

改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ)の 開発と検証：第1報

*Development and validation of a Japanese version of the revised
Moral Sensitivity Questionnaire: a preliminary study*

前田 樹海¹ 小西恵美子²

Jukai MAEDA

Emiko KONISHI

キーワード：道徳的感受性、尺度開発、妥当性検証

Key words : moral sensitivity, instrument development, validation

本研究の目的は、Lütznらが開発し2006年に改訂した道徳的感受性質問紙 (rMSQ) をもとに日本語版 (J-MSQ) を作成し、測定用具としての妥当性を検証することである。J-MSQ の作成には、rMSQ 開発者とのやりとりによる各質問項目の意味の特定、有識者による質問文の検討、翻訳/逆翻訳の段階を経た。回答は6段階のリッカート尺度とし、一般病院の看護職を対象に計210の質問紙を配布し141件の回答を得た。因子分析の結果、rMSQ の3つの因子、Moral Strength (MS)、Sense of Moral Burden (SMB)、Moral Responsibility (MR) と一致する因子が抽出された。信頼性係数はそれぞれ .798、.622、.144であった。LütznらによるrMSQ の構成概念は日本の看護師に適用できる可能性とともに、MRを測定する質問項目に関しては今後見直す必要が示唆された。

The purpose of this study was to validate an instrument to examine the Japanese nurses' moral sensitivity. The revised Moral Sensitivity Questionnaire (rMSQ), originally developed and revised by Lützn et al. (2006), was chosen. This rMSQ consists of nine items with three latent factors. A Japanese version of the MSQ was developed by taking the following steps: 1) frequent communications with the author of the rMSQ to clarify the meaning of each item, 2) item reviews by research and clinical expert nurses until the items were confirmed as being easy for Japanese nurses to understand, and 3) translation and back-translation between the two languages. The questionnaire was given to 210 nurses who worked in two different hospitals, of whom 141 responded. A 6-point Likert scale was adopted. A factor analysis extracted the same three factors as Lützn et al. had identified; "Moral Strength", "Sense of Moral Burden", and "Moral Responsibility". The Cronbach's alfa was .798, .622, and .144, respectively. It was suggested that the conceptual framework of moral sensitivity could be applied to Japanese nurses. However, considering the low coefficient of reliability, items for the subscale "Moral Responsibility" of the Japanese version of the MSQ need further reviewing.

1 東京有明医療大学看護学部 Faculty of Nursing, Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences

2 佐久大学看護学部 Faculty of Nursing, Saku University

I. 目的

看護界では、道徳的な行動の基盤としての道徳的感受性 (moral sensitivity) について広く関心が持たれ、看護師の道徳的感受性を測定するための測定用具が求められている。わが国では、1994年にLütznら¹によりスウェーデンの精神科の看護師を対象に開発された35項目からなるMoral Sensitivity Testを、石川ら²や中村ら³、窪田ら⁴が翻訳、一部修正し、看護学生、医学生、臨床看護師に使用したものや、その後、中村ら^{5,6,7}が信頼性、妥当性を検証した道徳的感受性尺度がさまざまな研究で利用されている^{8,9,10,11,12}。一方でLütznらは、moral sensitivity questionnaireの改訂を重ね、2006年にスウェーデンにおける現在の一般的なヘルスケア実践領域での使用に耐えうるmoral sensitivityの構成概念と質問項目の整理を行ない、Revised Moral Sensitivity Questionnaire¹³ (以下rMSQ) を発表している。われわれは、このrMSQの日本での使用可能性を検討している。日本での使用に耐えうるrMSQの開発を行なうことによって、rMSQを用いた他の研究とのメタ研究が可能になるからである。本報はその第一段階として、1) rMSQ¹³の構成概念が日本で適用可能かどうかを検証し、2) 確認されたrMSQ日本語版 (以下J-MSQ) の構成概念と他の属性要因との関連を明らかにする。

II. 方法

1. 日本語版質問紙開発

Lütznら¹³の開発したrMSQは、道徳的感受性、すなわち、価値が対立している状況における道徳的な価値に対する配慮と自分の役割と責任の自覚を測定するための9つの質問項目からなる尺度である。道徳的感受性は、Moral Strength (=道徳的強さ、以下MS)、Sense of Moral Burden (=道徳的な気づき、以下SMB)、Moral Responsibility (=道徳的責任感、以下MR) の3つの潜在因子を想定している。MSとは、自分を守るためではなく、患者の立場から行為を正当化できる勇気や物事に立ち向かう能力、SMBは、道徳的価値を含む問題や状況により惹起される道徳的負担に対する感覚、MRは、一義的には規則や制度に従って働くための道徳的義務およびその目的を見抜く力、さらには個々の患者の視点から何が道徳的問題なのかを知ることでもある。J-MSQの作成にあたっては、1) rMSQ開発者と

のやりとりによる各質問項目の意味の特定、2) 4名の看護倫理に精通した研究者および2名の臨床看護師による邦訳版質問項目の文章の検討、3) 逆翻訳による意味の完全性の担保の各段階を踏んだ (最終的なJ-MSQの質問項目は表1を参照)。これらの質問項目それぞれに対して、rMSQ同様、「全くそう思わない」から「強くそう思う」までの6段階のリッカート尺度により回答を求め、選択した回答に応じて1点~6点を付与し得点化した。上記以外には、性別、年齢、経験年数、職位、最終学歴を尋ねた。なお、今回用いた質問項目の番号は、オリジナル版rMSQの質問番号と同一であり、質問9は逆転項目である。

2. 質問紙配布および回収方法

本研究は便宜的標本による無記名式質問紙調査とした。質問紙は協力の得られた2病院で、看護師を含む医療従事者に配布した。両病院とも当該病院で開催された研修会参加者に入口で取ってもらい、研修会終了後、回収箱に投函してもらった。回収率算出の母数は、双方の研修会参加総数である。質問紙への回答を以て本研究への参加に同意、承諾したものと見なした。

3. 分析方法

分析対象は、上述した2つの一般病院の看護師等210名に配付し回答のあった141件 (67%) である。SPSS ver.18 for Macを使用し、各項目の記述統計ならびに構成概念の抽出には最尤法、プロマックス回転 (κ はSPSSデフォルト値の4を使用) による因子分析、信頼性の確認にはCronbachの α 係数を用いた。抽出されたそれぞれの因子と各属性との関係についてはPearsonの相関係数 (連続変数の場合) およびStudentの t 検定 (離散変数の場合) を用いた。因子分析および相関分析における欠損値の処理にはペアワイズ法を用いた。検定における有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

質問紙への回答は辞退も含め全くの自由意思であり、回答しにくい項目については空欄でよい旨を質問紙に記載した。質問紙は無記名式で、匿名データを統計的に処理するため、回答者個人が特定される可能性は皆無に近いが、それでも属性の特殊性から個人を識別できてしまう可能性を考慮し、結果の提

表1 J-MSQの因子分析表

質問項目	因子負荷量			共通性	回答者のスコア		
	MS	SMB	MR		M	SD	n
2 私は患者の思いをキャッチしてよく気づけるほうなので、それがいつも自分の仕事に役立っている	.845	-.172	.137	.630	3.85	1.02	141
5 患者がよいケアを受けていないと気づく能力が、私はとても高いと思う	.838	-.011	-.140	.653	3.79	1.02	141
3 私はその場の様子から、難しいことや話しにくいことを患者にどう言ったらいいかをととてもよく感じ取れる	.732	-.008	-.092	.504	3.76	1.04	140

4 患者の思いに気づくことは、もっとそれ以上のことをしていく始まりだと思う	.040	.643	.107	.487	5.07	0.88	138
8 患者の思いに気づけることは、状況の不十分さに気づくことでもあると、よく思う	.114	.596	-.151	.435	4.48	0.94	139
7 患者をケアするとき、患者によいことをもたらすことと、害を与える可能性とのバランスを私はいつも考えている	.131	.564	-.135	.409	4.19	0.96	141
6 患者が苦しんでいるとき、自分の感情のコントロールがとても難しく感じる	-.235	.472	-.045	.139	3.69	1.21	138

1 たとえ人手や資源が不十分であっても、患者がよいケアを受けることについて、私はいつも責任を感じている	.236	.273	.328	.390	5.05	0.90	140
9 患者にとって良いことや良くないことを判断する時は、病棟等の決まりや規則を重要視することが大事だと思う*	-.044	-.108	.313	.098	3.01	1.12	139

回転前の因子寄与率	31.0	7.5	3.1				

MS=Moral Strength, SMB=Sense of Moral Burden, MR=Moral Responsibility
 最尤法+プロマックス回転 ($\kappa = 4$)、回転前の因子寄与率：41.6%、*は逆転項目として処理

示については細心の注意を払った。なお、研究実施にあたっては、研究者の所属する機関の倫理審査委員会で承認を得た研究計画を遵守した。

III. 結果

1. 回答者の属性

経験年数は、A年Bヶ月式の回答からA+B/12を算出した結果、最小値0.8年、最大値42.9年、平均18.5年、標準偏差10.4年であった。年齢は、最小値22歳、最大値69歳。平均41.8歳、標準偏差10.4歳であった。性別は、女性133名、男性5名であった。職位は、スタッフ71名、管理職62名、看護助手1名。最終学歴は、専門学校卒121名、大学卒16名であった。

2. J-MSQの構成概念の探索

各質問項目のスコア分布に関しては、表1に平均値と標準偏差を示した。いずれの質問項目においてもスコアの平均値±1SDはリッカート尺度区間に収まっており、天井効果、床効果は認められなかった。質問項目間の相関係数が.500以上だったものは、質問2と3 ($r = .536$)、質問2と5 ($r = .603$)、

質問3と5 ($r = .565$)であった。J-MSQの因子数は初期の固有値が1.00以上の3因子とした。全ての質問項目による全分散のうち、回転前の3因子による寄与率は41.6%であった。表1に示すとおり、第1因子は質問2、3、5、第2因子は質問4、6、7、8、第3因子は質問1、9から抽出された。それぞれの因子を構成する質問項目はLützén¹³らの研究結果と一致したため、先行研究の命名に従い、第1因子をMS、第2因子をSMB、第3因子をMRとした。 χ^2 検定統計量は7.338 ($df = 12, p = .834$)であり、因子モデルが観測値の分散に適合している可能性が認められた。因子間の相関は、MSとSMBが.626、MSとMRが.250、SMBとMRが.186であった。Cronbachの α 係数は尺度全体では.532、下位尺度別にはMSが.798、SMBが.622、MRが.144であった。

3. J-MSQの因子と各属性との関係

前述したMRの信頼性係数が低いことから、尺度値ではなく因子得点により各属性との関連をみた。因子得点はAnderson-Rubin法により平均0、標準偏差1、因子間の相関が0となるよう調整した因子得点係数行列から各ケースについて算出した。

年齢 ($n=128$, $r=.314$, $p=.000$) および経験年数 ($n=132$, $r=.246$, $p=.004$)については、いずれもMSとのあいだに有意な正の相関が見られた。SMBおよびMRとの間には有意な相関は見られなかった (表2)。

離散変数である性別、職位、最終学歴、所属の違いによる各因子得点の差異については表3に示す。性別の違いによる因子得点の差異は認められなかった。職位については、すべての因子においてスタッフと管理職との間に非確率的なスコアの差異が認められた。また、最終学歴については、MSにおいて専門学校卒と大学卒との間に有意差があったが、SMBおよびMRの差は認められなかった。

IV. 考察

1. rMSQの構成概念が日本で成立するか

Lütznérら¹³の研究と同一の質問項目で構成される3つの因子を示した今回の結果は、北欧の医療従事者のデータをもとに開発されたMoral Sensitivityの構成概念を追証したとともに、これらの構成概念が日本にも適用できる可能性を示した。しかし、とくにMRの信頼性係数が低く、これが尺度全体の信頼性を押し下げていると推測されることから、MRを測定するための質問項目の見直しの必要性も同時に示されたと考える。例えば質問1は、MSやSMBにも少なからぬ因子負荷を示しているが、これは、

表2 因子得点と経験年数、年齢との関係

		MS	SMB	MR
年齢 ($n=128$)	Pearsonの相関係数	.314	.169	.078
	p	.000	.057	.384
経験年数 ($n=132$)	Pearsonの相関係数	.246	.171	.103
	p	.004	.050	.241

MS=Moral Strength, SMB=Sense of Moral Burden, MR=Moral Responsibility

表3 因子得点と性別、職位、最終学歴との関係

		n	M	SD	t	df	p	
性別	MS	女性	125	0.039	0.978	0.209	128	.834
		男性	5	-0.056	1.446			
	SMB	女性	125	0.015	1.003	-0.628	128	.531
		男性	5	0.300	0.648			
	MR	女性	125	-0.015	1.036	0.531	128	.596
		男性	5	-0.263	0.505			
職位	MS	スタッフ	65	-0.259	0.950	-3.655	123	.000
		管理職	60	0.344	0.893			
	SMB	スタッフ	65	-0.188	1.024	-2.592	123	.011
		管理職	60	0.263	0.912			
	MR	スタッフ	65	-0.171	1.021	-2.120	123	.036
		管理職	60	0.204	0.955			
最終学歴	MS	専門学校	114	-0.047	0.939	-2.721	128	.007
		大学	16	0.658	1.173			
	SMB	専門学校	114	0.042	0.975	-0.137	128	.892
		大学	16	0.078	1.115			
	MR	専門学校	114	0.009	1.014	0.280	128	.780
		大学	16	-0.066	0.881			

MS=Moral Strength, SMB=Sense of Moral Burden, MR=Moral Responsibility

「たとえ人手や資源が不十分であっても、患者がよいケアを受けることについて、私はいつも責任を感じている」という質問の意味を、①「不十分な資源にかかわらず最善のケアを行なうことに責任がある」ととるのか、②「不十分な資源のせいで最善のケアができないことを申し訳なく思う」ととるのかによって、回答の方向性がずれてしまった可能性、すなわち、責任をもつ事象の捉え方の齟齬と、さらに最善のケアができないことに対する反省や後悔が含まれた可能性が考えられる。もちろん、原義は①であるのだが、わが国で道徳的責任感の程度を測定するためには、このような意味の曖昧さを排除した文章の見直しを図る必要性を示したと考える。また、MR因子を構成する質問9の共通性が低値だったのは質問1の曖昧さも一因と考えられる一方で、質問9自体の表現の見直しや、場合によってはMRを測定するために追加の質問項目も視野に入れる必要がある。

2. J-MSQ下位項目と他の属性要因との関連

MS、SMB、MRの3つの下位概念のいずれにも有意な差異を認めたのが職位（スタッフか管理職か）であったという結果からは、管理職はおしなべて道徳的感受性の高い集団と考えられる。管理職になったから道徳的感受性が高くなったのか、逆に道徳的感受性が高い人材だから管理職になったのかについては推測の域を出ないが、SMBおよびMRに含まれる質問項目1、4、8、7、9の内容が管理的視点として重要であるとも考えられること、年齢要因がすべての下位項目に影響しているわけではないことを考慮すると、管理職という職責が道徳的感受性に影響を与えるという側面があることも示唆される。

MS（道徳的強さ）のみが学歴による差異を示した今回の結果は、裏を返せば、教育による変化が期待できるのは3つの因子のうち、道徳的強さのみという見方も可能である。では、その他の下位項目を変化させるにはどうしたらよいのか。今回の結果から言えることは、管理職になるような人材になることであるが、そういう人材が管理職になっているという前提に立てば、よい経験を積むこととそれを認識できる能力、およびそれらを適切に考えられる能力をもつことなのではないかと推察される。

Lützénら¹³の特定したMoral responsibility（道徳的責任感）という因子は、質問項目を読むと、患者に焦点をあてるのか、施設のルールに焦点をおくの

かのどちらを優先するのかという判断であるとも考えられる。道徳上の判断にあたって施設のルールに過度に依存する状態を、LützénらはJohnstone (p.165)¹⁴の著作を引用してMoral blindness（道徳的盲目）と表現している。本研究では、スタッフのほうが管理職よりも、施設のルールに頼る傾向を示した。このことは、Benner (pp.20-36)¹⁵が看護師の職業的成長において施設のルールに頼る段階があることを示したことを想起させる。Bennerは、看護師がさらに成長すると、施設のルールを超越して判断ができるようになることも述べている。これらの点を考えると、道徳的責任感という因子と看護師の成長段階との関わりが示唆され興味深い。

今後の課題としては、MRを測定するための質問項目の見直しを行ない、信頼性を高めた上で妥当性の検討を行なう方向性が示されたと考える。かかるプロセスによりrMSQに準拠したJ-MSQを確定させた上で、今回各属性との比較検討によって生じた研究仮説も含めた検証を行なうことになろう。

謝辞

本研究は平成22年度日本学術振興会科学研究費基盤研究B「看護倫理教育のモデル構築と検証：実践場面の倫理的判断・対応の検討と国際比較から（研究代表者：小西恵美子）」により実施したものである。

文献

1. Lützén K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1994; 4(4):241-248.
2. 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. 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* 1998; 15: 42-46.
3. 中村美知子, 石川操, 福澤等, 窪田真理. 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* 1998; 13(3): 99-105.
4. 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. 臨床看護婦の葛藤場面に對する認識の特徴. *山梨医科大学紀要* 1999; 16: 65-70.
5. 中村美知子, 石川操, 比江島欣慎, 福澤等, 伊達久美子, 西田文子, 西田頼子. Moral Sensitivity Test (日本語版)の信頼性・妥当性の検討 (その1). *山梨医科大学紀要* 2000; 17: 52-57.

6. 中村美知子, 西田文子, 比江島欣慎, 石川操, 伊達久美子, 西田頼子. Moral Sensitivity Test (日本語版)の信頼性・妥当性の検討(その2)―臨床看護婦(士)に焦点をあてて―. 山梨医科大学紀要 2001;18:41-46.
7. 中村美知子, 石川操, 西田文子, 伊達久美子, 西田頼子. 臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討. 日本赤十字看護学会誌 2003;3(1):49-58.
8. 西田文子, 中村美知子, 石川操, 伊達久美子, 西田頼子, 根津次子, 村上美好, 大村久米子. 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―. 山梨医科大学紀要 2001;18:77-82.
9. 西田文子, 中村美知子. 手術室看護師の道徳的感性と自律性の特徴. 山梨医科大学紀要 2002;19:79-84.
10. 太田浩子, 真壁幸子, 白神佐知子, 古城幸子, 金山時恵, 木下香織, 栗本一美, 福原博子. 臨地実習前の看護学生のMSTの特徴. 新見公立短期大学紀要 2003;24:67-73.
11. 北原悦子. 臨床看護師の道徳的感性の特徴に関する研究. 九州大学医学部保健学科紀要 2006;7:61-68.
12. 佐々木理恵子. 看護学生の臨地実習における倫理的問題の遭遇と道徳的感性との関連. 日本赤十字秋田短期大学紀要 2007;12:7-19.
13. Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nursing Ethics* 2006 Mar;13(2):187-196.
14. Johnstone M-J. *Bioethics: A Nursing Perspective*. 3rd ed. Australia: Saunders; 1999.
15. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. [Commemorative Edition]. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health; 2001.