

日本語版 倫理的風土測定尺度 (J-HECS) の 開発とその検証

*Development and validation of the Japanese version
of the Hospital Ethical Climate Survey*

稲垣 聡¹ 大澤 歩¹ 吉川あゆみ¹ 石原 逸子¹

Satoshi INAGAKI

Ayumi OSAWA

Ayumi YOSHIKAWA

Itsuko ISHIHARA

キーワード：看護倫理、倫理的風土、臨床看護師、尺度開発、看護師の労働環境

Key words : nursing ethics, ethical climate, clinical nurses, scale development, workenvironment

本研究は、臨床看護師が認識する倫理的風土を測定する日本語版倫理的風土測定尺度 (J-HECS) を開発し、その信頼性と妥当性の検証を目的に行った。調査は、関西圏4病院で働く看護師を対象に300部配布し、184部の回答を得た。確認的因子分析の結果、オリジナル版の26項目では、尺度モデルの適合性が低いことが考えられた。そのため、質問項目が類似していると考えられた8項目を削除し、J-HECSを5因子18項目の構成とし、再分析を行った。その結果、尺度のCronbach's α 係数は0.94であり、高い信頼性が確認された。次に、適合度指標では、AGFI: 0.80、CFI: 0.92、RMSEA: 0.09となり、やや低いが概ねモデルの適合性が示された。また、J-HECSとJMDS-R (日本語改訂版倫理的悩み測定尺度) との間には、負の相関 ($r = -0.35, p < 0.01$) が観察された。以上により、J-HECSは一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認され、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

倫理的風土は、組織風土を構成する一つの要素である。組織の倫理的風土を定量化する測定尺度は、1980年代に経済分野で開発され¹、日本語版の尺度開発の報告²がなされている。その定義による倫理的風土とは、組織内での正しい行動と倫理的な問題の処理に関する共有された認知とみなされている。この場合の組織の倫理的風土は、二つの次元で構成されており、一つは、個々の道徳発達に伴う倫理的な意思決定基準、もう一つは、倫理的な意思決定において参照される準拠集団や社会的役割に基づく判断である³。

このような組織の倫理的風土の考え方を病院組織に置き換えて考えてみると、倫理的な問題が生じたときには、前述の二つ目の次元である保健・医療職が所属する専門職集団の倫理規定に基づき、倫理行動の判断と選択がなされることになる。この場合、判断基準の異なる関係者同士の対話を通じて、意思決定がなされることから、看護者を含む関係者間の関係性が、倫理

的風土に影響する⁴と考えられている。言い換えれば、倫理的な懸念が生じた場合に、倫理的な問題として提起され、意見が交わされる職場環境であるか否かが倫理的風土を表し、これは看護師が看護師の同僚、看護師長、病院管理者、患者、医師といった関係者と良好な協働関係を築けているかに依存する。

Hospital Ethical Climate Scale (以下、HECS) は、職場の倫理的風土に関する看護師の認知を評価するためのツールとして、米国のOlsonによって開発された⁴。以降、倫理的風土を測定する尺度として、米国、イギリス、スウェーデン、イラクなど、複数の国々で翻訳されて活用されている。オリジナル版の質問紙は、5因子、「同僚 (4項目)」「患者 (4項目)」「上司 (6項目)」「病院 (6項目)」「医師 (6項目)」との関係を含む26項目で構成され、「1: ほとんど真実ではない」～「5: ほとんど真実である」の5件法で回答する。オリジナル版HECSの信頼係数 (以下、Cronbach's α) は0.91と高い信頼性を有し、確認的因子分析のモデル適合度は、AGFIは0.95、RMRは0.06であり、

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

一定の適合性を有する尺度である。

海外での調査では、倫理的風土が肯定的に捉えられている場合には、看護師の職務満足度が高いこと⁵や、最終的にはケアの質が高まること⁶が示唆されている。逆に、倫理的風土がネガティブに認識されていることは、看護師の倫理的悩みが高いこと^{7,9}や、看護師の離職意図が高いことと関連していること^{10,11}が報告されており、良好な倫理的風土を形成することは看護管理上の重要な課題として認識されている。

このような考えのなか、欧米諸国では、看護実践に対する倫理的風土の影響を理解するための尺度としてHECSが広く用いられているが、わが国では、病院の倫理的風土を測定できる尺度の開発は進んでいない。HECSは、看護師同僚、看護師長、病院管理者、患者、医師との良好な関係性を示す指標となり、職場環境のどこに課題があるのかを明らかにすることができ、より良好なケア環境を整える方法を導くことができるツールであると考えられる。しかし、米国で開発された尺度を、文化的に、また医療制度の異なるわが国でそのまま使用できるか不明である。そのため、本稿では、倫理的風土を測定する尺度の日本語版を開発し、その信頼性・妥当性を検討することを目的として調査を実施した。

Ⅱ. 研究方法

1. 日本語版質問紙 (J-HECS) の作成

オリジナル版のHECSの開発者に承諾を得て、日本語版質問紙を作成した。英語版質問紙からの翻訳手順は、まず研究者代表者が日本語に翻訳し、2名の研究者で各項目の翻訳の妥当性を検証した。その後、科学技術論文翻訳の専門業者を通じて逆翻訳し、再度2名の研究者で逆翻訳版とオリジナル版との一致率を算出した。その結果、一致率が90%以上であり、オリジナル版の項目に含まれる意味内容を日本語版で再現されていることを確認した。さらに、5名の臨床看護師を対象にプレテストを行い、回答しにくい項目がなかったことを確認し、日本語版質問紙とした。

なお、翻訳する過程で、「21. 看護師と医師は、お互いに信頼しあっている」「22. 看護師と医師は、お互いを尊重している」など質問項目同士の要素が類似している項目があったが、オリジナル版の信頼係数が高いことより、本調査で使用する日本語版倫理的風土測定尺度(以下、J-HECS)では、全26項目を組み込むことにした。また、質問紙は26項目を「1:全くそうではない・全くそう思わない」～「5:常にそうだ・常にそう思う」のオリジナル版と同様に5件法の回答とした。

2. 調査対象

調査対象は、近畿圏の4施設(180床以上)の一般

病院で1年以上勤務している臨床看護師300名程度とし、看護管理職は除いた。因子分析を行うための必要な標本数として、J-HECSの項目数(26項目)の5倍の130部を最小の回答数と設定した¹²。

3. 調査期間

調査期間は、2019年1～3月であった。

4. 調査方法

研究者が看護管理責任者に、研究計画書等を用いて研究概要の説明を行い、研究協力の承諾が得られた施設で実施した。承諾が得られた施設の看護管理者に対して説明会を行い、看護管理者が、対象となる看護師に研究依頼書と質問紙を配布した。質問紙は、個人の特定ができないよう、無記名自記式とし、質問紙への回答をもって研究参加の同意が得られたものと判断した。質問紙の回収方法は留め置きとし、病棟または看護師休憩室に回収ボックスを設置した。留め置き期間は1週間とし、期間終了後に研究者が回収した。

5. 分析方法

1) 項目分析

回答の各項目の基本統計量、回答の正規分布、各質問項目の床効果・天井効果の有無を測るため、スコアの平均値±標準偏差を算出し、リッカートスケール区間に収まっていない項目を削除対象とした。またItem-Total相関(以下、I-T相関)では、相関係数が0.2以下の項目を削除対象とした。項目間相関については、項目間相関が0.7以上の項目を取り上げて、内容妥当性を検討する項目とした。

2) 妥当性の検討

内容妥当性は、項目の内容が、Olsonの定義する構成概念に論理的に合致しているかを研究者間で協議した。次に、構成概念妥当性を検討するために、オリジナル版の5因子からなる確証的因子分析を行い、因子構造モデルのデータへの適合性を検討した。モデルの適合性の評価には、カイ二乗値、カイ二乗値自由度、GFI(適合度指標)AGFI(修正適合度指標)、RMSEA(平均二乗誤差平方根)、CFI(比較適合度指標)を用いた。前記解析の結果において、因子構造モデルの良好な適合性が示された場合には、統計解析を完了させるが、モデルの適合性が不適切と判断した場合には、項目間相関が高かった項目を削除し、さらにそれらの項目で構成される因子モデルのデータへの適合性を検討することとした。なお、削除する項目の選択は、項目間相関が0.7以上であった項目をペアで挙げ、項目内容を吟味し、内的整合性の低い項目を選択するため、Item-Remainder相関(以下、I-R相関)が低い項目を除することとした。さらに、基準関連妥当性を分析するために、倫理的悩みを測定するJMDS-R¹³(日

本語版改訂 倫理的悩み測定尺度) を質問紙に組み込んだ。JMDS-Rの尺度得点を算出し、J-HECSの各下位尺度および尺度得点との関係性について相関係数を算出した。

3) 信頼性の検討

尺度全体および下位尺度のCronbach's α を算出し、信頼性を検討した。

なお、データの統計解析は、IBM SPSS Statistics version 23およびIBM SPSS Amos version 23を用いた。

6. 倫理的配慮

調査対象となる施設部署の責任者に対して、口頭と紙面により、協力の有無やその回答の内容によって不利益が生じることはないことを説明し、質問紙の配布と、回収ボックスの設置の協力の同意を得た。また、調査協力が得られる回答者には、紙面を通して調査内容と研究の協力を依頼し、質問紙への回答をもって研究参加の同意を得ることを伝えた。なお本研究は、神戸市看護大学倫理審査委員会の審査を経て(承認番号2018-1-10)実施した。

III. 結果

看護管理責任者の同意が得られた4施設(地域医療支援病院、在宅療養支援病院)で質問紙を配布した。質問紙は300部配布し、189部の回収があった。(回収率63%)そのうちJ-HECSの回答に欠損値のある回答を無効回答とし、無効回答を除いた184部を本調査の分析対象とした。

1. J-HECSの回答

対象者の属性を表1に示す。対象者の平均臨床経験年数は10.5±7.9年、部署での平均経験年数は4.2±3.2年であった。対象者の所属は一般病棟が107名(58.5%)、リハビリ病棟が44名(24.0%)、集中治療/ハイケアユニットが27名(14.8%)、小児科病棟5名(2.7%)、周産期病棟13名(7.1%)であった。

2. 項目分析の結果

各項目の日本語訳および各項目の平均値と標準偏差を表2に示す。26項目の総和を求めた合計点の平均値は、88.6±17.1、最大値120、最小値34であった。また、各質問項目と尺度得点、因子得点(下位尺度得点)をQ-Qプロット化して可視化し、Kolmogorov-Smirnovの検定をしたところ、すべての因子得点・尺度得点は正規分布を示さなかった。

J-HECSの全項目について床効果・天井効果の算出を行った結果、削除対象となる項目はなかった。また、I-T相関では、全項目と総点の相関係数は0.2以上に保たれていたため、削除対象となる項目はなかつ

表1 対象の属性

項目	N=184
勤務形態	
常勤	174 (94.6)
非常勤・パートタイム	9 (4.9)
臨床経験年数	(M±SD)
	10.5 ± 7.9
部署経験年数	(M±SD)
	4.2 ± 3.2
所属部署(複数回答)	
一般病棟(慢性期・急性期)	107 (58.5)
リハビリ病棟	44 (24.0)
集中治療/ハイケアユニット	27 (14.8)
小児科病棟	5 (2.7)
周産期病棟	13 (7.1)
その他	3 (1.6)

単位：人(%)

M=平均値；SD=標準偏差

た。次に項目間相関について、項目間相関が0.7以上となる項目があったため、内容妥当性の検討をすることとした。

3. J-HECSの妥当性の検討

全26項目をオリジナル版の5因子から成る確証的因子分析を行い、因子構造モデルのデータへの適合性を検討したところ、カイ二乗値：881.2 (df : 289, $p < 0.05$)、GFI: 0.73、AGFI: 0.67、CFI: 0.86、RMSEA: 0.11であり、適切なモデルの適合性を確認できなかった。そのため、項目分析で項目間相関が0.7以上となった項目に関して、類似した項目であるか項目の内容を検討した上でI-R相関が低い項目を除いた。その結果として、「No. 6」「No. 8」「No. 10」「No. 12」「No. 13」「No. 19」「No. 22」「No. 23」の8項目を削除し、最終的に5因子18項目構造となった。この18項目をオリジナル版と同じ5因子から成る確証的因子分析を行い、因子構造モデルのデータへの適合性を検討したところ、カイ二乗値：299.0 (df : 125, $p < 0.05$)、GFI: 0.85、AGFI: 0.80、CFI: 0.92、RMSEA: 0.09であり、オリジナル版に比べてデータに適合した結果が得られた。なお、各因子間のパス係数および各因子から観測変数の各項目へのパス係数は、統計学的にいずれも有意であった($p < 0.001$)。確証的因子分析の結果のモデルを図1に示す。また、表3には、尺度得点および各下位尺度の得点を示した。

採用された18項目は、看護師が関係者との協働関係を築けているか、または看護師の自律性を表す項目で構成されており、看護師が倫理的問題を提起し、意見が交わされる職場環境であるか否かを表すものとし

表2 HECSとJ-HECS：J-HECSの平均値と標準偏差

No.	HECS	J-HECS	平均±SD
1	Safe patient care is given on my unit	私の病棟では安全な患者ケアが提供されている	3.75±0.88
2	My peers listen to my concerns about patient care	私の同僚は、患者に関する懸念について話を聞いてくれる	3.93±0.84
3	My peers help me with difficult patient care issues/problems	私の同僚は、難しい患者のケアにあたる時に、私をサポートしてくれる	4.05±0.79
4	I work with competent colleagues	優秀な同僚と仕事をしている	3.83±0.81
5	My manager listens to me talk about patient care issues/problems	私の上司は、患者の問題について話を聞いてくれる	3.90±1.01
6	My manager supports me in my decisions about patient care	私の上司は、患者のケア方針を決定する際にサポートしてくれる	3.85±1.00
7	When I'm unable to decide what's right or wrong in a patient care situation, my manager helps me	患者のケアで正しいこと、間違っていることの判断に迷うときに、上司は手助けしてくれる	3.92±0.98
8	When my peers are unable to decide what's right or wrong in a particular patient care situation, I have observed that my manager helps them	同僚が患者ケアに関して、正しいこと、間違っていることの判断に迷っているときに、上司が助言しているところを見たことがある	3.89±0.98
9	My manager is someone I can trust	私の上司は信頼できる	3.83±1.06
10	My manager is someone I respect	私の上司は尊敬できる	3.79±1.07
11	A clear sense of the hospital's mission is shared with nurses	病院のミッション／使命は明確で、看護師全体に共有されている	3.14±0.97
12	Hospital policies help me with difficult patient care issues/problems	病院の理念・方針は、難しい患者の看護を考えるとときに助けになる	2.67±1.01
13	There is a sense of questioning, learning, and seeking creative responses to patient care problems	私の部署では、患者のケアについて疑問をもったり、学んだり、よりよい解決策を探求しようとする雰囲気がある	3.45±1.00
14	Conflict is openly dealt with, not avoided	私の部署では、たとえ意見の対立があったとしても、積極的に意見を出し合っている	3.22±1.00
15	The feelings and values of all parties involved in a patient care issue/problem are taken into account when choosing a course of actions	患者のケアを実行する際には、患者に関わるすべての関係者の気持ちや価値観が考慮されている	3.16±0.91
16	I am able to practice nursing on my unit as I believe it should be practiced	私の部署では、私が実践すべきだと考えている看護実践ができています	3.16±0.88
17	The patient's wishes are respected	患者の希望は尊重されている	3.48±0.92
18	Patients know what to expect from their care	患者は、看護師がどのようなケアしてくれるかを知っている	3.13±0.89
19	Nurses have access to the information necessary to solve a patient care issue/problem.	看護師は、患者のケアに必要な情報にアクセスできる	3.67±0.85
20	Nurses use the information necessary to solve a patient care issue/problem	看護師は、患者のケア上の問題や課題を解決するために必要な情報を活用できる	3.66±0.75
21	Nurses and physicians trust one another	看護師と医師は、お互いに信頼しあっている	3.04±0.91
22	Nurses and physicians respect one another	看護師と医師は、お互いを尊重している	2.85±0.96
23	Physicians ask nurses for their opinions about treatment decisions	医師は、患者の治療に関して、看護師の意見を聞いている	3.03±0.96
24	I participate in treatment decisions for my patients	私は、受け持ち患者の治療の決定に関わっている	2.82±0.95
25	Nurses and physicians here respect each others' opinions, even when they disagree about what is best for patients	私の部署にいる看護師と医師とは、患者のために何が最善かを考えるとき、たとえ意見が異なっても、互いの意見を尊重している	2.79±0.99
26	Nurses are supported and respected in this hospital	私の病院では、看護師が支持され、尊重されている	2.60±1.04

て適していると考えられた。また、各因子および尺度全体の得点と外的基準として、JMDS-RとのSpearman相関係数を算出した。なおJMDS-Rの完全回答数は147件であったため、J-HECSとの基準関連妥当性の算定には147件の回答を使用した。その結果、「同僚」とは -0.24 、「上司」とは -0.24 、「病院」とは -0.31 、「患者」とは -0.34 、「医師」とは -0.24 、尺度全体とは -0.35 ($p < 0.01$)であり、負の相関を認めた。

4. J-HECSの信頼性の検討

J-HECS尺度全体のCronbach's α は0.94であった。下位尺度の各因子と因子の信頼性は、「同僚(4項目: Cronbach's α は0.76; 以下同様)」、「上司(3項目: 0.93)」、「病院(4項目: 0.85)」、「患者(3項目: 0.76)」、「医師(4項目: 0.87)」であり、内的整合性を持つことが確認された。因子間にも相互に相関が見られた($r = 0.40 \sim 0.69$, $p < 0.05$)。また、項目整理後に行ったI-T相関では、各項目と合計点の相関係数は $0.58 \sim 0.77$ ($p < 0.05$)であり相関を認めた。

IV. 考察

1. 尺度の構成について

オリジナル版HECSの5因子は、看護師と重要な関係性を持つ看護師の同僚、上司、病院、患者、医師との関係性で編成されている。これらの関係者と看護師とは、倫理的な問題が生じた場合に、倫理規範が競合する場合がある。看護師が、職場内の関係者との協働関係をどのように認識しているのかによって、倫理的な問題が生じた際の解決行動に変化が生じるというパラダイムは、今日も変化していないと考えられる¹⁴ため、オリジナル版の因子構造を変えずに使用できるかを検討した。しかしながら、確認型因子分析の結果、GFI: 0.73、AGFI: 0.67、CFI: 0.86、RMSEA: 0.11とデータの適合度が低いことが考えられた。そのため、類似していると考えられる項目を削除し、J-HECSを全18項目で構成し、再分析を行った。その結果、適合度指標は、GFI: 0.85、AGFI: 0.80、CFI: 0.92、RMSEA: 0.09と、オリジナル版よりも高い適合度となり、やや低いものの、概ねモデルの適合性が確認された。また、J-HECSに採用された項目は、倫理的な問題が生じ、倫理規範が競合する場合であっても、看護師と関係者が互いに協働できる関係にあるかを表しているため、倫理的風土を測定するのに適した質問項目であると考えられた。次に、倫理的悩みを表すJMDS-RとJ-HECSとの関係性をもとに、J-HECSの基準関連妥当性を検討した。その結果、両尺度は、負の相関関係($r = -0.35$, $p < 0.01$)であることが認められた。Olson⁴が説明するように、看護師は、患者や家族、医師、看護師の同僚、上司、雇用主など、す

べての関係者の価値を尊重しようと試みることで、板挟みに陥り、結果として倫理的悩みを引き起こす可能性がある。先行研究では、米国オリジナル版の倫理的悩み測定尺度(Moral Distress Scale: MDS)とHECSが同時に測定され、互いに負の相関($r = -0.39 \sim -0.52$)を示す⁷⁻⁹ことが報告されている。本調査結果においても、同様の結果を示しており、J-HECSもオリジナル版と同様の倫理的風土の特性を検出できていると考えられた。この結果より、J-HECSの基準関連妥当性が確認された。

また、I-T相関の相関係数は $0.58 \sim 0.77$ と収束性を示し、5つの因子間にはすべて正の相関($r = 0.40 \sim 0.69$)が示されていることから、本尺度は、内的整合性を持つことが確認された。さらに、J-HECS全項目18項目のCronbach's α は0.94であり、各因子のCronbach's α も $0.76 \sim 0.93$ であったことから、本尺度は十分な信頼性を有すると考えられた。

2. 本研究の限界と課題

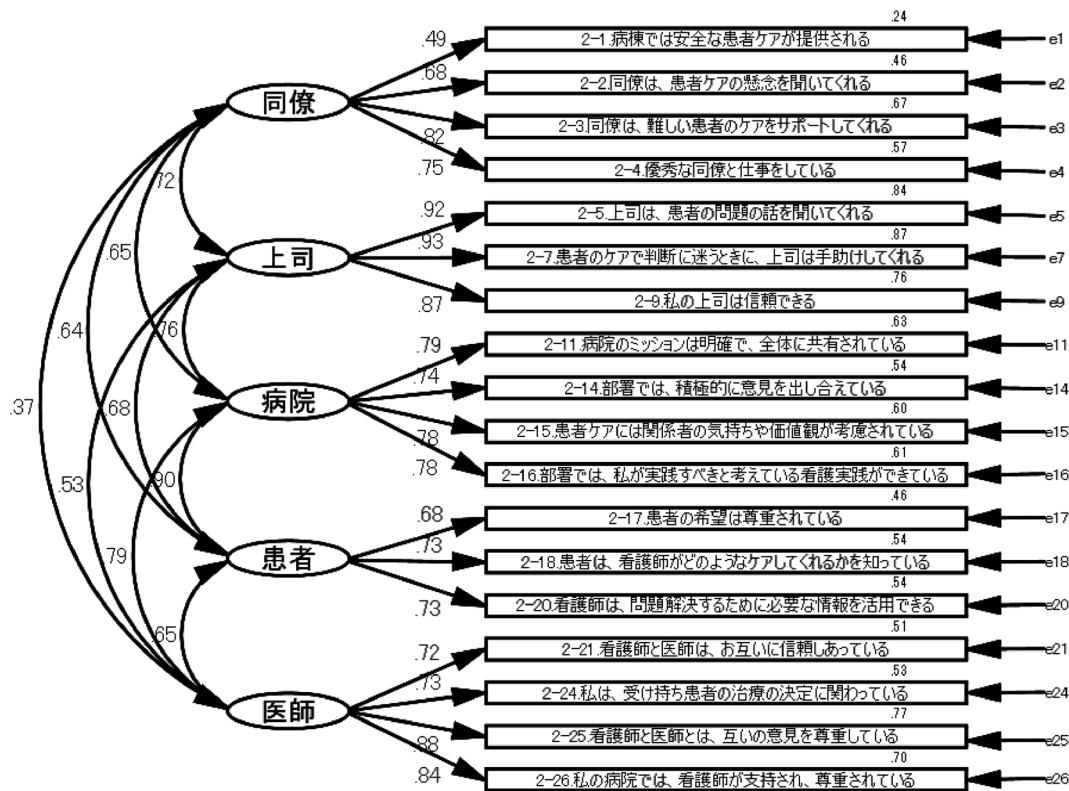
本調査では、先行研究の結果との比較や海外での調査結果と比較するため、オリジナル版の5因子を残し、下位尺度内の項目を精選した。その結果、オリジナル版に近似した日本語版のモデルを示すことができた。しかし同時に、因子構造を変えることによって、さらにモデルの適合度が高く、信頼性・妥当性の高い尺度を開発できる可能性は否定できない。また、今回の対象施設は180~500床の中規模病院であり、大学病院など特定機能病院を調査対象に含んでおらず、標本数も限定されていた。そのため、本調査のみでJ-HECSを一般化することは難しく、すべての規模や重症度の施設を対象として大規模な調査を行い、尺度の精度を上げていく必要がある。

また、基準関連妥当性の検討で用いたJMDS-Rに関しては、未回答項目が多く見られたことから、今回の調査対象となった施設での使用に限界があったと考える。さらに、当該尺度は開発されてから間もないこともあり、標準化された尺度とは言いがたく、基準関連妥当性を検討する尺度としての適切さに欠けるとも考えられた。そのため、J-HECSの基準関連妥当性は、一定の妥当性はあるものの、今後さらに、ほかの既存尺度と共に再検討する必要があると考えられた。

V. 結論

本研究では、倫理的風土を測定する尺度「日本語版倫理的風土測定尺度: J-HECS」を開発し、信頼性と妥当性を検討した。その結果、以下のことが確認された。

1. J-HECSは「同僚」「上司」「病院」「患者」「医師」の5因子18項目での構成となった。尺度全体のCronbach's α は0.94と高い値を示した。また、



$\chi^2=299.0$, $df=125$, ($p<0.001$)
 GFI=.854, AGFI=.800, CFI=.917, RMSEA=.087

各質問項目の上部の数値:重決定係数(R^2) e: 誤差変数

図1 J-HECSの確証型因子分析の結果(標準化係数)

表3 各下位尺度得点

	N	M	SD	Min	Max
J-HECS	184	61.4	11.5	24	83
同僚		15.6	2.5	6	20
上司		11.7	2.9	3	15
病院		12.7	3.1	4	20
患者		10.2	2.1	4	15
医師		11.2	3.3	4	18
JMDS-R	147	34.8	26.0	2	120

モデルの適合性は、AGFI: 0.80、CFI: 0.92、RMSEA: 0.09であり、やや低いもののモデルの適合性が確認された。

- J-HECSの質問項目は、看護師と関係者が互いに協働できる関係にあるかを示しており、倫理的風土を測定する尺度としての内容妥当性が確認された。またJ-HECSとJMDS-Rとの間には負の相関が確認され、一定の基準関連妥当性が示された。以上により、J-HECSは一定の信頼性と妥当性を有することが確認され、病院の倫理的風土を測定するツールとしての使用可能性が示された。

謝辞

本研究にご協力いただきました臨床看護師の皆様へ深く御礼申し上げます。また、調査を行うにあたり、ご協力をいただきました対象病院の看護管理者の皆様へ深く感謝申し上げます。

The authors would like to express a high appreciation to Dr.Olson for her support and permission to translate and develop J-HECS.

助成

本研究は、平成29年度～令和元年度日本学術振興会科学研究費17K12088(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

- Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*. 1988; 33: 101-125.
- 山田敏之, 中野千秋, 福永晶彦. 組織の倫理風土

- の定量的測定—Ethical Climate Questionnaire
の日本企業への適用可能性の検討. 日本経営倫理
学会誌. 2015 ; 22 : 237-251.
3. Cullen JB, Victor B, Stephens C. An ethical
weather report: Assessing the organization's
ethical climates. *Organization Dynamics*. 1989;
18(2), 50-62.
 4. Olson L. *Hospital nurses' perceptions of the
ethical climate of their work setting*. Chicago:
University of Illinois Health Sciences Center;
1995.
 5. Connie U, Patricia O, Carol T, et al. Ethical
climate, ethics stress, and the job satisfaction
of nurses and social workers in the United
States. *Social Science and Medicine*, 2007; 65
(8) : 1708-1719.
 6. Silén M, Kjellström S, Christensson L, et al.
What actions promote a positive ethical
climate?: A critical incident study of nurses'
perceptions. *Nursing Ethics*. 2012; 19(4) : 501-
512.
 7. 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.
 8. Sauerland JS, Marotta K, Peinemann MA, et
al. Assessing and addressing moral distress
and ethical climate part II: Neonatal and
pediatric perspectives. *Dimensions of Critical
Care Nursing*. 2015; 34(1). 33-46.
 9. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, et
al. Moral distress among healthcare
professionals: Report of an institution: Wide
survey. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;
47(2) : 117-125.
 10. Hart SE. Hospital ethical climates and
registered nurses turnover intentions. *Journal
of Nursing Scholarship*. 2005; 37(2) : 173-177.
 11. Hwang JI, Park HA. Nurses' perception of
ethical climate, medical error experience and
intent-to-leave. *Nursing Ethics*. 2014; 21(1) :
28-42.
 12. 松尾太加志, 中村知靖. 誰も教えてくれなかった
因子分析—数式が絶対に出てこない因子分析入
門. 京都: 北大路書房; 2002
 13. 石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜他. 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. 日本看護倫理学会
誌. 2018 ; 10(1) : 60-66.
 14. 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.