

看護基礎教育における教育内容に関する 看護教員の認識と影響要因

The awareness of nursing teachers about the education contents in nursing basic
education and influence factors

越膳 杏子*¹

Kyoko Echizen

キーワード：看護基礎教育、教育内容、看護教員、認識、影響要因

Key words : nursing basic education, education contents, nursing teachers, awareness, influence factors

要旨

【目的】 看護基礎教育の教育内容に関する看護教員の必要性の認識の実態と認識に影響を及ぼす要因を明らかにする

【方法】 北海道・東北地方の大学系看護基礎教育機関24校と3年課程看護師養成所66校の看護教員（地域看護領域および在宅看護領域を除く）1132名を調査対象とし、研究者が作成した看護基礎教育の141の教育項目に関する必要性の認識を自記式質問紙調査法で測定し、二項ロジスティック回帰分析法を用いてオッズ比を計算した。

【結果】 看護教員は健康レベルの低い対象への看護展開、問題解決過程や看護過程、医療安全管理に関する教育内容について必要性を高く認識していた。認識の影響要因は、年齢、学位取得、看護職実務経験年数、教員経験年数、看護専門教育歴であった。

【結論】 看護職実務経験年数の短さは教育内容の必要性の認識を消極的にする影響要因である傾向が強く、看護教員の看護職としてのキャリア発達の関係による影響が示唆された。また、看護専門教育歴の高さが必ずしも積極的な認識を及ぼす影響要因とは限らなかった。

Abstract

Objective: To clarify reality of recognition of necessity by nursing teacher regarding contents of basic nursing education.

Methods: For 1,132 nursing teachers (excluding regional nursing area and home nursing area) of basic nursing education institutions of 24 universities and 66 three-year nursing schools in district A, the survey was conducted by measuring degree of recognition of necessity regarding 141 contents of basic nursing education prepared by researchers using self-administered questionnaire survey method as well as calculating odds ratio using binary logistic regression analysis.

Results: Nursing teachers have realized high necessity in contents of education for subjects with lower health level regarding nursing practice, problem resolution and nursing processes and medical safety management. Influence factors for such recognition included age, received degree, years of experience in nursing work and as a teacher, and history of nursing specialized education.

Conclusion: In consideration of strong tendency of shorter years of experience in practice as a nurse that may result in an influence factor to make necessity of education contents recognition negative, it has been suggested that career progression of nursing teachers as a nurse may have relationship with the influence. In addition, history of higher nursing specialized education was not necessarily an influence factor for positive recognition.

*1 札幌保健医療大学 Sapporo University of Health Sciences

1. 緒言

超高齢化社会の到来や医療の高度化によって保健医療福祉制度は変化し、看護実践の場は多岐に亘っており、看護職の質の向上や専門性の確立が求められている。このため、看護職としてのスタートラインに立つまでの看護基礎教育の役割は非常に大きい。

大学、短期大学、養成所などの看護基礎教育機関は、学校教育法、保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」とする）と保健師助産師看護師学校養成所指定規則（以下、「指定規則」とする）による制約を受けている。大学系の看護基礎教育機関は学士課程の在り方を基盤とした看護教育を実践し、養成所の場合は、保助看法や指定規則に加えて、指定規則の運営に関する指導要綱と手引きによる規定を満たすことが必要である。このように、各々の看護基礎教育機関は、法律や規則による制約を受けつつ、独自のカリキュラムを編成している。

看護教育の質の保証に関わる看護教育のあり方に関して、厚生労働省は「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」と免許取得前の教育の考え方¹⁾を示している。一方、文部科学省は「看護学基礎カリキュラム」が目指す教育を具体的に示したものと「学士課程版看護実践能力と到達目標」²⁾を示している。各々の看護基礎教育機関は、看護実践能力の育成を目指し、「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」¹⁾や「学士課程版看護実践能力と到達目標」²⁾を参考に教育内容を精選し、教授する試みが続けられている。しかし、双方の到達目標を比較すると、看護の対象の範囲に対する捉え方やその実践能力に関する内容、アセスメント能力に必要な情報収集過程や思考過程に関する内容、社会資源の活用に関する内容、ケア環境やチーム体制整備における連携協働の範囲と看護の役割に対する捉え方に違いが見られる。看護基礎教育機関の種別によって主たる教育目的が異なっている

看護職養成といった目的は共通しており、基盤となる教育内容の水準の保証は看護職養成機関の共通の課題であると考えられる。

看護基礎教育における教育内容の精選には、看護教員個々の認識が深く係わると考えられるが、教育内容全体に関する看護教員の認識の実態を示す研究はない。看護系大学の看護実践能力育成における評価視点は、「学生」、「教員」、「大学組織」、「教育・社会環境」であり、「教員」の要素には看護実践能力が挙げられている³⁾。また、看護教員の看護実践能力に関する認識は、「看護経験年数」、「教員経験年数」、「自身の臨床経験と実習担当領域の一致性」に比例して高く⁴⁾、看護教員の看護専門教育歴は看護専門職者としての教育ニードに影響している⁵⁾。これらのことから、看護教員が所属する教育機関の種別、看護実践者としての特性、教育実践者としての特性は、教育内容に対する認識に影響しており、看護教育の質を規定する要因であると考えられる。したがって、看護基礎教育における教育内容に関する必要性の認識に及ぼす影響要因を明らかにすることは、看護教員の課題の検討や看護教育の質の向上に寄与できると考える。

そこで、本研究では、看護基礎教育の教育内容に関する看護教員の必要性の認識の実態と認識に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

量的記述的研究デザイン

2. 調査対象

北海道・東北地方の大学系看護基礎教育機関24校と3年課程看護師養成所（以下、専修学校とする）66校の看護教員（地域看護領域および在宅看護領域を除く）1132名を調査対象とした。在宅看護領域の看護教員は公衆衛生看護を専門とする看護教員が担う場合があ

るため対象としなかった。研究対象1132名のうち有効回答233名(有効回答率20.6%)を分析対象とした。

3. 調査方法

1) 調査内容

(1) 個人特性

年齢、看護専門教育歴、学士以上の学位取得の有無、所属教育機関の種別、教員経験年数、看護経験年数とした。

(2) 看護基礎教育の教育内容(項目)と認識の評価尺度

看護基礎教育の教育内容は、「学士課程版看護実践能力と到達目標」²⁾と、「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」¹⁾を参考とした。双方で重複している内容を整理し、I~V群の5つの実践能力と、各々の実践能力に含まれる20の基本能力、その能力を育成するための141の教育項目を作成し、本研究における看護基礎教育の教育内容(以下、「教育内容」とする)とした。以下にその内容を示す。

I群の「ヒューマンケアの実践能力」に関する教育内容は、「A:尊厳と権利の擁護」、「B:説明と同意」、「C:援助関係形成」の3つの能力と12の教育項目とした。

II群「根拠に基づく計画的実践能力」に関する教育内容は、「D:根拠に基づく看護」、「E:計画的な看護実践」、「F:成長発達に応じた健康レベルの査定」、「G:個人と家族の生活査定」、「H:地域特性と健康課題の査定」、「I:看護援助技術」の6つの能力と39の教育項目とした。

III群「特定の健康課題に対する実践能力」に関する教育内容は、「J:健康の保持増進と疾病予防」、「K:急激な健康破綻と回復過程にある人々への援助」、「L:慢性的な健康課題を抱える人々への援助」、「M:終末期にある人々への援助」の4つの能力と36の教育項目とした。

IV群「ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」に関する教育内容は、「N:保健医

療福祉における看護活動と質の改善」、「O:地域ケア構築と看護機能の充実」、「P:安全なケア環境の提供」、「Q:保健医療福祉における協働と連携」、「R:社会の動向と看護の創造」の5つの能力と40の教育項目とした。

V群「研鑽する基本能力」に関する教育内容は、「S:継続的な専門的能力の向上」、「T:専門職者としての価値と専門性の発展」の2つの能力と14の教育項目とした。

教育項目に関する看護教員の認識尺度は、「非常に必要」、「かなり必要」、「まあまあ必要」、「どちらかといえば必要」、「あまり必要ない」、「ほとんど必要ない」、「まったく必要ない」の7段階の尺度で回答を求めた。

2) データ収集方法

無記名自記式質問紙を用いた郵送法で実施した。

看護基礎教育機関の責任者宛に調査協力の依頼文書、教員宛の依頼文書、無記名自記式質問紙と返信用封筒(必要枚数)を同封して各校に教員への配付を依頼した。データ収集期間は2012年5月~7月とした。

4. 分析方法

1) 個人特性のデータを単純集計し、全数及び教育機関別の度数分布と百分率を求めた。

2) 141の教育項目に関する認識は、「非常に必要」から「まったく必要ない」の7段階の尺度による回答数とその割合を確認した。その後、認識に対する影響要因を明らかにするために、「非常に必要~かなり必要」を[積極的必要]、「まあまあ必要~まったく必要ない」を[消極的必要]として2項に分け、度数分布と百分率を求めた。また、分析対象全体の認識の傾向を確認するために141の教育項目について、[積極的必要]の回答数の総和が全回答数に占める割合を求めた。なお、20の基本能力と141の教育項目について、Cronbachの α 係数よりの測定尺度の内的整合性を検証した。

3) 141の教育項目を目的変数、個人特性を説明変数として、二項ロジスティック回帰分析の

変数減少法（尤度比）にて変数選択を行い、95%信頼区間による有意差とオッズ比を計算した。オッズ比の計算にあたり、看護教員の認識は所属する教育機関の教育目的による影響を受けていることが考えられるため、「大学系教育機関（以下、大学とする）」と「専修学校」の2群に分けた。説明変数は、年齢、看護専門教育歴、学位取得の有無、看護経験年数、教員経験年数とし、看護専門教育歴は「短大・大学」と「専修学校」の2群間、学位取得の状況では、「学位取得無」と「学位取得有」の2群とした。なお、説明変数の決定においては多重共線性に考慮し、Spearmanの順位相関係数で相関関係を確認した結果、年齢と教員経験年数に相関が認められたが、弱いものであったため調整変数として同時に投入した。解析は統計ソフトSPSS 20.0J for Windowsを使用した。

（承認番号1071）。

倫理審査会の承認を受けた後、調査対象者が所属する看護教育機関の責任者に対して、①研究の主旨、②調査協力の依頼における倫理的配慮の2点について文書で説明した。

調査対象者への倫理的配慮として、調査票に添付した調査協力依頼文書には、①調査用紙の返信を以て研究協力の同意を得たものとする、②本研究への協力は自由意志であり得られたデータは本研究目的以外に使用しないこと、③個人や機関が特定できないように処理すること、④得られたデータは厳重に管理し、研究終了後にはすべてデータを破棄すること、⑤修士論文発表会及び関連学会における発表は個人情報保護に基づいて公表することの5点を明記して依頼した。

III. 結果

5. 倫理的配慮

旭川医科大学倫理審査会の承認を受けた

1. 分析対象者の個人特性

分析対象者233名の個人特性を表1に示す。

表1 対象者の特性

		全数(N=233)		大学(n=97)		専修学校(n=136)	
		人数	%	人数	%	人数	%
年齢及び年代割合	～39歳	39	(16.7)	11	(11.3)	28	(20.6)
	40～49歳	106	(45.5)	42	(43.4)	64	(47.1)
	50～59歳	71	(30.5)	33	(34.0)	38	(27.9)
	60～歳	15	(6.4)	11	(11.3)	4	(2.9)
	無回答	2	(0.9)	0	0.0	2	(1.5)
平均年齢		46.2±8.1歳 最少年齢 30歳 最大年齢77歳 中央値47歳					
看護専門教育歴	短大・大学以上	105	(45.1)	72	(74.2)	33	(24.3)
	専修学校	126	(54.1)	25	(25.8)	101	(74.3)
	無回答	2	(0.8)	0	0.0	2	(1.5)
学士以上の学位取得の有無	なし	97	(41.6)	4	(4.1)	93	(68.4)
	あり	136	(58.4)	93	(95.9)	43	(31.6)
看護経験年数	～4年	14	(6.0)	11	(11.3)	3	(2.2)
	5～9年	70	(30.0)	29	(30.0)	41	(30.1)
	10～14年	68	(29.2)	26	(26.8)	42	(30.9)
	15～19年	41	(17.6)	14	(14.4)	27	(19.9)
	20年以上	38	(16.3)	17	(17.5)	21	(15.4)
	無回答	2	(0.9)	0	0.0	2	(1.5)
看護経験平均年数		12.8±7.2年		12.7±8.4年		12.8±6.2年	
教員経験	～5年	63	(27.0)	18	(18.6)	45	(33.1)
	6年以上～9年	46	(19.7)	19	(19.6)	27	(19.9)
	10年以上～14年	45	(19.3)	19	(19.6)	26	(19.1)
	15年以上～19年	45	(19.3)	24	(24.7)	21	(15.4)
	20年以上	30	(12.9)	15	(15.5)	15	(11.0)
	無回答	4	(1.8)	2	(2.0)	2	(1.5)
教員平均経験年数		11±8.4年		12.5±8.5年		9.9±8.2年	

分析対象者の平均年齢は、46.2±8.1歳で、看護専門教育歴は、短大・大学系の教育機関が105名(45.1%)、専修学校が126名(54.1%)であり、学士以上の学位取得者は136名(58.4%)であった。

分析対象者の看護経験年数は、5年未満が14名(6.0%)、5～9年以下が70名(30.0%)、10～14年以下が68名(29.2%)、15～19年以下が41名(17.6%)、20年以上が38名(16.3%)であった。看護経験平均年数は12.8±7.2年であった。

分析対象者の所属教育機関は、大学97名(41.6%)、専修学校136名(58.3%)であった。教員経験年数は、5年以下のものが63名(27.0%)、6年以上～9年以下が46名(19.7%)、10年以上～14年以下が45名(19.3%)、15年以上～19年以下が45名(19.3%)、20年以上が30名(12.9%)であった。教員経験平均年数は11±8.4年であった。

2. 教育内容についての認識

20の基本能力と141教育項目について、Cronbachの α 係数はすべて0.8以上であり、測定尺度の内的整合性が確認された。

認識評価の尺度として、「非常に必要～かなり必要」を「積極的必要」、「まあまあ必要～まったく必要ない」を「消極的必要」とした割合は表2のとおりである。

本研究で用いた141の全教育項目について、「積極的必要」と回答した総和数の割合は全回答数の76.5%であった。また、個々の教育項目によって「積極的必要」を選択した割合は最低38.7～最高97.8%であった。以下に結果を示す。

(1) 「積極的必要」を選択した割合が70%以上の教育項目

I群(ヒューマンケアの実践能力)では、対象の捉え方、対象の尊厳や権利擁護行動、看護職者の判断による説明や同意、対象の意思決定を支える行動、対象との関係形成に関する全項目(3つの能力と12項目)について、「積

極的必要」を選択した割合は75.5～96.5%であった。

II群(根拠に基づき看護を計画的に実践する能力)では、成長発達に応じた健康レベルや、個人と家族の健康レベルの査定、思考過程・看護過程に関する教育項目(3つの能力と18項目)、情報システム・先行研究結果との比較による根拠性に関する教育項目、看護技術の提供能力に関する全教育項目について、「積極的必要」を選択した割合は74.3～97.8%であった。

III群(特定の健康課題に対応する実践能力)では、健康の保持増進、疾病予防、急性、回復、慢性、終末といった健康段階の対応に関する教育項目(5つの能力と30項目)について、「積極的必要」を選択した割合は70.8～97.0%であった。

IV群(ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力)では、看護活動の質の改善に関する2つの教育項目と安全なケア環境に関する8つの教育項目、協働と連携に関する7つの教育項目について、「積極的必要」を選択した割合は72.6～97.4%であった。

V群(研鑽する基本能力)では、専門的能力の向上に必要な自己評価や他者評価といった7つの教育項目と、専門性の発展に関する1つの教育項目について、「積極的必要」を選択した割合は70.9～88.5%であった。

(2) 「積極的必要」を選択した割合が70%未満の教育項目

II群(根拠に基づき看護を計画的に実践する能力)では、疫学・保健統計を用いた健康現象の分析や看護診断に関する教育項目、地域の健康レベルの査定に関する能力の全教育項目について、「積極的必要」を選択した割合は39.5～69.5%であった。

III群(特定の健康課題に対応する実践能力)では、健康の保持増進と疾病予防に関する能力として、次世代の健康づくりや地域の心の健康づくり、個人の健康と地域特性の関連、地域の健康課題解決に関する方法(組織や政策)

表2 教育内容に関する必要度の認識

は[積極的必要]の選択割合が70%未満の教育項目

群	基本能力	教育項目	積極的必要		消極的必要	
			人数	%	人数	%
I ヒューマンケアの実践能力	A 尊厳と権利の擁護	多様な価値観や生活背景を尊重した態度	217	(93.2)	16	(6.8)
		健康の連続性、社会や文化との関係性	179	(76.8)	54	(23.2)
		基本的人権と倫理	213	(91.4)	20	(8.6)
		権利擁護	200	(85.8)	33	(14.2)
	B 説明と同意	個人情報保護	222	(95.3)	11	(4.7)
		選択における看護職の責任	224	(96.1)	9	(3.9)
		看護職の自己決定責任	213	(91.4)	20	(8.6)
	C 援助関係形成	選択や自己決定の情報提供	210	(90.1)	23	(9.9)
		個人との関係を通じた自己分析・自己理解	206	(88.4)	27	(11.6)
		個人とのコミュニケーション	225	(96.5)	8	(3.5)
		集団の構造と機能、集団形成の理解	176	(75.5)	57	(24.5)
	II 根拠に基づく計画的実践能力	D 根拠に基づく看護	集団とのコミュニケーション	188	(80.7)	45
情報システム活用方法			177	(76.0)	56	(24.0)
先行文献や研究成果との比較検討			173	(74.3)	60	(25.7)
E 計画的な看護実践		疫学・保健統計を用いた健康現象の分析	122	(52.4)	111	(47.6)
		判断・批判的思考・論理的思考	205	(88.0)	28	(12.0)
		問題解決過程の実践	217	(93.1)	16	(6.9)
		看護過程の実践	217	(93.1)	16	(6.9)
		看護診断の理解	162	(69.5)	71	(30.5)
		看護情報検索と活用	184	(79.0)	49	(21.0)
F 成長発達に応じた健康レベルの査定		記録の目的と法的意義	197	(84.6)	36	(15.4)
		成長発達段階と査定	205	(88.0)	28	(12.0)
		身体的構造機能と査定	218	(93.6)	15	(6.4)
G 個人と家族の生活査定		精神機能面と査定	211	(90.6)	22	(9.4)
		人的・物的環境の知識	199	(85.4)	34	(14.6)
		人的・物的環境と査定	196	(84.1)	37	(15.9)
		日常生活と健康状態の査定	215	(92.3)	18	(7.7)
		家族生活と健康状態の査定	200	(85.8)	33	(14.2)
		学校生活と健康状態の査定	174	(74.6)	59	(25.4)
	職業生活と健康状態の査定	179	(76.8)	54	(23.2)	
H 地域特性と健康課題の査定	社会生活と健康状態の査定	188	(80.7)	45	(19.3)	
	個人と家族の生活と健康状態の査定	206	(88.4)	27	(11.6)	
	個人と家族の健康生活に及ぼす影響	200	(85.9)	33	(14.1)	
	家族の健康生活と地域社会の査定	175	(75.1)	58	(24.9)	
	人口構成、疾病構造、歴史文化の把握方法	121	(51.9)	112	(48.1)	
	地域社会構造と機能の把握方法	112	(48.1)	121	(51.9)	
	地域住民の健康ニーズの把握方法	124	(53.2)	109	(46.8)	
	地域住民の保健行動の特徴理解	120	(51.5)	113	(48.5)	
	保健医療福祉制度や社会資源と健康生活の関係性	146	(62.7)	87	(37.3)	
	地域の健康情報把握方法	111	(47.7)	122	(52.3)	
I 看護援助技術	地域の健康課題把握方法	102	(43.8)	131	(56.2)	
	学校の健康課題把握方法	93	(39.9)	140	(60.1)	
	職場の健康課題把握方法	92	(39.5)	141	(60.5)	
	身体に働きかける看護援助技術	228	(97.8)	5	(2.2)	
	日常生活行動拡大や生活習慣確立に向けた援助技術	228	(97.8)	5	(2.2)	
	自立支援にむけた援助技術	224	(96.1)	9	(3.9)	
	健康教育、患者家族教育の基本技術	215	(92.7)	17	(7.3)	
	行動変容を促進する援助の基本技術	208	(89.2)	25	(10.8)	
	感情や情緒を安定させる基本技術	212	(91.0)	21	(9.0)	
	環境調整の基本技術	218	(93.6)	15	(6.4)	
III 特定の健康課題に対する実践能力	J 健康の保持増進と疾病予防	社会資源を調整する技術	188	(80.7)	45	(19.3)
		ヘルスプロモーション	176	(75.6)	57	(24.4)
		予防の考え方	185	(79.4)	48	(20.6)
		プライマリーヘルスケア	176	(75.5)	57	(24.5)
		健康診査と健康教育方法	176	(75.5)	57	(24.5)
		妊娠産褥期の看護援助	172	(73.8)	61	(26.2)
		各ライフステージの健康保持増進、疾病予防のための援助方法	190	(81.6)	43	(18.4)
		次世代の健康づくり	147	(63.1)	86	(36.9)
		個人や家族の心の健康づくり	165	(70.8)	68	(29.2)
		地域の心の健康づくり	140	(60.1)	93	(39.9)
	K 急激な健康破綻と回復にある人々への援助	個人の健康と地域特性の関連と看護援助	148	(63.5)	85	(36.5)
		地域の健康課題の解決（組織的な取り組み）	123	(52.8)	110	(47.2)
		地域の健康課題の解決（政策）	123	(52.8)	110	(47.2)
		保健医療福祉計画と看護職の役割	133	(57.1)	100	(42.9)
		健康破綻状況のアセスメント	216	(92.7)	17	(7.3)
		生命維持のための看護	215	(92.3)	18	(7.7)
		健康破綻と患者家族の関係	206	(88.4)	27	(11.6)
健康破綻の回復と看護援助	215	(92.3)	18	(7.7)		
精神的危機状況アセスメント	220	(94.4)	13	(5.6)		
精神的危機状況と患者家族の関係	202	(86.7)	31	(13.3)		
精神的危機状況からの回復と看護	203	(87.1)	30	(12.9)		

表2 教育内容に関する必要度の認識(つづき)

は[積極的必要]の選択割合が70%未満の教育項目

群	基本能力	教育項目	積極的必要		消極的必要	
			人数	%	人数	%
Ⅲ 特定の健康課題に対する実践能力	K 急激な健康破綻と回復にある人々への援助	心身回復過程にある患者のアセスメント	214	(91.8)	19	(8.2)
		心身回復過程と治療	208	(89.2)	25	(10.8)
		心身回復過程と患者家族の関係	208	(89.3)	25	(10.7)
		心身の回復過程と看護	207	(88.9)	26	(11.1)
	L 慢性的な健康課題を持つ人々への看護	患者家族のアセスメント	226	(97.0)	7	(3.0)
		疾病管理に向けた看護援助	220	(94.4)	13	(5.6)
		療養生活の看護援助	219	(94.0)	14	(6.0)
		生活再構築や適応促進と看護援助	202	(92.3)	18	(7.7)
		地域生活に必要な社会資源	196	(86.7)	31	(13.3)
	M 終末期にある人々への援助	社会資源の活用方法	196	(84.1)	37	(15.9)
		全人的な苦痛	222	(95.3)	11	(4.7)
		患者と家族の関係	214	(91.8)	19	(8.2)
		全人的な苦痛への看護援助	219	(94.0)	14	(6.0)
		看取る家族への看護援助	209	(89.7)	24	(10.3)
		生と死の意味やその過程	214	(91.8)	19	(8.2)
Ⅳ ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力	N 保健医療福祉における看護活動と質の改善	看取りに必要な地域体制づくり	184	(79.0)	49	(21.0)
		保健医療福祉制度や法律	178	(76.4)	55	(23.6)
		医療機関内の看護組織、看護体制、看護機能	179	(76.9)	54	(23.1)
		看護組織の役割分担・権限	160	(68.7)	73	(31.3)
		保健医療福祉の情報管理システム	143	(61.4)	90	(38.6)
		看護組織としての看護の質の評価の必要性	162	(69.6)	71	(30.4)
		看護組織としての看護の質の評価方法	153	(65.7)	80	(34.3)
		看護実践と費用対効果の考え方	140	(60.1)	93	(39.9)
	O 地域ケアの構築と看護機能の充実	看護組織としての質の管理や改善	146	(62.7)	87	(37.3)
		地域における医療政策	129	(55.4)	104	(44.6)
		地域で活動する多様な集団や組織活動	93	(39.9)	140	(60.1)
		地域のケアネットワーク	124	(53.2)	109	(46.8)
		地域のケアネットワークの連携調整	125	(53.7)	108	(46.3)
		地域ケアシステムの構築方法	106	(45.5)	127	(54.5)
		地域の自主グループの育成・活動促進	90	(38.7)	143	(61.3)
P 安全なケア環境の提供	地域の健康危機管理	104	(44.6)	129	(55.4)	
	地域の日常的な健康危機管理と看護活動	120	(51.5)	113	(48.5)	
	健康危機発生後の健康課題	114	(48.9)	119	(51.1)	
	健康危機発生後の看護活動	118	(50.6)	115	(49.4)	
	リスクマネジメントと予防方法	227	(97.4)	6	(2.6)	
	医療内の安全なケアを組織的に提供する重要性	219	(94.0)	14	(6.0)	
	医療安全対策と看護の活動・役割	213	(91.4)	20	(8.6)	
Q 協働と連携	医療機器や医薬品の安全性	205	(88.0)	28	(12.0)	
	医療機器や医薬品の安全管理	208	(89.3)	25	(10.7)	
	感染防止対策、標準予防策の理解	227	(97.4)	6	(2.6)	
	感染防止対策、標準予防策の実践方法	226	(97.0)	7	(3.0)	
	医療事故予防と発生時対応、発生後の分析と評価	210	(90.1)	23	(9.9)	
	保健医療福祉専門職の役割	196	(84.1)	37	(15.9)	
	施設内の情報共有と守秘義務	201	(86.2)	32	(13.8)	
	施設内他職種専門性の尊重	188	(80.7)	45	(19.3)	
R 社会の動向と看護の創造	施設内保健医療チーム連携の必要性	192	(82.4)	41	(17.6)	
	施設内保健医療福祉チームの連携構築方法	161	(69.2)	72	(30.8)	
	地域の保健医療福祉機関や組織	169	(72.6)	64	(27.4)	
	地域の保健医療福祉チームと看護職の役割	186	(79.8)	47	(20.2)	
	保健医療福祉チームの一員としての連携方法	180	(77.3)	53	(22.7)	
	人口構成と疾病構造の変遷	146	(62.7)	87	(37.3)	
	疾病構造、保健医療福祉制度・施策の動向と健康課題の関係	147	(63.1)	86	(36.9)	
Ⅴ 研鑽する基本能力	S 継続的な専門的能力の向上	保健医療福祉制度や施策の動向と看護の役割	148	(63.5)	85	(36.5)
		保健医療福祉制度や施策の変革の方向性	124	(53.2)	109	(46.8)
		制度施策の変革と看護の発展	132	(56.7)	101	(43.3)
		国際化の動向と看護	124	(53.2)	109	(46.8)
		自己看護実践の洞察の必要性	201	(86.3)	31	(13.7)
		自己成長に必要な分析思考力の重要性	206	(88.5)	27	(11.5)
		専門職としてのキャリア発達過程	150	(64.4)	83	(35.6)
		専門職としてのキャリア発達過程の重要性	156	(67.0)	77	(33.0)
		自己学習や自己教育力の重要性	195	(83.7)	38	(16.3)
		自己評価・他者評価に基づき、課題をみいだす教育	187	(80.3)	46	(19.7)
T 専門職者としての価値と専門性の発展	自己評価・他者評価に基づき、課題をみいだすことの重要性の理解	190	(81.5)	43	(18.5)	
	自己評価・他者評価に基づき、みいだされた課題解決の実践	183	(78.6)	50	(21.4)	
	自己評価・他者評価に基づく自己管理の重要性の認識	184	(79.0)	49	(21.0)	
	看護学の発展の理解	148	(63.6)	85	(36.4)	
	看護政策と看護学の発展	131	(56.2)	102	(43.8)	
	看護実践と看護研究	165	(70.9)	68	(29.1)	
看護の専門性の発展と課題の理解	142	(61.0)	91	(39.0)		
看護の専門性の発展に向けた課題の表現	130	(55.8)	103	(44.2)		
延べ総数			25105	(76.5)	7727	(23.5)

と看護職の役割といった6つの教育項目について、[積極的必要]を選択した割合は52.8～63.5%であった。

IV群(ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力)では、看護活動の質の改善に関する能力のうち、看護組織の役割機能や看護の質の評価や管理に関する6つの教育項目、地域ケア構築と看護機能や社会の動向と看護の創造の能力に関する全教育項目、協働・連携能力に関する施設内の保健医療福祉チームの連携構築方法について、[積極的必要]を選択し

た割合は38.7～69.6%であった。

V群(専門職者としての研鑽し続ける基本能力)では、専門職者としてのキャリア発達過程やその重要性、専門性や看護学の発展と課題、看護研究に関する教育6つの項目について、[積極的必要]の選択割合は55.8～67.0%であった。

3. 各教育項目に対する認識の影響要因

各々の教育項目を目的変数としたロジスティック回帰分析結果は表3のとおりである。

すべての説明変数が影響要因として確認さ

表3 ロジスティック回帰分析によるオッズ比(所属機関別) ■は[積極的必要]の選択割合が70%未満の教育項目

群	基本能力	教育項目	年齢(低/高)		看護専門教育歴(短大・大学/専修学校)		学位取得(無/有)		看護経験年数(短/長)		教員経験年数(短/長)	
			大学	専修学校	大学	専修学校	大学	専修学校	大学	専修学校	大学	専修学校
I	A	健康の連続性、社会文化との関係性								1.49		
	B	看護者の自己決定責任		0.23								
	C	個人との関係を通じた自己分析・自己理解		0.37								
	D	先行文献や研究成果との比較検討		0.18								
II	E	看護診断の理解							0.59			
	F	記録の目的と法的意義									0.48	
III	H	地域社会構築と機能の把握方法				0.34						
	I	環境調整の基本技術					0.26			2.45		
	J	健康診査と健康教育	3.12							0.56		
		地域の心の健康づくり	2.32									1.33
	K	個人の健康と地域特性の関連と看護援助		1.86						0.59		
		地域の健康課題の解決(組織的な取り組み)		1.66						0.67	0.72	
	L	生命維持のための看護					3.19					
		健康破綻と患者家族の関係										2.33
	M	精神的危機状況と患者家族の関係		3.22								
	N	看取る家族への看護援助								0.53		
IV	O	医療機関内の看護組織、看護体制、看護機能				0.41						
		看護組織としての看護の質の評価の必要性										0.76
		看護組織としての看護の質の評価方法										0.68
	P	地域で活動する多様な集団や組織活動				0.25						
		地域の自主グループの育成・活動促進	1.86									
		地域の日常的な健康危機管理と看護活動									0.61	
	Q	健康危機発生後の健康課題									0.72	
		健康危機発生後の看護活動									0.7	
R	施設内の情報共有と守秘義務								0.41		0.43	
	施設内他職種の専門性の尊重	3.89							0.41			
V	S	専門職としてのキャリア発達過程		0.61								
	T	専門職としてのキャリア発達過程の重要性		0.54								
VI	U	自己学習や自己教育力の重要性								1.47		
		看護学の発展の理解				3						
	V	看護の専門性の発展と課題				3.03						
		看護の専門性の発展に向けた課題の表現				3.09						

※表にあるI～V群の実践能力及び基本能力

実践能力

I ヒューマンケアの実践能力
II 根拠に基づく計画的実践能力
III 特定の健康課題に対する実践能力
IV ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力
V 研鑽する基本能力

基本能力

A 尊敬と権利の擁護	H 地域特性と健康課題の査定	O 地域ケア構築と看護機能の充実
B 説明と同意	I 看護援助技術	Q 保健医療福祉における協働と連携
C 援助関係形成	J 健康の保持増進と疾病予防	S 継続的な専門的能力の向上
D 根拠に基づく看護	K 急激な健康破綻と回復過程にある人々への援助	T 専門職者としての価値と専門性の発展
E 計画的な看護実践	N 保健医療福祉における看護活動と質の改善	

れ、もっとも多くの教育内容に影響していた要因は看護経験年数で、次いで年齢、教育経験年数、看護専門教育歴、学位取得の有無であった。141の教育項目のうち、影響要因が明らかとなった教育内容は15の基本能力と32項目であった。以下にその結果を示す。

看護経験年数が影響要因であった教育項目は[健康の連続性、社会文化]、[看護診断の理解]、[環境調整の技術]、[健康診査と健康教育方法]、[個人の健康と地域特性の関連と

看護援助]、[地域の健康課題の解決(組織的な取り組み)]、[看取る家族への看護援助]、[地域の日常的な健康危機管理と看護活動]、[健康危機発生後の健康課題]、[健康危機発生後の看護活動]、[施設内の情報共有と守秘義務]、[施設内他職種の専門性の尊重]、[自己教育力の重要性]であった。

教員経験年数が影響要因であった教育項目は、[記録の目的と法的意義]、[地域の心の健康づくり]、[健康破綻と患者家族の関係]、[看

看護組織としての看護の質の評価の必要性]、[看護組織としての看護の質の評価方法]、[施設内の情報共有と守秘義務]であった。

看護専門教育歴が影響要因であった教育項目は、[地域社会構造と機能の把握方法]、[生命維持のための看護]、[医療機関内の看護組織、看護体制、看護機能]、[地域で活動する多様な集団や組織活動]、[看護学の発展の理解]、[看護の専門性の発展と課題の理解]、[看護の専門性の発展に向けた課題の表現]であった。

学位取得の有無が影響要因であった教育項目は、「環境調整の基本技術」であった。

[積極的・必要]を選択した割合が70%未満の教育項目を目的変数とした回帰分析で、有意差があった教育内容とオッズ比の分析結果を以下に示す。

Ⅱ群（根拠に基づき看護を計画的に実践する能力）の[看護診断の理解]は看護経験年数が短いほど消極的であった。

Ⅲ群（特定の健康課題に対応する実践能力）の[地域社会構造と機能の把握方法]は看護専門教育歴が専修学校の場合に認識は消極的であった。また、[地域の心の健康づくり]は年齢が低く、教員経験年数が短いほど認識は積極的であった。さらに、[個人の健康と地域特性の関連と看護援助]は年齢が高いほど認識は積極的で、看護経験年数が短いほど消極的であった。[地域の健康課題解決（組織的な取り組み）]は年齢が低いほど必要性の認識は積極的で、看護経験年数が短いほど消極的であった。

Ⅳ群（ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力）では、[看護組織としての看護の質の評価の必要性]と[看護組織としての看護の質の評価方法]は、教員経験年数が短いほど消極的であった。また、[地域で活動する多様な集団や組織活動]は看護専門教育歴が短大・大学以上の場合に認識が消極的で、[地域の自主グループの育成・活動促進]は年齢が低いほど認識は積極的であった。さらに、[地域の

日常的な健康危機管理と看護活動]、[地域の健康危機発生後の健康課題]、[地域の健康危機発生後の看護活動]は看護経験年数が短いほど必要性の認識は消極的であった。

V群（専門職者としての研鑽し続ける基本能力）では、[専門職としてのキャリア発達過程の重要性]は年齢が低いほど必要性の認識は消極的で、[自己学習や自己教育力の重要性]は看護経験年数が長いほど積極的であった。また、[看護学の発展の理解]、[看護の専門性の発展と課題の理解]、[看護の専門性の発展に向けた課題の表現]は看護専門教育歴が短大・大学の場合に必要性の認識は積極的であった。

IV. 考察

1. 対象の特性

分析対象の看護専門教育歴について、大学院修了または在学中であるものの割合は、日本看護学教育学会が1997～1999年にかけて実施した「看護教師の資質の発展に関する研究」報告書（2000）と比較すると、全体で20%以上高く、教育機関別にみた場合は、大学20%以上、専修学校では約8～9%高い。また、学位取得者の割合は全体で18%以上高く、教育機関別では大学約2%、専修学校は約15%高い。2000年の調査⁷⁾とは分析対象者数が異なるために単純比較はできないが、看護教員の高学歴化がすすんでいると考えられる。看護教員の継続教育の促進は課題であり⁶⁾、働きながら学べる大学院教育課程の活用もすすめられているといった背景や、看護系大学や大学院の数の増加、短大卒業者及び専修学校卒業者に大学編入の道が開かれたことが看護教員の教育背景の変化に影響を与えていると考えられる。

看護教員の看護経験年数の平均は12.8±7.2年で、教育機関の種別による差は大きくないが、5年未満の看護経験年数であった者が占める割合は全体で6.0%、教育機関別では大学11.3

%、専修学校2.2%であり、専修学校に比較して大学が多い。2000年の調査⁷⁾では、専修学校に比べて大学系教育機関が5年未満の看護経験年数であった者の占める割合が高く、今回の結果も同様の傾向にあることは変わらない。しかし、大学系看護教員の看護経験年数5年未満の比率が31.1%だった⁷⁾ことと比較すると、本研究ではその比率は減少しており、看護教員の資質として看護実践能力の向上が求められている⁸⁾といった影響を受けているとも考えられる。

2. 看護基礎教育における教育内容に対する必要性の認識の傾向

本研究で用いた141の全教育項目について、「積極的必要」を選択した回答数の総和が全回答数に占める割合は75%以上であり、必要性を強く認識している教育項目が多い結果となった。なかでも、多様な価値観や基本的な人権、権利擁護といったヒューマンケアの基本的な内容や、急性期や慢性期、終末期といった健康レベルの段階に応じた看護展開、問題解決過程や看護過程の理解、人間の成長発達や身体精神機能の査定、医療安全管理に関する教育項目では、「積極的必要」と認識している割合が90%以上であり、看護基礎教育において必須な教育内容として認識が定着していると考えられる。これらの教育内容は、看護師教育として習得すべきとされた教育内容や、看護師・保健師両者の基盤とされた教育内容⁹⁾と共通性がみられ、看護職の基盤となる教育内容として看護教員が認識していると考えられる。

一方、教育項目別に認識の内訳をみると、教育項目によって「積極的必要」と選択した割合は38.7～97.8%で差がみられ、教育内容によって必要性の認識の強さが異なる。「積極的必要」と選択した割合が70%未満の教育項目は、主として、地域を対象とした看護実践と地域ケア環境の理解やケアシステムにおける看護の役割、社会の動向と看護の創造に関する内容であり、保健師教育として習得すべき内容と

された教育内容⁹⁾との共通性がみられ、資格取得に必要な内容を基準として必要性を認識している可能性が考えられる。また、本研究では在宅看護を担当する看護教員を除いていることや、分析対象とした看護教員の担当領域の立場による影響が考えられる。さらには看護基礎教育の教育内容の精選において優先性の観点から回答している可能性も考えられる。本研究では、これらによる影響を明らかにすることはできない。しかし、看護基礎教育の目的は資格取得ではなく、保健師、助産師、看護師といった看護職の共通基盤となることが必要であり、本研究で「積極的必要」と選択した割合が70%未満の教育内容について、看護基礎教育としての教育目標の明確化や、担当領域の実態、教育項目や教授方法の検討が看護基礎教育における今後の課題となると考える。

3. 看護基礎教育における教育内容に関する認識と影響要因との関連

影響要因が明らかとなった15の基本能力と32項目の教育項目のうち、「積極的必要」の選択割合が70%未満の教育内容について、影響要因との関連から認識の背景や課題について述べる。

根拠に基づく計画的実践に必要な教育内容では、看護診断の理解に関する教育項目について、必要性の認識が消極的であったが、その影響要因は、看護経験年数であり、経験年数が短いほど必要性の認識は消極的であった。看護教員は教育活動に臨床看護師としての実践経験を活用したいと望んでおり¹⁰⁾、看護実践経験の長さは臨床診断に対する理解を学生に求めやすくなる背景がある。しかし、本研究結果では、判断思考や論理的思考を基盤とした問題解決過程や看護過程について「積極的必要」と認識した割合が80～90%であったことと比較すると、看護診断までは積極的な必要性として認識しておらず、基本的な思考過程を理解する必要性を優先的に認識していると

考えられる。

地域社会の理解と地域の健康状態の査定、学校、職場といった集団における健康問題に関する教育項目は、総じて「積極的必要」とした割合が30～50%と非常に低く、その影響要因は、年齢、看護専門教育歴、看護経験年数、教員経験年数であった。看護専門教育歴が専修学校の場合や、看護経験年数または教員経験年数が低いほど消極的な認識の教育内容がある一方で、看護経験年数や教員経験年数の短さが認識を積極的に行っている教育項目もみられた。看護師養成所の運営に関する指導要領の別表では地域看護に関する科目設定がないことや、教員が短大・大学で看護教育を受けている場合では地域看護に関する教育は保健師の資格教育として捉えられやすく、本研究結果においても看護教員が受けた教育機関の種類による影響を受けていると考えられる。しかし、本研究結果からは、教育背景に加えて看護経験や教員経験によって影響の向きが変化している可能性が考えられる。

地域社会全体に働きかける看護は、公衆衛生看護活動と臨床看護活動を包括した概念として、「地域看護」の概念に意味をもたせようとした歴史背景をもつ¹¹⁻¹²⁾。看護の対象が暮らす生活の場は、発達段階や健康レベルの変化に応じて地域社会構造の一部である医療施設や福祉施設、家庭などに移行しており、対象の生活を支えているのは様々な社会資源を含んだ地域社会全体である。生活の場に応じた看護実践は継続性を保つことが必要であり、地域社会における看護職の役割は多職種間のなかで機能することが重要である¹³⁾ため、地域社会の構造や機能を学生が理解する必要性は高い。また、地域看護に関する教育実践では、学生の学びや成果として、協調性やコミュニケーション能力の向上、健康観や看護観の広がり、豊かな人間性の涵養、生活の理解、継続して学ぶ姿勢の構築、といった学習効果がある¹⁴⁻¹⁷⁾。このため、看護基礎教育において地域社会の機能や地域社会で展開される看護に

関する教育内容を取り入れることは、今後の看護職の育成の基盤として非常に重要な要素と考える。本研究では、これらの教育内容に関する必要性の認識は総じて消極的であり、看護教員の教育背景や看護経験、教員経験によって認識は影響しやすい結果となった。したがって、看護基礎教育において、地域社会に向けた看護や地域社会で展開される看護に関する教育内容の必要性の検討、教育項目及び教授方法の検討が今後の課題である。

健康の保持増進と疾病予防に必要な教育内容のなかで、地域のこころの健康課題に関する教育項目は、教員経験年数が短いほど必要性の認識は積極的であった。自殺やうつ予防を含め、健康の保持増進といった予防活動の重要性の高まりやその看護活動は、特に2000年以降に推進され、看護基礎教育における教育内容として取り入れられるようになってきている。新任教員の教授資源は学生時代の経験や大学院や研修により習得した教育学的知識、研究成果である¹⁰⁾といわれている。本研究では年齢と教員経験年数は弱い相関がみられることから、教員経験年数の短さは年齢の低さも示していると考えられ、看護教員が看護専門教育を受け始めた時期による影響の可能性が考えられる。一方、地域特性と個人の健康との関連やその看護、地域の健康課題解決における組織的な取り組みに関する教育項目は看護経験が影響要因であり、看護経験年数が短いほど消極的な認識となっていた。看護職は職業継続が可能となった場合にキャリア発達のプロセスが繰り返され、発達していく¹⁸⁾ため、看護教員の認識は、看護経験と看護職のキャリア発達の関係によっても影響を受けていると考えられ、健康を地域社会との関係で捉えて予防的な視点で看護を提供することや、地域社会の健康課題解決に目を向けることの価値といった教育内容は、看護経験を積むなかで培われる可能性が高い内容といえる。

ケア環境やチーム体制整備に関する教育内容のうち、看護組織としての質の評価に関する

教育項目は、積極的必要と認識した割合が他の教育項目と比べて低く、影響要因は教員経験年数で、年数が短いほど必要性の認識は消極的であった。看護師の実践能力の発達の特徴として、ケアの評価や質の改善に関する能力の伸び率は臨床経験5年目までにおいても低い¹⁹⁾とされており、看護教員は継続教育で高める能力と捉えていることから、必要性の認識に消極的な影響を及ぼしていると考えられる。

地域ケアの構築やケアシステムにおける看護機能に関する教育内容は、積極的必要とした割合がさらに低く、なかでも地域の健康危機管理と看護活動に関する教育項目の認識は、看護経験年数が短いほど、必要性の認識は消極的となっていた。地域の健康危機管理と看護活動に関する教育は、2006年の指定規則改正によって統合分野として新たに設けられた看護の統合と実践に関する教育内容として、災害直後からの看護が提供できるように設定されている。災害や感染症等による健康危機発生後に生じる健康問題への対応は、広域的な医療活動の一部として、あらゆるライフステージとあらゆる健康レベルにある対象への看護が求められている。しかし、こうしたリスク・マネジメントに関する能力は、慣習的で意識的な要素を含み、能力の成長には経験的要素以外の部分を含む特徴を持っており¹⁹⁾、看護経験年数の短い看護職が臨床現場で平常時から健康危機発生時に対する看護の役割を意識することは容易ではなく、教育内容の認識に影響していると推測される。また、地域のケアシステムの一部として、自主グループの育成や活動促進に関する教育項目の認識は、年齢が影響要因であり、年齢が低いほど必要性の認識は積極的であった。アルコール依存症や神経難病、認知症といった特定の疾患をもつ患者や家族による自主グループの育成や支援に関する教育内容は、1989年の指定規則の改正以降にライフステージ別の看護学として体系化され、1996年の指定規則改正時に社会資源の理解や調整能力として各看護領域で強化され

てきた。新人教員の教授資源は学生時代の経験や大学院や研修により習得した教育的知識、研究成果であり¹⁰⁾、看護教員が受けた看護専門教育の時期によって認識が影響している可能性が考えられる。一方、多様な集団や組織活動については看護専門教育歴が短大・大学以上の場合に消極的であり、短大・大学系で看護教育を受けてきた看護教員は保健師資格取得のための内容として認識している可能性もある。つまり、ケア環境とチーム体制整備に必要な教育として、地域のなかで活動する集団組織と看護者の役割の理解に関する内容に対する認識は、看護教員が教育を受けた時期や看護専門教育機関の種別による影響を受けている可能性が考えられる。

誰でもが住み慣れた地域で生活し続けることができるために、自助、互助、共助、公助の有機的な結合による地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている現状において、連携や協働を促進する役割を担う看護職の育成のために、地域の健康危機管理、地域で活動する集団組織の理解は重要な要素であると考えられる。本研究では、こうした教育の必要性の認識が消極的な傾向にあり、看護基礎教育において、地域の健康危機管理や地域で活動する集団組織に関する教育目標や内容の検討は、今後の課題となる可能性がある。

専門職として継続的に学び続ける姿勢を養う上で必要となる、キャリア発達過程に関する教育項目の影響要因は年齢であり、年齢が低いほど必要性の認識は消極的であった。看護実践能力の修得過程や看護師のキャリア発達については、組織における管理の観点や基礎教育や継続教育における評価といった教育的観点から研究がすすめられており¹⁹⁾、²⁰⁻²²⁾、中堅看護師の看護実践能力の発達は停滞現象を示しているという報告²³⁾もある。その一方、看護実践能力を示す定義が多岐にわたり、統一されていない²⁴⁾という指摘もみられ、看護師の成長過程や看護実践能力の概念は明らかにされていないという側面や、教員経験3年未満

の教員は臨床看護師としての活動に心を残す一方で、教員としての未熟さに気づき、教授能力の向上に向けて努力し始めるという職業体験をもっている¹⁰⁾。本研究では年齢と教育経験に弱い相関がみられていたことから、年齢の低い教員は教育経験年数も短い傾向があるといえ、看護教員自身の看護実践者及び教育実践者としてのキャリア発達過程における自己認識が影響していると考えられる。また、看護学や専門性の発展を目指す能力を養う上で必要となる教育項目に対する認識は、看護教員の看護専門教育機関が短大・大学の場合に必要性の認識が積極的であった。看護教員が看護専門職者として望ましい状態に近づくための教育ニード²⁵⁾について、看護専門教育歴が大学である看護教員は、養成所であるものより教育ニードが低い²⁶⁾と言われており、本研究結果においても専門性の関する教育内容に対する価値に関する認識は、看護教員の学んだ看護専門教育機関の種別による影響を受けていると考えられる。

4. 看護基礎教育における教育内容に関する認識の影響要因の特徴

本研究で明らかとなった影響要因と教育項目について、影響の方向性からみた特徴を述べる。

看護経験年数の場合、年数の短さが認識を消極的にする影響要因である傾向が強く、その影響を受けていた教育内容は、看護診断や健康教育、看取りの家族看護や地域社会における看護といった内容であった。これらは、対象範囲や健康レベル、活動方法の広がりを示しており、教育内容に対する認識は看護職のキャリア発達の関係による影響を受けていると考えることができる。

教員経験年数と看護専門教育歴は一方向の影響ではなく、積極的にも消極的にも影響している傾向にあった。教員経験年数が短い場合に認識が積極的であった教育内容は、特定の健康課題として患者の急変時が及ぼす家族へ

の影響や、地域のこころの健康づくりに関連した項目であった。一方、教員経験年数が短い場合に消極的であった教育内容は、根拠としての看護記録の法的意義や、施設内の情報共有や看護組織としての質の評価といったチーム体制整備に関する項目であった。本研究において、教員経験年数と年齢は弱い相関があることから、看護専門教育を受けた時期といった教育背景も影響していると考えられる。また、看護教員の教育背景が短大・大学の場合に認識が積極的であった教育内容は、特定の健康課題として生命維持の看護や看護学の発展に関連した項目であり、消極的であった教育内容は、ケア環境やチームづくりに関係する地域社会の理解や看護組織体制に関する項目であった。つまり、教育内容に対する認識は、看護教員が教育を受けてきた時期や教育機関の種別、教育者としてのキャリア発達過程に対する自己認識の影響が考えられる。

V. 結論

1. 本研究で使用した141の教育項目について、看護教員は総じて必要性を高く認識していた。看護基礎教育に必須な教育内容としての認識が定着していると考えられる教育内容は、健康レベルの低い対象への看護展開、問題解決過程や看護過程、医療安全管理であった。

2. 必要性の認識が消極的傾向であった教育内容は、全国保健師教育機関協議会による調査(2008)で保健師教育として習得すべきとされた教育内容や、看護師・保健師両者の基盤とされた教育内容と共通性が多く見られた。

3. 教育内容に関する認識の影響要因は、年齢、学位取得の有無、看護経験年数、教員経験年数、看護専門教育歴であり、看護経験年数をもっとも多くの教育内容の認識に影響していた。看護経験年数の短さが教育内容の必要性の認識を消極的にする影響要因である傾向

が強く、看護職のキャリア発達の関係による影響が示唆された。また、看護教員の教育歴は種別だけでなく、看護教育を受けた時期による影響とともに、その後の教育者としてのキャリア発達によって変化している可能性が考えられた。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は北海道・東北地方の看護教員に限定されており、一般化には限界がある。また、在宅看護領域の看護教員を対象から除いた調査結果であり、担当看護領域による影響は不明である。

本研究では、看護教員が所属する教育機関の種別による影響を考え、教育機関別に影響要因を分析したが、その違いによる影響は検証されておらず、今後の課題である。

本研究結果では、地域社会に向けた看護や地域社会で展開される看護や、地域ケアシステム構築に関連する教育内容に関する必要性の認識が消極的傾向であることから、教育実態を明らかにすることや、看護基礎教育としての教育目標、教育内容や教授方法の検討が今後の課題である。

本研究は、平成24年度の旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻の修士論文を加筆修正したものである。

VII. 謝辞

本研究の実施にあたり、看護教員への研究依頼を快く承諾して下さった看護基礎教育機関の関係者の皆様、調査に参加していただいた看護教員の皆様に感謝申し上げます。また、研究方法について多くの助言をいただいた旭川医科大学の升田由美子先生に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省. 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 2011.
- 2) 文部科学省. 「大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会」最終報告. 2011.
- 3) 小笹美子, 大塚真理子. 大学教育における看護実践能力に育成に関する現状と要素. 看護教育. 2010, 51 (10), 886-891.
- 4) 林美栄子. 看護教員の看護実践能力についての自己認識—看護師養成所教員の実態調査—. 看護展望. 2005, 30 (9), 1064-1071.
- 5) 亀岡智美, 舟島なをみ, 山下暢子. 看護学教員の教育ニーズの現状とそれに関係する特性の解明. 日本看護研究学会. 2006, 29 (5), 27-38.
- 6) 厚生労働省. 看護の質の向上と確保に関する検討会中間とりまとめ. 2009.
- 7) 日本看護学教育学会調査研究プロジェクト. 「看護教師の資質の発展に関する研究」日本看護学教育学会研究報告書. 日本看護学教育学会誌. 2000, 10 (3), 63-199.
- 8) 厚生労働省. 今後の看護教員のあり方に関する検討会報告書. 2010.
- 9) 全国保健師教育機関協議会. 保健師教育の課題と方向性明確化のための調査報告書(平成21年3月). 2008.
- 10) 金谷悦子, 鈴木美和, 舟島なをみ. 看護系大学・短期大学に所属する新人教員の職業経験に関する研究—5年以上の看護実践経験を持つ教員に焦点を当てて—. 看護教育学研究. 2005, 14 (1), 23-36.
- 11) 小池明子. 最新看護学全書11 看護学総論 I. メヂカルフレンド社. 1983. 85-90.
- 12) 松野かほる. わが国における地域看護の現状と今後の方向. 看護教育. 1988, 29 (6), 326-333.
- 13) 鄭佳紅, 上泉和子. 地域連携における看護職および看護管理者の役割. 看護展望. 2009, 34 (7), 656-660.

- 14) 平野文子, 伊藤智子, 高橋恵美子, 他. 地域を基盤とする看護基礎教育 自主グループ活動への参加を中心に. 看護教育. 2010, 5 (5), 373-380.
- 15) 徳田菊恵, 鈴木啓子, 熊坂隆行, 他. 見て, 聞いて, 感じて, 学ぶ, フレッシュマンセミナー. 看護教育. 2010, 5 (5), 366-372.
- 16) 池西静江, 山室仁美. 地域を基盤とする実践的教育「健康すこやか学級の取り組み」. 看護教育. 2010, 5 (5), 380-387.
- 17) 永峯卓哉, 片穂野邦子, 古川秀敏, 他. 総合実習しまの健康 県立長崎シーボルト大学の取り組みの実際. 看護教育. 2010, 46 (3), 186-194.
- 18) グレッグ美鈴, 池邊敏子, 池西悦子, 他. 臨床看護師のキャリア発達の構造. 岐阜県立看護大学紀要. 2003, 3 (1), 1-7.
- 19) 中山洋子, 石井邦子, 大平サキエ, 他. 看護実践能力の評価と評価方法に関する研究 臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断的調査. 平成18-21年度科学研究費補助金(基盤研究(A))研究成果報告書. 2010.
- 20) 松田厚恵, 星山佳治, 安西将也, 他. 病棟看護婦の業務量と看護の質に関する研究—看護実践能力と業務所要時間との関係について—. 昭医会誌. 1997, 57 (5), 423-434.
- 21) 山田寛, 齋藤美和. 看護実践能力評価に関する研究—評価項目のウェイト法の開発—. 高知女子大学紀要看護学部編. 1998, 48, 37-44.
- 22) 卯川久美, 細田泰子, 星和美. 専門・関心領域を明確にしている中堅看護師のキャリアデザインとその環境要因. 大阪府立大学看護学部紀要. 2011, 17 (1), 1-12.
- 23) 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 他. 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本看護研究学会雑誌. 2007, 30 (5), 31-38.
- 24) 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子, 他. 国内外における看護実践能力に関する研究の動向—看護基礎教育における看護実践能力育成との関連—. 目白大学健康科学研究. 2008, 1, 149-158.
- 25) 杉森みどり, 舟島なをみ. 看護教育学第4版. 医学書院. 2005, pp.350-352.
- 26) 舟島なをみ. 看護教育学研究の累積による看護継続教育の実現. 看護教育学研究. 2005, 14 (2), 1-2.