

## 臨床看護婦(士)の道徳的感性の特徴 - 施設と経験年数による比較 -

西田文子<sup>1)</sup>, 中村美知子<sup>1)</sup>, 石川操<sup>2)</sup>, 伊達久美子<sup>1)</sup>, 西田頼子<sup>1)</sup>  
根津次子<sup>3)</sup>, 村上美好<sup>4)</sup>, 大村久米子<sup>5)</sup>

病名告知やインフォームドコンセントなど看護婦は臨床の場において、様々な葛藤場面に直面している。葛藤場面に気づき対処するためには、日頃から倫理的な感性を育てておくことが大切である。本研究の目的は臨床看護婦(士)が日々の業務の中で遭遇する葛藤場面での認知と対処の特徴を明らかにすることである。方法は3施設の総合病院の病棟看護婦を対象にMST(Moral Sensitivity Test)を用いて、調査を行なった。看護婦(士)を施設と経験年数(5年未満群と5年以上群)により分類し、MSTの差をMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。調査の結果、価値観や信念に対する認識、医師・同僚の判断への信頼、規則への従順など専門職としての自律に関しては、統計上の有意差が認められた。施設間や経験年数による差が認められなかったのは、人を尊重すること、看護婦に適していないと感じる内省的態度であった。

**キーワード:** 臨床看護婦(士), 道徳的感性, MST(Moral Sensitivity Test)

### はじめに

近年、科学技術が進歩し医療が高度・複雑化する中で、人々の価値観も複雑多様化し、看護職が業務上の倫理を問われる場面が多くなっている。倫理的な意思決定のためには、ある状況下において何をすべきかを決定する道徳的推論能力<sup>1)</sup>が必要である。看護専門職の倫理について多くの研究がされているが、倫理的判断を迫られている看護婦の道徳的認知過程や道徳的推論をするために必要な道徳的感性は明らかでない。Lutzen K.<sup>2)</sup>等は道徳的感性の要素を対人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、医師の判断への信頼の6つとした。中村等<sup>3)4)5)</sup>はLutzen K.等のMST(Moral Sensitivity Test)を用い、看護婦の葛藤場面の認知と対処を調査し、臨床看護婦の道徳的な感性は、看護婦自身の看護に対する認識、患者の安全を守ること、患者の意思を尊重することについて所属病棟により違いが見られ、臨床での経験の積み重ねは患者自身の意思決定を大切にすることを高めている<sup>6)</sup>ことを明らかにした。

看護婦が直面する倫理的問題は、医師との関係で起こる問題、患者への情報提供に関する問題、看護婦間の関係で起こる問題、看護婦自身の能力と業務の困難さとバランスの問題である<sup>6)</sup>と言われており、看護婦(士)の倫理的問題に対する認識は病院の組織構造や医師・看護婦の関係、看護教育のレベルが影響していると考えられる。

今回、日々の業務の中で遭遇する葛藤場面での認知と対処から、臨床看護婦(士)の道徳的感性の特徴を明らか

にすることを目的に、施設や臨床経験年数によるMSTの差を調査したので以下に報告する。

### 方法

#### 1 対象(表1)

関東近郊の、500床以上の総合病院3施設の内科及び外科病棟に勤務する看護婦(士)及び准看護婦(士)(以下看護婦とする)199名を対象とし、有効回答は191名(96%)であった。対象者の平均年齢は、 $29.2 \pm 7.7$ 歳で、女性が187名(98%)、男性4名(2%)、平均通算臨床経験年数は $7.6 \pm 6.9$ 年であった。各施設の平均年齢は、Y大学病院(以下、Y群) $27.9 \pm 5.2$ 歳、K総合病院(以下、K群) $30.5 \pm 9.8$ 歳、S総合病院(以下、S群) $29.0 \pm 6.2$ 歳、平均通算臨床経験年数は、Y群 $6.7 \pm 5.0$ 年、K群 $8.6 \pm 8.6$ 年、S群 $7.1 \pm 6.0$ 年であった。184名(91%)が正看護婦、K群7名(9%)が准看護婦であった。なお、各施設の看護部を通して調査を依頼し、研究の主旨を書面にて説明、調査協力に同意を得た。

#### 2 調査期間

Y群は2000年5月、K群は2001年2月、S群は2001年5月に実施した。

#### 3 調査内容

Lutzen K.ら<sup>2)</sup>が開発したMST(Moral Sensitivity Test, 1994)を翻訳したMST日本語版<sup>2)</sup>を用いた。MSTは35項目から成り、対人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・医師の判断への信頼の6要素を含む。「全然思わなかった」から「全くそう思った」の6段階の評定法で、評点は順に1~6である。MSTの使用については、Lutzen K.に予め許可を得た。

#### 4 調査方法

各病棟婦長を通して調査用紙を配布、2週間後に回収

1) 看護学科臨床看護学講座

2) 新潟青陵大学看護学科

3) 山梨厚生病院

4) 済生会横浜市南部病院

5) 山梨医科大学付属病院

表1. 対象者の特徴 (n = 199)

	Y群			K群			S群			全体	
	F群	B群	全体	F群	B群	全体	F群	B群	全体		
回答者数	60			81			58			199	
有効回答者数 (%)	58 (97)			76 (94)			57 (98)			191 (96)	
無効回答者数 (%)	2 (3)			5 (6)			1 (2)			8 (4)	
経験年数群	F群	B群	全体	F群	B群	全体	F群	B群	全体		
人数 (%) *	27 (47)	31 (53)	58 (100)	32 (42)	44 (58)	76 (100)	31 (54)	26 (46)	57 (100)	191 (100)	
平均年齢 (歳) *	23.9±1.0	31.3±5.0	27.9±5.2	23.6±1.4	35.7±10.0	30.5±9.8	25.3±2.8	33.5±6.4	29.0±6.2	29.2±7.7	
通算臨床経験年数(年)*	2.7±1.0	10.2±4.4	6.7±5.0	2.2±1.2	13.2±8.7	8.6±8.6	3.3±2.4	11.6±5.9	7.1±6.0	7.6±6.9	
病棟経験年数(年)*	2.6±1.1	3.7±2.7	3.2±2.2	2.0±1.3	5.8±4.5	4.2±4.0	2.7±1.1	4.5±3.1	3.5±2.4	3.7±3.1	
病棟 (人) *	外科	11	19	30	15	27	42	18	11	29	101
	内科	16	12	28	17	17	34	13	15	28	90
性別 (人) *	男	0	0	0	1	1	2	1	1	2	4
	女	27	31	58	31	43	74	30	25	55	187

\* 有効回答者のみ

した。

## 5 分析方法

MST35項目それぞれの評点を計算し中央値を算出、参考値として平均値と標準偏差を算出した。臨床看護婦(士)の葛藤場面の認知と対処の類似点と相違点を知るために、各施設の臨床経験年数による差、各臨床経験年数による施設間の差の比較を行った。臨床経験年数は、看護専門職としての知識と技術を習得し自立した看護活動ができるとされ、看護教員や専門看護師の認定要件でもある5年目以上のベテラン群(以下、B群)と5年目未満の新人群(以下、F群)の2群に分けた。差の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。統計解析にはコンピューターソフトSPSSを使用した。

## 結果

## 1 施設間や経験年数による差(表2)

全項目のうち、施設間または経験年数によって差の認められた項目は19項目に及び、質問項目の傾向をみると、医師・同僚の判断や規則への信頼、葛藤、意思決定、患者に対する責任、価値観や信念に対する認識など多様であった。

## (1) 施設間で差の認められた項目(表2)

3施設のF群を比較したところ、「問2 広く患者の状態について理解していることは看護婦としての責任」、「問3 自分の行なうことについて、患者から肯定的な反応を得ることは重要である」といった医療者としての責任に関する項目と、「問7 良い看護には患者が望まないことを強制しないと信じている」、「問17 患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う」の4項目で有意差が認められた。

3施設のB群を比較したところ、「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」といった医師の判断や規則を信頼するような質問項目と「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」、「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」といった価値観や信念に関する項目、「問11 患者にケアをする時に、患者にとって何が良くて何が悪いかわかることの難しさを、しばしば感じている」、「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」といった葛藤の項目に有意差が認められた。また、「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28 嫌いな患者によい看護を行うことは難しいと思う」は、F群B群のどちらの比較においても有意差があった項目であった。

## (2) 同じ施設の経験年数による差の認められた項目

同施設のF群とB群を比較したところ3施設ともに差が認められた項目はなかった。2施設で差があった項目は「問3 自分の行くことについて、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」であった。また、1施設で差があったのは「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17 患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う」、「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23 患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する」、「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」の計5項目であった。施設毎では、Y群が2項目、K群が4項目、S群が最も多い5項目で差が認められた。

また、「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」の2項目は、F群の方がB群より高値であった。残りの7項目はB群の方がF群より低い値であることがわかった。問9、問31の質問項目をみると若い看護婦が力不足や自信のなさを感じ内省している様子が推測できる。反対に、残りの7項目はベテラン看護婦に存在する責任感の強さや、またそれを大切にしている思いが推察できる。

表2. 施設・経験年数によるM S Tの差 (n=191)

問	質問項目	Y-F群 (n=27)	Y-B群 (n=31)	K-F群 (n=32)	K-B群 (n=44)	S-F群 (n=31)	S-B群 (n=26)	
		Me Mean ± S D	Me Mean ± S D	Me Mean ± S D	Me Mean ± S D	Me Mean ± S D	Me Mean ± S D	
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。	6.0(5.6±0.6)	6.0(5.8±0.4)	6.0(5.6±0.5)	6.0(5.6±0.6)	5.0(5.3±0.7)	6.0(5.6±0.6)	(2**4**)
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。	6.0(5.7±0.5)	6.0(5.6±0.5)	6.0(5.6±0.6)	6.0(5.7±0.5)	5.0(5.2±0.5)	6.0(5.5±0.5)	C* b** c** (2**4**)
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。	5.0(4.8±0.8)	5.0(4.8±0.9)	4.0(4.4±1.0)	5.0(4.9±0.8)	4.0(4.3±1.0)	5.0(4.9±0.8)	B* C* c* (4**6**)
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。	4.0(3.8±1.1)	4.0(4.1±1.0)	3.0(3.4±1.1)	4.0(3.8±1.3)	3.0(3.5±0.7)	4.0(4.1±0.7)	C* (1*6*2*)
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。	5.0(4.7±1.0)	5.0(4.6±1.2)	4.0(4.3±1.2)	5.0(4.3±1.2)	4.0(4.0±1.0)	4.5(4.3±0.9)	c* (2*)
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。	4.0(4.3±0.7)	4.0(3.8±0.9)	4.0(4.4±0.8)	4.0(3.8±0.9)	5.0(4.2±1.0)	4.0(4.0±0.9)	A* B* (1*3*6*)
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。	5.0(4.7±0.6)	5.0(4.5±0.9)	5.0(4.8±0.9)	5.0(4.9±0.7)	5.0(4.6±0.8)	5.0(4.9±0.8)	f*
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。	4.0(3.8±0.9)	4.0(3.6±0.9)	4.0(4.1±1.1)	4.0(3.8±1.2)	4.0(3.8±0.9)	3.5(3.5±0.9)	(6*)
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。	4.0(3.7±0.8)	4.0(3.8±1.1)	4.0(4.1±1.1)	4.0(3.8±1.1)	4.0(3.7±1.1)	3.0(3.3±1.0)	e* (6*)
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。	4.0(4.0±1.0)	5.0(4.8±1.0)	4.0(4.2±1.2)	4.0(4.1±1.1)	4.0(3.9±1.0)	5.0(4.6±1.0)	d* e* (1*2*4*)
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。	4.0(4.1±1.0)	4.0(3.9±1.0)	4.0(4.3±1.1)	5.0(4.5±0.9)	4.0(3.9±1.2)	4.0(3.6±1.0)	e* (6*)
17	患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。	4.0(4.5±0.6)	5.0(4.5±0.7)	4.0(4.0±0.9)	5.0(4.5±0.6)	4.0(4.1±0.8)	4.0(4.3±0.9)	B* a* c* (2*4*)
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。	5.0(5.0±0.8)	6.0(5.5±0.6)	5.0(4.9±0.7)	5.0(5.1±0.7)	5.0(4.6±0.9)	5.0(5.1±0.5)	A* C* e* f* (4*)
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。	5.0(4.7±1.0)	5.0(4.8±0.7)	5.0(4.8±0.8)	5.0(4.8±0.8)	4.0(4.5±0.8)	5.0(4.9±0.6)	C* (4*)
23	患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する。	4.0(3.8±1.0)	4.0(3.7±1.0)	3.0(3.3±1.1)	4.0(3.7±1.3)	4.0(3.8±1.0)	5.0(4.4±1.2)	C*a*b*e*f* (5*6**)
24	強制治療の場で、患者が拒否しても、主治医の指示に従う。	3.0(3.2±0.9)	3.0(3.0±0.9)	4.0(4.0±1.0)	4.0(3.6±1.1)	4.0(3.6±1.0)	3.0(3.4±0.9)	b* d* (1**2*6**)
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。	5.0(4.6±0.7)	5.0(4.7±0.8)	4.0(4.2±0.7)	4.0(4.3±1.1)	4.0(4.1±0.7)	5.0(4.5±0.7)	a*c* (1*)
28	嫌いな患者により看護を行うことは難しいと思う。	3.0(3.0±1.1)	3.0(3.1±1.2)	3.0(2.8±1.3)	3.5(3.2±1.1)	4.0(3.9±1.1)	4.0(3.8±1.1)	b* c* e* (2**4*5*)
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。	3.0(3.4±0.9)	3.0(3.2±0.9)	3.0(3.4±1.1)	4.0(3.5±1.0)	4.0(3.7±1.1)	3.5(3.5±0.9)	(2**)
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。	5.0(5.2±0.8)	5.0(5.2±0.6)	5.0(5.3±0.7)	5.0(5.4±0.6)	5.0(5.1±0.7)	5.0(5.2±0.6)	d* (4*)
31	患者が自分の状態をよく知るようには援助できないことを、時々悪いと思う。	5.0(4.6±0.7)	4.0(4.3±0.9)	5.0(4.6±0.8)	4.0(4.1±1.0)	4.0(4.4±0.9)	5.0(4.5±0.9)	B* (3*)
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。	4.0(3.7±1.0)	3.0(3.3±0.9)	4.0(4.1±1.1)	4.0(3.9±0.9)	4.0(3.8±0.9)	4.0(3.6±0.9)	d* (1**2*)

注) 1) Mann-WhitneyのU検定, \*はp<0.05, \*\*はp<0.01であることを示す。 AはY-F群とY-B群間 aはY-F群とK-F群間 (1はY-B群とK-F群間)  
 2) Meは中央値を示す。(Mean ± S D)は参考値である。 BはK-F群とK-B群間 bはK-F群とS-F群間 (2はY-B群とS-F群間)  
 3) nは回答者数 CはS-F群とS-B群間 cはY-F群とS-F群間 (3はK-B群とY-F群間)  
 4) F=臨床経験5年未満 dはY-B群とK-B群間 dはY-B群とK-B群間 (4はK-B群とS-F群間)  
 B=臨床経験5年以上 eはK-B群とS-B群間 (5はS-B群とY-F群間)  
 5)( )は異施設異年数群間参考値である。 fはY-B群とS-B群間 (6はS-B群とK-F群間)

## 2 施設・経験年数による差の認められなかった項目 (表3)

表3に示すとおり、全項目中13項目において差が認められなかった。そのうち、「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」は中央値5.0と高値であった。反対に、「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」は中央値2.0, 3.0と低値であった。以上のことから、看護婦は、患者の回復や状態に関わらず看護の意義はある、患者の意思に誠実でありたい、患者の安全を守ることは看護の責任であると認識している。また、葛藤場面での同僚のサポートを必要性だと思っていること、専門職として適していないと感じていることが推察できる。

### 考察

今回、臨床看護婦の施設と経験年数による葛藤場面の認知と対処の特徴をMSTを用いて調査した結果、臨床看護婦の道徳的感性は、医師・同僚の判断への信頼、規則への従順、患者への責任、価値観や信念に対する認識など、専門職としての自律に関しては施設や経験年数による差が認められた。一方、患者の意思の尊重、患者への情、看護の意義、適性への自信のなさは、施設や経験年

数による差はなかった。

治療において、患者あるいは患者を支える人の意思決定は不可欠であるが、看護では、最終的に看護者の意思決定(臨床判断)を経て実践がなされている状況が多い。患者に最も望ましい看護を行なうには、その意思決定過程における葛藤を倫理的問題として認知し、問題に含まれる価値の側面を知る必要がある<sup>1)</sup>。価値は何が望ましく、重要であるのかを判断する際の基準であり、個人の意思決定の際に重要である。専門職としての看護婦は自己の価値観を持ち、お互いに他者の持つ価値観を尊重することが大切である。本調査の結果、臨床看護婦は臨床経験を積むことで、価値観や信念が自分の行動に影響するという認識は高まっていくが、価値観の重要性の認識は施設による差がみられ、臨床経験5年以上群で顕著であった。価値の認識は経験年数による違いというよりはむしろ、価値の対立と意思決定過程において、他の医療者との葛藤の共有や、相手の価値観を尊重して方針を決定しているか否かの、各施設の看護婦の看護観が反映していると考えられる。

療養上の世話は看護職独自の判断でできるとされ、専門家として自律的な行動が求められる一方、診療の補助については、法的に医師の指示のもとで看護職が実施すると定められているために、必ずしも自律的とは言えない行動をとらなければならない領域とが混在している<sup>7)</sup>。看護婦は臨床経験を積むに従い患者への責任が増え、臨床判断を迫られる機会が増すと考えられるが、医師・看護婦関係、看護婦への役割期待は施設により異なり、臨床判断や専門職としての責任に差が生じ、看護婦としての自律性に影響していると推測される。医師に従わざるを得ない看護婦・医師関係、頻繁なチームカンファレンスになどはチーム依存性の反映であり、その看

表3. 施設・経験年数で差の認められなかった質問項目 (n = 191)

問	質問項目	Me (Mean ± SD)
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。	3.0 (3.3 ± 1.1)
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。	5.0 (4.4 ± 0.9)
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。	3.0 (2.9 ± 1.2)
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。	5.0 (4.7 ± 1.1)
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。	4.0 (3.8 ± 1.0)
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。	4.0 (3.9 ± 0.9)
20	患者が必ずしなければならぬ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。	3.0 (3.3 ± 1.0)
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。	4.0 (4.3 ± 0.9)
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。	4.0 (3.7 ± 1.1)
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。	5.0 (4.7 ± 0.8)
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。	3.0 (2.7 ± 1.2)
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。	2.0 (2.1 ± 1.1)
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。	4.0 (3.6 ± 1.2)

注) Meは中央値 (Mean ± SDは参考値)

護婦がその患者に対して責任をもって判断し行動するという専門職業人としての自律性が育っていないことの現れといえ<sup>7)</sup>、専門職として自律するために、医師に従属するのではなく、役割を明確に識別し、意識化することが必要である<sup>8)</sup>。

患者が拒否した場合には規則に従い処置を行なうことではない、意思決定の少ない患者ほどのケアが必要であるという患者の意思の尊重は臨床経験や施設による差はなく、患者に対して誠実であろうとすることは看護婦が共通に持つ認識であると考えられる。

看護婦は患者をサポートするために自分自身がサポートを得ることも重要であると認識している。サポートを得ようとするのは、何が正しいかについての見解の相違が生じた場合対話に入る必要性を認める態度で人間尊重の1つの側面である<sup>9)</sup>。また、話し合いを持つことで葛藤が共有され、各人がそこに存在する問題に対する解決策を考えられるためにも他者のサポートを受ける姿勢も大切である。

今回の調査で、医師・同僚の判断への信頼、規則への従順、葛藤、意思決定、患者に対する責任、価値観や信念に対する認識などは施設や経験年数による相違がみられ、患者の回復と看護の意義、患者の意思の尊重患者への情、看護職としての自信の低下、他者からのサポートを必要とすることなど、人を尊重すること、内省的態度は看護婦が共通にもっている認識であることが明らかになった。臨床における倫理的な問題には、医療チームの成員である医師との関係性が大きく関与し、医療チームの中で看護婦がいかなる責任をとるべきかということの認識は、少なくとも看護教育や病院の構造システムの影響を受ける<sup>10)</sup>といわれている。今後の調査にあたっては、病院の機能やそれに基づく方針・理念や、看護婦 医師関係と臨床看護婦の道徳的感性の関連を検討していく必要がある。

### 謝辞

本調査の実施にあたり、ご協力いただいた山梨厚生病院、済生会横浜市南部病院、山梨医科大学付属病院看護婦(士)の皆様から感謝いたします。

### 文献

- 1) サラT.フライ著、片田範子、山本あい子訳(1998) 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド 日本看護協会出版会、東京
- 2) Kim Lutzén and G.Brolin(1994)Conceptualization and Instrument of Nurse's Moral Sensitivity In Psychiatric Practice, International J Methods In Psychiatric Research,4:241-248
- 3) 中村美知子、石川操他(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 山梨医科大学雑誌, 13( 3 ): 99 - 105
- 4) 窪田真理、中村美知子他(1999)臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴. 山梨医科大学紀要16: 65 - 70
- 5) 石川操、中村美知子他(1998)臨床実習体験による看

護学生のMoral Sensitivityの変化. 山梨医科大学紀要, 15: 42 - 46

- 6) 岡谷恵子(1999)看護業務上の倫理的問題に関する看護職者の認識. 看護, 51(2): 26 - 31
- 7) 志自岐康子(1996)看護職の専門的自律性その意義と研究. 看護, 48(7): 78 - 87
- 8) 菊池昭江、原田唯司(2001)看護の専門職的自律性測定尺度の開発. 静岡大学教育学部研究報告(人文社会科学篇), 47: 241 - 254
- 9) ローレンスコールバーグ著、岩佐信道訳(1987)道徳性の発達と道徳教育コールバーグ理論の展開と実践、広池学園出版部、千葉
- 10) 横尾京子他(1993)日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応. 日本看護科学会誌, 13(1): 32 - 37

**Abstract****Characteristics of Moral Sensitivity in Clinical Nurses  
-Differences according to Hospitals and Length of Experience-****Fumiko NISHIDA , Michiko NAMAMURA , Misao ISHIKAWA , Kumiko DATE  
Yoriko NISHIDA , Tsugiko NEZU , Miyoshi MURAKAMI and Kumeko OMURA**

Nurses face various conflicts in the clinical setting with regards to patients, such as telling the truth and informed consent. In order to cope with these situations, it is important to habitually enhance ethical sensitivity. The purpose of this study is to clarify the characteristics of both recognition and coping patterns that nurses have to utilize during the above conflicts. We investigated the moral sensitivity of 191 nurses in three hospitals using the MST (Moral Sensitivity Test). We studied nurses in three hospitals. Within each hospital ,the nurses were divided into 2 groups : those with experience of five years or more, and those with less than five years experience . A comparative analysis was done by the Mann-Whitney U-test, using the scores of the MST. The results indicate that the category of autonomy as a professional nurse (e.g. trusting the doctors' or other nurses' judgement, following rules, and recognizing the sense of values and beliefs) was significantly different according to the institutions and the experience of the nurses. As for the respect for patients and introspection, there was no difference among the groups, and all groups felt themselves unworthy as a nurse.