

介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める教育プログラムの開発とその妥当性の検討

藤野あゆみ¹, 百瀬由美子¹, 天木 伸子¹

The development and validity of an ethics education program that promotes moral sensitivity of nurses at nursing homes

Ayumi Fujino¹, Yumiko Momose¹, Nobuko Amaki¹

本研究の目的は、介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラムを作成・実施し、介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性（合計得点および下位尺度得点）等を用いて評価することである。研究参加者は介護保険施設の看護職25名であった。介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高めるために、講義と小グループディスカッションを組み合わせた教育方略を実施した。介入前・後において介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性尺度（以下、MSS-NHと略す）等で構成した質問紙調査を実施し、全ての質問紙を回収できた23名を分析対象とした。介入前・後でMSS-NHの合計得点に差はなかったが、「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点のみ有意差が認められた。今後の課題は道徳的感受性を高め、かつ高く維持するプログラムの開発とそれを継続的に評価することである。

キーワード：道徳的感受性、教育プログラム、看護職、介護保険施設

I. はじめに

高齢者の自立支援と利用者本位を掲げて、社会保険方式を採用した介護保険制度の施行後17年が経過した。介護保険制度は、介護サービスを「措置」から利用者が自ら選択・決定する「契約」へと転換し、利用者である高齢者の権利擁護を検討する必要性を明確にした(新井, 荒井, 2008)。

ただし、介護老人福祉施設および介護老人保健施設(以下、介護保険施設と略す)の入所者は、身体機能の低下や言語障害だけではなく、入所者の95%以上が認知症を有するため(厚生労働省, 2016)、自らの意思を表示することが難しいことが多い。先行研究でも、治療や終末期の過ごし方の選択場面で入所者の意思が反映されにくかったり(香川, 2002)、日常生活の援助場面において入所者は入浴の好みが尊重されなかったり(中村, 堀内, 浅野, 2005)、施設での金銭管理について自己決定

できなかつたりする(大友, 2008)と報告され、介護保険施設には多様な倫理的課題が潜在する可能性があった。

このような状況を見過ごさず、適切に対応するためには、個々の状況の倫理的側面に気づく道徳的感受性が欠かせない(Fry, Johnstone, 翻訳, 2010)。しかし、看護職は日常の様々な問題を看護倫理上の問題と捉える視点が弱いと指摘されるため(岡谷, 1999)、看護職の道徳的感受性を高めることが重要であった。道徳的感受性は、Restが初めて用いた用語といわれ(Weaver, Morse, 2006; Lützn, Kvist, 2012)、Restが「私たちの行動が他者にどのような影響を及ぼすかについての気づき/awareness」と定義した(Rest, Narváez, 1994)。Restは、道徳的発達理論に基づいて道徳的行動に必要な4つの要素モデル(道徳的感受性、道徳的判断、道徳的動機、道徳的特性から成る)を理論化し、そのモデルの1要素として道徳的感受性を位置づけた(Rest, 1982)。道徳的感受性は、教育介入によって向上すると指摘され(Baerøe, Norheim, 2011)、医療機関の看護職を対象に

¹愛知県立大学看護学部(老年看護学)

した教育介入によって道徳的感受性の向上が報告されているが (Jo, An, 2015), 医療機関の看護職対象の教育介入を介護保険施設の看護職にそのまま適用することは難しかった。

そこで、介護保険施設が高齢者の生活の場であるという特徴を踏まえて、施設に入所する高齢者の尊厳のある暮らしを支えるため、日常場面を倫理的側面から捉える日常倫理 (Kans, Caplan, 1990) に基づいて介護保険施設の看護職対象の道徳的感受性を高める倫理教育プログラムを開発し、実施・評価する必要があると考えた。

II. 研究目的

本研究は、介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラム (以下、プログラムと略す) を作成・実施し、介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性 (合計得点および下位尺度得点) 等を用いて評価することを目的とする。

III. 用語の定義

本研究では、道徳的感受性を「介護保険施設で葛藤を抱く状況における道徳的価値に対する気づきであり、自己の役割に対する認識」と定義する。

IV. 研究方法

1. 研究参加者

A市周辺の介護保険施設から抽出された200施設の施設長に本研究への協力依頼に関する説明文を送付し、施設長より同意が得られた18施設に所属する看護職の中で、本人より研究参加の同意が得られた25名を研究参加者とした。

2. データ収集

介入前と介入後で同じコード番号を付した自記式質問紙を用いてデータ収集を行った。介入前の質問紙は、基本属性 (年齢, 経験年数, 職位, 看護倫理綱領の既知, 倫理研修への参加, 施設の種類, 自施設での看取り・身体拘束の実施), 介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性尺度 (以下, MSS-NHと略す) の17項目 (藤野, 百瀬, 天木, 2014) 等で構成した。介入後の質問紙は, MSS-NH, 質評価のための形容詞 (安田, 渡辺, 2008) を参考

に作成したプログラムの質評価9項目, 目標の達成度7項目等で構成した。なお, MSS-MHは, 「高齢者の尊厳を守る体制づくり」, 「その人らしい生活を支える」, 「高齢者の能力を活かす」, 「栄養摂取法の意味決定」の4つの下位尺度で構成されている。

質問紙の回収方法については, 介入前はプログラム実施直前に個別の封筒に封入して回収し, 介入後はプログラム直後の一時的な変化ではなく, 通常業務を経た後に持続する変化を捉えるために, プログラム終了後に1ヶ月間の通常業務を実施してから個別に郵送する方法とした。

3. 分析方法

介入前・後のMSS-NHの得点を算出するため, 両期の質問紙のMSS-NHの全質問項目に回答されたものを分析対象とした。基本統計量を算出した。介入前と介入後のMSS-NHの合計得点に対する属性 (年齢, 経験年数, 職位, 看護倫理綱領の既知, 倫理研修への参加, 施設の種類, 自施設での看取り・身体拘束の実施) の影響を調べるために, 介入前と介入後のMSS-NH合計得点を属性で2群に分けてMann-Whitney検定を行った。プログラムの質評価と目標の達成度は, 単純集計した。統計ソフトはIBM SPSS Statisticsバージョン24を使用し, 有意水準は $p < 0.05$ とした。

4. 介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラムの開発

プログラムの発達段階 (Rossi, Lipsey, Freeman, 翻訳, 2005) を参考に, ニーズアセスメント, プログラムのゴール・目標の明確化, 教育方略, 実施, 評価の観点から倫理教育プログラムを作成した。プログラムのニーズアセスメントでは, 「高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」 (厚生労働省, 2015) の相談・通報件数と虐待判断件数が年々増加する現状を鑑み, 施設の看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラムが必要と考えた。プログラムのゴールを「介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める」と定め, ゴール到達を目指して麻原の倫理教育プログラムを参考に (麻原, 2008) 図1に示した①~⑦の目標を立てた。

看護職の道徳的感受性を高める教育方略としては, 研究参加者自身による討議や経験が有用であるが (David, Patricia, Donna, Eric, 翻訳, 2003), 研究参加者が倫

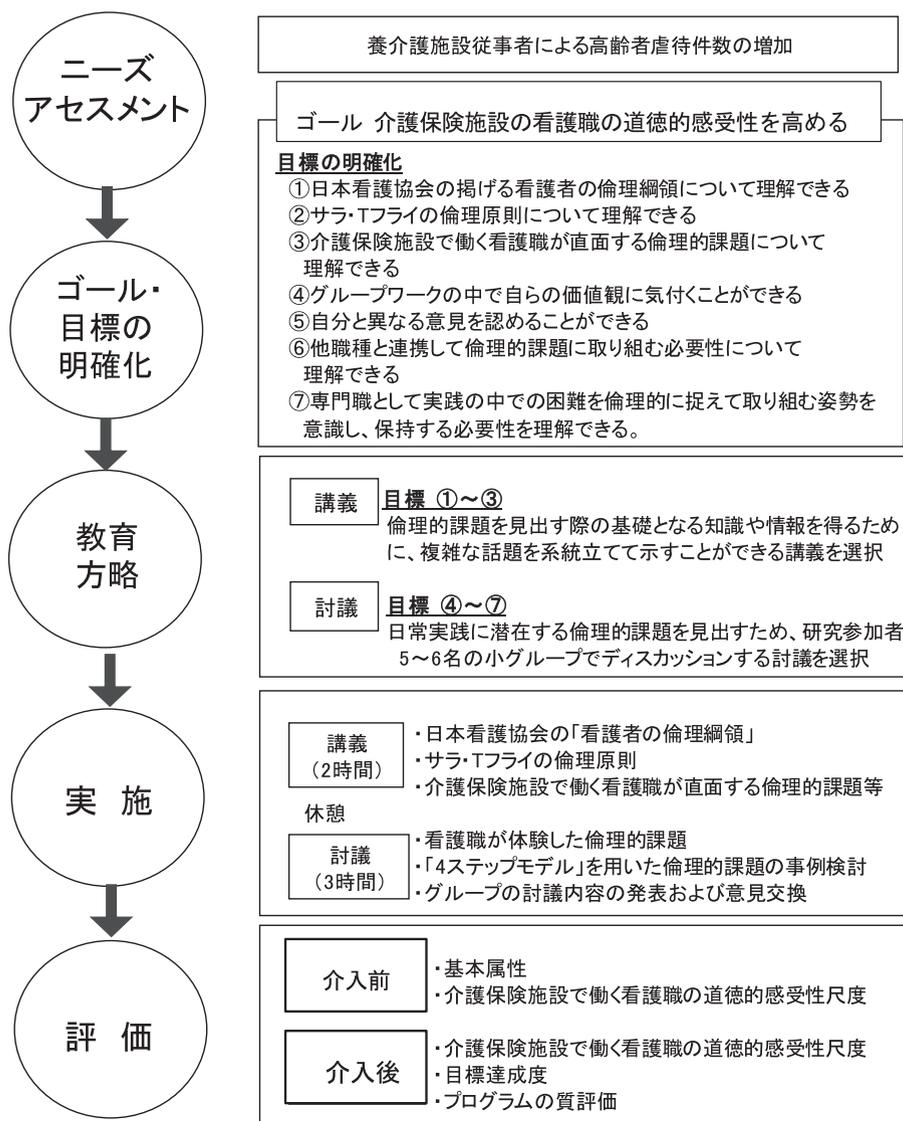


図1 介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラム開発の流れ

理的課題の知識や情報を有しなければ、自らの経験を振り返り、十分に話し合うことができない可能性があった。そのため、討議の前に必要な知識や情報を提供する講義と小グループディスカッションを組み合わせた教育方略 (David, 翻訳, 2003) を選択した。

講義においては、研究参加者が倫理的課題を見出すための観点となる看護者の倫理綱領 (日本看護協会, 2003) や倫理原則、また介護保険施設で他の看護職が直面している倫理的課題や高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン (日本老年医学会, 2012) について理解し、高齢者の尊厳、自律等を重視する観点から介護保険施設の現状を捉えることができるようにする必要

があると考えた。そこで、目標①～③については、「看護者の倫理綱領」、「サラ・Tフライの倫理原則」、「介護保険施設で働く看護職が直面する倫理的課題として「高齢者の安全を守る無危害」と「自由に動きたい高齢者の自律の尊重」の対立する倫理的葛藤」、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」等を講義した(約2時間)。

討議においては、研究参加者が倫理的課題を見出す手掛かりを得るため、倫理的課題のある状況を俯瞰的に捉えたり、他者の視点から理解したりすることが必要と考えた。そこで、目標④～⑦については、研究参加者5～6名の1グループに教員経験のあるファシリテーターを1

名配置し、グループで討議した。討議では、個々の看護職が体験した倫理的課題を話し合い（約1時間）、その中から1事例を選んで「4ステップモデル」（麻原，2008）を用いて「全体の状況は何か、どんな人が関係していて、どんなことに困っているか」「関係している人々が大切にしている思いは何か」等について、状況、関係者、関係者の思い/価値観、個々の関係者の思い/価値観に沿った選択肢、予測される結果、看護職のすべきこと等の観点から討議した（約1時間）。グループで討議した後、全員で討議内容を共有し、意見交換を行った（約1時間）。

5. 倫理的配慮

本研究は所属大学の研究倫理審査委員会の審査と承認を受けて行った（看24-10）。介護保険施設の施設長と看護職に本研究の趣旨、プライバシー保護、自由意思による参加、研究以外の目的で使用しないこと、データの厳重管理、介入前・後で同一のコード番号を付した無記名の自記式質問紙を用いるが個人が特定されないことなどを文書および口頭で説明し、文書で同意を得た。

V. 結果

事前に申し込んだ26名中25名が本プログラムに参加し、その内、介入前・後の質問紙を回収できた23名分（有効回答率92.0%）を分析対象とした。

1. 分析対象者の属性

分析対象者は全員女性で、年齢は28～61歳、平均年齢が47.5±8.5歳、看護職の経験年数は7～38年間で平均経験年数21.3±7.5年であった。職位はスタッフが8名（34.8%）、主任が9名（39.1%）、師長が4名（17.4%）、その他が2名（8.7%）であった。看護者の倫理綱領を「知っている」が4名（17.4%）、「知らない」は19名（82.6%）であった。看護倫理研修への参加「あり」が2名（8.7%）、「なし」は21名（91.3%）であった。現在の勤務先は介護老人保健施設が12施設（52.2%）、介護老人福祉施設は11施設（47.8%）、施設での看取り実施「あり」が21施設（91.3%）、「なし」は2施設（8.7%）で、身体拘束の実施「あり」が9施設（39.1%）、「なし」は14施設（60.9%）であった。

2. 介入前および介入後のMSS-NHの合計得点と属性との関係

介入前および介入後のMSS-NHの合計得点を属性で分けてMann-Whitney検定を行った結果、年齢、経験年数、看護倫理綱領の既知の有無、倫理研修への参加の有無、施設の種類の、自施設での看取り・身体拘束の実施の有無で分けた2群間で、介入前のMSS-NH合計得点と介入後のMSS-NHの合計得点は有意差がみられなかった。

3. 介入前・後のMSS-NH合計得点および各下位尺度得点の比較

介入前・後におけるMSS-NHの比較のため、MSS-NH合計得点および各下位尺度得点についてWilcoxonの符号付き順位検定を行った結果、介入前・後のMSS-NH全体の合計得点では差がみられなかったが、介入前・後の「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点のみに有意差がみられた（ $p = 0.02$ ）（図2）。MSS-NHの合計得点の介入前の中央値は73、四分位範囲が9、最小値が41、第1四分位が68、第3四分位が77、最大値が87、介入後は同順で72、14、56、68、82、88であった。有意差の

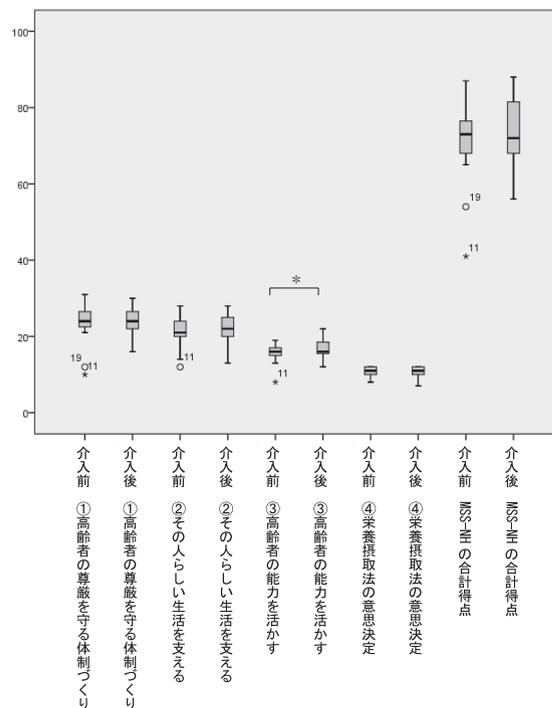


図2 MSS-NHの合計得点・下位尺度①～④の得点の介入前後の得点比較

* $p < 0.05$

みられた「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点の介入前の中央値は16, 四分位範囲が3, 最小値が8, 第1四分位が14, 第3四分位が17であり, 最大値が19, 介入後は同順で16, 4, 12, 15, 19, 22であった。有意差のみられなかった下位尺度については、「高齢者の尊厳を守る体制づくり」の下位尺度得点の介入前の中央値は24, 四分位範囲が5, 最小値が10, 第1四分位が22, 第3四分位が27, 最大値が31, 介入後は同順で24, 5, 16, 22, 27, 30であった。「その人らしい生活を支える」は介入前・後における下位尺度得点に有意差がみられなかったが ($p = 0.05$), 介入前の中央値は21, 四分位範囲が4, 最小値が12, 第1四分位が20, 第3四分位が24, 最大値が28, 介入後は同順で22, 5, 13, 20, 25, 28であった。「栄養摂取法の意味決定」の下位尺度得点の介入前の中央値は11, 四分位範囲が2, 最小値が8, 第1四分位が10, 第3四分位が12, 最大値が12, 介入後は同順で11, 2, 7, 10, 12, 12であった。

4. 目標の達成度と倫理教育プログラムの質評価 (図3, 図4)

目標①～⑦の達成度について「1:全くそう思わない」から「6:全くそう思う」で問うた。「5:そう思う」もしくは「6:全くそう思う」と回答した割合が高かった項目は、「⑥他職種と連携して倫理的課題に取り組む必要性を理解できた」の22名 (95.7%) であり, 同割合が低かった項目は「④グループワークで自らの価値観に気づくことができた」の14名 (60.9%) であった。

プログラムの質評価について「5:そう思う」もしくは「6:全くそう思う」と回答した割合が高かったのは、「②教育プログラム内容は役立つものであった」の19名 (82.6%) と「⑦教育プログラム内容は有用であった」の19名 (82.6%) であり, 同割合が低かった項目は「⑨教育プログラム内容は革新的であった」の11名 (47.8%) であった。

VI. 考 察

1. 倫理教育プログラムの効果

介入前と介入後のMSS-NHの合計得点について属性で分けてMann-Whitney検定を行った結果, いずれも有意差がみられず, 介入前と介入後のMSS-NHの合計得点は属性の影響を受けていないと考えられた。本プログラムは, 年齢, 経験年数, 職位, 看護倫理綱領の既知,

倫理研修への参加, 施設の種類, 自施設での看取り・身体拘束の実施等の属性の影響を受けず, 幅広い対象者に適用できる可能性が考えられた。

本研究の教育プログラムの介入前・後でMSS-NHの合計得点で差がなかったのは, 本プログラムの教育方略が影響していると考えられた。本研究では, 「介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める」ために講義と討議を行い, 講義では, 研究参加者が倫理的課題を見出す際の観点となる看護者の倫理綱領等を理解できるようにしたが, 全ての内容を理解するには2時間の講義では十分ではなかった可能性があった。そのため, 講義内容を絞り込み, 講義中に研究参加者に理解できない内容を確認して再度説明し, 研究参加者が確実に理解できるようにすることが肝要であった。

また, 討議では, 看護職が倫理的課題を見出す手がかりを得るために, 看護職の体験した倫理的課題を題材に4ステップモデルに基づいて「全体の状況は何か, どんな人が関係していて, どんなことに困っているか」等を話し合ったが, これらの話し合いは倫理課題を見出すというより, 倫理的課題を理解することに焦点が当たっていた。しかし, 研究参加者が新たに学習した知識を適用して介護保険施設に潜在する倫理的課題を見出すためには, これまで研究参加者がどのようにして倫理的課題に気づいたのかを重視し, 今後, どうしたら倫理的課題に気づけるかを具体的に話し合うことが不可欠であった。そのため, 討議では倫理的課題をいかに見出すかに焦点を当てた話し合いができるように修正する必要がある。

介入前・後のMSS-NHの合計得点は差がなかったが, 図2のMSS-NHの合計得点・下位尺度①～④の得点の介入前後の得点比較では, MSS-NHの合計得点が介入前より介入後にばらつきが大きくなっていった。このような結果が示されたのは, 道徳的感受性を高めることは両刃の刃であり, 道徳的感受性を高めて倫理的課題に気づいても, それを考えて行動する能力がなければ, 感受性を鈍化させるといわれるように (Davis, Raeve, Tschudin, 翻訳, 2008), 本研究で介入後に道徳的感受性が高まった者もいれば, 逆に倫理的課題への対応に苦慮し, 感受性を介入前より低下させた者がいたためではないかと考えられた。

そこで, 本プログラムを看護職が倫理的課題に気づくだけではなく, 倫理的課題にいかに取り組むか, 誰にどのような援助を求めるのかを具体的に検討する内容に修正し, 看護職の道徳的感受性を高め, かつ高く維持でき

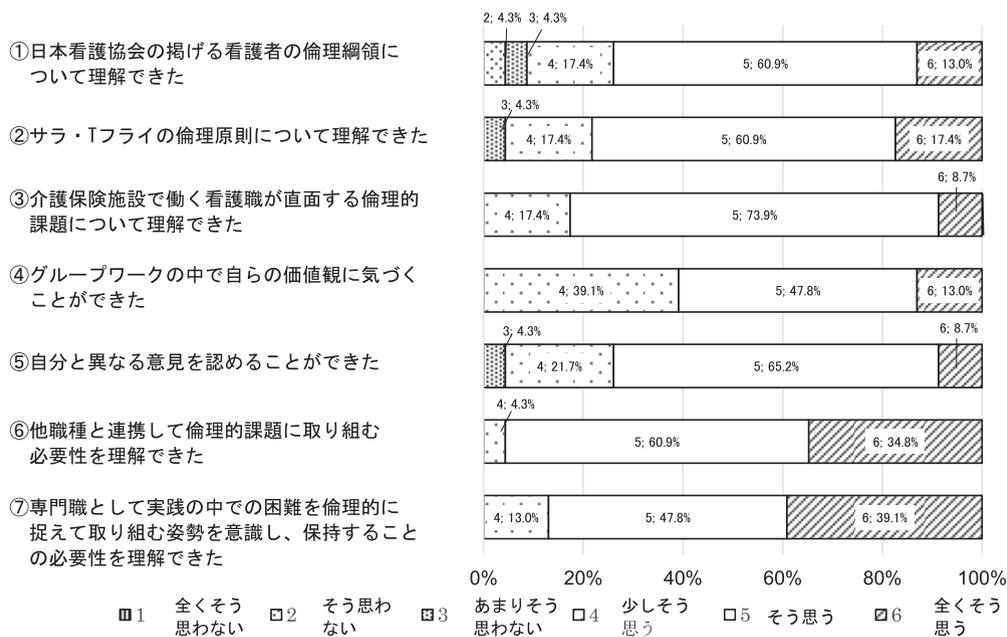


図3 倫理教育プログラムの目標達成度

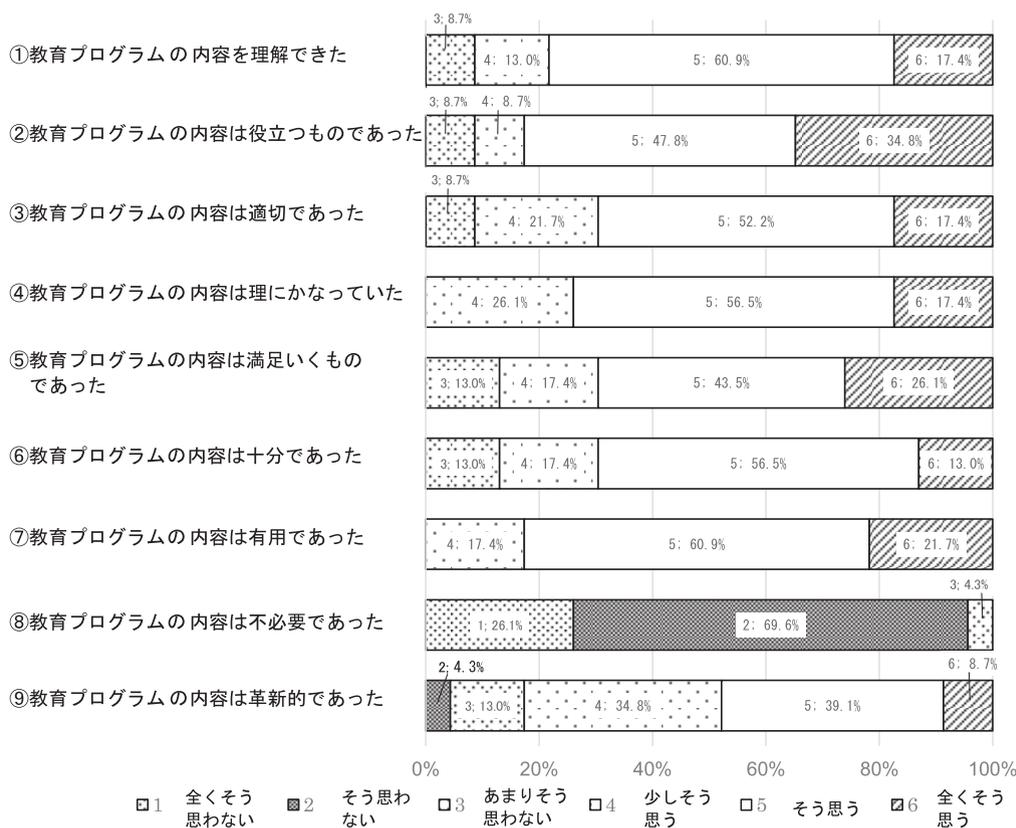


図4 倫理教育プログラムの質評価

るようにすることが重要と考えられた。また、本プログラムでは、介入後の評価を介入直後の一時的な変化ではなく、通常業務を経た後に持続する変化を捉えるために、介入後に1ヶ月間の通常業務を実施してから評価したが、道徳的感受性を高く維持できるかを長期的に評価することも併せて検討する必要がある。

本研究の倫理教育プログラムの介入前・後においてMSS-NHの「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点のみに有意差がみられた。この点については、本プログラムにおいて日常倫理の観点から「高齢者の安全を守る無危害」と「自由に動きたい高齢者の自律の尊重」が対立する倫理的葛藤場面を例に、看護職は転倒予防という安全を重視するが、高齢者はできることは自分でやりたいし、その気持ちの理解を施設のスタッフに期待していることを(沖中, 2007)講義で伝えたことが影響しているのではないかと考えられた。プログラム終了後に施設で働く中で、高齢者の安全を重視するだけではなく、高齢者の能力をいかにして活かすかという観点から状況を捉え直したことで、研究参加者は高齢者が能力を発揮できるように支援する重要性を認識し、介入後の「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点が介入前より有意に高くなったと考えられた。

一方、MSS-NHの「高齢者の尊厳を守る体制づくり」、「その人らしい生活を支える」、「栄養摂取法の意味決定」の下位尺度得点はいずれも介入前・後で有意差がみられなかった。「高齢者の尊厳を守る体制づくり」の下位尺度得点は、介入前・後の中央値、四分範囲、第1四分位、第3四分位の変化がなく、本プログラムがほとんど影響しなかったと推測された。本プログラムでは、看護者の倫理綱領の条文を例に高齢者の尊厳を守ることに講義したが、その重要性について研究参加者は看護師養成課程等で繰り返し教育され、現場でも何度も耳にしていると推測され、高齢者の尊厳を守ることは看護職として果たすべき役割の1つと捉えている可能性があった。ただし、対象者の尊厳を守ることは、誰に対してもいつでも同じ対応をすればよいのではなく、状況によって求められる対応が異なる場合があり、高齢者の置かれている状況、高齢者の考え方や性格、家族との関係を含めて、どのように対応するかを検討することが必要であった。本プログラムでは、研究参加者の体験を基に討議したが、今後は高齢者の尊厳が脅かされている事例を準備し、その高齢者の尊厳を守るとはどのようなことか、何をすることが求められているかを討議することで、研究

参加者が施設に入所する高齢者一人ひとりについて「今、この方は尊厳を守られているといえるだろうか」という視点から状況を捉えられるようにすることが必要であった。

MSS-NHの「その人らしい生活を支える」の下位尺度得点は、有意差がみられなかったもの(p=0.05)、介入後の得点が高い傾向がみられた。「その人らしい生活を支える」ためには、高齢者本人もしくは家族から情報を得ることが必要であるが、介護保険施設に入所する高齢者は意思表示できなかつたり、身寄りがなかつたりすることがあるため、高齢者のその人らしさに関する情報を得ることは容易ではないと予測された。そこで、「その人らしい生活を支える」ことの重要性を伝えるだけではなく、研究参加者がどのようにしてその人らしさを引き出しているのかを共有する時間を新たに設けることで、「その人らしい生活を支える」ために必要な情報を確実に得られるように支援することも切要であった。

MSS-NHの「栄養摂取法の意味決定」の下位尺度得点に介入前・後で有意差がみられなかったのは、本プログラムの構成が影響していると考えられた。本プログラムでは「高齢者ケアの意味決定プロセスに関するガイドライン」に触れ、高齢者の意思や高齢者にとっての最善(清水, 2013)を中心に据えた高齢者の意思決定プロセスを紹介した。しかし、本研究では、研究参加者の体験を基に討議したため、栄養摂取の意味決定に関する体験が語られなかったグループでは、高齢者が経口摂取できなくなった時、いかにして栄養摂取法の意味決定をしていくのか等について研究参加者が能動的に考え、意見を交わす機会がなかった。そのため、研究参加者が上記のガイドラインを理解した上で、高齢者が食事を摂取できなくなった場合、自分ならどうするか等についてロールプレイを通して考え、これまでの実践を振り返る教育方略を取り入れる必要があった。

2. 倫理教育プログラムの評価(目標達成度および質評価の視点から)

本プログラムは「介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める」ゴールを目指して目標を設定し、実施後に目標達成度とプログラムの質評価を行った。目標達成度について「全くそう思う」もしくは「そう思う」と回答した割合は、ほとんどの項目で7割以上であり、特に「⑥他職種と連携して倫理的課題に取り組む必要性を理解できた」は、9割以上の回答が得られた。一方、同割

合が低かった「④グループワークで自らの価値観に気づくことができる」には、今回、講義終了直後からグループで討論を始めたが、その前に研究参加者が自分の考えをまとめる時間を設け、他者との意見交換で自分の価値観に気づけるようにする必要があったと考えた。

質評価について「全くそう思う」もしくは「そう思う」と回答した割合は、9項目中（⑧教育プログラム内容は不必要であったという逆転項目を除く）6項目で7割以上であったが、「⑨教育プログラム内容は革新的であった」は同割合が5割未満であった。より革新的なプログラムに近づけるためには、プログラムを開発する前に看護職を対象にしたニーズ調査を行う等、プログラム開発段階から看護職が参加する仕組みを作り、教育で用いる素材だけでなく、教育方略の選択でも看護職の意見を反映し、看護職と共にプログラムを作成する試みが必要であった。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、介入前・後の質問紙調査によってMSS-NHの全体の合計得点では差がなかったが、「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点のみに有意差が認められた。本プログラムは、MSS-NHの下位尺度「高齢者の能力を活かす」を高めるという限定的な効果がみられたが、今後、教育方略の選択、教育として用いる素材等を検討してプログラムを修正することが肝要であった。また、本研究の結果は、分析対象者23名から得ているという限界があり、今後は対象者の人数を増やし、結果の説得力を高めることが求められた。なお、本研究では、介入後の評価をプログラム終了後に研究参加者が1ヶ月間通常業務を行ってから調査したが、道徳的感受性の長期的な変化をとらえるためには、期間を置いて再調査する必要があった。そして、今後、介護保険施設の看護職を対象にした道徳的感受性の高めるプログラムを作成する際には、道徳的感受性を高めることに加えて、高く維持できるプログラムへと修正し、継続的に評価することも課題として残された。

VIII. 結 論

本研究は、介護保険施設の看護職の道徳的感受性を高める倫理教育プログラムを開発し、実施・評価した結果、介入前・後でMSS-NHの合計得点で差がみられなかつ

たが、MSS-NHの「高齢者の能力を活かす」の下位尺度得点のみに有意差が認められた。

謝 辞

本研究にご協力くださいました研究参加者の皆様に心よりお礼申し上げます。なお、本研究は、「科学研究費助成事業（科学研究費補助金）（若手（B））課題番号21792331」の助成を受け、実施した。

文 献

- 麻原きよみ. (2008). 現場のジレンマと向き合う技法倫理的意思決定の「4ステップモデル」を活用しよう! 保健師は日常の活動のなかで倫理的ジレンマを感じている. *保健師ジャーナル*, 64(2), 144-148.
- 新井明日奈, 荒井由美子. (2008). 介護に関する事前の意思決定及び意思表示 わが国の一般生活者2161名における実態. *日本老年医学会雑誌*, 45(6), 640-646.
- Baerøe, K., & Norheim, O. F. (2011). Mapping out structural features in clinical care calling for ethical sensitivity: a theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services. *Bioethics*, 25(7), 394-402.
- David, E. K., Patricis, A. T., Donna, M. H., & Eric, B. B. (2003). (小泉俊三, 大西弘高, 翻訳). *医学教育プログラム開発—6段階アプローチによる学習と評価の一体化* (pp. 47-71). 東京: 篠原出版社.
- Davis, A. J., Raeve, L., & Tschudin, V. (2008). (小西恵美子, 和泉成子, 江藤裕之, 翻訳). *看護倫理を教える・学ぶ—倫理教育の視点と方法* (pp. 126-132). 東京: 日本看護協会出版会.
- 藤野あゆみ, 百瀬由美子, 天木伸子. (2014). 介護保険施設で働く看護職の道徳的感受性尺度の開発. *日本看護倫理学会誌*, 6(1), 30-38.
- Fry, S. T., & Johnstone, M. J. (2010). (片田範子, 山本あい子, 翻訳). *看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド第3版* (pp. 75-84). 東京: 日本看護協会出版会.
- Jo, K., & An, G. J. (2015). Effects of an educational program on shared decision-making among

- Korean nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 839-846.
- 香川由美子. (2002). 老人保健施設におけるターミナル事例に対する医療者の倫理的葛藤 (Ethical Conflict) の分析と課題. *日本看護医療学会雑誌*, 4(2), 19-26.
- Kans, R. A., & Caplan, A. L. (1990). *Everyday ethics: resolving dilemmas in nursing home life*(pp. 3-19). New York: Springer.
- 厚生労働省. (2015). 平成27年度 高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072782.html>
- 厚生労働省. (2016). 平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況, 5介護保険施設の利用者の状況. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf
- Lützén, K., & Kvist, B. E. (2012). Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum: An Interdisciplinary Journal On Hospitals' Ethical And Legal Issues*, 24(1), 13-25.
- 中村摩紀, 堀内ふき, 浅野祐子. (2005). 介護保険施設における入浴に関する看護職の認識特性の検討. *老年看護学*, 10(1), 75-86.
- 日本看護協会. (2003). 看護者の倫理綱領. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>
- 日本老年医学会. (2012). 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 岡谷恵子. (1999). 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識. *看護*, 51(2), 26-31.
- 沖中由美. (2007). ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張—もっとできる自分を知ってほしい—. *日本看護研究学会雑誌*, 30(4), 45-52.
- 大友芳恵. (2008). 介護保険制度施行以降における特別養護老人ホームの援助の変化 1996年調査と2006年調査結果の比較から. *北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集*, 11, 137-152.
- Rest, J. R. (1982). A psychologist looks at the teaching of ethics. *The Hastings Center Report*, 12 (1), 29-36.
- Rest, J. R., & Narváez, D. (1994). *Moral Development in the Professions Psychology and Applied ethics*(pp. 22-25). New Jersey: Psychology Press.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2005). (大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 本永拓郎, 翻訳). *プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド*(pp. 38-41). 東京: 日本評論社.
- 日本老年医学会. (2012). 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 清水哲郎. (2013). 清水哲郎による臨床倫理のススメ(第6回) 意思決定プロセス 本人の意思確認ができないとき. *看護技術*, 59(7), 754-759.
- Weaver, K., & Morse, J. M. (2006). Pragmatic utility: Using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 20(3), 191-214.
- 安田節之, 渡辺直登. (2008). *プログラム評価研究の方法* (pp. 77-79). 東京: 新曜社.