

(6) 経験豊富なスタッフが多く、中途採用者が多い

中小規模病院の職員は、新卒の新入職員よりも他の病院での経験を経て、採用された中途採用者が多いため、職場経験や教育経験が異なり、院内での教育が難しいとされています。発想の転換をして、「特長」を考えてみましょう。看護職員の様々な経験、豊富な経験は、組織文化を変化させるための多くのヒントが潜んでいます。中途採用の職員が就職時に持った違和感、異なる文化とはどのようなものなのか、自由に話し合う機会をもつことが重要です。組織文化は、組織の一員には当たり前で、意識しないものですから、中途採用者が感じる組織の違和感は、そこに居る人にとっては気づくのが難しい自身の病院の持っている文化の特徴ともいえるのです。

ある病院では、中途採用者だけの研修を行い、「この病院に勤務してどうだったか」をたずねたところ、口々に「ナースコールをとらない」「感染管理がなっていない」という不満がたくさん出てきました。それを、そのままの表現で看護師長会に出すのではなく、「受け持ち以外のナースコールもとるといい」「感染管理の基準をはっきりさせる」というような提案のかたちで伝えたところ、受け取る側も、批判されたという意識ではなく、改善の視点で検討できたということです。

中小規模病院は、大学病院とは異なり平均在職年数が長く、経験豊富な職員が多いことが特徴です。これは、病棟で緊急を要することが生じても、動じず、対処できるという強みとなります。一方で、経験年数の長い職員の中には、自身の看護実践をふりかえる機会がないままに時間が経った人もいます。経験豊富な職員に、個々の看護実践への関心と患者家族への看護、自身の看護観などを語ることを通し、暗黙知を実践知へと転換する機会を意図的に作ることによって、組織の力を高めていくことができます。

- ・ 中途採用者から自身の病院の組織文化に気づく機会が得られる
- ・ 経験豊富な人材は、緊急時に動じず、対処できる強みをもっている
- ・ 豊かな経験は、看護実践をより向上させる核になる

2. 地域、住民の生活に近く、住民から顔が見えやすい

1) 地域住民の生の声を聴き、地域包括ケアに活かす

地域密着の病院である中小規模病院の職員は、地域住民からも身近な存在です。住民から顔の見える関係なので、近所で会っても、「看護師長さん、最近ね・・・」と住民の本音を聞くことができます。地域住民が、生活や健康でどのような問題や課題を持っており、どのような支援が必要であるか、知る機会を容易に得ることができることはとても大事なことです。日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、65

歳以上の人口は、現在 3,000 万人を超え（国民の約 4 人に 1 人）、2042 年には 3,900 万人でピークを迎え、その後も 75 歳以上の人口割合が増加を続けることが予想されています。

このような状況の中、団塊の世代（約 8,800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護需要が高まることが予想され、国は、地域医療構想に基づき、地域包括ケアシステムを構築しています。地域住民の生の声を聴いている中小規模病院の看護管理者も、地域包括ケアシステム構築のために政策に反映するような情報を提供する役割が担えるのではないのでしょうか。

- ・ 地域住民の生の声をきいて、地域の病院として貢献できる
- ・ 地域包括ケアシステム構築に向けたアイデアを持っている

2) 地域の医療・看護の課題（質管理）に取り組む

2014 年の医療施設（動態）調査・病院報告によると、中小規模病院は、病院全体の 82% を占めています。これら中小規模病院は地域と密着し、住民の健康を支える上で大きな役割を担っています。地域における感染症対策などを例にとると、感染症は、発生して拡大すれば個人の健康のみならず社会全体に深刻な影響を及ぼすおそれがあります。もし、感染症が発生した場合は、迅速な初動対応と拡大防止が必要で、そのため、日ごろからの発生状況の把握と情報分析等を通じた対応の事前準備に努めることが必要です。規模の小さい病院単独での対策は、情報を集約し、緊急時に地域住民全体の感染対策に力を発揮することは難しいでしょうし、中小規模病院内の体制のみを整えたとしても、感染症は地域で発症するものであるため、対策が十分とはいえません。そこで、地域での感染の発生状況などの情報を早い段階で知ることができるのは、地域密着の中小規模病院であるともいえるでしょう。

ある病院では、地域に住むいくつかの中小規模病院の感染認定看護師らを中心として、「感染症は地域で発生し、地域住民の健康を害するので、地域を中心とした対策をしていきましょう」、というキャッチコピーを掲げ感染管理の勉強会をしていました。新型インフルエンザが発症した際、日頃の活動が大きく地域に貢献しました。感染認定看護師のいない病院に出向き、新型インフルエンザ対策について情報を提供し、外来のレイアウトを変更する提案を行い、地域におけるガイドラインの作成や小学校の保健の先生と協働して出前講義を行ったり、他の病院の対策の評価やアドバイスをしたりするなどの活動をしています。地域住民や小学生、学校の先生までも巻き込んだ、地域の医療・看護の質向上の取り組みを実践できるのも、地域に密着した中小規模病院ならではの強みでしょう。

- ・ 地域、現場に即した医療・看護の質管理に関する課題を見出しやすい
- ・ 地域住民を巻き込んだ質管理に関する対策を実践できる

3) 現場の実践に参加することでつなぐ地域の病院

中小規模病院の看護部長は、時には、人材が不足し、他の病院への転院する患者につき添うなど多様な業務を引き受けることもあります。実践の場でスタッフの支援をするのは、大きなチャンスです。たとえば、搬送した近隣の病院の看護部長室に、白衣のまま「患者の搬送に来たので・・・」と挨拶に行ったり、隣の病院の様子を目で見たりして、実感し、看護部長と顔の見える関係を作ることができます。日頃から、顔の見える関係であれば、地域を基盤とした研修や地域医療をよりよくするための会の開催なども、もともと顔の見える、信頼のある関係ですから、話が円滑にまとまります。また、近隣の中小規模病院で連携をすることによって、数名しかいない新人看護師の地域の医療に応じた研修会を計画、実施することができるのも強みではないでしょうか。

看護師を育成する場所は、病院の中だけではありません。人材交流として、地域の他の病院と看護師の相互交流をはかったり、地域の看護学校などの教育機関も巻き込んだりすることで、看護職員の成長の機会を地域まで広げることができます。研修は、一つの病院の中だけとするものという固定観念から脱却し、広い視野で人材育成をとらえてみましょう。

- ・ 看護実践の場に参加し、患者搬送などに行くことで、隣の病院と顔の見える関係になれる
- ・ 地域で看護職員を育成する人材交流の仕組みを作ることができる

3. 看護部長としての責任と次世代の育成

1) 病院経営の視点を持って、型にはまらないトップマネジメントの実践

中小規模病院の看護部長は、院長との距離が近く、事務部門や他の部門との距離も近く、他部門を含めた病院の方向性を決め、実践していく機会が多いといえます。中小規模病院だからこそ、地域に根差した、病院の強みをどう経営に反映していくか、考え、実践することは、時には大変さもありますが、迅速に変化に対応する面白さがあると思います。より効果的に経営参画していくためには、看護部長自身が、経営に関する知識を自ら学び、状況を判断できる力をつけることが必要です。

看護協会の認定看護管理者教育や、その他看護管理の学習の機会を得ることは重要で

す。他の部門にもっと詳しい情報を持っている人がいないか、アンテナをはることも必要です。小さい組織だから、院内でより詳しい人的資源も見つけやすいかもしれません。また、一人で頑張りすぎないで、看護師長やスタッフの力を借りながら、情報を集め、ともに学んでいくことも大切かもしれません。より詳しい、適切な人を見出し、巻き込んで学習をしていく機会を自ら作ったり、経験を通して学習したりする機会を作ることが必要です。

・ 病院経営と近い距離で連携できる

2) 次世代の育成

中小規模病院は、大規模病院のように看護師長や主任への試験などで選考し、昇任するとは限りません。看護部長として、人を育てることの意味を考え、一人ひとりの異なる個性や特性を見つめ、どこを育てるかを見極めていくことが重要です。ある病院では、毎年、100名のスタッフの育成計画を1日かけて、10名の管理者と協議して成果を出しています。

看護部長として、次世代の管理者へ引き継ぐタイミングを見計らいながら、認定看護管理者研修に参加できるようにしたり、現場の実践を通して経験を通して学習する機会を作ったりして、次世代の育成につとめます。また、看護管理者同士の相互作用を活発にするようにしながら、ともに学び、ともに成長する機会として、相互学習の場を提供することも重要です。

2. 中小規模病院の支援 -人的資源の確保-

平成 26 年度に実施した全国調査の結果から、中小規模病院における看護職員の確保についての難しさが明らかになりました。その中でも、若い看護師が来ない、中途採用が多い、職員の高齢化、について取り上げます。

1) 多様性のマネジメント

労働人口が減少している日本では、定年退職者の再雇用により、20 代から 70 代までの職員が働く組織になり、価値観の共有ができない、スキル格差などの問題が生じる可能性も危惧されています。看護における人的資源確保においては、社会人経験の後、看護師免許取得をした人や男性看護師の増加に加え、育児・介護を理由とする短時間労働を希望する人の増加など、ますます複雑な様相を呈しています。

このような現実の中で、多様性を消極的に受け入れるのではなく、多様な人々、生き方、価値観を積極的に取り込むことで、組織を強化していく必要があります。図 2 は、同質性の高い人材が多くを占めている大規模病院と対比して、異質性の高い、多様な人材で構成されている中小規模病院を図示したものです。これまでの仕事の割り振りは、1 対 1 の割り振りで、同一的な役割分担を担っていました。しかし、育児等による短時間勤務や、看護師としては 1 年目であっても、社会人としての豊富な経験がある人材など、多様な背景をもつ人材を管理する必要がある中小規模病院では、1 対 0.3+0.7 の仕事の割り振りや、相互に補完的な役割分担をする必要があります。複雑な状況を利点ととらえ、効果的な看護管理を行っていくためには、従来の価値観の中で大切にしなければいけないことと、変えられることを見極める力が必要です。

加えて、多様な人材で構成されるモザイク型の組織においては、それぞれの能力をいかしながら、組織に貢献できるようにするために、図 2 に黄色い枠で各々の人を束ねるイメージを示しましたが、その組織が大切にしていることを様々な方法で伝え、多様な背景を持つ人がその組織のむかう方向を理解し、貢献できるようにすることが重要です。

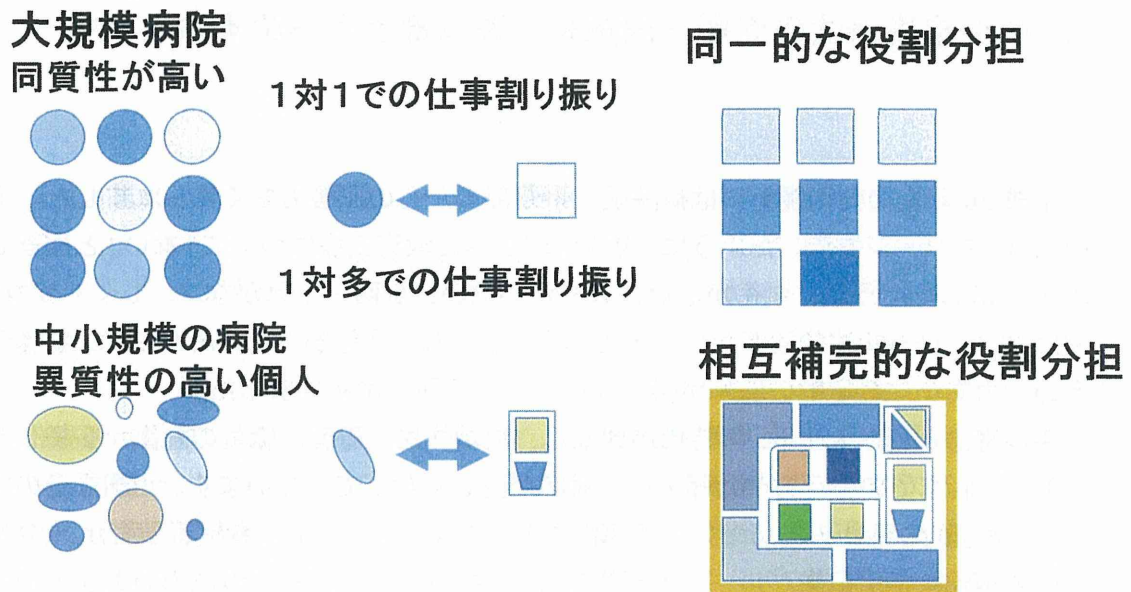


図2 モザイク型組織の管理

働き方のイノベーションによって多様な人材をいかす「モザイク型」を実現する
 リクルートワークス研究所(2015). 2025年 働くを再発明する時代がやってくる.

[http://www.works-i.com/pdf/150528_2025yosoku.pdf (2016.2.5 最終アクセス)]

を参考にして作成。

2) 定年退職という考え方からの脱却

若年労働人口の減少とともに、人的資源確保の競争が職種間で起こるであろうと予測されています。ある病院では、看護職の雇用は60歳を定年として、それ以降、1年毎に契約を更新し、安全のため67歳までと決めています。しかし、高齢者の能力は歴年齢によらず、生理的機能は個人差が大きいといわれています。若い人材の採用に固執し、広告費用や採用活動に費用を投入するだけでなく、今いる人材が働きやすい職場にしていくこと、あるいは、働くことを希望する定年退職者のニーズを明らかにして働き続けられる工夫をしていくことが求められています。

シニア人材の特長をいかす仕組みや環境づくりに多くの企業が取り組みはじめています。医療は、安全最優先に考えなければなりませんので、看護職としてその人の能力にあった配置をしたり、業務内容を整理したり動線を短くするなど身体的な負担を軽減して安全に働ける環境を作っていくことなどが求められています。

3. 中小規模病院の支援 -病院長・事務部長からの理解と支援-

平成 26 年度の全国調査には病院長・事務部長からの回答も多く得られました。その中には、5 ページで示したように、看護管理者への教育支援について「ない」と回答し、表 1 に示したように、余裕がない、人材がない、計画・予算がない、しくみがない、例がないという記述的回答が多くを占めるとともに、看護部門責任者からは、看護管理者の能力向上に経営者の理解が得られないという回答がありました。

平均寿命が延び人生 85 年時代が到来し、地域住民、患者、職員の意識が多様化する中で、これまでの考え方や仕組では、対応が難しくなっています。全国調査の結果から、先駆的な取り組みを行っている病院に共通していたことは、看護管理者が、(公社)日本看護協会や自組織グループの研修を受け、看護管理者としての能力向上を自律的にはかっていることでした。

ある病院では、10 名の看護管理者のうち、4 名が日本看護協会の認定看護管理者研修サードレベルを終了しています。決してその地区にある看護協会施設と距離が近い場所にあるわけではありませんでした。この病院では、実習生を積極的に受け入れ、丁寧な対応をすることから、多くの就職希望者が集まるので、採用活動に費用をかけなくてすむ分を看護師の教育資金に使うことで、好循環が生じています。

看護職員は組織構成員の多くを占め、年齢、教育背景、雇用形態の多様化がすすむなか、看護職員がいきいきと働き続けられる職場をつくることにより、病院や組織全体に成果をもたらすことが期待できます。そのためには、看護管理者がこれまでの経験に頼って仕事をするだけでなく、医療や看護管理に関する新しい知識や能力を修得することは必須です。

病院の経営者、管理者は、看護管理者の能力向上に、関心をもち支援をし、パートナーシップを発揮できる風土をつくっていくことが、地域に貢献できる病院づくりの鍵となるでしょう。

第Ⅲ章 中小規模病院看護管理者支援体制

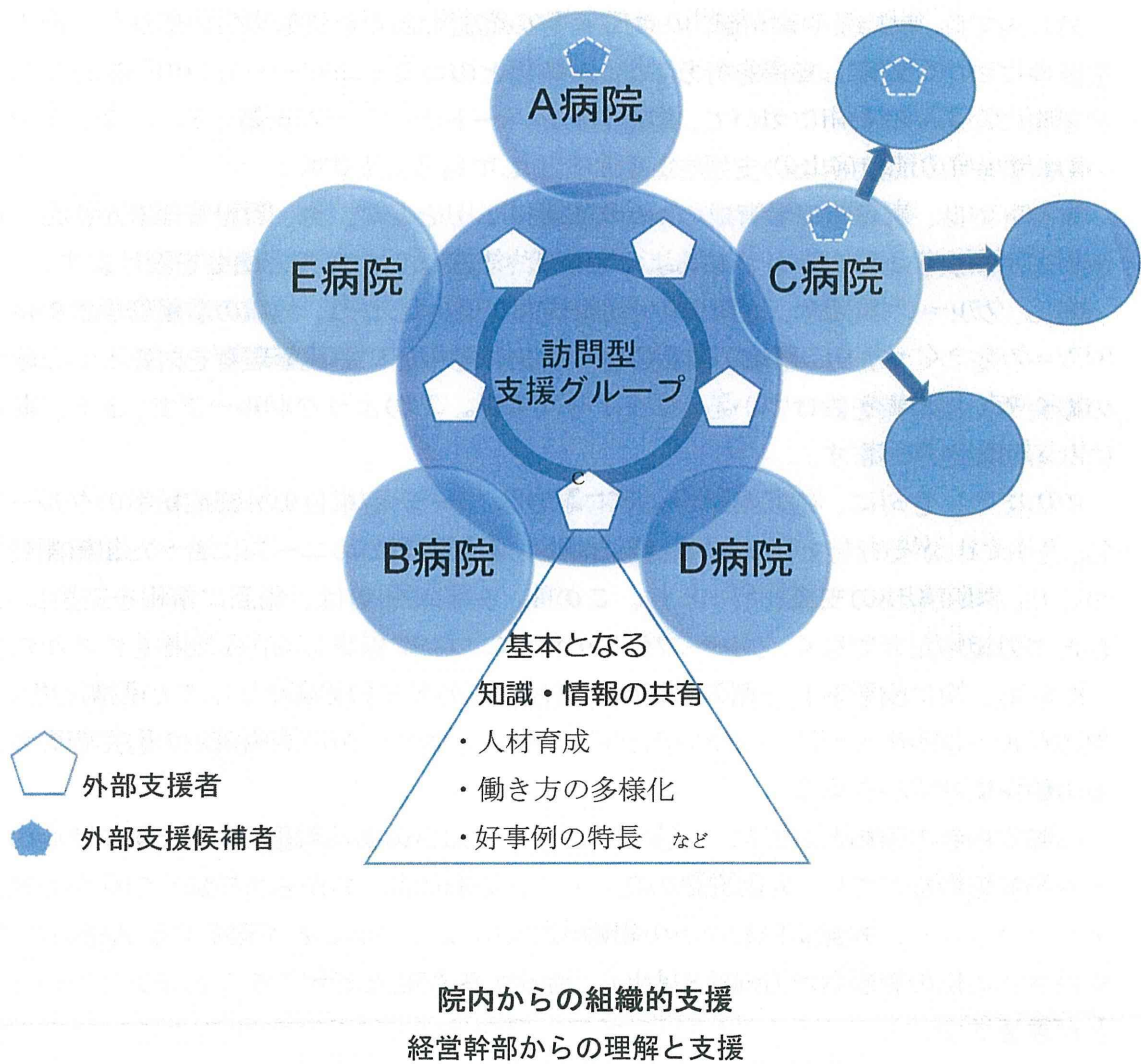


図3 中小規模病院の看護管理能力向上のための支援モデル

中小規模病院の看護管理者の能力向上に関する実態調査の結果から、中小規模病院の看護管理者の教育支援については、下記の3つの視点が明らかになりました。

1. 臨床の現場からなるべく離れることなく、教育の機会が得られる
2. 臨床の現場で求められる能力やスキルに着目し、継続的に活用できる教育内容を考える
3. 看護管理者育成のための教育体制の基盤づくりを一緒に考える

これらをふまえ、この支援モデルは、大きく病院内・病院外からの支援という側面から構成します（図3）。

病院内では、病院長や事務部門の責任者等の経営幹部が看護管理者の管理能力向上の重要性について理解し支援を行うこと、多職種とのコミュニケーションの円滑化や看護管理職になる人材登用について、経営幹部とパートナーシップを築けること等、院内での看護管理者の能力向上の支援を経営幹部として行うことです。

病院外では、看護管理者育成のための基盤づくりとして、今、看護管理者が抱えている課題を解決する手がかりとなるような情報や知識について学ぶ機会を設けます。

既に、グループ病院や、近隣の中小規模病院が連携したり、地域の看護管理者のネットワークをつくったり、地域の看護協会や自治体を中心に看護管理者を対象とした研修の機会や支援組織を設けているところがあります。このようなグループで、まず、基本になる知識を学びます。

その上で、さらに、相互支援が必要な場合は、3~5名単位の外部支援者のグループで、それぞれが受け持っている病院を訪問し、看護管理者のニーズに合った組織開発をつくり、課題解決の支援を行います。この間、外部支援者は、相互に情報を交換して、ひとつの組織だけでなく、グループ全体の組織について協議しながら支援をすすめます。

そして、次に支援された側の看護部門責任者が外部支援候補者としての役割を担い、次のグループやネットワークで外部支援を行って、地域に中小規模病院の看護管理者支援の輪を広げていきます。

外部支援者の候補としては、看護管理の領域に知識のある看護教員、支援に関心のある看護管理者などです。外部支援の在り方で重要なのは、外から力を加えて何かを変えようというより、外部支援者がその組織が大切にしていることを理解する過程の中で、支援される側の管理者が方向性を見出し、自分たちで変化を起こすことを支えていくことが重要です。

既に、このような取り組みをはじめている組織もあります。例えば、A 地方自治体にある病院のネットワークで看護部長会として定期的に情報交換や、研修会の場を持って活動しています。また、B 看護協会のある地区では、看護協会のある場所と物理的に離れているため、その地域の中小規模病院の看護管理者が協議会を作り、新人看護職員研修を合同で実施しています。このような既にある取り組みを活用して、臨床の場から離れることなく、その地域における看護管理者の能力向上や、看護管理者の相互支援が機

能していくことにより、地域での人的資源の好循環や、より一層の連携に発展すること
でしょう。

そして、このような経験により看護管理能力の向上に動機づけられた看護管理者は、
日本看護協会の認定看護管理者研修をはじめとする外部の研修機会等も有効に活用し
て、看護管理者としての能力開発に自ら取り組むことが期待されます。

参考文献

- Chase, Linda (2010). Nurse manager competencies. PhD(Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, Iowa Research Online.
<http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2762&context=etd>. [2016.02.01 確認]
- Chase, Linda (2012). Are you confidently competent?. *Nursing Management*. 43(5), 50-53.
- 厚生労働省(2014). 平成 26 年 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/> [2016.02.01 確認]
- 志田京子, 手島恵, 吉田千文, 飯田貴映子(2015). 中小規模病院の看護管理者に必要とされている看護管理能力. 第 19 回日本看護管理学会学術集会抄録集, 289.
- 早川ひと美, 上泉和子, 鄭佳紅, 中村恵子, 石鍋圭子, 平尾明美, 木浪智佳子, 伊藤日出男, 川崎勝枝 (2005). 看護管理者教育ファーストレベル教育の評価-修了者の動向から. 青森県立保健大学雑誌, 6(1), 103-105.
- 山内加絵, 長畑多代, 白井みどり, 松田千登勢, 榮木教子, 緒方敏子(2009). 介護保険施設における看護ケアの実施状況及び研修ニーズに関する実態調査. 大阪府立大学看護学部紀要, 15(1), 31-42.
- 吉田千文, 手島恵, 志田京子, 高橋素子, 石神昌枝, 岡崎弘子(2015). 中小規模病院の看護職トップマネジャーの行う看護管理. 第 19 回日本看護管理学会学術集会抄録集, 301.

このガイドは、平成26・27年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業 アウトリーチ（訪問）型看護管理能力支援モデルの開発により作成した。

研究代表者	手島 恵	国立大学法人	千葉大学
研究分担者	吉田千文	学校法人	聖路加国際大学
	志田京子	公立大学法人	大阪府立大学
	勝山貴美子	公立大学法人	横浜市立大学
	飯田貴映子	国立大学法人	千葉大学
	神野正博	公益社団法人	全日本病院協会

アウトリーチ（訪問）型看護管理能力支援モデルの試行

分担研究者	飯田貴映子	千葉大学	看護管理学	講師
	手島恵	千葉大学	看護管理学	教授
	吉田千文	聖路加国際大学	看護管理学	教授
	志田京子	大阪府立大学	看護管理学	教授
	勝山貴美子	横浜市立大学	看護管理学	教授

A. 目的

平成 26 年度に作成した支援モデルを複数の中小規模病院において試行をおこない、その効果を測定するとともに、実用性や汎用性の確認をおこなう。もって、標準的な支援方法を含めたアウトリーチ型看護管理能力支援ガイドの作成に向けた基礎資料とする。

B. 方法

1. 対象

支援モデルの試行にあたっては、まず、A自治体の中小規模病院270件余りに中小規模病院の看護管理者の能力向上のための研修会の案内状を送付し、研修会を実施した。参加者に、支援モデルの説明を行い、参加者を募ったところ、3施設から応募があった。別に紹介を受けた2施設の合計5施設に対して、個別支援を実施した。個別支援を実施した5病院の概要を以下表1に示す。

表1 個別支援を実施した5施設の概要

病 院	設置主体	病 床 数	看護職員数*	看護基準
A 病院	医療法人	100~149 床 (一般)	約 140 名	7 : 1
B 病院	自治体	100~149 床 (一般・障害者)	約 90 名	7 : 1
C 病院	医療法人	100 床未満 (一般)	約 70 名	7 : 1
D 病院	医療法人	150~199 床 (一般・回復期・障害者)	約 130 名	7 : 1 (一般病棟)
E 病院	医療法人	200~249 床 (一般・療養・回復期)	約 140 名	13 : 1 (一般病棟)

*常勤・非常勤含む 施設の匿名性保護のため概数で表示。

2. 支援の期間

平成 28 年 1 月下旬から 6 か月間（平成 28 年度以降も継続予定）

3. 支援の方法

対象として選定された 5 施設の病院長と看護部長に対し、本取り組みに関する文書および口答での説明をおこない、承諾書への記入をもって支援を開始した。支援の開始にあたり、各病院の所属する看護師の現状調査を実施した。そして、各病院において研究班によるアウトリーチ型支援を開始した。以下、支援開始前の現状調査の内容とアウトリーチ型支援の流れを記す。

① 支援開始前の現状調査

研究班による支援を開始する時点で、5 病院で勤務をしている看護職 557 名の仕事に関する現状を把握するために質問紙調査を実施した。この調査では、年齢、性別、学歴、職位、保有免許、看護師経験年数、現病院の勤務年数、の看護職の基本属性について尋ねるとともに、以下の 2 尺度を用いて、看護職の職務満足度、ワークエンゲイジメントの測定、そして、現在の仕事の継続意志について尋ねた。

- 病院に勤務する看護師の職務満足測定尺度（撫養ら, 2014）：4 因子「仕事に対する肯定的感情」「上司からの適切な支援」「職場での自らの存在意義」「働きやすい労働環境」、28 項目で構成される、日本の看護職の職務満足を測定する尺度である。評価は「全く当てはまらない」から「とてもあてはまる」までの 5 段階でおこない、得点が高いほど職務満足が高くなることを示す。
- ユトレヒト職務関与尺度 (Utrecht Work Engagement Scale: UWES) (Schaufeli& Bakker, 2003; Shimazu et al., 2008)：3 因子「活力」「熱意」「没頭」、17 項目で構成され、労働者のワークエンゲイジメントを測定する尺度である。評価は、「まったくない」から「いつも感じる」の 0 から 5 の 6 段階でおこない、得点が高いほどワークエンゲイジメントが高くなることを示す。
- 職務継続意志：現在の職場での仕事を続ける意思の有無について、今後も現在の職場での仕事を続ける意志があるか、について、「ある」「ない」「わからない」の三択での回答を依頼した。

② アウトリーチ型支援の流れ

以下の手順で 5 施設に対する支援を実施した。

1. 研究班内で各施設への支援担当者の決定

2. 研究班担当者と看護部長との初回面接の実施

施設、看護部の現状分析、看護管理における課題や取り組みたい内容等を検討した。

3. 支援の方向性の決定

初回面接における検討内容をもとに、各施設の希望に応じて訪問頻度や支援内容を決定した。

4. 支援の開始

各施設の希望に応じて日程を調整し、個別支援を開始した。支援方法や内容は、看護管理者と協議して、病院の個別性や状況に合わせ適宜修正や変更を加えながら支援を行った。

C. 結果

1. 5病院に所属する看護職の現状

介入開始時点で5病院に勤務する看護職（育休・産休等で調査時期に勤務していない職員は除く）の概要や職務満足度、ワークエンゲイジメント、現在の仕事の継続意思をたずねた結果を以下表2から表8に示す。

看護師の概要

表2 全5病院の看護職の概要

		全病院	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	人 (%)
生年 区分	～1959年	51(11.1)	7(6.9)	13(15.7)	2(4.4)	10(7.6)	19(19.2)	
	1960年代	94(20.4)	19(18.6)	23(27.7)	16(35.6)	18(13.7)	18(18.2)	
	1970年代	170(37.0)	34(33.3)	34(41.0)	16(35.6)	48(36.6)	38(38.4)	
	1980年代	114(24.8)	30(29.4)	12(14.5)	10(22.2)	39(29.8)	23(23.2)	
	1990年～	31(6.7)	12(11.8)	1(1.2)	1(2.2)	16(12.2)	1(1.0)	
	n	460(100)	102(100)	83(100)	45(100)	131(100)	99(100)	
性別	男性	20(4.3)	7(6.9)	4(4.8)	3(6.4)	5(3.8)	1(1.0)	
	女性	445(95.7)	95(93.1)	79(95.2)	44(93.6)	126(96.2)	101(99.0)	
	n	465(100)	102(100)	83(100)	47(100)	131(100)	102(100)	
最終 学歴	専門学校	396(87.4)	93(91.2)	67(83.8)	39(95.1)	106(80.9)	91(91.9)	
	短期大学	32(7.1)	6(5.9)	5(6.3)	0(0)	14(10.7)	7(7.1)	
	大学	24(5.3)	3(2.9)	7(8.8)	2(4.9)	11(8.4)	1(1.0)	
	大学院	1(0.2)	0(0)	1(1.3)	0(0)	0(0)	0(0)	
	n	453(100)	102(100)	80(100)	41(100)	131(100)	99(100)	
職位	看護師	377(84.7)	93(93.9)	50(63.3)	36(87.8)	112(87.5)	86(87.8)	
	主任	38(8.5)	4(4.0)	18(22.8)	3(7.3)	9(7.0)	4(4.1)	
	副師長	7(1.6)	0(0)	4(5.1)	0(0)	1(0.8)	2(2.0)	
	師長	14(3.1)	2(2.0)	4(5.1)	1(2.4)	4(3.1)	3(3.1)	
	師長以上	9(2.0)	0(0)	3(3.8)	1(2.4)	2(1.6)	3(3.1)	
	n	445(100)	99(100)	79(100)	41(100)	128(100)	98(100)	
雇用 形態	非常勤	152(32.7)	35(34.3)	14(16.9)	20(42.6)	43(32.6)	40(39.6)	
	常勤	313(67.3)	67(65.7)	69(83.1)	27(57.4)	89(67.4)	61(60.4)	
	n	465(100)	102(100)	83(100)	47(100)	132(100)	101(100)	
保有免 許(複数 回答)	准看護師	105(22.8)	14(13.7)	16(19.3)	23(10.0)	26(19.8)	26(26.3)	
	看護師	372(80.7)	92(90.2)	73(88.0)	25(54.3)	107(81.7)	75(75.8)	
	助産師	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
	保健師	8(1.7)	1(1.0)	1(1.2)	1(2.2)	5(3.8)	0(0)	
	n	461(100)	102(100)	83(100)	46(100)	131(100)	99(100)	
看護師 経験年 数	平均値	15.69	11.74	20.11	18.22	13.26	18.16	
	最大値	44	40	41	35	44	42	
	最小値	0	0.8	1	1	0	0.8	
	n	460	102	82	45	131	100	
現在の職 場での 経験年 数	平均値	8.09	6.49	12.10	10.37	6.34	7.65	
	最大値	40	27	40	30	30	30	
	最小値	0	0.5	0	0.3	0	0	
	n	461	102	83	45	131	100	

職務満足度の状況

看護職員の職務満足度尺度について、5 病院全体と病院ごとの平均得点を算出した結果を表 3 に示す。

表 3 病院ごとの職務満足度尺度合計点の平均点

	全病院 (n=439)	A 病院 (n=94)	B 病院 (n=77)	C 病院 (n=43)	D 病院 (n=120)	E 病院 (n=86)
平均得点 (SD)	85.33 (±14.50)	84.76 (±16.30)	83.72 (±13.63)	86.13 (±12.61)	86.65 (±14.95)	85.16 (±13.49)
中央値	84.43	83.69	83.50	86.33	84.50	86.25
最小得点	39	39	57	53	54	39
最大得点	131	130	128	116	131	114

ワークエンゲイジメントの状況

ワークエンゲイジメントについて、5 病院全体と病院別の平均点を以下表 4 に示す。

表 4 ワークエンゲイジメント合計得点の病院別の平均点

	全病院 (n=420)	A 病院 (n=94)	B 病院 (n=76)	C 病院 (n=45)	D 病院 (n=116)	E 病院 (n=89)
平均得点 (SD)	47.42 (±16.6)	47.51 (±16.28)	47.0 (±16.78)	17.51 (±16.66)	45.53 (±16.24)	50.11 (±17.75)
中央値	48.0	49.0	47.5	49.0	46.5	49.0
最大値	94	92	94	92	90	93
最小値	0	0	5	1	3	0

職務継続意向の現状

現在の職場での仕事を続ける意思についてある、ない、わからない、の三択で尋ね、また、その理由を尋ねた。仕事を続ける意思について、5 病院全体と病院別に表 5 に示す。

表 5 現在の仕事を続ける意思 人 (%)

	全病院 (n=446)	A 病院 (n=100)	B 病院 (n=81)	C 病院 (n=47)	D 病院 (n=124)	E 病院 (n=94)
ある	187(41.9)	35(35.0)	38(46.9)	19(40.4)	59(47.6)	36(38.3)
ない	52(11.7)	18(18.0)	5(6.2)	7(14.9)	15(12.1)	7(7.4)
わからない	207(46.4)	47(47.0)	38(46.9)	21(44.7)	50(40.3)	51(54.3)

職務継続意向への理由（自由記載）

職務継続意向への理由をたずねたところ、「ある」の回答者のうち 90 名より 96 件の理由、「ない」の回答者のうち 24 名から 30 件の理由、「わからない」の回答者のうち 63 名から 71 件の理由の記載があった。それぞれの記載内容を表 6 から表 8 にまとめた。

表 6 現在の仕事を去る意思が「ない」理由 (96 件)

理由	頻度
学べる環境にある	16
良好な人間関係	15
生活のため（経済的理由）	9
辞める理由が無い	8
家庭との両立ができる	7
通勤に便利な立地	6
家族の都合	4

定年まで働きたいから、	4
別の職場を探すのが大変だから	4
やりがいを感じるため、	3
自分の希望に合った職場のため	3
休暇が取りやすい	3
良好な職場環境	2
病院に貢献したい	2
現状に満足、	2
奨学金返済	2
慣れた職場	2
役職への責任感	2
看護が好きだから	1
公務員の立場	1

表 7 現在の仕事を去る意思が「ある」理由 (30 件)

理由	頻度
他の現場でスキルアップしたいため	9
給料が安い	6
やりがいを感じないため	2
上司との関係性	2
勤務体制への不満	2
家庭の都合 (結婚)	2
退職が決まっている・考えている	2
他職種との関係性や不平等さ	1
仕事量の多さ	1
仕事へのストレス	1
能力の限界を感じる	1
生活を見直したい	1

表 8 現在の仕事を去る意思が「わからない」理由 (71 件)

理由	頻度
家庭や子育ての状況次第	16
将来のことはわからない	8
体力・身体的に自信がない	8
仕事にやりがいや楽しみを感じない	8
他の現場で働いてみたい	5
給料への不満	4
人間関係の悪さ	3
今の状況が変わったら辞めたい	3
将来への不安	3
育児支援環境が整っている (から辞められない)	2
自分の資格を活かせない	2
スタッフ間で不平等な待遇	2
仕事量の多さ	2
仕事へのストレス	1
スキルアップの機会がない	1
まだ独り立ちできていない (から辞められない)	1
自宅から遠い	1
常に退職したいと思う	1

現在の仕事を続ける意思のある理由として、前向きな内容が多く挙げられた。「学べる環境」「良好な人間関係」「家庭との両立ができる」「通勤に便利な立地」「自分の希望に合っている」「家族の都合」などの働きやすさや看護職としての自己実現が可能な職場であることなどが示された。一方、「特に辞める理由が無い」から続けている、「生活のため（経済的理由）」「別の職場を探すのは大変なため」などの理由も見られた。

仕事を続ける意思がない、とした理由としては、「他の職場でスキルアップしたい」「給料が安い」「やりがいを感じられない」など、自己実現の場を他の職場に求めたり、給与に見合わない仕事、やりがいを見出しにくいなどの記載が見られた。また、「結婚、家庭の都合」などのほか「上司との関係」「他職種との関係」などの人間関係の不満も示された。

仕事を続ける意思が分からない理由としては、「家庭や子育ての状況次第」で今後の仕事の継続が左右されることや、「将来のことはまだわからない」が多く示された一方、「体力・身体的に自信がない」と自身の身体への不安も示された。「仕事やの楽しみ、やりがいを感じない」「他の職場で働いてみたい」「自分の資格が活かさない」などの現在の職務への不満やキャリアアップへの意向も示された。「育児支援環境が整っている」では、他の職場へ移りたい気持ちがありながらも、保育所などの設備があることで現在の職場に留まっている、という理由も示された。

2. 5施設に対する支援の内容と成果

平成28年1月下旬より5施設に対する支援を開始した。3月末時点までにおこなった支援の内容を表9に、支援に対する施設側、特に看護部長の反応をまとめた。

表9 5施設に対する支援の内容

病院	訪問回数	支援内容
A 病院	4	・主任会の自立をたかめ、活性化するための支援
B 病院	5	・人材育成上の課題を明確にする過程の支援 ・次世代の看護管理者育成としてリフレクション能力開発の取組み支援
C 病院	4	・看護部長、師長、主任を交え次年度看護部教育計画立案に対する支援
D 病院	3	・看護部長との面談
E 病院	4	・看護部長との面談 ・看護職員責任者に多様性などについての研修提供

表9に示す取り組みを開始して、研究者（支援者）が収集したデータを分析した結果、次の1～3の成果が明らかになった。

1. 看護管理者としての自信に基づいた言動

「研修後の部下の反応から看護管理者としてのやりがいを感じた」「研修後に病棟をラウンドして意図的に参加者の反応をとらえる努力をして関係者と共有した」「権限を部下にあたえ、のびのびと仕事ができるように配慮」「前年度と比し退所者数が減り（支援者に話をしたことで）、次年度への自信」というような言動がみられ、最新の知識や情報を得ること、自分に取り組んできたことを支援者に語ることで看護管理者の自信が生まれていた。

2. 具体的な成果物としての教育計画や仕組み

年間の教育計画の立案や、具体的な研修計画の組み立て、仕組みづくりについて、支援者からの助言を受けながら取り組み、研修計画を立てたり、研修会を実施したりすることができた。

3. 教育・管理スキルの習得

グループダイナミクスや、経験学習理論、リフレクションスキル、視聴覚機器の効果的活用について支援を受け、自分で実施することができており、これらの能力を習得することができたと考える。

2や3に取り組む過程の中で、スタッフや支援者からフィードバックを得ることで、看護管理者としての自信が生まれ、これまでの取り組みに対して前向きな気持ちになったり、新たな取り組みに挑戦していく行動になったりしたと考えられる。

今後は、今年度得られたデータを基礎資料とし、効果的・効率的な支援方法や、支援人材像等の明確化を行い、支援者の育成につなげていく。

参考文献

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). Test manual for the Utrecht Work Engagement Scale. Unpublished manuscript, Utrecht University, the Netherlands. Retrieved from <http://www.schaufeli.com>
- Shimazu, A., Schaufeli, W.B., Kosugi, S., et al. (2008). Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review* 57, 510-523.
- 撫養真紀子, 勝山貴美子, 青山ヒフミ (2014). 病院に勤務する看護師の職務満足測定尺度の信頼性・妥当性の検討. *社会医学研究*, 31(1), 37-44.