令和8年度 獨協医科大学大学院看護学研究科博士前期課程入学試験（第2次募集）
【専門科目】 出題意図・解答例／採点基準

問題１

【出題意図】

大学院博士前期課程入学までに必要な以下のレディネスを確認するための設問である。

実践現場における AI 活用について、具体例を挙げて説明できる。

・AI 活用における利点と倫理的課題を理解し、適切に論じることができる。

・ 利点と倫理的課題を踏まえ、看護職に求められる役割を自ら考察できる。

・ 抽象的概念と具体的事例を結びつけ、論理的に文章として構成できる。

・ 誤字脱字がなく、学術的文章として適切に記述できる。

問１

【解答例】

・転倒リスクの予測

・バイタルサインの異常を自動検出するシステム

・看護記録・文書作成支援

・痛みや不快感を推定する表情解析

・見守りロボット

・患者の訴えを自動分類　　など

問２

【解答例】

転倒リスクを予測する AI 技術について述べる。

まず、転倒リスクを予測する AI 技術の利点として、予兆の早期発見と迅速な介入が可能となる点が挙げられる。AI は転倒に関連する膨大な患者データをリアルタイムに収集・解析し、看護師の通常の観察では捉えにくい微細な変化を検知することができる。その結果、看護師が巡回によって異変に気づくよりも早い段階でリスクが上昇していることを把握でき、転倒に至る前の予防的介入が可能となる。

また、AI は患者ごとの特徴や経時的変化を学習できるため、個別性を反映した転倒のリスク評価が可能となる。例えば、特定の時間帯にのみ転倒リスクが高まる患者や、薬剤変更後にリスクが上昇する患者など、その人特有の状態変化を踏まえた精緻な予測が実現する。このような個別性に基づく評価は、より適切で質の高い看護ケアの提供につながる。

さらに、AI の導入は看護業務の効率化にも寄与する。夜勤時の巡回の負担軽減や、重点的に観察すべき患者の優先順位付けが可能となり、限られた人員の中でも効率的なケ

ア提供が可能となる。また、AI が可視化する転倒リスクの変動は、患者の申し送りやカンファレンスにおける情報共有の質を高め、チーム医療の推進にも寄与する。

一方で、転倒予測 AI の導入には倫理的課題も存在する。まず、カメラやセンサーを用いた転倒リスクの予測は、患者に常に監視されているという感覚を与える可能性があり、プライバシー侵害の懸念が大きい。特に認知症患者や意思決定能力が低下した患者では、同意の取得や説明の理解が困難であるため、慎重な対応が求められる。

また、データ管理と情報セキュリティの問題がある。医療情報は極めてセンシティブであり、漏洩は患者の尊厳や信頼関係を損なう可能性があるため、看護師は日常の記録やデータ入力において適切な管理を徹底する必要がある。

さらに、AI の判断の不透明性も重要な課題である。AI がどのような根拠でリスクを算出したのかが不明確な場合、看護師が説明責任を果たすことが難しくなるだけでなく、誤判定が生じた際の責任の所在が曖昧になる可能性がある。最後に、AI の予測に依存しすぎると看護師の観察力や臨床判断能力が低下する危険性がある。

これらの利点と倫理的課題を踏まえると、AI 技術を看護実践の場面で活用する場合、看護師には AI の予測結果をそのまま受け入れるのではなく、臨床判断と統合して活用する姿勢が求められる。AI はあくまで補助的ツールであり、最終的な判断は看護師が担うべきである。また、患者のプライバシーと尊厳を守るため、AI 導入に関する説明や同意の取得を適切に行う役割も重要である。さらに、AI の限界やバイアスを理解し、予測結果の妥当性を批判的に評価する能力が求められる。AI によって得られたデータを活用し、ケアの質向上や多職種連携の促進に貢献することも看護職の重要な役割である。

問題２

【出題意図】

提示した〈事例〉（心不全再入院、高齢患者、在宅希望／家族の不安／医療者の安全志向の不一致）を参照し、

１．受験者が実施した調整・介入を具体的に記述、

２．APN として望ましいアセスメント・倫理的調整・多職種連携を根拠とともに論じる。

・患者・家族・医療者の価値・不安・判断基準のズレを構造化して捉える力の確認

・倫理原則（自律・善行・無危害・公正）に基づく合意形成の設計（固定合意ではなく再評価可能な合意の枠組み）を論じる力

・APN としてのファシリテーション（情報の可視化、選択肢の共創、プロトコル化、トライアル運用、評価指標設定）を描けるか

・記述力（論理展開・根拠提示・具体性）の測定

【解答例】

題：心不全患者の在宅希望をめぐる合意形成と看護課題

【1）状況の概要】

A 氏（80 代前半、慢性心不全）は「できるだけ自宅で過ごしたい」と希望してい

た。一方、同居の長女は夜間急変への不安から「在宅では見きれない」と考え、主治医は病状の不安定さを理由に施設入所や治療強化を提案していた。意思決定能力は保たれていたが、増悪時に判断が揺らぐことがあり、意思の持続性が課題であった。価値は〈患者：生活の質〉〈家族：安全と負担軽減〉〈医療者：医療安全〉の三方向で対立していた。

【2）合意形成に向けた看護介入】

まず個別面談で、患者と家族の「何を大切にしたいか」を明らかにし、価値を付箋で可視化した。心不全の変動性や再増悪の兆候、在宅で選択可能な支援（訪問診療・訪問看護・夜間オンコール・短期入所・緩和ケア併用など）を中立的に整理し、Teach-back で理解を確認した。合意には継続的対話が必要と判断し、三回の家族ミーティングを設計した。第 1 回は価値の共有、第 2 回は折衷案の検討、第 3 回は合意内容の文書化である。

具体的には、⑴在宅継続の条件と増悪時の「中断条件」を緑・黄・赤のトリアージカードで提示、⑵夜間オンコール活用・訪看週 3 回＋緊急訪問の仕組み、⑶長女負担軽減のための短期入所とデイケア導入、⑷侵襲的治療は避けつつ、症状悪化時の再入院は否定しない幅のある方針を合意した。さらに、A 氏自身の価値を言語化した「Value Statement」と急変時対応計画（ACP 要約）を作成し、地域へ共有した。

【3）結果と限界】

退院後 6 週間は在宅で経過し、訪看の緊急訪問や利尿薬調整で二度の増悪を在宅で対応できた。A 氏は「自宅での朝の時間が大切にできた」と語り、長女も「迷った時の相談先があることで安心した」と述べた。第 8 週に増悪し短期入院となったが、救急では ACP 要約に基づき、非侵襲的換気→奏効なければ緩和優先の方針が迅速に共有された。限界として、在宅モニタリングが家族負担に依存したこと、短期入所の確保が地域状況に左右されたこと、定期的な再合意の場が十分に習慣化されなかったことが挙げられる。

【4）看護上の課題と改善案】

課題① 合意形成が属人的：価値探索、Teach-back、急変時対応計画、代替案提示、文書化の有無を確認するチェックリスト化が必要。

課題② 家族負担の見立て不足：家族アセスメントツールを導入し、負担が一定基準を超える場合はレスパイトを自動的に提案する仕組みが必要。

課題③ 地域資源連携の不安定さ：ACP 要約を地域連携パスに組み込み、短期入所の事前枠確保を地域レベルで調整する。

課題④ 意思の揺らぎへの備え：Value Statement とトリアージカードを在宅で常時確認できるよう整え、月 1 回のミニ再合意面談を設定する。