

あったため、中央値と四分位点を用いて全体の傾向を見た。

1) 一般病床が 75 %以上の病院において (表 8-1)

回答状況から見ると、病床規模や新卒者数とは関係なく、3 ~ 20 日程度の集合教育が行われているようである。中央値をみると、7 ~ 10 日程度の集合教育日数は確保できそうである。集合教育の内容を標準化したり、学習コンテンツを e-ラーニングにのせておき自分の時間で学習した後、集合教育として実技テストを行ったりと、プログラムの組み方や支援の仕方によってはよりいっそう効果的な研修プログラムにできる可能性がある。

2) 療養病床が 75 %以上の病院において (表 8-2)

療養病床群は一般病床群に比べると集合研修日数が少ない傾向にあり、1 ~ 7 日程度であった。

3) 精神科病床が 75 %以上の病院において (表 8-3)

精神科病床群は一般病床群よりも集合研修日数が多いようで、3 ~ 30 日、中央値は 9 日であった。これは精神科の特殊性からくる新卒者教育の必要性もあるだろうが、この群の多くは単科であり、新卒者に共通して教える内容が多いためとも推察できる。

6. 日勤で付きっきりで指導する期間

日勤で付きっきりで指導する期間について、表 9 に示す。回答の分布にばらつきがあったため、中央値と四分位点を用いて全体の傾向を見た。

1) 一般病床が 75 %以上の病院において (表 9-1)

一般病床群では、200 床未満の病院ではおよそ 1 ヶ月程度「日勤で付きっきり」で指導しているが、規模が大きくなるとその期間は 10 日程度短くなり、2 ~ 3 週間「日勤で付きっきり」で指導しているようである。

2) 療養病床が 75 %以上の病院において (表 9-2)

療養病床群では、200 床未満の 18 病院においては 1 ヶ月程度「日勤で付きっきり」で指導するとする施設が 6 施設ある一方、「7 日」と回答する施設も 5 施設あり、施設間で差が大きかった。

3) 精神科病床が 75 %以上の病院において (表 9-3)

精神科病床群では、5 ~ 30 日に回答が分布し、新卒者割合が 15 %以上の病院では 5 日と短かった他は、病床規模等との関連はみられなかった。

7. 新卒者が夜勤に入る時期

新卒者が夜勤に入る時期について表10に示す。回答の分布にばらつきがあったため、中央値と四分位点を用いて全体の傾向を見た。

1) 一般病床が75%以上の病院において(表10-1)

一般病床群では、99床以下の病院では4～10ヶ月目に夜勤に入るが、規模が大きくなるとその期間は短くなり、100～299床の病院では3～5ヶ月、400床以上ではほぼ2ヶ月目で夜勤を始めている。病床規模別に、新卒看護師が夜勤に入る時期を示したものが図4である。日勤で付きっきりの期間とあわせて考えると、大規模の病院ほど自立を急がされ、比較的規模が小さい病院ではゆっくり時間をかけて育成してもらっているのかもしれない。もしくは、大規模病院は研修プログラムが整っている場合が多いので、新卒者が早く育つのかかもしれない。病床規模別に見た新人の看護ケア能力ののびを図5に示す。これは、新卒者が就職してから1年後のケア能力を100%とした時、就職時、3ヶ月後、6ヶ月後、9ヶ月後のケア能力が何%くらいに相当するのか、看護管理者に主観的に回答してもらったものである。5群の間に就職時にはさほど差が見られない。しかし99床以下の病院における新卒者の3ヶ月後、6ヶ月後の評価は、他の4群に比べると有意に高く評価されている。99床以下と100床以上の病院群によるケア能力の比較をt検定で行ったところ、就職時には有意差がみられなかったが、就職後3ヶ月($p=0.01$)、6ヶ月($p<0.01$)と有意差が見られた。新卒者に過度に期待することなく、ひととおりできるようになるまで待ってから夜勤に入る、という指導体制が新卒者の能力を伸ばしているのかもしれない。このデータだけからは、大規模病院の新卒者が早く育つ結果夜勤入りが早いのか、それとも小規模病院では新卒者の能力向上を十分に待ってから夜勤入りしているのか、どちらなのかを判断することは難しく、新卒者からの評価や研修のアウトカムなどを客観的に測定する必要がある。

2) 療養病床が75%以上の病院において(表10-2)

療養病床群でも一般病床群と類似の傾向を示しており、病床規模が小さい病院においては3～10ヶ月とゆっくりであった。400床以上の病院や、新卒者割合が10～15%未満の病院においても、4ヶ月目(7月から)の夜勤入りであった。

3) 精神科病床が75%以上の病院において(表10-3)

精神科病床群では、他の2群と逆の傾向を示しており、病床規模が大きい病院ほど夜勤入りが遅い傾向が見られた。

8. 他施設との連携状況

1) 一般病床が 75 %以上の病院において

新卒者研修を他の医療施設と連携している施設の数を表 1 1 に示す。23 施設のうち、300 床以上に該当する 13 施設の設置主体は公的医療機関、医療法人、学校法人であった。他施設の新卒者を新人看護職員研修に受け入れている施設分布を表 1 2 に、自施設の新卒者を他施設の新人看護職員研修に参加させている施設分布を表 1 3 に示す。n が小さいため断定はできないが、病床規模が 300 床未満の施設の中には、他施設の新人看護職員研修を活用している施設があるようである。

2) 療養病床が 75 %以上の病院において

他施設と連携していると回答したのは、28 施設中 1 施設のみであった。連携内容は「新卒看護職員研修に関する情報交換」であった。

3) 精神科病床が 75 %以上の病院において

他施設と連携しているとの回答はなかった。「日本看護協会等の研修を利用」していると 28 施設中 15 施設 (53.6 %) が回答していた。

第 3 節. 新卒者数別分析

どのような研修指導体制をとるかは、新卒者が何人いるかによっても異なる。病院に 10 名しか新卒者がいない状況と、100 人以上の新卒者を教育する状況とでは、実習指導者の配置体制も、集合教育のやりかたも変わってくると思われる。新卒者数は、「病床規模」と「新卒者割合」の影響を受ける。ここでは、病床規模ごとにではなく、あえて研修対象者数に注目することにより、その病院が負担している「研修業務の量」を考え、その「量」に応じて、どのような指導体制をとっているのかを分析したい。

第 2 節の分析結果より、比較的病床規模が大きい一般病床群には多くの新卒者が採用されており、療養病床群では既卒者を中心に採用されている現状がわかった。また、200 床以上の一般病床群では侵襲性が高い看護技術を経験できるのに対し、精神科病床群には経験できる看護技術が少ない病院もあることがわかった。これら 3 群の差が決定的なものかどうかはサンプル数が少ないので断定できないが、療養病床については現在、国会において評価のあり方を見直されていることも鑑み、交絡因子を少なくするため、第 3 節の分析は一般病床群だけをとりだして分析する。

1. 研修対象者数 (新卒者数)

一般病床群の各病院の新卒者数を図6に示す。新卒者数が0名と回答した施設は14施設あった。1～4名と回答した施設は57施設である。0～4名と回答した施設は71施設（29.3%）と最も多く、次いで5～9名49施設（21.9%）であり、この両方で半数を占めている。以降、度数は遞減し、100人以上の新卒者を受け入れている施設は10施設（4.1%）であった。平均値は22.4人（SD31.9）である。この節では、新卒者の人数によって7群に分けて、以下の特徴をみることにする。7群の分け方は、①0～4人、②5～9人、③10～19人、④20～29人、⑤30～49人、⑥50～99人、⑦100人以上である。

2. 仮設基準スコア

新卒者数別に仮設基準スコアを示したものが表14である。新卒者数が0～4人の施設においては、71施設中37施設しか仮設基準スコアを算出できなかったが、仮設基準スコアの平均値は6.8（SD 1.9）、うち、8点以上の施設は17施設であった。新卒者数が5～49人いる病院においては、仮設基準スコアの平均値は8.2～8.4であった。新卒者数が50～99人いる病院では平均値9.0、100人以上いる病院では平均値9.1と、新卒者数に応じて仮設基準スコアが上昇している。分析対象の3割を占める「新卒者数が0～4人の病院」においては、仮設基準に用いたような指導体制を整える必要性がさほどない病院があるのかもしれない。

3. 研修プログラムの有無

研修プログラムの有無については、新卒者数が5人以上いる施設はすべて研修プログラムをもっていたが、新卒者数が4人以下の病院の25.4%（16施設）は研修プログラムをもっていなかった。4人以下の病院をより詳細にみると、新卒者の採用が0の施設では、62.5%（8施設中5施設）に研修プログラムがなかった。一方、1人以上、4人以下の病院は、16%～25%に研修プログラムがなかった。このことから、新卒者を採用していない施設には研修プログラムがないことが多く、新卒者を5人以上採用している施設は研修プログラムを持っていると解釈できる。

4. 看護技術11項目のうち9以上を研修しているか

侵襲性が高い看護技術11項目のうち9項目以上について何らかの研修（集合教育やOJT）を行っている施設数を表15に示す。新卒者が5人以上いる施設はほとんど全て、9項目以上について研修を行っている。この項目は、研修プログ

ラムが「ある」と回答した 215 施設を対象に聞く補問なので、研修プログラムがない施設からの回答は含まれていない。新卒者数が 0～4 名の施設（実質、新卒者数が 1～4 名の施設）の 9 割程度において、9 項目以上の研修がなされている。

5. 集合研修日数

新卒者数別に、集合研修日数を示したものが表 16 である。新卒者数が 0～9 人だと、だいたい 7 日程度の集合教育がなされているようである。新卒者数が大きくなるにつれ、集合教育日数は若干増加しているように見える。

6. 日勤で付きっきりで指導する期間

新卒者数別に、日勤で付きっきりで指導する期間を示したものが表 17 である。新卒者の規模との関連は、なさそうである。

7. 夜勤に入る時期

新卒者別に、新卒者が夜勤に入る時期を示したものが表 18 である。新卒者看護職員数の規模が大きくなるにつれ、夜勤に入る時期が早まってくることがわかる。新卒者数が 0～4 人の施設においては、早いところで 3 ヶ月目、ゆっくりなところで 7 ヶ月目から夜勤に入る。平均値は、5.0 ヶ月目である。新卒者の人数が増えてくるにつれ、夜勤に入る時期はだんだん早まり、新卒者が 100 人以上の施設では 2 ヶ月目（平均 2.4 ヶ月目）から夜勤に入っているようである。

8. 他施設との連携状況

新卒者数別に他施設との連携状況を示したものが表 19、表 20、表 21 である。度数が少ないので断定はできないが、新卒者数が 20～50 人規模の施設においては、他施設の新卒者を研修に受け入れているところがある。また、新卒者数が 0～19 人の施設においては、自施設の新卒者を他施設の研修に出しているところがある。

他施設の新卒者を定員外で受け入れることが可能かどうかについて問う質問に対する回答をまとめたものが表 22 である。「受け入れられる」とする施設は 79 施設、「受け入れられない」とする施設は 334 施設であった。

「受け入れられる」と回答した 79 施設の設置主体を表 23 に示す。各設置主体の回答数を調査票を回収した施設数で除して受け入れ割合を算出した。社会保険関係団体（37.5 %）、国立大学法人（25.0 %）、学校法人（22.2 %）において、

その割合が比較的高かったが、全体で見ると 18.0 %にとどまった。

79 施設の「受け入れ可能人数」を表 2 4 に示す。1 ～ 5 人とする回答が 63.4 %を占めた。「20 人」とする施設が 3 施設、「30 人」とする施設が 1 施設あった。中には、「具体的な研修内容や条件を教えてください」という記述もあった。ここに示す数値は、「定員外」ということ以外全く条件を提示しない場合のものである。受け入れ可能人数の合計は、無記入の 4 施設を除く 75 施設で 433 人となった。「受け入れ可能」とする施設の中には、人手不足なのでとにかく来てほしい、とする回答もあった。仮設基準スコアでは、スコアを算出可能な 58 施設で見ると、1 ～ 5 点の施設が 5 施設含まれている。仮設基準スコア 8 点以上の施設は 38 施設 (65.5 %) であった。

第 2 節と第 3 節の分析の結果から、各施設の新卒者指導体制は、病床規模よりもむしろ、新卒者規模によって決まってくるようである。

第 5 章. 考察

第 1 節. 研修プログラムのパターン化

分析の結果、以下のことがわかった。

- ① 200 床以上の一般病床群においては「新卒者」を中心に採用していた。一方、療養病床群では「看護経験がある者」を中心に採用している病院が多かった。
- ② 療養病床群と精神科病床群においては、新卒者割合は 10 %以下の施設がほとんどであった。一方、一般病床群においては新卒者割合は 0 ～ 25 %と幅が大きい。新卒者数が看護職員全数の 10 %以下の施設の割合は、99 床以下 75.0 %、100 ～ 199 床 81.0 %、200 ～ 299 床 85.7 %、300 ～ 399 床 61.4 %、400 床以上 57.7 %であった。逆に、新卒者割合が 15 %を超える施設は、99 床以下 2.1 %、100 ～ 199 床 6.9 %、200 ～ 299 床 7.1 %、300 ～ 399 床 15.9 %、400 床以上 17.9 %である。
- ③ 夜勤に入る時期について、療養病床群と精神科病床群は 4 ～ 6 ヶ月目と比較的ゆっくり夜勤に入れる施設が多かった。一方、一般病床群では、病床規模や新卒者数・新卒者割合によって夜勤に入る時期は大きく異なっていた。大規模の病院ほど、新卒者割合が高いほど、新卒者数の規模が大きいほど、夜勤に入る時期は早く、2 ヶ月目には夜勤入りしていた。一方、病床規模が小さい施設、新卒者数が少ない施設においては、5 ヶ月目くらいで夜勤入りする傾向にあった。

- ④精神科病床群および小規模の一般病床群においては、侵襲性が高い看護技術を経験できる割合が比較的小さかった。
- また、新卒者数に注目して、一般病床群を対象に分析を行ったところ、以下のことがわかった。
- ⑤新卒者数が「0名」の施設は13施設、「1～4名」は57施設であった。0～4名と回答した施設は70施設(28.7%)と最も多く、次いで5～9名49施設(20.1%)であり、この両方で半数を占めていた。100人以上の新卒者を受け入れている施設は11施設(4.5%)であった。新卒者数の平均値は23.1人(SD32.2)であった。
- ⑥新卒者数が5人以上いる施設はすべて研修プログラムを持っており、侵襲性が高い看護技術11項目中9項目以上について研修を行っていた。仮設基準スコアの平均も8以上であり、新卒者の指導体制を整えていた。
- ⑦新卒者数別に仮設基準スコアをみると、新卒者数が「0～4人」の施設においては仮設基準スコアの平均値は6.9(SD1.89)、うち、8点以上の施設は17施設であった。新卒者数が「5～49人」の病院においては、仮設基準スコアの平均値は8.2～8.3であった。新卒者数が「50～99人」の病院では平均値8.9、「100人以上」の病院では平均値9.1と、新卒者数に応じて仮設基準スコアは上昇していた。

一般病床群各施設の新卒者指導体制は、病床規模よりもむしろ、新卒者規模によって決まってくるようである。新卒者数が多ければそれに応じた対応を考える必要が生じる。分析の結果、新卒者が5名以上いる施設は指導体制を整えており、仮設基準スコアの平均も8以上と、仮設基準を満たしていた。定員内で新卒者教育を行っている現状では、離職者数までしか新卒者を採用(教育)できない。離職者が少ない病院ほど新規に採用した新卒者は少ないということになり、新卒者規模の大小だけで施設の優劣を判定することはできない。

新卒者数が5名以上の施設は100名以上の施設とほぼ同程度の指導体制を組んでいることから考えると、新卒者教育の必要があれば、各病院は新卒者教育体制を整えているといえよう。

第2節. 新卒者の看護能力(一般病床群)

病床規模別に見た新卒者の看護ケア能力ののび(図5)をみると、5群の間に就職時にはさほど差が見られない。しかし99床以下の病院における新卒者の3

ヶ月後、6ヶ月後の評価は、他の4群に比べると有意に高く評価されていた。一方で、新卒者が夜勤に入る時期については、99床以下の病院では4～10ヶ月目に夜勤に入るが、規模が大きくなるとその期間は短くなり、100～299床の病院では3～5ヶ月、400床以上ではほぼ2ヶ月目で夜勤を始めている(図4)。日勤で付きっきりの期間とあわせて考えると、大規模の病院ほど自立を急がされ、比較的規模が小さい病院ではゆっくり時間をかけて育成してもらっているのかもしれない。もしくは、大規模病院は研修プログラムが整っている場合が多いので、新卒者が早く育つのもかもしれない。

いずれにせよ、新卒者が夜勤に入る時期や、新卒者の能力ののびから考えると、病床規模が大きいほど、あるいは新卒者割合が大きいほど新卒者は成長を急がされているようにも見える。新卒者が直面する困難やリアリティショックの中に「できない自分を受け入れられない」「よい看護ができなくてつらい」といったことがあると複数の研究が述べている¹¹⁻¹³⁾。新卒者に早い成長を期待すると、新卒者は自分の看護能力と臨床で求められる看護能力のギャップを一層大きく感じる。看護基礎教育の実習で侵襲的ケアを経験できず、結果的に未習得のまま就職した新卒者^{4,8)}に対し、できない現状を責めることは酷である。特定の研修病院で、定員内で新卒者教育を行おうとすると、研修病院における新卒者割合は一層高くなり、そのことが新卒者の早期成長を強いる結果、新卒者は不適應に陥る可能性が高くなる。看護管理者は新卒者の看護実践能力について、就職時点では「1年後の1割程度」、就職後3ヶ月時点では「1年後の4割程度」と評価している^{8,15)}。また、新卒看護師は、入職後3ヶ月を経ても、十分な技術習得に至っていない⁵⁾。患者の安全性確保の面、新卒者へのプレッシャー、そして新卒者を支える看護職員にかかる過度の負担から考えると、せめて就職後3ヶ月間は定員外の人員として新卒者を扱うことが必要であると考えられる。

第3節. 新卒者研修病院を指定した場合の試算

調査Aで回答くださった各病院の新卒者数を分析したところ、0～4名の施設が全体の28.7%、5～9名の施設が20.1%と、両者を合わせると約半数を占めていた。調査Aの回収率は、小規模の病院ほど低く(11.6%)、病床規模が大きくなるにつれ高くなっていった(48.2%)ことを考慮すると、全国的には新卒者規模が0～9名と小さい病院が48.2%以上あることが推察できる。新卒者研修の均霑化を図る上で、これら過半数の病院の新卒者教育をどうするのか検討が必要であろう。つまり、新卒者を1人でも新規に採用すれば研修体制を整えるよう求め

るのか、それとも比較的規模が大きい病院で一括して研修を担当していただくのか、どちらの方策にするかによって、標準化すべき研修体制は異なってくる。ここでは、新卒者研修病院を仮に設定し、そこで全国の新卒者全員を受け入れることが可能なかどうか、試算を行う。

新卒者を主に受け入れて、教育を行っている病院は一般病床群に多い。また、新卒者が侵襲性が高い看護技術を経験できるのは、200床以上の一般病床群である。そこで、「新卒者研修病院」を「200床以上の一般病床群の病院」と仮定する。

1) 試算1. 調査Aに回答して下さった施設における試算

調査A（東京・神奈川・大阪・兵庫）1,937施設からの回収数は440、うち、新卒者割合が算出できない43施設と、病床数不明の1施設を除いた396施設の調査票をもとに、試算を行った。396施設に平成16年4月に採用された新卒者数は6,567人である。

200床以上の一般病床群の病院は150施設で、看護職員数は52,957人である。この150施設に、396施設分の新卒者研修を定員外でお願いした場合、看護職員数の12.4%（6,567 / 52,957）の新卒者を教育していただくことになる。

2) 試算2. 全国における試算（表25）

全国の病院データの許可病床数内訳をデータ化し、該当する病院数（①）と、その病院の病床数（②）を算出したところ、一般病床群で200床以上の病院は1,439、病床数は592,848であった。これを「新卒者研修病院」と仮定する。全国の「新卒者研修病院」に、定員外で全新卒者を託したら、看護職員の何%に相当するかについて試算を行った（表25）。

病床規模によって回収率が異なること、および、病床規模によって病床数に対する看護職員数（⑥）が異なること、を考慮して、病床規模別に5カテゴリーに層化して分析し、最後に累計する方法で試算を行った。まず、それぞれの病床規模の病院に何人くらいの看護職員がいるのか（⑥）、データがないため回収調査票から算出する。回収調査票の一般病床群の病院数（③）と、そこにある病床数（④）、看護職員数（⑤）を算出し、病床数あたりの看護職員数（⑥）を計算した。これに病床数（②）を乗じると、全国の「新卒者研修病院」に勤める看護職員数が算出できる。「新卒者研修病院」に勤める看護職員数は合計 426,088 人で

ある。

平成 15 年の 1 年間に新たに交付された看護師免許数は 49,712、准看護師免許数は 20,247 である¹⁶⁾。保健師・助産師免許は、看護師免許と重複して取得している可能性があるため、あえてここでは数えないとするなら、看護師・准看護師免許交付数の合計は 69,959 人 であり、これは 426,088 人の 16.4 % に相当する。しかし、看護師・准看護師学校を卒業した者のうち未就業者が約 10,000 人いることから、新卒者研修対象者は実質 6 万人程度、看護職員総数の 14.1 % 程度と見積もることができる。

平成 16 年 3 月に看護基礎教育を卒業して病院・診療所へ就職した数を平成 16 年看護関係統計資料集¹⁶⁾から推計すると、看護系大学を卒業した者のうち、病院・診療所・助産所で働いている者は 5,432 人（看護師 5,094 人、保健師 58 人、助産師 280 人）である。看護師学校（短大、専門学校）の卒業生 34,239 人（うち 2 年課程卒業生は 12,954 人）、准看護師学校卒業生 8,298 人、保健師専門学校卒業生 1,042 人（勤務実態が保健師 161、看護師 847、助産師 34）、助産師養成学校卒業生 1,135 人（勤務実態が助産師 1,061 人、看護師 74 人）、合計 50,146 人 である。これは 426,088 人の 11.8 % に相当する。

つまり、全国の「新卒者研修病院」1,439 に新卒者研修を定員外でお願いした場合、看護職員数の 11.8 ~ 14.1 % の新卒者を教育していただくことになる。

一般病床群とは一般病床が 75 % 以上を占めている病院なので、一般病床と療養病床、あるいは精神科病床が半々の病院は試算対象から外れているし、200 床未満の病院にも、侵襲性が高いケアの経験が可能な施設が存在する。したがって、新人が研修するのにふさわしい施設を「侵襲性が高い看護技術をひとつとおり学ぶことができる施設」とするなら、199 床以下の一般病床群、療養病床群、精神科病床群、および 3 群のいずれにも属さない病院においては個別に状況を調査し、体験不可能な看護技術だけを近隣の病院に研修させてもらう等の対応も考えられる。

第 4 節. 看護基礎教育と新卒者研修の役割分担

「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会報告書」⁷⁾においても課題としてあげられているが、新卒者研修の標準化を論じる際に、看護基礎教育と新卒者教育との役割分担を決定する必要がある。大学における看護基礎教育の到達目標は文部科学省の「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書）」¹⁴⁾に記されているし、臨地実習における経験の程度は厚生労働省の「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」⁹⁾に記されている。これらを考えあわせると、必修を義務化すべき新卒者教育は、患者の安全性確保の観点から侵襲性が高い看護技術の習得に重点を置くべきであろう。具体的には、厚生労働省「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」⁹⁾に示された「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」の看護技術が1人で安全に行えるかどうかの確認と、「水準3；原則として看護師や医師の実施を見学するもの」の看護技術の on the job トレーニングについては必須とすべきである。その他の看護技術については、各看護師が看護基礎教育において、あるいは各自のキャリア開発において身につけるべきであろうし、そうすることは可能であると考える。

第5節. 実現可能な研修プランの提案

現状において、各病院が育成したい看護師像は様々であり、それぞれの病院が病院の使命や理念に基づいて、さまざまな工夫をしながら、自施設が必要とする「よい看護師」を育成している。マズローのいう自己実現レベルの「看護師の質」については、各施設にお任せすべきであろう。新卒者研修で義務化すべきは、マズローのいう安全レベルの「看護師の質」である。患者の安全性に直結する「侵襲性が高い看護ケア技術の習得」については、どの施設においても必ずクリアすべき課題である。日本の看護基礎教育の現状においては、「侵襲性が高い看護ケア技術の習得」は困難である¹⁻⁵⁾。この問題は施設個々の問題にとどまらず、全国的な問題であり、国家的施策が必要とされる課題である。

これまで、新卒者研修の実現に向けて「必要な指導体制」や「課題」を明確にするよう看護課から求められてきたが、具体的な研修プランがない限り、必要な指導体制も課題も論じられない。各種検討会においては、具体的な研修目的・研修プランの提示がないまま、新卒者研修の必要性や到達目標が論じられている。ここで、分析結果から明らかになった事実に基づいて、複数の具体的な研修プランを考案し、提示することによって、新卒者研修の必修化・標準化に向けた議論を前進させたい。

調査 A において「定員外として院外の新卒看護師を受け入れることができますか」の問いに「受け入れられない」と回答したのは 334 施設（75.9%）であった⁸⁾。その 334 施設の自由記載によると、記入があった 38 施設中 25 施設がマン

パワー不足を挙げており、うち 14 施設が「専任の指導者が定員増として配置されるなら可能」としている。研修に伴う人件費（新卒者研修病院の教育担当者、新卒者（研修生））についても試算を試み、行政としてどのような体制を整えれば新卒者研修が実現するのかについても併せて検討する必要がある。

本節では、調査結果の考察に基づき、実現可能な研修体制を考えた。研修目的をどこに置くかによって研修プランは全く変わってくるが、どの施設においても必須のかつ喫緊の課題である「侵襲性が高いケアの習熟」に焦点を当てた研修プランを 3 つ提案する。新卒者数が 9 人以下と少ない病院が過半数を占める現状、一般病床群の 200 床以上の病院においては、侵襲性の高い看護ケアについてなんらかの研修がなされていること、などから考え、研修病院への認定と支援について基本方針を提案する。

しかしどの研修プランにおいても、研修内容やレベルを均一にするために、ミニマムリクワイアメント項目の教材コンテンツ（看護手順や評価項目、自習ビデオなど）の作成は必須である。共通の教材を提供することによって研修の質を確保し、研修の均霑化をはかる。

研修目的：医療安全の確保

前節（第 4 節）で述べたように、研修目的は、看護基礎教育では担えない侵襲性が高い看護技術の習得を目指し、医療安全を確保することとする。

研修内容：

厚生労働省「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」⁶⁾に掲げる、新人が卒後 1 年以内に習得すべき看護技術項目のうち、「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」⁹⁾で水準 1 に分類された項目以外の看護技術を重点的に研修を行う。

①「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」の看護技術が 1 人で安全に行えるよう on the job トレーニングをする

経管栄養法、浣腸、膀胱内留置カテーテルの挿入と管理、排便、導尿、移送、関節可動域訓練、酸素吸入方法、気管内吸引法、体位ドレナージ、創傷処置、包帯法、直腸内与薬、皮下注射、筋肉内注射、皮内注射、静脈内注射、点滴静脈内注射、中心静脈内注射の準備・介助・管理、輸液ポンプの準備と管理、静脈血採血と検体の取り扱い、動脈血採血の準備と検体の取り扱い、血糖値測定と検体の取り扱い、

無菌操作の実施 など

- ②「水準3；原則として看護師や医師の実施を見学するもの」の看護技術が安全に実施できるよう教育・訓練する。

人工呼吸器の管理、輸血の準備、輸血中と輸血後の観察、気道確保、人工呼吸、閉鎖式心臓マッサージ、気管挿管の準備と介助、止血 など

- ③「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」⁶⁾で新人が卒後1年以内に習得すべきとされる看護技術項目のうち、「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」⁹⁾には述べられていない項目

体動・移動に注意が必要な患者への援助、麻薬の管理、洗淨・消毒・滅菌の適切な選択 など

看護技術の実施にあたっては「看護技術を支える要素」⁹⁾もあわせて習得する必要があり、看護過程の展開の中で援助の必要性を的確に判断し、実施する。あたりまえのことであるが、看護技術の実施のために患者が存在するのではないことを徹底し、倫理的に十分な配慮を行う。

研修プラン1：定員外で、侵襲的ケアを中心とした技術研修。（3ヶ月）

研修生が重点的に習熟すべき看護技術を明示し、それを経験可能な病院（新卒者研修病院）に研修を依頼する。卒後3ヶ月目までの新卒者は人員として計算しないので、新卒者研修病院は、3月末退職者の退職時期を6月末にしてもらったり、非常勤職員を3ヶ月間雇用するなどして、患者ケアに必要な看護職員（臨床経験9ヶ月以上）を確保する。新卒者研修病院には新卒者教育を行うための教育担当者を国家予算で配置する。新卒者研修病院を200床以上の一般病床群1,439施設と仮定した場合、1,439人分の人件費（教育担当者を副看護部長・看護師長クラスで考えると、1人500万円/年として72億円/年）が必要となる。

新卒者研修は各新卒看護師に義務づける。新卒者は例年通り就職活動を行い、3月までには就職先を決定する。新卒者研修病院に就職予定の新卒者は、自分の就職先で新卒者研修を受ける。自分の就職先が新卒者研修病院でない場合には、就職先の病院から依頼を受けた研修病院で研修する。ただし、いくら定員外とはいえ、新卒者（研修生）割合が看護職員数に比して著しく高くなると研修の質が落ちるので、研修生が特定の研修病院に集中しないよう配分する必要がある。全国

規模の試算で、新卒者（研修生）が研修病院に均等に割り振られたならば、看護職員の 11.8 ～ 14.1 %相当の新卒者を教育していただくことになるので、研修生配分の目安は、看護職員の 15 %程度までと考えると良いだろう。

新卒看護師の給与には、国家予算を充当する。3 年課程の看護師専門学校卒の看護師の初任給は月 187,300 円（医療職俸給表（三）、2 級 3 号俸¹⁶⁾）、准看護師の初任給は 152,000 円（医療職俸給表（三）、1 級 2 号俸¹⁶⁾）である。3 か月分の初任給は 456,000 ～ 561,900 円であり、研修生の研修期間中の給与を看護師と准看護師で同額にするかどうかは検討を要するが、試算の数値としては「3 ヶ月で 40 万円」を用いる。5 万人～ 6 万人の新卒看護師に、研修期間中 1 人あたり計 40 万円を支給すれば総額 200 ～ 240 億円となり、これは医師の臨床研修の 160 億円とほぼ同規模となる。新卒看護師の身分は研修病院の職員とし、各種保険は研修病院の職員と同等とする。万一医療事故が起こった場合にも、研修病院の職員として対応する。

研修を終えた新卒者は、7 月 1 日付けで、採用病院・診療所に就職する。

研修プラン 2：定員内で、侵襲的ケアを修得する研修。

各施設に就職した新卒看護師は、自施設の支援を得ながら水準 2、水準 3 の看護技術の習得をめざす。自施設で経験できない（OJT できない）看護技術については、研修支援病院で研修させてもらう。新卒者が行う看護実践の質を確保するため、各看護技術については実技テストを行い、合格した場合のみ当該看護技術の実践を認める。

集合教育で教えられる部分は e ラーニングやビデオコンテンツを用いて、各看護師が自習し、集合教育に代える。習得すべき看護技術については、院内外の OJT を義務化し、経験症例数基準以上の経験を課す（例；導尿 10 例、など）。当該項目の集合教育と OJT を行った看護師を対象に、能力評価（実技テスト）を研修支援病院で実施する。ただし、研修支援病院の看護師は、規定の症例数を経験し、自施設の研修担当者の OJT チェックに合格すれば、特に実技テストを受けなくてもよい。

研修支援病院には、新卒者の技術レベルをチェックするための QA (Quality Assurance) 担当看護師を国家予算で配置する。研修支援病院は、新卒者が習熟すべき看護技術を経験できる病院（ある程度の規模が必要で、地理的な不便もなく、効率もある程度考えると 200 床以上の一般病床群が適当か）のうち協力を得られる病院にお願いする。研修支援病院は、中小規模の病院や精神科単科の病院など

の新卒者が OJT できない看護技術を習得するためのサポートを行う。研修支援病院を 200 床以上の一般病床群 1,439 施設と仮定した場合、1,439 人分の人件費（教育担当者 1 人 500 万円/年として 72 億円/年）が必要となる。

この場合、研修は各新卒看護師を採用した病院・診療所等に義務づける。新卒看護師の研修に必要な経費は採用病院・診療所が負担する。新卒看護師の身分は採用病院の職員とするが、他施設での研修中におきた事故等の責任の所在や、それをカバーする保険をどのようにするかは研修支援病院と採用病院・診療所とで話し合っ

研修プラン 3：新卒者の就職先を認定病院に限定、1 年間の研修後、就職。

医師の臨床研修と類似したシステムで研修を行う。ただしこの場合、特に初年度、小規模の病院や特定の地域で看護師不足が深刻化するおそれがあるし、新卒看護師の給与を誰が支払うのか、保険や責任の所在をどうするのか等、慎重に決定する必要がある。

上記のようなプランを現在検討中である。来年度研究では、有効かつ実現可能な研修プランを作成してそれを具体的に提示するとともに、それを実行するにあたり生じてくる課題について明らかにし、新人看護職員研修の推進に寄与したいと考えております。今後とも御協力・御高配を賜りますようお願い申し上げます。

引用文献・報告書

- 1) 平成 10 年度厚生科学研究「看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究－新卒者の卒後臨床研修と臨床実践能力の実態－」、主任研究者：井部俊子。
- 2) 平成 11 年度厚生科学研究「看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究－新卒看護婦・士の臨床実践能力とその成長や変化に影響を及ぼした要因について－」、主任研究者：井部俊子。
- 3) 平成 11 年度厚生科学研究「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」、主任研究者：川村治子。
- 4) 平成 12 年度厚生科学研究「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」、主任研究者：川村治子。
- 5) 日本看護協会（平成 15 年 5 月）：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、委員長：佐藤エキ子。

- 6) 厚生労働省医政局看護課(平成 16 年 3 月)、「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(座長:井部俊子)。
- 7) 厚生労働省医政局看護課(平成 17 年 11 月)、「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会」報告書(座長:山路憲夫)。
- 8) 平成 17 年度厚生労働科学研究「新人看護職員の推進に関する研究」、主任研究者:竹尾恵子。
- 9) 厚生労働省医政局看護課(平成 15 年 3 月)、「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」(座長:竹尾恵子)。
- 10) 日本医療機能評価機構:病院機能評価 書面審査 自己評価調査票(Ver.5.0)。
- 11) 勝原裕美子、ウイリアムソン彰子、尾形真実哉:新人看護師のリアリティ・ショックの実態と類型化の試みー看護学生から看護師への移行プロセスにおける二時点調査からー、日本看護管理学会誌、9(1)、30-37、2005。
- 12) 中尾薫、佐藤和美、後藤多津代:新卒看護師がつらいと感じる内容と望む支援ー就職後 6 ヶ月後、9 ヶ月後、12 ヶ月後の変化の比較ー、日本看護学会論文集(看護教育)、35、42-44、2004。
- 13) 田口正男:定着を阻む古くて新しい看護教育の問題点 高校生の進路指導に携わってきた立場から、看護教育、46(7)、526-531、2005。
- 14) 文部科学省高等教育局医学教育課(平成 14 年 3 月)、「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(座長:平山朝子)。
- 15) 平成 11-12 年度文部科学研究「看護専門能力の育成とマンパワー確保に関する研究」、主任研究者:竹尾恵子。
- 16) 看護問題研究会(監):平成 16 年看護関係統計資料集、日本看護協会出版会、2005。

表1 新卒者割合 (n=440)

新卒者割合 (%台)	施設数	有効パーセント (%)	
0	53	13.4	
1	30	7.6	0%以上-5%未満 施設数 179 (45.1%)
2	34	8.6	
3	31	7.8	
4	31	7.8	
5	30	7.6	5%以上-10%未満 施設数 120 (30.2%)
6	30	7.6	
7	20	5.0	
8	20	5.0	
9	20	5.0	
10	21	5.3	10%以上-15%未満 施設数 65 (16.4%)
11	14	3.5	
12	11	2.8	
13	7	1.8	
14	12	3.0	
15	9	2.3	15%以上 施設数 33 (8.3%)
16	6	1.5	
17	2	.5	
18	4	1.0	
19	3	.8	
20	3	.8	
21	3	.8	
24	1	.3	
25	1	.3	
31	1	.3	
不明	43		
合計	440	100.0	

表2 内科・外科・整形外科のいずれかを標榜している施設数(n=440)

標 榜 科	施設数 (%)
内科・外科・整形外科のいずれかを標榜している	391 (88.9%)
上記3科を標榜していないが、他7科のいずれかを標榜	40 (9.1%)
10科とも標榜していない(または無回答)	9 (2.0%)

注:10科とは内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科である

表2-1 内科・外科・整形外科を標榜していないが、他の7科のいずれかを標榜している施設の標榜科 (n=40)

標 榜 科	施設数
精神科のみ	28
産婦人科のみ	4
耳鼻科のみ	1
眼科のみ	2
小児科のみ	1
精神・皮膚・泌尿器科	1
産婦・小児科	1
精神・小児科	2

表3 一般病床群における病床規模と設置主体の分布 (n=242)

設置主体	病床規模					合 計
	20-99 床	100-199 床	200-299 床	300-399 床	400 床以上	
国					4 (100%)	4 (100%)
独立行政法人					8 (100%)	8 (100%)
国立大学法人	1 (33.3%)				2 (66.7%)	3 (100%)
公的医療機関	4 (6.0%)	11 (16.4%)	9 (13.4%)	16 (23.9%)	27 (40.3%)	67 (100%)
社会保険関係団体		2 (13.3%)	4 (26.7%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	15 (100%)
医療法人	32 (43.2%)	25 (33.8%)	7 (9.5%)	7 (9.5%)	3 (4.1%)	74 (100%)
学校法人	2 (8.7%)	1 (4.3%)		4 (17.4%)	16 (69.6%)	23 (100%)
その他(個人を含む)	9 (18.8%)	14 (29.2%)	7 (14.6%)	9 (18.8%)	9 (18.8%)	48 (100%)
合計	48 (19.8%)	53 (21.9%)	27 (11.2%)	41 (16.9%)	73 (30.2%)	242 (100%)

表4 仮設基準スコアの平均(病床規模・新卒者割合別)

表4-1 一般病床群 (n=174)

病床規模	新卒者割合				合計
	5%未満 平均値 (SD) <n>	5-10%未満 平均値 (SD) <n>	10-15%未満 平均値 (SD) <n>	15%以上 平均値 (SD) <n>	
20- 99 床	6.7 (2.2) <12>	7.6 (1.8) < 5>	7.6 (1.7) < 5>	7.0 < 1>	7.1 (1.9) <23>
100- 199 床	6.6 (1.6) <12>	7.5 (1.9) <17>	7.7 (3.2) < 3>	6.7 (0.6) < 3>	7.1 (1.8) <35>
200- 299 床	8.4 (1.0) < 7>	8.6 (0.8) < 8>	6.0 () < 1>	7.5 (0.7) < 2>	8.2 (1.0) <18>
300- 399 床	8.7 (1.1) <10>	8.5 (1.1) <11>	8.1 (1.1) <10>	9.3 (0.5) < 6>	8.6 (1.0) <37>
400 床以上	8.4 (0.9) <15>	8.2 (1.4) <21>	8.7 (1.2) <15>	8.9 (1.4) <10>	8.6 (1.1) <61>
合計	7.7 (1.7) <56>	8.1 (1.4) <66>	8.2 (1.5) <34>	8.5 (1.4) <20>	8.1 (1.5) <174>

表4-2 療養病床群 (n=8)

病床規模	新卒者割合		
	5%未満 スコア	5-10%未満 スコア	10-15%未満 スコア
20- 99 床	6		
100- 199 床	4, 7, 7	9	
200- 299 床			9
300- 399 床	3		
400 床以上	7		
総合平均	6.5 (SD 2.1)		

表4-3 精神科病床群 (n=17)

病床規模	新卒者割合			
	5%未満 スコア	5-10%未満 スコア	10-15%未満 スコア	15%以上 スコア
20- 99 床	5, 8			
100- 199 床				
200- 299 床	5, 7	7		9
300- 399 床	5, 9	8		
400 床以上	5,6,7,7,8,8,9	9		
総合平均	7.2 (SD 1.5)			

表5 新卒者研修のための研修プログラムがある施設の割合
(病床規模・新卒者割合別)

表5-1 一般病床群 (n=231)

病床規模	新卒者割合				合 計
	5 %未満 割合(ある施設/全施設)	5-10 %未満	10-15 %未満	15 %以上	
20- 99 床	65.0% (13 / 20)	90.0% (9 / 10)	80.0% (8 / 10)	66.7% (2 / 3)	74.4% (32 / 43)
100- 199 床	85.0% (17 / 20)	95.2% (20 / 21)	80.0% (4 / 5)	100.0% (3 / 3)	89.8% (44 / 49)
200- 299 床	100.0% (11 / 11)	100.0% (11 / 11)	100.0% (2 / 2)	100.0% (2 / 2)	100.0% (26 / 26)
300- 399 床	100.0% (12 / 12)	100.0% (12 / 12)	100.0% (10 / 10)	100.0% (7 / 7)	100.0% (41 / 41)
400 床以上	100.0% (18 / 18)	100.0% (24 / 24)	100.0% (17 / 17)	100.0% (13 / 13)	100.0% (72 / 72)
					93.1% (215/231)

表5-2 療養病床群 (n=24)

病床規模	新卒者割合				合 計
	5 %未満 割合(ある施設/全施設)	5-10 %未満	10-15 %未満	15%以上	
20- 99 床	40.0% (4 / 10)	50.0% (1 / 2)			41.7% (5 / 12)
100- 199 床	66.7% (4 / 6)	100.0% (2 / 2)			75.0% (6 / 8)
200- 299 床	.0% (0 / 1)		100.0% (1 / 1)		50.0% (1 / 2)
300- 399 床	.0% (0 / 1)				0.0% (0 / 1)
400 床以上	100.0% (1 / 1)				100.0% (1 / 1)
					54.2% (13/ 24)

表5-3 精神科病床群 (n=26)

病床規模	新卒者割合				合 計
	5 %未満 割合(ある施設/全施設)	5-10 %未満	10-15 %未満	15%以上	
20- 99 床	50.0% (1 / 2)				50.0% (1 / 2)
100- 199 床	100.0% (1 / 1)	.0% (0 / 1)			50.0% (1 / 2)
200- 299 床	60.0% (3 / 5)	100.0% (1 / 1)		100.0%(1 / 1)	71.4% (5 / 7)
300- 399 床	50.0% (2 / 4)	100.0% (1 / 1)			60.0% (3 / 5)
400 床以上	77.8% (7 / 9)	100.0% (1 / 1)			80.0% (8 / 10)
					69.2% (18/ 26)