特別企画

# 生活行為向上マネジメントの展開　①

## 多分野からの MTDLP 実践報告

### 連載開始にあたって

生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会
委員長　谷川 真澄

生活行為向上マネジメント（Management Tool for Daily Life Performance: MTDLP）は、作業療法を国民にわかりやすく示すために協会が開発した一つの道具立て（Tool）です。

協会は平成 26 年度・27 年度の重点活動項目の一つとして「生活行為向上マネジメントを全会員に普及し関連他職種の認知度も向上」を掲げ、様々な研修やテキストの刊行等を通して全国的な普及活動を展開しているところですが、MTDLP はその研究開発の過程でも、臨床への応用においても、まずは高齢者への適用から始まりました。

その時点においての課題は、作業療法を必要とする他の疾患、障害のある方への適用と有用性の確認へと広げて行くことでした。協会としては、2025 年に向けて構築が進められている地域包括ケアシステムについても、高齢者への対応にとどまることなく、身近な地域で暮らす他の疾患、障害のある方も視野に入れた貢献を目指すべきと考えています。

そこで今回、「生活行為向上マネジメントの展開」と題した連載を企画し、様々な分野や疾患に関わっている作業療法士に MTDLP を使っていただき、その結果とともに、そこから得られた MTDLP 活用のメリットや対象における特徴などを事例報告としてご寄稿いただくことになりました。次号から 10 回にわたって連載し、毎号 2 例ずつ、合計 20 の事例を報告していく予定です。

今号ではこの連載の開始にあたり、長年にわたって作業療法に従事してこられた山田孝、山本伸一両氏に、これまでに積んできた実践を踏まえた MTDLP に対する率直なご提言や、今後の発展に向けての応援の言葉をご寄稿いただきました。MTDLP は今後も優れた作業療法の英知を吸収しながら発展を続けなければなりません。この連載企画によって、MTDLP がすべての会員の共有財産となり、誰もが目の前の対象者に MTDLP を活用できるようになることを願ってやみません。

# 人間作業モデルと生活行為向上マネジメント

目白大学大学院リハビリテーション学研究科　山田　孝

**生活行為とは何か**

特に医師から「“作業”療法はわかりにくいので、別の言葉にしたら」と良く言われる。そんな時に私は「作業とは生活です」と答えている。昭和 40 年に成立した法律「理学療法士及び作業療法士法」は、Occupational Therapy をどう訳するかという問題があり、案には「生活療法」があった。生活療法は昭和 25 年に小林[1]によって、①生活指導（ADL）、②レク療法（遊び）、③作業療法（仕事）と提案されたが、「仕事」を「作業療法」としていたので、却下されたようである。そんなわけで、生活行為という言葉を聞いた時に感激を覚えた。生活行為とは生活の中の活動で、作業を言い換えた言葉である。だから、生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）は「作業を改善する管理学」ということになる。

**人間作業モデルとの類似性と差異性**

『人間作業モデル（Model of Human Occupation, 以下 MOHO）第 4 版[2]』の第 27 章に、MOHO と国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下 ICF）との関係が書かれている。MOHO の意志（動機づけ）は、ICF の精神機能領域の動機づけに対応している。 MOHO の意志は ICF の個人因子に、習慣化と遂行能力は活動と参加に、遂行能力の一部は心身機能に該当するが、ICF が MOHO とは別の理論から生じているために両者は完全に対応しない。MOHO は作業療法の実践モデルで、人の文化的で個人的に適切な作業への参加に関心がある。ICF は健康と機能への疾病の影響を生物・心理・社会的見方で分類している。その点で、MTDLP は ICF と親和性がある。しかし、MTDLP は、意味のある作業を主張している点では作業療法に入る。

ところで、MTDLP は理論がないと言われる。理論とは、現象を説明することで、概念と命題から構成される[3]。理論は、①モデルが焦点を当てる作業の側面（動機づけや運動）がどのように組み立てられるのか、②問題が生じるとどうなるのか、③作業療法は問題をどう軽減するのかに取り組む。MTDLP は意味のある作業に焦点を当てるが、どのように組み立てられるのかは不明である。また、問題が生じた時、意味のある作業は単に障害としか述べられていない。また、どうしたら問題が軽減できるのかも明らかにしていない。さらに、英語訳では tool で、単なる道具なのかという疑問もある。

こうした点を補完するのが MOHO である。MOHO は 1980 年に発表された時から、クライアントの意味のある作業、つまりその人が興味を持ち大事にしていることに焦点を当ててきた。価値と興味は意志に入る。MTDLP では、個人因子に、ICF にはない個人的原因帰属があり、価値、興味、習慣、役割などの概念も入っているが、これらはすべて MOHO の概念である。これらのことから、MTDLP と MOHO は極めて親和性が高い。しかし、個人的原因帰属には言及していないため、クライアントの理解が不十分になる。

**MTDLP の難しさ**

MDTLP 普及の阻害因子になっているものはあまりにも多いペーパーワークである。○○シートなどは、もともとは学ぶ人に MDTLP のプロセスを理解してもらうための tool（手段）だったのだろうが、学ぶ人に嫌気を抱かせることになる。今後はペーパーワークをいかに少なくするかが課題になるだろう。

文献

1）小林八郎，他：患者の生活と看護．国立武蔵療養所年報，創設 15 周年記念号，22-42,1955.

2）Kramer, J, Bowyer, P, Kielhofner, G（山田孝・訳）：人間作業モデル，ICF，作業療法実践枠組み：世界最高の実践を支援する結びつき．Kielhofner, G（山田孝・監訳）：人間作業モデル，理論と実際，改訂第 4 版，第 27 章．協同医書出版社，2012.

3）Kielhofner, G（山田孝・監訳）：作業療法実践の理論，第 4 版．医学書院，2014.

# MTDLPと作業療法

山梨リハビリテーション病院　**山本 伸一**

**はじめに**

平成27年度の介護報酬改定では、「活動と参加」の文言が随所に盛り込まれた。作業療法士にとって追い風であり、当協会においては約5年間の生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）の推進が実った瞬間であった。一方、その成果が問われることとなり、今後の臨床においての結果が求められることは言うまでもない。

本稿では、活動（課題）遂行と身体機能の関連から臨床での展開に触れ、MTDLPと今後の作業療法を考えてみる。

**活動（課題）遂行と心身機能・身体構造**

ご存知のように国際生活機能分類（以下、ICF）において、生活機能は「心身機能･身体構造」「活動」「参加」の3要素であり､背景因子は「環境因子」と「個人因子」の2要素で構成される。作業療法は包括的に対象者を捉えるべき職種と思う。であれば、その全ての要素をしっかりと分析・介入することが必要であろう。

活動を分析することは作業療法の醍醐味。しかしその定義は曖昧かもしれない。今年、私は第28回活動分析研究大会で特別講演をさせていただいた際に、活動分析アプローチの定義を提案した｡活動分析アプローチとは、“作業療法・理学療法・言語聴覚療法を必要とする方々への「環境・課題・文化の特性分析」､そして「解剖学・運動学・神経学等の医学的分析」に基づく介入である。それは、感覚・知覚・認知における機能的背景を基盤にした「活動分析アプローチ」であり、個人・集団に対する「生活行為」を目指す「身体」と「こころ」のリハビリテーション。”対象者の、そして私たちの未来を創造する臨床である、と（**図1**）。

作業療法にとって、医学モデルは必須である。機能を伴わない活動はあり得ない。脳損傷対象者の非麻痺側への介入であっても同様である。「身体」と「こころ」はつながっている。

**臨床での展開　～対象者の潜在能力を引き出すこと～**

私は、脳血管疾患を主とした臨床を行っている。作業療法士は、その人にとって必要な“課題”を提供することが求められるだろう。それによって課題遂行のための残存能力を誘起させる。残存能力とは何か。これは心身ともにあり、現時点での機能だけではない。「潜在能力」が人にはある。生きている限り「可塑性」がある。それを引き出すのが“作業療法”。潜在能力は、いくら重度であっても存在する。引き出す質的評価は、医学的背景をもとに「その人が活動できる範囲・方向・量・タイミング等」を分析できていることだと思う（**図2**）。

**まとめ　～MTDLPの活用は作業療法そのもの～**

MTDLPは､「心身機能･身体構造」「活動と参加」､「環境因子と個人因子」のバランスのとれたツールである。これは､作業療法そのもの。介護報酬では「活動と参加」が取りざたされているが、それを忘れてはならない。包括的なアプローチを支えるMTDLP｡急性期から回復期･生活期・終末期、乳幼児から高齢者まで、次号からの各領域・疾患別の症例報告に期待したい。“全ての国民に作業療法を”。そう願っている。

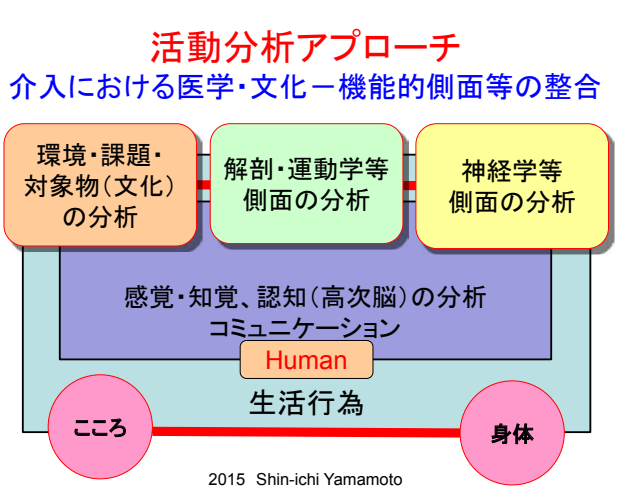


図1

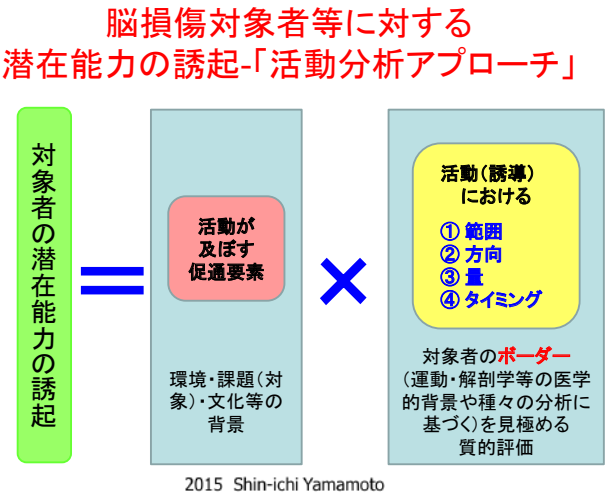


図2

# 「自分に合った仕事をしたい」を支援する生活行為向上マネジメント

## アスペルガー症候群の男性に対する外来作業療法での取り組み

石川県立高松病院　塩田 繁人

## 1．事例プロフィール

年齢：30代前半／性別：男性／診断名：アスペルガー症候群・うつ病／家庭環境：両親と3人暮らし、兄は結婚して近隣に在住／趣味：インターネット・カードゲーム／生活歴：中学・高校ではいじめにあっていた。大学卒業後、事務職・介護職に就くが電話の取り次ぎや対人関係が上手くいかずに退職／現病歴：X−2年、両親に仕事を辞めたいと相談したが、父に2時間に渡って叱責を受け、夜間の不眠と食欲低下・抑うつ気分が出現し自宅で引きこもりとなった。X年Y月に「このままではダメだ」と思い立ち、自分で相談センターに電話で相談したところ精神科病院の受診をすすめられた。母親と当院を受診し、主治医から薬物療法（抗うつ薬）に加えて外来作業療法で就労に向けた支援を受けるようにすすめられ、生活行為向上マネジメント（MTDLP）が開始となった。

## 2．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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 自分に合った仕事に就きたいが、人と話すことが怖い | | | | |
| | | キーパーソン | 母：引きこもりにならず、仕事をして欲しい | | | | |
| | 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 | b130 活力レベルの低下<br>b140 注意の配分・共有が苦手<br>b167 話し言葉の受容が独特<br>b164 自身の特徴の洞察困難<br>b180 自己効力感の著明な低下 | | d350 相談や連絡が苦手<br>d720 過度な対人緊張<br>d845 無職<br>d920 カード大会に参加困難<br>d240 ストレスの対処困難 | | e410 両親は疾病理解が乏しい<br>e360 仕事に関する支援がない | |
| | 現状能力（強み） | b117 VIQ120、PIQ100<br>b126 内向的だが誠実な気質<br>b167 書き言葉の受容が得意 | | d177 意思決定ができる<br>d210 パソコン技能が高い<br>d470 自動車運転可能 | | e410 母親は本人を支えたい<br>e580 相談センター心理士の支援を受けている | |
| | 予後予測（いつまでに、どこまで達成できるか） | 1か月：活力レベルの低下と過度な対人緊張は改善<br>3か月：自身の特徴を理解し、他者に説明できる | | 3か月：困った時に相談ができる、カード大会に参加<br>6か月：一人で黙々とする仕事であれば可能となる | | 3ヵ月：母親は本人に対して適切な対応ができる（言語面・態度）<br>6か月：就労に関する支援体制が整う | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 3ヵ月：対人緊張が軽減して、カードゲーム大会に参加できる<br>6か月：職業訓練校や障害者職業センターへのソフトランディング | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　1/10 | 満足度　1/10 | 最終 | 実行度 5/10 | 満足度　6/10 |

*自己評価では、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 | | 基本プログラム | 応用プログラム | 社会適応プログラム |
| | 達成のためのプログラム | | ①運動プログラム<br>②セルフモニタリングノート：（睡眠・食欲・気分・ストレス）<br>③個別面談（1回/週） | ④編みぐるみ<br>⑤SST<br>⑥クライシスプラン作成 | ⑦母親への協力依頼<br>⑧職業評価：障害者職業センター<br>⑨職業訓練校の見学と受験<br>⑩合格後、職業訓練校でケア会議 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | 月〜金の頻度でプログラムに参加する。②を作成し、毎日記入して面談時にOTにみせる。 | 各プログラムへの参加。困ったら職員に相談する。 | 母親に障害者就労について相談。訓練校入学への手続きの協力をお願いし、見学・受験する。 |
| | | 家族や支援者 | **OT**：プログラムの実施。②は見本を提示して、本人に作ってもらう。<br>面談で本人の状態を確認してプログラムを個別から集団へとステップアップ | **OT**：相談方法のレクチャー。3ヵ月後にSSTを追加。<br>**CP**：定期的な面談とセンターでカードゲームを行う。<br>**OT+CP**：定期的に情報共有 | **母親**：職業評価への同行<br>**OT**：ハローワークや職業センターとの連絡調整。ケア会議で職業訓練校に対して申し送りとフォローアップの依頼。<br>**CP**：母親・職業訓練校と連絡調整<br>**職業訓練校**：ケア会議の開催 |
| | 実施・支援期間 | | X年4月3日　〜　X年　10月26日 | | |
| | 達成 | | ■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

## 3. 経過と結果

初日、「遅刻してしまいました」と顔面蒼白の状態で何度も謝っており、非常に緊張が高い状態だった。作業療法室の見学とプログラムの紹介を簡単にしながら、仕事で苦労したエピソードや目標について話し合った。アセスメントから注意機能や言語機能の弱さがみられ、家族以外と対人関係を構築した経験が少なく、仕事の場面で失敗を繰り返し、父親の叱責を契機にうつ症状に至ったことが推察された。本人は緊張しながらも「自分に合った仕事をしたいです」と希望しており、実行度・満足度はどちらも 1/10 であった。本人の特徴上、作業療法を開始するにあたり書面でプランを提示することが有効と考え、6 か月後の就労移行を目標とした支援プランを作成した。

2 回目の外来作業療法で支援プランを提示し、本人もこのプランに同意したためプログラムの週間予定表（時間割り）とセルフモニタリングノートを作成してもらい、面談時に実行状況や健康状態を確認していくこととした。本人は当面のプログラムとしてエアロバイクと編みぐるみを自分で選択し、プログラムを通じて集団の場に慣れること・相談できるようになることを目標とした。相談センターの心理士（以下、CP）が関わっていたため、電話で連絡を取り合い役割分担して支援することとなった。

本人の真面目な気質もあってほぼプラン通りにプログラムは進み、Y+3 月に SST を追加した時期には対人緊張は軽減、編みぐるみの材料を手芸屋に買いに行けるようになりカードゲーム大会への参加も再開できた。Y+5 月に障害者職業センターで就労評価を受けた後、職業訓練校を受験した。本人は「SST で練習したようには話せませんでした」と反省していたが、無事に合格し Y+6 月より入校となった。診察時に作業療法士が継続的にフォローアップすることとし、プログラムは終了した。最終評価では目標の実行度は 5/10、満足度は 6/10 であり、「今でもこの道（障害者就労）でよかったのかはわかりません」と話した。Y+7 月に職業訓練校でケア会議が開催され、本人と一緒に作成したクライシスプランを提示して情報提供した。Y+12 月に職業訓練校を卒業したが、研修に行ったパソコン関連会社にスカウトされそのまま障害者枠で就職、現在も支援を受けながら働き続けている。

作成日：X年9月10日

元気を保つためのプラン

| 【元気な状態】 | |
|---|---|
| | 元気を保つための方法 |
| ○少し眠たいくらいで自分で気晴らしができる<br>○毎日、職業訓練校に通える<br>○緊張するものの人に話しかけることができる | ・編みぐるみで黙々と気晴らし<br>・カードゲーム大会に参加<br>・動画サイトでおもしろいものを探す |
| 【少し周囲の人の支援が必要な段階】 | |
| 病状悪化のサインの項目 | 本人や家族の対処方法 |
| ○何をしても楽しく感じない<br>○やる気がでない<br><br>※職業訓練校でトレーニングをしながら、ストレスの注意サインを確認する。 | 本人<br>・職長や上司に伝え、相談する。<br>・早めに受診<br>・相談センターに電話相談<br>支援者<br>相談を受け、情報共有しながらサポート継続 |
| 【自分では対応できない段階】 | |
| 病状悪化のサインの項目 | 本人や家族の対処方法 |
| ○食事の量が極端に減る<br>○全く人と関われなくなる | 本人<br>・母親に相談<br>・A病院に電話相談して、主治医の診察を受ける<br>支援者<br>本人の話をゆっくりと聞き、必要であれば受診を勧める。 |

連絡先

職業訓練校　：XXX-XXX-XXXX
相談センター　：XXX-XXX-XXOO
A病院　：XXX-XXX-OOOO

図：本人と作成したクライシスプラン

## 4. 精神科領域における MTDLP の展開

精神疾患を持つ方が就労を希望するケースは非常に多い。対象者の「働きたい」を実現するためには作業療法士だけで支援が完結することはなく、地域の支援チームである相談支援専門員、ハローワーク、障害者職業センター、職場の人事担当者など多職種・多施設との連携が求められる。MTDLP の活用は、「共通言語」と「多職種の役割分担の見える化（対象者・家族も含めて）」という 2 つの側面から非常に強力な支援ツールになると実感している。当院における対象者への MTDLP 導入の結果、就労準備プログラムの追加、入院時のインテーク面談の開始、多職種共通の評価シートの導入、地域との連携シートの開発、市町村事業とのタイアップといった広がりをみせている。対象者の望む生活行為を実現するために、統合モデルの支援が求められる精神科領域でこそ、ケース・組織・地域をマネジメントする視点をもつ MTDLP が最大限の効果を発揮するのではないかと感じている。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 先天性前腕欠損児に対する筋電義手の有用性

## 「鉄棒がしたい」からはじまって

兵庫県立リハビリテーション中央病院　柴田 八衣子

## 1. 事例プロフィール

年齢：5歳（現在6歳）／性別：女性／診断名：先天性左前腕欠損（中断端）／家族構成：両親と姉との4人暮らし／生活歴：両親の方針で5歳まで義手を装着せず、幼稚園でも右手と左残存肢の断端を使用し生活してきた。年の離れた姉とも仲が良く家族との関係は良好で十分な支援が得られている。性格は大人しく人見知りの面もあるがお友達も多く、粘り強いがんばり屋である。また手芸や折り紙・工作など細かな手作業が好きだが、片手で行うためできないこともあり母親の援助が必要。幼稚園年中組（4歳）となり、クラスの中で1人だけ鉄棒ができず、帰宅後に「鉄棒がしたい。義手が欲しい」と訴える。両親は「この子の夢を叶えてあげたい」との思いを持ち、新聞から情報を得て車で片道2時間の当院を受診する。義手のオリエンテーションを行う中で筋電義手の希望が聞かれ、まず筋電義手での生活を行うための生活行為向上マネジメント（MTDLP）を実施することにした。

## 2. 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

利用者：竹田　ほのか　　担当者：柴田八衣子　　記入日：2015年　4月14日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 鉄棒ができるようになりたい．いろんな事を両手でしたい． | | |
| | | キーパーソン | （両親）本人の夢・希望を叶えてあげたい | | |
| | 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 | s730 左前腕欠損<br>b740 左手支持・耐久性低下<br>b760 左断端部の筋収縮不十分・両手協調性低下 | d430 左手での操作困難<br>d440 左手の細かな動作困難 | e115 義手の装着未経験 | |
| | 現状能力（強み） | b114 欠損を理解し義手を希望<br>b117 知的成長遅れなし<br>b130 やる気が高い<br>b760 右手巧緻性は高い | d500 援助を受け，セルフケアを自分で行う<br>d800 幼稚園・両親の協力が得られる<br>d920 手芸などが趣味 | e410 両親協力的<br>e360 幼稚園の先生も協力的<br>e115 練習すれば筋電義手の操作が可能 | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 欠損肢の断端長も短く、これまで義手装着や欠損肢の意識した筋収縮の経験がないため、1～2か月筋収縮練習を集中して実施する。同時に筋電義手作成に向けて義肢装具士と連携しながら電極位置の決定を行う。筋電義手完成後は基本操作練習や応用動作練習を行い、自宅での使用を2～3か月後に実施後に、幼稚園の先生と連携し幼稚園での給食や工作の時間に使用することを目指す。 | | | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 筋電義手をつかって両手での生活（食事や趣味の手芸などの細かなあそび）ができるようになる　（鉄棒用の義手の作製も検討していく）。 | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度1/10 | 満足度1/10 | 最終 | 実行度 7/10 | 満足度8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①筋収縮練習<br>②筋電義手装着練習（基本操作練習） | ③筋電義手装着練習（応用操作練習：生活や遊びで練習） | ④筋電義手で外出する<br>⑤幼稚園で筋電義手を使う |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | 家と病院で両手での<br>①筋収縮練習をする<br>義手ができたら<br>②毎日装着して動かしてみる | 食事やあそびなど毎日日課として義手を装置して少しずつ時間を長くする | ④通園時に装着する<br>⑤幼稚園の先生と協力して工作と食事の時間に使ってみる |
| | | 家族や支援者 | OT：プログラム実施<br>両親：筋収縮のイメージを忘れないように、毎日一緒に練習する | OT：プログラム実施<br>両親：装着する日課を決めて生活の中で義手を使用する | 両親・幼稚園の先生：幼稚園のお友達に義手について説明し使いやすい環境をつくる |
| | 実施・支援期間 | | 2015年4月14日～2015年9月24日 | | |
| | 達成 | | ☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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．

## 3. 経過と結果

2015年1月に当院初診。本児と両親で来院、外来でオリエンテーションを実施した。目標を聞き取ると本児は「鉄棒ができるようになりたい、いろんな事を両手でしたい」、両親は「本人の夢・希望を叶えてあげたい」であった。オリエンテーションで実際の筋電義手を見てもらい、筋電義手での両手動作や生活の中でどのように使用できるかを説明した。その後、自宅で両親と話し合っていただき、作業療法を実施するかを再度確認した。まず筋電義手を使って両手での生活（食事や趣味の手芸などの細かな遊び）ができるようになること、鉄棒用の義手の製作も検討していくことを合意目標とし、実行度と満足度は共に1であった。

2月～3月は筋電採取練習と筋電義手の作製を実施。4月に筋電義手が完成し義手操作練習で基本・応用動作を実施できるようになり、工作や料理が両手を使用してできるようになった（**図1**）。また筋電義手を自宅に持って帰り、家での実生活や遊び（手芸や工作など）で使用していけるようになった。さらに両親や先生と連携し幼稚園に義手を装着して登園するようになり、お友達の受け入れも良好で園生活においても有用性が確認できた。本児の母親は「娘は筋電義手を付けて幼稚園に行くようになってから自信がつき活発になったと感じる」と話していた。結果、本児・母親の実行度は7、満足度は8となった。

また6月頃より、作業療法時に主治医・義肢装具士・作業療法士・両親で話し合い鉄棒用の義手の作製を検討した。8月に鉄棒用義手が完成。安全面の配慮は十分か、鉄棒に両手でぶら下がったり身体を支えられるか考慮しながら、トランポリンの手すりを利用し鉄棒用の手先具をどのようにかけるかの練習を行った。その結果9月には自身で前まわりができるようになった（**図2**）。11月の運動会で鉄棒を披露する演目があり、本児は「うれしい、できるからがんばりたい」と、とても楽しみにしている。今後も筋電義手を含め本児のやりたいことに向けて目標を共有しながら、成長に合わせて作業療法を実施していきたい。

**（図1）工作**

**（図2）鉄棒**

## 4. 義手によるMTDLPの展開

上肢切断者の作業療法では生活を支援することが重要であるが、義手を操作する・動かすことができればよいと思われがちである。しかし根本はそこではない。本人にとって意味のある作業、「～がしたい」という気持ちから義手を求め、自ら試行錯誤してその作業を獲得していこうという人が少なからずいる。作業療法士はMTDLPの活用によって対象者の生き方を支える活動の可能性を共に探るところから始めるべきといえる。

また小児に対する義手の介入では、本児のように遊び（前庭 - 固有系活動）の獲得（活動）や友達と同様に鉄棒ができたという経験（参加）は将来にわたり心身の発達や人格形成に影響を与えると思われる。それ故に残存（現存）機能の評価・義手操作の獲得に加えて、何を目的にどのようなことができるようになるか、そのことにより生活がどのように広がるのかを子ども・両親と共にイメージすること、さらに子どもの社会適応という面で幼稚園や保育園の先生との連携も含めたマネジメントがとても重要であると考える。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 右上肢麻痺を呈した慢性期脳卒中患者に対してゴルフの再開を目的にConstraint-induced movement therapy（CI療法）を実施した事例※1

兵庫医科大学病院　竹林　崇

## 1．事例プロフィール

年齢：60代／性別：男性（ここでは仮にA氏とする）／診断名：脳梗塞（左側被殻～放線冠）／現病歴：X年Y月脳梗塞を発症し、急性期病院に搬送され、急性期治療を施された。X年Y+1月に回復期リハビリテーション病院に転院し、理学療法・作業療法・言語療法を受け、X年Y+5月に片手動作でセルフケアが自立したため自宅退院した。X年Y+6月、当院を外来受診し、麻痺手の機能回復と両手でのゴルフの再開を希望したため、外来作業療法にて、1日5時間10日間のCI療法を受けることとなった。／作業歴：職業は歯科医。大学病院で勤務後、独立・開業した。歯科医院の経営は順調で、趣味のゴルフにも力を入れていた。脳梗塞発症後は、息子が歯科医として歯科医院を継いでいた。／環境因子：自宅は一軒家の持ち家で妻と二人暮らし。開始時の麻痺手の機能は、Fugl-Meyer Assessment（FMA）47/66点、簡易上肢機能検査（STEF）1/100点、麻痺手の使用頻度を示すMotor Activity Log（MAL）のAmount of Use（AOU）0.77/5.0点、主観的な使用感を示すQuality of Movement（QOM）0.63/5.0点であった。セルフケアは歩行･片手で自立（FIM118/126）しており、麻痺側の使用はなかった。また、合意目標の実行度・満足度ともに1/10であった。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

## 3．経過と結果

対象者の異常な共同運動パターンとは逆の関節運動とゴルフのスイングに必要な関節運動を選定し、それらを含む課題を実施した。課題は、お手玉・アクリルコーン等の物品を使った練習（Shaping）から、ADLやゴルフ動作における麻痺手の模擬使用練習（Task practice）まで約30項目実施した。

各課題の難易度調整は、麻痺手の状況に応じて徐々に実施した。具体的には、動作に参加する関節運動数（前述の評価によって選定した関節運動）の増減（例：身辺の低い位置で物品を操作する状況から、上肢機能の向上に合わせて、より高く身体から遠い位置での物品操作へ調整する）、動作を実施するスピード（例：1セット30

※1　生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会より
脳卒中後遺症の上肢麻痺に対するConstraint-induced movement therapy（CI療法）における生活行為向上マネジメント（MTDLP）の活用について、竹林氏に報告していただいた。一見すると心身機能へのアプローチと捉えられがちなCI療法だが、『活動と参加』に焦点を当てた治療法であることが理解できると思う。今回、過去にCI療法を実施した対象者を対象に、後方視的にMTDLPのフレームに当てはめ、介入と経過をまとめていただいた。実行度・満足度の測定については、COPMの遂行度・満足度を代替えしているので、ご理解いただいた上で、参照いただきたい。

（表 1）

## 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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | ゴルフのスイングが両手でできるようになりたい | | | |
| | | キーパーソン | 妻：本人の想いを叶える手伝いがしたい | | | |
| | 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 | b760 右片麻痺（BRS：上肢Ⅳ、手指Ⅳ） | | d440-445 両手動作の技能が不十分<br>d475 自動車運転が困難<br>d510-540 セルフケアでの両手動作困難<br>d920 ゴルフの再開困難<br>(ゴルフクラブの把持・スイング) | | 生活行為を妨げている環境因子はない |
| | 現状能力（強み） | b117 知的機能は問題なし<br>b260.265.270.280 感覚障害・痛みは軽度 | | d350-360 コミュニケーションスキルは非常に高い<br>d460 様々な場所での移動が可能<br>d500 セルフケア自立 | | e155 自宅内にゴルフ練習場<br>e410 妻は対象者の予定に合わせて車で外出するなど，非常に献身的 |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | （2 週間後）麻痺手機能：BRS：Ⅴレベル、FMA：4.5 点以上の改善（臨床上意味のある最小変化値） | | （2 週間後）麻痺手の機能は一部実用使用が可能、ADL での補助手・主動手として使用可。両手でゴルフクラブをスイングすることは困難だが、数年後の実施は可能性がある見込み。 | | （2 週間後）自宅内ゴルフ練習場で簡単な練習は可能となる見込み。数年後も、麻痺手を継続して生活で使用できれば、練習場やゴルフ場でのプレーも可能となる可能性はある。 |
| | 合意した目標 | （2 週間後）自宅内練習場でゴルフクラブを両手に持ち、ゴルフボールを打てるようになる | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度 1/10 | 満足度 1/10 | 最終 | 実行度 3/10 | 満足度 3/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①Shaping：反復課題志向型訓練（お手玉・アクリルコーン・積み木等の物品操作練習）<br>※関節運動数・動作スピード・物品の形状・環境を段階付け | ②Task practice：反復課題志向型訓練（タオルで机を拭くといったADL/IADL・ゴルフ動作の模擬練習）<br>③自助具を活用した ADL 場面での麻痺手の使用練習 | ④Transfer package（日常生活場面で麻痺手の使用を促す行動変容アプローチ）<br>・自宅で麻痺手を使用する行為を決定する（ADL・IADL・ゴルフなど）<br>・実際の生活場面での麻痺手の使用<br>・生活上の困難な動作を日記に記録し，翌日提出<br>・担当者が問題解決方法を提示しフィードバック |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①週 5 日、5 時間/1 日の頻度で実施。の上記プログラムを作業療法士と協議しながら行う | ②③週 5 日、1 日 5 時間の上記プログラムを作業療法士と協議しながら行う | ④毎日の訓練終了時に作業療法士とともに自宅で麻痺手を使用する場面を決め、実施内容を日記に記録し、翌日に担当療法士に提出する。 |
| | | 家族や支援者 | 作業療法士：週 5 回、5 時間/日の練習の一部でプログラムの進捗状況に合わせた適切な Shaping の提示と、それぞれに対する難易度調整を実施 | 作業療法士：週 5 回、5 時間/日の練習の一部でプログラムの進捗状況に合わせた適切な Task practice の提示と、それぞれに対する難易度調整を実施 | 家族：自宅での生活場面で麻痺手の使用を確認した場合は、賞賛を送る。<br>作業療法士：麻痺手を使用する行為を決定する際の支援。提出された日記を確認し、可能な作業については賞賛し、困難な作業については問題解決方法を提示した上で、フィードバックを与える |
| | 実施・支援期間 | | X 年 Y+6 月 Z 日 ～ X 年 Y+6 月 Z+14 日 | | |
| | 達成 | | ☑達成 □変更達成 □未達成（理由： ） □中止 | | |

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．

秒間の物品移動タスクを 10 セット実施し、前日より早くなった場合に移動する物品の個数を増加する)、物品の形状や周辺の環境（例：当初は、タオルなどの上に物品を置き、物品の下に摩擦やクリアランスが生じるように設定した。上肢の機能向上に合わせ、タオルの厚さを薄くする、摩擦力の低い木製の板に換えることでクリアランスや摩擦を減らす）によりを調整し、実施した。

上肢機能の向上に伴い、目標に設定したゴルフ動作以外の ADL 場面において、麻痺手の使用頻度を担保するために、自助具により環境調整を施し、1 日 10 項目ずつ療法士と対象者が相談の上で使用場面を決定し使用を促した。自宅での生活で麻痺手の使用に困難さを感じた生活行為について、難しかった点を日記に記載してもらい、翌日に日記を担当療法士と共有し、新たな問題解決策を相談した。

10 日間の介入の結果、麻痺手の機能は Fugl-Meyer Assessment（FMA）58 点、簡易上肢機能検査（STEF）21 点、Motor Activity Log（MAL）の Amount of Use（AOU）2.34、Quality of Movement（QOM）2.18 と改善した。また、ゴルフの実行度・満足度ともに 3/10 に向上し、両手を使いサンドウェッジで 5 ヤード程度ボールを打つことが可能となり、介入を終了した。

CI 療法終了後の麻痺手の機能とゴルフの実行状況については、1 年後には FMA62 点、STEF63 点、MAL の AOU3.90 点、QOM3.90 点、3 年後には、FMA63 点、STEF72 点、MAL の AOU4.00 点、QOM3.93 点に向上し続けた。ゴルフの実行度・満足度はともに 7/10 にまで向上し、ドライバーで 100 ～ 150 ヤードはボールを飛ばすことができるまでに改善した。

## 4．CI 療法における MTDLP の展開

CI 療法は、対象者の麻痺手に関する機能改善を図るためのボトムアップと、麻痺手の能力・使用行動を変容するためのトップダウンといった 2 方向の視点から構成される介入法であり、MTDLP との親和性は高い印象を持った。 MTDLP ではアセスメントを ICF の観点から整理し一目で確認することができるため、一つの作業の実現に対しては、一貫した援助が容易な可能性がある。しかしながら、麻痺手に関する臨床介入では対象者の目標は 10 日間で 1 つとは限らない。つまり 10 日間のうちに、より多数の主体的かつ顕在的な目標と潜在的な目標に対してアプローチを行うため、毎日目標が変わってくる。これらの目標全てに、この手続きを実施するのは困難であると考えられた。この経験から、MTDLP は優先順位の高い主目標の立案において有用なツールであると思われた。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 単身生活の継続を支援する生活行為向上マネジメント

## ゴミ屋敷で生活する女性を地域で支える過程

広島都市学園大学　谷川 良博

## 1．事例プロフィール

以下、対象者を仮にAさんとする。

年齢：82歳／性別：女性／診断名：アルツハイマー型認知症、MMSE 12点／家族構成：夫の死去後から独居。娘は車で1時間の距離に住む／生活環境：平屋の一軒家に50年ほど住んでいる／生活歴：近所の製紙工場で定年まで働いていた／介護保険情報：要介護2、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb、障害老人の自立度判定基準A2、地域包括支援センターのケアマネジャーが担当している。訪問介護を導入しているが、Aさんは家に入られることを拒んでいる／通所リハビリテーション（以下、通所リハ）利用までの経緯：5年前に夫が亡くなり、その後から近隣住民とゴミ出しに関するトラブルが増えた。2年前から屋内や庭にゴミをため込むようになり、1年前からは、訪問介護の担当者に罵声を浴びせ、玄関先で断るようになった。このような状況に、地域包括支援センターのケアマネジャーは、通所につなげられないか…当事業所へ相談するに至り、まずは筆者が訪問することになった。Aさん宅内のゴミ清掃をはじめ、彼女の生活リズムが整うことを念頭に専門職と地域住民との連携を目指してMTDLPを実施した。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表2**）に示した。

## 3．経過と結果

5月上旬、筆者は初回訪問を実施した。その際、担当ケアマネジャーと民生委員が同行した。Aさんは我々が自宅に入ることを拒まれたため、筆者は玄関前で訪問の目的と自己紹介を行った。それを聞いたAさんは「私は何も困っていない」と、通所リハは不要であると繰り返した。筆者はAさんと顔なじみになることを目指し、翌日から送迎の途中に訪問を続けたところ、2週間ほどで筆者に対するAさんの態度は軟化した。その間、Aさん宅を訪れる筆者に住民が話しかけて来られ、「あの人は、いつ施設に入るのか」、「火事は大丈夫なのか」と迷惑そうな表情を浮かべ尋ねた。

6月上旬になると、Aさんは筆者を居間に入れるまでになった。筆者はAさんと興味関心チェックシートをつけながら、彼女が望む生活について聞き取るようにした。1週間かけた聞き取りで分かったのは、Aさんが、①この家で生活を続けたい、②隣近所の人々と仲良く暮らしたい、との思いを抱いていたことだった。また、通所リハの利用に関しては、「あんたがいるのなら行ってもいい」と、気持ちが変化した。訪問介護の利用も「あんたの紹介ならしかたがない」と再開することができた。

6月下旬から、Aさんは通所リハの利用を週3回から開始した。筆者は当面の目標を『継続して利用できる』とした。長時間の滞在は彼女にとって負担になるため、4時間程度の滞在から試行した。通所リハでは、入浴と料理（味噌汁つくり）を主なメニューとした。

Aさんの生活行為の目標を整理（**表2**）すると、『在

（表２）

## 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

**生活行為アセスメント**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 生活行為の目標 | 本人 | 両隣の人との関係を回復し、単身生活を続けたい | | |
| | キーパーソン | （娘）以前のように地域の人と仲良く暮らしてほしい | | |
| アセスメント項目 | | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) |
| 生活行為を妨げている要因 | | b114 日、時間に関する失見当識<br>b144 短期記憶障害<br>b152 易怒性<br>b160 他者への不信感<br>b164 状況洞察が困難 | d175 問題解決が苦手<br>d177 買い物では選べない<br>d230 日課の管理が苦手<br>d460 転倒しやすい<br>d520 清潔保持が困難<br>d630 調理が困難<br>d710 隣人・ヘルパーに対して批判的 | e310 娘は遠方に在住<br>e425 近隣住民は否定的<br>e530 ゴミ捨て場が遠い<br>e580 介護保険サービスの受け入れに拒否的 |
| 現状能力（強み） | | b126 元来は社交的だった<br>b134 睡眠のリズムはよい<br>b144 昔の記憶は保たれている<br>b210 視覚機能は正常 | d166 読書が好き<br>d310 話し言葉の理解はゆっくり伝えれば良好<br>d450 歩きなれた道では安全<br>d540 服装には気を配る<br>d630 野菜を切る、盛り付けるはできる | e120 トイレの手すり利用<br>e410 娘は介護に協力的<br>e425 数年前まで近所付き合いは良かった。民生委員は A 氏の親友の娘。 |
| 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | | １ヶ月半を目処に、通所リハの定期利用につなげる。利用期間中に評価を実施し、A さんの強みと課題をさらに整理する。それをもとに、住民や商店主に協力を依頼し、２ ヶ月半～３ヶ月後を目標に見守り体制と買い物サポートを整備する。 | | |
| 合意した目標（具体的な生活行為） | | 散歩や買い物をする時には隣近所の人々に笑顔で挨拶ができる。<br>適量の買い物ができる。 | | |
| 自己評価* | 初期 | 実行度 1/10 | 満足度 1/10 | 最終 実行度 8/10 満足度８/10 |

*自己評価では，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 |
|---|---|---|---|---|
| 達成のためのプログラム | | ①歩行練習（屋内と屋外）<br>②発声練習 | ③料理活動<br>④入浴練習 | ⑤商店、スーパーで買い物をする<br>⑥市民センターの図書室で本を借りる |
| いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ・週３回（月・水・金）、①を介護職員と実施する。<br>・入浴後、カラオケを他利用者と②を実施する。 | ・昼食１時間前に③をOTと実施する。<br>・昼食後④を介護職員と実行する。 | ・⑤は２週間に１回、商店、あるいはスーパーで、買い物をする。<br>・⑥は隔週（買い物に行かない週）に、図書を借りに行く。 |
| | 家族や支援者 | 介護職員：①施設廊下の歩行、屋外散歩に付き添う。<br>介護職員：②懐メロが好きな利用者に集まってもらい、曲をかける。 | OT：③を実施。味噌汁を作り、昼食時に提供する。<br>介護職員：入浴時、最小限の介助と環境設定を観察し、情報共有する。 | ⑤に関して<br>・OTとケアマネ:買い物に付き添う。その際、店主や店員にサポート方法を伝達する。<br>・店主や店員：声のかけ方、売り場までの案内方法を理解する。<br>娘：店で待ち合わせ、一緒に買い物をする。<br>⑥に関して<br>介護職員：市民センターに付き添う。<br>民生委員やケアマネ：図書を借りる、住民との交流を図るための仲介となる |
| 実施・支援期間 | | X 年５月～X 年９月 | | |
| 達成 | | ☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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．

宅生活の継続』と『人間関係の回復』が挙げられた。それぞれをさらに詳しく示す。

在宅生活の継続には、①地域住人による見守り体制の構築、②Aさんの生活圏内の社会資源サポート体制の構築、の2点が課題と考えられた。①では、筆者は民生委員とともに、両隣に見守りを依頼した。具体的には安否確認であり、『雨戸の開閉が同じ時間になされているか』を注意して見てもらうこと（ねらい：地域側の生活行為への介入：地域側の生活不安の解消でもある）、②では、Aさんの買い物先の八百屋とスーパーに、ケアマネジャーとともにサポートを提案した。具体的には、スーパーでは店内で迷いやすいこと、八百屋では多めに買いすぎないように見守ってもらうこと（ねらい：支援者には具体的な本人の課題とどのように支援してほしいかを具体的に伝えることで、支援を定着させる）とした。近隣住民との関係回復には、住民との交流機会を設けた。具体的には、Aさんと介護職員で市民センターの図書貸出日に出かけるようにし、民生委員やケアマネジャーは交代で、Aさんが市民センターに集う住民と図書を通じて交流ができるように仲介役を担ってもらった（ねらい：単に活動と参加の機会を提案し、できるようにするだけでなく、その過程で身近な支援者をつくり、近所との良好な関係という人的環境を変えるという仕掛けを組み込んだ）。

**結果**

以下、初回訪問から約4ヶ月後の結果である。

①介護保険サービス利用について

Aさんは通所リハの朝の迎えの際に毎回「休みたい」と口にする。最終的には乗車し、到着する頃には同乗者との会話が弾んでいる。通所リハ利用を生活の軸として、支援体制は整いつつある。訪問介護を受け入れた結果、ゴミ屋敷は改善した。

②地域住民や社会資源のサポートについて（ポイント：本人、そして地域の支援者にとっても、他の「意味のある生活行為」へと広がった）

両隣の住民は安否確認の見守りを継続しており、さらに、住民は自ら働きかけて、Aさん宅前の清掃を彼女と一緒にしている。また、市民センターでは「本のおばあさん」と気軽に声をかけてくれている。買い物先の商店主は、Aさんが適量の買い物ができるように気を配っている。

## 4．認知症者に対するMTDLPの展開

報告対象は認知症者で、かつ、地域で生活する生活者であった。地域生活では、人との縁は無視できない。また、認知症者は「他人がどう思うか」を意に介さない傾向がある。この点について住民はもとより、支援する側が理解しなければ、感情がもつれる原因となる。筆者は、Aさんへのアセスメントとプラン立案において、①人との縁を再度結ぶ、②結んだ縁が壊れない、この2点を重視した。

Aさんのケースでは、生活行為アセスメント表における『生活行為の目標』を設定する際に迷った。例えば、Aさんは「人の世話になりたくない」と述べていたが、筆者との関係構築後は、実は寂しかったようで、嬉々として通所リハに通っている。つまり、Aさんが語った内容は、実はその反面を意味していた。この判断に時間と観察力を要した。支援者の思い込みでプランが左右される危険性を感じる経緯であった。さらに、その他大勢の意向をそのまま汲み取る危険性もあった。当初、地域住民がA氏を疎外する雰囲気であった実例が挙げられる。その他重要な点としては、社会適応プログラムに「誰（人）」を資源として活用する視点をもって立案できるかであると考えられる。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 脊髄損傷事例に対する生活行為向上マネジメントの活用

## 中学校に復学してソフトボール部に参加するための取り組み

神奈川県総合リハビリテーションセンター　松本 琢磨

## 1．事例プロフィール

年齢：10歳代前半／性別：女性／診断名：脊髄梗塞後遺症 Surfer's myelopathy／家族構成：両親と妹の4人暮らし／生活歴：中学校のソフトボール部所属のほか、テニスやピアノ教室に通う活発な生徒である。自宅自室は2F、学校教室は4Fにあり、ともにエレベータはなく階段手すりが設置されている／現病歴：家族との海外旅行中に初めてのサーフィン後、下肢脱力感と異常感覚が出現して近医に搬送される。帰国後、下肢機能の回復と復学に向けた支援を希望して、県外に居住ながら当院入院となる。身体機能は、第11胸髄以下の不全対麻痺である。立ち上がりやSLB+歩行器での練習歩行は軽介助で可能、日常生活は車いすを使用しており BIは75点であった（**図1**）。今回、事例が中学校に復学してソフトボール部に参加できるよう、生活行為向上マネジメント（MTDLP）を実施することとした。

## 2．評価と介入計画

事例への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

## 3．経過と結果

「早く歩けるようになって、中学校のソフトボール部の活動がしたい」という希望に応えるために、本人・家族と合意した目標を「4Fへの階段昇降ができるようになり、復学して部活動に参加する」とした。入院初期の目標の実行度、満足度はともに1/10であったが、少しずつ能動的な生活を過ごすことで、飛躍的に心身機能や活動能力が向上し、本人の希望は実現可能と予想した。

作業療法開始時は下肢を柔軟に使えず、フリーハンドで立位保持は困難であったので、徒手的な促通に加えてキャッチボールや剣玉、バッティング等を行い、麻痺部位の神経促通と姿勢調整の学習を促した（**図2**）。PTは電気刺激や歩行支援ロボット、プール等を利用した歩行練習を行い、4週間後には両手ロフストランド杖での歩行が可能となった（**図3**）。Ns・両親と連携しながら病棟歩行を導入し、疲労時や急用時は車いす利用を勧めた。作業療法での調理場面や卓球･バドミントンのスポーツ場面では、伝い歩きやフリーハンド歩行もできるようになり、自宅外泊時も歩いて過ごしたり、床に降りて寛いだり、入浴時に浴槽に入ることもできるようになった。

事例は県外の遠方に居住しており、学校訪問や情報交換会は実施できなかったので、両親が準備した写真をもとに校内移動や授業参加、トイレ利用方法等を検討した。そして院内の歩行移動に加え、病院4Fまでの階段昇降が可能となったため（**図4**）、病院スタッフ一同「十分に復学可能である」と判断し、SW・両親から中学校に連絡した。実施した試験登校では全く問題がなく、復学に向けて自信を高めた。毎日の通学は母親が自家用車にて送迎し、移動教室など車いす運搬が必要な際は教員が介助することとなった。

退院時の身体機能は、第11胸髄以下の不全対麻痺は残存するものの、日常生活は屋内フリーハンド歩行、屋外は両手杖歩行と車いす併用にて自立した。 BIは100点となり、退院時の合意目標の実行度、満足度はともに7/10となった。

表 1

## 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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 早く歩けるようになって，中学校のソフトボール部の活動がしたい | | | | |
| | | キーパーソン | 両親：元通りに歩けるようになり，充実した生活を送らせたい | | | | |
| | 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 | s120 脊髄損傷による不全対麻痺<br>s740 骨盤帯の筋緊張不均衡<br>s750 下肢の筋力低下と感覚麻痺<br>b152 機能回復や将来への不安 | | d415 立位作業バランス不良<br>d450 足部引きずり歩行<br>d410 立位の ADL 未経験 | | e120 病棟 ADL は車いす使用<br>e120 院内移動はエレベータ使用<br>e155 自宅玄関に段差，自室 2F<br>e150 学校玄関に段差，教室 4F | |
| | 現状能力（強み） | s798 上肢体幹の麻痺はない<br>s120 運動感覚麻痺は改善傾向<br>b126 運動経験豊富で活発な性格 | | d310 意思疎通良好<br>s798 両上下肢の使用可能<br>d599 車いすでの ADL 自立<br>d599 毎週，自宅に外泊予定 | | e310,320 両親や友人は協力的<br>e155 自宅階段の手すり設置済み<br>e150 学校階段の手すり設置済み<br>e360 学校の受け入れは良好 | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 前院から立位・歩行練習を実施しており，回復具合や疲労に配慮すれば更に能力が上がる | | 立位・歩行が可能となれば，ADL 全般可能となる<br>院内歩行や階段昇降が可能となれば復学可能となる | | 通学，学習，トイレ等の実施方法を確認して，友人や学校教員の協力があれば学校生活が過ごし易くなる | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 4F への階段昇降ができるようになる　⇒　復学して部活動に参加する | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　1/10 | 満足度　1/10 | 最終 | 実行度　7/10 | 満足度　7/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①下肢機能促通<br>②立位バランスや歩行練習<br>③院内学級や自主学習の実施<br>④不安や精神的ストレス解消（患者交流や集団活動） | ⑤立位での作業活動（ジグソーパズル，TV ゲーム，お菓子作り）<br>⑥応用歩行（伝い歩き，フリーハンド，階段昇降）<br>⑦スポーツ（卓球，テニス，プール） | ⑧自宅への外泊練習<br>⑨学校への試験登校<br>⑩週末外泊時，部活動の参加や車いすテニス体験 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①②は OT・PT 室で実施<br>③は院内学級や病室，OT 室で実施，④は OT 室や体育館，自宅外泊で実施 | ⑤～⑦は OT，PT，体育指導員と一緒に行う<br>⑥は両親・Ns が付き添い，慣れれば一人で実施 | 県外入院者のため，⑧～⑩は両親と行い，実施結果を OT および他病院スタッフに報告 |
| | | 家族や支援者 | OT：①～④を本人と実施<br>両親：②～④を本人と実施<br>PT：①②④を本人と実施<br>Ns・院内教員：③④実施 | OT：⑤～⑦を本人と実施<br>両親・Ns：⑤⑥を本人と病棟や自宅で見守り実施<br>PT：⑥⑦を本人と実施<br>体育指導員：⑦を本人と実施 | 家族：本人と⑧～⑩実施<br>OT・PT：⑧⑨に対する検討および助言提供<br>SW・院内教員：⑨実施に向けて学校教員と調整連絡 |
| | 実施・支援期間 | | X 年　9 月　27 日　～　X 年　12 月　27 日 | | |
| | 達成 | | ■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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１　車いす使用状況

図２　キャッチボール練習

図３　両手杖による病棟歩行

図４　片手杖による階段昇降

図５　車いすテニスとソフトボール風景

退院後は、訪問看護ステーションとテニス・フィットネス施設にて、日常のフォローアップをしてもらい、定期的な泌尿器科受診は当院で対応することとなった。学校、地域機関への申し送りは、①麻痺域の筋力強化や筋緊張の調整が必要であること、②腰部への負担が掛からないようにプールトレーニングの継続を勧めること、③車いすスポーツも興味を持ちはじめ、車いすテニス競技の本格参加を予定していること、④回復に応じて立位・歩行での体育授業や部活動への参加を検討してほしいこと等を、書面と SW の電話連絡にて伝えた。

## ４．脊髄損傷における MTDLP の展開

その後、復学した事例は元気に学校生活を過ごしており、受傷１年後には全日本ジュニア車いすテニス選手権で“優勝”を獲得した（**図５左**）。２年後にはソフトボール部の副キャプテンとなり、一塁レギュラー選手という役割を果たせるようになった（**図５右**）。「部活動に参加したい」という生活目標は、私たちの期待通り、はるか予想を超えた機能回復を与え、周囲に感動をもたらした。今後は「走れるようになりたい」「車いすテニス競技で東京パラリンピックに出場したい」と新たな目標が生まれている。

脊髄損傷となると障害の重さや将来を不安視するばかりに、心身機能へのアプローチに終始してしまい、本人にとって有意義な日常生活を再構築できない場合も多い。しかし私たちは、「重度の身体障害を持ったとしても、新たな秩序を発見して、自分なりの動き方を体得していくことが、心身機能や動作能力の改善を促通する」と考えている。そして自ら動くには、本人・家族と作業療法士が一緒に設定した生活行為の目標が重要となり、その際 MTDLP の活用が有効である。しかしながら支援した生活行為の最終的な実行度や満足度は、動作誘導や環境調整等の治療技術や支援技術が大きく影響しており、MTDLP に加えて作業療法士自身の技術を磨き続けることが専門職として必須である。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 認知症初期集中支援チームにおける生活行為向上マネジメントの活用

## 畑作業の再開により BPSD と家族関係が改善したアルツハイマー型認知症の男性の事例

荒尾こころの郷病院　松浦 篤子

## 1．事例プロフィール

80 歳代前半の男性。実家は農家であった。中学校卒業後、自衛隊に勤務していたが、40 歳代で自動車学校の指導員となり、定年まで勤務した。20 歳代後半で結婚し 1 男 2 女を儲けた。元来、几帳面な性格で亭主関白であった。自宅では庭の手入れ、畑作業を日課にしていた。70 歳代前半まではシルバー人材センターで除草作業などに従事していた。高血圧症・喘息で内科通院中であった。4 年程前より物忘れが出現していたが、1 年程前より物忘れが進行し、庭の手入れの道具の置き忘れが目立つようになった。3 ヶ月前に総合病院でアルツハイマー型認知症の診断を受けた。この時期、帯状疱疹を契機に畑作業をしなくなった。昼夜逆転し、不眠・不機嫌が出現。妻に対し、片づけが行き届かない、気が利かないなどと暴言を吐き、粗暴行為が出現することもあった。これらの BPSD により家族の負担が増大し、介護保険も未利用であることから地域包括支援センターからの依頼で認知症初期集中支援チーム（作業療法士・看護師）の関与開始となった。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表 1**）に示した。

## 3．経過と結果

介入の結果と経過を 3 期に分けて報告する。

**第 1 期（0 週～ 3 週）：アセスメント及びニーズ発掘の時期**

自宅を訪問し、本人及び主介護者の妻の話を聴くことで、本人の置かれている状況を整理した。DASC21 は 56 点 /96 点であり、近時記憶、時・場所の見当識、問題解決力の低下を認めた。DBD13 は、21 点 /52 点であり、物の置き忘れ・介護拒否・暴言・夜間の不眠などの BPSD が目立った。Zarit8 は 20 点 /32 点であり、妻は対応に苦慮し、社会参加の機会減少、今後への不安などを抱えていた。認知機能の低下に加え腰痛・倦怠感も加わり、日課であった畑作業の遂行が困難となっていた。地域・家庭内での役割を喪失したことが、妻に対する暴言などの BPSD を引き起こしていると考えた。庭の花や、室内の写真などから本人の語りを引き出し、意味のある作業を見いだすこととした。また、妻に対してアセスメントの結果をもとに、本人の BPSD の原因を説明し理解を促した。

**第 2 期（4 週～ 9 週）：畑作業に対する意欲が向上した時期**

訪問時に、庭の花の様子を作業療法士や介護支援専門員（以下、CM）が一緒に確認しながら、信頼関係の構築及び意欲向上を図る支援に努めた。妻に対しては、効果的な助言の方法を具体的に示し、作業も本人主導で、サポート方法を伝達した。毎日の作業の達成感が味わえるように、カレンダーへのチェックを依頼し、訪問時に

表 1

## 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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 畑作業などしたことを、人から感謝されるようになりたい | | | |
| | | キーパーソン | イライラせず、穏やかに過ごして欲しい | | | |
| | 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 | b114時・場所の見当識障害<br>b130 意欲低下<br>b144 短期記憶低下<br>b455 倦怠感<br>b280 腰痛 | | d230 日課の遂行困難<br>d240 ストレス対処困難<br>d460 移動・運搬能力低下<br>d720 複雑な対人関係困難<br>d910 地域活動の機会がない<br>d920 畑仕事困難 | e310妻の介護負担大<br>e325地域での交流の機会減<br>e360専門職の関与未<br>e410家族に対する役割減<br>e575公的サービス未利用 | |
| | 現状能力（強み） | b144 手続き記憶残存<br>b210 視覚機能正常 | | d155 畑の道具は使用可能<br>d455 短距離移動は休憩を挟めば可能<br>d710 職員とのコミュニケーションは可能 | e310 配偶者・長男同居、長女の支援あり<br>e580 介護保険申請可能・近隣に利用可能なサービスあり | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | （1ヵ月後）畑つくりを再開するという動機付けが図れる<br>（2ヵ月後）一日の活動量が増えることで、身体機能の向上が図れる | | （3ヶ月後）通所介護利用時に畑作業を再開し、対人交流の機会が拡大、BPSD改善<br>成功体験を繰り返すことで、自宅での園芸活動が再開できる | （6ヶ月後）<br>妻への認知症理解の促進<br>介護保険を利用し通所介護事業所で畑仕事を再開<br>畑作業を介して、仲間つくり、参加の機会向上<br>栽培した野菜の収穫を経験し、職員、家族からの感謝の言葉を受ける。 | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 通所介護事業所に行き、畑つくりの助言手伝いを行う。<br>自宅でも、園芸や畑作業を再開し役割を持つことができる。 | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　1/10 | 満足度 1/10 | 最終 | 実行度 7/10　満足度　8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①体力向上トレーニング<br>②庭仕事・畑作業のイメージトレーニング | ③屋外での花の手入れ<br>④家族指導<br>⑤事業所の菜園見学 | ⑥事業所で畑作業グループへの参加<br>⑦自宅菜園での作業再開 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①座位での体操、食事前に台所に移動する、屋外への移動（1日3回実施） | ③毎日：午前・午後実施し、カレンダーにチェック<br>⑤OT・CMと日程設定 | ⑥週1回火曜日実施<br>⑦自宅で妻と一緒に実施。 |
| | | 家族や支援者 | **OT**：①訪問時に実施<br>②訪問時、本・写真などを用い、園芸作業の工程を確認する。訪問時、庭先の花を一緒に見に行く。<br>**妻**：②以前畑で作っていた作物などの話を共有する。 | **妻**：③毎日、庭先の花の手入れについて、話題を共有する。一緒に作業し、感謝の言葉をかける<br>**OT・CM**：③訪問時、カレンダーのチェックを見て賞賛の言葉かけをする。④訪問時に認知症の理解、本人の能力に応じた声かけ、及び承認の声かけを家族に依頼。⑤日程調整し、実施する。 | **妻**：⑥事業所への送り出しを実施。帰宅後、畑作業の楽しかった体験、職員からの感謝の言葉をフードバックする⑦自宅で作業を行った時感謝の言葉を伝える。収穫を一緒に楽しむ。<br>**OT・CM**：⑥⑦注意点を、家族・施設職員へ伝える。<br>**施設職員**：⑥通所介護での様子を連絡帳などで共有<br>⑦自宅での様子を共有し、賞賛の言葉を伝える。 |
| | 実施・支援期間 | | X年　6月　11日　～　X年　9月　11日 | | |
| | 達成 | | ■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

賞賛を加え、感情の安定に努めた。CM と相談の上、畑作業グループがある通所介護事業所を選定し、本人に対して「施設の菜園活動では協力者が少ないことで、担当者が困っている」と説明を行い､動機づけを行った上で、参加意欲が高まったことを確認して、施設見学へとつないだ。作業が可能かどうかについては、疾患面を医師、体調管理面は看護師に助言を求め、作業遂行の時間等の枠組みを決定した。

### 第 3 期（10 週～ 12 週）：通所介護及び家庭内での活動が定着した時期

通所介護の見学にあたり、筆者も担当者会議と施設見学に同席、施設職員に対してアセスメントの結果と経過の申し送りを行い、具体的な活動プランを検討した。これまでの園芸の知識を、通所介護事業所で教えるという新たな役割を設定することで介護保険を導入し、週 1 回の通所介護を利用することとなった。通所介護の畑作業

グループでは、種の買い付け、作業工程の助言などを発言することで、本人の役割として定着した。通所中に職員から感謝の言葉を受け取ることが多くなり、「また来てください」と頼まれたと笑顔で語る場面が増え、週1回の通所を心待ちにするようになった。通所時に畑作業を教えることを目標に、自宅でも菜園作りを再開し、一つの活動が役割・参加へと拡大した。

拒否的であった入浴や着替えも、通所利用日前後に妻の声かけに応じることが多くなり、妻の介護負担は若干軽減した。妻は、「困った時に相談できる相手が見つかり心強い」、また、「本人の興奮の原因が少しわかったので優しく接してみます」と語った。支援が定着したため、担当CMに支援を引き継ぎ、初期集中支援を終了した。

## 4．認知症初期集中支援チームにおけるMTDLPの展開

認知症初期集中支援は、認知症の疑いのある支援対象者の自宅を複数の専門職が訪問し、アセスメント・家族支援等の初期支援を包括的に行い、自立生活をサポートすることを目的としている。アセスメントは既定のツールを用いるが、生活行為向上マネジメントを用いることで、対象者にとって意味のある作業を見いだし、アセスメントの結果を整理することが容易になる。

本事例においては、中断していた畑作業の再開が本人のQOLだけでなくBPSDの緩和と妻の介護負担感軽減の面でも重要と考え、作業ができる環境を他職種・他施設と連携して調整した。通所介護における参加が自宅での畑作業につながり、感情が安定し、家族関係の改善により在宅生活の継続に至った。認知症初期集中支援チームにおいては、他職種及び関連機関と情報共有することが必要不可欠であり、その手段として、生活行為向上マネジメントは有用であった。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

付属テキストには過去実技試験問題掲載。各回のポイントを解説!

2016年3月実技試験対策　全2巻セット 10,800円
介護福祉士国家試験実技試験対策DVD
映像だから理解できる実技試験対策の決定版！
介護福祉士国家試験の難所、実技試験合格のために知っておかねばならない知識と技術を凝縮して収めた2巻セット！過去の出題傾向を徹底分析、映像により動作を明確に指導した受験生必見の逸品。
youtubeチャンネル開設 http://www.youtube.com/user/iryoufukushi
※下記フリーダイヤルにお申し込みください。振込用紙をお送りします。

医療・福祉の動画配信サイト
医療福祉eチャンネル
0120-870-774（前9：00～後5：00/土・日・祝を除く）
E-mail: info@iryoufukushi.com URL:http://www.ch774.com

# 大腿骨頸部骨折を呈した超高齢女性への生活行為向上マネジメントを用いたシームレスな作業療法の展開※

## 急性期⇒回復期⇒訪問リハへとつながる航海図

社会医療法人財団　慈泉会　相澤病院　小林 勇矢　中村 洋一　柴　博之
地域在宅医療支援センター　佐々木 美和

## 1．事例プロフィール：A氏

年齢：95歳。性別：女性。診断名：右大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換術）。現病歴：X年Y月Z-2日、夜間トイレに行こうとして転倒した。その後、這って1日を生活していたが、可動時の強い疼痛により、近医を受診し当院へ紹介となり、Y月Z日、人工骨頭置換術が施行された。生活歴：専業主婦として家事全般や玄関に花を活けたり庭の草むしりなどを習慣として忙しく暮らしていた。家族以外の人との交流には消極的で、地域の活動にはあまり参加していなかった。最近は疲労の訴えと共に、食後の短時間の仮眠が日課となっていた。社会背景・家族環境：自宅で長男と二人暮らし。近所に暮らしている長女がおり、週4～5回ほど自宅を訪れ、週末には温泉や買い物、外食などを本人と一緒に行っていた。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**、**表2**）に示した。表1は病院（急性期・回復期）における記録、表2は訪問リハにおける記録である。表2の太字はアセスメントで入院時から変化のあった項目を示す。

## 3．経過と結果

急性期では、活動性の低下による廃用症候群のリスクを考慮し、合併症（DVT、腓骨神経麻痺、術後せん妄）の予防を図った。Y月Z+1日からMTDLPの活用を開始し、作業療法では生活行為の目標の聞き取りと病棟内の基本動作練習・排泄行為練習を実施し、本人の希望をもとに、多職種での短期目標の共有を図った結果、合意した目標は、『3ヵ月後に玄関の掃除、料理ができること』となった。[急性期（Y月Z+5日）Barthel index：55/100]

回復期では、面談の中で、「自分のことは自分でできるようになりたい」と前向きな発言が聞かれ、「興味・関心チェックシート」を活用し、入院中の短期的な目標を定めることとした。排泄・更衣・整容行為の自立に対する希望が強かったため、合意目標は変更せず、1ヵ月後の短期目標を『入浴以外のADL自立』と設定した。術後4日で歩行器歩行が見守りで可能となったものの、排泄・更衣行為では禁忌肢位に配慮した動作やトイレのドア操作が不十分であった。そのため、病棟看護師や介

※1　生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会より
今回、相澤病院の先駆的な取り組みであるシームレスな作業療法について報告していただいた。それぞれの病期を担当した作業療法士が作成した2枚のシートが、対象者の生活行為向上に向けた急性期⇒回復期⇒生活期と流れる一貫した航海図になっているように見える。このような取り組みが拡大することを切に願い、掲載させていただく。

表 1

## 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

利用者：A様　担当者：中村洋一、柴博之　　記入日：急性期　Z+1 日、回復期　Z+8 日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | ・家の片づけが自分でできるようになる<br>・好みの味で料理をつくることができる | | | | |
| | | キーパーソン | 自分のことが自分ででき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<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b144 軽度の記銘力低下<br>b710 右股関節 ROM 制限<br>b730 右下肢筋力・持久力低下<br>b230 難聴 | | d410-420 移乗は見守りで可<br>d530 排泄行為見守りレベル<br>d450-465 歩行・段差昇降監視<br>d510 入浴行為介助<br>d610-650 家事の遂行困難 | | e115 トイレまで 10m<br>浴槽高さ 40cm<br>上り框 30cm<br>寝具が布団<br>浴槽に手摺りがない | |
| | 現状能力（強み） | b130 家事への意欲が高い<br>b160-167 認知機能問題なし<br>b730 体幹・左下肢の筋力良好 | | d415 手すり使用し立位安定<br>d510-560 食事・整容は自立 | | e115 ポータブルトイレあり<br>e310 息子は家事が可能 | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 3 ヶ月後<br>右下肢筋力が MMT5 に改善<br>右股関節の脱臼の危険性が軽減 | | 3 ヶ月後<br>歩行・段差昇降・入浴以外のセルフケアは自立、入浴は見守りで可<br>調理や掃除が自立する | | 3 ヶ月後<br>夜間ポータブルトイレを使用し排泄動作が自立<br>ベッド・椅子の導入<br>家人と分担し家事ができる | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | ・左股関節の脱臼に配慮しながら歩行・更衣・排泄などのセルフケアが自立する<br>・玄関の掃除や一食分の料理ができるようになる | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　1/10 | 満足度　1/10 | 最終 | 実行度　-/10 | 満足度　-/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①基本動作練習<br>②関節可動域練習<br>③下肢筋力強化練習<br>④歩行練習（病棟内）<br>⑤移動・運搬練習<br>⑥自主運動の指導、確認 | ⑦排泄行為練習<br>⑧更衣行為練習<br>⑨整容行為練習<br>⑩床からの立ち上がり練習<br>⑪段差昇降練習 | ⑫自宅の寝室にベッド導入<br>⑬玄関の掃除練習<br>⑭自宅での調理練習<br>⑮自宅の勝手口から屋外への動線確認と環境調整<br>⑯ケアマネジャーとの連携（本人・家族の意向、生活状況、問題点等の把握と共有） |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①～⑤を病棟やリハ室で実施<br>⑥を毎日、病室で実施する | ⑦～⑪を病棟およびリハ室で OT・PT と実施 | ⑬⑭⑮を長男や訪問リハの OT と行う |
| | | 家族や支援者 | 手術翌日から<br>PT：①～④⑥を担当し、毎日プログラムの参加を促す<br><br>OT：⑤を毎日実施、自主練習の実施状況の確認と促し | 1 週間後<br>OT：⑦～⑪を本人と実施。ADL 向上に合わせて看護師・介護士と連携して病棟内のしている ADL に移行する<br>看護師・介護士：⑦～⑨の声掛け・見守り（OT と連携しながら）<br>PT：⑪を本人と実施する | 1 ヵ月後<br>長男：⑫の準備<br>OT：⑬⑭を長男と一緒に実施困難な工程を確認し、環境調整を行う<br>PT：⑮を本人・長男と確認<br>ケアマネジャー：退院前カンファレンスを開催<br>**訪問 OT**：退院前カンファレンスへの参加と退院後の IADL へのアプローチ |
| | 実施・支援期間 | | X 年　Y 月　Z+1 日　～　X 年　Y 月　Z+20 | | 訪問リハで継続予定 |
| | 達成 | | □達成　□変更達成　■未達成（理由：訪問リハ継続中）　□中止 | | |

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．

表 2

# 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

利用者：　A　様　担当者：佐々木　美和　　記入日：　X年　Y月　Z+23 日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 外に出て庭を眺めたい、玄関に花を飾りたい | | | | |
| | | キーパーソン | トイレまで転ばずに歩いて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<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b710 右股関節の ROM 制限<br>b730 右下肢筋力・持久力低下<br>b230 難聴<br>**b130 家事に対する意欲低下**<br>**b280 股関節周囲の疼痛** | | **d230 自宅での日課がない（生活スタイルが未確立）**<br>d450-465 段差昇降は見守り<br>**d510 入浴未実施**<br>**d460 屋外歩行未実施**<br>d610-650 家事全般介助 | | e115 浴槽に手摺りなし<br>e115 玄関の上り框が 30 ㎝<br>**e410 長男の介護への不安感（どうすればいいのか不明）**<br>e580 通所系サービスは利用なし | |
| | 現状能力（強み） | b160-167 認知機能問題なし<br>b730 体幹、左下肢の筋力良好 | | **d455 屋内移動自立（歩行器）**<br>**d530-560 更衣・排泄は自立**<br>**d350 不安や悩みを相談できる** | | e310 長男の家事援助あり<br>e310 家族関係が良好<br>e120 勝手口の段差 10ｃｍ<br>e140 台所は伝い歩きが可能<br>**e580 訪問リハの利用がある** | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 3 ヶ月後<br>右下肢筋力は改善（MMT5）<br>右股関節の脱臼の危険性軽減<br>目標の再設定による活動意欲の向上<br>股関節周囲の疼痛改善 | | 3 ヶ月後<br>毎朝、寝間着から着替える習慣が定着する<br>杖歩行・段差昇降が自立<br>勝手口～庭の移動が自立<br>花を玄関に飾ることや棚の拭き掃除が日課になる<br>長女と週 1 回程度は調理の準備や片づけが可能となる | | 3 ヶ月後<br>浴槽の手摺り・浴槽台の設置<br>庭に椅子を設置し、草むしりや庭を眺めることができる<br>長男の介護への不安軽減 | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 活動的な生活スタイルを確立する（歩行・更衣・整容などが安全にできる）<br>庭の花を切って玄関に飾ることができる | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　1/10 | 満足度　1/10 | 最終 | 実行度 5/10 | 満足度 6/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①体調や生活状況の確認<br>②生活行為の目標の再設定<br>③関節可動域練習<br>④下肢筋力強化練習<br>⑤歩行練習（屋内・外） | ⑥日課の検討・組み立て（毎朝の更衣、編み物など）<br>⑦更衣行為、入浴行為の確認（脱臼肢位への配慮の確認）<br>⑧運搬練習<br>⑨段差昇降練習 | ⑩家族指導<br>⑪浴室の環境調整（手すり・シャワーチェア・浴槽台）<br>⑫台所での食器洗い練習<br>⑬玄関に花を飾る練習<br>⑭庭での草むしり練習<br>⑮勝手口～庭への移動練習<br>⑯ケアマネとの連携（通所系サービスの検討） |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | 訪問 OT と一緒に目標を考える<br>訪問リハ時に③～⑤を実施 | 日課を考えてできそうな作生活行為から毎日実践する<br>訪問リハ時に⑦～⑨を実施 | 訪問リハ時に⑫～⑮を実施<br>安全に可能となったら、長女と一緒に行い、一人で実施へ |
| | | 家族や支援者 | 訪問 OT：①②を担当して、目標を長男・長女・ケアマネジャーと共有する<br>訪問 PT：③～⑤の実施<br>長男：本人への活動の促し | 訪問 OT：⑥⑦を担当。日課は家族に伝えて声掛け・見守りを依頼する<br>訪問 PT：⑧⑨の実施<br>長男：日課の確認と見守り | 訪問 OT：⑪～⑮を長男・長女と一緒に実施し、必要な環境設定や見守りを依頼<br>訪問 PT：⑩介助方法の指導<br>ケアマネ：⑪⑯の検討・調整<br>長男：主にセルフケアの確認<br>長女：主に IADL の確認 |
| | 実施・支援期間 | | X年　Y月　Z+23 日　～　X年　Y月　Z+83　　継続中 | | |
| | 達成 | | □達成　□変更達成　■未達成（理由：継続支援中）　□中止 | | |

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.

護福祉士に行為時の声掛けを依頼した。生活行為の自立に向けて、多職種による5日間の集中的な介入をすることで、排泄・整容行為は自立した。更衣は、記銘力の低下から禁忌肢位に配慮した動作の学習に難渋した。そのため、禁忌や動作手順を示した紙面を病室に提示し、作業療法士と共に繰り返し更衣練習を行い、靴下の着用についてはソックスエイドの利用練習を行った。本人への介入だけでは脱臼のリスクが想定されたため、家族に対しても更衣時の注意点を紙面で提示し、介助方法を指導した。その結果、退院後の更衣については家族見守りのもと実施することとなった。入浴は、本人が自宅のお風呂に入りたいと強く希望したため、長女に浴槽のまたぎ動作時の禁忌や必要な福祉用具、介助方法について提案したが、家族の不安が強かったため、退院後しばらくは介助でのシャワー浴にとどめることとなった。[退院時（Y月Z+20日）Barthel index：85/100]。

退院前の多職種によるカンファレンスが開かれ（ケアマネジャーと訪問作業療法士も同席）、現在の生活行為の習熟度を確認し、退院後の必要な支援について説明・情報を共有した。

退院3日目（Y月Z+23日）より訪問リハ（作業療法士・理学療法士）を開始された。A氏は退院後、トイレや食事の時間以外は臥床して過ごしており、家族も活動を制限するため、活動量が著しく低下し、術創部周囲の疼痛も悪化し、生活意欲まで低下している状態に陥っていた。

A氏からは、「年だから何もできない。家族に迷惑をかけるから早くお迎えに来て欲しい。」と悲観的な発言が多く聴かれた。一緒に住む長男からは、「初めてのことでどの程度介護すればいいのか、今後どうなるのか不安」との訴えがあった。そこで、プランの再設定が必要と考え、病院の作業療法士から引き継いだMTDLPシートを提示し、現在の状態と今後の希望を確認した上で、短期目標と支援内容を再設定した。長男も「今後の見通しと改善に向けて支援してもらえることがわかり、安心しました」と話すようになった。創部周囲の疼痛悪化は、活動性低下が影響していることを説明し、日中は寝間着から生活着に着替えてもらうこととした。今後の見通しができたことにより、A氏は元気を取り戻し、編み物を作業療法士にみせながら、「手作業と調理が好きで、玄関には花を欠かさずいた。それらをできるようになりたい」と前向きな発言がみられるようになった。

自宅での生活行為は、更衣はタンスから出し入れをすることも含めて自立し、整容と排泄行為も歩行器を使用して自立した。入浴行為はシャワーチェアと浴槽縁の手すり、浴槽台の導入により、見守りがあれば可能となったものの、家族の再転倒に対する不安のため、現在もシャワー浴にとどめている。入浴時の家族の不安が続く場合は、入浴援助と活動量向上、生活範囲の拡大を目的にデイサービスの利用も検討している。Y月Z＋57日、杖歩行で庭を歩く練習を開始した。庭に出ると草むしりを始めだし、「ずっとこれがやりたかったの」と嬉しそうに話した。以後、作業療法士の訪問時には毎回草むしりを継続し、おしゃべりの中で次のステップの目標を聞き取ると「長女と行きつけの花屋に行って玄関に花を飾りたい」といきいきと話し、調理や掃除を行うことへも意欲を示すようになった。長女の支援を受けながらも、現在も95歳の女性の生活行為は拡大の途中である。[Barthel index：90/100点]

## 4．大腿骨頸部骨折に対するシームレスなMTDLPの展開

大腿骨頸部骨折の急性期⇒回復期⇒訪問リハの各病期で作業療法士が目標を再設定し、対象者、家族、多職種と情報共有ができると考え、シームレスにMTDLPを適応した。MTDLPは作業療法士の臨床思考過程を言語化でき、病期を超えて情報を共有できることを実感した。

今回の取り組みにおいて、最も印象的だったことは、経過に伴う対象者の希望する生活行為の変化であった。現在の診療報酬体系では、入院期間の短縮が求められる中で、目標設定において、医療従事者が主体となり画一的な目標になりやすい実態がある。本症例においては、入院中の希望は、「家事ができることになる」であったが、訪問リハでは「玄関に花を生けること」に変化していた。様々な病期でMTDLPを活用して合意目標を設定し、情報を共有する作業療法士が増えることは、対象者の真の希望を念頭に置き、多職種を巻き込みながら生活行為を広げる可能性を包含していると感じた。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 強制わいせつによる処遇対象者に対する生活行為向上マネジメントを用いた関わり※

## マネジメントシートの共同作成を実施して

独立行政法人　国立病院機構　小諸高原病院　　笹川 恵輔

## 1．事例プロフィール

**＜診断名・入院の経過＞**

30代男性、診断名：統合失調症、広汎性発達障害、小児性愛障害。妄想内の妻に似ているという理由で女児を抱きしめ強制わいせつ致傷に至り、医療観察法入院処遇となった。

**＜生育歴・現病歴＞**

第3子次男として出生。長子、次子は病死と事故死をしている。小学校入学直前までオムツがとれない、周囲から仲間外れにされる等、幼少期より行動やコミュニケーションに問題があった。母から暴力などの虐待を受け、小学校から児童養護施設で生活していた。中学生頃から女児の性器を舐める等の行為が見られた。高校には進学したが、万引きを繰り返し自主退学、ホームレス生活をして過ごしていた。20代の頃統合失調症と診断され、薬物療法が行われたが、病識に乏しく、コンビニのゴミ箱をあさる生活をし、300万円程の借金があった。不動産販売職員に声をかけられ、生活保護の手続きを行い、アパートに住んだが、ホームレス生活は続けていた。

## 2．評価と介入計画

事例への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

## 3．経過と結果

**＜入院後の経過＞**

「自分には妻子がいる」という妄想は残存しつつも、薬物療法は継続でき、再他害行為を行わないための治療や環境調整の必要性について理解はできていた。しかし菓子など欲しい物があると、無計画に小遣いを使いきり、自制することは難しかった。多職種チームでは衝動欲求のコントロールを目標に指導援助を行ったが、動機付けが不十分な状態だった。

作業療法では生活行為向上マネジメント（MTDLP）を用いた面接とマネジメントシートの共同作成を行うことで対象者の動機付けの強化を試みた。

**<MTDLP導入後>**

対象者は「責任が取れるようになりたい」と話すものの、具体的な対処方法や行動に関するイメージに乏しかったが、外泊練習終了後、対象者は条件反射制御法に取り組む等、精力的に治療を行った。金銭管理や欲求の

※1　生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会より

今回、医療観察法領域におけるMTDLPの展開について報告していただいた。医療観察制度は「心神喪失または神経衰弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態）で殺人、放火、強姦、強制わいせつ等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進すること」を目的とした処遇制度である。入院治療においては、作業療法士の配置が定められており、施設によって様々なプログラムが提供されている。自身の状態を洞察し、今後の生活の計画を立てることが苦手なケースも多く、本人の希望を上手く治療に結びつけた笹川氏の関わりは、精神科以外の分野に従事している作業療法士にとっても非常に参考になるかと思われるので、ご覧いただきたい。

表 1

## 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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | たばこを吸いたい、成人向け雑誌を購入したい | | | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b164 状況判断が難しい<br>b122 他者の情動の理解困難<br>b122 共感性に乏しい<br>b164 自分の決めたルールにこだわる<br>b130 幼女に強い関心がある | | d720 人の気持ちを考えず失礼なことをする時がある<br>d220 自分のしたい事を優先して治療を後回しにする<br>d720 対象行為の説明や謝罪が果たせていない<br>d870 貯金が全くない | e525 退院先が未定<br>e410 家族支援者不在 | |
| | 現状能力(強み) | b117 VIQ78、PIQ98<br>b126 素直・探究心がある | | d720 入院中はトラブルなし<br>d163 対象行為を振り返り中<br>d163 自分の特性を勉強中 | e130 現在、医療観察法の入院治療中で、手厚い医療を受ける事ができている | |
| | 予後予測(いつまでに，どこまで達成できるか) | 退院後<br>周囲の支援と環境設定で衝動的な欲動は制御できる | | 退院後<br>自己理解を深める事で他害行為は行わない | 退院後<br>デイケア利用しながらグループホームで生活ができる | |
| | 合意した目標(具体的な生活行為) | タバコはデイケアで管理し、1 日 3 本にコントロールする（外泊訓練中）<br>成人向け雑誌は条件反射制御法の道具として活用し、衝動抑制の制御方法を習得する | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度 1/10 | 満足度 1/10 | 最終 | 実行度 5/10 | 満足度 8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①タバコ指導・疾病教育<br>②対象行為の振り返り<br>③スポーツや共同作品作り等、集団プログラム | ④条件反射制御法<br>⑤金銭管理練習<br>⑥通院機関との情報交換 | ⑦外泊練習（担当職員と）<br>⑧デイケアへの移行練習<br>（現地でのケア会議） |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | 安定した生活を心がける<br>プログラムの参加をさぼらない | 計画した金銭管理を入院中に行う条件反射制御法を行う | 計画した金銭管理を入院中に行う |
| | | 家族や支援者 | 看護：①タバコの指導<br>心理：②疾病教育・対象行為の振り返り<br>OT：③集団プログラムを通じた社会性の習得支援 | 心理：④条件反射制御法<br>OT：⑤金銭管理練習<br>PSW：⑥通院機関と情報交換 | OT・看護：<br>⑦外泊の付き添い、振り返り<br>⑧タバコや金銭管理方法をデイケアへ情報提供<br>PSW：⑦⑧の連絡調整<br>デイケア：退院後の継続支援 |
| | 実施・支援期間 | | X年 1月 20 日 ～ 退院まで | | |
| | 達成 | | ■達成 □変更達成 □未達成（理由： ） □中止 | | |

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．

コントロールにも、小遣い帳を付けるなど、本人なりに努力をした。そして「退院後はタバコが吸いたい、成人向け雑誌が読みたい」と希望を相談するようにもなった。

金銭管理と衝動的な欲求は対象者の病状悪化、そして再他害行為に直結する課題であり、担当職種の中では、金銭の浪費や性的興奮を助長する行為は控えたほうが良いという意見も多くあった。しかし、退院後を想定した時、禁煙と性的欲求の軽減を目指すよりも、喫煙と金銭管理のコントロールの獲得を対象者と共に目指すことのほうが現実的であるとともに、対象者の希望に沿った生活を送ることで再他害行為のリスクを軽減できるのではないかという考えで方針が一致した。作業療法士は再度MTDLPを本症例と共同で行い、希望通り退院後にタバコを吸い、成人向け雑誌を読むためにはどのような目的と方法で治療プログラムに参加し、日々の生活を送るか話し合った。その結果、タバコについては退院後のタバコは1日3本にコントロールすること、成人向け雑誌については条件反射制御法のトレーニングに使用することで同意を得ることができた。また、入院中から計画的に金銭管理や貯金をすることも本症例から希望して行う運びとなった。

**＜結果＞**

MTDLPを実施したことで対象者は受動的に治療を受けることが減り、「自分がどう成長すればタバコや雑誌の購入ができるのか」を考え、強制的な医療と自身の将来を結び付けることができるようになった。そして、職員に相談してから行動することが増え、「タバコや雑誌を購入するため」という具体的な目標をもって金銭管理に取り組むようになった。タバコはデイケアで管理し、1日3本デイケアスタッフからもらうという管理方法で同意した。成人向け雑誌は幼女を連想するような内容でないことを前提とし、入院中は作業療法士、退院後はデイケアの男性職員と相談して購入することで合意した。

MTDLPを利用したことで本対象者のニーズと治療方針のすり合わせは容易に行うことができただけでなく、ケア会議で本症例自ら希望を述べるツールとして利用したことで、各職種との関わりや退院後の関係機関との連携がとりやすくなった。

## 4．医療観察法におけるMTDLPの展開

医療観察法による精神科治療は、疾病教育や生活指導が多くプログラムとして組み込まれているが、退院そのものが目標になってしまやすい一面がある。対象者自身が退院後にどのような生活を送り、入院中にどのようなスキルを身に付けるか考える機会が少ないとも言える。

本症例の退院後の希望は、治療を進めるうえで弊害ともなりうるものであった。しかし症例は退院後グループホームに入所し、デイケアでタバコを管理してもらうことで継続的な通所を実現し、成人向け雑誌の購入を男性職員に相談するようになった。現在は「相談しすぎないようにすること」が目標とのことである。

今回の関わりを通して、対象者は治療の先に自身の望む将来があることを見出してくれた。医療観察法に限らず、精神障害者は医療と生活を結びつけにくいように感じる。MTDLPは、「医療は生活を潤すものである」と思ってもらえるツールのひとつとして機能すると感じている。

※今回の事例紹介にあたり、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 心不全症状の悪化に注意しながら生きがいである薬局の仕事に復帰した一例※

埼玉医科大学国際医療センター　鈴木 真弓

## 1．事例プロフィール

年齢：72 歳、性別：女性
診断名：心不全（原因疾患は僧帽弁閉鎖不全）
現病歴：他院および当院にて 5 回の僧帽弁置換術、三尖弁置換術を施行（29 ～ 71 歳）。最終手術は 10 か月前の僧帽弁と三尖弁の置換術であった。X 年 Y 月 Z 日、起座呼吸、左右下腿浮腫のため当院を受診し、心不全の診断で入院となった。入院時の血液データは、BNP が 1960pg/mL、心臓超音波検査では左室駆出率 65％、LVDd / LVDs（左室拡張末期径 / 左室収縮末期径）= 45/29mm、弁機能は僧帽弁、三尖弁の人工弁の開放は良好であるが重度の僧帽弁閉鎖不全で、肺動脈弁も閉鎖不全であった。入院後、利尿剤と強心薬（ジギタリス製剤）、α β 遮断薬（血管拡張）にて内科的治療が行われた。Z+11 日から理学療法、Z+13 日から作業療法が開始となった。
生活歴：大学・専門学校を卒業後、家業の薬販売店を継いだ。現在は独居で近隣に弟家族が在住。自宅の 1 階が店舗、2 階が自室となっており、商売を通じた多くの人付き合いがある。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表 1**）に示した。

## 3．経過と結果

介入開始時、安静時の血圧：103/45mmHg、心拍数：53bpm、心電図：心房細動、心室性期外収縮が散発していた。鼻カテーテルにて酸素 3L 投与中で、SpO2 は 100％であった。心臓弁機能の低下のため、運動負荷時に血圧の低下が生じるリスクが予測された。プログラム前後の循環動態をモニタリングしながら端座位練習から開始し、入院前の生活、仕事の内容などを聴取した。本人は面談の中で「家業の薬局を続けたい」と強く希望していたが、現在の心機能と安全面を考慮した結果、合意目標は「退院後、薬局の仕事を半日できるようになる」となった。座位レベルの ADL は問題ないことを確認後、立位バランス練習や、病棟内のトイレ・洗面所まで（約 5m）のつかまり歩き練習を開始した。作業療法で安全に実施可能なことを確認し、看護師に付き添い歩行を申し送り、「している ADL」に移行した。
休憩をとるときの指標は、息切れや疲労の自覚症状

※ 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会より
平成 26 年度の診療報酬改定において、心大血管疾患リハビリテーション料を算定できる職種に作業療法士の職名が追記され、現場での実践が拡大しているものと思われる。今回、心臓リハビリテーションの分野で活躍されている鈴木氏に心大血管疾患に対する生活行為向上マネジメントの活用についてご紹介いただいた。対象者の望む生活行為を実現するために、リスク管理から疾病管理、環境因子を含めた活動と参加への介入までバランスよく支援していることが理解できると思う。この領域における作業療法士の関わりが拡大することを期待しつつ、本稿を掲載する。

表 1

## 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

利用者：　Aさん　　担当者：鈴木真弓　　記入日：X年　Y月　Z+13日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 家業の薬局で働きたい | | | |
| | | キーパーソン | 弟：無理しない程度に店に出てほしい。 | | | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b410 心臓弁機能低下、Af<br>左房径の拡張<br>b455 運動耐容能の低下<br>b164 自身の状態の洞察が不十分<br>b126 せっかちな気質<br>b730 廃用性の筋力低下 | | d430 歩行・運搬能力の低下<br>d510 セルフケア要介助<br>d570 心不全の知識と対処が未習得<br>d630-649 家事は過負荷による再発の要因となる可能性<br>d850 職場復帰も過負荷による再発の要因となる可能性 | e155 和式住居で自室が 2 階<br>e310 独居<br>e135 職場環境は未把握<br>e580 サービス未利用 | |
| | 現状能力<br>(強み) | b410 左室駆出率は弁機能の低下を代償できる程度に保たれている<br>b130 治療意欲は高い | | d175 困った時の相談可能<br>d720 対人関係は良好 | e310 弟の支援あり<br>e425 勤務形態に融通が利く | |
| | 予後予測<br>(いつまでに，どこまで達成できるか) | 3 週後：<br>・心不全の改善にともない呼吸循環動態が改善する。<br>・息切れの自覚は可能となる | | 3 週後：<br>・息切れに合わせた休憩によりセルフケア・屋内歩行・家事は自立（Borg 指数 13以下）<br>・3〜4 時間の店番ができる | 3 週後：<br>・自宅退院<br>・弟や業者の支援で店番ができる<br>・緊急時の連絡体制をとる | |
| | 合意した目標 | 薬局の仕事（接客と販売）を毎日半日できるようになる | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　4 /10 | 満足度　5/10 | 最終 | 実行度 10/10　満足度　10/10 |

*自己評価では，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

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．

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 達成のためのプログラム | | ①離床練習：座位⇒立位⇒病棟内歩行（BP,HR,心電図、Borg 指数でモニタリング）<br>②下肢筋力強化：循環動態が安定していれば自主トレに移行<br>③心不全症状と対処の指導 | ④ADL 練習：階段昇降、床上動作、シルバーカー歩行<br>⑤IADL 練習：洗濯、お盆を使った運搬、棚の整理、調理の模擬的動作<br>⑥職業前訓練（立位作業） | ⑦住環境整備の検討：階段手すりとベッド導入<br>⑧介護保険サービスの検討<br>⑨弟への買い物や外出の付き添い依頼 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①～③息切れと疲労感を確認して休憩をとる習慣をつける | ④～⑥入院前の実行状況や作業環境を伝え、安全に行える手順や環境を考える | ⑦⑧退院後の住環境や必要な支援を考える<br>⑨付き添いは弟に依頼 |
| | | 家族や支援者 | ①②PT と OT が協働で実施。PT は離床と歩行、OT は筋力強化とつかまり歩きを行い役割分担<br>③看護師がパンフレットで指導、OT・PT は活動時の息切れを確認して休憩の指標を決定 | ④PT 担当、歩行距離を伸ばす<br>⑤⑥OT 担当、Borg 指数を確認して休憩のタイミングを伝える。行為の省略化や椅子の設置などを検討する | ⑦～⑨OT と弟が担当<br>職場環境を評価（仕事内容や環境調整を検討）<br>弟は外出時の付き添い、復職時に様子を見に行くこと、緊急時連絡先を決めておく |
| | 実施・支援期間 | | X 年　Y 月　Z+13 日　～　X 年　Y 月　Z+29 日 | | |
| | 達成 | | ■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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.

（Borg 指数）とした。本人はせっかちな性格であり、息切れが心不全の兆候であることを知らなかったため、プログラム中に作業療法士が息切れを確認し休憩をとるように指導することから始め、息切れが出る前に自ら休憩がとれるようになることを目標とした。

看護師は、心不全増悪時の兆候についてパンフレットを用いて指導し、作業療法では実際の活動時に自覚症状を確認することで、疾病への理解と対処の学習を促した。Z+22 日に酸素療法が終了となり、ADL が自立したため、IADL 練習と職業前訓練を開始した。IADL では、洗濯やお盆を使った運搬練習、冷蔵庫や電子レンジの操作練習を行い、職業前訓練では仕事の内容が立位での運搬作業や接客を中心としていたため、物品の運搬練習や立位耐久性向上の練習を実施した。血圧と心拍数に変化はなかったが、息切れが出現し、Borg 指数で 13（ややきつい）になることがあったため、休憩を促す必要があった。

退院後の住環境整備やサービス利用についても検討したが、ベッドは導入しない方向性となり、理学療法で積極的な階段昇降練習と床からの立ち上がり練習を継続した。手摺りを使って 2 足 1 段での昇降が可能となり、シルバーカーを使い休憩をいれながら 1,000m 歩けるようになった。作業療法での立位耐久性向上練習も継続し、半日程度の職場復帰は可能と判断した。退院に際し、本人・弟とともに、外出時の付き添いと復職後の状態確認、緊急時の連絡体制を検討して、Z + 29 日に自宅退院となった。介護保険サービスについては、本人の希望により導入しない方針となった。退院後は薬局の仕事に復帰し、1 日約 1 時間の接客を行うことができたと報告を受けた。

## 4．心大血管疾患における MTDLP の展開

心大血管疾患では、本人が希望する生活行為を実現するためには、リスク管理はもちろん、本人が疾患に対する知識を持ち、生活の中で上手く対処していけるよう学習していく必要がある。包括的心臓リハビリテーションでは、多職種により本人が理解しやすいように講義形式の疾病教育や生活場面の中での対処技能の指導、実際の生活行為を行いながら確認を行い、適切な行動を強化することで行動変容を目指している。

この分野で MTDLP を活用することは、多職種でのアセスメントやプログラム、役割分担を明確にし、本人の希望する生活行為の実現という共通の目標に向かって支援できることに繋がる。心大血管疾患に対する作業療法士の関わりが拡大し、一人でも多くの対象者の生活行為が安全に行えるようになることを期待している。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 自動車運転支援における生活行為向上マネジメントの活用※

イムス板橋リハビリテーション病院　澤田 辰徳

**運転支援プログラムのご紹介**

イムス板橋リハビリテーション病院では、医師と作業療法士が自動車教習所や公安委員会と連携して運転支援プログラムを実施している。医師の診察後、作業療法士に指示を出し、作業療法士が運転に関する面接、道路交通法などの講義、8 種類の高次脳機能検査、視野系検査、運転シミュレーター、実車評価などを実施している。

## 1．事例プロフィール：A 氏

年齢：40 代。性別：男性。現病歴：X 年 Y 月、脳底動脈先端部の脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血で同日開頭クリッピング術、その後、水頭症に対して VP シャント術を施行した。左同名半盲、初期に記憶障害、遂行機能障害、注意障害および運動失調を呈し、近隣の回復期リハビリテーション病院へ入院した。Y+6 月には独歩で ADL が自立し、高次脳機能障害が軽快したため、職場復帰（システムエンジニア）も可能と判断され、自宅退院となった。退院に際し、主治医から自動車運転を再開する前に運転技能評価を受けるようにとの助言があり、Y+8 月に当院を紹介され、介入開始となった。

介入開始時、高齢の両親との 3 人暮らしで、職場復帰は果たしていた。運転再開の目的は、両親が受診する際の送迎と、約 50km 離れたアウトレットショップに行って長年の趣味である楽器演奏の機材を安く購入するための 2 点であった。

※　生活行為向上マネジメントプロジェクト推進委員会より

今回、障害者の自動車運転支援についてイムス板橋リハビリテーション病院の運転支援プログラムにおける展開を澤田氏に報告していただいた。特に地方では運転が困難になると、いわゆる買い物難民や閉じこもりに直結することもあるため、人の生活行為の連続を支援する作業療法士として自動車運転への支援は非常に重要な役割である。われわれは、自動車運転を希望する対象者に対してどれぐらい介入できているだろうか。

## 2. 評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表 1**）に示した。

**表 1**

### 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

利用者：　A 氏　　担当者：　澤田　辰徳　　記入日：　X 年　Y+8 月　Z 日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 両親の通院の送迎と自分の趣味のために運転を再開したい。 | | | | |
| | | キーパーソン | 両親：通院の送迎をしてほしい　（本人談） | | | | |
| | 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 | 左同名半盲(b210)<br>高次脳機能の運転への影響が不明(b164) | | 運転ができない(d475)<br>楽器の買い物に行けない(d920)<br>親を病院に送れない(d660) | | 運転再開についての法的手続きを知らない(e540,e550) | |
| | 現状能力（強み） | 運動麻痺は無い（b760,b765）<br>誠実な人格(b126)<br>運転再開への動機付けがされている（b130） | | 独歩自立(d450)<br>ADL 自立(d500)<br>復職している(d850) | | 友人がいる(e420)<br>近隣の交通網が発達している(e540)<br>運転支援プログラムに参加可能（e580） | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 1 か月後<br>運転に関する自分自身の心身機能の課題を認識する。 | | 2 か月後<br>公安委員会へ行き、書類を提出する。 | | 1 週間後<br>運転再開の手続きや起きやすい症状について知る<br>2 か月後<br>公安委員会へ提出する書類が完成する | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 車の運転を再開するために、自分の運転に関する課題を認識し，診断書を持って公安委員会に行き，運転可能かどうかを確認する | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度 3/10 | 満足度　4/10 | 最終 | 実行度　6/10 | 満足度　8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①神経心理学的検査<br>②有効視野検査<br>③視力検査<br>④検査結果のフィードバック | ⑤法的制度などの講義<br>⑥道路交通標識の評価<br>⑦停車時実車評価<br>⑧運転シミュレーター | ⑨教習所での実車評価<br>⑩友人に同乗を依頼<br>⑪公安委員会への書類提出 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | 評価への協力と通院 | 評価への協力と通院<br>教習所への通所 | 教習所での実車評価に参加<br>友人に同乗を依頼する<br>診断書を取得・提出する |
| | | 家族や支援者 | OT：評価の実施。評価結果をフィードバックすることで本人に運転上の課題を認識してもらう | OT：講義と評価の実施。<br>評価結果のフィードバック | OT：教習所に同行して実車評価の実施<br>教習所教員：実車評価の実施<br>医師：診断書の作成 |
| | 実施・支援期間 | | X 年　Y+8 月　Z 日～X 年　Y+8 月　Z 日＋84 日 | | |
| | 達成 | | ☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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．

## 3．経過と結果

A 氏は運転を再開するまでの法的手続きについての知識がなかったため、運転支援プログラムの開始にあたり、運転再開に関する法律、脳損傷後に起きやすい症状と問題運転、推奨される手続きについての講義を行った。生活行為の目標を本人と協議した結果、「自身の運転に関する課題を確認し、診断書を持って公安委員会に行き、運転可能かどうかを確認すること」となった。目標の実行度は 3 点、満足度は 4 点であった。

当院のプログラムに則り、運転能力に関連した神経心理検査の結果、MMSE、日本版リバーミード行動記憶検査、Trail Making Test - B、"A" random letter test、Rey の複雑図形検査の模写と 3 分後再生、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリクス検査はカットオフ以上であった。半盲はあったが BIT 行動無視検査日本語版の成績も通常検査が 144 点、行動検査が 78 点でありカットオフ以上であった。また、当院独自の道路標識課題にも問題が無かった。検査結果からは Trail Making Test - A のみが 53 秒と当院のカットオフ以下であったが、他の評価との整合性がなかったため、慎重な性格と初回実施時の緊張の影響と判断した。

視野では、対座法による測定では同名半盲の影響を認めたが、有効視野検査 Visual Field with Inhibitory Tasks を行った結果、良好な成績であった。停車中の実車評価において、発進準備（シートベルトなど）や各種操作も円滑で問題はみられず、運転シミュレーターでも問題を認めなかった。しかし、視覚的問題は重大であり、さらにクリッピング術も行っていることから、眼科での視野検査と紹介元の急性期病院にててんかんの検査の実施を依頼した。また、連携を結んでいる自動車教習所での実車評価を依頼した。

脳波検査の結果、てんかんの危険性は無いとのことで、後日診断書をとりに行くことになった。視野検査の結果、左下方の半盲は残存しているが、左右 160 度以上確保されており、法律上運転可能な 150 度を超えていた。自動車教習所での実車評価でも安全運転で左下方の同名半盲の影響は認めなかった。

これらの結果より、担当医師と作業療法士で協議し、半盲は残存しているものの、代償にて安全運転可能と判断し、公安委員会への書類を作成した。A 氏は左下方の視野障害を認識し、運転時には友人に同乗を依頼することとなり、実行度は 6 点、満足度は 8 点へ上昇した。現在、A 氏は臨時適性検査を受け、てんかんの診断書の作成待ちであり、今春には大切な作業である自動車運転を再開する予定である。

## 4．自動車運転支援における MTDLP の展開

自動車運転という作業は、仕事やレジャーなど人生の質を高める重要な生活行為である一方、大きな凶器ともなりうる。わが国の法制度下では、一定の病気に罹患した者の運転可否は公安委員会が判断することになっているが、医学的な問題に関して適切な判断ができるかについては疑問がある。作業療法士は、対象者にとっての運転という生活行為の文脈を踏まえた上で、心身機能の評価だけでなく、運転の実現に向けた多施設にわたるプランの立案や、運転困難と判断された場合の代償手段の提供まで可能であり、自動車運転を支援する上で最も適した医療専門職であると言える。障害者の自動車運転の分野で MTDLP を活用することは、運転そして移動という生活行為に着目し、実現に向けた多施設間のプランを展開する上で有用なツールであると考える。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 認知症専門外来における生活行為向上マネジメント
## ～認知症患者と家族介護者の在宅生活を支援する～※

熊本大学医学部附属病院神経精神科
熊本県基幹型認知症疾患医療センター　堀田　牧

### はじめに　熊本大学医学部附属病院の認知症専門外来の紹介

認知症専門外来では、ケアサービスに繋がっていない認知症患者とその家族介護者を対象に、患者本人は同じ立場の仲間と楽しみを持って過ごせることを目的に、家族介護者には認知症に対する正しい情報を得ることで、介護負担感の軽減や介護保険サービスの利用につながることを目的として、多職種による外来支援プログラムを実施している。プログラムは、隔週1回90分・全6回からなり、対象者と家族介護者それぞれを4～5名の小集団にして、対象者には作業療法士によるレクリエーション中心の集団療法を行い、家族介護者には、認知症専門医や精神保健福祉士（以下、PSW）など各専門職種が、オリエンテーション（PSW）、認知症について（医師）、認知症のケアについて（認知症認定看護師）、社会資源について（社会福祉士）、家族のメンタルヘルスについて（臨床心理士）など、認知症の疾患教育や社会資源の提供を行っている。

### 1．事例プロフィール

A氏・70歳代前半・女性。診断名：アルツハイマー型認知症（以下、AD）、1型糖尿病（インスリン自己注射のためB病院通院中）。現病歴：X－4年、感情の起伏が激しく性格が攻撃的になった。X－2年、同じ話を繰り返すことや、調理中に鍋を焦がすことが増えた。X－1年にインスリンの打ち忘れや、食生活の乱れによる低血糖のため、B病院に入院した。普段から甘い物の隠し食いをしており、入院中は毎日売店に行ってお菓子を購入し、夜中に食べてインスリンを自己注射するなど、DM管理の認識は低かった。B病院でADを疑われ、X年2月に当院の認知症専門外来を紹介され、受診となった。

MTDLP導入までの経緯：A氏は記銘力障害に対する病識はなく、自宅で家事を担いながら過ごしており、要支援2であったが、介護サービスは利用していなかった。夫はA氏のもの忘れの酷さを訴え、介護負担感が高まっている状態であったため、X年7月に在宅生活の継続と夫の介護負担感の軽減を目的にMTDLPを開始した。

生活歴：高校卒業後、和裁の仕事に就く。結婚し2子をもうけた。現在は、夫と2人暮らしをしており、外出機会はほとんどなく、自宅で家事をしながら過ごしていた。

### 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

※ 生活行為向上マネジメント推進プロジェクトより
2015年1月に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が策定され、認知症高齢者等にやさしい地域づくりが推進されている。熊本県は国内でも先駆的に認知症の地域連携を進めており、熊本モデルと呼ばれている。今回、熊本県基幹型認知症疾患医療センターの堀田牧氏に認知症専門外来における生活行為向上マネジメントの展開について紹介していただいた。本人への生活行為向上支援と家族介護者への支援を統合し、タイミングよく介入していることが理解できると思う。参考にしていただきたい。

表 1

## 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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | できることは自分でやっていきたい。誰かの役に立ちたい。 | | | | |
| | | キーパーソン | 夫：血糖値が安定して、長生きして欲しい。 | | | | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b110 インスリン忘れによる意識低下<br>b144 記憶力の低下<br>b164 認知症, DM への内省がない<br>b540 1 型糖尿病 | | d175 取り繕いが顕著<br>d350 同じ話を繰り返す<br>d570 DM 管理が困難, 甘い物を陰で食べる<br>d630 料理中の鍋焦がしがある | | e410 夫が病態を受容できない, DM 管理は本人任せ<br>e580 介護保険はあるが, 何のサービスも導入していない | |
| | 現状能力（強み） | b114 見当識は保たれている<br>b126 社交性が保たれている<br>b167 会話の疎通性はある | | d310 言葉の理解がある<br>d640 家事を続けている<br>d920 和裁, 洋裁が得意 | | e410 夫は外来支援プログラム参加の意思を示した<br>e450 外来で支持的な環境を提供できる | |
| | 予後予測<br>(いつまでに，どこまで達成できるか) | 1M→DM 管理で意識低下が減少する<br>3M→DM 管理で認知機能や疎通の明瞭性が維持される | | 2M→外来プログラム参加による外出習慣の定着<br>3M→デイサービスを抵抗なく受け入れ、DM 管理と生活リズムが定着する | | 3M→・夫は介護保険を更新し, CM とサービス導入の検討を行う<br>・夫の介護負担感が軽減し、病院や支援者に相談ができる | |
| | 合意した目標<br>(具体的な生活行為) | ・デイサービスに通い、役割を担いながら仲間と過ごす<br>・DM コントロールを安定させ、趣味や自宅でできている家事を続けていく | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度 6/10 | 満足度 5 /10 | 最終 | 実行度 8/10 | 満足度 8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①隔週 1 回, 90 分, 全 6 回の外来支援プログラムに夫婦で参加する<br>②主治医への情報提供<br>③インスリンの自己注射 | ④在宅生活維持に向けたケアサービス導入の準備を行う<br>⑤毎日の食事を作る |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①他参加者と集団療法に参加する:OT, PSW, Ns<br>（ヨガ, ドリンク作り, ビーズ手芸, 白玉作り, アロマリラクゼーション, 集団レク）<br>③自宅にて夫の見守りで, インスリンの自己注射を行う | ④デイサービスを見学, 体験利用する<br>⑤自宅にて夫の見守りで, 火の元を注意して調理を行う |
| | | 家族や支援者 | ①夫は家族心理教育に参加する:Dr, PSW, Ns, MSW, CP, OT<br>（オリエンテーション:PSW, 認知症について:Dr, 認知症のケアについて:Ns, 社会資源について:MSW, 家族のメンタルヘルスについて:CP, 集団レク:全職種）<br>②毎プログラム終了後→全職種で本人・夫の評価を行い, OT が主治医へ情報提供と治療方針の確認を行う<br>全プログラム終了後→全職種で支援の方向性をまとめ, OT が主治医へ提案する. 外来診察時に, 主治医から夫へ介護保険更新とサービス導入を促す<br>③夫がインスリンの単位を確認し、本人が完遂する様子を見守りで確認する | ④夫がデイサービスや訪問看護などケアサービス導入に関して包括支援センターと相談する. OT は進捗状況を外来診察陪席で確認する<br>⑤夫が本人の状態を見ながら、調理の様子を確認し, 必要に応じて手助けをする |
| | 実施・支援期間 | | X年 7月 3 日 ～ X年 9 月 5 日 | |
| | 達成 | | ■達成 □変更達成 □未達成（理由： ） □中止 | |

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.

## 3．経過と結果

プログラムの開始にあたり、A 氏は「大丈夫、自分で何でもできている」と、もの忘れによる生活障害の認識は薄く、「どうして病院に行かないといけないのか？」と抵抗を示していた。夫は認知の柔軟性が低く、A 氏の変化を受け入れることができず、ノイローゼ気味であった。初回は、A 氏は B 病院に DM 管理目的の入院をしており、夫だけが家族支援プログラムに参加した。参加者が全員「夫」というグループのためか、「皆さんがどうやって介護しているのかを知りたい」と、認知症に関する質問やケアの方法について、参加家族やスタッフに積極的に尋ねていた。2 回目からは、A 氏も集団プログラムに参加した。礼節は保たれており、社交的な気質で、他参加者とも積極的に交流する様子がみられた。2 名 1 組での白玉作りでは、馴れた手つきで生地を捏ね、包丁で果物を手頃な大きさに切るなど、作業遂行能力は全く問題なかった。また、手つきがおぼつかない相手の手助けをする､役割を積極的に探して洗い物を行うなど、他者への配慮もみられた。世間話の際には、自身の DM の話題を何度も繰り返すが、目の前に作業を提示することにより、注意を逸らすことができ、他参加者と対人関係が悪化することはなかった。6 回目の最終プログラムが終了する頃には、A 氏は笑顔で参加でき、集団で過ごす楽しさを体感している言動がみられた。介護サービス導入のタイミングについて主治医と相談していたが、全プログラム終了間際に、夫が地域包括支援センターに出向き介護保険の更新を依頼していた。さらに、夫は A 氏と一緒にデイサービスの見学へ行ったり、DM 管理のための訪問看護を依頼するなど、介護サービス導入の準備をしていた。

現在は、A 氏は家事を続けることに加えて、週 3 回デイサービスに通いおしゃべりや手芸を楽しんでいる。血糖コントロールに関しては、週 1 回の訪問看護と夫のサポートにより、インスリン自己注射を忘れることはなくなり安定している。夫の介護負担感は軽減したものの（「Zarit 介護負担感尺度：63/88 点→ 58/88 点）、夫の A 氏への型通りの対応は変わることなく、A 氏の方が夫への負担感を訴えていた。そのため、今後はケアマネジャーやデイサービス管理者、訪問看護職員、別居の娘など、夫以外の支援者と協働して、夫婦だけの在宅生活が破綻しないためにも、社会資源の調整などを図っていく予定である。

## 4．認知症専門外来における MTDLP の展開

総合病院における認知症専門外来では、A 氏のように認知症の問題だけでなく、身体合併症の問題を抱えたケースも多い。そのため、対象者と家族支援者を対象とした既存のプログラムだけでなく、個別支援が大変重要となる。今回、当院の外来支援プログラムと個別の介入プランを統合するため、MTDLP を用いて介入した。しかし、アセスメントの際には、BPSD の評価をどのように ICF コードで表すかといった問題もある。そのため、当院では評価バッテリーに基づく別紙を使って、情報を補完するなど工夫をしている。

MTDLP は外来支援プログラムにおいて、対象者・家族への介入が抜け落ちなく実施できることを実感した。しかし、多職種協働での在宅生活の支援においてこそ、マネジメントの効果は発揮されると思われるため、今後も A 氏の支援において展開していく予定である。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 自宅入浴に関する相談に対して MTDLP を活用した要支援者への短期集中訪問事例

## ～ケア方針決定のためのリハ職派遣事業（A市）を通して～※

池端病院　紅野　勉

## 1．事例プロフィール

80 歳代前半の女性、変形性膝関節症と関節リウマチ。平成X年秋ごろから膝関節の屈曲制限と痛みが出現し始め、入浴の際に浴槽への出入りや洗い場での立ち座りができず、立位でのシャワー浴となった。また、徐々に歩行も不安定となり単独での外出が困難となった。翌年2月に介護保険を申請し要支援2と認定され、外出のための手すりを自宅外構部に設置した。5月頃から転倒を繰り返すようになり、運動器機能向上の目的で通所介護を週に2回の利用を開始した。また、機能訓練は健康運動指導士が担当し、通所開始からは運動器の機能向上訓練により筋力が向上し、日常生活上の「動き易さ」は改善傾向にあった。ADL は屋外歩行を除いて自立していたが、入浴については浴槽の出入りに難渋し、春から秋まではシャワー浴で済ませていた。

寒冷時期になり「浴槽に浸かって温まりたい」という希望により、夫が入浴介助を行っていたが、夫は高齢かつ腰痛があるため、非常に大きな介護負担となっていた。

家族構成は夫と2人暮らしで、同敷地内の別棟に住む長男世帯（4人）が生活上の相談や見守り支援を行っている。浴室は長男世帯も共用するため、環境整備には家族の理解が必要であった。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

## 3．経過と結果

**【初回訪問】**平成X＋1年11月、訪問日の調整に際し、担当ケアマネジャーに通所介護機能訓練指導員の同行を依頼し、筆者と3人での同行訪問を実施した。また、本人、夫と長男嫁にも同席いただき、①聴き取り、②心身機能評価、③生活動線と入浴環境の評価、④実際に入浴動作の確認を行った。

およそ1時間の訪問時間内に必要な情報を収集･統合･解釈し、本人の身体への負担や痛み、介護者である夫の負担等を総合的に判断し、入浴行為の向上支援策を提案した。具体的には①座位での洗身、洗髪をするためのシャワー椅子の選定、②浴槽を跨ぐ動作の変更（立位移動→座位移動）、③動作安定のための手すりの設置、④浴槽内腰掛の選定、⑤座位移動時のソフトすのこの設置について助言した。また、ケアマネジャーには、福祉用具類のデモ機試用を依頼し、用具を用いた場合の動作確認を勧めた。機能訓練指導員には通所時の入浴動作に必要な

※ 生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会より
A市では平成25年度から地域支援事業（包括的支援事業）に介護支援専門員のケアマネジメントプロセス強化を目的としたリハ職派遣事業を展開している。ケア方針の決定やケアプランの見直しの際にリハ職と同行訪問し、専門的な立場からのアセスメントやその結果に基づく助言をケアプランに反映している。池端病院は福井県地域リハビリテーション広域支援サポートセンターとして上記の事業にも応需してきた。今回の事例は、担当ケアマネジャーから、入浴行為に関する課題解決策への助言を求めて、地域包括支援センターを通して池端病院に相談派遣依頼があったものであり、紅野 勉氏が生活行為向上マネジメントを用いてこれに対応したので紹介する。

表 1

## 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

利用者：B子さん　担当者：紅野　勉　記入日：平成X＋１年Y月Z日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 家で安全に快適に入浴したい。（浴槽につかりたい） | | | |
| | | キーパーソン | （夫）安全に入浴して欲しい。 | | | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b710　両膝関節の屈曲制限<br>b730　上下肢の筋力低下<br>b280　上肢の痛み | | d420　浴槽への移動が困難<br>d410　浴槽からの立ち上り困難<br>d410　段差昇降が困難 | e155　浴槽の埋め込みが深い。手すり等の支持物がない。<br>e115　現在の福祉用具と心身機能が一致していない | |
| | 現状能力（強み） | b117　認知機能、理解力が高い<br>b130　課題を解決しようとする意識がある | | d510　洗身、洗髪は自分でできる<br>d450　脱衣室、浴室への移動は自立している | e410　住環境整備に対する家族の理解がある<br>e310　夫の介護協力を得られる | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | （1M）筋力はわずかに改善する<br>（1M）関節可動域は軽度改善する<br>（2W）入浴方法を変更すれば、上肢の負担軽減、痛みが軽減する | | （2W）入浴時の福祉用具の準備を整えることで、夫の見守りで入浴が可能となる。入浴による心身機能の負担、介護負担が軽減する | （2W）家族の理解と協力が得られる<br>（2W）住宅改修と福祉用具を導入できる | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | 福祉用具の導入と必要な住宅改修を施し、夫の見守りで入浴が出来るようになる | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　8/10 | 満足度　1 /10 | 最終 | 実行度 10/10　満足度　8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①筋力強化<br>②関節可動域訓練 | ・低い台からの立ち上り練習<br>・座位での浴槽跨ぎ練習 | ・住宅改修を施工する<br>・福祉用具の試用により、適切な用具を選択する（OT、事業者）<br>・新たな入浴方法の習熟 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ・自宅：立ち上り、歩行練習　テレビ体操、<br>・通所介護：筋トレや体操に参加 | ・新しい入浴方法を理解し、必要な動作の練習を行う<br>・福祉用具の特性を理解する | ・住宅改修や福祉用具を利用して新しい方法で入浴する<br>・安全に配慮する |
| | | 家族や支援者 | ・通所介護（機能訓練指導員）：筋力や関節可動域が改善するための運動器機能向上プログラムを提供する<br>・OT：機能訓練指導員への運動プログラムの提案、助言 | ・OT：新しい入浴方法の説明　福祉用具の特徴と使い方の説明<br>・夫：新しい入浴方法を理解する　福祉用具の利用方法を学ぶ | ・CM：ケアプラン追加（福祉用具、住宅改修プラン）<br>・家族：福祉用具や住宅改修の導入に同意する<br>・入浴の準備を行う（息子嫁）<br>・入浴の見守り、助言を行う（夫） |
| | 実施・支援期間 | | 平成X＋１年Y月Z日　～　１ヶ月 | | |
| | 達成 | | ■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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．

運動器の機能向上プランを提案し、①～⑤のすべての提案に本人、家族、支援者の同意を得ることができた。

**【2回目訪問】**ケアマネジャーと福祉用具・住宅改修事業者の同行訪問を依頼し、デモ機の試用による動作確認を行った。初回訪問で提案したソフトすのこを家人が速やかに導入したことにより、すでに座位での浴槽跨ぎ動作が可能となっていた。浴槽内での立ち座り動作について、浴槽内腰かけの高さの検討と手すりの取り付け位置を確認した。①浴槽内に15センチ踏み台の導入、②据え付け手すり、③壁面への手すりの設置案を提示し、本人および家族に承諾を委ねて、訪問は終了した。

**【結果】**提案した福祉用具のうち、①シャワー椅子、②ソフトすのこ、③手すりの設置の3点について導入された。浴槽内の踏み台は、運動器の機能が改善したことに加え、手すりの使用による立ち上がり動作が可能になったため、購入を見送った。そして新たな入浴方法と環境整備した浴室での入浴を繰り返しによって動作が習熟し、入浴は自立した。夫は脱衣場からの声掛けのみとなり、入浴の介護負担は激減した。また、温浴による上肢の痛みの軽減、リラクゼーション効果などから実行度、満足度も高い結果となった。

## 4．介護予防領域における MTDLP の展開

この相談の直後にも類似のリハ職派遣依頼が地域包括支援センターから寄せられた。このことは、作業療法士が生活行為の向上支援に効率的・効果的に結果を示すことができる職能であることが認知されはじめたことを意味する。

私たちはこれまでに医療や介護領域において、定期的・継続的に対象者に関わり、主に1対1で作業療法を提供してきた。しかし、介護予防の領域では事例のように作業療法サービスを直接的に提供しなくても、支援チームの一員として課題解決に必要な具体的支援策の提案、助言によって、対象者の自立支援に寄与することができる。

そして、新たな介護予防・日常生活支援総合事業といった枠組みの中で MTDLP を活用した取り組みを拡充するためには、日常業務の中での信頼関係の構築（連携や協業）を行う必要があると感じている。

MTDLP は文字通り「マネジメントツール」であり、介護予防の領域においても有効な手段であることを実感している。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 神経難病に対する生活行為向上マネジメントの活用
## ～ALS患者に対するコミュニケーション支援～

独立行政法人　国立病院機構　高松医療センター　楠原 敦子

**【生活行為向上マネジメント推進プロジェクトより】**

ALSを呈した方の24時間365日続く療養生活の中で、実際にスイッチ類を調整するのは家族や看護師等のケア提供者である。ケア提供者との連携が非常に重要であることは言うまでもないが、「理想と現実との間のジレンマ」も同時に経験する。今回の事例は、作業療法士が本人の希望とスタッフの業務をうまくすり合わせてコミュニケーション支援を展開したものである。生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）の実践においても、目標のすり合わせで苦労するといった声を聞くことが多い。本人・キーパーソン・支援者との合意形成を考える上で、本事例が非常に参考になると思う。

## 1．事例プロフィール

60歳代前半・男性・A氏。X年にALSと診断され、X＋2年、人工呼吸器装着となり当院に長期療養入院となった。ADLは全介助であり、運動は表情筋とわずかに左母指が動かせるのみであった。入院生活では入力スイッチ（以下、SW）を使用してインターネットやメールなどのパソコン（以下、PC）活動を楽しんでいた。左母指で入力SWを操作し、その入力SWを5秒間押し続けることで、ナースコール（以下、NC）操作も行っていた。進行に伴い1分以内で行えていた入力SWの設定に時間を要すようになり、誤操作が増え始めた。入力SW変更を提案しても「指は動いている。きちんと設定をしないからだ」と主張するA氏と、「進行によるもの。早く入力SWの変更を」と考える病棟スタッフ（以下、スタッフ）との関係が悪化しつつあった。そこで、A氏のPC活動が継続できるよう、スタッフと協力してMTDLPを実施することとなった。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

## 3．経過と結果

A氏の希望は「できるだけ長く左手でパソコンを使って過ごしたい」であった。現状の入力SWを操作するには左母指の動きは不十分であり、SWの変更が必要な時期であった。残存機能に合ったSWを紹介したが、A氏は現状のものを強く希望した。その理由として、病状の進行に対する不安や左母指のわずかな動きを認識しづらいことが考えられた。A氏がPC活動を継続するためには、①残存機能に適合した入力SWの導入、②PC活動支援体制の調整という2点の課題を解決する必要があった。まずは、A氏の希望をスタッフに周知し、現状をできる限り維持する対応を依頼するが、近々SWの変更が必要となることを伝えた。合意目標を「病状が進行しても、PC活動が安定して行える」とした。スタッフの理解と協力を得てY日、基本プログラムを開始した（**図1**）。

表１

# 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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | できるだけ長く左手でパソコンを使って過ごしたい | | | |
| | | キーパーソン | 息子：父がよいと思えるようにしてください | | | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) |
| | 生活行為を妨げている要因 | b730　ALSによる全身の麻痺<br>b730　左母指の麻痺の進行<br>b780　現状把握が困難<br>b152　進行への不安 | | d360　PC入力操作が不安定<br>d360　SW設定所要時間増加<br>d360　夜間のNC誤操作増加<br>(3週目より) | | 入院中<br>e340　スタッフとの関係悪化<br>e125　新しいＳＷの受け入れが困難 |
| | 現状能力（強み） | b117　知的機能は問題なし<br>b730　表情筋は運動可能 | | d360　理解は問題なし、透明文字盤で会話可能<br>d910　メールで同病者交流<br>d920　ＰＣ使用し，ゲームや情報収集 | | e310　家族の協力が得られる<br>e355　スタッフの協力が得られる |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 進行を予測することは困難であるが，その時の身体機能の現状を把握でき，残存機能に適した入力ＳＷを受け入れることができる．スタッフにも協力してもらうことで信頼関係が回復し，ＰＣ活動支援体制が整い，ＰＣ活動が継続できる． | | | | |
| | 合意した目標 | 病状が進行してもパソコン活動が安定して行える． | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　３/10 | 満足度　４/10 | 最終 | 実行度 8/10　満足度 10/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①左手のモビライゼーション<br>②左手を温める | ③SWの評価・フィードバック<br>④変更SWの操作練習<br>⑤夜間NC評価・フィードバック | ⑥SW設定方法の統一<br>⑦SWの選択・調整<br>⑧スタッフのSW学習<br>⑨SW給付申請 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①②スタッフと実施する<br>①週１回ＯＴと実施する | ③④⑤実施する<br>評価の結果をＯＴと確認する<br>夜間評価は看護師と行う | ⑦実施する<br>提案されたＳＷから使いやすいＳＷを選択する |
| | | 家族や支援者 | スタッフ：①②体位交換時に実施する<br>OT：①週１回実施し，実際の動きをＡ氏と一緒に確認する<br>【ＯＴの働きかけ】<br>スタッフにＡ氏の希望・機能レベル・進行状況などの情報を提供し共有する | OT：③④⑤実施し，評価結果を検討し，機能に合ったＳＷを提案，操作練習を行う．<br>スタッフ：⑤誤操作を記録する<br>【ＯＴの働きかけ】<br>双方からの要望や提案を整理して双方に伝える | OT：⑥⑦⑧実施する<br>スタッフ：⑥⑧方法確認する<br>家族　⑨市役所に提出する<br>【ＯＴの働きかけ】<br>スタッフにSW設定が簡単に行えるよう方法の指導やＳＷ機能の学習機会を設ける |
| | 実施・支援期間 | | Ｘ年　８月　３１日　～　Ｘ年　１１月　１１日 | | |
| | 達成 | | ■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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。

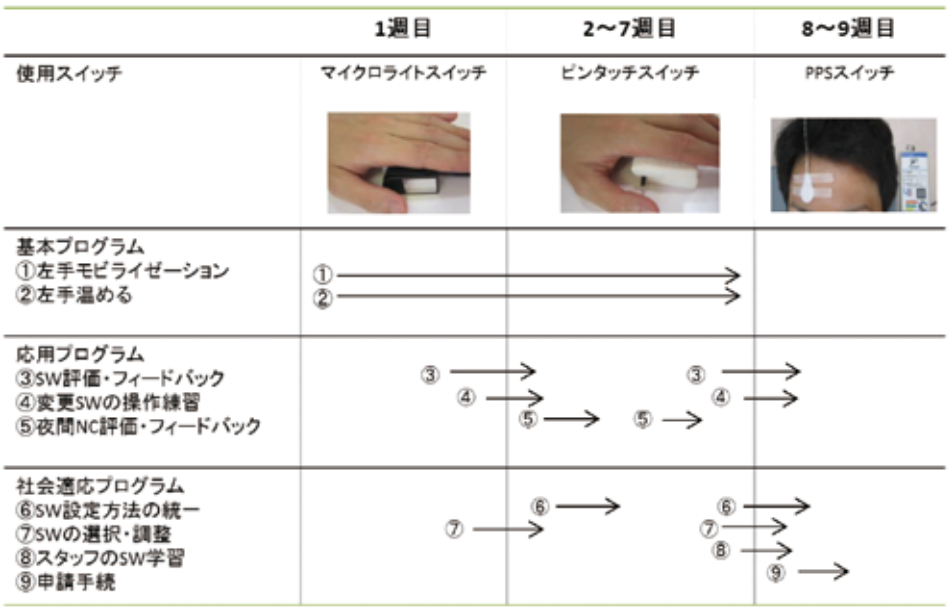

**図１　使用スイッチと各プログラム介入期間**

Y ＋ 1 週目、入力 SW 操作は困難となったが、「指の動きが悪くなった。こっちのほうが指も楽で使いやすい」と、変更をスムーズに受け入れた。Y ＋ 2 週目、スタッフより夜間 NC 誤操作が頻回で病棟の安全管理に支障が出始めていると連絡を受けた。日中の操作は確実であり、A 氏はこの状況を認めなかったため、夜間時の NC 誤操作数を評価した。誤操作は日により差があり、A 氏からも入力 SW 設定方法の提案があった。スタッフ全員が設定方法を統一することで、一時的に夜間の誤操作は減り、NC 操作を継続した。Y ＋ 4 週目、夜間評価で作業療法士は NC 操作困難と判断し、スタッフは夜間の訪室を増やすことを提案した。A 氏は「スタッフに迷惑をかけていたと思う」と夜間の NC 操作の終了を受け入れた。Y ＋ 8 週目、左母指が完全麻痺となったため、表情筋を使用して入力 SW 操作を行うこととした。 表情筋を使用した SW の設定は未経験のスタッフが多かったため、スタッフに対する SW 設定の学習会を行い、設定が安定した。結果、左母指での入力 SW 操作はできなくなったが、表情筋を使用して、終日 PC 活動を継続している。スタッフは A 氏の思いを理解し、A 氏はスタッフと進行過程に向き合う姿勢を共有したことで信頼関係が回復し、A 氏の PC 活動支援体制を整えることができた。

## ４．神経難病事例に対する生活行為向上マネジメントの展開

ALS 患者の作業療法ではコミュニケーション支援が行われることが多い。また、重度身体障害患者の療養生活は、病棟スタッフとの密接な関わりによって支えられている。作業療法士は生活する人を包括的な視点で捉える専門職として、コミュニケーション手段の獲得だけにとどまらず、患者と活動を支える支援者との良好な関係性の構築に働きかけることが重要である。今回、MTDLP を活用することで、できることが次々と減っていく過程で、「本当に自分がしたいことは何なのか？」を患者自身が整理し、意識化することにより、A 氏は「左手で PC を使用すること」ではなく「PC 活動を続けること」が重要だと意識するに至った。また、作業療法士にとっては本人・スタッフに対する介入を書面で明示しておくことで、病状の進行に合わせて、対象者との合意形成を丁寧に重ね、適切な時期にスタッフへの働きかけが可能となった。MTDLP の活用は、チームマネジメントを意識することにつながり、支援者たちとの関係性を回復した A 氏は「したいこと」である PC 活動を継続できている。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 特別支援教育における生活行為向上マネジメントの活用
## ～ 子どもの生活の満足度と支援機関の連携 ～

北海道教育大学　池田 千紗

**【生活行為向上マネジメント推進プロジェクトより】**

特別支援学級における生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）の活用として、北海道教育大学の池田千紗氏に事例を執筆していただいた。小児分野の MTDLP の報告は非常に少なく、発達課題や遊び、親・学校教員との連携といった子ども特有の目標設定の難しさもある。今回は、特別支援教育において作業療法士・母親・教員との懸け橋として MTDLP を活用した報告である。MTDLP がツールである以上、効果的に用いられるかどうかは使い手次第である。今後の小児分野における活用の拡大や応用開発が期待される。

### 【特別支援教育における作業療法士の立ち位置】

筆者は大学で特別支援教育の教員を育てる立場にあるが、作業療法士として札幌近郊の小学校や児童デイサービス（以下、児童デイ）等から相談を受けて、学習や環境設定に関する作業療法評価や支援方法の提案も行っている。近年、通常学級において特別な支援を要する児童数が増加しており、特別支援学校や特別支援学級（特別な配慮の下で授業を行う学級）だけでなく、通常学級や通級指導教室（以下、通級教室：個別指導で各教科やコミュニケーション等の補充指導を行う教室）においても作業療法士の専門性が必要とされている。今後は、特別支援教育における作業療法士の役割を明確にし、その専門性と教育の視点とをいかに統合していくかが課題である。将来的には、作業療法士の専門性を教育や療育の場で活用できる環境を構築したいと考えている。

### 1．事例プロフィール

小学校 6 年生の男児（A 児）/ 自閉スペクトラム症 / 通常学級に在籍。

**生育歴**：学業の遅れはないが、国語の文章の読み取りと作文が苦手、忘れ物が多い、授業中に落ち着かない、不器用さがある、集団行動に遅れがち、級友とのコミュニケーションが少なく、からかわれることが多いといった課題を抱えていた。5 年生時より、週 1 回通級教室の利用を開始した。通級教室では、忘れ物を減らす取り組みとして、持ち物メモを活用する支援を行っている。児童デイを週 3 回利用している。

**家庭環境**：父、母、弟の 4 人家族で、関係性は良好である。母親は積極的に通級教室教員と連絡を取り合い、中学校の進学先を特別支援学級にするか検討している。家庭学習の習慣はなく、宿題は児童デイで行っている。パソコンや機械に興味があり、家庭ではインターネットやゲームをして過ごすことが多い。

**MTDLP 導入の経緯**：中学校進学に向けて支援の優先順位を検討するため、通級教室教員より作業療法士に評価依頼があり MTDLP を実施した。

### 2．評価と介入計画

**表 1** を参照。支援者に A 児の特性を理解しやすいように、シートは箇条書きではなく文章で記載した。ICF コードは本稿執筆時に追加した。

表 1

## 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 生活行為の目標 | 本人 | 国語の作文を頑張りたい | |
| | | キーパーソン | まなびの教室教員：通常学級で困ることを減らしたい<br>母親：自分の気持ちを言葉で伝えられるようになって欲しい | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) |
| | 生活行為を妨げている要因 | ○全身の筋肉が柔らかく、背筋を伸ばして座っていると疲れて、注意が持続しない (b735/b740/b140)<br>○言葉でのやりとりや、状況の読み取りが苦手 (d164/d167)<br>○目と手を協調的に動かすことやリズミカルな運動が苦手で苦手意識もある (b147/b215/ b760)<br>○叱責される経験の繰り返し (b180) | ○授業中座り続けることが苦手で、教師の話を聞くことができず忘れ物が多い<br>○友達とのコミュニケーションがとれず、関係をうまく築けない<br>○読みやすい字が書けない (d170)<br>○上手に運動できない<br>○学校生活への満足度低下 (d820) | ○通常学級（e430）<br>・本人の特徴への理解・配慮が少なく、言語指示が多い<br>・叱責が多い |
| | 現状能力（強み） | ・教科学習の遅れなし（b117）<br>・作文を頑張りたいという意欲がある（b130） | ・相手が配慮してくれると大人とのコミュニケーション良好（d350）<br>・家族との関係は良好（d760）<br>・児童デイでの活動が楽しみ（d920） | ○通級教室<br>学校生活の個別サポート（忘れ物、トラブル等）<br>・本人がわかるまで指示を繰り返す<br>・本人は褒められることが多い<br>○児童デイ：３回/週<br>社会科見学など生活面へのサポートが充実 |
| | 予後予測（３ヵ月後） | ・適切な返答ができる<br>・自分の気持ちを言葉で伝えることができるようになる<br>・手の運動が滑らかになる<br>・叱責される経験は減少し、褒められる経験が増加する | ・通常学級担任と適切なやりとりができるようになる<br>・忘れ物が減少する<br>・読みやすい字を書けるようになる | ・通常学級担任が本人の特性に合わせた配慮が可能となる<br>・通級教室での学校生活の個別サポートは継続 |
| | 合意した目標（３ヵ月後） | ・大人（担任、児デイスタッフ）と適切なやりとりができる<br>（質問に答える、話を聞く場面で返事をする、言葉で気持ちを伝える） | | |

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。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ・持ち物メモを１人で間違いなく取ることができる<br>・書字を練習し、作文で字を丁寧に書くように意識することができる | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　2/10 | 満足度　2/10 | 最終 | 実行度　6/10 | 満足度　6/10 |

*自己評価では，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

| | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為向上プラン | 実施・支援内容 | | | | |
| | 達成のためのプログラム | | ①家庭で取り組める書字練習方法をOTが紹介・実施する<br>②大人から褒められる機会を増やす | ②コミュニケーション練習<br>・通級教室：状況の読み取りや適切な返答方法<br>・児デイや通常学級で大人との適切なやりとりができるようにフィードバック<br>③運筆課題 | ④持ち物メモを１人でとり、通級教室で確認する<br>⑤支援者間の見立て・対応の統一 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ・書字練習のチェックリストを大人と一緒に確認する | ・通級教室での課題に取り組む<br>・家庭で運筆課題に取り組む | ・持ち物メモを忘れずに毎日とる<br>・作文を書く時、丁寧に書くように気をつける |
| | | 家族や支援者 | ①　OT：書字練習方法の紹介とチェックリストを作成する<br>①母親/通級教室/児デイ：チェックリストを確認し、褒め、達成感を感じる機会を提供する | ②通級教室:SST で適切な返答の練習と文書で気持ちを書く練習<br>②児デイ：運動遊びを通じた適切な返答の練習<br>③家族：運筆課題に取り組む環境を整える<br>※大人から褒められる機会が多くなるように対応 | ④通級教室：持ち物メモを確認し、記入漏れがないようにする<br>④母親：特別な持ち物が必要な日は家庭で確認する<br>⑤通級教室：時期を見計らって担任にマネジメントシートを渡す |
| | 実施・支援期間 | | Ｘ年　９月　～　　Ｘ年　12月 | | |
| | 達成 | | ☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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。

## ３．経過と結果

通級教室教員より相談のあったコミュニケーション、運動の不器用さ、書字の苦手さに対して、通常学級と児童デイでの観察評価、臨床観察とペグ課題、フロスティッグ視知覚発達検査と書字の読みやすさ評価を実施した。A 児の生活の満足度については、得意なものチェックリストと小学生版 QOL 尺度を実施した。

**1）初回評価**

**コミュニケーション**：通常学級では、A 児の表情は暗く、担任や級友との会話は叱責や注意される時のみだった。児童デイでは、A 児はスタッフの手伝いをして褒められる機会が多く笑顔も見られたが、他児との関わりはなかった。活動中は注意がそれやすく落ち着かなかった。

**運動と書字**:全身の筋緊張が低く、眼球運動のコントロールが苦手で、巧緻動作に不器用さあり。目と手の協調が苦手で、書字は文字の大きさがばらついて読みにくかった。

**生活の満足度**：国語の作文と言葉での表現が苦手。友達関係と学校生活の満足度が低下。

### 2）支援の優先順位

A 児は注意がそれやすく聞き逃しが多くなり、言葉での表現が苦手で適切な返答ができないため、教師や級友とコミュニケーションがとれず、生活の満足度が低くなっていた。そこで支援の優先順位を、①コミュニケーション（適切な返答）、②書字とした。作業療法士と通級教室教員で役割分担を検討し、通級教室ではソーシャルスキルトレーニング（以下、SST）で適切な返答を学び、児童デイでは運動遊びを通してコミュニケーションの機会をつくり、適切な返答ができるようにした。A 児には作文を頑張りたいという希望があったので、SST では適切な応答を文書で書くこととした。家庭では作業療法士が作成した運筆練習に取り組み、書字の改善を図るとともに、大人から褒められる機会が多くなるよう配慮した。

### 3）最終評価

通級教室や家庭では自分の気持ちを言葉で伝えることが多くなった。通常学級では忘れ物をした際に、担任に自分から言葉で伝えられるようになり、級友の前で叱責されなくなった。書字は文字の大きさが揃い、筆圧が高くなった。さらに友達関係（45 点から 50 点）と学校生活（60 点から 75 点）の満足度が向上した。また通級教室教員がマネジメントシートを担任に渡したところ、持ち物を口頭指示だけでなく板書するなど、特性に合わせた配慮が行われるようになった。

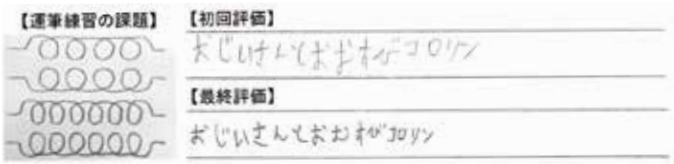


図 1　運筆練習の課題と書字の読みやすさ評価課題

## 4．特別支援教育における MTDLP の展開

特別支援教育における作業療法では、作業療法士が直接支援するのではなく、教育の場と家庭、福祉の場が連携して実施できる支援方法を検討して支援者に伝えなければならない。筆者は、教育と医療の視点を共有することが難しく、作業療法士の視点を特別支援教育の中で活かすことに難しさを感じていた。また、目標を検討する際、子どもの希望や生活の満足度ではなく、保護者の希望が優先されてしまうこともある。

今回、MTDLP を活用することで、子どもの希望や生活の満足度に重きを置いて共通の目標を検討し、支援者がそれぞれの役割を意識して支援を展開することができた。また、ICF に沿った視点で子どもの生活を考えることができるため、教育と医療の視点を共有することが可能であった。このように MTDLP は子どもに関わる他職種の連携にも効果的であるように思えた。しかし、子どもは先の見通しを持って希望を述べることが難しく、生活の満足度がその時の気分に左右されることもあるため、これらを考慮することで、MDTLP は特別支援教育においても有用なツールとして使用できると考える。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 学習とコミュニケーションの困難さを抱える中学生にMTDLPを活用し、アプローチを見つめ直した事例

社会福祉法人北翔会　医療福祉センター札幌あゆみの園　福澤　愛

## 1．事例プロフィール

対象者（以下、A 君）は、14 歳の中学 2 年生、普通学級に通う男子生徒である。9 歳時に児童精神科医により広汎性発達障害、発達性協調運動障害、学習障害（書字）と診断された。家族構成は、義父、実母（うつ病で入院することあり）、弟 2 人（発達障害）の 5 人家族である。

中学 1 年生の 4 月に、他院医師より対人関係の困難さ、学習障害、協調運動障害の改善を目的とした作業療法の依頼があり、同 10 月より開始となった。開始当初は表情に乏しく、話しかけても「別に…」とだけ返答するものの、好きなゲームや動画の話では相手の反応を気にせず一方的に話していた。学校からは「授業で板書を書ききれない」「理解度が低く授業についてこられていない（通知表の評価はほぼ 1 か 2）」「自分から話しかけることがなく、話しかけられても上の空でその場しのぎの回答をする」などの情報があった。

## 2．MTDLP 開始までの経過と評価・介入計画

感覚統合臨床観察とフロスティッグ視知覚発達検査の結果、前庭覚への高欲求、四肢の分離／協調運動低下、眼球運動の拙劣さ、目と手の協調性低下および形や空間関係の把握の難しさを認めた。読める程度の文字や文章は書けたため、運動機能の改善とコミュニケーション技能の向上を目的としたプログラムを導入した。運動は徐々に滑らかとなり検査上では視知覚の改善がみられたが、学校生活には変化がみられなかった。そこで、中学 2 年生の 8 月に生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を活用し、A 君のニーズの把握と課題の整理、家庭や学校との役割分担を行うこととした。

A 君への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表 1**）に示した。なお、要因の分析には国際生活機能分類 - 児童版 -（ICF-CY）を用いた。

## 3．経過と結果

A 君に何を一番頑張りたいかを質問すると「勉強です」と答えたため、本人・家族との合意目標を「理解できていなかった教科学習に取り組み、本人にとって効果的な学習方法を探る」と設定した。プログラムは月 1 ～ 2 回、1 回 40 分の頻度で実施した。

勉強は、特に苦手な算数／数学でつまずき箇所のチェックとワークから開始した。A 君は小学校高学年の分数でつまずいており、分数の概念自体は理解していても、何度やっても通分の仕方を忘れたり、通分のみで計算できる問題は解けても、最後に約分をしなければならない課題ではそれを忘れることがわかった。こういった計算の手順を忘れてしまうことが、学校の勉強を放棄してしまった要因の一つと思われた。さらに小学校卒業時に行っていた WISC- Ⅳ、K-ABC を見直すと、1 種類の課題に集中して記憶すればいい課題（たとえば数唱）ではスコアが良いが、妨害刺激の影響を顕著に受ける、時間制限のプレッシャーに弱いなど、multi task を処理しきれないことが確認されたため、プログラムを再修正

表１

## 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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 勉強、点数を上げたい | | | |
| | | キーパーソン | （母）高校に行ってほしい | | | |
| | 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 | b760.1 四肢の分離・協調運動低下<br>b215.2 眼球運動拙劣<br>b156.1、b760.2 目と手の協調性低下、形や空間関係の把握の難しさ<br>b122-130.2 対人関係や興味の偏り | | d150.1、d240.1、d820.2 勉強が数学年分遅れている（特に算数／数学）<br>d315.1、d335.2、d350.2 周囲の状況や相手の表情を読めず、適切な言葉や表情を選んで発信することが苦手 | e585.2 中学校の普通学級で、担任教諭も遅れを把握しているが、対策などはできていない<br>e310.2 父母は本人の苦手な部分や特性について的確に把握してはおらず、学習サポートは困難 | |
| | 現状能力（強み） | b760、b215 感覚・運動面は正常域のものも多く、眼球運動が短期間で改善<br>b117、b172 認知処理能力は平均程度のため、本人が理解しやすい工夫により習得できる可能性あり | | d145、d170 読み取れる字と文章が書ける<br>d150、d240、d820 学校には休むことなく行けており、学習に苦手意識は持っているが取り組む態度はみられる | e585+3 学習支援＋ビジョントレーニングのできるデイサービスの利用を始めた（週３回）<br>e420+1 明らかないじめは受けていない | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | ・中３に進級する頃までに、分離/協調運動、眼球運動が改善し、教科学習に取り組むための心身機能の土台が整う | | ・中３の夏頃までに自信がつき、自己学習できるようになる<br>・作業療法士、先生やクラスメイトと会話できるようになる<br>・現在より学校生活を楽しいと感じられるようになる | ・作業療法士から本人の状況を伝えることにより、周囲の人の理解が進み、目標に対しサポートが得られるようになる | |
| | 合意した目標 | ・理解できていなかった教科学習に取り組み、本人にとって効果的な学習方法を探る<br>・相手の表情を読むことができ、自分から相手に伝えたいことを伝えられるようになる<br>・長期的には、本人の能力の範囲内で適切な高校に行き、将来の可能性を広げることができる | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　2/10 | 満足度　3/10 | 現在 | 実行度 4/10　満足度　6/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ・勉強でつまずいている部分のチェックと復習に取り組む<br>・風船バレー<br>・ジェスチャー・表情当てゲーム | ・学校、作業療法、自宅、デイサービスで繰り返し、勉強をする<br>・作業療法士と趣味や学校のことなど日常会話を行う | ・自宅でも宿題をきちんと行う<br>・漢検や学校でのテストといった成果が見えるものを受ける |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ・作業療法時に作業療法士と一緒に上記プログラムを実施<br>・デイサービスでも学習を継続 | ・授業に注意を向け、理解できる部分を増やす<br>・自宅では作業療法やデイサービスで行った課題の復習を行う | ・中学の授業で理解できる部分が増えてきたら、宿題の答えを写さず取り組み、毎回確実に提出する |
| | | 家族や支援者 | **作業療法士**：デイサービス・学校と連携し、支援方法と役割分担を確認。つまずき部分の分析を行う。<br>**デイサービス**：現在学校で習っている範囲の学習支援を行う | **家族**：本人の頑張りを見守り、正のフィードバックを行う<br>**作業療法士**：勉強・コミュニケーションに対して適宜フィードバック<br>**学校**：授業や学校生活に興味が持てるような声かけを行う | **家族・作業療法士**：本人の理解度を把握し、できそうな課題に取り組むことを勧める<br>**学校**：提出物のチェック、テストなどでの評価、進路相談を、本人の特性に配慮しながら進める |
| | 実施・支援期間 | | Ａ君が中学２年生の８月　～　継続支援中 | | |
| | 達成 | | □達成　□変更達成　☑未達成（理由：現在も継続支援中のため）　□中止 | | |

し、注意を複数に配分しなければならない運動課題を導入し、その効果が学習に般化するか経過をみている。

勉強にあまり興味を見出せなかったA君だが、自ら漢字検定に挑戦し、結果としては4級にあと一歩のところで不合格だったものの本人の自信につながり、家族からもそれを評価する言葉が聞かれた。学校生活の疲労から自宅での勉強は定着していないが、作業療法やデイサービスでは継続して取り組んでおり、実行度・満足度ともに向上した。

## 4．発達障害児の外来作業療法におけるMTDLPの展開

私たちは通常、作業療法評価により対象児の主訴だけでなく生活全体を把握してアプローチを行う。しかしA君の場合、本人・家族ともに明確なニーズがなく、他院医師から要望のあった協調運動という心身機能の改善に焦点を当てた支援を行い一定の機能改善はみられたものの、日常の多くを占める学校生活はあまり変化しなかった。MTDLPにより「勉強」という学校や学習塾が本来の実施場所である作業に着目し支援計画を再検討することで、主体性の向上、主観的満足度の向上を認めた。A君は丁寧な指導や繰り返しの実施だけでは、教科学習の習得は困難であったと考えられる。目標はまだ達成途中だが、作業療法評価をデイサービスや学校と共有し、役割分担を明確にしたことが効率的なアプローチに繋がった。地域で生活している発達障害児を支援する場合、多施設間の連携が必須である。MTDLPを活用することは本人・家族だけでなく、学校やデイサービスとも目標や評価結果を共有するうえで非常に有用と感じた。今後もA君に対する支援は続くため、発達段階に合わせて定期的にプランを修正し、PDCAサイクルを回していく必要がある。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 就学を迎える発達障害児に対する生活行為向上マネジメントの活用

## ～触覚防衛反応が強く対人関係能力の低下が著しい児への通所支援事業所における小集団での感覚統合療法などを通じて～

合同会社北海道療育研究所 こども支援ルーム　世良 彰康

### こども支援ルームの紹介

当事業所は、平成 24 年 4 月から児童福祉法のもとで一元化された障害児通所支援事業所であり、平成 27 年 1 月に作業療法士により開設され、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児相談支援を展開している。主な対象は発達障害児であり、Ayres の感覚統合理論に基づく作業療法を小集団で実践している。作業療法士が開設している事業所は全国的にも少なく、地域の専門的な療育施設として重要な位置づけとされている。

### 1．事例プロフィール

**対象児**：6 歳の女児。4 歳時に小児精神科医から対人関係能力の遅れと広汎性発達障害のリスクを指摘されている。保育所では、先生の言うことが聞けずに単独行動が多いことや、集団行動ができないこと、どこに行くかわからないなどの行動が目立っており、当事業所の相談支援及び児童発達支援が開始された。

**生育歴**：出生時体重 2,348g で、心室中隔欠損があったが、1 歳ごろに完治した。発達のマイルストーンに大きな遅れはなく、トイレの自立が 4 歳 3 カ月とやや遅めであった。生後 6 カ月より保育園に入園しており、乳幼児健診等では指摘事項はなかった。一人っ子で、両親は共働きである。

### 2．評価と介入計画

本児への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表 1**）に示した。本児からの具体的な目標は聞き取れず、保護者の主訴は「保育所での集団場面でしっかり行動してほしい」であった。児は保育所では先生の指示に従えず、自分の興味が向いたことを強引に実施し、少しでも自分の納得がいかないことがあると暴れるなどの様子が見られており、場面に適応した行動がほとんどとれない状況であった。評価からは聴覚過敏などの感覚刺激処理の未成熟さが注意機能や情動機能に影響を及ぼし、保育所での課題や対人関係の失敗、保育所での対応のまずさが自信のなさや暴れるといった行動につながっているのではないかと考えた。そのため、支援方針は感覚統合を促進しつつ、基本的な認知トレーニングを行い、少しでも成功体験を積めるような環境を設定し、集団活動の中で賞賛される経験を積ませることとした。生活行為の目標としては「集団活動場面で、自信を持って行動し、他の児童（以下、他児）と一緒に行動することの楽しさを共有する」とした。

表 1

## 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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | わからない，わすれた | | | | |
| | | キーパーソン | 保育所での集団場面でしっかり行動してほしい | | | | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) | | | |
| | 生活行為を妨げている要因 | b117　IQ71、ワーキングメモリー50 と優位に低く、聴覚刺激での指示に対する理解力の低下<br>b140 不注意、集中力低下<br>b152 集団活動や新規課題に対して不安が強い<br>b180 最後まで話を聞けず言いたいことを言ってしまう<br>b230 聴覚過敏<br>b265 触覚防衛<br>b740 持久力低下<br>b780 四肢、手指の協調運動能力低下 | d110 持続して観察が難しい<br>d115 先生の話が聞けない<br>d160 他の児童の様子が気になる<br>d550 食事が遅い<br>d710 人との共感性の低さ．一番になりたい。他児に対して攻撃的な口調やその場に適した発言ができないことがある | e155 保育所では衝立などの個別での対応ができないことがある<br>e340 保育所のクラスでの対応が行き届かないこともある | | | |
| | 現状能力（強み） | b750 瞬発的な運動は可能 | d350 大人と一緒に遊ぶ際は、児の好きな活動に合わせることで一緒に遊ぶことができる<br>d530-560　排泄，更衣、食事動作は，年齢相応 | e325 慣れた環境では楽しめる<br>e340 保育所では個別対応も可能<br>e580 療育センターOT を３カ月に１回実施．児童発達支援を週２回利用し感覚統合療法を実施 | | | |
| | 予後予測（いつまでに、どこまで達成できるか） | 感覚統合療法の開始により、感覚のアンバランスへの変化や運動機能向上、注意・集中力がつき落ち着いて行動できるようになる（6カ月～9カ月） | 運動面で自信がつき、さらに環境に慣れることで大人の配慮を徐々に少なくしても集団内でお友達と一緒に活動でき、自分で考えて行動できるようになる（就学前，１年後） | 仲の良いお友達や大人の配慮により，今まで苦手であった活動や新しい活動に対しても積極的に参加を促すことができる | | | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | １ 年後の就学に向けて、集団活動の場面で 自信を持って行動し、他児と一緒に行動することの楽しさを共有する | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度　1/10 | 満足度　1/10 | 最終 | 実行度　8/10 | 満足度　10/10 |

*自己評価では、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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 達成のためのプログラム | | ① 感覚統合療法（吊り遊具に乗って、様々な感覚刺激を入力、特にボール相撲など他児との接触や様々な触圧刺激など触覚刺激や固有・前庭覚刺激を中心に実施）<br>② 机上活動にて、間違い探し、線引き課題、迷路課題、ひらがなの練習、ねんど等を実施 | ③ 他児と一緒に遊具に乗りながら、相手の動きを予想して落ちないように実施する<br>④ ビジョントレーニング、注意・集中、運筆やひらがななどの練習を通じて就学に向けて自信をつけていく | ⑤ 小集団にて、順番を守って実施したり、他児の様子を見て行動し、うまくできた経験を通じて集団での活動に自信をつけていく（最後にうまくできた回数に対してシール台帳にシールを貼っていく）<br>⑥ 学校での支援会議を実施し、文書での情報提供、保護者への支援を実施 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ① 週２回、60 分/1 日の頻度で実施<br>② 週２回、30 分/1 日の頻度で実施 | ③ 週２回、60 分/1 日の頻度で実施<br>④ 週２回、30 分/1 日の頻度で実施 | ⑤ 週２回、90 分/1 日の頻度で実施 |
| | | 家族や支援者 | **作業療法士及び指導員**：①、②を毎回実施。①の遊具の選択は、本児や他児の意見を反映させながら実施、②の課題の提示は、本児の意見を聞きながら、達成可能な課題を提示して行う | **作業療法士及び指導員**：③、④を毎回実施。注意がそれたり、集団に参加が難しい場合も本人の気持ちを理解して取り組む | **作業療法士及び指導員**：⑤を毎回実施。運動が終わった時点で、あとどれぐらいがんばったらシールが何個になるかなど、見通しを立て自分でできる（自己有能感を高める）ことを増やすように促す<br>**作業療法士**：⑥として保護者の希望により随時及び就学相談時期に実施。入学後より担任の先生に合理的配慮を確認する。 |
| | 実施・支援期間 | | Ｘ年　２月　Ｙ　日　～　X+1 年　3月　Ｙ日 | | |
| | 達成 | | □達成　■変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止 | | |

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。

## 3．経過と結果

開始当初は多動や不注意行動が多く見られ、遊具等が目につくとすぐに動き回り、活動に持続して取り組むことは困難、吊り遊具を使ったダイナミックな活動場面（フロッグスイングなど）では集中して行動すること自体が難しい様子であった。遊具に乗る順番を決めるため、当初はくじ引きを行っていたが、毎回必ず1番を引けないとパニックになっていた。自分の意見が通らないと文句を言ったり、他児に暴言や暴力を振るったりする場面も見られた。他児に謝ることや、その後の朝の会や帰りの会への参加は難しかった。一方、机上の塗り絵など本児の興味ある活動には過集中で、切り替えができない様子が認められた。家族指導も重要と考え、「家庭内でもダメな行動には無視をして、よい行動にはほめる」など具体的な対応を書面で指導した。

2カ月目より、朝の会で歌を歌えるようになり、他児と協力して課題に取り組むことや、他児に謝ることもできるようになり、学習への切り替えもスムーズになってきた。しかし、帰りの準備の際に「トイレにこもる」、「靴を履かない」などのパニックを起こし、なかなかスムーズに帰れない状況が続き、送迎車に乗るまで10分程度要していた。勝手な行動は継続していたため、本児と話し合って「何かやりたいときは確認し、許可をもらってから行動すること」を約束事とした。

5カ月目より、順番の決め方を「くじ引き」から「1番に集まれた人」に変更し、来た順番で実施することで、順番に関するこだわりがやや減少した。ほめられる経験も増え、約束を守って行動することも増えてきた。しかし、不安のためか初対面の児童を叩く行動はたびたび見られた（新しいお友達は何をしてくるかわからないため、威嚇行動と考えられる）。

6カ月目からは、他児と一緒に行動できるようになってきており、物などを使う前に確認する行動は定着してきていた。1番へのこだわりは依然として強いが、パニックはほとんど見られなくなった。連続した活動のサーキットも途中で抜けることなく最後まで頑張れるようになり運動面での向上が見られてきた。

7カ月目より、他児と一緒に遊具に乗ることができるようになり、自分の思い通りにならなくても、気持ちを切り替えられる様子が見られていた。一番へのこだわりなどはまだ見られるが、活動への持続性も向上してきた。

11カ月目では、就学に向けて両親を交えて小学校で支援会議が開催された。校長および教頭に対して、本児の感覚過敏や不器用な様子について伝え、小学校入学後もスムーズに学校生活が送れるように、教室内の座席を一番後ろの端の方にして、他児との距離感がわかりやすいようにしてもらうことと、こだわりや集中が続かないときは、クールダウンの方法を本児と約束し確認しておくなど、様々な対策を検討し文書で情報提供した。両親からは、「一緒に説明していただいたので、学校側の理解も得られ、安心して支援級での支援をお願いできます」との言葉をいただいた。

## 4．発達障害児におけるMTDLPの展開

本児は、知的な低下はそれほどないが、触覚過敏や聴覚過敏、言語指示理解の未熟さもあり、感覚刺激に対する適切な処理の問題が認知の偏りに影響していると考えられた。そのため防衛反応が強く、集団の中では常に不安にさらされながら行動しており、不適応行動を取りやすく、その結果として周りの大人からは叱責を受けることが多い状況にあることが推察された。また、不安が強い分、相手の関心を引くために適切でない行動をとる様子もうかがえた。MTDLPを用いて問題点を整理し、すぐに本児の行動面の修正を図るのではなく、感覚のアンバランスに対して感覚統合療法を導入することで、知覚や注意、情動機能の改善がみられ、事業所内の課題や環境を設定することで、ルールを守ることや対人交流技能の向上が図れたと考える。

今回、就学前ということもあり、小学校の先生や両親を交えて児への対応について検討する機会を持った。発達障害児を支援するには、両親や保育所、小学校といった多岐にわたる支援者が対応方法を共有し、一緒に支援する必要がある。作業療法士・両親・先生を繋ぐ共通言語としてICFが有用であり、多面的にアセスメント・プランを立てることができるMTDLPは活用しやすいと考える。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

# 終末期を迎えたがん患者に対して生活行為向上マネジメントを活用して関わった事例

大阪府済生会 富田林病院　島崎 寛将

## 1．事例プロフィール

A氏（80歳代／男性）。診断名：食道がん、多発性脳転移、肺転移（Stage Ⅳ）

**現病歴**：X－2年7月食道がん、多発性肺転移の診断を受け化学療法施行。原発巣、肺転移ともに消失していたが、X－1年4月に食道がんが再度出現。化学療法施行も縮小効果得られず。肺転移は明らかではなく8月に右開胸食道亜全摘出術施行。同年9月てんかん発作、右上肢脱力認めA病院入院。脳転移の診断を受け、B病院へ転院しガンマーナイフ治療を施行。その後、化学療法を継続していた。X年3月、再び痙攣発作認めB病院入院。その後､緩和ケアの継続目的にて当院入院となった。入院後、がん性疼痛看護認定看護師より緩和的リハビリテーションの紹介があり家族が希望。入院後14日目に緩和的リハビリテーション目的で作業療法が開始となった。

**社会的背景**:家族構成は妻との2人暮らし。子供は4人。長男は他県在住（遠方）で、長女・次女・三女はそれぞれ結婚し近隣に家族と暮らしている。家族関係は良好。自宅は1軒屋（持ち家）で、玄関の上がり框や敷居などに段差がある。

## 2．評価と介入計画

対象者への評価と介入の計画を生活行為向上マネジメントシート（**表1**）に示した。

## 3．経過と結果

病室（個室）ベッドサイドにて介入開始。心身機能・ADL能力の評価、診断後からの治療歴や前院入院中から現在に至るまでの経過などについてA氏・家族から情報収集を行った。患者の意識レベルはJCS 1桁～2桁と波があり、会話や意思表示をはっきりできることもあったが、眠ってしまうこともあった。今回、対象者がすでに余命1カ月と終末期を迎えており、すでにベッド上で寝たきりとなっている状況で、介入できる期間も限られていることが予測された。また、家族も交代で熱心に病室に付き添っており、体が固くならないようにと家族なりに手足を動かすなどのケアをする姿が見られ、A氏に対して何かしてあげたいという家族の強い思いが感じられた。そのため、残された時間をより有効に用いるために今回、生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を用いて介入することとした。

介入2日目、A氏と妻、長男、次女が面会する中でリハビリテーションの目標について相談。対象者本人からは「家に帰るためにリハビリを頑張りたい。屋外に散歩に行きたい」という希望が聞かれた。また、家族からは「母（妻）も高齢であり、自宅に連れて帰ることは現状難しいが、何度も外に行きたいとは言うので、無理はせず、できることなら散歩へ連れて行ってあげたい」という希望が聞かれた。相談の結果、まずは「車椅子に乗って屋外へ散歩に行くこと」を目標とすることになった。

表 1

## 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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 屋外へ散歩に行きたい。自宅に帰りたい。 | | | | |
| | | キーパーソン | 無理はせず、できることなら散歩へ連れて行ってあげたい | | | | |
| | 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 | ・脳転移に伴う四肢不全麻痺(b760)<br>・意識障害(b110)<br>・肺転移に伴う呼吸不全(b440)<br>・下肢、腰背部の疼痛(b280) | | ・起居動作困難(d410)<br>・端座位保持困難(d415)<br>・移乗動作困難(d420) | | ・妻は高齢で介護力が低い(e310)<br>・長男家族は他県に在住(e310) | |
| | 現状能力（強み） | ・バイタルは安定している(b498) | | ・ギャッチアップ座位はセッティングにて可能(d415)<br>・病態を認識しており、意志を伝えることができる(d177) | | ・妻は高齢であるが大きな健康上の問題は抱えていない(e310)<br>・長女、次女、三女が近隣に住んでいる(e310)<br>・家族が協力的である(e410)<br>・要介護認定を受けている(e580) | |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | ・週から月単位で終末期症状が出現する<br>・心身機能の改善は期待できず、今後は病態の進行に伴い低下する | | ・動作能力の改善は困難<br>・全身調整訓練より進め、数日以内にリクライニング式車椅子を利用すれば離床ができる可能性がある | | ・午後の時間帯、休日は家族の協力が得られやすく散歩に出掛けやすい | |
| | 合意した目標（具体的な生活行為） | リクライニング式車椅子に乗って病院の敷地内（屋外）を家族と散歩できるようになる。 | | | | | |
| | 自己評価* | 初期 | 実行度 1/10 | 満足度 1/10 | 最終 | 実行度 10/10 | 満足度 8/10 |

*自己評価では，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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①拘縮予防及び上肢機能維持を目的とした関節可動域訓練<br>②離床に向けた全身調整訓練<br>③拘縮、褥瘡予防、下肢及び腰背部痛の軽減を目的としたポジショニング指導 | ④リクライニング式車椅子への移乗訓練<br>⑤座位耐久性向上訓練（リクライニング式車椅子） | ⑥リクライニング車椅子に乗車し、家族と病院の敷地内の庭（屋外）へ散歩に出掛ける |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | ①②③を実施する | ④⑤を実施する | ・散歩へ出かける日を決める<br>・当日、散歩にいくかどうか判断する<br>・⑥を実施する |
| | | 家族や支援者 | ・作業療法士：20～40 分/日（週5回）ベッドサイドで①②③を実施する<br>・作業療法士､看護師:適切なポジショニングを検討し実施する<br>・家族：指導を受けできる範囲のポジショニングと関節可動域訓練を実施する | ・医師：リハビリテーション（移乗）に伴うリスクを家族へ説明する<br>・家族：リスクについて説明を受け、同意する<br>・作業療法士：本人と④⑤を実施する | ・看護師、作業療法士：緩和的リハの内容、目的等について家族に説明する<br>・家族：本人と⑥を実施し、車椅子を介助する<br>・作業療法士：本人と⑥を実施する |
| | 実施・支援期間 | | X 年 4 月 18 日 ～ X 年 5 月 10 日 | | |
| | 達成 | | ☒達成 □変更達成 □未達成（理由： ） | | □中止 |

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．

医師からは、車椅子移乗によって痙攣発作が誘発される可能性があることなどのリスクについて説明され、家族も同意した。また、作業療法士からも、前院入院から約１カ月間、長期臥床が続いていたため、A 氏・家族に対して、急な離床で起立性低血圧などを引き起こすリスクも高いため、ギャッチアップ座位の獲得より段階的に進めていく必要性を説明。全身調整訓練より実施し、耐久性にも問題がないことを確認したうえで、介入５日目よりリクライニング式車椅子への移乗を開始した。移乗はベッド横に車椅子を付け、最初は職員３名（全介助）で実施し、家族の面会に合わせて病棟内の散歩から始めた。そして、介入７日目に妻・孫と共にリクライニング式車椅子に乗って病院の中庭（屋外）へ散歩することができた。帰室時に洗面台で温かいタオルで顔を拭く機会を提供すると、「気持ちが良い」と喜び、家族と笑顔になる場面も見られた。翌日の訓練時、第一声に「昨日は良かった」と話し、笑顔を見せた。その後も、天気の良い日には家族と散歩する機会が得られ、A 氏に確認すると遂行度 10 点・満足度８点と答えた。また、家族に介護保険制度や在宅サービスの説明なども行いつつ、自宅への外出や外泊、退院についても検討を行っていたが、介入 23 日目の早朝に病態が急変し、同日午後に死亡した。最後の挨拶に病室を訪室すると、集まる家族から「最後はリハビリだけを楽しみしていた」「リハビリの先生（作業療法士）が来ると何とも言えない笑顔を見せていた」「本当に最後までよく頑張っていた」との発言が聞かれ、涙の中に時折笑顔が見られる場面もあり、作業療法場面で見せた最後の A 氏の姿を振り返る機会ができた。

## ４．がんのリハビリテーション分野における MTDLP の展開

今回、終末期を迎えたがん患者に対する MTDLP を用いた作業療法の実践について報告した。がんの終末期では、患者の病態が日々変化しやすく、意識障害等を呈することも多いため、遂行度・満足度を確認することが難しいことも多い。しかし MTDLP を使用することは、限られた時間の中で患者・家族の真のニーズをより早く把握することに有益である。また、患者と目標を共有し、取り組むべきことやその取り組む意味を患者自身がはっきり意識することができるため、より自己効力感の向上につながりやすく、そのやりとりの過程が身体機能に囚われることのない自己決定機会にもつながる。そして、残される家族にとっても生前に意味ある関わりが可能となるため、家族自身のグリーフワークにより良い支援につながると考えられる。今後は、幅広い病期・病態のがん患者とその家族に対する作業療法にも MTDLP が活用されることを期待したい。

◎本事例は、本人に書面にて同意を得たうえで掲載しています。

**【生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会より】**

地域包括ケアシステムの構築が進められる流れの中、市町村の地域ケア会議に参加する作業療法士も増えている。今回、作業療法士として A 市の地域ケア会議に参加している茂木有希子氏（生活行為向上マネジメント指導者）に、生活行為向上マネジメントの視点の活かし方について、事例を通じて紹介していただく。これから参入予定の作業療法士の参考になることを願っている。

# 地域ケア会議における生活行為向上マネジメントの活用

株式会社ハート＆アート　茂木 有希子

## 【A 市の地域ケア会議の概要】

◆会議開催は隔週木曜日、AM 9：20 ～ 12：00、1 事例 20 分、全 6 ～ 7 事例

◆出席者は、恒常的なメンバーとして、保険者、地域包括支援センタースタッフ、外部からの助言者（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士）、個別のプランに関係する時にのみ参加するメンバーとして、消費生活相談員等の市役所関係者、居宅介護支援事業所・訪問介護事業所・通所介護・介護老人保健施設等の関係者、その他地域の社会資源関係者としている。また、会議の進行であるファシリテーターは、保険者や地域包括支援センター長が務めている。作業療法士は会議の中で、対象者の「健康」と「したい生活行為の自立」に向けた具体的な助言が求められる。特に、認知症や老年精神疾患を持った方が在宅生活を継続するうえでのアセスメント・プランは重要である。

## 【地域ケア会議の流れ：事例のアセスメント・プランニング（作業療法士の思考過程）】

**1．会議資料の配布、担当ケアマネジャーからのケース紹介（5 分）**

作業療法士は、配布資料と説明から、事例の日常生活をイメージし、頭の中で生活行為向上マネジメントシートに落とし込んでいる（**表 1 ～ 5**）。さらに、対象者の望む生活や自立したい生活行為を把握し、生活課題の整理を行い、目標となる自立した日常生活のイメージと必要な効率的・効果的なサービスの介入方法を見立てている。資料はその場で初めて見る場合が多く、短時間でのアセスメントが求められる。

**◆配布資料**

①フェイスシート
②**アセスメントシート抜粋**（**表 1**）：地域ケア会議用に作成される場合が多い
③**生活機能評価**（**表 2**）：生活機能評価とは、ADL、IADL の現状の評価と支援後の予測を○（自立）、△（一部介助）、×（全介助）を各 2 段階、計 6 段階でアセスメントするもので、A 市にて作成、使用されたものが始まりである。
④**居宅サービス計画書**：第 1 表抜粋（**表 3**）
⑤**居宅サービス計画書**：第 2 表抜粋（**表 4**）
⑥**主治医意見書**

表１　アセスメントシート（抜粋）

| | |
|---|---|
| 健康状態 | 脳梗塞による左片麻痺<br>心房細動、不整脈 |
| 個人因子 | ・独居<br>・入院後の体力、筋力の低下<br>・頑固な性格 |
| 環境因子 | ＜家族環境＞<br>・同敷地内の兄：脳梗塞による後遺症あり。もともと関係性は良くない。<br>・兄嫁：昔から本人と関係性が悪く介護には関与しない。<br>＜住環境＞<br>・猫７匹が自由に出入りしている。ごみ屋敷状態。悪臭あり。<br>・もともと離れとして使っていた建物に住んでおり、トイレとその横の洗面所のほかは、台所もなく、10 畳ほどの居室が２間しかない。そのうちの１間は物置き状態で足の踏み場がない。<br>・洗濯機、冷蔵庫、テレビ、エアコンといった家電は一切ない。<br>・一人用の炊飯器、トースターは玄関に置いてある。 |
| 経済的環境 | ・借金あり、年金も少ない。救急搬送先の最初の入院費は兄が支払った。A 病院の入院費は、自宅にあったピアノを売って支払う予定。<br>・自己破産の申請を検討中<br>・生活保護は申請済み |

表２　生活機能評価表

| | 事前（退院時）<br>（X ＋ 6 月） | 事後（退院後３ヶ月）<br>（X ＋ 9 月） | 備考 |
|---|---|---|---|
| 室内歩行 | ○2 → | ○2 | 病棟内 T 字杖歩行にて独歩 |
| 屋外歩行 | △1 | | 入院中は一部介助にて実施 |
| 外出頻度 | △1 → | ○2 | 入院中は外出せず |
| 排泄 | ○1 | | 昼夜ともに自立 |
| 食事 | ○1 | | 右手動作にて箸を使用にて可能 |
| 入浴 | △1 | | 入院中はバランス低下などにより一部介助にて実施 |
| 着脱衣 | ○2 | | 端座位にて一人で行う |
| 掃除 | △2 → | ○2 | 入院中にて行わず　自宅もごみ屋敷状態 |
| 洗濯 | △1 → | ○2 | 入院中にて行わず |
| 買物 | △1 → | △1 | 入院中にて行わず |
| 調理 | △1 → | ○2 | 入院中にて行わず　もともとあまり行わず |
| 整理 | △2 → | △1 | 自宅は猫７匹にてごみ屋敷状態　入院中は誰も片付けせず |
| ごみ出し | △1 | | 麻痺により物を持って歩くことが不安定 |
| 通院 | △1 → | ○2 | 介助が必要 |
| 服薬 | ○1 | | 自己管理可能 |
| 金銭管理 | △1 → | ○2 | 借金もあり、年金も少ない　最初の入院費は兄が支払った<br>生活保護申請中 |
| 電話 | ○2 | | 携帯電話の使用可能　自宅には電話なし |
| 社会参加 | △1 → | ○2 | 職場の同僚や昔からの友人とは連絡を取り合っている |

| 困難度と改善可能性 | 自立レベル | | 一部介助レベル | | 全介助レベル | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 楽にできる | 少し難しい | 改善可能性高い | 改善可能性低い | 改善可能性高い | 改善可能性低い |
| 判定 | ○1 | ○2 | △1 | △2 | × 1 | × 2 |

表３　居宅サービス計画書　第１表　（抜粋）

| | |
|---|---|
| 利用者および家族の生活に対する意向 | 本人：半身麻痺になってしまいとても不安。介護サービスを利用して助けてもらいたい。 |
| | 家族：（兄）私も病気があり、面倒をみることはできない。一人でなんとかやってほしい。 |
| 総合的な援助の方針 | X 年 Y 月 Z 日脳梗塞を発症、半身麻痺が残りました。A 病院でリハビリテーションをし、室内 T 字杖歩行自立レベルまで回復。退院後も通所リハビリテーションを継続し、生活動作の維持向上を目指していきます。また、本人のできない部分を訪問介護を入れることで補っていきます。市のサービス等も活用し、独居生活が成立するよう支援していきます。 |

表４　居宅サービス計画書　第２表　（抜粋）

| 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | 援助目標 | | 援助内容 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 長期目標 | 短期目標 | サービス内容 | サービス種別 | 頻度 |
| 環境を整え気持ち良く生活ができる | 自分できることを増やしていく | 手伝ってもらいながら、できることを行う | 自立支援。共に行う家事。自分ではできない家事仕事、買い物。保清（清拭等）。 | 訪問介護 | 週４回～（水曜：洗濯） |
| | 転倒しない | 環境を整える | 適切な福祉用具のレンタル。トイレ、ベッド、玄関上がり框の手すり。 | 福祉用具のレンタル | 適宜 |
| | 栄養が偏らない | 栄養バランスがとれた食事が摂れる | 配食弁当 | 市役所 | 週５回 |
| | | 緊急時も安心できる | 緊急通報システム | | 必要時 |
| 体調を悪化させない | 病気の再発を防ぐ | 定期的な診察を行う | 診察、治療、投薬 | B 医院 | 定期 |
| | | 通院が負担なく出来る | 通院の送迎 | 福祉タクシー C | 必要時 |
| 自分でできることを増やしたい | 一人暮らしを継続する筋力を維持する | 手伝いがなくても生活動作ができる | 個別リハビリテーション（歩行の安定）<br>自宅でできるリハビリテーション指導<br>家事動作の訓練<br>レクへの参加<br>友人とのコミュニケーション<br>清潔の保持<br>入浴 | デイケア D | 週２回 |

### 4. 地域ケア会議における生活行為向上マネジメントの展開

作業療法士は医療国家資格として、対象者の「健康」と「したい生活行為の自立」に貢献することが任務である。地域ケア会議の場では、直接介入をするわけではないが、地域の支援者に対する助言という形で作業療法士の視点を提供することができる。

地域ケア会議で取り上げられる事例については、本事例のように環境因子に問題を抱えたケースの他、精神機能の低下や精神科領域の課題がある場合も多い。そのため、生活行為障害の要因を心身機能といった医学的側面で評価し、地域の社会資源の活用やちょっとした生活行為の工夫といった視点で具体的に助言できる作業療法士は貢献できる。しかし地域ケア会議では、作業療法士の専門性に加えて、短期間で課題を整理する能力、プレゼンテーション能力といった総合的な能力が求められる。その思考過程を整理するツール、トレーニングツールとして生活行為向上マネジメントは非常に有用であると考えている。

表 5

利用者および家族の生活に対する意向を反映

## 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 生活行為アセスメント | 生活行為の目標 | 本人 | 半身麻痺になってしまい不安。介護サービスに助けてもらいたい。 | |
| | | キーパーソン | 兄：一人で何とかやって欲しい。 | |
| | アセスメント項目 | 心身機能・構造の分析<br>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動) | 活動と参加の分析<br>(移動能力,セルフケア能力) | 環境因子の分析<br>(用具,環境変化,支援と関係) |
| | 生活行為を妨げている要因 | 左上下肢麻痺<br>頑固な性格 | 自宅での入浴未実施<br>屋外歩行未実施 | 主要な家電が一切ない<br>兄夫婦との関係性良くない<br>浴室なし、洗面所なし<br>猫とごみがあふれている<br>経済的に余裕がない |
| | 現状能力（強み） | 認知機能面の大きな問題なし<br>コミュニケーション可能<br>右上下肢機能問題なし | 室内Ｔ字杖歩行可能<br>更衣・排泄自立<br>携帯電話使用可能<br>ピアノ、生け花ができる<br>介護福祉士の免許あり | ベッド、手すりあり<br>配食弁当、訪問介護あり<br>緊急通報システムあり<br>通所系サービス利用予定<br>友人からの連絡あり |
| | 予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか） | 3ヵ月後<br>右上下肢の筋力向上<br>バラン[illegible]の向上 | 3ヵ月後<br>屋内歩行自立、屋外歩行見守り<br>掃除・洗濯・調理の一部可能 | 3ヵ月後<br>生活環境の整備<br>生活保護にて経済面安定 |
| | 合意した目標 | | | |

生活機能評価の予後予測を反映

*自己評価では，本人の実行度[illegible]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 |
| | 達成のためのプログラム | | ①関節可動域訓練<br>②下肢筋力強化訓練<br>③バランス訓練 | ④片手での洗濯練習<br>⑤掃き掃除の練習<br>⑥室内の運搬練習<br>⑦室内・屋外歩行訓練 | ⑧生活環境の整備（家電・整理等）<br>⑨訪問介護士との買い物<br>⑩友人と会う時間を作る<br>⑪家計の管理の練習 |
| | いつ・どこで・誰が実施 | 本人 | 通所リハにて①～③実施 | ・自宅にて歩行練習(自主トレ)<br>・訪問介護士と洗濯、掃除練習<br>・訪問介護士と屋外歩行練習 | ・捨てるもの、置く場所などを訪問介護士に伝え一緒に片付ける<br>・訪問介護士と買い物に行く<br>・友人と連絡を取り合う |
| | | 家族や支援者 | 通所リハ：①～③実施 | 配食サービス：宅配時に状態確認とケアマネへの連絡<br>訪問介護士：④～⑦本人と一緒に行う。困難時はケアマネに連絡<br>通所リハ（OT・PT）：訪問介護士と同行訪問し④～⑦を伝達。<br>ケアマネ：④～⑦の状況を集約し、通所リハに連絡 | 訪問介護士：⑧自宅内の環境整備<br>生活保護担当者：⑪生活保護の申請とその後の家計管理指導等<br>ケアマネ：⑧兄との連絡調整。民生委員や近隣の方との情報共有<br>友人：⑪相談相手、話し相手 |
| | 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 |

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。

**事例プロフィール：会議提出資料より抜粋（表 1）**

年齢：60 歳代。性別：女性。診断名：脳梗塞（左片麻痺）、合併症：心房細動。要介護度：2。障害高齢者の日常生活自立度：A1。認知症高齢者の日常生活自立度：正常。現病歴：X 年 Y 月 Z 日の朝、出勤途中に玄関で意識消失した。Z + 2 日、宅配業者に発見され、救急搬送された。脳梗塞の診断にて加療され、Y + 2 月、リハビリテーション目的にて転院。Y + 6 月、自宅退院となった。

生活歴：両親は 2 人とも教師であり、しつけ、教育に関しては厳しく育てられた。音楽短大にてピアノを専攻。卒業後は、自宅でピアノ教室を開設した。その後は、実母の生け花教室を継ぎ、X − 19 年からウェディングプランナー、X − 12 年からは高齢者施設にて介護福祉士として勤務した。両親の他界後は、4 歳上の兄の家と同敷地内にある離れ（部屋 2 つとトイレ、洗面台のみ）で独居生活を送り、浴室、洗濯機は兄の家で借り、食事はお弁当で済ませていた。退院前にケアマネジャーが自宅を訪問したが、自宅内は、ゴミが散乱し、飼い猫 7 匹が家中を荒らしていた。

処方内容：ランソプラゾール OD 錠 15mg、クレストール錠 2.5mg、リクシアナ錠 30mg

## 2. プランナーへの意見・質問（7 分）：プランニングをするうえで足りない情報の収集

本ケースの場合、「退院後の生活は独居」であり、自立した日常生活を阻む課題を中心に質疑応答し、状況の把握と方向付けをすすめる。

### 1）支援者間の課題解決に向けた情報収集

本人は、一人暮らしに不安を抱えている。キーパーソンである兄は一人でなんとかやってほしいと思っている。

- 古くからの友人や職場の同僚とは連絡を取り合っている。
- もともと介護福祉士として施設で働いていたので同業者の知り合いが多く、なじみの施設の利用が可能。
- 兄も軽い脳梗塞を患っているが、年齢的にも自身の生活でいっぱいの様子であり、長年の確執があり介護や支援は期待できない。

### 2）物理的環境の課題解決に向けた情報収集

- 浴室がない：兄宅浴室は借りられない。デイケアとデイサービスでも週 2 回実施予定。
- 猫の世話：猫は貰い手を探すが、難しい場合は保健所にお願いする。
- 今後の掃除：訪問介護とご自身で担える範囲で行っていく。兄にも協力を依頼する。
- 洗濯機がない：今までは手洗い、時々、兄宅の洗濯機を借りていたが、今後は未定。洗濯機の購入も検討、生活保護の担当者（ケースワーカー）と決めていく。
- 冷蔵庫がない：冷蔵庫を購入しないと衛生面でも問題がある。生活保護の担当者と決めていく。
- エアコンがない：命に関わる危険性があるため、夏場に備えて扇風機などを購入予定。
- 台所がない。お弁当や外食で済ませてきていた。一人用の炊飯器でご飯は炊いていた：今後も調理は行わず、毎回、配食サービスとお弁当を購入していく。

## 3. 生活行為向上マネジメントに基づいた助言（助言・まとめ 8 分）

本ケースでは環境因子に大きな問題を抱えており、生活基盤が脆弱なため、対象者の「したいこと」の具現化よりも、生命を維持するための健康管理や IADL といった独居生活を継続するための生活行為が優先課題と考え、関わっている事業所へ助言した。

**①通所リハ事業者に向けて**

- IADL の向上のため、関節可動域訓練や筋力強化訓練といった基本プログラムだけでなく、片手での洗濯や掃除といった応用プログラムの追加を提案。

**②訪問介護事業所に向けて**

- 通所リハで練習した片手での洗濯や掃除について、洗い方、搾り方、干し方、干す場所、取り込み方、畳み方や、掃除道具の提案など、実際の場でのアドバイスを行う。
- 訪問介護士と買い物などの屋外歩行を行う際の転倒予防や水分摂取といった注意事項を確認。

**③配食業者に向けて**

- 何時に食事を配達するかを確認し、自宅内まで入ってもらい生活状況を確認し、ケアマネジャーに伝えてもらう。

**④ケアマネジャー**

- 訪問介護の時間帯に、通所リハの作業療法士が同行訪問して洗濯・掃除の方法を直接伝達できないかを提案。

**【生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会より】**
昨年の 10 月号から約 1 年間にわたり、各領域・分野の第一線で活躍している作業療法士の方々に生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を用いた事例報告をしていただいた。総数にして 18 事例になるが、対象者の領域や疾患は異なっていても、作業療法は同じであることが伝わったかと思う。本連載にご協力をいただいた作業療法士の方々ならびに編集委員の皆様に深く感謝したい。
連載の終わりにあたり、MTDLP の開発に携わった石川県立高松病院（元厚生労働省老健局老人保健課課長補佐）の村井千賀氏に、MTDLP の今後の展開を述べてもらい、日本作業療法士協会会長の中村春基氏からは、全会員へのメッセージ（厳しいエール）をいただいた。これからの日本作業療法士協会の会員の活躍を期待して、連載の終わりとしたい。

# 生活行為向上マネジメントの展開

石川県立高松病院　村井 千賀

## はじめに

筆者が日本作業療法士協会保健福祉部長をしていた頃、地域における作業療法士の活用について厚生労働省に陳情した時、「作業療法士は何をする人なのか、国民が知らない。その段階で作業療法士を地域で活用をしてほしいと言われても、誰も活用しない。まず、作業療法を国民にわかりやすく示し、作業療法士に相談したら全国どこでも同じ支援が得られる『作業療法の 30cm のものさし』をつくることが大切」と言われたことが今も耳に残っている。そのことをきっかけに、平成 20 年度老人保健健康増進等事業を受託し、協会内にプロジェクトを編成、作業療法の様々な領域で試行しながら、平成 24 年度に生活行為向上マネジメントを開発するに至った。名称については当初、作業療法士が地域包括ケアに貢献できるツールということで「包括マネジメント」としたが、外部の学識委員から、「包括マネジメント」では何をするのかわかりにくいのではないかとの助言があり、「生活行為向上マネジメント」という名称を用いることになった経緯がある。

生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）は、国民に対し作業療法をわかりやすく伝えるために「作業療法を見える化」したものであり、「作業療法の 30cm のものさし」として、全国一律に作業療法士から一定の水準の支援を受けられるようにした作業療法の一手法を示したものでもある。

## 生活行為向上マネジメントの展開

MTDLP は、医師の方々から「患者の生活障害に対するアプローチ」としてわかりやすいと好評である。また、生活行為向上マネジメントシートの生活行為アセスメントは、生活機能（ICF= 国際生活機能分類）を活用して構成されている。ICF は病気とは関係なく「人が生きる機能」を「心身機能」「活動・参加」「環境因子」に大きく分類したものであり、個々の機能コードはアセスメントやニーズの領域などに活用できるとしている。地域包括ケアが重視される中、かかりつけ医を中心に、医師の間では病気だけではなく生活障害を把握することも重要であるという機運が高まっている。特に高齢者は、「買い物に行けないため食材が入手できず、栄養が偏り低栄養になる」「変形性膝関節症による痛みによる不活発から、不眠・便秘になる」など、病気を診るだけでは解決できない健康上の課題が起きやすい。作業療法士は医療職として、生活行為の障害から健康上の悪化要因をアセスメントできる強みがある。MTDLP を活用したかかりつけ医との連携は、作業療法士が地域包括ケアの医療の担い手として、今後活動の展開が得られるかという視点で重要であると考えている。

また、MTDLP は「生活行為申し送り表」を標準書式として装備している。対象者の「したい生活行為」の実現に向けて、生活行為は仕事や余暇を含み多岐多様で

あることから、退院後もしくは退所後、サービス終了後、医療福祉サービス提供機関のみならず、地域のカルチャー教室やボランティアなどにも対象者の能力の情報をつなぎ、したい生活行為が継続できるネットワークを構築していくことが重要である。そのことで様々な住民が「生活行為に困ったら作業療法士に相談すると、いつまでも自立した生活を継続することができる」という作業療法の専門性を知ることにつながると考えている。

MTDLP が作業療法士たちのトレーニングツールだけではなく、医師をはじめ他職種、住民への作業療法の理解のツールとして、さらに重度の障害があっても持てる能力を活用し、地域社会での活動や参加が送れることを普及するツールとして、作業療法士の中に成功体験として広がっていくことを期待する。

# 生活行為向上マネジメントの今後

会長　中村 春基

## MTDLP の可能性

ある地域包括ケアに関するフォーラムの中で、国の機関に所属する方から「生活をみられるリハビリテーション専門職」という発言があった。それは当然、作業療法士を前提としての発言と思うが、各種の調査結果からは、残念ながらそれへの作業療法士の取り組みは十分でないとの報告もある。このままでは、「作業療法は必要とされても、作業療法士は必要とされない」時代が来るのではと危惧する。これは決して脅しでもなく、真面目に危機感を持っている。社会保障費の適正化という耳あたりの良い文言は、言い換えれば、専門性という物差しで、効率的、効果的と認められないサービス（職種）は整理されるということであり、「生活をみられるのは作業療法士」というメッセージを強く関係者、国民に周知させる必要がある。

人は一人では生きていけない。また、人は作業なしでは生きていけない。作業を行うことで自分らしさを確認し、生きる糧を得、役割や価値、自己と他者など社会人として個人としての存在を自覚できる。その中での作業療法士の役割は、「作業」の保証に尽きる。「人は作業を行うことで元気になれる」という作業療法の理念は普遍的であり、作業療法士はそれを保証する人材でなければならない。MTDLP はまさにそれを具体化する道具である。13,720 人、2,811 事例、83 名、これらはそれぞれ 6 月 31 時点での MTDLP 基礎研修修了者数、事例報告数、指導者数である。2008 年より厚生労働省老人保健健康増進等事業の国庫補助を受けて 6 年間の研究事業、MTDLP 推進プロジェクト特設委員会の設置、士会での取り組みを進めた実績であるが、さらに普及を図らなければならない。

職種を問わず、学会や研修会などでの挨拶の折には、「人は作業を行うことで元気になれる。それを推進させる道具である MTDLP の普及を図っています作業療法士協会の中村春基です」と一声そえて挨拶をしている。また、他職種との話の中で、「職場の作業療法士に『MTDLP を使っていますか』と尋ねてください。もし

使っていなかったら、『取り入れなくていいのですか？』とさらに質問してください」とお願いしている。おかげさまでMTDLPは医師や介護支援専門員、看護師などに普通に話し言葉の中で使われることも見受けられるようになってきた。嬉しいことである。あとは協会員がどれだけ他職種の期待に応えられるかである。

地域包括ケアの概念が高齢者モデルから全地域住民を対象としたものに変化している。地域には、高齢者のみでなく障害者や虐待、ネグレクトなど、生活のしにくさを感じている方は多くいる。それら全ての人と家族、地域社会を対象としたモデルへの深化である。その基本単位には「地域」があり、「生活」がある。MTDLPを活用した人はわかるであろうが、MTDLPは「地域」「生活」「多職種連携」等についての道筋を提供してくれる。そのような意味でもMTDLPは、地域包括ケアの中での作業療法の役割を明確にするものである。

**今後の取り組み**

先にMTDLP推進活動の実績を挙げたが、果たしてどのような「作業」を国民に届けているかは事例検討数からは見えてこない。また、他職種の学会への作業療法士の参加は少なく、ましてMTDLPの発表となるとほとんど見られない。自らが他職種に向けて情報を発信していかなければならない。

MTDLPについては、繰り返し述べているところであるが、作業療法の見える化を目的とした道具である。したがってその活用は、年齢、疾患、障害を問わず活用できると考えている。本誌の10回におよぶ事例紹介はそれを広く会員に理解していただくための企画であった。改めて、ご執筆いただいた皆さんには心より感謝したい。また、読まれていない会員におかれては是非ご一読いただき、そして、自分の作業療法と比較してほしい。一つでも気づきがあれば、すなわち、それは成長であり、それが対象者に還元されれば素晴らしいことである。

作業療法は今後も医療、介護、保健、福祉、教育等様々な領域で活用されていくものと考える。しかし、その根本には、心身機能と構造を医学的に評価ができ、それが生活の中でいかに影響を与えるかということを紐解き、その解決方法を具体的に示し効果を上げることができることである。世界の作業療法に目を向けると、それらに加えて、さらに「作業」に比重を置いた内容に変わっている。WFOTは今後7年間で教育内容を「作業」に比重を置いたカリキュラムの変更を採決した。我が国の作業療法も教育内容を含め見直しの時期に差し掛かっている。

最後に、現状の作業療法士の根本的な課題は、「生活をみなくても作業療法ができる、許されている環境にあること」と考える。そのための様々な歪（ひずみ）が起こっていると考える。したがって、作業療法士が今後生き残るための戦術は単純、明快である。生活をみる作業療法を行うことである。そのような作業療法の実践により、利用者、国民は作業療法を明確に理解できるであろうし、50年後の百周年史にはその方針の転換はきっと称賛されていることと思う。MTDLPはその大きな幹になると確信している。