

看護学 専攻 \_\_\_\_\_ 領域 (博士前期/修士・博士後期・前後期共通)  
 試験科目：第 外国語 ( 英語 ) / 専門科目 ( \_\_\_\_\_ )  
 試験時間： ( 60 ) 分 受験番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

I 次の文は、Artificial Intelligence and Robotics in Nursing : Ethics of Caring as a Guide to Dividing Tasks Between AI and Humans という論文の Introduction の部分です。以下を読み、問に答えなさい。

Artificial intelligence (AI) and AI care robots are rapidly changing the healthcare landscape in part because of the growing physical, intellectual and emotional demands of nursing as well as technological advances. As technology becomes more advanced, efficient, and economical, opportunities and pressure to introduce AI into nursing care will only increase. Under these conditions, there is an urgent need to consider principles according to which interventions ought to be provided by a human or AI devices.

Nurses have traditionally been regarded as clinicians that deliver compassionate, safe, and empathetic health care (Brenan, 2018). Caring is a fundamental characteristic, expectation, and moral obligation of the nursing and caregiving professions and, thus once the caregiver-patient relationship has been created, there exists a moral obligation and to care for patients (American Nurses Association, 2015).

Along with caring, nurses are expected to undertake ever-expanding duties and complex tasks. Nurses are responsible for collecting data, determining diagnoses, making nursing care plans, executing care based on best practices, using critical and clinical decision-making skills, safeguarding patient safety, providing patient assessments, patient education, just “being” with the patient, and a host of other less valued but essential tasks and activities, including stocking rooms, gathering supplies, obtaining labs and performing light housekeeping in patients rooms (Clipper, Batcheller, Thomaz, & Rozga, 2018; Liao, Hsu, Chu, & Chu, 2015). In many care settings, nurses face patients with chronic illness, complex patient and family dynamics, in addition to institutional pressures for shorter patient admissions (Clipper et al., 2018). These acts of nursing practice are critical to patient outcomes as well as to the daily functions of many hospital organizations. Yet, the design, development, and implementation of AI into healthcare practice are often done without consideration or input from nurses.

Etzioni and Etzioni (2017) have argued that the correct model for introducing AI into nursing care uses AI as partners, not substitutes, and tasks are appropriately divided between human and AI caregiver according to relative competence (i.e., comparative advantage). While we agree that the partnership model is broadly correct, the relative competence criteria for assigning tasks risks having efficiency overshadow caring as the central feature of nursing practice. In this article, we argue that an ethical division of tasks between AI and human caregivers maintains caring as the core value and practice of nursing and protects or expands opportunities for caring acts, expressions and attitudes. Although much of our discussion involves nursing, our conclusions extend to caregiving professions generally.

In this article, we initially review recent and existing applications of AI in nursing and speculate on future use. Second, we situate our ethical arguments within the recent literature on the ethics of nursing and AI. Third, we explore three dominant theories of ethics of caring and the two paradigmatic

expressions of caring (touch and presence) and conclude that AI—at least for the foreseeable future—is incapable of caring in the sense central to nursing and ethics of caring. In the fourth section, we argue for two points: first, the comparative advantage principle for dividing interventions risks undermining caring as the central value and practice of nursing. Second, we offer an ontology of caregiving activities that captures the distinction between caring and non-caring interventions and suggest how these can be divided according to this ontology. Following this analysis, we will conclude that for AI to be implemented ethically, it must meet three criteria: (a) It cannot transgress the core values of nursing nor the standard values and principles of bioethics. (b) It cannot usurp aspects of caring that can only meaningfully be carried out by human beings. (c) It must support, open or improve opportunities for nurses to provide the uniquely human aspects of care.

(出典 Felicia Stokes JD, Amitabha Palmer MA. Artificial Intelligence and Robotics in Nursing: Ethics of Caring as a Guide to Dividing Tasks Between AI and Humans, *Nursing Philosophy*, 21(4), 2020)

問1. 看護師が担っている多様な役割の例として、どのようなことが記されているか。

問2. Etzioni と Etzioni は看護ケアに AI を導入する場合、どのように活用すべきだとしているか。

問3. AI を倫理的に実装するために、満たす必要のある基準として記されていることは何か。

II. 以下の英文抄録を読んで設問に答えなさい。回答は全て次項の解答用紙に記載してください。

### Background

Discharge planning is a routine feature of health systems in many countries that aims to reduce delayed discharge from hospital, and improve the co-ordination of services following discharge from hospital and reduce the risk of hospital readmission. This is the fifth update of the original review.

### Objectives

To assess the effectiveness of planning the discharge of individual patients moving from hospital.

### Search methods

We searched CENTRAL, MEDLINE, Embase and two trials registers on 20 April 2021. We searched two other databases up to 31 March 2020. We also conducted reference checking, citation searching and contact with study authors to identify additional studies.

### Selection criteria

Randomised trials that compared an individualised discharge plan with routine discharge that was not tailored to individual participants. Participants were hospital inpatients.

### Data collection and analysis

Two review authors independently undertook data analysis and quality assessment using a pre-designed data extraction sheet. ① We grouped studies by older people with a medical condition, people recovering from surgery, and studies that recruited participants with a mix of conditions. We calculated risk ratios (RRs) for dichotomous outcomes and mean differences (MDs) for continuous data using fixed-effect meta-analysis. When combining outcome data it was not possible because of differences in the reporting of outcomes, we summarised the reported results for each trial in the text.

### Main results

We included 33 trials (12,242 participants), four new trials included in this update. ② The majority of trials (N = 30) recruited participants with a medical diagnosis, average age range 60 to 84 years; four of these trials also recruited participants who were in hospital for a surgical procedure. Participants allocated to discharge planning and who were in hospital for a medical condition had a small reduction in the initial hospital length of stay (MD - 0.73, 95% confidence interval (CI) - 1.33 to - 0.12; 11 trials, 2113 participants; moderate-certainty evidence), and a relative reduction in readmission to hospital over an average of three months follow-up (RR 0.89, 95% CI 0.81 to 0.97; 17 trials, 5126 participants; moderate-certainty evidence). There was little or no difference in participant's health status (mortality at three- to nine-month follow-up: RR 1.05, 95% CI 0.85 to 1.29; 8 trials, 2721 participants; moderate certainty) functional status and psychological health measured by a range of measures, 12 studies, 2927 participants; low certainty evidence). There was some evidence that satisfaction might be increased for patients (7 trials), caregivers (1 trial) or healthcare professionals (2 trials) (very low certainty evidence). The cost of a structured discharge plan compared with routine discharge is uncertain (7 trials recruiting 7873 participants with a medical condition; very low certainty evidence).

### Authors' conclusions

A structured discharge plan that is tailored to the individual patient probably brings about a small reduction in the initial hospital length of stay and readmissions to hospital for older people with a medical condition, may slightly increase patient satisfaction with healthcare received. The impact on patient health status and healthcare resource use or cost to the health service is uncertain

(出典 : Daniela C Gonçalves-Bradley, Natasha A Lannin, Lindy Clemson, Ian D Cameron, Sasha Shepperd :Discharge planning from hospital, Cochrane Database of Systematic Reviews2022, Issue 2. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6. )

問1. 研究の目的について記載してください。

問2. どのような手順（検索エンジン及び抽出基準）で文献を抽出したか記載してください。

問3. 下線部①について和訳してください。

問4. 下線部②について和訳してください。

問5. この研究の結論について述べてください。

看護学 専攻 地域・在宅看護学 領域（博士前期/修士・博士後期・前後期共通）

試験科目：第 外国語（ ） / 専門科目（ 地域・在宅看護学 ）

試験時間：（ 60 ）分

I. すべての人が健康に暮らせる社会をつくるためには、地域の特性を考慮し、看護専門職としての看護活動を工夫していく必要があります。しかしながら、我が国において健康格差が生じており、社会的な問題となっています。健康格差に関して、以下の問に答えなさい。

1. 健康格差が生じる社会的な要因について3つあげ、その理由を説明してください。
2. 健康格差を是正するための保健・医療・福祉サービスの提供における「平等」と「公正」の考え方を説明してください。
3. 健康格差対策として、認知症のケアに関しても取り組みが必要です。認知症の方が地域で安心して生活を継続していくためには、どのような取り組みが必要と考えますか。理由と共に説明してください。

II. 平成18年に自殺対策基本法が施行され、日本における自殺者の総数は減少傾向にありますが、近年、こどもの自殺者数は増加傾向にあります。こうした状況に対処するため、令和7年6月に自殺対策基本法の一部を改正する法律が公布されました。我が国の自殺対策に関して、以下の問に答えなさい

1. 改正自殺対策基本法において、自殺発生回避のための体制強化に関する施策が拡充されています。こどもの自殺対策に関する医療機関の役割について具体的に説明してください。
2. 我が国の自殺対策に関して、課題として捉えていることを具体的に説明してください。

看護学

専攻

領域

（博士前期/修士・博士後期・前後期共通）

試験科目：第 外国語（ ） / 専門科目（小論文）

試験時間：（ 60 ）分

問 著者が述べる現代の数値化社会が抱える問題について、あなたの考えを800字以内で論じなさい。

統計学は、たくさんのデータを集めて数学的な処理をすることで、出来事という本来偶然かつ個別的に生じるものから法則性を導き出す方法だ。これは学問の重要な成果だ。私たちの生活は、統計学によって偶然を統御することを抜きには成り立たない。一見すると無秩序な自然現象や社会現象のなかに法則性を見つけることで、例えば天気を予報したり、がんの予後や治療薬の効果、感染症の罹患率などの計算が可能になるのだ。統計学は偶然の出来事に正面から直面するのではなく、少し目をそらして外から眺めることで飼いなす。しかし、偶然との出会いから生まれる唯一無二の経験や説明を超えた変化を、統計学は考慮しない。

逆に言うと、統計学の発達は、私たちが日々直面する出来事とその経験が、意のままにはならない偶然に支配されているということを知らしめる。例えば、一生のあいだにがんになる確率は、男性で六五%、女性で五〇%ほどだ。治療方法も治験を通して統計に基づいて効果が測られ、標準治療としてマニュアル化されている。

しかし、実際にがんになるということは、患者それぞれで意味は変わってくる。病とどのように出会うのかは人によって異なり、どのように受け止めるのか、病に対してどう応答してその後の生活を組み立てるのかは、本人の年齢や家族関係や社会関係によって大きく変わってくる。偶然の出来事に対しては、受け止める側の反応も個別的で多様なのだ。同じ診断名の病気であっても一人ひとりのストーリーは異なる。偶然の出来事をめぐって一方では統計学を用いて飼いなすそうとする方向性があり、他方では偶然に満ちた人生にストーリーを与えて意味を探す方向性がある。

（中 略）

病は本人にとっては偶然の出来事であり、そのつど自分自身にとっての意味づけを探さないといけない。自分なりの意味づけは、出来事から受けたショックを起点としてストーリーを作ること、つまり他の人もしくは自分に対して経験を語ることによってなされる。

統計はどのような確率でがん罹患するのか、といった統計的指標を与えてくれるが、患者ごとに病の意味はそれぞれ異なる。それぞれ病をどのように受け止め、どのように病と暮らしていくのかは、自分で言葉にし、誰かに語る（あるいは語らないことを選択すること）でしか意味づけられない。

偶然を言葉にしていく語りとは、言葉にしがたい理不尽な現実に対して、最低限納得のいく言葉と行為によって応答する営みだ。見出された言葉は場面に適合しないかもしれないし、違和感が残るかもしれないが、しかし語り切れないことがあること自体もまた経験の重さのしるしだ。経験を語り尽くすことはできない。しかし語ることでしか経験は意味を持たない。このような緊

張関係が経験と語りのあいだにはある。

経験の重さは言葉にならないものであり、それゆえに不完全にでも語ることを通して私たちは経験の生々しさに対して応答しようとする。不合理で意味を持たない現実に対して、かりそめにせよ意味を与えることで生き延びる試みが物語るという営みだ。即興の切実な語りを丁寧に分析していくとき、偶然の出来事を生き抜くその人固有の「形」がみえてくる。

(出典: 村上靖彦著. 客観性の落とし穴,ちくまプリマー新書,pp114-119, 2023 より一部改変)