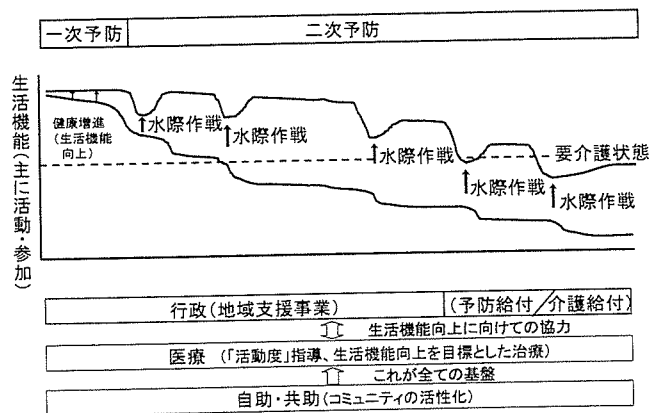


図1. 生活不活発病予防



この時期の課題は、図1の下で示したような、徐々に起ってくる生活機能の低下を、意識的な働きかけ（上向きの矢印）によって回復させ、高い水準に保つことである。これは広い意味での健康増進（病気の予防だけでなく生活機能全体の向上）ということもできる。

その鍵はまさに「生活の活発化」である。例えば定年退職あるいは子育て修了という「参加」の大きな変化に伴って、「活動」・「参加」ともに低下しがちになり、生活不活発病発症のリスクが高まるが、新しい参加の形態の開発、例えば地域社会への参加や交流などでそれを防ぐことができる。これらを含めて外出頻度の増加や生活の活発化の促進が重要である。

このような観点からの介入も医療機関で行うことが望ましいと考えられる。またそのような生活機能を向上させる観点からの疾患治療も今後の課題であろう。

2) 二次予防

二次予防とはすでに生活機能低下が起ってきた時に、それを早期に解決することであり、低下の状態と対応のあり方によって「急性期」と「慢性期」とに分けることができる。

生活不活発病は、普通徐々になだらかに低下していくものと考えられやすい。しかし詳しくみれば、図1の下のように、時に急激に落ちる時期があるのが普通であり、全体として階段状の経過をたどる。この急激な低下が「急性期」であり、その間のなだかな低下が「慢性期」である。

(1) 「急性期」の対応；早期発見・早期対応の「水際作戦」

「急性期」は、脳卒中や骨折など急激な運動機能の低下時だけでなく、風邪をひいて寝込んだ後に、大事をとりすぎて足腰が弱った、転んで腰を打ち痛みが残ったため外出しなくなった、子供と同居して家事をしなくなった、友人が死亡したため行き先がなくなり外出しなくなったなどの、いろいろなエピソードをきっかけに階段状に低下する時期である。

このような急性期には高い機動性とメリハリのついた対応、つまり本当に必要な時に必要なサービスが即座に提供されることが重要である。その中核は「水際作戦」、すなわち生活機能低下の早期発見・早期対応、すなわちそのような急性期の生活機能低下を早く見つけて素早く手を打って、生活機能の低下を食い止め、ふたたび向上させていくことである。

そのような早期発見のためには、定期的な健診などよりも、むしろ医療機関、介護サービス提供者そして本人や家族やコミュニティの人々が生活機能低下に早く気づくことが重要であり、そのための啓発が必要である。

そのためには簡便なチェックリストがあることが望ましく、それも現状だけでなく、時間的経過（例えば1年前とくらべてどうか）をチェックすることで最近の変化を敏感にとらえることが望ましい。

図2は我々がその目的で作製し、既に種々の機会に用いてその有効性を確認してきたチェックリストである。

問題点の発見だけでなく、それ自体が具体的な対応策へと直結するように活用することもできるように工夫されている。

4. 以上の調査結果にもとづいて自治体病院における介護予防システムについて検討し、その基本線が確認された。

D. 結論

自治体病院を場とする生活機能向上を目指す介護予防のパイロットスタディの一環として地域在住高齢者の生活機能調査を行い、通常健康で自立していると考えられる高齢者の中にも意外に多くの生活機能低下者があり、特に病院外来に通院中の者にそれが多きこと等、重要な知見を得た。ついでそれにもとづき医療機関中心の介護予防システムの基本線を確定した。

生活不活発病チェックリスト

下の①～⑦の項目について、**過去** (左側)と**現在** (右側)のあてはまる状態に印をつけてください。

過去

現在

① 屋外を歩くこと

- 遠くへも1人で歩いていた
- 近くなら1人で歩いていた
- 誰かと一緒なら歩いていた
- ほとんど外は歩いていなかった
- 外は歩けなかった

- 遠くへも1人で歩いている
- 近くなら1人で歩いている
- 誰かと一緒なら歩いている
- ほとんど外は歩いていない
- 外は歩けない



② 自宅内を歩くこと

- 何もつかまらずに歩いていた
- 壁や家具を伝って歩いていた
- 誰かと一緒なら歩いていた
- 這うなどして動いていた
- 自力では動き回れなかった

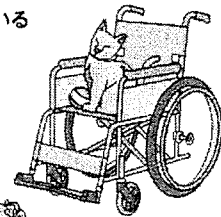
- 何もつかまらずに歩いている
- 壁や家具を伝って歩いている
- 誰かと一緒なら歩いている
- 這うなどして動いている
- 自力では動き回れない



③ 身の回りの行為(入浴、洗面、トイレ、食事など)

- 外出時や旅行の時にも不自由はなかった
- 自宅内では不自由はなかった
- 不自由があるがなんとかしていた
- 時々人の手を借りていた
- ほとんど助けてもらっていた

- 外出時や旅行の時にも不自由はない
- 自宅内では不自由はない
- 不自由があるがなんとかしている
- 時々人の手を借りている
- ほとんど助けてもらっている



④ 車いすの使用

- 使用していなかった
- 時々使用していた
- いつも使用していた

- 使用していない
- 時々使用
- いつも使用

⑤ 外出の回数

- ほぼ毎日
- 週3回以上
- 週1回以上
- 月1回以上
- ほとんど外出していなかった

- ほぼ毎日
- 週3回以上
- 週1回以上
- 月1回以上
- ほとんど外出していない



⑥ 日中どのくらい体を動かしていますか

- 外でもよく動いていた
- 家の中ではよく動いていた
- 座っていることが多かった
- 時々横になっていた
- ほとんど横になっていた

- 外でもよく動いている
- 家の中ではよく動いている
- 座っていることが多い
- 時々横になっている
- ほとんど横になっている

⑦ 家事(炊事、洗濯、掃除、ゴミ捨て、庭仕事など)

- ほぼ全部していた
- 一部していた
- 時々していた
- ほとんどしていなかった
- 全くしていなかった

- ほぼ全部している
- 一部している
- 時々している
- ほとんどしていない
- 全くしていない



*このチェックリストで、赤色の□(一番よい状態ではない)がある時は注意してください。

*特に**過去** (左側)と比べて、**現在** (右側)が1段階でも低下している場合は、早く手を打ちましょう。

氏名

(男・女)

年 月

介護予防ケアマネジメントに関する認識調査 －生活不活発病と生活機能を中心に－

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

研究要旨 生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメント構築を目的として、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 1762 名について、生活機能、ICF、生活不活発病（廃用症候群）の認識に関する調査を行った。

その結果、①生活機能、生活不活発病（廃用症候群）については、名称は比較的よく知られているが、その内容についての理解は限られており、ケアマネジメントの実際における活用は極めて不十分であった。②自己決定権の尊重の原則、および利用者本人・家族の正しい理解にもとづく生活の活発化の前提となるべき生活不活発病についての説明は不十分であった。③以上のすべての点で介護支援専門員以外の介護保険サービス関係者の認識は更に不十分であった。④以上から介護予防ケアマネジメントが十分に機能するには、生活不活発病と生活機能についての臨床的活用の広範囲の啓発が必要である、との結論にいたった。

A. 研究目的

本研究班の最終目的は生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントの構築である。その背景としては、介護保険法改正時の介護予防に関する様々な議論の中で、介護予防の観点からのケアマネジメントが不十分であったことが指摘され、「介護予防サービス・支援計画表」の統一様式がつけられるなど、介護予防的な観点からのケアマネジメントの重要性が強調されていることがある。

そこでその現状と課題を明らかにすることを目的として、今後の介護予防的ケアマネジメントを構築するために、行政的な介護予防

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ついて認識調査を行った。

その際、調査の重点は介護予防の骨幹ともいえるべき「生活機能」、そのもととなる ICF（WHO 国際生活機能分類、2001）、そして「生活不活発病（廃用症候群）」がどのように認識され活用されているかにおいた。

B. 研究方法

介護保険改正直後の 2006 年 5 月（第 1 回調査）と、ほぼ 1 年後の 2007 年 3 月（第 2 回調査）で、介護予防の観点から特に生活機能と

生活不活発病に重点をおいた認識調査を行った。

1. 対象

第1回・第2回調査ともに、県主催の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、訪問介護事業者等、介護保険関係者むけの、ICFを基盤としての介護予防についての研修会に出席した者のうち、調査に同意した1,762名（第1回調査；全867名、第2回調査；895名）を対象とした。なお第1回、2回は別の県である。

第1回調査の回答者（867名）の所属は、居宅介護支援事業所が436名（50.3%）、地域包括支援センターが121名（14.0%）、通所介護事業所（デイサービス）が100名（11.5%）、その他が147名（17.0%）、不明63名（7.3%）であった。

職種別にみると、介護支援専門員が708名（81.7%）であった。そして以下、介護支援専門員の資格を有していない介護福祉士が34名（3.9%）、看護師が21名（2.4%）、その他が74名（8.5%）、不明30名（3.5%）であった。

第2回調査（895名）では、所属は居宅介護支援事業所が517名（57.8%）、地域包括支援センターが57名（6.4%）、市町村（地域包括支援センター以外）が91名（10.2%）、その他が156名（17.4%）、不明74名（8.3%）であった。

職種別にみると、介護支援専門員が767名（85.7%）であった。そして以下、介護支援専門員の資格を有していない介護福祉士が9名（1.0%）、看護師が24名（2.7%）、その他が38名（4.2%）、不明57名（6.4%）であった。

以下これを第1回目、2回目調査ともに、

各々介護支援専門員（1回目708名、2回目767名）とそれ以外の者（1回目159名、2回目128名）の2群に分けて集計した。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%以上となりうる）の2種類を併せ掲げた。

2. 方法

集会開催前にアンケート用紙を配布し、回収した。アンケート回収後、その内容についての講演を行ない、知識の不足を補ってもらう形をとった。

（倫理面への配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会の審査をうけ、承認をうけている。

C. 研究結果及び考察

1. 生活機能について

1) ICFの基本概念としての認識

「生活機能についてご存知ですか？」の設問に対する回答を第1回、第2回調査で介護支援専門員とそれ以外に分けて表1に示す。

介護支援専門員についてみると、第1回調査では708名中「全く知らない」が18名（2.5%）、「名前しか知らない」が88名（12.4%）、「なんとなく使っていた」が100名（14.1%）であり、「ADLなど生活行為のこと」と誤解している人が59名（8.3%）であった。「ICFの概念である」と正しく認識している人は428名（60.5%）と6割にすぎなかった。

第2回調査では「ICFの概念である」と知っているのは343名（44.7%）と第1回調査よりも少なく、生活機能の名称を「全く知らない」「名前だけ」「なんとなく使っていた」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34.0%、更に誤って「ADL
とと思っていた」者を加えると51.6%と、介護
保険法改正1年後の調査にも関わらず、第1
回調査よりもむしろ理解が不十分な結果で
あった。

介護支援専門員以外の理解は介護支援専門
員より更に不十分であり、「ICFの概念であ
る」との正しい認識をもっているものは第1
回31.4%（介護支援専門員は60.5%）、第2
回27.3%（同44.7%）にとどまった。

以上は2003年の局長通知でケアマネジメン
トにおけるICF重視がうたわれているにも
関わらず、その基本概念である生活機能がI
CFの概念である旨の理解がいまだに不十分
であるという結果であった。

2) 「ICF（国際生活機能分類）について

「ICF（国際生活機能分類）についてお
答えください」の設問に対しての回答は表2
に示す通りであった。

第1回調査では介護支援専門員では、項目

別にみると、「全く知らない」が4.2%、「名
前しか知らない」が8.2%、計12.4%と、先
の生活機能について（計14.9%）よりも少な
かった。

以下は重複回答者が多い（61.3%）ため項
目別にみていく。まず具体的内容についての
2問への答えは、「心身機能、活動、参加の3
つのレベルがある」が76.6%、「生きること
の全体像をみるものである」が53.2%と比較
的理解が高かった。

しかしICFの目的・活用法の基本的な考
え方についての3問への答えは、「専門家間の、
共通言語である」が23.2%、「利用者と専門
家との間の、共通言語である」25.1%、「利用
者自身が、問題・課題を整理するためのツール
である」17.5%と、具体的な内容よりも理
解が乏しかった。

介護支援専門員の第2回調査では、「全く
知らない」と「名前しか知らない」の合計は

表1. 生活機能についての認識

	第1回調査		第2回調査	
	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
全く知らない	18名 2.5%	8名 5.0%	23名 3.0%	15名 11.7%
名前しか知らない	88 12.4%	36 22.6%	97 12.6%	23 18.0%
なんとなく使っていた	100 14.1%	24 15.1%	176 22.9%	26 20.3%
ADLなどの生活行為の こと	59 8.3%	36 22.6%	109 14.2%	16 36.2%
ICFの概念である	428 60.5%	50 31.4%	343 44.7%	35 27.3%
回答なし	15 2.1%	5 3.1%	19 2.5%	13 10.2%
計	708 100%	159 100%	767 100%	128 100%

19.1%とやや多く、先の生活機能について(計15.6%)より多かった。具体的内容についての、「3つのレベルがある」は57.1%、「生きることの全体像」42.8%であり、目的・活用法についての「専門家間の共通言語」15.1%、「本人と専門家との間の共通言語」19.4%、「本人自身が問題・課題整理するツールである」11.7%と、全般的に第1回調査よりも認識が乏しかった。

なお前述の生活機能についての質問で、生活機能を「ICFの概念である」とした人と本問で「心身機能、活動、参加の3つのレベルがある」と返答した人とを比較すると、第1回では「ICF概念」60.5%、「3つのレベル」76.6%、第2回では同じく44.7%、57.1%と、後者のほうがやや多かった。これはICFの名称は知らないままで、生活機能の内容

についてはある程度の知識をもつ人々がいることを示すと思われる。

介護支援専門員以外では「知らない」人が多く、「全く知らない」「名前しか知らない」あわせて第1回では42.1%、第2回では44.5%と介護支援専門員(同12.4%、19.1%)とくらべて多く、また具体的内容についての2問、目的・活用法についての3問でも介護支援専門員の半分前後(4割弱~7.5割)にとどまった。

3) 生活行為(「活動」)の向上の可能性

介護予防については、現在はメニュー中心で、その内容は、筋力を主とした運動機能、栄養、口腔機能などの、主として心身機能レベルの向上をねらうものがほとんどである。しかし本来は、介護自体のやり方によって、

表2. ICF(国際生活機能分類)についての認識

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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
全く知らない	30名 4.2%	30名 4.2%	28名 17.6%	28名 17.6%	24名 3.1%	24名 3.1%	26名 20.3%	26名 20.3%
名前しか知らない	58 8.2%	58 8.2%	39 24.5%	39 24.5%	123 16.0%	123 16.0%	31 24.2%	31 24.2%
心身機能、活動、参加の3つのレベルがある	126 17.8%	542 76.6%	30 18.9%	77 48.4%	158 20.6%	438 57.1%	17 13.3%	37 28.9%
生きることの全体像をみるもの	34 4.8%	377 53.2%	4 2.5%	41 25.8%	75 9.8%	328 42.8%	9 7.0%	32 25.0%
専門家間の、共通言語である	9 1.3%	164 23.2%	0 0.0%	14 8.8%	15 2.0%	116 15.1%	1 0.8%	9 7.0%
利用者と専門家との間の共通言語	6 0.8%	178 25.1%	0 0.0%	19 11.9%	19 2.5%	149 19.4%	1 0.8%	12 9.4%
利用者自身が、問題・課題を整理するためのツールである	11 1.6%	124 17.5%	3 1.9%	21 13.2%	14 1.8%	90 11.7%	1 0.8%	10 7.8%
重複回答	434 61.3%		51 32.1%		323 42.1%		30 23.4%	
回答なし	0 0.0%		4 2.5%		16 2.1%		12 9.4%	
計	708 100%	1473 208.1%	159 100%	239 150.3%	767 100%	1268 165.3%	128 100%	157 122.7%

生活行為（ICFの「活動」）が改善できることの認識が重要で、その立場からケアプランをたてる必要がある。これは、「心身機能」が改善しなくても「活動」は改善可能という、生活機能の3つのレベル間の「相対的独立性」の活用であり、ケアマネジメントにおいてICFが重視される理由の一つである。

そこでその臨床的具体例として、「例えば脳卒中などで病気や麻痺などの心身機能がよくならない場合に、不自由な生活行為のための自立度や実用性を向上できると思われますか？」との設問をつくり、これに対する回答をみたものが表3である。

以下重複回答が多いため項目別にみていく。

介護支援専門員では第1回調査で「環境の改善をすればできる」が80.1%と最も多く、ついで「介護のやり方でよくすることもできる」が72.9%であった。

第2回調査では「介護のやり方でよくすることもできる」は84.7%と、第1回よりも多

く、「環境の改善をすればできる」が80.3%と、第1回調査とほぼ同じで、順番が逆転した。また「その他」が2回ともに1割弱であるが、これは筋力増強などの心身機能への働きかけであった。

なお2回ともに、「改善がほとんどできない」と思っている人が少数（0.6%、0.5%）ながらいることは大きな問題ととらえるべきであろう。

介護支援専門員以外では全体としての傾向は似ているが、「環境の改善をすればできる」「介護のやり方でよくすることもできる」とも、介護支援専門員より、ほぼ1～2割少ない結果であった。

以上から、7～8割が心身機能の改善がなくとも「活動」レベルに働きかけることによって、自立度や実用性を向上させることができるとは認識していることがわかった。しかし本来からいえば、介護のやり方自体で改善できることの認識はまだ十分とはいえないと考えられる。

表3. 心身機能が改善しない場合に生活行為の自立度や実用性が向上可能か？

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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
ほとんどできない	4名 0.6%	4名 0.6%	0名 0.0%	0名 0.0%	4名 0.5%	4名 0.5%	1名 0.8%	1名 0.8%
環境の改善をすればできる	158 22.3%	567 80.1%	48 30.2%	111 69.8%	69 9.0%	616 80.3%	11 8.6%	80 62.5%
介護のやり方でよくすることもできる	107 15.1%	516 72.9%	34 21.4%	96 60.4%	105 13.7%	650 84.7%	26 20.3%	97 75.8%
その他	12 1.7%	64 9.0%	1 0.6%	10 6.3%	6 0.8%	73 9.5%	0 0.0%	6 4.7%
重複回答	416 58.8%		64 40.3%		552 72.0%		71 55.5%	
回答なし	11 1.6%		12 7.5%		31 4.0%		19 14.8%	
計	708 100%	1151 162.6%	159 100%	217 136.5%	767 100%	1343 175.1%	128 100%	184 143.8%

介護予防のみでなく介護一般において、介護が単に不自由なことを手伝うだけのものではなく、活動を向上できるものであり、そのような「よくする介護」について、理解がより深まることが望まれる。

5) 「参加」レベルの調査項目

介護予防においても介護保険サービスにおいても、本来の目標はその人らしい人生を送れるように「参加」を向上させることである。その実現のためには、単に「参加」の機会をふやせばよいのではなく、「参加」の具体像としての「活動」を向上させることが重要である。

そこで「参加」レベルについて、対象者が日頃から利用者に聞いている内容について質問した（重複回答可）。その結果は表4の通りであった。

以下重複回答が多いので項目別にみるが、介護支援専門員では「趣味」については第1・2回とも、また現在・過去とも8割前後であった。しかし、「外出先」は、第1回調査は現在が81.5%、過去が45.1%と過去については半数以下であり、第2回調査では74.8%、56.6%と同様に過去の聴取は少なかった。「コミュニティの中での活動」は第1回調査は現在52.5%、過去44.1%、第2回調査は65.2%、57.9%、「家の中での役割」は第1回調査でのみ調べたが75.0%、56.5%であった。

介護支援専門員以外でも傾向はほぼ同じであったが、頻度は介護支援専門員より2～3割少ない項目が多かった。

他項目にくらべて過去の「外出先」の聴取が少なかったことは大きな問題であると考えられる。なぜならば、外出先は、その目的（例：

趣味、地域活動、交友関係等）を知ることで様々な「参加」の状態を知ることができるためにも重要な項目であり、特に過去の、現在より元気だった時の状態を知ることがその人のライフスタイル・好み・価値観等の「個人因子」を知る上で大きな意味があるからである。

利用者も家族も「現在の状態では、目的や、目的地に行けるはずがない、できるはずがない」と思い込んで、希望として表出しないことが多いため、積極的に聞きだすことが必要でそれによって本人の真の希望や課題が明らかになる。

「参加」の低下は生活不活発病の発生の一つの重要な契機である。参加の向上によって自然と生活が活発化することが介護予防ケアマネジメントの理想的な姿である。しかしこの調査からもわかるようにそのような観点からの「参加」レベルについての関与は不十分であり、今後より積極的な関与が望まれる。

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の認識を調査したが、名称・概念に関する設問の前に、具体的な項目（安静の影響、年をとることによる足腰が弱ることをどう思うか）を通して具体的な認識を確かめた。

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）の設問に対しての回答は表5に示す通りである。以下項目別にみると、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」が第1・2回調査ともに約9割であった。しかし、「病気を早く治す基本」とも答える人が2割前後あり、安

静は必要最低限と答えていても、一方では安静は病気を治す基本とも答えている人が少なからずみられた。なお「特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要」（誤答）が3%あったが、「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」、「高血圧、糖尿病などの慢性疾患でも安静が必要」（共に誤答）はともに約1%に過ぎなかった。

介護支援専門員以外では「原則として安静は必要最低限にするべき」は1・2回とも75%と介護支援専門員より少なく、「病気を早く治す基本」が25～28%と多かった。他の誤解は同程度がやや多かった。

以上から安静はそれ自体望ましいものではなく「必要最低限にすべき」という認識はかなり（介護支援専門員の9割、介護支援専門員以外の7.5割）もたれているが、種々の誤

解も残っており定着するには到っていないということができよう。

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に示す通りであった。

項目別にみると、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ができる」が第1回81.9%、第2回79.8%であった。

「利用者自身で防げることもある」が62.7%、48.5%であったが、一方誤答である「仕方のないこと」が20.9%、25.0%、「肺炎や手術の後には仕方がない」が2.7%、18.3%であった。

早い時期に行った第1回調査のほうが第2回調査よりもむしろ正しい認識が多かった。

表4. 「参加」レベルの調査項目

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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
現在の趣味	1名 0.1%	579名 81.8%	1名 0.6%	124名 78.0%	9名 1.2%	641名 83.6%	1名 0.8%	74名 57.8%
過去の趣味	2 0.3%	544 76.8%	0 0.0%	124 78.0%	16 2.1%	646 84.2%	3 2.3%	69 53.9%
現在の外出先	7 1.0%	577 81.5%	0 0.0%	102 64.2%	11 1.4%	574 74.8%	2 1.6%	75 58.6%
過去の外出先	1 0.1%	319 45.1%	1 0.6%	64 40.3%	2 0.3%	434 56.6%	0 0.0%	43 33.6%
現在のコミュニティの中での役割	0 0.0%	372 52.5%	0 0.0%	69 43.4%	4 0.5%	500 65.2%	3 2.3%	58 45.3%
過去のコミュニティの中での役割	0 0.0%	312 44.1%	0 0.0%	55 34.6%	0 0.0%	444 57.9%	0 0.0%	40 31.3%
現在の家の中での役割	4 0.6%	531 75.0%	0 0.0%	95 59.7%				
過去の家の中での役割	1 0.1%	400 56.5%	0 0.0%	64 40.3%				
重複回答	663 93.6%		141 88.7%		694 90.5%		84 65.6%	
回答なし	29 4.1%		16 10.1%		31 4.0%		35 27.3%	
計	708 100%	3634 513.3%	159 100%	697 438.4%	767 100%	3239 422.3%	128 100%	359 280.5%

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ある程度は浸透してきていることを示すものと考えられる。しかし「利用者自身で防げることがある」ことを前提として、生活不活発病予防・改善のプログラムづくりとその実践を本人の積極的関与を促しながら行うことを、介護予防ケアマネジメントとして徹底する必要があると考えられる。

また古い、あるいは誤った認識（「仕方ないこと」「肺炎や手術の後は仕方ない」）も混在している。しかし、例えば肺炎や手術後の生活機能低下は介護予防の「水際作戦」の重

要な対象であると認識する必要がある。また（年をとると足腰が弱くなることを）「仕方ない」と考えず、原因が生活不活発病ではないか、そして予防・改善ができないかと考えることが、今後予防ケアマネジメントの基本であり、これらについての啓発も必要であることが明らかとなった。

3) 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7に示す通りである。第1回と第2回の選択肢が大きく異なるため各選択肢の回答者数の比較は困難だが、第1回調査では介護支援専門員では「知らない」が0.1%、「名前を知っていた」19.2%、「よくわかっている」が79.5%であった。

表5. 病気のときの「安静」についてどのように思われるか？

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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
原則として安静は必要最低限にするべき	538名 76.0%	646名 91.2%	87名 54.7%	120名 75.5%	566名 73.8%	692名 90.2%	79名 61.7%	96名 75.0%
病気を早く治す基本	27 3.8%	129 18.2%	14 8.8%	45 28.3%	43 5.6%	172 22.4%	15 11.7%	32 25.0%
病気が完全に治るまでは、安静第一が原則	5 0.7%	22 3.1%	7 4.4%	12 7.5%				
高血圧、糖尿病などの慢性疾患でも安静が必要	2 0.3%	4 0.6%	1 0.6%	1 0.6%	0 0.0%	9 1.2%	1 0.8%	1 0.8%
特に高齢者は、病気が完全に治るまでは安静が必要	1 0.1%	4 0.6%	1 0.6%	4 2.5%	2 0.3%	11 1.4%	2 1.6%	2 1.6%
手術後の半年間くらいは、なるべく安静をとる必要あり	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	3 1.9%	1 0.1%	3 0.4%	1 0.8%	1 0.8%
重複回答	116 16.4%		37 23.3%		136 17.7%		17 13.3%	
回答なし	19 2.7%		12 7.5%		19 2.5%		13 10.2%	
計	708 100%	806 113.8%	159 100%	185 116.4%	767 100%	887 115.6%	128 100%	132 103.1%

第2回調査では「知らない」「ほとんど知らない」ともに0%で、「どちらともいえない」(3.0%)、「ある程度は知っている」が487名(63.5%)、「よくわかっている」が253名(33.0%)であった。

介護支援専門員以外では、第1回では「知らない」は2.5%、「名前は知っていた」は32.7%、「よくわかっている」が58.5%で、介護支援専門員より認知度は低かった。

第2回では「知らない」は0%、「ほとんど知らない」0.8%、「どちらともいえない」3.1%で「ある程度は知っている」66.4%、「よくわかっている」24.2%で、介護支援専門員より「よくわかっている」がやや少なかった。

『生活不活発病』をご存知ですか?との設問への回答は表8に示す通りであった。

「廃用症候群」についての認識と比較すると、介護支援専門員でも、それ以外でも認知度は全般的に低かった。

以上からみると、「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。

この点は新しい用語としてやむを得ないともいえよう。しかし、生活不活発病の名称を用いるようになったのは、廃用症候群を利用者本人に不快感をもたれず、またその本態をよく理解してもらうためであること、また「介護予防サービス支援計画書」の総合的方針の欄に「生活不活発病の改善・予防のポイント」の欄があり、本人に説明をし一緒にケアプランをたてているはずであることを考えると、やはり理解が不十分といわざるをえない。これは介護予防ケアマネジメントとしても、生活不活発病への対応がまだ不十分なことを示すものとしてとらえてよいであろう。

4) 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

表6. 「年をとると足腰が弱くなること」をどう思いますか? :

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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
仕方がないこと	20名 2.8%	148名 20.9%	4名 2.5%	28名 17.6%	34名 4.4%	192名 25.0%	5名 3.9%	26名 20.3%
活発な生活を送ることで防げることもある	185 26.1%	580 81.9%	51 32.1%	117 73.6%	224 29.2%	612 79.8%	40 31.3%	93 72.7%
利用者自身で防げることもある	77 10.9%	444 62.7%	16 10.1%	81 50.9%	69 9.0%	372 48.5%	11 8.6%	57 44.5%
肺炎や手術の後は仕方がない	0 0.0%	19 2.7%	0 0.0%	2 1.3%	10 1.3%	140 18.3%	1 0.8%	12 9.4%
重複回答	422 59.6%		75 47.2%		413 53.8%		61 47.7%	
回答なし	4 0.6%		13 8.2%		17 2.2%		10 7.8%	
計	708 100%	1191 168.2%	159 100%	228 143.4%	767 100%	1316 171.6%	128 100%	188 146.9%

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）」と質問した。その回答は表 9 に示す通りであった。なお第 2 回調査では調

査項目を減らしている。

ほとんどが重複回答であるため以下項目別に見るが、介護支援専門員では、第 1 回調査では「関節拘縮」が 90.7%、「筋持久力低下」

表 7. 「廃用症候群」についての認識

	第 1 回調査		第 2 回調査	
	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	1 名 0.1%	4 名 2.5%	0 名 0.0%	0 名 0.0%
名前は知っていた	136 19.2%	52 32.7%		
よくわかっている	563 79.5%	93 58.5%	253 33.0%	31 24.2%
ある程度は知っている			487 63.5%	85 66.4%
どちらともいえない			23 3.0%	4 3.1%
ほとんど知らない			0 0.0%	1 0.8%
回答なし	8 1.1%	10 6.3%	4 0.5%	7 5.5%
計	708 100%	159 100%	767 100%	128 100%

表 8. 「生活不活発病」についての認識

	第 1 回調査		第 2 回調査	
	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	50 名 7.1%	31 名 19.5%	15 名 2.0%	7 名 5.5%
名前は知っていた	231 32.6%	59 37.1%		
よくわかっている	413 58.3%	57 35.8%	107 14.0%	11 8.6%
ある程度は知っている			445 58.0%	61 47.7%
どちらともいえない			128 16.7%	25 19.5%
ほとんど知らない			58 7.6%	12 9.4%
回答なし	14 2.0%	12 7.5%	14 1.8%	12 9.4%
計	708 100%	159 100%	767 100%	128 100%

が82.5%、「筋瞬発力低下」が71.2%であったが、第2回調査では筋瞬発力低下が98.4%と、1.6%（内0.8%は回答なし）以外は該当すると答えている。

この他「褥創（床ずれ）」が第1回調査で86.4%、「便秘」が第1回82.2%（第2回83.7%）、「骨萎縮」が80.4%、と8割以上であるが、その他は徐々に下り、「起立性低血圧」が75.6%、「認知症様症状」が73.6%（第2回86.3%）、「うつ傾向」が67.5%（第2回74.2%）、「呼吸機能の低下」が61.0%（第2回65.6%）、「骨折しやすさ（骨粗鬆症）」が53.8%（第2回49.4%）、以降は半分を割って、「知的低下」が49.9%、「骨萎縮」が44.8%、「1回心拍出量低下（心機能の低下）」が36.3%、76.1%「尿失禁」が29.7%、「静脈血栓症」が27.5%（第2回35.2%）となる。このように、多彩な症状を示すものである生活不活発病の姿が十分に認識されているとはいえない結果であった。一方生活不活発病には属さない「糖尿病」が7.9%、「胃潰瘍」が6.1%、「高血圧」が5.8%、を選択している人も少数ながらみられた。

介護支援専門員以外においても全般的な傾向は同じで、介護支援専門員にくらべると1～2割少ない項目が多かった。

以上の結果は、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一部の局所的症候については比較的よく知られているが、全身のあらゆる心身機能が低下することについての認識は乏しいといわざるをえない。このような知識の不十分さは、介護予防が生活不活発病全体への対応でなく、一部の症候へのメニュー中心になりがちなこ

との背景となりうることを示しているといえよう。

5) 生活不活発病についての一般的知識

生活不活発病（廃用症候群）の全般的な特徴についての知識を問うために、第1回調査時のみ「生活不活発病（廃用症候群）について正しいと思うこと」（重複回答可）の設問を行った。その回答は表10に示す通りであった。

項目別にみると、介護支援専門員では、「寝たきりの原因になりえる」が91.7%と高かったが「安静をとらなくても生活が不活発なだけでも起きる」が78.5%、「風邪の後の安静程度でも生じる」が76.4%とやや少なくなり、特に「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」が36.2%と少なく、廃用症候群の全般的特徴についての認識は十分とはいえない。

6) 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（単一回答）への回答は表11に示す通りであった。

介護支援専門員では第1・2回ともに「知らない」が3割強、「あることは知っていた」が約5割、「よくわかっているつもり」が1.2割、1.6割であった。

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、今後の課題としてとらえる必要がある。

7) 生活不活発病発生契機の類型

生活不活発病発生の契機を生活機能モデルにそって分析することは、生活不活発病の原因診断と具体的対策立案のために効果的であ

表9. 安静のとりにすぎによって起きるものは？

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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
関節拘縮	0名 0.0%	642名 90.7%	0名 0.0%	130名 81.8%	0名 0.0%	660名 86.0%	0名 0.0%	97名 75.8%
褥創（床ずれ）	1 0.1%	612 86.4%	1 0.6%	130 81.8%				
筋持久力低下	1 0.1%	584 82.5%	0 0.0%	117 73.6%				
便秘	0 0.0%	582 82.2%	0 0.0%	109 68.6%	0 0.0%	642 83.7%	0 0.0%	88 68.8%
筋萎縮	0 0.0%	569 80.4%	0 0.0%	98 61.6%				
起立性低血圧	0 0.0%	535 75.6%	0 0.0%	94 59.1%				
認知症様症状	0 0.0%	521 73.6%	0 0.0%	102 64.2%	0 0.0%	662 86.3%	0 0.0%	95 74.2%
筋瞬発力低下	0 0.0%	504 71.2%	1 0.6%	94 59.1%	12 1.6%	755 98.4%	6 4.7%	117 91.4%
うつの傾向	0 0.0%	478 67.5%	0 0.0%	88 55.3%	1 0.1%	569 74.2%	0 0.0%	82 64.1%
呼吸機能低下	0 0.0%	432 61.0%	0 0.0%	63 39.6%	0 0.0%	503 65.6%	0 0.0%	66 51.6%
骨折しやすさ	0 0.0%	381 53.8%	0 0.0%	73 45.9%				
知的低下	0 0.0%	353 49.9%	0 0.0%	51 32.1%				
骨萎縮	0 0.0%	317 44.8%	0 0.0%	53 33.3%				
骨粗鬆症					0 0.0%	379 49.4%	0 0.0%	54 42.2%
1回心拍出量低下	0 0.0%	257 36.3%	0 0.0%	35 22.0%	0 0.0%	584 76.1%	0 0.0%	80 62.5%
尿失禁	0 0.0%	210 29.7%	0 0.0%	44 27.7%				
静脈血栓症	0 0.0%	195 27.5%	0 0.0%	33 20.8%	0 0.0%	270 35.2%	0 0.0%	41 32.0%
糖尿病	0 0.0%	56 7.9%	0 0.0%	11 6.9%				
胃潰瘍	0 0.0%	43 6.1%	0 0.0%	6 3.8%				
高血圧	0 0.0%	41 5.8%	0 0.0%	6 3.8%				
特になし	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%				
その他	0 0.0%	15 2.1%	0 0.0%	3 1.9%	2 0.3%	74 9.6%	0 0.0%	11 8.6%
重複回答	700 98.9%		148 93.1%		746 97.3%		113 88.3%	
回答なし	5 0.7%		9 5.7%		6 0.8%		9 7.0%	
計	708 100%	7328 1035.0%	159 100%	1340 842.8%	767 100%	5098 664.7%	128 100%	731 571.1%

表 10. 生活不活発病（廃用症候群）についての一般的知識

	第 1 回調査			
	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
寝たきりの原因になりえる	25 名 3.5%	649 名 91.7%	16 名 10.1%	119 名 74.8%
安静をとらなくても生活が不活発なだけでも起きる	8 1.1%	556 78.5%	1 0.6%	88 55.3%
風邪の後の安静程度でも生じる	6 0.8%	541 76.4%	3 1.9%	90 56.6%
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	0 0.0%	256 36.2%	1 0.6%	51 32.1%
必ず何らかの病気と一緒に起こる	1 0.1%	50 7.1%	1 0.6%	10 6.3%
脳卒中のような運動機能で低下した時にだけ生じる	1 0.1%	7 1.0%	0 0.0%	1 0.6%
廃用症候群のことは知らない	0 0.0%	0 0.0%	3 1.9%	3 1.9%
重複回答	658 92.9%		118 74.2%	
回答なし	5 0.7%		12 7.5%	
計	708 100%	2368 334.5%	159 100%	421 264.8%

表 11. 生活機能低下の 2 類型についての認識

	第 1 回調査		第 2 回調査	
	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	225 名 31.8%	54 名 34.0%	239 名 31.2%	36 名 28.1%
あることは知っている	367 51.8%	82 51.6%	376 49.0%	52 40.6%
よくわかっている	87 12.3%	8 5.0%	121 15.8%	12 9.4%
回答なし	29 4.1%	15 9.4%	31 4.0%	28 21.9%
計	708 100%	159 100%	767 100%	128 100%

る。また介護保険改正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にもこれと関係する項目が含まれるようになったことから、十分に理解しておく必要がある。

この点についての「生活機能でみた場合の生活不活発病（廃用症候群）の原因について」の設問への回答（重複回答可）は表12に示す通りであった。

介護支援専門員では、回答者別にみると、重複回答が最も多く、1回目は91.8%であったが、2回目では82.4%とむしろ低い値であった。また「活動の量の低下」、「活動の質の低下」、「参加の低下」、「環境因子の変化」、「心身機能の低下」の5項目すべてが発生要因であるが、重複回答の項目数の平均は第1回は4.0項目、2回目は3.8項目であり、全5項目をあげた者は7～8割程度であった。

項目別にみると、第1回目は「心身機能の

低下」が79.2%と最も多く、その他は「活動（生活行為）の「質（やり方）」の低下」が64.0%と低かったほかは7.5割以上であった。

第2回目も同様に「活動」の質的低下が56.6%と低かった以外は63.0～70.0%であった。

介護支援専門員以外では、全体的に低く、第1回では全項目で5割前後、第2回では4～5割であった。

正しくはこれら5項目のすべて（但し環境因子は直接にはなく「活動」「参加」への影響を通じて影響する）が正答であるが、それがこのように介護支援専門員で6～7割、それ以外では4～5割にとどまっているのは、生活不活発病の発生原因の診断、そして生活不活発病の予防・改善にむけてのケアプランをたてる上での不十分さを示すものであるといえよう。

表12. 生活不活発病の発生契機の類型についての認識

	第1回調査				第2回調査			
	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	
	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	24名 3.4%		21名 13.2%		41名 5.3%		12名 9.4%	
活動の「量」の低下	4 0.6%	551 77.8%	4 2.5%	86 54.1%	19 2.5%	537 70.0%	8 6.3%	68 53.1%
心身機能の低下	10 1.4%	561 79.2%	3 1.9%	92 57.9%	29 3.8%	534 69.6%	1 0.8%	55 43.0%
活動の「質」の低下	1 0.1%	453 64.0%	2 1.3%	76 47.8%	13 1.7%	434 56.6%	4 3.1%	49 38.3%
参加の低下	2 0.3%	533 75.3%	0 0.0%	87 54.7%	3 0.4%	496 64.7%	4 3.1%	52 40.6%
環境因子の変化	3 0.4%	548 77.4%	3 1.9%	83 52.2%	7 0.9%	485 63.2%	0 0.0%	55 43.0%
重複回答	650 91.8%		114 71.7%		632 82.4%		77 60.2%	
回答なし	14 2.0%		12 7.5%		23 3.0%		22 17.2%	
計	708 100%	2670 377.1%	159 100%	445 279.9%	767 100%	2527 329.5%	128 100%	291 227.3%

3. 生活不活発病改善に向けてのケアプランについて

1) 生活不活発病についての利用者への説明

生活不活発病を防ぐためには生活の活発化が必要であるが、それは本人の積極的関与なしには達成しえない。またケアマネジメントにおいては、本人の自己決定権の尊重の面からも、生活不活発病について本人・家族に説明することが不可欠である。そこで「生活不活発病の状態であることを、これまで利用者に説明していましたか？」の設問を行った。回答は表 14 に示す通りであった。第 1 回調査時の選択肢に、第 2 回では新たに「ほとんどしている」を追加した。

介護支援専門員では第 1 回では「必ずしていた」が 15.4%、「時々していた」が 53.0%と両者を合わせて7割弱であった。「ほとんどしていなかった」が16.5%、「全くしていなかった」が 6.5%と計 2 割強であった。介護保険

法改正 1 年後である 2 回目では「必ずしていた」と「ほとんどしていた」を加えても約 3 割であり、一方「ほとんどしていない」「全くしていない」を合わせて 2 割弱と生活不活発病に関する説明は不徹底であった。

介護支援専門員以外では、程度を問わず「していた」と答えたものは介護支援専門員の半分前後であり、更に不十分であった

このように本人・家族への説明が十分なされていないのは、介護予防ケアマネジメントにおける本質的な課題といえよう。

2) 診断・評価

第 2 回調査時にのみ、「生活不活発病があるかどうかをみていましたか？」（診断・評価）と「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？」（ケアプラン作成）を、予防給付対象者の場合と要介護認定者のそれぞれの場合について質問した。その結果は表 15 に示す通りであった。

表 14. 生活不活発病の状態であることについての利用者への説明

	第 1 回調査		第 2 回調査			
			予防給付対象者		要介護認定者	
	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
必ずしていた	109 名 15.4%	14 名 8.8%	83 名 10.8%	6 名 4.7%	66 名 8.6%	2 名 1.6%
ほとんどしている			162 21.1%	17 13.3%	145 18.9%	11 8.6%
時々していた	375 53.0%	62 39.0%	194 25.3%	19 14.8%	233 30.4%	17 13.3%
ほとんどしていなかった	117 16.5%	34 21.4%	107 14.0%	7 5.5%	119 15.5%	11 8.6%
全くしていなかった	46 6.5%	19 11.9%	29 3.8%	5 3.9%	30 3.9%	5 3.9%
回答なし	61 8.6%	30 18.9%	192 25.0%	74 57.8%	174 22.7%	82 64.1%
計	708 100%	159 100%	767 100%	128 100%	767 100%	128 100%

まず診断・評価についてみると、介護支援専門員では、廃用症候群の診断を予防給付対象者については「必ずしている」が24.0%、「ほとんどしている」が29.1%と2つを合計しても5割強に過ぎなかった。また「時々している」が15.9%であり、3者の合計は約7割であった。要介護認定者については21.0%、31.3%、19.2%と、予防給付対象者で若干「必ずしている」が多かったが、ほぼ同程度であった。またこれら3者を加えたものは約7割であり、「ほとんどしていない」「全くしていない」が1割弱であった（不明2.5割）。

介護支援専門員以外では、予防給付対象者について、上記3者の合計は3.6割、要介護認定者については3割弱にすぎなかった。

3) ケアプラン作成

次に生活不活発病予防・改善に向けてのケ

アプランを立てているについては、介護支援専門員では「必ずしている」が予防給付対象者については17.6%、「ほとんどしている」が32.6%、「時々している」が15.8%であり、3者合計6.6割であった。要介護認定者については14.0%、32.5%、22.3%、3者合計7割弱であった。予防給付対象者で若干「必ずしている」が多かったが全体的にはほぼ同程度であった。

介護支援専門員以外では、予防給付対象者については3者の合計は3割、要介護認定者については2割強と著しく少なかった。

このように介護予防が開始して1年経過しても、生活不活発病予防・改善への具体的対応は極めて不十分であったといわざるをえない。

表 15. 生活不活発病予防改善への取り組み

－診断・評価とケアプラン作成時(第2回調査)

	診断・評価				ケアプラン作成			
	予防給付対象者		要介護認定者		予防給付対象者		要介護認定者	
	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	介護支援専門員	介護支援専門員以外
どのような人が廃用症候群かよくわからない	4名 0.5%	2名 1.6%	5名 0.7%	1名 0.8%				
必ずしている	184 24.0%	19 14.8%	161 21.0%	13 10.2%	135名 17.6%	15名 11.7%	107名 14.0%	7名 5.5%
ほとんどしている	223 29.1%	19 14.8%	240 31.3%	16 12.5%	250 32.6%	10 7.8%	249 32.5%	9 7.0%
時々している	122 15.9%	8 6.3%	147 19.2%	8 6.3%	121 15.8%	14 10.9%	171 22.3%	11 8.6%
ほとんどしていない	43 5.6%	5 3.9%	49 6.4%	8 6.3%	42 5.5%	4 3.1%	48 6.3%	7 5.5%
全くしていない	5 0.7%	2 1.6%	4 0.5%	2 1.6%	8 1.0%	1 0.8%	10 1.3%	1 0.8%
回答なし	186 24.3%	73 57.0%	161 21.0%	80 62.5%	211 27.5%	84 65.6%	182 23.7%	93 72.7%
計	767 100%	128 100%	767 100%	128 100%	767 100%	128 100%	767 100%	128 100%

4) ケアプラン立案の容易さ

第2回調査では、「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た。

その結果を表16に示す。

介護支援専門員では「とても容易」が0.8%、「容易」が7.8%、「どちらともいえない」が44.3%、「難しい」が33.0%、「とても難しい」が3.7%、「どのような人が生活不活発病なのかよくわからない」が1.7%であった。

この結果は、「どちらともいえない」が4割、また「難しい」「とても難しい」「よくわからない」3者を加えたものが4割弱であり、「とても容易」と「容易」を加えたものは1割弱にとどまった。

介護支援専門員以外の成績は更に低く、「難しい」等の3者の合計が2.5割、「どちらともいえない」が2割強、「容易」等の2者の合計は1.6%のみであった。これは現実の場

での対応は制度発足後1年経過した時点においても相当に困難であることを極めてよく示しているように思われる。

4. 介護予防の具体的手段

介護予防の具体的方法として移動とリハビリテーションにつ

いて認識を調べた。

1) 「移動」—生活の活発化のポイント

廃用症候群予防、改善の要である生活の活発化のためには、移動能力の向上は、もっとも重要なポイントである。移動はそれのみが単独で存在するものではなく、ほとんどの「活動」がその目的行為を行うための移動をとまなうものである。そこで移動は常に単に「歩いていますか?」ときくべきものではなく、様々な状況(屋外、自宅内、他人宅訪問時など)や目的行為別に把握することが必要である。

問16. 生活不活発病改善に向けてのケアプラン

	介護支援 専門員	介護支援 専門員以 外
どのような人が生活不活発病なのかよくわからない	13名 1.7%	2名 1.6%
とても容易	6 0.8%	0 0.0%
容易	60 7.8%	2 1.6%
どちらともいえない	340 44.3%	28 21.9%
難しい	253 33.0%	26 20.3%
とても難しい	28 3.7%	5 3.9%
回答なし	67 8.7%	65 50.8%
計	767 100%	128 100%