

8. 動く必要度についての患者指導

「患者さんに「どの程度動く必要があるか」を指導なさっていますか」との設問（重複回答可）を入院患者と外来患者とに分けて行った。回答（全体）は表 11-1 の通りであった。

項目別にみると、まず入院患者では「病院・診療所での仕事ではないと思う」は非常に少なく、「必要だが他の職種の仕事だと思う」はA病院 0.4 割、B病院 1 割であり、もっとも多いのが、「ほぼ全例で指導している」でA病院 6 割、B病院 2.6 割とか

なり差があった。そして「ほとんど指導していない」がA病院 1 割、B病院 2 割であった。

外来患者では入院患者にくらべ「ほぼ全例で指導している」が非常に少なくなり、A病院 2 割弱、B病院 1.5 割にとどまった。

職種別にみた結果を表 11-2、11-3、11-4 に示す。項目別にみて「ほぼ全例で指導している」とするものはPT・OT・STと医師に多く、看護師にやや少ない傾向がある。

表 10-1 廃用症候群の予防・改善の取り組み（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
廃用症候群のことは知らない	8名 3.9%		36名 16.1%	
病院・診療所で行なうことではない	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
自分の職種とは関係ない	1 0.5	1 0.5	6 2.7	8 3.6
自分の（属している）診療科とは関係ない	0 0.0	0 0.0	2 0.9	3 1.3
本来行うべきと思うが、行っていない	5 2.4	6 2.9	25 11.2	28 12.6
十分取り組んでいる	57 27.5	63 30.4	19 8.5	22 9.9
ほぼ十分取り組んでいる	59 28.5	6 30.4	38 17.0	44 19.7
不十分な面もある	24 11.6	28 13.5	28 12.6	33 14.8
極めて不十分	1 0.5	1 0.5	1 0.4	2 0.9
必要と思うが全く行っていない	1 0.5	1 0.5	8 3.6	9 4.0
重複回答	7 3.4		11 4.9	
不明	44 21.3		49 22.0	
計	207 100	106 51.2	223 100	149 66.8

表 10-2 廃用症候群の予防・改善の取り組み（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
廃用症候群のことは知らない	0名 0.0%		0名 0.0%		0名 0.0%		2名 2.3%		0名 0.0%		0名 0.0%	
病院・診療所で行なうことではない	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
自分の職種とは関係ない	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
自分の（属している）診療科とは関係ない	0 0.0	0 0.0	2 9.1	2 9.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
本来行うべきと思うが、行っていない	0 0.0	0 0.0	3 13.6	3 13.6	4 4.4	5 5.6	12 13.6	13 14.8	0 0.0	0 0.0	1 3.7	1 3.7
十分取り組んでいる	2 28.6	2 28.6	2 9.1	2 9.1	24 26.7	26 28.9	7 8.0	8 9.1	24 35.3	27 39.7	10 37.0	12 44.4
ほぼ十分取り組んでいる	2 28.6	2 28.6	5 22.7	6 27.3	31 34.4	32 35.6	25 28.4	26 29.5	20 29.4	22 32.4	5 18.5	7 25.9
不十分な面もある	1 14.3	1 14.3	5 22.7	5 22.7	9 10.0	9 10.0	15 17.0	16 18.2	13 19.1	16 23.5	3 11.1	5 18.5
極めて不十分	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 4.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.5	1 1.5	0 0.0	0 0.0
必要と思うが全く行っていない	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.3	2 2.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
重複回答	0 0.0		1 4.5		2 2.2		2 2.3		4 5.9		3 11.1	
不明	2 28.6		4 18.2		20 22.2		22 25.0		6 8.8		5 18.5	
計	7 100	5 71.4	22 100	19 86.4	90 100	72 80.0	88 100	67 76.1	68 100	66 97.1	27 100	25 92.6

表 10-3 廃用症候群の予防・改善についての具体的取り組み（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
個別指導として行っている	83名 40.1%	93名 44.9%	46名 20.6%	52名 23.3%
集団的指導として行っている	11 5.3	21 10.1	6 2.7	12 5.4
重複回答	10 4.8		6 2.7	
不明	103 49.8		165 74.0	
計	207 100	114 55.1	223 100	64 28.7

表 10-4 廃用症候群の予防・改善についての具体的取り組み

	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
個別指導として 行っている	4名 57.1%	4名 57.1%	9名 40.9%	10名 4.5%	27名 30.0%	32名 35.6%	21名 23.9%	22名 25.0%	49名 72.1%	52名 76.5%	14名 51.9%	18名 66.7%
集団的指導として 行っている	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.4	6 6.7	11 12.2	6 6.8	7 8.0	3 4.4	6 8.8	0 0.0	4 14.8
重複回答	0 0.0		1 4.5		5 5.6		1 1.1		3 4.4		4 14.8	
不明	3 42.9		12 54.5		52 57.8		60 68.2		13 19.1		9 33.3	
計	7 100	4 57.1	22 100	11 50.0	90 100	43 47.8	88 100	29 33.0	68 100	58 85.3	27 100	22 81.5

表 11-1 動く必要度についての患者指導（全体）

	入院患者				外来患者			
	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
病院・診療所での仕事ではないと思う	0名 0.0%	0名 0.0%	3名 1.3%	3名 1.3%	1名 0.5%	1名 0.5%	2名 0.9%	2名 0.9%
必要だが他の職種の仕事だと思う	7 3.4	9 4.3	21 9.4	23 10.3	3 1.4	5 2.4	22 9.9	25 11.2
ほぼ全例で指導している	122 58.9	125 60.4	56 25.1	58 26.0	36 17.4	38 18.4	33 14.8	33 14.8
特定の疾患でのみ指導	5 2.4	5 2.4	17 7.6	17 7.6	7 3.4	7 3.4	14 6.3	14 6.3
ほとんど指導していない	21 10.1	21 10.1	42 18.8	45 20.2	26 12.6	26 12.6	39 17.5	42 18.8
その他	17 8.2	18 8.7	12 5.4	13 5.8	14 6.8	14 6.8	11 4.9	11 4.9
重複回答	3 1.4		4 1.8		2 1.0		3 1.3	
不明	32 15.5		68 30.5		118 57.0		99 44.4	
計	207 100	178 86.0	223 100	159 71.3	207 100	91 44.0	223 100	127 57.0

表 11-2 動く必要度についての患者指導（医師）

	入院患者				外来患者			
	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
病院・診療所での仕事ではないと思う	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
必要だが他の職種の仕事だと思う	0 0.0	0 0.0	3 13.6	3 13.6	0 0.0	0 0.0	5 22.7	5 22.7
ほぼ全例で指導している	5 71.4	5 71.4	10 45.5	10 45.5	3 42.9	3 42.9	7 31.8	7 31.8
特定の疾患でのみ指導	1 14.3	1 14.3	2 9.1	2 9.1	1 14.3	1 14.3	3 13.6	3 13.6
ほとんど指導していない	0 0.0	0 0.0	5 22.7	5 22.7	1 14.3	1 14.3	5 22.7	5 22.7
その他	0 0.0	0 0.0	1 4.5	1 4.5	0 0.0	0 0.0	2 9.1	2 9.1
重複回答	0 0.0		0 0.0		0 0.0		0 0.0	
不明	1 14.3		1 4.5		2 28.6		0 0.0	
計	7 100	6 85.6	22 100	21 95.5	7 100	5 71.4	22 100	22 100

表 11-3 動く必要度についての患者指導（看護師）

	入院患者				外来患者			
	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
病院・診療所での仕事ではないと思う	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	1名 1.1%	1名 1.1%	0名 0.0%	0名 0.0%
必要だが他の職種の仕事だと思う	1 1.1	2 2.2	3 3.4	4 4.5	0 0.0	1 1.1	1 1.1	3 3.4
ほぼ全例で指導している	50 55.6	52 57.8	27 30.7	28 31.8	9 10.0	10 11.1	7 8.0	7 8.0
特定の疾患でのみ指導	4 4.4	4 4.4	11 12.5	11 12.5	5 5.6	5 5.6	8 9.1	8 9.1
ほとんど指導していない	15 16.7	15 16.7	18 20.5	19 21.6	11 12.2	11 12.2	17 19.3	19 21.6
その他	7 7.8	8 8.9	5 5.7	6 6.8	4 4.4	4 4.43	5 5.7	5 5.7
重複回答	2 2.2		2 2.3		1 1.1		2 2.3	
不明	11 12.2		22 25.0		59 65.6		48 54.5	
計	90 100	81 90.0	88 100	68 77.3	90 100	32 35.6	88 100	42 47.7

表 11-4 動く必要度についての患者指導 (PT・OT・ST)

	入院患者				外来患者			
	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
病院・診療所での仕事ではないと思う	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
必要だが他の職種の仕事だと思う	0 0.0	1 1.5	17 63.0	0 0.0	0 0.0	1 1.5	0 0.0	0 0.0
ほぼ全例で指導している	57 83.8	58 85.3	2 7.4	18 66.7	19 27.9	20 29.4	16 59.3	16 59.3
特定の疾患でのみ指導	0 0.0	0 0.0	2 7.4	2 7.4	0 0.0	0 0.0	1 3.7	1 3.7
ほとんど指導していない	0 0.0	0 0.0	1 3.7	3 11.1	8 11.8	8 11.8	2 7.4	2 7.4
その他	7 10.3	7 10.3	0 0.0	1 3.7	9 13.2	9 13.2	2 7.4	2 7.4
重複回答	1 1.5		1 3.7		1 1.5		0 0.0	
不明	3 4.4		4 14.8		31 45.6		6 22.2	
計	68 100	66 97.1	27 100	24 88.9	68 100	38 55.9	27 100	21 77.8

9. 生活不活発病の改善や進行予防に向けての取り組み

「生活不活発病の改善や進行予防に向けての取り組みについてお答え下さい」との設問に対する回答は表 12-1、12-2 に示す通りである。「病院・診療所での仕事ではないと思う」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意見はA病院0対B病院1割弱、「生活不活発病の判断が難しい」と「どのようにしてよいかわからない」とする、必要度は認めるが消極的である意見はA病院 2.8割 B病院 3.8割、「必ずしている」、「ほとんどしている」、「時々している」、「限られた患者さんにのみ」を併せた多少とも前向きなものはA病院8割、B病院 2.7割、「ほ

とんどしていない」と「全くしていない」を併せたものはA病院 0.2割、B病院 0.9割であった。

このように「必ずしている」、「ほとんどしている」、「時々している」、「限られた患者さんにのみ」を併せた多少とも前向きな意見がA病院8割と多かったが、B病院3割弱であったことは大きな問題である。またA病院にしても真に前向きな「必ずしている」は 1.4割にとどまっているのも現状の不十分さを示すものといえよう。

職種別には表 12-2 に示したとおりであり、全般的にPT・OT・STに多いというこれまで同様の結果であった。

10. 生活不活発病の状態についての患者への説明

「生活不活発病の状態であることを、これまで患者さんに説明していませんか」との設問に対する回答は表13-1に示す通りである。廃用症候群の状態にあることの患者への説明は、「必ずしていた」はA病院1割強、B病院0.5割にすぎず、「一部の患者に対して」、あるいは「時々していた」まで

全部含めてもA病院の約半数、B病院の約3分の1にとどまった。

すなわち廃用症候群（生活不活発病）についての患者への説明は極めて不十分なものと考えられる。

これを職種別にみたものが表13-2であり、「説明していた」とするものはPT・OT・STで多く、次いで医師、看護師の順であり、これまでと同様の傾向であった。

表 12-1 生活不活発病の改善や進行予防に向けての取り組み（全体）

	A	B
病院・診療所での仕事ではないと思う	0名 0.0%	5名 2.2%
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	16 7.2
生活不活発病の判断が難しい	26 12.6	28 12.6
どのようにしてよいかわからない	31 15.0	54 24.2
必ずしている	29 14.0	17 7.6
時々している	28 13.5	25 11.2
ほとんどしている	52 25.1	16 7.2
ほとんどしていない	5 2.4	13 5.8
限られた患者さんにのみ	6 2.9	3 1.3
全くしていない	0 0.0	6 2.7
重複回答	8 3.9	13 5.8
不明	22 10.6	27 12.1
計	207 100	223 100

表 12-2 生活不活発病の改善や進行予防に向けての取り組み（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
病院・診療所での仕事ではないと思う	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	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	4 18.2	0 0.0	1 1.1	0 0.0	2 7.4
生活不活発病の判断が難しい	0 0.0	1 4.5	18 20.0	13 14.8	3 4.4	4 14.8
どのようにしてよいかわからない	1 14.3	4 18.2	18 20.0	20 22.7	2 2.9	2 7.4
必ずしている	0 0.0	2 9.1	7 7.8	2 2.3	21 30.9	10 37.0
時々している	5 71.4	2 9.1	10 11.1	16 18.2	8 11.8	1 3.7
ほとんどしている	1 14.3	3 13.6	19 21.1	8 9.1	29 42.6	4 14.8
ほとんどしていない	0 0.0	2 9.1	3 3.3	7 8.0	0 0.0	0 0.0
限られた患者さんにのみ	0 0.0	0 0.0	3 3.3	2 2.3	2 2.9	1 3.7
全くしていない	0 0.0	1 4.5	0 0.0	3 3.4	0 0.0	0 0.0
重複回答	0 0.0	2 9.1	4 4.4	5 5.7	2 2.9	2 7.4
不明	0 0.0	1 4.5	8 8.9	11 12.5	1 1.5	1 3.7
計	7 100	22 100	90 10%	88 100	68 100	27 100

表 13-1 生活不活発病の状態についての患者への説明（全体）

	A	B
必ずしていた	23名 11.1%	10名 4.5%
生活不活発病の状態にある方にはしている	58 28.0	44 19.7
限られた患者さんにのみ	11 5.3	6 2.7
時々していた	22 10.6	12 5.4
ほとんどしていなかった	21 10.1	37 16.6
全くしていなかった	23 11.1	51 22.9
複数回答	4 1.9	1 0.4
不明	45 21.7	62 27.8
計	207 100	223 100

表 13-2 生活不活発病の状態についての患者への説明（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
必ずしていた	0名 0.0%	1名 4.5%	5名 5.6%	1名 1.1%	16名 23.5%	7名 25.9%
生活不活発病の状態にある方にはしている	5 71.4	9 40.9	21 23.3	19 21.6	26 38.2	11 40.7
限られた患者さんへのみ	0 0.0	2 9.1	2 2.2	3 3.4	8 11.8	0 0.0
時々していた	0 0.0	0 0.0	12 13.3	9 10.2	9 13.52	2 7.4
ほとんどしていなかった	1 14.3	4 18.2	11 12.2	22 25.0	3 4.4	5 18.5
全くしていなかった	0 0.0	5 22.7	16 17.8	12 13.6	1 1.5	2 7.4
複数回答	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	4 5.9	0 0.0
不明	1 14.3	1 4.5	23 25.6	21 23.9	1 1.5	0 0.0
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

1 1. 生活機能低下の類型としての脳卒中タイプと廃用症候群タイプ

「生活機能低下の類型として脳卒中タイプと廃用症候群タイプがあることをご存知ですか」との設問に対する回答は表 14-1 に示す通りで、「知らない」は A 病院では 3.5 割、B 病院では 6 割と多く、「あることは知っていた」は A 病院 3.7 割、B 病院 2 割強であり、「よくわかっているつもり」は A 病院 2.4 割 B 病院 1 割弱にすぎなかった。

これを職種別にみたものが表 14-2 で、「よくわかっているつもり」は PT・OT・ST、医師、看護師の順であった。

この生活機能低下に「脳卒中タイプ」と「廃用症候群タイプ」とがあるとの指摘は、2004 年 1 月の厚生労働省老健局「高齢者リハビリテーション研究会」の報告書ではじめて明確に提出されたものがあるが、それ以前からも

高齢者、特に介護予防の対象となるものには「廃用症候群」のように徐々に（しかし詳しくみれば階段状に）生活機能が低下するものが少なくないことは臨床においては知られていた。

しかし今回の調査では全般的に認識は低く、病院差もあった。

表 14-1 生活機能低下の類型としての脳卒中タイプと廃用症候群タイプ（全体）

	A	B
知らない	73名 35.3%	137名 61.4%
あることは知っていた	76 36.7	52 23.3
よくわかっているつもり	50 24.2	21 9.4
不明	8 3.9	13 5.8
計	207 100	223 100

12. 生活機能でみた場合の生活不活発病の原因

「生活機能でみた場合生活不活発病（廃用症候群）の原因として考えられるものに何がありますか」との設問に対する回答は表15-1の通りであった。項目別集計についてみると、「よくわからない」はA病院では1割弱、B病院では2.5割であった。

原因別の回答では、「活動（生活行為）の「量」の低下」がA病院7割弱、B病院5割強、とやや多い他は、「心身機能の低下」「参加の低下」「質（やり方）」の低下」「環境因子の変化」がほとんど同じ比率であり、A病院はほぼ5割台、B病院では3~4割の範囲とA病院の方が多かった。

表 14-2 生活機能低下の類型としての脳卒中タイプと廃用症候群タイプ（職種別）

	医師		看護師		PT・OT・ST	
	A	B	A	B	A	B
知らない	1名 14.3%	16名 72.7%	35名 38.9%	52名 59.1%	14名 20.6%	8名 29.6%
あることは知っていた	3 42.9	3 13.6	38 42.2	25 28.4	22 32.4	11 40.7
よくわかっているつもり	3 42.9	3 13.6	13 14.4	7 8.0	30 44.1	8 29.6
不明	0 0.0	0 0.0	4 4.4	4 4.5	2 2.9	0 0.0
計	7 100	22 100	90 100	88 100	68 100	27 100

表 15-1 生活機能でみた場合の生活不活発病の原因（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
よくわからない	20名 9.7%	20名 9.7%	54名 24.2%	55名 24.7%
活動（生活行為）の「量」の低下	19 9.2	141 68.1	24 10.8	114 51.1
心身機能の低下	6 2.9	116 56.0	11 4.9	96 43.0
参加の低下	8 3.9	121 58.5	3 1.3	84 37.7
活動（生活行為）の「質（やり方）」の低下	5 2.4	117 56.5	10 4.5	84 37.7
環境因子の変化	2 1.0	109 52.7	1 0.4	77 34.5
重複回答	135 65.2		104 46.6	
不明	12 5.8		16 7.2	
計	207 100	624 301.4	223 100	510 228.7

これを職種別に見たものが表15-2であり、これまでと同様の傾向であった。

以上、生活機能でみた生活不活発病の原因については、A病院で6~7割、B病院で4~5割がほとんどの正答をほぼ同程度に選択していたが、あまりにも均一であるため、はたして正しく理解しているかどうか額面通りに信じてよいかは疑問が残る。

13. リハビリテーションについての認識

「リハビリテーションについて、正しいと思われるもの」(重複回答可)との設問に対する回答は表16-1に示す通りであった。

項目別集計でみると、古い誤った考え方を

示す「本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる」という考え方はA病院4割、B病院6割弱とかなり多く、「どれだけよくなるかは、やってみなければわからない」もA病院4割強、B病院5割強とかなり多くみられた。また「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」(A病院1割強、B病院2割強)、「がんばるほどよくなるもの」(A病院0.5割、B病院1割)などもあり、その他「つらく苦しいのを我慢して行なうもの」「リハビリテーションとは元通りに治すということ」「病気が治ってから行なうもの」なども少数ではあるがみられた。

表15-2 生活機能でみた場合の生活不活発病の原因(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
よくわからない	0名 0.0%	0名 0.0%	4名 18.2%	4名 18.2%	7名 7.8%	7名 7.8%	13名 14.8%	13名 14.8%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 7.4%	2名 7.4%
活動の「量」の低下	1 14.3	6 85.7	3 13.6	12 54.5	10 11.1	59 65.6	13 14.8	55 62.5	4 5.9	57 83.8	4 14.8	19 70.4
心身機能の低下	0 0.0	4 57.1	3 13.6	12 54.5	3 3.3	53 58.9	2 2.3	41 46.6	0 0.0	42 61.8	1 3.7	15 55.6
参加の低下	0 0.0	5 71.4	1 4.5	10 45.5	2 2.2	41 45.6	1 1.1	39 44.3	5 7.4	59 86.8	0 0.0	14 51.9
活動の「質」の低下	1 14.3	6 85.7	2 9.1	9 40.9	3 3.3	49 54.4	3 3.4	36 40.9	1 1.5	53 77.9	2 7.4	14 51.9
環境因子の変化	0 0.0	4 57.1	0 0.0	8 13.6	2 2.2	43 47.8	0 0.0	36 40.9	0 0.0	51 75.0	1 3.7	16 59.3
重複回答	5 71.4		9 40.9		59 65.6		50 56.8		55 80.9		17 63.0	
不明	0 0.0		0 0.0		4 4.4		6 6.8		3 4.4		0 0.0	
計	7 100	25 357.1	22 100	55 250	90 100	252 280	88 100	220 250	68 100	262 385.3	27 100	80 296.3

これに対し、より正しい考え方である「どのような生活行為を向上させるかを明らかにしてすすめることが大事」は両病院とも8～9割、「例えば家事ができるように、調理や掃除のやり方の指導は大事」はA病院7割弱B病院4割、「将来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A病院8.5割、B病院7

割強、B病院「訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果を左右する」はA病院9割弱、B病院7割、「リハビリテーションとは本来は全人間的復権という意味」はA病院7割強、B病院3割弱と概して多かった。

職種別の結果は表16-2に示す通りであり、職種間の差は大きくなかった。

表 16-1 リハビリテーションについての認識（全体）

	A		B	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
リハビリテーションとは元通りに治すということ	0名 0.0%	3名 1.4%	1名 0.4%	3名 1.3%
病気が治ってから行なうもの	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 1.8
がんばるほどよくなるもの	0 0.0	11 5.3	0 0.0	23 10.3
どれだけよくなるかは、やってみなければわからない	0 0.0	88 42.5	3 1.3	109 48.9
患者自身は動かずに、人にやってもらうもの	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
つらく苦しいのを我慢して行なうもの	0 0.0	4 1.9	0 0.0	11 4.9
麻痺や筋力を回復させることが一番大事	0 0.0	24 11.6	0 0.0	49 22.0
どのような生活行為を向上させるかを明らかにしてすすめることが大事	0 0.0	180 87.0	1 0.4	178 79.8
例えば家事ができるように、調理や掃除のやり方の指導は大事	0 0.0	139 67.1	0 0.0	88 39.5
将来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	0 0.0	177 85.5	1 0.4	160 71.7
本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる	0 0.0	83 40.1	0 0.0	132 59.2
訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果を左右する	0 0.0	180 87.0	0 0.0	158 70.9
リハビリテーションとは本来は全人間的復権という意味	0 0.0	154 74.4	2 0.9	74 33.2
重複回答	206 99.5		208 93.3	
不明	1 0.5		7 3.1	
計	207 100	1043 503.9	223 100	989 443.5

表 16-2 リハビリテーションについての認識（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
リハビリテーションとは元通りに治すということ	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	2名 2.2%	0名 0.0%	1名 1.1%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
病気が治ってから行なうもの	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
がんばるほどよくなるもの	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 27.3	0 0.0	1 1.1	0 0.0	7 8.0	0 0.0	5 7.4	0 0.0	3 11.1
どれだけよくなるかは、やってみなければわからない	0 0.0	2 28.6	0 0.0	10 45.5	0 0.0	50 55.6	0 0.0	48 54.5	0 0.0	13 19.1	0 0.0	10 37.0
患者自身は動かずに、人にやってもらうもの	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
つらく苦しいのを我慢して行なうもの	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 13.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.7
麻痺や筋力を回復させることが一番大事	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 13.6	0 0.0	12 13.3	0 0.0	15 17.0	0 0.0	1 1.5	0 0.0	3 11.1
どのような生活行為を向上させるかを明らかにしてすすめることが大事	0 0.0	7 100	0 0.0	20 90.9	0 0.0	76 84.4	1 1.1	75 85.2	0 0.0	62 91.2	0 0.0	24 88.9
例えば家事ができるように、調理や掃除のやり方の指導は大事	0 0.0	5 71.4	0 0.0	9 40.9	0 0.0	49 54.4	0 0.0	34 38.6	0 0.0	62 91.2	0 0.0	19 70.4
将来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	0 0.0	7 100	1 4.5	18 81.8	0 0.0	73 81.1	0 0.0	70 79.5	0 0.0	64 94.1	0 0.0	21 77.8
本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる	0 0.0	3 42.9	0 0.0	14 63.6	0 0.0	38 42.2	0 0.0	52 59.1	0 0.0	23 33.8	0 0.0	15 55.6
訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果左右する	0 0.0	7 100	0 0.0	17 77.3	0 0.0	75 83.3	0 0.0	66 75.0	0 0.0	67 98.5	0 0.0	25 92.6
リハビリテーションとは本来は全人間的復権という意味	0 0.0	6 85.7	0 0.0	13 59.1	0 0.0	58 64.4	1 1.1	22 25.0	0 0.0	65 95.6	1 3.7	22 81.5
複数回答	7 100		21 95.5		90 100		86 97.7		68 100		26 96.3	
不明	0 0.0		0 0.0		0 0.0		0 0.0		0 0.0		0 0.0	
計	7 100	37 528.6	22 100	113 513.6	90 100	434 482.2	88 100	393 446.6	68 100	362 532.4	27 100	143 529.6

以上、リハビリテーションについては正しい認識がかなり各職種に浸透している反面、同時に、古い誤った認識も相当程度に残存しており、過渡期の状況にあることが見てとれた。

D. 総括的考察

以上、個々の項目について個別の考察を加えてきたので、ここでは総括的考察に限って述べる。

1. 病院差について

しばしば見られた2病院間の差について、その背景を考察しておきたい。

A（公的）病院とB（市民）病院のある2自治体は、最初に述べたように共に生活機能向上をめざす市単位での取り組みを計画しているが、調査の時点においてA病院のある自治体の方が計画に入ってから期間がB病院のある自治体よりも長く、それだけ病院においても準備が進んでいたということが考えられる。

また医療関係職種の構成もかなり異なり、A病院はPT・STの比率が全207名中68名（32.9%）であるのに対して、B病院は223名中27名（12.1%）と大きく差がある。一方医師数はA病院で3.4%対B病院では9.9%で、PT・OT・STとは逆方向の差を示す。この点でA病院はどちらかといえばリハビリテーション医療に重点をおき、B病院は一般医療により重点をおいていると考えても誤りではないであろう。

この2つの因子が両病院間にみられた認識の差に大きく影響している可能性がある。

2. 職種差について

介護予防についても、それと関連深い生

活機能、廃用症候群（生活不活発病）についても、職種間の差をみると概してPT・OT・STというリハビリテーション関連専門職で認識度が高く、ついで医師、看護師の順である場合が多かった。

これはこれらの概念がリハビリテーションと関連深いものであるため自然であるということもできる。しかし、PT・OT・STにおいても決して100%の認識や関与がみられるわけではなく、他職種よりは高いというのみにとどまる場合が多い。また、今回の研究の目的が、介護予防への一般医療の積極的な関与の促進にあることを考えれば、医師、看護師における認識の向上こそが課題なのであり、その点ではまだ極めて不十分というべきであろう。

3. リハビリテーションについて

最後の設問であるリハビリテーションについては、一見正しい答えが多数にみられ、職種間の差も少なかった。しかし、その際の考察でも述べたように、同時に古い、誤った考え方も少なからず見られ、過渡期の姿がうかがわれた。また、リハビリテーションについての最初の重要な概念である、生活機能低下の類型としての「脳卒中タイプ」と「廃用症候群タイプ」（11節、表14）については「よくわかっていつつもり」が非常に少なかったことも、新しいリハビリテーションについての考え方が十分浸透していない過渡期的な現状を示すものといえよう。

E. 結論

介護予防サービス、特に水際作戦（生活機能低下の早期発見・早期対応）のあり方

の明確化を目的とし、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自治体の中核病院における医療従事者の介護予防及びそれと関係の深い生活機能、廃用症候群（生活不活発病）等に関する知識・認識を調査した。

2病院間には、自治体による取り組みの時期の違い、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。一方（A病院）では介護予防、生活機能、生活不活発病についての認識は中～高程度にみられたが、他方（B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等で認識が高く、以下、医師・看護師の順であった。ただA病院においても、また比較的認識の高い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いる面もあ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いて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さ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、今後の啓発等の方策の検討に役立つ知見を得ることができ、また啓発の効果を測定する基準点を確認することができた。

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；在宅ケアの新たな取り組み；生活機能に着眼した医療・ケアの連携。
Hint. 131：14-15

2. 報道等

- ・大川弥生；日経ラジオ. シームレス・サービスを目指す；在宅ケアの導入と連携。
2005年9月8日

栄養士における生活機能と生活不活発病の認識

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 木村 隆次 日本介護支援専門員協会 会長
上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問
研究協力者 政安 静子 全国福祉栄養士協議会 会長

研究要旨

当面の緊急の課題である介護予防においては、生活機能低下を早期に発見し、早期に適切な対応をとって、生活機能の向上を図ることが不可欠である。このためには個別性重視の保健・医療・介護・福祉の連携が重要で、多くの職種の関与が必要である。このような連携が効果的に行なわれるためには、介護予防に関する基本的な理念・考え方が共通の基盤に立っていることが基本である。しかしこのような共通の基盤は現在既に存在しているとはいえず、その基盤作りのための今後の意識的な取り組みが必要である。

介護予防の中で最近重視されるにいたった分野として栄養改善があり、それに主として関与する栄養士の役割が注目されている。そのため栄養士が介護予防の基礎理念として重要な「生活機能」（ICFによる）と「生活不活発病（廃用症候群）」についてどれだけ正しい理解をもっているか、今後改善すべき点はどこにあるかを把握するためにアンケート調査を行った。

その結果、現状は過渡期にあり、正しい認識が浸透しつつある反面、古い、誤った認識もかなりの程度に残存しており、これをいかに高めるかが今後の課題であることが明らかとなり、また今回の結果が今後の改善を把握するための基準点（ベンチマーク）として役立つことが確認された。

A. 研究目的

リハビリテーションと在宅自立支援の当面する最も大きな課題のひとつであり、特に緊急の対応の必要があるのが介護予防である。介護予防とは生活機能低下の予防・向上であり、具体的には生活機能低下を早期に発

見し、その原因を解明し、早期に適切な対応をとって、生活機能の再向上ならびに一層の向上を図ることである。このためには個別性重視の保健・医療・介護・福祉の連携が重要であり、多くの職種の関与が必要である。

このような連携が効果的に行なわれるた

めには、介護予防に関する基本的な理念・考え方が共通の基盤に立っていることが不可欠である。しかしこのような共通の基盤は現在既に存在しているとはいえ、その基盤作りのための今後の意識的な取り組みが必要である。

介護予防の中で最近重視されるにいたった分野として栄養改善があり、それに主として関与する栄養士の役割が注目されている。そのため栄養士が介護予防の基礎理念として重要な生活機能と生活不活発病についてどれだけ正しい理解をもっているか、今後改善すべき点はどこにあるかを把握することが重要と考えられ、それを本研究の目的とした。

ここで「生活機能」(functioning)とは、ICF(国際生活機能分類、WHO、2001)の中心概念であり、「人が生きることの全体像」を示し、「心身機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルからなる包括概念である。この概念は介護予防、介護保険サービス、特にリハビリテーションはもちろん、医療一般・福祉一般において十分に理解され、活用されるべきものである。

また生活不活発病(廃用症候群)は、生活機能低下の原因として、疾患・外傷などと共に最近注目されているものであり、これについても、今後、介護予防、介護保険サービス、医療、福祉の分野で広く理解され対応されることが重要である。

本研究はこれら2つの概念(生活機能と生活不活発病)に関する、栄養士の現時点での認識の実態を把握し、今後の普及・啓発の方策を探求する一助とすると共に、普及啓発活動の効果を測定するための基準点(ベンチ

マーク)の設定を目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

日本福祉栄養士会に所属する福祉施設に勤務する栄養士ならびにその教育に携わる347名を対象とした。

2. 方法

廃用症候群(生活不活発病)、リハビリテーションに関する集会の機会に調査用紙を配布し、当日回収した。

(倫理面への配慮)

全国福祉栄養士協議会にて当研究実施の倫理面の許可を得て実施した。また、主任研究者の所属施設にて倫理委員会の審査を経ている。

C. 研究結果ならびに個別的考察

I. 生活機能に関する調査

1. 生活機能について

「生活機能についてご存知でしたか?」との設問に対しての回答は表1の通りで、「全く知らなかった」が92名(26.5%)、「名前しか知らなかった」が75名(21.6%)であった。また重複回答が42名(12.1%)であった。

重複回答を全て示すために、その内訳を項目別に示すと、以下の通りであった(実数および全回答者中の比率)。「なんとなく使っていた(ICFの概念とは知らなかった)」が58名(16.7%)、「ICFの概念だとは知っていたが、詳しくは知らなかった」が40名(11.5%)、「心身機能、活動、参加の

3つのレベルがあることを知っていた」が40名(11.5%)、「生きることの全体像をみるものとは知っていた」が37名(10.7%)、「専門家間の共通言語とは知っていた」人が18名(5.2%)、「利用者ご本人と専門家との間の共通言語とは知っていた」が8名(2.3%)、「ご本人自身が問題・課題を整理するためのツールとは知っていた」が19名(5.5%)、「ADLや生活行為のことだけだと思っていた」が33名(9.5%)であった。

以上から、全体の26.5%が「全く知らなかった」、21.6%が「名前しか知らなかった」あるいは13.8%が「なんとなく使っていたがICFの概念とは知らなかった」という状態にあり、また少なからぬ数が誤った理解(ADLや生活行為のこと、7.5%)を示している、など7割近く(上記計69.4%)が正しい知識を持たない反面、残りの3割強は部分的・断片的にはあるが、正しい理解もっていることがうかがえる。

この結果はこのような初期状態から出発して、今後の普及啓発によってどれだけそれが向上するかを測定するための基準点として役立つものと考えられる。

2. 栄養士の仕事とICFモデル

「ICFモデルの考え方を、実際の栄養士の仕事で使っていましたか?」の設問に対する回答は表2の通りで、「使っていない」が267名(76.9%)、「使っていた」が32名(9.2%)、「栄養士として実務には携わっていない」が45名(13.0%)であった。

この質問は単に知識だけでなく、栄養士としての実務にICFを使っていたかどうかを問うものであったが、結果は「使っていた」

表1. 生活機能について

	回答者別 集計	項目別 集計
全く知らなかった	92名 (26.5%)	92名 (26.5%)
名前しか知らなかった	75 (21.6%)	75 (21.6%)
なんとなく使っていた(ICFの概念とは知らなかった)	48 (13.8%)	58 (16.7%)
ICFの概念とは知っていた	29 (8.4%)	40 (11.5%)
心身機能、活動、参加の3つのレベルがある	17 (4.9%)	40 (11.5%)
生きることの全体像をみるもの	11 (3.2%)	37 (10.7%)
専門家間の共通言語	3 (0.9%)	18 (5.2%)
利用者ご本人と専門家との間の共通言語	0 (0.0%)	8 (2.3%)
ご本人自身が問題・課題を整理するためのツール	2 (0.6%)	19 (5.5%)
ADLや生活行為のこと	26 (7.5%)	33 (9.5%)
不明	2 (0.6%)	
重複回答	42 (12.1%)	
計	347 (100%)	420 (121.0%)

表2. 栄養士の仕事とICFモデル

	回答者 別集計
使っていない	267 (76.9%)
使っていた	32 (9.2%)
栄養士として実務には携わっていない	45 (13.0%)
不明	3 (0.9%)
計	347 (100%)

は9.2%のみであり、8割近くが「使っていない」であった。なお13%が「実務には携わっていない」であったが、この大部分は教育に携わっていた人たちであった。

なお「使っていた」とした場合にも、どの程度に使っていたか等の問題が残るが、それについての検討は今後の課題である。

II. 生活不活発病に関する調査

1. 病気の時の「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？」との設問に対しての回答は表3の通りであった。以下重複回答の内訳を項目別に示すと、次のようであった（実数及び全回答者中の比率）。

「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」が287名（82.7%）、「病気を早く治す基本だと思う」が129名（37.2%）、「手術後の半年間くらいは、なるべく安静をとる必要がある」が18名（5.2%）、「特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要である」が16名（4.6%）、「高血圧、糖尿病などの長く続く病気（慢性疾患）では安静が必要である」が1名（0.3%）であった。

この結果は病気の際の必要以上の安静が生活不活発病を引き起こす危険があるので、必要最低限にすべきであるという正しい認識が相当程度もたれていることを示すものといえる。しかし反面このように答えた人の中にも、「病気を早く治す基本」あるいはその他の安静を必要と考える意見の人もあり含まれていることは、まだ不徹底な面をも残しているものとみることができる。

表3. 病気の時の「安静」について

	回答者 別集計	項目別 集計
原則として安静は必要最低限にするべき	196 (56.5%)	287 (82.7%)
病気を早く治す基本	32 (9.2%)	129 (37.2%)
手術後の半年間くらいは、なるべく安静をとる必要がある	6 (1.7%)	18 (5.2%)
特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要	2 (0.6%)	16 (4.6%)
高血圧、糖尿病などの長く続く病気（慢性疾患）では安静が必要	0 (0.0%)	1 (0.3%)
不明	7 (2.0%)	
重複回答	104 (30.0%)	
計	347 (100%)	451 (130.0%)

2. 「年をとると足腰が弱くなること」について

「年をとると足腰が弱くなること」をどう思いますか？」との設問に対しての回答は表4の通りで、重複回答の内訳を項目別に示すと、以下のようであった（実数及び全回答者中の比率）。

「自分で防げることもある」が248名（71.5%）、「活発な生活を送っていることで防ぐことも少なくない」が240名（69.2%）、「仕方がないこと」が88名（25.4%）、「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」が13名（3.7%）、「特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない」が8名（2.3%）であった。

これも前項と同様に、「年をとる」ことが、純粋な老化現象だけでなく、「活動」「参加」などの生活機能の種々の制限・制約に伴っておこる生活不活発病が大きく影響しており、従って活発な生活を送ることで防ぐことができるという正しい認識がかなりもたれているが、反面古い、あるいは誤った認識（「仕

方のないこと」「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」「特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない」も混在していることを示すものといえよう。

表4. 年をとると足腰が弱くなることについて

	回答者別集計	項目別集計
自分で防げることもある	61 (17.6%)	248 (71.5%)
活発な生活を送っていることで防ぐことも少なくない	56 (16.1%)	240 (69.2%)
仕方のないこと	8 (2.3%)	88 (25.4%)
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	2 (0.6%)	13 (3.7%)
特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない	2 (0.6%)	8 (2.3%)
不明	5 (1.4%)	
重複回答	213 (61.4%)	
計	347 (100%)	597 (172.0%)

3. 廃用症候群について

『「廃用症候群」をご存じでしたか?』の設問に対する回答は表5の通りで、「知らなかった」が104名(30.0%)、「名前は知っていた」が119名(34.3%)、「理解していた」が117名(33.7%)であった。

このように「廃用症候群」の内容を理解したものが約3分の1にとどまったことは一見前2項の結果とは矛盾するかにみえるが、必ずしもそうではない。すなわち前々項の「安静には害もある(だからとりすぎはいけない)」あるいは「一見老化にみえても防げることもある」などの、本来は廃用症候群の正しい理解から出発した認識が、現在では(少なくとも言葉の上では)かなり普及しているために、「廃用症候群」という概念を知

らないでも、知識としてはもたれることが十分ありうるからである。

表5. 廃用症候群について

	回答者別集計
知らなかった	104 (30.0%)
名前は知っていた	119 (34.3%)
理解していた	117 (33.7%)
不明	7 (2.0%)
計	347 (100%)

4. 生活不活発病について

『「生活不活発病」をご存じですか?』の設問に対する回答は表6の通りで、「知らなかった」が200名(57.6%)、「名前は知っていた」が98名(28.2%)、「理解していた」が38名(11.0%)であった。

この結果は前の「廃用症候群」の場合とほぼ同様であるが、用語としての「知名度」は(比較的新しい用語であることもあって)「廃用症候群」にはやや劣ることがみてとれる。

表6. 生活不活発病について

	回答者別集計
知らなかった	200 (57.6%)
名前は知っていた	98 (28.2%)
理解していた	38 (11.0%)
不明	11 (3.2%)
計	347 (100%)

Ⅲ. リハビリ(テーション)に関する調査

生活機能と生活不活発病の両方に関係することとして、リハビリテーションのあり方についての理解を聞いた。

「リハビリ(テーション)について、正しいと思われるものをお答えください」との設問に対しての回答は表7の通りで、複数回答の内訳を項目別に示すと、以下のようであった(実数及び全回答者中の比率)。

「訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果を左右する」が 299 名 (86.2%)、「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 268 名 (77.2%)、「本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる」が 257 名 (74.1%)、「どれだけよくなるかは、やってみなければわからない」が 208 名 (59.9%)、
「例えば家事ができるように、調理や掃除の訓練を居室棟で行なうことは大事」が 172 名 (49.6%)、「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」が 80 名 (23.1%)、「つらく苦しいのを我慢して行なうもの」が 36 名 (10.4%)、「がんばるほどよくなるもの」が 29 名 (8.4%)、「病気が治ってから行なうもの」が 14 名 (4.0%)、「患者自身は動かずに、人にやってもらうもの」が 0 名 (0.0%)、であった。

この結果をみると、「訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果を左右する」「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」「例えば家事ができるように、調理や掃除の訓練を居室棟で行なうことは大事」などのように生活機能重視と生活不活発病(廃用症候群)予防重視に立った正しい視点が回答

者の約半数から 9 割近くにみられることは非常に喜ばしいことである。

しかし他方では「本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる」や「どれだけよくなるかは、やってみなければわからない」のような、古い誤った考え方も半数以上の人がもち、更には少数ではあるが「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」「つらく苦しいのを我慢して行なうもの」「がんばるほどよくなるもの」「病気が治ってから行なうもの」などの、生活機能重視の観点からは明らかに誤りというべきものまで混在している。

表7. リハビリテーションについて

	回答者別 集計	項目別集 計
訓練時間以外にどう生活するかもリハビリテーションの効果を左右する	2 (0.6%)	299 (86.2%)
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	2 (0.6%)	268 (77.2%)
本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる	0 (0.0%)	257 (74.1%)
どれだけよくなるかは、やってみなければわからない	4 (1.2%)	208 (59.9%)
例えば家事ができるように、調理や掃除の訓練を居室棟で行なうことは大事	0 (0.0%)	172 (49.6%)
麻痺や筋力を回復させることが一番大事	0 (0.0%)	80 (23.1%)
つらく苦しいのを我慢して行なうもの	0 (0.0%)	36 (10.4%)
がんばるほどよくなるもの	0 (0.0%)	29 (8.4%)
病気が治ってから行なうもの	0 (0.0%)	14 (4.0%)
患者自身は動かずに、人にやってもらうもの	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	4 (1.2%)	
重複回答	335 (96.5%)	
計	347 (100%)	1363 (392.8%)