

以下、回答者が半数以下であったのは「筋瞬発力低下」が61名(49.6%)、「骨萎縮」が56名(45.5%)、「1回心拍出量低下」が52名(42.3%)、「知的低下」が46名(37.4%)、「静脈血栓症」が45名(36.6%)、「骨折しやすさ」が42名(34.1%)、「尿失禁」が33名(26.8%)などであった。

次々項で述べるように廃用症候群の名称自体を96.7%は知っているが、具体的内容についての理解は極めて不十分といえる。

6. ねたきりの予防に向けての対応

ねたきりの予防に向けての対応は十分とお思いですかとの設問に対する回答を表6に示す。

「自分の現在の仕事とは関係ない」は0名であったが、「十分」が1名(0.8%)、「ほぼ十分」が27名(22.0%)であり、最も多かったのは「不十分な面もある」が64名(52.0%)であった。また「極めて不十分」は9名(7.3%)、「全く行っていない」は1名(0.8%)と極めて少数であった。

表6. ねたきりの予防に向けての対応

	訪問看護
自分の現在の仕事とは関係ない	0 0.0%
十分	1 0.8%
ほぼ十分	27 22.0%
不十分な面もある	64名 52.0%
極めて不十分	9 7.3%
全く行っていない	1 0.8%
返答なし	21 17.1%
計	123 100%

II. 廃用症候群について

1. 廃用症候群の認識

廃用症候群という言葉を知っていますかとの設問に対する回答を表7に示す。

「知っている」は119名(96.7%)、「知らない」は3名(2.4%)と、言葉自体はよく知られていた。

表7. 廃用症候群という言葉を知っていますか

	訪問看護
知っている	119 96.7%
知らない	3名 2.4%
返答なし	1 0.8%
計	123 100%

2. 廃用症候群の原因

廃用症候群の原因についての回答を表8に示す。

「長期の臥床」が123名中114名(92.7%)であった。

しかし「ADL(身の回りのこと)を自分で行なわないこと」が85名(69.1%)、「全身の活動性が乏しいこと」が84名(68.3%)、「外界からの刺激が乏しいこと」が80名(65.0%)、「安静」が71名(57.7%)と正しい理解は6~7割にとどまった。

更に「高齢」が47名(38.2%)、「病気そのもの」が27名(37.4%)との誤解もあった。

表 8. 廃用症候群の原因

	訪問看護
長期の臥床	114名 92.7%
ADL(身の回りのこと)を自分で行なわないこと	85 69.1%
全身の活動性が乏しいこと	84 68.3%
外界からの刺激が乏しいこと	80 65.0%
安静	71 57.7%
高齢	47 38.2%
体の局所(一部分)の固定	46 37.4%
病気そのもの	27 37.4%
その他	2 1.6%
返答なし	3 2.4%
計	556 452.0%

Ⅲ. リハビリテーションについて

1. リハビリテーションの内容

リハビリテーションの内容についての設問に対する回答を表9に示す。

最も多かったのは「関節を動かす訓練(関節可動域訓練)」で116名(94.3%)であった。

この他、機能障害への働きかけとして「筋力増強訓練」が101名(82.1%)、「マッサージ」が77名(62.6%)、「温めること」が55名(44.7%)であった。

また基本動作訓練として、「平行棒内歩行」が70名(56.9%)、「マット上での訓練」が69名(56.1%)であった。

これに対し活動向上訓練としては、最も多かったのは「トイレが一人でできるようになる訓練」が101名(82.1%)で、ついで「洋服が一人で着られるようになる訓練」が98名

(79.7%)、「病棟の洗面所までへの歩行訓練」が79名(64.2%)、「洗面が一人でできるようになる訓練」が88名(71.5%)、「家事ができるようになる訓練」が72名(58.5%)、「仕事に戻れるように、仕事に必要な動作の訓練」が67名(54.5%)、「言葉が不自由な場合に、コミュニケーションをとり易くする訓練」が105名(85.4%)と、リハビリテーションの基本となる活動向上訓練についての理解は不十分と考えられる結果であった。

その他「レクリエーション」が85名(69.1%)、「手芸」が33名(26.8%)であった。

2. リハビリテーションについて

その他、リハビリテーションに関する設問の回答を表10に示す。

その結果、リハビリテーションにおける個別性重視、目標設定の重要性に関することとして「どのような生活を送りたいかの希望を、患者自身が積極的に言うことが大事」が91名(74.0%)、「将来どのような生活をするのかで、訓練の内容は大きくちがう」が80名(65.0%)であった。

効果、予後について「リハビリテーションのすすめ方次第で、歩けるはずの人が歩けないままになる」(正答)が87名(70.0%)であったが、実は誤っている「本人の意欲次第で、どこまでよくなるかが決まる」が73名(59.3%)、「どこまでよくなるかは、やってみなければわからない」が53名(43.1%)などとかなり多かった。また同様に誤りである「患者本人ががんばるほどよくなるもの」が49名(39.8%)、「長期間 やればやるほど回復効果が大きい」が20名(16.3%)であった。

表9. リハビリテーションの内容はどのようなことでしょうか

	訪問看護
関節を動かす訓練(関節可動域訓練)	116名 94.3%
言葉が不自由な場合に、コミュニケーションをとり易くする訓練	105 85.4%
トイレが一人でできるようになる訓練	101 82.1%
筋力増強訓練	101 82.1%
洋服が一人で着られるようになる訓練	98 79.7%
洗面が一人でできるようになる訓練	88 71.5%
レクリエーション	85 69.1%
病棟の洗面所までへの歩行訓練	79 64.2%
マッサージ	77名 62.6%
家事ができるようになる訓練	72 58.5%
平行棒内歩行	70 56.9%
マット上での訓練	69 56.1%
仕事に戻れるように、仕事に必要な動作の訓練	67 54.5%
温めること	55 44.7%
手芸	33 26.8%
返答なし	2 1.6%
	1216 988.6%

活動向上訓練に関しては正答である「訓練時の歩行能力と実生活(病棟生活などを含む)での歩行能力は大きく異なる」が58名(47.2%)、「身の回りのことができるようになる訓練は専門的なリハの技術である」が18名(14.6%)に対し、実は誤っている「身の回りのこと(ADL)ができるようになるには、本人の工夫・努力が一番大事」が38名(30.9%)、

「自宅でのADL上の不自由さは、本人や家族が工夫して解決していくものである」が29名(23.6%)と正答と誤答に大きな差はなかった。

機能障害に関することとして、「歩くことが困難になってきたら、下肢の筋力増強訓練を行なうことが基本」が31名(25.2%)、この他「麻痺や筋力等を回復させる機能回復訓練が一番大事」が25名(20.3%)であった。これはいずれも誤答であるが、これを正しいとした回答者は比較的少なかった。

この他、「看護職・介護職は特に関係しない」が2名(1.6%)、「入院して行なうことが基本(特に脳卒中や骨折の場合)」が2名(1.6%)、「リハとは、リハの専門職(理学療法士:PT・作業療法士:OTなど)のみが行なうもの」が1名(0.8%)「患者自身が体を動かすことよりも、やってあげることが基本」が0名「訓練室で行なうもの。病室・病棟で訓練を行なうのは、重症の時」が0名など、訪問看護師という在宅生活が対象の職種のためか、従来の意識として強い「リハビリテーションは、PT・OTが、訓練室で行う訓練」との誤解は少なかった。

3. 車椅子について

車椅子について、どうお考えですか(複数回答可)との設問に対する回答を表11に示す。

「歩行が不可能であれば、まず車椅子で移動できるように指導することが基本」は123名中61名(49.6%)と約半数であった。「車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽」は27名(22.0%)、「車椅子用の設備は、やっと歩けるくらいの人にとっても使い易い」は24名(19.5%)、「病院や施設は車椅子用設備が多

いほど良い環境である」は10名(8.1%)、「車椅子は人が押してあげることが基本」は3名(8.1%)であった。以上は車椅子に関するマイナス面の認識は不十分という結果といえよう。

表 10. リハビリテーションについて、どうお考えですか

	訪問看護
どのような生活を送りたいかの希望を、患者自身が積極的に言うことが大事	91名 74.0%
リハビリテーションのすすめ方次第で、歩けるはずの人が歩けないままになる	87 70.0%
将来どのような生活をするのかで、訓練の内容は大きくちがう	80 65.0%
本人の意欲次第で、どこまでよくなるかが決まる	73 59.3%
訓練時の歩行能力と実生活(病棟生活などを含む)での歩行能力は大きく異なる	58 47.2%
どこまでよくなるかは、やってみなければわからない	53 43.1%
患者本人が がんばるほどよくなるもの	49 39.8%
身の回りのこと(ADL)ができるようになるには、本人の工夫・努力が一番大事	38 30.9%
歩くことが困難になってきたら、下肢の筋力増強訓練を行なうことが基本	31 25.2%
自宅でのADL上の不自由さは、本人や家族が工夫して解決していくものである	29 23.6%
麻痺や筋力等を回復させる機能回復訓練が一番大事	25 20.3%
長期間 やればやるほど回復効果大きい	20 16.3%
身の回りのことができるようになる訓練は専門的なりハの技術である	18 14.6%
入院中は改善が目的で、外来・訪問・通所リハでは維持が目的である	16 13.0%
原因となった病気の病状が落ち着いてから行なうもの	7名 5.7%

つらく苦しくてもがんばるもの	5 4.1%
関節を動かす時(関節可動域訓練)は痛いくらいに行なう方が効果がある	4 3.3%
麻痺・筋力低下の回復が頭打ちになると、身の回りのこと(ADL)はそれ以上改善しない	3 2.4%
高齢(年をとっていること)はリハビリテーションにはマイナス	2 1.6%
看護職・介護職は特に関係しない	2 1.6%
入院して行なうことが基本(特に脳卒中や骨折の場合)	2 1.6%
リハとは、リハの専門職(理学療法士:PT・作業療法士:OT など)のみが行なうもの	1 0.8%
患者自身が体を動かすことよりも、やってあげることが基本	0 0.0%
訓練室で行なうもの。病室・病棟で訓練を行なうのは、重症の時	0 0.0%
返答なし	2 1.6%
計	694 564.2%

表 11. 車椅子について

	訪問看護
歩行が不可能であれば、まず車椅子で移動できるように指導することが基本	61名 49.6%
車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽	27 22.0%
車椅子用の設備は、やっとな歩けるくらいの人にとっても使い易い	24 19.5%
病院や施設は車椅子用設備が多いほど良い環境である	10 8.1%
車椅子は人が押してあげることが基本	3 8.1%
その他	10 8.1%
返答なし	30 24.4%
計	135 109.8%

4. 介護について

介護の内容についての設問に対する回答を表 12 に示す。

「具体的なやり方次第で、寝たきりの予防や改善ができる」という正答は 113 名 (91.9%) であった。しかし一方で「介護される人になるべく力を入れずに安楽にできるように介護することが大事」は 42 名 (34.1%) であり、これは看護師として「している活動」への働きかけで活動向上をはかる観点からは大きな問題である。

表 12. 介護について

	訪問看護
具体的なやり方次第で、寝たきりの予防や改善ができる	113 名 91.9%
介護される人になるべく力を入れずに安楽にできるように介護することが大事	42 34.1%
返答なし	5 4.1%
計	155 126.0%

D. 結論

訪問看護においては特にリハビリテーション的知識・対応が重要となってくる。そこで訪問看護師についてリハビリテーション自体、及び訪問リハビリテーションのターゲットとして重要な「廃用症候群」に関する認識調査を行った。

その結果、「廃用症候群」という名称自体の認知は 96.7% と高かったが、原因や症候についての認識についてはいまだ不十分とい

える結果であった。またリハビリテーションについては機能障害への働きかけであるとの意識が強く、活動向上への認識は不十分であった。また寝たきりの原因として、リハビリテーションの必要性・質や、介護の質についての問題意識は乏しかった。今後この意識をいかに向上させるかが重要な課題である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 報道等

・大川弥生：「介護における科学性と人間性の両立」；目標指向的介護の実践. 介護福祉士会ニュース. 12 月 15 日号

リハビリテーション・廃用症候群についての認識に関する調査 －外来患者－

分担研究者 中村 茂美 日本作業療法士協会 常任理事

主任研究者 大川弥生 国立長寿医療研究センター 部長

研究要旨 訪問リハビリテーションにおいては実生活での活動向上と同時に、廃用症候群への働きかけ（生活全体の活発化）が重要である。そのため訪問リハビリテーションが十分な効果をあげるためには利用者・患者、また医療・介護従事者がリハビリテーション・廃用症候群などについての正しい認識を共有していることが重要である。

何らかの疾患をもつ病人（患者）は廃用症候群を生じやすい。そのため、患者の廃用症候群に関する認識の現状と問題点を把握するために、外来通院患者における廃用症候群とリハビリテーションに関する意識調査を行った。

対象は中山間部の公立の地域中核病院の2週間の自己回答が可能な全外来患者1497名。そのうち1494名から回答を得た（回収率99.8%）。

結果は次の通りであった。1) 病気の時の安静については「病気を早く治す基本だと思う」が60.9%であったが、同時に「原則として安静は必要最低限にすべきと思う」も54.2%であった。2) しかしこれまで医師から「安静をとるように」と指示されたことがある人は35.9%にとどまっていた。3) 安静の害があると思う人は25.4%であった。4) 逆に現在どの程度動いてよいかを医師から指導を受けていたのは53.7%であったが、指導の内容は制限的（「無理に動かないように」等）なものがこのうち18.4%であり、漠然とした指導（「なるべく動くように」等）が14.5%であり、具体的な指導は23.2%であった（複数回答あり）。5) 「廃用症候群」という言葉を知っていたのは16.3%であり、知ったきっかけは「本や雑誌で」が6.6%で最も多く、その他講演会などであり、医師等の医療職から説明を受けたのは合計4.5%にとどまっていた。6) リハビリテーションとは何をやるものかについては「歩行訓練」61.1%、「関節を動かす訓練」60.9%であり、活動向上訓練についての認識は乏しかった。

以上から廃用症候群についての啓発が重要であり、またこの結果は今後の意識変化をみるベンチマークとして有意義と考えられる。

A. 研究目的

訪問リハビリテーションでは、実生活での活動向上と同時に、廃用症候群への働きかけ（生活全体の活発化）が重要である。そのため訪問リハビリテーションが十分な効果をあげるためには利用者・患者と医療・介護従事者がリハビリテーション・廃用症候群などについての正しい認識を共有していることが重要である。

何らかの疾患をもつ病人（患者）は廃用症候群を生じやすい。そのため、患者の廃用症候群に関する認識の現状と問題点を把握するために、外来通院患者における廃用症候群とリハビリテーションに関する意識を調査した。

B. 研究方法

廃用症候群（及びそれに関連して、ねたきり）及びリハビリテーションについて、質問紙を用いた調査を中山間部の公立の地域中核病院の自己回答が可能な2週間の入院患者316名および全外来患者1497名を対象として行った。

回答は入院患者312名（回収率98.7%）および外来患者1494名から得た（回収率99.8%）。

（倫理面への配慮）

当該医療機関の倫理委員会にて本研究の承認を得ている。

C. 結果

I. 寝たきりについて

1. 「つくられたねたきり」について

「つくられたねたきり」または「ねたきりはつくられる」ということを、お聞きになったことがありますかの設問に対する回答を表1に示す。

「ある」は入院患者では312名中121名（38.8%）、外来患者では1494名中641名（42.9%）と4割であった。「ない」は入院患者では、184名（59.0%）、外来患者では786名（52.6%）と半数強であった。

2. 「つくられたねたきり」があると思うか

「つくられたねたきり」があると、お思いですかの設問に対する回答を表2に示す。

「ない」は入院患者では、312名中100名（32.1%）、外来患者では1494名中397名（26.6%）であった。「ある」は入院患者は139名（44.6%）、外来患者は776名（51.9%）であった。両者とも「回答なし」が2割強あった。

表1. 「つくられたねたきり」について

	入院患者	外来患者
ない	184名 59.0%	786名 52.6%
ある	121 38.8%	641 42.9%
回答なし	7 2.2%	67 4.5%
計	312 100%	1494 100%

表2. 「つくられたねたきり」があると、お思いですか

	入院患者	外来患者
ない	100名 32.1%	397名 26.6%
ある	139 44.6%	776 51.9%
回答なし	73 23.4%	321 21.5%
計	312 100%	1494 100%

3. 「つくられたねたきり」の原因

「つくられたねたきり」の原因についての設問に対する回答を表3に示す。

その結果最も多いのは「本人の動こうとする意欲がない」であり、入院患者では312名中133名(42.6%)、外来患者では1494名中714名(47.8%)であった。

次いで「脳卒中・骨折などの脳・神経・骨・関節の病気」が多く、入院患者では133名(42.6%)、外来患者では645名(43.2%)であった。

次に専門的なアプローチの関与についての設問に対し、まずリハビリテーションに関しては「リハビリ(テーション)を行っていない」は入院患者では107名(34.3%)、外来患者では502名(33.6%)、「リハビリ(テーション)のやり方・方法が悪い」は入院患者では48名(15.4%)、外来患者では232名(15.5%)であった。

介護に関連して「介護のやり方・方法が悪い」は入院患者で80名(25.6%)、外来患者では403名(27.0%)、「介護の量が不十分」は入院患者では75名(24.0%)、外来患者では354名(23.7%)であった。

廃用症候群の最も重要な原因である「自宅

での日常生活が不活発(体の動かし方が少ない)」は入院患者では114名(36.5%)、外来患者では621名(41.6%)、また「身のまわりのこと(歯みがき、トイレ、着替え等)で、できないことがある」は入院患者では43名(13.8%)、外来患者では222名(15.1%)にすぎなかった。

「病気であれば安静が必要なため寝たきりになるのは仕方ない」は入院患者では50名(16.0%)、外来患者では210名(14.1%)であった。

以上からは廃用症候群に関する具体的な知識は極めて不十分であることがうかがわれ、今後の啓発の努力が必要である。

4. 病気のときの安静

1) 医師からの指導

これまで病気の時に「安静をとるように」と医師から指導されたことがありますかの設問に対する回答を表4-1に示す。

「ない」は入院患者では、312名中168名(53.8%)、外来患者では1494名中799名(53.5%)、「ある」は入院患者では105名(33.7%)、外来患者では537名(35.9%)であった。

表3. 「つくられたねたきり」の原因は何とお思いですか（項目別）

	入院患者	外来患者
本人の動こうとする意欲がない	133 42.6%	714 47.8%
脳卒中・骨折などの脳・神経・骨・関節の病気	133名 42.6%	645名 43.2%
自宅での日常生活が不活発(体の動かし方が少ない)	114 36.5%	621 41.6%
リハビリ(テーション)を行っていない	107 34.3%	502 33.6%
病気(脳・神経・骨・関節以外)が重症	80 25.6%	435 29.1%
介護のやり方・方法が悪い	80 25.6%	403 27.0%
介護の量が不十分	75 24.0%	354 23.7%
病気であれば安静が必要なため寝たきりになるのは仕方ない	50 16.0%	210 14.1%
リハビリ(テーション)のやり方・方法が悪い	48 15.4%	232 15.5%
身のまわりのこと(歯みがき、トイレ、着替え等)で、できないことがある	43 13.8%	222 15.1%
医師が、「動くように」と積極的(意図的)には指導しない	30 9.6%	171 11.4%
看護婦が、「動くように」と積極的(意図的)には指導しない	24 7.7%	129 8.6%
安静の指示・指導がなされている	15 4.8%	98 6.6%
車椅子に乗せてもらっていない	39 2.5%	164 11.0%
その他	3 1.0%	26 1.7%
返答なし	101 32.4%	433 29.0%
計	974 312.2%	4931 330.1%

表4-1. 「安静をとるように」との医師から指導

	入院患者	外来患者
ない	168名 53.8%	799名 53.5%
ある	105 33.7%	537 35.9%
回答なし	39 12.5%	158 10.6%
計	312 100%	1494 100%

2) 具体的理由の説明の有無

安静の必要について具体的な理由の説明を受けているかについては以下の通りであった

具体的な理由の説明についてうけていない人は入院患者では、安静の指導を受けた105名中32名(30.5%)、外来患者では537名中142名(26.4%)であり、「ある」は入院患者では62名(59.0%)、外来患者では355名(66.1%)であった。

3) 病気のときの安静について

病気の時の安静についてどう思われますかとの設問に対する回答を表4-2に示す。

「原則として安静は必要最低限にするべきと思う」は入院患者では169名(54.2%)、外来患者では810名(54.2%)にすぎなかった。

「病気を早く治す基本だと思う」は入院患者

では181名(58.0%) 外来患者では910名(60.9%)、「急におきた病気(肺炎等)では必ず安静をとる必要がある」は入院患者では171名(54.8%)、外来患者では741名(49.6%)とかなり多かった。

「手術後は半年くらいは、なるべく安静をとる必要がある」は入院患者では72名(23.1%)、外来患者では312名(21.0%)、「特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要」は入院患者では56名(17.9%)、外来患者では249名(16.5%)、「『病気の時は安静』だと思うが、理由は知らない」は入院患者では名中48名(15.4%)、外来患者では名中229名(15.3%)、「高血圧、糖尿病などの長く続く病気(慢性疾患)でも安静が必要である」は入院患者では29名(9.3%)、外来患者では121名(8.1%)であった。

表4-2. 病気の時の安静についてどう思われますか(項目別)

	入院患者	外来患者
病気を早く治す基本だと思う	181名 58.0%	910名 60.9%
原則として安静は必要最低限にするべきと思う	169 54.2%	810 54.2%
急におきた病気(肺炎等)では必ず安静をとる必要がある	171 54.8%	741 49.6%
手術後は半年くらいは、なるべく安静をとる必要がある	72 23.1%	312 21.0%
特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要	56 17.9%	247 16.5%
「病気の時は安静」だと思うが、理由は知らない	48 15.4%	229 15.3%
高血圧、糖尿病などの長く続く病気(慢性疾患)でも安静が必要である	29 9.3%	121 8.1%
その他	0 0%	4 0.3%
返答なし	37 11.9%	12 8.0%
計	726 232.7%	3376 226.0%

5. 活動性についての指導

現在どの程度動いてよいかを医師から指導されていますかとの設問に対する回答を表5に示す。

「特に指導されていない」は入院患者では、312名中146名(46.8%)、外来患者では1494名中691名(46.3%)であった。「『無理して動かないように』と、指導されている」は入院患者では27名(8.7%)、外来患者では137名(9.2%)、「どのようなことをしてはいけないのか指導されている」は入院患者では22名(7.1%)、外来患者では137名(9.2%)であった。

「『なるべく動くように』指導されているが、どの程度動いてよいかわからない」は入院患者では33名(10.6%)、外来患者では216名

(14.5%)であった。

ついで具体的に活動内容について指導されている人は、「どのようなこと(運動、身のまわりのこと)をするべきかを指導されている」は入院患者では32名(10.3%)、外来患者では187名(12.5%)、「一日の歩数を指導されている」は入院患者では15名(4.8%)、外来患者では94名(6.3%)、「一日の生活のしかたを詳しく指導されている」は入院患者では8名(2.6%)、外来患者では65名(4.4%)であった。

以上の結果からみると、「病気であれば安静第一」との誤解はいぜんとして非常に強く、廃用症候群の一因になっていると考えられ、意識的な活動向上の指導が必要といえよう。

表5. 活動性についての指導

	入院患者	外来患者
特に指導されていない	146名 46.8%	691名 46.3%
「なるべく動くように」指導されているが、どの程度動いてよいかわからない	33 10.6%	216 14.5%
どのようなこと(運動、身のまわりのこと)をするべきかを指導されている	32 10.3%	187 12.5%
「無理して動かないように」と、指導されている	27 8.7%	137 9.2%
どのようなことをしてはいけないのか指導されている	22 7.1%	137 9.2%
一日の歩数を指導されている	15 4.8%	94 6.3%
一日の生活のしかたを詳しく指導されている	8 2.6%	65 4.4%
その他	4 1.3%	36 2.4%
返答なし	112 35.9%	390 26.1%
計	287 92.0%	1563 104.6%

6. 安静の害

安静に害があると思われますかとの設問に対する回答を表6に示す。

「ない」は入院患者では 312 名中 160 名 (51.3%)、外来患者では 1494 名中 712 名

(47.7%)、一方「ある」は入院患者では 61 名 (19.6%)、外来患者では 379 名 (25.4%) と少なかった。このように安静についての認識は不十分であり、今後それを高める必要があると考えられる。

表6. 安静に害があるか？

	入院患者	外来患者
ない	160名 51.3%	712名 47.7%
ある	61 19.6%	379 25.4%
回答なし	91 29.2%	403 27.0%
計	312 100%	1494 100%

7. 寝たきり予防

ねたきり予防についてどうお考えですかとの設問に対する回答を表7に示す。

誤った内容を示す選択肢については「長期間ふとん・ベッドに横になっていることさえしなければ予防できる」は入院患者では 61 名 (19.6%)、外来患者では 348 名 (23.3%)、

「高齢者が少しずつ歩けなくなっていくことは、仕方ないことである」は入院患者では 58 名 (18.6%)、外来患者では 287 名 (19.2%)、

「風邪 (かぜ) の時の安静程度は関係ない」は入院患者では 65 名 (20.8%)、外来患者では 289 名 (19.3%)、「介護は、介護される人が力を入れずに安楽になるようにすることが大事」は入院患者では 61 名 (19.6%)、外来患者では 285 名 (19.1%)、「車椅子を使っての生活が一人でできれば予防できる」は入院患者では 48 名 (15.4%)、外来患者では 242 名 (16.2%)、「病気であれば安静が必要な寝たきりになるのは仕方ない」は入院患者では

45 名 (14.4%)、外来患者では 182 名 (12.2%)、「杖や装具は使うと頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない」は入院患者では 39 名 (12.5%)、外来患者では 205 名 (13.7%) といずれも 1.5 割～2 割の範囲で決して多くはなかった。

一方、寝たきり予防についての正しい具体的対応である「身の回りのことが自分でできるようにする訓練・指導を受けることが効果的」は入院患者では 177 名 (56.7%)、外来患者では 913 名 (61.1%)、「自分のことは自分ですることが大事」は入院患者では 312 名中 184 名 (59.0%)、外来患者では 1494 名中 953 名 (63.8%)、「リハビリ (テーション) をおこなえば予防できる」は入院患者では 109 名 (34.9%)、外来患者では 605 名 (40.5%)、「一人で歩行できない時には、車椅子を使うよりも介護されて歩く方がよい」は入院患者では 81 名 (26.0%)、外来患者では 376 名 (25.2%)、「『訓練をしなくても、日常生活

の中で自然と活動性が十分なこと』が理想」は入院患者では74名(23.7%)、外来患者では395名(26.4%)と先に述べた誤った内容の選択肢よりは高率であった。

この他、「筋力増強訓練(筋力を強くする訓練)が非常に大事」は入院患者では103名(33.0%)、外来患者では611名(40.9%)、

「病棟・病室は車椅子を使っている人に使いやすい設備を多くすることが大事」は入院患者では84名(26.9%)、外来患者では498名(33.3%)であった。また、「肺炎や外科手術をした後は、寝たきりにならないように注意が必要だ」は入院患者では139名(44.6%)、外来患者では726名(48.6%)であった。

表7. ねたきり予防についてどうお考えですか(項目別)

	入院患者	外来患者
自分のことは自分ですることが大事	184名 59.0%	953名 63.8%
身の回りのことが自分でできるようにする訓練・指導を受けることが効果的	177 56.7%	913 61.1%
高齢者にとっては重要である	180 57.7%	931 62.3%
肺炎や外科手術をした後は、寝たきりにならないように注意が必要だ	139 44.6%	726 48.6%
リハビリ(テーション)をおこなえば予防できる	109 34.9%	605 40.5%
筋力増強訓練(筋力を強くする訓練)が非常に大事	103 33.0%	611 40.9%
一人で歩行できない時には、車椅子を使うよりも介護されて歩く方がよい	81 26.0%	376 25.2%
病棟・病室は車椅子を使っている人に使いやすい設備を多くすることが大事	84 26.9%	498 33.3%
「訓練をしなくても、日常生活の中で自然と活動性が十分なこと」が理想	74 23.7%	395 26.4%
風邪(かぜ)の時の安静程度は関係ない	65 20.8%	289 19.3%
長期間ふとん・ベッドに横になっていることさえしなければ予防できる	61 19.6%	348 23.3%
介護は、介護される人が力を入れずに安楽になるようにすることが大事	61 19.6%	285 19.1%
高齢者が少しずつ歩けなくなっていくことは、仕方ないことである	58 18.6%	287 19.2%
車椅子を使っただけの生活が一人でできれば予防できる	48 15.4%	242 16.2%
自分自身とは直接関係ない	51 16.3%	191 12.8%
病気であれば安静が必要な寝たきりになるのは仕方ない	45 14.4%	182 12.2%
杖や装具は使うと頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない	39 12.5%	205 13.7%
廃用症候群の予防が大事だ	29 9.3%	172 11.5%
車椅子に坐っていれば予防できる	3 1.0%	37 2.5%
返答なし	43 13.8%	141 9.4%
計	1593 510.6%	8247 552.0%

9. 廃用症候群について

1) 言葉を知っているか

廃用症候群という言葉を知っているかとの設問に対する回答を表9-1に示す。

「知っている」は入院患者では312名中37

名(11.9%)、外来患者では1494名中244名(16.3%)、「知らない」は入院患者では196名(62.8%)、外来患者では1001名(67.0%)と言葉自体はほとんど知られていなかった。

表9-1. 廃用症候群という言葉を知っているか

	入院患者	外来患者
知っている	37名 11.9%	244名 16.3%
知らない	196 62.8%	1001 67.0%
回答なし	79 25.3%	249 16.7%
計	312 100%	1494 100%

2) どこで知ったか

どこで知りましたかとの設問に対する回答を表9-2に示す。

最も多かったのは「本や雑誌で」は入院患者では37名中13名(35.1%)、外来患者では244名中98名(40.2%)、次いで「講演会など」は入院患者では4名(10.8%)、外来患者では39名(16.0%)であった。

病院の指導を示す「病院で医師から説明された」は入院患者では4名(10.8%)、外来患者では31名(12.7%)、「病院で看護婦から説明された」は入院患者では3名(8.1%)、外来患者では19名(7.8%)、「病院でリハビリの理学療法士や作業療法士から説明された」は入院患者では1名(2.7%)、外来患者では17名(7.0%)と極めて少なかった。

表9-2. どこで知りましたか(項目別)

	入院患者	外来患者
講演会など	4名 10.8%	39名 16.0%
本や雑誌で	13 35.1%	98 40.2%
病院で医師から説明された	4 10.8%	31 12.7%
病院で看護婦から説明された	3 8.1%	19 7.8%
病院でリハビリの理学療法士や作業療法士から説明された	1 2.7%	17 7.0%
その他	1 2.7%	21 8.6%
返答なし	17 45.9%	19 25.4%
計	43 116.2%	287 117.6%

3) 廃用症候群の原因

廃用症候群の原因は何ですかとの設問に対する回答を表 10 に示す。

「長期に臥床する（ふとん、ベッドに横になっている）こと」は入院患者では 37 名中 15 名（40.5%）、外来患者では 244 名中 124

名（50.8%）、「全身の活動性が乏しいこと」は入院患者では 14 名（37.8%）、外来患者では 110 名（45.1%）、「身体を使わないこと」は入院患者では 11 名（29.7%）、外来患者では 98 名（40.2%）であった。

表 9-3. 廃用症候群の原因（項目別）

	入院患者	外来患者
体の一部を固定して動かないようにすること	5 名 13.5%	50 名 20.5%
身体を使わないこと	11 29.7%	98 40.2%
長期に臥床する（ふとん、ベッドに横になっている）こと	15 40.5%	124 50.8%
外界からの刺激が乏しいこと	8 21.6%	88 36.1%
全身の活動性が乏しいこと	14 37.8%	110 45.1%
その他	0 0.0%	7 2.9%
返答なし	13 35.1%	54 22.1%
計	66 178.4%	531 217.6%

10. 安静の害（廃用症候群）

廃用症候群についての理解の状況を把握するために安静の害（廃用症候群）の具体的内容についての設問した回答を表 10 に示す。

最も多かったのは「じょく創（とこずれ）」であり、入院患者では 312 名中 125 名（40.0%）、外来患者では 1494 名中 614 名（41.1%）であった。

次いで「筋萎縮（筋肉がやせてしまう）」は入院患者では 109 名（34.9%）、外来患者では 609 名（40.8%）、「関節拘縮（関節が固まり

動かしにくくなる）」は入院患者では 100 名（32.1%）、外来患者では 524 名（35.1%）、「筋瞬発力低下（力が弱くなる）」は入院患者では 93 名（29.8%）、外来患者では 473 名（31.7%）、「痴呆（ボケ）」は入院患者では 90 名（28.8%）、外来患者では 471 名（31.5%）であった。

この他は回答者が 3 割以下であった。以上から廃用症候群の症候についての理解は不十分と考えられる。

表 10. 安静の害（廃用症候群）（項目別）

	入院患者	外来患者
じょく創（とこずれ）	125 名 40.0%	614 名 41.1%
筋萎縮（筋肉がやせてしまう）	109 34.9%	609 40.8%
関節拘縮（関節が固まり動かしにくくなる）	100 32.1%	524 35.1%
筋瞬発力低下（力が弱くなる）	93 29.8%	473 31.7%
痴呆（ボケ）	90 28.8%	471 31.5%
筋持久力低下（力が長続きしなくなる）	84 26.9%	440 29.5%
骨萎縮（骨が弱くもろくなる）	76 24.4%	371 24.8%
便秘	70 22.4%	317 21.2%
うつ的な傾向	61 19.6%	326 21.8%
起立性低血圧（立ち上がった時、血圧がさがり目がくらむ）	56 17.9%	258 17.3%
心臓の働きの低下	53 17.0%	237 15.9%
知的な低下	37 11.9%	203 13.6%
呼吸機能の低下	32 10.3%	174 11.6%
尿失禁（尿もれ）	26 8.3%	177 11.8%
静脈血栓症（静脈がつまる）	18 5.8%	109 7.3%
糖尿病	13 4.2%	70 4.7%
胃潰瘍	13 4.2%	39 2.6%
高血圧	11 3.5%	56 3.7%
返答なし	149 47.8%	620 41.5%
計	1067 342.0%	5470 366.1%

II. リハビリテーション

1. リハビリテーションの内容

リハビリ（テーション）で行う訓練は、どのような内容でしょうかとの設問に対する回答を表 11 に示す。

最も多かったのは「歩行訓練」で入院患者では 312 名中 159 名（51.0%）、外来患者では 1494 名中 913 名（61.1%）であった。ついで機能障害への働きかけとして「関節を動かす訓練」は入院患者では 158 名（50.6%）、外来

患者では910名(60.9%)、4番目として「マッサージ」は入院患者では88名(28.2%)、外来患者では541名(36.2%)であった。

これに対し活動向上訓練として最も多かったのは「トイレが一人でできるようになる訓練」は入院患者では96名(30.8%)、外来患者では601名(40.2%)、次いで「洋服が一人で着られるようになる訓練」は入院患者では78名(25.0%)、外来患者では559名(37.4%)、「仕事に戻れるように、仕事に必要な動作の

訓練」は入院患者では82名(26.3%)、外来患者では451名(30.2%)、「家事ができるようになる訓練」は入院患者では52名(16.7%)、外来患者では346名(23.2%)、「病棟の洗面所までへの歩行訓練」は入院患者では45名(14.4%)、外来患者では297名(19.9%)、「言葉が不自由な場合に、コミュニケーションをとり易くする訓練」は入院患者では86名(27.6%)、外来患者では567名(38.0%)であった

表 11. リハビリ(テーション)の内容(項目別)

	入院患者	外来患者
歩行訓練	159 51.0%	913 61.1%
関節を動かす訓練	158 50.6%	910 60.9%
トイレが一人でできるようになる訓練	96 30.8%	601 40.2%
マッサージ	88名 28.2%	541名 36.2%
言葉が不自由な場合に、コミュニケーションをとり易くする訓練	86 27.6%	567 38.0%
洋服が一人で着られるようになる訓練	78 25.0%	559 37.4%
仕事に戻れるように、仕事に必要な動作の訓練	82 26.3%	451 30.2%
マット上での訓練	67 21.5%	517 34.6%
温めること	53 17.0%	354 23.7%
家事ができるようになる訓練	52 16.7%	346 23.2%
病棟の洗面所までへの歩行訓練	45 14.4%	297 19.9%
レクリエーション	34 10.9%	270 18.1%
手芸	25 8.0%	192 12.9%
回答なし	123 39.4%	358 24.0%
計	1023 327.9%	6518 436.3%

2. リハビリテーションについて

リハビリ(テーション)について、正しいと思われるものはどの設問に対する回答を表12に示す。

リハビリテーションにおける個別性重視、目標設定の重要性に関することとして「どのような生活を送りたいかの希望を、患者自身が積極的に言うことが大事」は入院患者では91名(29.2%)、外来患者では489名(32.7%)、「将来どのような生活をするかで、患者様ごとのすすめ方は大きくちがう」は入院患者では51名(16.3%)、外来患者では310名(20.7%)、「一人一人のそれまでの生活によってすすめ方が違う」は入院患者では60名(19.2%)、外来患者では443名(29.7%)であった。

効果・予後として「リハビリテーションのやり方次第で、歩行が自立したり、できなかったりする」は入院患者では82名(26.3%)、外来患者では466名(31.2%)であった。それに対し「本人の意欲でどこまでよくなるかが決まる」は入院患者では129名(41.3%)、外来患者では772名(51.7%)、「どこまでよくなるかは、やってみなければわからない」は入院患者では97名(31.1%)、外来患者では582名(39.0%)、「がんばるほどよくなるもの」は入院患者では88名(28.2%)、外来

患者では501名(33.5%)と概してやや高めであった。

活動向上訓練に関して「訓練の時の歩ける能力と、実生活での歩行は大きく異なる」は入院患者では43名(13.8%)、外来患者では293名(19.6%)、「身の回りのことができるようになる指導を行なう」は入院患者では81名(26.0%)、外来患者では546名(36.5%)、「身の回りのことができるようになるには、本人の工夫と努力が一番大事」は入院患者では312名中134名(42.9%)、外来患者では1494名中781名(52.3%)、「自宅生活での不自由さは本人や家族で工夫して解決していくものである」は入院患者では89名(28.5%)、外来患者では500名(33.5%)であった。

機能障害に関することとして「麻痺や筋力を回復させることが一番」は入院患者では90名(28.8%)、外来患者では511名(34.2%)、「麻痺や筋力低下などの回復が頭打ちになったら維持訓練に切り換える」は入院患者では32名(10.3%)、外来患者では223名(14.9%)であった。

以上からリハビリテーションに関する理解は専門性よりも本人の工夫や努力や意欲が大事であるとする傾向など誤ったものが多かった。

表 12. リハビリテーションについて（項目別）

	入院患者	外来患者
身の回りのことができるようになるには、本人の工夫と努力が一番大事	134 42.9%	781 52.3%
本人の意欲でどこまでよくなるかが決まる	129 41.3%	772 51.7%
病状が落ち着いてから行なうもの	84名 26.9%	515名 34.5%
どこまでよくなるかは、やってみなければわからない	97 31.1%	582 39.0%
がんばるほどよくなるもの	88 28.2%	501 33.5%
身の回りのことができるようになる指導を行なう	81 26.0%	546 36.5%
どのような生活を送りたいかの希望を、患者自身が積極的に言うことが大事	91 29.2%	489 32.7%
自宅生活での不自由さは本人や家族で工夫して解決していくものである	89 28.5%	500 33.5%
長期間やればやるほど回復効果が大きい	82 26.3%	460 30.8%
麻痺や筋力を回復させることが一番	90 28.8%	511 34.2%
リハビリテーションのやり方次第で、歩行が自立したり、できなかつたりする	82 26.3%	466 31.2%
一人一人のそれまでの生活によってすすめ方が違う	60 19.2%	443 29.7%
つらく苦しいもの	67 21.5%	382 25.6%
訓練の時の歩ける能力と、実生活での歩行は大きく異なる	43 13.8%	293 19.6%
将来どのような生活をするかで、患者様ごとのすすめ方は大きくちがう	51 16.3%	310 20.7%
痛いくらいにやらないとよくならないもの	44 14.1%	255 17.1%
リハビリテーションは入院して行なう（特に脳卒中や骨折）	46 14.7%	213 14.3%
入院は改善が目的で、外来や訪問では維持（悪くならないこと）が目的	40 12.8%	249 16.7%
麻痺・筋力低下などの回復が頭打ちになったら維持訓練に切り換える	32 10.3%	223 14.9%
訓練室で行うもの	22 7.1%	165 11.0%
身の回りのことができるようになる指導の中心は看護婦が行なう	21 6.7%	132 8.8%
病棟でのリハビリテーションの中心は看護婦	23 7.4%	105 7.0%
杖は、麻痺（まひ）や筋力低下の改善が頭打ちになってから使う	13 4.2%	104 7.0%
自分で行なうことより、やってもらうことが基本	16 5.1%	71 4.8%
看護婦は特に関係しない	15 4.8%	72 4.8%
心理的なもの（心の中の悩みなど）とは関係ない	11 3.5%	83 5.6%
リハビリテーションのやり方次第で、歩行が自立したり、できなかつたりする	13 4.2%	64 4.3%
返答なし	110 35.3%	294 19.7%
計	1564 501.3%	9287 621.6%

3. 車椅子について

車椅子についてどう思われますかとの設問に対する回答を表13に示す。

「歩行が不可能であれば、まず車椅子で移動できるようにする」は入院患者では312名中175名(56.1%)、外来患者では1494名中890名(59.6%)と約半数であった。

「病院は車椅子用設備を多くすることが大事だ」は入院患者では78名(25.0%)、外来患者では418名(28.0%)、「車椅子用の設備はやっと歩けるくらいの人にとっても使い易い」は入院患者では81名(26.0%)、外来患者では391名(26.2%)、「歩行の介助は難し

いので、車椅子を使う方が安全である」は入院患者では80名(25.6%)、外来患者では400名(26.8%)、「車椅子使用は介護歩行よりも人がかからないのでよい」は入院患者では64名(20.5%)、外来患者では276名(18.5%)、「車椅子は人が押してあげることが基本だ」は入院患者では36名(11.5%)、外来患者では165名(11.0%)、「車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽である」は入院患者では34名(10.9%)、外来患者では177名(11.8%)のように、車椅子に関するマイナス面の認識は不十分という結果を示したといえよう。

表 13. 車椅子について (項目別)

	入院患者	外来患者
歩行が不可能であれば、まず車椅子で移動できるようにする	175 56.1%	890 59.6%
病院は車椅子用設備を多くすることが大事だ	78 25.0%	418 28.0%
車椅子用の設備はやっと歩けるくらいの人にとっても使い易い	81 26.0%	391 26.2%
歩行の介助は難しいので、車椅子を使う方が安全である	80 25.6%	400 26.8%
車椅子使用は介護歩行よりも人がかからないのでよい	64 20.5%	276 18.5%
車椅子は人が押してあげることが基本だ	36名 11.5%	165名 11.0%
車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽である	34 10.9%	177 11.8%
その他	2 0.6%	21 1.4%
返答なし	99 31.7%	338 22.6%
計	550 176.3%	2738 183.3%