

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2.0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29(2017)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、一般社団法人日本作業療法士協会（以下、OT 協会）が平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の取り組みから、国民に分かりやすく地域包括ケアに貢献できる作業療法の形を示すために開発した、『「作業療法を見える化」したマネジメントツール』です。

MTDLP は、作業療法の対象者が「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」に焦点を当て、対象者と目標を共有し、対象者が自分の回復に積極的に関与できるように構成されています。また、PDCA サイクルにより、たえず改善を図っていくマネジメント手法を取り入れています。

MTDLP は、OT 協会会員（以下、作業療法士）が以下の 3 つの包括的視点を持ち、対象者を支援することを重視しています。

- ① 対象者を「生活する人」として、生きる営みに焦点を当て、心身機能や活動と参加の一側面だけ理解するのではなく、個人因子・環境因子までを踏まえ総合的に捉える包括の視点
- ② 対象者の生活を、過去・現在・将来まで一貫して「連続している生活」として理解し、支援する包括的アプローチの視点
- ③ 対象者の「作業の継続性」を実現するため、個人の活動から地域の社会資源の活用まで幅広くとらえる包括の視点

事例報告は、作業療法士が対象者への実践を振り返り、審査を受けることで客観的な視点を取り入れて次の実践につなげること、報告が公開されることで作業療法実践を広めることを目的としています。この事例報告は、自身の作業療法実践のマネジメントとも言えます。

また、報告書作成の前に、報告者自身が「MTDLP の概念」「MTDLP の実践方法」「MTDLP の事例報告の書き方」を適切に理解することが重要です。

本手引きは、OT 協会が生涯教育制度内に位置付ける「MTDLP 研修の中の「実践者研修 1」：事例報告の手引きの自習 120 分」に当たる教材でもあり、事例報告対象者への実践の前に読むとされています。そのため、作業療法士が MTDLP の事例報告を効果的・効率的に行えるように作成されています。自身の MTDLP の実践がしっかり伝わるよう、本手引きを熟読して実践に取り掛かってください。

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

※ 事例報告を入力する前には、P12 の事例報告入力チェックリストや、P14 の事例審査表を確認した上で、事例報告を提出して下さい。

※ 本手引きの内容に対して、ご意見やご提案がございましたら、以下のアドレスまでご連絡下さい。

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

平成 29 年 7 月 30 日
学術委員会 生活行為向上マネジメント班

目次

1. はじめに	1
(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	1
(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	2
(3) 生活行為向上マネジメントの事例報告とは	2
■生活行為向上マネジメントの事例報告のポイント	2
2. マネジメントとは	4
3. 生活行為向上マネジメント実践の軸となる考え方	6
(1) 「生活する人」として生きる営みに焦点を当て総合的に捉える	6
(2) 過去～現在～将来の時間軸全体を捉える	7
(3) 本人の活動から地域の社会資源活用まで全体を捉える	8
■作業の継続性と地域での作業の可能性について（Aさんの例）	9
4. 生活行為向上マネジメントをはじめの前に	10
(1) 事前準備から審査までのながれ	10
(2) 参考資料の紹介	11
(3) 事例報告入力チェックリスト	12
(4) 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の紹介	13
(5) 審査基準と事例種別の留意点	14
①事例審査表と審査基準	14
②事例種別と介入時期の留意点	15
5. 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) 生活行為向上マネジメントの進め方	16
(2) 基本情報収集	17
(3) インテーク：生活行為の目標の聞き取り	20
(4) 生活行為アセスメント	23
(5) 解決すべき課題の設定と（目標）合意形成	27
■合意形成は対象者との協業から生まれる	29
(6) プランニングと実行：生活行為向上プラン	31
(7) モニタリングと計画の修正	34
6. 事例執筆から入力までの手順	36
(1) 基礎情報－1	36
(2) 評価指標	36
(3) 事例情報－2	36
(4) 演台区分・分類	36
(5) 本文	37
(6) 事例提出方法	41
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	42
8. 文献	43

1. はじめに ～生活行為向上マネジメントが開発された背景として～

(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）」¹⁾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・身体構造」が中心のアプローチから「活動と参加」「環境因子」「個人因子」を重視したアプローチへと軸を移すため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、インフォーマルなどの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、「通所リハビリテーションにおける社会参加支援加算」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

2013年版、作業療法ガイドライン実施指針²⁾において、「第1章 作業療法の基本的枠組みと考え方」の中で、「作業療法と生活行為向上マネジメント」の項目を設け、「生活行為向上マネジメント」に関する協会の取り組みを記述し、また、国際生活機能分類（以下、ICF）と作業療法との関連について、作業療法は対象者の心身機能の障害を改善・軽減するのみでなく、対象者の生活障害の軽減を図り、本人がより満足のできる生活を構築（再編）していけるよう、様々な治療・指導・援助を行うという特徴があります。作業療法の過程では、基本的能力、応用的能力、社会的能力という視点から対象者の生活機能を捉え制度や社会資源の利用等、対象者の個人特性に応じた治療・指導・援助を重視しています。これらの視点は、それぞれICFにおける「心身機能・身体構造」「活動と参加」「環境因子」「個人因子」に対応させて考える事ができると示しています。

現在、リハ職種に求められているのは、「対象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」³⁾のため、そして、作業療法士のマネジメント力を高めるために開発し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とは

MTDLPの目的は、「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。対象者が抱える課題をみると、現在の生活機能（心身機能・身体構造や活動と参加）を高めるための課題もあれば、低下する可能性の高い生活機能の維持を目指す課題もあります。

生活機能は、心身機能・身体構造、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。MTDLP事例報告では、対象者の個別性を重視し、「生活機能の3要素がすべて向上した」の事例報告のみだけでなく、様々な事例報告の提供を期待しています。

■生活行為向上マネジメントの事例報告のポイント

MTDLPの事例報告では、対象者の活動と参加を促進させるためのマネジメントの視点が必要不可欠です。

対象者に関わる際には、まず、「MTDLPのプロセスを用いた介入が可能か」、「MTDLPを導入する時期が適切か」などをしっかりと考えて判断して下さい。

対象者の状態像や環境によっては、MTDLPによる介入が困難な場合もあります。対象者が退院や地域移行が見込めない、急性期で今後の見通しが立ちにくい、本人や家族の意向を聴取するインテーク面接に至らない場合などは、時期をみて第一段階である「聞き取りの導入」を再開するなどの工夫が必要です。

『退院や地域移行が見込めない』事例報告でも『MTDLP』の対象外とは捉えず、家族、施設外の関係者との接点を持ち、生活行為の拡大や充実に寄与できる条件（状況）を整えながらMTDLPの介入を理解しましょう（図1）。

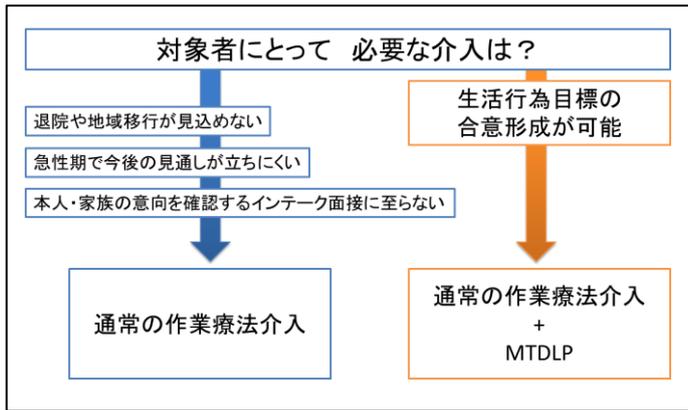


図1:通常の作業療法介入とMTDLPを用いた介入

例)幼稚園の運動会での跳び箱運動に向けた精神運動発達遅滞年長児への介入

対象児と家族に関して MTDLP を用いた作業療法を行い、リハビリテーション室、家庭で家族と共に練習を行った。合意目標としていた運動会での跳び箱運動は達成され、跳び箱運動以外の競技においても、特別な補助がない状態で他児と同様に楽しそうに行うことができた。さらに、年長児のため、作業療法士と言語聴覚士が密に情報交換を図り、家族を混乱させないように就学期の情報提供を行うことで家族の悩みを軽減させた。

今後は対象児の自己評価を下げずに学校生活を送れるようになることが目標となり、予習に時間を割くことなど、能力に適した課題への取り組み方を提案し、想定される学習の困難さに対応していく。

この報告では、作業療法の流れの中で MTDLP を導入し、介入すべき課題への取り組みを多職種と連携して行った事例報告といえます。

一方、報告の内容が、

- ①対象者との合意形成が不十分
- ②対象者の真のニーズを把握していない
- ③介入すべき課題が取り上げられていない
- ④心身機能の回復・改善のみに焦点をあてている
- ⑤活動と参加の視点が欠けている
- ⑥多職種連携によるマネジメントの視点が不十分
- ⑦生活全体のプランではなく、対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てた取り組み
- ⑧MTDLP に必要な内容が十分に記載されていない

これらのうちひとつでも当てはまる場合は、MTDLP の事例報告としては該当しませんので一般の事例報告での提出を検討して下さい。

また、MTDLP では対象者との合意形成のプロセスを重視していることから、事例報告では合意した目標を達成し、対象者の活動と参加を促進するためのプランとプログラムを明記するとともに、マネジメントによる生活行為の変化についても記述して下さい。

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」という意味合いではなく、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 (と組織) 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) です。MTDLP を活用する作業療法士は、「対象者の生活行為の向上」と「それに取り組む組織としての成果」の両方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①～⑦のようなマネジメントプロセスに基づく支援のながれとなります (図2)。

- 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・分析し予後予測をする
 - 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：計画を見直して修正し、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。

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。

目標や目的を達成するためには、何が課題かを明らかにし、課題が生じた理由を本人の意向に沿いながら分析し、これらの課題解決のために支援することが必要であり、その結果として、対象者 (と組織) に成果がもたらされることとなります (図3)。

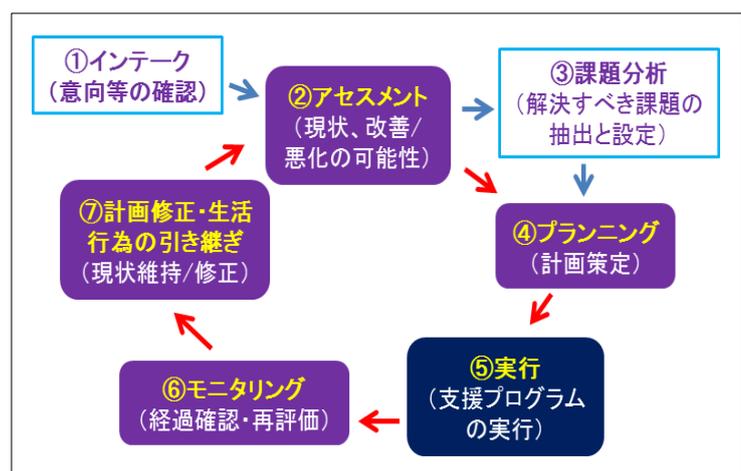


図2：マネジメントプロセスの支援のながれ

MTDLP における課題とは、支援することによって解決可能な生活行為と言い換えることができます。この課題を解決するため、対象者のみならず、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や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 (P34, ③今後の課題で後述)。

厚労労働省は生活行為を「個人の活動として行う、排泄、入浴、調理、買物、趣味活動などの行為をいう」⁵⁾と定義しています。また、OT 協会では生活行為を、「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⁾しています。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、対象者の意思や思い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そのものといえます。

MTDLP の目的は、急性期から生活期まで、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」ように支援することです。

生活行為の「バランス」と「連続」を重視すると、作業療法士のみでの関わりでは限界があり、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。

＜MTDLPで作業療法士が必要とするマネジメント能力＞
作業療法士が必要なマネジメントの視点を図3に示します。

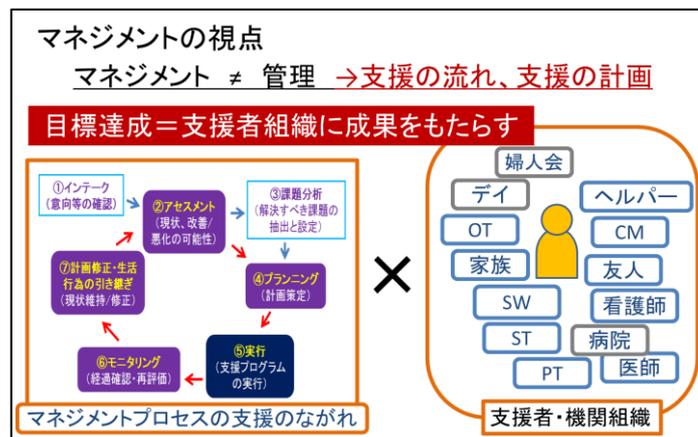


図3: マネジメントの視点

MTDLPのマネジメントでは、ICFに基づいた生活行為アセスメントを踏まえ、対象者の生活行為の自立に向けた作業療法を行うための環境や体制の整備 (例えば、OT 室のレイアウトや物品の整備、訪問にできるための人員整備、他部署との折衝など)、更に、組織マネジメントの実践、その結果として、対象者に関わる地域課題を抽出し求められる地域機能の創出までを目指しています。

作業療法士が必要とする基本的なマネジメント能力として、

- ①コミュニケーション能力
(本人・家族・他の専門職など様々な関係者との良好な関係の構築、本人の本音を引き出す質問力など)
- ②アセスメント能力 (生活機能の現状及び予後評価)
- ③分析能力 (根本原因の同定、ICF の各要素間の関連性の分析)
- ④合意形成能力
- ⑤効果的な手段の選択能力
- ⑥他の職種との連携・協働を行う能力
- ⑦次の支援者への適切な引き継ぎができる能力
- ⑧地域環境資源やサービス課題の抽出など地域課題のマネジメントを検討できる能力
などが挙げられます。

3. 生活行為向上マネジメント実践の軸となる考え方

(1) 「生活する人」として生きる営みに焦点を当て総合的に捉える

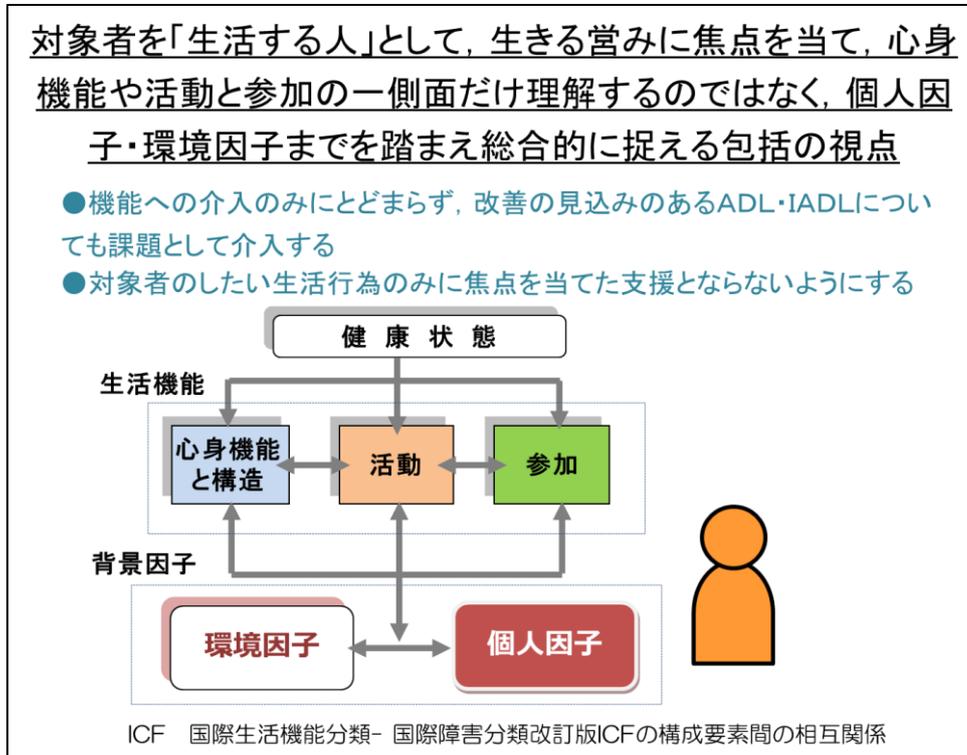


図4：対象者を「生活する人」として生きる営みに焦点を当て総合的に捉える

MTDLPは、人の生活機能「心身機能と構造」「活動」「参加」の各因子と、背景因子である「環境因子」「個人因子」との相互作用から捉えるICFの概念との共通性が極めて高いと言えます。対象者を「生活する人」として捉え、生きる営みに焦点を当て、心身機能や活動と参加の一側面だけ理解するのではなく、個人因子・環境因子までを踏まえ総合的に捉える包括の視点を重視します(図4)。

例えば、「機能改善ありきのみ」ではなく、「環境調整による補完」で活動や参加が実現する、「機能低下を補う活動方法の習得」を行う、「機能面と同時にADL・IADLについても課題として介入する」など、個人の活動と参加の実現への可能性と方法は様々であるということが前提です。

また、これら生活機能に大きく影響を与えるのが、ICFでいう背景因子です。

より良い生活のためには、対象者を生活者(=生活する主体)として捉え、対象者がより満足できる生活をしていけるよう、本人の経験、役割、価値観などの個人因子(背景因子)もしっかり踏まえておく必要があります。

しかし、機能や能力、環境因子などの客観的な状況を軽視して、対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てた支援では、客観性や自立支援の視点を欠く結果になります。MTDLPは各シートの活用によってこのような偏りがないうように修正します。

(2) 過去～現在～将来の時間軸全体を捉える

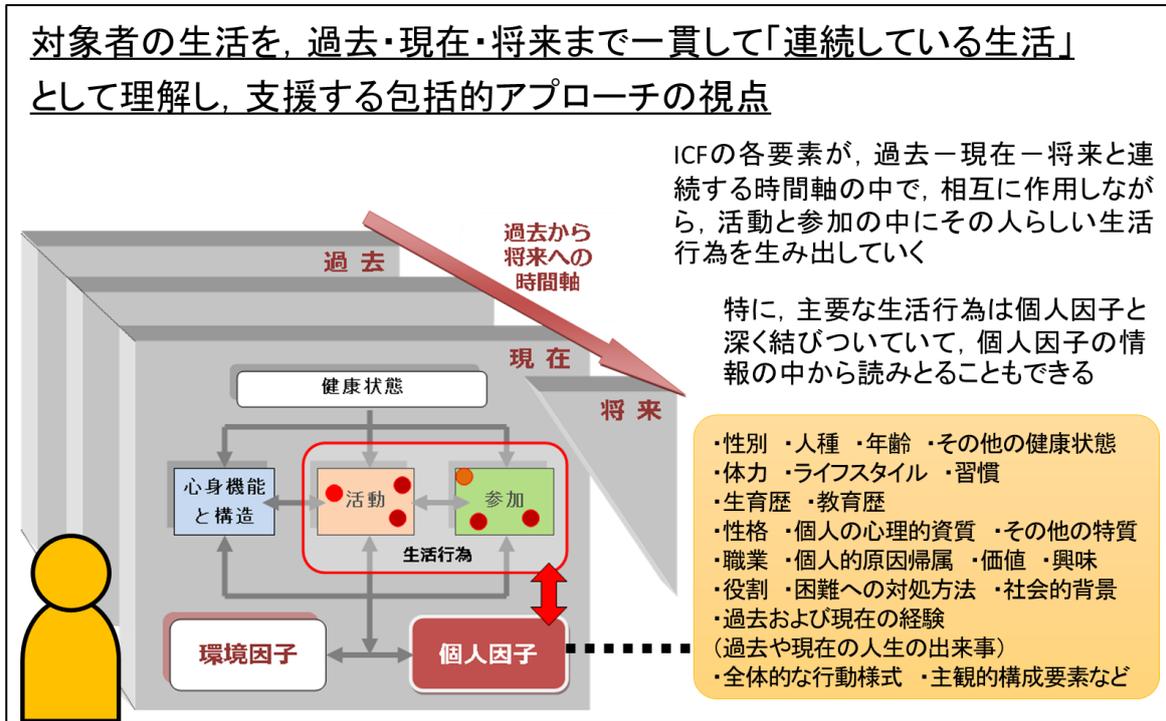


図5：過去～現在～将来の時間軸全体を捉える

MTDLPは、対象者の生活行為を捉える上で、個人因子に関わる過去の経験や現在の状態、今後の希望などを聞き取り把握することからスタートします(図5)。

この、個人因子を聞き取り把握するプロセスが、回復意欲を取り戻すうえで非常に大切です。

「人の生活」、生活行為の集合体は、生活機能である心身機能と構造・活動・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・将来と連続する時間軸の中で変化していきます。

例えば、過去から現在までやり続けている生活行為がある。今は行っていないが、意味があって行っていた生活行為がある。今年中に、または数年先に、あるいはいずれはやりたい生活行為がある。このように、意味のある生活行為の履歴と計画が刻まれた過去、現在、将来の時間軸は誰もが持っており、自分の能力の認識や効力感、価値、興味といった個人因子に大きな影響を与えていると考えられます。

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。さらに家族構成、育った文化、地域などの環境因子が絡んでおり、それを紐解くには、MTDLPのプロセスでいう聞き取り、興味・関心チェックシートなどの情報収集が重要となります。

繰り返しになりますが、個人因子を聞き取り把握するプロセスが、回復意欲を取り戻すために非常に大切であり、聞き取った事柄を支援の内容や方法に反映させることが求められます。

(3) 本人の活動から地域の社会資源活用まで全体を捉える

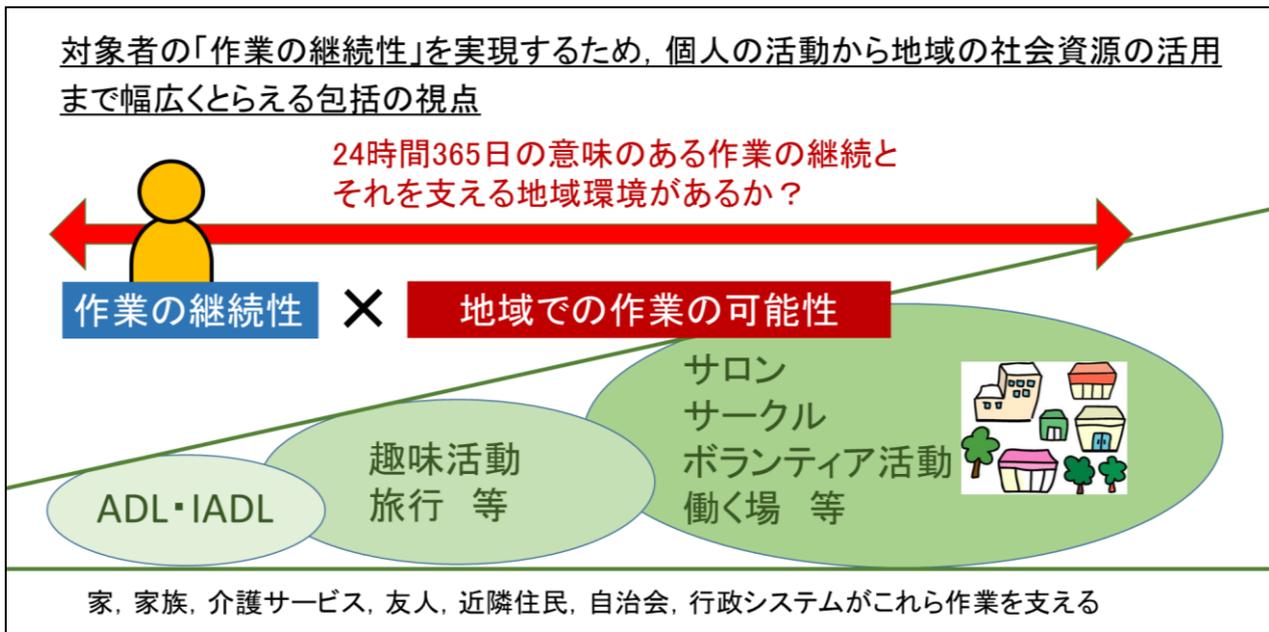


図6：本人の活動から地域の社会資源活用まで全体を捉える

MTDLPは、対象者の「作業（生活行為）の継続性」を実現するため、個人の活動から、地域の社会資源の活用まで幅広くとらえることが重要です（図6）。

例えば、寝たきりから、寄りかかっただけの立位保持ができるようになったのなら、顔を一人で洗えないかなどの可能性を探ることが必要になります。一方、屋内で車いす生活状態の人でも、月に1回、公民館での映画の上映会に参加できることで、居宅外での活動・参加の継続を検討することもできます。

このような意味のある生活行為を導入し継続支援に着眼することが重要です。

これまで述べたような、個々の意味のある作業の継続を支えるためには、地域環境全体を捉えなければいけません。ADL・IADL・趣味活動といった一人の活動が他者との交流活動、サロン・サークル・ボランティア活動などの実行につながる環境が地域にあるか、それを支える家族やサービス、友人や隣人との交流、場や機会はあるかなど対象者を支える場を把握することが必要です。

例えば、寝たきりだった人が、家族との会話ができるようになり、セルフケアの自立、デイケア利用、友人との交流再開、地域でサークルを主催するようになることです。

情報を集め、対象者が置かれている状況から必要な作業を提案することが大切です。地域にこのような活動やその環境がなければ作業の継続も困難になります。MTDLPの実践を行う中で抽出された地域の課題を、行政や関連団体に提案していくことも必要です。

このように、24時間365日の意味のある生活行為（セルフケア、家事、仕事、余暇、地域活動）が増えてそれぞれが継続されていきます。作業の連続性と地域での作業の可能性について（Aさんの例）を図7に示します。

■作業の継続性と地域での作業の可能性について（Aさんの例）



図7 生活行為の波及効果のとらえ方～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によって焦点化され目標となる生活行為は、連続する生活行為の一部です。ひとつの生活行為の達成に向けた取り組みは、他の生活行為にどのように影響するのでしょうか？「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7）。

Aさんの解説

- ①基本的・応用的・社会適応の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、日々の作業の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、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、友人との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見通しを立てて段階付け、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ジが湧き、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、他の生活行為への影響や、対象者の24時間365日の生活行為の変化をモニタリングすることが重要です。生活行為の連続を見据え、一つの生活行為が他の生活行為へ、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。

4. 生活行為向上マネジメントをはじめる前に

(1) 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8に示します。

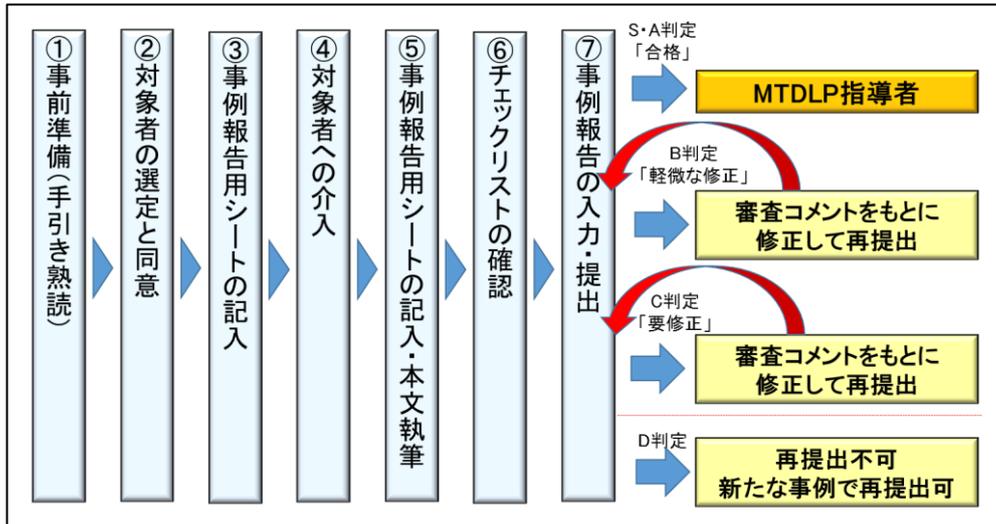


図8：MTDLP 事例報告のながれ

①事前準備（手引き熟読）

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、すなわち、本事例報告書作成の手引きを熟読することです。

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

②対象者の選定と同意

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。対象者もしくは代諾者にMTDLPの導入について説明を行い、同意を得ます。

OT協会ホームページより、

- ・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
- ・「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、事例報告を行う同意を得て下さい。

③事例報告用シートの記入

各シートに、支援前に把握している基本情報や社会資源情報、対象者の生活行為の目標などを記載します。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。

<同意説明文書>

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

<同意書>

「事例報告登録制度」同意書

<各種報告用シート>

- 一般情報シート
- 生活行為向上マネジメントシート(事例報告用)
- 生活行為課題分析シート
- 社会資源情報シート

<参考資料>

・P11参照

④対象者への介入

対象者への支援は、マネジメントの視点を踏まえ、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、生活行為向上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。

⑤事例報告用シートの記入・本文執筆

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。本手引きを参考に、記入漏れがないか、表現は適切かなどを確認しながら実施して下さい。

⑥チェックリストの確認

事例報告入力チェックリスト (P12) や、事例審査表と審査基準 (P14) を掲載しています。入力前に必ず確認するようにして下さい。

⑦事例報告の入力・提出

次に、入力となります。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、事例入力用フォームに入り入力して下さい。事例本文は、間違いや手間を省くためにも、事前にWordファイルで作成しておき、「コピー・貼り付け」で入力フォームに転記することをお勧めします。

※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版を必ずご参照下さい。

事例提出後、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。一般事例は事例提出から約3週間以内での審査を目安としていますが、MTDLP事例審査は、エントリーの件数が多く審査員も少ないことから6ヶ月程度時間がかかりますので、予めご了承下さい。

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) では、報告者が修正を行うシステムの都合上、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した後、再提出することで合格を目指して下さい。

ただし、C判定の場合は、報告内容の不備によりケースマネジメントができているかの審査が十分に行えない場合を含みます。そのため、初回はC判定であっても、再報告後の審査でD判定となることもありますのでご了承下さい。

D判定の場合は、MTDLP事例報告の合格基準を満たさないと判断されたため修正再登録はできなくなります。この中で、作業療法としての個別実践内容が評価された事例の場合には、一般の事例報告への提出を勧められることがあります。その場合は、一般事例の「事例報告書作成の手引き 第8.0版」を参照し検討して下さい。

(2) 参考資料の紹介

「MTDLP」の実施・事例報告の執筆にあたり、本事例報告書作成の手引き以外にも、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・入力・提出を行って下さい。

- ①作業療法マニュアル57 生活行為向上マネジメント 改訂第2版
- ②事例で学ぶ生活行為向上マネジメント 一般社団法人 日本作業療法士協会 編著
- 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生活行為向上マネジメント <事例報告登録制度Q&A>
- ⑥事例審査表：審査の視点を示しています。事例審査表と審査基準 (P14)。

※③～⑥はOT協会HPからダウンロードすることができます。

(3) 事例報告入力チェックリスト

- MTDLP実践の軸となる考え方を網羅できていますか？
- 対象者の個人情報保護には留意されていますか？
- 各シートの項目はすべて記載しましたか？
- 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？
- 報告のタイトルと目的は、明確ですか？
- 対象者が自身の回復に向けて主体的に関わることができた内容となっていますか？
- 事例報告の内容について、同僚や先輩に確認してもらいましたか？

<インタビュー>

- 生活行為の目標は、対象者の生活歴（個人因子）が反映されていますか？
- 生活行為の目標を達成レベルまで踏まえて具体的に記載しましたか？
- キーパーソンは誰（同居家族など）で、対象者に期待する生活行為の目標の記載がありますか？

<アセスメント>

- 基本情報を漏れなく把握し、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ましたか？
- 環境因子の評価として、福祉用具や住環境だけでなく、家族の態度や支援者の態度、経済状況、地域の社会資源も記載しましたか？
- 活動と参加は、24時間365日を意識して、セルフケアやIADL、余暇活動、地域活動まで把握できていますか？
- 心身機能は身体機能だけでなく、精神機能や栄養状態や痛みなどまで網羅しましたか？
- 健康状態の把握として、使用薬物や合併症なども把握しリスク管理まで記載できていますか？
- 予後予測は、いつまでにどこまで達成するかを記載しましたか？

<課題の抽出と設定>

- 【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？
- 課題の優先順位は、対象者や家族の希望と緊急度・重要度を考慮して順位付けしていますか？
- 課題の要因分析は、生活機能と背景因子の相互関係を踏まえて分析していますか？

<合意形成>

- 対象者や家族、チーム構成員との合意形成のプロセスを記載していますか？
- 医師や介護支援専門員などのマネジメント担当者との合意形成に努めていますか？

<プランニング>

- 目標となる生活行為の工程分析に基づいてプランを立案していますか？
- 作業療法士が関わっている時間だけでなく、24時間365日を意識したプランになっていますか？
- 目標となる生活行為を達成するための構成要素となる生活行為への介入は見落とされていませんか？
- 対象者・家族・支援者の役割分担は明確ですか？
- 目標を達成するため、地域の社会資源の活用まで検討していますか？

<実行・モニタリング>

- 立案したプログラムは実行されましたか？実行できなかった場合はその理由と変更したプランを記載しましたか？
- 目標は達成されましたか？未達成の場合、理由が記載してありますか？

<計画修正・生活行為の引き継ぎ>

- 支援が途切れないよう引き継ぎをしましたか？申し送り表を利用した場合、シートを添付していますか？
- 考察には、課題に対する介入結果と対象者の変化、残る課題とその解決手段が記載しましたか？
- 対象者の課題から組織や地域の課題を抽出できましたか？

(4) 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の紹介

MTDLPは、7段階のプロセスである、

- ①インテーク→②アセスメント→③解決すべき課題の抽出と設定（課題分析）→④プランニング→⑤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9の左はMTDLPのマネジメントプロセスを示し（図2を詳細に説明するために改変）、右は各プロセスに対応して活用する事例報告用のツール（シート）です。

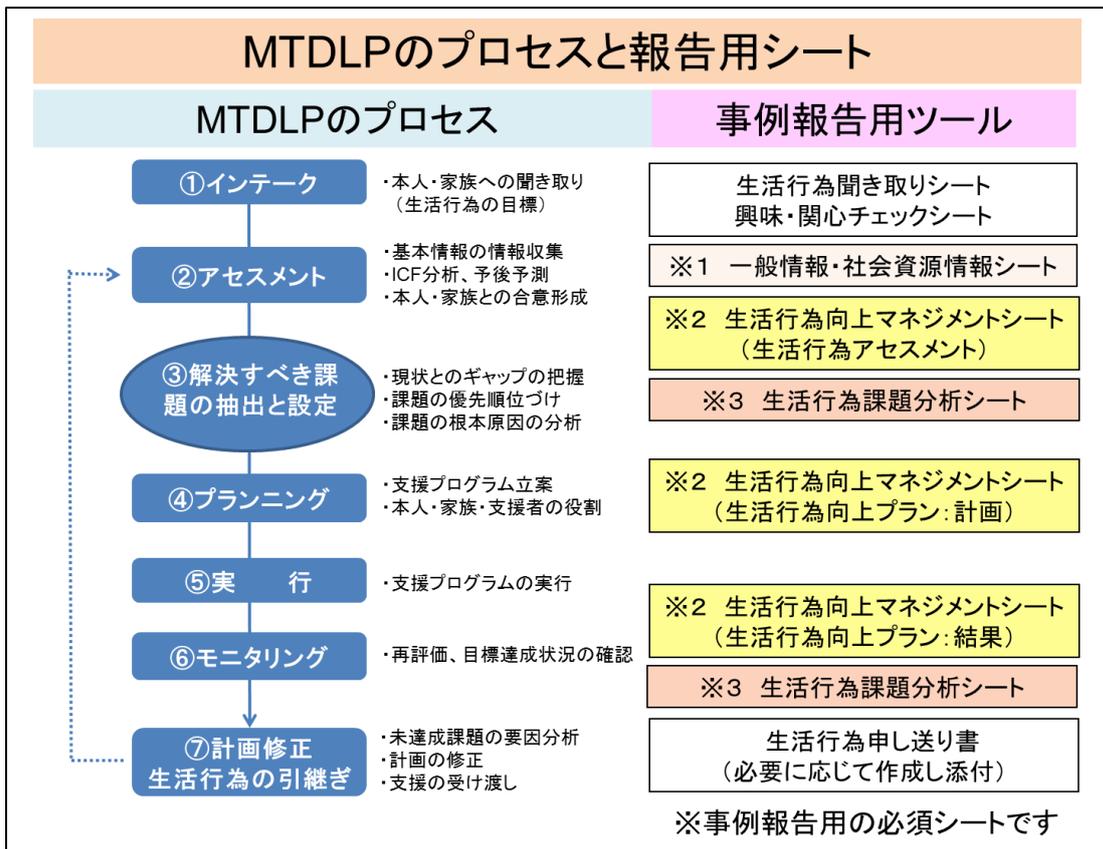


図9：生活行為向上マネジメントのプロセスと事例報告用シート

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

- 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】

(5) 審査基準と事例種別の留意点

①事例審査表と審査基準

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案しているか 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 総合判定(審査基準・マトリックスを参照)				0.0%		0.0%			

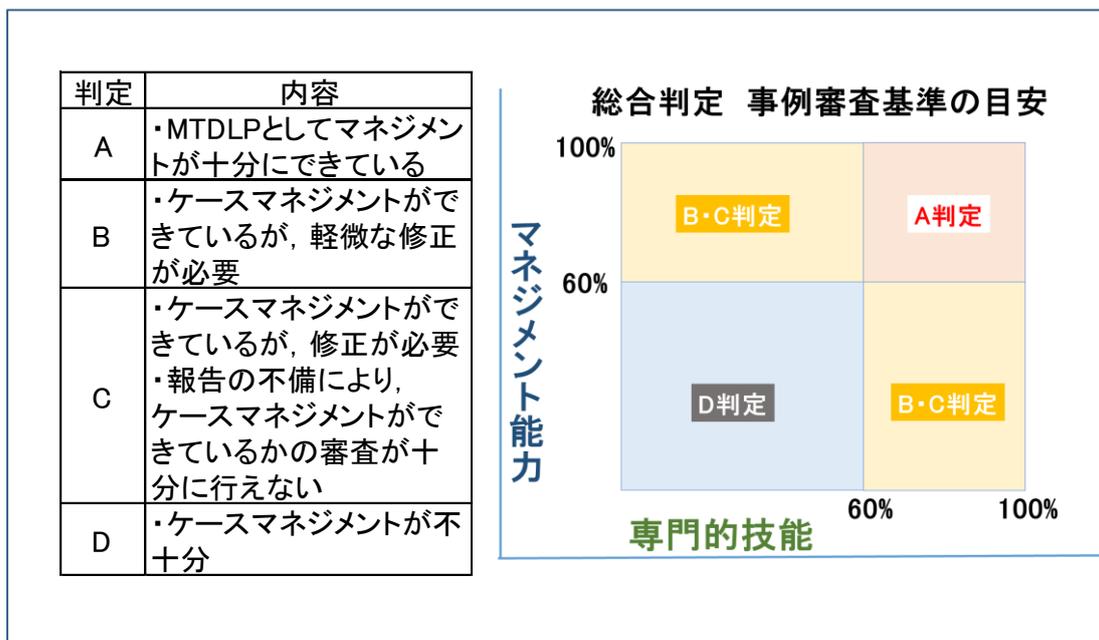


図10: 審査基準

②事例種別と介入時期の留意点

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、事例種別と介入時期の留意点を表2に示します。

表2: 事例種別と介入時期ごとの留意点

事例種別と介入時期	留意点(最低限実施すべきこと)
医療: 急性期	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・入院前の生活状況の把握 ・住環境や家族の受け入れ, 介護保険サービス等の環境因子の評価 ・回復期の作業療法士や介護支援専門員, 地域包括支援センターへの目標やプランの申し送り(コラム①参照)
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	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内と施設外のチームマネジメントの視点 ・住環境や周辺環境, 家族の態度などの在宅復帰に必要な環境因子の評価 ・家族や介護支援専門員など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など在宅(地域)移行支援 ・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, 児童福祉法によるサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・活動と参加, 環境因子のアセスメント充実 ・介護支援専門員やコーディネーター(サービス提供責任者, 相談支援専門員, 支援員等)・ホームヘルパーなどの専門職との役割分担 ・情報共有の方法 ・社会適応プログラムの充実

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、生活期の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」マネジメントが必要であり、対象者のできるようにし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べきでしょう。**

コラム①【MTDLP 事例報告での見落としがちなポイント】

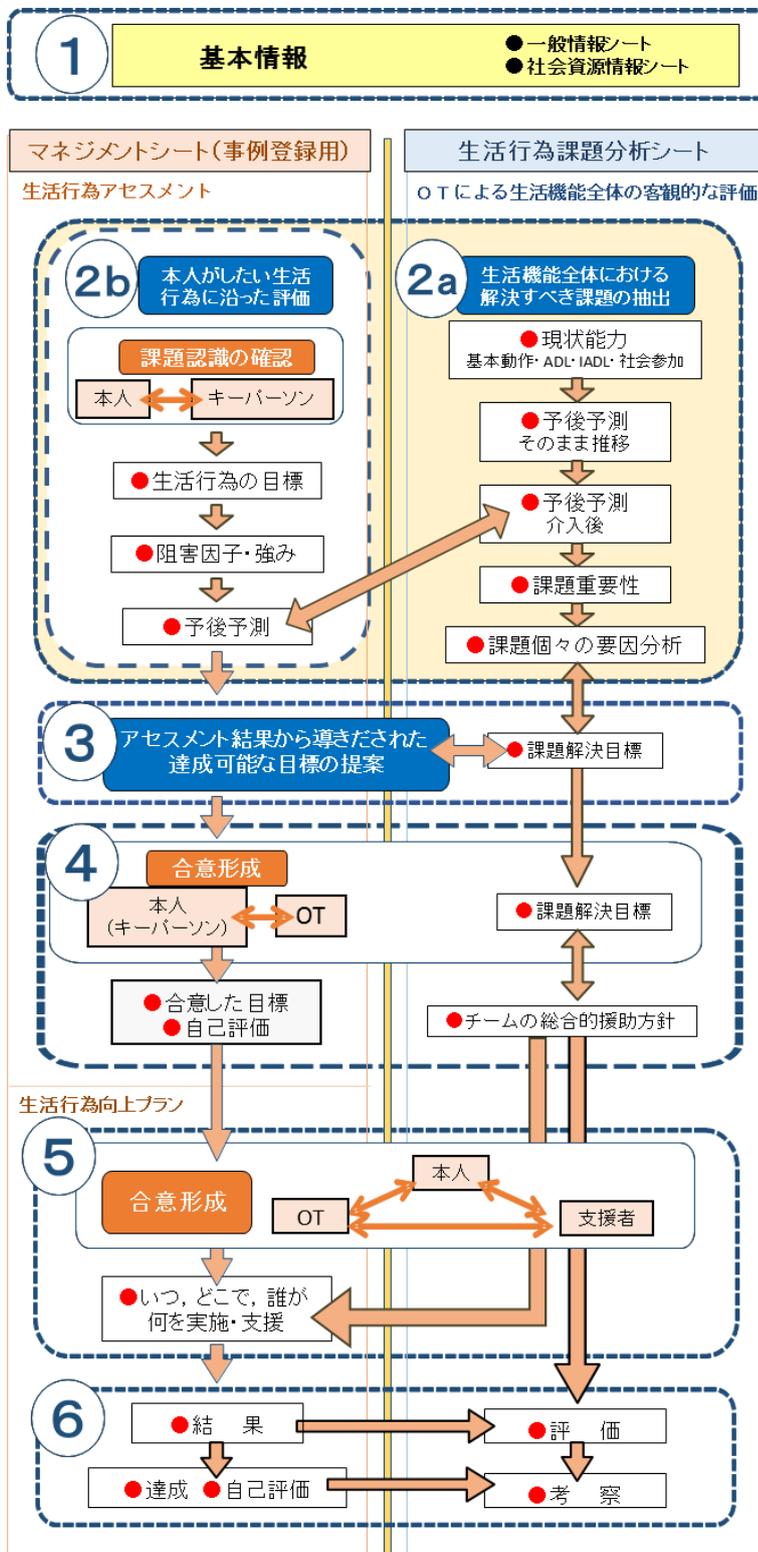
急性期における脳血管障害の対象者に対するMTDLPの介入事例で、退院後をイメージしたすばらしい実践報告がありました。ところが、回復期への申し送りを実施したかどうかの記載がありませんでした。

もちろん、次の支援者へ申し送りは実施されていたと思いますが、記載が無いため、マネジメント不十分と判断せざるを得ず登録に至りませんでした。

一つのマネジメントプロセスから次のマネジメントプロセスへと、**次の支援者への介入経過の報告と計画の引き継ぎは必須**です。記載忘れの無いように注意しましょう！

5. 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) 生活行為向上マネジメントの進め方



①一般情報シート・社会資源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から順に示す。

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意向を確認する。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生活行為向上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り、自己評価を聞き取る。

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。

⑤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に基づき、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。

⑥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 11：思考プロセスイメージに基づいた報告書作成のためのフローチャート

(2) 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(図12)。

生活歴などから対象者の人となりがい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、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、報告者がMTDLPを実践した分野を選択し、その番号を記入して下さい。

○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文章で記述して下さい。職業歴や生活歴・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。特に、これまでの生活の1日のスケジュールや性格、プロフィールを詳細に記載して下さい。

○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、その発症や受傷からの期間を記載します。

○現病歴は、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疾患がいつどのようにはじまり(発症や受傷の経緯)、どのような経過をたどってきたのか、これまでに治療内容などについて順を追って記載します。

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月から作業療法開始

○主疾患・主疾患以外の疾患は、複数選択していただいで構いません。当てはまるものを、主なものから5つまで病名を記入し、番号を選択して下さい。

○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つ記入して下さい。

○配偶者は、現時点での配偶者の有無について番号で記入して下さい。

○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下さい。別居している家族、また、関わりが多い親戚など、本人に関わる周りの家族・親族など、本人との関係や援助の態度など、詳細に記述して下さい。

事例種別			番号記入
1: 医療 急性期	6: 介護老人保健施設	11: 介護特別支援老人ホーム	
2: 医療 回復期	7: 通所リハビリテーション	12: 介護支援専門員・地域包括支援センター	
3: 医療 維持期	8: 通所介護	13: 障害(総合支援法)	
4: 医療 精神科	9: 訪問リハビリテーション	14: その他	
5: 小児 発達障害	10: 訪問看護ステーション	()	
年齢	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			
主疾患・主疾患以外の疾患(主疾患も含め、5つまで)			
1: 循環器系 高血圧、脳卒中、心臓病	6: 筋骨格系	病名	番号記入
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、生殖系	10: その他		
家族構成		介護者について	
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	()
配偶者		番号記入	
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		住宅環境と周辺状況: 記述	
1: 持ち家	番号記入	1: 65歳未満	番号記入
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		収入の有無	
1: 国民年金	番号記入	1: 仕事をしている(収入あり)	番号記入
2: 厚生年金		2: していない	
3: 共済年金		生活保護	
4: 老齢福祉年金		番号記入	
5: 障害年金		1: あり 2: なし	
6: その他	()	判定区分(等級)	
障害高齢者の日常生活自立度		番号記入	
認知症高齢者の日常生活自立度		番号記入	
<small>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。 第11版(平成28年5月30日)</small>			

図12: 一般情報シート(事例報告用)

○住宅環境と周辺状況は、住宅（自宅の家）の中の環境や、家の周辺環境について、対象者が生活で移動すると想定する範囲について詳細な情報を記述して下さい。

○障害高齢者の日常生活自立度は、厚生労働省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、厚生労働省の認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を参照し記入して下さい。非該当の場合は、0と記入して下さい。

○また、シートの欄外に、**介入後**の、日常生活自立度（寝たきり度）と認知症高齢者の日常生活自立度について、また、「生活行為向上リハビリテーションの加算」の算定対象についても番号を選択し記入して下さい。

○一般情報シート（ダウンロード版）の2枚目のシートにある入力見本（記入例）を参考に記入して下さい。

<社会資源情報シート>

社会資源情報シートは、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、介護支援専門員との連携状況、地域移行支援に向けた取り組みがわかるものです（図13）。

MTDLPを使用して、対象者の生活行為の自立や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）の利用を検討する必要性も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下さい。

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・介護支援専門員など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、入力時に申し送りシートも添付して提出して下さい。

④退院後訪問支援：退院・退所後に自宅を訪問して、生活行為が適切に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・介入後の介護支援専門員・相談支援員などの関与について、あり・なしで記入して下さい。

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			
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	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	
その他()		/月	その他()		/月
介護	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	
	通所リハビリテーション	/月	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
在宅サービス利用状況	就労支援施設	/月	就労支援施設	/月	
	地域活動支援センター	/月	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()		/月	その他()		/月
障害	福祉用具()		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		
地域の関与(見守り等)			地域の関与(見守り等)		
その他()			その他()		
就労 その他 の 社会 資源	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		
	学校		学校		
	介護予防事業		介護予防事業		
	スポーツジム		スポーツジム		
	健康増進施設		健康増進施設		
	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		
コンビニ		コンビニ			
()			()		

図13:社会資源情報シート(事例登録用)

○要介護度（介護保険についての情報）を、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下さい。

○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、週〇回など記入して下さい。

○福祉用具の項目は、介入時まで使用していた福祉用具があるかないか、また、介入後に使用している福祉用具があるかないかを選択して下さい。また、使用している福祉用具名も()の中に記入して下さい。

○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）を参考にご記入下さい。

<生活行為向上マネジメントシートと生活行為課題分析シートの関係>

MTDLPの事例報告では、生活行為向上マネジメントシート、生活行為課題分析シートを含め審査の対象となります。それぞれのシートの特徴を図14に示します。

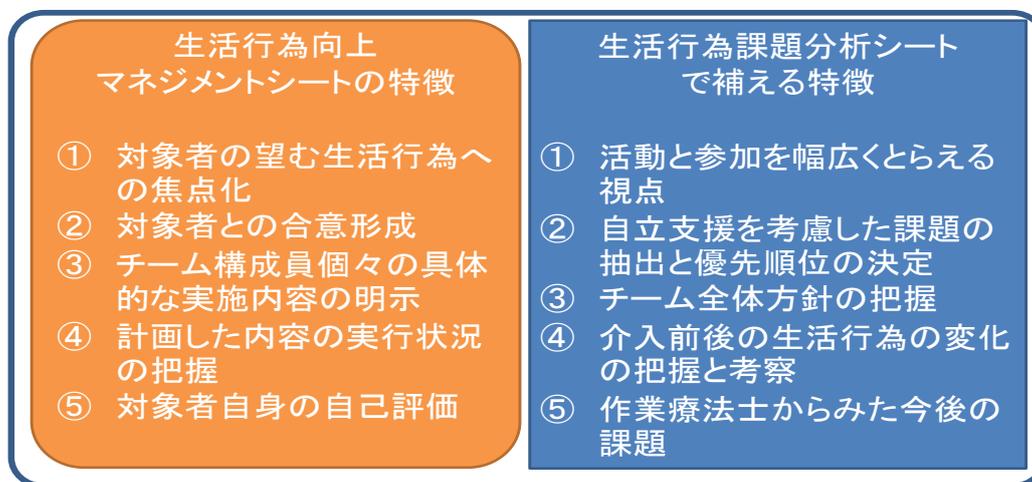


図14 事例報告で用いる主要2シートの相補的關係

MTDLPは、対象者主体でありながら、トップダウン的視点とボトムアップ的視点を併せ持ち、ICFで全体を把握するとともに、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自立支援型マネジメントツールです。対象者の生活を包括的に捉え、自立や自律を支援する作業療法士としての専門的視点が不可欠です。

その特徴は、以下の手法や視点を統合して構成されていることです。

- ①対象者中心の作業療法、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作業を重視した視点
- ②対象者や家族との合意形成を図り、協働して意思決定を行う視点
- ③ICFの分類（心身機能・構造、活動、参加、個人因子、環境因子）に沿って対象者の生活を評価し、相互関係を理解すること
- ④目標となる生活行為の工程分析に基づいたプログラムを立案すること
- ⑤目標を達成するために多職種と連携・協働する視点
- ⑥PDCAサイクルにより、たえず改善を図っていくマネジメント手法

(3) 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>

図2で示したMTDLPで重要なマネジメントプロセスの支援のながれに沿って導入するためには、まず、インテークから開始となります。

<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。

事例報告には、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OT協会ホームページよりダウンロードしてご使用下さい。

事例報告用のシートは記入欄が限られていますので、要点を絞り簡潔に表現するよう努めてください。

①生活行為の目標

【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（図15）。

例) 畑くらいはできるようにになりたい。一人で近所の銭湯のお湯にゆっくりと浸かりたい

キーパーソンの部分には、キーパーソンは誰か（家族や支援者など）、そして、対象者にできるとよい、できるようになって欲しいと思っている生活行為を具体的に聞き取り、その内容を記入します。

MTDLPは、「対象者」だけではなく「家族や支援者など」の支援も重視しています。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行うことが大切です。必ずキーパーソンへの聞き取りを行ってください。

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、これまでの生活の流れや家庭での役割、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すように心がけましょう。対象者の本音を探り、本人が「答えた方が良いと思う生活行為」や「しなければならない生活行為」だけではなく、「本当にしたい生活行為」を聞き取るように努力して下さい。

図15:生活行為向上マネジメントシートA(事例報告用)

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、認知症でうまく表現できない場合は「興味・関心チェックシート」を活用し、「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、精神機能・パーソナリティや生活歴や性格などの個人因子を把握し、過去の経験や現在の状態から、対象者自身が今後について何を望み、どのように感じ・考えているかを捉えるようにしましょう。対象者によっては目標となる生活行為のイメージが漠然としており、具体的に表出できない場合があります。その際には具体的な聞き取りが出来るようになったタイミングを捉えて、その段階からMTDLP介入を開始してもよいと思います

図16に、聞き取りをした生活行為の対象者にとっての意味と、その階層性を示しています。この聞き取りの意味の把握が不十分な場合は、MTDLPとして成り立たなくなります（コラム②P21③P22参照）。

※インテーク：生活行為聞き取りシートで確認した目標の例（表3）を参考に、事例報告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下さい。

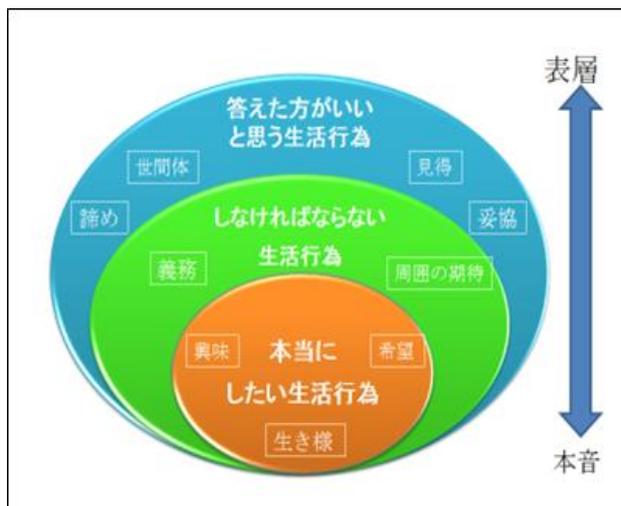


図16：対象者（本人）の本音を探る

コラム②【MTDLP 事例報告での見落としがちなポイント】

ある認知症（中等度）の対象者へのMTDLPの介入事例です。支援の結果としては、目標を達成しさらに別の生活行為の改善に波及するなど、素晴らしい介入でした。

この報告では、生活行為向上マネジメントシート（生活行為の目標：本人）欄が空白で、本人の言葉が記載されていませんでした。確認すると、対象者が意思疎通できる状態でしたが、本人への聞き取りは行わず、家族のみの聞き取りを優先した合意形成となっていたことが分かりました。もちろん、本人を中心とした支援でしたが、残念ながらマネジメント不十分と判断せざるを得ず登録に至りませんでした。

本人からの聞き取りが全くできない場合は、家族などの支援者からの聞き取りのみの報告もあると思います。しかし、**本人の意思や主体性を確認するための様々な試みが必要であり、インテーク技術（コミュニケーション能力）は大変重要です。**本人・家族・他の専門職との良好な関係を構築し、本人の本音を引き出す質問力など、日々の臨床で力をつけていきましょう！

表3：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 車いす自操 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	

コラム③【MTDLP 事例報告での見落としがちなポイント】

回復期病院に入院中で自宅復帰を目指している脳血管障害（片麻痺）の対象者のMTDLPの介入事例です。対象者への聞き取りを行ったところ、生活行為の目標は、「園芸がしたい」でした。

そこで、作業療法士は、花を植えて育てる(水やり)というプログラムを計画・実施しました。対象者は、やりたい園芸ができたことを喜び、実行度や満足度も向上していました。

しかし、その「園芸」という生活行為が、対象者にとってどのような意味を持つのか、アセスメントで的確に表現されていませんでした。また、改善の可能性のありそうなADLやIADLへの介入がなされないまま支援終了となっていました。

この報告のように、**本人のやりたいことや活動に関する記述が中心で、心身機能的確なアセスメントがない報告や、対象者の生活全体のプランが不足している報告**、できたところまでに留まり生活行為の継続まで見越してない報告が散見されています。聞き取った「〇〇がしたい」のはなぜか？ その他の改善すべき生活行為はないのか？ つまり、生活行為の目標の達成を目指すのみではなく、その背景となる情報を整理するなど、もう一歩踏み込んで聞き取ることが重要です。

MTDLPの実践では、対象者主体でありながら、トップダウン的視点とボトムアップ的視点、かつ、自立と自律を支援する作業療法士としての専門的視点が必要といえるでしょう。

(4) 生活行為アセスメント<生活行為課題分析シート, マネジメントシート>

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2 参照)。

生活行為アセスメントは、現状を把握し、課題を明らかにするためにを行います。解決すべき課題の抽出と設定は、「過去から現在」、「現在から将来」の両方の時間軸を見据えて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、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するために誘導するツールです (図 17)。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) の設定に至る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⁾。

【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、現状の能力を記入します。評価の際は、対象者の潜在能力を考えながら、実行している状況を把握するようにして下さい。

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、とても重要です。

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。

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差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ため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。

図 17: 生活行為課題分析シート

【ADL】

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、性的な表出など、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】

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、安全管理などを指し、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追加してください。

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ができるだけ把握するよう努めて下さい。対象者への聴取だけでは把握が困難な場合は、家族や介護支援専門員、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下さい。

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下さい。「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、在宅生活や次の場に移った場合にどうなるのかを想定して記入して下さい。

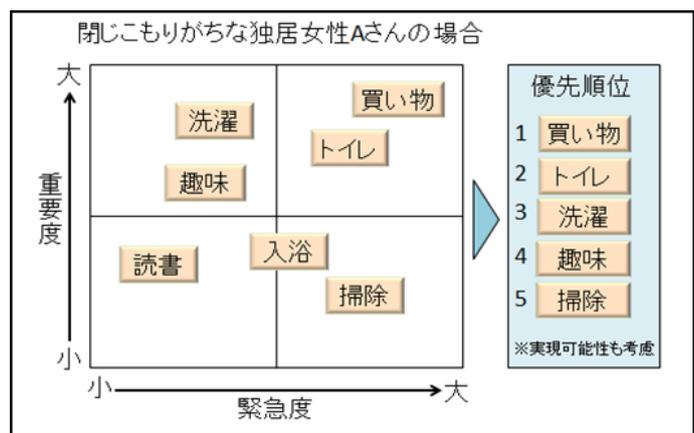


図 18 : 生活行為課題の優先順位マトリックス例

④課題重要性

予後予測の「このまま推移」と「介入（支援）後」との間にギャップがある生活行為が解決すべき課題となります。図 18 を参考に、課題の要因分析（次章）も視野に入れながら、重要度と緊急度を考慮した上で、解決すべき課題を複数設定し、優先順位を数字で記入して下さい。

※課題の優先順位は、対象者の希望、課題の必要性、実現性、他の課題への影響度などを考慮して下さい。また、課題の優先順位を考える際に、同率1位や2位などと一概に順番をつけられないことがあります。その場合も、現時点での優先順位を1から順位を付けて振り分けて下さい。

臨床経過の中で、優先順位が変わってくることは当然あることですので、あくまで現時点での優先順位を付けて下さい。優先順位をつけた課題を複数同時に行う取り組みについても整理して記載しましょう。この複数同時にすすめる必要な取り組みを整理したものが、合意した目標（生活行為向上マネジメントシート）として記載されているか確認しましょう。

また、急性期では、対象者の望む生活行為よりも、「リスク管理」「身体機能の回復」などが緊急度の大きい項目となることが想定されます。この場合、「現在の状態が安定すれば、対象者はどの生活行為ができるようになるのか?」と考えると優先順位やプランの立案がしやすくなります。

課題重要性のカテゴリー分類は、例えば、「農業に戻りたい」→『仕事』、「庭で野菜を作りたい」→『趣味』へ分類するなど、課題とすべき内容をアセスメント項目のカテゴリーに分類し記入して下さい。

＜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】

生活行為アセスメントは、その課題分析のプロセスを表に書き込み、わかりやすく言語化することに意味があります。また、プロセスを対象者と確認することで、対象者自身が、生活行為がうまくできない要因を理解するという教育的アプローチとしても有効です。さらに、他職種に対して作業療法士が対象者の生活行為をどのように捉え、何を問題とし、どのように支援課題を取り上げたのか、その過程をわかりやすく説明することができます。

【記載方法】

①生活行為を妨げている要因

インタビューで聞き取った生活行為の目標を阻害している要因について、ICFの心身機能と構造・活動と参加・環境因子に分けて、ICFコードも選択し記載します。

②現状能力（強み）

生活行為を妨げている要因だけでなく、その要因を軽減する、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。

図 19: 生活行為向上マネジメントシート A(事例報告用)

③ 予後予測

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・構造、活動と参加、環境因子について分析し記載します。

予後予測の欄には、対象者（本人）のしたい生活行為が、どのようにすれぱうまくなるようになるかの見立て（可能性）を記入します。心身機能・構造、参加と活動、環境因子の可能性を書き込んで下さい。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でしょう¹⁶⁾。

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。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文献やOT協会の事例報告データベースの検索、他の作業療法士、他職種に意見を求めることなどをお勧めします。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下さい。

※心身機能・構造、参加と活動、環境因子のそれぞれに記載するシート(図19)と、まとめて記載するシート(図20)がありますので、書きやすい方を選択して使用して下さい。

以下に、表4：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、参考にして下さい。

図 20: 生活行為向上マネジメントシート B(事例報告用)

表 4: 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

生活行為の目標	本人	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	続柄:	夫	トイレは一人でできるようにしてほしい									
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・運搬、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	b760	左片麻痺 (上肢Ⅳ手指Ⅲ下肢Ⅴ)		d430-449:	左手での運搬や操作は困難		e310	夫と二人くらしで、 日中は仕事に行っている。					
	b740	立位耐久性の低下		d450-469	杖歩行は10m程度		e155	自宅は段差が多く、 バリアフリーではない					
	b260	固有受容覚軽度低下		d630-649	家事は未経験		e575	介護保険は未申請					
	b140	左半側空間無視					e310	同じ町内に娘家族が在住					
現状能力(強み)	b760	右上下肢は問題なし		d130-d179	学習効果は高い		e320	趣味を通じた友人が多い					
	b117	知的機能は問題なし		d410-429	立位保持と移乗は可能		e510	自宅から100m程度の 場所にコンビニあり					
	b130	回復意欲が高い		d175	代償手段の開発ができる								
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	焦点化する ICFコードを記載			b760	b740	b260	b140	b130	d630	d450	d530	e155	e575
	3ヵ月: 左手は、固定は可能となる。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。排泄は杖歩行で自立可能で、入浴も繰り返し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。 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。料理・洗濯はヘルパーと一緒に 行えば、家事の遂行可能。趣味の再開は、娘・友人の協力が必須で、ケアマネジャーを通じて退院前に調整が必要。												

<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つけた課題個々の重要性について、生活行為障害の要因を分析します(図21)。

分析では、対象者の希望、課題の必要性、実現性、他の課題への影響度などを考慮し、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るのか関連づけを検討して下さい。

また、課題重要性の優先順位の中で、複数を行う取り組みを行うことがある場合には、必要な取り組みを整理し、その内容が合意目標として記載されているか確認しましょう。

生活機能と背景因子を踏まえて分析できているかどうか、課題の相互関連を分析して記載して下さい。

特に、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、多面的に検討して記載して下さい。

図 21: 生活行為課題分析シート



図 22: 課題の要因分析の考え方

課題として挙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しょう。

このため、図22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

介護支援専門員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ことが明らかになった。

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、妻や介護支援専門員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うことにより、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、デイサービスのスタッフ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、臥床時間が減少し、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。

<生活行為向上マネジメントシート>

②合意した目標（対象者への達成可能な目標の提案と合意形成）

「生活行為アセスメントの予後予測」と「課題の要因分析」を基に、達成可能な目標を設定します。

対象者とキーパーソンに対し、目標について、アセスメント結果に基づいた提案をします。

この際に、対象者・キーパーソン・作業療法士間で話し合い、目標などの共有を行い、具体的な生活行為の目標を設定します（図 23）。

「いつ、誰と、どこで、どのレベルで実施するか」を意識して設定しましょう。目標のその先にある、生活行為の達成のための手段の獲得、つまり、その先にあるものを明記すると分かりやすくなります（コラム⑤P35 参照）。

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ヶ月程度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」などの提案も必要です。

予測される支援者（主治医・看護師・理学療法士・言語聴覚士・ソーシャルワーカー・介護支援専門員・ヘルパー・栄養士・など）は情報を提供し、目標を共有することが大切です。

また、合意した目標は、小分けにし過ぎると、実行度・満足度がきちんと反映されません。

例)①庭の手入れをする ②買い物に行く ③温泉に行く
のそれぞれを合意目標として記載し実行度・満足度を記載

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1～10段階で自己評価します。

※目標（合意形成）にあたっては、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、日常生活に着目した具体的な目標設定の提案して下さい。

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		
生活行為の目標	本人			
	キーパーソン	説明:		
	アセスメント項目	心身機能・機能の分析 (身体・認知・神経・行動・運動)	活動と参加の分析 (移動・意識・反応・状況・参加)	環境因子の分析 (身体・人間関係・状況・サービス)
		ICF 評価	ICF 評価	ICF 評価
生活行為アセスメント	生活行為を妨げている要因			
	現状能力(強み)			
	予後予測(期間・目標レベルを記入)			
合意した生活目標 (1つ以上を記入)		②合意した目標		
*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				
生活行為向上マネジメント 合意した目標(いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会的なプログラム
	本人	計画		
	結果			
	家族	計画		
結果				
支援者(職種別記)	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: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)

本シートは、厚生労働省(高齢社会政策課)が作成した「高齢社会政策調査報告書」に基づき、本シートの開発は、一社一社の開発費、開発費、開発費、開発費への入札、内容の変更等は随時随時行われております。

図 23:生活行為向上マネジメントシート(合意形成)

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。合意形成は、対象者との協業で行われるもので、課題解決のための実行への合意形成を得るプロセスを図 24 に示します。

■合意形成は対象者との協業から生まれる

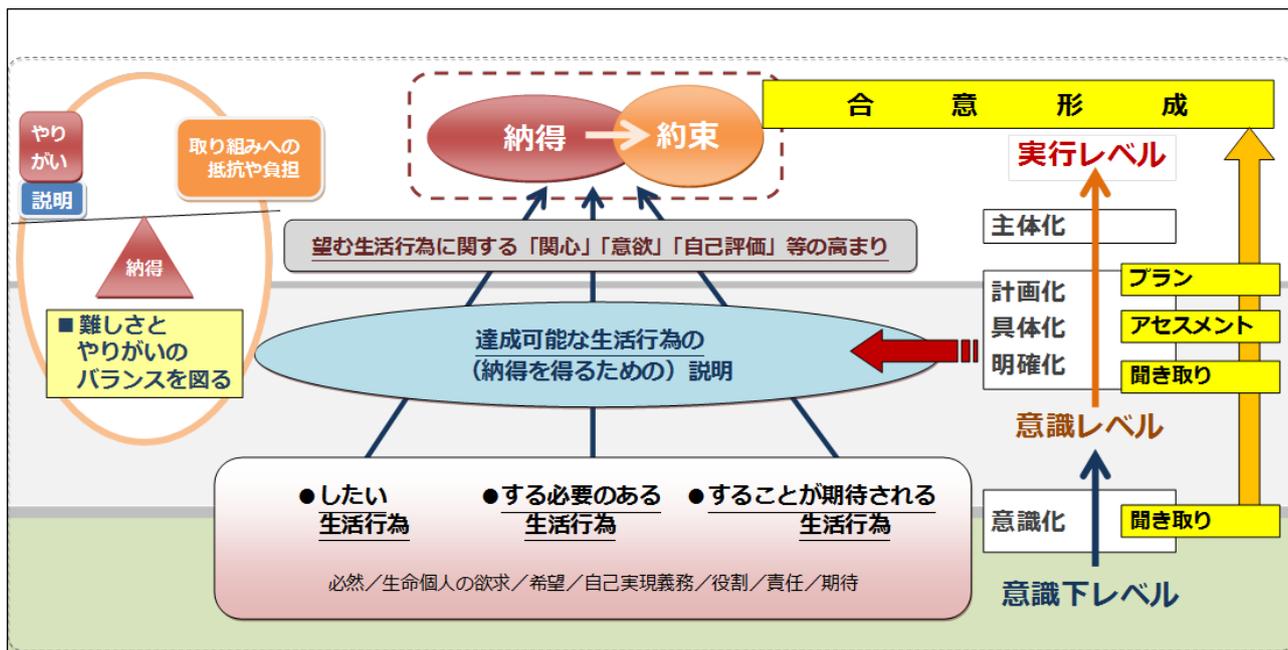


図24 実行への合意形成を得るプロセス

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説明し、取り組みを具体化・計画することで抵抗感や負担感を軽くし「やりがい」を感じられるようにすることが重要です。難しさとやりがいのバランスを取ることで、対象者が納得し、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の思いを作業療法士の視点を通して確認して合意するという協業のうえに成り立っています。

＜生活行為課題分析シート＞

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（図25）。

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

なお、達成期間は病期や対象により異なりますので、対象者に合った適切な期間を設定して下さい。

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下さい。

例)：長期目標：体力をつけて、毎日1人で歩行者を使用して、安全に近所のスーパーまで買い物に行ける

- 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などの準備ができる

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（図26）。

例)全体方針；3ヶ月後にサービス利用で自宅退院

- ・Dr；術後の治療・負荷量の指示
- ・Ns；排泄自立に向けた関わり
- ・OT；できるADL拡大、
- ・MSW・介護支援専門員；サービス調整

全体の方針は、

・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、

・介護保険分野では、介護支援専門員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下さい。

図25:生活行為課題分析シート

図26:生活行為課題分析シート

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な、働きかけに努めましょう。

＜生活行為向上マネジメントシート＞

①生活行為向上プラン：計画（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、課題分析シートの（チームの）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。

※図7：生活行為の波及効果のとらえ方～24時間365日を見据えて～P9 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、多職種協働のプラン・地域全体のプランになるよう心がけましょう（図27）。

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な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（図28）。

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でしょ。

※特に支援者の欄は、職名を明記するようにして下さい。

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まれます。ケースワーカーや介護支援専門員などの退院後の支援者との役割分担を記載するといいでしょ。

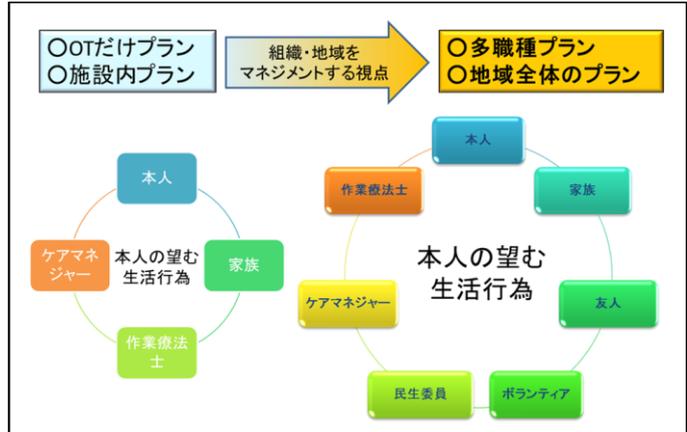


図27：生活行為向上マネジメントのイメージ

生活行為向上マネジメントシート(事例登録用)											
生活行為の目標	本人										
アセスメント項目	キーパーソン	継続	心身機能・構造の分析 (精神・認知・神経・目・聴覚・運動)			活動と参加の分析 (移動・通観・ADL・UADL・社会参加)			環境因子の分析 (環境・用具・電気・支援・関係・サービス)		
生活行為を妨げている要因	ICF	詳細	ICF	詳細	ICF	詳細	ICF	詳細	ICF	詳細	
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・どこで・誰が・何を達成するか)											
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											
いつ・どこで・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			社会適応プログラム				
	本人	計画	①生活行為向上プラン(計画)								
	結果										
	家族	計画	①生活行為向上プラン(計画)								
結果											
支援者(職種別)	計画	①生活行為向上プラン(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:変更達成 3:未達成 4:中止 番号記入										
未達成の理由											

図28：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¹⁷⁾(図 29)。

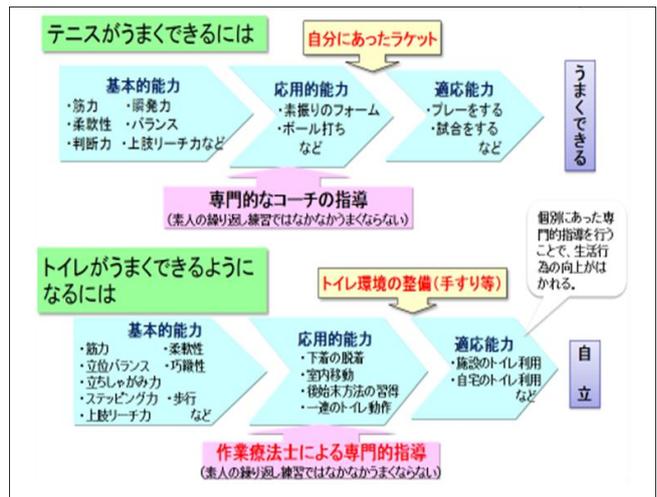


図 29: 筋力があってもテニスはうまくなれない¹⁷⁾

表 5: 生活行為向上プログラムの例¹⁸⁾

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
<ul style="list-style-type: none"> ・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・ストレッチなど ・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・レクリエーションなど ・関節可動域を改善する ROM 訓練・モビライゼーションなど ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、排泄などのセルフケア ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・家族など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生活行為向上プラン：結果（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。実施支援期間は、MTDLPの介入時期を記入して下さい。聞き取り開始を介入開始日として記入するとよいでしょう。

※「OT実施」「PT実施」のような内容ではなく、表5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下さい。実施した結果どうなったのか、状態像や生活像を記載して下さい。

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6に一例を示します。

表6:妻の支援を得ながらビル管理業の復帰とボランティア活動再開へ繋げた事例

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		
	計画	1)ワイピング 2)新聞を用いた巧緻動作訓練 3)四つ這い、ハーフスクワット 4)床からの立ち上がり	5)事務作業練習(書字・ホチキス・割印) 6)バランスボード、ハの字歩行 7)下肢からのロールオーバー、セラビーボール 8)杖歩行(段差→階段→屋外→時間延長)	9)自営業実務の実習 10)ボランティア活動の実習 11)委託職員(実務を委託している親族)と調整 12)ボランティア活動再開に要する支援を担当者と調整	計画	1)～3)自宅でも自主訓練として実施 筋力向上・巧緻動作が改善した 4)1カ月後より自主練習を追加 階段昇降のふらつきが無くなった	5)工夫を加えることで自立 6)歩行バランス向上 7)歩行時の振り向き動作が安定 8)階段を含む20分以上の杖歩行が延長
本人	結果	妻:1)～4)の自主訓練実施の見守り	13)自宅周辺の散歩付き添い	9)～11)に同席 14)車での送迎が可能かどうか検討	結果	取り組む姿を讃え、心理的な応援 本人が積極的に自主練習に取り組めた	屋外杖歩行の耐久性向上し自信が持てた 14)は9)～12)を実施し、 車で送迎し支援が可能なることを確認した
	計画	OT 1)～4)を通所リハ時に実施 徐々に自主訓練として実施する	OT 5)～8)を通所リハ時に実施 5)は工夫を加えて環境を整える 8)の進み具合を12)に反映させる	OT 9)～12)のコーディネート 自営業の 委託職員 ボラ担当者 11)支援を依頼し、本人の 状況を理解してもらう 12)に同席を依頼する	結果	OT 全て実施し、 自主訓練は積極的に行えた	OT 全て実施し、 事務作業が自立した 杖歩行が安定し生活範囲が拡大
支援者 (職種明記)	計画				結果		
実施・支援期間	介入開始日	X年 8月 1日		最終評価日	X年 10月 31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	1	
	変更達成の目標						
	未達成・中止の理由						

コラム④【MTDLP 事例報告での見落としがちなポイント】

医療専門職の作業療法士にとってリスク管理は、当然行うべき内容です。そのためか報告内容に対象者のリスクマネジメントに関する記載を省略している報告があります。

例えば、嚥下障害がある対象者への食事の再開では、嚥下機能の評価とリスク管理が不可欠です。また、脳血管障害・転倒骨折・肺炎など、疾患のリスクマネジメント（再発防止管理）や、服薬管理やそのコントロール状況など、疾患や症状の特性に応じておさえるべき内容は様々です。

報告時、その内容をきちんと伝えるために、日頃から医師・看護師など医療専門職との的確な連携を実践した上で、しっかり記述することが重要です。

＜生活行為課題分析シート＞

最終評価・考察・今後の課題を記入します (図 30).

①最終評価

支援後の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下さい。

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、事例から見えた地域の課題を記入して下さい。

マネジメントとは、目標や目的を解決・達成するために、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。

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、対象者の介入から見えた地域の課題を記入して下さい。

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」を記入して下さい (図 31)。

図 30: 生活行為課題分析シート(最終評価・考察・今後の課題)

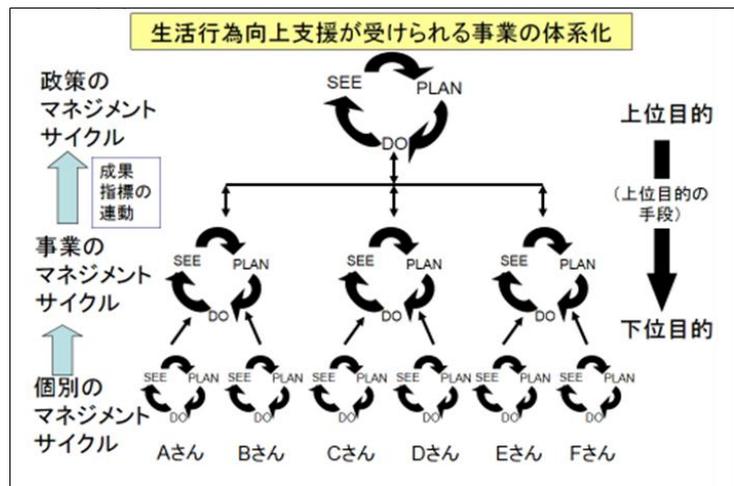


図 31: 生活行為向上マネジメントがマネジメントツールである所以
MTDLP 概論のスライドより抜粋

<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 32)。

「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、介護支援専門員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						生活行為向上メモリット
今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。						
【元来などの生活状況】		【支援のきっかけ】		【ご本人のできるようになりたいこと・困っていること】		
		<input type="checkbox"/> 徐々に生活機能が低下 <input type="checkbox"/> 発症(脳梗塞など) <input type="checkbox"/> その他()				
【現在の生活状況】(本人能力を記載する) 該当箇所をチェックをつける						【リハビリテーションにおける作業療法の目的と内容】
ADL-IADL項目	している	していない ができる	改善 見込み有り	支援が 必要	特記事項	
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
平地歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
室内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		【日常生活の主な過ごし方】
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整理・ゴミ出し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
【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】						

第1.2版(平成28年4月30日)

本シートの著作権(著作人権、著作権産権)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 32: 生活行為申し送り表

コラム⑤【MTDLP 事例報告での見落としがちなポイント】

MTDLP は、インテークの生活行為の聞き取りで得られた情報を基に、対象者と作業療法士が合意した生活行為を目標として、その実現に向けて取り組んでいきます。

合意した目標は、「いつ、誰と、どこで、どのレベルで実施するか」を意識して記入しましょう。

コラム③でも記載しましたが、安易に、聞き取った生活行為の目標を記載しないようにして下さい。合格した事例報告の合意した目標を参照してみると、例えば、「いつまでに(1M)、何を(身の回りのことが)、どのように(自分自身で)できるようになって、どのように(老人車で)何をする(阿弥陀堂までお参りをする)ことができる」など、実際に対象者と話し合って同意し合意した内容を、予後予測の根拠を含めて、具体的に記載しています。効果的な MTDLP プラン立案に繋げる目標にしましょう。

ぜひ、OT 協会 HP の事例データベース検索を活用し、対象者の達成したい生活行為の目標を立てる参考にして下さい。

6. 事例執筆から入力までの手順

※OT 協会の事例報告書作成の手引きに沿って行って下さい。

(1) 基礎情報-1

表題（タイトル）は、50 文字内で、介入内容や変化が分かるようなものにして下さい。

表題のポイントは、支援者ではなく対象者を中心にした表現にし、対象者固有の生活像、人生観、意味ある作業などが垣間見えるようなキーワードを用いて、マネジメント実践であることを示すような表現として下さい。

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下さい。

<例>

- ・妻の支援を得ながらビル管理業の復帰とボランティア活動再開が果たせた事例
～通所リハでの MTDLP の関わり～
- ・2 年ぶりに主婦としての役割を取り戻すことができた事例
～MTDLP の実践報告～
- ・再び温泉外出できたことを機に、1 日を主体的に過ごせるようになった事例
～多職種・家族・友人によるチーム支援～

(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下さい。

ただし、点数がよくわからないところはマイナス記号にしておいてもかまいません。その他のアウトカム指標がある場合は追加して下さい。

(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下さい。キーワードは、キーワード集より 3 ワードを選択して下さい。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下さい。キーワード集は、OT 協会 HP の学術部のページを参照下さい。

(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 つだけ選択して下さい。

(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。報告の目的に沿って論点を絞り、報告内容の要旨 (アウトライン)を示して下さい。具体的には、どのような対象者に、どのような立場で、どのくらいの期間関わって、どのような結果に至ったのか、という点を押さえて記述すると分かりやすくなります。支援が長期にわたる報告の場合はある一定期間に限定して報告する、また、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下さい。

<報告の目的 例:169文字>

頸椎後縦靭帯骨化症により前方固定術を受け退院し、当通所リハビリテーション利用に至ったA氏を担当する機会を得た。MTDLPを用いて介入した結果、ADLの自立度の向上から平坦路での杖歩行の安定につながり、妻の支援を得ながら本人の意向であったビル管理業への復帰やボランティア活動の再開を、達成することが出来た。この約3ヶ月間のMTDLP実践をまとめここに報告する。

- ・どのような対象者に？
→頸椎後縦靭帯骨化症により前方固定術を受け退院し、当通所リハビリテーション利用に至ったA氏。
- ・どのような立場で？
→通所リハビリテーション
- ・どれくらいの期間
→3カ月
- ・どのような結果に至ったか？
→妻の支援を得ながらではあるが復帰を果たすことができた

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、対象者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下さい。

特に、対象者の作業歴をここに詳しく示すことが大切です。具体的には、年齢・性別、要介護度などの制度上の認定情報、主疾患名・現病名・既往歴などの医療的な情報といった基本的情報に加え、家族・住まいなどに関する情報 (〇人暮らし・マンション〇Fなど)、生活歴、作業歴、本人が大事にしていた作業などです。また、今回のMTDLP介入前に利用していたサービス状況 (可能であれば利用目的も記述) といったMTDLP介入のために必要な社会的情報を概括し、MTDLPの対象となるまでの経緯を端的に記述する形が分かりやすいでしょう。

この項は、一般情報シート・社会資源情報シートとの整合性が大切です。詳細は一般情報シート・社会資源情報シートでしっかりと記述し、本文ではそれらの情報から要点を抽出し、要約的な記述が必要です。

<事例紹介 例:400文字>

60代後半、男性、要介護4。現病歴は、X-1年に頸椎後縦靭帯骨化症で手指巧緻性低下や歩行障害、しびれが出現し、X年Y月前方固定術を受けたが大きな症状改善なく、X年Y+1ヶ月車椅子と伝い歩き併用レベルで自宅退院となった。X年Y+3ヶ月ADLの介助量軽減目的にて週1回の通所リハ利用開始となり、X年Y+5ヶ月にはADLはおおむね自立し、杖歩行は屋内など平坦路自立へと改善した。

この頃から、仕事への復帰やボランティア活動の再開を望まれ、新たな目標設定と支援のためMTDLPを導入した。

生活歴は病前、貸しビル経営を自営し、その傍ら自治会役員を務めたり、人権相談のボランティアを引き受けたりと、忙しく活動的に生活していた。活動的な性格で、趣味は読書。家族構成は、子供は自立し妻との二人暮らしであった。自宅は閑静な住宅地にあり、持家の一軒家で比較的新しく、室内はバリアフリー。妻は本人の希望を尊重しており、何事にも協力的であった。

③作業療法評価 (600字以内)

マネジメントシートの生活行為アセスメントの内容を要約し記述することが必要です。

生活行為の目標、検査測定などの評価内容、心身機能・構造、活動と参加、環境因子、予後予測、合意した目標 (合意までのプロセス)、自己評価などについて文章で具体的に記述して下さい。

ここがMTDLP実践の土台であるため、合意目標設定までのプロセスを明確に記述することが必要です。合意目標とは、「本人およびキーパーソンの意向」と「報告者の生活行為アセスメント」とのすり合わせによって「個人

因子が反映された達成可能と見込まれる目標」を導き出し、これを本人およびキーパーソンに提案し、合意が得られた目標のことです。

合意目標設定までのプロセスは、MTDLP 基礎研修の演習で行ったプロセスに沿って記載する形が、読み手にとって分かりやすいでしょう。

具体的には、対象者およびキーパーソンの生活行為に対する目標、生活行為アセスメント（心身機能・構造、活動と参加、環境の3つの側面における阻害因子と強みを要約した記述）、合意目標設定の根拠（なぜその目標を導き出したかという根拠について、予後予測を踏まえ端的に述べる）および合意目標に対する自己評価、の順で記述すると良いでしょう。可能であれば、自己評価時の本人コメントを加筆すると対象者のイメージが分かりやすくなります。

<作業療法評価 例:599 文字>

本人と妻に、自営業の実務やボランティア活動内容の聞き取りを行ったところ、ともに、記録を取り書類を扱うので書字や複数の事務作業が必要であること、ビルの見回りに階段を含め 20 分程度の歩行が必要で、通勤やボランティア施設まではバスと電車を使用し自宅から約1時間を要するとのことであった。また、自営業の実務は、現在、同業を営む親族に委託中であった。

心身機能面は、手指にしびれと巧緻性低下があり、書字は可能なものの筆圧やスピードに不足があり書類をめくる、印鑑を押す等も苦手で、肩甲帯周囲の筋緊張が高まりやすかった。下肢は脊髄性運動失調と運動麻痺、感覚障害があり、杖歩行は急な方向転換や段差・階段でバランス不安定、耐久性は平坦路 10 分(400m 程度)であった。

活動・参加面では BI は 90/100 で入浴と階段以外は自立、FAI は 23/45 で座ってではあるが掃除機かけ等の家事も行ってた。通所リハ以外では毎日自宅前道路を妻と散歩や自主訓練に取り組んでいた。通院や買い物等外出は妻が車を運転し付き添うという強みがあった。

通勤におけるバスや駅の利用は、要求される要素が多く能力のハードルも高いので、他の手段を検討することを本人と妻と話し合い、合意した生活目標を、「(約3か月で、歩行耐久性と事務作業に必要な巧緻性の向上を行い)自営業の復帰とボランティア活動を再開する」とした。自己評価は「まだ何もやっていないからね」と実行度・満足度ともに 1 であった。

④介入の基本方針 (200 字以内)

どのような方針で生活行為プランを立て、進めていくかを具体的に述べて下さい。目標達成あるいは課題解決のために、作業療法評価から導き出した、介入の大筋の方針・方向性・展望などを示して下さい。

チームの総合的援助方針や疾患・事故等のリスクマネジメントを押さえつつ、合意目標達成のための構造（合意目標達成のために必要とされる下位目標や課題解決など）を端的に示すことが望ましく、作業療法の個別介入に留まらず、MTDLP 介入を示す記述が必要です。

<介入の基本方針 例:198 文字>

自営業への実務復帰とボランティア活動再開を目指し、通所リハは週 1 回とし、転倒リスクに配慮し、自主訓練を最大限かつ有効に活用する。基本的な筋力向上やバランス動作練習の後、施設周辺的环境を利用し段差や階段昇降を行う。耐久性に関しては自宅での散歩量やコースに変化を持たせ徐々に増やす。キーパーソンである妻と営業を委託している職員(同業を営む親族)やボランティア活動担当者と連携して行っていくこととする。

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分を整理して、要点を文章で記述して下さい。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、それぞれが何を目的としたプログラムであるか、プログラムのつながりや多職種連携の介入プランを具体的に記述して下さい。いつ・どこで・誰が・何を・どれくらい行うのか、というマネジメントの視点を要所に入れながら実施計画（計画の段階の視点で）を記述します。

<作業療法実施計画 例:598 文字>

書字など事務作業への基本的プログラムは、ワイピングでの筋緊張緩和の後、巧緻課題を実施する。自宅でも取り組みやすいよう新聞を活用し、折って契って捻るといった様々な要素を段階に応じて盛り込む。応用的プログラムには書字訓練を行い、その中で書きやすくなる道具や設定の工夫を検討し、実際の環境設定に取り入れる。

移動に関する 基本的プログラムとして、脊髄性運動失調に対し筋力向上を目指した四つ這い運動やハーフスクワットを実施する。用具がなくても取り組める筋トレ種目は自宅でも取り組み、歩行バランスに関してはバランスボードを用いた運動やハの字歩行を行う。

応用的プログラムには、段差や階段昇降を含む経路の杖歩行を行い、施設周辺の屋外でも実施する。耐久性は 20 分を目標とし自宅での散歩も同様に段階付ける。

社会適応プログラムとしては、妻付き添いで現場実習を計画し、1回目はビル内ならびにボランティア施設での歩行練習と課題の模索、2回目は歩行練習に加え実務作業を短時間遂行する。実習結果は以後のプログラムに反映させる。また、2回目の実習では復帰から一定期間本人がサポートを受けられるよう、自営業を委託している職員(同業を営む親族)ならびにボランティア活動担当者と調整を行う。

目標達成期間は本人の年齢を考慮し長期化しないよう3ヶ月を目標とし、できるだけ早い達成を目指し、介護支援専門員には把握している情報の共有を依頼する。

⑥支援(介入)経過(800字以内)

ここで必要な内容は「どのような支援(介入)経過においてどのような効果が出たのか」を的確に記述することです。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」に分けて整理するなど、読者に伝わりやすい書き方の工夫を良いでしょう。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、読者が実務上で再現できるような情報となるように記述して下さい。プログラムの変更があった場合にはその理由を述べ、予期せぬ変化などについても記述して下さい。対象者の質的な変化は、介入経過で丁寧に記載して下さい。

特に、以下の視点を押さえて介入経過を記述することが重要です。

- ・作業療法実施計画に基づいた介入経過となっているか？
- ・実施したことの羅列ではなく、介入による対象者の変化をきちんと記述できているか？
- ・どの時期に、どんな介入をして、どういう変化が得られたという経過について要約できているか？
- ・時系列がしっかり整理されているか？
- ・介入過程において、プログラムの変更・追加の必要が生じた場合や、予期せぬ事象があった場合は、きちんとその理由を示しているか？
- ・MTDLP介入によって獲得した生活行為が、その後も継続・拡大・発展できるような連携(連絡レベルに留まらない引き継ぎ・申し送りなど)が図られているか？

<支援(介入)経過 例:793文字>

書字練習では実用を兼ねてボールペンを選択した。筆圧は簡単に確認出来るよう3枚複写用紙を用いた。柔らかい下敷きや紙を数枚重ねて下に敷くと書きやすいため、事務作業場面に導入する事にした。ホチキス、割印といった想定される作業も一つ一つを確認した。巧緻課題や書字訓練への取り組みは、肩甲帯周囲の筋緊張を亢進させ痛みを伴うこともあったので、状態に応じてストレッチや低周波を実施した。

基本プログラムとして、移動のために筋力向上を目指し四つ這い運動やハーフスクワットを実施、自宅でも取り組んでもらった。ハーフスクワットが安定した頃、より負荷を強めるために床からの立ち上がり運動へと発展させた。裸足で実施したことにより足関節と足趾の可動域が拡大し、さらに立ち上がりの際床から直接足底に刺激が伝わる為バランスの改善も見られ、階段昇降でのふらつきが無くなった。

階段昇降を含め杖歩行が20分可能となったX年Y+6ヶ月、1回目の現場実習を行った。杖歩行は問題なく、本人より、「歩行時に安全を確認しようと左右を向いたり、声を掛けられた際に振り返ったりするのが上手く出来ない」「体が横を向かずデスク横の物に手を伸ばし難い」との課題が上がった。前方固定術を受けた頸椎ではなく下部体幹を回旋させて対応することになり、下肢からのロールオーバーやセラピーボールを用いた体幹回旋運動を追加した。また、知り合いに会ったことで頸部術痕の引き攣れといったコスメティックな部分を気にされ、術痕軟部組織のマッサージも行った。

X年Y+7ヶ月2回目の現場実習を行い、杖歩行の確認と実務作業を行った。実習と同時に設けた復帰時の支援調整の場で、自営業の実務は委託職員(同業を営む親族)が1ヶ月サポートしてくれることに決まった。ボランティア活動は2回目の実習時に活動が支障なく行えており実質再開という運びになり、妻もとても喜んでいる様子であった。

⑦結果(500字以内)

介入によってもたらされた変化(結果)を記述します。目標が達成されたか、主に、介入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と本人のコメントなどを記載して下さい。また、生活行為マネジメントシート・生活行為課題分析シートとの整合性にも留意して下さい。

特に、以下の視点を押さえて結果を記述することが重要です。

- ・課題解決や合意目標の達成が出来たか？
- ・介入時(生活行為アセスメント)と介入終了時の比較が記述されているか？
- ・生活行為アセスメントで記述されていない評価指標が、結果の項で突然出てきていないか？
- ・支援終了時における自己評価およびその実行度・満足度についてのフィードバックが記述されているか？

- ・介入の結果によって、対象者がどのような生活状況に至ったか記述されているか？

<結果 例:372 文字>

目標に向けて3ヶ月間の介入した結果、X年Y+8ヶ月、通勤は妻による車での送迎だが、貸ビル経営への実務復帰、ならびに月2回のボランティア活動の再開を果たした。書字や割印などの事務作業での巧緻動作も疲労せず行えるようになった。また、BIは95/100、FAIは28/45と改善し、入浴も自立、床からの立ち上がりや物を拾うこと、さらに、階段を含め屋外杖歩行が可能となり、安定性や耐久性も向上し生活範囲が拡大した。

対象者は自信を取り戻し、自己評価で実行度は10、満足度6となった。満足度が低い理由としては、送迎に関して「妻に負担を強いることになったため」とのことであった。妻は、送迎について負担とは感じていない様子であったが、本人の中では、今の状況に甘んじず、通勤のために公共の交通機関をひとりで転倒なく安全に利用出来ることが次の目標となっており、妻もこれを応援している。

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。今回実践したMTDLPは、対象者の標的問題（生活行為に影響する課題）や生活にどのような変化（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などを、利用した評価指標の変化との関連から考察して下さい。

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を踏まえ、対象者にとっての意味や価値という視点、他の生活行為への影響、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下さい。

介入終了時点で、対象者にとってなお残された生活課題が整理されているか、また、それらの解決策（支援案）が示されているかは重要です。これらの記述を含め、対象者の24時間365日連続する生活の展望を記述しましょう。加えて、今回のMTDLP介入から見えた施設内課題や地域課題についてもアセスメントして下さい。

特に、以下の視点を押さえて考察を記述することが重要です。

- ・MTDLP介入による対象者の変化（結果で述べた事項）について分析的にフィードバックできているか？
- ・介入終了時点で、対象者にとってなお残された生活課題が整理されているか？
また、それらの解決策（支援案）が示されているか？
- ・今回のMTDLP介入から見えた施設内課題や地域課題についてもアセスメントされているか？
- ・上記3点を含めて、対象者の24時間365日連続する生活の展望が記述されているか？
- ・抽象的な表現を多用して、考察の論点がぼやけていないか？
- ・文献引用の割合が多すぎて、肝心の対象者が陰に隠れてしまっていないか？

<考察 例:655 文字>

今回、「自営業への実務復帰とボランティア活動再開をしたい」という対象者に対して、生活行為向上マネジメントを用いて関わった。通所リハの利用が週1回ではあったが、本人の意欲が高く妻の協力も得られやすかったため、プログラムに自主訓練を多用し有効に活用した。また、自営業における実務作業内容やボランティアの活動内容は本人と妻から丁寧に聞き取りを行い、自主訓練課題の設定を対象者と二人三脚の協業で進めた。本人は目的に向けた意欲が高く、認知面に問題なく現実検討能力が高いという強みがあった。それを生かすことでこのような取り組みが可能になったと考えている。

目標達成のための課題としては、書字をはじめとする事務作業、職場内ならびにボランティア施設内の移動、通勤の3点に焦点を当てた。しかし、通勤はバス・電車を用いるなどハードルが高いため、代償として妻による車での送迎とした。水落ら^りによれば、職場復帰に向けたリハの留意点として「復帰までの期間が出来るだけ短い方が好ましく、時間を要するほど円滑な復帰が困難になる」としている。本人の年齢も考慮し、前者2点に絞ってプログラムを組み、目標達成期間の長期化を防ぐよう配慮した。2回の実習と現場との調整も、スムーズな復帰にするのに役立ったと感じている。

自営業への実務復帰とボランティア活動再開から間もなく自治会活動も始め、生活範囲はさらに拡大している。今後の本人の目標である公共交通機関の利用に向けて、介護支援専門員と連携しながら実際場面での評価・練習に向けて働きかけていく必要がある。

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下さい。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下さい。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下さい。

⑩添付資料

添付資料は、OT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下さい。

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、添付して下さい。

添付6:事例概要図(一枚図) 合格したS事例の方に、改めて作成をお願いすることになるものです。依頼があった際には、ぜひ、ご協力下さい。

添付シートの記入後は、必ず印刷して、入力した文字・文章がすべて枠内に収まっているか確認して下さい。

各シートの空白は残されたままになっていませんか？記入しない場合は、その理由を記述して下さい。

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下さい。

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。

OT協会のHPから『成果効果の入力の仕方』をダウンロードして入力方法を理解したうえで、ICFのコードとその内容を記入してください。

例) 標的とした生活機能1:d530 自宅での排泄動作自立 A活動

(6) 事例提出方法

OT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入力して下さい。

※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下さい。

コラム⑥【MTDLP 事例報告での見落としがちなポイント】

事例報告は、言わば、ひとつの対象者の「ものがたり」といえます。

特に、S事例を概観した際に共通点として挙げられるのが、その報告を読むだけで、対象者が再び生活行為を取り戻していく過程が鮮明に浮かび上がってくることです。対象者のこれまでの生活歴をベースに、対象者と作業療法士によって合意に至った目標、それに向かって、基礎的、応用的、社会適応と段階的に組み立てられたプログラムと、それを実践する多職種の連携が一つのストーリーとして伝わってくるからです。¹⁹⁾

MTDLPの実践ではツールに沿って扱う情報量が多いため、報告を作成する際には、それらを整理し過不足なく文章化する必要がありますが、「ものがたり」としての筋書きが見えることが重要です。

リーディングを意識しながら各項目シートの関係性を整理することで、矛盾のない一貫性のある報告を記述しやすくなります。本文は、制限文字数内で介入内容や意図が伝わるように、そのストーリーに必要な情報を端的に表現する文章になるよう努めて下さい。

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:			
ADL・IADLの状態	開始時(発症○後)	中間(○ヵ月後)	終了(○ヵ月後)	
生活行為の目標	生活行為向上マネジメントのプラン			【考察】
介入内容				
支援経過	写真 → 写真 → 写真			
結果:				
課題:				

図33：事例概要図（一枚図）の書き方

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			
年齢:82歳 性別:女性 疾患名:脳梗塞(右延髄部)	申請中 ⇒ 要介護2		
リハ病院入院事例	【介入までの経緯】発症は一人暮らしで、スロージョギングでのペース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。		
ADL・IADLの状態	開始時(入院時)	中間(2ヵ月後)	在宅復帰(3ヵ月後)
生活行為の目標	○ADL車いすで介助・見守りを実施。 ○記憶障害が出現し、見当識・構成障害・注意障害が出現 ○ADL機会ほぼなし	○ADL自立(歩行)：スケジュール管理困難 ○ADL詳細・練習：洗濯・掃除は可能で、調理は材料の準備と原則に実行可能。自主トレーニングの実施	○家族「一人暮らしに戻れてよかった。手を出し過ぎず、これからは見守りたい。」 ○本人「一人暮らしで、何とかなれそうです。」
介入内容	○立位・歩行を安定させ、歩行器導入 ○構構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確認したADL動作・家事動作の確認 ○退院後のイメージをつくる	【希望】一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、車から一人暮らしを想定し、ケアマネ・娘さんとの連携を行い、外出/治療管理実施。治療時に出席の友人が自宅を再建、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。
支援経過	写真 → 写真 → 写真		
結果:	結果：3ヵ月で在宅復帰。自宅内での家事活動も進行できるようになり、訪問介護・近隣の友人、娘さんの支援を伴った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おしゃべりを楽しんで生活している。		
課題:	課題：居住されている地域課題として、暮らシみの高齢の居住者が少なく、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確保が必要であると考える。		

図34：事例概要図（一枚図）の見本

事例概要図（一枚図）の書き方（図33）と事例概要図（一枚図）の見本（図34）を示します。

①事例種別：以下から、種別を選択して下さい。

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、簡潔に記載して下さい。

④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。経過による対象者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下さい。

「考察」には、事例に対する支援と変化について7～8行程度でまとめて下さい。

⑤写真

対象者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下さい。

※対象者の写真でなくても、対象者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、記載すると伝わりやすいでしょう。

⑦課題

対象者の介入を通じて明らかになった、制度や地域の課題について、なるべく具体的かつ簡潔に記載します。

8. 文献

- 1) 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>
- 2) 作業療法ガイドライン実施指針(2013 年度)p3-4
- 3) 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.
- 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 改訂版, 2016, p58.
- 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 改訂版, 2016, p59.
- 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 改訂版, 2016, p 22.
- 10) 一般社団法人日本作業療法士協会: 平成25年度唐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: p56-61, 1965.
- 12) Halbrook M, Skilbeck CE: An activities index for use with stroke patients. Age Aging 12: p166-170, 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: p109-114, 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, p4.
- 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, p4.
- 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 改訂版, p 21-26, 2016.
- 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 改訂版, p 29, 2016.
- 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 改訂版, p 30, 2016.
- 19) 東 登志夫: 作業療法ジャーナル Vol.50 No.8 実践に役立つ! 生活行為向上マネジメント, 三輪書店, p 768, 2016