

# 機能訓練事業における総合的評価ツールの検討<第3報>

かがわ総合リハビリテーション成人支援施設  
理学療法士 舘野 剛志、松永 晶子、橋本 和明  
生活支援員 橋本 千代美

キーワード：機能訓練事業 社会生活力 エビデンス

## 要 旨

当施設機能訓練事業においては、利用者のニーズに応じて、各種支援プログラムを提供し利用者の社会復帰に向けて支援している。しかし、これらのプログラムが有機的に作用し、トータルパッケージとして、利用者の様々な能力や社会生活力の向上につながっていることを、エビデンスとしてまとめることに苦慮している。このことは、機能訓練事業における訓練効果のアピールや介護保険サービスとの違いなどを、医療分野や自治体に対して明確に主張できていない要因のひとつとなっている。今回、我々は機能面、生活面をクロスオーバーした評価ツールの検討を行い、実際に使用しその有用性について検討した。

### 1. はじめに

平成 26、27 年度のリハビリテーション研究集会において、機能訓練事業におけるエビデンスを構築していくための、データ集積の一環として、総合的評価ツール（以下、評価ツール）の作成を試み、標本数の少ない中であつたが、検証結果などについて報告した。今回（28 年度）は、本評価ツールで当施設の利用者 21 名に対し入所から退所まで 4 回の評価を行い、また、複数名で評価を実施しそこから浮かび出た課題などについて検証した。

### 2. 評価ツールについて

評価ツール(次頁表 1)について説明する。各項目の抽出は ICF の枠組みを参考にした。基本的な構成は、4 つの大項目、13 の中項目、44 個の小項目で構成した。1 回の評価において、小項目に対して実行状況と能力についてスコアリングを実施する。スコアリング方法は、ICF の活動および参加の 5 段階の評価基準（表 2、3）を参考にした。

評価点	実行状況 (している)	評価点	能力 (できる)
4	活発な参加	4	活発な参加
3	部分的な参加	3	部分的な参加
2	部分的制約	2	部分的制約
1	全面的制約	1	全面的制約
0	参加していない	0	参加していない

表 2：社会参加の採点基準

評価点	実行状況 (している)	評価点	能力 (できる)
4	普遍的自立	4	普遍的自立
3	限定的自立	3	限定的自立
2	部分的制限	2	部分的制限
1	全面的制限	1	全面的制限
0	行っていない	0	行っていない

表 3：家庭生活、健康、心身機能採点基準

それぞれに対する実行状況と能力についてスコアリングを実施し（表 4）、大項目ごとの得点率を算出した(表 5)。

項目	中項目	小項目		入所時		6か月		1年		退所時	
				実行状況	能力	実行状況	能力	実行状況	能力	実行状況	能力
社会参加	外出	1	屋外での移動								
		2	交通機関利用								
		3	自動車運転								
	個人的活動	4	趣味・娯楽								
		5	社会サービス・公共機関利用								
	社会的活動	6	コミュニティ参加								
		7	社会活動参加								
		8	趣味クラブ・サークル参加など								
		9	就労・復職								
	その他	10	自己実現意欲・チャレンジ精神								
家庭内生活	ADL	11	更衣								
		12	排泄								
		13	入浴								
		14	整容								
	IADL生活管理	15	掃除・洗濯								
		16	調理								
		17	衣類・日用品の管理								
		18	金銭管理								
		19	買い物								
		20	安全管理								
	その他	21	日中活動・過ごし方								
		22	介護面での家族等のサポート								
		23	経済面								
健康	健康状態	24	健康状態								
		25	食事状態								
		26	理解・健康管理意欲								
	その他の健康管理	27	服薬・受診管理								
		28	飲酒・喫煙								
		29	生活リズム・睡眠								
		30	排泄コントロール								
		31	清潔管理・セルフケア								
		32	病気の理解・障害受容								
		33	歩行(屋内)								
身体面	34	歩行以外の移動									
	35	身体管理									
	36	起居動作									
	37	移乗動作									
言語面	38	表出									
	39	理解									
	40	摂食・嚥下機能									
社会的活動	41	高次脳機能障害									
	42	その他精神機能									
活動力	43	体力(離床時間)									
	44	作業力									
total:											

表1 評価チャート

項目	入所時		6か月		1年		退所時	
	実行状況	能力	実行状況	能力	実行状況	能力	実行状況	能力
社会参加 (40)	0	0	0	1	6	7	6	7
家庭内生活(52)	13	21	14	26	24	35	31	41
健康 (36)	13	19	20	24	21	27	23	28
心身機能(48)	23	32	26	34	31	36	32	39
total:176	49	72	60	85	82	105	92	115

表4 得点イメージ

項目	入所時		6か月		1年		退所時	
	実行状況	能力	実行状況	能力	実行状況	能力	実行状況	能力
社会参加	0	0	0	2.5	15	17.5	15	18
家庭内生活	25	40.3	26.9	50	46.1	67.3	59.6	79
健康	36.1	52.7	55.5	66.6	58.3	75	63.8	78
心身機能	47.9	66.6	54.1	70.8	64.5	75	66.6	81
total:	27.8	40.9	34	48.2	46.5	59.6	52.2	67

表5 得点率イメージ

これは、点数化の過程で、各大項目に対する小項目の項目数が一定でないため、家庭内生活や身体機能面など項目数が多いところで点数が上がり、肝心の社会生活の得点がうまく反映できないことによる。そのため、大項目ごとに得点率を算出した。たとえば、社会生活の小項目は10項目40点満点だが、獲得スコアが20点であれば50%という具合に算出した。

### 3. 対象および方法

当施設機能訓練事業を利用修了者、男性16名 女性5名 計21名に対して入所時、6か月後、12か月後、退所時の4回については、スコアリングを同一検者が実施した。そのうち7例に対しては、複数名でのスコアリングを実施した。

利用者の平均利用月数は17ヶ月。平均年齢48.5歳。疾患内訳は 脳血管障害18名 頭部外傷1名 脊髄疾患2名であった。

### 4. 結果

図1は、21名の入所時と退所時の各大項目の実行状況と能力の平均値、同様に図2は退所時の状況を示したものである。

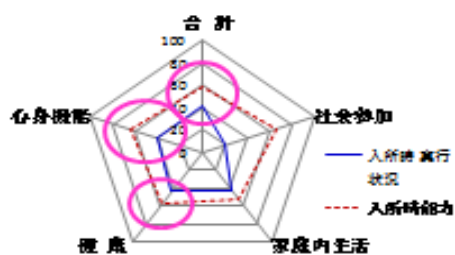


図1  
入所時の実行状況と能力の平均

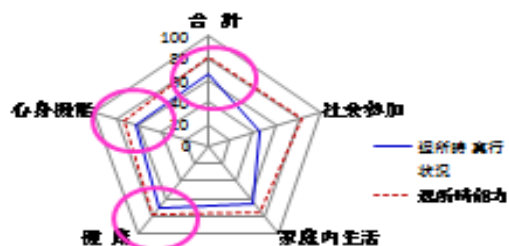


図2  
退所時の実行状況と能力の平均

図1と図2を比較すると、図2では心身機能、健康、家庭内生活の各項目において能力と実行状況の差が小さくなっている。このことは、利用者の生活を支援していくことで、様々な場面での実行状況が向上した結果であり、利用者の能力向上の変化を捉えたものだと考える。また、これらに比較して、社会生活の項目の向上は緩やかなものであった。昨年度も同様の報告を行ったが、標本数が増えてもこの傾向は変わらなかった。これは、社会参加に向けての我々の支援が脆弱であることが要因のひとつでもあるが、これらの項目のスコアリングにおいて判断しにくい現状も垣間見えた。

### 5. 考察

前述のとおり、一定の結果が求められた反面、様々な問題も表在化してきた。特に、複数名によるスコアリングを実施した結果、大項目において数%の誤差が生じた。これらの誤差はデータの示す結果に多大な影響を与えるものではないが、エビデンスの基礎データとして活用するためには重大なバイアスと捉えざるを得ない。現状では標本数も少ないため、エビデンスの基礎データとして成立させるためにはバイアスをできる限り軽減させることが必要となってくる。スコアリングにおける得点のずれは、ほとんどが社会参加の小項目における評価点2~3の部分で発生している(図3)。

一方、家庭内生活、健康、心身機能面については概ね一致したスコアリング結果を得ることができた。

これは、社会生活の各項目が身体機能面、意欲面、生活面など様々な要素が関係し、「参加」の観点から評価することにより、検者側が判断をつけにくいことや、項目によってはスコアリング方法がマッチしていないことなどが要因と考えられる。

### 社会参加のスコアリング

評価点	実行状況(している)	評価点	能力(できる)
4	活発な参加	4	活発な参加
3	部分的な参加	3	部分的な参加
2	部分的制約	2	部分的制約
1	全面的制約	1	全面的制約
0	参加していない	0	参加していない

複数名によるスコアリングを実施した結果  
大項目ごとで数%の誤差が生じた

エビデンスの基礎データとして  
活用するためには重大なバイアス

図3 スコアリングにおける課題

この事象については、スティーブン ホーキング博士を例に取り確認と検討を行った。ホーキング博士は全面的、部分的介助を受けていても、社会参加の視点で見れば高いレベルでの社会生活を送っている。



様々な面で全面的介助を受けながらも  
社会参加の視点で見れば高いレベルで  
社会生活を実現している

自動車運転 能力 0点 実行状況 0点  
機能的観点から見れば  
コミュニティ参加 能力 1点 実行状況 1点

部分的に制約を受けつつも活発に参加  
2点? or 4点?

図4 スティーブン ホーキング博士

ホーキング博士の自動車運転とコミュニティ参加の評価を行うと、自動車運転は能力、実行状況とも0点とわかりやすい結果である。しかし、コミュニティ参加は、機能的観点からみれば、全面的な援助を受けての参加となるため1点の評価となってしまう。様々な情報を見る限り、ホーキング博士は部分的に制約を受けつつも活発にコミュニティ参加を果たしている。これは、現状の評価方法では2点とも4点とも取れてしまう(図4)。このような、矛盾と不確かな結果が実際の評価でも散見され、バイアスの要因となってしまった。

この結果を受けて、社会生活の小項目の判断基準を見直すことにした。(図5)

### 社会生活

#### 外出

屋外での移動  
交通機関利用  
自動車運転

#### 個人的活動

趣味・娯楽  
社会サービス・公共機関利用  
コミュニティ参加

#### 社会活動参加

趣味・クラブサークル参加  
就労・復職

#### その他

自己実現意欲・チャレンジ精神

評価点	実行状況(している)	評価点	能力(できる)
4	活発な参加	4	活発な参加
3	部分的な参加	3	部分的な参加
2	部分的制約	2	部分的制約
1	全面的制約	1	全面的制約
0	参加していない	0	参加していない

身体機能面、意欲面、生活面など様々な  
要素が関係するため検査側の判断がつきにくい

社会生活の判断基準の見直し

図5 判断基準の見直し

判断基準の見直しにおいては、主観的にならず、また、機能的な面に偏らないように、小項目毎に具体的な判断基準を設けることを検討した。この作業において、やはりそのベースになるのは社会生活力になってくる。

奥野らによれば、社会生活力とは、様々な社会的な状況の中で自分のニーズを満たし、最も豊かな社会参加を実現する力である。具体的には以下のことを示す。

- ①自分の障害を正しく理解する
- ②リハビリテーションサービスによりできることを増やす
- ③リハビリテーションによっても残された障害については様々なサービスを権利として活用していく
- ④足りないサービスの整備拡充を要求する
- ⑤支援(ボランティアなど)を依頼する
- ⑥地域や職場の人と良い人間関係が作れる
- ⑦主体的・自立的に充実した生活ができる
- ⑧障害について市民の理解を得る<sup>(1)</sup>

この社会生活力の考え方を基に判断基準の検討を実施した。

先述したように、判断基準の見直しにおいては、主観的にならず機能的な面に偏らないようにするために、各小項目ごとに例示を示すことで検査者が判断を行いやすいようにした。また、能力、実況状況共通のものとした。

先ほど例に出した、自動車運転およびコミュニティ参加については、図6のように設定した。自動車

運転についてはより具体的な基準を設定し、コミュニティ参加においては、主体性と参加状況を反映させた。

このように、社会生活力に基づいた判断基準を明確にすることで、検者間の誤差の削減と機能面のみにとらわれない評価の確立を図った。誤差の確認についてはトレーニングレベルではあるが、複数名で評価試用した結果、かなり誤差の軽減につながった。

#### 自動車運転

- 4: 目的地まで距離、時間関係なく可能
- 3: 決まった距離、コースのみ運転1時間以内
- 2: 決まった距離、コースのみ運転30分以内
- 1: 免許更新のみ実施 (教習レベル)
- 0: できない

#### コミュニティ参加

- 4: 自分から交流の場をつくり、運営している
- 3: 自分から交流の場を探し、定期的に参加する
- 2: 交流の場を勧められ定期的に参加する
- 1: 勧められた交流の場に時々参加する
- 0: 参加しようとしていない

社会生活力に基づいた  
判断基準の明確化

検者間の誤差の削減  
機能面のみにとらわれない  
評価

(図6) 判断基準の明確化

過去、3年にわたり本ツールの検討を重ねてきた。我々が関わっている生活期における支援、リハビリテーションは、再獲得した機能、ADL能力をできる限り長い期間維持し、生活状況に応じた社会生活能力の再獲得を目的にしなければならない。(図7)



図7 急性期～生活期

利用者の生き方や人生の意味を、数字に置き換える困難さと、その方の人生に向き合う現場の実践そして、エビデンスを求める科学(研究?)の視点には、まだまだ著しい乖離がある現状を痛感している。

(図8)

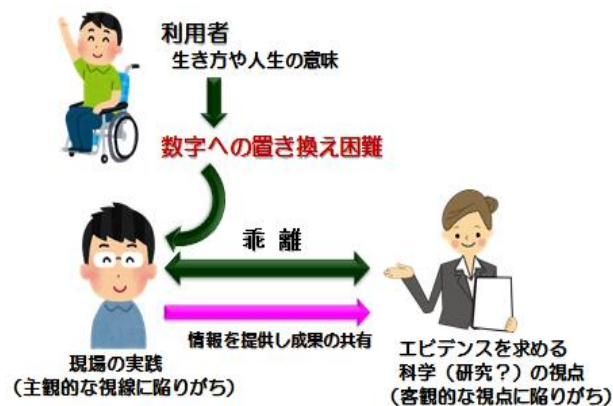


図8 現場と科学の関係

我々支援者は、客観的な視点を常に意識していくことが必要である。現場の事情や背景を様々な方面に、発信し相互に情報を提供し、成果を共有することで、支援現場における結果と根拠を導き出す礎になるのではないだろうか。当施設では、本評価ツールを使用し少しでも機能訓練事業におけるエビデンスの一端を担えるよう努力していきたい。機能訓練事業におけるエビデンスについては、様々な方法や考え方のもとで、全国的に他施設、各ブロックでも取り組んでおり、今後も情報交換や協力など行いながら、検討を継続していきたい。

#### 【出典先】

身体障害者リハビリテーション研究集会 2016

#### 【参考文献】

- 1) 奥野英子：自立を支援する社会生活力プログラム・マニュアル, 中央法規出版, 2006 澤村誠志：リハビリテーション連携論—ユニバーサル社会実現への理論と実践, 三輪書店, 2009
- 2) 大川弥生：「よくする介護」を实践するためのICFの理解と活用—目標指向的介護に立って, 中央法規出版, 2009
- 3) 秋山 薊二:エビデンスに基づく実践 (EBP)からエビデンス情報に基づく実践 (EIP) へー ソーシャルワーク (社会福祉実践) と教育実践に通底する視点から —, 国立教育政策研究所紀要 140 集, pp29-44, 2011

- 4) 日本理学療法士協会：病期・職種を問わず使用  
できるリハビリテーション評価指標作成事業  
調査報告書,2013