

原 著

臨床看護師の倫理観と疲労との関係

— 道徳的発達段階・倫理的感受性と蓄積的疲労との比較 —

昭和大学医学部法医学講座

米澤 弘恵 佐藤 啓造 石津みゑ子
藤城 雅也 水野 駿 小淵 律子
福地 麗 古谷 卓朗 入戸野 晋
廣渡 崇郎 岩田 浩子

要約：今日の臨床看護現場では2003年の診療報酬改定に伴う包括払い制度の導入により入院が増加して看護師は常に多数の重症患者の医療処置と看護を強制されることになり、過重な労働から蓄積的疲労を高めている。看護師の疲労が強ければ強いほど患者を気遣う余裕がなくなり、看護師の倫理観の低下に繋がることが予測される。しかし、看護師の倫理観と疲労との関係を調査した報告は見られない。そこで、本研究では道徳的発達段階・倫理的感受性と蓄積的疲労との関係について総合病院に勤務する看護師894名を対象としてアンケート調査を実施し、607名から全問回答したアンケートを回収し（有効回収率：67.9%）、その内容を解析することにより看護師の倫理観と疲労との関係を検討した。道徳的発達段階を調べるには葛藤価値定義づけテスト（Defining Issues Test：DIT）日本語版を用いた。DITは道徳的発達理論に基づいた倫理水準の測定法であり、DIT得点が高いほど道徳的発達段階が高いとされている。倫理的感受性を調べるには道徳的感受性テスト（Moral Sensitivity Test：MST）日本語版を用いた。MST得点が高いほど倫理的感受性が高いと判断される。蓄積的疲労を調べるには蓄積的疲労徴候インデックス（Cumulative Fatigue Symptoms Index：CFSI）74項目のCFSI質問紙を用いた。CFSI得点が高いほど蓄積的疲労が強いことを示している。CFSI得点の中央値は19点で、中央値以下は低群、中央値を超えるのは高群として2群間比較を行った。その結果、年齢が若く、経験年数の短い人ほど蓄積的疲労が強く、主任以上の職位が高い人より一般スタッフで蓄積的疲労が強かった。また、短大卒以上の人より専門学校卒の人で蓄積的疲労が強かった。看護教育を十分受け、経験を積んで看護に関する知識と技能に富む人ほど蓄積的疲労が少なかった。CFSI特性項目別に20年前の報告と比較すると、不安感が1.6倍、気力の減退が1.4倍、労働意欲の低下が1.3倍、慢性疲労、一般的疲労感、抑うつ感が1.2倍に増加していた。CFSI高群と低群でDIT得点に有意差は認められなかったことから蓄積的疲労は道徳性の発達に関与していないと推測される。CFSI高群と低群の間でMST得点に有意差があり、蓄積的疲労の強いCFSI高群の方が疲労の軽い低群よりMST得点が高く、倫理的感受性が高かった。蓄積的疲労が強い群の方で倫理的感受性が高かったことは倫理的問題の認知能力が高い人ほど看護上の葛藤が増加し、それに積極的に対応しようとすればするほど蓄積的疲労が強くなるものと推察される。看護は病人を気遣い、世話をする実践であることが裏付けられた。卒後の臨床看護研修によって病人を気遣い、世話をする実践能力を研鑽することにより蓄積的疲労を貯めずに倫理的感受性を高めることができるものと思われる。

キーワード：臨床看護師、倫理観、蓄積的疲労、道徳的発達段階、倫理的感受性

今日の臨床看護現場では2003年の診療報酬改定に伴う包括払い制度の導入により入院患者の在院日数が短縮化し、入院が増加して医療処置や看護ケア量が増大することで、看護師は過重な労働から蓄

積的疲労を高めている¹⁾。ちなみに、日本看護協会が2008年から2009年にかけて、「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」¹⁾を行った結果、交代制勤務の看護師は23人に1人が過労死の危険にあ

り、過労死危険レベルの看護勤務者は全国で約2万人いることが報告されている^{1,2)}。

看護師の蓄積的疲労の程度は年齢、経験年数、職位、家族の有無と関連するほか^{3,4)}、睡眠の良否が大きく関与することを先行研究で報告している^{4,5)}。また、女性看護師は一般女性労働者はもちろん、病院に勤務する女性労働者全体より疲労度が高いと報告されている⁶⁾。このような蓄積的疲労状態にある一方、看護師は患者の治療についての医師との対立や⁷⁾、煩雑な業務のため十分に看護ケアが行えていないという葛藤を抱えていることが明らかにされている⁸⁾。

看護師の倫理観は看護の質を左右するだけでなく、患者の予後にも影響する重要な課題である⁹⁻¹²⁾。倫理観の育成には看護学生の倫理教育により道徳的感受性を高め、道徳的発達段階を上げる必要がある¹³⁾。しかしながら、本邦の臨床看護師の9割以上は倫理の知識がなく、既存の倫理教育は道徳的感受性の向上に有効でなかったとする報告がある¹⁴⁾。さらに、看護師は役割や責任についての自覚や倫理的配慮に対する意識が低いとする報告もみられる¹⁵⁾。

看護は「病人を気遣い、世話をする実践」であり、人を気遣い、責任を引き受ける道徳的技術と、その倫理によって統合され、道徳的技術としての気遣いは、あらゆる医療実践を導く第一原理でもあると看護の先進国の指導者は述べている¹⁶⁾。看護上の倫理的問題は看護師自身に内在する価値観によって気づくことができ、その価値観は患者への対応の仕方にも影響してくることから¹⁷⁾、看護師の疲労が強ければ強いほど患者を「気遣う」余裕がなくなり、看護師の倫理観の低下に繋がることが予測される。しかし、看護師の倫理観と疲労との関係を調査した報告は見当たらない。

そこで、本研究では道徳的発達段階・倫理的感受性と蓄積的疲労との関係について総合病院に勤務する臨床看護師894名を対象としてアンケート調査を実施し、その内容を解析することにより看護師の倫理観と疲労との関係を検討した。

研究方法

1. 対象

本研究は昭和大学医学部医の倫理委員会の承認を得たうえで実施した。アンケートは平成24年9月

から10月にかけて、2つの総合病院に勤務する臨床看護師894名を対象として実施した。アンケートは自記式留置き法質問紙調査で行った。調査対象者には調査の目的、参加は自由意志であり、参加しなくても不利益は全くないこと、アンケートは無記名方式で、プライバシーは保護されること、調査結果は本研究以外には使用しないことを調査票の表紙紙面で説明し、調査票への回答をもって承諾を得たものとした。その結果、817名からアンケートが回収され（回収率：91.4%）、そのうち全問回答した607名（有効回答率：74.3%）を分析対象とした。なお、倫理観には性差があることが報告されているので^{18,19)}、本研究では女性看護師のみを対象とした。

2. 調査内容

1) 対象者の背景

年齢、経験年数、最終学歴、職種、職位、同居家族の有無、健康度自己評価、幸福感、職場の充実感について対象者に回答を求めた。

2) 道徳的発達段階

Restらが開発した葛藤価値定義づけテスト(Defining Issues Test : DIT)²⁰⁾をもとに山岸が作成した日本語版DIT質問紙²¹⁾のうちの3つの例話をを用いた。DITはKohlberg & Kramerの道徳的発達理論²²⁾に基づいた倫理水準の測定法であり²¹⁾、倫理的ジレンマを含んだ6つの例話と各話ごとに割り当てられた道徳性発達理論の6つのステージ配点を対応させた11ないし12の選択項目から構成されている。DITの実施方法はまず、被験者に各例話を通読させ、各話の場面において示された行為を「行うべき」、「分らない」、「行うべきでない」の意志決定をさせる。次に、各話ごとの11ないし12の選択項目が意思決定をするに当たり、どの程度重要であったかを「非常に重要」から「全く重要でない」までの5段階で順位を付けさせる。最後に、上記の選択項目の中で重要と思われるものを「1番重要」から「4番目に重要」まで、上位4つまでの順位付けを行わせるものである。DIT得点は（「1番重要」に選んだ項目のステージ配点×4 + 「2番目に重要」に選んだ項目のステージ配点×3 + 「3番目に重要」に選んだ項目のステージ配点×2 + 「4番目に重要」に選んだ項目のステージ配点×1）／10の式から計算される。DIT得点が高得点を示すほど道徳的発達段階が高いと判断される²¹⁾。本研究

では6つの例話のうち日本の社会に馴染む3つの例話を用いた。その要点を以下に示す。例話1：Aさんは重病に罹患している妻Bさんに特効薬を服用させたいが、所持金が不足している。AさんはBさんのために薬屋から特効薬を盗むべきか否か。例話2：死期が切迫し、激烈な苦痛に耐えかねているCさんに医師は安楽に死ぬる薬を飲ませるべきか否か。例話3：DとEの2人の兄弟は住んでいる町から急いで去る必要に迫られたが、町を去るには10万円必要である。Dは大きな会社の倉庫に盗みに入って10万円を入手した。Eは親切で金持ちの老人を騙して10万円を入手した。DとEのどちらがより責められるべきか²¹⁾。

3) 倫理的感受性

Lützen & Nordin が開発した道徳的感受性テスト (Moral Sensitivity Test : MST)²³⁾ の中村らによる日本語版 MST 質問紙^{19, 24)} を用いた。MST は『患者の理解』、『責任／安全』、『葛藤』、『規則遵守』、『患者の意思尊重』、『忠誠』、『価値信念』、『自省』、『正直』、『自律』、『情』の11の因子で構成されている。質問は35項目あり各々を6段階評価し、「全くそう思わない」に1点、「非常にそう思う」に6点を付け、35項目すべて単純加算した合計をMST得点(35～210点)とした。得点が高いほど倫理的感受性が高いと判断される²⁴⁾。

4) 蓄積的疲労

越河らが作成した蓄積的疲労徴候インデックス (Cumulative Fatigue Symptoms Index : CFSI) 74項目のCFSI質問紙²⁵⁾を用いた。このCFSIは看護師を対象とした場合にも信頼性と妥当性が検証され、有効性が証明されている²⁶⁾。CFSIは『F1：気力の減退』9項目、『F2-1：一般的疲労感』10項目、『F2-2：身体不調』7項目、『F3：イライラの状態』7項目、『F4：労働意欲の低下』13項目、『F5-1：不安感』11項目、『F5-2：抑うつ感』9項目、『F6：慢性疲労』8項目の8つの特性項目から成っている。CFSIは、ある時点の症状ではなく、何日間か感じている症状を尋ねることから慢性的な蓄積的疲労の有無を明らかにできるので²⁶⁾、看護労働の疲労特性をより客観的に把握できると言われている³⁻⁶⁾。点数化は「当てはまる」に1点、「当てはまらない」に0点を付け、単純加算した合計をCFSI得点(0～74点)とした。得点が高いほど蓄積的疲労が強い

ことを表している^{25, 26)}。

3. 分析方法

CFSI得点の中央値は19点で、中央値以下を低群、中央値を超えるものを高群として2群間比較を行った。統計学的解析にはSPSS 19.0J for Windowsを用いて2群間の割合・頻度の比較には χ^2 検定、2群間の平均値の比較にはMann-Whitney U検定を行い、 $P < 0.05$ すなわち5%未満を有意差ありとした²⁷⁾。

結 果

1. 対象者の背景

表1に示すように平均年齢は31.45 ± 8.97歳で、年代別で最も多かったのは20～25歳の219名(36.1%)で、次いで26～30歳が128名(21.1%)を占め、年代が進むほど減少傾向を示したものの、41～62歳も20%近くを占めた。平均経験年数は9.54 ± 8.80年で、年数別で最も多かったのは0～5年の46.1%で、次いで6～10年が18.9%を占めたものの、11年以上の人でも34.9%を占めた。最終学歴は専門学校卒が6割を占め、次いで短大卒25.9%、大学卒13.5%と続き、大学院修了は3名(0.5%)のみであった。職種では看護師が87.0%を占め、保健師と助産師も看護師資格を有するので、研究対象とした。職位では一般スタッフが85.0%を占めたが、師長以上も6.4%含まれていた。同居家族の有無では約8割の人に同居家族があった。健康度自己評価では普通以上と答えた人が86.3%を占めたが、「あまり健康ではない」と答えた人も13.7%あった。

CFSIの高群と低群の比較では蓄積的疲労が強い高群は低群より有意($p < 0.001$)に若く、年代別でも2群に有意差($p < 0.01$)があり、若い年代で蓄積的疲労の強い高群が多く、41～62歳では低群が多かった。経験年数は蓄積的疲労の強い高群では低群より有意($p < 0.01$)に短く、年数別でも2群に有意差($p < 0.01$)があり、0～5年で高群が多く、16年以上で低群が多かった。最終学歴でも2群に有意差($p < 0.05$)がみられ、専門学校卒で高群が多く、短大卒以上で低群が多かった。職種別では2群に有意差は見られなかったが、職位では2群に有意差($p < 0.01$)が見られ、師長・副師長・主任で低群が多かった。健康度自己評価では2群に明瞭な有意差($p < 0.001$)があり、「健康である」と答え

表 1 対象者の背景

人 (%)

項目	選択肢	全体 n = 607	CFSI		検定
			高群 n = 303	低群 n = 304	
年齢	mean ± SD (歳)	31.45 ± 8.97	30.19 ± 8.40	32.70 ± 9.35	*** ¹⁾
	年代別				** ²⁾
	20-25 歳	219 (36.1)	122 (40.3)	97 (31.9)	
	26-30 歳	128 (21.1)	68 (22.4)	60 (19.7)	
	31-35 歳	77 (12.7)	37 (12.2)	40 (13.2)	
	36-40 歳	63 (10.4)	32 (10.6)	31 (10.2)	
	41-62 歳	120 (19.8)	44 (14.5)	76 (25.0)	
経験年数	mean ± SD (年)	9.54 ± 8.80	8.53 ± 8.27	10.54 ± 9.11	** ¹⁾
	年数別				** ²⁾
	0-5 年	280 (46.1)	154 (50.8)	126 (41.4)	
	6-10 年	115 (18.9)	56 (18.5)	59 (19.4)	
	11-15 年	63 (10.4)	32 (10.6)	31 (10.2)	
	16-20 年	61 (10.0)	27 (8.9)	34 (11.2)	
	21-43 年	88 (14.5)	34 (11.2)	54 (17.8)	
最終学歴					* ²⁾
	専門学校	365 (60.2)	196 (64.7)	169 (55.6)	
	短大	157 (25.9)	67 (22.1)	90 (29.6)	
	大学	82 (13.5)	39 (12.9)	43 (14.1)	
	大学院	3 (0.5)	1 (0.3)	2 (0.7)	
職種					n.s. ²⁾
	保健師	36 (5.9)	17 (5.6)	19 (6.3)	
	助産師	12 (2.0)	6 (2.0)	6 (2.0)	
	看護師	528 (87.0)	265 (87.5)	262 (86.2)	
	准看護師	31 (5.1)	15 (5.0)	17 (5.6)	
職位					** ²⁾
	副看護部長以上	13 (2.1)	6 (2.0)	7 (2.3)	
	師長	26 (4.3)	6 (2.0)	20 (6.6)	
	主任・副師長	52 (8.6)	21 (6.9)	31 (10.2)	
	一般スタッフ	516 (85.0)	270 (89.1)	246 (80.9)	
同居家族の有無					n.s. ²⁾
	有	485 (79.9)	235 (77.6)	250 (82.2)	
	無	122 (20.1)	68 (22.4)	54 (17.8)	
健康度自己評価					*** ²⁾
	非常に健康である	53 (8.7)	13 (4.3)	40 (13.2)	
	かなり健康である	88 (14.5)	29 (9.6)	59 (19.5)	
	普通	383 (63.1)	197 (65.0)	186 (61.2)	
	あまり健康ではない	83 (13.7)	64 (21.1)	19 (6.3)	
	全く健康ではない	—	—	—	
幸福感					*** ²⁾
	非常に幸せである	36 (5.9)	7 (2.3)	29 (9.5)	
	かなり幸せである	122 (20.1)	42 (13.9)	80 (26.3)	
	普通	399 (65.7)	211 (69.6)	188 (61.8)	
	あまり幸せではない	47 (7.7)	40 (13.2)	7 (2.3)	
	全く幸せではない	3 (0.5)	3 (1.0)	—	
職場の充実感					*** ²⁾
	非常に充実している	10 (1.6)	1 (0.3)	9 (3.0)	
	かなり充実している	114 (18.8)	36 (11.9)	78 (25.7)	
	普通	350 (57.7)	164 (54.1)	186 (61.2)	
	あまり充実していない	114 (18.8)	84 (27.7)	30 (9.9)	
	全く充実していない	19 (3.1)	18 (5.9)	1 (0.3)	

¹⁾ Mann-Whitney U 検定 ²⁾ χ^2 検定 * : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$ n.s. : not significant

た人は低群に多く、「あまり健康ではない」と答えた人は高群に多かった。幸福感でも2群に明瞭な有意差 ($p < 0.001$) があり、「幸せである」と答えた人は低群に多く、「あまり幸せではない」と答えた人は高群に多かった。職場の充実感でも2群間に明瞭な有意差 ($p < 0.001$) があり、「充実している」と答えた人は低群に多く、「充実していない」と答えた人は高群に多かった。同居家族の有無は2群間に有意差が認められなかった。

2. CFSI 特性項目別の度数分布

CFSI 特性項目群別の度数分布を表2に示す。CFSI の高群と低群の2群比較では74項目すべてにおいて高群の方が有意 ($p < 0.001$) に多かった。低群でも50%以上を示したのは『慢性疲労』の「朝起きた時でも疲れを感じることが多い」と「毎日の仕事でくたくたに疲れる」の2項目であった。『慢性疲労』では他の6項目においても高群では55～87%を占めた。その他、全体で50%以上を示したのは『気力の減退』の「根気がつづかない」、『一般的疲労感』の「よく肩がこる」と「このごろ足がだるい」、『不安感』の「心配ごとがある」、『抑うつ感』の「一人きりでいたいと思うことがある」と「何かでスパーッとウサばらしをしたい」であった。一方、『身体不調』では7項目すべてにおいて高群でも50%未満であった。

3. CFSI 特性項目別の平均訴え率と先行研究との比較

CFSI 得点は0～67点に分布し、平均 21.90 ± 14.08 点であった。高群は20～67点に分布し、平均 33.45 ± 10.25 点で、低群は0～19点に分布し、平均 10.40 ± 5.08 点で、高群より有意 ($p < 0.001$) に低かった。

CFSI 特性項目別の平均訴え率について女性労働者全体と病院で働く女性労働者全体を比較した報告²⁸⁾があるので、今回の看護師を対象とした研究結果と比較したのを表3に示す。先行研究²⁸⁾において全体女子平均訴え率に対する医療女子平均訴え率を求めると、『慢性疲労』で1.2倍、『気力の減退』、『不安感』、『抑うつ感』で1.1倍を示し、残りの項目では全体女子とほぼ同率であった。先行研究²⁸⁾の医療女子平均訴え率に対する本研究対象者全体の平均訴え率を求めると、『不安感』が1.6倍、『気力の減退』が1.4倍、『労働意欲の低下』が1.3倍、

『一般的疲労感』、『抑うつ感』、『慢性疲労』が1.2倍に増加していたが、『イライラの状態』は先行研究と変化がなく、『身体不調』は0.8倍に減少していた。先行研究²⁸⁾でも8つの特性項目の中では、『慢性疲労』が全体女子でも医療女子でも平均訴え率が高かったが、本研究でも『慢性疲労』が対象者全体の半数近くの訴え率を示し、蓄積的疲労の少ないはずの低群においても訴え率が33.3%を示した。

4. DIT 例話別の意思決定

DIT 例話別の意思決定の度数分布を表4に示す。いずれの例話においてもCFSIの高群と低群の間に有意差は認められなかった。しかし、例話1と例話2において最も正しい選択肢と考えられる「盗まない方がよい」と「飲ませない方がよい」は統計学的有意差こそ認められなかったものの、蓄積的疲労の少ない低群において最も高頻度選ばれていた。例話3においても最も正しい選択肢と考えられる「わからない」が統計学的有意差こそ認められなかったものの、低群において最も高頻度選ばれていた。

DIT 得点のCFSI高群と低群の2群比較を3つの例話について解析した結果を表5に示す。3つの例話いずれにおいても、CFSIの高群と低群においてDIT得点に有意差は認められなかった。

5. MST 質問項目別の得点分布

MST 質問項目別の得点分布を表6に示す。最も高いMST平均得点を示したのは『患者の理解』の4.91であり、項目別では「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」が最も高い平均値5.59を示し、次いで「入院患者に接することは日常の最も重要なことである」が平均値5.40を示した。次に、高いMST平均得点を示した因子は『責任／安全』の4.49で、「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」は3番目に高い平均得点5.03を示した。なお、『責任／安全』ではすべての項目が平均点4以上を示した。その他、平均点が4以上を示した因子は『自律』の4.41と『正直』の4.13、『葛藤』の4.05である。反対に最も低い平均点を示したのは『自省』の3.20で、次いで『忠誠』の3.23であった。項目別で最も低い平均点を示したのは『忠誠』の「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」で2.42を示し、次いで同じく

表 2 CFSI 特性項目群別の度数分布

人 (%)

特性項目	質問項目	全体 (n = 607)	高群 (n = 303)	低群 (n = 304)	検定
NF1 (9 項目) 気力の減退	2. 根気がつづかない	319 (52.6)	222 (73.3)	97 (32.9)	***
	8. 動くのがおっくうである	236 (38.9)	193 (63.7)	43 (14.1)	***
	22. 仕事を手につかない	34 (5.6)	33 (10.9)	1 (0.3)	***
	36. 何ごともめんどくさい	216 (35.6)	181 (59.7)	35 (11.5)	***
	43. 考え事がおっくうでいやになる	161 (26.5)	137 (45.2)	24 (7.9)	***
	56. すぐ気力がなくなる	195 (32.1)	168 (55.4)	27 (8.9)	***
	65. 自分が好きなことでもやる気がしない	107 (17.6)	95 (31.4)	12 (3.9)	***
	66. 頭がさえない	192 (31.6)	163 (53.8)	29 (9.5)	***
	68. なんとなく気力がない	264 (43.5)	222 (73.3)	42 (13.8)	***
NF2-1 (10 項目) 一般的疲労感	17. 動作がぎこちなく、よく物を落としたりする	112 (18.5)	100 (33.0)	12 (3.9)	***
	25. 全身の力がぬけたようになることがある	142 (23.4)	127 (41.9)	15 (4.9)	***
	28. しばしば目まいがする	86 (14.2)	76 (25.1)	10 (3.3)	***
	40. 腰が痛い	250 (41.2)	157 (51.8)	93 (30.6)	***
	41. 体のふしぶしがいたい	79 (13.0)	65 (21.5)	14 (4.6)	***
	53. 目がかすむことがある	160 (26.4)	123 (40.6)	37 (12.2)	***
	58. 目がつかれる	288 (47.4)	203 (67.0)	85 (28.0)	***
	59. よく肩がこる	329 (54.2)	206 (68.0)	123 (40.5)	***
	60. 眠りが浅く、夢ばかりみる	163 (26.9)	122 (40.3)	41 (13.5)	***
	67. このごろ足がだるい	306 (50.4)	215 (71.0)	91 (29.9)	***
NF2-2 (7 項目) 身体不調	1. このところ食欲がない	68 (11.2)	52 (17.2)	16 (5.3)	***
	11. このところ頭が重い	134 (22.1)	109 (36.0)	25 (8.2)	***
	18. このところ寝つきがわるい	121 (19.9)	86 (28.4)	35 (11.5)	***
	21. 胃・腸の調子がわるい	154 (25.4)	113 (37.3)	41 (13.5)	***
	38. むねが悪くなったり、吐き気がする	71 (11.7)	64 (21.1)	7 (2.3)	***
	51. よく下痢をする	60 (9.9)	48 (15.8)	12 (3.9)	***
	80. 自分の健康のことが心配で仕方がない	102 (16.8)	85 (28.1)	17 (5.6)	***
NF3 (7 項目) イライラの状態	3. ちょっとした事でもすぐにおこりだすことがある	292 (48.1)	195 (64.4)	97 (31.9)	***
	7. 気がたかぶっている	70 (11.5)	61 (20.1)	9 (3.0)	***
	23. すぐどなったり、言葉づかいがあらくなってしまう	124 (20.4)	103 (34.0)	21 (6.9)	***
	24. なんとなくことなくイライラする	296 (48.8)	213 (70.3)	83 (27.3)	***
	31. おもいきりケンカでもしてみた	98 (16.1)	79 (26.1)	19 (6.3)	***
	44. むやみに腹がたつ	99 (16.3)	88 (29.0)	11 (3.6)	***
	54. 物音や人の声がカンにさわる	76 (12.5)	70 (23.1)	6 (2.0)	***
NF4 (13 項目) 労働意欲の低下	6. やっている仕事が単調すぎる	82 (13.5)	56 (18.5)	26 (8.6)	***
	13. いろいろなことが不満だ	252 (41.5)	195 (64.4)	57 (18.8)	***
	33. 毎日出勤するのが大変つらい	224 (36.9)	190 (62.7)	34 (11.2)	***
	34. 職場のふんいきが暗い	71 (11.7)	61 (20.1)	10 (3.3)	***
	37. 上役の人と気が合わないことが多い	104 (17.1)	90 (29.7)	14 (4.6)	***
	39. 仕事仲間とうまくいかない	50 (8.2)	44 (14.5)	6 (2.0)	***
	48. 働く意欲がない	114 (18.8)	105 (34.7)	9 (3.0)	***
	57. 仕事に興味がなくなった	106 (17.5)	92 (30.4)	14 (4.6)	***
	63. 将来に希望がもてない	153 (25.2)	139 (45.9)	14 (4.6)	***
	73. 今の仕事をいつまでもつづけたくない	298 (49.1)	219 (72.3)	79 (26.0)	***
	76. 生活にはりあいを感しない	176 (29.0)	143 (47.2)	33 (10.9)	***
	77. なんとなく生きているだけの様な気がする	162 (26.7)	137 (45.2)	25 (8.2)	***
	78. 努力しても仕方ないと思う	59 (9.7)	51 (16.8)	8 (2.6)	***

表 2 つづき

人 (%)

特性項目	質問項目	全体	高群	低群	検定
		(n = 607)	(n = 303)	(n = 304)	
NF5-1 (11 項目) 不安感	14. 心配ごとがある	359 (59.1)	242 (79.9)	117 (38.5)	***
	16. 理由もなく不安になることがときどきある	222 (36.6)	175 (57.8)	47 (15.5)	***
	19. ちかごろ、できもしないことを空想することが多い	102 (16.8)	90 (29.7)	12 (3.9)	***
	45. なんとなく落ち着かない	98 (16.1)	89 (29.4)	9 (3.0)	***
	46. 何かしようとしても、いろいろな事が頭に浮かんできて困る	136 (22.4)	108 (35.6)	28 (9.2)	***
	50. 自分が他人より劣っていると思えて仕方がない	222 (36.6)	168 (55.4)	54 (17.8)	***
	55. 気がちって困る	79 (13.0)	75 (24.8)	4 (1.3)	***
	64. だれかに打ち明けたいなやみがある	132 (21.7)	109 (36.0)	23 (7.6)	***
	69. ささいなことが気になる	214 (35.3)	153 (50.5)	61 (20.1)	***
	72. 家に帰っても仕事のことが気にかかって困る	170 (28.0)	126 (41.6)	44 (14.5)	***
	74. 夜、気がたつて眠れないことが多い	86 (14.2)	76 (25.1)	10 (3.3)	***
NF5-2 (9 項目) 抑うつ感	4. 生きていてもおもしろいことはないと思う	48 (7.9)	41 (13.5)	7 (2.3)	***
	15. 一人きりでいたいと思うことがある	341 (56.2)	217 (71.6)	124 (40.8)	***
	26. 自分がいやでしょうがない	113 (18.6)	100 (33.0)	13 (4.3)	***
	27. 話をするのがわずらわしい	73 (12.0)	66 (21.8)	7 (2.3)	***
	29. することに自信がもてない	219 (36.1)	179 (59.1)	40 (13.2)	***
	35. このところ、ボンヤリすることがある	166 (27.3)	135 (44.6)	31 (10.2)	***
	52. 何かで、スパーッとウサばらしをしたい	399 (65.7)	257 (84.8)	142 (46.7)	***
	79. 何をやっても楽しくない	60 (9.9)	55 (18.2)	5 (1.6)	***
	81. ゆううつな気分がする	194 (32.0)	175 (57.8)	19 (6.3)	***
NF6 (8 項目) 慢性疲労	9. このところ毎日ねむくてしょうがない	326 (53.7)	214 (70.6)	112 (36.8)	***
	12. 朝、起きた時でも疲れを感じることが多い	430 (70.8)	271 (89.4)	159 (52.3)	***
	30. このごろ全身がだるい	277 (45.6)	223 (73.6)	54 (17.8)	***
	32. 朝、起きた時、気分がすぐれない	267 (44.0)	217 (71.6)	50 (16.4)	***
	42. くつろぐ時間がない	241 (39.7)	171 (56.4)	70 (23.0)	***
	70. 仕事での疲れがとれない	398 (65.6)	263 (86.8)	135 (44.4)	***
	71. 横になりたいぐらい仕事で疲れることが多い	262 (43.2)	194 (64.0)	68 (22.4)	***
	75. 毎日の仕事でくたくたにつかれる	407 (67.1)	251 (82.8)	156 (51.3)	***

 χ^2 検定 ***: $p < 0.001$ 表 3 CFSI 特性項目別の平均訴え率と先行研究²⁸⁾との比較

特性項目	CFSI (%)					医療女子平均訴え率	本研究全体平均訴え率
	全体	高群	低群	全体女子*	医療女子**	全体女子平均訴え率	医療女子平均訴え率
	n = 607	n = 303	n = 304	n = 23,835	n = 6,010		
NF1 気力の減退	31.56	51.85	11.33	20.27	21.92	1.08	1.44
NF2-1 一般的疲労感	35.05	46.01	17.14	28.27	29.15	1.03	1.20
NF2-2 身体不調	13.03	26.26	7.28	15.38	15.65	1.02	0.83
NF3 イライラの状態	19.31	38.14	11.56	19.36	18.99	0.98	1.02
NF4 労働意欲の低下	23.46	38.92	8.55	18.73	18.28	0.98	1.28
NF5-1 不安感	32.00	40.35	12.05	18.84	20.04	1.06	1.60
NF5-2 抑うつ感	29.60	44.92	14.33	23.43	25.02	1.07	1.18
NF6 慢性疲労	47.85	74.42	33.31	33.55	39.59	1.18	1.21

* 女性労働者全体²⁸⁾ ** 病院で働く女性労働者全体²⁸⁾

表 4 DIT 例話の意思決定の度数分布

		人 (%)		
例話 No.	選択肢	全体 n = 607	CFSI	
			高群 n = 303	低群 n = 304
1				
	盗んだ方がよい	29 (4.8)	16 (5.3)	13 (4.3)
	わからない	157 (25.9)	85 (28.1)	72 (23.7)
	盗まない方がよい	421 (69.4)	202 (66.7)	219 (72.0)
2				
	飲ませた方がよい	53 (8.7)	27 (8.9)	26 (8.6)
	わからない	253 (41.7)	136 (44.9)	117 (38.5)
	飲ませない方がよい	301 (49.6)	140 (46.2)	161 (53.0)
3				
	盗んだ D の方が非難される	32 (5.3)	20 (6.6)	12 (3.9)
	わからない	415 (68.4)	201 (66.3)	214 (70.4)
	だました E の方が悪い	160 (26.4)	82 (27.1)	78 (25.7)

 χ^2 検定 n.s.: not significant

表 5 DIT 得点の 2 群比較 DIT 得点 (点)

	全体 n = 607	CFSI		検定
		高群 n = 303	低群 n = 304	
例話 1	4.01 \pm 0.55	4.03 \pm 0.54	4.00 \pm 0.55	n.s.
例話 2	4.26 \pm 0.41	4.25 \pm 0.41	4.27 \pm 0.41	n.s.
例話 3	4.22 \pm 0.49	4.20 \pm 0.54	4.24 \pm 0.46	n.s.
平均	4.16 \pm 0.33	4.16 \pm 0.33	4.17 \pm 0.33	n.s.

mean \pm SD Mann-Whitney U 検定 n.s.: not significant

『忠誠』の「患者が処方された薬を内服しようとし
ない時、時々強制的に注射をしようという気持ちに
なる」が 2.87 を示した。

6. MST 因子別の MST 得点

MST 因子別の MST 得点を表 7 に示す。MST 得
点は 94 ~ 197 点に分布し、全体では 140.69 \pm 13.86
点であった。2 群間の比較では CFSI の高群 142.80
 \pm 14.04 点、低群 138.59 \pm 13.37 点で、CFSI の高
群の方が低群より有意 ($p < 0.001$) に MST 得点が
高かった。MST 因子別の比較では『患者の理解』、
『責任／安全』、『患者の意思尊重』、『価値／信念』、
『正直』、『自律』では 2 群間に有意差は見られなかつ
たものの、『葛藤』 ($p < 0.001$)、『規則遵守』 ($p <$

『情』 ($p < 0.05$) の 5 因子では CFSI の高群の方が
低群より有意に MST 得点が高く、倫理的感受性は
蓄積的疲労が軽い人より疲労が強い人の方が高いこ
とが示唆された。

考 察

本研究で得られた臨床看護師 607 名の有効なアン
ケートの解析から年齢が若く、経験年数が短い人ほ
ど蓄積的疲労が強く、主任以上の職位の高い人より
一般スタッフで蓄積的疲労が強いことが明らかとな
った (表 1)。これらの結果は先行研究^{3,4)} とよく
一致している。また、本研究結果から短大卒以上の
人で蓄積的疲労が少なく、専門学校卒の人で蓄積的
疲労が強いことが明らかとなった。学歴と疲労との

表 6 MST 質問項目別の得点分布

n = 607 点

因子	問	質問項目	Range		Mean	SD
			Min	Max		
患者の理解	1	入院患者に接することは日常の最も重要なことである。	2	6	5.40	0.91
	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。	2	6	5.59	0.65
	3	自分の行うことについて、患者から肯定的反応を得ることは重要である。	1	6	4.68	0.97
	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。	1	6	3.97	1.13
責任／安全	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。	1	6	4.18	1.16
	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。	2	6	4.28	0.94
	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。	2	6	4.45	0.82
	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。	1	6	4.50	0.88
	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。	1	6	5.03	0.93
葛藤	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。	1	6	4.06	1.16
	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知ることの難しさを、しばしば感じている。	2	6	4.66	0.97
	17	患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。	1	6	4.10	0.82
	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。	1	6	3.36	1.34
規則遵守	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。	1	6	4.02	1.02
	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。	1	6	3.79	1.03
患者の意思尊重	4	患者の回復を見なければ、看護・医療の役割の意義を感じない。	1	6	3.26	1.2
	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。	1	6	4.39	1.09
	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。	1	6	4.31	0.85
忠誠	28	嫌いな患者により看護を行うことは難しいと思う。	1	6	3.64	1.25
	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。	1	6	2.87	1.17
	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。	1	6	3.97	1.1
	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。	1	6	2.42	1.34
価値／信念	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。	2	6	4.78	0.92
	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。	1	6	3.53	0.93
	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。	1	6	3.44	1.11
内省	23	患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する。	1	6	3.16	1.19
	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、自分だけのけものであると思う。	1	6	3.24	1.12
正直	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。	1	6	4.16	1.2
	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。	1	6	4.11	1.16
	19	よ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。	1	6	4.11	1
自律	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。	1	6	4.52	1.08
	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。	1	6	4.29	0.93
情	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。	1	6	3.84	1.01
	26	例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者が、グラス一杯のウィスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。	1	6	3.47	1.26

表 7 MST 因子別の MST 得点 (CFSI 高群・低群の比較)

MST 因子	全体 n = 607	CFSI		検定
		高群 n = 305	低群 n = 302	
MST 得点	140.69 ± 13.86	142.80 ± 14.04	138.59 ± 13.37	***
患者の理解	19.63 ± 2.26	19.75 ± 2.30	19.52 ± 2.22	n.s.
責任／安全	22.45 ± 2.79	22.48 ± 2.74	22.41 ± 2.84	n.s.
葛藤	16.18 ± 2.51	16.88 ± 2.45	15.47 ± 2.38	***
規則遵守	7.80 ± 1.67	7.94 ± 1.65	7.67 ± 1.68	*
患者の意思尊重	11.96 ± 2.03	11.94 ± 2.05	11.97 ± 2.00	n.s.
忠誠	12.89 ± 3.16	13.50 ± 3.10	12.29 ± 3.11	***
価値／信念	11.76 ± 1.91	11.81 ± 1.93	11.71 ± 1.90	n.s.
内省	6.41 ± 1.81	6.69 ± 1.92	6.12 ± 1.64	***
正直	12.37 ± 2.20	12.46 ± 2.18	12.29 ± 2.23	n.s.
自律	8.80 ± 1.44	8.73 ± 1.57	8.88 ± 1.29	n.s.
情	7.31 ± 1.78	7.50 ± 1.74	7.12 ± 1.79	*

mean ± SD Mann-Whitney U 検定
 *: p < 0.05 ***: p < 0.001 n.s.: not significant

関係を調査した報告はなく、これは新知見である。いずれにせよ、看護教育を十分受け、経験を積んで看護に関する知識と技能に富む人ほどストレスが少なく、蓄積的疲労も少ないのであろう。看護師の過労死^{1,2)}を防ぐためにも卒前の看護教育の充実と卒後の若手看護師の研修制度の充実が必要であると考えられる。

CFSI 特性項目別の平均訴え率について女性労働者全体と病院で働く女性労働者全体を比較した報告がある²⁸⁾。病院で働く女性労働者全体の数は 6010 名であるのに対し、同じ報告の中で病院で働く男性労働者の数は 767 名であることから²⁸⁾、この報告でアンケートの対象とした病院で働く女性労働者の大部分は看護師であったと推測される。この先行研究のアンケートは 20 年前に実施されており、先行研究の医療女子の平均訴え率と本研究対象者全体の平均訴え率を比較することにより、この 20 年間での看護師像の変化を推測することができる。

20 年前と比べ、『不安感』が 1.6 倍、『気力の減退』が 1.4 倍、『労働意欲の低下』が 1.3 倍、『慢性疲労』と『一般的疲労感』、『抑うつ感』が 1.2 倍に増加している一方、『身体不調』は 0.8 倍に減少している(表 3)。前述の如く 2003 年の診療報酬改訂に伴う包括払い制度の導入により入退院が増加して看護師

は常に多数の重症患者の医療処置と看護ケアを強制されることになり、過重な労働から蓄積的疲労を高めている¹⁾。本研究で対象とした総合病院の看護師は、このような労働環境での勤務を強要され、『慢性疲労』と強い『不安感』から『抑うつ感』を強め、『労働意欲の低下』や『気力の減退』を来していると推測される。医療水準の向上により辛うじて『身体不調』は免れているのであろう。

DIT 例話別の意思決定の度数分布は、いずれの例話においても CFSI の高群と低群の間に有意差は認められなかった(表 4)。しかし、例話 1 と例話 2 において最も正しい選択肢と考えられる「盗まない方がよい」と「飲ませない方がよい」は統計学的な有意差こそ認められなかったものの、CFSI の低群で高群より高頻度を選択されていた(表 4)。前述の如く CFSI の低群では高群より学歴や職位が高い人が多いことから Kohlberg & Kramer の道徳的発達理論²²⁾に基づいた倫理水準の高い人が上述のような選択をしたものと推察される。しかし、3 つの例話いずれにおいても、CFSI の高群と低群において DIT 得点に有意差は認められなかったことから(表 5)蓄積的疲労は道徳性の発達に関与していないと推測される。

本研究対象者の DIT 得点は 4.16 ± 0.33 であった

(表5)．同じ3つの例話を用いての看護学科大学1年生のDIT平均得点は4.18と報告されており¹³⁾，看護師は看護学生から看護師になっても，道徳的発達段階に成長が見られていない．一方，医学生とレジデントについては医学部1年生で4.21 ± 0.36点，医学部6年生で4.20 ± 0.31点，レジデントで4.33 ± 0.39点と報告されている²⁹⁾．この結果は医学生のうち道徳的発達が見られないが，臨床研修を終えたレジデントでは道徳的発達段階の有意 ($p < 0.05$) な進歩を示している²⁹⁾．この結果からみても前述のように看護師にも卒後の臨床研修が必要であると考えられる．以上のようなことから本研究では看護師の卒後研修の実施を提言する．

表6に示すように最も高いMST平均得点を示した因子は『患者の理解』の4.91であり，項目別では「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」が最も高いMST平均値5.59を示し，次いで「入院患者に接することは日常の最も重要なことである」が平均値5.40を示した．反対に最も低いMST平均得点を示したのは『内省』の3.20で，次いで『忠誠』の3.23であった．項目別で最も低い平均点を示したのは『忠誠』の「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」で2.42を示し，次いで同じく『忠誠』の「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」が2.87を示した．これらの判断は倫理的に理に適っており，本研究対象者の倫理的感受性が高いことを示唆している．病棟に勤務する看護師を対象に同じ質問紙で調査した最近の報告¹⁴⁾ではMST得点は86～177点に分布し，平均133.42 ± 10.8点であった．表7に示す本研究対象者のMST得点の平均値は94～197点に分布し，平均140.69 ± 13.86点であった．両者の値を比較すると，本研究対象者は同時代の他の病院で働く看護師と比較して倫理的感受性が高いことが裏付けられた．

倫理的感受性の高い本研究対象者の中でもCFSI高群と低群の間でMST得点に有意差 ($p < 0.001$) があり，蓄積的疲労の強いCFSI高群の方が蓄積的疲労の軽い低群より倫理的感受性が高いことが明らかとなった．本研究開始前には看護師の疲労が強ければ強いほど患者を「気遣う」余裕がなくなり，看護師の倫理観の低下に繋がることを予測したが，結

果は逆であった．蓄積的疲労が強い群の方で倫理的感受性が高かったことは倫理的問題の認知能力が高い人ほど倫理的問題に「気づく」ことも多くなり，倫理的問題に対する『葛藤』が増加し，それに積極的に対処しようとすればするほど蓄積的疲労が強くなることが推察される．やはり，看護は「病人を気遣い，世話をする実践」である¹⁶⁾ ことが本研究によって裏付けられたといえる．卒後の臨床看護研修によって「病人を気遣い，世話をする実践」能力を研鑽することにより蓄積的疲労を貯めずに倫理的感受性を高めることができ，さらに道徳的発達段階も上げることができるものと思われる．看護師の倫理観の向上は患者の幸福に繋がるものと信じ，本稿を終える．

謝辞 本稿を終えるに当たり，膨大なアンケートに快くご協力いただいた看護師のみなさんに厚くお礼を申し上げます．

利益相反

本研究に関し開示すべき利益相反はない．

文 献

- 1) 日本看護協会広報部．時間外勤務，夜勤・交代制勤務等緊急実態調査結果交代制勤務23人に1人が過労死の危険あり ナースのかえる・プロジェクト始動！．2009年4月24日．(2013年1月14日アクセス) http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20120704131922_f.pdf
- 2) 日本看護協会制作企画部編．2009年看護職員実態調査．東京：日本看護協会出版会；2010．(日本看護協会調査研究報告；83)
- 3) 佐藤和子，天野敦子．看護職者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査．大分看護研．2000;2:1-7．
- 4) 米澤弘恵，石津みゑ子，池本梨絵，ほか．三交代勤務看護職者の蓄積的疲労と睡眠感の経験年数による比較．愛知看護大紀．2000;6:9-17．
- 5) 佐藤美紀，米澤弘恵，石津みゑ子，ほか．三交代勤務に従事する女性看護職者の蓄積的疲労と主観的睡眠感との関係．日看医療会誌．2002;4:28-35．
- 6) 市江和子，水谷聖子，西川浩昭，ほか．総合病院に勤務する女性看護職者の蓄積的疲労に関する研究(その1) 労働と疲労に関する実態調査．日赤医．2009;59:459-467．
- 7) Evans D. An ethical dilemma: the dishonest doctor. *Nurs Forum*. 1995;30:5-11.
- 8) 松井美紀子，藤田きみゑ，伊丹君和，ほか．看

- 護者が臨床で経験するジレンマに関する検討. 滋賀大看護大誌. 2000;4:51-56.
- 9) 田村京子. 看護の倫理. 岡崎寿美子, 小島恭子編. ケアの質を高める看護倫理 ジレンマを解決するために. 東京: 医歯薬出版; 2002. pp1-10.
- 10) 岡崎寿美子. ケアに必要な看護者の倫理. 岡崎寿美子, 小島恭子編. ケアの質を高める看護倫理 ジレンマを解決するために. 東京: 医歯薬出版; 2002. pp11-20.
- 11) 小島恭子, 近藤まゆみ. 患者中心の看護倫理を実践するために. 岡崎寿美子, 小島恭子編. ケアの質を高める看護倫理 ジレンマを解決するために. 東京: 医歯薬出版; 2002. pp21-27.
- 12) 大森武子. 患者の人権と看護. 大森武子, 山内義廣著. 看護と法 人権・看護実践・現代医療. 東京: 医歯薬出版; 2004. pp23-30.
- 13) 堀口雅美, 大日向輝美, 酒井英美, ほか. 基礎看護学における看護倫理教育の検討 本学看護学生の道徳的推論と道徳的発達段階の特徴. 札幌医大保健紀. 2002;5:25-33.
- 14) 水澤久恵. 看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題 倫理教育の現状と道徳的感性に関連する定量的調査研究を踏まえて. 生命倫理. 2010;20:129-139.
- 15) 佐藤蓉子. 看護ケアの現場における倫理的問題. 看教. 1996;37:12-16.
- 16) Benner PE, Wrubel J. 難波卓志訳. 現象学的人間論と看護. 東京: 医学書院; 1999.
- 17) Fry ST, Johnstone MJ. 片田範子, 山本あい子訳. 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド. 第2版. 東京: 日本看護協会出版会; 2005.
- 18) 山岸明子. 道徳性発達とジェンダーの問題 Kohlberg & Gilligan 理論再考. 順天堂スポーツ健科研. 2010;1:449-456.
- 19) 中村美知子, 西田文子, 比江島欣慎, ほか. 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) に焦点を当てて. 山梨医大紀. 2001;18:41-46.
- 20) Rest J, Davison ML, Robbins S. Age trends in judging moral issues: a review of cross-sectional, longitudinal, and sequential studies of defining issues test. *Child Dev.* 1978;49:263-279.
- 21) 山岸明子. DIT 日本版. 道徳性の発達に関する実証的・倫理的研究. 東京: 風間書房; 1995. pp304-312.
- 22) Kohlberg L, Kramer R. Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Hum Dev.* 1969;12:93-120.
- 23) Lutzen K, Nordin C. Conceptualization and instrument of nurse's moral sensitivity in psychiatric practice. *Int J Methods in Psychiatr Res.* 1994;4:241-248.
- 24) 中村美知子, 石川 操, 比江島欣慎, ほか. Moral sensitivity test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討 (その1). 山梨医大紀. 2000; 17:52-57.
- 25) 越河六郎, 藤井 亀. 蓄積的疲労徴候調査 (CFSI) について. 労働と健康の調和 CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) マニュアル. 川崎: 労働科学研究所出版部; 2002. pp106-139.
- 26) 越河六郎. CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) の妥当性と信頼性. 労働科学. 1991;67:145-157.
- 27) 藤森和俊, 横川博英監修. 看護研究をはじめのための統計と臨床疫学. 研究デザインから検定方法の理解に役立つ. 東京: 学研メディカル秀潤社; 2013.
- 28) 越河六郎, 藤井 亀, 平田敦子. 労働負担の主観的評価に関する研究 (1) CFSI (蓄積的疲労徴候インデックス) 改訂の概要. 労働科学. 1992;68:489-502.
- 29) Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I. The development of a brief objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Med Ethics.* (Internet). 2004; 5:E1. (accessed 2012.12.11) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC343288/pdf/1472-6939-5-1.pdf>

RELATIONSHIP BETWEEN ETHICAL VIEWS AND FATIGUE IN CLINICAL NURSES

— Comparison of Cumulative Fatigue with Moral Sensitivity and Its Developmental Stage —

Hiroe YONEZAWA, Keizo SATO, Mieko ISHIZU,
Masaya FUJISHIRO, Syun MIZUNO, Ritsuko OBUCHI,
Urara FUKUCHI, Takuro FURUYA, Susumu NITTONO,
Takao HIROWATARI and Hiroko IWATA

Department of Legal Medicine, Showa University School of Medicine

Abstract — At present, most clinical nurses complain of excessive cumulative fatigue due to an increase in medical and nursing care duties. It may be reasonable to assume that such fatigue alters their ethical viewpoint. To our knowledge there are no reports to date which discuss the relationship between ethical views and fatigue in clinical nurses. We studied this relationship by comparing the cumulative fatigue in clinical nurses with moral sensitivity and its developmental stage. We sent a self-completed questionnaire to clinical nurses working at two general hospitals and obtained effective responses from 607 nurses. The questionnaire included the background of the subjects, the Japanese version of the Defining Issues Test (DIT) for examining moral developmental stage, the Japanese version of the Moral Sensitivity Test (MST) and the Cumulative Fatigue Symptoms Index (CFSI). The subjects were divided into two groups based on the CFSI scores (median: 19 points); the high group had scores of more than 19 points and the low group, 19 points or less. The background, DIT and MST scores were compared between the high and low CFSI groups. The chi-squared test and Mann-Whitney U test were used for the comparison. The mean age in the high group was significantly lower than in the low group. The mean number of years of experience was significantly shorter in the high group than in the low group. The educational background was significantly higher in the low group than in the high group. The position in the low group was significantly higher than in the high group. There were no significant differences in DIT scores between the high and low groups. The mean MST score was significantly higher in the high group than in the low group. From the results obtained, the conclusion seems to be that cumulative fatigue in clinical nurses is not associated with moral developmental stage, but that individuals with higher cumulative fatigue possess higher moral sensitivity.

Key words: clinical nurse, ethical view, cumulative fatigue, moral developmental stage, moral sensitivity

〔受付：2月18日，受理：2月21日，2013〕