

# 入院高齢者に対する活動性低下予防ケアの 実施状況とその影響要因

—老年看護学実習を受け入れている一般病棟看護師を対象に—

Current Status of the Implementation of Preventive Care for Decreased  
Activity among Elderly Inpatients and Influencing Factors:  
-Focus on Nurses Working on Gerontology Teaching General Wards-

北村 隆子    川瀬 久美    太田 節子  
Takako Kitamura    Kumi Kawase    Setsuko Ota

須佐美智子    植野 勉  
Tomoko Susami    Tutomu Ueno

聖泉看護学研究 第3巻 別刷

(2014年3月27日発行)

## 入院高齢者に対する活動性低下予防ケアの実施状況とその影響要因 —老年看護学実習を受け入れている一般病棟看護師を対象に—

Current Status of the Implementation of Preventive Care for Decreased Activity among Elderly Inpatients and Influencing Factors:  
-Focus on Nurses Working on Gerontology Teaching General Wards-

北村 隆子<sup>1)</sup>, 川瀬 久美<sup>2)</sup>, 太田 節子<sup>3)\*</sup>, 須佐美 智子<sup>4)</sup>, 植野 勉<sup>5)</sup>  
Takako Kitamura, Kumi Kawase, Setsuko Ota, Tomoko Susami, Tutomu Ueno.

キーワード 一般病棟, 老年看護, 臨地実習, 活動性低下予防ケア

Key words general wards, gerontology nursing, onsite training, preventive care for decreased activity

### 抄 録

**背景** 一般病院における入院患者に占める高齢者割合が今後ますます高くなることが推測され, 看護師の高齢者に対する活動性低下予防の実践力向上が必要となる。そこで, 老年看護学実習を実施している一般病棟看護師の入院高齢者に対する活動性低下予防を意識した看護の実施状況とその影響要因を明らかにしたいと考えた。

**目的** 本研究の目的は, 老年看護学実習を受け入れている一般病棟看護師の入院高齢者に対する活動性低下予防ケアの実施状況とその影響要因を明らかにすることである。

**方法** 研究同意が得られた16病院の看護管理者に調査を依頼し, 老年看護学実習病棟経験3年以上の看護師を対象とし, 属性, 看護学生と関わる立場, 看護上重視する視点, 野崎らが開発した「入院高齢者の日常生活における活動性低下予防ケア実施度」の尺度を用いて調査し, 統計解析により分析した。

**結果** 調査対象は270名で女性が91.5%であった。活動性低下予防ケアの実施度は, 平均 $77.9 \pm 21$  (138点満点), ケア項目 (スコア3~0) では, 「環境整備」2.37, 「移動・移乗の介助・指導」2.32, 「認知刺激」2.16, 「運動実施の援助」と「エネルギー管理」が1.68であった。経験年数, 看護学生と関わる立場との有意差はなく, 高齢者の「発達段階」, 「もてる力」, 「入院前の生活」, 「患者の価値観」に有意差 ( $p < 0.001 \sim p < 0.05$ ) を認め, 高齢者への視点の有無が活動性低下予防ケアに影響していた。

**結論** 高齢者看護実習病棟看護師の活動性低下予防ケアの実施には, 高齢者の「発達段階」, 「もてる力」, 「入院前の生活」, 「患者の価値観」が影響していた。

### Abstract

**Background** The proportion of elderly patients is expected to increase in general hospitals, and thus nurses need to improve preventive care for decreased activity among these patients. However, the current status of the implementation of such care by nurses on general wards that conduct gerontology nursing training is unclear, and influencing factors need to be identified.

**Objective** The purpose of this study is to ascertain the situation of implementation of preventive care for decreased activity among elderly inpatients by nurses on general wards that conduct gerontology nursing training, as well as the factors influencing such implementation.

**Methods** Sixteen teaching hospitals agreed to participate. The nursing administrator of each hospital surveyed nurses with  $\geq 3$  years' experience working on a gerontology training ward. Data was collected on nurse attributes, position in relation to student nurses, and key considerations in nursing. Nozaki's scale for assessing the degree of implementation of preventive care for decreased activity in daily life of elderly inpatients was used, and data were statistically analyzed.

**Results** Of the 270 participants, 91.5% were women. Mean implementation score was  $77.9 \pm 21$  (total score: 138). Care score (3-0) was "Environment adjustment" 2.37, "Assist/guide movement" 2.32 and

<sup>1)</sup> 京都橘大学 KyotoTachibana University

<sup>2)</sup> 大津赤十字看護専門学校 The Japanese Red Cross Otsu School of Nursing

<sup>3)</sup> 聖泉大学 看護学部 看護学科 School of Nursing, Seisen University

<sup>4)</sup> 大津市民病院 Otsu Municipal Hospital

<sup>5)</sup> 公立甲賀病院 Koka Public Hospital

\* E-mail oota-s@seisen.ac.jp

"Cognitive stimulation" 2.16, while "Providing support for engaging in exercise" and "Nutritional management" score was 1.68. "Years of experience" and "Position in relation to student nurses" were not significant influencing factors, but the following key considerations were significant factors: the inpatient's "Stage of decline", "Potential ability", "Life before hospitalization", and "Sense of values" (p values 0.001-0.05).

**Conclusion** The key considerations in inpatient care of "Stage of decline", "Potential ability", "Life before hospitalization" and "Sense of values" affect gerontology nurses' implementation of preventive care for decreased activity among elderly inpatients.

## I. 緒 言

老年看護は、高齢者を生活者としてとらえ、疾患や障害を有しながらも、高齢者が「もてる力」を最大限に発揮し、その人らしい生活を送れるよう支援していくことが重要である。平成21年度のカリキュラム改正により、老年看護学領域の学習のねらいが「生活機能の観点からアセスメントし看護を展開する方法を学ぶ」こととして示された(厚生労働省, 2007)。また、国際生活機能分類(ICF)では、障害や疾病をもった高齢者に対して個人の強みや潜在的な能力を引き出す関わりでの必要性を述べている(奥野, 2009)。これらのことは、治療中心の医療から、生活やリハビリテーションを中心とする看護モデル(安藤ら, 2009)への転換を意味する。しかし、一般病院では医療処置が優先され、生活機能障害の予防が行き届いていないとも言われている(相川ら, 2012)。生活機能は心身の機能、活動、参加から構成されているが(奥野, 2009)、高齢者の場合は特に疾病や入院による心身の機能障害が生活活動の低下をきたし、それが退院後の生活機能の低下に影響を与えている。つまり、入院中の生活活動能力の低下予防や回復が老年看護として求められるところである。しかし、一般病棟における高齢者の活動性低下予防の看護に関する先行研究では、活動性低下予防のケアが不十分であることが明らかにされていた(野崎ら, 2010)。

看護基礎教育では、臨地実習で目の当たりにする看護師の実践が学生の看護観や実践に影響を与える。臨地実習における病棟看護師の役割に関する先行研究では、学生に対して役割モデルを提示することが病棟看護師の役割であり、それが看護師自身の自己成長にもつながることが述べられていた(兎澤ら, 2007)。また、老年看護学実習における学生評価に関する先行研究では、看護師が学

生の受け持ち以外の高齢者に実践している看護が、学生に役立っていることが明らかにされていた(内田ら, 2005)。このように、実習病棟での看護師の看護実践が、学生の学びに影響を与えていることが明らかにされていた。

したがって、老年看護学の臨地実習においても、看護師の高齢者観や高齢者に対する看護の状況が学生の学びに影響すると考えられる。しかし、一般病院における入院患者に占める高齢者割合が今後ますます高くなることが推測される一方で、病棟看護師の活動性低下予防ケアの不十分さ(野崎ら, 2010)を踏まえると、看護師の高齢者に対する活動性低下予防の実践力向上が必要となる。

そこで本研究では、老年看護学実習を受け入れている一般病棟看護師の入院高齢者に対する活動性低下予防を意識した看護の実施状況とその影響要因を明らかにして、今後の老年看護学の教育に還元したいと考えた。

## II. 研究目的および用語の定義

### 1. 研究の目的

本研究の目的は、老年看護学実習を受け入れている一般病棟看護師の入院高齢者に対する活動性低下予防ケアの実施状況を把握すること、その実施状況に影響する要因を検討することである。

### 2. 用語の定義

活動性低下予防ケアとは、野崎ら(2012)の定義する「安静や不活動状態を避けるために、早期離床や早期の日常生活活動拡大を目的として実施される看護ケア」とした。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

本研究は、実態調査研究である。

#### 2. 調査対象

対象は、A県内で老年看護学実習を受け入れている一般病棟に勤務する看護師経験3年以上の看護師とした。看護師経験を3年以上とした理由は、P. Benner (1998) の述べる「2～3年のナースは長期的目標や計画を立てて意識的に自分の活動を行うようになる」を参考にし、対象特性に適した看護実践を実施するには、3年以上の臨床経験を必要とすると考えたからである。

#### 3. 調査期間

調査期間は、平成24年10月～11月の約1ヵ月であった。

#### 4. 調査方法

A県下の老年看護学実習を受け入れている21病院の看護管理者に調査依頼書を郵送した。調査協力の得られた16病院の看護管理者に計526人の質問紙を送付し、対象看護師への配布を依頼した。調査用紙の回収は、質問紙に研究者宛ての返信封筒を添付し、回答者から研究者への個別返信とした。

#### 5. 調査内容

##### 1) 基本属性

年代、性別、看護師経験年数、老年看護学の科目履修・研修の有無、所属病棟での看護学生と関わる立場、所属病棟の後期高齢患者の主な疾患系統について尋ねた。後期高齢患者の主な疾患を尋ねた理由は、後期高齢者は要介護状態に陥りやすく、一旦入院すると退院が困難となるケースが多い。つまり、要介護状態に陥りやすい疾患を有する高齢者の存在が、看護師の活動性低下予防ケア実践力に影響すると考えた。

##### 2) 臨地実習での看護学生に関わる立場

実習指導者や看護スタッフの立場にある看護師から回答を求めた。

##### 3) 老年看護を实践する上で重要な視点となる4項目への意識状況

高齢者が入院中に活動性低下を来さないため

の看護実践には、看護師の高齢者観が重要である。したがって、老年看護を实践する上で重要な視点として(1) 高齢者の発達課題への意識、(2) 高齢者のもてる力の維持・向上への意識、(3) 高齢者の入院前の生活把握、(4) 高齢者が持つ価値観の尊重、の4項目について尋ねた。これらの4項目については、山田ら(2012)が示している「老年看護の展開における考え方」を参考にし、研究者らが作成した。意識状況については「常にしている」、「かなりしている」、「あまりしていない」、「していない」の4段階で回答を得た。

##### 4) 高齢者の活動性低下予防を意識したケアの実施状況

入院高齢者は、必要以上の安静や生活の不活動な状態から生活機能の低下を来しやすい。そこで、活動性低下予防を意識した看護実践状況を測定するために、野崎ら(2010)が開発した「入院高齢者の日常生活における活動性低下予防ケア実施度」に関する尺度(表1)を用いた。この尺度は46項目から構成されており、信頼性、妥当性が検証されている。それぞれの項目は「十分実施している：3点」、「実施している：2点」、「やや実施している：1点」、「実施していない：0点」の4段階でその看護実践状況(実施度)を回答し、合計点は138点である。また、46項目は因子分析によって[運動実施の援助]、[エネルギー管理]、[環境整備]、[ADL自立への援助]、[身体各部の評価と動機づけ]、[移動・移乗の介助・指導]、[PTと相談]、[認知刺激]の8カテゴリーに分類されている。なおこの尺度の使用については、文書で野崎氏の承諾を得て実施した。

#### 6. 分析方法

対象者の概要、活動性低下予防ケア実施度の平均値を算出した。また実施度に影響する要因は、「入院高齢者の日常生活における活動性低下予防ケア実施度」を野崎ら(2010)の分類に従った8つのカテゴリーごとの実施度平均値を従属変数、看護師としての経験年数、所属病棟の後期高齢患者の主な疾患系統、所属病棟での学生と関わる立場、老年看護に関する研修の有無、老年看護実践上の重要な視点への意識を独立変数として分析を行った。看護師としての経験年数は「3～10年」、「11年以上」の2群に、学生と関わる立場は「指導者として」、「スタッフとして」の2群に、老年看



表 1 活動性低下予防ケアの実施度46項目の詳細

カテゴリー	活 動 性 低 下 予 防 ケ ア 項 目
運動実施の 援 助	1. 関節可動域運動を自分でできるようにスケジュールを作成し指導する。
	2. 関節運動の目標を明示し患者と共に評価する。
	3. 関節可動域の範囲内で規則的にリズミカルな関節動作を行えるように援助する。
	4. 関節運動を開始する前に疼痛コントロールを行う。(鎮痛剤を使うなど)
	5. 体位変換ごとに可能となる関節運動を実施する。
	6. 臥位・座位・立位でストレッチ運動を行えるように患者を援助する。
	7. 患者の記憶を補助するためチェックリスト、時間表、備忘録などを利用する。
エネルギー 管 理	8. 睡眠パターンと睡眠時間をモニターする。
	9. 活動前後の循環・呼吸器系の反応をモニターする。
	10. 活動による疲労の原因をアセスメントする。(例：治療、疼痛、薬物療法)
	11. 日常生活活動の状況をモニターする。
	12. 1日の臥床時間と活動量をアセスメントする。
	13. 活動を減少する必要がある疲労の徴候と症状について患者・家族に指導する。
	14. エネルギー消費の少ない身体活動を指導する。(例：歩き方や呼吸法など)
環 境 整 備	15. 活動に必要なエネルギー量を確保するために摂取栄養量をモニターする。
	16. 認知機能についてアセスメントする。
	17. エネルギー源として食事摂取量を増やすために栄養士と相談する。
	18. ナースコールや頻回に使用する生活用品は手の届く範囲に置く。
	19. 病棟・病室の危険物を取り除く。
	20. 患者・家族のニーズに合わせて面会制限は柔軟に対応する。
	21. 患者が安全に活動できるように病棟の環境を整える。
ADL 自 立 への 援 助	22. 患者の日常生活活動を促進するために必要な場合、踏み台、手すりなどの用具を利用する。
	23. 日常生活活動による転倒・転落の危険性についてアセスメントする。
	24. 患者・家族に日常生活活動を自分で行うことの必要性を説明する。
	25. 計画した活動の実施方法を患者に指導する。(例：寝返り、トイレ動作など)
	26. 患者の状態に合わせて日常生活活動を徐々に拡大する方法を決める。
	27. 患者・家族に対して低下している日常生活活動の領域を説明する。
	28. 日常生活活動をできるだけ患者自身で行えるよう励ます。
身体各部の 評価と動機 づ け	29. 患者の能力に合わせて日常生活活動の範囲・頻度・時間を決めている。
	30. 運動や身体活動に対する患者の努力を肯定的に強化する。(例：それでよい、上達しているなど)
	31. 運動に影響する感覚機能をアセスメントする。(例：視覚、聴覚、バランスなど)
	32. 日常生活活動における患者のバランス能力についてアセスメントする。
	33. 活動や運動に対する患者の準備状態(体調・意欲)をアセスメントする。
	34. 患者にとって現実的で測定可能な運動目標を提示する。
	35. 必要な場合、筋力強化の方法として座位または立位をとれるように患者を援助する。
移動・移乗 の介助・指 導	36. 運動や日常生活の際、バランスを保持または改善するための方法を指導する。
	37. 適切な筋力維持運動の必要性と方法について患者・家族に説明する。
	38. 歩行が不安定な場合、補助具を活用する。(例：杖・歩行器・車椅子)
	39. 安全な範囲で自力歩行することを指導する。
PT と 相 談	40. 必要な場合、移乗ができるように患者を介助する。
	41. 安全な移乗と歩行の仕方について患者・家族に指導する。
	42. 運動プログラムの作成と実行にあたって理学療法士と相談する。
認 知 刺 激	43. 必要な場合、歩行計画について理学療法士と相談する。
	44. バランスを強化するのに必要な動作のタイプ・回数・順序について理学療法士と相談する。
	45. 時間・場所・人についての見当識をつけるために繰り返し説明する。
	46. 感覚刺激として患者に話しかける。

出典：野崎悦子，石鍋圭子（2010）：入院高齢者の日常生活における活動性低下予防の検討，  
国際リハビリテーション看護研究会誌，9(1)，59.

護実践上の重要な視点への意識は「常に意識している」と「かなり意識している」を『意識している』，「あまり意識していない」と「意識していない」を『あまり意識していない』の2群とし群間比較を行った。分析には，統計解析ソフトSPSS (Ver. 20)を使用し，統計的有意水準は5%未満

とした。それぞれの変数において正規性の分布が認められなかったため，2群間の差の検定には，Mann-WhitneyのU検定を行った。

## 7. 倫理的配慮

質問紙の表紙に研究目的・方法を記載し，研究

への参加は自由意志であること、質問紙は無記名かつ個別返送であり、統計的に処理するため所属病院や個人が特定されないこと、得られたデータは厳重に保管し研究以外で使用しないこと、研究結果は関連学会で発表することを明記した。回収については看護管理者からの配布による強制力が働かないように、個別の返信封筒を質問紙に添付し、研究参加の自由性を確保した。さらに、質問紙の返送をもって本研究への参加同意を得たものとすることを記載した。

なお、本研究は、A県看護学校協議会の倫理審査で承認（H23）を得て実施した。

## IV. 結 果

回収は323人(回収率61.4%)であった。このうち属性および活動性低下予防ケア46項目すべてに回答がなされているものを有効回答としたため、分析対象は270人とした。

### 1. 対象者の概要

対象者の概要については、表2に示した。

表2 対象者の概要

		人 数	%
年 齢	24歳以下	9	3.3
	25-29歳	61	22.6
	30-34歳	64	23.7
	35-39歳	52	19.3
	40歳以上	84	31.1
性 別	男性	23	8.5
	女性	247	91.5
看護師経験年数	3-5年	48	17.8
	6-10年	73	27.0
	11-15年	63	23.3
	16年以上	86	31.9
職 位	病棟科長・師長	9	3.3
	病棟副課長・係長・主任	35	13.0
	スタッフ	224	83.0
勤務病棟の 高齢者の主な疾患	呼吸器系疾患	46	17.0
	循環器系疾患	27	10.0
	脳神経系疾患	33	12.2
	運動器系疾患	50	18.5
	その他内科系疾患	37	13.7
	その他外科系疾患	41	15.2
	その他	9	3.3
「老年看護学」の履修	ある	217	81.0
	なし	51	19.0
老年看護の研修経験	ある	82	30.4
	なし	188	69.6
学生とかかわる立場	指導者として	70	28.0
	スタッフとして	172	68.8
	その他	8	3.2

年齢構成は30歳代116人(43%)、次いで40歳以上84人(31.1%)であった。性別は、女性247人(91.5%)、男性23人(8.5%)であった。看護師としての職務経験年数は16年以上が86人(31.9%)、次いで6～10年73人(27.0%)、11～15年63人(23.3%)であった。職位はスタッフが224人(83.0%)、主任等35人(13.0%)であった。

所属病棟に入院する後期高齢者の主な疾患系統についての回答は、「運動器系」50人(18.5%)、「呼吸器系」46人(17.0%)、「脳神経系」33人(12.2%)「循環器系」27人(10.0%)であった。

看護学生時代に「老年看護学」を履修した者は、217人(81.0%)であった。また老年看護に関する研修会等への参加経験がある者は、82人(30.4%)であり、参加内容は、臨床実習指導者講習会の受講が33人(10.6%)であった。

所属病棟で看護学生と関わる機会が「ある」と答えたものは、250名(92.6%)であった。

関わる立場は、指導者70人(28.0%)、スタッフ172人(68.8%)であった。

## 2. 老年看護実践上の重要な視点に対する意識について

老年看護を実践する上での重要な視点と考えられる4項目に対する意識について、表3に示した。「発達課題」を常に意識している者は106人(39.8%)、かなり意識している者は72人(27.1%)、「もてる力」を常に意識している者は147人(55.3%)、かなり意識している者は102人(38.3%)、「入院前の生活把握」を常に意識している者は152人(56.9%)、かなり意識している者は102人(38.2%)、「高齢者が持つ価値観の尊重」を常に意識している者は146人(54.7%)、かなり意識している者は100人(37.5%)であった。

## 3. 活動性低下予防に対するケアの実施状況について

活動性低下予防ケア実施度は、合計点の138点に対して、本研究では平均値(±標準偏差)77.9

(±21.0)点、最小値は16点、最大値は128点であった。

活動性低下予防ケア46項目のカテゴリーごとの実施度平均点を、表4に示した。最も高かったのが「環境整備」2.37(±0.51)点、次いで「移動・移乗の介助・指導」2.32(±0.61)点、「認知刺激」2.16(±0.67)点であった。

## 4. 活動性低下予防ケアの実施状況に影響する要因

「看護師経験年数」、「所属病棟の後期高齢患者の主な疾患系統」、「学生に関わる立場」、「老年看護に関する研修の有無」、「老年看護実践上の重要な視点に対する意識」と活動性低下予防ケアの実施度8カテゴリーとの間の関連について検討した。

### 1) 看護師経験年数

看護師経験年数「3～10年」と「11年以上」の2群における活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度平均値を、表5に示した。

表3 老年看護実践上の重要な視点に対する意識状況

項目	常に している	かなり している	あまり していない	していない
「発達課題」に対する意識	106 (39.8)	72 (27.1)	79 (29.7)	9 (3.4)
「もてる力の維持・向上」に対する意識	147 (55.3)	102 (38.3)	15 (5.6)	2 (0.8)
「入院前の生活把握」に対する意識	152 (56.9)	102 (38.2)	12 (4.5)	1 (0.4)
「価値観の尊重」に対する意識	146 (54.7)	100 (37.5)	19 (7.1)	2 (0.7)

表4 活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度

(n=270)	
カテゴリー	平均値(±標準偏差)
運動実施の援助	1.68 (±0.87)
エネルギー管理	1.68 (±0.87)
環境整備	2.37 (±0.51)
ADL自立への援助	2.09 (±0.61)
身体各部の評価と動機づけ	1.74 (±0.62)
移動・移乗の介助・指導	2.32 (±0.61)
PTと相談	1.68 (±0.87)
認知刺激	2.16 (±0.67)

表5 勤務経験年数と活動性低下予防ケアカテゴリー別実施度との関連

カテゴリー	経験年数 3～10年 (n=121)	経験年数 11年以上 (n=149)	p値 平均値(標準偏差)
運動実施の援助	1.69 (±0.9)	1.67 (±0.84)	.525
エネルギー管理	1.69 (±0.9)	1.67 (±0.85)	.320
環境整備	2.35 (±0.51)	2.39 (±0.51)	.464
ADL自立への援助	2.13 (±0.61)	2.07 (±0.62)	.588
身体各部の評価と動機づけ	1.79 (±0.58)	1.71 (±0.65)	.346
移動・移乗の介助・指導	2.39 (±0.56)	2.25 (±0.64)	.072
PTと相談	1.69 (±0.9)	1.67 (±0.85)	.892
認知刺激	2.17 (±0.67)	2.16 (±0.68)	.952

検定：Mann-WhitneyのU検定

看護師経験年数「3～10年」で実施度が最も最も高かったのは「移動・移乗の介助・指導」2.39 (±0.56) 点、次いで「環境整備」2.35 (±0.51) 点、「11年以上」では「環境整備」2.39 (±0.51) 点、次いで「移動・移乗の介助・指導」2.25 (±0.64) 点であった。「環境整備」を除くカテゴリーにおいて「3～10年」が「11年以上」に比べ実施度点数が高かったが、8つのカテゴリーすべてにおいて、2群間に有意な差を認めなかった。

## 2) 所属病棟の後期高齢患者の主な疾患系統

所属病棟の後期高齢患者の主な疾患系統別における活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度平均値を、表6に示した。「運動器系」の病棟において、8つのカテゴリーすべての実践度平均値が、他の病棟よりも高く、「エネルギー管理」、「環境整備」、「移動・移乗の介助・指導」を除くカテゴリーで有意な差を認めた ( $p<0.05\sim0.000$ )。病棟間の多重比較を行った結果、有意な差を認めた病棟間は次の通りであった。「運動実施の援助」では「運動器系病棟」と「呼吸器病棟」、「脳神経系病棟」、「その他の内科病棟」との間に有意な差を認めた ( $p<0.05\sim0.000$ )。「ADL自立への援助」、「身体各部の評価と動機づけ」では、「運動器系病棟」、「内科病棟」間に ( $p<0.05$ )、「PTと相談」では、「運動器系病棟」と「呼吸器系病棟」、「内科病棟」、「外科病棟」間に ( $p<0.05\sim0.000$ )、「認知刺激」では「運動器系病棟」と「内科系病棟」間に ( $p<0.05$ ) 有意な差を認めた。

## 3) 学生に関わる立場

学生に関わる立場「指導者」と「スタッフ」の2群における活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度平均値を、表7に示した。

「指導者」として学生に関わっている者で実施度が最も高かったのは「環境整備」2.48 (±0.53) 点、次いで「移動・移乗の介助・指導」2.35 (±0.67) 点、「スタッフ」では「環境整備」2.36 (±0.5) 点、次いで「移動・移乗の介助・指導」2.33 (±0.57) 点であった。8つのカテゴリーすべてにおいて「指導者」として関わっている者の平均値が「スタッフ」として関わっている者よりも高かったが、2群間に有意な差を認めなかった。

## 4) 老年看護に関する研修の有無

老年看護に関する研修の有無別における活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度平均値を、表8に示した。両群ともに「環境整備」の実施度が他のカテゴリーよりも高かった。また、「移動・移乗の介助・指導」を除く7つのカテゴリーにおいて、研修の機会あり群は、なし群よりも有意に実施度平均値が高かった ( $p.05\sim.01$ )。

## 5) 老年看護実践上の重要な視点に対する意識

老年看護実践上の重要な視点を「意識している」と「あまり意識していない」の2群における活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度平均値を、表9に示した。

「発達課題」については、8カテゴリーすべてにおいて「意識している」群が「あまり意識していない」群よりも実施度平均値が高く、有意な差

表6 所属病棟と活動性低下予防ケアカテゴリー別実施度との関連

勤務病棟	運動実施の援助		エネルギー管理		環境整備		ADL自立への援助		身体各部の評価と動機づけ		移動・移乗の介助・指導		PTと相談		認知刺激	
	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値	平均値 (±標準偏差)	p値
呼吸器病棟 (n=46)	1.64 (±0.76)		1.64 (±0.76)		2.37 (±0.49)		2.10 (±0.59)		1.83 (±0.62)		2.41 (±0.56)		1.64 (±0.76)		2.16 (±0.57)	
循環器病棟 (n=27)	1.56 (±0.73)		1.56 (±0.73)		2.27 (±0.46)		1.97 (±0.62)		1.66 (±0.69)		2.27 (±0.58)		1.56 (±0.73)		2.30 (±0.54)	
脳神経系病棟 (n=33)	1.81 (±0.91)		1.82 (±0.91)		2.49 (±0.48)		2.1 (±0.58)		1.73 (±0.61)		2.29 (±0.59)		1.82 (±0.91)		2.17 (±0.69)	
運動器系病棟 (n=50)	2.16 (±0.74)		2.16 (±0.74)		2.51 (±0.48)		2.3 (±0.55)		1.9 (±0.55)		2.47 (±0.49)		2.16 (±0.74)		2.32 (±0.64)	
内科系病棟 (n=37)	1.2 (±0.84)		1.2 (±0.84)		2.22 (±0.56)		1.85 (±0.7)		1.48 (±0.64)		2.09 (±0.71)		1.2 (±0.84)		1.81 (±0.79)	
外科系病棟 (n=41)	1.47 (±0.85)		1.47 (±0.85)		2.47 (±0.45)		2.27 (±0.63)		1.83 (±0.63)		2.44 (±0.54)		1.47 (±0.85)		2.3 (±0.65)	
その他 (n=9)	1.78 (±1.14)		1.78 (±1.14)		2.09 (±0.69)		1.85 (±0.59)		1.44 (±0.66)		1.81 (±0.9)		1.78 (±1.14)		1.72 (±0.87)	

検定：Mann-WhitneyのU検定



表7 学生に関わる立場と活動性低下予防ケアの実施度との関連

カテゴリー	指導者(n=70) 平均値 (±標準偏差)	スタッフ(n=172) 平均値 (±標準偏差)	p 値
運動実施の援助	1.79 (±0.86)	1.65 (±0.87)	.701
エネルギー管理	1.79 (±0.86)	1.65 (±0.87)	.115
環境整備	2.48 (±0.53)	2.36 (±0.5)	.063
ADL自立への援助	2.21 (±0.64)	2.06 (±0.6)	.069
身体各部の評価と動機づけ	1.85 (±0.71)	1.71 (±0.59)	.184
移動・移乗の介助・指導	2.35 (±0.67)	2.33 (±0.57)	.493
PTと相談	1.79 (±0.86)	1.65 (±0.87)	.222
認知刺激	2.27 (±0.68)	2.14 (±0.66)	.126

検定：Mann-WhitneyのU検定

表8 老年看護に関する研修の有無と活動性低下予防ケアの実施度との関連

カテゴリー	研修あり(n=82) 平均値 (±標準偏差)	研修なし(n=188) 平均値 (±標準偏差)	p 値
運動実施の援助	1.85 (±0.92)	1.60 (±0.84)	.025
エネルギー管理	1.85 (±0.92)	1.60 (±0.84)	.002
環境整備	2.50 (±0.49)	2.31 (±0.51)	.003
ADL自立への援助	2.21 (±0.62)	2.05 (±0.61)	.026
身体各部の評価と動機づけ	1.87 (±0.67)	1.69 (±0.60)	.040
移動・移乗の介助・指導	2.41 (±0.61)	2.28 (±0.61)	.068
PTと相談	1.85 (±0.92)	1.60 (±0.84)	.033
認知刺激	2.29 (±0.67)	2.11 (±0.67)	.015

検定：Mann-WhitneyのU検定

を認めた ( $p < 0.01$ ).

「もてる力の維持・向上」については、8 カテゴリーすべてにおいて「意識している」群が「あまり意識していない」群よりも実施度平均値が高く、有意な差を認めた ( $p < 0.05$ ).

「入院前の生活把握」については、8 カテゴリー

すべてにおいて「意識している」群が「あまり意識していない」群よりも実施度平均値が高かったが、有意な差を認めた項目は「移動・移乗への介助・指導」、「認知刺激」であった ( $p < 0.05$ ).

「価値観の尊重」については、8 カテゴリーすべてにおいて「意識している」群が「あまり意識

表9 老年看護実践上の重要な視点への意識と活動性低下予防ケアカテゴリー別実施度との関連

		運動実施の援助		エネルギー管理		環境整備		ADL自立への援助		身体各部の評価と動機づけ		移動・移乗の介助・指導		PTと相談		認知刺激	
老年看護実践上の視点		平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値	平均値 (±標準偏差)	p 値
発達課題を意識	している (n=178)	1.82 (±0.84)	.000	1.82 (±0.84)	.000	2.44 (±0.51)	.001	2.21 (±0.59)	.000	1.88 (±0.6)	.000	2.41 (±0.59)	.000	1.82 (±0.84)	.000	2.33 (±0.62)	.000
	余りしていない (n=88)	1.38 (±0.84)		1.38 (±0.84)		2.24 (±0.49)		1.85 (±0.6)		1.46 (±0.58)		2.14 (±0.6)		1.38 (±0.84)		1.84 (±0.67)	
もてる力の維持・向上を意識	している (n=249)	1.73 (±0.85)	.027	1.73 (±0.85)	.001	2.4 (±0.51)	.002	2.13 (±0.6)	.001	1.78 (±0.61)	.003	2.36 (±0.59)	.000	1.73 (±0.85)	.000	2.21 (±0.66)	.000
	余りしていない (n=17)	0.92 (±0.73)		0.92 (±0.73)		2.03 (±0.45)		1.62 (±0.61)		1.24 (±0.63)		1.69 (±0.53)		0.92 (±0.73)		1.53 (±0.67)	
入院前生活把握を意識	している (n=254)	1.7 (±0.86)	.315	1.7 (±0.86)	.050	2.39 (±0.51)	.142	2.11 (±0.61)	.088	1.76 (±0.62)	.181	2.35 (±0.59)	.000	1.7 (±0.86)	.166	2.2 (±0.66)	.001
	余りしていない (n=13)	1.31 (±0.94)		1.31 (±0.94)		2.18 (±0.53)		1.79 (±0.65)		1.43 (±0.66)		1.71 (±0.56)		1.31 (±0.94)		1.54 (±0.59)	
価値観の尊重を意識	している (n=246)	1.72 (±0.85)	.203	1.72 (±0.85)	.001	2.4 (±0.5)	.017	2.11 (±0.61)	.043	1.78 (±0.62)	.011	2.35 (±0.6)	.001	1.7 (±0.86)	.008	2.2 (±0.67)	.005
	余りしていない (n=21)	1.17 (±0.91)		1.17 (±0.91)		2.11 (±0.57)		1.79 (±0.65)		1.39 (±0.57)		1.92 (±0.58)		1.31 (±0.94)		1.76 (±0.64)	

検定：Mann-WhitneyのU検定

していない」群よりも実施度平均値が高く、「運動実施の援助」を除く7項目において有意な差を認めた ( $p<0.05$ ).

## V. 考 察

### 1. 老年看護学実習を受け入れている一般病棟看護師の入院高齢者に対する活動性低下予防ケアの実施状況

活動性低下予防ケアの実施度は、合計138点に対して、本研究では平均値(±標準偏差)は77.9(±21.0)で、この平均値は、一般病院では医療処置が優先されるため(相川ら, 2012)、ケア実施が困難とされる実情を示すものと考えられる。

高齢者に対する活動性低下予防ケアのカテゴリー別実施度の平均値では、「環境整備」が2.37点で最も高く、次に「移動・移乗の介助・指導」2.32点、「認知刺激」2.16点、「ADL自立への援助」2.09点であった。この順位は野崎ら(2010)の結果と同様であったが、それぞれの平均値は我々の調査結果の方が高かった。実施度平均値が2点以上を示しているカテゴリーは、活動性低下予防ケアを「十分実施している」あるいは「実施している」という状況を表している。野崎ら(2010)の調査で2点以上を示しているカテゴリーは、「環境整備」2.08点と「移動・移乗の介助・指導」2.06点の2項目であった。野崎ら(2010)の対象者が内科病棟の看護師であるのに対して、本調査の対象者は、老年看護学実習病棟の看護師という違いがあった。内科系を含む複合した慢性疾患の高齢者を対象とする病棟であることや地域差、調査時期の違い等も考えられる。

### 2. 入院高齢者に対する活動性低下予防ケアの看護師の実施状況に影響する要因

老年看護の重要な視点としている「発達課題」、「もてる力」、「入院前の生活把握」、「高齢者の価値観重視」の4項目は、「意識している」割合が80%以上であった。この意識の高さは、日常のマスメディア等から伺える高齢者の権利尊重の意識の普及や意識するレベルを問う質問紙形式等が、回答者の考え方に影響を与えていたかもしれない。老年看護実践上の重要な視点4項目中、「発達段階」と「もてる力の維持・向上」の2項目は、高齢者の活動低下予防ケアの8カテゴリーすべてに

おいて「意識している群」が「あまり意識していない群」よりケアを実施していた、また「高齢者の価値観の尊重」では7カテゴリーにおいて、「意識している」群が「あまり意識していない」群よりも有意に実施度が高かった。「入院前の生活把握」は、「意識している群」が有意に高かったカテゴリーは、「移動・移乗の介助・指導」と「認知刺激」の2カテゴリーであり、「高齢者の価値観の尊重」は、「運動実施の援助」では有意差を認めなかった。退院後の生活機能の回復には、「入院前の生活」を把握して入院中の生活機能を高める看護や高齢者の「価値観を尊重」することが重要である。このような視点が、入院中の高齢者の身体機能を評価し、活動低下予防への看護につながる可能性があると考えられる。

「学生とかかわる立場」との関係では、活動性低下予防ケア実施状況のすべてのカテゴリーにおいて、指導者群の実施状況がスタッフ群よりも高かったが、2群間に有意な差を認めなかった。「老年看護」に関する研修経験があるものは30.4%で、そのうち全体の約1割が「臨床指導者講習会」であり、老年看護学実習病棟としては、看護師の老年看護学習機会が少ないと思われる。指導者全員が指導者講習会を受講することが望まれる。看護スタッフは、事前に実習教育計画を立案する指導者とは違い、偶発的な指導を求める学生への応答などに参加する(E. Wiedenbach, 1972)こともある。実習指導の担当でない看護スタッフは、学生との間接的なかわりから、老年看護に対する考え方や実践を構築することも予測され、実習指導者と看護スタッフとの間に活動性低下予防ケア実施度に差が出なかったと思われる。

病棟の後期高齢者が有する疾患は、30%が「脳神経系・運動系疾患」、27%が「呼吸器系・循環器系疾患」であった。これらの疾患は直接移動動作に影響し、また安静等疾患の治療結果により間接的に移動動作に影響を及ぼすことから、退院に向けて高齢者の生活機能維持を意識しながら関わる必要があると考えられる。しかし、「移動・動作の介助と指導」項目と関係する「身体各部の評価と動機付け」、「ADL自立への援助」や「運動実施の援助」については、本研究では2群間に有意な差がなかった。援助の必要性があっても人員不足等が影響することも考えられる。

調査対象者217人(81%)は、1990年(平成2年)

改正カリキュラム（旧カリ）の「老年看護学」を履修していた。本調査で看護師経験年数を3年以上としたため、ICFの概念が導入された2009年（平成21年）改正の老年看護学（新カリ）を履修した看護師はまだ卒業直後で、調査対象に含まれなかった。従って改正カリキュラムの趣旨である「生活機能の観点からの看護実践」が現場に浸透するには、臨床の看護職と看護基礎教育の担当者が連携することが必要と考える。本調査結果を看護の現場に還元することにより、教育と臨床現場の両者が今後の高齢者看護実践とこれからの看護学生への指導方法を検討していくことが必要な課題であると考えている。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本調査は、対象者が1県で老年看護学実習受け入れの一般病棟に限定されており、また調査の設問方法が調査結果に影響を与えていることも予測されるので、結果を一般化できないと考える。

現在の看護基礎教育の実習は、多くが領域別で行われている。しかし、入院患者の6割が高齢者であり、老年看護学実習以外でも高齢者を受け持つ機会が多い。従って、どの病棟においても高齢者の活動性低下予防を意識した看護が必要であり、今後は他の実習病棟でもこの調査を行っていきたい。

## VII. 結 論

A県における老年看護学実習受け入れ病棟の看護師270人を対象に、入院高齢者の生活機能低下予防を意識した看護の実践状況の実態とその影響要因を検討し次の点が示唆された。

1. 活動性低下予防ケア実施状況は、平均値（±標準偏差）77.9（±21.0）点であった。また高齢者に対する活動性低下予防ケアの内容は「環境整備」、「移動・移乗の介助・指導」、「認知刺激」の実施平均値が2点以上、「運動実施の援助」、「エネルギー管理」は1.68点であった。
2. 高齢者の活動性低下予防ケアに影響する要因は、高齢者看護の実践に重要とされている「発達課題」、「もてる力の維持・向上」、「入院前の生活把握」、「高齢者の価値観の尊重」の4つの

視点の有無であった。

## 謝 辞

調査にご協力いただいたA県下の老年看護学実習施設の看護師の皆様に感謝いたします。

本調査は、A県看護学校協議会の看護研究助成費を受けて実施した。

なお、本論文の一部は、第44回日本看護学会老年看護（鹿児島）で発表した。

## 文 献

- 相川みず江, 泉キヨ子, 正源寺美穂 (2012) : 一般病棟に入院中の高齢患者における生活機能の変化に影響する要因, 老年看護, 16(2), 47-55.
- 安藤邑恵, 小木曾加奈子 (2009) : 第2章 高齢者ケアの基本, ICFの視点に基づく高齢者ケアプロセス, 38-42, 学文社, 東京.
- E. Wiedenbach (1972)/都留伸子, 他訳: Meeting The Realities in Clinical Teaching, 臨床実習指導の本質, 67-69, 現代社, 東京.
- 内田陽子, 新井明子, 小泉美佐子 (2005) : 学生の老年看護学実習についての評価—学生のやる気を高める条件—, 群馬保健学紀要 25, 93-103.
- 奥野茂代 (2009) : 第5章 老年看護の実践 1. 高齢者の看護過程の展開, 奥野茂代ら編 老年看護学, ヌーヴェルヒロカワ, 160-163, 東京.
- 厚生労働省 (2007) : 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書.
- 兎澤恵子, 青柳直樹, 保坂由美子他 (2007) : 老年看護学実習指導における病棟看護者による関わりの実際, 群馬パース大学紀要, 4, 551-558.
- 野崎悦子, 石鍋圭子 (2010) : 入院高齢者の日常生活における活動性低下予防の検討, 国際リハビリテーション看護研究会誌, 9(1), 57-61, 東京.
- P. Benner (1998) : From Novice to Expert, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 18, 医学書院.
- 山田律子, 荻野悦子, 井出訓 (2012) : 老年看護の展開における考え方, 生活機能から見た老年看護過程+病態・生活機能関連図第2版, vi-vii, 医学書院, 東京.