

訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知尺度の 妥当性と信頼性

小薮智子* 井上かおり** 上野瑞子*** 竹田恵子*** 森永裕美子**** 實金栄**

要旨 訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知を測定する尺度を開発し、その構成概念妥当性と信頼性を検討することを目的に、訪問看護師を対象に自記式質問紙調査を行った。分析対象は182名であった。訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知はJametonの倫理的問題の分類を基に5因子を準備し、二次因子モデルからなる尺度を開発した。分析では、このモデルのデータへの適合性を確認的因子分析で検討した。この結果、CFI=0.938、RMSEA=0.062であり、適合度指標は統計学許容水準を満たした。またCronbach's α 信頼性係数は0.874であった。したがって訪問看護師の倫理的問題に対するストレス認知を測定する尺度の、構成概念妥当性と信頼性が確認できた。

キーワード：訪問看護師、倫理的問題、ストレス、尺度開発

I. 緒言

我が国の高齢化は、世界に類を見ない速さで進み、2017年には高齢化率27.7%となり、今後も上昇し続けることが予測されている¹⁾。高齢者が健康に課題を持ちながらも、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される、地域包括ケアシステムの構築が進んでいる。このシステムの中で、訪問看護師が果たす役割は大変重要であると同時に、訪問看護師は多くの倫理的問題に対峙することが考えられる。

在宅は医療機関とは異なり、療養者が主体に療養している場であり、患者や家族の感情や価値観に重点が置かれたケアが提供される。西田²⁾は在宅医療における倫理的特徴として、以下の3点を指摘している。第一に患者家族のデマンドで不確実性の高い医療やケアを必要とされることがあること、第二に医療提供体制に病院のようなヒエラルキーがなく、医療と介護が異なる制度、異なるコーディネーター、異なる事業所によって提供されるため規範的統合を図り難く、関係各自の直感や価値観で行動で

きてしまう危うさが常に存在すること、第三に評価尺度に乏しく第三者の関与が少ないため医療の客観的評価が困難で、データ化や標準化し辛い環境にあるという特徴である。

このような特殊性を持つ在宅療養の場面で、訪問看護師は、何が対象者の最善の利益となるのか、対象者の自律をどのように尊重すればよいのか悩み、ストレスを感じていると考えられる。

医療者が現場で対峙する倫理的問題の解決の糸口として、一部の医療機関では、臨床倫理のコンサルテーションを担う部署が設置され、その活動が多く報告されるようになってきた^{3,4)}。しかし地域や在宅における臨床倫理コンサルテーションの報告は数少ない。また、在宅の現場において、専門職は単独で行動することが多いため、倫理的な気づきがあっても他者と共有し辛いことが指摘されており²⁾、訪問看護師は解決しない倫理的問題を抱え、相談する先もなく、困っていることが想像される。

訪問看護師の倫理的問題についての先行研究を概観すると、訪問看護師が経験する倫理的問題を明らかにした研究⁵⁻¹⁰⁾や、看護師の倫理観の実態を明ら

* 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科保健福祉科学専攻

** 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

*** 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

**** 香川大学医学部看護学科

かにした研究¹¹⁾が報告されている。

習田ら⁶⁾は訪問看護師が経験する倫理的課題として〈利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況〉〈利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況〉〈同僚や多職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況〉〈利用者・家族との関係性において看護職者が悩む状況〉〈その他〉の 카테고리を抽出した。さらにこれらの経験は看護師の看護実践上の悩みになっていた。

また人生の最終段階におけるケアの場面を見ると、川上⁵⁾は、在宅における看取り場面で、「生命維持に関わる医療処置の選択」を求められる状況と、選択肢に対するケア提供者と本人あるいは家族等との間、または本人と家族の間において「優先度への感性のずれと迷い」のある状況で、訪問看護師が倫理的問題を認識していることを明らかにしている。さらに久米⁷⁾は、終末期ケアに携わっている訪問看護師を対象にインタビューを行い、終末期看護の倫理的ジレンマには【最期の意思決定支援に戸惑い】【医療者との連携調整が困難】【自分の知識や技術を基盤にした応用能力を発揮できない】【家族から受けるプレッシャー】というジレンマを有していることを明らかにしている。

以上のように、訪問看護師がどのような倫理的問題に悩んでいるのかを明らかにした研究は散見されるが、そのストレスを軽減させることを目的とした研究は見当たらない。

倫理的問題に関連するストレスは、バーンアウトや離職につながるものが指摘されており^{12, 13)}、訪問看護師のストレスを軽減するための対策が必要である。そのためにはまず、訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知を測定する尺度を作成する必要があると考えた。尺度により訪問看護師がどのような倫理的問題に強いストレスを感じているのか明らかになり、またその関連因子が明らかになることで、ストレス軽減のための具体的な対策を講じることができると考える。

本研究の目的は、ストレス認知を「訪問看護師が倫理的問題を経験した時の、否定的で心理的に負担をおよぼすと認知的評定」と定義し、これを測定する尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することである。

II. 研究方法

1. 研究対象

対象は、全国訪問看護事業協会の正会員である訪問看護ステーションから無作為抽出した215の訪問看護ステーションの看護師811名である。調査票は193名から回収ができ（回収率23.8%）、分析対象は、調査への同意欄にチェックのある182名である（有効回答率22.4%）。調査は、無記名自記式質問紙調査で行い、郵送法で回収した。

調査期間は2018年9月～10月であった。

2. 調査内容

調査内容は、訪問看護師の基本属性（年齢、性別、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、職位）と、訪問看護師の倫理的問題の経験頻度とそのストレス認知である。

訪問看護師の倫理的問題の質問は、先行研究と訪問看護師へのインタビューを基に、独自に項目を準備した。Jameton¹⁴⁾は、倫理的問題を『倫理的ジレンマ (moral dilemma)』、『道徳的不確かさ (moral uncertainty)』、『倫理的悩み (moral distress)』の3つに分類している。この分類に基づき、質問項目は「ジレンマ」、「曖昧さ」、「職場環境による制約」、「周囲の人々に関連した制約」、「制度や方針による制約」の5因子で構成した。

「ジレンマ」はJametonの『倫理的ジレンマ』に対応し、2つ、またはそれ以上の明確な倫理原則が適用される場面に関する項目である。「曖昧さ」はJametonの『道徳的不確かさ』に対応し、倫理原則や価値がどのように適用されているのか、不明な場面に関する項目である。『倫理的悩み』について、Jametonは、看護師が正しいことを知っているが、制度的な制約により正しい行動をとるとがほとんど不可能な時に生じる、と説明している。訪問看護師の場合、望ましいと知っていることが行えない場面は、制限される要因が異なるため、「職場環境による制約」「周囲の人々に関連した制約」「制度や方針による制約」の3つの因子とした。

先行研究で報告されている倫理的問題の場面と、訪問看護師へのインタビューで明らかになった倫理的問題の場面を、Jametonの分類に分け整理し、抽象度を統一した質問項目を作成した。わかりにくい表現はないか、内容は妥当であるか、研究者間で検討するとともに、訪問看護師にプレテストを行い確

認し、5因子各3項目の合計15項目の質問を作成した。各質問項目の頻度について「0：ない」「1：時々ある」「2：ある」「3：よくある」の4件法で尋ね、「1：時々ある」「2：ある」「3：よくある」と回答した者には、それらを経験することによって感じるストレス認知を「0：感じない」「1：少し感じる」「2：感じる」「3：非常に感じる」の4件法で尋ねた。点数が高いほど、経験頻度が高い、またストレスが高いことを示す。

3. 分析方法

分析は、一次因子を「ジレンマ」「曖昧さ」「職場環境による制約」「周囲の人々に関連した制約」「制度や方針による制約」、二次因子を「倫理的問題に関連するストレス認知」とする5因子二次因子でモデルを仮定し、このモデルのデータへの適合性を、構造方程式モデリングによる確認的因子分析で確認した。モデルのデータへの適合度の評価は、Comparative Fit Index (CFI)、Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) で判定した。一般的にCFIは0.9以上、RMSEAは0.1を超えていなければ、そのモデルがデータに適合していると判断される¹⁵⁾。パス係数の有意性の推定にはWeighted Least Square Mean and Variance Adjusted (WLSMV)を使用した。また、信頼性は内的整合性に着目しCronbach's α 係数を確認した。次に、下位因子間の得点比較をFreedman検定により行った。有意差水準はBonferroniの不等式修正を行い5%とした。

なお、倫理的問題の経験頻度とそのストレス認知の質問項目の欠損値推定は多重代入法により行った。本研究の解析には、SPSSおよびM-plusを使用した。

4. 倫理的配慮

調査対象者には、調査の趣旨、倫理的配慮について文書で説明した。調査協力への同意は、同意確認欄にチェックを記載してもらうことで確認した。なお、調査は岡山県立大学倫理委員会の承認を得て実施した。(平成30年8月3日受付番号18-27)

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示した。性別は男性9名

(4.9%)、女性173名(95.1%)とほとんどが女性であった。平均年齢は46.4(標準偏差:8.6)歳、看護師経験年数の平均は、21.5(標準偏差:8.7)年、訪問看護師経験年数の平均は6.7(標準偏差:5.6)年であった。職位はスタッフが138名(75.8%)、管理者が42名(23.1%)とスタッフが多かった。

表1 対象者の属性

		n=182	
		名	(%)
性別			
	男性	9	(4.9)
	女性	173	(95.1)
		平均±標準偏差	(範囲)
年齢		46.4±8.6歳	(26.0-72.0)
看護師経験年数		21.5±8.7年	(0.4-40.4)
訪問看護師経験年数		6.7±5.6年	(0.2-27.0)
		名	(%)
職位			
	スタッフ	138	(75.8)
	管理者	42	(23.1)
	無回答	2	(1.1)

2. 訪問看護師の倫理的問題の経験頻度

訪問看護師の倫理的問題の経験頻度を表2に示した。倫理的問題の経験頻度が「ある」「よくある」と回答した者が最も多かったのは「3. 本人(利用者・患者)のために必要と考える医療・ケアサービスが、家族や重要他者にとって(身体・精神・社会・経済的)介護負担の増加につながる可能性がある」であり、次いで「13. 介護・診療報酬に反映されないコストや訪問時間の制限から、十分な医療・ケアサービスが提供できない」、「4. 本人(利用者・患者)の意思の推定にあいまいさがあり、何が本人にとって最善の医療・ケアか判断できない」であった。

逆に「ある」「よくある」と回答した者が最も少なかったのは「8. 職場の医療・ケア用品及び設備が不十分なために、あなたは本人(利用者・患者)に適切あるいは十分な医療やケアを提供できない」、「9. ケアチーム内で他・多職種連携が十分にとれていないために、あなたは本人(利用者・患者)に適切な医療やケアを提供できない」であり、次いで「15. 職場組織の方針(組織利益優先など)のために、あなたは本人(利用者・患者)に不必要で過剰な医療やケアを行ったり、あるいは必要な医療やケアを行えなかったりする」であった。

表2 訪問看護師の倫理的問題の経験頻度

	経験頻度			
	ない	時々ある	ある	よくある
【ジレンマ】				
1. 医療・ケア方針を検討する時、周囲の人々（家族、重要他者、医療者、介護者など）が推定する本人（利用者・患者）の意思が異なる	15 (8.2)	119 (65.4)	39 (21.4)	9 (4.9)
2. 最期の時を過ごす場所について、周囲の人々（家族、重要他者、医療者、介護者など）の間で意向が異なる	27 (14.8)	105 (57.7)	35 (19.2)	15 (8.2)
3. 本人（利用者・患者）のために必要と考える医療・ケアサービスが、家族や重要他者にとって（身体・精神・社会・経済的）介護負担の増加につながる可能性がある	12 (6.6)	91 (50.0)	63 (34.6)	16 (8.8)
【曖昧さ】				
4. 本人（利用者・患者）の意思の推定にあいまいさがあり、何が本人にとって最善の医療・ケアか判断できない	7 (3.8)	110 (60.4)	49 (26.9)	16 (8.8)
5. 本人（利用者・患者）や家族・重要他者の理解力にあわせた説明と合意形成による医療・ケア方針の決定であるか、あいまいさがある	9 (4.9)	114 (62.6)	47 (25.8)	12 (6.6)
6. 医療・ケア方針を検討する時、本人（利用者・患者）の意思を確認しないまま（確認できない場合も意思を推定しようとしないうまま）に、医療・ケアサービス方針が決まる	72 (39.6)	81 (44.5)	24 (13.2)	5 (2.7)
【職場環境による制約】				
7. 職場の労働条件（看護師の少ない人員配置、雑務が多い、仕事量が多い）のために、あなたは本人（利用者・患者）に十分な医療やケアを提供できない	101 (57.4)	56 (31.8)	11 (6.3)	8 (4.5)
8. 職場の医療・ケア用品及び設備が不十分なために、あなたは本人（利用者・患者）に適切あるいは十分な医療やケアを提供できない	103 (58.5)	62 (35.2)	7 (4.0)	4 (2.3)
9. ケアチーム内で他・多職種連携が十分にとれていないために、あなたは本人（利用者・患者）に適切な医療やケアを提供できない	97 (55.1)	68 (38.6)	7 (4.0)	4 (2.3)
【周囲の人々に関連した制約】				
10. 家族や重要他者が望まないため、本人（利用者・患者）にとって必要と考える医療・ケアサービスを、医療・ケアサービス提供者（医療者、介護者など）は提供できない	34 (19.5)	112 (64.4)	23 (13.2)	5 (2.9)
11. 家族や重要他者の間にパワーバランスの偏りがあり、本人（利用者・患者）にとって最善の選択がなされない	30 (17.1)	114 (65.1)	21 (12.0)	10 (5.7)
12. 本人（利用者・患者）が秘密にしておきたいことでも、問題を解決のために周囲の人々（家族、重要他者、医療者、介護者など）で共有する	25 (14.3)	94 (53.7)	46 (26.3)	10 (5.7)
【制度や方針による制約】				
13. 介護・診療報酬に反映されないコストや訪問時間の制限から、十分な医療・ケアサービスが提供できない	24 (13.2)	84 (46.2)	47 (25.8)	27 (14.8)
14. 本人（利用者・患者）が望む医療・ケアサービスを提供することが、過剰な医療・ケアサービスとなり、公平性が保てない	62 (35.2)	78 (44.3)	30 (17.0)	6 (3.4)
15. 職場組織の方針（組織利益優先など）のために、あなたは本人（利用者・患者）に不必要で過剰な医療やケアを行ったり、あるいは必要な医療やケアを行えなかったりする	93 (53.1)	68 (38.9)	10 (5.7)	4 (2.3)

単位：名（%），n=182

3. 訪問看護師の倫理的問題によるストレス認知

訪問看護師の倫理的問題によるストレス認知を表3に示した。倫理的問題によるストレスを「感じる」「非常に感じる」と回答した者が最も多かったのは、「13. 介護・診療報酬に反映されないコストや訪問時間の制限から、十分な医療・ケアサービスが提供できない」、次いで「4. 本人（利用者・患者）の意思の推定にあいまいさがあり、何が本人にとって最善の医療・ケアか判断できない」、「5. 本人（利用者・患者）や家族・重要他者の理解力にあわせた説明と合意形成による医療・ケア方針の決定であるか、あいまいさがある」であった。

逆に、ストレスを「感じる」「非常に感じる」と回答した者が最も少なかったのは「8. 職場の医療・ケア用品及び設備が不十分なために、あなたは本人（利用者・患者）に適切あるいは十分な医療やケアを提供できない」であり、次いで「12. 本人（利用者・患者）が秘密にしておきたいことでも、問題を解決のために周囲の人々（家族、重要他者、医療

者、介護者など）で共有する」と、「15. 職場組織の方針（組織利益優先など）のために、あなたは本人（利用者・患者）に不必要で過剰な医療やケアを行ったり、あるいは必要な医療やケアを行えなかったりする」であった。

4. 訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知の構成概念妥当性と信頼性

一次因子を「ジレンマ」「曖昧さ」「職場環境による制約」「周囲の人々に関連した制約」「制度や方針による制約」、二次因子を「倫理的問題に関連するストレス認知」とする5因子二次因子モデルのデータへの適合は、CFI=0.938、RMSEA=0.062であり、適合度は許容水準を満たしていた。このとき第二次因子から第一次因子に対する標準化係数はいずれも正值で、0.52 - 0.95の範囲にあり、統計学的に有意（ $p < 0.05$ ）であった。またCronbach's α 信頼性係数は0.874と良好な数値を示した。

表3 訪問看護師の倫理的問題によるストレス認知

	ストレス認知			
	感じない	少し感じる	感じる	非常に感じる
【ジレンマ】				
1. 医療・ケア方針を検討する時、周囲の人々（家族、重要他者、医療者、介護者など）が推定する本人（利用者・患者）の意思が異なる	29 (16.2)	84 (46.9)	53 (29.6)	13 (7.3)
2. 最期の時を過ごす場所について、周囲の人々（家族、重要他者、医療者、介護者など）の間で意向が異なる	41 (23.3)	66 (37.5)	55 (31.3)	14 (8.0)
3. 本人（利用者・患者）のために必要と考える医療・ケアサービスが、家族や重要他者にとって（身体・精神・社会・経済的）介護負担の増加につながる可能性がある	26 (14.5)	94 (52.5)	52 (29.1)	7 (3.9)
【曖昧さ】				
4. 本人（利用者・患者）の意思の推定にあいまいさがあり、何が本人にとって最善の医療・ケアか判断できない	24 (13.4)	76 (42.5)	69 (38.5)	10 (5.6)
5. 本人（利用者・患者）や家族・重要他者の理解力にあわせた説明と合意形成による医療・ケア方針の決定であるか、あいまいさがある	22 (12.3)	85 (47.5)	61 (34.1)	11 (6.1)
6. 医療・ケア方針を検討する時、本人（利用者・患者）の意思を確認しないまま（確認できない場合も意思を推定しようとしないうまま）に、医療・ケアサービス方針が決まる	72 (41.4)	51 (29.3)	36 (20.7)	15 (8.6)
【職場環境による制約】				
7. 職場の労働条件（看護師の少ない人員配置、雑務が多い、仕事量が多い）のために、あなたは本人（利用者・患者）に十分な医療やケアを提供できない	92 (54.8)	35 (20.8)	26 (15.5)	15 (8.9)
8. 職場の医療・ケア用品及び設備が不十分なために、あなたは本人（利用者・患者）に適切あるいは十分な医療やケアを提供できない	101 (59.8)	45 (26.6)	16 (9.5)	7 (4.1)
9. ケアチーム内で他・多職種連携が十分にとれていないために、あなたは本人（利用者・患者）に適切な医療やケアを提供できない	93 (55.0)	39 (23.1)	29 (17.2)	8 (4.7)
【周囲の人々に関連した制約】				
10. 家族や重要他者が望まないため、本人（利用者・患者）にとって必要と思える医療・ケアサービスを、医療・ケアサービス提供者（医療者、介護者など）は提供できない	42 (24.7)	69 (40.6)	42 (24.7)	17 (10.0)
11. 家族や重要他者の間にパワーバランスの偏りがあり、本人（利用者・患者）にとって最善の選択がなされない	36 (20.9)	74 (43.0)	48 (27.9)	14 (8.1)
12. 本人（利用者・患者）が秘密にしておきたいことでも、問題を解決するために周囲の人々（家族、重要他者、医療者、介護者など）で共有する	54 (32.0)	81 (47.9)	27 (16.0)	7 (4.1)
【制度や方針による制約】				
13. 介護・診療報酬に反映されないコストや訪問時間の制限から、十分な医療・ケアサービスが提供できない	27 (15.3)	64 (36.2)	63 (35.6)	23 (13.0)
14. 本人（利用者・患者）が望む医療・ケアサービスを提供することが、過剰な医療・ケアサービスとなり、公平性が保てない	59 (35.1)	58 (34.5)	43 (25.6)	8 (4.8)
15. 職場組織の方針（組織利益優先など）のために、あなたは本人（利用者・患者）に不必要で過剰な医療やケアを行ったり、あるいは必要な医療やケアを行えなかったりする	87 (52.4)	45 (27.1)	25 (15.1)	9 (5.4)

単位：名（%），n=182

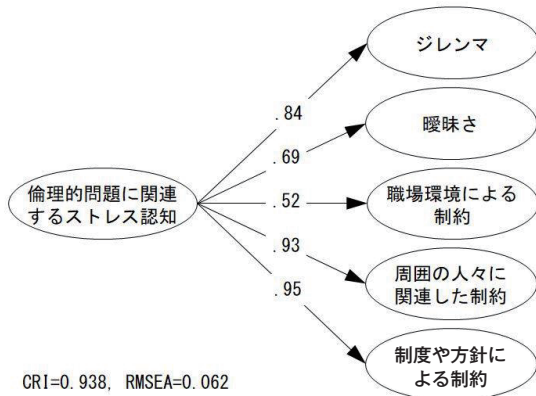


図1 訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知の確認的因子分析

表4 下位因子の尺度得点比較

	平均ランク	
ジレンマ	3.46	
曖昧さ	3.40	
職場環境による制約	2.10	
周囲の人々に関連した制約	3.15	
制度や方針による制約	2.89	

Friedman検定
p値はBonferroni修正した値
* p<0.05

5. 訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知の下位因子の尺度得点比較

倫理的問題に関連するストレス認知の下位因子間の得点をFriedman検定で多重比較した結果、下位因子間には有意差がみられた。最も得点が高かったのは「ジレンマ」、次いで「曖昧さ」であり、それぞれ「制度や方針による制約」「職場環境による制約」と有意差があった。「職場環境による制約」は最も低く、他のすべての因子と有意差があった（表4）。

IV. 考察

本研究は、訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知を測定する尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とした。具体的にはJametonの倫理的問題の分類を基に5因子15項目からなる訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知を測定する尺度を作成し、このモデルのデータへの適合性を確認的因子分析により確認した。そ

の結果、CFI=0.938、RMSEA=0.062と、適合度は統計学的許容水準を満たしており、因子構造の側面からみた妥当性が検証された。また Cronbach's α 信頼性係数は0.874と良好な数値を示した。

なお、尺度の妥当性の検討には確認的因子分析を用いた。この統計解析手法は、因子に関する良質な仮説が必要ということが大前提にあるが、探索的因子分析の欠点である因子回転による解の不安定性、つまり回転方法を変えると検定結果も変わるという因子回転の問題が生じないため、より信頼のおける統計的証拠が得られる¹⁶⁾とされている。また、誤差分散を入れたモデリングが可能であり、希薄化が生じないというメリットもある¹⁶⁾。本尺度は、先行研究で広く用いられている Jameton の倫理的問題の分類を基に因子を仮定しており、モデルは適切で、信頼性の高い分析ができたと考える。

観察項目は全体で15項目と多すぎず、また各因子3項目と数を統一したことで、下位因子間の尺度得点の比較がしやすく、使い勝手の良い尺度が作成できた。

多重比較の結果、ストレス認知が高かった因子の上位には「ジレンマ」「曖昧さ」があり、倫理的価値の判断ができない場面でのストレス認知が高いことがわかる。倫理的問題を解決するためには、「臨床倫理問題を、臨床の現場で対話する」ことが重要であると、稲葉³⁾は述べている。つまり、4分割表をつかった倫理カンファレンスなど、多職種のチームで倫理的問題について、検討することが解決方法の一つと言える。カンファレンスを行うことで「ジレンマ」や「曖昧さ」がチームで共有され、問題が整理され、解決に向けた糸口が見いだされると考える。在宅療養の場においては、ケアを調整するケアマネージャが存在し、担当者会議なども定期的開かれチーム連携の土台ができていると言える。Web会議システムを利用したカンファレンスの実施¹⁷⁾も報告されており、工夫次第で倫理カンファレンスを行うことは可能であると考えられる。

一方でこれらに比べ「制度や方針の制約」「職場環境による制約」は他の因子に比べストレス認知は低かった。これらの倫理的問題は、現場のスタッフだけでは解決が難しい倫理的問題ともいえる。訪問看護師を対象に、倫理的問題対応のために希望する後方支援を調査した先行研究⁸⁾では、96.5%の対象者が「信頼して相談できる人（関係者）」を、85.4%

の対象者が「信頼して相談できる窓口や機関（第三者）」を望んでいた。研修を積み、専門的知識を持った者に相談できる、倫理コンサルテーションシステムの構築が、今後期待される。

V. 結論

訪問看護師の倫理的問題に関連するストレス認知を測定する尺度を開発し、その妥当性と信頼性を検討することを目的に、Jameton の倫理的問題の分類を基に5因子15項目からなる訪問看護師の倫理的問題に対するストレス認知を測定する尺度を作成した。確認的因子分析を行った結果、CFI=0.938、RMSEA=0.062と、適合度指標は統計学許容水準を満たし、データのモデルへの適合性が確認された。また Cronbach's α 信頼性係数は0.874であった。したがって訪問看護師の倫理的問題に対するストレス認知を測定する尺度の、妥当性と信頼性が確認できた。

研究の限界と今後の課題

今回の調査は対象者が少なく、外的側面から見た妥当性の検討ができていない。対象者を増やし、外的側面からみた妥当性を検討することが今後の課題である。

本研究はJSPS 科研費18K10582の助成を受けた。研究成果の一部は、第32回日本看護研究学会中国・四国地方会学術集会にて発表した。

文献

- 1) 内閣府：平成30年版高齢者社会白書（概要）第1節 高齢化の状況 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_1.html 2019/04/11 閲覧
- 2) 西田伸一, 井上京子, 小畑亜由美 (2018). 【臨床に活かす! 倫理カンファ】 実践! 倫理カンファ 在宅医療の倫理カンファ 地域で倫理コンサルテーション. *Modern Physician*, 38(1): p. 75-78.
- 3) 稲葉一人 (2015). 臨床倫理問題を臨床の現場で対話する いくつかの試み. *臨床倫理*, (3): p. 51-59.
- 4) 長尾式子, 瀧本禎之, 赤林朗 (2005). 日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査. *生命倫理*, 15(1): p. 101-106.

- 5) 川上理子 (2014). 高齢者の在宅看取りにおいて訪問看護師が捉える「価値の対立や倫理的に不確かな状況」. 高知女子大学看護学会誌, 40(1): p. 41-51.
- 6) 習田明裕, 志自岐康子, 川村佐和子, 他 (2002). 訪問看護における倫理的課題. 東京保健科学学会誌, 5(3): p. 144-151.
- 7) 久米美代子, 瀬戸愛子, 近藤絢弓, 他 (2017). 訪問看護師が行う終末期看護の倫理的ジレンマ. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 16(1): p. 69-78.
- 8) 久米美代子, 瀬戸愛子, 近藤絢弓, 他 (2016). 訪問看護師の倫理的ジレンマを通して見た在宅看護問題とその後方支援. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 15(1): p. 63-72.
- 9) 久保正子, 久米美代子, 野原理子, 他 (2017). 訪問看護師が経験する倫理的課題とジレンマの文献的考察. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 15(2): p. 49-54.
- 10) 伊藤隆子 (2007). ケアマネジメントに関わる看護職者が経験する倫理的ジレンマとその対処方法. 千葉看護学会会誌, 13(2): p. 45-53.
- 11) 平山恵美子, 上條育代, 岩月すみ江 (2015). 在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理観. 日本医学看護学教育学会誌, (24-1): p. 56-62.
- 12) 福本美鈴, 近藤亜希子, 三上真理子, 他 (2006). 病棟に勤務する看護師のストレス場面对する調査. 日本看護学会論文集: 精神看護, (36): p. 226-227.
- 13) 石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜, 他 (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): p. 60-66.
- 14) Jameton, A.,w.a.f.b.I.G. Mauksch, Nursing practice : the ethical issues. 1984: Prentice-Hall.
- 15) 小杉考司, 清水裕士, M-plus と R による構造方程式モデリング入門. 2014, 京都: 北大路書房.
- 16) 狩野裕 (2002). 構造方程式モデリングは, 因子分析, 分散分析, バス解析のすべてにとって代わるのか? 行動計量学, 29(2): p. 138-159.
- 17) 牧野志津, 服部ユカリ, 大坪智美, 他 (2018). Web 会議システムを活用した大学病院と訪問看護ステーションとの事例検討会の効果と課題. 日本看護研究学会雑誌, 41(3): p. 453.

Construct Validity and Reliability of Stress Scale related to Ethical Problems among Visiting Nurses

TOMOKO KOYABU*, KAORI INOUE**, MIZUKO UENO***,
KEIKO TAKEDA***, YUMIKO MORINAGA****, SAKAE MIKANE**

**Doctorate Course, Graduate School of Health and Welfare science, Okayama Prefectural University*

***Department of Nursing Science, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University*

****Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare University*

*****School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University*

Abstract The purpose of this study is to develop scale to measure stress recognition related to ethical problems among visiting nurses and examined for construct validity and reliability. The authors performed a self-completion questionnaire survey for visit nurses. Analysis subjects are 182. "Stress recognition in ethical problems" was structured in reference to Jameton's classification of the ethical problems (1984). For the analysis, "dilemma", "unclarity", "constraint by workplace environment", "constraint by involved parties" and "constraint by system and policy" were assumed for primary factors, a five-factor secondary factor model based on "Stress in ethical problems" was assumed and this model's compatibility for data was examined by confirmatory factor analysis. The result revealed that CFI=0.938 and RMSEA=0.062, indicating that the model was compatible with data. The coefficient of reliability (Cronbach α) was 0.874. Therefore, the authors have confirmed construct validity and reliability of the scale to measure stress in ethical problems among visiting nurses.

Keywords : visiting nurse, ethical problems, stress, development of scale