

モラルディストレスに関する国内外の研究の動向

—クリティカルケア看護に着目して—

Trends in domestic and international research on moral distress

—Focusing on critical care nursing—

庄野 亜矢子・白柿 綾・西田 佳世

キーワード：モラルディストレス、moral distress、倫理的／道徳的苦悩、クリティカルケア看護 動向

I. はじめに

クリティカルケア看護においては、緊急度・重症度が高く身体的心理的危機状態にある患者・家族への看護が求められていることから、クリティカルな現場で継続的に看護を提供している看護師（以下、クリティカルケア看護師）は様々な場面で倫理的問題に対峙している。倫理的問題において、Jameton¹⁾は、“moral uncertainty（倫理的不確かさ）”、“moral dilemma（倫理的ジレンマ）”、“moral distress（倫理的苦悩）”の3つのタイプがあると述べている。moral uncertaintyとは、倫理的問題であるかどうかも不確かな状況、moral dilemmaとは、倫理的な問題であることは認識しているが行為を決めるうえで2つないしそれ以上の倫理原則が適用できると思われる状況に、優先順位をつけられずジレンマを感じることである。そして、moral distress（以下、モラルディストレス）とは、制約のために、倫理的価値や原則に基づく正しい行為を選択できない状況で経験する苦悩や心理的不安定さを意味する。クリティカルケア看護師は、高度な医療を提供するための知識や技術を有し、患者・家族への質の高い看護を実践するという信念や価値観、すなわち職業的アイデンティティを確立しているが、常に生命の危機と向き合いながら判断を余儀なくされる看護活動においてモラルディストレスを生じやすい。そのような状況の中で、2019年に発生したCOVID-19パンデミックは、看護師が経験するモラルディストレスに更なる追い打ちをかけた。COVID-19の特徴は、医療者が感染の危険に曝される、感染防止のため人員を調整されるにもかかわらずマンパワーを要する、刻々と変化する状況か

ら積極的な治療とエンド・オブ・ライフケアの境目が難しい、家族等の面会制限がある、看取りの場面で最善の家族ケアが行えないなど、誰もが経験してこなかった危機的状況と多様かつ複雑な倫理的問題を医療現場にもたらした。最前線で COVID-19 患者に対峙したクリティカルケア看護師にも、モラルディストレスは増幅していたと推察される。これらのことから、クリティカルケア看護師の心身の安定を維持するために、モラルディストレスに対する支援の在り方を見出すことは重要な課題である。

モラルディストレスに関する研究は、モラルディストレスの関連因子や生じる苦痛を測定する尺度の開発から発展している。尺度の発端は、2001 年に Corley ら²⁾ が開発した Moral Distress Scale (MDS) である。この MDS は急性期看護を対象としていることから、海外では、急性期看護領域や NICU・PICU を含むクリティカルケア看護領域で多くの研究が行われ、クリティカルケア看護師のモラルディストレスは、患者ケアの質の低下に影響し、バーンアウトや離職に繋がることが明らかになっている³⁻⁷⁾。次に、Hamric ら⁸⁾ は、急性期看護以外の領域や職種を超えた改訂版 Moral Distress Scale (MDS-R) を開発した。MDS-R は多くの言語に翻訳され、各国の研究で汎用されるようになった。他にも、Wocial ら⁹⁾ によって Moral Distress Thermometer (MDT)、Epstein ら¹⁰⁾ によってすべての医療従事者を対象とした Moral Distress for Healthcare Professionals (MMD-HP)、Cramer ら¹¹⁾ によって、COVID-19 に特化した COVID-MDS の尺度が開発された。このような背景から、現在では、精神看護、がん看護、小児看護、在宅看護、高齢者看護領域のほか、看護管理や看護教育などあらゆる看護学領域、そして、多くの国々で研究が積み重ねられている。

本邦では、伊藤ら¹²⁾ が国内文献のメタ統合により倫理的 / 道徳的判断のもと行動が妨げられる 7 つの制約から、困惑や罪悪感、無力感などの苦しい気持ちを経験するという日本の看護師のモラルディストレスの様相を明らかにしている。尺度では、Ohnishi ら¹³⁾ が精神科版の倫理的悩み尺度 Moral Distress Scale for Psychiatric Nurse (MDS-P) を開発し、石原ら¹⁴⁾ が、MDS-R を翻訳し急性期病院看護師の日本語版改定倫理的悩み測定尺度 Japan the Moral Distress Scale-Revised (JMDS-R) を、Fujii ら¹⁵⁾ が、MMD-HP を翻訳し日本語版を検証している。また、2019 年に實金ら¹⁶⁾ は倫理的悩み測定尺度を開発した。このように、本邦においても尺度の開発・翻訳がなされ、モラルディストレスに関する研究に着眼されたようになったが、海外に比べ文献数は非常に少なく、未だ認知度が高いとはいがたい。

近年、モラルディストレスは、内的要因には moral resilience (以下、モラルレジリエンス)¹⁷⁻¹⁹⁾、外的要因には、倫理的風土²⁰⁻²²⁾との関連が認められるという文献が散見されるようになったものの、問題提起にとどまり有効な介入方法を確立するには至っていない。そこで、国内外の文献からモラルディストレスの研究の動向を俯瞰することで、クリティカルケア看護師のモラルディストレスを生じる局面を特定し、モラルディストレスに対する支援方法の示唆を得たいと考えた。

II. 目的

本研究の目的は、モラルディストレスの国内外の研究の動向を整理すること、および、クリティカルケア看護におけるモラルディストレスの研究の動向から、クリティカルケア看護師のモラルディストレスを生じる局面を特定し、支援方法の示唆を得ることである。

III. 方法

1. 研究デザイン

文献研究

2. 用語の操作的定義

1) モラルディストレス

伊藤ら¹²⁾の文献を参考に、本研究において、モラルディストレスとは、看護師が、倫理的／道徳的に適切な行動が必要な状況であるのに、様々な要因によって看護師の信念や価値観を妥協しなければならず、適切な行動ができないときにおこる苦痛な気持ちと心理的不安定さと定義した。

本邦では、モラルディストレスは「モラルディストレス」、「倫理的苦悩」、「倫理的悩み」、「道徳的苦悩」、「道徳的悩み」、「moral distress」などの同義語表記が認められ、明確な概念の定義により使い分けされているかは不明である。「道徳」は個人や家族等小集団が取るべき態度や心の持ち方を示すのに対し、「倫理」は個々人の関係から国際社会にいたるまでを対象にし、より普遍性をもつ²³⁾。いわば、道徳は個人的規範を含み、「倫理」は社会的規範を含む。苦悩自体は個々の狭い範囲の反応ではあるが苦悩への影響は社会や組織に及ぶため、筆者らは日本語では「倫理的苦悩」の表現が整合すると考える。本研究では、国外文献も取り扱うことから「モラルディストレス」で表記する。

2) クリティカルケア看護

本研究において、クリティカルケア看護とは、ICU・CCUなどの集中治療看護、急性・重症患者看護、救急看護を包含する領域の看護と定義した。

3. 文献の抽出

2024年8月～9月、国外文献はPub Med、国内文献は医学中央雑誌Web版を用いて検索した。

1) モラルディストレスの検索方法

Pub Medの検索式は、「moral distress」、「nursing」とし、Abstractと本文があること、論文タイトルに「moral distress」を含むこと、英語または日本語で書かれていることを条件にした。国内におけるモラルディストレスの表記は多種であることから、医学中央雑誌Web版の検索式は、「モラルディストレス OR 倫理的苦悩 OR 倫理的悩み OR 道徳的苦悩 OR 道徳的悩み」、「看護」とし、原著論文であること、会議録を除くこと、論文タイトルに「モラルディストレス OR 倫理的苦悩 OR 倫理的悩み OR 道徳的苦悩 OR 道徳的悩み」を含むことを条件にした。

2) クリティカルケア看護におけるモラルディストレスの検索方法

Pub Med の検索式は、「moral distress」、「critical care nursing」、医学中央雑誌 Web 版の検索式は、「モラルディストレス OR 倫理的苦悩 OR 倫理的悩み OR 道徳的苦悩 OR 道徳的悩み」、「クリティカルケア看護」とし、条件設定は上記 1) と同様にした。

4. 分析方法

分析対象は、主に要旨 (Abstract) とした。文献ごとに論文タイトル、第一著者名、発表年、国、対象、目的、概要を抽出した。要旨では詳細な内容がわからない場合は、本文を分析した。対象文献は、研究目的、研究方法、調査内容、結果の類似性によって分類し分析した。

5. 倫理的配慮

抽出した文献は、論文の意味内容を損なわないように留意して内容を分析した。

IV. 結果

1. モラルディストレスの国内外の研究の動向

国外の文献は、570 件抽出された。解説、ケーススタディ、ワークショップ、尺度開発、文献レビュー、概念分析、看護師が対象ではない文献を除くと、337 件であった。論文の発表年数 (図 1) は、MDS-R が開発された 2012 年頃から増え始め、COVID-19 パンデミック後の 2021 年頃から著明に公表されていた。国別の論文数 (図 2) は、アメリカが 103 件と群を抜いて多く、イラン 43 件、カナダ 24 件、ブラジル 20 件と続いており、日本は 6 件であった。諸外国には、4 件以下であった 29 か国をまとめた。論文の研究対象 (図 3) は、クリティカルケア看

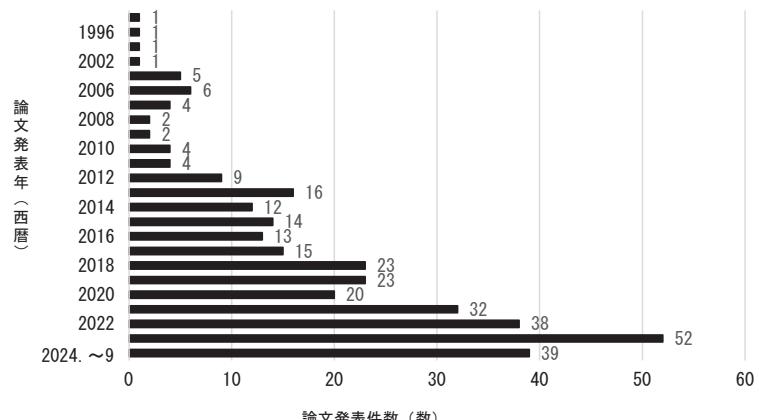


図 1. 国外論文発表年数

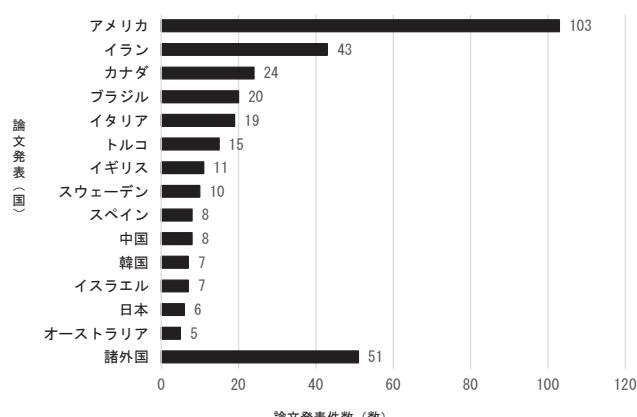


図 2. 国外論文発表国別

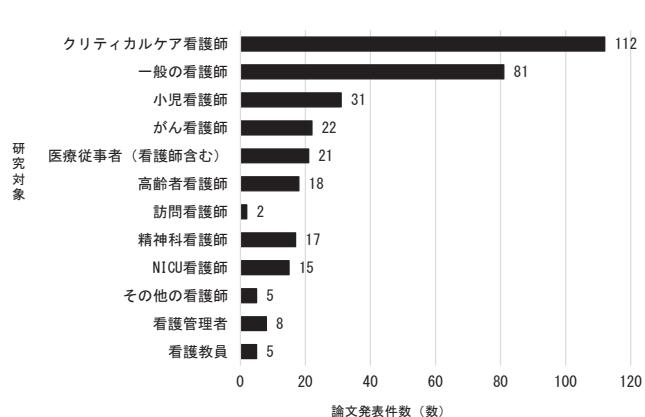


図 3. 国外論文研究対象

護師が 112 件と最も多く、次いで、一般看護師（急性期・慢性期等含む）81 件、小児看護師（PICU・小児がん看護・一般小児含む）31 件、がん看護師 22 件と続いた。

国内の文献は、43 件抽出された。解説、座談会、尺度開発を除くと 15 件であった。論文の発表年数（図 4）は単発であり、2023 年に 5 件と多かった。論文の研究対象（図 5）は、精神看護師が 4 件と多く、国内の研究は、MDS-P を開発した Ohnishi ら¹³⁾により研究が発展したことが明らかになった。

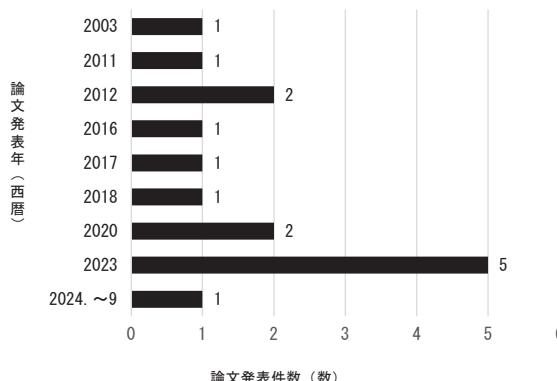


図 4. 国内論文発表年数

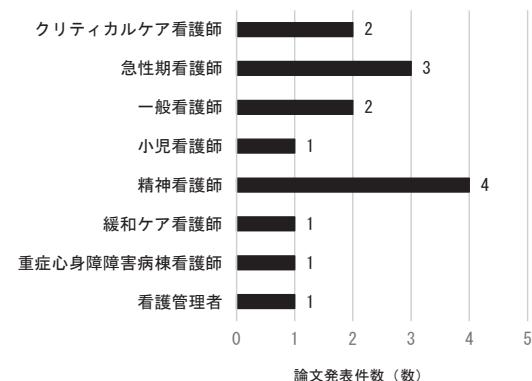


図 5. 国内論文研究対象

2. クリティカルケア看護におけるモラルディストレスの研究の動向

海外の文献は、139 件抽出された。解説、ケーススタディ、ワークショップ、尺度開発、文献レビュー、概念分析、看護師が対象ではない文献を除くと、対象文献は 42 件であった。国内文献は 0 件で抽出されなかったため、すべて英語文献であった。発表年数は、2000 年以前が 1 件、2000 年～2010 年が 2 件、2011 年～2015 年が 10 件、2016 年～2020 年が 12 件、2021 年以降が 17 件であった。うち、COVID-19 パンデミックに関する文献は 7 件であった。調査がされていた国は、アメリカ 16 件、イラン 7 件、カナダ 3 件、イギリス 4 件、スウェーデン 3 件、イタリア 2 件、韓国 2 件、トルコ 1 件、ヨーロッパ（各国の看護師対象）1 件、イスラエル 1 件、南アフリカ 1 件、日本 1 件であった。

1) モラルディストレス尺度と関連因子からクリティカルケア看護師のモラルディストレスを探索した研究（表 1）

量的研究は 24 件、混合研究が 2 件であった。モラルディストレスの測定に使用された尺度は、MDS 11 件、MDS-R 7 件、MDS-P 1 件、MMD-HP 3 件、独自の Scale 3 件、明記なし 1 件であった。モラルディストレスと同時に測定されていた関連因子は、エンパワーメント²⁴⁻²⁵⁾、ワークエンゲージメント、共感疲労、共感満足²⁶⁾、バーンアウト²⁷⁻²⁸⁾、セカンドバイターム症候群²⁹⁾、倫理的風土³⁰⁻³¹⁾、倫理的感受性³²⁾、臨床能力³³⁾ であった。

Elpern ら³⁴⁾ や Mobley ら³⁵⁾、Andersson ら³⁶⁾ は、回復の見込みのない患者に対する積極的なケア（つまり、無益なケア）に関するモラルディストレスが最も高いレベルであったと報告した。Sauerland ら³⁰⁾、Işık ら³⁷⁾ は、不適切な人員配置と同僚の能力不足がモラルディストレスで最も高く、

Papathanassoglou ら³⁸⁾、Karanikola ら³⁹⁾、Andersson ら³⁶⁾は、医師との協働・連携や不十分なチームワークに対してモラルディストレスが生じていると報告した。Browning ら²⁵⁾ や Wolf ら⁴⁰⁾ は、クリティカルケアにおける終末期ケアや緩和ケアとモラルディストレスの関係について研究している。Browning ら²⁵⁾ は、終末期ケアを行う看護師のモラルディストレスと心理的エンパワーメントは高いこと、Wolf⁴⁰⁾ らは緩和ケアを行う看護師はモラルディストレスを生じており、緩和ケアの実践経験が浅い場合により高いモラルディストレスを生じる傾向にあると報告した。Asgari ら³¹⁾ は、モラルディストレスと仕事の満足感には有意な関連はなく、倫理的風土と仕事の満足感には有意な関連が認められたと報告した。Hiler ら⁴¹⁾ は、年齢、仕事の満足感、職場環境は、モラルディストレスの予測因子であると報告した。Asida ら⁴²⁾ は、日本の看護師のモラルディストレスは米国と比較して高く、中でも攻撃的／不適切な治療に関する項目やリーダーシップの経験が最も高いと報告した。O'Connell⁴³⁾ は、モラルディストレスと性差との関連について研究し、女性は男性よりも高いと報告した。年齢や看護師経験年数がモラルディストレスと有意な関連があることを報告したのは、Elpern ら³⁴⁾、Zavotsky ら⁴⁴⁾ Witton ら⁴⁵⁾ であった。モラルディストレスが原因による離職については、Sauerland ら³⁰⁾、Andersson ら³⁶⁾、Papathanassoglou ら³⁸⁾、Karanikola ら³⁹⁾、Witton ら⁴⁵⁾、Corley⁴⁶⁾、Dyo ら⁴⁷⁾、Gehrke ら⁴⁸⁾ が言及していた。

COVID-19 パンデミック時のモラルディストレスを測定した研究は 5 件であった。Andersson らは³⁶⁾、無益なケアの中止が決定されない場合、チームワークが欠如している場合にモラルディストレスを最も強く感じており、39 % の看護師が離職を考えていたと報告した。無益なケアやチームワークの欠如に関しては、COVID-19 パンデミック以前と同様であることが明らかになった。Nordin ら²⁷⁾ は、COVID-19 患者の優先順位に関することがパンデミック以前のモラルディストレスとの違いであること、Kalani ら³³⁾ は、モラルディストレスと臨床能力低下との関係を報告した。Gehrke ら⁴⁸⁾ は、看護師の半数が中程度のモラルディストレスを示し、離職を考えている看護師は考えていない看護師よりもモラルディストレスが高いと報告した。Guttormson ら²⁸⁾ は、MMD-HP のほか Professional Quality of Life Scale (PROQOL-5)、Trauma Screening Questionnaire (TSQ)、Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS) といった数種の尺度を用いてモラルディストレスとの関連を検証し、職業的ストレスやバーンアウトは中程度から高レベルであること、PTSD を発症するリスクがあること、管理職からのサポート不足と個人防護具の不足は、さらに悪化させると報告した。COVID-19 パンデミック下において、クリティカルケア看護師のバーンアウトや離職希望は増加したことが明らかになった。

表1. モラルディストレス尺度と関連因子からクリティカルケア看護師のモラルディストレスを探索した研究
(モラルディストレス：moral distress を MD と略す)

NO	論文タイトル	第一著者	年	国	対象	調査内容(尺度)	目的	概要
1	Moral distress of critical care nurses.	Corley MC	1995	アメリカ	111名	研究者開発の評価尺度を用いて、集中治療室の看護師のMDに関する調査結果を提示する		因子分析により積極的治療、誠実さ、行動反応の3つの要因が特定された。積極的治療の要因について、私立病院の看護師は医療センターの看護師よりもはるかに高いMDを報告した。集中治療室で勤務していない看護師は、集中治療室で勤務している看護師よりも積極的治療の要因より高いレベルのMDを経験した。111人の看護師のうち、12%が主にMD理由に離職していた。
2	Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit.	Elpern EH	2005	アメリカ	28名	38項目の Moral Distress Scale	集中治療室の看護師のMDのレベルを評価し、高いレベルのMDをもたらす状況を特定し、MDの意味合いを探り、MDと看護師の個人的特性との関連性を評価する	全体的に中程度のMDを報告した。最も高いレベルの苦痛は、そのケアから恩恵を受けることが期待されていない患者への積極的なケアの提供に関連していた。MDは看護経験年数と有意な相関関係があった。看護師は、MDが仕事の満足度、定着率、心理的および肉体的健康、自己イメージ、精神�性に悪影響を及ぼすと報告した。
3	The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit.	Mobley MJ	2007	アメリカ	44名	MDに関する38項目のScale	集中治療室(CCU)における無益なケアとMDの関係を調査する	MDの強度の中央値は6つのカテゴリーすべてで高く、年齢、CCUでの勤務期間、看護業務とは関係がなかった。無益なケアとMDの頻度は最も高く、年齢が33歳以上($p=0.03$)、CCUでの勤務時間が4年以上($p=0.04$)、看護業務が7年以上($p=0.01$)であること有意な関係があった。
4	Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses.	İşik MT	2023	トルコ	128名	Moral Distress Scale the Individualized Care Scale-Nurse Version	集中治療室の看護師のMDのレベルと個別ケアの認識を明らかにする	8.9%の看護師がスタッフ不足を訴え、36.0%が勤務先の集中治療室の物理的条件がケアに適していないと回答した。集中治療室の看護師は中程度のMDを抱え、個別ケアの認識は良好であることが明らかになった。ただし、MDのレベルと個別ケアの認識との間に有意な関係は認められなかった。また、看護師は患者の感情と自主性を支えるケア行動を採用していた。
5	Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses.	Papathanassoglou ED	2012	ヨーロッパ各国	255名	Moral Distress Scale Autonomy score	ヨーロッパの重症患者看護における看護職の裁量権のレベルを調査し、裁量権と看護師と医師の協力、MD、看護職の特性との関連性を調査する	平均の自律性スコアと平均の複合(頻度および強度)MDスコアは、いずれも中程度であった。平均の連携スコアから、イタリア人およびギリシャ人看護師は、他の看護師よりも医師との協働を有意に低いと報告した($P < 0.001$)。ギリシャ人およびドイツ人看護師は、MDを有意に高いと報告した($P < 0.001$)。自律性スコアは、医師との協働スコア($P < 0.001$)およびMDの頻度($P = 0.04$)と関連していた。自律性と仕事に対する満足感との間に弱い相関関係が認められた($P = 0.001$)。MDの頻度は、コラボレーション($\rho = -0.339; P < .001$)および自律性($\rho = -0.210; P = .01$)と逆相関し、退職の意思($\rho = 0.257; P = .004$)とは正相関していた。
6	Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses.	Ganz FD	2013	イスラエル	未記入	Moral Distress Scale Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II	構造的エンパワーメントのレベル、道徳的苦痛、および両者の関連性を明らかにする	集中治療室の看護師は、構造的エンパワーメントのレベルは中程度、MDの頻度は低レベル、MDの強度は中程度の高さであった。MDの頻度と構造的エンパワーメントの間には弱い相関関係が認められた。その他の構造的エンパワーメントの要素は、MDとは関連していなかった。人口統計学的特性とは対照的に、業務特性は研究の変数とより関連性が高かった。
7	CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life.	Browning AM	2013	アメリカ	277名	Moral Distress Scale Psychological Empowerment Instrument	終末期の患者をケアするクリティカルケア看護師におけるMD、MDの効果、および人間統計学的要因の関係を明らかにする	MDの程度は高く、年齢と正の相関が見られた($r = 0.179, P = 0.01$)。MDの頻度は中程度で、看護師が終末期患者ケア会議での連携との相関が見られた($r = -0.191, P = 0.007$)。心理的エンパワーメントのスコアは高く、年齢($r = 0.139, P = 0.03$)、経験年数($r = 0.165, P = 0.01$)、終末期ケア会議における連携($r = 0.163, P = 0.01$)、ケア会議($r = 0.163, P = 0.01$)、終末期ケア教育($r = 0.221, P = .001$)と正の相関があり、MDの頻度($r = -0.194, P = .01$)とは負の相関があった。重回帰分析により、エンパワーメントがMDの頻度の有意な予測因子であることが明らかになった($a = .222, P < .01$)。
8	Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses.	Wolf AT	2019	アメリカ	167名	不明	集中治療室の看護師が認識する緩和ケアの知識、最近のモラル上の苦痛の経験、およびこれらとの変数間の関係を調査する	緩和ケアのどの領域においても高い能力があると回答した者は40%未満であった。回答者の大半は緩和ケアの教育をほとんど受けておらず、過去2年間にまったく受けていないと答えた回答者は38%であった。回答者の大半は調査期間中にMDを経験しており、緩和ケアの提供の認識の有無によってMDのレベルに有意な差が見られた($P = .03$)。緩和ケアの提供頻度が低いと認識している回答者は、より高いレベルのMDを経験する傾向にあった。
9	Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy.	Karanikola MN	2014	イタリア	566名	Moral Distress Scale	イタリアの集中治療室看護師におけるMDのレベルと、MDの指標と(1)看護師と医師の連携、(2)自律性、(3)職業上の満足感、(4)退職の意思、(5)業務量との関連性を調査する	MDの深刻さは、(1)看護師と医師の連携およびケアに関する意思決定への不満($r = -0.215, P < 0.001$)および(2)退職の意思($r = 0.244, P < 0.0001$)と関連していた。MDの発生頻度は、看護師の退職意思と関連していた($r = -0.209, P < 0.0001$)。
10	Moral distress among critical care nurses: A cross-cultural comparison.	Ashida K	2022	日本	955名	Measure of Moral Distress-Hospital Professionals (MMD-HP)	(1)日本の集中治療領域に従事する看護師のMDの現状を明らかにすること、(2)日本の看護師のMDの程度を、米国で以前に報告された結果と比較すること、(3)MDに関する要因を探索すること	日本では、最も高いMD得点となった項目は、攻撃的/不適切な治療に関する項目であった。MMD-HPの合計得点は、米国の看護師と比較して、日本の看護師で有意に高かった。リーダーシップ経験などのいくつかの要因は、より高いMDと関連していた。
11	Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study.	Mason VM	2014	アメリカ	26名	Moral Distress Scale Work Engagement Scale Compassion satisfaction Compassion fatigue 混合	集中治療室の看護師の仕事への取り組みに対する共感満足、共感疲労、MD、および看護師の仕事への影響を調査する	共感満足は、看護師の27%が「高い」スコアを記録し、73%が「平均的な」スコアを記録した。共感疲労は、58%が「平均的な」スコアを記録し、42%が「低い」スコアを記録した。二次的トラウマストレスの小項目では、38%が「平均的な」スコアを記録し、62%が「低い」スコアを記録した。MD状況の平均スコアは3.8で、高めである。仕事への熱意を測定する平均合計スコアは3.8で、低めである。内容分析は、管理/規則との役割の葛藤、死と苦痛、集中治療室での暴力への対処、家族への対処、無力感、身体的苦痛、医療対看護の価値観のテーマを特定された。さらに、思いやり、家族の支援、同僚との長年にわたる相互依存関係、外傷看護における満足感といったテーマも特定された。仕事への熱意が高まると、共感満足も大幅に増加し、燃え尽きは大幅に減少した。

12	Gender and the experience of moral distress in critical care nurses.	O'Connell CB	2015	アメリカ	31名	Moral Distress Scale-Revised	集中治療室の看護師のMDスコアに、性別による有意な差異が存在する化を明らかにする	女性は男性よりも統計的に有意に高いMDスコアを示し、参加者の平均MD得点に統計的に有意な性差があることを明らかにした。全体として、両グループのMDスコアは比較的低いものであった。
13	Exploring the Relationship Among Moral Distress, Coping, and the Practice Environment in Emergency Department Nurses.	Zavotsky KE	2016	アメリカ	198名	明記なし	救急外来の看護師におけるMDと、その専門グループにおける対処との関係を調査する	救急外来看護師にMDが存在することが示された。年齢層別に分けると、年齢が高いほど、MDの経験が少なかった。また、MDと、いくつかの対処メカニズムおよび救急医療環境との間にも、肯定的な関係があった。
14	Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses.	Borhani F	2017	イラン	153名	Moral Distress Scale moral sensitivity questionnaire	集中治療室の看護師の倫理的感受性とMDの関係を明らかにする	集中治療室の看護師は、中程度の倫理的感受性レベルを示していた。一方、看護師は中程度のMDも経験していた。さらに、倫理的感受性とMDの間には有意な統計的関係は認められなかつた($p = 0.26$)。
15	Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1.	Sauerland J	2014	アメリカ	225名	Moral Distress Scale Hospital Ethical Climate Survey	学術医療センターで働く正看護師のMD、道徳的残余、倫理的風土の認識を調査し、研究結果に対応する介入策を開発する	不適切な人員配置と能力不足と思われる同僚が最も悩ましい項目であった。ほぼ22%がモラル上の苦痛を理由に離職を経験し、現在の職場環境は他の参加者と比較して倫理観が低いと認識していた。
16	Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses.	Asgari S	2019	イラン	142名	Moral Distress Scale-Revised Hospital Ethical Climate Survey Job Satisfaction index	集中治療室の看護師におけるMDと倫理観と仕事への満足感との関係を明らかにする	MDと仕事への満足感との間には有意な関係は認められなかつたが、倫理的な風土と仕事への満足感との間には統計的に有意な関係が認められた($p < 0.05$)。
17	Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses.	Hiler CA	2018	アメリカ	328名	Moral Distress Scale-Revised Practice Environment Scale Nursing Work Index	クリティカルケア看護師のMDの深刻度、職場環境、患者の安全性の関係を調査する	MDは、職場環境や患者の安全に対する否定的な認識とわずかに関連していた。この対象では、仕事に対する満足感、職場環境、参加者の年齢がMDの統計的に有意な予測因子であった。
18	Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting.	Dyo M	2016	アメリカ	426名	Moral Distress Scale	集中治療室および非集中治療室に勤務する成人/小児科看護師の道徳MDの強度と頻度を評価し、看護師の特徴とMD、退職意思との関係を調査する	クリティカルケア看護師は、クリティカルケア以外の看護師と比較して、MDの強度と頻度が最も高いレベルであった(強度 $p=0.005$ 、頻度 $p<0.001$)。MDの頻度は、退職の意思と正の相関関係を示した。年齢、性別、民族、専門分野を調整すると、MDの頻度が1つ増えるごとに退職の意思の可能性が2倍になった($p=0.003$)。ヒスパニック系の看護師は、MDの強度が有意に高かった($p=0.01$)。
19	Moral distress: Does this impact on intent to stay among adult critical care nurses?	Witton N	2023	イギリス	266名	Moral Distress Scale-Revised	成人を対象とする集中治療室の看護師のMDのレベルと、その職場への残留意思との関係を調査する	年齢とMDは、現在の部署に留まる意向と有意に正の相関関係にあり($r = 0.16$ 、 $P = 0.05$)。高齢の看護師ほど集中治療室に留まる可能性が高いことを示している。MDは、留職の意思のスコアと負の相関を示し、MDのレベルが高い重症看護の看護師は、留職する可能性が低いことが示された($r = -0.20$ 、 $P = .02$)。MDは、現在の雇用主への留職の意思とともに負の相関を示した($r = -0.28$ 、 $P < .001$)。MDのレベルが高いと答えた看護師は、離職を検討する可能性が高かった。
20	Moral Distress, Health and Intention to Leave: Critical Care Nurses' Perceptions During COVID-19 Pandemic.	Andersson M	2023	スウェーデン	220名	Moral Distress Scale	集中治療室の看護師のMD、健康状態、退職の意思に関する個人的な状況と認識を説明し、個人的な状況、MD、健康状態、退職の意思の関係を調査する	MDのスコアが最も高かったのは、「無益なケア」と「不十分なチームワーク」で、21%が退職の意思があると回答した。自己申告による健康状態は、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミック以前よりも悪化しており、4.1%が著しい疲労障害を訴えた。自己申告による健康状態、時間的プレッシャー下での要求への耐性の低下、精神不安定または短気、身体的な虚弱、疲れやすさ、幸福感の低下は、無益なケアと関係がある要因であった。睡眠障害と離職の意思是、不十分なチームワークと関係があった。
21	The Nurses' Second Victim Syndrome and Moral Distress.	Shomalinab E	2023	イラン	96名	Moral Distress Scale-Revised second victim experience and support tool (SVEST)	ICUにおけるMDと二次の被害者症候群(SVS)の関係を明らかにする	看護師の59.4%が軽度のMDを、40.6%が中程度のMDを経験していることが判明した。86.5%の看護師のSVSスコアは中程度であった。看護師のMDとSVSの間には有意な直接相関は認められなかつたが、MDの強さとSVSの間には有意な逆相関が認められた($p = 0.011$)。
22	Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey.	Guttermo JL	2022	アメリカ	488名	Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals (MMD-HP) Professional Quality of Life Scale (PROQOL-5) Trauma Screening Questionnaire (TSQ) Patient Health Questionnaire-Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS)	看護師のモラル・ディストレス、バーンアウト、メンタルヘルスに対するCOVID-19の影響を明らかにする	回答者の3分の2以上が個人用保護具(PPE)の不足を経験している。看護師の回答者は、中程度から高レベルの職業的ストレスと燃え尽きを報告した。中程度から重度のうつ病と不安の症状が、それぞれ回答者の44.6%と31.1%から報告された。回答者の47%が、心的外傷後ストレス障害(PTSD)を発症するリスクがあった。管理職からのサポート不足と個人用保護具(PPE)の不足は、より高いレベルの燃え尽き、職業的ストレス、PTSDの症状と関連していた。
23	Critical care nurses' perception of moral distress in intensive care during the COVID-19 pandemic – A pilot study.	Andersson M	2022	スウェーデン	71名	Moral Distress Scale	COVID-19パンデミックの2年目における集中治療看護師のMDの認識を記述する	集中治療看護師は、見込みのない患者への人工呼吸器のサポートを中止する決定が下されない場合(無益なケア)、および無益なケアを提供する他の医師や看護師を支援しなければならない場合(チームワークの欠如)、MDの強度を最も強く感じていた。39%の集中治療看護師が、MDを理由に離職したいと考えていた。
24	Correlation between moral distress and clinical competence in COVID-19 ICU nurses.	Kalani Z	2023	イラン	194名	Moral Distress Scale Clinical Competence Checklist	COVID-19集中治療室(ICU)で働く看護師のMDと臨床能力の関係を明らかにする	ピアソンの相関係数によると、MDスコアとその次元には、臨床能力および技能応用との間に負の有意な関係が認められた($P < 0.001$)。MDは、臨床能力の分散の17.9%($R^2 = 0.179$ 、 $P < 0.001$)および臨床能力の活用の分散の16%($R^2 = 0.160$ 、 $P < 0.001$)を占める有意な予測因子であった。

25	Measuring moral distress in Swedish intensive care: Psychometric and descriptive results.	Nordin A	2023	スウェーデン	71名	Moral Distress Scale-Revised	改訂版スウェーデン版MD尺度の構成妥当性および心理測定学的特性を調査するCOVID-19パンデミック前後のMDを記述する	重症患者の看護に携わる看護師は、パンデミック前と比較して、優先順位に関するMDに著しい違いを示し、家庭のタイプ、重症患者の看護に携わる看護師としての経験、パンデミック中に学生の教育に携わったかどうかによって違いが見られた。
26	Canadian intensive care unit nurses' responses to moral distress during the COVID-19 pandemic, and their recommendations for mitigative interventions.	Gehrke P	2024	カナダ	40名	Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals (MMD-HP) 混合	COVID-19/パンデミックにおける集中治療室看護師のMDの経験と、緩和介入を記述する	COVID-19/パンデミック下において、看護師の半数が中程度のMDを示し、離職を考えている看護師は考えていない看護師よりも高いMDを示した。MDに対して、看護師は複数の健康領域にわたって即時および長期的な影響を経験した。MDに対処するために、看護師は組織による介入、実践、風土の変革などについて話し合った。看護師は、複数の組織にわたってMDを緩和するための介入方法を提言した。

2) 実践の語りからクリティカルケア看護師のモラルディストレスを探索した研究（表2）

質的研究は11件であった。そのうち、フォーカスグループインタビューおよび質問紙による記述が各1件であった。研究デザインは、質的帰納的分析、M-GTA、解釈的現象学的分析が用いられていた。

Choe ら⁴⁹⁾、Wiegand ら⁵⁰⁾、Henrich ら⁵¹⁾は、看護師の経験からモラルディストレスの要因について探求し、クリティカルケアにおける終末期ケアについては Kang ら⁵²⁾、Ntseke ら⁵³⁾、高齢者への長期にわたる集中ケアについては Nikbakht Nasrabadi ら⁵⁴⁾が研究していた。Morley⁵⁵⁻⁵⁶⁾らは、モラルディストレスの概念や構成要素について明らかにした。COVID-19 パンデミック時のモラルディストレスについての研究は2件であった。

クリティカルケア看護上のモラルディストレスとして、最も多く記述していたのは終末期ケアに関する内容であり、Wiegand ら⁵⁰⁾、Henrich ら⁵¹⁾、Ksng ら⁵²⁾、Nikbakht Nasrabadi ら⁵⁴⁾によって報告されていた。終末期ケアの中でも、Ntseke ら⁵³⁾は DNR (Do Not Resuscitation) に焦点を当て、DNR 指示の実行や伝達がモラルディストレスの要因になると報告した。モラルディストレスの内的要因として、Choe ら⁴⁹⁾は倫理的感受性の欠如、Morley⁵⁶⁾はアドボケイト能力や責任への葛藤、Nikbakht Nasrabadi ら⁵⁴⁾は防衛機制を挙げた。外的要因としては、Choe ら⁴⁹⁾、Nikbakht Nasrabadi ら⁵⁴⁾は無益なケア、Henrich ら⁵¹⁾は一貫性のないケアや過剰なケア、Choe ら⁴⁹⁾、Kang ら⁵²⁾、Nikbakht Nasrabadi ら⁵⁴⁾、Morley⁵⁶⁾は、組織や医師・医療チームとの対立、関係性、過密な業務量について挙げた。結果、葛藤やジレンマ、無力感、罪悪感などの心理的苦痛を経験していた。Forozeiya ら⁵⁷⁾は、コーピングとして、モラルディストレスに目を背ける対処あるいは目を向けるという行動にも反映されていたと報告した。

COVID-19 パンデミック時の質的研究では、Rosa ら⁵⁸⁾は、パンデミック最前線を経験した看護師は、モラルディストレスのリスクが高く、物資不足、知識不足、組織からの支援不足、過剰な業務量、実施された治療への不満、不十分な終末期ケアによりモラルディストレスは悪化したと報告した。Scott ら⁵⁹⁾は、家族の立ち合いのない終末期ケアの提供はモラルディストレスに大きな影響を与え、意思に反する無益なケアの提供、家族およびスタッフへの感染のリスクへの懸念、不確実な状況下でのチーム運営の負担がモラルディストレスの原因に特定されたと報告した。

表2. 実践の語りからクリティカルケア看護師のモラルディストレスを探査した研究
(モラルディストレス：moral distress を MD と略す)

NO	論文タイトル	第一著者	年	国	対象	調査内容	目的	概要
1	Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study.	Choe K	2015	韓国	14名	インタビューによる質的帰納的分析	韓国の集中治療看護師の視点および経験から、MDを調査し理解する	(1)治療やケアに対する相反する感情(特に、人間の尊厳よりも業務を優先すること、不必要的医療处置、拘束の強制)、(2)倫理的な感受性の欠如による苦悩、(3)看護師の治療における限定的な自主性によるジレンマ、(4)医師との対立、(5)施設の方針との対立の5つが明らかになった。
2	Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress.	Wiegand DL	2012	アメリカ	49名	質問紙による質的帰納的分析 内容分析	看護師がMDを経験する原因となる臨床的状況を特定し、看護師がその経験に基づいて業務内容を変更するかどうかを判断する	大半がMDを経験しており、看護師がMDを経験する状況の大半は終末期に関連するものであった。看護師は、自分自身、患者、家族に及ぼす負の影響について説明した。
3	Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study.	Henrich NJ	2016	カナダ	看護師19名、リーダー4名、医師13名、その他20名	フォーカスグループインタビューによる質的帰納的分析	地域および三次救急医療施設(ICU)の集中治療室(ICU)チームの多様なメンバーにおけるMDの原因を調査する	MDの最も一般的な原因として、他の医療従事者によるケアに対する懸念、ケアの量(特に終末期における過剰なケア)、コミュニケーション不足、一貫性のないケア計画、終末期の意思決定に関する問題が挙げられた。
4	Coping with moral distress – The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study.	Forozeiya D	2019	カナダ	7名	インタビューによる質的帰納的分析	集中治療室の看護師がMDに対処する経験について記述する	MDに対処する経験は、「最善だと思うことに逆らう」、「MD – それはまさに私たちの仕事に内在するもの」、「ひどく嫌なもの」、「それに対処する」の4つであった。また、MDを伴う状況から目を背ける、あるいは目を向けるという行動にも反映されていた。
5	What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study.	Morley G	2020	イギリス	21名	フェミニスト解釈的現象学	看護におけるMDの概念を実証的および概念的に探求する	参加者の語りから心理的苦痛の原因として特定された道徳的出来事は、道徳的緊張、道徳的不確実性、道徳的制約、道徳的葛藤、道徳的ジレンマであった。
6	The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions.	Morley G	2021	イギリス	21名	フェミニスト解釈的現象学	MDその構成要素や関連概念とどのように関連しているかを表すモデルを構築する	看護師が経験するMDを悪化または緩和させる5つの複合的要因は、認識的不正義、ローテート、職業的責任と個人的責任の間の葛藤、アドボケイト能力、チームダイナミクスであった。
7	Exploring the experiences of nurses' moral distress in long-term care of older adults: a phenomenological study.	Nikbakht Nasrabadi A	2021	イラン	9名	インタビューによる質的帰納的分析	高齢者の長期ケアにおけるICU看護師のMDの経験を探求する	擁護、防衛機制、ケアの負担、人間関係、組織上の5つの問題が抽出された。さらに、終末期のケア、症状管理、対処、精神性、無益なケア、感情労働、無力感、患者と家族との関係、医療チームとの関係、施設との関係、不十分な人員配置、不十分な研修、準備、教育/指導、業務量、支援などのサブ問題が含まれていた。
8	Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: A qualitative study.	Kang J	2021	韓国	22名	インタビューによる質的分析 M-GTA	さまざまな診療科の医師と看護師の経験を分析することで、急性期病院における重症患者や終末期患者のケアにおけるMDを明らかにする	21名にMDがあった。患者にとって正しいと信じていたのは、終末期における無意味な介入の軽減、患者に予後不良を知らせること、救命、緩和ケアの提供、思いやりを持ってケアを行うことなどであった。しかし、家族の優位性、ヒエラルキー、死についての議論を避ける臨床文化、残された患者へのサポートの欠如、過密な業務量は、参加者が追求しているものを脅かし、彼らをいらだたせていた。その結果、参加者はストレス、意欲の欠如、罪悪感、うつ、懐疑的な感情を経験した。
9	Moral distress among critical care nurses when executing do-not-resuscitate (DNR) orders in a public critical care unit in Gauteng.	Ntseke S	2023	南アフリカ	14名	インタビューによる質的帰納分析 探索的記述的定性的研究 (EDQ)	DNR指示を実行する集中治療室看護師のモラル上の苦痛に影響を与える要因を調査し、記述する	DNR指示の実行に関連するMD、DNR指示の伝達、看護師に対する心理的サポートの欠如の3つのカテゴリーが抽出され、DNR指示の実行は、集中治療室の看護師のMDの要因であることが明らかになった。
10	Moral Distress of Intensive Care Nurses: A Phenomenological Qualitative Study Two Years after the First Wave of the COVID-19 Pandemic.	Rosa D	2022	イタリア	16名	解釈的現象学的研究	COVID-19のパンデミック時に集中治療室で勤務した看護師が経験したことを調査する	パンデミックの最前線に立つ医療従事者には、MDのリスクが高いことが明らかになった。(1)プライド、孤立、恐怖、(2)チームワークと組織、(3)道徳的・倫理的側面、(4)真のヒーロー、(5)尊厳の5つのカテゴリーが抽出された。物資不足、知識不足、組織からの支援不足、過剰な業務量、実施された治療への不満、不十分な終末期ケアにより状況は悪化した。
11	Identifying Sources of Moral Distress Amongst Critical Care Staff During the Covid-19 Pandemic Using a Naturalistic Inquir	Scott M	2023	イギリス	17名(看護師12名、医師3名、その他2名)	インタビューによる質的帰納分析	COVID-19パンデミック時のMD原因が、一般的に救命救急センターで発生するものと同様であるか、異なるものであるかを検証する	死期が迫った患者のケアや、通常の標準的なケアを提供できないことなど、一般的に類似した原因があることが示唆されたが、パンデミック時には、疾患の経過や家族が立ち会わないままの多数の死亡例を経験していることが大きな影響を与えていたことが示された。さらに、直感に反するケアの提供、スタッフやその家族に対するリスクへの懸念、不確実な状況下でのチーム運営に伴う追加的な負担が、MDの原因として特定されたことが判明した。

3) モラルディストレスを軽減するための介入研究（表3）

介入研究は5件であり、アメリカとイランで実施され2018年以降に発表されていた。介入の効果は、MDS、MDS-R、MDT、Quality Improvement (QI)を各々用いて、ベースラインと介入後に測定することで評価していた。Browningら⁶⁰⁾は、定期的なリフレクティブ・デブリーフィングを実施し、介入6か月に効果を評価した。モラルディストレスを引き起こす最も頻繁な状況は無益なケアの提供で

あり、予後を伝える際の真実の告知に関してスタッフ間で語ることによりモラルディストレスに対峙することができ、継続的なリフレクティブ・デブリーフィングを希望していると報告した。Chiafery ら⁶¹⁾は、2か月間に6回の倫理カンファレンスを実施したことで、職場環境、患者ケア、臨床倫理の知識と質が向上し、モラルディストレススコアは軽減したと報告した。Abbas ら⁶²⁾は、モラルエンパワーメントプログラムを実施しコントロール群と比較した結果、介入1か月後のモラルディストレススコアが軽減したと報告した。Saeedi ら⁶³⁾は、8週間において集中治療室での深い感情やストレスの多い体験についてナラティブライティングをした結果、コントロール群と比較しモラルディストレスの頻度と強度に差異は認められなかったと報告した。Semler⁶⁴⁾は、4時間のワークショップを実施、2～3週間ごと5～6週間後にフォローアップリフレクションを実施した結果、モラルディストレスは著明に減少し、解決に備える自信がついたと報告した。

表3. モラルディストレスを軽減するための介入研究（モラルディストレス：moral distress を MD と略す）

NO	論文タイトル	第一著者	年	国	対象	調査内容(尺度)	目的	概要
1	Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses.	Browning ED	2018	アメリカ	42名	Moral Distress Scale-Revised	集中治療室の看護師を対象に定期的な「リフレクティブ・デブリーフィング」を実施することで、MDの軽減を検討する	6か月の期間の開始時と終了時にMDS-Rに記入した。ICUにおけるMDの全体的なレベルは、低～中程度であった。MDの原因となった状況のトップ3は、ICUにおける有益でないケアの提供に関連するものであった。予後を伝える際の真実の告知について、他のスタッフと建設的に向き合う力を得たことが最も有益だったと報告した。参加者の全員が、毎月または必要に応じてリフレクティブデブリーフィングセッションを継続することを望んでいた。
2	Nursing Ethics Huddles to Decrease Moral Distress among Nurses in the Intensive Care Unit.	Chiafery MC	2019	アメリカ	32名	Moral Distress Thermometer	ICU看護師を対象に、看護倫理カンファレンスを実施し、その影響を評価する	参加者は2か月間にわたり、6回のカンファレンスに参加した。MDはベースライン、カンファレンスの前後の3回測定した。看護倫理学者主導の看護倫理に関するカンファレンスは、職場生活、患者ケア、臨床倫理の知識の質の向上と関連していた。前後におけるMDスコアの変化は統計的に有意であった。
3	Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses.	Abbas S	2019	イラン	60名	Moral Distress Scale-Revised	モラルエンパワーメントプログラムの実施前後で成人集中治療病棟看護師のMDの変化を評価する	3つの段階において、コントロール群では、介入前の平均スコア(4.12 ± 2.70)、介入後2週間(4.23 ± 2.70)、介入後1ヶ月(4.04 ± 2.54)の間で、有意な差は認められなかった($p > 0.05$)。介入後1ヶ月(4.04 ± 2.54)の間、対照群では有意な差は認められなかった($p > 0.05$)が、実験群では3つの段階に有意な差が認められた($p < 0.05$)。介入前の実験群のMDの平均スコア(4.05 ± 2.26)と介入後2週間の平均スコア(3.38 ± 2.11)には有意差は認められなかった($p > 0.05$)。しかし、介入後1ヶ月の平均スコア(2.64 ± 2.23)は有意に減少した($p < 0.05$)。
4	The effectiveness of narrative writing on the moral distress of intensive care nurses.	Saeedi S	2019	イラン	106名	Moral Distress Scale	集中治療室で働く看護師のMDに対するナラティブ・ライティングの効果を検証する	MDはベースラインと8週間後に測定された。介入グループは、8週間集中治療室での最も深い感情やストレスの多い体験についての記入を求められた。介入群と対照群の看護師の平均勤務経験年数はそれぞれ 7.21 ± 4.96 年、 8.28 ± 5.45 年であった。独立t検定では、2つのグループ間で、MDの強度($P = 0.8$)にもその頻度($P = 0.5$)にも統計的な差異は認められなかった。
5	Moral distress to moral success: Strategies to decrease moral distress.	Semler LR	2023	アメリカ	未記入	Quality Improvement(QI)	集中治療室でMDのワークショップとフォローアップ活動を実施し、MDのレベルを軽減し、看護師が倫理的判断を行う際の安心感と自信を高める	プログラムは4時間のワークショップで、ワークショップ後2～3週間と5～6週間後に2つのリフレクションを実施した。MDは著明に減少した。参加者の平均的な倫理的な自信は4つの領域(危機に瀕している相反する価値観を識別する能力、役割期待を知ること、倫理的葛藤の解決に備える気持ち、正しい行動を取る能力)で増加し、役割期待に関する知識と倫理的葛藤の解決に備える気持ちは統計的に有意な増加をもたらした。質的分析では、MDの原因と看護師がMDに対処する方法に関連する一貫したテーマが明らかになった。

V. 考察

1. クリティカルケア看護におけるモラルディストレスの研究の動向

クリティカルケア看護は、国内外で初期から多数の論文が発表され、最も多く研究されている分野であった。クリティカルケア看護は、治療方針を左右する救命と延命、代理意思決定、臓器移植、家族看護、悲嘆ケアなど、その重篤さや複雑な社会背景がからみ倫理的問題となる要素は多い。本研究の分析からは除外しているが、新生児集中治療（Neonatal Intensive Care）や小児集中治療（Pediatric Intensive Care）のユニットにおける看護を含むと、クリティカルケア看護領域のモラルディストレスの研究数は膨大である。クリティカルケア看護は、患者の生命を護り早期回復を支援するために、高度医療に対応する能力を求められる。その独自性や専門性から質の高い看護を提供しなければならず、モラルディストレスを生じやすい環境にある。モラルディストレスは、バーンアウトや離職という問題に直結し、医療現場の第一線で救命を担う看護師が不足するといった社会問題へと発展するため、重要な研究分野であると考えられた。

2. クリティカルケア看護師のモラルディストレスと個人特性の関係

モラルディストレスの研究で性差について論じられた O'Connell⁴³⁾ の文献では、男性よりも女性の方に関連があるという新規的な知見が示された。年齢や看護経験については、Mobley ら³⁵⁾ は関連がないと述べているが、Zavotsky ら⁴⁴⁾ は、年齢が高いほどモラルディストレスが少なく、Witton ら⁴⁵⁾ は、離職の意思が低かったと論じている。具体的な心理的反応として、クリティカルケア看護師は、葛藤やジレンマ、無力感、罪悪感などの否定的な感情を抱いていた。小宮⁶⁵⁾ は、看護師がケア場面で体験した否定的感情に関する研究で、看護師の否定的感情は看護ケアを停滞させるか、何らかのきっかけで好転するかの分岐点になる。その好転のきっかけは、「内省、求助行動、否定的感情の表出」であると述べている。今回の結果からも、経験を重ねるごとに倫理的問題への捉え方や対処方法をポジティブな方向に変換できる能力を獲得する可能性が示唆された。一方で、Mobley ら³⁵⁾ が示す結果のように、モラルディストレスには年齢や看護経験は関係がないということも考えられる。つまり、モラルディストレスについては、背景となる要因とともに、感情体験、その経過や対処方法と効果についても注意深く探求していく必要があると示唆された。

3. クリティカルケア看護実践においてモラルディストレスを生じる局面

文献により多様であったが、クリティカルケア看護師は、概ね中程度～高度のモラルディストレスを生じていた。クリティカルケア看護実践におけるモラルディストレスは、【無益なケア】【終末期ケア】【チームワークを阻害する障壁】【COVID-19 による条件と制限】の 4 局面に分類された。

クリティカルケア看護では、生命の維持に最も注力するが、病状の重篤さゆえに救命が困難な患者も存在する。高田 ら⁶⁶⁾ は、看護師の終末期ケアには積極的な役割認識があり、治療の甲斐なく死を迎える患者にとって、自分たちの看護ケアが患者や家族にとって良い効果をもたらすことができ、適

切な時期での終末期ケアへのシフトを実現したいという思いがあると述べている。家族の治療継続の意思やパターナリズム的な医師の考え方を受け、看護師は圧倒的に終末期医療へのシフトが望ましいと思うのに、シフトの意思決定が遅く、治療を継続する⁶⁶⁾ という【無益なケア】を実践せざるを得ない状況は、まさしくモラルディストレスを生じさせる局面であると考えられた。Asida ら⁴²⁾ の報告では、アメリカと比較して日本のクリティカルケア看護師の方が、モラルディストレススコアが有意に高く、特に攻撃的／不適切な治療に関する項目やリーダーシップの経験が最もモラルディストレスを高めていた。川瀬ら⁶⁷⁾ は、「不適切な処置」のストレスの原因は、患者にとって適切ではない処置を医師から指示されることや患者の状態や処置について患者や家族にどう話すか判断できない状況であり、医師との協働関係が機能しない権威的な組織風土においては、治療方針について矛盾や疑問を感じたとしても看護師は十分に意見が言えず、ジレンマを抱くと述べている。リーダーシップについては、五十嵐ら⁶⁸⁾ は、患者にとって不適切と思われる処置を医師に指示されることは業務リーダー看護師が抱くストレスであり、Miller ら⁶⁹⁾ は、クリティカルケアユニットナースリーダーは、リーダーシップの責任と組織的な障壁により頻繁にモラルディストレスを生じると述べている。クリティカルケアにおいては、多職種と協働・連携し広い視野で治療方針について検討するチーム医療の推進が求められている。しかし、不十分なチームワーク、組織や医療チームの対立は、【チームワークを阻害する障壁】となり、モラルディストレスの要因であると考えられた。

終末期の患者は身体的苦痛をはじめとする全人的苦痛を抱え、意識レベルの低下や薬物の影響により、自ら意思決定できない状況が多い。また、家族は予期していない瀕死の患者を目の当たりにして、心理的に悲嘆反応が現れるとともに、患者の代理として意思決定を求められる⁷⁰⁾。【終末期ケア】は、日本救急看護学会と日本クリティカルケア看護学会が、救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドを作成し、患者家族がより良い死を迎える終末期看護の質が向上することを目指している。具体的には、看護師は「全人的苦痛緩和」、「意思決定支援」、「悲嘆ケア」の直接ケアを実践すること、多職種が連携してチーム医療を推進すること、看護管理者は終末期医療を提供できる組織体制を整備しておくことが重要である⁷⁰⁾。しかし、これらの直接ケアはモラルディストレスの要因でもある。Wolf ら⁴⁰⁾ の研究では、緩和ケアの認識の有無でモラルディストレスレベルに有意差があること、緩和ケアの実践が低い場合により高いモラルディストレスを生じる傾向にあることが明らかになっていく。クリティカルケア看護師が終末期ケア／緩和ケアに対する知識を深め、患者家族への意思決定支援、悲嘆ケアなどの実践を積むことは、【終末期ケア】の局面においてモラルディストレスの軽減につながるのではないかと考えられた。

COVID-19 パンデミックでは、個人防護具の資源不足や COVID-19 の知識不足、感染の危機、家族の立ち合いがない看取りなどの、【COVID-19 による条件と制限】によりモラルディストレスを生じていた。クリティカルケア看護師は身体的精神的に疲弊し、離職のリスクがあった。COVID-19 下においても【無益なケア】【終末期ケア】【チームワークを阻害する障壁】の3局面は存在していたことから、

モラルディストレスは【COVID-19による条件と制限】により増幅されたと判断できた。

4. クリティカルケア看護におけるモラルディストレスへの支援の示唆

モラルディストレスを軽減させるための介入についての研究から効果が認められたのは、看護実践をリフレクションすることや倫理カンファレンスの実施を通してスタッフ間で語り合うことであった。モラルディストレスであることを認知し対峙することは、内省となる。カンファレンスでの話し合いは、小宮⁶⁵⁾の示した「内省、求助行動、否定的感情の表出」にも合致し、ポジティブな方向に変換できるきっかけではないかと推察する。このような機会の実現には、看護師一人ひとりの対処と組織や社会が対応すべきことがある。一人ひとりの対処としては、看護師個人のレジリエンスを高めることが挙げられる。Ruston¹⁷⁻¹⁸⁾は、2016年にモラルレジリエンスという概念を提唱している。モラルレジリエンスとは、倫理的／道徳的に困難な状況や苦悩に直面した時、その状況に対応したり苦しみを跳ね返したりすることで、個人の能力を維持あるいは回復させる能力とされている。しかし、この能力を育むには「自分の限界を認め、人との関係を保ちつつ自己主張する力が必要」⁷¹⁾である。武井⁷¹⁾は、看護師を目指す人には、自分の欲求より他者の欲求を優先しようとする愛他的な傾向を持つ人が多い。愛他的傾向は一般的には賞賛すべき特質であるが、人の世話をするのは得意でも人に頼ることが苦手な傾向を生み出すと述べている。まずは、日本の看護師がモラルディストレスを自覚し、助けを求め、感情を表出できるようにモラルディストレスに関する認知度を高めていくことと同時に、モラルレジリエンスを獲得するために何が必要であるかを明らかにしていくことが必要ではないかと考えられた。

モラルディストレスは、組織的な取り組みの必要性が指摘されており組織や社会の対策も見過ごしてはいけない。倫理的風土については、Olson⁷²⁾によって開発されたHospital Ethical Climate Scale(HECS)を稻垣ら⁷³⁾や奥本ら⁷⁴⁾が翻訳し、日本語版倫理的風土測定尺度（J-HECS）を開発した。また、川島ら⁷⁵⁾は、Van den Bulcke ら⁷⁶⁾によって開発されたEthical Decision-making Climate Questionnaire(EDMCQ)を翻訳し、日本語版「集中治療室（ICU）での意思決定に関する倫理的風土の調査票」を開発した。クリティカルケア看護では、【チームワークを阻害する障壁】でモラルディストレスが高まることから、倫理的問題が生じる局面でチーム医療が促進されるような良好な倫理的風土を醸成することが求められる。

VII. 結論

1. モラルディストレスの337文献のうち、クリティカルケア看護に関する対象文献は42件であった。量的研究24件、質的研究11件、混合研究2件、介入研究5件であった。
2. クリティカルケア看護師のモラルディストレスは、概ね中程度～高度であった。
3. クリティカルケア看護実践においてモラルディストレスを生じる局面は、【無益なケア】【終末期ケア】【チームワークを阻害する障壁】【COVID-19による条件と制限】の4局面であった。

4. モラルディストレスへの対処方法は、個人的にはモラルレジリエンスを獲得し内省する力を高めることであり、組織的には倫理的風土を醸成し、チーム医療の推進を図ることである。

本研究によって、クリティカルケア看護師自身がモラルディストレスを生じる局面を認知することができ、その局面に対してモラルディストレスを生じさせないまたは、早期に対処できる組織的な取り組みの必要性を理解することができる。

本研究は、JSPS 科研費 22K10918 の助成を受けて行った研究の一部である。

文献

- 1) Jameton, A. (1984). Nursing practice, the ethical issues, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- 2) Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale, J Adv Nurs, 33 (2), 250-256.
- 3) Gutierrez KM. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress, Dimens Crit Care Nurs, 24 (5), 229-241.
- 4) Hamric AB, Blackhall LJ. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate, Crit Care Med, 35 (2), 422-429.
- 5) Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, et al. (2015). Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover, Nurs Ethics, 22 (1), 64-76.
- 6) Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, et al. (2017). Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study, Am J Crit Care, 26 (4), e48-e57.
- 7) Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, et al. (2017). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers, Ann Intensive Care, 7 (1), 71.
- 8) Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals, AJOB Primary Research, 3 (2), 1-9.
- 9) Wocial LD, Weaver MT. (2013). Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer, J Adv Nurs, 69 (1) : 167-74.
- 10) Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, et al. (2019). Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals, AJOB Empir Bioeth, 10 (2), 113-124.
- 11) Cramer E, Smith J, Rogowski J, et al. (2022). Measuring moral distress in nurses during a pandemic: Development and validation of the COVID-MDS, Res Nurs Health, 5 (5), 549-558.
- 12) 伊藤隆子, 川崎由理, 辻村真由子, 他 (2012). 日本の看護師が経験するモラルディストレス国内文献のメタ統合の試み, 千葉県立保健医療大学紀要, 3 (1), 71-79.
- 13) Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, et al. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan, Nurs Ethic, 17 (6), 726-740.
- 14) 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), 60-66.
- 15) Fujii T, Katayama S, Miyazaki K, et al. (2022). Translation and validation of the Japanese version of the measure of moral distress for healthcare professionals, Health Qual Life Outcomes, 19 (1), 120.

- 16) 實金栄, 萬木早苗, 井上かおり, 他 (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.
- 17) Rushton CH. (2016). Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care, AACN Advanced Critical Care, 27 (1), 111-119.
- 18) Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. (2016). CE: Moral distress: A Catalyst in Building Moral Resilience, Am J Nurs, 116 (7), 40-49.
- 19) Young PD, Rushton CH. (2017). A concept analysis of moral resilience, Nurs Outlook, 65 (5), 579-587.
- 20) Pauly B, Varcoe C, Storch J, et al. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate, Nurs Ethics, 16 (5), 561-567.
- 21) Silén M, Svantesson M, Kjellström S, et al. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability, J Clin Nurs, 20 (23-24), 3483-3493.
- 22) Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, et al. (2014). Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1, Dimens Crit Care Nurs, 33 (4), 234-245.
- 23) 赤林朗編 (2017). 改訂版入門・医療倫理 I, 効草書房, 東京, 3-7.
- 24) Ganz FD, Raanan O, Khalaila R, et al. (2013). Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses, J Adv Nurs, 69 (2), 415-424.
- 25) Browning AM. (2013). CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life, Am J Crit Care, 22 (2), 143-51.
- 26) Mason VM, Leslie G, Clark K, et al. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study, Dimens Crit Care Nurs, 33 (4), 215-25.
- 27) Nordin A, Engström Å, Fredholm A, et al. (2023). Measuring moral distress in Swedish intensive care: Psychometric and descriptive results, Intensive Crit Care Nurs, 2023 Jun, 76.
- 28) Guttormson JL, Calkins K, McAndrew N, et al. (2022). Critical Care Nurse Burnout, Moral Distress, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A United States Survey, Heart Lung, 55, 127-133.
- 29) Shomalinassab E, Bagheri Z, Jahangirimehr A, et al. (2023). The Nurses' Second Victim Syndrome and Moral Distress, Nurs Ethics, 30 (6), 822-831.
- 30) Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, et al. (2014). Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1, Dimens Crit Care Nurs, 33 (4) 234-245.
- 31) Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, et al. (2019). Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses, Nurs Ethics, 26 (2), 346-356.
- 32) Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, et al. (2017). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses, Nurs Ethics, 24 (4), 474-482.
- 33) Kalani Z, Barkhordari-Sharifabad M, Chehelnard N. (2023). Correlation between moral distress and clinical competence in COVID-19 ICU nurse, BMC Nurs, 7, 22 (1), 107.
- 34) Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit, Am J Crit Care, 14 (6), 523-530.
- 35) Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, et al. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit, Intensive Crit Care Nurs, 23 (5), 256-263.
- 36) Andersson M, Fredholm A, Nordin A, et al. (2023). Moral Distress, Health and Intention to Leave: Critical Care Nurses' Perceptions During COVID-19 Pandemic, SAGE Open Nurs, Apr 17, 9.
- 37) İşik MT, Yıldırım G. (2023). Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses, Nurs Crit Care, 8 (2), 184-192.

- 38) Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, et al. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses, *Am J Crit Care*, 21 (2) : e41-52.
- 39) Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E, et al. (2014). Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy, *J Nurs Manag*, 22 (4), 472-484.
- 40) Wolf AT, White KR, Epstein EG, et al. (2019). Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses, *Crit Care Nurse*, 39 (5), 38-49.
- 41) Hiler CA, Hickman RL Jr, Reimer AP, et al. (2018). Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses, *m J Crit Care*, 27 (1), 59-66.
- 42) Ashida K, Kawashima T, Kawakami A, et al. (2022). Moral distress among critical care nurses: A cross-cultural comparison, *Nurs Ethics*, 29 (6), 1341-1352.
- 43) O'Connell CB. (2015). Gender and the experience of moral distress in critical care nurses, *Nurs Ethics*, 22 (1), 32-42.
- 44) Zavotsky KE, Chan GK. (2016). Exploring the Relationship Among Moral Distress, Coping, and the Practice Environment in Emergency Department Nurses, *Adv Emerg Nurs J*, 38 (2), 133-146.
- 45) Witton N, Goldsworthy S, Phillips LA. (2023). Moral distress: Does this impact on intent to stay among adult critical care nurses?, *Nurs Crit Care*, 28 (2), 211-217.
- 46) Corley MC. (1995). Moral distress of critical care nurses, *Am J Crit Care*, 4 (4), 280-285.
- 47) Dyo M, Kalowes P, Devries J. (2016). Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting, *Intensive Crit Care*, 36, 42-48.
- 48) Gehrke P, Campbell K, Tsang JLY, et al. (2024). Canadian intensive care unit nurses' responses to moral distress during the COVID-19 pandemic, and their recommendations for mitigative interventions, *J Adv Nurs*, 2024 Mar 9.
- 49) Choe K, Kang Y, Park Y. (2015). Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study, *J Adv Nurs*, 71 (7), 1684-1693.
- 50) Wiegand DL, Funk M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress, *Nurs Ethics*, 9 (4), 479-487.
- 51) Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, et al. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study, *J Crit Care*, 35, 57-62.
- 52) Kang J, Choi EK, Seo M. (2021). Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: A qualitative study, *PLoS One*, 16, 16 (12).
- 53) Ntseke S, Coetzee I, Heyns T. (2023). Moral distress among critical care nurses when executing do-not-resuscitate (DNR) orders in a public critical care unit in Gauteng, *South Afr J Crit Care*, 28, 39 (2), 10.
- 54) Nikbakht Nasrabadi A, Wibisono AH, Allen KA, et al. (2023). Exploring the experiences of nurses' moral distress in long-term care of older adults: a phenomenological study, *BMC Nurs*, 31, 20 (1), 156.
- 55) Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study, *Nurs Ethics*, 27 (5), 1297-1314.
- 56) Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. (2021). The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions, *J Clin Nurs*, 31 (9-10), 1309-1326.
- 57) Forozeiya D, Vanderspank-Wright B, Bourbonnais FF, et al. (2019). Coping with moral distress - The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study, *intensive Crit Care Nurs*, 53, 23-29.
- 58) Rosa D, Bonetti L, Villa G, et al. (2022). Moral Distress of Intensive Care Nurses: A Phenomenological Qualitative Study Two Years after the First Wave of the COVID-19 Pandemic, *Int J Environ Res Public*

- Health, 16, 19 (22), 15057.
- 59) Scott M, Wade R, Tucker G, et al. (2023). Identifying Sources of Moral Distress Amongst Critical Care Staff During the Covid-19 Pandemic Using a Naturalistic Inquiry, SAGE Open Nurs, 2023 Apr.
- 60) Browning ED, Cruz JS. (2018). Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses, J Soc Work End Life Palliat Care, 14 (1), 44-72.
- 61) Chiafery MC, Hopkins P, Norton SA, et al. (2018). Nursing Ethics Huddles to Decrease Moral Distress among Nurses in the Intensive Care Unit, J Clin Ethics, 29 (3), 217-223.
- 62) Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M. (2019). Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses, Nurs Ethics, 26 (5), 1494-1504.
- 63) Saeedi S, Jouybari L, Sanagoo A, et al. (2019). The effectiveness of narrative writing on the moral distress of intensive care nurses, Nurs Ethics, 6 (7-8), 2195-2203.
- 64) Semler LR. (2023). Moral distress to moral success: Strategies to decrease moral distress, Nurs Ethics, 30 (1), 58-70.
- 65) 小宮敬子 (2006). 看護師がケア場面で体験した否定的感情の様相に関する研究, 御茶ノ水医学雑誌, 53 (4), 77-96.
- 66) 高田望, 平野かよ子 (2015). 集中治療室看護師の「終末期医療へのシフト」の意思決定参画の現状と課題, 日本クリティカルケア看護学会誌, 11 (1), 31-40.
- 67) 川瀬淑子, 岡安誠子, 林健司 (2018). 急性期病院の組織風土が看護師のストレッサーに及ぼす影響, 日本職業・災害医学会会誌, 66, (6), 453-458.
- 68) 五十嵐竜太, 宮澤舞子, 津田典子, 他 (2018). パートナー制を導入している集中治療部における, 業務リーダー看護師が抱くストレス調査, 第48回日本看護学会論文集 急性期看護, 171-174.
- 69) Miller PH, Epstein EG, Smith TB, et al. (2024). Critical care nurse leaders addressing moral distress: A qualitative study, Nurs Crit Care, 29 (4), 835-838.
- 70) 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会一般社団法人日本救急看護学会監修 (2020). 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド, 第1版, 医学書院, 東京.
- 71) 武井麻子 (2021). 第16章看護における感情労働と看護師のメンタルヘルス, 系統看護学講座精神看護学2精神看護の展開, 医学書院, 東京, 407-408.
- 72) Olson LL. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting, Image J Nurs Sch, 30 (4), 345-349.
- 73) 稲垣聰, 大澤歩, 吉川あゆみ, 他 (2020). 日本語版 倫理的風土測定尺度 (J-HECS) の開発とその検証, 日本看護倫理学会誌, 12 (1), 73-79.
- 74) 奥本綾香, 米山智子, 宮田千春, 他 (2021). 日本語版倫理的風土尺度の信頼性と妥当性の検討, 日本看護科学学会誌, 41, 647-655.
- 75) 川島徹治, 木下里美, 吉野靖代 (2024). 日本語版集中治療室での意思決定に関する倫理的風土の調査票の作成と信頼性・妥当性の検討, Palliat Care Res, 19 (2), 89-97.
- 76) Van den Bulcke B, Piers R, Jensen HI, et al. (2018). Ethical decision-making climate in the ICU: theoretical framework and validation of self-assessment tool, BMJ QualSaf, 27, 781-789.