

看護師の職業ストレスを改善するためにアクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) を用いた介入研究の文献レビュー

加藤 宏公¹

Literature review of interventional studies using acceptance and commitment therapy (ACT) to improve occupational stress in nurses

Hirotsada Kato¹

COVID-19の流行により、看護の業務負荷と精神的ストレスは急増しており、看護師の職業ストレスへのメンタルヘルスクアは、医療現場を支えていく上で重要な課題となっている。本研究では、看護師の職業ストレスを改善するためにアクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) を用いた介入研究を概観し、今後の看護師へのメンタルヘルスクア介入の実践に示唆を得ることを目的とした。PubMed, Academic Search Elite, MEDLINE, CHINAHL Plus with Full Textおよび医学中央雑誌をデータベースとし、2022年8月までに発表された論文を対象に検索した。結果、ACT実践の要素には、共感疲労、バーンアウトのほか、道徳的負傷など二次的外傷性ストレスへの介入が意図されていた。看護師の職業ストレス改善は、質の高い患者ケアにつながり、心理的柔軟性を体験した看護師の満足度は高かったと報告されていた。今後は、組織的にメンタルヘルスクア介入としてACTプロセスが理解され、心理的に安全な職場環境の構築の必要性が示唆された。

キーワード：看護師，職業ストレス，アクセプタンス&コミットメント・セラピー，介入研究，文献レビュー

I. 背景

1. 看護師の職業ストレスの現況

看護師を含む「医療・福祉」業は、2021年度の精神障害の労災補償状況（厚生労働省，2022）において、請求件数（577件）・決定件数（465件）であり、業種別比較（大分類）における1位の件数であった。また、職種別比較（大分類）では、看護師は「専門的・技術的職業従事者」に含まれるが、こちらの請求件数（599件）・決定件数（145件）も1位の件数であった。より詳細な職種別比較（中分類）では、看護師は「保健師，助産師，看護師」として分類されており、請求件数（132件）は4位であったが、「専門的・技術的職業従事者」の中では一番多い件数であった。これらの現況のもと、COVID-19の流行による医療現場における看護の業務負荷と精神的ストレスは、さらに増加しており、看護師の

職業ストレスに対するメンタルヘルスクアは、医療現場を支えていく上で重要な課題となっている。

看護師の職業ストレスは、看護領域におけるこれまでの研究により、慢性的な二次的外傷性ストレスのリスクが高いことがわかっている（Figley, 1995；武井，2001）。

看護師が職業ストレスを経験する要因として、人命に関わる緊張感，職場の人間関係，仕事量の多さ，変則的な勤務，患者・家族からの過大な要求，病気や死が身近にある状況，など，特有の職場環境による要因が多い（Kent, Hochard, & Hulbert-Williams, 2019）。このような職場環境に看護師がさらされ続けることで、看護師は、共感疲労（compassion fatigue）や、燃え尽き症候群（burnout）の状態を招き、慢性的な二次的外傷性ストレスを抱えることになる（Joinson, 1992）。燃え尽き症候群に関しては、医療従事者の40～60%が、キャリアのある段階で燃え尽きを感じ苦悩していることが、複

¹愛知県立大学看護学部

数の研究により明らかとなっている (Delaney, 2018)。

現在では、COVID-19の流行による医療従事者の新たな二次的外傷性ストレスとして、道徳的負傷 (moral injury) のリスクが懸念されている。道徳的負傷とは、その人の道徳や価値、信念が傷つけられるような行為を目撃したり、自身が行動してしまうことによって引き起こされる、二次的外傷性ストレスのことである (Jinkerson, 2016)。COVID-19のパンデミックの状況下で、医療従事者は自身の道徳的ジレンマを抱えながらも医療に従事し続けなければならない、その状況が続くことによる、慢性的な二次的外傷性ストレスとなるリスクが懸念されているのである (Williamson, Murphy, & Greenberg, 2020)。

2. 看護師の職業ストレスの悪化のプロセス

看護師が職業ストレスを抱えるリスクは高く、さらに増加しており、看護師の職業ストレスを改善するための介入が急務である。看護師の職業ストレスへの介入をするためには、これまでに明らかとなってきた、看護師特有の職場環境による慢性的な二次的外傷性ストレスであること、長期的な経過を辿るプロセスであることを理解した上でのメンタルヘルスケア介入が望まれる。

看護師の職業ストレスである共感疲労や道徳的負傷は、時間の経過とともに悪化のプロセスを辿る。共感疲労は、具体的に捉えると、看護師として共感や思いやりをもち、専門職としての誇りをもって働いていたはずが、職業ストレスにさらされ続けることで、いつの間にか思いやりの気持ちや支援したい思いが麻痺していき、看護の役割を果たすことができない自分を責めるようになり、絶望感が増していくという慢性的なプロセスである。

この悪化のプロセスが助長されてしまう要因として、看護師が職業ストレスの苦痛体験にさらされたときに (たとえば、苦しんでいる患者に共感するときなど)、その苦痛から逃れるために、一時的に回避する対処法を経験的に身につけてしまうこと、が指摘されている (Figley, 1995)。一時的に苦痛が和らぐ体験が経験的に習慣化されると、苦痛体験が回避され続けるようになり、長期的な苦痛は無くならず増大するため、慢性的な燃え尽き症候群や二次的外傷性ストレスの状態となるのである (Kent et al., 2019)。

3. 看護師の職業ストレスを改善するためのアクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)

看護師が、慢性的な職業ストレスに効果的に対処できないとき、心理的柔軟性 (psychological flexibility) を高めることで、本来ありたい看護師としての自分を取り戻し、その行動を支援することの介入法として注目されているのが、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (Acceptance and Commitment Therapy; 以下、ACT) である (Kent et al., 2019)。ACTは第三世代の認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy; 以下、CBT) の1つであり、第三世代のCBTには、マインドフルネスを用いた「体験」による理解を重視するという特徴がある (熊野, 2012)。

ACTにおける心理的柔軟性とは、「十分な気づきと完全に開かれた心をもって、「今、この瞬間」に存在し、自分の価値に従って行動する能力」(Harris, 2009) と定義されている。この心理的柔軟性を高めるための介入のプロセスとして、「アクセプタンス」、「脱フュージョン」、「マインドフルネス」、「観察する自己」、「価値」、「価値に基づく行動」、の6つのコアプロセスがある (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012/2014)。

「アクセプタンス」とは、あるがままの苦痛を受容しようとするものである。「脱フュージョン」とは、認知的思考による言語的ルールに囚われている (融合している) 場合に、その囚われから脱することである。「マインドフルネス」は、あるがままの「今、この瞬間」の体験に気づくことであり、その体験を眺めることのできる視座が「観察する自己」である。「価値」は自身が人生において大切にしている方向性を表明したものであり、その自身の価値にコミットした行動を促進することが、「価値に基づく行動」である。これら6つのコアプロセスは、「アクセプタンス」を中心とするマインドフルネス系の技法と、「価値」にコミットした行動を促進する行動活性化系の技法があり、ACT介入においては、双方の系統の技法が、相補的に統合して実践されることが重要である (Harris, 2009)。

看護師の職業ストレスを改善するためにACT介入を用いることを想定した場合、看護師自身が、今現在の職業ストレスへの対処法が長期的には効果的ではないこと、一時的な苦痛から回避している可能性があること、に気づくことができる。また、悪化のプロセスを辿る中で、できない自分を言い当てて自分を責め続ける認知的な囚われから脱し、今、この瞬間にある実際の体験に向

き合えるようになる（それが苦痛体験であっても）。本来の看護師としてありたい自分を取り戻し、実際の看護行為としての価値ある行動を促進することが期待できる。

Kent et al. (2019)は、看護師の職業ストレスとACTの6つのコアプロセスとの関連を、7つの有効な心理測定尺度を用いて、看護師（142名）への質問紙調査により検証している。

Kent et al. (2019)が用いた尺度の詳細は、看護師の職業ストレスの測定には、Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), および Professional Quality of Life Scale (ProQoL) (Stamm, 2009)が使用された。PSSは、知覚されたストレスを測定する尺度であり、ProQoLは、専門職の職業ストレスとして、燃え尽き、共感疲労、とともに共感満足度 (compassion satisfaction) を測定できる尺度である。

また、Kent et al. (2019)は、ACTの6つのコアプロセスの測定には、「アクセプタンス」を Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Bond et al., 2011), 「脱フュージョン」を Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) (Gillanders et al., 2014), 「マインドフルネス」を Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003), 「観察する自己」を Self-as-Context Scale (SACS) (Gird & Zettle, 2013), 「価値」および「価値に基づく行動」を Engaged Living Scale (ELS) (Trompetter et al., 2013)によって測定した。その結果、ACTのコアプロセスのすべてが、知覚ストレス、燃え尽き、共感疲労と負の相関があり、共感満足度と正の相関があることが認められた ($p < .05$)。

これらの背景により、今後日本においても、看護師の職業ストレスを改善するためのACTを用いた介入が、メンタルヘルスの不調を抱えるハイリスクグループである看護師への支援となることが、期待される。

そのため、本研究においては、これまでに看護師の職業ストレスを改善するためにACTを用いた介入研究を文献レビューし、抽出された論文の介入の特徴を整理した上で、今後の看護師のメンタルヘルスケア介入の実践についての示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 選定基準

看護師を対象としたACTを用いた介入研究であり、看護師の職業ストレスへの介入の効果を評価する無作

為化比較試験 (randomized controlled trial; 以下, RCT) と比較対象が設定された介入研究 (以下, 非RCT), および前後比較試験を対象とした。その理由として、どのような実践が看護師の職業ストレスに効果的であるかを比較試験から分析し、今後の実践に取り入れられる要素を検討するためである。対象者の条件は、看護師とした。介入は、ACTを用いたことが表明されている研究とした。主要アウトカムは、知覚するストレス、職業ストレス (共感疲労, バーンアウト) であり、副次的アウトカムは、精神的健康度、心理的柔軟性、うつや不安の程度、職業ストレスによる欠勤などとした。

2. 除外基準

除外基準は、同一論文の重複、書籍や学会発表の抄録で論文ではないもの、RCTもしくは比較対象のある介入研究以外、主たる対象者が看護師以外、日本語・英語以外の言語である研究とした。

3. 検索方法

英語論文は、PubMedおよびEBSCOhostを經由した Academic Search Elite, MEDLINE, CINAHL Plus with Full Textをデータベースとして検索をかけた (2022年8月に実施)。検索式は、“nurses” AND “acceptance and commitment therapy” とし “抄録あり”, 使用言語は “英語” に限定して検索をかけた。検索キーワードの選定においては、本研究では、看護師の “職業ストレス (occupational stress)” へのACT介入を対象とするが、“nurses” は、職業を表しているため、検索キーワードは、“nurses” と介入法である “acceptance and commitment therapy” の2つのみとし、これ以上は限定せずに幅広く検索をかけた。

日本語論文は、医学中央雑誌をデータベースとして検索をかけた (2022年8月に実施)。検索式は、英語論文の検索時と同様に、“看護師” と “アクセプタンス & コミットメント・セラピー” とし “抄録あり” に限定して検索をかけた。

一次スクリーニングでは、タイトルと抄録を精査して重複論文と、書籍などの論文ではないものを除いた。二次スクリーニングでは、除外基準に該当する論文を除き、最終的に基準を満たした10論文を対象とした (図1)。

4. 分析方法

対象論文のレビューシートを作成し、介入研究を概観

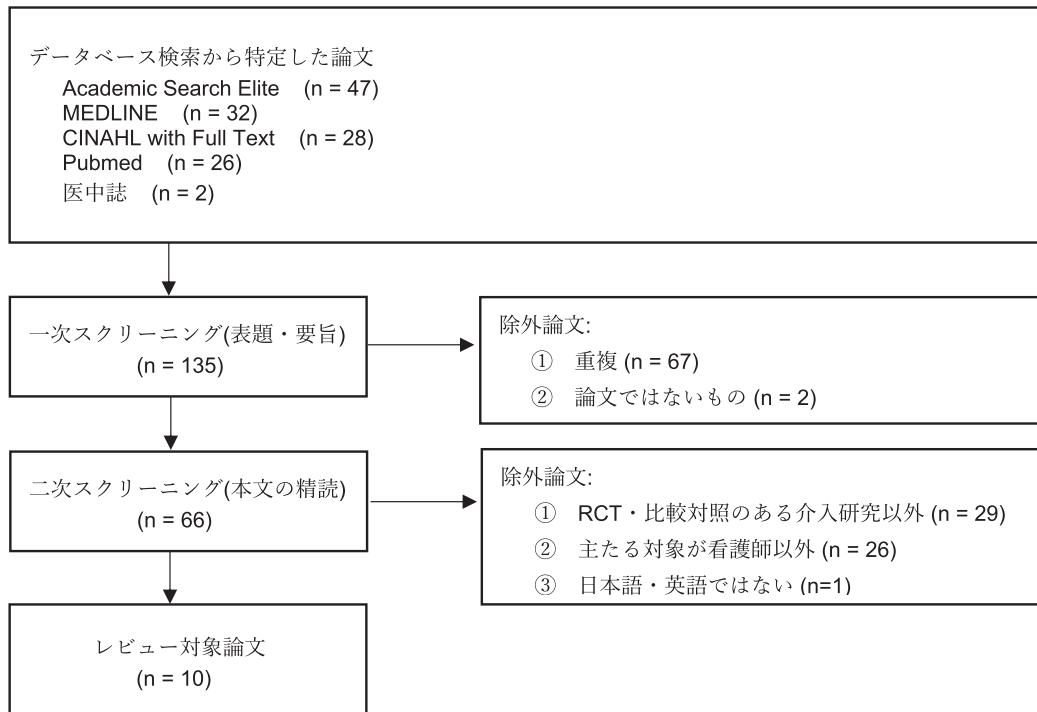


図1 文献の選定手順

するため、PICO (牧本, 2013) の枠組みを参考に、文献の内容を整理した。PICOとは、対象者 (Population), 介入 (Intervention), 比較・対照 (Comparison), 結果 (Outcome) のことである。この枠組みに沿って、看護師の職業ストレスを改善するためにデザインされた介入内容と、その効果を集約し、研究の特徴を示す表を作成した。その項目は、研究デザイン、著者 (発表年)・国、目的、対象者・人数 (介入群・比較群)・実施者、介入プロトコル (形式・回数・時間・場所・ACT実践の要素)、測定ポイント、測定尺度・質問項目、介入の主な効果、とした。比較群がある場合は、その介入内容、その群との比較における効果を整理した。

Ⅲ. 結 果

看護師の職業ストレスを改善するためにACTを用いた介入研究の概要は、表1に示すとおりであった。以下、表に示した文献番号を [] 内に付記して、結果を記載する。

1. 研究のデザインと年次推移・発表国

対象論文の研究デザインは、RCT4件 [3, 5, 9,

10], 非RCT3件 [6, 7, 8], 前後比較試験が3件 [1, 2, 4] であった。年次推移は、2018年より発表され、2021年より増加していた。発表国は、英語圏のアメリカ、イギリス、カナダのほか、スペイン、中国、イラン、スイス、スウェーデンであり、幅広い国々で取り組まれていることが確認された。選定基準の論文に日本の論文は含まれなかった。

2. 介入対象者・実施者

介入対象者となった看護師の看護領域は、COVID-19流行期間中の臨床看護師2件 [1, 2], ICU看護師1件 [6], がん・緩和ケア看護師1件 [4], 認知症・高齢者施設の看護師2件 [3, 9], 精神科看護師2件 [5, 8], 特殊疾患・小児科の看護師1件 [10], ヘルスケアセンター看護師1件 [7] であった。また、主な対象は看護師であったが、看護師以外の医療従事者 (看護補助者, 医師, 作業療法士, 呼吸療法士など) を含む場合があった。

介入実施者は、ACTのトレーニングを受けた心理学者、医師が中心であり、看護師が実施する場合には、学際的チームの一員として参加していた。

表1 看護師の職業ストレスを改善するためにACTを用いた介入研究の概要

文献番号	著者(発表年)国	目的	対象者・実施者人数(介入群・比較群)	介入プロトコル	測定ポイント	測定尺度・質問項目	介入の主な効果
1	Smith-MacDonald et al. (2022) カナダ	医療従事者の道徳的負傷(moral injury)への介入のためのACTベースのオンライン介入集団療法(Accepting Moral Suffering and Pain for Healthcare Providers: AMPS-HCP)を開発し、実行可能性と受容性を評価すること。	対象者: COVID-19流行期間中に勤務していた看護師・呼吸療法士 介入群: 8名 対照群: なし 実施者: 心理学者、作業療法士、療法士	形式: 集団ACTベースのオンライン療法 (AMPS-HCP) の開発 回数: 介入7回で構成(入門編1回, 治療編6回で構成) 時間: 1回90分(毎週) 場所: オンライン ACT実践の要素: 6つのコアプロセスと道徳的負傷の介入点 ①道徳的苦痛に関連するアクセプタンスとセルフコンパッション ②自己批判と憤慨に関連する脱フュージョン ③悲しみの接触を含むマインドフルネス ④観察する自己による、道徳的苦痛の意味づけ・語り・物語 ⑤道徳的苦痛に関わる価値、特に嘆きの背後にある価値と ⑥価値に基づくセルフコンパッション行動の促進	ベースライン介入後	心理外傷後ストレス(PCL-5) うつ・不安・ストレス(DASS-21) 道徳的負傷(MIOS) ソーシャルサポート(MSPSS) 職業ストレス(ProQoL) コーピング(BriefCOPE) 感情調節(DERS-18) 心理的柔軟性(AAQ-II) 心的外傷後の成長(PTGT) 心理的レジリエンス(CDRS) 顧客満足度質問票(CSQ-8) 半構造化面接(NEI)	DASS-21(ストレス)に有意な減少が示され($p<0.05$)。その他の尺度は有意ではなかった。DASS-21(総合)、DASS-21(うつ)、DERS-18(感情調節)、AAQ-II(心理的柔軟性)は、有意な傾向のみ認められた。参加者のMIOSは、統計的に有意ではないが、10得点分の減少を示し、道徳的負傷の症状を減少させた。8名中7名がCSQ-8に回答し、平均点30点(最高点34点)であり、介入を「素晴らしい」とまたは「非常に良い」と評価した。NEIでは、実現可能性として、オンラインで自宅から参加できる利便性が挙げられた。また、役に立った要素には、①ハンデミックの結果として感じた感情を表現し始めることを許可されたこと、②関わり、体験するための安全な空間、③これまで抑えていた苦しい記憶や感情を探求し始めるよう励まされたこと、④心理教育よりも技術の応用に焦点を当てたこと、⑤セッションテーマに関するスタイルと調整の多様さ、が挙げられた。
2	Han et al. (2022) 中国	COVID-19の流行期間中に精神的看護士を支援するために、集団ACTプログラムを開発し、実施すること。	対象者: COVID-19流行期間中に働く勤務していた看護師 対照群: なし 実施者: 精神保健学者、神経心理学士、心理セラピスト、心理カウンセラー	形式: 集団専用 回数: 10回分 時間: 1回40分(毎週) 場所: 4つの病院で実施(それぞれの病院内のスタッフ活動室) ACT実践の要素: 6つのコアプロセスを用いたプログラム構成は、仕事(Enjoy work)と日常生活(Positive life)に焦点を当てた2つのモジュールで構成(各5回)。 Enjoy work (5回): ①仕事の価値、②職場関係のアクセプタンス、③脱フュージョン、④職業ストレスとマインドフルネス、⑤まとめと価値ある活動の促進 Positive life (5回): ①観察する自己、②生活の価値、③家族のマインドフルネス、④結婚とアクセプタンス、⑤対人関係と脱フュージョン(⑥全体のまとめと価値ある活動の促進)	ベースライン 4週間後	精神的健康尺度(SCL-90) 知覚ストレス(PSS) 心理的レジリエエンス(CDRS) プログラム参加回数	看護師が参加したセッションの平均回数は5.78回で、3~10回の範囲であった。10回出席した看護師は87名(38.5%)、5回から9回出席した看護師は63名(27.9%)であった。SCL-90(精神的健康)は、介入前と介入後で有意に改善し($p<0.01$)、PSS(知覚ストレス)とCDRS(心理的レジリエエンス)には有意な変化が認められなかった。また、SCI-90の改善とPSS、CDRSの改善には有意な相関がみられた($p<0.01$)。
3	Montaner et al. (2022) ス페인	認知症に関わる医療従事者の不安と燃え尽きを軽減し、心理的柔軟性と生活満足度を高めるために、6週間のアクセプタンス&コミットメントセラピーによる介入を実施し、その効果を評価すること。	対象者: 認知症に関わる医療従事者 介入群: 51名 対照群: 54名 実施者: 心理士、心理学部の教員	形式: 集団 回数: 6回 時間: 1回90分(毎週) 場所: 1つの病院の認知症ケアの職員向けにデザイン(開発) ACT実践の要素: 認知症ケアの職員向けにデザイン(開発) ACTの6つのコアプロセス(マインドフルネス、アクセプタンス、観察する自己、脱フュージョン、価値、価値に基づく行動)をそれぞれ1つのセッションで実施できるようにした(Hayes et al. 2006のモデルを使用)。1セッションの構成は以下のようにした。 ①経験的エクササイズとメタファー、コアプロセスの1つを体験 ②今、この習慣にコンタクトするためのエクササイズ ③家庭で実行するいくつかのタスクの推奨	ベースライン 3ヶ月後 12ヶ月後	心理的柔軟性(AAQ-II) 生活満足度(SWLS) 不安(STAI-T) バーンアウト(MBI)	対照群では、いずれの変数においても時間効果は認められなかった。介入群では、前後比較によりMBI(感情疲労)($p=0.001$)およびSTAI-T($p<0.001$)の有意な減少、SWLS(生活満足度)($p<0.001$)およびMBI(個人的達成感)($p<0.001$)の有意な増加が認められた。これらの結果は、3ヶ月および12ヶ月のフォローアップ期間においても維持された。AAQ-IIは、介入前と比較して、有意な効果は認められなかった。しかし、追跡調査時に、心理的柔軟性がわずかに漸増することを示していた。

文献番号	著者(発表年)国	目的	対象者・実施者 人数(介入群:比較群)	介入プロトコル	測定ポイント	測定尺度・質問項目	介入の主な効果
4	Huilbert-Williams et al. (2021) イギリス	がん・緩和ケアの現場で働く医療従事者向けに、心理的苦痛および苦痛に関する臨床コミュニケーションに基づいて、1日研修プログラムを開発し、評価すること。	対象者：がん・緩和ケアで働く医療従事者 介入群：116名 比較群：なし 実施者：心理学者	形式：集団 回数：1回 時間：4時間 場所：がん支援団体の施設と1ヶ所の病院 ACT実践の要素：心理的柔軟性(6つのコアプロセス)、基礎理論である関係フレーム理論(Relational Frame Theory: RFT)の心理教育と体験エクササイズにより構成 ①オープンニング(目的の説明と同意) ②ACTモデルとRFTの説明、体験エクササイズ、価値とエントオプティマイゼーションにおけるアクセプタンス、価値を導く会話の重要性 ③心理的柔軟性(臨床で心理的柔軟性を活かすための検討) ④臨床でのコミュニケーションにACTを統合する(共感的傾聴スキルの延長、模範となるトレーニング、メタファーの効果的使用)	ベースライン 2週間後 3ヶ月後	知覚ストレス(PSS) 心理的柔軟性(AAQ-II) 職業ストレス(ProQoL) アンケート調査: ①トレーニングの満足度 ②スキル習得の意図	53名の参加者から評価データを収集した(2週間後、3ヶ月後のいずれか、または両方)。結果、2週間後では、アンケート調査からは、73%の研修生が「自分の仕事の仕事と関連性がある」と評価し、3か月後では、46%が「よりよい回答した」。心理的測定尺度の前後比較において、ProQOL(共感疲労)のみ有意な傾向の改善($p=.051$)があったが、その他の測定尺度の有意な改善も低下も認められなかった。
5	Zarvijani et al. (2021) イラン	5 RCT	対象者：精神科看護師 介入群：35名 比較群：35名 実施者：ACTセラピスト	形式：集団 回数：8回(各セッション週2回実施) 時間：1回2時間 場所：1ヶ所の精神科病院 ACT実践の要素： 介入群：Steven Hayes モデルによるACTベースのトレーニング 対象群：病院の教育担当者によるルーチン教育(ストレスマネジメント、ライフスキル、アンガーマネジメント)	ベースライン 1ヶ月後	知覚ストレス(PSS) 心理的柔軟性(AAQ-II)	介入群と対照群の比較では、PSS(知覚ストレス) $(p=.002)$ とAAQ-II(心理的柔軟性) $(p=.001)$ に有意差が認められ、介入群では知覚ストレスが低く、心理的柔軟性が高いことが認められた。
6	Donoso et al. (2021) スペイン	6 非 RCT	対象者：集中治療室(ICU)の医療従事者に対するアクセプタンスとコミュニケーション 介入群：14名 比較群：8名 実施者：心理学者 マネジメント研修 が、うつ病、不安、ストレスのレベルを改善するかどうかを検討すること を目的とした。	形式：集団 回数：3回(一週間の中で隔日) 時間：1回3時間 場所：いくつかの病院の集中治療室(ICU) ACT実践の要素：ACTの職場向けマニュアル書籍を使用 [The Mindful and Effective Employee: AN Acceptance & Commitment Therapy Training Manual for Improving Well-Being and Performance (Flaxman et al. 2013)]	ベースライン 介入後 1ヶ月後	うつ・不安・ストレス(DASS-21) 心理的柔軟性(AAQ-II) 知覚ストレス(PSS) アンケート調査: ①参加した動機は何ですか ②何らかの形で役立ちましたか ③ストレスとの関わり方、ネガティブな感情、気分、考え、仕事や私生活の人との関わりに何か変化を感じましたか	対照群との比較において、DASS-21(うつ) $(p<.05)$ と(ストレス) $(p<.05)$ に大きな有意な減少が認められたが、(不安)やAAQ-II(心理的柔軟性)に変化は認められなかった。介入群は介入後に、知覚ストレスの有意な減少が $(p<.05)$ 認められ、待機群は、待機条件においてDASS-21(うつ)が上昇し $(p<.01)$ 、このグループは介入に移行してもグループ内で有意な変化は認められなかった。介入した1ヶ月後の測定において、両グループの参加者は知覚ストレスに有意な減少を示した $(p<.05)$ 、アンケートに1-10のスケールで回答の得られた参加者(16名)は、学習効果あり $(M=7.6)$ 、日常業務で役立つ $(M=8.5)$ 、研修内容に興味を持った $(M=8.8)$ 、総合的満足度が高い $(M=8.5)$ であった。
7	Kadowaki et al. (2021) スウェーデン	7 非 RCT	対象者：看護師、医師、理学療法士、リハビリコーディネーター 介入群：6ヶ所の施設 比較群：5ヶ所の施設 実施者：ACTセラピストと心理学者	形式：集団 回数：2+1日目の心理教育と治療セッション(個別も可) 時間：規模や組織が異なるため、教育プログラムの構成は、各センターに合わせられた。 場所：地域のヘルスケアセンター(6ヶ所) ACT実践の要素：ACTベースの教育と治療セッション 医療機関の職員は、2+1日の教育、治療セッション、および個別講義に参加することができ、また、参加した6つの施設で2018年後半に始まったローカルミーティングでは、ACTに助けられた個々の患者ケースの臨床ケアの指導を受けることができた。	継続実施 1年後	重症ストレス反応および過覚醒(ICD-10 F43)による病欠(対照群の教育が行われなかった隣接する地域の同規模施設と比較) アンケート調査：参加回数ほか(その他に、ウェルビーイングを測定しているが、今回の論文では報告されていない)	1年後のアンケートに対する回答者は90名であった。その参加者は、このACTセッションに平均5.2±2.2回参加していた。病欠は、2019年には平均値28.7±9.1/月から2018年には18.1±10/月(-37%、 $p=.038$)へと減少。あらゆる診断に対する病欠(総病欠)は、2019年の132±39/月から2018年には118±38/月(-11%、 $p=.056$)、2019年には102±37/月(-21%、 $p=.021$)と減少していた。総病欠の対照群との比較では、有意な変化は認められなかった。

文献番号	著者(発表年)国	目的	対象者・実施者人数(介入群・比較群)	介入プロトコル	測定ポイント	測定尺度・質問項目	介入の主な効果
8	非RCT	医療従事者を対象としたACTが生産性と労働時間及びばす影響を検討する。	対象者：うつ病病棟の看護師と看護補助者 介入群：28名 対照群：30名 実施者：心理学者・臨床医	形式：集団(8-16人)ワークシヨップ形式 回数：2日間 時間：1日(午前9時~午後5時の間で実施) 場所：1つの大学病院のうつ病病棟(介入群)2病棟、対照群2病棟 ACT実践の要素：Hayes et al. (1999)のACTマニュアルを使用 介入群：2日間のACTワークシヨップに参加役に立たない思考という概念が説明され、そのリスク・ベネフィット分析が促された。さらに、マインドフルネスに基づく実践と脳フュージョンが説明され、個人の価値を評価し価値に基づく行動に取り組みむことが促進された。トレーナーは、6つのコアアプロセスとメタファーに焦点を当てた。 対照群：(通常の入院患者へのケアを継続)	ベースライン 3ヶ月後	労働時間(病欠時間) 労働(欠勤)にともなうコスト 参加者がケアした入院患者の国民健康度評価尺度(HoNOS)	介入前の期間および対照群の労働時間とを比較すると、介入群の労働時間は上昇していた。ベースラインでの病欠の総時間数は、介入群(478時間)と対照群(486時間)で同程度であった。3ヶ月後では、病欠時間は介入群は391時間に減少したが、対照群では643時間に増加した(p<.001)。コスト分析の結果では、参加者の治療効果の増加によって、10倍埋め合わせることができている計算であった。対照群のケアした入院患者(91名)と比較して、介入群のケアした入院患者(81名)のHoNOSに有意な高い治療効果が観察された。ANCOVAでは、入院患者の性別、退院形態、年齢、入院時の症状重症度を制御して、時間とグループの間にお互いには有意な統計的に有意な交互作用が認められた(p=.036)。
9	RCT	高齢者施設で働く看護師と看護補助者の職業ストレス(外助による負傷や暴力を含む)に対する心理的柔軟性を高めるACTの効果を検査すること。	対象者：高齢者施設で働く看護師・看護補助者 介入群：37名 待機群：34名 実施者：心理学者・訓練を受けた心理学の大学院生	形式：集団(3-7人) 回数：2回 時間：1回150分 場所：いくつかの高齢者のACT介入プログラムを開発した施設 ACT実践の要素：オゾンナールのACT介入プログラムを開発した施設 マインドフル行動療法、心理生理学研究室および産業保健心理学研究グループの研究によりプロトコルが作成された。介入プログラムの長期介入現場で働く看護師と看護補助者のフォローアッププログラムの修正に基いて修正された。看護の文脈における職場ストレス要因と課題に焦点を当てたメタファーと体験的エクササイズが介入に追加されていた。	ベースライン 1ヶ月後	負傷による欠勤日数 暴行・暴力リスク(RNAI) 仕事による負傷の頻度 筋骨格系の疼痛項目(SNQ) 精神症状(GHQ-12) 介入の満足度尺度(RSRS)	1ヶ月後の前後比較では、介入群は負傷による欠勤日数がわずかに減少した(p=.11)。対照群は欠勤日数が増加していた。群間比較では、介入群は待機群と比較し、欠勤日数が有意に少なかった(p=.008)。精神症状は、1ヶ月後の前後比較において、介入群は有意な減少を示したが(p=.005)、待機群は有意ではなかった。群間比較では、介入群は待機群と比較し、精神症状がわずかに減少した(p=.08)。GHQ-12の各項目分析では、介入群は、「心配で眠れない」「常に緊張している」「幸せでない、落ち込んでいる」「自分を価値のない人間だと思っている」の項目が減少していた。待機群は、どの項目にも低下はみられなかった。RSRSでは、介入群はプログラムを非常に好意的に評価した(p=.02)。
10	RCT	本研究の目的は、小児がんや特殊疾患の職場で働く看護師を対象にACTが職業ストレスとバーンアウトに及ぼす影響について検討すること。	対象者：特殊疾患病棟と腫瘍病棟の看護師 介入群：30名 対照群：30名 実施者：医師	形式：集団ワークシヨップ形式 回数：4回 時間：1回90分 場所：1病院の特殊疾患病棟と小児腫瘍病棟 ACT実践の要素：Bond and Hayesモデル 介入群：ACTに基づくトレーニングを実施 対照群：コミュニケーションスキルの教育を4回実施(3ヶ月後に同内容のフォローアップを同群で実施)	ベースライン 介入後 3ヶ月後	職業ストレス項目(OOSI) バーンアウト(MJIBI)	対照群との比較における被験者間テストの結果、職業ストレス全体を減少させた(p=.0001)、役割過重性(p=.015)、役割曖昧性(p=.047)、役割境界(p=.011)、責任(p=.0001)の職業ストレス因子の減少が認められた。また、MJIBIでは、自己達成感の喪失のみに有意な減少が認められた(p=.007)。

Note. PCL-5 = Posttraumatic Stress Disorder Checklist; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale-21; MIOS = Moral Injury Outcome Scale; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; ProQOL = Professional Quality of Life; Brief-COPE = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory; DERS-18 = Difficulties in Emotion Regulation Scale; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire-II; PTGT = Post-traumatic Growth Theory; CDRS = Connor-Davidson Resilience Scale; CSQ-8 = Client Satisfaction Questionnaire; NEII = Narrative Evaluation of Intervention Interview; SCL-90 = Symptom Checklist-90; PSS = Perceived Stress Scale; SWLS = Satisfaction With Life Scale; STAI-T = State and Trait Anxiety-Trait; MBI = Maslach Burnout Inventory; HoNOS = Health of Nation Outcome Scales; RNAI = Risk for Nursing Assault and Injury Inventory; SNQ = Standardized Nordic Questionnaires; GHQ-12 = General Health Questionnaire; RRS = Revised Session Reaction Scale; OOSI = Osipow Occupational Stress Inventory; MJIBI = Maslach and Jackson Job Burnout Inventory.

3. 介入プロトコル

実施形式では、すべての研究が集団形式であった。構成された介入プログラムに、基本的にすべての参加を促すもの（クローズド形式）が8件 [1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10], 好きなプログラムを選択して参加できるもの（オープン形式）が2件 [2, 7] であった。また、フォローアップのみ、自由参加の形式もあった。

実施回数と時間は、介入が1回の場合は4時間（240分）、2～3回の場合は150分～180分/回であり、4回～10回の場合は40分～120分/回であった。1回の1日研修の介入でも、フォローアップは2回実施されていた。

実施場所は、オンライン実施が1件 [1], 1つの病院内での実施が4件 [3, 5, 8, 10], 地域の同領域のいくつかの施設で実施したものが5件 [2, 4, 6, 7, 9] であった。

ACT実践の要素は、ACTを理解した研究者により、それぞれの看護領域に合わせてプログラム開発を目指して構成し実施されたもの5件 [1, 2, 3, 4, 9], ACTのマニュアルに沿って実施されたもの5件 [5, 6, 7, 8, 10] であった。すべての研究で、ACTの6つのコアプロセスがすべて取り入れられていた。

4. 測定ポイント・測定尺度・質問項目

測定ポイントについては、すべての研究でベースラインが測定され、その回数は1回であった。前後比較のためのその後の測定ポイントは、介入後までの測定が1件 [1], 1ヶ月後までの測定が4件 [2, 5, 6, 9], 3ヶ月後までの測定が3件 [4, 8, 10], 1年後までの測定が2件 [3, 7] であった。

看護師の職業ストレスの測定に使用された尺度は、知覚ストレス (PSS) 4件 [2, 4, 5, 6], 職業ストレス (ProQOL) 2件 [1, 4] であった。その他に知覚ストレスに関連する尺度として、うつ・不安・ストレス (Depression, Anxiety and Stress Scale-21: DASS-21) 2件 [1, 6], 精神的健康尺度 (Symptom Checklist-90: SCL-90) 1件 [2], 精神症状 (General Health Questionnaire: GHQ-12) 1件 [9], 不安 (State and Trait Anxiety-Trait: STAI-T) 1件 [3], ソーシャル・サポート (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) 1件 [1], コーピング (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory: Brief-COPE) 1件 [1], 感情調節 (Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS-18) 1件 [1], 生活満足度 (Satisfaction With Life Scale: SWLS) 1件 [3] であった。

専門的な職業ストレスの尺度としては、心理的レジリエンス (Connor-Davidson Resilience Scale: CDRS) 2件 [1, 2], バーンアウト (Maslach Burnout Inventory: MBI) 1件 [3] と (Maslach and Jackson Job Burnout Inventory: MJJBI) 1件 [10], 職業ストレス項目 (Osipow Occupational Stress Inventory: OOSI) 1件 [10], 道徳的負傷 (Moral Injury Outcome Scale: MIOS) 1件 [1], 心理的外傷後ストレス (Posttraumatic Stress Disorder Checklist: PCL-5) 1件 [1], 心的外傷後成長 (Posttraumatic Growth Theory: PTGT) 1件 [1], であった。

ACTのコアプロセス測定は、心理的柔軟性 (AAQ-II) が5件 [1, 3, 4, 5, 6] であり、その他の具体的なコアプロセスの尺度が使用された研究はなかった。

介入プログラムの満足度を知るための効果測定には、顧客満足度質問票 (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ-8) 1件 [1], 介入の満足度尺度 (Revised Session Reaction Scale: RSRS) 1件 [9] が使用されていた。その他、満足度を捉える指標として、プログラム参加回数2件 [2, 7], 半構造化面接 (Narrative Evaluation of Intervention Interview: NEII) 1件 [1] や、アンケート調査による質的な質問項目を合わせて実施する研究2件 [4, 6] もみられた。アンケート調査の質問項目では、トレーニングの満足度、スキル習得の意図、参加した動機、プログラムは役に立ったか、ストレスとの関わりに変化が生じたか、などの質問項目があった。

看護師の職業ストレスを、さらに幅広く職場環境全体から捉えるための尺度を用いた研究では、病欠日数 (時間) が3件 [7, 8, 9], 暴行・暴力のリスク (Risk for Nursing Assault and Injury Inventory: RNAII) 1件 [9], 仕事による身体的負傷の頻度1件 [9], 筋骨格系の愁訴項目 (Standardized Nordic Questionnaires: SNQ) 1件 [9], さらに、労働と欠勤のコスト分析1件 [8], 参加者がケアした入院患者の健康度評価尺度 (Health of Nation Outcome Scales: HoNOS) 1件 [8], が測定されていた。

5. 介入の主な効果

看護師の職業ストレスに関連し、測定されたアウトカムは、1) 知覚ストレスと精神的健康度, 2) 看護師の職業ストレス, 3) ACTのコアプロセス, 4) 介入の満足度と参加者にとっての有用性, 5) 看護師の職場環境全体に及ぼす影響, の5つに分けられた。以下、それぞれに結果を示す。

1) 知覚ストレスと精神的健康度

PSSは4件 [2, 4, 5, 6] の研究で測定され、1件 [5] のRCT研究で対照群との群間比較により有意差が認められ ($p=.002$)、1件 [6] の非RCT研究の介入群の前後比較において、有意な減少が認められた ($p<.05$)。その他2件の前後比較研究においては、有意な差は認められなかった。

DASS-21は、2件 [1, 6] の研究で測定され、1件 [6] の非RCT研究において、待機群との群間比較で、下位尺度 (うつ) と (ストレス) に、有意な減少が認められた ($p<.01$)。1件 [1] の前後比較研究においては、下位尺度 (ストレス) にのみ、有意な減少が認められた ($p<.05$)。

その他の精神的健康尺度においては、1件 [2] の前後比較研究において、SCL-90の有意な改善が認められた ($p<.01$)。また、1件 [3] のRCT研究の介入群の前後比較により、STAI-Tの有意な減少 ($p<.001$) およびSWLSに有意な上昇 ($p<.001$) が認められた。その他の精神的健康尺度に有意な差は認められなかった。

2) 看護師の職業ストレス

看護師の職業ストレスとして、ProQOLが2件 [1, 4] の研究で測定され、有意な差はなく、そのうちの1件 [4] の前後比較研究において、下位尺度 (共感満足) にのみ、有意な傾向の改善 ($p=.51$) を示したことが報告されていた。

その他の看護師の職業のストレスとして測定された尺度においては、1件 [10] のRCT研究において、対照群との群間比較において、OOSIが有意に減少した ($p=.0001$)。

バーンアウト尺度においては、1件 [3] のRCT研究の介入群の前後比較において、MBI下位尺度 (感情疲労) の有意な減少 ($p=.001$) とMBI下位尺度 (個人的達成感) が有意な上昇 ($p<.001$) をした。また、別の1件 [10] のRCT研究において、対照群との群間比較により、MJJBI下位尺度 (自己達成感の喪失) の有意な減少が認められた ($p=.007$)。その他のCDRS, MIOS, PCL-5, PTGT, に有意な差はなく、1件 [1] の前後比較研究において、MIOSが統計的な有意差はなかったが、減少を示していたことが報告された。

3) ACTのコアプロセス

ACTのコアプロセスの測定は、AAQ-IIのみが使用さ

れ、5件 [1, 3, 4, 5, 6] の研究で測定された。そのうち、1件 [5] のRCT研究における対照群との群間比較において、有意な差が認められた ($p=.001$)。その他4件 [1, 3, 4, 6] の研究では、有意な差は認められなかった。

4) 介入の満足度と参加者にとっての有用性

1件 [9] のRCT研究におけるRSRS尺度では、介入群はプログラムを非常に好意的に評価していた ($p=.02$)。

1件 [1] の前後比較研究において、半構造化面接 (NEII) により確認された役に立った要素には、①パンデミックの結果として感じた感情を表現し始めることを許可されたこと、②関わり、体験するための安全な空間、③これまで抑えていた苦しい記憶や感情を探求し始めるよう励まされたこと、④心理教育よりも技術の応用に焦点を当てたこと、⑤セッションテーマに関するスタイルと洞察の多様さ、の5つが挙げられていた。

他の1件 [4] の前後比較研究によるアンケート調査では、回答のあった参加者の集計から、「自分の仕事と関連性がある (73%)」、「よりより臨床サービスを提供できるようになった (46%)」と回答が得られていた。また、1件 [6] の非RCT研究のアンケート調査では、1-10のスケールで回答の得られた項目の平均の結果、「学習効果あり」 ($M=7.6$)、「日常業務で役立つ」 ($M=8.5$)、「研修内容に興味を持った」 ($M=8.8$)、「総合的満足度が高い」 ($M=8.5$) であった。

5) 看護師の職場環境全体に及ぼす影響

職業ストレスや身体的損傷も含む労災による病欠日数・時間を検討した研究が3件 [7, 8, 9] あり、1件 [9] のRCT研究では、対照群との群間比較において、病欠日数が有意に減少した ($p=.008$)。その他2件 [7, 8] の非RCT研究においても、病欠時間が大幅に減少したことが報告された。

1件 [8] の非RCT研究では、参加者がケアした入院患者の健康度評価尺度 (HoNOS) を分析し、対照群との群間比較において有意な高い治療効果が認められた。この治療効果および参加者の病欠時間と労働時間とを算出したコスト分析では、ACTワークショップにかかる費用は、参加者の入院患者に対する治療効果の増加によって、10倍埋め合わせられる計算となったことを報告している。

IV. 考 察

1. 看護師の職業ストレス改善のためにACTを用いた介入研究の動向

1) 看護領域における対象者

看護師の職業ストレスを改善するための介入対象者として、対象となった看護領域は幅広く、また、看護師に限らず医療従事者全般の職業ストレスへの対応として、ACTを用いた介入が期待されている現状が捉えられた。また、ACTを用いたメンタルヘルスケア介入は、幅広い国々で取り組みが始められていることがわかった。

2) 介入プロトコルの特徴

介入プロトコルでは、すべての研究が、集団で実施されており、看護師の業務負荷のある現状と、夜勤を含む変則的な勤務に配慮した実施形態が工夫されていた。具体的には、週や日勤帯の勤務シフトに合わせた時間帯の選択、オンラインで自宅から参加できる工夫、組織の研修として参加でき組織的支援として取り組まれていること、好きなプログラムへ自由参加できるオープン形式のプログラム構成とすること、などである。それでも、すべての参加希望者が参加することはできず、すべての構成されたプログラムに参加できなかった背景があり、その理由として、変則的なシフト勤務であること、患者急変時の突然の呼び出し、が挙げられていた (Smith-MacDonald et al., 2022)。

3) ACT実践の要素とプログラム回数・時間の設定

ACT実践の要素では、6つのコアプロセスが、すべての研究で重視されていた。それぞれの職場環境の職業ストレスに合わせた説明や、看護師のライフスタイルに合わせた行動活性化の工夫がされていた。具体的には、COVID-19流行中の道徳的負傷にACTを応用したプログラムを開発すること (Smith-MacDonald et al., 2022)、がん・緩和ケアにおけるエンドオブライフケアにアクセプタンスと共感的傾聴スキルを延長して取り入れたACTプログラムを開発すること (Hulbert-Williams, N.J., Hulbert-Williams, L., Patterson, Suleman, & Howells, 2021)、看護師のワークライフバランスを考えた日常生活を含む価値ある行動の活性化をプログラム構成に取り入れること (Han et al., 2022)、などである。

その他の研究におけるACTマニュアルに沿ったプロ

グラム構成においては、6つのコアプロセスをすべて体験できる構成がされていた。体験を通して身につけてもらうため、1回限りの支援ではなく、継続したフォローアップが実施されていた。そのため、プログラムの回数や時間の設定は、1日研修のものでは時間は長く、フォローアップが2回設定されていた (Hulbert-Williams et al., 2021)。プログラム回数が、数回～10回程度に及ぶものでは、1回を短くしながらも、継続的に6つコアプロセスを結びつけていけるようなプログラム構成がなされていた (Gaupp, Walter, Bader, Benoy, & Lang, 2020)。

4) 看護師の職業ストレスと効果測定の設定

看護師の職業ストレスとして測定された尺度は、知覚ストレスと職業ストレスに大別された。知覚ストレスは、PSSが最多であったが、その他に精神的健康の程度を捉えるものとして、GHQ-12やDASS-21が用いられていた。

職業ストレス尺度は、道徳的負傷 (MIOS)、バーンアウト (MBI, MJJBI)、心的外傷後ストレス (PCL-5) などが、看護師の職場環境に特有のストレスとして測定され、慢性的な二次的外傷性ストレスとして受け止められていた。

ACT介入プロセスの測定尺度は、AAQ-IIのみであり、ACTの6つのコアプロセスへのそれぞれの介入後の評価と検証は、まだ弱い現状が明らかとなった。その理由として、AAQ-IIは、6つのコアプロセスの中で、特にアクセプタンスを測定する尺度であるが、一般的には心理的柔軟性尺度として、ACT全体の効果測定ができると認識されている可能性がある。また、6つのコアプロセスの測定尺度は開発途上であるため、研究開始時には適応できなかった可能性がある。ACTの6つのコアプロセスが効果的に体験できているかを検証するためには、それぞれに開発された尺度を用いることが必要である (Kent et al., 2019)。

5) 看護師の職業ストレスに対する主な効果

介入の主な効果は、看護領域の中でも、領域の特性や介入施設の規模、対象人数にばらつきが大きかったため、それぞれの研究デザインと背景に合わせて評価する必要がある。また、看護師の職業ストレスに対するACT研究はまだ10件と少なく、今後さらに介入研究の実践と、RCTによる効果の検証が必要である。

ACTのコアプロセスを測定したAAQ-IIの介入の効

果は、有意な改善が認められた研究は、5件中の1件のみであった。その理由には、状況要因として、プログラム開発のパイロット的な前後比較研究が多かったこと、プログラム要因として、心理的柔軟性は、体験として身につける性質のものであるため、すぐに変化が得られにくいこと (Johns et al., 2016)、体験が不十分であり、十分な実感が得られていないこと、が考えられた。また、6つのコアプロセスが、相補的にうまく結びつけられなかった可能性があり、その検証をするためには、ACTコアプロセスのそれぞれの尺度を、今後は活用していくこと、さらには、介入中から経時的なプロセスの測定により、参加者の効果を、参加者と共に確認することが有効であると考えられる。

6) ACTを用いた介入の満足度と有用性

参加者による満足度は高く、忙しい現場の中でも、メンタルヘルスケア介入の有効性を実感しており、ニーズとして高いことがわかった。Smith-MacDonald et al. (2022)の研究における参加者が役にたった要素の1つに、「パンデミックの結果として感じた感情を表現し始めることを許可されたこと」が挙げられていた。これは、看護師の置かれている職場環境の現状と考えられた。慢性的な悪化のプロセスを辿る途上の、看護師が職業ストレスに適切に対応できない現状であった。一時しのぎの対処や支援ではなく、経時的なプロセスへの支援として、ACTプログラムを構築していくことが望まれる。

2. 今後のACTを用いた看護師へのメンタルヘルスケア介入の可能性

看護師の働く医療現場において、看護師が職業ストレスとして抱える苦痛体験のもとには、病を抱える患者の苦痛体験と、その苦痛を和らげるための看護支援がある。看護師が自身の職業ストレスをセルフケアできるようになることは、患者の抱える病気に関連したストレスへの支援も可能となる。今回のレビュー文献である Gaupp et al. (2020)の研究では、参加者がケアする入院患者の健康度評価尺度 (HoNOS) を測定しており、介入群のケアした患者群には、高い治療効果が認められた。

また、ACTの6つのコアプロセスを用いた心理的柔軟性を高めるアプローチは、汎用性が高く、柔軟にプログラムが構成されていた。今回の看護師集団に対する文献レビューからは、介入後の満足度と参加者にとっての有用性への気づきが多く認められており、職業ストレス

のハイリスクグループである看護師に対し、予防的なメンタルヘルスケア介入の普及が急がれる。

看護師集団に対する具体的なメンタルヘルスケア介入の示唆としては、変則的な勤務シフトへの対応、組織での研修ワークショップとしての導入、職場ストレスの表出できる心理的に安全な環境の構築、など、組織的な理解と調整が必要であることが示唆された。

看護師へのACT介入による職場環境全体への影響も、今回の文献レビューから明らかとなった。ACTの有用性が組織全体のパフォーマンスに影響すること、心理的に安全性が高められる組織的アプローチとなること、患者ケアの質が高まり治療効果が高まること、などである。

そのためには、看護組織が、ACTのプロセスを理解し、組織としてそのプロセスを基盤とし、心理的に安全な環境を構築していくことが期待される。今回のレビューでは、ACT実施者に、看護師が含まれることは少なく、心理師と医師を中心とした学際的なチームによる介入が多かった。看護師自身が心理的柔軟性を高めるプロセスを理解し、そのスキルを看護支援にも活かしていくことが望まれる。

3. 本研究の限界

本研究の限界として、看護師を対象としたACTの介入研究はまだ少なく、対象論文の看護領域や母集団、介入プロトコルにばらつきが大きく、メタ分析による効果の評価はできなかった。また、レビュー論文に日本の論文は含まれなかった。今回のレビューとともに、日本の看護現場に適した介入をさらに検討していくことが必要である。

V. 結 論

この文献レビューでは、2022年8月までに発表された看護師の職業ストレスを改善するためにACTを用いて介入された研究を概観した。看護師の職業ストレスへのACT介入の看護領域は幅広く応用され、プログラムの柔軟性が高いことがわかった。看護師の職業ストレスへの介入として、道徳的負傷やバーンアウトの二次的外傷性ストレスへの介入として期待されており、心理的柔軟性を高める介入による職業ストレスへの効果が検証されていた。

看護師の職業ストレスは、レビューした介入研究の結

果からもハイリスクであることが再認識された。参加者の満足度は高く、日々の看護ケアによる治療効果も高まることが示唆された。今後の看護師へのACTを用いたメンタルヘルスケア介入には、看護組織におけるACTプロセスの理解と、そのプロセスを基盤とした、心理的に安全性を感じられる職場環境を構築していくことが求められる。

謝 辞

本論文の執筆にあたり、立命館大学総合心理学部の三田村仰准教授より、貴重なご指導・ご助言をいただきました。心より感謝申し上げます。

利益相反：本研究に関する利益相反は存在しない。

付記：本論文の内容の一部は、第19回日本認知療法・認知行動療法学会において発表した。本研究では、その後発表された直近までの論文も含めて選定し直し、文献レビューの論文としてまとめた。

文 献

Blanco-Donoso, L.M., Garcia-Rubio, C., Gallardo, J.A., Pereira, G., Pinta, M.L.R., Rubio, J.J. & Garrosa, E. (2021). ACT-based stress management training aimed at improving workers' mental health in an intensive care unit: A mixed methods study. *Clinical and Health*, 32, 111-117.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Delaney, M.C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLOS ONE*, 21, doi: 10.1371/journal.pone.0207261.

Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. New York: Routledge.

Flaxman, P.E., Bond, F.W., & Livheim, F. (2013). *The mindful and effective employee: An acceptance & commitment therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland: New Harbinger Publications.

Gaupp, R., Walter, M., Bader, K., Benoy, C., & Lang U.E., (2020). A two-day acceptance and commitment therapy (ACT) workshop increases presence and work functioning in healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, doi: 10.3389/fpsy.2020.00861.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., & Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.

Gird, S. R., & Zettle, R. (2013). Developing a quantitative measure of self-as-context. *In Proceedings of the 9th annual symposium: Graduate research and scholarly projects*. Wichita State University, 9, 47-48.

Habibian, Z., Sadri, Z., & Nazmiyeh, H. (2018). Effect of group acceptance and commitment therapy: Based training on job stress and burnout among pediatric oncology and special diseases nurses. *Iranian Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 8, 118-125.

Han, J., Zhang, L., Liu, Y., Zhang, C., Zhang, Y., Tang, R., & Bi, L. (2022). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of Nursing Management*, 2022, 1-8.

Harris, R. (2012). (武藤崇, 監訳). よくわかるACT: 明日から使えるACT入門. 東京: 星和書店.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment

- therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2014). (武藤崇, 三田村仰, 大月友, 監訳). アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) 第2版. 東京: 星和書店.
- Hulbert-Williams, N.J., Hulbert-Williams, L., Patterson, P., Suleman, S., & Howells, L. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT) enhanced communication skills: Development and evaluation of a novel training programme. *BMJ Supportive & Palliative Care*, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002786>.
- Jinkerson, J.D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, 22, 122–130.
- Johns, L.C., Oliver, J.E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., ...Morris, E. (2016). The feasibility and acceptability of a brief acceptance and commitment therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257–263.
- Jonson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116–121.
- Kadowaki, Å., Alvunger, A-K., Larsen, H.I., Persdotter, A., Zak, M.S., Johansson, P., & Nystrom, F.H. (2021). Education of the primary health care staff based on acceptance and commitment therapy is associated with reduced sick leave in a prospective controlled trial. *BMC Family Practice*, 22, <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01526-5>.
- Kent, W., Hochard, K.D., & Hulbert-Williams, N.J. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 11–19.
- 厚生労働省 (2022). 令和3年度「過労死等の労災補償状況」. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26394.html.
- 熊野宏昭 (2012). *新世代の認知行動療法*. 東京: 日本評論社.
- 牧本清子 (2013). *エビデンスに基づく看護実践のためのシステマティックレビュー*. 東京: 日本看護協会出版会.
- Montaner, X., Tárrega, S., Pulgarin, M., & Moix, J. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in professional dementia caregivers burnout. *Clinical Gerontologist*, 45, 915–926.
- O'Brien, W. H., Singh, R., Horan, K., Moeller, M. T., Wasson, R., & Jex, S. M. (2019). Group-based acceptance and commitment therapy for nurses and nurse aides working in long-term care residential settings. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25, 753–761.
- Smith-MacDonald, L., Lusk, J., Lee-Baggley, D., Bright, K., Laidlaw, A., Voth, M., ...Bremault-Phillips, S. (2022). Companions in the abyss: A feasibility and acceptability study of an online therapy group for healthcare providers working during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, doi: 10.3389/fpsyt.2021.801680.
- Stamm, B. H. (2009). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue. Version 5 (ProQOL). <https://proqol.org>.
- 武井麻子 (2001). *感情と看護: 人とのかかわりを職業とすることの意味*. 東京: 医学書院.
- Trompeter, H. R., Ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25, 1235–1246.
- Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine*, 70, 317–319.
- Zarvijani, S.A.H., moghaddam, L.F., Parchebafieh, S. (2021). Acceptance and commitment therapy on perceived stress and psychological flexibility of psychiatric nurses: A randomized control trial. *BMC Nursing*, 20, <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00763-4>.