

2025年には、日本の高齢化率は30%を超えると推計されている。限られた社会保障費の中で、高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で自立した生活をおくることができるよう、医療、介護、予防、住まい及び生活支援サービスが、日常生活の場で切れ目なく提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりが急務となっている。

一般社団法人日本作業療法士協会では、2008年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）を基盤に、国民にわかりやすく地域包括ケアに貢献できる作業療法の形を示すために、生活行為向上マネジメント（Management tool for daily life performance: MTDLP）を開発した。生活行為向上マネジメントは、作業療法士の包括的な思考過程をわかりやすく表したもので、対象者の24時間365日をイメージしつつ、本人のしたい生活行為に行動計画の焦点があたるよう設計されている。

生活行為とは、人が生きていく上で営まれる生活全般の行為と定義される。生活全般の行為には、セルフケアを維持していくための日常生活活動（ADL）のほか、生活を維持する手段の日常生活活動（IADL）、仕事や趣味、余暇活動などの行為すべてが含まれる。私たちの生活は生活行為の連続で成り立ち、そのサイクルの中で、私たちは健康を維持・増進している。

生活行為は、病気や老化による心身機能の低下や生活上の悪習慣、対人関係の悪化、生活環境の変化などによって、その遂行が阻害される場合があり、これを生活行為の障害とよぶ。生活行為の障害は、社会参加の制限から始まり、IADL、セルフケアの制限へと波及していくことが知られている。また、生活行為の障害は、作業有能性を低下させ、生活範囲の狭小化や生活意欲の低下を招くといわれている。

生活行為向上マネジメントは、次のプロセスに沿って生活行為の障害に対する支援策を検討・実践する。

- 1. インテーク** 最初に、生活行為聞き取りシート（添付1）を用いて、対象者や家族が望む生活行為の聞き取りを行う。対象者がうまく言語化できない場合は、興味・関心チェックシート（添付2）を利用する。
- 2. 生活行為アセスメント** 生活行為向上マネジメントシートの上段（添付3）を用いて、聞き取りによって明らかになった本人のしたい生活行為について、その行為やその基盤となる（ADLなどの）行為を制限している要因をICF（国際生活機能分類）に基づきアセスメントする。また同時に、現状での強みと、予後予測をアセスメントする。アセスメント結果をもとに対象者や家族と再度相談し、解決すべき課題と優先順位について合意形成を図る。合意された生活行為の自己評価を実行度・満足度、初期・最終に分け、10点満点で聞き取る。
- 3. 生活行為向上プラン** 生活行為向上マネジメントシートの下段（添付3）を用いて、生活行為ができるための支援計画を立案する。介入プログラムは、基本プログラム（心身機能に対するアプローチ）、応用プログラム（活動と参加に関する模擬的アプローチ）、社会適応プログラム（実際の環境における適応的アプローチと環境調整）に分け、作業療法士と本人、家族、他の支援者との分担関係を明確にする。
- 4. 介入** 実際に、本人の望む生活行為の向上に必要な練習・支援・調整を行う。
- 5. 再評価・見直し** 一定期間の介入後に、改めてアセスメントを行い、継続が終了かの判断を行う。継続の場合はアセスメントに沿って計画を見直す。
- 6. 終了：課題申し送り** 生活行為申し送り表（添付4）に生活行為向上マネジメントの実施結果や経過をまとめ、本人の生活支援に関わる介護支援専門員や介護職などの職種に、今後の生活行為の向上に必要な支援の方法などを申し送る。

事例は80歳代女性、4年前に夫と死別。水泳や友人との交流を楽しみながら一人暮らしをしていたが、脳梗塞を発症し入院。今後の生活を想像できず生活全般を受身に過ごしていた。発症1ヶ月後、回復期リハビリテーション病院へ転院し、作業療法にて生活行為向上マネジメントを用いて介入を行うこととなった。本人の希望は、『プールに行けなくても、家で一人暮らしの生活をしたい。』であった。本人の希望に対する阻害因子や、強み、予後予測をICFに基づいてアセスメント（次表参照）し、『車いすなしで身の回りのことをしたい。調理・洗濯を自分で行き、家に帰って一人暮らしをしたい。』という目標を共有した。

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	1人暮らしに戻りたい			
		キーパーソン	本人の慣れ親しんだ地域で暮らし続けたい希望を尊重したい			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析		活動と参加の分析		環境因子の分析
	生活行為を妨げている要因	立位バランス低下 全身耐久性低下 記憶障害など認知面低下		立位・歩行でのADL未経験 家事動作未経験 外出・外泊の未経験		病院入院中 安全のため車いす使用 ADL見守り実施
	現状能力（強み）	上下肢の麻痺は軽度 上肢巧緻性は残存		コミュニケーション良好 両上肢使用可能 ADL見守り		娘さんの協力が得られる 近隣に友人が数名いる 自宅段差は少ない
	予後予測	立位・歩行はバランス再学習により獲得可能なレベル		立位・歩行が可能となれば、ADL全般可能となる		娘・友人の協力、介護サービス利用で1人暮らし可能
	合意した目標（具体的な生活行為）	①車いすなしで身の回りのことをしたい。 ②調理・洗濯を自分で行き、家に帰って一人暮らしをしたい。				
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 9/10

アセスメントを基に、身体機能向上に合わせて、一人暮らしのための洗濯・調理など、具体的な家事動作や日課を管理する方法を取り入れるなかで、記憶の代償手段の獲得や本人が考える一人暮らし生活のイメージが作れるようプラン（次表参照）を立てた。プランは本人、家族、支援者に分けて記載。上段に計画、下段に実施した結果を記している。

生活行為向上プラン	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
		本人	計画	立位バランス・歩行訓練 メモリーノート活用練習	病棟でのADL練習 家事動作練習	自宅訪問練習 娘さんと外出・外泊練習
			結果	立位・歩行可能 ノート活用を促し記入可能	病棟ADL見守りで可能 家事動作環境設定で可能	自宅での生活可能との確認可
		家族（娘）	計画	飼い猫の餌をあげる 近所の方の近況を報告	外出・外泊練習で独歩でのADLを体験する	継続した外出・外泊訓練を実施する
			結果	猫を飼い続けられる 近隣友人関係を続ける	独歩での屋内移動・ADL可能	週末の外出・外泊を実施
		支援者	計画	Ns・PT:歩行器評価導入 ノート記入促し MSW:早期訪問調整/ ケアマネ連携	Ns:病棟ADL歩行を促し 見守り (不安時は近位見守り)	ケアマネ:退院後の生活を話し合い、継続支援を行うことを本人に理解してもらう
結果	独歩可能・ノート記入促し可能・早期訪問可能・ケアマネと病院間の連携可能		独歩でのADL可能	退院後の生活に対し、前向きな発言みられる		

その結果、日中は独歩、夜間は歩行器による歩行が可能となりADLも入浴時の見守り以外は自立となった。当初1/10レベルであった本人の実行度（やれるという気持ち）と満足度は、最終確認時にはそれぞれ8/10、9/10へと向上した。地域のサービススタッフと連携し、メモリーノートを活用して自分で家事を行い、訪問介護に実施確認をしてもらい、転院から3カ月後に退院となった。退院後はプールのある通所介護に週2回通い、友達と外出するなど、楽しみと生きがいを持って暮らしている。