

【研究報告】

急性期病院における認知症高齢者の看護に伴う困難感尺度開発：
予備調査結果の報告

西片久美子* 小林尚司** 田中孝美***

【要 旨】

本稿では、「急性期病院における認知症高齢者の看護に伴う困難感尺度」開発の過程で実施した予備調査結果を報告した。看護師3名へのインタビュー調査から困難感の内容を分析し、46項目の尺度原案を作成した。この尺度原案を用いて300名の看護師に自記式質問紙調査を実施し、項目分析、探索的因子分析を行った。

インタビュー調査から得られた困難感は【治療や生活上の支援】【心身状態の判断】【高齢者が真意を表しやすい環境づくり】【対応方法を見出すこと】【ケアチームの運営】など、8カテゴリーあり、この結果は先行研究との比較検討から妥当であると考えられた。また、探索的因子分析の結果、尺度項目として3因子20項目が得られ、それぞれ【行動心理症状への対応】【ケアに関わる判断】【関わり方の判断とチーム内での共有】と命名した。尺度全体のCronbachの α 係数は.909であり、第1因子の α 係数は.922、第2因子は.831、第3因子は.792であった。以上より3因子20項目を尺度項目とすることが可能であると判断した。

【キーワード】急性期病院、認知症高齢者、看護、困難感、尺度開発

I. 序論

65歳以上の認知症高齢者数は年々増加し、2025年には5人に1人が認知症になると推計されている（内閣府，2017）。したがって、多くの医療・福祉の現場では、認知症高齢者の看護が避けられない状況となっている。認知症高齢者が急性期病院に入院した場合には、「慣れない環境で興奮と混乱をきたしやすく」（日本老年看護学会，2016, p.3）、より細やかで粘り強い関わりが求められる。しかし、急性期病院の看護師は、他の多くの入院患者の看護に加えて認知症高齢者の対応をすることに行き詰まってしまうこともある。

急性期病院の看護師を対象とした先行研究では、認知症高齢者を尊重した対応ができない、患者との意思疎通が図れない、認知症のBPSD（行動・心理症状）への対応が困難、安全な医療提供に対する困難等、特有の困難を伴うことが報告されている（谷口，2006；山本，吉永，伊藤，2010；Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw, & Gracia, 2011；松尾，2011；乙村，徳川，

2011；小山，流石，渡邊，森田，2013）。このような困難を伴う認知症高齢者の看護を行う看護師が抱く感情についての調査も実施されており（松田，長畑，上野，郷良，2006；豊岡，小松，北沢，清水，2009；河村，堤，足利，2013；松本，赤石，2011；天野，中島，戸沢，2013；千葉，山村，2013；杉田，西片，2013；宇津木，大槻，2014）、これらの調査では、怒り、困難、自己嫌悪、あきらめ、イライラ等、否定的な感情が多く報告されている。さらに、一般病棟と療養病棟に勤務する看護師を対象とする調査から、一般病棟の看護師は療養病棟に比べて否定的な感情が多く、困難感も高いことが確認されている（西片，中野，2013）。このような状況から急性期病院における認知症高齢者の看護の質向上が喫緊の課題（日本老年看護学会，2016）とされている。

認知症高齢者に対する看護の困難感の要因には、認知症高齢者に対する実践を向上させるための教育の不十分さ（Moyle, Olorenshaw, Wallis, & Borbasi, 2008）、ケア提供者に対するサポート・教育の不足（Cowdell, 2010）が指摘されている。急性期病院に

* 日本赤十字北海道看護大学 ** 日本赤十字豊田看護大学 *** 日本赤十字看護大学看護学部

入院している認知症高齢者が安心して治療や検査を受けられ、看護師の認知症高齢者に対するケアの質向上を図っていく必要がある。そのためには、一人一人の看護師がどのようなことを困難と感じているかを客観的に把握し、感じている困難を軽減していく取り組みが求められる。

しかし、先に述べた認知症高齢者の看護に伴う困難感に関する国内外における研究のほとんどが質的記述的な探求にとどまり、困難感の把握に利用できる測定用具は少数である（千田，2010；川村，鈴木，田辺，中澤，2020；田端，小松，2021）。千田作成の尺度は精神科病棟を対象とした調査結果であり、本研究が目的とする急性期病院における困難感を測定するものではない。川村らの尺度は国公立系医療機関の看護師を対象とし、仕事ストレス尺度を用いた基準関連妥当性の結果が、総合得点で.56であり、下位因子別では.37～.70と相関が低い因子がみられている。また、田端らの尺度の場合、質問項目が先行研究から作成されており、「認知症高齢者の人権やプライバシーに配慮した対応をするのは難しいと感じる」、「認知症高齢者への看護を自分の理想どおりに行うのは、難しいと感じる」（p.64）など抽象度の高い表現となっている。たとえば、人権やプライバシーに配慮した対応とはどのような内容を指しているのかが分かりにくい。看護師が実際に経験している具体的な困難感を表すわかりやすい質問項目とする必要がある。

以上より、急性期病院における認知症高齢者の看護の実際に即した困難感を測定するより使いやすい尺度を作成することが求められている。

本稿では、認知症高齢者の看護に伴う困難感尺度の開発プロセスの中で、測定概念の明確化およびアイテムプールの作成を経て、項目の統計的検討のための予備調査を実施し、尺度項目決定までの経過を報告する。

Ⅱ．研究方法

河口（1997）は尺度開発のプロセスとして、「概念の明確化」「アイテムプールの作成」「測定形式の決定」「専門家のアドバイス」「項目検討のための予備調査」「尺度項目決定のための分析」「大サンプルで調査（本調査）」「信頼性の検討」「妥当性の検討」があると述べている（pp.436-441）。この中で「測定形式の決定」はアイテムプールの作成と同時進行

で行われることが多く、「専門家のアドバイス」はアイテムプールから適切な項目を選択する内容妥当性の検討として実施される。

本尺度開発における尺度項目決定までのプロセスは以下のとおりである。

1．概念の明確化

先行研究と看護師へのインタビューから、以下のように用語の定義を行った。

- 1) 認知症高齢者の看護に伴う困難感：認知症高齢者の看護において、判断や対応・チームアプローチに伴う難しい、困る、悩む、苦しい、他者に迷惑をかけるといった心の動き。
- 2) 認知症高齢者：医師から認知症と診断されている、または診断はされていないが、看護師等によってその可能性が高いと判断された高齢者。
- 3) 急性期病院：看護師配置基準が7対1、または10対1入院基本料を取得している病院。

2．アイテムプール作成のためのインタビュー調査

アイテムプール作成のため、認知症高齢者の看護において難しいと感じたり、困っていること、悩みなどについて知ることを目的としてインタビューを実施した。研究協力者は、機縁法により協力を得た北海道・関東・東海地域の急性期病棟に勤務する看護師3名である。調査はインタビューガイドに基づき半構成的面接法で行い、研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。調査期間は2016年7月から9月である。データの分析は、逐語録を研究者間で熟読し、認知症高齢者の困難感について語っている部分を抽出、類似する内容をカテゴリー化した。

倫理的配慮として、①協力は任意であり、協力しないことや途中で辞退すること、および同意を取り消すことで職務上不利益を被ることはない、②得られたデータは、本研究の目的以外には使用しない、③個人が特定されないよう個人名・施設名等は記号化する、④学会や学会誌に公表する際にも個人が特定されないよう十分に配慮すること等について説明し、文書で同意を得た。実施にあたって日本赤十字北海道看護大学研究倫理委員会の承認を得た（承認番号28-249）。

3．内容妥当性の検討および測定形式の決定

2のインタビュー調査で得られた看護師の語りの

内容と先行研究から56項目の質問文を作成し、作成した質問文の内容を、本研究における「急性期病院における認知症高齢者の看護に伴う困難感」の定義と照らし合わせて吟味し、内容妥当性を検討した。検討は、看護学の博士号を有し尺度開発の経験があり、量的研究を主に行っている老年看護学の研究者1名と、量的・質的双方の研究経験があり看護学の博士号を有する成人看護学および老年看護学の研究者各1名の計3名で行い、全員一致した項目を質問項目とした。

内容妥当性検討で抽出した質問項目を用いて、急性期病院で勤務をしている看護師または勤務経験のある看護師5名に、回答しにくい項目や理解しにくい表現がないかを確認するためのプレテストを行った。回答形式は「全くそう思わない」「そう思わない」「どちらでもない」「そう思う」「とてもそう思う」の5段階のリッカートスケールとし、「全くそう思わない」を1点、「とてもそう思う」を5点とし、点数が高くなるほど困難感が強くなるようにした。

4. 項目検討のための予備調査と尺度項目決定のための分析

予備調査の対象は、機縁法により協力の得られた北海道・東海地域の3施設の看護師各100名、計300名である。ただし、認知症高齢者のケアに関わらない産科・小児科の看護師、および交代勤務をしていない手術室・外来の看護師、看護管理者は除外した。協力を得られた病院の看護部担当者に質問紙を送付、対象看護師に配布を依頼し、個別郵送法により回収した。調査期間は2017年2月から5月である。

分析は、平均値と標準偏差から天井効果・床効果を示す項目がないかを確認し、不適切な項目を削除した。次に項目間相関で負の相関を示すデータを削除したうえで、項目-全体相関 (Item-Total correlation; I-T 相関) 分析、Cronbach の α 係数を確認した。探索的因子分析に先立ち、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性と Bartlett の球面性検定を行い、標本の適切性を評価した。探索的因子分析は、主因子法、バリマックス回転により実施し、初期の固有値が1以上、因子負荷量が原則として.4以上であること、.4以上因子負荷量が複数の因子にまたがっていないことを基準として、項目の削除を繰り返した。分析には SPSS for Windows ver. 24を使用した。

倫理的配慮として、①協力は任意であり、協力しないことや途中で辞退することで職務上不利益を被

ることはない、②得られたデータは、本研究の目的以外には使用しない、③学会や学会誌に公表する際にも施設や個人が特定されないよう十分に配慮する、④調査は無記名で行い、質問紙の返送をもって同意が得られたものとする。したがって、質問紙の返送後に研究協力を取り消すことはできないことを依頼文書で説明した。

調査に先立ち、日本赤十字北海道看護大学研究倫理委員会の承認を得た (承認番号28-265)。

Ⅲ. 結果

1. アイテムプール作成のためのインタビュー調査

インタビューの参加者は49歳 (看護師歴21年)、29歳 (看護師歴6年)、45歳 (看護師歴10年) の女性であった。インタビューの所要時間は40～45分であった。インタビューで語られた困難感は、8カテゴリーに分類できた (表1)。サブカテゴリーを< >、カテゴリーを【 】として述べる。

困難と感じる内容として、患者が日常生活において<理解できない行動をする>ことや、<危険な行動や不潔な行動をする>ことによって生じている【治療や生活上の支援】における困難、患者に痛みがあるか、内服ができるかわからないことで<身体的な状態や機能が判断できない>等の【心身状態の判断】があった。また、【高齢者が真意を表しやすい環境づくり】や、<今までの経験が通用しない>、<危険や逸脱行動を防ぐことができない>ことから有効な【対応方法を見出すこと】、【ケアチームの運営】にも困難を感じていた。

さらに、<人手不足で患者に十分対応することができない>という【ケア体制上の限界】があることや、<他の入院患者に迷惑をかける>などの【他者への迷惑】が生じてしまうこと、<患者の拒否や暴力、興奮させないようにすることに緊張する>といった【看護への拒否や暴力・興奮への対応】を困難に感じていた。

表1 急性期病院における認知症高齢者の看護に伴う困難の内容

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの具体例
治療や生活上の支援	危険な行動や不潔な行動をする	<ul style="list-style-type: none"> ・立ち上がれないが、自分で立ち上がろうとするので困る ・自分で動いてはいけませんが動くので困る ・管を抜かれる ・不潔な行動を取るので困る ・おむつや寝衣を脱いでしまう
	理解できない行動をする	<ul style="list-style-type: none"> ・理解できない行動に困る
心身の状態の判断	身体的な状態や機能が判断できない	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に痛みがあるか、わからない ・薬を内服できるかの確認がむずかしい
	判断に迷いや葛藤がある	<ul style="list-style-type: none"> ・治療上重要な管の管理をどこまで厳密に行うかがむずかしい
	認知症の症状の判断がむずかしい	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の病状の判断がむずかしい ・せん妄との区別がむずかしい
高齢者が真意を表しやすい環境づくり	患者が真意を表すことができる環境づくりがむずかしい	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が真意を表すことができる環境づくりがむずかしい
対応方法を見出すこと	認知症の原因疾患の診断や治療が不明確	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の診断や認知症症状のコントロールに重きがおかれない
	今までの経験が通用しない	<ul style="list-style-type: none"> ・今までの経験でうまくいかない ・今までのやり方が通用しない ・ケアの効果の予測がむずかしい ・何回説明しても理解されない
	危険や逸脱行動を防ぐことができない	<ul style="list-style-type: none"> ・説明の内容をすぐ忘れ危険な行動をとるので困る ・危険を回避するための対応をとることがむずかしい
	対応に迷いや葛藤がある	<ul style="list-style-type: none"> ・したくないが抑制しなければならない ・どうしたらよいのかという思いを持ちながら対応
ケアチームの運営	患者の状況についてチーム内で共通理解しにくい	<ul style="list-style-type: none"> ・若い看護師から相談を受けた時、患者の状況が描けない ・チームによる患者の共通理解がむずかしい
	チームメンバーに求める対応への判断がむずかしい	<ul style="list-style-type: none"> ・若い看護師に認知症高齢者の対応をどこまで求めてよいかわからない
ケア体制上の限界	人手不足で患者に十分対応することができない	<ul style="list-style-type: none"> ・人手が足りなくて困る ・ケアをするとよくなると思うが、時間や人が足りなくてそれができない
他者への迷惑	他の入院患者に迷惑をかける	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間大声を出されると困る ・他の患者に必要な看護をできない ・他の患者に迷惑をかける
	他の看護師に迷惑をかける	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者に付きっきりでいると、他の看護師に迷惑をかける
看護への拒否や暴力・興奮への対応	患者の拒否や暴力、興奮させないようにすることに緊張する	<ul style="list-style-type: none"> ・提供した看護に対する拒否や暴力がある ・予想外の患者の言動に感情が揺さぶられる ・興奮させないために言葉選びに緊張する

表2 回答者の背景

項目	結果
<ul style="list-style-type: none"> ・年齢 ・臨床経験 ・性別 ・資格 	22～58歳、平均34.3歳 (SD 9.32) 0.8年～36.0年 中央値5.9年 (2.7-11.6) 男 5名 (2.9%)、女170名 (97.1%) 看護師172名 (98.3%)、准看護師3名 (1.7%)、 (看護師のうち1名は認知症看護認定看護師) ある 94名 (53.7%)、ない 77名 (44.0%) 無回答4名 (2.3%)
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の家族・知人の世話の経験 	

(n=175)

2. 内容妥当性検討の結果

1 のインタビュー調査と先行研究から作成したアイテムプール56項目の質問文の内容が、先に述べた認知症高齢者の看護に伴う困難感の定義内容に適しているかを検討した結果、46項目の尺度原案となり、予備調査はこれらを用いることとした。

3. 項目検討のための予備調査と尺度項目決定のための分析

北海道・東海地域の3施設の看護師300名に質問紙を送付し、182名(60.7%)より回答があった。182名のうち、認知症看護の経験が「ある」と回答したのは175名(96.2%)、「ない」は2名(1.1%)、無回答が5名(2.7%)であった。このため、認知症看護の経験が「ある」と回答した175名を分析対象とした。

1) 対象者の属性

回答者の年齢は22歳から58歳で、平均34.3歳(SD 9.32)、臨床経験年数は中央値5.9年であった。性別は女性170名(97.1%)、男性5名(2.9%)であった。資格は、看護師172名(98.3%)、准看護師3名(1.7%)で、看護師のうち1名(0.6%)が認知症看護認定看護師であった。認知症に罹患している家族や知人の世話の経験の有無では「ある」が94名(53.7%)、「ない」が77名(44.0%)、無回答が4名(2.3%)みられた(表2)。

2) 項目分析

項目分析の結果を表3に示す。天井効果を示したのは、「6. せん妄との区別が難しい」、「15. 自分で動いてはいけませんが動くので困る」、「20. 夜間大声を出されると困る」、「41. 夜間、人手が足りなくて困る」の4項目であった。このうち、「20. 夜間大声を出されると困る」は、臨床で認知症高齢者をケアするうえでの困難として切実な内容であるため項目を残し、他の3項目は削除した。床効果を示した項目はなかった。次に項目間相関で「1. 精神症状が認知症によるものか判断がむずかしい」と「2. 患者の様子から微妙な変化を読み取るのがむずかしい」の2項目が負の相関を示したため、この2項目を削除し41項目となった。

「5. 患者に痛みがあるか、わからない」と「40. ケアをすると良くなると思うが、時間や人が足りなくてできない」のI-T相関が.4を下回ったが、それ以外の項目はすべて相関係数が.4以上であった。各項目が削除された場合の α 係数では項目全体の α

係数.947を上回る項目はなかった。Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性とBartlettの球面性検定の結果、それぞれ.891、 $p<.001$ であり、妥当な標本であることが確認できた。

そこで探索的因子分析を行った結果、3因子20項目の尺度項目が得られた(表4)。

第1因子は、おむつや寝衣を脱いでしまったり、不潔な行動をとる、危険な行動をとる、夜間大声を出すなど8項目で構成されており、行動心理症状への対応で困っていることから【行動心理症状への対応】とした。第2因子はアセスメントの難しさや危険の予測、管を抜かれないための対応など、看護師のケアに関わる判断に関する6項目から構成されており【ケアに関わる判断】とした。第3因子は、若い看護師から相談を受けたとき、患者の状況を思い描けない、若い看護師に認知症高齢者の対応をどこまで求めてよいかわからない、チームによる患者の共通理解がむずかしいなど、6項目からなり【関わり方の判断とチーム内での共有】と命名した。尺度の累積寄与率は59.4%、尺度全体のCronbachの α 係数は.909であり、第1因子の α 係数は.922、第2因子は.831、第3因子は.792であった。

表3 項目分析

	mean ± SD	項目間相関	I-T 相関	α 係数
1. 精神症状が認知症によるものか判断がむずかしい	3.94 ± .821	-.003 ~ .557	.425	.952
2. 患者の様子から微妙な変化を読み取るのがむずかしい	3.97 ± .653	-.004 ~ .557	.558	.951
3. 興奮がこれからどうなるか予測がつかない	3.88 ± .863	.154 ~ .599	.438	.947
4. 認知症に対するケアを行うことによる効果の予測がむずかしい	3.88 ± .734	.157 ~ .460	.555	.946
5. 患者に痛みがあるか、わからない	3.42 ± 1.041	.195 ~ .452	.376	.947
6. せん妄との区別がむずかしい	4.11 ± .896	.162 ~ .476	.406	.952
7. 短時間で関係を作ることがむずかしい	4.09 ± .801	.133 ~ .440	.463	.946
8. 認知症患者のアセスメントがむずかしい	3.98 ± .745	.150 ~ .557	.554	.946
9. どのような危険がおこりそうか、予測がむずかしい	3.62 ± .991	.185 ~ .674	.574	.946
10. 個々の患者に適した危険を回避するための対応を取ることがむずかしい	3.92 ± .833	.107 ~ .674	.602	.945
11. 管を抜かれないための対策をどこまで徹底するかむずかしい	4.12 ± .834	.107 ~ .565	.447	.946
12. 関わりが少ない場合、どうしたらよいかわからない	3.86 ± .851	.141 ~ .706	.466	.946
13. 患者の情報がないと、どのように対応するとよいかわからない	4.02 ± .787	.096 ~ .706	.544	.946
14. 立ち上がると危険な状態なのに自分で立ち上がろうとするので困る	4.22 ± .748	.189 ~ .730	.684	.945
15. 自分で動いてはいけないうえに動くので困る	4.26 ± .806	.115 ~ .627	.689	.950
16. 不潔な行動をとるので困る	3.84 ± .944	.141 ~ .761	.582	.946
17. おむつや寝衣を脱いでしまうので困る	3.96 ± .859	.131 ~ .708	.612	.945
18. 危険な行動をとるので困る	4.31 ± .687	.073 ~ .710	.576	.946
19. 管を抜かれるので困る	4.31 ± .663	.087 ~ .664	.622	.945
20. 夜間大声を出されると困る (*)	4.27 ± .772	.134 ~ .664	.615	.950
21. 提供した看護に対する拒否や暴力があるので困る	4.12 ± .841	.016 ~ .621	.527	.946
22. 説明の内容をすぐ忘れるので困る	3.46 ± 1.077	.181 ~ .827	.616	.945
23. 何回説明しても理解されないで困る	3.49 ± 1.104	.210 ~ .827	.646	.945
24. 理解できない行動に困る	3.60 ± .958	.160 ~ .776	.678	.945
25. 手間がかかるため困る	3.49 ± 1.041	.204 ~ .694	.708	.944
26. 必要な治療を進めることができず困る	4.04 ± .832	.101 ~ .671	.656	.945
27. 患者本人がどうしたいのかを表現できる環境作りがむずかしい	4.14 ± .661	.090 ~ .511	.493	.946
28. どのように関わるとよいかわからない	3.71 ± .860	.144 ~ .620	.664	.945
29. これまでのやり方が通用しないことが多い	3.62 ± .811	.169 ~ .617	.588	.946
30. したくはないが抑制しなければならない	4.23 ± .700	.141 ~ .563	.569	.946
31. 認知症患者に付きっきりでいると、他の看護師に迷惑をかける	3.45 ± 1.067	.042 ~ .576	.580	.946
32. 他の患者に迷惑をかける	4.08 ± .744	.101 ~ .584	.543	.946
33. 他の患者に必要な看護をできない	3.93 ± .886	.096 ~ .620	.572	.946
34. 認知症患者と他の患者のケアの折り合いをつけることがむずかしい	3.83 ± .802	.191 ~ .620	.565	.946
35. 認知症の診断が不十分である	3.77 ± .816	.214 ~ .666	.583	.946
36. 認知症症状のコントロールに重きが置かれない	3.83 ± .771	.108 ~ .690	.521	.946
37. 興奮させないために言葉選びに緊張する	3.14 ± .914	.094 ~ .461	.474	.946
38. どうしたらよいのかという思いを持ちながら対応している	3.89 ± .767	.204 ~ .441	.533	.946
39. 予想外の患者の言動に感情が揺さぶられる	3.36 ± .913	.090 ~ .461	.497	.946
40. ケアをすると良くなると思うが、時間や人が足りなくてできない	4.11 ± .781	.055 ~ .546	.306	.947
41. 夜間、人手が足りなくて困る	4.35 ± .703	.063 ~ .584	.404	.952
42. 日中、人手が足りなくて困る	3.93 ± .869	.036 ~ .584	.430	.947
43. 若い看護師から相談を受けたとき、患者の状況を思い描けない	3.12 ± .877	.118 ~ .491	.501	.946
44. 若い看護師に認知症高齢者の対応をどこまで求めて良いかわからない	3.19 ± .899	.073 ~ .643	.481	.946
45. チームによる患者の共通理解がむずかしい	3.24 ± .957	.135 ~ .768	.535	.946
46. チーム全体で統一したかわりをもつことがむずかしい	3.38 ± 1.002	.071 ~ .773	.452	.947

網掛けは天井効果により削除した項目、* 項目番号20は天井効果を示したが削除せずにそのまま残した項目である。

項目番号 1, 2 は負の相関を示したため削除した項目

α 係数は項目が削除された場合の Cronbach のアルファ (全体の α 係数は .947)

表4 探索的因子分析

項目	因子			共通性
	1	2	3	
第1因子 行動心理症状への対応 (α = .922)				
17. おむつや寝衣を脱いでしまうので困る	.818	.145	.137	.703
16. 不潔な行動をとるので困る	.810	.089	.116	.675
18. 危険な行動をとるので困る	.761	.232	.022	.633
20. 夜間大声を出されると困る	.725	.162	.144	.573
21. 提供した看護に対する拒否や暴力があるので困る	.719	-.023	.136	.538
19. 管を抜かれるので困る	.706	.417	.009	.675
14. 立ち上がる危険な状態なのに自分で立ち上がろうとするので困る	.699	.290	.261	.640
15. 自分で動いてはいけないうえに動くので困る	.690	.280	.199	.587
第2因子 ケアに関わる判断 (α = .831)				
10. 個々の患者に適した危険を回避するための対応を取ることがむずかしい	.236	.737	.218	.653
8. 認知症患者のアセスメントがむずかしい	.149	.710	.256	.562
9. どのような危険がおこりそうか、予測がむずかしい	.110	.619	.391	.531
11. 管を抜かれないための対策をどこまで徹底するかむずかしい	.152	.609	.112	.453
4. 認知症に対するケアを行うことによる効果の予測がむずかしい	.213	.556	.229	.401
7. 短時間で関係をつくることがむずかしい	.113	.433	.281	.533
第3因子 関わり方の判断とチーム内での共有 (α = .792)				
43. 若い看護師から相談を受けたとき、患者の状況を思い描けない	.059	.194	.726	.540
44. 若い看護師に認知症高齢者の対応をどこまで求めてよいかわからない	.010	.190	.679	.518
45. チームによる患者の共通理解がむずかしい	.099	.228	.624	.486
28. どのようにかわるとよいかわからない	.243	.346	.607	.368
27. 患者本人がどうしたいのかを表現できる環境作りがむずかしい	.252	.253	.411	.280
37. 興奮させないために言葉選びに緊張する	.298	.094	.390	.263

因子抽出法：主因子法

回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

尺度全体の $\alpha = .909$ 、累積寄与率59.4%

IV. 考察

本報告では、「急性期病院における認知症高齢者の看護に伴う困難感尺度」を開発するため、尺度開発に必要なプロセスに即して、アイテムプール作成のためのインタビュー調査から得られた困難感、および項目検討のための予備調査と尺度項目決定のために行った分析結果を述べた。ここではインタビュー調査から得られた困難感と予備調査結果について考察する。

1. インタビュー調査から得られた困難感

序論で述べたように、先行研究では認知症高齢者を尊重した対応ができない、患者との意思疎通が図れない、認知症のBPSD（行動・心理症状）への対応が困難、安全な医療提供に対する困難等が報告されていた。吉武、福岡（2017）の文献検討においても、急性期病院一般病棟（2施設）と成人外科病棟

（1施設、成人外科3病棟）における認知症高齢者ケアの困難内容として、認知症症状に起因する意思疎通困難、治療・ケアへの協力が得にくい、事故予防対策、抑制・拘束、他患者への影響、治療環境への配慮、多職種連携、家族との連携が挙げられていた（pp. 276-278）。また、川村、鈴木、中澤、柴田（2018）の文献レビューでも、認知症高齢者の理解に対しての困難、病院という環境に起因する困難、認知症高齢者に対する尊重した看護に関する困難が報告されている（p. 254）。

今回の研究者らの調査結果は、これらの報告で示されていた困難感と、治療上の管理や患者の安全確保に関する内容においては大きな変わりはない。しかし、先行研究では見られなかった＜認知症の症状の判断がむずかしい＞、＜患者の真意を表すことができる環境づくりがむずかしい＞といった、認知症に関する専門的知識をもったうえでの判断や対応が

含まれている。さらに、＜危険や逸脱行動を防ぐことができない＞＜患者の拒否や暴力、興奮させないようにすることに緊張する＞など、行動心理症状を予防したり増悪させないための内容を含む困難感が示された。認知症高齢者の増加とともに、認知症に関する専門的知識が普及し、認知症高齢者の看護に伴う困難感も、わずかながら変化が生じていると考える。

現在、医療はますます高度化・専門化しており、看護師にとっても認知症高齢者にとっても厳しい環境におかれている。特に日常とは大きく異なる環境で治療を受けなければならない認知症高齢者のストレスは、より強くなっているものと推察される。そのため、看護師個人の能力と努力だけでは行き詰まってしまう事態に直面することになる。経験の浅若い看護師にとっては尚更である。本調査において、＜患者の状況についてチーム内で共通理解しにくい＞、＜チームメンバーに求める対応への判断がむずかしい＞というサブカテゴリーから【ケアチームの運営】という困難感が抽出された。このカテゴリーの抽出には、インタビュー対象者の経験年数が6年～21年という中堅以上の看護師であり、病棟チームの中核を担う立場であったことも影響していると考えられ、急性期病院において早急に解決しなければならない問題であると言える。

2. 予備調査結果

探索的因子分析の結果、3因子20項目が抽出され、第1因子は【行動心理症状への対応】、第2因子は【ケアに関わる判断】、第3因子は【関わり方の判断とチーム内での共有】と命名した。本研究では、「認知症高齢者の看護に伴う困難感」を「認知症高齢者の看護において、判断や対応・チームアプローチに伴う難しい、困る、悩む、苦しい、他者に迷惑をかけるといった心の動き」と定義した。概念を定義するにあたり、「判断」「対応」「チームアプローチ」という3つの側面に伴う困難感があると仮定していたが、これら3つが探索的因子分析の結果得られた3因子と基本的に合致しているということが出来る。

一方、第3因子の項目で「27. 患者本人がどうしたいのかを表現できる環境作りがむずかしい」と「37. 興奮させないために言葉選びに緊張する」の2項目の共通性が、.280、.263と他の項目と比較し低い結果となった。そのため、本調査の実施にあたって質問文の表現を検討する必要がある。しかし、

尺度全体の Cronbach の α 係数は .909、下位尺度ごとの α 係数も .922～.792であった。Polit & Beck (2004/2010) は、ほとんどの場合、.70を超える信頼性係数は十分であると見なされる (p.432) と述べている。本予備調査結果は良好な結果を示したということができ、尺度項目として使用できると判断した。

V. 結論

1. インタビュー調査から得られた困難感は【治療や生活上の支援】【心身状態の判断】【高齢者が真意を表しやすい環境づくり】【対応方法を見出すこと】【ケアチームの運営】【ケア体制上の限界】【他者への迷惑】【看護への拒否や暴力・興奮への対応】の8カテゴリーが見い出された。この結果は先行研究との比較検討から妥当であり、急性期病院における認知症高齢者の看護の実際に即した内容になっている。
2. 予備調査における探索的因子分析の結果、3因子20項目となり、それぞれ【行動心理症状への対応】【ケアに関わる判断】【関わり方の判断とチーム内での共有】と命名した。これらの3因子は概念の定義内容と基本的に合致しており、構成概念として適切である。
3. 以上より3因子20項目をファイナルスケールとすることが可能であると判断した。

【謝辞】本研究の実施にあたり、ご協力いただいた看護師の皆様、並びに調査協力を受け入れて下さいました病院長・看護部長様に心より感謝申し上げます。また、探索的因子分析にあたってご指導・ご助言をいただいた日本赤十字北海道看護大学の河口てる子学長にお礼申し上げます。

なお、本研究は平成29年度「学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する研究助成」により助成を受けて実施した。内容の一部は、第19回日本赤十字看護学会学術集会において発表した。

VI. 引用文献

天野さやか, 中島真喜美, 戸沢智也 (2013). 整形回復期リハビリテーション病棟における認知症高齢者に接する看護師のストレス感情. 日本看護学会論文集：老年看護, 43, 122-125.

- 千葉一照, 山村君枝 (2013). 認知症患者に対する看護師の感情労働 看護師の陰性感情に焦点をあてて. 日本精神科看護学術集会誌, 56 (1), 104-105.
- 千田睦美 (2010). 認知症高齢者の看護を实践する看護師の困難感尺度の開発. 東京女子医科大学博士論文.
- Cowdell, F. (2010). Care of older people with dementia in acute hospital setting. *Nursing Standard*, 24, 42-48.
- 河口てる子 (1997). 看護調査研究の実際 尺度開発のプロセス. 看護研究, 30 (5), 435-441.
- 川村晴美, 鈴木英子, 中澤沙織, 柴田慈子 (2018). 我が国における急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献レビュー. 日本健康医学会雑誌, 27 (3), 251-258.
- 川村晴美, 鈴木英子, 田辺幸子, 中澤沙織 (2020). 急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感尺度の開発. 日本看護科学学会誌, 40, 312-321.
- 河村圭子, 堤かおり, 足利学 (2013). 認知症高齢者による攻撃的行動を受けた看護師・介護職員の感情とストレス対処行動との関連. 医学と生物, 157 (3), 307-311.
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代 (2013). 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. 老年看護学, 17 (2), 65-73.
- 松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江, 郷良淳子 (2006). 認知症高齢者をケアする看護師の感情. 大阪府立大学看護学部紀要, 12 (1), 85-91.
- 松本明美, 赤石三佐代 (2011). BPSD を表出する認知症高齢者の看護 攻撃的行動に対する看護師の捉え方とケア. ヘルスサイエンス研究, 15 (1), 33-38.
- 松尾香奈 (2011). 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ. 日本赤十字看護大学紀要, 25, 103-112.
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3 (2), 121-130. doi:10.1111/j.1748-3743.2008.00114.x.
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., & Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 420-428. doi:10.1111/j.1365-2702.03521.x.
- 内閣府 (2017). 平成29年版高齢社会白書 (概要版). <https://www8.cao.go.jp>. (検索日: 2019年1月29日)
- 西片久美子, 中野実代子 (2013). 認知症高齢者とのかかわる看護師が抱く感情に関する実態調査. 第33回日本看護科学学会学術集会講演集, 526.
- 日本老年看護学会 (2016). 急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場 表明 2016. <http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf>. (検索日: 2019年1月29日)
- 乙村優, 徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とのかかわる看護師の感情. 日本精神科看護学術集会誌, 54 (3), 114-118.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004) / 近藤潤子 (2010). 看護研究 原理と方法 (第2版). 医学書院.
- 杉田恵美, 西片久美子 (2013). 一般病棟に勤務する看護師が認知症高齢者との関りで抱く感情. 日本赤十字看護学会誌, 13 (1), 29-34.
- 田端真, 小松美砂 (2021). 急性期病院における認知症高齢者への看護に対する困難感尺度の開発. 老年看護学, 26 (1), 59-67.
- 谷口好美 (2006). 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学, 11 (1), 12-20.
- 豊岡美幸, 小松かずみ, 北沢亜紀子, 清水八千代 (2009). 急性期病院における認知症高齢者をケアする看護師の感情. 日本看護学会論文集: 老年看護, 39, 291-293.
- 宇津木翔子, 大槻久美 (2014). 認知症高齢者をケアする看護師の感情に関する文献検討. 日本看護学会論文集: 看護総合, 44, 162-165.
- 山本克英, 吉永喜久恵, 伊藤由佳 (2010). 救急医療現場で認知症高齢者をケアする看護師の困難. 神戸市看護大学紀要, 14, 72-80.
- 吉武亜紀, 福岡欣次 (2017). 一般病院において認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌, 26 (2), 274-283.