

特別寄稿

提言＝国民医療費の削減を目指して
－正しい未病概念の普及と電子カルテの公的
管理等の必要性－

内木 勤

原著論文

映像解析による競技レベル別の投球フォーム
の違いについて
－下肢動作に着目して－

堀内 賢
矢野 健太郎
木村 匠汰
山田 隆裕
大山 達也

認知症患者のもてる力の発揮につながる意思
決定支援の構造
－一般急性期病院の退院調整看護師の支援－

梅原 里実

Health and Medical treatment Studies

Volume 14 March 2024

Special Contribution

A Proposal to Reduce National Healthcare
Costs:
The Necessity of Disseminating Correct Pre-
symptomatic State Concepts and Public
Management of Electronic Health Records

Isosi NAIKI

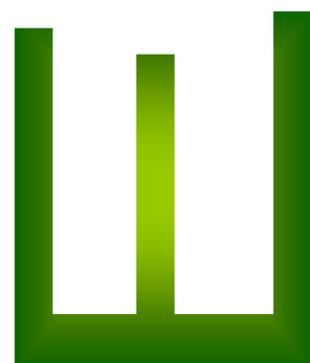
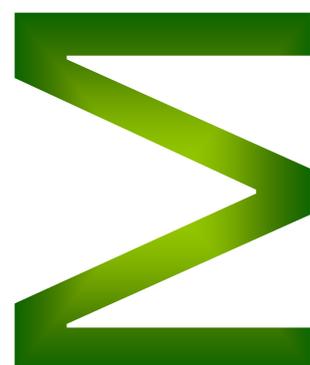
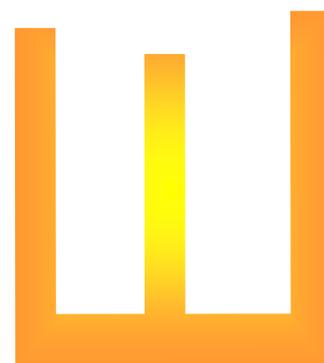
REFEREED ARTICLES

Differences in pitching form by competition
level based on video analysis
– Focus on lower extremity movements –

Ken Horiuchi
Kentaro Yano
Shota Kimura
Takahiro Yamada
Tatsuya Oyama

Decision Making Support Process conducted
Abilities of Dementia Patient
– Discharge-Planning Nurses in general
acute care hospitals in Support –

Satomi Umehara



保健医療研究 第14巻

目次

特別寄稿

- 提言＝国民医療費の削減を目指して1
－ 正しい未病概念の普及と電子カルテの公的管理等の必要性 －

一般財団法人東京総合研究機構

内木 勤

原著論文

- 映像解析による競技レベル別の投球フォームの違いについて 7
－ 下肢動作に着目して －

宝塚医療大学和歌山保健医療学部
和歌山県立桐蔭高等学校
株式会社 SK Beyond
和歌山県立桐蔭高等学校
和歌山県立桐蔭高等学校

堀内 賢
矢野 健太郎
木村 匠汰
山田隆裕
大山達也

- 認知症患者のもてる力の発揮につながる意思決定支援の構造13
－ 一般急性期病院の退院調整看護師の支援 －

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

梅原 里実

投稿規程等

- 日本保健医療学会誌投稿規程 29
日本保健医療学会入会申込について 32

<特別寄稿>

提言＝国民医療費の削減を目指して

－ 正しい未病概念の普及と電子カルテの公的管理等の必要性 －

A Proposal to Reduce National Healthcare Costs: The Necessity of Disseminating Correct Pre-symptomatic State Concepts and Public Management of Electronic Health Records

内 木 勤

Isosi NAIKI

(財) 東京総合研究機構

Institute of Tokyo

1. はじめに

我が国の国民医療費の増大は止まるところを知らない。令和4年度の概算医療費は46.0兆円で、金額で1.8兆円、伸び率で4.6パーセントの増加になっている。50兆円を超えるのもそう遠くはない。医療費の増加の原因は多岐にわたるが一番の原因は高齢化であろう。しかし高齢化は防ぎようがなく目の前に迫る現実である。高齢化が進み若い人たちの負担が増えるのではないかとの思いから若い研究者がネット上で「高齢者は集団自決すべきである。」との発言をするほどに、高齢化が深刻化している社会現象があることも事実であろう。しかし、ナチのような弱い者を切り捨てる高齢者の集団自決は論外として、現実には不可能な政策や手段ではなく、政治、行政や国民の意識改革により可能な医療費の削減方法を考察してみる。

それは、一に、東洋医学の思想である正しい未病を確立し、国民に正しい未病概念すなわち保健意識を普及することである。二として重複診療、多剤処方、誤診を防ぐために医療電子カルテの公的管理である。三として、我が国は先進国の中で食品添加物の規制が緩いことが知られているが、食品添加物の規制強化である。四は、その他であるが、医療費の個人負担分の見直し、外国人の不正健康保険利用の取り締まり、或いは制度改正等である。この寄稿は、我が国の医療費の削減につながる幾つかの提言を模索し検討させて頂くものである。

2. 未病概念を確立し、国民に正しい保健意識を普及

我が国も含めて東洋には「未病」という概念があり、病気になる前に病気から遠ざけるノウハウがあるのである。しかし、その本来の「未病」概念が誤って普及され、本来の保健の機能をなしていないことが問題なのである。

2. 1 東洋の保健管理である未病とは

未病はもともと中国語であり我が国でも名詞として定着してきている。中国の後漢時代の医学書である「黄帝内経」に未病の記述があり、それが最古の未病に関する資料である。未病は既病の反対概念でもあり、病気ではないが病（やまい）が未（いまだ）であり、病気が予期されている状態をいうと考える。従って、未病とは、検査値が正常値であるが異常値に近い状態又は自覚症状と言うほどでもないが原因がわからず、倦怠感や疲れやすい心身の状態をいうと考える。

2. 2 誤った未病概念

しかし、未病の学会や多くの企業団体が未病概念を間違っただま普及していることが大きな問題であろう。学会や多くの団体企業は、『自覚症状はないが検査では異常がある状態』と『自覚症状はあるが検査では異常がない状態』を合わせて『未病』としている。そして『病気』とは交叉部位である『自覚症状もあるが検査でも異常がある状態』としている。従って、骨粗鬆症、肥満などを未病としているのであるが、骨粗鬆症が未病と言うのはいかがであろうか。骨粗鬆症の完治は無理だとしても一応治療方法もあり、予防方法もあり、あくまでも「症」と名付ける以上疾病であろう。しかも、この定義だと自覚症状のない検査結果に異常のある末期がんでも未病と言うことになってしまうであろう。また、自覚症状が有れば検査結果が正常であっても検査は完璧とは言えず原因が不明で発症していると考えべきであり、検査結果が異常値であれば当然に発症していて未病ではないと考えるのである。さらに、我が国の慢性腎臓病患者は1,200万人とも1,300万人とも言われているが、腎臓病は、自覚症状は少なく、自覚症状が出たときは直ぐに透析をしなければならないことも少なくないのである。クレアチニンの検査値が異常値で自覚症状がなくても未病ではなく腎臓疾患を発症しているのである。

このような誤った未病の考え方では疾病の予防対策は打てず、未病を普及する意味がないことになってしまう。未病とは、「検査値が正常値であるが異常値に近い状態又は自覚症状と言うほどでもないが原因がわからず、倦怠感や疲れやすい心身の状態」とした方が明確で疾病予防の対策も打ちやすくなると思うのである。

2. 3 誤った未病概念の普及

この誤った未病定義の関係で大辞林や全国健康保険協会などもこの定義を採用しネットで説明をしているのである。全国健康保険協会は『「未病」とは何か、ご存知ですか。未病とは、『発病には至らないものの健康な状態から離れつつある状態』を指しています。自覚症状はなくても検査で異常がみられる場合と、自覚症状があっても検査では異常がない場合に大別されます。』と協会のホームページで説明しているのである。前段は正しいにしても後段は前期の誤った未病概念を採用し問題を含んでいると考える。

健康管理は、検査値が異常になる前に、或いは自覚症状が出る前に身体の管理をしなければ手遅れになるのである。正しい未病概念を構築し、普及することによって疾病を未然に防ぐことにより医療費の大幅な削減をすることができるかと考えるのである。未病概念の正しい構築と普及が急務なのである。

3. 医療電子カルテの公的管理の実施

3. 1 二重診療、二重検査の防止に貢献

医療機関ごとの二重検査もあるが、CTなども一度に検査をすれば済むことであるが診療科ごとに肺を検査し、胃を検査するという二度三度と無駄で被ばくを伴う検査を受けるのである。二重診療、二重検査は早急に対策を取る必要があるであろう。患者は医療機関や医師を選択する自由と権利があるが、同じ症状で医療機関を渡り歩く、いわゆる医療機関のハシゴ診療の横行も防がなければならない。人は病めば不安になり確かな医師や医療機関を求めるのは当然のことと考えられるが、検査はどの医療機関で受けようが差ほどは変わらないであろう。もし、電子カルテの公的管理制度であるなら少なくとも二重検査は防げるであろう。また、二重診療についても前にかかった医療機関の電子カルテが次の医療機関で閲覧が可能であれば、一人の患者の診察に対する見解がチーム医療と同一の効果をもたらすことができるであろう。

3. 2 多剤処方の特害の防止

高齢の患者が、沢山のお菓子のように調剤されて、介護者が利用者の薬をやめさせたら具合がよくなった例を介護現場で多く聞くのである。介護者が利用者の服用している医師の調剤した薬剤をやめさせることは危険で問題であろうが、利用者が嫌がって飲まないときに見守るという方法で薬剤を一時的に中止することはあり得ることである。もちろん、命に係わる薬剤であるのなら論外であるが痛み止め、胃薬、精神安定剤などは介護者が見守ることはあるであろう。

多剤処方は、他の医師が閲覧できるのであれば調剤に気をつけるはずで電子カルテの公的管理は多剤処方の防止に貢献するであろう。しかし、多剤処方は、調剤の記録を共有すれば問題は解決するとの意見もあろうが、薬剤師は医師に対しての反論や意見を言うことがほとんどないのが現実であり、薬剤師による多剤処方の防止は不可能であろう。

3. 3 誤診の予防

人はミスをする動物である。ミスを行さない人間はこの世に一人もいない。しかし、そんなミスをする人間が命に係わる診療を行うがチェックする手段も存在しない。大変に不思議な世界が医療の世界である。もし電子カルテが公的管理になれば医師も慎重にならざるを得ないであろう。診察医師以外の他の医師が電子カルテを検索し検証することができるからである。もちろん、電子カルテの取得には患者の同意は絶対条件であるが医師にとっては、色々な大義名

分を挙げて電子カルテの公的管理の制度化を防ごうとするであろう。患者は正確な診療記録を求める権利があるのであるが、現在の制度では医療機関が全ての診療記録を開示する保証はない。また、患者は実際の現場では医療情報を医師に求めることは少ないと考える。理由は、患者は命という人質を取られて治療を受けているからである。医療法があり、医師法があり、医師や医療機関は患者に対する各種義務を課しているが十分とは言えないであろう。その不十分な医療機関の義務の履行や診療記録の開示が電子カルテの公的管理制度である。

3. 4 診療拒否の防止

話はそれるが医師には診療の義務があるが、その義務は患者に対してではなく国に対する医師の義務であると裁判所により解釈されている。そのために医師の診療義務すら患者に対して十分に守られていないのである。電子カルテには、診療した患者の記録は勿論であるが、訪問した患者のすべてに電子カルテ作成を義務づければ診療拒否の事実も記録に残ることになり診療拒否もなくなるであろう。診療していない患者に対して電子カルテを作成することは無理だとの主張もあるであろうが、医師の診療義務は絶対でなければならない。なぜなら、人の命を預かる医師だからである。医療は営利事業ではなく非営利事業である。そのために、法改正を含めて医師の診療義務の明確化が急務であろう。その担保が電子カルテの公的管理である。

3. 5 イギリスにおける電子カルテの公的管理

電子カルテの公的管理について、イギリスにおいては、医療カルテは国有管理で、医療費の削減に効果を発揮した。イギリスの電子カルテ国家管理ソフトを開発したのが日本の企業である。その後のメンテナンスは入札で負けてしまったが、我が国に医療カルテの公的管理または国家管理のシステムのノウハウがあることは嬉しい限りである。

4. かかりつけ医からの紹介制度の緩和

現在の医療は、紹介制度があり、大病院には原則として直接に診察を受けることができない。どうしても大病院に直接かかりたい場合は、特別料金として7,000円を請求されて幾度も「紹介状をお持ち下さい。」と嫌みのように言われるのである。そのために、かかりつけクリニックで意味のない診察を受け、紹介状をもらって大学病院等に診療に出向くのである。この制度は大病院に患者が集結しないように段階的に診療を行い、あたかも合理的診療制度のような体をなしているが問題も多いのである。臨床医学を勉強しないクリニックもこの制度のお陰で患者を獲得できるのである。さらに、クリニックでレントゲンを撮り、紹介された大病院でも重ねて診察をし、レントゲンを撮ることは通常に行われているのである。勿論、この二重の診療、検査も保険適用である。かかりつけ医制度が、医療費を増加させていることも知らなければならない。かかりつけ医制度そのものが悪なのではなく、かかりつけ医制度により重複診療や重複検査につながるものが問題なのである。もちろん、大病院の診療を受けなくてもかかり

つけ医で治療できる疾病も多いことから、紹介状制度を全て否定するものではないが、せめて患者の意向を尊重する制度に改善する必要があると考えるのである。

一つの改善策として、市町村の行政の医療相談窓口を開設し、患者の主訴を聞き大病院が必要か街のクリニックで良いかの相談を受け、その相談室で大病院が必要と判断されたときは直接に大病院にかかることができるようにしてはどうであろうか。行政の窓口のサービスとしてこのくらいは無理ではないであろう。市町村の努力により国民医療費の削減につながる一つの政策と思うのだが。もちろん、地元の医師会は猛反発するであろうが、医療は医師のためにあるのではないことを再確認する必要があるであろう。

5. 食品添加物の規制強化の必要性

我が国は、食品添加物王国といっても良いほど添加物が許され、添加しても表示をしなくてもよい添加物までもがある。また、消費者庁は「無添加」の表示を禁止している。理由は食品に添加することが悪いことと誤解されるからとのことであるが、疑問である。がん発症の部位にもよるが、我が国と欧米を比較すると胃がん5～10倍、肝臓がん約2倍、胆のう・胆管がん約2倍、すい臓がん約1.5倍である。国立がん研究センター2023年12月7日の発表である。別の同センターの報告では人口の高齢化の影響を除いた年齢別調整率でみた場合のがん罹患者数は2010年前後まで増加し、その後は横ばいとのことである。

しかし、人の体は食べた物でできていることは当然であるので、食品添加物ががんの発症原因になるのみではなく各種の疾病に影響していることは疑いがないであろう。特に胃がん、肝臓がん等が欧米より多く発症していることを見ると添加物の規制も再検討が必要であろう。食品添加物は我が国と諸外国によってかなりの規制の相違がみられ、「無添加」と表示することが消費者庁により禁止されていることは重大事項として改善が必要であろう。

6. 医療費の個人負担分の見直し

我が国は国民皆保険制度を導入し、他国から「地球上で唯一社会主義が成功した国」と言われしめることでもわかるように自由主義国家でありながら社会主義的政策もかなり打ち出してきた。しかし、そのために国民医療費の膨大な膨らみと財政の大きな赤字とをもたらしてきているのである。国家は外国に対する大きな債務でもない限り破綻することはなく、我が国には破綻のリスクは存在しないといえるが、赤字財政で良いはずはなく健全財政になるように国民もこぞって努力すべきであろう。そのためには医療費の個人負担分も再検討を要すると思われるべきであろう。

75歳から健康保険制度から外れて高齢者医療制度を利用することになるが、つい最近まで所得に関係なく自己負担分がゼロであった。現在は、所得に比例し1割から3割の負担となっている。しかし、国民医療費の増加は国民の高齢化が大きな要因をなしてきているのであるから、高齢者医療を再検討する必要があると考えるのである。

また、65歳未満の国民に対しても全てのものが自己負担3割ではなく所得も考慮する必要があるのではないだろうか。政治とは、付加価値の再分配であり、付加価値の再分配は高額所得者にまでもする必要がないと考える。高額所得者は、既に高い保険料を支払っていると主張するであろうが、本来は、健康保険料は税であり高額所得者は高い税を納めることが当然と考えるのである。財産的基盤がありながら医療費の3割で済むことに疑問を感じるのである。

7. 酒税とたばこ税の増税による増税分の医療費への充当

医療機関にかかると必ず、飲酒と喫煙についての問診を書かされるのであるが、飲酒と喫煙が、疾病の発症の大きな要因とされているのは臨床医学の定説であろう。その定説がありながら飲酒者、喫煙者と禁酒、禁煙者とが同割合の医療費を負担するのは疑問である。

しかし、飲酒者、喫煙者と禁酒、禁煙者とが個人負担分の割合が異なることになれば飲酒、喫煙の経歴を問診票に正しく記載しない者が増えることは予測がつくであろう。その改善策として、酒税とたばこ税を増税し、その増税分を医療費に充当する方法をとることが公平であろうと考える。増税金額は現在の段階で、喫煙、飲酒経験者の各疾病発症率の統計を取れば明らかになり、そう難しいことではない。いずれにしても飲酒、喫煙の経験者と未経験者の個人負担分が同じ割合であろうことは理不尽であろう。

8. 外国人の健康保険適用の規制

我が国は、現在、外国人の労働力を期待し、かつ外国人留学生も増加させる政策をとっている。勿論、外国人を差別するつもりはない。しかし、社会保障制度は国民に対して国家が保障するもので他国に仕事で赴いたとしても、赴任先の国家が保障するものではないと考える。中国を例にとれば、中国人が日本に赴任した時、我が国の健康保険制度を使えるのであれば、邦人が中国に仕事等で赴いたときに中国に同じ制度があればフェアであろうが、実際は中国にその制度は存在しない。

早急に対処しなければならないことは、既に罹患しているものが我が国の医療にかかるために、日本に会社を設立し、日本の社会保険に加入し、日本の健康保険による治療を受けることがまかり通っていることである。それも、数百万円というかなりの高額の治療を受けるのであるが、設立した会社は放置し保険料は未納のまま帰国してしまう例もあるのである。厚生労働省は、実態を把握しているのであろうが何の対策も打とうとしない。

これから数十年の期間は労働人口の不足があり、外国人労働者を受け入れなければならないことは理解できるが、AIやロボットがかなりのスピードで進化し、人間に代わる労働を可能にしてくれる。当然に、団塊の世代も10数年でかなり減少するであろうし、若者の負担も時の経過とともに少なくなることは必定であろう。その時が来ると、労働人口が過剰になり、外国人に職場を奪われることになるのである。もう、既に土木建築現場においては外国人労働者が増加し、日本の労働者が一部に排斥される傾向まで始まっている。

映像解析による

競技レベル別の投球フォームの違いについて

— 下肢動作に着目して —

Differences in pitching form by competition level based on video analysis

— Focus on lower extremity movements —

堀内 賢¹⁾, 矢野 健太郎²⁾, 木村 匠汰³⁾, 山田隆裕²⁾, 大山達也²⁾
Ken Horiuchi¹⁾, Kentaro Yano²⁾, Shota Kimura³⁾,
Takahiro Yamada²⁾, Tatsuya Oyama²⁾

¹⁾宝塚医療大学和歌山保健医療学部, ²⁾和歌山県立桐蔭高等学校,
³⁾株式会社 SK Beyond

¹⁾ Takarazuka University of Medical and Health Care Faculty of Wakayama Health
Care Sciences Department of Rehabilitation

²⁾Wakayama Toin high school

³⁾ SK Beyond Co.

<Abstract>

The pitching form of pitchers who pitched in two games in the prefectural preliminary round of the National High School Baseball Championships in Japan was compared in terms of whether their knees were above the toes in the so-called squat posture with the hip in maximum flexion during the pitching motion, based on the criteria of "success" and "failure". The results were compared.

The results suggested that pitchers who pitched in the finals had a higher success rate and may have a superior pitching form. We plan to further develop the study by examining the research method to make it more accurate.

1. 研究の背景と目的

野球の投手において投球フォームの重要性はパフォーマンスの面からも障害予防という観点からも以前からよく言われている。研究においてはフォームのこういった動作が好ましいとされるのかや投球動作時の軸足股・膝関節の動きの重要性が報告されている¹⁾²⁾⁶⁾⁷⁾。また多くの有識者を集めて同じ投手のフォームを分析するなどの分析はすすめられている³⁾。しかしながら、これまで投球動作時の軸足股・膝関節について客観的評価を報告したものは少なく、さらに実践の試合において検証されたものは認められていない。そのため、本研究においては新たな基礎情報を得ることを目的に、高校野球のトーナメント大会における投手の投球動作時の動作を検証することとした。これらを明らかにすることは、科学的根拠をもとにした投球動作指導が行えるとともに、指導現場に対する新たな知見が提供できるものと考えた。

2. 研究方法

2. 1. 対象

令和4年度第104回全国高等学校野球選手権大会和歌山大会の高校野球投手5名を対象とした(いずれも高校3年生投手で内訳は右投手5名、左投手2名であった)。比較対象のうち1回戦(抽出された1試合)と決勝戦に登板した全投手を対象とした。ただし決勝戦に勝ち上がったチームは、決勝戦の試合を採用し、1回戦の抽出された試合は、勝者も次戦で敗退した試合を抽出した。

対象者の詳細について以下に示す。

1回戦敗退チーム：1回戦の試合を採用。

1回戦勝利チーム：1回戦の試合を採用(2回戦以降のデータは使用しない)。

決勝戦の2チーム：決勝戦の試合を採用(決勝に勝ち上がった2チームは1回戦のデータは使用しない)。

2. 2. 方法

2. 2. 1. 使用映像

テレビ映像録画を用いて行う。大会映像二次利用については大会主催の株式会社朝日新聞社・公益財団法人日本高等学校野球連盟、株式会社テレビ和歌山に許可を得た上で行った。

2. 2. 2. データの解析方法

オープンソースの動作解析ソフトで本邦の株式会社スポーツセンシング社も開発をサポートしているKinoveaを使用した(図1 実際の編集画面)⁷⁾⁸⁾。

投球プレート上に平行線を引き、そこから軸足つま先より垂直線を引く。

投球フォームにおいて軸足股関節最大屈曲位にて垂直線よりつま先方向に膝が出ていないかで成功失敗を目視判断する(図1)。

スクワット動作はリハビリテーションの現場や多くの先行文献で、その運動動作において膝関節前方がつま先から結んだ地面からの垂直線上より前方に出るような運動となると解剖学・運動学的見地から「大腿四頭筋や膝蓋腱に過剰な負担を強いる」³⁶⁾といわれている。また、投球動作では数多くの先行文献で「体の開き」といわれる早期コッキング期(図 2)における投球動作不良の典型的な形につながる動作とされている¹⁷⁾⁸⁾ためこの手法を用いた。



図 1. 実際の編集画面とソフト名

2. 2. 3. 投球位相での分析方法

- ① 中継画像をパソコンなど記憶装置に取り込んだ後に解析ソフトにて投球位相のウィンドアップ～早期コッキングにおける踏み込み足接地までの時間を使用(図 2).
- ② 軸足股関節最大屈曲時にプレート板を基準として平面を規定
- ③ 投手の軸足のつま先からプレート板を基準に垂直な線を作成
- ④ 投手の股関節最大屈曲時にその線よりつま先側に出ている場合を失敗、出なかった場合を成功試技とする(図 3)
- ⑤ 検証は②③④の基準を基に、野球指導経験 10 年以上かつ臨床経験 10 年以上の野球指導者ならびに理学療法士が失敗を避けるため動画を 3 回ずつ検証する。

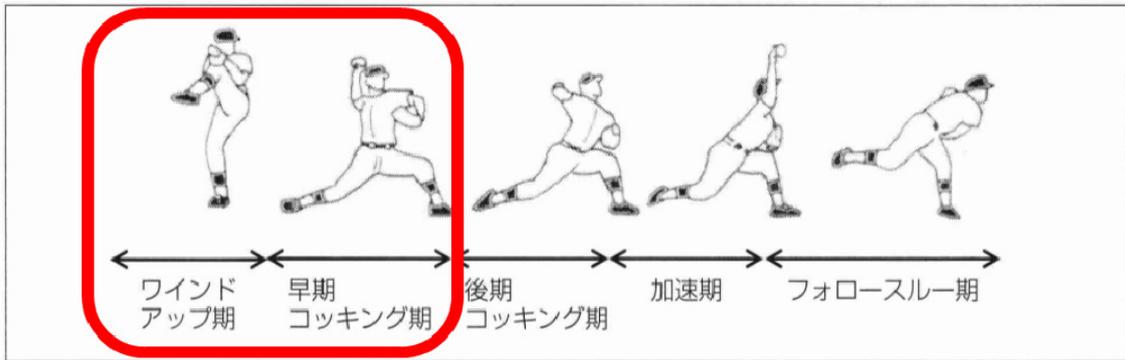


図2 投球の位相(太字囲み部分の動作を分析)⁴⁾

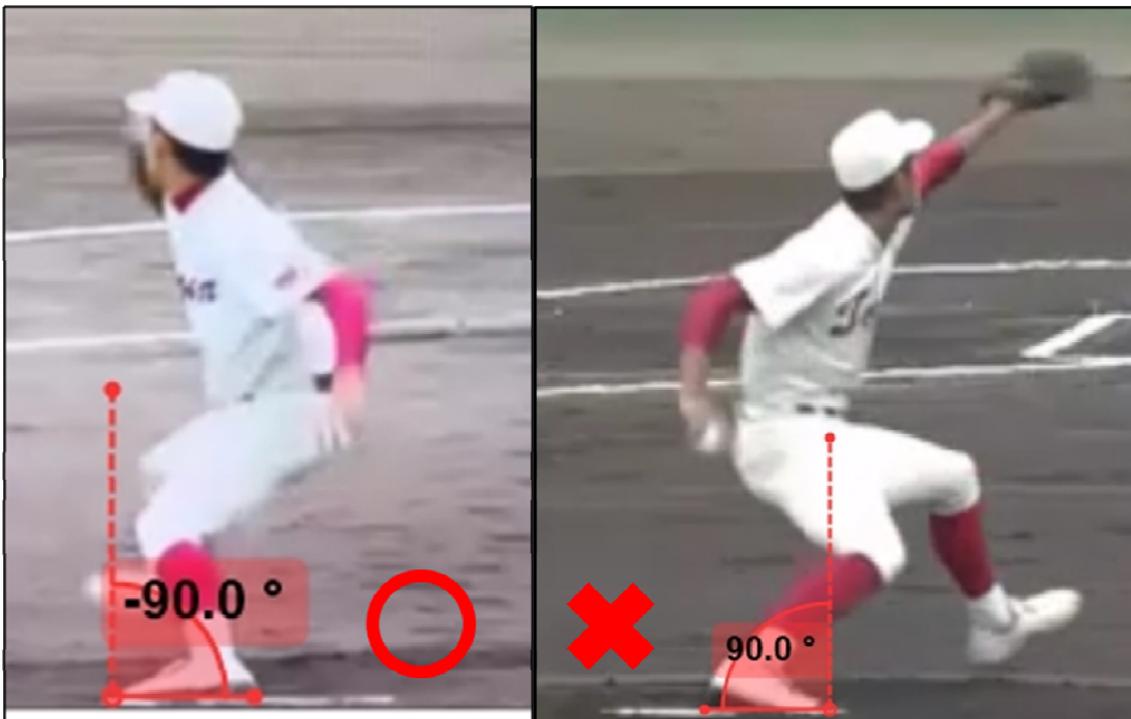


図3. 実際の試合における動き(左)成功, (右)失敗

3. 結果

3. 3. 1. 全体の結果

スピードガン表示が出なかったものを除外した結果, 決勝戦 22.2%の成功(57/257), 1 回戦は 5.1%の成功(12/223)であった. カイ二乗検定により成功試技の割合を比較検討した結果 $P < 0.01$ で有意差がみられた(図 4).

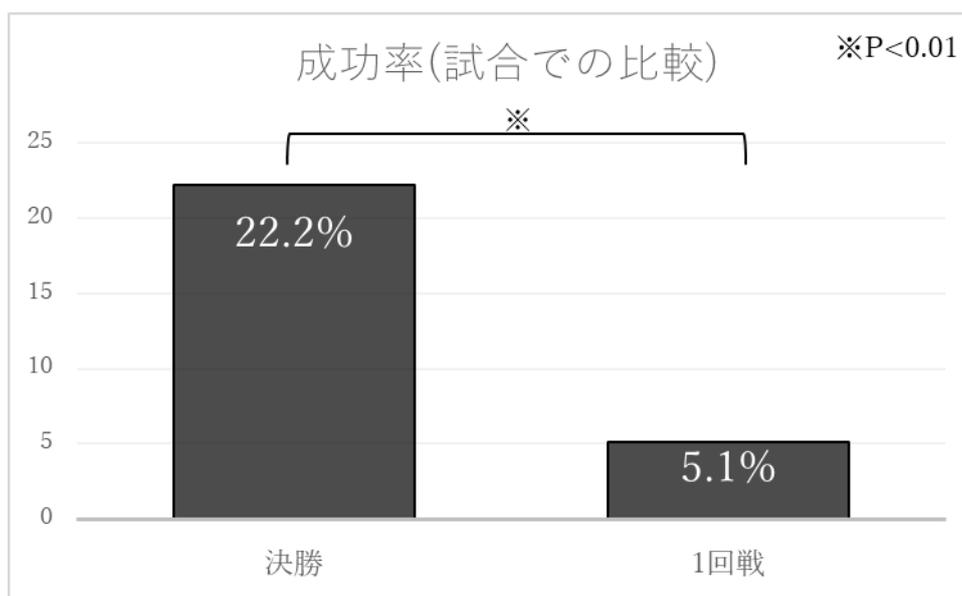


図4. 決勝と1回戦の成功率比較

3. 3. 2. 投球スピードの差

決勝戦と1回戦の各試合において直球(ストレート)のスピード差についても確認した。決勝戦 $132.68 \pm 6.21\text{km}$, 1回戦 $123.21 \pm 5.38\text{km}$ であった。両者を対応のない t 検定にて比較したところ $p < 0.01$ で有意差がみられた。

4. この研究の限界と未来への示唆

和歌山県は、全国の中でも数少ない同一大会同一会場全試合中継となっており、カメラ位置等も全日同じ位置からの撮影となっているため、今回の研究のテーマとさせていただいた。実際の試合での全力投球は、筆者が実際に経験している感覚としても実験室での投球とは度合が全く異なる。しかしながら、バイコン等を用いた実験室での投球動作との比較では、どうしても信頼性・妥当性は低いともいえ、今後はさらなる解析や撮影方法の改善が望まれる(具体例としては、一グラウンドにおいて継続的に同位置にカメラを設置しての分析等も考えられる)。

また、レベル別の2試合だけでも傾向が示唆されたため、甲子園大会や都市対抗野球など同一大会同一会場の全試合などで同じ形での研究を行い、更なる投球フォームへの示唆等を行える研究が考えられる。

5. 考察

今回は、投球時における股関節最大屈曲位のいわゆるスクワット姿勢においてつま先より足先が出るかどうかだけの成功・失敗での区別のみ行っている。しかしながら、研究のきっかけとしては、スクワット動作がうまく行なえている方が実際の投球も投手の思い通りにいわゆる「キレ」(回転数が高い)のある投球スピード自体も速いボールが投球できるのではないかと

いう考えから始まっている。

<引用・参考文献>

- 1)藤井康成, 泉俊彦, 梶博則ほか (2012) :運動連鎖を取り入れた投球障害の対応 理学療法士から見た投球障害の対応(1). 臨床スポーツ医学. Vol.29(No.1):87-94.
- 2)波戸謙太, 金堀哲也, 谷川聡ほか (2021) :野球投手の一流競技者にみられる投球動作の特徴. コーチング学研究. 第 35 巻第 1 号:pp1-17.
- 3)片田圭一, 吉本真樹 (2012) : 糖尿病治療のための骨格筋. 石川県理学療法学雑誌. Vol.12 (No.1):5-10.
- 4) 松尾知之, 平野裕一, 川村卓 (2010) :投球動作指導における着眼点の分類と指導者間の意見の共通性:プロ野球指導経験者および熟練指導者による投球解説の内容分析から. 体育学研究. 55:343-362.
- 5)宮下浩二 (2007) :投球障害の発生メカニズム. 月刊スポーツメディスン. No.90:pp20-24.
- 6)眞田千晴, 千 雅子, 西野 玲子ほか (2019) :特定保健指導におけるロコモ度テストと ロコモトレ導入の意義. 総合健診. 45 巻 5 号:pp.626-634.
- 7)内田智也, 大久保吏司 (2018) :三次元動作解析装置を用いた野球の指導用語の定量化 -投球動作指導におけるエビデンスを示す-. 臨床スポーツ医学. Vol35(No4):430-433.
- 8)内田智也, 大久保吏司, 松本晋太郎ほか (2017) :投球動作時の Early Cocking 期における軸足股関節の運動学・運動力学的特徴. 日本臨床スポーツ医学会誌. Vol.25(No.1):16-23.
- 9) 株式会社スポーツセンシング社. "Kinovea".
https://www.sports-sensing.com/brands/labss/labss_software/kinovea.html(最終参照 23.3.9).
- 10) 株式会社スポーツセンシング社. "Kinovea 0.9.5 ダウンロードページ".
<https://www.kinovea.org>(最終参照 23.3.9).

認知症患者のもてる力の発揮につながる

意思決定支援の構造

— 一般急性期病院の退院調整看護師の支援 —

Decision Making Support Process conducted Abilities of Dementia Patient

— Discharge-Planning Nurses in general acute care hospitals in Support —

梅原里実

Satomi Umehara

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Care,

Tkasakai University of Health and Welfare

<Abstract>

This study is to clarify the content and structure of decision-making support provided by general acute care hospital discharge-planning nurses to help dementia patients, and to examine the ideal form of discharge-planning. General acute care hospitals with more than 200 to 400 beds in the Kanto region In japan were randomly sampled, and semi-structured interviews were conducted with 10 discharge-planning nurses in six general acute care hospital.

That the way to discharge-planning from the hospital, which leads to the exercise of the abilities of dementia patients, It was suggested [an attitude to treat dementia patients as one person and cherish them] while [devising ways to help dementia patients decisions making support] with [support communication between dementia patients and their families].

1. 研究の背景と目的

わが国の保健・医療・福祉をとりまく現状は、団塊の世代が75歳以上となる2025年問題に代表されるように、急速な高齢化に伴う生活習慣病などの慢性疾患の増加と共に、疾病構造が変化し医療費を圧迫している。また、医療制度の改革と共に医療費の適正化が課題となっている。その対策の一つとして厚生労働省は、平成20年度の診療報酬改定において「退院調整加算」を新設し、退院調整経験のある専従の看護師または社会福祉士の配置を基準とした退院調整の評価を開始した。認知症は、退院困難な要因の条件とされ、病状や退院後の生活に向けた話し合いを患者及び家族を含め7日以内に行うことが算定要件となっている。認知症患者には、退院する時期や退院先について患者・家族とともに合意形成を行なえるように丁寧な支援が必要であり、退院調整看護師はその役割を担っている。

しかし、認知症患者は、病状の進行に伴い認知機能の低下や言語の障害が顕著となり意思の表出が難しくなるため、退院先を決定するには困難が伴う。したがって、急性期病院に入院している認知症患者の退院調整を行うには、意思決定能力やもてる力の見極めながら残存する機能に働きかけやすい手段とその障害や特徴に応じた対応を工夫する必要がある。退院調整看護師は、患者・家族の意思を尊重する事を第一の目標に考えておりそのプロセスには意思決定を支援し調整・合意していく患者・家族の意思決定支援のプロセスがあり、患者や家族の力を引き出す支援が課題であると述べている²³⁾。また、急性期病院の退院調整看護師が感じる高齢者の退院支援における困難には、高齢者とその家族の多様な個別性を捉え、言葉だけでは判断しにくい認知症高齢者の本心を探ること及び家族の希望が本人にとって良いことかを判断する⁴⁾ことなどがある。このように、退院調整看護師は、意思決定や意思表出が難しい認知症患者に対する個別的な支援をしながら退院調整を行っているとは推測する。

認知症高齢者の日常生活にかかわる意思決定能力の特徴については、複数の情報を同時に理解することは難しいとしても、少なくともひとつの情報であれば、理解することが可能であり、軽症から中等症の認知症高齢者でも「理解」する能力が完全に喪失するわけではないとの指摘がある³⁵⁾。また、看護師の姿勢や態度、環境調整に配慮し非薬物療法などを取り入れたケアの実施により、意思の確認がスムーズになりケアを拒否していた認知症の患者が落ち着きを取り戻し、QOLが向上するとの報告は多い¹¹⁾¹⁹⁾³²⁾。このように、認知症による生活機能障害や症状の特徴に応じた対応を行い、残存する機能に働きかけやすい手段を用いることで意思表出や意思決定を支援できることがわかっている。実際に、筆者は認知症看護を実践する中で、その人の病状や障害に合った対応をすることにより言葉を発しなかった患者が自分の言葉やしぐさで意思を表現できるようになることを経験している。

厚生労働省(2018)は、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」にて、認知症の人の意思決定支援に関する方向性を示した¹⁵⁾。一方、急性期の治療を終えた後の支援については、倫理的な意思決定による支援が示唆されている²⁶⁾。しかし、

認知症患者の意思決定能力を引き出すもてる力に着目した支援の内容と構造については明らかにされていない。退院調整看護師の意思決定支援の構造を明らかにすることにより、退院調整に関わる病棟看護師による認知患者の意思表出支援につながるものとする。

そこで本研究は、退院先の決定に困難が予測される認知症患者に対して、退院調整の早期介入をすすめている一般急性期病院の退院調整部門に勤務する退院調整看護師を対象に、認知症患者のもてる力の発揮につながる退院調整看護師の意思決定支援の内容と構造から退院調整のあり方について検討することを目的とする。

2. 本研究における用語の定義

本研究において各用語を以下のように定義する。

退院調整看護師

臺らは（2015）、退院調整とは患者・家族が自立して、その人らしい生活をおくることができるように、患者・家族の意向に沿った社会保障制度や社会資源など、地域での保健・医療・福祉サービスにつなぐマネジメントの過程であると述べている²⁾。また、宇都宮らは（2012）、患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程としている³⁷⁾。

以上を参考に、本研究では、「退院調整部門に配属されており患者の自己決定を実現するために患者・家族の意向に沿い、社会保障制度や社会資源など、地域での保健・医療・福祉サービスにつなぐマネジメントを行っている看護師」と定義する。

意思決定支援

中島らは（2013）、認知症の人との関係のズレをできるだけ少なくし、本人の立場に沿って日常見られるさまざまなサインに敏感になり本人の思いや意思を読み取るなどの意思決定能力を引き出す支援と述べている²¹⁾。川崎（2015）は、何らかの問題を解決するためもしくはある一定の目的を達成するために、いくつかの選択肢（代替案）に対する考えや思いを整理しながら、一つの選択肢を選択し行動方針を決定するための援助と述べている¹²⁾。

以上を参考に、本研究では、「何らかの問題を解決するためもしくはある一定の目的を達成するためにいくつかの選択肢に対する本人の思いや意思を読み取り、本人と家族と医療者が現在の状態や情報を共有し、合意を形成するための支援」と定義する。

もてる力

認知症の人に対する看護について、中島ら（2013）は、日々の生活のなかで自分たちのできる力（考え、選択し、意思決定し、実行する力）をそのままとらえ、引き出す鍵はそばにいる看護師や家族であると述べている²²⁾。また、松下らは（2007）、その人が「もてる力」を発見し、そのうえで残存能力を維持することで、情緒の安定や人間性・社会性の回復など、QOLの向上は十分期待できると述べている²⁰⁾。

以上を参考に、本研究では、もてる力とは「認知症の人が本来持っているが、現在表出されていない能力であり周囲の支援によって引き出されることが可能な力」と定義する。

3. 研究方法

3. 1 研究デザイン

半構造化インタビューによる質的研究デザイン。

3. 2 研究対象者

退院調整看護師 10 名

対象者の条件

- 1) 病床数が、200 床以上 400 床未満の一般急性期病院に退院調整看護師として専従で勤務している看護師。
- 2) 退院調整看護師として認知症中期程度と判断できるあるいは診断された患者に対して退院調整を実施した経験が 5 例以上ある。

3. 3 データ収集方法

1) データ収集までの手続き

一般社団法人病院協会のホームページより、関東圏内の病床数が 200 床以上 400 床未満の一般急性期病院を無作為抽出し、30 か所に連絡をし回答が得られた 6 か所の病院長と看護部長に本研究に関する説明を文章と口頭で説明した。7 日間程度の時間を空け再度連絡し同意書を取りかわした後、研究協力者のご紹介をいただいた。その後、研究協力者に連絡を取り研究に関する説明を文章と口頭にて実施し、その後同意書を取り交わしインタビューを実施した。

2) データ収集方法

(1) 半構造化インタビュー内容は、これまでの退院調整を振り返りもてる力を発揮してもらえた経験や意思を確認する工夫、意思決定を支援するうえでの困難などを中心に自由に語ってもらった。また、同意を得て IC レコーダに録音およびメモに記述した。終了後語られた内容のメモを見せ相違が無いこと確認してもらった。

(2) インタビュー場所は、研究対象者より指定された病院内の個室などのプライバシーが保持できる場所で実施した。

(3) インタビュー時間は、研究対象者に研究内容・倫理的配慮を説明した後 30 分程度とした。

(4) 研究対象者の属性については、インタビュー終了後に無記名自記式質問紙調査用紙を用いその場で回収した。

3. 4 データ収集期間

2017年6月～2017年12月

3. 5 データ分析方法

半構成的インタビューで得られたデータは、研究目的に沿い、Krippendorff の内容分析の手順¹³⁾に基づき実施した。まず逐語録に起こし意味内容の類似性を読み込みコード化した。次に、複数のコードの関係からなるサブカテゴリを生成し、相互の関係からの分析結果をまとめカテゴリに分類した。分析過程において、データ解釈の信頼性と妥当性を高めるために質的研究の経験者と概念化が飽和状態に至るまで分析を行った。

3. 6 倫理的配慮

研究対象者には、研究目的と内容について書面で示し研究協力の自由意思であること、同意はいつでも撤回できること、データは本研究以外使用しないこと、学会などで結果を公表する際は仮名性の保持をすること、研究に使用する USB やパソコン、IC レコーダーなどは鍵のついている研究室の戸棚へ保管する等を口頭と書面にて説明し堅く約束した。本研究は、武蔵野看護学部研究倫理委員会の承認（承認番号 2802）を得た後に実施した。

4. 研究結果

表 1 研究協力者の属性

看護師	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
年齢	30 歳代後半		40 歳代前半		40 歳代後半				50 歳代後半	
看護師経験年数	15 年～19 年		20 年～24 年		25 年～29 年				30 年～	
退院調整看護師経験年数	2 年	3 年	2 年	2 年	2 年	3 年	2 年	4 年	4 年	10 年
認知症患者の退院調整件数	10～14	15～	15～	15～	10～14	5～9	5～9	15～	10～14	15～
院内外の認知症関連の研修会	せん妄の看護	老年期の看護 認知症ケア	認知症ケア	認知症ケア	認知症看護 認知症の治療 認知症ケア せん妄の看護	高齢者看護 認知症の治療 認知症ケア せん妄の看護	認知症看護 認知症ケア	認知症ケア ユマニチュード 老年期の看護 高齢者ケア医療	せん妄の看護	認知症対応能力研修

4. 1 研究対象者の属性 (表 1)

年齢は 30 歳代後半 2 名、40 歳代前半 2 名、40 歳代後半 5 名、50 歳代後半が 1 名であった（平均 40 歳代後半）。退院調整看護師としての経験年数は 2 年が 5 名、3 年が 2 名、4 年が 2 名、10 年が 1 名であった（平均 3.4 年）。看護師としての経験年数は 15 年～19 年が

2名、20～24年が2名、25年～29年が5名、30年以上が1名であった（平均26年）。認知症患者の退院調整件数は、5～9件が2名、10～14件が3名、15件以上が5名であった（平均13.5件）。これまでに参加した認知症看護に関する研修会は、全員が院内及び院外において実施された認知症ケアや認知症看護、せん妄の看護等の研修に参加した経験を持っていた。

4. 2 退院調整看護師が行う意思決定支援の内容と分析結果

退院調整看護師が行う認知症患者の意思決定支援の内容については、文章中と概念関係図についてカテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》、概念は〔 〕に示す。分析の結果51コードから10サブカテゴリ、3カテゴリが生成された（表2）。研究参加者の語りの総時間は533分であった（平均53.3分）。

1) 【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】カテゴリは4サブカテゴリと28コードから生成された。

《認知機能や全体像を把握する》サブカテゴリは、[事前に患者の情報を得る][認知機能を把握する][情報を統合する]などの4コードから生成された。《認知症の特徴を捉えた信頼関係づくりに努める》サブカテゴリは、[顔を覚えてもらう][信頼してもらえる関係づくりをする][患者と一緒に考える][怒られても側にいる][脅かさないようにする]などの8コードから生成された。《認知症患者だからと区別しない》サブカテゴリは、[どこに帰りたいか単純に聞く][認知症だからと区別しない][自宅での生活を具体的に聞く][できること、できないことを聞く]などの6カテゴリから生成された。《認知症患者にはもてる力があると信じる》サブカテゴリは[こたえる力があると知る][本人に話した後に家族に話す][誰も聞いていなかったことを聞く]などの6カテゴリから生成された。

2) 【認知症患者の意思決定を助けるケアの工夫】コアカテゴリは5サブカテゴリと23コードから生成された。

《安心につながるケアを行う》サブカテゴリは、[手を握る背中をさするタッチングをする][人生史を聞く]の2カテゴリから生成された。《表現できない意思表出を助ける》サブカテゴリは、[伝わるように表現を変える][時間をかけて話を聞く][何度も聞いて確認する][自分の考えや気持ちを表現できるようにする][退院後の生活をイメージできるよう話す]などの10コードから生成された。《表現したい意思を読み取る》サブカテゴリは、[表情を見る][気持ちを汲む][本当に言いたいことを推測する][間の取り方や表情を読み取る]などの5コードから生成された。《多職種を活用する》サブカテゴリは、[医師と交渉する][カンファレンスを活用する]などの3コードから生成された。《退院先を判断できるように提案する》サブカテゴリは、[自宅で生活できるか判断する]を合わせ

3 コードから生成された。

表2 認知症患者のもてる力の発揮につながる退院調整看護師が実施する意思決定支援

カテゴリ	サブカテゴリ	代表コード (コード数)
認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢	認知機能や全体像を把握する	事前に患者の情報を得る 認知機能を把握する 情報を統合する (4)
	認知症の特徴を捉えた信頼関係づくりに努める	顔を覚えてもらう 信頼してもらえぬ関係づくりをする 患者と一緒に考える 怒られても側にいる 脅かさないようにする (8)
	認知症患者だからと区別しない	どこに帰りたいか単純に聞く 認知症だからと区別しない 自宅での生活を具体的に聞く できること、できないことを聞く (6)
	認知症患者にはもてる力があると信じる	こたえる力があると知る 本人に話した後家族に話す 誰も聞かなかったことを聞く (6)
認知症患者の意思決定を助けるケアの工夫	安心につながるケアを行う	手を握る、背中をさする、タッチングをする 人生史を聞く (2)
	表現できない意思表出を助ける	伝わるように表現を変える 時間をかけて話を聞く 何度も聞いて確認する 自分の考えや気持ちを表現できるようにする 退院後の生活をイメージできるように話す (10)
	表現したい意思を読み取る	表情を見る 気持ちを汲む 本当に言いたいことを推測する 間の取り方や表情を読み取る (5)
	多職種を活用する	医師と交渉する カンファレンスを活用する (3)
認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助	退院先を判断できるように提案する	自宅で生活できるか判断する (3)
	認知症患者と家族の仲介役となる	家族との仲介役として気持ちを伝える 本人と家族と一緒に考える (4)

3) 【認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助】カテゴリは1 サブカテゴリと4コード

から生成された。

《認知症患者と家族の仲介役となる》サブカテゴリは、[家族との仲介役として気持ちを伝える] [本人と家族と一緒に考える]などの4コードから生成された。

5. 考察

5. 1 認知症患者の意思決定支援の内容と構造

生成された【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】【認知症患者の意思決定を助けるケアの工夫】【認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助】3カテゴリについては、退院調整にはプロセス³⁸⁾があるため、第一段階の「退院支援が必要な患者のスクリーニング」、第二段階の「ケア継続のための看護介入とチームアプローチ」、第三段階の「地域社会資源との連携・調整」を踏まえながら考察する。

【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】について

第一段階の全体像からの気づきを継続しスムーズな退院調整を図るには、「退院に向けた自己決定支援」が重要となる。本カテゴリを構成しているサブカテゴリの一つである《認知機能や全体像を把握する》は、退院調整看護師が患者との初回面談までの間に[事前に患者の情報を得る]を基に[認知機能を把握する]や[情報を統合する]などのコードから生成している。本研究の退院調整看護師は入院前から退院調整を実施しており、これは第一段階の退院支援の必要性を検討する上で患者のスクリーニングと同時に早期介入の準備と捉えられる。認知機能の程度や症状の特徴を捉えた多面的な情報収集は、認知症患者の全体像に近づき個別的な対応への糸口をつかもうとする姿勢である⁹⁾。

また、《認知症の特徴を捉えた信頼関係づくりに努める》サブカテゴリは、[顔を覚えてもらう]や[信頼してもらえ関係づくりをする]などのコードから構成されている。退院調整看護師は、病棟所属ではないため、毎日意図的に訪問しない限り、記憶障害がある認知症患者に認識してもらうことは難しい⁶⁾。したがって、意図的にベッドサイドに出向く行動をとっていたと考えられる。また、認知症患者のリロケーションショックを軽減するには、顔見知りになることを優先していたことが伺える。認知症は、進行に伴い記憶力や思考力が低下するため、なじみのない者が突然近づいたりすると、状況の理解や判断ができずに過度に反応してしまう前頭葉症状が出現することがある⁴⁰⁾。不適切な人的環境は、怒りや興奮という認知症に伴う行動心理症状の原因となる。同様に認知症中期程度の患者は、コミュニケーション能力の低下により、自分に生じている苦痛や変化の言語的表現が困難となり、代わりに焦燥・攻撃性・ケアの拒否などの症状が発生することが多い¹⁾。また、認知症患者は常に不安や恐怖を抱いていることから、相手を信頼して、理解して、認めた人でなければコミュニケーションをとることはできない³¹⁾。認知症患者と直接的なケアを行う機会が少ない退院調整看護師は、[怒られても側にいる]、[脅かさないようにする]などのコードから、認知症の症状に合わせた対応と共に患者との信頼関係を築くための

工夫をしていると伺える。本研究の退院調整看護師は、認知症患者の退院調整経験が平均13.5件であり、何らかの認知症看護に関する研修会に参加²⁴⁾し、自己研鑽を積んでいることから、認知症患者の意思表出を支援する上で《認知症の特徴を捉えた信頼関係づくりに努める》行動につながったものと考えられる。

《認知症患者だからと区別しない》サブカテゴリは、[認知症だからと区別しない] [どこに帰りたいか単純に聞く]などのコードで構成されているように、人権を尊重した態度が示された²⁸⁾。本研究の退院調整看護師は、認知症患者と共に生きるその人に向き合う姿勢を持ち、認知症があるか否かには注視せず一人の患者として対応していることが明らかになった。[自宅での生活を具体的に聞く][できること、できないことを聞く]などのコードは退院調整看護師の基本的な姿勢である¹⁰⁾が、認知症だから話を聞いてもわからないとせず、認知症患者は、自分の意思をもっており直接話を聞く事を大切にしていると考えている。

認知症患者の「持てる力」や「意思」をめぐっては後から気づかされることがあり、そこには常に「曖昧さ」が伴う³⁴⁾。《認知症患者にはもてる力があると信じる》サブカテゴリのコードのひとつである[こたえる力があると知る]からは、認知症患者にはもてる力があると知り得る経験があったと伺える。また、[本人に話した後に家族に話す]のコードから構成されているように、最初に当事者本人に話すという姿勢があり、認知症を有していてもできることがあるという前提がある上での行動と捉えられる。

[誰も聞いていなかったことを聞く]コードは、認知症を有すると「何もわからない」、あるいは「答えられない」という一方的な思い込みや偏見からは生まれにくい行動であり²⁹⁾、認知症患者のもてる力が発揮できるケアと考える。パーソン・センタード・ケアでは、認知症患者と向き合う際には、「認知症」という疾患を強調した医学的モデルでは、患者は何もできない人とし偏見を生む³⁰⁾。また、看護師の認知症高齢者への先入観やスティグマの修正は、医療場面における認知症患者のその人らしさを支える構造の一部である³³⁾。このように、認知症患者と退院調整看護師の関係性においては、認知症の患者に向かい合いあらゆる機会や場面を意図的に作り出す姿勢が明らかとなった。

このように【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】カテゴリは、自分を信頼してもらえるよう関係づくり務めるサブカテゴリから生成されており、この姿勢こそが認知症患者の緊張や不安を軽減させ意思や感情の表出を容易にすることにつながっていると考えられる²⁷⁾。神田らは、クライアントと人間対人間の関係を形成し、相互に人格を尊重し合って初めて看護の目標を達成できる。(中略)意思決定支援に向けて必要な情報を収集するために、クライアントと看護師の信頼関係の構築が必要不可欠である⁸⁾と述べているように、【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】カテゴリは、退院調整看護師が認知症患者の入院前から全体像を把握したうえで、認知症患者を困らせたり、驚かせたりしないよう注意を払いながら意思形成支援¹⁶⁾を行っていることが明らかになった。

【認知症患者の意思決定を助けるケアの工夫】について

本カテゴリを構成している1つのサブカテゴリである《安心につながるケアを行う》サブカテゴリは、[手を握る背中をさするタッチングをする][人生史を聞く]などのコードから構成されている。タッチングや接触は認知症患者に安心感を与えるコミュニケーション技術であり、昔の話を聞くことは非薬物療法の一つである⁴¹⁾。本研究の退院調整看護師は、認知症患者の緊張や興奮を緩和することにより、もてる力を発揮できるよう根拠を持った技術を用いた対応をしていることが明らかとなった。また《表現できない意思表示を助ける》サブカテゴリは、[伝わるように表現を変える][時間をかけて話を聞く][何度も聞いて確認する][自分の考えや気持ちを表現できるようにする][退院後の生活をイメージできるように話す]などのコードから構成されていることから、認知症患者のコミュニケーション能力に応じた技術を用いて、退院後の生活をわかりやすく伝える意思形成支援¹⁷⁾を行いながら、意思表示を支援していると考えている。

《表現したい意思を読み取る》は、対象とした認知症中期程度の患者はコミュニケーション能力の低下があり、言葉でうまく表現できないため[表情を見る][本当に言いたいことを推測する][間の取り方や表情を読み取る]などのコードから構成されているように、患者に寄り添い表情や言動などから意思を読み取っていることが明らかとなった。本研究における退院調整看護師は、認知症中期程度の患者から発せられる複数の言語的・非言語的メッセージを受け止めながら、患者の興奮を沈め意思の表出を助けていると考える。これは、退院調整看護師としての経験知が豊富な熟練した看護師であったことが影響していると考え²⁵⁾。認知症の患者の意向を確認するには、患者に寄り添いながらコミュニケーションを図る必要がある³⁾が、本研究退院調整看護師は、患者の表情や間の取り方といった行間を読みとりながら意思表示の支援をしていると考えている。

《多職種を活用する》サブカテゴリは、[医師と交渉する][カンファレンスを活用する]などのコードで構成されており一人で判断しない行動が明らかになった。自分の意思をうまく表現できない認知症患者の意思を確認するには、多角的な情報を集める必要がある⁷⁾。

《退院先を判断できるよう提案する》サブカテゴリは、[自宅で生活できるか判断する]の他3コードで構成されている。退院先を決定する過程では、患者の希望や安全について具体化し、自宅での生活をイメージしてもらい支援を行いながらも看護師としての判断があることが示された。【認知症患者の意思決定を助けるケアの工夫】カテゴリは、第二段階の「ケア継続のための看護介入とチームアプローチ」として、医療チームによるカンファレンスの実施と共に、認知症患者の意思表示の支援を行っていることが示された。

【認知症患者患者と家族の意思の疎通を図る援助】について

本カテゴリを構成しているサブカテゴリの《認知症患者と家族の仲介役となる》は、[家族との仲介役として気持ちを伝える][本人と家族と一緒に考える]のコードから構成されている。認知症中期程度の患者は、失語や構音障害といった症状や進行と共に自分の気持ちを言葉にして表現したり自分で伝えることが次第に難しくなる³⁹⁾。自分の意思をうまく表現できないことにより家族との関係性にも影響を与えるもの考える。実際には、患者と

家族の意向の食い違いから退院調整看護師は板挟みとなりながらも対象となる患者と家族の「自己決定」の支援を実施している³⁶⁾。本研究の退院調整看護師は、確認した意思を[家族との仲介役として気持ちを伝える]にて代弁し、[本人と家族と一緒に考える]により、認知症患者自身が抱く家族に対する遠慮、あるいは自身の意向を押し通そうとする言動により、家族との関係性が悪化してしまうことを避け意向の食い違いを補う支援を行っていると考えている。退院調整看護師は、多様な高齢者とその家族の個別性を捉えた支援として、高齢者と家族、双方にとってよい選択となるような支援を導き出している⁵⁾。本研究においても同様に、退院調整看護師は、退院支援において代理決定の対象である家族の存在を看護の対象として位置づけた援助を行っていると考えている。【認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助】カテゴリから、本研究の退院調整看護師は、第三段階の「地域社会資源との連携・調整」に必要な方向性をすり合わせ¹⁸⁾、認知症患者の意思が反映される支援を実施していることが示された。

5. 2 認知症患者の意思決定を支援する退院調整のあり方

認知症の患者は、環境に左右されることが多い。特に、ケア提供者は、人的な環境要因であり患者の心理状態に大きく影響する¹⁴⁾。本研究における退院調整看護師は、患者を中心に置き自らを人的環境要因として認識し意思決定を助けるために様々な創意工夫を行っていると考えられる。【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】カテゴリから、たとえ認知症であっても、自身の意思を表現できるよう支援する認知症看護の基本的な姿勢が示されている。また、【認知症患者の意思決定を助けるケアの工夫】カテゴリから、認知症患者が自身の退院後の生活がイメージでき、自分で考えることができるよう、伝え方の工夫を行っていることが明らかになった。同時に認知症患者の寄り添い意思を読み取る支援があった。さらに、【認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助】カテゴリから、退院調整看護師は当事者である本人と家族の意向を知り相互の関係性を保持できるよう、認知症患者の意思を代弁しながら患者と家族の橋渡し役を担っていることが示されており、各カテゴリが関連しながら認知症患者の意思決定を支援していると考えられる。

6. 結論

退院調整看護師が行う認知症患者のもてる力の発揮につながる意思決定支援の内容と構造が示唆された。

1) 退院調整プロセスの第一段階である「退院支援が必要な患者のスクリーニング」の早期介入として、認知症患者と面接する前に、認知症患者の状態や認知機能の情報を得て全体像のアセスメントである《認知機能や全体像を把握する》を行っている。その上で介入が必要な認知症患者に対して、《認知症の特徴をとらえた信頼関係づくり》《認知症患者だからと区別しない》《認知症患者にはもてる力があると信じる》などの基本的な姿勢を持ち【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】がある。

2) 第二段階である「ケア継続のための看護介入とチームアプローチ」の前提として、認知症患者に対し退院先の意味決定支援を行うには、《安心につながるケアを行う》《表現できない意思表示を助ける》《表現したい意思を読み取る》などのスキルを用い、《多職種を活用する》《退院先を判断できるように提案する》にて全体像の追加や修正を行うといった【認知症患者の意思決定を助ける工夫】を行う。

3) 最終段階の第三段階である「地域社会資源との連携・調整」を図るには、【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】【認知症患者の意思決定を助ける工夫】により、確認した意思を代弁する《認知症患者と家族の仲介役となる》による【認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助】がある。

認知症患者のもてる力の発揮につながる意思決定支援の構造には、順序性があり、互いにつながり影響しあっていることが示唆された（図1）。

4) 認知症患者のもてる力の発揮につながる退院調整のあり方としては、【認知症患者を一人の人として捉え大切にする姿勢】を持ち【認知症患者の意思決定を助ける工夫】により【認知症患者と家族の意思の疎通を図る援助】が示唆された。

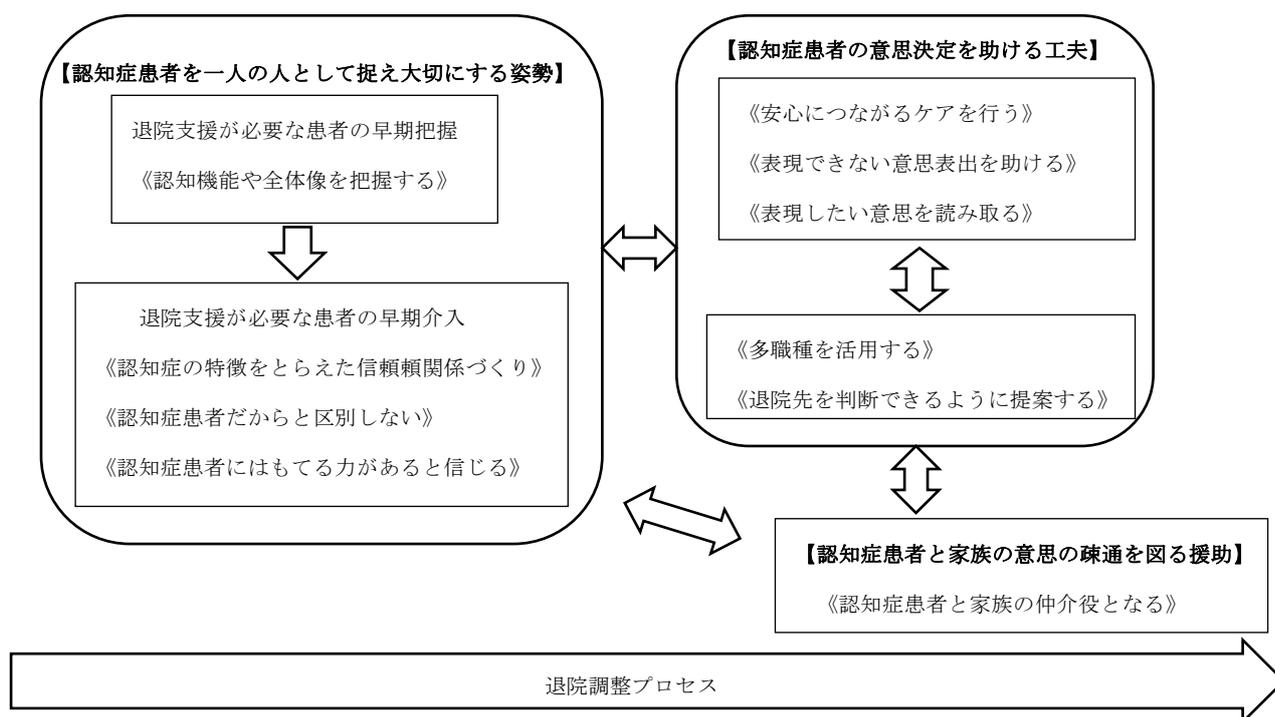


図1 認知症患者のもてる力の発揮につながる意思決定支援の構造 (筆者作成)

7. 本研究の限界と今後の課題

本研究の研究参加者は、対象人数や関東圏内の中規模の一般急性期病院に限定しているため、一般化には至らない。今後は病院規模の範囲を広げ、研究対象数を増やし、意思表

出支援における評価指標の作成を目指す。

<謝辞>

本研究の趣旨をご理解いただきご協力くださった研究対象者はじめ、全ての方に心より感謝申し上げます。本研究は、武蔵野大学看護学研究科における修士論文の一部を加筆・修正したものである。

<引用・参考文献>

- 1) 天木伸子・百瀬由美子・松岡広子(2014):一般病院で入院する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. 日本看護研究会誌(37), No. 4, pp. 63-72
- 2) 臺有桂・石田千絵・山下瑠璃子(編)(2015):ナーシング・グラフィカ在宅看護理論地域医療を支えるケア, メディカ出版, p. 95
- 3) 江川陽子(2020):急性期病院・認知症コーディネーターとして本人の声を活かした看護. 看護臨時増刊号(11), pp. 99-106
- 4) 原田かおる・松田千登勢・長畑多代(2013):急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難. 日本老年看護誌, <ci.nii.ac.jp/naid/110009806719>
- 5) 4) 前掲載
- 6) 医療情報科学研究所編(2019):病気が見える.vol.7脳・神経.メディックメディア社, p. 426
- 7) 架谷恵美・村井美智(2017):多職種連携による認知症患者への退院支援のあり方. 第21回日本精神科看護学術集会, pp. 159-161
- 8) 神田尚子・船島なをみ(2015):クライアントの意思決定を支援する看護師行動に関する研究. 看護教育学研究(24), No. 1, pp. 25-39
- 9) 加藤ひろみ・山本悦子・他(2015):総合相談・支援センター退院調整看護師介入ケースの退院支援の現状と今後の課題. 第35回東京医科大学病院看護研究集録, pp. 30-31
- 10) 加藤由香里(2021):患者と家族の思いに沿った退院支援その2-戦記的に退院支援を実践している退院調整看護師及び地域資源担当者の退院支援における関わりから. 岐阜県立看護大学紀要(21), 1号, pp151-163
- 11) 川久保悦子・内田陽子・小泉美佐子(2011):認知症高齢者に対する「絵画療法プラン」の実践と評価. 群馬パース大学紀要(40), pp. 499-508
- 12) 川崎優子(2015):がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発. 日本看護科学学会誌(35), pp. 277-285
- 13) Kirippendorff, K・三上俊治他訳(2003):メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 勁草書房
- 14) 北川公子(代)(2023):系統看護学講座専門分野老年看護学, 医学書院, p. 310

- 15) 厚生労働省：認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン。
 <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000^Roukenkyoku/000021396.pdf>>(2023年10月20日参照)
- 16) 15) 前掲載
- 17) 15) 前掲載
- 18) 15) 前掲載
- 19) 松原由美(2011):音楽が認知症高齢者に及ぼすQOLの向上回想法となじみの音楽を用いての実践.九州保健福祉大学紀要(12), pp. 79-84
- 20) 松下正明・金川克子(監)(2007):個別性を重視した認知症患者のケア.医学芸術社, p. 73
- 21) 中島紀恵子・大田喜久子・奥野茂代・水谷信子(編)(2013):認知症の人々の看護.看護協会出版会, pp. 1-21
- 22) 21) 前掲載
- 23) 根本恵理・大槻久美(2010):急性期医療を担う病院における退院調整看護師の現状と課題.日本看護学会論文集,看護総合, pp. 253-256
- 24) 延廣真弓・伊賀純子・鎌野笑理子(2016):認知症高齢者のコミュニケーションに焦点をあてたアプローチ バリデーション学習会開催前後での意識の変化.日本精神科看護学術集会誌(59),1号, pp. 374-375
- 25) P. Benner, P. L. Hooper, D. Stannard: Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care. 井上智子(監訳)(2005):医学書院, pp. 2-32
- 26) 斎藤多恵子・石橋みゆき・他(2019):急性期病院の認知症高齢者の退院支援かていにおいて退院支援専任看護師が行う倫理的意思決定支援.千葉看護学会誌(25), No1, pp. 47-56
- 27) 佐々木肇(2022):BPSDを呈した患者の行動変容についてユマニチュードを用いて.日本精神科看護学術集会誌(65),1号, pp. 320-321
- 28) 繁田雅弘(2021):人権と共生社会世界の潮流としての人権の尊重.老年精神医学雑誌(32),2号, pp. 139-143
- 29) 鈴木みずえ(2016):急性期病院でのステップアップ認知症看護.日本看護協会出版会, pp. 2-42
- 30) 鈴木みずえ(2018):パーソン・センタード・ケアな視点からすすめる急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア入院時から退院後の地域連携まで.日本看護協会出版会, pp. 12-26
- 31) 高藤裕子・森下安子・時長美希(2008):認知症高齢者の生活機能の維持向上を支援する訪問看護師の姿勢.高知学園短期大学紀要,(40), pp. 11-12
- 32) 田道智治・島田美紀代・正木治恵(2011):認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造—医療場面に焦点を当てて—.老年看護学(1), 15 No. 2, pp. 44-50

- 33) 田中和子 (2022) : 多職種連携による認知症高齢者の持てる力と意思の尊重. 老年社会学 (44) , 2号, pp. 143
- 34) 内ヶ島伸也・蒲原龍 (2011) : 認知症高齢者の日常生活にかかわる意思決定能力の特徴とその関連要因の検討. 北海道医療福祉大学看護福祉学部学会誌 7(1), pp. 13-23
- 35) 宇都宮宏子 (2009) : 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 日本看護協会出版会, p. 12
- 36) 宇都宮宏子・三輪恭子 (2012) : これからの退院支援・退院調整ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 日本看護協会出版会, p. 10
- 37) 宇都宮宏子 (2016) : 特集 2016年診療報酬改定から考える自施設の役割退院調整から退院支援の時代へ. 看護管理日本看護協会出版会 (26) , No. 07, pp. 577-584
- 38) 山口晴保(編) (2023) : 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第4版. 協同医書出版社, pp. 113-116
- 39) 38) 前掲載
- 40) 山上徹也 (2018) : 認知症に対する非薬物療法の最新事情 BPSD を予防し認知症の重度化防止につながる作業回想法. 臨床老年看護 (25) , 6号, pp. 31-40
- 41) 40) 前掲載

日本保健医療学会 学会誌投稿規程

1. 投稿者

- ①投稿者は、原則として日本保健医療学会の会員とする。
- ②投稿する会員は、当該年次の学会費を納入済みであることが必要である。

2. 投稿論文

- ①投稿論文は、日本保健医療学会の設立目的に則したテーマであり、日本語もしくは英語で書かれた未公開の論文とする。

3. 投稿論文の種類

- ①投稿論文の種類は、研究論文と寄稿（研究ノート・事例研究・報告・調査・資料・書評など）に分類される。
- ②研究論文は、査読付き論文（以下、原著論文）と自由論文（以下、論文）に分類される。

4. 投稿論文の書式

- ①投稿論文の原稿は、ワープロ（原則として Word）横書きで作成する。
- ②本文・注・図表・謝辞・参考文献を含めて、日本語論文の場合は 24,000 字以内（A4 で 40 字×35 行、約 17 ページ）、英語論文の場合には相当分量とする。
- ③余白は、左右 30 mm、上 35 mm、下 30 mmとする。
- ④第 1 枚目に、タイトル（日本語と英語）、所属・氏名（日本語とローマ字表記）をつける。
- ⑤研究論文（原著論文、自由論文）の場合、英文要旨（Abstract）を 200 語以内でつける。

5. 注、図表、謝辞、参考文献

- ①「注」は、当該ページ下部に本文と区別して記載する。
- ②「図 (Fig.)・表 (Table)」は、そのまま本文中に挿入して通し番号をつける。
＜例＞図 1、図 2 表 1、表 2 Fig.1、Fig.2 Table1、Table2
- ③「謝辞」は、本文第 1 ページ下部に「注」として記載するか、本文最後に記載する。
- ④「参考文献」は、本文の後に一括して記載する。著者名のアルファベット順に並べる。同一著者の論文を複数記載する場合は、発行年の古い順に並べる。

6. 学会誌への掲載

- ①学会誌への掲載は、その時期、順序などは学術委員会が決定する。

- ②研究論文は、査読結果および論文審査委員会の判断に基づいて、学術委員会が掲載の可否、その種類（原著論文、論文、寄稿）を決定する。
- ③寄稿の分類は、投稿者の申請に基づいて学術委員会が決定する。

7. 著作権

- ①投稿論文の著作権は、著作者が保持する。
- ②投稿論文の著作者は、本学会に対して、あらゆる利用行為を許諾する。ただしこの許諾は、著作者の著作者人格権に影響を及ぼすものではない。
- ③前項の許諾は、投稿が受理された時点で行われたものとし、不採用とされた場合は、その決定の時点で撤回されたものとする。
- ④投稿論文中における既存の著作物の利用（引用・転載等）に関し権利者との間に生じた紛争については、著作者（投稿者）がその任に当たる。

8. 研究論文

- ①研究論文とは、独創的もしくは創造的な内容で、かつ「問題、目的、方法、結果、考察、結論、脚注、引用」などについて、科学論文の要件を満たすものである。
- ②研究論文は、原則として査読委員による査読後、学会誌への掲載の可否が決定される。
- ③研究論文は、投稿者の希望により自由論文として掲載を希望することが可能である。その際には、論文審査委員会の書式、内容などについての審査を実施する。

9. 論文審査委員会

- ①論文審査委員会は、単独または総務会との共同により査読委員を選出・決定し、査読に関する一連の職務を遂行する。
- ②論文審査委員会は、学会事務局に対して選出した査読委員を報告する。

10. 査読委員

- ①査読委員は、論文審査委員会および学会事務局への報告を除いて、原則匿名とする。
- ②査読委員に対し、投稿者の所属など投稿者が推定される事項について、原則匿名とする。

11. 原著論文（自由論文も準ずる）の投稿から掲載までのプロセス

- (1) 投稿者は、定められた期日までに学会事務局に電子メール等を通じて原稿データを提出する。
- (2) 学会事務局は、速やかに投稿者に対し論文受理の連絡をする。
- (3) 学会事務局は、速やかに論文審査委員会に対し当該論文を送付する。
その際、投稿者の氏名および所属などの匿名性を確保する。

- (4) 論文審査委員会は、単独または総務会と共同で、当該論文の分野・領域を考慮して査読委員を選出し査読を依頼する。
- (5) 査読委員は、査読終了後、速やかに論文審査委員会に査読結果を報告する。
 - ①原著論文として掲載可
 - ②一部修正後、原著論文として掲載可
 - ③一部修正後、自由論文として掲載可
 - ④寄稿（研究ノートなど）として掲載可
 - ⑤掲載不可
- (6) 論文審査委員会は、査読委員の判断を尊重して、査読結果を速やかに学会事務局に報告する。
- (7) 学会事務局は、速やかに投稿者に対し査読結果を連絡する。
- (8) 投稿者は、学会事務局からの連絡を受理した後、1ヶ月以内に「4. 投稿論文の書式」に準じて加筆・修正し、電子メール等を通じて原稿データを提出する。
- (9) 一連の査読プロセスについて、学会事務局が投稿論文を受理した後、投稿者に対する学会誌への掲載可否の連絡まで、2ヶ月以内に完了するように努力する。
- (10) 投稿者は、学会誌への掲載可否結果について、掲載可否の連絡を受理した後14日以内を限度として、学会事務局に対して文書による質問をすることができる。

12. 特記事項

- ①学会事務局および学術委員会は、論文審査委員会において相当の期限を過ぎても査読結果を報告されない投稿論文がある場合、また論文審査委員会として査読結果を保留したなどの事項については、論文審査委員会の判断によらずに、学会誌への掲載の可否を決定することができる。
- ②学術委員会は、倫理的・社会的配慮等に基づいて、投稿論文の書式、表記方法、表現方法等について、いつでも投稿者に修正、変更を求めることができる。
- ③投稿論文は、原則として随時受けつける。
- ④学会誌の発行については、年1回以上とする。

[本規定は2008年5月1日より施行する]

改正 2019年6月1日同日施行

日本保健医療学会入会申込

○会員資格

1. 医療の研究者又は臨床家
2. 保健、衛生学・公衆衛生学、農学・食品等の研究者又は実務者
3. 保健、公衆衛生又は医療の従事者
4. 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、助産師、保健師、栄養士、作業療法士、理学療法士、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師、臨床心理士、音楽療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、精神保健福祉士、薬膳調理師、未病の専門家等
5. 前各号に準ずる者

※入会には理事会の承認を要します。

○会費・入会金

会 費	正会員年会費（大学研究者）	10,000 円
	特別会員年会費（臨床者等）	10,000 円

入会金 なし

○入会手続き

入会申込書をメールに添付して送信してください。

入会審査の上、ご連絡させていただきます。

入会申込書を学会ホームページに掲載しております。こちらをご利用ください。

(<https://www.heme-ac.org/associate.html>)

申込書送付先 日本保健医療学会事務局

mail : jim@heme-ac.org

日本保健医療学会 入会申込書（入会届）

申込者記入欄

住 所	〒 電話：() - FAX：() - Eメール
生年月日	昭和・平成 年 月 日
研究業績	
経 歴	
現職・所属	
学歴・学位等	
所属学会等	
紹介者・推薦者	

日本保健医療学会 御中

貴学会の目的に賛同し、入会の申込みを致します。

令和 年 月 日

(^{ふり}氏 ^{がな}名) _____ 印

事務局記入欄（記入しないで下さい。）

会員の種類			
入会承認年月日	令和 年 月 日	会員番号	第 号

日本保健医療学会

保健医療研究第14巻

2024年3月31日発行

発行・編集 日本保健医療学会

日本保健医療学会 本部事務局

〒164-0013 東京都中野区弥生町3-24-11

東大附属前学術振興センター内

E-mail : jim@heme-ac.org

URL : <https://www.heme-ac.org/>

* 著作権法の関係で当誌に掲載された文の一部を引用する場合も学会の承諾を得てください。

© 日本保健医療学会 2024