

ISSN2434-3196

医療福祉研

第14卷

2021年12月

THE JAPANESE MEDICAL WELFARE SOCIETY

日本医療福祉学

医療福祉研究 ー第14巻ー

ー 目 次 ー

原著論文

- 日本における子どもが利用する医療機関の審査制度の特性と課題
ー国連子どもの権利条約第25条との関係を中心にー …… 1

国立音楽大学 音楽学部

山本 智子

- 富士市連携地域活性化支援事業 ……11
＝地域市民参加型身体障害者健康運動プログラム
「プールリハビリ型水中運動教室」への一考察＝

城西大学
常葉大学
日本水治運動療法協会

水野 加寿
坂本 眞一郎
長田 佐智子

- 社会福祉法人の財務分析に関する研究 ……21

東京通信大学

村田 洋

- 病棟看護管理者が考える身体拘束をしないケアに関する質的研究 ……35

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
高崎健康福祉大学保健医療学部理学療法学科

梅原 里実
星河 純子
田中 聡一

投稿規程等

- 日本医療福祉学会学会誌投稿規定 ……53

日本における

子どもが利用する医療機関の審査制度の特性と課題

—国連子どもの権利条約第 25 条との関係を中心に—

Characteristics and Challenges of Systems

to Review Health Care Institutions Used by Children in Japan

—Mainly in Relation

to Article 25 of the United Nation Convention on the Rights of the Child—

国立音楽大学 音楽学部 音楽文化教育学科

山本 智子

Kunitachi College of Music Faculty of Music Department of Music Culture Education

Tomoko Yamamoto

Abstract

This paper discusses challenges and solutions in reviewing health care institutions used by children in Japan to promote adherence to children's rights at the international level in these facilities based on the UN recommendations.

Japan has established various systems to review health care institutions, mainly hospitals, with support for patient participation, and an increasing number of institutions are using review systems.

It is necessary for health care institutions used by children to promote their healthy development and well-being by developing health care and related systems through collaboration with them and through processes in which they are heard and participate.

1. Introduction

In Japan, systems to review health care institutions are being adopted. Children under the age of 18 as a general rule hold the right to reviews of the health care institutions they use, which should be ensured at the international level, as specified mainly in Article 25 of the United Nations (UN) Convention on the Rights of the Child. The Committee on the Rights of the Child examines the status of conforming to the Convention among ratifiers, including Japan. In General Comment No. 12: The Right of the Child to Be Heard adopted in 2009, the Committee emphasized the importance of ensuring children's right to participation, including seeking and rightfully evaluating their views on health care¹. Additionally, after a general discussion to foster a deeper understanding of the contents and implications of the Convention in 2016, it required each State party to ensure children's right to healthy environments, including advocating their participation to play a central role in health reforms².

Concerning reviews of health care institutions used by children in Japan, previous studies reported the current status of ensuring patient rights through reviews mainly in psychiatric hospitals³ and challenges in using the results of reviews in hospitals⁴.

This paper discusses challenges and solutions in reviewing health care institutions used by children in Japan to promote adherence to children's rights at the international level in these facilities based on the UN recommendations.

2. Purpose and Methods

The purpose of this paper is to promote adherence to children's rights at the international level in health care institutions used by them in Japan by discussing challenges and solutions in reviewing these facilities.

The following section first reports current systems to review health care institutions used by children in Japan and their characteristics. Then, it clarifies the requirements to ensure children's rights through such reviews, conforming to the UN Convention on the Rights of the Child. Based on these findings, it identifies challenges and solutions in reviewing health care institutions used by children in Japan to promote adherence to children's rights at the international level in these facilities.

¹ UN Committee on the Rights of the Child (2012): General Comment No. 12: The rights of the child to be heard.

² UN Committee on the Rights of the Child (2016): Day of General Discussion: Children's rights and the environment.

³ Miwa Tange, Masahiro Takao (2011): Adherence to the Rights of Patients Hospitalized in Psychiatric Hospitals: The National Status of Reviews by the Mental Health Review Boards and Examples in Ehime Prefecture. Bulletin of St. Catherine College, St. Catherine Junior College, 23, pp.255-267.

⁴ Katsuya Jinbo (2019): Preparation for Hospital Function Evaluation (3rd G: Ver.2.0): Challenges of a Hospital Based on the Results of Review. *Byoin Rashinban: A Compass for Hospitals*, 10 (145), pp.11-17.

3. Results

3. 1 Current systems to review health care institutions in Japan

In Japan, various systems to review hospitals and other health care institutions, according to their services and characteristics as a facility, have been established.

3. 1. 1 The Japan Council for Quality Health Care: The Hospital Function Evaluation and Accreditation project

The Hospital Function Evaluation and Accreditation project implemented by the Japan Council for Quality Health Care is one of the representative systems to review hospitals in Japan⁵.

In this project, “hospital function evaluation” is defined as a tool to support quality improvement activities in hospitals. In hospital function evaluation, hospitals are classified based on their functions: general hospitals (including small and mid-sized hospitals, core hospitals, and advanced treatment hospitals), rehabilitation hospitals, chronic care hospitals, psychiatric hospitals, and palliative care hospitals. Evaluation items address 3 areas for hospital quality improvement: <patient-centered health care>, <high-quality health care practice>, and <organizational management to achieve the hospital principles>. Evaluation is conducted by evaluator teams with sufficient knowledge and experience in clinical practice management, nursing management, and administrative management, who actually visit the target hospitals. Hospitals meeting certain evaluation criteria become “accredited hospitals”. A list of accredited hospitals and evaluation results are open to the public. As of April 2020, almost 30% of all Japanese hospitals are using this evaluation system.

<Promotion of patient-centered health care> is the first element of <patient-centered health care> as an approach to hospital quality improvement. This element consists of the following statements that represent the principle of <providing health care while respecting patients’ intentions>:

- Clarifying patients’ rights and making efforts to ensure them.
- Providing understandable explanations for patients to obtain their consent.
- Sharing information regarding clinical practice with patients and promoting their participation in health care.

⁵ Japan Council for Quality Health Care. Hospital function evaluation accreditation. URL: <https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/> (accessed 18 September 2021).

- Establishing patient support systems and promoting dialogues with patients.
- Protecting patients' personal information and privacy.
- Continuously addressing ethical issues in clinical settings.

3. 1. 2 The Committee for Emergency Care Institution Certification based on the Fire Services Act

With regard to emergency care, the Committee for Emergency Care Institution Certification reviews and certifies relevant institutions based on the Fire Services Act (enacted: 1948; act number: 186). The review items listed in the documents from the Tokyo Metropolitan Government include: equipment- and facility-related affairs, the number of health care professionals, such as doctors and nurses, systems for clinical practice during the day/night-time and on holidays, and systems to allocate doctors and nurses in emergencies⁶.

3. 1. 3 Designated health care institutions for independence support based on the Act on Comprehensive Support for the Daily and Social Lives of People with Disabilities

In the case of designated health care institutions for independence support, review criteria based on the Act on Comprehensive Support for the Daily and Social Lives of People with Disabilities (enacted: 2005; act number: 123) are separately specified. These institutions also provide care and support for independence, rehabilitative care, and outpatient psychiatric care. Saitama Prefecture has established various criteria for their review, such as appropriate guidance on/explanation of each type of health care/welfare services at the request of patients and their families, well-established counseling systems, and sufficient systems and appropriate specialties for the diagnosis and treatment of relevant diseases/disabilities⁷.

3. 1. 4 The Japan Medical Education Foundation: Japan Medical Service Accreditation for International Patients (JMIP)

In the case of children from other countries, the system called Japan Medical Service Accreditation for International Patients (JMIP) operated by the Japan Medical Education

⁶ Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government. Documents from the Committee for Emergency Care Institution Certification.

URL: https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/iryu/kyuukyuu/kyukyu_shinryo/sinsakai.html (accessed 18 September 2021).

⁷ Saitama Prefecture. Guidelines on Reviews of Designated Health Care Institutions for Independence Support.

URL: <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/meibo/index.html> (accessed 18 September 2021).

Foundation may be applied⁸. JMIP was established based on the Project to Support the Establishment of JMIP implemented by the Ministry of Health, Labour, and Welfare in FY2011. A certificate of 3-year accreditation is granted to institutions meeting the review criteria.

In this system, 2 investigators from the Japan Medical Education Foundation review target institutions using written documents or on site. In the former, responses to a status questionnaire and self-evaluation scale, in addition to other pre-submitted documents, are examined. In the latter, hospital systems to accept international patients are confirmed mainly through group interviews (hearing) and hospital rounds.

More specifically, in the former, the status questionnaire examines the disclosure of basic information such as third-party certification and payment methods, numbers of patients and hospital employees, hospitalization systems, management of international patients such as language, translation, linkage with overseas health care insurance companies, and accounts receivable, and clinical outcomes. The self-evaluation scale focuses on international patients' satisfaction, and asks about the methods to collect their opinions, in order to clarify their levels of satisfaction, and fulfill their needs. Similarly, the pre-submitted documents examine the status of systems to obtain necessary information when receiving, examining, and treating these patients.

Systems to obtain necessary information when receiving, examining, and treating international patients are also examined through on-site hospital reviews.

In addition to these cases, some health care institutions are reviewed in relation to infectious diseases, mental health and welfare, and narcotic/psychotropic control.

First, designated health care institutions for the hospitalization/treatment of patients diagnosed with Class 1 or 2 infectious diseases are reviewed based on the Act on the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients with Infectious Diseases (enacted: 1998; act number: 104).

Second, with regard to mental health and welfare, psychiatric hospitals hospitalizing patients based on the Act on Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled (enacted: 1950; act number: 123) are reviewed.

And third, hospitals designated by the ordinance of the Ministry of Health, Labour, and Welfare, which specifies criteria for hospitalization to “health care facilities for narcotic addicts” based on the Narcotics and Psychotropics Control Act (enacted: 1953; act number: 14), are also reviewed.

⁸ The Japan Medical Education Foundation. Japan Medical Service Accreditation for International Patients (JMIP). URL: <http://jmip.jme.or.jp/> (accessed 18 September 2021).

3. 2 Children's rights related to review systems

As a child right directly related to review systems, Article 25 of the UN Convention on the Rights of the Child specifies “the right of a child who has been placed by the authorities to a periodic review”. This article urges States parties to recognize the right of a child who has been placed by the competent authorities for the purposes of care, protection or treatment of his or her physical or mental health, to a periodic review of the treatment provided to the child and all other circumstances relevant to his or her placement⁹. In relation to the article, the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) requires public/private facilities for children with mental disorders or other diseases or disabilities to review the appropriateness of their environments and the progress of the treatment and care they provide. This is based on the idea that as these facilities tend to be closed spaces, the appropriateness of the treatment provided to these children, realization of their rights, and prevention of infringement upon their rights, such as serious abuse, should be ensured through periodic reviews by expert committees, including third parties, and independent third- party institutions.

Based on Article 25, the Committee on the Rights of the Child recommends a periodic review of the treatment provided to each child who has been placed and all other circumstances relevant to his or her placement. Furthermore, for a deep understanding and the implementation of the provisions of Article 25 mainly in connection with Article 12, it requires State parties to ensure both the rights of children to be heard and express their complaints, dissatisfaction, and demand for improvement.

As mentioned at the beginning of this section, the Committee adopted Comment No. 12 in 2009 to specify provisions to be understood and implemented in health care as a measure to ensure the right of children to be heard.

With regard to health care, Article 12 urges State parties to realize the child's right to be heard, in order to promote their healthy development and well-being (para.98) in various settings, including individual decision-making processes for treatment, research, and clinical studies and those for policy making and system formulation. Children's views should also be sought on all aspects of health provision, including what services are needed, how and where they are best provided, discriminatory barriers to accessing services, quality and attitudes of health professionals, and how to promote children's capacities to take increasing levels of responsibility for their own health and development. In these processes, it is necessary to

⁹ Katsuhisa Handa (2009): Article 25. written and edited by Akito Kita, Akemi Morita, Akira Hirose, and Shigeto Aramaki. A Guide to the United Nation Convention on the Rights of the Child. Nippon Hyoron sha, pp.160-162.

develop criteria and parameters for support in health care through collaboration with children, who have received such care, while respecting their feelings and views collected from feedback provided by them or deliberations with them (para.104).

Thus, Article 25 recommends that the right of children to be heard be understood and implemented in health care from the perspective of promoting child development. It also emphasizes the necessity of protecting this right in connection with Article 6, which acknowledges that every child has an inherent right to life, as this is essential to stimulate the full development of the personality and the evolving capacities of children (para.79).

In health care, importance is placed on achieving children's best interests. The right of children to be heard should also be ensured in this respect. Children's best interests are mainly defined in Article 3 of the Convention. Comment No. 12 explains that there can be no correct application of article 3 if the components of article 12 are not respected, and, therefore, article 3 reinforces the functionality of article 12. Thus, the 2 articles are complementary to each other (para.74). Based on this, Comment No. 12 specifies that every action taken by a public or private welfare institution, courts, administrative authorities, or legislative bodies on behalf of children has to respect their best interests, while obliging States parties to assure that those responsible for these actions hear the children (para.70). While confirming that the views of children are crucially important to establish their best interests (para.71), it emphasizes that the best interests of children as a defined group have to be established in the same way as when weighing individual interests (para.73).

4. Discussion

In Japan, various systems to review health care institutions used by children are available. Target institutions tend to be limited to hospitals, and the review rate remains at about 30% even when using representative review systems. Nowadays, it is not rare that children use hospitals when they cannot achieve recovery with family doctors, or require continuous treatment for specific diseases, but not all health care institutions used by them are systematically reviewed.

Still, in Japan's systems to review health care institutions, there are criteria to confirm whether health care is provided while respecting patients' intentions, with the aim of ensuring the quality of such care by promoting patient-centered services. For example, in the Hospital Function Evaluation and Accreditation project implemented by the Japan Council for Quality Health Care, hospitals are asked about their approaches for "sharing information regarding clinical practice with patients and promoting their participation in health care" to improve their health care services. In the Japan Medical Service Accreditation for International Patients

system (JMIP) operated by the Japan Medical Education Foundation, reviews are conducted using written documents and on site to examine the “status of systems to obtain necessary information when receiving, examining, and treating international patients”. They also examine the “methods to collect international patients’ opinions”, in order “to clarify their levels of satisfaction, and fulfill their needs”.

Furthermore, for higher-quality reviews specific to children, the results indicate the necessity of encouraging children to express their feelings and views on health care and related systems by methods that are familiar to them and different from those for adults, and developing health care institutions and systems for children through collaboration with them from the perspective of promoting healthy child development and well-being.

5. Conclusion

This paper discusses challenges and solutions in reviewing health care institutions used by children in Japan to promote adherence to children’s rights at the international level in these facilities based on the UN recommendations.

Japan has established various systems to review health care institutions, mainly hospitals, with support for patient participation, and an increasing number of institutions are using review systems. It is necessary for health care institutions used by children to promote their healthy development and well-being by developing health care and related systems through collaboration with them and through processes in which they are heard and participate.

<References>

- Katsuhisa Handa (2009): Article 25. written and edited by Akito Kita, Akemi Morita, Akira Hirose, and Shigeto Aramaki. A Guide to the United Nation Convention on the Rights of the Child. Nippon Hyoron sha, pp.160-162.
- Katsuya Jinbo (2019): Preparation for Hospital Function Evaluation (3rd G: Ver.2.0): Challenges of a Hospital Based on the Results of Review. Byoin Rashinban: A Compass for Hospitals, 10 (145), pp.11-17.
- Miwa Tange, Masahiro Takao (2011): Adherence to the Rights of Patients Hospitalized in Psychiatric Hospitals: The National Status of Reviews by the Mental Health Review Boards and Examples in Ehime Prefecture. Bulletin of St. Catherine College, St. Catherine Junior College, 23, pp.255-267.
- UN Committee on the Rights of the Child (2012): General Comment No. 12: The rights of the child to be heard.
- UN Committee on the Rights of the Child (2016): Day of General Discussion: Children’s rights and

the environment.

Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government. Documents from the Committee for Emergency Care Institution Certification.

URL:

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/smph/iryo/kyuukyuu/kyukyu_shinryo/sinsakai.html

Japan Council for Quality Health Care. Hospital function evaluation accreditation.

URL: <https://www.jq-hyouka.jcqh.or.jp/>

Saitama Prefecture. Guidelines on Reviews of Designated Health Care Institutions for Independence Support.

URL: <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0604/meibo/index.html>

The Japan Medical Education Foundation. Japan Medical Service Accreditation for International Patients (JMIP).

URL: <http://jmip.jme.or.jp/>

富士市連携地域活性化支援事業

＝地域市民参加型身体障害者健康運動プログラム
「プールリハビリ型水中運動教室」への一考察＝

A study of the Aquatic Exercise programs

水野 加寿¹⁾ 坂本 眞一郎²⁾ 長田 佐智子³⁾
Kazu MIZUNO Shinichiro Sakamoto Sachiko Osada

城西大学¹⁾ 常葉大学²⁾ 日本水治運動療法協会³⁾
Josai University Tokoha University Japan Aquatic & Health Therapy
Association

要 旨

水治運動療法は（Water Approach Psychosomatic Training ; WAPT）、高齢者、障害者や生活習慣病者等の社会的弱者を対象とする市民参加型の社会福祉健康文化プログラムで、運動の日常化を推進することにより健康増進を計り、また、健康意識を向上させることより健康への自己管理意欲をたかめることができる。我々は、本運動療法の継続と広がりを促進するために“水中リハビリ運動教室”を開催し、参加者の運動機能および体組成測定の変化を臨床的に考察した。こうした市民参加型の社会福祉健康プログラムの取り組みがモデル化され具現化されることによって地域社会の活性化が促進されるものとする。

Abstract

Water approach psychosomatic training (WAPT) is citizen participation type social welfare health programs for the vulnerable people such as the elderly, disabled, and lifestyle-related diseases. This training programs can be improved the health by promoting daily exercise and increased self-motivation for health by raising health awareness. In order to promote the continuation and the spread of this programs WAPT was held, afterward the changes in the motor function and body composition of the participants were clinically discussed. When the participation in the field of social welfare health programs is modelled and embodied, it is expected that the revitalization of the local community will be promoted

1. プールリハビリ型「水中運動教室」概要

1. 1 実施期間

2010年から2019年（10年間）

1. 2 「プールリハビリ型水中運動教室」

ボランティアチーム編成

主催：NPO 法人日本水治運動療法協会

共催：日本水治運動療法協会静岡県支部

指導：日本水治運動療法協会静岡県支部ボランティア指導員

協力：城西大学・常葉大学

1. 3 実施会場

静岡県富士市：富士国際水泳場、室内温水飛込みプール（床昇降可動）

プール：25m×25m、水深1.0～1.1m、水温30.5～31.5℃、湿度45～50%

内容：カウンセリング、アンケート調査、健康チェック（バイタルチェック）

「病理に特化した水治運動療法訓練」

1. 4 水治運動療法訓練

①訓練は個人別マン・ツーマン指導を実施。参加者1人に対し担当するボランティア指導者が継続的に訓練を指導する。

②訓練実施スケジュール

受付、血圧測定、問診（担当指導者が実施）、体操、移動、更衣（介助者の実施）

入水、個人別マン・ツーマン指導開始（担当指導者が実施）

③訓練内容（病理に特化した水中運動訓練）

疾患別、個人別、W.A.P.T.療法パーソナルファイル

訓練プログラミングチェック表 1) 行為、行動 2) 安全チェック

プログラム1. ロッカー（指導）	: チェック項目（4）
2. プールサイド	: チェック項目（3）
3. プール（入水）	: チェック項目（4）
4. プール（移動）	: チェック項目（4）
5. 訓練（支持）	: 指導項目（5） チェック項目（20）
6. 訓練（横歩き）	: 指導項目（4） チェック項目（16）
7. 訓練（前歩き）	: 指導項目（5） チェック項目（20）
8. 訓練（背浮き）	: 指導項目（7） チェック項目（30）
9. 訓練（けのび）	: 指導項目（5） チェック項目（20）
10. 訓練（動作訓練）	: 水中動作訓練プログラム
※動作様式 1) 感覚モダリティ 2) 知覚探索 3) 補助	: 指導項目（21） チェック項目（84）

11. 訓練（運動メニュー）：水中トレーニングメニュー

※動作様式 1) 水の物理学的作用 2) 身体生理応答

：指導項目（14）チェック項目（56）

2. プールリハビリ型「水中運動教室」

経過報告とデータ分析

2. 1 参加者動向：参加者数、指導者数、集客、疾患（表1）

(1) 参加者数について

①開設初期の3年間（2010年から2012年）で22名の参加者を得ているが、その後4年目（2013年）から7年目（2016年）の4年間は集客の低迷期を迎えている。

②集客の第2ピークは当教室開設後の8年目（2017年）から発現し、2019年の当教室在籍数は62名（全体の32%）に達している。尚、8年目以降の3年間で20名の参加者を迎えている。

表1 参加者動向：参加者数、指導者数、集客、疾患

項目	年度	2010年～2019年										計	
		10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年		
1. 参加者数		6人	11人	5人	4人	1人	4人	1人	9人	10人	11人	62人	
累計			17人	22人	26人	27人	31人	32人	41人	51人	62人	62人	
2. 退会者数		3人	2人	2人	1人	1人			1人	6人	2人	18人	
3. 指導者数		4人	1人	0人	3人	1人	1人	1人	2人	5人	2人	20人	
累計			5人	5人	8人	9人	10人	11人	13人	18人	20人	20人	
※集客ピーク		←開設集客22人		←※集客低迷期				←集客第2ピーク30人			→参加者		
		←退会者数7人									←退会者増9人		→動向
4 疾患：脳性 外科：体幹 上肢 下肢 その他	①脳出血	3人	5人	3人	1人		2人		1人	1人	1人	17人	
	②脳梗塞	2人	1人	1人				1人		3人		8人	
	③くも膜下出血		1人						1人		1人	3人	
	④その他						1人 ^a		1人 ^b	3人 ^c	3人 ^d	8人	
	⑤頸椎系疾患	1人							1人			2人	
	⑥脊椎系疾患		2人		1人		1人				1人	5人	
	⑦腰痛症			1人							1人	2人	
	⑧肩関節周囲炎										1人	1人	
	⑨肘											0人	
	⑩手											0人	
	⑪股関節系疾患		1人		1人	1人			2人		2人	7人	
	⑫膝関節系疾患		1人							1人		2人	
	⑬足関節捻挫									1人		1人	
	⑭リウマチ系疾患				1人				1人		1人	3人	
	⑮内科系疾患								1人 ^e	1人 ^f		2人	
	⑯外科系疾患								1人 ^g			1人	
計		6人	11人	5人	4人	1人	4人	1人	9人	10人	11人	62人	

病名：脳性④その他の内訳 a；脳挫傷。 b；小児マヒ。 c；パーキンソン病、膠原病、ヘルペス脳炎。
d；脳挫傷、発達障害、小脳血管腫。

外科：その他。 ⑮内科。 ⑯外科の内訳 e；喘息 f；肺ガン g；軟骨無形成症

(2) 退会者数について

- ①退会理由の内訳は、(a) 死亡による退会、(b) 休会からの自然退会、(c) 社会復帰による退会、の3つに区分化した。
- ②退会者が集中したのは当教室開設前期（2010年から2014年の5年間）で、退会者（9名）の退会理由は、(a) 死亡による退会であった。
- ③退会者の第二ピークを迎えたのは当教室8年目の後期（2017年から2019年の3年間）で、退会者（9名）の退会理由は、(c) 社会復帰による退会であった。

(3) 指導者数について

- ①当教室のコース運営、特に参加者と指導者の関係においては教室の理念でもある重度身体障害者に特化した「マンツーマン：個別指導」を原則としている。従って、当教室の参加を希望されるクライアントの人数に応じた同数の指導者（ボランティア指導者）の対応が条件となる。つまり、参加者数に正比例する指導員の確保を重視していることに他ならない。この個別指導システム、すなわち指導に対する対価（指導料）が利益を生じないため、一般民営スイミングクラブが導入出来ない最大の理由である。
- ②指導者は全員がボランティア指導者（500円/回＝交通費のみ）であり、採用時にはリーダーによる教育、研修（理論、実技）を受講することが義務付けられている。その後ボランティア指導者は担当する参加者との面談（相互理解）がある。つまり当教室の特徴ともいえる重度身体障害者に対する水中運動は、一般的に「水の事故」発生率が高いといわれ、水中運動の対象者になりづらい。但し、当教室における指導理念は、水という物理学的特性を活用し、運動による生理応答を期待しつつ重度身体障害者一人一人に適応した“健康づくり”へのアドバイスとサポート（訓練と仕方）を目的としている。従ってボランティア指導者に求められる指導力は、専門的な知識と経験ではあるが、それ以上に重要視している点は、“クライアントの精神的な支え”となる事である。つまり、この水中運動教室の出会いを機に、「良き理解者となり、生涯の友となれ」というスローガンが基軸にある。

2. 2 参加者動向（表2）

前期と後期の参加者を比較すると、入会者数と退会者数の割合が類似していることから通期にわたり一定の会員（30.7%～33.3%）の入れ替わりが生じている。

表2. 前期、後期における参加者の比較

項目	前期	後期
	2010年～2013年	2017年～2019年
入会者数	26人	30人
退会者数	8人	9人
比較(%)	30.70%	33.30%

2. 3 退会者の動向（表3）

表3. 退会者の動向（死亡・休会・社会復帰）

年度 内訳	2010年～2019年										計
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
1. 死亡	2人	2人	2人								6人
2. 休会	1人			1人							2人
3. 社会復帰					1人			1人	6人	2人	10人

①退会理由で最も多かったのが「3. 社会復帰による退会」の10名（55.5%）で、次は「1. 死亡による退会」の6名（33.3%）であった。

②退会理由を検討すると、1つの特徴がみられる。つまり最も退会者が多かった「3. 社会復帰による退会」は当教室開設後期（2017年～2019年）に集中しており、次に退会者が多かった「1. 死亡による退会」が集中していたのが、教室開設当初の前期（2010年～2012年）であった。

③教室開設当初に「死亡による退会」が多かった要因として、「開設当初、重い病気の参加者がおられた」、あるいは「高齢者が多かった」という要因が考えられるが、同教室がもう少し早期に開設されていたら、という気がしてならない。

2. 4 ボランティア指導者について

①参加者に対する指導者の割合が、ほぼ同じ割合にて補充採用されており（表4）、教室開設3年目以降、在籍参加者数に対する在籍指導者数の割合は32.6%（平均）であった。

表4. 指導者数と参加者数との比較

年度 項目	2010年～2019年									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
在籍参加者数	6人	17人	22人	26人	27人	31人	32人	41人	51人	62人
在籍指導者数	4人	5人	5人	8人	9人	10人	11人	13人	18人	20人
割合(%)	66.6%	29.4%	22.7%	30.7%	33.3%	31.0%	34.3%	31.7%	35.2%	32.2%

②参加者に対するボランティア指導者の採用割合が3年目以降32.6%（平均）であることについては、指導レベルの低下が危惧される一方、ニーズに対応した社会的役割を果たしていると考えられることも出来る。しかし、利益が生じない事業活動（NPO法人）に指導者として参画する民意（ボランティアイズム：奉仕活動）は、この地域に強く根差していることは確かである。

2. 5 ボランティア指導者と参加者の男女比、およびボランティア指導者の年齢分布（表5）

本教室のボランティア指導者の年齢分布をみると（表5の3. 年齢区分）、50歳から60歳代が全体の70%を占めている。また女性の参加者は全体の90%であることから、地域住民参加型のプログラムに参画しやすいボランティアリーダー

は、50歳以上の女性、特に主婦層であると考えられる。なお、この地域の参加者においては“文化水準の高さ”と“生活水準の安定性”があると考えられる。

表5. ボランティア指導者と参加者の各男女比及びボランティア指導者の年齢分布

項目 \ 年度	2010年～2019年							計
	10年	11年	12年	13年	14年	16年	19年	
1. 参加者数	6人	11人	5人	4人	1人	1人	11人	62人
累計		17人	22人	26人	27人	32人	62人	62人
(男女比)	(M)	6人	5人	2人	1人	0人	4人	32人
	(W)	0人	6人	3人	3人	1人	7人	30人
2. 指導者数	4人	1人	0人	3人	1人	1人	2人	20人
累計		5人	5人	8人	9人	11人	20人	20人
(男女比)	(M)	2人						2人
	(W)	2人	1人	0人	3人	1人	7人	18人

3. 年齢区分	31～40	41～50	51～60	61～70	71～80	計	4. 男・女比
指導者数		3人	7人	7人	3人	20人	男性・女性
(%)			35%	35%			2人 18人

3. 当教室入会時の目標とマインド

3. 1 当教室入会者62例の目標。

「K・J法」を活用し、マインドを3分類12項目、すなわち、分類1（機能回復：機能回復意欲）は3項目、分類2（健康体力：健康、体力向上志向）は5項目、分類3（泳力：楽しみ、レジャー意識）は4項目に分類し、入会者62例を各項目に振り分けた（表6）。（※ちなみに「K・J法」は、多種多様な情報を分類・グループ化し、得られた情報から「傾向と対策」を導き出す分析法の一つで、自然科学分野で広く活用されている。）

表6. 当教室入会者62例の目標設定

分類	項目	適応数	62人
1. 機能回復 ※機能回復意欲	1) 上肢	5人	41人 66%
	・手で茶碗を持つ等		
	2) 下肢	24人	
	・歩けるようになる等		
	3) 痛みの軽減	12人	
	(病名) a) リウマチ	3人	
	b) 腰痛	6人	
	c) その他	3人	
2. 健康・体力 ※健康・体力 向上志向	4) 外出したい	3人	13人 21%
	5) 車の運転をしたい	3人	
	6) 体力・筋力アップ	3人	
	7) ダイエット	2人	
	8) 普通の生活がしたい	2人	
3. 泳力 ※楽しみ レジャー意識	9) プールで歩きたい	1人	8人 13%
	10) 泳げるようになりたい	5人	
	11) パラリンピックへの出場	1人	
	12) その他	1人	

3. 2 当教室入会者の目標（62例）のカテゴリー化

※入会者62例のマインドを3つのカテゴリーに集約した。すなわち、

- ・カテゴリーⅠ 機能回復（機能回復意欲）項目3 適応者数=41人(66%)
- ・カテゴリーⅡ 健康体力（健康体力向上志向）5項目 適応者数=13人(21%)
- ・カテゴリーⅢ 泳力（楽しみ・レジャー意識）4項目 適応者数=8人(13%)

①同教室入会目標ワードを「K・J法」を活用し「マインドのカテゴリー化」を実施した。

②このマインドのカテゴリー化によって、当教室の入会時に「何を期待して入会したのか」という入会者の“マインドの方向性”を知ることが出来た。すなわち、

- ・入会時の目標で最も多かったのがカテゴリーⅠの「機能回復」で、適応者数41人（全体の66%）であった。この意味するところは、当然と言えば当然であるが、まず“身体機能回復”を希望されていることであり、リハビリテーションとしての水治運動療法を期待されていることがわかる。
- ・次に多かったのがカテゴリーⅡの「健康体力（健康体力の向上）」で、適応者数13人（全体の21%）であった。
- ・カテゴリーⅢの「泳力（楽しみ）」の適応者数は8人（全体の13%）で最も少ないが、“泳げる”ようになることで残りの人生を楽しみたいという思いが感じられた。

た。

3. 3 水治運動療法訓練による“マインドの発達順序”

当教室入会の目標がマインドの方向性を示唆している。つまり、カテゴリー別にみていくと、カテゴリーⅠの「機能回復意識」がまず最も多く望まれ、次にカテゴリーⅡの「健康体力の向上」が目標づけられ、最後がカテゴリーⅢの「楽しみ、レジャー意識」である。

このカテゴリーのステップを「マインドの発達順序」と仮定するならば、「カテゴリーⅠ：機能回復」の達成が次のステップ「カテゴリーⅡ：健康体力」の達成のための具体的な目標となっており、そしてこのカテゴリーⅡの達成が次のステップ「カテゴリーⅢ：泳力」の達成のための更なる目標となっている。

以上を総括すると、入会者の目標はカテゴリーⅡ（表6の分類2. 健康体力の項目8）である「普通の生活がしたい」というワードに集約されているように思われる。

4. 開設時より最近までの富士市での当教室の活動状況（表7）

表7. 富士市での当教室の活動状況

年度	教室運営			集客活動	スタッフ	市への
	参加者数	退会者数	指導者数	新聞・ラジオ(口コミ)	教育・研修	働きかけ
2010年	6人	3人	4人	※富士水泳場で第1回目の教室開催(毎水曜日/4回/月)	・第1回スタッフ研修 ・富士国際水泳場	・富士国際水泳場 借用の件(土コース)
	()	死亡:2人 休会:1人	()	・富士ニュース 『水治運動療法で脳疾患後遺症の改善へ』		
2011年	11人	2人	1人	※見学会(2人)	・スタッフ確認	
	(17人)	死亡:2人	(5人)	・富士ニュース 『“水治運動療法で笑顔”脳疾患リハビリレポート』		
2012年	5人	2人	0人	※見学会(2人)	・スタッフ研修	・富士市25m 室内温水プール 借用の件(土コース)
	(22人)	死亡:2人	(5人)	・フランス語友好協会 『水治運動療法について』	・スタッフ教育	
2013年	4人	1人	3人(8人)		・指導者研修会	
	(26人)	休会:1人		・公益財団法人 日・鴻vチシスト富士支部 『水治運動療法教室活動について』		
2014年	1人	1人	1人		・スタッフ研修	
	(27人)	社会復帰	(9人)	・富士ニュース 『運動機・寝Qの改善に水治運動療法が有効』		
2015年	4人	0人	1人		スタッフ研修	
	(31人)		(10人)	・FM Radio84.4 『水治運動療法について・質疑応答』		
2016年	1人	0人	1人		※水治運動療法士・成講座開設	
	(32人)		(11人)	・静岡新聞 『活動を大きく取り上げる』	4日間(14名受講)	
2017年	9人	1人	2人		※プールリハビリサミット	
	(41人)	社会復帰	(13人)	・静岡新聞『水治運動療法に・腰』 ・SBSラジオが『手を携えて』番組取材		
2018年	10人	6人	5人		※水中リハビリ シンポジウム	・富士市民活動 支援補助金・リ
	(51人)	社会復帰	(18人)	・静岡新聞 『清流・広がれ水治運動療法』		・市長と面談
2019年	11人	2人	2人	・静岡新聞:『左手で奏でる夜想曲』16才		・富士市総務
	(62人)	社会復帰	(20人)	・静岡新聞:『障害と共に乗り越える』32才 ・読売新聞:『水中でのリハビリ指導』		市民委員会(出席) ・富士市広報(記事)

※2009年8月26日に参加者：6名 指導者：4名の個人指導という形で開設した
NPO法人日本水治運動療法協会静岡支部主催の「重度身体障害者のための“水治運動療法水泳教室”」は、マスメディア「富士ニュース：“水中運動で治療。NPO法人が富士水泳場で”」という記事によって地域住民に紹介された。

最後になりましたが、本論文に記載致しました「実例」の3名の方々には、本論文作成にあたり口頭にて同意を得ています。その上で、3名の方々のプライバシー保護に関し、十分留意して記載致しました。

<引用・参考文献>

- 1) 医療技術分野における運動生理学の役割
川崎医療福祉学会誌，増刊第2号(2008，55-63)：小野寺昇
- 2) スポーツ医学入門：児玉俊夫，猪飼道夫，石河利寛，黒田善雄(1965)
- 3) 発達障害児の水泳療法と指導の実際：児玉俊夫，覚張秀樹(1992)

- 4) 運動療育と障害者の水泳指導：寺岡敏郎(1998)
- 5) 水治運動療法士養成講座テキスト（理論編）：水野加寿
- 6) ダッフールド. 水治療法：宮下充正，武藤芳照，石原俊樹(1976)
- 7) 身体運動の力学：宮畑虎彦(1964)
- 8) 認知運動療法入門：宮本省三，沖田一彦(2002)
- 9) 水泳の医学：武藤芳照（1982）

社会福祉法人の財務分析に関する研究

A Study on Financial Analysis of Social Welfare Corporations

東京通信大学 情報マネジメント学部

村田 洋

Faculty of Information Management, Tokyo Online University

Professor, Doctor of Engineering, Hiroshi Murata

Abstract

With many new coronavirus infections and large-scale natural disasters occurring these days, the medical and nursing care businesses are facing increasingly severe business conditions. In particular, there is a shortage of human resources and cooperation with medical care regarding nursing care as the population ages. In addition, it includes many problems such as community cooperation, infection countermeasures, and dementia countermeasures.

Furthermore, the negative impact of low wages and the decrease in the number of workers responsible for welfare facilities is immeasurable.

In this study, despite the difficult business environment, the revision rate of nursing care compensation in 2021 was +0.070%. With this in mind, the study will focus on the financial aspects of social welfare corporations and on the financial contents. In other words, by clarifying the financial status of social welfare corporations, the government aims to make recommendations to enable social welfare corporations to aim for a new role.

キーワード：社会福祉法人、財務諸表、財務分析、利益率、社会福祉法人の経営

1. 研究の目的

新型コロナウイルス感染症や大規模な自然災害などが頻繁に数多く発生している昨今において、医療及び介護事業においてはますます厳しい経営環境にあると言わざるを得ない。とりわけ、高齢化に伴う介護に関する人材不足や医療との連携問題。さらには、災害への地域連携や感染症対策、認知症対策など多くの問題が包含されている。また低賃金や、労働負荷の問題もあり、福祉施設を担う労働人口の減少等も出現し、そのマイナスの影響面は計り知れないところである。

本研究では、このような厳しい経営環境にありながらも 2021 年の介護報酬改定では、改定率が+0.070%という軽微なプラス改定¹となった事実を念頭におき、社会福祉法人の財務内容に焦点を当てて検討していく。つまり、社会福祉法人の財務状況を明らかにしていくことで、社会福祉法人が新たな役割を目指せるような提言をすることを目指している。尚、本研究においては倫理的配慮として、ヘルシンキ宣言を遵守して研究を継続してきたことを付記しておく。

2. 社会福祉法人制度の変遷とその位置づけ

社会福祉法人は、制度として、1951 年創設された。²以来、社会福祉の発展に、大きな貢献をしてきた。この間、1990 年代以降は「措置から契約」へサービスの普遍化が起り、民間企業等の業務への参入、公的財政の悪化、規制緩和などの変革が生じてきた。

さらに、今後も更なる高齢化の進行や社会変革等が予測され、これからの社会福祉サービスを取り巻く環境は、ますます量的にも質的にも拡大すると予想され、それに伴い社会福祉の質的向上も強く求められることになるであろう。もちろんこのような現状において、社会福祉法人は新たなニーズに対応していかなければ、その役割を担うことはできないということである。

自明の事実であるが、社会福祉法人とは、1951 年に制定された社会福祉事業法、ちなみに、現在では社会福祉法³によって創設された「社会福祉事業を行うことを目的として設立された法人」のことである。この社会福祉事業には、第 1 種社会福祉事業及び第 2 種社会福祉事業があり、社会福祉法第 2 条に限定列挙されている。⁴

第 1 種社会福祉事業とは、公共性の高い事業であり、人格の尊厳に重大な関係を持つ事業とされている。第 2 種社会福祉事業とは、事業の実施に係る関係性の比較的少ないものとなっている。第 1 種社会福祉事業と第 2 種社会福祉事業はやや複雑なため、より理解を深めるために、参考までに以下においていくつかの例示をしておくこととする。

¹ 厚生労働省ホームページ 令和 3 年介護保険料報酬改定について 2021 介護報酬改定。参照。

² 厚生労働省ホームページ社会福祉法人の概要。参照。

³ 社会福祉法。・社会福祉法(◆昭和 26 年 03 月 29 日法律第 45 号) (mhlw.go.jp)参照。

⁴ 同

第1種社会福祉事業例

<第一種社会福祉事業> (17事業)

- 生活保護法に規定する救護施設、更生施設その他生計困難者を無料又は低額な料金で入所させて生活の扶助を行うことを目的とする施設を経営する事業
 - 救護施設 ■ 更生施設 ■ 宿所提供施設 ■ 生計困難者に対して助葬を行う事業
- 児童福祉法に規定する以下の施設を経営する事業
 - 乳児院 ■ 母子生活支援施設 ■ 児童養護施設 ■ 障害児入所施設 ■ 情緒障害児短期治療施設 ■ 児童自立支援施設
- 老人福祉法に規定する以下の施設を経営する事業
 - 養護老人ホーム ■ 特別養護老人ホーム ■ 軽費老人ホーム
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する次の施設を経営する事業
 - 障害者支援施設 ■ 売春防止法に規定する婦人保護施設を営する事業 ■ 授産施設を営する事業 ■ 生計困難者に対して無利子又は低利で資金を融通する事業

第2種社会福祉事業例

<第一種社会福祉事業> (55事業)

- 生計困難者に対して、その住居で衣食その他日常の生活必需品若しくはこれに要する金銭を与え、又は生活に関する相談に応ずる事業
 - 生活必需品等を与える事業 ■ 生活に関する相談に応ずる事業
- 児童福祉法に規定する以下の事業
 - 障害児通所支援事業 ■ 障害児相談支援事業 ■ 児童自立生活援助事業 ■ 放課後児童健全育成事業 ■ 子育て短期支援事業 ■ 乳児家庭全戸訪問事業 ■ 養育支援訪問事業 ■ 地域子育て支援拠点事業 ■ 一時預かり事業 ■ 小規模住居型児童養育事業
- 児童福祉法に規定する以下の施設を営する事業
 - 助産施設 ■ 保育所 ■ 児童厚生施設 ■ 児童家庭支援センター ■ 児童の福祉の増進について相談に応ずる事業
- 母子及び寡婦福祉法に規定する以下の事業
 - 母子家庭等日常生活支援事業 ■ 寡婦日常生活支援事業
- 母子及び寡婦福祉法に規定する母子福祉施設を営する事業
 - 母子福祉センター ■ 母子休養ホーム
- 老人福祉法に規定する以下の事業
 - 老人居宅介護等事業 ■ 老人デイサービス事業 ■ 老人短期入所事業 ■ 小規模多機能型居宅介護事業 ■ 認知症対応型老人共同生活援助事業
- 老人福祉法に規定する以下の施設を営する事業
 - 老人デイサービスセンター ■ 老人短期入所施設 ■ 老人福祉センター ■ 老人介護支援センター
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する以下の事

業 ■ 障害福祉サービス事業 ■ 一般相談支援事業 ■ 特定相談支援事業 ■ 移動支援事業

□ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する以下の施設を経営する事業 ■ 地域活動支援センター ■ 福祉ホーム

□ 身体障害者福祉法に規定する以下の事業 ■ 身体障害者生活訓練等事業 ■ 手話通訳事業 ■ 介助犬訓練事業 ■ 聴導犬訓練事業

□ 身体障害者福祉法に規定する以下の施設を経営する事業 ■ 身体障害者福祉センター ■ 補装具製作施設 ■ 盲導犬訓練施設 ■ 視聴覚障害者情報提供施設 ■ 身体障害者の更生相談に応ずる事業 ■ 知的障害者の更生相談に応ずる事業

□ 生計困難者のために、無料又は低額な料金で、簡易住宅を貸し付け、又は宿泊所その他の施設を利用させる事業 ■ 簡易住宅を貸し付ける事業 ■ 宿泊所等を利用させる事業 ■ 生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業（生活保護法に規定する医療保護施設を含む） ■ 生計困難者に対して、無料又は低額な費用で介護保険法に規定する介護老人保健施設を利用させる事業 ■ 隣保事業 ■ 福祉サービス利用援助事業

□ 社会福祉事業に関する連絡又は助成を行う事業 ■ 連絡を行う事業 ■ 助成を行う事業⁵

等々。以上である。

さらに、社会福祉法人は、民法第34条の規定に基づく特別法人⁶である。公益性と非営利性を兼ね備えた特別法人なのである。つまり、社会福祉事業の事業趣旨に基づき公共性や非営利性を遵守するために行われる事業であり、慈善事業や寄付行為事業でとり行う業務ではなく公的責任の原則のもと行われる事業という位置づけである。

⁵ 厚生労働省第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業、生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業 | 厚生労働省 (mhlw.go.jp) 参照。

⁶ 民法34条 特例民法法人に係る施策。

特別民法法人とは、旧民法34条に基づき設立された法人。

旧民法34条：「学術、技芸、慈善、祭祀、宗教その他の公益に関する社団又は財団であつて、営利を目的としないものは、主務官庁の許可を得て、法人とすることができる」。

旧民法34条は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成18年法律第50号）により削除されましたが、従来の公益法人は一般社団・財団法人への移行認可を受け又は公益社団・財団法人への移行認定を受けるまでの最大5年間程度は、特例民法法人として存続することとされています。

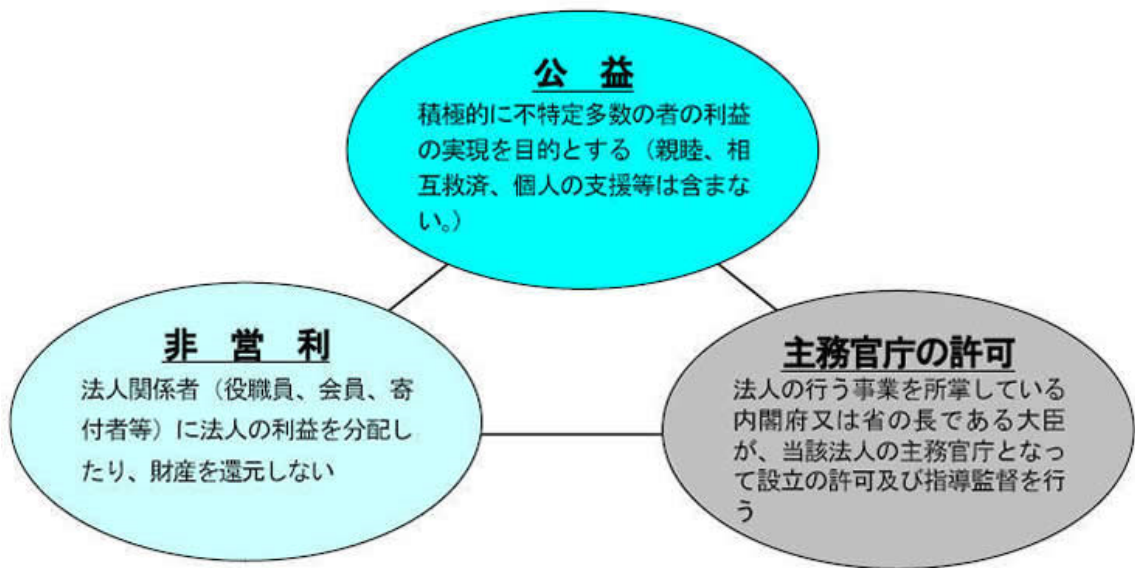


図1 特例民法法人⁷ に関する説明図

そのため、社会福祉法人に対する規制や監督、お金の運用に関しても、いくつかの規制が存在している。代表的なものとしては、①残余財産の処分の規制。②資産保有や組織運営についての制限や要件。③収益事業から収益の用途の明確化と制限。管轄官庁による措置命令。その他いくつかの制限が設けられている。もちろん制限だけではなく、支援や助成金の措置や自治体からの補助、税制面での優遇。退職金手当等の共済制度なども兼ね備えられている。

3. 社会福祉法人の財務の視点

社会福祉法人会計基準が制定されたのは、2000年においてである。⁸この2000年は社会福祉関係にとっては非常に大きな変革時期であった。2000年4月1日には介護保険法⁹が施行された。従来あった行政処分による業務委託による措置委託制度から利用者が自ら事業所を選択できるという利用契約制度への意向が行われた。それに伴い、社会福祉法人以外の事業者でも、介護保険法基準省令¹⁰で許可を受けた事業者であれば、介護事業に参入できることとなった。

このことは、社会福祉法人が行う事業活動に対して、市場競争原理を導入させることで、経営の効率を図ろうとしたものではないだろうか。さらに会計の目的から考えてみ

⁷ 公益法人 information 内閣府 公益法人 information このサイトについて (koeki-info.go.jp)図1引用。

⁸ 厚生労働省 社会福祉法人会計基準。ホームページ 参照。

⁹ 厚生労働省 介護保険法、ホームページ 参照。

¹⁰ 厚生労働省 介護保険法省令 参照。

ると、社会福祉法人が会計情報と会計基準に基づく有用な経理や帳簿管理が可能になれば、社会福祉法人の会計制度そのものが大きく変革していくことに結び付いていくのではないだろうか。

実際、1951年3月29日に社会福祉事業法が（のちに社会福祉法に変更）、制定されたのは、社会福祉事業が社会福祉法人の下で準拠すべき会計の制度化についてのときである。1953年3月18日に「社会福祉法人会計要領」¹¹と言う形式で出され、社会福祉法人の財政状態及び事業成績を明確にするために、正規の簿記の原則に従って取引の計算を、明確にすることを要求したことに示されている。

しかるに、当時の社会福祉法人における会計処理は整合性や統一性に欠けて不明瞭な実態が随所に見られ多くは十分に機能しなかったようである。そのことは、「社会福祉法人会計要領」が定着しなかったことから推測されよう。結局、専門の会計担当者が先住していたわけでもなく、十分な指導及び機能や知識のもとで積極的に行われた制度ではなかったことが要因の一つであったのかもしれない。

その後、会計処理の統合や整合性のある実施を目指し措置支弁対象施設を経営する社会福祉法人に対して、1976年1月31日「社会福祉法人経理規定準拠」¹²（社会福祉施設第25号）通知をおこなった。この準拠が目的とするところは、社会福祉法人をある意味では、経済事業体と想定した。換言すれば、消費事業体としての経済事業体と放言した方がふさわしいのかもしれない。なぜならば、減価償却を否定し、損益計算書を要求せず、収支計算書を中心にした、法人の措置費や補助金などの公金の収支を正確かつ明瞭にするために会計責任者を設置することを求めたからである。

しかし結果的には、社会福祉法人における、特殊な勘定科目や、仕分けを十分に行うことができず、また、支出のみに重点を置くあまり、受託責任会計の役割を多く求められていたため、社会福祉法人自体の自主的な、経営管理能力を抑えてしまう結果になってしまったのではないだろうか。

しかるに、介護保険制度の導入に伴い、社会福祉法人は、自主的に経営基盤の安定化を図らざるをえなくなり、利用者に対して、質の高い福祉サービスを提供し、社会福祉法人自体も経営管理能力を高めていかなくなっていった。

これと同時期に、2000年2月17日に「社会福祉法人会計基準の制定について」（社会福祉援助第310号）¹³が出された。これが会計基準と称されるものとして位置づけられ、その目的は、公的資金の収支を明瞭にし、事業計画をもとに、その受託資金を管理し財政状態を明確化し法人の事業成果を明らかにすることであった。

これによってはじめて、社会福祉法人は損益概念を導入することとなり、減価償却も

¹¹ 厚生労働省 社会福祉法人会計要領 参照

¹² 厚生労働省 社会福祉法人経理規定準拠 参照。

¹³ 厚生労働省 社会福祉援助第310号 参照。

採用され、生産体制の法人として位置づけられるようになった。また、会計的機能も受託責任会計から業務委託会計へ、構造転嫁されることとなった。

その後、2000年3月10日に「指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針」が通知¹⁴された。これにより社会福祉法人の会計は、会計基準と指針という二本立てで行われるようになった。¹⁵

さかのぼることになるが、2016年に社会福祉法人の根拠規定である社会福祉法が大幅に改定されたことへの影響が2000年の通知に少なからず影響をもたらしたのかもしれない。

4. 社会福祉法人制度の改定の在り方の在り方

2016年の法改正¹⁶では、社会福祉法人制度の改革と福祉人材の確保の促進が中心でありとりわけ会計制度と関係が深い部分は社会福祉法人制度の改革の側面である。経営における組織強化や運営の透明性、財務規律の強化公益的な組織運営の実施と、責務の規定追加、内部留保の明確化、福祉サービスの資金の再投下の要求、行政監督の強化等があげられるであろう。

結局、2016年の改正では、財務諸表の公開範囲の拡大や組織運営の透明性を図ることで、利益相反の制限や経営の健全化財務規律の強化が要求されたということである。

会計に関しては、一部の基準の変更があり、ガバナンスの強化や引当金規程の追加や明細書、財産目録デスクロージャーに関するまでいくつもの規定強化が行われることとなった。¹⁷

さらに詳しい内容に関しては厚生労働所の「社会福祉法人制度改革について」を参考にさせていただきたい。¹⁸ ここからいえることはやはり会計に関しての注目度が高いということではないか。今後の監査の問題も含めて更なる注目すべく内容ではないだろうか。

参考までに医療法人に関しても述べておくが医療法人の改革において医療法人制度の監査が導入され、医療法人自体の明瞭性や経営の安定化が図れるようになった状況にある意味似ているような感じである。この点に関しては、稿者が書いた論文を参考にさせていただければその詳細が理解できるのではないだろうか。¹⁹

¹⁴厚生労働省 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 老計第8号通知。参照。

¹⁵ 厚生労働省会計基準と指針との整合 参照。

¹⁶ 厚生労働省社会福祉法人の改定2016年 参照。

¹⁷ 厚生労働省社会福祉法人会計基準の制定に伴う会計処理等に関する運用上の取り扱いについて」の一部改正について2016.11.11.参照。

¹⁸ 厚生労働省「厚生労働省社会福祉法人制度改革について」Microsoft PowerPoint - ★社会福祉法人制度改革について(170310更新用) (mhlw.go.jp) 参照。

¹⁹ 村田洋「医療法人の事業承継と改正医療法人法における経営管理上の諸問題」医療法人の監査の義務

表1 社会福祉法人制度の改革²⁰に関する説明

表 改正社会福祉法による社会福祉法人制度の改革の主な内容

公益性・非営利性を確保する観点から制度を見直し、国民に対する説明責任を果たし、地域に貢献する法人の在り方を徹底する。

(1) 経営組織のガバナンスの強化	○議決機関としての評議員会の設置 ○一定規模以上の法人への会計監査人の導入 等
(2) 事業運営の透明性の向上	○財務諸表・現況報告書・役員報酬基準等の公表に係る規定の整備 等
(3) 財務規律の強化 (適正かつ公正な支出管理・ いわゆる内部保留の明確化・ 社会福祉充実残額の社会福祉 事業への計画的な再投資)	○役員報酬の作成と公表、役員関係者への特別な利益供与の禁止 等 ○「社会福祉充実残額(再投下財産)」(純資産の額から事業の継続に 必要な財産額を控除した額)の明確化 ※必要な財産額:①事業に活用する土地、建物等 ②建物の建替え、 修繕に要する資金 ③必要な運転資金 ④基本金 及び国庫補助等特別積立金) ○「社会福祉充実残額」を保有する法人に対して、社会福祉事業又は公 益事業の新規実施・拡充に係る計画の作成を義務付け 等
(4) 地域における公益的な取組を 実施する責務	○社会福祉事業及び公益事業を行うに当たって、無料又は低額で福祉サ ービスを提供することを責務として規定
(5) 行政の関与の在り方	○所轄庁による指導監査の機能強化、国・都道府県・市の連携

5. 社会福祉法人における利益の実態

では、社会福祉法人は、2018年の介護報酬改定でどのような実態へと変容していったのであろうか。2018年は地域福祉推進理念が規定された。また、地域福祉推進理念実現のために市町村が包括的な支援体制づくりに努める旨を規定した。そして、地域福祉理念計画の実施を図るように位置付けた。²¹

ここでは、2018年の改正以前の2016年3月に社会福祉法が改正され、社会福祉法人の財務諸表データベース構築が制度化されたから可能になった財務諸表分析を参考にしながら、社会福祉法人の財務諸表を考察してみることにする。

以下のデータから著者の松山幸弘氏は、収入規模10兆円、経常利益3484億円、総資産22兆円超であると述べている。このことは、わが国有数の巨大企業と比較してもそれ以上の財務内容であるということになる。事実、松山氏は「社福全体の財務内容がトヨタに優る」と述べていることから明らかであろう。

化に関する諸問題を中心として 『経営管理研究』第10号経営管理学会。参照。

²⁰ 東京都社会福祉協議会. ホームページ 社会福祉NOW (2016年12月) | 東京都社会福祉協議会 (tvac.or.jp) 表1 引用。

²¹ 2018年会計社会福祉法の概要。スライド1 (mhlw.go.jp) 参照。

表2 社会福祉法人の2016年度の財務データ²²に関する内容

(単位: 10億円)

事業種類	法人数	収入	経常利益	経常利益率	総資産	純金融資産
複合体	1266	3124	70.1	2.2%	6261	367
高齢専業	4281	2351	48.6	2.1%	6532	▲143
保育専業	7268	1334	87.6	6.6%	2537	480
障害専業	2562	782	45.5	5.8%	1633	407
高齢保育	702	545	24.5	4.5%	1366	▲3
高齢障害	926	810	31.5	3.9%	1909	175
児童専業	241	60	5.5	9.0%	142	35
児童保育	180	74	5.0	6.7%	140	27
障害と児童保育	364	255	19.3	7.6%	547	121
その他施設	31	9	0.6	7.3%	22	5
社会福祉協議会	1842	648	9.3	1.4%	1392	606
その他団体	192	53	1.0	1.9%	152	49
合計	19855	10043	348.4	3.5%	22634	2126

説明を付け加えると、社会福祉法人の財務諸表分析が、十分に行われていなかったり、未集計であったり、未提出であった部分が、今後整理され統一化されていくことにより、より正確な財務諸表が作成されるし、明瞭性を含んだ財務分析がなされていくのではないかとということが理解されよう。

このことは当然、政府が2025年までに、全国に地域包括ケア体制を構築する²³ことを推進し計画立案して、目指していることと結びつく。また、今後の超高齢化社会における、医療や介護、支援やサービスや認知症の問題、貧困家庭の問題などを解決する一つのヒントにも結びつくものかもしれない。医療資源の確保という側面と医療提供現場としての、医療機関と未開な財源豊富な社会福祉法人の連携がより求められるのではないだろうか。

6. 社会福祉法人における経営実態

2021年の社会福祉法の改正において、とりわけ会計関係に関する重要事項は、厚

²² 社会福祉法人はすべての財務諸表を集計—利益は3000億円を超えている。キャノングローバル戦略研究所 社会福祉法人の2016年度の財務データ表 社会福祉法人すべての財務諸表を集計—利益は3000億円を超えている | キャノングローバル戦略研究所 (cigs.canon) 表2 引用。

²³ 厚生省 「地域包括ケアシステムの現実に向けて」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ 参照。

生労働省が公表した「社会福祉法人施行規則及び社会福祉法人会計基準の一部を改正する省令案及び社会福祉連携推進法人会計基準案」ではないだろうか。これは以下の改正案から構成されている。

社会福祉施行規則等

- 意見募集要領
- 社会福祉法施行規則及び社会福祉法人会計基準の一部を改正する省令案概要
- 社会福祉連携推進法人会計基準案概要
- 社会福祉法施行規則及び社会福祉法人会計基準の一部を改正する省令（案）
- 社会福祉連携推進法人会計基準（案）

社会福祉連携推進法人会計基準等

- 意見募集要領
- 「社会福祉連携推進法人認定・運営基準（案）」の概要
- 社会福祉連携推進法人会計基準の運用上の取扱い案等の概要
- 社会福祉連携推進法人認定・運営基準（案）
- 社会福祉連携推進法人会計基準の運用上の取扱い（局長通知）案
- 社会福祉連携推進法人会計基準の運用上の留意事項（課長通知）案
- 社会福祉法人会計基準の運用上の取り扱いの一部改正案
- 社会福祉法人会計基準の運用上の留意事項の一部改正案²⁴

これらのことから検討しなければならないことは、社会福祉法人の財務分析に関する事項ではないか。これは、2018年厚生労働省の社会援護局福祉基盤課での通知事項で、会計監査および専門家等による支援に基づき専門家である、税理士及び公認会計士に協力を求めたことに起因している。

そこでは、資金収支計算書の重要性については、民間企業では、社会福祉法人会計における資金収支計算書は基本的にないことを理解しつつ、営利法人と異なり、稼働率が仮に100%であっても、資金収支計算は重要であることを指摘している。

また、事業活動計算書は、資産で経営判断をし、実質収入額は、資金収支計算書の当期資金収支差額となることを指摘している。

さらに、事業継続のために運転資金の新たな導入や借入、繰越金、等に関しても指摘されている。

このように、2000年からの旧社会福祉法人会計基準で定められていたことではあるが、社会福祉法人会計には多くの計算書類と付属明細書の作成が義務付けられていることから改めて理解されるということである。

²⁴ 厚生労働省「社会福祉法人制度改革について」社会福祉法人制度改革について（mhlw.go.jp）参照。

固定資産の重要性に関しても、社会福祉法人の事業用資産として、施設の土地建物が重要ではあるが、建築費が事業を圧迫しているケースもあるので、事態の正確な把握は重要である。なぜならば、社会福祉法人の事業用財産は所官庁の認可が処分には必要ですので、急な資金繰りに対しての現金化が不可能であるからです。同様に、職員の補充に関しても人員基準がある。このことは人件費の問題ともかかわる側面なのでより慎重に配慮されなければならない。

ところで、事業活動計算書の経常増減差額の諸問題についてであるが、社会福祉法人会計の事業活動計算書における問題としてとらえなければならない側面である。これは、総資産経常増減差額比率を解体することで、産出することが可能である。すなわち、経常増減差額を貸借対照表の総資産で除すれば求められるからである。これにより、事業規模の異なる法人との比較が可能となろう。

また、比較検討から、効率性や収益性を導き出すことも可能ではないだろうか。これらの会計手法を活用し、効率性を向上させ費用削減を目指せば、適切なサービスの提供に結び付くのではないか。

結局、社会福祉法人の経営とは、事業計画を正確に立て、それに向かって収支の予測や収支の保全策を対応していくということになるであろう。その点が明瞭に実施されていない社会福祉法人が多々あり、それが社会福祉法人の経営危機として問題視されてきたのではないか。

今後はそのような不足な状況に陥らないために、早めの経営分析や純資産比率を把握したり、固定資産の長期適合率について算出したり、経常経費増減差額比率を計算して収益性を求めたり、人件費問題、すなわち、人件費比率の過剰さを防ぐための労働分配率を的確に把握したりすることが求められよう。

7. 社会福祉法人における経営効率向上の是非

社会福祉法人は大企業を超える 1 人の従業員の利益率があるといわれるいくつかの資料が散見される。はたして本当に、社会福祉法人は、大企業を上回るだけの 1 人の従業員の利益率があるだろうか。1 人当たりの収益費が本当に多いのであろうか。従業員 1 人当たりの収益増が人件費を上回り、効率的な経営が推進されているのであろうか。

この疑問に関して検証してみる価値があると思われるので、改めて既出の資料からその真意を追求することとした。

あくまで一つの例であるが、GemMed のデータによると、社会福祉法人の従業員 1 人当たりの人件費の増加は 5 万 8000 円だと言う。これに対して、従業員 1 人当たりの収益の増加は 6 万 8000 であり、上回っていると言われている。また 2018 年から 2019 年にかけて収益性は悪化も好転もしていないと言う。果たして真実であろうか。

表3 2019年度における社会福祉法人の経営状況²⁵の概要

区分		2018年度	2019年度	差引 (2019-2018)		
社会福祉法人数		法人 8,350	8,386	36		
1法人当たり従事者数		人 109.6	111.1	1.5		
収 支 の 状 況	総収益 構成比	サービス活動収益	% 95.4	95.6	0.1	
		サービス活動外収益	% 1.0	1.0	△ 0.0	
		特別収益	% 3.6	3.5	△ 0.1	
	サービス 活動収益 構成比	介護保険事業収益	% 53.3	52.9	△ 0.5	
		老人福祉事業収益	% 3.1	3.0	△ 0.1	
		児童福祉事業収益	% 2.4	2.5	0.0	
		保育事業収益	% 20.4	21.2	0.8	
		就労支援事業収益	% 0.9	0.9	△ 0.0	
		障害福祉サービス等事業収益	% 15.3	15.2	△ 0.1	
		生活保護事業収益	% 0.5	0.5	△ 0.0	
		医療事業収益	% 2.6	2.5	△ 0.1	
		その他収益	% 1.5	1.5	0.0	
	費用 の 状 況	サービス 活動収益 に対する サービス 活動費用 の割合	人件費	% 67.1	67.3	0.2
			経費	% 24.2	23.9	△ 0.2
			事業費	% 13.7	13.4	△ 0.3
		減価償却費 その他	事務費	% 10.5	10.5	0.1
			減価償却費	% 4.8	4.8	0.0
			その他	% 1.1	1.1	△ 0.0
	計	% 97.1	97.1	△ 0.0		
サービス活動収益対サービス活動増減差額比率		% 2.9	2.9	0.0		
経常収益対経常増減差額比率		% 2.9	3.0	0.0		
従事者1人当たりサービス活動収益		千円 5,877	5,945	68		
労働生産性		千円 4,177	4,239	62		
従事者1人当たり人件費		千円 3,942	4,000	58		
労働分配率		% 94.4	94.4	△ 0.0		
経常収益対支払利息率		% 0.5	0.5	△ 0.0		
赤字法人（経常増減差額が0未満）の割合		% 29.3	28.5	△ 0.9		

2019年度における社会福祉法人の経営状況と、2019年度における社会福祉法人の人材状況の、2つのデータを引用してみたが、この2つのデータのみではその真実性は図れないと当初から推測している。さらに資料の収集、データの解析を行わなければ正確なことは言い切れないと考えている。あくまで参考として検討してみることとする。

確かに社会福祉法人のサービス活動収益対サービス活動増減差額比率は増減の変化は見られないようだ。従業員1人当たりの人件費は、2018年度では、394万2000円であり、それが、2019年度では400万円となり、5万8000円増加している。また、収益を見ても、スタッフのコスト対収益を見ても一応の増加がみられる。社会福祉法人では問題の人件費が7割弱であることにはやや問題はあるものの一定の参考資料としては評価できるが、データ解析が不十分であるのであくまで参考としてとどめておくこととする。

結論から言うと、データのバイアスがあったり、作成者の誘導的意図があったりする

²⁵ GemMed 社会福祉法人、従業者1人当たり収益増が人件費増を上回り、効率的な経営が進む-WAM | GemMed | データが拓く新時代医療 (ghc-j.com) 表3 引用。

ので、一応参考として検討した。今回は明確に真実の追及はできなかったが、今後は、実際問題としてこの真意に迫りたいと考えている。

表 4 2019 年度における社会福祉法人の人材状況²⁵の概要

1法人当たり従事者数	人	109.6	111.1	1.5
採用者数（新卒・中途採用者を含む）	人	17.8	18.0	0.2
介護職員	人	7.3	7.1	△ 0.2
看護職員	人	1.6	1.6	0.0
保育職員	人	3.3	3.5	0.1
生活支援員	人	1.7	1.7	0.0
離職者数（定年退職者を含む）	人	15.6	16.1	0.5
介護職員	人	6.7	6.6	△ 0.1
看護職員	人	1.4	1.5	0.1
保育職員	人	2.7	2.8	0.1
生活支援員	人	1.4	1.5	0.0

8. 社会福祉法人の経営課題

研究のまとめとして、社会福祉法人の経営の課題について考察してみる。社会福祉法人は今後ますます需要も高まり、その経営安定性も求められる分野だと思われる。その中で、経営内容の把握は重要項目である。とりわけ財務分析は必修要件である。

それはバランスシートを読み解くことのみではなく、その決算書が意味する財政状態をいち早く理解することを意味するからである。具体的には、貸借対照表から財産状態を把握すること。これは、つまり、総資産から社会福祉法人全体の事業規模や成長性を把握し、負債と純資産の健全なバランスを読み取り、流動資産と流動負債のバランスから短期的な支払い能力を把握することなどが求められるということである。

さらには、事業活動計算書から測る社会福祉法人の能力を理解することとして、経常利益増減差額から黒字化赤字化を読み取ること。同時に、サービスの活動収益は事業の源泉となるのでその活動に見合う収益の算出を検討すること。また、資金収支計算書の読み方、補正予算編成の組み方等、健全で安定的な社会福祉法人を位置付けなくてはならない。コロナ禍において、労働力の不足、低額賃金の問題、過密労働時間の問題など純粋な医療、医師や看護師、薬剤師等の労働環境や賃金形態等と比較しても、どちらかと言えば社会的な弱者として位置づけられている。批判の多い社会福祉法人ではあるが、今後は新たな側面を目指して医療と同列な立場で業務がこなせるように希望をもって成長してもらいたい。

厚生労働省の毎年の法改正は、社会福祉法人の重要性を物語っていると言えるのではないだろうか。本研究は会計、特に財務の諸問題に焦点を当てたものであるが、健全で安定的な社会福祉法人の地域への貢献やニーズを考えたら、果たさなければならぬことは沢山ある。その中でも、基本は社会福祉法人の存続である。

そのための経営、つまりは経営の安定化のためには財務分析がその根本にあることを改めて認識していただきたい。本研究で残された問題は今後の研究課題として取り組んでいく覚悟である。

〈参考文献一覧〉

- 1、厚生労働省ホームページ 令和3年介護保険料報酬改定について。
- 2、厚生労働省ホームページ社会福祉法人の概要。
- 3、社会福祉法。社会福祉法(◆昭和26年03月29日法律第45号)。
- 4、厚生労働省第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業、
生活保護と福祉一般：第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業 | 厚生労働省。
- 5、民法34条 特例民法法人に係る施策。
- 6、厚生労働省 社会福祉法人会計基準。ホームページ。
- 7、厚生労働省 介護保険法、ホームページ。
- 8、厚生労働省 介護保険法省令。
- 9、厚生労働省 社会福祉法人会計要領。
- 10、厚生労働省 社会福祉法人経理規定準拠。
- 11、厚生労働省 社会福祉援助第310号。
- 12、厚生労働省 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 老計第8号。
- 13、厚生労働省会計基準と指針との整合。
- 14、厚生労働省社会福祉法人会計基準の制定に伴う会計処理等に関する運用上の取り扱い
について」。
- 15、厚生労働省 「厚生労働省社会福祉法人制度改革について。
- 16、村田洋「医療法人の事業承継と改正医療法人法における経営管理上の諸問題」医療法人の監査の義務化に関する諸問題を中心として- 『経営管理研究』第10号経営管理学会。
- 17、東京都社会福祉協議会. ホームページ。
- 18、018年会計社会福祉法の概要。
- 19、キャノングローバル戦略研究所 社会福祉法人の2016年度の財務データ表。
- 20、厚生省 「地域包括ケアシステムの現実に向けて」。
- 21、GemMed | データが拓く新時代医療。

病棟看護管理者が考える身体拘束をしないケア に関する質的研究

The qualitative study of the general ward managing chief nurse opinion about the patient care in order to avoid the physical restraint

梅原里実¹⁾、星河純子¹⁾、田中聡一²⁾、
Satomi Umehara¹⁾, Junko Hoshikawa¹⁾, Satoshi Tanaka²⁾

¹⁾ 高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

²⁾ 高崎健康福祉大学保健医療学部理学療法学科

¹⁾ Department of Nursing, Faculty of Health Care,
Takasaki University of Health and Welfare

²⁾ Department of Physical Therapy, Faculty of Health Care,
Takasaki University of Health and Welfare

<Abstract>

This study is to clarify the administrative problems of the head nurse of a general ward about the patient care in order to avoid physical restraint. We analyzed qualitative study about the head nurse opinion of general ward. As a result, the following thirteen categories were generated as a management problem of the head nurse aiming at the practice of nursing without physical restraint.

It was [establishment of a system to ensure patient safety], [sharing problems with multiple occupations], [strategic business improvement], [education of nurses who can think of the best for patients], [improvement of safe and secure equipment environment], [clear organizational policy]. [Care that predicts dangerous behavior], [care incorporating the life background], [concrete care that captures the individuality of the patient], [attitude to understand the patient's thoughts], [creation of relationships with patients by frequent visits], [care that satisfies basic desires], [care that satisfies basic desires], [care that allows families to feel safe].

令和3年11月16日受付

令和3年12月25日受理

1. 研究の背景と目的

一般病院における患者の自由な行動を制限する身体拘束の問題は今なお解決できずにいる⁴⁶⁾。公益社団法人日本病院協会の調査²⁷⁾によると医療現場では、90%以上が身体拘束を実施している。心理的、身体的、社会的、倫理的な課題を含む身体拘束の解除実現には、看護師への教育と意識づけが必要であると考え、我々は身体拘束解除に関する、大規模研修を3年に渡って行ってきた。その結果、参加者の身体拘束に対する考え方の変化やケアの工夫などの一定の成果はみられた³⁾。しかしながら、研修参加者を見るとそのほとんどが看護師の個人単位の参加であり、病院、病棟単位の研修の提供ができていなかった。身体拘束の問題はチームが一丸となって取り組む必要があり、このような形式だけでの研修では身体拘束に関する諸問題の解決には多くの時間を要すると思われ、今後は所属する職場全体に共通した問題意識をもつことが課題となった。そのためには、職場文化を醸成する要となる病棟看護管理者である、看護師長が中心となってチームをまとめていく必要があると考えられた。

身体拘束解除に向けて看護管理者の取り組みの成果を上げている報告としては、大学病院の組織のトップである看護部長の立場での取り組み¹⁵⁾、精神科の看護師長としての取り組み⁵⁰⁾などの実践報告がある。このように、身体拘束解除の実現には、管理責任者である看護部長や看護師長の方針が大きく影響する³¹⁾。また看護管理の実践には、病院の規模の違いに関わらず、目標、判断基準の設定、課題の明確化、問題認識の共有、仕組みの見直し・構築、安全保障、教育機会の提供、チームの立ち上げ・運用、連携の促進などの項目があげられている¹⁰⁾。しかし、看護管理者として看護師長が実際に行動する際の具体的な内容については明らかになっていない。そこで、各職場で実施している看護管理者である看護師長の身体拘束をしないケアに関する考えや実践を知ることにより、看護管理者自身の管理実践の具体化に役立つものと考え、一般病院における看護師長が実践する身体拘束をしないケアについての取り組みの内容を明らかにすることを本研究の目的とした。

2. 研究方法

2.1 対象者

群馬県内の一般病院の128件のうち研究の主旨に賛同いただいた病棟に勤務する病棟看護管理者（看護師長）103名

2.2 調査方法

群馬県健康福祉部医務課による群馬県内病院要覧より、入院施設がある産科・小児科以外の一般病院の看護師長に対し郵送による無記名自記式質問調査用紙を用いて実施した。まず、看護部長に研究の主旨を説明した文章を送付し、研究に賛同を頂いた場合は、身体拘束を実施している病棟に勤務する看護師長へ看護部長から自記式質問紙調査用紙を渡してもらう。

調査期間は2019年11月1日～12月20日とした。

調査内容は、①所属する施設の病床数、②看護師としての経験年数、③当該施設の在職期間、④過去に参加した身体拘束解除に向けた研修参加の有無、④身体拘束をしないケアについて自由記載とした。

2.3 分析方法

無記名自記式質問紙調査による記述以外のデータは単純集計を行い数量的に回答状況の特徴を把握した。記述されたデータは質的帰納的分析を行った。分析は研究目的に沿い、krippendorff¹⁶⁾の内容分析の手順に基づき実施した。意味内容の類似性を読み込み、コード化した。さらに、サブカテゴリー、カテゴリーに分類した。分析にあたっては研究者間で何度も検討を重ね、概念化が飽和状態に至ったことを確認し妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究実施にあたり高崎健康福祉大学倫理委員会の審査を受け承認を得た（承認番号 3011）。研究対象者への文章による説明は、研究の主旨と目的、協力内容、研究への自由な参加、拒否権、同意撤回の自由、匿名性の担保、データの管理方法、研究内容報告時の個人情報の保持、研究終了後のデータの廃棄方法などである。特に看護部長には、看護師長へアンケートの依頼の際に強制力が働かないようお願いした。また、質問紙は返送され分析が進んだ時点では無記名のため、判別が困難であることを説明し同意書を取り交わした。本研究において企業などの利益相反はない。

4. 研究結果

128 施設の 256 名に郵送し調査期間内に 103 名より解答を得た（回収率 40.0%）。有効回答数は 97 名であった（有効回答率 94.2%）。

4.1 所属する施設の病床数

100 床未満 6 人（6%）、100 床～200 床未満 25 人（26%）、200 床～300 床未満 24 人（25%）、300 床～400 床未満 27 人（28%）、400 床～500 床未満 11 人（11%）、500 床以上 4 人（4%）であった。（表 1、図 1 参照）

表 1 所属する施設の病床数

100床未満	100～200床未満	200～300床未満	300～400床未満	400～500床未満	500床以上	合計
6	25	24	27	11	4	97(人)

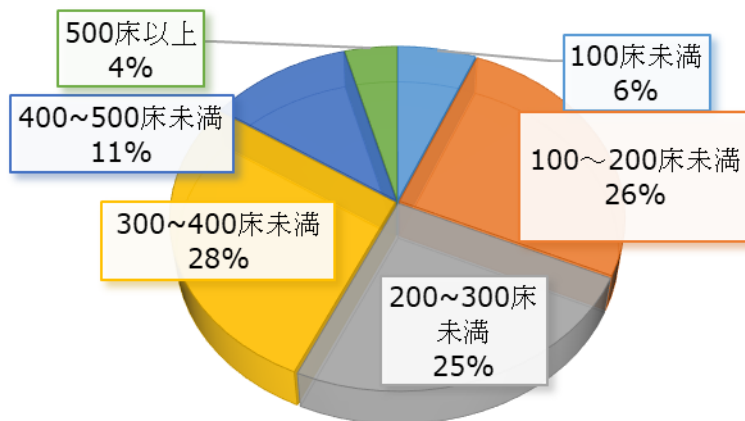


図1 所属施設の病床数 n=97

4.2 看護師としての経験年数

5～10年未満 12人(12%)、10～20年未満 25人(26%)、20年以上 57人(59%)であった(図2)。

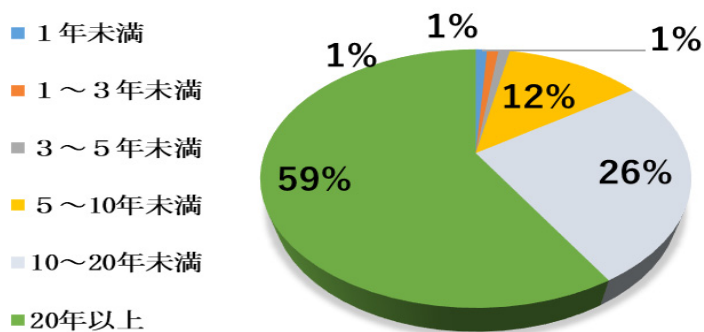


図2 看護師としての経験年数 n=97

4.3 当該施設の在職期間

5～10年 1人(1%)、10～20年 12人(12%)、20年以上 84人(87%)、であった。

4.4 過去に参加した身体拘束解除に向けた研修

身体拘束解除研修 53件、ユマニチュード 38件、看護倫理研修 36件、認知症看護対応

能力力向上研修 34 件、認知症ケア加算取得関連研修 27 件、コミュニケーション研修 23 件、高齢者看護研修 19 件、などの順であった。(図 3)

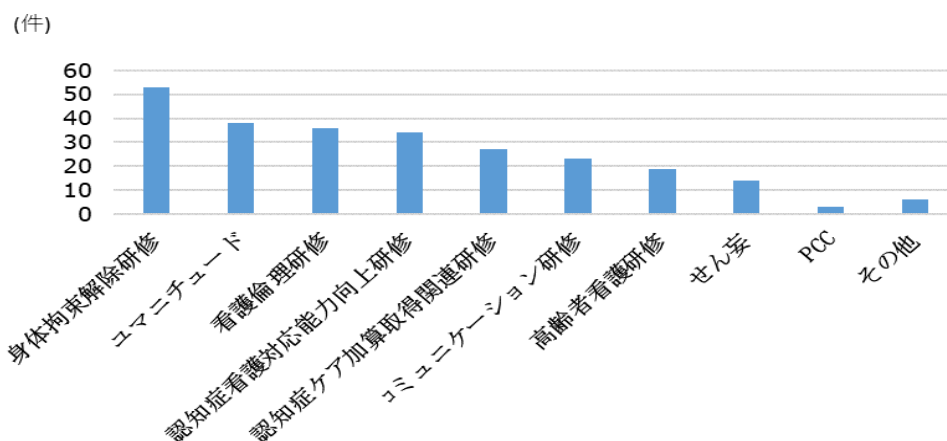


図 3 過去に参加した研修会 n=97 (複数回答)

4. 5 看護管理者が考える身体拘束をしない為のケア

抽出されたカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、代表的なコードを「 」で示す。記述されたデータより抽出されたコードは、165 コードであった。さらに、33 のサブカテゴリーより、13 のカテゴリーが生成された。生成されたカテゴリーから病棟看護管理者が考える身体拘束をしない具体的なマネジメント (表 2) と、具体的なケア (表 3) の 2 つに分類された。マネジメントのカテゴリーは、【患者安全を確実にを行う体制づくり】、【多職種と問題を共有】、【戦略的な業務改善】、【患者にとっての最善を考えられる看護師の教育】、【安全で安心な設備環境の整備】、【明確な組織方針】の 6 カテゴリーが生成された。

具体的なケアのカテゴリーは、【危険行動を予測したケア】、【生活背景を取り入れたケア】、【患者の個性を捉えた具体的なケア】、【患者の思いを理解する姿勢】、【頻回な訪室による患者との関係づくり】、【基本的欲求を満たすケア】、【家族が安心できるケア】の 7 カテゴリーが生成された。

4. 5. 1 病棟看護管理者が考える具体的なマネジメント

1) 【患者安全を確実にを行う体制づくり】

27 のコードより<安全の確保とリスクの予測をする>、<安全な状態であるか注意を払う>、<同行すること、一緒にいること、見守る>、<危険が無いよう気を配ることができる病棟の仕組みを作る>の 4 つのサブカテゴリーより生成された。看護師が患者を「頻回に訪室する」ことは<安全の確保とリスクの予測をする>につながり、スタッフ間で「見守る体制を整える」ことで患者が、<安全な状態であるか注意を払う>や、患者に「付き添う」により、<同行すること、一緒にいること、見守る>があった。病棟において「見守る体制を整える」により、患者の<危険が無いよう気を配ることができる病棟の仕組みを作る>などであった。

2) 【多職種と問題を共有】

16 のコードより<身体拘束をしない為の方法をチームで考える>、<身体拘束をしない為に多職種と情報共有を図る>、<医師と治療による影響を話し合う>、<身体拘束をしない為の話し合いを頻繁に行う>の4つのサブカテゴリーより生成された。「なぜ身体拘束が必要なのかカンファレンスする」は、<身体拘束をしない為の方法をチームで考える>機会となった。また、看護師だけでなく「多職種と連携を図る」には、<身体拘束をしない為に多職種と情報共有を図る>であった。具体的には「治療内容について医師と話し合う」により、<医師と治療による影響を話し合う>であった。このように多職種と「カンファレンスを定期的に行う」ことにより、<身体拘束をしない為の話し合いを頻繁に行う>などがあつた。

3) 【戦略的な業務改善】

11 のコードより<患者の側にいることが出来る勤務者の配置>、<業務のムダ・ムリ・ムラを改善する>の2つのサブカテゴリーより生成された。身体拘束を解除するには、患者を見護ることが出来る「人手を増やす」により、<患者の側にいることが出来る勤務者の配置>を検討していた。また、「業務内容を見直す」にて<業務のムダ・ムリ・ムラを改善する>などがあつた。

4) 【患者にとっての最善を考えられる看護師の教育】

10 のコードより<せん妄や認知症の正しい理解ができる指導>、<患者にとってより良い方法を考える>、<身体拘束以外の方法を考える>、<患者を人として尊ぶ>の4つのサブカテゴリーより生成された。「身体拘束をしないためのスタッフ教育をする」の<せん妄や認知症の正しい理解ができる指導>があつた。また、「患者の最善を考える」の<患者にとってより良い方法を考える>を行い、看護師を「身体拘束はしないという意識に変える」といった<身体拘束以外の方法を考える>であつた。身体拘束でなく「患者の尊厳を守る」看護の基本に戻り<患者を人として尊ぶ>態度や姿勢があつた。

5) 【安全で安心な設備環境の整備】

8 のコードより<危険の少ないハード面の整備>、<入院前に近い環境を調整する>の、2つのサブカテゴリーより生成された。患者に危険が及ばないよう「安全な設備環境を整える」といった、<危険の少ないハード面の整備>と共に、患者が落ちついて過ごせるよう「入院前の環境に近づける」など、<入院前に近い環境を調整する>などがあつた。

6) 【明確な組織方針】

2 のコードより<チームで一貫した看護を行う><組織の方針を明確にする>の2つのサブカテゴリーより生成された。「チームで統一したケアをする」により、<チームで一貫した看護を行う>。また「組織の方針を明確にする」ことが<明確な組織の方針>に基づく管理行動があつた。

表2 病棟看護管理者が考える身体拘束をしない具体的なマネジメント

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(数)
患者安全を確実にを行う体制づくり	安全の確保とリスクの予測をする	頻回に訪室する (3)
	安全な状態であるか注意を払う	見守る体制を整える (9)
	同行すること、一緒にいること、見守る	付き添う (6)
	危険が無いよう気を配ることができる病棟の仕組みを作る	見守る体制を整える (9)
多職種と問題を共有	身体拘束をしない為の方法をチームで考える	なぜ身体拘束が必要なのかカンファレンスする (3)
	身体拘束をしない為に多職種と情報共有を図る	多職種と連携を図る (3)
	医師と治療による影響を話し合う	治療内容について医師と話し合う (8)
	身体拘束をしない為の話し合いを頻繁に行う	カンファレンスを定期的に行う (2)
戦略的な業務改善	患者の側にいることが出来る勤務者の配置	人手を増やす (10)
	業務のムダ・ムリ・ムラを改善する	業務内容を見直す (1)
患者にとっての最善を考えられる看護師の教育	せん妄や認知症の正しい理解ができる指導	身体拘束をしないためのスタッフ教育をする (3)
	患者にとってより良い方法を考える	患者の最善を考える (3)
	身体拘束以外の方法を考える	身体拘束はしないという意識に変える (3)
	患者を人として尊ぶ	患者の尊厳を守る (1)
安全で安心な設備環境の整備	危険の少ないハード面の整備	安全な設備環境を整える (5)
	入院前に近い環境を調整する	入院前の環境に近づける (2)
明確な組織方針	チームで一貫した看護を行う	チームで統一したケアをする (1)
	明確な組織の方針	組織の方針を明確にする (1)

4.5.2 病棟看護管理者が考える具体的なケア (表3)

1) 【危険行動を予測したケア】

34のコードより<事故防止への対策>、<危険行動を予防することに気を配る対応>、<患者の行動の意味を推測し分析>の3つのサブカテゴリーより生成された。「患者の目に入らないようにルート類の工夫をする」「離床センサーを活用する」「低床ベッドを使用する」などの<事故防止への対策>と、「患者の行動を予測し安全面に配慮したケア」による<危険行動を予防することに気を配る対応>、また「患者の行動の理由を考える」「患者の状態をアセスメントする」の<患者の行動の意味を推測し分析>であった。

2) 【生活背景を取り入れたケア】

18 のコードより「**なじんだ習慣や価値観を大切にしたい概日リズムの調整**」、**「楽しむよう気分を変える」**の、2つのサブカテゴリから生成された。「生活背景を取り入れた生活リズムを整える」「状態に合わせ離床をすすめる」「夜間眠れるようにする」「早期に元の生活に戻す」など、「**なじんだ習慣や価値観を大切にしたい概日リズムの調整**」や、「気分転換を図る」「レクリエーションを行う」などの**「楽しむよう気分を変える」**であった。

3) 【患者の個性を捉えた具体的なケア】

11 のコードより「**身体拘束以外のケアの検討**」、**「患者のこだわりや苦痛を知る」**の、2つのサブカテゴリから生成された。「まず身体拘束をしない看護を考える」によって**「身体拘束以外のケアの検討」**を行い、「意識をそらす工夫」「身体的な苦痛を緩和する」にて、「**患者のこだわりや苦痛を知る**」であった。

4) 【患者の思いを理解する姿勢】

11 のコードより「**話を急がせずに聞く**」、**「患者の考えや気持ちを理解し共感する姿勢」**、**「安心できるようにする」**の、3つのサブカテゴリから生成された。「患者の話をゆっくり聞く」の**「話を急がせずに聞く」**、「患者の思いを受け止め寄り添う」「患者の思いを知る」などの**「患者の考えや気持ちを理解し共感する姿勢」**、「**不安な状態にさせない**」の**「安心できるようにする」**であった。

5) 【頻回な訪室による患者との関係づくり】

10 のコードより「**声をかける回数を増やす**」、**「患者に何度も分かるように話す」**の、2つのサブカテゴリから生成された。患者に対して「**頻回に声かけする**」の**「声をかける回数を増やす」**、「患者に繰り返し説明する」の**「患者に何度も分かるように話す」**であった。

6) 【基本的欲求を満たすケア】

8 のコードより「**基本的な欲求を満たす**」の、1つのサブカテゴリから生成された。患者の「**基本的な欲求を満たす看護ケア**」の**「基本的な欲求を満たす」**であった。

7) 【家族が安心できるケア】

5 のコードより「**家族と共に考える**」、**「家族の協力を得る」**の、2つのサブカテゴリから生成された。「**家族の思いを知る**」「**家族と一緒に考える**」などの**「家族と共に考える」**、「**家族の協力を得る**」「**家族に付いてもらう**」などの**「家族の協力を得る」**であった。

5. 考察

病棟の看護管理者である看護師長には、組織の目標を達成するためにヒト、資源、時間などを調整し監督するマネジメント力が求められる⁴⁾。また看護師個々にはたらきかけ、病棟の共通の目標に向かってリーダーシップを発揮しなければならない立場にある^{11) 33)}。得た知識を活用し看護師を指導する姿勢は看護管理者の態度として重要と考える。今回の結果をふまえ、病棟看護管理者が考える身体拘束をしない具体的なマネジメントとケアについて考察する。

表3 病棟看護管理者が考える身体拘束をしない具体的なケア

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(数)
危険行動を予測したケア	事故防止への対策	患者の目に入らないようにルート類の工夫をする(11)
		離床センサーを活用する(1)
		低床ベッドを使用する(1)
	危険な行動を予防することに気を配る対応	患者の行動を予測し安全面に配慮したケア(11)
患者の行動の意味を推則し分析	患者の行動の理由を考える(5)	
	患者の状態をアセスメントする(5)	
生活背景を取り入れたケア	なじんだ習慣や価値観を大切にしたい概日リズムの調整	生活背景を取り入れた生活リズムを整える(7)
		状態に合わせ離床をすすめる(5)
		夜間眠れるようにする(3)
		早期に元の生活に戻す(1)
	楽しめるよう気分を変える	気分転換を図る(1)
レクリエーションを行う(1)		
患者の個性を捉えた具体的なケア	身体拘束以外のケアの検討	まず身体拘束をしない看護を考える(4)
	患者のこだわりや苦痛を知る	意識をそらす工夫(6)
		身体的な苦痛を緩和する(1)
患者の思いを理解する姿勢	話を急がせずに聞く	患者の話をゆっくり聞く(2)
	患者の考えや気持ちを理解し共感する姿勢	患者の思いを受け止め寄り添う(4)
		患者の思いを知る(1)
	安心できるようにする	不安な状態にさせない(4)
頻回な訪室による患者との関係づくり	声をかける回数を増やす	頻回に声かけする(7)
	患者に何度も分かるように話す	患者に繰り返し説明する(3)
基本的欲求を満たすケア	基本的な欲求を満たす	基本的な欲求を満たす看護ケア(8)
家族が安心できるケア	家族と共に考える	家族の思いを知る(1)
		家族と一緒に考える(1)
	家族の協力を得る	家族の協力を得る(1)
		家族に付けてもらう(2)

5. 1 病棟看護管理者が考える身体拘束をしない具体的なマネジメント

看護管理者に求められるのは、サービス提供の仕組みや運営に関する質を含む看護サービスの質向上である¹⁴⁾。本研究では看護師長が所属する組織の許可病床数は中小規模の病院が8割をしめていた。これは中小規模の病院が多い群馬県内の特徴^{2) 28)}と考えられるが、病院の規模に関係なく身体拘束解除に向けた取り組みを実施していることが伺える。本研究の対象者は看

看護師としての経験年数が豊富であり、看護実践能力は高い⁴¹⁾⁴²⁾と判断できる。さらに、所属施設の在職期間はほぼ10年以上であり、同じ施設に長期間在職していることから、患者のヘルスケアについては、協力的な調整を行えている³²⁾と推測される。一方、同質性が高いと他の価値観の受け入れが悪いという欠点もある¹¹⁾。したがって身体拘束をしないケアを実現するには、身体拘束を行うことで、患者の安全を確保できると認識している看護師の価値観を変える必要がある³⁹⁾と考える。

身体拘束は、患者の尊厳を無視した虐待として看護する側が早急に取り組むべき倫理的課題である¹⁷⁾。しかし実際には一般病院において、患者の生命維持にかかわる、あるいは治療優先する場合、転倒やチューブ類の自己抜去防止などの目的により身体拘束をしている現状⁴³⁾が課題となっている。本研究結果からも【患者安全を確実にを行う体制づくり】のコードが最も多く生成にされ、取り組むべき最優先課題と捉えていることが伺えた。看護師長は、病棟の第一線で管理・運営を担うも者であり¹⁸⁾、常に患者にとっての最善の看護ケアの提供を目指し、病棟運営をおこなう上での安全性を重視していると考ええる。

身体拘束を実施する理由には治療の為、あるいは事故防止の為といった看護師の思考が存在しており、治療を優先する行為を善行原則として捉えることも少なくない。しかし、医療安全は患者安全であるとの認識に変化させることは可能であり³⁾、病棟単位でその認識を変化させる鍵となるのは、臨床における看護のリーダーとして存在する看護師長と考える。その為には、患者を縛っていれば安全と言う神話を消し去り、看護の視点によって＜安全の確保とリスクの予測をする＞、＜安全な状態であるか注意を払う＞などが必要と考える。具体的には＜同行すること、一緒にいること、見守る＞といった看護師が安全を確保する為の基本的な行動と共に、＜危険が無いよう気を配ることができる病棟の仕組みを作る＞といった、看護の構造への取り組みが課題となると考える。身体拘束をせずに事故を予測し、未然に防ぐには看護師個人個人の判断や、経験知に依存するのではなく、明確な判断基準が必要となる⁴⁹⁾。【患者安全を確実にを行う体制づくり】は、どのような危険が存在するのかについて、看護師長には常に観察、分析、学習し、安全な体制づくりへの視点をもつ必要がある重要なカテゴリーと考える。

身体拘束の実施の有無は病院の組織風土やケアの文化が影響する⁴⁶⁾。身体拘束を実施する背景にある現状には、看護師が取り組むだけでは解決できない。厚生労働省は、2016年¹⁷⁾より認知症チームケア加算の算定を新設しチーム医療を推進している。この専門職によるチーム活動は身体拘束の低減につながっている²⁴⁾。本研究でも、認知症ケア加算の研修会に参加した看護師長が多かった。チーム医療の推進は、専門職連携に代表されるように、質の高い医療やケアの提供につながる。同時にそれは病棟の組織文化として、医療安全文化の醸成につながると推測される。病院組織には、栄養サポートチーム、褥創予防チーム、医療安全管理チームなど、多くのチーム医療活動が存在しており、このような多職種協働・連携による成果は多数報告されている⁴⁾²⁰⁾³⁰⁾。このように、【多職種と問題を共有】するカテゴリーは、病棟師長が取り組むべき重要な概念であると考ええる。したがって、身体拘束をしないケアを実践するには看護だ

けでなく、多職種との連携・協働が⁶⁾となる。

看護管理を検討する際の業務改善の視点は、看護の質向上を図る上では必須である。看護ケアの3つの側面である「構造」、「過程」、「結果」⁴⁵⁾との関係性と共に、身体拘束の弊害や身体拘束をしても事故が発生する事実と合わせた総合的な検討が必要と考える。現実的には人手不足¹⁹⁾や業務の負担など⁴⁸⁾の理由により身体拘束を実施している場合がある。しかし人員配置は、施設基準の必要数を満たすことが条件である。また、経営的にも現状をすぐさま変えることは困難であると推測される。したがって、身体拘束の解除への手段として「人手を増やす」ことを前提に検討することは難しいと考える。見守りは看護であることを認識し、患者の安全を守るには<患者の側にいることが出来る勤務者の配置>について、「業務内容を見直す」管理が必要と考える。【戦略的な業務改善】のカテゴリーは、定期的な業務量調査により<業務のムダ・ムリ・ムラを改善する>管理的視点と共に、患者のニーズや個別性を検討しながら、数値化したデータを基に看護部を巻き込みながら取り組む課題⁵⁾と考える。

認知症をはじめとしてせん妄の看護は、その対応に困難を感じやすく自信の無いスタッフが¹⁸⁾多い。知識や技術の不足を感じる看護師に対して、<せん妄や認知症の正しい理解ができる指導>を実施する事は、看護の質の維持と向上につながる。実際に、身体拘束に関する教育や研修の効果は、身体拘束の必要性を低減させている³⁾²³⁾。また老年看護学が確立されたのは1996年であり、歴史が浅く¹³⁾認知症看護を体系的に学んでいない看護師が多く存在することから、認知症を疾患として正しく理解することが必要と考える。看護師長が過去に参加した研修は、認知症に関する研修が多かった。看護師長自身が認知症の特徴やケアのあり方を正しく理解することにより、直接患者の看護を実践する看護師やスタッフへの指導につながると考える³⁵⁾。さらに、認知症患者や高齢患者の特徴を知るとは、身体拘束に対し倫理的視点をもって論じる課題であり、「患者の最善を考える」機会となると考える。【患者にとっての最善を考えられる看護師の教育】のカテゴリーは、明確な答えは出なくとも看護師長自らが主導し<患者にとってより良い方法を考える>ことにより、定式化したケアではない、看護の視点を持つ看護師の育成につながると考えられる。看護師長として人材育成を検討することは、看護師のキャリア形成につながる重要課題でもある¹¹⁾。

【安全で安心な設備環境の整備】のカテゴリーは、物理的環境が安全や安心であるかの視点でとらえ、整備することは医療安全の側面からも重要と考える。患者に危険が及ばないように<危険の少ないハード面の整備>を実施する事は、経済的な側面を含め取り組むべき課題と考える。転倒予防の観点からもベッド周囲の環境をはじめ、身体機能の低下や環境上のリスクを判断できない患者の安全な環境を整備することは必要である¹⁾。また、身体的体調の不良は精神的不安定さにつながる。患者が落ちついて過ごせるように環境を調整する、場所を確保する等により、身体拘束の必要は無くなる場合が多い²⁹⁾³⁹⁾。さらにインシデントレポートの分析⁴⁰⁾により、患者個々の安全について環境を改善することは、安心につながる管理行動と考える。「入院前の環境に近づける」など生活リズムを整えることや、馴染みのあるモノを傍に置くな

どの、工夫や配慮により患者が安心できる環境への調整につながる³⁸⁾。看護師長はハード面の整備だけでなく、患者の個々のニーズを把握できる看護師の育成を並行して行う必要がある。

身体拘束に関する問題は、生命や治療に影響する状況もある為、倫理的な対立が常に発生する³⁶⁾。したがって、看護師長は臨床現場において管理的視点を持ち、自部署で取り組む課題を明確にしたうえで、戦略的マネジメントを行う必要があると考える。病棟における〈明確な組織の方針〉を掲げ、短期的な達成可能なビジョンを設定し、〈チームで一貫した看護を行う〉には、マネジメントプロセスである、PDCA サイクルを計画的に展開することが望ましいと考える⁵⁾。【明確な組織方針】のカテゴリーは、組織理念が存在するようにトップマネジメントを行う管理者からの組織方針の基、目指す看護の方向性を導き病院全体で取り組むべき課題と考える。

5. 2 病棟看護管理者が考える身体拘束をしない具体的なケア

身体拘束を行う対象は、認知症患者や自分で状況を判断できない患者でありケアに困難を伴うため抑制につながる²²⁾。また、点滴やドレーンのチューブ類の抜去、転倒・転落などの危険な行動を予防するために身体拘束を行っている⁴⁶⁾。このような身体拘束を実施する要因に対してケアを実施することが重要であり、なぜその人がそのような行動をおこすのかを予測することが転倒・転落予防につながる²⁶⁾。【危険行動を予測したケア】のカテゴリーは、〈危険な行動を予測することに気を配る対応〉、〈患者の行動の意味を推則し分析〉などのサブカテゴリーより生成されている。危険行動を予測するケアは事故防止につながるだけでなく、潜在的な問題に視点を当てられる看護師の育成につながると考える。

高齢患者や認知症患者の入院は新たな環境への適応に時間がかかるうえに、身体的な不調により特に生活リズムを乱しやすい³⁷⁾。看護師が患者を生活者としてとらえる視点をもつことは、看護実践を行う上でのアセスメントの重要な要素である¹²⁾。このように、患者を人として捉えることは、ケアの基本であり、【生活背景を取り入れたケア】の実践により、身体拘束をしない看護につながると考える。

身体拘束ゼロの手引きにある、身体拘束例外3原則の切迫性、一時性、非代替性¹⁷⁾を実施することが、身体拘束をしない看護実践の一步と考える。サブカテゴリーにある〈身体拘束以外のケアの検討〉があるように、〈患者のこだわりや苦痛を知る〉などのケアを工夫することは重要である³⁷⁾。個人因子を踏まえた行動分析はその人を、人と捉えるパーソン・センタード・ケアの理念に基づく倫理的視点である²¹⁾。したがって、身体拘束をしない看護の実践を行う上で、【患者の個性を捉えた具体的なケア】のカテゴリーは、看護師の倫理的視点を養うことにつながると考える。

【患者の思いを理解する姿勢】のカテゴリーは、〈話を急がせずに聞く〉〈患者の考えや気持ちを理解し共感する姿勢〉〈安心できるようにする〉のサブカテゴリーより生成されており、患者の不同意メッセージ⁸⁾を察する内容が包含されている。このように「患者の思いを受け止め」「寄り添う」などニーズに沿ったケアは、患者の思いに共感する態度であり対象の理解につな

がる³³⁾ カテゴリーと考えられる。

認知症患者は中核症状としての記憶障害があり、人の顔や名前を覚えられず直ぐに忘れてしまう。【頻回な訪室による患者との関係づくり】のカテゴリーは、<声をかける回数を増やす>、<何度もわかるように話す>のサブカテゴリーに示されるように、ケアを提供する看護師と馴染みの関係となることが考えられる。患者に信頼される関係性の構築によりケアが円滑に運ぶことになる²⁵⁾。また、認知症患者の不安や混乱を軽減する⁷⁾と捉えられ、患者の自由な行動を妨げないケアにつながると推測される。

人間は欲求（ニード）を持つ存在でありそれが理解され尊重されることが、活動の源となる¹²⁾。つまり患者の基本的な欲求を満たすことにより、健康を取り戻し回復への活力となると考えられる。しかし高齢患者や認知症患者は、自己のニーズを上手く表現できない事があり、そのニーズを知ろうとする看護師の姿勢が重要となる⁴⁴⁾。【基本的欲求を満たすケア】のカテゴリーは、患者の自由な行動を制限する身体拘束という倫理的課題の解決を図る¹⁷⁾上でも、確実にかつ早急に取り組むべき重要な課題と考える。

看護の対象は患者及び家族であり、入院時から患者の事をよく知る家族のニーズを知ることに加えサブカテゴリーの<家族と共に考える>ことは、家族と共に患者の最善⁹⁾について考えることとなる。患者の意思が表現されない場合は特に、<家族の協力を得る>のサブカテゴリーが重要となり、患者の意思を決定する場合のプロセスにおいても家族の存在は大きい³⁴⁾。したがって、【家族が安心できるケア】のカテゴリーは看護師の視点で、判断するのではなく家族の意見を尊重すべき課題と考える。

6. 結論

一般病院の病棟看護管理者が考える身体拘束をしないケアについて取り組む具体的な内容について以下の示唆を得た。

1) 身体拘束をしないための具体的なマネジメント

看護師長は、【患者安全を確実にを行う体制づくり】をはじめとし、患者をケアする全ての【多職種と問題を共有】しながら、【戦略的な業務改善】をはかり、看護師に対して【患者にとっての最善を考えられる看護師の教育】と、【安全で安心な設備環境の整備】の管理を行うと同時に【明確な組織方針】を出す。

2) 身体拘束をしないための具体的なケア

看護師長は、看護師が患者の【危険行動を予測したケア】を行えるよう患者の【生活背景を取り入れたケア】と【患者の個性を捉えた具体的なケア】を中心とし、【患者の思いを理解する姿勢】をもち【頻回な訪室による患者との関係づくり】と、【基本的欲求を満たすケア】を実践し、看護の対象である【家族が安心できるケア】を行う支援をする。

7. 研究の限界と課題

本研究の対象者は限定された地域であり、病院の規模や機能による分析をしたものではなく一般化には至らない。今回得られた概念について具体化し、身体拘束をしない看護の実践に向けた取り組みへつなげることを課題として研究を継続する。

<謝辞>

本研究の実施にあたりご協力いただいた群馬県内の看護師長の皆様に心より感謝を申し上げます。

<引用文献>

- 1) 阿部邦彦 (2017) : 認知症者の転倒予防リスクマネジメント病院・施設・在宅でのケア第3版第3章、日本医事新報社、pp208-218.
- 2) 群馬県医師会 HP : <https://www.gunma.med.or.jp/table/> (閲覧日 2021年. 10月 31日)
- 3) 星河純子、大澤幸枝、田中聡一 (2020) : 「身体拘束しない看護の取り組み」の研修会から効果的な研修方法を考える、日本保健医療学会学術論文集 (11)、pp45-58.
- 4) 井部俊子、中西睦子、木村チズヅ子ら (2016) : 看護管理学習テキスト第2版看護マネジメント論第3巻、日本看護協会出版会、pp2-10.
- 5) 4) 前掲、pp48-53.
- 6) 石井暁、江口ゆう、菅原英和 (2019) : 多職種協働で取り組む回復期リハビリテーション病棟の安全管理、CLINICAL REHABILITATION28(9)、pp865-871.
- 7) 石川容子、梅原里実ら、(編著) (2018) : ナーシングプロフェッションシリーズ認知症看護 認知症の人の「困り事」に寄り添い尊厳あるケアを目指して、医歯薬出版.
- 8) 伊藤美緒、宮本真巳ら (2011) : 不同意メッセージへの気づき介護職員とのかかわりの中で出現する認知症の行動・心理症状の回避に向けたケア、老年看護学会誌、15(1)、pp5-12.
- 9) 上別府圭子(代)、浅野みどり (2020) : 系統看護学講座専門分野別巻家族看護学第2章家族看護の対象理解、医学書院.
- 10) 菅野真綾、叶谷由佳 (2021) : 急性期病院における身体拘束を軽減するための看護管理に関する文献検討、日本看護管理学会誌、25(1)、pp129-138.
- 11) 勝原裕美子 (2015) : 組織とは何か看護管理学習テキスト (第2版) 看護組織論第1章組織とは何か、日本看護協会出版会.
- 12) 北川公子(代)、三重野英子、小野光美 (2020) : 系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学第4章高齢者のヘルスアセスメント、医学書院.
- 13) 北川公子(代) (2020) : 系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学第3章老年看護における理論・概念の活用、医学書院.

- 14) 木村チヅ子 (2016) : 看護管理学習テキスト看護マネジメント論 (第2版) 論点3 変革理論
およびシステム理論、日本看護協会出版会.
- 15) 小藤幹恵 (2017) : 患者の心と深く響き合うことが看護の専門性を高める看護部全体
で取り組む (抑制しない看護) に向けたチャレンジ、看護管理、メジカルフレンド社、
27(1)、pp26-30.
- 16) 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.
- 17) 厚生省身体拘束ゼロの手引き : <https://search.yahoo.co.jp/search?p> (閲覧日 2021 年. 10
月 31 日)
- 18) 小山尚美、渡邊裕子、流石ゆり子 (2019) : 急性期病院における認知症ケアの質向上に向け
た組織づくりの現状と課題、山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル、7(1)、
pp15-24.
- 19) 丸井明美、関千代子、上原朋子ら (2007) : 茨城県の一般病院における高齢者に対する身体
拘束の実施状況、茨城病医誌、25 (1)、pp21-25.
- 20) 松浦大輔 (2018) : チームで取り組む回復期リハビリテーション病棟での転倒予防、Monthly
Book Medical Rehabilitation、221、pp24-31.
- 21) 箕岡真子 (2018) : 認知症ケアの倫理の創造と発展-なぜ新しい認知ケアの倫理の体系化が
必要だったのか、認知症ケア研修誌、2、pp27-38.
- 22) 森本恵り子、平田弘美 (2019) : 急性期病棟における認知症高齢者看護に関する文献検討、
人間看護学研究、17、pp77-86.
- 23) 森野美由紀、平田弘美 (2018) : 一般病棟における看護師の教育背景と高齢患者への身体拘
束に対する認識との関係、人間看護学研究、16、pp27-34.
- 24) 仲由紀子 (2020) : 認知症ケアチームを中心としたチーム医療による身体行動制限減少への
取り組み、多根医誌、9(1)、pp49-55.
- 25) 浪花美穂子、横山正博 (2012) : 認知症高齢者のグループホームにおける「馴染みの環境」
形成の影響に関する検討、日本認知症ケア学会誌、11(2)、pp529-534.
- 26) 納屋知里、山田律子 (2017) : 我が国の急性期病院における認知障害高齢者の転倒の実態及び
転倒予防ケアの現状と課題、北海道医療大学紀要、13(1)、pp27-34.
- 27) 日本病院協会ホームページ (2016) : [160408_2.pdf \(ajha.or.jp\)](#) (閲覧日 2021 年. 11 月 3
日)
- 28) 日本医師会 JMAP 地域医療情報システム (群馬県) : [https://jamp.jp/cities/detail
/pref/10](https://jamp.jp/cities/detail/pref/10) (閲覧 : 2021 年 11 月 1 日)
- 29) 野原ひろみ (2020) : 急性期病院における看護師の身体拘束に対する意識改革への取り組み、
認知症ケア事例ジャーナル、13(2)、pp83-86.
- 30) 及川聡美、森信芳、長谷川修ら (2020) : 認知症ケアチーム活動が身体抑制の減少に与える

- 影響、日本病院総合診療医学会雑誌、16 (5)、pp339-345.
- 31) 太田由美、西田欣矢、藤本浩一 (2019) : 神経病棟で行動制限ゼロを実現する上で経験したこと看護師への半構成的インタビューを通して、日本精神科看護学術集会誌、62(1)、pp210-211.
 - 32) Patricia Benner、(訳)井部俊子、井村真澄、上泉和子 (1996) : ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー、医学書院、pp10-27.
 - 33) 佐々木美樹、湯本俣江ら (2108) : 看護師長のリーダーシップとスタッフ看護師のエンパワメントとの文献検討、日本医療・病院管理学会誌、55(3)、pp15-24.
 - 34) 清水哲郎 (2015) : 本人・家族の意思決定を支える—治療方針選択から将来に向けての心づもり迄—医療と社会、25(1)、pp35-48.
 - 35) 鈴木みずえ、内門大丈(2019) : 3ステップ式パーソン・センタード・ケアでよくわかる認知症看護のきほん、池田書店、223.
 - 36) 鈴木みずえ (2017) : 認知症者の転倒予防リスクマネジメント病院・施設・在宅でのケア第3版第1章、日本医事新報社.
 - 37) 鈴木みずえ (編)、梅原里実 (2018) : パーソンセンタードな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア 3 入院直後から治療・退院の経過で高齢者が起こしやすい認知症の症状とその変化、ワールドプランニング.
 - 38) 鈴木みずえ (監) (2017) : 他職種チームで取り組む認知症の手引き、日本看護協会出版会、pp72-84.
 - 39) 鈴木莉佳、守屋真理、井口美香ら (2019) : 入院後に認知機能低下を来した患者への身体抑制解除への試み、静岡赤十字病院研究法、39(1)、pp64-68.
 - 40) 鈴木貴文、鈴木みずえ (2008) : 認知症高齢者の転倒・転落事故予防事故予防対策計画書を用いた転倒予防、認知症介護、9(3)、pp76-81.
 - 41) 多久島寛孝、羽田野花美、中原恵美 (2017) : 看護師の看護実践の質の評価経験年数および年代別の比較検討、熊本保健科学大学研究雑誌、15、pp27-37.
 - 42) 田中いずみ、比嘉勇人、山田恵子 (2012) : 看護実践能力の属性による比較と勤務年数、首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連、富山大学看護学雑誌、12(2)、pp81-91.
 - 43) 梅原里実、星河純子、大澤幸枝 (2019) : A 県内における一般病院の身体拘束をしない看護の実現に向けた職位別調査、日本老年看護学会第24回学術集会抄録集、p196.
 - 44) 梅原里実、田中聡一ら (2020) : 自己決定が困難な認知症患者の意思表示に対する看護師の支援—一般病院におけるエンパワメントモデルの検証—、保健医療研、11、pp1-18.
 - 45) 内布敦子 (2016) : 看護管理学習テキスト看護マネジメント論 (第2版) 看護ケアの質を評価する側面と指標項目、日本看護協会出版会.
 - 46) 和田奈美子 (2019) : 一般病院における身体拘束解除に向けた取組み、医療安全管理者・老人看護専門看護師・病棟管理者・リンクナースとの協働・連携、老年看護学、1、pp19-24.

- 47) 若濱奈々子、北川公子 (2019) : 血液透析を受ける認知症高齢者の透析中及びその前後に生じたトラブルに関する文献検討、共立女子大学看護学雑誌、6、pp33-41.
- 48) 山川雅子、米沢真希子、山田智代ら (2007) : 経験年数3年未満の看護師の抑制に対する認識、日本看護学会論文集、38、pp303-305.
- 49) 横田弘子 (2015) : 医療事故調査制度に適切に対応するための備えについて動き出した「医療塩調査制度」、看護、11(67)、pp60-64.
- 50) 吉元綾乃、今村健次 (2016) : ある看護師長の行動制限最小化への取組み経過の分析、第42回日本精神科看護学術集会、pp328-329.

1. 投稿者

- ①投稿者は、原則として日本医療福祉学会の会員とする。
- 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、日本医療福祉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（事例研究・研究ノート・論壇・書評）に分類される。
- ②研究論文は、査読付き論文(以下、原著論文)と自由論文に分類される。

4. 投稿論文の書式

- ①投稿論文の原稿は、本学会指定のひな形にしたがって作成する。
- 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40×35、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30mm、上35mm、下30mm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 Table 1、Table 2
- 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、自由論文、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掲載された論文等の著作権は、日本医療福祉学会に帰属する。
- ②学会誌に掲載された論文等を執筆者が他の出版物に転用する場合には、予め学会の了承を得ることが必要である。

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、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) 投稿希望者は、学会事務局に投稿を希望する旨をメールで申請し、事務局の指示に従い論文を送る。
- (2) 学会事務局は、速やかに投稿者に対し論文投稿受付の連絡をする。
- (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、学会事務局が論文投稿を受付した後、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投稿論文の原稿などは、原則として返却をしない。
- ⑤学会誌の発行については、年1回以上とする。

本規程は2010年4月1日より実施

1. 研究の背景と目的（節はゴシック太字、ページを変えて最初の見出しを入れる）

- ①本文はMS明朝、11ポイント（和文）とする。
- ②英文の場合は、Times New Roman, 11ポイントとする。
- ③A4サイズで40字×35行（字送り10.65, 行送り18.75）、24,000字以内で、約17ページとする。
- ④余白：上35mm、下30mm、左右30mm、本文中の読点「、」・句点「。」とする。
- ⑤見出しは、1. △△△△△、2. △△△△△ とする。（数字全角）
- ⑥小見出しは、1. 1 ▲▲▲▲、1. 2 ▲▲▲▲、2. 1 ▲▲▲▲、2. 2 ▲▲▲▲ とする。
- ⑦脚注¹はページ末に表示する。9ポイント
- ⑧ページは投稿時には入れておかない。

2. 研究方法（見出し前には空白行（11ポイント）を入れる。）

3. ●●●の先行研究

- ⑨図は通し番号をつけて図の下へ挿入、センタリング（10ポイント）
 - ⑩表は通し番号をつけて表の上へ挿入、センタリング（10ポイント）
3. 1 ◆◆◆◆◆（項には空白行（11ポイント）を入れる。MS明朝）
- ⑪（インターネット上の情報²を引用する場合は脚注として扱うこと。）

<謝辞>（10.5ポイント）

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。

<引用・参考文献>（10.5ポイント）

- 1) 引用・参考文献は著者名のアルファベット順に記載する。
- 2)（単行本の場合）
著者名（発表年）：『書名』出版社名
- 3)（雑誌中の論文の場合）
著者名（発表年）：「論文名」『掲載雑誌名』発行所、掲載巻号、掲載ページ

¹ 脚注見本、ページ末に9ポイントで表示する。

²（インターネット上の情報を引用する場合）

著者・ホームページの作成者/運営者「記事のタイトル」〈URL〉参照時の年月日※URLのハイパーリンクは削除する。

(pp.最初—最後)

4) (編著図書の場合)

著者名 (発表年): 「論文名」 編者名 『掲載雑誌名』 出版社、掲載ページ

(pp.最初—最後)

※投稿にはこのひな形を用いて執筆していただき、それがほとんどそのまま印刷される可能性があることをご了解ください。

日本医療福祉学会 入会申込書（入会届）

申込者記入欄

住 所	〒 _____ 電 話 : (_____) _____ - _____ FAX : (_____) _____ E-mail : _____ @ _____
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	

日本医療福祉学会 御中

貴学会の目的に賛同し、入会の申込みをいたします。

年 月 日

(ふりがな)

(氏 名) 印

事務局記入欄（記入しないでください。）

会 員 の 種 別			
入会承認年月日	年 月 日	会員番号	第 _____ 号

『医療福祉研究 ー第14巻ー』

発行日 2021年12月31日
発行所 日本医療福祉学会 本部事務局
〒370-0033 群馬県高崎市中大類町501
高崎健康福祉大学保健医療学部田中聡一研究室
編集 日本医療福祉学会 学術委員会

© 日本医療福祉学会 2021

本誌の一部または全部の無断複製・転載を禁じます。無断複写は、著作権法上での例外を除き、
禁じられています。

本誌に掲載された論文の著作権は、著作者と日本医療福祉学会に帰属します。