

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

新人看護職員研修の推進に関する研究

平成16年度 総括研究報告書

- 主任研究者 竹尾 恵子 (国立看護大学校)
- 分担研究者 小澤三枝子 (国立看護大学校)
佐藤エキ子 (聖路加国際病院)
廣瀬千也子 (日本看護協会)
正木治恵 (千葉大学) (五十音順)
- 研究協力者 高屋尚子 (聖路加国際病院)
水野正之 (国立看護大学校)
中島健一朗 (日本社会事業大学大学院)

平成17(2005)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

新人看護職員研修の推進に関する研究

竹尾恵子、小澤三枝子、佐藤エキ子、廣瀬千也子、正木治恵、高屋尚子、
水野正之、中島健一郎

(資料) 新人看護職員研修の推進に関する研究のアンケート調査票

総括研究報告 目次

研究要旨	1
第1章. はじめに	5
1. 新卒看護職員の看護能力向上に関する研究・報告	5
2. 本研究の目的	9
第2章. 研究方法	10
1. 研究会での検討	10
2. 調査票の作成	11
3. 仮設基準の作成	11
4. 調査方法	12
第3章. 研究結果	12
1. 調査A (東京・神奈川・大阪・兵庫の病院)	12
1) 施設	13
2) 看護職員	15
3) 新卒看護職員	17
4) 教育担当者	20
5) 新人の到達度評価リストの有無	22
6) 新卒看護職員の教育プログラム	22
2. 調査B (国立病院機構の病院)	24
1) 施設	24
2) 看護職員	26
3) 新卒看護職員	27
4) 教育担当者	29
5) 新人の到達度評価リストの有無	31
6) 新卒看護職員の教育プログラム	31
3. 教育的な工夫や精神的支援	33

4. 仮設基準の作成	34
5. 新卒看護職員の看護実践能力向上ステップ	38
1) 日勤で付きっきりで指導する期間	38
2) 夜勤に入る時期	38
3) マニュアルに沿ってひととおりのケアができるようになる時期	39
4) 新卒看護職員の看護ケア能力の伸び	39
6. 院外研修生の受け入れ	39
第4章. 考察	40
1. 回答施設の特徴	40
2. 育成可能新卒者数試算	41
1) 東京・神奈川・大阪・兵庫（調査A）における試算	41
2) 国立病院機構（調査B）における試算	47
3. 新卒看護職員の看護実践能力向上ステップ	48
4. 院外研修生受け入れ	48
5. 新人看護師研修必修化への課題	49
6. 本研究の限界	52
第5章. 結論	53
引用文献・報告書	55
図表	57

資料. 新人看護職員研修の推進に関する研究のアンケート調査票

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

総括研究報告書

新人看護職員研修の推進に関する研究

主任研究者

竹尾 恵子（国立看護大学校長）

分担研究者

小澤三枝子（国立看護大学校 教授）

佐藤エキ子（聖路加国際病院 副院長・看護部長）

廣瀬千也子（日本看護協会 常任理事）

正木治恵（千葉大学看護学部 教授）（五十音順）

研究協力者

高屋尚子（聖路加国際病院 婦長）

水野正之（国立看護大学校 講師）

中島健一郎（日本社会事業大学大学院）

研究要旨

平成16年3月に厚生労働省から出された「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」には新人教育の到達目標・指導指針が示されているが、実際にこのような新人教育を行っている施設が全国にどれくらいあるのか、そこで何人くらいの育成が可能なのかについては未だわかっておらず、早急に検討する必要がある。

今年度は、東京、神奈川、大阪、兵庫の4都府県の病院を対象に全数調査を行った（調査A）。また、全国的な動向については、国の政策医療の一翼を担っている独立行政法人国立病院機構に属する施設を対象に全数調査を行った（調査B）。

調査は郵送留め置き法で行った。主な調査内容は、①施設の特徴、②看護職員数・勤続年数、③新卒看護職員・新卒看護職員研修、④教育担当者、⑤新卒看護職員の教育プログラム、⑥院外研修生の受け入れ等である。また、同報告書に示す新人看護職員到達目標には、食事援助技術や排泄援助技術、活動・休息援助技術、清潔・衣生活援助技術が含まれており、これらを On the Job Training で教育するには病棟における卒後教育が必要であると考え、病棟数や病棟あたりの夜勤人数についても調査を行った。

指導体制や教育環境の仮設基準としては以下の10項目とし、配点基準は調査

結果を見て検討、現実的な配点基準を作成した。

- ①看護部門に教育担当者がいる
- ②各病棟に教育担当者がいる
- ③各病棟に臨床経験3年目以上の実地指導者（プリセプター等）がいる
- ④実地指導者育成のための研修プログラムがある
- ⑤新卒看護職員研修のための教育プログラムがある
- ⑥看護する際に準拠すべきマニュアルがある
- ⑦患者の安全性に影響する看護技術について集合教育や実地教育がなされている
- ⑧新人の到達度をみるための評価項目リストがある
- ⑨教育環境（インターネット環境等）がある程度整っている
- ⑩新卒看護職員に対し、精神的な支援を行っている

各項目に1点を配点し、合計スコア（仮設基準スコア）が8～9点以上の病院が現状でどのくらいあるのか、分析を行った。

調査Aの回収数および回収率は全体で440施設（22.7%）、回答全体の45.0%（198施設）が医療法人施設であった。設置主体別に回収率をみると、厚生労働省国立高度専門医療センター（80.0%）、独立行政法人（調査A 65.0%、調査B 76.7%）、国立大学法人（57.1%）、公的医療機関（54.4%）、学校法人（51.9%）からの回収率は高かったが、母集団の6割弱を占める医療法人施設からの回収率が17.5%と低かった。このことは医療法人施設の状況が実勢よりも小さく反映されていることを示している。病床規模別には、比較的小規模の施設（回収率1割）よりも、比較的大規模の施設（回収率5割）の方が回収率が高かった。都府県別には回収率に大きな差はなく21～24%であった。

調査Aの分析の結果、病床規模が大きい病院ほど仮設基準スコアが高い傾向にあり、300床未満の施設では仮設基準スコア8点以上の施設の割合は50.0%であったが、300床以上の病院では81.2%であった。病床規模によって回収率に差があることを考慮すると、300床未満の施設と300床以上の施設を分けて試算し、合計する必要がある。また、300床未満の施設では仮設基準スコア算出が可能だったのは全体の8.6%であったのに対し、300床以上の施設では33.1%であった。このことは、回答にセルフ・セレクション・バイアスがかかっている可能性を示唆している。

病床規模によって補正した値は、補正前と比べると約4割減少した。補正前の値では数学的に矛盾が生じるため、補正後の値を採用するのが妥当である。また、

セルフ・セレクション・バイアスを考慮した値は、補正值よりもさらに3割ほど小さい値となったため、試算人数は、「バイアスを考慮した値」～「補正值」とした。仮設基準スコア9点以上の施設で平成16年度に育成している新卒者数は8,615人～11,937人、育成可能新卒者数（看護職員数の1割）は8,850人～12,776人である。仮設基準スコア8点以上の施設で育成している新卒者数は12,025人～17,027人、育成可能新卒者数（看護職員数の1割）は13,624人～20,138人であった。これは4都府県の病院勤務看護職員数（190,407¹⁷⁾の4.6%～6.7%（9点以上）、7.2%～10.6%（8点以上）である。つまり、4都府県全体の看護職員の離職率が4.6%～6.7%未満の場合には仮設基準スコア9点以上の施設で4都府県全体の新卒看護職員の育成が可能であるし、4都府県全体の看護職員の離職率が7.2%～10.6%未満の場合には仮設基準スコア8点以上の施設で新卒看護職員の育成が可能であるということになる。

調査Bの回収数は102施設（76.7%）である。これに、調査Aで施設名を明記して返送してくれた国立病院機構7施設の調査票を加えた109を分析対象とした。仮設基準スコア9点以上の施設は50施設、育成している新卒看護職員数817人、育成可能新卒者数（看護職員数の1割）は992人、8点以上の施設は82施設、育成している新卒看護職員数1,361人、育成可能新卒者数（看護職員数の1割）は1,633人であった。

なお、この試算では育成可能新卒者数を看護職員数の1割としたが、これは病棟における理想的な新卒者割合（12-13%）から算出したものであって、現実には退職者数までしか新卒者を採用できないため、実際の育成数は少なくなる。一方、定員外で新卒者を受け入れるということになると、3月退職者がやめない状況で新卒看護職員研修を行うこととなり、育成可能新卒者数は増大する。

仮設評価基準についての今後の課題は、新卒看護職員の到達度や成長度、満足度などの「新人看護師からの視点」や、研修の効果（アウトカム）を評価基準に盛り込むことである。

また、新卒看護職員の看護実践能力は、就職時点では「1年後の1割程度」の能力しか発揮できないという評価であった。就職後3ヶ月時点では「1年後の4割程度」になるが、多くの施設ではこの時期から夜勤に入るため、看護集団は新卒看護職員の能力不足をカバーしながら看護の質の維持に努めており、負担は大きい。特に病棟では、夜勤を1～2名（三交替勤務では準夜・深夜それぞれ1～2名）で行っている施設（調査A；約4割、調査B；9割弱）においては、新卒看

護職員のフォローのための負担は深刻である。新卒看護職員の看護実践能力は、就職後6ヶ月で「1年後の6割程度」、就職後9ヶ月で「1年後の8割程度」と評価されており、このような状態で複数の患者の様々なケアニーズを、迅速かつ正確に満たしていくことは難しいのかもしれない。

侵襲性が高い看護技術の修得は看護基礎教育だけでは難しい。新卒看護職員は未修得の看護技術を、複数の患者を受け持つという不慣れな環境で、多重課題を抱えながら時間切迫感を感じて業務を行っており、これが患者の安全性を脅かしている。今後、医療の高度化や入院期間の短縮等に伴い、看護基礎教育と臨床レベルの乖離がますます増大することが予測され、臨床側が新卒者教育にかけるマンパワーや費用の増大が見込まれる。現状においても各施設は3月退職者の退職時期を延期したり時間外に教育を行ったり、さまざまな努力を行っているが、施設努力だけでは限界がある。今後、看護師の卒後研修を義務化するという方策も、患者の安全性確保のためのひとつの手段であろう。

第1章. はじめに

1. 新卒看護職員の看護能力向上に関する研究・報告

医療の高度化や複雑化、患者の高齢化・重症化、さらには入院期間の短縮等に伴い、臨床において必要とされる看護業務のレベルは高度になり、看護業務量・密度ともに高くなっている。このような状況のもと、「看護基礎教育のレベル」と「新卒者に期待される看護能力のレベル」の差は大きくなっている。

在院日数の短期化が顕著な米国においては事態はさらに深刻である。Colleen J.G.ら(2004)¹⁾のレビューによると、これまで新卒看護師がケアできていたレベルの「軽症な」患者はもはや病院には存在せず、求められる臨床レベルと新卒者の臨床能力には大きな開きがある。採用者の42%を占める新卒看護師の能力は低く、患者に安全なケアを提供できていない。新卒以外の看護師の退職率は20%であるのに対し、新卒看護師は36～55%である。新卒看護師は自分のケアに自信を持たず、知識も乏しく、看護管理能力(時間管理を含むマネジメントスキル、リーダーシップスキル、チームワークスキル等)も低い。Colleenらはこのギャップを埋めるために1年間のresidency programを開発、6施設で実施、継続的・多角的評価を行っている。¹⁾

日本においてもここ数年、「看護基礎教育のレベル」と「新卒者に期待される看護能力のレベル」の乖離に対する危機感が高まってきており、新卒看護職員が行う患者ケアの安全性を高めるために、多くの研究や国レベルの取り組みがなされている。²⁻¹²⁾

平成10年度と11年度、井部らは厚生科学研究で「看護教育における卒後臨床教育のあり方に関する研究」²⁻³⁾を行った。この研究では、新卒看護師の臨床実践能力の実態と職場での受け入れ状況、受け入れ側の対応と負担を明らかにし、看護基礎教育から臨床現場への移行に必要な看護師の臨床研修のあり方を考察、制度化において整備の必要がある項目をまとめている。看護技術の中でも特に侵襲性が高い看護行為について、看護基礎教育の実習中に一度も体験することなく、就職して初めて患者に実施するケースが多いことを指摘、新卒看護師研修の必修化を強く訴えている。

新人看護師が医療事故に関わる割合は高く、患者の安全性にも影響があることが他の研究でも示唆されている。平成11年度と12年度の厚生科学研究で、川村らは「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」⁴⁻⁵⁾を行い、11,148事例の

ヒヤリ・ハット事例を分析した。その結果、①注射（点滴も含む）業務の手順・技術、②注射薬の知識、③内服、④輸血、⑤輸液・シリンジポンプ操作、⑥人工呼吸器操作が大きな割合を占めていることを示した。「これら6領域はいずれも診療の補助業務で、エラーによって重大な結果を招く危険性があり、看護事故防止上最優先で取り組む必要がある」としている。また、新人看護師のエラーの原因として、①確認を怠る、②知識不足、③技術未習得、④業務の不慣れ（時間切迫感、多重課題を含む）の4つが特徴的であったと分析している。さらに同報告書では新卒看護師を対象に、これら6領域の100項目について、新卒看護師がどのようにして技術を習得したのか、時期と場を調査、分析し、卒前教育での習得率は概して低いことを明らかにしている。このことは看護基礎教育における習得状況を高める必要性を示唆するとともに、新入職員に対する看護事故予防のための集合教育、基礎教育と卒後教育の連携、制度やシステムの検討を課題としている。

看護基礎教育の改善について、平成11年度から文部科学省は看護学教育ワークショップを開催し、大学と実践の場の連携・協働体制について討議している。平成13年開催の第3回ワークショップでは、文部科学省が平成13年度事業として取り組んでいる「看護学教育の在り方に関する検討会」の中間報告について討議し、大学における看護学教育のコア・カリキュラムや臨地実習等について検討を行っている⁶⁾。これをふまえて、平成14年3月、文部科学省から「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて（看護学教育の在り方に関する検討会報告）」⁷⁾が出された。これは、大学における看護学教育が「真に国民のニーズに対応する教育内容と実施体制の中で発展する方策を探る」目的で、「各大学が取り組んでいる看護学教育の改革・充実に断続的な努力が、全大学的規模で、広範囲に、かつ効果的に進んでいくための方策を提示」した。さらに同報告書では、学士課程のカリキュラムの在り方のうち、卒業までに少なくとも身に付けておくべき技術学習項目をまとめ、到達目標を明確化した。ここで言う技術学習項目は、「看護ケア基盤形成の方法」と「看護基本技術」で構成されている。「看護ケア基盤形成の方法」には、①看護の展開方法、②療養生活支援の方法、③人間尊重・擁護の方法、④援助的人間関係形成の方法、⑤健康に関する学習支援の方法、⑥健康管理支援の方法、⑦チームワークの基本とマネジメント方法、⑧成長発達各期の支援方法、の8項目があげられており、それぞれの学習内容が具体的に示されている。「看護基本技術」の学習項目には、環境調整技術、食事援助技術、排泄援助技術、活動・休息援助技術、清潔・衣生活援助技術、呼吸・循

環を整える技術、創傷管理技術、与薬の技術、救命救急処置技術、症状・生体機能管理技術、感染予防の技術、安全管理の技術、安楽確保の技術の13項目が挙げられ、学習を支える知識・技術が具体的に示されている。さらに看護基本技術を支える態度や行為の構成要素として、知識と判断、実施と評価、対象者への説明、安全・安楽確保、プライバシーの保護、指示確認・報告・記録、個別性への応用、家族相談・助言の8つを挙げている。これらの学習をすすめるにあたり、臨地実習の果たす役割は大きい。同報告書では臨地実習への期待と課題、大学と実習施設の指導体制上の問題をあげ、解決方策を示している。臨地実習の実施体制に関する最大の課題は、医療の高度化や指導体制の問題、さらには患者の権利意識の高まりから、無資格者である看護学生が患者等対象者に対応する場面が制約されることにある。報告書では「施設に対して身体侵襲を伴う技術実習条件を明確化し、大学が共同して指導体制を整備していく必要がある」としている。

この問題の解決に向けて、平成15年3月、厚生労働省から「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」⁸⁾が出された。この報告書には、臨地実習において学生が行う看護技術についての基本的な考え方、身体的侵襲を伴う看護技術の実習指導のあり方、等が示されている。先の文部科学省の報告に挙げられた「看護基本技術の学習項目」をベースに、臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準を3つに分けて整理し、臨地実習での成果向上と患者への安全確保を目指している。その水準とは、水準1（教員や看護師の助言・指導により学生が単独で実施できるもの）、水準2（教員や看護師の指導・監視のもとで実施できるもの）、水準3（原則として看護師や医師の実施を見学するもの）である。臨地実習で経験しない看護技術も、新人看護師になれば実施することになるため、患者の安全性を論じるとき、臨地実習の安全性だけを優先させると、新卒看護師として行うケアの安全性を損なう危険がある。そのような事態を避けるため、この報告書では学内実習や臨地実習のあり方を提言したものであり、看護師学校養成所と実習を受け入れる臨床側双方の努力を期待している。

さらに厚生労働省は、平成16年3月に「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」¹¹⁾において、新人看護職員が卒後の1年間で備えるべき看護技術等を示し、到達目標、および新人看護職員の指導に必要な要件・指導方法等を示した指導指針を提示した。この中で、看護基礎教育における臨地実習の現状と課題として、「チームメンバーの一員として、臨床現場の多重課題の優先度を考えながら時間内

に業務を実施するなどの能力を、基礎教育の中で身につけることは極めて困難である」とし、「複数の患者の受持ちや多重課題への対応等については、新人看護職員研修において修得できる体制を構築する必要がある」としている。

看護師臨床研修のあり方については、他にも多くの研究がある。平成14年度、明石らは厚生労働科学研究で「看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究」⁹⁾を行った。この研究では、①新卒看護師の臨床能力の修得状況を明らかにし、②新卒看護師に対する教育の実態と教育上の課題を明らかにし、③新卒看護師教育ガイドラインおよび新卒看護師の自己能力評価指針を作成している。①については、就職6ヶ月時点の看護技術到達度は、全体的に「できる」との回答だったが、経験が限られたり、身体的侵襲を伴ったりする技術の達成度が低いと報告されている。②については、9割近くの施設が新卒看護師の教育に組織的に取り組んでいたが、採用者の少ない施設ではそれが難しいようだとしている。教育ガイドラインや他施設・教育機関との交流、外部組織からの支援に対する希望も多かったと報告している。臨床看護師研修制度については、その制度の賛否や問題点を回答する以前の課題として、臨床研修制度についてよくわからないために回答が得られなかったケースがあったとし、回答の詳細を示している(p74-5)。

また同年、日本看護協会は「2002年度新卒看護師の『看護基本技術』に関する実態調査報告書」¹⁰⁾を出し、入職時および入職後3ヶ月を経た時点での臨床実践能力の実態と、看護基礎教育の臨地実習における習得状況を報告している。この調査では、以下の7点が明らかになった。

- ①新卒看護師の70%以上が「入職時一人でできる」と認識している技術は、『看護基本技術』103項目中、4項目のみである。
- ②新卒看護師の半数以上が入職後2か月までに夜勤要員の一人として夜勤に入っている中で、入職後3か月を経た時点でも「現在一人でできる」が70%に満たない項目は68項目ある。
- ③ほとんどの施設が入職後新卒看護師に対するプリセプター制を導入しているが、入職後3か月を経ても十分な技術習得に至っていない。
- ④基礎教育の臨地実習において実施経験のない技術項目は、入職時に一人ではできない傾向がある。
- ⑤基礎教育の臨地実習において実施経験のある技術項目は、入職後3か月を経た

時点で一人でできる傾向がある。

- ⑥基礎教育の臨地実習において「実施経験がある」が30%未満である52項目の多くが、患者の身体への侵襲性の高い技術である。

(留置カテーテルの挿入と取り扱い、気管内挿管の準備と介助、気道内吸引の実施、人工呼吸の準備と方法、静脈内注射・点滴静脈注射の準備と介助・管理、輸液ポンプの準備と管理、など)

- ⑦実施経験が少なくても入職後3か月で習得している技術もある。これらは日常業務の中で頻繁に経験する技術であり、入職後のOJT等により伸びていると考えられる。

これらの研究報告¹⁻¹²⁾から言えることは、次の3点である。

1. 現状においては、特に侵襲性が高い看護技術については、看護基礎教育の実習だけで修得することは困難であるため、新卒者教育が必要である。
2. 新人看護師のエラーの原因として知識不足、技術未習得、業務の不慣れ(多重課題、時間切迫感など)があり、新卒者が看護技術を修得し、業務に慣れ、多重課題を抱えながらも正確かつ迅速に、安全性を保ちながら看護実践できるようになるための実務習熟期間が必要である。
3. 医療の高度化や入院期間の短縮等に伴い、看護基礎教育と臨床レベルの乖離がますます増大することが予測され、臨床側が新卒者教育にかかるマンパワーや費用の増大が見込まれる。

2. 本研究の目的

看護職者が新人として臨床の場に入り専門能力を修得していくには、単なる臨床経験に加え、適切な育成のための研修プログラム、学習内容、体制等、学習環境が必要である。また新人看護師の立場から見れば、複数の患者を同時に受け持つという複雑な状況や、慣れない環境、実習したことがない看護技術の実施などにより、リアリティショックやバーンアウトを起こしている。看護職全体の平均離職率(11.6%)より、新人看護師の離職率(15.9%)は高く¹³⁾、適応が難しい現状が示唆されている。看護基礎教育だけでは不足する知識や経験を研修等で補うことによって、安全かつ良質の看護を提供できる体制を保証することは、看護政策において必須、喫緊の課題である。

「新人看護職員研修」の推進に関する認識は全国的に高まってきているが、具体的な方策となると、多様な教育背景、施設の置かれた状況等により、ばらつきが大きい。

本研究は、全国規模で、確実かつ効果的に新人研修を行うための方策を検討するものである。即ち、看護の質や安全を保証する上で、本研究はきわめて意義深いものと考えられる。厚生労働省の「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」¹¹⁾には新人教育の到達目標・指導指針が示されているが、実際にこのような新人教育を行っている施設が全国にどれくらいあるのか、そこで何人くらいの育成が可能かについては未だわかっておらず、早急に検討する必要がある。

そこで、平成 16 年度研究では、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」¹¹⁾をベースに、研修施設が備えることが望ましい教育体制や学習環境について仮設基準を作成し、それを満たす施設がどの程度あるのか調査し、さらにそこで何人くらいの育成が可能なのか試算を行う。

第 2 章. 研究方法

1. 研究会での検討

研究会は 8 月～ 11 月の間に 4 回開催し仮設基準や調査の方向性を検討、その後は電子媒体や電話等を活用し、調査票や分析の方向性について検討した。

当初の計画では、平成 16 年度に、臨床の場で行われる現任教育や新人研修を適切に行うための必要要件について、文献検討やヒアリング調査を通して仮説的に評価基準（認定基準）を作成する予定であった。しかし文献検討、並びに議論の過程で、①「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」¹¹⁾をもとに、新人への指導体制や学習環境について仮設基準を作成し、調査を行うこと、②約 2,000 の病院を対象に調査するため、病棟調査ではなく施設調査にすること、③比較的多くの新卒者が就職していると思われる関東圏・関西圏の都市部で育成可能新卒者数を試算すること、とした。検討会報告書で提言されている「望ましい指導体制」をとっている病院が東京近郊、大阪近郊にどの程度あり、そこでは何人くらいの育成が可能なのか試算することは政策的に極めて重要な情報であり、調査目的は有意義である。

今回の調査では、東京、神奈川、大阪、兵庫の 4 都府県の病院を対象に全数調査を行った（調査 A）。これらの県は常にたくさんの新人を育成しており、「大都市に行つて勉強したい」と考える新人が多いことを理由に選択した。また、全国的な動向については、国の政策医療の一翼を担っている独立行政法人国立病院機構に属する施

設について全数調査を行った（調査B）。

2. 調査票の作成

主な調査内容は、

- ①施設の特徴
- ②看護職員数、勤続年数、夜勤時の看護職員数
- ③新卒看護職員、新卒看護職員研修について
- ④教育担当者について
- ⑤新卒看護職員の教育プログラムについて
- ⑥院外研修生の受け入れについて

等である。

また、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」¹¹⁾に示す新人看護職員到達目標には、食事援助技術や排泄援助技術、活動・休息援助技術、清潔・衣生活援助技術が含まれており、これらを On the Job Training で教育するには病棟における卒後教育が必要であると考え、病棟数や病棟あたりの夜勤人数についても調査を行うことにした。

プレテストは行わなかったが、研究メンバーで回答の容易性や妥当性を検討、調査票を修正した。

倫理面への配慮については、回答の諾否は自由であり、拒否の場合にも不利益はないことを保証、結果報告においても施設を識別できるような表現は用いないことを約した書面を調査票に同封し、調査協力を依頼した。

3. 仮設基準の作成

指導体制や教育環境についての仮設基準は、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」¹¹⁾に挙げられている「〇〇する必要がある」「〇〇が望ましい」とされる項目を手がかりにし、作成した。その際、国内の多くの施設でまだ実現できていないであろう項目については除外した。例えば、「新人看護職員研修は、各施設の全ての職員が、それぞれの立場から関わるものであり、全ての職員に研修内容が周知される必要がある」「各施設は、複数の職種で構成される教育担当部門（委員会等）を設置し、施設全体の継続教育を統括することが望ましい」などである。

仮設基準は、実態を反映できるよう具体化・整理し、調査票を作成した。作成に際しては、日本医療機能評価機構の調査書¹⁴⁾、評価項目¹⁵⁾も参考にした。今回の調査で、仮設基準として候補にあげた項目は、以下の10項目である。

- ①看護部門に教育担当者がいる
- ②各病棟に教育担当者がいる
- ③各病棟に臨床経験3年目以上の実地指導者（プリセプター等）がいる
- ④実地指導者育成のための研修プログラムがある
- ⑤新卒看護職員研修のための教育プログラムがある
- ⑥看護する際に準拠すべきマニュアルがある
- ⑦患者の安全性に影響する看護技術について集合教育や実地教育がなされている
- ⑧新人の到達度をみるための評価項目リストがある
- ⑨教育環境（インターネット環境等）がある程度整っている
- ⑩新卒看護職員に対し、精神的な支援を行っている

これらの項目のうち8～9割程度を満たす病院が現状でどのくらいあるのかについて分析を行う。

新人看護師の到達度や成長度、満足度などの「新人看護師からの視点」については今回の調査では明らかにできず、今後明確にする必要がある。引き続き平成17年度研究で、評価基準に新人看護師自体の評価や、研修の効果（アウトカム）を盛り込むことが可能か否か検討を重ねる予定である。

4. 調査方法

調査は郵送留め置き法で行った。平成17年1月中旬から下旬にかけて、調査票および依頼文を各施設代表者と看護部長・総婦長あて連名で郵送し、同封の返信用封筒を用いて返送してもらった。

返送までの期間を約2週間に設定したが、その後も返信が続いた。調査票に回答して下さった施設の状況を反映させるため、平成17年3月10日までに届いた調査票は分析対象に含めた。

第3章. 研究結果

1. 調査A（東京・神奈川・大阪・兵庫の病院：1,935施設）

この項では、東京、神奈川、大阪、兵庫の4都府県の病院を対象に全数調査を行った結果について述べる。

発送数 1,937 部のうち、1 施設から「附属なので病院看護部と一括して回答する」旨連絡があったので、調査対象施設数は 1,936 である。また、1 部（医療法人）が所在不明で返送された。当該病院のホームページを見ると施設代表者が交代されており、本調査票の宛先が前施設代表者名と看護部長・総婦長あてであったため、返送された可能性がある。故に、配布数は 1,935 部となった。回収数は 440、回収率は 22.7 % である。

1) 施設

a) 所在地（表 1-1）

回収数および回収率を都府県別にみると、東京都 148（回収率 22.8 %）、神奈川県 80（回収率 22.7 %）、大阪府 117（回収率 21.1 %）、兵庫県 87（回収率 24.0 %）、無回答 8 である。

b) 設置主体（表 2）

設置主体では、医療法人が 198 施設（45.0 %）で最も多く、次いで公的医療機関 87 施設（19.8 %）であった。回収数および回収率を設置主体別にみると、国 5（31.3 %；施設名無記入 1 施設以外の 4 施設は厚生労働省国立高度専門医療センターで、回収率 80 %）、独立行政法人 13（回収率 65.0 %）、国立大学法人 4（回収率 57.1 %）、公的医療機関 87（回収率 54.4 %）、社会保険関係団体 16（回収率 42.1 %）、医療法人 198（回収率 17.5 %）、学校法人 27（回収率 51.9 %）、その他 88、無回答 2 であり、母集団の 6 割弱を占める医療法人からの回収率が低かった。その他には、

その他法人；社会福祉法人、公益法人、財団法人、特定医療法人、宗教法人、特別医療法人、特殊法人、等

その他；公立学校共済組合、国家公務員共済組合連合会、医療生活協同組合、企業、県立民営、郵政公社、個人等 が含まれている。

c) 施設の特徴（表 3）

施設の特徴は、特定機能病院が 27 施設（6.1 %）、地域医療支援病院が 182 施設（41.4 %）、臨床研修病院が 150 施設（34.1 %）である。また、日本医療機能評価機構からの認定を得ている施設は 165 施設（37.5 %）である。

d) 病床規模 (表 4-1)

病床規模別では「100~199 床」が 118 施設 (26.8 %) で最も多く、次いで「50 ~ 99 床」71 施設 (16.1 %) である。平均は 289.1 床であった。病床規模別に有効回収数および有効回答率をみると、「20 ~ 49 床」29 (回収率 11.6 %)、「50 ~ 99 床」71 (回収率 13.5 %)、「100 ~ 199 床」118 (回収率 21.9 %)、「200 ~ 299 床」49 (回収率 23.4 %)、「300 ~ 399 床」69 (回収率 37.7 %)、「400 ~ 499 床」37 (回収率 38.1 %)、「500 床以上」66 (回収率 48.2 %) である。病床規模が大きい施設の方が回収率が高い傾向にある。

e) 許可病床数 (表 5)

無記入の 1 施設を除く 439 施設の許可病床数合計は 126,932 床であった (表 4-1)。内訳は、一般病床 73.6 % (93,370 床)、療養病床 9.1 % (11,603 床)、精神病床 12.4 % (15,711 床)、感染症病床 0.2 % (243 床)、結核病床 1.4 % (1,716 床) である。

f) 病棟数 (表 6)

病棟数については誤記入があったので、以下のようにデータを修正して分析に用いた。記入されてきたデータを修正することについては賛否両論があるが、この調査の場合、「病棟数」に許可病床数や入院患者数と同じ 90 ~ 470 (病棟) と記入されてきた回答が 10 もあり、これを元に計算した「病棟あたりの〇〇の数」の平均値が半減するほどの大きな影響を及ぼしていた。あまりにも現実的ではないデータが、他のデータに大きく影響することを避けるため、以下の操作を考えて修正を行った。

なお、修正した施設数は 13 施設 (3.0 %) である。

- ① 「許可病床数」や「入院患者数」と同じ値 (90 ~ 470 の間の数字) が「病棟数」に記入されていた 10 施設については、病棟数を無効 (誤記入) として処理し、病棟数の分析から除外した。病院名が記載されていた調査票についてはインターネットで検索し、4 施設については「許可病床数」に誤りがないことがウェブ上確認がとれた。
- ② 「許可病床数」と「病棟数」に 40 ~ 50 の間の数字が記入されていた 1 病院については、ウェブで確認し、「許可病床数」が正しいことが判明、「病棟数」を無効 (誤記入) として処理した。
- ③ 「許可病床数」と「病棟数」に 20 ~ 30 の間の数字が記入されていた 1 病院に

については、看護職員数から推測して「病棟数」を無効（誤記入）として処理した。

④許可病床数あるいは入院患者数を「病棟数」で除して、値が 10 以下のものについて再チェックを行った。1 施設のみ、この値が 1.2 となり、看護職員数から推測して、「病棟数」を無効（誤記入）として処理した。

⑤病棟数のヒストグラムを作成し、病棟数の分布状況を確認、はずれ値がないことを確認した。

病棟数は、「4 病棟以下」が 197 施設（44.8 %）と最も多く、次いで「5～9 病棟」145 施設（33.0 %）、最多は 42 病棟であった。

g) 入院患者数（表 7）

平成 16 年 12 月 1 日現在の入院患者数は「100～199 名」が 101 施設（23.0 %）で最も多く、次いで「50～99 名」89 施設（20.2 %）、平均は 250.5 名である。

h) 患者満足度調査（表 8 a、表 8 b）

患者満足度調査を行っている施設は 289 施設（65.7 %）、そのうち 276 施設（95.5 %）が看護に関する項目を調査項目に含めている。

i) 看護マニュアルの整備状況（表 9）

看護する際に準拠すべきマニュアルについては、「十分整っている」133 施設（30.2 %）、「まあまあ整っている」277 施設（63.0 %）、「あまり整っていない」26 施設（5.9 %）である。

j) 看護実習生の受け入れ（表 10）

看護師等学校養成所の実習生受け入れについては、「受け入れている」253 施設（57.5 %）、「受け入っていない」185 施設（42.0 %）である。

2) 看護職員

a) 看護職員数（表 11-1）

無記入の 1 施設を除く 439 施設の、平成 16 年 4 月 1 日における看護職員数を表 11-1 に示す。

看護師数は、常勤 61,832 人、非常勤 2,814 人（常勤換算）、平成 16 年度採用人

数は 8,097 人、新卒者採用人数は 5,697 人である。

保健師数は、常勤 389 人、非常勤 13 人（常勤換算）、平成 16 年度採用人数は 99 人、新卒者採用人数は 87 人である。

助産師数は、常勤 2,931 人、非常勤 106 人、平成 16 年度採用人数は 339 人、新卒者採用人数は 251 人である。

准看護師数は、常勤 6,388 人、非常勤 1,047 人（常勤換算）、平成 16 年度採用人数は 516 人、新卒者採用人数は 190 人である。

看護職員数の合計は、看護師・保健師・助産師・准看護師あわせて 75,520 人である。新卒者採用人数の合計は、看護師・保健師・助産師・准看護師あわせて 6,225 人であり、これは看護職員全体の 8.2 % に相当する。

b) 平均勤続年数（表 1 2）

看護職員の平均勤続年数は平均 7.2 年である。平均勤続年数 3 年未満が 17 施設（3.9 %）、3～6 年未満が 154 施設（35.0 %）、6～10 年未満が 140 施設（31.8 %）である。

c) 病棟あたりの夜勤時の看護職員数（表 1 3 - 1）

「平均的な病棟の夜勤時（平日）の看護職員数」について、三交替準夜勤務・深夜勤務、二交替夜勤の別に記入を求めた。産科病院では、1 病棟あたり勤務者数が 7 名のところもあった。

1 病棟あたり的人数を回答してもらったが、病院全体の夜勤人数を記入していると思われる回答（1 病棟あたり 8～69 人）が 21 あった。病床規模や看護職員数を考慮すると、補正の必要が認められたので、以下の式で判定し、該当施設については補正を検討した。

三交替勤務を採用している施設

三交替勤務の特徴を考えると、夜間勤務者数（準夜＋深夜）の他に日勤者と休みの人がいるはずなので、夜間勤務者数の倍以上の看護職員が雇用されているはずであるから、

$$\{(\text{準夜勤務者数} + \text{深夜勤務者数}) \times \text{病棟数}\} \times 2 > \text{看護職員数}$$

二交替勤務を採用している施設

二交替勤務の特徴を考えると、夜勤者の他に同数以上の日勤者がおり、さらに