

生じる危険性についての説明の不十分さ、また既に廃用症候群を生じている危険性があるにもかかわらず、現状を説明していず、また具体的な対策もたてられていないことによる

可能性が高いと想像される。

このような現状からして廃用症候群に関する啓発は介護予防のために非常に重要なことと考えられる。

表 1-1 「廃用症候群」の認識について  
- 要介護認定者（要支援～要介護2） -

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
知らない	351名 90.2%	1143名 91.3%	48名 82.8%	112名 86.2%
名前は知っていた	22 5.7%	67 5.4%	6 10.3%	6 4.6%
よくわかっているつもり	8 2.1%	13 1.0%	2 3.4%	7 5.4%
返答なし	8 2.1%	29 2.3%	2 3.4%	5 3.8%
計	389 100%	1252 100%	58 100%	130 100%

表 1-2 「廃用症候群」の認識について  
- 非要介護認定者（身体障害者手帳有） -

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
知らない	120名 77.9%	143名 86.7%	45名 86.5%	32名 80.0%
名前は知っていた	18 11.7%	13 7.9%	2 3.8%	5 12.5%
よくわかっているつもり	8 5.2%	3 1.8%	2 3.8%	1 2.5%
返答なし	8 5.2%	6 3.6%	3 5.8%	2 5.0%
計	154 100%	165 100%	52 100%	40 100%

表 1-3 「廃用症候群」の認識について  
非要介護認定者（身体障害者手帳無）

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
知らない	1137名 84.1%	1780名 80.6%	352名 79.3%	348名 77.5%
名前は知っていた	104 7.7%	186 8.4%	52 11.7%	66 14.7%
よくわかっているつもり	33 2.4%	55 2.5%	19 4.3%	9 2.0%
返答なし	78 5.8%	187 8.5%	21 4.7%	26 5.8%
計	1352 100%	2208 100%	444 100%	449 100%

## 2. 生活不活発病についての認識

### 1) 要介護認定者（要支援～要介護2）

要介護認定者に「“生活不活発病”をご存知ですか？」と質問をしたところ、「知らない」と回答したものは表2-1に示す通りで、1市で1641名中1562名（95.2%）、1町では188名中161名（85.6%）であった。これに対し、「名前は知っていた」は26名（1.6%）、12名（6.4%）、「よくわかっているつもり」は10名（0.6%）、7名（3.7%）であった。

「名前は知っていた」と「よくわかっているつもり」を合計しても1市2.2%、1町10.1%にすぎなかった。

### 2) 非要介護認定者（身体障害者手帳有）

身体障害者手帳を持っている非要介護認定者に同様の質問をした結果は表2-2に示す通りで、「知らない」と回答したものは1市で319名中264名（82.8%）、1町で92名中77名（83.7%）、これに対して「名前は知っていた」は25名（7.8%）、6名（6.5%）、「よくわかっているつもり」は12名（3.8%）、2名（2.2%）であった。

「名前は知っていた」と「よくわかっているつもり」を合計しても1市11.6%、1町8.7%にすぎなかった。

### 3) 非要介護認定者（身体障害者手帳無）

同様に非要介護認定身体障害者手帳非保持者においては表2-3に示すように、「知らない」と回答したものは1市で3,560名中2914名（81.9%）、1町で893名中726名（81.3%）、「名前は知っていた」は294名（8.3%）、87名

（9.7%）、「よくわかっているつもり」は97名（2.7%）、31名（3.5%）であった。

「名前は知っていた」と「よくわかっているつもり」を合計しても1市11.0%、1町13.2%にすぎなかった。

以上から両自治体とも廃用症候群とほぼ同様に、生活不活発病はあまり知られていないことがわかった。生活不活発病になる危険因子を一番持っている要介護認定者で特に認識が低いことも廃用症候群の場合と同様であった。

しかし生活不活発病の名称が用いられるようになったのはほぼ今年度からと言ってよいが、そのわりには「名前は知っていた」と「よくわかっているつもり」の合計でみると（一市の要介護認定者で廃用症候群の認識が6.7%に対し生活不活発病では2.2%と差があることを除けば）、生活不活発病と廃用症候群との認識状況には大きな差はなかった。なお、このことに関して後日対象者に聴取したところ、生活不活発病について知った機会は中越地震での廃用症候群（「生活不活発病」）発生に関する新聞記事によるところが多いとのことであった。その意味で、新しい情報を要介護認定者にも積極的に知らせる広報、啓発が必要と考えられる。

表 2-1 「生活不活発病」の認識について  
要介護認定者（要支援～要介護2）

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
知らない	371名 95.4%	1191名 95.1%	51名 87.9%	110名 84.6%
名前は知っていた	8 2.1%	18 1.4%	3 5.2%	9 6.9%
よくわかっている つもり	2 0.5%	8 0.6%	2 3.4%	5 3.8%
返答なし	8 2.1%	35 2.8%	2 3.4%	6 4.6%
計	389 100%	1252 100%	58 100%	130 100%

表 2-2 「生活不活発病」の認識について  
- 非要介護認定者（身体障害者手帳有） -

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
知らない	126名 81.8%	138名 83.6%	44名 84.6%	33名 82.5%
名前は知っていた	13 8.4%	12 7.3%	2 3.8%	4 10.0%
よくわかっている つもり	7 4.5%	5 3.0%	1 1.9%	1 2.5%
返答なし	8 5.2%	10 6.1%	5 9.6%	2 5.0%
計	154 100%	165 100%	52 100%	40 100%

表 2-3 「生活不活発病」の認知について  
- 非要介護認定者（身体障害者手帳無） -

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
知らない	1138名 84.2%	1776名 80.4%	365名 82.2%	361名 80.4%
名前は知っていた	106 7.8%	188 8.5%	41 9.2%	46 10.2%
よくわかっている つもり	36 2.7%	61 2.8%	16 3.6%	15 3.3%
返答なし	72 5.3%	183 8.3%	22 5.0%	27 6.0%
計	1352 100%	2208 100%	444 100%	449 100%

### 3. 年をとると足腰など体の働きが弱くなることに対する認識

#### 1) 要介護認定者

廃用症候群の具体的内容に関係することとして「年をとると足腰が弱くなること」をどうお思いですか?と要介護認定者に質問をした結果は、表3-1に示す通りで、「仕方のないこと」と回答したものは1市で1641名中1196名(72.9%)、1町で188名中130名(69.1%)、「自分でも防げることもある」は398名(24.3%)、46名(24.5%)であった。

#### 2) 非要介護認定者(身体障害者手帳有)

身体障害者手帳を持っている非要介護認定者では、表3-2に示す通り「仕方のないこと」との回答は1市で319名中222名(69.6%)、1町で92名中70名(76.1%)、「自分でも防げることもある」は77名(24.1%)、19名(20.7%)であった。

ここでは男女差がみられ、1町において女性が男性より仕方ないと思う人がやや多かった。

#### 3) 非要介護認定者(身体障害者手帳無)

身体所会社手帳を所持していない非要介護認定者では表3-3に示す通り、「仕方のないこと」と回答したものは1市で3,560名中2204名(61.9%)、1町では893名中567名(63.5%)、「自分でも防げることもある」は999名(28.1%)、271名(30.3%)であった。

以上を比較すると、非要介護認定者の障害者手帳を持っている人(1市:69.6%、1町:76.1%)と、要介護認定者(72.9%、69.1%)が、非要介護認定者で手帳を所持していない人(61.9%、63.5%)よりも「年をとると足腰が弱くなること」は「仕方のないこと」と考える傾向がやや強かった。

但し身体障害者手帳を持っていない非要介護認定者でも6割以上の人が「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、介護予防を進めるうえで重要なことと考えられる。

表3-1 「年をとると足腰が弱くなること」に対する認識  
-要介護認定者(要支援~要介護2)-

	自治体(市)		自治体(町)	
	男	女	男	女
仕方のないこと	283名 72.8%	913名 72.9%	39名 67.2%	91名 70.0%
自分で防げる こともある	100 25.7%	298 23.8%	14 24.1%	32 24.6%
返答なし	6 1.5%	41 3.3%	5 8.6%	7 5.4%
計	389 100%	1252 100%	58 100%	130 100%

表3-2 「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（身体障害者手帳有） -

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
仕方がないこと	106名 68.8%	116名 70.3%	36名 69.2%	34名 85.0%
自分で防げる こともある	40 26.0%	37 22.4%	13 25.0%	6 15.0%
返答なし	8 5.2%	12 7.3%	3 5.8%	0 0.0%
計	154 100%	165 100%	52 100%	40 100%

表3-3 「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（身体障害者手帳無） -

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
仕方がないこと	863名 63.8%	1341名 60.7%	292名 65.8%	275名 61.2%
自分で防げる こともある	376 27.8%	623 28.2%	128 28.8%	143 31.8%
返答なし	113 8.4%	244 11.1%	24 5.4%	31 6.9%
計	1352 100%	2208 100%	444 100%	449 100%

#### 4. 病気のために体を動かすことを控えるかどうかについて

病気は生活の不活発化の誘因となることが少なからずある。これは病気による「心身機能」低下（機能障害）だけでなく、「病気の時には安静が必要」との誤った通念あるいは「思い込み」のために必要以上に体を動かすことを制限することが多いからである。そこで「病気のために、体を動かすことを控えていますか？」との質問をした。

##### 1) 要介護認定者

1町での結果を先に説明すると、表4-1-1に示す通り、要介護認定者の回答は「病

気はない」と回答したものは188名中18名（9.6%）であり、それ以外で、「自分で心がけて控えている」は40名（21.3%）、「医師から指導されて控えている」は31名（16.5%）で、この両者の合計で37.8%であった。これに対し「ほとんど控えていない」は23名（12.2%）、「よく動くようにしている」は48名（25.5%）であった。

1市の要介護認定者だけは表4-1-2に示すように選択肢の内容が異なり、自分で控えているか医師の指示によるかの区別がないが、「かなり控えている」と回答したものは1641名中200名（12.2%）、「少し控えている」は245名（14.9%）と両者を合計して27.1%

であった。これは1町での「自分で心がけて控えている」と「医師から指導されて控えている」の合計に比べて少ない。

また「ほとんど控えていない」は544名(33.2%)、「よく動くように心がけている」は498名(30.3%)と両者ともに1町よりも多く、両者の合計は1町で37.8%に対し1市

で63.5%と大きな差がある。

これは1市は郵送回収法であり、1町では悉皆調査であることの影響も推測される。

なお「病気はない」は154名(9.4%)で1町とほぼ同じであった。

表4-1-1 病気のために、体を動かすことを控えることについて  
— 要介護認定者（要支援～要介護2） —

	自治体（町）	
	男	女
病気はない	6名 10.3%	12名 9.2%
自分で心がけて控えている	10 17.2%	30 23.1%
医師から指導されて控えている	9 15.5%	22 16.9%
ほとんど控えていない	9 15.5%	14 10.8%
よく動くように心がけている	16 27.6%	32 24.6%
返答なし	8 13.8%	20 15.4%
計	58 100%	130 100%

表4-1-2 病気のために、体を動かすことを控えることについて  
— 要介護認定者（要支援～要介護2） —

	自治体（市）	
	男	女
病気なし	32 8.2%	122 9.7%
かなり控えている	56名 14.4%	144名 11.5%
少し控えている	51 13.1%	194 15.5%
ほとんど控えていない	132 33.9%	412 32.9%
よく動くように心がけている	118 30.3%	380 30.4%
計	389 100%	1252 100%

2) 非要介護認定者（身体障害者手帳有）

身体障害者手帳を持っている非要介護認定者に同様の質問をしたところ、表4-2に示すとおり「病気はない」と回答したものは1市で319名中28名（8.8%）、1町では92名中8名（8.7%）であったが、「自分で心がけて控えている」は78名（24.5%）、17名（18.5%）、「医師から指導されて控えている」は28名（8.2%）、7名（7.6%）であり、両者を合計すると1市で32.6%、1町で26.1%であった。

これに対して「ほとんど控えていない」は78名（24.5%）、20名（21.7%）、「よく動くようにしている」は84名（26.3%）、26名（28.3%）であった。

3) 非要介護認定者（身体障害者手帳無）

同様の設問に対し表4-3に示すように、「病気はない」と回答したものは1市で3560名中806名（22.6%）、1町では893名中257名（28.8%）と前述した2群よりも少なかった。

次に、「自分で心がけて控えている」は465名（13.1%）、89名（10.0%）、「医師から指導されて控えている」は115名（3.2%）、43名（4.8%）であり、両者を合計したものは1市で16.3%で1町で14.8%であった。

これに対し「ほとんど控えていない」は994名（27.9%）、150名（16.8%）、「よく動くようにしている」は870名（24.4%）、265名（29.7%）であった。

両自治体とも、病気のために体を動かすことを控えている人が非要介護認定者（身体障害者手帳無）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約15%もいる。この値は非要介護認定者（身体障害者手帳有）では26%以上であり、要介護認定者では更にこの傾向が強くなっている。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、また一般の医療機関で廃用症候群予防・改善にむけての支援が必要と考えられる。

表4-2 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（身体障害者手帳有）—

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
病気はない	14名 9.1%	14名 8.5%	5名 9.6%	3名 7.5%
自分で心がけて控えている	47 30.5%	31 18.8%	10 19.2%	7 17.5%
医師から指導されて控えている	12 7.8%	14 8.5%	5 9.6%	2 5.0%
ほとんど控えていない	30 19.5%	48 29.1%	12 23.1%	8 20.0%
よく動くようにしている	38 24.7%	46 27.9%	11 21.2%	15 37.5%
返答なし	13 8.4%	12 7.3%	9 17.3%	5 12.5%
計	154 100%	165 100%	52 100%	40 100%

表4-3 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（身体障害者手帳無） —

	自治体（市）		自治体（町）	
	男	女	男	女
病気はない	323名 23.9%	483名 21.9%	133名 30.0%	124名 27.6%
自分で心がけて控えている	141 10.4%	324 14.7%	44 9.9%	45 10.0%
医師から指導されて控えている	49 3.6%	66 3.0%	21 4.7%	22 4.9%
ほとんど控えていない	404 29.9%	590 26.7%	69 15.5%	81 18.0%
よく動くようにしている	341 25.2%	529 24.0%	132 29.7%	133 29.6%
返答なし	94 7.0%	216 9.8%	45 10.1%	44 9.8%
計	1352 100%	2208 100%	444 100%	449 100%

#### D. 総括的考察

各項目毎に考察を加えてきたが、ここでそれらを総括すると次のようにいうことができる。

1. 廃用症候群・生活不活発病ともに高齢者における認識は極めて低い。特にこのような認識を最も必要とするはずの要介護認定者において特に低いことは大きな問題である。

2. 上記と関連の深い「年をとると足腰が弱くなること」についても「仕方がない」と考えるものがほぼ同程度にみられたことも上記に認識不足と共通する問題を示していた。

3. 「病気のために体を動かすことを控えている」ものが少なからずみられた。

以上は在宅自立支援の対象者そのもの、及びその対象となる可能性のある人々にみられたことであり、在宅自立支援を中心とする有効な介護予防のシステム構築の上で

は見過ごすことのできない問題である。またこれは、そのような状況に対して専門家自身の廃用症候群への積極的対応が不十分であること、また専門家による患者・利用者本人への説明の不十分さのあらわれでもあると考えられる。

これは今後認識向上のための、当事者はもとより、専門家自身をも含めた広い範囲の普及啓発活動の必要性を示すものといえよう。

なお、今回2自治体について同様の調査を行い、互いに遠く離れ、風土、産業、都市化の程度などの諸条件が大きく異なる2自治体の間でほぼ同様に結果が得られたことには大きな意義があり、今回の成績の妥当性・普遍性を示すものといえることができる。

#### E. 結論

各種の高齢者における廃用症候群、生活



不活発病の認識の程度は低く、今後高齢当事者と専門家との両者に対する積極的な啓発が必要であることが明らかとなった。

## F. 健康危険情報

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

### 2. 報道等

- ・大川弥生：朝日新聞；生活不活発病；地域で取り組みを。2004年11月23日
- ・大川弥生：福祉新聞；リハビリルネサンス；「お大事に」でいいのか。2004年11月8日号

## 廃用症候群の名称に関する検討 — 高齢当事者における調査から —

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 野中 博 日本医師会、常任理事

### 研究要旨

高齢者リハビリテーションをすすめるにあたっては、廃用症候群について患者・利用者本人自身及び家族が正しい理解をもち、その進行予防・回復のための「生活の活発化」に主体的に取り組むことが重要である。そのためには廃用症候群に関する一般啓発、また専門家が直接本人・家族に対し、本人の具体的な状態に則して説明・指導を行うことが必要となる。

しかしながら「廃用症候群」という名称については、専門的すぎる用語ではないか、また「廃棄物」「廃業」などを連想させるため、本人・家族に不快感を与えるのではないかなどの指摘が少なからずなされている。そこで、患者・利用者本人の、廃用症候群という名称についての感じ方、また対案についての意見を 70 名の廃用症候群の状態にある患者・利用者本人について調査した。

その結果、「廃用症候群」の名称について、①“廃”の字面についての拒否感・違和感、②“廃用”の意味がわかりにくい、③廃棄・廃業を連想等の問題があり、それに対し「生活不活発病」であれば①原因が「生活が不活発なこと」がわかり易く、②予防・改善のためには生活を活発にすることが必要だということがわかり易いこと、すなわち、原因のみでなく改善の方向性をも示す名称であることが理解・受け入れを容易にすることがわかった。

このように「廃用症候群」の用語の問題点が、同症候群を有する患者・利用者との面接の中から確認され、それに代わるものとして「生活不活発病」が最も適切であるとの結論に達した。

### A. 研究目的

今後の高齢者リハビリテーションをすすめていくにあたり、従来の「脳卒中モデル」

のみでなく、「廃用症候群モデル」を重視することが不可欠である。その際、廃用症候群 (disuse syndrome) について患者・利用

者本人自身及び家族が正しい理解をもち、その進行予防・回復のための「生活の活発化」に主体的に取り組むことが重要である。そのためには廃用症候群に関する一般啓発、また専門家が直接本人・家族に対し、本人の具体的な状態に則して説明・指導を行うことが必要となる。

しかしながら「廃用症候群」という名称については、医療・介護などの専門家から、あまりにも専門的な用語のために一般には理解困難ではないか、また「廃棄物」「廃業」などを連想させるため、本人・家族に不快感を与えるのではないかの指摘が少なからずなされるようになってきている。

しかしその病態を正しく伝えるためには、何らかの名称が必要である。そこで、患者・利用者本人の、廃用症候群という名称についての感じ方、また対案についての意見を調査した。

## B. 研究方法

### 1. 対象

対象は、リハビリテーション目的で入院中の20名、老健施設入所中の10名、通所リハビリテーション通所中の10名、訪問リハビリテーション実施中の10名、要介護認定調査対象者の10名、介護予防事業参加者10名、計70名であった。対象選択基準は65歳以上の高齢者で、何らかの疾患に伴って、あるいは単独に廃用症候群の状態にあり、調査に応じることが可能なもの（認知症（痴呆）・失語症を呈していないもの、等）とした。

男性29名、女性41名、平均年齢75.4±9.8歳であった。原疾患として脳卒中の

あった者が27名、骨折5名、その他の脳卒中モデルを起こす疾患3名、計35名が「脳卒中モデル」で初発していたが、いずれもすでに急性発症とそれに対する「集中的リハビリテーション」の時期をすぎ、「間欠的リハビリテーション」の時期に入っており、全例明らかな廃用症候群を起こしていた。その他呼吸器疾患・循環器疾患などに伴ったものを含む「廃用症候群モデル」35名であった。

対象選択上の偏りを防ぐために、入院・入所は各1ヶ所とし、入院・入所からの日数が少ない順に、先の基準に適合する例を選択した。通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション、要介護認定調査対象者、介護予防事業参加者は調査開始日からの受付順に、基準に従い選択の対象とした。

### 2. 調査方法

調査は、被調査者の廃用症候群の状態及びその原因についてWHO・ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）の生活機能モデルに沿って分析を行った後、

- ①廃用症候群であること、その例における具体的な原因を説明。その際「廃用症候群」はまず口頭でのみ用い、その後説明終了後に文字で書いて示した。但し本人から文字で示すことを求められた場合はその時点で示した。
- ②廃用症候群が生活が不活発なことで生じ、生活が活発になると改善することを説明、
- ③本人の生活を活発化するための「活動」・「参加」レベルへの対応の具体策を呈示した。

その後、④廃用症候群自体について本人からの質問を受けて説明し、

⑤本人の廃用症候群改善に向けての改善策についての話し合いをもった。

そしてその上で次の5点について質問した。

- ①廃用症候群という名称についての感想、
- ②廃用の意味が理解できるか、
- ③廃用症候群にかわる適切な名称があるか、
- ④「廃用症候群」にかわるものとして「生活不活発病」はどう思うか？
- ⑤「廃用症候群」や「生活不活発病」などの名称を使わずに「動かないと色々な症状がでますよ」という説明をするのをどう思うか？

なお調査者は廃用症候群及びICFの生活機能モデルについて十分な理解をもつ理学療法士・作業療法士、リハビリテーション医である。また具体的な進め方と説明のしかたについては一定の方法をつくって行なった。

## C. 結果

以下、質問と回答を列記する。

### 1. 廃用症候群の名称についての感想

- 1) 廃用症候群はどういう漢字かの説明を求めた人は 18 名 (25.7%) にすぎなかった。
- 2) 漢字を呈示した後の反応として、(重複回答可)
  - ・廃棄物を思い浮かべた 63 名 (90.0%)
  - ・何の意味か全く思い浮かばなかった人 7 名 (10.0%)
  - ・自分自身の状態が廃棄物、いらぬ物に近い状態と思った 34 名 (48.6%)

(自発的にはこの内容の発言がなかった人に、このような感想をもつ人もいと説明後“自分も同様に思う”と発言した人まで含めると計 65 名:92.9%であった)

- ・家族に迷惑をかけていると思っているのに厄介者だとの感じを強くした 24 名 (34.3%)

### 2. 廃用という言葉がわかるか？

- ・知っていた 4 名 (5.7%)
- ・漢字を示されると何となくわかる 2 名 (2.9%)
- ・説明を聞いてわかった 64 名 (91.4%)

### 3. 廃用症候群にかわる適切な名称

- ・運動不足病 3 名 (4.3%)
- その他にはすぐには具体的提案はなかった。

### 4. 生活不活発病という名称について

- ・不快な感じをもつが、ただ自分が不活発にしていたのが悪いとせめられているようでもある 3 名 (4.3%)
- ・廃用症候群でもつネガティブなイメージはなくなる。 51 名 (72.9%)
- ・生活が不活発という原因がわかり易い 63 名 (90.0%)
- ・生活を不活発でなく、活発にすればよくなるということもわかり易い (一方「廃用症候群」ではもうダメだという感じがする)

### 5. 「(廃用症候群や生活不活発病との名称は使わずに) 動かないと色々な症状がで

## まずよ」とのだけの説明との比較

- ・それは常識的なこととして知っている。しかしそれほど重大な事態を生むものとは思っていない。廃用症候群や生活不活発病として説明されてはじめてそれほどの深刻な事態があることがわかるとのことであった。

43名 (61.4%)

## 6. その他

### ○廃用症候群についての理解

- ・動かないと体の機能が落ちていくことは知っていたが、寝たきりになるほど重度なこととは思っていなかった  
51名 (72.9%)
- ・病気があればだんだんに動きにくくなるのは仕方ないと思っていたが、廃用症候群ならば防げたり、一旦おちてもまたよくできるという希望が持てる  
34名 (48.6%)
- ・年のせいで仕方ないと思っていたが、その低下する原因に廃用症候群があることがはっきりすると、何を行なうべきかがわかった  
38名 (54.3%)
- ・“病”がつくと、それほどひどい状態かと思ってしまうのでよくないのでは？（寝たきりになる危険性も説明したところ納得。）  
9名 (12.9%)

### D. 考察

以上から廃用症候群という名称の問題点が明らかとなった。それをまとめると以下の通りである。

- ・「廃用症候群」の名称について  
① “廃”の字面についての拒否感・違和

## 感

- ② “廃用”の意味がわかりにくい
- ③ 廃棄・廃業を連想
- ・これに対し生活不活発病であれば  
① 原因が「生活が不活発なこと」がわかり易い  
② 予防・改善のためには生活を活発にすることが必要だということがわかり易い

すなわち、原因のみでなく改善の方向性をも示す名称であることが理解・受け入れを容易にすることがわかった。

最近分裂病が統合失調症、痴呆が認知症などと、病名についての問題提示がなされているが、廃用症候群についてもこのような見地からの見直しが必要と思われる。

「生活不活発病」とは本人に不愉快な印象を与えないだけでなく、より積極的に本人に状態の理解と改善の方向性を示す本人中心の名称といえよう。

なお、本来は単一の疾患ではなく「生活不活発」という一つの原因から様々な症状・機能障害を呈するものなので、学術的には「症候群」と呼ぶのが正しいが、「生活不活発症候群」では長すぎるという問題があり、また普通症候群では主要な症候名で命名されることが多いため、「生活不活発」が原因でなく症候を指すとの誤解を招く危険性もある。その点「生活不活発病」は「生活習慣病」同様に「生活不活発」が原因を示すことがわかりやすい。また“病”というと重症すぎる感を与えるとの指摘もあるが、結果的に寝たきり化を生じるなど重度になりうるものであることを理解してもらうことも必要である。

その他、単に「動かないと色々な症状が  
でますよ」と説明することも考えられるが、  
本調査では、それは常識的なこととして  
知っている、しかしそれほど重大な事態を  
生むものとは思っていないことがふつうで、  
廃用症候群や生活不活発病と説明されると、  
それほど重大な事態なのかがわかる、とい  
うことが確認された。

なお以上に加え、専門家においては「廃  
用症候群」とは「廃用」の「廃」の字から  
機能を「廃した」(全く使わない)場合だけ  
に起るものと考え易く、現実には機能の使  
用が低下しただけでも起ることの理解を妨  
げることが問題であり、その意味でも学術  
用語として不適切であるとの指摘もなされ  
ており、今後も重要な検討事項であると考  
えられる。

## E. 結論

「廃用症候群」の用語の問題点が、同症  
候群を有する患者・利用者との面接の中か  
ら確認され、それにかわるものとして「生  
活不活発病」が最も適切であるとの結論に  
達した。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

1. 論文発表
2. 報道等

・大川弥生：朝日新聞；生活不活発病；地  
域で取り組みを。2004年11月23日

## 生活機能低下の経過と主治医意見書における傷病名

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 中村茂美 日本作業療法士協会 常任理事

二村雄次 名古屋大学大学院医学系機能構築医学専攻 教授

**研究要旨** 高齢者における生活機能低下の原因・経過に関する理解は、関与する専門家チーム全体及び本人・家族などの当事者をも含めて共有すべきものである。そのチームの中でも医療は特に重要な役割を果たす。

そこで介護保険下のサービスにおける医療の関与の要（かなめ）でもあり、また生活機能に影響する因子のうち「健康状態」の最大の情報源となる主治医意見書の「傷病に関する意見」の中の「診断名」と生活機能低下発生の契機との関係を、1都市の在宅要介護認定者のうち廃用症候群モデルと判断された226名についての訪問調査によって検討した。

その結果、主治医意見書における診断名には生活機能低下の原因、特に廃用症候群に関する情報は極めて乏しいことが判明し、今後の改善の必要性が示された。

### A. 研究目的

生活機能（functioning）はWHO国際生活機能分類（ICF）の中心概念である。

この生活機能低下の経過を、特に「活動」（生活行為）に重点をおいてみると、急激に低下する「脳卒中モデル」と徐々に低下する「廃用症候群モデル」、そして「その他」のモデル、の3つのモデルに分類することができる。これは本研究班の基盤とするところであり、実証的に種々の対象集団について確認しているところである。

このような高齢者における生活機能低下の原因・経過に関する理解は、関与する専

門家チーム全体及び本人・家族などの当事者をも含めて共有すべきものである。そのチームの中でも医療は特に重要な役割を果たす。

その際、高齢者、特に要介護認定者は何らかの疾患（ICFモデルの「健康状態」）を有することが多いため、前述した廃用症候群モデルとの関係で「病気だから安静第一」「病気だから（“活動”が低下していくのは）仕方ない」という誤解に対応する指導・支援が医療面で十分でなければ、廃用症候群の予防は不可能になる。また積極的な廃用症候群改善を行なうには、程度の差はあれ

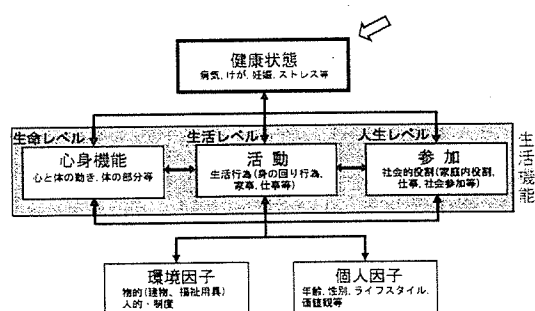
その他の介護保健サービス提供者と疾患管理面との協力は不可欠である。

そこで介護保険下のサービスにおける医療の関与の要（かなめ）でもあり、また生活機能に影響する因子のうち「健康状態」

（ICFモデル図参照。太字で囲み矢印を加える）の最大の情報源となる主治医意見書の「傷病に関する意見」の中の「診断名」と、生活機能低下との関係を、廃用症候群に重点をおいて検討した。

これにより生活機能低下に関する、当事者を含めたチーム全体の関与のあり方、今後の介護予防・介護保険サービスと医療との連携のあり方を考える一助とするものである。

図 WHO ICFモデル



## B. 研究方法

### 1. 対象と調査方法

1 都市の在宅要介護認定者 (N=542 名)のうち訪問調査によって「廃用症候群モデル」と判断された 226 名について、廃用症候群発生の 3 契機に分類した結果と、最も近い過去の主治医意見書における「1. 傷病に関する意見」の「(1) 診断名 (特定疾患又は障害の直接の原因となっている傷病名については 1. に記入) 及び発症年月日」

の記載内容とを比較した。

訪問調査は ICF モデルに精通し、「活動」(ICF:生活行為) についての実生活の場での評価能力を有するリハビリテーション医、理学療法士、作業療法士が行った。その上で廃用症候群発生の 3 つの契機(「活動」の「量的低下」、「活動」の「質」的低下、「参加」低下) の分類を、担当実施調査者及び主任研究者と ICF を熟知している 1 名の計 3 名が各々別個に分類を行った上で、討議を行った。その上で必要に応じ電話で被検者から補足的な情報収集を行うことなどを実施した上で、最終判断を行った。

### 2. 判定基準

廃用症候群の発生契機の類型化の基準は下記の通りである。

#### ○活動の「量的低下」:

活動それ自体が困難になった(質的低下) ことはないにも拘らず、活動の量(歩行ならば回数・距離・時間など) が減少した場合。

#### ○活動の「質的低下」:

なんらかの原因(痛み、筋力低下、ふらつき、など) によって活動(歩行や家事など) 自体が困難になった場合。この場合は質の低下に伴って活動の量も低下することが多いが、原因が質の低下であればこれに含めた。

#### ○「参加の低下」:

参加の状況が質、量ともに低下した状況。退職・転居・家族構成の変化(子供との同居、など) といった環境因子の変化との関係も留意した。



## （倫理面への配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会の審査を受け、承認を受けている。

また実施自治体における個人情報保護・管理等の規則に従っており、これらに関して自治体と主任研究者間で研究に関する協定書を結んでいる。

## C. 結果

### 1. 廃用症候群発生契機の3分類

訪問調査にもとづき判断した廃用症候群発生の3つの契機と、主治医意見書の「1. 傷病に関する意見」の「(1) 診断名（特定疾患又は障害の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日」に記載されている傷病名を比較したものを表1に示す。

表1の左側（「診断名1」）に、廃用症候群発生の3つの契機（量的低下、質的低下、参加低下）毎に、「1.」に記載されていた傷病名の計を示した。また、表1の右側に「1～3」に記載されていた傷病名の合計数を示した。

なお表1では、右側に示す傷病名「1～3」の合計が5例以上の場合はその傷病名を示しているが、4例以下の場合は同一カテゴリ毎にまとめ、（その他）あるいは（計）を付して示している。

### 2. 「1.」に記載された診断名

まず「1.」、すなわち「特定疾患又は障害の直接の原因となっている傷病名」として記入されている傷病名をみると、表1の左側（診断名1）に示したように、今回の分析対象となった廃用症候群全体で最も多い個別的な傷病名は、高血圧30名、ついで

認知症26名、変形性関節症16名であった。

2番目に多かった認知症についても、本来認知症であれば廃用症候群モデルではなく（認知症などの）「その他」のモデルに該当するものではあるが、調査では実際は廃用症候群であると判断された。その理由は、この該当者の「活動」（生活行為）の低下は全例が知的低下による判断力等の低下によるものではなく、生活行為の動作自体に運動機能として障害が生じていたからである。そして知的低下と診断された者には廃用症候群による廃用症候が主、もしくは少なくとも加わっている場合がほとんどであったからである。すなわち一部認知症も合併している場合でも、生活行為の低下はそれによるものではないため、廃用症候群モデルと判断されたものである。このように知的低下、認知症があるとそれが最も注目されがちであるが、廃用症候群の可能性を見逃すことがないように留意する必要がある。

この他には、脳梗塞11例、脳出血1例、大腿骨頸部骨折1例、腰椎圧迫骨折1例などがあげられているが、我々の本人・家族に対する訪問調査とその後の追加の聞き取り等を含めた検討では、これらの例における生活機能低下はあくまでも「廃用症候群モデル」に属するものであった。「脳卒中モデル」の生活機能低下の原因となる疾患が直接的に原因となっているのではなかった。

また高血圧は最も多い診断名であるが、これ自体が、それだけで活動（生活行為）の低下を引き起こすことはほぼありえない。またこれ以外の疾患でも、それ自体で直接運動機能低下を生じる場合は、神経疾患や骨関節疾患の一部を除き極めて少ないが、

それが障害の直接の原因としてあげられていたことは問題であった。

このように、主治医意見書の診断名1は本来「障害の直接の原因となっている」ものであるべきものが、少なくともこの「廃用症候群モデル」に属するものについては適切であるとは考えられなかった。

### 3. 「1～3」に記載された診断名

「診断名」の「1～3（の全て）」に記載されているものをみても、同じ傾向が認められた。表1の右側に示したように、高血圧63名、認知症37名、変形性関節症33名、糖尿病26名、等であった。

また脳梗塞例が19例あったが、これはそれによる麻痺や高次脳機能障害はほとんど存在していないため、それによる生活機能低下とは考えられなかった。

廃用症候群（および廃用症候）との診断名の記載があったのは計3名であり、具体的には「1. 陳旧性心筋梗塞、2. うっ血性心不全、3. 廃用症候群」、「1. 急性心筋梗塞、2. 廃用症候群」、「1. 慢性呼吸不全、2. 廃用性筋萎縮」であった。

#### D. 考察

以上から主治医意見書に記載された傷病名は、「1-（1）障害の直接の原因となっている傷病名」についても、それ以外の傷病名についても、生活機能低下の直接の原因である廃用症候群についての記載は極めて乏しかった。また廃用症候群の発生契機となっている「活動」「参加」との関連性の乏しい疾患（健康状態）名が記載されていることが多いことが判明した。これには、この欄がICF生活機能モデルでいえば、健

康状態を記載する欄であるため、病名のみが記載されるという制約もあると考えられる。

しかし健康状態が直接的に「活動」（生活行為）を低下させているのかもしくは廃用症候群を解する間接的な影響にとどまるかを、明確にすることは必要である。いずれにせよ高齢者では疾患と廃用症候群（生活不活発病）が合併することが多いので、何らかの傷病がある場合、それが誘因となって廃用症候群になっていないかどうかを考える必要がある。

廃用症候群であることの診断が必要な理由は、廃用症候群であれば予防・改善が可能であるからである。しかしながらこれまで「廃用症候群」の名称だけは普及してきたが、予防・改善の対象としては十分には認識されていたとはいえ、それへの対策も不十分であった。今回の調査でも「廃用症候群」との診断は「診断1」では1例もなく、「診断1～3」に3名についての記載があるだけであった。もし医師の診断書の「診断1」に「廃用症候群」との記載があれば、介護保険サービスが改善可能なものと認識してすすむ可能性は大きいと考えられる。

診断名については、病気としての治療の対象としてだけでなく、介護保険サービスとの関係から考えて、生活行為（「活動」）に影響する因子としての健康状態の見方が重要である。今後はこのような見方を重視する方向への啓発の必要があると考えられる。

現在重視されてきつつある介護予防ではこの廃用症候群の予防・改善のシステムと

表1 主治医意見書における診断名と廃用症候群発生契機との関連

傷病名		意見書1-(1) 廃用症候群の 発生契機		診断名1				診断名1~3			
		量的 低下	質的 低下	参加 低下	総計	量的 低下	質的 低下	参加 低下	総計		
脳血管障害	脳梗塞	5	2	4	11	9	4	6	19		
	脳出血		1		1		1		1		
	脳萎縮							1	1		
骨折	大腿骨頸部骨折		1		1		1	0	1		
	(計) 圧迫骨折	1			1	1	1		2		
認知症	認知症	9	2	15	26	12	4	21	37		
	アルツハイマー病	1	1	1	3	1	1	1	3		
精神疾患	うつ	1	1	2	4	3	1	2	6		
	(その他) 精神疾患	1		1	2	2	1	3	6		
神経疾患	パーキンソン病	3	1	10	14	4	1	11	16		
	(その他) 神経疾患	2	1	4	7	6	3	5	14		
癌	癌	7		3	10	12		3	15		
内科疾患	高血圧	11	12	7	30	29	18	16	63		
	心不全	7	1	2	10	11	6	6	23		
	(その他) 心疾患	9		2	11	20	4	6	30		
	糖尿病	4	3	3	10	14	5	7	26		
	(計) 呼吸器疾患	7	2	4	13	15	6	5	26		
	(計) 消化器疾患	3		3	6	10	3	9	22		
	腎不全	5	1		6	10	4	1	15		
	(その他) 腎疾患	2			2	3			3		
	前立腺肥大	1			1	4	1	1	6		
	貧血			1	1	1	1	3	5		
	肝疾患		1	1	2	1	1	2	4		
	甲状腺疾患	1			1	3			3		
	泌尿器疾患	1	1		2	3	1	1	5		
	高脂血症					5	1	3	9		
	(その他) 内科疾患	1	1	1	3	5	1	2	8		
骨関節疾患	変形性関節症	8	5	3	16	10	14	9	33		
	変形性腰椎症	4	6	2	12	7	10	6	23		
	脊柱間狭窄症	2	2		4	5	5		10		
	変形性脊椎症		1	2	3	1	2	6	9		
	骨粗鬆症			2	2	3	1	5	9		
	慢性関節リウマチ	1		2	3	4		4	8		
	(その他) 骨関節疾患	1	1		2	5	5	2	12		
その他	視力障害	1			1	6			6		
	両下垂足	1			1	1			1		
	歩行困難					1			1		
	褥瘡							1	1		
	眩暈					1			1		
	放射線皮膚障害、放射線腸炎					1			1		
	難聴					1			1		
廃用症候群					3			3			
	記入なし	1		3	4	70	34	86	190		
	総計	101	47	78	226	303	141	234	678		

プログラムが中心的なものと位置付けられており、その鍵は「生活機能低下の悪循環」の予防・改善である。それは、医療機関の積極的な関与と、一般国民への啓発なしには達成できるものではない。特に一般医療の役割は重要であり、一般医療機関において疾患を治療・管理する際に、高齢者では特にこの見地からの正しい指導を行なうことが肝要である。

また疾患の十分な把握と管理を行いなからでなければ、安全で十分な「廃用症候群の悪循環」の克服はできない。

更に国民への啓発においても医療機関の日常の診療の果たす役割は大きい。なぜなら「病気なら安静」という誤解が一般に強く、ふだんは動くことが大事だと思っている人でも、一旦病気になると「安静第一」になってしまいがちだからである。しかもそれは要介護認定者の場合だけでなく、医療保険における一般の診療から既にはじまっているのである。

以上をまとめると介護予防との観点で一般医療の医師に望みたいのは、

①生活不活発病（廃用症候群）をつくらないこと、②「生活機能低下の悪循環」の早期発見、③悪循環から良循環への転換の指導、の3点である。主治医意見書はこれらの方向性を示すものでもある。

なお、「健康状態」（疾病など）に関して、高齢者の医療・リハビリテーション・介護ともに重要なのは、①生活行為の低下の直接の原因、②廃用症候群の発生・進行の誘因、③リスク管理の3者の観点を明確に区別していく必要があると考えられる。

## E. 結論

以上の検討から、主治医意見書における診断名には生活機能低下の原因、特に廃用症候群に関する情報は極めて乏しいことが判明した。

今回の介護保険改定の中で医療と介護との連携をより深めることが望まれており、その鍵となるのは基本的概念としては生活機能、具体的ターゲットとしては廃用症候群（生活不活発病）といえるが、それに関する医療側からの情報の提供が不十分であることが大きな問題であり、今後の改善の必要性が示された。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

・大川弥生：診療アップデートこれからのリハビリテーション廃用症候群を予防する；リハにおける一般医療の役割．日経メディカル．442：80-83，2004

### 2. 報道等

・大川弥生：福祉新聞：リハビリルネサンス；「医療」「自助・共助」で予防．2004年9月27日号