

# 看護職員の確保定着への取り組み —本校の実態と課題—

西村由紀子

第62回国立病院総合医学会  
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 63 No. 12 (802-805) 2009

## 要旨

国立病院機構附属養成所（以下養成所）の使命は、国立病院機構（以下機構という）および社会に貢献しうる有能な人材育成である。質・量両面からの確保が必要であるため、使命を果たしていくには、良質な入学生の確保と、社会の期待に応えられる職業人育成が課題である。

別府医療センター附属大分中央看護学校（以下「本校」）3年生を対象にした調査で、卒業後の進路選択の基準について、63.6%と最も多かったのは、「卒業後の教育体制の充実」であり、機構への就職率向上にむけては、学生の価値観を踏まえた指導を行っていく必要がある。

本校では、21年度の入学生から実施される新カリキュラムを検討し、「看護実践能力の育成」を柱に教育内容を構成した。質の高い専門職業人を育成していく上で、「看護実践能力育成」の3要素を「カリキュラムの充実」「教育環境の整備」「教員の資質向上」と考えている。これには、カリキュラム評価に始まり、教育内容や方法の工夫、学生の実態を踏まえた学則等の見直し、学生生活支援、教員の授業力の向上や、学生指導力、臨床との連携力のほか、多方向からの取り組みがなされなければならない。

さらに、以上の3要素が機能するために共通して必要なのが「授業と臨床実践のつなぎ」であると考えている。「授業と臨床実践のつなぎ」を強化していくには、臨床実践と乖離しない教育内容、看護実践能力育成のための教育方法や教育環境、つなぎ役としての教員のほたらきが重要である。

キーワード 看護実践能力、臨床との連携、学生の認識

## はじめに

養成所の使命は、学則にあるように、機構および社会に貢献しうる有能な人材育成である。これを可能にするには、量的確保と、質的確保が必要である。「国立病院機構における看護師養成のあり方に関する検討会」報告書によると、養成所の卒業生の就職

率は70%に高めていくとされている<sup>1)</sup>。量的確保を図るためには、機構、ブロック、施設の取り組みが必要であるが、就職に対する学生の意識を理解した上で対応を考える必要がある。また、質的確保については、養成所のメリットを生かし、育てる人材の備えるべき能力を明確にした上で、人材育成を図っていく必要がある。とくに養成所は、平成9年以来

国立病院機構別府医療センター 附属大分中央看護学校  
(平成21年3月19日受付, 平成21年11月13日受理)

Effort to Secure Nursing Staff Quality and Quantity : Initiatives and Challenges for Our School  
Yukiko Nishimura, Oita Chuo Nursing School attached to NHO Beppu Medical Center

Key Words : practice nursing ability, cooperation with clinical medicine, perception of nursing students

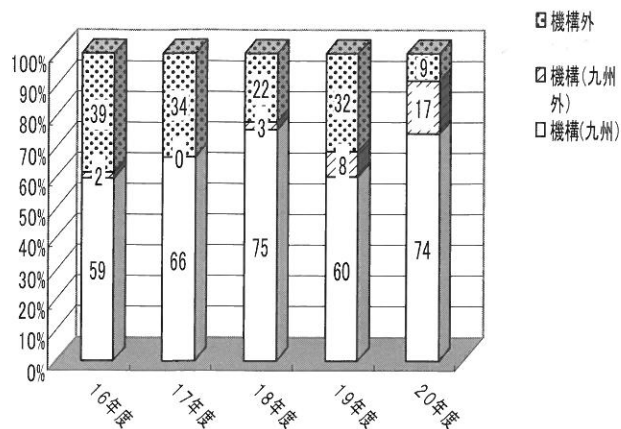


図1 当校卒業生の就職先の推移

となるカリキュラム改正を前にしており、改革のチャンスを迎えた。基礎教育の立場から看護職員の質・量確保にむけての課題を明らかにしたい。

### 量的確保の実態と学生の認識

図1は本校（別府医療センター附属大分中央看護学校）卒業生の就職先の推移である。ここ2年間の特徴として九州外への機構就職率の増加がある。一方、図2は、平成20年9月に3年次の学生を対象に実施したアンケート調査のうち、就職希望先を選択した理由についての回答状況であるが、これによると最も多かったのは、「卒後の教育体制が整っている」であり、「地元だから」を上回っている。現段階では、九州ブロックでの就職を希望する学生が圧倒的ではあるが、地域にこだわらず、自分の将来像

を考えて、施設の決定をする学生が徐々に増加している。就職説明会への参加をはじめ、就職候補施設の事前訪問、インターンシップの活用、インターネット情報や就職した先輩からの情報収集など、多様な情報源を使った自分の希望にふさわしい職場選びは、今後加速すると考えられる。こういった学生に対して、入学時より、機構の理解や帰属意識を高める具体的な働きかけを行っていく必要があると考えられる。

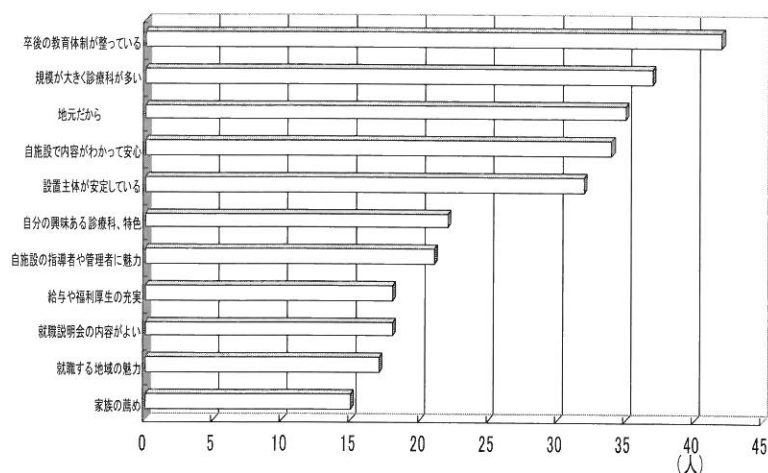
とくに、養成所は母体病院と物理的にも隣接しており、病院と連携して、学生は、将来ともに機構を担う人材という共通認識に立って教育にあたらなければならない。

### 質的確保の取り組みと課題

平成21年度からのカリキュラム改正を前に、自校カリキュラムの評価を実施した。

1年をかけて、従来の教育内容の過不足を整理するとともに、今回の改正の趣旨である、「看護実践能力の育成」の検討と「今後重要となる内容」を加えて全体のカリキュラム構造を作成した。

図3は、看護実践能力を育成するために、何が重要かということを表したものである。図に示すように学生を取り巻く状況については、プラス要因とともに、指導に工夫を必要とする要因があると感じている。またこのことを踏まえ、当校の取り組むべき課題は、カリキュラムの充実、教育環境整備、教員の資質向上であると考えている。これらの要因は相



n=66(複数回答)

図2 就職先を選択した理由

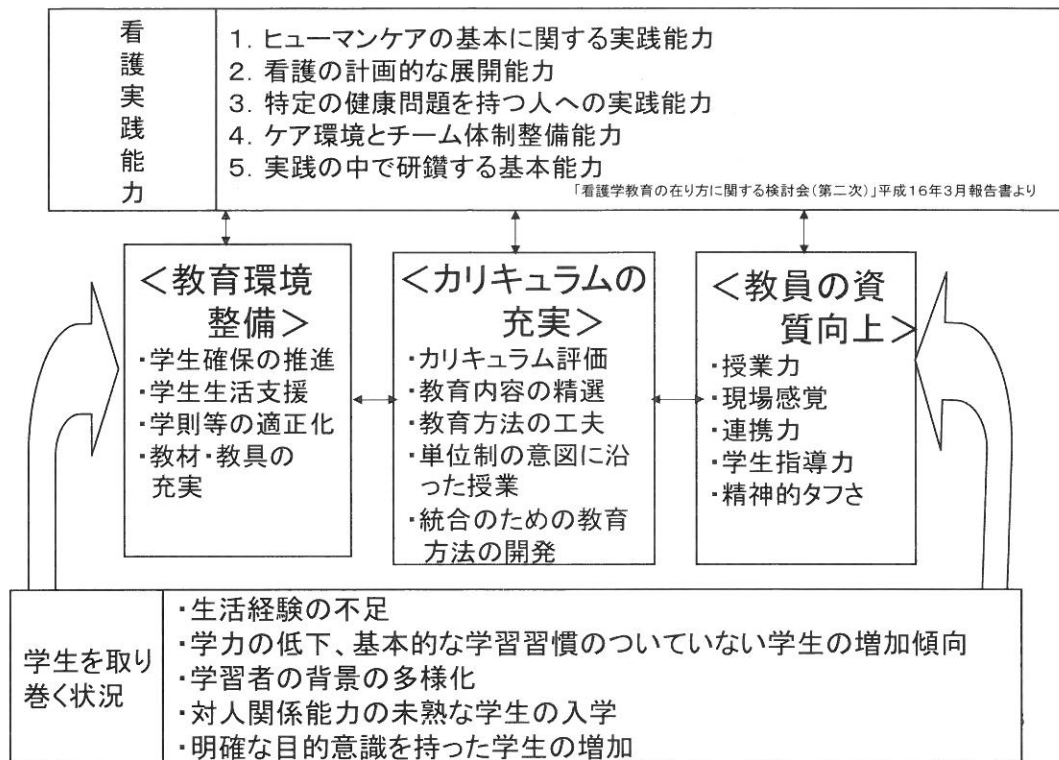


図3 看護実践能力育成のための要素

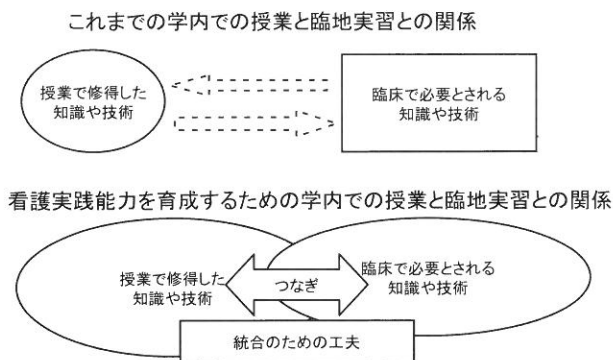


図4 看護実践能力育成のための教育方法の工夫

互に関連しあっており、カリキュラムの充実の中核にあるが、それを効果的に実行するためには、教育環境の整備や、教員の資質向上が不可欠である。

カリキュラム評価を行う討議の中で、これまでの教育方法が十分効果をあげていないのではないかということが問題提起された。とくに臨床の急激な変化に対応した臨地実習のあり方、臨地実習での学習を効果的に行うための、講義や校内実習のあり方などであった。図4は講義と臨地実習との関係について示したものである。各科目で教授された内容を統合するための、当校のこれまでの講義や、校内実習のあり方は、領域にかかわらず、紙上事例を用いた看護の展開シミュレーションで行うことが多かった。

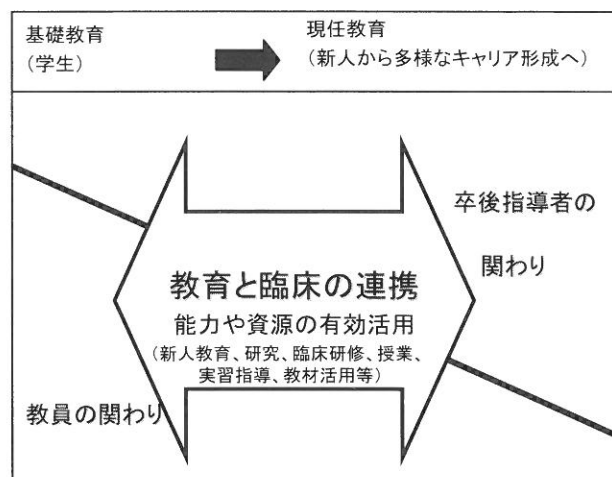


図5 教員と卒後指導者との連携

本来は、個々の患者の特徴や、問題に応じた看護の内容を考えるための紙上事例展開である。この学習の成果が、臨床で必要とされる知識や技術に転換されるためには、学内と臨床の「つなぎ」の学習が必要だと考えている。たとえば、情報収集の手段ひとつをとってみても、羅列した情報をそのまま提供するのではなく、模擬患者や、模擬カルテ、模擬病室など、可能な限り、臨床で遭遇する状況を学内の授業の場で設定し、実際に近い収集のプロセスを体験できるように、学習のステップが必要である。また

逆に、臨床の場で、すべてが学習できるとは限らないし、臨床の経験だけで十分ともいえない。臨床での学びを学内で深めたり、共有化することも必要であり、そのために、学内での講義や演習、校内実習と臨地実習とが相互に行き来するような学習の場づくりをしていきたいと考えている。

これらを可能にするためのひとつとして、養成所のメリットである、臨床との連携を生かすことが重要である。図5に示したが、養成所は組織上のみならず、物理的にも母体施設に近いというメリットをもっと生かし、機能として、相互に不可欠な存在とならなければならないと考える。共同して新人教育、看護研究、各種委員会活動に取り組むことをはじめとして、講義や、実習指導だけでなく、連携を深めていくことにより、教員、臨床指導者のもつそれぞれの強みを活用していくことで、能力を磨き、人的資源としての教育環境を高めていくことが可能であるとと考えている。

---

## おわりに

---

昨年より、養成所、臨床間の連携の具体的行動として、新人とくに新採用時の看護技術指導、教員と担当病棟との共同研究、実習場の課題解決のための看護師長と教員の勉強会をスタートした。また、教員のうち数名は、臨床研修を実施できた。これらの活動により、教育内容の評価や改善につながる情報を得ることができ、臨床の抱える課題を知ることができた。授業以外にも、臨床のスタッフが養成所に訪れるようになり、実習指導や講義といった学生指導に関連した関わりから、広がりを持ちはじめたと感じている。これらの活動を手がかりに、少しずつ地域貢献活動の環へと広げていきたいと考えている。

---

## 【文献】

- 1) 国立病院機構における看護師養成のあり方に関する検討委員会報告書。2008。

し、今後の結核医療を提言する。

### 結核対策の問題点 - 4つの側面の包括化を目指して -

結核がわが国で本格的に蔓延したのは、明治以降、産業革命とともに始まった約120年前のことである。その後、時代の変遷とともに、近代国家建設、富国強兵政策などが起こり、結果、都市でも農村でも広く結核は蔓延していった。その間、『国民病』として、その対策に国民総医療費の多くを投入されてきた。わが国の結核患者登録の統計がほぼ整った昭和26年には、590,662人であったが<sup>3)</sup>、結核に対する政策は、結核死亡者や罹患者数の減少をもたらし、平成18年には新登録患者数26,384となり、昭和26年の22分の1に減少した<sup>3)</sup>。

昭和26年当時、わが国の公衆衛生状態は現在に比べるもなく低く、さらに、わが国には有効な薬剤はなく、患者はひたすら安静の日々を過ごさなければならなかった。しかし、現在、結核を取り巻く環境は変化した。医療レベルや医薬学が発達し、有効な薬剤もある。公衆衛生状態は向上し、健康保険制度も整備された。しかしながら、一方で、現代においては、社会問題を反映した結核患者の発生や、高齢者の結核、薬剤耐性の問題など結核を取り巻く環境は変わり、新たな問題も出現している。これらを大きく、社会的側面、医学的側面、危機管理、国際協力・貢献・国際化と大きく4つに分類し(図1)、現代環境および問題点を検討してみた。

#### 1. 社会的側面

現代の結核を取り巻く問題点には、大きく都市型結核の問題、外国人の結核の問題、そして医療費の問題の3点である。

わが国の結核罹患率の都道府県別順位をみると、単一民族国で同じ法律や政策を実施している一つの国の中であるにもかかわらず県別格差がみられる。結核問題の多くは都市部に集中しつつあり、そこにおける特定集団の問題が増加しつつある。結核はその特異性により、人口の集中している場所、不特定多数の人が集まる場所などで蔓延しやすい特徴がある。さらに都市部ではフリーターやニート、ホームレスなど、安定収入を得られない住所不定者などの生活困窮者の人口も多い。これらの地域や場所では、労働環境、生活環境共に良好とはいえない外国人の

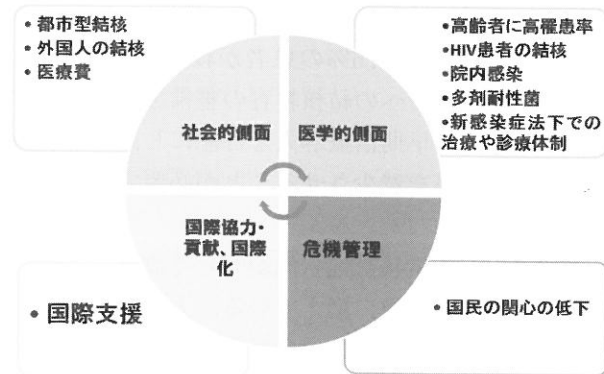


図1 わが国の結核を取り巻く環境および諸問題

人口も多い(結核新登録者中の割合は全国で2.5%、都市部では10%以上)。人口の密集性、若者を中心とした社会行動や社会構造の変化、栄養状態やストレスなど、社会・経済・身体的要因などのあり方が結核の感染や発病に密接に関連することが、都市部での結核の流行を引き起こしているといえる。本側面に取り組むために、社会と個人の安全保障の観点からも各都道府県として、その対策を講じることが求められている。住所不定者や外国人らに対する住居の提供などを含めた保健・医療・福祉の連携、雇用条件や検診の励行、生活条件の整備、などの結核対策にかかる財源を確保することが、今後の国としても対策を求められている事項であろう。

#### 2. 医学的側面

##### ○高齢者で高い罹患率

わが国の新登録患者の47%は70歳以上の高齢者で占められている。とくに農村部では、結核罹患率が低くなっている一方で、高齢者の比率が高くなっている。その理由は、現在の高齢者がかつて若年時にわが国において結核が蔓延しており、その時代に感染し発症まで至っていないものの体内に結核菌を保持しているというわが国の歴史性を反映しており、他の先進国と違った我国の社会的背景を反映しているものである。こうした事情は、前項の社会的側面に加えるべきことかと思われるが、敢えてこの項に加えた。それは高齢者が持つ基礎疾患からの症状がある上に、結核の症状は比較的軽微なことが多いため、全体的な結核患者の減少した現代の医療環境では、医師自身の結核についての経験と教育が不十分であることなどが、しばしば結核の診断を遅らせる原因にもなっている。また、高齢者は抗結核薬の副作用も出やすく、治療に苦渋し、診断後1年未満の



結核での死亡は11.2%、その他の理由での死亡が24.4%あり、合計35.6%の患者が救命できない<sup>4)</sup>。今後、若い医師らへの結核教育の整備を早急に検討し、早期診断・早期治療導入を可能にし、高齢者の重症化、死亡率を減少させることが必要であろう。

#### ○院内感染

以前に比べて結核蔓延状況が著しく改善した現在、結核の院内感染は逆に増えている。大阪府と沖縄県での調査で、看護師の結核発病率は同年齢の女性の2倍以上という研究結果も報告されている<sup>5)6)</sup>。これには、1970年頃までは、医療従事者の年齢では、多くがすでに結核に感染していたが、現在では大部分の人が結核未感染であることや、前述のとおり、結核の診断の遅れにもよる。定期的に職員の健康診断をするなどが求められるところである。さらに現在整備されている第二種病室の施設基準は、基本的に接触感染および飛沫感染による感染症へ対応したものであり、空気感染患者の入院は想定されていない。人口が多い大都市圏以外の地域においては、今後は病床単位で整備される必要があると思われる<sup>7)</sup>。

#### ○HIV感染者・免疫低下疾患における結核感染

世界の結核患者のうち15%がHIV陽性であると報告されている<sup>8)</sup>。HIV感染者側からみると、世界的には137万のHIVに合併した結核患者であるといわれており(2007WHO)<sup>9)</sup>その80%はサハラ砂漠南方に位置するアフリカ大陸に住む。2007年には、45.6万人のHIV合併の結核患者が死亡した<sup>8)</sup>。わが国ではその数はまだ少ないものの、グローバル化の影響で、その数は増加傾向がある。HIV/エイズ患者に対する結核の診断は難しく、しばしば治療の遅れにつながる。免疫低下の結核の進行は速い。多種の薬剤による肝障害などの副作用や薬剤相互作用、さらには薬剤耐性結核菌の出現など、基本的薬物治療の継続が困難になることも多い。今後、難渋する問題の克服に向けた努力が要求されている。

#### ○多剤耐性結核菌：multi drug-resistant tuberculosis (MDR-TB)

1990年代、米国を中心にMDR-TBの出現・増加が報告されたが、その発生原因は、結核患者数の低下にともなう、医療従事者側・患者側両者の関心度の低下、薬剤のノンコンプライアンスによる耐性獲得などに起因する不確実な治療の結果であると考えられる。MDR-TBは一次抗結核薬のうち少なくともINHとRFPに対して抵抗性を持つとしているが、さらに超多剤耐性結核菌：extensively drug resis-

tant tuberculosis (XDR-TB)も発見されており、これは先の二剤に加え、二次抗結核薬のうち、フルオロキノロン系製剤に耐性でかつ注射剤のアミカシン、カナマイシン、カプレオマイシン(現在、国内販売中止)の三剤のうち少なくとも一剤に耐性を持つ結核菌とされている。世界的にみて、MDR-TBおよびXDR-TBの数は増加しており、XDR-TBは、日本を含めた35カ国で発見されている<sup>10)</sup>。今後、国内流入増加の可能性も高く、疾患に関する関心の喚起と患者モニタリングなど、警戒を強化することが肝要であろう。

#### ○新感染症法下での診断・治療体制

2007年4月以降の新感染症法下での結核の入院治療は、人権と感染性に基づいた入・退院基準が明記され、入院勧告・公費負担が決定されている。しかしながら、日本結核病学会の「結核医療基準」の見直し<sup>11)</sup>または厚生労働省の「結核基準」などの標準治療を適用させることがしばしば困難となる現状にメスを入れ、問題解決に向かわない限り、新感染症法の実施は困難である。長期にわたる入院治療は、医療費にかかる負担からも回避されなければならない。入院治療の短期化が求められるところである。

入院治療を短期化するために、退院後の治療の完備を実行する必要があるが、それには多剤耐性結核の発生を防ぐためにも、直接服薬確認(DOTS)のシステム化が必要であると考えられる。DOTSは患者および地域の状況に合わせた方法で服薬支援と確認を行う方法であるが、それには簡便な方法として、とくに調剤薬局でのDOTSの参加などにより、勤務地や住居地など患者の利便性を考慮した場所の薬剤師と、患者の主治医とが連携・協力体制のシステム構築などが可能と思われる。参加される薬剤師の意欲と思いやり、そしてその成果に期待したい。

### 3. 危機管理

結核は、グローバルな疾患でありながら、地域的要因も強く絡み、さらには、政府主導の対応策が求められる疾患である。米国では、CDCが年間総額1億4450万ドルを使い、結核対策を行っている<sup>12)</sup>。わが国でも、国民全体の安全確保の面からも、国や地方自治体などの積極的な参画と、必要な財源の確保を強く望まれるところである。

かつて、わが国の結核は、国民病といわれた程、国の産業活動、国民の健康問題に重大な影響を及ぼす疾患であった。国の危機管理として、政策医療と

して取り組まれていた。その結果、大成果を得て今日のわが国の現状となっていると理解されるが、今後は日本のグローバル化の促進とともに、新しい時代に適合する危機管理として取り組む必要がある。これは結核に限らず、感染症全般に対してもいえることであろう。

#### 4. 国際協力・貢献

WHO加盟国214の国や地域のうち、インド、インドネシア、タイなどを含む東南アジア地域が最も多く（人口10万人対率・全体の38.7%）、次いで中国、フィリピン、日本、韓国を含む西太平洋地域（同21.6%）となり、人口対率で見れば、アフリカ地域が最も多く、東南アジア、西太平洋、アフリカ地域で全体の76.5%を占めている<sup>2)</sup>。結核は単に途上国の貧困層の問題であり、貧困問題の克服が結核への取り組みにつながるというのは言い過ぎであり、国の結核対策などの政策的問題も強くかかわっていることから、国際協力が求められる疾患でもある。わが国の過去からの教訓、経験または人材面での国際的な貢献はやり方次第ではさらに大きく期待でき、同時に、国際的なスタンダードをわが国に取り入れるという点でも国際協力・貢献が重要になっていると思われる。

結核のみならず、感染症に国境はない。感染症に立ち向かうべく、国際的な活動に参画し、世界の国々と協力し合い、情報を交換し合い、そしてお互いに助け合うことができるならば、わが国も国際化したといえるであろう。

---

#### 包括的結核対策の必要性

---

結核医療は、われわれ医療従事者のみが医学的見地からその疾患に立ち向かうことで、解決する問題

ではない。今後、医学的側面、社会的側面、危機管理、国際協力の面から包括的見地を持ち、多方面の分野との協力・連携し、お互いを尊重し合いながら対策を講じ実践していくことで、わが国の結核低蔓延国への仲間入りが少しでも早い時期に訪れることを期待したい。

---

#### [文献]

- 1) 厚生労働省結核感染症課. 結核の統計 2008. 東京: 結核予防会; 2008.
- 2) WHO. Global Tuberculosis Programme, WHO/TB/96; 1996/: 197.
- 3) 青木正和. 創立70周年を迎えるにあたって-わが国の結核疫学の特徴. 複十字 2008; 322.
- 4) 青木正和. わが国の結核疫学の特徴. 複十字 2008; 322: 9-11.
- 5) 沖縄県環境保健部. 沖縄県結核サーベイランス委員会報告. 1996.
- 6) 五十里明. 医療従事者からの結核発病, 結核 1985; 60: 551-2.
- 7) 笈淳夫. 結核を想定した感染症指定医療機関の施設基準に関する研究. 平成20年度厚生労働科学研究補助金「我が国における一類感染症患者発生時の臨床的対応に関する研究」総括・研究分担報告書(研究代表者 工藤宏一郎): 2009; 77-124.
- 8) WHO. Global Tuberculosis Control 2009, 2009.
- 9) WHO. TB/HIV FACTS 2009, 2009.
- 10) WHO. Global map and information on XDR-TB
- 11) 日本結核病学会治療委員会. 「結核医療の基準」の見直し-2008年. 結核 2008; 83: 529-35.
- 12) 加藤誠也. 米国スタディツアー報告(パート2)-CDCの役割と活動-. 複十字 2007; 314.