

1) 予後予測にもとづくプログラム

リハビリテーションは、目の前の不自由さにだけ対応するのではなく、また「やってみなければわからない」ものでもない。将来における、QOL が高く寝たきり化に陥らない生活の具体的状況を明確にし、その具体像についての目標設定を各 ADL 毎に手順・方法まで含めて行い、それに向かってプログラムをすすめていくものである。

この個々の ADL についての目標設定において車椅子を用いるか否かの選択は重要である。その時点で歩行が不可能であれば、とりあえず（指導が簡単で介護が楽な）車椅子を用いるとする方法は患者・障害者の将来の生活を考えていない点で誤りである。

将来は歩行と立位姿勢での ADL 実施が自立すると予後予測される場合には、車椅子駆動や（車）椅子座位での ADL 自立の段階を経ることなく、している ADL においても車椅子自立段階を経ずに介護歩行および立位姿勢での ADL 実施の介護を経て直接自立させることの方がより効果的であることが、研究 1・2 で立証されたといつてよいであろう。

（参照：Ⅱ - 6 - 3）. する ADL にむけた目標指向的 ADL 訓練）

2) 実用歩行能力の重視

実生活での歩行能力である実用歩行については、歩行と ADL の目的行為とは一連のものであるという視点が最大のポイントである。目的のない移動は少なく、移動した先で何らかの目的行為をするか、目的行為の一部に移動が組み込まれているのが普通である。したがって実用歩行の評価や訓練は、歩行と ADL の一連のものとしておこなうことが不可欠である。

研究 3 の表 A に示したように、たとえば歩行についてみると心身機能レベルである基本動作としての理学療法室での歩行と、活動レベルであるトイレまでの歩行におけるできる ADL（訓練・評価時能力）としている ADL とはそれぞれの独立度・自立度は大きく異なっている。

そして実用歩行能力である、している ADL は研究 3 でも明らかなように、基本動作訓練によってではなく、活動レベルである できる ADL としている ADL への直接的な働きかけによって短期間で飛躍的に向上する。

このように実用歩行能力を向上させるには、実用性を離れた単なる動作のパターンとしての歩行である基本動作訓練を主体とするのではなく、明確に心身機能とできる ADL・している ADL の 3 者を区別して評価した上で、対応としては、している ADL 向上を目的として直接的に活動レベルに働きかける実用歩行訓練が効果的なのである。

表2 「車椅子偏重」脱却プログラムのポイント

1. 基本的な考え方：

1) 予後予測にもとづくプログラム作製

全ての障害レベルについての予測をするが、特に（各 ADL 毎に）

- ・ 実用歩行自立（可能）かどうかの予測
- ・ 立位姿勢での ADL 自立可能かどうかの予測

2) 実用歩行能力の重視

- ・ 基本動作・できる ADL ・している ADL を明確に区別する（している ADL を最重視）
- ・ 歩行と目的行為（ADL）とを一連のものとして位置づける
- ・ 実生活の中での歩行能力向上（PT 室での基本動作としての歩行の偏重でなく）

3) 歩行補助具・装具の積極的活用

- ・ 重装備で歩行・ADL の実用性を向上・拡大し、その上での軽装備化
- ・ している ADL での能力向上を前提とした選択：基本動作（PT 室歩行）能力向上ではない
- ・ 実生活での使用方法の指導の徹底・歩行だけでなく立位姿勢での ADL 実施も目的とした選択
- ・ 最後の手段としてではなく、早期から使用開始（それにより歩行・立位 ADL 自立を早期に達成し、その後将来的には不要化・軽減化しうる）
- ・ 多種類の中から選択：歩行補助具は T 字杖だけでなく、ウォーカーケイン、四脚杖など、安定したものを活用
- ・ 安全な自立にむけた介護のための物的介護手段としての活用
- ・ ADL 毎・状況毎の使い分けが重要
- ・ 歩行補助具・装具を訓練用備品として整備（早期使用には備品の貸し出しが必要）

4) 介護歩行・介護での立位姿勢での ADL 実施の重視

5) している ADL としての歩行自立までの病棟での集中的対応（頻回訓練・頻回介護）

2. 具体的技術

1) 立位姿勢での ADL 実施の重視：

- ・ 立位姿勢での ADL がおこないやすい位置への歩行訓練・指導・介護の徹底
例：トイレへの歩行はトイレまでとその中での排泄のやり易い位置への小移動・方向転換を含む、整容行為のための洗面所への歩行も同様

2) 理学療法士・作業療法士が実生活の場所で・時間帯で、できる ADL としての歩行・立位姿勢での ADL 訓練を頻回に実施

- ・ それには理学療法士・作業療法士の早出・遅出の態勢が効果的

3) 看護・介護職によるしている ADL としての介護歩行と立位姿勢での ADL 実施介護の実施

- ・ 自立に向けた介護の技術の向上
- ・ 実生活の中での頻回実施

4) 車椅子用設備偏重の打破

- ・ 重装備の歩行補助具・装具でも歩行・立位姿勢での ADL 実施が可能な環境の整備

5) 実用歩行自立に向けた作業療法士の積極的関与

- ・ 立位姿勢での ADL 実施
- ・ 装具の着脱訓練

〈註〉 ADL：身辺 ADL だけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

3) 実用歩行自立にむけた作業療法士の積極的関与

これまで歩行とは理学療法士の専門分野であり、作業療法士の関与は極めて乏しいものと思われがちのようであった。しかし基本動作としての歩行ではなく、実用歩行能力向上を目的とした場合には作業療法士の積極的関与は不可欠である。これは作業療法士による歩行訓練ということではなく、特に次の2点がポイントとなる。

まず実用歩行はADLの目的行為と一連のものであり、実用歩行能力向上には目的行為の能力（特に立位姿勢での実施能力）向上が不可欠である。そのため作業療法士が立位姿勢でのADL訓練を理学療法士と協力しつつ行う。

第2に装具の装着が自立していなければ、実生活では装着の度に介護してもらわなければ歩行はできない。そのため歩行の早期自立に向けて装具着脱訓練が必要である。装具は靴や靴下と同様更衣動作訓練の一環としても位置づけられ、作業療法士の積極的関与が必要である。

これらこの2点に関係することであるが、歩行補助具・装具は、歩行のみでなくADL能力向上も目的として活用するものである。それに装具の着脱行為の見地からも加え、歩行補助具・装具の具体的処方内容に作業療法士が積極的に関与することが望まれる。

4) しているADLとしての歩行自立までの集中的対応：必要な時期に集中的なアプローチを

車椅子自立段階スキップのプログラムは、研究1・2で示すように最終効果は非常に良い。しかし歩行や立位姿勢でのADL実施を、しているADLとして自立させるまでは、理学療法士・作業療法士・看護職・介護職ともに、車椅子自立への対応や車椅子自立生活中に比べて高度な技術と人手（高密度の関与）が必要である。

また理学療法士・作業療法士によって、排泄や整容などの病棟ADL訓練を実際の時間帯にも頻回に行うことの効果は高く、そのためには早出・遅出などの勤務態勢の再編も必要となる。

現実的には、このようなプログラムの実施は困難と考えられるかもしれないが、このような高密度の訓練と介護が必要な期間は、研究1・3でも示すように病棟トイレへの歩行の自立までは約2～3週間で済むなど、短期的なものである。そして自立してしまうと、その後の病棟での介護量は格段に軽減させることができる。即ち一時期に人手を要しても、病棟全体の介護量としては十分バランスがとれるのである。

しているADLとしてのトイレや洗面所までの歩行自立は、それによって自然の生活の中で頻回にトイレや洗面所までの歩行をすることになり、これは廃用症候群の悪循環からの脱却の大きな分岐点といえる。その自立までの期間はリハビリテーション・プログラムとして

最も重要な時期ともいうことができ、集中的に対応する価値は十分にある。

従来のリハビリテーションの実施状況をみると、全員に共通の時間配分で行うものと考えられている場合が多い。しかしこれはいわば悪平等であり、より良い効果を生むためには、集中的な対応が必要な時期にはそうすべきである。これは患者一人ひとりにとっては、全体としての訓練時間や入院期間の短縮、そして QOL 向上につながり、更に費用対効果の面でも有意義である。

9. 歩行補助具・装具の活用

歩行補助具・装具は最後の手段として用いるものであるとか、それに頼っているとよくなるとか考えられがちであるが、それは大きな誤りである。むしろ早期から十分に活用することによって、早期に歩行と立位姿勢での ADL 実施を自立させ、QOL 全体の向上に大きく役立つと共に、廃用症候群の悪循環からの脱却・良循環への転換に大きく貢献するものである。しかも活動レベルへの代償的手段としてだけでなく、歩行・ADL 能力自体も向上させる効果があり、将来的には歩行・ADL の能力を保ったまま軽減していくことも可能なものである。

たとえば重度の片麻痺患者の車椅子自立段階スキップに不可欠ともいえるウォーカーケインや LLB (Long Leg Brace : 長下肢装具) などの重装備の歩行補助具や装具は、実生活では使えないものとする考えが従来あったが、これは大きな誤りである。また「LLB は重い」とか「ウォーカーケインは大きくて扱いにくい」等の声もあるが、実際上は大きな問題ではない。用い方とむしろそれによって安定して安全な自立歩行や介護歩行ができることのメリットの方がはるかに大きく、患者自身はその喜びを表明するのが普通である。

もちろんこれら重装備の歩行補助具や装具を使いこなすには、これまで述べてきたような ADL 訓練および介護における十分な専門的技術とその徹底、およびそれにもとづく適切な歩行補助具・装具の選択が不可欠で、それによって病棟の実生活においてもまた退院後の実生活においても十分に使いこなせるようになる。それが実現可能なことは研究 1～4 およびそれ以外の我々の研究からも明らかである。

この歩行補助具・装具の実生活での活用も寝たきり化予防の大きなポイントと考えられる。

以下に歩行補助具・装具の活用について基本的考え方を示す。

1) している ADL としての能力向上を最重視した選択

歩行補助具・装具の選択は理学療法室の歩行状態（特に基本動作）で選択するのではなく、している ADL として実用歩行・ADL を質的・量的に向上させることを最重視して選択する。

そのためには安全に介護歩行や立位姿勢での ADL 実施介護が可能となることも、選択の際の重要な視点である。

(参照；Ⅲ - 9 - 6). 自立に向けた介護を可能とする物的介護手段としての活用)

2) ADL における重要性：特に立位姿勢での ADL 実施も重視

歩行補助具・装具を歩行の手段としてのみではなく、ADL において用いることも重要視する。

特にどこでもおこなえる ADL への普遍化の要となる立位姿勢での ADL 実施の確立をはかるという視点から、歩行補助具・装具を早期から積極的に用いる。

また装具は座位姿勢の安定化にも役立ち、座位姿勢での ADL 能力向上にも効果的である。

3) 歩行補助具・装具は早期から使用

実用歩行や ADL が自立するためには歩行補助具や装具は非常に有効な手段であり、早期から十分に活用する。自立のためだけでなく、している ADL として安全に介護ができるためにも早期から活用する。

歩容が不安定・不良になるような行為（歩行や ADL）を禁止するのでは、廃用症候群の悪循環は進行していく。そうではなく、装具の使用による下肢の支持性・安定性確保と歩行補助具の活用によって、安定した歩行や立位姿勢での ADL 実施の訓練や実生活での介護を早期に可能とし、それによって早期自立を実現する。

そしてその後積極的に歩行や ADL のレパトリーの範囲を拡大していき、その上で歩行補助具や装具を軽装備のものにしていく。早期に使用することで、むしろ最終的には使用しなくてすむようになる場合もある。

以上述べたように歩行補助具や装具は心身機能レベルでの改善がプラトーに達した後に初めて適用するのではない。治療的手段としても早期から積極的に利用する。心身機能レベルにおいてもたとえば装具を使用して体重負荷による陽性支持反応および足関節底屈筋抑制効果などによって麻痺の回復促進効果もある。

4) 多種類の歩行補助具・装具の中からの選択

研究 4 のプログラム改善前の使用状況にも示されているように、我が国の現状としては一般に歩行補助具は T 字杖、装具はプラスチック製短下肢装具が多用されている。これは実用歩行訓練や活動能力向上訓練が不徹底な現状を反映していると考えられる。

歩行補助具には多くの種類がある。歩行不能状態から突然 T 字杖で病棟歩行を自立させようとするのは、ほとんど無謀ともいえることであり、もっと他の種類の歩行補助具を用いるべきである。

[参考 研究4：車椅子偏重脱却のための歩行補助具・装具の活用効果]

車椅子偏重から脱却するための具体的技術として、歩行補助具・装具の選択及び使用方法の効果について検討した。

方法：研究3で示した車椅子偏重脱却プログラムの具体的内容として、歩行補助具・装具の使用状況について、転院前病院での車椅子偏重プログラムにおいて訓練室歩行で用いていた種類と、転院2週後にできるADL（この時期は、全例しているADLでも同一種類を使用）としてトイレへの歩行時に使用していた種類との変化をみた。

後者での歩行補助具・装具の選択は、しているADLでトイレまでの歩行と排泄を自立させることを目的として行なったものである。そしてそれを用いてのトイレまでの歩行と排泄行為訓練を、できるADLとしての訓練としているADLとしての介護ともに徹底して行ったものである。

結果：1. 全例で歩行補助具・装具を変更し、それにより研究3に示したようにADLは向上した。歩行補助具・装具ともに変更した例が40名（83.3%）、装具のみ変更5名（10.4%）、歩行補助具のみ変更3名（6.3%）であった。

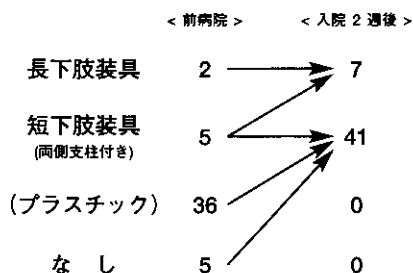
2. 装具の変更内容を表Aに、歩行補助具の変更内容を表Bに示した。

装具は前病院ではプラスチック製短下肢装具が36例（75.0%）で最も多かったが、プログラム変更後には両側支柱付短下肢装具41例（85.4%）、長下肢装具7例（14.6%）であった。

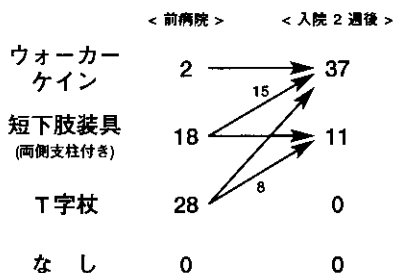
歩行補助具の使用は、前病院ではT字杖28例（58.3%）が最も多く、ついで四脚杖18例（37.5%）、ウォーカーケイン2例（4.2%）であったが、変更後T字杖使用者はなくなり、ウォーカーケイン37例（77.1%）、四脚杖11例（22.9%）に変更していた。

なおこの歩行補助具・装具は患者本人用だけでなく、病院の備品の使用も含む。

表A. 装具の使用状況の変化



表B. 歩行補助具の使用状況の変化



まとめ：1. 前病院では病棟ADL訓練は行なわれていないため、歩行補助具・装具は訓練室での基本動作としての歩行によって選択されたものと推測されるが、プログラム変更後の「しているADL」向上を目的として選択した種類と大きく異なっていた。

2. 基本動作ではなくしているADLを向上させることを目的とした歩行補助具・装具の選択が必要であり、かつ極めて有効である。歩行補助具・装具を重装備のものに変更することによって、できるADLとしての独立度、しているADLとしての自立度ともに格段に向上した。

3. 歩行補助具・装具を活用するためには、病棟のできるADLとして歩行のみでなく立位姿勢でのADL訓練も行うとともに、しているADLとしての介護歩行・立位でのADL実施介護を理学療法士・作業療法士・看護職・介護職の協業として行うことが不可欠である。

また立位姿勢での ADL 実施（含：介護下）の視点からみると、ウォーカーケインや4点杖の使用は T 字杖に比べて極めて効果的である。T 字杖は持っている手を離すと倒れてしまうが、ウォーカーケインや4点杖は倒れないため、立位姿勢での ADL 実施が手離しでは不安定な場合でも、途中で数回これに手を置くことによって立位姿勢を整えつつ行うことが可能となるのである。

装具についても、プラスチック製短下肢装具の問題は多い。たとえば各種 ADL 実施時の立ちしゃがみ動作などの様々な姿勢の保持や変更時の安定化、また歩行についても歩行量を増加した場合の耐久性や階段昇降や様々な床面での歩行の実用性をみると両側金属支柱付き装具のメリットは多い。

5) 使用方法指導の専門的技術

歩行補助具・装具は用いる人が工夫すれば、自然に使えるようになるものではない。適切な指導・訓練をしなければその効果が十分に引き出されないばかりか、転倒を招く危険もある。

その指導・訓練の専門的技術の差は、できる ADL・している ADL とともに大きく影響する。

6) 自立に向けた介護を可能とする物的介護手段としての活用

自立に向けた介護の視点からは、介護歩行や立位姿勢での ADL 実施介護を早期から頻回に行う。その際歩行補助具・装具の活用は大きなポイントとなる。すなわちしている ADL として早期に安全な介護歩行や立位姿勢での ADL 実施介護を可能とする視点から歩行補助具・装具を選択する。そしてそれを使用しての介護が安全に可能となるように理学療法士や作業療法士にはできる ADL を向上する。

その場合、理学療法士や作業療法士ができる ADL として歩行や立位姿勢での ADL 訓練を行う場合よりも、している ADL の介護としては歩行補助具・装具をより重装備にするように使い分けたほうが安全な場合が多い。

7) ADL 毎の歩行補助具・装具の使い分け

歩行補助具や装具は、1 日中どのような行為をするときにも同じ決まった組合せで用いるものと考えられているきらいがあるが、むしろ目的（ADL 毎、実生活か訓練か、等）に応じて積極的に使い分けることが効果的である。

ADL の種類に応じて必要な歩行能力や立位の安定性も異なるので、それぞれに最も適切な歩行補助具・装具を決めていくことで最大限の自立性および活動性向上をうることができる。

10. 車椅子偏重を生む誤解

車椅子は歩行能力に制約を持つ人にとって有効な移動手段で、QOL 向上に役立つ面もある。

また廃用症候群の悪循環の進行を止めることは困難でもある程度は遅らせることができ、特に臥位に比べてよいことは確かである。

しかし一方で一律に車椅子偏重に陥ることによって、本来正しい対応をしていれば歩行が自立するはずの人をも車椅子生活にとどめてしまっていることの問題を車椅子偏重の打破として指摘してきた。車椅子の適応を厳密に考えずに、また歩行自立の可能性について正しい判断をせずに、実用歩行訓練を十分行わないままに車椅子を用いていることが重大な問題なのである。

このような車椅子偏重に陥っている背景には車椅子に関する誤解もあるようであり、それを表3にまとめた。

表3 車椅子偏重に陥る原因となっている車椅子に関する誤解

1. 車椅子乗車で寝たきり化は防げる

←(車) 椅子座位をとることは寝たきり化予防の第1歩である。ただし、それだけで廃用症候群の悪循環による寝たきり化を防ぐことはできない

2. 歩行困難な時はまず車椅子使用

←歩行補助具・装具を用いることで歩行可能になる可能性を探索する

←歩行補助具には T 字杖以外にも様々な種類 (ウォーカーケイン、四脚杖、シルバーカー) がある。これらを適切に、かつ積極的に用いる

3. 歩行可能かはわからないのでまず車椅子

←リハビリテーションは予後予測にもとづくものであり、チーム全体として予後予測すべきで、看護・介護職だけの判断で車椅子にしてはならない

4. 車椅子自立が歩行自立の前提

←車椅子駆動と歩行とは運動学的に全く異なる動作であり、車椅子自立は歩行の準備訓練としては役立たない

← ADL 実施方法も、車椅子座位と立位姿勢とでは別である

←将来不要な動作を習得する無駄な時間と労力を費やすことになる

5. 車椅子乗車は安楽な座位

←むしろ通常型の椅子で座面・背もたれ・肘かけがしっかりして、足底が接地できる安定したものの方が安楽でもあり、姿勢としてもよい

6. 杖・装具に頼っていたら歩けなくなる

(だから杖・装具なしで歩けるようになるまでは車椅子でよい)

←全く逆で、早期に比較的重装備の歩行補助具・装具で歩行を自立させ、習熟に従って軽装備にしていくことで歩行自立までの期間も短縮でき最終的な結果もよい

Ⅳ. 安静度ではなく活動度の指導を

これまで述べてきたように、廃用症候群の悪循環から脱却し良循環に転換させる最大のかなめ要は、生活全般の活発化である。これは専門的リハビリテーションだけでなく、一般医療機関での入院・外来診療および介護や保健の現場での寝たきり化予防・改善においても最も基本となる。

この指導が十分に行われるためには従来の安静度の指示ではなく、より積極的な活動性向上の指導が必要である。

そこで、このような観点からの指導が医療機関でどのように行われているのかについての実態調査を全国規模で行なった。その結果、研究5に示すように安静度指示はかなり高率に行われているが、活動性向上の指導の比率は著しく低いことが判明した。また理学療法・作業療法やレクリエーションを行っているだけで、活動性向上にむけての指導を行っていると思われる場合も少なかった。このような結果は安静の害である廃用症候群についての認識が不十分で、その予防・改善に向けての積極的働きかけが乏しい現状を反映していると考えられる。

以下この章では活動性向上指導の具体的な方法である活動度について詳しく述べる。

1. 安静度から活動度へ

疾患や障害のある人そして高齢者の寝たきり化を予防・改善し、更には健康増進させるためには、生活全般の活発化の指導が不可欠である。しかもそれはこれまで述べてきたように極めて具体的なものでなければならない。

なぜなら、例えば「出来るだけ動きましょう」と指示しても、病気の場合は安静という考え方は非常に根強いので、「出来るだけ」と指示しただけでは全く実施しなかったり、実施しても不十分なことが多い。一方廃用症候の対極にある過用症候や、また誤用症候をおこす危険もある。

すなわち活動度として詳細に身辺 ADL のみでなく活動全般についてしている ADL の安全で十分な内容・方法・密度・所要時間・実施時間帯などを指導することが、安全で十分な寝たきり化の予防・改善の効果を生むのである。

活動度の具体的な指標の案を表4に示す。この案を用い、Ⅳ-2.活動度の基本的な考え方、Ⅳ-3.活動度の具体的活用法で述べる内容をふまえて活動性向上を指導した結果、研究6に示すように顕著に生活活動性向上を実現することができた。活動度の指導は特定の設備も必要とせず、寝たきり化予防・改善及び健康増進にむけての臨床現場で使い易い方法といえよう。

[参考 研究5：入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査]

入院中の安静（安静指示によるものを含む）に伴う生活活動性低下は廃用症候群の悪循環を生む契機となる危険性が高い。そこで入院患者に対する安静度指示及び活動性向上に向けての指導状況についての全国調査を行った。

対象と方法：

廃用症候群についての認識が高いと考えられる、リハビリテーション部門を有する病院を対象として、全 731 病院に対して入院患者に対する安静度指導および活動性向上に対する指導の状況を質問紙郵送法で調査した。[回答 640 病院：回答率 87.6 %]。

同一病院内の同一種類病棟（一般病棟、リハビリテーション病棟、療養型病棟）で、複数病棟から回答があった場合は、最も活動性向上の指導が良好な病棟を選択した。

結果：1. 安静度指示

安静度の指示状況を病棟毎にみたものを表Aに示す。一般病棟では 260 病棟中全患者には 163 病棟 (62.7%)、一部患者に限っても 70 病棟 (26.9%) と合計 233 病棟 (89.6 %) と他病棟に比し高率に指示されていた。しかしリハビリテーション病棟でも 80.2 %、療養型病棟 69.9 % と安静度の指示は高率になされていた。

表A. 安静度の指示

		一般病棟	リハ病棟	療養型病棟
有		233(89.6%)	442(80.2%)	204(69.9%)
	内：全患者	[163 (62.7%)]	[237 (43.0%)]	[85 (29.1%)]
	内：特定疾患	[70 (26.9%)]	[205 (37.2%)]	[119 (40.8%)]
無		27(10.4%)	109(19.8%)	88(30.1%)
計		260(100%)	551(100%)	292(100%)

2. 活動性向上指導

一方、活動性向上の指導をしていると返答した病棟数は、表Bに示す如く一般病棟 260 病棟中 204 病棟 78.5 %、リハビリテーション病棟 77.7 %、療養型病棟 71.2 %であった。

しかし、この活動性向上の内容について詳しく調査すると、その内容の実態は、安静度指示を活動性向上指導と同一と考えているもの、また理学療法・作業療法・レクリエーションを行っていること等にとどまり、積極的に生活活動性を向上するような指導ではなく、また活動してもよいという指導程度のもを活動性向上の指導と考えている場合が少なくなかった。

これらを除外して具体的に生活活動性向上に向けて指導していると認められるものを表Bの確認後の欄に示す。一般病棟では 260 病棟中 25 病棟 (9.6 %)、リハビリテーション病棟 551 病棟中 17 病棟 (3.1 %)、療養型病棟 292 病棟中 38 病棟 (13.0 %) にすぎなかった。一般病棟で活動性向上を指導しているものは心臓リハビリテーションや手術後患者の場合などで、ルチーンの活動性向上指導のプログラムが定められている場合が多かった。

表B. 活動性向上の指示

		一般病棟	リハ病棟	療養型病棟
有	返答	204(78.5%)	428(77.7%)	208(71.2%)
	内：確認後	[25(9.6%)]	[17(3.1%)]	[38(13.0%)]
無		56(21.5%)	123(22.3%)	84(28.8%)
計		260(100%)	551(100%)	292(100%)

まとめ：1. 入院中の安静についての指導は十分に行われている反面、生活活動性向上に向けての指導は極めて不十分であった。

2. 医療機関全般に廃用症候群の重要性についての普及と、その改善にむけての具体的方策である活動度の指導が望まれる。