

研究報告

日本語版攻撃的行動に対する 態度尺度（J-ATAS）の信頼性と妥当性： 日本の認知症ケアにおける適用可能性の検討

**Reliability and Validity of the Japanese Version of the Attitudes Toward Aggression Scale:
An Adaptation to Japanese Dementia Care Settings.**

中平みわ¹⁾*, 人見裕江²⁾, 久山かおる³⁾

Miwa Nakahira, Hiroe Hitomi, Kaoru Kuyama

キーワード：認知症、態度、攻撃的行動、攻撃性に対する態度尺度

要 旨

本研究では、ヨーロッパ5カ国4言語で信頼性と妥当性が検証されたthe Attitudes Towards Aggression Scale(ATAS)の日本語版(J-ATAS)を作成し、その信頼性と妥当性を検討し、本邦の認知症ケアにおける適用可能性について考察した。主成分分析の結果、J-ATASは英語版の5因子構造とはならず、3因子構造を示した。また、内的整合性の評価では、第1因子においては概ね良好な値が得られたが、第2因子では十分とは言えず、第3因子に関しては低い結果しか得られなかった。さらに3つの因子の相関パターンは、‘否定的態度’と‘肯定的態度’の2つに分かれる可能性が示唆された。以上のことから、現段階におけるJ-ATASは、ATASの日本語版として本邦で活用するには、十分な信頼性・妥当性を有しているとは言えない結果となった。認知症の人の攻撃的行動に対する我が国のスタッフの態度を測定するには、J-ATASおよびその開発プロセスの課題を踏まえた新たな尺度を開発する必要がある。

I 緒 言

興奮(agitation)と攻撃(aggression)はアルツハイマー病の中期によく見られる症状であり、我が国の介護保険施設の看護・介護職の約8割が体験している(Nakahira et al., 2009)。認知症の人の攻撃的行動は本人にとって施設入所のリスク要因になると同時に(Balestreri, Grossberg & Grossberg, 2000)、介護施設の安全環境を脅かし(Finkel, 2001)、介護職員のストレスやバーンアウトの要因となり(Brodaty, Draper, & Low, 2003)、職員の募集や離職率にも影響を与えている(Ito et al., 2001)。実践面においては、抗精神病薬投与の主要因であり(Nakahira et al., 2012)、介護職による高齢者虐待の一因ともなっている(Shaw, 1998)。

以上のことから、認知症の人の攻撃的行動は、本人と介護者双方の安寧を阻害しているともいえる。

近年、認知症の人の攻撃的行動に対する看護・介護職の態度が臨床行動への変動主要因として注目されつつある(Chrzescijanski, Moyle & Creedy, 2007)。精神科看護領域の研究では、精神疾患患者の攻撃的行動そのものによる影響よりも、攻撃的行動や暴力に対する看護職の態度が危険度の認知や予測に影響を与え、発生状況報告や介入に関する意思決定などの行動を左右している(Jansen, Middel, & Dassen, 2005)という知見もある。さらに、攻撃的行動に対する看護職の態度は、看護職自身のバーンアウト(Whittington, 2002)および攻撃的行動に対する耐性(Middleton et al., 1999)に関連するとも言われている。Nakahira et al. (2009)

受付日：2016年9月2日 受理日：2016年11月7日

所 属 1) 京都光華女子大学健康科学部看護学科 Kyoto Koka Women's University, Faculty of Health Science, Department of Nursing

2) 岐阜聖徳学園大学看護学部 Gifu Shotoku Gakuen University, Faculty of Nursing 3) 武庫川女子大学看護学部看護学科 Mukogawa Women's University, School of Nursing

連絡先 *E-mail: m-nakahira@mail.koka.ac.jp

が介護保険施設の看護・介護職を対象に行った先行研究においても、認知症の人の攻撃的行動に対し否定的な態度を示す者は、肯定的態度を示す者よりも身体拘束への志向性が高いことが明らかになった。

一般に、攻撃的行動に対する人々の態度は否定的である。しかし、精神科看護領域の先行研究では、看護師は精神疾患患者の攻撃的行動に対して否定的な態度を示すだけでなく、介入のきっかけとなるサインと受け取り、好意的な見方をしていることが明らかになっている (Finnema, Dssen, & Halfens, 1994)。オランダ、スイス、ドイツ、英国およびノルウェイのヨーロッパ5カ国4言語で行われた研究 (Jansen et al., 2005) では、精神科看護師は精神疾患患者の攻撃的行動に対し、1) 不快、2) コミュニケーション、3) 破壊的、4) 保護的、5) 侵入的の5つの側面からなる反応傾向を示しており、精神疾患患者の攻撃的行動に対する看護師の態度が多面的であることを示唆している。

本邦においては認知症の人の攻撃的行動に対する看護・介護職の態度に対し、それを測定する尺度は存在しない。したがって本研究では、精神疾患患者の攻撃的行動に対する看護師の態度を測定する目的で開発され、ヨーロッパ5カ国4言語で信頼性と妥当性が検証された the Attitudes Towards Aggression Scale (以下、ATAS) (Jansen et al., 2005) の日本語版 (ATAS Japanese Version 以下、J-ATAS) を作成し、その信頼性と妥当性を検討し、本邦の認知症ケアにおける適用可能性について考察する。

II 方法

1. 理論的枠組み

本研究では理論的枠組みとして、ATAS 開発の枠組みとなった Theory of Planned Behavior (以下、TPB) を用いる。TPB は行動理論の一つであり、Ajzen (1988) によって開発された。Ajzen (1988) によると、人々の態度は行動意図の前段階であり、したがって態度から行動を予測することが可能である。また、個人の態度と特性には共通性があるが、態度は個人特性よりも変化しやすく順応性がある (Ajzen, 1988)。よって、認知症の人の攻撃的行動に対する看護・介護職の態度は、適切な教育によって変容する可能性がある (Chrzescijanski et al., 2007)。

2. 用語の定義

本稿では、理論的枠組みとの整合性に鑑み、Ajzen (1988, p.4) の態度 (attitude) の定義である “物、人、

施設、または出来事などに対する好意的もしくは非好意的な反応傾向”を採用する。

攻撃的行動という用語に関しては、英語論文に共通して用いられている Aggressive behavior という用語を ‘攻撃行動’ や ‘攻撃的行動’ と和訳されることが多い。心理学領域での ‘攻撃行動’ は、攻撃行動が意図的であるということを前提に定義されている (Krahé, 2013)。しかし、認知症ケア領域においては介護抵抗の例のように、攻撃的行動が必ずしも敵意的動機に基づくとは限らず、明らかな攻撃行動とは判断できないという統一見解がある。したがって本稿では一貫して ‘攻撃的行動’ という用語を使用する。

3. 研究手順と倫理的配慮

本研究の研究計画書は Griffith University Human Research Ethics Committee (HREC) において承認された。HREC の承認後、研究許可願、研究の目的と概略を説明した手紙を、研究者らの教育・研究フィールドである大阪・鳥取・鳥根・静岡の38の精神病院の認知症病棟・介護療養型医療施設・介護老人保健施設・介護老人福祉施設に送付し27施設から承諾を得た。調査対象者は、看護師・准看護師・介護福祉士・ヘルパー・無資格介護者とし、認知症の人のケアに直接関わっている職種全体の意見を幅広く把握することとした。調査期間は2004年12月26日から2005年2月25日であった。

852の調査票に研究の目的・方法・倫理的配慮を記した説明書を添付し、上記27施設に配布した。倫理的配慮として、調査票には封筒を添付し外部からのアクセスを遮断する回収袋を用意した。さらに研究の説明書には、守秘義務・匿名性・研究によるリスクと利益および研究者の連絡先を記載し、参加および参加撤回の自由について説明した。回答をもって同意を得たものとした。

III 尺度翻訳および翻訳等価性の検証手順と結果

ATAS は5つの下位尺度、18項目によって構成される自記式尺度であり、精神病院に入院する精神疾患患者の攻撃的行動に対する看護師の態度を測定する目的で開発された。回答には5段階のリッカート尺度を使用している。5つの下位尺度は、1) 不快、2) コミュニケーション、3) 破壊的、4) 保護的、5) 侵入的、の側面から成り、Cronbach’s alpha 0.60 ~ 0.86 の信頼性を得ている (Jansen et al., 2005)。また5つの下位尺度

ごとに項目の点数を合計してスコアを出す方式をとっており、下位尺度の合計スコアが高いほど、その側面の態度が強いということを示す。本研究を行うにあたり開発者の Jansen 博士より尺度の翻訳・改定および使用許可を得た。

測定尺度の翻訳と文化的適応については複数のガイドラインが報告されているが、十分なコンセンサスは得られていない (Kucukdeveci et al., 2004)。したがって本研究では、まず、現存のガイドラインをレビューによって統合し、実行可能性の高い手順を作成した。その結果、フェーズ1：内容・抽象概念的等価性 (Content / Conceptual equivalence)、フェーズ2：言語的等価性 (Semantic / linguistic equivalence)、フェーズ3：心理測定的等価性 (Psychometric equivalence) の3つのプロセスを経て ATAS 英語版を日本語に翻訳し検証することとした。

フェーズ1：内容・抽象概念的等価性 (Content / Conceptual equivalence)

内容等価性は、測定尺度を構成する項目の内容が測定対象の文化に適合するかどうかを (Hilton & Skrutkowski, 2002)、抽象概念的等価性は、異なる文化に属する人々が尺度を構成する中心的構成概念を同方向から見ることができると示している (Polit & Beck, 2011)。ATAS はヨーロッパ文化圏で開発された尺度であることから、日本語を母国語とし老年看護学の専門教育 (The Graduate Diploma in Gerontological Nursing 以下、GradDipGeront Nrs) を受けた日英バイリンガルの著者が、ATAS の項目内容の日本文化への適応性および、中心的構成概念が日本の認知症ケアに携わる看護・介護職にも理解可能なことを確認した。

フェーズ2：言語的等価性 (Semantic / linguistic equivalence)

初回翻訳 (Initial Translation)

言語的等価性は、測定尺度を構成する各項目の原文の意味が翻訳後も維持されているかどうかを問うものである (Lin et al., 2007 ; Polit & Beck, 2011)。測定尺度の翻訳の正確さは翻訳者の知識と技術によって決まる (Beck, Bernal & Froman, 2003 ; Hilton & Skrutkowski, 2002 ; Lin et al., 2007)。したがって、翻訳者は測定尺度の構成概念を理解できるよう双方の文化に精通している必要がある (Beaton et al., 2000 ; Polit & Beck, 2011)、どちらかの国に在住するネイティブ・スピーカーであることが望ましい (Wild et al.,

2005)。加えて、最低2名の翻訳者がそれぞれの翻訳を比較し、あいまいな言い回しや翻訳プロセスの相違について確認しあうことが適切である (Beaton et al., 2000)。

以上を踏まえ、ATAS 英語版は日本語を母国語とし英語圏に3年以上の在住経験のある2名の翻訳者によって翻訳した。それぞれの翻訳者は、老年看護学の専門教育 (GradDipGeront Nrs) を受けた看護師および、カルチュラル・スタディーズの専門家である。双方が個別に翻訳した日本語版の整合性について協議したが、双方の翻訳に主な相違は見られなかった。

逆翻訳 (Back translation)

もっとも一般的で (Pena, 2007)、強く推奨される (Beaton et al., 2000) 尺度翻訳の等価性検証方法は逆翻訳である。逆翻訳は、原語 (翻訳前の言語) を母国語とする翻訳専門家が (Wild et al., 2005)、最低2名で個別に翻訳を行えば最適な方法となる (Hilton & Skrutkowski, 2002)。

本研究では英語を母国語とする翻訳家に協力を得ることができなかったため、6年以上英語圏に在住する日本語が母国語の翻訳専門家を逆翻訳者とした。翻訳等価性について2名の翻訳者が合意に至るまで翻訳・逆翻訳のサイクルを繰り返したが、互いの翻訳に主な相違は見られなかった。

フェーズ3：心理測定的等価性 (Psychometric equivalence)

翻訳・逆翻訳の手順は逐語的な翻訳に偏重し、文章の自然さや含意が失われやすいことから、心理測定的等価性の検証が必要となる (Vijver & Leung, 1997)。本研究では、心理測定的等価性の検証のため、まず ATAS 英語版を6人の日英バイリンガルの日本人に配布し回答を得た。次いで2週間後に逆翻訳を経た日本語版を配布し、英語と日本語版の回答の相関を確認した。相関係数が0.7以下の項目 (項目5、6、8、9、13、14、15) については翻訳を見直し、J-ATAS 暫定版 (以下、J-ATAS) とした。

J-ATAS については、本研究の対象母集団に合致する日本人看護師2名・介護福祉士2名および翻訳者である著者が、内容・抽象概念的等価性について協議した。このプロセスの中で介護福祉士の1人が、認知症の人の攻撃的行動は介護拒否と認識しており、攻撃的行動と介護拒否の相違が不明確であるという点を指摘した。前述したように認知症ケア領域においては攻撃的行動が必ずしも敵意的動機に基づくとは限らず、明

らかな攻撃行動とは判断できないという統一見解がある。よって調査票の説明書には、「暴力を受けたり、攻撃的な態度をとられたりした場合」と明記し、攻撃的行動の背景ではなく現象のみに着目できるような表現方法を工夫した。また、他の要因（例えば精神疾患）による攻撃的行動と区別しやすいよう「認知症の人の攻撃的行動をどう捉えているか」について回答するよう依頼した。

バイリンガル回答者による両言語版測定尺度の回答の相関を検証することは理想的な方法ではあるが、これに関しても批判的意見はある。バイリンガルの回答者は双方の文化に精通しているという特性があるた

め、片方の測定尺度のみを用いるモノリンガルの母集団とは異なる (Hilton & Skrutkowski, 2002) というものである。よってこの問題を解決し、心理測定的等価性をより堅固なものとするため、内的妥当性と信頼性の検証を行った。

内的妥当性と信頼性の分析方法

まず妥当性の検証のため構成概念妥当性の検証を行った。データ分析には SPSS 19.0 Windows 版を用いた。ATAS 英語版ではすでに、1) 不快、2) コミュニケーション、3) 破壊的、4) 保護的、5) 侵入的、の 5 因子構造が明らかにされているが、本研究の目的は、

表1. バリマックス回転を用いた因子分析と内的整合性 (Cronbach's Alpha)

項目	攻撃的行動とは……	平均値 ± SD	第1因子	第2因子	第3因子
			(13 項目) Cronbach's Alpha(α)=.885	(3項目) Cronbach's Alpha(α)=.628	(2項目) Cronbach's Alpha(α)=.485
項目13	他人や物に害をあたえる目的で脅かすことである	2.65 ± .885	0.73	-0.16	0.12
項目7	自己中心的に行われる、威圧的で、あやまった、適応性に欠ける言葉や行動である	2.84 ± .905	0.72	-0.10	-0.07
項目4	他人を支配したり傷つけるために、動揺させたりじやまをしようとする衝動だ	2.58 ± .896	0.71	-0.12	0.04
項目8	受け入れがたい、不必要な行動だ	2.61 ± .890	0.72	-0.28	-0.21
項目5	許されない	2.54 ± .901	0.69	-0.13	-0.06
項目12	他人や自分への暴力行為だ	3.03 ± .874	0.67	0.03	-0.08
項目14	破壊的な行動なので望ましくない	3.14 ± .880	0.65	0.09	-0.23
項目11	どんな形であっても、いつも否定的で、受け入れられない	2.54 ± .806	0.64	-0.23	-0.13
項目3	不快で、うんざりする行動だ	3.11 ± .903	0.63	0.17	-0.28
項目16	病棟の雰囲気悪くし、治療を妨げる	3.01 ± .875	0.62	0.13	-0.17
項目9	患者(または入所者)が、自分や他人の体に害をあたえようとする気持ちになるときである	2.73 ± .902	0.58	-0.08	0.20
項目15	精神疾患の人による攻撃的な行動を除き、わざとおこなわれる	2.42 ± .803	0.56	-0.09	0.36
項目1	協力的でない態度の例である	2.83 ± .862	0.44	0.12	0.07
項目18	自分自身の領域やプライバシーを守ることである	3.45 ± .763	-0.06	0.73	0.10
項目17	介護者が、その患者(入所者)を別の視点から見ると役に立つ	3.63 ± .727	-0.10	0.73	0.13
項目10	自分を守るためのものだ	3.56 ± .829	0.05	0.73	-0.10
項目2	患者(または入所者)と介護者の、より好ましい関係の始まりである	2.58 ± .826	-0.07	0.08	0.83
項目6	患者(または入所者)の介護に新しい可能性をあたえる	3.18 ± .793	-0.11	0.45	0.52

J-ATAS の我が国の認知症ケアにおける適用可能性を検証することにあるため、確証的因子分析ではなく探索的因子分析を用い、日本語版の因子構造を確認することにした。ATAS 英語版および J-ATAS の因子構造を比較するため、主成分分析 (バリマックス回転) を用いた。因子負荷量が 0.32 以上の項目をそれぞれの因子に含めた (Tabachnick & Fidell, 2001)。

次に信頼性の検証においては、抽出したそれぞれの因子の内的整合性を求めるため Cronbach's alpha を用いた。

IV 結 果

752 の回答 (回収率 87%) が得られ、そのうち有効回答 675 を分析対象とした。主成分分析には最低でも 300 ケースの標本が必要である (Tabachnick & Fidell, 2001) ことから十分な標本数が得られた。

1. 回答者の属性

回答者の平均年齢は 35.8 歳 (範囲 = 18 ~ 70 歳, SD = 11.48 歳) で、77.9% (n = 526) は女性、平均職務経

験 7.8 年 (範囲 = 1 か月 ~ 43 年, SD = 8 年) であった。職種は、看護師 20.7% (n = 139)、准看護師 20.5% (n = 138)、介護福祉士 33.3% (n = 224)、ヘルパー 13.4% (n = 90)、ヘルパー研修を受けていない無資格介護者 12.2% (n = 82) で構成されていた。

2. 信頼性と妥当性

尺度の 18 項目それぞれの平均値および標準偏差 (範囲 = 2.42 ~ 3.63, SD = 0.72 ~ 0.90) は、表 1 に示す通りであり、天井効果・フロア効果はみられなかった。Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) のサンプリング適切性基準は 0.898、Bartlett's Test of Sphericity は 0.001 を示し、因子分析の適用性を確認した。次に因子抽出を行い固有値 1 以上の 3 因子が抽出された。それぞれの因子の分散は 31%、11%、7% であった。したがって、J-ATAS は英語版の 5 因子版とは異なる 3 因子構造となることが示唆された。

次にスクリープロットの結果から 3 因子解を求め、バリマックス回転後の 3 因子に対する各項目の因子負荷量を表 2 に示した。13 項目が第 1 因子、3 項目が第 2 因子、2 項目が第 3 因子へ大きく負荷した。さらに

表2. ATAS日本語版 (J-ATAS) と英語版 (ATAS) の主成分分析の結果比較

各因子 平均スコア	J-ATAS			ATAS (Jansen et al., 2005)				
	第1因子	第2因子	第3因子	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
項目13	x					x		
項目7	x							x
項目4	x							x
項目8	x			x				
項目5	x			x				
項目12	x					x		
項目14	x			x				
項目11	x			x				
項目3	x			x				
項目16	x			x				
項目9	x					x		
項目15	x							x
項目1	x			x				
項目18		x					x	
項目17		x			x			
項目10		x					x	
項目2			x		x			
項目6			x		x			

主成分分析（バリマックス回転）の結果、J-ATASからは英語版の5因子とは異なる3因子が抽出された（表2参照）。

Cronbach's alphaによる内的整合性の評価では、第1因子においては概ね良好な値が得られたが（ $\alpha = .88$ ）、第2因子では十分とは言えず（ $\alpha = .62$ ）、第3因

子に関しては低い結果しか得られなかった（ $\alpha = .48$ ）。また第3因子を構成する2項目の相関も十分でなかった（ $r = .32$ ）。さらに第3因子は、第1因子と負相関（ $P < .01$ ）、第2因子と正相関（ $P < .01$ ）していることから（表3参照）、3つの因子の相関パターンは、'否定的態度'と'肯定的態度'の2つに分かれる可能性が示唆された。

表3. J-ATAS各因子平均スコアの相関パターン

	第1因子	第2因子	第3因子
相関係数	1	-.0.135**	-.0.184**
第1因子	Sig. (2-tailed)	0.001	0
n	601	597	585
相関係数	-.0.135**	1	0.291**
第2因子	Sig. (2-tailed)	0.001	0
n	597	658	635
相関係数	-.0.184**	0.341**	1
第3因子	Sig. (2-tailed)	0	0
n	590	642	643

** $P < 0.01$

相関係数はピアソンの相関係数

欠損値のある項目は総数が異なる

V 考 察

本研究では、J-ATASを開発し、その信頼性と妥当性を検証した。主成分分析の結果、J-ATASは英語版の5因子構造とはならず、3因子構造を示した。さらに第3因子の構成項目数が2項目しかなく互いの相関が十分でないこと、内的整合性が低いことを総合し、J-ATASにおいては第3因子を削除することとし、第1および2因子をそれぞれ'否定的態度'と'肯定的態度'と命名した。この2因子構造はAjzen (1988, p.4)の態度 (attitude) の定義である“物、人、施設、または出来事などに対する好意的もしくは非好意的な反応傾向”に整合する結果となった。よって、J-ATASは、本研究の理論的枠組みであるTPBに整合していると考えられる。

また本研究では、我が国の認知症ケアに携わる看

護・介護職が、認知症の人の攻撃的行動に対し否定的な見方だけでなく、好意的な態度も示していることが明らかになった。TPBによると、態度は個人特性よりも変化しやすく順応性がある (Ajzen, 1988) ことから、認知症の人の攻撃的行動に対する看護・介護職の態度は、適切な教育によって変容する可能性がある (Chrzescijanski et al., 2007)。以上のことからJ-ATASは、看護・介護職の教育介入の効果を測定するツールとしての活用可能性を有すると思われる。また、認知症の人の攻撃的行動に対する看護・介護職の態度がバーンアウト (Whittington, 2002) および攻撃的行動に対する耐性 (Middleton et al., 1999) と相関していることから、看護・介護職のバーンアウトやストレスを予測するための尺度としても活用できるであろう。

しかし、この尺度をATASの日本語版として使用するには、妥当性と信頼性におけるいくつかの課題が

ある。まずはATAS英語版との因子構造の違い、つまり妥当性における課題である。今回、因子構造が異なった要因としてまず考えられるのは、回答者の文化的背景の相違である。前述したようにATAS英語版はヨーロッパ5カ国の調査で5因子構造が確認された。一方、ATAS開発時に英国と中国で行われた比較文化研究では、両者が異なる因子構造を示し、英国人看護師と中国人看護師の精神疾患患者の攻撃的行動に対する態度に相違があることが示唆された (Whittington et al., 2002)。また、本研究同様、中国の結果においても'否定的態度'と'肯定的態度'の2因子構造を示していた。この結果から攻撃的行動に対するヨーロッパ諸国とアジア諸国の対象者の文化的相違が示唆される。ヨーロッパの看護師は、攻撃的行動を多面的にとらえているが、中国と日本人の対象者は、善悪二元論的な捉え方をする傾向にあるとも解釈できる。しかしそれを説明するに足りる十分な根拠は著者らが調べた限り見当たらない。

第2の要因として考えられるのはバイアスの問題である。Vijver & Leung (1997) は、比較文化研究におけるバイアスを低減させる方法として、1) 研究疑問や仮説および研究に関する理論的構成物の概念化、2) 研究デザイン、3) データ分析、の3点に注意を払う必要性を述べている。本研究では、研究対象者を認知症の人のケアに直接従事している看護師・准看護師・介護福祉士・ヘルパー・無資格介護者に広げ、認知症の人の攻撃的行動に対する態度を測定した。研究対象者の職種により教育背景等のばらつきが考えられることから、ATAS英語版開発時、精神科看護師に対象者を限定した場合は標本の種類が大きく異なる。加えて'認知症の人の攻撃的行動'と'精神疾患患者の攻撃的行動'の相違も因子構造の結果の相違に影響を与えている可能性がある。

最後に、本研究では尺度翻訳において厳密な手順を踏んだが、英語版と日本語版の項目5、6、8、9、13、14、15の6項目の相関が十分ではなかった（ $\alpha < .70$ ）。よって翻訳手順および翻訳見直しも結果への影響要因となり得る。

以上の要因が、今回のATAS英語版、日本語版両者の因子構造の違いに影響を与えた可能性がある。J-ATASを英語版と併用した比較文化研究に耐えうる尺度にするには、研究デザインを英語版開発時の方法と同じにし、基準関連妥当性や確証的因子分析によって妥当性の検討を行う必要がある。

また、J-ATASは信頼性の面でも課題が残る。今回、第3因子の構成項目が2項目しかなく両者の相関が十

分でないこと、内的整合性が低いことを総合し、第3因子を削除し、第1および第2因子をそれぞれ'否定的態度'と'肯定的態度'と命名した。Cronbach's alphaによる内的整合性の評価では、第1因子においては概ね良好な値が得られたが（ $\alpha = .88$ ）、第2因子では十分とは言えない（ $\alpha = .62$ ）結果となった。本研究の枠組みに用いたTPBによると、態度は個人特性よりも変化しやすい (Ajzen, 1988) ことから、今後、再現性など異なる方法を用いた信頼性の検証も必要となる。

最後に、対象者の代表性の確保においても十分とは言えない。財団法人介護労働安定センター (2016) が、2015年度、全国の介護保険サービス事業者から17,643事業所を抽出し、介護・看護にかかわる労働者 (n=21,848) を対象に実施した結果によると、介護職の平均年齢は43.2歳、看護職は49.3歳であり、これと比較すると、本研究の対象者 (平均年齢35.8歳) は年齢層が低い傾向が見られた。対象者の代表性の確保のためには、対象選択に無作為法を用いる必要がある。

以上のことから、現段階におけるJ-ATASは、ATASの日本語版として本邦で活用するには、十分な信頼性・妥当性を有しているとは言い難い結果となった。

しかし近年の認知症人口の増加に伴い、認知症の人の攻撃的行動が益々大きな社会的課題となっていることから、認知症の人の攻撃的行動に対する介護・看護職の態度測定に特化した、より妥当性・信頼性の高い尺度の開発が急務である。前述したように、態度測定の尺度が、看護・介護職の教育介入の効果、バーンアウトや攻撃的行動に対する耐性の測定等に適用できる可能性が高いことからこのことは明らかである。

また本研究の調査期間は、介護保険法の施行から4年後の2004年末から2005年初頭にかけてのものであり、現在は、当時から10年が経過している。その間、認知症ケア専門家や認知症看護の認定看護師など認知症ケアの専門家が育っている。そのような現在、認知症ケアに従事するスタッフの態度にも変化が生じている可能性がある。

以上のことから、研究デザインに質的研究を組み入れ、今回開発したJ-ATASおよびその開発プロセスにおける課題を参考に、回答者の文化的背景に配慮した測定尺度の開発が望まれる。

VI 結 論

本研究では、精神疾患患者の攻撃的行動に対する看護師の態度を測定する目的で開発され、ヨーロッ

バ5カ国4言語で信頼性と妥当性が検証されたthe Attitudes Towards Aggression Scale (ATAS)の日本語版(J-ATAS)を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。主成分分析の結果、J-ATASは英語版の5因子構造とはならず、3因子構造を示した。また、内的整合性の評価では、第1因子においては概ね良好な値が得られたが、第2因子では十分とは言えず、第3因子に関しては低い結果しか得られなかった。さらに3つの因子の相関パターンは、‘否定的態度’と‘肯定的態度’の2つに分かれる可能性が示唆された。以上のことから、現段階におけるJ-ATASは、ATASの日本語版として本邦で活用するには、十分な信頼性・妥当性を有しているとは言えない結果となった。近年の認知症人口の増加に伴い、認知症の人の攻撃的行動が益々大きな社会的課題となっていることから、認知症の人の攻撃的行動に対する介護・看護職の態度測定に特化した、より妥当性・信頼性の高い尺度の開発が急務である。

謝辞

J-ATAS開発にあたりご指導いただいたDr. W. Moyle, Dr. D. K. Creedy, Dr. G. J. Jansenに心より感謝を申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

Ajzen, I. (1988) . *Attitudes, personality and behavior*. Buckingham: Open University Press.

Balestreri L., Grossberg, A., & Grossberg, G. T. (2000) . Behavioural and psychological symptoms of dementia as a risk factor for nursing home placement. *International Psychogeriatric Journal*, *12* (Suppl 1) , 59-62.

Beaton, D. E et al. (2000) . Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, *25* (24) , 3186-3191.

Beck, C. T, Bernal, H., & Froman, R. D. (2003) . Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Research in Nursing & Health*, *26* (1) , 64-73.

Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003) . Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, *44* (6) , 583-590.

Chrzescijanski, D., Moyle, W., & Creedy, D. (2007) . Reducing dementia related aggression through a staff education intervention. *Dementia*, *6* (2) , 271-286.

Finkel, S. I. (2001) . Behavioural and psychological symptoms of dementia: A current focus for clinicians, researchers and caregivers. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62* (Suppl 21) , 3-6.

Finnema, E. J., Dassen, T., & Halfens, R. (1994) . Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, *19*, 1088-1095.

Hilton, A., & Skrutkowski, M. (2002) . Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nursing*, *25* (1) , 1-7.

Ito, H et al. (2001) . Factor affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, *52*, 232-234.

Jansen, G. J., Middel, B., & Dassen, Th. W. N. (2005) . An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes toward aggression scale (ATAS) . *International Journal of Nursing Studies*, *42*, 467-477.

(公財)介護労働安定センター (2016) . 平成27年度「介護労働実態調査」の結果. Retrieved from http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h27_chousa_kekka.pdf

Krahé, B. (2013). *The social psychology of aggression (2nd ed.)* . Hove: Psychology Press.

Küçükdeveci, A. A. et al. (2004) . Issues in cross-cultural validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis & Rheumatism*, *1* (1) , 14-19.

Lin, L. C et al. (2007) . Equivalence of Chinese version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, *59* (2) , 178-185.

Middleton, J. I., Stewart, N. J., & Richardson, J. S. (1999) . Caregiver distress : Related to disruptive behaviors on special care units versus traditional long-term care units. *Journal of Gerontological Nursing*, *25* (3) , 11-19.

Nakahira, M et al. (2009) . Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 807-816.

Nakahira, M et al. (2012) . Characteristics and management of aggressive behaviours displayed by people with dementia in Japanese aged care settings. *梅花女子大学看護学部紀要* , *2*, 45-60.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011) . *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice, 9th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Shaw, M. M. C. (1998) . Nursing home resident abuse by staff: Exploring the dynamics. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *9* (4) , 1-21.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001) . *Using multivariate statistics fourth edition*. Boston: Allyn and Bacon.

Vijver, F. van de., & Leung, K. (1997) . *Methods and data analysis for cross-cultural research*. London: SAGE Publications.

Whittington, R et al. (2002) . A comparison of UK and Chinese mental health nurses' attitudes toward patient aggression. *Unpublished manuscript*.

Whittington, R. (2002) . Attitude toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'Zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, *11*, 819-825.

Wild, D et al. (2005) . Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural cdaptation. *Value Health*, *8* (2) , 94-104.