

[研究報告]

新卒看護師の看護実践能力評価における2年間の変化

齊田菜穂子¹⁾ 阿蘇品スミ子²⁾

【要旨】本研究は新卒看護師が就職後2年間で獲得する看護実践能力について、2005年4月にA病院に就職した新卒看護師と指導者の85組を対象に新卒者の就職後6ヶ月、1年、2年後に調査した。看護実践能力の測定にはP.M.Schwirianらが開発したSix-Dimension Scale of Nursing Performance (以下、6-D)を用いた。6-Dはリーダーシップ5項目、クリティカルケア7項目、教育・協調11項目、計画・評価7項目、対人関係・コミュニケーション12項目、専門職開発9項目の計51項目で、各項目の回答は「よくできる(4)」～「できない(1)」の4段階評定とし、未経験で回答できない場合は「該当なし」とした。調査結果、1)自己・他者評価から、就職後1年より2年では全ての領域でより「できる」方へ変化していた。2)「できない」が1割以上ある項目は、クリティカルケア領域の「社会資源の活用」や教育・協調領域の「死にゆく患者の精神面を支援」であった。3)自己評価と他者評価について、就職後1年ではクリティカルケア以外は自己評価の方が高かったが、就職後2年ではクリティカルケア、教育・協調、計画・評価、専門職開発の4領域で教育・協調以外は他者評価より自己評価のほうが高かった。就職後2年の看護師は意識的に自分の活動を行うようになり、チームメンバーとしての管理能力を高める時期でもあるため、自分に対しより厳しく評価していることが考えられる。また、リーダーシップ項目に関しては、管理能力や熟練した技術が必要であるため、就職後2年の看護師にとっても獲得しにくい領域と考えられた。

これらより、就職後2年目の看護師はA病院の目標にはほぼ達しているといえるが、病院と地域との関連など社会資源に関する知識の提供や死生観を養う研修や事例を通じた研修、管理能力を高める研修を入れるなど新卒看護師の向上心へ働きかける研修プログラムを入れていくことが必要である。

キーワード：看護実践能力、新卒看護師による自己評価、指導者による他者評価、教育評価

【緒言】

急速な高齢化や疾病構造の変化という社会的転換期の影響を受け、看護教育は1990年、1997年とカリキュラムが改正された。しかし、実習時間の大幅減少により、新卒看護師の看護基本技術の習得状況では、“1人でできる”項目が103項目中4項目であった¹⁾。この結果は、これまでの看護基礎教育で学生の臨床実習の看護技術到達度評価がされていなかった²⁾ことへの指摘や、基礎教育のみでは看護技術が習得できない現状があることを示しており、看護師の卒後臨床研修の必修化が提言されている³⁾。

卒後1年目の新卒看護師は臨床看護師の役割を獲得していく臨床能力発展過程の第一段階にあり、2年目は意識的に自分の活動を行うようになる時期である⁴⁾。しかし、2004年の新卒看護師の早期離職実態調査で、新卒看護師の早期離職率が8.8%であり、配属部署の専門的な知識・技術の不

足、基本的な看護技術が身につけていないなど新卒看護師自身は臨床での看護実践能力の低さに悩んでいる⁵⁾。つまり、新卒看護師の1年間だけでなく、その後も引き続き看護実践能力を獲得し、新卒看護師に自信をつけていく教育システムの構築として必要である。

新卒看護師の看護実践能力に関する先行研究には、看護技術やその修得度⁶⁾、アセスメント能力⁷⁾、教育目標到達度調査⁸⁾、リアリティショック⁹⁾、卒業生の実態を明らかにしたもの¹⁰⁾はあるが、看護実践能力の評価を新卒看護師と指導者の両者を対象として就職後1年間を調査した研究は少ない。就職後2年、3年と経時的に調査した研究はない。

筆者の先行研究でA病院に就職した新卒看護師が1年間で獲得する看護実践能力を調査した結果、リーダーシップ、クリティカルケア、教育・協調、計画・評価、対人関係・コミュニケーション、専

¹ 九山口大学大学院医学系研究科保健学系学域看護学専攻 ² 九州看護福祉大学
連絡先 1) 電話・FAX: (0836) 22-2855 E-mail: naho@yamaguchi-u.ac.jp

専門職開発の6領域とも新卒看護師もその指導者も4段階評定の2段階の「なんとかできる」のレベルであると評価した。そして、リーダーシップ、クリティカルケア、教育・協調領域の項目のなかに「できない」と評価した新卒看護師と指導者が2割以上存在し、問題解決思考を養う研修の必要性があることを報告した¹¹⁾。また、新卒看護師と指導者の評価で、新卒者の自己評価より指導者の他者評価のほうが低い領域は、リーダーシップ、教育・協調、対人関係・コミュニケーションの3領域で両者の評価にずれがあることがわかった¹¹⁾。

そこで、本研究は引き続き、新卒看護師が就職後2年までに獲得する看護実践能力について、新卒看護師の自己評価と指導者の他者評価を用いて、新卒看護師が獲得できた看護実践能力の2年間の変化と新卒看護師と指導者の評価のずれの変化を明らかにすることを目的とした。また、結果をもとに、看護実践能力の変化の要因についても考察を加えた。

【方法】

1.対象者

2005年4月にA病院に就職した新卒看護師と指導者(看護師長または教育担当副看護師長)の65組である。指導者は、1~4人と複数の新卒看護師を受け持っていた。そのため、対象となった指導者は合計24人となった。

2.調査方法

新卒看護師には病院での新人教育の就職後6ヶ月、1年、2年の振り返りセミナーの際に質問紙を配布し、指導者には同様の時期の師長会で質問紙を配布した。回答を終えた質問紙を封書に入れ封をし、病棟ごとに設置した回収袋に入れ、配布後3週間目に研究者が病棟に直接出向き回収した。

3.調査内容

調査内容は対象者の背景と今までに受けた研修、看護実践能力の項目で構成した。看護実践能力は、看護師の自己評価と指導者の他者評価の両面から実践能力を評価できるP.M.Schwirianらが開発したSix-Dimension Scale of Nursing Performance(以下、6-D)¹²⁾を用いた。6-Dはリーダーシップ5項目、クリティカルケア7項目、教育・協調11項目、計画・評価7項目、対人関係・コミュニケー

ション12項目、専門職開発9項目の計51項目で構成され、各項目の回答は「よくできる(4)」「できる(3)」「なんとかできる(2)」「できない(1)」の4段階評定とし、未経験で回答できない場合は「該当なし」の項を設けた。

4.調査時期

2005年9月(就職後6ヶ月)と2006年4月(就職後1年)、2007年4月(就職後2年)である。

5.データの解析法

分析方法は、統計ソフトSPSS12.0Jを使用し、各項目を単純集計し、新卒看護師と指導者の比較は対応のあるt検定、経時比較は一元配置分散分析を行った。新卒看護師の教育背景比較は対応のないt検定を行った。なお、平均得点や検定の際、「該当なし」を除いて行った。

6.倫理的配慮

対象病院の看護部に、調査依頼をして承認を得た。その後、対象者に口頭と文書で、研究の趣旨、目的、方法を説明し、匿名性、個人情報守秘性、参加を拒否しても不利益を被らないこと、この調査結果を人事査定など研究以外に使用しないこと、自己評価と他者評価のペア確認や追跡調査のために番号づけが必要なことを説明し了承を得て行った。

【結果】

1.A病院の概要

A病院の看護職員育成体制は下記のとおりであった。新卒看護師には入職時から計画的に研修を行い、知識・技術のステップアップをサポートしていた。新人前期(1年目)、新人後期(2年目)に区分し、レベルに応じた研修を行っていた。看護師1年目では日常生活援助のための基本的知識、技術、態度を身につけ、ベッドサイドで展開されるケアが安全・確実に実践できることを目標とし、研修が組まれていた。研修内容は、安全・安楽に配慮して採血・皮内注射の実施、輸血・麻薬に関する取り扱いや実施上の留意点の理解と実施、静脈注射に関する知識・技術の習得と実施、フィジカルアセスメントの意義を理解と実践、ストレス対処法、褥瘡予防の意義と必要性・技術を習得、変時の自己の役割と理解、一次救命処置(Basic Life Support:BLS)の実施、各種ポン

プの取り扱い等、そして、1年間の振り返りである。2年目は、院内研修、看護実践を通して、看護の知識を深めることを目標とし、看護過程を通してアセスメント能力を高め個別的ケアの実践と看護研究のプロセスの理解と文献検索、2年間の振り返りの研修が組まれている。3年目は、看護師(チームメンバー、受け持ち看護師)の役割と責任を果たすことができる、研究活動に参加し、看護の知識を深めることを目標として、看護研究の実践編、プリセプターの研修が組まれている。また、教育体制はプリセプター制で、就職後6ヶ月、1年、2年に振り返りセミナーを行っていた。

2.対象者の背景(表1)

有効回答は就職後6ヶ月(以下、6ヶ月後)、就職後1年(以下1年後)、2年(以下2年後)の調査すべてに回答が得られたのは53組(81.5%)であった。回答が得られなかった12組は、退職者10名と産休2名であったため、調査対象外とし、分析対象から除いた。分析対象外となった新卒看護師のみを受け持っていた指導者は3名であった。新卒看護師の教育背景は専門学校卒者が48名(90.6%)、短大卒5名(9.4%)であった。指導者では上記の対象外となった3名を除く21名全員が専門学校卒であった。指導者の役職は師長が14名(66.7%)、主任(教育担当)が7名(33.3%)であった。

表1 対象者の背景

項目	新卒看護師 n = 53		指導者 n = 21		
	人数	%	人数	%	
性別	男性	0	0.0	0	0
	女性	53	100.0	21	100
平均年齢	(M±SD) 歳	23.5±0.7		43.4±5.8	
年齢階層	20~30歳	53	100.0	1	4.8
	30~40歳	0	0	1	4.8
	40~50歳	0	0	18	85.7
	50~60歳	0	0	1	4.8
教育背景	専門学校	48	90.6	21	100.0
	短期大学	5	9.4	0	0
看護師歴(年)	~10	53	100	1	4.8
	10~20	0	0	3	14.2
	20~30	0	0	16	76.2
	30~40	0	0	1	4.8
部署	外科系	26	49.1	9	42.9
	内科系	14	26.4	7	33.3
	小児	5	9.4	2	9.5
	手術室	8	15.1	3	14.3
指導者の役職	師長	—	—	14	66.7
	副師長(教育)	—	—	7	33.3

3.看護実践能力の自己評価の推移(図1、表2、3)

看護実践能力の自己評価の4段階評定の分布で、各項目とも最も多かった選択肢(レベル)は、6ヶ月後では「なんとかできる」(43.2%)であった。そして、1年後は「よくできる」(3.8%)、「できる」(43.3%)、2年後は「よくできる」(11.1%)、「できる」(49.4%)と、経過とともにできる方向へ変化していた($p < 0.001$)。看護実践能力の領域別では、どの領域も6ヶ月後、1年後に比べ2年後の方が有意にできる方向へ変化していた($p < 0.001$)。2年後新卒看護師による自己評価平均得点は、対人関係・コミュニケーションが3.01点と「できる」レベルの評価であった。領域別で自己評価得点の高い順は、対人関係・コミュニケーション、専門職開発、計画・評価、リーダーシップ、クリティカルケア、教育・協調であった。

看護実践能力で1年後に「できない」が10%以上みられた項目は、リーダーシップの【あなたが看護計画を立てるとき、チームメンバーを指導しながら行う】(24.5%)、クリティカルケアの【死にゆく患者の家族の精神面を支援する】(13.2%)、【緊急時・急変時に適切な処置を行う】(26.4%)、【死にゆく患者の精神的ニーズを把握し満たす】(13.2%)、【緊急時、冷静に能力を發揮し行動する】(37.7%)、教育協調の【患者及び家族の看護計画を立てる時、社会資源を把握し活用する】(24.5%)、【患者教育のための新しい教材や方法を考察する】(13.2%)、【他職種の人材を活用する】(16.9%)、【人材や教材を活用して、患者および家族の教育にあたる】(15.1%)、【患者と家族の看護計画を立てるとき、施設内の資源(人材、物品など)を把握し活用する】(11.3%)、対人関係の【患者教育は、必要を感じた時、機会を逃さず行う】(11.3%)の11項目であった。

2年後も「できない」が10%以上みられた項目は、教育・協調の【患者及び家族の看護計画を立てる時、社会資源を把握し活用する】(15.1%)と、クリティカルケアの【死にゆく患者の精神的ニーズを把握し満たす】(11.3%)の2項目であった。この2項目で「できない」の回答をした部署は、外科系病棟26名中5名と小児病棟5名中1名で新卒看護師の20%が回答していた。そして、2年目でも「できない」「何とかできる」レベルである不

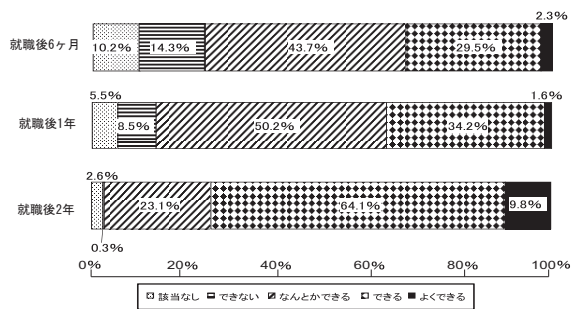


図2 指導者による新卒看護師の看護実践能力の評価

表4 新卒者の教育背景別指導者による看護実践能力の他者評価

		短大卒 (n=5) 点 (M±SD)	専門学校卒 (n=48) 点 (M±SD)	df	t値	有意水準
就職後6ヶ月	リーダーシップ	1.52±0.35	1.84±0.67	51	-1.04	
	クリティカルケア	2.08±0.72	2.13±0.52	51	-0.19	
	教育・協調	1.84±0.64	1.87±0.46	51	-0.14	
	計画・評価	1.97±0.47	2.13±0.39	51	-0.85	
	対人関係・コミュニケーション	2.52±0.82	2.55±0.41	51	-0.18	
就職後1年	リーダーシップ	2.68±0.39	2.51±0.47	51	-0.81	
	クリティカルケア	2.08±0.64	1.99±0.43	51	0.39	
	教育・協調	2.12±0.29	2.14±0.37	51	-0.14	
	計画・評価	2.09±0.47	2.04±0.38	51	0.22	
	対人関係・コミュニケーション	2.25±0.56	2.32±0.39	51	-0.32	
就職後2年	リーダーシップ	2.68±0.43	2.54±0.39	51	0.76	
	クリティカルケア	2.80±0.54	2.49±0.46	51	1.39	
	教育・協調	2.76±0.65	2.71±0.58	51	0.17	
	計画・評価	2.82±0.52	2.75±0.42	51	0.37	
	対人関係・コミュニケーション	2.83±0.55	2.69±0.47	51	0.64	
専門職開発	3.02±0.71	2.87±0.44	51	0.71		
専門職開発	3.10±0.45	2.99±0.36	51	0.61		
専門職開発	2.68±0.39	2.48±0.45	51	0.95		

5. 看護実践能力の自己評価と他者評価の比較

自己評価と他者評価の差をみると、1年後ではリーダーシップ、教育・協調、対人関係・コミュニケーションの3領域で自己評価の方が高かったが、2年後では教育・協調で自己評価が他者評価より高く、クリティカルケア、計画・評価、専門職開発の3領域では他者評価が自己評価より高く評価していた。また、1年後と2年後で自己評価と他者評価が逆転する領域は、リーダーシップ、計画評価、専門職開発でいずれも他者評価が自己評価より高くなっていった(表5)。リーダーシップの領域では「リーダーの時、チームメンバーや看護助手が行ったケアに対する責任をとる」「リーダーの時、チームメンバーや看護助手の意見を聞き必要ときに活用する」、計画・評価の領域では「患者のための看護計画を考案する」、専門職開発の領域では「自分の行為に責任を持つ」「実践を高い水準に保つ努力をする」の5項目は明らかに他者評価が自己評価より高くなっていった。

2年後の自己評価と他者評価で、半分以上一致している組を一致が高い群とし、それ未満を低い群とした(表6)。一致の低い群で新卒看護師より指導者の方が高く評価している組は、リーダーシ

ップ29組中18組、クリティカルケア33組中26組、教育・協調30組中19組、計画・評価29組中21組、対人関係・コミュニケーション25組中9組、専門職開発22組中16組であった。一致の低い群の方が高い項目は、リーダーシップの「看護計画を立てるとき、チームメンバーを指導しながら行う」「リーダーの時、チームメンバーや看護助手が行ったケアに対する責任をとる」、クリティカルケアの「緊急時・急変時に適切な処置を行う」、計画・評価の「看護計画は治療計画として調整してたてる」、対人関係・コミュニケーション「患者が他の人とコミュニケーションがとれるように援助する」、専門職開発の「自己信頼性がある」「看護業務の法的規制に関する知識を持って行動する」だった。

表5 看護実践能力領域別自己評価と他者評価の比較

		自己評価 点 (M±SD)	他者評価 点 (M±SD)	t値	有意水準
就職後6ヶ月	リーダーシップ	2.10±0.69	2.14±0.63	-0.11	
	クリティカルケア	2.04±0.46	2.12±0.57	-0.93	
	教育・協調	1.99±0.38	1.15±0.36	11.42	***
	計画・評価	2.33±0.29	2.12±0.39	3.28	**
	対人関係・コミュニケーション	2.69±0.40	2.55±0.42	1.78	
就職後1年	リーダーシップ	2.48±0.37	2.53±0.47	-0.59	
	クリティカルケア	2.34±0.48	2.12±0.40	2.59	*
	教育・協調	2.11±0.49	2.12±0.40	-0.17	
	計画・評価	2.21±0.40	1.27±0.31	13.58	***
	対人関係・コミュニケーション	2.44±0.40	2.31±0.41	1.89	
就職後2年	リーダーシップ	2.74±0.34	2.54±0.39	3.11	**
	クリティカルケア	2.62±0.39	2.52±0.47	1.24	
	教育・協調	2.59±0.44	2.73±0.56	-1.53	
	計画・評価	2.44±0.46	2.76±0.43	-3.89	***
	対人関係・コミュニケーション	2.22±0.45	1.63±0.39	6.94	***
専門職開発	3.01±0.42	3.00±0.37	0.05		
専門職開発	2.72±0.38	2.89±0.35	-2.58	*	

df 52 * : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

表6 領域別就職2年後の自己評価と他者評価が一致した項目数

領域 (項目数)	一致した項目数											高い群 (半分一致)	低い群 (半分未一致)			
	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2			1	0	
リーダーシップ (5)									2	10	12	14	9	6	24	29
クリティカルケア (7)									1	0	10	9	17	7	6	30
教育・協調 (11)			1	2	3	5	7	5	10	5	7	4	1	3	23	30
計画・評価 (7)									2	6	9	7	8	7	8	24
対人関係・コミュニケーション (12)		2	0	1	4	7	5	9	11	3	6	3	1	1	28	25
専門職開発 (9)									5	2	3	10	11	8	2	31

【考察】

A病院の新卒看護師による看護実践能力の自己評価の各質問項目で最も多かった選択肢は、6ヶ月後と1年後の結果については前論文¹³⁾ 14) 同様の結果が得られていた。A病院の2年目の看護師の目標は、院内研修、看護実践を通して、看護の知識を深め、アセスメント能力、看護研究のプロセスを理解することである。2年後では、どの領域も1年後に比べ「できる」方向へ変化したことから、実践がより安全・確実にできるようになってきたと考えられる。このことは、アセスメント能力を高めることができたことを意味する。特

に、リーダーシップ、クリティカルケア、計画・評価、対人関係・コミュニケーションの領域は他の領域に比べ評価得点が上がっているのは、A病院が看護過程を通してアセスメント能力を高めるプログラムを実施したことと、2年目にリーダー業務が入りリーダーシップをとる場面が多くなってきたことが要因と考えられる。また、看護研究のプロセスを理解するという目標に関しては、看護研究は自分自身が興味・関心を抱く分野の看護あるいは日常のケアをより高めていくための一つの方法であり、今回の調査において専門職開発の領域も高くなっていることから、今後の研究活動につながっていくものと考えられた。

また、教育・協調の【患者及び家族の看護計画を立てる時、社会資源を把握し活用する】は、外科系病棟と小児病棟に所属する新卒看護師の2割が自己評価で「できない」と回答していた。社会資源の活用に関しては病院内で退院時に患者教育を行っていると思われるが、2年という期間に社会資源の活用の機会が少なかった可能性が考えられる。また、この領域は、2年後でも不十分な項目が存在する領域で上記以外に、患者及び家族への教育に関する項目が低かったことから、就職後2年という時期は、自分がその病棟の特徴を知り、患者および家族への教育というところまでと十分到達できていないと考えられる。

クリティカルケアの【死にゆく患者の精神的ニーズを把握し満たす】は、「できない」「該当なし」と回答した人が外科系病棟や小児病棟で3割いたことから、その機会が少なかったことが考えられる。死にゆく患者および家族の精神的ニーズを満たすには熟練した技術を必要とするため、卒後2年目の看護師にとっては看護実践能力を獲得しにくい項目であるといえる。これらに対し、病院と地域との関連など社会資源に関する知識の提供や死生観を養う研修、管理能力を高める研修を入れるなど新卒看護師の向上心へ働きかける目的の研修プログラムを入れていくことが必要である。

就職後2年の看護師は看護実践能力の「対人関係・コミュニケーション」は「できる」と評価し、他の領域においても「なんとかできる」から「できる」のレベルに近づいており、これらは、

先行研究¹²⁾と同様の結果であった。そして、クリティカルケアの項目で【死にゆく患者の精神的ニーズを把握し満たす】の評価が低かった。これらから就職後2年の看護師は一般的なコミュニケーションはできるが、死に逝く人という特殊な場面におけるコミュニケーションが十分でないことがわかる。死に逝く人等特殊な場面ではより専門的なコミュニケーションをとらなければ対応できないということを、この1年間に必要性を感じたことは、新卒看護師の成長である。この死に逝く人などへの支援に対して教育研修が行われていないことから、今後、事例あるいは模擬患者を用いた教育研修が必要であると考えられる。

以上から、研修システムとしてはそれなりの効果が得られているが、社会資源に関する研修、死生観を養う研修、責任・倫理を含めた管理能力を高める研修など教育・協調領域に関する部分においてはまだ改善の余地があると思われる。

次に、教育背景別による自己評価と他者評価では就職後1年の対人関係・コミュニケーションの評価得点が前回の報告と逆転している¹¹⁾が、すべての時期に専門学校卒と短期大学卒の差がみられなかった。短期大学と専門学校は、両者とも3年課程であり、職業または实际生活に必要な能力の育成を目的としていることは同じである。短期大学にはこの内容に深く専門の学芸を教授研究することが目的に付加されている¹⁵⁾が、A病院では就職後3年から研究活動が入ることから、就職後2年の時点では看護実践能力に差がみられなかったと考えられる。

看護実践能力の領域別では、1年後と2年後で自己評価と他者評価が逆転し、リーダーシップの2項目、計画評価の1項目、専門職開発の2項目はいずれも他者評価の方が高かった。

ベナー¹⁶⁾は、新人は業務手順が実際の行動基準になっており、2～3年経験した看護師は意識的に自分の活動を行うが、中堅クラスの看護師のように患者に対し臨機応変な対応が十分でない述べている。今回の対象者は、1年後では新しい技術を学習し、実践することで、「できる」ことを自覚し2年後も同様に得点が上がっている。これは他者評価からみて指導者も認めている。しかし、2年後は他者からみるとケアは十分行えている

が、新卒看護師は自分の活動の速さや臨機応変に対応する様に満足できず、もっといいケアを提供したいという思いから他者評価の伸びに比べ評価が低くなっていたと考えられる。また、2～3年経験した看護師は、看護の場面でリーダーシップをとり偶発的な出来事に対処する¹⁷⁾と述べているように、就職後2年の看護師は意識的に自分の活動を行うようになり、チームメンバーとしての管理能力を高める時期でもあるため、自分に対しより厳しく評価していることと考えられる。そして、より高いレベルを求めるがゆえに自己評価が厳しくなっている新卒看護師に対し、この1年目から2年目のこの1年間の成長に対し自信を持たせ、さらなる成長に結びつけることが大事である。新卒看護師がより発展できるための方法の一つとして、指導者からのアドバイスやより高度な技術を持つ看護師になるための教育システム作りが必要であると考えられる。A病院の振り返りセミナーでは、自己の問題と次年度に向けての課題の明確化を目的としている。振り返りの場で、どのようなフィードバックが行われているか詳細はわからないが、新卒看護師へのアドバイスはもちろん、指導者からのアドバイス方法など指導者側への教育も必要になる可能性も考えられる。

また、看護実践能力の自己評価と他者評価の一致が低く、自己評価が他者評価より低かった項目は、リーダーシップの2項目、クリティカルケアの1項目、計画・評価の1項目、対人関係・コミュニケーションの1項目、専門職開発の2項目であった。これらは、コーディネート(調整)力や責任、そして倫理的側面に対する高度なスキルが必要な内容である。A病院は、就職後5年以降の看護師にリーダー研修を位置づけている。指導者側は、就職後2年ではこのくらいできていれば十分だと判断し、新卒看護師よりも高い評価をしていると考えられる。それに対して新卒看護師は、評価得点は1年目より低くはなっていないので着実に看護実践能力を高めているが、現状に満足できずより専門的なスキルアップを求め、自らを低く評価したと考えられる。その結果、指導者の評価のほうが高く評価し、ずれが1年目のずれの方向と違い、新卒看護師のより高い看護実践能力を身に着けたいというポジティブな思いがよい意味で

のずれを生じたと考える。

【結語】

- 1) 自己・他者評価から、新卒看護師が就職後2年で獲得する看護実践能力はリーダーシップ、クリティカルケア、教育・協調、計画・評価、対人関係・コミュニケーション、専門職開発の全ての領域で「できる」のレベルに近い評価であった。A病院の2年目の看護師の目標である看護の知識を深め、アセスメント能力、看護研究のプロセスを理解することは、ほぼ到達しているといえる。
- 2) 新卒看護師の看護実践能力の評価は、就職後1年に比べ2年では全ての領域でよりできる方へ変化していた。リーダーシップ、クリティカルケア、計画・評価、対人関係・コミュニケーションの領域は他の領域に比べ評価得点の差があり、2年間の患者および家族、医療スタッフとのコミュニケーションやアセスメント能力を高めるプログラムの実施、リーダーシップをとる場面の増加が要因と考えられる。コミュニケーションは唯一「できる」レベルの評価であるが、死に逝く人等専門的なコミュニケーションが不十分で、教育プログラムにないため、今後事例あるいは模擬患者を用いた教育研修が必要である。
- 3) 新卒看護師が就職後2年で、クリティカルケア領域の「死にゆく患者の精神面を支援する」と教育・協調領域の「社会資源の活用」、そしてリーダーシップの項目は、チームメンバーとしての管理能力を必要とする能力であるため、就職後2年の看護師にとって難しく、看護実践能力を獲得しにくい領域であることが明らかになった。
- 4) 新卒看護師が就職後2年で、教育・協調で自己評価が他者評価より高く、クリティカルケア、計画・評価、専門職開発の3領域では他者評価が自己評価より高く評価していた。また、自己評価と他者評価の一致が低い群は、教育・協調以外の5領域で一致しない項目がみられた。
- 5) 短大卒と専門学校卒という教育背景の違いによる就職後2年の看護実践能力の獲得の差はみられなかった。

【謝辞】

本研究を進めるにあたり、質問紙調査に協力していただいたA病院に深く感謝いたします。

【文献】

- 1) 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、日本看護協会、2002.
- 2) 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書、厚生労働省、2007.
- 3) 國井治子.「卒後臨床研修」必修化に向けた検討.インターナショナルナーシングレビュー. 2002; 25(2):73-75.
- 4) Patricia Benner.ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー.井部俊子他訳.東京:医学書院; 1992.p16-18.
- 5) 社団法人日本看護協会中央ナースセンター事業部. 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書(2),社団法人日本看護協会.2006.3.
- 6) 西田朋子.看護系大学卒業直後の新卒看護師が行う看護実践 臨床判断および医療チームでの看護実践に焦点をあてて.日本看護学教育学会誌.2006 ; 16(2) : 1-12.
- 7) 上西洋子, 白田久美子.卒後1年目と3年目以上の経験ナースとのアセスメント能力の差異と指導上の課題.日本看護学会誌(26) 看護総合.1995 ; 95-97.
- 8) 平井純子、倉田とし子、小野敏子他.卒業後1年目看護婦の8)教育目標に対する到達状況.第26回日本看護学会集録(看護総合).1995;92-94.
- 9) 平賀愛美、布施淳子.新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックに関する認識の相違.日本看護研究学会雑誌. 2007;30(1):109-1181.
- 10) 田川則子.新カリキュラム卒業生の実態と課題.看護管理.1994;4(1):4-10.
- 11) 齊田菜穂子、阿蘇品スミ子.新卒看護師が就職後1年間で獲得した看護実践能力.九州看護福祉大学紀要.2007 ; 10(1) : 13-20.
- 12) Patricia M. Schwirian. Toward an Explanatory Model of Nursing Performance. Nursing research. 1981; 30(4):247-253.
- 13) 齊田菜穂子、阿蘇品スミ子.新卒看護師が就職後1年間で獲得した看護実践能力—自己評価と他者評価の比較-.九州看護福祉大学紀要.2010 ; 10(1) : p13-19
- 14) 齊田菜穂子、阿蘇品スミ子、波多野弘道、他.看護婦の臨床能力に関する検討(第2報)-卒後1~2年目の看護婦の変化-.日本看護研究学会雑誌. 1997; 20(3):233.
- 15) 専修学校とは.文部科学省ホームページ
http://www.mext.go.jp/a_menu/shougai/senshuu/12807_27.htm
- 16) 4) 同掲載書p10-27
- 17) 4) 同掲載書p18-19

[Study Report]

Practical nursing skills that novice nurses acquire during the first two years of employment: comparison of self appraisal and trainer appraisal

Nahoko Saita ^{1*}, Sumiko Asoshina ²

【Abstract】

The present study investigated practical nursing skills that novice nurses acquire during the first two years of employment by investigating 85 pairs of a trainer and a novice nurse who began working at hospital A from April 2005 at 6, 12 and 24 months after starting work. Practical nursing skills were assessed using the Six-Dimension Scale of Nursing Performance (6-D) developed by Schwirian and colleagues.

Results: 1) Practical nursing skills that were acquired during the first two years of employment were assessed by the novice nurses and trainers as being at the level of "barely capable", which was close to "capable".

2) During the first two years of employment, the ratio of "incapable" by self appraisal was $\geq 10\%$ for "Use social resources" (critical care subscale) and "Give emotional support to dying patients"(teaching/collaboration subscale), and items reported as "not applicable" by self appraisal and trainer appraisal existed in the leadership subscale. Since these items require management skills and expertise, they are more difficult for nurses to acquire during the first two years of employment.

3) With regard to the differences between self appraisal and trainer appraisal, after one year of work, self appraisal was higher than trainer appraisal for subscales other than "critical care", but after two years of work, self appraisal was lower for subscales other than "critical care", "teaching/collaboration", "planning/evaluation", "professional development activities". The reason for this was that nurses in their second year of work began to act more consciously and strived to gain better management skills as team members, and thus became more critical of themselves.

Therefore, during the first two years of employment, it is important to provide training to novice nurses to acquire knowledge about social resources, an understanding of views regarding life and death, and management skills.

Key words : *nursing performances, self-evaluations of newly-graduated nurses, newly-graduated nurses' evaluation from their head nurses and supervisors , educational evaluation*

* Corresponding author. Fax: +81-836-22-2855, E-mail: naho@yamaguchi-u.ac.jp

¹Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University School of Medicine ²Kyusyu University of Nursing and Social Welfare