

専従医の間に壁が生じており、このことが一般病床が150床もありながら整形外科疾患が増えない理由と考えられる。廃用症候群は継続的に微増状態であるが高年齢化が進んでいる。

#### 4. リハビリテーション病床の平均在院日数

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日で他の疾患群とは平均で20日以上の上の在院日数を要していた(表2)。本院のリハビリテーション病棟では入院後3ヶ月90日以内を目標としているにもかかわらず脳血管疾患では目標を数日ではあるがオーバーしている。脳血管疾患355名の内、構音障害53名、失語症41名、失認・失行24名、認知症4名、摂食機能障害19名となっていた。脳血管疾患の中で入院時カンファレンスでの退院予定を結果的に越えたケースは58件でその内右麻痺19名、左麻痺39名となっていた。一応、退院延伸の原因分析を行ったがいずれも複合的要素が強く、入院期間の長期化はさまざまな身体的要因や社会的要因そして心理的要因が加わった結果と思われる。それだけにこれ以上の在院日数の短縮は困難と思われる。

#### 5. 自宅復帰率

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(表2)。脳血管疾患の74.4%は中枢疾患の特性を考えると妥当な結果であり、整形外科については予想よ

りも低い数値であった。一般病床での大腿骨頸部骨折はクリニカルパスによって1ヶ月以内の退院が通常となっているが、転倒時歩行自立群に退院困難例が多く見受けられた。

逆に転棟時歩行介助者では移動能力が低いにもかかわらず、本人の障害受容や家族の受け入れそして家庭の整備が予定通りに進むことが多く見られた。廃用症候群では高齢にもかかわらず高い家庭復帰率を残しており、高齢者リハビリテーションのあり方に対する示唆が含まれている。いずれにしても自宅復帰後のフォローアップが今後必要と考えている。

#### 6. ADLの変化

転棟時BI (Barthel Index) の平均は52.5で、退院時は87.2まで改善していた。歩行能力を歩行不可群、歩行介助群、歩行監視群、歩行自立群に分けて転棟時歩行能力と退院時を比較した。歩行不能群では退院時に歩行自立にいたったのは17%で監視歩行を含めて50%弱であった。また、歩行不能のままであった患者は34%であった。介助群でも自立歩行に至ったのは16%と歩行不能群と同様な結果であったが、監視群までを含めると74%と歩行不能群とは大きく差のある結果であった。歩行監視群では69%と高率で自立歩行となっていたが、27%もが監視状態から脱却することが不可能であったことは注意を要する(図3)。このほとんどが脳血管疾患であり、ひとつの傾向として高年齢がある。

表 2 疾患別の諸要素

	脳血管疾患	整形外科疾患	廃用症候群
平均年齢	69±11.9	65.8±14.6	76.9±9.9
在院日数	69±39.1	74.2±29.2	72.3±32.4
自宅復帰率	74.4%	79.8%	82.9%

表 3 転棟時と退院時の歩行能力の変化

	歩行不可 (退院時)	要介助 (退院時)	監視歩行 (退院時)	自立歩行 (退院時)
歩行不可 (転棟時)	3 6	2 4	2 9	1 7
要介助(転棟時)	3	8	2 5	7
監視歩行(転棟時)	0	4	2 7	6 8
自立歩行 (転棟時)	0	0	7	2 0 9

#### D. 考察

回復期リハビリテーション病棟（以下リハビリテーション病棟）入院料が 2000 年の診療報酬改定で新設され早くも 5 年が経過した。この入院料は緩和ケア病棟入院料や特殊疾患入院医療管理料などと共に特定入院料として位置づけられている。その上で「回復期リハビリテーション病棟入院料は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL 能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟である」と規定されている。リハビリテーション医療の概念を具体化したすばらしい発想だと評価できる。

本院は終戦直後からリハビリテーションに力を注ぎ、日本におけるリハビリテー

ションの発展を主導してきた。しかし、在院日数重視の医療政策の強化に伴い、脊髄損傷や片麻痺そして切断患者などに対する十分な治療時間の確保が困難となっていた。中には涙ながらに病院から追い出されるようなことも少なくなく、次第にリハビリテーションスタッフにもそれが当たり前のような風潮すら芽生えてきた。また、北九州地区では公的病院（労災病院、産業医科大学、厚生年金病院、私立病院など）が早い時期からリハビリテーションを大規模に行ってきたため、民間病院の参入が遅くそして小規模なものとなっていた。その後、公的病院が在院日数短縮に本腰を入れ始めたために、急性期病院からの受け皿とも言うべきリハビリテーション機能を有した病院が大きく不足する事態となった。そこで本院でも種々の論議の末に 2003 年からリハビリテーション病棟を導入した。一時、崩れかけたリハビリテーション概念を立て

直し、本院リハビリテーション科の2代目部長である故原先生が30年前から主張されていたADLを中心にすえたリハビリテーションの構築が可能となった。

しかし、リハビリテーション病棟の導入は簡単ではなく、まず事務職は急性期病院を標榜する当院には必要はないという主張を展開した。紆余曲折の結果、導入が決定されたが導入後には急性期病院の理念と回復期リハビリ病棟の理念が院内でぶつかり合うことがしばしばとなった。一般病床では急性期医療の推進が大きな目標で言わば「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」を強化した。文化のぶつかり合いは当然の帰結でもあった。また、診療報酬上のリハビリテーション病棟に関する規定が療養病床を念頭に置いているかのように思える部分があり、運用上で困難をきたすことがある。

今回の分析及び、これまでの当院における様々な議論を通じて、回復期リハビリテーション病棟について以下に提言を行なう。

### 1. 専従理学療法士、作業療法士のあり方

リハビリテーション病棟には専従医1名、理学療法士2名と作業療法士1名が必要最低人数とされている。そのため、本院のような病院形態の場合には従来の主治医や担当理学療法士そして作業療法士が目前にいるにもかかわらず、専従職員へ担当を変わらなければならない。理解力低下や高年齢があると担当を変わらなければならない理由などを説明しても受け入れてもらえな

いことが非常に多い。そのため、1週間から10日ほどの無駄な時間を要することがある。

急性期を担当する病棟からリハビリテーション病棟に転棟しても同一の担当者が連続して担当する体制が望まれる。

### 2. 在院日数の平均化

患者の中には遷延性の麻痺状態で徐々にADLが改善する場合、精神的賦活が遅くなる場合、患者は自宅生活の能力があるが社会的調整に時間がかかる場合、高齢のため回復に時間がかかる場合がある。転棟後6ヶ月を超えた場合、入院料は一般病棟Ⅱ群入院基本料5を算定することとなっているが、ほとんど退院という結果となる。このような事例と本院の平均在院日数が95日となっていること、疾患別で在院日数に差が大きいことを考え合わせると、必要在院日数の短縮化や疾患別の在院日数の設定そして疾患別平均在院日数の導入などを検討することが望まれる。

### 3. 看護補助者

一般病床では2級ヘルパーの研修単位にならないために看護補助者の入れ替えが激しく、熟練した介護補助者の育成が困難となっている。リハビリテーション病床は療養病床(約60%)と一般病床(約40%)が拮抗している現在、そして多くの職種の共同が言われている中で看護補助者の扱いを統一することが求められる。リハビリテーション病棟での介護補助者の力量は病棟全体に影響が大きい。

#### 4. 家族の面会時間

一般病棟では面会時間が 13 時から 19 時までと制限されており、リハビリテーション病棟も同様な扱いとなっている。高齢患者の ADL そして QOL 改善が目標であるならば、面会時間を拡大することが望ましい。また、家族が宿泊可能な病室があれば、退院が近づくと 1 日を通した様々な家族の練習ができる。退院後の戸惑いが多く見られることからこのような設備基準も一考に値する。

#### E. 結論

今日の医療においてリハビリテーション医療の理念や概念を具現化する唯一の場がリハビリテーション病棟とも言える。この病棟の将来は入院患者の高齢化や重症化に対する対応能を挙げることにかかっている。そこで、我が国のリハビリテーションにおいて先駆的役割を果たし、ADL 重視を方針としてきた九州労災病院のリハビリテーション病棟の実態と問題点をまとめた。また、数年間の経過から一般病棟とリハビリテーション病棟が混在した施設の問題点についても記述を試みた。

#### F. 健康危険情報

特になし

## 介護保険サービス関係者における生活機能と 生活不活発病の認識とその実務への活用に関する研究

分担研究者 木村 隆次 日本介護支援専門員協会 会長

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** 在宅自立支援とリハビリテーションにおいて介護予防は、現在の緊急の課題である。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が重要である。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・考え方が共通の基盤に立っていることが必要である。

この意味で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）」の認識を把握し、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、1）生活機能についてはその名称を知るものは比較的多いが、その基本概念の理解はまだ非常に不十分であること、2）生活不活発病（廃用症候群）については、廃用症候群の名称は比較的良好に知られており、その内容についても「知っているつもり」と考え、評価・対応や利用者への説明にも正しく行っているつもりの人はいないが、実は生活不活発病の理解は不十分である場合が多く、「正しく活用している」とは単なる「思い込み」であると考えられることが少なくなく、その意味で現状は一つの大きな過渡期であると考えられることが確認された。

これによって生活機能及び生活不活発病（廃用症候群）を正しく認識し、実務に活用していくことが緊急の課題であることが明らかとなった。

### 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、多くの職種の間与が必要である。

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。

特にリハビリテーション・マネジメント（平成 18 年 3 月 老健局老人保健課長通知）を実行するためにも、このような共通の基盤の構築のための意識的な取り組みが重要となっている。

この意味で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）」の認識を把握し、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。

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」に関する「共通言語」であり、「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、リハビリテーション、障害者福祉はもちろん、医療一般・福祉一般において理解され、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）とは、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、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必要なものである。

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これら2つの概念（生活機能と生活不活発病）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支援専門員、県・市町村保健師、市町村事務担当者、居宅介護支援事業者、通所介護事業者、訪問介護事業者、通所リハビリテーション事業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名である。

### 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、承認をうけている。

## C. 研究結果及び考察

### I. 回答者の内訳

全回答者は 592 名でその内訳は、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%)、理学療法士・作業療法士が 11 名(1.9%)、その他が 3 名(0.5%)、不明 17 名(2.9%)であった。

以下これを介護支援専門員 403 名とそれ以外の者 189 名の 2 群に分けて集計する。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. アンケートの結果

### 1. 生活機能について

#### 1) 生活機能の知識

「生活機能についてご存知ですか？」(重複回答可)の設問に対しての回答は表 1 の通りであった。

介護支援専門員では、回答者別では「全く知らない」が 9 名(2.2%)、「名前しか知らない」が 36 名(8.9%)、「なんとなく使っていた(ICF の概念とは知らなかった)」が 24 名(6.0%)、「ICF の概念だとは知っているが、詳しくは知らない」が 74 名(18.4%)であった。

ICF の基本的知識についてみると、「心身機能、活動、参加の 3 つのレベルがあることは知っている」が 51 名(12.7%)、「生きることの全体像をみるものとは知っている」が 29 名(7.2%)、「利用者ご本人自身が問題・課題を整理するためのツールとは知っていた」が 7 名(1.7%)、「利用者ご本

人と専門家との間の共通言語とは知っている」が 1 名(0.2%)、「ADL や生活行為のことだけだと思っていた」(誤り)が 22 名(5.5%)であった。

項目別にみると「全く知らない」が 9 名(2.2%)、「名前しか知らない」が 36 名(8.9%)、「なんとなく使っていた(ICF の概念とは知らなかった)」が 38 名(9.4%)、「ICF の概念だとは知っているが、詳しくは知らない」が 115 名(28.5%)であった。

ICF の基本的知識についてみると、「心身機能、活動、参加の 3 つのレベルがあることは知っている」が 162 名(40.2%)、「生きることの全体像をみるものとは知っている」が 140 名(34.7%)、「利用者ご本人自身が問題・課題を整理するためのツールとは知っていた」が 45 名(11.2%)、「専門家間の共通言語とは知っていた」が 31 名(7.7%)、「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 22 名(5.5%)であった。また誤って「ADL や生活行為のことだけだと思っていた」ものは 32 名(7.9%)であった。ただし ICF の基本概念について 5 問ともに答えた者は 5 名に過ぎなかった。

以上をまとめると、生活機能の名称を「知らない」「名前だけ」「ICF 概念とは知らなかった」をあわせた ICF 概念としての生活機能について知らない者は 20.6%、更に誤って「ADL と思っていた」者を加えると 28.5%であり、残りの 7 割強は多少とも知っていたことになる。しかし ICF の基本概念についての回答をみると、「ICF の生活機能に 3 つのレベルがあること」「全体像をみるものである」ことについて

は比較的理解が高かったが、「共通言語」、また「本人自身が問題・課題整理するツール」という点では、認識は乏しかった。特に本人と専門家との間の共通言語としての認識は乏しかった。

介護支援専門員以外においては、ICF概念としての生活機能について知らない3群の合計は28.9%、「ADL」を加えると41.8%といずれも介護支援専門員より多い。基本概念についての認識は傾向としては類似していたが、比率は概して介護支援専門員より低かった。すなわち介護支援専門員は他の関係者に比較すればよい傾向にあるといえることができる。

## 2) 生活行為の向上

生活機能の3つのレベル間には相対的独立性がある。そのためICFの「統合モデル」の見地に立って活動を対象とする介護・介護予防においては、心身機能レベルの改善を介して間接的に活動を改善しようとする「医学モデル」、あるいは環境因子の改善で解決しようとする「社会モデル」的な考え方でなく、直接活動レベルに働きかけ、それを向上させることが重要であり、その点についての認識を調査した。

「不自由な生活行為自体をよくすること（自立度の向上や実用性の向上）ができるとお思いですか？」（重複回答可）の設問に対する回答は表2の通りであった。

表1. 生活機能の知識

	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
全く知らない	9 (2.2%)	9 (2.2%)	8 (4.2%)	8 (4.2%)
名前しか知らない	36 (8.9%)	36 (8.9%)	24 (12.7%)	24 (12.7%)
なんとなく使っていた（ICFの概念とは知らなかった）	24 (6.0%)	38 (9.4%)	15 (7.9%)	22 (11.6%)
ICFの概念だとは知っているが、詳しくは知らない	74 (18.4%)	115 (28.5%)	18 (9.5%)	41 (21.7%)
心身機能、活動、参加の3つのレベルがあることは知っている	51 (12.7%)	162 (40.2%)	21 (11.1%)	68 (36.0%)
生きることの全体像をみるものとは知っている	29 (7.2%)	140 (34.7%)	12 (6.3%)	49 (25.9%)
利用者ご本人自身が問題・課題を整理するためのツールとは知っていた	7 (1.7%)	45 (11.2%)	4 (2.1%)	18 (9.5%)
専門家間の共通言語とは知っていた	0 (0.0%)	31 (7.7%)	2 (1.1%)	17 (9.0%)
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	1 (0.2%)	22 (5.5%)	1 (0.5%)	13 (6.9%)
ADLや生活行為のことだけだと思っていた	22 (5.5%)	32 (7.9%)	19 (10.1%)	25 (13.2%)
重複回答	143 (35.5%)		59 (31.2%)	
不明	7 (1.7%)		6 (3.2%)	
計	403 (100%)	630 (156.3%)	189 (100%)	285 (150.8%)



介護支援専門員では、回答者別には「環境の改造や福祉用具を使えばできる」が60名(14.9%)、「介護のやり方でよくすることもできる」が78名(19.4%)、「意欲次第」が7名(1.7%)、「その他」が2名(0.5%)、「ほとんどできない」が1名(0.2%)であった。

項目別にみると「環境の改造や福祉用具を使えばできる」が286名(71.0%)、「介護のやり方でよくすることもできる」が302名(74.9%)、「意欲次第」が16名(4.0%)、「その他」が40名(9.9%)、「ほとんどできない」が1名(0.2%)であった。

介護支援専門員以外もほぼ同様の傾向であった。

### 3) 「活動」の実行状況と能力との区別

「活動」についてはICFでは「実行状況」(「している活動」と「能力」(「できる活動」とを区別している。これは介護予防で、「できる能力」を引き出すことが重視されて

いることと関連する重要な概念である。

そこで「生活行為について「日常で通常行なっている状態」と「がんばればできる状態」の両方を区別して聞いていますか？」(重複回答可)の質問を歩行、その他の身の回り行為(整容・食事・更衣等)、家事の3分野に分けて質問した。それに対する回答は表3の通りであった(重複回答が少ないため回答者別のみを示す)。

結果は介護支援専門員、介護支援専門員以外、共にほぼ同様であり、「活動」の3分野間の差も著明ではなかった。

例えば歩行については介護支援専門員では「必ず区別している」は89名(22.1%)にすぎず、「時々区別している」が157名(39.0%)と最も多かった。「ほとんど区別していない」が39名(9.7%)であった。また、「日常での状態(実行状況)だけ」が67名(16.6%)、「がんばればできる状態(能力)だけ」が3名(0.7%)であった。

表2. 生活行為の向上

	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
環境の改造や福祉用具を使えばできる	60 (14.9%)	286 (71.0%)	29 (15.3%)	118 (62.4%)
介護のやり方でよくすることもできる	78 (19.4%)	302 (74.9%)	53 (28.0%)	143 (75.7%)
意欲次第	7 (1.7%)	16 (4.0%)	1 (0.5%)	5 (2.6%)
その他	2 (0.5%)	40 (9.9%)	5 (2.6%)	11 (5.8%)
ほとんどできない	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
重複回答	231 (57.3%)		91 (48.1%)	
不明	24 (6.0%)		10 (5.3%)	
計	403 (100%)	645 (160.0%)	189 (100%)	277 (146.6%)

すなわち返答者（各表の最下段の不明を除いて）で考えると、3分野の「活動」にほぼ共通して、必ず区別している人が2割強、時々区別が3－4割、区別していない人が約1割、また実行状況だけが2割強とすることができる。

以上の結果は「活動」の「能力」と「実行状況」とを区別して両方をみることが行なわれはじめてはいるが、まだ全員がその必要性を認め、実行するにはいたっていないことを示すものといえよう。

#### 4) 「参加」レベルの調査項目

「参加」と「活動」とは表裏一体であり、介護予防においても介護保険サービスにおいても、「参加」の向上をはかり、「参加」とその具体像としての「活動」の両者を向上させることが重要である。

その意味で「参加」レベルについて、利用者さんに聞いている内容を問うた（重複回答可）結果は表4の通りであり、介護支援専門員では、回答者別には「現在の趣味」が14名(3.5%)、「過去の趣味」が7名(1.7%)、「現在の外出先」が7名(1.7%)、「現在のコミュニティの中への参加」が4名(1.0%)、「過去のコミュニティの中への参加」が1名(0.2%)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。

項目別にみると「現在の趣味」が339名(84.1%)、「過去の趣味」が315名(78.2%)、「現在の外出先」が292名(72.5%)、「以前の外出先」が189名(46.9%)、「現在のコミュニティの中への参加」が243名(60.3%)、「過去のコミュニティの中への参加」が189名(46.9%)「スポーツ」

表3. 活動の「実行状況（している活動）」と「能力（できる活動）」の区別

	歩行		身の回り行為（整容・食事・更衣等）		家事	
	介護支援専門員	介護支援専門員以外	介護支援専門員	介護支援専門員以外	介護支援専門員	介護支援専門員以外
必ず区別している	89 (22.1%)	47 (24.9%)	103 (25.6%)	45 (23.8%)	89 (22.1%)	40 (21.2%)
時々区別している	157 (39.0%)	61 (32.3%)	141 (35.0%)	65 (34.4%)	127 (31.5%)	47 (24.9%)
ほとんど区別していない	39 (9.7%)	23 (12.2%)	29 (7.2%)	19 (10.1%)	40 (9.9%)	23 (12.2%)
日常での状態だけ	67 (16.6%)	38 (20.1%)	73 (18.1%)	39 (20.6%)	87 (21.6%)	51 (27.0%)
がんばればできる状態だけ	3 (0.7%)	4 (2.1%)	6 (1.5%)	2 (1.1%)	7 (1.7%)	7 (3.7%)
重複回答	16 (4.0%)	4 (2.1%)	16 (4.0%)	4 (2.1%)	14 (3.5%)	1 (0.5%)
不明	32 (7.9%)	12 (6.3%)	35 (8.7%)	15 (7.9%)	39 (9.7%)	20 (10.6%)
計	403 (100%)	189 (100%)	403 (100%)	189 (100%)	403 (100%)	189 (100%)

が97名(24.1%)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。

この結果は、スポーツを除く趣味、外出先、コミュニティの中への参加についてはかなりよく聞いている(6~8割)ことがわかる。以前の状態についても趣味は現在とほぼ同様であったが、外出先、コミュニティへの参加については4~5割とやや少なかった。

## 2. 生活不活発病の認識及び実務への活用

廃用症候群や生活不活発病の名称や概念について問う前に、具体的な項目を通して認識を確かめることが必要と考え、まず安静に関する認識について質問した。

### 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?」(重複回答可)との設問に対する回答は表5に示すとおりであった。

まず回答者別にみると、介護支援専門員では「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」のみを答えた人が281名(69.7%)、「病気を早く治す基本だと思う」が14名(3.5%)、「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1名(0.2%)であった。

項目別にみると「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」が378名(93.8%)、「病気を早く治す基本だと思う」が112名(27.8%)、「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11名(2.7%)、「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5名(1.2%)、「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(0.2%)であった。

表4. 「参加」レベルの調査項目

	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
現在の趣味	14 (3.5%)	339 (84.1%)	6 (3.2%)	153 (81.0%)
過去の趣味	7 (1.7%)	315 (78.2%)	3 (1.6%)	150 (79.4%)
現在の外出先	7 (1.7%)	292 (72.5%)	6 (3.2%)	121 (64.0%)
以前の外出先	0 (0.0%)	189 (46.9%)	1 (0.5%)	78 (41.3%)
現在のコミュニティへの参加	4 (1.0%)	243 (60.3%)	6 (3.2%)	101 (53.4%)
過去のコミュニティへの参加	1 (0.2%)	189 (46.9%)	0 (0.0%)	79 (41.8%)
スポーツ	0 (0.0%)	97 (24.1%)	0 (0.0%)	52 (27.5%)
重複回答	356 (88.3%)		163 (86.2%)	
不明	14 (3.5%)		4 (2.1%)	
計	403 (100%)	1664 (412.9%)	189 (100%)	734 (388.4%)

介護支援専門員以外においてもほぼ同様であったが、「原則として安静は必要最低限にするべきだと思う」が回答者別では58.2%、項目別では86.2%と介護支援専門員に比して低く、一方「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」が多い傾向があった。

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、特に介護支援専門員において相当程度もたれていることを示すものといえよう。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少なからず含まれており、このことは、まだ不徹底な面も残されていることを示すといえよう。

## 2) 年をとると足腰が弱ることをどう思う

か

『年をとると足腰が弱くなること』をどう思いますか? (重複回答可)との設問に対する回答は表6に示すとおりであった。まず、回答者別にみると介護支援専門員では「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100名(24.8%)、「利用者自身で防げることもある」が47名(11.7%)、「仕方のないこと」が11名(2.7%)、であった。

項目別にみると「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311名(77.2%)、「利用者自身で防げることもある」が247名(61.3%)、「仕方のないこと」が89名(22.1%)、「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15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11名(2.7%)であった。

表5. 病気の時の安静

	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
原則として安静は必要最低限にするべきだと思う	281 (69.7%)	378 (93.8%)	110 (58.2%)	163 (86.2%)
病気を早く治す基本だと思う	14 (3.5%)	112 (27.8%)	10 (5.3%)	60 (31.7%)
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	1 (0.2%)	11 (2.7%)	4 (2.1%)	12 (6.3%)
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	0 (0.0%)	5 (1.2%)	0 (0.0%)	3 (1.6%)
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	0 (0.0%)	1 (0.2%)	1 (0.5%)	4 (2.1%)
重複回答	103 (25.6%)		58 (30.7%)	
不明	4 (1.0%)		6 (3.2%)	
計	403 (100%)	507 (125.8%)	189 (100%)	242 (128.0%)

介護支援専門員以外においてもほぼ同様であった。

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ことを示すものと考えられる。しかしその反面古い、あるいは誤った認識（「仕方がないこと」「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。

### 3) 安静のとりすぎで起こるもの

生活不活発病（廃用症候群）についての具体的な知識を問うために、「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？（重複回答可）」との設問を行なった。それへの回答は表7に示すとおりであった。

一つだけの症候を回答した者は5名に過ぎなかった。一方表7に示した廃用症候全てを選択したのは248名(61.5%)であった。

項目別にみると「筋力低下（力が弱くなる）」が388名(96.3%)、「関節が固まり動かしにくくなる（関節拘縮）」が370名(91.8%)と9割以上であり、「便秘」が358名(88.8%)、「認知症（ボケ）」が344名(85.4%)、「うつ的な傾向」が319名(79.2%)、「心臓の働きの低下」が285名(70.7%)、「呼吸機能の低下」が273名(67.7%)、「骨が弱くもろくなる（骨粗鬆症）」が255名(63.3%)、「静脈がつまる（静脈血栓症）」が184名(45.7%)、

表6. 年をとると足腰が弱ることをどう思うか

	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
活発な生活を送っていることで防ぐことも少なくない	100 (24.8%)	311 (77.2%)	39 (20.6%)	140 (74.1%)
利用者自身で防げることもある	47 (11.7%)	247 (61.3%)	17 (9.0%)	111 (58.7%)
仕方がないこと	11 (2.7%)	89 (22.1%)	11 (5.8%)	48 (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 (0.5%)	15 (3.7%)	4 (2.1%)	16 (8.5%)
特に肺炎や外科手術の後、寝たきりになるのは仕方ない	1 (0.2%)	11 (2.7%)	0 (0.0%)	8 (4.2%)
重複回答	231 (57.3%)		114 (60.3%)	
不明	11 (2.7%)		4 (2.1%)	
計	403 (100%)	673 (167.0%)	189 (100%)	323 (170.9%)

「その他」が56名(13.9%)、「特になし」が0名(0.0%)であった。

介護支援専門員以外においては、介護支援専門員よりは部分的にやや少なくなるが、全体的にはほぼ同様の傾向であった。

この結果は生活不活発病（廃用症候群）の個々の症候についての知識は介護支援専門員およびその他の介護保険サービス関係者においては全般的にかなり高い水準にあることを示しているということができよう。

#### 4) 廃用症候群と生活不活発病

「『廃用症候群』をご存知ですか?」との設問への回答は表8左側に示す通りであった。

介護支援専門員では「知らない」が5名(1.2%)、「名前は知っていた」が40名(9.9%)、「よくわかっているつもり」が352名(87.3%)であった。

介護支援専門員以外においては知識不十分の者がやや増え、その分「よくわかっているつもり」が少し減る(76.2%)傾向があるが、全体としてはほぼ同様であった。

「『生活不活発病』をご存知ですか?」との設問への回答は表8右側に示す通りであった。

介護支援専門員では「知らない」が89名(22.1%)、「名前は知っていた」が152名(37.7%)、「よくわかっているつもり」が156名(38.7%)であった。

介護支援専門員以外では「知らない」がやや多く(38.1%)、「よくわかっているつもり」がやや少ない(25.4%)傾向であったが、大きくは変わらなかった。

以上は介護保険サービス関係者、特に介護支援専門員においては「廃用症候群」の

用語に関する知識はかなり高率であること、一方「生活不活発病」については比較的新しい用語であることもあって、用語としての「知名度」は「廃用症候群」にはやや劣ることを示すものといえよう。

しかし、このように「よくわかっているつもり」であることと、実際に正しく理解していることは必ずしも一致しない。そのために試みに前に述べた廃用症候群について全て正解した者の比率をみると、廃用症候群を「よく知っている」と答えた介護支援専門員352名中では104名(29.5%)、介護支援専門員以外では144名中42名(29.2%)と3割以下にとどまった。

また生活不活発病を「よく知っている」と答えた介護支援専門員156名の中での全正解者の比率は59名(37.8%)、介護支援専門員以外の48名中では21名(43.8%)であった。

このことは、介護保険サービス関係者には、廃用症候群についても生活不活発病についても、一見「よくわかっているつもり」でいる人は多いが、具体的に全身のあらゆる機能の低下であり、表7に示した範囲の症候は全て含まれる(それ以外のものも非常に多いが)ことの理解は不十分であるなど、正しい理解にいたっていない場合が少なくないことを示すものといえよう。

#### 5) 生活不活発病の判断

次に実際の業務の上で生活不活発病（廃用症候群）の知識がどのように活用されているかをみる目的で、一連の質問を行なった(5)~7))。

表7. 廃用症候群の症候についての認識（安静のとりすぎで起こるもの）

	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
筋力低下（力が弱くなる）	3 (0.7%)	388 (96.3%)	0 (0.0%)	183 (96.8%)
関節が固まり動かしにくくなる（関節拘縮）	1 (0.2%)	370 (91.8%)	0 (0.0%)	167 (88.4%)
便秘	0 (0.0%)	358 (88.8%)	0 (0.0%)	158 (83.6%)
認知症（ボケ）	1 (0.2%)	344 (85.4%)	0 (0.0%)	162 (85.7%)
うつ的な傾向	0 (0.0%)	319 (79.2%)	0 (0.0%)	136 (72.0%)
心臓の働きの低下	0 (0.0%)	285 (70.7%)	0 (0.0%)	102 (54.0%)
呼吸機能の低下	0 (0.0%)	273 (67.7%)	0 (0.0%)	118 (62.4%)
骨が弱くもろくなる（骨粗鬆症）	0 (0.0%)	255 (63.3%)	0 (0.0%)	126 (66.7%)
静脈がつまる（静脈血栓症）	0 (0.0%)	184 (45.7%)	0 (0.0%)	75 (39.7%)
その他	0 (0.0%)	56 (13.9%)	0 (0.0%)	18 (9.5%)
特になし	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
重複回答	392 (92.3%)		187 (98.9%)	
不明	6 (1.5%)		2 (1.1%)	
計	403 (100%)	2832 (702.7%)	189 (100%)	1245 (658.7%)

表8. 廃用症候群と生活不活発病

	廃用症候群		生活不活発病	
	介護支援専門員	介護支援専門員以外	介護支援専門員	介護支援専門員以外
知らない	5 (1.2%)	10 (5.3%)	89 (22.1%)	72 (38.1%)
名前は知っていた	40 (9.9%)	34 (18.0%)	152 (37.7%)	68 (36.0%)
よくわかっているつもり	352 (87.3%)	144 (76.2%)	156 (38.7%)	48 (25.4%)
不明	6 (1.5%)	1 (0.5%)	6 (1.5%)	1 (0.5%)
計	403 (100%)	189 (100%)	403 (100%)	189 (100%)

まず「どのような人が生活不活発病（廃用症候群）なのか判断は容易にできますか？」との設問への回答は表9に示す通りであった。

介護支援専門員では「とても容易」が2名(0.5%)、「容易」が41名(10.2%)、「どちらともいえない」が184名(45.7%)、「難しい」が105名(26.1%)、「とても難しい」が11名(2.7%)、「判断できない」が17名(4.2%)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。

この結果は、両群とも「どちらともいえない」がほぼ45%と半数近くであること、また「難しい」「とても難しい」「判断できない」3者を加えたものが介護支援専門員で33.0%、介護支援専門員以外で38.1%であり、「とても容易」と「容易」を加えたものが同じく10.7%、7.4%であるのに比べてはるかに多いこと、すなわち現実の場での判断は相当に困難であることを示している。

## 6) 生活不活発病改善に向けてのケアプラン

「生活不活発病（廃用症候群）改善に向けてのケアプランをたてることは容易ですか？」と主観的な難易度を問う設問への回答は表10に示す通りであった。

介護支援専門員では「容易」が15名(3.7%)、「どちらともいえない」が146名(36.2%)、「難しい」が174名(43.2%)、「とても難しい」が25名(6.2%)、「判断できない」が13名(3.2%)であった。

表9. 生活不活発病の判断

	介護支援専門員	介護支援専門員以外
とても容易	2 (0.5%)	2 (1.1%)
容易	41 (10.2%)	12 (6.3%)
どちらともいえない	184 (45.7%)	85 (45.0%)
難しい	105 (26.1%)	59 (31.2%)
とても難しい	11 (2.7%)	10 (5.3%)
判断できない	17 (4.2%)	3 (1.6%)
不明	43 (10.7%)	18 (9.5%)
計	403 (100%)	189 (100%)

介護支援専門員以外においてもほぼ同様であった。

ここでは前問と比べて「難しい」が増え、「容易」も減少している。

この結果は、「どちらともいえない」が、介護支援専門員で36.2%、介護支援専門員以外で32.8%であること、また「難しい」「とても難しい」「判断できない」3者を加えたものが介護支援専門員で52.6%、介護支援専門員以外で51.3%と、「とても容易」と「容易」を加えたものが同じく3.7%、4.8%であるのに比べてはるかに多いこと、すなわち現実の場でのケアプランづくりは相当に困難であることを示している。

## 7) 要介護度の軽い利用者への対応

廃用症候群についての診断、改善に向けてのケアプラン立案・利用者への説明に関する質問として「要介護度の軽い利用者さん（予防給付の対象者程度）への対応について、以下の3つの質問を行なった。



表 10. 生活不活発病改善に向けてのケアプランづくり

	介護支援専門員	介護支援専門員以外
とても容易	0 (0.0%)	1 (0.5%)
容易	15 (3.7%)	8 (4.2%)
どちらともいえない	146 (36.2%)	62 (32.8%)
難しい	174 (43.2%)	79 (41.8%)
とても難しい	25 (6.2%)	11 (5.8%)
判断できない	13 (3.2%)	7 (3.7%)
不明	30 (7.4%)	21 (11.1%)
計	403 (100%)	189 (100%)

### (1) 診断

「これまで利用者さんが廃用症候群（生活不活発病）であるかどうかをみていましたか？」との設問への回答は表 11 左側に示す通りであった。

介護支援専門員では「必ずしている」が 46 名(11.4%)、「ほとんどしている」が 86 名(21.3%)、「時々している」が 134 名(33.3%)、「ほとんどしていない」が 67 名(16.6%)、「限られた利用者さんにのみ」が 18 名(4.5%)、「全くしていない」が 6 名(1.5%)、「どのような人が廃用症候群かよくわからない」が 25 名(6.2%)、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。

要するに「必ずしている」と「ほとんどしている」、それに「時々している」を加えたもの（以下「している」）は 5～6 割、残り（「不明」を除く）が 3～4 割と、「している」者の方が多いといえる。ただ「している」といっても「時々」がもつとも多く、

3 割前後を占めることは、頻度や質においては問題がある可能性を示すものといえよう。

### (2) ケアプラン作成

「これまで生活不活発病の改善や進行予防に向けてのケアプランをたてていましたか？」との設問への回答は表 11 中央部に示す通りであった。

介護支援専門員では「必ずしている」が 37 名(9.2%)、「ほとんどしている」が 79 名(19.6%)、「時々している」が 143 名(35.5%)、「ほとんどしていない」が 37 名(9.2%)、「限られた利用者さんにのみ」が 11 名(2.7%)、「全くしていない」が 68 名(16.9%)であった。

すなわち「している」の合計は 64.3%、それ以外の合計は 28.8%であった。

介護支援専門員以外では「必ずしている」が 14 名(7.4%)、「ほとんどしている」が 31 名(16.4%)、「時々している」が 44 名(23.3%)、「ほとんどしていない」が 37 名(19.6%)、「限られた利用者さんにのみ」が 5 名(2.6%)、「全くしていない」が 30 名(15.9%)であった。

すなわち「している」の合計は 47.1%、それ以外の合計は 38.12%であった。

以上はケアプラン作成においても、5～6 割が生活不活発病を考慮しているということを示している。しかしここでもやはり「時々」とするものが 2～3 割と少なくないことが問題である。

### (3) 利用者への説明

「生活不活発病の状態であることを、これまで利用者さんに説明してました

か？」との設問への回答は表 11 右側に示す通りであった。

介護支援専門員では「必ずしていた」が 30 名(7.4%)、「生活不活発病の状態にある方にはしている」が 137 名(34.0%)、「時々していた」が 67 名(16.6%)、「限られた利用者さんにのみ」28 名(6.9%)、「ほとんどしていなかった」が 34 名(8.4%)、「全くしていなかった」が 76 名(18.9%)であった。

介護支援専門員以外では「生活不活発病の状態にある方にはしている」(25.4%)、「時々していた」(12.7%)がやや少なく、「ほとんどしていなかった」(16.4%)、「全くしていなかった」(23.8%)がやや多い傾向があった。

すなわち介護支援専門員では「生活不活発病の状態にある方にはしている」「必ずしていた」「時々していた」の合計は 58.1%、「ほとんどしていなかった」、「限られた利用者さんにのみ」、「全くしていなかった」の合計は 34.2%であり、介護支援専門員以外では前者は 43.4%、後者は 46.5%であった。

これからみると利用者への説明は半数前後には行なわれているといえる。ただ「生活不活発病の状態にある方にはしている」というのが最も多いので、そもそも生活不活発病をもっているという判断がどの程度の正確さをもっているかが問題となることも考える必要があるだろう。

表 11. 生活不活発病の診断・プラン立案・説明

	廃用症候群診断		プラン立案		利用者への説明	
	介護支援専門員以外	介護支援専門員以外	介護支援専門員	介護支援専門員以外	介護支援専門員	介護支援専門員以外
必ずしている	46 (11.4%)	15 (7.9%)	37 (9.2%)	14 (7.4%)	30 (7.4%)	10 (5.3%)
ほとんどしている	86 (21.3%)	36 (19.0%)	79 (19.6%)	31 (16.4%)		
生活不活発病の状態にある方にはしている					137 (34.0%)	48 (25.4%)
時々している	134 (33.3%)	51 (27.0%)	143 (35.5%)	44 (23.3%)	67 (16.6%)	24 (12.7%)
ほとんどしていない	67 (16.6%)	44 (23.3%)	37 (9.2%)	37 (19.6%)	34 (8.4%)	31 (16.4%)
限られた利用者さんにのみ	18 (4.5%)	10 (5.3%)	11 (2.7%)	5 (2.6%)	28 (6.9%)	12 (6.3%)
全くしていない	6 (1.5%)	5 (2.6%)	68 (16.9%)	30 (15.9%)	76 (18.9%)	45 (23.8%)
どのような人が廃用症候群がよくわからない	25 (6.2%)	11 (5.8%)				
不明	21 (5.2%)	17 (9.0%)	28 (6.9%)	28 (14.8%)	31 (7.7%)	19 (10.1%)
計	403 (100%)	189 (100%)	403 (100%)	189 (100%)	403 (100%)	189 (100%)

## 8) 生活機能低下の2類型

「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?」との設問への回答は表12に示す通りであった。

介護支援専門員では「知らない」が134名(33.3%)、「あることは知っていた」が176名(43.7%)、「よくわかっているつもり」が58名(14.4%)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。

この2類型の存在、特に廃用症候群タイプの存在は介護予防において非常に重要な概念であるので、「よくわかっているつもり」が2割に満たないという点は大きな問題と考えられる。

表12. 生活機能低下の2類型

	介護支援専門員	介護支援専門員以外
知らない	134 (33.3%)	61 (32.3%)
あることは知っていた	176 (43.7%)	84 (44.4%)
よくわかっているつもり	58 (14.4%)	35 (18.5%)
不明	35 (8.7%)	9 (4.8%)
計	403 (100%)	189 (100%)

## 9. 生活不活発病の原因

生活不活発病発生の契機を生活機能との関連で分析することは、本研究班でも主要テーマとして検討しているところであり、また2005年の介護保険改定における要介護認定の予防給付に関する新規追加の調査

項目及び特記事項とも大きく関係する。したがって介護支援専門員は十分に理解しておく必要があることである。

この点についての「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?」(重複回答可)との設問への回答は表13に示す通りであった。

まず回答者別にみると介護支援専門員では「よくわからない」が65名(16.1%)にすぎなかった。しかしその他の項目別にみると、「活動(生活行為)の「量」の低下」が233名(57.8%)、「参加の低下」が212名(52.6%)、「心身機能の低下」が185名(45.9%)、「環境因子の変化」が184名(45.7%)、「活動(生活行為)の「質(やり方)」の低下」が170名(42.2%)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。

正しくはこれら5項目のすべて(但し環境因子は直接ではなく「活動」「参加」への影響を通じて影響する)であるが、それがこのように4~5割にとどまっているのは生活不活発病についての認識の不十分さを示すものであるといえよう。

## D. 結論

本年度3月27日の厚生労働省老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方」において述べられているように、介護保険サービスにおけるリハビリテーションは、介護予防および介護保険サービスにおける生活機能と生活不活発病の正しい理解に立ったケアマネジメントとの連携・整合性を重視している。

表 13. 生活でみた生活不活発病の原因

	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
活動（生活行為）の「量」の低下	18 (4.5%)	233 (57.8%)	16 (8.5%)	114 (60.3%)
参加の低下	6 (1.5%)	212 (52.6%)	3 (1.6%)	91 (48.1%)
心身機能の低下	7 (1.7%)	185 (45.9%)	10 (5.3%)	103 (54.5%)
環境因子の変化	1 (0.2%)	184 (45.7%)	4 (2.1%)	78 (41.3%)
活動（生活行為）の「質（やり方）」の低下	4 (1.0%)	170 (42.2%)	5 (2.6%)	86 (45.5%)
よくわからない	65 (16.1%)	65 (16.1%)	18 (9.5%)	18 (9.5%)
重複回答	250 (62.0%)		123 (65.1%)	
不明	52 (12.9%)		10 (5.3%)	
計	403 (100%)	1049 (260.6%)	189 (100%)	490 (259.2%)

しかしながら現状として調査結果からいえることは、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においては、

1) 生活機能についてはその名称を知るものは比較的多いが、その基本概念の理解はまだ非常に不十分である。

2) 生活不活発病（廃用症候群）については、廃用症候群の名称は比較的よく知られており、その内容についても「知っているつもり」と考え、評価・対応や利用者への説明にも正しく行っているつもりの方は少なくないが、実は生活不活発病の理解は不十分である場合が多く、「正しく活用している」とは単なる「思い込み」であると考えられることが少なくなく、その意味で現状は一つの大きな過渡期であると考えられる。

本研究の成果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生活機能

および生活不活発病に関する認識の現状を種々の角度から調査・研究し、今後の啓発の方途への大きな示唆をあたえるものである。同時にこれは今後の改善を把握するための基準点（ベンチマーク）として役立つものであると考えられる。

#### 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；寝たきり・歩行不能はつくられる；生活不活発病の克服．NHK社会福祉セミナー．NHK出版．18（59）：8－15，2004