View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE

昭和学士会誌　第80巻　第6号〔491-498頁，2020〕

資　料

急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感

川村　晴美*　三村　洋美　俵積田ゆかり

抄録：急性期病院に勤務する看護師が認知症高齢者をケアする上で困難だと感じていることを明らかにする．200床以上の急性期病院に勤務する看護師115名に自記式質問紙調査を実施した．分析は，Krippendorffの内容分析を参考に，意味文脈を重視しながら意味のまとまりのある文脈に区分し，1文脈1単位とし，それぞれのデータについて，意味内容の類似したものについてまとめ，カテゴリーとサブカテゴリーに類型した．有効回答は105名（91.3%）であり，平均年齢34.4歳，認知症看護経験平均年数7.4年であった．分析の結果，69の文脈が得られ3のカテゴリー，11のサブカテゴリーが得られた．カテゴリーは《認知症の症状に関連する困難》，《看護師としての職責に対する葛藤》，《認知症専科でない病棟に起因する困難》の3つに類型された．本研究では，急性期病院の看護師は，認知症の中核症状やBPSDに対応することに困難を感じていた．また，患者の尊厳を大切に看護したいとの思いがあるが，安全重視のために拘束をせざるを得ないジレンマを抱えていた．一般病棟は，重症患者と認知症患者を多く受け持つことやこの両者の安全を守らなければならないこと，認知症高齢者の不穏な行動がその他の患者の入院生活に影響を及ぼしていることに困難を感じていることが示唆された．今後，本研究で得られたカテゴリー，サブカテゴリーから項目を作成し，急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師を対象に質問紙調査を実施し，認知症看護の困難感について実態を明らかにし，関連する要因を検討していくことが望まれる．

キーワード：認知症高齢者，看護師，困難感，急性期病院

緒　言

わが国は超高齢社会を迎え，令和元年度版高齢社会白書[1]によると，65歳以上高齢者人口は3,558万人となり，総人口に占める割合（高齢化率）も28.1%となった[1]．高齢社会の進展により，認知症高齢者が身体疾患の治療のために，急性期病院に入院する機会が増加し，2014年の調査では，認知症あるいは認知機能低下の入院割合は29.8%と増えてきている[2,3]．

身体疾患や外傷の急性期治療を行う病院では，治療を優先するため，認知症高齢者が行動を制限されることから，強い不安や興奮など行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：以下，BPSD）を生じさせやすい環境にある[4,5]．BPSDは，認知症に関するスタッフの専門的な知識やケア不足から生じてしまう．これらにより，認知症高齢者のBPSDの悪化は看護師の困難さを助長するという悪循環を生んでいる[6,7]．そのことが看護師を疲弊させることとなる[8]と報告されている．

このような背景から，急性期病院での認知症高齢者への対応力の向上が求められており，2016年度診療報酬改定で病院における認知症ケア加算が新設された．また，認知症ケアチームの設置，認知症対応力向上の研修などの取り組みも進められている．

急性期病院の特徴として，平均在院日数は17.2日（厚生労働省，2018）[9]と短く，効率・スピードを求める治療優先の医療看護体制である．そのような状況の中で，認知症高齢者の入院患者の増加に伴い，認知症高齢者は常に入院している状況であり，認知

昭和大学保健医療学部看護学科
*責任著者
〔受付：2020年3月24日，受理：2020年5月20日〕

症ケアを行っていく負担は大きいのではないかと考えられる．

介護保険施設では，尊厳ある暮らしの継続を支援することを目標に，早くから認知症ケアに取り組んでおり[10]，認知症高齢者の看護の経験を積み重ねてきている．それに対して急性期病院では，認知症に対する看護が追いついておらず，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ついていくつか報告[11-13]されており，過度の困難感を抱えることにより，ストレスやバーンアウトにつながる可能性がある[14]と考えられる．

認知症高齢者をケアする看護師の困難に関する研究は，年々増加しているが，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ついての研究は少ない．そのため，急性期病院に勤務する看護師が認知症高齢者を看護する中で生じる具体的な困難感を明らかにし，解決策を講じる必要がある．

本研究では，急性期病院に勤務する看護師の認知症ケアをサポートするための教育プログラムを構築することを意図し，看護師が認知症高齢者をケアする上で困難だと感じていることを明らかにすることを目的とする．

研究方法

1．用語の定義

1）急性期病院

病気やけが，事故などによって，急激に身心の健康が損なわれ，さまざまな症状を呈する一定の時期に対して，早期の状態安定にむけた医療を提供する一般病院，特定機能病院等[5]とし，入院基本料の看護配置基準7対1または10対1を取得している病院とした．

2）認知症高齢者

認知症と診断されている，もしくは診断されてなくとも，FAST（Functional Assessment Staging）stage 4以上で，記憶，見当識，行動，言語感情などさまざまな高次脳機能が複数障害されることによって，もともと獲得した知的機能を持続的に失い，判断や行動ができなくなり，入院生活に支障をきたしていると考えられる高齢者とした[14]．

3）認知症高齢者をケアする看護師の困難感

一般病床において集中的な医療ケアを要する患者の看護を行っていくうえで，患者が認知症を有するがゆえに解決しがたいと感じること[13]とした．

2．質問項目

1）属性

性別，年齢，配偶者の有無，子供の有無，勤務形態，看護師経験年数，認知症看護の経験年数，認知症認定看護師の有無

2）認知症高齢者をケアする看護師の困難感

先行研究[15]から困難な事象として捉えられた以下の2項目を尋ねた．

（1）認知症高齢者を看護しての厳しい，怖い，つらいなどの経験

（2）認知症高齢者を看護しての不安，負担，自信がないなどの経験

3．対象と調査方法

2017年12月，関東甲信越にある国公立系医療機関で200床以上の4つの急性期病院の一般病床に勤務する看護師115名（認知症ケアの機会を考慮し，新卒看護師を除き，過去1年間で身体疾患の治療を受けている認知症高齢者を3例以上受け持った経験のある看護師）に自記式質問紙調査を実施した．

4．分析方法

1）自由記述式のデータは，自由記述式のデータは，Krippendorff[16]の内容分析の技法を参考に文脈を重視しながら意味のまとまりのある文脈に区分し，1文脈1単位とした．それぞれのデータについて，単位ごとに比較をしながら，意味内容の類似したものについて類型化し，類型化の記述は類似性に基づき抽象化し，サブカテゴリーとした．さらに，サブカテゴリーの内容からさらに抽象度を上げ困難感を分類してカテゴリーとした．

2）分析の妥当性の確保のため，著者の解釈やカテゴリ化に歪みや偏りがないかについて看護学博士をもつ研究者3名が数回協議を行い，困難感の内容を分析した．単位の設定，カテゴリー化は，数回にわたり研究者が別々に行い，協議を繰り返し，一致率が高まったところで，老年看護学に精通した博士号取得の看護学研究者よりスーパーバイズを受けて合意した．

5．倫理的配慮

本研究は，東京工科大学倫理審査委員会の承認を受けて実施した（E17HS-032）．対象医療機関の看護部管理者に，研究の趣旨を文書および口頭（電話）にて説明し，同意を得て，病棟師長を通じて無

記名の質問紙を看護師に配布するよう依頼した．対象看護師には，配布文書にて研究の目的，方法，倫理的配慮を説明し，回答を封筒に入れ回収袋に投函することを依頼した．倫理的配慮については，結果公表に際して，個人および施設が特定されないなどの匿名性を保証した．また，データは本研究の目的以外には使用しないこと，データは　パスワードをかけて管理し，研究終了後は確実に処理，消去することを明記した．また，この研究への参加・不参加・中止は自由であり，同意・不同意を意思表示できる欄を設けて，白紙で投函しても構わないことや参加の拒否や，同意後の中止などによる不利益は一切ないことを説明した．

結　　果

1．対象の特性

4 施設の病院に勤務する看護師 115 名中，(1) 認知症高齢者を看護しての厳しい，怖い，つらいなどの経験，(2) 認知症高齢者を看護しての不安，負担，自信がないなどの経験について，1 つでも記入してあるものを有効回答とした．分析の対象は 105 名 (91.3%) であった．女性 99 名，男性 6 名であり，平均年齢 34.4 歳，平均経験年数は 10.6 年，認知症看護年数 7.4 年であった（表 1）．1 か月間に認知症高齢者をケアしている件数は，3 ～ 25 名であった．また，病院の特徴は，認知症ケア加算を算定しており，調査対象者の勤務する主な病棟は，脳神経内科・外科，整形外科，呼吸器内科であった．

105 名の看護師より，(1) 認知症高齢者を看護しての厳しい，怖い，つらいなどの経験についての具体的内容は 101 件，(2) 認知症高齢者を看護しての不安，負担，自信がないなどの経験についての具体的内容は 91 件の記載があった．(1) は 221 文脈，(2) は 126 文脈の合計 347 文脈が得られた．さらに，意味内容がわかるまとまりのある文脈に区分すると 131 文脈となり，さらに吟味を重ねて 76 文脈となった．本研究では，最終的に 69 文脈を分析対象とした．

2．急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感

内容分析の結果，69 の文脈が得られ 3 のカテゴリー，11 のサブカテゴリーが得られた．カテゴリーは《認知症の症状に関連する困難》，《看護師としての職責に対する葛藤》，《認知症専科でない病棟に起因する困難》の 3 つに類型された．以下，サブカテゴリーは〈　〉，意味内容の類似したものについて類型化したものを「　」に記した．急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感の内容分析を表 2 に示す．

1）認知症の症状に関連する困難

認知症の症状に関連する困難は，「私は患者にドレーン・チューブ類，点滴を抜去されるのが負担である」などが含まれる〈安全な医療提供に対する困難感〉，「患者に何度も同じことをくり返し説明することは負担である」などが含まれる〈意思疎通困難〉，「攻撃的な態度をとる患者に対しては怖いと感じる」などが含まれる〈暴力・暴言に対する困難

表 1　対象の属性

$N=105$

項目	内訳	人数	(%)	平均値	標準偏差
常勤看護師		105	(100.0)		
年齢		105	(100.0)	34.4	9.2
性別	男性	6	(5.7)		
	女性	99	(94.3)		
看護師経験年数		105	(100.0)	10.6	8.6
職位	スタッフ	94	(89.5)		
	主任・副師長	11	(10.5)		
配偶者の有無	なし	70	(66.7)		
	あり	35	(33.3)		
子どもの有無	なし	80	(76.2)		
	あり	25	(23.8)		
認知症看護経験年数		105	(100.0)	7.4	5.9

表 2　急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感の内容分析

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
認知症の症状に関連する困難	安全な医療提供に対する困難感（3）	私は患者にドレーンやチューブ類、点滴を抜去されるのが負担である。
		転倒・転落の危険があるのに、何度説明しても動き出してしまう患者の対応が大変だと思う。
		Ｖラインをようやく確保した後、すぐに自己抜去された時、インシデントレポートも書かされるのは辛い。
	意思疎通困難（4）	治療や処置の必要性について説明しても理解できず、けわしい口調や表情になる患者が怖い。
		自分の主張ばかりを訴えて、こちらの話を聞いてくれない患者のケアは大変だと思う。
		患者と意志疎通が図れないことが多く、理解が得られないので辛い。
		患者に何度も同じことをくり返し説明したり、話さなくてはいけないので辛い。
	暴力・暴言に対する困難感(13)	患者が術後、幻覚や妄想があり、暴言を吐いて辛い。
		処置やケアの説明をしたら、患者に暴力をうけそうになり怖い。
		患者に鬼のような形様でにらみつけられた時は、恐怖を感じる。
		患者が怒ってばかりいて、話を聞いてくれない時は、恐怖とストレスを感じる。
		攻撃的な態度をとる人に対しては怖いと感じる。
		ドレーンやルート類の自己抜去を防ぐ為、患者に抑制しようとした際に暴力を受けて怖い。
		オムツ交換の際に暴言暴力をふるわれ怖い思いをする。
		ケア中、無防備な状態で患者から暴力を受け辛い。
		患者に排泄物を投げつけられて辛い。
		夜中、患者が大声を出したり、けろうとしたりして怖い。
		帰宅願望が強く、何度説明しても納得が得られないときは辛い。
		患者を移乗する際に、爪で顔面をひっかかれて辛い。
		不穏患者に腹をけられて辛い。
	認知症独特の対応に関する困難感(10)	夜勤帯で人数が少ない中、患者が食事を食べていないと訴えるときの対応が厳しい。
		患者を検温やラウンドに連れて業務を行わなければならない時は、心身共にとても負担に感じる。
		夜間に徘徊され、視界が悪い中で危険行動を発見するのが怖い。
		便こね、オムツいじりは何度説明しても理解得られず辛い。
		ものとられ妄想があり、患者に説明しても医療者への不信が消えなかった時、不安に感じる。
		患者さんが興奮しているときの声かけに迷う。
		患者にナースコールで何度も呼ばれ、その度対応するのが辛い。
		患者の興奮時の対応や、睡眠のケアが難しい。
		つじつまの合わない会話に困ってしまう。
		威圧的な態度で、ケアに拒否的な患者に対して、怖く感じる時がある。
看護師としての職責に対する葛藤	抑制することへのジレンマ(6)	センサーコールなどで患者の行動を抑制しようとしなくてはならずふがいない。
		患者が夜間になるとせん妄・不穏で落ちつかない時は、鎮静剤を投与しなければならず辛い。
		ライン類をはずしてほしいという患者の欲求に応えることができず辛い。
		患者への抑制帯の使用にとてもつらさを感じる。
		安全を守るために抑制を行うが、せん妄や興奮を強めることにもなり、抑制の是非で悩むことが多い。
		患者が何を求めているのかわからず、理解できないことで申し訳ない気持とつらさがある。
	認知症についての理解不足（5）	どのように説明したら、患者が安心するのかわからず、対応に自信がない。
		セミナーなどに参加し、学びたいのに参加できず今の関わりが正しいのか自信がない。
		認知症についての知識不足が患者の負担になっていないか不安に思う。
		もっと認知症の知識を深めることと、業務改善を行い、自信を持って対応できるようになりたい。
		苦しい、痛いなどの症状を正確に訴えられない可能性がある患者の観察やアセスメントに自信をもてない。
	否定的な感情（3）	患者に同じ事を何回も繰り返され、返事がめんどうくさいと思ってしまうことがある。
		業務が多忙の際、患者の理解が得られず、勝手に行動されてしまい、イライラして対応する。
		患者に大声でどなられたりすると、イラっとして言い返してしまう。
	他職種の協力（3）	医師が患者の状況を理解してくれず辛い。
		同僚が患者のことを怖いから受け持ちたくないということを聞くと辛い。
		患者について医師など他職種と話し合いができず、看護に活かせずに辛い。
	家族からの応じられない要望（3）	認知症であることを患者の家族に理解してもらえず、協力も得られず、患者と同様の暴言をいわれ怖いと感じる。
		家族が患者が認知症であることを受け入れず退院支援で大変だった。
		患者が認知症だと家族が認めていない場合は対応が負担に感じる。
認知症専科でない病棟に起因する困難	仕事の過重負担(10)	退院後の受け入れシステムがないと厳しい。
		安静を守れない認知症患者に看護師がつきっきりになり、他の患者の安全も守れず不安である。
		夜勤で多くの認知症患者を受け持つことは不安である。
		夜勤では一人で受け持つ患者が多いため、認知症患者が一人いるだけで辛い。
		患者が穏やかな状態を保つため、そのための時間を費やすことで、勤務内での業務を時間内にこなせず残業して辛い。
		夜勤で数名の認知症患者がいると、センサーやコール対応に間に合わず不安である。
		重症患者と一緒に介護度が高い認知症高齢者を多く受け持つ場合には負担を感じる。
		多くの患者を受け持つ状況の中で、認知症患者に十分関わる時間・余裕がなく辛い。
		患者の話を最後まで聞く自信がなく辛い。
		認知症患者を見るためのマンパワーが足りない現状で辛い。
	他の入院患者への支障(9)	徘徊してしまう患者がいると他の重症患者の看護が負担になる。
		大部屋で認知症患者への対応の際、他の患者にどのように思われているのか、不安である。
		夜勤時、不穏患者の対応に時間を取られ、重症患者の対応ができない時は不安である。
		認知症患者と重症患者の両方の安全を守れないことがあるのが辛いと感じる。
		夜勤で多くの患者を受け持つ時は、認知症患者に丁寧に対応したいと思ってもできないので辛い。
		認知症患者の対応に伴ない、他の患者を待たせることが辛い。
		大部屋の同室の患者から認知症患者の苦情があり困る。
		認知症患者が大声を出し、他の患者へ迷惑をかけて困る。
		認知症患者の暴力に注意をしていると看護師の対応がきついと勘違いした他の患者からのクレームを受けることが辛い。

感〉,「患者に何度もナースコールで呼ばれ，対応するのが辛い」などが含まれる〈認知症独特の対応に関する困難感 〉から構成された.

2）看護師としての職責に対する葛藤

看護師としての職責に対する葛藤は,「抑制を外して欲しいという患者の欲求に応えることができなくて辛い」などの〈抑制することへのジレンマ〉,「正確に訴えることができない患者の状態をアセスメントできているか自信がない」などが含まれる〈認知症についての理解不足〉,「患者に同じ事を何回も繰り返され，返事がめんどうくさいと思う」などが含まれる〈否定的な感情〉,「医師や他職種との連携がうまくいかない」などが含まれる〈他職種の協力〉,「家族の協力が得られない場合は退院支援が負担である」などが含まれる〈家族からの応じられない要望〉から構成された.

3）認知症専科でない病棟に起因する困難

認知症専科でない病棟に起因する困難は,「重症患者と一緒に介護度が高い患者を多く受け持つ場合には負担を感じる」などが含まれる〈仕事の過重負担〉,「認知症患者が大声を出すことで，他の患者へ迷惑をかけて困る」などが含まれる〈他の入院患者への支障〉から構成された.

考　　察

急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感は，認知症の症状に関連する困難，看護師としての職責に対する葛藤，認知症専科でない病棟に起因する困難が明らかとなった.

急性期病院の看護師は，認知症の中核症状といわれる記憶障害・見当識障害のために，患者に何度も同じことを説明しても治療の理解を得られず，点滴の自己抜去や転倒の危険など安全な医療提供が得られないことへの困難を感じていた．また，暴力・暴言や徘徊，興奮などの BPSD に対応することにより困難を感じていた.

急性期病院の看護師は，認知症に対する知識や経験が少ないことから，認知症高齢者への関りや配慮が不足して，BPSD が増悪し[17]，認知症高齢者へのケアの困難感が高まるのではないかと考える．認知症高齢者の看護を展開していくのには，問題解決アプローチだけでは限界があり，対象者の視点でニードを見出していくアプローチが重要である．認知症高齢者への共感意識した視点に認知症高齢者の捉え方を変えることで，いままで問題だと認識し困難に思っていたことにも理解できること[18]が示唆されている.

また，馴染みの看護師による認知症高齢者への援助が効果的である[7]と報告されている．このことから，認知症高齢者の不安感を軽減させるため，看護師の話し掛け方や表情など基本的なコミュニケーションを見直し，認知症高齢者を人として尊重する関わりができるような知識と実践力を身に付けた看護師の育成が必要である．そして，短期間であっても可能な限り患者に同一の看護師がケアを担当できるような勤務体制の工夫も考慮する必要があると考える.

本研究の結果から，患者の安全を守るために行う抑制によって患者の尊厳を守れないこと，患者の訴えに十分対応する時間が確保できずに辛いと感じていた．これらのことから，看護師は，患者の尊厳を大切に看護したいとの思いがあるが，安全重視のために拘束をせざるを得ないジレンマなどといったような看護師としての職責に対する葛藤を抱えていることが明らかになった.

認知症高齢者の安全を確保するために患者の拘束が余儀なくされる[19]ということが報告されている．また，認知症高齢者に対して目が離せない状況から看護師が見守りの必要性に迫られ，看護業務の負担による倫理的課題が起こりやすい[12]ことが明らかにされている．一方で，看護師は認知症高齢者への対応に倫理的問題があると感じているものの同僚の気持ちを一つにするのは難しい[19]との報告もある．このように看護師は，自分の思うケアができないジレンマを抱えながら看護を行っている．このようにジレンマを抱えながら看護を提供することは，認知症高齢者とスタッフの関係性の悪化につながり，患者の BPSD 悪化の要因にもなる可能性が考えられる.

したがって，看護師が葛藤を乗り越えられるよう，看護師間での困難な状況を共有し合うことや認知症高齢者への倫理的な対応についてのカンファレンスを定期的に行うことが必要であると考える.

本研究では，一般病棟は，重症患者と認知症患者を多く受け持つことやこの両者の安全を守らなければならない負担がある．また，認知症高齢者の不穏な行動がその他の患者の入院生活に影響を及ぼして

いることなどが明らかになった．認知症の人の言動が他の患者に影響を及ぼすが対応が難しいこと，さまざまな患者を受けもたなければならず認知症の人に十分関わることは難しい[12]と報告されている．看護師は，患者が認知症を併発している場合，通常の看護にさらなる看護を追加しなければならないととらえている[12]．また，急性期ケアにおいて看護師は，認知症高齢者を満足にケアする時間がなく，老年看護の専門教育が不十分であることを問題視している[11]と指摘されている．

これらのことから，認知症専科でない一般病棟に入院している認知症高齢者は，安心できる居心地のよい療養環境とは異なりBPSD悪化につながるのではないかと考える．そのため，一般病棟では，老年看護専門看護師や認知症看護専門認定看護師などの資格を持った看護師から認知症ケアについてのサポートが必要である．

鈴木らは，急性期病院看護師が視聴覚教材による教育プログラムを受講した結果，意図した内容が学習できていた[20]と示しており，急性期病院看護師を対象とした研究では，パーソン・センタード・ケア，ユマニチュード，タクティールケアの共通する理念と技法をもとに患者を尊重し，寄り添うことを基本理念とした「高齢者の視点を重視した認知症患者への対応」教育プログラムが患者の興奮・多動行動に対する対処困難感を減少させる効果をもつこと[21]を示唆している．今後，急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師が困難を乗り越えるために，それぞれの要因を考慮し，認知症高齢者の看護に適した教育プログラムを構築していくことが望まれる．

結　　論

本研究では，急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感は，1．認知症の症状に関連する困難，2．看護師としての職責に対する葛藤，3．認知症専科でない病棟に起因する困難に分類された．

本研究では，急性期病院の看護師は，認知症の中核症状やBPSDに対応することに困難を感じていた．また，患者の尊厳を大切に看護したいとの思いがあるが，安全重視のために拘束をせざるを得ないジレンマを抱えていた．一般病棟は，重症患者と認知症患者を多く受け持つことやこの両者の安全を守らなければならないこと，認知症高齢者の不穏な行動がその他の患者の入院生活に影響を及ぼしていることに困難を感じていることが示唆された．今後，本研究で得られたカテゴリー，サブカテゴリーから項目を作成し，急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師を対象に質問紙調査を実施し，認知症看護の困難感について実態を明らかにし，関連する要因を検討していくことが今後の課題である．

謝辞　本研究を実施するにあたり，調査に快くご協力いただきました看護師の皆様，看護部長の皆様に心より感謝申し上げます．また，研究過程において熱心にご指導いただきました国際医療福祉大学大学院の鈴木英子教授に深く感謝いたします．

利益相反および公的研究費の開示

本研究における利益相反は存在しない．なお，本研究は，本研究は，JSPS科研費JP17K1218の助成を受けたものです．

文　　献

1）内閣府．令和元年版高齢社会白書．高齢化の現状と将来像．（2019年9月7日アクセス）https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf
2）厚生労働省．入院医療（その6）について．中央社会保険医療協議会総会（第315回）議事次第総-2．平成27年11月25日．（2017年9月20日アクセス）https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf
3）日本老年看護学会，老年看護政策検討委員会．老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書．病棟/ユニットの入院患者について．2014年11月26日．pp12–26（2017年9月20日アクセス）http://184.73.219.23/rounenkango/houkoku/pdf/20141208.pdf
4）Timmons S, O'Shea E, O'Neill D, *et al*. Acute hospital dementia care: results from a national audit. *BMC Geriatr*. 2016;**16**:113.（accessed 2019 Aug 15）https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886443/pdf/12877_2016_Article_293.pdf
5）日本老年看護学会.「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2016．2016年8月23日公開．（2017年9月20日アクセス）http://184.73.219.23/rounenkango/news/pdf/ 老年看護学会立場表明（全文）公開用160820.pdf
6）Waldemar G, Dubois B, Emre M, *et al*. Recom-

mendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol*. 2007;**14**:e1–e26.
7）鈴木みずえ，桑原弓枝，吉村浩美，ほか．急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連．日早期認知症会誌．2013;**6**:52–57.
8）Hirata H, Harvath TA. The relationship between exposure to dementia-related aggressive behavior and occupational stress among Japanese care workers. *J Gerontol Nurs*. 2015;**41**:38–46.
9）厚生労働省．病院報告（平成 30 年 1 月分概数）．平均在院日数．(2019 年 9 月 2 日アクセス）https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m18/dl/01-kekka.pdf
10）厚生労働省．2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～．（2018 年 12 月 12 日アクセス）https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html
11）Eriksson C, Saveman BI. Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scand J Caring Sci*. 2002:**16**:79–85.
12）谷口好美．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．2006;**11**:12–20.
13）小山尚美，流石ゆり子，渡邊裕子，ほか．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．2013;**17**:65–73.
14）日本神経学会．認知症疾患治療ガイドライン 2010．（2017 年 12 月 1 日アクセス）https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/sinkei_degl_2010_02.pdf
15）柴田滋子，冨田幸江，髙山裕子．訪問看護師が抱く困難感．日農村医会誌．2018;**66**:567–572.
16）Krippendorff K．三上俊治，椎野信雄，橋元良明訳．メッセージ分析の技法「内容分析」への招待．東京: 勁草書房; 1989.
17）鈴木みずえ．認知症高齢者の人としての尊厳を守ること．急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア．東京: 日本看護協会; 2013. pp2–3.
18）小田沙矢香，川島和代．急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因．日看研会誌．2016;**39**:33–42.
19）松尾香奈．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．日赤看大紀．2011;**25**:103–110.
20）鈴木みずえ，山岸暁美，玉田田夜子，ほか．急性期医療における認知症高齢者のための看護実践の方向性　パーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラムによる検討．日認知症ケア会誌．2015;**13**:749–761.
21）土肥眞奈，杉浦由美子，杉本健太郎，ほか．急性期病院看護師を対象とした「高齢者の視点を重視した認知症患者への対応」教育プログラムの効果．日看管理会誌．2019;**23**:11–18.

DIFFICULTIES NURSES EXPERIENCE IN PROVIDING CARE FOR ELDERLY PATIENTS WITH DEMENTIA IN ACUTE CARE HOSPITALS

Harumi KAWAMURA*, Nadami MIMURA and Yukari TAWARATSUMIDA

Abstract —— This study aims to elucidate the difficulties that nurses experience in providing care for elderly patients with dementia in acute care hospitals in Japan. A self-rating questionnaire survey was completed by 115 nurses working in acute care hospitals with more than 200 beds. A content analysis based on Krippendorffs method was conducted. We performed an analysis by dividing the data into semantic contents, with the emphasis on the context, then organized the data according to similarities in the semantic contents, and categorized these into categories and subcategories. We collected 105 (91.3%) valid responses. The mean age of the participants was 34.4 years and the mean length of experience of providing dementia care was 7.4 years. The analysis yielded 69 contexts, 3 categories, and 11 subcategories, including the following three categories: 1) difficulties related to the symptoms of dementia, 2) conflicts with responsibilities as a nurse, and 3) difficulties caused by the wards not specialized in dementia care. It is necessary to help nurses overcome the difficulties they experience in providing care for elderly patients with dementia in acute care hospitals by developing educational programs suitable for the nursing care of the elderly with dementia while investigating factors related to the difficulties. In this study nurses working in acute care hospitals experienced difficulties in responding to core symptoms and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). Nurses faced a dilemma because they had to restrain patients due to the importance of safety although they wished to provide nursing that places greater importance on the dignity of patients. The findings suggest that nurses experience difficulties because they are in charge of many severely ill and dementia afflicted patients and they must provide for the safety of these patients, and this is complex because the disturbed behavior of elderly people with dementia affect other inpatients. It is necessary to create questions from the categories and subcategories identified in this study, conduct a questionnaire survey for nurses who provide care for elderly patients with dementia in acute care hospitals to elucidate details of the difficulties of dementia nursing, and examine the factors related to the difficulties.

Key words: elderly patients with dementia, nurses, difficulties, acute care hospital

〔Received March 24, 2020：Accepted May 20, 2020〕

Showa University School of Nursing and Rehabilitation Sciences
*To whom corresponding should be addressed