

報 告

認知症領域における 生活行為向上マネジメント実践の課題

谷川 良博¹ 元田 真一² 堀田 牧³
松浦 篤子⁴ 上田 章弘⁵

抄 録

生活行為向上マネジメント (management tool for daily life performance: 以下 MTDLP) は、作業療法士を主として身体障害や老年期障害の領域で用いられている。その一方で、認知症を含めたいくつかの領域では実践数が少ない。日本作業療法士協会では平成 28 年に、実践率が低い要因の調査とその対策を検討する事業を実施した。認知症領域では、著者を含めた複数の実践者で調査と検討を行なった。方法は、17 名の作業療法士に記述式のアンケートを実施した。その結果、認知症領域では、記憶障害をはじめとする認知症に由来する疾患特性の影響が大きいことがわかった。さらに、作業療法士にとって、認知症は疾患の予後・予測が難しい現状が明らかになった。認知症の MTDLP 実践率拡大のためには、従来の認知症者の支援から家族への支援、認知症者と家族との関係改善をはじめとする環境要因へ支援をシフトするマネジメントのあり方を明示する必要性が考えられた。さらに、作業療法士には、MTDLP は専門性を成長させる側面があることを示した。

Key words: 生活行為向上マネジメント (MTDLP), 認知症, 作業療法士

1. はじめに

日本作業療法士協会は平成 20 年より、国民にわかりやすい作業療法の姿を示すべく、基準となる作

業療法の枠組みづくりを始めた。この枠組みが生活行為向上マネジメント (management tool for daily life performance: 以下 MTDLP) であり、対象者の自立支援に資する包括マネジメントとして開発された。MTDLP は、作業療法士の思考過程に沿ったツール¹⁾として、回復期リハビリテーション病棟や通所リハビリテーション、通所介護、訪問リハビリテーションなどで実践されている。

認知症の領域でも MTDLP の活用が推進されており、実践報告²⁻⁷⁾が散見される。一方、医療機関や介護施設に勤務する作業療法士からは、「MTDLP を臨床で活用することが難しい」「認知症の ICF を用いたアセスメントがわからない」といった声を耳

受稿：2016年11月14日 受理：2017年4月10日

¹ 広島都市学園大学健康科学部リハビリテーション学科
〒731-3166 広島県広島市安佐南区大塚東3丁目2-1

² シンパクトケアサポート メロン
〒861-4109 熊本県熊本市日吉2-3-84

³ 熊本大学医学部附属病院
〒860-8556 熊本県熊本市中央区本庄1-1-1

⁴ 荒尾こころの郷病院
〒864-0041 熊本県荒尾市荒尾1992番地

⁵ 介護老人保健施設 恵泉
〒674-0051 兵庫県明石市大久保町大窪 2818

にする。そこで、認知症者を対象にMTDLPを活用する上での課題について、アンケート調査を行った。その結果をもとに、認知症領域で作業療法士が抱えるMTDLP実践上の課題を明らかにする。そのうえで、実践率拡大のための方策を探る。

2. 方 法

2.1 対象

作業療法士でMTDLP使用経験があり、学会発表もしくは学術誌への投稿経験がある者とした。この条件をもとに、筆頭著者と共同著者が所属する熊本県、兵庫県、長崎県、広島県の4県の作業療法士20名に協力を依頼した。

2.2 MTDLPのプロセスと各シートの概略

MTDLPは、その対象となる人（以下、対象者）が大切にしている、こうなりたいと希望している生活行為に焦点をあて、それに向けて対象者ととも、プラン（計画）を立案し、実行する一連のプロセスである⁸⁾。MTDLPは作業療法士に限定せず、どの職種でも使用可能となるよう構成されている。MTDLPはプロセスに沿って主に4種類のシートが準備されている（Fig. 1）。シートの概略⁸⁾を下記に示す。

①生活行為聞き取りシート（Fig. 1の対応番号は①）

本シートを用いて、対象者の困っている問題や改善したい事柄を聞き取り、生活行為の目標を明らかにする。本人が答えられない場合は、本人をよく知る人（多くは家族）に聞き取って記載する。

②興味・関心チェックシート（Fig. 1の対応番号は②）

対象者が興味をもっている、やってみたい事柄について記載してもらう。認知症や生活意欲の低下がある対象者では具体的に生活目標を言語化できない場合がある。その場合、本シートに掲載されている興味・関心チェックリストを用いて具体的に尋ねる。

③生活行為アセスメントシート（Fig. 1の対応番号は

③）

客観的評価をもとに、対象者の望む生活行為がなぜできないのか、どこに支障があるのかを国際生活機能分類（international classification of functioning disability and health：ICF）の視点からアセスメントして、その達成度を予測する。ICFとは、1980年に世界保健機関において国際疾患分類の補助として発表され、心身機能・身体構造と、活動と参加に分類して、ある健康状態にある人に関連するさまざま異なる領域を系統的に分類する⁹⁾ものである。

④生活行為向上プランシート（Fig. 1の対応番号は④）

生活行為アセスメントシートをもとに、支援計画について本シートを用いて立案をする。本シートの特色は、ICFをもとに心身機能面、活動と参加、環境因子に対して、どのように支援をするのかを具体的に明記するところにある。

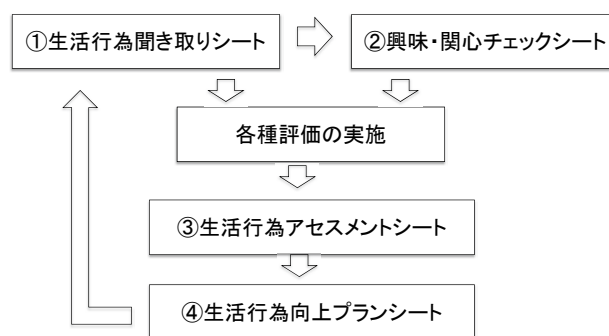


Fig. 1 MTDLPのプロセス概略（文献2より改変）

2.3 データ収集の方法

協力者にアンケートをメール添付にて送付し、回収をした。アンケートは記述式で、質問項目は、①MTDLPの実践上難しい事柄、②その要因、③難しい事柄に対して工夫している内容とした。アンケートには記載例を示した（Table 1）。

Table 1 アンケート質問項目と記載例

難しさ	その要因	対策（工夫している事柄）
記載例：本人への聞き取りが困難	記載例：自分の状況が理解できていない	記載例：生活歴や趣味などを家族から聞き取る

2.4 調査期間

平成28年6月1日から平成28年7月31日とした。

2.5 倫理的配慮

アンケート協力者には、回答内容が個人特定できないように配慮するとともに、本調査以外に使用しない旨を説明した。了解を得られた者に調査票を送付し、返送をもって同意を得たとした。なお、本研究は広島都市学園大学研究倫理審査委員会の審査は経ていない。

2.6 データの分析方法

得られたデータは1内容ごとに切片化し、意味内容の類似性に従ってカテゴリー化した。分析の偏りを防ぐために、筆頭著者と第2・第3著者が繰り返し修正しながら、これらの工程を行なった。

3. 結果

3.1 回答数および属性

回答者数は17名であった（回収率85%）。17名の作業療法士の平均経験年数は 17.7 ± 9.3 年であった。勤務先の領域は、在宅支援系（通所介護、病院外来、訪問リハビリテーション）が9名、入所・入院系（介護老人保健施設、精神科病院、回復期リハビリテーション病棟）8名であった。

3.2 カテゴリー分類

MTDLP実践上の難しさ（以下、MTDLP実践困難）をもとに分類をした。その結果、4つのカテゴリー『認知症の疾患由来による確証が持てない介入上の課題』、『実施する作業療法士の課題』、『ICFと認知症症状との適合の課題』、『家族に関する課題』を見いだした。

3.3 カテゴリーと下位項目数

カテゴリーと、それに対応する下位項目をTable 2に示した。該当項目数は、カテゴリー『認知症の疾患由来による確証が持てない介入上の課題』は25項目（61%）であった。カテゴリー『実施する作業療法士の課題』は8項目（19.5%）であった。カテゴリー『ICFと認知症症状との適合の課題』は

2項目（4.9%）であった。カテゴリー『家族に関する課題』は6項目（14.6%）であった。

3.4 MTDLP実践困難の理由とその対策

各カテゴリーと、対応するMTDLP実践上の難しさ、その対応を以下に示した。

カテゴリー『認知症の疾患由来による確証が持てない介入上の課題』では、「本人の本当の希望の聞き取りが困難」に対して「家族から生活歴や趣味などを聞き取り、その作業に挑戦してもらう」、「合意目標が非常に立てにくい」に対して「家族を含めた幅広い合意の形を認めていく」などが挙げられた。

カテゴリー『実施する作業療法士の課題』では、「作業量が多く、シート作成に時間を要する」に対して「ガイド本、手引きの作成を希望する」、「認知症だからという理由で聞き取りを後回しにする」に対して「作業に対する作業療法士の認識や知識の再教育」などが挙げられた。

カテゴリー『ICFと認知症症状との適合の課題』では、「ICFコード表から症状を選ぶのが難しい」に対して「解説書の作成」、「ICFに落とすのも慣れるまで時間を要す」に対して「認知症疾患由来の行為か身体疾患由来かを同僚に相談する」が挙げられた。

カテゴリー『家族に関する課題』では、「家族が対象者に過度の期待をかけてしまう」に対して「本人及び家族の希望を引き出しやすくするため自宅で質問をする」、「家族の疾患理解や深刻味が浅い」に対して「介護者のプライドを尊重しながら、ケアの提案をする」などが挙げられた。

4. 考察

4.1 各シート作成上の課題

4つのカテゴリーのなかでも、『認知症の疾患由来による確証が持てない介入上の課題』の下位項目が占める割合は61%であった。このことから、認知症疾患にみられる記憶障害や病識の低下が要因と推察できるが、MTDLPのプロセス（Fig. 1参照）のどこに停滞が生じているのかを考察する必要性が考えられた。そのため、各シート作成過程において、どこに停滞ポイントがあるのかを考察した。

Table 2 認知症者への生活行為向上マネジメント導入の難しさと要因・対策

	難しさ	要因	対策
認知症の疾患由来による確証が持てない介入上の課題	本人の本当の希望に関する聞き取りが困難	認知機能の低下により自分の状況が理解できていない	家族から生活歴や趣味などを聞き取り、実際にその作業に挑戦して判断する
	具体的ではなく、抽象的な希望を言う(例: 元気に暮らしたい)	言語機能の低下により、表現が曖昧なその場限りの表出となってしまう	元気で暮らしたいと言われたときに、生活のなかで何ができれば元気でいられるかを本人や家族の会話から考える
	MTDLP実施の目的の「その人らしい生活を送る」は、認知症の場合、解釈が難しい	その人らしいを「落ち着いた生活」、「活動に集中できる」など具体的に提示していないため	「どんな活動に集中出来るか」「どんな活動を行えば混乱なく時間を過ごせるか」という視点で活動を見る事で対策している
	困っている事に本人自身が気づいていない	病識が薄い	事前に HDS-R など用い課題を共有して、本来の生活課題が導き易くしている
	症状が進行していく	進行性の疾患	状態が落ち着いているときを基本にする
	本人の要望をはっきりとした言葉で聞き取ることが難しい	年齢を重ねてくると「したいこと」を具体的に思い浮かべるのが難しい	興味関心チェックリストを活用する生活歴や日頃の発言から本人の要望をくみとる
	本人の発言が信憑性に欠ける	記憶低下により、確実性が低い。支援者の目が少なく、コメントが得にくい	家族や介護者から聞き取る
	本人から聴取した情報が正確でなく、常に変化するため、合意目標が立て難い	記憶の低下、妄想により本人の発言の信憑性が低い	家族への聞き取りを積極的に行う
	本人と立てた合意目標がすぐ変わる	記憶の低下、理解力の低下	本人より聴取した目標について、そこに至った経緯を振り返り、生活の様子と照らし合わせて目標を考え提示する
	本人から聴取できず、家族の面会がほとんどない状況で、情報を得られない	本人の言語機能の低下、記憶低下	入所時にしっかりと聞き取りを行う時間をとっている
	本人の真の希望を聞き取ることが困難である	認知機能の障害等々により状況判断が困難	家族等から出来る限りいろいろな情報を聞き取ることで、本人の思いを推測していく
	合意目標が非常に立てにくい(合意が出来ているかどうか確認できない)	記憶障害等の認知機能面の障害	家族も含めた幅広い合意の形を認めていく
	「死にたい」「何もしたくない」「出来ない」等々、まだ出来る能力があるのにこのような回答をする事が非常に多い	認知機能の障害やメタ記憶障害	実際に様々な環境で作業を実施することで、出来る事を探していく
	ニーズを尋ねても「困っていることはない」「何でもできる」と回答する	本人の病識がない	家族の視点から興味関心チェックシートをつけてもらい、本人の発言と実際の生活行為について、擦りあわせを行う
	本人と家族の希望が必ずしも一致しない	本人の病識や見当識のなさ、家族の思いにズレがある	目標に至った経緯や疾患特性の説明や家族へ病態理解を促す
	服薬が前提にある目標設定	BPSD に対しては処方せざるをえない、記憶力の低下	確認する第三者を立てる
	服薬を適正に行っているかが不明で、確認の手立てがない場合	独居、記憶力の低下	第三者を含めて確認をする
	求められて得られた遂行能力を一定に保つ、もしくは、継続する確証はない	認知機能の低下、変動	遂行能力を確認できる実証のための第三者を要する
	その場で目標を決めても記憶障害により保持し目標を共有し続けることが難しい	記憶力低下、気分のムラ 意思疎通が良好なときと困難なときがある	家族と共に目標を共有し、目標を壁に貼るなどして常に目標を確認できる環境作りをする
	病院の特性上、入院の目的がケアだけとは限らない	検査入院等で入院期間が短い	入院のできるだけ早い時期に聞き取る時間をつくる
	別の疾患を発症や、転院するなど未達成の事例が多くなる	対象者が途中で急に退院した、もしくは、施行できない期間ができた	未達成も一つの結果として評価し、再度、介入方法を検討する
	認知症の進行に合わせて何度も組みなおす必要がある	認知症が進行性であるため	変化を適切に捉えられるように、観察している
	急性期病院だと本人の重要な生活行為よりも自宅や施設での ADL に重きを置きがち	院内の他職種も ADL や家族の想いを重視してしまう傾向がある	本人が目標とする生活行為を行うことで生き生きとする姿を他職種にみてもらったり、報告をする
変化が少なく3ヶ月経過時点でも問題点・目標ともに変化しないこともある	認知症の初期～中期の場合、年単位での変化となることが多い	その都度新たな興味や変化がないか、興味関心チェックシートを用いて話を聴取する	
言葉で表現できない対象者が多く、MTDLPの対象者が少ない	「したい事」「出来る事」「出来そうな事」を具体的に言葉にすることが難しい対象者が多い	作業を行っている姿を観察して優先順位を考えていく	

実施する作業療法士の課題	作業量が多く、シート作成に時間を要する	シートが複数枚にわたり、各々のシートの相互活用をする作業に慣れていない	記載するために重要なポイントを明確にしたガイド本、手引きの作成を希望する
	毎回シートを作成するのは正直きつい。ケアマネとすぐには繋がらない	多職種との情報共有が必要なため、時間がかかる	多職種との情報共有を頻繁にしている
	作業療法士がどれだけ社会資源や媒介者を知っているかで、マネジメントに差が出る	院内の作業療法士が外部の支援者と知り合う機会がない	院内の作業療法士が家族に会おうとする習慣がない、タイミングが合わない
	業務が忙しいと目標を聞き取れたとしてもその作業に挑戦する時間をとれないことがある	業務が忙しく手がまわらない	効率よく業務を運び、時間をつくる
	シート作成に慣れていなくて非常に時間がかかってしまうのでやる気がでない	枚数が多く、慣れていない	勉強会を開催し、書き方の具体的なポイントの紹介等を積極的に施行したり、手引書の作成を期待する
	認知症だからという理由で聞き取りを後回しにする	作業療法士自身にクライアント中心の考え方が不足している。作業療法士自身の中にバリアがある	作業に対する作業療法士の認識や知識を再教育する必要がある
	ICFをもとに評価をすることに慣れていないため、時間がかかる。自分のやり方が合っているのか自信がない	学生時代にそこまで深く習っていない	早見表などを作成し、作業療法士への周知をする
	本人がしたい作業を表現したときに、その作業はできないと作業療法士が勝手に判断し、作業に寄り添う努力をしない	作業療法士自身が、本人がしたいという思いをきちんと受け止められない	作業についての解釈。本人が実際にすることが、本人のしたい作業ができたことになるとことではないという、作業遂行の見方を学ぶ
ICFと認知症状との適合の課題	ICFコード表から症状を選ぶのが難しい	症状とICFコードが一致しない	早見表や解説書などを作成し作業療法士への周知をする
	ICFに落とすのも、慣れるまで時間がかかる	どうしてもICFコードに落とせない、確信が持てない事象がある	認知症疾患由来か、身体疾患由来かの弁別が難しいため、同僚に相談する
家族に関係する課題	家族が対象者に過度の期待をかけてしまう	本人の能力に対して、家族の要望が高すぎる	本人及び家族の希望を引き出しやすくするため出来る限り自宅で質問する
	家族の疾患に関する理解、深刻味が浅い(うちはまだ大丈夫など)	家族の病態受容が表面的	介護者のプライドを尊重しながら、疾患に関する理解やケアの提案を促す
	熱心さはあるが、ケアに偏りがある	家族の思い入れが強い	介護者のプライドを尊重し、ケアの提案を促す
	本人が計画に乗り気であっても家族が望まない場合がある	家族の病態受容拒否、認知症への理解や社会資源情報の乏しさ	目標に至った経緯や疾患特性を説明して家族へ病態理解を促す
	別居家族の要望の具体性が低い	とりあえず現状維持をしていればよいと考えている	具体的な生活項目や本人の生活歴などヒントを提示する。可能な範囲で直接会って話を聞く
家族の来院が少ない場合は家族に会える機会がなく、聞き取りが困難	利用者への関心が薄い	家族に対する興味関心チェックリストは、「家族から見た活動に対する興味」に主目的を置くのではなく、それぞれの活動に関する思い出を話してもらおう。対象者の性格や生き方・大切にしていた判断基準等の把握に主目的を置くこと効果的	

4.1.1 生活行為聞き取りシートの停滞ポイント

プロセスの出発点である「認知症者がこうなりたいと希望している生活行為に焦点をあてる」際に、いくつかの停滞ポイントがあることがわかった。それは、言語化困難な対象者の場合には、希望を聞き取ることができない。病識低下の対象者の場合には、発言内容の信頼性が低い。記憶障害の対象者の場合、前回の発言内容を忘れて希望が刻々と変化する、目標の共有・保持ができない。このように、認知症者の希望が不明確な状況では、作業療法士との合意のもと、プランを進めることが困難となる。Fig. 1を

参照すると、「①生活行為聞き取りシート」の段階で留まっていることがわかる。認知症の進行とともに、本人からの聴取が難しい場合には、マニュアル⁸⁾では家族からの聞き取りを実施すると示している。しかし、カテゴリ『家族に関係する課題』の下位項目に「本人への興味が薄い」、「面会が極端に少ない」などが挙げられ、作業療法士は家族との面談が難しい状況にあると推察できる。本人や家族からの希望を本シートに反映することが難しいために、MTDLPの最初のシートで停滞している。この状況を解消するには、本人主体に基づいて、より詳細な

生活上の課題を評価・観察する視点が求められる¹⁰⁾。しかし、これには手間や時間がかかるために、作業療法士がMTDLPの入り口の段階で断念してしまう現状が推測できた。

4.1.2 興味・関心チェックシートの停滞ポイント

停滞ポイントは、対象者の病識の低さ「なんでもできると言う」や、意欲低下「(できる力はあるが)できないと言う」などから、興味・関心チェックシートの作成そのものが進まない、あるいは、表出された発言に対して確証をもつことができない現状が推測できた。

4.1.3 生活行為向上アセスメントシートの停滞ポイント

このシートを作成するには、ICFを用いて認知症者の生活課題を整理する、目標達成の内容と時期を予測する、2つの力量が求められる。実情は、「進行に合わせて何度もプランを変更する」、「ケアから治療に移行する」などが挙げられ、進行性疾患故の予後を予測することが難しい状況がわかる。さらに、予後や予測を考えるための材料には、疾患以外にも住環境や家族状況などの環境要因を考慮しなければならない。つまり、認知症疾患（アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症など）の予後・予測、さらに、環境要因（家族状況、住環境など）との関係を理解し、それらを勘案して本シートを作成する。本シートでの停滞ポイントは、作業療法士にとって、①認知症疾患の予後・予測が困難、②認知症者の生活変化の予測が困難、であるためにシート作成の経験不足を否定できないと推測した。

4.1.4 生活行為向上プランシートの停滞ポイント

本シートはプラン立案から実行の具体的内容を示す。これは作業療法士の思考過程に沿った¹⁾もので、プロセスのうえでも重要なシートとなる。調査では「合意目標がすぐ変わる」、「目標を共有し続けることが難しい」など、記憶障害をベースとして目標共有化が困難なために、停滞要因になっていると推測できた。さらに、生活行為向上アセスメントシートとのつながりを考慮すると、疾患の特性や目標達成などの予後・予測が不確実な状況では、対象とする課題を整理できず、支援のポイントを絞る焦点化に困っているのではないかと推測した。

4.2 その他3つのカテゴリーに関する考察

カテゴリー『家族に関する課題』では、家族が認知症者と疎遠で必要な情報を得にくい状況が含まれていた。この課題には、作業療法士が入所・入院時に必要な情報を得るために、初回面接時に家族に会えるシステムに変えた取り組みを知ることができた。また、家族支援に力を入れて人的環境を改善する取り組みを始めた報告もあった。このように、MTDLPに取り組んだことで、潜在的な課題を発見し、工夫や改善のきっかけになっている現状も知ることができた。

カテゴリー『実施する作業療法士の課題』と、『ICFと認知症症状との適合の課題』では、現在のICFに関する作業療法教育の課題と、作業療法士概念化に関する苦手意識に分けられた。作業療法教育の課題は、学生時代にICFの詳細を学習していない現状が明らかになった。概念化に関する苦手意識では、ICFの枠組みに従う表記困難が明らかになった。表記困難とは、認知症者への観察や評価結果を概念化し、抽象化していくプロセスが困難である、と言い換えることができる。これは体験の概念（本質）化作業であり、エキスパート（熟達者）への過程につながる¹¹⁾。作業療法士の多くは、概念化の思考を苦手にしており、その解決方法が見つからないのが現状であろうと推測した。学生時代に習っていない現状では、克服のためには指導的実践者によるスーパーバイズを受け、概念化を練習する過程が重要であると考えられた。

5. 活用の提案

MTDLP実践率拡大のために2点を提案する。

1点目は、作業療法士は家族への支援や認知症者と家族との関係改善をはじめとする「環境要因を支援（改善）するマネジメント」に注目する必要がある。そのためには、情報を得なければならない。方法例として、外来や入居の初回面接に作業療法士が立会える場合、生活行為聞き取りシートに生活歴を記入できる欄を設ける。また、初回面接に立ち会えない場合、家族に対象者の生活歴を書いてもらえる予備シートがあれば、「家族と会えない」状況は減らすことができる。このように情報を蓄えることで、

認知症者本人の意思が不明確になった時期でも活用できる資料となる。

2点目は、認知症は疾患特性と生活面の予後・予測が難しい領域であることが明らかになった。この予後・予測は作業療法士であれば誰でもできるとは限らない。MTDLPの初心者段階で、指導的実践者によるスーパーバイズを身近に受けられる多職種間の事例検討会が行われることを提案したい。

また、作業療法士には、停滞する要因を乗り越えて進む工夫と意思をもって取り組むことを提案したい。

6. まとめ

認知症領域のMTDLP実践を阻む要因として、アンケートから認知症に由来する疾患特性の影響が大きいことがわかった。作業療法士には、①実務上の課題、②能力的課題があると推察した。実務上の課題では、作業療法士がMTDLPの最初に用いる生活行為聞き取りシートの段階で認知症者には聞き取りが不適と判断しかねない可能性が考えられた。能力的課題では、認知症の予後・予測について学習する、概念化作業の促進など苦手課題を克服するためのサポートを考える必要性があった。以上、MTDLPの実践より、MTDLPは概念化作業や思考の具現化をはじめとして、作業療法士としての専門性を成長させる側面があることがわかった。

謝 辞

アンケート、および分析に協力していただいた17名の作業療法士の方々に深く感謝いたします。

本報告は、社団法人日本作業療法士協会の「平成28年度、精神・認知症・発達障害・就労支援等のMTDLP実践促進事業」の一環として実施されたものに加筆したものである。

本報告に関して開示すべきCOIはありません。

引用文献

- 1) 中村春基. 生活行為向上マネジメントと作業療法. 作業療法ジャーナル 2016; 50 (8): 742-748.
- 2) 一般社団法人日本作業療法士協会 (編). 事例で学ぶ生活行為向上マネジメント. 第1版. 東京: 医歯薬出版; 2015. p76-120.

- 3) 塩田繁人, 杉本優輝, 稲口葉子, 北村立, 村井千賀. 精神科病院における認知症高齢者に対する作業療法. 作業療法ジャーナル 2015; 49 (7): 685-691.
- 4) 元田真一. 認知症の生活行為向上マネジメントによる実践-事例報告を中心に- 作業療法ジャーナル 2016; 50 (2): 122-126.
- 5) 堀田牧, 福原竜治, 池田学. 「一人暮らしを続けたい」若年性アルツハイマー型患者の社会参加と在宅生活支援を行った事例. 作業療法ジャーナル 2016; 50 (8): 867-872.
- 6) 常本浩美. 趣味活動再開により自信を取り戻しBPSDの改善がみられた事例. 作業療法ジャーナル 2016; 50 (8): 873-877.
- 7) 谷川良博, 村島久美子. 認知症初期集中支援チームでの活用-生活行為向上マネジメントの視点がどのように役立つのか-. 作業療法ジャーナル 2016; 50 (8): 890-895.
- 8) 一般社団法人日本作業療法士協会 (編). 作業療法マニュアル 57. 生活行為向上マネジメント. 第1版. 東京: 一般社団法人日本作業療法士協会; 2014. p.15-25.
- 9) 障害者福祉研究会 (編). ICF 国際生活機能分類-国際障害分類改定-. 第1版. 東京: 中央法規出版; 2008. p.3-23.
- 10) 本間昭 (編) 日本認知症ケア学会 (監). 認知症の人のためのケアマネジメント. 認知症ケアのためのケアマネジメント. 第1版. 東京: ワールドプランニング; 2016. p.4-32.
- 11) 陣田泰子. 看護現場学への招待-エキスパートナースは現場で育つ-. 第1版. 東京: 医学書院; 2006. p.72-84.

Problems regarding the use of a management tool for daily life performance to dementia persons

Yoshihiro TANIKAWA¹ Shin-ichi MOTODA² Maki HOTTA³
Atsuko MATSUURA⁴ Akihiro UEDA⁵

Abstract

The management tool for daily life performance (MTDLP) is being used mainly by occupational therapists in the fields of physical impairment and senile disorders. On the other hand, the tool has rarely been used in some fields, including that of dementia. In 2016, the Japanese Association of Occupational Therapists investigated the factors responsible for the low frequency of using the tool, and implemented a program aimed at resolving this issue. The author and several other professionals were involved in these activities. A questionnaire was sent to a total of 17 occupational therapists. Based on the results, the low frequency of using the MTDLP in the field of dementia was markedly attributable to dementia-derived characteristics, such as impaired memory. In addition, occupational therapists reported that it was difficult for them to assess the prognoses of dementia patients. The results of our study suggest that, in order to promote the more frequent usage of the tool in the field of dementia, it is necessary to discuss how to manage the transfer from conventional support to support for the families of dementia patients as well as environmental factors, such as those influencing the relationship between them. In addition, occupational therapists suggested that the MTDLP helps them to advance their expertise.

Key words: management tool for daily life performance (MTDLP), dementia, occupational therapist

¹ Department of Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Hiroshima Cosmopolitan University
3-2-1 Otsukahigashi, Asaminami-ku, Hiroshima 731-3166, Japan

² Simpac care support Melon
2-3-84 Hiyoshi, Minami-ku, Kumamoto, Kumamoto 861-4109, Japan

³ Kumamoto University Hospital
1-1-1 Honjo, Chuo-ku, Kumamoto, Kumamoto, 860-8556, Japan

⁴ Arao Kokoronosato Hospital
1992 Arao, Arao-city, Kumamoto, 864-0041, Japan

⁵ Geriatric health services facility Keisen
2818 Ookubo, Ookubo-cho, Akashi, Hyogo 674-0051, Japan