

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 48 Number 4 October 2025 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[第48巻 第4号]

## 会 告 ( 1 )

一般社団法人日本看護研究学会2025年度会員総会において、次の事項について提案のとおり決定されたのでお知らせいたします。

2025年8月30日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

### 記

1. 第53回（2027年度）学術集会会長は九州大学 藤田君支氏，第54回（2028年度）学術集会会長は大阪公立大学 作田裕美氏に決定した。
2. 一般社団法人日本看護研究学会定款第3章第6条4）により，以下の2名が名誉会員として承認された。  
第二十八号 工藤せい子氏  
第二十九号 黒田 裕子氏

以上

## 会 告 ( 2 )

一般社団法人日本看護研究学会研究助成規程に基づいて、2026年度研究助成（正会員）の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2025年9月16日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
理事長 叶 谷 由 佳

記

### 一般社団法人日本看護研究学会 研究助成（正会員）規程

#### 第1条（目 的）

一般社団法人日本看護研究学会（以下、本法人とする）の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、正会員の研究費用を助成し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

#### 第2条（資 金）

本事業の資金として、前条の目的で特別会計に配分された資金を研究助成金に当てる。会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

#### 第3条（研究助成の対象）

看護学研究に関する個人または共同の研究とする。

- 2) 申請者は、本法人正会員である期間が3年度以上ある者であること。
- 3) 申請により研究目的、研究内容を審査の上、適当と認められた者であること。
- 4) 共同研究者は、申請時に本法人正会員であること（手続き中を含む）。
- 5) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと。
- 6) 申請の手続きや様式は別に定める。
- 7) 研究助成金は1題50万円以内、年間総額100万円を上限とする。

#### 第4条（義 務）

研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を研究助成年度の翌年から2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表する義務を負うものとする。

- 2) 研究助成を受けた研究の成果を論文として、研究助成年度の翌年から2年以内に本学会誌に投稿する義務を負うものとする。
- 3) 研究助成を受けた者は、収支報告書を別紙様式で研究助成年度の翌月4月末までに理事長宛に報告する。
- 4) 研究助成を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

#### 第5条（罰 則）

研究助成を受けた者が義務を怠り、また本法人会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合または義務不履行の場合は、授与された研究助成金の全額を返還しなければならない。

第6条 (募 集)

研究助成の募集規程は、研究助成委員会（以下、委員会）において別に定め、会員に公告する。

第7条 (選考及び決定)

応募書類は委員会で、推薦の可否及び申請助成額の適切性を審査し、理事会で決定する。

- 2) 審査に当たっては、課題の必要性、独創性、計画及び方法の妥当性、実行可能性、研究の準備状況、倫理的配慮、研究の論理的一貫性を評価する。

第8条 (中断・中止)

第4条4項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附 則

この規程は、令和6年6月9日より実施する。

## 一般社団法人日本看護研究学会 2026年度研究助成（正会員）募集要項

1. 研究助成の対象

看護学研究に関する個人または共同の研究

2. 応募資格

- 1) 本学会会員であり、応募時に本法人正会員である期間が3年度以上ある者
- 2) 共同研究者は、申請時に正会員であること（手続き中を含む）
- 3) 本人の単独研究もしくは共同研究の責任者であること。
- 4) 同一の研究課題で、他の研究助成を申請あるいは受けていないこと

3. 研究助成金額

研究課題1題について50万円以内とし、総額100万円を上限とする。

4. 研究助成期間

2026年4月1日～2027年3月31日までとする。

5. 応募方法

- 1) 所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 応募書類は返却しない。

6. 応募期間

2025年9月16日（火）～2025年11月7日（金）（必着）

7. 選考方法

研究助成委員会で審査を行い、理事会で決定する。

8. 研究助成金の使途と報告

- 1) 研究助成金の使途は、研究活動に必要な旅費、消耗品費、通信・運搬費、印刷費などとする。学会参加費・旅費、備品購入費は認めない。
- 2) 研究助成を受けた者は、研究成果概要報告書と収支報告書を別紙様式で2027年4月末日までに理事長宛に提出する。

9. 研究成果の発表

- 1) 研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を研究助成年度の翌年から2年以内（2028年度学術集会まで）に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表する義務がある。
- 2) 研究助成を受けた者は、対象研究課題の成果を論文として、研究助成年度の翌年から2年以内（2029年3月末まで）に本学会誌に投稿する義務がある。
- 3) 研究助成成果を公表する場合は、本学会の研究助成金による研究であることを明記する。

10. 研究助成の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内 一般社団法人日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

以上

## 会 告 ( 3 )

一般社団法人日本看護研究学会定款第4章第11条および、同評議員選出規程により、評議員選挙（2025年）を行いますのでお知らせいたします。

評議員任期 2026年定時社員総会の日から2030年定時社員総会の前日まで

ただし、役員として選任されている評議員の任期は、2030年定時社員総会終結のときまで  
2025年9月30日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 叶 谷 由 佳

## 会 告 ( 4 )

一般社団法人日本看護研究学会第9回評議員選挙(2025年度)を、一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程第9条に基づき以下のとおり公示いたします。

2025年9月30日

一般社団法人  
日本看護研究学会  
選挙管理委員会  
委員長 岸 恵美子

- 1) 投票期間 2025年11月1日0時から11月30日24時まで
- 2) 投票方法 投票はインターネットを介したオンラインシステムで行われます。方法については、選挙人に対して別途送付する投票要領をご覧ください。
- 3) 選出する評議員の定数

1. 北海道	3名	2. 東北	3名	3. 関東	6名	4. 東京	7名
5. 東海	11名	6. 近畿・北陸	14名	7. 中国・四国	9名	8. 九州・沖縄	9名
							合計62名
- 4) 選出する評議員の任期  
2026年定時社員総会の日から2030年定時社員総会の前日まで  
ただし、役員として選任されている評議員の任期は、2030年定時社員総会終結のときまで

## 目 次

### 《研究論文》

#### —原 著—

- 急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案の作成 ..... 551  
日本赤十字看護大学看護学部 岩 井 真奈美

#### —技術・実践報告—

- 看護師の精神的健康を支援する反すうの心理教育を強化した  
低強度マインドフルネスプログラムの効果の評価 ..... 563  
神戸常盤大学 江 口 実 希

#### —総 説—

- 病院勤務看護師が高齢者看護において抱くジレンマに関する文献研究 ..... 575  
富山県立中央病院 早 川 仙 華  
富山赤十字病院 森 井 暁 音  
富山県立大学 村 上 章  
富山県立大学 青 柳 寿 弥

#### —資料・その他—

- 看護職の道徳性を測定する研究に関するスコーピングレビュー ..... 585  
姫路大学大学院博士後期課程 和 田 美 穂  
姫路大学看護学部 白 水 真理子
- 介護者と要介護者の身体的負担を軽減する持ち手付きスライドシートの開発 ..... 601  
弘前医療福祉大学短期大学部 工 藤 雄 行  
弘前医療福祉大学短期大学部 福 士 尚 葵  
弘前学院大学看護学部 佐 藤 厚 子

## CONTENTS

### 《Research papers》

#### Original Article

- Drafting a Scale for Assessing Nursing Practice with Ethical Sensitivity  
Among Nurses Caring for Acutely Critically Ill Patients ..... 551  
Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo, Japan : Manami Iwai, PhD, RN

#### Technical Report

- Evaluation of the Effectiveness of Low-intensity Mindfulness Program  
with Enhanced Psychoeducation on Rumination for Supporting Nurses' Mental Health ..... 563  
Kobe Tokiwa University, Hyogo, Japan : Miki Eguchi, PhD

#### General Remark

- A Literature Review of Dilemmas Experienced by Hospital Nurses While Caring for Older Adults ..... 575  
Toyama Prefectural Central Hospital, Toyama, Japan : Norika Hayakawa, RN  
Toyama Red Cross Hospital, Toyama, Japan : Akane Morii, RN  
Toyama Prefectural University, Toyama, Japan : Akira Murakami, MSN, RN, PHN  
Toyama Prefectural University, Toyama, Japan : Hisami Aoyagi, PhD, RN, PHN

#### Material and Others

#### Morality Measurement in the Nursing Profession:

- A Scoping Review ..... 585  
Doctoral Program Student, Himeji University Graduate School, Hyogo, Japan : Miho Wada, RN, MSN  
Professor, Himeji University Graduate School, Hyogo, Japan : Mariko Shiramizu, RN, MSN

- Developing a Sliding Sheet with Handles to Minimize the Physical Strain of Caregivers and Care Recipients ..... 601  
Hirosaki University of Health and Welfare Junior College, Aomori, Japan : Yuko Kudo, Dr. Eng  
Hirosaki University of Health and Welfare Junior College, Aomori, Japan : Naoki Fukushi,  
Bachelor of Liberal Arts  
Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University, Aomori, Japan : Atsuko Satoh, MD

# 研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 技 術 ・ 実 践 報 告
- ・ 総 説
- ・ 資 料 ・ そ の 他

# 急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案の作成

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(4), 551-562  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250325264>

岩井真奈美

日本赤十字看護大学看護学部

## 要旨

目的：急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案を作成することである。方法：急性重症患者をケアする熟練看護師を対象とした半構造化面接のデータから項目を作成し、学術研究者らによって内容妥当性と救急・集中治療領域の看護師によって表面妥当性を確認した。結果：尺度構成は、3つの構成概念 1.【重篤で脆弱な患者とその家族の抱える複雑な思いに鋭敏に気づいて実践する】の14項目、2.【急性重症患者とその家族へ最善のケアをしたいと動機づけられて実践する】の17項目、3.【急性重症患者とその家族をケアする看護師としての自覚と内省を繰り返して実践する】の11項目を含む、全42項目となった。結論：急性重症患者をケアする臨床を反映した状況特定の項目は、看護師の倫理的感受性を備えた実践を測定し得ることが示唆されたが、今後、統計学的検証が必要である。

## キーワード

倫理的感受性, 看護実践, 急性重症患者, 尺度開発

責任著者：岩井真奈美, Email: [m-iwai@redcross.ac.jp](mailto:m-iwai@redcross.ac.jp)

## 序論

急性重症患者は、疾病の発症や受傷から短時間で終末期に至ることもあり、またあらゆる治療手段を講じても救命困難な状態に陥ることも少なくない。患者は全人的苦痛を抱え、意識レベルの低下や薬物の影響により意思決定できない状況が多く、その家族は予期しない瀕死の患者を目の当たりにして悲嘆にくれる中で代理意思決定を迫られる（日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会, 2019, p.1）。集中治療室に入室している患者の体験を概観すると、患者は限界に近い我慢をしながら死を身近に感じており（山内, 2016）、不快なケアの記憶を残していることが報告されている（Samuelson, 2011）。しかし、患者はそのような状況の中でも看護師の気遣いにより信頼と安心の感覚を持っていただけでなく（茂呂・中村, 2010）、緊張感を抱える中で看護師からかけられる言葉や、苦しさや辛さを理解し思いをくみ取るという看護師の態度に安寧も感じていた（手島, 2017）。言い換えると、急性重症患者やその家族をケアする看護師には、診療の補助に尽力しながらも声にならない患者の訴えに意図的に気づき、寄り添うという倫理的感受性を備えた実践が求められているといえる。

クリティカルケア領域の看護師を対象に倫理的感受性が備わっていく体験について調査した研究によれば（岩井, 2019）、急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性は、生命の危機状態にある重症患者とその家族や周囲の医療者との関わりを通して、訴えることができない患者に慣れてしまい人としての存在を見失うことを自覚し、ケアに内包される日常倫理に気づかされ芽生えていた。臨床経験を重ねていくと、患者にとって善いケアとは何かを考え、実現しようとする強い意思を持つようになり、患者の心に潜む複雑な思いを自分に引き寄せて感じ取ろうとするように気づきの感度が鋭敏になる一方で、患者に善いケアをしたいと願いながらも押し付けや自己満足ではないか内省し、徐々に倫理的感受性を備えた実践として表れていくことが明らかになった。しかし、中木・江口（2020）は、終末期と急性期の混在による時間的・精神的制約、看護師としての自己へのジレンマ・ストレスを抱えていることを明らかにしており、実践上の困難感を抱える看護師も少なくない。

そのため集中・救急領域の学会は、看護師の倫理綱領を定め、実践ガイドやケア指針を提唱した（日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会, 2019；日本救急看護学会, 2018；日本救急看護学会, 2019；日本集中治療医学会, 2011）。また臨床では、以前から継続教育として事

例検討などを用いた倫理研修が行われてきた（岡垣ほか、2007）。最近では、看護管理者によるアクションリサーチの手法を用いた倫理カンファレンスや（丹生・池嶋・正田・竹之内、2021）、精神看護領域では倫理的課題への気づきを促進するナラティブ・エシックスを取り入れた教育プログラムも開発されている（異儀田・濱田・小山・嵐・飯塚、2021）。このように、倫理実践を導くための倫理教育はより患者の立場を慮る内容へ発展しているが、これらの教育介入の評価は主観的な記述による自己内省にとどまる。

一方、倫理的感受性の評価に関連する研究を概観したところ、看護師の倫理的感受性の現状の調査には、中村・石川・西田・伊達・西田（2003）の道徳的感性尺度や、前田・小西（2012）の改訂道徳的感性質問紙が使用されているが（近藤、2017；山本・上野、2022）、藤野・渡辺（2018）は、既存の道徳的感性の尺度は信頼性、妥当性に課題があると指摘した。その後、前田・小西・八尋・福宮（2019）は、改訂道徳的感性質問紙（前田・小西、2012）で課題とされた妥当性を検証し、道徳的感性質問紙日本語版2018を発表した。また角・森（2018）は臨床看護師の倫理的感性尺度を開発し、集中治療室を含む急性期病院における臨床看護師の教育プログラムの評価として使用されている（鈴木ほか、2022）。看護師の倫理的行動においては、大出（2014）が開発し、改訂を加えた看護師の倫理的行動尺度と改訂版（大出、2019）、および2014年に開発した尺度の統計的有用性を再検討し信頼性を確保した看護師の倫理的行動尺度2020Ver.がある（大出、2020）。また、永野・舟島（2019）により看護師としての倫理的行動自己評価尺度も開発されている。しかし、臨床看護師を対象とした既存の倫理的感性尺度や道徳的感性尺度、および倫理的行動尺度には、緊急に判断を迫られる時間性や重症度、医療依存度などの急性重症患者に特徴的な内容は含まれていない。Lutzen, Dahlqvist, & Eriksson, et al. (2006) は、倫理的感性性と道徳的感性性は置き換え可能と主張し、これまで倫理的感性性と道徳的感性性は類似概念として用いられることも多かったが、藤野・渡辺（2018）は、倫理と道徳の概念は重なり合うため、現状では研究者によって倫理的感性性の解釈が異なることを指摘した。和辻（2007）は、倫理という概念は主観的道徳意識から区別し作り上げられると述べた。石川（2011）は、倫理的感性性の解釈において感性は本人が自覚や意識せずに経験を通して向上する能力であるが、感性は感性のような単なる知覚能力にとどまらず道徳的な価値や規範に関して認知して判断を下すことと述べ、自分の内面の正しさとする道徳と、自分の内面の正しさよりも自分を取り巻く状況や社会における自分のあり方を問うことを倫理として、

倫理と道徳、および感性と感受性を区別して整理した。また神徳・池田（2017）も道徳的感性性は倫理的感性性と区別する必要があると述べた。以上のことから、臨床看護師の倫理的感性性は道徳的感性性と区別して評価していくことが望ましいと考える。

このような背景から、倫理的感性性および倫理的行動に関する尺度は開発途上にあり、生命の危機状態に特有の治療状況や心身の苦痛に気づき、尊厳を守ろうと動機づけられて行動する、急性重症患者をケアする看護師の倫理的感性性の特徴を捉えた倫理実践を評価する尺度は確立されていない。急性重症患者が治療を受ける場においては、救命と延命の境界が曖昧な状況が生じやすい。藤野・渡辺（2018）は、治療や療養の場には異なる倫理的課題があり、それぞれの場に特有な倫理的感性性を明確化する必要性を述べている（p.101）。また中谷（2018）は、看護師の年齢や役職に関わらず集中治療領域の特有の状況が倫理的感性性や倫理的行動に影響を与えていることを明らかにした。さらに倫理的行動は組織文化に影響を受けるとされ（安藤・中西、2017）、同じ医療機関であっても患者層の違いから病棟ごとに組織文化が醸成されている可能性もある。それらのことから、急性重症患者が治療を受ける臨床においては独自の倫理実践力を評価することが必要であり、急性重症患者をケアする看護師の倫理的感性性がもたらす倫理実践に特化した尺度開発が急務であると考えた。

以上により、本研究は、臨床の現象を反映する急性重症患者をケアする看護師の倫理的感性性を備えた実践尺度原案を作成することを目的に取り組むこととした。

## I. 急性重症患者をケアする看護師の倫理的感性性を備えた実践尺度原案の概念的定義と構成概念

尺度原案の作成に先立ち、概念的定義について帰納的、演繹的に検討した。青柳（2016）は、倫理的感性性の概念分析により5つの属性【倫理状況に反応して感情が表れる】【対象者中心の医療における自己の役割への責任感】【倫理的問題に気づく能力】【倫理的問題を明確にする能力】【倫理的問題に立ち向かう能力】を抽出し、倫理的感性性を、倫理的問題の解決において意味を持ち、問題を抽出するだけでなく立ち向かおうとすることを含む総合的な能力と定義した。Fry & Johnstone（2008/2010）は、倫理実践を日常業務での看護師の道徳的行動や行為、決定、倫理的意思決定と定義した。これらの定義と石川（2011）の述べる倫理的感性性の解釈に加え、患者の重症度や医療依存度などを鑑み、前述の岩井（2019）によるクリティカルケア看護師の倫理的感性性を調査した質的帰納的研究の結果を合わせて検討した。

その結果、本研究における概念的定義は、「急性重症患者をケアする看護師が重篤で脆弱な患者とその家族に直面し、患者や家族が抱える複雑な思いへの鋭敏な気づきにより、最善のケアをしたいと動機づけられ、急性重症患者をケアする看護師としての自覚と内省を繰り返して、職業を通して獲得し実践していくこと」とした。この尺度の構成概念は、1.【重篤で脆弱な患者とその家族の抱える複雑な思いに鋭敏に気づいて実践する】、2.【急性重症患者とその家族へ最善のケアをしたいと動機づけられて実践する】、3.【急性重症患者とその家族をケアする看護師としての自覚と内省を繰り返して実践する】、の3つとした。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは尺度開発とし、次の3段階の手順で進めた。まず、急性重症患者をケアする専門看護師、認定看護師を対象とした半構造化面接によって得られたデータから項目プールを集積した後、構成概念ごとの項目を作成した。次に、複数の学術研究者の評価によって内容妥当性を検討した。最後に、修正した項目を用いて急性重症患者をケアする看護師を対象とした表面妥当性の調査を行い、回答所要時間、および項目内容の表現の明瞭さについて情報を得て、尺度原案を完成させた。

### 2. 研究参加者

#### (1) 項目プールの作成

急性重症患者のケアにおいて中心的な役割を担い、かつ実践を言語化し得る急性・重症患者看護専門看護師 (Certified Nurse Specialist in Critical Care Nursing: 以下CCNS)、集中ケア認定看護師 (Certified Nurse in Intensive Care: 以下ICCN)、救急看護認定看護師、クリティカルケア認定看護師を対象に、日本看護協会ホームページ登録者一覧から無作為抽出法にて60名を選定した。研究参加に関する依頼文を郵送し、返信にて研究協力への内諾を得た後、所属先の看護部長の承諾が得られた者を研究参加者とした。

#### (2) 内容妥当性の検討

集積した項目プールをもとに洗練した構成概念および項目について各研究分野から検討するため、成人看護領域で尺度開発の経験を持つ学術研究者、急性重症患者のケアに関する学術研究者、ケアの倫理に関する学術研究者、および急性重症患者のケアを臨床で実践しているCCNSを対象に、出版物や各専門領域の発表論文などから複数名選定した。総計23名へ個別に研究協力に関する依頼文を郵送し、研究協力の同意が得られた者を研究参加者とした。

### (3) 表面妥当性の検討

急性重症患者をケアする看護師は、多様な価値観やニーズを受け止め、対応する柔軟な思考力や、自律して判断することができる臨床実践能力を身につけることが求められる。Benner (1984/2005) の実践レベル、および集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー (日本集中治療医学会, 2019) を参考に、経験に基づき問題の核心部分に焦点を当て個別的な看護を提供できるとされる、中堅レベル以上である臨床経験5年目以上の看護師を対象とした。全国 Joint Commission International 認証、または病院機能評価3rdG:Ver.2.0を取得し、集中治療室 (Intensive Care Unit: 以下ICU)、救命救急病棟、ハイケアユニット (High Care Unit: 以下HCU) を有する医療機関36施設を無作為抽出法にて選定し、研究参加に関する依頼文を郵送した。看護部長および当該部署の看護単位管理者から研究参加の承諾が得られた部署の臨床看護師150名を対象に研究概要の配布を依頼し、返信があり研究参加の同意が得られた看護師を研究参加者とした。

### 3. データ収集と分析方法

#### (1) 半構造化面接による項目プールの抽出

データ収集は、2023年2月から3月にZoom Cloud Meetingsを使用し遠隔にて1回の面接を行った。基礎情報調査票にて、認定看護師・専門看護師認定後の経験年数、年齢、職位、現職の領域について情報を得た。職務上臨床で倫理的な課題と認識している現象、患者の尊厳を守るための気づきや動機づけ、および内省に至る過程で影響を受けた出来事、そのときの自身の実践と、実践をどのように意味づけているのかについて、事前にインタビューガイドを作成し具体的な場面を想起できるように提示した。研究参加者の同意を得た後、面接内容をビデオ録画にて記録した。面接時間は60分程度を目安とし、自由な語りをもたられ、かつ途切れることのないよう、また研究参加者の疲労に配慮し、経過時間に注意を払いながら、研究者が面接の流れに合わせて質問をした。

データ分析は、まず録画データを基に研究参加者の語りをありのままに記述して逐語録を作成し、倫理的感受性に影響を受けた現象や、そのときの実践に影響を受けた他者とのやり取りとその受け止めについて意識して逐語録全体を繰り返し注意深く読んだ。次いで、記述的コーディング (Gray & Grove, 2021/2023, p.280) を参考に、具体的なエピソードから個々の看護師の実践に含まれる文脈的な意味内容を解釈し、研究参加者が語った言葉をできるだけ用いて要約し抽出した。要約ごとに概念的定義および構成概念に照らして帰納的に比較・分類し、構成概念の不足や追加を確認して項目の源泉となる項目プールを集積した。項

目内容が測定したい構成概念を適切に反映しているかについて、項目プールに基づき構成概念を洗練した。また構成概念ごとの項目の分かりやすさに注意し、平易な表現に修正して項目を作成した。このとき意味合いが重複する項目や、複数の内容を含む項目はないかなどに注意し、項目を整理した。

## (2) 内容妥当性の検討

データ収集は、2023年5月から7月にかけて、各研究参加者に対し、a. 調査の手順、b. 構成概念の定義に関する資料、c. 項目をランダムに並べた一覧表を郵送にて提示し、構成概念ごとに項目の分類を依頼した。黒田(2017, pp.164-171)の内容妥当性の検討方法に基づき、選定した研究参加者によって、項目が測定したい内容や定義に合致しているかについて確認を行った。分類する際に構成概念が当てはまらない項目、重複する項目、内容が示す意図が不明瞭な項目、問題があると考えられる項目について意見を求めた。

データ分析は、まず構成概念の構成とすべての研究参加者間の回答の一致度を検定し、70%以上の一致が見られた項目、問題があるとして指摘を受けた項目を取り上げた。構成概念の定義や意味合いに矛盾がないかを確認し、全項目がどの項目に分類されているかを確認した。また自由記載に記述された意見に基づき、類似項目の除外・統合を検討した。最後に構成概念と項目の一貫性、および構成概念について再検討して修正を行った。

## (3) 表面妥当性の検討

リッカート法は測定しようとする現象の質的な差異をある程度の段階にわたり数量化するための比較的簡便な方法であり、4段階以上の段階評定項目であれば結果が大きくゆがまないとされる(舟島, 2024, p.18)。また、頻度の回答について「どちらでもない」という中立な回答は解釈が難しく、多数の回答者がその選択肢を選択すると、データの価値が低くなる可能性がある(Gray & Grove, 2021/2023, p.409)。尺度化においてはリッカート5段階評定を選択し、全く実践していない1点、あまり実践していない2点、どちらかといえば実践している3点、かなり実践している4点、常に実践している5点、にて回答可能な表現に調整した。また構成概念ごとの項目をランダムに配置し、逆転項目を含む、平均得点が高いほど倫理的感受性が備わった実践と評価できるよう測定可能な項目として調査票を作成した。データ収集は、2023年7月から10月にかけて、研究参加者に調査の手順と項目一覧を調査票一式として郵送にて提示し、返送をもって調査票を回収した。項目表現に関する明瞭さや回答のしにくさ、違和感、および回答所要時間を調査し、感想や意見などの批評を得た。

データ分析は、すべての項目について回答されているか

(参加意欲を損なっていないか)、項目の言い回し(回答者へ伝わっているか)、項目数の負担の程度、回答所要時間、自由意見の内容を確認した。

すべてのデータ収集およびデータ分析の過程において、信憑性を高めるために研究指導教員およびデータ分析に精通する成人急性期看護の研究者によるスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

## 4. 倫理的配慮

この研究は、湘南鎌倉医療大学研究倫理委員会の承認(承認番号022, 022-変更2, 022-変更3)を受け実施した。研究参加施設の看護管理者および研究参加者に対し、研究目的と方法、研究参加における自由意思の尊重と途中辞退の保証、個人の権利の保護、プライバシーの保護、データの管理の方法等について書面で説明し、承諾書もしくは同意書への署名をもって同意を得た。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 研究参加者の概要

半構造化面接における研究参加者は7名であった。すべての研究参加者は、中規模以上の総合病院に勤務するICCN、およびCCNSであった。A看護師はICCNとCCNSの資格を有し、B看護師、C看護師、G看護師は職位を持つが日常的に臨床で看護実践を行っていた。面接時間は平均96.7分であった。研究参加者の概要を表1に示す。

内容妥当性の検討における研究参加者は、成人看護領域で尺度開発の経験を持つ学術研究者2名、急性重症患者の看護実践に関する学術研究者1名、ケアの倫理における学術研究者4名、中規模以上の総合病院に勤務するCCNS4名、総計11名であった。各学術研究者のうち、3名はCCNSの資格を有していた。

表面妥当性の検討における研究参加施設は9施設、研究参加者は29名であった。臨床経験年数は4~33年、平均16年(中央値15年)であり、職位を持つ者は11名(師長1名、副師長3名、主任6名、副主任1名)、その他18名はスタッフであった。急性重症患者をケアする経験年数は3~28年、平均10年(中央値7年)であった。このうち日本看護協会の認定看護師資格を持つ者は3名、特定行為研修の修了者1名と研修中1名、大学院CCNSコース進学中1名、その他医療・看護系学会認定資格や救急・災害関連資格を持つ者が8名含まれた。なお研究参加者の条件は5年目以上としたが、4年目看護師から得られた回答に不備がなかったことから分析データに含めた。所属部署の内訳はICU13名、HCU7名、救命救急病棟8名、外来1名であった。外来に所属する看護師については、それまで急

表1 半構造化面接における研究参加者の概要

研究参加者	年代	急性重症患者をケアする経験年数	認定資格と取得後の経験年数	面接時の所属部署	職位	面接時間
A看護師	40歳代	12年	ICCN: 7年 CCNS: 2年	GICU	スタッフ	89分
B看護師	40歳代	21年	ICCN: 2年	SCU/ 脳外科病棟	主任	123分
C看護師	40歳代	8年	CCNS: 2年	ICU	副主任	93分
D看護師	50歳代	27年	CCNS: 5年	ICU	スタッフ	76分
E看護師	40歳代	25年	CCNS: 5年	救急外来	スタッフ	137分
F看護師	30歳代	10年	CCNS: 1年	ICU/HCU	スタッフ	91分
G看護師	40歳代	14年	ICCN: 9年	ICU	副師長	68分

性重症患者をケアする部署へ配属されていたこと、同様の部署へリリーフ勤務を行うことから分析データに含めた。

## 2. データ分析の結果

### (1) 項目プールの抽出から項目作成まで

半構造化面接にて語られた現象は、救急・集中治療の只中で鎮静や意識障害により表出困難な患者の意思を推察し日常ケアを支援する様子や、直ちに治療が必要で時間的猶予がなく、即時的な判断を要するために医療者先行に陥りやすい代理意思決定支援の場面、複雑な病態で治療やケアに難渋しても回復や社会復帰を意識して日常ケアを実践することなど多様であった。急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践を表すと考えられた要約を構成概念に照らし分類して整理し、類似する状況を統合して173項目プールを集積した。

続いて、固有名詞に該当する内容や特殊な状況の表現を抽象化し、急性重症患者とその家族に特有な状況を反映しているか、倫理的感受性を備えた実践を表しているかに注意して項目プールから項目を作成した。その結果、【重篤で脆弱な患者とその家族の抱える複雑な思いに鋭敏に気づいて実践する】について52項目プールから34項目、【急性重症患者とその家族へ最善のケアをしたいと動機づけられて実践する】について70項目プールから27項目、【急性重症患者とその家族をケアする看護師としての自覚と内省を繰り返して実践する】について51項目プールから25項目、全86項目となった。

なお項目プールの抽出から項目作成の過程で新たな構成概念は創出されず、すべての項目が各構成概念に収束することを確認した。

### (2) 内容妥当性の検討

作成した全86項目をランダムに並べ替えて研究参加者へ提示した。どちらの構成概念にも該当する内容が含まれ、振り分けることに難渋したと指摘された項目が複数含まれたが、当てはまらない項目はなく、各学術研究者および

CCNSにより3つの構成概念へ分類された。86項目のうち、すべての研究参加者間の回答に70%以上の一致が見られた項目は42項目であった。内容が類似すると指摘された項目は、項目が表している臨床状況や患者背景が異なるため、記述された自由意見をもとに表現を修正し、項目として残した。

3つの構成概念を測定する項目の表現は、以下の内容を明文化した。1つ目の構成概念は、急激で重篤な病態にある患者とその家族が、治療に関する決断をしなければならない場面で潜在もしくは顕在する倫理的課題を具体的に記述した。その状況に直面した看護師が、患者とその家族がどのような思いを抱いているのか、衝撃を受けながら揺れ動く心情に気づこうとする鋭敏さを表現した。そして気づきの鋭敏さが、患者や家族が抱える辛さや苦悩をそのままにはならないという危機感を引き出し、意図的に捉えようと患者や家族に接近し、寄り添い、意思決定を支えるという看護実践を示した。2つ目の構成概念は、救命や治療が第一義的であるがゆえに医療者先行で治療やケアが行われ、自己決定が軽んじられてしまう可能性を孕むこと、患者の尊厳やその人らしさが損なわれているかもしれない状況から動機づけられた、最善のケアをしたいという看護師の強い意思を表現した。その動機づけが、生命を守る治療やケアを最優先としながらも、同時並行的に患者の人間らしさを取り戻そうとする日常ケアを導き、代弁者となることを促し、身体拘束のような困難な状況でも生命の安全を守ることと尊厳を損なわないようにすることとの両立に果敢に取り組む様相を示した。また、患者の状態を的確に捉え、合併症や後遺症を防ごうとする、専門知識を駆使した個別的なケアに加え、組織のルールを超えるような困難な状況に立ち向かう働きかけを看護実践として示した。3つ目の構成概念は、看護師が患者の意思を推測するための糸口を探して実践しても、それが本当に患者やその家族の思いに沿っていたのだろうか、自己満足ではなかったのだろうか、自らの態度や行動を振り返り、省察する様相

を示した。そして患者の立場を慮り、看護師として為すべきことの責任を自覚して新たな実践に取り組むことを示した。

### (3) 表面妥当性の検討

内容妥当性を検討した42項目をランダムに並べ替え、表面妥当性の検討を行った。29名の回答所要時間は、項目ごとに詳細な意見の記述があった場合に最大45分を要したが、最短8分、平均15分であった。また回答を中断している調査票はなく、項目ごとに設けた自由意見欄に記述がない調査票の平均回答時間は12分であった。舟島(2024, p.18)によれば、回答者の疲労や集中力を考慮し、15分から30分の範囲に回答できる分量が望ましく、1項目の回答時間を30秒と仮定すると、項目数は30~60の範囲にすることが妥当である。このことから、42項目を回答することへの困難感は低いと判断した。29名の回答のうち欠損のあった項目は1名の1項目のみであり、この研究参加者の回答所要時間は平均程度であったため、分析データに含めた。急性重症患者の治療環境をICUと特定し表現した項目について、救命救急病棟やHCUに勤務する看護師は自身の所属部署に置き換えて回答していた。現象の類似性や項目の示す意味のわかりにくさに関する意見のあった若干の項目についても再検討し、現象や意味が明瞭に伝わる表現に修正した。自由意見には、自分の日々の看護を振り返る機会になった、項目にハッとさせられた、患者の代弁者でありたいと考える自分自身について気づかせてもらった、救命も大事だが患者の尊厳を大切にすることや、退院後を見据えたケアの必要性を改めて認識した、と複数の回答者により記述されていた。また認定看護師資格や職位を持つ者の中には、項目の内容について、個人では実践してもチーム実践ができていない、個人では実践力も弱いチームでなら大きな力になるといった、臨床でのチーム実践の必要性を省察し、課題を自覚したことが記述されていた。また臨床経験年数によらず実践の機会や経験がない項目は低い点数となるが、項目が示す内容については容易に理解できると記述されていた。

逆転項目については逆配点として算出し、42項目の個別平均得点は、最大4.8点、最低2.6点、平均3.5点であった。29名の回答傾向については、看護師経験年数や領域経験年数、職位による高低を認めなかった。そのためリッカート5段階評定について4点を示す副詞「かなり」と5点を示す「常に」との差が明瞭ではない可能性を検討し、2点「かなり」を「たいてい」へ修正し、実践頻度がより均等になるように調整した。

以上の過程を経て、最終的に42項目の急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案が完成した(表2)。

## IV. 考 察

本研究は、臨床の現象を反映する急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度が未だ開発されていないことを受けて、尺度開発を急務と考え取り組んだものである。序論でも述べた通り、臨床看護師を対象とした倫理的感受性尺度や道徳的感受性尺度、倫理的行動尺度は存在するが、緊急に判断を迫られる時間性や重症度、医療依存度などの特徴を持つ急性重症患者を対象とした看護師の倫理的感受性を測定しようとする尺度は開発されていない。従って、ここで作成した尺度原案は、急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践が、どのようにすれば測定できるのだろうかという視点を色濃く反映させる項目を考案するために、3つの構成概念を帰納的および演繹的な観点から作成することから開始した。この3つの構成概念に即した項目プールを熟練看護師の豊富な実践を面接データから導き出すことができ、そこから内容妥当性および表面妥当性の検討を経て、最終的には42項目の尺度原案を作成した。以上の結果に基づき、急性重症患者を対象とした倫理的感受性を備えた看護実践を測定し得る尺度構成であるかについて、その詳細を以下に考察する。

### 1. 3つの構成概念に即した42項目の表現の特徴

尺度原案の42項目は、臨床を反映するリアリティのある内容で構成した。1つ目の構成概念は14項目を含み、患者や家族が現実には抱えている複雑な思いをできる限り具体的に表現し、看護師がそれに鋭敏に気づき、そのうえで実践できることに主眼を当てた。2つ目の構成概念は17項目を含み、看護師が最善のケアへと動機づけられる具体的な場面を想定してできる限り組み込んだ。3つ目の構成概念は11項目を含み、看護師が自覚と内省を繰り返すだろう具体的な場面を含めるように意図した。その結果、内容妥当性や表面妥当性の検証過程において、看護師は項目への回答を通し「ハッとさせられた」「日頃の実践を振り返る機会になった」と自己の実践を省察し、新たな実践へ動機づけられていたことがわかった。42項目は領域特有の倫理的課題を示し、看護師が自身に備わる倫理的感受性に触発されて体現した実践を的確に捉えており、より正確な回答を得られるものとする。

看護実践は、医療状況に大きく影響を受ける。2020年以降、医療者は新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経験し、救急・集中治療領域においても新たな倫理的課題に直面した(Nelson, 2020)。臨床では感染対策のための厳格な面会制限の最中で代理意思決定支援が困難となった一方(北澤・平林・二木・山崎, 2023)、オンライン面会による家族ケアや情報提供といったケアの変革も生まれた

表2 急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案42項目

構成概念	No.	項目
鋭敏で脆弱な患者とその家族の抱える複雑な思いに気づいて実践する(14項目)	30	代理意思決定を行った家族が葛藤している様子を察知したら、一度決まった方針を覆すことになっても医師へ伝えるようにしている
	36	患者の死後、救命のために代理意思決定を行った家族の喪失感に寄り添うため、言葉を選びながら支持的に関わっている
	21	患者との何気ない日常会話中に表情の変化を感じ取り、心配事や悩みなどを吐露できるように関わっている
	38	闘病後の患者の看取りの際、患者と家族の思いに寄り添うために、患者の容貌をできる限り自然な形になるように整えている
	5	面会時、重篤な患者を前にして動揺した家族がためらわずそばに行けるように、患者に触れることを勧めている
	32	ただちに治療が必要で代理意思決定を迫られた家族が治療開始後も後悔することがないように支持的に接している
	14	呼吸・循環・代謝が安定していても問題ないと捉えず、患者を心配する家族の気持ちに寄り添うようにしている
	26	どんなに忙しくても時間を作って患者との対話を持ち、患者の苦悩を理解しようとしている
	9	救命のための治療を継続しても延命だけの状態になっているとき、代理意思決定をした家族が自責の念で辛くならないように家族が参加できるケアを提案している
	42	認知機能が低下していてもコミュニケーションが可能なら、尋ね方を工夫して患者がどのように治療を受けていきたいのかを確認している
	18	患者が思いをため込まず気軽に話しかけられるように、醸し出す雰囲気注意到意している
	23	家族が、家族しか分からないような患者の反応を教えてくれたとき、大切な情報として取り扱っている
	2	代理意思決定を迫られた家族が決断後も苦悩し続けているかもしれないので、気持ちを吐露できるようにそばで話を聞くようにしている
	11	言葉で明確に意思表示することができない患者の思いを汲み取るために、些細な反応でも情報として記録に残して共有している
急性重症患者とその家族へ最善のケアをしたいと動機づけられて実践する(17項目)	17	食欲不振でも、味付けや好みを探ってその人らしく食べられる可能性を模索して経口摂取を促している
	1	少しの刺激でもバイタルサインや症状が変化するとき、侵襲拡大しないように十分にアセスメントして細心の注意を払いケアを行っている
	41	どんなに重症であっても、普通の生活に戻ることを意識して回復を目指し日々ケアを行っている
	3	鎮静中の患者の治療方針が家族の同意のみで検討されているとき、日常で捉えた患者の反応を伝え、意思疎通の可能性を試すことを医師へ提案している
	13	多種デバイス挿入中、可能な限り患者が自立してセルフケアができるように工夫している
	25	重症でも不動状態にならないように、リハビリテーションを計画している
	35	更衣の援助を行うときは、看護師先行で進めずに可能な限り意向を尊重し、日常性を取り戻すことを心がけて、重症であっても患者の自立を助けている
	27	施設の方針で面会が制限されているとき、患者と家族が後悔することなく最期の時間を一緒に過ごせるように管理者に交渉している
	15	生命維持装置を使用し続けていても回復の兆しが見えないとき、治療継続について医療チームで話し合うようにしている
	19	どんなに重症でも、その人らしさを探してケアに組み込むようにしている
	39	ICUなどの環境では眠れないことを当たり前だと捉えず、良好な睡眠が得られるように工夫している
	33	機能障害が残存しているとき、看護師先行で介助せず、患者ができる動作を見逃さずに日常生活動作の中に機能回復のためのリハビリテーション動作を組み込むようにしている
	29	病態が複雑で治療方針が見えにくいとき、ケアとしてできることを探すために医師へ治療方針を尋ねるようにしている
	10	治療方針を巡り看護師の考えを述べることは、医師と意見が対立することもあるので控えている* (逆転項目)
	22	筋力低下や神経障害は社会復帰の遅延となるため、せん妄があってもできるだけ身体拘束を外す時間を増やす努力をしている
	6	重症であっても患者が社会復帰することを意識し、PICS (Post Intensive Care Syndrome: 集中治療後症候群) の可能性を予測しながらケアを実践している
	8	重症患者の後遺症を予測し、最小限にするためのケアを日常的に実践している

表2 急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案42項目 (続き)

構成概念	No.	項目
急性重症患者とその家族をケアする看護師としての 自覚と内省を繰り返して実践する (11項目)	4	生命の危機状態にある患者の人生の重大な出来事に関わっていることを自覚し、看護師としてなすべきことを考えながら日々実践している
	7	患者の反応が見えにくくても、実践したケアが患者にとって最適であったか振り返っている
	12	ケアが自己満足ではなかったか、患者にとって最善のケアであったのか振り返るようにしている
	16	患者中心にケアを考えられているか、常に意識して実践している
	20	患者に向き合うときの自分の態度を振り返り、患者が頼りたいと思ってもらえる人間関係を築こうと努力している
	24	他の看護師と一緒にケアをしているとき、自分の価値観を押し付けず、気づきや思いも大切に、協働して実践している
	28	患者や家族が難しい判断を即時的に迫られるような場面があったとき、そのときはできなくても自分に何かできることはなかったか、振り返るようにしている
	31	患者のプライバシーが守られていない場面を見たとき、自分も同じことをしていないか振り返っている
	34	他の医療者と価値観が対立するときは、一呼吸おいて理解に努め、意見交換するようにしている
	37	忙しいと心の余裕がなくなり、患者の想いや感情を汲み取れなくなることがあるので、忙しいときこそ落ち着いてケアをすることを心がけている
	40	治療選択において患者や家族が意思決定をする場面では、自分の価値観を押し付けることがないよう心がけている

(井出・岩淵・高原・高尾, 2022; 伊澤ほか, 2023)。このように、社会の医療情勢によって倫理的課題や最善の看護実践も流動的に変化した。患者と家族を分断せざるを得なかった状況は、患者と家族の辛い心情や苦悩に直面して悩み、尊厳を守ろうとする意識が高まったと推察される。だからこそ、「No. 5面会時、重篤な患者を前にして動揺した家族がためらわずそばに行けるように、患者に触れることを勧めている」や「No. 27施設の方針で面会が制限されているとき、患者と家族が後悔することなく最期の時間を一緒に過ごせるように管理者に交渉している」といった項目に理解が得られた。実践上の困難感が生じたとき、看護師の倫理的感受性の鋭敏さや尊厳を守ろうとする動機づけがさらに強化されて状況に立ち向かう内容として表現されたと考える。勿論、面会制限に関する実践上の課題はパンデミック以前からも報告されており(長田・入江・辻本, 2019)、また倫理的課題は面会制限に限った事柄だけではない。救命から終末期への移行の曖昧さや、鎮静や意識レベルの低下により意思の捉えにくさがある中で、看護師は患者のニーズに応えた終末期ケアができているのか、尊重すべき意思を尊重し、守るべき尊厳を守ることができているのかと葛藤しながら実践していたことも報告されている(佐竹・荒尾, 2018)。看護師の使命は、患者や家族の擁護者として尊厳を守り、代弁者として患者の意思を尊重することであり、倫理的実践の本質は普遍的である。しかし医療情勢や患者背景により最善の実践は変容し、新たな工夫も生まれていく。臨床状況を反映したリアリティのある具体的な項目は高い現実適合性を有しており、内容の捉えや

すさにつながるものとする。

## 2. 急性重症患者をケアする看護師に特化した尺度の独自性

本尺度原案は急性重症患者に特有の倫理的課題に焦点を当てた。その特徴は、一般臨床看護師を対象にした既存の尺度との比較から見出すことができる。

大出(2019)は、臨床倫理の4原則を基盤に作成した看護師の倫理的行動尺度改訂版において、因子分析の過程で無危害の原則に依拠した項目が採択されず、侵襲度の強いケアが少ない、もしくは看護師がその侵襲度を認識していない可能性を考察している。しかし急性重症患者への実践においては治療が第一義的であり、生命を守るために生命維持装置の装着や多種デバイスの留置、気管挿管および気管吸引などの侵襲的な治療やケアが多く存在する。本尺度原案の「No. 1少しの刺激でもバイタルサインや症状が変化するとき、侵襲拡大しないように十分にアセスメントして細心の注意を払いケアを行っている」や、「No. 13多種デバイス挿入中、可能な限り患者が自立してセルフケアができるように工夫している」は、状態悪化の可能性を予測したうえでそのリスクを回避するための実践を表現しており、無危害原則に該当する。すべての臨床看護師を対象とした大出(2019)の尺度と異なり、急性重症患者像を反映する本尺度原案でのみ測定が可能になるといえる。

一方、本尺度原案と永野・舟島(2019)の尺度は、質的帰納的研究を基盤に項目を作成しており、臨床の現実を反映する内容で構成している。永野・舟島(2019)の尺度にある「No. 20医師に診療の不十分さを補うよう要請すると

ともに、不適切な方針や行動に対し意見を述べ修正を求めると、本尺度原案の逆転項目「No. 10治療方針を巡り看護師の考えを述べることは、医師と意見が対立することもあるので控えている」は内容が類似し、倫理的課題となる現象は、患者像が異なる領域においても同様に生じていることが推測された。しかし急性重症患者の状態に沿った最善のケアにおいては、重症化の回避や合併症を起こさないための治療戦略と看護実践の融合が必須となる。一般病棟に比べ治療的ケアが濃厚になることが特徴であるため、実践上の難易度はより高くなる。実践頻度の測定に焦点を当てると、永野・舟島(2019)の尺度は職業上とすべき行動に焦点を当て「倫理的行動がとれない」という選択肢はない。永野・舟島(2019)の項目No. 20は臨床看護師を対象とした平均得点は全31項目で最も低く、医師に意見を述べるという行動は、現実には難しいことが推測された。本尺度のNo. 10も医師の治療方針に看護師が考えを述べる行動を示唆している。逆転項目ではあるが、このNo. 10により現実の実践状況を捉えることができると考える。

角・森(2018)の倫理的感受性尺度の構成概念は「忠誠」「知識」「責務」「共感性」であり、倫理的な問題に気づく力の程度を測定する。文献検討を基盤に開発された角・森(2018)の質問項目と熟練看護師の面接内容から抽出した本尺度の項目は、いずれも倫理的問題に気づきをもたらす場面に類似性を見ることができる。例えば、角・森(2018)の「術後患者が栄養チューブを抜こうとしたので、上肢の拘束を行った」と本尺度原案の「No. 22筋力低下や神経障害は社会復帰の遅延となるため、せん妄があってもできるだけ身体拘束を外す時間を増やす努力をしている」は、身体拘束という着目する現象が類似する。両尺度を比較すると、角・森はケアの倫理を踏まえ、患者への「忠誠」として「どのように接すべきか」を示し、ふさわしくない接し方について気づきの程度を問うため否定的な表現を用いている。これは文献等から看護師が体験する倫理的問題を抽出しているため、問題場面を項目に取り上げているからであろう。一方、本尺度原案はICCNとCCNSの実践をもとに項目を作成したことにより、実践に至る動機づけや何を目指すが含まれたことから、気づいた問題に対して最善の実践とは何かと言及するため肯定的な表現を用いている。正反対の表現ではあるものの両尺度の構成概念は関連すると考えられる。しかし、本尺度原案では最善のために実践する目的を明確にして倫理的感受性の様相を具体的に示していることが特徴といえる。

倫理的行動には4つの要素があり(日本看護協会, 2006, p.3), 倫理的問題に気づき声を上げる倫理的感受性、問題を同定するための倫理的推論、ジレンマなどを乗り越えて行動しようとする態度表明を経て、倫理的行為を実現

する行動が導かれるとされる。既存の尺度を概観すると、臨床看護師の倫理的感受性に焦点を当てた角・森(2018)の研究と、臨床看護師の倫理的行動に焦点を当てた大出(2014; 2019; 2020), および永野・舟島(2019)の研究の2つに大別される。倫理的感受性と行動のどちらの要素も含む尺度は存在しないが、本尺度原案は倫理実践を導くための倫理的感受性を含んだ内容となった。倫理実践を導くために必要な倫理的感受性は、測定によって倫理的問題への気づきの程度が明確になるが、患者の尊厳を守り、代弁者となるための実践は看護師の能力にゆだねられる。また行動としての実践のみを評価する場合は、どのような対象でも画一的なケアとなることが危惧される。倫理的感受性によって動機づけられた行動としての実践を取り扱うのは本尺度原案の特徴である。

### 3. 臨床における尺度の活用可能性

患者の尊厳を守り、患者の代弁者としての機能を果たす実践はすべての看護師が意識すべきことである。項目はICCNやCCNSの実践から抽出したが、倫理的感受性を備えた実践はすべての看護師に適用できると考える。さらに、状況を特定し実践内容を具体的に示した項目は、他領域から新たに救急・集中治療領域へ異動した看護師や、経験の浅い看護師にも理解を得られやすい。ただし経験が浅いため実践頻度が低い場合は、目指すべき実践の在りようを示す評価表や目標管理としての機能にしかならず、尺度としての目的から外れてしまう可能性もある。この場合、42項目のうち実践可能な項目を吟味した評価をすることで測定が可能となると推測される。また経験が浅い看護師に使用する場合は、回答者が「できていない」ことへの不全感を抱くことのないよう配慮も必要である。

尺度の構成として逆転項目については吟味しなければならない。逆転項目はその項目に意識を向かせることで、惰性による回答を防ぐことができるとされる(脇田, 2007, p.52)。No. 10の回答傾向をみると、他の多くの項目に3点以上を選択している研究参加者が2点以下を選択しており、項目内容を正確に表現できたと考える一方、1項目のみでは惰性回答を防ぐ効果があったとは言い切れない。尺度として活用するためには、項目の因子分析を行うことで因子構造を明らかにして検討を繰り返し、標準化を目指すことが必要である。まず42項目は、項目数が少ないほど低下する性質を持つクロンバック $\alpha$ 信頼性係数を確認するうえで十分だが回答者へ与える負担は少なくない。構成概念別の項目数のバランスにも偏りがある。標本数を拡大して項目分析を行い、項目を整理することが必要である。さらに内容妥当性を検討する際に3つの構成概念へ分類することに難渋した複数の項目が存在していたため、構成概念

妥当性を検証して因子妥当性を確認することが必須である。加えて基準関連妥当性を検討し、各項目について客観性の検証を行わなければならない。

## V. 本研究の限界と課題

本尺度原案は行動として表れる実践を評価するため、患者や家族と直面して倫理的感受性が触発されていたとしても、それだけでは得点に反映されない。また領域特有の事象やアセスメントを含むことから、臨床経験の浅い看護師はもとより、ベテラン看護師であっても実践頻度が低い項目については低い点数となる。実践するうえで異なる難易度の項目が混在し、経験知や実践知を求めることにもなるため、得点により個人の実践頻度の高低は測定するが、必ずしも看護実践の質が低いことを示しているわけではない。倫理的感受性を備えた実践における目安となる指標が明らかではないため、個人の特徴を踏まえた結果の解釈が必要であるという限界がある。

本尺度原案は、内容妥当性と表面妥当性の検証を重ねて一定の基準を満たした項目を採用して作成した。しかし臨床で用いるためには統計学的検討が不可欠である。項目の洗練を重ね、急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践を可視化するために活用可能な、妥当性と信頼性を備えた尺度として検証していくことが課題である。

## 結 論

本研究は、急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度原案を作成することを目的に行った。臨床で看護実践している ICCN と CCNS への半構造化面接により得られたデータから項目を作成し、内容妥当性と表面妥当性を検討した。その結果、抽出された項目は、3つの構成概念1.【重篤で脆弱な患者とその家族の抱える複雑な思いに鋭敏に気づいて実践する】の14項目、2.【急性重症患者とその家族へ最善のケアをしたいと動機づけられて実践する】の17項目、3.【急性重症患者とその家族をケアする看護師としての自覚と内省を繰り返して実践する】の11項目を含む、全42項目からなる尺度原案となった。今後の課題は、統計学的検証を重ね、活用可能な尺度として洗練させていくことである。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました臨床看護師、認定看護師、専門看護師の皆様、ならびに学術研究者の皆様にご心より御礼申し上げます。また、すべての研究過程においてご

指導くださいました湘南鎌倉医療大学大学院、黒田裕子教授に深く感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

## 文 献

- 安藤千智, 中西貴美子 (2017). 看護師の倫理的行動力が高い組織文化の特徴について. *三重県立看護大学紀要*, 21, 1-9.
- 青柳優子 (2016). 医療従事者の倫理的感受性の概念分析. *日本看護科学会誌*, 36, 27-33.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子監訳 (2005). *ベナー看護論：新訳版 初心者から達人へ*. (pp.23-26). 東京：医学書院.
- Fry, S.T., Johnstone, M.J. (2008) / 片田範子, 山本あい子訳 (2010). *看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド 第3版*. (p.272). 東京：日本看護協会出版会.
- 藤野あゆみ, 渡辺みどり (2018). 看護職の倫理的感受性に関する研究動向と課題. *日本看護福祉学会誌*, 23(2), 93-106.
- 舟島なをみ (2024). 第1章 看護教育学における測定用具開発の理念と特徴. 舟島なをみ (監), *看護実践・教育のための測定用具ファイル：開発過程から活用の実際まで 第4版*. (p.18). 東京：医学書院.
- Gray, J.R., Grove, S.K. (2021) / 黒田裕子, 逸見 功, 佐藤富美子監訳 (2023). *バーンズ&グロブ 看護研究入門 原著第9版：評価・統合・エビデンスの生成*. (pp.249, 280, 409). 東京：エルゼビア・ジャパン.
- 井出ともみ, 岩淵裕香, 高原有貴, 高尾ゆきえ (2022). 重症 COVID-19患者への継続的なオンライン面会の提供が患者・家族ケアに有効であった一例. *信州大学医学部附属病院看護研究集*, 49(1), 20-22.
- 異儀田はづき, 濱田由紀, 小山達也, 嵐 弘美, 飯塚あつ子 (2021). ナラティブ・エシックスによる精神看護倫理教育プログラムの開発と評価. *東京女子医科大学看護学会誌*, 16(1), 10-17.
- 石川洋子 (2011). 倫理的感受性の意味と解釈：ヘーゲル「良心」論をもとにして. *生命倫理*, 21(1), 76-84.
- 岩井真奈美 (2019). 日常ケアにおけるクリティカルケア看護師の倫理的感受性が萌芽し醸成されていく体験. *第39回日本看護科学学会学術集会講演集*, 558-559.
- 伊澤菜々子, 池田あずさ, 羽入田夕子, 関 昌代, 竹重加奈子, 山崎友香子 (2023). 高度救命救急センターでのオンライン面会の取り組みと課題：COVID-19流行による面会制限を受けて. *信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 50(1), 15-18.
- 北澤智也, 平林真以, 二木悠太郎, 山崎友香子 (2023). COVID-19重症患者の代理意思決定支援を振り返って. *信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 50(1), 10-14.
- 近藤信吾 (2017). 診療看護師の倫理的感性の特徴. *日本NP学会誌*, 1(2), 7-17.
- 神徳和子, 池田清子 (2017). 看護倫理学における道徳的感受性と倫理的感受性の意味. *日本看護倫理学会誌*, 9(1), 53-56.
- 黒田裕子 (2017). *黒田裕子の看護研究 Step by Step 第5版*. 164-171, 東京：医学書院.
- Lutzen, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 13(2), 187-196.
- 前田樹海, 小西恵美子 (2012). 改訂道徳的感性質問紙日本語版

- (J-MSQ) の開発と検証 (第 1 報). *日本看護倫理学会誌*, 4(1), 32-37.
- 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子, 福宮智子 (2019). 道徳的感受性質問紙日本語版2018 (J-MSQ 2018): 下位概念「道徳的責任感」を見直して. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 100-102.
- 茂呂悦子, 中村美鈴 (2010). 集中治療室入室中に人工呼吸器を装着した術後患者の回復を促すための看護援助の検討. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 6(3), 37-45.
- 永野光子, 舟島なをみ (2019). 「看護師としての倫理的行動自己評価尺度」の開発: 病院に勤務する看護師の倫理的行動の質向上に向けて. *看護教育学研究*, 28(1), 45-56.
- 長田艶子, 入江安子, 辻本雄大 (2019). 集中治療室における面会制限に関する研究 国外文献から日本のあり方への展望. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 15, 2-13.
- 中木里実, 江口 瞳 (2020). 急性期病棟における終末期ケアの現状と課題に関する文献検討. *山陽論叢*, 27, 33-42.
- 中村美知子, 石川 操, 西田文子, 伊達久美子, 西田頼子 (2003). 臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討. *日本赤十字看護学会誌*, 3(1), 49-58.
- 中谷美紀子 (2018). 集中治療経験のある看護師の道徳的感性と倫理的行動の関連と影響要因について: 集中治療経験のない看護師との比較. *東京純心大学紀要*, (2), 21-28.
- Nelson, S.E. (2020). COVID-19 and ethics in the ICU. *Critical Care*, 24(1), 519.
- 日本クリティカルケア看護学会, 日本救急看護学会 (2019年 5月 22日). 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド. [https://www.jaccn.jp/assets/file/guide/EOL\\_guide1.pdf](https://www.jaccn.jp/assets/file/guide/EOL_guide1.pdf) (参照 2023年 9月 1日)
- 日本看護協会 (2006). 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針. [https://kaiin.nurse.or.jp/publication/contents/guideline/rinsyorinri\\_shishin.pdf](https://kaiin.nurse.or.jp/publication/contents/guideline/rinsyorinri_shishin.pdf) p.3. (参照2024年 3月 29日)
- 日本救急看護学会 (2018). 「救急領域における看護倫理」ガイドライン. *日本救急看護学会雑誌*, 20(1), 103-105.
- 日本救急看護学会 (2019年 2月 17日). 救急看護師の倫理綱領. [https://jaen.jp/assets/file/guidelines/nursing\\_ethics\\_guideline20190217ver.pdf](https://jaen.jp/assets/file/guidelines/nursing_ethics_guideline20190217ver.pdf) (参照2023年 9月 1日)
- 日本集中治療医学会 (2011年 5月 26日). 集中治療に携わる看護師の倫理綱領. <https://www.jsicm.org/pdf/110606syutyu.pdf> (参照 2023年 9月 1日)
- 日本集中治療医学会 (2019). 集中治療に携わる看護師の臨床ラダーと実践例. [https://www.jsicm.org/news/upload/clinical\\_ladder201906\\_002.pdf](https://www.jsicm.org/news/upload/clinical_ladder201906_002.pdf) (参照2023年 9月 1日)
- 丹生淳子, 池嶋三賀, 正田世津子, 竹之内沙弥香 (2021). 看護管理者が臨床現場で開催する倫理カンファレンス: スタッフナースの倫理的感性及び倫理的看護実践の向上を目指したアクションリサーチ. *天理医学紀要*, 24(1), 15-26.
- 大出 順 (2014). 看護師の倫理的行動尺度の開発. *日本看護倫理学会誌*, 6(1), 3-11.
- 大出 順 (2019). 看護師の倫理的行動尺度改訂版の作成. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 13-19.
- 大出 順 (2020). 看護師の倫理的行動尺度の高次因子分析モデルと階層的因子分析モデルの検討. *帝京科学大学紀要*, 16, 81-88.
- 岡垣香織, 森由紀子, 中田千佳, 築田亜矢子, 大槻由美子, 鈴木智子, 石田悦子 (2007). 救急外来看護師の倫理的感性を高める為の取り組み: 「看護者の倫理綱領」に基づいた勉強会及び事例検討会の実施. *日本看護学会論文集 看護総合*, 38, 83-85.
- Samuelson, K.A.M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients-findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(2), 76-84.
- 佐竹陽子, 荒尾晴恵 (2018). 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤. *Palliative Care Research*, 13(2), 201-208.
- 角 智美, 森 千鶴 (2018). 臨床看護師の倫理的感性尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護倫理学会誌*, 10(1), 36-44.
- 鈴木みずえ, 吉村浩美, 御室総一郎, 澤本圭介, 内藤智義, 稲垣圭吾, 金盛琢也, 松下君代, 佐々木菜名代, 石原哲郎, 酒井郁子 (2022). 急性期病院の看護師に対する認知症看護実践能力育成プログラムの有効性. *日本老年医学会雑誌*, 59(1), 67-78.
- 手島正美 (2017). 集中治療室に入室した心臓血管外科患者の支えとなった体験. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 13(3), 103-111.
- 脇田貴文 (2007). 第 7 章 尺度項目を作る. 小塩真司, 西口利文 (編), *質問紙調査の手順 心理学基礎演習 Vol. 2*. (p.52), 京都: ナカニシヤ出版.
- 和辻哲郎 (2007). *人間の学としての倫理学*. (p.17). 東京: 岩波書店.
- 山本真弓, 上野恭子 (2022). 実践に基づくリフレクションを用いた看護倫理教育方略の検討: 海外研修体験における倫理的自覚. *山陽論叢*, 28, 13-23.
- 山内英樹 (2016). 心臓手術を受けた患者の回復過程における ICU 体験と ICU 退室後の記憶の様相. *東京女子医科大学看護学会誌*, 11(1), 1-11.

〔2024年 7月18日受 付〕  
〔2025年 3月25日採用決定〕

# Drafting a Scale for Assessing Nursing Practice with Ethical Sensitivity Among Nurses Caring for Acutely Critically Ill Patients

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(4), 551-562  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250325264>

Manami Iwai, PhD, RN

Japanese Red Cross College of Nursing, Tokyo, Japan

## Abstract

**Objective:** This study developed a draft scale for nurses who care for critically ill patients to assess nursing practices with ethical sensitivity. **Methods:** The scale items were created based on data from semi-structured interviews with experienced nurses who care for such patients. Academic researchers verified the content validity of the scale, and nurses who worked in emergency and critical care medicine verified its face value. **Results:** The scale consisted of 42 items grouped into three categories: (1) practicing with acute awareness of the complex feelings of critically ill and vulnerable patients and their family members (14 items), (2) practicing with the motivation to provide the best care to these patients and their family members (17 items), and (3) practicing with perpetual self-awareness and reflection as a nurse caring for the aforementioned patients and their family members (11 items). **Conclusions:** The findings suggest that situation-specific items that reflect clinical practice in caring for critically ill patients can adequately assess nursing practice with ethical sensitivity; however, further statistical validation is required to determine the value of our findings.

## Key words

ethical sensitivity, nursing practice, acutely critically ill patients, scale development

---

**Correspondence:** M. Iwai. Email: [m-iwai@redcross.ac.jp](mailto:m-iwai@redcross.ac.jp)

# 看護師の精神的健康を支援する 反すうの心理教育を強化した 低強度マインドフルネスプログラムの 効果の評価

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(4), 563-574  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250307263>

江口実希  
神戸常盤大学

## ■要 旨

目的：本研究の目的は、看護師の精神的健康の支援のために開発した、反すうの心理教育を強化した低強度のマインドフルネスプログラムの効果の評価することであった。方法：10名の看護師を対象とし、週1回30分（全8回）のセッションと毎日10分の自宅練習で構成されたプログラムを実施した。効果の評価は、反すうを主要評価項目とし、自尊感情、認知バイアス、気分を副次評価項目として、プログラム開始前、プログラム5回目、プログラム終了時、プログラム終了1ヶ月後、プログラム終了3ヶ月後に自記式質問紙調査を実施した。データ分析は、ベイズ推定による分散分析（1要因、参加者内）と多重比較を用いた。結果：反すう、認知バイアス（先読み、べき思考、深読み、白黒思考）、否定的自尊感情、疲労の有効な軽減効果が示された。結論：本プログラムは、看護師の精神的健康支援に有用であると推察される。

## ■キーワード

マインドフルネス、看護師、反すう、精神的健康

責任著者：江口実希。Email: m-eguchi@kobe-tokiwa.ac.jp

## 背 景

看護師の離職率は11%と依然として高水準で推移しており、給与や労働環境の積極的な改善が試みられているものの、期待される成果は十分得られていない現状がある（日本看護協会, 2023）。離職の主な原因として、仕事におけるストレスの多さや、ストレスに起因し生じる精神的健康の問題——たとえば、バーンアウト、ストレス関連障害、気分障害、不安障害など——が世界的に論じられている。

精神的健康において、World Health Organization（2021）は、「自分の能力を発揮し、日常生活のストレスに適切に対処し、生産的に働き、社会に貢献できる状態」と定義している。これらから考えると、適度なストレスは、成長や目標達成を促進する可能性がある一方で、過剰なストレスは、精神的健康の問題を生じさせるものである。さらにLazarus（1999/2004）は、ストレスによる影響は外的な刺激（ストレッサー）の大きさだけでなく、個人と環境との相互作用のありかたによって大きく左右されることを指摘している。特に、ストレッサーに対する個人の認知的評

価や対処がストレス反応（心理的・身体的反応）へ影響することにも関連して、ストレスや精神的健康に関連する脆弱性因子としての「反すう」が注目されている（Watkins & Roberts, 2020）。反すうとは、ネガティブな感情や出来事、日常のストレス源などに過剰に着目し、繰り返し考え続けてしまう非生産的な思考パターンを指す。この反すうの持続は、自分自身、将来、過去の経験に関する否定的に偏った認知（認知バイアス；Beck, 1987/1992）の増強や、自尊感情の低下を招き（Kuster, Orth, & Meier, 2012；Orth & Robins, 2013）、適応的なストレス対処を妨げることにつながる。これまでに反すうは、うつ病の発症、持続、再発に関与するだけではなく（Nolen-Hoeksema, 1991）、特定の診断を超えた精神疾患の悪化に共通する要因であることも明らかにされてきた（Poerio, Totterdell, & Miles, 2013；Sürü, 2023；Wisco, Gilbert, & Marroquín, 2014）。しかし、反すうは、状況的に多くの人が体験するものであり、受動的で制御が難しいものである（Ehring & Watkins, 2008；Nolen-Hoeksema, 1991）。そこで、反すうへの対処法の一つとしてマインドフルネスが着目されている。マイ

ンドフルネスとは、仏教思想を起源とし、瞑想を通して“気づくこと”、そして“受容すること”を中核におく心理療法である。この“気づくこと”とは、「現在の瞬間」に意図的に注意を向け、身体感覚や、思考、感情を非判断的に観察することを指す。この実践によって、過去や未来に関する否定的な考えに気づき、注意を再び「現在の瞬間」に戻すことが促される。また、非判断的な観察を繰り返すことで、否定的な思考や感覚が生じて、過剰に反応せず、ありのまま受け止める態度を育むことを目指している。以上のプロセスを通じて、マインドフルネスは否定的な思考との関係性を整えることで主観的なストレスの軽減に有効性が示され (Nyklíček & Kuijpers, 2008)、イギリスの国民保健サービス (National Health Service : NHS) や国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence : NICE) は、ストレスの適応的な対処方法としてマインドフルネスを推奨している (National Institute for Health and Care Excellence, 2022)。特に、医療従事者に対するマインドフルネスは、一般集団に比べストレス軽減効果が高い可能性が示されている (Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015)。

看護師の精神的健康の問題は、個人にとどまらず、患者にも影響を及ぼす可能性がある。例えば、欧州12ヶ国の31,000人以上の看護師を対象とした調査は、看護師の精神的健康の低下が患者の安全リスクを高める可能性を示している (Dall’Ora, Griffiths, Ball, Simon, & Aiken, 2015)。したがって、看護師がストレスに適切に対処し、精神的健康を維持することは、患者ケアや医療の質向上にもつながることが期待されている (Braun, Kinser, & Rybarczyk, 2019 ; Burton, Burgess, Dean, Koutsopoulou, & Hugh-Jones, 2017)。

しかし、日本において看護師を対象としたマインドフルネスの導入事例は限られている。その背景には、マインドフルネスには定期的で長時間の練習が必要とされる一方で (Khoury, et al., 2015)、看護師は不規則な勤務形態が要因となり、定期的な教育プログラムの離脱率が高くなりがちであることが考えられる (Günüşen & Üstün, 2009)。

こうした状況を踏まえ、プログラムや自宅練習の時間を短縮した「低強度マインドフルネス」の効果検証が進められている。例えば、低強度マインドフルネスに関する系統的レビューでは (Howarth, Smith, Perkins-Porras, & Ussher, 2019)、対象となった9件中8件の研究で看護師の精神的健康の改善効果が支持されている。ただし、低強度マインドフルネスは、一般的なプログラムに比べて効果が劣る可能性も指摘されている (Khoury, et al., 2015)。一方で、必要な取り組み時間が少ないため参加者が継続しやすいという利点もあり、看護師のような多忙な職務に従事する集団には魅力的な選択肢となる。また、反すうの心理教育が、

反すうの軽減に有効であることや (田淵・及川, 2018)、反すうの軽減がマインドフルネスプログラムの離脱率低下につながる可能性も示唆されている (Banerjee, Cavanagh, & Strauss, 2018)。

そこで本研究では、反すうの心理教育を強化した低強度マインドフルネスプログラムを開発し、その効果を評価することを目的とした。研究仮説として、本プログラムは反すうを軽減するとともに、反すうの軽減を通じて認知バイアスの改善、気分状態の改善、自尊感情の向上に寄与すると予測した。また、これらを通じて、本プログラムが看護師の精神的健康の支援に有効である可能性を評価することを目指した。マインドフルネスの活用については、最も効果的な方法を特定するためにさらなる研究が求められている段階であり (Howarth, et al., 2019)、本研究は、看護師が働きながら参加しやすく設計されたマインドフルネスプログラムを通じて、精神的健康の支援に関する新たなデータを提供するとともに、マインドフルネスの効果的な活用方法の一端を明らかにすることが期待される。

## I. 方 法

### A. プログラムの概要

従来のマインドフルネスベースの介入プログラムには、8週間からなるマインドフルネスストレス低減法 (Mindfulness-Based Stress Reduction : MBSR, Kabat-Zinn, 1993/2007) や、マインドフルネス認知療法 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy : MBCT, Segal, Williams, & Teasdale, 2002/2007) が知られている。これらのプログラムでは、参加者が週1回 (1回2.5時間、合計8回) のセッションに加え、6週目または7週目には約6時間のリトリート (日常生活から離れた静かな環境で行われる、マインドフルネスに集中するための特別な1日のプログラム) を行う。さらに、日々、45~60分程度の自宅練習 (瞑想、ボディスキャン ; 体全体をスキャンするように観察し、各部位の感覚に注意を向けることで、自身の身体への気づきを高める方法、ヨガ ; 身体の感覚に集中しながら体を使った動きやストレッチをゆっくりと行うこと) も求められる。つまり、従来のプログラムに十分取り組むためには、およそ58時間から69時間の時間が必要とされている。

本研究では、MBSRおよびMBCTを参考にしながら、反すうの心理教育を強化した低強度マインドフルネスプログラムを開発した (表1)。本プログラムは、週1回30分のセッション (合計8回) と毎日10分の自宅練習で構成され、全体で約13.3時間となる。また、マインドフルネスの基本である呼吸法の練習に重点を置くことで、現在の瞬

表1 反すうの心理教育を強化した低強度マインドフルネスプログラムの概要

セッション	心理教育	演習
第1回	マインドフルネスと反すう ・マインドフルネスの概念と方法を知る ・反すうの概念を知る	マインドフルネス呼吸法 (10分)
第2回	心のモードと反すう ・心の“あることモード”と“することモード”を知る ・心のモードと反すうの関係を知る	マインドフルネス呼吸法 (10分)
第3回	思考とストレスの関係 ・否定的な物事の考え方の特徴を知る ・思考とストレスの関係を知る	マインドフルネス呼吸法 (10分)
第4回	無意識に気づく ・無意識の思考や行動に気づく方法としてのマインドフルネス	マインドフルネス呼吸法 (10分) レーズンエクササイズ <sup>a</sup>
第5回	思考と身体の関係に気づく ・思考が身体や気分に与える影響を知る	マインドフルネス呼吸法 (10分)
第6回	気づきを広げる ・さらにマインドフルネスを日常生活に活用する方法を知る	マインドフルネス呼吸法 (10分) チョコレート瞑想 <sup>a</sup>
第7回	受け入れる ・評価も判断もしない態度について振り返る ・気づきの取り扱いを振り返る	マインドフルネス呼吸法 (10分)
第8回	振り返り ・これまでのセッション全体を振り返る	マインドフルネス呼吸法 (10分)

<sup>a</sup>レーズンエクササイズ、チョコレート瞑想とは、食べるマインドフルネスの実践方法の一つである。食べるマインドフルネスとは、食べ物を口にする際のすべてのプロセスに意識を集中させ、食べる体験そのものを深く味わうマインドフルネスの実践方法である。レーズンエクササイズではレーズンを、チョコレート瞑想ではチョコレートを用いて行う。それぞれ、通常では、無意識に行われがちな食べる行為に対して、食べ物の味、香り、食感、噛む音など五感に意識を向けながら、丁寧に観察し「現在の瞬間」に気づきを向けることが主な目的である。

間への集中や、非判断的な受容というマインドフルネスの基本的要素を効果的に習得しやすい構成とした (Allen, Blashki, & Gullone, 2006; Baer, Smith, & Allen, 2004; Coffey, Hartman, & Fredrickson, 2010)。以上のように、本研究で構築したプログラムは、従来よりも短時間かつ、看護師が多忙な職務環境の中でも実践しやすい構成にするよう試みた。

## B. 参加者

研究の参加者は、(a) 現在、看護業務に従事している方、(b) 20歳以上の方、(c) プログラムに8割(6回)以上参加できる方とした。また、除外基準として、(a) 現在までにマインドフルネストレーニングを受けたことがある方、またはマインドフルネスを日常的に行っている方、(b) 何らかの精神的健康の問題を有し通院または内服治療を受けている方とした。マインドフルネスのプログラムでは、参加者同士が体験を共有することが重要視され、少人数構成が推奨されている (Segal, et al., 2002/2007)。そのため、参加者が30分間のセッションでも個々の体験について十分に語り合えるよう、少人数グループでの実施を採用した。グループ編成は、研究に関与しない第三者に依頼した。

## C. 測定項目

### 1. 主要評価項目

本研究の主要評価項目は反すうとし、2つの下位尺度(ネガティブな反すう傾向、ネガティブな反すうのコントロール不可能性)からなる11項目のネガティブな反すう尺度(Negative Rumination Scale: NRS, 伊藤・上里, 2001)を用いて測定した。回答は1 = “当てはまらない” から6 = “当てはまる” までの6段階で評価した。本研究では、これら2つの下位尺度を「反すう」および「反すう制御」とし、各質問項目の合計得点が高いほど、対応する傾向が強いこととした。下位尺度「反すう」は、「同じ嫌なことを何度も繰り返して考える傾向がある」など、ネガティブな思考の反復に焦点を当てた項目で構成されている。一方、下位尺度「反すう制御」は、「嫌なことを考えているときでも、頭を切り替えてそれ以外のことが考えられる」など、ネガティブな思考をコントロールする能力に関連する項目で構成されている。尺度は、基準関連妥当性および再検査妥当性、信頼性が示されている (伊藤・上里, 2001)。

### 2. 副次評価項目

副次評価項目は、自尊感情、認知バイアス、気分、基本属性(性別、年齢、看護師経験年数)、自宅練習の実施状

況、自宅練習の中断や医療機関の受診が必要な苦痛状態（例えば、自制できない心理的苦痛や過呼吸、思考の混乱、妄想、解離、トラウマ再体験、過度の筋肉緊張など；以下、有害事象）の有無とした。有害事象は毎回のセッション冒頭で確認し、全体で共有したくないと感じた場合は、セッション終了後に実施者に申し出るかメールや自宅練習時間の記録に記載を依頼した。自宅練習については、自宅練習時間を1日ごとに記録する用紙を配布し、該当する日付の欄に練習時間（分）を記入するよう依頼した。さらに、自由記載用のスペースを設け、練習に関する補足的な記録が可能な形式とした。プログラム実施期間は、各セッション終了時に次回セッションまでの自宅練習を依頼した。一方、プログラム終了後の自宅練習は任意とし、その旨をプログラム初回および第8回目のセッション時に説明した。

#### a. 自尊感情

自尊感情の測定は、ローゼンバーク自尊感情尺度（Rosenberg's Self Esteem Scale：RSES）の日本語版（山本・松井・山成，1982）を用いた。10項目の質問に対して1＝“当てはまらない”から5＝“当てはまる”の5段階で回答を求め、堀（2003）の因子構造と妥当性の検討をもとに、2つの下位尺度（肯定的自尊感情5項目、否定的自尊感情5項目）の各合計得点が高いほど、下位尺度の示す傾向が強いこととした。

#### b. 認知バイアス

認知バイアスの測定には、6つの下位尺度（先読み、べき思考、思い込み・レッテル貼り、深読み、自己批判、白黒思考）からなる18項目の認知バイアス尺度（田島，2013）を用いた。回答は、1＝“まったく当てはまらない”から4＝“完全に当てはまる”までの4段階で評価し、合計得点が高いほど、下位尺度で示される物事を否定的に判断したり、過去や未来について悲観的に考えすぎたりする認知バイアスが強いこととした。尺度は構成概念妥当性と基準関連妥当性が示されている（江口・國方・土岐，2016）。

#### c. 気分

気分の測定は、30項目6下位尺度（不安－緊張、抑うつ－落ち込み、怒り－敵意、活気、疲労、混乱）からなる気分プロフィール検査短縮版日本語版（Profile of Mood States Brief Form, Japanese Version；以下、POMS）を用いた。回答は、過去1週間の気分について、0＝“全くなかった”から、4＝“非常に多くあった”の5段階で求め、合計得点が高いほど下位項目で示される気分が強いこととした。尺度は信頼性と妥当性が示されている（Heuchert & McNair, 2015/2015）。

#### D. 測定時期

評価は、プログラム開始前（T1）、プログラム5回目（T2）、プログラム終了時（T3）、プログラム終了1ヶ月後（T4）、プログラム終了3ヶ月後（T5）に自記式質問紙調査を行った。また、自宅練習の実施状況については、参加者がT2、T3、T4、T5に自宅練習を記録した用紙を提出した。

#### E. 分析方法

基本属性は単純集計を行った。自宅練習時間の分析は、データをプログラム実施期間（T1-T3：全56日）とプログラム終了後（T3-T5：全84日）の2つの期間に分けて集計した。このように期間を分けた理由は、プログラム終了後（T3-T5）の自宅練習が任意であったためである。分析は、期間ごとに参加者が自己申告した練習時間（分）および実施日を合計し、総自宅練習時間および総実施日数を合計し、参加者全体での平均値と標準偏差を算出した。さらに、各期間の合計日数から1日あたりの平均練習時間および1週間あたりの平均実施日数を算出した。

プログラムの効果については、T1からT5までの各アウトカム得点の経時的変化を、ベイズ推定を用いた分散分析（1要因、参加者内）と多重比較により評価した。ベイズ推定を用いた理由は、小さいサンプルサイズであっても安定した分析が可能であり、また、正規分布ではないデータであっても、データに合わせた分布が使用可能なためである（Ozechowski, 2014）。ベイズ推定にはRパッケージBayesFactor（Morey, 2018）を使用し、事前分布（Cauchy分布）の尺度設定をrscale=0.5（多重比較時rscale=0.707）としたほかは各種デフォルト設定に従い、Markov chain Monte Carlo法による推定回数は最大1万回とした。分析データは、遅刻・早退がない状態で全8回のプログラムのうちいずれかに6回以上出席した人を対象とし、欠損値処理は平均値を用いた。BayesFactor（以下、BF）値の有効性の判定は、Jeffreys（1961）の基準を用いた。

#### F. 倫理的配慮

参加者の募集にあたっては、まず病院看護部長に書面および口頭で研究の趣旨と倫理的配慮について説明し、調査への協力を得た。研究参加者には、介入の約1ヶ月前に書面で募集を行い、研究の目的や方法、効果、起こりうる可能性のある不利益、個人情報保護、参加の自由意思、ならびに参加を辞退できる権利（辞退による不利益は生じないこと）について、書面および口頭で説明し、同意を得た。

当研究は四国大学研究倫理審査専門委員会の承認を得て行い（承認番号：28003）、使用した尺度は著作権者に許可を得て用いた。期間は2017年6月～11月であった。

## II. 結 果

### A. 基本属性

参加者は、募集期間中に応募がありインフォームドコンセントが得られた10名の看護師であり、研究に関与しない第三者によって無作為に5名ずつの2グループに分けられた。参加者の属性は、女性が7名(70%)、男性が3名(30%)、平均年齢(カッコ内は標準偏差)は47.9(5.3)歳であった。看護師経験年数の平均値は25.9(5.3)年であった(表2)。参加者全員が、全8回のプログラムのうち6回以上に出席した。

表2 参加者の属性

項目	人数	%	平均値	標準偏差
性別	女性	7	70.0	
	男性	3	30.0	
年齢			47.9	5.3
看護師経験(年)			25.9	5.3

注:  $n=10$ 。T1-T3は介入開始前から介入終了時までの介入中の期間を、T3-T5は、介入終了1ヶ月後から介入終了3ヶ月後までのフォローアップ期間を示す。

プログラム実施期間(T1-T3:全56日)における参加者の自宅練習時間の合計を平均すると、338.6(159.1)分であり、1日あたりの平均自宅練習時間は6.05(2.84)分であった。また、同期間における自宅練習実施日数の平均は40.7(15.9)日であり、1週間あたりの平均実施回数は5.1回であった。一方、プログラム終了後(T3-T5:全84日)の自宅練習は任意とされていた。その結果、自宅練習時間の合計の平均は、367.1(246.9)分であり、1日あたりの平均練習時間は4.37(2.94)分であった。また、同期間における自宅練習実施日数の平均は43.4(28.2)日であり、1週間あたりの平均実施回数は3.6回であった(表3)。全期間において、有害事象に関する報告は認められなかった。

### B. プログラムの効果

アウトカムの各水準の得点について基本統計量とベイズファクタ分析(有意水準=3)、および多重比較の結果を表4に示す。ベイズファクタ分析では、主要評価項目である反すう( $BF=135.816$ ,  $error=0.28\%$ )と反すう制御( $BF=31.025$ ,  $error=0.27\%$ )の主効果のBF値が非常に強い効果を示した。多重比較においても、介入の前後で反すうは軽減( $BF=4.524$ ,  $T1>T3$ )し、反すう制御についても強い効果( $BF=11.359$ ,  $T1<T3$ )が示された。さらに介入終了後も反すう( $BF=106.752$ ,  $T1>T5$ )、反すう制御( $BF=3.418$ ,  $T1<T5$ )は、中程度から非常に強い効果が示された。

また、副次評価項目である自尊感情については、否定的自尊感情( $BF=7.769$ ,  $error=0.27\%$ )のBF値は中程度の効果を示し、多重比較では、介入前後で強い効果が示された( $BF=27.472$ ,  $T1>T3$ )。しかし、肯定的自尊感情( $BF=0.342$ ,  $error=0.59\%$ )は統計学的に十分な効果が示されなかった。

認知バイアスでは、深読み( $BF=1273.737$ ,  $error=0.34\%$ )のBF値は非常に強い効果を示し、多重比較ではT2から中程度以上の効果が示された( $BF=3.267$ ,  $T1>T2$ ,  $BF=15.985$ ,  $T1>T3$ )。さらに、介入終了後も介入前と比べても非常に強い効果が見られた( $BF=157.903$ ,  $T1>T5$ )。先読み( $BF=38.764$ ,  $error=0.58\%$ )、べき思考( $BF=10.863$ ,  $error=0.26\%$ )、思い込み・レッテル貼り( $BF=4.022$ ,  $error=0.24\%$ )、自己批判( $BF=3.217$ ,  $error=0.23\%$ )、白黒思考( $BF=25.148$ ,  $error=0.46\%$ )のBF値も中程度から非常に強い効果を示し、多重比較では、先読み( $BF=6.683$ ,  $T1>T2$ )、思い込み・レッテル貼り( $BF=3.276$ ,  $T1>T3$ )、自己批判( $BF=39.115$ ,  $T1>T3$ )において介入前後で中程度以上の効果が示された。さらに、介入終了後も先読み( $BF=19.538$ ,  $T1>T5$ )、白黒思考( $BF=31.523$ ,  $T1>T5$ )は強い効果が示された。

気分については、疲労( $BF=19.627$ ,  $error=0.39\%$ )の主効果のBF値は強い効果を示し、多重比較でもT2から

表3 参加者の自宅練習実施状況

項目	T1-T3 <sup>a</sup>		T3-T5 <sup>b</sup>	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
自宅練習合計時間(分)	338.6	159.1	367.1	246.9
1日あたりの平均自宅練習時間(分)	6.05	2.84	4.37	2.94
自宅練習のべ日数(日)	40.7	15.9	43.4	28.2
1週間あたりの自宅練習平均実施回数(回)	5.1		3.6	

注: T1-T3は介入開始前から介入終了時までの介入中の期間を、T3-T5は、介入終了1ヶ月後から介入終了3ヶ月後までのフォローアップ期間を示す。

<sup>a</sup>  $n=10$  <sup>b</sup>  $n=9$

表4 アウトカムの経時的変化

評価項目	時期	平均値	標準偏差	95%信頼区間		バイズファクター			
				下限	上限	主効果	多重比較		
反すう	反すう	T1	26.8	6.3	0.81	7.77	135.816***	T1 > T3	4.524*
		T2	23.1	6.5	-1.69	4.73		T1 > T4	29.315**
		T3	21.6	6.8	-2.72	3.44		T1 > T5	106.752***
		T4	20.0	4.4	-3.66	0.58			
		T5	17.7	3.2	-5.59	-1.07			
	反すう制御	T1	14.0	3.1	-2.82	0.25	31.025***	T1 < T3	11.359**
		T2	15.5	3.7	-1.70	1.14		T1 < T4	30.772***
		T3	17.8	2.2	-0.25	2.86		T1 < T5	3.418*
		T4	18.3	2.4	0.08	2.67			
		T5	17.4	2.8	-0.58	1.92			
自尊感情	肯定的自尊感情	T1	16.3	3.1	-1.58	1.42	0.342		
		T2	16.6	2.8	-1.43	1.67			
		T3	17.3	3.4	-1.00	2.07			
		T4	17.4	3.0	-0.69	1.06			
		T5	18.1	3.5	-0.30	1.55			
	否定的自尊感情	T1	14.3	2.0	0.23	2.56	7.769*	T1 > T3	27.472**
		T2	14.0	2.5	0.03	2.31		T1 > T4	5.257*
		T3	12.0	2.3	-1.48	0.68		T2 > T3	5.54*
		T4	12.2	2.3	-0.57	-1.42		T2 > T4	3.859*
		T5	12.6	2.8	-0.34	-1.17			
認知バイアス	先読み	T1	8.1	1.6	0.15	2.20	38.764***	T1 > T2	6.683*
		T2	6.6	1.8	-0.89	0.96		T1 > T4	12.477**
		T3	7.3	1.9	-0.38	1.53		T1 > T5	19.538**
		T4	5.9	1.0	-1.35	-0.05			
		T5	6.0	0.6	-1.27	0.02			
	べき思考	T1	8.8	1.4	-0.05	1.75	10.863**	T1 > T4	3.741*
		T2	8.4	0.9	-0.32	1.44			
		T3	7.9	0.8	-0.65	1.06			
		T4	7.4	1.0	-0.89	0.14			
		T5	7.1	1.6	-1.18	-0.06			
	思い込み・ レッテル貼り	T1	7.9	1.6	-0.21	1.71	4.022*	T1 > T3	3.276*
		T2	7.5	1.8	-0.42	1.41		T1 > T4	4.472*
		T3	7.1	1.6	-0.71	1.09			
		T4	6.2	1.1	-0.60	-1.20			
		T5	6.7	1.4	-0.29	-0.86			
	深読み	T1	9.2	1.5	0.42	2.53	1,273.737***	T1 > T2	3.267*
		T2	7.9	2.1	-0.49	1.43		T1 > T3	15.985**
		T3	7.6	1.9	-0.76	1.18		T1 > T4	89.707***
		T4	6.8	1.7	-0.69	-1.30		T1 > T5	157.903***
		T5	6.4	0.9	-0.98	-1.60			
自己批判	T1	7.1	1.8	-0.11	1.85	3.217*	T1 > T3	39.115***	
	T2	6.5	2.1	-0.47	1.36				
	T3	6.1	1.8	-0.75	1.07				
	T4	5.4	1.1	-0.44	-1.12				
	T5	5.3	1.1	-0.52	-1.20				
白黒思考	T1	7.9	1.5	0.19	2.01	25.148**	T1 > T5	31.523***	
	T2	6.8	1.8	-0.53	1.11		T4 > T5	4.143*	
	T3	6.4	1.7	-0.83	0.79				
	T4	6.7	1.3	-0.59	0.57				
	T5	5.6	1.4	-1.50	-0.21				

表4 アウトカムの経時的変化(つづき)

評価項目	時期	平均値	標準偏差	95%信頼区間		バイズファクター			
				下限	上限	主効果	多重比較		
気分	不安-緊張	T1	6.3	5.0	-0.07	3.11	1.843		
		T2	5.4	5.4	-0.65	2.39			
		T3	3.6	2.7	-1.87	1.05			
		T4	3.0	2.3	-2.27	0.44			
		T5	3.1	2.1	-2.19	0.48			
	抑うつ-落ち込み	T1	3.7	4.2	-0.17	1.82	0.622		
		T2	2.9	3.2	-0.64	1.25			
		T3	2.4	2.5	-0.96	0.89			
		T4	1.8	1.8	-1.37	0.31			
		T5	1.9	1.9	-1.29	0.41			
	怒り-敵意	T1	4.0	3.0	-0.24	1.97	0.979		
		T2	3.8	4.0	-0.35	1.81			
		T3	2.6	1.9	-1.13	0.91			
		T4	1.9	1.1	-1.65	0.35			
		T5	1.9	1.4	-1.69	0.38			
	活気	T1	4.1	3.4	-1.91	0.49	0.769		
		T2	5.1	2.8	-1.18	1.10			
		T3	6.3	3.7	-0.49	1.94			
		T4	4.9	3.7	-1.46	0.75			
		T5	6.8	4.9	-0.26	2.12			
	疲労	T1	9.0	5.7	0.51	4.33	T1>T2	5.427*	
		T2	6.7	5.4	-0.93	2.43	T1>T3	10.149**	
		T3	5.7	4.8	-1.71	1.66	19.627**	T1>T4	5.909*
		T4	4.1	2.7	-2.93	0.15	T1>T5	5.91*	
		T5	4.0	2.3	-3.05	0.02			
	混乱	T1	4.9	4.4	-0.36	2.16	0.663		
		T2	4.4	4.2	-0.65	1.77			
		T3	3.5	2.6	-0.04	1.14			
		T4	2.3	1.2	-2.02	0.19			
		T5	3.2	2.0	-1.37	0.74			

注：T1=介入開始前 ( $n=10$ )、T2=プログラム5回目 ( $n=10$ )、T3=介入終了時 ( $n=10$ )、T4=介入終了1ヶ月後 ( $n=9$ )、T5=介入終了3ヶ月後 ( $n=9$ )を示す。

\*BF=3以上10未満：中程度の証拠 \*\*BF=10以上30未満：強い証拠 \*\*\*BF=30以上：非常に強い証拠

中程度の効果が見られた ( $BF=5.427$ ,  $T1>T2$ ,  $BF=10.149$ ,  $T1>T3$ )。加えて、介入終了後も介入前と比較して中程度の効果が見られた ( $BF=5.91$ ,  $T1>T5$ )。しかし、不安-緊張 ( $BF=1.843$ ,  $error=0.24\%$ )、抑うつ-落ち込み ( $BF=0.622$ ,  $error=0.36\%$ )、怒り-敵意 ( $BF=0.979$ ,  $error=0.28\%$ )、活気 ( $BF=0.769$ ,  $error=0.34\%$ )、混乱 ( $BF=0.663$ ,  $error=0.29\%$ )は有効な効果が示されなかった。

### Ⅲ. 考 察

#### A. アウトカム評価

本研究は、看護師の精神的健康の支援として、反すうの

心理教育を強化した低強度のマインドフルネスプログラムの効果を評価することが主な目的であった。その結果、主要評価項目であった反すうおよび反すう制御において、介入の前後で改善が見られた。さらに副次評価項目であった、認知バイアス、否定的自尊感情、疲労の軽減効果も示唆された。

#### 1. 主要評価項目への効果

本研究では、反すうの軽減および反すう制御の向上が確認され、マインドフルネスが反すう軽減に有用であるとする先行研究 (Borders, 2020; Li, et al., 2022; Perestelo-Pérez, Barraca, Peñate, Rivero-Santana, & Alvarez-Perez, 2017)とも矛盾しない結果であった。マインドフルネスが反すうを軽減するメカニズムには「現在の瞬間」に注意を向ける

呼吸法の実施が重要である。呼吸法では、吸う・吐くときの感覚に注意を払い、注意が逸れたら呼吸に戻す行為を繰り返す。こうした注意制御力の強化は、反すう軽減に有効であり (Figuroa, et al., 2019; Fox, Dutton, Yates, Georgiou, & Mouchlianitis, 2015; Hölzel, et al., 2011), わずか数日の短期トレーニングでもその効果が報告されている (Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian, 2010)。さらに、マインドフルネスにより自分の思考を俯瞰するメタ認知的理解が高まることや (Chaudhary, 2017), 反すうに対する心理教育自体にも、反すうの軽減効果が示唆されていることから (McCarrick, Prestwich, Prudenzi, & O'Connor, 2021), 本プログラムにおいて反すうの軽減が示されたことが考えられる。今後は、注意制御能力を評価する指標を導入することで、プログラムの効果をより明確に評価できる可能性がある。

## 2. 副次評価項目への効果

副次評価項目であった認知バイアスは、すべての下位尺度の軽減が示された。プログラムでは、思考が浮かぶことに対して「いい」「わるい」と評価や判断もせず、意識的に反すうに気づき、注意を呼吸に戻す練習を繰り返した。マインドフルネスの自宅練習は、マインドフルネスの効果である感情調節 (再評価や再統合を含む) と自己の視点の変化 (Hölzel, et al., 2011) および、認知的再評価 (Garland, Gaylord, & Fredrickson, 2011; Troy, Shallcross, Davis, & Mauss, 2013) を促進したのではないかと推察される。これまで、認知的再評価をうまく行えない人は、否定的な認知バイアスが強まることや (Méhu & Scherer, 2015), 状況を客観的に分析し解決に取り組むことが認知バイアスの緩和に有用であることも指摘されている (石川・西山, 2020)。

さらに、反すう傾向のある人は、曖昧な状況や情報をネガティブに解釈する傾向が強く、認知バイアスの強化につながることを指摘されている (Reisberg & Hertel, 2004)。特に、認知バイアスのうち「べき思考」は、うつ病を繰り返す患者の反すうの中心的なものである (Segal, Williams, & Teasdale, 2018/2023)。これらは、反すうが認知バイアスと相互作用し (Poerio, et al., 2013; Wisco, et al., 2014), うつ病エピソードなどの発生につながるという先行研究とも矛盾しない結果であった (Alloy, et al., 2006; Phillips & Hine, 2016)。以上から、認知バイアスの軽減には、マインドフルネスそのものの効果や、反すうの軽減が影響したことが推察された。

自尊感情では、否定的自尊感情の軽減が示された。看護師は「自分には、自慢できるところがあまりない」や「自分は全くだめな人間と思うことがある」などの否定的な自

己評価が強い傾向にある (江口・石田・國方, 2019)。これまで、反すうによる自己、思考、感情に対して判断的な姿勢をとらないことが自尊感情に強く関連していることが指摘されている (Pepping, O'Donovan, & Davis, 2013)。システムティックレビューでも、マインドフルネスは自尊感情の大幅な改善に有用であり (Randal, Pratt, & Bucci, 2015), 特に自尊感情の低い人に有益であるとされている (Pepping, et al., 2013; Pepping, Davis, & O'Donovan, 2016)。本研究結果はこうした知見を支持するものであった。

気分においては、下位尺度の「疲労」に対してのみ顕著な軽減効果が認められた。この効果の要因として、マインドフルネスの実践に伴う生理学的な変化が関与している可能性が考えられる (Nyklicek & Kuijpers, 2008)。具体的には、呼吸法により、交感神経活動優位から副交感神経活動優位へ移行 (熊野, 2016; 奥野, 2016) し、心身が緊張状態から解放され、落ち着いた穏やかな状態へと移行したことの影響が推察される。

一方、「不安-緊張」「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」については明確な軽減が認められなかった。これまでに、マインドフルネスの中核的要素 (気づきと受容的態度) のうち、受容的態度は重要な感情調節メカニズムであることが指摘されている (Lindsay & Creswell, 2019)。そして、抑うつ気分や不安には、マインドフルネスの「気づき」よりも、非評価的な態度 (受容的態度) がより効果を及ぼすことが指摘されている (Ådnøy, Solem, Hagen, & Havnen, 2023)。なぜならば、気づきのみが高く受容的態度が十分ではない場合、気づきは、これまで意識していなかった不快な気分を意識させることにつながり、抑うつ、不安が現れやすいからである (前川・越川, 2015)。つまり、参加者は、「不安-緊張」や「抑うつ-落ち込み」, 「怒り-敵意」などの気分気づきやすくなった結果、気分得点の変化が生じにくかった可能性が考えられる。以上より、気分のうち疲労のみ軽減効果が示された理由として、プログラムにより受容的態度よりも気づきが涵養されたことや、生理学的な変化が推察された。

## B. プログラムの総合評価

マインドフルネス介入では、練習時間が長いほど効果が高まることが報告されている (Crane, et al., 2014; Parsons, Crane, Parsons, Fjorback, & Kuyken, 2017)。しかし、MBCTによるうつ病患者を対象とした研究では約30%の脱落が報告され、離脱の原因として反すうが指摘されていた (Banerjee, et al., 2018; Crane & Williams, 2010)。そこで本研究では、看護師が実践しやすい精神的健康の支援を目指し、反すうの心理教育を強化した低強度マインドフルネスプログラムを開発し、その効果を検討した。

結果として、主要評価項目である反すうの軽減が確認された。さらに、反すうの軽減に伴い、副次評価項目である認知バイアス（特に「先読み」と「深読み」）の改善、否定的自尊感情の軽減、気分（疲労）の軽減が示唆された。また、本プログラムは看護師が三交代勤務を続けながらも十分に完遂可能であり、「無理なく参加できた」というフィードバックが得られ、有害事象の報告もなかった。以上より、プログラムは看護師の精神的健康の支援法の一つとして有用であることが推察される。しかし、フォローアップ期間では自宅練習の取り組み時間の減少が報告されていた。介入期間中はプログラム内で自宅練習が推奨されたことが、練習の継続を促進し、一定の効果をもたらした可能性もある。今後は、さらに実践を定着させるための工夫が求められる。

最後に、本研究にはいくつかの限界がある。第一に、前後比較デザインを採用しており、サンプル数が少なく対照群を設定していないため、結果の一般化には慎重な解釈が求められる。第二に、今回の参加者は、明確な健康問題改善効果について判断が難しい。今後は、精神的健康に悩みを抱える参加者を対象にした研究や、対照群を設けた研究デザインを用いることで、プログラムの効果をさらに詳細に評価することが求められる。

## 結 論

看護師の精神健康の支援として反すうの心理教育を強化した低強度マインドフルネスプログラムを開発し効果の評価を行った。10名の看護師に対して全8回のプログラムを実施した結果、主要評価項目である反すうの軽減が示され、副次評価項目である認知バイアス（先読み、べき思考、深読み、白黒思考）の軽減、否定的自尊感情の軽減、疲労の軽減効果が示唆された。また、本研究におけるプログラムの完遂率は100%であり有害事象の報告もなかったことから、安全かつ有用なプログラムであることが推察された。一方で、本研究はサンプル数が限られており、対照群を設けていない前後比較デザインであるため、結果の一般化には課題が残る。今後は、サンプルサイズを増やし、対照群を設けた研究を行うことで、より信頼性の高いエビデンスを構築する必要がある。

## 謝 辞

まず、本プログラムにご参加いただいたすべての看護師の皆様ならびに、ご支援いただいた病院スタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。また、プログラムの作成および実施に際し、貴重なご助言をくださいました國方弘子先生、ならびに介入実施にお力添えしていただきました橋本

茂先生にも、厚く御礼申し上げます。最後に、本論文の作成にあたり、ご助言くださいました皆様に、改めて心より感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 文 献

- Ådnøy, T., Solem, S., Hagen, R., Havnen, A. (2023). An empirical investigation of the associations between metacognition, mindfulness experiential avoidance, depression, and anxiety. *BMC Psychology, 11*(1), 281. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01336-7>
- Allen, N.B., Blashki, G., Gullone, E. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(4), 285-294.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Panzarella, C., Rose, D.T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(1), 145-156.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Banerjee, M., Cavanagh, K., Strauss, C. (2018). Barriers to Mindfulness: A path analytic model exploring the role of rumination and worry in predicting psychological and physical engagement in an online mindfulness-based intervention. *Mindfulness, 9*(3), 980-992.
- Beck, A.T. (1987) / 神村栄一, 坂野雄二訳 (1992). うつ病の認知療法. (pp.234-261). 東京: 岩崎学術出版社.
- Borders, A. (2020). *Rumination and related constructs*, 345-379, Cambridge: Academic Press.
- Braun, S.E., Kinser, P.A., Rybarczyk, B. (2019). Can mindfulness in health care professionals improve patient care? An integrative review and proposed model. *Translational Behavioral Medicine, 9*(2), 187-201.
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health, 33*(1), 3-13.
- Chaudhary, S. (2017). Mindfulness: A key to improve metacognitive skills. *International Education and Research Journal, 3*(3), 59-60.
- Coffey, K.A., Hartman, M., Fredrickson, B.L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness, 1*(4), 235-253.
- Crane, C., Crane, R.S., Eames, C., Fennell, M.J.V., Silverton, S., Williams, J.M.G., Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in mindfulness based cognitive therapy on hazard of relapse to depression in the staying well after depression trial. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 17-24.
- Crane, C., Williams, J.M.G. (2010). Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. *Mindfulness, 1*(1), 10-20.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., Aiken, L.H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout

- and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), e008331.
- 江口実希, 石田実知子, 國方弘子 (2019). 中学生、高校生、大学生、看護師を対象とした反すうと自尊心の検討. *神戸常盤大学紀要別冊*, 13, 4.
- 江口実希, 國方弘子, 土岐弘美 (2016). 認知の偏りと抑うつとの関連: 認知の偏り測定尺度の妥当性と信頼性の検討から. *厚生 の指標*, 63(8), 22-27.
- Ehring, T., Watkins, E. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- Figuroa, C.A., DeJong, H., Mocking, R.J. T., Fox, E., Rive, M.M., Schene, A.H., Stein, A., Ruhé, H.G. (2019). Attentional control, rumination and recurrence of depression. *Journal of Affective Disorders*, 256, 364-372.
- Fox, E., Dutton, K., Yates, A., Georgiou, G.A., Mouchlianitis, E. (2015). Attentional control and suppressing negative thought intrusions in pathological worry. *Clinical Psychological Science*, 3(4), 593-606.
- Garland, E.L., Gaylord, S.A., Fredrickson, B.L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59-67.
- Günüşen, N.P., Üstün, B. (2009). Turkish nurses' perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review*, 56(2), 237-242.
- Heuchert, J.P., McNair, D.M. (2015) / 横山和仁監訳 (2015). *POMS 2日本語版 マニュアル*, 11-23. 東京: 金子書房.
- Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R., Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- 堀 啓造 (2003). Rosenberg 日本語訳自尊心尺度の検討. <http://fourier.ec.kagawa-u.ac.jp/~hori/yomimono/sesteem.html> (参照 2024年1月15日)
- Howarth, A., Smith, J.G., Perkins-Porras, L., Ussher, M. (2019). Effects of brief mindfulness-based interventions on health-related outcomes: A systematic review. *Mindfulness*, 10(3), 1957-1968.
- 石川いずみ, 西山 薫 (2020). 適応的・不適応的な反すうへ認知的統制が与える効果の検討. *北海道心理学研究*, 42, 50.
- 伊藤 拓, 上里一郎 (2001). ネガティブな反すう尺度の作成およびうつ状態との関連性の検討. *カウンセリング研究*, 34(1), 31-42.
- Jeffreys, H. (1961). *Theory of probability 3rd Edition*. Oxford: Clarendon Press.
- Kabat-Zinn, J. (1993) / 春木 豊訳 (2007). *マインドフルネスストレス低減法*. 京都: 北大路書房.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
- 熊野宏昭 (2016). *実践! マインドフルネス: 今この瞬間に気づき青空を感じるレッスン*. 39. 宮城: サンガ.
- Kuster, F., Orth, U., Meier, L.L. (2012). Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: A five-wave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6), 747-759.
- Lazarus, R.S. (1999) / 本明 寛監訳, 小川 浩, 野口京子, 八尋華那雄訳 (2004). *ストレスと情動の心理学—ナラティブ研究の視点から*. 東京: 実務教育出版.
- Lindsay, E.K., Creswell, J.D. (2019). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: Perspectives from monitor and acceptance theory (MAT). *Current Opinion in Psychology*, 28, 120-125.
- Li, P., Mao, L., Hu, M., Lu, Z., Yuan, X., Zhang, Y., Hu, Z. (2022). Mindfulness on rumination in patients with depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16101. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316101>
- 前川真奈美, 越川房子 (2015). 6因子マインドフルネス尺度 (SFMS) の開発. *健康心理学研究*, 28(2), 55-64.
- McCarrick, D., Prestwich, A., Prudenzi, A., O'Connor, D.B. (2021). Health effects of psychological interventions for worry and rumination: A meta-analysis. *Health Psychology*, 40(9), 617-630.
- Mehu, M., Scherer, K.R. (2015). The appraisal bias model of cognitive vulnerability to depression. *Emotion Review*, 7(3), 272-279.
- Morey, R.D. (2018, 5, 19). BayesFactor: Computation of Bayes Factors for common designs. Version 0.9.12-4.7. Retrieved from <https://packages.renjin.org/package/org.renjin.cran/BayesFactor> (accessed 2024-12-13)
- National Institute for Health and Care Excellence (2022, 6, 29). Depression in adults: treatment and management NICE guideline [NG222]. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222> (accessed 2022-6-29).
- 日本看護協会 (2023, 3, 31). 病院看護実態調査. [https://www.nurse.or.jp/home/assets/20230301\\_n104.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/assets/20230301_n104.pdf) (参照 2024年2月16日).
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nyklíček, I., Kuijpers, K.F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.
- 奥野元子 (2016). 禅の呼吸法によるストレス低減効果—生理的指標 (唾液アミラーゼ・血圧) と心理的指標 (POMS・感想) による評価— (博士論文, 京都大学). 京都大学学術情報リポジトリ. <https://doi.org/10.14989/doctor.k19413>
- Orth, U., Robins, R.W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.
- Ozechowski, T.J. (2014). Empirical Bayes MCMC estimation for modeling treatment processes, mechanisms of change, and clinical outcomes in small samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 854-867.
- Parsons, C.E., Crane, C., Parsons, L.J., Fjorback, L.O., Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41.
- Pepping, C.A., Davis, P.J., O'Donovan, A. (2016). Mindfulness for cultivating self-esteem. In E. Shonin, W.V. Gordon, M.D. Griffiths (Eds.), *Mindfulness and buddhist-derived approaches in mental health and addiction* (pp.259-275). New York: Springer Cham.
- Pepping, C.A., O'Donovan, A., Davis, P.J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 376-386.
- Perestelo-Pérez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3),

- 282-295.
- Phillips, W.J., Hine, D.W. (2016). En route to depression: Self-esteem discrepancies and habitual rumination. *Journal of Personality, 84*(1), 79-90.
- Poerio, G.L., Totterdell, P., Miles, E. (2013). Mind-wandering and negative mood: Does one thing really lead to another?. *Consciousness and Cognition, 22*(4), 1412-1421.
- Randal, C., Pratt, D., Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: A systematic review. *Mindfulness, 6*(6), 1366-1378.
- Reisberg, D., Hertel, P. (2004). *Memory and emotion*. 186-211, Oxford: Oxford University Press.
- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002) / 越川房子監訳 (2007). *マインドフルネス認知療法: うつを予防する新しいアプローチ*. 京都: 北大路書房.
- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2018) / 越川房子訳 (2023). *マインドフルネス認知療法 [原著第2版]*, 57. 京都: 北大路書房.
- Sürü, D. (2023). Rumination as a transdiagnostic notion. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 13*(69), 194-201.
- 田淵梨絵, 及川 恵 (2018). 適応的な自己注目を促進する心理教育プログラムの検討. *日本心理学会大会発表論文集, 82*, 2EV-029.
- 田島美幸 (2013). あなたの考え方チャートをつくってみよう!. *こころの元気+*, 7(6), 8-9.
- Troy, A.S., Shallcross, A. J., Davis, T.S., Mauss, I.B. (2013). History of mindfulness-based cognitive therapy is associated with increased cognitive reappraisal ability. *Mindfulness, 4*(3), 213-222.
- Watkins, E.R., Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy, 127*, 103573.
- Wisco, B.E., Gilbert, K.E., Marroquín, B. (2014). Maladaptive processing of maladaptive content: Rumination as a mechanism linking cognitive biases to depressive symptoms. *Journal of Experimental Psychopathology, 5*(3), 329-350.
- World Health Organization. (2021, 9, 21). Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (accessed 2024-11-19)
- 山本真理子, 松井 豊, 山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究, 30*(1), 64-68.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition, 19*(2), 597-605.

[2024年3月19日受 付]  
[2025年3月7日採用決定]

# Evaluation of the Effectiveness of Low-intensity Mindfulness Program with Enhanced Psychoeducation on Rumination for Supporting Nurses' Mental Health

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(4), 563-574  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250307263>

Miki Eguchi, PhD

Kobe Tokiwa University, Hyogo, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to evaluate the effectiveness of a low-intensity mindfulness program in supporting nurses' mental health. **Methods:** The program consisted of eight weekly sessions (approximately 30 minutes per session). Participants were also encouraged to engage in daily mindfulness practice for at least 10 minutes as homework. Self-administered questionnaires were distributed at five time points (before the program, in the fifth week, at the program's end, one month after completion, and three months after completion) to assess the program's effectiveness. The outcomes included measures of rumination, cognitive biases, mood, and self-esteem. One-way repeated-measures analysis of variance was conducted using Bayesian estimation. **Results:** Participants demonstrated significant improvements in rumination, cognitive biases (e.g., fortune-telling error, "should" thinking, jumping to conclusions, and all-or-nothing thinking), negative self-esteem, and fatigue. **Conclusions:** A low-intensity mindfulness program focusing on rumination was effective in supporting nurses' mental health.

## Key words

Mindfulness, nurse, rumination, mental health

---

**Correspondence:** M. Eguchi. Email: [m-eguchi@kobe-tokiwa.ac.jp](mailto:m-eguchi@kobe-tokiwa.ac.jp)

# 病院勤務看護師が高齢者看護において抱くジレンマに関する文献研究

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(4), 575-583  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250331265>

早川仙華<sup>1</sup>, 森井暁音<sup>2</sup>, 村上 章<sup>3</sup>, 青柳寿弥<sup>3</sup>

<sup>1</sup>富山県立中央病院, <sup>2</sup>富山赤十字病院

<sup>3</sup>富山県立大学

## 要旨

**目的:** 高齢者看護において病院勤務看護師がジレンマを抱く場面を, 先行研究を基に明らかにすること。**方法:** 医中誌Webを用い, 「看護師」「高齢者」「ジレンマ」「葛藤」をキーワードとして検索し, 原著論文13文献を分析対象とした。13文献からジレンマを抱く場面が記載された箇所を抽出し, 内容の類似性を基に質的帰納的に分析した。**結果:** ジレンマを抱く場面として, 43コードから17サブカテゴリー, 6カテゴリー, 2コアカテゴリー〈患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ〉と〈医療環境と看護師間で生じるジレンマ〉が見出された。**結論:** 高齢患者の特徴を踏まえたアセスメントを行った上で, 患者・家族への十分な説明と納得できるケアや関わりを行うこと, 医療者間で看護実践の中で生じたジレンマやその対処法を共有し互いに高め合える職務環境の醸成の必要性が示唆された。

## キーワード

病院勤務看護師, ジレンマ, 高齢者, 文献レビュー

責任著者: 青柳寿弥. Email: hisami.aoyagi@pu-toyama.ac.jp

## はじめに

現在の我が国は, 高齢化率29.0%の超高齢社会となり(内閣府, 2023), 入院患者の74.7%が65歳以上である(厚生労働省, 2022)。高齢者は, 住み慣れた環境から入院に伴う環境の変化によって身体機能の低下やせん妄, 抑うつなどの心理的合併症を起こしやすい。そのため, 看護師は入院加療に伴って生じやすい高齢者にとっての不利益な状況が起こらないよう, 様々な工夫を行っている。しかしながら, 認知症や術後せん妄による意思疎通の難しい高齢者への対応, 高齢患者の入院中の危険を回避するための取り組み, マンパワー不足による業務の過負担, 安全のためにせざるを得ない抑制等様々な状況は, 看護師に高齢者看護への困難感やジレンマを抱かせていると報告されている(乙村・徳川, 2011; 新谷・小川・今井, 2014; 渡邊・花田・塩見・竹崎, 2021)。実際に, 看護師を対象とした調査では, 高齢者看護を実践している看護師の8割が何らかのジレンマを感じていると報告されている(山本, 2008)。臨床現場で看護師が抱くジレンマやネガティブな感情は, ケアを通して対象者に不快な感情や体験を与えることにつながると述べられており(乙村・徳川, 2011), 看護師が抱くジレンマへの対処に関する方策検討は, 重要な課題で

あるといえる。

看護職がこのようなジレンマを抱く背景には, 医療専門職者として基礎教育から培われてきたプロフェッショナルリズムが大きく影響しているといえる。看護師は専門職業人として, その役割と責任等について倫理綱領が定められている。国内で最初に明文化されたのは, 1988年に策定された「看護師の倫理規定」である(公益社団法人日本看護協会, n.d.)。これは, 国際看護師協会の「国際看護師倫理綱領」を基に作成された。その後, 看護を取り巻く環境の変化に合わせて, 2003年に「看護師の倫理綱領」, 2021年3月には「看護職の倫理綱領」として改訂され, 超高齢社会や医療の高度化, 人々の健康や人生に対する価値観の変容に伴う人々の権利に対する考え方の多様化に応じていく支援や, 看護職者が人々の尊厳を守り尊重すること等が強調されている(公益社団法人日本看護協会, n.d.)。

このように, 近年, 看護職の活躍する様々な場において対象者一人一人がその人らしく生きることを支援できるように, 患者・家族の意向を看護ケアに反映させるなど倫理意識の必要性が見直されている。しかしながら, 高齢者看護では, 患者や家族のアドヒアランスを高める目的で詳細な情報提供を行ったとしても, 患者の認知機能の低下によって治療を継続できない場合や, 患者と家族の治療方針

が一致しない状況もある。また、対象者の回復を第一に考えた治療の中では、治療の遂行に価値が偏り、患者の安全上やむを得ず身体拘束を実施するという状況も少なくない(東郷・西俣, 2023)。身体拘束の実施には多くの弊害があり、人権尊重の立場から行うべきではないという認識はあっても、転倒やチューブ類の管理を目的として身体拘束が実施され(渡邊ほか, 2021)、このような状況に多くの看護師がジレンマを抱いている。

以上より、専門職業人として看護師に求められる倫理規範と、病院における医療の高度化や高齢化率の上昇に伴う高齢者看護を取り巻く構造の複雑さは、看護師に様々な場面でジレンマを抱かせ、高齢者看護への困難を生むと考えられる。そのため、看護師が高齢者看護において抱くジレンマへの方策検討のためにも、まずは、ジレンマを抱く場面をこれまでの日本国内で発表された先行研究から統合して示す必要があると考えた。したがって、本研究では、先行研究を基に病院勤務看護師の高齢者看護においてジレンマを抱く場面を明らかにすることを目的とした。

## I. 用語の操作的定義

「ジレンマ」および「場面」について、広辞苑第七版の定義を参考に以下のような操作的定義を行った。

ジレンマ：高齢者看護において看護師が相反する2つの事

柄の板挟みになり、どちらも決めかねる状態。

場面：高齢者看護における看護師の個々の行為を成り立たせている環境・状況。

## II. 研究方法

### 1. 文献の検索方法

医中誌Webにおいて「看護師and高齢者and(ジレンマor葛藤)」という検索式を用い、「原著論文」に限定して検索した。検索対象期間は、2023年7月31日までに発表されたすべての論文とした。

### 2. 文献の選定方法

上記の文献検索の結果、計238件の文献が抽出された。このうち、論文題目と抄録、本文を確認し、①研究対象が看護師ではないもの、看護の対象が高齢者でないものおよび、高齢者看護を想起した看護師の語りが結果にないもの、学術誌以外170件、②看護師の所属が病院以外、研究目的に合致していないもの35件、③具体的なジレンマの場面が記載されていないもの20件の計225件を除外し、上記の除外条件に該当しない13件を分析対象文献とした(図1)。選定の全過程において、老年看護学を専門とする研究者らにスーパーバイズを受け、研究者間で確認し合いながら検討した。

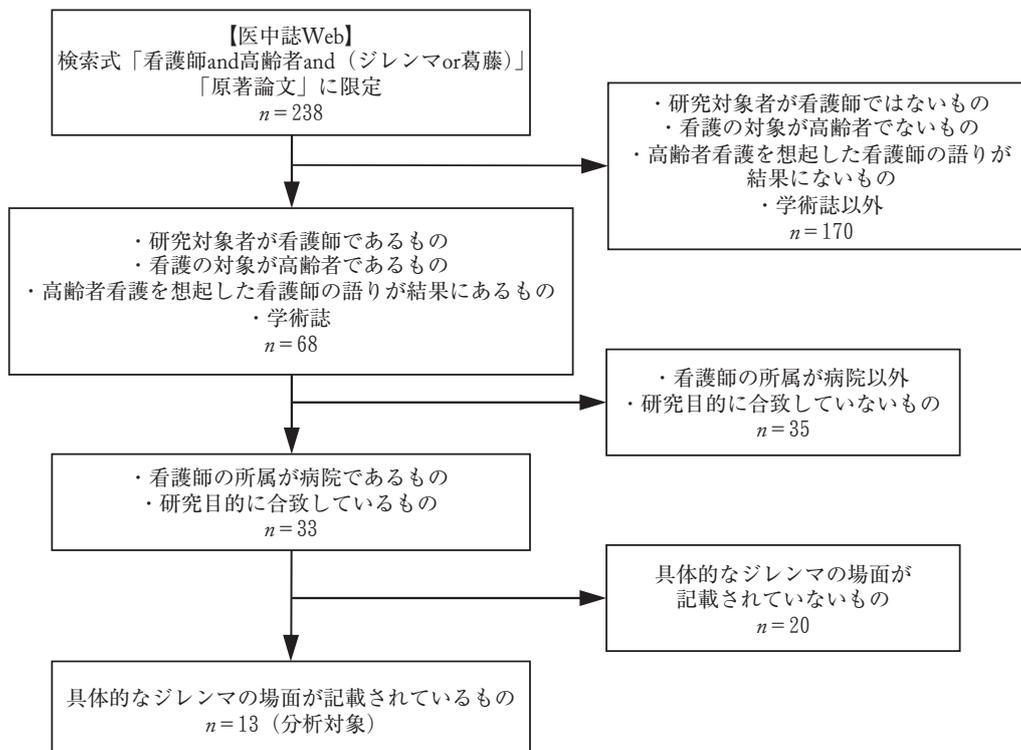


図1 分析対象文献の抽出過程

### 3. 分析方法

分析対象となった13文献のタイトル, 著者名, 発行年, 研究目的, 研究方法, 研究対象者について, データを整理した(表1)。次に, 坂下・宮芝・小野(2023), 菅野・白井・星・吉田・叶谷(2021)の分析方法を参考に得られた本文をすべて精読し, 病院勤務看護師が高齢者看護でジレンマを抱く場面について具体的に述べられている記述内容を抽出した。抽出した内容を意味のあるまとまりごとに, その意味内容を損なわないようにコード化した。コードの類似性に基づいて分類し, サブカテゴリー, カテゴリー,

コアカテゴリーの順に抽象度を高めた。分析の全過程において, 老年看護学を専門とする研究者らにスーパーバイズを受け, 繰り返し討議し, 研究結果の妥当性の確保に努めた。

### 4. 倫理的配慮

文献の著作権が侵害されないよう, 出典および引用内容を正確に記述した。また, 研究内容を正確に読み取り, 著者の意図に反しないように配慮した。

表1 高齢者看護における看護師のジレンマに関する文献リスト

No.	タイトル	著者名 (発行年)	研究目的	研究方法	研究対象者
1	急性期一般病棟看護師の身体拘束に対する思いとジレンマ	東郷ほか (2023)	急性期一般病棟に勤務する看護師が, 身体拘束に対してどのような思いを持ち, どのようなことにジレンマを感じているのか, 臨床経験年数によって特徴があるのかを明らかにする	質的	急性期一般病棟に勤務する看護師15名
2	急性期病院において認知症ケアを推進する看護師の活動上の障壁と克服過程	杉岡ほか (2022)	急性期病院にて認知症ケアを推進する看護師の活動上の障壁と克服過程を明らかにする	質的	認知症研修を受講し, 認知症ケアを実践している看護師11名
3	COVID-19流行下における急性期病院に入院する認知症高齢者の状況と看護実践: 認知症看護認定看護師へのインタビュー調査	鈴木ほか (2022)	認知症看護認定看護師にインタビュー調査を行い, COVID-19流行下における急性期病院に入院する認知症高齢者に及ぼす影響と看護実践を明らかにする	質的	急性期病院に勤務する認知症看護認定看護師9名
4	術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感	渡邊ほか (2021)	術直後の床上安静期において急性期病院に勤務する看護師が認知症高齢者のケアに対し, どのような困難感を抱いているかを明らかにする	質的	急性期病院で3年以上の経験を有し, 認知症高齢者の術後ケアに携わっている病棟看護師10名
5	急性期病院において危険行動により薬物療法を受ける認知症高齢者のケアに関わる看護師の認識	藤井ほか (2021)	急性期病院で危険行動により薬物療法を受けている認知症高齢者のケアに関わる看護師の認識を明らかにする	質的	認知症高齢者の身体疾患治療に従事する看護師10名
6	療養病棟における高齢者の廃用症候群予防ケアに関する看護職のジレンマ	畔上 (2019)	廃用症候群予防ケアにおいて, 必要なケアをしたいけれどできないという看護師のジレンマを明らかにする	質的	療養病棟で3年以上経験し, 現在も療養病棟に勤務している看護師10名
7	特定機能病棟の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題	木島ほか (2018)	特定機能病棟の看護師がとらえる認知症高齢者へのケア上の課題を明らかにする	質的	認知症高齢者の看護経験がある看護師24名
8	周手術期における認知症患者への関わり方の現状と課題	河相ほか (2017)	認知症患者の周手術期の看護における看護師の思いを明らかにする	質的	急性期病院の周手術期における認知症患者を看護した看護師6名
9	障害者病棟における身体拘束を減少させる看護ケア改善の取り組み	竹内ほか (2017)	障害者病棟において拘束解除の取り組みを実施し, その効果と看護職員の身体拘束に対する認識と行動の変化を明らかにする	ミックス メソッド	障害者病棟に勤務する看護師18名
10	精神科病院の急性期高齢精神患者への行動制限に関する看護師の体験	山岡ほか (2016)	急性期高齢精神患者への行動制限に関する看護実践を明らかにする	質的	急性期精神科病棟に勤務する看護師5名
11	きわめて重い嚥下障害のある高齢患者の摂食援助に対する看護師の考え方: 紙上事例を用いて	米村ほか (2015)	重度嚥下障害のある高齢患者の摂食援助に対する看護師の考え方を明らかにする	ミックス メソッド	療養型病棟, 回復期リハビリテーションを有する病院の看護師129名
12	精神科病院療養病棟の看護師が捉える高齢者虐待と身体拘束: 面接調査の結果より	松下ほか (2014)	精神科病院療養病棟に勤める看護師の高齢者虐待や身体拘束に関する認識等を明らかにする	質的	精神科病院の精神科療養病棟に勤務する看護師9名
13	看護管理者が臨床で経験した看護ケア上でのジレンマ	橋本ほか (2003)	看護管理者が経験した看護ケア上でのジレンマを明らかにする	質的	病院に勤務する中間管理職以上の看護管理者16名

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 文献の属性

13文献の年次推移を見ると2003年が最も古く、2014年以降、2020年を除いて毎年1件以上の研究が発表されていた。また、研究方法の内訳は、質的研究11件、ミックスメソッド2件であった。研究対象者の所属が明確に記載されていたのは12件であり、その内訳は、急性期病院6件、精神科病院2件、特定機能病院1件などであった。また、認知症看護に焦点を当てた文献は6件だった。

#### 2. 高齢者看護において病院勤務看護師がジレンマを抱いた場面

高齢者看護において、病院勤務看護師がジレンマを抱く場面を分析した結果、43のコードから17のサブカテゴリ、6つのカテゴリ、2つのコアカテゴリが抽出された。以下、コアカテゴリを〈 〉、カテゴリを【 】, サブカテゴリを『 』で示す。

高齢者看護において、病院勤務看護師がジレンマを抱く場面は〈患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ〉と〈医療環境と看護師間で生じるジレンマ〉に大別され、〈患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ〉は、【業務に追われ患者に十分に寄り添えない場面】【患者と家族の希望の相違がある中で看護ケアを行う場面】【看護師の思いに反して安全確保のために身体抑制をせざるを得ない場面】【病気や加齢による機能維持・向上の限界のために最適なケアを描くことができない場面】の4カテゴリで構成された。〈医療環境と看護師間で生じるジレンマ〉は、【自分と他の医療従事者の方針に相違がある場面】【職場環境や風土によって自身の目指す看護への到達が難しい場面】の2カテゴリで構成された(表2)。

##### (1) 〈患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ〉

【業務に追われ患者に十分に寄り添えない場面】は、『日々の業務に追われケアが必要な患者とゆっくり関わることができない現状』や、『患者の安全を優先することによる患者が抱くニーズに応えられない申し訳なさ』等といった、患者と関わる時間をもっと作りたいという思いと、ケアを行うための時間が確保できない現状により、患者の思いに十分に届かないというジレンマの場面であった。

【患者と家族の希望の相違がある中で看護ケアを行う場面】は、『本人の希望と予測される家族への心理的負担に対する辛さ』や、『本人の望まない身体抑制や延命治療と家族の希望の板挟み』といった、患者と家族それぞれの異なる希望や思いに挟まれ、看護の方向性を決めかねるというジレンマの場面であった。

【看護師の思いに反して安全確保のために身体抑制をせざるを得ない場面】は、『身体抑制の解除とそれによって不利益が生じた経験の対立』や、『身体抑制へのためらいと患者の自己抜去によるリスクの対立』等といった、患者への身体抑制による影響と実施しない場合の身体的リスクに挟まれ、身体抑制をせざるを得ない状況にジレンマを抱く場面であった。

【病気や加齢による機能維持・向上の限界のために最適なケアを描くことができない場面】は、『病気や加齢に伴う身体機能変化を理由に更衣や移動、食事のQOLを向上させるケアが消極的になってしまう現状』や、『経験で得た患者の加齢変化から予測される回復の限界と期待の不一致』といった、患者の安全とQOLの維持に対して優先すべきことの判断に迷うというジレンマの場面であった。

##### (2) 〈医療環境と看護師間で生じるジレンマ〉

【自分と他の医療従事者の方針に相違がある場面】では、『自分と他の看護師の看護観の相違』や、『自身の看護観と医師の方針との対立』といった、他の医療従事者との考え方の相違に対してジレンマを抱く場面であった。

【職場環境や風土によって自身の目指す看護への到達が難しい場面】は、『職場の風土によって身体抑制をなくせない現状』や、『患者にとって悪影響の少ない方法があるにもかかわらず物理的環境の不十分さによって実践できない現状』といった、看護師間の倫理的な感受性の差や、職場環境によって理想とするケアを行えないことに対してジレンマを抱く場面であった。

### Ⅳ. 考 察

本研究の結果から、医療者と患者・家族の認識に相違がある状況の中でも、患者への質の高いケアの提供をしたいという看護師の職業意識および価値観から看護師のジレンマが生じていたと考えられた。高齢者看護において、看護師は質の高い看護を目指す意識や価値観を守るために、忙しい業務の中で患者・家族へのケアの場面や医療環境と看護師間でジレンマを抱いていた。考察では、高齢者看護で特徴的なジレンマについて、高齢者看護において最適なケアを描くことができない場面と高齢者看護において身体抑制をせざるを得ない場面の2つの視点からまとめ、ジレンマへの方策検討のための看護の示唆を得ることとする。

#### 1. 高齢者看護において最適なケアを描くことができない場面で生じるジレンマ

【病気や加齢による機能維持・向上の限界のために最適なケアを描くことができない場面】では、高齢患者の身体的な安全を考慮したいという思いと、QOLを優先したい

表2 高齢者看護において看護師がジレンマを抱いた場面

コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献No.
患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ	業務に追われ患者に十分に寄り添えない場面	患者の安全を優先することによる患者が抱くニーズに応えられない申し訳なさ	安全が優先で(拘束を)外してほしいという思いに応えられない	1
			患者は嫌と言っているのに、安全優先で拘束することに申し訳ない気持ちがある	1
			本人の希望だったり、家族の希望を叶えてあげたい、っていうことと、なんかこう、そういった、ことが入り交じってですねえ(つまり本人・家族の希望と、生命の危機のリスクと、療養病棟で尊重すべきこと、といった相反する問題が入り交じる)	6
		日々の業務に追われ患者の希望を叶えられないもどかしさ	ニーズを発している患者さんは、少しでも早く対応してくれることを望んでいますし、また対処しなければならないニーズですが、1日20回を超すナースコールに対してAさんだけを優先できない現状に、いつも「良い看護とは、質の高い看護とは」と考えさせられています	13
			週1回のシャワー浴なので、患者は期待しているが、業務多忙で援助できない	13
			看護師も、そんなに長く関われないっていう部分では、その辺りで(現れる症状に)違いがあるってことは分かっているんだけど、その違いに対応しきれないっていう、その部分でジレンマが多い感じがします	2
		日々の業務に追われケアが必要な患者とゆっくり関わることができない現状	認知症患者の生活面にゆっくり関わりたいが、業務の優先順位を考えて行動してしまう	8
			診療報酬上でも付き添いは認められず、看護師で対応しなければならないが、特に夜間は2人であり患者の精神面など十分な対応ができない	13
			看護婦として看護業務に専念できるようにと思うが、雑務に追われる(訴えは無いが何かしたいことがあるのではないかと考えてケアすること)、あの、考えて手を掛けてあげられる時間も、無いから、例えば散歩に連れてってあげたいなって思っても、それをやる時間がなくて、何となく日々の業務だけで、過ぎてっちゃう	6
			スクイージングとかはやると結構やっぱりあれですかね、こう、痰が出しやすくなったりとかするんですけど、それもなんか結構時間をしっかり取ってやらなければいけないものだったりしたので、とか、あとはそうですねえ、こう、あの、吹く物を使ってなんか結構やってもらったりとか、そういうのがほんとはできたらいいとか。なんか、こう、歌を歌うとか、そういうことだったりも、その肺の方のリハビリにもなるのかなあとか。色々考えるんですけど、考えはあるけど、実際、時間が無い……	6
	患者と家族の希望の相違がある中で看護ケアを行う場面	もっと(関節拘縮予防などのリハビリや離床に)関わってあげなきゃいけないとは思っているんですけどなかなか関われずにいる	6	
		本人の希望と予測される家族への心理的負担に対する辛さ	本人の意思を尊重したいが、肺炎でもがき苦しんでいるのを見る家族の気持ちを想像するとつらい	11
		本人の望まない身体抑制や延命治療と家族の希望の板挟み	(拘束は)不要であることを説明したが、家族が(拘束することを)希望した	1
		本人の望まない延命処置を家族の思いで行った時の抑制	1	
	看護師の思いに反して安全確保のために身体抑制をせざるを得ない場面	身体抑制をしたくないがやむを得ず行う現状	拘束は、くくりたくないが患者のために行っている	10
		安全確保とそれに伴う身体損傷のリスクがある患者への影響の対立	みんな、できれば拘束したくないと思っているが、やむを得ず行っている状況もあると思う	9
		身体抑制の解除とそれによって不利益が生じた経験の対立	身体拘束をしたくないが、患者の安全上やむを得ない	1
		身体抑制へのためらいと患者の自己抜去によるリスクの対立	(薬物療法は)できるだけ使わない方がいいとは思いますが、第一に患者さんの安全が大事だと思うので、柵を乗り越えて転倒につながる危険性があれば、使わないといけないと思う	5
			かわいそうだけど、過去の苦い経験で外してあげられない	1
		身体抑制へのためらいと患者の自己抜去によるリスクの対立	頭では分かっても解除するにあたっては不安になり踏み切れない時もある	9
結局縛らなかった場合、(ルートやドレーン)抜かれることも多々ありますし、でも縛るっていう行為に抵抗があるので悩みますね。どっちが良かったのかと思います			4	
なるべくなら、縛ってあげたくない。かといって、胸腔ドレーンとか抜かれたら大変なので、っていうジレンマがあります			4	
(精神症状が悪化した患者に)点滴治療時の行動制限は必要だが申し訳ない気持ちがある			10	
		身体拘束もなるべく外したいって思うんだけど、解除できない。解除してみたところでやっぱり……それでまた転んじったりとか(苦笑い)、掻き掻いて傷になっちゃったとか、それとかチューブ抜いちゃうとか……	6	

表2 高齢者看護において看護師がジレンマを抱いた場面(つづき)

コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献No.
患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ	病気や加齢による機能維持・向上の限界のために最適なケアを描くことができない場面	病気や加齢に伴う身体機能変化を理由に更衣や移動、食事のQOLを向上させるケアが消極的になってしまう現状	あんまり拘縮がどんどんひどくなってくるとやっぱり骨折のリスクが増してきて怖いからあ、衣類着せたりするのも(本当はきちんと着せたいのだが) ちょっと上着せ(前から上着の袖を通して上体に掛ける)にさせてもらったりとか	6
			移動自体が、また(骨折の)リスク?になっちゃったりするからあ、まあそうやるとなかなか、介入できるいろんなことがね、やるのってやっぱり、慎重になっていくとほんとにもう、そこからもう、褥瘡予防とかあ、除圧とか(の体位変換やポジショニングのような、身体をほとんど動かさないケア)。そういう風にしかね、ちょっと(身体を動かすケアは)、なかなかできなくなっちゃって……	6
			食べることは大切だが、その人(重い嚥下障害をもつ高齢患者)にとって幸せなのか分からない	11
			(経口摂取による誤嚥性肺炎の)リスクを回避したいが、少しでもお手伝いしたいという複雑な気持ち	11
		経験で得た患者の加齢変化から予測される回復の限界と期待の不一致	80歳代後半、90歳くらいで認知症があって、本人に苦痛がない、痛みもない、その状態で動ける人に、早期で胃がんが見つかったら手術しましょうって、その人の予後と胃がんどちらを取るのか、って思いますね。術後に絶対、ADLは元に戻りませんから	4
			看護師は「手術したら多分悪くなるよね」って感じながらも、手術後「やっぱり悪くなったよね」ってすごくジレンマはあって	7
			自分と他スタッフの考えの違いにジレンマを感じる	1
		自分と他の看護職の看護観の相違	自分だったら命を失っても経口摂取したいが、他者も同じ考えかどうかは分からない	11
			Aさんのためには心から信頼できる医師の治療を受けるべきだと思いますが、他の専門家についての知識がなく、また病院の組織の一員である自分を考えてしまい、Aさんと主治医の関係修復に力を入れるべきなのかとも悩みジレンマに落ちてしまいました	13
			(拘束を)解除したくてもアイリス(ヒヤリハット管理データベース)を書かなければとか、医師に怒られるとかの思いもありませんが外せないこともある	9
血圧が高かった。ので、もう、確か1日3回もう、血圧、あ、血圧測定やっていて、180超えが、ほとんどだったんですよ。で、まあドクターの方から、あの、離床は(中止するように)、ってことでしばらく、まあそういう(血圧の著しい変動があり医師から安静の指示が出れば、離床を断念せざるを得ないという)ジレンマもありますよね	6			
医師の看護に対する考えが変わるように質の高い看護をしていかなければならないが、現状では限界がある	13			
身体拘束解除に反対していた先輩も身体拘束に頼る病棟を変えたい自分も、みんな病棟の忙しい状況と身体拘束をしないケアとの間に葛藤を抱えている	2			
職場の風土によって身体抑制をなくせない現状	(体格が良く離床のために2人以上の援助者を要する患者は、離床できなくても) 良しとなっちゃってるのも、いけないな、いけないと思いつつ	6		
	これまで、認知症病棟でも(拘束は)していなかったのに、向精神薬でふらふらして転倒するからという理由で拘束している。これで本当によいのか?と思う	14		
	薬を使わずにちょっと車イスに乗って気分転換といっても回る場所もない	5		
	組織の一員として経営面を考えると、物品を無駄がないように効率的に利用しなければいけません。すべてのディスプレイ製品を使い捨てにできないのが現状です。しかしディスプレイ製品は1回限りの使用が義務付けられているし、滅菌研究会や学会でもディスプレイ製品の再滅菌は明確な指標が提示されていないのが現状です	13		
職場環境や風土によって自身の目指す看護への到達が難しい場面	患者にとって悪影響の少ない方法があるにもかかわらず物理的環境の不十分さによって実践できない現状			
	組織に求められる認知症ケア拡充への対応とスタッフ間の温度差への戸惑い	認知症ケア加算算定の動きの中で、初期の研修終了である自分が中心に様々な活動や発信を行ってきたが、相談の場がないため、専門家の異なる視点が知りたいと思うほど、自分一人の発想で進めることに迷いや戸惑いが生じている	2	

という思いが存在することでジレンマが生じていた。『病気や加齢に伴う身体機能変化を理由に更衣や移動、食事のQOLを向上させるケアが消極的になってしまう現状』から、病院勤務看護師は、人生の最終段階で安寧を与えられ

るケアをしたいが、現状の身体機能や合併症のリスクから、高齢患者の希望を尊重したケアに消極的にならざるを得ないことへのジレンマが明らかになった。高齢患者は、入院に伴って身体機能の低下や合併症を発症するリスクが

高い。そのため、病院勤務看護師は、治療を円滑に進めることと併せて、高齢者に生じやすいリスクに目を向けた予防的なケアが求められる。本研究では、更衣や移動、食事に関するケアについて、看護師のケアが消極的になっている場面が挙げられた。食事については、摂食援助の技術に自信がもてない場合、経口摂取に対して過剰に消極的になる可能性があることが報告されている(米村・堤, 2015)。そのため、高齢者看護においては、成人とは異なり、疾患だけでなく加齢に伴う高齢者の心身機能の変化を踏まえたアセスメントやケア方法について、継続的に洗練させていく機会を得ることが必要であると考えられる。

特に、このカテゴリーを構成するサブカテゴリーを見ると、高齢者の機能回復の限界から最善のケアを描けない場面や、本来はこうしたいという看護師の気持ちをケアに昇華できないことによる看護師としての限界に直面するジレンマであると考えられた。看護師がジレンマを抱いた際、精一杯やっていると思う、仕方ないと思うといったように、問題を明確化させないようにすることが対処法の1つであるという報告がある(古郡, 2005)。病院勤務看護師も、自身の行動への後ろめたさや葛藤を感じつつも、専門職業人としての責務を果たすために、自身が抱える気持ちの問題と向き合うことを避け、看護師としての価値観の揺らぎを抑えていたと考えられる。しかしながら、問題の明確化を避けることは、現状に対して自ら積極的に解決しようとしなくなるということであり、ケアの向上にはつながらない(古郡, 2005)。このような状況に対し、まず、自身の思いや感覚を表出する場が必要であると考えられる。それにより、それぞれの看護師の抱く思いが共通の思いであること、もしくは共通の思いをもっていないことを知ることができる。また、それぞれの考え方や思いは異なっていると認めた上で、解決できない問題や自身の思いの葛藤について話せる場を作っていくことが重要である。そのような場があれば、人生の最終段階にある高齢患者が望むことは何か、あるいは、生きることとは何かという、入院している高齢者に対してどのような看護を目指すのかを話し合い続けることができる。そのような過程によって、看護師自身のジレンマが軽減され、高齢者看護の本質を追求したケアにつながると考える。

## 2. 高齢者看護において身体抑制をせざるを得ない場面で生じるジレンマ

【看護師の思いに反して安全確保のために身体抑制をせざるを得ない場面】では、高齢患者に身体抑制をする申し訳なさや行いたくないとためらいを抱く一方で、高齢患者の安全を守れなかったという過去の苦い経験から状況を予防的に判断し、身体抑制の実施も仕方ないと自身を納得さ

せていた。病院で高齢患者の治療やケアの場面において看護師が経験した倫理に反した事柄に関する文献レビューの報告においても、身体抑制は安全を優先するあまり予防的に実施されている状況であること(前田, 2018)が述べられており、病院という治療を優先する医療環境で生じやすいジレンマであることが考えられた。このような身体抑制をせざるを得ないジレンマの方策として、せん妄発症時の身体抑制を回避する看護師のアセスメントとケア(赤坂・長谷川・木島, 2022)や認知障害高齢者の転倒予防(牧野・加藤, 2019)に挙げられているように、医療安全の視点に偏った看護師本位の判断ではなく、患者と関係を築く経過の中でアセスメントを繰り返し、患者が納得できるケアを見つけていくことが重要であると考えられる。

また、高齢者医療においては、本人の意向よりも家族の意向が尊重されることが少なくない。その背景の1つには、感覚機能の低下に伴うコミュニケーション能力の低下や、高齢者自身が意思を表明することを避けること、受け身な姿勢であることに起因した意思決定能力の不確かさにある(吉岡, 2012)。そのため、高齢者の真意をとらえるには、意思表出に消極的な高齢者もいることを前提に、高齢者個人の状況に合わせた個別の配慮が必要であろう。特に、高齢患者と家族の意向にズレがみられる場合には、意思決定の基本的考え方(厚生労働省, n.d.)に基づき、病棟看護師は、どのような患者であっても患者本人には意思があり決める力があるという前提に立ち、患者本人の意向が尊重されるように、患者の代弁者として家族と話し合いを重ねていくことが必要であろう。

そして、病院勤務においては様々な看護師が同じ高齢患者に関わるため、ケアの統一を図るための職場の風土も重要である。2024年に「身体拘束ゼロへの手引き」が見直され、「身体拘束廃止・防止の手引き」が発表された(厚生労働省, 2024)。高齢化が進む中で身体抑制を行わないケアの推進が広がりを見せている。本研究において『職場の風土によって身体抑制をなくせない現状』によってジレンマを抱いていることが明らかになったことを踏まえると、組織全体で看護師の抱くジレンマやその対処法、過去の成功体験の共有等によって、高齢者の尊厳を守ったケアの本来的あるべき姿に関する価値観のすり合わせが必要だと考えられる。また、看護師の行動規範となり得る倫理的な感性は、臨床経験や職位、年齢などと比例して向上するとは限らないため、看護師同士の異なった倫理的な感性が共有される風土を作ることが必要である(今泉・香月, 2023, p.44)。したがって、看護師のケアに向かう姿勢の共有とそれを可能とする職務環境の醸成は、病院勤務看護師の抱くジレンマを軽減させ、組織全体のケアの質向上にも寄与できるものと考えられる。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、病院以外で生じているジレンマの場面の検討や、海外における状況等については検討していない。また、1種類の文献データベースから得られた文献を用いて分析したため、得られた結果が限定されていた。さらに、国際誌へ掲載された日本の文献については検討しておらず、日本における病院勤務看護師の高齢者看護においてジレンマを抱く場面を網羅できたとはいえない。したがって、対象文献の拡大や異なる視点からの再検討が今後の課題である。

## おわりに

病院勤務看護師の高齢者看護において抱くジレンマは、〈患者・家族へのケアの場面で生じるジレンマ〉と〈医療環境と看護師間で生じるジレンマ〉に大別された。本研究の結果から、加齢に伴う高齢患者の特徴を踏まえたアセスメントを十分に行った上で、高齢患者・家族への十分な説明と納得できるケアや関わりを行うこと、医療者間で看護実践の中で生じたジレンマやその対処法を共有し互いに高め合える職務環境の醸成の必要性が示唆された。

## 付 記

本研究は、第2回看護ケアサイエンス学会学術集会にて一部発表したものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 文 献

赤坂浩子, 長谷川真澄, 木島輝美 (2022). 高齢患者のせん妄発症時に身体拘束を回避するための看護師のアセスメントとケアのプロセス. *日本看護科学会誌*, 42, 781-789.  
 古郡夏子 (2005). 終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤. *高知女子大学看護学会誌*, 30(2), 22-31.  
 今泉 源, 香月富士日 (2023). 精神科病院において看護師が認識する倫理的風土に影響を及ぼす要因. *日本精神保健看護学会誌*, 32(1), 38-47.

公益社団法人日本看護協会 (n.d.). 看護職の倫理綱領. [https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/rinri\\_yoko/index.html](https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/rinri_yoko/index.html) (参照2023年7月20日)  
 厚生労働省 (n.d.). 意思決定支援の基本的考え方～だれもが「私の人生の主人公は、私」～. <https://www.mhlw.go.jp/content/001131602.pdf> (参照2025年3月9日)  
 厚生労働省 (2022). 令和2年(2020)患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html> (参照2023年7月20日)  
 厚生労働省 (2024). 介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf> (参照2024年5月20日)  
 前田晃史 (2018). わが国の病院看護師が経験した高齢者の倫理的問題に関する文献検討. *ヒューマンケア研究学会誌*, 9(2), 95-99.  
 牧野真弓, 加藤真由美 (2019). 一般病棟の認知障害高齢者へ身体拘束回避で転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス. *看護実践学会誌*, 31(2), 48-58.  
 内閣府 (2023). 令和5年版高齢社会白書(全体版). [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf) (参照2023年7月20日)  
 乙村 優, 徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とかかわる看護師の困難. *日本精神科看護学会誌*, 54(3), 114-118.  
 坂下玲子, 宮芝智子, 小野博史 (2023). 系統看護学講座 別巻 看護研究. 347, 東京: 医学書院.  
 新村 出 (2018). *広辞苑* 第七版. 東京: 岩波書店.  
 新谷裕子, 小川美香, 今井多樹子 (2014). 急性期・外科病棟における看護師のジレンマの内容とその対処行動: 術後せん妄を起こした高齢患者の看護を通して. *日本看護学会論文集 老年看護*, 44, 15-18.  
 菅野真綾, 白井咲耶, 星 美鈴, 吉田 香, 叶谷由佳 (2021). 我が国における一般病床に入院する高齢者に対する身体拘束を予防, 軽減する看護に関するスコopingレビュー. *日本看護研究学会雑誌*, 44(2), 299-308.  
 東郷麻衣子, 西俣真由美 (2023). 急性期一般病棟看護師の身体拘束に対する思いとジレンマ. *日本看護学会誌*, 18(1), 109-116.  
 渡邊美保, 花田麻由美, 塩見理香, 竹崎久美子 (2021). 術直後の床上安静期における認知症高齢者のケアに対する看護師の困難感. *高知女子大学看護学会誌*, 47(1), 51-59.  
 山本美輪 (2008). 一般病棟勤務看護師の高齢者看護におけるジレンマの概要. *日本看護管理学会誌*, 11(2), 84-91.  
 吉岡佐知子 (2012). 高齢者の意思の尊重: 急性期医療機関における倫理調整. *老年看護学*, 16(2), 11-16.  
 米村礼子, 堤 雅恵 (2015). さわめて重い嚥下障害のある高齢患者の摂食援助に対する看護師の考え方: 紙上事例を用いて. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌*, 19(2), 127-135.

2024年5月30日受 付  
 2025年3月31日採用決定

# A Literature Review of Dilemmas Experienced by Hospital Nurses While Caring for Older Adults

*Journal of Japan Society of Nursing Research*  
2025, 48(4), 575-583  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250331265>

Norika Hayakawa, RN<sup>1</sup>, Akane Morii, RN<sup>2</sup>,  
Akira Murakami, MSN, RN, PHN<sup>3</sup>, Hisami Aoyagi, PhD, RN, PHN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Toyama Prefectural Central Hospital, Toyama, Japan, <sup>2</sup>Toyama Red Cross Hospital, Toyama, Japan

<sup>3</sup>Toyama Prefectural University, Toyama, Japan

## Abstract

**Objective:** Based on previous studies, this study identified situations that cause dilemmas among hospital nurses providing nursing care for older adults. **Methods:** Ichushi Web was used to search for the keywords “nurses,” “older adults,” “dilemmas,” and “conflicts”; thirteen original articles were selected for the analysis. These articles were analyzed using qualitative inductive analysis based on content similarity. **Results:** Forty-three codes were identified as situations that caused dilemmas among the nurses. These were integrated into 17 subcategories, 6 categories, and 2 core categories, namely, “dilemmas in care situations of patients or families” and “dilemmas between the medical environment and nurses.” **Conclusions:** The results of this study highlight the importance of conducting assessments based on the characteristics of older patients, providing adequate explanations to older patients and their families, and offering acceptable care and involvement. This study also underscores the need to examine ways to share and address dilemmas that arise in nursing practice among healthcare professionals.

## Key words

hospital nurse, dilemma, older adults, literature review

---

**Correspondence:** H. Aoyagi. Email: [hisami.aoyagi@pu-toyama.ac.jp](mailto:hisami.aoyagi@pu-toyama.ac.jp)

# 看護職の道德性を測定する研究に関する スコوپングレビュー

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(4), 585-600  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250202262>

和田美穂<sup>1</sup>, 白水眞理子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>姫路大学大学院博士後期課程, <sup>2</sup>姫路大学看護学部

## ■要旨

目的：看護職の道德性を測定する尺度を概観し、尺度開発の現況と道德性の実態および関連要因を明らかにする。方法：医中誌Web版、PubMed、CINAHLを用い、PRISMA-ScRに基づき実施した。適格基準を①看護職を対象、②道德性を測定している量的研究とした。結果：39文献が対象となり、横断研究が97%を占めた。①道德的感受性、②道德的悩み、③道德的発達、④道德的能力、⑤道德的勇気、⑥道德的レジリエンス、⑦道德的誠実の7種類の測定尺度が使用され、道德的感受性と道德的悩みを取り上げた研究が過半数を占めた。対象は病院勤務の看護師が多く、道德的感受性と道德的悩みに共通する要因は、倫理的風土であった。結論：看護職のどのような経験や生涯学習が道德性を促すのかの解明や、地域で活動する看護職を対象とした研究成果の蓄積が必要である。

## ■キーワード

道德性、概念、尺度、量的研究、スコوپングレビュー

責任著者：和田美穂. Email: d11910007@koutoku.ac.jp

## 緒言

我が国の高齢化率は29%を超え、独居高齢者の増加、介護問題、延命処置などの倫理的問題が生じている（内閣府、2023）。看護職は、適切に倫理的問題に対応する看護実践が求められている。看護は道德的行動であるとも言われ、その能力の前提である道德性を発達させる必要がある（Fry & Johnstone, 2008/2010, pp.3-4）。

道德性とは、人間としての本来的な在り方やよりよい生き方を目指してなされる道德的行為を可能にする人格的特性である（文部科学省、2017）。道德性は、我が国において1958年以降学校教育を中心に広がった概念である。道德教育は、善悪を判断する道德的判断、善悪に対する感情や態度である道德的心情、善悪に対する意欲や態度である道德的意欲と態度といった道德性を養う。道德教育は、自己の生き方を考え主体的な判断のもとに行動し、自立した人間として他者とともによりよく生きることを目標とする（文部科学省、2017）。深刻ないじめ問題を契機に、人間尊重の精神と生命への畏敬の念を前提とした相手の立場に立って心情を押し量り理解する能力である役割取得能力（Kohlberg & Higgins, 1971/1987, pp.96-99）の育成に向け、2018年に教科化され重要性を増している（文部科学省、2017）。

看護実践における道德性は、道德的感受性、道德的推論、道德的動機、道德的特性といった道德的能力と表され（Fry & Johnstone, 2008/2010, pp.3-4）、平等性や尊敬、権利の尊重といった概念を含み、看護職が倫理的課題に対処する能力であると指摘されている（Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian, & Chaowalit, 2005, pp.588-592）。また、看護職は、道德性を発達させ倫理的看護実践を行うため継続学習の責務を有していることが示されている（日本看護協会、2023）。

看護基礎教育において、看護学生は「看護職の倫理綱領」（手島ほか、2023, pp.58-64）を指針として、人間に備わった権利を学び、人権を尊重した看護実践を行うよう教授されている。近年、看護学生のケアの倫理的行動尺度（吉岡・金子、2019）や看護師の倫理的行動尺度（大出、2014；大出、2019）が開発されている。また、看護師の倫理的行動尺度を活用し、倫理的行動に至る個人的・組織的要因等について論じられている（道上・大出、2018；Murai, Nakao, & Nakano, 2020；大出、2021）。

倫理的行動に至る要因の一つとして、看護師としての役割と責任および倫理的問題であると気づき感じる道德的感受性が示唆されている（Lütznén, Nordström, & Evertzon, 1995；Lütznén, Dahlqvist, Eriksson, & Norberg, 2006）。Lütznén, et al. (1995) は、道德的感受性を測定する

Moral sensitivity questionnaire (MSQ) を開発し、2006年に Revised moral sensitivity questionnaire (rMSQ) に改訂している。看護職の道徳的感受性は、倫理的問題の経験頻度、問題を検討する機会や場があるほど高いが、問題解決には課題があり、倫理教育の重要性が示唆され(水澤, 2009)、倫理的行動に向けた倫理研修が行われている(安藤・山本・関根, 2020; 柏崎・福宮, 2022)。

Fry & Johnstone (2008/2010, pp.3-4) や Jormsri, et al. (2005, pp.588-592) によると看護職が倫理的課題を対処する能力の前提となる道徳性は、道徳的感受性以外にも道徳的推論、道徳的勇気、道徳的特性、道徳的能力などの存在が示唆されている。また、道徳性には行動のみならず判断、心情、態度が含まれ(文部科学省, 2017, p.65)、道徳的悩み(Ashida, Kawashima, Kawakami, & Tanaka, 2022)や道徳的発達(芹田, 2016)を測定概念とする研究も見られる。心理学領域における道徳性についてのレビュー(Ellemers, van der Toorn, Paunov, & van Leeuwen, 2019)はあるものの、看護学領域において看護職の道徳性を測定する研究のレビューは見あたらない。したがって、本研究は個人の特性であるために抽象的で実態がつかみにくい道徳性がどのように測定されているかに焦点をあてる。看護職の道徳性の測定研究を、近年の研究成果を用いて整理することは、さらなる研究の優先分野を見極めることや、倫理的看護実践能力を育成するための看護教育や看護管理への示唆が得られると考える。そこで、本研究は、看護職の道徳性を測定する研究を概観し、尺度開発の現況と看護職の道徳性の実態や関連要因を明らかにすることを目的とする。

## I. 研究方法

研究方法は、研究領域の基盤となる主要な概念や利用可能なエビデンスを概説することを目的とするスコopingレビュー(Arksey & O'Malley, 2005)とし、PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) ガイドライン(友利・澤田・大野・高橋・沖田, 2020; Tricco, et al., 2018)を用いた。

### 1. 文献検索の方法

#### (1) リサーチクエスションの特定

スコopingレビューでは、研究疑問を作成するための枠組みとしてPCC(Patient: 患者, Concept: 概念, Context: 文脈)が設定される(Arksey & O'Malley, 2005)。本研究では、看護職の道徳性がどのように測定されているのか、さらに測定結果から道徳性の実態と関連要因について検討することを目的とすることから、Patientを看護職、Conceptを道徳性、Contextを測定と設定した。

#### (2) 関連研究の特定

文献検索データベースは、PubMed/MEDLINE, EBSCOhost (CINAHL), 医中誌Web Ver. 5を用い、2022年8月4日に文献検索を実施した。検索式は、英語では「moral」AND「nurse or nurses or nursing」AND「competence or competency or skills or knowledge or ability or capacity」AND「scale or test or questionnaires or assessment or measure or inventory or instrument or measurement or tool」、日本語では「看護師」AND「道徳」AND「能力」AND「尺度」の統制用語を組み合わせた。

## 2. 研究の選択

適格基準は、(1) 看護職を対象、(2) タイトルに「moral」、「道徳」を含み道徳性を測定している量的研究とした。なお、使用尺度は看護職用、医療職用、一般用を問わなかった。また、日本語文献では、倫理と道徳が同義として扱われるケースがあり、英文抄録等において「moral」を使用している場合のみ、対象文献とした。

また、除外基準は、(1) 看護学生のみを対象とした文献、(2) 博士論文や実践・事例報告、学会抄録等、(3) 日本語・英語以外の言語文献とした。

検索期間は、Lützn, et al. (1995) が開発したMSQを2006年にrMSQ(Lützn, et al., 2006)と改訂したことから、2007年から2022年7月までとした。事前に文献検索を行った際、看護学生を対象とする文献が多数であったため、先の統制用語検索を行った後、海外文献データベースにおいて「NOT nursing students」を検索式に組み込み重複文献を除外した。一次スクリーニングは、研究者2名が独立して行い、論文タイトル、要旨から適格基準と合致しているか確認し文献を選抜した。さらに、選定した文献について研究者2名が全文を読み採択の可否を検討し、最終的に39文献を採用した(図1)。

## 3. 分析方法

#### (1) データのチャート化

選定した文献について、リサーチクエスションに沿って研究デザイン、研究目的、研究対象(研究実施国、場所、対象者、対象者平均年齢、経験年数)、使用測定尺度、主な結果を整理した。看護職の道徳性を測定する尺度は、尺度名、下位概念、対象、分析方法、評価方法(回答方式)を加え整理した。

#### (2) 結果の統合、要約、報告

看護職の道徳性を測定する主な尺度について、著者(発表年)、尺度名、下位概念、測定対象、分析方法、評価方法(回答方式)を表1に示した。主要な分析方法として妥当性は、構成概念妥当性や基準関連妥当性等、信頼性は内

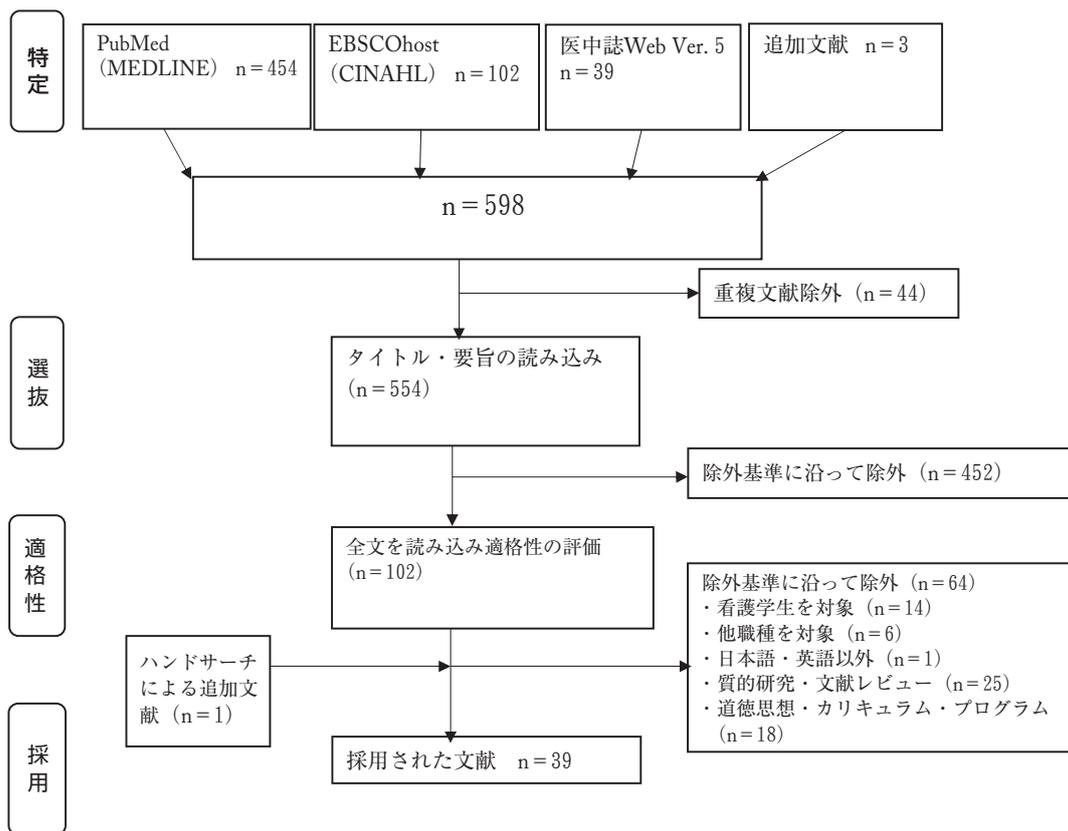


図1 文献選定手順

的整合性を示すクロンバック  $\alpha$  係数 (以下,  $\alpha$  係数) を抽出した。また, 道徳性の実態および関連要因を検証した研究を道徳性の測定概念毎に表2から表4に示した。

(3) 倫理的配慮

倫理的配慮として, 著作権に留意し, 論文に忠実に引用するよう十分注意した。

II. 結 果

看護職の道徳性を測定する研究は, 39文献みられた。尺度開発研究が17文献, 道徳性の実態および関連要因に着目した研究が22文献であった。看護職の道徳性測定研究の内訳は, 多い順に道徳的感受性に関連する研究16文献, 道徳的悩みに関連する研究9文献で, 97%が横断研究であった。尺度が測定しようとする概念は, 道徳的感受性, 道徳的悩み, 道徳的発達, 道徳的能力, 道徳的勇気, 道徳的レジリエンス, 道徳的誠実の7種類であった。日本語で使用可能な尺度は, 道徳的感受性と道徳的悩みであった。

研究対象は, 2文献が保健師, 1文献が訪問看護師, 5文献が看護師や医師を含む医療従事者, 31文献が病院勤務の看護師であった。研究対象者の平均年齢は, 29.2~45.6歳であった。研究対象者は, 多くが大学病院や三次医療機関の病棟に所属する40歳以下の看護師であり, 外来や介

護保険施設に所属する看護職は40歳以上であった。外来や介護保険施設で働く看護職を対象とした研究は, 我が国のみで実施されていた。

研究デザイン別では, 介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性の向上を目指した倫理教育プログラムの効果を検証した介入研究1文献を除いて, すべて横断研究であった。

尺度における妥当性, 信頼性の検証状況を表1に示した。確認的因子分析が用いられていたのは, 道徳的感受性, 道徳的悩み, 道徳的能力, 道徳的勇気, 道徳的誠実であった。

尺度の評価方法は, 道徳的感受性, 道徳的誠実, 道徳的能力, 道徳的レジリエンス尺度はリッカート法を用いて評価し得点化されていたが, 道徳的悩み尺度は悩みの程度と頻度を掛け合わせて得点化する方法, 道徳的勇気尺度はリッカート法と併用してvisual analogue scale (VAS) を用いる方法, 道徳的発達尺度はリッカート法と各例話を読み, その例話における意思決定の重要度の順位に配点を掛け合わせる方法が採用されていた。なお, 結果において検索対象期間の尺度のオリジナル版を含めて述べる。

1. 道徳性を測定する尺度 (表1)

(1) 道徳的感受性

Lützn, et al. (1995) が開発したMSQをもとに, 韓国版

表 1 看護職の道徳性を測定する主な尺度一覧

道徳性の種類	著者 (発表年)	尺度名	下位概念	測定対象	妥当性の検証	信頼性の検証 (クロンバッチ ク $\alpha$ 係数)	評価方法
道徳的感受性	Han, et al. (2010)	Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire (K-MSQ)	「患者志向のケア」「専門的責任」「コンフリクト」「意味づけ」「慈悲」	看護師	主軸因子分析	.76	リッカート法
	前田ほか (2019)	道徳的感受性質問紙日本語版 2018 (J-MSQ2018)	「道徳的気づき」「道徳的強さ」「道徳的責任感」	看護師	確認的因子分析	.82	リッカート法
	藤野ほか (2014)	介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性尺度 (MSS-NH)	「高齢者の尊厳を守る体制づくり」「その人らしい生活を支える」「高齢者の能力を活かす」「栄養摂取法の意思決定」	介護保険施設 看護師	探索的因子分析, 確認的因子分析	.85	リッカート法
道徳的悩み	Huang, et al. (2016)	Moral sensitivity questionnaire-revised Chinese version (MSQ-R-CV)	「道徳的責任と強さ」「道徳的気づき」	看護師	探索的因子分析, 確認的因子分析	.82	リッカート法
	石原ほか (2018)	日本語版改訂倫理的悩み測定尺度 (Japanese version of MDS-R; JMDS-R)	「尊厳の欠如」「質担保が困難な協働」「非倫理的行為の黙認」	看護師	基準関連妥当性	.86	リッカート法
	實金ほか (2019)	看護師の倫理的悩みを測定する尺度	「組織の理念・労働環境」「医療者の力量」「患者・家族の理解」	看護師	確認的因子分析	$\omega$ 係数: .903	リッカート法 (悩みの程度と頻度を掛け合わせる)
道徳的発達	Fujii, et al. (2021)	Moral Distress for Healthcare Professionals Japanese version (MMD-HP Japanese ver.)	「臨床」「システム」「チーム一人」「チーム-患者」	医療専門職 全般	探索的因子分析, 確認的因子分析	.91	リッカート法
	Skitsland, et al. (2012)	Moral Development Scale for Professionals (MDSP)	本文中に記載なし	看護師	主成分分析	.67	リッカート法
道徳的能力	Asahara, et al. (2013)	Moral Competence Scale for Home Care Nurses (MCSHCN)	「道徳的決定を実施する」「困難な状況に立ち向かう強い意志」「看護師としての価値観に基づく判断」「組織または部外者の基準に基づく判断」「意図の不一致の認識」	訪問看護師	探索的因子分析, 確認的因子分析	.93	リッカート法
	Asahara, et al. (2015)	Moral Competence Questionnaire for Public Health Nurses (MCQ-PHN)	「住民の価値に基づく判断」「困難な状況に立ち向かう強い意志」「関係者や組織との協調」	保健師	探索的因子分析, 確認的因子分析	.85-.91	リッカート法
道徳的勇氣	Numminen, et al. (2019)	Nurses' Moral Courage Scale (NMCS)	「思いやりと真の存在」「道徳的責任」「道徳的誠実」「よいケアへのコミットメント」	看護師	主成分分析, 確認的因子分析	.93	リッカート法と VAS
道徳的レジリエンス	Heinze, et al. (2021)	Rushion Moral Resilience Scale (RMRS)	「道徳的逆境への対応」「自己規範」「道徳的効力」「理論的整合性」	医療専門職 全般	探索的因子分析, 基準関連妥当性	.84	リッカート法
道徳的誠実	Nunthawong, et al. (2020)	Thai Moral Integrity Scale in Professional Nurses (TMIS)	「タイの規範に従う意思を表明する」「タイの規範を順守し、それに従う」「タイの規範に従い続ける」「タイの規範の信条に従って行動する勇気を示す」	看護師	探索的因子分析, 確認的因子分析	.92	リッカート法



表 3 看護職の道徳的悩みの関連要因に関する研究一覧

No	著者(発表年)／ 研究デザイン	研究目的	研究実施場所・所属	対象者	対象者平均年齢	使用測定尺度	主な結果
1	Woods, et al. (2015)／ 横断研究	ニュージージーランド全国の看護職の道徳的悩みの程度と頻度を明らかにする。	ニュージージーランド 全国	412名の看護師(45歳以上58.6%、経験年数10年以上61.9%)	記載なし	Moral Distress Scale-Revised (MDS-R)	道徳的悩みの得点は、若年層の看護職で最も高く、高年齢層の看護職が低かった。道徳的悩みは、年齢層間で有意差を認められた。離職を検討している看護職は、年齢に関係なく一定割合存在していた。倫理教育経験は、若年層の看護職で多く、高年齢層の看護職で少なかった。道徳的悩みを引き起こす原因は、管理上の決定により適切とはいえないケアを提供しなければならぬ状況、人員不足により患者が苦しむ状況、能力不足の他者との協働であった。
2	Asgari, et al. (2019)／ 横断研究	クリティカルケア看護職における職務満足、倫理的風土と道徳的悩みの関連を検証する。	5病院	142名の看護師、平均経験年数10.2(±5.3)年	35(±6.2)歳	Moral Distress Scale-Revised (MDS-R), Okson' Hospital Ethical Climate Survey (HECS), Brayfield and Rothe Job Satisfaction index	クリティカルケア看護職における道徳的悩みと職務満足に関連は認められなかった。全体の道徳的悩みは、頻度・程度とも「私が不必要な検査と治療であると考えられるものについて医師の命令を実行する」の項目で高かった。
3	Safarpour, et al. (2020)／ 横断研究	イランにおける看護師の道徳的悩みと道徳的勇気の関連を検証する。	記載なし	217名の看護師	31.8(±4.3)歳	Moral Distress Scale-Revised (MDS-R), Seketka's Moral Courage Scale	道徳的悩みは中から高程度、道徳的勇気は中程度であった。道徳的勇気と道徳的悩みに関連を認めた。道徳的悩みの頻度と程度に年齢と性別が関連していた。その他、道徳的悩みの頻度には、婚姻状況、雇用状況、実務経験が関連していた。道徳的悩みは女性のほうが頻度が高く、程度も強かった。年齢が上昇し、実務経験が長いほど道徳的悩みの頻度が高かった。道徳的悩みは道徳的勇気の増加に伴い減少する。道徳的勇気の要因は、人口統計学的から見いだされなかった。
4	Giannetta, et al. (2021)／ 横断研究	地域や病院で働く医療従事者の道徳的悩みのレベルを調べ、人口統計学的および職場の特性による道徳的悩みのレベルを比較する。	地域コミュニティと病院	地域コミュニティと病院 397名の医療従事者(看護師91名、医師47名、他)	42.3(±10.8)歳	Moral Distress Thermometer (MDT)	病院で働く医療従事者は、地域社会で働く医療従事者よりも道徳的悩みが高かった。道徳的悩みは、職種により異なっていた。看護師は、最も道徳的悩みが高かった。道徳的悩みの認識は、職位と給与に対する低満足度と部署移動や転職希望が高かった。
5	Ashida, et al. (2022)／ 横断研究	①日本の救命救急に勤務した看護師の道徳的悩みの現状を明らかにする。②日本の看護師のMMD-HPを比較する。③道徳的悩みの関連要因を探る。	94救命救急施設	995名の看護師(看護師平均勤務年数12.1(±7.9)年、現職平均勤務年数5.5(±4.3)年)	記載なし	The Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals Japanese version (MMD-HP Japanese ver)	日本人看護師の道徳的悩みの原因は、アメリカ人看護師と同様終末期患者への無益なケアであった。日本人看護師の方がアメリカ人看護師よりも道徳的悩みが有意に高かった。日本人看護師の道徳的悩みの関連要因は、離職意思、長いリターナー経験、看護師経験年数、女性、スタッフ、終末期ケア研修、倫理的問題を他者に相談する頻度、患者を担当しない看護職と協働する頻度であった。
6	Ventovaara, et al. (2022)／ 横断研究	子どもの意思決定に焦点をあてた小児がん看護における看護師の道徳的悩みと倫理的風土を調査する。	4小児腫瘍センター	66名の看護師(5年以下31名47%、5年以上35名53%)	記載なし	The Dimish Moral Distress Scale-Revised (MDS-R), The Dimish Hospital Ethical Climate Survey-shortened (HECS-S)	看護職が高い頻度で経験する道徳的悩みは、時間不足、継続性の欠如によるケアの質の低下、安全でない人員配置レベルであった。小児がん看護特有の道徳的悩みは、「そのような治療に抵抗する学童期の子どもにも痛みを伴う/不快な処置を行う」「死ぬことを尋ねる死に願った子どもと死について話し合う」という家族の願いに従う」であった。看護師の認識は、時間不足と道徳的悩みに弱い相関があり、不十分な人員配置の頻度と子どもの意思決定の状況には相関が認められなかった。

表 4 その他の道徳性と関連要因の研究一覧

No	著者(発表年)／ 研究デザイン	研究目的	研究実施場所・所属	対象者	対象者平均年齢	使用測定尺度	主な結果
1	芹田 (2016)／ 横断研究	臨床看護師の道徳的 発達段階を調査し、 看護実践との関連や 看護師の道徳性の重 要性について文献を もとに考察する。	大学病院	26名の看護師、臨床経験 年数3～8年	26.3歳	青年期における道徳判断 の発達測定のための質問 紙—DIT 日本版—	対象者26名の道徳的発達段階を示す TotalID は 285.4～461.5点、平均405.7点であった。400点台 の16名のうち450点以上の者は2名であった。第 2段階1名、第3段階9名、第4段階16名であっ た。TotalID と性別、年齢、臨床経験年数につい て相関は認められなかった。
2	Khoshmehr, et al. (2020)／横断研究	看護師の道徳的勇氣 と心理的エンパワー メントの相関関係を 検証する。	2 大学病院	180名の看護師、平均経 験年数2.4 (±1.5) 年	33.6 (± 6.1) 歳	Sakerka's Moral Courage Scale, Spreitzer's Psychological Empowerment Scale	道徳的勇氣は、「自信」を除く心理的エンパワー メントと正の有意な相関関係が認められた。年 齢と実務経験が増すにつれて道徳的勇氣が増加 した。道徳的勇氣と心理的エンパワーメントは、 既婚者、修士の学位、主任看護師／管理者、正 規雇用者で高かった。
3	Rushtron, et al. (2022)／横断研究	医療従事者の道徳的 傷つきの有症率を調 査し、緩衝要因とし ての道徳的レジリエ ンスを含むさまざま な要因間の関係の特 定する。	大学関連施設(米国 中部大西洋地域)	医療従事者数595名(原 文ママ)(看護師344名、 医師70名、呼吸療法士37 名、NP/PA42名、その他 99名)、実務経験歴(10年 未満216名、10年以上20年 未満146名、20年以上231 名)	記載なし	Ethical concerns index (ECI), Rushton Moral Resilience Scale (RMRS), Moral Injury Symptom Scale-Healthcare Professional version (MISS-HP)	道徳的傷つきは、看護師が医療従事者の中で、 最も高い有症率であった。道徳的傷つきは、実 務経験年数と COVID-19患者のケア、道徳的レ ジリエンスと関連していた。道徳的レジリエ ンスは、実務経験年数と道徳的傷つきに負の相関 を認めた。実務経験が少ない医療従事者では、 道徳的レジリエンスは低く道徳的傷つきが増加 する。道徳的傷つきの予測因子は、COVID-19 患者のケアであった。
4	Spilg, et al. (2022)／横断研究	COVID-19パンデミック での医療従事者の 道徳的悩みと道徳的 レジリエンスとメン タルヘルスの程度と その関連、道徳的に 悲惨な状況への曝露 と道徳的悩みに対す る緩衝要因としての 道徳的レジリエンス とその関連要因を探 る。	カナダ全国	962名(看護師270名、メ ンタルヘルススペシャリ スト214名、コメディカル 189名、医師163名、管理者 126名)	44.6 (±12.8) 歳	The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals (MMD- HP), Rushton Moral Resilience Scale (RMRS), The Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR16), The Perceived Stress Scale (PSS)	COVID-19患者ケアにあたった医療従事者は、 そうでない医療従事者と比較して、道徳的悩み、 不安、およびうつ病の症状が有意に重篤さを示 し、精神障害のスクリーニング結果が陽性的 割合が高かった。道徳的レジリエンスは、潜在的 に道徳的に悲惨な出来事への曝露と道徳的悩み を緩衝した。道徳的レジリエンスの低いグルー プでは、潜在的に道徳的に悲惨な出来事への頻度 が増加するにつれて、道徳的悩みが性急な局面 で悪化を示した。道徳的レジリエンスは、スト レス、不安、およびうつ病の症状と関連してい た。道徳的レジリエンスの関連要因は、男性、 高齢、精神障害の診断がないこと、十分な睡眠、 および雇用主および同僚からの支援であった。
5	Konings, et al. (2022)／横断研究	看護師の道徳的勇氣 のレベルと社会人口 統計学的要因の調査 と看護師の道徳的勇 気尺度オランダ語版 の作成。	2 施設	559名の看護師	記載なし	The Dutch-language version of Nurses Moral Courage Scale (NMCS)	看護師の道徳的勇氣尺度スコアと VAS の自己評 価は、中程度の正の相関を認めた。看護師の道 徳的勇氣の関連要因は、年齢、経験年数、職位、 倫理的基礎知識修得に向けた自己学習、他の教 育活用、職場における倫理教育への参加、道徳 的勇氣が必要な経験の頻度、倫理的基礎知識に 対する自己評価であった。看護基礎教育を通し て培われた道徳的勇氣と倫理の知識に関連は見 いだされなかった。

(Han, Kim, Kim, & Ahn, 2010)が開発されていた。我が国では、中村・石川・西田・伊達・西田(2003)がMSQを翻訳し道徳的感性尺度日本版Moral sensitivity test (MST)を開発していた。MSTを用いて病院勤務看護師の道徳的感性が測定されていた(南里・古賀・熊谷, 2022; 中谷, 2018; 米澤ほか, 2013)。道徳的感性は、道徳的感性とも称されていた。MSTの下位概念は、「患者の理解」「責任/安全」「葛藤」「規則遵守」「患者の意思尊重」「忠誠」「価値/信念」「内省」「正直」「自律」であった。MSTは、主成分分析にて妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.72であった。

また、Lützn, et al. (2006)のMSQ改訂版であるrMSQをもとに、前田・小西(2012)が道徳的感性質問紙日本語版Japanese version of moral sensitivity questionnaire (J-MSQ)を開発、見直しを行っていた(J-MSQ2018)(前田・小西・八尋・福宮, 2019)。また、Huang, et al. (2016)が中国版としてMoral sensitivity questionnaire-revised Chinese version (MSQ-R-CV)を開発していた。J-MSQ2018の下位概念は、「道徳的気づき」「道徳的強さ」「道徳的責任感」からなり、「患者と家族の希望の違いに気づくことがよくある」などの項目がある。関連要因として職位があった。J-MSQ2018は、確認的因子分析にて妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.82であった。

さらに、日本では医療の場のみならず介護保険施設で働く看護職の道徳的感性尺度Moral sensitivity scale for nurses who work at nursing homes (MSS-NH)(藤野・百瀬・天木, 2014)が開発されていた。MSS-NHの下位概念は、「高齢者の尊厳を守る体制づくり」「その人らしい生活を支える」「高齢者の能力を活かす」「栄養摂取法的意思決定」であった。MSS-NHは、探索的因子分析、確認的因子分析により妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.85であった。

## (2) 道徳的悩み

Corley, Elswick, Gorman, & Clor (2001)が開発したMoral distress scale (MDS)をICU以外でも活用できるようにHamric & Blackhall (2007)が、Moral distress scale-revised (MDS-R)に改訂し、それをもとに石原・赤田・福重・玉田(2018)が日本語版改訂倫理的悩み測定尺度Japanese version of moral distress scale-revised (JMDS-R)を開発していた。JMDS-Rの下位概念は、「尊厳の欠如」「質担保が困難な協働」「非倫理的行為の黙認」からなる。JMDS-Rは、基準関連妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.86であった。

また、MDS-R (Hamric & Blackhall, 2007)にもとづいて医療専門職全般を対象にしたMeasure of moral distress for healthcare professionals (MMD-HP)の日本語版MMD-HPが開発されていた(Fujii, et al., 2021)。日本語版MMD-HPの下位概念は、「臨床」「システム」「チーム-個人」「チー

ム-患者」であった。探索的因子分析と確認的因子分析によって妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.91であった。

さらに、日常的ケアのなかで生じる看護師の倫理的悩みを測定する尺度が開発されていた(實金ほか, 2019)。この下位概念は、「組織の理念・労働環境」「医療者の力量」「患者・家族の理解」からなり、「家族が自分本位の希望を優先するために、あなたは患者に不必要な医療やケアを行ったり、患者に必要であるケアを行えなかったりする」などの項目がある。看護師の倫理的悩みを測定する尺度は、確認的因子分析によって妥当性を検証し、 $\omega$ 係数は.903であった。

## (3) 道徳的発達

Skisland, Bjørnstad, & Söderhamn (2012)は、Kohlbergの3水準6段階からなる道徳発達段階の第3段階から第6段階(Kohlberg & Higgins, 1971/1987, pp.171-173)までの看護師の道徳的発達を測定するMoral development scale for professionals (MDSP)を開発した。また、Yildiz & Tüfekci (2017)がトルコ版MDSPを開発していた。MDSP (Skisland, et al., 2012)に下位概念はなく、「良い道徳的規則はその場その場の状況に合うものでなければならない」などの項目がある。MDSPは、主成分分析により妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.67であった。我が国では、芹田(2016)が、山岸(1980)開発の青年期における道徳判断の発達測定のための質問紙—DIT日本版—を用いて臨床看護師の道徳的発達を測定していた。DIT日本版(山岸, 1980)は、青年一般を対象としており看護師に特異的な道徳性を測定するものではない。

## (4) 道徳的能力

Asahara, Ono, Kobayashi, Omori, & Todome (2013)は、Restの道徳的行動の4要素である道徳的感性、道徳的判断、道徳的動機、道徳的特性に道徳的実践を加えた理論的構成要素をもとに訪問看護師を対象としたMoral competence scale for home care nurses (MCSHCN)を開発していた。同様に、Restの道徳的行動の4要素をもとに保健師を対象としたMoral competence questionnaire for public health nurses (MCQ-PHN)(Asahara, Kobayashi, & Ono, 2015)を開発していた。また、トルコ版MCQ-PHNが開発されていた(Oztik & Coban, 2016)。MCSHCNの下位概念は、「道徳的決定を実施する」「困難な状況に立ち向かう強い意志」「看護師としての価値観に基づく判断」「組織または部外者の基準に基づく判断」「意図の不一致の認識」からなる。MCQ-PHNの下位概念は、「住民の価値に基づく判断」「困難な状況に立ち向かう強い意志」「関係者や組織との協調」からなり、「私には、直接的な問題や反対に負けない意志の強さがある」などの項目がある。MCSHCNとMCQ-PHNには、「困難な状況に

立ち向かう強い意志」という共通の下位概念がみられる。MCSHCNとMCQ-PHNは、探索的因子分析と確認的因子分析により妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数はMCSHCNが.93、MCQ-PHNが.85-.91であった。

#### (5) 道徳的勇気

Numminen, Katajisto, & Leino-Kilpi (2019) は、倫理的課題に対し、職業倫理原則を合理的に守り、そのような行動の予想または実際の悪影響にもかかわらず職業倫理原則に応じて行動する看護師の能力を測定する Nurses' moral courage scale (NMCS) やオランダ語版 NMCS (Numminen, et al., 2021) を開発した。NMCSの下位概念は、「思いやりと真の存在」「道徳的責任」「道徳的誠実」「よいケアへのコミットメント」からなり、「たとえ〇〇でも私は職業倫理の原則に従って行動する」などの項目がある。NMCSは、主成分分析と確認的因子分析によって妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.93であった。その他、看護職の道徳的勇気は、一般企業で働く人々を対象に開発された Sekerka's moral courage scale を用いて測定されていた (Abdollahi, Iranpour, & Ajri-Khameslou, 2021)。

#### (6) 道徳的レジリエンス

Heinze, Hanson, Holtz, Swoboda, & Rushton (2021) は、看護師、医師、牧師、ソーシャルワーカーといった専門職が、道徳的逆境に対し誠実さを維持または回復する個人の能力を測定する Rushton moral resilience scale (RMRS) を開発していた。RMRSの下位概念は、「道徳的逆境への対応」「自己規範」「道徳的効力」「理論的整合性」からなり、「私は、意見が衝突する困難な状況に前向きに立ち向かうようにする」などの項目がある。RMRSは、探索的因子分析と基準関連妥当性により妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.84であった。

#### (7) 道徳的誠実

Nunthawong, Yunibhand, & Chaiyawat (2020) は、いかなる困難な場合においてもタイの倫理綱領に従い患者に看護ケアを続け、最善の看護ケアを提供するタイの倫理綱領を守る看護師の能力を測定する Thai moral integrity scale in professional nurses (TMIS) を開発した。TMISの下位概念は、「タイの規範に従う意思を表明する」など4概念からなり、「私は、これに反対する者があってもサービス受給者に真実を伝える」などの項目がある。TMISは、探索的因子分析と確認的因子分析により妥当性を検証し、 $\alpha$ 係数は.92であった。

## 2. 道徳性の実態と関連要因

道徳性と関連要因について尺度毎に表2から表4に示す。

#### (1) 道徳的感受性と関連要因 (表2)

我が国の看護職の道徳的感受性の実態は、中村ほか (2003) が開発した MST を用いて調査されていた。南里ほか (2022) と米澤ほか (2013, p.211) は、「広く患者の状況について理解していることは、専門職としての責任である」などの下位概念「患者の理解」が最も得点が高く、次いで、「自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する」などの下位概念「責任/安全」であったことを報告していた。また、米澤ほか (2013, p.210) は、道徳的感受性の高い看護師は、蓄積疲労が高いことを報告していた。さらに中谷 (2018, pp.23-24) は、道徳的感受性を集中治療看護経験の有無により比較した結果、集中治療看護経験群は「患者の理解」が高いことを報告していた。道徳的感受性の関連要因は、倫理的問題への悩みや家族の介護経験、専門/認定看護師の資格、年齢、経験年数、職位、学歴であった (南里ほか, 2022; 米澤ほか, 2013, pp.206-210)。

海外では、看護師の道徳的感受性は中程度であった (Afrasiabifar, Mosavi, Dehbanizadeh, & Khaki, 2021, p.255; Amiri, Ebrahimi, Vahidi, Jafarabadi, & Areshtanab, 2019, pp.1268-1269; Rahnama, Mardani-Hamooleh, & Kouhnavard, 2017, p.16)。看護師の道徳的感受性とケアリング行動に有意な正の相関があった (Afrasiabifar, et al., 2021, p.256)。一方、大学病院に入院中の患者による看護師からのケアの質の評価とケアを提供している看護師自身の道徳的感受性は、相関を認めなかった (Amiri, et al., 2019, p.1268)。質の高い看護の提供には、道徳的感受性と認知的共感が重要であることが報告されていた (Suazo, et al., 2020)。また、道徳的感受性は、自尊感情 (Rahnama, et al., 2017) や共感、マインドフルネス (Rezapour-Mirsaleh, Aghabagheri, Choobforoushzadeh, & Ardakan, 2022)、倫理的風土 (Zhang, Bu, Xu, Gong, & Gilal, 2021) と正の関連があった。

道徳的感受性を高める介入研究が1文献あった (藤野・百瀬・天木, 2017)。介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラムは、MSS-NHの下位概念「高齢者の能力を活かす」が介入前後の得点において有意な上昇を認めていた。

#### (2) 道徳的悩みと関連要因 (表3)

イランの看護師の道徳的悩みは、中から高程度であると報告されていた (Safarpour, et al., 2020)。道徳的悩みの組織要因は、職場特性 (Giannetta, et al., 2021) や雇用状況 (Safarpour, et al., 2020)、倫理的風土 (Asgari, Shafipour, Taraghi, & Yazdani-Charati, 2019; Ventovaara, Af Sandeberg, Petersen, Blomgren, & Pergert, 2022) であった。また、職位と給与に対する低満足度は、道徳的悩みを高めていた (Giannetta, et al., 2021)。一方、職務満足と関連を認めな

いとす報告もあつた (Asgari, et al., 2019)。

道徳的悩みの個人要因は、年齢、性別、経験年数、リーダー経験、離職意思、婚姻状況であつた (Ashida, et al., 2022 ; Safarpour, et al., 2020 ; Woods, Rodgers, Towers, & Grow, 2015)。日本、米国、イランでは、高年齢群の看護職で道徳的悩みが高かつた (Ashida, et al., 2022 ; Safarpour, et al., 2020)。一方、ニュージーランドにおける全国調査では若年齢群で高かつた (Woods, et al., 2015)。道徳的悩みは倫理教育と関連し、倫理教育を受講した若年齢群に高かつた (Woods, et al., 2015)。

看護師は、医療従事者の中で最も道徳的悩みが強く、地域で働く看護師より病院勤務に携わる看護師において道徳的悩みが高かつた (Giannetta, et al., 2021)。また、救急医療現場における我が国と米国の看護職の道徳的悩みの比較研究では、日本人看護師がより強く道徳的悩みを感じていた (Ashida, et al., 2022)。

道徳的悩みの要因は、管理上の決定による患者に対する無益な治療の継続と本人の意思とは異なる家族の希望に従うこと、時間の不足や人員配置の不足、ケアの継続性の欠如等であつた (Asgari, et al., 2019 ; Ashida, et al., 2022 ; Giannetta, et al., 2021 ; Ventovaara, et al., 2022 ; Woods, et al., 2015)。道徳的悩みは、道徳的勇気の増加に伴い減少していた (Safarpour, et al., 2020)。

### (3) その他の道徳性と関連要因 (表 4)

COVID-19の患者のケアにあつた看護師は、医療従事者の中で最も道徳的傷つきの有症率が高く (Rushton, et al., 2022)、道徳的傷つきの緩衝要因として道徳的レジリエンスが報告されていた (Rushton, et al., 2022 ; Spilg, et al., 2022)。道徳的レジリエンスは、十分な睡眠や雇用主および同僚からの支援等と関連があつた (Spilg, et al., 2022)。また、Khodaveisi, et al. (2021) は、COVID-19の患者のケアにあつた看護師において道徳的勇気と道徳的感受性に正の相関関係があると報告していた。道徳的勇気は、職業経験、年齢が増すに従い増加することが報告されていた (Khodaveisi, et al., 2021 ; Khoshmehr, Barkhordari-Sharifabad, Nasiriani, & Fallahzadeh, 2020 ; Konings, et al., 2022)。

我が国の看護師の道徳的発達、多くが第3段階の対人的同調や第4段階の法と秩序の志向である慣習的水準にあり (芹田, 2016, p.38 ; 米澤ほか, 2013, pp.212-213)、個人属性と有意な関連を認めなかつた (芹田, 2016, p.38)。

## Ⅲ. 考 察

看護職の道徳性を測定する研究に使用されていた尺度は7種類の測定尺度であり、看護職の道徳性の実態や関連要因について明らかにされていた。以下、看護職の道徳性測

定尺度の開発状況と研究の動向、道徳性の実態と関連要因、看護職の道徳性と倫理的看護実践について考察する。

### 1. 看護職の道徳性測定尺度の開発状況と研究の動向

看護職の道徳性測定尺度の開発研究数は、国内外において道徳的感受性と道徳的悩みが半数以上を占め、ニーズの高さがうかがわれた。McCarthy (2020, p.8) は、道徳的悩みを持ち続けることは、専門職としての義務であると述べている。倫理的課題であると気づき、認識する道徳的感受性と、倫理的課題に対する道徳的悩みを感じることは、倫理的看護実践への初動につながる特性といえる。

海外では、道徳的勇気、道徳的誠実、道徳的レジリエンスなど道徳的行為を行うために必要な忍耐や信念の深さといったFry & Johnstone (2008/2010, pp.35-36) が述べる道徳的特性を測定する尺度が開発されていた。道徳的特性である勇気や誠実、レジリエンスは非認知能力として注目されている (小塩ほか, 2021, p.2)。非認知能力は、学校教育では主体的に学習に取り組む態度 (文部科学省, 2017) とされ、社会では指示を待つのではなく、自らやるべきことを冷静に見極め、積極的に取り組む社会人基礎力と関連があるとされている (経済産業省, 2018)。専門職である看護職には、より一層思いやりや正直さ、誠実性や共感性、慈悲といった道徳的能力 (Jormsri, et al., 2005, pp.588-592) である非認知能力を必要とする。したがって、道徳的レジリエンスや道徳的勇気、あるいは道徳的誠実を測定する日本語版尺度の開発やそれを用いた研究による実態解明が必要である。

看護職の道徳的発達を明らかにするため、山岸 (1980) が開発した青年期の道徳発達を測定するDIT日本版が用いられていた。しかし、DIT日本版は看護職を対象に開発された尺度ではない。山岸 (2016, p.22) によると、近年善悪の問題というより現実的な問題として色々な方略を考え、現状に立ち向かうことなくそのまま受容する、というKohlbergの発達段階 (Kohlberg & Higgins, 1971/1987, pp.171-173) とは異なる考え方が見いだされ、尺度見直しの必要性を言及しており、看護職を対象とした尺度開発が望まれる。

さらに、看護職の道徳性測定尺度の開発研究の対象は、多くが病院所属の看護職であつた。Asahara, et al. (2013 ; 2015) は、訪問看護師と保健師を対象とした道徳的能力尺度、藤野ほか (2014) は介護保険施設で働く看護職を対象とした道徳的感受性尺度を開発していた。我が国は、病院完結型医療から地域包括ケアシステムの推進が政策的に行われ、看護職の活動の場も病院から地域へと拡大してきている (厚生労働省, 2019)。したがって、社会のニーズに応じた看護が提供できているかを把握するために、地域で

活動している看護職への尺度活用と研究成果の蓄積が必要と考える。

看護職の道徳性を測定する研究に使用されていた尺度は7種類であり、道徳性測定尺度は、Lützn, et al. (1995)がMSQを開発して以降、各国で道徳的感受性尺度の翻訳版や改訂版の開発が行われていた。我が国における看護職の道徳的感受性を測定するMST開発者である中村ほか(2003, pp.56-57)は、尺度の内容妥当性について近年の医療現場における守秘義務や患者の権利擁護といった観点の不足を述べている。したがって、測定しようとする看護職の道徳性の尺度が、その国の文化的・社会的実情に応じたものか、内容を吟味する必要がある。

看護職の道徳性を測定する主な尺度の信頼性の検証としてクロンバック $\alpha$ 係数を用いた尺度は、13尺度中12尺度であった。そのうち道徳的発達1尺度を除きクロンバック $\alpha$ 係数は、0.7以上であった。また、妥当性について、道徳的感受性の1尺度が主軸因子分析、道徳的悩みの1尺度が基準関連妥当性のみ、道徳的発達は主成分分析、道徳的レジリエンスは基準関連妥当性と探索的因子分析を用い、他の9尺度は確認的因子分析単独、もしくは探索的因子分析や主成分分析を組み合わせ検証されていた。村上(2006, pp.46-47)は、尺度作成において、信頼性係数がある程度高くなければ妥当性研究を行う意義がないと述べている。狩野(2002, p.149)は、尺度において最も重要なのは、構成概念の内容妥当性であり、検証方法として確認的因子分析が必要であることを述べている。したがって、クロンバック $\alpha$ 係数が高く、確認的因子分析によって妥当性が検証された尺度を用いることが望ましい。

## 2. 看護職の道徳性の実態と関連要因

看護職の道徳性測定研究は、横断的研究デザインが多くを占め、道徳的感受性に関する研究が最もニーズが高かったことがうかがえる。我が国における看護職の道徳的感受性は、中村ほか(2003)が開発したMSQの日本語版であるMSTを用いて測定されており、下位概念の「患者の理解」が最も高く次いで「責任/安全」であった。「患者の理解」には、「患者に接することは日常の最も重要なことである」「広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である」などの項目がある。これらの項目は、看護師と患者の関係の基本であり(Fry & Johnstone, 2008/2010, pp.56-58)、対象となった看護職は、看護実践の倫理における基本的責務を理解していることが示された。

また、海外における看護職の道徳的感受性は、中程度であった。看護職の道徳的感受性の関連要因は、我が国では倫理的問題への悩みや家族の介護経験や専門/認定看護師

の資格、年齢、経験年数、職位、学歴といった個人要因であった。さらに、海外では倫理的風土や雇用形態が間接的な関連要因であると示されていた。Suazo, et al. (2020)は、向社会的行動は道徳的感受性や認知的共感と有意な正の相関があることを報告していた。Eisenberg & Mussen (1989/1991, pp.184-185)は、全ての向社会的行動が共感的な反応によって動機づけられる訳ではなく、内面化された道徳的価値を守る欲求によると述べている。向社会的行動ともいえる倫理的看護実践の要因として、道徳的感受性や認知的共感は重要であると考えられる。道徳的感受性の測定尺度は、旧版や改訂版など使用尺度が異なり、対象の相違はもとより国内外における道徳性の実態や関連要因を単純に比較し、特定することは困難であるが、個人要因のみならず倫理的風土等組織要因を含めて検討する必要がある。

次に道徳的悩みに関する研究が多かった。看護職は、医療従事者の中で最も道徳的悩みが強かった。また、病院勤務と地域で働く看護職を比較した結果、病院勤務に携わる看護職の道徳的悩みが強く、日米の救急医療現場における看護師の比較研究では、日本の看護師の道徳的悩みが強かった。小西・八尋・小野・中嶋(2007, pp.76-80)は、看護師が習う西洋の倫理の価値観と日本の価値観は異なり、チームワークの状態を表す『職場の和』は、本来各人の個性を活かし、それらを調和して共同体全体としての善と成長をめざすものであるが、日本では自分の意見を抑え相手の意見に合わせる賛否を同じくする『同調』と混同されやすいことを述べている。また、日本の看護師の道徳的発達は、多くが対人的同調の段階である慣習的水準にあること(芹田, 2016, p.38; 米澤ほか, 2013, pp.212-213)とも関連すると考えられる。したがって、我が国の看護職は、和と同等を混同せずアサーティブに行動し専門職として道徳性を発達させる必要があろう。

道徳的悩みは、管理上の決定により患者に対する無益な治療の継続と本人の意思とは異なる家族の希望に従うといった、生命や治療に大きく関わる職場特性にある救命救急や急性期医療現場で生じていた。道徳的悩みは、患者の意思が明確でない状況下で経験することが多く、年齢を問わず生じていた。道徳的悩みを生じさせる関連要因は、組織要因として職場特性や倫理的風土であり、個人要因として年齢、性別、経験年数、リーダー経験、離職意思、婚姻状況、雇用状況であった。田中・嵐・柳・濱田・小山(2014, p.29)は、若く経験が少ないからこそ体験する問題を倫理的視点から捉える可能性や、十分な専門的能力や立場を持ち合わせていないがために強く倫理的問題を意識する可能性、それぞれの年代で受けてきた教育が影響する可能性を挙げている。したがって、道徳的悩みは、個人要因および職場特性等の組織要因の相互作用によって生じて

いると考えられる。また、道徳的感受性と道徳的悩みに共通する要因は、倫理的風土であり、管理者のリーダーシップが問われる。

さらに、道徳的悩みを抱える看護職の中に一定割合離職意思を持つ者が存在していた。道徳的悩みへの対処行動に離職を選択すると、職場では人員不足によるケアの継続性が欠如し、看護職の道徳的悩みを増幅させ、チームや組織の風土に悪影響を及ぼす。看護職が倫理的行動に向かう組織風土は、強制的・命令的な雰囲気が多く、かつ合理的な組織管理が行われていることが示唆されている (Murai, et al., 2020; 大出, 2021; 山本・太田, 2020)。一方で、看護職はチームや組織に対し、道徳的悩みを声に出すことを躊躇する報告がある (田口・宮坂, 2019, pp.353-354)。安藤ほか (2020, p.42) は、勤務時間外の倫理研修の開催、職位に関わらない倫理研修は、感情表出や困難さの共有ができ意見交換の場として機能し、ストレスの軽減と道徳的強さを高めたと報告している。また、柏崎・福宮 (2022, pp.31-32) も、管理職からスタッフまでを対象とした専門看護師による倫理研修は、看護の楽しさの実感などの倫理カンファレンスの有効性の実感やカンファレンス開催促進へと学習意欲の向上につながったと報告している。したがって、道徳的悩みの軽減に向け、看護管理者は、倫理的姿勢と態度を示し、話しやすい病棟の雰囲気作りや病棟スタッフ全体の協力的体制づくり (山本・太田, 2020, pp.47-50) や、定期的な倫理研修の機会や、専門看護師の倫理コンサルテーションの機会を設ける等の環境を整える必要がある (日本看護協会, 2018)。

道徳的悩みの持続や COVID-19 患者の看護にあたるなど悲惨な状況に曝露した経験のある看護師は、道徳的悩みや不安、うつ症状といった道徳的傷つきの有症率が高かった。道徳的傷つきに対し、看護職の道徳的レジリエンスを高める支援が必要であったといえる。我が国においては、道徳的傷つきの報告はなかったが、山本・太田 (2020) は、道徳的レジリエンスの育成に向け組織的支援の検討を行っている。看護職は COVID-19 感染拡大状況下のように長期的に道徳的悩みにさらされることもあり、道徳的悩みから道徳的傷つきに至る看護職が存在する可能性を予想し、計画的に道徳的悩みを調査し道徳的傷つきを予防する必要がある。

### 3. 看護職の道徳性と倫理的看護実践

看護職の道徳性は、7種類の尺度を用いて測定され、道徳的行動のみならず判断、心情、態度を含むものとして測定されていた。看護職の道徳性の測定と倫理的看護実践について、Afrasiabifar, et al. (2021) は、看護師の道徳的感受性はケアリング行動と関連し、Murai, et al. (2020) は、

病院看護師の道徳的感受性と倫理的行動との関連を明らかにしている。したがって、道徳的感受性を高めることは、倫理的看護実践にとって重要である。今後、倫理教育や倫理研修の取り組み内容や方法の評価を、道徳性測定尺度を用いて行うことも有用と考える。

道徳的感受性を高めること、すなわち道徳性の発達を促す要因について Kohlberg & Higgins (1971/1987, pp.96-97) は、最適な認知的葛藤を与えること、役割取得の機会の提供を挙げている。看護職に最適な認知的葛藤、役割取得の機会として、配置転換や職位の変化など異動が挙げられる。中村 (2010, pp.85-86) は、看護師の配置転換の経験は、新たな職場風土と自分の価値観の違いに戸惑いや葛藤を経験しつつも職場に対する問題意識を高め、役割認識の変化や成長感をもたらしていたと報告している。また、田口・宮坂 (2019, pp.356-357) は、看護師がジレンマの経験から患者のニーズに対応しようとする因子として、異動経験の有無、役割意識に基づく行動を報告している。さらに、職位は道徳的感受性 (前田・小西, 2012; Murai, et al., 2020)、道徳的勇気 (Konings, et al., 2022; Khoshmehr, et al., 2020)、倫理的行動 (道上・大出, 2018; Murai, et al., 2020; 大出, 2021) との関連が報告されている。したがって、看護職の道徳性を発達させ、道徳的行動である倫理的看護実践を高める要因として、配置転換や職位変化など異動経験について検証が必要である。

看護職の道徳性の発達への介入研究は1件であり、介入研究成果の蓄積が必要である。看護職の道徳性を測定する研究の多くが、倫理に関する学習経験や看護基礎教育での学習経験と関連があることを明らかにしていた。しかし、Murai, et al. (2020) は、病院での倫理学習経験は倫理的行動に影響を与えないこと、Konings, et al. (2022) は、看護師基礎教育での倫理教育は道徳的勇気に影響を与えないと報告していた。これらは、いずれも横断調査であった。看護職は、生涯にわたり学習する必要がある (日本看護協会, 2023)。したがって、どのような学習経験や生涯学習が道徳性を高め、倫理的看護実践につながるかは十分に明らかにされておらず、今後の研究課題と言える。

## IV. 本研究の限界

本研究では、看護職の道徳性を測定する研究を日本語と英語の文献を対象にスコopingレビューを行ったが、国内および海外データベースの網羅性という点において限界がある。また、英語文献における日本語訳にあたって、文化・社会背景の違いにより用いている語句・表記の仕方にニュアンスの違いが生じているおそれがある。

## 結 論

1. 看護職の道徳性を測定する研究に使用されていた尺度は, ①道徳的感受性, ②道徳的悩み, ③道徳的発達, ④道徳的能力, ⑤道徳的勇気, ⑥道徳的レジリエンス, ⑦道徳的誠実の7種類であり, ①道徳的感受性, ②道徳的悩みを取り上げた研究が過半数を占めた。
2. 日本語で使用可能な尺度は道徳的感受性と道徳的悩みであり, 道徳的感受性の下位概念「患者の理解」が高いことが報告されていた。
3. 道徳的悩みは看護職が最も高いとされ, 悩みの要因として職場特性, 倫理的風土があった。
4. 看護職の道徳的感受性と道徳的悩みに共通する要因は倫理的風土であり, 管理者のリーダーシップが重要である。
5. 研究対象者は病院勤務の看護師が多く, 地域で活動する看護職への道徳性測定尺度の活用, 研究成果の蓄積が必要である。
6. 横断研究が97%を占め, 看護職のどのような経験や生涯学習が看護職の道徳性の発達を促すのかは解明されておらず, 今後の研究課題である。

## 謝 辞

本研究の遂行にご協力, ご助言くださった姫路大学大学院柳修平先生に心からお礼申し上げます。

なお, 本研究は, 第26回EAFONSの一部を発表し加筆修正したものである。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 著者貢献度

すべての著者は, 研究の構想およびデザイン, データ収集・分析および解釈に寄与し, 論文の作成に関与し, 最終原稿を確認した。

## 文 献

- Abdollahi, R., Iranpour, S., Ajri-Khameslou, M. (2021). Relationship between resilience and professional moral courage among nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 14, 3. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i3.5436>
- Afrasiabifar, A., Mosavi, A., Dehbanizadeh, A., Khaki, S. (2021). Nurses' caring behaviour and its correlation with moral sensitivity. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 252-261. <https://doi.org/10.1177/1744987120980154>
- Amiri, E., Ebrahimi, H., Vahidi, M., Jafarabadi, M.A., Areshtanab, H.N. (2019). Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nursing Ethics*, 26(4), 1265-1273. <https://doi.org/10.1177/0969733017745726>

- 安藤満代, 山本真弓, 関根麻紀 (2020). リフレクションを含めた倫理研修が精神科看護師の道徳的感受性, 倫理的行動, ストレスに及ぼす効果についてのパイロットスタディ. *日本看護倫理学会誌*, 12(1), 39-43.
- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, Theory & Practice*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Asahara, K., Kobayashi, M., Ono, W. (2015). Moral competence questionnaire for public health nurses in Japan: Scale development and psychometric validation. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(1), 18-26. <https://doi.org/10.1111/jjns.12044>
- Asahara, K., Ono, W., Kobayashi, M., Omori, J., Todome, H. (2013). Development and psychometric evaluation of the moral competence scale for home care nurses in Japan. *Journal of Nursing Measurement*, 21(1), 43-54. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.21.1.43>
- Asgari, S., Shafipour, V., Taraghi, Z., Yazdani-Charati, J. (2019). Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*, 26(2), 346-356. <https://doi.org/10.1177/0969733017712083>
- Ashida, K., Kawashima, T., Kawakami, A., Tanaka, M. (2022). Moral distress among critical care nurses: A cross-cultural comparison. *Nursing Ethics*, 29(6), 1341-1352. <https://doi.org/10.1177/09697330221085773>
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M., Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
- Eisenberg, N., Mussen, P.H. (1989) / 菊池章夫, 二宮克美訳 (1991). *思いやり行動の発達心理*. (pp.184-185). 東京: 金子書房.
- Ellemers, N., van der Toorn, J., Paunov, Y., van Leeuwen, T. (2019). The psychology of morality: A review and analysis of empirical studies published from 1940 through 2017. *Personality and Social Psychology Review*, 23(4), 332-366. <https://doi.org/10.1177/1088868318811759>
- Fry, S.T., Johnstone, M.-J. (2008) / 片田範子, 山本あい子訳 (2010). *看護実践の倫理【第3版】倫理的意思決定のためのガイド*. (pp.3-58). 東京: 日本看護協会出版会.
- Fujii, T., Katayama, S., Miyazaki, K., Nashiki, H., Niitsu, T., Takei, T., Utsunomiya, A., Dodek, P., Hamric, A., Nakayama, T. (2021). Translation and validation of the Japanese version of the measure of moral distress for healthcare professionals. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01765-1>
- 藤野あゆみ, 百瀬由美子, 天木伸子 (2014). 介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性尺度の開発. *日本看護倫理学会誌*, 6(1), 30-38. [https://doi.org/10.32275/jjne.6.1\\_30](https://doi.org/10.32275/jjne.6.1_30)
- 藤野あゆみ, 百瀬由美子, 天木伸子 (2017). 介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める教育プログラムの開発とその妥当性の検討. *愛知県立大学看護学部紀要*, 23, 57-65. <https://doi.org/10.15088/00003429>
- Giannetta, N., Sergi, R., Villa, G., Pennestri, F., Sala, R., Mordacci, R., Manara, D.F. (2021). Levels of moral distress among health care professionals working in hospital and community settings: A cross sectional study. *Healthcare (Basel)*, 9(12), 1673. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121673>
- Hamric, A.B., Blackhall, L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2),

- 422-429. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
- Han, S-S., Kim, J., Kim, Y-S., Ahn, S. (2010). Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. *Nursing Ethics*, 17(1), 99-105. <https://doi.org/10.1177/0969733009349993>
- Heinze, K.E., Hanson, G., Holtz, H., Swoboda, S.M., Rushton, C.H. (2021). Measuring health care interprofessionals' moral resilience: Validation of the rushton moral resilience scale. *Journal of Palliative Medicine*, 24(6), 865-872. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0328>
- Huang, F.F., Yang, Q., Zhang, J., Zhang, Q.H., Khoshnood, K., Zhang, J.P. (2016). Cross-cultural validation of the moral sensitivity questionnaire-revised Chinese version. *Nursing Ethics*, 23(7), 784-793. <https://doi.org/10.1177/0969733015583183>
- 石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜, 玉田雅美 (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. [https://doi.org/10.32275/jjne.10.1\\_60](https://doi.org/10.32275/jjne.10.1_60)
- Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, 12(6), 582-594. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>
- 狩野 裕 (2002). 構造方程式モデリングは、因子分析、分散分析、パス解析のすべてにとって代わるのか? *行動計量学*, 29(2), 138-159. <https://doi.org/10.2333/jbhmk.29.138>
- 柏崎純子, 福宮智子 (2022). 専門看護師による倫理研修プログラムの評価: 受講者の倫理的意識と行動の変化に着目して. *日本看護倫理学会誌*, 14(1), 28-35. <https://doi.org/10.32275/jjne.20210527>
- 経済産業省中小企業庁 (2018). 「我が国産業における人材力強化に向けた研究会」(人材力研究会) 報告書. <https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/kenkyukai/jinzaikyoka/2018/180314jinzaikyokakondankai.pdf> (参照 2023年 8月19日)
- Khodaveisi, M., Oshvandi, K., Bashirian, S., Khazaei, S., Gillespie, M., Masoumi, S.Z., Mohammadi, F. (2021). Moral courage, moral sensitivity and safe nursing care in nurses caring of patients with COVID-19. *Nursing Open*, 8(6), 3538-3546. <https://doi.org/10.1002/nop.2.903>
- Khoshmehr, Z., Barkhordari-Sharifabad, M., Nasiriani, K., Fallahzadeh, H. (2020). Moral courage and psychological empowerment among nurses. *BMC Nursing*, 19, 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00435-9>
- Kohlberg, L., Higgins, A. (1971) / 岩佐信道訳 (1987). *道徳性の発達と道徳教育: コールバーグ理論の展開と実践*. (pp.96-173). 千葉: 麗澤大学出版会.
- Konings, K.J-P., Gastmans, C., Numminen, O.H., Claerhout, R., Aerts, G., Leino-Kilpi, H., de Casterlé, B.D. (2022). Measuring nurses' moral courage: an explorative study. *Nursing Ethics*, 29(1), 114-130. <https://doi.org/10.1177/09697330211003211>
- 小西恵美子, 八尋道子, 小野美喜, 中嶋尚子 (2007). 「和」と日本の看護倫理. *生命倫理*, 17(1), 74-81. [https://doi.org/10.20593/jabedit.17.1\\_74](https://doi.org/10.20593/jabedit.17.1_74)
- 厚生労働省 (2019). 病院看護管理者のための看護連携体制の構築に向けた手引き: 地域包括ケアを実現するために. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000538278.pdf> (参照 2023年 8月4日)
- Lützn, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>
- Lützn, K., Nordström, G., Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(3), 131-138. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>
- 前田樹海, 小西恵美子 (2012). 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の開発と検証: 第1報. *日本看護倫理学会誌*, 4(1), 32-37. [https://doi.org/10.32275/jjne.4.1\\_32](https://doi.org/10.32275/jjne.4.1_32)
- 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子, 福宮智子 (2019). 道徳的感受性質問紙日本語版2018 (J-MSQ 2018): 下位概念「道徳的責任感」を見直して. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 100-102. [https://doi.org/10.32275/jjne.11.1\\_100](https://doi.org/10.32275/jjne.11.1_100)
- McCarthy, J. / 宮原香里, 二神真理子, 柳澤佳代, 森本 彩, 八尋道子, 眞弓尚也訳 (2020). Moral distress: Feeling compelled to do the wrong thing / 道徳的苦悩: 間違ったことをせざるを得ない気持ち. *日本看護倫理学会誌*, 12(1), 4-10.
- 道上勝春, 大出 順 (2018). A病院精神科に勤務する看護師の倫理的行動と倫理的問題の実態. *日本看護倫理学会誌*, 10(1), 45-51. [https://doi.org/10.32275/jjne.10.1\\_45](https://doi.org/10.32275/jjne.10.1_45)
- 實金 栄, 萬木早苗, 井上かおり, 上野瑞子, 小藪智子, 白岩千恵子, 村松百合香, 竹田恵子, 清水ミシェルアイズマン, 山口三重子 (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. [https://doi.org/10.34329/jce.7.0\\_10](https://doi.org/10.34329/jce.7.0_10)
- 南里 穂, 古賀明美, 熊谷有記 (2022). 特定機能病院・地域医療支援病院の外来看護師における道徳的感性の特性と関連要因. *日本慢性看護学会誌*, 16(1), 11-20. <https://doi.org/10.34523/jscin.202216001>
- 水澤久恵 (2009). 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因. *生命倫理*, 19(1), 87-97. [https://doi.org/10.20593/jabedit.19.1\\_87](https://doi.org/10.20593/jabedit.19.1_87)
- 文部科学省 (2017). 小学校学習指導要領 (平成29年告示) 解説 特別の教科 道徳編 平成29年7月. 1-97. [https://www.mext.go.jp/content/220221-mxt\\_kyoiku02-100002180\\_002.pdf](https://www.mext.go.jp/content/220221-mxt_kyoiku02-100002180_002.pdf) (参照2019年 7月16日)
- Murai, T., Nakao, H., Nakano, M. (2020). Individual and organizational factors affecting ethical behavior among hospital nurses. *Fukuoka Acta Medica*, 111(4), 164-184. <https://doi.org/10.15017/4371065>
- 村上宣寛 (2006). *心理尺度のつくり方*. 46-47, 京都: 北大路書房.
- 内閣府 (2023). 令和5年版高齢社会白書. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf) (参照 2023年 12月23日)
- 中村美知子, 石川 操, 西田文子, 伊達久美子, 西田頼子 (2003). 臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討. *日本赤十字看護学会誌*, 3(1), 49-58.
- 中村由子 (2010). 配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」. *日本看護研究学会雑誌*, 33(1), 81-92. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20091015004>
- 中谷美紀子 (2018). 集中治療経験のある看護師の道徳的感性と倫理的行動の関連と影響要因について: 集中治療経験のない看護師との比較. *東京純心大学紀要 看護学部*, 2, 21-28.
- 日本看護協会 (2018). 看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン: ヘルシーワークプレイス (健康で安全な職場) を目指して. [https://www.nurse.or.jp/assets/pdf/safety\\_hwp\\_guideline/rodoanzeisei.pdf](https://www.nurse.or.jp/assets/pdf/safety_hwp_guideline/rodoanzeisei.pdf) (参照2023年 8月9日)
- 日本看護協会 (2023). 看護職の生涯学習ガイドライン <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/lllearning-guide.pdf> (参照 2023年 8月1日)
- Numminen, O., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H. (2019). Development and validation of nurses' moral courage scale. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2438-2455. <https://doi.org/10.1177/0969733018791325>

- Numminen, O., Konings, K., Claerhout, R., Gastmans, C., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., de Casterlé, B.D. (2021). Validation of the Dutch-language version of nurses' moral courage scale. *Nursing Ethics*, 28(5), 809-822. <https://doi.org/10.1177/0969733020981754>
- Nunthawong, J., Yunibhand, J., Chaiyawat, W. (2020). Development of Thai moral integrity scale in professional nurses. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(1), 102-117.
- 大出 順 (2014). 看護師の倫理的行動尺度の開発. *日本看護倫理学会誌*, 6(1), 3-11. [https://doi.org/10.32275/jjne.6.1\\_3](https://doi.org/10.32275/jjne.6.1_3)
- 大出 順 (2019). 看護師の倫理的行動尺度改訂版の作成. *日本看護倫理学会誌*, 11(1), 13-19. [https://doi.org/10.32275/jjne.11.1\\_13](https://doi.org/10.32275/jjne.11.1_13)
- 大出 順 (2021). 看護師の倫理的行動と組織風土がバーンアウトに与える影響の検討. *帝京科学大学紀要*, 17, 23-31.
- 小塩真司, 川本哲也, 竹橋洋毅, 原田知佳, 西川一二, 平山のみ, 外山美樹, 千鳥雄太, 野崎優樹, 中川 威, 登張真穂, 箕浦有希久, 有光興記, 石川遥至, 平野真理, 小野寺敦子 (2021). 非認知能力: 概念・測定と教育の可能性. 2, 京都: 北大路書房.
- Oztik, S.T., Coban, G.I. (2016). Reliability and validity of the Turkish version of the moral development scale for professionals. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 770-780.
- Rahnama, F., Mardani-Hamoooleh, M., Kouhnavard, M. (2017). Correlation between moral sensitivity and self-esteem in nursing personnel. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 10(16), 1-8.
- Rezapor-Mirsaleh, Y., Aghabagheri, M., Choobforoushzadeh, A., Ardakan, A.M. (2022). Mindfulness, empathy and moral sensitivity in nurses: A structural equation modeling analysis. *BMC Nursing*, 21(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00912-3>
- Rushton, C.H., Thomas, T.A., Antonsdottir, I.M., Nelson, K.E., Boyce, D., Vioral, A., Swavely, D., Ley, C.D., Hanson, G.C. (2022). Moral injury and moral resilience in health care workers during COVID-19 pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 25(5), 712-719. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0076>
- Safarpour, H., Ghazanfarabadi, M., Varasteh, S., Bazayr, J., Fuladvandi, M., Malekian, L. (2020). The Association between moral distress and moral courage in nurses: A cross-sectional study in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(6), 533-538. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_156\\_19](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_156_19)
- 芹田典子 (2016). 臨床看護師の道徳的発達段階における一考察. *教育と人格: 研究紀要*, (1), 35-42.
- Skisland, A., Bjørnstad, J.O., Söderhamn, O. (2012). Construction and testing of the moral development scale for professionals (MDSP). *Nurse Education Today*, 32(3), 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.002>
- Spilg, E.G., Rushton, C.H., Phillips, J.L., Kendzerska, T., Saad, M., Gifford, W., Gautam, M., Bhatla, R., Edwards, J.D., Quilty, L., Leveille, C., Robillard, R. (2022). The new frontline: Exploring the links between moral distress, moral resilience and mental health in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 22(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03637-w>
- Suazo, I., Pérez-Fuentes, M.C., Molero Jurado, M.M., Martos Martínez, Á., Simón Márquez, M.M., Barragán Martín, A.B., Sisto, M., Gázquez Linares, J.J. (2020). Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8914. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238914>
- 田口めぐみ, 宮坂道夫 (2019). 看護師が自己規範とチーム規範との不一致によって経験するジレンマについてのナラティブ分析. *日本看護科学会誌*, 39, 350-358. <https://doi.org/10.5630/jans.39.350>
- 田中美恵子, 嵐 弘美, 柳 修平, 濱田由紀, 小山達也 (2014). 精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度と関連因子の検討. *東京女子医科大学看護学会誌*, 9(1), 21-29.
- 手島 恵監修 (2023). *看護職の基本的責務 2023年版 定義・概念/基本法/倫理*. 58-64, 東京: 日本看護協会出版会.
- 友利幸之介, 澤田辰徳, 大野勘太, 高橋香代子, 沖田勇帆 (2020). スコーピングレビューのための報告ガイドライン 日本語版: PRISMA-ScR. *日本臨床作業療法研究*, 7, 70-76.
- Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M.D.J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E.A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M.G., Garrity, C., Lewin, S., Godfrey, C.M., Macdonald, M.T., Langlois, E.V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö., Straus, S.E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Ventovaara, P., Af Sandeberg, M., Petersen, G., Blomgren, K., Pergert, P. (2022). A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate - Situations in paediatric oncology care that involve children's voices. *Nursing Open*, 9(4), 2108-2116. <https://doi.org/10.1002/nop2.1221>
- Woods, M., Rodgers, V., Towers, A., Grow, S.L. (2015). Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. *Nursing Ethics*, 22(1), 117-130. <https://doi.org/10.1177/0969733014542679>
- 山岸明子 (1980). 青年期における道徳判断の発達測定のための質問紙の作成とその検討. *心理学研究*, 51(2), 92-95. <https://doi.org/10.4992/jpsy.51.92>
- 山岸明子 (2016). 道徳性発達査定質問紙 (DIT) の質問項目再考及び学部による回答傾向の違い. *医療看護研究*, 12(2), 18-26. [https://doi.org/10.60254/jhcn.12.2\\_18](https://doi.org/10.60254/jhcn.12.2_18)
- 山本麻記子, 太田勝正 (2020). 看護管理者が認識する道徳的苦悩の軽減を目指した組織的支援のあり方. *日本看護倫理学会誌*, 12(1), 44-53. [https://doi.org/10.32275/jjne.12.1\\_44](https://doi.org/10.32275/jjne.12.1_44)
- Yildiz, E., Tüfekci, F.G. (2017). Reliability and validity of the Turkish version of the moral competence scale for public health nurses: A methodological study. *Clinical Nurse Specialist*, 31(6), E1-E6. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000333>
- 米澤弘恵, 佐藤啓造, 石津みゑ子, 藤城雅也, 水野 駿, 小淵律子, 福地 麗, 古谷卓朗, 入戸野晋, 廣渡崇郎, 岩田浩子 (2013). 臨床看護師の倫理観と疲労との関係: 道徳的発達段階・倫理的感受性と蓄積的疲労との比較. *昭和学術会誌*, 73(3), 203-215.
- 吉岡詠美, 金子さゆり (2019). 看護学生におけるケアの倫理的行動尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 39, 316-325. <https://doi.org/10.5630/jans.39.316>
- Zhang, N., Bu, X., Xu, Z., Gong, Z., Gilal, F.G. (2021). Effect of ethical leadership on moral sensitivity in Chinese nurses: A multilevel structural equation model. *Advances in Nursing Science*, 44(3), E78-E92. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000357>

2024年2月24日受 付
2025年2月2日採用決定

# Morality Measurement in the Nursing Profession: A Scoping Review

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(4), 585-600  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250202262>

Miho Wada, RN, MSN<sup>1</sup>, Mariko Shiramizu, RN, MSN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctoral Program Student, Himeji University Graduate School, Hyogo, Japan

<sup>2</sup>Professor, Himeji University Graduate School, Hyogo, Japan

## Abstract

**Objective:** To evaluate studies that measure morality in the nursing profession, assess the current status of scale development and explore the existing levels of morality and related factors. **Methods:** A review following PRISMA guidelines for scoping reviews was conducted, with searches performed using Ichushi-Web (the Japan medical Abstracts Society), PubMed, and CINAHL. The eligibility criteria were: (1) participants from the nursing profession and (2) quantitative studies that focused on measuring morality. **Results:** Thirty-nine articles were reviewed, of which 97% used a cross-sectional design. Seven key measures of morality were identified: 1) moral sensitivity, 2) moral distress, 3) moral development, 4) moral competence, 5) moral courage, 6) moral resilience, and 7) moral integrity. Most previous studies have focused on moral sensitivity and distress. The majority of the participants were hospital nurses, and the common factor between moral sensitivity and moral distress was the ethical climate. **Conclusions:** The findings indicate a need for further exploration of experiences and ongoing education that foster moral development among nurses. Additionally, more research focusing on nursing professionals working in community settings is required.

## Key words

morality, concept, scale, quantitative research, scoping review

---

**Correspondence:** M. Wada. Email: [d11910007@koutoku.ac.jp](mailto:d11910007@koutoku.ac.jp)

# 介護者と要介護者の身体的負担を軽減する 持ち手付きスライドシートの開発

日本看護研究学会雑誌  
2025, 48(4), 601-609  
©2025 日本看護研究学会  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250307266>

工藤雄行<sup>1</sup>, 福士尚葵<sup>1</sup>, 佐藤厚子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>弘前医療福祉大学短期大学部, <sup>2</sup>弘前学院大学看護学部

## 要旨

目的：持ち手付きスライディングシート（以下、体幹移動シート）の機能評価を行い、身体的負担軽減効果を検討する。方法：体幹移動シートと試料の動摩擦係数および最大静止摩擦係数を比較した。上方移動と体位変換の身体的負担感はBorgによるCategory-ratio scale (CR-10) を用いて評価した。結果：体幹移動シートうら面とシーツの動摩擦係数・最大静止摩擦係数は服とシーツ、ズボンとシーツの動摩擦係数・最大静止摩擦係数と比較して有意に低かった ( $p < .05 \sim .01$ )。体幹移動シートおもて面と服の場合は体幹移動シートうら面とシーツの動摩擦係数・最大静止摩擦係数と比較して有意に高かった（それぞれ、 $p < .01$ ）。介護者の身体的負担感は上方移動、体位変換ともに体幹移動シートを使用した場合は数値が小さくなり、有意差がみられた ( $p < .05$ )。被介護者の上方移動時の身体的負担感も体幹移動シートを使用した場合は数値が小さくなり、有意差がみられた ( $p < .01$ )。結論：体幹移動シートは介護者、被介護者の身体的負担感を軽減する可能性がある。

## キーワード

持ち手付きスライディングシート, 身体的負担

責任著者：工藤雄行. Email: kudoy@jyoto-gakuen.ac.jp

## 緒言

令和4年労働災害発生状況報告（厚生労働省，2023）によると，社会福祉施設で発生する労働災害事故の死傷者数は腰痛などの「動作の反動・無理な動作」が最多で，全数に占める割合は35%であった。「動作の反動・無理な動作」は，若年層から高齢層まで一様に増加している。さらに臨床看護師や医療従事者の50%以上に腰痛があるという報告もある（Fujii, et al., 2019, p.572）。

Weiner, Kalichman, Ribak, & Alperovitch-Najenson (2017) は看護師の体位変換による健康上のリスクについて報告し，適切な補助具を使用することの必要性を指摘している（p.22）。Bartnik & Rice (2013) もベッド上で被介護者をスライドさせると介護者の筋骨格損傷のリスクが高まることを報告し，臨床現場では介助姿勢の改善の他，福祉用具，補助用具の導入による介護負担の省力化を推奨している（p.393）。Larson, Murtagh, & Rice (2018) は患者をベッド上で滑らせるタイプのスライディングシートを使用し，手にかかる身体的負担を検討した。その結果，負担は大幅に減少したことを報告した（p.439）。Alperovitch-Najenson, Weiner, Ribak, & Kalichman (2020) は同じタイプのスライ

ディングシートを使用し，看護実践に導入すると仕事の満足度を高めながら，仕事に関連した筋骨格系の痛みや障害を軽減することを報告した。岩切・松平・市川・高橋（2017）は高齢者介護施設においてスライディングシートなどの福祉用具の使用を2.5年間組織的に行ってもらい，介護者の腰痛症状に及ぼす影響について調査している。その結果，福祉用具を理解し，積極的に使用していた介護者は腰痛が改善した（p.88）。このようにスライディングシートの有用性に関する報告は多い。

特に身体的負担が大きい介護動作は上方水平移動（以下，上方移動）である。上方移動とは，臥床した被介護者をベッド足元から頭側に向かって水平方向（体軸と同じ方向）に移動することである（中村ほか，2017，p.20）。意識障害や麻痺がある患者を移動する際は膝を曲げるなどの協力が得られないため，さらに困難な介助となる。

スライディングシートは，ベッドに臥床している利用者の身体と，ベッドの接地面に挿入し，身体を押したり引いたりするときに生じる摩擦を軽減するものである。摩擦が軽減されることで，介護者は少ない力で利用者の身体を，介護内容に応じた適切な位置に，自由に移動することができる。しかし，従来のスライディングシートは，シート使

用の度に被介護者の身体の下に敷き込み側臥位にする必要があるため、介護者の身体的な負担を要し、時間もかかる可能性がある。また、同様に被介護者もスライディングシート挿入時に不快感を伴う場合もあることが報告されている（首藤・武田，2019，p.59）。

そこで我々は、介護者と被介護者の両者にとって使用しやすい持ち手付きスライディングシート（以下、体幹移動シート）を開発した。体幹移動シートはベッドと接するうら面は摩擦が軽減し、被介護者と体幹移動シートおもて面では摩擦が大きくなるように工夫されている。また、目が粗いナイロン製のため、被介護者の身体が滑らず常時身体の下に敷いておくことができる。

本研究では、我々が開発した体幹移動シートの物理的な機能評価を実験的に行い、また体幹移動シート使用時の介護者と被介護者双方に対する身体的負担軽減効果についての実験評価を行った。

## I. 研究目的

本調査は、体幹移動シートの機能評価を行い、介護者と被介護者双方に対する身体的負担軽減効果を検討することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 体幹移動シートについて

#### (1) 用語の定義

本研究において体幹移動シートの機能とは、「ベッドと接する体幹移動シートのうら面は滑りやすい構造になっている」「被介護者の身体が接する体幹移動シートおもて面は滑りにくい構造になっている」ということである。

#### (2) 体幹移動シートの構造

体幹移動シートは図1に示すように90×70cmの方形の



図1 体幹移動シート

ナイロン100%製の生地である。従来のスライディングシートはおもて面・うら面が同じ素材であり、摩擦軽減効果に着目しているが、体幹移動シートはベッドに接するうら面には摩擦が軽減するよう、シリコンを全体に塗布し、被介護者と体幹移動シートが接している面は摩擦が生じる生地になっている。従って、臥床時に被介護者の身体が滑ることなく安定するため常時敷いておくことができる。また、四辺にポリエステル100%の持ち手が付いており、介助動作に応じ持ち手に手をかけ、体幹移動シートごと被介護者を移動できるようになっている。

### 2. データ収集時期

調査は2018年2月に行った。

### 3. 体幹移動シートの物理的な機能評価

実験方法は図2に示すように、40cm<sup>2</sup>の板の下にすべり片としてシート（綿100%）の生地を貼り付け、その上にロードセルを搭載した台を設置した。台面下での圧力が2.67kPa（20mmHg）または5.33kPa（40mmHg）になるように加重し、シートと試料の動摩擦係数および最大静止摩擦係数（以下、静止摩擦係数）を測定し、体幹移動シートの滑りやすさを定量化した。

試料は「体幹移動シートうら面」，「被介護者のパジャマ上衣を想定した布片【ポリエステル85%・綿15%（以下、服）】」，「被介護者のパジャマ下衣を想定した布片【ポリエステル90%・綿10%（以下、ズボン）】」で実施した。また、体幹移動シートおもて面を貼り付け、服との動摩擦係数および静止摩擦係数を測定した。測定は各5回行い、平均値を算出した。

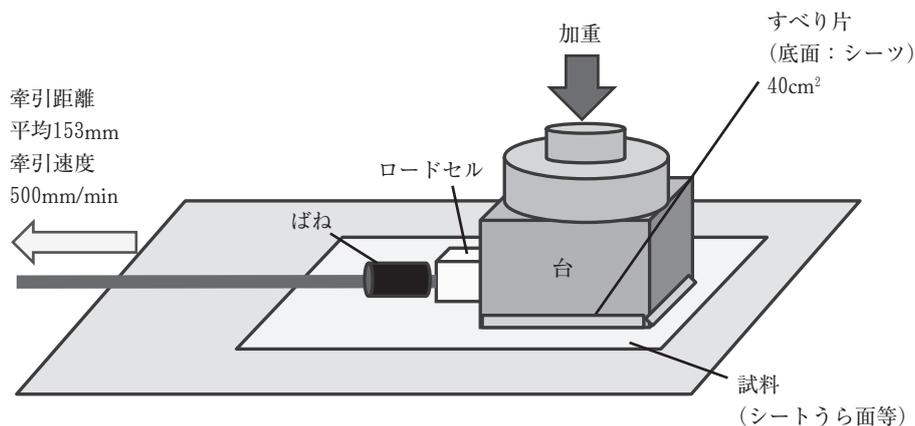
機能評価についてはA大学理工学部の協力を得た。

### 4. 介助者、被介護者の実験評価

被験者はB短期大学介護科の学生で、男性4名、女性14名、年齢は男性42.5±3.1歳、女性42.6±13.1歳、平均Body Mass Index（BMI）は男性24.9±1.4kg/m<sup>2</sup>、女性21.9±2.2kg/m<sup>2</sup>であった。全員、実習での介護経験は2か月半であり、臨床現場での介護経験がある者はいなかった。

被験者の組み合わせは同性にし、2人のBMIや年齢の差ができるだけ生じない組み合わせになるように配慮して、合計9組のグループを設定した。各グループのメンバー全員が介護者および被介護者を体験した。体験回数は反復による技術の差異が生じないように各1度のみとした。

被介護者は、自力動作が全くできないこととし、自らの判断で一切動くことがないように指示した。また、ベッド中心から20cm下方に位置し、麻痺、拘縮はなく、全介助



すべり片と試料への加重は台下面での圧力が2.67kPa (20mmHg) または 5.33kPa (40mmHg) になるように設定している

図2 シーツと試料の動摩擦係数および最大静止摩擦係数測定実験

を想定した。介護者の体幹移動シートを使用した場合と使用しない場合の上方移動と体位変換方法はマニュアルを作成して統一した(資料1)。

その後、身体的負担感をBorgによるCategory-ratio scale (CR-10)を用いて評価した。CR-10は運動中に感じる自覚的な感覚を主観的に評価できるように開発されたツールであり(0:全く感じない~10:非常に強く感じる)、健康者成人者での等尺性収縮運動の強度指標として有効性が報告されている(望月, 1993)。被験者には上方移動時と体位変換時(仰臥位から右側臥位)において体幹移動シートを使用した場合と使用しなかった場合のCR-10で最も妥当と思われる点数に丸印を記載してもらった。終了後、自由記述形式で作業中の感想や困難点を収集した。

#### (1) 体幹移動シートを使用した場合の上方移動

①ベッドの上部に枕を置く。②シートは被介護者の後頸部から腰部にかけて敷く。③被介護者を仰臥位にして前胸部に腕を組み、足首を交差して重ねる。④介護者は被介護者の頭側に移動し、シート上方の持ち手を持ち、被介護者を少し右側に傾ける。⑤シートをベッドの頭側に引き上げる。

#### (2) 体幹移動シートを使用した場合の体位変換(仰臥位から右側臥位)

①介護者は被介護者からみて右側に立つ。②被介護者の前胸部に腕を組み、足首を交差して重ねる。③被介護者の肩と腰の部分の持ち手を両方の手でつかむ。④つかんだ持ち手を介護者の方に引き寄せる(被介護者がシートで包まれるような形になる)。

#### (3) 体幹移動シートを使用しない場合の上方移動

①被介護者をベッド上で右上の角と左下の角を結ぶ対角線上に位置するように仰臥位の姿勢にする。②ベッドの上部に枕を置く。③被介護者の前胸部に腕を組み、足首を交差して重ねる。④介護者は被介護者の足と肩を結ぶベッド

の対角線の延長上に立ち、左腕を利用者の後頸部から背部に差し込み、右手で被介護者が前胸部で組んでいる腕の肘部をしっかりと支える。⑤介護者は被介護者の上半身を少し持ち上げ摩擦が生じないように、前足(右足)から後足(左側)へ体重移動しながら、被介護者を対角線に沿って引き上げる。

#### (4) 体幹移動シートを使用しない場合の体位変換(仰臥位から右側臥位)

①介護者は被介護者からみて右側に立つ。②被介護者の前胸部に腕を組み、足首を交差して重ねる。③被介護者の頭を側臥位になる方(右側)に傾ける。④介護者は右手を利用者の左膝裏側に入れ、左手で利用者の左側の肩甲骨を支える。⑤介護者は自分の腰を下方に落としながら膝を曲げ、膝→肩甲骨の順に利用者の身体を手前に起こす。

## 5. データ分析

[体幹移動シートうら面・シーツの動/静止摩擦]と[服・シーツ、ズボン・シーツの動/静止摩擦]、[体幹移動シートうら面・シーツの動/静止摩擦]と[体幹移動シートおもて面・服の動/静止摩擦]の平均値の差はTukey-Kramer testを用いた。CR-10の平均値の差は、Wilcoxon rank sum testを用いた。統計解析ソフトはSPSS for Windows 18.0を使用した。 $p < .05$ を有意差ありとした。

[体幹移動シートうら面・シーツの動/静止摩擦]と[服・シーツ、ズボン・シーツの動/静止摩擦]、[体幹移動シートうら面・シーツの動/静止摩擦]と[体幹移動シートおもて面・服の動/静止摩擦]の平均値の差についてHedges'  $g$ を用いて効果量を算出した。統計解析にはExcelを用いた。

## 6. 倫理的配慮

調査対象者に対しては、参加は自由意思であり拒否して

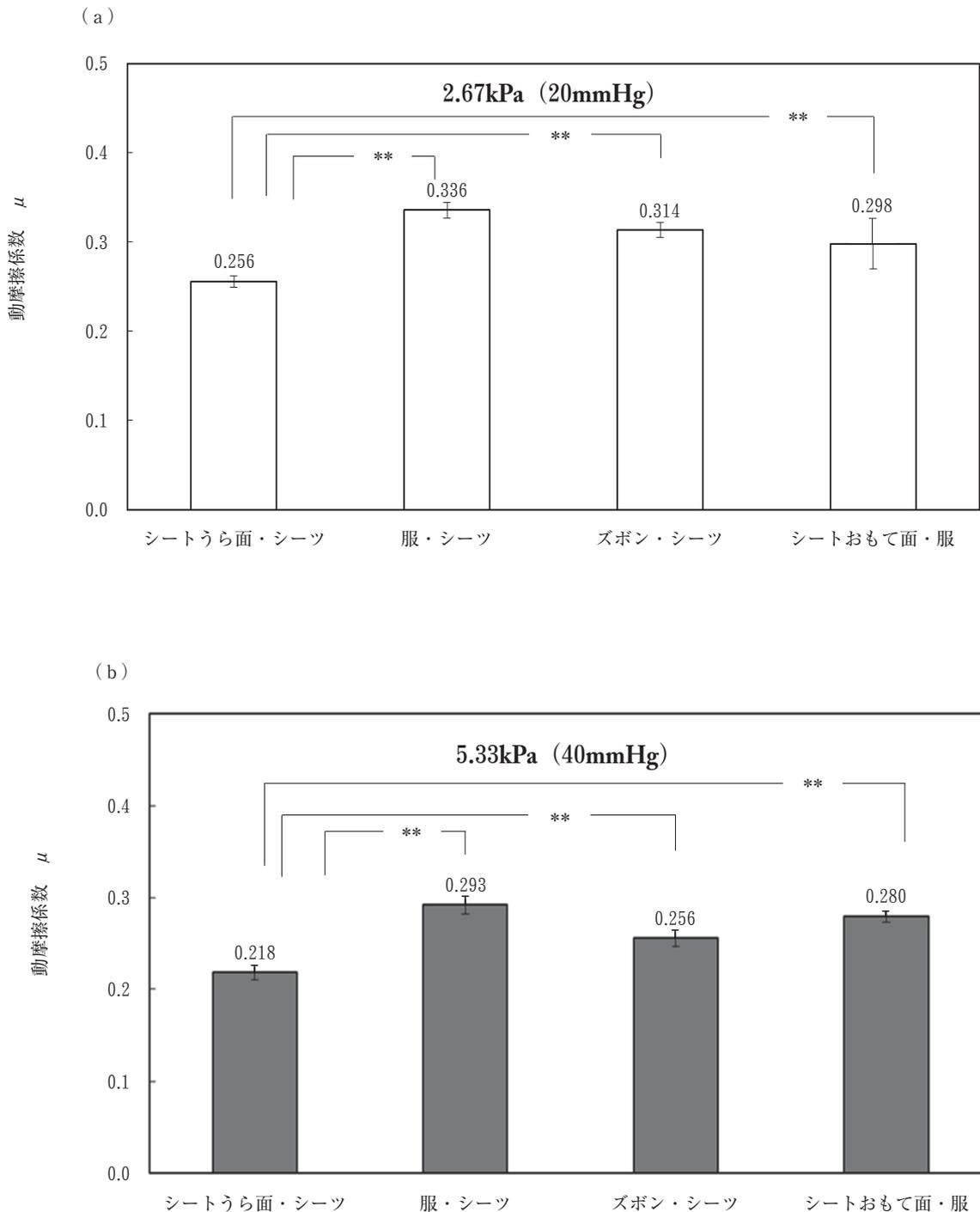
も不利益はないこと、調査の匿名性と倫理的配慮について文書および口頭で説明し、同意書に署名を得た。なお、本研究は、弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：第70号）。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 体幹移動シートの機能評価（図3，図4）

##### (1) 動摩擦係数

体幹移動シートうら面とシートの動摩擦係数は加重2.67kPa



2.67kPa (20mmHg) 加重時 (a) と5.33kPa (40mmHg) 加重時 (b) における「シートうら面とシート」の動摩擦係数と「服とシート」, 「ズボンとシート」, 「シートおもて面と服」の動摩擦係数の比較を示す。数値はそれぞれの加重における5回の繰り返し測定の実験平均動摩擦係数と標準偏差。\*\*:  $p < .01$ , Tukey-Kramer test

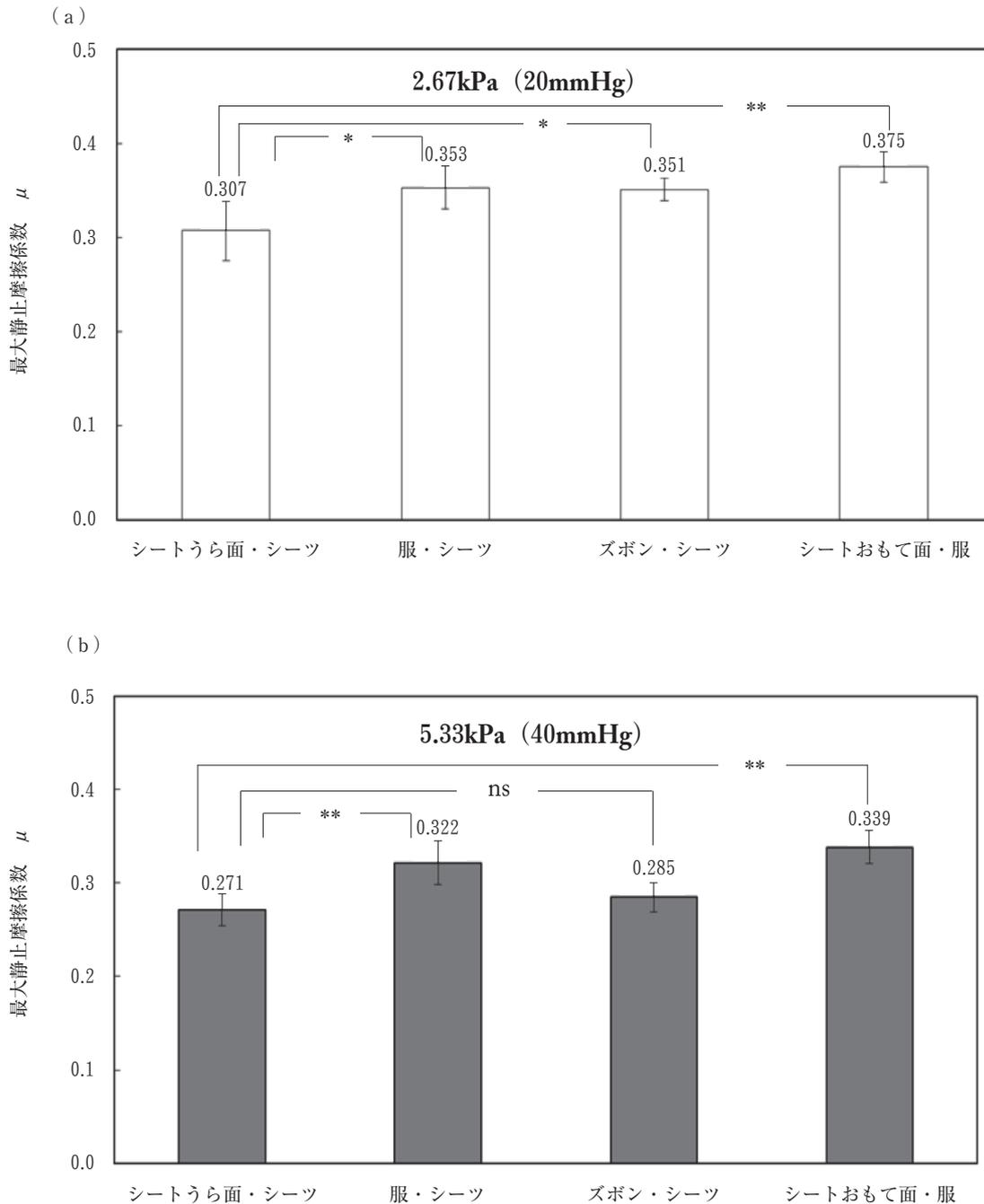
図3 動摩擦係数の比較

(20mmHg) の場合は  $\mu=0.256\pm0.006$  (平均 $\pm$ SD) で, 加重5.33kPa (40mmHg) の場合は  $\mu=0.218\pm0.007$  (平均 $\pm$ SD) であり, 服とシート, ズボンとシートの動摩擦係数と比較して有意に低い値を示した (それぞれ,  $p<.01$ )。

体幹移動シートおもて面と服の平均動摩擦係数は加重

2.67kPa (20mmHg) の場合は  $\mu=0.298\pm0.028$  (平均 $\pm$ SD) で, 5.33kPa (40mmHg) の場合は  $\mu=0.280\pm0.006$  (平均 $\pm$ SD) であり, 体幹移動シートうら面とシートの動摩擦係数と比較して有意に大きかった ( $p<.01$ )。

[体幹移動シートうら面 $\cdot$ シート] と [服 $\cdot$ シート],



2.67kPa (20mmHg) 加重時 (a) と5.33kPa (40mmHg) 加重時 (b) における「シートうら面とシート」の最大静止摩擦係数と「服とシート」, 「ズボンとシート」, 「シートおもて面と服」の最大静止摩擦係数の比較を示す。数値はそれぞれの加重における5回の繰り返し測定 of 平均最大静止摩擦係数と標準偏差。

\* :  $p<.05$ , \*\* :  $p<.01$ , ns : not significant, Tukey-Kramer test

図4 最大静止摩擦係数の比較

[ズボン・シート], [体幹移動シートうら面・シート]と[体幹移動シートおもて面・服]の効果量は2.67kPa (20mmHg) 加重の場合, それぞれ $d=10.165$ ,  $d=7.505$ ,  $d=2.038$ で, 5.33kPa (40mmHg) 加重の場合はそれぞれ $d=8.353$ ,  $d=4.569$ ,  $d=9.203$ であった。

(2) 静止摩擦係数

体幹移動シートうら面とシートの静止摩擦係数は, 加重2.67kPa (20mmHg) の場合,  $\mu=0.307\pm0.031$  (平均 $\pm$ SD) であり, 服とシート, ズボンとシートの静止摩擦係数と比較して有意に低い値であった (それぞれ $p<.05$ )。加重5.33kPa (40mmHg) の場合は,  $\mu=0.271\pm0.017$  (平均 $\pm$ SD) であり, 服とシートの静止摩擦係数と比較して有意に低い値を示した ( $p<.01$ )。ズボンとシートの静止摩擦係数と比べ数値が低かったが, 有意差はなかった。

体幹移動シートおもて面と服の平均静止摩擦係数は加重2.67kPa (20mmHg) の場合,  $\mu=0.375\pm0.017$  (平均 $\pm$ SD), 5.33kPa (40mmHg) の場合は $\mu=0.339\pm0.017$  (平均 $\pm$ SD) であり, 体幹移動シートうら面とシートの静止摩擦係数と比較して有意に大きかった (それぞれ $p<.01$ )。

[体幹移動シートうら面・シート] と [服・シート], [ズボン・シート], [体幹移動シートうら面・シート] と [体幹移動シートおもて面・服] の効果量は2.67kPa (20mmHg) 加重の場合, それぞれ $d=1.665$ ,  $d=1.843$ ,  $d=2.706$ で, 5.33kPa (40mmHg) 加重の場合, それぞれ $d=2.432$ ,  $d=0.809$ ,  $d=3.856$ であった。

2. 身体的負担感

(1) 介護者

調査票に記載不備のあった1名分を除く17名分を分析対象とした。CR-10は, 上方移動では $5.4\pm2.3$  (平均 $\pm$ SD) から $1.8\pm1.4$  (平均 $\pm$ SD) に減少し, 有意差が認められた ( $p<.05$ )。体位変換では,  $1.7\pm1.6$  (平均 $\pm$ SD) から $0.7\pm1.2$  (平均 $\pm$ SD) に減少し, 有意差が認められた ( $p<.05$ )。

自由記載では, 上方移動時, 体幹移動シートありの場合, 「特に力を入れずに動かすことができた (8名)」, 「介助の際, 被介護者の姿勢をななめにするので, 腰に違和感があった (1名)」との回答であった。体幹移動シートなしの場合は, 「上体を起こすところからも強い力を掛けな

表1 体幹移動シート使用の有無別介護者の身体的負担感 (CR-10)

n = 17		
項目	上方移動	体位変換
シート使用あり	1.8 $\pm$ 1.4	0.7 $\pm$ 1.2
シート使用なし	5.4 $\pm$ 2.3	1.7 $\pm$ 1.6

数値は mean  $\pm$  SD, \* $p<.05$ , Wilcoxon signed rank test

ければならず, 特に腰部に負担がかかった (16名)」, 「体重をととても感じ, スムーズに移動できない (16名)」との回答であった。

体位変換時, 体幹移動シートありの場合, 「持ち手があるので身体を後方に移動するだけでやりやすく, 腰を落とさなくても負担なくできる (11名)」, 「前傾姿勢にならなかったなので腰の負担も感じず楽だった (12名)」との回答であった。体幹移動シートなしの場合, 「腕, 肩, 腰に力が入りかなり負担がかかる (11名)」, 「普段通りであり負担は感じなかった (5名)」との回答であった。

(2) 被介護者

分析対象者は18名であった。上方移動時は $3.2\pm2.4$  (平均 $\pm$ SD) から $0.8\pm1.7$  (平均 $\pm$ SD) に減少し, 有意差が認められた ( $p<.01$ )。体位変換については, 体幹移動シート使用ありで数値は減少したが, 有意差はなかった。

自由記載では, 上方移動時, 体幹移動シートありの場合, 「とても楽で体全体が無理なく移動した (10名)」との回答であった。体幹移動シートなしの場合, 「首や肩に負担感を感じる (5名)」との回答であった。体位変換時, 体幹移動シートありの場合, 「体に触らないので, 痛くない (2名)」との回答であった。体幹移動シートなしの場合, 「体がねじれる感じがあった (3名)」との回答であった。

表2 体幹移動シート使用の有無別被介護者の身体的負担感 (CR-10)

n = 18		
項目	上方移動	体位変換
シート使用あり	0.8 $\pm$ 1.7	1.6 $\pm$ 1.5
シート使用なし	3.2 $\pm$ 2.4	1.9 $\pm$ 1.6

数値は mean  $\pm$  SD, \*\* $p<.01$ , ns : not significant, Wilcoxon signed rank test

IV. 考 察

介護者が筋骨格損傷のリスクを負う主な理由は, 手動で患者を持ち上げたり移動させたりすることであり, 脊椎の靭帯, 特に腰椎にストレスがかかることが明らかになっている (Holtermann, Clausen, Jorgensen, Burdorf, & Andersen., 2013, pp.166-167; Winkelmoen, Landeweerd, & Drost., 1994, p.921; Ulin, et al., 1997, p.19)。腰, 頸椎, および肩関節は, 最も影響を受ける身体部分である (Tinubu, Mbada, Oyeyemi, & Fabunmi., 2010, p.12; Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown, & Brady., 2002, p.170)。

実験の結果, 体幹移動シートを使用した場合, シートうら面とシートの動摩擦係数および静止摩擦係数は軽減することが判明した。また, 体幹移動シートおもて面は静止摩擦係数が大きく, 衣服が滑りにくい構造になっていること

が分かった。その結果、体幹移動シートは介護者、被介護者双方の身体的負担感を軽減する可能性を示唆した。

介護者、被介護者は上方移動時の身体的負担感が有意に低下した（それぞれ、 $p < .05$ ,  $p < .01$ ）。その理由は体幹移動シートを使用しない場合、上方移動介助は、上体を起こすところからも強い力を掛けなければならず、特に腰部に負担がかかったことである。また、体重をととも感じ、スムーズに移動できないなど、多くの負担がかかることが分かった。体位変換時においても介護者の身体的負担感は有意に低下した（ $p < .05$ ）。有意差はなかったが、被介護者の身体的負担感も数値が減少していた。その理由は体幹移動シートを使用しない場合、体位変換時も腕、肩、腰に力が入りかなり負担がかかることが分かった。一方、体幹移動シートを使用すると「持ち手があるので身体を後方に移動するだけでやりやすく、腰を落とさなくても負担なくできる」、「前傾姿勢にならなかつたので腰の負担も感じず楽だった」など、特に腰部の身体的負担感が軽減していた。

従来のスライディングシートとの相違点としては、第一に体幹移動シートのうら面にシリコンを塗布し、シートとの摩擦を軽減できる仕様になっているため、シートと体幹移動シートの摩擦は軽減するが、身体とシートには摩擦を生じるため、臥床時に被介護者の身体が滑ることなく安定することにより常時利用者の身体の下に敷いておけることである。そのため、体幹移動シートを被介護者の下に敷きこむための体位変換が必要ない。その分の介護時間や労力を軽減でき、被介護者にとってもシートを被験者の下に敷きこむ体位変換が必要なく、身体のねじれが少ないため、身体の安定性が増し負担が少なくなる可能性がある。第二に従来のスライディングシートは被介護者の身体に触れ、押ししたり、引いたりすることで移動を可能とするが、体幹移動シートごと被介護者を移動するので、被介護者の身体には触れることなく移動が可能となり、触れられることで生じる痛みや不快感なども軽減できる可能性がある。第三に仰臥位から側臥位への体位変換の際、被介護者を側臥位にするための専門的な技術を要することがなく、取っ手に手をかけて介護者の体重を後方に移動するだけで楽に体位変換ができるため、在宅においてボディメカニクスを修得していない介護者でも使用できる可能性がある。また、同じく側臥位への体位変換の際、被介護者の腹側にスペースを空けベッド上で中央の位置に戻すために側方移動を伴うケースが多いが、体幹移動シートの摩擦軽減効果により、介護者、被介護者双方の身体的負担がさらに軽減する可能性がある。

我が国の総人口に占める高齢者人口の割合は2039年時点で33.7%になると見込まれている（国立社会保障・人口問

題研究所, 2023)。高齢者人口の増加に伴い、2015年度末では65~74歳で要支援の認定を受けた者は1.4%、要介護の認定を受けた者が2.9%であるのに対して、75歳以上では要支援の認定を受けた者は9.0%、要介護の認定を受けた者は23.5%となっており、75歳以上になると要介護の認定を受ける者の割合が大きく上昇する（内閣府, 2018)。今後も要介護者数が増えることは確実である。

平成30年版高齢社会白書（内閣府, 2018)によると、自分の介護が必要になった場合にどこでどのような介護を受けたいかという問いについて、自宅で介護を受けたいと回答した者の割合は73.5%であった。同居している主な介護者が1日のうち介護に要している時間を要介護度別にみると、要介護5では54.6%が「ほとんど終日」介護している。要介護者等と同居している主な介護者の年齢についてみると、男性では70.1%、女性では69.9%が60歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在している。このように我が国は超高齢社会を背景に、要介護5、いわゆる寝たきり高齢者の増加、介護の担い手の問題があるが、高齢者は自宅での介護を望む者が多く、「寝たきりになってもどのように人生を豊かに過ごすか」が今後の重要課題である。

多くの高齢者は自宅での介護を望んでいる。在宅での上方移動や体位変換は介護者一人で行うことが多く身体的な負担も大きい。従って、できるだけ介護者や被介護者の身体的負担感が少ない介護用品の開発が必要であり、我々が開発した体幹移動シートは看護現場や在宅などの介護現場で幅広く活用できる可能性がある。

## V. 研究の限界と課題

本研究にはいくつかの限界がある。第一に本研究は筋骨格系の症状改善に関する研究を主眼としたものではない。従って、研究前の被験者の腰痛の有無などは把握していない。第二に、被験者の主観的データのみでの分析であり、例えばモーションキャプチャーなどを用いたデータによる客観的な評価をしたものではない。第三に、患者をベッド上で滑らせるタイプのスライディングシートの摩擦係数とは比較していない。

関・伊丹・米田（2023)は日本における腰痛予防・改善に関する研究は主観評価のみを使用し、福祉器具や機器の研究が少なく看護師の腰痛改善に向けた研究は不十分であることを指摘している（pp.102-110)。本研究も側方移動など体位変換の多様性に応じた研究デザインをさらに検討し、バイオメカニクスのデータ分析を加えることが必要である。また、生地がナイロン製であるため、通気性にも課題がある。現在、通気性があり、なおかつ水分を通さな

い生地での製品開発を目指している。より快適さを求め、皮膚が直接体幹移動シートに触れても違和感がないシート生地を考えたい。

## 結 語

我々が開発した体幹移動シートはシートと接するシートうら面が滑りやすい構造になっている。四方に持ち手が付いているため、シートをつかみやすく、力が入りやすくなり、より少ない力で体位変換や上方移動ができる。また、コンパクトで使用方法が簡単であり、特別な介護技術を修得していない高齢の介護者でも体位変換や上方移動ができる。また、被介護者も身体的負担が少なくなる。従って、体幹移動シートは上方水平移動、体位変換において介護者、被介護者双方の身体的負担感を軽減する可能性がある。

## 謝 辞

本研究に関し、ご指導いただきました弘前大学大学院理工学研究科 教授 笹川和彦先生、准教授 藤崎和弘先生に心から感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反はない。

## 著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および考察に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 文 献

- Alperovitch-Najenson, D., Weiner, C., Ribak, J., Kalichman, L. (2020). Sliding sheet use in nursing practice: An intervention study. *Workplace Health & Safety*, 68(4), 171-181. <https://doi.org/10.1177/2165079919880566>
- Bartnik, L.M., Rice, M.S. (2013). Comparison of caregiver forces required for sliding a patient up in bed using an array of slide sheets. *Workplace Health & Safety*, 61(9), 393-400. <https://doi.org/10.1177/216507991306100904>
- Fujii, T., Oka, H., Takano, K., Asada, F., Nomura, T., Kawamata, K., Okazaki, H., Tanaka, S., Matsudaira, K. (2019). Association between high fear-avoidance beliefs about physical activity and chronic disabling low back pain in nurses in Japan. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 572. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2965-6>
- Holtermann, A., Clausen, T., Jorgensen, M.B., Burdorf, A., Andersen, L.L. (2013). Patient handling and risk for developing persistent low-back pain among female healthcare workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(2), 164-169. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3329>
- 岩切一幸, 松平 浩, 市川 洸, 高橋正也 (2017). 高齢者介護施設における組織的な福祉用具の使用が介護者の腰痛症状に及ぼす影響. *産業衛生学雑誌*, 59(3), 82-92.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2023). 日本の将来推計人口 (令和5年推計) (出生中位 (死亡中位) 推計). [https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023\\_gaiyou.pdf](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_gaiyou.pdf) (参照2023年8月20日)
- 厚生労働省 (2023年5月23日). 令和4年労働災害発生状況の分析等. <https://www.mhlw.go.jp/content/11302000/001257469.pdf> (参照2023年8月20日)
- Larson, R.E., Murtagh, E.M., Rice, M.S. (2018). Forces involved when sliding a patient up in bed. *Work*, 59(3), 439-448. <https://doi.org/10.3233/WOR-182688>
- 望月 久 (1993). BorgによるCategory-ratio scale (CR-10) と等尺性筋力との関係. *理学療法のための運動生理*, 8(1), 7-10.
- 内閣府 (2018). 平成30年版高齢社会白書 第1章 高齢化の状況 (第2節 2). [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\\_2\\_2.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html) (参照2023年8月20日)
- 中村昌子, 櫻井美奈, 山住康恵, 池田康子, 高橋あい, 中原るり子 (2017). 臥床患者の上方水平移動法の比較分析. *共立女子大学看護学雑誌*, 4, 19-24.
- 関 恵子, 伊丹君和, 米田照美 (2023). 看護師の腰痛に関する文献検討と腰痛予防・改善に向けた今後の課題. *日本看護研究学会雑誌*, 46(1), 99-114.
- 首藤英里香, 武田利明 (2019). ベッド上での上方移動における補助具の活用が援助者および被援助者の心身に与える影響. *日本看護技術学会誌*, 18, 50-60.
- Tinubu, B.M.S., Mbada, C.E., Oyeyemi, A.L., Fabunmi, A.A. (2010). Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-West Nigeria: A cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-12>
- Trinkoff, A.M., Lipscomb, J.A., Geiger-Brown, J., Brady, B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 41(3), 170-178. <https://doi.org/10.1002/ajim.10048>
- Ulin, S.S., Chaffin, D.B., Patellos, C.L., Blitz, S.G., Emerick, C.A., Lundy, F., Misher, L. (1997). A biomechanical analysis of methods used for transferring totally dependent patients. *SCI Nursing*, 14(1), 19-27.
- Weiner, C.K., Kalichman, L., Ribak, J., Alperovitch-Najenson, D. (2017). Repositioning a passive patient in bed: Choosing an ergonomically advantageous assistive device. *Applied Ergonomics*, 60, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.10.007>
- Winkelmolen, G.H., Landeweerd, J.A., Drost, M.R. (1994). An evaluation of patient lifting techniques. *Ergonomics*, 37(5), 921-932. <https://doi.org/10.1080/00140139408963701>

〔2024年7月2日受付〕  
〔2025年3月7日採用決定〕

# Developing a Sliding Sheet with Handles to Minimize the Physical Strain of Caregivers and Care Recipients

Journal of Japan Society of Nursing Research  
2025, 48(4), 601-609  
©2025 Japan Society of Nursing Research  
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20250307266>

Yuko Kudo, Dr. Eng<sup>1</sup>, Naoki Fukushi, Bachelor of Liberal Arts<sup>1</sup>,  
Atsuko Satoh, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hirosaki University of Health and Welfare Junior College, Aomori, Japan

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University, Aomori, Japan

## Abstract

**Objective:** This study aimed to evaluate the function of a sliding sheet with handles (hereafter referred to as the “trunk-moving sheet”) and investigate its effect in minimizing physical strain. **Methods:** A functional evaluation of the trunk-moving sheet was conducted by comparing its dynamic and static friction coefficients with those of our sample materials. Physical exertion during upward transfer and repositioning was assessed using the Borg CR10 scale (category ratio scale). **Results:** The dynamic and static friction coefficients of the trunk-moving sheet’s bottom against the bedsheet were significantly lower ( $p < .05-.01$ ), whereas those of the trunk-moving sheet’s top were significantly higher ( $p < .01$ ). Using the trunk-moving sheet significantly reduced the physical exertion experienced by caregivers during upward transfer and repositioning ( $p < .01$ ). However, not using the sheet resulted in no significant reduction in physical exertion ( $p < .05$ ). The physical exertion perceived by care recipients during upward transfer was significantly lower with the trunk-moving sheet than that without it ( $p < .01$ ). **Conclusion:** The trunk-moving sheet has the potential to minimize for both caregivers and care recipients.

## Key words

Sliding Sheet with Handles, Physical Strain

---

**Correspondence:** Y. Kudo. Email: kudoy@jyoto-gakuen.ac.jp

## 一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

### 1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

### 2. 著者および研究貢献者

#### 1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない\*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示\*\*」の詳細を要求することがある。

#### 2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

### 3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

\* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

\*\* 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

#### ■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。  
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

#### ■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

#### ■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

#### ■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

#### ■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

### 4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

#### ■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造 (Fabrication)、改竄 (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

#### ■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

#### ■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

#### ■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願出しなければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

著者の都合により投稿論文を取り下げる場合は、理由を添えて編集委員長宛に願い出てください。取り下げた後、修正版を新規論文として投稿できますが、その機会は1回に限ります。再投稿時に、取下げ論文の論文IDをカバーレターに明記してください。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel, PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

<https://www.jsnr.or.jp/contribution/docs/checklist.pdf>の中の英文抄録は250ワード以内

8. 利益相反自己申告書

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。著者全員が研究内容に関する企業・組織または団体との利益相反状態について、利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

10. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」となった論文の再投稿は認めない。「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを1回に限ることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

## 11. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

## 12. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

## 13. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

## 14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

### 附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 18) 令和2年11月29日 一部改正実施する。

# 原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)』(2020) に準拠する。

## 1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。  
なお、図表については以下の点に留意されたい。論文に必要不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。  
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること  
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること  
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

## 2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。  
[例] 「さらに…」 「ただし…」 「および…」 「または…」 「すぐに…」 「ときどき…」 「…すること」 「…したとき」 「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の $n$ や確率の $p$ などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 $r$ やCronbach's  $\alpha$ では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
  - 第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え
  - 第3階層：A．B．C．……………：左端揃え
  - 第4階層：1．2．3．……………：左端揃え
  - 第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる
  - 第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる
  - 第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる
- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

### 5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

### 6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

## 著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内\*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

## 7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

### ■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき(本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など)はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。  
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

## ■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

### ① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

### ② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地：出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪：研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

### ③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地：出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京：医学書院.

### ④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地：出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学Ⅱ (pp.123-146). 東京：研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

### ⑤ 電子文献の場合：

#### ◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

— 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)

- Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
  - 著者名 (出版年). 論文名. 誌名. 巻 (号), 頁. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
  - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍
  - ・DOIがある書籍
    - 著者名 (出版年). 書籍名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
  - ・DOIのない書籍
    - 著者名 (出版年). 書籍名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆電子書籍の1章または一部
  - ・DOIがある書籍
    - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
  - ・DOIのない書籍
    - 著者名 (出版年). 章のタイトル. 編集者名 (編), 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
    - Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆Webサイト, Webページ
  - 著者名 (投稿・掲載の年月日). Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx> (参照年-月-日)
  - Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)
- ◆shortDOI, 短縮URL
  - DOI, URLが長かったり, 複雑な場合は, shortDOI, 短縮URLを用いる。

## 8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から, 自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果, 希望する種別では不採用となったり, 採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード (5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること), 本文枚数, 図枚数 (用紙1枚につき1つ), 表枚数 (用紙1枚につき1つ), 写真点数 (用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける), 著者氏名 (著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所 (連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス)を入力する。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

## 9. 抄録について

- 1) 英文抄録は250ワード以内とする。構造化された形式とし, Objective, Methods, Results, Conclusionsの見出しをつける。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック (英語を母国語とする人によるチェック) の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

## 10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を下記の例を参考に、「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を [企業名] から受けた。
- [該当する著者名] らは、[企業名] から報酬を受領している。
- 本研究は、[該当する著者名] が所属する [企業名] の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by [企業名].
- XXX, YYY, and ZZZ [該当する著者名] received honorarium from [企業名].
- AAA, BBB, and CCC [該当する著者名] are employees of [企業名].

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

## 11. 著者貢献度

著者貢献度（Author Contributions）について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 12. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字、英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- |            |       |
|------------|-------|
| 1. 原著論文    | 10ページ |
| 2. 研究報告    | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説      | 10ページ |
| 5. 資料・その他  | 10ページ |

## 13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

#### 14. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナルJournal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

##### 附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年11月29日 一部改正実施する。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

Introducing *JINR*,  
an English-language Open Access Journal!

Now  
accepting  
submissions

# JINR

## Journal of International Nursing Research

For details on guidelines for authors,  
please go to the *JINR* web site at  
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN  
Online ISSN: 2436-1348  
Print ISSN: 2436-3448  
<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>



The Japan Society of Nursing Research has  
launched publication of the English-language  
*Journal of International Nursing Research*  
(*JINR*) in February 2022.

*JINR* welcomes submissions of unpublished  
papers on nursing and related topics,  
including review articles, original research,  
practice guidelines, technical reports and  
brief reports.

### About *JINR*:

- an international English-language journal  
published by the Japan Society of Nursing Research
- research topics covering a wide range of fields related to nursing science
- upon acceptance, papers will be promptly available via open access
- papers will also be registered in PubMed  
as soon as the requirements are met in the future
- no charge for publication if the first author holds membership in  
the Japan Society of Nursing Research
- secondary publication of articles published in  
*the Journal of Japan Society of Nursing Research* can be considered

Volume 1 | Number 1  
February 2022

Japan Society of Nursing Research

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN  
Mail contact for inquiries: [jinr@kyorin.co.jp](mailto:jinr@kyorin.co.jp) (JINR editorial office)



## 事務局便り

### 1. 2025年度会費納入のお願い

2025年度会費納入のお願いをお送りしております。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず**会員番号**をご記入ください。また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。年会費は、オンラインクレジット決済でもご納入が可能です。下記2.に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

#### 年会費納入口座

年会費		記	
正会員	8,000円	郵便振替口座	00100-6-37136
学生会員A	3,000円	加入者名	一般社団法人日本看護研究学会
学生会員B	1,000円		

### 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

### 3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

### 4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉  
〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401  
(株)ガリレオ学会業務情報化センター内  
TEL: 03-3982-2030 FAX: 03-5981-9852  
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp  
開所曜日: (平日)月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

## 日本看護研究学会雑誌

第48巻 第4号

無料配布

2025年10月20日 印刷

2025年10月20日 発行

編集委員  
委員長

- 佐伯 由香 (理事) 人間環境大学松山看護学部
- 會田 信子 (会員) 信州大学学術研究院保健学系
- 伊丹 君和 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
- 佐々木新介 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
- 高井ゆかり (会員) 群馬県立県民健康科学大学看護学部
- 名越 恵美 (会員) 岡山県立大学保健福祉学部
- 武用 百子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科
- 法橋 尚宏 (会員) 神戸大学大学院保健学研究科
- 本田可奈子 (会員) 滋賀県立大学人間看護学部
- 松田 光信 (会員) 大阪公立大学大学院看護学研究科
- 水野恵理子 (会員) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
- 光木 幸子 (会員) 同志社女子大学大学院看護学研究科
- 森 恵子 (理事) 岡山大学学術研究院保健学域 (五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401  
株式会社ガリレオ  
学会業務情報化センター内  
☎ 03-3982-2030 (直通)  
FAX 03-5981-9852  
ホームページアドレス  
<https://www.jsnr.or.jp/>  
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 叶谷由佳

印刷所 (株)正文社  
〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

