楽器演奏 書道、塗り絵、絵画 鉛筆画、映画鑑賞 編み物・裁縫・手工芸 パズル・数学の問題 生け花、読書、木工 ウィンドウショッピング 古民家見学	手紙・年賀状を書く 墓参り イベント・同窓会の参加 他者との交流 食事会 講演を聞く 友達へのプレゼント作り 個展を開く
通所	信号を渡る 坂道などの屋外歩行 階段昇降 立ちしゃがみ動作 更衣、爪切り、整容 普通の食事を食べる 浴槽の出入り、洗体動作 上手く話す 物を押さえる	単独での病院受診 友人宅の訪問 2階の窓の開閉	詩吟、カラオケ コーラス、写真を撮る パソコン操作、園芸 盆栽、茶道、園芸 野球、水泳 バドミントン、卓球 ゴルフ、グランドゴルフ 釣り、そばうち 手を使った仕事	孫へのプレゼント作成 理容室でひげを剃る 外食・ラーメン屋に行く
訪問	洗顔	風呂掃除 洗濯たたみ	詩を作る 新たな趣味	

(3) 生活行為のアセスメント＜生活行為課題分析シート、マネジメントシート＞

生活行為のアセスメントは「解決すべき課題」を把握するための重要なプロセスです（図1参照）。

生活行為のアセスメントは、現状を把握し、課題を明らかにするために行います。解決すべき課題の抽出と設定は、「過去から現在」、「現在から未来（将来）」の両方の時間軸を見据えた中から課題を抽出することが大切です。

＜生活行為課題分析シート＞

【生活行為課題分析シートの目的】

生活行為課題分析シート（以下、課題分析シート）は、MTDLP のマネジメントでは対象者の望む生活行為に関連した要因のみに目を向けるのではなく、改善の余地のある ADL や IADL も見落とさないように作業療法士や支援者すべてを誘導するツールです。

このシートは、MTDLP をすすめていくうえでの作業療法士の考える、解決すべき課題（生活行為）を設定するための思考過程を表わすため、質の評価と教育に資する様式として作成されました¹⁰⁾。

このシートを活用することで、MTDLP を地域包括ケアシステムにおける自立支援に資するツールにつながるものと考えています。

【課題分析シートの説明・記載方法】

① アセスメント項目

MTDLP では、これまでの研究事業における検証で用いられた評価指標を採用しています。

ADL では、Barthel Index¹¹⁾、IADL は Franchay Activities Index¹²⁾、社会参加は老研式活動能力指標¹³⁾を参考に、アセスメント項目としています。

対象者への支援の前に、これらの評価指標を用いて活動と参加の評価を行い、現状の能力を把握します。評価の際に、能力と実行状況を把握するようにしてください。

以下に、アセスメント項目を説明します。

【基本動作】

生活行為を行う上での基本となる動作です。ICF の第4章：運動・移動の「姿勢の変換と保持」に含まれ、起き上がり・立位保持・床からの立ち上がり・床のものを拾う、の4項目から成ります。

起き上がりは生活行為の最初の工程であり、自立しない場合は、完全な自立生活は難しいかもしれません。

立位保持は、歩行やトイレ動作、入浴といった ADL だけではなく、食事の準備や片付け、洗濯、掃除などの様々な行為に必要な動作です。これが困難な場合は、車いすの使用や座って行為ができる工夫や環境の整備が必要となります。

図13:生活行為課題分析シート

床からの立ち上がりは、和式住居では必須の動作です。日本人は、こたつに入ったり、座卓で食事をしたりといった日本文化に根ざした動作でもあるため、膝の痛みや運動麻痺、筋力低下などで動作が困難となった場合は、生活様式の変更を余儀なくされます。洋式の生活に変更した場合でも、転倒したときの必須動作となるので、作業療法士が把握しておくべき項目です。

床から物を拾うは、トイレ動作や更衣、入浴などのADLだけでなく、食事の準備や片付け、洗濯、買い物、庭仕事などを遂行する上で重要な動作の構成要素の一つであり、できないことによる支障が大きい動作となります。

【ADL】

ここでは、基本的ADL（BADL：Basic ADL）であり、「身辺処理活動を指し、移動、身の回りの動作、コミュニケーション、環境機器や器具の操作、性的な表出等、基本的技能」¹⁴⁾のことを意味します。

このシートであげている10項目はBIから抜粋したものであり、ICFの第4章：運動・移動の「物の運搬・移動・操作」と「歩行と移動」、5章：セルフケアのすべての項目が含まれます。

【IADL】

ここでは、手段的ADL（IADL：Instrumental Activities of Daily Living）のことであり、「家事全般、地域における生活技能、健康管理、安全管理等を指し、より高度な問題解決技能や社会技能、環境とのより複雑な相互作用が必要とされる技能」¹⁵⁾を意味します。

ICFの第4章：運動・移動の「交通機関や手段を利用した移動」、第6章：家庭生活、第8章：主要な生活領域の「仕事と雇用」、第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活が含まれます。

【社会参加】

共同の生活を営む人間の集団や世の中の地域に関与したり、一翼を担ったりすることです。ICFでは、第7章：対人関係、第8章：主要な生活領域、第9章：コミュニティライフ・社会生活・市民生活が含まれます。

【その他】

対象者にとって重要な生活行為の項目があれば、必要に応じて項目を足してもかまいません。

② 現状能力

評価内容をもとに、課題分析シートの現状能力に各生活行為の項目をプルダウンリストから選択します。

評価時に把握できていない場合は、「未把握」を選択しても構いません。

対象者への聴取だけでは把握が困難な場合は、家族やケアマネジャー、施設職員などからも聴取し、なるべく把握できるように努めて記入するようにしてください。

③ 予後予測

「このまま推移」には、MTDLPを実施しない場合には各アセスメント項目がどうなるのかを予測して選択してください。

「介入（支援）後」には、MTDLPによる支援を受けた場合の各アセスメント項目を選択します。この予後予測は、入院・入所中であれば、在宅生活に戻った場合にどうなるのかを想定して記入してください。

または補強している現状能力（強み）についても、ICFに基づいて記入します。

③予後予測の欄には、対象者の目標とする生活行為が、「いつまでに、どこまで達成できるか」を心身機能・活動と参加・環境因子に分けて記載します。

経験の浅い作業療法士や経験があっても、初めて経験する疾患では、予後予測を立てにくいことが想定されます。このような場合は、事前準備として掲載しているような先行文献やOT協会の事例報告データベースを検索するなど、他の作業療法士、他職種に意見を求めることも重要です。

具体的な期間設定をすることで、モニタリングや計画の修正の工程につながるため、予測の精度よりも、具体的に設定することに重点を置いてください。以下に、表5：脳卒中左片麻痺となった60歳代・女性の生活行為アセスメントの一例を掲載しますので、参考にしてください。

表5:脳卒中左片麻痺となった60歳代・女性の生活行為アセスメントの一例
生活行為向上マネジメントシート（事例報告用）

記入日： 年 月 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	簡単な料理くらいはできるようになりたい(味噌汁等)					
		キーパーソン	夫:トイレは一人で行けるようになってほしい					
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (移動能力,セルフケア能力)		環境因子の分析 (用具,環境変化,支援と関係)		
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)	b760:左片麻痺 BRS:上肢Ⅳ, 手指Ⅲ, 下肢Ⅴ b740:立位耐久性の低下 b260:固有受容覚軽度低下 b280:肩関節の痛み b140:左半側空間無視		d430-449:左手での運搬や操作は困難 d450-469:杖歩行は10m程度 d530:排泄は時間誘導で看護師介助. d630-649:家事は未経験		e310:夫と二人暮らしで、日中は仕事に行っている。 e155:自宅は段差が多く、バリアフリーではない e575:介護保険は未申請		
	現状能力 (強み) (ICFコード)	b760:右上下肢は問題なし b117:知的機能は問題なし b130:回復意欲が高い		d130-d179:学習効果は高い d410-429:立位保持と移乗は可能 d175:代償手段の開発ができる d870:経済的には余裕がある		e310:同じ町内に娘家族が在住 e320:趣味を通じた友人が多い ee510:自宅から100m程度の場所にコンビニあり		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	3ヵ月:左手は茶碗を持つことは難しいが、固定は可能となる。肩の痛みは麻痺手の管理を自主 ex で覚えることでコントロールできる。左半側空間無視は残存するが、言語や環境による代償でADLは遂行可能となると予測される。排泄は杖歩行で自立可能で、入浴も繰り返しの行為練習とシャワーチェアとリング付きタオルの導入で自立可能。介護申請をして、住宅改修を検討。 6ヶ月:自宅退院可能。料理は練習により、椅子で休憩をはさみながら2品程度は実用可能となる。料理・洗濯はヘルパーと一緒にいけば、家事の遂行可能。趣味の再開のためには、娘・友人の協力が必須であり、ケアマネジャーを通じて退院前に調整が必要。						
	合意した目標							
自己評価*	初期	実行度 /10	満足度 /10	最終	実行度 /10	満足度 /10		

※予後予測の欄には、対象者(本人)のしたい生活行為が、どのようにすればうまくできるようになるかの見立て(可能性)を記入する。心身機能・構造、参加・活動、環境因子のそれぞれについて可能性を書き込む。または、心身機能・活動と参加・環境因子をまとめてサマリーにしてもよい。この予後予測の欄は、アセスメントのまとめを述べるイメージで記入するとよい¹⁶⁾。

上記の様に、予後予測は、表5の様に、まとめて記入しても、それぞれ分けて記入しても可。

(4) 解決すべき課題の設定と(目標)合意形成 <生活行為課題分析シート, マネジメントシート>

<生活行為課題分析シート>

①課題の要因分析:

生活行為アセスメントで優先順位をあげた課題個々について、生活行為障害の要因を分析します。分析では、なぜそれが課題となるのか、なぜこの順に課題の優先順位が付けられたのかを検討してください。

生活全般を見渡した中から、生活行為の遂行が阻害される要因として、心身機能・身体構造や手順の問題、環境因子の課題などを多面的に検討して記載してください。

課題としてあがってくる生活行為の障害は、要因からくる結果であることがほとんどです。根本的な要因を明らかにできないと、結局のところ課題は解決できないことが多いです。

このため、図16に示すように、WHYを5回程度繰り返し、要因を分析し、根本的な要因を明らかにすることが重要です。

例1)閉じこもりのケース

ケアマネジャーから閉じこもりのケースについて相談を受けた。このような場合、閉じこもりだからといって、安易にデイサービスを導入しても、意図したような外出につながらず閉じこもりは解決しない。

このケースの場合、閉じこもりの要因は、膝が痛く階段が降りることができなかった。

膝の痛みの要因を分析すると、1か月くらい前から下肢の筋力低下を自覚していることも分かった。エピソードとして、体重が10kg減少しており、食生活に問題があることも分かった。

この原因は、妻の認知機能が低下しており、偏ったメニューしか作っていなかったためであった。このため、対象者だけでなく、妻やケアマネジャーを含めて支援の再検討をした結果、宅配弁当サービスを導入すると共に、通所リハで下肢の筋力増強と膝の痛みのケアを行い、近所のスーパーやサロンに外出することができるようになった。

例2)デイサービスを拒否するために家族の介護負担感が増大していたケース

対象者(本人)に聞くと、デイサービスに行っても好きなことが何も無いと話し、本当は書道が好きと希望した。しかし、このことはデイサービスの職員は把握できておらず、本人に聞いても、自分の希望をいうのは悪いと答えた。

そのため、自分の思いを伝えることが苦手であり、もともと内向的な性格であることが根本的な要因であるとアセスメントし、作業療法士が仲介して、デイサービスに本人の内向的な性格を伝え、好きな書道を提供することにより、喜んでデイサービスに行くことができるようになった。さらに、自宅でも宿題の写経に励むようになり、臥床時間の減少し、今後は写経をお寺に奉納するために外出したいとの希望を話すようになった。



図16: 課題の要因分析の考え方

図17: 生活行為課題分析シート

②対象者への達成可能な目標の提案と合意形成

例えば、心身機能は維持期となり、改善が得られなくても、活動と参加は改善するなどの予後予測があっても良いでしょう。

この際に、対象者・キーパーソン・作業療法士間で協議し、目標等の共有を行い、具体的な生活行為の目標を設定します。

この時点で、現実的には難しい高い目標や、対象者とキーパーソンとの目標が大きく乖離している場合は、一旦は受容した上で、「まずは約3ヶ月で達成できそうな目標を設定し、一段ずつステップアップしていきましょう」等のように提案することも必要です。

合意した目標を設定し、その後、その目標に対する実行度と満足度を10段階で自己評価します。

※目標設定に当たっては、あくまで対象者が主体となるよう心掛けましょう。作業療法士は専門職の立場から提案をし、日常生活に着目した具体的な目標設定としてください。

目標を達成するのは、対象者本人です。従って、対象者が「達成したい」「達成できる」と思うことができる目標を設定し、これを達成することで意欲の向上が図れるような目標が望ましいでしょう。

③課題解決目標

合意した生活行為の目標（課題）を達成するために、段階づけた解決すべき生活行為の小目標を設定します。

合意した目標を長期目標（3ヶ月）とし、小目標を短期目標（1ヵ月）の期間で記載するようにまとめます。

短期目標を達成することにより、長期目標が続けて達成できるよう設定してください。

生活行為向上マネジメントシート(事例登録用)											
生活行為向上マネジメントシート											
生活行為向上 アセスメント	生活行為の目標	本人 キーン・パーソン 続柄:									
	アセスメント項目	心身機能・機連の分析 (精神・感覚・身体・知能・情緒・認知)				活動と参加の分析 (役割・運動・ADL、IADL、社会参加)		環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援関係・サービス)			
		ICF	詳細	ICF	詳細	ICF	詳細				
	生活行為を妨げている要因										
	現状能力 (強み)										
	予後予測 (期間・改善レベルを記入)										
	合意した生活目標 (いつまでどこまでのレベルで実施できるか)										
	自己評価*	初期	実行度	/10	満足度	/10	最終	実行度	/10	満足度	/10
	*自己評価は本人の「実行度」(計画全体の達成率)と満足度(「実際の計画」をどれだけ10の数字で表せるのか)										
	生活行為向上プログラム	ICT・MHP・誰が・何を実施・支援	実施・支援内容	基本的プログラム		応用的プログラム		社会適応的プログラム			
本人			計画								
			結果								
家族			計画								
			結果								
支援者 (職種不明)			計画								
		結果									
実施・支援期間		介入開始日	年 月 日			最終評価日	年 月 日				
達成状況		1:目標達成 2:実質達成 3:未達成 4:中止					番号記入				
		未達成の理由									

第1版(平成27年7月1日)

本キットの著作権(著作人権、著作権登録)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本キットの全容又は一部を複製、転載、改訂等を行うもの、内部の形式等に準拠したものの製作・頒布等は許されず。

図18:生活行為向上マネジメントシート(合意形成)

[illegible]

図19:生活行為課題分析シート

例): 長期目標; 一人で買い物に行ける

短期目標; ①歩行車で3kg程度の袋を運搬できる

②冷蔵庫を確認して買い物リストを作成できる

③道順を確認して、休憩場所を設定できる

④トイレやエコバッグ等の準備ができる

④チームの総合的援助方針

課題解決目標の達成に向けた、支援チームの全体の方針と各職種の役割分担を簡潔に記載します。

例): 全体方針; 3ヶ月後にサービス利用で自宅退院

・Ns; 排泄自立に向けた関わり

・OT; できるADL拡大,

・MSW・ケアマネジャー; サービス調整

全体の方針は,

①医療分野であれば、主治医や看護師を含めたケースカンファレンスなどで共有したチーム全体の目標,

②介護保険分野では、ケアマネジャーと協議して設定した総合的な目標を記載するようにしてください。

もし、支援チームで目標の共有ができていない場合には、リハビリテーションカンファレンスやサービス担当者会議の開催

を提案するなど、お互いの専門領域を認識したうえで、目標の共有と各職種の役割分担を図れるように、チーム目標を立てる働きかけをするようにして下さい。

生活行為課題分析シート(事例登録用)				生活行為課題分析シート(事例登録用)	
アセスメント項目	現状能力	生活目標		課題解決の関与分野 (当該分野の関与分野、当該分野の関与分野)	役割分担
		この生活目標	そのほか		
① 食事・水分					
② 排泄					
③ 移動					
④ 睡眠					
⑤ 生活リズムの調整					
⑥ 認知					
⑦ 社会生活					
⑧ 安全・安心					
⑨ 経済生活					
⑩ 健康・生活習慣					
⑪ 生活環境					
⑫ 生活リズム					
⑬ 生活リズム					
⑭ 生活リズム					
⑮ 生活リズム					
⑯ 生活リズム					
⑰ 生活リズム					
⑱ 生活リズム					
⑲ 生活リズム					
⑳ 生活リズム					
㉑ 生活リズム					
㉒ 生活リズム					
㉓ 生活リズム					
㉔ 生活リズム					
㉕ 生活リズム					
㉖ 生活リズム					
㉗ 生活リズム					
㉘ 生活リズム					
㉙ 生活リズム					
㉚ 生活リズム					
㉛ 生活リズム					
㉜ 生活リズム					
㉝ 生活リズム					
㉞ 生活リズム					
㉟ 生活リズム					
㊱ 生活リズム					
㊲ 生活リズム					
㊳ 生活リズム					
㊴ 生活リズム					
㊵ 生活リズム					
㊶ 生活リズム					
㊷ 生活リズム					
㊸ 生活リズム					
㊹ 生活リズム					
㊺ 生活リズム					
㊻ 生活リズム					
㊼ 生活リズム					
㊽ 生活リズム					
㊾ 生活リズム					
㊿ 生活リズム					

図20:生活行為課題分析シート

(5) プランニングと実行：生活行為向上プラン 【マネジメントシート】

<生活行為向上マネジメントシート>

①プランニング

マネジメントシートの生活行為アセスメントおよび生活行為課題分析シートの総合的援助方針に基づいて具体的な支援計画を立案します。プランを立案する際には、対象者が24時間連続して行う生活行為をイメージすることが大切です。

※生活行為の波及効果のとらえ方～24時間365日を見据えて～P8参照

施設内のみ・作業療法士だけのプランではなく、地域の中で対象者がいかに生活行為を営むかを想定して、他職種のプラン・地域全体のプランになるよう心がけましょう（図21）。

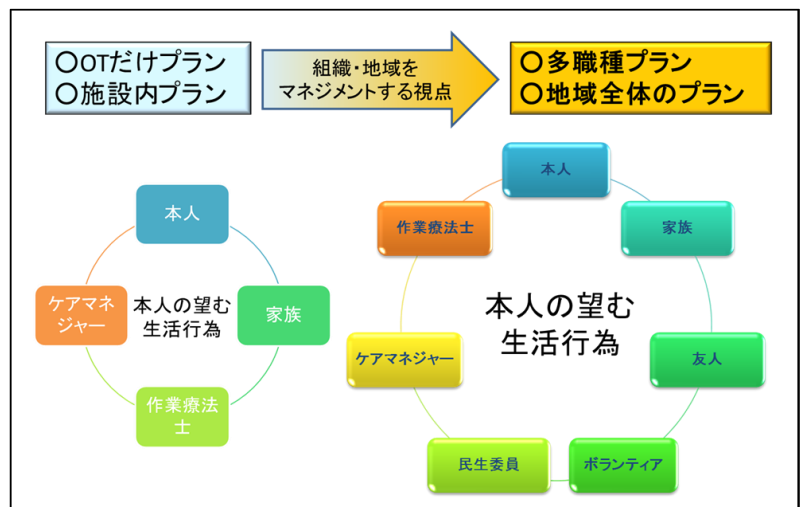


図21:生活行為向上マネジメントのイメージ

このときに、対象者に必要な社会資源の情報を収集する必要があるため、市町村のホームページを調べる、地域包括支援センターに問い合わせるなども重要です。

マネジメントシートの生活行為向上プランでは、基本的プログラムは心身機能に対するアプローチ、応用的プログラムは具体的生活行為のシミュレーションを伴う活動と参加に関するアプローチ、社会適応プログラムは環境因子によって影響を受ける生活行為をその環境に適応できるように働きかける、または環境因子そのものに対するアプローチです。

【記入方法】

対象者・家族・支援者の計画の欄に、プログラムや支援内容を箇条書きにして記載します。

いつ・どこで・誰が・何を実施するのかを具体的に記載するといいいでしょう。

※特に支援者の欄は、職名を明記するようにしてください。

※「OT実施」「PT実施」のような内容ではなく、表6に生活行為向上プログラムの具体例を示しますのでポイントを絞って具体的に記載してください。

社会適応プログラムは、作業療法士だけでは実行が難しい内容も多く含みます。ケースワーカーやケアマネジャー等の退院後の支援者との役割分担を記載するといいいでしょう。

生活行為向上マネジメントシート(事例登録用)										生活行為向上マネジメント	
生活行為向上アセスメント	生活行為の目標	本人									
	アセスメント項目	心身機能・環境の分析 (身体・感覚・認知・生活・関係・活動)		活動と参加の分析 (移動・運動・ADL・IADL・社会参加)			環境因子の分析 (環境・発達・文化・経済・関係・サービス)				
	生活行為を促している要因	ICF	詳細	ICF	詳細	ICF	詳細				
	現状能力(強み)										
生活行為向上プラン	予後予測 (期間・改善レベルを記入)										
	計画した生活目標 (いつ・どこで・誰が・何をやるかを記入)										
	自己評価	初期	実行度	/10	満足度	/10	最終	実行度	/10	満足度	/10
	実施・支援内容	基本的プログラム		応用的プログラム			社会適応プログラム				
いつ・どこで・誰が・何を実施するかのプラン	本人	計画			計画			計画			
	結果			結果			結果				
	家族	計画			計画			計画			
	結果			結果			結果				
支援者(職種明記)	計画			計画			計画				
	結果			結果			結果				
	計画			計画			計画				
	結果			結果			結果				
実施・支援期間		月/年/日		月/年/日		実施評価日		月/年/日			
達成状況		1:目標達成		2:変更達成		3:未達成		4:中止		番号記入	
		未達成の理由									

※自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的評価)を1から10の数字で答えてもらう

※このシートは、生活行為向上プログラムの実施状況を記録するためのものです。実施内容は、実施者(作業療法士)の記入が必要です。

※このシートは、生活行為向上プログラムの実施状況を記録するためのものです。実施内容は、実施者(作業療法士)の記入が必要です。

図22:生活行為向上マネジメントシート(プランニング)

生活行為向上プランは、生活全般の行為に焦点を当てます。

例えば、テニスが上手くなる為には、筋力なども必要ではありますが、素振りなどのフォームの練習や対象者に適したラケットの選択、実際にプレーする実践練習も重要です。

生活行為も同様に、対象者の機能回復だけでなく、新たな生活行為の実施方法や福祉用具・生活用具（自助具・家電機器・家具も含めて）の利用方法などの環境調整も含めて、トータルに検討することを心がけます（図23）。

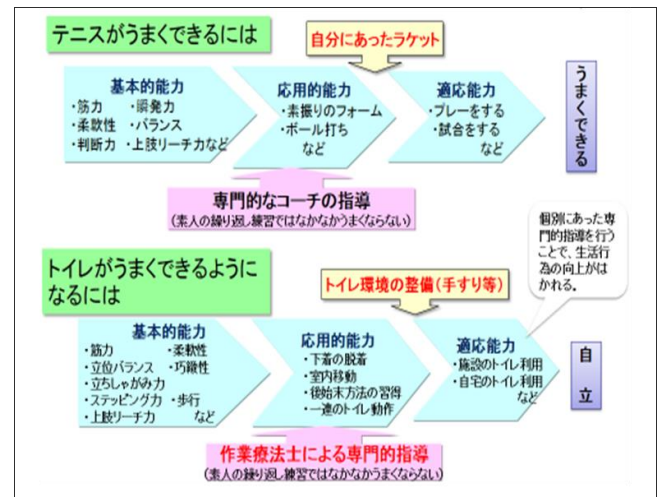


図23:筋力はあるでもテニスはうまくならない¹⁷⁾

表6:生活行為向上プログラムの例¹⁸⁾

基本プログラム	応用プログラム	社会適応プログラム
・意識を覚醒させるような刺激 ・全般的な心理社会的機能を高めるソーシャルスキルトレーニング ・活力と欲動機能を改善する各種運動 ・日中の生活活動を組み立て睡眠リズムを整える ・意識・注意・思考機能を改善する作業活動 ・精神運動機能を改善するリラクゼーション・ストレッチ等 ・知覚の障害を理解し対処方法を習得 ・思考機能を改善する認知行動療法 ・記憶・言語機能を改善する代償手段 ・痛み緩和・気分転換に向けた作業活動 ・循環・呼吸機能を改善する各種運動・スポーツ・レクリエーション等 ・関節可動域を改善するROM訓練・モビライゼーション等 ・筋機能を改善するリラクゼーション・筋力向上練習 ・随意運動(上肢・姿勢)の制御と協調性の改善 ・摂食機能の改善	・生活行為を通した感覚的経験 ・生活行為の基礎的学習 ・知識の応用練習 ・日課を含む課題遂行能力の改善 ・ストレスコーピング ・コミュニケーション能力の向上 ・起居・移乗・物の運搬 ・細かな手の使用 ・手や腕を使い道具を操作する ・屋外や階段、様々な環境での移動 ・車いすや歩行車を使った移動 ・バスや電車など公共交通機関の利用 ・洗体・洗髪、排泄等のセルフケア ・生活必需品の入手 ・調理、掃除、洗濯などの家事 ・家や庭の手入れ、ペットの世話 ・問題解決に向けたソーシャルスキルトレーニング ・教育的活動への参加と技能獲得 ・就労への参加とその技能獲得 ・社会資源利用とその技能獲得 ・趣味活動などのレジャーへの参加とその技能獲得 ・地域活動への参加とその技能獲得	・日常の生活用具や道具に関する情報提供と選択支援・調整 ・住環境の評価と適応指導・調整 ・スーパーなどの利用方法の評価と適応指導、環境への助言 ・図書館、カルチャー教室利用など情報提供、必要に応じ適応練習と周囲の人々への働きかけ ・サービス・制度利用に向けた調整と周囲の人々への働きかけ ・学校・職場訪問を通した適応練習・指導 ・家族等に対する情報提供と助言・指導 ・ケア会議や申し送り、同行訪問などサービス提供者に対する情報提供と助言・指導 ・ケア会議や申し送り、同行訪問など医療保険専門職との連携支援

②実行

立案したプランに沿って支援します。一度、目標設定をした期間で、モニタリングをすることとなります。このとき、プランの実行状況について結果の欄に記載します。

【記入方法】

立案したプランに対して、どの程度実行できたのかを記載します。実行できなかった場合は、その理由と修正・実行したアプローチ内容を結果の欄に記載します。表7に一例を示します。

表7:大腿骨頸部骨折術後(人工骨頭置換術)の70歳代女性の一例

生活行為向上マネジメントシート（事例報告用）

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	本人	計画	・日中はデイルームで読書をして生活リズムのメリハリをつける ・毎日のOT・PTに参加 ・ベッドで出来る自主 ex	・院内の浴槽のまたぎ練習 ・屋外歩行練習 ・坂道・段差・階段練習 ・OT 室のキッチンの物品運搬練習	・自宅で入浴行為の練習（シャワーチェア・浴槽台・手すり設置後） ・自宅の台所で調理練習
		結果	すべて実施	すべて実施 浴槽のまたぎはバスボードと浴槽台を利用することとなる	すべて実施 特に問題なく施行可能だった。
	家族	計画	・本人の好きな本を差し入れ	・入浴、屋外歩行、調理練習の見学と付き添い	外出・訪問の受け入れ 調理の材料の準備と見守り
		結果	実施	調理練習は予定が合わず、入浴・屋外歩行は見学⇒介助と3度経験	Y+3月に外出実施、入浴に付き添ったが、見守りで可能
	支援者 (職種明記)	計画	OT:日課の作成と日中の過ごす場所の設定 PT:ROMex, 筋力向上 ex	OT:ADL・IADL プログラム実行 浴槽のまたぎが安全に可能⇒Nsと検討し、見守り入浴へ Ns:介助浴から見守りへ PT:屋外歩行練習の実行	OT:退院前訪問で福祉用具と住環境の整備 ケアマネ:サービス調整 福祉用具業者:用具の準備 MSW:介護申請 ヘルパー:外出時付き添い
		結果	OT:日課表作成し、病室に掲示 PT:毎日実施	すべて実施	現在、介護申請中。 サービス調整の為、2ヵ月後に自宅退院予定
	実施・支援期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
	達成		☐ 達成 ☐ 変更達成 ☐ 未達成(理由:) ☐ 中止		

(6) モニタリングと計画の修正

【生活行為課題分析シート；最終評価・考察・今後の課題】

＜生活行為課題分析シート＞

①最終評価

支援後の各種評価結果を選択します。

初期時の評価結果の選択と同様、プルダウンリストから選択してください。

現状能力や重要と判断した課題の予後予測と対比させてみると、作業療法士自身のプランニングが有効だったかどうかの判断ができます。

②考察

課題に対する支援の結果・対象者の変化、その要因をについて考察します。

特に、『どの生活行為を課題として選択し、どのような支援をした結果、どのような変化があったか、対象者の生活がどのように変わったのか、その変化の要因は何か』を明確に記載します。

作業療法が終結し、課題を支援者に申し送った場合は、誰に・何を・どのように情報を伝えたかを記載すると良いでしょう。

③今後の課題

課題の積み残しがある場合は、残る課題とその要因、今後の支援計画や必要な社会資源、事例から見た地域の課題を記入してください。

目標や目的を解決・達成するためには、必要な課題を分析し、それらの解決のために手を打ち、対象者（組織）に成果をあげるように働きかけることです。

この「組織・地域を動かしていく」という視点を持つということが、プログラムやセラピー、アプローチではなくマネジメントである所以です。

図24：生活行為課題分析シート（最終評価・考察・今後の課題）

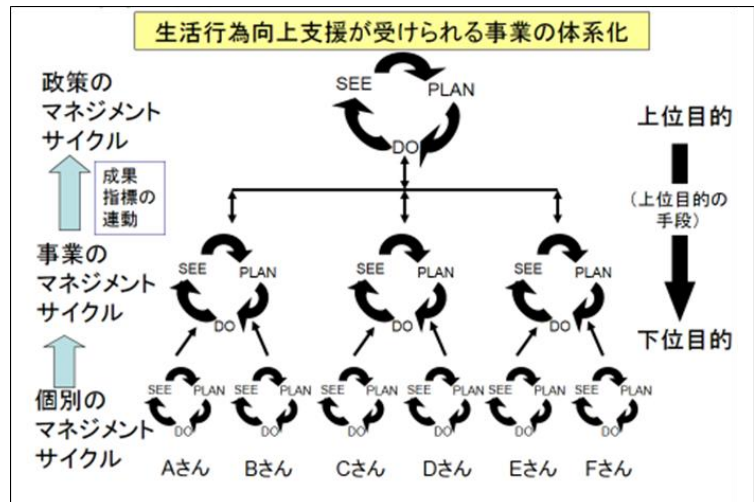


図25：生活行為向上マネジメントがマネジメントツールである所以

課題の積み残しがある場合は、残る課題とその要因、今後の支援計画や必要な社会資源、事例から見た地域の課題を記入してください。

つまり、個人の目標や目的を達成する（個別マネジメントサイクル）のみだけでなく、それを支える事業所が組織として社会的役割を果たすこと（事業のマネジメントサイクル）を評価分析し、課題解決に向けた工夫をすることが重要です。さらには、チームや組織がより住みよい地域を作るために、地域での施策や国の政策にまで提案し役割を果たすこと（政策マネジメントサイクル）までもが密接に関連することを意識して、現時点で考察できる「今後の課題」を記入してください。

＜生活行為の申し送り表＞

MTDLP では、対象者が医療機関から退院した後も、在宅で生活行為の向上に向けて継続した支援が受けられるよう「生活行為申し送り表」を準備しています（図26）。

「生活行為申し送り表」は退院時や連携時に対象者・家族・支援者に在宅での過ごし方を指導する書式として利用することを想定されており、作業療法の連携シートとしても活用することができます。

これまでの支援の内容や対象者の希望する生活行為、現在の生活状況（ADL/IADL）、アセスメントのまとめと解決すべき課題、継続するとよい支援プログラムなどの情報が含まれます。

特に、生活状況の予後予測（改善の見込み）がポイントであり、ケアマネジャーに作業療法士の見立てを伝え、訪問リハや通所リハに課題解決を繋げるためにも重要です。

生活行為申し送り表					
氏名：_____ 年齢：____ 歳 性別（男・女） 作成日：H____ 年 ____ 月 ____ 日					
退院後も健康や生活行為を維持するため、下記のとおり指導いたしました。 引き続き継続できるよう日常生活のなかでの支援をお願いいたします。					
担当者：_____					
【元気な時の生活状態】		【今回入院きっかけ】 □徐々に生活機能が低下 □発症（脳梗塞など） □その他（_____）		【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】	
【現在の生活状況（本人の能力を記載する）】 ※該当箇所にしをつける					
ADL 項目	している	していないが 改善 見込み 有	改善 見込み 有	支援が 必要	特記事項
食べる・飲む	☐	☐	☐	☐	
移動	☐	☐	☐	☐	
整容	☐	☐	☐	☐	
トイレ行為	☐	☐	☐	☐	
入浴	☐	☐	☐	☐	
平地歩行	☐	☐	☐	☐	
階段昇降	☐	☐	☐	☐	
更衣	☐	☐	☐	☐	
屋内移動	☐	☐	☐	☐	
屋外移動	☐	☐	☐	☐	
交通機関利用	☐	☐	☐	☐	
買い物	☐	☐	☐	☐	
食事の準備	☐	☐	☐	☐	
掃除	☐	☐	☐	☐	
洗濯	☐	☐	☐	☐	
整理・ゴミだし	☐	☐	☐	☐	
お金の管理	☐	☐	☐	☐	
電話をかける	☐	☐	☐	☐	
服薬管理	☐	☐	☐	☐	
【アセスメントまとめと解決すべき課題】					
【継続するとよい支援内容またはプログラム】					

図26:生活行為申し送り表

5. 事例執筆から登録までの手順

※OT 協会の「事例報告書作成の手引き」に沿って行ってください。

(1) 基礎情報－1

表題（タイトル）は、報告の主旨を明確に表現する表題を 50 文字以内で記入してください。なるべく、具体的な介入内容や変化がわかるようなものにしてください。

また、専門分野、回復状態、疾患コード、年齢、性別、発症からの期間、作業療法の経験を手引きに沿って記入してください。

(2) 評価指標

障害尺度、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度、要介護度、Barthel Index、老研式活動能力指標、Frenchay Activities Index の値は、なるべく記載するようにしてください。その他のアウトカム指標がある場合は追加してください。

(3) 事例情報－2

事例の標的問題、介入の基本方針、実施施設分類、実施形態、介入形態、介入手段、報告対象期間、実施頻度、1 回の実施時間、自己評価欄を手引きに沿って記入してください。

キーワードは、キーワード集より 3 ワードを選択してください。該当するものがない場合は、適切なキーワードをその他のテキストボックスに記入してください。

キーワード集は、協会 HP の学術部のページを参照してください。

(4) 演題区分・分類

学会演題区分・分類に沿って、事例報告を分類します。18 の演題区分・分類枠組みより、事例報告の内容と最も関連の深いと思われるものを 1 つだけ選択してください。

(5) 本文

①報告の目的（200 字以内）

事例報告の目的を述べます。例えば、「生活行為をする経験が対象者の生活に意味ある変化をもたらしたので、その経過を報告する・・・」、「環境調整によって社会参加の機会が増したので、その方法を紹介する・・・」などです。

報告の目的にそって論点を絞り、支援が長期にわたる事例の場合はある一定期間に限定して報告する。種々の課題に支援した場合は、標的問題（優先順位の高い課題）を中心に報告するようにしてください。

②事例紹介（400 字以内）

年齢、疾患名、既往歴、現病歴、MTDLP の対象となるまでの経緯、社会的背景など、本事例の包括ケア方針に関連する個人因子と環境因子について述べてください。特に、対象者の作業歴がわかる場合はここに詳しく示すことが大切です。

③作業療法評価（600 字以内）

生活行為向マネジメントシートの生活行為アセスメントの内容を具体的に記入してください。生活行為の目標、心身機能・構造、活動と参加、環境因子、合意した目標・自己評価というように順を追って記載するようにしてください。

④介入の基本方針（200字以内）

目標あるいは課題達成のために、どのような方針で生活行為アセスメントを進めたのかを具体的に述べてください。

⑤作業療法実施計画（600字以内）

マネジメントシートの生活行為向上プランの部位を記載してください。基本的プログラム、応用的プログラム、社会適応プログラムに分けて加筆しながら記載してください。

⑥支援（介入）経過（800字以内）

ここで必要な内容は「どのような経過」を辿ったのか、ということです。経過が長い、あるいは支援項目が多い場合は、期間をいくつかの「期」に分け、支援項目ごとに整理するなどのように読者（審査員）に伝わりやすい表現を工夫してください。

対象者に変化を与えたと思われる主要な支援方法は詳細に述べ、読者が追試を試みようとするときに役立つ情報を提供してください。プログラムの変更があった場合にはその理由を述べ、予期せぬ変化等についても記述してください。対象者の質的な変化は、介入経過で記載してください。

⑦結果（500字以内）

まず、ここでは目標が達成できたのか、また、自己評価の変化を記載します。主に、支援によって得られた評価指標（数値）や自己評価の数値の変化を記載してください。

⑧考察（700字以内）

「結果」で述べた、対象者の変化に関する解釈を記述します。MTDLPは対象者の標的問題（生活行為に影響する課題）にどのような変化（効果）をもたらしたのか、あるいはもたらさなかったのか、これらはどのような理由によるものか等を、利用した評価指標の変化との関連から考察してください。

そして、今回実践したMTDLPは、対象者の生活にどのような変化をもたらしたのか、対象者にとっての意味や価値という視点、活動や参加、生活の質といった視点についても可能な限り考察してください。

⑨参考文献（200字以内）

参考になる関連文献がある場合は記載してください。また、本文中で言及もしくは引用した文献との箇所について記述してください。文献リストの表記の形式は、以下を事例報告作成の手引きを参照してください。

⑩添付資料

添付資料は、協会HPのテンプレートファイルから、ダウンロードして使用してください。

添付1:【一般情報シート(事例報告用)】 ※添付必須シートです

添付2:【生活行為向上マネジメントシート(事例報告用)】 ※添付必須シートです

添付3:【生活行為課題分析シート(事例報告用)】 ※添付必須シートです

添付4:【社会資源情報シート(事例報告用)】 ※添付必須シートです

添付5:生活行為申し送り表

生活行為申し送り表は、使用した場合は、添付してください。※必須ではありません。

添付6:事例概要図(一枚図)

これは、事例審査が終了し、合格したS事例の方に、改めて作成・添付をお願いすることになるものです。
ご依頼があった際には、ぜひ、ご協力ください。

※添付シートでの注意点

添付シートの記入後は、必ずプリントアウトして、入力した文字・文章がすべて枠内に収まっているかの確認を行ってください。各シートの空白は残されたままになっていませんか？空欄はできるだけつくらない様にしてください。また、記入しない場合は、その理由を記入してください。

添付の書式の不足や、記入漏れがある場合は、審査を行うことができませんので、ご注意ください。

⑪成果効果の入力について

平成27年度7月から、作業療法実践の成果、効果について集計する項目が追加になりました。「事例情報-2」で選択した事例の標的問題、介入の基本方針、介入の手段、介入効果と重複する内容になりますが、報告者が記載した実践から「標的とした生活機能」「標的とした生活機能に対する介入」「成果」「付随した成果」を、国際生活機能分類の枠組みに照らして分類し項目を記入、チェックボックスを選択します。選択の結果は事例の成果、効果として蓄積されます。詳細は事例登録作成の手引きを参照して下さい。

(6) 事例報告方法

協会ホームページより、事例報告登録制度のシステムを使って登録してください。

※事例報告登録マニュアル(画面操作説明書)第8.0版を参照して実施してください。

6. 事例報告をする際のチェックリスト

- ☐ 各シートの項目はすべて記載がありますか？
- ☐ 本文の内容と各シートの内容には、整合性が保たれていますか？
- ☐ 報告の目的は、明確ですか？
- ☐ 個人情報、保護されていますか？

①基本情報収集

- ☐ 【一般情報シート】には、疾患名・合併症・現病歴から現在の生活行為障害の要因がわかるように記載していますか？
- ☐ 同シートの生活歴から、対象者の生き方や大切にしていた生活行為が把握できますか？

②インテーク：生活行為の目標の聞き取り

- ☐ 【生活行為アセスメント】の生活行為の目標は、具体的に書いてありますか？
- ☐ 目標は対象者の生活歴（個人史）が反映された内容になっていますか？
- ☐ キーパーソンは誰（同居家族など）で、その人が対象者に期待する生活行為の目標の記載がありますか？

③生活行為アセスメント

- ☐ 【生活行為アセスメント】の「活動と参加の分析」には、ADLだけでなく、24時間365日を意識した余暇や社会交流、地域活動まで記載してありますか？
- ☐ 同シートの「環境因子の分析」には、住環境や同居家族だけでなく、地域の社会資源や社会保障サービスも記載してありますか？
- ☐ 同シートの「予後予測」として、いつまでにどこまで達成するか記載してありますか？

④解決すべき課題の設定と（目標）合意形成

- ☐ 【生活行為課題分析シート】内で、現状能力と予後予測とのギャップから課題が抽出できていますか？
- ☐ 課題重要性は、緊急度・重要度を考慮して、**数字で**順位づけをしてありますか？
- ☐ 「課題個々の要因分析」には、課題として選択した生活行為の根本原因が記載してありますか？
- ☐ 同シート内の「総合的援助方針」には、施設内チームや在宅支援チーム（ケースワーカーやケアマネジャー等）の役割分担を記載してありますか？
- ☐ 【生活行為アセスメント】内の「合意した目標」は、5W1Hに基づいた具体的な目標が記載してありますか？

⑤プランニングと実行：生活行為向上プラン

- ☐ 生活行為課題分析シート内の、「課題解決目標」が達成期間を含めて具体的に記載してありますか？
- ☐ 【生活行為向上プラン】には、作業療法士のプランだけでなく、対象者・家族・他職種のすることが記載してありますか？
- ☐ 同シートの結果には、実行状況や実行できなかった理由、修正したプランなどが記載してありますか？

⑥モニタリングと計画の修正

- ☐ 生活行為向上マネジメントシート【生活行為アセスメント】の自己評価の最終実行度、満足度は記載してありますか？
- ☐ 生活行為課題分析シートの考察には、課題に対する介入結果と対象者の変化、残る課題とその要因が記載してありますか？
- ☐ 未達成に☑された場合、理由が適切に記載してありますか？
- ☐ 支援者に申し送りをした場合、申し送りの内容は具体的に記載してありますか？

7. 生活行為向上マネジメント事例概要図（一枚図）の書き方

事例種別		事例のテーマ		
(○○) 事例	年齢:○○ 歳 性別:○性 疾患名:○○	要介護○ ⇒ 要介護○		
	【介入までの経緯】 【本人の生活の目標】 本人: 家族:			
	開始時(発症○後)	中間(○ヵ月後)	終了(○ヵ月後)	
ADL・IADL の状態	生活行為向上マネジメントのプラン		【考察】	
生活行為 の目標				
介入 内容				
支援 経過	写真 → 写真 → 写真			
結果:				
課題:				

図27：事例概要図（一枚図）の書き方

①事例種別：以下から、種別を選択してください。

○種別：医療 急性期, 医療 回復期, 医療 維持期, 医療 精神科, 小児 発達障害
 介護老人保健施設, 通所リハビリテーション, 通所介護, 訪問リハビリテーション,
 介護特別養護老人ホーム, 介護支援専門員・地域包括支援センター
 障害（総合支援法）,
 その他（ ）

②事例報告のテーマを簡潔に記載します。

例) 機能訓練にこだわるケースに対して、主婦としての役割を見据えた自立生活支援を行った事例
 家事や畑作業を再開し、介護負担が軽減した認知症事例

③年齢・性別、疾患名、要介護度を記載する。

支援までの経緯と対象者・家族（キーパーソン）の生活の目標を、簡潔に記載してください。

⑤ 生活行為向上マネジメントのプラン

支援開始時と中間、終了の3期に分けて、箇条書きで「ADL/IADLの状態」, 「生活行為の目標」, 「介入内容」を記載します。経過による事例の変化がわかりやすいように、ポイントとなる生活行為をしばって記載するといいいでしょう。支援内容は、作業療法士だけでなく他職種との連携内容や役割なども明記してください。

「考察」には、事例に対する支援と変化について7～8行程度でまとめてください。

⑤写真

事例の経過が視覚的に理解できるように、3枚程度の写真を掲載してください。

※対象者の写真でなくても、事例の経過が伝わるものであれば、別の写真を使用してもかまいません。

⑥結果

MTDLP の結果を簡潔に記載します。対象者の変化だけでなく、家族や支援者の変化もあれば、記載しておくと呼びやすいでしょう。

⑦課題

事例を通じた制度や地域の課題を、なるべく具体的、かつ簡潔に記載します。

回復期リハ(在宅復帰)		『ひとり暮らしに戻りたい』を目標にすることで自宅復帰ができた事例	
リハ病院 入院事例	年齢: 82歳 性別: 女性 疾患名: 脳梗塞(左延髄部)		申請中 ⇒ 要介護2
	【介入までの経緯】病前は一人暮らしで、スポーツジムでのプールや友人との社会的交流を大切にしながら生活していた。発症後、1ヶ月の急性期病院での臥床した生活に加え、リハ病院に入院後も、今後の生活を想像できず、生活全般が受身となっていた。 【本人・家族の生活の目標】本人: ①車いすなしで身の回りのことができるようになる。②調理・洗濯を自分で行い、一人暮らしに帰る。家族(娘さん): 本人の慣れ親しんだ地域で暮らし続けたい希望を尊重したい。		
	開始時(入院時)	中間(2ヶ月後)	在宅復帰(3ヶ月後)
ADL・IADLの状態	○ADL車いすで介助・見守りで実施。 ○記憶障害が出現し、見当識・構成障害・注意障害が出現 ○IADL機会ほぼなし	○ADL自立(歩行): スケジュール管理困難 ○IADL評価・練習: 洗濯・掃除は可能で、調理は材料の準備で良好に遂行可能・自主トレーニングの実施	○家族: 「1人暮らしに戻れてよかった。手を出し過ぎず、これからも見守りたい。」 ○本人: 「友人も来てくれ、何とか帰れそうです。」
生活行為の目標	○立位・歩行を安定させ、歩行器導入 ○病棟ADLを立位・歩行で実施、不安時は見守り、なるべく自分で実施する ○趣味の再獲得と家事動作導入	○家事動作全般を安全に実施できる ○住宅訪問を行い、自宅環境での安全面を配慮したADL動作・家事動作の確認 ○退院後のイメージをつくる	【考察】1人暮らしの希望はあったが、立位・歩行の恐怖心のため、主体的生活が困難であった。身体機能の向上により、ADL自立したが、記憶障害は残存し、メモリーノートの導入、また、早期から1人暮らしを想定し、ケアマネ・娘さんとの連携を行い、外出・外泊練習実施。外泊時に近隣の友人が自宅を尋ね、交流が再開、慣れ親しんだ地域での生活を再出発したいとの強い思いにつながり自宅退院した。
介入内容	○立位バランス・歩行練習 ○出来事帳(メモリーノート)導入・評価 ○ネット手芸など趣味活動を再開 ○娘さんに友人との交流の継続を依頼	○家事動作練習(訓練室・自宅) ○退院に向け、メモリーノートの定着 ○介護プランなどケアマネ・娘さんも含め生活スケジュール・プラン確認	
			
結果 : 3ヶ月で在宅復帰。自宅内での家事活動も遂行できるようになり、訪問介護・近隣の友人・娘さんの支援を受けながらメモリーノートの記載も継続でき、安全に生活可能。友人との交流も再開し、友人と一緒に近隣の散歩や手芸活動やおしゃべりを楽しんで生活されている。			
課題 : 居住されている地域課題として、昔なじみの高齢の居住者が少なくなり、若い新規居住の人の交流がほとんどないため、地域交流活動や、地域のサロンなどの場の構築が必要であると考えます。			

図 28 : 事例概要図 (一枚図) の見本

8. 文献

- 1) 中村春基:「生活行為向上マネジメント」マニュアル発刊によせて. 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, 2014, p5.
- 2) 中村春基:「生活行為向上マネジメント」に係る協会の基本方針. 日本作業療法士協会会誌 7:5, 2012
- 3) 高齢者の地域における 新たなリハビリテーションの在り方検討会 報告書 . 厚生労働省, 平成 27 年 3 月
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>
- 4) P・F ドラッガー著 上田惇生訳: 明日を支配するもの. ダイヤモンド社, 1999, p45.
- 5) 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス, 居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について(平成 27 年 3 月 27 日老介発 0327 第 1 号・老高発 0327 第 1 号・老振発 0327 第 1 号・老老発 0327 第 2 号厚生労働省老健局介護保険計画課長・高齢者支援課長・振興課長・老人保健課長連名通知)
- 6) 日本作業療法士協会 学術部: 作業療法関連用語解説集 改訂第 2 版 2011, 2011, p65.
- 7) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, 2014, p53.
- 8) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, 2014, p54.
- 9) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, 2014, pp18.
- 10) 一般社団法人日本作業療法士協会: 平成 25 年度老人保健健康増進等事業 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業研究説明会および生活行為向上マネジメント推進会議, p138, 2013.
- 11) Mahoney FI, Barthel D: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14: pp56-61, 1965.
- 12) Halbrook M, Skilbeck CE: An activities index for use with stroke patients. Age Aging 12: pp166-170, 1983.
- 13) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 芳賀博ほか: 地域老人における活動能力の測定; 老研式活動能力指標の開発. 日本公衛雑誌 34: pp109-114, 1987.
- 14) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法学全書 改訂第 3 版 第 11 巻 作業療法技術学 3 日常生活活動. 協同医書出版社, 2009, pp4.
- 15) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法学全書 改訂第 3 版 第 11 巻 作業療法技術学 3 日常生活活動. 協同医書出版社, 2009, pp4.
- 16) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, pp19-21, 2014.
- 17) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, pp22, 2014.
- 18) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント, pp23, 2014.