|  |  |
| --- | --- |
| 「MTDLP事例作成展開（案）」　2017.12.01. | [日付を選択] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事例のテーマ |  |  |
| |  | | --- | | 概要　（取組み実施期間：　年　　月　日～　年　月　日） | | 作成者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属 | | ※「ＭＴＤＬＰ」は、心身機能の回復を促す練習（訓練）だけでなく、「活動と参加」のみへの取り組みでもありません。　「機能回復」「活動と参加」それぞれにバランスよく働きかける　「作業療法の見える化のツール」　です。  ※事例報告を書く前に、MTDLPの対象であるかどうかをもう一度たしかめてみましょう。  MTDLPの対象者：生活行為目標の合意形成が可能であること  MTDLPの対象とならない場合：①退院や地域移行が見込めない（自宅や家族、施設外との接点をもって生活行為の拡大や充実に寄与できれば対象となる）、②急性期で今後の見通しが立ちにくい、③本人・家族の意向を確認するインテーク面接に至らない  2017.6.11「生活行為向上マネジメント全国推進会議」事例登録推進班②事例報告の書き方研修  秋田労災病院　作業療法士　田村大氏　報告より抜粋  ※「話す」と「書く」は全く違う。　「書く」ことは　報告者や対象者を全く知らない人たちに、その内容を過不足なく正しく伝える事で、簡単に伝えられるものではないという意識で取り組みましょう。　「事例報告会」は、「何が伝わらなかったのか？」「どうすれば伝わるのか？」を共に考えていく場にしましょう。  （急には向上できないし、急には変えられない）（文章を書く力　＝　伝える力　＝　聞く耳を持つ力　＝　謙虚である事　）  2017.11.26.「第４回中国ブロック合同ＭＴＤＬＰ研修会ｉｎ広島」  「ＭＴＤＬＰ指導者を目指す」～指導者の役割・事例報告の書き方～  兵庫県立リハビリテーション中央病院　作業療法士　柴田八衣子氏　講義より抜粋 | |  |  |

|  |  | 記載内容 |  | 記載スペース |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 段階０ 「インテーク」①  ※「今回注目した対象者の大切にしている生活行為」と「対象者の背景」を記載する。 |  | ①-1：  ・対象者を構成する大切な個人因子として、これまでのライフストーリー（人生）を、具体的に記載する。  　「職業歴」「生活歴」  　「性格」「趣味やプロフィール」  　「これまでの生活の1日のスケジュールと現在の生活スケジュール」等  ①-2：  ・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主疾患名を記載する。  「その発症や受傷からの期間」  ①-3：  ・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主疾患が、いつどのように始まり（発症や受傷の経緯）、どのような経過をたどってきたのか？　これまでどのような治療を行ってきたのか？　等について順を追って記載する。  ※　　例）X年Y月に入院、Y+1月から作業療法開始  ※　　心身機能は身体機能だけでなく、精神状態や栄養状態や痛み等  ①-4：  家族構成を記載する。（対象者のキーパーソンは誰なのか？）  「対象者以外の同居している家族」「別居している家族「かかわりのある親族」等について、「本人との関係」や「援助の態度」「経済状況」等を詳細に記載する。  ①-5：  住環境と周辺状況を記載する。  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載する。　「住宅（自宅）の中の環境」「家の周辺環境」「福祉用具」「地域の社会資源」等 |  |  |
| 段階１ 「インテーク」②  ※本人が「答えたほう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」を聞き取るよう努力しましょう！  ※その生活行為が、対象者にとってどのような意味を持つのか？その生活行為が行えるようになるのとで、生活がどのように変化すると推測されるのかまでも考えましょう。 |  | 「大切にしている（したい・望む）生活行為の目標」を記載する。  ・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する。  ②-1：  ・何故その生活行為が、対象者にとって大切であるとわかったのか？  ・担当ＯＴは、どのような場面で、どのように引き出したのか？  ②-2：  ・病前（入院・入所前）対象者はその生活行為をどのように、どんな気持ちで行われていたのか？  ・対象者の家族の思い（対象者にどうなってもらいたいのか・大切にしている生活行為に対してもどう思われているのか）を具体的に記載する。 |  |  |
| 段階２ 「課題抽出」  ※課題分析表（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。  ※重要度（対象者や家族の希望・実現性・他の課題への影響等）と緊急度を考慮したうえで、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。 |  | 「病前（入院・入所前）と現在の生活（ADL・IADL）の違いの把握を通じて、支援すべき対象となる生活行為」を記載する。（ギャップ） |  |  |
| 段階3 「生活行為工程分析」 |  | 「対象となる一連の生活行為（抽出した課題）の工程分析」を行う。 |  |  |
| 段階４「課題抽出」 ※どの工程ができていないのか？ |  | 「工程分析の各構成要素をアセスメントし、生活行為の自立を阻害しているポイント（仮題）」を絞り込む。  「現在できる工程」「今後できるようになると推測される工程」「代替手段が必要と思われる工程」等 |  |  |
| 段階5 「課題を生じさせている原因」  ※その工程はなぜできないのか？ |  | 「課題を生じさせている原因（理由）」を記載する。  ・本人の身体機能面・精神面  ・物的な環境、人的な環境 |  |  |
| 段階6 「原因の改善可能性  ※その工程はどう支援すれば行えるようになるのか？ |  | 「原因のサービス/支援による改善の可能性」を検討、記載する。  ・本人の身体機能面・精神面  ・物的な環境、人的な環境 |  |  |
| 段階7 「目標の設定」  ※本人の訴えた生活行為目標を、どのように合意した目標にしたのかの経緯（対象者や家族、チーム員との合意形成のプロセス）も記載しましょう。  ※目標を達成するのは対象者本人です。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、達成する事で意欲の向上が図れるような目標が望ましい。  ※合意形成に関しては、事例報告書作成の手引き（第2.0版）Ｐ29を再度熟読して下さい。 |  | 「本人のしたい生活行為の目標」　と　「合意した生活目標」を区別して記載する。  「合意した生活目標」を「長期目標」とし、達成するための「短期目標」を記載してください。  ・具体的に、振り返って確認できる文章を、「いつまでに・誰と・どこで・何を・いつ・どのように実施するか」に沿って記載する。  以下の観点から考える。  ①期待値　②現状レベル　③改善の可能性（生命予後を含む） |  |  |
| 段階８ 「プラン作成」  ※医療分野では、主治医や看護師を含めたケースカンファレンスなどで設定した総合的な目標の記載を、  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ましょう。  ※必ず家族に行ってもらうことを作成しましょう。  ※地域の社会資源の活用まで検討していますか？ |  | 「総合的援助目標」（チーム全体での目標）  「チーム全体での目標を達成するために、誰がそれぞれどんな目標に向け、どんな内容を行うのか」を記載する。  ※疾患のリスクマネジメントの記載も必要。  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」  「脳血管障害・転倒骨折・肺炎等、疾患の再発防止管理」  「服薬管理やそのコントロール状況」等　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。 |  | 「　」  本人：  医師：  看護：  介護：  PT：  OT：  ST：  MSW：  在宅CM：  家族：  ※その他（友人・親戚・インフォーマルやフォーマルな社会資源等） |
| 段階9 「モニタリング」「結果」 |  | 「長期目標」「短期目標」の達成度と満足度を記載する。  ・介入の結果、どんな変化があったのかを時系列で記載する。  ・プランの修正（対策の再検討）  ・プランの引継ぎ（どう引き継いだのか？） |  | 「長期目標」：達成・未達成（以下に判断基準）  「短期目標」：達成・未達成（以下に判断基準）  「満足度とその理由」（本人・家族） |
| 段階10 「考察」 |  | 「介入の結果により、対象者やその家族の生活にどのような影響（変化）があったのか？その影響（変化）の要因は何か？」 |  |  |
| 段階11 「今後の課題」 |  | 対象者の課題の積み残しへの対応  「残る課題とその要因、今後の支援計画や必要な社会資源（解決手段）」  介入から見えた地域の課題への対応の提案  「どんな制度・サービスがあれば、更に効果的であると思ったのか」  ・所属している事業所への提言  ・市町村行政や地域等への提言  ・国や所属職能団体等への提言 |  |  |
| 段階12 「生活行為の申し送り表」 ※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報告と計画の引継ぎは必須です。支援が途切れないように引継ぎをしましょう。 ※居宅サービス計画書に落とし入れてもらえる内容を目指す（ケアマネがプランを立てやすいと思っていただく） |  | 「2種類の　生活行為申し送り表　」について  （医療→介護）用の生活行為申し送り表なのか  （介護→医療）用の生活行為申し送り表なのか  「今までどんな生活（人生）で、今はどんな生活をしているのか」  「介入後はどんな生活の変化があったのか、どんな人生を送れるようになったのか」  「今後の人生のためにどんなことに取り組むと効果的であると提案するのか」　それぞれをきちんと引き継ぐまでが、ＭＴＤＬＰです。 |  |  |