

原 著 論 文

在宅看護学領域における看護実践能力の構造 ～看護基礎教育における検討～

Nursing Practice Competency of Home Care Nursing ～Investigation of Nursing Education～

今 村 優 子 (Masako Imamura)*

森 下 安 子 (Yasuko Morisita)**

時 長 美 希 (Miki Tokinaga)**

要 約

本研究は、在宅看護学領域で必要とされる看護実践能力の構造を明らかにし、看護基礎教育修了時の看護実践能力向上のために効果的な、在宅看護学教育内容について検討することを目的としている。理論的枠組みに基づいて「看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力に関する調査票」を作成して、看護師養成課程をもつ教育機関の主たる在宅看護学担当教員と、常勤の訪問看護師を対象として、看護基礎教育の中で在宅看護学領域の看護実践能力をどの程度重要と考えているのかに関する量的研究を行った。データの因子分析の結果を基に「看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力」の構造化について検討した結果、在宅看護学領域で必要とされる看護実践能力は、《看護専門職としての基本的能力》として3つの看護実践能力、《在宅看護の専門職としての看護実践能力》として6つの看護実践能力から構成されると考えた。

Abstract

The objective of the present study was to elucidate the structure of the nursing practice competency of home care nursing and to investigate contents of home care nursing education that are effective for improving nursing practice competency at the time of completion of nursing education. A quantitative study on the degree of emphasis placed on nursing practice competency in the field of home care nursing in nursing education was conducted on the teachers primarily responsible for home care nursing education at educational institutions with nursing programs as well as full-time visiting nurses by creating “a questionnaire on the nursing practice competency required in the field of home care nursing in nursing education” based on a theoretical framework. Structuring of “the nursing practice competency required in the field of home care nursing in nursing education” based on the results of factor analysis of data showed that the nursing practice competency required in the field of home care nursing consisted of three types of nursing practice competency categorized as “basic competency of nursing professionals” and six types of nursing practice competency categorized as “nursing practice competency of home care nursing professionals”.

キーワード：看護実践能力、在宅看護、看護基礎教育

I. は じ め に

近年の看護教育を取り巻く社会状況の変遷の中で、看護提供の場の変容に対応した「在宅看護学」は、今後も変化を伴うことが予想される専門領域であり、新たな状況に対応しながら根

本的な教育の質の高さが求められる。社会的背景からみても、今後の看護の役割は地域に移行することが必至である。平成21年度からは、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」及び「看護師等養成所の運営に関する指導要領」の一部改正により看護師の教育カリキュラムも

*高知県立高知東高等学校看護科

**高知県立大学看護学部

変更され¹⁾、在宅看護学はそれまでの専門分野から、「統合分野」に位置づけられ、基礎・専門科目で履修した内容を臨床で活用するための統合的な能力の育成が求められている。各専門領域の学習で得た知識と技術を統合し、対象者の健康の維持・増進に向けて支援することを目的とした学習が開始される在宅看護学領域で、看護基礎教育修了時に必要な看護実践能力の構造を明らかにし、看護実践能力を成長させるために、どこに焦点を当てて教授するべきかを検討することは、看護専門職の質の向上のために急務であると考えられる。そして、看護基礎教育修了時の看護実践能力を高めるために必要な、教育内容の強化すべき点を明らかにすることが、将来の看護の質の確保に繋がると考えられる。

II. 文献検討と研究の枠組み

看護実践能力、在宅看護に関する文献検討の結果、近年の研究では、文部科学省高等教育局「看護基礎教育の在り方に関する検討会」による、2004年「看護実践能力育成に向けた大学卒業時の到達目標」²⁾に示されたⅠ～Ⅴ群、すなわちⅠ群[ヒューマンケアの基本に関する実践能力]、Ⅱ群[看護の計画的な展開能力]、Ⅲ群[特定の健康問題を持つ人への実践能力]、Ⅳ群[ケア環境とチーム体制整備能力]、Ⅴ群[実践の中で研鑽する基本能力]の概念枠組みを使用したものが多く、これが現在のわが国で一般的に「看護実践能力」を現しているものと捉えられた。さらに、看護実践能力に関する文献^{3)～8)}、在宅看護や訪問看護の看護実践や教育的関わりに関する文献^{9)～12)}から、在宅看護学領域の看護実践能力を検討し、先のⅠ～Ⅴ群を基盤とした本研究の枠組みを図のように作成した(図1)。

本研究の枠組みにおいて看護実践能力とは、看護者が自らの知識・技術やこれまでの経験などを複合的に統合しながら、対象者に対して援助を行う能力であり、実際には看護行為として表現されていると考えられた。また、看護実践能力は看護基礎教育段階で全て習得できるものではなく、就職後職業人への変化と共に専門職としての看護実践能力が培われていく。すなわち、看護実践能力は学習過程と平行して成長し

ていき、基礎教育段階の看護実践能力、看護基礎教育修了時の看護実践能力、就職後の継続教育において、専門職としての看護実践能力が培われていく。本研究では看護教育の学習過程と看護実践能力の成長が平行しており、それぞれの教育段階に、Ⅰ～Ⅴ群の看護実践能力が対応しており、看護基礎教育修了時の看護実践能力は基礎分野・専門分野の既習の看護知識・技術を統合したものであると考えた。

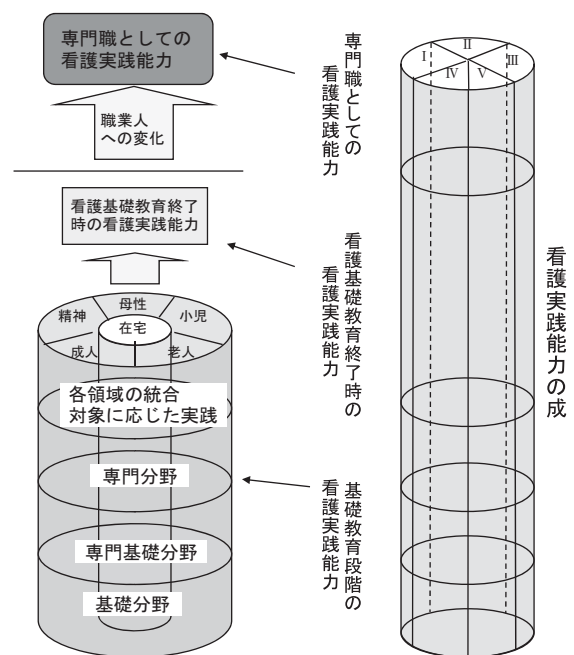


図1 研究の枠組み

用語の定義

看護基礎教育：看護師・保健師・助産師教育も含めた、看護専門職を養成するための基礎となる教育。

在宅看護学教育：在宅で療養しているあらゆるライフステージ・あらゆる健康レベルにある人々とその家族に対して、現状の生活を踏まえた看護を提供するために必要な基礎的知識・技術を習得し、自立を支援する能力と態度を養うことを目的とした教育。

看護実践能力：看護者が対象者における心身の健康の維持・増進のために知識・技術・看護観に基づい

て、適切な働きかけを行うために必要な能力。これらの能力が統合された看護実践として具現化される。

Ⅲ. 研 究 目 的

在宅看護学領域で必要とされる看護実践能力の構造を明らかにし、看護基礎教育修了時の看護実践能力向上のために効果的な、在宅看護学教育内容を検討することを目的とする。

Ⅳ. 研 究 方 法

1. 研究デザイン

質問紙を用いた量的研究

2. 研究対象

全国の看護師養成課程をもつ大学、短期大学、専門・専修学校、高等学校5年一貫看護師課程の主たる在宅看護学担当教員、及び訪問看護ステーションの常勤の訪問看護師を対象とした。

3. 質問紙

1) 看護基礎教育における在宅看護学教育で必要な看護実践能力は、研究の枠組みに従って、Ⅰ群[ヒューマンケアの基本的な実践能力]、Ⅱ群[看護の計画的な展開能力]、Ⅲ群[特定の健康問題を持つ人への実践能力]、Ⅳ群[ケア環境とチーム体制整備能力]、Ⅴ群[実践の中で研鑽する基本能力]の5群から構成されたと考えた。そして、5群のサブカテゴリとして20のカテゴリを作成し、看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力の理論的基盤とした。

2) それぞれの群に含まれる看護行為として表現された看護実践能力を表す下位の質問項目を作成した。群別の質問項目は、Ⅰ群13項目、Ⅱ群16項目、Ⅲ群13項目、Ⅳ群9項目、Ⅴ群4項目、合計55項目である。

3) 尺度は、重要度の認識を問うものについて、「5：非常に重要である」「4：まあまあ重要である」「3：どちらともいえない」「2：あまり重要ではない」「1：重要ではない」の間隔尺

度による5段階とした。

4) 質問項目は、担当教員のスーパーバイズを受け洗練化を行った。さらに、在宅看護学担当教員及び家族看護学担当教員4名と修士課程の学生4名にパイロットスタディを行い、質問項目を洗練化した。

4. データ収集

1) データ収集期間

平成20年7月29日～10月30日

2) データ収集方法

教員に対しては、全国の看護師養成課程をもつ大学、短期大学、専門・専修学校、高等学校5年一貫看護師課程の主たる在宅看護学担当教員宛に、文書にて研究の主旨、データ収集方法、倫理的配慮等を説明して、研究への理解を得て協力を依頼した。

訪問看護師に対しては、A・B・C・D4県の訪問看護ステーション所長に対して、文書にて協力を依頼し、調査票配布許可の得られた訪問看護ステーションに調査票を配布し、同意の得られた常勤の訪問看護師からデータを得た。

3) データ分析

教員と訪問看護師の在宅看護学領域で必要と考えられる看護実践能力の重要度の認識を因子分析を用いて分析した。

統計解析にはSPSS 11.5Jの統計パッケージを用いた。

4) 倫理的配慮

研究者が所属する機関の倫理審査委員会から承認を得て、データ収集を開始した。自由意思の尊重、任意の参加の保証、匿名性の確保、プライバシーの保証などについて配慮を行った。

Ⅴ. 結 果

質問紙は、全国の看護師養成課程校689校に送付し（7校廃校で返送）、256通回答が返送され、無効回答が4通、有効回答が252通、回収率は37.5%であった。

A・B・C・D4県の訪問看護ステーション

136施設に送付し、調査票配付許可を得たセッションは34（25.0%）、許可を得た訪問看護師118名に送付し107通回答が返送され、無効回答が7通、有効回答が100通、回収率は90.7%であった。

1. 対象者の概要

教員の平均年齢は、45.8歳、男性が2名、女性が250名であった。教員としての経験年数の平均は10.33年、在宅看護学担当年数の平均は5.05年であった。

教員の所属する校種別の分布は、大学は43校で回答数全体の28.8%、在宅看護学担当教員数の平均は2.64人、短期大学は7校で全体の3.1%、教員数の平均は1.71人、専門・専修学校は169校で全体の58.2%、教員数の平均は1.36人であった。

訪問看護師の平均年齢は42.9歳、男性が3名、女性が97名であった。看護師としての経験年数の平均は16.92年、訪問看護師としての経験年数の平均は5.04年であった。

2. 教員の重要度の認識に関する因子分析

教員の看護実践能力の重要度の認識の中に、どのような潜在的な因子が存在するのかを探索し、その因子を抽出するために因子分析を行った。

教員への質問55項目に関して、データを因子分析し、因子の抽出には最尤法を用い、固有値1以上のものについてバリマックス回転を行った結果、10因子が抽出され、累積寄与率は64.6%であった（表1）。

第1因子は、施設から在宅への移行、その後の地域ケアシステムの構築とそのケアチームの連携協働、家族内の調整と生活の自立支援という在宅療養生活を継続するために欠かすことのできない項目から構成されており、『ケアチームと共に在宅療養生活の継続を支援する能力』と命名した。第2因子は、在宅看護過程を展開する能力の中で、問題の明確化・計画立案に関する項目から構成されており、『在宅看護過程を展開する能力』と命名した。第3因子は、ヘルスケア提供システムの中で看護がどのような役割を担い、課題に取り組むべきかに関する項

目から構成されており、『在宅看護の専門職者としての課題に取り組む能力』と命名した。第4因子は、予防的視点を持ちながら、健康状態・介護状況に応じたケアを提供することに関する項目から構成されており、『病状の変化に応じて予測を伴った看護を実践する能力』と命名した。第5因子は、対象者に実施した看護を評価する能力に関する項目から構成されており、『在宅看護実践を評価する能力』と命名した。第6因子は、個人情報保護や権利擁護に関する項目から構成されており、『対象者の権利を擁護する能力』と命名した。第7因子は、在宅療養者・家族とともに考える姿勢・信頼関係を前提としたパートナーシップ構築に関する項目から構成されており、『在宅療養者・家族とパートナーシップを構築する能力』と命名した。第8因子は、家族支援に関する項目から構成されており、『家族を支援する能力』と命名した。第9因子は、対象者の信条や大切に捉えているものを理解することに関する項目から構成されており、『対象者の価値観・生活習慣を理解する能力』と命名した。第10因子は、地域の中で主体的に生活する人として対象者を理解することに関する項目から構成されており、『地域の中の生活者として対象を理解する能力』と命名した。

3. 訪問看護師の重要度の認識に関する因子分析

訪問看護師についても、同様にデータを因子分析した結果、10因子が抽出され、累積寄与率は65.7%であった（表2）。

第1因子は、対象者を地域の生活者として理解しながら、施設から在宅への移行を支え、緊急時にも対処できるケア環境を整えて、在宅療養生活の継続を支援することに関する項目から構成されており、『地域ケアシステムの中で在宅療養生活の継続を支援する能力』と命名した。第2因子は、自己決定の支援や権利擁護、信頼関係の構築に関する項目から構成されており、『在宅療養者・家族を尊重し信頼関係を構築する能力』と命名した。第3因子は、ヘルスケア提供システムの中での看護の機能を考察し、課題解決に取り組むことに関する項目から構成されており、『在宅看護の課題解決に取り組む能

表1 教員の重要度の認識に関する因子分析（バリマックス回転後の因子行列）

| 項 目 | 共 通 因 子 | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 43) 社会資源のネットワークを作る | 0.83 | 0.09 | 0.13 | 0.14 | 0.11 | 0.09 | -0.02 | 0.03 | 0.02 | 0.18 |
| 44) 在宅療養者・家族と関係職種の調整を行う | 0.81 | 0.15 | 0.15 | 0.08 | 0.12 | 0.00 | 0.04 | 0.15 | 0.05 | 0.21 |
| 45) 地域ケアシステムの利用を促進する | 0.80 | 0.15 | 0.20 | 0.11 | 0.18 | 0.03 | 0.02 | 0.13 | -0.05 | 0.08 |
| 41) 在宅療養生活の移行に関わる関係職種との連携を図る | 0.80 | 0.16 | 0.13 | 0.06 | 0.07 | 0.13 | 0.07 | 0.13 | 0.14 | -0.14 |
| 46) 療養生活に必要なケアを調整する | 0.80 | 0.16 | 0.19 | 0.21 | 0.12 | 0.09 | 0.05 | 0.10 | 0.00 | 0.14 |
| 42) 施設内と在宅でのケアの継続が図れる | 0.79 | 0.14 | 0.13 | 0.11 | 0.09 | 0.09 | 0.09 | 0.04 | 0.09 | -0.04 |
| 47) 多職種によるケアチームメンバーと情報共有する | 0.77 | 0.17 | 0.18 | 0.13 | 0.07 | 0.02 | 0.15 | 0.11 | 0.04 | -0.01 |
| 48) 多職種によるケアチームメンバーと協働関係を持つ | 0.74 | 0.09 | 0.25 | 0.13 | 0.07 | 0.04 | 0.15 | 0.09 | 0.08 | 0.05 |
| 35) 自立した生活を送るために必要な社会資源を調整する | 0.69 | 0.21 | -0.02 | 0.28 | 0.10 | 0.05 | 0.11 | 0.27 | -0.04 | 0.02 |
| 33) 家族関係を円滑にする調整を行う | 0.52 | 0.16 | 0.07 | 0.20 | 0.18 | -0.08 | 0.07 | 0.45 | 0.01 | 0.27 |
| 34) 残存機能をいかして日常生活動作が行なえるよう援助する | 0.40 | 0.37 | 0.14 | 0.33 | 0.19 | 0.10 | 0.27 | 0.28 | -0.03 | -0.04 |
| 19) 健康上の起こりうる問題を明らかにする | 14.00 | 0.83 | 0.12 | 0.08 | 0.12 | 0.05 | 0.08 | 0.08 | 0.12 | -0.11 |
| 18) 健康上の問題を明らかにする | 0.16 | 0.79 | 0.15 | 0.04 | 0.11 | 0.13 | 0.16 | 0.01 | 0.13 | -0.12 |
| 15) 必要な情報を整理し課題抽出に活用する | 0.06 | 0.67 | 0.23 | 0.09 | 0.22 | 0.05 | 0.11 | 0.08 | 0.08 | 0.13 |
| 17) 介護状況に関する問題を明らかにする | 0.17 | 0.67 | 0.11 | 0.08 | 0.07 | 0.07 | 0.08 | 0.20 | 0.22 | 0.11 |
| 14) 在宅看護過程の展開に必要な情報収集をする | 0.07 | 0.66 | 0.16 | 0.16 | 0.08 | 0.12 | 0.17 | 0.15 | -0.01 | 0.17 |
| 20) 共通目標を明確にする | 0.21 | 0.60 | 0.05 | 0.11 | 0.26 | 0.06 | 0.23 | 0.07 | 0.02 | 0.10 |
| 16) 的確なフィジカルアセスメントをする | 0.24 | 0.54 | 0.13 | 0.33 | 0.13 | 16.00 | -0.01 | 0.27 | 0.03 | 0.06 |
| 22) 問題解決のためのケア計画を立案する | 0.29 | 0.52 | 0.15 | 0.88 | 0.28 | 0.12 | 0.08 | 0.25 | 0.05 | 0.09 |
| 21) 利用できる社会資源・社会福祉制度を明らかにする | 0.33 | 0.47 | -0.01 | -0.01 | 0.13 | 0.18 | 0.15 | 0.06 | 0.08 | 0.10 |
| 54) 自己の学習課題を見つける | 0.02 | 0.07 | 0.82 | 0.12 | 0.11 | 0.16 | 0.10 | 0.05 | -0.01 | 0.06 |
| 52) 看護実践における課題や疑問の解決に向けた文献・情報を収集する | 0.22 | 0.21 | 0.70 | -0.07 | 0.21 | -0.04 | 0.03 | 0.04 | 0.12 | 0.01 |
| 55) 自らの看護実践能力を高める取り組みを行う | 0.17 | 0.07 | 0.69 | 0.17 | 0.12 | 0.18 | 0.06 | 0.01 | -0.01 | 0.18 |
| 53) 在宅看護の課題を明らかにして研究的に取り組む | 0.37 | 0.14 | 0.63 | 0.12 | 0.07 | -0.02 | -0.01 | 0.07 | -0.05 | -0.10 |
| 50) ヘルスケア提供システムの中で看護の果たすべき役割を考察する | 0.26 | 0.35 | 0.55 | 0.00 | 0.10 | 0.12 | 0.09 | -0.01 | 0.21 | -0.03 |
| 51) 費用や経済面を考慮したケアの効率を考える | 0.31 | 0.23 | 0.44 | 0.08 | 0.08 | 0.06 | 0.08 | 0.06 | 0.29 | -0.06 |
| 49) ヘルスケア提供システムに関する制度・法律を理解する | 0.36 | 0.24 | 0.37 | 0.01 | 0.05 | 0.15 | 0.03 | 0.04 | 0.16 | -0.08 |
| 38) 在宅療養者の症状コントロールの援助を行う | 0.56 | 0.23 | 0.11 | 0.62 | 0.16 | -0.06 | 0.06 | 0.17 | 0.03 | -0.08 |
| 39) 在宅療養者の緊急時に備えた援助を行う | 0.58 | 0.14 | 0.14 | 0.61 | 0.12 | 0.00 | 0.03 | 0.03 | 0.05 | 0.02 |
| 37) 在宅療養者の症状の変化の予測と予防をする | 0.48 | 0.29 | 0.15 | 0.58 | 0.22 | 0.05 | 0.05 | 0.23 | 0.03 | -0.13 |
| 40) 在宅療養者・家族の望む看取りへの援助を行う | 0.55 | 0.09 | 0.10 | 0.58 | 0.16 | 0.01 | 0.09 | 0.10 | 0.08 | 0.18 |
| 36) 状況に応じた医療処置を安全に実施する | 0.49 | 0.13 | 0.18 | 0.57 | 0.14 | 0.01 | 0.09 | 0.11 | -0.06 | 0.21 |
| 25) 介護技術・医療処置の教育をする | 0.39 | 0.21 | 0.16 | 0.39 | 0.24 | 0.09 | -0.01 | 0.15 | -0.17 | 0.34 |
| 23) 必要な看護技術を安全安楽に留意して遂行する | 0.30 | 0.17 | 0.08 | 0.37 | 0.29 | 0.28 | 0.13 | 0.22 | -0.01 | 0.12 |
| 28) 必要な援助が適切であったか評価する | 0.16 | 0.37 | 0.23 | 0.19 | 0.75 | 0.16 | 0.10 | 0.13 | 0.03 | 0.00 |
| 29) 在宅療養者・家族が満足感を得られたか評価する | 0.25 | 0.2/8 | 0.23 | 0.11 | 0.69 | 0.02 | 0.10 | 0.22 | 0.12 | 0.04 |
| 26) 共通目標が達成できたか評価する | 0.32 | 0.28 | 0.16 | 0.17 | 0.63 | 0.14 | 0.04 | 0.06 | 0.09 | 0.25 |
| 27) アセスメントが十分であったか評価する | 0.26 | 0.42 | 0.29 | 0.19 | 0.62 | 0.16 | 0.02 | 0.14 | 0.03 | 0.08 |
| 24) 必要な援助を行なうことに伴うリスクを予測する | 0.22 | 0.30 | 0.13 | 0.30 | 0.33 | 0.21 | 0.14 | 0.14 | 0.05 | 0.13 |
| 9) 医療倫理・看護倫理に基づいて行動する | 0.09 | 0.06 | 0.14 | -0.11 | 0.06 | 0.71 | 0.12 | 0.09 | 0.13 | 0.14 |
| 10) 在宅療養者の権利・尊厳を擁護する | 0.08 | 0.14 | 0.12 | 0.08 | 0.05 | 0.70 | 0.40 | 0.08 | 0.11 | 0.03 |
| 12) プライバシーを保護する | -0.01 | 0.18 | 0.09 | 0.07 | 0.11 | 0.61 | 0.13 | -0.08 | 0.13 | 0.01 |
| 13) 情報の伝達方法を本人・家族が決定する権利を守る | 0.26 | 0.11 | 0.12 | 0.10 | 0.24 | 0.35 | 0.26 | -0.06 | 0.16 | 0.25 |
| 11) 専門職としての責務を果たす | 0.13 | 0.23 | -0.02 | 0.20 | -0.01 | 0.33 | 0.28 | 0.18 | 0.09 | 0.23 |
| 7) 自己決定を尊重した支援を行う | 0.12 | 0.26 | 0.14 | 0.03 | -0.02 | 0.20 | 0.83 | 0.17 | 0.12 | -0.03 |
| 5) 共に考える態度で援助する | 0.12 | 0.29 | 0.05 | 0.08 | 0.04 | 0.35 | 0.62 | 0.11 | 0.19 | 0.00 |
| 6) 在宅療養者・家族をそのまま受け入れる | 0.04 | 0.15 | 0.06 | 0.00 | 0.17 | 0.25 | 0.50 | -0.04 | 0.10 | 0.23 |
| 4) 状況に応じたコミュニケーションを図る | 0.03 | 0.16 | 0.07 | 0.15 | 0.25 | 0.27 | 0.36 | 0.15 | 0.15 | 0.27 |
| 31) 家族のセルフケア機能を高める | 0.39 | 0.32 | 0.09 | 0.17 | 0.16 | 0.05 | 0.13 | 0.65 | 0.07 | 0.06 |
| 30) 家族のニーズに沿った援助を行う | 0.28 | 0.35 | 0.05 | 0.14 | 0.21 | 0.04 | 0.19 | 0.64 | 0.07 | -0.01 |
| 32) 家族の健康管理を行う | 0.43 | 0.35 | 0.02 | 0.16 | 0.13 | 0.11 | 0.10 | 0.57 | 0.02 | 0.03 |
| 1) 在宅療養者・家族の生活習慣を理解する | 0.02 | 0.23 | 0.08 | 0.03 | 0.10 | 0.26 | 0.15 | 0.03 | 0.74 | 0.17 |
| 2) 在宅療養者・家族の価値観・健康観を理解する | 0.07 | 0.24 | 0.11 | -0.02 | 0.06 | 0.24 | 0.26 | 0.05 | 0.70 | 0.06 |
| 3) 在宅療養者の地域社会での役割を理解する | 0.10 | 0.03 | 0.16 | 0.01 | 0.11 | 0.21 | 0.10 | 0.01 | 0.15 | 0.42 |
| 8) 意志を表出できるための代弁者となる | 0.19 | 0.16 | 0.00 | 0.26 | 0.07 | 0.14 | 0.34 | 0.16 | 0.17 | 0.38 |
| 固有値 合計 | 9.41 | 6.10 | 3.62 | 3.11 | 3.02 | 2.59 | 2.49 | 2.26 | 1.64 | 1.33 |
| 寄与率 | 17.11 | 11.09 | 6.58 | 5.66 | 5.48 | 4.70 | 4.53 | 4.11 | 2.97 | 2.41 |
| 累積寄与率 | 17.11 | 28.20 | 34.77 | 40.43 | 45.91 | 50.61 | 55.14 | 59.25 | 62.23 | 64.64 |

表2 訪問看護師の重要度の認識に関する因子分析 (バリマックス回転後の因子行列)

| 項 目 | 共 通 因 子 | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 41) 在宅療養生活の移行に関わる関係職種との連携を図る | 0.74 | 0.16 | 0.03 | 0.02 | 0.09 | 0.03 | 0.11 | 0.11 | 0.13 | 0.13 |
| 47) 多職種によるケアチームメンバーと情報共有する | 0.72 | 0.26 | 0.25 | 0.17 | 0.08 | 0.17 | 0.11 | 0.18 | 0.01 | 0.04 |
| 43) 社会資源のネットワークを作る | 0.69 | 0.22 | 0.09 | 0.19 | 0.22 | 0.16 | 0.03 | -0.03 | 0.07 | 0.20 |
| 48) 多職種によるケアチームメンバーと協働関係を持つ | 0.67 | 0.18 | 0.39 | 0.01 | 0.22 | 0.03 | 0.15 | 0.11 | 0.10 | -0.02 |
| 46) 療養生活に必要なケアを調整する | 0.60 | 0.10 | 0.33 | 0.30 | 0.09 | 0.26 | 0.03 | 0.24 | 0.02 | 0.14 |
| 44) 在宅療養者・家族と関係職種の調整を行う | 0.60 | 0.18 | 0.29 | 0.22 | 0.31 | 0.10 | 0.13 | 0.02 | 0.11 | 0.05 |
| 42) 施設内と在宅でのケアの継続が図れる | 0.57 | 0.07 | 0.15 | 0.18 | 0.10 | 0.08 | 0.32 | 0.05 | 0.04 | -0.01 |
| 45) 地域ケアシステムの利用を促進する | 0.54 | 0.19 | 0.32 | 0.26 | 0.22 | 0.26 | 0.01 | 0.13 | 0.06 | 0.11 |
| 39) 在宅療養者の緊急時に備えた援助を行なう | 0.49 | 0.21 | 0.06 | 0.22 | 0.29 | 0.09 | 0.37 | 0.26 | 0.05 | 0.11 |
| 51) 費用や経済面を考慮したケアの効率を考える | 0.44 | 0.10 | 0.29 | 0.29 | 0.18 | 0.10 | 0.26 | 0.26 | 0.04 | 0.17 |
| 3) 在宅療養者の地域社会での役割を理解する | 0.39 | 0.33 | 0.15 | 0.17 | 0.38 | 0.22 | -0.04 | -0.06 | 0.09 | -0.04 |
| 7) 自己決定を尊重した支援を行う | 0.07 | 0.74 | 0.15 | 0.05 | 0.05 | 0.06 | 0.04 | 0.14 | 0.14 | 0.07 |
| 5) 共に考える態度で援助する | 0.14 | 0.69 | 0.04 | 0.15 | -0.04 | 0.18 | 0.07 | 0.11 | 0.21 | 0.06 |
| 4) 状況に応じたコミュニケーションを図る | 0.18 | 0.68 | 0.12 | 0.15 | 0.09 | 0.36 | 0.10 | -0.04 | -0.28 | -0.04 |
| 6) 在宅療養者・家族をそのまま受け入れる | 0.21 | 0.66 | 0.07 | 0.08 | 0.25 | 0.06 | 0.06 | 0.14 | 0.12 | -0.04 |
| 8) 意志を表出できる為の代弁者となる | 0.10 | 0.54 | 0.02 | 0.08 | 0.23 | 0.06 | 0.08 | 0.00 | -0.01 | 0.14 |
| 2) 在宅療養者・家族の価値観・健康観を理解する | 0.31 | 0.51 | 0.06 | 0.36 | 0.04 | 0.22 | 0.10 | 0.14 | -0.05 | 0.10 |
| 1) 在宅療養者・家族の生活習慣を理解する | 0.22 | 0.49 | -0.02 | 0.16 | 0.20 | 0.09 | 0.14 | -0.04 | -0.02 | 0.04 |
| 10) 在宅療養者の権利・尊厳を擁護する | 0.09 | 0.39 | 0.23 | 0.33 | 0.29 | 0.04 | 0.24 | 0.08 | 0.10 | 0.19 |
| 49) ヘルスケア提供システムに関する制度・法律を理解する | 0.36 | 0.18 | 0.79 | 0.11 | 0.15 | 0.02 | -0.03 | 0.15 | -0.04 | 0.07 |
| 50) ヘルスケア提供システムの中で看護の果たすべき役割を考察する | 0.40 | 0.19 | 0.73 | 0.21 | 0.05 | 0.09 | 0.03 | 0.20 | 0.18 | 0.03 |
| 53) 在宅看護の課題を明らかにして研究的に取り組む | 0.11 | -0.09 | 0.70 | 0.17 | 0.31 | 0.26 | 0.20 | 0.12 | 0.01 | 0.17 |
| 20) 共通目標を明確にする | 0.14 | 0.16 | 0.56 | 0.16 | 0.07 | 0.29 | 0.28 | 0.03 | 0.29 | -0.05 |
| 52) 看護実践における課題や疑問の解決に向けた文献・情報を収集する | 0.19 | 0.02 | 0.55 | 0.26 | 0.23 | 0.20 | 0.13 | 0.04 | 0.04 | 0.30 |
| 18) 健康上の問題を明らかにする | 0.19 | 0.23 | 0.22 | 0.69 | 0.07 | 0.08 | 0.17 | 0.11 | -0.02 | 0.05 |
| 16) 的確なフィジカルアセスメントをする | 0.19 | 0.25 | 0.13 | 0.69 | 0.21 | 0.14 | 0.15 | 0.14 | 0.13 | 0.06 |
| 15) 必要な情報を整理し課題抽出に活用する | 0.26 | 0.10 | 0.20 | 0.66 | 0.23 | 0.32 | 0.10 | 0.16 | 0.27 | -0.01 |
| 14) 在宅看護過程の展開に必要な情報収集をする | 0.12 | 0.12 | 0.14 | 0.59 | 0.25 | 0.54 | 0.09 | 0.12 | 0.01 | 0.00 |
| 17) 介護状況に関する問題を明らかにする | 0.28 | 0.28 | 0.21 | 0.48 | 0.25 | 0.23 | 0.15 | 0.05 | 0.09 | 0.06 |
| 19) 健康上の起こりうる問題を明らかにする | 0.35 | 0.18 | 0.27 | 0.42 | 0.16 | 0.32 | 0.21 | 0.19 | 0.06 | 0.16 |
| 33) 家族関係を円滑にする調整を行う | 0.17 | 0.17 | 0.26 | 0.07 | 0.69 | -0.06 | 0.00 | 0.05 | 0.00 | 0.12 |
| 35) 自立した生活を送るために必要な社会資源を調整する | 0.32 | 0.11 | 0.11 | 0.25 | 0.65 | 0.28 | 0.02 | 0.00 | 0.18 | 0.17 |
| 32) 家族の健康管理を行う | 0.23 | 0.21 | 0.16 | 0.24 | 0.52 | 0.13 | 0.18 | 0.11 | -0.04 | 0.00 |
| 21) 利用できる社会資源・社会福祉制度を明らかにする | 0.20 | 0.19 | 0.27 | 0.18 | 0.45 | 0.24 | 0.09 | 0.12 | 0.18 | 0.05 |
| 11) 専門職としての責務を果たす | 0.32 | 0.28 | 0.12 | 0.16 | 0.05 | 0.65 | 0.15 | 0.17 | -0.01 | 0.05 |
| 22) 問題解決のためのケア計画を立案する | 0.11 | 0.20 | 0.37 | 0.16 | 0.17 | 0.48 | 0.16 | 0.04 | 0.13 | 0.01 |
| 13) 情報の伝達方法を本人・家族が決定する権利を守る | 0.18 | 0.22 | 0.14 | 0.16 | 0.35 | 0.46 | 0.05 | 0.17 | 0.18 | 0.08 |
| 12) プライバシーを保護する | 0.05 | 0.15 | 0.04 | 0.27 | 0.01 | 0.43 | 0.06 | 0.08 | 0.04 | 0.19 |
| 40) 在宅療養者・家族の望む看取りへの援助を行う | 0.17 | 0.26 | 0.04 | 0.18 | -0.01 | 0.01 | 0.65 | 0.19 | 0.02 | 0.04 |
| 26) 共通目標が達成できたか評価する | 0.22 | 0.08 | 0.47 | 0.04 | 0.24 | 0.35 | 0.64 | -0.05 | 0.30 | -0.01 |
| 25) 介護技術・医療処置の教育をする | 0.17 | -0.04 | 0.30 | 0.17 | -0.02 | 0.27 | 0.49 | 0.36 | 0.06 | 0.07 |
| 30) 家族のニーズに沿った援助を行う | 0.21 | 0.23 | 0.04 | 0.20 | 0.17 | 0.21 | 0.46 | 0.05 | 0.00 | 0.00 |
| 24) 必要な援助を行うことに伴うリスクを予測する | 0.23 | 0.16 | 0.24 | 0.20 | 0.27 | 0.37 | 0.17 | 0.75 | 0.12 | 0.02 |
| 23) 必要な看護技術を安全・安楽に留意して遂行する | 0.22 | 0.37 | 0.17 | 0.28 | -0.10 | 0.16 | 0.25 | 0.50 | -0.03 | 0.05 |
| 38) 在宅療養者の症状コントロールの援助を行う | 0.22 | 0.44 | 0.19 | 0.18 | 0.26 | -0.09 | 0.26 | 0.45 | 0.09 | 0.12 |
| 36) 状況に応じた医療処置を安全に実施する | 0.33 | 0.25 | 0.23 | 0.37 | -0.04 | 0.22 | 0.19 | 0.42 | 0.06 | 0.08 |
| 28) 必要な援助が適切であったか評価する | 0.40 | 0.39 | 0.26 | 0.26 | 0.16 | 0.13 | 0.14 | 0.08 | 0.57 | 0.11 |
| 27) アセスメントが十分であったか評価する | 0.36 | 0.15 | 0.27 | 0.33 | 0.31 | 0.36 | 0.14 | 0.13 | 0.50 | 0.07 |
| 29) 在宅療養者・家族が満足感を得られたか評価する | 0.30 | 0.26 | 0.28 | 0.23 | 0.13 | 0.02 | 0.36 | 0.12 | 0.40 | 0.13 |
| 55) 自らの看護実践能力を高める取り組みを行う | 0.30 | 0.17 | 0.28 | 0.09 | 0.19 | 0.16 | 0.04 | 0.08 | 0.06 | 0.83 |
| 54) 自己の学習課題を見つける | 0.36 | 0.29 | 0.46 | 0.05 | 0.31 | 0.21 | 0.10 | 0.05 | 0.07 | 0.42 |
| 固有値 合計 | 6.29 | 4.87 | 4.60 | 4.04 | 3.26 | 3.10 | 2.51 | 2.06 | 1.43 | 1.39 |
| 寄与率 | 12.34 | 9.56 | 9.01 | 7.93 | 6.39 | 6.07 | 4.91 | 4.05 | 2.80 | 2.73 |
| 累積寄与率 | 12.34 | 21.89 | 30.91 | 38.83 | 45.22 | 51.29 | 56.21 | 60.25 | 63.05 | 65.78 |

力』と命名した。第4因子は、在宅看護過程展開の中で、情報収集から問題の明確化までのプロセスに関する項目から構成されており、『在宅療養上の問題を明確にする能力』と命名した。第5因子は、対象者と社会資源を繋ぐ項目から構成されており、『在宅療養者を取り巻くソーシャルサポートを調整する能力』と命名した。第6因子は、在宅療養者の権利擁護とケア計画に関する項目から構成されており、『在宅療養者の意思を尊重したケアを立案する能力』と命名した。第7因子は、家族介護者に対する看護実践と評価に関する項目から構成されており、『家族のニーズに応じた支援をする能力』と命名した。第8因子は、在宅療養者に対して、リスクを予測しながら、安全・安楽に直接的な看護技術・医療処置を実践することに関連した項目から構成されており、『状況に応じた看護実践をする能力』と命名した。第9因子は、実践の評価に関する項目から構成されており、『看護実践を評価する能力』と命名した。第10因子は、専門職として自己研鑽に関する項目から構成されており、『専門職として自己研鑽する能力』と命名した。

VI. 考 察

1. 看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力の構造化

看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力を考察するにあたり、教育者の立場として重要と捉える看護実践能力と、実践者として訪問看護師が重要と捉える看護実践能力の双方の結果を合わせて統合させることで、在宅看護学領域で必要な看護実践能力が構造化できると考えた。そこで、教員の看護実践能力因子と看護師の看護実践能力因子の類似性、因子に含まれる支援内容、因子が持つ意味や特性について検討し、在宅看護の看護実践能力を抽出した。さらに、抽出された看護実践能力の関係を検討しながら構造化を試みた。看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力は、以下の9つが考えられた。

教員の第1因子『ケアチームと共に在宅療養生活の継続を支援する能力』、訪問看護師の第

1因子『地域ケアシステムの中で在宅療養生活の継続を支援する能力』、第3因子『在宅看護の課題解決に取り組む能力』、第5因子『在宅療養者を取り巻くソーシャルサポートを調整する能力』から、「多職種との連携・協働」「社会資源のネットワーク構築」「生活の自立支援」「在宅療養生活への移行の支援」という支援を行う能力を含む【在宅療養の継続を支援する能力】が抽出され、これは、在宅での自立した生活と施設と在宅の継続した生活を支援するために、多職種・社会資源と協働する能力であると考えた。教員の第8因子『家族を支援する能力』、訪問看護師の第7因子『家族のニーズに応じた支援をする能力』から、【家族を支援する能力】が抽出され、家族への支援能力であると考えた。教員の第2因子『在宅看護過程を展開する能力』、訪問看護師の第4因子『在宅療養上の問題を明確にする能力』からは、【在宅療養上の問題を明確にする能力】が抽出され、看護過程展開能力の中でも、対象者の在宅療養生活の問題を明確にできる能力であると考えた。教員の第3因子『在宅看護の専門職者としての課題に取り組む能力』、訪問看護師の第10因子『専門職として自己研鑽する能力』からは、

【在宅看護の専門職としての課題解決を行う能力】が抽出され、在宅看護専門職としての向上を包含する能力であると考えた。教員の第4因子『病状の変化に応じて予測を伴った看護を実践する能力』、訪問看護師の第8因子『状況に応じた看護実践をする能力』からは、【状況に応じた看護実践を行う能力】が抽出され、対象者に対し病状の変化に対応して、直接的な看護技術・医療処置を実践する能力であると考えた。教員の第5因子『在宅看護実践を評価する能力』、訪問看護師の第9因子『看護実践を評価する能力』からは、【在宅看護実践を評価する能力】が抽出され、実践したことの評価が集約されており、看護実践の評価能力であると考えた。教員の第6因子『対象者の権利を擁護する能力』、訪問看護師の第6因子『在宅療養者の意思を尊重したケアを立案する能力』からは、【ケア提供者として対象者の権利を擁護する能力】が抽出され、在宅看護が提供される場の特性に応じて、個人情報を保護し権利擁護できる能力であ

ると考えた。教員の第7因子『在宅療養者・家族とパートナーシップを構築する能力』、訪問看護師の第2因子『在宅療養者・家族を尊重し信頼関係を構築する能力』からは、【在宅療養者・家族とパートナーシップを構築する能力】が抽出され、在宅という場において、療養者・家族との信頼関係を基盤として、対等な関係を構築するための能力であると考えた。教員の第9因子『対象者の価値観・生活習慣を理解する能力』、教員の第10因子『地域の中の生活者として対象を理解する能力』からは、【対象を生活者として理解する能力】が抽出され、幅広い視点から対象者を理解し、生活者として地域で療養することを支援する能力と考えた。

これらの看護実践能力のうち【対象を生活者として理解する能力】【在宅療養者・家族とパートナーシップを構築する能力】【ケア提供者として対象者の権利を擁護する能力】は《看護専門職としての基本的能力》であり、在宅看護学領域で必要な看護実践能力の基盤となるものである。これらは、在宅看護領域に限らず看護専門職者としての基本的能力と言え、統合されて実践に結びつく在宅看護領域で必要な専門的能力の土台として存在すると考えられる。田島¹³⁾の看護実践に至る学修過程の構造や、吉田¹⁰⁾による構造を見ても、実践の下支えとして、原理・原則の理解や、対象の理解が存在している。また、【在宅療養の継続を支援する能力】【在宅療養上の問題を明確にする能力】【状況に応じた看護実践を行う能力】【家族を支援する能力】【在宅看護の専門職としての課題解決を行う能力】【在宅看護実践を評価する能力】は、《在宅看護の専門職としての看護実践能力》であり、基盤となる能力に下支えされながら、他領域を含む既習知識を統合して、対象となる在宅療養者・家族に適切な支援を行う実践能力である。

在宅看護学領域では対象者があらゆるライフステージ・あらゆる健康レベルにあり、看護が展開される場も様々であることから、高いアセスメント能力と看護実践を行う能力が求められる。そのために、【在宅療養上の問題を明確にする能力】【状況に応じた看護実践を行う能力】【在宅看護実践を評価する能力】は、看護

過程の展開能力に一括して考えるのではなく、各々が一つの構成要素として存在すると考えた。また、【在宅看護の専門職としての課題解決を行う能力】は、自己の専門職としての能力の向上を包含しており、看護実践に携わる際に科学的かつ最新・最善の看護を提供するため、専門性の進化や役割の広がりに応じ学び続ける姿勢が求められ、ヘルスケア提供システムの理解と共に研究的取り組みも重要であることを意味している。

そして、【在宅療養の継続を支援する能力】は「多職種との連携・協働」「社会資源のネットワーク構築」「生活の自立支援」「在宅療養生活への移行の支援」という下位の看護実践能力を含んでおり、在宅での自立した生活を支援するために、多職種・社会資源と協働する看護実践能力である。これは、他の【在宅療養上の問題を明確にする能力】【状況に応じた看護実践を行う能力】【家族を支援する能力】【在宅看護の専門職としての課題解決を行う能力】【在宅看護実践を評価する能力】の看護実践能力を統合して、対象のニーズに適応した支援に結びつけていると考え、在宅看護学領域の看護実践能力を構成する専門的な能力の中心に位置すると考えた。

他の能力は互いに関連しながら、あるいは互いを補いながら、対象者の問題を明確にし、家族も含めて対象者に応じた社会資源の導入を図り、評価から再アセスメントという円環的なつながりのある能力と、自らの専門性を向上させる自己研鑽の継続を包含する能力が、中心となる能力を取り囲むように存在して《在宅看護の専門職としての看護実践能力》を構成している。

このように、《看護専門職としての基本的能力》と《在宅看護の専門職としての看護実践能力》の双方が内在する能力を含めて階層をなし、看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力を構成していると考え（図2）。

2. 看護実践能力向上に効果的な教育内容の検討

在宅看護学領域の看護実践能力を伸長させるためには、どのような教育内容が有効であるのか検討した。在宅看護学は、今回のカリキュラム改正によって統合分野に位置づけられている。

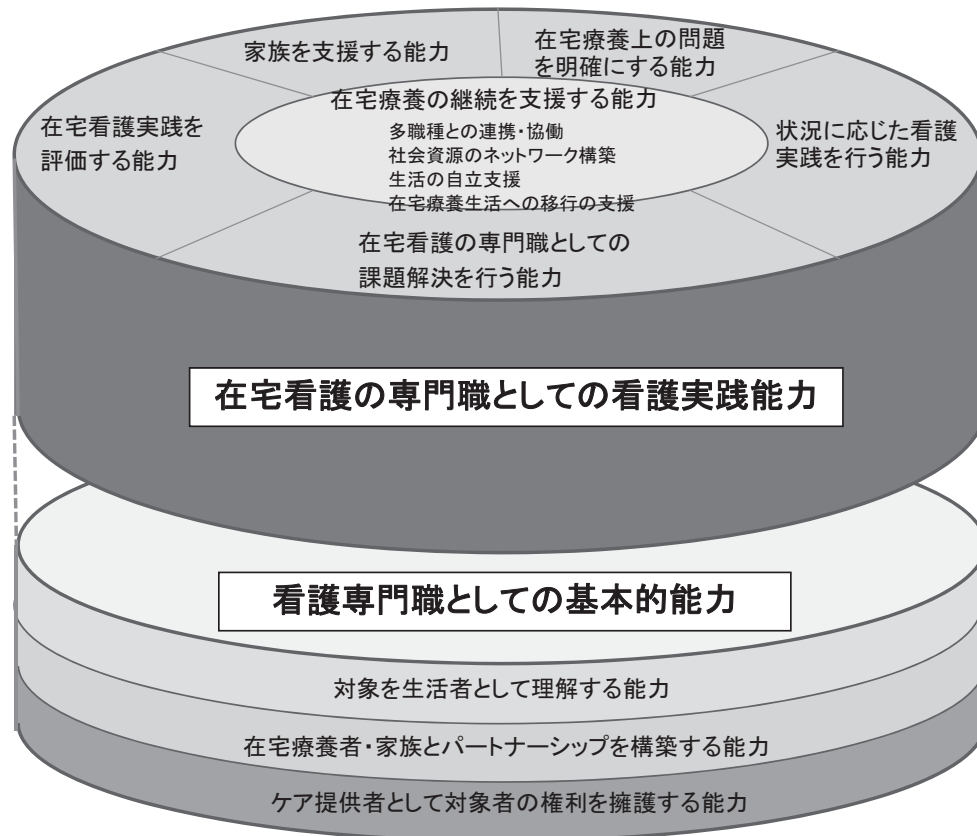


図2 看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力

在宅看護学領域では、高いアセスメント能力と看護実践を行う能力が求められるため、多様な問題に対処する能力や、看護実践を行う能力の強化が、統合分野として重要な教育目標である。因子分析の結果から構造化された在宅看護学領域で必要な看護実践能力の中では、【在宅療養上の問題を明確にする能力】【状況に応じた看護実践を行う能力】は、在宅療養生活の継続を図るため、高度なアセスメントに基づく対象者への直接的な援助を行う看護実践能力であり、その後の評価に関する【在宅看護実践を評価する能力】、在宅療養者の療養生活そのものを支援する【在宅療養の継続を支援する能力】と共に、各領域で培われた知識・技術を統合しながら、演習や実習教育での学びが不可欠である。小山らは¹⁴⁾、統合分野の学習目標を「全体像から優先順位をとらえ、患者の状況や個別性に合わせて看護技術を実施する」としており、看護ケアを思考のプロセスを含む一連のものとして意識し、繰り返すことにより、看護実践能力につながる技術としての学習が可能になるのでは

ないかと考えている。基礎教育段階で直接的な支援を行う看護実践能力の強化を図るには、校内演習等実践場面で看護者が行っている判断のプロセスを踏むことができるような工夫が必要である。さらに、演習や実習教育においては、適切なフィードバックを実現するため、教員と臨床指導者で実習目標と個々の学生の看護ケアにつながる思考のプロセスに関する到達状況の共有等緊密な連携が必要である。

具体的な科目立てとしては、鈴木ら¹⁵⁾は科目の講義の構成及び計画を、「在宅看護概論」「在宅療養者の健康状態に応じた看護」「在宅看護技術」「在宅看護過程」の4科目で考えており、《看護専門職としての基本的能力》及び【在宅看護の専門職としての課題解決を行う能力】は在宅看護概論、【在宅療養上の問題を明確にする能力】【在宅看護実践を評価する能力】は「在宅看護過程」、【在宅療養の継続を支援する能力】【家族を支援する能力】は「在宅療養者の健康状態に応じた看護」、【状況に応じた看護実践を行う能力】は「在宅看護技術」で講義

し統合する構図が考えられる。【在宅看護の専門職としての課題解決を行う能力】は、自己の専門職としての能力の向上を包含しているため、「在宅看護概論」に加えて「看護研究」の講義が関連しており、担当教員間の連携が求められる。

看護基礎教育修了時の在宅看護学領域の看護実践能力を向上させる効果的な教育を行うためには、統合分野としての位置づけを理解し、他領域も含めた協力体制を整えて、全学年のカリキュラムの見直しを視野に入れ、基礎教育修了時の到達目標を共有して、各養成校での看護基礎教育全体でどのような看護職者を育成するのか、教育目標の統一と教育内容の精選が必要である。

VII. 今後の課題

看護基礎教育に携わる在宅看護学担当教員と常勤の訪問看護師双方の実態調査に基づいて「看護基礎教育における在宅看護学領域で必要な看護実践能力」を明らかにし、構造化を検討した。看護実践能力の抽出や構造化の解釈については今後さらに洗練化させ、看護基礎教育の中での在宅看護学教育の在り方を追求し、今後の在宅看護学教育の構築へつなげていく研究に取り組んでいくことが課題である。

謝 辞

本研究を行うにあたりまして、質問紙調査にご協力いただきました対象者の皆様方、対象者選択にご協力いただきました、訪問看護ステーションの管理者の皆様方、ご指導いただきました先生方に、心より感謝申し上げます。

なお、本稿は、平成20年度高知女子大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆修正したものである。

<引用・参考文献>

- 1) 文部科学省・厚生労働省：保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部を改正する省令（保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部改正）、平成20年1月8日。
- 2) 文部科学省：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、文部科学省高等教育局医学教育課、2004。
- 3) Benner.P：ベナー看護論、井部敏子他訳、医学書院、38-39、1992。
- 4) 山田覚・斉藤美和：看護実践能力項目の重要度に関する一考察、高知女子大学紀要看護学部編、49、67-74、2000。
- 5) 山崎章恵、三上れつ他：看護実践能力の獲得に関する研究－満足度との関連についての分析－、日本看護研究学会雑誌、20(4)、29-30、1997。
- 6) 大室律子・佐藤真由美他：大卒新人看護実践能力の到達度評価、看護管理、16(12)、1055-1060、2006。
- 7) 林美栄子：看護教員の看護実践能力についての自己認識、看護展望、30(9)、2005。
- 8) 厚生労働省：「新人職員の臨床看護実践能力の向上に関する検討会」報告書（平成16年3月10日）、平成17年看護白書、日本看護協会、18-31、2004。
- 9) 柿原加代子：地域で看護職に必要とされる看護実践能力－訪問看護ステーションと老人保健施設で働く看護職の意識調査から、日本赤十字愛知短期大学紀要、14、23-38、2003。
- 10) 吉田礼子：新卒看護師の看護実践能力と看護基礎教育の関連、東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集、14、103-104、2004。
- 11) 吉田礼子：新卒看護師の看護実践能力と卒前教育における学習経験との関連から見た看護基礎教育評価～就職1年後看護師の自己評価をもとに～、東海大学短期大学紀要、39、71-80、2005。
- 12) 峰村淳子：施設内看護師の在宅支援の看護についての研究（第1報）、東京医科大学看護専門学校紀要、12(1)、1-16、2002。
- 13) 田島桂子：看護実践能力育成に向けた教育の基礎第2版、医学書院、163-177、2004。
- 14) 小山真理子他：看護実践能力育成につながる技術教育をめざした看護技術評価基準（案）の作成、第1回看護技術教育の教授・学習目標の枠組み、看護教育、51(9)、800-

806、2010.

- 15) 鈴木久子他：都立看護学校7校の新カリキュラムへの取り組み【専門科目編】④、統合分野・在宅看護論、看護の統合と実践、看

護教育、49(10)、954-958、2008.

- 16) 厚生労働省：「看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書、2007.