

以上をまとめると歩行補助具使用者 191 名のうち、多い順でT字杖（重複を含む。以下同じ）は 155 名（81.2%）、シルバーカー 42 名（22.0%）、ウォーカーケイン 4 名（2.1%）、ステッキ 4 名（2.1%）、四点杖 1 名（0.5%）であった。

次に限定的自立者をみると同様に歩行補助具使用者 107 名のうちT字杖のみ使用者が 53 名（49.5%）、また車いす併用者中T字杖のみ併用者が 1 名（0.9%）であり、合計すると 54 名（50.5%）であった。また歩行補助具の複数使用者は 23 名中 21 名がT字杖とシルバーカーであり、1 名はT字杖と四点杖、1 名はT字杖とウォーカーケインであった。

T字杖以外ではシルバーカーのみ使用者が 24 名（22.4%）であった。四点杖が 0 名、その他（ステッキ）が 1 名であった。車いすとの併用者 6 名中ではT字杖のみとの併用 1 名、シルバーカーのみとの併用 1 名、T字杖とシルバーカーとの併用 4 名であった。

これをまとめると、107 名のうちT字杖が 81 名（75.7%）、シルバーカー 50 名（46.7%）、ウォーカーケイン、ステッキ、四点杖各 1 名（0.9%）であった。

介護歩行者では歩行補助具使用者 67 名のうちT字杖のみ使用者が 42 名（62.7%）、また車いす併用者中T字杖のみ併用者が 6 名（9.0%）であり、合計すると 48 名（71.6%）であった。また歩行補助具の複数使用者は 5 名中 3 名がT字杖とシルバーカーであり、1 名はT字杖と四点杖、1 名はT字杖と四点杖とシルバーカーであった。

T字杖以外ではシルバーカーのみ使用者

が 13 名（19.4%）であった。

車いすとの併用者ではT字杖のみとの併用 5 名、四点杖との併用 1 名であった。

以上をまとめると、67 名中T字杖 53 名（79.1%）、シルバーカー 17 名（25.4%）、四点杖 1 名（1.5%）であった。

以上で目立つのは歩行補助具の中でT字杖が際立って多い（自立度の順に 81.2%、75.7%、79.1%）ことであり、約 8 割を占めている。次の多いのはシルバーカーであり、（22.0%、46.7%、25.4%）、特に限定的自立者では半数近く、他の 2 群でも 4 分の 1 近くがこれを用いている。他はウォーカーケイン（2.1%、0.9%、0%）、四点杖（0.5%、0.9%、0%）、ステッキ（2.1%、0.9%、0%）で等であり、前 2 者に比べ極めて少ない。

2) 非要介護認定・身障手帳所持者

次に非要介護認定・身障手帳所持者についてみたものが表 3-2 である。

まず普遍的自立者についてみると、歩行補助具使用者 28 名のうちT字杖のみとの使用者が 22 名（78.6%）、また車いす併用者中T字杖のみ併用者が 2 名（7.1%）であり、合計すると 24 名（85.7%）であった。また歩行補助具の複数使用者は 1 名がT字杖とシルバーカーであった。

なお歩行補助具のその他 1 名はステッキ、車いすとの併用 2 名のうちウォーカーケイン、シルバーカーとの併用各 1 名であった。

これをまとめると、28 名中T字杖使用者は 25 名（89.3%）、シルバーカー 2 名（7.1%）、ウォーカーケイン、ステッキ 1 名（3.6%）であった。

次に限定的自立者をみると同様に歩行補

助具使用者 6 名のうち T 字杖のみ使用者が 4 名 (66.7%)、また車いす併用者中 T 字杖のみ併用者が 2 名 (33.3%) であり、これをまとめると T 字杖使用者 6 名 (100%) のみで他の種類のものはなかった。

介護歩行者では歩行補助具使用者 11 名のうち T 字杖のみ使用者が 7 名 (63.6%) であった。また歩行補助具の複数使用者は 1 名が T 字杖とシルバーカーであった。車いすとの併用では T 字杖との併用はなく、四点杖 1 名、ステッキ 1 名であった。

これをまとめると 11 名中 T 字杖 8 名 (72.7%)、四点杖 2 名 (18.2%)、シルバーカー、ステッキ各 1 名 (9.1%) であった。

以上をみると T 字杖の使用 (3 自立度順に 89.3%、100%、72.7%) は非要介護認定・身障手帳非所持者と比べ、自立度によるバラツキはあるが、やはり相当に高く、次のシルバーカー (同じく 7.1%、0%、9.1%)、四点杖 (0%、0%、18.2%) に比べ圧倒的に多い。

3) 要介護認定者

要介護認定者についてみたものが表 3-3 である。歩行補助具使用者 27 名のうち T 字杖のみ使用者が 16 名 (59.3%)、また車いす併用者中 T 字杖のみとの併用者が 2 名 (7.4%) であり、合計すると 18 名 (66.7%) であった。また歩行補助具の複数使用者は 2 名とも T 字杖とシルバーカーであった。

T 字杖以外ではシルバーカーのみ使用者が 4 名 (14.8%) であった。車いすとの併用者の「その他」は T 字杖とシルバーカー、シルバーカー、ステッキが各 1 名であった。これをまとめると、27 名中 T 字杖 21 名 (77.8%)、シルバーカー 8 名 (29.6%)、

ステッキ 1 名 (3.7%) であった。

次に限定的自立者をみると同様に歩行補助具使用者 70 名のうち T 字杖のみ使用者が 36 名 (51.4%)、また車いす併用者中 T 字杖のみ併用者が 3 名 (4.3%) であり、合計すると 39 名 (55.7%) であった。また歩行補助具の複数使用者は 16 名が T 字杖とシルバーカーであった。

T 字杖以外ではシルバーカーのみ使用者が 10 名 (14.3%) であった。

車いすとの併用農地の「その他」は T 字杖とシルバーカー 1 名、シルバーカー、ステッキ各 1 名であった。

これをまとめると 70 名のうち T 字杖 56 名 (80%)、シルバーカー 28 名 (40%)、ステッキ 1 名 (1.4%) であった。

介護歩行者では歩行補助具使用者 76 名のうち T 字杖のみ使用者が 34 名 (44.7%)、また車いす併用者中 T 字杖のみ併用者が 11 名 (14.4%) であり、合計すると 45 名 (59.2%) であった。また歩行補助具の複数使用者は 10 名中 8 名が T 字杖とシルバーカーであり、1 名は T 字杖と 4 点杖、1 名は T 字杖と歩行器であった。

T 字杖以外ではシルバーカーのみ使用者が 4 名 (5.3%) であった。四点杖が 1 名、その他では歩行器が 1 名、ウォーカーケインが 1 名であった。また車いすとの併用「その他」14 名の内訳は四点杖 6 名、T 字杖と四点杖 3 名、T 字杖とシルバーカー 2 名、シルバーカー、四点杖と歩行器、歩行器のみ各 1 名であった。

これをまとめると、76 名中 T 字杖使用は計 71 名 (93.4%)、シルバーカー 13 名 (17.1%)、四点杖 11 名 (14.5%)、歩行器

3名(4.0%)、ウォーカーケイン1名(1.3%)であった。

以上をみると、要介護認定者では前2群と同様にやはりT字杖の使用が際立って多く(自立度順に77.8%、80.0%、93.4%)、

次のシルバーカー(29.6%、40.0%、17.1%)との差が大きい。その他には四点杖が介護歩行者でのみ14.5%で使われているのがやや目立つのみで、他は全て5%に満たない。

表3-1 屋外歩行(a4602): 実行状況と 歩行補助具・車いすの使用状況との関係
- 非要介護認定者・身障手帳非所持者 N=4256 -

	使用 なし	歩行補助具									計
		T字杖のみ	四点杖のみ	シルバーカーのみ	その他	複数		車いす併用者		計	
						T字杖+シルバー	その他	T字杖のみと	その他と		
0: 普遍的自立	3281 94.5%	134 3.9%	1 0.0%	26 0.7%	8 0.2%	14 0.4%	1 0.0%	5 0.1%	2 0.1%	191 5.5%	3472 100%
1: 限定的自立	216 66.9%	53 16.4%	0 0.0%	24 7.4%	1 0.3%	21 6.5%	2 0.6%	1 0.3%	5 1.5%	107 33.1%	323 100%
2: 介護歩行	188 73.7%	42 16.5%	0 0.0%	13 5.1%	0 0.0%	3 1.2%	2 0.8%	6 2.4%	1 0.4%	67 26.3%	255 100%
返答なし	28 77.8%	5 13.9%	0 0.0%	1 2.8%	0 0.0%	1 2.8%	0 0.0%	1 2.8%	0 0.0%	8 22.2%	36 100%

表3-2 屋外歩行(a4602): 実行状況と 歩行補助具・車いすの使用状況との関係
- 非要介護認定者・身障手帳非所持者 N=194 -

	使用 なし	歩行補助具									計
		T字杖のみ	四点杖のみ	シルバーカーのみ	その他	複数		車いす併用者		計	
						T字杖+シルバー	その他	T字杖のみと	その他と		
0: 普遍的自立	103 78.6%	22 16.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.8%	0 0.0%	2 1.5%	2 1.5%	28 21.4%	131 100%
1: 限定的自立	9 60.0%	4 26.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 13.3%	0 0.0%	6 40.0%	15 100%
2: 介護歩行	11 50.0%	7 31.8%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 9.1%	11 50.0%	22 100%
返答なし	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100%

表3-3 屋外歩行（a4602）：実行状況と 歩行補助具・車いすの使用状況との関係
 -要介護認定者 N=612-

	使用 なし	歩行補助具								計	
		T字 杖の み	四 点 杖の み	シル バー カー のみ	その 他	複数		車いす使用者			計
						T字杖 +シル バー	その他	T字 杖の みと	その他 と		
0：普遍的自立	27 50.0%	16 29.6%	0 0.0%	4 7.4%	0 0.0%	2 3.7%	0 0.0%	2 3.7%	3 5.6%	27 50.0%	54 100%
1：限定的自立	39 35.8%	36 33.0%	0 0.0%	10 9.2%	0 0.0%	16 14.7%	0 0.0%	3 2.8%	5 4.6%	70 64.2%	109 100%
2：介護歩行	29 27.6%	34 32.4%	1 1.0%	4 3.8%	2 1.9%	8 7.6%	2 1.9%	11 10.5%	14 13.3%	76 72.4%	105 100%

D. 総括的考察

1. 本研究データのまとめ

以上の研究から、まず歩行補助具全体については、①概して歩行補助具は車いすよりも多く利用されている（非要介護認定・身障手帳非所持者 8.8%、同非要介護認定・身障手帳所持者 23.2%、要介護認定者 28.3%）、②同一群間では歩行自立度が低下するほど歩行補助具使用者が増える傾向がある、③ただ要介護認定者の介護歩行者では車いす使用者が著しく増え、その分歩行補助具使用者が減少する、等のことが確かめられた。

歩行補助具の種類についてみるとT字杖が圧倒的に多く、他の歩行補助具との複数併用（使い分け）も含めるとおおむね8-9割を占め、あるサブグループでは10割である。次いでシルバーカー（2~4割）

であり、その他の歩行補助具は極度に少なかった。

2. 歩行補助具の意義と問題点についての考察

1) リハビリテーションにおける歩行自立度向上

訪問リハビリテーションに限らずリハビリテーション全体において、歩行の自立度向上がその他全ての「活動」自立度向上の要であり、また「参加」向上の上でも決定的な意味をもつことはいうまでもない。そのためリハビリテーションの中心的技術である活動向上訓練においても歩行の自立度向上は最大の課題であり、その技術の中で歩行補助具の適正な選択とその適切な使用法の指導・訓練は中心的な意味を持つ。そこで重要なのは、歩行補助具には極めて多くの種類があり、その中でも多くのバラエ

ティ（高さ、形態、安定度、重さ、等）があり、利用者の状況（心身機能の状態だけではなく、「活動」、「参加」の状況、環境因子、個人因子の状況、更には主観的状況）などに最も適したものを選択することが重要で、それが効果をあげるためのキーポイントである。

今回の結果は、そもそも歩行補助具の使用率が少なく、中でもT字杖の使用が圧倒的に多く、その他のものが非常に少ないという点で、問題があるといわざるを得ない。

T字杖以外の歩行補助具の使用が歩行自立の向上として大きな意味を持つことは今回の調査結果からもうかがい知ることができる。

例えば、非要介護認定・身障手帳非所持者（表2-1）の中には、先に述べたようにウォーカーケイン使用によって屋外歩行が普遍的自立（遠くまで1人で歩いている）の状態を達成している人が4人もいる。ウォーカーケインとは小型の歩行器（ウォーカー）に似た形の四脚の杖（ケイン）であり、普通脳卒中片麻痺患者の歩行訓練の最初期に装具と共に用い、その後は多くの場合四点杖・T字杖などの軽装備のものへ切り換えていくものである。しかし今回の調査では少なくとも外出時にはこれを用い、それによって遠くまで1人で外出している人が4名もいることが確認されており、これは心身機能障害が重度であるにもかかわらず歩行補助具（と装具）との適切な使用によって重度の自立度を達成しうることのよい例である。

シルバーカーは今回の調査でもT字杖に次いで比較的多く使われており、それを用

いることで普遍的自立を達成しえている例も少なくない。現在のリハビリテーションの中では一部を除き、シルバーカーの使用を積極的にすすめたり、その使用法を丁寧に指導したりすることがほとんど行われておらず、利用者自身が知人のすすめ等で使い始めている場合が多い。今後訪問リハビリテーションを含めたリハビリテーション全体の中でより積極的にシルバーカーの活用が勧められることで歩行自立度が一層向上することが期待される。

E. 結論

以上から歩行補助具はかなり使用されているが、その内容はT字杖に偏っており、これを利用者の状態に応じて他の種類のものにも拡大し、より頻繁に用いることで現在以上に歩行自立度を向上させ、また立位での各種「活動」の向上にも役立つものと考えられ、今後の課題が明らかとなった。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 報道等

・大川弥生：福祉新聞；リハビリルネサンス；歩行補助具で生活機能. 2005年3月28日号

廃用症候群モデルに関する介護支援専門員の認識調査

－訪問リハビリテーション・プログラムの向上のために－

分担研究者 木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会 会長

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

研究要旨 介護保険制度下における訪問リハビリテーションの必要性を判断することに関して、介護支援専門員の果たす役割は大きい。その際、生活機能低下及び廃用症候群（生活不活発病）についての認識と判断は重要である。そこでこれらに関する現状と把握することを目的として研究を行った。

調査方法は、要介護認定者の生活機能実態調査を行った担当介護支援専門員について、生活機能実態調査の対象毎に、①生活機能低下についてのモデル分類（脳卒中モデルと廃用症候群モデル）、②廃用症候群モデルの3種類の区別（活動の量的低下、活動の質的低下、参加低下）、③「活動」「参加」の可能性、④ふりかえって、生活機能向上に向けての介護保険サービス以外でやるべきことがなかったかを調べ、⑤廃用症候群モデルと判断した事例について、その利用者自身の廃用症候群についての認知状況について調査した。対象事例は463例であった。

その結果、以下が明らかとなった1) これまではリハビリテーションの対象であることに認識は乏しかったが、今後はリハビリテーションの対象として重視することが指摘されている廃用症候群モデルについて介護支援専門員がそのように判断しても「活動」「参加」の改善の可能性があることの認識は乏しいことが明らかとなった。また、訪問リハビリテーションは「活動」への直接的な働きかけを行い、その向上をはかるものであり、その観点からも「活動」が向上できる可能性を介護支援専門員が十分に考慮することは今後の大きな課題といえる。2) 介護保険サービスだけでなく医療保険のリハビリテーション及びインフォーマルサービスをも利用しての生活の活発化及び活動向上、利用者本人への廃用症候群についての説明の徹底が望まれる。

A. 研究目的

介護保険制度下において、訪問リハビリテーションの必要性を考え、利用者自身や

その家族に利用可能な選択肢の一つとして提示することに、介護支援専門員の果たす役割は大きい。

その際リハビリテーションの目的は生活機能向上であるため、利用者の生活機能（ICF）の観点から把握は大きな鍵となる。ケアマネジメントにおいては平成 15 年 7 月の老健局長の通知以来 ICF の重要性の認識は広まっているといえる。しかし実際の理解の状況について把握し、更なるケアマネジメントの質的向上が必要である。

その際今後のリハビリテーション及び介護予防重視の方向性の中で重視されてきた「廃用症候群モデル」及び廃用症候群（生活不活発病）についての認識を把握することが重要と考え、生活機能低下のモデル分類（脳卒中モデルと廃用症候群モデル）、及び廃用症候群（生活不活発病）の発生契機の 3 類型（活動の量的低下、活動の質的低下、参加低下）に関する介護支援専門員の知識、それらの臨床実践への活用の現状を把握し、それにより今後の介護支援専門員及びケアマネジメントの質的向上への具体的指針の一助とすることを目的とした。

B. 研究方法

本年度本研究班で 1 自治体での要介護認定者の生活機能の実態調査を、その担当の介護支援専門員が聞き取り調査員として行った。その聞き取り調査を行った担当介護支援専門員を今回の研究の対象とした。

調査内容は生活機能実態調査の対象である要介護者毎に、①生活機能低下についてのモデル分類、②廃用症候群モデルの発生契機の区別、③生活機能向上の可能性、④ふりかえって、生活機能向上に向けての介護保険サービス以外でやるべきことがなかったか、についてどのように考えるかを

調べた。

更に、調査対象者が廃用症候群モデルと判断した事例について、その事例者自身の廃用症候群（生活不活発病）についての認知状況についても調査した。

対象事例は 1 市の要介護認定者から入院・入所中・住所不明者を除いた 468 名中 65 歳以下を除外した 427 名である。要介護度の内訳は要支援 162 名、要介護 1 160 名、要介護 2 35 名、要介護 3 31 名、要介護 4 21 名、要介護 5 18 名であり、平均年齢は 82.3 ± 8.4 歳である。

（倫理面への配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会において審査を受け、研究の承認を受けた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究について主任研究者と自治体との間で協定書を締結している。

なお対象となる被検者についてはインフォームド・コンセントの原則に立って実施している。

C. 結果と考察

1. 生活機能低下のモデル分類

対象事例の生活機能低下のモデル分類について、質問した結果を、要介護度別で示したものが表 1 である。「脳卒中モデル」は要支援で 37.7%、要介護 1 で 49.4%、要介護 2 で 40.0%、要介護 3 で 25.8%、要介護 4 で 52.4%、要介護 5 で 27.7%であった。

「廃用症候群モデル」は要支援で 48.1%、要介護 1 で 36.9%、要介護 2 で 28.6%、要介護 3 で 54.8%、要介護 4 で 38.1%、要介護 5 で 61.1%と、一方「その他のモデル」

は、要支援で8.0%、要介護1で13.1%、要介護2で28.6%、要介護3で12.9%、要介護4で4.8%、要介護5で11.1%であった。なお「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」の合併例は合計3名と極めて少なかった。

対象者の人数は要支援162例、要介護1160例であるが、要介護2以上では18~35例と少ない（入所者が多くなる）ために、要介護度で各タイプの比率の比較をすることは困難であるが、これまでリハビリテーションの主な対象とされてきた脳卒中モデルだけでなく、新たに対象とされてきた廃用症候群モデルが要支援・要介護1で半数弱いることは重視すべきである。

なおこの介護支援専門員による判断を、生活機能実態調査において確認した傷病名と比較検討すると、脳卒中・骨折などの運動機能の急激な低下があった場合を「脳卒中モデル」と判断しており、認知症が認められる場合を「その他」、そしてこれらのエピソードがない場合を「廃用症候群モデル」と判断していると考えられた場合がほとん

どであり、この基準に一致する場合が96.2%であった。

大きなエピソード及び認知症を大きな目安としてなされており、その判断自体には大きな誤りはないと考えられる。しかし利用者の一生にわたっては複数の生活機能低下のエピソードがあることを認識し、脳卒中モデル、その他（認知症等）の場合でも、廃用症候群モデルの時期の存在の可能性に留意する必要がある。今後この点の普及・啓発が必要である。

2. 廃用症候群発生契機の状況

廃用症候群の発生契機の3類型への分類結果を表2に示す。要介護度によって多少の差はあるが、傾向は同様で、「活動」の「量」的低下との判断が約5~6割、「活動」の「質」的低下との判断が約1~3割、「参加」の低下は約1割であった。1類型だけでなく、複数が関与と考えられた場合が要支援では合計14名（17.9%）、要介護1では12名（20.0%）であったが、それ以上では1名づつしかいなかった。

表1 生活機能低下のモデル分類（介護支援専門員の判断）－要介護度別－

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
脳卒中モデル	61名 37.7%	79名 49.4%	14名 40.0%	8名 25.8%	11名 52.4%	5名 27.7%
廃用症候群モデル	78 48.1%	59 36.9%	10 28.6%	17 54.8%	8 38.1%	11 61.1%
その他	13 8.0%	21 13.1%	10 28.6%	4 12.9%	1 4.8%	2 11.1%
脳卒中+廃用症候群モデル	0 0.0%	1 0.6%	1 2.9%	0 0.0%	1 4.8%	0 0.0%
返答なし	10 6.2%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.5%	0 0.0%	0 0.0%
計	162 100%	160 100%	35 100%	31 100%	21 100%	18 100%

そこで複数の契機が関与した場合も合計すると、「活動」の「量」的低下は要支援では58名(74.4%)、要介護1では37名(61.7%)、「活動」の「質」的低下は要支援で18名(23.1%)、要介護1で19名31.7%、「参加」の低下は要支援で17名(21.8%)、要介護1で15名(25.0%)であった。

以上のように活動の「量」的低下が最も多く、次いで「質」的低下、「参加」低下の順になっている。

3. 廃用症候群のモデルで「活動」・「参加」

向上の可能性の判断

では次に、廃用症候群モデルと判断した

事例について、廃用症候群が改善する可能性があるかとみているかを調べる目的で「活動」および「参加」が改善する可能性があると思うかを質問した。

その結果「活動」が今後改善する可能性ありとの判断は表3に示すように全186例中54例(29.0%)に過ぎなかった。75例(40.3%)は改善の可能性はないとの返答であった。

次に「参加」が今後改善する可能性については表4に示すように「あり」は56例(30.1%)、「なし」は70例(37.6%)であった。

廃用症候群を改善可能な対象としてとらえることが重要である。

表2 廃用症候群発生契機の状況(介護支援専門員の判断) - 要介護度別 -

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
「活動」の「量」的低下	44 56.4%	28 46.7%	7 63.6%	9 52.9%	5 55.6%	6 54.5%
「活動」の「質」的低下	15名 19.2%	13名 21.7%	3名 27.3%	5名 29.4%	2名 22.2%	1名 9.1%
「参加」の低下	5 6.4%	5 8.3%	1 9.1%	2 11.8%	0 0.0%	1 9.1%
「活動」の「質」+「量」的低下	2 2.6%	2 3.3%	0 0.0%	1 5.9%	1 11.1%	0 0.0%
「活動」の「質」+「量」的+「参加」の低下	1 1.3%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 9.1%
「活動」の「質」的+「参加」の低下	0 0.0%	3 5.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 9.1%
「活動」の「量」的+「参加」の低下	11 14.1%	6 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
不明	0 0.0%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	1 9.1%
返答なし	0 0.0%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%

表3 「活動」の改善する可能性（介護支援専門員の判断）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
なし	23名 29.5%	24名 40.0%	5名 45.5%	7名 41.2%	7名 77.8%	9名 81.8%	75名 40.3%
あり	28 35.9%	15 25.0%	5 45.5%	4 23.5%	1 11.1%	1 9.1%	54 29.0%
わからない	27 34.6%	21 35.0%	1 9.1%	6 35.3%	1 11.1%	1 9.1%	57 30.6%
返答なし	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%	186 100%

表4 「参加」の改善する可能性（介護支援専門員の判断）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
なし	25名 32.1%	24名 40.0%	4名 36.4%	3名 17.6%	6名 66.7%	8名 72.7%	70名 37.6%
あり	28 35.9%	14 23.3%	3 27.3%	7 41.2%	2 22.2%	2 18.2%	56 30.1%
わからない	25 32.1%	22 36.7%	4 36.4%	7 41.2%	1 11.1%	1 9.1%	60 32.3%
返答なし	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%	186 100%

4. 廃用症候群モデルでの活動・参加改善にむけてのインフォーマルサービス利用の必要性

更に廃用症候群モデルと判断した事例について、「活動」改善にむけて「介護保険サービス利用以外に、何かやっておけばよいこと、利用できればよいことがあったか」を質問した。その結果は表5に示すように「なし」、「あり」ともに42例（22.6%）、「わからない」が100例（53.8%）であった。

同様に「参加」について、質問した結果は表6に示すように「なし」は46例（24.7%）、「あり」は31例（16.7%）、「わからない」が106例（57.0%）であった。

このように「わからない」が半数以上を占めており、これは介護保険サービス以外の利用についての考慮がこれまで十分ではなかったことを反映しているとも推測される。

表5 介護保険サービス利用以外に「活動」改善にむけて何かやっておけばよいこと、利用できればよいことがあったかについて

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
なし	19名 24.4%	10名 16.7%	5名 45.5%	4名 23.5%	3名 33.3%	1名 9.1%	42名 22.6%
あり	17 21.8%	16 26.7%	2 18.2%	2 11.8%	0 0.0%	5 45.5%	42 22.6%
わからない	41 52.6%	33 55.0%	4 36.4%	11 64.7%	6 66.7%	5 45.5%	100 53.8%
返答なし	1 1.3%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.1%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%	186 100%

表6 介護保険サービス利用以外、「参加」改善にむけて何かやっておけばよいこと、利用できればよいことがあったかについて

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
なし	21名 26.9%	11名 18.3%	5名 45.5%	4名 23.5%	3名 33.3%	2名 18.2%	46名 24.7%
あり	9 11.5%	14 23.3%	1 9.1%	3 17.6%	0 0.0%	4 36.4%	31 16.7%
わからない	45 57.7%	35 58.3%	5 45.5%	10 58.8%	6 66.7%	5 45.5%	106 57.0%
返答なし	3 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.6%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%	186 100%

5. 利用者本人の廃用症候群・生活不活発病の認知について

廃用症候群モデルと介護支援専門員が判断した186例について、その被検者自身が「廃用症候群や生活不活発病を知っているか」の質問へ返答した結果は廃用症候群については、表7に示すように「知らない」は164例(88.2%)、「名前は知っていた」は12例(6.5%)、「よくわかっているつもり」は8例(4.3%)であった。また生活不活発病については表8に示すように「知らない」は173例(93.0%)、「名前は知っていた」は7例(3.8%)、「よくわかっている

つもり」は3例(1.6%)であった。

これは廃用症候群、生活不活発病の名称についての認知状況だけの調査であるが、「よくわかっているつもり」でもその内容が十分であるかは更に確認が必要である。しかし、介護支援専門員は、廃用症候群と判断しているにもかかわらず、認知状況は1割程度であり、本人には十分に説明されていないことは明らかといえよう。

利用しての生活の活発化の必要性、また利用者本人への廃用症候群についての説明等に向けての一層の努力が必要と考えられる。

表7 廃用症候群モデルと判断された利用者自身の廃用症候群の認知について

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
知らない	68名 87.2%	56名 93.3%	10名 90.9%	15名 88.2%	7名 77.8%	8名 72.7%	164 88.2%
名前は知っていた	5 6.4%	3 5.0%	1 9.1%	0 0.0%	2 22.2%	1 9.1%	12 6.5%
よくわかっている つもり	4 5.1%	1 1.7%	0 0.0%	2 11.8%	0 0.0%	1 9.1%	8 4.3%
返答なし	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 9.1%	2 1.1%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%	186 100%

表8 廃用症候群モデルと判断された利用者自身の生活不活発病の認知について

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
知らない	73名 93.6%	57名 95.0%	10名 90.9%	17名 100%	6名 66.7%	10名 90.9%	173 93.0%
名前は知っていた	2 2.6%	2 3.3%	1 9.1%	0 0.0%	2 22.2%	0 0.0%	7 3.8%
よくわかっている つもり	2 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	3 1.6%
返答なし	1 1.3%	1 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 9.1%	3 1.6%
計	78 100%	60 100%	11 100%	17 100%	9 100%	11 100%	186 100%

D. 結論

1. 徐々に生活機能が低下する廃用症候群モデルはリハビリテーションの重要な対象であることを高齢者リハビリテーション研究会では指摘している。しかし介護支援専門員が廃用症候群モデルと判断しても「活動」「参加」の改善の可能性があることの認識は乏しい。

2. 上記に関連することとして、訪問リハビリテーションは「活動」への直接的な働きかけを行い、その向上をはかるものである。しかし上記1の結果からも「活動」が向上できる可能性を十分に考慮することは今後の大きな課題といえる。

3. ケアマネジメントにおいては介護保険

サービス以外の活用が重要である。特に廃用症候群の予防・改善の基本は生活全般の活発化であり、そのためには介護保険サービスだけでは不十分で、それ以外の地域資源などのインフォーマルサービスの積極的な活用が不可欠である。

また訪問リハビリテーションについては介護保険サービスとして利用可能な訪問リハビリテーションがなくとも医療保険での訪問リハビリテーションを活用して「活動」に直接的に働きかけて向上させることは重要な選択肢である。しかし、今回の結果からはこれらの介護保険サービス以外の活用についての認識がまだ不十分であることがうかがえる。今後介護保険サービス以外の

活用まで含めたケアマネジメントの観点を
強調していく必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

廃用症候群についての地域住民の認識 — 要介護認定者及び非要介護認定者に関する調査 —

分担研究者 野中 博 日本医師会 常任理事

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

研究要旨

訪問リハビリテーションのポイントとして実生活の場所における「できる活動」への働きかけである活動向上訓練と同時に訪問時以外の「している活動」の質と量の向上指導による廃用症候群の予防・改善がある。また訪問リハビリテーションを短期集中的に行なう以外の時期においては、一般医療・自助・共助での廃用症候群の予防・改善の観点がかぎとなる。

そこでこのような重要な位置づけである廃用症候群に関する認識について実態把握を行った。対象は農・林業を営む地方小都市の非要介護認定高齢者 5,961 名（回収率 96.3%）で身体障害者手帳を所持する人と所持しない人、要介護認定者 429 名（回収率 98.9%）（817 名 回収率 91.7%）であり、この 3 群で比較した。

その結果、1) 病気のために、体を動かすことを控えている人が「健康」で「自立」している高齢者（非要介護認定・身障手帳非保持者）で「自分で心がけて控えている」・「医師から指導されて控えている」と回答した両方を合わせると、全体の男性で 19.6%、女性 24.9%、病気のある人（返答なしも除外）で男性 31.1%、女性 35.7% もいる。2) 非要介護認定者、要介護認定者ともに 75%以上の人「年をとると足腰が弱くなること」は「仕方のないこと」と考えている。この意識を変えることが廃用症候群（生活不活発病）になることを防ぐために必要である。3) 廃用症候群に既になっている、またなる危険因子を持っている要介護認定者及び非要介護認定者の手帳保持者でも廃用症候群についても生活不活発病についても名前自体の認知度も 1 割弱～2 割弱と低い。今後廃用症候群（生活不活発病）についての広い啓発が必要であり、また介護保険サービスや一般医療機関等では廃用症候群についての啓発及びその予防・改善に向けての具体的働きかけが必要であることなどが明らかとなった。

A. 研究目的

訪問リハビリテーションとして行なう内容

のポイントは 1 つは、実際に生活をし「している“活動”」を行なっている場でいう活動向

上訓練である。そして同時に廃用症候群の予防・改善を目的とした1日の生活の仕方の指導がある。

また、断続的リハビリテーション期においては、集中的に専門的リハビリテーションサービスが関与する時期以外は、一般医療及び自助・共助が不可欠であり、その具体的内容は廃用症候群の予防・改善の観点である。

廃用症候群に関する本人・家族の理解は、特に上記の2つの観点から訪問リハビリテーションにとって重要である。

そこで一般高齢者も含めた当事者自身の廃用症候群について認識の現状と問題点を把握し、啓発の方針を立てるために、現状把握として一般住民における廃用症候群に関する意識調査を行った。

B. 研究方法

1. 対象

1) 非要介護認定者

農・林業を営む一つの小都市の65歳以上の在宅高齢者の内、非要介護認定者6,400名から入院・入所者を除く6,193名を対象として、郵送留め置き訪問回収により調査を行い、回答は5,961名(回収率96.3%)から得た。

このうち年齢・性別不明者を除外し、身体障害者手帳を所持しない「健康」で「自立」とみなしうる5,353名(平均年齢74.9±6.6才)を対象に分析した。

内訳は前期高齢者(65-74歳)2798名中、男性1,153名、女性1,645名、後期高齢者(75歳-)2555名中男性930名、女性1,625名であった。

また身体障害者手帳を所持している590名(平均年齢76.3±6.7才)を対象に分析した。

内訳は前期高齢者(65-74歳)250名中、男性144名、女性106名、後期高齢者(75歳-)340名中男性181名、女性159名であった。

2) 要介護認定者

調査対象は、入院・施設入所者・住所不明者等を除いた468名であり、調査は、調査員による直接面接法にて行った。回答は463名(回収率98.9%)から得た。

このうち65歳以下を除外した429例(平均年齢82.3±8.4才)を対象として分析した。

内訳は前期高齢者(65-74歳)は男性35名、女性31名、後期高齢者(75歳-)は男性91名、女性272名であった。

要介護度は要支援162例、要介護1 160例、要介護2 35例、要介護3 31例、要介護4 21例、要介護5 18例)であった。

(倫理面の配慮)

主任研究者の所属機関の倫理委員会にて審査を受け、研究の承認を受けた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究については、主任研究者との間で協定書を締結している。

C. 結果

1. 病気のときの「安静」について

「生活不活発病」発生の主要な原因として病気の時の過度の安静がある。これによって「活動」(生活行為)の質的低下を生じるような疾患ではない場合も、活動の「量」の低下を招き、生活を不活発化させる。そこで実際に病気がある人にどの程度に安静をとっているかをみるために、「病気のために、体を動かすことを控えているかどうか」をたずねた。

その結果、表1に示すように「健康」で「自立」しているとみなされる非要介護認定者(身体障害者手帳無)では、「病気はない」と回答したものは5353名中(男性2083名、女性3270名)1535名(男性688名、女性847名)(28.7%:男性33.0%、女性25.9%)であったが、それ以外で「自分で心がけて(体を動かすことを)控えている」は902名(16.9%)、「医師から指導されて控えている」は321名(6.0%)、「ほとんど控えていない」は797名(14.9%)、「よく動くようにしている」は1576名(29.4%)であった。男女別では病気のない人が女性で若干少なかったが、安静の取り方に関する回答にはほとんど差はなかった。

なお、病気のない人を除外した病気のある

男性1,312名、同女性2,284名を対象としてみると、表1の()内の数値で示すように「自分で心がけて控えている」が男性では286名(21.8%)、女性616名(27.0%)と2.2~2.7割存在した。

次に非要介護認定者で身体障害者手帳の所有者では、病気がない人は少なく、また「医師から指導されて控えている」が1.5割と「健康」で「自立」している者に比べ多かったが、他はほぼ同様であった。

要介護認定者についてみると、病気がない人は男性1.6%、女性5.0%と更に少なくなったが、「自分で心がけて控えている」は約1割と少なく、一方で「ほとんど控えていない」「よく動くようにしている」が多かった。

表1 病気のために、体を動かすことを控えることについて

	非要介護認定者				要介護認定者 (要支援~要介護5)	
	身障者手帳無		身障者手帳有		男	女
	男	女	男	女		
病気はない	688名 33.0%	847名 25.9%	50名 15.4%	26名 9.8%	2名 1.6%	15名 5.0%
自分で心がけて控えている	286 13.7% (21.8%)	616 18.8% (27.0%)	70 21.5%	65 24.5%	12 9.5%	42 13.9%
医師から指導されて控えている	122 5.9% (9.3%)	199 6.1% (8.7%)	50 15.4%	43 14.7%	10 7.9%	22 7.3%
ほとんど控えていない	335 16.1% (25.5%)	462 14.1% (20.2%)	43 13.2%	39 14.7%	51 40.5%	111 36.6%
よく動くようにしている	569 27.3% (43.4%)	1007 30.8% (44.1%)	88 27.1%	73 27.5%	47 37.3%	108 35.6%
返答なし	83 4.0%	139 4.3%	24 7.4%	19 7.2%	4 3.2%	5 1.7%
計	2083 100%	3270 100%	325 100%	265 100%	126 100%	303 100%

(): 「病気はない」人及び「返答なし」を除外した%を母数とした。

2. 年をとると足腰が弱くなることについて
 廃用症候群についての認識を、これまでとやや異なった角度から調べるために「年をとると足腰が弱くなること」についてたずねた結果は、表2に示すように「仕方がないこと」と回答したものは74～80%であり、これに対し「自分でも防げることもある」は要介護認定者、非要介護認定者(身体障害者手帳無)、非要介護認定者(身体障害者手帳有)の順に多かったが、15～23%とほぼ同様であった。

3. 廃用症候群(生活不活発病)についての認識

「廃用症候群」及び「生活不活発病」の認知度について質問した結果を表3、表4に示す。

1) 廃用症候群の認知について

“「廃用症候群」をご存知ですか?”との問いに対し、「名前は知っていた」と回答したものは、「健康」で「自立」している高齢者であ

る非要介護認定者(身体障害者手帳無)では男性12.0%、女性14.3%、非要介護認定者(身体障害者手帳有)では男性11.4%、女性9.4%、要介護認定者では男性9.5%、女性3.6%であった。「よくわかっているつもり」は3～5%にすぎなかった。両者を合計しても1割弱～2割弱であった。

このような結果は他の自治体とほぼ同様の結果である。

2) 生活不活発病の認知

また“「生活不活発病」をご存知ですか?”との問いに対し、「名前は知っていた」人は、廃用症候群に関するよりも2～5%程度少なかったが、「よくわかっているつもり」はむしろ多い場合もあった。生活不活発病についての啓発は遅かったにもかかわらず、廃用症候群の認知と生活不活発病の認知の差は少ないといえよう。

表2 「年をとると足腰が弱くなること」に対する認識

	非要介護認定者				要介護認定者 (要支援～要介護5)	
	身障者手帳無		身障者手帳有		男	女
	男	女	男	女		
仕方がないこと	1624名 78.0%	2517名 77.0%	251名 77.2%	213名 80.4%	94名 74.6%	232名 76.6%
自分で防げることもある	420 20.2%	675 20.1%	60 18.5%	40 15.1%	28 22.2%	71 23.4%
返答なし	39 1.9%	78 2.4%	14 4.3%	12 4.5%	4 3.2%	0 0.0%
計	2083 100%	3270 100%	325 100%	265 100%	126 100%	303 100%

表3 「廃用症候群」の認知について

	非要介護認定者				要介護認定者 (要支援～要介護5)	
	身障者手帳無		身障者手帳有		男	女
	男	女	男	女		
知らない	1733名 83.2%	2667名 81.6%	266名 81.8%	230名 86.8%	107名 84.9%	280名 92.4%
名前は知っていた	248 12.0%	465 14.3%	37 11.4%	25 9.4%	12 9.5%	11 3.6%
よくわかっている つもり	85 4.1%	114 3.5%	19 5.8%	10 3.8%	5 4.0%	10 3.3%
返答なし	17 0.9%	24 0.7%	3 0.9%	0 0.0%	2 1.6%	2 0.7%
計	2083 100%	3270 100%	325 100%	265 100%	126 100%	303 100%

表4 「生活不活発病」の認知について

	非要介護認定者				要介護認定者 (要支援～要介護5)	
	身障者手帳無		身障者手帳有		男	女
	男	女	男	女		
知らない	1768名 84.9%	2747名 84.0%	272名 83.7%	235名 88.7%	114名 90.5%	288名 95.0%
名前は知っていた	208 10.0%	340 10.4%	36 11.1%	14 5.3%	8 6.3%	9 3.0%
よくわかっている つもり	90 4.4%	148 4.6%	17 5.2%	15 5.7%	1 0.8%	4 1.3%
返答なし	17 0.9%	35 1.1%	0 0.0%	1 0.4%	3 2.4%	2 0.7%
計	2083 100%	3270 100%	325 100%	265 100%	126 100%	303 100%

D. 考察

訪問リハビリテーションの最大のメリットは、実際の生活の場での活動向上訓練ができることであるが、それは日常生活活動訓練加算の算定の規定にもあるように、「できる活動」だけでなく「している活動」への働きかけが不可欠である。

その「している活動」の質と量が、すなわち廃用症候群の予防・改善の鍵である「生活の活発さ」を決定するものであることを、十分に認識する必要がある。

この点を訪問リハビリテーションの対象者となる患者・利用者だけでなく「している活動」として介護（介護だけでなく、声かけ、見守りなどを含む）をする家族が十分に理解しておくことは訪問リハビリテーションの効果を高めるには必要である。その大前提として廃用症候群自体についての理解が必要である。

しかしながら今回の調査から以下のように現状が明らかとなった。

1) 病気のために、体を動かすことを控えている人が「健康」で「自立」している高齢者で「自分で心がけて控えている」・「医師から指導されて控えている」と回答した両方を合わせると全体の男性 19.6%、女性 24.9%、病気のある人(返答なしも除外)で男性 31.1%、女性 35.7%もいる。この値は身体障害者手帳所有者では男性 36.9%、女性 40.8%、要介護認定者では男性 17.5%、女性 21.1%になっている。不必要な安静が生活不活発病を引き起こすことの周知が必要であり、このことが生活機能低下予防に役立つと考えられる。

2) 非要介護認定者、要介護認定者ともに 75%以上の人が「年をとると足腰が弱くなること」は「仕方のないこと」と考えている。この意識を変えることが廃用症候群(生活不活発病)になることを防ぎ、また介護予防を進めるうえでは非常に大切である。

3) 廃用症候群についても生活不活発病についても名前自体の認知度も 1 割弱～2 割弱と低いのが現状であり、今後廃用症候群(生活不活発病)についての広い啓発が必要といえるであろう。

4) 廃用症候群に既になっている、またなる危険因子を持っている要介護認定者及び非要介護認定者の手帳保持者で、廃用症候群及び生活不活発病について知られていない結果となっていることは重視すべきである。要介護認定者では介護保険サービス、また身体障害者手帳所持者では一般医療機関等での廃用症候群についての啓発及びその予防・改善に向けての具体的働きかけが不十分なことのあらわれともいえ、至急の対応が必要であろう。

E. 結論

農・林業を営む小都市における高齢者の生活不活発病(廃用症候群)に関する認識について調査した。その結果、「安静の害」、廃用症候群(生活不活発病)についての一般住民全体への啓発の必要性が明らかとなった。

廃用症候群についての認識が極めて低いことを前提に訪問リハビリテーションを実行することが必要であり、その際概念的な啓発のみでなく、個々の事例に沿った支援が必要である。

F. 健康危険情報

特になし

生活機能向上に向けた患者の希望の確認のための I C F の活用 —訪問リハビリテーション開始時の目標設定のために—

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長
分担研究者 木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会 会長
生田 宗博 金沢大学 教授
中村 茂美 アール医療福祉専門学校 学科長代理

研究要旨

在宅高齢者の「生活機能」(I C F による)の向上を目的とした訪問リハビリテーションのあり方を明らかにする上で個人的・個別的な目標設定を行う必要が大きく、そのためには専門家は本人から表出される希望をよく知り、それを尊重しつつ専門的な見地からの助言を行なう必要がある。

そのため「共通言語」としての I C F の分類項目を用いて説明を行なうことによって、本人の「真の希望」の表出が促進される効果、特に「活動」・「参加」についての効果についての検証を目的として、49名の訪問リハビリテーション利用開始直後の者、および「生活機能相談窓口」利用者について詳細な面接指導を行った。その結果、I C F の分類項目の提示が訪問リハビリテーションや介護予防の「水際作戦」に関する利用者の希望の引き出し、特に広い範囲の「活動」「参加」への視野の拡大に非常に有効であることが確認された。

A. 研究目的

在宅高齢者の「生活機能」(I C F : W H O 国際生活機能分類による)の向上を目的とした訪問リハビリテーションのあり方を明らかにすることが本研究班の目的である。

その際、在宅生活の内容は患者・利用者一人ひとりによって大きく異なるものであり、そのため個人的・個別的な目標設定を行う必要がある。そのような目標は、専門

家による現状説明と予後説明にもとづいて、本人が自己決定するものであり、リハビリテーションの専門家の役割はそれをサポートすることにある。その際、専門家は本人から表出される希望をよく知り、それを尊重しつつ専門的な見地からの助言を行なう必要がある。そしてその際、表出される希望が偏りのない、真の希望であることが望まれる。