

厚生科学研究費補助金

平成 12 年度長寿科学総合研究事業

総合的リハ及びケアシステムの
連携についての研究
—特に寝たきり化を防ぐための廃用症候群予防の見地から—
(H12-長寿-037)

平成 12 年度 総括研究報告書

主任研究者：石川 誠

(医療法人地近森会 近森病院)

目 次

I. 総括研究報告書

総合的リハ及びケアシステムの連携についての研究	1
—特に寝たきり化を防ぐための廃用症候群予防の見地から—	

II. 分担研究報告書

在宅生活障害者のADL維持に向けての訪問リハビリテーションの役割	
—寝たきり化を促進する車椅子偏重プログラムからの脱却—	4

入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査	
	11

1. 総括研究報告書

総合的リハビリテーション及びケアシステムの連携についての研究 －特に寝たきり化を防ぐための廃用症候群予防の見地から－

主任研究者 石川 誠 近森会近森病院

研究要旨：介護保険制度スタート後の新たなシステムのもとでの寝たきり化予防にむけたリハビリテーションとケアの連携システムを明確にすることを目的として研究した。その結果 1. 訪問リハビリテーションによって単に機能（ADL）維持だけではなく、ADL向上をはかれることが実証された。2. 入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査によって入院中の安静についての指導は十分に行われているが、一方で生活活動性向上に向けての指導が極めて不十分なことが判明した。

分担研究者 大川弥生
（国立長寿医療研究センター
老人ケア研究部長）

A. 研究目的

寝たきりの原因である廃用症候群に関して、その各種症候についての臨床及び基礎研究更には予防・改善のリハビリテーション及びケアの具体的技術・プログラムについては長寿科学総合研究でも優れた研究が行われてきた。しかしながら、廃用症候群予防にむけての技術・プログラムを、我が国全体の寝たきり予防にむけてどのように生かすかの観点から考えた際、2000年4月から介護保険制度がスタートしたため、それまでとは異なる新たなシステムのもとでの対策を作る必要がある。本研究はそのような視点から寝たきり化予防にむけてリハビリテーションとケアの連携システムを明確にすることを目的とする。

本研究初年度である本年度は特に次の2点について検討した。

1. 在宅生活障害者のADL維持に向けての訪問リハビリテーションの役割（石川）：介護保険施行後大きく変化した在宅患者への対

応の要として訪問リハビリテーション活動をとりあげ、患者の在宅でのADL変化の面から検討した。

2. 入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査（大川）：わが国のねたきり化の大きな原因である「廃用症候群の悪循環」（大川）形成には生活活動性が最も大きく作用する。寝たきり化予防にむけたリハビリテーション・ケアシステムを構築するにあたっては、この生活活動性向上にむけての指導がリハビリテーション及びケアシステム全体において徹底されることが第一の課題と考える。そこで研究初年度である本年度はまずこの生活活動性が医療の現場でどのように指導されているかの現状把握を目的として入院患者に対する「安静度」指示及び活動性向上に向けての指導状況についての全国調査を行なった。

B. 研究方法

1. 在宅生活障害者のADL維持に向けての訪問リハビリテーションの役割（石川）：東京都下の診療所を基盤として行なっている訪問リハビリテーションを継続して実施している42名を対象とした。内訳は骨関節疾患群

(大腿骨頸部骨折や腰痛等) 15名(年齢79.2±12.2歳、9.3±5.2ヶ月)、軽度脳卒中群(脳卒中初期時に端座位が可能であった) 15名(81.3±7.8歳、10.2±6.2ヶ月)、重度脳卒中群(初期時に端座位が不可能) 12名(75.0±6.7歳、12.3±6.9ヶ月)である。訪問リハビリテーション開始初期時と調査直前最終時のADL能力についてバーセルインデックスで評価した。また生活活動性を厚生省の示した寝たきり度で比較検討した。

2. 入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査(大川)：廃用症候群についての認識が高いと考えられる、リハビリテーション部門を有する病院を対象として、全731病院に対して入院患者に対する安静度指導および活動性向上に対する指導の状況を質問紙郵送法で調査した。[回答640病院：回答率87.6%]。

同一病院内の同一種類病棟(一般病棟、リハビリテーション病棟、療養型病棟)で、複数病棟から回答があった場合は、最も活動性向上の指導が良好な病棟を選択した。

(倫理面への配慮)

安静度及び活動性向上指導に関する研究については日本リハビリテーション病院・施設協会、介護療養型医療施設連絡協議会の両協会の倫理委員会にて審査が行なわれ、許可を得た上で実施した。研究データは集計結果としてのみ公表し、個別結果としては公表しないものである。

C. 研究結果及び考察

1. 在宅生活障害者のADL維持に向けての訪問リハビリテーションの役割(石川)：

1) Barthel Indexの変化：Barthel Indexを項目別に見ると、骨関節疾患群では整容・更衣・移乗・トイレ動作・歩行・階段昇降において有意差がみられた。軽度脳卒中群では移乗と階段昇降で有意差がみられた。重度脳

卒中群では有意差は認められなかった。

2) 活動性の変化：骨関節疾患群では8割に改善がみられた。一方、軽度脳卒中群では約5割に改善がみられ、4割は維持傾向であった。重度脳卒中群では改善は1割弱で、ほとんどは維持傾向であった。

3) 原因疾患による特異性をみると、骨関節疾患群では骨折や痛みをきっかけとした廃用症候群による移動障害が生活障害及び寝たきり・閉じこもりの原因である場合が多かった。このため痛みの治療や起居移動動作を中心としたアプローチにより移動能力が改善し、ADL全体の改善と活動性の向上につながったと考えられる。

脳卒中群の場合、中枢性麻痺及び廃用症候群による生活動作能力の低下が生活障害及び寝たきり・閉じこもりの原因となっていた。軽度脳卒中群では訪問リハビリテーションにより移乗や階段昇降といった移動能力が有意に改善し、それがADLの改善につながったと考えられる。

2. 入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査(大川)：

1) 安静度の指示を全患者もしくは一部患者に限っても行われているのは一般病棟では260病棟中233病棟(89.6%)でこの内163病棟(62.7%)は全患者について、また70病棟(26.9%)では特定の疾患についてのみで安静度が指示されていた。一方全く指示されていなかった病棟は27病棟(10.4%)であった。

リハビリテーション病棟では551病棟中237病棟(43.0%)は全患者、205病棟(37.2%)では特定の疾患について指示されていた。一方全く指示されていなかった病棟は109病棟(19.8%)であった。

さらに療養型病棟では292病棟中85病棟(29.1%)で全患者、119病棟(40.8%)で特定の疾患に指示され88病棟(30.1%)では全く指示されていなかった。

2) 活動性向上に関する指導

活動性向上に向けて指導をしていると返答した病院は、一般病棟204病棟（78.5%）、リハビリテーション病棟428病棟（77.7%）、療養病棟208病棟（71.2%）であった。

しかしその具体的内容を再確認すると、その内容はケアプランの指導、PT・OTを行うこと、レクリエーション実施等を活動性向上にむけての指導と考えている場合が多かった。活動性向上自体を目的として綿密な指導をしているのは一般病棟では活動性向上の指導ありと返答をした204病院中25病院（12.3%：全260病院中9.6%）、リハビリテーション病棟では17病院（4.0%：全551病院中3.1%）、療養型病棟では38病院（18.3%：全292病院中19.0%）であった。

E. 結論

1. 在宅生活障害者のADL維持に向けての訪問リハビリテーションの役割（石川）：
訪問リハビリテーションによって単に機能（ADL）維持だけではなく、ADL向上をはかることができた。しかし、その原因としては訪問リハビリテーション開始前の、すなわち自宅退院前のリハビリテーションの不十分さの影響も大きい。今後入院中のリハビリテーションの徹底とともに、入院リハビリテーションの不十分なまま退院した患者への訪問リハビリテーションの実施によるまさに水際におけるADL向上の必要性が示唆された。

2. 入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査（大川）：
入院中の安静についての指導は十分に行われているが、一方で生活活動性向上に向けての指導が極めて不十分なことが判明した。医療機関全般に廃用症候群の重要性についての普及と、その改善にむけての具体的方策である「活動度」の指導が望まれる。

II. 分担研究報告書

厚生科学総合研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

在宅生活障害者の ADL 維持に向けての訪問リハビリテーションの役割

主任研究者 石川 誠 近森会近森病院

研究要旨：廃用症候群の悪循環の予防・改善は一旦障害を持った全ての患者・障害者において不可欠であり、そのような視点から在宅生活患者への具体的対応を明らかにすることが急務である。今回そのような視点から訪問リハビリテーションをとりあげその現状と効果を検討した。その結果ADL向上をはかることができた。しかし、その原因としては訪問リハビリテーション前の、すなわち自宅退院前のリハビリテーション・アプローチの不十分さの影響も大きい。現状においては入院リハビリテーションの徹底と水際における訪問リハビリテーションによるADL向上が必要である。

A. 目的

廃用症候群の悪循環の予防・改善は一旦障害を持った全ての患者・障害者において不可欠である。しかし、これまでは入院リハビリテーション中の対応が中心であり、今後はそのような視点から在宅生活患者への具体的対応を明らかにすることが急務である。

この視点から、具体的にどのように対応するかを考える際、2000年4月から介護保険制度がスタートしたためそれを前提として、それまでとは異なる新たなシステムのもとでの対策を作る必要がある。

そこで今年度は介護保険スタート後その役割が大きくクローズアップされた訪問リハビリテーションを対象として、現状について事例を含めて分析し、今後の方向を検討することとした。

B. 研究方法

対象：

1999年10月30日の時点で東京都下の診療所を基盤として行なっている訪問リハビリテーションを継続して実施している42名、

方法：

訪問リハビリテーション開始初期時と調査直前最終時のADL能力についてバーセルインデックスで評価した。

また生活活動性を厚生省の示した寝たきり度で比較検討した。

なお調査対象の診療所の活動の舞台である東京都台東区では、少子高齢化や核家族化、住宅の高層化、急性期から維持期に至る継続的なりハ医療の未整備など、在宅の高齢障害者の生活にとって不利な条件が重なっている。こ

のため自宅で閉じこもり、寝たきりの生活に陥っている人々も少なくない。このような状況を背景としてPT3名・OT4名が医師、看護婦、ソーシャルワーカー（以下MSW）等とチームを組みながら、診療所及び併設の訪問看護ステーションから訪問リハを提供している。

C. 倫理面への配慮

日常診療記録の後方視的調査であり、日常診療において関わっている者以外に記録を公表して行なったものではない。

D. 結果：

1) 対象者の疾患

- ・骨関節疾患群（大腿骨頸部骨折や腰痛等）15名
（年齢 79.2 ± 12.2 歳、
訪問期間 9.3 ± 5.2 ヶ月）。
- ・軽度脳卒中群（脳卒中で初期時に端座位が可能であった）15名
（年齢 81.3 ± 7.8 歳、
訪問期間 10.2 ± 6.2 ヶ月）。
- ・重度脳卒中群（初期時に端座位が不可能）12名
（年齢 75.0 ± 6.7 歳、
訪問期間 12.3 ± 6.9 ヶ月）。

2) ADLの変化

骨関節疾患群と軽度脳卒中群に有意な改善がみられたが、重度脳卒中群では有意差が見られなかった。

2-1) Barthel Indexの変化：

Barthel Indexを項目別に見ると、図1に示すように骨関節疾患群では整容・更衣・移乗・トイレ動作・歩行・階

段昇降において有意差がみられた。軽度脳卒中群では移乗と階段昇降で有意差がみられた。重度脳卒中群ではどの項目においても有意差は認められなかった。

2-2) 活動性の変化：

骨関節疾患群では図2に示すように8割に改善がみられた。一方、軽度脳卒中群では図3に示すように約5割に改善がみられ、4割は維持傾向であった。重度脳卒中群では図4のごとく改善は1割弱で、ほとんどは維持傾向であった。

3) 事例にみるADL拡大へのアプローチ：

77歳の女性、脳内出血による左片麻痺。

2ヶ月間入院していたがバルーンカテーテル留置、寝たきりの状態で特にリハビリテーションも実施されず、本人・家族ともにこのままでは回復は望めないと判断し、自宅に退院となる。

知的低下は認められず、麻痺も中等度であり、急性期における適切なりハビリテーション及びケア不足のために寝たきりとなっていた。

在宅介護支援センターからの連絡で当診療所の関わりが開始となる。支援センターと診療所のMSWが調整役となって在宅支援が実施された。

娘一家と同居で、主たる介護者は娘であり、とりあえず介護面では何とか世話ができていた。

発症から2ヶ月と間もないため、医師の定期的な診療と訪問リハビリテーション、訪問看護での支援体制を組んでアプローチすることとした。すでに

電動ベッドと車椅子はレンタルで用意されており、訪問リハビリテーションとしてはベッド上寝たきりの生活から脱却することを目的に、起き上がり、座位、車椅子への移乗の動作訓練を実施した。看護では清潔の保持とバルーンカテーテルを抜去し、排泄の自立を目指したアプローチを実施した。枠付きのポータブルトイレを導入し、リハビリテーションの関わりとともにズボンの上げ下ろし、移乗の反復練習を実施していった。

約1ヶ月で座位が安定するとともに車椅子・ポータブルトイレへの移乗は自立し、日中の排泄も自立して、車椅子座位での生活パターンが確立していった。リハビリテーションではトイレの使用や浴室の使用を目的に4脚杖による歩行訓練も実施していった。看護では清拭から浴室でのシャワー浴の実施、浴槽への入浴と移動能力の向上を見ながらステップアップを行っていった。約3ヶ月にて屋内の移動は車椅子ながら日中はトイレを使用し排泄は自立し、入浴も看護婦の軽介助にて浴槽までの入浴が可能となっていった。

歩行に関しては4脚杖にて監視のレベルからなかなか向上していかなかったが、ウオーカーケイン（サイドケイン）の導入により本人の自信につながり、屋内歩行が自立となる。この頃より入浴は訪問介護にバトンタッチし、リハでは活動性の拡大と対人交流の機会として通所サービスの利用に向け、屋内外の出入りに重点を移していった。住宅の構造が1階が店舗で2階にMさん、3階に娘さん一家が居住していた。

屋外に出るためには階段の昇降が必要であった。階段は比較的急勾配であったが、片側に手すりが設置されており、降りる際には後ろ向き、昇りは前向きのパターンで統一して昇降練習を実施していった。

5ヶ月にて週に2回の通所介護の利用が可能となり、また入浴に関しても1回は通所先で、1回は娘の介助で週に2回の入浴が可能となった。通所が可能となって訪問リハビリテーションは終了し、家族の送迎にて診療所の外来を受診し、医師の診察と外来での訓練にて機能面のチェックを行う方向へ持っていった。通所サービスの利用によってMさんの雰囲気も明るくなり、麻痺の回復に固執するような発言も無くなり、活動性の高い生活が現在も維持されている。

骨関節疾患群では骨折や痛みをきっかけとした廃用症候群による移動障害が生活障害及び寝たきり・閉じこもりの原因である場合が多かった。このため痛みの治療や起居移動動作を中心としたアプローチにより移動能力が改善し、ADL全体の改善と活動性の向上につながったと考えられる。

脳卒中群の場合、中枢性麻痺及び廃用症候群による生活動作能力の低下が生活障害及び寝たきり・閉じこもりの原因となっていた。軽度脳卒中群では訪問リハビリテーションにより移乗や階段昇降といった移動能力が有意に改善し、それがADLの改善につながったと考えられる。寝たきり度についてはほとんどの者が維持・改善を示した。また、重度脳卒中群の場合はADLの

有意な改善が得られず、寝たきり度においてはほとんどの者が維持であった。重度脳卒中群では機能維持を目的としたアプローチや介護負担の軽減に重点が置かれる場合が多く、加齢や体調不良によるレベルダウンの可能性を考慮すれば十分効果的だったといえるだろう。

E 考察

介護保険がスタートし、はや1年が経過したが当初の混乱状況も表面的には一定の落ち着きを見せている。

今回訪問リハビリテーションをとりあげた背景としては次のような実情がある。すなわち在宅の現場では、地域による格差はあるがサービスの量的な不足とケアマネジメント機能の未成熟等が問題となっている。

とりわけ介護保険の目玉といえる居宅介護支援事業所のケアマネジメントは有効に機能していないという声が多く聞かれる。ケアプラン作成の過程において十分なチームでの取り組みがされていないことや内容面においても「ADLの自立促進とQOLの向上」といったリハビリテーションの視点が十分に反映されていないといった点が大きな問題といえる。

今回の調査対象としては訪問リハビリテーションによる対応前の入院リハビリテーションの資源利用は十分に可能である東京を基盤として、訪問リハビリテーションのモデルの一つとして在宅医療に特化した診療所からの訪問リハビリテーション活動を取りあげ、それを通じて、脳卒中患者の在宅での

ADL拡大について検討した。

寝たきり化の原因として最も多い脳卒中の場合、その多くは病院に入院して、急性期・回復期を経過し在宅へと戻るといった経過をとる。病院に入院中にリハ医療を実施し在宅へ移行する場合と全く受けずに在宅へ至る場合もある。入院中にリハを受けた場合でも急性期に安静臥床を強いられ、廃用症候群をきたしていたずらに長期入院を余儀なくされる場合も多い。さらにスムーズに入院中のリハビリテーションによって病院内でのADLの自立度が向上したとしても在宅に移行した途端に、主に環境的要因や精神・心理的要因によって閉じこもりから寝たきりの生活に陥ってしまう例を地域の現場では目にする。

在宅でのリハビリテーションサービスの基盤整備が不十分であることが大きな要因ともいえるが、さらにリハの継続した流れがこれまで十分に形成される努力がなされてこなかったりハ医療の在り方にも大きな問題点があると考えられる。リハの本来の目的が対象者のADLの自立促進とQOLの向上にあるとすれば、在宅でこそADL拡大が可能となるようなりハサービス提供システムがしっかりと構築されなければならない。

F. 結論

訪問リハビリテーションによって単に機能（ADL）維持だけではなく、ADL向上をはかることができた。

しかし、その原因としては訪問リハビリテーション開始前の、すなわち自

在宅退院前のリハビリテーション・アプローチの不十分さの影響も大きい。

今後入院中のリハビリテーションの徹底とともに、入院リハビリテーションの不十分なまま退院した患者への訪問リハビリテーションの実施によるまさに水際におけるADL向上の必要性

が示唆された。

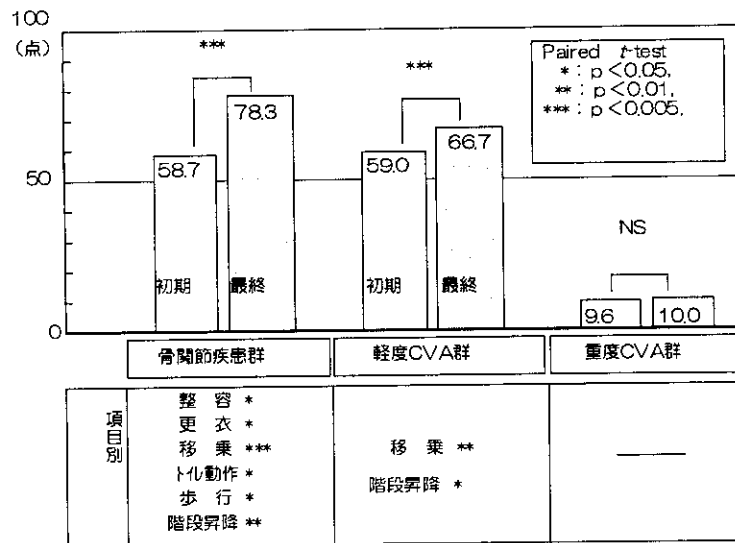


図1. 訪問リハによる疾患別Barthel Indexの変化

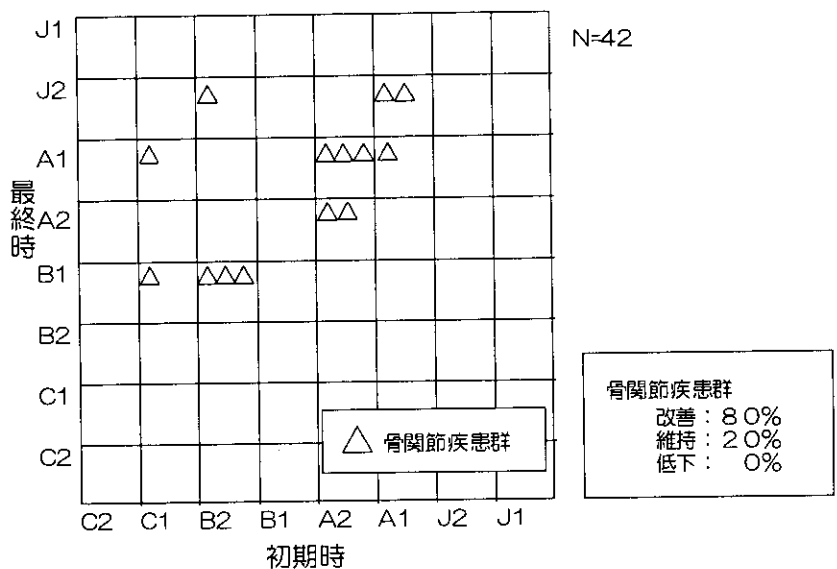


図2. 対象者の寝たきり度の変化
— 骨関節疾患群 —

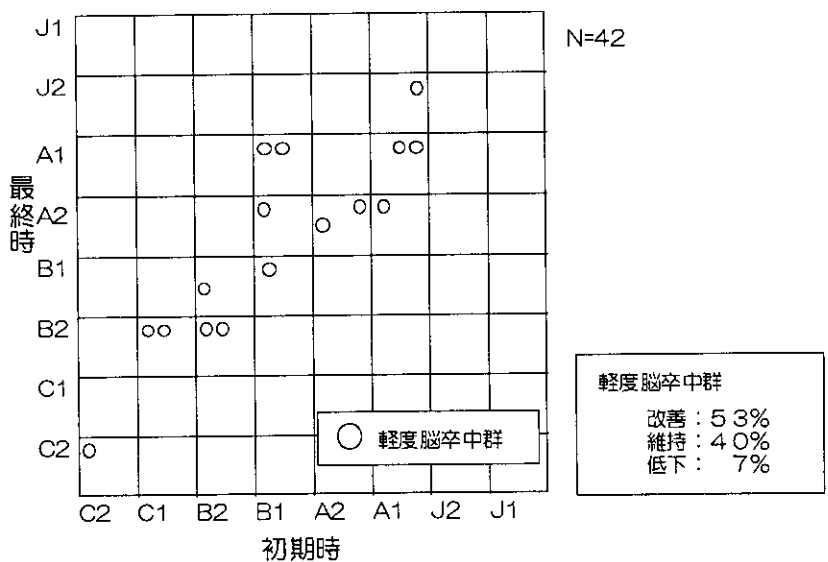


図3. 対象者の寝たきり度の変化
— 軽度脳卒中群 —

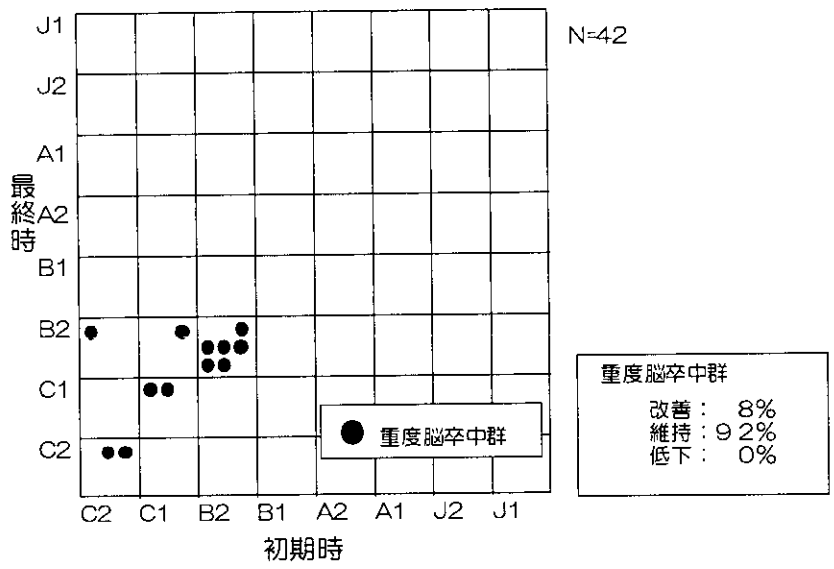


図4. 対象者の寝たきり度の変化
 — 重度脳卒中群 —

厚生科学研究費（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査
分担研究者 大川弥生

研究要旨：わが国のねたきり化の大きな原因である「廃用症候群の悪循環」形成には生活活動性が最も大きく作用する。そこでこの生活活動性が医療の現場でどのように指導されているかの現状把握を目的として入院患者に対する「安静度」指示及び活動性向上に向けての指導状況についての全国調査を行なった。その結果入院中の安静についての指導は十分に行われているが、一方で生活活動性向上に向けての指導が極めて不十分なことが判明した。医療機関全般に廃用症候群の重要性についての普及と、その改善にむけての具体的方策である「活動度」の指導が望まれる。

A. 研究目的

わが国のねたきり化の大きな原因である「廃用症候群の悪循環」（大川）形成には生活活動性が最も大きく作用する。寝たきり化予防にむけたりハビリテーション・ケアシステムを構築するにあたっては、この生活活動性向上にむけての指導がリハビリテーション及びケアシステム全体において徹底されることが第一の課題と考える。

そこで研究初年度である本年度はまずこの生活活動性が医療の現場でどのように指導されているかの現状把握を目的として入院患者に対する「安静度」指示及び活動性向上に向けての指導状況についての全国調査を行なった。

B. 研究方法

廃用症候群についての認識が高いと考えられる、リハビリテーション部門を有する日本リハビリテーション病院・施設協会所属の病院（N=492）及び介護療養型医療施設連絡協議会所属の病院（N=329）、全 731 病院（内 90 病院は両機関に所属）を対象として、

入院患者に対する安静度指導および活動性向上に対する指導の状況を質問紙郵送法で調査した。

その結果 640 病院から回答が得られ、回答率は 87.6%であった。

病棟種類毎に指導状況を分析したが、その際同一病院内の同一種類病棟（一般病棟、リハビリテーション病棟、療養型病棟）で、複数病棟から回答があった場合は、最も活動性向上の指導が良好な病棟を選択した。

（倫理面への配慮）

日本リハビリテーション病院・施設協会、介護療養型医療施設連絡協議会の両協会の倫理委員会にて本研究についての審査が行なわれ、許可を得た上で実施した。研究データは集計結果としてのみ公表し、個別結果としては公表しないものである。

C. 研究結果

1) 安静度の指示を全患者もしくは一部患者に限っても行われているのは一般病棟では 260 病棟中 233 病棟 (89.6%) でこの内 163

病棟 (62.7%) は全患者について、また 70 病棟 (26.9%) では特定の疾患についてのみで安静度が指示されていた。一方全く指示されていなかった病棟は 27 病棟 (10.4%) であった。

リハビリテーション病棟では 551 病棟中 237 病棟 (43.0%) は全患者、205 病棟 (37.2%) では特定の疾患について指示されていた。一方全く指示されていなかった病棟は 109 病棟 (19.8%) であった。

さらに療養型病棟では 292 病棟中 85 病棟 (29.1%) で全患者、119 病棟 (40.8%) で特定の疾患に指示され 88 病棟 (30.1%) では全く指示されていなかった。

2) 活動性向上に関する指導

活動性向上に向けて指導をしていると返答した病院は、一般病棟 204 病棟 (78.5%)、リハビリテーション病棟 428 病棟 (77.7%)、療養病棟 208 病棟 (71.2%) であった。

しかしその具体的内容を再確認すると、その内容はケアプランの指導、PT・OTを行うこと、レクリエーション実施等を活動性向上にむけての指導と考えている場合が多かった。活動性向上自体を目的として綿密な指導をしているのは一般病棟では活動性向上

の指導ありと返答をした 204 病院中 25 病院 (12.3%；全 260 病院中 9.6%)、リハビリテーション病棟では 17 病院 (4.0%；全 551 病院中 3.1%)、療養型病棟では 38 病院 (18.3%；全 292 病院中 19.0%) であった。

D. 考察

1. 安静度指導は十分に行われている反面、活動性向上にむけての指導は極めて不十分であった。

これは廃用症候群についての認識が極めて乏しく、また現状として積極的関与が乏しいことを反映していると考えられる。

2. 積極的に活動性を向上するような指導ではなく、活動してもよいという指導内容の程度や PT・OT の実施が活動性向上に向けての指導内容と考えられている場合が多く、一般病棟以上に既に廃用症候群を呈している患者がほとんどと考えられる。リハビリテーション病棟や療養型病棟にこの傾向が強かったことは反省が必要である。

3. 安静度指示が一般病棟で高かったが、これは一般病棟はリハ病棟や療養型病棟と比べ疾患管理を主な目的としており、安静(活動性制限)が疾患管理上必要とされる場合が

表A. 安静度の指示

		一般病棟	リハ病棟	療養型病棟
有		233 (89.6%)	442 (80.2%)	204 (69.9%)
	内:全患者	[163 (62.7%)]	[237 (43.0%)]	[85 (29.1%)]
	内:特定疾患	[70 (26.9%)]	[205 (37.2%)]	[119 (40.8%)]
無		27 (10.4%)	109 (19.8%)	88 (30.1%)
計		260 (100%)	551 (100%)	292 (100%)

あることと関連が深いと考えられる。しかし、安静をとれば必ず廃用症候群を生じるのであり、その後の活動性向上を必ずはかるべきでありその点の認識を広くもってもらう必要がある。

4. 本研究で明らかになったように活動性向上にむけての具体的指導をして安静度ではなく「活動度」として指導することが効果的と考える。活動度の具体的な例を表Cに示す。その基本的考え方を以下に挙げる。

1) 活動性向上を基本

活動度とは活動性向上を基本的な目的にするものであり、安静（活動性の制限・活動上限の指示）を確実にとらせることを基本とする安静度とは、全く逆方向のものである。

2) 安静は必要最低限に一安静必要時にも活動下限を同時に指導

活動度では安静度とちがい、活動下限すなわちおこなうべき活動内容について詳細に指導するのである。

疾患治療上安静が必要な場合も絶対安静が必要な場合は少ない。必要以上の安静を避けることが、廃用症候群の悪循環を予防・改善するために重要である。

安静が必要な場合の活動度の指示・指導

は、それ以上の活動は制限するという活動上限として指導する。そしてそれと同時に、それ以下には下げない（その活動を許可するというだけでなくむしろ積極的に行うべきとする）という活動下限も厳密に規定して指示・指導するものである。

3) 活動度は活動上限・下限をともに指導

安静が必要な時に安静度を指示し、活動性を向上させてよい時期になって活動度を指導するというのではなく、両方の時期ともに活動度として指導していくものである。すなわち安静が必要な時期も、活動度を向上させていく時期においても、許可できる活動の質・量は無制限とは限らず、活動度は厳密に活動上限と活動下限の両方を指示・指導する必要がある。

4) 活動度とはしている ADL についての指示・指導

生活全般の活発化の鍵はしている ADL の質的・量的向上である。活動度の指導とは実は個々の ADL についてのしている ADL の質と量の両方の指導といえる。質的な面については自立度だけでなく具体的なやり方（姿勢、方法、手順など）まで含めて指示・指導する。

表B. 活動性向上の指示

		一般病棟	リハ病棟	療養型病棟
有	返答	204 (78.5%)	428 (77.7%)	208 (71.2%)
	内:確認後	[25 (9.6%)]	[17 (3.1%)]	[38 (13.0%)]
無		56 (21.5%)	123 (22.3%)	84 (28.8%)
計		260 (100%)	551 (100%)	292 (100%)

表C 活動度指示箋

日中活動の場・姿勢	移動・活動方法					備考
	使用 歩行補助具等	自力	監視	介助	禁止	
I. ベッド上臥位						
						1. ベッド上起き上がり
II. ベッド上座位						2. 病(自)室内歩行
						3. 病棟(自宅)トイレへの歩行
III. 病(自)室内; 椅子座位						4. 病棟内歩行(自室内)
						5. 病院内歩行
IV. デイルーム・リビング等						6. 階段昇降
						7. 外出・散歩
V. その他(仕事等。自由記載:)						8. " (5,000歩以上/日)
						9. " (8,000歩以上/日)

- 註
1. 活動度は従来の安静度とは逆に、積極的にその活動性向上を促すことを目的としている。
 2. 日中活動の場・姿勢と移動・活動方法の両者を明らかにする。
 3. 車椅子(W/C) ストレッチャー(S)使用時について:
日中活動の場・姿勢で椅子座位を車椅子でとったり、移動・活動方法で移動を車椅子やストレッチャーで行っている時は、該当する自立・監視・介助の欄にW/C、Sと記入する。
 4. 活動の上限と下限とを共に記載する

その理由は、一つひとつのADLはそのやり方によって身体的負荷が大きく異なるため、適切な負荷となるようなやり方を指導する必要があるからである。例えば病棟内歩行についても、自立歩行を許可する場合、単に自立歩行という指示だけでなく、その場合に使用する歩行補助具や装具まで明確に指導する。

5)活動性をより向上させるADLのやり方を指導

このように個々のADLについてしているADLを指導するが、その際活動性向上にむけて最良のやり方でADLがおこなわれているかどうかの視点から詳しくみる。そして更により良いやり方があれば、そのやり方を指導する。

例えば脳卒中患者で病棟内歩行を介護下で行っている場合に、T字杖とシューホーン装具を使用しているのであれば、その方法を変更して、T字杖をウォーカーケインや四脚杖に、またシューホーン装具を両側金属支柱付短下肢装具に変更して実用歩行訓練をすれば、歩行が自立して活動性を向上できるの

ではないかなどと検討する。

6) 実施時間・程度の指導(1日の生活としての指導)

生活活動性の向上には1日単位でどう過ごすかの指導が必要である。そのため1日の生活として個々のADLを実施する時間帯や回数まで指導する。例えば歩行量増加の場合には、1回に連続8,000歩は不可能でも、1回4,000歩を朝・夕2回や、2,000歩を3時間毎に4回のような少量(適量)頻回の形をとれば無理なく達成できるのである。

また点滴や放射線療法などの治療をおこなっていても、活動を制限すべき時間帯と一方積極的に向上させることが可能な時間帯もある。このような疾患への治療内容も考慮して活動度を向上させるとともに、逆に活動度向上にむけて治療の実施時間帯や内容を変更することもある。

過用症候や疾患の増悪をおこさずに活動性を向上させるためには、このような時間帯や回数の指導が重要である。

E. 結論

我が国の寝たきりの原因として重大な廃用症候群は、生活活動性低下により生じるものである。今回の調査で入院中の安静についての指導は十分に行われているが、一方で生活活動性向上に向けての指導が極めて不十分なことが判明した。

医療機関全般に廃用症候群の重要性についての普及と、その改善にむけての具体的方策である「活動度」の指導が望まれる。