

Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・ 妥当性の検討 (その1)

中村美知子*, 石川 操*, 比江島欣慎**, 福沢 等*
伊達久美子*, 西田文子*, 西田頼子*

わが国独自の医療職を対象とするモラルセンシビティ調査の必要性を感じ、筆者等が従来行ってきた調査データをもとに、今回改めてMoral Sensitivity Test (以下MST) の内容や方法を検討する目的で、以下の調査を行った。調査内容の信頼性は、回答者と質問内容の安定性の視点から評価した。看護学科3年生63名(有効回答57名)の3回の調査結果から、同一回答者による3回のばらつきレベル平均値1.5以上が3名あり、この3名は質問項目の信頼性をみる対象には該当しないと判断し、除外することとした。次に、全35質問項目について、ばらつきの少ない(レベル0~1)回答者数が、その項目の合計人数(n=54)に占める割合を算出した。その結果、問8、問16、問23、問29はレベル0~1の人数の割合が70%未満であり、これらは回答時変動の大きい質問であると判断した。次に、質問項目の構成概念の妥当性を確認するために、主成分分析を行った。その結果、累積因子寄与率46.9%までの第7因子を抽出し、第1因子は患者の尊重と看護婦の責任、第2因子は医師の判断や規則に忠実、第3因子は内省的態度、第4因子は誠実(患者のニーズに添う)、第5因子はケアの判断と葛藤、第6因子は意思決定、第7因子は情であった。これらの構成概念は、過去に報告されている看護における倫理上の原則やケアの要素と内容の類似性をみたことから、本調査結果は医療職に向けたモラルセンシビティ測定尺度として活用し得る可能性を示したが、今後広く看護婦や医師に向けてのMST活用度やその意義を考慮すると、さらに調査内容・調査方法・分析方法などを十分検討し、次の調査計画をたてる必要性が示唆された。

キーワード: Moral Sensitivity Test (日本語版), 看護婦, 医療職, 信頼性, 妥当性

1 はじめに

わが国の医療の場でバイオエシックス(生命倫理)について盛んに論じられるようになったのは十数年前、その後臓器移植、遺伝子診断・治療など、倫理的判断を必要とする話題はあとを絶たない。看護の領域でも、看護職が遭遇する倫理的葛藤が注目され、看護倫理に関する書物の発行やシンポジウムがもたれるようになってきた¹⁾~³⁾。現代社会は価値体系が多様化し、わが国の伝統的な価値観が生活形態の欧米化や国際的な情報化の影響を受け、さまざまな価値観が混在している。医療の現場では、専門職としての責任の遂行と同時に、看護職として価値観の異なる人々のニーズへの対応のたびに、倫理的判断や決断が求められている。Fry S.T.は、看護の倫理上の原則として、善行と無害、正義、自律、忠誠、真実、死に至らせることの回避をあげている⁴⁾⁵⁾。Lutzn.K.(1994)は臨床看護婦らを対象とした調査結果から、モラルセンシビティの要素を、人間関係における内省的態度、道徳性の構築、情を示す、自律、葛藤体験、医師への信頼とした⁶⁾。筆者らは、過去にLuzenらが作成したMST (Moral Sensitivity Test)を用いて、看護・

医学の学生や看護婦を対象として調査を行ってきた^{7)~9)}。その結果、看護学生と医学生、看護学生と看護婦のMSTの結果を比較することはできたが、さらにわが国独自の医療職を対象とするMST調査用紙開発の必要性が生じてきた。従来行ってきた調査データをもとに、今回改めてMSTの内容の吟味を行うことを目的とし、以下の検討を行った。

2 方法

- 1) 被調査者: 質問項目の信頼性を検討するために、本看護学科3年生63名に調査を行った。また、構成概念の妥当性の確認のために、調査済みの1998年度看護学科4年生53名、1997年度医学科5年生50名、本学附属病院看護婦60名の調査データを加えた。平均年齢(±標準偏差)は、看護婦が27.0±4.4歳、医学科5年生が25.2±2.9歳、看護学科4年生が22.6±3.0歳、看護学科3年生が20.5±0.8歳である。男女の比率は、看護婦・看護学生は約90%以上が女性であり、医学生は77%が男性である。なお、対象者の特徴を表1に示す。
- 2) 調査項目(表2): Lutzn(1994)のMST英語版⁶⁾を日本語版に翻訳して用いた。なお、Lutzenにはあらかじめ使用許可を得ている。調査項目は全35項目からなり、「全然思わなかった」~「全くそう思った」の6段階評価とし、評点は1~6とした。

*臨床看護学講座

**数理情報科学

3) 質問項目の信頼性の検討: 調査項目の信頼性を確認するために、MST(日本語版)調査を2週間の間隔で3回行った。3回の調査結果をもとに、各被調査者の質問項目ごとに、レベル0(ばらつきがない)~レベル3(ばらつきが大きい)の得点をつけた。質問項目の3回の回答が同一のものはレベル0(不偏分散: 以下分散0), 3回の回答が隣接する2つの評点に入るものはばらつきレベル1(分散1/3), 3回の回答が隣接する3つの評点に入るものはばらつきレベル2(分散1), 3回の回答が隣接する3つの評点以上のものはばらつきレベル3(分散が大きい)とした。全項目にばらつきレベルをつけた後、被調査者の全項目の平均値を算出

した。さらに質問項目の安定性をみるために、レベル0~1の人数が全体に占める割合を、また参考値として線形モデルを用いて偶然誤差¹⁰⁾を算出した。

4) 質問内容の妥当性の検討: 質問内容の構成要素とその妥当性を検討するために、主成分分析を行った。なお、全項目の平均値と標準偏差は、項目の評点の差をみるための参考値とした。

5) 統計処理にはコンピュータソフトJMP(SAS Institute)を用いた。

3 結果

1) 質問項目の信頼性の検討: 被調査者の有効回答数を

表1 対象者の特徴

項目	看護学生3年 人数(%)	看護学生4年 人数(%)	医学生5年 人数(%)	看護婦 人数(%)	合計 人数(%)
回答者数	63	53	50	60	226
有効回答者数	57(91)	46(87)	48(96)	40(67)	191(85)
無効回答者数	6(9)	7(13)	2(4)	20(33)	35(15)
性別(人)* 男	1(2)	5(11)	37(77)	1(3)	44(23)
女	56(98)	41(89)	11(23)	39(97)	147(77)
平均年齢(歳)*	20.5±0.8	22.6±3.0	25.2±2.9	27.0±4.4	23.5±3.8

*有効回答者のみ

表2 道徳的感性に関する質問項目

問1 入院患者に接することは日常のもっとも重要なことである。	問19 良いか悪いか意思決定する時に、実践的知識は理論的知識より重要である。
問2 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。	問20 患者が必ずしなければならないこととして認めなかったり、治療を拒む時、ルールに従うことは重要である。
問3 自分の行うことについて、患者から肯定的な反応を得ることは重要である。	問21 経験上、意思決定の少ない患者は、他の患者よりもケアを必要とすると思う。
問4 患者の回復をみなければ、看護・医療の役割の意義を感じない。	問22 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。
問5 もし患者に対して行うことによって患者の信頼を失うならば、失敗したと感ずる。	問23 患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する。
問6 患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に答えることは重要である。	問24 強制治療の場面で、患者が拒否しても、主治医の指示に従う。
問7 よい看護・医療には、患者が望まないことを決して強制しないことを含むと信じている。	問25 目標設定に関する観点が異なる時、患者の意志を最優先する。
問8 看護・医療の経験上、患者が病気や症状をよく把握していない時、援助できることは少ないと思っている。	問26 例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス一杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。
問9 患者にどのように応えるべきかわからなくなる時が、たびたびある。	問27 患者がアグレッシブになった時、まず他の患者を安全に守ることは、自分の責任である。
問10 葛藤状態の時や、患者にどのように対応するか判断が困難な時に、いつも相談できる人がいる。	問28 嫌いな患者により看護を行うことは難しいと思う。
問11 患者にケアをする時に、患者にとって何が良く何が悪いか知ることの難しさを、しばしば感じている。	問29 自分がよい看護・医療であると思う価値観や信念は、時々、自分だけのものであると思う。
問12 患者にとって難しい決定をする場合は、病棟スタッフが認めた規則や方針にほとんど頼っている。	問30 患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である。
問13 看護・医療の経験上、きびしい規則は特定の患者のケアにとって重要であると思う。	問31 患者が自分の状態をよく知るように援助できないことを、時々悪いと思う。
問14 原則的よりも感情的に患者に望ましいことを行おうと、時々思う。	問32 患者が処方された薬を内服しようとしないうちに、時々強制的に注射をしようという気持ちになる。
問15 ほとんど毎日、意思決定しなければならないことに直面する。	問33 最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医に判断を任せる。
問16 救急で運ばれた患者の情報がほとんどない時、患者に関する決定はほとんど医師あるいは主治医に頼る。	問34 回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しいことだと思う。
問17 患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。	問35 看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる。
問18 価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う。	

(Lutzén K. 等 1994年. 一部改変)

表1に示す。被調査者のばらつきレベルの平均値を図1に示す。回答結果からばらつきの大きい対象を除外するため、同一被調査者の3回のばらつきレベルの平均値が1.5以上をばらつきの大きい者としたところ、3名がそれに該当した。この結果、3名は質問項目の信頼性をみる対象には該当しないと判断し、除外することとした。次に、質問内容の安定性をみるために全35項目について、ばらつきの少ない(レベル0~1)回答者数の合計が、その項目の回答者合計(n=54)に占める割合を算出した(表3)。その結果、問8,問16,問23,問29はレベル0~1の人数の割合が70%未満であり、ばらつきの大きい項目と判断した。線形モデルを用いて算出した偶然誤差は表3の通りであり、ばらつきレベルからみた質問項目の安定性の割合ともほぼ一致している。ばらつきレベルの大きかった質問の理由として、次のことが考えられる。「問8看護・医療の経験上、患者や病状をよく把握していないとき、援助できることは少ないと思う」は、臨床体験のほとんどない学生に経験を前提とする問であったこと、質

問の内容が難解なために回答の意味の理解がその都度変わる可能性が高いこと。「問16患者の情報がないとき、患者に関する決定を医師・主治医に頼る」ことは、看護学生の場合、臨床での判断は看護婦や看護教員に委ねることが多いため、医師に判断を頼った体験がない学生に回答させるには限界があること。「問23患者不在の意思決定場面にしばしば直面すること」は、臨床看護婦では日々体験する内容であるが、実習経験の乏しい学生は患者の意志決定場面に遭遇したことがないこと。「問29自分がよい看護・医療である

表3 質問項目の安定性(信頼性)

項目	L0	L1	L2	L3	L0+1合計(%)	偶然誤差
1	28	21	0	5	90.7	0.30
2	29	24	1	0	98.1	0.17
3	12	32	6	4	81.5	0.49
4	7	32	5	10	72.2	0.64
5	10	32	8	3	79.2	0.46
6	17	25	3	9	77.8	0.43
7	11	28	6	9	72.2	0.51
8*	10	18	10	16	51.9	0.95
9	21	27	6	0	88.9	0.28
10	18	23	7	6	76.0	0.47
11	15	28	8	2	81.1	0.38
12	6	35	8	4	77.4	0.47
13	16	25	3	10	76.0	0.59
14	12	29	11	2	76.0	0.43
15	15	25	8	5	75.5	0.52
16*	10	27	8	8	69.8	0.65
17	22	26	4	2	88.9	0.30
18	18	28	5	2	86.8	0.32
19	13	27	8	5	75.5	0.46
20	22	24	6	1	86.8	0.29
21	8	35	5	4	82.7	0.45
22	22	27	3	1	92.5	0.25
23*	14	20	8	10	65.4	0.63
24	14	32	4	2	88.5	0.37
25	17	30	1	3	92.2	0.29
26	18	26	3	6	83.0	0.37
27	16	35	0	3	94.4	0.29
28	20	23	8	3	79.6	0.36
29*	12	24	9	7	69.2	0.57
30	16	29	7	2	83.3	0.36
31	18	26	3	6	83.0	0.45
32	13	29	4	7	79.2	0.51
33	18	27	7	1	85.0	0.36
34	15	26	2	11	76.0	0.77
35	24	22	4	3	86.8	0.31

注) L=Level

n=54

*=L0+L1の合計が70%以下

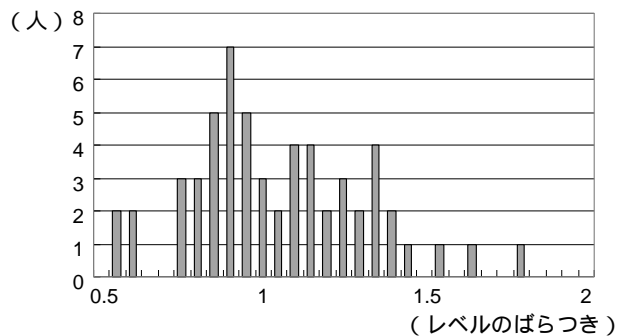


図1 回答者の安定性(信頼性)

n=57

表4 質問項目の平均値・標準偏差

項目	平均値	標準偏差
1	5.32	0.85
2	5.56	0.57
3	4.57	1.03
4	3.40	1.13
5	4.31	1.11
6	3.77	1.20
7	4.10	1.20
8	3.17	1.28
9	4.50	0.98
10	4.28	1.29
11	4.86	0.87
12	4.29	1.00
13	4.01	1.05
14	3.95	1.03
15	4.13	1.10
16	4.11	1.19
17	4.28	0.87
18	5.00	0.84
19	4.49	0.86
20	3.47	0.95
21	4.03	0.97
22	4.70	0.78
23	3.25	1.15
24	3.47	1.04
25	4.29	0.98
26	3.70	1.23
27	4.67	0.84
28	3.46	1.15
29	3.52	1.07
30	5.20	0.70
31	4.56	0.88
32	2.81	1.09
33	3.68	1.12
34	2.20	1.15
35	3.51	1.31

と思う価値観や信念は、自分だけのものであると思う」は、臨床の実践で体得できるような経験が極めて少なく、自己の看護観をもつまでには至っていないこと。以上のように、学生であっても場面を想定しやすかったり、実践はなくても判断できる質問項目に関しては、調査回数を重ねても回答の変動は少ないが、質問内容が体験に基づくものや体験しなければ解釈できないものについては、変動の幅が大きいことがわかった。すなわち、専門職を対象とする質問内容は、対象者の実践的経験が回答結果にかなりの影響を及ぼしていることを確認した。

2) 調査内容の妥当性の検討：全質問項目の評点の平均値・標準偏差は表4の通りである。最も高値だったのは、「問2 広く患者の状態を知っておくことは医療者の責任」であり、反対に「問34 回復する見込みのない患者に、よい看護を行うことは困難」が最も低値であった。両問とも医療者の知識と責任を示すものであ

た。次に、質問項目構成要素と内容の妥当性を確認するために、主成分分析を行った(表5)。その結果、累積因子寄与率46.9%までの第7因子を抽出した。各因子の内容を検討した結果、第1因子は患者の尊重と看護婦の責任、第2因子は医師の判断や規則に忠実、第3因子は内省的態度、第4因子は誠実(患者のニーズに添う)、第5因子はケアの判断と葛藤、第6因子は意思決定、第7因子は情となった。この7つの因子は質問内容の主成分から導き出したものであり、いずれもモラルセンシティビティーの構成要素をあらわすものであるが、質問内容の妥当性の観点から必要にして十分な内容が含まれているか、調査対象者の背景や専門的経験を考慮して、さらに深く読み込む必要性が生じてきた。

表5 MST (Moral Sensitivity Test) 35項目の主成分分析結果

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
	患者の尊重と医療職の責任	医師の判断や規則に忠実	内省的態度	誠実	ケアの判断と葛藤	意思決定	情
Q30	0.255	-0.128	-0.121	0.093	-0.281	0.182	0.174
Q22	0.241	-0.161	-0.077	-0.049	0.170	-0.044	0.155
Q31	0.235	-0.048	0.088	0.161	-0.177	0.031	0.023
Q03	0.228	0.068	-0.153	-0.313	-0.051	-0.089	-0.045
Q02	0.228	-0.026	-0.209	0.093	-0.223	0.024	0.231
Q25	0.226	-0.136	0.065	-0.201	0.158	0.079	0.290
Q18	0.221	-0.162	0.056	0.059	-0.080	0.201	0.052
Q14	0.219	-0.067	0.100	0.155	0.156	-0.003	-0.256
Q21	0.216	-0.039	-0.053	-0.018	0.438	-0.163	0.063
Q27	0.213	0.008	-0.085	0.172	0.123	0.328	-0.023
Q33	0.079	0.368	-0.140	-0.060	0.080	0.107	0.249
Q24	0.095	0.300	-0.244	0.121	-0.012	-0.090	0.079
Q16	0.055	0.271	-0.169	-0.024	-0.106	-0.129	0.146
Q34	0.003	0.270	0.132	-0.009	0.002	-0.227	0.376
Q20	0.105	0.256	-0.241	0.049	0.149	-0.116	-0.168
Q12	0.100	0.255	-0.104	-0.053	-0.157	0.314	-0.082
Q13	0.104	0.231	-0.161	0.056	-0.107	-0.103	-0.216
Q10	0.069	-0.211	-0.168	0.097	0.004	-0.161	-0.115
Q09	0.212	0.105	0.340	-0.046	-0.227	0.045	-0.051
Q35	0.039	0.076	0.338	0.009	-0.197	0.141	-0.016
Q29	0.131	0.075	0.282	0.063	0.087	-0.118	-0.186
Q08	0.154	0.117	0.273	-0.143	0.078	-0.200	-0.007
Q17	0.099	-0.221	-0.259	-0.062	0.030	0.054	-0.215
Q01	0.174	-0.133	-0.230	0.126	-0.146	-0.026	0.058
Q23	0.142	0.018	0.107	0.439	0.064	-0.250	0.248
Q32	0.121	0.233	0.100	0.349	0.230	0.090	-0.046
Q07	0.201	-0.103	0.039	-0.329	0.116	-0.253	0.101
Q05	0.206	0.089	0.012	-0.284	-0.195	-0.039	-0.131
Q06	0.156	-0.091	0.128	-0.268	0.057	0.130	0.184
Q26	0.149	-0.161	0.002	0.077	0.277	0.215	0.001
Q11	0.208	0.015	0.207	0.043	-0.260	-0.079	-0.094
Q28	0.003	0.163	0.160	0.056	0.214	0.387	0.047
Q15	0.188	-0.122	0.068	0.219	-0.099	-0.307	-0.200
Q19	0.187	0.115	-0.101	-0.122	0.037	0.092	-0.274
Q04	0.131	0.186	0.045	-0.164	0.177	0.026	-0.263
固有値(%)	4.111	3.647	1.864	1.864	1.464	1.450	1.293
因子寄与率(%)	11.747	10.334	6.964	5.327	4.184	4.142	3.695

4 考察

看護は実践の科学であると、古くから言われてきた。看護とは人間に対してケアを実践することであり、実践を通してニーズを満たすこと、人の成長や自己実現に向かうことを助けること、さらにケアを行う人の自己をも成長させることである。看護婦は看護の意味を理解しているものの、実践の場において専門職としてのありようと、人としてのありようの狭間で、しばしばディレンマを感じる。Myaroff. M. はケアの主な要素を、知識・リズムを変えること・忍耐・正直・信頼・謙遜・希望・勇気としている。例えば、知識とは誰かをケアするために多くのことを知る必要がある(どんな人か、その人の力や限界はどうか、求めているものは何か、成長の助けになることは何か)、その人の欲求にどうこたえるか、自分自身の力と限界を知ることをさすという¹¹⁾。これは看護の倫理的原則と表裏一体をなすものであり、ケアそのものが倫理的判断を前提に行われることを意味している。専門職によるケアが倫理的判断を前提にするならば、看護婦や医師は役割遂行のために倫理的・道徳的感性を必要とし、そのためには看護婦や医師に向けたMSTの開発は重要である。今回の被調査者と質問内容の観点からMSTの安定性(信頼性)を評価すると、次のようである。

看護学生57名中3名(約5%)をばらつきが大きいと判断し、全体的にはほぼ安定した内容である。ばらつきレベルが大きい質問項目は35項目中4項目(約11%)であり、その内容から類推すると、質問項目は体験したのある内容に絞るか、もしくは対象を既体験の医療職(看護婦や医師など)に限定して行う必要がある。このことは、調査前の計画段階で、質問内容もしくは対象の絞り方が重要であることを示している。次に、質問内容の妥当性を主成分分析の結果から解釈すると、Lützenがすでに報告している、内省的態度・道徳性の構築・情を示す・自律・葛藤体験・医師への信頼と、本調査結果の患者の尊重と看護婦の責任、医師の判断や規則に忠実、内省的態度、誠実(患者のニーズにそう)、ケアの判断と葛藤、意思決定、情は、構成要素がかなり類似している一方、各因子に属する質問内容の構成はかなりの相違が見られている。Fryの看護の倫理上の原則とした善行と無害、正義・自律・忠誠・真実やMyaroffのケアの主な要素と比較すると、構成内容の類似点は多い。この結果は、本調査の質問内容が医療職に向けたモラルセンシビティ測定尺度として用いる可能性を示唆しているが、わが国の看護婦や医師に向けたMSTの活用の意義を考えると、今回の調査内容や方法を基礎として、さらに質問内容・調査方法・分析方法などを充分検討し、次の調査計画をたてる必要が生じてきた。なお、調査結果を性別で比較しなかった理由の一つは、本調査の目的は質問項目の内容の検討を主眼としたのですべての被調査者を該当者と判断したこと、二つめは各群の男女の構成比率が非常に偏っていたので比較することが極めて困難だったこと、による。質問内容によっては性差も考えられることから、次の調査に向けて検討したい。

文献

- 1) サラ・T.フライ/片田範子、山本あい子訳(1999)看護実践の倫理、日本看護協会出版会、東京。
- 2) 森村修(2000)ケアの倫理、大修館書店、東京。
- 3) 聖路加看護大学公開講座委員会編(1988)看護研究における倫理的課題、看護研究、医学書院。
- 4) Sara.T.Fry(1988)看護倫理の基本的概念と哲学的背景、看護研究、21,1:26-35.
- 5) Sara.T.Fry(1998)倫理の概要、インターナショナルナーシングレビュー、21,5:18-25.
- 6) Kim Lützen and G.Brolin(1994)Conceptualization and Instrument of Nurse's Moral Sensitivity in Psychiatric Practice, International J Methods in Psychiatric Reserch,4:241-248.
- 7) 中村美知子、石川操、福澤等、窪田真理(1998)看護学生の臨床実習における葛藤場面の認知と対処 医学生との比較、山梨医大誌、13,3:99-105.
- 8) 石川操、中村美知子、福澤等、窪田真理、伊達久美子、伊勢崎美和(1998)臨床実習体験による看護学生のMoral Sensitivityの変化、山梨医大紀要、15:42-45.
- 9) 窪田真理、中村美知子、石川操、伊達久美子、伊勢崎美和、大村久米子(1999)臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴、山梨医大紀要、16:65-70.
- 10) 吉田富二雄(1996)心理尺度の信頼性と妥当性 尺度が備えるべき基本的条件(堀洋道他編)垣内出版、東京、621-652.
- 11) ミルトン・メヤロフ/田村真・向野宣之訳(1987)ケアの本質、ゆみる出版、東京、33-66.

Abstract**Examination of the Reliability and the Validity of Moral Sensitivity Test
(Japanese version) (The 1st)****Michiko NAKAMURA*, Misao ISHIKAWA*, Yoshimitsu HIEJIMA**,
Hitoshi FUKUZAWA*, Kumiko DATE*, Fumiko NISHIDA* and Yoriko NISHIDA***

In order to develop the Original Moral Sensitivity Test (MST) for the nurse and the doctor in Japan, an investigation was carried out to examine the Test's content and method. The reliability of the contents of investigation was evaluated from the viewpoint of the stability of respondents and the contents of question. 63 3rd year nursing student performed the investigation 3 times with an effective reply of 57. The value of the 3 replies of 3 persons differed greatly as a result of investigation. It is thought that a same does not correspond to the 3 persons who see the reliability of a question item. To the next, it was judged that there is variation about each question item (level 0-1) number in total sum number of reply persons (n=54). The rate for which it accounts was computed. Consequently, Question 8 Question 16 Question 29 Question 23 that number of level 0-1 are under 70% in all, it was judged that these were the questions of large change at the time of a reply. Next, in order to check the validity of the composition concept of a question item, principal component analysis was performed. Consequently, the rate of cumulative factor contribution 46.9% of until 7 factors is extracted (n=191). 1st factor is responsibility of nurses and with respect of a patient, 2nd is faithfulness to judgment of a doctor and a rule, 3rd is introspection, 4th is sincerity (a patient's needs are accompanied), 5th is judgment of the care and conflict, 6th is decision-making and 7th is benevolence. This investigation result showed a possibility that it could utilize as a morals sensitivity measurement for the nurse and the doctor.

Key word ; Moral Sensitivity Test (The Japanese version), nurse , doctor , reliability, validity

* Clinical Nursing

** Mathematical Informative Science