

介護支援専門員による生活機能低下のモデル分類と 生活不活発病発生契機の類型化

分担研究者 木村 隆次 日本介護支援専門員協会

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 介護予防とは生活機能低下予防であり、具体的には廃用症候群（生活不活発病）の予防・改善が重要視されている。

そこで介護支援専門員による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）と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）に関する知識、およびそれらの臨床実践への活用の現状を把握し、今後の質的向上の一助とすることを目的として研究を行った。

昨年度本研究班において生活機能の実態調査を要支援・要介護1・要介護2の者について、担当介護支援専門員を聞き取り調査員として行なったが、その担当介護支援専門員を今回の研究の対象として、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、②廃用症候群モデルの3類型の区別、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、について調べた。また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（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1,641例であった。

その結果、Ⅰ．介護支援専門員による生活機能低下のモデル分類の判断自体には大きな誤りはない。しかし利用者の一生にわたっては複数の生活機能低下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。Ⅱ．今後廃用症候群は改善しうる対象であること、また介護保険サービスだけでなくインフォーマルサービスをも利用しての生活の活発化が必要であること、利用者本人への廃用症候群についての説明が必要であること等の諸点について一層の努力が必要であることが明らかとなった。

A. 研究目的

予防重視の介護保険法改正が行われた。
介護予防とは生活機能低下予防であり、具

体的には廃用症候群（生活不活発病）の予
防・改善が重要視され、その中でケアマネ
ジメントの一層の質的向上が求められてい

る。またリハビリテーションの分野においても、リハビリテーションマネジメントの重要性がうたわれ（18年3月：厚生労働省老健局老人保健課長通知：リハビリテーションマネジメントの基本的考え方）、この中でも介護支援専門員の積極的関与が求められている。

そこで介護支援専門員による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）と生活不活発発病の発生契機の3類型（活動の量的低下、活動の質的低下、参加低下）に関する知識、およびそれらの臨床実践への活用の現状を把握し、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

昨年度本研究班においては1自治体で、生活機能の実態調査（対象：当時新予防給付の対象となる可能性が大とされた要支援・要介護1・要介護2）を、その担当介護支援専門員を聞き取り調査員として行なった。

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。前年度の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、②廃用症候群モデルの3類型の区別、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、について調べた。

また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、その利用者自身の廃用症候群（生活不活発発病）についての認知

状況についても調査した。

なおこの調査に先立って対象者たる介護支援専門員に対しては、生活機能、生活機能低下のモデル分類、廃用症候群発生契機の3類型についての講義を行なっている。

対象事例2,012例中、介護支援専門員が本研究に参加を承諾した1,641例についての分析を行なった。

（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うけ、研究の承認をうけた。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について

被検者の生活機能低下について、「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」のどちらであるかを質問した結果を、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・要介護1・2で33～35%とほぼ同程度であったが、「廃用症候群モデル」は要支援で50.3%、要介護1で47.1%、要介護2で39.4%と、要介護度が重度なほど少なくなった。一方「その他のモデル」は、要支援で8.1%、要介護1で11.4%、要介護2で19.3%と要介護度が進むほど増加していた。

複数のモデルが関与しているとの判断は、最も多い要介護2でも合計3%弱にすぎなかった。

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。この基準に一致する場合が97.4%であった。

一方、本研究班の詳細な検討では、一人の人が一つのモデルのみを呈するとは限らず、一生にわたって複数のモデルを経験する場合が少なくないことが明らかになっている。今回複数のモデルと判断された場合が非常に少ないことは、一生にわたっての生活機能低下の経過をみる観点が不十分なためと考えられ、今後これを強調していく必要がある。特に脳卒中モデルという大きなエピソードや、認知症という特定の疾病のように目立つものにとらわれすぎないように留意する必要がある。廃用症候群モデルはそれほど目立つものではないが、改善

可能なものである点で重要である。これをよく認識し、廃用症候群への働きかけが不十分であることによって、生活機能向上への働きかけが不十分になる危険を避けなければならない。

2. 廃用症候群発生契機の状況

廃用症候群の発生契機について、「活動」の「質」的低下、「活動」の「量」的低下、「参加」の低下の3種類に分類した結果を表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3.5~4.5割、「活動」の「質」的低下との判断が2割弱、「参加」の低下は1割弱であった。1類型だけでなく、複数が関与と考えられた場合が2~3割であった。

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」的低下は約6~6.5割、「活動」の「質」的低下は約2.5~4割、「参加」の低下は約3割であった。

表1 生活機能低下発生要因のモデル分け—要介護度別—

	要支援	要介護1	要介護2	計
脳卒中モデル	146名(33.9%)	270名(33.5%)	140名(34.7%)	556名(33.9%)
廃用症候群モデル	217(50.3%)	380(47.1%)	159(39.4%)	756(46.1%)
その他	35(8.1%)	92(11.4%)	78(19.3%)	205(12.5%)
脳卒中+廃用症候群	1(0.2%)	3(0.4%)	2(0.5%)	6(0.4%)
脳卒中+廃用症候群+その他	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.5%)	2(0.1%)
廃用症+その他	0(0.0%)	4(0.5%)	4(1.0%)	8(0.5%)
脳卒中+その他	0(0.0%)	4(0.5%)	3(0.7%)	7(0.4%)
返答なし	32(7.4%)	53(6.6%)	16(4.0%)	101(6.2%)
計	431(100%)	806(100%)	404(100%)	1641(100%)

表2 廃用症候群発生契機の類型分け —要介護度別—

	要支援	要介護1	要介護2	計
「活動」の「量」的低下	98名(45.0%)	147名(38.0%)	60名(35.9%)	305名(39.5%)
「活動」の「質」的低下	32(14.7%)	60(15.5%)	31(18.6%)	123(15.9%)
「参加」の低下	19(8.7%)	33(8.5%)	12(7.2%)	64(8.3%)
「活動」の「質」 +「量」的低下	9(4.1%)	31(8.0%)	10(6.0%)	50(6.5%)
「活動」の「質」+「量」的 +「参加」の低下	14(6.4%)	30(7.8%)	13(7.8%)	57(7.4%)
「活動」の「質」的 +「参加」の低下	3(1.4%)	18(4.7%)	11(6.6%)	32(4.1%)
「活動」の「量」的 +「参加」の低下	21(9.6%)	41(10.6%)	19(11.4%)	81(10.5%)
不明	9(4.1%)	11(2.8%)	1(0.6%)	21(2.7%)
返答なし	13(6.0%)	16(4.1%)	10(6.0%)	39(5.1%)
計	218(100%)	387(100%)	167(100%)	772(100%)

3. 廃用症候群の「活動」・「参加」向上の可能性の判断

廃用症候群と判断した事例について、活動および参加が改善する可能性があるかと判断するかどうかについて質問した。

「活動」(ADL・家事など生活行為)が今後改善する可能性がないとの判断が、表3に示すように要支援～要介護1・2の全772例中535例(69.3%)であり、一方改善の可能性ありとの判断は230例(29.8%)に過ぎなかった。

次に「参加」(家庭内役割・社会的役割・地域社会への参加等)が今後改善する可能性については表4に示すように「なし」は772例中545例(70.6%)、「あり」は214例(27.7%)であった。

ここで廃用症候群と判断しているにもかかわらず「活動」、「参加」とともに改善の可能性は「なし」と約7割で判断しているこ

とは問題である。廃用症候群は改善の可能性をもつものであり、改善可能な対象としての認識の向上が必要である。

4. 廃用症候群の活動・参加改善にむけてのインフォーマルサービス利用

同様に廃用症候群モデルと判断した事例について、「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」について問うと、表5に示すように「いいえ」は555例(71.9%)、「はい」は150例(19.4%)であった。

同様に「参加」について介護保険サービス利用以外で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は、表6に示すように「いいえ」は772例中545例(70.6%)、「はい」は159例(20.6%)であった。

表3 廃用症候群モデルにおける「活動」の今後の改善可能性についての
介護支援専門員の判断

	要支援	要介護1	要介護2	計
なし	140名 (64.2%)	282名 (72.9%)	113名 (67.7%)	535名 (69.3%)
あり	74 (33.9%)	105 (27.1%)	51 (30.5%)	230 (29.8%)
返答なし	4 (1.8%)	0 (0.0%)	3 (1.8%)	7 (0.9%)
計	218 (100%)	387 (100%)	167 (100%)	772 (100%)

表4 廃用症候群モデルのにおける「参加」の今後の改善可能性についての
介護支援専門員の判断

	要支援	要介護1	要介護2	計
なし	147名 (67.4%)	281名 (72.6%)	117名 (70.1%)	545名 (70.6%)
あり	65 (29.8%)	102 (26.4%)	47 (28.1%)	214 (27.7%)
返答なし	6 (2.8%)	4 (1.0%)	3 (1.8%)	13 (1.7%)
計	218 (100%)	387 (100%)	167 (100%)	772 (100%)

このように介護保険サービス利用以外に、やっておけばよいこと、利用できればよかったことはないとの返答が約7割であった。

地域で生き生きとした生活を続けるには、地域資源などのインフォーマルサービス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。しかし、今回の結果からはこの点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。

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

介護支援専門員によって廃用症候群モデルと判断された772例について、このように判断をされた被検者自身に対して「廃用症候群を知っていますか」と質問した返答内容をみた。これは今回の調査の対象者である介護支援専門員が廃用症候群モデルと判断している場合、利用者本人への説明がどのようになされているかを推測するためのものである。

その結果は、表7の左に示すように「知らない」は702例(90.9%)、「名前は知っていた」は46例(6.0%)、「よくわかっているつもり」は13例(1.7%)であった。

同様に「生活不活発病を知っていますか」との設問に対しては表7の右側に示すように「知らない」は735例(95.2%)、「名前は知っていた」は16例(2.1%)、「よくわかっているつもり」は6例(0.8%)であった。

このように介護支援専門員は、廃用症候群と判断しているにもかかわらず、本人には十分に説明されていないことが明らかとなった。

今回は廃用症候群、生活不活発病の名称

についての認知度のみの調査であるが、「よくわかっているつもり」でもその内容が十分であるかどうかについては更に確認が必要である。

表5 介護保険サービス利用以外、「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	計
いいえ	171名 (78.4%)	269名 (69.5%)	115名 (68.9%)	555名 (71.9%)
はい	29 (13.3%)	85 (22.0%)	36 (21.6%)	150 (19.4%)
返答なし	18 (8.3%)	33 (8.5%)	16 (9.6%)	67 (8.7%)
計	218 (100%)	387 (100%)	167 (100%)	772 (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	計
いいえ	163名 (74.8%)	257名 (66.4%)	125名 (74.9%)	545名 (70.6%)
はい	38 (17.4%)	95 (24.5%)	26 (15.6%)	159 (20.6%)
返答なし	17 (7.8%)	35 (9.0%)	16 (9.6%)	68 (8.8%)
計	218 (100%)	387 (100%)	167 (100%)	772 (100%)

表7 廃用症候群と判断された人の廃用症候群・生活不活発病の認知について

	廃用症候群	生活不活発病
知らない	702名 (90.9%)	735名 (95.2%)
名前は知っていた	46 (6.0%)	16 (2.1%)
よくわかっているつもり	13 (1.7%)	6 (0.8%)
返答なし	11 (1.4%)	15 (1.9%)
計	772 (100%)	772 (100%)

D. 結論

I. 介護支援専門員による生活機能低下のモデル分類は、脳卒中モデルのような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。

しかし利用者的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。

II. 今後、廃用症候群は改善しうる対象であることの理解、そして介護保険サービスだけでなくインフォーマルサービスをも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でと考えられる。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

1. 論文発表

大川弥生；リハビリルネッサンス；装具で歩行も立位も可能に。福祉新聞。2005年4月4日号

大川弥生；リハビリルネッサンス；選ぶ技術と使いこなす技術。福祉新聞。2005年4月11日号

大川弥生；リハビリルネッサンス；「車いす」の前に杖・装具を。福祉新聞。2005年4月18日号

大川弥生；リハビリルネッサンス；「伝い歩き」「もたれ」の活用。福祉新聞。2005年4月25日号

リハビリテーションと移動向上に関する 介護保険サービス関係者の認識

分担研究者 中村 茂美 アール医療福祉専門学校

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 介護予防は、在宅自立支援とリハビリテーションにおける緊急の課題である。介護予防とは生活機能低下の予防・向上であり、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、そ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・福祉の連携が不可欠で、これには多くの職種が関与するため、基本的な理念・考え方、また具体的なプログラム・技術についての理解が共通の基盤に立っていることが必要である。

本研究では、介護予防および介護保険サービスにおいて連携の要（かなめ）としての役割を果たす介護支援専門員をはじめとする介護保険サービス関係者における、介護予防の基本的なプログラム・技術である歩行・移動「活動」の向上に関する認識と、それと密接な関係をもつリハビリテーションに関する認識を把握し、今後の改善の方策の検討に資するためにアンケート調査（N=592名、内介護支援専門員403名）を行った。

その結果、「つくられた歩行不能」を起こしがちな現状についての批判的認識はかなりの程度に浸透していることがわかった。しかし「つくられた歩行不能」を防ぐための具体的な働きかけのポイントである、移動という「活動」に直接働きかけることの乏しさや、歩行補助具の使用が著しくかたよっている現状が明らかになった。

またリハビリテーションについての正しい認識がかなり浸透している反面、誤解もまだ多く、リハビリテーション専門機関、専門職だけでなく、介護関係職もまた真のリハビリテーションのチームメンバーとして機能するための前提として一層の理解が望まれる。

A. 研究目的

介護予防は、リハビリテーションと在宅自立支援の当面する緊急な課題である。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。このためには介護予防に関する基本的な理念・考え方についての、また具体的なプログラム・技術に

についての共通の理解に立った、個別性重視の保健・医療・介護・福祉の連携が重要である。

本研究では介護予防および介護保険サービスにおいて連携の要（かなめ）としての役割を果たす介護支援専門員をはじめとする介護保険サービス関係者における、介護予防の基本的なプログラム・技術である歩行・移動「活動」の向上に関する認識と、それと密接な関係をもつリハビリテーションに関する認識を把握し、今後の改善の方策の検討に資するためにアンケート調査を行った。

介護予防（要介護状態になることの予防、要介護度が進むことの予防）とは、「介護」がそもそも生活行為（「活動」ICFによる）の困難に対して行なわれることからわかるように、その中心は困難になった生活行為に直接働きかけてそれを向上させる「生活行為向上支援」（活動向上訓練）である。しばしば誤解されているように筋力トレーニングなどの要素的心身機能に働きかけ、そこから間接的に生活行為（活動）の向上を期待するような基底還元論的なアプローチを主とするものではない。

その際、種々の生活行為（活動）の中でも移動、特に歩行は生活機能向上、また生活機能低下の悪循環の形成を防ぐための要として重要であり、介護予防のプログラム・技術における中心的な位置を占めるものである。またその自立・向上はリハビリテーションの重要なポイントでもある。

しかし、この点について主任研究者の大川がこれまで車椅子偏重の問題を指摘し、また「厚生労働省老健局 高齢者リハビリ

テーション研究会報告書」で車椅子の不適切な使用による「つくられた歩行不能」が指摘されているように歩行自立に向けての働きかけは現在まだ不十分であり、今後一層向上させる必要がある。そこで今回は介護保険サービス関係者における移動に関する認識と、それに対する働きかけの実態について調査した。

また併せて、これと関連深い同時にリハビリテーションについての認識についても調査した。

本研究は介護支援専門員をはじめとする介護保険サービス関係者の上記の問題に関する現時点での認識の実態を把握し、今後の普及・啓発の方策検討の一助とすると共に、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

介護支援専門員をはじめとする介護保険サービス従事者を広く対象とした。具体的にはA県が県内在住の介護保険・老人保健サービス関係者、行政機関の担当者等を対象として主催した「介護予防研修会」に出席した者のうち、調査に協力した592名を対象とした。

2. 方法

集会開催前にアンケート用紙を配布し、回収した。

（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。

C. 研究結果

I. 回答者の内訳

調査協力者は、介護支援専門員が 403 名 (68.1%)、介護福祉士が 46 名 (7.8%)、看護師が 27 名 (4.6%)、事務職が 27 名 (4.5%)、ヘルパーが 19 名 (3.2%)、SW・相談員が 15 名 (2.5%)、保健師が 14 名 (2.4%)、管理職が 10 名 (1.7%)、PT・OTが 11 名 (1.9%)、その他が 3 名 (0.5%)、不明 17 名 (2.9%)、計 592 名であった。

以下、介護支援専門員 403 名とそれ以外の者 189 名の 2 群に分けて分析した。

また重複回答可の設問への回答は「回答者別」(%の合計 100%)と「項目別」(同 100%以上)の 2 種類を併せ掲げた。

II. 移動への働きかけ

1. 通所者(含む介護予防事業)の移動状態

通所者(含む介護予防事業)の移動に関して、どのような目的や手段をで行なわれているのか把握しているかについて重複回答可で調べた結果が表 1 である。

介護支援専門員では「通所者には接していない」が 68 名 (16.9%) であったが、項目別にみると「自宅内」(の移動)が最も多く 242 名 (60.0%)、「屋外(散歩)」が 195 名 (48.4%)、「屋外(買い物)」が 128 名 (31.8%)、「通所施設内の日常の状況」が 118 名 (29.3%)、「乗り物利用」が 94 名 (23.3%)、「通所時の訓練中の状況」が 89 名 (22.1%)、「車の運転」が 34 名 (8.4%)、「そのような方に接していない」が 68 名 (16.9%)、「その他」が 12 名 (3.0%) であった。

介護支援専門員以外では「そのような方

に接していない」の比率がやや多いほかはほぼ同じ傾向であった。

通所者では、本来自宅内での「活動」(生活行為)を向上させることが目的であるにも関わらず、介護支援専門員で通所者に接していない人と不明者(計 26.3%)を除外した 73.7% (297 名) 中で自宅内での移動状況を把握している者は 242 名 (81.5%) にとどまった。また介護支援専門員以外では同様に 120 名中 84 名 (70.0%) にとどまっていた。

また通所中に通所施設内の日常の移動についての把握も重要であるにもかかわらず介護支援専門員全員の 29.3% (接していないものと不明者と除いたものの 39.7%) でしか行なわれておらず、介護支援専門員以外では、全員の 28.0% (上記を除いたものの 44.2%) にすぎなかった。

2. 屋外歩行困難時への働きかけ

「屋外歩行が難しくなってきた場合、現在どのように働きかけていますか?」(重複回答可)の設問に対しての回答は表 2 の通りであった。介護支援専門員では、回答者別には「杖など歩行補助具の使用で、歩行が安全に長い距離できるようにする」が 111 名 (27.5%)、「下肢の筋力増強訓練」が 35 名 (8.7%)、「生活を活発化させ、生活不活発病を改善させる」が 34 名 (8.4%)、「安全に移動できるように、なるべく早く車いすを使う」が 6 名 (1.5%) であった。項目別にみると「杖など歩行補助具の使用で、歩行が安全に長い距離できるようにする」が 288 名 (71.5%)、「下肢の筋力増強訓練」が 208 名 (51.6%)、「生活を活発化

表 1. 通所者の移動状態

	介護支援専門員		介護支援専門員以外	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
自宅内	27 (6.7%)	242 (60.0%)	16 (8.5%)	84 (44.4%)
屋外（散歩）	8 (2.0%)	195 (48.4%)	6 (3.2%)	63 (33.3%)
屋外（買い物）	0 (0.0%)	128 (31.8%)	1 (0.5%)	35 (18.5%)
通所施設内の日常	7 (1.7%)	118 (29.3%)	12 (6.3%)	53 (28.0%)
乗り物利用	2 (0.5%)	94 (23.3%)	2 (1.1%)	27 (14.3%)
通所時の訓練中	14 (3.5%)	89 (22.1%)	5 (2.6%)	31 (16.4%)
車の運転	0 (0.0%)	34 (8.4%)	0 (0.0%)	9 (4.8%)
その他	1 (0.2%)	12 (3.0%)	1 (0.5%)	4 (2.1%)
重複回答	238 (59.1%)		77 (40.7%)	
通所者に接していない	68 (16.9%)	68 (16.9%)	48 (25.4%)	48 (25.4%)
不明	38 (9.4%)		21 (11.1%)	
計	403 100%	980 (243.2%)	189 (100%)	354 (187.3%)

表 2. 屋外歩行困難時への働きかけ

	介護支援専門員		介護支援専門員以外	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
杖など歩行補助具の使用で、歩行が安全に長い距離できるようにする	111 (27.5%)	288 (71.5%)	66 (34.9%)	132 (69.8%)
下肢の筋力増強訓練	35 (8.7%)	208 (51.6%)	16 (8.5%)	78 (41.3%)
生活を活発化させ、生活不活発病を改善させる	34 (8.4%)	143 (35.5%)	18 (9.5%)	56 (29.6%)
安全に移動できるように、なるべく早く車いすを使う	6 (1.5%)	10 (2.5%)	4 (2.1%)	6 (3.2%)
その他	9 (2.2%)	26 (6.5%)	5 (2.6%)	10 (5.3%)
重複回答	204 (50.6%)		77 (40.7%)	
不明	4 (1.0%)		3 (1.6%)	
	403 100%	675 (167.5%)	189 (100%)	282 (149.2%)

させ、生活不活発病を改善させる」が 143 名(35.5%)、「安全に移動できるように、なるべく早く車いすを使う」が 10 名(2.5%)であった。

介護支援専門員以外においてもほぼ同様であった。

3. 歩行補助具

歩行自立のためには、また介護歩行を安全に行なうには、杖などの歩行補助具や装具の積極的な活用が重要である。そこで利用者によくすすめる歩行補助具・杖が何かをたずねた結果は表3の通りである。

介護支援専門員では、回答者別では「T字杖(1本杖)」が 164 名(40.7%)、「歩行器」7 名(1.7%)、「4点杖」6 名(1.5%)、「シルバーカー・老人車」4 名(1.0%)、「その他」が 109 名(27%)、「状態による」11 名(2.7%)、「杖はなるべく使わないようにしている」26 名(6.5%)であった。

項目別にみると「T字杖(1本杖)」が 203 名(50.4%)、「歩行器」9 名(2.2%)、「4点杖」9 名(2.2%)、「シルバーカー・老人車」6 名(1.5%)、「ウォーカーケイン」4 名(1.0%)、「その他」が 148 名(36.7%)、「状態による」11 名(2.7%)、「杖はなるべく使わないようにしている」26 名(6.5%)であった。

介護支援専門員以外においてもほぼ同様の傾向であった。

4. 車椅子についての考え方

「車椅子について、どうお考えですか？」(複数回答可)の設問に対しての回答は表4の通りであった。

介護支援専門員では、回答者別には「つくられた歩行不能をつくらないように適応には留意する」が 54 名(13.4%)、「高齢者の場合、車いす生活は歩行での生活より廃用症候群になり易い」が 17 名(4.2%)、「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」が 12 名(3.0%)、「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」が 4 名(1.0%)、「病院や施設は車椅子用設備が多いほど良い環境である」が 2 名(0.5%)、「車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽」が 0 名、「車椅子は人が押してあげることが基本」が 1 名(0.2%)、「その他」が 7 名(1.7%)であった。

項目別にみると「つくられた歩行不能をつくらないように適応には留意する」が 239 名(59.3%)、「高齢者の場合、車いす生活は歩行での生活より廃用症候群になり易い」191 名(47.4%)、「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」9 名(47.4%)、「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」39 名(9.7%)、「病院や施設は車椅子用設備が多いほど良い環境である」12 名(3.0%)、「車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽」が 9 名(2.2%)、「車椅子は人が押してあげることが基本」3 名(0.7%)「その他」24 名(6.0%)であった。

介護支援専門員以外では「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」(29.6%)と「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」(16.9%)がやや多いほかはほぼ同様であった。

表3. 通所者にすすめる歩行補助具・杖

	介護支援専門員		介護支援専門員以外	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
T字杖（1本杖）	164 (40.7%)	203 (50.4%)	92 (48.7%)	107 (56.6%)
歩行器	7 (1.7%)	9 (2.2%)	3 (1.6%)	3 (1.6%)
4点杖	6 (1.5%)	9 (2.2%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)
シルバーカー・老人車	4 (1.0%)	6 (1.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)
ウォーカーケイン	0 (0.0%)	4 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他	109 (27.0%)	148 (36.7%)	39 (20.6%)	54 (28.6%)
状態による	11 (2.7%)	11 (2.7%)	5 (2.6%)	5 (2.6%)
杖はなるべく使わないようにしている	26 (6.5%)	26 (6.5%)	19 (10.1%)	19 (10.1%)
重複回答	44 (10.9%)		15 (7.9%)	
不明	32 (7.9%)		14 (7.4%)	
計	403 (100%)	416 (103.2%)	189 (100%)	190 (100.5%)

表4. 車椅子の捉え方

	介護支援専門員		介護支援専門員以外	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
「つくられた歩行不能」をつくらないように適応には留意する	54 (13.4%)	239 (59.3%)	29 (15.3%)	124 (65.6%)
高齢者の場合、車いす生活は歩行での生活より廃用症候群になり易い	17 (4.2%)	191 (47.4%)	15 (7.9%)	101 (53.4%)
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	12 (3.0%)	67 (16.6%)	15 (7.9%)	56 (29.6%)
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	4 (1.0%)	39 (9.7%)	3 (1.6%)	32 (16.9%)
病院や施設は車椅子用設備が多いほど良い環境である	2 (0.5%)	12 (3.0%)	0 (0.0%)	6 (3.2%)
車椅子は普通の椅子に坐るよりも安楽	0 (0.0%)	9 (2.2%)	0 (0.0%)	6 (3.2%)
車椅子は人が押してあげることが基本	1 (0.2%)	3 (0.7%)	1 (0.5%)	4 (2.1%)
その他	7 (1.7%)	24 (6.0%)	0 (0.0%)	7 (3.7%)
重複回答	205 (50.9%)		114 (60.3%)	
不明	101 (25.1%)		12 (6.3%)	
計	403 (100%)	584 (144.9%)	189 (100%)	336 (177.8%)

Ⅲ. リハビリ(テーション)について

介護保険サービスにおいて重視され、介護予防とも関係の深いリハビリ(テーション)についての設問に対しての回答は表5の通りであった。

介護支援専門員でもその他の者でも重複回答者が圧倒的に多い(前者で74.2%、後者で94.7%)ため、項目別の結果のみを述べる。

介護支援専門員では「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265名(65.8%)、「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」が262名(65.0%)、「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」が248名(61.5%)、「本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる」が194名(48.1%)、「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」が179名(44.4%)、「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」が162名(40.2%)、「どれだけよくなるかは、やってみなければわからない」が94名(23.3%)、「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」が39名(9.7%)「がんばるほどよくなるもの」が29名(7.2%)、「リハビリテーションとは元通りに治すということ」が15名(3.7%)、「つらく苦しいのを我慢して行なうもの」が14名(3.5%)、「病気が治ってから行なうもの」が3名(0.7%)、「患者自身は動かずに、人にやってもらうもの」が0名であった。

介護支援専門員以外においては「どれだけよくなるかは、やってみなければわから

ない」(43.9%)と、「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」(23.3%)が比較的多かったが、同時に「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」(83.1%)、「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」142名(75.1%)も多かった。その他の項目はほぼ同様であった。

D. 考察

1) 通所者における移動状態の把握について

主任研究者の大川は、これまで「つくられた歩行不能」の一つの大きな原因として、自宅をつたい歩きなども含め自立していた人が、通所介護、通所リハビリテーションなどのサービスを受けるようになった場合通所施設が広いためなどの理由で車椅子になり、それによって歩行が低下する問題点を、介護予防にもリハビリテーションにも逆行するものとして指摘してきた。それを防ぐためには介護保険サービス関係者、特に介護支援専門員の役割が重要である。これらの職種は、たとえ通所の場で利用者に接したとしても、実は最も重要である自宅内外での移動・歩行の状況をはじめ、様々な場所・目的による移動・歩行の状況を正しく把握し、それにもとづいて適切に対処する責任を負っている。その点からも今回の調査で判明した。「活動」としての歩行の把握が不十分な現状は大きな問題である。

2) 屋外歩行困難時の働きかけについて

生活機能の考え方からは屋外歩行という「活動」レベルに困難が生じた場合に、その解決の最も効果的な方法はその「活動」

表5. リハビリ(テーション)について

	介護支援専門員		介護支援専門員以外	
	回答者別	項目別	回答者別	項目別
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%)	265 (65.8%)	1 (0.5%)	157 (83.1%)
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	1 (0.2%)	262 (65.0%)	1 (0.5%)	142 (75.1%)
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	1 (0.2%)	248 (61.5%)	0 (0.0%)	132 (69.8%)
本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる	1 (0.2%)	194 (48.1%)	0 (0.0%)	102 (54.0%)
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	3 (0.7%)	179 (44.4%)	2 (1.1%)	93 (49.2%)
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%)	162 (40.2%)	1 (0.5%)	84 (44.4%)
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%)	94 (23.3%)	0 (0.0%)	83 (43.9%)
麻痺や筋力を回復させることが一番大事	1 (0.2%)	39 (9.7%)	1 (0.5%)	44 (23.3%)
がんばるほどよくなるもの	0 (0.0%)	29 (7.2%)	1 (0.5%)	25 (13.2%)
リハビリテーションとは元通りに治すということ	0 (0.0%)	15 (3.7%)	0 (0.0%)	6 (3.2%)
つらく苦しいのを我慢して行なうもの	0 (0.0%)	14 (3.5%)	0 (0.0%)	10 (5.3%)
病気が治ってから行なうもの	0 (0.0%)	3 (0.7%)	0 (0.0%)	5 (2.6%)
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%)
重複回答	299 (74.2%)		179 (94.7%)	
不明	97 (24.1%)		3 (1.6%)	
計	403 (100%)	1504 (373.2%)	189 (100%)	883 (467.2%)

そのものへの直接的な働きかけである。また生活不活発病(廃用症候群)が原因となっている場合が非常に多いのが普通である。

したがって「杖など歩行補助具の使用で、歩行が安全に長い距離できるようにする」が約7割、「生活を活発化させ、生活不活発病を改善させる」が3割前後であることは評価できる。

一方「下肢の筋力増強訓練」が4~5割にみられるように心身機能レベルの働きかけを第一に考える医学モデル的な考え方がまだかなり強いこと、また「安全に移動できるように、なるべく早く車いすを使う」のように環境因子(車いす)による解決をはかろうとする、車いす偏重の考え方も少なからずみられることは問題である。

3) 歩行補助具について

歩行能力向上のためには「環境因子」としての歩行補助具の積極的活用が効果的である。

今回の結果は、歩行補助具が著しくT字杖(1本杖)に偏り、その他のタイプが極めて僅かしか用いられない「T字杖偏重」ともいうべき現状を示しているといわざるをえない。

4) 車椅子について

車椅子についてきいた結果は、「つくられた歩行不能をつくらないように適応には留意する」が両群で6割前後、「高齢者の場合、車椅子生活は歩行での生活より廃用症候群になり易い」が5割前後にみられるように、車椅子を安易に利用することで「つくられた歩行不能」を起している現状に対する批判的認識がかなりの程度に介護支援専門員関係者に浸透していることをうかがわせる。

しかし、反面「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」や「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」、「病院や施設は車椅子用設備が多いほど良い環境である」などの誤った理解も少なからず残存していることが認められたことは問題である。

5) 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の認識では、今回「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」「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」「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」「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」などの、正しい理解が約5～8割にもたれているのは望ましいことである。しかし、他方「本人の意欲で、どこまでよくなるかが決まる」(5割前後)、「どれだけよくなるかは、やってみなければわからない」(2～4割強)、「麻痺や筋力を回復させることが一番大事」(1～2割強)、また「がんばるほどよくなるもの」「リハビリテーションとは元通りに治すということ」、更には「つらく苦しいのを我慢して行なうもの」「病気が治ってから行なうもの」「患者自身は動かずに、人にやってもらうもの」などのように明らかに誤りである意見も決して少なくないことをみてとることができる。

E. 結論

今回の研究によって、介護支援専門員をはじめとする介護保険サービス関係者においては「つくられた歩行不能」を起しがちな現状についての批判的認識がかなりの程度に浸透していることが確認できた。しかし他方「つくられた歩行不能」を防ぐための具体的働きかけのポイントである、移動をその目的行為と一連の「活動」としてみて、直接それに働きかけることの乏しさや、歩行補助具の使用が著しくかたよっている現状も明らかになった。

またリハビリテーションについての正しい認識がかなり浸透している反面、誤解もまだ多く、リハビリテーション専門機関、専門職だけでなく、介護関係職もまた真の

リハビリテーションのチームメンバーとして機能するための前提として一層の理解が望まれる。但しこの誤解もリハビリテーションの現状がまねいている面もあり、この面からの再検討も必要である。

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；介護研究へのいざない 研究テーマとしての介護予防（2）：ターゲットは生活不活発病（廃用症候群）、介護福祉士、4：20-29

急性期病院での回復期リハビリテーション病棟の特徴と今後の課題

分担研究者 半田一登 九州労災病院 リハビリ科
研究協力者 浅川京子 九州労災病院 リハビリ科
丹羽義明 九州労災病院 リハビリ科

研究要旨 病棟・居室棟でのリハビリテーションのあり方を考える鍵となる回復期リハビリテーション秒通所大川弥生を九州労災病院に開設した2003年からの入院患者（464名：平均年齢 68.26±14.28歳）を分析するとともに、急性期医療を中心とする一般病院で高機能のリハビリテーション機能を有する場合の回復期リハビリテーション病棟運営の問題点・課題などを検討した。

その結果疾患別の年齢構成をみると、廃用症候群が76.9歳に対し、脳血管疾患では69.0±11.9歳、整形外科疾患では65.8±14.6歳と廃用症候群と大きな乖離があった。在院日数は高齢者が多いに関わらず廃用症候群が72.3±32.4日と最短となっており、整形外科では74.2±29.2日、そして脳血管疾患では95.6±39.1日と逆転していた。自宅復帰率は全体で75.9%、脳血管疾患74.4%、整形外科79.8%、廃用症候群82.9%となっていた。

急性期主体の病院の中での回復期リハビリテーション病棟開設・運営については、一般病床では急性期医療の推進が大きな目標で言えば「命の医療」を推進し、リハビリテーション病床ではADLを中心とした「生活の医療」を強化しており、文化のぶつかり合いともいえるべきものがあつた。

具体的運営については、リハビリテーション病棟専従医は、患者個々とリハビリテーション病棟には責任を果たすが、病院全体としての一般病床とリハビリテーション病床の調整を行う調整医の存在は急性期病院におけるリハビリテーション病棟を健全に運営・調整するためには有効である。

また、急性期医療を主とする同一病院内から転棟する回復期リハビリテーション病棟では、転棟前の急性期を担当者が連続して担当する体制が望まれる等の検討が必要である。

A. 研究目的

病棟・居室棟でのリハビリテーションについて考える際、回復期リハビリテーション病棟の新設は画期的なものであった。

本院は終戦直後からリハビリに力を注ぎ、日本におけるリハビリの発展を主導してきたと自負しており、また以前は回復期リハビリテーションのプログラムの最大の核であるADL重視で行なってきた。しかしリハビリテーションをめぐる様々な状況の変化の中で当院のリハビリテーションのあり方も変化してきた面がある。また急性期医療主体の病院の中で本格的なリハビリテーションを行なってきた歴史がある。

今回様々な議論の中で回復期リハビリテーション病棟を新設し、以前のADLを中心にすえたリハビリの構築が可能となった。このような経緯をふまえ回復期リハビリテーション病棟のあり方を明らかにする。

B. 方法

九州労災病院にてリハビリテーション病棟を開設した2003年から2005年10月までの入院患者を脳血管疾患、大腿骨頸部骨折を中心とした整形外科疾患、肺炎などによる廃用症候群に3区分し、これまでの経過とともにリハビリテーション対象者の年齢・疾患、またリハビリテーション後のADLの変化・日宅復帰率、在院日数等について分析し、問題点・課題などを検討した。

なお、本院は17診療科を有し、整形外科150床、脳血管内科50床、脳神経外科

40床、リハビリテーション科40床、神経内科30床、内科100床の急性期病院である。地域の評価は整形外科と脳血管疾患そしてリハビリテーションに集中していたが、最近では内科や救急医療に傾斜を強めている。病床区分として一般病床450床、障害者病棟50床、リハビリテーション病棟40床となっている。リハビリ医局4名の内、3名が障害者病棟、1名がリハビリテーション病棟を担当している。

1. リハビリテーション病棟新設による平均在院日数の変化

平均在院日数は2000年26.2日、2001年25.7日、2002年23.7日、2003年20.9日、2004年18.8日、2005年は10月までで16.7日であり、2003年の回復期リハビリ病棟導入は在院日数減少を加速した。

<リハビリテーション病棟の運営システム>

リハビリテーション病棟への転棟はまず一般病床からの申し込み書提出によって始まり、病棟師長は申込書の内容を確認するために病室訪問を行う。その結果を基に病棟専従医、調整医、病棟師長によって決定される。その過程において、一般病棟担当の理学療法士や作業療法士からの家庭復帰の可能性などについてのヒアリングが行われる。専従医は患者個々とリハビリテーション病棟には責任を果たすが、病院全体としての一般病床とリハビリテーション病床の調整は困難である。そのため、本院では一般病棟とリハビリテーション病棟との病床調整を行う調整医（副院長）を独自に配置している。この存在は急性期病院におけるリハビリテーション病棟を健全に運

営・調整するためには欠かせない。

リハビリテーション病棟ではリハビリテーションスタッフが参加するチーム別の申し送りは毎日行われ、その結果は第 2、4 水曜日に開催されるカンファレンスにもたらされ、屋外練習や患家訪問そして退院日が決定される。しかし、急性期病院のリハビリテーション病棟の宿命とも言える一般病棟の病床状況がどうしても影響を与えてしまう時がある。

C. 結果

リハビリテーション病棟の実態を分析しつつ問題点及び課題について考察していく。

1. 疾患別の年齢構成

患者の入院総数は 464 名(男性 201 名、女性 263 名)で平均年齢は 68.26 ± 14.28 歳となっている(表 1)。これらを疾患別に見ると表 2 に示すように廃用症候群が 70 歳台後半となっており、脳血管疾患では約 75 歳、整形外科疾患では廃用症候群と 10 歳の乖離があった。リハビリテーション病棟開設年が 66.97 ± 14.21 歳から平均が徐々に上がっており、これからの高齢社会を想像すると平均年齢が 70 歳を大きく上回ることを視野に入れた病棟運営の検討が必要となる。高齢化・重症化・重複化などによって病棟看護師の多忙さと重労働化が目立っている。今後、高齢化を軸とした患者の介護度の上昇は人員配置問題に発展するのは必然とも言える。また、リハビリテーション料の単位のあり方も流動性を高めるような工夫が必要と思われる。特に病期による理学療法士と作業療法士の分業と単位の分配について検討しなければならない。

表 1 入院患者状況

入院患者	464 名
性別	男性 201 名 女性 263 名
平均年齢	68.26 ± 14.28

2. 一般病床からの転入状況

リハビリテーション病棟は本院の一般病床からの転棟を原則としており、開設以来、他病院からの直接入院はゼロの状態であった。発症からリハビリテーション病棟入院までの日数は脳血管疾患が 43.39 日、整形外科 40.07 日、廃用症候群 55.85 日となっており、発症から 3 ヶ月とされる入院規定を大きく下回る結果となっていた。一般病棟の平均在院日数短縮化を考えると規定の 3 ヶ月の見直しと疾患ごとの規定も勘案する必要があるように思われる。これまでの入院患者の中で一般病床へ再転出した症例は 26 名で、元来の疾病に起因する者が 14 名、他疾患の発病 12 名となっていた。この元来の疾病に起因する者 14 名の内、脳血管疾患 3 名、整形外科 8 名、廃用症候群 3 名の内訳となっており、整形外科疾患の多さが目立っている。そのほとんどが疼痛や骨癒合問題による手術目的であった。

3. 疾患別の入院者

疾患別の入院患者数(表 2)は脳血管疾患 355 名、整形外科 72 名、廃用症候群 37 名となっている。脳血管疾患は全体の 76.5% を占めているが、その比率は開設以来ほとんど変わっていない。脳血管系の医師と専従医の間では非常に有機的に機能しているが、整形外科疾患の場合は手術医と