

(資料)

重症心身障害児（者）病棟に勤務する看護師に対する「倫理的悩みを測定する尺度」の一般化可能性の検討

齊藤啓貴¹⁾ 三枝享¹⁾ 芳賀了¹⁾ 山田光子²⁾

要 旨

本研究は、様々な倫理的問題に直面する重心看護師に焦点を当て、既存の「倫理的悩み尺度」の妥当性と信頼性の検証を行い、一般化可能性を検討することを目的とする。意義として、「倫理的悩み」やこれに関連する因子を明らかにすることができると考えた。

調査は、重心看護師を対象とし、無記名自記式 Web アンケートを行なった。妥当性は、SEM を用いて、構造的側面からみた構成概念妥当性を検討した。信頼性は、Cronbach の α 係数を算出した。分析対象者は 144 名であった。分析結果は、妥当性として、構造的側面からみた構成概念妥当性は確保されており、信頼性として、3 因子 12 項目での Cronbach の α 係数が、0.864 であり、十分に信頼性も確保されていると判断できた。よって「倫理的悩み尺度」は重心看護師に対する活用が可能であることが明らかとなった。

キーワード：重症心身障害児（者） 看護師 倫理的悩みを測定する尺度 交差妥当性

I. 緒言

重症心身障害とは、重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している状態を指し、その状態を指す者を重症心身障害児（者）（以下：重症児（者））という。重症児（者）は、全国で約 47000 人と推計され、そのうちの約 3 割が施設に入所している（岡田ら、2015）。なお、本稿では障害の表記方法について様々な意見があるものの、法令等における「障害」の表記と同様に「障害」と表記する（文化庁、2021）。入所施設は、幅広い年代の重症児（者）が入所しており、医療・福祉・生活の場として様々な機能を併せ持つことが特徴である。近年、重症児（者）は、ケアラーとなる親の高齢化を背景に、移乗や体位変換などの介護による身体的負担の増大、医療の発展に伴う呼吸器の使用や胃ろう管理など日常的に医療ケアが必要な対象者の増加（平元ら、2015）、また従来に比べ障害が重症化、複雑化、個別化し、医療依存度が高くなっていることが指摘されおり（岡田ら、2006）、在宅移行の困難化、入院の長期化へと繋がっている。そのため、終末期を施設で迎える重症児（者）も多く、重症児（者）を看護する看護師（以下：重心看護師）は、対象者とその家族それぞれの

価値観の多様性を踏まえた上での Quality of Life（以下：QOL）や Quality of Death（以下：QOD）を追求していくことが求められる。重症児（者）は、自ら意思を表出し、決定を下すというプロセスが困難であることもしばしばあり（岡田ら、2006）、意思が尊重された生活を個々人が有意義に送れるよう可能な限り意思決定における支援が求められる。支援の際には、一人一人異なる障害の程度、残存する機能、合併する疾患とその影響、身体的状態、精神的状態、家族背景を含めた社会的な側面、個々のスピリチュアルな側面を考慮し、看護としての医療やケアの提供を考えていかななくてはならない。対象者とその家族の QOL、QOD を考えていく上で、どのような選択が正しいのか、また何をもって正しいとするのか、重心看護師はしばしば倫理的問題を抱える。対象者にとっての最善とは何か、またケアラーとしての役割も備える家族にとっての最善とは何か、死に向かう過程において、どの程度の医療やケアを提供すべきかといった問題など、重症児（者）が自分らしく、より良い生活を送るために重心看護師の直面する倫理的問題は多岐に渡ると考えられ、それらに対処していくことが求められている。

受付日：2023 年 6 月 5 日 受理日：2023 年 8 月 9 日

1) 山梨県立大学看護学部 2) 山梨県立大学看護学研究科

倫理的問題について、Jameton (1984) は、「倫理的不確かさ」「倫理的ジレンマ」「倫理的悩み」の3つの因子を挙げている。Jameton は、看護の労働実態に基づいた倫理的論点について調査しており、看護における倫理は単なる応用倫理ではなく、独自性を有するものだと述べている。過去30年以上にわたり、看護における倫理的問題に関する質的、量的、及び論説の研究論文の大部分は、Jameton の定義が採用されている (McCarthy J, 2015)。「倫理的不確かさ」は、何か変だと感じるが、どのように変なのかを明白にすることができなかつたり、倫理的問題なのかどうかさえも認識できなかつたりする状況。「倫理的ジレンマ」は、倫理的な問題が起きていることは認識されており、明らかに2つ以上の倫理原則や価値が相容れず、どれも優先順位がつけられない状況。「倫理的悩み」は、倫理的な問題に対して、どの道徳的要求を大切にすべきかという判断がついていないにもかかわらず、制度上、組織上の制約によってその正しい行動の遂行がほとんど不可能な状態と言われている。

Corley (2001) は、Jameton の定義をもとに、看護師の経験と実践に焦点を当てた倫理的問題に関する研究を行っており、倫理的問題が仕事だけでなく、様々な因子と絡み合うことを明らかにしている。Jameton の定義は、その後も多くの研究に用いられ、倫理的問題の中でも「倫理的悩み」による心理的負担が、離職や離職につながる因子との関連が強いことなどが示されている (Corley MC, 2001; Meltzer LS, 2004)。様々な倫理的問題に直面する重心看護師において、「倫理的悩み」による心理的負担を軽減するためのアプローチが必要だと言える。そのために「倫理的悩み」を定量的に評価し、これに関連する因子を明らかにすることが求められている。

片田 (2002) は、これまで行われていた看護倫理についての歴史や研究、教育を概観し、それらをもたらしした影響も含め、「倫理的悩み」の因子を明らかにしている。また橋本 (2012) は、看護師が消極的倫理行動として、ケアの提供を阻害されてしまう因子、及びその際の心理動態を明らかにしている。これらの研究により「倫理的悩み」については、組織や制度上の悩みが関連因子として多く挙げられていたが、近年では、患者や家族の希望、医師の関係、看護師間関係、看護師自身の能力などが関連因子となることも指摘されている (片

田, 2002; 橋本, 2012)。實金ら (2019) は、近年の「倫理的悩み」の関連因子を踏まえた上で、日常的ケアの中で生じる「倫理的悩み」を測定する尺度を開発し、急性期、慢性期、高齢者ケア領域の医療施設看護師を対象とした妥当性と信頼性を実証している。「看護師の倫理的悩みを測定する尺度 (以下: 倫理的悩み尺度)」では、「倫理的悩み」が「組織の理念・労働環境」「医療者の力量」「患者・家族の理解」の3因子12項目で構成されることを、尺度の構成概念妥当性、外的側面からみた妥当性、収束的妥当性から確認している。また内的整合性の側面からみた信頼性を確認している。この尺度は、急性期、慢性期、高齢者ケア領域、終末期や臨死期におけるケア実践だけでなく、日頃のケア実践における「倫理的悩み」にも着目されており、看護師の「倫理的悩み」を評価する上で有用だと言える。しかし、これらはあくまで特定の領域で勤務する看護師を対象としたものであり、それら以外の領域で活躍する看護師などには焦点が当てられていない。一方で、様々な「倫理的悩み」に直面する重心看護師に対して、「倫理的悩み尺度」で調査した定量的な評価が行えれば、重心看護師の「倫理的悩み」に関連する因子や、「倫理的悩み」に関連した心理的負担を軽減するためのアプローチの示唆を得ることができると考える。しかし、重心看護師を対象として「倫理的悩み尺度」を用いて調査した報告はなく、重心看護師を対象とした本尺度の一般化可能性は不明である。實金ら (2019) は、「倫理的悩み尺度」が他領域でも看護実践に対し対応可能かを検討していく必要があることを今後の課題であると示している。

よって本研究は、様々な倫理的問題に直面する重心看護師に焦点を当て、重心看護師を対象とした「倫理的悩み尺度」の妥当性と信頼性の検証を行い、一般化可能性を検討することを目的とする。またこれらを行う意義として、「倫理的悩み」やこれに関連する因子を明らかにすることができると考える。

II. 方法

1) 調査対象と調査期間

社会福祉法人重症児 (者) を守る会のホームページに登録されている関東甲信越地方の全ての重症児 (者) 施設58施設に対し、施設長及び看護責任者に文書送付にて、研究の趣旨を説明し、承諾が得られた場合は、返信用封筒を使用し、承諾書を返送してもらった。

研究協力の承諾があった施設に対し、調査依頼書を送付し、看護責任者へ調査対象者の概要（調査対象者の除外基準を含む）を文書にて説明し、調査対象者へ配布してもらった。調査依頼書にはWebアンケートへアクセスするためのQRコード及びURLを掲載し、調査対象者には、Web上にて回答してもらった。

調査対象者の除外基準は、看護師長以上の役職者、産前産後休暇者もしくは育児休暇者、またはその他の長期休暇者とした。

調査期間は令和4年10月～令和4年11月であった。

2) 倫理的配慮

本研究は、山梨県立大学倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た上で実施した（承認番号：2022-19）。調査依頼の際には、研究目的、調査方法、調査期間などを明記するとともに、研究協力は自由意思であること、研究協力者のプライバシーを保護すること、個人の匿名性を保護すること、回答の際には氏名やメールアドレスなどの個人が特定される情報や電子データを収集しないこと、得られた結果を研究の目的外で使用しないこと、回答をはじめからであっても自由に同意の撤回ができ、取り消しを行える旨を記載した。またデータは、統計解析の実施、学会発表や論文投稿に使用することを記載し、さらに得られたデータは、研究者が厳重に保管し、研究を公表した後に一定期間保管した後責任を持って消去することを記した。

3) 調査内容

(1) 個人特性

基本的属性として、「年齢」「看護師経験年数」「重症児（者）の看護経験年数」「性別」「就業形態（正規または非正規）」「副看護師長の役職の有無」「学歴」の項目を尋ねた。

(2) 倫理的悩み

「倫理的悩み」は、實金ら（2019）が開発した「倫理的悩み尺度」を用いた。本尺度は、「組織環境の理念・労働環境」「医療者の力量」「患者・家族の理解」の3因子12項目の尺度であり、信頼性と妥当性が確保されている。これらの項目に対し回答は、ストレスの強度を4件法「0:感じていない」「1:少し感じる」「2:感じる」「3:とても感じる」で尋ね、得点が高い程ストレス認知が高いことを示す。また尺度

使用に際しては開発者の承諾を得た。

4) 分析方法

個人特性に関して記述統計を行った。その後、構造方程式モデリング（Structural Equation Modeling 以下：SEM）を用いて構成概念妥当性を検討した。SEMでは、まず既存の尺度と同じ因子構造のモデル（初期モデル）を作成した。初期モデルは、「組織環境の理念・労働環境」「医療者の力量」「患者・家族の理解」の3因子下位概念を第一次因子、看護師の「倫理的悩み」を第二次因子とする3因子二次因子モデルで構成した。最尤法を用いた確認的因子分析を実施してモデルの適合度を確認した。適合度指標はComparative Fit Index（以下：CFI）とRoot Mean Square Error of Approximation（以下：RMSEA）を用いた。判断基準はCFI > 0.90、RMSEA < 0.05（最良）、< 0.08（良）、< 0.1（可）とするKlineの指標を参考とした（Kline RB, 2015）。次に、適合度指標をもとにモデルの改良を行ない、修正モデルと初期モデルの因子構造の差異を検討した。

「倫理的悩み」を測定する尺度の信頼性はCronbachの α 係数を算出した。3因子12項目でのCronbachの α 係数の他、それぞれの因子の質問項目ごとにも算出した。Cronbachの α 係数は、ある特性に対して複数の質問項目を設け、回答の合計値（尺度得点）を特性尺度として用いるときに、各質問項目（変数）が全体として同じ概念や対象を測定したかどうか（内的整合性）を評価する信頼係数である。0から1までの値をとり、1に近いほど信頼性が高いと言える。

統計解析には、IBM SPSS Statistics ver25およびIBM SPSS Amos ver25を使用した。

Ⅲ. 結果

1) 調査対象者の基本属性

調査協力が得られた施設は58施設中19施設であり、資料配布数は872部、回収数は149件であった（回収率17.1%）。149件の内、不備があったものは5件で、有効件数は145件であった（有効回答率97.3%）。調査対象者の属性分布を表1に示した。対象者の「年齢」は、 49.1 ± 10.9 歳、「看護師経験年数」は、 15.8 ± 10.3 年、「重症児（者）看護経験年数」は、 7.3 ± 6.9 年であった。「性別」は男性が18人（12.5%）、女性が126人（87.5%）。「就業形態」

表1 対象者の基本属性

n=144

		mean±SD	range
年齢		49.1±10.9	21-63
看護師経験年数		15.8±10.3	0-40
重症心身障害者(児)看護経験年数		7.3±6.9	0-35
性別	男	18(12.5%)	
	女	126(87.5%)	
就業形態	正規	135(93.8%)	
	非正規	9(6.2%)	
役職	副看護師長	16(11.1%)	
	なし	128(88.9%)	
学歴	5年一貫卒	1(0.01%)	
	専門卒	99(68.8%)	
	短大卒	10(0.07%)	
	大学卒	33(22.9%)	
	大学院卒	1(0.01%)	

は正規が135人(93.8%)、非正規が9人(6.2%)。「役職」は副看護師長が16人(11.1%)、役職なしが128人(88.9%)であり、「学歴」は5年一貫卒が1人(0.01%)、専門卒が99人(68.8%)、短大卒が10人(0.07%)、大学卒が33人(22.9%)、大学院卒が1人(0.01%)であった。

2) 回答分布

「倫理的悩み尺度」12項目のストレス強度についての回答分布を表2に示した。本尺度は、「組織環境の理念・労働環境」「医療者の力量」「患者・家族の理解」の3因子12項目で構成されている。ストレスの強度を4件法「0:感じていない」「1:少し感じる」「2:感じる」「3:とても感じる」で尋ね、得点が高い程ストレス認知が高いことを示す。「2:感じる」「3:とても感じる」を合わせた最もストレス認知が高かった項目は、Q3「職場の労働条件(看護師の少ない人員配置、雑務が多い、仕事量が多い)のために、あなたは患者に十分な医療やケアを提供できない」であり、ついでQ1「職場組織の方針(組織利益優先など)のために、あなたは患者に不必要で過剰な医療やケアを行ったり、患者に必要な医療やケアを行えなかったりする。」であった。Q3に関しては、Q1以下の項目に対し、2倍以上の得点であった。

3) 構造的側面からみた構成概念妥当性

初期モデルについて、確認的因子分析を行った結果、尺度開発者らの3因子二次因子モデルでのデータ適合度は、CFI = 0.894、RMSEA = 0.087であった(図1)。修正モデルでは、データ適合度は、CFI = 0.906、RMSEA = 0.080となった(図2)。

4) 信頼性の検討

信頼性は、Cronbachの α 係数を算出した。3因子12項目でのCronbachの α 係数の他、それぞれの因子の質問項目ごとに算出した値を表2に示した。「倫理的悩み」の合計3因子12項目でのCronbachの α 係数は0.864であり、1に近い値であった。また3因子ごとのCronbachの α 係数はそれぞれ「組織環境の理念・労働環境」で0.762、「医療者の力量」で0.740、「患者・家族の理解」で0.628であった。

IV. 考察

1) 調査対象者の基本属性

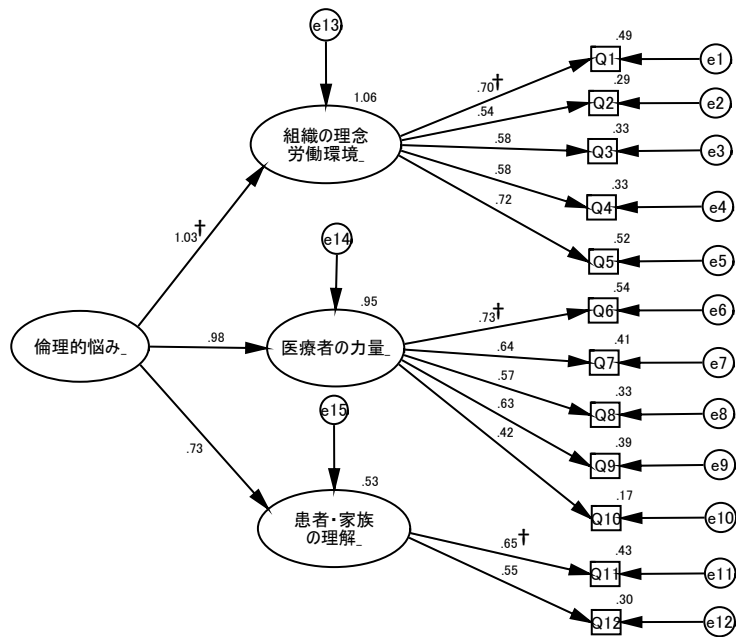
本研究の調査対象者は144名であった。現在重心看護師の基本属性を示す報告は筆者が調査したところ見当たらないが、本研究同様、多くの重心看護師を対象とした研究報告はいくつかあり(滝澤ら, 2021; 永尾ら, 2018)、本研究の調査対象者の基本

表2「倫理的悩み尺度」12項目のストレス強度についての4件法による回答分布

n=144

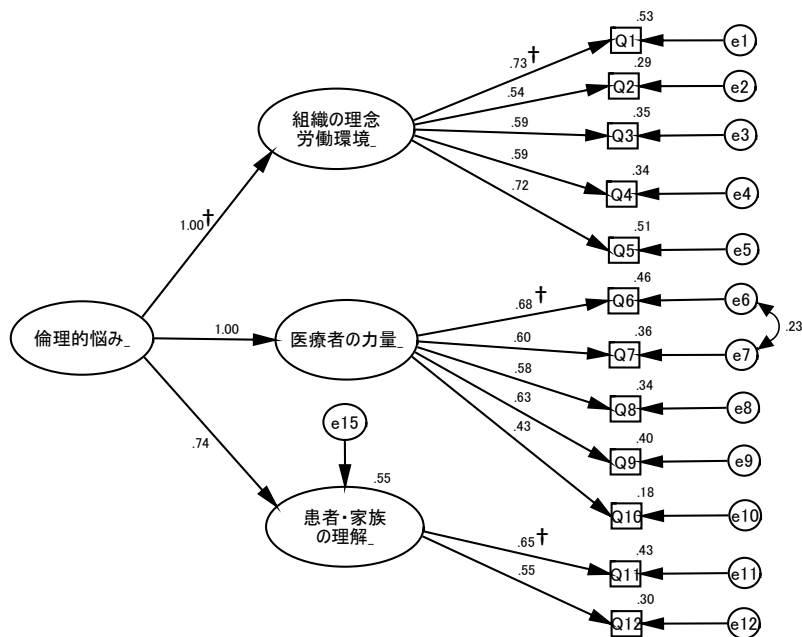
12項目	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる
組織の理念, 労働環境				
1. 職場組織の方針(組織利益優先など)のために, あなたは患者に不必要で過剰な医療やケアを行ったり, 患者に必要な医療やケアを行えなかったりする.	23(16.0)	77(53.5)	32(22.2)	12(8.3)
2. 患者を尊重するという職場風土の低さのため, 患者に不適切なケアが行われていても, あなたは黙認する	44(30.6)	74(51.4)	19(13.2)	7(4.9)
3. 職場の労働条件(看護師の少ない人員配置, 雑務が多い, 仕事量が多い)のために, あなたは患者に十分な医療やケアを提供できない	6(4.2)	51(35.4)	40(27.8)	47(32.6)
4. 職場の医療・ケア用品及び設備が不十分なために, あなたは患者に適切あるいは十分な医療やケアを提供できない	40(27.8)	62(43.1)	26(18.1)	16(11.1)
5. 職場の慢性的な看護師の低い定着率(高い離職率)のために, あなたの病棟では患者へのケアの継続性が保てない	40(27.8)	62(43.1)	24(16.7)	18(12.5)
医療者の力量				
6. 専門的な技術や知識が不足している同僚がいるために, あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない	33(22.9)	69(47.9)	25(17.4)	17(11.8)
7. 患者のプライバシーや人権を尊重できない同僚がいるために, あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない	53(36.8)	64(44.4)	16(11.1)	11(7.6)
8. 同僚のインフォームド・コンセントが不十分であっても, 決まった治療やケア方針に, あなたは従う	37(25.7)	82(56.9)	23(16.0)	2(1.4)
9. 医療チーム内で他職種連携が十分に取れてないために, あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない	38(26.4)	75(52.1)	20(13.9)	11(7.6)
10. 自分の知識や技術がないために, あなたは患者に適切な医療やケアを提供できない	21(14.6)	81(56.3)	34(23.6)	8(5.6)
患者・家族の理解				
11. 家族が自分本位の希望を優先するために, あなたは患者に不適切な医療やケアを行ったり, 患者に必要なケアを行えなかったりする	32(22.2)	75(52.1)	28(19.4)	9(6.3)
12. 患者や家族の認知機能低下や意識障害などによる不十分な理解のもと決まった治療方針であっても, あなたはその方針に従う	31(21.5)	79(54.9)	29(20.1)	5(3.5)

単位:人(%)



†はモデル識別のため制約を加えたパスを示す RMSEA=.087 CFI=.894

図1 倫理的悩みの構成概念妥当性（初期モデル）



†はモデル識別のため制約を加えたパスを示す RMSEA=.080 CFI=.906

図2 倫理的悩みの構成概念妥当性（修正モデル）

表3 倫理的悩み尺度信頼性		n=144
		Cronbach α 係数
倫理的悩み 合計		.864
組織環境の理念・労働環境		.762
医療者の力量		.740
患者・家族の理解		.628

属性はこれら先行研究で示されたものと大きな変わりはなく、おおよそ重心看護師の標本として適当であると考えられる。

2) 妥当性の検討

「倫理的悩み尺度」による回答分布の結果では、Q3 [職場の労働条件（看護師の少ない人員配置、雑務が多い、仕事量が多い）のために、あなたは患者に十分な医療やケアを提供できない] が最もストレス認知が高かった項目であり、他項目と比べ2倍以上の得点であった。Q3 が最もストレス認知が高いことは、實金ら（2019）の結果とも一致しており、やはりストレスに影響を与える因子として、看護師の人員不足、ひいては個々の雑務量や仕事量が増えるは近年の課題であると言える。

本研究の目的は、様々な倫理的問題に直面する重症児（者）を看護する重心看護師を対象に「倫理的悩み尺度」の妥当性と信頼性を検討することであった。初期モデルは尺度開発者らと同様の3因子二次因子モデルで構成し、適合度は、CFI = 0.894、RMSEA = 0.087であった。Kline らは適合度の判断をCFI > 0.90、RMSEA < 0.05（最良）、< 0.08（良）、< 0.1（可）と示しており（Kline RB, 2015）、初期モデルでは適合度の判断基準を下回った。

狩野ら（2002）は、指標変数が多く、モデル適合が低いときの調整について、モデルへの誤差共分散の導入を行うことで適合度を高められると示している。誤差共分散は、2つ以上の変数の測定誤差が相互にどのように関係しているのかを表す統計的な概念であり、適合度を高めるために、指標を間引くことは手段の一つであるが、指標を減らしすぎることによって偏った項目のみが残ることへの懸念もされている（南風原, 2002）。今回は、3因子のうち「医療者の力量」における項目の中から分析の過程でQ6 [専門的な技術や知識が不足している同僚がいるために、あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない] とQ7 [患者のプライバシーや人権を尊重できない同僚がいるために、あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない] に着目した。Q6とQ7について [あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない] という点が一致した項目となっており、類似性を加味した上でこれらに誤差共分散を導入することで、モデルのデータ適合度は、CFI = 0.906、RMSEA = 0.080となった。Q6とQ7へ誤差共分散を導入し調整することで、構造的側面から

みた構成概念妥当性が確保されたと言える。狩野ら（2002）は、誤差共分散の導入においては、指標ごとの導入に至った解釈を行えることが重要だと述べている。本研究は、重心看護師を対象とした「倫理的悩み尺度」の妥当性と信頼性を検証しており、實金ら（2019）が行った研究と比べ対象特性に異なりがある。重症児（者）への看護という点を考えると、倫理的配慮が求められる場面の多い重心看護師にとって、「専門的な技術や知識」の中に「倫理的配慮を適切に行うこと」も含まれている可能性が高いことが推察される。もちろん看護の場面において、どの領域においても倫理的配慮が専門的な技術や知識となりうることは言うまでもない。しかし昨今の重症児（者）の看護においては、ケアラーとなる親の高齢化を背景に、移乗や体位変換などの介護による身体的負担の増大、医療の発展に伴う呼吸器の使用や胃ろう管理など日常的に医療ケアが必要な対象者の増加（平元, 2015）、従来に比べ、障害が重症化、複雑化、個別化し、医療依存度が高くなっていることが指摘されおり（岡田ら, 2006）、在宅移行の困難化、入院の長期化へと繋がっている。そのため、終末期を施設で迎える重症児（者）もおり、重症児（者）を看護する重心看護師は、対象者とその家族それぞれの価値観の多様性を踏まえた上でのQOLやQODを考えていかなければならず、倫理的配慮を常に意識的に行っていかななくてはならない。山本（2011）は、重症児（者）の家族と関わる際の看護師の技術における構成因子として、倫理的配慮に関連したものが挙げられることを明らかにしており、「専門的な技術や知識」の中に「倫理的配慮を適切に行うこと」も含まれている可能性の高さを裏付けている。これらを鑑みると、Q6 [専門的な技術や知識が不足している同僚がいるために、あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない] とQ7 [患者のプライバシーや人権を尊重できない同僚がいるために、あなたの病棟では患者に適切な医療やケアを提供できない] 問での類似性の高さが窺え、Q6とQ7において誤差共分散を導入することは、重心看護師を対象とした本研究において妥当であると考えられる。そのため「倫理的悩み尺度」の確認的因子分析を行った結果として、構造的側面からみた構成概念妥当性は、確保されていると判断できる。

3) 信頼性の検討

次に信頼性の検討について、Cronbachの α 係数

を算出した結果は、3因子12項目でのCronbachの α 係数が、0.864であり、十分に信頼性は確保されていると判断できる(石井, 2002)。これらより、實金らが開発した「倫理的悩み尺度」は、重心看護師に対しても活用可能であると考えられ、使用に際し妥当性と信頼性が確保された尺度であると言える。

4) 重心看護師への倫理的悩み尺度の一般化可能性

倫理的悩みを測定する尺度として、Corleyら(2001)が開発し、それをHamricら(2012)がICU以外でも活用できるよう修正したMDS—Rを、石原ら(2018)が日本の看護師データで探索的因子分析を行っているものがある。その結果「尊厳の欠如」「質担保が困難な協働」「非倫理的行為の黙認」の3因子が抽出されており、これは取らざるを得なかった倫理的行動が因子として抽出されているものと解釈できる。一方で、Hamricら(2012)も尺度開発の際の課題として挙げているように、この尺度では、「倫理的悩み」を起こす因子を明らかにすることはできない。しかし「倫理的悩み」が生じた際の構成因子を明らかにすることは、「倫理的悩み」の予防、ひいては心理的負担を軽減するためのアプローチを行っていく上で必要なプロセスであると言える。今回検討した實金らが開発した「倫理的悩み尺度」は、倫理的行動がどのような因子による影響を受けているか、その影響を因子構造として仮定し、尺度開発を行っている。したがって因子間の関係性を検討できる尺度となっており、様々な倫理的問題に直面する重症児(者)を看護する重心看護師に対し、この尺度が妥当性と信頼性が確保されていると判断できたことで、今後尺度を用いた「倫理的悩み」の構成因子、その関係の調査を行え「倫理的悩み」の予防、ひいては心理的負担を軽減するためのアプローチの示唆を得ることができると考えられる。

本研究の限界と今後の展望

今後の課題として、本研究のサンプル数は $N = 144$ と、尺度開発者らの研究($N = 519$)と比較すると少ない数であった。SEMを用い、確認的因子分析を実施するプロセスにおいては、 $N = 144$ から導き出される結果は妥当性があると考えられるが、今後幅広い対象において知見を得ていく必要がある。対象を関東甲信越地方の全ての施設としたが、地域が限局されていたことは留意すべき事柄と言える。また重症児(者)を取り巻く環境は、ケアラーとな

る親の高齢化や、日進月歩の医療の発展に伴い、日々変化し続けている(平元, 2015)。環境の変化に伴い「倫理的悩み」の構成因子も変化してくことが予測されるため、常に社会背景を加味した上での考察をしていくことは必要である。

V. 結論

重症児(者)病棟に勤務する看護師の「倫理的悩み」を測定する尺度の一般化可能性の検討を行い、妥当性と信頼性が確認された。よって「倫理的悩み尺度」は重心看護師に対する活用が可能である。

【文献】

- 文化庁(2021):「障害」の表記に関する国語分科会の考え方,
https://www.bunka.go.jp/seisaku/bunkashingikai/kokugo/hokoku/pdf/92880801_03.pdf, 最終閲覧2023年7月7日.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al (2001): Development and evaluation of a moral distress scale, *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 250-256.
- 橋本あかね(2012):看護師の消極的倫理行動に影響する要因と心境との関連. *看護教育*, 53 (8), 694-697.
- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG (2012): Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3 (2), 1-9.
- 平元東(2015):医療型障害児入所施設の現状と課題, *小児外科*, 47, 951-955.
- 石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜(2018):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*, 10 (1), 60-66.
- 石井京子, 多尾清子(2002):ナースのための質問紙調査とデータ分析 第2版, 医学書院, 東京.
- Jameton A (1984): *Nursing practice: the ethical issues*, Prentice-Hall, Upper Saddle River.
- 片田範子(2002):21世紀に問う看護の倫理性, *日本看護科学会誌*, 22 (2), 54-64.
- 狩野裕(2002):再討論 誤差共分散の利用と特殊因子の役割 *行動計量学*, 29, 182-197.
- Kline RB (2015): *Principles and practice of*

- structural equation modeling, 4th ed, Guilford Press, New York.
- 岡田喜篤, 井合端江, 石井光子 (2015) : 重症心身障害の発生頻度と発生原因, 重症心身障害療育マニュアル, 新版, 医歯薬出版, 東京, 41-46.
- 岡田喜篤, 朝倉次郎 (編) (2006) : 重症心身障碍児の歴史 重症心身障碍児のトータルケア - 新しい発達支援の方向を求めて, へるす出版, 15-20.
- McCarthy J, Gastmans C, Moral distress (2015) : A review of the argument-based nursing ethics literature, *Nursing Ethics*, 22 (1), 131-152.
- Meltzer LS, Huckabay LM (2004) : Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout, *American Journal of Critical Care*, 13 (3), 202-208.
- 實金栄, 萬木早苗, 井上かおり (2019) : 看護師の倫理的悩みを測定する尺度の妥当性と信頼性の検討, *臨床倫理*, 7, 10-23.
- 南風原朝和 (2002) : モデル適合度の目標適合度, *行動計量学*, 29 (2), 160-166.
- 永尾勇, 樋口裕也, 生島節子 (2018) : 動く重症心身障害病棟に勤務する看護師のケアリング行動の実態と関連要因, *日本看護学会論文集, 精神看護* 日本看護協会看護教育・研修センター学会部 編, 48, 71-74.
- 滝澤幸子, 富田幸江, 小林由起子 (2021) : 重症児(者)に対する看護師の共感の程度とその関連要因, *日本健康医学会雑誌*, 30 (1), 32-44.
- 山本美智代 (2011) : 危機的状況の早期把握 - 重症心身障害児の母親と関わる看護師の技術, *小児保健研究 The journal of child health*, 2, 230-237.

A Study of the Generalizability of a Scale for Measuring Ethical Concerns for Nurses Working in a Unit for children(individuals) with SMID (severe motor and intellectual disabilities)

SAITO Hiroki, SAIGUSA Toru, HAGA Ryo, YAMADA Mitsuko

key words: Children(individuals) with SMID(severe motor and intellectual disabilities), Nurse, Scale for Measuring Ethical Concerns, cross-validity