

予防訪問アセスメント表の開発

ヤマダ 山田ゆかり* イケガミ ナオキ 池上直己*

目的 在宅高齢者のアセスメントとケアプランの手法である Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC) の予防版を開発すること。

方法 ADL に障害はないが IADL に障害のある278人の在宅高齢者に対して、保健師が3か月に一度自宅を訪問し、オリジナルの MDS-HC を用いてアセスメントを実施した。3回目の訪問におけるアセスメント表および訪問記録表 (n=217) と、訪問3回目から5回目まで追跡可能であったアセスメント表 (n=163) を分析の対象とした。オリジナルのアセスメント項目 (247項目) から、アセスメント表の分析により問題状況の発生頻度およびその変化を示した者がいずれも10%以上あったアセスメント項目、および訪問記録表の分析により保健師が判断したニーズを選定するのに必要なアセスメント項目をそれぞれ選択し、予防版 MDS-HC アセスメント表を作成した。同アセスメント表の妥当性について、保健師が判断したニーズに対する感度と特異度を検証した。

結果 オリジナルのアセスメント項目のうち、問題状況の発生および変化のみられた対象者の割合がともに10%以上であったのは53項目、およびこれらの項目に含まれなかったが保健師の判断したニーズを把握するために必要な36項目を加えると、予防版 MDS-HC アセスメント表の項目は89項目となり、オリジナル版の247項目の35.7%を構成した。予防版 MDS-HC における保健師の判断したニーズに対する感度は、オリジナル版の MDS-HC アセスメント表と比較して同等であるか向上した。

結論 本研究で開発された予防版 MDS-HC は、オリジナル版と比較して項目数が1/3に減少して簡便となり、対象者のニーズを感度よく抽出することが可能であった。予防版 MDS-HC を用いることにより、体系的な予防訪問の実現を期待できる。

Key words : 介護予防, 予防訪問, MDS-HC

1 緒 言

介護予防のひとつの方法として、高齢者の自宅を定期的に訪問し、心身の状況をアセスメントして予防的ニーズに応える予防訪問 (Preventive Home Visits) がある。予防訪問は諸外国において古くから実施されており¹⁻⁷⁾、死亡率の低下^{1,3,4)}や入院、入所率の低下^{1,2,7)}、機能状態の維持^{4,5-7)}、保健行動の改善⁵⁾などさまざまな効果が報告されている。こうした訪問の具体的な内容はさまざまであり、大きく分けると、人間関係の構築を重視し柔軟な対応をする訪問 (対人関係重視

のアプローチ)¹⁻⁴⁾と、包括的なアセスメントに基づくリスク抽出とリスクに対する助言およびその順守の促進を目的とした訪問 (体系的アプローチ)⁵⁻⁷⁾があると考えられる。

こうした文献的な考察に基づき、我々は包括的なアセスメントである Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC)⁸⁾を用いた予防訪問を、対人関係を重視して実践した。MDS-HC を用いたのは、MDS-HC は現在居宅介護支援事業所において居宅サービス計画書を作成するためのアセスメント手法として普及しており、予防訪問において MDS-HC を使用することはケアの継続性の面で有用と考えられたためである。こうした訪問によって一定の効果がみられた⁹⁾が、訪問を担当した保健師から MDS-HC のアセスメント項目の多くは予防訪問対象者に関わりが少ないこと、また保

* 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
連絡先：〒160-8582 東京都新宿区信濃町35
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
山田ゆかり

健師の判断するニーズを的確に把握していない可能性が指摘された。そこで、本研究は、訪問で得られたMDS-HCアセスメント表および保健師の記録を分析することにより、予防訪問に適したMDS-HC（予防版MDS-HC）を開発することを目的とした。

II 研究方法

1. MDS-HCを用いた予防訪問

MDS-HCは、MDS-HCアセスメント表とCAP（Client Assessment Protocols）から構成される。MDS-HCアセスメント表のアセスメント項目は氏名、性別等の基本情報を除くと250項目あり、このうち介護者氏名と疾患名を記載する3項目を除く247項目はすべて選択肢形式かチェック形式である。これらのアセスメント項目の信頼性は繰り返し検証されている^{10,11)}。一方のCAPは、在宅の高齢者が直面しやすいニーズの領域（健康増進、転倒、脱水など）であり、全部で30ある。それぞれのCAPには、当該ニーズへのアプローチの視点を整理したガイドラインが用意され、個々の対象者にどのCAPを検討すべきかは、MDS-HCアセスメント表のアセスメント結果によって決まる。たとえば、MDS-HCアセスメント表で週に1日以下しか外出しないとチェックされると、「健康増進」というCAPを選定する仕組みであり、MDS-HCの「週に1日以下しか外出しない」ことが、CAP「健康増進」の“選定条件”となっている。

こうしたMDS-HCを用いた予防訪問を、平成11年4月から平成12年9月の間、全国3地区（1市、1町、1保健所管区）の保健師の協力を得て実施した。対象は、無作為に抽出した65歳以上の在宅高齢者のうち、質問紙調査の結果ADLに障害がなく、かつIADLに障害のある高齢者278人とした。保健師は3か月に一度を基本として自宅を訪問し、MDS-HCを用いて高齢者をアセスメントし、適宜助言やサービスの調整を実施した。なお、事前に対象者からは研究に参加する際の同意を得た。予防訪問におけるMDS-HCの活用は、居宅介護支援事業者における活用とは以下の点で異なるようにした。1)アセスメントは訪問3回目までに完了すればよい、2)CAPの選定は選定条件に必ずしもとらわれず、保健師が検討する

必要があると判断したCAPをすべて検討し、それについては訪問記録表に記録する、3)CAPガイドライン等を参照して適宜助言やサービス調整を実施するが、それらに対する順守を必ずしも強く求めない、である。1)と3)については、対人関係の構築を優先したことからであり、2)は、MDS-HCは要介護高齢者を対象に開発されたので、予防訪問対象者にとって有用なCAPを選定するために、保健師が判断したニーズに基づいて分析したほうがよいと考えたからである。なお、30のCAPのうち「保健予防サービス」は、保健師の業務として当初から組み込まれていることおよび保健サービスの実情は地域によって異なることから、今回の検討の対象から除外した。

2. 分析対象

期間中高齢者一人あたり平均4.5回、述べ1,242回の訪問が実施された。このうち予防版MDS-HCを開発するための分析対象は、アセスメントが十分に行われ、かつ件数の多い訪問3回目のMDS-HCアセスメント表とそれに対応する訪問記録表とした（217件）。217人は、女性が69.1%、平均年齢は77.2歳、独居11.9%であった。ただし、アセスメントの変化を確認する際は、訪問4回目と5回目を実施されたアセスメント表も分析に加え、これら3回分のMDS-HCが揃っている対象者163人を対象とした。

3. 方法

予防版MDS-HCアセスメント表は、MDS-HCのアセスメント項目のうち予防訪問対象者にとってほとんど関わりのない項目を削除することによって作成した。具体的には、まず、アセスメント項目ごとに、訪問3回目のアセスメントにおいて問題状況として評価された者の割合を「頻度」、訪問3回目から5回目まで同一個人を追跡し、この間のアセスメント結果になんらかの変化のあった者の割合を「変化」として算出した。そして、頻度、変化がともに10%以上であったアセスメント項目を予防版MDS-HCの項目として選択した。10%という基準は、予防訪問対象者のごく一部の人にしか関わりのなかったアセスメント項目を除外する目的で設定した。つぎに、訪問3回目の訪問記録表より、保健師が検討する必要があると判断したCAP（以下、保健師が判断したニーズ）を抽出し、これらのCAPを選定する

選定条件として最低限必要なアセスメント項目であって、上記の頻度と変化の基準に満たなかった項目を追加的に選択した。

このように作成された予防版 MDS-HC の妥当性検証として、保健師が判断したニーズをゴールドスタンダードとしたときの選定条件による CAP 選定の敏感度、特異度をオリジナル版と比較した。保健師が判断したニーズをゴールドスタンダードとしたのは、訪問3回目は対象者と保健師の間に信頼関係が構築された時期であり、保健師がアセスメントによりニーズを十分判断できたと考えたためである。なお、研究に参加した保健師は、平均10.7年の保健師経験を有し、退職等特別な事情のない限り、調査期間中同じ対象者を訪問した。

III 研究結果

1. 予防版 MDS-HC アセスメント表の作成

MDS-HC アセスメント表の分析により、頻度が10%以上あった項目は63項目、10%以上の者に変化のみられた項目は76項目であり、頻度と変化がともに10%以上の項目は53項目であった。

訪問記録表の分析により、保健師の判断したニーズは、CAP4（施設人所のリスク）、CAP9（問題行動）、CAP18（褥瘡）、CAP26（緩和ケア）および CAP27（在宅サービスの削減）を除く24の CAP であった。これら24の CAP を選定するために最小限必要なアセスメント項目であって、上記の53項目に含まれなかったのは36項目であった。

したがって、予防版 MDS-HC アセスメント表は、53項目と36項目を合わせ89項目（オリジナル版247項目の35.7%）となった（表1）。

2. 予防版 MDS-HC アセスメント表の妥当性検証

オリジナル版 MDS-HC の、保健師の判断したニーズに対する敏感度は、表2に示すように、CAP1（ADL/リハ）、CAP10（うつと不安）、CAP12（社会的機能）など9つの CAP において特に低いことから、これらの CAP の選定基準は予防訪問対象者に厳しすぎたことが示唆された。そこで、これらの CAP について、可能な範囲でオリジナル版の選定基準を緩和し、予防版の選定基準を設定した（表3）。その結果、予防版

MDS-HC の選定基準を用いた場合の CAP 選定は、保健師の判断したニーズに対する敏感度は、オリジナル版と比較してほとんど同等であるか、予防版 MDS-HC のほうが高いことが示された（表2）。

IV 考 察

本研究において保健師の判断したニーズをゴールドスタンダードとしたことは、MDS-HC を用いた予防訪問の効果を検証する無作為化比較対照試験⁹⁾において、保健師の助言を順守した高齢者に健康関連 QOL の悪化防止の効果が認められたことから、妥当であったと考える。

虚弱高齢者のニーズを把握するツールとして本研究において開発した予防版 MDS-HC は、オリジナル版 MDS-HC と比較して項目数で約 1/3 に減少し簡便になり、保健師の判断したニーズをオリジナル版と比較して感度よく選定することができる。予防版 MDS-HC を用いると、高齢者一人につき平均5つの CAPs（95%信頼区間4.7-5.5）が選定されるので、予防訪問において体系的にニーズを抽出し、焦点を絞った対応が可能になると考えられる。さらに、予防版 MDS-HC アセスメント表には、認知機能の尺度（CPS: Cognitive Performance Scale¹²⁾）とうつの尺度（DRS: Depression Rating Scale¹³⁾）を算出する項目がすべて含まれている。つまり、予防版 MDS-HC を用いた予防訪問を継続することにより、認知機能とうつ状態の経時的変化を把握することができ、然るべき専門職につなげるタイミングを知るのに役立つだろう。

ただし、予防版 MDS-HC でも、CAP14（脱水）、CAP16（栄養）、CAP29（排便管理）では、保健師の判断したニーズに対する敏感度が50%に満たなかった（表2）。その理由は、MDS-HC アセスメント項目の各選択肢の基準の厳しさにあると考えられる。具体的には CAP14（脱水）の選定条件である「水分摂取不足」は、「過去3日間ほとんど水分をとっていない」と定められており、CAP16（栄養）の選定条件である「体重減少」の基準は、「過去30日間に5%以上または180日間に10%以上の体重減少」であり、同様に排便管理の選定条件である「便秘」は「過去3日間に全く排便がない」である。予防版においては、これら

表1 予防版 MDS-HC アセスメント表

アセスメント項目	頻度 (%) ^{a)}	変化 (%) ^{b)}	アセスメント項目	頻度 (%)	変化 (%)	アセスメント項目	頻度 (%)	変化 (%)	アセスメント項目	頻度 (%)	変化 (%)
B1a 短期記憶*	3.8	3.7	G1f(4) IADL 援助	17.5	33.1	H6a 外出頻度	50.0	47.9	K7a 危険な飲酒*	3.8	3.1
B2a 認知能力*	12.8	9.8	G1g(4) ADL 援助	26.5	38.7	H6b 活動時間	23.9	28.2	K7c 喫煙*	12.0	1.8
C1 聴覚	21.8	17.2	H1a(7) IADL 実施 (食事)	62.4	27.6	I1a 尿失禁*	7.3	11.0	K8a 主観的健康観	32.5	29.4
C2 伝達能力*	8.1	5.5	H1b(7) IADL 実施 (家事)	57.3	32.5	J1a 脳血管障害	13.7	12.9	K8b 病態の不安定	10.7	16.6
D1 視力	16.2	14.1	H1c(7) IADL 実施 (金銭)	24.8	16.6	J1c 冠動脈疾患	11.5	13.5	K9a 介護者の恐れ*	1.3	1.8
D2 視野制限	10.3	12.3	H1d(7) IADL 実施 (服薬)	16.7	10.4	J1d 高血圧	41.0	31.3	L1a 体重減少*	4.3	4.3
E1a 悲しみの気分*	3.4	6.7	H1e(7) IADL 実施 (電話)	14.1	10.4	J1e 不整脈	10.3	13.5	L2c 水分摂取不足*	0.9	1.8
E1b 継続した怒り*	3.8	6.1	H1f(7) IADL 実施 (買物)	46.6	37.4	J1q 白内障	14.5	20.2	L3 嚥下問題*	3.8	6.7
E1c 非現実的な恐れ*	0.9	3.1	H1g(7) IADL 実施 (交通)	38.0	38.7	K2a 下痢*	0.9	2.5	M1a 咀嚼の問題*	5.1	9.8
E1d 健康上の不満*	6.4	9.8	H1a(4) IADL 困難 (食事)	51.7	28.8	K2c 発熱*	0.9	3.7	M1c 歯磨きの問題*	2.1	4.9
E1e 心配ごと*	4.3	6.7	H1b(4) IADL 困難 (家事)	48.3	28.8	K2d 食欲不振*	3.0	4.9	N1 皮膚の問題*	4.3	10.4
E1f 苦痛の表情*	3.4	9.8	H1c(4) IADL 困難 (金銭)	18.4	12.9	K3b 便秘*	1.7	3.7	N3c 足の問題*	3.4	6.1
E1g 涙もろい*	1.3	3.7	H1d(4) IADL 困難 (服薬)	12.8	10.4	K3c めまい*	3.8	12.3	O1b 環境 (床)*	7.7	3.7
F1a 対人関係	18.4	15.3	H1e(4) IADL 困難 (電話)	15.8	10.4	K3e 息切れ*	4.3	7.4	O1c 環境 (浴室)*	3.8	5.5
F2 社会的活動	11.1	21.5	H1f(4) IADL 困難 (買物)	42.3	26.4	K4a 痛みの頻度	59.4	44.2	O1e 環境 (空調)*	3.0	4.9
F3a 孤立	62.0	44.8	H1g(4) IADL 困難 (交通)	37.2	29.4	K4b 痛みの強さ	59.8	44.8	O1g 環境 (玄関)*	6.4	7.4
G1c(7) 主介護者の同居	30.3	22.7	H2aADL (屋外移動)	16.2	16.0	K4c 痛みの強さ	25.2	22.7	P1t 順守 (外来通院)*	26.5	25.2
G1d(7) 本人との関係	32.5	29.4	H2gADL (食事)*	3.4	2.5	K4c 生活の支障	25.2	22.7	P1z 順守 (食事療法)*	19.2	1.2
G1f(7) LADL 援助	18.4	42.3	H2iADL (個人衛生)*	3.4	3.1	K4d 痛みの箇所	59.0	44.8	P4 ケア目標	14.5	19.6
G1g(7) ADL 援助	47.4	49.7	H2jADL (入浴)	13.7	14.1	K4e 鎮痛薬の使用	40.2	39.3	Q1 薬剤の種類	78.6	72.4
G1e(4) 副介護者の同居	31.6	22.1	H4b 屋外移動手段	33.8	26.4	K5 転倒回数*	8.5	16.6	Q2d 催眠薬	16.2	12.3
G1d(4) 本人との関係	32.5	29.4	H5 階段昇降	14.1	20.2	K6a 不安定な歩行	30.8	19.0	Q3 医学的管理*	3.8	6.7
						K6b 外出制限	20.1	19.0	Q4 薬剤順守	30.3	37.4

a) 訪問3回目的アセスメントにおいて問題状況のみられた対象者の割合 (n = 217)

b) 訪問3回目, 4回目, 5回目的アセスメントにおいて, 問題状況の有無に関わらずアセスメント結果に変化のみられた対象者の割合 (n = 163)

* 頻度および変化のいずれか, または両方が10%に満たないが, CAPの選定条件として追加したアセスメント項目

表2 オリジナル版 MDS-HC と予防版 MDS-HC の比較 (n=217)

CAP	保健師の判断したニーズ (%)	選定率 (%) ^{a)}		敏感度 (%) ^{b)}		特異度 (%) ^{c)}		予防版選定条件の概要
		オリジナル版	予防版	オリジナル版	予防版	オリジナル版	予防版	
CAP 1. ADL/リハ	4.1	7.4	48.4	11.1	77.8	92.8	52.9	ADL 障害, 階段を上れない, 主介護者が ADL 援助をしている
CAP 2. IADL	33.6	55.8	53.0	69.9	67.1	51.4	54.2	IADL の 2 項目以上が困難
CAP 3. 健康増進	44.7	37.8	37.8	64.9	64.9	84.2	84.2	外出回数が少ない, 活動時間が少ない, 階段を上れない, 毎日喫煙
CAP 5. コミュニケーション	14.7	28.1	26.7	100.0	96.9	84.3	85.4	聴覚障害, 伝達能力の障害
CAP 6. 視覚	17.1	19.8	18.4	91.9	83.8	95.0	95.0	視力障害, 視野制限がある
CAP 7. アルコール	3.2	4.1	4.1	85.7	85.7	98.6	98.6	他者が飲酒を心配している
CAP 8. 認知	6.0	6.0	5.5	76.9	76.9	98.5	99.0	短期記憶障害, 認知障害
CAP10. うつと不安	14.7	16.1	35.5	46.9	62.5	89.2	69.2	悲しみ, 怒り, 恐れ, 不満, 心配, 苦痛, 涙もろい, 主観的健康観が低い
CAP11. 虐待	1.4	1.4	1.4	66.7	66.7	99.5	99.5	介護者への恐れ
CAP12. 社会的機能	16.1	9.2	34.1	37.1	62.9	96.2	71.4	人と気軽に関わらない, 社会的機能低下, 日中一人である
CAP13. 心肺の管理	10.6	14.7	17.1	69.6	65.2	91.8	88.7	息切れ, 不整脈がある
CAP14. 脱水	3.2	1.8	1.4	42.9	42.9	99.5	100.0	水分摂取が不足, 発熱している
CAP15. 転倒	32.3	21.7	36.9	51.4	70.0	92.5	78.9	転倒の既往, 不安定な歩行, 外出制限
CAP16. 栄養	12.9	9.7	7.8	39.3	42.9	94.7	97.4	水分摂取不足, 体重減少, 食欲不振
CAP17. 口腔衛生	10.1	12.9	10.6	90.9	72.7	95.9	96.4	咀嚼の問題, 嚥下障害, 歯磨き問題
CAP18. 痛みの管理	57.1	59.4	59.4	92.7	92.7	84.9	84.9	痛みがある
CAP20. 皮膚と足	7.4	6.9	6.9	62.5	62.5	97.5	97.5	皮膚の問題, 足の問題がある
CAP21. 順守	36.9	22.6	22.1	61.3	60.0	100.0	100.0	外来, 食事療法を守らない, 処方通りに服薬しない
CAP22. もろい支援体制	12.0	20.3	30.4	38.5	73.8	82.2	61.5	日中一人, 主介護者なし, 主介護者が IADL 援助していない
CAP23. 薬剤管理	1.4	11.1	8.3	66.7	66.7	89.7	92.5	薬剤非管理, 薬剤 5 種以上で下痢, 便秘, めまい, 皮膚変化がある
CAP26. 向精神薬	4.1	4.6	17.1	55.6	66.7	97.6	85.1	睡眠薬を服用している
CAP28. 環境評価	13.4	15.2	16.1	69.0	62.1	93.1	91.0	床の状態, 浴室やトイレ, 空調, 玄関の状態に問題
CAP29. 排便管理	4.6	2.8	2.8	40.0	40.0	99.0	99.0	便秘, 下痢がある
CAP30. 尿失禁	4.6	3.2	6.5	40.0	50.0	98.6	95.2	尿失禁がある

a) 選定条件による CAP の選定率

b) 「保健師の判断したニーズ」をゴールドスタンダードとした場合の敏感度

c) 「保健師の判断したニーズ」をゴールドスタンダードとした場合の特異度

項目について基準を緩めるという対応策も有り得るが、どこまで緩めることが適当か、緩めた場合の信頼性はどうか等の問題がある。さらにいえば、たとえば体重については、測っていない高齢者が多いので「最近やせてきた」という本人や家族の感覚に頼るほうが現実的であるという考え

があるが、体重を測っていない高齢者に対して体重測定をしてもらうこと、それを定期的に把握しようとする視点をもつこと自体に意義があろう。したがって、アセスメント項目の基準には従う必要があり、そのうえでこれらの CAPs が選定されないのであれば、選定条件によらずニーズとして

表3 選定条件を緩和したCAPの詳細

CAP	オリジナル版選定条件	予防版選定条件
CAP 1. ADL/リハ	以下のすべてに該当 1) 2つ以上のADLに援助を受けている (H2a-j=2-6, 8が2つ以上) 2) 他者をほぼ理解できる (C3=0-2) 3) 過去90日間の悪化 (P5=2, H3=1), 状態の不安定性 (K8b, c, d=レ), 改善への意欲 (H7, a, b, c=レ) のいずれか	ADL援助を受けている (H2d, g, i, j=2~6, 8), 階段を一人で上れない (H5=1, 2), 主介護者がADL援助をしている (G1(f)g=1) のいずれか
CAP10. うつと不安	悲しみ, 怒り, 恐れ, 不満, 心配, 苦痛, 涙もろいのうち, 毎日みられた場合は一つ以上 (E1a, b, c, d, e, f, g=2), 毎日でない場合は二つ以上 (E1a, b, c, d, e, f, g=1が2つ以上)	悲しみ, 怒り, 恐れ, 不満, 心配, 苦痛, 涙もろいのいずれか1日でもみられた (E1a, b, c, d, e, f, g=1, 2), 主観的健康観が低い (K8a=レ) のいずれか
CAP12. 社会的機能	社会的機能低下に悩んでいる (F2=2), 主観的孤独 (F3b=1) のいずれか	人と気軽に関わらない (F1a=1), 社会的機能低下 (F2=1, 2), 日中一人である (F3=3) のいずれか
CAP14. 脱水	水分摂取不足 (L2c=1), 発熱 (K2c=レ), 通常摂取する食事や水分量の減少 (L2b=1) のいずれか	水分摂取不足 (L2c=1) または発熱 (K2c=レ)
CAP15. 転倒	転倒の既往 (K5>=1), 意識の日内変動 (B3a=1), アルツハイマー型痴呆 (J1g=2), パーキンソン症候群 (J1l=2), 不安定な歩行 (K6a=1) かつ外出制限なし (K6b=0)	転倒の既往 (K5>=1), 不安定な歩行 (K6a=1), 外出制限 (K6b=1) のいずれか
CAP16. 栄養	水分摂取不足 (L2c=1), 体重減少 (L1a=1), 通常摂取する食事や水分量の減少 (L2b=1), がん (J1x=1, 2), 極度の栄養不良 (L1b=1) のいずれか	水分摂取不足 (L2c=1), 体重減少 (L1a=1), 食欲不振 (K2d=レ) のいずれか
CAP22. もろい支援体制	IADLの援助が提供され (H1a-g(f)=1-3, 8), かつ主介護者がいない (G1c(f)=2) か, 主介護者がいても日中一人 (F3a=3), 主介護者がADLやIADL援助していない (G1f, g(f)=1) のいずれか	日中一人 (F3a=3), 主介護者がいない (G1c(f)=2), 主介護者がIADL援助していない (G1f(f)=1)
CAP29. 排便管理	便失禁 (I3=2-5), 便秘 (K2a=レ), 下痢 (K3b=レ) のいずれか	便秘 (K2a=レ) または下痢 (K3b=レ)
CAP30. 尿失禁	尿失禁が週2回以上 (I2a=3-5), おむつ使用, 留置カテーテルの使用 (I2a, b=レ) のいずれか	週1回以下だが尿失禁する (I2a=2-5)

表中 () は, 選定条件となるMDS-HCの項目番号とコード。レはチェックを表す。

判断する必要がある。なお, こうした選定条件によらないニーズの判断は, 要介護者に対するオリジナル版の使用においても求められている対応であり, 予防版MDS-HCにおいても, これら3つのCAPに限らず, アセスメントする者が必要と判断した場合は, どのCAPでも検討する必要がある。

残された課題として, CAPのガイドラインを予防訪問により使いやすくすることがある。たとえば, 生活習慣病予防に対して予防版MDS-HCでは, 糖尿病の場合に食事指導や運動指導の順守に問題があれば, 「なぜ順守ができないのか」と

いう観点からCAP21(順守)を選定し, より普遍的な枠組みの中で問題を検討する仕組みである。しかし, 現在日本では新しい健康増進や生活習慣病予防のマニュアルが開発されているため, それらと整合性のある内容にガイドラインを改めることによって, 保健師にとってより使いやすくなるだろう。

V 結 語

本研究で開発した予防版MDS-HCは, オリジナル版と比較して項目数が約1/3に減少して簡便となり, かつニーズに対する敏感度はオリジナル

版と比較して高いことが示された。予防版 MDS-HC を用いることにより、体系的な予防訪問の実現が期待できる。

(受付 2003. 8. 7)
採用 2004. 3.18)

文 献

- 1) Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *BMJ* 1984; 289: 1522-1524.
 - 2) Oktay JS, Volland PJ. Post-hospital support program for the frail elderly and their caregivers: a quasi-experimental evaluation. *Am J Public Health* 1990; 80: 39-46.
 - 3) Pathy MS, Bayer AJ, Harding K, et al. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992; 340: 890-893.
 - 4) Vetter NJ, Lewis PA, Ford D. Can health visitors prevent fractures in elderly people?. *BMJ* 1992; 304: 888-890.
 - 5) Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, et al. An in-home preventive assessment programme for independent older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 630-638.
 - 6) Tinetti ME, Baker DI, McAvoy G, et al. A multifactorial intervention to reduce risks of falls among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1994; 331: 821-827.
 - 7) Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995; 331: 1184-1189.
 - 8) Morris JN, 池上直己, Fries BE, 他編著. 日本版 MDS-HC2.0在宅ケアアセスメントマニュアル. 東京: 医学書院, 1999.
 - 9) Yukari Yamada, Naoki Ikegami. Preventive home visits for community-dwelling frail elderly people based on Minimum Data Set-Home Care: Randomized controlled trial. *Geriatrics and Gerontology International* 2003; 3: 236-242.
 - 10) Morris JN, Fries BE, Steel K, et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Aug; 45(8): 1017-24.
 - 11) Landi F, Tua E, Onder G, et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care.* 2000 Dec; 38(12): 1184-90.
 - 12) Morris JN, Fries BE, Mehr DR, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* 1994; 49: M174-182.
 - 13) Burrows AB, Morris JN, Simon SE, et al. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000; 29: 165-172.
-

DEVELOPMENT OF AN ASSESSMENT TOOL FOR PREVENTIVE HOME VISITS

Yukari YAMADA* and Naoki IKEGAMI*

Key words : preventing functional decline, preventive home visits, MDS-HC

Purpose To develop a new version of the Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC) for preventive home visits.

Methods Public health nurses (PHNs) visited community dwelling elderly who were independent in ADL but dependent in IADL, every three months using the MDS-HC. Assessment forms and visiting records documented by the PHNs at the third visit (n=217) and the assessment forms available from the third to the fifth visit (n=163) were analyzed. Assessment items appropriate for preventive home visits were selected based on frequency of problem identified, changes observed, and areas requiring follow-up identified by the PHNs. These items were evaluated for their sensitivity and specificity in identifying the areas requiring follow-up.

Results 53 assessment items were selected based on the frequency of the problems identified and the changes observed. An additional 36 assessment items were needed to identify the 24 areas requiring follow-up. In total, 89 of the 247 items in the original were identified as being appropriate for the preventive version of the MDS-HC. The sensitivity of the new version to detect the 24 problem areas were the same or higher than with the original.

Conclusion The preventive version of the MDS-HC had about one third of the items in the original and appropriately detected the areas that needed follow up. The use of this tool should lead to a more systematic approach to preventive health visits.

* Health Policy and Management School of Medicine, Keio University