

急性期病院看護師の日本語版改訂 倫理的悩み測定尺度 (JMDS-R) 開発とその検証

*Development and testing of a Japanese instrument to
measure moral distress among nurses in acute care hospitals*

石原 逸子¹ 赤田いづみ² 福重 春菜¹ 玉田 雅美¹

Itsuko ISHIHARA

Izumi AKADA

Haruna FUKUSHIGE

Masami TAMADA

キーワード：日本語版改訂倫理的悩み測定尺度、看護師の労働環境、燃えつき、離職意図

Key words: Japanese version of moral distress scale-revised, nursing work environment, burnout, intention to leave

本研究は、米国で開発された改訂倫理的悩み測定尺度を日本語版改訂倫理的悩み測定尺度 (Japanese version of MDS-R; JMDS-R) として開発し、その信頼性、妥当性の検証を目的に行った。作成者より使用許可を得て翻訳、逆翻訳を行い、研究者らによる一致率で質問項目の妥当性を判断した。調査は、関西圏の300床以上の急性期病院看護師を対象に1,307部配布し、770部の回答を得た。経験年数、燃えつき尺度、離職意図との間に弱い正の相関を示し、看護師の労働環境 (JNWI-R) との間では、弱い負の相関を示した。因子分析では、14項目3因子が抽出され、 α 信頼係数は、0.86であった。各因子の α 信頼係数、因子間の相関係数により、JMDS-R 14項目の信頼性、妥当性が確認され、日本語版としての使用可能性が示された。

I. 研究の背景と目的

看護師が臨床で体験する倫理的な問題とそれにより抱く思いには、倫理的な不確実さ (moral uncertainty¹)、倫理的ジレンマ (moral dilemma²) があるが、倫理的悩み (moral distress) は、それらと共に看護師が体験する不快な感情や思いとして、Jameton³によって定義された。具体的には、看護師が実施すべきと考える看護ケアが、制度や組織の制約、患者の置かれている状況によって行えないことから生じる苦悩や心理的な不安定さと考えられている。看護師の倫理的悩みに関する先行研究では、倫理的な悩みを抱いた看護師は、怒りや不安および葛藤状況を体験し、これらの不安定な状況への対処能力が低ければ、バーンアウトし、離職へとつながる恐れもある⁴⁻⁶。その結果、人手不足や患者ケアの質の低下などが生じ⁷、このような背景から、看護師の倫理的悩みは、保健医療従事者ばかりでなく医療制度自体の健全性を脅かす問題と最近では考えられており⁸、病院経営管理上の対処すべ

き問題の一つであるとの示唆もある。

Jameton以降、急性期医療に従事する看護師たちを対象とした質的な研究によって、倫理的悩みの概念化が図られている⁷。また、Corleyらは、急性期病院の看護師たちが常態的に体験している倫理的問題を記述し、これらから、倫理的悩みの主な要因として臨床状況、外的制約状況、内的制約状況を特定し、看護師の倫理的悩みの程度を測定するスケールを開発⁹した (32項目、0-7段階のリカートスケール方式)。

日本では、大西ら¹⁰により、Corleyら⁹の質問紙を日本語に翻訳し、倫理的悩み尺度精神科版 (Moral Distress in Psychiatric Nurses; 以下MDS-P) を開発している。当該スケールを用いての調査結果では、倫理的な悩みの程度は比較的 low、むしろ、看護スタッフの不足によって生じる倫理的悩みの頻度が高かった。さらに、看護師の倫理的悩みの頻度と看護師の燃えつきとの関連が示されている¹¹。

倫理的悩みは、急性期領域の看護師において確認され、研究されてきた現象であるが、Corleyらの流れ

1 神戸市看護大学基盤看護学領域基礎看護学分野 Kobe City College of Nursing Foundation of Nursing

2 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 Kawasaki University of Medical Welfare Department of Nursing

をくむHamric & Blackhallは、ICUで働く看護師の終末期ケアに関する倫理的悩みを測定する21項目からなる尺度を開発した⁶。しかし、他領域の医療専門職（医師、薬剤師、研修医、医学部学生、他領域の看護師）にもおいても、たとえば、無益な侵襲的医療提供、患者にとって有益とは思えないケア、無能力な医療従事者との協働などの状況において、同様の現象が生じており、職種を超えた質問紙の開発が求められた。このような背景から、既存の質問紙の職種を超えた改訂倫理的悩み測定尺度（the Moral Distress Scale-Revised; MDS-R）が開発され、信頼性および構成概念の妥当性の検証が行われ¹²、現在改訂版として使用されている。

一方、日本では、文献レビューによる「看護師が経験するモラルディストレスの様相」（p. 77）に関する報告¹³はあるが、急性期病院看護師の倫理的悩みの測定尺度開発は行われていない。したがって、MDS-Rの日本での使用可能性について検証することは、急性期病院看護師の倫理的悩みの実態の解明と具体的な介入方法の示唆につながり、意義深い。

本研究は、看護師の労働環境と離職との関連調査においてJMDS-Rを質問紙の一つとして使用したが、その過程において、JMDS-Rの使用可能性について当該質問紙の信頼性、妥当性の検証を目的として行った。

II. 方法

1. JMDS-R開発

MDS-Rは、21項目の倫理的悩みに関する質問紙で構成され、それぞれの項目について経験の頻度と悩みの程度で回答する。評定段階は、経験の頻度では、全く経験しない=0～常に経験する=4、悩みの程度では、全く悩んでいない=0～非常に高い程度に悩んでいる=4のリカート形式である。また、悩みの程度については、経験の有無にかかわらず、質問項目の内容についてどの程度悩むかを回答することを求めている。オリジナル版の α 信頼係数（Cronbach's α ）は0.89である。なお、オリジナル版では、繰り返し倫理的ジレンマなどを体験することにより倫理的悩みの現象として相乗効果が生ずるとしている。したがって、各項目について倫理的悩みの遭遇頻度と悩みの程度の得点を掛け合わせ、21の質問項目の総和を求め、これらをMDS-Rの合計点としている。つまり、1項目0～16点、21項目では0～336点の範囲の値となり、オリジナル版では、看護師のMDS-Rの合計点の平均値は、医師より有意に高い（ $p < 0.0001$ ）ことが示されている¹²。

日本語版は、MDS-Rを日本語に翻訳し、日本語版MDS-P¹⁰の内容を参照し、翻訳された各項目を2名の研究者で検証した。さらに、検証した質問紙を科学技

術論文翻訳の専門業者を通じて逆翻訳し、逆翻訳内容と原文との整合性と一致率（80%以上）を研究者間で確認し、JMDS-Rとした（表1）。

2. 研究対象者と質問紙の配布回収方法

研究対象者は、近畿圏の一般病床病院（300床以上）4施設において、看護師として2年以上勤務した者（管理職は除く）とした。質問紙の回収は、留め置きとし、各施設の病棟、もしくはロッカールームに回収ボックスを設け、質問紙配布後、平成27年9～10月末迄を調査期間とし、その後回収を行った。

3. 質問紙の構成

質問紙は、基本属性、労働環境、JMDS-R、離職意図、燃えつき、職業性ストレスなどで構成した。

1) 日本語版改訂看護師の労働環境測定尺度（Japanese Version of Nursing Work Index-Revised: JNWI-R）

労働環境の調査には、40項目からなる日本語版改訂看護師の労働環境測定尺度¹⁴（以下JNWI-R）を使用した。当該尺度の評定は、5段階のリカート式（該当しない=1～全くそのとおり=5）、 α 信頼性係数は、0.68-0.83である。

2) 職業性ストレス項目

主に日本語版コペンハーゲン燃えつき尺度（Copenhagen Burnout Inventory; CBI）¹⁵の13項目を使用した。 α 信頼性係数は0.80-0.90で、個人の燃えつき、仕事への燃えつき、患者への燃えつきの程度を測定でき、評価段階は、5段階のリカート式（ほとんど全くない=1～常に感じる=5）である。

さらに、日本語版コペンハーゲン職業性ストレス項目（Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSQ）¹⁶の中から職場コミットメントの4項目；4段階リカート式（1=そうではない～4=そうである）、職務満足7項目；4段階リカート式（1=非常に不満足～4=非常に満足）を質問項目として使用した。日本語版 α 信頼係数は0.65-0.88である。

これらの質問項目の使用許可については、それぞれの原文および日本語版の開発者¹⁷より使用許可を得て研究者らが使用している尺度である¹⁸。

3) 離職の可能性（所属場所・看護師）に関する項目

離職意図に関する項目を2項目（6段階リカート式、1=なし～6=極めて高い可能性）設けた。

4. JMDS-Rの基準関連妥当性の検証

Hamricらは、MDS-Rの合計点と（1）臨床経験年数との正の相関（ $r = 0.22$, $p = 0.005$ ）、（2）倫理的な組織風土との負の相関（ $r = -0.40$, $p < 0.001$ ）、（3）離職意図と倫理的悩みとの関係（ANOVA $F(1, 197) = 48.392$, $p < 0.001$ ）などにより、当該スケールの基準関連妥当性を示している¹²。本研究では、JMDS-Rについて、

表1 MDS-RとJMDS-R；JMDS-Rの平均値と標準偏差

No.	MDS-R	JMDS-R	平均±SD
1	Provide less than optimal care due to pressures from administrators or insurers to reduce costs.	ケアにかかるコストを削減するよう管理者から圧力がかかるために、最善ではないケアを実施する	0.93±1.58
2	Witness healthcare providers giving “false hope” to a patient or family.	医療者が患者や家族に対して“偽りの期待（例：根拠のない励まし）”を抱かせている状況に居合わせる（遭遇する）	1.49±1.95
3	Follow the family’s wishes to continue life support even though I believe it is not in the best interest of the patient.	患者の最善の利益にはならないと思われるが、延命措置を続けてもらいたいという家族の要望に従う	3.20±3.21
4	Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death.	救命処置は死を引き延ばすだけであると思いつながら、大がかりな救命を開始する	2.47±3.08
5	Follow the family’s request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.	終末期の患者が死にゆくことについてたずねているのに、患者と死については話さないようにという家族の要望に従う	2.32±2.78
6	Carry out the physician’s orders for what I consider to be unnecessary tests and treatments.	不必要と思われる検査や治療だが、医師の指示に従って実施する	2.60±3.13
7	Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.	誰も治療の中止を決定しない状況下において、人工呼吸器で生かされているが回復の見込みがない患者のケアを続ける	2.19±3.11
8	Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.	医師または同僚の看護師が医療ミスをし、それを報告していないことがわかって、行動に移さない	1.21±1.93
9	Assist a physician who, in my opinion, is providing incompetent care.	医師が力量不足と考えるケアを行うのを補助する	1.78±2.48
10	Be required to care for patients I don’t feel qualified to care for.	自分にはケアをするための資格があるとは思えないのに、患者をケアするよう求められる	1.09±2.27
11	Witness medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.	医学生が技術を向上させるために、痛みを伴う処置を単独で患者に行うのを目撃する	0.66±1.8
12	Provide care that does not relieve the patient’s suffering because the physician fears that increasing the dose of pain medication will cause death.	医師が鎮痛剤の増量で患者の死を招くことを恐れているので、患者の苦しみを緩和しないようなケアを提供する	1.42±2.36
13	Follow the physician’s request not to discuss the patient’s prognosis with the patient or family.	患者や家族と患者の予後について議論しないようにという医師の指示に従う	0.54±1.49
14	Increase the dose of sedatives/opiates for an unconscious patient that I believe could hasten the patient’s death.	意識障害がある患者に対して、死期を早められるセデーションや麻薬の量を増やす	0.77±1.57
15	Take no action about an observed ethical issue because the involved staff member or someone in a position of authority requested that I do nothing.	スタッフメンバーや権威をもつ（管理職の）誰かが私に何もしないよう求めたため、倫理的問題に気づいてはいるが何の行動も起こさない	0.44±1.3
16	Follow the family’s wishes for the patient’s care when I do not agree with them, but do so because of fears of a lawsuit.	訴訟を恐れているので、患者のケアに関する家族の希望に、不本意ながら従う	0.89±2.03
17	Work with nurses or other healthcare providers who are not as competent as the patient care requires.	力不足で十分なケアができない看護師や他の医療職者とも一緒に働かざるを得ない	2.40±3.55
18	Witness diminished patient care quality due to poor team communication.	チーム内の乏しいコミュニケーションのせいで患者ケアの質が低下している状況を体験する	2.2±3.02
19	Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.	インフォームド・コンセントを得る時、患者に十分な情報が与えられていないことに気づいても黙認する	0.98±1.79
20	Watch patient care suffer because of a lack of provider continuity.	医療職者に連続性がないため、質のよいケアが提供されていない状況を見る	2.28±3.00
21	Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.	安全を保てないと思うような力量不足の看護師や介護者と共に仕事をする	2.64±3.71

n=617、MDS-R合計の平均値=34.3±30.0、Max=184、Min=0

JMDS-Rの合計点と(1)との相関について検証し(2)(3)については、JNWI-R、燃えつき、離職意図との相関を求め、基準関連妥当性について確認する。

5. 信頼性の検証

内的整合性については、因子分析後、頻度および程度の各尺度における α 信頼係数を求め下位尺度間の関連性については、相関係数を求めた。なお、因子分析については、MDS-Rオリジナル版で行われたとおり、各質問項目について倫理的悩みの頻度と程度とを掛け合わせた数値を用いて統計解析を行った。

6. 構成概念の妥当性

因子分析は、最尤法、Kaiserの正規化を伴うプロマックス法で行い、固有値1以上、因子負荷量0.4以上を採択し、カイザー・マイヤー・オルキンの標本妥当性(Kaiser-Meyer-Olkin of Sampling Adequacy; 以下KMO)の測定およびパートレットの球面検定を行い、因子妥当性を検証した。

7. 統計解析

前述のJMDS-Rの信頼性と妥当性の検証は、統計パッケージWindows版SPSS Ver.18.0 (IBM SPSS Statistics 23)を使用し、基本統計量を求めた後、Pearsonによる相関係数、因子分析には、前述の方法を用いた。

8. 倫理的配慮

本研究は、神戸市看護大学倫理審査委員会の審査を経て(承認番号2015-1-06-01)実施し、質問紙は無記名とし、返信をもって調査への同意が得られたものと判断した。

III. 結果

質問紙は1,307部配布し、770名から(回収率58.9%)回答を得た。回答者の平均年齢は31.7歳、臨床経験年数は9.17年であった。各項目の頻度と程度を掛け合わせた平均値は 1.64 ± 2.44 (まれに経験し、少し悩む程度)、倫理的悩みの遭遇頻度と程度を掛け合わせ、21項目の総和を求めた合計点の平均値は、 34.30 ± 29.98 、最大値184、最小値0であった。

1. JMDS-Rの基準関連妥当性の検証

本研究対象者のJMDS-Rの合計点の平均値は、34.3($n=617$)であり、臨床経験年数との間に弱い負の相関が示された($r=-0.18, p<0.001$)。離職意図とは、弱い正の相関($r=0.10, p<0.05$)を認め、さらに、3つの燃えつき(個人、仕事、患者)との間に、それぞれ弱い正の相関(0.18, 0.32, 0.25, $p<0.001$)を認めた。JNWI-Rとの関連では、弱い負の相関($-0.24, p<$

表2 JMDS-Rと関連変数との相関

関連変数	JMDS-R	
	(21項目)	(14項目)
臨床経験年数	0.18***	0.18***
JNWI-R (マグネット環境)	-0.24***	0.23***
職務満足感	-0.22***	0.21***
職場コミットメント	-0.06	-0.06
離職意図	0.10*	0.09*
燃えつき(個人)	0.18***	0.19***
燃えつき(仕事)	0.32***	0.32***
燃えつき(患者)	0.25***	0.25***

r =Pearsonの相関係数 *** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$
 $n=617$

*JMDS-R合計点の平均値=45.77, 経験年数11.5年, $r=0.22^{**}$, $n=433$ (平成25年度調査)

0.001)、職務満足とも弱い負の相関($-0.22, p<0.001$)を示し、職場コミットメントとは、相関がなかった。なお、基準関連妥当性の検証については、因子分析後の信頼性、構成概念の妥当性の検証後、再度14項目について再計算したが、上記とほぼ同じ相関係数を得た(表2)。

2. 質問紙の信頼性の検討結果

因子分析した結果、7項目が除外され、残り14項目すべてにおいて0.4以上の因子負荷量を示し3因子を抽出した。JMDS-R全体の α 信頼係数は、0.86の値を得た。さらに、因子間の相関は、0.40-0.50であり、すべての項目において正の相関を示した。

3. 構成概念の妥当性

抽出された因子に関するKMO測定では、0.87の結果となり、因子妥当性について優良と判定できた。さらに、パートレットの球面性検定では、 $p<0.001$ であり、因子分析における十分な適合性が確認された。

因子名は、第1因子「尊厳の欠如」(Cronbach's $\alpha=0.84$)、第2因子は「質担保が困難な協働」(Cronbach's $\alpha=0.86$)、第3因子「非倫理的行為の黙認」(Cronbach's $\alpha=0.71$)と命名した。累積寄与率は、60.65%となった(表3)。

IV. 考察

1. JMDS-Rの基準関連妥当性

基準関連の妥当性については、経験年数、JNWI-R、離職意図、3つの燃えつきとJMDS-R間の相関は、いずれも0.4以下の弱い相関であった(表2)。JMDS-R合計点の平均値は、34.30($n=617$)、最大値184であり(表1)、米国での看護師の平均値は、91.53($n=169$)、最大値256と報告されている¹²。ま

表3 倫理的悩みの因子分析結果

項目	第1因子	第2因子	第3因子	
【尊厳の欠如】 (Cronbach's $\alpha=0.84$)				
JMDS-R 4 救命処置は死を引き延ばすだけであると思いつつ、大がかりな救命を開始する	.938	-.108	-.012	
JMDS-R 3 患者の最善の利益にはならないと思われるが、延命措置を続けてもらいたいという家族の要望に従う	.876	.023	-.138	
JMDS-R 7 誰も治療の中止を決定しない状況下において、人工呼吸器で生かされているが回復の見込みがない患者のケアを続ける	.745	-.071	.089	
JMDS-R 5 終末期の患者が死にゆくことについてたずねているのに、患者と死については話さないようにという家族の要望に従う	.516	.063	-.007	
JMDS-R 6 不必要と思われる検査や治療だが、医師の指示に従って実施する	.459	.246	.080	
【負担保が困難な協働】 (Cronbach's $\alpha=0.86$)				
JMDS-R 21 安全を保てないと思うような力量不足の看護師や介護者と共に仕事をする	-.005	.977	-.147	
JMDS-R 17 力不足で十分なケアができない看護師や他の医療職者とも一緒に働かざるを得ない	-.033	.896	-.104	
JMDS-R 18 チーム内の乏しいコミュニケーションのせいで患者ケアの質が低下している状況を体験する	-.057	.651	.140	
JMDS-R 20 医療職者に連続性が無いため、質のよいケアが提供されていない状況を見る	.076	.529	.160	
【非倫理的行為の黙認】 (Cronbach's $\alpha=0.71$)				
JMDS-R 10 自分にはケアをするための資格があるとは思えないのに、患者をケアするよう求められる	.030	-.059	.658	
JMDS-R 11 医学生が技術を向上させるために、痛みを伴う処置を単独で患者に行うのを目撃する	-.043	-.121	.617	
JMDS-R 15 スタッフメンバーや権威をもつ(管理職の)誰かが私に何もしないよう求めたため、倫理的問題に気づいてはいるが何の行動も起こさない	-.066	.013	.588	
JMDS-R 8 医師または同僚の看護師が医療ミスをし、それを報告していないことがわかって、行動に移さない	-.004	.106	.551	
JMDS-R 9 医師が力量不足と考えるケアを行うのを補助する	.129	.282	.400	
	因子間相関	I	II	III
	I	—		
	II	.44	—	
	III	.51	.53	—
	初期の固有値に基づく寄与率 (%)	36.92	13.25	10.48
	初期の固有値に基づく累積寄与率 (%)	36.92	50.17	60.65

Cronbach's $\alpha=0.86$, $n=673$ 因子抽出法：最尤法、回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

た、JMDS-R頻度の各項目の平均値は1.0、JMDS-R程度の平均値は1.42であり、日本の看護師の倫理的悩みの実態は、「まれに経験し」、「少し悩んでいる～多少悩んでいる」であった。このような点から、JMDS-Rの経験頻度・程度の低さが相関結果に影響している可能性も推察できる。

倫理的悩みを繰り返し体験すると解決できなかった倫理的不快感(moral residue)が徐々に蓄積し⁵、経験年数に比例して倫理的悩みが高くなる¹²との報告がある。筆者らは、平成25年度にもJMDS-Rを用いての調査を行ったが、平成27年度調査結果と同様に弱い相関を示し(表2^{*})、MDS-R原案の調査結果と一致した。

Hamricらは、MDS-R検証時に職場の倫理的風土

との比較により負の相関($r=-0.402$, $p<0.001$)を得ている¹²。本研究でのJNWI-Rとの弱い負の相関結果は、管理職からのサポートが低い状況下で看護師の倫理的な力を発揮しにくいなど¹⁹、組織管理とJMDS-Rが関連する可能性を示唆している。

以上により、JMDS-Rの基準関連妥当性は、弱い相関結果ではあるが、ある程度の検証はできたと考える。今後は、倫理的感受性および職場の倫理的風土など、比較的概念間の関連性が高いと思われる既存の尺度を用いて検証が必要である。

2. JMDS-Rの信頼性と構成概念の妥当性

14項目の質問紙の α 信頼係数は0.86であり、 α 信頼係数の目安が0.70-0.80以上²⁰とすれば、14項目の質

問紙全体の α 信頼係数はある程度高く、累積寄与率からも調査対象集団の60.65%の分散を確保できている。また、変数間の相関係数も0.4以上であり、第3因子までの質問紙の内的整合性は高いといえる。

第1因子の α 信頼係数は0.84と高く、質問項目に対する回答の平均値から、5項目については時々悩む～高い程度で悩む状況であった。第1因子を【尊厳の欠如】とした理由は、患者の尊厳をめぐり、家族からの要望を患者の意向より尊重してしまう傾向、医療者側の治療における善行が患者の自律尊重より優先されてしまう状況が因子を構成しており、これらの項目は、急性期医療における看護師の倫理的悩みを反映していると考えられる。

第2因子【質担保が困難な協働】の α 信頼係数は0.86と高く、能力の低い看護師や他職種との協働に関する項目で構成されている。4つの項目に対する倫理的悩みは、時々経験し、多少悩む程度である(表1)。日本を含む6カ国の労働環境の比較調査結果によると、十分な人員配置による質の高いケア提供ができると回答した割合は、日本の看護師が最も低かった²¹。したがって、JNWI-RとJMDS-Rとの負の相関結果を含め、第2因子は、看護師などのマンパワー不足や時間的余裕のなさなどの日本の急性期病院の労働環境との関連性が影響している可能性が考えられる。

第3因子の α 信頼係数は0.71とやや低いが、0.7-0.8を目安とし、また、第1因子、第2因子との相関は、0.4以上であることを考慮すると、【非倫理的行為の黙認】については、尺度として使用可能性があると判断できる。5つの質問項目に対する経験頻度は、全く経験しないか、まれに経験し、悩みの程度は、少し悩むと回答していた。特に、JMDS-R10「自分にはケアするための資格があるとは思えないのに、患者をケアするように求められる」では、高度急性期病院看護師の平均値は、他の急性期病院看護師の回答と比較して高い傾向を示していた($p=0.002$)。さらに、看護師による倫理的悩みに関するレビューからも¹³、看護師は、倫理的問題ではあると認識していても最先端医療技術への補助需要への対応と時間的な切迫などから患者のアドボケーターとして声を上げる余裕がない状況、即ち黙認を体験している可能性が高く、これらの点から、第3因子の質問項目については、急性期病院看護師の倫理的悩みを反映していると考えられる。

除外項目(JMDS-R1, 2, 12, 13, 14, 16, 19)については、倫理的悩みではない、別の概念が付加され、さらに、倫理的な問題と同時に法律に抵触するような状況についての質問項目も含まれており、日本での質問紙としては適切ではないと考える。

V. 結論

急性期病院看護師のJMDS-Rの信頼性と妥当性を

検討し、以下の結論に至った。

1. JMDS-Rは、21の質問項目について信頼性を検証し、因子分析によって7つの項目が除外された。JMDS-Rの14項目に関する α 信頼係数は、0.86と高い値を示した。因子分析では3つの因子に分類化でき、第1因子「尊厳の欠如」、第2因子「質担保が困難な協働」、第3因子「非倫理的行為の黙認」で構成された。
2. JMDS-Rの基準関連の妥当性については、関連変数との間に弱い相関を示し、構成概念の妥当性については、KMO測定にて因子妥当性は優良と判定でき、パートレットの球面性検定にて、十分な適合性が確認された。以上により、JMDS-Rの妥当性・信頼性を検証でき、14項目の質問紙について急性期病院看護師の倫理的悩みを測定できるツールとして採択できることが示された。

謝辞

本研究の遂行に貢献し、平成25年度調査の調査と基本統計量に基づき学会発表を行った谷川千佳子氏、平成25年度と平成27年度の調査用紙の配布と回収を行った江口由佳氏、後藤由紀子氏、日本語版質問紙の開発の際に日本語版質問項目を検証した川上由香氏に、心より感謝申し上げます。

助成

本研究は、平成25年度～28年度日本学術振興会科学研究費25463330(基盤研究C)の助成を受けて行った一部である。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

1. Wurzbach ME. Experiencing moral uncertainty in practice. *Virginia Henderson Global Nursing e-Repository* [Internet]. 2015. [Accessed 2017 Aug 16] <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/581749>
2. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress: A proposed theory and work environment. *SAGE Journals* [Internet]. 2005; 12(4): 381-390. [Accessed 2017 Aug 17] <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/0969733005ne8090a>
3. Jameton A. *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1984.
4. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of*

- Clinical Ethics*. 2009; 20(4): 330-342.
5. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2005; 24(5): 229-241.
 6. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*. 2007; 35(2): 422-429.
 7. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*. 1988; 23(1): 16-29.
 8. McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit: A descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2007; 26(5): 199-206.
 9. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(2): 250-256.
 10. 大西香代子, 浅井篤, 赤林朗. 精神科看護者の倫理的悩み 実態調査を通して精神看護の問題点を探る. 弘前大学医学部保健学科紀要. 2003 ; 2 : 1-7.
 11. Ohnishi K, Kitaoka K, Bowers L et al. Comparison of moral distress and burnout experienced by mental health nurses in Japan and England: A Cross-sectional questionnaire survey. 日本健康医学会雑誌. 2011; 20(2): 73-86.
 12. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012; 3(2): 1-9.
 13. 伊藤隆子, 川崎由理, 辻村真由子他. 日本の看護師が経験するモラルディストレス—国内文献のメタ統合の試み—. 千葉県立保健医療大学紀要. 2012 ; 3(1) : 71-79.
 14. Aiken LH/ 金井Pak雅子訳. 国際的な病院アウトカム研究. 看護研究. 2007 ; 40(7) : 4-163.
 15. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005; 19(3): 192-207.
 16. Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Brog V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. 2005; 31(6): 438-449.
 17. 清水谷眞宏, 小田切優子, 大谷由美子, 下光輝一, 飯森眞喜雄. 大学病院における女性看護職の燃え尽きに関連する要因の検討. ストレス科学. 2004 ; 19(2) : 108.
 18. Ishihara I, Ishibashi Y, Takahashi K, Nakashima M. Effect of organizational factors and work environments on newly graduated nurses' intention to leave. *The Japan Journal of Nursing Science*. 2013; 1-20, on line 10, June 10.1111/jjns12021
 19. Vanderheide R, Moss C, Lee S. Understanding moral habitability: A framework to enhance the quality of the clinical environment as a workplace. *Contemporary Nurses*. 2013; 45(1): 101-113.
 20. Bland JM, Altman DG. Statistical notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*. 1993; 314; 572.
 21. 伊豆上智子. 病院ケアに関する看護師レポートの6カ国比較. 看護研究. 2007 ; 40(7) : 5-16.