

平成 19 年度 課題研究成果報告書

平成 26 年 4 月 21 日現在

研究種目：Ⅱ

研究期間：平成 19 年（1 年間）

研究課題名：介護予防における作業療法評価の現状調査：地域支援事業における作業療法初期評価を中心に

研究代表者

氏名：中村裕美

所属：埼玉県立大学保健医療福祉学部

会員番号：2329

研究成果の概要：

地域支援事業で作業療法士が初期評価に用いている評価ツールについて、作業療法士が回答した 41 通を分析した結果、その 90%が作業療法初期評価を行っているという回答を得た。大多数が、身体機能、ADL(Activities of Daily Living)、認知機能に焦点を当て、構成的評価を行っているとした。趣味と興味、生活歴、役割を評価項目に回答する施設は多かったが、それらに対する作業療法の専門性を反映した評価ツールが回答されなかった。高頻度の利用が示された身体機能、ADL、認知機能の構成的評価に加え、クライアント個人の興味、人生の軌跡、役割について作業療法の専門性を反映した評価ツールの使用が必要であると思われる。

助成金額（円）：800,000

キーワード：地域支援事業、評価、作業療法士、評価ツール

1. 研究の背景

予防重視型システムの構築と介護予防の推進を打ち出した介護保険法の影響は作業療法にも及んでいる^{1),2)}。改正された介護保険法の下で実施される事業のうち、特に新予防給付と地域支援事業で構成される介護予防施策について、作業療法士の業務の関連から、注目する必要がある^{3),4)}。この介護予防施策のうち地域支援事業に関する調査では、作業療法士がかかわっている 9 事業所のうち、評価のみ実施しているのは 3 事業所、評価と訓練を行っているのは 3 事業所であった⁵⁾。

作業療法において評価は欠かせないものであり⁶⁾、介護保険でも評価は重要である^{7),8)}。つまり、この領域の作業療法士たちにとって、的確な評価を実施することそれ自身が、非常に重要な仕事となると考えられる。「作業療法白書 2005」⁹⁾では、作業療法が各種対応や運動の実施、手段的日常生活活動の能力向上、社会資源の活用や好評機関の利用への介入が必要であることから、それらについて必要な知識の習得が喚起されている。しかし奨励される初期評価ツールに関する指針は示さ

れていない。

2. 研究の目的

地域支援事業に携わる作業療法士が初期評価に使用する評価ツールの現状を調査し、それらの作業療法士にどのような評価ツールの情報を提供していけばよいかを検討するための基礎資料とすることを狙った。

3. 研究の方法

地域支援事業が、すべての高齢者を対象とし、そうした高齢者が要支援・要介護になる前から介護予防を推進し、地域で自立した生活を継続できるように市区町村が実施するものである^{9),10)}。そのため、市区町村が運営を司る 895 の公的機関に所属すると考えられる作業療法士を、平成 17 年度版会員名簿より抽出し、無記名による郵送留め置き方法で回答を聴取した。宛名を作業療法室御中として 1 施設 1 通を送付し、地域支援事業に従事する作業療法士に回答を求めた。配布時期を平成 19 年 6 月 1 日とし、回収締め切りを同年 7 月 31 日消印有効とした。締め切り後の

催促を行わなかった。

質問紙に記載した初期評価の項目については、「作業療法白書 2005」³⁾の「老年期障害保健・福祉・介護領域作業療法の評価」で上位に挙げられているものを参考に作成した。統合した例は以下のとおりであった。関節可動域、筋力、筋緊張等を「各種身体機能」に、起居移動と身辺処理能力を「各種 ADL(Activities of Daily Living)」に、認知機能と知的精神的能力を「各種認知機能」に、コミュニケーションと対人関係技能を「対人関係技能」に、生活環境と住居を「生活環境」とした。白書の記載をそのまま用いたのは、「趣味・興味」、「生活歴」、「生活時間」、「役割」、「家族構成・関係」、「職業歴・学歴」、「作業遂行能力」、「集団参加技能」、「代償手段の適応」であった。なお、改正された介護保険法の施行から配布開始まで1年余りしか経過しておらず、また、地域支援事業に携わる作業療法士向けマニュアルが刊行されていなかったため、回答者に自由な記載を求める方が実態を把握できると考え、初期評価で使用している具体的ツールの列挙を自由記載で求めた。1施設1通送付したため、集計結果を施設数で表記した。

4. 研究成果

回収された403施設(回収率45.0%)のうち、地域支援事業に携わる作業療法士が回答した41施設(10.2%)が分析対象となった。そのうち36施設(87.8%)が作業療法の初期評価を実施していた。実施していない(12.2%)理由は「単発のかかわりのため」であった。

初期評価項目については、36施設のうちの半数が回答したのは次の通りであった。各種身体機能(91.7%)、各種 ADL(75%)、各種認知機能(61.1%)、趣味・興味(55.6%)、家族構成・関係(50%)であった。半数以下の施設が回答した項目は以下の通りであった。生活歴、役割(いずれも41.7%)、生活環境(38.9%)、生活時間(27.8%)、職業歴・学歴(25%)、作業遂行能力、対人関係技能、集団参加技能(19.4%)、代償手段の適応(8.3%)であった。

初期評価に使用しているとして自由記載された具体的ツールについて、上記の初期評価項目との関連を見たところ次の通りであった。各種身体機能に当てはまるものは、握力、開眼片足立ち時間、5メートル歩行(いずれも83.3%)、簡易上肢機能検査(Simple Test for Evaluation hand Function: STEF)(38.9%)、脳卒中上肢機能検査(Manual Function Test: MFT)、Timed Up and Go test(TUG)、機能的リーチ(いずれも13.9%)、最大1歩幅、つぎ足歩行、反射(いずれも11.1%)、厚生労働省推薦の体力評価(5.6%)

であった。

各種 ADLに当てはまるものは、「できることとできないことを区別して表記する」、Barthel Index (BI)、Functional Independence Measure (FIM)(いずれも80.6%)、Instrumental ADL(30.6%)であった。各種認知機能に当てはまるものは、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa Dementia Scale revised: HDS-R)、Mini-Mental State Examination (MMSE)(いずれも77.8%)、かな拾いテスト(69.4%)、コース立方体(50%)、タッチパネル式認知機能評価、ツングうつ自己評価尺度、N式老年者用精神状態尺度、PGCモラルスケール(2.8%)であった。

趣味・興味、家族構成・関係、生活歴、役割、生活環境、生活時間、職業歴・学歴、作業遂行能力、対人関係技能、集団参加技能、代償手段の適応については、その具体的ツールの記載がなかった。特定の項目に対応しないものとして以下が回答された。国が指定する介護予防記録用紙や介護認定調査項目(11.1%)、東京都衛生局健康促進部成人保険課によるチェック表(8.3%)、独自に要旨を作成する方法、個別に必要な情報を白紙に記載する方法(いずれの2.8%)が回答された。具体的ツールを挙げなかった7施設(19.4%)は、「作業療法の視点を生かせるものがない」と記していた。

初期評価項目のうち、各種身体機能、各種 ADL、各種認知機能の具体的ツールとして列挙されたものは、統計学的に検証された手続きに従うことで、方法論上バイアスを制御することが可能な構成的評価¹¹⁾であった。構成的評価のうち、握力、開眼片足立ち時間、歩行速度は、介護予防法の体力面の判断基準として用いられるものであることから、作業療法士が被評価者を、要支援や要介護状態になるリスクが高いかどうかをスクリーニングする^{9),10)}目的で使用していると考えられた。

握力、開眼片足立ち時間、歩行速度、機能的リーチは、文部科学省によって測定を推薦され、標準化された体力測定^{12),13)}である。そのため、国民平均値との比較ができるという利点から、第1次予防への貢献が期待される作業療法士¹⁴⁾の多くが用いていく可能性がある。したがってこうした体力測定を実施する施設数の推移を追うことで、作業療法の1次予防への貢献を知ることのできる情報に成り得ると思われた。

STEF、MFT、反射、HDS-R、MMSEは、作業療法士が医療機関で中枢神経系疾患に用いてきた¹⁵⁾評価ツールである。このような評価ツールを用いている施設は、地域支援事業利用者に中枢神経系疾患の既往歴のある高齢者に関わっていることが推察された。

初期評価項目では回答された一方で、具体

的ツールが示されなかったのは、趣味・興味、生活歴・学歴は、国際生活機能分類では個人因子¹⁶⁾とされる。これらの個人因子を理解するための構成的評価ツールが作業療法士によって開発されている¹⁷⁾⁻¹⁹⁾。しかし、本調査では具体的ツールに、作業療法士が開発したものが回答されず、「作業療法士の視点を生かせるものがない」との自由記載を得た。この点に注目する必要があると思われる。

もともと作業療法士は、個々人の興味や日常生活の中での習慣化などを手段とした健康維持への働きかけに大きく貢献できる可能性を持ち²⁰⁾、人々が地域の環境に適応して暮らすための支援へとサービスを拡大することに作業療法の専門性の発展を見出してきた²¹⁾。地域支援事業に携わる作業療法士たちが、その専門性による効果を示すことができるように、作業療法の専門性を反映した評価ツールの情報を適切に提供していくことが求められていると考える。

5. 文献

- 1) 厚生労働省・編：平成20年版厚生労働白書。ぎょうせい，東京，2008，pp.165-167.
- 2) 日本作業療法士協会学術部：作業療法ガイドライン。日本作業療法士協会，東京，2006，p.6.
- 3) 日本作業療法士協会：介護保険。作業療法25(特別号；作業療法白書2005)：46-50，2006.
- 4) 東祐二：介護保険制度改正の概略。作業療法24：326-335，2005.
- 5) 田村孝司，東祐二：介護報酬の変遷と通所リハビリテーションの3年間の変化。作業療法26：422-428，2007.
- 6) 岩崎テル子，小川恵子，小林夏子，福田恵美子，松房利憲・編集：序文。作業療法評価学(標準作業療法学専門分野)，医学書院，東京，2007.
- 7) 安村誠司：介護予防事業の基本的な考え方とその評価。総合リハ34：1021-1026，2006.
- 8) 安村誠司：碩学研究による保険事業等の効果評価。理学療法学34：335-339，2007.
- 9) 厚生労働省・編：平成19年版厚生労働白書。ぎょうせい，東京，2007，pp.244-246.
- 10) 総務庁・編：平成19年版高齢社会白書。大蔵省印刷局，東京，2007，pp.92-95.
- 11) Kielhofner G・編著(山田孝・監訳)：第12章資料収集法。人間作業モデル—理論と応用—，第2版，協同医書出版社，東京，1999，pp.203-224.
- 12) 文部科学書：新体力テスト—有意義な活用のために—。ぎょうせい，東京，2000，pp.133.
- 13) 土屋基：転倒予防教室参加者の体力，生活状況と身体状況に関する検討。順天堂大学

スポーツ健康科学研究8：26-31，2004.

14) 鈴木隆雄：地域高齢者の包括的健康維持のための新しい健診システム。日保学誌7：133-138，2004.

15) 深川明世：脳血管障害の評価。岩崎テル子，小川恵子，小林夏子，福田恵美子，松房利憲・編集，作業療法評価学(標準作業療法学専門分野)，医学書院，東京，2007，pp.300-321.

16) 世界保健機関：国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—。中央法規出版，東京，2003.

17) 山田孝，石井良和，長谷龍太郎：高齢者版興味チェックリストの作成。作業行動研究6：25-35，2002.

18) Kielhofner G・編著(山田孝・監訳)：作業遂行面接第2版。第15章クライアントと話すこと：面接を通して情報収集する評価法。人間作業モデル—理論と応用—，第3版，協同医書出版社，東京，2007，pp.262-272.

19) 山田孝，竹原敦，石井良和，石井隆志：役割チェックリスト・日本版の検討。作業行動研究6：62-70，2002.

20) 村田和香：老年期作業療法の歴史的変遷。村田和香・編集，老年期(作業療法学全書7)，改訂第3版，協同医書出版社，東京，2008，pp.7-11.

21) Deussen JV(山田孝・訳)：第6章マリー・ライリー—作業行動理論—。岩崎テル子・監訳，作業療法実践のための6つの理論—理論の形成と発展—，協同医書出版社，東京，1995，pp.160-182.

6. 論文掲載情報

作業療法29巻3号：290~298頁(2010年6月)：地域支援事業における作業療法初期評価に関する現状調査

7. 研究組織

(1) 研究代表者

氏名：中村裕美

所属：埼玉県立大学保健医療福祉学部

会員番号：2329

(2) 共同研究者

氏名：川又寛徳

所属：介護老人保健施設檜葉ときわ苑

会員番号：20314

(3) 共同研究者

氏名：松本美穂子

所属：滋賀県立成人病センター

会員番号：5489

(4) 共同研究者

氏名：鈴木憲雄

所属：昭和大学保健医療学部
会員番号：2889

(5)共同研究者
氏名：京極真
所属：吉備国際大学大学院保健科学研究科
会員番号：14931