

看護経済・政策研究学会誌
Journal of Nursing Economics and Policies

Vol. 8 No. 1



[2025]

看護経済・政策研究学会
Japan Society of Nursing Economics and Policies

研究論文

看護サービス労働の評価尺度に関する日本語版 Good Nursing Care Scale の開発および信頼性と妥当性の検証

武 亜希子¹⁾²⁾, 堤 由美子¹⁾¹⁾鹿児島国際大学看護学部看護学科²⁾鹿児島国際大学大学院経済学研究科地域経済政策専攻博士後期課程

Development of the Japanese Version of the Good Nursing Care Scale for the Evaluation of Nursing Service Work

Akiko Take^{1,2}, Yumiko Tsutsumi¹¹Graduate School of Nursing, The International University of Kagoshima²Doctoral Program, Regional Economic Policy, Graduate School of Economics, The International University of Kagoshima

(受付 : 2025 年 8 月 25 日 採択 : 2025 年 12 月 24 日)

【要旨】

本研究では、Good Nursing Care Scale 日本語版 (GNCS-J) の看護師用と患者用を開発し、信頼性と妥当性を検証することが目的であった。調査は、A 県内の急性期病院の看護師と入院患者を対象として実施した。看護師用 GNCS-J (有効回答 228 名) は、尺度全体の信頼性は確認された (Cronbach's $\alpha = 0.93 : 0.67-0.84$)。しかし、適合度指標は基準を満たさず (CFI = .791, TLI = .761, RMSEA = .067), 妥当性に課題を残した。これは、回答者が中堅看護師に偏ったことに起因すると推察される。一方、患者用 GNCS-J (有効回答 132 名) は、高い信頼性 (Cronbach's $\alpha = 0.96 : 0.76-0.94$) を示したが、少ないサンプル数 (有効回答率 19.7%) のために、結果の再現性に課題が残った。また、妥当性も基準を満たさなかった (CFI = .809, TLI = .782, RMSEA = .087)。これらの結果より、看護師用 GNCS-J はサンプリング方法を再検討した上で再検証、患者用 GNCS-J はサンプル数を増加させた上での再検証が必要である。GNCS-J は、今後の検証を経て、看護の経済的価値を可視化し、病院経営に活用できる可能性がある。

キーワード : サービス労働, 看護の質, 看護サービスの評価, Good Nursing Care Scale, 尺度開発, 信頼性と妥当性

【Abstract】

The purpose of this study was to develop the Japanese version of the Good Nursing Care Scale (GNCS-J) for both nurses and patients, and to examine its initial reliability and validity. The survey was conducted among nurses and inpatients at an acute care hospital in Prefecture A. For the Nurse version of the GNCS-J (n = 228), the overall scale demonstrated high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.93 : 0.67-0.84$). However, the model fit indices did not meet the established standards (CFI = .791, TLI = .761, RMSEA = .067), suggesting issues with construct validity. This outcome is likely attributable to a response bias toward mid-career nurses. Conversely, the Patient version of the GNCS-J (n = 132) exhibited excellent reliability (Cronbach's $\alpha = 0.96 : 0.76-0.94$). Despite this, the small sample size (19.7% valid response

rate) raises concerns regarding the reproducibility of the findings. The validity indices also failed to meet the required criteria (CFI = .809, TLI = .782, RMSEA = .087). These results indicate that the Nurse version of the GNCS-J requires re-validation with a revised sampling strategy, while the Patient version necessitates re-validation with a substantially larger sample size. Following subsequent rigorous validation, the GNCS-J holds promise as a tool for quantifying the economic value of nursing care and potentially informing hospital management decisions.

Key words : service labor, quality of nursing care, nursing service evaluation, Good Nursing Care Scale, scale development, reliability and validity

I. 緒言

従来、サービス労働はマルクスの労働価値説¹⁾において「不生産的な労働」とされてきたが、近年では労働力価値形成説²⁾に基づき、看護のように人の能力や状態に変化をもたらす労働は「価値を創出する労働」として再評価されている。特に、看護サービス労働は、看護師と患者との相互関係を通じてサービスの質が相乗的に高まる特性を持つことから³⁾、価値創出的な労働と位置付けることができる。

日本では、従来の看護サービス評価に関する研究は、看護師の主観的な評価⁴⁾、または、患者側からの評価⁵⁾に偏り、双方向かつ総合的な評価尺度⁶⁾の活用は少ない。その結果、看護サービスの全体像を客観的に把握することが困難となっている。

国際的には、サービス・マーケティング分野で開発された評価尺度⁷⁾が、保健・医療サービスの質評価に広く応用されている。これらの尺度は、患者が抱くサービスへの期待と、実際に受けたサービスへの満足感との乖離の程度を評価するものが多い。なかでも、看護師を対象とした研究⁸⁾では、患者が物質的な側面よりも対人関係の質を重視する傾向を明らかにしている。この知見は、看護の質の高さが患者のニーズへの対応度によって決定されることを示唆する。すなわち、看護師が提供する専門的な知識や技術が、患者の求める「安心」や「信頼」につながるとは限らず、看護師が重視する専門的な質の高さと、患者が望む頼れる看護者の存在という側面との間には、認識のギャップが存在する可能性が示唆される。このような背景から、看護分野においても相互関係に焦点を当てた評価の重要性が高まっている。看護サービスの質を経済的に評価し、より良いサービスを探究するためには、施設間や国際的な比較が可能な普遍的な尺度が不可欠である。また、サービスの質が、顧客満足、従業員満足、そして最終的な収益性につながるという経営学の知見であるサービス・プロフィット・チェーン⁹⁾においても、経済的評価は重要になる。しかし、現状の一方的な評価尺度では、普遍的かつ客観的な比較を行うことが十分ではないため、患者のニーズを捉えるには課題がある。そのため、看護サービスの経済的・政策的な評価への活用も不十分であるといえる。

Helena Leino-Kilpi が開発した version3 Good Nursing Care Scale (以下、GNCS)^{10,11)}は、患者に行われている良い看護サービスの品質を患者と看護師の双方向から総合的に評価するための尺度である。外科や急性期治療の看護の評価が可能な尺度として、信頼性および妥当性が国際的にも確認されている¹¹⁻¹⁶⁾。しかし、日本語版はこれまでに作成されていない。日本の看護サービスの品質を国際的に評価することができれば、看護政策評価への応用や国際的なベンチマーキングが可能となり、日本の看護サービスの発展に貢献すると考えた。そこで、本研究では、日本語版 GNCS を作成して、尺度の信頼性と妥当性の検証を行うことを目的とした。

II. 研究方法

1. 日本語版 GNCS (GNCS-J) の作成

Version3 GNCS は、良い看護の質を測定するための自記式質問紙であり、7つの因子・計40項目から構成されている(表1)。GNCSの看護師用(提供側)と患者用(受け手)は、質問項目が対応しており、それぞれの立場から良い看護の実践を評価することができる。

原著者より、各因子を要約した表現のみを公表する許可を得たため、以下に記載する。なお、原稿の患者

表 1. GNCS-J の信頼度

GNCS-J 因子	項目数	項目の要約	看護師用GNCS-J (n=228)			患者用GNCS-J (n=132)		
			n	Mean±SD	Cronbach's α	n	Mean±SD	Cronbach's α
	40		167	3.0±0.8	0.93	56	3.3±0.4	0.96
看護師の特性	5	親しみやすさ, 丁寧さ, サービス精神 等	220	3.0±0.5	0.77	128	3.6±0.1	0.91
看護活動	6	患者への説明, 症状観察 プロフェッショナルな方法, 等	211	3.1±0.5	0.83	120	3.6±0.3	0.88
ケアの前提条件	5	最新の看護の知識・技術がある 根拠のある看護の実践 人材・医療機器の充足, 等	198	2.8±0.7	0.67	119	3.6±0.1	0.92
看護の環境	5	安全管理や感染防止の体制, 患者の尊厳, 等	213	3.1±0.8	0.78	122	3.7±0.3	0.80
看護のプロセス	6	入退院の連携, 自宅での症状管理, 等	199	2.8±0.8	0.77	88	3.6±0.4	0.76
患者のエンパワメント	7	患者の質問や意見を大事にする 費用負担・制度利用の理解 患者の回復に向けた支援, 等	199	2.9±1.1	0.81	86	3.4±0.4	0.90
看護師と家族の協働	6	家族の話聞き情報を提供する ケアの参画, 等	206	2.8±0.9	0.84	106	3.4±0.1	0.94

用 version2 GNCS-P であれば, 文献 14 において, 40 項目の質問文を参照でき, 原版の患者用 version3 GNCS-P は, 文献 11 において 7 因子の要約のみを参照することができる。

『看護師の特性 (5 項目)』は, 主に, 親しみやすさ, 丁寧さ, サービス精神などに関する質問である。『看護活動 (6 項目)』は, 患者への説明, 症状の観察, 精神的サポート, プロフェッショナルな方法に関する質問である。『ケアの前提条件 (5 項目)』は, 主に, 最新の看護の知識・技術がある, 根拠のある看護の実践, 人材・医療機器の充足など, 看護師のケア実践に必要となる前提条件に関する質問である。『看護の環境 (5 項目)』は, 安全管理や感染防止の体制, 患者の尊厳など, 看護を受ける環境に関する質問である。『看護のプロセス (6 項目)』は, 入退院の連携, 自宅での症状管理にむけた看護に関する質問である。『患者のエンパワメント (7 項目)』は, 患者の質問や意見を大事にする, 経済的な費用負担や制度利用の理解, 患者の回復に向けた支援に関する質問である。『看護師と家族の協働 (6 項目)』は, 家族の話聞き情報提供する, ケアの参画に関する質問である。

回答は, “全くそうである = 4” ~ “分からない = 0” までの 5 件法で求めた。

各因子得点の平均値を算出し, その値に基づいて以下の 6 段階で看護の質を評価する: 1.0~1.5 点 = ケアの質が非常に低い, 1.6~2.0 点 = 低い, 2.1~2.5 点 = やや低い, 2.6~3.0 点 = やや高い, 3.1~3.5 点 = 高い, 3.6~4.0 点 = 非常に高い。たとえば, 看護師用 GNCS の得点が高ければ, 看護師が良質な看護を提供していると解釈され, 患者用 GNCS の得点が高ければ, 患者が良質な看護を受けていると評価される。

1) GNCS 日本語版 (GNCS-J) の作成手順

GNCS 日本語版 (GNCS-J) の作成にあたっては, 著者, 経済学, 看護学, 国際文化学 (翻訳研究の専門家) の合計 4 名からなる翻訳チームによって行った。著者は, 経済学の知見を有する看護学の専門家として, 翻訳の進行と順翻訳の実施において役割を担った。

(1) 事前準備

GNCS の原著者より, 日本語翻訳の許諾を得た。

(2) 順翻訳と日本語暫定版の作成

著者とバイリンガルの看護学研究者の 2 名が, 看護師用および患者用の GNCS について独立して順翻訳を実施した。次いで, 両方の尺度の順翻訳を詳細に比較検討し, 統一された日本語暫定版を作成した。

(3) 予備的検証と逆翻訳

逆翻訳の精度向上を目的として, 日本語暫定版に対する予備的な検証を実施した。看護師用は臨床看護師 3 名を, 患者用は一般病棟への入院歴がある成人 3 名を対象として調査を行い, 不適切な表現を改めた。その後, 順翻訳に携わっていないバイリンガルの臨床看護師が, この日本語暫定版の逆翻訳を独立して実施した。

(4) 翻訳版の統合と等価性の確認

翻訳チームは、原版、日本語暫定版、および逆翻訳版の3つの文書を精査し、それぞれの質問項目間における概念的および内容的な等価性を検証した。加えて、患者用と看護師用の質問項目が概念的に正しく対応していることを確認した。

(5) 認知的デブリーフィング¹⁷⁾による最終検証

質問項目の表現や用語が適切に理解されることを確認するため、認知的デブリーフィングを実施した。対象は臨床看護師5名、および入院経験を持つ成人7名とし、対象集団にとって不適切性や誤解を招く表現がないかを検証した。

これらの厳格なプロセスを経て、翻訳内容の等価性が原著者によって正式に承認された。

2. 調査計画1：看護師用 GNCS-J の検証

1) 研究対象者

対象は、A県内の300床以上の急性期病院5施設の一般病棟に所属し、臨床経験年数が6か月以上の看護師562名とした。ICU、救急病棟、手術室、外来に所属する看護師は、業務内容の特殊性により調査対象から除外した。また、管理職である看護師長も除外した。

2) 調査期間

調査は、2024年3月から6月に実施した。

3) 調査方法

対象者へ、無記名の自記式質問紙調査を実施した。病棟の看護師長を通じて、対象の看護師に、本研究の趣旨、目的、方法の説明と協力依頼を行い、調査票を配布した。郵送法によって回収を行った。調査票の回答および投函をもって、研究参加への同意を確認した。

4) 調査内容

回答者の性別、年齢、教育歴、職歴等の基本情報を収集した。看護師用 GNCS-J 各質問項目に対して5件法で回答を求めた。

3. 調査計画2：患者用 GNCS-J の検証

1) 研究対象者

調査計画1に基づき、看護師の勤務するA県内の300床以上の急性期病院4施設の一般病棟において、2泊3日以上入院期間を有する18歳以上の患者670名を対象に、郵送法による質問紙調査を実施した。なお、ICU・救急病棟の入院、外来通院、1泊2日以内の短期入院、意識障害や認知機能の低下がある患者は調査対象から除外した。

2) 調査期間

調査は、2024年3月から6月に実施した。

3) 調査方法

対象者へ無記名の自記式質問紙調査を実施した。調査計画1の対象看護師が勤務する病棟の看護師長を通じて、基準を満たす患者の選定を依頼した。退院が決定した対象となる患者には、調査計画1の対象看護師を通じて、本研究の趣旨、目的、方法の説明と協力の依頼および調査票の配布を行ってもらった。回答期間は、退院後1か月以内とし、郵送法で回収を行った。調査票の回答および投函をもって、研究参加への同意を確認した。

4) 調査内容

回答者の性別、年齢、教育歴、職歴、入院歴等の基本属性の情報を収集した。患者用 GNCS-J 各質問項目に対して5件法で回答を求めた。

4. 分析方法

調査計画1および2の分析方法は、同一の方法で行った。本研究では、看護師用および患者用の GNCS-J

について、以下の方法でデータを分析した。

有効回答は、GNCS-Jの全40項目のうち80%以上に回答があるものとした。また、“分からない=0”の回答が50%を超えるデータは除外した。また、統計解析においては、他言語版尺度の検証における研究上の取り扱いに準じ、各項目の未回答（欠損率2.5～12.5%）と、“分からない=0”の回答は欠損値として扱い、除外した。

回答者の基本属性は記述統計量を用いて集計した。尺度の妥当性を検証するための確認的因子分析にはIBM SPSS Amos 29を、その他の統計解析にはIBM SPSS Statistics 29を使用した。

1) 項目分析の検討

各項目の度数分布と平均・標準偏差による天井効果および床効果の確認を行った。また、項目の信頼性の検証のためにI-T相関分析を行い、各項目が $r \geq .30$ であることを確認した。

2) 信頼性の検討

内的整合性を確認するため、尺度全体と因子のCronbach's α 係数を求めた。

3) 妥当性の検討

構成概念妥当性を確認するため、確認的因子分析を行い、モデルの適合度指標として χ^2 , df, p値, CFI, TLI, RMSEAを用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は、GNCSの原著者より2022年10月に日本語翻訳の許諾を得て実施した。研究の実施にあたっては、鹿児島国際大学教育研究倫理審査委員会（承認番号：23-17）および調査協力病院の倫理審査委員会において承認を取得した。調査対象者には、参加は自由意思に基づくこと、質問票は無記名であること、回答済みの質問票は個別に返送してもらうこと、さらに取得したデータは本研究の目的以外には使用しないことを、依頼文書を通じて事前に説明した。その上で、質問票の返送をもって研究への同意が得られたものと判断した。

III. 結果

1. 結果 1 看護師用 GNCS-J

562部を配布し、回収233部、回収率41.5%、有効回答228部、有効回答率40.6%であった。

1) 看護師の基本属性（表2）

年齢は平均 34.0 ± 10.3 （23～44）歳、性別は男性13名（5.7%）、女性215名（94.3%）であった。臨床経験年数は、平均 10.9 ± 9.8 （1.1～20.7）年、中央値7.9年、現部署の経験年数は平均 4.5 ± 4.1 （0.4～8.6）年であった。

2) 項目分析（表1）

尺度全体は平均 3.0 ± 0.8 点とやや高いレベルであった。各因子の平均は、『看護活動』 3.1 ± 0.5 点と『看護の環境』 3.1 ± 0.8 点が最も高く、『看護師の特性』 3.0 ± 0.5 点、『患者のエンパワメント』 2.9 ± 1.1 点、『看護のプロセス』 2.8 ± 0.8 点であり、また、『ケアの前提条件』 2.8 ± 0.7 点と『看護師と家族の協働』 2.8 ± 0.9 点が最も低かった。天井効果および床効果は確認されなかった。

3) 信頼性の検討（表1）

信頼性については、I-T相関係数は $r = .32 \sim .68$ （ $p < .001$ ）であり、尺度全体のCronbach's α 係数は $\alpha = 0.93$ （ $n = 167$ ）であった。

各因子では、『看護師の特性』 $\alpha = 0.77$ 、『看護活動』 $\alpha = 0.83$ 、『ケアの前提条件』 $\alpha = 0.67$ 、『看護の環境』 $\alpha = 0.78$ 、『看護のプロセス』 $\alpha = 0.77$ 、『患者のエンパワメント』 $\alpha = 0.81$ 、『看護師と家族の協働』 $\alpha = 0.84$ であった。

4) 妥当性の検討（図1）

妥当性については、確認的因子分析の適合度指標は、 $\chi^2 = 1462.8$, $df = 719$, $p = .000$, CFI = .791, TLI = .761, RMSEA = .067であった。因子間の推定値は.31～.77、各因子とその項目間の標準化推定値は.34～.81、各項目

表 2. 看護師の基本属性 (記述統計量)

	n		n(%)
年齢(歳)	228	平均34.0±10.3(23~44)	
性別	228	男	13(5.7)
		女	215(94.3)
看護師経験(年)	228	平均10.9±9.8 (1.1~20.7) 中央値7.9	
現所属部署経験(年)	228	平均4.5±4.1(0.4~8.6)	
雇用形態	228	常勤	224(98.3)
		非常勤	4(1.7)
最終学歴	228	看護専門学校5年課程	5(2.2)
		看護専門学校3年課程	196(86.0)
		看護大学	19(8.3)
		看護大学修士号	3(1.3)
		看護大学博士号	1(0.4)
		不明	4(1.8)
国家資格の種類	228	看護師	220(96.5)
		看護師+保健師	5(2.2)
		不明	3(1.3)
他, 資格の保有	7	認定看護師	5
		専門看護師	1
		診療看護師/特定行為看護師	1

目の重相関係数は $R^2 = .12 \sim .66$ であった。特に、『ケアの前提条件』因子に含まれる項目 30「人材・医療機器の充足」は、標準化推定値 = .34 と重相関係数 $R^2 = .12$ が最も低かった。

2. 結果 2 患者用 GNCS-J

670 部を配布し、回収 144 部、回収率 21.5%、有効回答 132 部、有効回答率 19.7% であった。

1) 患者の基本属性 (表 3)

平均年齢は 63.4 ± 14.7 (48~78) 歳、性別は男性 80 名 (60.6%)、女性 52 名 (39.4%) であった。入院は予定入院が 91 名 (68.9%)、緊急入院が 38 名 (28.8%)、不明 3 (2.3%) であった。入院経験は、初回 64 名 (48.5%)、2 回以上 68 名 (51.5%) であった。現施設への入院歴は初回 80 名 (60.6%)、2 回以上 52 名 (39.4%) であった。入院期間は 13.5 ± 13.7 日であった。

2) 項目分析 (表 1)

尺度全体は平均 3.3 ± 0.4 点と高いレベルであった。各因子の平均は、『看護の環境』 3.7 ± 0.3 点が最も高く、他では、『看護師の特性』 3.6 ± 0.1 点、『看護活動』 3.6 ± 0.3 点、『ケアの前提条件』 3.6 ± 0.1 点、『看護のプロセス』 3.6 ± 0.4 点、『患者のエンパワメント』 3.4 ± 0.4 点、『看護師と家族の協働』 3.4 ± 0.1 点であった。天井効果は、『看護の環境』、『看護のプロセス』で確認された。床効果は確認されなかった。

3) 信頼性の検討 (表 1)

欠損値処理後の解析サンプル数は、回答者 $n = 132$ に対して、尺度全体で $n = 56$ であった。信頼性については、I-T 相関係数は $r = .43 \sim .78$ ($p < .001$) であり、尺度全体の Cronbach's α 係数は $\alpha = 0.96$ ($n = 56$)、各因子では、 $\alpha = 0.76 \sim 0.94$ であった。また、『看護のプロセス』因子 ($n = 88$) と『患者のエンパワメント』因子 ($n = 86$) で“わからない = 0”の回答が特に多く、欠損値として扱われた。

4) 妥当性の検討 (図 2)

妥当性については、確認的因子分析の適合度指標は、 $\chi^2 = 1435.9$, $df = 719$, $p = .000$, CFI = .809, TLI = .782, RMSEA = .087 であった。因子間の推定値は .43~.88, 各因子とその項目間の標準化推定値は .54~.90, 各項目の重相関係数は $R^2 = .23 \sim .81$ であった。

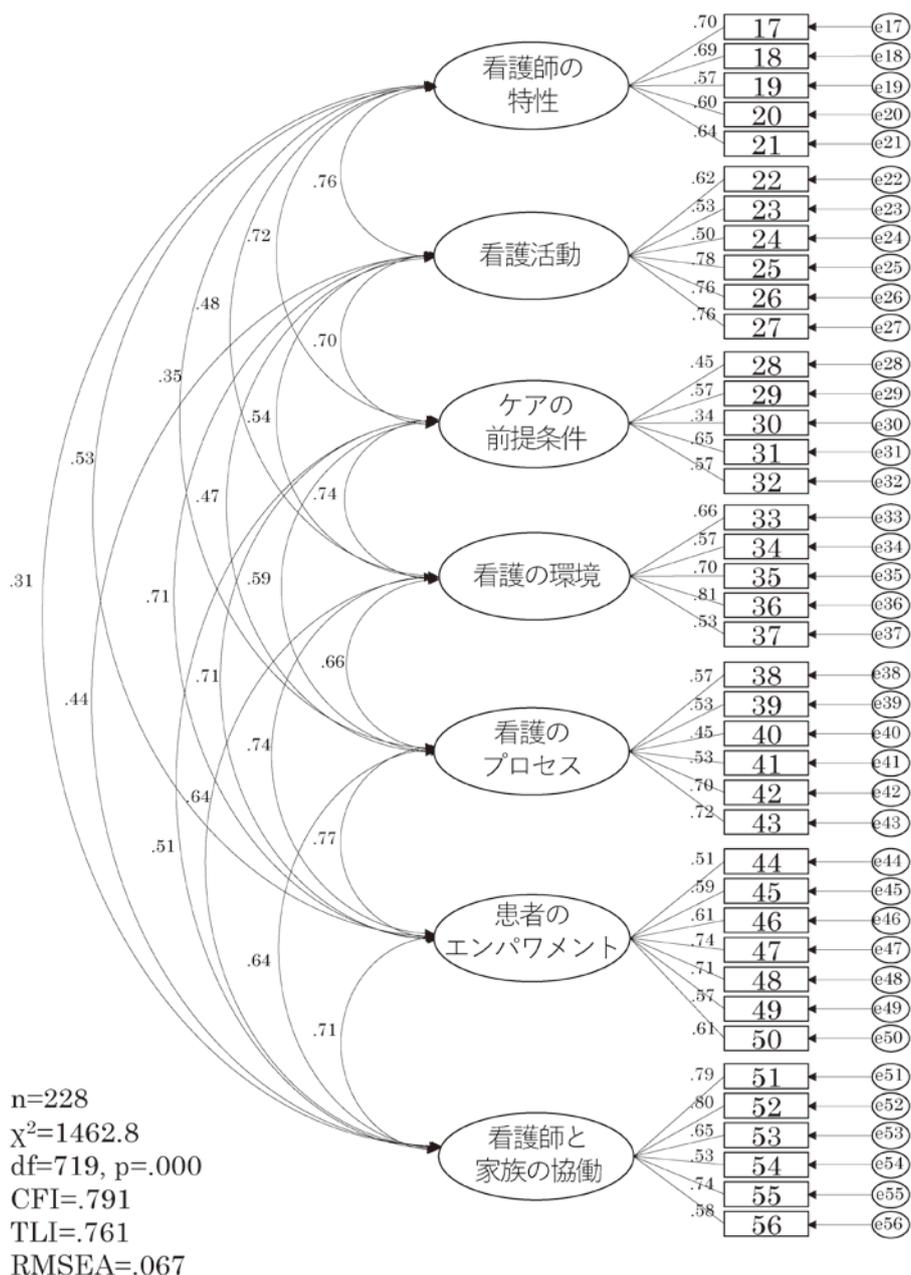


図 1. 看護師用 GNCS-J 確認的因子モデル

IV. 考察

本研究の目的は、Good Nursing Care Scale 日本語版 (GNCS-J) を作成し、信頼性と妥当性を検証することであった。また、国際的な検証との比較のため、本研究では原著モデルの構造を維持し、その適合度を確認した。

1) 看護師用 GNCS-J の評価

看護師用 GNCS-J の信頼性については、I-T 相関係数は $r = .32 \sim .68$ と Cronbach's α 係数は尺度全体で $\alpha = 0.93$ と良好な値を示し、信頼性を有することが確認された。

一方、因子別に見ると、看護師のケア実践に必要な前提条件に関する項目である『ケアの前提条件』因子は、他因子よりも信頼性が低く ($\alpha = 0.67$)、基準値 0.7 を満たさなかった (表 2)。この点については、本調査の回答者は中堅看護師が多数を占め、経験年数の属性に偏りがあったことが影響した可能性がある。

妥当性については、因子間 (推定値 .31~.77) および因子と項目間 (標準化推定値 .34~.81) の関連性は

表 3. 患者の基本属性 (記述統計量)

	n		n(%)
年齢(歳)	132	平均63.4±14.7(48~78)	
性別	132	男 女	80(60.6) 52(39.4)
現施設への入院	132	予定入院 救急入院 不明	91(68.9) 38(28.8) 3(2.3)
入院経験	132	初回 2回以上	64(48.5) 68(51.5)
現施設の入院回数	132	初回 2回以上	80(60.6) 52(39.4)
入院期間(日)	125	平均13.5±13.7	
就業状況	132	就業者 無職 退職後 専業主婦 学生	63(47.7) 31(23.5) 26(19.7) 10(7.6) 2(1.5)
住居形態	132	独り暮らし 同居者あり 不明	29(22.0) 101(76.5) 2(1.5)
最終学歴	132	中学校 高等学校卒業 専門学校等 大学 大学院 不明	1(0.8) 14(10.6) 63(47.7) 20(15.2) 31(23.5) 3(2.3)

良好であった。しかし、確認的因子分析の適合度指標では、CFI (.791), TLI (.761) は、モデルの適合度が良好とされる基準値 $\geq .90$ を下回った。一方で、RMSEA (.067) は、許容範囲内 ($\leq .08$) であった。以上の適合度指標全体を考慮すると、看護師用 GNCS-J は、本調査のデータへの適合度が十分ではなく、構造的妥当性には課題が残るといえる。これについては、本調査における回答者の属性の偏りが影響していると考えられる。

国際的な GNCS-version3 の検証では、Stolt ら¹⁶⁾ がフィンランド語版を使った Rasch 分析を行い、看護師用尺度の Cronbach's $\alpha = 0.88$ を確認している。他、看護師用尺度を確認的因子分析による妥当性を確認した報告は無く、本研究結果を比較はすることはできなかった。

以上から、今後は、さらに幅広い年齢層の看護師を対象として、信頼性・妥当性を検討する必要がある。また、良い看護という価値観を反映する概念の測定における文化的な相違についても検討する必要性が示唆された。

2) 患者用 GNCS-J の評価

患者用 GNCS-J の信頼性については、I-T 相関係数は $r = .43 \sim .78$ と Cronbach's α 係数は尺度全体で $\alpha = .96$ と良好な値を示した。しかし、欠損値処理の結果、解析サンプル数が $n = 56$ へと大幅に減少したため、信頼性には課題が残る。

一方、妥当性については、因子間 (推定値 .43~.88) および因子と項目間 (標準化推定値 .54~.90) の関連性は良好であった。しかし、確認的因子分析のモデル適合度指標は、RMSEA (.087), CFI (.809), TLI (.782) であり、構造的妥当性の基準 (RMSEA $\leq .08$, CFI および TLI $\geq .90$) を満たさなかった。

この適合度の低さの主要因は、低い解析サンプルサイズ (有効回答率 19.7%) と、それに伴う回答者母集団の代表性の低さが、モデルの適合度を十分に証明できない結果に影響したと推察される。また、『看護のプロセス』因子と『患者のエンパワメント』因子は、“わからない = 0” と回答した者が多かった。これらから、

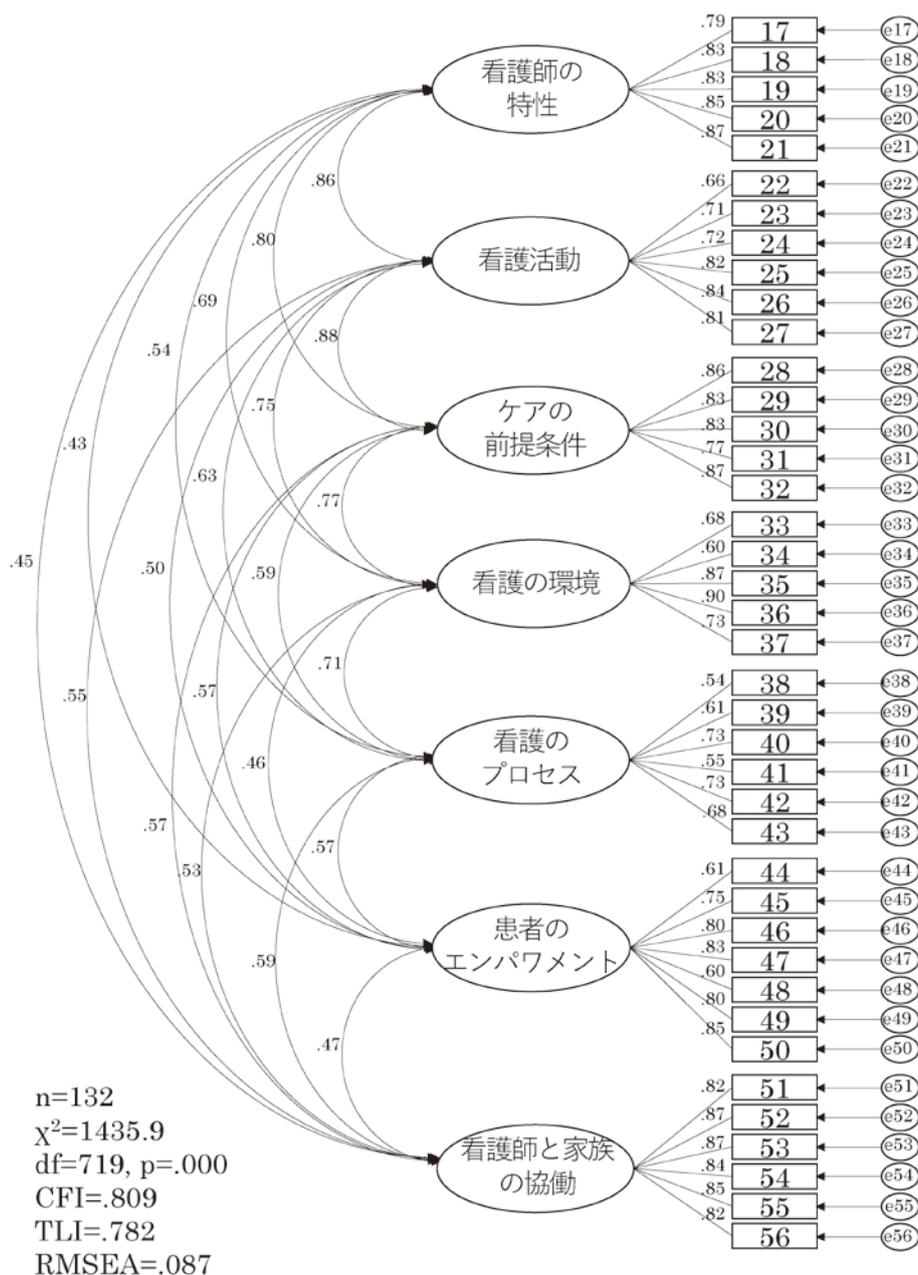


図 2. 患者用 GNCS-J 確認的因子モデル

患者の視点のみでは、判断しにくい項目が含まれている可能性も考えられる。

原版の患者用 GNCS-P では、フィンランド語版の Rasch 分析¹⁶⁾ によれば、一部に適合度が低い項目があることも確認されていた。しかし、ベルシャ語版では、Bahrami ら¹⁴⁾ が Cronbach's $\alpha = 0.95$, CFI = .91, RMSEA = .059, Esmalizadeh ら¹⁵⁾ が Cronbach's $\alpha = 0.87$, CFI = .97, RMSEA = .039, 再テスト相関係数 = .89 と、いずれも信頼性と構造的妥当性が高いことが確認されている。こうした先行研究と比較すると、本研究の GNCS-J は、原版および他言語版と同等の信頼性を備えている可能性がある。しかし、全体としての構造的妥当性には課題が残る結果であるといえる。

この結果の要因として、第一に、モデル適合度を証明するほどにはサンプル数が十分ではなく、適合度の低さに影響した可能性が最も高い。また、本調査の回答者においては、“わからない = 0” と回答した割合が大きかった理由として、一部の質問項目に文化的背景の相違により判断しにくい項目や翻訳表現の問題が含まれていた可能性も否定はできない。そのため、今後、翻訳表現を検討した上で、サンプルサイズを十分に確保し、再検証を行う必要がある。

また、先行研究では、主に、患者用 GNCS-P においては、良好な適合度が国際的にも報告されている^{11,14-16}。本邦でも、その可能性はあり、患者用 GNCS-J の信頼性および妥当性の検証を継続することが課題である。

GNCS-J は、看護サービスの客観的な側面を評価する項目で構成され、患者の事前の期待値や嗜好に左右されるバイアスの影響を大幅に低減できる可能性がある。しかし、患者の評価が、完全に期待値の影響から切り離されるわけではないため、その影響を完全に排除することは困難である。この点を踏まえ、今後は、期待値と本尺度の評価との関連についても定量的に検証し、GNCS-J のさらなる妥当性を確立することが必要である。

3) 尺度の活用可能性

Saarinen らの研究¹⁸⁾では、外科手術の退院後に、術後合併症を発症した患者は、無発症群の患者よりも、GNCS のなかでも『看護活動』『看護のプロセス』『患者のエンパワメント』の3因子で入院中の看護ケアの質評価が低かったことを報告している。つまり、看護サービスの質の低さは、手術後合併症の発生とそれによる再入院をもたらす可能性が高いことを示しており、看護サービスの質と経済的価値との関連性が示唆された。

また、近年、日本では質の高い看護サービスを効率的に提供するために経営学的手法を取り入れた看護提供方式^{19,20)}が注目されている。しかし、それらの評価は共通の指標を用いて行われておらず、患者のみや看護師のみの評価で行われており体系的な検証が不十分である。

このような背景から、患者と看護師の双方による看護サービスの質評価を把握できる GNCS-J は、患者への効果的で質の高いサービスを検討する際の有効なツールとなりうると考える。

そして、手術後合併症の発生率や再入院率などの臨床アウトカムと GNCS-J による看護サービスの質評価との関連検証によって、看護サービスの質と経済的価値の関係を定量的に立証できれば、患者中心の質の高い看護ケアを促進する政策の議論にも貢献すると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、GNCS-J の信頼性と妥当性を日本語版として初めて検証したが、以下の限界が残った。

第一に、構造的妥当性の課題である。看護師用 GNCS-J および患者用 GNCS-J のいずれにおいても、CFI \geq .90 を下回ったことである。

第二に、対象者の代表性の限界である。看護師版では、平均臨床経験年数が約 10 年の中堅看護師に回答者が偏ったため、より経験年数の短い層や熟練したベテラン層を含めた多様な集団での検証が必要である。患者版では、回答者母集団の代表性が低いことが、モデルの適合度の低さに影響したと推察される。したがって、今後は、十分なサンプルサイズ、および多様な属性を持つ対象者からのデータ収集を行うことで、GNCS-J の構造的妥当性を確立することが課題となる。

VI. 結論

本研究は、「Good Nursing Care Scale」の日本語版 (GNCS-J) を作成し、その信頼性と妥当性を検証した。その結果、看護師用 GNCS-J は、尺度全体の信頼性は確認されたが、妥当性に課題を残した。患者用 GNCS-J は、信頼性が確認されたが、少ないサンプル数のために、課題が残り、妥当性も基準を満たさなかった。これらの結果より、看護師用 GNCS-J はサンプリング方法を再検討した上で再検証、患者用 GNCS-J はサンプル数を十分に確保した上で再検証が必要である。GNCS-J は、今後の検証を経て、看護の経済的価値を可視化し、病院経営に活用できる可能性がある。

謝辞

本研究にあたりご指導を賜りました、鹿児島国際大学大学院経済学研究科西原誠司教授、国際文化研究科森孝晴教授、看護学部米増直美教授、調査にご協力いただきました関連施設の看護部長、看護師長、看護師、患者の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究は、鹿児島国際大学大学院経済学研究科博士学位論文の一部を再構成し、加筆修正したものである。

利益相反

この論文に関して開示すべき COI はありません。

著作権

GNCS-J の著作権は H.Leino-Kilpi にあり、尺度の使用には許諾が必要である²¹⁾。

文献

- 1) 大内兵衛, 細川嘉六, 監訳. マルクス=エンゲルス全集 第23巻第1分冊 資本論 Ia: 第13章機械と大工業. 東京: 大月書店. 1965; 485-514.
- 2) 櫛田豊. サービス商品論: 第1章サービス生産物と新しい生産物観. 東京: 桜井書店. 2016; 15-38.
- 3) 武亜希子, 西原誠司. 価値形成労働としての看護サービス労働—看護サービス労働の新たな評価基準の開発のために—. 鹿児島国際大学大学院学術論集. 2024; 16: 1-9.
- 4) 安藤亮, 名越恵美, 實金栄. 終末期維持血液透析患者の医療・ケア方針の検討に関わる看護実践尺度の開発. 日本看護科学会誌. 2022; 42: 263-270.
- 5) 實金栄, 木村麻紀, 福武まゆみ, 他. 患者評価による看護関連 QOL (NQOL) 尺度の構成概念妥当性の検討. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2017; 18: 113-140.
- 6) 福武まゆみ, 木村麻紀, 實金栄, 他. 患者の看護介入評価を測定する尺度の信頼性・妥当性の検討. 川崎医療福祉学会誌. 2016; 25: 259-267.
- 7) Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL—A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64: 12-40.
- 8) 井川由貴. 急性期病院の看護サービスの質評価における NURSERV-J の信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌. 2013; 33: 56-65.
- 9) James L. Heskett, Thomas O. Jones, Gary W. Loveman, et al. Putting the service-profit chain to work. *Harvard Business Review*. March-April, 1994; 163-174.
- 10) Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MR, et al. Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*. 2003 Feb; 16(1): 29-37.
- 11) Mattila T, Stolt M, Katajisto J, et al. Introduction and Systematic Review of the Good Nursing Care Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2025 Jan; 34(1): 5-23.
- 12) Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2009 Jun; 18(12): 1722-1728.
- 13) Donmez YC, Ozbayir T. Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2011 Jan; 20(1-2): 166-174.
- 14) Bahrami F, Hasanvand S, Goudarzi F, et al. Psychometric Evaluation of Good Nursing Care Scale in Coronary Care Unit's Patients. *International Journal of Current Advanced Research*. 2018; 7: 13124-13130.
- 15) Esmalizadeh A, Heidarzadeh M, Ramazanzadeh N, et al. Translation and psychometrics of the Persian version of the Good Nursing Care Scale in Iran. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2024 Jan; 35(1): 40-45.
- 16) Stolt M, Katajisto J, Kottorp A, et al. Measuring Quality of Care: A Rasch Validity Analysis of the Good Nursing Care Scale. *Journal of Nursing Care Quality*. 2019; 34: E1-E6.
- 17) Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 2005; 8(2): 94-104.
- 18) Saarinen IH, Koivisto JM, Kaipia A, Haavisto E. Perceived quality of surgical care in association with patient-related factors and correlation to reported postoperative complications in Finland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020; 10(11): e037708.
- 19) 犬塚裕樹, 藤丸清佳. 看護提供方式の基本特性に関する数理モデルによる解析: パートナーシップ・ナーシング・システムの特性. 日本看護科学会誌. 2021; 41: 567-572.
- 20) 倉智恵美子, 田中二郎, 森山由香, 他. セル看護提供方式® 実施下で看護師がそばに長くいることについての患者認識. 日本看護管理学会誌. 2021; 25: 55-63.
- 21) University of Turku. "Good Nursing Care Scale." *Nursing Science Research Programs*. <https://sites.utu.fi/nursingscienceresearch/programmes/clinical-quality/good-nursing-care-scale/>. アクセス日 2025.8.15

第 15 回学術集会講演録

大会長講演

第 15 回学術集会 開会のご挨拶

尾形 倫明

東北医科薬科大学 医学部 医療管理学教室

1. 背景と問題意識

東北地方では全国に先駆けて人口減少と高齢化が進行しており、経済活動の縮小、若年層の流出、地域需要の低下が連鎖的に進んでいる。地域医療においても、患者数の減少とともに、医療従事者の確保が難しくなりつつある。一方で入院医療需要はすでにピークを迎え¹⁾、今後は在宅医療や医療・介護連携がより重要となる。

東北の産業構造をみると、第三次産業が約 70% を占めるなかでも「医療・福祉」は最大の雇用部門であり、地域経済の中核産業である。しかし、その雇用創出効果や地域内経済循環への寄与は十分に評価されていない。

2. 東北の経済構造と医療・介護・福祉の位置づけ

東北地域の域内総生産（GRP）は全国比約 6.3%、県民所得水準も全国平均の 9 割に満たず、構造的な所得格差が続いている。その中で、「医療・福祉」部門は就業者全体の約 14%（62 万人）を占め、サービス業内では約 3 割を占める主要産業²⁾ である。

医療機関や介護施設は地域に根ざした移転不可能産業（non-tradable sector）として、他産業と異なり地域外への移転が不可能である。地域の需要に応じて現地でしか供給できない特性をもち、地域内雇用の安定と所得循環の維持に貢献している。

3. 地域経済循環分析ツールの活用した先行研究

2015 年以降、国では EBPM（Evidence-Based Policy Making）を推進し、地域経済分析システム（RESAS）および、環境省の地域経済循環分析自動作成ツール³⁾ が整備された。これらのツールにより、地域内の資金の流れを「生産」「分配」「支出」の三面から可視化することが可能となった。労災病院の立地する全国 29 の二次医療圏を対象とした先行研究により、財政移転と医療雇用の高い地域は、医療が住民を支える最大の産業であり、「財政移転・保健衛生雇用依存地域」と定義⁴⁾ した。「財政移転・保健衛生雇用依存地域」は、域内人口 13.3 万人と、その他地域 37.2 万人と比較すると多くは非都市部である⁵⁾ ことが明らかとなった。

医療機関は、提供した医療に対して、全国プールされた診療報酬を受け取る、立地地域での公費の受け皿になっている。収入は、職員の給料として、また医薬品・医療機器などの代金として支払われる。土地・建物や高額機器は、「投資」として捉えることができる⁶⁾。受け取った公的支出を、域内総生産の改善（地域経済の好循環）につなげることができれば、医療・看護も人口減少地域の持続可能性に一役買うのではないか？ というのが本学術集会のテーマである。

1) 第 2 回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 資料。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911334.pdf>

2) 東北経済産業局「東北経済のポイント」。

<https://www.tohoku.meti.go.jp/cyosa/tokei/point/point.html>

大会長講演

- 3) 地域経済循環分析自動作成ツール，地域経済波及効果分析ツール 共通手引き詳細編.
<https://chiikijunkan.env.go.jp/manabu/bunseki/>
- 4) 伊藤弘人，有賀 徹，佐原あきは，山崎 清. 労災病院の地域経済循環における間接的波及効果：モデル二次医療圏の分析から. 日本医療・病院管理学会誌；59(1)：36-44, 2022.
- 5) 尾形倫明，伊藤道哉，佐原あきは，山崎 清，伊藤弘人. 二次医療圏の地域経済循環構造と医療介護専門職の勤務特性. 医療・病院管理学会誌；60(3)：86-94, 2023.
- 6) 伊藤弘人，山崎 清，佐原あきは，他. 地域経済循環分析からみた医育機関による革新的な域内経済活性化の可能性(第2報). 社会保険旬報 2760：6-13, 2019.

第 15 回学術集会講演録

シンポジウム
「地域の持続性と看護・医療の貢献」

病院が紡ぐ地域の未来

松 本 裕 樹

石巻赤十字病院事務部

目的

少子高齢化により超高齢社会と人口減少が進んでいる東北地方において、持続可能な地域づくりが喫緊の課題となっている。地元企業と域外企業では地域に残るお金が異なると言われており、特に保健衛生・社会事業が一大産業であるこの地域において、医療分野の収益が地域経済に最大限貢献する仕組みを構築する必要がある。地域住民がいなくなれば病院の存続意義が失われ、病院がなくなれば地域医療が危ぶまれる。本検討では、宮城県のとある公的病院における地元地域の経済循環の現状を把握し、今後の病院の経営計画策定に役立てる事を目的とする。

方法

同病院における支出の地元比率および職員の居住地構成を把握し、病院の支出が地元経済にどの程度貢献しているかについて検討する。

結果

支出の地元比率は一般消耗品等で若干高くなったが、多くの支出は域外の比率が高かった（図 1）。職員の居住地は病院がある市町村や近隣市町村に多く居住していたが、職種別にみると医師の居住地は大学がある市町村となっている割合が他職種に比べて多かった。ただし、病院がある市町村との二拠点居住を行っている医師も少なくなかった。

結論

地元を優先する自治体立病院と比較すると、その他経営母体の病院は価格をベンチマークして妥当性を検証の上、適宜域外から仕入れ等を行っていることがわかった。これは健全経営のためにはやむを得ないことだろう。しかし、経済循環の観点から長期的に鑑みると、地域と病院双方の持続可能な発展のためのアプローチも同時に肝要となってくる（図 2）。同病院では二拠点居住が必要な職員への助成や地元飲食店とのタッグによる福利厚生のためのキッチンカーのケータリングサービス等を推し進めている。

支出の現状：地元 vs チェーン（A市内に事業所 B市外に事業所）

多くの品目で域外からの調達比率が高い傾向

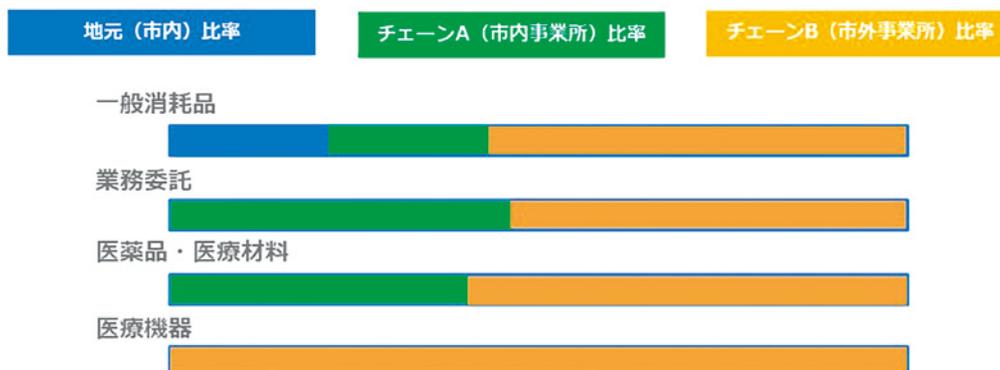


図1. 支出の地元比率

健全経営と地域貢献のジレンマ

短期的なコスト最適化と、長期的な地域との共存共栄

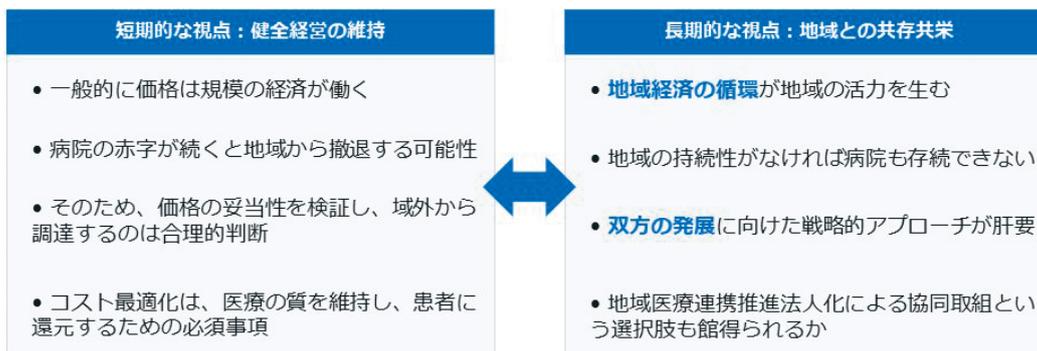


図2. 健全経営と地域貢献のジレンマ

第 15 回学術集会講演録

シンポジウム
「地域の持続性と看護・医療の貢献」地域病院の変革が地域経済を支える
～東北医科薬科大学病院の歴史を追って～

瀬戸 初江

東北文化学園大学

はじめに

少子高齢化社会を背景に厚労省は 2040 年を見据えて「新たな地域医療構想」の検討が行われている。これらを受けて東北地方または宮城県においても地域医療体制の構築に向けた議論がなされている。宮城県の医療・介護体制においては、都市部に集中し、仙南・栗原・沿岸部などの人材不足は深刻で、多くの課題を抱えている。その中でも、地域に根差した一般病院として躍進し続けてきた東北医科薬科大学病院の歴史を振り返りながら病院を取り巻く環境の変化や東日本大震災を経てさらに新たな病院組織の変革を成し遂げさらに未来に向かっていく姿を紹介し、病院の変革は地域の経済を支えている点について考察する。

東北医科薬科大学病院の歴史

東北医科薬科大学病院は 1946 年に仙台の中心部に社会保険協会宮城第 1 病院で 15 床の病院で開設し、1982 年には、仙台市東部地区に移転し 350 床で地域密着型の病院で東北厚生年金病院としてスタートした。東北厚生年金病院は一般診療のほかに回復期リハビリテーションにも力を入れて地域に貢献してきた。

2011 年 3 月には未曾有の東日本大震災による大きな被災を受け病院の存続さえも危ぶまれるほどの被害であった。東日本大震災を契機に東北薬科大学と合併、さらには 2016 年、医学部新設とともに東北医科薬科大学として躍進し現在に至っている。

東日本大震災を経て病院改革が始まる

2011.3.11 マグニチュード 9 宮城野区は震度 6 強を観測し、東日本大震災にみまわれた。病院は、建物の被害も大きくライフラインの停止、外来機能停止しライフラインの回復の見通しが立たないため入院機能も縮小した。但し、災害拠点病院として可能な限り救急患者の受け入れや、地域の住民の避難場所の医療提供、あるいは、避難所への医療支援をチームで行った。このような甚大な被害を背景に患者数の激減、建物の修復など半年にわたり復興に時間を費やした。しかしながら、病院組織の経営の安定や病院機能の変革していく必要が求められ、東日本大震災を契機に、東北の復興、地域医療再生、災害医療をキーワードに医学部の新設が始まり、2016 年東北医科薬科大学として新たなスタートし現在に至っている。現在、医学部卒業生は東北地方の臨床現場で仕事をし地域医療へ貢献している。

病院を取り巻く地域環境の変化と経済効果

東北厚生年金病院として宮城野区に開院した当時は、病院周辺は高い建物もなく周りは仙台中心部に近いとはいえ畑や田んぼに囲まれた環境であった。しかし、病院が変革を続けて 40 年以上の時代をへて、周辺人口の増加、商業施設の増加、あるいは観光、居住環境に発展しマンションなども増加した。

また、患者数の増加、職員数の増加、加えて医学生が通学する交通手段による人の流通により経済効果が

生まれている。

考察・今後の課題

東北医科薬科大学病院の歴史を振り返って病院移転に伴い様々な産業が発展し人口も増加し経済効果にも影響を与えた。東日本震災では甚大な被害を受けたが、大学病院への組織変革しさらに発展を遂げた。さらに医学部新設を契機に医療の質の向上にも寄与していると言える。また、伊藤らにより住民を支える住民を支える最大の産業は保健衛生社会事業領域であり、医療機関は診療報酬等の財政移転の受け皿となり、地域の雇用を維持し、地域の消費を支えていたことを示唆している。医療機関の中でも病院には日常での来訪者も多く、地域経済にとっては大きな集客施設でもあり、この集客施設の機能を活用して、他の財・サービスの消費を誘発させ、地域内での消費の拡大を図り、地域の生産拡大を図ることができるなど地域にとって重要な公共財といえる。近々には当大学は学部（看護学部）が新設されることによりさらに、地域医療への貢献につながり、地域の経済効果も期待できるのではないかと予測している。地域に密着した大学病院として、生産人口の減少とともに高齢化が同時に進行していくことが想定されている。しかしながら、2024年に向けた地域医療構想の3つの課題である 1. 地域の患者・要介護者を支える構想 2. 連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供の構築 3. 限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現（厚労省：新たな地域医療構想などに関する検討会資料）に着目しながら大学・病院が躍進を続けていくことが真に地域の経済効果を生むことにつながると考える。

参考文献

- 1) 伊藤弘人, 山崎 清, 佐原あきは, 他。地域経済循環分析からみた医育機関による革新的な城内経済活性化の可能性（第2報）社会保険旬報 2760：6-13, 2019
- 2) 新たな地域医療構想に関する概要, 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357307.pdf>

第 15 回学術集会講演録

一般演題

新型コロナワクチン接種が他のワクチン接種に与える影響 —都道府県別パネルデータを用いた実証分析

鈴木 朋子

自治医科大学看護学部

1. はじめに

ワクチン接種は、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために予防接種法に基づき行われている。しかし、ワクチン接種については、ワクチン躊躇（Vaccine Hesitancy）が存在する。MacDonald et al. (2015)によると、ワクチン躊躇とは、ワクチン接種サービスが利用可能であるにもかかわらず、ワクチン接種を受け入れるのが遅れたり、拒否したりすることと定義され、ワクチン接種のためには、感染リスクに対する正確な認識、ワクチンの有効性や安全性に対する信頼、接種のための物理的・心理的利便性が不可欠であることが指摘されている。

こうした中、COVID-19におけるワクチンは、日本では2021年2月から接種が開始され、2021年末までに1回以上接種完了者は75.49%となり、多くの人が新型コロナワクチンを接種した。医療用医薬品の添付文書によると、新型コロナワクチンを接種した8割以上の人副反応として注射部位の疼痛を経験し、半数以上の人疲労や頭痛を経験するなど、多くの人が苦痛を伴う副反応を経験したと推察される。

COVID-19の脅威と新型コロナワクチン接種は、人々に対してワクチンの効果や副反応を経験する機会となった。このことが、ワクチン躊躇を減らし、他のワクチン接種にも影響を及ぼすことも考えられる。

2. 目的

新型コロナワクチン接種の経験が、他のワクチン接種に影響した可能性について実証的に分析をする。具体的には、都道府県別の接種率のデータに基づき、新型コロナワクチン接種率がHPVワクチン接種率とB型肝炎ワクチン接種率に影響を及ぼした可能性を検証する。

3. 方法

(1) 分析に用いたモデル

HPVワクチン接種率、B型肝炎ワクチン接種率、そして新型コロナワクチン接種率は、ワクチンに対する考え方やアレルギーの有無、持病の有無、周囲の接種状況など、誤差項に含まれると考えられる観察されない不均一性と相関をもち、いずれも内生変数と考えられ、このことに注意をしないと分析結果にバイアスが生じる可能性がある。このため、次式のような2式に基づく、操作変数法による推定を行う。

第1段階

$$w_{it} = \delta_0 + \delta_1 z_{it} + \delta_2 x'_{it} + \delta_3 c_{it} + v_i + u_{it}$$

第2段階

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \hat{w}_{it} + \beta_2 x'_{it} + \beta_3 c_{it} + v_i + \epsilon_{it}$$

ここで第1段階の w_{it} は、新型コロナワクチン接種率であり、 i は都道府県、 t は年を表す。操作変数 z_{it} として、3か月前に観測された都道府県人口当たりCOVID-19陽性者の割合と人口10万人当たり大学拠点接種実施大学数を使用する。 v_i は、都道府県単位での観測されない不均一性を示す。 u_{it} は確率的に変動する

誤差項である。

次に第2段階での被説明変数 y_{it} は HPV ワクチン接種率・B型肝炎ワクチン接種率である。 \hat{w}_{it} は第1段階からの新型コロナワクチン接種率の予測値である。ここでも v_i は、都道府県の観測されない不均一性を示す。 ϵ_{it} は確率的に変動する誤差項であり、 u_{it} とは無相関であることを仮定する。

第1段階と第2段階で含まれる x_{it} は、先行研究で示されていたコントロール変数である。

(2) 分析に用いたデータ

変数名, 単位, 作成方法, 出所は、以下の表のとおりである。

変数名	単位	作成方法	出所
HPVワクチン接種率		HPVワクチン1回目(個別接種+集団接種) / [(10-14歳の女性総人口) × 4/5 + (15-19歳女性総人口) × 1/5] / 51 (対象: 小6から高1女子)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
B型肝炎ワクチン接種率		B型肝炎ワクチン1回目(個別接種+集団接種) / (0-4歳の総人口) × 1/5 (対象: 0歳児)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
新型コロナワクチン接種率		各年12月31日現在1回目接種率(全人口に対するパーセント) [令和4年10月人口推計]/100	Masashi Idegawa, Shoichiro Tange, Hiroshi Nakase, and Takashi Tokino, Interactive Web-based Graphs of Coronavirus Disease 2019 Cases and Deaths per Population by Country, Clinical Infectious Diseases 2020; 71:e902-903. https://doi.org/10.1093/cid/cia500
65歳以下の新型コロナワクチン接種率		各年12月31日現在65歳以下の1回目接種率(全人口に対するパーセント) [令和4年10月人口推計]/100	都道府県・市区町村のすがた(社会・人口統計体系) 903.https://dx.doi.org/10.1093/cid/cia500
実質可処分所得	円	可処分所得(二人以上の世帯のうち勤労者世帯) / 消費者物価指数(特家の帰属家賃を除く総合)(2020年全国平均を100)	小売物価統計調査(構造編)
大学進学率		/100(データ元が%表示のため)	文部科学省「学校基本調査」
人口10万人当たりの診療所数	人口10万人対	診療所数/総人口 × 100000	厚生労働省「医療施設調査」
子宮がん75歳未満年齢調整死亡率	人口10万人対		国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口調整統計)
3か月前の人口当たりCOVID-19陽性者の割合		各年9月30日現在累積COVID-19陽性者数/総人口	厚生労働省「データからわかる—新型コロナウイルス感染症情報—」 感染症動向2023年05月08日 版権社者数(累積)
人口10万人当たり大学拠点接種実施大学数	人口10万人対	大学拠点接種実施大学数/総人口 × 100000	文部科学省「大学拠点接種」を開始する大学の状況について(令和3年9月30日(水曜日)更新)」
総人口	人	(各年10月1日現在総人口) × 1000(データ元の単位が千人のため)	総務省統計局「人口推計」
0-4歳の総人口	人	(各年10月1日現在総人口) × 1000(データ元の単位が千人のため)	総務省統計局「人口推計」
10-14歳女性の総人口	人	(各年10月1日現在総人口) × 1000(データ元の単位が千人のため)	総務省統計局「人口推計」
15-19歳女性の総人口	人	(各年10月1日現在総人口) × 1000(データ元の単位が千人のため)	総務省統計局「人口推計」

4. 結果

(1) HPV ワクチン接種率の操作変数法による推定結果

操作変数に3か月前の人口当たり COVID-19 陽性者の割合を使った場合、新型コロナワクチン接種率の IV 推定値が 5.002 であり新型コロナワクチン接種率の変化率が 1% ポイント上がると、HPV ワクチン接種率の変化率が 5.0% ポイント上がることがわかる。操作変数に人口 10 万人当たり大学拠点接種実施大学数を使った場合、IV 推定値が 4.837 であり、新型コロナワクチン接種率の変化率が 1% ポイント上がると、HPV ワクチン接種率の変化率が 4.84% ポイント上がることがわかる。

(2) HPV ワクチン接種率の固定効果を考慮した操作変数法の推定結果

都道府県の観測されない不均一性 v_i の影響を除去するため、固定効果を考慮した操作変数法で推定した。新型コロナワクチン接種率の IV 推定値は、操作変数が3か月前の人口当たり COVID-19 陽性者の割合の場合は 4.588、人口 10 万人当たり大学拠点接種実施大学数の場合は、4.651 であり、新型コロナワクチン接種率の変化率が 1% ポイント上がると、HPV ワクチン接種率の変化率が 4~5% ポイント上がることがわかる。

(3) B 型肝炎ワクチン接種率の操作変数法による推定結果

操作変数に3か月前の人口当たり COVID-19 陽性者の割合を使った場合、新型コロナワクチン接種率の IV 推定値が 0.069 であり新型コロナワクチン接種率の変化率が 1% ポイント上がると、B 型肝炎ワクチン接種率の変化率が 0.07% ポイント上がることがわかる。操作変数に人口 10 万人当たり大学拠点接種実施大学数を使った場合、IV 推定値が 0.056 であり、新型コロナワクチン接種率の変化率が 1% ポイント上がると、HPV ワクチン接種率の接種率が 0.05% ポイント上がることがわかる。

5. 結論

新型コロナワクチン接種によって、ワクチンの効果や副反応を理由として接種を検討した経験が、ワクチン躊躇する人々のワクチンの効果や副反応に対する理解を高めて、HPV ワクチンや B 型肝炎ワクチン接種に影響を及ぼしたと考える。今後の課題を述べる。データの制約が多かったものの、女性の新型コロナワクチン接種率の使用を検討するなど、データの選び方に改善の余地が残されている。

第15回学術集会講演録

一般演題

聴覚障害をもつ保健医療従事者の
身体障害者手帳交付時期による就労及び経済状況の検討

栗原 房江

東京大学大学院経済学研究科

目的

我が国の保健医療従事国家資格（以下、国家資格）に設けられていた聴覚機能の絶対的欠格事由は、2001年、相対的へと改正かつ部分撤廃された。その後、2014年の「障害者の権利に関する条約」批准と2016年の「障害者の雇用の促進等に関する法律」の改正施行等により、就労環境は整いつつある¹⁾。また、2016年施行の「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」は、国公立教育機関における障害を理由とした学生の受入拒否を禁止し、2024年には全教育機関へと拡大された。大学・短期大学に在籍する聴覚障害学生（聾・難聴の分類は学校教育法に準ずる、身体障害者手帳交付の有無は問われない）のうち、学科（専攻）別の情報が公開された2008年は医・歯学、保健61名（聾3名、難聴58名）²⁾、2024年は237名（聾9名、難聴228名）³⁾へと、明らかに増加した。しかし、聴覚障害学生のうち、難聴に比して医学的には重い聾の割合の変化は乏しかった（2008年4.9%、2024年3.8%）。つまり、現在も医学的に重い障害を有する者の医・歯学、保健領域の高等教育へのアクセスには障壁があるといえる。そこで、身体障害者手帳（以下、手帳）交付時期を一般的な高等教育アクセス前後（19歳未満：本文中①又は前者、19歳以上：本文中②又は後者）の2群に分け、就労及び経済状況について検討した。

方法

自助組織（聴覚障害をもつ医療従事者の会）に属する会員と機縁法により対象であることが確認された聴覚障害をもつ保健医療従事者（以下、当事者）107名のうち、71名（66.4%）より文書同意とウェブアンケートへの回答を得た。そのうち、手帳を有する48名を分析対象とした。設問は年齢、性別等の基本項目と就労・経済状況（先行調査⁴⁾の項目を参照）とし、記述統計で分析した。当研究は、東京大学倫理審査専門委員会にて承認され、同大学大学院経済学研究科長の実施許可を得た（審査番号：20-196、20-358、21-64、研究代表者：松井 彰彦）。当研究の利益相反（Conflict of Interest：COI）はない。

結果

対象者48名について、手帳交付時期は①25名（52.1%）、②23名（47.9%）、年齢は①37.0歳±10.2（1SD：以下同様）、②49.5歳±11.2であった。以下、各群の回答多数の項目を示すと、性別：①・②共に女性7割弱、手帳等級：①1-2級15名（60.0%）、②4-6級10名（43.5%）であった。国家資格に関する最終学歴：①・②ともに大学5-6割、所有資格：①薬剤師と医療技術職17名（68.0%）、②医師・歯科医師と看護職15名（65.2%）、医療技術職の詳細は、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、社会福祉士、精神保健福祉士であった。就労は、常勤雇用者：①21名（84.0%）、②14名（60.9%）であり、2020年11月のうち1週間の平均就労日数（5日以上）：①22名（91.6%、n=24：1名休業中）、②19名（82.6%）、同年月週間の平均就労時間（40時間以上）：①20名（83.3%、n=24：1名休業中）、②14名（60.9%）であった。2020年11月の税込収入（30万円以上）：①14名（56.0%）、②15名（65.2%）であった。

結論

手帳交付時期は両群ほぼ同率であった。所有資格について、前者は薬剤師と医療技術職の割合が多くを占め、それらは2001年の欠格事由改正時に薬剤師と臨床検査技師は聴覚機能が撤廃されたためと考えられた。すなわち、医・歯学、保健領域の高等教育機関への当事者の受入に際し、聴覚機能の欠格事由を有する国家資格であるか否かが影響する可能性も示唆された。そして、国家資格に関する最終学歴は大学がともに半数以上であり、医師・歯科医師、薬剤師養成は大学に限定されるためと考えられた。就労について常勤雇用者、1週間の平均就労日数と平均就労時間は、前者よりも後者が低い割合を示した。ちなみに、手帳1-2級の者は「障害者の雇用の促進等に関する法律」上、重度に該当するものの、当該割合の高い前者は後者に比し、安定した雇用で長時間就労した者が多いと推測された。経済状況の税込収入は後者に比べ、前者で30万円以上を得た割合は低率を示した。しかし、平均年齢差（12歳程度）と一般的な常勤雇用者の定期昇給を考慮すると、前者が回答時点の後者の平均年齢へと至る時期には近似すると推定された。加えて、先行調査⁴⁾における聾者・難聴者の経済状況（③ 2009年、④ 2016年）の割合は、平均就労日数（5日以上）：③ 63.0%、④ 61.5%、平均就労時間（40時間以上）：③ 50.5%、④ 51.0%、税込収入（30万円以上）：③ 25.7%、④ 17.8%であった。調査時期や母集団が異なるとはいえ、当研究結果に照らすと、聴覚障害者の国家資格取得は経済的自立のインセンティブとなりうることを示された。

さいごに、日本国内の全当事者の実態把握未であることから、当研究結果は推測の域を出ない面を有しており、慎重な取扱いを要する。しかし、聴覚障害者の就労は困難と指摘されやすい保健医療分野における医学的重度者を含む就労・経済状況の一端を示せており、若年層にある当事者の医・歯学、保健領域の高等教育へのアクセス向上、ひいては就労促進や支援に資することが望まれる。さらには、現職者の加齢性疾患や不慮の事故等による受障時も就労継続を望む場合は、先例として活用可能といえる。一連の結果は、聴覚機能を問わず、多様な障害や疾患を有する者の修学・国家資格取得と就労支援への応用も期待される。

文献

- 1) 栗原房江, 廣田栄子. 聴覚障害をもつ保健医療従事者の就労: 20年間の変遷と課題. *AudiologyJapan*. 2023. 66. 447.
- 2) 独立行政法人日本学生支援機構. 平成20年度(2008年度)大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書. 独立行政法人日本学生支援機構 学生生活部 特別支援課. 2008. 8-9.
- 3) 独立行政法人日本学生支援機構. 令和6年度(2024年度)大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書. 独立行政法人日本学生支援機構 学生生活部 障害学生支援課. 2024. 9-10.
- 4) 松井彰彦等. 社会的障害の経済理論・実証研究. 障害者の日常・経済活動調査(追跡調査)調査報告. <https://www.rease.e.u-tokyo.ac.jp/archive/statistics.html>. アクセス日 2025.9.28

謝辞

科研費基盤研究(A)「多様性の経済学：帰納論的ゲーム理論の構築とその応用」(JSPS 科研費 JP17H00978)の助成を受けた。

共催研究会講演抄録

看護経済・政策研究学会共催研究会
第430回日本医療・病院管理学会例会

診療報酬改定と意思決定の支援に関する体制整備

勝山 貴美子

横浜市立大学大学院医学系研究科看護管理学分野

医療における意思決定支援は、医療従事者と患者が協力して、患者の価値観や希望を尊重しながら最適な治療やケアの選択を行うプロセスであり、Shared Decision Making (SDM) といわれ、患者中心の医療を実現する重要なアプローチの一つとされている。今回、第430回日本医療・病院管理学会の例会（看護経済・政策研究学会共催）として「AI時代の医療における意思決定を倫理の視点で考える」を東洋大学の朝倉輝一名誉教授（哲学・倫理）をお迎えし、開催となった。参加者は135名、医師、看護師、診療情報管理士、病院建築の実務家や医療倫理の研究者、学生など様々な職種や立場の方々のご参加をいただき、AIが医療において活用される時代において、ハーバーマスの討議倫理の観点からの合意形成モデルについて考える機会となった。看護経済・政策研究学会との共催で、オンデマンド配信も併用したくさんの方に学びの機会を提供できた。この企画の趣旨を記載する。

病院管理における倫理の体制整備の重要性

病院管理における倫理は、医療の質を維持し、患者の権利を守り、病院全体の信頼を築くために不可欠である。倫理的責任を伴うため、経済的な合理性と倫理的な価値観のバランスが求められる。日本医療機能評価機構：機能別評価項目（3rdG：Ver.3.0）にも倫理的な課題に対する病院としての体制整備が記載されている。具体的には評価項目の「1.1.6 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる臨床倫理に関

第430回 日本医療・病院管理学会 例会

**AI時代の医療における意思決定を
倫理の視点で考える**

日時：2025年1月14日(火)14:30～16:30
場所：ZOOMオンライン

14:30～14:40 例会の趣旨
診療報酬改定と意思決定の支援に関する体制整備 勝山貴美子

14:40～16:00
「医療における意思決定の支援
—ハーバーマスの討議倫理の観点から考える
合意形成モデル—
朝倉輝一先生（東洋大学名誉教授 哲学・倫理）

16:10～16:30 臨床中での問題と課題
（参加者とともにディスカッションと対話）

・日本医師会生涯教育制度単位
・日本医療経済コンサルタント協会継続研修認定
・社会医学系専門医制度K単位

共催：看護経済・政策研究学会

適切な意思決定支援の実施状況（疾患分類別）

○「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援の実施状況は疾患分類によって異なっているが、多くの疾患分類で一般病棟※と比較して地域包括ケア病棟・療養病棟における実施割合が高い。

※急性期一般入院科・地域一般入院科・専門病院入院基本科・特定機能病院入院基本科を算定している病棟

■ICD10大分類別の適切な意思決定支援の実施割合（75歳以上）

一般病棟				
傷病名	該当患者数	支援あり	支援なし	支援実施割合
感染症および寄生虫症	207	66	141	31.9%
新生物<腫瘍>	1,903	597	1,306	31.4%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	83	29	54	34.9%
内分泌,栄養および代謝疾患	220	94	126	42.7%
精神および行動の障害	10	4	6	40.0%
神経系の疾患	237	96	141	40.5%
眼および付属器の疾患	108	11	97	10.2%
耳および乳様突起の疾患	16	5	11	31.3%
循環器系の疾患	1,862	624	1,238	33.5%
呼吸器系の疾患	1,056	423	633	40.1%
消化器系の疾患	904	265	639	29.3%
皮膚および皮下組織の疾患	156	69	87	44.2%
筋骨格系および結合組織の疾患	642	152	490	23.7%
泌尿器系の疾患	576	205	371	35.6%
妊娠,分娩および産じょく<母>	0	0	0	0.0%
周産期に発生した病態	0	0	0	0.0%
先天奇形,変形および染色体異常	5	2	3	40.0%
症状,徴候および病歴未詳見・異常検査所見で他に分類されないもの	26	15	11	57.7%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	1,436	414	1,022	28.8%
傷病および死亡の外因	0	0	0	0.0%
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	2	0	2	0.0%
COVID-19関連	347	131	216	37.8%

地域包括ケア病棟・療養病棟				
傷病名	該当患者数	支援あり	支援なし	支援実施割合
感染症および寄生虫症	49	28	21	57.1%
新生物<腫瘍>	245	172	73	70.2%
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	24	18	6	75.0%
内分泌,栄養および代謝疾患	260	166	94	63.8%
精神および行動の障害	176	132	44	75.0%
神経系の疾患	522	383	139	73.4%
眼および付属器の疾患	6	4	2	66.7%
耳および乳様突起の疾患	7	2	5	28.6%
循環器系の疾患	1,429	1,047	382	73.3%
呼吸器系の疾患	565	399	166	70.6%
消化器系の疾患	196	128	68	65.3%
皮膚および皮下組織の疾患	114	76	38	66.7%
筋骨格系および結合組織の疾患	472	319	153	67.6%
泌尿器系の疾患	324	209	115	64.5%
妊娠,分娩および産じょく<母>	0	0	0	0.0%
周産期に発生した病態	0	0	0	0.0%
先天奇形,変形および染色体異常	2	1	1	50.0%
症状,徴候および病歴未詳見・異常検査所見で他に分類されないもの	71	51	20	71.8%
損傷,中毒およびその他の外因の影響	764	460	304	60.2%
傷病および死亡の外因	0	0	0	0.0%
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	10	9	1	90.0%
COVID-19関連	98	70	28	71.4%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

35

厚労省：令和4年入院・外来医療等における実態調査速報

する課題を病院として検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題について方針・考え方を定めて解決に向けた取り組みが継続的になされている」として記載されている。そのため多くの病院は臨床倫理委員会、倫理コンサルテーションなどの体制整備をすすめている。他の項目においても「1.1.2 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている」「1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している」「1.1.4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している」などと記載があり、このような倫理的な実践ができる人材の育成が急務である。厚労省は「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会」を開催し1つの病院で複数人の参加を求め単に個人レベルの倫理観任せ、あるいは、事態に無関心なまま単に行動指針に形式的に従うということではなく、一つの組織体として取り組むことを推奨している。

診療報酬の改定と意思決定支援に関する指針

令和6年度の診療報酬改定において入院基本料の算定要件に「意思決定支援に関する指針の作成」が義務づけられた。これは、厚労省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の内容を参考に適切な支援を行う体制整備が必要だ。しかし、入院・外来医療などにおける実態調査（2022厚労省）¹⁾では、急性期病院における75歳以上の高齢者のICD10の分類ごとの意思決定の支援は療養型に比べ低く、当然のことながら命に関わらない疾患では低い実施率であった。急性期病院の入院期間は平均在院日数が短縮化され短くなる中で、高齢者にどのタイミングで、どのくらいの時間をかけ、療養や治療方針についての意思決定の支援をしていくかむずかしいといえる。日本看護協会の「地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業の報告書」（2022日本看護協会）²⁾で外来看護師を対象とした「意思決定の支援」に関する調査結果では、回答のあった看護師の47%が病状説明の同席はしているが十分な意思決定に関する支援ができていないと回答している。限られた時間、人員配置の中で、どのように患者とともに最善の治療方針やケアの選択をするための支援をしていくか、考えていく必要がある。

ある事例から考える意思決定の支援とは

個人的な経験ではあるが、1つの事例を紹介したい。私は友人から悪性腫瘍の疑いのために撮影したMRIの診察結果の場に同席することになった時のことである。私は診察室に入り医師に友人で、医療者であることを告げて座った。医師はMRIの画像を手早く動かしながら「ざっとみると、このあたりが怪しい感じはします。次回、PETの検査をうけてください。少なくともリンパ腺に転移していますので進行がんで、治療方法はなく緩和ケアになるかと思えます」と断定的に話したためたいへん驚いた。私は（次回PETをして確定診断をする段階であるのに、この段階で治療方法はないと説明するなんて…）と心の中でつぶやいたが、「治療方法についてはPETをしてみないとわからないですよ」と話すにとどまってしまった。診察室を出ると看護師から中待合座っているように促された。看護師は来週のPETの説明をしたあと、何枚かの紙を手渡した。渡された紙にはたくさんのQRコードがあった。看護師は「このQRコードを読み込んでいただくと、医師ががんの治療方法をビデオで説明をしていますので、ご家族でみていただいてどんな治療をするかを考えるのに活用して下さい。もう1枚は病院の相談窓口の一覧です。必要なときに行ってください。そうそう、次回までにこのアンケートに答えて持ってきてください。他に何か質問はありますか」と2-3分、一方的に話をして去って行った。これが医療者が考えた「意思決定の支援の体制」なのだろうか。疑問を感じずにはいられなかった。

改めて考える患者の意思決定を支える体制の整備とは— AIは有用なのか

急性期病院では、多くの重症の患者が来院し、外来で治療や今後の方針に関する多くの説明がなされる。限られた人員配置の中、患者の意思決定を支えていくこととはどういうことなのか。患者の意思決定を支援するということは患者自身の“インフォームド・コンセント”を支援することだと思う。“インフォームド・コンセント”とは患者が主体であり、治療方法などに関する情報や知識を十分に得て、納得した上で自律（自発性）的に同意をすることである。患者自身が自ら知りたいと思う“ニーズ”を医療者が感じとって情報を得る支援をするのが“意思決定の支援”なのではないか。医療現場でなされていた一方通行な情報の供給は意思決定の支援にはならない。患者自身が日頃から“AI”などを使用し、対話しながら必要に応じた情報を得て、自身の健康や病気に関心を持つことは重要なのではないかと感じる。今回、“Google DeepMindがAIで合意形成を支援する「ハーバーマス・マシン」を開発³⁾”とするニュースを知り、“ハーバーマスの研究者”である朝倉先生にご講演をお願いする事となった。

- 1) 厚労省：令和4年入院・外来医療等における実態調査速報 2022
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001110850.pdf&ved=2ahUKewi6vKmamsKLAXUXhq8BHQ8PCBQQFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw1UbFWZ7n8asdFM1T913HqV> (20250214 閲覧)
- 2) 日本看護協会：地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業 報告書, 202203
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2022/r3_role4resources.pdf&ved=2ahUKewj3_9_6nMKLAXVbcvUHHTThNFxMQFnoECAgQAQ&usg=AOvVaw1gcUgd-ss-lh4K58sVK83z (20250214 閲覧)
- 3) Ledge.ai AIトレンド：Google DeepMind, AIで合意形成を支援する「ハーバーマス・マシン」を開発
https://ledge.ai/articles/google_deepmind_habermas_machine

共催研究会講演抄録

看護経済・政策研究学会共催研究会
第 430 回日本医療・病院管理学会例会

AI 時代の医療における意思決定を倫理の視点で考える 医療における意思決定の支援 —ハーバーマスの 討議倫理の観点から考える合意形成モデル—

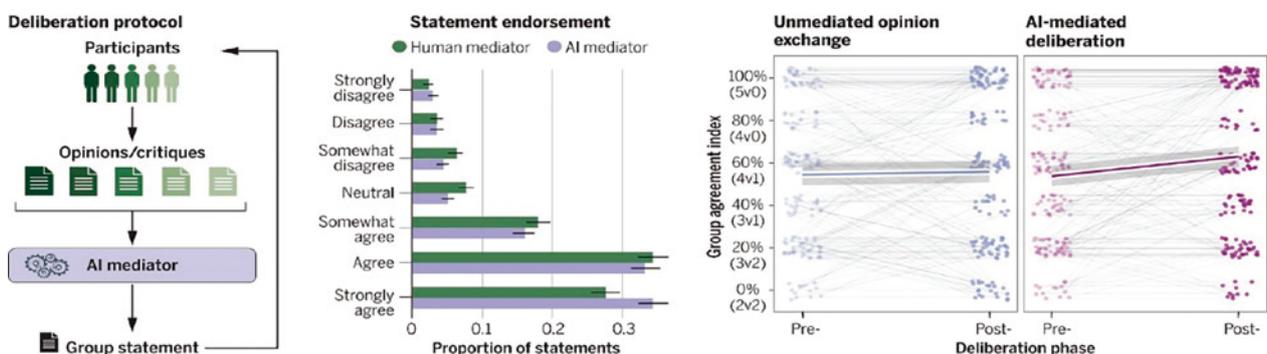
朝倉 輝 一

東洋大学 名誉教授 哲学・倫理

・大規模言語モデルを使った政策議論の調停 AI ツール（「ハーバーマス・マシン（HM）」）が開発されて、合意を形成する一助として生成 AI が有用である可能性が示された

インターネットサイト MIT technologyreview.jp によると、グーグル開発チームは政策調停ツール（ハーバーマス・マシン）を開発し概ね満足できる結果が得られたと Science 誌に発表した¹⁾。その記事によると、

1. 大規模言語モデルを使った政策議論の調停 AI ツール（「ハーバーマス・マシン（HM）」）が開発された。
2. AI による声明文の方が人間による声明文より支持される傾向がある。
3. AI ツールの有用性には限界があり責任ある導入にはさらに研究が必要だとまとめられている。具体的には、グーグル・ディープマインド（Google DeepMind）の研究チームは、大規模言語モデル（LLM）のシステムを「政策議論の調停者（コーカス・メディエーター）」として機能させるよう訓練し、複雑だが重要な社会的・政治的問題に関するグループ内での合意領域を概説する要約（group statement）を作らせ、人間が書いたものと比較した。ドイツの哲学者ユルゲン・ハーバーマスにちなんで「HM（Habermas Machine）」と名付けられたこのツールは、このようなテーマについて議論する際、異なる考えを持つ人々の中にある共通点を見いだすのに AI が役立つ可能性を示している。なぜ「ハーバーマス・マシン」（HM）と名付けられたかという点、研究チームによれば、「理性的な人々が理想化された条件下で討議を行えば、公共圏（public sphere）において理性的な合意が生まれる」という、ハーバーマスの提唱した「討議（Diskurs）」倫理理論をモデルとしたからである。



Summary AI は集団的討議（熟議）において人々が共通の基盤を見つけるのを助ける

（図左）AI 調停者（HM）は、参加者の意見をもとにグループ声明を作成し、それを参加者の批評によってさらに洗練させる。（図中）AI 調停者（HM）の声明文（紫）は、人間が書いた声明文（緑）よりも強い支持を集める。（図右）AI の調停では、熟議後のグループの分裂が少ない²⁾。

研究チームは、AI ツールにはまだ多くの問題が残されているとはいえ、討議を通じて共通認識を見出すことは、人々が共通善のために協力する集団行動の前兆であり、ハーバーマス・マシンが社会的利益につながる可能性は大いにあると結論付けている。

・フィッシュキン教授 (Prof. Fishkin, J.) によって考案された DP (Deliberative Polling[®]) は世論調査の手法に討議 (熟議) を組み込んでいる

普通の市民が、充分で正確な情報を得て、多様な意見を聴く機会をもち、それらを踏まえて討議に参加し熟慮したうえで意見を表明するために開発された手法が、スタンフォード大学のフィッシュキン教授 (Prof. Fishkin, J.) によって考案された DP (Deliberative Polling[®]) である。DP は世論調査の手法にハーバーマスの討議 (熟議) の理論を組み込んでいる。日本では「討論型世論調査」「熟議世論調査」と訳されるのが一般的である。フィッシュキンによれば、民主的な討議 (deliberation) とは「集団のインフォームド・コンセントの一形態」であり、以下の5項目が満たされる必要がある。1. 情報 (の必要性) : 争点に関係すると思われる十分に正確な情報が参加者に与えられている。2. 見解の多様性 : 参加者の多様性も含めて世間の主要な立場が議論の中で表明されている。3. 実質的バランス : 異なる立場から相互に賛成・反対が吟味されている。4. 誠実性 : 争点の是非について真摯に異なる意見が吟味されている (他のインセティブが働かない)。5. 考慮の平等性 : 参加者のすべての意見がその論点自体によって検討されている³⁾。

・ハーバーマスの討議倫理について

ハーバーマスの討議倫理とは、ひとことでいえば、対話的合意 (了解) の合理性の哲学である。彼によれば、合理性には二種類あり、支配の合理性と合意の合理性がある。支配の合理性とは、道具的合理性とも呼ばれ、技術的な知として自然を支配・コントロールするが、社会や人間にも適用される。市場・行政・テクノロジーが代表例とされる。これに対して合意 (了解) の合理性とは、了解志向的 (コミュニケーション的・対話的) 合理性もしくはコミュニケーション (対話) による共通理解に基づく了解という自由な合意を目指す合理性を指し、養育、教育、医療、介護、公共の議論などがあてはまる。彼によれば、現代社会は道具的合理性すなわち成果志向的行為あるいは戦略的行為を目指すシステム論的な思考方法が支配的だが、養育、教育、医療、介護、公共の議論等にはこの道具的合理性が当てはまらないと主張した。

コミュニケーション的行為もしくは討議倫理の背景には言語行為論、特に発話行為論がある。発話行為論からみると、我々が日常において言ったり行ったりすることのうちに、「言うことは行うこと」が含まれている。つまり、単なる事実を確認する言語行為 (事実確認的言語行為) と、何かを言うことによって誰かに何かをさせる (促す) 遂行的言語行為がある。コミュニケーションがスムーズにいかず何らかの停滞、葛藤を生んだ際、我々が行う対話には互いの行為プランを理解し納得して調整しあう構造が含まれている。コミュニケーションの停滞は互いの行為プラン調整過程の一環なのであり、コミュニケーション過程には発話者の発言が妥当だという相手に対する承認の要求が背後にあることがわかる。これをコミュニケーションの反省形式すなわち討議という⁴⁾。

ハーバーマスによれば、討議には四つの妥当要求、すなわち話し手が聞き手に充分理解可能な仕方でも語る「理解可能性要求」、話されている事柄について正しいことを言っている「真理性要求」、社会的規範に照らして適切であるという「規範的正当性要求」、本人が嘘偽りなく言っている「誠実性要求」が含まれており、これにはコミュニケーションの参加者が対等であるという「対称性」と双方が納得するまで互いの要求を出し合い吟味しあうことができる「相互性」という前提が既に含まれている。これら妥当要求が認証されたとき、人々は了解し、納得するのである。この条件が満たされたとき、各人の尊厳に対する等しい尊敬 (尊重)、いにかえれば人間の相互依存と傷つきやすさを守ることができる。これがハーバーマスの討議倫理である。

・討議倫理の着想は (共同) 意思決定支援や ACP とどう関連するか

パターナリズム偏重でもなく、患者の自己決定 (自律) 一辺倒でもなく、治療方針の決定に両者のバランスをとることが求められている。事前指示 (書) について、人は何かを誰かから提示されていた場合、その提示されていたものをそのまま選択する傾向が強く、逆に提示されたものを訂正して別のものを選ぶのは難しい。さらに、終末期においては周囲の者によって治療方針が覆されることがあり⁵⁾、単に事前指示書があるというだけでは意味がないことも示唆されている⁶⁾。AD であれ ACP であれ、一回きりのイベントではな

くプロセスであることを充分理解したうえで、患者の「人生観・価値観に基づいたゴール」という視点に基づいて討議が行われ治療方針が立てられていることが必要である。重要なのは、本人と医療者だけでなく、その治療方針を家族・周囲の者も知って納得していることである。

この点を踏まえると、討議における妥当要求の問題や DP の質に関する 5 項目が参考になる。

- 1) <https://www.technologyreview.jp/s/348348/ai-could-help-people-find-common-ground-during-deliberations/>, “AI can help humans find common ground in democratic deliberation”, Science 386, eadq2852 (2024) 18 October 2024
- 2) Ibid.
- 3) フィッシュキン 『人々の声が響き合うとき 熟議空間と民主主義』早川書房, 2011 年
- 4) ハーバーマス 「カントに対するヘーゲルの批判は討議倫理にもあてはまるか」『討議倫理』所収, 法政大学出版局, 2013 年
- 5) 遠い親戚症候群, The Daughter from California syndrome ; J Am Geriatr Soc. 1991 [PMID : 2010590]
- 6) 中川俊一 『米国緩和ケア専門医が教える あなたの ACP はなぜうまくいかないのか?』メジカルビュー社, 2024 年, p.90

看護経済・政策研究学会誌 第8巻1号

2025年12月発行

編集・発行

看護経済・政策研究学会

〒236-8503 横浜市金沢区六浦東1-50-1

関東学院大学看護学部 E6号館 511（坂梨）研究室

看護経済・政策研究学会事務局

FAX: 045-786-5714 Eメール: jsnep-office@umin.ac.jp

組版: 笹氣出版印刷株式会社 <https://www.sasappa.co.jp/>

CONTENTS

研究論文

看護サービス労働の評価尺度に関する日本語版

Good Nursing Care Scale の開発および信頼性と妥当性の検証

.....武 亜希子, 堤 由美子... 1

第 15 回学術集会講演録 [2025 年 11 月 15 日 (土) 開催]

大会長講演

第 15 回学術集会 開会のご挨拶

.....尾形 倫明...12

シンポジウム

「地域の持続性と看護・医療の貢献」

病院が紡ぐ地域の未来

.....松本 裕樹...14

地域病院の変革が地域経済を支える ～東北医科薬科大学病院の歴史を追って～

.....瀬戸 初江...16

一般演題

新型コロナワクチン接種が他のワクチン接種に与える影響

—都道府県別パネルデータを用いた実証分析

.....鈴木 朋子...18

聴覚障害をもつ保健医療従事者の身体障害者手帳交付時期による就労及び経済状況の検討

.....栗原 房江...20

共催研究会講演録 [2025 年 1 月 14 日 (火) 開催]

診療報酬改定と意思決定の支援に関する体制整備

.....勝山貴美子...22

AI 時代の医療における意思決定を倫理の視点で考える医療における意思決定の支援

—ハーバーマスの討議倫理の観点から考える合意形成モデル—

.....朝倉 輝一...25