

受け持ち患者選定が困難（対象患者の減少、実習生数の多さから）	3
看護過程の展開ができない	3
記録物が多すぎる	2
臨床現場と学校とのギャップが大きい	2
疾患別の看護についての教育が少ない	2
病院は機能分化しているので、学生は学びの共有が必要	1
教育が過保護で、臨床に適応しにくい	1
様々な背景を持つ学生への対応を病院、教員が真剣に考えるべき	1
卒後教育に依存しすぎている	1
経験の積み重ねができていない	1
コミュニケーションスキルを十分に学び実習できると良い	1
人間学の基礎学習をしてほしい	1
他者の体験を自らの技術に結びつけることは困難	1
診療補助技術の知識・技術が習得不十分	1
日常生活援助が卒業時点で身につけていない	1
在宅看護の実習時間は多いが、卒業後は大病院を志望する状況	1
災害対応看護を一般化してほしい	1
教科終了前の病棟実習は難しい	1
看護管理が学べていない	1
教育課程を4年にし、看護技術をもっと取り入れる	1
疾患、病態の判断ができない	1
実習の時期がうまくいかない	1
実習指導者の配置と待遇の改善	1
学校ごとに理論、記録が異なり対応が困難	1
学生の判断に任せる範囲が不明確	1
報告、相談、連携が不足	1
専門分野別看護師の育成も考えてほしい	1
受け持ち患者以外の経験や見学がさせづらい	1
計	61

6. 新卒看護師の現状から看護基礎教育への意見

1) 看護管理者がとらえた近年の新卒看護師の現状

多岐にわたっての意見が自由記述であったが、その多くはマイナスイメージが強い傾向であった。特に看護基礎教育への意見をみると、「看護実践能力がない」「看護専門職としての基盤が未完成」「対人関係能力が低い」「知識を実践で応用できない」などが挙げられ、また、精神的な弱さについても多くの意見があった。しかしながら少数ではあるが、「アセスメント能力はある」「学力がある」「コミュニケーション技術が優れている」「自分の意見を持っている」「プレゼンテーション能力がある」なども記述されていた。

2) 未熟な看護技術

看護における安全と安楽を保つ基本的な技術であろうと思われる清潔の援助、食事介助、経管栄養、排泄介助、移動、注射、輸液管理、採血、カテーテルの挿入、吸引などや、コミュニケーション、接遇・マナー、ME機器操作であった。また、看護過程の展開や技術、援助の根拠の理解、診療補助業務等の技術も少しではあるが記述されていた。

3) 教育機関で強化される必要のあるもの

多い意見は、「基本的看護技術」「看護専門職としての資質の育成」で次に「コミュニケーションスキル」「倫理教育」「現場から学ぶことの動機付けや方法」「接遇」「薬理学」などであった。

IV. 考 察

本研究の結果、看護師学校養成所のカリキュラムの改善に向けて、専任教員の数、カリキュラムの単位数・時間数、カリキュラムの構成と内容、臨地実習の在り方、専任の臨床指導者の不足等、いくつかの課題が明らかになった。

1. 看護基礎教育における専任教員の数

平成8年の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の一部改正により、看護師養成所3年課程の専任教員の配置は、それまでの4人以上から8人以上（当分の間6人以上）に変更になった（厚生省健康政策局看護課，1996）。本調査の結果、看護専任教員数が5人の養成所が2校（養成所の0.8%）あり、他は6人以上であった。この2校については今日の基準を満たしていないが、平成11年の調査結果（日本看護学教育学会プロジェクト，2000）で3年課程の看護専任教員数が5人以下の養成所が22.5%を占めていたことに比較すると、養成所の教員数は法的整備により、明らかに改善されたといえる。しかし、5人と6人の養成所は15.7%、8人以下の教員数の養成所が全体の約半数もあり、改正後8年の経過からみれば、いまでも少ない教員で教育運営をしている現状があるといえる。

看護教員の数が「適切」と回答したのは、養成所の14.2%、大学でも18.9%にすぎず、養成所の33.7%、短大の45.5%、統合校の50%、大学の32.4%が「不足してカリキュラム運営、学生指導に問題がある」と回答していた。自由記述においても、教員不足や教員が実習と講義が重なり負担が大きいこと、専任教員を含む学校関係者のヒューマンリソースの不足を訴えていた。

学生定員数で教育課程別に教員数を比較すると、1学年学生定員41～60名の教育機関の教員数の平均は養成所8.4名、短大14.0名、大学27.3人であった。養成所の教員数は大学の1/3以下である。大学は看護師課程に加えて保健師課程があることを加味したとしても、養成所の教員数は少ない。養成所では1人の教員が専門領域の教育を担っているところが多い。また、1教員が複数の科目を担当する養成所は少なくなかったが、このことは養成所の教員の負担が非常に大きいことを示唆している。以上より、養成所の専任教員数は、以前に比較すると改善されてきているものの、看護教育に必要な数としては決して充分ではない現状が本調査で明らかになった。

看護教員は、講義と実習の両方に責任を持ち、その両方において学生の理解を促しつつ、安全かつ良質の看護師の育成に向けた看護基礎教育の質を保証するには、現状の看護教員数を増やす必要があり、特に養成所においてその必要性は高い。実習場での教員のかかわりは実践能力育成に重要な鍵である。また、教育の大綱化により、看護専修学校の卒業生も大学院の受験資格がある今日、養成所の教育の質は以前にも増して保証されなければならない。今後、養成所の看護教員の数を1領域あたり複数名に増やすための法的整備が望まれる。教育の質を保証するときに、教員組織や教育に携わる者の要件や条件、ファカルティー・デベロップメントの環境を整備することなどについても検討を要する。

2. カリキュラムの単位数・時間数について

現行の指定規則では看護師課程は93単位であり、3年課程の養成所では平均95.3単位、短大では平均99.6単位、統合校や大学では保健師課程も含めて各々121.5単位、128.8単位実施してい

た。卒業に必要な単位数に関する認識では、どの教育課程においても全体としては「ほぼ適切」との回答が半数であったが、養成所の約20%、大学の約8%が時間数が足りないと認識しており、他は「十分ではないがやむを得ない」と回答していた。一方、自由解答欄の記載では、時間数の不足やゆとりのなさについて多くの意見が述べられていた。このことも含めて解釈すると、「ほぼ適切」と半数以上が回答した理由は「現状の年限では」という前提での回答であると考えられる。

指定規則の基礎科目の時間数については、「ほぼ適切」という回答が多かったが、「人間性・人間理解を深めるための時間がさらに必要であると認識していたが、そのためには3年間では不足である」という回答も複数あった。人間理解を深めることが看護を提供する上での基盤になるものであり、さらに学習させたいものの時間の制限にジレンマを感じていることが推察された。

専門基礎科目においては、「時間数が足りない」と回答したのは養成所17.5%、短大27.3%であり、「理解を深めるための時間が必要であるがそれには時間が足りない」と記述していた。特に、3年課程においては、現在の指定規則をこなすことで精一杯であり、時間が過密であると認識する率が高かった。限られた時間の中で、看護師として必要な基礎知識を理解のレベルまで学習するには、臨床状況に関連づけた内容で学習することがより効果的と思われるが、そのための時間が足りないことが推測された。

専門科目については「時間数が足りない」という回答が、養成所40.2%、短大45.6%と基礎科目や専門基礎科目に比較して非常に多かった。不足しているという回答が最も多かったのは技術習得の時間であり、数多くの記載があった。このことは、看護基礎教育で習得すべき技術教育のレベルに看護教員はジレンマを感じ、時間数が足りないと認識していたものと推察される。自由記述欄には、ゆとりのなさのために十分な教育ができないことを訴えていた。看護基礎教育において習得する技術のレベルと臨床現場で期待される技術にはギャップがあるが、教員がそのことを認識していても技術を習得するには時間が足りないという現状が推察された。専門科目の看護基本技術の修得にかかわる科目や実習科目において単位や時間数の再検討が必要であると思われる。カリキュラムを検討する上で、看護基礎教育と継続教育の両側面から技術教育のあり方について検討することが今後の課題である。

以上のように、今日のカリキュラムにおいては、ゆとりがないことを多くの教員が実感しており、特に、専門科目については時間数が足りないと捉えており、内容と時間数の見直しを要望していた。自由記述には、「3年間では時間数が足りない」「4年間必要である」との回答も少なくなかったが、全体に占める比率としては高くなかった。看護基礎教育の年限の延長については、継続的かつ多様な場での検討が必要であると思われる。

3. カリキュラムの構成と内容について

1) 基礎科目・専門基礎科目

基礎科目・専門基礎科目の位置づけをどのように捉えるべきかで悩んでいる記述が少なくなかった。具体的には、あくまでも一般教養としての基礎科目でよいのか、専門科目への導入を意識した基礎科目や、専門基礎科目とするべきなのか、等についてである。基礎科目や専門基礎科目での学びを専門科目と連動させ、実践により反映できるような内容の検討が必要であるとの意見がみられた。これは現状では専門科目・専門基礎科目での学習は看護と効果的に結びついた内容にはなっていないことを窺わせているが、本調査では、各教育機関の教科目の名称を調査していないことから、分析には限界がある。

基礎科目は指定規則では「科学的思考の基盤」と「人間と人間生活の理解」として位置づけられおり、これに関連する学問の幅が広いことから、科目名や内容は教育機関の主体性を重視する従来の姿勢は尊重される。一方、専門基礎科目は「人間の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」「社会保障制度と生活者の健康」の枠組みであるが、看護に関連する知識基盤としてその内容を選定して教授するのか、当該学問領域の基礎的な内容を教授するのかにより、構成や内容、力点の置き方が変わってくると考えられ、位置づけの明確化が必要であると思われる。

本調査の結果、専門基礎科目で不足している内容と時間は関連しており、薬理学、微生物学、病理学、解剖生理学などを看護と関連づけて理解するための方法と時間が不足しているとの回答があった。専門基礎科目は看護実践の基礎となる知識であり、実践に活用できる知識や技能の習得が必要である。例えば、薬理学も重要ではあるが、臨床薬理学はさらに重要である。臨床薬理学を学習するには薬理学も必要か、等、カリキュラム上の時間の制限の中で吟味が必要である。専門基礎科目の内容が看護に活かされにくいという調査結果は、専門基礎科目の内容をより効果的に学習するために再検討する必要があることを示唆している。多くの看護教育機関ではこれらの科目を看護職以外の専門家に依頼している現状では、効果的な教育をするには、より適切な講師を選択し、講師への依頼のしかたの指針となるような専門基礎科目の内容の吟味が望まれる。

2) 専門科目の教育内容について

基礎科目・専門基礎科目に比べ、専門科目の内容の検討を必要とする意見が最も多く、養成所 50.0%、短大 54.5%、統合校 75.0%であった。倫理やフィジカルアセスメントなど、基礎科目・専門基礎科目・専門科目にまたがって追加あるいは検討を要する科目として挙げられているものもいくつかあり、教員側の科目の捉え方の曖昧さが伺えた。特定の内容をどこでどの程度履修するのかが不明確であり、そのことが多数の科目での内容の重複や不足につながっている可能性を示唆している。また、安全管理、災害看護を取り入れるなど、時代や社会の変化に合わせて内容を精選し、流動的に科目内容を検討していく必要性は感じながらも、規準がないためにカリキュラムに導入するかどうかを判断しにくい現状が窺えた。

人々の健康意識の高まりや時代の要請に伴い新たに必要とされる、あるいは強化や調整が必要とされる教育内容を各看護学の中でどのように位置づけ、具体的にどのように展開していくことが効果的なのかについては、研究的な取り組みも含めて、今後も引き続き議論していくことが必要であろう。その際には、内容だけでなく実践的な能力の育成につながるような教育方法の検討も合わせて検討する必要がある。

4. 臨地実習について

1) 実践能力を育成するための実習環境としての実習指導体制の課題

臨地実習に関する問題の中で、特に困っていることに実習指導体制が挙げられていた。実習指導体制の質問に対する回答からもわかるように、教育を受けた臨床指導者や教員が実習場に専任で常年在していないところがあった。大学 73%、統合 75%、短大 64%が臨地実習の指導者が常在すると回答していたが、養成所は約 37%だけであった。また実習指導者が常在していても業務との兼務が多く、実習指導に専念できない現状があった。日替わり実習指導者、業務と兼務の実習指導者、見廻り教員、講義・演習や学校運営を抱えての実習指導などの実態からみて、臨床指導者も教員も複数の業務を同時に担っている現状がある。養成所における実習指導者不在の状況は、患者の安全面

への配慮からみると問題であり、また、学生の看護実践能力の習得の側面からみても体制の充実に向けた方策が必要である。

また、病院における実習受け入れに関する実習指導体制について、看護部長または教育担当部長（師長）の認識によれば、十分であると考えているのはわずか 14.0% で、8 割以上が不十分と考えていたことから臨床における実習指導体制の問題が明らかになり、改善の方向性を見出す必要性が裏付けられる。

病院は、治療や療養に対して看護の質を保障するために看護師配置基準が定められている。しかしながら、看護教育の実習施設として実習指導要員としての配置基準があるわけではない。臨床指導者は、実習する看護単位に 2 人以上配置されていることが望ましいとされているが、それは努力目標であることから教育環境を整えることに至らないでいる。看護実習の場や機会の提供は、病院看護基準において内部努力によるものであり、それだけでは医療が高度化されている施設で、学生が実習を行うにあたって、安全管理の点から配慮した看護人事配置としては限界となっていることが推察される。したがって、実習指導に対する教員の在り方や、安全な環境づくりとしての学生数に対する実習指導要員の数も「望ましい」から法的規定にするなどの方策が必要である。

看護実践能力や基本技術教育の充実に向けた教育内容が示されている（看護教育在り方検討会、2004）が、看護実践能力育成のための実習環境としては厳しい現場の状況が明らかになった。今後は実践能力を育成を可能にするための安全な環境としての条件整備、教育体制作りが必要である。病院はじめ実習施設（訪問看護ステーション、保健所、保健センター、その他の社会資源など）において、看護教育実習を受け入れるにあたって、専任の実習指導要員を確保するための法的裏づけも必要になるであろう。

2) 実習の枠組み、内容、時間数の再検討

少子高齢化時代の中で、小児、母性、成人、老年、在宅それぞれの実習において実習先を確保するのに困難な状況が明らかになった。看護基礎教育としての実習の在り方について、枠組み、内容、時間数などの再吟味が必要な時期にあるといえよう。基本的技術や患者を全体的に捉える能力、対人関係能力を考えると、実習指導体制にも問題があるのではと記述されている。さらに現実の臨床で生じている状況の把握ができない等、実習時間や、多くの臨床場面を経験する必要がある。

現行カリキュラムにおける実習時間の認識としては、臨床実習時間が不十分であるとの回答がわずかに多かった。不十分であるとする内容の記述では実践の基となる技術不足があった。経験の不足、全体を掴む技術力の不足などから、患者や臨床の状況を総合的に捉える技術や能力が十分でないと考え、それを実習の現場で学習できる環境にあるかについては疑問が残る。実習内容に関しては半数以上が不十分と回答しており、その内容としては、現場に即した知識や技術を獲得する実習であることが希望されていた。

学内での講義や演習は、現在の臨床現場の状況に即したものでなければならない。教師は、臨床現場での変化に敏感である必要がある。教育側と臨床側は、指導方法に特徴があるが、つまり教育側は学生サイドから、臨床側は、患者サイドから指導過程が展開されるが、両者互いに指導方法を理解し合う必要がある。そのための教育と臨床のユニフィケーションも必要であろう。少子高齢化の特徴を踏まえ、老年看護の強化、患者の臨床での全体像を捉えるためのさまざまな臨床場面での体験や、看護する場や人を管理するなどの体験ができるような総合実習としての内容の工夫も必要であろう。看護は、社会に生活する人々の健康問題を現実的認識により現実 に即した、患者のニー

ズに沿った関わりが出来るので、教育と臨床が連携しなくてはならない。

3) 複数患者を受け持つ実習について

学生が複数患者を受け持つ実習の必要性の有無についての回答は、ほぼ半々に分かれていた。これは学校側への調査結果とほぼ類似した結果であった。「必要ない」との回答の理由の多くは、必要か必要でないかというよりむしろ「学生の能力の低さ」「患者の同意の得にくさ」「指導体制の不十分さから実施は困難である」といったニュアンスを含んだ回答であることが読み取れた。看護基礎教育のうちに多くの知識・技術を身につけておいてほしいという期待と、ただつめこむのではなく学生の能力レベルに沿ってじっくり学習をさせてあげたいという思いとが混在していることが窺えた。複数患者受け持ち実習受け入れの可能性については、病院調査では受け入れ可能という意見が多数であった。病院側が実習受け入れに対して感じている困難さとして、質的・物理的なヒューマンリソースの不足が大きな位置を占めていることが解る。病院側・教育機関側共に指導体制を量・質共に変化させていくことで、単につめこみ学習ではない効果的な複数受け持ち実習を実施させられる可能性が示唆された。

複数の患者を受け持つ臨地実習を病院が実施できないでいるのは、学生の実習の場が今日の社会状況（高齢少子化社会など）や医療保険制度（入院の短縮、在宅医療など）の中で、患者の安全確保、リスクマネジメントや人権・倫理の保障によって実習が制限されていることが、大きく影響していた。こうした臨床教育環境の変化の中で、実習方法、体制、教育人材の確保、臨床指導者育成について、卒業後の実践能力の到達レベルの期待があることから、臨床状況に見合った看護基礎実習の在り方、到達課題及びレベル、卒後の現任教育との関連を総合的に検討する必要があると考える。特に現状では実習指導が臨床、教育側にとっても負担となっていることから、実習指導者の資格および実習施設の基準、病院の実習受け入れへの評価、対策、例えば実習を受け入れることで施設側に恩恵があるようなシステム（認証や財政補助など）が必要であろう。

4) 実習単位の換算について

平成8年に改正された指定規則による臨地実習の時間数は、一日6時間で換算することに対して、養成所からはカリキュラムが過密になる等の不満の声が少なくなかった。また、実習時間の換算方法が文部科学省管轄の学校と、厚生労働省管轄の養成所とで異なることへの違和感の指摘も記述されていた。このことは、単に実習時間数の換算の問題だけではなく、どのような実習目標で何を学習させるか、資格取得の内容とも密接な関連があると考えられ、目標を達成させるための実習のあり方を含めて、再検討する必要があるだろう。

5. 看護基礎教育内容の基準と到達基準を明確に

看護基礎教育で修得する基本的な看護技術について、資格取得と同時にできるものは何か、卒後教育に期待しながらできるようになればよいものを明らかにしていく必要がある。また、看護資格に値する専門職としての資質や倫理観等は学校時代を機に動機付けをし、生涯にわたっての教育に生かされるようにしなくてはならない。

大学の場合は、看護のあり方検討会が中心となり、看護実践能力の育成に向けた大学卒業時の到達目標が提示されている。養成所についてはこのような検討や到達目標の提示がなく指定規則による規定のみでは、教員や学生のみならず、実習生や卒業生を受け入れる臨床現場が、何をどこまで

押さえることが基準となるのが曖昧である。大学、養成所を問わず、教育機関と受け入れ側がそれぞれの立場で互いの教育や指導の限界を表明することのみでは、厳密化・多様化・高度化する保健医療の現場の要請や国民のニーズに応える看護職の育成にはつながりにくい。

病院調査では新人看護師の技術の未熟さや安全性のなさが指摘され、この結果は先行研究（明石, 2004, 中川, 2004）の結果と類似していた。看護基礎教育の卒業時点での技術教育の水準を明確にすることは、教育と臨床のギャップへのひとつの打開策として有効であるかもしれない。

6. 教育と実践の連携の重要性

教育機関の指導体制に関する臨床側の意見として、教員が実習場で指導する時間・人員が不足していることを指摘する声が最も多かった。これは看護基礎教育機関のカリキュラム責任者を対象とした今回の調査において、現行の指定規則への意見を自由記述で求めたところ、ヒューマンリソースの不足が2番目に多かったという調査結果と呼応していると考えられる。実習をめぐる教育環境が非常に厳しくなっていることは、周知の事実である。看護実践能力の向上や、看護教育の質の保証をはかるには、学生の学習の準備状態や実習の焦点を熟知している教育機関の教員が、臨床の場で学生を指導できる体制を作ることや「学生が必要とするときに教員が存在している」状態を保証することが不可欠である。次回のカリキュラム改正の中でも具体的な対策を検討していくことが必要であると考えられる。

加えて、教員が臨床能力を維持・向上する研修を推進する体制や環境作り、教員自身が臨床に足を運ぶことを厭わないことや、臨床の場を持つことに価値を置くといった姿勢をもつことが重要であろう。

臨床実習指導者と教員との関係性に関する回答から、割合は約3割と少ないが、良い関係性を保ちながら実習を受け入れていると認識している医療機関があることがわかった。これは望ましい傾向であると思われる。また改善が必要との主旨の意見の大半は、連携やコミュニケーションを密にすることを望んでいるもの、あるいは密にすることで改善を図ることが可能であると思われる内容であった。

従って看護教育機関の実習担当者は、実習前・中・後に臨床側と十分な話し合いを持ち、双方の状況を了解し合い、互いの強みを生かしながら指導にあたることや、実習後に臨床側の評価を十分に吸い上げ、次の実習内容や指導に反映させていくという構造を作り上げていくことが最も重要であると思われる。これが結果的に学生の成長や実習目標の達成につながり、同時に双方の関係性の発展につながっていくと考えられる。さらには、ユニフィケーションの形態に代表されるような、実習のみならず日々の看護実践や看護教育に関し、双方に刺激し合いながら協同し、学び合える関係性を作っていくことができると、より一層進んだ連携となり、理想的であろう。

実習時間数が十分ではないこと、看護基本技術の実習が不足していること、看護技術や看護過程の学内演習が不十分といった指摘は、すべて看護実践能力の低下につながっていく内容である。臨床の場に身を置く看護者が、肌で感じている現行カリキュラムへの問題として真摯に受け止め、対応を検討する必要がある。

教員は、臨床現場での変化に敏感である必要がある。教育側と臨床側は、指導方法に特徴があるが、つまり教育側は学生サイドから、臨床側は、患者サイドから指導過程が展開されるが、両者互いに指導方法を理解し合う必要がある。そのための教育と臨床のユニフィケーションも必要であろう。少子高齢化の特徴を踏まえ、老年看護の強化、患者の臨床での全体像を捉えるためのさまざま

な臨床場面での体験や、看護する場や人を管理するなどの体験ができるような総合実習としての内容の工夫も必要であろう。看護は、社会に生活する人々の健康問題を現実的認識により現実に即した、ますます多様化する患者のニーズに沿ったケアを提供していくためにも、教育と臨床の連携がこれまでもまして必要になってくる。

7. 社会の変化に伴いこれからの看護職に必要なカリキュラムの内容について

1) 看護倫理の教育内容について

医療の複雑化、高度化にともない、倫理的な問題に取り組むことのできる知識と能力を備えた看護師の育成が求められている。2000年に改訂されたICNの看護師の倫理綱領の改訂を受け、2003年に日本看護協会からは日本の看護専門職を対象とした倫理指針である看護者の倫理綱領を明示された。

看護倫理に関する文献は1986年まではほとんど見いだされないが、特に1996年以降、事例検討、基礎および卒後における看護倫理教育、看護者の倫理的な問題についての認識、看護者の倫理的感受性などについての文献が急増している(日本看護協会, 2003)も、看護教育、実践において看護倫理についての関心の高まり、教育の充実が急務であることが理解できる。

今回の調査の結果では、看護倫理の教育を行っていないと答えたところはわずか3.0%であり、このような医療を取り巻く社会背景の変化に即した看護倫理教育への取り組みが行われはじめていえるだろう。しかし、多くの学校では、複数の科目の一部に組み込まれて看護倫理に関する教育が行われていることが明らかになった。今回の調査では達成目標や科目間の連携など、授業が効果的に行われているかにまでは言及されていない。今後、さらにその質を検討し、教育内容を高めていくことが求められるであろう。

看護倫理は知識だけでなく、患者の意思決定の擁護、組織の中での他の専門職との協働における課題など、実践の中で直面した倫理的な問題に取り組む能力が求められる。実習内容に倫理的な目標が含まれていないと回答したところが全体の23.5%もあった。講義形式の授業のみならず、実習や演習の中で倫理的な問題に取り組む能力を高める教育の充実も検討する必要があると思われる。

大学における看護実践能力に向けて「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書(2002年3月)には、学士課程では、社会人として信頼し得る倫理的感性に富んだ人間性の涵養、看護対象者の人間としての尊厳・権利の尊重に基づいた擁護者のあり方、専門的知識に基づいた判断能力と実践能力の育成が重視されると、倫理教育の重要性が明記されている*。

看護倫理の授業時間数が、大学は18.2時間で全体の平均13.3時間より長く、看護倫理を独立した科目として教えていると答えたのが18.9%と他の教育課程に比較して多かったのは、この報告書で強調された倫理的判断能力の育成の強化を反映していると思われる。

看護の質を確保、向上させ、国民に安全な医療を提供するために「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」(2004年3月)がだされた**。この中には、看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標に看護職員としての自覚と責任ある行動として、①医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する。②看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する。③職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する。と卒後1年目に到達すべき目標の中に倫理的行動の重要性が示されている。

高度化・複雑化した医療現場で卒業した学生が1年後にこのように明示された卒後教育の目標を達成できるような教育内容、方法を基礎教育の教育課程においても工夫していくことが必要になる

だろう。

2) フィジカルアセスメントの授業の問題・課題

フィジカルアセスメントの授業を独立した科目で実施していたのは、大学の 13 校 (35.1%) が最も多かった。多くの学校養成所では複数の科目の中で教育していたが、「特に行っていない」との回答が養成所の 60 校 (24.4%) あった。「フィジカルアセスメントの重要性」および「身体審査の意義と方法」については 80%以上の学校で講義または演習をしていたが、実施時間数で見ると平均 17 時間 (最大 70 時間、最小 1 時間) と幅が大きかった。また、「実習で意図的に経験する」などは、全体の 25%に留まっており、授業と実践の関連性をどのように調整していくかの課題が明らかになった。

また、教育時間数や導入している科目が多様であることから、フィジカルアセスメントを「測定」と捉えているのか、測定結果のアセスメントまでを含めているのかについては今回の調査から推察するには限界がある。今後、在宅看護が推進されるにつれて、看護職にとってフィジカルアセスメントの能力は今まで以上に重要になる。しかし、現状においてはカリキュラム上の時間数の不足、臨床と学校の連携、さらに教授する教員の力量をどのように育成するかが今後の課題である。

3) 看護管理の教育内容について

看護管理の教育内容についての質問項目は、「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」における「新人看護職員研修到達目標」Ⅲの管理的側面①～⑦を反映したものである。安全管理は全体の 90.3%が教育を行っていることが明らかになった。医療現場における管理上の課題としてあげられることの多い、情報管理、災害・防災管理、薬剤管理、コスト管理に関しては約 40～75%の学校で教育していると回答があった。現在、医療改革の進行にともなって解決を求められる課題や必要とされる知識や能力が刻々と変化している。基礎教育の内容には、これらの変化を反映した内容を取り入れていかなければ、学生が卒後臨床や地域で看護職員として仕事をする上で、たちまち困難に直面すると思われる。

4) 看護師の教育的役割の能力を強化する取り組みについて

健康教育の定義をどのように捉えるかで、回答が変動するために一概に結果を分析することはできないが、健康教育の担い手としての看護職の需要は今後高まると思われるし、高めていかななくてはならない部分である。看護の対象を個人・家族・集団・地域・国家・世界規模とミクロにもマクロにも捉えることができ、あらゆる健康レベルや多様な健康状態・年代に応じて健康教育が可能になるような取り組みが、今後強化されて良いものと思われる。教育課程別にみると、養成所において演習での取り組みや、実習での健康教育の取り組みに対する比率が、低い傾向にあった。これは他の教育機関が保健師養成課程を含む、統合カリキュラムとなっているところが多いためであると考えられる。

8. その他

多くの看護管理者は新卒看護師に対してマイナスイメージを多く持っていることが推察された。患者への安全を考えた時、看護職の在り方を厳しく捉えることも必要であるが、新卒の看護師の能力についての見方は多くの意見を見ても厳しい。看護基礎教育での役割は基本的な看護技術を明ら

かにし、資格取得と同時にできるものは何か、卒後教育に期待しながらできるようになればよいものを明らかにしていく必要がある。また、看護資格に値する専門職としての資質や倫理観等は学校時代を機に動機付けをし、生涯にわたっての教育に生かされるようにしなくてはならない。これは看護基礎教育機関で学習する内容や到達レベルと臨床現場で求められているものとの乖離を埋める方策として、当然の意見であると思われる。年限の延長や、看護基礎教育における教育内容と水準の明確化とともに、抜本的な対策として一考を要すると思われる。制度化するには財政面等、多くの検討課題が山積していることと思われるが、臨床、特に医療現場をめぐる昨今の状況を考えると、現実的な対策が急務である。

V. 結 論

看護基礎教育カリキュラムの現状と問題点について調査し、今後の看護教育カリキュラム改善への資料とするために、298 校からの学校調査結果と 88 施設からの病院調査結果を分析し、以下のような結論を得た。

1. どの教育課程においても教員不足や教員が実習と講義が重なり負担が大きいこと、専任教員を含む学校関係者のヒューマンリソースの不足を訴えており、この傾向は特に養成所で大きかった。看護教育の質を保証するには、安全な看護師育成のためのきめ細やかな実習の必要性という看護教育の特性をふまえた看護教員の配置を策定する必要がある。特に、養成所においては、看護教員を1領域に複数配置するための具体的な対策を検討していくことが必要である。
2. 専門基礎科目については看護専門科目と効果的に関連づけた学習が出来ていない課題が指摘された。多くの学校養成所でこれらの科目を看護職以外の講師に依頼している現状で、効果的な教育を行うには、講義依頼の指針となるように専門基礎科目の内容の吟味が必要である。
3. 看護専門科目の講義、演習時間数の不足や、教育内容の過密、ゆとりのなさを訴えていた。フィジカルアセスメント、災害看護、看護倫理、感染予防、意思決定の支援、健康教育、技術教育の強化、ストレスマネジメント、その他の内容を強化する必要性を認識していたが、特定の内容をどの科目で履修するかが不明確であり、結果として重複や不足につながっていることが窺えた。強化や調整が必要とされる教育内容を過密なカリキュラムの中にどのように位置づけるかの吟味と同時に実践能力の育成につながるような教育方法の検討も課題である。
4. 小児、母性、在宅、成人急性期、老年看護学等は実習場の確保が困難な状況が明らかになった。社会の変化に対応した看護基礎教育としての実習のありかたについて、枠組み、内容、時間数などの再吟味が必要な時期にある。
5. 臨地実習の指導体制については、教員や実習指導者が常在できないこと、人員不足のために臨床指導者が業務と兼任せざるを得ない現状などが明らかになった。高度専門化している実習の現場で専任の実習指導者不在の状況は、患者の安全面への配慮から問題であり、また、学生の実践能力の修得に向けても体制の充実に向けた方策が必要である。今後、専任の実習指導要員を準備するための法的規準の整備が必要であろう。

6. 臨床の場で求められる能力と看護基礎教育内容との乖離があり、これを改善する方策として看護基礎教育の卒業時点での技術教育の到達水準を明らかにすることは、教育と臨床のギャップへのひとつの打開策であろう。
7. 社会の変化に対応できる能力の育成には、教員は臨床現場の変化に敏感である必要があり、人々の健康問題について現実的認識をもち、現実に応じた教育を行うには教育と臨床の連携はこれまでも増して必要である。

<本研究の限界>

本研究を看護基礎教育全体と理解するには以下のような点で限界がある。

1. 本調査の対象は、看護基礎教育期間のうち、3年課程の養成所と短期大学、看護師保健師統合カリキュラム校、大学を対象としたものであり、2年課程や保健師課程、助産師課程は含まれていない。
2. 看護教育の重要な要素である「在宅看護」「医療事故防止」「技術教育のありかた」については先行研究や同時進行で他の研究が行われていることから、本研究計画には含めなかった。看護基礎教育の改善に向けては、他の研究成果も参考にする必要がある。
3. 看護基礎教育を評価するには特に新卒業生の看護実践能力の評価も重要であるが、この点についても他の研究成果を参照する必要がある。

<謝辞>

本研究にご協力いただいた看護基礎教育機関の3年課程養成所、短期大学、看護師保健師統合カリキュラム校、大学のカリキュラム責任者の皆様、病院の看護部長、副看護部長、教育担当師長、他アンケートにご協力くださいました皆様方に心より感謝申し上げます。

参考文献

- 明石恵子他. (2004. 3) 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(1) -新卒看護師の臨床能力の修得状況-. 三重看護学誌, 6, 137-149.
- 井部俊子. 2002. 4) 【学卒看護師の課題】看護系大学新卒者の臨床実践能力. 病院, 61 (4), 288-295.
- 看護学教育の在り方に関する検討会. (2004. 3) 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標-看護学教育の在り方に関する検討会報告.
- 厚生省健康政策局看護課監修. (1996. 12) 必携看護教育カリキュラム-21世紀に期待される看護職者のために-. 第一法規.
- 高島尚美他. (2004. 3) 新人看護師12ヵ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得過程-新人看護師の自己評価による-. 日本看護学教育学会誌, 13 (3), 1-17.
- 中川雅子他. (2004. 3) 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, (2) -新卒看護師に対する教育の実態と課題-. 三重看護学誌, 6, 149-159.
- 日本看護学教育学会調査研究プロジェクト. (2000. 8) 日本看護学教育学会研究報告書. 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プロジェクト。（2002.3）看護基礎教育における看護技術および認知領域の教育のあり方に関する研究報告書。

日本看護協会出版会（2003）平成15年版看護白書 日本看護協会編、12-13。

樋之津淳子他。（2004.6）新人看護師1年間の社会的スキルと看護実践能力の発達、自己評価とプリセプターによる他者評価。日本看護学教育学会誌。

平山朝子他。（2002.9）21世紀の看護学教育。大学基準協会。

丸山美和子他。（2004.3）看護・医療における事故防止のための教育方法の開発に関する研究。厚生労働省厚生科学研究報告書。

水田真由美。（2004.1）新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因－。日本看護科学会誌，23（4），41-50。

* http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm，「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書（2002年3月）

** <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>，「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（2004年3月）

VI. 健康危機情報

なし

VII. 研究発表

1. 現行の看護基礎教育カリキュラムの実態と問題点—その1 教育体制、単位数、教育内容に焦点を当てて— 第15回日本看護学教育学会学術集会 2005年7月発表予定
2. 現行の看護基礎教育カリキュラムの実態と問題点—その2 臨地実習に焦点を当てて— 第15回日本看護学教育学会学術集会 2005年7月発表予定
3. 現行の看護基礎教育カリキュラムの実態と問題点—その3 指定規則改善に向けての意見の分析— 第15回日本看護学教育学会学術集会 2005年7月発表予定

VIII. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

資 料

資料1 回答者の所属する学校の在学看護学生総数（平成17年1月現在） 単位：人

	全体(n=297)	養成所(n=245)	短期大学(n=11)	統合校(n=4)	大学(n=37)
平均	166.1	139.2	277.3	140.3	314.4
標準偏差	92.2	59.1	122.1	23.1	100.2
最大	630	453	630	168	576
最小	29	29	163	115	133

<看護職の専任教員数の内訳>

資料2 看護職の専任教員数 基礎看護学 単位：人

	全体(n=276)	養成所(n=227)	短期大学(n=10)	統合校(n=4)	大学(n=35)
平均	3.0	2.6	4.1	2.4	5.4
標準偏差	2.1	1.8	1.9	0.8	1.9
最大	11	11	7	3	11
最小	0	0	1	1	3

資料3 看護職の専任教員数 成人看護学 単位：人

	全体(n=287)	養成所(n=238)	短期大学(n=11)	統合校(n=4)	大学(n=34)
平均	2.7	2.0	4.5	3.1	6.4
標準偏差	2.0	1.1	1.8	0.7	2.5
最大	11	8	8	4	11
最小	1	1	2	2	2

資料4 看護職の専任教員数 老年看護学 単位：人

	全体(n=288)	養成所(n=239)	短期大学(n=10)	統合校(n=4)	大学(n=35)
平均	1.5	1.3	2.0	1.5	2.9
標準偏差	1.0	0.6	0.9	0.5	1.7
最大	11	5	4	2	11
最小	0	0	1	1	1

資料5 看護職の専任教員数 母性看護学 単位：人

	全体(n=282)	養成所(n=232)	短期大学(n=11)	統合校(n=4)	大学(n=35)
平均	1.5	1.2	2.1	1.3	3.8
標準偏差	1.1	0.4	0.8	0.4	1.6
最大	7	2	3	2	7
最小	0	0	1	1	2

資料6 看護職の専任教員数 小児看護学 単位：人

	全体(n=285)	養成所(n=236)	短期大学(n=11)	統合校(n=4)	大学(n=34)
平均	1.4	1.2	1.8	1.0	2.8
標準偏差	0.7	0.4	0.8	0.0	0.9
最大	5	3	3	1	5
最小	1	1	1	1	1

資料7 看護職の専任教員数 在宅看護学

単位：人

	全体(n=275)	養成所(n=228)	短期大学(n=11)	統合校(n=3)	大学(n=33)
平均	1.5	1.2	1.3	2.0	3.4
標準偏差	1.1	0.4	0.7	0.8	2.0
最大	7	3	2	3	7
最小	0	0	0	1	0

資料8 看護職の専任教員数 精神看護学

単位：人

	全体(n=275)	養成所(n=226)	短期大学(n=11)	統合校(n=4)	大学(n=34)
平均	1.3	1.1	1.5	1.0	2.5
標準偏差	0.7	0.5	1.0	0.0	0.9
最大	5	4	3	1	5
最小	0	0	0	1	1

資料9 看護職の専任教員数 その他

単位：人

	全体(n=75)	養成所(n=39)	短期大学(n=8)	統合校(n=2)	大学(n=26)
平均	3.2	1.2	3.1	2.5	6.3
標準偏差	4.1	0.9	1.4	0.5	5.5
最大	27	5	5	3	27
最小	0	0	1	2	1

資料10 平成8年のカリキュラム改正後看護職の専任教員の定員が増えた人数

単位：人

	全体(n=119)	養成所(n=114)	短期大学(n=0)	統合校(n=0)	大学(n=5)
平均	2.6	2.5	0.0	0.0	3.2
標準偏差	2.0	2.1	0.0	0.0	1.6
最大	13	13	0	0	5
最小	1	1	0	0	1

資料11 平成8年のカリキュラム改正後看護職の専任教員の定員が減った人数

単位：人

	全体(n=16)	養成所(n=10)	短期大学(n=0)	統合校(n=0)	大学(n=6)
平均	1.9	1.8	0.0	0.0	2.0
標準偏差	1.0	1.0	0.0	0.0	1.2
最大	4	4	0	0	4
最小	1	1	0	0	1

資料12 看護職の専任教員欠員数

単位：人

	全体(n=18)	養成所(n=13)	短期大学(n=4)	統合校(n=0)	大学(n=1)
平均	1.6	1.5	1.3	0.0	3.0
標準偏差	0.8	0.7	0.4	0.0	0.0
最大	3	3	2	0	3
最小	1	1	1	0	3

<卒業に必要な科目の単位数・時間の内訳>

資料 13 卒業に必要な基礎科目の単位数

単位：単位数

	全体(n=296)	養成所(n=246)	短期大学(n=10)	統合校(n=4)	大学(n=36)
平均	15.2	13.4	15.8	17.3	26.9
標準偏差	5.1	0.9	2.1	3.0	6.8
最大	46	20	19	21	46
最小	12	13	13	13	12

資料 14 卒業に必要な基礎科目の時間

単位：時間

	全体(n=272)	養成所(n=243)	短期大学(n=9)	統合校(n=4)	大学(n=16)
平均	380.7	367.8	448.3	405.0	532.2
標準偏差	67.7	16.7	143.8	10.6	183.9
最大	885	450	705	420	885
最小	180	315	270	390	180

資料 15 卒業に必要な専門基礎科目の単位数

単位：単位数

	全体(n=297)	養成所(n=246)	短期大学(n=10)	統合校(n=4)	大学(n=37)
平均	22.5	21.5	21.9	26.8	28.4
標準偏差	4.3	1.5	1.2	0.8	9.3
最大	60	33	24	28	60
最小	12	12	21	26	13

資料 16 卒業に必要な専門基礎科目の時間

単位：時間

	全体(n=275)	養成所(n=243)	短期大学(n=9)	統合校(n=4)	大学(n=19)
平均	535.8	522.8	575.0	727.5	643.2
標準偏差	75.2	24.9	72.5	54.6	220.7
最大	1065	660	690	810	1065
最小	255	355	480	660	255

資料 17 卒業に必要な専門科目の単位数

単位：単位数

	全体(n=297)	養成所(n=246)	短期大学(n=10)	統合校(n=4)	大学(n=37)
平均	62.0	60.3	60.7	76.3	72.1
標準偏差	5.5	2.2	1.8	3.0	8.2
最大	92	75	64	80	92
最小	49	49	58	72	49

資料 18 卒業に必要な専門科目の時間

単位：時間

	全体(n=275)	養成所(n=243)	短期大学(n=9)	統合校(n=4)	大学(n=19)
平均	2045.6	2033.2	1938.6	2553.8	2148.2
標準偏差	184.8	122.3	336.7	109.4	418.1
最大	2730	2340	2175	2730	2550
最小	990	990	1005	2430	1065

資料 19 臨地実習の単位数

単位：単位数

	全体(n=295)	養成所(n=246)	短期大学(n=10)	統合校(n=4)	大学(n=35)
平均	23.2	23.0	22.9	26.0	24.3
標準偏差	1.5	0.7	0.7	0.0	3.5
最大	39	33	24	26	39
最小	19	21	21	26	19

資料 20 臨地実習の時間

単位：時間

	全体(n=276)	養成所(n=243)	短期大学(n=9)	統合校(n=4)	大学(n=20)
平均	1041.9	1037.6	1033.3	1170.0	1071.8
標準偏差	35.8	16.1	35.0	0.0	97.6
最大	1260	1200	1080	1170	1260
最小	855	1035	945	1170	855

資料 21 フィジカルアセスメントの時間数

単位：時間

	全体(n=203)	養成所(n=161)	短期大学(n=11)	統合校(n=1)	大学(n=30)
平均	17.7	15.5	24.8	30.0	26.4
標準偏差	13.4	11.4	20.1	0.0	15.3
最大	70	70	60	30	60
最小	1	1	6	30	3

資料 22 フィジカルアセスメントの授業形式（複数回答）

単位：校

	全体(n=235)		養成所(n=186)		短期大学(n=11)		統合校(n=3)		大学(n=35)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
講義	207	88.1	164	88.2	9	81.8	2	66.7	32	91.4
ビデオ学習あるいは デモンストレーション	175	74.5	132	71.0	8	72.7	2	66.7	33	94.3
身体診査のやり方を 実技演習する	153	65.1	116	62.4	7	63.6	2	66.7	28	80.0
身体診査のやり方と アセスメントを実技演習	105	44.7	71	38.2	5	45.5	2	66.7	27	77.1
フィジカルアセスメント を 実習で意図的に経験	60	25.5	44	23.7	1	9.1	1	33.3	14	40.0
その他	5	2.1	0	0.0	2	18.2	0	0.0	3	8.6
無回答	4	1.7	3	1.6	0	0.0	0	0.0	1	2.9

資料 23 フィジカルアセスメントの授業の問題・課題

カテゴリー	意 見 や 課 題	件数	総数
時間不足である	現行の時間数では実施が難しい	1	28
	教育内容・方法の未開発で実技演習までの時間が取れない	1	
教員の力量・数が 必要である	少ない時間の中で習得する	3	
	時間数が不足	18	
	時間の確保ができない	5	
	訓練された実技能力が必要	1	38
	実施していない内容を講義・演習は難しい	1	
	実技を行うだけの教員の力が不足	2	
	教員の指導の質・能力	5	
	自信をもって教えられない	1	
	教員自身の力量不足	6	28
	教員の人数不足	1	
	複数の教員で関わるようにしたい	2	
	指導にあたる教員と学生のレディネスの問題	1	
	授業内容の整理、教員の準備	1	
	教員の能力開発に時間が必要	2	28
	看護教員が看護に必要なフィジカルアセスメントを行うことができるように形態と機能に関する基礎知識を持つと同時に解剖生理学の演習実習を経験していることが望ましい	1	
	教員の臨床経験が課題	1	
	基礎教育が領域別かで内容の精選が難しい	1	
	医学的な捉え方としてのアセスメントをいかに看護的に理解で知るかをトータルに学生に伝えるための工夫と限界を感じている	1	
	専門分化された現状において適切な担当者がいない。専従の教員が必要	1	12
	講師の選定が難しい	1	
	講師の確保	2	
	教員が研修する場がない	1	
	教員がフィジカルアセスメントができるように体験する	1	
	教員が実技を十分にできない	1	
	教員のスキルアップが必要	14	
教材が充実される こと	ビデオ・CDでは、実際の場面での判断ができない	1	12
	教材不足	6	
	患者様が得られない、対象	1	
	モデル人形が高価	2	
	予算が少ない中で技術教育は困難	1	
科目として独立する	教材の工夫	1	
	現在はバイタルサインの測定の講義で学習を展開している 独立した科目でできないので十分な授業ができない	1	

	カリキュラム構成の改善	1	8
	各授業で分散しており、系統立てて科目を独立させる必要	1	
	単元または科目に入れていく必要がある	2	
	基礎看護の中でやっている	1	
	独立した科目で行いたい	1	
臨床と学校の連携	アセスメントできるまでの知識と技術を学ばせるのには学科進度との関係で無理がある	1	8
	臨地実習での意図的な経験と指導方法	1	
	ナース自身が日常の中で行っていないのに学生だけが行う指導はできない	2	
	フィジカルアセスメントの技術がその他の講義。実習で生かされていない	1	
	実習で意図的に経験させること	1	
	実習との連携が課題	1	
	基礎で実施しているが各領域との関連を明確にする必要有	1	
その他	解剖生理等の理解とそれを踏まえてどのように段階を踏み授業をしていくかが課題	4	11
	専門科目に繋がっていかなければ発展性はない	1	
	教授時期、時間帯の工夫	1	
	複数の科目で行っているがその内容の整理ができていない	1	
	学生間の実技演習について	1	
	学生数が多いため実習して学ぶことができない	2	
	少人数グループ演習を行うため教員やアシスタントナースの協力体制を組むこと	1	

資料 24 実習目標に倫理的な目標の有無

単位：校

	全体 (n=298)		養成所 (n=246)		短期大学 (n=11)		統合校 (n=4)		大学 (n=37)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
含まれている	205	68.8	158	64.2	10	90.9	4	100.0	33	89.2
含まれていない	70	23.5	69	28.0	0	0.0	0	0.0	1	2.7
無回答	23	7.7	19	7.7	1	9.1	0	0.0	3	8.1