

# 修士論文要旨目次

健康問題型セルフヘルプ・グループの発展によるソーシャル・キャピタルの醸成	原 千晴 (115)
社会を可視化するテクノロジーに関する研究	
～コミュニティを可視化する道具としての SNS を事例にして～	伊藤 智美 (121)
精神障害者の自立支援—精神科病院の看護職の役割と課題—	井上ひろみ (125)
高齢労働者への産業保健の在り方—産業保健専門職の視点から—	江口みかる (129)
高齢者の在宅療養推進に関する研究	
—中小規模病院における地域連携を担う部門の現状と課題—	木村 清美 (135)
わが国の新人看護師教育の課題～歴史の変遷と現状からの考察～	久保田恵美 (141)
精神障がい者の地域ケアシステムの構築について	
—地域ケアシステムのあり方と行政の役割—	小路 玉代 (147)
医療の TQM (Total Quality Management) の成功と組織学習	田代 清美 (153)
参加・協働による地域づくりの基礎理論的研究	
—社会変化にともなうリーダーシップのあり方をもとめて—	永木 藍 (159)
「看護教員の質向上に関する研究」～准看護師教育に携わる教員の現状と課題～	中島千壽子 (171)
児童虐待予防を機能強化できる児童相談所のあり方—市町村支援の視点から—	中村 智子 (177)
終末期透析医療の現状と課題—「意思決定」をサポートするチーム医療体制について—	西川奈保子 (183)
職場における母性健康管理の課題	平野 美果 (189)
看護師の人的資源管理—短時間正職員制度導入の意義と課題—	堀田 春美 (195)
在宅療養に向けた退院調整のあり方に関する研究	
～急性期病院に勤務する看護部責任者の認識を視点として～	前野かつ子 (201)
介護サービスにおける予防重視型システムの現状と課題	松本美和子 (205)
安全な看護サービス提供への課題～看護配置基準のあり方～	宮田 千春 (211)
在宅療養継続のための訪問看護ステーションの役割	
—看護職間の連携による健康状態の向上を目指して—	向江 智子 (217)
「看護師の継続教育の現状と課題」～中途採用看護師教育と看護管理者の役割～	盛川恵美子 (223)
「後期高齢者医療制度の課題と展望」—社会保険方式から税方式へ—	森重 康彦 (229)
「学校広報による家庭との連携に関する研究」	
～学校ホームページを活用した開かれた学校づくりの提言～	吉本 仁 (235)
中国における医療保障制度について—都市と農村二元構造—	陸 倩 (241)

## 平成22年度 修士論文要旨

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 健康問題型セルフヘルプ・グループの発展による ソーシャル・キャピタルの醸成

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980001 石原 千晴

近年、わが国においても、社会経済的格差が影響して、健康格差が起こっているといわれ、所得や教育歴、職業階層などが低いほど健康状態が悪いという研究報告が出てきている。1985（昭和 60）年に 12%であった相対的貧困率は、2007（平成 19）年には 15.7%となり、経済協力開発機構（OECD）加盟国 30 か国中、最も高い。格差の大きい社会においては、相対的な位置がより低くなる現象が生じるため、そのことが認知・心理に反映して、人々はより大きなストレスを感じる。生活習慣病やうつ病などの罹患者は増え続けているが、これらの疾患は社会経済的格差の低位層が罹り易い状況にある恐れがある。

人々の健康には、風土、慣習、価値観、経済、社会システムなどの生活条件が作用しているため、住民の生活基盤である地域において、健康に関連する課題に向き合い、解決策を見つけ出していかなければならない。

しかし、現代の多様で複雑な健康問題に対応していくには、行政のみでは限界があり、地域住民は、サービスの利用者という受身的な立場から、行政と協働で健康な地域づくりを進める主体的な存在へと変わっていくことが求められている。

そこで、本研究では、“ソーシャル・キャピタル”という「住民間のネットワークとそこに存在する信頼と互酬性の規範というコミュニティのあり方」に着目し、論文を展開した。「ネットワーク」、「信頼」、「互酬性の規範」というソーシャル・キャピタルの構成要素が蓄積された社会では人々の協調行動が促されやすい。

これまでの研究で、豊かなソーシャル・キャピタルは、失業率の低下、企業の促進、地域経済の活性化といった経済効果だけでなく、犯罪の発生を抑制し、出生率を高め、平均余命を伸ばすといった社会的に好ましい結果をもたらすことが分かっている。

一方で、ソーシャル・キャピタルは、社会における力関係の存在を考慮しておらず、少数派をより隅に追いやり、弱い立場に置かれた者により多くの負担をかける危険性があるとの批判も受けている。このことは、マイノリティには、対等性が保たれておらず、すべての住民を含めた水平的ネットワークが構築されていないことを示す。

以上のことより、健康格差を縮めるためには、地域において、社会経済的格差の低位層やマイノリティの対等性を確保した水平的なネットワークのソーシャル・キャピタルを醸成する必要がある。

地域には、様々な住民組織が存在するが、疾患や障がい、稀な体験者など、社会においてマイノリティと言われる者たちで構成されるセルフヘルプ・グループ (Self Help-Group: 以下 SHG と記す) が、地域の健康に関する課題解決に有効に働くことが予想される。

SHG は、「同じ問題を持つ者同士が集まり、相互に援助し合って、その問題に対処しようと主体的に活動する組織」であり、特に、疾患や障がいに関連する SHG が多く存在する。具体的には、難病、障がい者、がん、アルコール依存症など、疾患分の SHG があるといっても過言ではない。

わが国の SHG の始まりは、患者のおかれた劣悪な状況の改善や人権確立のための、行政や専門職に対する糾弾闘争的なものであった。その後、行政や専門職に働きかけ、施策に取り入れてもらったり、当事者の活動に協力してもらう要求・陳情型に変わり、現在は、自立したグループとして、行政・専門職とパートナーシップを築く第三段階への模索が始まっている。

しかし、今回、A 県下の難病患者や依存症者などの SHG21 団体への調査により、活動上の課題として、「役員のなり手がいない」、「会員の高齢化」、「メンバーの固定化」、「継続参加が難しい」、「運営費不足」、「活動の場の確保ができない」、「会の役割の不明瞭さ」、「会の認知度の低さ」、「リーダーへの負担」があげられ、それらは相互に影響し合っていることが考えられた。他県の SHG において

も同様の課題が報告されており、現在のSHGは、当事者だけでの活動に限界を感じたり、運営における課題を持っているグループも多く、活動が停滞していることが考えられた。

また、本研究では、SHGのソーシャル・キャピタルの性質を捉えることを試みた。ソーシャル・キャピタルには、その性質により、同質的な者同士の結びつきである結合型ソーシャル・キャピタルと、多様な組織（者）間のつながりである橋渡し型ソーシャル・キャピタルに分けることができる。

SHGは、メンバー同士の信頼や協力を生み、メンバーはその活動による恩恵を受けることから、ひとつの結合型ソーシャル・キャピタルであると捉えることができる。

SHGが活動を展開していくにあたっては、内部志向性の「結合型」と外部志向性の「橋渡し型」の性質双方のバランスが重要である。「結合型」の性質により、SHG独自の相互援助機能が維持され、「橋渡し型」の性質により、地域における存在意義を広めることになる。

A県下のSHG21団体に現在の活動における地域とのつながりを調査したところ、「グループ内部だけの活動を行っている」グループが8団体あり、「結合型」の性質のみを持つグループが存在することが分かった。SHGは、これまで、要求・陳情型というサービスの受け手という立場をとってきたこと、また、現在抱えている課題を解決できないことで、より「結合型」の性質を強める可能性が考えられた。しかし、この「結合型」の性質が強くなりすぎると、外部との対立を生んだり、閉鎖的なシステムが却って非効率化してくるといわれており、SHGにおいては、活動力が弱まり、地域の中で孤立していく恐れがあると考えられる。

一方、「橋渡し型」の性質を持つSHGも存在し、「自分たちの疾患や障がいを理解してもらうため」、「同じ疾患や障がいでも悩む人がグループにつながるため」、「疾患や障がいを持ちながらも自立した生活をしていくため」、「当事者の経験を広く一般の人にも役立てたいため」といった理由により、地域とのつながりのある活動を行っていた。

様々な課題を抱え、活動力の弱いSHGが、グループの努力だけで、「橋渡し型」の性質を持つことは、そう容易ではない。

そこで、SHGが「橋渡し型」の性質も持つためには、まず、“きっかけ”が必要である。

“きっかけ”として事例にあげたアディクションフォーラム(依存症者のSHGを主に10団体が共同で開催している一般にも開かれたフォーラム)は、SHGが、フォーラム開催という共通の目的の達成のために、協力することにより、SHG間の橋渡し型ソーシャル・キャピタルを醸成していた。SHG間での交流や情報交換により、個々のSHGの活動力も高まっていた。しかし、このフォーラムは、SHGと地域住民や行政、医療機関とのつながりの“きっかけ”にはなっていなかった。

SHGと、住民、他組織がつながるには、第三者の介入が必要であり、セルフヘルプ支援センターと行政保健師がその鍵を握ると考えた。セルフヘルプ支援センターは、リーダー同士の情報交換の場の設定、助成金の情報提供やその獲得のための助言、当事者と住民・専門職との交流会の開催などを行い、SHGの活動力を高めたり、活動しやすい環境をつくったりしている。このセルフヘルプ支援センターは、2007(平成19)年現在、神奈川・大阪・埼玉・兵庫・栃木・福岡・宮崎・沖縄の8府県にしか存在していないため、各都道府県に1箇所は設置されることが望ましい。セルフヘルプ支援センターが、地域にあるSHGの把握を行い、一元的な情報発信源となることで、SHGへのアクセスが容易になる。また、コーディネーター役として、地域で孤立し悩んでいる人や、他の住民組織、専門職、医療機関などとSHGをつなげることで、SHGの活動の場を広げることができる。

行政保健師は、その基盤として、当事者や住民の疾患や障がいに対する誤った見方や偏見がなくなるように働きかけ、SHGが安心して情報を発信していけるような地域をつくっていく必要がある。地域には、SHGをはじめ、地域の課題解決のために賢明に活動をしている住民組織が多々存在する。しかし、その活動は個々で留まっており、それ故に活動の停滞や限界が生じていることが考えられる。

ソーシャル・キャピタルに関する政策展開において重要なのは、「現状のソーシャル・キャピタルを壊さない、もしくは維持・向上する」ことに配慮していくことである。行政保健師は、既存の住民組織の活動を活かし、潜在的でイ

ンフォーマルな資源にも目を向け、それらの力を高めるとともに、上手く結び付け、各組織が対等な関係で、互いのよさを活かしあって、地域の課題解決のために活動できる地域づくりを展開していくことが求められる。

セルフヘルプ支援センターが、技術的支援でSHGの力を高め、行政保健師が、地域の課題に合わせて、様々な組織をつなげ、管理していくマネジメント力を発揮することにより、ソーシャル・キャピタルが醸成されていく。結果、SHGは、これまでの要求・陳情型ではなく、お互い様の暗黙のルールの中で、その機能や能力を発揮し、マイノリティを含めたソーシャル・キャピタルが醸成され、協働による資源交換と知識の創造で、健康格差などの地域の健康課題に気づき、それを解決していく力を高めることができる。

以上のことより、地域においてソーシャル・キャピタルが醸成していくには、行政保健師の役割が重要となってくる。しかし、現在の保健師活動において、家庭訪問などの住民への直接的サービスは減少してきており、保健師は、住民とともに健康な地域をつくるためのシステムの開発や、改善、変革をする能力を高めることができていないことが考えられる。

よって、行政保健師の実践活動を通して、住民主体の健康な地域づくりのためには、どのような仕掛けやしきみをつくり、活動を展開していくことが効果的かを具体的に示していくことが、今後の研究課題である。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 社会を可視化するテクノロジーに関する研究 ～コミュニティを可視化する道具としての SNS を事例にして～

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980002 伊藤 智美

われわれは道具（テクノロジー）が溢れた社会の中で生活している。そのような社会の中で生活しているわれわれは物事に対する見方が道具によって左右される。例えば、自動車の出現によって私たちの距離観が変化させた。また、携帯電話の出現によって相手との距離を近いと感じることになり、加えて、ケータイメール機能の出現はわれわれのコミュニケーション行動のあり方を大きく変えることになった。

近年、情報技術の飛躍的な発展により、2000 年から Google をはじめとする数多くのソーシャルウェアが続々と日本に登場してきた。これに伴って我が国の若者は恵まれたというべきか、あるいは複雑というべきかそういった情報環境の中を生きることになった。このような情報環境の中で、人と人とのコミュニケーションを促進・サポートするツールである SNS (Social Networking Service) の出現が、人々に従来と違ったコミュニケーション形態を生み出している。時間や場所などの制約を受けることがなく、インターネット環境が整えば、身の回りにいる友達はもちろん、遠く離れた友達とも、いつでもどこでもサイバー空間において非同期的にコミュニケーションをすることができるという SNS は、若者(特に社会人に比べて自由な時間が多く取れる大学生)に注目され、重要なコミュニケーションツールとして定着を始めている。また公的、私的なサービスとして数多くの SNS サイトがあるが、その中でも mixi、Facebook、GREE、モバゲータウンが若者の間で特に人気を集めている SNS サイトとして知られ、それぞれが多数のユーザーを獲得しながら成長している。

その中でも、mixi はユーザーの登録に独自の招待制を採用しているにもかかわらず、SNS サービスを提供し始めて以来、爆発的に膨大なユーザーを獲得し、日本において最大な SNS サイトとなった。その出現から6年も経過した現在、若者を中心に形成してきた文化の中に主なコミュニケーションツールとして役割を果たしてきたケータイに次ぐくらいの勢いで友人間における新しいコミュニケーションツールの一つとして定着しているようである。ある調査による、mixi は若年層を中心に利用されており、ユーザーの7割が30歳未満の若者であるという特徴を持っている。

本研究では、mixi が若者に普及している実態を調べるために、アンケート調査を行った。アンケート調査は2010年7月に熊本県立大学の1年生154名、3年生132名を対象に実施した。どういった SNS サイトが若者の中で人気を集めているのか調べるために、mixi、GREE、モバゲータウン、Facebook に加えて、最近人気出はじめているマイクロブログである Twitter を「利用しているサービスを教えてください」との問いを設けた。その結果、1年生および3年生における mixi の利用率は4割～6割であることがわかった。また、mixi の利用率を100%としたとき、モバイルにおいて代表的な SNS サイトといわれているモバゲータウンの利用率さえ1年生と3年生の両方とも30%台に過ぎないこともわかった。つまり、mixi を利用している10人の中に3人か4人程度の人が同時にモバゲータウンを利用しているのに過ぎない。この状況は数多くの SNS サイトの中で mixi は他のどのサイトよりも若者に普及していることを示している。

ところで道具というものはわれわれが思っている以上にわれわれの行動を強く規定するものとなる。人は生まれながらにしてそういった道具（人工物）が溢れた環境の中でそれらの恩恵を受けながら生活している。身近な例を挙げると、私たちは、普段水を飲むときはカップなどの人工物（道具）を使用している。それが当たり前になっているため、われわれはカップ（またはその延長としてのペットボトルなど）で水を飲むということを前提に生活を組み立てているはずである。カップ（広い意味で、水を運搬する道具）がなければ水のある場所でしかわれわれは生活できず、移動ということは大きく制限されたであろうと思われる。このように、われわれは、物事を行う際には必ず何らかの道具（人工物）を使用しており、道具（人工物）と不可分に一体化して物事を

行うのが私たち人間の特徴である。

このことは人と人とのコミュニケーションの促進・サポートを目的としている SNS についても言えて、友人間のコミュニケーションのための道具としての SNS の出現は、空間を超え、気になっている人と繋がりを支援する。その結果、そして常にその人の近況を知りたいというわれわれの欲求を生み出すことになった。そういった SNS によって、カップのアナロジーが教えてくれるように、生活のあり方は変化しているのに違いない。実際、そのことを表すのにデジタルネイティブという言葉が生まれた。現代の若者は成人する前から自由に情報交換できる道具が周囲にあった世代であり、デジタル技術が人格形成の一部として組み込まれながら育ってきている。

mixi にはコミュニケーションを促進・サポートする役割を果たすさまざまな道具(ツール)が実装されている。具体的には、「ログイン時間」、「仲良し機能」、「足あと」、「アプリ」などのツールを挙げられるだろう。これらの道具(テクノロジー)はユーザーが望むか否かにかかわらず「マイミク」に登録している人々の情報を自動的に表示する。これは、ユーザーの社会関係を可視化するツールとして機能することになる。mixi が持っている社会関係を可視化するこれらの道具(テクノロジー)を媒介とし、ユーザーは mixi 上のサイバー空間でコミュニケーションを通して構築したコミュニティとリアルな社会の中で構築したコミュニティはお互いに影響しあい、再構成されている。サイバー空間上の道具を媒介とする複雑なコミュニケーションは、利用者の友人関係の複雑化を生み出していると考えられる。

このため、若者同士の間でコミュニケーションする重要なツールであり、若者文化の中に定着しはじめている mixi という道具が、現代の若者(特に大学生)における社会関係の構築にどのような影響を与えているのかという点は、大学生におけるコミュニティ形成を考える上で非常に興味深いことである。

本論文では、mixi といったサイバー上でのユーザー間におけるコミュニティの形成の仕方を上野直樹によるコミュニティ可視化の理論モデルを用いて整理した。上野のコミュニティ可視化理論とは、コミュニティというのは、それ自体が元々あるのではなく、道具を媒介とし、参加者がお互いにコミュニケーションすることによって構成されるとするものである。この理論をフレームワーク

として、若者文化にコミュニケーションをするツールとしてケータイに次ぐぐらの勢いで定着し始めている mixi という道具（テクノロジー）が、大学生のコミュニティを形成していく中でどういった役割を果たしているのか、そして、彼らの友人関係にどのような影響をもたらしているのかを明らかにしていく。

この目的のもと、熊本県立大学の学部学生を対象にインタビュー調査を実施し、その言動を文化心理学的な観点で分析を行った。分析の結果を簡単にまとめると以下ようになる。まず、リアルな社会で構築した人間関係をあえてサイバー空間に持ち込み、足あと＝日記の閲覧、コメント、招待リクエストなどの可視化するツールを媒介として、お互いの行動を形として残し、友人であることを実践しながら、自分とマイミク同士の仲良しの度合いを再認識しようとしているという若者の姿があった。また、そういったさまざまな可視化するツールによって、「マイミクが公開した日記を通じて、リアルな社会において気付くことができなかった距離感が感じられた」などといったさまざまな複雑な気持ちが生み出されていることも今回の調査によって明らかになった。その結果、「友人はどこまで行動で表してくれたら仲よしというべきなのか」といったように、友人関係の深さに関する定義において、従来は「仲よし」か「仲良くない」程度の単純さだったものが、mixi のような関係の可視化ツールによって複雑化したのである。

このように、mixi を使用することによって、若い世代は友人関係についての複雑な進化を引き起こしている。このような状況を mixi は現代社会にもたらした。もちろんその mixi も今後また新しい道具が投入されてくることで、さらなるコミュニケーションの進化が起これ、旧い道具としてその役割が変化していくのに違いない。ネット上のアプリケーションの発展は、これからも微妙な感情を誕生させながら、コミュニケーションの複雑化を促す方向へと向かうのに違いない。

平成 21 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 精神障害者の自立支援 ー精神科病院の看護職の役割と課題ー

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980003 井上 ひろみ

本論文の目的は、我が国における精神障害者が長期入院をしている原因を明らかにし、若い世代に発症した精神障害者が社会から隔離されやすい疾病の特性に対して、入院時から退院までの 24 時間体制で看護する看護職の視点で精神障害者の自立支援を考えるということである。

我が国は諸外国と比較して、世界の在院日数と人口対の病床数が最も高い国の一つである。精神疾患の発生頻度は、国ごとに大差がないにもかかわらず、治療過程の中での大差についての原因を探り改善のための課題を考える。

患者中心の医療といわれ久しい。精神科病院においてもインフォームドコンセントが普及しているにも関わらず、精神障害者がどう生きたいのかの声が聞こえない。また、医療従事者も家族と相談して精神障害者の退院等についての決定をしているが、家族の意向が強く、精神障害者の自己決定が軽視されている。

一方、地域での生活や自立をするためには、自己決定力は生き方の舵取りとして方向性の決定に必要な条件であるにもかかわらず、日本では家制度に付随した考え方が根強い。自立支援の要因を探り自立支援を補助する自己決定力を支援する看護職の役割について考える。

我が国は、法律で都道府県に精神科病院の設置が義務付けられており、各県に一か所の精神科医療機関が、住民の精神医療の向上と地域のセーフティネットの役割を担っている。

公立病院ガイドラインによる経営の改善や医師不足による医療崩壊等が新

たな医療の問題として明らかになった。地域医療の推進により住民の健康を守ることが、公立病院の使命であり、山間・過疎地域における地域医療は厳しい状況となる。そこで、公立病院との連携により、精神障害者が受診しやすい受診体制の構築についても考える。

以上のように多くの問題に関与した論文目的を提示したが、「精神障害者の自立支援」を行うにあたり、広域的な医療圏に居住地を置く精神障害者の支援を前提に精神科医療を捉えた。

入院した治療病院が生涯治療をすることは難しく、治療中断の恐れがある。そこで、自治体精神科病院をフィールドに精神科病院の看護職として自立支援を推進するため医療機関の看護職の視点で研究に取り組んだ。

研究の進め方として、精神科医療機関の歴史や制度を調査していく中で、日本と諸外国の精神科医療の相違が明確になった。例えば、在院日数や病床数の算定に諸外国は認知症や発達障害が含まれていない。また、在院日数の比較においては確固たる比較データがないが換算してみても、我が国の在院日数は長い。

国は厚生労働省の研究事業により、試算やデータ事業報告をもとめている。

次に諸外国との比較から、諸外国の精神科医療は国公立の医療機関が主体で運営され、触法や薬物関係は別途病床が確保され、地域への社会復帰施設が確保されて、脱施設化が展開されてきた。日本の精神科医療は民間医療中心で医療中心型、諸外国は国公立主体の地域支援型と施設の規模も社会復帰施設数も真逆のデータを示している。平成の脱施設化のフォロー体制については、諸外国のように公立病院の職種が地域に出て支援したりすることは不可能であり、何等かの診療報酬に伴う支援が望まれる。

次に我が国の精神障害者の自己決定の背景には、家族単位の生き方が主流をなし、諸外国のように「個人」重視がされた生き方ができておらず「家」中心の生き方が主流である。これは、家族や精神疾患当事者のアンケート調査から読み取れた。近隣者と病気によるトラブルを頻回または大きな問題を起こした家族は受け入れを拒みやすい。

インフォームドコンセントや自己決定については、医療従事者は受容的な態度で障害者が自己決定できるように寄り添い、自分の言葉で表現できるように

支援していく。不安については継続的なサポートが必要である。また、自己決定を支援する治療に認知行動療法や自己表現トレーニングなどの治療プログラムもある。

次に、都道府県の精神科病院については、日本最古の松沢病院の歴史を紐解くと、国策の遅れや人権軽視の医療法は医療職員軽視でもある。国の財源不足と同時に精神医学が大学医学部に所属せず松沢病院にあったことなども影響している。

精神科医療は開設時から患者、医療従事者、家族に対して軽視されており、各種事件の荒廃の可能性が示唆される。一般科に比べ、新採職員の精神科希望は少ない。

我が国において、精神科疾患患者が増加している。社会構造の変化や家族機能の低下など生きづらさや不安を持つ者が増加している。放置すると、自殺や道連れ殺人、就労ができず国策として予防・治療・就労などの課題が増加する。

諸外国の一般科より日本の一般科の看護職員の配置は低く、精神科の看護職員はその中でも低い基準である。これから増加する精神科疾患への対策として、患者と向き合える看護職、24時間対応する看護職はコミュニケーション技術に優れた看護職の配置が必要である。

また、医療崩壊の象徴である小児・産婦人科医と比べると、精神科医は、勤務医は減少しているが、中・壮年期の開業精神科医師は増加している。精神科診療所の開設は一般科に比べて施設設備が少なく。スペースも狭くてよいために開業しやすいといわれている。身近な交通の便のよい所で、顔の見える外来診療、入院切り札を出さない診療所の利用は受診しやすい医療機関である。精神医療分野からは早期相談・早期受診のための効果となると考える。

自治体精神科病院の職員の利点として、専門職の定期異動があり、県下一円の保健・福祉情報が収集でき、精神障害者の自立や福祉についての情報を持っている。人的資源を社会復帰や自立のために活用することも自治体病院の利点である。

また、医師においても大学とのローテーションにより、県下の情報も把握ができ併せて資源である。

以上のことから精神障害者自立支援のためには、精神科病院の看護師配置基準を見直すことにより、看護師がコミュニケーション技術の不得意な精神障害者への関わりの時間を確保できる、またセルフケア不足に対して時間をかけて支援することが求められる。また、これにより、医師や薬剤師も同様に診療時間や相談時間を確保することになる。

次に、自治体公立病院と民間病院、自治体病院と診療所のネットワークにより、専門的診断や技術及び入院治療を自治体病院が受け入れ、退院後は紹介元の診療や身近な診療所への紹介をして、治療が中断しないように連携をとることができる。

また、自治体病院は民間病院に比べ、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士などの専門職が豊富であることから、地域の研修機関や啓発事業の役割を果たすことが期待される。精神科病院職員がどのような仕事をしているのか地域住民は把握できていないが、精神科病院のスタッフが地域に出ることから、地域の病院の姿が見え、地域移行事業への住民の理解も深めることができる。

諸外国に比較して我が国の精神科医療の後進性は、精神障害者のビジョンにより明らかになった。国も厚労省の研究機関に対し、包括的地域支援事業の実践や評価の検証、精神科施策の遅れと人権侵害や長期入院を評価分析して新しい精神科医療対策に向け動き出している。

諸外国に比べ30～40年の遅れがあり、諸外国の施策が丸ごと活かせる医療体制ではないが、精神医療の大改革の時期である。

精神障害者の人権の復活と自立支援に向けた医療機関の役割と社会復帰施設の整備や精神障害者が地域と共存して障害者も高齢者一般就労が困難な人も就労できる就労支援の整備に向けて官民が取り組むべきである。

この体制の整備は、精神障害者のみでなく、幅広いハンディキャップを持つ人も自分の希望により就労や収入を得る機会を提供できることにつながり、障害者が共存する社会であるといえよう。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 高年齢労働者への産業保健の在り方 ー産業保健専門職の視点からー

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980004 江口 みかる

#### 問題の所在

2010年9月15日現在推計、日本の人口は1億2,735万人、65歳以上の高齢者人口は過去最高の2,944万人(23.1%)である。生産年齢人口(15~64歳)は8,106万人で男性4,080万人女性4,026万人、人口の63.6%である。総人口は2004年をピークに減少に転じている。その一方で合計特殊出生率は近年やや上昇傾向にあるとはいえ1.3台で推移し、少子高齢化が急激な勢いで進行している。平成21年版厚生労働白書によると労働力率が2006年(60.4)と同水準で推移した場合、労働力人口は2030年には2006年に比較して約1,070万人減少することが見込まれている。しかし各種の雇用施策を講じた場合、約480万人の減少にとどめることができるとしている。そのひとつに高年齢者雇用安定法の改正があげられる。2006年4月より65歳未満の定年の定めをしている事業主は65歳までの定年の引き上げ、65歳までの継続雇用制度の導入、定年の定め廃止のいずれかを講じることが義務化された。総務省「労働力調査」によると2009年度の55歳以上の総就業人口は1,783万人であり増加傾向にある。労働安全衛生法上、産業医の選任が義務付けられているのは50人以上の事業場である。専属の産業医の選任が義務付けられているのは1,000人以上の大企業(業務によっては500人以上)であり、そこに就業する55歳以上の人口は176万人である。30人未満の小規模事業場には498万人が就労している。50人未満の事業場の産業保健活動には種々の問題点があることが研究で指摘されている。法令で定められた健康診断が実施されていない割合や、法令で定められた衛生

推進者（10人以上50人未満使用する事業場において選任せねばならない）を決めていない割合、健康管理の推進のために何も行っていない割合等が小規模事業場ほど高くなっているという。労働安全衛生法上で最も産業保健サービスが届きにくい小規模事業場に高年齢労働者が多く就労していることになる。

産業保健活動は労働安全衛生法により規定される。その主目的は労働条件と労働環境に関連する健康障害の予防と、労働者の健康の保持増進、ならびに福祉の向上に寄与することである。その中で高年齢者への規定は第62条だけである。その内容は「事業主は、中高年齢者その他労働災害の防止上その就業に当たって特に配慮を必要とする者については、これらの者の心身の条件に応じて適正な配置を行うように努めなければならない」である。その具体的は配慮についての規定はない。労働基準法や労働者災害補償保険法にも年齢に対する特別の規定はない。現在の不安定な経済状態や多様な雇用形態等を背景とし、過重労働や精神疾患の増加等労働者を困む状況は厳しい。このような状況の中で、産業保健専門職の重要性はますます増してきているといえる。

しかしながら産業保健サービスを提供する専門職に関しても課題がある。厚生労働省「平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、2008年12月31日現在産業医を専門とした医師数は889人である。産業医の選任義務のある事業場は約14万事業所であるため、産業医の大部分が嘱託産業医ということになり産業医活動時間に関しても十分に取れているとは言い難い現状がある。産業看護職は厚生労働省「平成20年保健・衛生行政業務報告結果」によると2008年末現在10,857人が事業場に就労しているが労働安全衛生法上の規定はない。

産業医の選任義務のない50人未満の小規模事業場は「地域産業保健センター事業」において産業保健サービスを享受することが可能であるが、その利用率は低い。労働安全衛生法施行規則第15条の2にて地域産業保健センター事業の実施者に医師の他に保健師が規定されている。労働する上で配慮が必要な高年齢労働者の健康管理に保健師が重要な役割を果たさねばならないということではないかと考える。しかしながら地域産業保健センターは全国に347か所あるが、保健師の活用は236人（1センターあたり平均0.7人）であった。2008年地域産業保健センター事業実績報告によると活動実績については医師が年間7,903回、保健師が208回であり、保健師の活用が進んでいるとは言い難い。

今後ますます増加する高齢労働者への産業保健の在り方を早急に充実させる必要がある。

### 結論の方向性

内閣府が行った「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2005年実施、この調査では高齢者は60歳以上)で「現在、収入の伴う仕事をしている高齢者が、今後も収入の伴う仕事をしたいと思うか」の問いに対して、今後も仕事を続けたいと思っている者の割合は日本87.5%、アメリカ87.8%、韓国90.6%と高くなっているのに対し、ドイツ63.1%、フランス42.9%と低くなっている。日本の高齢者の労働意欲は高い。就労の継続を希望する理由では、アメリカ、韓国及び日本では「収入がほしいから」(韓国63.4%、アメリカ60.0%、日本42.7%)の割合が高い。また、「働くのは身体にいいから」(31.3%)という理由が他の4カ国(アメリカ(27.2%)・韓国(17%)・ドイツ(8.5%)・フランス(16.1%))に比べて高い割合になっている。働くことが健康にいいと思われているのならば、高齢者の就労を促進し働きたい高齢者が働くことは国民の健康度を上げる一助となると思われる。そのような社会を構築していくことが必要である。

フィンランド国立労働衛生研究所のIlmarinen博士らは、仕事の要求を成し遂げる労働者の能力としてワークアビリティ(労働適応能力)を定義した。そして彼ら研究グループにより1981年にワークアビリティインデックス(Work Ability Index:以下WAI)が開発された。WAIはその高い信頼性からヨーロッパを中心として現在25カ国以上で使用されている。このWAIの特徴は経年的に調査し、どの要因が労働者の労働能力を変動させたかを探り、その原因となる障害要因を除去した健康増進設計、職務再設計が行えることである。このWAIに代表されるような評価指標を使用し、高齢労働者の労働能力を可視化し労使双方が認識することで適切な高齢労働者の年齢管理を行えると考ええる。

また、厚生労働省は1988年から働く人の健康増進を資するため、トータル・ヘルス・プロモーションプラン(Total Health Promotion Plan:以下THP)として、働く人の心と体の健康づくりを推進している。しかし、過重労働、メンタルヘルス、高齢者や女性労働者の増加、そして特定健診が始まり、THP

の導入は少ない。厚生労働省「平成19年労働者健康状況調査」によると健康の保持・増進に取り組んでいる事業所は45.2%だが、THPによる健康作りを実施しているのはその中の5%であった。その半分は5,000人以上の事業所であり、小規模事業場での実施は少ない。THPの活動の中には健康測定として体力に関する測定項目がある。これは高年齢労働者の労働能力の評価の一つとして機能するのではないかと考えている。高年齢労働者にはTHPに代表されるような健康管理を必須化する法的整備の必要性も高まっていると思われる。また、「事業所に重要な健康管理の課題があるか」の問いに98.4%の事業所が「ある」と答えており、その内容は「定期健康診断の完全実施」(69.3%)「定期健康診断の事後措置」(47.3%)「職場環境の整備」(30.2%)「人間ドックの実施・充実」(27.8%)「がん検診の実施・充実」(23.3%)「中高年齢労働者の健康対策」(22.3%)などがあげられた。小規模事業場では「定期健康診断の完全実施」が高率を占め、大規模事業場では「定期健康診断の事後措置」が高率を占める。いずれにしても健康診断に大きな関心を持っていることがわかる。特に事業規模が小さくなるほど健康診断実施率が低下しているため、健康診断や事後措置を完全に実施することを目指す必要がある。そのために事業主や労働者への産業保健の重要性を広く認識してもらうアプローチ方法としてメディアを通じた産業保健に対する広報の充実も対策の一つと考える。

大規模事業場では産業保健サービスを提供する専門職が専属で存在し活動しているが、中小零細企業では少ない。中小零細企業に高年齢労働者の多くが就労していることを考えると、事業主の判断に頼るのではなく、法的整備も視野に入れる必要があるのではないかと考える。また高年齢労働者のことを国民が広く認知するために広報の充実も必要と考える。その上で高年齢者の特性を加味した健康管理設計、健康増進設計を行っていく必要がある。50人未満の小規模事業場の産業保健サービスの充実のために始められた「地域産業保健センター事業」と50人以上の小規模事業場の産業保健サービスの充実のために設置された「産業保健推進センター」の機能の統合及び再構築を図り、小規模事業場の産業保健サービスの更なる充実を図っていくことも必要である。地域産業保健センターにおいては保健師のような産業看護職の活用を促進していくべきである。中規模事業場での保健師の活動実績から考えて保健師が産業保健サー

ビスを提供することは医師と比べても遜色ないと思われる。産業保健の知識を有する医師の育成より産業保健の知識を有する保健師の育成の方が時間的にも費用的にもより実現性が高いと思われる。しかし現在、産業保健に精通する保健師や看護師の数は決して多くはない。今後、産業保健に精通した看護職の育成に力をいれていくことも必要である。

高年齢化社会の進展の中で社会の活力を維持するためには、可能な限り多くの高齢者が社会と経済を支えるために積極的な役割を果たすことが必要になってくる。その実現のため、意欲と能力あるものが年齢に関わらず就労を継続することができる社会を作る必要があり、そのために産業保健専門職も活動していくことが求められている。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 高齢者の在宅療養推進に関する研究 —中小規模病院における地域連携を担う部門の現状と課題—

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980005 木村 清美

本論文は中小規模病院における地域連携を担う部門の現状と課題を明確にし、院内でのチーム医療の在り方、看護師間の役割、組織から高齢者の在宅療養推進のための提言を行う。

わが国の急速な少子高齢社会は、医療や福祉、労働力や年金制度、医療費へ影響を及ぼし、特に老人医療費は総医療費の5割を占め後期高齢者一人当りの医療費は83万円とその他世代の約5倍であり、その約7割を入院医療費で占めている。

2003（平成15）年、厚生労働省は「医療提供体制の改革ビジョン」で財源論のみの検討ではなく、質の高い医療を効率的に提供するために医療機関の機能分化、連携の推進と地域医療の確保の施策を「患者本位の医療」として掲げたことは意義深い。そして2006（平成18）年の医療制度改革大綱の中に①安心と信頼の医療の確保、②医療費の適正化、③超高齢社会を展望した医療保険制度体系の実現を明示し、診療報酬の付加と共に在宅療養を推進した。

その結果、医療機関には地域連携機能強化による在院日数の短縮が求められ、医療ニーズの高い患者を在宅へ繋ぐには、入院時から退院後の療養までを視野に入れた関わり持つことが重要となる。

一方、医療現場は医療の高度化、複雑化、専門化により一つの医療機関内で患者の診断から治療の実施、在宅療養に向けた介護や福祉問題等一貫したサービスを提供することは困難である。このことから、中小規模病院の地域連携を担う部門の役割が十分発揮されているとは言い難い現状がある。

本論文は、高齢者の在宅療養推進のためには中小規模病院の地域連携機能強化が不可欠であり、それを可能にするためには、①院内におけるチーム医療体制の整備、②退院調整看護師を含めた看護師間の役割や機能、③看護管理者を含めた組織の認識と医療者の教育体制についての課題を検討する必要があると言うのが筆者の問題意識である。

本論文は4章構成で論旨を展開した。

第1章では医療費の視点で高齢社会の現状と高齢社会が及ぼす影響、国民医療費の推移と高齢者医療制度の変遷を概観し、老人医療費に占める入院医療費の上昇要因を分析した。その結果、疾病構造の変化や慢性疾患の増加、高度医療による治療継続が影響し、医療ニーズを抱えたまま地域で暮らす人々が増加したことから、在宅療養推進の必要性と意義と役割、医療法や診療報酬上評価の問題が明らかになった。

また在宅療養推進には地域完結型医療の展開が必要でありそのための医療機関、施設、診療所の関連性と役割を明確化した結果、地域連携部門の存在意義は大きく中小規模病院の中心的役割発揮が肝要であることが明らかとなった。

更に医療機関と在宅の中間的施設である介護保険3施設の役割と特性について検討した結果、医療ニーズを抱える高齢患者の受け皿として入所期間の制約や需要に対する絶対的供給とマンパワー不足の課題が明確になった。このことから在宅療養での補完が望まれ体制整備は必須である。

第2章では在宅療養推進のための現状と課題を以下の3点から論述した。

1つにはチーム医療におけるカンファレンスの問題である。

ここではチーム医療の概念と意義を明らかにしカンファレンス実施の困難要因を先行文献と実証研究から検討した。カンファレンス実施は共通認識と目標設定のためには不可欠要素であり、そのあり方や体制はチーム医療へ影響を及ぼすと位置づけた。また医療者と患者や家族が対等な立場での実施が在宅療養推進と医療サービスの質向上に寄与することから、システムとしてのカンファレンスの未整備や医療者の認識、イニシアチブやMSW (Medical Social Worker 医療ソーシャルワーカー) との関係の不明確さについて指摘した。

2つには退院調整における看護師の役割と機能の問題である。

看護師は患者を生活体として捉えた退院支援をアセスメント (対象者より客

観的、主観的に情報を収集し、問題点を把握すること)し調整するケアマネジメント機能を発揮し地域連携の中心的役割を担う責務があるが十分とは言い難い。

ここでは看護師の役割とケアマネジメントとエンパワーメント、アドボカシー機能について論じた。チームアプローチによる効率的、効果的な連携機能は、在院日数短縮による経営上の貢献や患者及び家族の満足度向上に繋がる。しかし中小規模病院では退院調整看護師の未配置により、イニシアチブの存在が不明確で在宅療養推進の困難要因となり、看護師間の役割や機能発揮について課題がある。

3つには看護管理者を含めた組織の認識と医療職への教育体制の課題である。

医療職の在宅療養に関する知識不足は患者や家族への情報提供不足となり、その結果社会資源サービス活用の選択肢が限られる。ここでは在宅療養推進のための組織の意義と看護管理者の役割と認識、医療職教育の視点で検討した。その結果、退院調整機能不足の要因は看護師の医療と看護、介護の関連性の認識不足であり、これに対する看護管理者の役割は、スタッフに対しその必要性和意義を伝達し理解できるよう意識付け支援することであると結論づけた。

また管理者自身が在宅移行への推進が組織として価値あるものと認識することが重要で、医療者の教育体系について概観しその必要性について論じた。

更に連携モデルの成功事例として高齢化率が高い地域性を有する長崎在宅ドクターネットと尾道式地域連携の2事例を紹介し検討を行った。その結果、前者は医師会を中心としたイニシアチブの存在と教育体制の充実、後者は主治医機能の発揮と退院前カンファレンス実施が成功要因でありその為の教育と組織の支援体制が不可欠であるという示唆を得た。

第Ⅲ章では前章までの論述を補完する為に、九州圏内の中小規模病院看護管理者228名を対象に、地域連携を担う部門についての実態調査を実施し問題意識の妥当性について、①院内チーム医療の成功要因であるカンファレンスの実施は在宅療養推進へ影響を及ぼす、②退院調整を行う地域連携の中心的役割はケアマネジメント機能を有する看護師で担っている、③在宅療養に関する組織理念を基盤とした医療職教育は地域連携機能と関連する、の3つの仮説に基づいて検証した。

その結果、カンファレンスは約6割の施設で実施されていたが患者や医師の参加は少なく、未実施の主要因は時間調整の困難さであり先行研究と一致し、カンファレンス実施をチーム医療遂行には不可欠要因であると位置づけた。

一方退院調整者は約6割を看護師が担い、地域連携部門に配置された看護師は約7割が兼任であり、その要因として人的資源不足や経営的理由の存在、医療者の認識に課題があることが抽出された。また地域連携部門設置は病床規模に比例しその位置づけの不明確さは組織基盤が脆弱であることが推察された。更に医療者教育システムは、約9割の施設が未実施でありこのことは患者や家族への情報提供に影響を与え地域連携機能と関連することが明らかとなった。

第IV章では高齢者の在宅療養推進に向け以下の提言を行った。

- ① 院内のチーム医療成功には多職種協働でのカンファレンス実施は不可欠であり、これを組み込んだシステム整備と実施タイミングが重要で、看護師が中心的役割を担う必要がある。
- ② 在宅療養へのシフト化は外来や病棟看護師と退院調整看護師間の機能の明確化と連携の重要性を示唆し、退院調整看護師の活動は患者満足のみならず病院収益をもたらす看護の生産性に繋がることから、これらを可視化し自らの業績を内外に周知させる必要がある。
- ③ 看護管理者を含めた管理者自身が在宅療養に関する意識変革と地域連携スキルを獲得し、医療職教育体制を確立することで看護師の行動変容に繋がるよう支援することが不可欠である。また、退院調整看護師の人的資源としての有効活用が経営戦略となり得、その位置づけと指示系統や権限の有無の明確化と周知が必要である。これらの管理者の認識が在宅療養支援体制の優劣を左右すると言える。更に、急性期病院は地域での教育体制に関し中心的役割を担うことから、不参加の小規模病院等に対しその内容を確実に周知するために努力する必要がある。
- ④ 実態調査を基に中小規模病院の病床規模を特性毎に3分類し具体的提言を行った。

200床以上300床未満では、地域連携部門設置率95%であることから専任看護師配置意義が大きく、外来や病棟看護師及びMSWとの役割分担の明確化や院外機関との連携強化により退院調整に関し中心的役割を果たす必要が

ある。また、実施した支援の評価を医師や看護師へフィードバックし、ケアの振り返りと在宅療養への関心が持てるよう導くことが重要である。

100床以上200床未満では、MSW配置率70%でありMSWの存在意義が大きくMSWと看護師双方が知識や技術を相互補完する関係性が重要となる。

20床以上100床未満では、カンファレンスの76%、退院調整の66%を看護師が主体的に担い、地域連携の中心的役割を果たしている。したがって、看護師の企画力や調整能力等の資質が患者の療養の優劣に大きく影響するためその向上が不可欠である。

今後は、より充実した支援に向けた全病床規模の共通対策として、実施した支援に対する評価基準の作成が必要である。計画に基づきチーム医療を展開し、PDCAサイクルを回すことで質、量の評価と次の支援へのスキルアップへ繋がる。

医療者が患者のニーズに応えQOLを考慮した継続看護や地域連携へ取り組むことは、医療の質と効率化に最も影響する要因であり、医療者には結果責任を果たす使命がある。その使命を果たして初めて高齢者の在宅療養推進が成功したと言える。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### わが国の新人看護師教育の課題 ～歴史的変遷と現状からの考察～

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980006 久保田 恵美

#### 1. 問題意識

近年、わが国では医療を取り巻く環境変化やヘルスケアニーズの高まりにより、高度な知識や技術を持った医療従事者が必要とされている一方、医療現場では患者の高齢化や医療の高度化による重症化、効率的な医療促進による在院日数短縮等の影響より病床回転率が加速し、仕事量の増大による繁雑化がみられる。また診療報酬改定による7対1看護体制の導入は、慢性的な看護師不足に更なる拍車をかけた。このような中で新人看護師一年内の離職率は8.9%を占め、約3,700人に相当する人数が離職している。

一方、看護基礎教育では不況による就職難により資格取得のみを目的に、自らの適性を考えず入学を希望する学生や看護師の業務内容、大学での教授内容を知らない学生が増加傾向にある。また看護師の受験資格取得のためには、医療現場での実習と多くの学習が必要であり、実習のある時期には自由時間を持ちにくいということもあり、自分の適性ととのミスマッチに悩みを抱えながら学生生活を送る者も少なくない。そのような学生がそのまま新人看護師として就職しているために、就職してからさらにギャップに苦しむものも多く、新人看護師教育は重要な役割を担っている。とくに就職直後は医療現場に携わる最初の段階であるため、今後の看護観に大きな影響を及ぼすとともに、自己のキャリア開発やモチベーションにまで影響を与える大切な時期である。

新人看護師教育は、今日まで看護基礎教育の背景が異なる者に対し、指導内容や方法、新人教育の必要性の認識や対応が不十分な状況にあった。さらに、

看護基礎教育は職業教育から学問としての教育へと変化しつつあり、新人看護師教育は教育の場と医療現場とのギャップを埋めるために重要な位置づけである。

厚生労働省では2002年より毎年のように、新人看護師の教育に対する検討会が開催されてきた。そして、看護の質向上や医療安全の確保、早期離職防止の観点から、2009年の改正で新人看護職員の卒後臨床研修の努力義務化が盛り込まれ、2010年より国を挙げて新人看護師教育を勧めることになった。

本論文では新人看護師教育を振り返り、その時代背景を踏まえた検討を行うことで課題を見出し、今後の新人看護師教育への寄与が可能であると考え、以下の問題意識の元に論文を展開する。

- 1) 今日まで多くの新人看護師教育はその評価を成さないままに、新しい手法を取り入れてきた。評価へのあり方や教育成果を明確化したうえで、教育背景や個別性を考えた新人看護師教育のあり方を検討すべきである。また、新人看護師は多様な看護基礎教育背景にあるにも関わらず、最近はクリニカル・ラダーによる一律教育が主流を占めている。多様化する看護基礎教育を終えた新人看護師を教育していく中で、学問としての看護を学んできた4年制看護大学卒の看護師と、職業教育を受けてきた看護師養成所卒の看護師の仕事に対する意識や知識技術の差を今後の新人看護師教育でどのようにして埋めていくべきかの検討が必要である。
- 2) 2010年に示された新人看護職員研修ガイドラインの中で教育担当者が明確化されたが、資質に対する細かな規定がない。新人看護師教育の一番の問題は、指導者の教育とその内容にあると考えるため検討が必要である。
- 3) 新人看護師教育を担当する指導者のほとんどが中堅看護師であり、その年代は結婚や出産などのライフイベントが集中する時期でもあるため退職するものが多い。また中堅看護師は、新人看護師教育の他に仕事全般において中心的役割を担う必要性を背負わされているため疲弊し離職の一因となっている。日本看護協会が行った2009年の看護職員実態調査でも「新人指導や委員会参加等、求められる役割が多い」が上位を占めており、新人看護師教育の仕組みを見直しシステムの改善や検討が必要である。

## 2. 論文内容

本論文は文献研究のスタイルを取り6章構成とした。

看護における新人教育では、看護の質の低下、医療事故の多発、早期離職による看護師不足の問題を解決するために、約1年間をかけて配置部署や職場内教育での研修を通じて知識、技術、態度などを身につけ、臨床現場でしか培うことのできない基本的看護実践能力を獲得することを目的としている。

第I章では、新人看護師教育理解のために、新人看護師個人と組織の2側面から意義を論述した。また新人看護師の全体像を多角的に捉えるために、全新人看護師に求められているもの確認し、新人看護師を取り巻く環境や若者の特徴について論じた。この2点を第I章で抑えることで新人看護師教育の大枠をとらえ本論文の基盤とした。

第II章では、新人看護師が働く看護現場を理解するために、看護制度の変遷と新人看護師の基礎を形成する場である看護基礎教育制度の変遷を概観し、新人看護師教育の必要性と課題について論じた。また看護師の継続教育から卒後の現場教育の現状を論じるとともに、新人教育の位置づけを明確にした。看護師の継続教育は徐々に卒後教育が増えつつあるが、現在のところ院内外の現任教育に重点がおかれる傾向が根強い。しかし、今後新人看護師教育に携わる教育担当者は、看護だけではなく広い視野が必要となってくることが予測されるため、その教育に卒後教育を積極的に活用する必要がある。

第III章では、新人看護師教育が看護理論の導入経路と類似し、看護の基盤を形作っているものであるため、今まで海外でどのような看護理論が活用されているのかを紹介し、看護理論の変遷を概観しながらわが国への導入時期とのタイムラグを明確化した。看護理論の時代背景を照らし合わせどのような必要性を持って誕生し、わが国に導入された経緯とその時代における整合性について検討した。また、わが国で提唱された看護理論が根付いていかなかった理由についても論述した。

第IV章では、新人看護師教育の変遷を概観し、その中で現在も活用されている代表的な教育方法について検討を行なった。わが国での新人看護師教育の歴史は浅く、1977年に開催された国際看護師協会で卒後教育ならびに継続教育の重要性が謳われてからである。その後、海外の看護教育法や経済界から様々な

教育法が導入された。その中で現在も活用されている代表的なものとしてOJT、プリセプターシップ、シャドウ研修、クリニカル・ラダーをとりあげ検討した。OJTの手法は管理者や先輩から実践を通して臨床現場に必要な知識や技術、態度を業務の中から学ぶ。しかし近年は医療の目まぐるしい変化により、勤務中でのOJT教育方法には困難がある。プリセプターシップはマンツーマンの指導法であり、新人と教育担当者の双方に教育効果があると言われているが、教育担当者には卒後3年目程度の臨床看護経験の看護師を配置するため、それらの力量不足や看護観、価値観偏り等多くの課題を明らかにした。その他、シャドウ研修やクリニカル・ラダーの手法の課題を明らかにした結果、今後は看護基礎教育を踏まえ個別的选择を取り入れながら、複数の教育法の利点を活かした複合的の新人教育の必要性を述べた。

第V章では、今年度から活用されている新人看護職員研修ガイドラインと、異なる3施設のモデルケースを通して新人看護師教育の現状と課題を明らかにした。

新人看護職員研修ガイドラインは、2010年4月より新人看護師の卒後臨床研修の努力義務化に伴い、卒後臨床研修のために示された国のガイドラインである。このガイドラインの課題として、①看護師の社会性向上の教育視点が盛り込まれていない、②新人看護師と教育側の意識の乖離、③教育背景の未考慮の3点が明らかになった。

モデルケースについては、独自の研修制度を行っている病院（T病院）と新人看護職員研修事業を新人看護師の卒後臨床研修の努力義務化以前から国のモデル事業として行なってきた病院（H病院）、その他の病院（I病院）を紹介し検討を行なった。3施設それぞれから利点と問題点が抽出されたが、特にT病院の行っている臨床研修看護師制度は、将来理想とする新人看護師研修のモデルとして興味深い示唆を得た。

### 3. 結 論

今後の新人看護師教育のあり方として制度面、教育担当者と組織のあり方、組織間の連携から提言した。

制度面では新人看護職員研修事業の普及とT病院で独自に行っている臨床研

修看護師制度の導入、また導入実現化のために診療報酬等の改正面から提言を行った。

教育担当者と組織のあり方では、ガイドラインでの教育担当者の要件の曖昧さを懸念した。新人看護師教育の質の担保は、教育担当者の質向上と維持に左右される。そのため、研修への参加のみならず大学や大学院へ積極的に進学できるシステム構築や教育担当者にあたる中堅看護師の疲弊に対するシステムの再構築はもちろんのこと、看護管理者の人的資源管理の重要性について提言した。

組織間の連携では、病院間の教育体制での連携と少人数雇用病院の新人看護師の質向上について提言した。I 病院の事例でも挙げたように、他病院の教育体制は見えにくいという問題がある。今回新人看護職員研修ガイドラインの提示により、ある程度教育の統一化が成された。しかしまだ手探り状態であるため、他病院と病診連携のみならず教育面での交流の推進や小規模病院に就職した新人看護師たちの積極的な他病院研修は重要である。また新人看護職員研修事業を未受講の新人看護師の所属は、小規模な医療機関であることが推察される。受講対策として例えば、派遣病院に対して研修派遣期間中に代替要員確保のための人員補てん対策やそのための国や自治体による補助等について提言を行った。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 精神障がい者の地域ケアシステムの構築について —地域ケアシステムのあり方と行政の役割—

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980007 小路 玉代

日本の障がい者施策の大きな流れは、デンマークで始まったノーマライゼーションの理念に基づき見直され、これまでの入院医療中心から地域生活へと基本的方策を推進するために、2005（平成 17）年に新障害者プランが策定された。

精神科病院に入院している 7 万 2 千人の社会的入院を解消するための支援施策が、2006（平成 18）年の障がい者自立支援法である。

障がい者施策は、「自立及び社会参加」と「障害者の権利や尊厳を保護・促進するため、障害を理由とする差別の禁止や、障害がない人と同じように暮らす」ことを目的に取り組んでいる。

しかし、精神障がい者施策は、長い間、医療に重点が置かれ福祉サービスの提供が遅れ、病気の特徴から地域住民の理解が得られず、地域で暮らすことは困難な状況にある。

障害者自立支援法では、精神障がい者に身近な市町村が、地域生活支援体制の中心的な役割を担うことを位置づけ、市町村の役割は重要としている。

本論文では、精神障がい者が地域で自立した生活を送るための地域ケアシステムの条件について論じ、地域ケアシステムの構築における行政の役割について明らかにする。

各章の要約は以下のとおりである。

第 I 章では、本論文で用いる精神障がい者に関する用語の定義と日常生活状況及び現在の精神障がい者が置かれるに至った歴史的背景について述べる。

精神障がい者は、病気の特徴から保健・医療・福祉サービスを利用しながら

地域で生活することが必要となるが、歴史的には、医療重点の施策が長く、福祉施策が長い間取られなかった。

その結果、精神障がい者の入院期間は他疾患と比べるとはるかに長く、雇用数は他障がい者と比べると増加しているが、雇用率は1/10以下である。

つまり、精神障がい者の福祉サービスの量・質は、他障がい者より遅れている。

そのために、精神障がい者が地域で自立した生活を送るためには、ニーズに基づき地域の様々な関係者による連携やネットワークを構築した支援が求められ、保健・医療・福祉サービスを含めた地域ケアシステム構築と適正な運用が重要である。

第Ⅱ章では、地域ケアシステムの定義と意義を述べ、精神障がい者を支援する地域ケアシステムの構築の大枠を明確にする。

地域ケアシステムとは、地域の保健・医療・福祉等の関係者が障がい者を主体に、地域住民の力を引き出し、社会生活を維持できるよう支援するシステムとした。

また、地域ケアシステムの6つの機能を取り組むことで、包括的・継続的・総合的なシステムにすることが可能であり、地域ケアシステムづくりの基本であり重要と考える。

一方、国が示す障がい者の地域ケアシステムは、市町村が状況に応じた地域ケアシステムづくりを担い、そのシステムづくりの中核となるのが、地域生活支援事業（以後生活支援センター）の相談支援と市町村が開催する「地域自立支援協議会」としている。

しかし、市町村の「地域自立支援協議会」の設置率は、66% {2008（平成20）年4月現在}であり、有効な運営となっていないのが現実であるため、国は、生活支援センターの機能強化と「地域自立支援協議会」の適切な運営が、大きな鍵としている。

地域ケアシステムは、システムの型により大別すると3つに分けられ、高齢者を支援する住民主導型と、高度な医療を必要とする癌・難病患者支援の行政主導型と、2つをミックスした混合型の地域ケアシステムがある。

精神障がい者の場合は、病気の特性から退院後も医療と切り離されないこと、

病気の障害による生活のしづらさから日常生活や就労等が困難であり、保健・医療・福祉の総合的な支援が必要である。これらのことから、精神障がい者の地域ケアシステムは、本人を含む地域住民とサービス提供者の民間と行政が協働でつくる地域ケアシステムの構築が基本と考える。

第Ⅲ章では、精神障がい者の地域における生活支援を先駆的に取り組んでいるさいたま市にある民間施設「やどかりの里」と行政の取組みの経過から、地域ケアシステムのあり方について述べる。

「やどかりの里」は、1970(昭和45)年の創設時は、精神科病院で入院を余儀なくされた精神障がい者が地域で生活するための住居や職場を開拓することから始まった。創設後の20年間は、公的補助がなく常に財政危機を抱えていた。

1988(昭和63)年以降は、国・県から補助金交付があり、さいたま市内に「住む場、働く場、憩の場」を次々に設置し、精神障がい者と職員と地域住民たちで、誰もが安心して暮らせる社会を目指して活動を進めている団体である。

創設後20年間は、住居の提供と日常生活の支援を中心に事業継続のための印刷業、バサー、廃品回収、講演活動等によって地域住民の理解を深め協力の輪が広がった。

一方、病院や行政との連携は、機関同士よりは、職員間同士の連携に留まり、創設後20年間は、民間と地域住民による地域ケアシステムの構築が行なわれていた。

1987(昭和62)年の精神保健法改正により、「やどかりの里」に社会復帰施設(生活訓練施設と授産施設)が設置され、地域で生活する利用者が増え、利用者の生活支援のために生活支援センターが、1992(平成4)年に設置された。

また、地域で生活する利用者へ食事を提供する授産施設・作業所(喫茶店等5か所)や福祉工場が設置され労働支援が強化された。地域住民との交流は、社会復帰施設や作業所の活動によって更に広がった。

公的補助を受けることで、民間は、施設と職員の確保ができ給与を支払うことができた。精神障がい者は、施設の種類が増え選択肢が広がり、地域で生活する精神障がい者が増えた。地域住民との交流は、精神障がい者が作業所や授産所や福祉工場等で生産する製品や生産物を通して拡大した。

また、施設利用者は、働くことにより地域の人たちにとって役立っていると

実感し、生きる自信に繋がっている。

つまり、精神障がい者が地域で生活できるためには、利用者と地域住民と民間に加え、行政の施設整備と運営費補助は、多くの精神障がい者にとって地域で生活するための住居、日常活動及び働く環境の整備となっており、重要かつ必要な条件であると実証された。

また、2001(平成13)年から4市が合併し政令指定都市となったさいたま市が、障がい者の「地域自立支援協議会」の開催等、市全体の精神障がい者の地域ケアシステムの構築を目指し、住民と民間と行政の関係者が協働で取り組んでいる現状を述べる。

市は、国が示した障害者自立支援法施行規則や指針に照らし、さいたま市のやり方で取り組んでいる。

さいたま市の場合、市の障害者総合支援計画の重点事業に相談支援システムの構築と地域自立支援協議会の位置づけを明確にした。

また、市の相談機関である10行政区の市福祉事務所と市保健センターと各区にある3障がい(身体・知的・精神障がい者)の生活支援センターの各々の役割を明確にした。そして、個別の相談支援から社会資源開発へ、そして、新たな施策形成までを包括的にシステム化した組織で取り組んでいる。

まず、地域住民の第一相談機関である障害者生活支援センターの機能の強化と資源開発のために、各区担当者が集まるサービス調整会議と市全体の施設長が全員集まり検討するコーディネーター連絡会議である。

その後開催される保健医療福祉関係者、教育・雇用関係機関、障害者団体、学識経験者等で構成する地域自立支援協議会が、ネットワーク構築に向けた協議や地域の社会資源の開発改善に関する協議を行なっている。地域自立支援協議会として解決できないことは、障害者施策推進協議会へ報告し、市の政策課題として繋いでいる。

また、地域自立支援協議会には作業部会が設置され、必要な課題への対応に向けて取り組まれ、地域のケアシステム構築の要として重要な役割を持ち効果的に運営されている。

第IV章では、精神障がい者が地域で自立した生活を送るための地域ケアシステムの条件と行政の役割を明らかにする。

精神障がい者の地域ケアシステムの条件は、

- 1 住民と民間と行政が、それぞれの役割を果たし協働で創っていくミックス型のシステムであること。
- 2 保健・医療・福祉の総合的・重層的なサービスによる支援が受けられる地域ケアシステムの構築が必要であり、実施主体は身近な市町村が実施すること。
- 3 精神障がい者の誰もが、何処に住んでいても、公平で公正に受けられるシステムとなっていること。
- 4 地域ケアシステムの6つの機能の「ニーズの早期発見機能」、「ニーズへの早期対応機能」、「ネットワーク機能」、「処遇困難な事例の対応（スーパービジョン）機能」、「社会資源開発機能」、「福祉教育機能」を備えていること。

精神障がい者の地域ケアシステムの構築における行政の役割は、以下のことが明らかになった。

- 1 地域自立支援協議会を設置すること。
- 2 民意を反映した条例の制定及び障害者計画策定に住民・民間等との協働を取り込むことが重要であり、その中で、計画や事業の目的を明確に示し、各々の役割と責任を明らかにすること。
- 3 自立支援協議会の機能である地域ケアシステムの構築と社会資源の開発は、相談事業所である生活支援センターの機能の充実・強化のためにあり、相談窓口である生活支援センターの力量を高める研修等の体制整備を行なうこと。
- 4 行政の施設整備費・運営費等の財政的支援が担保されていること。

以上の4つを精神障がい者が地域で自立した生活ができるための地域ケアシステム構築における行政の役割として提言する。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 医療の TQM (Total Quality Management) の成功と組織学習

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980009 田代 清美

#### 1. 問題意識

医療組織は時代の変化に伴い、変革を要求されようになった。医療進歩の高度化、社会構造の変化により医療費は高騰し続け、その対策が緊急の課題となっている。これに対して、まず、診療報酬改定などの医療政策の対策が講じられ、経営困難な状況に陥っている医療組織も少なくない。一方、医療組織は経営安定を図るため、政策面を重視した対策を取らざるを得ないので、その結果、本来の医療の目的からかけ離れたような価値形成、行動に陥っている場合がある。こうした弊害を取り除く手法の一つとして、医療の質を向上していくための組織学習の必要性が重要視されるようになった。

「医療の質」が追求されるようになったのは、医療がサービス業であると公的に認識された、平成6年度厚生行政年次報告からである<sup>1</sup>。しかし、公的サービスと認識されたがゆえに、逆に、医療従事者にとって、医療がサービス業であるという認識の方が薄くなっていき、現在においても医療をサービス業と考えることについては、様々な意見があるのが事実である。その背景には、医療組織の2つの特徴がある。第1点目は「サービス」に対する間違った認識を持っていることである。つまり、営利のためではなく社会保障としての使命を内包しているという医療従事者の意識があったと考える。第2点目は、医療組織における組織文化の特徴がある。医療組織は、様々な専門職によって構成され、その下位分化の特徴が強いという特殊性から、職種内での学習に留まり、組織

---

<sup>1</sup> 平成7(1995)年版厚生白書

全体の能力の向上にはつながりにくいという特徴がある。さらに、病院の組織員の構成は、非経済的価値観を持っている職種と経済的価値観を重視する職種とが混在しており、両方の間での緊張関係が生じやすく、マネジメントすることが難しいとされている。医師や看護師をはじめとする医療専門家は医療技術の向上や患者中心のケアを提供することを重視する非経済的価値観を持っているのに対して、事務管理スタッフはコストを削減し収益を上げるという経済的価値観を担っている<sup>2</sup>。このような環境下にある医療組織が、求められる医療の質の実現に答えられるためには、マネジメントの方法を見直す必要がある。

米国医学研究所 (IMO: The Institute of Medicine [IMO]) の「医療の質委員会」は、21世紀の医療システムが達成すべき6つの改善目標を挙げているが、その中に「患者中心性」が含まれている。また、「21世紀医療システムに転換するためには、医療機関が学習型医療組織として課題を克服することが求められている」と述べている<sup>3</sup>。医療組織が「学習型医療組織」として存在していくためには、組織学習によって医療組織が変わることが求められる。安藤は組織学習の定義を「組織メンバーとしての個人による新たな知識や価値観の獲得が、組織内の他者に広く伝達・相互作用されることを通じて、組織全体の行動や知識、価値観の再構築が可能となるプロセス」としている<sup>4</sup>。医療組織が、医療の質、経営の質を向上させる上で、患者中心性という同じものさしを持ち、行動や価値形成をしていくことが望まれる。

医療の質向上に対する先行研究は、医療政策に関するもの、医療の質の外部評価に関するもの、医療技術の推進に関するもの、医療の連携、チーム医療に関するものがある。しかし、組織学習の視点から、組織の内部改革を研究した文献は少ない。また、組織学習論の先行研究においても、組織学習を可能にするための要因や、個人学習と組織学習をつなぐプロセスの解明についてもまだ、不十分な点がある。したがって、医療組織が、価値を変更し、業務プロセスを変更していくこと、いわゆる組織学習を可能にするためのマネジメントについ

<sup>2</sup> 松尾睦『学習する病院組織』(同分館出版、2009)、3頁

<sup>3</sup> 村田京子「脳卒中に関わるチーム医療組織の質の向上に関する研究-アージュリス=ジョーンの組織学習からのアプローチ-」(立命館大学博士論文2007)、10頁

<sup>4</sup> 安藤史江『組織学習と組織内地図』(白桃書房2001)、202頁

ての示唆を与えることが本研究の課題である。

## 2. 論文の内容

医療組織において、業務プロセスを改善し、医療の質、経営の質の向上に貢献する管理手法の1つに、全社的総合的質管理(TQM:Total Quality Management)がある。そもそもTQMは質のコントロールだけでなく組織学習の意味を内包している。しかし、実際はTQMを導入してもすべての病院が成功しているわけではなく衰退し継続していない医療組織があることも確かである。そこで、成功している医療組織の事例分析を行うことで、組織学習を促進する要因を抽出することを試みることにした。

本調査の対象としている医療組織は、TQMが組織に定着し業務改革を可能にしていること、それによって患者満足度が高く、経営の安定が図れていることを実証している3つの組織とした。TQMの活動の実態を明らかにするために、TQM推進者となるトップ、ミドル、QC活動<sup>5</sup>を行っているチームメンバーに分けて、それぞれのレベルでの行動や問題点を調査した。上原は、TQMは「患者にとって何がよい医療なのか、それを実現するためには医療職は、何をしたらよいかを考えよう、そして足りない点を改善しよう」ということであるとし、医療の質の国際基準となりつつあることを述べている<sup>6</sup>。また、TQMはトップマネジメントのリーダーシップのもとで、めざす医療の質と戦略を明確にし、各人の役割を方向づけることを通じて、組織をあげて「患者本位の医療の質」と「質の効率」を確保し改善するシステムを構築し不断に向上させるものであるとしている<sup>7</sup>。

これまでの組織学習論の研究は、安藤によるとその特徴から March 系、Hedberg 系、Argyris 系の3系統に分類できる<sup>8</sup>。その中でも筆者は、Argyris and Schön が提唱した、組織の既存の認識枠組み自体に変化を与えることを含むレベルの学習である「ダブル・ループ学習」の発生するプロセスとその促進要因

<sup>5</sup> 1962年に日本で始まったQC活動とは、職場内で作られた小集団ごとに、QC(品質管理)の手法を用いて自主的に行う品質改善活動のこと。

<sup>6</sup> 上原鳴夫『TQMの医療への展開研究会』終了報告(品質 VOL.30 N02)、59頁

<sup>7</sup> 上原注(6)、前掲書、59頁

<sup>8</sup> 安藤注(4)、前掲書、39-83頁

を理論の枠組みとした(図1)。

組織学習のプロセスはこれまでも数人の研究者が述べてきているが、ここでは、松尾がこれまでの先行研究をまとめ図式化したものを本研究のフレームワークとして使用した。松尾は、組織学習のプロセスを図式化し「①組織学習は、個人や集団によって生み出された知識が、②集団・組織内で共有・解釈され、③それらの一部分が組織のルーチン(手続き・ルール・制度等)として制度化され、④時代に合わなくなって陳腐化した制度は棄却(アンラーニング)され、新たな知識にとって替わられるというサイクルによって説明できる」と述べている<sup>9</sup>。

この組織学習のプロセスを促進する要因は、「知識の獲得」を促進する要因として、「リーダーシップ」、「探求を導く手段」を挙げた。次に「知識の共有」を促進する要因として、「コミュニケーション」、「情報システム」、「インセンティブシステム」、「モチベーション要因」、「教育」を挙げた。そして、最後に「知識のルーチン化・棄却化」を促進する要因として、「人的要因」を挙げた。この中で筆者が新しい概念として追加したものは、「モチベーション要因」、「教育」、「人的要因」の3つである。TQMの成功事例の中では、これらの促進要因がどのような影響を及ぼしているかを検討した。



図1 研究のフレームワーク

<sup>9</sup> 松尾注(2)、前掲書、231頁

### 3. 結 論

TQM が成功している医療組織の組織学習を可能にするために必要な要因を抽出した後、組織学習と組織学習の促進要因の関係性を図2に整理した。

知識の獲得を促す促進要因としては、創始者の考え方を組織のマインドとして反映していくことや、院長の方針、情熱などから「病院理念の浸透」という要因を挙げた。次に知識獲得の機会を得る「役割を経験することによる学習」、「成功事例・成功者の模倣による学習」、「プロセス管理のツールの導入」を挙げた。

知識の共有を促進する要因としては、インタビュー前は「コミュニケーション」としていたが、インタビュー内容を分析してみると、単なる人間関係調整のためのコミュニケーションではなく、ある目的を組織メンバーと共有できるためのコミュニケーションが必要であるということがわかった。これを「共通の用語によるコミュニケーション」とした。次に「モチベーション要因」については、様々な影響要因があるが、組織員のモチベーションを高めることが組織学習の発生、継続を促すことになり、同時にそのことが指導者やTQM推進委員のモチベーションにもつながる。よってこれらの概念を貫く概念として、新しく「効果の実感」を提示した。さらに、「教育」については、机上の教育のみならず、業務を遂行しながら学べる体制を整えることが必要である。業務を通して学ぶことが経営センスや管理能力を高めることにつながる。よって、これを「業務を通した経営管理能力を高める訓練」と表現した。

知識のルーチン化・棄却化を促進するには、組織の中で標準化を促す仕組みをつくることが重要である。知識が獲得され、共有された後ルーチン化に至るためには、共有された知識を、チームや組織全体でさらに共有し、それが組織全体で使いやすいようなツールに変革されていく必要がある。それが、チーム医療の推進であり、標準化分科会などのサポート体制の強化でもある。さらに、上記、知識の共有を促進する要因としてあげていた「効果の実感」を再度、知識のルーチン化を促進する要因として挙げた。なぜならば、ルーチン化に至るには、個人やチームのレベルで実感していた効果を、さらに組織レベルで実感することが必要であるからである。

これまでの研究では、組織学習の促進要因についてはいくつか挙げられてい

るが、具体的な内容の提示にはなっていなかった。本研究は、組織学習を実現させていく上での方法とその具体的道筋を提示するものであり、これまでの硬直化した医療組織からの脱却にいくらかでも貢献するのではないかと考えられる。



図2 組織学習のプロセスと組織学習の促進要因（再考）

平成 21 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

# 参加・協働による地域づくりの基礎理論的研究 —社会変化にともなうリーダーシップのあり方をもとめて—

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980010 永木 藍

### 1. 問題意識

本研究に着手した契機は、「地域づくりにおいて、その成功と失敗とを分けるものは何であるか」という疑問からである。筆者は、地域づくりが成功するか失敗するかの鍵となるのは「住民が地域社会にどれだけ関わっているか」とあると考える。そこで、本論では荒木の提唱する「参加・協働」論の観点から地域づくりをみている<sup>1</sup>。

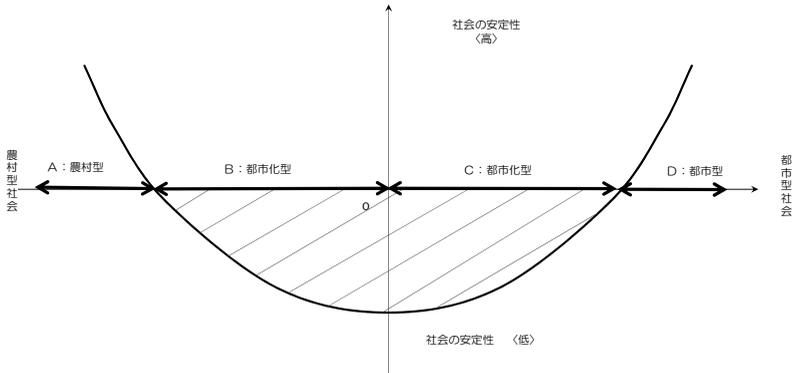
協働の実践には「地域社会の成熟度」つまりは、「住民の地域社会に対する意識レベル」が深く関わっていると考える。なぜなら、協働は「主体間の連携」から成るものであり、各主体が「自主・自律性」を持つことが不可欠であるからである。住民の意識レベルや社会の成熟度は、社会における4つ段階、①農村型社会、②都市化型社会、③都市型社会、④成熟化社会、を基準に捉えることができるだろう。

一般的には、地域社会は近代化により農村型社会から都市化型社会へ、都市化型社会から都市型社会へと変化していく、と考えられる。しかし、本論の研究対象地域である益城町<sup>2</sup>においては異なる。前述の①～③の3つの社会が1つの空間に混在しており、その具体的な様相は、図1のように4区分できる<sup>3</sup>。筆者は本論において、当該町のような複雑化した地域社会を「成熟化社会」へ導くためにはどうしたらよいか、という点にも注目している。

実際に益城町のような「農村と都市の混在する地域」は、アジアで多くみとめられる<sup>4</sup>。日本におけるその背景には、明治以降の日本社会で「農」を排除し

「工」「商」に特化した空間が形成されてきたことが挙げられる。都市と農村がグラデーショナルに連続することを特徴としてきた空間に、あえて1本の線を引き両者の峻別を図ろうとする政策が、日本の都市政策であった。

図 1. 社会変化と社会の安定性の関係



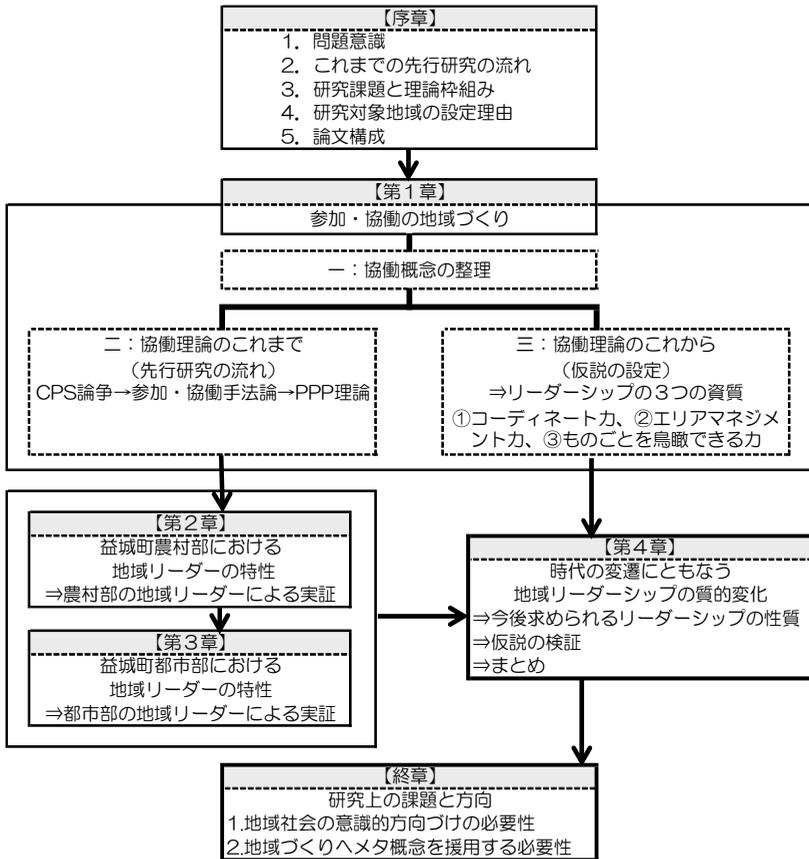
(筆者作成)

これからの地域づくりにおいて「協働」が必要とされる、その社会背景を考えるために地域社会の現場に目を向けてみる。すると、前述した社会の展開において①～④のどの段階に属する場合であっても、現況の社会では次の3点において共通する要素が認められる。第1は、住民ニーズの多様化に伴い、きめ細やかなサービスが求められること（行政が担う領域の肥大化）である。第2は、地方分権の進展により個性豊かなまちづくりが求められていること（住民の自主・自律の必要性）である。第3は、ボランティアやNPO団体などが各地に台頭し、住民の社会参加意識が高まっていること（住民の地域社会への意識向上）である。以上のことから、「協働」が地域づくりにとって有効な手段であるといえる。

実際の現場における「協働」に目を向けると、協働の有効性を最大限に活用させるための鍵となる、「ある要素」が欠けていることが多い。ある要素とは「リーダーシップ」である。筆者がこのように考える理由は、多元的な社会の到来により、これからは異なる主体間を上手く調整・調和させる役割・機能が

必要になってくる、と考えるからである。そこで本論では、「リーダーシップ」を發揮するために必要な「リーダーシップの資質」を導き出すことを狙いとしている。

図 2. 本論の論理相関図



(筆者作成)

## 2. 本論の概要

本論は、市街化拡大の影響を受ける都市近郊の地域を舞台に展開した、都市と農村の交流を目的とした益城町の「文教の里づくり<sup>5)</sup>」に着目し、住民の参加・協働による地域づくりの観点から地域社会を成熟化の方向へ導くための方法論について考察したものである。本論の構成は図2に示す通りであるが、その骨格は次の5つである。

第1に、参加・協働の実践では、リーダーシップが重要な役割・機能を果たすことを前提とし、地域リーダーに必要な「リーダーシップの資質」として①コーディネート力、②エリアマネジメント力、③ものごとを鳥瞰する力、以上3つの仮説を設定した(第1章)。第2に、仮説検証の手法は、研究対象地域(益城町)における「7人の地域リーダー<sup>6)</sup>」を対象としたインタビュー調査である(第2章、第3章)。第3に、インタビュー結果から、「リーダーの特徴」と、時代の変遷に伴う「リーダーシップの資質の変化」を整理した<sup>7)</sup>(第4章)。第4に、仮説の検証とこれからの地域リーダーに求められるリーダーシップの資質について考察を行った(第4章)。第5に、研究上の課題と方向として、①地域社会への意識的方向づけ、②地域づくりへの「メタ」概念の援用、以上2点の必要性を指摘した(終章)。

## 3. まとめと今後の課題

### (1) まとめ

本論で提起した課題に対するまとめを要約すると以下の7つにまとめられる。

- ① 「文教の里づくり」は、「農村と都市の交流」という益城町独自の課題解決のために重要な役割・機能を果たすことが期待される取り組みである。しかし、ソフト面の整備においては今後の課題であり、益城町民と益城町行政との参加・協働による地域づくりを行っていくべきである。
- ② そのために必要なことは、益城町町民自らが町の理想を描くことができる、ということである。これは、益城町行政にとっても同様である。益城町町民の中には地域内でリーダーシップを発揮し、地域づくりに貢献している人物が複数存在していた。そのリーダーたちは各自で特有のリーダーシップ性を発揮していた。

- ③ 益城町は、都市と農村が混在する町、という点において社会構造が複雑であるといえる。こうした中でリーダーシップを発揮しているリーダーたちのリーダーシップの資質には、ある共通点が見いだせる。それは、①コーディネート力、②エリアマネジメント力、③ものごとを鳥瞰する力、の3つである。
- ④ リーダーシップの水準は都市部と農村部で異なっている。都市部では「趣味の範囲<sup>8</sup>」であるのに対し、農村部では「生活をかけたもの」である。しかし、どちらも「取り組みを成功へ導きたい」という思いは共通している。
- ⑤ 「生活をかけた」取り組みを行う農村部のリーダーは、調整力よりも「統率力」に卓越していた。地域長が地域住民を引っ張っていくように、上下の力関係が強くなる場合が多かった。しかし、福馬氏のように益城町農村部においては、農村部でも今日的なリーダーが存在した。一方、香山氏においては、農業法人化を図り余剰農地の受け皿的な存在という形で地域の農家・農業を支えながら、自らの力で市場を切り開く、というリーダーシップ性を発揮していた。こうしたリーダーたちは、地域のビジョンを持ち、世の中の動きを鳥瞰する力も兼ね備えていた。
- ⑥ 他方、「趣味の範囲」での取り組みを行う都市部のリーダーは、統率力よりも「調整力」が卓越していた。まちおこし塾の園川氏の特徴は、「参加できるときに参加する」という自由度の高いシステムの導入をしていた点であった。ましき宝箱の特徴は、メンバー全員が「各分野の専門家やリーダー」であり、各自が自主・自律的に独自の能力を出し合い、協力連携を図っていた点であった。こうしたリーダーたちは、自らの居住する地域への関心が非常に高く、エリアマネジメント力と主体間のコーディネート力を兼ね備えていた。
- ⑦ 益城町は、熊本市に隣接しており都市的な魅力と農村的な魅力が存在することからも、「ラーバン・ライフ<sup>9</sup>」という点において今後注目できる。しかし、都市と農村のそれぞれの良さを同時に引き出すためには、前述した通り、地域リーダーの「リーダーシップの発揮」が鍵を握る。その理由は、社会が不安定な状態であるからである。人々の交流を活性化させることにより、地域社会も向上する。そのためには、地域住民が力を合わせて自らの地域を変

えていくという意識が大切であり、まずは地域リーダーが媒介となって、地域全体を動かしていくことが必要であると考えます。

(2) 今後の課題

今後の地域づくりにおける参加・協働の取り組みにおいて、次の2点の必要性を指摘する。

① 地域社会への意識的方向づけの必要性

地域づくり＝人づくりといわれるように、地域づくりには地域社会に対する住民の愛着意識の向上が鍵となるだろう。また、これからは、農村型に多かった「地区の長に従う」という形や行政主導型の一元体制から、多元的主体の参加による市民主導型へ、つまり、多様な主体による「ソーシャル・ガバナンス<sup>10)</sup>」の時代が到来しつつある。このような動きの中でより良い社会（成熟化社会）を実現していくためには、人々のネットワークを強め、協働に持っていくことが、政策的に求められるだろう。そのための第一のステップは、人づくりであり、それが協働を円滑に進める触媒のような役割につながると考える。

② 地域づくりへの「メタ」概念の援用の必要性

地域社会で発生している多くの解決困難な壁を乗り越えるための手段の一つとして「メタ概念の援用」を提案する。社会の進歩発展に伴い、学問も進歩発展する。時代の変遷に伴い、多種多様な学問が出現し各分野で日々先端化している。学問の専門化、細分化、先端化が進むにしたがい、異なる個別専門分野どころか同じ個別専門分野内ですら、最新の成果に関しては理解が困難であるというような状況が生じている。つまり、社会の変遷に伴い学問は複雑化し、個別化していくというのが条理である。これまでは、学問の「専門化、先端化」に力を注いできたといえるが、これからは様々な学問分野や知識を総合的に判定し課題解決に導いていくことが、さらなる進歩・発展につながるのではないだろうか。つまりは、「より高次の立場から事実や課題を認知し多角的な視点から解決策を探る」というメタ概念<sup>11)</sup>が、これからは必要になりつつあると考える。

## 〔論文要旨の注〕

- <sup>1</sup> 荒木は、『協働』とは、異なる能力、技法、規模、ノウハウなどを持つ複数の主体が共有目標を達成していくために、対等な立場で異質性を発揮しつつ相互連携しあい、より大きな成果を生み出す協力・連携活動システムである」としている。荒木昭次郎「住民と行政の協働」熊本県立大学編『熊本学のススメ』熊本県立大学 2008年 参照。
- <sup>2</sup> 本論の研究対象地域は熊本県上益城郡益城町に設定している。当該町は熊本市の東側に隣接しており、熊本市の市街地拡大の影響を受けているといえる。
- <sup>3</sup> X軸には、農村型社会から都市型社会に至るまでの「時間軸」を表している。Y軸には、時間軸に対応した「社会の安定度」を表している。益城町で大部分を占めるのは「都市化型社会」であり、放物線では斜線部（B、C）に該当する。この図で整理すると「都市化型社会」は、「農村型に近い都市化型」と「都市型に近い都市化型」に2区分できる。そのため、益城町では、A～Dの4つの社会が混在していると考えられる。
- <sup>4</sup> 原祐二「アジア大都市周辺における循環型社会を基調とした都市農村融合と戦略的土地利用計画」東京大学サステイナビリティ学連研究機構 2007年 参照。  
横田樹広「バンコクにおける都市化に伴う農村・緑地環境の変容に関する研究」東京大学大学院農学生命科学研究科 2000年 参照。

<sup>5</sup> 文教の里づくりの概要

事業採択までの流れ	2003(H15)年：国土交通省のまちづくり総合支援事業に申請・・・不採択 2004(H16)年：国土交通省のまちづくり交付金に申請・・・採択
テーマ	都市と農村が交流する文教の里づくり
期間	2004～2008年度（5年間）
内容	水辺のまちづくり（秋津川の再生）
背景	①秋津川の汚染 ②町の施設充実を求める住民の声
範囲決定理由	①新旧住民の融合 ②構想以前からあった緑川の日一斉清掃（国交省主催）
受賞	緑と水の景観賞2006（熊本県）

（益城町役場から入手した資料をもとに筆者作成）

- <sup>6</sup> 7人の地域リーダーと組織概要については次の通りである。

## ①JA かみましき西瓜部会の組織概要

組織名	JAかみましき西瓜部会
代表者	部長 大久保和男氏
組織概要	スイカの生産、販売を促進させるための組織。
その他	栽培講習会、販売対策会議、生産反省会、市場研修会、販売促進キャンペーンなどを行う。
設立	—
会員	17名
生産規模	—

（JA かみましき西瓜部会より入手した資料をもとに作成）

## ②福馬果樹園の会社概要

会社名	有限会社 福馬果樹園
代表者	代表取締役 福馬則幸氏
会社概要	柿（シンデレラ太秋）の生産・販売（産地直送のインターネット販売）。
その他	福馬果樹園でとれた柿以外にも、熊本県の農家・工場と連携し、熊本県産の農作物のインターネット販売を行う。
設立	2005（平成17）年
従業員	家族（3名：父（則幸氏）、母、息子）
生産規模	210a

（福馬果樹園へのヒアリング調査結果をもとに作成）

## ③松本農園の会社概要

会社名	有限会社 松本農園
代表者	代表取締役 松本博美氏
会社概要	根菜類を中心とした野菜の生産・加工・販売
その他	「畑が見える野菜」として、農産物の生産に関する情報の公開に積極的に取り組む。食の安全保障のための認定取得に力を入れ、農産物の輸出に向けた取り組みも行う。
設立	1991（平成3）年
資本金	8,000,000円
従業員	30名
生産規模	（延べ）50ha

（松本農園のホームページ<http://www.mfcl.jp/>（2010年1月10日現在）をもとに作成）

## ④香山農園の会社概要

会社名	農業生産法人 有限会社 コウヤマ	
代表者	代表取締役 香山勇一氏	
会社概要	サツマイモの専門店。さつま芋の生産・加工・販売を行うという第6次産業に取り組み、販路拡大を狙う。	
事業内容	・農畜産物の生産、販売、輸出入。	
	・農畜産物の加工、販売、輸出入。	
	・清涼飲料水、菓子、資料の製造、販売、輸出入。	
	・酒類、農業飼料の販売、輸出入。	
設立	1991（平成3）年9月7日	
	資本金	
資本金	1,000万円	
従業員	50名	
生産規模	栽培面積	自社栽培：26ha 契約栽培：40ha
	自社栽培	甘藷：20ha、ゴーヤ：600㎡、甘藷苗ハウス：12825㎡、ホウレンソウ：4ha、他

（香山農園より入手した資料をもとに作成）

## ⑤益城町土地改良区の組織概要

組織名	益城町土地改良区
代表者	理事長 上田一生氏
組織概要	「営農者の生産向上と所得増大のための営農体系を確立する」のために、県営により設立された土地改良事業を行う組織。
その他	事業負担金の徴収と、事業により造設された施設の維持管理が、組織の担う役割である。
設立	1969(昭和44)年9月1日
組織機構図	別図参照
組合員	1931名(平成18年度現在)
組織の体制	総代制(総代:67名)
地区面積	1174ha(平成18年度現在)

(益城町土地改良区より入手した資料をもとに作成)

## ⑥まちおこし塾の組織概要

団体名	まちおこし塾
代表者	園川茂氏
設立	1992(平成4)年11月
設立の契機	住みよいまちづくりを目指して結成
活動の目的	ふるさと意識の啓発とコンセンサスづくりのため、人材の掘り起しと育成を行い、住民間の交流を通して住みよいまちづくりの啓発を行うこと。
活動内容	1.環境美化、2.人材育成、3.伝統文化の継承、4.住民交流 の4つの柱をたて、活動を行う。 (例) 伝統芸能(木山神楽)の継承者育成、秋津川の清掃活動 ボランティア祭の開催、福祉施設や町のイベントに参加 等
メンバー数	20名程度 *但し、登録制をとっていない
現状	代表者が町議に立候補・落選後、会は一時衰退。園川氏が、体制を立て直す。
備考	まちおこし塾が開催する秋津川の清掃活動が、文教の里づくり構想の基礎となっている。

(園川氏へのインタビュー結果をもとに作成)

## ⑦ましき宝箱の組織概要

組織名	ましき宝箱
代表者	森永博之氏
設立	2006(平成18)年1月
設立の契機	町のワークショップ(H16-18「益城のすばらしいところを発見しよう」)で集まったメンバーが、「このままで終わるのはもったいない」と結成。
活動目的	ふるさとの自然を知り、守っていこう ふるさと文化、歴史を学ぼう ふるさとのいいところを多くの人に知ってもらいたい
活動内容	月に1回程度の子ども向けイベントを開催。 (例)活動飯田山登山、秋津川観察会、竹細工作り等
メンバー数	13名
現状	益城町企画財政課のシンクタンク的存在(13名)
備考	メンバーの意見が、文教の里づくり構想の基礎となっている。

(森永氏へのインタビュー結果をもとに筆者作成)

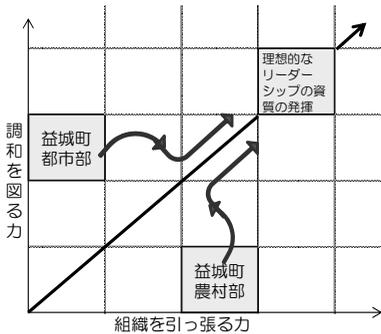
7 都市部と農村部におけるリーダーシップ発揮の比較

社会要素		農村部	都市部
リーダーシップの水準		生活をかけたもの	趣味の範囲
個と集団		個>集団	個≦集団 ☆
		権力集中(個が集団を支配)	権力分散(各主体が自由) ☆
		集団での結束力が強い	集団での結束力が弱い
男性と女性		男性>女性	男性=女性 ☆
		男性や地域「長」中心の社会	男女参画協働社会 ☆
		女性が支える(裏方)	地域社会への関心度・貢献度は男性<女性
若者と高齢者		若者<高齢者	若者≧高齢者 ☆
			定年退職者の活躍(男性=女性)
昔と今	昔	地域リーダーが地区毎に存在	地域に無関心
	今	地域リーダーが欠如	地域に対する関心が高まりつつある ☆
環境要因	自然	多	少
	人	少	多
人的要因	学識経験者	少	多 ☆
	地域の宝	気付いている人が少ない	気付いている人が多い ○
	故郷愛	強	弱 ○
	歴史伝統文化	濃	薄
	人間関係	濃密	希薄

○・・・地域リーダーに必要な要素  
 ☆・・・地域リーダーがリーダーシップを発揮しやすい要素

(筆者作成)

リーダーシップの資質の発揮の現実と理想の姿



(筆者作成)

- 
- <sup>8</sup> 農村部では「職業（仕事）」における取組みであるため、「生活をかけ、利益を得ることが必要条件とされる点」が特徴である。ここでは、農村部における「職業」の意味に対峙させ、都市部では「趣味」という言葉を用いた。都市部における取組みはいずれも「自主的であり地域貢献意識が非常に高い点」が特徴である。
- <sup>9</sup> ラーバンとは、rural（ルーラル：農村）とurban（アーバン：都市）との合成語である。農村社会学者C.G. ギャルピンが、1915年にrurbanism（ラーバニズム：都市と農村の共生）の概念として提唱した言葉に由来する。ラーバンは、農村と都市とが混在・混住する地域の状況を示す用語として使われている。山下勉編 熊本大学地域連携フォーラム叢書『地域を創る』成文堂 2004年 24頁。
- <sup>10</sup> 神野直彦・澤井安勇編著『ソーシャル・ガバナンス—新しい分権・市民社会の構図—』東洋経済新報社 2005年 参照。
- <sup>11</sup> ここで示す「メタ」概念は、メタ・ポリシーのデザインについて提示している、イスラエルのイエッケル・ドロア氏の構想を用いている。ドロアは、あるデメリットを克服していくためには、一歩下がって一段高いところから世の中の動きを鳥瞰してみることが大切である、と述べている。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 「看護教員の質向上に関する研究」 ～准看護師教育に携わる教員の現状と課題～

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980011 中島 千壽子

わが国は少子高齢化に伴う人口問題や疾病構造の変化、そして医療は高度専門化が進みその環境は激変している。一方、医療機関では医療制度改革に基づき機能分化が行われ、病床数の削減と一般診療所の増加、そして在宅療養へのシフト化が進行している。このような中で、看護職の役割は拡大するヘルスケアニーズへの対応と安心で安全な質の高い看護サービス提供が求められている。

看護サービス提供には、看護師の量と質が問われ、とくに看護基礎教育の内容と看護教員（以下教員）の質向上が求められることは言うまでもない。

わが国の看護職就業数は約 132 万人、その内看護師は約 87.7 万人、准看護師は全体の約 3 分の 1 に相当する約 37.5 万人である。

准看護師の就業場所は最近、急性期医療を担う一般病院から慢性期医療や在宅療養を担う一般診療所や介護施設等へと移行しつつあり、准看護師は現在の急性期医療には適応しているとは言い難い状況にあると言える。

厚生労働省は平成 21 年度の看護の質の向上と確保に関する検討会の中で、教員の看護実践能力の保持や向上のためには教員の教育実践能力、コミュニケーション能力、看護実践能力、マネジメント能力、研究能力の 5 つの必要性をまとめている。またこれらの能力獲得には課題を遂行する能力つまり自己のキャリアに対する認識が関連するが、准看護師教育に携わる教員はこれらの認識が高いとは言い難い。

本論文では准看護師教育に携わる教員の現状と課題を明かにすることにより、教員の能力向上への寄与が可能であると考え、以下の問題意識のもとに論

文を展開する。

1. 教員には看護教育実践能力と看護実践能力の2つの専門性が不可欠であり、この専門性の修得には自律的な能力開発が必要である。

しかしながら、多くの教員は臨床看護経験や看護教員養成講習会受講により教員の役割として一人前と錯覚し、教員要件である看護教員養成講習会受講の際には所属施設からの経済的支援を受けることが多い傾向にある。また就業動機は夜間勤務がなく、家庭生活に支障が無い等の理由やアルバイト感覚での一時的な就業等、教育の意義と教員の役割を理解していない等、自己のキャリア開発に対する認識は低く、自律的な能力開発に繋がっているとは言い難い。

一方、看護学生は入学動機の背景や学歴、年齢等に格差があるが将来的に地域医療の一端を担う准看護師としての役割発揮が求められ、そのため良質な教育を行う必要がある。これらのことから教員の自律的能力向上のための検討が必要である。

2. 准看護師養成所は約8割が医師会立である。そのため医師主導の組織で学校経営が優先されている。このような中で質の高い看護教育を実践するには組織的な職員へのキャリア支援が必要である。さらに組織は教育管理体制として、学校の教育理念の可視化、実習施設の教育体制、授業概要の作成、教員数の確保、教員のキャリアカウンセリングなどの組織的な取り組みが必要である。

また、管理者である教務主任の存在は学校組織と教員組織間の調整役であり、看護教員スタッフのキャリア開発や支援への役割を果たさなければならぬ。しかしながら、組織の個人へのキャリア支援にたいする認識は脆弱であり、管理体制は十分であるとは言い難い。

さらにわが国の看護教員養成システムは、看護教員養成講習会未受講に対して、個人や雇用側への罰則等がないためその質の保証の曖昧さに繋がっており検討が必要である。

以上の問題点を踏まえ、本論文では4章構成とし論旨を展開していく。

序章では研究の背景問題意識を明かにし、先行研究の検索から本論文の意義を明かにして看護教員の用語の定義を行った。

第Ⅰ章ではわが国における看護教育の変遷について、その歴史的背景と現行の准看護師制度への転換の経緯を概観し問題を論じた。また、准看護師教育の意義を養成数の推移や医療機関、学校運営、社会、学生のメリット、看護師等人材確保の側面から其々論じた。

これらを背景に現在の准看護師養成は一義的側面からは時代に即さないが、現在のように慢性的な看護師不足対策として、また看護師や医師の指示のもとに療養上の世話や診療の補助を行う者の養成であると結論付けた。

さらに准看護師学生の現状を学歴状況の推移、卒業者数に占める進路別割合、養成のための必要経費の面から検討した結果、学歴では高校卒業が8割を占め中学卒業は皆無に近く、大学や短大卒業は微増している。また卒業進路では約3割の進学に留まることを明らかにした。

第Ⅱ章では教員の能力向上のための課題を、教員に求められる能力、看護教員養成、教員のキャリアの3点から論じた。

教員に求められる能力について、一般的な能力の概念と資質と定義について検討し、教員の教育実践能力、コミュニケーション能力、看護実践能力、マネジメント能力、研究能力の5つの能力を関連文献及び私見を交えて論述した。また教員養成の課題として看護教員養成講習会の養成目的と要件、受講者数の推移、受講状況、開催実施体制、教育カリキュラムの現状について検討した。特に教育カリキュラム内容では、8～12ヶ月の期間で900時間の看護関連に限定された教育が行われおり専門的知識や実践的教育能力等の不足について指摘した。

さらに、教員のキャリアに関する課題を個人の側面では、教員の専門性とキャリアの認識、組織の側面ではキャリア支援についての課題について論述した。

第Ⅲ章では看護教員の実態を明かにするために、全国の准看護師教育に携わる教員292名を対象アンケートによる実態調査を行い、属性、教育管理体制、教員の教育活動、キャリア意識、現状認識の5点から考察した。対象は40歳以上が約8割を占め、平均年齢は47.1歳であり教員経験年数は10年未満が約7割、臨床経験年数は10年未満が過半数で、最終学歴9割以上が看護師養成所卒業であった。ここでは中高年の特性としてキャリア意識の希薄さ、学習意欲の減退の傾向などについて文献を踏まえて指摘した。

教育管理体制では教育の取り組みの可視化、授業概要の作成、教員の授業時間数、実習施設の教育条件の調整、教員数の充足状態の5項目の設問を行なった。教育の取り組み等の可視化ではおおむね出来ているものの、教育目標達成上で重要な授業概要の作成は不十分で、准看護師教育の質に関する課題を明らかにした。

教育活動では教育の工夫や研修研究への参加、個々の看護教員の教育活動、教育活動公表の機会について不十分と認識しているものが過半数を占め、看護教員自身のキャリア向上への認識不足と組織の支援の問題があることを明らかにした。

キャリア意識では、約6割が自分のキャリアについて意識はしているが、進学や臨床看護師への転換、具体的な自己方法や行動には繋がらずキャリア認識の低いことを明らかにした。

また、教員の現状認識では学生の基礎学力の格差を指摘し、教員自身の知識面や技術面の指導力に対して自信を持たず、自己のキャリアアップに対する自律的行動が出来ないことが明らかとなった。

第IV章では前章までに明らかにした事象を基に、教員の能力向上を行なうために個人と組織の2側面から提言を行った。

### 1. 個人の自律的行動促進

教員は看護の専門職としての規律に基づき、看護教育に必要な教養を自律的に身につけ、教育実践の中で展開するためにはキャリア意識の構築が重要性を認識し自己のキャリアへ責任を持つべきである。そのためには定期的な自己評価を行い自己の専門性とキャリアを振り返る必要がある。また看護教員養成講習会修了は最低要件と認識し看護に限定された教育だけではなく、幅広い教養を身につけるため大学や大学院での学びを自らが実行する必要がある。

また、確実な能力向上を行うためには定期的なキャリアアップに関する自己評価を行う必要がある。さらには看護教育の場面を始め、学生や教員間との関わり、自己のキャリア開発について、組織との関わり場面等について、振り返りのレポートを内省的に記述し、教員間で継続的に検討するシステム構築とその活用を行うことが必要である。

## 2. 教員の能力向上に向けた組織の役割

教員の能力の維持やその向上には、組織環境の整備が不可欠である。

人的資源管理は、個人と組織がともに進化するシステムであり双方のニーズをいかにすり合わせ成果に繋げるかが肝要である。そのひとつに計画的研修がある。研修は職務上必要とされる知識や技術を高めるために行われるものであり、看護教員に必要な5つの能力の習得が必要不可欠である。組織はこれらの研修参加が必要な時期に、必要な人材を参加させるための教員配置数や代替教員の確保が必要であり、研修のポイント制を導入し個人の研修状況を把握する必要がある。

一方、教員管理者（教務主任）は教員のリーダーであり看護教員モデルとしての役割を果たすべきである。また、教員管理者は看護管理者が持つ役割機能が類似しており、対象の情報収集、計画立案、計画に従った組織化、指導、統制を実施して評価する一連の管理過程が必要である。また、教員管理者は、優れた人材を育成する職場環境を作ることが必要であり、看護教育や業務に対する看護教員の知的モチベーションを喚起してそれを奨励する仕組みや、その成果を活用する仕組みを適切に構築することが必要である。このためには、教員管理者自身が時代背景を鑑み、自らキャリアアップを行なうことが重要であり、最低でも学士レベルの教育を受けることが必要であることを提言した。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 児童虐待予防を機能強化できる児童相談所のあり方 ー市町村支援の視点からー

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980012 中村 智子

将来を担う子どもたちが心身共に健やかに育ち、自立した社会人になることは、我が国が健全な社会へと発展していくために必要不可欠なことである。

そのためには、家族機能が整い、安心して子育てができるような経済的、社会的環境等が整っていることが必要である。

しかし、2008（平成 20）年度に全国の児童相談所の児童虐待相談対応件数は 42,662 件で、児童虐待の防止等に関する法律（以下「児童虐待防止法」という）施行前の 1999（平成 11）年度の約 3.7 倍と増加している。その理由は、1980 年代からの家族の変容とバブル崩壊後の不況の時代となり、要保護児童が増加したことや虐待通告義務の明確化や対象範囲の拡大といった制度改正や周知啓発の結果、国民の関心が高まり顕在化したことが考えられる。

児童虐待は、保護者・子ども・養育環境等のリスク要因が複雑に絡み合っ  
て起こり、虐待の世代間連鎖を引き起こし、大きな社会問題となっている。

このような社会情勢のもと、2000（平成 12）年に児童虐待防止法が成立し、児童相談所の取り組み等について規定された。

その後、児童虐待相談件数の急増等により、2005（平成 17）年度から、児童相談所の役割は専門性の高い困難事例への対応と市町村の後方支援、また、市町村の役割は児童相談の第一義的窓口として虐待の未然防止や早期発見を促進

することとなり、市町村と児童相談所による重層的な対応体制となった。

そして、一次予防（虐待の発生予防）から二次予防（早期発見・早期対応）、三次予防（虐待を受けた子どもの保護・自立支援）に至るまでの切れ目のない総合的な支援体制の整備、充実が図られた。

しかし、児童相談所の現在のマンパワーや組織体制では、虐待ケースへの対応に追われており、市町村の後方支援をするという専門的役割が十分に果たされていない。また、市町村の児童相談窓口体制は専門家も少ない状況で、虐待相談の対応方法や要保護児童対策地域協議会（以下「要対協」という）の効果的な運営は手探り状態である。

児童相談所が児童虐待対応の専門機関として、児童虐待予防（一次・二次）の第一義的役割を果たす市町村を、後方支援する社会的責務は大きなものがある。

そこで、本論文においては、児童相談所の基本的機能である市町村援助機能、つまり、市町村の後方支援に焦点を絞り児童相談所の現状や課題を明確にし、児童虐待予防の機能強化ができる児童相談所のあり方を明らかにすることを目的に検討したものである。

なお、本論文の中で使用する児童虐待予防とは、一次予防（発生予防）と二次予防（早期発見・早期対応）とし、児童相談所とは、都道府県が設置する児童相談所とした。

本論文は4章で構成し、各章の概要は次のとおりである。

第1章では、児童虐待の現状から、児童虐待が子どもや社会に与える影響、そして、児童福祉法と児童虐待防止法の変遷から、児童相談所や市町村が虐待の後追いをせざるを得ない状況であることを述べた。

児童虐待は子どもに対する最も重大な権利侵害で、児童虐待防止法に児童虐待とは、保護者がその監護する児童について、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待を行う行為と規定された。

児童虐待は、子どもの心身両面に影響を与え、不登校や非行、反社会的行動に繋がり、ひいては我が子にも虐待をしてしまうという虐待の連鎖を引き起こしていると考えられる。

虐待の相談対応件数の増加や各種の児童虐待死亡事件等が起り、初期対応、安全確認のための法改正が繰り返され、現在、児童虐待防止法の制定後10年を

経過しているが、虐待を受けた児童を早期発見・早期対応する法的対応は前進したものの、ケースの対応に追われ、児童相談所が果たさなければならない児童虐待予防や市町村の後方支援は充分とは言えない状況であり、市町村も相談対応に追われている現状である。

第Ⅱ章では、児童虐待防止対策の現状及び課題として、児童相談所と市町村の現状と課題を整理し、児童虐待予防の重要性を明らかにした。

児童虐待対応における児童相談所の役割は、市町村と適切な役割分担・連携を図りつつ、子どもの福祉を図り権利を擁護することである。

児童相談所の基本的機能に市町村援助機能があるが、児童相談所の課題として、①業務量に見合った児童福祉司の不足、専門職の確保が出来ておらず専門性の積み上げができなく、専門機関となりえていない。②県や児童相談所として、市町村をどのように支援していくかというビジョンや具体的計画性が乏しい。③児童相談所は福祉分野の専門機関であるため、虐待の連鎖を断ち切るという公衆衛生的アプローチが少ない。④児童相談所運営指針に保健師が行う主な職務は明記されているが、公衆衛生の予防的視点を持ち、地域保健業務を専門とする保健師としての位置づけがなされていない等がある。

現在、児童相談所が行っている虐待対応は、児童虐待の総合的な視点から見ると後追い対策になっており、今後、虐待の連鎖を断ち切るための虐待の発生予防と虐待の早期発見・早期対応にも力を入れていく体制が必要不可欠である。

一方、平成17年度から児童相談窓口の第一義的窓口となった市町村における児童虐待防止対策において、児童家庭相談窓口の課題として、専門性や人員の問題・在職期間・相談の環境・現任研修の不十分さ・児童相談所との関係のあいまいさ等がある。また、要対協の課題として、効果的運営方法がわからない、予算・人材確保が困難、事務局負担集中、スーパーバイザーがない等があげられている。

今後、市町村の職員の質・量の体制強化、要対協における連携の強化、要対協における調整機関の専門性の向上等による体制強化が必要である。

児童虐待防止対策の目的である「発生予防から自立の支援に至るまでの切れ目のない支援、総合的な施策」を推進していくためには、市町村が児童家庭相談窓口における虐待対応ができる、また、要対協の事務局が要対協を効果的に

運営できるために、児童相談所は市町村の後方支援の役割を果たさなければならない。

そのためには、児童相談所が児童虐待予防の機能強化が図れる組織体制となっていく必要がある。

第Ⅲ章では、市町村の児童虐待予防に対する後方支援の役割を効果的に行っている神奈川県中央児童相談所の取り組み、そして、その支援を受けている茅ヶ崎市の児童虐待予防活動から、市町村の後方支援の機能強化、つまり、児童虐待予防を機能強化できる児童相談所のありかたの示唆を得た。

以上のことから、児童虐待予防の専門機関である児童相談所が市町村援助機能を果たすためには、市町村の役割である発生予防、早期発見・早期対応がうまく実施できるように支援していくこと、つまり、児童相談所が児童虐待予防を機能強化することは、児童虐待防止対策において大きな役割であり責務である。

よって、第Ⅳ章では、児童虐待予防を機能強化できる児童相談所のあり方について述べた。

#### (1) 児童虐待予防に対する県としてのビジョンの確立の必要性

児童虐待問題を児童相談所の問題として終わらせるのではなく、県全体の児童虐待や児童虐待防止対策の現状や課題、児童相談所の組織体制のあり方、市町村後方支援のあり方、児童福祉と母子保健の連携のあり方などに焦点を当てた検証が必要である。

そして、県の福祉及び保健の主管課、県児童福祉審議会や市町村も一体となった行政政策の評価(Check)及び調整・改善(Action)がなされ、長期を見通した具体的に実現できる県としての方針、ビジョンに繋ぐことが必要である。

そして、そのビジョンを実際に計画(Plan)し、実行(Do)するために、以下のことが必要である。

#### (2) 児童虐待予防を機能強化できる児童相談所の組織について

児童相談所が市町村支援を機能強化するためには、①市町村児童家庭相談窓口の相談機能の充実 ②要対協の機能が上手く働く ③児童福祉と母子保健の連携がうまく図れる。この3点の支援ができるような専門的役割が担える児童

相談所となりえなければならない。

そのためには、スーパーバイザー（以下「SV」という）的児童福祉司の配置を行い、その役割が大きな業務として位置づけられる組織編成を行い、同時に他の職員も育成していく。

### (3) マンパワー（福祉職）について

市町村支援を行う場合は、SV的立場の人が支援を行うべきであることから、基礎的に児童福祉を学んでいる福祉職の採用を行い、市町村の後方支援ができるようなSV的存在である児童福祉司を育成するような長期の人材育成を見据えた採用、人事が必要である。

### (4) 保健師の位置づけについて

児童虐待防止対策で市町村支援を考えた場合、児童福祉と母子保健の連携が必要であるため、地域保健を専門とする保健師を児童福祉司としてではなく、児童相談所運営指針に規定してある保健師としての配置を行い、福祉と保健の繋ぎ役を行うような活用をする。

### (5) 市町村に対する後方支援の内容

①児童虐待に対応する市町村の窓口の相談機能が円滑にいくよう支援する。②要対協の機能が十分果たせるよう支援する。③児童福祉と母子保健の連携が密に行えるよう支援する。④市町村の児童虐待予防対策における課題を検証し、市町村支援をどのように行っていくかを具体化していくことである。

以上の5点が、児童虐待予防を機能強化できる児童相談所のあり方としてあげられた。今後、これらのことが整うことで、児童虐待予防が機能強化できる児童相談所になりえると考えられる。

そして、児童相談所の児童虐待予防の体制整備が強化され、市町村への効果的な後方支援が一層推進され、子どもたちの虐待の連鎖が減少していくことを期待したい。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 終末期透析医療の現状と課題 —「意思決定」をサポートするチーム医療体制について—

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980013 西川 奈保子

わが国における透析療法は 1960 年代に始まり、末期腎不全患者の治療法として定着してきた。しかし、当初は「金の切れ目が命の切れ目」といわれるほど高額な医療費がかかり、また、透析治療に必要な機械も不足していたため透析療法は誰もが受けられる治療ではなかった。そのため各地で患者会が結成され、国や地方自治体へ制度の制定を要望して命がけの運動が行われた。その結果、1972 年に身体障害者福祉法の適用となり、更生医療適用、1984 年に長期高額疾病指定による特定疾病療養受領証認定で医療費はほとんど公費となっている。

近年の透析患者背景の特徴は、維持透析患者の透析歴の長期化、新規透析導入患者の高齢化、糖尿病性腎不全患者の増加に集約される。わが国の慢性透析療法の現況によると、慢性透析患者数は、2009 年末で 290,675 人存在する。1 年間の導入患者は 37,543 人で、死亡患者数は 27,729 人であり、毎年約 1 万人ずつ増加し、国民 438.7 人に 1 人が透析患者である。透析導入時平均年齢は、67.3 歳と年々高齢化している。導入患者のうち、70 歳以上 90 歳未満が 47.1% であることから、高齢者であっても積極的に透析導入がおこなわれていることが窺える。また、透析期間 5 年未満の患者が全体の 48.6% を占めていることより、近年急速に透析導入が行われていることになる。透析導入の原疾患別にみると、以前は慢性糸球体腎炎が 1 位であったが、生活習慣病の増加により糖尿病性腎症による透析導入が急増しており、糖尿病性腎症が全体で占める割合は 44.5% である。腎臓病は、糖尿病や高血圧と合併すると心臓病や脳卒中のリスクが高くなり、死亡リスクも高くなる。このような透析患者の増加や高齢化は、

医療費や社会保障、通院や日常生活介助・介護などの面でさまざまな問題を生じてきている。透析患者は、通院や入院による血液透析を1回につき約5時間、週3回生涯続けている。わが国の透析患者の生存率は世界水準に達しているといわれるが、定期的に血液透析を受けなければ生命を維持できないという事実は、維持透析患者にとっては心身ともに辛い日々を強いられることを意味する。技術的には可能であっても、一旦導入してしまうと認知症やがんなどの疾患でターミナル期を迎え、自分の意思を伝えることができなくなっても、生命維持装置ともいべき人工透析を中止することは、今のところ非常に困難である。現実的には、高齢になるほど一人で通院が困難となり、80歳以上では約4人に1人が付き添いを要している。寝たきりになった場合の意向として、「通院の負担を考え病院に入院したい」が49.3%、「通院手段を確保して自宅で生活を続ける」が45.0%である。しかし、通院できないからといって生涯入院しておくことは、入院施設のベッド確保からみても困難であり、何よりも患者の生活の質や生きている意味は低下してしまう。単に延命のための治療ではなく、生活の質を重視し、自分の意思で、よりよく生き、尊厳ある死を迎えることが大事ではないかと考える。

透析患者は毎年2万人以上亡くなっている。死亡原因分類でみると、心不全や感染症、悪性腫瘍、脳血管障害が多いことから、病院で最期を迎える患者が大多数であるが、自殺／拒否も1.1%を占めている。そこで、筆者は終末期の透析患者の尊厳に注目した。いつか必ず訪れる透析終末期であるが、意思表示ができない状態になっても死ぬまで透析を中止できない現状を見直していかなければならないと考える。

本研究の目的は、末期腎不全患者の意思決定を、チームとしてどのようにサポートするか、また、透析患者が在宅死を希望する場合の地域医療連携の構築を提言することである。本研究では、患者の「意思決定」を切り口として論旨を展開するところに研究の意義があると考ええる。

第1章は、わが国の透析医療の現状を、透析の導入・中止の基準から概観する。諸外国は、医療国営型制度のため年齢で透析導入を制限しているイギリスと、透析導入や中止のガイドラインが整備され、事前指示書(Advance Directive)が普及してきているアメリカの透析事情を取り上げる。また、熊本

県は人口100万対において透析患者数が全国で最も多く、その現状と県としての取り組みを概観する。第4節では、わが国の透析医療制度を概観し、年々増え続ける透析患者に対して国はどのように対策を講じていくのか今後の方向性を探る。

第2章は、熊本県下の透析看護師を対象に「終末期透析医療に対する看護師の意識および関わりに関する調査」を行い、現状を分析する。筆者は、終末期透析患者が苦しいのは、医療者が究極の歩み寄り、つまり「死」について真に話すことをしないからだと考えている。また、インフォームドコンセントの場が少なく、チーム医療が充実していないからではないかと考えている。医師や透析患者・家族に対しては、実態調査が全国規模で行われているが、患者の一番身近で関わっている看護師への調査は行われていない。そこで、この調査により患者の意思決定のサポートやチーム医療連携に対する看護師のかかわりを検証する。

第3章は、終末期透析医療の現状と問題点について、身体的・精神的・心理的・社会的側面から終末期透析患者の理解を深める。終末期においては、どこまで透析を続けるか医療の現場では苦慮しているが、それには患者の意思決定を把握できていないという大きな問題がある。患者の意思がわからずターミナルステージに移行していく中で、透析中止に関して倫理観、法的責任など諸問題が山積している。透析を中止すれば、数日から数週間までの間に確実に死に至ることから透析患者の終末期にも緩和ケアが必要と考える。第4節では、がん患者と透析患者の終末期のケア体制の相違について述べる。

第4章は、終末期透析患者を取り巻くチーム医療の必要性について述べる。まず現状を概観し、透析看護師の役割と専門性を述べる。第3節では、透析の中止を自己決定した事例をあげ、その後のデスカンファレンスによりチーム医療のあり方を考察する。更に、この事例からの学びを「患者の望む生き方」をサポートするために活かした事例を報告する。第4節では、透析患者が事前の意思表示ができるような関わりをもち、事前指示書として書面に残す先駆的取り組みをしている施設に対してインタビュー調査を行い、紹介する。

第5章では、透析患者ができる限りその人らしく生き、最期を迎えることができるような支援として医療者側はどのようにかかわっていくべきか、そのた

めの課題と提言を行う。

まず、血液透析治療を導入するにあたっては十分な話し合いが必要である。末期腎不全の状態で、血液透析への導入を選択した患者は、食事や水分、時間など多くの制約があり、また長期透析になると種々の合併症に悩まされるなど、必ずしも生活の質（QOL）は保たれているわけではない。透析患者ができる限りその人らしく生き、尊厳をもって最期を迎えることができるためには、インフォームドコンセント（情報の共有から合意へ）の場の設定が必要である。この話し合いの場には、医師－患者・家族のほか、看護師の介入も不可欠である。そして、患者自ら選択した透析治療は、患者のQOLを高める、もしくは維持できるよう行われるべき治療でなければならないと考える。慢性的・長期的な経過の中で、患者・家族と医療チームは信頼関係を築き、情報の共有と合意のもとで継続できることが望ましい。その人らしい生き方、尊厳ある死であるために、患者自身が自分の命の行く末を考えることが大事であるが、医療者には、自分自身の死生観をもっていること、カウンセリング技法の習得、緩和ケアの知識などが求められると考える。

透析患者の在宅を長期的に支えるためには、医療サイドは連携を強化する必要がある。在宅支援は、治療・看護・介護の連携によるチーム医療であり、通院困難な状況においては、社会資源の活用は不可欠となってくる。日常生活や通院において介護が必要となってくると、透析施設だけでなく介護や福祉方面との連携づくりに着手するべきと考える。患者・家族、ケアマネジャー、医師、看護師、MSWなどができる限り一同に集まりケアプランを立てていくことが望ましい。情報の共有により、患者・家族－医療ケアチームとの合意ができ、今後どのような支援が必要か、プランを立てることができる。しかし、終末期を在宅で看取る家族の不安は大きい。終末期は特に、家族の不安や要望を細かく聞き取り、ひとつひとつ対応していくことは在宅支援上最も大切なことだと考える。患者の身体的・精神的・社会的問題に応じた質の高い在宅支援を提供するためには、地域における在宅支援システムを着実に構築していくことが重要である。在宅医療・介護、病院が相互に補完しあって連携し、緩和ケアを取り入れたチーム医療と地域医療体制の整備が必要である。

わが国でもリビング・ウィルの考え方や事前指示書がわずかずつ普及し始め

るようになり、また、在宅ケアの推進という社会的傾向は透析医療においても少なからず影響している。患者・家族、そして医療者も認識を変えていかなければならないと考える。透析医療に携わる者達は、透析施設との関わりだけでなく、地域の開業医や、訪問看護師との連携も構築していく必要がある。一事例一事例を大事に経験し、そのノウハウを共有することにより、終末期透析患者の尊厳を支えることができるのではないかと考える。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 職場における母性健康管理の課題

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980014 平野 美果

女性の社会進出が進み、妊娠中、出産後も働き続けることを望む女性が少しずつ増加している。しかし、現在でも妊娠や出産・育児を理由に退職する女性が多い状況が継続しているばかりでなく、結婚や出産・育児と仕事の両立が難しいために、それらを先送りする女性も少なくない。

結婚や妊娠・出産で就業を一時中断することが多い女性は、勤続年数を重視する我が国の雇用管理制度では、キャリア形成が非常に困難であり、女性の管理職は先進諸国と比べて極端に低い。法律の上では雇用の場における男女平等が確保されたとはいえ、実際には平等になったとは言い難い状況である。

雇用の場における男女平等が実現され、女性の能力が活用されるためには、妊娠・出産を行ってもキャリアを継続できる環境の整備が求められる。次世代を産むという母性機能は、社会全体で守られる必要があり、労働によって障害されることがないように、妊娠中も健康に配慮して働くことができる環境を実現する必要があると考えられる。

以前は、女性労働者は結婚、妊娠により退職することが一般的であったため、母性健康管理の必要性が十分認識されていなかったと考えられる。しかし、女性の就業継続への意識が変化してきていることもあり、今後、妊娠しても就業を継続する女性は増加することが予想されるため、職場における母性健康管理の必要性はさらに高まっていくと考えられる。

母性健康管理の充実は女性の活用につながり、企業にとっても優秀な人材の確保や定着、さらには企業イメージや業績の向上というメリットがある。また、少子高齢化が進む我が国において、女性の労働力は貴重な社会資源であること

もに、女性の活用策により出生率の上昇が期待できるという、社会的なメリットも大きい。そのため、多くの主体が積極的に関わって、母性健康管理を推進していくことが求められる。

本論文では、働く女性の妊娠期に着目し、職場における母性健康管理の現状と課題を明らかにして、事業者、産業保健スタッフ及び医療従事者、行政のそれぞれの役割を明確にすることを目的としている。

はじめに、我が国において職場における母性健康管理が、どのように進められてきたのかを明らかにするために、戦後の女性労働施策と働く女性の現状について考察した。

昭和40年代から高度経済成長を迎えた我が国では、「夫は仕事、妻は家庭」という戦後家族モデルが形成され、政府もそれを後押しした。女性は労働市場に進出したものの、雇用の場で男女平等を保障する法的根拠がなく、採用、賃金、昇進等の多くの場面で女性は差別されていた。

1985年(昭和60)年には雇用の場における男女平等を規定した男女雇用機会均等法が施行されたが、法的な強制力が欠けていたことから、男女平等の実現は困難であった。さらに、女性が家庭的責任を負うという、性別役割意識が残ったままでの法的な男女平等は、母性保護が周知されにくくなるとともに、女性労働者の負担を大きくするという弊害を伴った。

女性の社会進出が進む一方で、1990(平成2)年には、前年度の合計特殊出生率が過去最低の1.57を記録し、少子化が社会問題となっている。その後、仕事と家庭の両立を推進する政策が進められているが、少子化対策に重点を置いたものであり、妊娠期の女性労働者の健康管理や男女の平等、女性のキャリア支援という視点が不足していると考えられる。

母性健康管理とは、職場において母性が尊重され、女性が働きながら安心して子供を産むことができる条件を整備することであり、法律による妊産婦の保護のみならず、女性が働きながら子供を産む環境を整備する取り組みを指している。

母性健康管理を行うことが必要な理由は、次世代を産むという母性機能は、社会全体で守られる必要があるためである。さらに、母性健康管理が十分に行える環境を整備することで、男女が平等に職業上のキャリアを形成していくこ

とが可能になると考えられる。産む性である女性は、身体の構造が男性と異なるため、労働が及ぼす影響について十分に配慮する必要がある。

特に妊娠期は、物理的要因によって健康に影響を与えやすい時期であり、過去の多くの研究で、妊娠期の長時間の労働や、深夜労働、立ち仕事が多いことなどは、流・早産や低出生体重児などのリスクを高めることが示唆されている。また、妊娠期の女性労働者の多くは、妊娠に関連した身体的トラブルを経験していることが分かっている。

妊娠期の女性労働者の健康管理については、男女雇用機会均等法の制定や、その後の改正により、法律上は整備されてきている。母性健康管理に関する情報提供を行う web サイトの開設や、事業者や産業保健スタッフを対象とした母性健康管理の研修実施など、様々な取り組みも行われている。母性健康管理を含めた両立支援に積極的に取り組む企業の認定制度や、表彰制度などもある。

しかし、現状では職場における母性健康管理については、中小企業での社内規定の整備の遅れや、大企業においても周囲への業務負担増などを理由に制度が利用しにくい状況がある等、多くの問題がある。

今回、明らかになった課題には、事業者だけでなく、労働者や社会環境の問題もある。事業者の一番の問題は、母性健康管理の必要性を理解していないことである。また、母性健康管理の必要性を感じていても、制度導入の具体策がわからないことや、導入している制度が労働者のニーズに合っていないこと、相談体制や運用体制が整備されていないことも挙げられる。

労働者の問題としては妊娠期や育児期に利用できる母性健康管理の措置について認知度が低いことや、妊娠に伴う身体的な変化を受け入れきれず、健康管理よりも今まで通り働くことを優先してしまう場合があることである。

さらに、社会環境の問題としては、妊娠・出産に関わる医療従事者も母性健康管理の認知度が低く、行政からの情報提供も不十分であることから、労働者が必要な情報を得ることが困難な状況にあることである。

このような課題もあるが、母性健康管理に積極的に取り組んでいる企業や自治体も存在している。今回、母性健康管理の推進について示唆を得るために、先進事例の分析を行った。資生堂では労使間でのコミュニケーションツールの開発や、相談体制の整備を行い、積極的に女性を活用することで、女性社員の

高い定着率を実現している。姫路信用金庫では、人事部に所属する保健師が中心となって母性健康管理体制を整備し、運用においても力を発揮している。広島県では、事業者が母性健康管理の必要性を認識するための教育、普及・啓発活動や、事業主団体と協同での次世代育成支援等を行っている。

これらの事例から、母性健康管理の推進に必要なことは、①母性健康管理を推進するシステムづくり、②相談体制の整備、③管理職への女性の登用、④人事部門への保健師配置であるという示唆を得ることができた。

最後に、今回明らかになった母性健康管理の課題や、先進事例から得られた示唆を参考に、職場において母性健康管理を推進するための、事業者、産業保健スタッフ及び医療従事者、行政の役割について考察を行った。

事業者の役割としては、次世代育成を支援する体制をつくり、労働者が利用しやすい母性健康管理の制度設計と運用のしくみを整備することである。その際には、PDCA サイクルに沿った母性健康管理のマネジメントシステムを構築し、労使間のコミュニケーションや母性健康管理の相談が行える体制を整備していく必要がある。さらには、母性健康管理と合わせて、女性の活用策を行うことも必要であると考えられる。企業の社会的責任を果たすという意識を持って、事業者の役割を果たしていくことが求められる。

産業保健スタッフ及び医療従事者の役割としては、事業者の役割である母性健康管理のマネジメントシステム構築について、必要な助言を行い支援することである。労働者のニーズを把握しやすく、妊娠期の健康管理について専門的知識のある産業保健スタッフは、制度運用時の支援だけでなく、制度設計の段階から関わるのが求められる。保健師は、システム化・施策化を行う機能を持っているため、特に重要な役割を果たすと考えられる。

行政の役割としては、①情報提供機能、②コーディネーター機能、③インセンティブ機能が求められる。情報提供機能とは、母性健康管理に取り組むメリットを周知していくことである。さらに具体的なノウハウの周知や助言等を行うことも、情報提供機能の一つである。コーディネーター機能とは、自治体の次世代育成支援行動計画の策定、実施、評価に、事業者や労働者が関わることでできる環境を整備することである。各主体が出会う場を提供し、その目的や目指す方向を調整していくことが求められる。インセンティブ機能とは、母性

健康管理に積極的に取り組む企業に対し、入札資格審査等での優遇や、認定、表彰等を行うことで企業のメリットを大きくし、制度の普及を図ることである。そのことが目的となつてはならないが、啓発活動の一つとしては効果的であると考えられる。

さらに行政の役割としては、事業者への働きかけばかりでなく、労働者への教育や周知・啓発活動が重要である。自治体には母子保健に関する知識の普及という義務があり、地域における母性健康管理の推進に重要な役割を果たすことが求められる。妊娠判明時には約7割の女性が就労しているため、労働者である妊産婦を対象とした視点での支援が求められており、妊産婦への教育・普及活動のあり方も見直す必要があると考えられる。

さまざまな主体が連携し、それぞれの役割を果たしていくことで、職場における母性健康管理の課題解決につながると考える。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 看護師の人的資源管理 — 短時間正職員制度導入の意義と課題 —

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980015 堀田 春美

国民医療費の増大に起因する医療制度改革や変化が著しい医療環境を背景に、多様化するヘルスケアニーズに対応し医療の質と看護サービスの提供を保証するためには看護師の確保と定着が重要課題である。

本論文は短時間正職員制度が看護師の就業継続を可能とし、キャリア形成に繋がり人材を活かす働き方として、その導入の意義と課題について提言するものである。

本制度は一般的にはワーク・ライフ・バランス（WLB）による女性の労働人口確保を目的とした子育て支援対策として認識されている。看護師にとっては中堅看護師の仕事と生活の両立を可能とし、専門職として知識と技術を積み重ねることができる働き方として活用できれば、経験豊かな中堅看護師が職場に多く従事することになり、安全で質の高い医療と看護サービスの提供に繋がる。ここでは看護師が専門職として能力を発揮するためのキャリア支援システムであるという認識のもとに以下の問題意識について論文を展開する。

#### 1. 看護師個人の就業継続とキャリアの認識

本制度は看護師個人の就業継続に対する認識と専門職としてのキャリア意識が高くなければ活用の認識には至らない。女性が圧倒的多数を占める看護師は就業環境とライフイベントとの関連から仕事と生活の両立困難により離職を選択することが当然とされてきた。看護師個々の専門職としてのキャリア意識について検討が必要である。

## 2. 本制度導入における看護管理者のマネジメントの課題

中堅看護師は「交代制勤務」、「夜勤」ができなければ離職を余儀なくされてきた。画一的な働き方を醸成してきた看護組織風土と従来の人事労務管理における旧態依然としたマネジメントでは看護師の働き方は変わらない。本制度を人材活用と個々のキャリア形成への支援体制として構築するには看護管理者の意識改革と働き方に対する認識、人材育成のマネジメントのあり方の改善が求められる。

## 3. 組織の人材の活用と処遇の課題

医療機関では経営における医療サービスに対する認識が未だ浅く、医療の効率化と質とのバランスに対する人材活用の視点が培われていない。とくに看護ケアは可視化による評価が困難で看護サービスが無形性であることから、組織において看護師は医療サービスの質に影響する人材であるという認識が明らかにされていない。したがって看護師の確保と定着および中長期的な人材育成とその対策は病院経営との関係において重視されているとは言い難い。

先行研究は本制度導入モデル事業病院の取り組み報告が中心である。本論文では人的資源管理の手法として本制度の意義とキャリア形成の関連を明示したことが先行報告との違いである。

本論文は5章構成とし論旨を展開している。

第1章ではわが国の医療制度と看護について、医療制度改革における医療環境の方向性と看護の動向、および看護師の就業と離職の現状を概観し、看護師の就業継続の必要性について論じた。医療の適正化を目的とした医療制度改革が急性期病院に求める役割は、医療の効率化による入院日数の短縮、高度医療と救急医療に特化することによる医療の質の保証と向上、医療費の適正化と安全確保である。これらの方針は病院の収入に直接影響する診療報酬制度により推進される。

2006年診療報酬改定では看護職員配置において実質配置「7対1入院基本料」が創設され、急性期病院の医療サービス提供には、看護職員の増員と確保を重視していることを指摘した。

またわが国の看護師の就業状況は、先進国の3分の1以下と絶対数が不足していることを明らかにした。慢性的な看護師不足について離職の実態からその

要因を分析した。看護師の離職率は常勤看護職員 11～12%（10 余万人）、新卒看護職員は 9%（約 4 千人）である。離職の主たる理由は仕事と生活の両立困難であり、その要因は「8 時間労働」、「交代制勤務や夜勤」、「長時間労働」を正職員雇用の必須条件としてきた看護師の労働環境であることが浮き彫りになった。

第Ⅱ章では本制度導入の背景および目的と意義について考察し、その現状について述べた。本制度は職場環境特性から就業継続が困難とされてきた看護師の働き方を大きく変え、経験を積み個々のキャリアが磨かれ医療の質に寄与する人材の育成となる。

看護師における本制度導入の意義は、①優秀な人材の確保につながり、定着率が向上する。②採用コストや教育訓練コストが削減される。③看護師個人のモチベーションアップとなる。④社会に対するイメージアップに繋がることを文献から明らかにした。

また本制度の導入は 3495 病院における調査では普及率 25%程度であり、全国の病院約 8700 施設の規模から考えると導入が進んでいるとは言い難い現状であることを示した。また参考例として豪州の看護師は働き方の多様化とキャリア形成がシステム化され、組織の活性化に繋がり医療の質を保証している仕組みについて紹介した。

第Ⅲ章では本制度導入の課題について以下の 3 点から論述した。

看護師のキャリアについて、一般的なキャリアの認識である職業上での経歴に留まらず、女性のキャリアの特徴、看護職のキャリアの特徴から論じた。専門職として生涯における職業生活を通じて自己実現していくキャリア形成を重視する必要性について明らかにした。また個人の目標管理のあり方は病院の成果主義の要素が大きく、短期間の成果を意識したものであり、個人のキャリア形成における目標との統合との関係について検討が必要である。

看護管理者は本制度を人材活用の働き方とするための看護管理機能について論じ、看護管理者の働き方への意識改革と体制作り、短時間正職員の配置と業務整理、慣習的な働き方を醸成してきた労務管理と組織文化からの脱却、就業継続の影響要因である職務満足向上の必要性について論述した。

組織は看護師を病院経営に影響を与える人材戦略として認識していない。病

院の職員構成では看護師が圧倒的多数であることから人件費における経営への圧迫が問題視されやすい傾向にある。正職員と短時間正職員の人件費について明らかにし、本制度導入における「リスク」と「質」と「経営効率」について検討し、人件費と人的資源の活性化の検討の必要性を論じた。

第IV章では前章までに論述したことを補完するために、150～500床の病院に勤務する看護師546名を対象に就業継続と本制度導入に向けた意識調査を行った。

ここでは職務満足度、本制度導入への認識、キャリア意識について考察した。看護師は就業継続への認識が高く、私生活との両立、納得いく看護を最優先していることが確認された。

また職務満足が高いほど就業継続の認識が高く、その中でも看護管理者の承認行為が影響していた。本制度の活用の認識には職務満足度とキャリア意識が関係することが明らかになった。しかし本制度の活用は子育て支援としての認識が高く、自己のキャリア向上のためという認識は低く、看護師個々の就業継続におけるキャリア意識への課題が明確になった。

第V章ではスムーズな短時間正職員制度導入に向けて個人、看護管理者、組織の側面から提言した。

### 1. 個人のキャリア意識の向上

看護師は専門職として就業継続することが医療の質保証に繋がり、社会的責任から自己のキャリア形成に自律性を持ち、本制度を自己のキャリア形成のためのツールとして活用することが必要である。

女性としてのライフイベントを含めた人間的成長をキャリアの一部として受け止め、自己の中長期的なキャリア形成と組織の目標管理を統合していくことが求められる。

### 2. 看護管理者の支援

看護管理者は経験を積んだ中堅看護師が医療や看護の質に影響を及ぼす重要な人材であることを認識し、看護管理機能を発揮し本制度を看護師の就業継続を可能にするシステムとして構築し、マネジメントしていくことが必要である。

そのためには看護管理者自身が画一的な働き方を醸成してきた組織文化か

ら社会情勢の変化に応じた多様な働き方へと認識を改め、パッチワーク的（1日当たりの勤務時間をつぎはぎし必要看護配置数を満たす体制）な勤務管理への発想の転換を図ることが求められる。

また自己の今までのキャリア形成や人生経験を活かし、看護師のキャリア形成の支援者としてキャリア・カウンセリングの機能を発揮することがこれからの看護管理者の重要なスキルとなる。

### 3. 組織の支援

組織は良質な医療の提供と健全な医療経営に取り組むためにはどのような人材を育成したいのか人事戦略の視点から本制度の導入目的と処遇を明確にすることが重要である。本制度を活用する看護師は、いずれはフルタイムにもどる人材であり、経験を積んだ中堅看護師の力量は多大な即戦力になる。

このことから就業継続とキャリア形成、ライフイベント、働き方の関係を効果的にマネジメントし病院経営に貢献する人材を育成する人事システムとして構築することが必要である。

看護師にとってライフイベントとの両立を図り、就業継続することは今までの課題であった。本制度は正職員として就業継続を可能とし、身分や処遇が保証されることにより、自己の看護師としてのキャリア形成と人生設計が描ける働き方と言える。従って個人にとっては専門職としてのキャリア形成が可能となり、組織にとっては看護師の就業継続により医療の質保証に繋がり、結果的には国民への安心で安全な医療に還元される。

本制度は看護師の働き方を変革するきっかけとなり、看護師の就業継続に繋がる事が認識できた。しかし病院経営者や組織まかせの推進では人件費と病院経営の課題から困難な要素も多々で限界があり、ヘルスケアを支える人材の働き方として法的な制度整備と積極的な支援対策が望まれる。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 在宅療養に向けた退院調整のあり方に関する研究 ～急性期病院に勤務する看護部責任者の認識を視点として～

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980017 前野 かつ子

日本は他に類をみないほどの速さで高齢化が進み、それに合わせて伸び続ける国民医療費は大きな社会的問題になっている。人口問題研究所の推計によれば、2005 年を境にして出生数を死亡数が上回り、以降 2040 年までは死亡数が急増し出生数が減少するという傾向が続く。さらに 2025 年に日本では団塊世代が 75 歳以上となり高齢化のピークを迎え約 3,500 万人に達することが予測され、その時点で死亡者数は年間 160 万人に達し、現状に比べ 50% の増加となると推測されている。現在、人々の死亡場所の約 80% が病院や診療所であることを考えると、それだけでも医療の在り方を根本から見直す必要がある。高齢化は疾患の罹患率が増えるばかりでなく、認知症高齢者の増加を招く。高齢化に伴い施設入所や入院が増えるため、さらに医療の在り方を見直す必要がある。その医療の方向性の一つが在宅医療である。

国は確実に政策誘導し「在宅シフト」を進めている。従来の医療システム、病院・施設中心の医療とケアでは、超高齢化により限界に達し経済的に無理になってきているためである。一方往診や訪問看護等の充実、医療機器の進歩等により、高度な医療についても在宅で行うことができるようになってきているため「在宅シフト」は決して難しいことではなくなっている。また、高度な医療をうけることが生命の尊厳に繋がるか疑問を持つ人が増えている。最後まで病院での治療を望むのではなく、住み慣れた地域で過ごせる在宅医療が社会的にも政策的にも推進されていくことが期待されている。

しかし、1999 年の患者取り違え事件等の医療事故の報道をきっかけに、小児

科や産婦人科の医師を始め医師不足がおこり「医療崩壊」が問題になってきた。2004年には広くさまざまな科を2年かけて研修する医師臨床研修制度が義務化され、研修医は地方に留まらなくなり、地域医療は崩壊し在宅で療養をしたくても在宅医療にスムーズに移行できなくなったのである。さらに、平成の大合併により市町村は広域化・大規模化し身近な地域の関係が変化している。バブル経済崩壊後の不況や財政危機、格差の拡大、少子高齢化の進展といった個人の力だけでは解決できない問題が多くなっている。単独世帯や夫婦のみ世帯の増加など家族形態が変化する中、一般世帯に占める高齢者夫婦世帯及び高齢者単身世帯の増加や核家族化、少子化の進行、都市化による地縁的なつながりの希薄化などにより、従来地域社会が持っていた生活共同体としての互助の機能が弱体化し、家庭等で対応されてきた保育や介護なども社会に求められるようになってきている。

地域医療の崩壊、地域社会の崩壊、家族関係の崩壊を背景に、患者は自宅に帰りたくても帰れず、生活をするための行き場を失くしている。これを改善し、治療が終了した患者が望むところで生活を早期に開始できるようにするためには、多職種が協働して退院調整を行う退院調整部門が必要である。また、平成15年に医療費適正化政策としてDPC（診断群別包括評価）が導入され、これにより在院日数の短縮化が一気に進み、医療依存度の高い患者に対する看護師による退院調整が必要になった。

平成22年度診療報酬改定では、急性期治療を受け病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて看護と介護が切れ目なく提供されるよう介護保険サービスの活用を含めて調整する観点から、慢性期病棟等退院調整加算、急性期病棟等退院調整加算が新設された。超急性期と急性期、急性期と後方病床の役割区分等の機能分化はもとより、医療と福祉の連携を推進している。看護師が退院調整部門に専従で配置されることの有用性は、患者の身体状況に合わせた退院後の療養生活に必要なサービスや資源が検討できることである。在宅療養への調整において退院調整部門に看護師が配置されるべきだが、平成21年度の調査では配置できていない施設が50%に及んでいる。配置できていない原因を導き出すために看護部の人事権を有し、組織運営の方針に影響を及ぼす看護部責任者の認識に着目した。

看護師が配置された退院調整部門の設置が進まない理由として看護部責任者の退院調整に対する認識不足、評価指標の欠如、政策誘導の欠如があるとの問

題意識をもとに、特定機能病院、地域医療調整病院に勤務する看護部責任者へ退院調整に対する認識についてのアンケート調査とA県内の急性期病院に勤務する看護部責任者への退院調整部門の設置の効果について面接調査を行った。

本論文では調査から得られた結果をもとに退院調整部門の設置や退院調整を阻害する因子を明らかにし、在宅療養に向けた退院調整における看護部責任者の役割を考察することを目的とした。

調査の結果、退院調整部門の有無に関わらず看護部責任者の看護師の免許取得は3年課程専門学校が70%を超えていたが、退院調整部門がある病院の看護部責任者の最終学歴は大学卒業以上が35人(37%)になっている。30人が上級学校へ進学していた。退院調整部門がある病院の看護部責任者は認定看護管理者が27人(30%)おり継続的に学んでいる。看護部責任者はその職位の役割を自覚しており、自ら学び続けることで医療環境の変化を捉え、質の高い看護を提供するため活動方針や活動計画を決定し組織運営に活かしている。また、退院調整部門がある病院の看護部責任者は医師や事務その他の職種から適時に情報収集をしている。看護部責任者の積極的に関わる姿勢が在宅療養に向けた退院調整部門にも反映している。在宅療養に向けた退院調整の推進は看護部責任者の積極的に学ぶ姿勢や行動力等属性が関係する。属性による認識の違いは看護師になる時に受けた過去の教育等ではなく、自ら学び続けるという積極的な生き方によるものである。

また、退院調整部門設置がスムーズに進まない原因は、効果を示す指標がないからではなく、退院調整部門や退院調整看護師の業務の不明確さや人材確保の困難さ、在宅調整のサービスが不足していることである。政策誘導に順じた形で平成22年に多くの医療機関が退院調整部門を設置していたが、退院調整部門の体制の構築、退院調整看護師の役割の明確化はできていない。在宅療養に向けての退院調整が推進されるためには「退院調整看護師の選出基準は何か」、「組織図のどこに配置し、誰の指示のもとで活動するのか、上司はだれか」、「権限はどこまであるのか」、「業務の内容は何か」、「職位は」、「職種と部署の関係においてどこまで裁量があるのか」、「賃金(手当)はどうするのか」、「どのような職種で構成にするのか」等検討が必要である。

看護部責任者には組織を存続させていくという使命がある。医療政策の動向を見極め、今は診療報酬上の評価が不十分でも5年後、10年後の医療環境を推

察し組織運営を図ることが求められる。今後の退院調整部門の役割を考えると退院調整を適切に行うための多職種と多人数を確保すべきである。退院調整部門の職員配置の調査で1施設のみではあったが医師が退院調整部門に専従で配置されていた。在宅療養での不安は急変時に対応してくれる病院がないことを訴える患者が多い。医師が退院調整に関わることで医師との連携は充実し、医学的な予後を見据えた調整が可能になり患者・家族は安心して在宅療養を継続でき、在宅療養がスムーズにいくことができる。今後このような施設が増加することを期待するが診療報酬上の評価が必要である。看護部責任者は「在宅調整のために政策誘導は効果的である」と考えているため在宅療養を推進するためには、退院調整に対しさらに政策誘導されることが期待される。

看護部責任者は退院調整部門の設置を含め組織運営時には、病院経営者へのアプローチが必要であると考えている。組織を運営し管理していく上で診療報酬改定や医療環境の変遷を見極め、病院経営者が納得できるような資料の提出も必要である。経営的視点ばかりではなく患者・家族がどのように思っているかも伝えることができなければならない。病院経営者を納得させるために知識や交渉力も身につける必要がある。退院調整部門を設置している施設の看護部責任者には副院長を兼任している人が多い。病院組織の政策決定に関わるポジションを獲得する働きかけはこれからの看護部責任者に求められる活動である。

退院調整部門に看護師の配置を阻害する因子として①看護部責任者の積極的な学ぶ姿勢・保険点数や診療報酬の変化への対応力（看護部責任者の属性）②退院調整の業務基準の不明瞭さ③退院調整看護師育成の方法の未確立 ④在宅調整のためのサービスの不備 ⑤人材の確保や退院調整システムの未整備の示唆を得た。また、退院調整を促進するためには、看護部責任者は副院長職の職位や経営会議の参加、病院経営者との意志の疎通等、経営者としての認識と取り組みが必要である。

看護部責任者は組織の方向を決め、人を配置し必要な予算を配分する権限を有しているため、看護部責任者が退院調整に対する認識がなければ組織として退院調整に取り組むことはできない。看護部責任者の退院調整部門に対する認識がどれだけ高いかは在宅療養を推進するために鍵となり、退院調整のつなぎの役割を担う退院調整看護師は認定看護師として育成される必要があると考える。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 介護サービスにおける予防重視型システムの現状と課題

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980018 松本 美和子

(問題意識)

2000(平成 12)年 4 月、急速な高齢化と核家族化の進行、社会的入院の増加、将来に向けての安定した財源の必要性があることなどを背景に、高齢者の介護を社会全体で支えあうことを目的とし、介護保険制度が導入されて 10 年が経過した。

この間、介護保険法附則において 5 年の見直しの実施規定や、介護財政の悪化、軽度者(要支援と要介護 1 と判定された者)の大幅な増加と軽度者に対するサービスが状態の改善に繋がっていないことが明らかになった。そして「高齢者が尊厳を保持し、有する能力に応じた自立した生活を営むことができるような社会を実現する」ために保険給付等の見直しの必要性もあり、2006(平成 18)年 4 月より改正介護保険制度が施行された。その制度のなかで注目されたのが、予防重視型システムへの転換である。

実際に事業が開始されたが、利用者は介護予防ケアマネジメントにおいて、新予防給付内でのサービスの制限とサービスの利用回数の縮減、また介護予防事業に関して、対象者自身の「予防」に対する認識や介護予防事業の認知度の低さ、事業終了後の継続的なアフターケアがなされていない等の問題がある。

このような日本の介護予防事業とは対照的に、「福祉の先進国」の北欧では高齢化の進行を懸念し早期から介護予防を実施している。

本論文では、日本の介護予防の現状を踏まえ、利用者にとっての現在の予防重視型システムの課題を明らかにし、北欧の介護予防事業の実際を参考にしながら、今後の介護予防システムのあり方について検討することを目的とする。

## (論文の内容)

まず、介護における予防の必要性について述べる。2007(平成19)年10月においてわが国の65歳以上の高齢者人口は2,746万人に達し高齢化率は21.5%である。一般的に高齢になれば運動機能等全身の機能低下や複数の慢性疾患に罹っている人も少なくない。加えて親しい人を失う等精神的なダメージにより、その後身体面、精神面で急速な変化が起き、日常生活動作の低下につながりかねない。このように、高齢者は様々な環境の変化にさらされることで、要介護状態になるリスクは上昇する。それとともに、高齢者にかかる医療費・福祉予算の問題、地域における介護問題等社会状況に応じた対策が必要となる。

介護における予防は、国際生活機能分類における生活機能の考えに基づいたもので、その対象は、障害のある人だけではなく全ての人である。「参加」することに主目標を置き、その為に「活動」できる目標をあげ、さらに高齢者がもっと活動できるように「心身機能」の目標を設定することで、生活機能の低下を防ぎ、生活不活発病を予防し要介護状態への移行を遅らせることになる。2006(平成18)年の改正介護保険法や、2000(平成12)年以降に施行された幾つかの法の中でも「予防は国民の責務」であることが強調され、主体的に健康維持を行うよう求められている。

改正介護保険制度では、急速な高齢化の進展に対し「給付の効率化・重点化」の推進や「明るく活力のある超高齢社会」の構築を目指し、高齢者が出来る限り健康で活動的な生活を送ることが出来るよう「予防重視型システム」に切り替えた。

予防重視型システムの内容は、①軽度者を対象とする新予防給付の創設である。要支援状態を要支援1・2に区分し、保険給付は「介護予防」になる。新予防給付にかかるケアマネジメントは地域包括支援センターが行う。②地域支援事業の創設である。なかでも介護予防事業は65歳以上の高齢者を対象に、効果的な予防事業を実施する。

新予防給付では、保険給付の区分支給限度額の大幅な引き下げが行われ、要支援1、2ともに従来の要支援、要介護1と比較して2割～4割の縮小である。また介護サービスを再編成し、介護予防サービスとして利用者に提供される。

介護予防ケアマネジメントは、本人が何をしたいのかを優先し「できること」

を増やし、本人の希望する生活に近づける為にどうしたらいいか等にポイントを置き、利用者の生活機能向上の意欲を引き出すようなケアマネジメントを行い、介護予防ケアプランを提供する。このケアプラン内に位置付けられる支援は、できるだけ公的給付に依存せず、家族の援助、地域における社会資源等の利用を優先する。

地域支援事業の介護予防事業は、介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策があり、介護保険の財源の約 3%の保険料を使用し行われる施策である。

ここでは、法改正により予防に重点を置いたやり方は利用者にとってどのような影響を与えているのか考える。

新予防給付では、各判定結果で区分支給限度額が決まっている。その区分支給限度額において利用できるサービスが自動的に制限されるが、これは3年毎の介護報酬改定とサービス単価に起因する。特に介護予防訪問介護は高くなる傾向にある。また介護予防サービスの料金体制は月単位に包括払いとなり、利用者のニーズとかけ離れた料金設定となる。これにより利用者がサービスの利用を控える事や、自己負担を強いられる状況となり、さらに唯一の社会とのつながりを断たれる結果となっている。介護予防通所リハビリでは機械を使用しているのトレーニングにより印象を持っていない高齢者も多く、利用しない人も多い。

厚生労働省は介護予防施策前後の費用対効果について、施策を行なったことで悪化した者は減少しており新予防給付は優れたものとして報告しているが、要支援1、2と判定された利用者は多くのサービスは利用していない。平均給付単位数と平均利用率は要支援1では4,970単位の区分支給限度額に対して2,347単位で47.2%、要支援2では10,400単位の区分支給限度額に対して4,177単位で40.2%となっている。また要支援状態区分の変化では、維持は要支援1、2ともに70%程度であるが、悪化している人が要支援1では27.7%、要支援2では18.7%となっており、この状況はサービスの利用状況に関係していると考えられる。このような状況を作らないために利用者の現状を確認した上で、利用者の状況にあわせたサービスの利用ができるような仕組みの検討が必要であり、地域における社会的サポートの活用を進めていく必要がある。

介護予防ケアマネジメントにおいても区分支給限度額と介護報酬の影響は大きく、必要なサービスであるにもかかわらず、利用を自粛せざるを得ない利用者や、他方では、今のサービスで十分と思う利用者がある等、認識は様々である。それ故に、適正なケアマネジメントがなされているのか言い難い。利用者自身もケアマネジメントに対して興味を持ちどのようなマネジメントがなされているのか認識を持たなくてはならない。

介護予防事業については、2006(平成18)年の事業開始後から2009(平成21)年まで、特定高齢者施策に参加する対象者は微増で参加者も0.5%程度である。一般高齢者施策では、介護予防普及活動に関しては自治体も力を入れているが、予防活動支援事業に関しては、半数が実施出来ていない。それでも事業により閉じこもり解消等の効果と費用対効果では成果は得られていると厚生労働省は報告している。

対象者の状況は、事業終了時は8割が身体機能の維持・改善が出来ていても、終了後のアフターケアがなされておらず、追跡もない。また事業の認知度等について厚生労働省が行ったアンケートでは、介護予防事業の認知度は上がっている半面、「関係ない」等の意見もある。それでも、今後の事業のあり方については、約半数が「継続」に期待していることから、今後も継続的に行うことに意味がある。そこで、対象者に対して家庭訪問を導入してみてもいいのではないか。必要な指導等行う事で介護予防につながると思える。

ここで、福祉の先進国のスウェーデンとデンマークでの介護予防事業を見てみよう。

スウェーデンでは、1992年に行われたエーデル改革により、医療と介護の取り扱いを明確にし、主にコミュニケーションに介護の権限を与え責任の所在を明確にした。この改革により、高齢者が在宅で生活できる可能性が高くなる等の成果が得られている。介護予防の取り組みは、デンマークの予防介護活動を参考にし、予防的家庭訪問を導入した。対象者は専門職の訪問により指導を受けることで、ひいては社会とのつながりを実感できている。また対象者だけではなく介護者の支援にも力を注ぎ支持を得ている。

デンマークでは、早い時期から「予防」の必要性に注目している。1970年代より地区で実施していた家庭訪問を「予防的家庭訪問」とし、1990年代以降は

多くの自治体が積極的に導入している。権限は各自治体にあり独自のプログラムで実施しているが、対象者からは「満足している」等好意的な声が聴かれている。

#### (結 論)

介護予防と自立を考えるうえで大切なことは、介護が必要でもサービスを利用し重度化しないように心がけながら、自分らしい生活を組み立てていつまでも自己決定ができる状態を保つことである。福祉国家といわれるスウェーデンやデンマークの介護予防の取り組みは、長い時間をかけ「予防的家庭訪問」を実現し、その効果は住民の声から聴き取れる。また、スウェーデンは介護者も介護予防の対象者と考えサービス提供体制を整えている。

これらから、日本の介護予防サービスにとって重要なことは、高齢者の尊厳を守り、安心して生活ができる環境を作りあげてくことである。高齢者の「人」としての生きる権利を保護し、それが「当たり前」になるシステムの構築が求められている。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 安全な看護サービス提供への課題 ～看護配置基準のあり方～

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980020 宮田 千春

我が国の医療界を取り巻く環境は医療の高度化と対象ニーズの向上や要求される専門性の向上、科学的根拠に基づいた医療の必要性等複雑でリスクの多い状況にある。しかしながら医師不足をはじめとする医療従事者の労働環境は悪化の一途を辿り、とくに看護師の労働環境は看護師のバーンアウトや離職、人員不足という問題に留まらず医療や看護サービス提供に大きな影響を与える、看護職の確保と定着、そして看護配置基準のあり方は重要課題である

我が国の看護配置基準は医療法施行規則第 19 条では看護師及び准看護師の人員等の基準を言及し、診療報酬制度では「診療報酬上の看護職配置基準」として公的に看護サービス評価が設定されている。現在の我が国では看護配置基準 7 対 1 が最も高い基準で、これは従来の患者 1.4 人対看護師 1 人に相当する。しかしこの基準でも看護師 1 人が実際に受け持つ患者数は日勤帯 5 人、夜勤帯 10 人である。また、この基準は看護職の頭数のみで患者に必要な業務量算定に基づいてはならず、看護能力の考慮も無く、患者ニーズへの十分な対応やの安全性の保証は困難である。

一方、先進諸国の急性期病院では医療供給体制の相違はあるが、患者 1 人対看護師 1 人体制であり、我が国の看護師は多くの患者を受け持ち、本来の看護師業務以外に周辺業務に翻弄され、多くの看護師がバーンアウトに陥り離職へ繋がっている。この状況は看護師の健康や患者への安全、安心な看護サービスの提供のために検討すべき課題であると言うのが筆者の認識である。

本論文は文献研究を主として、我が国の看護職配置基準の課題を明らかにし、

またこれを諸外国との比較検討から安全な看護サービス提供のための看護職配置基準を考察し、効果的な業務量算出ツールの導入と適応範囲の拡大、看護師の専門性と看護実践能力、経営者および看護管理者の認識の3つの問題意識の元にIV章構成で論文を展開している。

第I章では看護配置基準の概念と意義について、国際看護師協会の文献から患者のニーズに応じた看護配置であると定義した。さらにその意義は安全な看護職配置とは相応のスキルミックスを有する適正数のスタッフが患者のケアニーズを満たしているか、危険のない労働環境が維持を常に確認可能であることと定義<sup>1</sup>から、本論では患者に必要な看護師数であり、患者のニーズに応じた看護サービスの提供の根底であることを明らかにした。さらに我が国の看護配置基準と診療報酬の変遷を概観し、1994年新看護体系創設以来、看護配置基準によって診療報酬が支払われる仕組みが確立した事を述べ、これは看護師の頭数がその病院の経営に影響を及ぼし、看護師の需要が経営上の視点のみで決定され患者のニーズという視点が欠落している事を指摘した。

安全な看護サービス提供への課題では、まず看護サービスの概念を明らかにするために、文献からサービスの概念と医療サービスでの相違点を論じた。その中で医療サービスは医療者と患者の共同的活動であり、質の保証が課題である事を明らかにし、医療サービスのサブカテゴリーである看護サービスの概念をサービスの概念や先行研究等から、看護の対象者側の視点に立ち、顧客満足に焦点を当てた看護ケアであるとした。さらに、安全な看護サービスの課題として世界の健康問題と看護師の状況について厚生労働省や総務省統計局、世界保健機関のデータにより調査した。健康問題は先進国では高齢化による疾病構造の変化や慢性疾患、肥満等である一方、発展途上国では飢餓や感染症の問題と健康格差や複雑さが増し、ヘルスケアニーズは増大している。これに対応する保健医療従事者の不足が世界的な課題であり、その中核である看護師の確保と定着のための労働環境整備の必要性を論じた。

第II章では看護配置基準の現状と課題を以下の3点から論じた。

#### 1. 効果的な業務量算出ツールと適応範囲への課題では業務量算定ツールは米

<sup>1</sup> International Council of Nurse 「SAVE STAFFING SAVES LIVES」(2006)  
[http://www.icn.ch\(2010/10/4\)](http://www.icn.ch(2010/10/4))

国や豪州では既に実施され看護配置基準はケアの内容や患者の状態に基づいている事を紹介し、わが国では業務量算定に基づく看護配置基準ではない根拠を明らかにした。我が国の業務量算定ツールは文献と先行研究から、Tranomon Nursing System（以下 TNS とする）と看護必要度について論じ、TNS は看護資源の効率的利用のための科学的システムとして十分に効力が発揮できず一般化されなかった。一方、看護必要度は、我が国で初めて患者の看護サービスの必要量を示す指標となり、この誕生の背景は診療報酬における看護配置基準の引き上げに際し、それに見合う適正な看護の業務量の算定を必要とされた事であり、換言すると看護領域から提供している看護サービスの質に対して患者への説明責任（Accountability）を果たす必要性を問われた事を明らかにした。

適応範囲についても米国や豪州の実際を紹介し、我が国との違いは24時間適応と病棟の一日平均である。そのため夜勤帯受け持つ患者数が増加しインシデント発生等のリスクが上昇する。さらに、看護師の業務は夜間には他職種の業務迄を負擔し益々増加する。これによる弊害やリスク対策のためにも配置基準の常時適応の必要性を論じた。

2. 看護の専門性と看護実践能力については、看護師の業務範囲は保健師助産師看護師法（第5条）において、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話、又は診療の補助」と定められ、看護師の専門性はこの「療養上の世話」である。療養上の世話とは、患者の症状の観察、食事の世話、清拭、及び排泄の世話であり、これは看護師が独自で判断して実施すべき業務である。しかしながら、先行研究から現場では看護師自身にその意識が低く、看護師の自律した業務として実施されていない現状があり、この専門性に対する意識の低さが他職種や看護補助者との業務分担の不明瞭さを生じ、看護師が担う業務量の増加の一因であると指摘した。看護実践レベルについてはわが国では、新人もベテランも診療報酬上では看護師1人としてカウントされ、この能力の差が提供される看護サービスの質を左右し、患者安全の観点から検討の必要性を論じた。

看護管理者の課題としては、先行研究から看護配置や診療報酬等に対する認識の低さが明らかになり、看護サービスの質評価の視点、勤務計画表提示の根拠等、自らの看護観の展開を行い、その改善のための科学的根拠が脆弱であることを論じた。さらに、経営者の視点としては、患者のニーズに応じた看護配

置が安全な看護サービス提供繋がり、看護師の勤務環境改善が離職防止、最終的にコスト削減に繋がることへの認識の必要性を指摘した。

第Ⅲ章では看護配置基準の源となる医療制度を諸外国と比較検討しその特性を述べ、看護配置基準や看護教育制度及び業務範囲について文献レビューを行った。ドイツや韓国は我が国同様に公的医療保険が充実し、米国や豪州は民間保険加入が一般的であるため医療機関もコスト意識が高く、経費削減が看護師削減に直結することを明らかにした。診療報酬の支払い方式では、1980年後半米国で開発された診断群分類：Diagnosis Related Group が豪州、韓国、独逸版に改良され導入され、コスト削減が目的であることを論じた。

看護配置に関する研究は米国や豪州では盛んに行われている。その背景には看護師の労働環境改善があり、看護師自らの行動が患者のニーズに応えるべく業務量測定ツールの開発に繋がり、得られたエビデンスから看護配置基準の制定に繋がったことを明らかにした。

看護配置基準は医療制度の違いや診療報酬との関係が強く、一様に比較することはできない、これらの相違点を踏まえた看護配置基準のあり方の検討が必要であることを論じた。

看護業務範囲や教育制度、看護配置基準については国際看護協会や各国の看護協会のホームページ、先行研究から調査した。看護師の業務範囲は米国、豪州では業務基準で明確に記述されている。これは看護基礎教育が大学で行われていることが要因である。

看護配置基準は米国やオーストラリアは業務量算定ツールに基づいた基準が制定され、韓国では業務量算定ツールの有無は明確ではなく基準はわが国と同レベルの患者2人対看護師1人が最も高い基準であり、独逸では看護師配置基準は明確な規定が無い事を明らかにした。

第Ⅳ章では看護配置基準のあり方への提言を業務量算出ツールと適応範囲、看護の専門性と看護実践能力、看護管理者と経営者の課題の3点について提言した。

業務量算定ツールと適応範囲については、わが国の業務量算定ツールである看護必要度にはその評価において、患者の入退院や医療依存度の影響の考慮の改善が必要である。業務量算定ツールに基づいた看護配置基準の制定、適応

範囲の拡大等診療報酬における看護配置基準の改定に向けては、看護職全体が研究、知識を横断的に共有し、学術的なエビデンスを深め、積極的に中央社会保険医療協議会など政策の場に看護の意見を反映していく必要がある。

看護の専門性と看護実践能力については、看護業務の明確な基準の規定と業務の委譲（スキルミックス）の推進、統一された看護レベル基準導入や免許の更新制度によるレベルの維持が必要である。

看護管理者と経営者の認識については看護管理者が変化するヘルスケアニーズに対応できる能力を修得できる為とその教育制度の見直しが必要である。

経営者は患者の安全への安全保障への意識を高め、医療従事者が安心して働きつけられる勤務環境整備が求められる。

今後、更なる平均在院日数の短縮や患者の重症化が予測される中、適正な看護配置は患者安全を守るという看護の社会における信頼性の構築、さらに看護職自身が安心して働ける労働環境を構築して、専門職としての社会的役割をさらに拡大していく必要があること結論づけた。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 在宅療養継続のための訪問看護ステーションの役割 —看護職間の連携による健康状態の向上を目指して—

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980021 向江 智子

近年、我が国の療養の場は、施設から在宅へ移行してきている。その背景を社会の動向と、それに伴う医療保健福祉の提供体制による動向から考える。

まず、社会の動向として6つの背景から考える。背景1は、少子高齢化社会の到来による人口動態の変化、背景2は、高齢者世帯の増加や核家族化等による家族構成の変化、背景3は、生活習慣病の増加等による疾病構造の変化である。これらの背景により、疾患の慢性化や長期化がおり、医療費が高騰し医療経済を圧迫している。そこで、背景4は、医療経済の変化とする。背景5は、健康や人権に対する考え方の変化である。これは、WHOの健康の定義や、世界人権宣言から明らかであり、病気の治癒や救命を目的とした今までの医療の考え方が、病気や障がいがありながらもその状況にあわせてその人らしく自立した生活を営めるよう、医療保健福祉等様々なサービスと協力して、QOL(生活の質)の向上を図ることを目的とした考え方に変わってきている。背景6は、「病気や障がいがありながらも住み慣れた地域や自宅(在宅)で家族と一緒に自分らしく生活したい」という療養者や家族等当事者の意向の変化、療養に対する国民の意識の変化である。

次に、医療保健福祉の提供体制による動向として以下の背景から考える。施設収容の限界や、それに伴う財政を考慮した医療保健福祉政策の施行、介護保険制度の創設である。

このような中で、療養の場を在宅へ移行すること、すなわち在宅療養を行い、且つ継続していくためには、療養者や家族等事の意向が、まず最も大切なこと

である。在宅療養の場が、療養者や家族等当事者それぞれの状況にあわせ、希望する生き方や希望する生活のあり方を目指し、納得して選択できることが望ましい。

意向を尊重していくために、それを支える様々な在宅療養システムの存在も大切である。また、在宅療養システムが存在することだけではなく、効果的に役割を果たすことが大切である。そのためには、在宅療養システムの役割を担う医療保健福祉をはじめとする様々な職種や組織が、関わりあいながら療養者や家族を支えていくことが大切となる。単に計画を実行するだけではなく、療養者や家族が目指す療養に向けて、様々な職種や組織が統一した情報や目標をもち、お互いを尊重しあいながらこまめに連絡をとり関わりあうこと、つまり連携が重要となる。

さらに、様々な職種や組織どうしの連携の重要性に加えて、医療や療養という双方の視点から在宅療養でクローズアップされているのが、訪問看護ステーションの存在である。訪問看護ステーションは、主に看護職が従事する組織である。健康保険法、介護保険法等各種法律に基づき、在宅において療養者や家族に看護を提供する。ここでいう看護とは、保健師助産師看護師法に位置づけられている診療の補助と療養上の世話である。診療の補助は、医師の指示のもとに行う医療行為であるが、療養上の世話は、疾患や病状の変化をよく理解し、予測的な判断とアセスメントをもとに療養生活を支える看護の専門性を示したものである。在宅での療養者や家族の健康状態が低下することなく療養生活を継続していくために行う看護独自の機能であり、訪問看護ステーションは療養を支える重要な役割を担っていると言える。在宅療養には、訪問看護ステーション以外にも療養者や家族の健康状態にあわせて様々な看護職や組織が関係しており、看護独自の機能である療養上の世話においては、看護職間の連携が必要となる。看護職間の連携がスムーズに図れれば、療養者や家族の健康状態の低下が最小限ですみ、回復も早まる。そして、療養者や家族それぞれの健康状態に合わせた療養が安全に安心して行える。健康状態が安定すれば、QOLの向上や在宅療養の継続を目指せることになる。

しかし、看護職間の連携がうまく図れておらず、療養者や家族にとって在宅療養がしにくい状況が見受けられる。その理由として考えられることは、看護

職は様々な組織に所属しており、その組織毎に看護の役割が異なる場合があり双方の理解が難しいこと、役割が異なる看護職や組織間の連携の調整役割が確立していないことが考えられる。また、在宅療養継続において医療の部分を療養者や家族、他職種や組織にわかりやすく伝えたり、サポートしたりする調整役割は介護支援専門員等では不十分な場合がある。在宅療養継続のためには、療養者や家族の身近にいる訪問看護ステーションが調整役割を担うことが大切であると考えているが、現状ではその役割を十分に果たしているとは言えない。これらにより、療養上の世話という看護独自の機能が十分にいかされていない場合があり、療養者や家族、医師、介護支援専門員等各医療保健福祉職や組織においても、在宅療養上の看護の理解がしにくく、介護との区別がつきにくい状況もある。

また、先行研究では、看護職間の連携の促進要因、阻害要因や連携の重要性に関するものはあるが、看護職間の連携が在宅療養者の健康状態の維持向上につながり、その結果在宅療養継続が可能になること、また、看護職間の連携の調整役割について考察したものは少ない。

この研究は、在宅療養継続のためには、看護職間の連携が重要であること、訪問看護ステーションが在宅療養継続の調整役割を担うことを論証することを目的とする。

在宅療養における訪問看護ステーションの重要性は、国の政策等からも明らかである。しかし、その現状は、利用者数、事業所数とも伸び悩んでおり、療養者や家族をはじめとする地域住民や医療保健福祉職になかなかその重要性が理解されていない。施設とは異なり、在宅において看護師一人で看護をする責任の重さ、24時間365日の緊急時対応、介護保険制度による訪問介護との協働等訪問看護ステーション自体も様々な問題を抱え、人材の確保が難しく訪問看護の質の向上が図りにくい現状がある。

このような現状の中では、在宅療養者や家族にとって望ましい訪問看護サービスの提供が難しい場合もある。また、看護職間の連携の調整役としての役割を果たせない場合もある。

そこで、実際に訪問看護ステーションの管理者に、在宅療養継続のための取り組みについて聞き取り調査を行った。取り組みがうまくいった事例、うまく

いかなかった事例両面から検討したところ、うまくいくための取り組みとして次のような結果が得られた。まず、訪問看護ステーション自体の取り組みでは、内外部において情報交換等のコミュニケーションや研修等を行っていた。療養者や家族に対しては、信頼関係が築ける関わりを行い、専門的視点からの指示、潜在的ニーズを予測し予防へ導いていた。これらにより、訪問看護ステーションの質の維持向上を図る努力をしていた。質の向上により、訪問看護ステーションが社会資源として評価され、経営基盤の安定化を目指すことが課題とされた。看護以外の組織との連携を図るための取り組みでは、看護以外の職種や組織を社会資源として理解し、ニーズについて適切な時期に適切な対応を遅れなく行っていた。また、各職種や組織に対して連絡ツールや書式を活用したり、会議等での顔の見える連携を定期的に積極的に意図的に行うことで目標に向けての情報交換や共有ができ、療養者や家族を在宅療養システムとしてチームで支えることにつながった。また、他の看護組織との連携を図るための取り組みでは、異常の早期発見、対応や悪化予防等二次予防や三次予防に向けて、訪問看護ステーションが早めに気づき他の看護組織に連絡や調整を行っていた。健康の維持向上について効果を果たすためには、どの健康状態においてもそれぞれの看護職や組織が継続して関わるができるしくみづくりが大切である。そのためには看護職間や組織で連携をまめに図る必要があるが、現在、その窓口が不明瞭でもあり、連携がとりにくいこと、また、看護職間のみ連携が図れても報酬としては認められていないことが課題とされた。

以上のことから、在宅療養継続のための訪問看護ステーションが果たす役割は二つあると考える。それは、訪問看護サービスの適切な提供とケアコーディネーションである。

訪問看護サービスの適切な提供とは、在宅療養者、つまり地域で生活する療養者や家族それぞれの健康状態にあわせて、予防から維持向上、終末期まで幅広く、また、医療と療養双方から関わる看護の提供である。これには、看護の継続性、つまり、訪問看護ステーションと他の看護組織との連携が重要である。

また、訪問看護ステーションは療養者や家族だけではなく、それらを取りまく集団や地域にも目を向ける必要がある。在宅療養は、医療保健福祉等様々な組織がそれぞれの専門性を発揮してチームで関わるのが望ましいとされてい

るからである。訪問看護ステーションは、地域で生活する住民の一人である療養者や家族の看護を行うことから、地域看護の視点を持ち、療養の要として、マネジメント役割を担うことが重要である。これがケアコーディネーションである。在宅療養者や家族がQOLの向上を目指せるよう、訪問看護ステーションがケアコーディネーションの役割を発揮しやすいしくみを作ることが必要である。

今回の事例は、訪問看護ステーション管理者の立場からの聞き取り調査である。事例数の少なさや他の立場からの調査は未実施であることから研究としては限界がある。今後は、他の組織の立場からの調査を行い、在宅療養継続における訪問看護ステーションと多職種多組織の連携、看護職間の連携について検討が必要である。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 「看護師の継続教育の現状と課題」 ～中途採用看護師教育と看護管理者の役割～

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980022 盛川 恵美子

#### <問題意識>

我が国では少子高齢化の進展や医療技術の進歩、医療安全の確保、在宅医療の提供、患者本位の質の高い医療サービスの実現等ヘルスケアニーズの拡大に伴い、時代の要請に応えられる保健医療福祉従事者の確保、特に今後約8万人の看護職員の確保は最大の課題である。

一方、看護師の離職率は11.9%で約13万人に相当する。また看護師免許の有資格者でありながら、現在未就業である潜在看護職員数は約55万人から65万人と推定され、有資格者数の約3割強に及んでいる。これらの約1割が再就業をすれば、現在の必要看護職員確保が可能になる。潜在看護職員3,643人を対象に行った調査によると、これらの77.6%が今後看護職として働きたいと回答し、その内の72.1%が復職支援研修を希望していた。一方、自治体では復職支援制度の受講者確保が困難で必ずしも実施要領どおりに実施されていない現状にある。さらに再就職後も中途採用看護師教育制度は整備されていない。また教育内容は新人教育制度の中に組み込まれ、中途採用看護師の教育方法が十分とは言い難い現状がある。

本論文は、中途採用看護師教育制度が単に復職支援という一時期だけでなく職場への定着、さらに看護の質の向上を図るための生涯を通じ継続した教育(継続教育)として、中途採用看護師教育の現状と課題について検討し、その重要性を明らかにすることに意義があると考えます。

本論文での問題の所在は①中途採用看護師への教育体制が未整備であるた

めの検討が必要である。②教育に携わる教育担当者や看護管理者の役割を明らかにし、そのあり方を検討すべきと言う2点とした。

#### <本論文の内容>

本論文は5章構成とし論旨を展開した。

第I章では我が国の看護師を取り巻く現状を明らかにするために、就業状況、離職率、労働環境等から論じた。就業状況では中途採用看護師は約10万人を超えているが、これらを生み出した要因について明らかにした。特に年齢別就業状況は39歳以下の若い世代が約60%を占め、30～34歳をピークに年齢が高くなる程就業数は減少している。この現象は女性全体の就業特性のM字曲線や小学校の女性教員と比較すると、看護職は40歳以上の看護師は出産、子育ての時期を過ぎたにも関わらず再就業していない特性を有することが明らかとなった。離職率では新人看護師の離職率と教育体制の整備状況の関連について述べ、教育体制が整備されている程新人の離職率が低くなることを文献より明らかにした。労働環境では看護師の超過勤務状況や夜勤状況等の実態調査から、看護師の劣悪な労働環境や看護師が抱える職場への悩みや不安を浮き彫りにした。

看護師確保対策では、「看護職員需給計画」、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」について検討した結果、需給の状況や人材確保法の意義を明らかにした。また第7次看護職員需給見通しが検討されている段階で、潜在看護師の再就業が論点となっているが、再就業後の中途採用看護師教育の課題を指摘した。

第II章では継続教育の現状と中途採用看護師教育の意義を述べた。

継続教育の現状では先ず継続教育の概念や位置づけを示し、現任教育及び卒後教育の現状と課題について論じた。現任教育の現状と課題では、院内教育の限界や院外教育の体系化されていない点を明らかにした。卒後教育の現状と課題では、厚生労働省管轄の教育機関で行われている教育と文部科学省管轄の大学院での教育について述べた。卒後教育の認定看護師制度や専門看護師制度及び大学院での教育を受ける看護師は年々増加しているが、全体の看護師数の一割も充たしていない現状がある。今後の課題として仕事との両立が困難であることや、教育期間中の処遇の問題が大きいことを指摘している。中途採用看護

師教育の意義は個人的側面には臨床実践能力の向上とキャリア発達があり、組織的側面では人的資源管理と医療経営の安定への寄与に意義があることを示した。

第Ⅲ章では中途採用看護師教育の推進を図るための問題意識として、教育体制の課題、教育担当者や看護管理者の役割から論旨を展開した。教育体制の課題では、教育理念、予算の確保、運営する組織、教育内容の視点から問題点を明らかにしている。中途採用看護師への教育体制は未だ構築されているとはいえない事を結論づけた。

また文献から中途採用看護師は、教育プログラムに組み込むための能力判断基準（コンピテンシー）つまり、組織の中における実際の高い実績達成者の行動や能力、態度などを分析して導き出せるものが明らかにされていない現状を指摘した。さらに組織として中途採用看護師が習得している看護力を正しくアセスメントし、中途採用看護師の能力を把握し体制化することができていないため、教育内容とコンピテンシー、教育プログラムの一体化がなされていない等の教育体制の課題について述べた。

教育担当者や看護管理者の役割では、厚生労働省が示した「新人看護職員研修ガイドライン」を基に教育担当者配置の必要性和看護管理者の求められる能力や役割について明らかにした。そこで求められる能力や役割と実際の中途採用看護師教育での教育担当者と看護管理者の現状との乖離について論述した。

第Ⅳ章では前章までに論述の補完するために、A圏内の100床以上の病院に勤務する217名の中途採用看護師を対象に教育や職場に対する意識などの現状調査を行なった。ここでは2つの仮説「①中途採用看護師のキャリア意識はその教育体制の有無に影響される」、「②中途採用看護師への教育体制の有無は職場定着の一因となる」を設定し検討を行った。その結果、教育体制はキャリア向上に有利で自律するための教育訓練と捉え有意に働くが、自分が望む専門知識や技術の習得、自分の希望や持ち味を活かされているか迄には至っていない。したがって看護師一人ひとりの経験や価値観および看護観を把握し理解した上で、個人のキャリアにあった具体的支援を組織全体で実践していくことが重要であり、そのための中途採用看護師のキャリアや能力を適切に判断するための評価基準の必要性を述べた。

また中途採用看護師の教育体制の有無と職場定着では、組織の一員としての積極的な貢献意識や継続意思と教育体制の有無との関連が認められ、2つの仮説は有意に働くことが証明された。今後の課題としては経験年数や経験の内容が異なる中途採用看護師に対し、中途採用看護師の能力を判断する基準などの教育体制の整備が必要である。また中途採用看護師の個別性に対応していくための教育担当者の育成の必要があることを述べた。

第V章では中途採用看護師教育のため教育体制のあり方、教育担当者及び看護管理者の役割について提言を行った。教育体制のあり方では中途採用看護師支援システムの成功事例3つを示し、ここから短期的な支援システムに留まらない長期的な教育システムの必要性や中途採用看護師の能力を評価する基準の必要性を明らかにした。特に倉敷中央病院の事例はコンピテンシーとクリニカルラダーが連動し、標準化された能力評価基準を示しており、施設内での人材活用に留まらず、医療機関間の移動でも通用する能力活用の可能性について述べた。

また標準クリニカルラダーは単にツールを示しただけであり、その運用は各施設レベルに留まっている。今後中途採用看護師教育の視点からも能力を評価する基準を標準化し、クリニカルラダーなどの教育プログラムと連動することで、看護師一人ひとりの生涯を通じた継続教育が国家の承認を得て標準化されていく必要性を述べた。

教育担当者及び看護管理者の役割では、「新人看護臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド」からその役割を明らかにし、役割を担うために必要な教育内容について示した。

また2010年から各都道府県の事業委託を受け各種団体で新人看護職員研修責任者研修が開始された。しかしながら、短期間の研修で達成されるべき目標を網羅し、役割を遂行するための能力を身につけることは困難である為、看護管理者の教育内容の検討と一時的な研修でなく体系化された制度の整備が必要であることを述べた。

さらに看護管理者は現状では約8割が看護専門学校卒であり、認定看護管理者教育を享受したのは約1割未満である。看護教育の高学歴化が進む中、看護管理者の教育の遅延を指摘した。今後研修責任者としての重要な役割を遂行し

ていくためには、看護管理者自身の教育から検討すべき問題があると言える。よって現場を知り看護管理を経験した者が実践的に学ぶことのできる臨床と教育の協働を目的として、大学院での修士課程を修了した者の要件を設定すべきである。つまり教育担当者及び看護管理者の役割を明確にするには、対象者に教育的に関わる能力を身につけるための教育担当者及び看護管理者の教育が不可欠であると位置づけた。

本論文では、中途採用看護師教育の現状と課題について文献と実態調査にて検討した結果、小規模のクリニックや診療所までを普遍化することは困難で限界がある。しかしながら本論文が中途採用看護師の職場定着へ繋がり、看護職員の人材確保の一助となることを期待したい。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 「後期高齢者医療制度の課題と展望」 —社会保険方式から税方式へ—

アドミニストレーション研究科  
学籍番号：0980023 森重 康彦

#### 1. 問題意識

現行の国民皆保険を基本とした医療制度は、高度経済成長期を経て社会が成熟化するまでは、大きな成果をもたらしたが、少子高齢化の進展や就労形態などの変化により制度疲労を起こしているように思われる。医療費負担が今後 15 年間で 2 倍近くになると予測され改革の必要に迫られており、この改革の一つが後期高齢者医療制度である。これは、「老人保健法」を廃止し、「高齢者の医療の確保に関する法律」と改めたもので、75 歳以上を対象にした独立の社会保険制度であり、その仕組みと運営は複雑な体系である。独立した社会保険だが、公費を主な財源とし、都道府県単位の「新たな医療保険制度」である。

後期高齢者医療制度の目的は、①高齢者医療費を抑制し、②国保財政の健全化を図るとともに、③高齢者医療費の財源負担を明確化することであった。高齢者が増加し国保の医療費負担が増すため、その負担を被用者保険側からの支援で賄ってきたが、限界に近づきつつある。このまま高齢者の医療制度を社会保険方式で行うことがはたして適切かつ妥当なのであろうか。財源を考えると、さらなる公費を投入することも考えなくてはならないのではないかと。

本稿では、後期高齢者医療制度の批判がどの点に集中していたのか検証し、その上で高齢者に対する医療保険制度はいかにあるべきかを考えた。特に、財源面で社会保険方式から税方式へ転換するという政策的選択肢があるのではないかと主張を中心に展開することとした。

## 2. 論文の内容

2008年4月に始まった現行の「後期高齢者医療制度」は75歳以上の後期高齢者の医療を別建てにし、5割が税（公費）、4割が現役世代の保険料、残り1割を後期高齢者が負担する医療保険制度である。財政面をみれば後期高齢者だけを限定しても既に公費が5割を越えており、今後の高齢者医療にどれ程の税を投入するか、保険料の増にするかなど高齢者医療制度の財源は大きな課題である。また、保険を運営する保険者の組織としてどのような形態があるかを検討した。

また、わが国の高齢者医療問題は、保険制度の特性（健保と国保が並立した上での加入者の流動性）により、高齢者の医療財源を公平に分担する仕組みづくりを巡って保険者や政府が対立し、長年、議論が繰り返されてきたことである。後期高齢者医療制度も同様に、その財源について、税方式と社会保険方式を混在させ、両者のバランスを図ってきたが、税方式と社会保険方式の併用に関する課題について、根本的な解決策を未だ見出していないように思われる。

高齢者医療制度の安定的な運営のためには、現役世代と高齢世代の公平な費用負担が肝要であり、持続性が高く、公平で安心な制度設計のためには、世帯の考え方、負担のあり方などについて、制度横断的な検討が望まれ、その財源をどこに求めるかを検討しなければならない。

制度を設計するうえで考慮しなければならない社会保険方式と税方式について、その相違は、①保険料の場合は拠出の目的が明確に意識されるが、税は目的税でないかぎり負担と給付との関係が薄い、②保険料は所得の一定比率（ないし定額）で拠出される場合が多いが、税負担は累進的な場合が多い、③保険料は実務上雇用コストと連動して拠出されることが多いが、税の場合は幅広い経済活動（消費支出、資本取引、遺産・相続等を含む）の中で徴収されている点である。

税方式のメリットとしては、社会保険方式で問題となる未加入・未納問題を消滅させ、年齢階層間の損得論を解消できる。デメリットとしては、モラルハザードを誘発し、リスク回避義務を怠り、国民全体で支える互助意識を希薄にし、勤労意欲や資産形成威力を減退させるといわれている。消費税等の福祉目的税化は、税の性格を縛り、財政や税制に硬直化をもたらす。さらに、業者の

手に残る「益税」問題や非課税水準の適正化問題も指摘され、税方式への移行にはいまだ解決されなければならない問題が確かに存在する。

高齢者の医療保険を税方式で行った場合、給付は抛出に伴う権利でなく、国家による必要原則に基づく扶養である。現在の医療保険はかなりの高度医療まで保険でカバーしているが、これを税方式にあらためる場合、保険の適用範囲も縮小し、混合診療にも再考しなければならなくなるかもしれない。また、ある一定の医療サービスについては、ミーンズテストを伴うものとなるかもしれない。

ただし、社会保険方式と税方式は、どちらも国民負担である。社会保険方式は成長経済の時代に適した制度であり、公平な視点による富の再配分としては整合性が得られていたと考える。労働人口が増え続ける前提に立てば、保険料として財源をプールでき、医療サービスへの給付は可能であるが、少子高齢化が進行する現在の成熟社会では他の国から労働力を確保しない限り、労働人口が減少せざるを得ない。労働人口が減ることは、税による負担を増やさなければ、保険料を値上げせざるを得ず、保険料としての財源のプールも不十分となり、高齢者が増加し、増え続ける医療費へ給付し続けた場合、そのプールも減少につながるのは自明なことではないか。少子高齢化が進行する成熟社会では、持続可能な視点で新たな税財源を確保しなければ、医療制度自体が成り立たないだろうとの考えに基づき、消費税や環境税、相続税などを検討した。

また、医療制度の一元化と一本化についても考察を加えた。医療保険制度の一本化とは、国民全体での公平な医療制度（給付と負担）を達成するための「医療保険の一本化」である。分立する保険制度および保険者を統合して、単一の保険制度とすることによって格差を解消する、というのがその内容である。

しかし、地域保険としての国保と職域保険としての健保組合、協会けんぽ（旧政管健保）は成立の経緯が異なり、運営主体の性格も異なり、「一本化」は容易ではなかった。そのため、厚生労働省（旧厚生省）と以前の与党自由民主党は、現実的な対応策として「一元化」を進めてきた。一元化とは、負担と給付の水準を統一し、公平化を図るもので、負担の公平化を理由に保険者間の財政調整を行うというものである。分立している保険制度および保険者の統合そのものは行なわず、老健制度（昭和58年）と退職者医療制度（昭和59年）で保険

者間の財政調整の仕組みが導入され、給付水準の統一については平成15年4月の被用者被保険者の自己負担3割への引上げで、ほぼ達成した。もちろん、健保組合側は、一本化はもとより、一元化に対しても常に反対の立場を堅持し、国保や高齢者医療に対する十分な公費投入を求め続けている。

なお、協会けんぽの発足により、後期高齢者医療制度と同じ都道府県単位での被用者保険の運営が始まり、国保と健保（少なくとも協会けんぽ）の一元化・一本化の可能性は以前より高まったと見る向きもある。しかし、一元化・一本化への反対の論拠とされてきた健保の特長・国保の課題は今も続いている。

わが国では、職域保険と地域保険の適用範囲を区別する取り扱い基準によって、職域保険の適用範囲から除外された被用者が、主として自営業者を対象に制度設計された地域保険に合流させられ、その結果同じ被用者集団内に差別的な取り扱いが生じ、明確な基準と合理的な理由を欠いているのである。

また、事業主、被用者の負担割合は、社会保険制度の種類により、同じ社会保険制度でも異なっている。だが、その仕組みも根本的に見直されるべきではないかと考えられる。その理由は、この仕組みが被用者のみに適用され、被用者と自営業者に平等に待遇を与えることを不可能にしているからである。今後ますます、両者の区別が困難になるに従って、両者の平等な取り扱いを実現できるよう事業主、被用者、自営業者それぞれの拠出方式が求められるだろう。

被用者と自営業者の区別が必ずしも合理性を維持し得なくなっている現実を踏まえ、公平の見地から医療保険の被保険者集団を「一定の地域内に住所を有する者」という属性で捉える考え方があり、今後の高齢者医療制度においても、都道府県を保険者とした場合、地域保険としての根拠として活用できるのではないかと考える。

さらに、医療保険を一元化した場合、「住民」という属性で被保険者を捉える以上、事業主と被用者である被保険者との間の直接的関係はなくなる。この場合にも事業主に何らかの負担を求めるとすれば、従来の拠出制とは異なる論拠と負担方法が必要となるが、医療保険を一元化した後にも事業主に何らかの負担を求めるとすれば、むしろ、公的医療保険制度の存在を社会的なインフラととらえ、その維持のために事業主も負担するという説明ができる。その場合、事業主は、保険料の一部を負担するという形ではなく、従来負担していた額に

相当する額を税で負担するという形になると考えられる。

つまり、高齢者であれ現役世代であれ、所得水準などに照らして負担可能な人たちに応能負担をお願いすれば、制度としての安定性を確保できるのではないか。そのためには、職域・地域で分立している制度を一元化し、皆で支え合う仕組みを再構築していく必要があるだろう。

### 3. 結 論

前述の内容を踏まえ、以下の結論を導いた。

高齢者のための医療制度の基本的なスキームを、①医療保障の理念のもと、国保と被用者保険を一元化し保険財政に制約されない仕組みとする、②医療費の9割は公費で負担する、③医療保険料の賦課徴収から税による納付とするが、患者一部負担も1割として残す。一部負担には高額所得者に制限を設けず、その所得に応じて負担を求める、④運営主体は都道府県とするという4つの考え方を提案したい。

平成 22 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

### 「学校広報による家庭との連携に関する研究」 ～学校ホームページを活用した開かれた学校づくりの提言～

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980024 吉本 仁

これまで学校における教育活動を家庭や地域に伝える方法は、「学級通信」や「学校便り」などの紙媒体が中心であった。しかし、現在はインターネットの普及により、学校ホームページを利用した情報発信を行う学校も増えてきた。発信方法の多元化により、これまで以上に学校の日常を家庭に伝えることができるようになったことは、保護者や地域住民に学校運営に参画してもらえる契機となる。

本論文は、「学校ホームページ」を学校と外部とをつなぐツールである「広報」の一つであるのとらえ、「学校広報の理論」（豊福）をベースに、学校からの情報発信が、継続的に行われるための条件等を、学校ホームページに関する報告や実践、統計データ、聞き取り調査などをもとに調べた。

これまで学校の様子や家庭への連絡は、「学級通信・学年通信」や「学校便り（校長室便り）」などで行われてきた。しかし、高度情報通信社会となった現在、情報提供は紙媒体だけでなく、電子媒体の情報も発信することが求められてきていると考えられる。その方法としてもっとも普及しているのが、「学校ホームページ」である。熊本県内でホームページを開設している学校は、小中学校ともに約3分の2と、コンピュータの設置状況や高速通信回線の整備状況からみて少ない。これは、ホームページ開設や更新に関する「技術的な問題」、「学校からの情報発信の重要性に対する認識不足」、「教師の多忙さ」等が理由と考える。

このような状況で「誰が、ホームページを作り、更新していくのか。」とい

う問題は、多くの学校で解決されず、めまぐるしく変わる教育内容と高度情報化社会の変化に十分に対応できないまま、一部の「パソコンに詳しい先生」の取組として細々と続いているケースが多い。

豊福は、学校ホームページを含む、学校からの情報発信を「学校経営上の重要な活動」と位置づけ「学校広報の理論」という、これまで日本では研究されてこなかった分野について取組み、「学校広報」について、学校からの情報発信の重要性とその意義や管理職の役割を示した。保護者や地域住民などの「学校関係者」が、必要なときに、適切な量の情報を得られるように情報発信者が様々な対象者を想定し、複数のメディアを組み合わせ、選択することが重要であるとしている。このことは、インターネット接続環境がある家庭においては、学校ホームページが、広報の手段として適していることを示している。

学校からの情報発信は、事務的な内容を伝えるだけではなく、連絡と共に学校の日常等についての発信を積極的に行うことが必要であり、その結果として学校と家庭との間に生まれる信頼、つまり「学校の積極的情報提供が信頼を形成」することができる。学校関係者の教育活動や学校評価への参画は、保護者や地域住民の理解を得る機会であり、学校運営への協力を得ることでもある。このことから学校広報活動は、学校経営の重要な取組であるといえる。

J-KIDS大賞は、2003年から始まり、今年で8回目を迎える。この企画の目的は、学校ホームページの総合的評価と支援であり、学校の教育活動が、児童生徒や保護者、地域社会から信頼されるためには、学校の情報を公開することが必要という考えに基づいて行われている。全国表彰を受ける学校は、たくさんのコンテンツと高い更新頻度で、どれもすばらしいホームページを作成している。受賞した学校の現在の更新状況を調べたところ、90日間の更新率48%以上の学校数は、2010年度からさかのぼるにつれ減っている。5年以上前の受賞校の半数は、更新率がかなり低い。理由は、ホームページ更新ができないような状態（担当者の異動等）が発生したことは明らかである。

更新を毎日行うことで生じる問題点を明らかにするために、勤務する学校のホームページに「P T e y e」というブログを立ち上げ、情報教育担当を含む2名で継続的な更新が可能かどうか、教育活動等の写真と数行の説明や連絡など、数分で作成できる情報を発信する実践研究を行った。「閲覧数」は、週によ

って大きく変化するが、「訪問者数」は、少しずつ増加していることがわかる(図1)。「訪問者数」は、開設から半年で約2倍の700人(1日あたり100人)にもなった。一日の平均再訪回数(閲覧数÷訪問者数)でもっとも多かったのは、修学旅行直後の週であった。この週は、大雨により授業打ち切り、集団下校を行ったので、情報収集のためにアクセスが増加したと考えられる。「訪問者数」が、多くなるのは、学校や学年などの学校行事が行われたとき多い。この数値の増加は、毎日発信される情報への保護者の期待の大きさと考える。毎日、必ず学校のことが書いてあることは、訪問者に安心と感を与え、期待を持たせることになる。

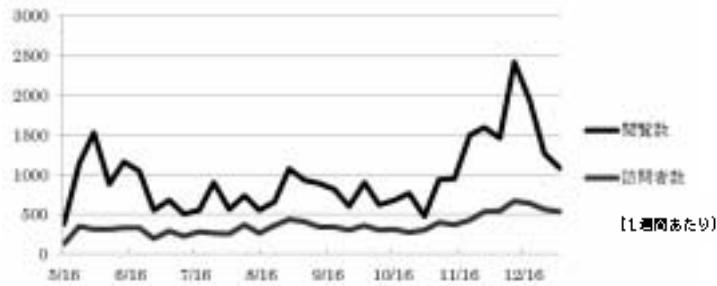


図1 学校サイト「PTeye」の閲覧数と訪問者数 (郡築小学校)

この取組では、情報内容を多元化するために、児童によるブログへのコメント活動も行った。情報発信に関心を持つ児童を集め、情報ボランティアとして、継続的な情報発信の方法を探った。その中で、情報ボランティア継続への鍵となると感じたのは、児童に毎日すべき内容と各々に役割を与えることだった。

文部科学省は、「教育の情報化に関する手引」(平成22年)に、教育委員会に配置する「教育CIO (Chief Information Officer)」、ICT化をすすめる管理職である校長「学校CIO」の役割について明記した。「教育CIO」は、地域をあげての情報発信活動の義務化や運用マニュアル、広報の重要性に関する啓発説明会などを実施すること、「学校CIO」は、管理職自身が教育の情報化の重要性・必要性を理解し、校内のICT化を推進することを重視としている。そして、「スキルではなく、理解と周知とマネジメント力」という、リ

ーダーとしての自覚を持つことを示している。また、保護者との連携については、学校ウェブサイトや電子メール、CMS（コンテンツ・マネジメント・システム）、電子メール（学校メール）の配信が、「保護者にとって日々の教育活動を知り、学校のことを理解するための貴重な情報源となる。」としている。さらに、「学校ウェブサイトにより学校の取組みや行事などの情報を外部に公開していくことで保護者や地域とのコミュニケーションを生み、開かれた学校づくりにも大きな効果がある。」としている。これらは、様々な教育課題がある中で、保護者や地域との連携がますます重要であり、保護者や地域とのコミュニケーションをとることが求められていることを示す。つまり、この目標実現のため、学校ホームページを利用した学校からの情報発信が必要である。

熊本県内では、90日間の小中学校の更新率（2011/01/03 現在）が最も高い市町村は、人吉市の21.4回である。反対に全く更新されない市町村も14市町村ある。更新問題の解決策として、CMSの導入がある。ブログは、まさにそのCMSなのである。豊福は、CMSの利点を「だれもが手軽に記事を投稿できるので担当者の負担が減る」、「担当者だけでなく複数の教員が参加できるため色々な視点の情報が発信できる」、「記事掲載を管理職が承認・決裁するルールが明確になり、組織として情報発信に責任がもてる」の3つを挙げている。実際にCMSを導入した愛知県一宮市はすべての小中学校が更新率60%（過去90日間）であった。「校長会や教頭会で学校広報の必要性について研究し、毎日更新するという目標をきめ全市で一斉に取り組んでいる」、「担当者が異動したあとも情報発信ができるように全員で情報発信をしている。」と、一宮市の担当者は説明した。また、同じCMSを導入している京都市や富山市の更新回数は、一宮市の77.7回と比べ3分の1以下と低い。この事例で、行政の取組次第では、一宮市のように地域を挙げて取り組むことが更新問題の解決になり得ることがわかった。

厳しい財政状況で歳出における教育予算の削減が行われている市町村では、簡単に製品版のCMS導入は考えにくい。その場合、フリーで使えるCMSの利用が考えられる。ビジュアル的には物足りないものの、日常の情報を発信するだけならば十分な機能を持つ。民間のブログに情報をあげるので、記事の内容や写真など留意すべき点も多いが、これまでのホームページ作成の煩雑さや

製品版学校CMSが導入されないこと等を総合的に考えると最善の策と考える。これからは、学校経営にも、アセットマネジメント（最小の費用で最大の便益をもたらすための総合的かつ戦略的な社会資本の運用）という考え方が必要となる。つまり、予算は削られても、最大限の効果を生み出すことが今の教育に求められている。言い換えると、学校からの情報発信は、現在学校に導入してある機器を生かし、皆で知恵を出し合って最大限の効果を引き出す工夫を考える必要があるということである。

近年、まちづくりの取組で使われる言葉に「協働」がある。学校も一つの「まち」ととらえれば、学校の課題解決に向けて、行政と教師が互いに不足しているものを補うことが必要である。効率的な学校運営ができれば保護者に情報の共有というサービスの提供ができる。その情報によって、学校運営に積極的に関わる保護者や地域住民が増えれば、学校・家庭・地域の三位一体で運営する「開かれた学校」へ近づいていく。

これからは、校務分掌に対応した情報担当者が責任もって発信したものを校長が総括し承認するという、戦略的に総合化した広報活動が求められる。そして、学校からの情報発信の中心となる校長は、自らが発信を行い、職員の情報発信のシステムを作り出す知識と能力が必要な時代となってきたといえる。

平成 21 年度 熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科

## 修士論文要旨

# 中国における医療保障制度について —都市と農村二元構造—

アドミニストレーション研究科

学籍番号：0980025 陸 情

### 1. 問題意識と本論文の研究目的

中国では、1978年の「改革・開放」が開始されて以降、急速な経済発展を続けてきた。しかし、その一方で、地域間および個人間の所得格差が拡大し、また、社会保障が未整備であることが問題視されるようになってきている。胡錦濤・温家宝を中心とする第4世代指導者は調和社会の構築を前面に出した政策展開を行っており、2006年3月に決定された第11次5ヵ年計画でも社会保障の整備が政策の柱として立てられている。

そのなかでも、とりわけ近年注目されているのは、都市・農村の、社会保障の整備状況における格差である。医療保障を例にとってみれば、その格差は、制度上のものに限らず、医療資源の配分、医療負担においても存在している。このような状況が、農村経済の発展・社会安定に直接的な影響を及ぼしているにもかかわらず、国外はおろか国内においても、農村部の医療保障に関する学術研究は、都市部のそれと比較し、極めて少ないのが現状である。以上の問題意識を踏まえ、本論文は大きく以下の2つの内容を持つものとなっている。

第一には、中国における医療保障制度の現状、問題点をマクロ的に分析することである。第二には、中国の医療保障制度の問題を、保険制度に関する分析に加え、医療資源、医療負担、健康状態などの側面も絡めて総合的に分析を行った点である。

本論文の研究目的は、中国都市と農村二元構造に目を向け、医療保障の現状と課題を明らかにした上で、農村部においてどのようにして医療を保障してい

くのか、日本の経験が中国の医療保障の構築に与える示唆を検討し、今後の中国医療保障制度の発展に資する提言を行おとするものである。

## 2. 論文の内容

第Ⅱ章の第1節では、中国の公的（社会）医療保険制度においては都市と農村の二元構造が存在していることを述べる。都市部では、1950年代に「公務員医療保険制度」（公費医療保険制度）および「労働保険医療制度」が制定され、国家財政支出を伴う、高レベルの社会医療保険制度が成立したが、農村部では、「農村合作医療保険制度」という国家財政支出の伴わない低レベルの相互扶助的の制度しか存在しなかった。また、都市部の医療保険制度は1999年に「都市従業員基本医療保険」が制定され、法律に基づき実行されるようになったが、農村部においては「農村合作医療保険制度」が80年代後半に解体されて以来、長い間農村部では医療保険制度が空白状態にあった。90年代後半に「農村合作医療保険制度」の回復が提唱され、「新型農村合作医療保険制度」が制定されたが、普及率は20%にとどまっている。第2節では、商業健康保険について検討を行う。商業健康保険は1980年代から普及が進み、1990年代に大きな発展を遂げた。1990年代後半からは、商業健康保険は「都市従業員基本医療保険制度」および「農村合作医療保険制度」からの委託業務を受ける形で、社会医療保険の補充保険として機能し始めた。第3節では、中国医療救助制度について検討する。貧困および医療問題の緩和、解決の重要策として、中国政府は、低所得者を対象に、2003年、「農村医療救助制度に関する意見」、続いて2005年に「都市医療救助制度の試行に関する意見」を公布し、医療救助制度を発足させた。新しく創設された医療救助制度は、公的扶助制度の1つとして、商業健康保険と共に、中国医療保障の中で、公的医療保険制度を補完する役割を果たしつつある。

第Ⅲ章では、中国農村においては、都市と比べ、農村部では、医療保険制度の未整備、医療資源の不足、農村住民医療負担の過重、健康状態の低下など様々な問題が山積していることを紹介することにした。ではなぜ、これらの問題が存在するのか。この章では、これらの問題の存在する社会的背景と直接的原因を探ってみることにした。医療保険制度に見られる都市と農村の二元構造は、現代中国社会では珍しい現象ではなく、その形成過程は偶然たるものでもない。

この点、社会的背景から見れば少なくとも3つの要素が働いている。まず、都市・農村間の生産力格差である。次に、50年代に成立した都市と農村の二元的な社会体制である。最後に、農村に社会保険制度が育たない背景には、中国農村に古くから存在する伝統的な社会構造があることである。現在の中国農村の医療資源の不足、農村住民にとっては医療費負担の過重、健康状態の悪化などの直接的原因は、中国政府による農村衛生事業への資金投入不足と農村住民の低収入による制限が原因となっている。

第IV章では、中国における医療保障制度問題を整理すること、および、公平かつ効率的な医療保障の構築に関する提言を行う。提言としては、医療の費用対効果の向上、モラルハザードによる過大消費も負担感の大きさから来る過少消費もともに抑えられるような適切な自己負担、商業医療保険制度の活用とその対極にある医療救助制度の充実、地域医療計画の充実などである。

第V章では、日本の医療保険制度の経験から、中国の医療保障制度の構築に示唆となるものを抽出し、中国医療保障制度の構築に対する提言を行った。日本の医療保険制度の成立過程から得られた示唆は、法制度の先行、保険への強制加入、保険組合の役割、明確な国（政府）責任の4点である。

2007年10月に開催された中国共産党第17回党大会における胡錦濤総書記の報告は、国民生活の改善を重点とする社会建設の加速的推進の重要な一環として、都市と農村の住民をカバーする社会保障の構築を速め、国民の基本生活を保障するといったことを再確認したものとなった。それによって、都市労働者基本医療保険の充実を続けると同時に、都市住民基本医療保険および新型農村合作医療の制度整備を全面的に推し進めることとなった。中国では全国民に適用するような統一の医療保険制度が存在せず、従来は都市部の「公務員医療保険制度」（公費医療保険制度）と「労働医療保険制度」、および農村部の「農村合作医療制度」とに分かれており、それぞれ一部の国民をカバーしていた。一方、1990年代以降、都市部の労働保険医療と公費医療は徐々に制度改革が行われ、現在は都市労働者基本医療保険に統合された。また、農村地域において、合作医療は1980年代と1990年代の社会経済激動期を経てほぼ全面崩壊を辿っており、今は新型農村合作医療として復活を果たし、2015年度を目途に農村住民全員の加入を目指している。そして最新の動きは、都市労働者と農村住民以

外の国民すべてをカバーするために考案された都市住民基本医療保険の試験的実施である。

### 3. 結論の方向

現代中国の医療保障は、複数の制度から構成されている。公的医療保険制度に該当するものは、都市企業労働者を対象とする「都市従業員基本医療保険制度」と、農村住民を対象とする共済形態（任意加入）の「新型農村合作医療保険制度」である。これらの医療保険制度を補充するものとして、商業健康保険が存在している。2005年に新たに作り上げられた医療救助制度は、経済上の理由で社会医療保険に加入できない人々を対象としたものである。これらを多層的に整備することによって、中国の医療保障を整備することが中国政府の目標である。

近年、中国では「以人為本（人間本位）」という政治理念の下で、2007年10月8日付の『中国経済週刊』は「全民医保、住房保障：中国正進入『福利時代』（国民皆医療保険、国民皆住宅保障：中国は『福祉の時代』に入ろうとしている）」といった記事をそれぞれ掲載した。

この「全民医保」は、日本語に訳せば「国民皆保険」になる。日本では、すべての国民がいずれの健康保険に強制加入するような国民皆保険体制が1961年に確立した。それ以来、日本の医療保険制度は、年々整備の進んだ医療提供体制とともに、国民の「安心」と生活の「安定」を支え、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきた。

周知のように、いわゆる国民皆保険体制は国民全員が何らかの形で社会保険に加入する体制である。言い換えれば、社会保険は必ず強制加入を行わなければならないものである。しかし、この世界的な常識は、中国ではほとんど常識になっている。とりわけ農村地域の社会保障となると、例外なく強制加入ではなく、任意加入という制度設計になってしまう。つまり、農村地域および農村住民の特性を配慮するという名目で、政府は農村の社会保険を設計する際、何時も任意加入の原則を貫こうとしている。したがって、中国では国民皆保険体制に到達するまで相当険しい道程になることは間違いないだろうと思う。