

3) 家族・友人等の変化(1年以内)

家族や友人の1年以内の変化についての質問の回答は、図18、表24に示す通りであった。

「変化なし」は前期男性高齢者では52.6%、同女性では49.6%、後期男性高齢者では40.2%、同女性では42.6%であった。

「息子家族と同居」は前期男性高齢者では8.2%、同女性では7.1%、後期男性高齢者では7.9%、同女性では10.6%であった。

「娘家族と同居」は前期男性高齢者では3.0%、同女性では1.5%、後期男性高齢者では2.4%、同女性では2.1%であった。

「配偶者の死亡」は前期男性高齢者では0%、同女性では2.3%、後期男性高齢者では0.8%、同女性では2.1%であった。

「親しい友人の死亡」は前期男性高齢者

では7.3%、同女性では4.1%、後期男性高齢者では11.8%、同女性では7.4%であった。

「その他」は前期男性高齢者では1.7%、同女性では2.3%、後期男性高齢者では2.4%、同女性では3.2%であった。

以上から前期高齢者の約2割、後期高齢者の約3割になんらかの家族・友人等の人的環境の変動があることが判明した。

このような人的環境の変化が「参加」の変化を介して「活動」の実行状況を低下させ、生活の不活発化から「生活不活発病」(「廃用症候群」)をひきおこし、介護予防の対象となることが少なくないことが知られており、その意味で重要な知見と考えられる。

図18 家族・友人等の変化(1年以内)

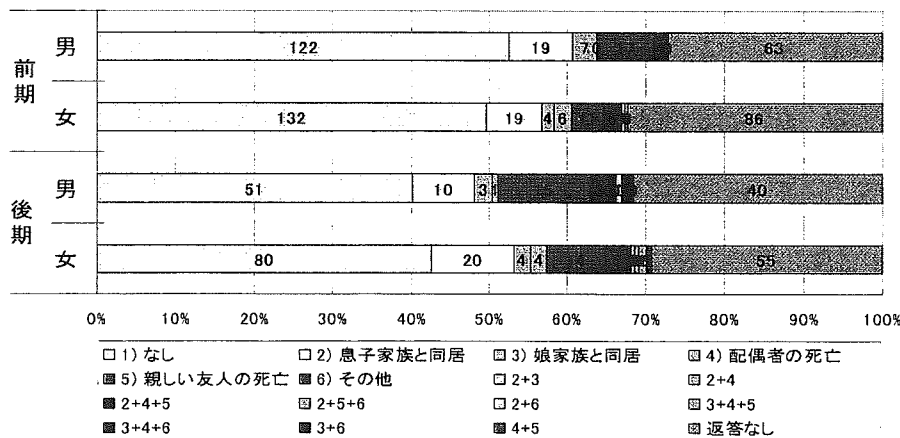


表 2 4 家族・友人等の変化(1年以内)

	前期			後期		
	男性	女性	計	男性	女性	計
1) なし	122名 (52.6%)	132名 (49.6%)	254名 (51.0%)	51名 (40.2%)	80名 (42.6%)	131名 (41.6%)
2) 息子家族と同居	19 (8.2%)	19 (7.1%)	38 (7.6%)	10 (7.9%)	20 (10.6%)	30 (9.5%)
3) 娘家族と同居	7 (3.0%)	4 (1.5%)	11 (2.2%)	3 (2.4%)	4 (2.1%)	7 (2.2%)
4) 配偶者の死亡	0 (0.0%)	6 (2.3%)	6 (1.2%)	1 (0.8%)	4 (2.1%)	5 (1.6%)
5) 親しい友人の死亡	17 (7.3%)	11 (4.1%)	28 (5.6%)	15 (11.8%)	14 (7.4%)	29 (9.2%)
6) その他	4 (1.7%)	6 (2.3%)	10 (2.0%)	3 (2.4%)	6 (3.2%)	9 (2.9%)
2+3	0 (0.0%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
2+4	0 (0.0%)	1 (0.4%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	1 (0.3%)
2+4+5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
2+5+6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	1 (0.3%)
2+6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
3+4+5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.1%)	2 (0.6%)
3+4+6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
3+6	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
4+5	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	1 (0.3%)
返答なし	63 (27.2%)	86 (32.3%)	149 (29.9%)	40 (31.5%)	55 (29.3%)	95 (30.2%)
計	232名 (100%)	266名 (100%)	498名 (100%)	127名 (100%)	188名 (100%)	315名 (100%)

D. 総括的考察

以上各項目について個別的な考察を加えてきたので、ここでは総合的、総括的な点に限って考察を加えたい。

本研究の対象は大都市郊外（通勤圏）の小都市の一般住民高齢者（65歳以上）で、要介護認定を受けていない、一応「健康」であり「自立」しているとされる人々である。しかし今回の結果をみると活動（屋外

歩行、自宅内歩行、身の廻りの行為、等）にすでにあきらかな制限を受けている者が決して少なくなく、特に活動の「自立」を「普通的自立」（日常出会うどのような環境においても問題なく自立している）と「環境限定型自立」（自宅内とその周辺などの限られた環境のみでは自立している）とに分けて調査すると、「普遍的自立」を達成しえず「環境限定型自立」にとどまる者がか

なり多い。そしてそのような者は前期高齢者よりも後期高齢者に多く、また概して男性よりも女性に多い。また「参加」「環境因子」との関係においては地区による差も認められた。

先に述べたように主任研究者が、新潟県中越地震の、高齢者の生活機能低下に及ぼす影響を調査した結果からは、地震前に屋外歩行、自宅内歩行、日常生活行為などが「環境限度型自立」のレベルにあった人は「普遍的自立」のレベルにあった人よりもはるかに大きく地震による環境変化の影響（生活不活発病〈廃用症候群〉を中心とする）を受けて歩行能力等の低下をきたしやすいこと、そしてその程度は、屋外歩行でいえば「誰かと一緒なら歩いている」「ほとんど歩いていない」などの、すでにあきらかに生活機能低下を示した人とほとんど変わらないことが確認されている。このことは潜在的な生活機能低下者やハイリスク者が一見健康な高齢者群に意外に多数存在していることを示すものといえよう。

今後はこのような潜在的な生活機能低下を早期に的確に発見し適切な対応を行うことが介護予防のために重要であり、今回のデータはその制度設計のために役立つものと考えられる。またこの結果を調査対象となった高齢者自身を含め広く一般住民に知らせ、生活機能低下予防に住民自身に積極的に取り組むよううながす普及啓発のためにも役立てることができると考えられる。

E. 結論

介護予防の観点から大都市近郊の小都市における一般高齢人口の生活機能の実態を

調査し、一見健康と思われる集団においても顕在的・潜在的な生活機能（活動・参加・心身機能）低下が意外に多くみられ、これらが年齢層別、性別、地区別などの特徴をもつことが確認できた。これにより効果的な介護予防サービス構築のための重要な基礎データを得ることができた。

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；介護予防；「水際作戦」で生活不活発病の予防・改善を．月刊介護保険．10（110）：22－23，2005

医療職の生活機能と生活不活発病についての認識

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
二村 雄二 名古屋大学大学院医学系機能構築医学専攻 教授
大橋 謙策 日本社会事業大学 教授
丹羽 真一 福島医科大学 教授

研究要旨

介護予防サービス、特に「水際作戦」の上で重要な役割をになう医療従事者の、介護予防、生活機能、廃用症候群（生活不活発病）等に関する認識について、生活機能向上をめざすパイロットスタディのフィールドである2自治体の中核病院の全職員について調査した。

結果は、2病院間に自治体による取り組みの時期や病院そのものの性格の違いなどからくると思われる差がみられた。一病院では中～高程度の認識がみられたが他病院ではかなり低かった。また職種による差もあり、概してPT・OT・ST等で認識が高かった。ただ比較的認識の高い病院においても、またPT・OT・STにおいても、正しい認識と誤った認識とが混在しており、過渡期にあることがうかがえた。また本来ならば一般医療における介護予防について大きな役割を果たすことが期待される医師、看護師の認識の不十分は今後の大きな課題と考えられた。

以上から介護予防とそれに関連の深い生活機能、廃用症候群等についての医療従事者の認識・意識の現状を知ることができ、今後の方策の検討に役立つ知見を得ることができた。

A. 研究目的

介護予防サービス、特に生活機能低下の早期発見、早期対応である「水際作戦」のあり方を明確化する上で、重要な役割をになう医療（一般医療とリハビリテーション

医療）従事者の、介護予防、生活機能、廃用症候群（生活不活発病）等に関する知識、認識の向上は非常に重要である。

主任研究者の大川は現在複数の自治体と協力して、介護予防を中心とする生活機能

向上の取組みのパイロットスタディを開始しているが、そのような自治体における医療従事者の現在の意識状態を把握し、今後の啓発・向上の方策の検討に役立てるとともに、啓発の効果を測定する基準点とすることを本研究の目的とした。

B. 研究方法

生活機能向上をめざして、市単位での取組みを計画している2つの市の、各々の中核病院と位置づけられる公的病院（A病院）、市民病院（B病院）の、病院職員全員を対象とした。

調査内容は介護予防についての認識、生活機能への働きかけ、廃用症候群についての認識、リハビリテーションに関する認識であった。

本報告書での分析の対象は、医師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、介護職、栄養士、検査技師等の直接患者に接する機会のある職種とした。

内訳はA病院では全207名中、医師7名、看護師90名、介護職20名、PT28名、OT31名、ST9名、その他22名であった。

またB病院では全223名中、医師22名、看護師88名、介護職7名、PT12名、OT11名、ST4名、その他79名であった。

（倫理面の配慮）

主任研究者の所属機関及び各病院の倫理委員会にて審査をうけ、研究の承認をうけた。また当該病院の個人情報保護・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. 研究結果ならびに考察

I. 介護予防についての認識

介護予防は介護保険サービスや老人保健事業関係では注目されている。しかし一般医療の中での認識の状況については必ずしも知られていないので、その現状を調査した。

1. 介護予防についての認識

「介護予防という言葉をご存知ですか」との設問に対する結果は表1の通りであった。

「介護予防」という言葉の認知度は「知らない」が1～2割、「名前は知っている」程度のものが6割強、「よく知っている」は2割前後と決して高いとはいえない。職種別では「よく知っている」がPT・OT・STで両病院とも5割強であり、リハビリテーション関係職種での比率が高いが、それでもまだ半数にすぎない。特に「よく知っている」が、一般医療において中心的役割を果す医師（1～2割）、同じく重要な役割を果す看護師（1割前後）で非常に低いことは大きな問題である。

2. 介護予防に向けて病院・診療所でできること

「介護予防に向けて病院・診療所でできることがあるとお思いですか」との設問（重複回答可）に対する回答は表2-1の通りであった。項目別集計（回答者全員に対する比率で示すので合計は必ずしも100%とはならない。以下同じ）では「介護保険や保

健関係なので、特にない」と、「あるが、特別の介護予防のメニューやプログラムなどが必要」を併せた否定的ともいえる回答はA病院約4割、B病院約5.5割とほぼ半数に及んだ。

一方「通常の外来の診療・治療の中でもあり」、「通常の入院の診療・治療の中でもあり」という肯定的な回答は共にA病院3割強B病院2割強にとどまった。

これを職種別にみると表2-2の通りで、「通常の診療の中でもできる」とするものはPT・OT・STでもっとも多く（外来

入院とも4~5.5割）、ついでB病院の医師（3割前後）が多かった。逆に看護師では1.5~2割程度と低かった。

A、B2病院間の比較では、PT・OT・STと看護師では僅かながらA病院の方が「できる」とする者が多かった。

このように通常の医療の中でもできると考える者が少ないのは、介護予防が主として行政の仕事であって、一般医療でできることは少ないとする考え方が根底にあるためと考えられる。

表1 介護予防についての認識

	全体		医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B	A	B
知らない	19名 9.2%	37名 16.6%	0名 0.0%	4名 18.2%	12名 33.3%	14名 15.9%	0名 0.0%	2名 7.4%
名前は知っている	131 63.3	147 65.9	6 85.7	13 59.1	70 77.8	63 71.6	31 45.6	10 37.0
よく知っている	51 24.6	37 16.6	1 14.3	5 22.7	6 6.7	10 11.4	35 51.5	14 51.9
不明	6 2.9	2 0.9	0 0.0	0 0.0	2 2.2	1 1.1	2 2.9	1 3.7
計	207 100	223 100	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

表2-1 介護予防に向けて病院・診療所でできること（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
介護保険や保健関係なので、特にない	6名 2.9%	6名 2.9%	21名 9.4%	21名 9.4%
特別の介護予防のメニューやプログラムが必要	76 36.7	78 37.7	96 43.0	102 45.7
通常の外来の診療の中でもあり	14 6.8	62 30.0	17 7.6	42 18.8
通常の入院の診療の中でもあり	18 8.7	66 31.9	15 6.7	42 18.8
その他	7 3.4	9 4.3	12 5.4	14 6.3
重複回答	48 23.2		28 12.6	
不明	38 18.4		34 15.2	
計	207 100	221 106.8	223 100	221 99.1

表 2-2 介護予防に向けて病院・診療所でできること（職種別）

	医師				看護師				PT・OT・ST			
	A		B		A		B		A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別
介護保険や保健関係なので、特にない	1名 14.3%	1名 14.3%	3名 13.6%	3名 13.6%	3名 3.3%	3名 3.3%	4名 4.5%	4名 4.5%	0名 0.0%	0名 0.0%	3名 11.1%	3名 11.1%
特別の介護予防のメニューやプログラムが必要	5 71.4	5 71.4	6 27.3	8 36.4	38 42.2	39 43.3	43 48.9	43 48.9	19 27.9	19 27.9	10 37.0	10 37.0
通常の外來の診療の中でもあり	1 14.3	1 14.3	1 4.5	6 27.3	6 6.7	19 21.1	10 11.4	13 14.8	5 7.4	32 47.1	3 11.1	12 44.4
通常の入院の診療の中でもあり	0 0.0	0 0.0	1 4.5	8 36.4	7 7.8	20 22.2	12 13.6	15 17.0	10 14.7	37 54.4	1 3.7	10 37.0
その他	0 0.0	0 0.0	3 13.6	3 13.6	2 2.2	3 3.3	3 3.4	3 3.4	4 5.9	5 7.4	0 0.0	0 0.0
重複回答	0 0.0		7 31.8		13 14.4		3 3.4		27 39.7		9 33.3	
不明	0 0.0		1 4.5		21 23.3		13 14.8		3 4.4		1 3.7	
計	7 100	7 100	22 100	28 127.3	90 100	84 93.3	88 100	78 88.6	68 100	93 136.8	27 100	35 129.6

II. 生活機能への働きかけ

1. 生活機能への働きかけ（全体）

生活機能に3つのレベルがあることと、その具体的内容を示した上で、心身機能、活動、参加の3つのレベルに対するこれまでの関与の仕方がどうであったかを問うた（択一回答）。

生活機能の各レベルに対する対応の仕方をまとめものが表 3-1 である。「病院・診療所での対象ではないと思う」と「病院・診療所でも必要だが他の職種の仕事だと思う」とを併せた否定的な回答は、心身機能ではA病院 1 割強対 B病院 4 割、活動は 1 割弱対 4 割弱、参加は 1 割対 4.5 割であった。

「評価のみをしている」と「評価・改善

ともに働きかけている」とを併せた「評価をしている」全体は、心身機能ではA病院 5 割弱対 B病院 3 割弱、活動は 6 割弱対 3 割強、参加は 5.5 割対 2 割であった。

一方「改善に向けて働きかけをしている」と「評価・改善ともに働きかけている」を併せた「働きかけている」全体は心身機能はA病院 5 割強対 B病院 2 割強、活動は 6 割強対 3 割強、参加は 4 割弱対 2 割強であった。

すなわち「評価をしている」全体も「働きかけている」全体も概してA病院が多かった。

「評価をしている」においても「働きかけている」においても、3レベルの間には大きな差はなかった。

表 3-1 生活機能への働きかけ（全体）

	心身機能		活動		参加	
	A	B	A	B	A	B
病院・診療所での対象ではないと思う	3名 1.4%	14名 6.3%	0名 0.0%	14名 6.3%	4名 1.9%	28名 12.6%
病院・診療所でも必要だが他の職種の仕事だと思う	26 12.6	75 33.6	16 7.7	69 30.9	19 9.2	74 33.2
評価のみをしている	41 19.8	50 22.4	50 24.1	42 18.8	56 27.1	30 13.5
改善に向けて働きかけのみをしている	47 22.7	31 13.9	61 29.5	46 20.6	40 19.3	36 16.1
評価・改善ともに働きかけている	59 28.5	16 7.2	67 32.4	28 12.6	59 28.5	17 7.6
不明	31 15.0	37 16.6	13 6.3	24 10.8	29 14.0	38 17.0
計	207 100	223 100	207 100	223 100	207 100	223 100

2. 生活機能の評価の範囲

「評価をしている」と回答した人にその範囲を聞いたところ、表 3-2 のようであった。「自分の専門分野のみ」は心身機能は A 病院も B 病院でも 1 割前後、活動は 4 割対 6 割強、参加は共に 7 割強であった。

次に「ADL だけはしている」は活動において 7 割強対 8.5 割であった。

「なるべく広範囲にみるようにしている」を 3 レベルの全体にわたってみると、A 病院では 4 割弱～5 割弱と B 病院（1.5 割～2 割弱）より多く、3 つのレベルの間の差は大きくはなかった。

3. 生活機能改善に向けての働きかけの範囲

「改善に向けて働きかけをしている」と回答した人にその範囲を聞いたところ、表 3-3 のように上記の「評価をしている範囲」とほとんど同じ傾向で、A 病院で「なるべく広範囲にみるようにしている」が多く、3 つのレベル間に大きな差はなかった

4. 生活機能への働きかけの各レベル毎の

職種差

次に各レベル毎に職種による働きかけの差を検討した。（心身機能：表 3-4、活動：表 3-5、参加：表 3-6）

1) 心身機能について

心身機能全体についての結果は表 3-4-1～表 3-4-3 に示した通りである。「評価のみをしている」と「評価・改善ともに働きかけている」とを併せた「評価をしている」は、PT・OT・STでもっとも多かった（A 病院 7 割弱対 B 病院 5 割強）。表 3-4-1 にみるように、「改善に向けて働きかけのみをしている」と「評価・改善ともに働きかけている」とを合せた「働きかけをしている」ものは、PT・OT・ST で多く（A 病院 8.5 割、B 病院 7 割）、病院間の差は大きくなかったが、医師、看護師では A 病院の方が多い傾向があった（医師で A 病院 4.5 割対 B 病院 3 割弱、看護師で A 病院 4 割強対 B 病院 2.5 割）。医師、看護師間では合計ではほぼ同じだが医師では「評価・改善ともに働きかけている」が多く、看護師では「改善に向けて働きかけの

みをしている」が多い傾向があった

「評価をしている」と回答した人にその範囲を聞いた結果は表3-4-2の通りで、「自分の専門分野のみ」では医師でやや多い傾向があり「なるべく広範囲にみるようにしている」は医師とPT・OT・STで多い傾向があり、いずれもA病院で多かった。看

護師では他職種よりやや少ないがやはりA病院で多かった。

心身機能について「改善に向けて働きかけをしている」と回答した人にその範囲を聞いた結果は、表3-4-3の通りで、上記の「評価している」とほとんど同じ傾向を示した。

表3-2 生活機能の評価の範囲

	心身機能		活動		参加	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	15名 7.2%	24名 10.8%	8名 3.9%	14名 6.3%	15名 7.2%	16名 7.2%
ADLだけはしている			15 7.2	19 8.5		
なるべく広範囲にみるようにしている	80 38.6	39 17.5	94 45.4	37 16.6	98 47.3	32 14.3
計	95 45.9	63 28.3	117 56.5	70 31.4	113 54.6	48 21.5

表3-3 生活機能改善に向けての働きかけの範囲

	心身機能		活動		参加	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	12名 5.8%	6名 2.7%	4名 1.9%	13名 5.8%	12名 5.8%	7名 3.1%
ADLだけはしている			18 8.7	12 5.4		
なるべく広範囲にみるようにしている	82 39.6	36 16.1	106 51.2	46 20.6	85 41.1	41 18.4
計	94 45.4	42 18.8	128 61.8	71 31.8	97 46.9	48 21.5

表3-4-1 心身機能についての働きかけ（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
病院・診療所での対象ではないと思う	0名 0.0%	1名 4.5%	1名 1.1%	1名 1.1%	0名 0.0%	1名 3.7%
病院・診療所でも必要だが他の職種の仕事だと思う	0 0.0	5 22.7	13 14.4	35 39.8	1 1.5	2 7.4
評価のみをしている	3 42.9	10 45.5	23 25.6	23 26.1	7 10.3	4 14.8
改善に向けて働きかけのみをしている	1 14.3	5 22.7	24 26.7	14 15.9	18 26.5	9 33.3
評価・改善ともに働きかけをしている	2 28.6	1 4.5	14 15.6	3 3.4	40 58.8	10 37.0
不明	1 14.3	0 0.0	15 16.7	12 13.6	2 2.9	1 3.7
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

表 3-4-2 心身機能について評価している範囲（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	1名 14.3%	7名 31.8%	9名 10.0%	8名 9.1%	4名 5.9%	4名 14.8%
なるべく広範囲にみる ようにしている	4 57.1	4 18.2	29 32.2	20 22.7	37 54.4	9 33.3
計	5 71.4	11 50.0	38 42.2	28 31.8	41 60.3	13 48.1

表 3-4-3 心身機能について改善に向けて働きかけをしている範囲（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	1名 4.5%	3名 3.3%	1名 1.1%	7名 10.3%	4名 14.8%
なるべく広範囲にみる ようにしている	3 42.9	4 18.2	30 33.3	15 17.0	45 66.2	13 48.1
計	3 42.9	5 22.7	33 36.7	16 18.2	52 76.5	17 63.0

2) 活動について

トイレ、洗面などのADL（身の回り行為）、その他家事、仕事などに必要な行為などの活動についての結果は表3-5-1～表3-5-3に示した通りである。

表3-5-1にみるように「評価のみをしている」と「評価・改善ともに働きかけをしている」とを併せた「評価をしている」全体はPT・OT・STで多く（A病院 7.2割、B病院 5.2割）、ついでA病院の医師、に多かった。

一方「改善に向けて働きかけをしている」と「評価・改善ともに働きかけている」を併せた「働きかけている」全体もPT・OT・STで多く（A病院 9.5割、B病院 7.8割）、ついで看護師、医師の順であった。

「評価をしている」と回答した人にその範囲を聞いた結果は表3-5-2、「改善に

向けて働きかけをしている」と回答した人にその範囲を聞いた結果は表3-5-3のとおりであり、心身機能の場合とほぼ同様の傾向を示した。

3) 参加について

参加（仕事、家庭内役割、地域社会参加など社会的役割）についての職種による差を表3-6-1に示した。職種間、病院間の多少のばらつきはあるが、傾向としては心身機能（表3-4-1）とも活動（表3-5-1）ともそれほど大きくは変わらない。

「評価をしている」と回答した人にその範囲を聞いた結果は表3-6-2、「改善に向けて働きかけをしている」と回答した人にその範囲を聞いた結果は表3-6-3の通りである。

表 3-5-1 活動についての働きかけ（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
病院・診療所での対象ではないと思う	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 2.3%	0名 0.0%	0名 0.0%
病院・診療所でも必要だが他の職種の仕事だと思う	0 0.0	7 31.8	5 5.6	25 28.4	0 0.0	2 7.4
評価のみをしている	3 42.9	8 36.4	25 27.8	14 15.9	3 4.4	3 11.1
改善に向けて働きかけのみをしている	1 14.3	4 18.2	30 33.3	27 30.7	19 27.9	10 37.0
評価・改善ともに働きかけをしている	2 28.6	1 4.5	16 17.8	11 12.5	46 67.6	11 40.7
不明	1 14.3	2 9.1	14 15.6	9 10.2	0 0.0	1 3.7
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

表 3-5-2 活動について評価をしている範囲（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	4名 18.2%	2名 2.2%	3名 3.4%	1名 1.5%	2名 7.4%
ADLだけはしている	1 14.3	2 9.1	4 4.4	4 4.5	1 1.5	1 3.7
なるべく広範囲にみるようにしている	4 57.1	3 13.6	35 38.9	18 20.5	45 66.2	11 40.7
計	5 71.4	9 40.9	41 45.5	25 28.4	47 69.1	14 51.9

表 3-5-3 活動について改善に向けて働きかけをしている範囲（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	0名 0.0%	1名 4.5%	2名 2.2%	6名 6.8%	1名 1.5%	5名 18.5%
ADLだけはしている	0 0.0	1 4.5	8 8.9	9 10.2	3 4.4	1 3.7
なるべく広範囲にみるようにしている	3 42.9	4 18.2	40 44.4	22 25.0	57 83.8	14 51.9
計	3 42.9	6 27.2	50 55.5	37 42.0	61 89.7	20 74.1

表 3-6-1 参加についての働きかけ（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
病院・診療所での対象ではないと思う	0名 0.0%	2名 9.1%	2名 2.2%	4名 4.5%	0名 0.0%	0名 0.0%
病院・診療所でも必要だが他の職種の仕事だと思う	0 0.0	10 45.5	9 10.0	33 37.5	0 0.0	3 11.1
評価のみをしている	4 57.1	2 9.1	35 38.9	19 21.6	7 10.3	2 7.4
改善に向けて働きかけのみをしている	0 0.0	6 27.3	19 21.1	15 17.0	18 26.5	11 40.7
評価・改善ともに働きかけをしている	1 14.3	1 4.5	12 13.3	4 4.5	41 60.3	9 33.3
不明	2 28.6	1 4.5	13 14.4	13 14.8	2 2.9	2 7.4
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

表 3-6-2 参加について評価をしている範囲（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	2名 28.6%	2名 9.1%	9名 10.0%	11名 12.5%	2名 2.9%	1名 3.7%
なるべく広範囲にみるようにしている	2 28.6	1 4.5	42 46.7	16 18.2	44 64.7	9 33.3
計	4 57.1	3 13.6	51 56.7	27 30.7	46 67.6	10 37.0

表 3-6-3 参加について改善に向け働きかけをしている範囲（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
自分の専門分野のみ	1名 14.3%	1名 4.5%	5名 5.6%	3名 3.4%	4名 5.9%	3名 11.1%
なるべく広範囲にみるようにしている	0 0.0	4 18.2	25 27.8	14 15.9	54 79.4	17 63.0
計	1 14.3	5 22.7	30 33.3	17 19.3	58 85.3	20 74.1

以上を総括すると、生活機能の働きかけは「評価している」がA病院で5割前後、B病院で2～3割、「改善に向けた働きかけをしている」でもA病院は5～6割、B病院は2～3割とA病院が多い。しかし多いといってもせいぜい5～6割にとどまる

ことは問題である。

また生活機能の3レベルの間にもほとんど差がないことも問題である。

というのは、ふつう医療職では現実には心身機能における評価や働きかけがほとんどであり、活動についての評価や働きかけ

はそれより少なく、まして参加に対するそれは極めて少ないのが現実であるからである。理想的には3つのレベルをすべて同じ比重でみるのが望ましいが、そのような高い水準に到達することは容易ではなく、両病院ともそのような状態に達しているとは到底考えられない。むしろ3つのレベルの違いを深く考えずに安易に答えている可能性さえ疑わざるを得ないのである。

なお、職種別には両病院ともPT・OT・STというリハビリテーション関連職で高い「改善への働きかけ」がA病院で8～9割、B病院で5割などが、ここでも生活機能の3つのレベル間の差が少ないことなど先に述べた問題点は同様である。

Ⅲ. 廃用症候群（生活不活発病）について

廃用症候群（生活不活発病）は、生活機能低下の原因として疾患と並んで重要であり、特に介護予防におけるその重要性が近年特に注目されるも、特に一般医療におい

て、病気に伴う「安静」のとりすぎ（生活の不活発化）によって生活不活発病を生ずることが少なくないため、生活を活発化することでこれを防ぐ指導を行うことが一般医療の責任として重要視されている。その見地から以下の一連の質問を行った。

1. 病気の時の「安静」

「病気の時の「安静」についてどう思われますか」との設問（重複回答可）に対する回答は表4-1の通りである。項目別に見て圧倒的に多いのは、「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」であり、A病院9.6割、B病院は8.4割である。それ以外には「病気を早く治す基本だと思う」がA病院1割弱、B病院は2.5割にみられる。

これを職種別にみたのが表4-2でありほとんどが「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」であり、職種別の差も病院間の差も著明ではない。

4-1 病気の時の「安静」（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
病気を早く治す基本	4名 1.9%	37名 17.9%	19名 8.5%	55名 24.7%
手術後の半年位は、安静の必要	0 0.0	0 0.0	4 1.8	11 4.9
高血圧、糖尿病長く続く病気（慢性疾患）では安静が必要	1 0.5	3 1.4	1 0.4	2 0.9
高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要	0 0.0	4 1.9	0 0.0	3 1.3
原則として安静は必要最低限	167 80.7	200 96.6	153 68.6	188 84.3
重複回答	34 16.4		40 17.9	
不明	1 0.5		6 2.7	
計	207 100	244 117.9	223 100	259 116.1

表 4-2 病気の時の「安静」(職種別)

	医師				看護師				PT・OT・ST			
	A		B		A		B		A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別
病気を早く治す基本	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 4.5%	3名 13.6%	0名 0.0%	16名 17.8%	3名 3.4%	16名 18.2%	0名 0.0%	1名 1.5%	1名 3.7%	2名 7.4%
手術後の半年位は、安静の必要あり	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	2 2.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
高血圧、糖尿病長く続く病気(慢性疾患)では安静が必要	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 0.0	1 3.7	1 3.7
高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要	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 0.0	0 0.0	0 0.0
原則として安静は必要最低限	7 100	7 100	19 86.4	21 95.5	74 82.2	90 100	69 78.4	82 93.2	67 98.5	68 100	24 88.9	25 92.6
重複回答	0 0.0		2 9.1		16 17.8		13 14.8		1 1.5		1 3.7	
不明	0 0.0		0 0.0		0 0.0		2 2.3		0 0.0		0 0.0	
計	7 100	7 100	22 100	24 109.1	90 100	106 117.8	88 100	100 113.6	68 100	69 101.5	27 100	28 103.7

2. 「年をとると足腰が弱くなること」

これと類似した質問である。「年をとると足腰が弱くなることをどう思いますか?」との設問(重複回答可)に対する回答は表5-1の通りである。「活発な生活を送っていることで防ぐことができる」という前向きな答えが、「仕方のないこと」「特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない」「杖や装具を使うと、頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない」などの消極的な答えよりも比較的多い(A病院8割、B病院6割5分)が、それに伴うはずの「患者自身で防げることもある」は少なくなる(A病院6割、B病院5割弱)

ことは問題である。

職種別の差は表5-2の通りで差はそれほど著明ではない。

3. 安静のとりすぎによって起きるもの

廃用症候群の具体的知識を問うために「安静のとりすぎによって起きるものは何があると思いますか」との設問を行った(重複回答可)。その結果は表6に示す通りである。項目別集計で多い順に、褥創、筋持久力低下、関節拘縮、筋萎縮、便秘、痴呆、筋瞬発力低下、起立性低血圧等があげられており、職種、病院による差もあるが一定の傾向は認められない。

表 5-1 年をとると足腰が弱くなること（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
仕方のないこと	11名 5.3%	52名 25.1%	22名 9.9%	65名 29.1%
肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない	0 0.0	6 2.9	0 0.0	2 0.9
杖や装具は、頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない	0 0.0	4 1.9	1 0.4	4 1.8
活発な生活で防げることも少くない	50 24.2	165 79.7	71 31.8	146 65.5
患者自身で防げることもある	23 11.1	121 58.5	33 14.8	103 46.2
重複回答	123 59.4		90 40.4	
不明	0 0.0		6 2.7	
計	207 100	348 168.1	223 100	320 143.5

表 5-2 年をとると足腰が弱くなること（職種別）

	医師				看護師				PT・OT・ST			
	A		B		A		B		A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別
仕方のないこと	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 4.5%	3名 13.6%	5名 5.6%	24名 26.7%	8名 9.1%	23名 26.1%	1名 1.5%	12名 17.6%	1名 3.7%	8名 29.6%
肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 4.4	0 0.0	1 1.1	0 0.0	1 1.5	0 0.0	1 3.7
杖や装具は、頼って歩けなくなるので、なるべく使用しない	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.9	0 0.0	2 7.4
活発な生活で防げることも少くない	4 57.1	7 100.0	11 50.0	19 86.4	26 28.9	73 81.1	25 28.4	45 51.1	12 17.6	56 82.4	7 25.9	25 92.6
患者自身で防げることもある	0 0.0	3 42.9	1 4.5	9 40.9	9 10.0	45 50.0	24 27.3	46 52.3	8 11.8	51 75.0	0 0.0	18 66.7
重複回答	3 42.9		9 40.9		50 55.6		28 31.8		47 69.1		19 70.4	
不明	0 0.0		0 0.0		0 0.0		3 3.4		0 0.0		0 0.0	
計	7 100	10 142.9	22 100	31 140.9	90 100	148 164.4	88 100	115 130.7	68 100	122 179.4	27 100	54 200

表6 安静のとりすぎによって起きるもの（項目別集計）

	全体		医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B	A	B
褥創（床ずれ）	196名 94.7%	195名 87.4%	7名 100%	20名 90.9%	86名 95.6%	85名 96.6%	68名 100%	25名 92.6%
筋持久力低下	88 90.8	179 80.3	7 100	17 77.3	81 90.0	77 87.5	66 97.1	25 92.6
関節拘縮	183 88.4	160 71.7	7 100	18 81.8	81 90.0	69 78.4	68 100.0	25 92.6
筋萎縮	178 86.0	155 69.5	7 100	20 90.9	75 83.3	64 72.7	68 100.0	24 88.9
便秘	177 85.5	165 74.0	6 85.7	19 86.4	83 92.2	75 85.2	58 85.3	20 71.4
痴呆	172 83.1	163 73.1	6 85.7	18 81.8	70 77.8	76 86.4	68 100.0	22 81.5
筋瞬発力低下	166 80.2	149 66.8	6 85.7	17 77.3	66 73.3	64 72.7	66 97.1	21 77.8
起立性低血圧	157 75.8	128 57.4	7 100	14 63.6	66 73.3	65 73.9	64 94.1	24 88.9
鬱的傾向	153 73.9	129 57.8	7 100	17 77.3	64 71.1	60 68.2	63 92.6	21 77.8
呼吸機能低下	150 72.5	126 56.5	6 85.7	16 72.7	66 73.3	56 63.6	64 94.1	22 81.5
骨折しやすさ	139 67.1	109 48.9	6 85.7	15 68.2	52 57.8	40 45.5	62 91.2	19 70.4
知的低下	136 65.7	132 59.2	6 85.7	15 68.2	50 55.6	58 65.9	63 92.6	22 81.5
骨萎縮	131 63.3	93 41.7	7 100	15 68.2	51 56.7	34 38.6	60 88.2	19 70.4
静脈血栓症	122 58.9	109 48.9	6 85.7	19 86.4	55 61.1	50 56.8	52 76.5	15 55.6
1回心拍出量低下	117 56.5	89 39.9	6 85.7	14 63.6	44 48.9	36 40.9	59 86.8	19 70.4
尿失禁	84 40.6	47 21.1	3 42.9	5 22.7	33 36.7	21 23.9	33 48.5	11 40.7
その他	3 1.4	4 1.8	0 0.0	0 0.0	1 1.1	0 0.0	2 2.9	3 11.1
胃潰瘍	40 19.3	32 14.3	2 28.6	5 22.7	21 23.3	15 17.0	16 23.5	6 22.2
糖尿病	34 16.4	33 14.8	3 42.9	9 40.9	6 6.7	9 10.2	21 30.9	8 29.6
高血圧	30 14.5	21 9.4	3 42.9	4 18.2	9 10.0	4 4.5	16 23.5	7 25.9
計	2456 1186.5	2218 994.6	108 1542.9	277 1259.1	1060 1177.8	958 1088.6	1037 1525.0	358 1325.9

また多くは複数回答であり、一個の廃用症候のみを回答した者はA病院全体で3名、B病院全体で9名のみであった。これはほとんど全てが、医師、看護師、PT・OT・ST以外の職種であった（B病院の看護師1名を除く）。表に示した廃用症候の全てを選択したのはA病院全体で10.6%、B病院全体で9.4%であった。

2病院を比較するとA病院においては正解の全項目をほぼ6～9割強があげておりB病院ではそれが4～9割弱と多少少ない。

逆に正しくないトリッキーな項目（尿失禁、胃潰瘍、糖尿病、高血圧）に回答したものが少ないながら存在したことは、必ずしも確実な知識として普及しているのではないことを示している。

職種間の比較ではPT・OT・STで全般的に正解の比率が高いが、誤り項目も高く出る傾向があった。

4. 廃用症候群の知識

「廃用症候群をご存知ですか」との設問に対しての回答は表7-1に示す通りである。「よくわかっている」が非常に多くA病

院8割強、B病院5.4割である。

職種別には表7-2に示す通りで、「よくわかっている」はいずれもA病院が多く、職種別にはPT・OT・STで多く、ついで看護師、医師の順である。

5. 生活不活発病の知識

「生活不活発病をご存知ですか」との設問に対する回答は表8-1の通りであり、廃用症候群にくらべると「よくわかっている」がやや少なくなり、その他の項目がふえる。

職種別の結果は表8-2に示す通りである。

このように「廃用症候群」の名称を「よく知っている」としたものがA病院で8割強、B病院で5割強であったのにくらべ、「生活不活発病」についてはA病院で5割弱、B病院で2割弱と「知名度」はずっと少なかった。これは「生活不活発病」が最近公的な文章でも用いられるようになった表現ではあるが、まだ比較的日子が浅いため、古くから用いられてきた「廃用症候群」にくらべ知られ方が少ないものと考えられる。

表7-1 廃用症候群の知識（全体）

	A	B
	回答者別	回答者別
知らない	8名 3.9%	36名 16.1%
名前は知っていた	30 14.5	62 27.8
よくわかっている	168 81.2	119 53.4
不明	1 0.5	6 2.7
計	207 100	223 100

表 7-2 廃用症候群の知識（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
	回答者別	回答者別	回答者別	回答者別	回答者別	回答者別
知らない	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 2.3%	0名 0.0%	0名 0.0%
名前は知っていた	2 28.6	12 54.5	9 10.0	18 20.5	4 5.9	4 14.8
よくわかっている	5 71.4	10 45.5	81 90.0	66 75.0	64 94.1	23 85.2
不明	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.3	0 0.0	0 0.0
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

表 8-1 生活不活発病の知識（全体）

	A	B
知らない	41名 19.8%	112名 50.2%
名前は知っていた	62 30.0	58 26.0
よくわかっている	96 46.4	39 17.5
不明	8 3.9	14 6.3
計	207 100	223 100

表 8-2 生活不活発病の知識（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
	回答者別	回答者別	回答者別	回答者別	回答者別	回答者別
知らない	0名 0.0%	12名 54.5%	27名 30.0%	43名 48.9%	0名 0.0%	7名 25.9%
名前は知っていた	2 28.6	6 27.3	37 41.1	25 28.4	9 13.2	6 22.2
よくわかっている	5 71.4	4 18.2	23 25.6	17 19.3	59 86.8	14 51.9
不明	0 0.0	0 0.0	3 3.3	3 3.4	0 0.0	0 0.0
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

6. 廃用症候群について正しいと思うこと

「廃用症候群について正しいと思うことに印☑をつけて下さい」との設問（重複回答可）に対する回答は表9-1に示す通りである。項目別にみると、多い順に「寝たきりの原因になりえる」「風邪の後の安静程度でも生じる」「安静をとらなくても生活が不活発なだけでも起きる」「高齢者の場合一旦起きると改善は難しい」「高齢者の場合、車いす生活だと廃用症候群は進行する可能性が高い」などであった。

このように、A病院で5～7割、B病院で4～5割が正しく答えたが、その反面A病院で1～3割は「必ず何らかの病気と一緒に起る」とか「高齢者では一旦起きると改善は難しい」などの、誤り、あるいは少なくとも必

ずしも正しいとはいえない答えもみられた。

また「高齢者では車いす生活では進行する。可能性が高い」という、介護予防と関連性の高い重要な項目の認識は低かった。（A病院3割強、B病院2割弱）。

以上から廃用症候群全体についていうと、廃用症候群の名称は普及し、その内容もかなり理解されるようにはなっているが、必ずしもすべての項目について正しい理解が普及している状態ではなく、病院による差もかなりみられるということができよう。

職種別の差は表9-2に示す通りであるが、ばらつきが多く、一貫した傾向は認め難い。

表9-1 廃用症候群について正しいと思うこと（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
廃用症候群を知らない	3名 1.4%		7名 3.1%	
寝たきりの原因になりえる	13 6.3	128 61.8	19 8.5	108 48.4
必ず何らかの病気と一緒に起こる	0 0.0	21 10.1	2 0.9	24 10.8
脳卒中のような運動機能が低下時にだけ生じる	0 0.0	3 1.4	1 0.4	5 2.2
風邪の後の安静程度でも生じる	6 2.9	108 52.2	1 0.4	80 35.9
生活が不活発なだけでも起きる	5 2.4	109 52.7	9 4.0	86 38.6
高齢者では一旦起きると改善は難しい	3 1.4	74 35.7	3 1.3	62 27.8
高齢者の、車いす生活では進行の可能性が高い	0 0.0	74 35.7	1 0.4	36 16.1
重複回答	132 63.8		105 47.1	
不明	45 21.7		75 33.6	
計	207 100	517 249.8	223 100	401 179.8

7. 廃用症候群の予防・改善の取り組み

「廃用症候群の予防・改善について取り組まれていますか」との設問に対する回答は表 10-1 の通りである。2 病院とも、「十分取り組んでいる」および「ほぼ十分取り組んでいる」が多く（併せて A 病院 6 割、B 病院 3 割）、「不十分な面もある」は両病院共に 1.4 割前後である。

職種別の結果は表 10-2 の通りであり、大きな差はない。

廃用症候群の予防・改善に取り組んでいると答えた人に具体的にどのようなことを行っているかを聞いた結果は表 10-3 の通りであった。

職種別の結果は表 10-4 の通りであった。

以上、廃用症候群の予防・改善への取り組みについては、「十分取り組んでいる」と「ほぼ十分取り組んでいる」とを合わせても、A 病院約 6 割、B 病院 3 割弱であり、取り組みはかなり不十分である。職種差が僅かながらあり、PT・OT・ST では多少多いが、それでも両病院ともに約 7 割にとどまる。特に病棟管理の上で廃用症候群予防に大きな役割を果たしうる看護師が A 病院で 6 割強、B 病院では特に低く 4 割弱にとどまるのは大きな問題である。

表 9-2 廃用症候群について正しいと思うこと（職種別）

	医師				看護師				PT・OT・ST			
	A		B		A		B		A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別	回答者別	項目別
廃用症候群を知らない	0名 0.0%		0名 0.0%		0名 0.0%		0名 0.0%		0名 0.0%		0名 0.0%	
寝たきりの原因になりえる	1 14.3	4 57.1	1 4.5	14 63.6	8 8.9	56 62.2	10 11.4	42 47.7	0 0.0	51 75.0	1 3.7	19 70.4
必ず何らかの病気と一緒に起こる	0 0.0	0 0.0	1 4.5	2 9.1	0 0.0	15 16.7	1 1.1	12 13.6	0 0.0	3 4.4	0 0.0	4 14.8
脳卒中のような運動機能が低下時にだけ生じる	0 0.0	0 0.0	1 4.5	1 4.5	0 0.0	2 2.2	0 0.0	3 3.4	0 0.0	1 1.5	0 0.0	0 0.0
風邪の後の安静程度でも生じる	1 14.3	4 57.1	0 0.0	12 54.5	4 4.4	42 46.7	1 1.1	35 39.8	1 1.5	52 76.5	0 0.0	18 66.7
生活が不活発なだけでも起きる	0 0.0	2 28.6	3 13.6	11 50.0	3 3.3	38 42.2	3 3.4	38 43.2	2 2.9	56 82.4	1 3.7	17 63.0
高齢者では一旦起きると改善は難しい	0 0.0	1 14.3	0 0.0	11 50.0	1 1.1	36 40.0	2 2.3	30 34.1	1 1.5	26 38.2	0 0.0	7 25.9
高齢者の車いす生活では進行可能性が高い	0 0.0	2 28.6	0 0.0	6 27.3	0 0.0	19 21.1	0 0.0	11 12.5	0 0.0	43 63.2	0 0.0	7 25.9
重複回答	3 42.9		13 59.1		55 61.1		45 51.1		58 85.3		19 70.4	
不明	2 28.6		3 13.6		19 21.1		26 29.5		6 8.8		6 22.2	
計	7 100	13 185.7	22 100	57 259.1	90 100	208 231.1	88 100	171 194.3	68 100	232 341.2	27 100	72 266.7