

[原著]

精神科 OT 評価用新尺度 ASPOT の妥当性検討

渥美恵美¹⁾ 大淵憲一²⁾

1) 東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科

2) 東北大学大学院文学研究科

要旨

2段階 OT 評価理論に基づいて OT 場面観察評価尺度 (O 尺度) と社会適応機能評価尺度 (S 尺度) から成る精神科 OT 評価システム (ASPOT) 試案を作成した。13 施設の OTR に患者の評定を依頼し 184 名分の資料を得、新尺度の基準関連妥当性と併存的妥当性を検討した。年齢、治療形態、入院期間、症状の重篤度を基準に対象者を分類し ASPOT 得点を比較したところ、ほぼ仮説と合致する結果が得られた。また、O 尺度と COTE、S 尺度と精神障害者ケアアセスメントには全般的に有意な相関が見られ、測定内容が類似している下位尺度間には特に高い相関が見られた。これらの結果は新尺度の妥当性を支持するものとみなすことができる。

【キーワード】 評価尺度, ASPOT, 妥当性

I. はじめに

精神科作業療法 (OT) においては、主に3つの領域で対象者に関する評価が試みられる。第1の領域は、対象者の自己像、生活の質に関する自己評価、また、彼らが OT に対して持つ期待や要求など対象者の主観的側面の評価である。第2の領域は、対象者を取り巻く人的・物的環境の質や特徴に関する客観的評価である。第3の領域は、対象者の持つ基本的な適応機能や技能の客観的評価である。本研究ではこの第3の領域に焦点を当て、精神科 OT において使用可能な対象者の適応機能評価のための尺度開発とその妥当性の検討を試みる。

適応機能とは精神的機能、身体的機能、対人関係技能など、対象者が社会生活をおくるために必要な種々の機能や技能である。精神障害者のリハビリテーションに関わるのは作業療法士 (OTR) だけではなく、他の多くの専門家も関与し、それぞれの立場から適応機能の評価を行い、障害者の社会適応を支援するプログラムの

策定と遂行に利用している。精神科 OTR は、OT 場面において対象者が実際に示す作業や活動を観察する機会を豊富に持っていることから、そうした観察を通して精度の高い機能評価を行うことが期待されている。

OT 場面は社会生活そのものではないが、そこで対象者の示す行動には社会生活に必要な様々の技能や能力が反映されているので、体系的にそれらを観察することによって OTR は対象者の基本的適応能力についてかなり正確な評価を行うことができると思われる。しかし、わが国においては精神科 OT のための理論と実証の両面で十分に根拠を持つ評価法が確立されているとはいえない。我々が行った調査では、現在の OT 評価法に対する OTR の満足度は全般に低いことが見いだされている¹⁾。そこで我々は、OT 評価の理論に依拠しながら、精神科における対象者の適応性に関連した機能領域を広範囲にカバーし、心理測定的基準を最低限満たすような新しい精神科 OT 評価尺度の開発を試

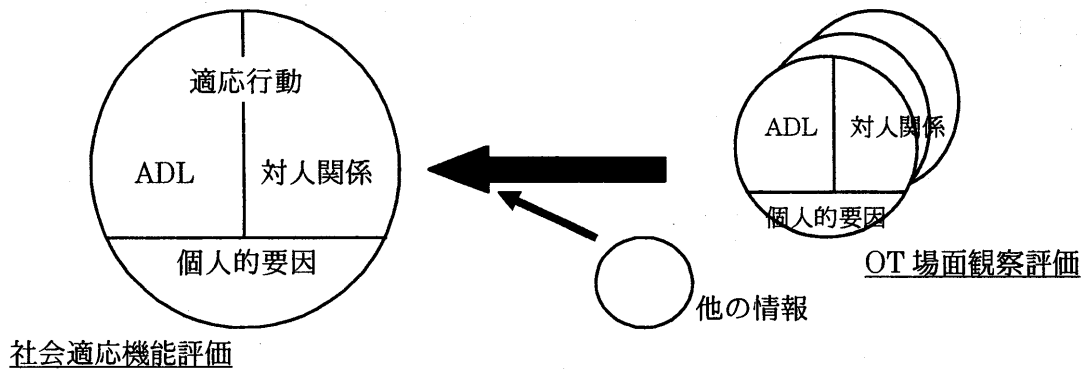


図1：2段階OT評価理論

みてきた。本稿ではその新尺度に関する基準関連妥当性と併存的妥当性の検討結果を報告する。OT評価の方法として、次のような理由で我々はOT場面での行動観察を採用した²⁾。①OTRが日常の治療活動の中で容易に反復評価できる(簡便性, 反復性), ②OT場面観察というOTRが独自に入手可能な資料を利用できる(独自性), ③異なるOT活動種目の観察を通して, 対象者の機能を多面的, 包括的に評価できる(多面性, 包括性)。OT場面での行動観察からOTRが対象者の適応機能を評価する仕組みについて, 我々は既存のOT評価尺度や文献調査の検討を通して図1の様な2段階OT評価理論を提案した³⁾⁴⁾。この理論は, 社会適応機能をADL, 対人関係, それらを支える個人的要因の3領域とし, OT評価が, OT場面における対象者の適応機能を評価する「OT場面観察評価」と実社会での適応機能を評価する「社会適応機能評価」の2段階から成るとするものである。我々はこの理論に基づいてOT場面観察評価尺度(O尺度)と社会適応機能評価尺度(S尺度)の2種類の試案を作成し, これを精神科OT評価システム(ASPOT: the Assessment System for Psychiatric OT)と名づけた⁵⁾⁶⁾。評価項目の作成にあたって, 我々は精神科施設で利用されている133個の評価尺度を分析し, 大・中・小・細項目の4水準で項目分類を行った⁵⁾。このうち小項目水準での適応機能を包括的に反映する項目を広範囲に選び, これを第1次試案とした

が(ADL173個, 対人関係177個, 個人的要因141個), さらに項目削減を試み, 最終的に142項目の第2次試案を作った。項目数削減の方法は, (1)各領域の最も重要な適応機能を表す項目を選抜する, (2)複数の項目を結合してひとつの項目とする, というやり方である。

表1に示すように, O尺度, S尺度のADL領域には基礎的水準と発展的水準の2下位領域を設け, 対人関係領域には基礎的, 発展的及び問題行動(基礎的水準に属する)の3下位領域を設けた。個人的要因はO尺度では精神的機能と身体的機能, それに精神的機能障害の3下位領域を設け, S尺度では精神的機能とその機能障害, 身体的機能とその機能障害という4下位領域を設けた。

基準関連妥当性とは, 新尺度を用いて理論的に予測される結果が得られるかどうかを検討するものであるが, 我々はその基準として年齢, 治療形態, 合計入院期間, 症状の重篤度に注目した。仮説は次の通りである。一般に, 精神障害に関しては症状が重度の場合ほど種々の能力障害が生ずるとみなされている⁷⁾。これは適応機能についても同様で, 症状が重度の場合, 認知機能が制限され, 情動制御が困難となり, 社会適応機能が妨害されると仮定される。そこで我々は, 症状の重篤な対象者ほどASPOTのADL, 対人関係, 個人的要因のいずれにおいても低得点で, 反対に問題行動は高得点であろうと予想した(仮説1)。症状が軽い対象者は通院

によって治療を行い、重い対象者は入院治療を受けていると考えられるので、治療形態は症状の重篤度を反映しているとみなされる。そこで我々は、入院中の対象者は通院している対象者に比べて ADL, 対人関係, 個人的要因のいずれも低得点で、問題行動は高得点であろうと予測した (仮説 2)。長期の入院は社会との接触を制限し、対象者の社会経験を乏しくさせる傾向がある。働かなくとも衣食住を保障されるという生活環境によって意欲低下や依存傾向といったホスピタリズムが生じることもある⁸⁾。このような理由で長期の入院は対象者の社会適応能力の低下を招くと考えられ、我々は入院期間が長い対象者ほど、ADL, 対人関係, 個人的要因のいずれも低得点で、問題行動は高得点であろうと予測した (仮説 3)。加齢に伴い身体機能の低下だけでなく記憶や学習能力といった心理機能の低下も起こるが、これらもまた外部環境に対する適応力の低下を招くと仮定することができる。そこで、高齢者ほど ADL, 対人関係, 個人的要因はいずれも低得点で、問題行動は高得点であろうと予測した (仮説 4)。

併存的妥当性とは新規尺度と類似の機能を測定する既存尺度との対応を調べることである。既存の OT 評価尺度の中には ASPOT で測定しようとしている 3 領域全てを含むものが見当たらないので、次のような理由から、本研究では ASPOT・O 尺度に対応する評価法として COTE (Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale)⁹⁾¹⁰⁾を用い、S 尺度に対応する評価法として日本作業療法士協会版精神障害者ケアアセスメント¹¹⁾ (以下、ケアアセスと略記)を類似尺度として用いた。COTE について我々は改訂版⁹⁾を翻訳して用いたが、その際、富岡らが翻訳した初版の尺度¹⁰⁾を参考にした。COTE は 26 個の尺度から成るが、このうち一般的行動尺度は O 尺度の ADL や対人関係の基礎的水準、それに個人的要因・精神的機能に対応する項目を含んでいる。COTE の対人関係尺

度は O 尺度の基礎的対人関係と個人的要因・精神的機能に関する項目を含んでいる。課題行動尺度は O 尺度の個人的要因の精神的及び身体的機能に関する項目に対応する。一方、ケアアセスは対象者と面接をしてケアの必要度を評価するものである。この尺度は OT 場面ではなく、社会生活における対象者の適応性を評価することを目指しているので、ASPOT の S 尺度に対応するものとみなすことができる。ケアアセスは 25 個の尺度から成るが、このうち身の回り、生活管理、健康状態、家事、社会資源利用などの尺度は S 尺度の基礎的 ADL にほぼ対応する。ケアアセスの人付き合い尺度は S 尺度の基礎的・発展的対人関係、社会参加制限尺度は S 尺度の基礎的 ADL, 基礎的・発展的対人関係, 個人的要因の問題行動に関する項目を含んでいる。ケアアセスには S 尺度の発展的 ADL や個人的要因に対応する項目が欠けているが、全体的に両者はよく対応している。併存的妥当性の仮説は次の通りである。ASPOT・O 尺度の下位尺度は COTE 尺度のうち ADL, 対人関係, 個人的要因など共通する機能を測る尺度との間に有意な相関が見られるであろう (仮説 5)。ASPOT・S 尺度の下位尺度はケアアセスのうち ADL, 対人関係, 個人的要因など共通する機能を測る尺度との間に有意な相関が見られるであろう (仮説 6)。

II. 方法

調査対象施設: 我々は平成 13 年 2 月～3 月、精神科医療施設を対象に「精神障害領域における OT 評価に関するアンケート調査」を実施し、383 施設から回答を得た。同年 12 月、これらのうち施設名が記入されていた 291 施設に調査報告書を送付した際、尺度試案の妥当性、信頼性の検討への協力依頼を行った。46 施設より協力可との回答を得たので、平成 14 年 2 月、このうち 17 施設に妥当性検討のため、実施マニュアル、2 段階 OT 評価システムの解説、対象

表 1：ASPOT の O 尺度項目と S 尺度項目 (項目数が多いため一部を記載)

O 尺度	S 尺度
<p style="text-align: center;">ADL 領域</p> <p>1) 基礎的水準</p> <p>1 年齢や性にふさわしい装いをしている。</p> <p>2 OT で使った用具や材料を元の場所に後かたづけたり、掃除ができる。</p> <p>3 適切に調理をし、衛生や火の管理もできる。</p> <p>4 電話や公共施設を適切に利用することができる。</p> <p>2) 発展的水準</p> <p>1 ある目的のために、1 人または複数で外出することができる。</p> <p>2 楽しめる趣味・活動を持っている。</p> <p>3 OT の中で、退院後の生活の準備ができる。</p>	<p style="text-align: center;">ADL 領域</p> <p>1) 基礎的水準</p> <p>1 年齢・性にふさわしい装いをすることができる。</p> <p>2 家事全般を上手にこなすことができる。</p> <p>3 用具を適切に用いて調理ができる。</p> <p>4 銀行や郵便局でお金の出し入れができる。</p> <p>2) 発展的水準</p> <p>1 ある目的のために、0 人または複数で外出することができる。</p> <p>2 楽しめる趣味を持つことができる。</p> <p>3 過度に依存をすることなく、また、疎遠にならず家族と適切な関係を保つことができる。</p>
<p style="text-align: center;">対人関係領域</p> <p>1) 基礎的水準</p> <p>1 挨拶したり、話しかけられたら応答できる。</p> <p>2 嫌なことは断ったり、人に迷惑をかけたときは謝ることができる。</p> <p>3 指示に従って動いたり、他の人と同じ行動がとれる。</p> <p>4 人の気持ちが理解でき、配慮したり思いやることができる。</p> <p>2) 基礎的水準・問題行動</p> <p>1 話が大きすぎたり、うそや言い訳、内容が不適切などの問題がある。</p> <p>2 声が低く、抑揚がなかったり、逆に、語調が荒かったりする。</p> <p>3 人に対して過度に緊張し、関わるできない。</p> <p>4 人に対してなれなれしかったり、個人的なことでも人に話してしまう。</p> <p>3) 発展的水準</p> <p>1 人を信頼し、心を開いて人と接することができる。</p> <p>2 友だちを作ったり、ひとりの人と長く付き合える。</p> <p>3 集団活動に参加できる。</p> <p>4 集団内で与えられた自分の役割や責任を果たすことができる。</p>	<p style="text-align: center;">対人関係領域</p> <p>1) 基礎的水準</p> <p>1 挨拶したり、話しかけられたら応答できる。</p> <p>2 嫌なことは断ったり、人に迷惑をかけたときは謝ることができる。</p> <p>3 他の人と一緒に行動できる。</p> <p>4 人の気持ちを察したり、人を思いやることができる。</p> <p>2) 基礎的水準・問題行動</p> <p>1 大き過ぎる話や、つじつまの合わないうそを言う。</p> <p>2 言葉に抑揚がなかったり、反対に、激しい口調で話す。</p> <p>3 人付き合いを嫌い、ひきこもる。</p> <p>4 自己主張が強く、人と口論になる。</p> <p>3) 発展的水準</p> <p>1 人を信頼し、心を開いて接することができる。</p> <p>2 友だちを作ったり、ひとりの人と長く付き合うことができる。</p> <p>3 集団活動に参加できる。</p> <p>4 集団の中で、与えられた自分の役割をつとめることができる。</p>
<p style="text-align: center;">個人的要因</p> <p>1) 精神的機能</p> <p>1 OT 活動に必要な基本的知識があり、話を聞いて理解したり、教本を読んで内容を理解できる。</p> <p>2 細部に注意を払い、集中して作業に取り組むことができる。</p> <p>3 手順や結果を考えて作業したり、問題が起こっても工夫して解決することができる。</p> <p>4 感情や気分が安定し、肯定的な気持ちで OT に参加することができる。</p> <p>2) 精神的機能・機能障害</p> <p>1 活動時、陽性症状の影響で OT が実施できなくなる。</p> <p>2 活動時、陰性症状の影響で OT が実施できなくなる。</p> <p>3) 身体的機能</p> <p>1 活動を実施していくだけの筋力、持久力、身体バランス、動作の敏捷さがある。</p> <p>2 手先が器用であり、微細な動作や作業も上手にこなすことができる。</p>	<p style="text-align: center;">個人的要因</p> <p>1) 精神的機能</p> <p>1 社会生活を送る上で必要な基本的知識があり、人の話を聞いて理解したり、TV や新聞を見て内容を理解できる。</p> <p>2 細かな点によく気がつき、集中して物事に取り組むことができる。</p> <p>3 計画を立てたり、結果を予測しながら、物事に対処することができる。</p> <p>4 気分が明るく、安定していられる。</p> <p>2) 精神的機能・機能障害</p> <p>1 頻繁に陽性症状があらわれる。</p> <p>2 頻繁に陰性症状があらわれる。</p> <p>3 症状によって生活に支障が生じる。</p> <p>3) 身体的機能</p> <p>1 姿勢が柔軟で、適切である。</p> <p>2 身体の各部の動きが柔軟で乱れない。</p> <p>4) 身体的機能・機能障害</p> <p>1 過度な呼吸や発汗などが見られる。</p>

者に関する基礎情報、O 尺度、S 尺度、COTE、ケアアセスの調査資料を送付した。

ASPOT：ASPOT は前述の様に、2 段階 OT 評価理論に基づき、複数回の O 尺度の結果を統合して対象者の社会適応を推測評価するものであるが、情報統合の仕組みについてはまだ明細化されていないため、今回は O 尺度の評定では、対象者が参加した OT の 1 活動種目に焦点を当て、そこでの対象者の行動と作品について評価をするよう OTR に依頼した。S 尺度では対象者が実社会の中で自律的に生活できるかどうか、そのために必要な能力や技能を十分にもっているかどうかを、OT 以外の情報を加味して推測評価するよう依頼した。ASPOT の O 尺度は、表 1 に示すように ADL22 項目、対人関係 24 項目、個人的要因 18 項目、S 尺度は ADL30 項目、対人関係 27 項目、個人的要因 21 項目からなる。OTR には、対象者が「ある行為を十分に遂行できるかどうか」「ある行為を行うに必要な能力を十分に持っているかどうか」などの観点から各項目を 5 段階で評定（1～5）させた。この際、評価できない項目は「評定不能」欄にチェックさせ、尺度得点を算出する際には除外した。

基準情報：対象者の疾患名に加えて、基準関連妥当性の情報として年齢、治療形態、合計入院期間、症状の重篤度を調べた。これらの情報は「対象者に関する基礎情報」という用紙に記載するよう OTR に依頼し、これに基づいて対象者を以下のように分類した。1)年齢に関して対象者を①39 歳まで、②40 歳代、③50 歳代、④60 歳以上の 4 群に分けた。2)治療形態については、①入院治療、②外来通院かで対象者を分類した。3)現在までの合計入院期間を月数で記入してもらい、対象者を①1 年以内、②3 年以内、③6 年以内、④9 年以内、⑤9 年以上の 5 群に分けた。4)症状の重篤度では、医師の判断に基づいて対象者を①重度、②中程度、③軽度の 3 群に分けた。なお、対象者の疾患の内訳は

統合失調症 (138)、感情障害 (5)、アルコール・薬物関連精神病 (11)、てんかん (11)、精神発達遅滞 (6)、非定型精神病 (3)、その他 (10)であった。

類似尺度：順序効果を打ち消すために、「O 尺度→COTE→S 尺度→ケアアセス」の手続きは OTR15 名（経験年数約 8.4 年）に対象者 122 名分を依頼、「COTE→O 尺度→ケアアセス→S 尺度」の手続きは OTR14 名（経験年数約 6.9 年）に対象者 108 名分を依頼した。COTE に関しては、26 項目を「問題がない状態 (0 点)」から「問題がある状態 (4 点)」の 5 段階で評定してもらった。高得点は低機能を表す。ケアアセスは 25 項目を「大筋で問題がない (5 点)」から「全体に援助が必要 (1 点)」の 5 段階評定のほかに、情報が不明の場合は「0」、評価が不必要の場合を「N」と評定する。しかし、本研究では 5 段階評価の他に「評定できない」の選択肢を設けて、評価できない場合や該当しない場合はこれを選択させた。ケアアセスでは高得点が高機能を表す。

III. 結果

基準関連妥当性の分析：13 施設から対象者 184 名分の資料が得られた（実施法別にそれぞれ 96 名、88 名）ので、まず、ASPOT の下位尺度の内的整合性を検討した。 α 係数が比較的低いものもあったが（O 尺度の発展的 ADL.65、対人関係と個人的要因の問題行動.68、.78、S 尺度のふたつの個人的要因問題行動.76、.75）、他の下位尺度はすべて .8 以上の高い値だった（.86～.97）。比較的低いものもほぼ .7 の水準なので一定の内的整合性は認められると判断し、下位尺度ごとに項目平均値を求めて下位尺度得点とした。

年齢、治療形態、合計入院期間、症状の重篤度の 4 基準毎に対象者を群分けし、人数及び ASPOT の下位尺度平均得点を示したものが表 2 である。分析としては、4 基準をそれぞれ独

表2 O尺度とS尺度における下位尺度の基準別平均値

尺度	基準		人数	ADL		対人関係			個人的要因		
				基礎的	発展的	基礎的	発展的	問題行動	精神的機能	身体的機能	問題行動
O尺度	年齢	39歳以下	52	3.81	3.03	3.27	3.05	2.16	3.30	3.69	1.96
		40代	38	3.58	2.65	3.37	3.02	2.22	3.14	3.45	2.27
		50代	67	3.45	2.75	3.35	3.02	2.18	3.03	3.06	2.06
		60歳以上	26	3.68	2.81	3.38	3.17	2.13	3.16	3.18	2.10
	治療形態	入院治療	157	3.46	2.67	3.23	2.92	2.21	3.03	3.25	2.10
		外来治療	27	4.51	3.72	3.97	3.81	1.99	3.85	3.87	1.96
	合計入院期間	1年以内	25	4.36	3.62	3.89	3.54	1.91	3.72	3.93	1.48
		1~3年	23	3.79	2.83	3.38	3.18	2.22	3.32	3.44	2.14
		3~6年	22	3.51	2.41	3.04	2.80	2.08	2.90	3.08	2.25
		6~9年	18	3.82	2.99	3.51	3.24	1.97	3.39	3.47	1.92
		9年以上	80	3.26	2.57	3.16	2.86	2.35	2.90	3.04	2.29
	症状の重篤度	重度	38	2.63	2.07	2.49	2.12	2.61	2.29	2.51	2.89
		中等度	102	3.70	2.77	3.43	3.12	2.18	3.17	3.38	2.02
		軽度	43	4.25	3.53	3.86	3.70	1.79	3.84	3.98	1.56
全体	平均値		3.61	2.82	3.35	3.05	2.18	3.15	3.34	2.08	
	SD	184	1.04	1.08	0.90	0.97	0.66	0.96	1.11	1.02	
S尺度	年齢	39歳以下	52	3.50	2.90	3.24	3.05	2.19	3.06	3.54	2.86
		40代	38	3.33	2.51	3.15	2.87	2.29	2.87	3.34	2.89
		50代	67	3.25	2.61	3.32	2.97	2.24	2.84	3.35	2.79
		60歳以上	26	3.46	2.76	3.27	3.05	2.19	2.89	3.13	2.67
	治療形態	入院治療	157	3.23	2.55	3.16	2.86	2.27	2.79	3.29	2.86
		外来治療	27	4.20	3.51	3.82	3.69	1.96	3.64	3.88	2.54
	合計入院期間	1年以内	25	3.86	3.28	3.69	3.47	2.02	3.50	3.95	2.72
		1~3年	23	3.70	2.90	3.27	3.06	2.21	3.05	3.45	2.71
		3~6年	22	3.28	2.41	2.99	2.70	2.20	2.72	3.36	2.81
		6~9年	18	3.56	2.90	3.44	3.15	2.17	3.21	3.50	2.74
		9年以上	80	3.08	2.46	3.09	2.82	2.38	2.64	3.00	2.95
	症状の重篤度	重度	38	2.36	1.85	2.35	2.10	2.66	2.01	2.45	3.82
		中等度	102	3.41	2.69	3.37	3.05	2.23	2.93	3.45	2.77
		軽度	43	4.16	3.44	3.76	3.60	1.84	3.68	4.03	2.02
全体	平均値		3.37	2.69	3.25	2.98	2.23	2.92	3.38	2.81	
	SD	184	1.01	0.93	0.89	0.93	0.66	0.96	1.10	1.08	

注) 欠損値のある項目があるので、下位尺度によって人数は多少変動する。

立変数として下位尺度ごとに一要因分散分析を行った。症状の重篤度ではO尺度, S尺度の全ての下位尺度に有意差が見られた ($F(2, 172 \sim 180) = 17.84 \sim 50.16, p < .01$)。問題行動を除くすべての下位尺度において軽度の対象者の得点が最も高く、次いで中度の対象者で、重度の対象者は最も得点が低かった ($p < .01$)。問題行動については逆に、軽度, 中度, 重度の順に得点が高かった ($p < .01$)。治療形態ではO尺度の対人関係と個人的要因において、問題行動を除いてすべての下位尺度に有意差が見られた ($F(1, 174 \sim 182) = 7.16 \sim 27.20, p < .01$)。こ

れらの下位尺度すべてにおいて通院している対象者よりも入院している対象者の方が低得点だった ($p < .01$)。S尺度では、個人的要因の問題行動を除き全ての下位尺度に有意差が見られた ($F(1, 182) = 5.25 \sim 28.07, p < .05$)。対人関係の問題行動は通院対象者よりも入院対象者の得点が高く、その他においてはすべて通院対象者よりも入院対象者の方が低得点だった ($p < .05$)。合計入院期間ではO尺度の全下位尺度に有意差が見られた ($F(4, 157 \sim 163) = 3.05 \sim 6.44, p < .05$)。基礎的ADL, 個人的要因の身体機能では1年以内の入院対象者の得点が最も高く、6

表 3 : O 尺度, S 尺度の下位尺度と COTE, 精神障害者ケアアセスメントの各尺度との相関

尺度	COTE			精神障害者精神障害者ケアアセスメント								
	一般的行動	対人関係	課題行動	身の回り	生活管理	健康状態	家事	社会資源利用	人付き合い	社会参加制限		
O 尺度	ADL	基礎的	-.807	-.679	-.692	.739	.648	.581	.720	.629	.527	.631
		発展的	-.646	-.581	-.639	.514	.596	.514	.589	.507	.521	.578
	対人関係	基礎的	-.787	-.755	-.671	.625	.535	.524	.596	.517	.683	.638
		発展的	-.782	-.697	-.681	.644	.620	.596	.658	.593	.637	.708
		問題行動	.652	.552	.556	-.504	-.472	-.480	-.511	-.440	-.388	-.604
	個人的要因	精神的機能	-.853	-.747	-.838	.686	.650	.597	.696	.602	.556	.709
		身体的機能	-.672	-.585	-.749	.577	.529	.506	.625	.469	.426	.517
問題行動		.655	.505	.547	-.535	-.395	-.406	-.453	-.312	-.460	-.491	
S 尺度	ADL	基礎的	-.837	-.690	-.710	.840	.780	.679	.813	.724	.567	.742
		発展的	-.761	-.713	-.685	.669	.714	.613	.707	.629	.627	.690
	対人関係	基礎的	-.745	-.752	-.647	.641	.599	.601	.613	.611	.779	.664
		発展的	-.794	-.740	-.702	.684	.679	.667	.690	.667	.720	.755
		問題行動	.581	.520	.504	-.569	-.548	-.565	-.563	-.513	-.438	-.644
	個人的要因	精神的機能	-.817	-.746	-.789	.702	.726	.651	.729	.653	.621	.718
		身体的機能	-.660	-.666	-.649	.622	.584	.542	.648	.550	.576	.559
問題行動		.543	.429	.448	-.563	-.525	-.479	-.565	-.413	-.429	-.592	

～9 年, 1～3 年, 3～6 年, 9 年以上の順に低くなった ($p < .05$). 発展的 ADL, 基礎的および発展的対人関係, 個人的要因の精神的機能では 1 年以内の入院対象者が高く, 6～9 年, 1～3 年, 9 年以上, 3～6 年と低くなった ($p < .05$). 対人関係の問題行動は 9 年以上の入院対象者が高得点で, 1～3 年, 3～6 年, 6～9 年, 1 年以内と順に低くなった ($p < .05$). S 尺度では, 対人関係と個人的要因の問題行動を除き, 全下位尺度に有意差が見られた ($F(4, 163) = 2.86 \sim 5.05, p < .05$). 基礎的 ADL では 1 年以内が高得点で, 1～3 年, 6～9 年, 3～6 年, 9 年以上と低くなり, 発展的 ADL では 1 年以内, 1～3 年, 6～9 年, 9 年以上, 3～6 年の順に低くなった ($p < .05$). 基礎的・発展的対人関係では, 1 年以内が最も高く, 6～9 年, 1～3 年, 9 年以上, 3～6 年の順に低くなった ($p < .05$). 個人的要因の精神的機能と身体的機能では, 1 年以内が最も高く, 6～9 年, 1～3 年, 3～6 年, 9 年以上の順に低かった ($p < .05$). 年齢では, O 尺度の個人的要因・身体機能に関してのみ有意差が見られた ($F(3, 178) = 3.58, p < .05$). 39 歳以

下の対象者は 50 代, 60 代よりも, また, 40 代は 50 代よりも高かった ($p < .05$). S 尺度に関してはまったく年齢差が見られなかった.

併存的妥当性の分析: 表 3 は ASPOT と COTE, ケアアセスの各尺度の相関である. COTE の全尺度は O 尺度の全下位尺度と有意な相関を示した ($p < .01$). また, 測定内容が対応しているとみなされた尺度間, つまり, COTE の一般的行動と O 尺度の基礎的 ADL, 基礎的対人関係, 個人的要因・精神的機能の間 ($r = -.787 \sim -.853$), COTE の対人関係と O 尺度の基礎的対人関係, 個人的要因・精神的機能との間 ($r = -.755, -.747$), COTE の課題行動と O 尺度の個人的要因・精神的機能と身体的機能の間 ($r = -.749, -.838$) は予想通り顕著に高い相関が見られた. ケアアセスの全尺度は S 尺度の全下位尺度と有意な相関を示した ($p < .01$). やはり対応しているとみなされる尺度間の相関が特に高かった. 即ち, ケアアセスの身の回り, 生活管理, 健康状態, 家事, 社会資源利用と S 尺度の基礎的 ADL の相関 ($r = .679 \sim .840$), ケアアセスの人付き合いと S 尺度の基礎的及び発展的対人関係の相関

($r=.779, .720$)、それにケアアセスの社会参加制限と基礎的 ADL、発展的対人関係、個人的要因・精神的機能との相関 ($r=.718\sim.755$) などが特に高かった。

IV. 考察

基準関連妥当性の分析結果を見ると、症状の重篤さ、入院期間による社会的経験の剥奪、それに高齢であることなどが社会適応を規定する種々の機能を低下させることを示唆している。これらの基準に関して、ほぼ我々の予測と合致する結果が得られたので、本研究結果は ASPOT の基準関連妥当性を示すものとみなすことができる。しかし、入院期間については予想外の結果も見られた。入院が長期になればなるほど仮説どおり機能低下を示す傾向が見られたが、入院期間 6~9 年の対象群では 1 年以内の入院群に次いで成績が良く、機能的であるという結果となった。これは入院が長期になるにつれて対象者の症状が落ち着き、経験や学習を通して、入院生活に対する適応性が高まることを意味しているのかもしれない。しかし、この対象群にたまたま機能的な者が多かったというサンプルの偏りや、疾患による入院と社会的入院と言われるような対象者では適応機能への影響が異なる可能性も考えられるので、この点については他の資料とも付き合わせてさらに検討する必要がある。

併存的妥当性の検討では、我々は評定内容の共通性から COTE を O 尺度の類似尺度、ケアアセスを S 尺度の類似尺度と見なした。予想されたように、O 尺度、S 尺度いずれに対しても対応しているとみなされた尺度間に特に高い相関が見られた。しかも、それは ASPOT が測定しようとしている 3 領域 (ADL、対人関係、個人的要因) のすべてに及んでみられた。従って、本研究で用いた既存尺度との関連から見る限り、ASPOT には十分に高い併存的妥当性が認められると思われる。しかし、COTE は O 尺度の下

位尺度だけでなく S 尺度の下位尺度とも有意に相関し、また、ケアアセスも S 尺度の下位尺度だけでなく O 尺度の下位尺度と有意な相関を示した。このことは、ASPOT の下位尺度間に弁別性が低いことを示唆している。実際、ASPOT の下位尺度間には相関があった

($r=.446\sim.928$)。これについては 2 つの解釈が可能である。第 1 に、精神科対象者の適応諸機能は密接に関連し合っており、ある機能が高い対象者は実際に別の機能も高いのかもしれない。第 2 の可能性は評価者の非弁別性である。適応機能自体は分化しているが、評価する OTR の側がそれらの違いを明瞭に区別できず、適応が良い対象者についてはすべての機能を高く評価するといった傾向があったのかもしれない。適応機能の分化と評価尺度の弁別性については、今後、更に検討が必要である。

V. まとめ

本研究では、2 段階 OT 評価理論を基に作成した ASPOT の O 尺度と S 尺度の基準関連、および併存的妥当性を検討した。前者については、年齢、治療形態、合計入院期間、症状の重篤度に関してほぼ予測と合致する結果が得られた。また、O 尺度と COTE、S 尺度とケアアセスの尺度間には全般的に有意な相関が見られ、測定内容が類似している下位尺度間には特に高い相関が見られた。これらの研究結果は新尺度の妥当性を支持するものとみなすことができよう。

謝辞：稿を終えるにあたり、本研究にご協力下さいました多くの施設と OTR の方々に深く感謝申し上げます。また、本研究は平成 15 年度日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤研究(C) (2))、研究代表者：渥美恵美、課題番号：15500378) を受けて行われたものであり、付して感謝申し上げます。

VI. 引用文献

- 1) 渥美恵美, 大淵憲一: 精神科作業療法の評価法に関する実態調査. OT ジャーナル 37: 160 - 166, 2003.
- 2) Atsumi, E. & Ohbuchi, K.: Theoretical considerations on assessment for psychiatric occupational therapy: Factors of social adaptation and assessment of them. Tohoku Psychologica Folia 60: 20-28, 2001.
- 3) 渥美恵美, 大淵憲一: 精神科作業療法における評価構造の分析. 作業療法 21 (第 36 回日本作業療法学会学会誌): 211, 2002.
- 4) 渥美恵美, 大淵憲一: 精神科作業療法における評価の構造に関する検討. 作業療法 22: 41-52, 2003.
- 5) 渥美恵美, 大淵憲一: 精神科 OT 評価のための新尺度開発 ASPOT 尺度試案の併存的妥当性の検討. 応用心理学会第 69 大会発表論文集: 88, 2002.
- 6) 渥美恵美, 大淵憲一: 精神科 OT 評価システム (ASPOT) 尺度試案の開発と基準関連妥当性の検討. 第 13 回東北作業療法学会学会誌: 84, 2002.
- 7) 精神保健福祉研究会 監修: 改訂精神保健福祉法詳解. 中央法規, 365-391, 2000.
- 8) 大熊照雄: 現代臨床精神医学. 改定第 8 版. 金原出版株式会社, 403, 2000.
- 9) Kunz KR, Brayman SJ, : The comprehensive occupational therapy evaluation. Barbara J. Hemphill-Pearson, Assessments in occupational therapy mental health: An integrative approach, Slack, Thorofare, NJ, 1999, 259-274, 355-360.
- 10) Brayman SJ, Kirby TF, (田端幸枝, 富岡詔子・訳): 包括的作業療法評価. Hemphill, BJ・編著 (富岡詔子・監訳), 精神系作業療法の評価過程, 実施技法と開発原理. 協同医書出版社, 東京, 226-242, 407-414. 1996,
- 11) (社) 日本作業療法士協会: 日本作業療法士協会版 (第 1 版) 精神障害ケアアセスメント, 痴呆アセスメント. 作業療法 20: 503-512, 2001.

A study on validity of a new assessment scale for psychiatric OT (ASPOT)

Emi Atsumi¹⁾, Ken-ichi Ohbuchi²⁾

1) Tohoku Bunka Gakuen University

2) Graduate School of Arts and Letters, Tohoku University

Abstract

We developed a new assessment scale for psychiatric OT (ASPOT) based on the two-phase theory of OT assessment. It consists of the OT Observation Scale (O Scale) and the Social Adaptive Function Scale (S Scale). We attempted to examine its criteria-related and concurrent validity by asking OTRs to rate 184 patients in 13 psychiatric hospitals using ASPOT. Grouping the patients according to age, inpatient/outpatient, length of stay in hospitals, and severity of symptoms, we found the differences in the scores of ASPOT between the groups that were generally consistent with our hypotheses. Further, we found significant correlations between O scale and COTE and between S scale and the Care Assessment for Psychiatric Patients. The correlations were particularly high between the sub-scales measuring the same functions. These results supported the validity of the new scale.

【Key words】