

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 15 **No. 1**

April 2017

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)
副編集長 八代利香 (鹿児島大学)
(五十音順) 江崎一子 (大分香りの博物館)
江藤宏美 (長崎大学)
河村奈美子 (滋賀医科大学)
末弘理恵 (大分大学)
三宅晋司 (産業医科大学)
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)
山下早苗 (防衛医科大学校)

編集幹事： 平野 亙 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 定金香里 (大分県立看護科学大学)
山田貴子 (大分県立看護科学大学)
秋本慶子 (大分県立看護科学大学)
馬場奈穂 (大分県立看護科学大学)
白川裕子 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考に、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適切か、論文の長さが適切か、タイトル・英文要旨が適切か、引用文献が適切か

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における **biomedical** 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、投稿論文チェックリストを提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 投稿論文チェックリスト

著論文投稿時に、原稿とともに投稿論文チェックリストを提出する。

15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内
看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。
図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、
図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、
MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ “ No. m² kg ㄩ (株) 鞆 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「」 「,」 「:」 「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。本文には、通しのページ番号を入れて下さい。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Murashima S, Nagata S, Magilvy J et al (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. Public Health Nurs. 19, 94-103.

Ishikawa Y and Eto H (2012). An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the forth day after birth. Journal of Japan Academy of Midwifery. 26, 264-274. DOI: 10.3418/jjam.26.264

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf) (最終閲覧日: 2016年2月5日)

Lee SW (2014). Overview of nursing theory. Jap J Nurs Health Sci 12, 58-67. http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12_2/12_2_3.pdf (accessed: 2011-12-24)

本文中では、引用文の最後に(太田 2017)または(Ota 2017)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・八代 2017)または(Ota and Yatsushiro 2017)、3名以上の場合は(太田 他 2017)または(Ota et al 2017)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2017a)、(太田 2017b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2017)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じますが、加えて最終閲覧日を記載して下さい。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2017年4月1日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 15, No. 1 (2017年4月)

目次

資料

- 診療看護師の就労環境等の実態調査 -診療看護師の所属部署に着目して- 7
松山 伴子、佐藤 潤、草間 朋子

企画記事

- 大分県立看護科学大学 第17回看護国際フォーラム
いきいきと働きつづけられる職場づくり 15
大久保 清子
- 「看護職の専門性向上 -マグネットホスピタルからの発信-」(Dr. Pauline J. Abrahamの講演から) 21
吉川 加奈子

診療看護師の就労環境等の実態調査 –診療看護師の所属部署に着目して–

A survey for the work environments of nurse practitioner –Focusing on post of nurse practitioner–

松山 伴子 Tomoko Matsuyama

独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター National Hospital Organization Shizuoka Medical Center

佐藤 潤 Jun Sato

東京医療保健大学 Tokyo Healthcare University

草間 朋子 Tomoko Kusama

東京医療保健大学 Tokyo Healthcare University

2015年12月22日投稿, 2017年4月10日受理

要旨

本研究では、現在、病院で活動中の診療看護師を対象に所属部署の違いによる就業環境の違いや、診療看護師自身が所属部署の違いにより、職務上の問題点やメリット・デメリットをどのように感じているかなどの実態を明らかにすることを目的とした。大学院修士課程を修了し、臨床現場で診療看護師として活動している者を対象とし、郵送法による無記名の自記式質問紙調査を行った。119名の診療看護師に質問用紙を配布し、74名(回収率62.2%)から返送があった。診療看護師の所属部署としては、診療部が59.4%、看護部が32.8%であった。診療看護師の1週間の平均就業時間は、診療部所属と看護部所属との間に有意差が認められ、診療部所属の中には80時間を超えるものが12%いた。院内・院外研修の機会や他職種と患者に関する相談をする機会は、診療部所属の方が多かった。診療看護師の労働環境を制度的に整備していくには、今後も定点調査を継続して実施していく必要がある。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the realities of how nurse practitioners themselves feel about the advantages, disadvantages and problematic points of their jobs depending on the differences in the departments where they work or their work environment based on the different departments of the hospital. This was done by studying a group of nurse practitioners who are currently actively working at hospitals. An anonymous self-administered questionnaire survey was conducted via mail on nurse practitioners who have completed a master's course and who are working in a clinical setting. A questionnaire was distributed to 119 nurse practitioners, and 74 of them (a collection rate of 62.2%) sent the questionnaires back. The departments that the nurse practitioners were working in were the medical department (59.4%) and the nursing department (32.8%). There was a significant difference observed in the average weekly working hours of nurse practitioners working in the medical department and those working in the nursing department, and 12% of the nurse practitioners working in the medical department were working in excess of 80 hours per week. The nurse practitioners who were working in the medical department had more opportunities for training inside and outside of the hospital; they also had more opportunities to consult with other professionals about patients. Going forward, it is essential to continue conducting surveys that use fixed point observation to systematically improve the working environment for nurse practitioners.

キーワード

診療看護師、就労環境

Key words

nurse practitioner, work environment

1. はじめに

保健師助産師看護師法（以下保助看護法という）の改正（2014年6月25日交付）により、限定的ではあるが看護師の役割拡大が制度的に認められた。新保助看護法の公布に至るまでの間、厚生労働省は2010年から「特定看護師養成調査試行事

業」、2011年からは「看護師特定行為・業務試行事業」の2つのモデル事業を実施し、所定の条件を満たした看護師が所定の施設において医師の指示の下、特定行為も実施できる状況をつくってきた。このモデル事業の下で、複数の大学院修士課程では、医学的な視点も学び高度な知識と技術を

備えた診療看護師を養成してきた（草間 2009, 草間 2014）。その後、2015年10月には保助看法が改正され、指定研修機関における研修を受けた看護師であれば、医師の手順書に基づいて特定行為ができるようにまでなった。

2010年からの「特定看護師養成調査試行事業」および「看護師特定行為・業務試行事業」の2つの事業において大学院を修了した約150名は、現在も特定看護師の先駆として、患者のQOL（生活の質）向上を目指し、質の高い医療・看護を提供しながら活動しており、患者や患者家族、医療従事者等から高い評価を受けている（忠 2014, 冷水 2014, 石原 2013, 村井 他 2011, 菅野 他 2014, 田端・重富 2014）。

診療看護師（大学院修士課程を修了し、日本NP教育大学協議会が実施した資格試験に合格し、改正された保助看法に基づく、全ての特定行為を医師の手順書に基づき実施できる看護師のこと。医療現場においてはJapanese Nurse practitionerやFujita Nurse practitionerのように様々な名称が用いられている場合もある）は、臨床現場で患者の「症状マネジメント」を効果的、効率的、タイムリーに実施し、チーム医療のキーパーソン、ゲートキーパー的な役割を果たすための能力を習得することを目指して養成されている（草間 2012）。この能力を発揮し、診療看護師自身が、プライドを持って働き続けられる労働環境等を整えていくことが、今後の重要な課題の一つとしてあげられる。

モデル事業を通して養成された診療看護師は、「診療部」（藤木・山西 2014）あるいは「看護部」に所属して活動（上杉・島田 2014）しており、それぞれ勤務している施設の考え方により、所属部署やポジション等が異なっているのが現状である。

そこで本研究では、現在、病院で活動中の診療看護師を対象に所属部署の違いによる就業環境の違いや、診療看護師自身が所属部署の違いにより、職務上の問題点やメリット・デメリットをどのように感じているかなどの実態を明らかにすることを目的とし、病院における診療看護師の所属部署等を検討する際の基礎情報を提供することを通して、将来の診療看護師のさらなる質向上につなげるための資料となることを目指した。

2. 研究方法

2.1 対象者

大学院修士課程を修了し、臨床現場で診療看護師として活動している者を対象とした。

2.2 調査期間

2014年11月25日～2014年12月10日

2.3 調査方法

郵送法による無記名の自記式質問紙調査を行った。調査用紙の発送配布は、個人情報である対象者の住所を研究者が入手することが困難であるため、既に、診療看護師を社会に搬出している6大学院の中で、本調査研究への協力の同意が得られた5大学院に直接依頼した。各大学院の担当教員宛に、研究計画書と協力の依頼文および対象者の人数分の「質問調査用紙」「研究協力依頼書」「返信用封筒」を封入した封筒を送り、個々の対象者への郵送を依頼した。記入後の質問調査票は、対象者から、返信用封筒で研究者に、直接、返送してもらうようにした。

2.4 調査内容

主な質問項目は以下の通りである。

基本属性

性別、大学院入学までの看護師経験年数、勤務場所、大学院入学前の職位と大学院終了後の現在の職位、現在の所属部署、取得資格（専門看護師・認定看護師・その他の資格）。

就業状況

2014年10月の1週間の平均就業時間数、研修（院内・院外）の受講機会の有無、診療看護師に対する特別手当の有無、現在の所属機関における将来の昇格の可能性。

他職種との関係性

他職種（医師・看護師・他職種・その他）の参加の下に行われるカンファレンスへの出席の有無および他職種（医師、薬剤師など11職種）との間での患者に関する相談の機会の有無。

将来の診療看護師の所属部署

将来診療看護師が所属する部署はどこが望ましいと考えているか。

診療看護師の現状と将来

現状および将来の課題についての自由記載。

2.5 データ分析方法

JMP Version11 (SAS Institute Inc. Cary NC, USA) を用いて単純集計を行い、所属部門別にカイ二乗検定 (期待度数が5未満の場合はフィッシャーの正確確率検定) を実施した。自由記述については、KJ法 (川喜多 1970) を参考に意味内容の類似性に基いて記載内容をカテゴリー化した。

2.6 倫理的配慮

東京医療保健大学の研究安全・倫理委員会の承認 (承認番号: 院 26-19) を得て実施した。

3. 結果

3.1 回収率・回答者の属性

119名の診療看護師に質問用紙を配布し、74名 (回収率62.2%) から返送があった。この74名を分析対象とした対象者の属性を表1に示す。

女性の診療看護師53名 (71.6%)、男性の診療看護師21名 (28.4%) であった。大学院入学前までの看護職としての経験年数は、5年から28年と幅広く分布しており、平均12.6年 (標準偏差5.1年) であった。大学院修了後の診療看護師としての就業年数は、2年が34名 (45.9%) で最も多かった。勤務場所は、病院61名 (82.4%)、診療所5名 (6.8%)、訪問看護ステーション3名 (4.1%) であった。「その他」としては「人材派遣施設」「介護施設」「病院併設訪問看護ステーション」等であった。

大学院入学時点で「認定看護師」(「救急看護」4名、「皮膚・排泄ケア」3名、「集中ケア」2名、「訪問看護」1名、「感染管理」1名、不明1名) の資格を取得している者が12名いた。その他として、「呼吸療法認定士」8名、「ケアマネージャー」「DMAT (Disaster Medical Assistance Team)」「臨床工学技士」「薬剤師」「糖尿病療養指導士」「透析技術認定士」「リンパドレナージュセラピスト」「JPTEC (Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care)」「ICLS (Immediate Cardiac

Life Support)」「AMLS (Advanced Medical Life Support)」などの資格を取得している者がいた。

3.2 診療看護師の所属部署

診療看護師の所属部署状況を表2に示す。病院雇用の診療看護師64名のうち、「診療部所属」の診療看護師 (以下、「診療部所属」) は38名 (59.4%) であった。「看護部所属」の診療看護師 (以下、「看護部所属」という) は21名 (32.8%) であった。「診

表1. 対象者の属性

		(n=74)	
		n	(%)
性別	男性	21	(28.4)
	女性	53	(71.6)
大学院入学前の看護経験年数	5年～10年未満	24	(32.4)
	10年～15年未満	24	(32.4)
	15年～20年未満	17	(22.9)
	20年以上	9	(12.3)
大学院終了年度	平成23年度	18	(24.4)
	平成24年度	34	(45.9)
	平成25年度	20	(27.0)
	不明	2	(2.7)
現在の勤務場所	病院 (199床未満)	5	(6.8)
	病院 (200床～299床)	3	(4.1)
	病院 (300床～399床)	11	(14.9)
	病院 (400床～499床)	8	(10.8)
	病院 (500床～)	33	(44.6)
	病院 (病床数不明)	1	(1.4)
	訪問看護ステーション等	3	(4.1)
	診療所	5	(6.8)
	その他	5	(6.8)
取得資格	なし	45	(60.8)
	認定看護師	12	(16.2)
	その他	17	(23.0)

表2. 所属部署と所属施設、所属科について

				n=64		
所属部署	所属施設	所属科	人数	(%)		
診療部	病院	救命救急科	11	(17.2)		
		外科系 (消化器・整形・呼吸器)	5	(7.8)		
		内科系 (呼吸器・総合・循環器)	4	(6.3)		
		統括診療部	3	(4.7)		
		不明	12	(18.8)		
		診療所	1	(1.6)		
		その他	2	(3.1)		
		小計	38	(59.4)		
		看護部	病院	消化器外科	1	(1.6)
	ICU			1	(1.6)	
HCU	1			(1.6)		
心臓センター・一般病棟	1			(1.6)		
循環器病棟	1			(1.6)		
外来師長室	1			(1.6)		
手術・初療・病棟	1			(1.6)		
高度救命センター	1			(1.6)		
不明	13			(20.3)		
小計	21			(32.8)		
その他	診療所		往診部	1	(1.6)	
	訪問看護ステーション		2	(3.1)		
	不明		2	(3.1)		

療部所属)の所属診療科等は、救急救命、外科系(呼吸器・整形・消化器)、内科系(呼吸器・総合・循環器)などであった。「看護部所属」は、「HCU(High Care Unit)」「ICU(Intensive Care Unit)」「往診部」「看護科」「心臓センター・一般病棟」「外来師長室」などに所属していた。「診療部所属」「看護部所属」以外の所属部署(5名)としては、「院長直下」「チーム医療推進室」などがあつた。

なお、所属部署が「診療部」であるか「看護部」であるかによる就労環境の違いを検討する際には、診療部や看護部いずれの所属でもない訪問看護ステーションや診療所の往診部に所属している者を除いた病院勤務の診療看護師59名を分析対象とした。

3.3 診療看護師の1週間あたりの平均就業時間

2014年10月の1週間あたりの平均就業時間について回答のあつた者(55名)の結果を表3に示す。

1週間の平均就業時間が、「診療部所属」では法令上定められている40時間以下の者は0名であり、「50時間以下」は7名(20.5%)であつた。「看護部所属」は「40時間以下」1名(4.7%)「50時間以下」は6名(28.6%)であつた。「70時間以上」が「診療部所属」は8名(23.5%)であるのに対し、「看護部所属」は1名(4.8%)であり、「診療部所属」には「100時間以上」も2名(5.9%)いた。

1週間の平均就業時間については、「診療部所属」と、「看護部所属」との間に、有意差が認められた($p < 0.05$)。

3.4 研修(院内研修/院外研修)を受ける機会について

院内研修について回答のあつた者(診療部所属38人、看護部所属21人)において、院内研修の機会が「ある」と回答した者は、診療部に所属する診療看護師16名(42.1%)であるのに対して、看護部は6名(28.6%)であつた。院外研修については、診療部は17名(44.7%)がその機会があると回答し、看護部は10名(47.6%)であつた。「機会はあるが参加する時間がない」は、診療部は「院内」研修については2名(5.3%)で「院外」9名(23.7%)であり、看護部は「院内」2名(9.5%)で「院外」3名(14.3%)であつた。

3.5 他職種との関係性

3.5.1 他職種が参加して行われているカンファレンスへの出席の有無

他職種が参加するカンファレンスへの出席の機会について表4に示す。「診療部所属」は「ある」が33名(94.3%)であるのに対して「看護部所属」は16名(76.2%)であり、統計的に有意な差はみられなかつた。出席するカンファレンスの種類として「医師のみのカンファレンス」「看護師のみのカンファレンス」「多職種のカンファレンス」の3種類から尋ねた結果(複数回答)、「医師のみのカンファレンス」においてのみ診療部所属と看護部所属との間に有意な差が認められた($p = 0.025$)。

表3. 診療看護師の1週間あたりの平均就業時間

	診療部 (n=34)		看護部 (n=21)		p値
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
40時間	0 (0.0)	1 (4.8)			0.001
40時間以上~50時間	7 (20.5)	6 (28.6)			
50時間以上~60時間	13 (38.2)	9 (42.9)			
60時間以上~70時間	6 (17.7)	4 (19.0)			
70時間以上~80時間	4 (11.8)	0 (0.0)			
80時間以上~90時間	2 (5.9)	1 (4.8)			
100時間以上	2 (5.9)	0 (0.0)			

Fisherの正確確率検定

表4. 他職種が参加するカンファレンスへの出席の機会

	診療部 (n=35)		看護部 (n=21)		p値
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
機会あり	33 (94.3)	16 (76.2)			0.051
医師カンファレンス	24 (68.6)	8 (38.1)			0.025 ***
看護師カンファレンス	14 (40.0)	9 (42.9)			0.833
多職種カンファレンス	23 (65.7)	12 (57.1)			0.522

カイニ乗検定, *** : $p < 0.05$

表5. 他職種との患者についての相談の機会

	合計得点 (平均得点)	
	診療部 (n=35)	看護部 (n=21)
看護師	42 (1.20)	24 (1.14)
薬剤師	4 (0.11)	3 (0.14)
医師	42 (1.20)	20 (0.95)
検査技師	-21 (-0.60)	-15 (-0.71)
臨床工学士	-12 (-0.34)	-15 (-0.71)
放射線技師	-8 (-0.23)	-16 (-0.76)
事務	-26 (-0.74)	-15 (-0.71)
栄養士	-7 (-0.20)	-6 (-0.29)
MSW	14 (0.40)	-1 (-0.05)
理学療法士	21 (0.60)	-6 (-0.29)
心理療法士	-52 (-1.49)	-31 (-1.48)

3.5.2 他職種との間で患者について相談する機会

他職種との間で、患者について相談されたり、相談する機会について「大変多い」を2点、「多い」を1点、「どちらともいえない」を0点、「少ない」を-1点、「ない」を-2点と得点化し、比較した結果を表5に示す。「診療部所属」は、相談の機会が多い順に、医師、看護師、理学療法士、MSW (Medical Social Worker) および薬剤師との間で相談しているのに対して、「看護部所属」の場合は、看護師、医師、薬剤師との相談の機会はあるが、その他の職種との相談の機会はほとんどないことが明らかとなった。なお、職種によっては施設にいないため「ない」と回答している可能性もある。

3.6 診療看護師の将来

3.6.1 診療看護師の将来の希望部署

診療看護師の将来の所属部署として望ましいと考えている部署について質問した結果、現在診療部に所属する者38名のうち、将来の所属部署を診療部と答えた者は21名(55.3%)で、看護部と回答した者は2名(5.3%)、その他と回答した者が12名(31.6%)、無回答が3名であった。一方、現在看護部に所属する者21名のうち、診療部と回答した者は8名(38.1%)であり、看護部と答えたものは8名(38.1%)、その他と回答した者が5名(23.8%)であった。なお、その他の内訳は「独立した部署」「どちらでもかまわない」「分からない」という回答であった。

将来の所属部署を診療部と回答した者が挙げたメリットには「医師からすぐに指示をもらえる」

「医師の文化を体験できる」などがあり、デメリットには「看護部の情報がわかりにくい」「看護師からの理解が得にくい」などがあげられていた。一方、将来の所属部署を看護部と回答した者が挙げたメリットには「労務管理がしっかりしている」「看護の質のアップに貢献できる」などがあり、デメリットとしては「診療行為を行っていく」「医師とのかかわりが少ない」などがあげられていた(表6)。

3.7 診療看護師の現状および将来の課題等

自由記載された意見(74名中67名が自由記載欄への記載があり)についてKJ法を参考に意味内容の類似性に基づいて記載内容をカテゴリー化した結果を表7に示す。寄せられた意見は、「職場に対する不満」、「認められない存在」、「診療看護師としての目標の不明確さ」、「就業環境とその格差」、「看護師であることの自覚」、「将来のビジョン」の6つのカテゴリーに大別された。

4. 考察

4.1 対象者の所属部署について

調査対象となった診療看護師の現在の所属部署は、診療部が59.4%、看護部が32.8%であり、診療部が多かった。これは各大学院が就業機関に対して、医学に関するスキルを強化するために、大学院修了後1~2年間は臨床研修医と同じように指導医をつけて研修期間として対応していただくように依頼していることも影響していると考えられる。

表6. 診療看護師が将来所属を希望する部署のメリットとデメリット

希望する部署	メリット	デメリット
診療部	医師からすぐに指導をもらえる カンファレンスに参加しやすい 看護業務をしなくて済む 医師の文化を体験できる 医行為を行やすい 時間外の行動がとりやすい 活動の幅が広がる	看護部の情報が得にくい 医師と間違われる 看護師からの理解が得にくい 休暇の確保が難しい
看護部	看護の質のアップに貢献できる 患者の情報を深く得られる 労務管理がしっかりしている 看護師であることを再認識できる	看護業務が多くなる 診療行為がしにくい 研修の講師など負担が大きい 医師とのかかわりが少ない
その他	どちらにも関与できる 自由になれる 自律して働ける	人数が少ない 一緒に考えてくれる力のある上司がいない 責任も含め全て自分

表7. 診療看護師の将来に関する意見などの自由記述のカテゴリー

大項目	中項目	小項目
【職場に対する不満】	業務	<ul style="list-style-type: none"> 各診療科により求められることが違う 自分のしたいことと病院の求めるものの違い 受け手によってはPA（フィジシャンアシスタント）と考えている NPの業務以外を依頼され何でも屋になる 都合のいい存在と言われる
	職場環境	<ul style="list-style-type: none"> 労働時間が長すぎて続けていける自信がない 情報伝達不足で看護部の情報が入らない ワークライフバランスがとれない 裁量権がない 管理者の理解の違い 研修への参加に経済的な負担 出産できるか
	複雑な人間関係	<ul style="list-style-type: none"> 他の職種（特に看護師）との距離ができてしまう 看護部を混乱する人間ではないということをわかってほしい 病院全体での周知がされなければ診療看護師としての仕事をするのは難しい 新しいものを受け入れられない雰囲気を感じる 感情的な対応がある
【認められない存在】	法制化にならない不安不満	<ul style="list-style-type: none"> 今後どのように自分たちの仕事や立場を考えたらよいか悩むところ NP実現に向けてどのようにすべきか不安 大学院を卒業しても厚生労働省の認可が降りないと何の保証もなくまったく活用できない
	診療報酬の対象とならない	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬に関われば病院側も必要とするのだろうか
【診療看護師としての目標の不明確さ】	自分たちの目指すもの	<ul style="list-style-type: none"> モチベーションの維持困難 何を目標しているのかわからなくなる（医師ではない） 本当にNPが必要か 看護師、医師両方の視点をもったNPの独自性とは何か？
	孤独感	<ul style="list-style-type: none"> やはり診療の場に看護師は必要ないと再認識した 日本で診療看護師は使えない。大学院なんていかなければよかった。 看護部の情報がほとんど入ってこない 自分たちの考えと意思の求めていることとの乖離 看護師たちからも必要とされていくが不安 やれる仕事をコツコツとやっている 苦勞しているのはがんばっている診療看護師のみでは
【就業環境とその格差】	不十分な卒後教育研修体制	<ul style="list-style-type: none"> 卒後教育の遅れを感じる（複数採用されているところと比べると） 卒業後の教育制度（診療看護師が研修医のように教育してもらえる）が整っていないと成長できない 知識不足
	職場に格差	<ul style="list-style-type: none"> 給与面での待遇の悪さ、休みがとれず身体的に負担 NPとして働いている人とそうではない人との格差 これからさらに病院や地域によって診療看護師の役割や活動の違いが明確になると思う
【看護師であることの自覚】	看護に貢献したい	<ul style="list-style-type: none"> もっともっと看護師の判断能力が高まってほしい 看護師に対しても医師に聞くよりもNPが対応することで話しやすかったり教育的な役割もできると思う 共に働く看護師や他職種とどう連携すべきでどんな役割を担うことができるのか 臨床看護の実践のスペシャリストとして看護師であることを忘れてはならない
	訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> 在宅でNPとして仕事するのは訪問看護ステーションでは難しい 一人開業のできない看護師がどうやって医師とバックアップ契約をするのかも問題かも
	患者さんのために	<ul style="list-style-type: none"> チーム医療におけるNPの役割は大きい 患者さんに悪影響が及ばないようにそれぞれの思いを伝えたり、良い方法を一緒に考えたりしている どう患者さんや家族に役立てる事ができるのか
【将来のビジョン】	地道にコツコツ	<ul style="list-style-type: none"> 職種、世間に認められるように頑張ろうと思って日々働いている 地道にコツコツと足場を固めて築きあげていこうかと 焦らず日々前進を 現場に根付かせるまでかなりの時間がかかるだろう
	今後の展望	<ul style="list-style-type: none"> 療養指導や検査結果説明、服薬指導等をもっと行って足場を固める実績を作っては？ 日本ではクリティカルとプライマーにしかわけられていないが、専門性がないと今後厳しい 法制化を目指す 国家資格に

将来の所属部署についての質問に対する回答でも、現在、所属している部署を望ましいと考えている診療看護師が多かった。今回の調査が、診療看護師として現在の所属先での在籍期間が短い（最長でも4年間）状況下での調査であるため、他の所属部署との比較がまだできない状況下であることも影響しているかもしれない。そこで、この種の調査を今後継続して行っていく必要がある。

4.2 所属部署による診療看護師の就業時間の違い
 就業時間（1週間の平均）については、「診療部所属」「看護部所属」との間に有意差があり、診療部に所属する診療看護師の中には80時間を超える者が12%もいた。2006年に厚生労働省が行った、医師需給に係る医師の勤務状況調査において (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0208-12b.html>. 最終閲覧日：2014年12月16日)、常勤

医師の1週間当たりの勤務時間が66.4時間(±18.0時間)、看護師の正職員の所定労働時間の平均値が38時間48分(日本看護協会2010)と報告されている。「診療部所属」の場合は、医師と行動をともにする機会が多いため、就業時間が長くなったと考えられる。就業時間に関しては、将来の所属部署を考える際のデメリットとしてもあげられている。診療部に所属する診療看護師の就業時間が厳しい状況であることは、定性的にいわれてきたが、本調査の結果でも定量的に明らかにされた。

4.3 診療看護師の将来

今回調査に協力していただいた診療看護師の方々は、診療看護師として、役割モデルが無い中、自己研鑽しながら将来を模索し、日々努力している姿が本調査を通して伺えた。診療看護師たちは診療部、看護部どちらに所属したとしても、診療看護師としてのチーム医療における役割に変わりはないと考え、日々活動を続けている。医師の中にも、医師不足を補う医師のアシスタントではなく、医師にはない看護の視点を持った周術期管理のプロフェッショナルと捉えている(田端・重富2014)という報告もあり、診療看護師に対し、理解のある医療者も徐々に増えてきている。

4.4 昇格の機会、特別手当等について

今回の調査で、所属部署による昇格の機会や、資格に対する特別手当の有無についても調査した。しかし、今回の調査対象者の中には研修期間中であることや、診療看護師としての経験が浅いことなどもあり、結果を公表する時期ではないと判断した。

5. 結語

74名(回収率62.2%)の診療看護師から質問紙調査への協力を得て、以下の結果が得られた。

- (1) 所属部署としては、「診療部」59.4%、「看護部」32.8%であった。
- (2) 病院に勤務している診療看護師の1週間の平均就業時間は、「診療部所属」と「看護部所属」との間に有意差が認められ、「診療部所属」の中には80時間を超えるものが約12%いた。
- (3) 「診療部所属」のほうが、院内研修、院外研修の機会が多かった。

- (4) 「診療部所属」のほうが医師、薬剤師などの他職種との間で患者に関する相談をする機会が多かった。

本調査は、診療看護師としての活動年数が最長でも4年未満であるという限界がある。診療看護師の労働環境を制度的に整備していくためには、今後も、この種の調査を継続して実施(定点調査)し、データを集積していく必要がある。

謝辞

調査票の配布にあたり、5大学院のNP教育にあたっておられる先生方に多大なご協力をいただきました、深く感謝申し上げます。

日々多忙な勤務の中、本研究にご協力いただき、貴重なご意見をいただきました診療看護師の諸先輩の皆様にも感謝申し上げます。

引用文献

- 忠雅之(2014). クリティカル領域における特定看護師の実践: より科学的根拠のある知識・技術を習得してチーム医療に貢献する. *Nursing BUSINESS*, 8 (5), 428-431.
- 藤木則夫, 山西文子(2014). 診療看護師(JNP)の現状と課題. *国立医療学会誌「医療」* 68(7), 329-331.
- 冷水育(2014). クリティカル領域のチーム医療を円滑に進めるために. *看護管理* 24(7), 634-639.
- 石原夕子(2013). 九州医療センター救急外来における特定看護師の活動. *Emergency Care* 26(3), 313-315.
- 川喜多次郎(1970). 続・発想法: KJ法の展開と応用. 中公新書, 東京.
- 草間朋子(2009). ナースプラクティショナー(NP: 診療看護師)の養成: 「多職種連携」と「業務分担」で医療のあり方を見直す. *保険診療* 64 (7), 31-34.
- 草間朋子(2012). ここまで来た「特定能力認証看護師」. *看護管理*, 22(4), 294-295.
- 草間朋子(2014). 「特定行為に係る看護師」への期待と今後の展望. *Nursing BUSINESS*, 8(5) 32-33.

村井恒之, 廣瀬福美, 光根美保 他(2011). 特定能力認証看護師としての1年を振り返る. 看護管理 22(4), 313-319.

日本看護協会(2010). 2009年看護職員実態調査. 日本看護協会調査研究報告 <No.83> 2010. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/83.pdf>

菅野雅之, 清水公裕, 村田美幸 他(2014). 当院における特定看護師による呼吸器外科領域における診療援助の現況. 日本外科学会雑誌 115 (6), 352-356.

田端実, 重富杏子(2014). 心臓血管外科における診療看護師導入の試み. 日本外科学会雑誌 115(6), 348-351.

上杉みつえ, 島田知子(2014). 特定看護師 (仮称) の活動からみえてきた成果・課題と今後. 看護展望 39 (9) 0796-0802.



著者連絡先

〒152-8558
東京都目黒区東が丘2-5-1
東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部 看護学科
佐藤 潤
j-satoh@thcu.ac.jp

大分県立看護科学大学第17回看護国際フォーラム

いきいきと働きつづけられる職場づくり

Making a workplace where workers can continue to work with vigor and enthusiasm

大久保 清子 Kiyoko Okubo

福井県立大学 看護福祉学部 Fukui Prefectural University, Faculty of Nursing and Social Welfare Science

2016年4月12日投稿

要旨

わが国における医療提供体制は、これからの超高齢社会への対策として、病院完結型から地域完結型へと転換が進められており、超高齢社会では「病気とともに暮らす人」を地域で支えることになる。病院はこのような社会の変化に対応していくために、まず地域になくなくてはならない病院をめざしビジョンに向かって変革を繰り返す必要がある。その実現に向けて、内閣府は職場の意識や職場風土の改革とあわせ働き方の改革に自主的に取り組む必要性を強調している。これまで働きやすく働きがいのある職場づくりに取り組んできた。働く環境を整備することは、結果的に職員は定着し自己実現へと研鑽でき支援へと繋がった。看護職では離職率が13%から5.7%と減少した。また認定看護師30名、NP（Nurse Practitioner）3名、CNS（専門看護師：Certified Nurse Specialist）1名など、定着し自己実現していく看護師の増加につながる成果があった。

Abstract

It is increasingly demanded that people with sickness are supported by the community where they live. Hospitals should be reformed to meet such social needs, and human resources who can play a central role in this development are necessary. This research reports on a facility where the turnover rate of nurses was lowered from 13% to 5.7% as a result of reforms that made the workplace more comfortable and encouraging for workers. In addition, the number of certified nurses was increased to 30 and the number of NPs (Nurse Practitioners) and CNSs (Certified Nurse Specialists) was increased to three and one respectively, at this facility, which indicates an increase in the self-realization of the nursing staff.

キーワード

勤務環境、人材育成、モチベーション、変革、満足度

Key words

workplace environment, human resource development, motivation, reformation, the degree of satisfaction

1. はじめに

わが国における医療提供体制は、これからの超高齢社会への対策として、病院完結型から地域完結型へと転換が進められており、超高齢社会では「病気とともに暮らす人」を地域で支えることになる。病院はこのような社会の変化に対応していくために、まず地域になくなくてはならない病院をめざしビジョンに向かって変革を繰り返す必要がある。病院の変革では、職員の一人一人の力の結集で変革を繰り返し行える組織づくりが必要である。その要となる人材の確保や育成についても多くの病院が課題としている。

内閣府の「仕事と生活の調和憲章」では、「国民一人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域

生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」を目指すべき社会の姿としており、その実現に向けて「企業とそこで働く者は、協調して生産性の向上に努めつつ、職場の意識や職場風土の改革とあわせ働き方の改革に自主的に取り組む」ことの必要性を強調している (http://www.cao.go.jp/wlb/government/20barrier_html/20html/charter.html. 最終閲覧日：2017年1月30日)。これまで、働きやすく働きがいのある職場づくりに取り組んだ結果、働く環境を整備することは、結果的に職員は定着し自己実現へと研鑽できることに繋がる知見が得られた。

2. 病院の概要

今回報告する福井県済生会病院は、1941年に開設された地域中核病院で一般急性期を中心に担う病院である。病床数は450床であり診療科は22科である。1カ月の平均在院日数は10.2日であり、病床利用率は91.4%である。全職員数は1,206名、うち看護職員数は616名(うち非正職員58名)である(2015年3月現在)。病院は「患者の立場で考える」を理念とし、積極的に様々な変革を行っている。職場の環境づくりでは、全国に先駆けて2002年電子カルテ運用を開始。2005年ISO9001承認、2005年BSC(バランススコアカード)、ゼネラル・エレクトリック(GE)ツール導入、2007年NPO法人e-jnetの「働きやすい病院」認定等がある。福利厚生では、2009年院内保育所「ぼっかぼか園」の受け入れ児童の定員数を50名から70名に増員等がある。これらの取り組みは、病院の経営戦略から年度の目標の達成のために、ISO(2005年にISO9001承認)とBSCのツールを展開し実現化している。

3. 働く環境の整備

組織変革を繰り返す行いには、あらゆる場所で職員が積極的に変革に参加できる組織である必要がある。そのためには職員は生きいきとしてモチベーションが高く、あらゆるマネジメントを行うことができる必要がある。まず職員の働きやすく働きつづける環境を整えることに着手した。行った項目は、多様な勤務形態の導入、キャリア支援、子育て支援、職員宿舎使用料金の値下げ(月に駐車場料込で27,000円)、職場復帰見舞金制度(出産・傷病で休んだ場合に10万円支給)、診療給付金制度(本人・家族の診療自己負担額の90%を互助会から支給)、共済・退職手当金制度(基本給の月額額の16%を病院が積み立て)、認定看護師教育等の研修補助金制度である。

3.1 看護職のパート採用

看護職のパートの採用を2007年4月から開始した。当時、看護職のパート雇用は全国的に類が無く、メディアで全国に紹介された。勤務時間は1時間から可能としたが、看護職にとってパートの雇用は、自分の働ける時間で勤務が可能なことから、当院で働くことを希望する看護師は年々増

加し、2009年には83名まで達した。育児から手が離れフルタイムで勤務が可能になるとパートから正規採用へと、雇用体制の変更の希望の申し出があるようになった。これを機会に、個人の希望により雇用体制を正規職員からパートである非正規職員へ、またパートである非正規職員から正規職員へと変更することで、退職することなく働きつづけられる雇用体制を整えた。

3.2 短時間正社員制度の開始

働きやすく働きつづける環境を整えるために、様々な支援の整備や充実を行っていった。

2007年11月から全国に先駆けて、短時間正社員制度を始めとした、勤務が可能な時間帯で働ける体制の構築に着手した。目的は育児や介護、体調不良などの職員に対して、家庭での役割を果たしながら仕事も続けたいという希望に沿った支援を行うことである。手続方法は、まず所属長に相談し所属長が承認した後に「短時間勤務申請書」を人事課に提出することとした。申し込みは、原則として4月と10月とするが、この限りではないことも規定に明記した。労働時間は、本人の希望する時間帯としたが、所属長が本人と交代制勤務での勤務時間を調整することにした。賃金は、6時間労働時間分の支給とし、通常8時間勤務時間の3/4である75%を基本給として支給とした。また、短時間正社員制度を活用する期間も正職員とした。そして定期昇給や退職金、賞与については制度を活用する期間の長さに応じて支給とした。

3.3 夜勤免除制度の開始

看護職の勤務は24時間体制で患者に医療や看護を提供しており、看護職は夜勤を含む交代勤務が常識になっている。したがって2006年9月から導入した夜勤免除制度は、これまでの固定観念をくつがえすものである。

看護職から離職せずに働きたいが家庭の事情や体調不良により「夜勤が出来ない」また「夜勤を減らして欲しい」との声があった。夜間勤務を行わなくても正規職員として働き続けられる制度として夜勤免除制度を導入した。対象は、産前産後・育児中・介護中・病気の回復中・本人の体調・長期研修中等とした。夜勤免除制度を利用する際は、各部署担当の師長と相談の上「夜勤免除申請書」を、部長を経て人事課へ提出する。そし

て夜勤免除の申請期間は基本的に最低1年間とした。しかし、場合によっては柔軟な対応も必要であり、月単位でも認めることにした。長期休暇・病欠・研修などで夜勤ができない期間も「夜勤免除申請書」を提出することでこの制度を活用するための統一化をはかった。

3.4 夜勤専従制度の開始

夜勤の免除を希望する者が多くなると交代制勤務が組めないことになる。そのため夜勤専従制度も同時期に開始した。夜勤専従制度の対象者は一定の期間夜勤だけの勤務を希望するもので、部署で夜間勤務が組めない時の調整としてもこの制度を活用することとした。夜勤専従の勤務期間は1カ月から、労働衛生安全を考慮して連続3カ月までとした。夜勤専従勤務の期間が過ぎたら翌月から専従で働いた同期間分平常勤務に戻る体制とした。また1カ月の夜勤勤務時間の上限は144時間以内で、日勤勤務は行わず、勤務日数の調整は、1日～2日の研修日や有給休暇として消化した。月により差はあるものの、非正規職員の夜勤専従者4名程度、正規職員の夜勤専従者20～50名がこの勤務体制を活用した。

このような制度や体制を活用して勤務するにあたり、夜間勤務の回数による手当を付加した。つまり夜間勤務6回以上1カ月10,000円、夜間勤務5回以下で1カ月5,000円、夜間勤務免除の手当は0円とした。夜勤の回数による手当を付加したことは、夜勤勤務の回数を遠慮なく選択できることにもつながった。すべての職員に公平性のある処遇をおこなうためには、オープンな組織体質が必要であり、情報や制度を職員へ周知していくことも重要である。

3.5 4時間1単位制による勤務時間の弾力化

このような多様な勤務体制を実現可能にした実務上の工夫は、4時間を1単位とした考えかたを導入したことである。8時間勤務の場合1日2単位で、週40時間なら10単位となる。1カ月21日勤務の場合は、168時間勤務で42単位、20日勤務の場合は、160時間勤務で40単位勤務である。うち夜勤時間は、1カ月に72時間以内であるので、18単位以内の勤務である。この4時間を1単位とした勤務時間を組み合わせることによって、看護力の必要な時間帯、たとえば朝夕食時の時間帯や

就寝前など業務量が多く医療事故が起きやすい時間帯に、医療安全上必要とされている職員を厚く配置できる。スタッフを配置する際に基準とする看護師の業務量は、電子カルテから独自にプログラムを使用して算出した看護必要度を参考にしている。これで、病棟の勤務形態は、あらゆる組み合わせが可能となり、2交代制や3交代制のそれぞれに変則をいれた時間帯の工夫が行えるようになった。週40時間を4日で勤務する圧縮労働時間制も早くから導入した。交代制の場合の交代時間帯も単一でなく、たとえば12時から20時までなどの時間帯も選択可能とした。つまり2交代、3交代と言っているが、勤務は多様な勤務形態で構成した状態である。

3.6 生活支援体制・子育て支援

病院と隣接している『ぽっかぽか園』は、対象児が0歳児～3歳児（4歳未満）を対象として受け入れが24時間体制の院内保育所である。看護職員だけではなく全職員が活用できるように、定員数を50名から70名に増員し、さらに残業や利用者の休日の時間帯も利用できる保育体制に2007年に充実させた。そして福利厚生として保育費の月額35,000円を25,000円に減額し、職員数を看護職2名、保育士25名と充実させ安心して活用できる体制にした。育児休暇前に職員の不安を軽減するために、個別に聞き取り調査を行うことを開始した。個別の聞き取りでは、育児休暇後の短時間勤務制度利用の希望の有無や夜勤免除希望の有無、育児休暇後は元の部署で勤務したいのか、院内保育施設の入所希望の有無、困っていること、心配なこと等を面接で聞き取り、所属師長と副看護部長とが情報を共有し細部にわたる個別フォロー体制とした。

4. 学ぶ組織づくり・人材育成

チームを基本とした組織づくりを念頭に、院内での職員研修では、職員が職員を教育するシステムを構築した。キャリア支援では、専門性を追求するために、院内でのクリニカルリーダーや研修を充実させた。そして働きながら大学院に進学できる制度をつくり、年間2名～3名の修士課程の修了者を誕生させた。さらに院外への研修参加の支援では、7週間以内の短期研修は出張として対応

した。また長期間の院外での研修参加の支援では、特に専門・認定看護師教育課程への道の支援を行った。この認定看護師教育課程への支援では、病院に在籍のまま出張扱いとして、給料の支給と出張費の支給等の新たな規定を策定して身分を保証した。2004年から年間に3～4名の認定看護師が誕生し現在30名の認定看護師が活動している。他にもCNS（Certified Nurse Specialist）1名、NP（Nurse Practitioner）3名が活動している。これらの高い専門性を発揮するために、取得した技術や知識を活かせる部署に配属した。たとえば看護外来、地域連携室、肝疾患支援室、SCU（脳卒中ケアユニット：stroke care unit）、緩和ケア、透析などがある。認定看護師が高い専門性を発揮することで、他の看護師のモチベーションは高くなり、患者アンケートの満足度も高くなっていった。さらに認定看護師の活動の場を拡大していくために、院内、院外での委員会活動や、BLS（一次救命処置：basic life support）やACLS（二次救命処置：advanced cardiovascular life support）のインストラクター、そして地域からの講師依頼など専門性が発揮できる活動へと場の拡大を支援した。

5. モチベーションを高く維持する支援

働きやすい環境の整備の次は、働きがいがあるかということである。つまり、やりがいが見いだせて定着する組織づくりである。理想の職場は、職員が明るく、また楽しく仕事し、何でも言い合える職場である。閉鎖的で暗く会話もない職場で

は、患者も職員も暗い気持ちになりかねない。人間関係でとても大切なものの一つに信頼し合うことがある。信頼し合うには、まずオープンなコミュニケーションができる職場づくりが必要である。

業務だけでなく、新年会やイベントに関しても、各部署ではなく組織を横断的に活動しているチームでの参加を積極的に促進した。仕事も遊びも一所懸命に参加することで、組織に対して個々人が感じる組織との一体感の強さ、組織への関与の強さ、組織の一員であることに誇りと自信を持つ気持ちを保つこと、といった「帰属意識」が職員に根づいていった。同時に職員のやる気のでる状況や次の意欲を生むことを作り出すために、表彰制度を開始した。この取り組みは、『患者さんの立場で考える』という病院の理念に立った行動や職員間の思いやりや気配りを紹介し、努力している職員を認めてほめ合う制度である。この表彰制度は、「感激レポート」として、回収箱に入れることから始まる。ホスピタリティ賞は、「感激レポート」で取りあげられた職員のうちから3か月に一度5～8名に、表彰状と花束がわたされる。さらに、年間のホスピタリティ賞受賞者15名の中で、1年間を通じて最も理念に則したすばらしい行動をとった2名を表彰し、豪華ホテルのペア宿泊券と交通費をプレゼントされ、15名の受賞者は1年間、病院の正面玄関に写真パネルで紹介される。努力している職員を認めてほめ合う制度は、病院が個人の行動を承認していくことにもなり、職員のモチベーションはスパイラルアップしていった。

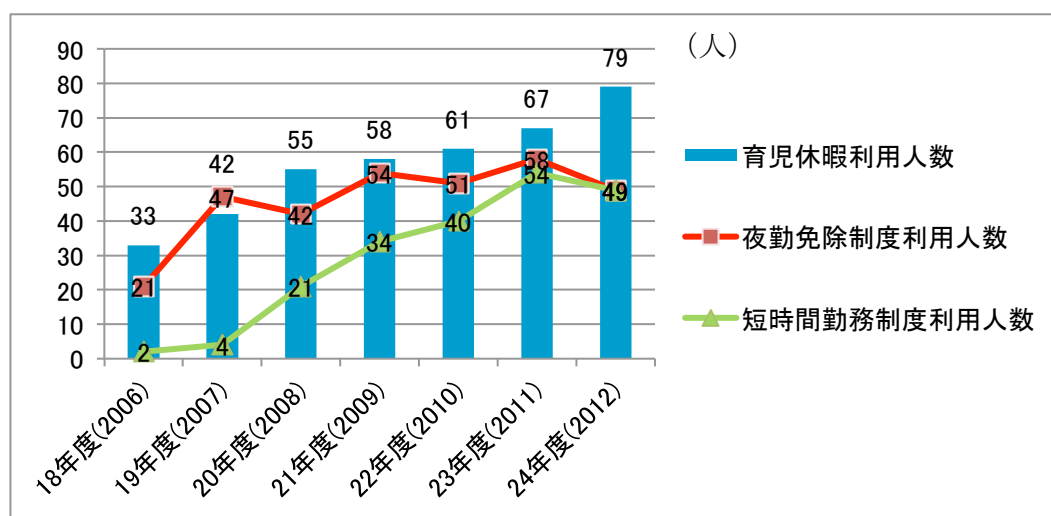


図1. 育児休暇利用人数と夜勤免除・短時間勤務制度の利用人数の推移

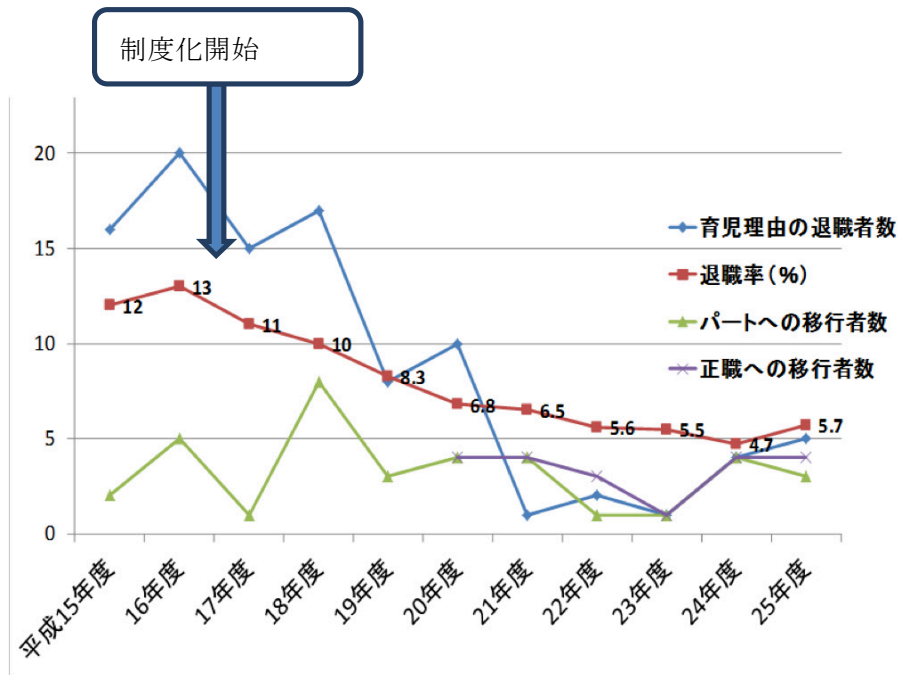


図2. 看護職員の離職率の推移

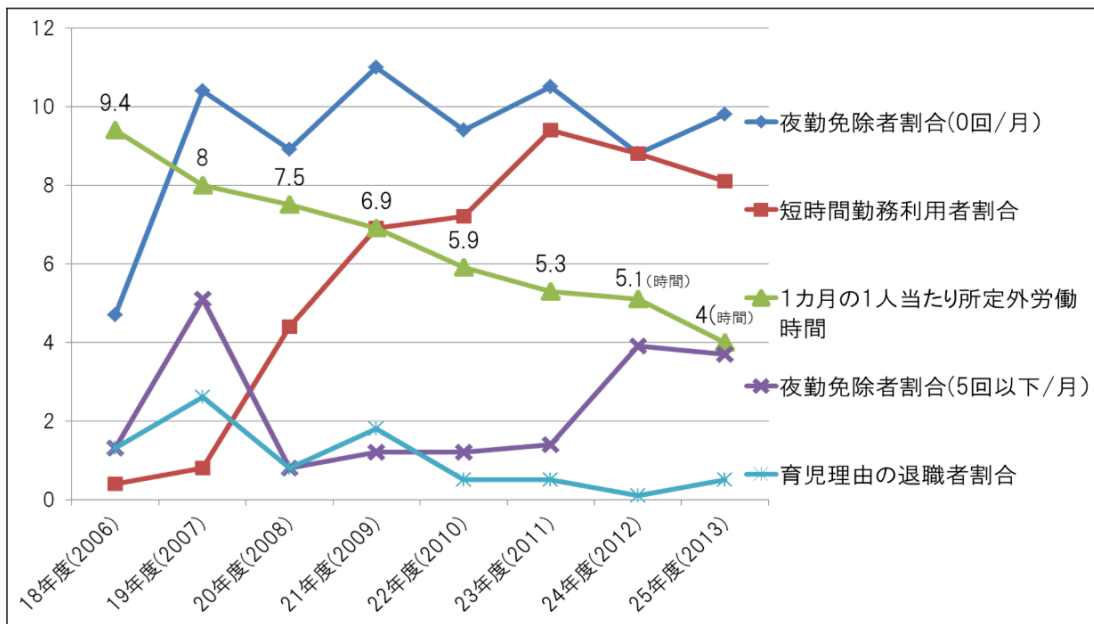


図3. 短時間勤務制度利用者数と1カ月の1人当たり平均残業時間

6. 評価

6.1 職場づくりの取り組みへの評価

育児休暇利用人数と夜勤免除制度や短時間勤務制度の利用人数の推移は、図1に示すとおりで、制度の活用者が年々増加した。そして、看護職員の離職率の推移は図2からも分かるように、2004年に13%の離職率は、年々取り組みを確実なものにしていく毎に減少し、2012年では4.7%となっ

た。この離職率の減少の推移は取り組みの成果の一つといえる。短時間勤務制度と夜勤免除制度を合わせて利用するなど、個人の状況に応じた制度の利用は中堅層が多く、現場で勤務経験が活かされる年齢層でもあり現場での原動力でもある。中堅層が制度を活用し定着することにより看護職員の一人当たりの平均残業時間が減少していった。その推移を図3に示す。


6.2 外部委託調査結果

毎年行っている看護職の満足度調査の結果では、モチベーション尺度や学習と成長尺度の項目で満足度の上昇が表れていた。外部委託による2007年と2011年の看護職の満足度調査結果の比較では、2007年では「看護職経験歴が5～10年未満」の層で、モチベーション（学習の意欲、成長の意欲）を表す数値が非常に低い、という点が特徴的であった。しかし、2011年では「看護職経験歴が5～10年未満」のモチベーションの低下はわずかになり、他の看護職経験歴層も全体的に数値が上がっていた。他の満足度の結果も同様に数値が上がった。これは、多様な勤務形態を取り入れ、キャリアアップの方向性を明確にし、やる気が維持できるよう支援した取り組みの成果と考えられる。

福井県済生会病院は、2011年11月に第5回ワーク・ライフ・バランス大賞を受賞した。その評価された内容は、職員の満足度が高いことや、モチベーションの向上・多様な勤務体制の充実・子育て支援・キャリア支援等へ取り組み、その成果として看護職の離職率の低下につながったことであった。また2012年12月に第1回内閣府「かえるの星」を受賞した。この賞はチームとしての受賞であり当院の看護部が日本初の受賞である。受賞の内容は、働き方をかえる(変える)ことにより、時間内に仕事を終えかえる(帰る)ことができるようになり、離職率の低下という成果を出していることであった。

7. 結論

これからの病院の経営は、地域に対する使命と責任を果たすことで、地域になくしてはならない病院となるように病院の変革が必要である。そのためには、職員のモチベーションを高く維持しながら、医療の質を高めていくことが必要である。特に職員の働く環境の整備や人材の育成は重要であり、一人ひとりを活かす取り組みが職場づくりに必要と考える。



著者連絡先

〒910-1195

福井県吉田郡永平寺町松岡兼定島4-1-1

福井県立大学 看護福祉学部

大久保 清子

ohkubo@fpu.ac.jp

大分県立看護科学大学 第17回看護国際フォーラム

「看護職の専門性向上 –マグネットホスピタルからの発信–」(Dr. Pauline J. Abrahamの講演から)

吉川 加奈子 Kanako Yoshikawa

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2016年6月4日投稿

要旨

少子高齢化を背景に質の高い看護の提供がより一層求められている。第17回看護国際フォーラムでは、マグネットホスピタルとして認定を受けたメイヨークリニックで、看護教育スペシャリストとして活躍するAbraham博士に、看護師を惹きつける魅力ある病院づくりについて御講演頂いた。本稿では、メイヨークリニックの1) 看護実践モデル、2) 組織環境、3) 人材育成、4) 看護管理について、講演の内容を紹介する。様々な立場や役割をもつ看護師が、自律した専門職として成長を遂げながら、質の高い看護を提供し、病院で長く活躍し続けている。今回の講演から、急激な少子高齢化を迎える我が国でも、質の高い看護にむけて魅力ある病院づくりが広がることが期待された。

キーワード

マグネット認定プログラム、離職防止、リーダーシップ、健全な職場環境、意思決定

Key words

Magnet Recognition Program®, nursing retention, leadership, a healthy work environment, decision making

1. はじめに

急激な少子高齢化を背景に、看護の質の向上や発展がより一層求められている。魅力ある病院づくりに向けて、臨床現場では、新人看護職員の卒後臨床研修の努力義務化やワークライフバランスの充実化など様々な取り組みが行われている。しかし、2013年の常勤看護師の離職率は11.0%、新卒看護師の離職率は7.5%であり(日本看護協会2015)、看護の質向上のためには、看護師がいきいきと働き続けられる環境や仕組みが必要である。

1970年代の深刻な看護師不足を背景に、アメリカでは数々の実証的研究が行われ、看護師を惹きつけて離さない病院の特徴が明らかになった。このような研究で明らかになった成果をもとに、1990年代にアメリカ看護協会から米国看護認証センター(the American Nurses Credentialing Center)が独立し、Magnet Recognition Program®として、現在は病院に限らず、広く長期ケア施設においても、患者・医師・看護師を磁石のようにひきつけて離さない、魅力ある施設を認証している(手島2013)。マグネット認定を受けたメイヨー

クリニックは、質の高い看護を提供する世界的に著名な病院であり、2014~2015の病院ランキングにおいて全米1位を獲得している(<http://www.usnews.com/info/blogs/press-room/2014/07/15/usnews-announces-2014-15-best-hospitals-rankings>。最終閲覧日:2016年6月2日)。今回、メイヨークリニックで看護教育スペシャリストとして活躍するDr. Abrahamに、病院で質の高い看護ケアを提供するための魅力ある病院づくりに向けてご講演頂いたので、その概要を報告する。

2. マグネット認定プログラム

マグネット認定プログラムの目的は、エビデンスに基づく看護の普及と、ベストプラクティスの推進にあり、米国看護認証センター(the American Nurse Credentialing Center)によって認定基準が定められている。患者に最高のケアを提供し、看護師を惹き付け定着させる魅力ある病院が「マグネット認定ホスピタル」として認定される。マグネット認定プログラムの中核となる理念は、以下の5つである(<http://www.nursecredentialing>。

org/Magnet/ProgramOverview/New-Magnet-Model: 最終閲覧日: 2016年6月2日)。

- 1) 変革を実践するリーダーシップ
- 2) 医療の発展のために戦略的な組織構造をつくりだすエンパワーメント
- 3) 模範となる看護実践
- 4) 新しい知見、看護実践のイノベーション、改善
- 5) 実証的な成果

病院がマグネット認定を受けるためには、これらの理念を実行し、その成果を社会に示さなければならない。マグネット認定は病院にとって最高のベンチマークとなり、認定を受けた病院は、最高のケアを提供する魅力ある病院として社会的に評価されたことになる。マグネット認定ホスピタルで提供される最高のケアは、高い実力を持つ看護師が定着することで可能となり、患者満足度や看護の質を向上させ、効率的な運営にも繋がる。

3. メイヨークリニックの看護実践モデル: 7つの役割とリーダーシップ

マグネット認定を受けるには、病院独自の専門的看護実践モデルを有する必要がある。メイヨークリニックは、"The needs of the patient come first."という基本理念を掲げ、この理念に基づき、患者と看護師の関係を基盤とした専門的看護実践モデルに以下の7つを掲げている。

- 1) 思いやりをもって全人的なケアを行う
- 2) 研究から得た知識を応用し、他職種と協働しながら患者に個別的なケアを提供する
- 3) 患者家族のニーズへ対応するために問題を解決する
- 4) 患者と医療従事者をつなぐ
- 5) 患者・家族へ教育を行う
- 6) 患者・家族へ総合的に情報を提供し、案内をする
- 7) 医療安全を確保する

このモデルは看護実践のコアであり、質の高い看護を提供する上で重要となる。看護師は、患者のあらゆる健康段階に対応し、多職種と協働して、患者が受けている治療に最も適したケアを提供する。こうした活動が、看護の専門性を高め実践力を向上させてきた。

さらに、メイヨークリニックでは看護の専門性

を高めるため、看護師に大学院への進学および研究を推奨している。例えば博士課程進学者に対しては、実践的かつ学術的な研究を行い、臨床現場へ研究の成果を還元することを求めている。こうした看護師が看護実践モデルのリーダーとなり、7つの役割をチーム医療の中で発揮し、多職種と協働しながら新たな実践を開発する。リーダーの育成には組織の支援が不可欠であり、メイヨークリニックでは看護師が生涯に渡り、積極的に学び続けられる体制が整えられている。

4. メイヨークリニックにおける職場環境: 組織の意思決定への参画

看護師が、組織の目標達成に向けて、患者により良いケアを提供するためには、日頃から職場の意思決定に関わる教育的な環境が重要となる。メイヨークリニックでは、スタッフから看護部長まで、すべての看護師が組織の意思決定に参画する。院内組織である委員会等のメンバーは、スタッフ看護師が約半数を占めており、それぞれの看護師が、会議や話し合い等で積極的に意見を述べ、組織の意思決定に関わる。看護管理者は、こうした組織づくりを進めるため、スタッフ看護師が組織活動に協力できるよう配置や時間を調整し、すべての看護師が各委員会意思決定に参画することを推進している。

また、メイヨークリニックでは、看護組織内の職位による隔たりを少なくし、看護部長、リーダー看護師、スタッフ看護師など、多様な職位の看護師が直接意見を交換しやすい職場環境づくりに取り組んでいる。こうした取り組みにより、互いの役割や立場等を理解し、意見交換が行いやすくなる。この取り組みは、自律した看護師を育成する上で効果的であり、患者に最高のケアを提供する上で重要な環境である。

5. メイヨークリニックにおける人材育成: 新人看護師とプリセプター教育

看護師の職務満足度を高めて離職率を減少させるには、看護師として成長し続けられる教育が必要である。メイヨークリニックの看護管理では、看護師の就職時から定着に向けた教育を行い、看護に対するモチベーションを維持向上させながら、患者に最高のケアを提供できるよう段階的な教育

を提供している。

新人看護師の教育で留意すべき点は、看護技術以外に、新人看護師の抱える心理的な不安にも目を向けて、適切な対応を行うことである。メイヨークリニックの新人看護師は、すぐに各部署へ配属されるのではなく、最初の12週間はオリエンテーションを受けることから始まる。配属が決まった後も、1年間のシミュレーション教育やセミナーを通して、新たな環境に少しずつ慣れていく。同時に、新人看護師はプリセプターからマンツーマンの教育を受けることで、リーダーシップが育成され、実践力や判断力を養っていく。

一方、プリセプターも新人看護師教育を担当することで、教育者として臨床現場に貢献でき、自らの職務満足を高めることができる。プリセプターを育成するための教育には、プリセプターの存在意義、新人看護師とプリセプター自身の成長プロセス、教育方法および、振り返り教育の重要性などがあり、これらの教育を通してプリセプター自身も成長し、組織へのコミットメントはさらに高まる。

6. メイヨークリニックにおける看護管理: チャージナースの役割

看護管理者には、看護の質の向上、人材確保、経営など様々な視点からリーダーシップが求められる。メイヨークリニックでは、病棟看護の様々なマネジメントをチャージナースが担う。チャージナースは、多様なニーズをもつ患者へ常に最高のケアを提供するように、ケアの環境を整え、それぞれの看護師が最高のアウトカムを出せるよう配置調整を行うことで、リーダーシップを発揮する。こうした取り組みにより、看護師は実力を発揮しやすく、患者・家族に限らず働くスタッフ自身の満足にもつながり、最終的にメイヨークリニック全体の看護サービスの質を向上させる。このように、チャージナースに求められる役割は、多職種協働による質の高いケアの提供だけでなく、チーム力の理解、チームワークの向上、看護師の能力評価、適切なスタッフ配置など様々である。そのために、チャージナース自身も定期的な評価を受けることで、状況に応じたリーダーシップが発揮できるよう、自己を発展させている。

7. 講演を拝聴して

看護職を惹き付ける魅力ある病院づくりとは、看護職がやりがいをもって働き続けられる病院づくりであった。講演の内容から、魅力ある病院であるために必要なことは、次の3点にまとめられる。まず1点目は、社会に貢献する明確な組織理念および理念に基づく看護管理である。変革する時代のニーズに合わせ、基本理念に基づき看護を導く看護管理者の存在は、組織の看護全体を発展させるうえで不可欠である。2点目は、新人看護師から看護管理者まで、全ての看護師が継続的な教育の機会を得ることである。個々の看護師は、自らの成長にあわせた教育を通して責任を認識し、役割を遂行することで将来のビジョンを明確にする。3点目に、自律した看護師を育成するための、組織の意思決定に参画しやすい職場づくりである。多職種が協働して最高のケア提供をする際に、看護師は自らの役割を考え、患者のために必要な意思決定を行う。こうした意思決定の積み重ねが、自律した看護師を育成し、質の高い看護につながり、最終的に組織全体の医療の質を向上させる。

急激な少子高齢化を迎えた我が国でも、メイヨークリニックの看護管理に示されるように、その地域や時代に応じた質の高い看護にむけて努力し続け、更なる発展に向けた魅力ある病院づくりが広まることが期待される。

引用文献

日本看護協会(2015). 2014年 病院における看護職員需給状況調査. http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20150331145508_f.pdf (最終閲覧日: 2016年6月2日)

手島恵 (2013). 第I章看護管理の基礎. 手島恵, 藤本幸三(編), 看護管理学: 自律し協働する専門職の看護マネジメントスキル, p23. 南江堂, 東京.



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 保健管理学研究室
吉川 加奈子
yoshikawa@oita-nhs.ac.jp