

# わが国の病院における看護専門職研修の

## 実態と今後の課題

—「看護必要度」指導者研修の受講者の基本属性の分析から—

木下 隆志

キーワード：「看護必要度」指導者研修、受講者属性、看護管理、支払意思額

### 1. はじめに

企業を取り巻く環境の変化は激しさを増しており、人材の育成は多くの企業にとって大きな課題となっている。企業が成長を継続させていくためには、社員一人ひとりがOJT (On the Job Training) を通して、さまざまな職務を体験し、社内のコミュニケーションを高めていかねばならないが、このOJTは職場で実際に仕事を進めながら、上司や先輩が必要な知識やスキルを計画的・体系的に部下に教え、身につけさせることをいい、主に新入社員への研修の重要性が説かれてきたが、実際には職場での学習、研鑽の場を提供し続けることが必要となる。

一方、OFF-JT (Off the Job Training) は「職場外研修」と呼ばれ、職場を離れ、社内の担当部署が考案したメニューや外部の研修機関が作成したプログラムを受講し、必要な知識やスキルの習得を図ることを目的として実施されるものである。ただし、このOFF-JTは、新入社員研修に始まって管理職研修というように階層別を実施されるケースが多い。

厚生労働省職業能力開発局(2016)によると、医療、福祉系産業においては正社員には79.4%OFF-JTが実施されているが、それ以外の社員の54.8%に対しても実施されている。これは、業務の遂行にOJTだけでなく、この業界においては、正社員以外にもOFF-JTが必須であることを反映しているためと考えられる。

そこで本稿では、現在、日本で実施されている看護師等の OFF-JT の中でもっとも多く  
の看護師が受講者となっており、しかも看護管理者だけでなく、多くのスタッフナ  
ースの区別もなく、同じように研修が行われているという「看護必要度<sup>1</sup>」指導者研修  
の実態を明らかにし、今後の看護師等の医療専門職における OJT や OFF-JT のあり方  
について検討することを目的とした。

また、医療領域の OFF-JT の費用についての資料を得るため、受講者の研修費用につ  
いて所属機関からの助成の有無や、受講者の支払意思額（Willingness to Pay : 以下  
WTP<sup>2</sup>）に関する調査結果を分析した。

ここで看護必要度について若干の説明を追加するが、これは 1994(平成 6)年から、  
日本において患者が必要とする看護サービスの質と量を適正に提供する（標準化）た  
めに研究されてきた評価ツールであった（筒井 2007）。

今日では、この看護必要度は、日本においては科学的根拠に基づいた看護サービ  
スを推定できる唯一の指標であることから現行の日本の入院基本料において、7 対 1  
をはじめとする高い人員配置を算定する際の基準として用いられている。

一方、看護必要度は、そもそも患者に必要な適正な看護量を推定するための評価ツ  
ールとして開発されてきたことから、入院基本料や各種の加算の要件として利用す  
るだけでなく、臨床現場においては患者の状態に応じた適切な看護サービスを提供し  
ているかどうかを検討することができるマネジメントツールとしての機能を利用するこ  
とが期待されている（田中 2008）。

このことは、看護師にとっては病棟運営・看護管理のために有益なツールを取得す  
るための研修とも位置付けられる。すなわち、看護師の中でも管理職となったもの  
にとっては、看護管理に必須なツールとなっており、さらには、これら看護管理職の専  
門性を高めるための研修であるともいえる。

このように多様な側面を有している「看護必要度」指導者研修であるが、この研修  
は、現在、主に外部の研修機関である日本臨床マネジメント学会（一般社団法人）に  
よって運営されており、受講者は、この研修に対して、研修費を支払っている。

この費用は、いわば受講者自身が自身の専門性を高める目的で支払っているだけ  
でなく、病院側が診療報酬制度における 7 対 1 等の算定にあたっての要件として研修  
を受けた指導者が必要であることや、看護管理にも有用であるということで、病院が研

---

<sup>1</sup> 看護必要度とは、患者の看護提供量を予測する評価指標として、筒井によって 1997 年より開発のための研究が進められ、この指標を構成する項目の一部は、すでに診療報酬上の要件となっており、これらの評価には、国などが定める指導者研修を受講することとされている（岩澤，筒井 2016）。

<sup>2</sup> ある商品を買うか買わないかの選択は、その商品に対して消費者が最大限支払っても良いと思う金額の大小に依存する。その金額を支払意思額、WTP (Willingness to Pay) という（真野 2008）。

修費用やこれに参加する費用を負担するという実態があるとされる。

だが、これまで、この研修の受講者の基本属性やその所属機関あるいは、これらの費用負担の実際に関する検証はほとんど行われておらず、今回、はじめて日本臨床看護マネジメント学会の協力を得ることで、学会が保有する調査データを利用した分析をすることとなった。さらに WTP による評価が臨床看護マネジメント学会の下で収集されていたことから、本研究では、これらの WTP に関する結果についても分析をした。

なお、臨床看護マネジメント学会のアンケート調査によって収集された WTP については、国土交通省（2009）が、「仮想的市場評価法（CVM）適用の指針」において、アンケート調査を用いて人々に WTP を尋ねることで、市場で取り引きされていない財（効果）の価値を計測する手法であると定義されているものである。

本研究では、受講者が CVM 上で自分が支払っても良いと思う金額を調査した結果について、受講者の属性や、その所属機関との関連性も踏まえて分析した。

## **2. 調査枠組みと調査方法の検討**

### **2-1. 研修受講者の看護管理に関する調査内容**

看護必要度は指導者研修の受講と院内研修の実施が義務付けられているが、その研修内容についての効果検討を全国的に検討した例はほとんどなく、東野他（2007）の調査によれば、その効果については、各病院のケーススタディとして発表されるにとどまっている。

臨床看護マネジメント学会が主催する「看護必要度」指導者研修は、現在まで約 10 万人以上の研修を実施してきた。この研修では、研修開始時にアンケート調査を実施しており、看護師の基本属性や所属している病院特性を中心とした 38 項目（26 年度は 47 項目、27 年度は 57 項目、28 年度は 65 項目）の事前アンケート調査を実施している。また、研修終了後も研修の満足度、e ラーニング研修の満足度、WTP の評価等の 13 項目（28 年度は 15 項目）の事後アンケート調査を実施している。

本稿は、臨床看護マネジメント学会の協力を得ることで、アンケート調査の分析を行った。アンケート調査項目のうち、受講者の属性と看護管理に関する項目および、WTP 項目と満足度に関する項目をまとめたのが図 1 である。

属性に関する項目(事前アンケート)	看護管理に関係する項目(事前アンケート)	WTP項目(事前アンケート)
①所属する医療機関の種別 ②病床数 ③入院基本料の種類 ④看護師配置 ⑤経験年数 ⑥職位	①院内研修プログラムの有無 ②看護必要度の学習の程度 ③看護必要度の評価項目 ④看護必要度の評価結果の定期的な検証 ⑤患者ひとりあたりの看護必要度の評価に要する時間 ⑥看護必要度評価のPC利用率 ⑦看護必要度データにおける他の診療データへの活用 ⑧看護必要度データの看護管理への活用 ⑨傾斜配置の実施方法 ⑩患者一人あたりのアセスメント時間	①所属機関からの助成の有無 ②所属機関からの助成額 ③研修に対して支払ってもよいと思う金額
		満足度項目(事後アンケート)
		①研修全体に対する満足度 ②eラーニングに対する満足度 ③eラーニングに対して支払ってもよいと思う金額

出典 (平成28年度看護必要度アンケート調査用紙より筆者作成)

図1: 「看護必要度」指導者研修アンケート項目分類

田中(2008)は、「看護必要度」指導者研修の必要性について、看護必要度は患者の視点で評価することが求められるため、患者のありのままを確認・記録できる応用力の養成が不可欠になるとしている。

また、看護必要度は、患者の状態把握から、提供する看護時間を予測するシステムであり、診療報酬へつなげようとするものであるため、評価に当たっては、事実を事実として捉えるスキル、フィジカルアセスメント能力が必要であり、基礎教育の段階より、看護管理の知識とともに教育されることが望ましいとしている。さらに、看護必要度のデータを蓄積し、ベッドコントロール、人員配置、リスクマネジメント等への活用が期待されると、看護必要度の学習が看護管理に資することを示している。

本研究では研修前後のアンケート調査から得られた看護管理に関する①から⑩の項目(図1参照)を集計し、受講者の所属機関での院内研修の有無や、傾斜配置の実施方法等の項目から、研修を受講している看護師が実際に行っている看護管理の実態を明らかにした。

## 2-2. 研修受講者のWTPに関する調査内容

この調査において取り扱っているWTPは、看護必要度研修のプログラム内容について受講者が主観的に提示する金額を評価したものである。こういったWTPに関する看護領域を対象とした先行研究はほとんどなく、しかも3万人以上というこれだけの大規模な研修において、受講者の研修費用への助成額を明らかにし、さらには自発的支払意思額を示した例は少ない。

おそらく医療、看護、介護領域という対人援助サービス領域では、2016年度の看護必要度研修に参加した約3万人に対して実施したWTP調査が、わが国ではじめての調

査となる。この調査における WTP は、研修参加が享受することに対して支払う意思のある最大金額のことであり、受講者が現行研修のプログラムに対して、どのような価格設定をしたかが示されている。

先行研究では、森山（2008）は、WTP で測定可能な便益について、次のように位置付けている。①プログラムを受ける消費者が「健康になる」という目に見えない便益と、②「健康になる」ことによって消費者が将来支払う可能性のある医療費を事前に回避する便益であると述べている。①は予防的便益、②はリスク回避便益といえる。

このことから、このアンケートは、主に後者②のリスク回避便益に該当すると考えられた。この研修を受けることは、7対1入院基本料を算定する際には必要と考えられる研修として多くの看護師には理解されており、受講しないと、病院運営や人員配置に影響を及ぼすことが事前に理解できるため、「事前に回避する便益」に該当するものと考えられる。

しかし、本来の意味での看護必要度からいえば、患者に適切な看護量が提供されているかを測るツールの取得として考えれば①の視点もあるといえる。

また、真星（2008）は仮想評価法による WTP の計測について、評価対象となる医療サービスに対する WTP が正確に求めれば、その医療サービスにかかった費用を（同じ貨幣単位で）比べることができ、WTP で表される便益から費用を引いたものが、医療サービスの純便益であると述べている。真星によれば、医療サービスを研修参加費用とし、研修参加費用と WTP 額との差がこの研修の純便益として捉えることを提案している。

この WTP の考え方は消費者主権の考え方に則っており、モノやサービスの価値を勘案しながら自分の効用を最大にするよう行動するというマイクロ経済学の消費者行動の説明とも合致したものであるが、WTP の弱点としての仮想的な市場の理解度、回答する属性が置かれている環境によって WTP は大きく影響されるという問題もある。

これらの課題はあるものの、本研究では、e ラーニングにおける事前学習を通過した者を対象としていること（市場の理解度）、看護師という専門職属性（属性の標準化）はある一定の担保ができていると推測されることから、WTP における仮評価額には一定の信頼性があると考えた。

### 3. 看護必要度研修の特徴（結果）

#### 3-1. 対象者の基本属性

「看護必要度」指導者研修は、重症度、医療・看護必要度評価の解釈と実用に向け、衛星同時中継による記録の演習を含めた研修と、インターネットによるeラーニングでの学習を併用して学び、修了証が発行される総合的研修となっている。

アンケート調査は、この研修を受講時に実施する受講者属性アンケート、およびeラーニングの学習終了後に実施する研修満足度アンケートの2種類を合わせたものである。

この分析に用いた調査対象者のデータは、平成25年度～28年度における研究目的の使用同意を得られた看護必要度研修受講者63,376人、および平成28年度の20,000人のデータであった（表1）。ここで26年度と28年度の受講者が多いのは、診療報酬改定の年度だからである。28年度は、さらに2万人の研修が予定されている。

まず、ここ4年間の63,376人の受講者属性アンケートからは、わが国でこれだけ大規模な研修を実施しているものはなく、ほぼ唯一といえるOFF-JTで実施される看護師に対する研修のあり様を示すものといえる。

なお直近（平成28年度）の20,000人データは、平成28年度診療報酬改訂の影響を受けていることを鑑み、独立したデータとして分析し、とくに受講者が受けている研修助成の有無やその金額、研修に対する受講者のWTPの仮想金額を明らかにした。

また、WTPに影響を及ぼしている要因を明らかにするためにWTPと受講者の基本属性や所属病院の種別、所属病院での職位的種類等の属性データとの関連性も分析した。

表1 開催時期別受講者数内訳

開催時期	N	%
平成25年度	11,765	14.1
平成26年度	40,859	49.0
平成27年度	10,752	12.9
平成28年度	20,000	24.0
合計	83,376	100.0

研修受講者は、医療法人23,247人（36.7%）がもっとも多く、ついで公立（大学以外）9,241人（14.6%）、国（独立行政法人を含む、大学以外）6,932人（10.9%）と続いていた。医療機関以外（福祉施設等）に所属する看護師も126人が参加していた、

看護サービスを提供しているほとんどの経営主体から参加していることが示されていた（表2）。

表2 受講者の所属する医療機関の種別

	N	%
医療法人	23,247	36.7
公立（大学以外）	9,241	14.6
国（独立行政法人を含む、大学以外）	6,932	10.9
公的（日赤、厚生連等）	5,699	9.0
その他の法人	5,118	8.1
社会福祉法人（済生会、北海道社会事業協会等）	2,929	4.6
私立大学法人	2,530	4.0
公益法人	2,510	4.0
国（国立大学法人）	2,378	3.8
公立（公立大学法人）	1,017	1.6
個人	982	1.5
社会保険関係	662	1.0
医療機関以外	126	0.2
合計	63,371	100.0

都道府県別受講者数は、東京が7,404人（11.7%）ともっとも多く、ついで大阪5,588人（8.8%）、福岡3,724人（5.9%）、北海道2,940人（4.6%）、愛知2,572人（4.1%）と続いていた。もっとも少なかった都道府県は奈良県で420人（0.7%）であった。ついで栃木435人（0.7%）、鳥取439人（0.7%）、山梨444人（0.7%）、三重454人（0.7%）と続いていた（表3）。

表3 都道府県別受講者数

都道府県	N	%	都道府県	N	%	都道府県	N	%
東京	7,404	11.7	埼玉	1,254	2.0	山形	757	1.2
大阪	5,588	8.8	長野	1,185	1.9	青森	737	1.2
福岡	3,724	5.9	愛媛	1,111	1.8	福井	677	1.1
北海道	2,940	4.6	山口	1,057	1.7	和歌山	668	1.1
愛知	2,572	4.1	香川	1,020	1.6	高知	665	1.0
神奈川	2,120	3.3	静岡	981	1.5	京都	664	1.0
兵庫	1,808	2.9	千葉	960	1.5	佐賀	627	1.0
鹿児島	1,736	2.7	富山	958	1.5	島根	578	0.9
熊本	1,684	2.7	群馬	942	1.5	徳島	488	0.8
岡山	1,611	2.5	大分	932	1.5	茨城	480	0.8
新潟	1,498	2.4	岐阜	902	1.4	三重	454	0.7
広島	1,497	2.4	宮崎	884	1.4	山梨	444	0.7
石川	1,376	2.2	秋田	830	1.3	鳥取	439	0.7
宮城	1,347	2.1	福島	805	1.3	栃木	435	0.7
長崎	1,310	2.1	滋賀	795	1.3	奈良	420	0.7
沖縄	1,255	2.0	岩手	757	1.2	合計	63,376	100.0



研修を受講した者が所属していた病棟は、表4に示したように、一般病棟入院基本料を取得していた者が46,543人(73.4%)と最も多く、ついで、特定機能病院入院基本料(一般病棟)4,331人(6.8%)、回復期リハビリテーション病棟入院料12,446人(3.9%)、地域包括ケア病棟2,181人(3.4%)であった。

表4 受講者の所属先の主な入院基本料等の種類

	N	%
一般病棟入院基本料	46,543	73.4
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	4,331	6.8
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,446	3.9
地域包括ケア病棟	2,181	3.4
回復期リハビリテーション病棟入院料2または3	1,569	2.5
特定集中室管理料または小児特定集中室管理料	1,451	2.3
療養病棟入院基本料	1,425	2.2
ハイケアユニット入院医療管理料	1,205	1.9
その他	750	1.2
その他の特定入院料	447	0.7
専門病院入院基本料	432	0.7
精神病棟入院基本料	291	0.5
結核病棟入院基本料	134	0.2
特定機能病院入院基本料(精神病棟)	111	0.2
特定機能病院入院基本料(結核病棟)	54	0.1
合計	63,370	100.0

研修受講者の看護師としての経験年数は16~20年が12,385人(19.6%)と最も多く、ついで、11~15年が11,885人(18.9%)、6~10年が11,389人(18.1%)、21~25年が9,272人(14.7%)、26~30年が7,335人(11.6%)、1~5年が7,232人(11.5%)、31~35年が3,019人(4.8%)であった。36~40年は521人(0.8%)と最も少なかった(表5、図2)。年齢区分の平均値は16.47年、最頻値20年、標準偏差8.653であった(表6)。

表5 受講者の看護師としての経験年数区分

経験年数区分	N	%
1~5年	7,232	11.5
6~10年	11,389	18.1
11~15年	11,885	18.9
16~20年	12,385	19.6
21~25年	9,272	14.7
26~30年	7,335	11.6
31~35年	3,019	4.8
36~40年	521	0.8
合計	63,038	100.0



表6 受講者の看護師としての経験年数

N	平均値	中央値	最頻値	標準偏差
63,104	16.5	16.0	20.0	8.7

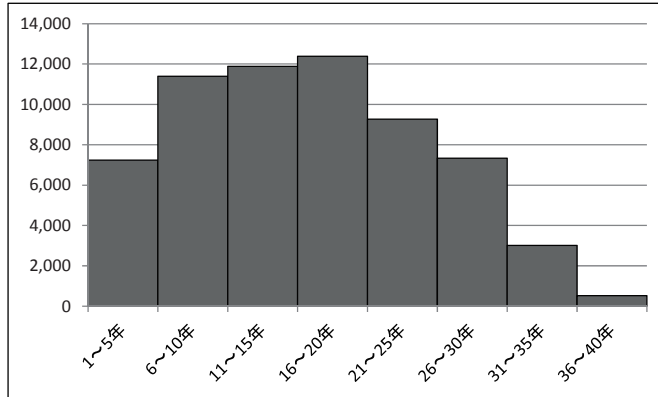


図2 受講者の看護師としての経験年数ヒストグラム

また、研修受講者が所属していた医療機関の病床数は、0～199床に所属していた受講者は23,815人(37.7%)、200～499床に所属していた受講者が、25,880人(40.9%)、500床以上の病床数に所属していた受講者が13,517人(21.4%)であった(表7、図3)。病床数の平均は319床、最頻値300床、標準偏差228.9であった(表8)。

表7 受講者の所属する医療機関の病床数区分

病床数	N	%
0～199	23,815	37.7
200～499	25,880	40.9
500以上	13,517	21.4
合計	63,212	100.0

表8 受講者の所属する医療機関の病床数

N	平均値	中央値	最頻値	標準偏差
63,292	319.4	270.0	300.0	228.9

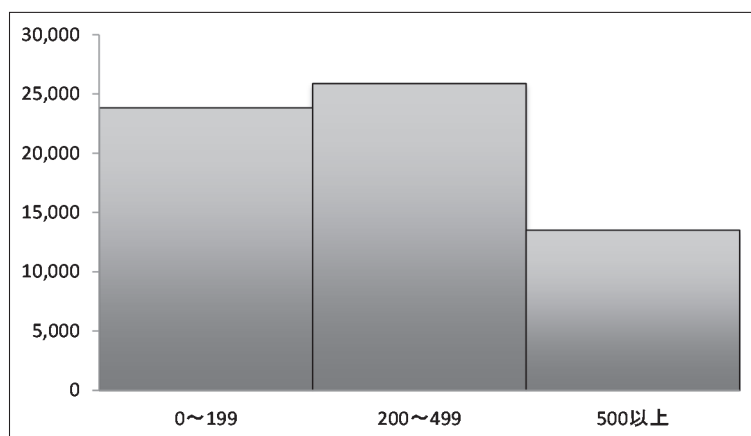


図3 受講者の所属する医療機関の病床数ヒストグラム

研修受講者の職位を25年度の研修から年度別に示したのが表9、図4である。研修受講者の中でもっとも多かった職位としては、スタッフナースが41,055人(49.3%)でもっとも多く、ついで、多かったのが、主任17,641人(21.2%)であった。一方、もっとも少なかったのは、看護部長622人(0.7%)であった。副看護部長は1,554人(1.9%)で、看護部長について少なかった。

この順位を25年度から、年次ごとにみると、スタッフナースは、以下に示した通り一貫して多い。平成25年度は、スタッフナース6,895人(58.6%)、主任2,312人(19.7%)、看護部長48人(0.4%)、副看護部長113人(1.0%)であった。

平成26度はスタッフナース19,610人(48.0%)、主任8,781人(21.5%)、看護部長362人(0.9%)、副看護部長789人(1.9%)となっていた。

平成27年度は、研修は1回だけであり、6月に実施されていた。この時もスタッフナースは6,529人(60.7%)ともっとも多く、ついで主任2,028人(18.9%)、看護部長38人(0.4%)、副看護部長86人(0.8%)となっていた。

今年の平成28年度は、同年4月に診療報酬改定により、「重症度・医療、看護必要度」が大幅に改定されており、研修受講者希望が多く、スタッフナース8,021人(40.1%)、主任4,520人(22.6%)、看護部長174人(0.9%)、副看護部長566人(2.8%)となっていた。

表9 職位による年度別受講者のクロス表

年度	看護部長		副看護部長		看護師長		副看護師長 師長補佐		主任		スタッフナース		その他		合計	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
25年度	48	0.4	113	1.0	1,186	10.1	1,022	8.7	2,312	19.7	6,895	58.6	185	1.6	11,761	100.0
26年度	362	0.9	789	1.9	6,354	15.6	4,096	10.0	8,781	21.5	19,610	48.0	862	2.1	40,854	100.0
27年度	38	0.4	86	0.8	959	8.9	921	8.6	2,028	18.9	6,529	60.7	191	1.8	10,752	100.0
28年度	174	0.9	566	2.8	3,888	19.5	2,486	12.4	4,520	22.6	8,021	40.1	333	1.7	19,988	100.0
合計	622	0.7	1554	1.9	12,387	14.9	8,525	10.2	17,641	21.2	41,055	49.3	1,571	1.9	83,355	100.0

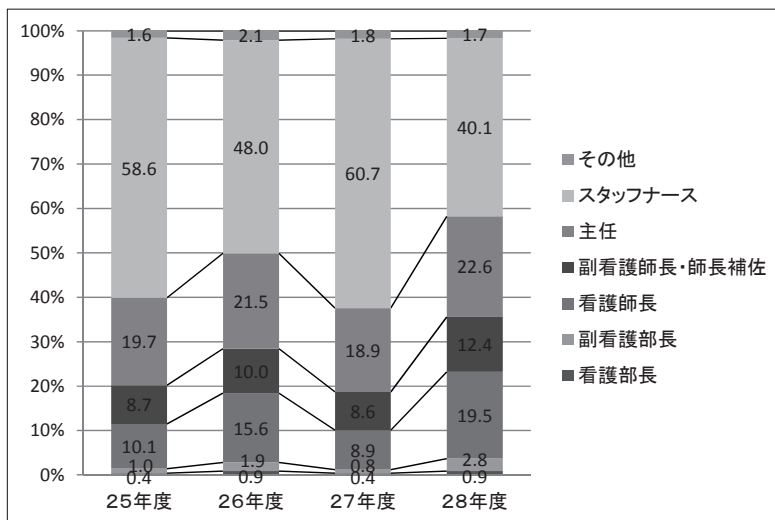


図4 職位による年度別受講者の比率図

### 3-2. 看護必要度を看護管理に利用している受講者の割合

この「看護必要度」指導者研修は、本来は院内での指導者を対象とした研修である。しかし、研修受講者には管理者ではないスタッフナースが半数を占めていた。このことから看護管理に関する項目については、職位項目のスタッフナースと職位を有する受講者とを分けて分析をした。

#### ①看護必要度データ活用の有無

表10、図5のとおり、看護管理に看護必要度を活用しているかどうかを調査する項目として、看護必要度を看護管理に利用しているかを問うた結果からは、「活用している」は、全体で30,840人(49.6%)、職位のある受講者14,649人(50.3%)、スタッフナース16,191人(49.0%)と半分の受講者が看護必要度を利用していると回答していた。

一方、「活用していない」は全体で、17,790人(28.6%)、職位あり6,472人(22.2%)、スタッフナース11,318人(34.2%)と回答していた。「活用したいと考えている」は、全体で13,497人(21.7%)、職位あり7,973人(27.4%)、スタッフナース5,524人(16.7%)と回答していた。

表 10 職位別看護必要度の活用

	全体		職位の有無別			
			職位あり		スタッフナース	
	N	%	N	%	N	%
活用している	30,840	49.6	14,649	50.4	16,191	49.0
活用していない	17,790	28.6	6,472	22.2	11,318	34.3
活用していないが、活用したいと考えている	13,497	21.7	7,973	27.4	5,524	16.7
合計	62,127	100.0	29,094	100.0	33,033	100.0

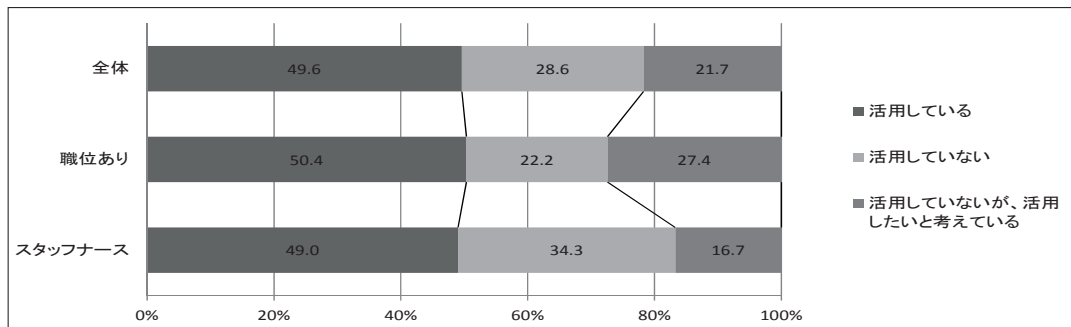


図 5 職位別看護必要度の活用

## ②看護必要度と他のデータとの関連分析

看護必要度を看護管理に活用し、しかも看護必要度のデータと関連している他の診療データに関するデータ分析をしていると回答した受講生は、21,413人(33.8%)と示された。一方、「関連を分析していない」は41,953人(66.2%)と6割以上と高い割合を示していた(表11)。

表 11 看護必要度のデータと関連を分析している他の診療データ等

	N	%
関連を分析していない	41,953	66.20
分析を実施している	21,413	33.79
無回答	10	0.02
合計	63,376	100.0

表 11 で示された関連を分析していると回答した 33.8%を占める受講者を抽出し、彼らが看護必要度のデータとどのようなデータとの関連を分析しているかを調べた結果から、49.2%が人員配置に、ついで 36.5%が、手術・検査・処置等のデータと、20.4%が褥瘡発生率、19.7%が転倒発生率と、18.2%がインシデント等と、14.8%がクリニカルパスとの関連を分析をしていると回答していた（図 6）。

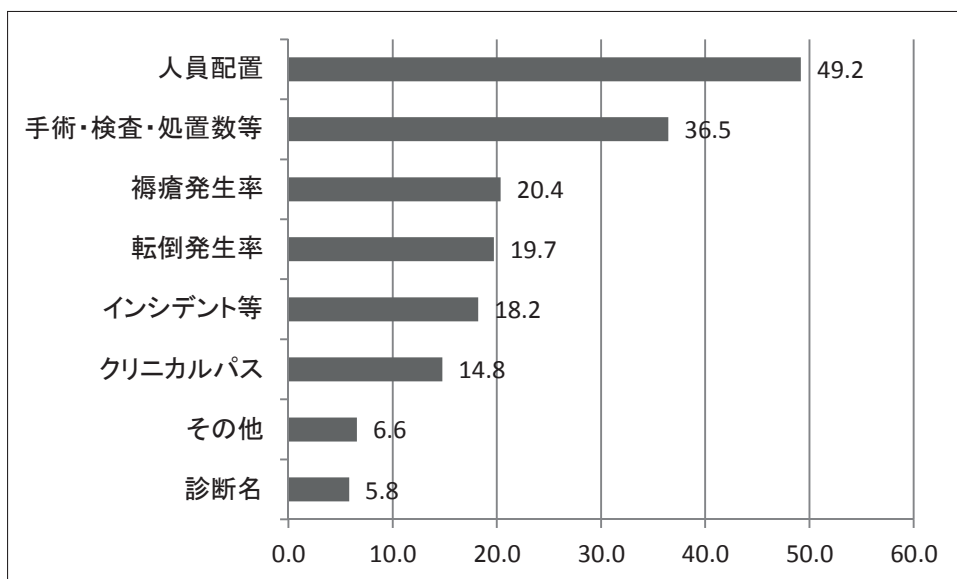


図 6 分析の内容 (N=21,413)

### ③傾斜配置の実施

傾斜配置の実施を受講者に質問したところ（表 12、図 7）、「従来から実施している」と回答したのは、全体で 22,839 人（36.7%）であった。この内訳としては、職位あり 10,641 人（36.6%）、スタッフナース 12,198 人（36.9%）が傾斜配置を従来から実施していると回答していた。

一方、「今年度から実施」は、全体で、1,053 人（1.6%）が実施していると回答しており、その内訳として、職位あり 448 人（1.5%）、スタッフナース 605 人（1.8%）と回答していた。

「実施していないが準備中」は、全体で、9,017 人（14.5%）、が準備中と回答していた。この内訳は、職位ありが 5,003 人（17.2%）、スタッフナースが 4,014 人（12.2%）との回答で職位ありのほうが高い傾向が示された。

「実施しておらず予定もなし」は、全体で、29,218人（47.0%）と高い割合を示していた。この内訳は、職位ありが13,002人（44.7%）、スタッフナースが16,216人（49.1%）であった。

表 12 職位別傾斜配置の実施

	全体		職位の有無別			
	N	%	職位あり		スタッフナース	
			N	%	N	%
従来から実施している	22,839	36.8	10,641	36.6	12,198	36.9
今年度から実施	1,053	1.7	448	1.5	605	1.8
実施していないが準備中	9,017	14.5	5,003	17.2	4,014	12.2
実施しておらず、予定もなし	29,218	47.0	13,002	44.7	16,216	49.1
合計	62,127	100.0	29,094	100.0	33,033	100.0

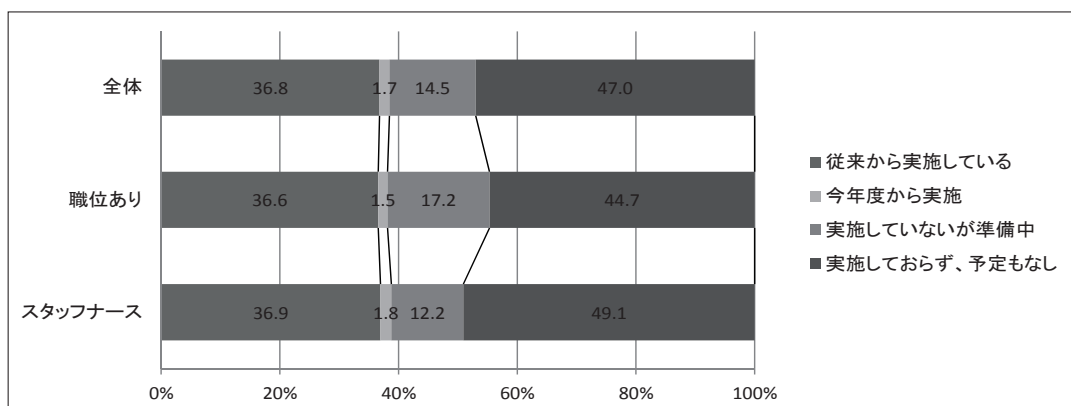


図 7 職位別傾斜配置の実施

#### ④傾斜配置実施における根拠データ

表 13、図 8 に示したように、傾斜配置を実施している病棟でその根拠としてもっとも活用しているとして、高い割合を示していたのは、「看護必要度データ」で 11,756 人（69.6%）を占めていた。ついで、多かったのは、「自施設の看護業務量測定データ」で 2,991 人（17.7%）であったが、傾斜配置をしていた病棟の約 7 割が看護必要度を用いていた。

表 13 職位別傾斜配置の根拠となるデータやルール

	全体		職位の有無			
	N	%	職位あり		スタッフナース	
			N	%	N	%
自施設の看護業務量測定データ	2,991	17.7	1,788	18.2	1,203	17.0
看護必要度データ	11,756	69.6	6,485	66.0	5,271	74.5
看護業務量測定以外の自施設のルール	1,616	9.6	1,141	11.6	475	6.7
上記3種類以外の方法	534	3.2	410	4.2	124	1.8
合計	16,897	100.0	9,824	100.0	7,073	100.0

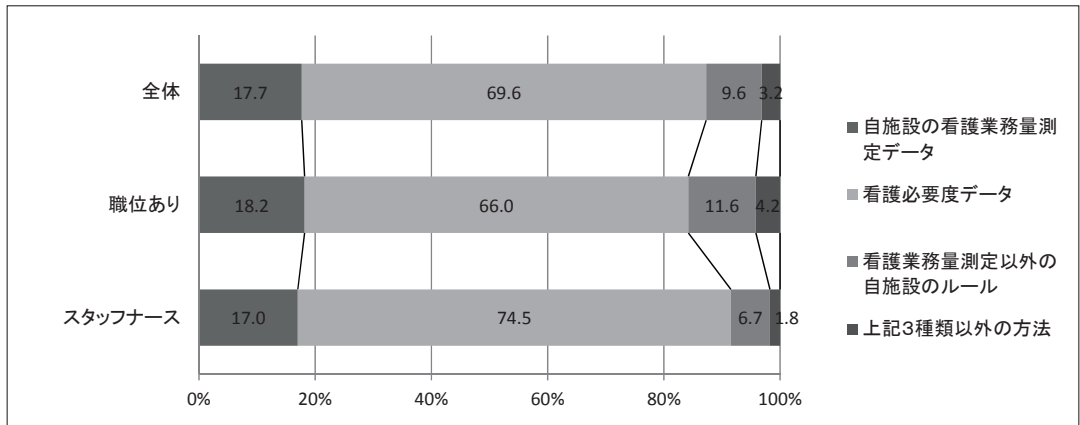


図 8 職位別傾斜配置の根拠となるデータやルール

⑤人員配置別傾斜配置の有無と根拠となるデータ

人員配置別に傾斜配置の根拠データを分析した結果、7対1人員配置を算定している病棟における傾斜配置の根拠として、もっとも多く活用されていた、看護必要度データ 8,705 人 (71.5%) であった。ついで多かったのは、自施設の看護業務量測定データ 2,110 人 (17.3%)、看護業務量測定以外の自施設のルール 1,012 (8.3%)、上記3種類以外の方法 355 人 (2.9%) であった。

傾斜配置となる根拠データとして看護必要度データを利用している割合が高かったのは、7対1病棟であり、10対1では、64.2%、13対1では、64.0%、15対1では62.4%と示された。いずれの病棟において看護必要度データは、その他のデータやルールよりも多く活用されていた。



表 14 人員配置別傾斜配置の根拠となるデータやルール

	全体		人員配置別							
	N	%	7対1	%	10対1	%	13対1	%	15対1	%
自施設の看護業務量測定データ	2912	17.8	2110	17.3	607	18.9	142	20.9	53	18.3
看護必要度データ	11354	69.4	8705	71.5	2063	64.2	434	64.0	152	52.4
看護業務量測定以外の自施設のルール	1582	9.7	1012	8.3	419	13.0	90	13.3	61	21.0
上記3種類以外の方法	513	3.1	355	2.9	122	3.8	12	1.8	24	8.3
合計	16361	100.0	12182	100.0	3211	100.0	678	100.0	290	100.0

次に、傾斜配置の根拠となるデータやルールを病床規模別に示したのが表 15 である。看護必要度データを活用している割合が高かったのは、200～499 病床規模であり、5,391 人（71.0%）と示された。次いで、500 病床以上規模が 3,318 人（69.9%）と示され、1～199 病床規模は 3,183 人（66.6%）と大きな差はなかった。

表 15 病床規模別傾斜配置の根拠となるデータやルール

	合計		病床数区分					
	N	%	1～199	%	200～499	%	500以上	%
自施設の看護業務量測定データ	3,033	17.7	822	17.2	1,330	17.5	881	18.6
看護必要度データ	11,892	69.5	3,183	66.6	5,391	71.0	3,318	69.9
看護業務量測定以外の自施設のルール	1,652	9.7	608	12.7	636	8.4	408	8.6
上記3種類以外の方法	539	3.1	163	3.4	238	3.1	138	2.9
合計	17,116	100.0	4,776	100.0	7,595	100.0	4,745	100.0

#### ⑥看護必要度院内研修の実施状況

看護必要度研修は、病院内での指導者を養成することが目的となっていることから、この研修の受講者は院内で研修をすることが義務づけられているといえる。

このアンケートの質問は、院内研修の実施状況を問うているものであるが、表 16、図 9 のとおり、所属する医療機関に院内研修のプログラムがあると回答したものが、8割を超えていた。すなわち「従来から実施している」は全体で、50,315 人（81.0%）、が回答しており、その内訳は、職位あり 23,833 人（81.9%）、スタッフナース 26,482 人（80.2%）であった。

ただし、「今回から実施」との回答もあり、これは全体で、3,241 人（5.2%）と示され、職位あり 1,385 人（4.8%）、スタッフナース 1,856 人（5.6%）、となっていた。また、「現在準備中」という回答もあり、これは全体で、4,655 人（7.5%）職位あり

2,397人(8.2%)、スタッフナース2,258人(6.8%)となっていた。

しかし、「実施しておらず予定もなし」も全体で3,917人(6.3%)と示されており、この内訳として職位あり1,479人(5.1%)、スタッフナース2,438人(7.4%)であったが、これらの回答者が研修を必須とする病棟に所属していたかどうかについての詳細な分析はできなかった。

表 16 職位別院内研修プログラムの有無

	全体		職位の有無別			
			職位あり		スタッフナース	
	N	%	N	%	N	%
従来から実施している	50,315	81.0	23,833	81.9	26,482	80.2
今回から実施	3,241	5.2	1,385	4.8	1,856	5.6
現在準備中	4,655	7.5	2,397	8.2	2,258	6.8
実施しておらず、予定もなし	3,917	6.3	1,479	5.1	2,438	7.4
合計	62,128	100.0	29,094	100.0	33,034	100.0

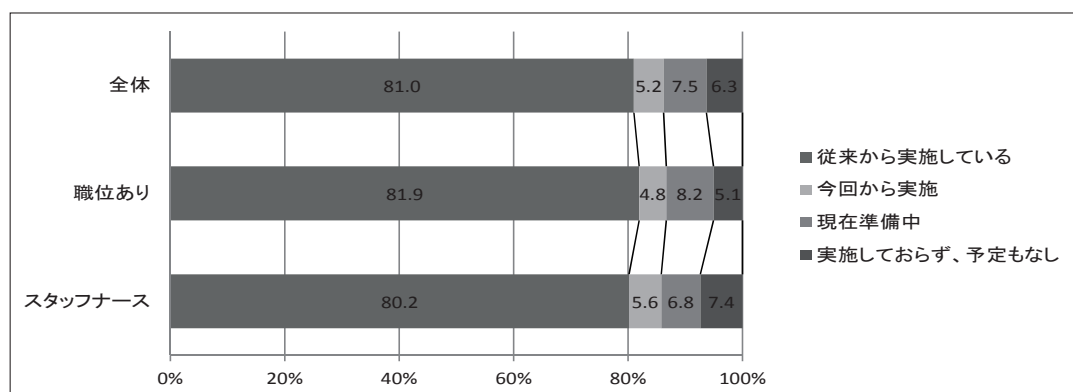


図 9 職位別院内研修の実施

### ⑦研修の効果測定の有無

表 17、図 10 のとおり、院内研修の効果測定を行っている医療機関について、「はい(効果測定を行っている)」は、全体で25,385人(50.2%)、職位あり12,696人(52.0%)、スタッフナース12,689人(48.5%)、との回答であった。「いいえ(効果測定を行っていない)」は、全体で、25,167人(48.0%)、職位あり24,413人(48.0%)、スタッフナース13,450人(51.5%)、との回答であった。ほぼ半数が効果測定を行っているという回答していた。

表 17 職位別院内研修の効果測定の実施

	全体		職位の有無別			
			職位あり		スタッフナース	
	N	%	N	%	N	%
はい	25,385	50.2	12,696	52.0	12,689	48.5
いいえ	25,167	49.8	11,717	48.0	13,450	51.5
合計	50,552	100.0	24,413	100.0	26,139	100.0

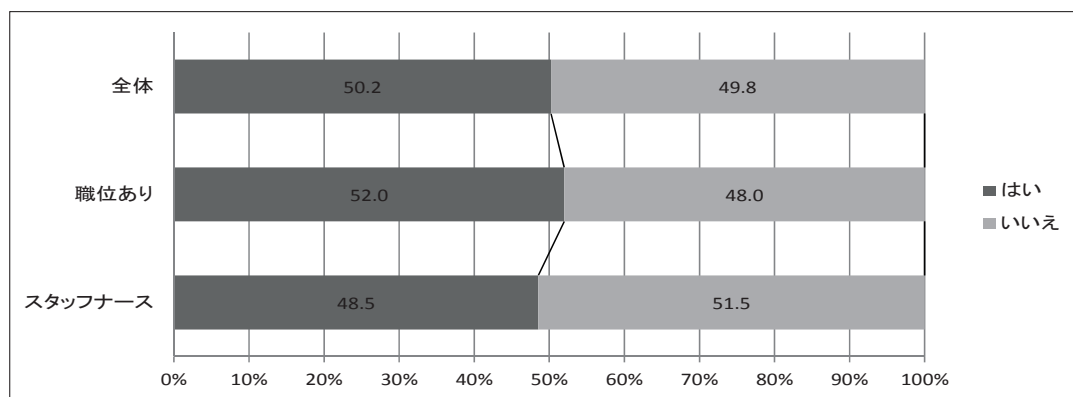


図 10 職位別院内研修の効果測定の実施

表 18、図 11 のとおり、その効果測定の結果について提出できる記録物があるかを尋ねた結果からは、「はい（提出できる）」は、全体で、17,261 人（68.0%）、職位あり 9,088 人（71.6%）スタッフナース 8,173 人（64.4%）、との回答であった。「いいえ（提出できる記録なし）」は全体で、8,124 人（32.0%）、職位あり 3,608 人（28.4%）スタッフナース 4,516 人（35.6%）、との回答であった。

表 18 職位別院内研修の効果測定結果について、後日提出できる記録物がある

	全体		職位の有無			
			職位あり		スタッフナース	
	N	%	N	%	N	%
はい	17,261	68.0	9,088	71.6	8173	64.4
いいえ	8,124	32.0	3,608	28.4	4516	35.6
合計	25,385	100.0	12,696	100.0	12689	100.0

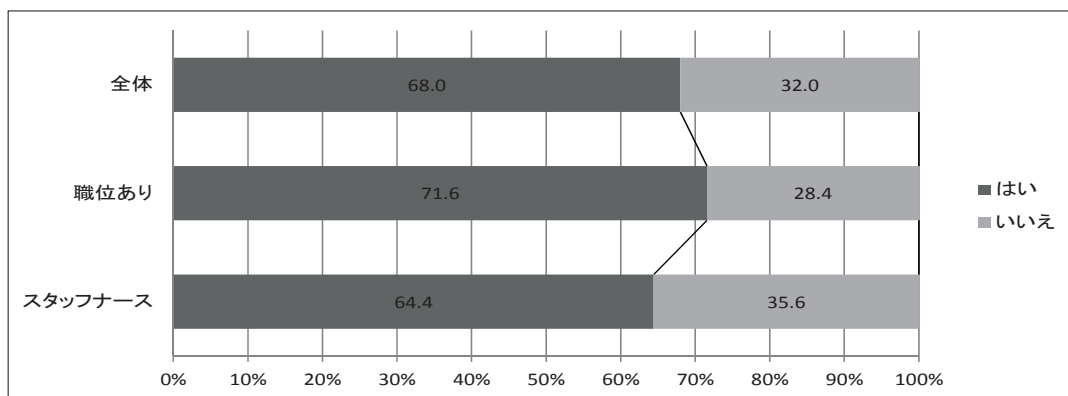


図 11 職位別院内研修の効果測定結果について、後日提出できる記録物がある

### 3-3. OFF-JT 研修としての意義と支払意思額 (WTP)

WTP 項目および研修に関して所属機関にどのような研修体制があるかについては、直近の状況を反映するために「16 重症度、医療・看護必要度評価者 院内指導者研修」の参加者を対象にしたアンケート調査によって分析した。

現在の受講にかかる金額は中央会場で看護協会会員 12,000 円・非会員 13,000 円 (eラーニング受講/資料つき)、衛星会場は看護協会会員 8,000 円・非会員 9,000 円 (eラーニング受講/資料つき) が実際の費用である。

表 19、図 12 のとおり、この研修で所属組織から助成を受けているかについては、「受講料だけ助成」が 7,262 人 (36.3%) でもっとも割合が高く、ついで「受講料・旅費ともすべて助成を受けた」受講者が 6,343 人 (31.7%) で、「旅費だけ助成」は 350 人 (1.8%) であった。一方、「助成なし」は 5,239 人 (26.2%) であった。また、その助成額は、表 20 のとおり、平均は 9,485 円、最頻値は 8,000 円であった。

表 19 研修にかかる受講費用助成の有無

	N	%
受講料、旅費とも全て助成	6,343	31.7
受講料だけ助成	7,262	36.3
旅費だけ助成	350	1.8
助成なし	5,239	26.2
その他	805	4.0
合計	19,999	100.0

表 20 研修にかかる受講費用助成額の基本統計量

N	平均	中央値	最頻値	標準偏差
19,999	9,485	8,000	8,000	6072.7

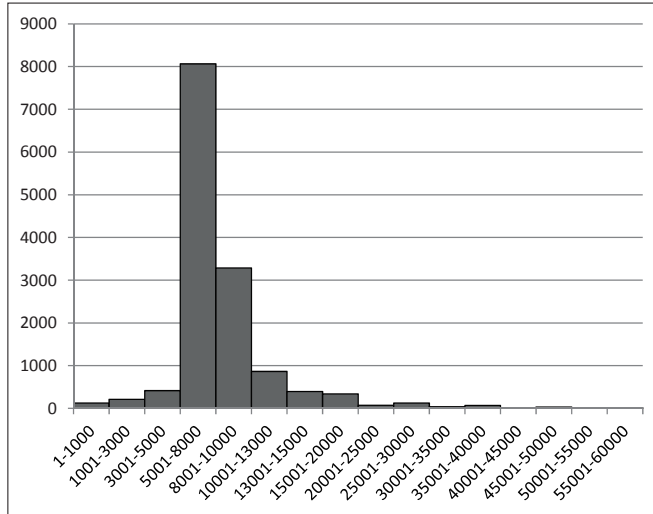


図 12 研修にかかる受講費用助成額ヒストグラム

表 21 受講者の研修に対する支払意思額

支払意思額	N	%
0	927	4.66
1-1000	684	3.43
1001-3000	3,912	19.65
3001-5000	8,856	44.47
5001-8000	3,169	15.91
8001-10000	2,127	10.68
10001-15000	153	0.77
15001-20000	67	0.34
20001-25000	4	0.02
25001-30000	14	0.07
合計	19,913	100.00

表 22 受講者の研修に対する支払意思額の基本統計量

N	平均	中央値	最頻値	標準偏差
19,913	5,447	5,000	5,000	15959.8

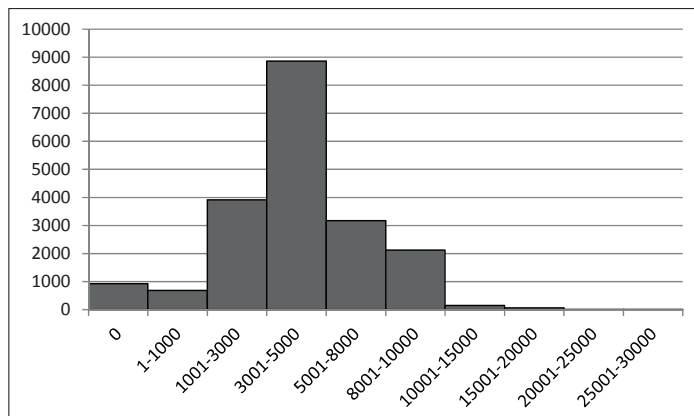


図 13 受講者の研修支払意思額ヒストグラム

受講者の研修に対する WTP は 5,000 円台 8,856 人 (44.46%)、3,000 円台 3,912 人 (19.65%)、8,000 円台 3,169 人 (15.91%) という結果であった (表 21、図 13)。平均は 5,446 円、最頻値域は 5,000 円台であった (表 22)。

表 23 受講者の e-ラーニングに対する支払意思額

支払意思額	N	%
0	141	2.35
1-1000	735	12.26
1001-3000	1,817	30.32
3001-5000	2,326	38.81
5001-8000	579	9.66
8001-10000	376	6.27
10001-15000	7	0.12
15001-20000	10	0.17
20001-25000	2	0.03
合計	5,993	100.00

表 24 受講者の e-ラーニングに対する支払意思額の基本統計量

N	平均	中央値	最頻値	標準偏差
5,993	4,330	5000	5000	3541.24

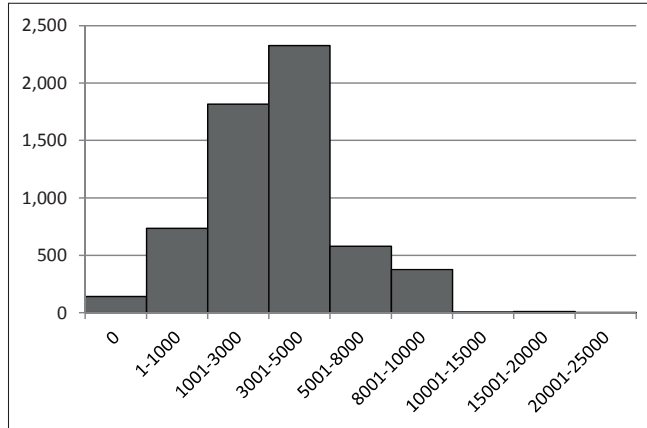


図 14 受講者の e ラーニング支払意思額

「看護必要度」指導者研修は、前述したように e ラーニングと一日講習会と事後の e-ラーニング受講という大きく 3 つのプログラムを持っており、これらに対する WTP は、それぞれのプログラムごとに調査が実施されている。この結果は表 23、図 14 のとおりであった。全体の平均は 4,383 円、最頻値域は同じく、5,000 円台（e-ラーニングの WTP 項目は事後アンケート項目：n=5,325）であった（表 24）。

表 25 受講者の基本属性別 WTP 平均の比較

	役職有無	N	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
職位の有無別WTP	職位あり	11,591	5,766	20730.3	3.373	19589	0.00**
	スタッフナース	8000	4,978	3197.7			
管理者その他別WTP	看護部長・副	740	5,926	3479.5	4.84	802.01	0.00**
	その他	19,247	5,294	3627.9			
年齢別WTP	20歳～29歳	2,254	4,831	3506.8	-11.38	5531.602	0.00**
	41歳～50歳	4,005	5,981	4367.5			
経験年数別WTP	0～3年	1333	5,034	3777.6	0.288	2126.969	0.59
	10年～15未満	3076	5,000	3066.3			
助成の有無別WTP	助成あり	13908	5,379	3900.6	-0.739	5286.282	0.46
	助成なし	5223	5,692	30497.4			

受講者の属性と WTP の平均の差を分析した（表 25）。その結果、職位の有無別にみた WTP 平均の差は、「スタッフナース」平均 4,978 円に比べ、「職位あり」平均 5,766 円と有意に高かった。とくに、職位の高い看護部長、副看護部長とその他のスタッフとの比較を行ったところ、看護部長・副看護部長で 5,925 円、その他のスタッフで、5,293 円と、看護部長・副看護部長は有意に高いことがわかった。



年齢別にみた WTP 平均の差は、「20～29 歳」の平均額が 4,830 円であり、これは「41～50 歳」の平均額である 5,981 円よりも有意に高かった。また、経験年数別にみた、WTP の平均値は、「0～3 年」平均が 5,034 円と示されていた。これは、経験年数「10～15 年」の平均 5,000 円と変わらなかった。

所属機関からの助成別に WTP の平均値を比較した結果、「助成あり」の受講者の平均額は 5,378 円、「助成なし」の受講者の平均額は 5,691 円であり、有意な差はなかった。

表 26 では、受講者の各年代別に分析を行ったが、年代による有意差はなかった。

表 27 では、各経験年数別に分析した結果を示している。この結果からは、6 年～10 年が 4,792 円と示され、他の経験年数のものよりも有意に低い金額となっていた。逆に、経験年数が 36 年～40 年は 6,847 円と示され、他の経験年数よりも有意に高い金額が示されていた。

表 26 年齢別 WTP 平均比較

年代	N	平均値	標準偏差
20代	2,254	4,831	3506.7
30代	5,576	4,970	2970.2
40代	7,951	5,664	24851.1
50代	4,005	5,981	4367.5
60代	103	6,408	3926.9
合計	19,889	5,443	15963.8

F 値 3.665 有意確率 0.15

表 27 経験年数別 WTP 平均比較

年数	N	平均値	標準偏差
0_3	1,333	5,034	3775.6
4_5	985	4,975	3272.1
6_10	2,530	4,793	2874.4 **
11_15	3,076	5,000	3066.3
16_20	3,809	5,843	35714.3
21_25	3,500	5,462	3323.8
26_30	2,781	5,797	3738.0
31_35	1,425	6,079	4859.8
36_40	340	6,847	6711.2 **
合計	19,779	5,440	16006.4

F 値 2.108 有意確率 0.032

## 4. 「看護必要度」指導者研修の有用性についての考察と課題

### 4-1. 「看護必要度」指導者研修受講者の特徴

受講者の所属する医療機関は、民間の医療法人からの受講がもっとも多く（表2）、ついで公立病院（大学以外）、国立病院（独立行政法人を含む、大学以外）、公的病院（日赤、厚生連等）であった。日本の医療機関においては民間医療法人が多いことから、このような結果が示されたといえる。

しかし、今後は、それぞれの医療機関と各特定の地域との関係性については、研修マーケティングという観点からも今後も継続した調査や分析が必要と考える。

ついで、表3において都道府県別受講者数を示したとおり、受講者は、東京、大阪、福岡等の人口の多い都道府県の受講者が多い傾向にあった。しかし、表28のとおり、各都道府県の人口に対する看護師数（（日本看護協会調査「看護関係統計資料」平成27年度版：人口10万人あたりの看護師数）上位10都道府県では、高知の看護師数がもっとも多く、ついで鹿児島、長崎、熊本と続いている。人口に対する看護師比率から推定するならば看護師数の多い高知や鹿児島は、研修受講者が高くなることが予想できる。

研修受講者の適正人数を都道府県別の看護師数で示したのが、表29である。この表から明らかなように、鹿児島は4位と示されており、受講者率は高かったが高知は、40位と低い受講者率であった。受講者率が高かった県は、石川で、ついで沖縄、香川、福井の順であった。

受講者人数が多かった都道府県を受講者率で見ると、大阪は13位、東京は16位、福岡は26位となった。受講者の県別構成割合を見る限り、母集団となる人口や看護師割合の高さを反映したものではないことがわかった。これらの都道府県の病院はOFF-JTへの参加に積極的であるとの仮説も成立するかもしれないが、理由は明確にできなかった。

表28 人口10万人あたりの看護師数上位10都道府県

都道府県	看護師数	10万人	都道府県	看護師数	10万人
高知県	1,114.78人	8,522人	宮崎県	1,010.72人	11,474人
鹿児島県	1,050.20人	17,919人	石川県	1,006.93人	11,779人
長崎県	1,040.11人	14,840人	大分県	981.42人	11,743人
熊本県	1,023.92人	18,609人	島根県	980.49人	7,034人
佐賀県	1,012.84人	8,607人	岡山県	978.22人	19,029人

出典（日本看護協会調査平成27年度版より筆者作成）

表 29 都道府県別看護師数に対する受講者比率

都道府県	受講者	看護師数比率	看護師数	都道府県	受講者	看護師数比率	看護師数
石川	1,376	11.7	11,779	富山	958	9.3	10,257
沖縄	1,255	11.0	11,359	熊本	1,684	9.0	18,609
香川	1,020	11.0	9,264	大阪	5,588	8.9	62,720
鹿児島	1,736	9.7	17,919	秋田	830	8.8	9,396
福井	677	9.5	7,100	長崎	1,310	8.8	14,840

また、病床数も同様の傾向であり、表 30 のとおり、人口に対する病床数が多い都道府県は、高知、鹿児島、熊本、長崎の順であった。しかし、表 31 のとおり、受講者が所属する都道府県別の病床数は、石川、沖縄、香川、福井の順であった。

この結果からも、病床数の多い都道府県からの研修受講者率が比例して高くなるという結果にはならなかった。看護必要度研修の受講者率がどのような要因に影響を受けているかについては、継続した調査や分析が必要と考える。

表 30 人口千人あたりの病床数上位 10 都道府県

都道府県	受講者病床数	比率	都道府県	受講者病床数	比率
石川	1,376	7.3	富山	957	5.6
沖縄	1,254	6.7	岡山	1,610	5.5
香川	1,020	6.6	滋賀	795	5.4
福井	677	6.0	宮城	1,347	5.3
東京	7,404	5.8	秋田	830	5.3

(厚生労働省医療施設動態調査より筆者作成)

表 31 都道府県別受講者が所属する病床数

都道府県	病床数	千人	都道府県	病床数	千人
高知県	18,558	24.7	山口県	27,284	19.1
鹿児島県	34,521	20.4	佐賀県	15,119	17.9
熊本県	35,264	19.5	北海道	97,223	17.8
長崎県	27,124	19.3	宮崎県	19,308	17.1
徳島県	14,936	19.3	福岡県	86,533	17.0

#### 4-2. 入院基本料算定の基本要件となっている研修の位置づけ

##### ①適正な患者評価のための「看護必要度」指導者研修

7対1入院基本料や地域包括ケア病棟入院基本料等といった高い人員配置の算定を

しようとする病院のほとんどは、「看護必要度」を用いて患者を評価しなければならないことから、この「看護必要度」指導者研修に参加している。

これは、この研修において一定の成績を修めた指導者が院内での看護必要度を評価するための研修の指導者となりうること、そして、診療報酬の算定に必須とされる「重症度、医療・看護必要度」の評価にあたっては、院内で研修を受けた看護職員等が評価すべきであると診療報酬を請求する病院に対して求められているからである(岩澤、筒井 2016)。

さらに、この看護必要度に基づいた患者評価とこれに基づく重症患者割合は、一般病棟における入院基本料だけでなく、総合入院体制加算、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション入院料1の各加算の算定基準にも利用されており、これにより、わが国で入院看護に関わるほとんどの看護師は、この評価を行わねばならない状況となっている。

このため、「看護必要度」指導者研修の受講生の多くは、人員配置7対1、10対1の人員配置を行う病院からの参加がもっとも多く、上記で示した、診療報酬算定上必要な研修であると受講者が捉えているために受講しているものと考えられる。

ただし、傾斜配置の根拠となるデータやルールの実施状況と受講者を人員配置別に示した(表14)結果からは、看護必要度のデータを利用している状況が示された。

とくに7対1の高い人員配置を算定している病棟で、看護必要度データと傾斜配置や、その他、転倒率や、インシデント率などとの関連性の分析にも活用しており、診療報酬の算定に際して、必要に迫られて受講する研修というだけでなく病棟での看護管理上、最も重要と考えられる傾斜配置等に利用している様子が示された。これらは、研修を受けることで、結果としては、この研修で学ぶことになる重症患者に見合った傾斜配置をエビデンスに基づいて実施するためには患者の状態を正確に評価しなければならないという学びを臨床現場に応用していることを意味している。

すなわち、正確に患者をアセスメントしなければ、看護必要度評価ができなくなるし、結果として病棟に必要とされる看護師も配置できないのだということに、看護必要度指導者研修を受けることによって理解できている可能性もあると考えられた。

従来であれば、臨床知見に基づいて実施していればよかった看護マネジメントを、看護必要度データに基づく、すなわち根拠に基づいたマネジメントに変えつつあるのではないかと推察される。

この実態、すなわち、看護必要度データを傾斜配置に活用する病棟が多くなってきていることは、これまでの日本の看護管理の在り方を変化させているのではないかと

考えられる。

## ②OFF-JT としての「看護必要度」指導者研修

厚生労働省の「能力開発基本調査<sup>3</sup>」によると、2002 年度に従業員に OFF-JT を実施した企業は 48.7%、実施しなかった企業は 49.4%で業種的に見ると、金融・保険・不動産業で実施率が高く、電気・ガス・水道・熱供給業では実施率が低いとされていた。しかし、この約 10 年後の 2013 年の同じ調査では、OFF-JT の割合は、72.4%（2012 年 69.9%）となり、10 年間でかなり増加してきている。

産業別の OFF-JT の実施率からも 10 年前には実施率が低かった電気・ガス・熱供給・水道業では、49.4%から、95.1%と大きく上昇している。また、複合サービス事業でも 93.9%に、金融業、保険業で 89.2%、生活関連サービス業、娯楽業が 60.1%、宿泊業、飲食サービス業が 63.1%と、ここ 10 年で OFF-JT のあり様は大きく変化してきている。

企業規模別の OFF-JT の実施率は、現在、規模が大きくなるほど実施率が高くなる傾向にあり、とりわけ「100～299 人」の企業で 70%台、「300～999 人」と「1,000 人以上」の企業で 80%台と、100 人以上の企業で高い水準にあった。

今回の受講者が所属する病院等の病床数でもっとも多かったのは、200-499 床の中規模病院 40.8%であり、0～199 床の病院は 37.7%であった。平成 27 年度の医療施設調査（厚生労働省 2016）では、この規模の病床が全体に占める割合は 31.0%であり、199 床以下病院の割合が 68.8%である。このことから、「看護必要度」指導者研修を受講している病院の病床数による著しい偏りはなかったといえる。

また、厚労省の調査によれば、一般企業を含めて正社員以外へ OFF-JT を実施した事業所は 34.0%（2012 年度調査 34.1%）であり、正社員に比較するとかなり低い。だが、正社員以外に研修している事業所を産業別に見ると、金融業、保険業（68.6%）、複合サービス事業（66.6%）について医療、福祉が 54.8%と示されていた。これらの業種では正社員でなくても研修を受ける必要があるともいえる結果が示されている。

こういったことを鑑みると、今回の受講者の雇用形態についても検討をしておく必要があった。なぜなら看護師不足とされる昨今、病院は看護師を集めるために短時間雇用をはじめ多様な方策を展開する方針がとられている<sup>4</sup>が、その質の担保は容易では

<sup>3</sup> 能力開発基本調査は、我が国の企業、事業所及び労働者の能力開発の実態を正社員・正社員以外別に明らかにし、職業能力開発行政に資することを目的として実施されてきた。調査は、平成 13 年度から実施され、平成 18 年度からは承認統計調査（平成 21 年度以降は改正統計法施行により一般統計調査）となった。

<sup>4</sup> 「新成長戦略」（平成 22 年 6 月閣議決定）において、医療・介護・健康関連産業は、「日本の成長牽引産業」として位置付けられ、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築することとさ

なく(米村 2013)、この看護必要度指導者研修は、こういった人材に対する OFF-JT として機能している可能性もあるからである。

前述したように OFF-JT は企業規模別に見ると、規模が大きくなるほど実施率は高いわけだが、今回の看護必要度指導者研修は比較的、中規模からの受講者が多いともいえるが、小規模な病院等からの参加もなされており、病床規模による分析でなく、雇用されている看護師数を含めた病院の雇用全体との関連性をみる必要があると考えられる。

また、一般企業における OFF-JT の実施は職層別に見ると、新入社員は 55.6%、中堅社員は 59.2%、管理職層は 50.1%となっており、中堅社員用の研修が多いとされている。本研究での経験年数別の受講者の分析からも行った結果、11 年から 16 年が 18.8%、次に 6 年から 10 年が 18.0%といわゆる中堅レベルの看護師は多いことがわかった。このことから、一定以上の経験を持つ看護師が院内指導者研修に参加していると言ってよいだろうが、これに加えて、実際に院内研修の指導者からの研修を受ける立場となる臨床現場で評価をする看護師も参加しているものと考えられる。これは、「看護必要度」指導者研修が OJT の代替となっていることも意味しているといえよう。

### ③研修評価と WTP

また、この教育訓練に支出した費用の労働者一人当たり平均額(費用を支出している企業の平均額。以下同じ。)は、OFF-JT は 1.4 万円(2013 年度調査では 1.3 万円)、自己啓発支援は 0.6 万円(同 0.5 万円)となっており、年々、増加傾向があるとされている。これは、先に示した厚生労働省の調査で正社員一人当たりに対する OFF-JT の費用は、「今後 3 年間」の見込みと「過去 3 年間」の実績を比較すると、昨年に引き続き、今後 3 年間は「増加傾向」とする企業の割合が高い(37.3%)ことからわかる。

企業にとっての研修の意義が高まっていることが示されている中で、実施した研修が企業にとってどのような効果があったのか、そして、本人にとって価値のある研修であったのかは、企業においては、経営上の利益として現れる。

一方、医療機関における研修効果については、その利益の捉え方が企業体に比較すると明確でないことから、WTP の捉え方は受講者自身の経済状況、端的に言えば、給与額等が大きく影響するのではないかと推察される。

---

れている。しかしながら、看護師等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)については、夜勤を含む交代制などにより、厳しい勤務環境に置かれている者も多い状況を鑑み、「新成長戦略」に掲げた戦略を実現するために、厚生労働省大臣指示により、医政局、労働基準局、職業安定局及び保険局の局長及び関係課長をメンバーとする「看護師等の『雇用の質』の向上に関する省内プロジェクトチーム」が平成 22 年 11 月に設置され(厚生労働省 2015a)、必要な施策の検討が行われた。また、その報告を踏まえた通知が平成 23 年 6 月に発出された(厚生労働省 2015b)。



本調査において、病院が助成している金額は平均して、研修費 8,000 円、e-ラーニング 5,000 円であり、合計 13,000 円 of 金額を助成額として支出している。これは上記の企業が一人に出してもよい金額である 0.6 万円よりも高い金額である。

しかし、本人が研修に支払ってもよいとする支払意思額は、平均研修費用 4,300 円、e-ラーニング 5,000 円で、合計 9,000 円と助成額とほぼ同額であることから、この研修の意義を十分に理解せずに受講した受講者は、単に今、自分が支払えるサービスの額を示しており、研修の価値であるの WTP を示していない可能性もある。

これは、表 26 に示されたように、スタッフナースに比べ、職位ありの方が、支払意思額は高く、さらに看護部長・副看護部長は、その他の職員に比べると支払意思額が高いこと、さらに、経験年齢 36 年～40 年では、他の年齢と比較し、高くなっていることから、所得額に応じた WTP であったともいえる。

一方、表 10 の職位別看護必要度や表 12 の職位別傾斜配置の実施において、職位あり群が、「今後実施をしたい」と回答している比率が高いことから、もともとの指導者養成を対象にした「看護必要度」指導者研修としての OFF-JT の役割は担うことはできているが、スタッフナースを対象とした OFF-JT としても利用できる研修とするには、研修のコンテンツづくりから検討しなければならないともいえる。

### 4-3. 看護管理との関係

筒井、嶋森（2008）は、看護配置は診療報酬だけでなく、転倒転落や医療事故、患者アウトカム、看護師離職率に明確な影響を与えることが研究で判明しているとの調査結果を示し、看護必要度を用いた傾斜配置を推奨し、その必要性を述べている。

本調査においては、看護必要度の活用方法については、表 11～15 に示した。このうち表 12 の職位別傾斜配置の実施で示された、傾斜配置を「実施していないが準備中」と答えた受講者の平均の差は、スタッフナースと職位ありの間で有意差が認められた。すなわち「実施していないが準備中」との回答は、職位を有する受講者がスタッフナースよりも高いことが明らかになった。これは職位を有する者は本研修を受けることで傾斜配置を実行したいと考えているとも解釈できる。

また、看護必要度にかかわる院内研修の実施では、全体の 81.0% は実施をしており、今後、行う予定を含めると、93.0% と高い比率を示していることがわかった。研修の効果については、何らかの効果測定を実施しているのは、全体の 55.0% であった。

さらに、本調査では、表 18 において、院内研修の効果測定の記録を提出できるかどうかの回答を得ている。その結果、効果測定の記録を「提出できる」と回答した受講



者は、院内研修の効果測定を行っている病院の 68.0%にとどまった。

このことから、院内研修を行う病院は多いが、効果測定まで行い、さらに効果測定の記録を提示できる病院は少ないことがわかった。これは、東野他（2015）による、介護技術研修における評価測定を行った結果では、実務経験や勤務年数によって介護技術能力を把握することは困難との結果が示されていることから、効果についての標準的な示し方が存在していないことも考えられる。

それは、単に院内研修を実施するだけでは、研修の効果は薄く、院内研修の効果測定をすることがない限り、その効率は示されないからであるとされている。したがって、今後は、効果測定の定着を図ることが課題といえる。

筒井（2013）が提唱する看護必要度を用いた院内研修では、すでに、院内研修の準備についての工程が管理できるようになっており、①病院組織への協力依頼、②他部署への協力依頼、③看護部内における協力依頼、④患者・家族への協力依頼、⑤対象病棟及び患者への協力依頼を実施し、説明会を行うこと、⑥看護必要度に関する講義を受講し、満点しか合格を与えない理解度テスト（達成度評価）を実施、そして、⑦評価のフィードバックを行う。その後、⑧ビデオ演習、演習後のディスカッション。までが、一連が院内研修として位置づけられている。これに続いて院内研修の成果は、看護記録や医師の診断名の記載内容にまで反映されるべきと示されている。

一方、院内研修を実施できる環境づくりとしては、患者や家族の理解はもとより、医師や他の病棟スタッフの協力のもとで実施し、その振り返りを行う中で定着を図らなければならないとしており、病院内における臨床的統合の必要性が求められている。

#### 4-4. 調査の限界と課題

今回は、受講者属性の基本的な集計を行った、また、受講者記載の自由記述によるWTPを仮評価額として、単純集計を試みた。しかし、今回の研究で都道府県別や受講者が所属する病院の入院基本料等のデータも含めた詳細な分析が必要と考えられた。

また、WTPの信頼性や妥当性についても検証できたわけではない。例えば、スタッフナースと役職者を分け、看護必要度と看護管理の関係やWTPとの関係について言及したが、役職者は給与も高く、経験年数も長い。

日本看護協会の賃金調査（2013）によると、20歳から24歳の正看護師では、平均年収約320万円であるが、看護部長の平均年収は780万円であることから、厳正に研修のWTPを評価しているというよりは、単に回答者の経済状況を反映しているだけであるとの考え方もありうる。

しかも、今後の研修は、これまで看護師に限定されていた評価者が、医師、や薬剤師、理学療法士等も含まれることになった。こういった他職種の参加が増えることへの影響もありうる。これは、現状でも指導者層だけでなく、スタッフナースの参加が多いことは、受講者の特性をより反映した研修コンテンツの開発がなされることも必要であろうと考えられる。

わが国では、OJT や OFF-JT の確立が遅れており、早急に職場に学習する環境を整備することが必要であると言われてきた（日本再興戦略 2014）が、日本の医療現場も同様であり、職場における学習する環境の整備は十分とはいえなかった。

「看護必要度」指導者研修は、数万人という多数の医療専門職が参加する研修であり、このような研修は他には見当たらないことから、この研修が医療専門職の OFF-JT のひとつのあり様として、今後も注視すべき重要な事象となるものと予想され、今後もこれに関する研究を続ける必要があると考えている。

## 5. おわりに

今回の研究では、看護必要度を受講した数万人規模の研修に関わるデータを分析し、この研修の受講者の特徴を明らかにすること、この研修を受講した医療機関等における看護管理との関係を検討した。

また、研修に対する WTP による評価データを収集し、受講者および所属機関の属性との関連性も分析を試みた。

さらに、看護必要度の基本的な属性の特徴と看護必要度を傾斜配置に活用しているといった看護管理との関係性を示し、受講者の基本属性と WTP との関係についても言及した。

研修に参加している看護師の半数はスタッフナースであり、院内指導者の研修というよりは、院内で研修を実施できないために、この研修に参加しているということが示されたといえよう。このため、研修の参加にあたっては研修費用の7割が医療機関からの助成がなされていた。つまり、院内での OJT の代替として、この研修は活用されているということである。

このような実態をふまえ、今後も「看護必要度」指導者研修は、OJT を代替する OFF-JT のモデルとなることが予想される。すでに近接領域である介護領域でも介護キャリア段位制度として、評価者による研修の実施、e ラーニングの事前学習の活用、評価者（アセッサー）による現任介護者の評価（院内研修）等が実践されている。おそらく、

これも施設内での OJT の代替として活用されることになるものと考えられる。

これらの研修の在り方は、わが国における専門職の OFF-JT のひとつの典型例となる可能性も考えられ、今後は、とくに受講者マーケットがどのように形成されるかについて詳細な分析も必要となるだろう。

その際には、今回の調査で実施した、受講者研修の特徴の抽出と WTP の便益において評価する方法は有益となると考えられる。

## 謝辞

まずは、本研究の実行に際して、貴重なデータを提供していただいた日本看護協会マネジメント学会理事長嶋森好子先生に深く感謝いたします。

本レビューをまとめるにあたっては、筒井孝子先生に終始ご指導ご鞭撻をいただきました。また、本内容をご精読いただき有用なコメントを頂いた小山秀夫先生、鳥邊晋司先生、藤江哲也先生に心より深謝しています。

また、最後まで一緒に頑張ってきた同期の皆様にも心より感謝しております。ありがとうございました。

## 参考文献（引用文献含む）

- [1] 青木 茂美（2008）「看護必要度研修レポート—河北総合病院（特集 看護必要度活用の手引き）」『看護』15号 58-61。
- [2] 秋山智弥, 嶋森好子（2007）「院内で行う看護必要度研修の実際—継続的な研修を行うための仕組みづくり（特集 看護必要度をどう活用するか—適正な人員配置実現に向けて）」『看護展望』6号 582-586。
- [3] 秋山智弥, 嶋森好子（2007）「看護必要度による配置管理モニタリングの実際—電子カルテ上でのデータ入力と配置管理指標の算出プログラム（特集 看護必要度をどう活用するか—適正な人員配置実現に向けて）」『看護展望』6号 577-581。
- [4] 荒木美弥子, 石掛恵子, 磯野雪子（2008）「看護必要度導入に向けた看護職員研修の取り組み—研修企画とオリジナルビデオ作成の実際（特集 7対1看護と看護必要度）」『看護展望』5号 465-469。
- [5] 岩澤和子, 筒井孝子（2016）「看護必要度 第6版」日本看護協会出版会。
- [6] 大冢賀政昭, 東野定律, 筒井孝子（2012）「回復期リハビリテーション病棟における医療ニーズが高い入院患者の状況および提供されたケアの特徴」『経営と情報』24号 1-9。

- [7] 日本看護協会（2012） 「病院勤務の看護職の賃金に関する調査」 公益社団法人日本看護協会。
- [8] 岸本敦子（2014） 「病床機能の明確化と看護人員配置 -重症、医療・看護必要度及びMDC分類を用いた適正な人員配置の試み-」『商大ビジネスレビュー』 2号 73-101。
- [9] 厚生労働省（2011a） 「看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書～魅力ある職業として“職場づくり、人づくり、ネットワークづくりの推進”～」。
- [10] 厚生労働省（2011b） 「看護師等の「雇用の質」の向上のための取組を推進します！ ～「職場づくり」「人づくり」「ネットワークづくり」のために5局長連名通知を発出～」 報道発表資料（平成23年6月17日）。
- [11] 厚生労働省（2016） 「平成27年(2015)医療施設（動態）調査・病院報告の概況」。
- [12] 厚生労働省職業能力開発局（2016） 「職業能力開発関係資料集（平成28年3月29日）」
- [13] 国土交通省（2009） 「仮想的市場評価法（CVM）適用の指針の策定について」 国土交通省技術調査課 公共事業評価手法研究委員会。
- [14] 曾我亘由（2011） 「選択実験を用いた中小企業の雇用における人材の経済的評価」 『愛媛大学法文学部論集. 総合政策学科編』 30号 61-79。
- [15] 瀬戸僚馬, 福井トシ子（2007） 「クリティカルケア病棟における患者別ケア提供時間把握の試み」 『病院管理』 44号 177。
- [16] 高村洋子（2013） 「急性期病院の看護必要度からマネジメント課題を考える」 『商大ビジネスレビュー』 3号 313-330。
- [17] 田中彰子（2008） 「看護必要度の精度管理--ブラッシュアップ研修と記録による評価者訓練（特集 看護必要度活用の手引き）」 『看護』 15号 50-55。
- [18] 田中彰子（2006） 「看護必要度の評価者育成--研修のすすめ方とビデオ制作の具体的方法（特集 看護必要度を看護管理に活用する--手厚い看護をより効果的に提供するために）」 『看護管理』 9号 711-718。
- [19] 大日康史, 菅原民江（2006） 「1 QALY 獲得に対する最大支払意思額に関する研究」 『医療と社会』 16号 157-165。
- [20] 筒井孝子（2013） 「アウトカム評価とその根拠となる看護記録の考え方：「看護必要度」のさらなる活用に向けて（特集 評価項目の見直しが進む看護必要度と記録の考え方）」 『看護管理』 7号 540-546。

- [21] 筒井孝子 「2012年診療報酬・介護報酬同時改定における「看護必要度」―「2025年のあるべき医療の姿」の実現に向けて」 『看護管理』 7号 557-562。
- [22] 筒井孝子 (2007) 「看護必要度を利用した看護師の配置システムの現状 (特集 看護必要度をどう活用するか―適正な人員配置実現に向けて)」 『看護展望』 6号 570-576。
- [23] 筒井孝子 (2007) 「看護必要度による患者分類を用いた人員配置システムの開発 (病棟業務量を数値化する―看護必要度の理解と活用法)」 『ナーシングビジネス』 2号 134-137。
- [24] 筒井孝子, 東野 定律, 大冢賀 政昭, 秋山 智弥, 嶋森 好子 (2007) 「急性期入院医療における重症度・看護必要度基準に関する研究 : 病棟別重症度・看護必要度対象者と人員配置の関係」 『病院管理』 44号 175。
- [25] 徳島光一, 村岡矢真人 (2014) 「芳野病院 看護必要度院内研修での e-learning の活用 (特集 看護師の教育研修を次につなげる方法)」 『師長主任業務実践 : 看護リーダーのための専門情報誌』 409号 20-25。
- [26] 東野定律 (2007) 「看護必要度評価者研修前後のアセスメント能力の変化 (病棟業務量を数値化する―看護必要度の理解と活用法)」 『ナーシングビジネス』 2号 138-143。
- [27] 東野定律, 大冢賀政昭, 筒井孝子 (2011) 「一般病棟用「重症度・看護必要度に関わる評価票」を用いた患者分類の有用性、妥当性に関する研究」 『経営と情報』 1号 51-62。
- [28] 真野俊樹 (2008) 「医療に対する満足度の経済学・心理学的分析」 医薬経済社
- [29] 森山美智子 (2007) 「一般住民の生活習慣改善プログラムへの支払意思額に関する調査」 『広大保健学ジャーナル』 6号 126-134。
- [30] 康永秀生 (2006) 「保健医療サービスにおける仮想評価法」 『日本公衛誌』 第11号 818-830。
- [31] 米村紀美 (2013) 「看護職の確保・定着における課題とワーク・ライフ・バランス型人材マネジメントの必要性」、季刊政策・経営研究、(2)、 45-58。