

事 務 連 絡  
平成 2 1 年 3 月 6 日

社団法人日本看護協会 殿

厚生労働省医政局看護課

新人看護師等臨床実践能力向上推進事業の実施について

平素より看護行政の推進につきましては格別のご理解とご協力を賜り御礼申し上げます。

今般、標記について別添のとおり都道府県看護行政担当者あてに事務連絡を発出いたしましたので御了知願います。



事務連絡  
平成21年3月6日

都道府県看護行政担当者 殿

厚生労働省医政局看護課長補佐

## 平成21年度新人看護師臨床実践能力向上推進事業の実施について

新人看護師の質の向上及び医療安全の確保を図ることを目的とし、平成16年度より新人看護師の教育担当者に対する研修事業を実施しておりますが、平成20年度より業務経験が1年未満の看護師（以下「新人看護師」という。）に対する研修を新たに加え、標記事業を下記のとおり実施することとなりました。

貴職におかれましては、本事業の趣旨を御了知のうえ、貴管下の医療機関及び関係団体等に対して周知方お願いいたします。

なお、本事業については、予算成立後速やかに実施する必要があることから、本事務連絡及び実施要綱により事業内容等を通知するものです。

### 記

#### 1 事業の内容

##### (1) 概要

本事業は、新人看護師に対し、十分な指導体制及び研修プログラムを有する医療機関において実施される新人看護師に対する研修（以下「新人看護師研修」という。）に係る費用の一部を補助するものである。

また、効果的な新人看護師研修の実施にあたっては、教育担当者の能力開発、育成が必須であることから、十分な研修プログラムを有する医療機関において実施される教育担当者等に対する研修（以下「教育担当者研修」という。）についてもこれに係る費用の一部を補助するものである。

##### (2) 実施機関

本事業は、別紙の研修施設基準を満たす医療機関（以下「研修施設」とする。）で実施する。

なお、研修施設は原則として他の医療機関の新人看護師及び教育担当者等を研修に受け入れる準備があることとする。

### (3) 対象者

#### ア 新人看護師研修

看護師としての業務経験が1年未満の者（補助対象は10～60人）

#### イ 教育担当者研修

新人看護師の教育担当者または今後教育担当者となる予定の実地指導者  
（補助対象は6人程度）

### (4) 期間

#### ア 新人看護師研修

本事業の補助対象は、原則として60日間とする。

#### イ 教育担当者研修

本事業の補助対象は、原則として20日間とする。

## 2 事業の申請

本事業の実施を希望する施設の開設者は、申請書を平成21年3月23日（月）までに厚生労働省医政局看護課に提出すること。

申請にあたっては、新人看護師研修もしくは教育担当者研修のいずれかを単独で申請することも可とする。

複数の医療機関が連携して研修を行う場合は、主たる施設が申請をすること。

## 3 提出書類

(1) 新人看護師研修（様式1-1、様式2-1、様式3-1、様式4）

(2) 教育担当者研修（様式1-2、様式2-2、様式3-2、様式4）

（申請書提出先）

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館  
厚生労働省医政局看護課

（問い合わせ先）

電話 03-3595-2206（直通） FAX 03-3591-9073

担当：山口道子：yamaguchi-michiko@mhlw.go.jp

和田典子：wada-noriko@mhlw.go.jp

## 4 事業の決定

申請書の内容に基づき厚生労働省が審査し決定する。

採択については、研修施設基準を満たし、申請書類に不備がないこと。また、病床規模別に、効果的な研修プログラム及びその評価方法が適切と判断される機関であって、初回申請の医療機関を優先とする。

なお、独立行政法人及び国立大学法人は、本事業の対象に含まない。

## 5 事業の実績報告

事業を実施する研修施設の管理者は、事業の実績について報告書をもって、事業完了後厚生労働省に報告すること。

なお、事業の実績報告書については、後日、別途様式を送付する。

## 6 その他

本事業の実施状況等について、別途、調査することがあるのでご協力いただきたい。

新人看護師臨床実践能力向上推進事業  
(新人看護師研修及び教育担当者研修)

研修施設基準

I 用語の定義

研修施設基準に係る用語の定義については下記のとおりとする。

1 新人看護師

看護師としての業務経験が1年未満の看護師をいう。

2 研修施設

本事業を実施する医療機関をいう。

3 研修プログラム

研修施設における、新人看護師及び教育担当者に対する研修に関する計画をいうものであり、研修の到達目標、修得方法及び評価方法並びに指導体制を示したものをいう。

4 新人看護師研修プログラム企画・管理組織（委員会等）

新人看護師研修プログラム及び教育担当者研修プログラムの企画、運営、管理及び評価を行う委員会等の組織をいう。

5 教育担当者

新人看護師研修の運営を中心となって行い、また実地指導者への助言及び指導等を行う者をいう。

6 実地指導者

新人看護師に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を継続的に行う者をいう。

II 研修施設基準

新人看護師臨床実践能力向上推進事業に係る研修施設基準は、次の各項に掲げるものとする。

1 研修施設の指導体制に関すること

(1) 原則として、新人看護師研修に他の医療機関の新人看護師を受け入れる準備があること。受け入れに当たっては、調整担当者を明確に位置づけ、連絡調整が密に行えること。

(2) 施設における看護部門の位置づけ及び看護組織が明確に定められていること。

(3) 看護部門の継続教育に係る組織が体系化されており、教育担当者及び実地指導者等が配置されていること。

(4) 新人看護師研修プログラム企画・管理組織（委員会等）を設置し、研修全般にわたる企画及び評価等、総括的な管理を行うこと。

当該委員には次の者を含め、年3回以上検討がされていること。

- ① 病院長若しくはそれに準ずる者
- ② 看護部門の責任者
- ③ 看護部門の教育責任者
- ④ 事務部門の責任者



新人看護師臨床実践能力向上推進事業(新人看護師研修)研修施設申請書(様式1-1)

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

施設名  
施設の管理者

印

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(新人看護師研修)について以下のとおり申請いたします。

(1)施設の概要について

施設の名称	フリガナ		
施設の所在地	〒 - ( 都・道・府・県 )		
設置主体 ※該当する項目に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 済生会 <input type="checkbox"/> 北海道社会事業協会 <input type="checkbox"/> 厚生連 <input type="checkbox"/> 国民健康保険団体連合会 <input type="checkbox"/> 全国社会保険協会連合会	<input type="checkbox"/> 厚生年金事業振興団 <input type="checkbox"/> 船員保険会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 共済組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 公益法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 学校法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療生協 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他の法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他( )
看護部長の氏名	フリガナ		
医療法上の許可病床	総数: _____ 床 ※H21年4月1日予定で記入 内訳: 1. 一般: _____ 床、 2. 療養: _____ 床、 3. 精神: _____ 床 4. 感染症: _____ 床、 5. 結核: _____ 床		
看護職員の数	看護職員数(総数): _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入 ・看護師: _____ 人 うち 新規採用新人看護師数: _____ 人 ・助産師: _____ 人 ・その他(具体的職種と人数を下記にご記入下さい) 記入例: 准看護師 ○人		
新人看護師研修対象者 ※貴施設における 対象者のみご記入 下さい。	新人看護師: _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入 新人助産師: _____ 人 その他(具体的職種と人数を下記にご記入下さい) 記入例: 新人准看護師 ○人		
新人看護師研修者の 就業形態	正規職員: _____ 人 非正規職員(嘱託、パート、アルバイト等、就業形態の別により下記にご記入下さい。): _____ 人 記入例: 嘱託 ○人		
作成担当者の氏名及び 連絡先 本申請書の問い合わせに 対して対応できる方を ご記入ください。	フリガナ	氏名	職位
	電話番号		直通
	e-mail		

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(新人看護師研修)研修施設申請書(様式2-1)

施設名( )

(2)新人看護師研修の指導体制に関すること

<p>本事業における他施設からの研修者の受け入れについて(該当する項目にチェックして下さい)</p>	<p>今回: <input type="checkbox"/>可 _____人 <input type="checkbox"/>否</p> <p>(受け入れ予定の施設名: )</p> <p>※連携について具体的な方法を下記にご記入ください。</p> <hr/> <p>今後の予定: <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</p>
<p>施設及び看護部門の組織図</p>	<p>※別途、資料を添付のこと(以下の内容を明示すること)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員の継続教育を担当する部局等</li> <li>・医療安全管理体制を担当する部局等</li> <li>・院内感染防止対策を担当する部局等</li> <li>・新人看護師研修プログラム企画・管理組織の位置づけ</li> <li>・教育担当者及び実地指導者の位置づけ</li> <li>・新人看護師、教育担当者及び実地指導者の支援体制(精神的な支援を含む)</li> </ul>
<p>新人看護師研修プログラム企画・管理組織(委員会等)</p>	<p>組織の構成員(職種・職位等) <span style="float: right;">※別途、資料を添付</span></p> <hr/> <p>活動計画(会議等開催予定) <span style="float: right;">※別途、資料を添付</span></p>
<p>指導体制</p>	<p>実地指導者1人当たりの新人看護師数( )人</p>
<p>新人看護師研修による到達目標の達成状況等に係る研修記録</p>	<p><input type="checkbox"/>整備している <input type="checkbox"/>整備していない</p>
<p>看護職員の継続教育に関する年間教育計画及び評価の実施</p>	<p>※別途、資料を添付のこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新人看護師研修、教育担当者研修の位置づけを明示すること。</li> </ul>

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(新人看護師研修)研修施設申請書(様式3-1)

施設名( )

(3)新人看護師研修のプログラムに関すること

研修目的	
研修目標	
研修期間	研修開始予定日(記入例 平成〇年〇月〇日): ----- 研修終了予定日(記入例 平成〇年〇月〇日): ----- 研修期間(記入例 〇週間、〇か月間等):
研修内容等	以下の内容がわかるように記載すること 〇研修内容、実施方法(講義・演習等の方法及び集合・個別等の形態等)、時期、期間、実施場所 *別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること -----
評価方法	以下の内容がわかるように、具体的かつ明確に記載すること 〇評価者、評価時期、評価項目、評価基準、評価方法、評価の活用方法 *別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること -----

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(教育担当者研修)研修施設申請書(様式1-2)

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

施設名  
施設の管理者

印

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(教育担当者研修)について以下のとおり申請いたします。

(1)施設の概要について

施設の名称	フリガナ		
施設の所在地	〒 ( 都・道・府・県 )		
設置主体 ※該当する項目に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 済生会 <input type="checkbox"/> 北海道社会事業協会 <input type="checkbox"/> 厚生連 <input type="checkbox"/> 国民健康保険団体連合会 <input type="checkbox"/> 全国社会保険協会連合会	<input type="checkbox"/> 厚生年金事業振興団 <input type="checkbox"/> 船員保険会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 共済組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 公益法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 学校法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療生協 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他の法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他
看護部長の氏名	フリガナ		
医療法上の許可病床	総数: _____ 床 ※H21年4月1日予定で記入 内訳: 1. 一般: _____ 床、2. 療養: _____ 床、3. 精神: _____ 床 4. 感染症: _____ 床、5. 結核: _____ 床		
看護職員の数 ※H21年4月1日予定 で記入	看護職員数(総数): _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入 ・看護師: _____ 人 うち 新規採用新人看護師数: _____ 人 ・助産師: _____ 人 ・その他(具体的職種と人数を下記にご記入下さい) 記入例: 准看護師 ○人		
教育担当者研修対象者 ※貴施設における 対象者のみご記入 下さい。	看護師: _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入 助産師: _____ 人 その他(具体的職種と人数を下記にご記入下さい) 記入例: 新人准看護師 ○人		
研修者の 就業形態	正規職員: _____ 人 非正規職員(嘱託、パート、アルバイト等、就業形態の別により下記にご記入下さい。): _____ 人 記入例: 嘱託 ○人		
作成担当者の氏名及び 連絡先 本申請書の問い合わせに 対して対応できる方を ご記入ください。	フリガナ	氏名	職位
	電話番号		直通
	e-mail		

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(教育担当者研修)研修施設申請書(様式2-2)

施設名( )

(2)教育担当者研修の指導体制に関すること

<p>本事業における他施設からの研修者の受け入れについて(該当する項目にチェックして下さい)</p>	<p>今回: <input type="checkbox"/>可 _____人 <input type="checkbox"/>否</p> <p>(受け入れ予定の施設名: _____)</p> <p>※連携について具体的な方法を下記にご記入ください。</p> <hr/> <p>今後の予定: <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</p>
<p>施設及び看護部門の組織図</p>	<p>※別途、資料を添付のこと(以下の内容を明示すること)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員の継続教育を担当する部局等</li> <li>・医療安全管理体制を担当する部局等</li> <li>・院内感染防止対策を担当する部局等</li> <li>・新人看護師研修プログラム企画・管理組織の位置づけ</li> <li>・教育担当者及び実地指導者の位置づけ</li> <li>・新人看護師、教育担当者及び実地指導者の支援体制(精神的な支援を含む)</li> </ul>
<p>新人看護師研修プログラム企画・管理組織(委員会等)</p>	<p>組織の構成員(職種・職位等) <span style="float: right;">※別途、資料を添付</span></p> <hr/> <p>活動計画(会議等開催予定) <span style="float: right;">※別途、資料を添付</span></p>
<p>指導体制</p>	<p>実地指導者1人当たりの新人看護師数( _____ )人</p>
<p>教育担当者研修による到達目標の達成状況等に係る研修記録</p>	<p><input type="checkbox"/>整備している <input type="checkbox"/>整備していない</p>
<p>看護職員の継続教育に関する年間教育計画及び評価の実施</p>	<p>※別途、資料を添付のこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新人看護師研修、教育担当者研修の位置づけを明示すること。</li> </ul>

新人看護師臨床実践能力向上推進事業(教育担当者研修)研修施設申請書(様式3-2)

施設名( )

(3)教育担当者研修のプログラムに関すること

研修目的	
研修目標	
研修期間	研修開始予定日(記入例 平成〇年〇月〇日): ----- 研修終了予定日(記入例 平成〇年〇月〇日): ----- 研修期間(記入例 〇週間、〇か月間等):
研修内容等	以下の内容がわかるように記載すること ○研修内容、実施方法(講義・演習等の方法及び集合・個別等の形態等)、時期、期間、実施場所 *別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること -----
評価方法	以下の内容がわかるように、具体的かつ明確に記載すること ○評価者、評価時期、評価項目、評価基準、評価方法、評価の活用方法 *別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること -----

新人看護師臨床実践能力向上推進事業委託費所要額見込調書（様式4）

対象経費の支出予定額内訳

経費区分	支出予定額	積算内訳
謝金 講師等謝金 実習施設謝金	円	
賃金		
旅費 連絡調整旅費		
需用費 消耗品費 印刷製本費 通信運搬費		
合計		

※ 新人看護師研修及び教育担当者研修のどちらも実施予定の場合には、それぞれ別様にて提出すること。

※ 支出予定額については見込みであり、参考とするためのものですが、事業実施が決定後、申請書を提出される際の金額と大きく異なることのないようお願いします。

## 様式4の記載における注意事項

1. 交付額の上限額及び対象経費については、以下のとおりである。

1 区分	2 上限額 (予定)	3 対象経費
新人看護師臨床実践 能力向上推進事業	新人看護師研修 7,797,000円	事業実施に必要な次に 掲げる経費 ・謝金、賃金、旅費、需 用費（消耗品費、印刷製 本費、通信運搬費）
	教育担当者研修 929,000円	

2. 各対象経費についての考え方

### ①謝金

原則的に部外講師に支払う謝金。

ただし部内の講師については、勤務時間外（残業手当を含め本給が出ない時間）又は、事業に係った経費として、謝金として別に支払いをしている場合にのみ申請は可能。

### ②賃金

研修の教育担当者の代替として雇用した賃金職員に対する賃金。

補助対象期間の上限は実施要綱上の日数まで。

・新人看護師研修 60日

・教育担当者研修 20日

賃金は正規職員に対する給与ではないため雇用形態に注意すること。（正規雇用の場合は「給与」になるため対象経費ではない）

### ③旅 費

講師が研修施設に来訪するための往復旅費。または施設と講師の連絡調整を行うための旅費。ただし、連絡調整を行う場合は電話、電子メール等で調整することが困難であり、職員等を派遣した方が効率的な場合等に限ること。

### ④消耗品

今回の研修限りで消耗する物品。

例：鉛筆、消しゴム等の文房具 ガーゼ、消毒液等の医療用消耗品など  
※模型、教材用ビデオ等継続使用が可能であり病院の財産を増加させると考えられるものは不可。

※図書類は分類上「図書購入費」となるが今回は対象経費外であるので不可。

### ⑤印刷製本費

印刷、コピー等に必要な経費。

### ⑥通信運搬費

文書の郵送等に必要な経費。

※電話代、電子メールに係る経費等は、今回研修のために使用されたものか確認できないため不可。

## 新人看護師臨床実践能力向上推進事業実施要綱

### 1. 目 的

新人看護師に対し、看護師として必要な姿勢及び態度並びに知識、技術について十分な指導体制及び研修プログラムに基づく研修を行うことにより、安心して安全な看護ケアを提供するための臨床実践能力を修得させ、資質の向上及び医療安全の確保を図ること。

また、効果的な新人看護師研修の実施にあたっては、教育担当者の能力開発・育成が必須であることから、教育担当者に対し、新人看護師の研修の考え方、人材育成の方法論、新人看護師研修の計画立案及び教育指導の実践等を系統的に研修させることにより、新人看護師の資質の向上及び医療安全の確保を図ることを目的とする。

### 2. 事業の実施主体

事業は、厚生労働大臣の認める者が実施する。

### 3. 事業の実施期間、定員

#### (1) 新人看護師研修

- ア 実施期間 原則60日間
- イ 定 員 原則60人程度

#### (2) 教育担当者研修

- ア 実施期間 原則20日間
- イ 定 員 原則6人程度

### 4. 事業内容及び事業実施施設

#### (1) 事業内容

- ア 新人看護師研修及び教育担当者に対する研修の企画、立案、評価を行うための委員会等の設置と運営。
- イ 新人看護師及び教育担当者に対する研修の実施。

#### (2) 事業実施施設

新人看護師または教育担当者研修の実施に適した医療機関等。

5. 対象者

(1) 新人看護師

看護師としての業務経験が1年未満の看護師

(2) 教育担当者

新人看護師の教育担当者又は今後教育担当者となる予定の者

6. 委託対象外経費

対象者に係る宿泊費、食費、交通費等は委託対象外経費とする。

7. 実施計画の提出

研修実施者は、実施計画を厚生労働省に提出し、承認を受けなくてはならない。

8. 報告書

新人看護師臨床実践能力向上推進事業の実施の進捗に合わせて、プログラムや実施効果等の評価を行い、その結果について報告書を作成し、厚生労働省医政局看護課長あて送付すること。

都道府県看護行政担当者 殿

厚生労働省医政局看護課長補佐

## 平成 2 1 年度新人助産師臨床実践能力向上推進事業の実施について

医療技術の進歩、患者の高齢化・重症化、平均在院日数の短縮等、医療を取り巻く環境が大きく変化している中、医療の安全を確保するための体制整備は喫緊の課題となっています。特に周産期領域の医療提供においては、母子の安全の確保に向けた対策や出産に快適な環境の確保・提供が求められています。

一方、助産師は、周産期領域における分娩介助等の助産業務を通して、妊産褥婦や新生児のケア等、安心、安全な出産のための重要な役割を担っています。これを踏まえ、周産期領域の医療安全の確保を目的として、助産師の臨床実践能力の向上を図るための研修事業を下記のとおり実施いたします。

貴職におかれましては、本事業の趣旨を御了知のうえ、貴管下の医療機関及び関係団体等に対して、周知方、よろしく願いいたします。

なお、本事業については、予算成立後速やかに実施する必要があることから、本事務連絡及び実施要綱により事業内容等を通知するものです。

### 記

#### 1 事業の内容

##### (1) 概要

本事業は、新人助産師に対し、安心して安全な助産ケアを提供するための臨床実践能力を修得させるため、助産師として必要な姿勢及び態度並びに知識、技術について、十分な指導体制及び研修プログラムに基づく研修を行うとともに、新人助産師の研修にあたっては、実地指導者の能力開発・育成が必須であることから、実地指導者に対し、新人助産師研修の考え方、方法論、教育研修指導としての実践等の研修を行うものである。

##### (2) 実施機関

本事業は、別紙の研修施設基準を満たす医療機関（以下「研修施設」とする。）で実施する。

なお、研修施設は原則として他の医療機関の新人助産師及び実地指導者等を研修に受け入れる準備があることとする。

(3) 対象者

ア 新人助産師研修

助産師としての業務経験が1年未満の者（補助対象は原則10人以内）

イ 実地指導者研修

新人助産師に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を継続して行う助産師、または今後これを行う予定の助産師（補助対象は3人程度）

(4) 期間

ア 新人助産師研修

本事業の補助対象は、原則として60日間とする。

イ 実地指導者研修

本事業の補助対象は、原則として20日間とする。

2 事業の申請

本事業の実施を希望する施設の開設者は、申請書を平成21年3月23日（月）までに厚生労働省医政局看護課に提出すること。

申請にあたっては、新人助産師研修もしくは実地指導者研修のいずれかを単独で申請することも可とする。

複数の医療機関が連携して研修を行う場合は、主たる施設が申請をすること。

3 提出書類

(1) 新人助産師研修（様式1-1、様式2-1、様式3-1、様式4）

(2) 実地指導者研修（様式1-2、様式2-2、様式3-2、様式4）

(申請書提出先)

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎5号館  
厚生労働省医政局看護課

(問い合わせ先)

電話：03-3595-2206（直通） FAX：03-3591-9073

担当：山口道子：yamaguchi-michiko@mhlw.go.jp

4 事業の決定

申請書の内容に基づき厚生労働省が審査し決定する。

採択については、研修施設基準を満たし、申請書類に不備がないこと。また、効果的な研修プログラム及びその評価方法が適切と判断される機関であって、初回申請の医療機関を優先とする。

なお、独立行政法人及び国立大学法人は、本事業の対象に含まない。

5 事業の実績報告

事業を実施する研修施設の管理者は、事業の実績について報告書をもって、事業完了後厚生労働省に報告すること。

なお、事業の実績報告書については、後日、別途様式を送付する。

6 その他

本事業の実施状況等について、別途、調査をすることがあるのでご協力いただきたい。

新人助産師臨床実践能力向上推進事業  
(新人助産師研修及び実地指導者研修)

研修施設基準

I 用語の定義

研修施設基準に係る用語の定義については下記のとおりとする。

1 新人助産師

助産師としての業務経験が1年未満の助産師をいう。

2 研修施設

本事業を実施する医療機関をいう。

3 研修プログラム

研修施設における、新人助産師及び実地指導者に対する研修に関する計画をいうものであり、研修の到達目標、修得方法及び評価方法並びに指導体制を示したものをいう。

4 新人助産師研修プログラム企画・管理組織（委員会等）

新人助産師研修プログラム及び実地指導者研修プログラムの企画、運営、管理及び評価を行う委員会等の組織をいう。

5 教育責任者

新人助産師研修及び実地指導者研修の実施に当たり、研修プログラムの策定、企画及び運営に対する指導及び助言、関連部門との調整等を行う研修施設の看護職員をいう。

6 教育担当者

新人助産師研修の運営を中心となって行い、また実地指導者への助言及び指導等を行う者をいう。

7 実地指導者

新人助産師に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を継続的に行う者をいう。

II 研修施設基準

新人助産師臨床実践能力向上推進事業に係る研修施設基準は、次の各項に掲げるものとする。

1 研修施設の指導体制に関すること

(1) 原則として、新人助産師研修に他の医療機関の新人助産師を受け入れる準備があること。受け入れに当たっては、調整担当者を明確に位置づけ、連絡調整が密に行えること。

(2) 年間分娩件数がおおむね300件以上であること。

(3) 分娩介助手順、妊婦、産婦、じょく婦及び新生児の健康診査、保健指導基準が作成され、個々の看護計画が立てられており、カンファレンス等により適切に評価が行われていること。

(4) 施設における看護部門の位置づけ及び看護組織が明確に定められていること。

(5) 看護部門の継続教育に係る組織が体系化されており、教育責任者及び教育担当者、実地指導者等が配置されていること。

(6) 新人助産師又は実地指導者研修プログラム企画・管理組織(委員会等)を設置し、研修全般にわたる企画及び評価等、総括的な管理を行うこと。

当該委員には次の者を含め、年3回以上検討がされていること。

- ① 病院長若しくはそれに準ずる者
- ② 看護部門の責任者
- ③ 看護部門の教育責任者
- ④ 事務部門の責任者

(7) 新人助産師を含む看護職員の継続教育が計画的に実施されており、教育担当者及び実地指導者等による研修成果に係る評価を行う体制を有すること。

(8) 研修による到達目標の達成状況等に係る研修記録が整備されていること。

(9) 新人助産師の精神的な支援体制について明確にされていること。

(10) 教育担当者、実地指導者に対する支援体制が明確にされていること。

## 2 研修プログラムに関すること

### (1) 新人助産師研修について

① 研修施設は、新人助産師の研修プログラムを有していること。

② 研修プログラムには次の事項が定められていること。

研修目的・目標、研修内容、実施方法(講義・演習等の方法及び集合・個別等の形態等)、時期、期間、実施場所及び具体的な評価方法

### (2) 実地指導者研修について

① 研修施設は、教育担当者の研修プログラムを有していること。

② 教育担当者の研修のプログラムには次の事項が定められていること。

研修目的・目標、研修内容、実施方法(講義・演習等の方法及び集合・個別等の形態等)、時期、期間、実施場所及び具体的な評価方法

## 3 複数の医療機関の連携による研修プログラム実施における留意事項

(1) 複数の医療機関等の連携による研修プログラムの場合、目的及び連携体制等を明示すること。なお、連携する医療機関のうち、少なくとも1施設は、施設基準を満たしていること。

(2) 本研修施設において、他の医療機関等からの研修者の受け入れが可能であれば、積極的にこれを実施すること。この場合、プログラム企画・管理組織において、受け入れ体制、調整者等を明確に定めること。

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(新人助産師研修)研修施設申請書(様式1-1)

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

施設名

施設の管理者

印

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(新人助産師研修)について以下のとおり申請いたします。

(1)施設の概要について

施設の名称	フリガナ		
施設の所在地	〒 ( 都・道・府・県 )		
設置主体 ※該当する項目に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 済生会 <input type="checkbox"/> 北海道社会事業協会 <input type="checkbox"/> 厚生連 <input type="checkbox"/> 国民健康保険団体連合会 <input type="checkbox"/> 全国社会保険協会連合会	<input type="checkbox"/> 厚生年金事業振興団 <input type="checkbox"/> 船員保険会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 共済組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 公益法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 学校法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療生協 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他の法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他( )
看護部長の氏名	フリガナ		
医療法上の許可病床	総数: _____ 床 うち 産科病床数: _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入		
看護職員の数	看護職員数(総数): _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入 ・看護師: _____ 人 ・助産師: _____ 人 うち 新規採用新人助産師数: _____ 人 ↳ 産科・分娩部門に勤務: _____ 人 ↳ 産科・分娩部門に勤務: _____ 人 ・その他(具体的職種と人数を下記にご記入下さい) 記入例: 准看護師 ○人		
新人助産師研修対象者 ※貴施設における 対象者のみご記入 下さい。	新人助産師: _____ 人 ※H21年4月1日予定で記入		
新人助産師研修者の 就業形態	正規職員: _____ 人 非正規職員(嘱託、パート、アルバイト等、就業形態の別に下記にご記入下さい。): _____ 人 記入例: 嘱託 ○人		
平成20年(1/1~12/31) の年間分娩件数	分娩件数: _____ 件 うち、帝王切開術数: _____ 件		
助産師の業務の状況	新生児の管理方法 : <input type="checkbox"/> 母児同室 <input type="checkbox"/> 母児異室 <input type="checkbox"/> その他( ) 院内助産所の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 助産師外来の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 家庭訪問指導の実施: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
作成担当者の氏名及び 連絡先 本申請書の問い合わせに 対して対応できる方を ご記入ください。	フリガナ 氏 名	職 位	
	電 話 番 号	直 通	
	e-mail		

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(新人助産師研修)研修施設申請書(様式2-1)

施設名( )

(2)新人助産師研修の指導体制に関すること

<p>本事業における他施設からの研修者の受け入れについて(該当する項目にチェックして下さい)</p>	<p>今回: <input type="checkbox"/>可 _____人 <input type="checkbox"/>否</p> <p>(受け入れ予定の施設名: )</p> <p>※連携について具体的な方法を下記にご記入ください。</p> <hr/> <p>今後の予定: <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</p>
<p>施設及び看護部門の組織図</p>	<p>※別途、資料を添付のこと(以下の内容を明示すること)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員の継続教育を担当する部局等</li> <li>・医療安全管理体制を担当する部局等</li> <li>・院内感染防止対策を担当する部局等</li> <li>・新人助産師研修プログラム企画・管理組織の位置づけ</li> <li>・教育責任者、教育担当者及び実地指導者の位置づけ</li> <li>・新人助産師及び実地指導者の支援体制(精神的な支援を含む)</li> </ul>
<p>新人助産師研修プログラム企画・管理組織(委員会等)</p>	<p>組織の構成員(職種・職位等) <span style="float: right;">※別途、資料を添付</span></p> <hr/> <p>活動計画(会議等開催予定) <span style="float: right;">※別途、資料を添付</span></p>
<p>指導体制</p>	<p>実地指導者1人当たりの新人看護師数( )人</p>
<p>新人助産師研修による到達目標の達成状況等に係る研修記録</p>	<p><input type="checkbox"/>整備している <input type="checkbox"/>整備していない</p>
<p>看護職員の継続教育に関する年間教育計画及び評価の実施</p>	<p>※別途、資料を添付のこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新人助産師研修、実地指導者研修の位置づけを明示すること。</li> </ul>
<p>産科・分娩部門について独自に行っている継続教育及び研修(目的・内容・方法・評価)</p>	<p>(概要)</p>
<p>分娩介助手順、妊婦、産婦、じよく婦及び新生児の健康診査、保健指導基準の整備状況</p>	<p>(概要)</p>

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(新人助産師研修)研修施設申請書(様式3-1)

施設名( )

(3)新人助産師研修のプログラムに関すること

研修目的	
研修目標	
研修期間	研修開始予定日(記入例 平成〇年〇月〇日):
	研修終了予定日(記入例 平成〇年〇月〇日):
	研修期間(記入例 〇週間、〇か月間等):
研修内容等	以下の内容がわかるように記載すること ○研修内容、実施方法(講義・演習等の方法及び集合・個別等の形態等)、時期、期間、実施場所 * 別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること
評価方法	以下の内容がわかるように、具体的かつ明確に記載すること ○評価者、評価時期、評価項目、評価基準、評価方法、評価の活用方法 * 別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(実地指導者研修)研修施設申請書(様式1-2)

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

施設名  
施設の管理者

印

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(実地指導者研修)について以下のとおり申請いたします。

(1)施設の概要について

施設の名称	フリガナ		
施設の所在地	〒 ( 都・道・府・県 )		
設置主体 ※該当する項目に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 済生会 <input type="checkbox"/> 北海道社会事業協会 <input type="checkbox"/> 厚生連 <input type="checkbox"/> 国民健康保険団体連合会 <input type="checkbox"/> 全国社会保険協会連合会	<input type="checkbox"/> 厚生年金事業振興団 <input type="checkbox"/> 船員保険会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 共済組合及びその連合会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 公益法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 学校法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療生協 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他の法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他( )
看護部長の氏名	フリガナ		
医療法上の許可病床	総数: _____ 床      うち 産科病床数: _____ 人      ※H21年4月1日予定で記入		
看護職員の数	看護職員数(総数): _____ 人      ※H21年4月1日予定で記入 ・看護師: _____ 人 ・助産師: _____ 人      うち 新規採用新人助産師数: _____ 人 ↳ 産科・分娩部門に勤務: _____ 人      ↳ 産科・分娩部門に勤務: _____ 人 ・その他(具体的職種と人数を下記にご記入下さい)      記入例: 准看護師 ○人		
実地指導者研修対象者 ※貴施設における 対象者のみご記入 下さい。	助産師: _____ 人      ※H21年4月1日予定で記入		
研修者の 就業形態	正規職員: _____ 人 非正規職員(嘱託、パート、アルバイト等、就業形態の別により下記にご記入下さい。): _____ 人 記入例: 嘱託 ○人		
平成20年(1/1~12/31) の年間分娩件数	分娩件数: _____ 件      うち、帝王切開術数: _____ 件		
助産師の業務の状況	新生児の管理方法 : <input type="checkbox"/> 母児同室 <input type="checkbox"/> 母児異室 <input type="checkbox"/> その他( ) 院内助産所の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 助産師外来の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 家庭訪問指導の実施: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
作成担当者の氏名及び 連絡先 本申請書の問い合わせに 対して対応できる方を ご記入ください。	フリガナ	氏名	職位
	電話番号	直通	
	e-mail		

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(実地指導者研修)研修施設申請書(様式2-2)

施設名( )

(2)実地指導者研修の指導体制に関すること

<p>本事業における他施設からの研修者の受け入れについて (該当する項目にチェックして下さい)</p>	<p>今回: <input type="checkbox"/>可 _____人 <input type="checkbox"/>否</p> <p>(受け入れ予定の施設名: )</p> <p>※連携について具体的な方法を下記にご記入ください。</p> <hr/> <p>今後の予定: <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否</p>
<p>施設及び看護部門の組織図</p>	<p>※別途、資料を添付のこと(以下の内容を明示すること)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職員の継続教育を担当する部局等</li> <li>・医療安全管理体制を担当する部局等</li> <li>・院内感染防止対策を担当する部局等</li> <li>・新人助産師研修プログラム企画・管理組織の位置づけ</li> <li>・教育責任者、教育担当者及び実地指導者の位置づけ</li> <li>・新人助産師及び実地指導者の支援体制(精神的な支援を含む)</li> </ul>
<p>新人助産師研修プログラム企画・管理組織(委員会等)</p>	<p>組織の構成員(職種・職位等) ※別途、資料を添付</p> <hr/> <p>活動計画(会議等開催予定) ※別途、資料を添付</p>
<p>指導体制</p>	<p>実地指導者1人当たりの新人看護師数( )人</p>
<p>新人助産師研修による到達目標の達成状況等に係る研修記録</p>	<p><input type="checkbox"/>整備している <input type="checkbox"/>整備していない</p>
<p>看護職員の継続教育に関する年間教育計画及び評価の実施</p>	<p>※別途、資料を添付のこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新人助産師研修、実地指導者研修の位置づけを明示すること。</li> </ul>
<p>産科・分娩部門について独自に行っている継続教育及び研修(目的・内容・方法・評価)</p>	<p>(概要)</p>
<p>分娩介助手順、妊婦、産婦、じょく婦及び新生児の健康診査、保健指導基準の整備状況</p>	<p>(概要)</p>

新人助産師臨床実践能力向上推進事業(実地指導者研修)研修施設申請書(様式3-2)

施設名( )

(3)実地指導者研修のプログラムに関すること

研修目的	
研修目標	
研修期間	研修開始予定日(記入例 平成〇年〇月〇日):
	研修終了予定日(記入例 平成〇年〇月〇日):
	研修期間(記入例 〇週間、〇か月間等):
研修内容等	以下の内容がわかるように記載すること 〇研修内容、実施方法(講義・演習等の方法及び集合・個別等の形態等)、時期、期間、実施場所 * 別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること
評価方法	以下の内容がわかるように、具体的かつ明確に記載すること 〇評価者、評価時期、評価項目、評価基準、評価方法、評価の活用方法 * 別途、資料を添付する場合は、該当箇所を明示すること

新人助産師臨床実践能力向上推進事業委託費所要額見込調書（様式4）

対象経費の支出予定額内訳

経費区分	支出予定額	積算内訳
謝金 講師等謝金 実習施設謝金	円	
賃金		
旅費 連絡調整旅費		
需用費 消耗品費 印刷製本費 通信運搬費		
合計		

※ 新人助産師研修及び実地指導者研修のどちらも実施予定の場合には、それぞれ別様にて提出すること。

※ 支出予定額については見込みであり、参考とするためのものですが、事業実施が決定後、申請書を提出される際の金額と大きく異なることのないようお願いいたします。

## 様式4の記載における注意事項

1. 交付額の上限額及び対象経費については、以下のとおりである。

1 区 分	2 上 限 額 (予定)	3 対 象 経 費
新人助産師臨床実践 能力向上推進事業	新人助産師研修 4,324,000円	事業実施に必要な次に掲げる経費 謝金、賃金、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、通信運搬費）
	実地指導者研修 799,000円	

2. 各対象経費についての考え方

### ①謝 金

原則的に部外講師に支払う謝金。

ただし部内の講師については、勤務時間外（残業手当を含め本給が出ない時間）又は、事業に係った経費として、謝金として別に支払いをしている場合にのみ申請は可能。

### ②賃 金

研修の指導者の代替として雇用した賃金職員に対する賃金。

補助対象期間の上限は実施要綱上の日数まで。

・新人助産師研修 60日

・実地指導者研修 20日

賃金は正規職員に対する給与ではないため雇用形態に注意すること。（正規雇用の場合は「給与」になるため対象経費ではない）

### ③旅 費

講師が研修施設に来訪するための往復旅費。または施設と講師の連絡調整を行うための旅費。ただし、連絡調整を行う場合は電話、電子メール等で調整することが困難であり、職員等を派遣した方が効率的な場合等に限ること。

### ④消耗品

今回の研修限りで消耗する物品。

例：鉛筆、消しゴム等の文房具 ガーゼ、消毒液等の医療用消耗品など  
※模型、教材用ビデオ等継続使用が可能であり病院の財産を増加させると考えられるものは不可。

※図書類は分類上「図書購入費」となるが今回は対象経費外であるので不可。

### ⑤印刷製本費

印刷、コピー等に必要な経費。

### ⑥通信運搬費

文書の郵送等に必要な経費。

※電話代、電子メールに係る経費等は、今回研修のために使用されたものか確認できないため不可。

## 新人助産師臨床実践能力向上推進事業実施要綱

### 1. 目 的

新人助産師に対し、助産師として必要な姿勢及び態度並びに知識、技術について十分な指導体制及び研修プログラムに基づく研修を行うことにより、安心して安全な助産ケアを提供するための臨床実践能力を修得させること。また、新人助産師の研修にあたっては、指導者の能力開発・育成が必須であることから、指導者に対し、卒後教育の考え方、方法論、教育研修指導としての実践等を系統的に研修させることにより、助産師の資質向上及び医療安全の確保を図ることを目的とする。

### 2. 事業の実施主体

事業は、厚生労働大臣の認める者が実施する。

### 3. 事業の実施期間、定員

#### (1) 新人助産師研修

- ア 実施期間 原則60日
- イ 定 員 原則10人以内

#### (2) 指導者研修

- ア 実施期間 原則20日
- イ 定 員 原則3人程度

### 4. 事業内容及び事業実施施設

#### (1) 事業内容

新人助産師、新人助産師の指導者に対する臨床実務研修を実施

#### (2) 事業実施施設

新人助産師等の研修の実施に適した病院

### 5. 対象者

#### (1) 新人助産師研修

助産師としての業務経験が1年未満の助産師

#### (2) 指導者研修

新人助産師の指導者又は今後指導者となる予定の者

### 6. 委託対象外経費

対象者に係る宿泊費、食費、交通費等は委託対象外経費とする。