

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)  
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/  
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」  
平成 28 年度分担研究報告書

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事例報告登録制度  
提出事例の分析

研究分担者 石川 隆志(秋田大学大学院医学系研究科 教授)  
小林 法一(首都大学東京人間健康科学研究科 教授)  
研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)  
研究協力者 柴田八衣子(兵庫県立リハビリテーション中央病院 作業療法士)  
田村 大(秋田労災病院 作業療法士)  
大庭 潤平(神戸学院大学総合リハビリテーション学部 准教授)  
高見 美貴(秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 作業療法士)

**【概要】**

一般社団法人日本作業療法士協会の生活行為向上マネジメント事例登録に提出された事例報告の合格事例及び不合格事例の分析から、生活期リハビリテーションに関わる作業療法士の実践内容の特徴を検討した。

合格事例はケースマネジメントができておりその内容も報告書に表現されていたが、不合格事例は専門職としての支援が報告書に根拠と具体性をもって表現されておらず、それに加えて対象者との合意形成や多職種連携、生活行為の引き継ぎというマネジメントが不十分であった。

対象者の生活機能を支援する包括的な実践方法である生活行為向上マネジメントの、インターク、アセスメント、解決すべき課題の抽出と設定、プランニング、実行、モニタリング、計画修正・生活行為の引継ぎというプロセスを確実に行うための作業療法士の能力を高めるための、養成教育及び卒後教育の更なる充実が必要である。

**A. 研究目的**

一般社団法人日本作業療法士協会(以下、OT協会)の生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance; 以下、MTDLP)事例登録に提出された事例報告の合格事例及び不合格事例の分析から、生活期リハビリテーションに関わる作業療法士に求められる課題を提起する。

**B. 研究背景**

「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 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)として開発された。

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る。さらに、MTDLPでは、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」という包括的視点を重視している。この3つの視点は、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）を実現するための対象者への直接的な支援にとどまらず、対象者が生活する地域や環境における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も重要である。

OT協会では、平成27年7月30日より、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、作業療法の啓発と取り組みの集積と共有を図ることを目的に、「MTDLP事例報告登録」を開始した。

会員は「事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）」2)に従った事例報告書作成を求められる。提出されたMTDLP事例報告は、事例審査表（表1）と事例審査基準（表2）に従って複数名の審査員により審査され、合格したMTDLP事例報告は、OT協会HPの学術データベースからOT協会会員であれば閲覧でき、臨床、教育、研究のために活用できる。

### C. 方法

OT協会の学術データベースの事例報告データベースから、生活行為向上マネジメント事例を検索した。2017年2月9日現在でケースマネジメントが十分にできていると判断され合格し公開されているのは15事例であった。この15事例の本文から、前述した3つの包括的視点に関連する表現と生活行為の合意形成に関連する文章表現に注目し合格事例の特徴を抽出した。不合格事例については、OT協会生活行為向上マネジメント推進プロジェクト事例登録制度班による分析3)からその特徴を抽出した。

### D. 結果

合格事例からは、「本人、家族、多職種で本人の価値観を共有できている」、「初期の段階から情報提供を行っている」、「早期に対象者の生活行為の目標設定ができている」、「希望する生活行為目標を言語化、視覚化することができている」、「具体的な生活行為目標が提示できている」、「生活行為の的確な分析ができている」、「段階付けられた計画立案ができている」、「早期からの介入ができている」、「本人、家族、他職種を含む連携ができ、役割分担が明確である」、「生活行為の拡がりや波及効果がある」等の特徴があげられた。合格事例のうち、優れた報告と評価された2つの事例の概要図を図1と図2に示した。

不合格事例からは、「MTDLPをトップダウンのみで行うアプローチという誤った認識」、「作業療法士としての専門的なアセスメントの不備が多い」、「MTDLPの理解不足から合意形成が難しい対象者に対してMTDLPを使用している」、「合意形成が不十分なまま介入を行っている」、「目標と生活課題を対象者やキーパーソンと共有できていない」、「合意目標となった生活行為が対象者にとって、意味・価値を持ったものなのか読み取れない」、「心身機能の回復を促すプログラムに終始して活動と参加を促進する実践ができていない」、「多職種連携が院内スタッフのみで、

在宅を見据えているのに院外との連携が不足している」、「支援者が作業療法士のみで、他職種の介入や支援内容が入っていない」、「作業療法実践は十分に行われているが、字数制限などもあり、優先順位が整理されずに、必要な内容が事例報告に記載されていない」等の特徴があげられた。

## E. 考察および今後の課題

事例報告書の手引き（生活行為向上マネジメント）<sup>2)</sup>では、MTDLPの事例審査基準として、第0段階：個人情報保護・基本情報、第1段階：対象者・キーパーソンの目標の聞き取り、第2段階：アセスメント、第3段階：解決すべき課題の抽出と設定、第4段階：合意形成、第5段階：プランニング、第6段階：実行・モニタリング、第7段階：計画の修正・生活行為の引き継ぎが示され、それぞれ下位審査項目が設定されている（表1）。

これらの審査基準は専門職として必要な項目とマネジメントに必要な項目から構成されており、ケースマネジメントが十分にできているA判定、ケースマネジメントができていますが、軽微な修正が必要なB判定、ケースマネジメントができていますが、修正が必要なC判定、ケースマネジメントが不十分なD判定で評価されている。

不合格事例の多くがC判定とD判定であり、専門職としての支援が報告書に根拠と具体性をもって表現されておらず、それに加えて対象者との合意形成や多職種連携、生活行為の引き継ぎというマネジメントが不十分であった。

一方、合格事例はこれらの基準を満たしており、専門職としての支援内容やその根拠が具体的に表現されるとともに、ケースマネジメントも十分にできていたことから、モデル事例として作業療法士の養成教育や卒後教育の中で積極的に活用していくことが望まれる。

MTDLPは対象者の生活機能を支援する包括的な実践方法である。インテーク、アセスメント、解決すべき課題の抽出と設定、プランニング、実行、モニタリング、計画修正・生活行為の引継ぎという、生活行為向上マネジメントのプロセスを確実に行うことが求められる。

現在の養成教育では、マネジメントや多職種協働、多職種連携、対象者との合意形成に必要なコミュニケーションやインテークに関するカリキュラムは十分とはいえない。専門職としてのアセスメントやプランニング、それを実行できる能力にマネジメントの能力が備わることにより、作業療法の質を高め対象者にその成果を還元できることから、養成教育及び卒後教育において包括的な支援に必要な知識と技術を修得する機会を増やすべきと考える。また、実践内容を報告書としてまとめる技術を向上させることも重要である。

なお、MTDLPは高齢者を対象とした研究事業から生み出されたことから、対象者の疾患や症状、病期によっては、その活用に留意する必要がある。そのため事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）には事例種別ごとの限界と留意点、最低限実施すべきこと（表3）が示されている。これらも考慮しつつMTDLPの活用を推進していくことが必要である。

## 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) 一般社団法人日本作業療法士協会：事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）第 1.0 版，2015．
- 3) 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推進プロジェクト委員会事例報告登録制度班 柴田八衣子，田村大：事例審査について．平成 28 年度指導者研修会（大阪），講義資料，2017．

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

表1 事例審査の段階と審査項目 文献2)より一部引用

審査表	
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
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
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
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、複数ある項目から目標に応じて優先順位付けされているか 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
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
第五段階 プランニング	在宅生活・生活の広がりを意識したプラントとなっているか 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
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
第七段階 計画の修正・生活行為の 引継ぎ	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

**表2 事例審査基準 文献2)より引用**

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・審査表の各段階の判定がすべてA・B</li> <li>・文章・シートとともに適切に記載</li> <li>・審査者が「特に素晴らしい」と判断した場合は、S事例としてください (例)</li> <li>・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</li> <li>・考察に事例を通してみえた地域の課題が抽出できており、解決方法まで十分に記載されている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・合格</li> <li>・S事例の場合は、事例概要図の作成を依頼</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・文章・シートの記載内容に軽微な修正が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不合格</li> <li>・修正コメントの作成</li> <li>・再登録の際の審査</li> </ul>
C	ケースマネジメントができているが、修正が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・内容はいいが、シートに不備が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不合格</li> <li>・修正コメントの作成</li> <li>・再登録の際の審査</li> </ul>
D	ケースマネジメントが不十分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Dが1個以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不合格</li> <li>・修正コメントの作成</li> <li>・一般事例での登録は可能なことを説明</li> </ul>

表3 事例種別ごとの限界と留意点 文献2)より引用

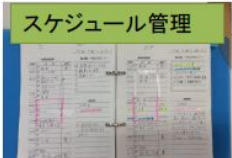
事例種別	限界	最低限実施すべきこと
医療：急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在院日数の制限</li> <li>・ 機能回復の可能性と対象者のニーズの偏り</li> <li>・ 病病連携による生活行為や在宅生活への繋ぎの困難さ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活行為の目標の把握</li> <li>・ 対象者と家族への合意形成</li> <li>・ 院内チームのマネジメント</li> <li>・ 回復期 OT やケアマネジャー，地域包括支援センターへの目標・プランの申し送り</li> </ul>
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"> <li>・ 在宅生活での活動と参加の実行状況の評価</li> <li>・ 環境因子の評価</li> <li>・ 訪問支援の回数制限</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設内と施設外のチームマネジメント</li> <li>・ 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</li> <li>・ 在宅訪問または退院時カンファレンス</li> <li>・ 在宅スタッフへの情報伝達</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 検査や診断といった医療分野</li> <li>・ 心身機能のアセスメント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 活動と参加，環境因子のアセスメント充実</li> <li>・ 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</li> <li>・ 社会適応プログラムの充実</li> </ul>



図1 事例概要図（医療・維持期のリハ病院入院事例）

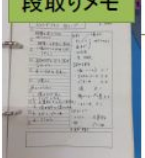
医療・維持期	高次脳機能障害のために家庭生活継続が困難となった主婦への家事負担軽減に向けた介入	
リハ病院入院事例	年齢:38歳 性別:女性 疾患名:脳挫傷	障害名:高次脳機能障害(遂行機能障害・記憶障害・注意障害)
	【介入までの経緯】高校生の息子と二人暮らしで、家事全般を担いながら、美容関連の仕事や早朝ウォーキング・夕方のジム通いなど活動的な毎日を送っていた。歩行中に自家用車にはねられ受傷、急性期病院での保存的治療後、自宅に退院し外来通院で加療していたが、在宅生活では家事の遂行やスケジュール管理などで困りごとが多く出現、入院時は心身ともに疲労した状態であり、受傷1年10か月後に当院にリハビリ目的の入院となった。 【本人・家族の生活目標】 本人:家事や息子の世話を上手くこなせるようになりたい。息子:生活上の色々な事が楽にできるようになって欲しい。	
	開始時(入院時)	終了時(退院時:1.5ヶ月後)
ADL・IADLの状態	○遂行機能障害、記憶障害のために炊事の効率が悪い、スケジュール管理が十分に出来ない。 ○外出時に人と会いたくないため、買い物時の身体的、精神的負担が大きい。	○食事の準備、片付け、スケジュール管理はノート(段取りメモ、予定表)を用いて段取りを確認しながら行うことができるようになった。 ○買い物はMSWと協議して宅配サービス利用の準備が整った。
生活行為の目標	○ノートを利用して炊事、スケジュール管理が楽にできる。 ○買い物の負担が軽減する。	【考察】 介入前に本人が日常生活での困りごとを経験していたため、課題や目標を具体的に設定できた。視覚的代償が有効だったため、ノートの利用を導入し、種々の課題に汎化できた。入院早期から宅配サービス事業者、生活支援相談員との連携を計画したこと短期間の入院で家事の負担軽減につながったと考えた。
介入内容	○ノートの作成、使用方法の指導 ○炊事、スケジュール管理の実践練習 ○ウォーキング、ストレッチの継続	

**スケジュール管理**



○いつ、どこに、何を記入するかを決定。いつも持ち参り必ずノートを見て確認。

**段取りメモ**



○段取りメモを事前に作成し工程を整理してから作業を実施。「調理」「食器や鍋の後片付け」など生活に必要な作業課題のメモを作成、実践練習。

結果: 目標としていた食事の用意・片付け、スケジュール管理についてはノートを利用することで混乱なく可能となり、買い物は精神的負担が軽減した。本人は「精神的に余裕ができた」と話し、実行度は開始時5/10から10/10、満足度1/10から6/10に改善した。

課題: 今後も在宅生活を送っていく上で新たな生活上の困難さが予測されるため、継続支援が不可欠である。本事例のような若年の高次脳機能障害者に対して、相談支援だけでなく生活行為向上や就労支援などのリハビリテーションを適切に提供できる体制が必要である。本事例では、「人に会いたくない」「頼りたくない」という心理的な問題があり、急性期病院からの丁寧な申し送りが重要と考えた。

図2 事例概要図（訪問リハの事例）

訪問リハビリテーション	本人と家族が望む「外出」に焦点を当てた訪問作業療法により地下鉄の利用まで可能となった事例		
事例紹介	年齢:60代 性別:男性 疾患名:脳梗塞	左片麻痺、腎障害、肥満、要介護度4	
	【介入までの経緯】 高卒業後、機械関連の企業に就職し、主に経理を担当していた。10年前に脳梗塞発症後、更生施設入所を経て、訪問マッサージや外来リハビリを利用しながら在宅生活を送っていた。肥満・腎障害などの影響で不活な生活となり、セルフケアがほぼ全介助状態となったため訪問リハが開始となった。 家庭環境は妻と娘と3人暮らしで、家族との関係性は良好。 【本人・家族の生活目標】 本人:外食や買い物に行きたい 妻:トイレの介助量の軽減、一緒に外出をしたい		
	開始時	中間(1.5か月後)	目標達成時(3か月後)
ADL・IADLの状態	○食事以外は全介助 ○端坐位保持困難 ○IADLの機会はない	○移乗は見守りで可能 ○屋内の電動車いす操作は自立 ○屋外は電動車いす操作見守りで可能	○電動車いすを利用して妻と一緒にバスや地下鉄の利用が可能となる ○買い物をしたり外食が出来た ○昔の馴染みの店や友人と会うことができた
生活行為の目標	○起き上がり動作自立 ○立位保持の自立 ○移乗(ベッド・トイレ→車椅子)の自立	○車いす操作の獲得(電動車いす含む) ○土日に電動車いすにて、妻と一緒にバスと電車を利用して、最寄りのショッピングモールに出かける	【考察】 本症例は廃用による漫然とした生活パターンが心身機能を低下させ、寝たきり状態に至っていると推察された。そのため、「外出」という具体的な目標設定と適切なタイミングでの電動車いすの導入、本人・妻・ケアマネジャー・福祉用具業者との方針のすり合わせが、「外出」の成功に繋がり、その体験を繰り返すことで生活に変化をもたらしたと考える。
介入内容	○起き上がり練習 ○立位保持練習 ○移乗練習(ベッド・トイレ→車いす) ○車いす操作練習	○屋外での電動車いす操作練習 ○移乗練習(ベッド・トイレ→車いす) ○外出目的先の検討と交通手段の確認 ○妻との外出計画の立案	



結果: 合意目標であった「土日に電動車いすを利用して、妻と一緒にバスと電車を利用して、最寄りの駅近くのショッピングモールに出かけることができる」を達成し、実行度1→10、満足度1→8に向上した。その後、妻との外出は日課となり、生活範囲は拡大している。

今後の課題: 本事例は、様々な場所・店に興味があり、今後は「級友や親戚との交流も積極的に行いたい」と次の目標を口に出している。しかし、電動車いすで自由に移動するには、介助者が必要であったり、道路や公共交通機関の環境といった問題がある。車いすでも自由に観光や飲食店の出入りができるようにインフラ整備や、外出・買い物・旅行の付き添いなどを保障する制度・サービスの充実が必要である。