

平成 23 年度 文部科学省 大学における医療人養成推進等委託事業

看護系大学院における教育の基準策定と評価に関する調査研究
報告書

平成 24 年 3 月

一般社団法人 日本看護系大学協議会

研究実施体制

本研究は、文部科学省から平成 23 年度「大学における医療人養成推進等委託事業」を受け日本看護系大学協議会高等教育行政対策委員会の「看護系大学院における教育の基準策定と評価に関する調査研究」プロジェクトで実施した。

委員長

片田 範子（兵庫県立大学）

高等教育行政対策委員

野嶋 佐由美（高知県立大学）

南 裕子（高知県立大学）

佐藤 禮子（兵庫医療大学）

高橋 眞理（北里大学）

正木 治恵（千葉大学）

井上 智子（東京医科歯科大学）

プロジェクト委員

横尾 京子（広島大学）

高見沢 恵美子（大阪府立大学）

田井 雅子（高知県立大学）

工藤 美子（兵庫県立大学）

高見 美保（兵庫県立大学）

森 菊子（兵庫県立大学）

森本 美智子（兵庫県立大学）

目 次

I. 研究の背景	1
II. 研究目的	1
III. 第1段階調査	1
IV. 第2段階調査	3
1. 分析のプロセス	3
2. 看護学の博士前期（修士）課程修了者に求められる能力	4
V. 第3段階調査	8
1. 調査の検討	8
2. 調査方法	8
1) 対象	8
2) データ収集方法	8
3) データ収集期間	9
4) 分析方法	9
3. 調査結果	9
1) 回答者の概要	9
2) 77項目の重要度の平均値	10
3) 修得すべき能力の重要度と表現の妥当性	12
4) 10の修得すべき能力以外で重要と思われる能力	31
5) 調査に対する意見	33
VI. 考察	36
1. 看護学の博士前期（修士）課程において修得すべき能力	36
2. 今後の課題	47
VII. おわりに	48
引用文献	48
資料	
資料1 The Essentials of Master's Education in Nursing (2011) (翻訳版)	
資料2 博士前期（修士）課程教育において修得すべき能力の検討のためのインタビューガイド	
資料3 看護学の博士前期（修士）課程において修得すべき能力の調査用紙	

I. 研究の背景

看護学の大学院教育は、昭和 54 年に千葉大学大学院看護学研究科において修士課程、昭和 63 年に聖路加看護大学大学院看護学研究科において博士後期課程の設置に伴い、開始された。その後、看護系大学の増加に伴い、看護系の大学院教育課程も増加の一途を辿り、平成 23 年度には博士前期（修士）課程 131 校、博士後期課程 62 校の大学院研究科において教育が行われている。看護系大学院における教育は、看護実践の質の向上に貢献できる研究者ならびに教育者の育成に加え、高度な看護実践能力をもつ実践家を育成し、看護実践の質の向上の実現と学術の発展を図っている。さらに、これからの大学院教育は、国際的に通用し、信頼性のある高等教育の質を確保することが求められている（中央教育審議会, 2011）。看護系大学協議会は、高度実践看護師の育成に関しては大学院教育で行うことの方針を提示し、必要とされる能力（コア・コンピテンシー）の検討を行ってきた。しかし、看護学の大学院教育で付与される学位に応じた教育の本質は、十分に検討されていないのが現状であり、今後、看護学においても世界に通用する大学院教育の基準を構築することが必要である。

国内の大学教育基準に関連する資料は、「グローバル化社会の大学院教育～世界の多様な分野で大学院修了者が活躍するために～答申」（中央教育審議会, 2011）、「新時代の大学院教育－国際的に魅力のある大学院教育の構築に向けて－答申」（中央教育審議会, 2005）、「21 世紀の看護学教育」（財団法人大学基準協会, 2002）があるが、看護学の大学院教育で付与される学位に応じた教育の本質を明らかにすることはできていない現状である。

II. 研究目的

本調査研究では、博士前期（修士）課程教育の本質を明確にし、グローバルスタンダードに合致した看護学の博士前期課程教育基準を策定するため、看護系大学院博士前期(修士)課程教育のコアとなる本質（標準的なレベル）を明確にすることを目的とした。この目的を達成するために、本研究プロジェクトにおける調査研究は、第 1 段階調査～第 3 段階調査に分けて実施した。

III. 第 1 段階調査

海外における大学教育基準に関連する資料で入手可能であったものは、「The Essentials of Master's Education in Nursing」（American Association of Colleges of Nursing, 2011）、「Standards for Accreditation of Baccalaureate and Graduate Degree Nursing Programs」（Commission on Collegiate Nursing Education, 2009）、「Criteria for Evaluation of Nurse Practitioner Programs」（National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education, 2008）、「The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice」（American Association of Colleges of Nursing, 2006）、「Indicator of

Quality in Research-Focused Doctoral Programs in Nursing」(American Association of Colleges of Nursing, 2001)であった。特に、「The Essentials of Master's Education in Nursing」(American Association of Colleges of Nursing, 2011)は、アメリカ合衆国の看護学における博士前期(修士)課程修了者がもつべき能力を提示していたことから、これを日本語に翻訳し、日本の看護系大学院博士前期(修士)課程教育のコアとなる本質(標準的なレベル)を明確にするための参考資料とした。日本の代表的な看護系大学院研究科に対する面接調査を第2段階調査として実施するために、次の手順でインタビューガイドを作成した。

①The Essentials of Master's Education in Nursing (AACN, 2011)は、医療と看護実践の転換には修士課程教育の新たな概念化が必要とし、修士課程教育において図1に示す能力を備えなければならないと提示している。さらに、図2に示すように、9つの Essentials (本質的要素)を提示し、看護学修士プログラムに参加する看護師全員が獲得する知識とスキルを言及している。これらの本質的要素は、大学院生が医療環境におけるさまざまな診療実践に備える上での指針となるとも述べられている。The Essentials of Master's Education in Nursing (AACN, 2011)の翻訳(資料1)を行い、プロジェクトメンバーである9名の研究者は記載内容を確認し、AACNが提示している Essentials (本質的要素)の内容の検討を行った。この本質的要素は将来を見据えると日本においても重要であるが、どのような言葉でどのように提示すれば、日本の看護学修士課程のコアになるのか、また、ここに提示されたものだけで良いのか、日本の看護からするともっと重点を置くべきものが出るかもしれないといった考えの視点を取り入れたインタビューガイドを作成し、面接調査を実施することとした。

修士課程教育で備えるべき能力(AACN)
・ 医療効果を高めるための変化を主導する ・ 生涯学習を通じて卓越性を追求する文化を目指す ・ 異業種が協力するケアチームを構築し、主導する ・ 医療制度を通じて医療サービスをナビゲートし、統合する ・ 革新的な看護実践を計画する、ならびに ・ エビデンスを実行に移す
掲載にあたり著作権保持者のAACNの許可を受けている

図 1. 修士課程教育で備えるべき能力

9のEssentials(本質的要素)(AACN)
I. 科学と人文科学に基づく実践の背景 II. 組織的・体系的リーダーシップ III. 質改善と安全性 IV. 学問を実践に転換し、統合する V. 情報技術と医療技術 VI. 医療施策と擁護 VII. 患者と一般市民の健康効果を向上するための専門職間協力 VIII. 臨床的予防と一般市民の健康に基づいた健康増進 IX. 修士課程での看護実践
掲載にあたり著作権保持者のAACNの許可を受けている

図 2. 9の Essentials (本質的要素)

②インタビューガイドの作成プロセスを図3に示した。まず、各研究者(9名)が担

当の Essential（本質的要素）からインタビュー項目（2～3 項目）を作成した。結果、インタビュー項目は合計 22 項目となった。

③22 のインタビュー項目から重複・類似した項目を整理し、研究者間でインタビュー項目を再検討し、20 項目に精選した。

④インタビュー20 項目を分類・グループ化して、各グループ内のインタビュー項目の順序を検討し、インタビューガイドを作成した（資料 2）。

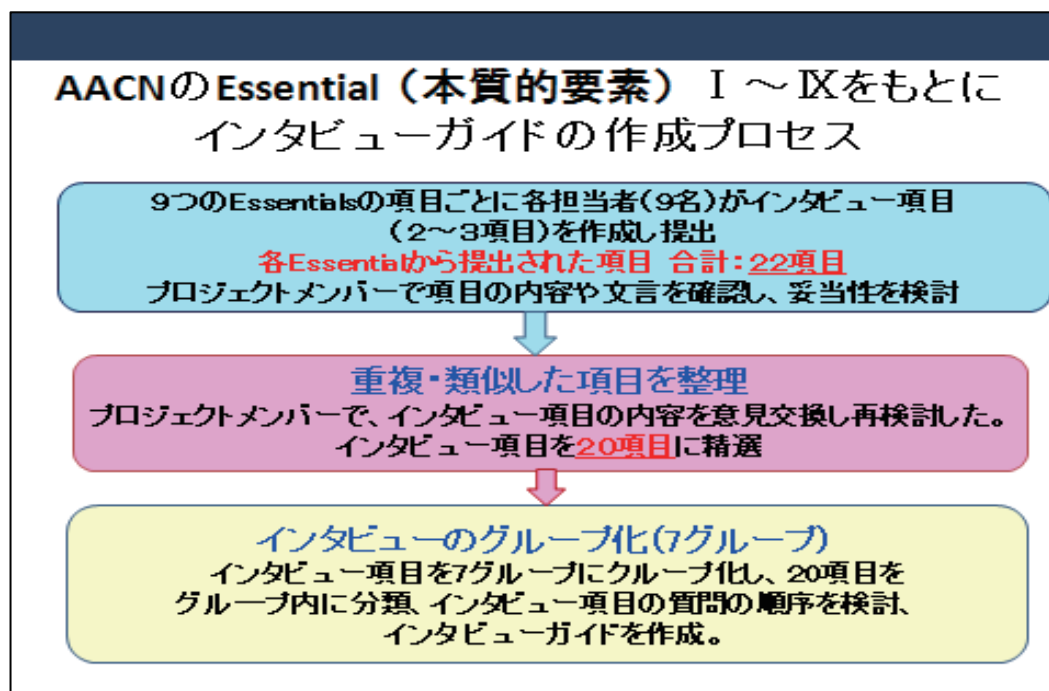


図 3. インタビューガイドの作成プロセス

Ⅳ. 第 2 段階調査

第 2 段階調査は、第 1 段階調査で作成したインタビューガイド（資料 2）を用いた面接調査である。研究協力者は、看護学の博士前期（修士）課程を有する各研究科の代表者 1～2 名であり、調査協力が得られた研究科を設置主体別にみると、国立大学法人：2 校、公立・公立大学法人：3 校、私立：3 校であった。調査対象となった研究科は、いずれも専門看護師育成のための教育課程と研究に主眼をおく教育課程を併せ持っていた。データ収集は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認（2011 年度教員 11）を得て、平成 24 年 1 月 12 日～1 月 31 日に実施した。

1. 分析のプロセス

分析のプロセスは次の通りである。

①各研究者 1 名が各研究科の逐語録の分析を担当し、インタビューに回答した対象が大切にしていると思われる内容を意味あるユニットに分断して分析した。各研究科から得ら

れた分析結果を Essential（本質的要素）Ⅰ～Ⅸに分類し、その内容を研究者間で検討した。

②各研究科の Essential（本質的要素）Ⅰ～Ⅸに分類された内容から「教育しなければならない」あるいは「達成しなければならない」と考えている内容を Essential（本質的要素）毎に2名ずつ担当し抽出した。担当者2名が抽出した内容に相違がないかを確認し、提示された各 Essential（本質的要素）の内容を研究者間で検討し、博士前期（修士）課程を修了したものがもつべき能力の内容を明らかにした。この時点で Essential（本質的要素）に当てはまらない内容も書き出した。

③研究者それぞれが Essential（本質的要素）Ⅰ～Ⅸに該当する能力を示す内容を精練したところ、104項目の内容が示された。Essential（本質的要素）に該当しない項目はなかったが、104項目には表現が重複するものが含まれていた。

④能力の内容を示す104項目を Essential（本質的要素）にとらわれずに、内容の表現や意味の塊として分類し直した結果、11の能力に分けることができた。

⑤11の能力と各能力の内容を示す104項目を研究者間で検討した結果、10の能力と各能力の内容を示す77項目が明らかとなった。

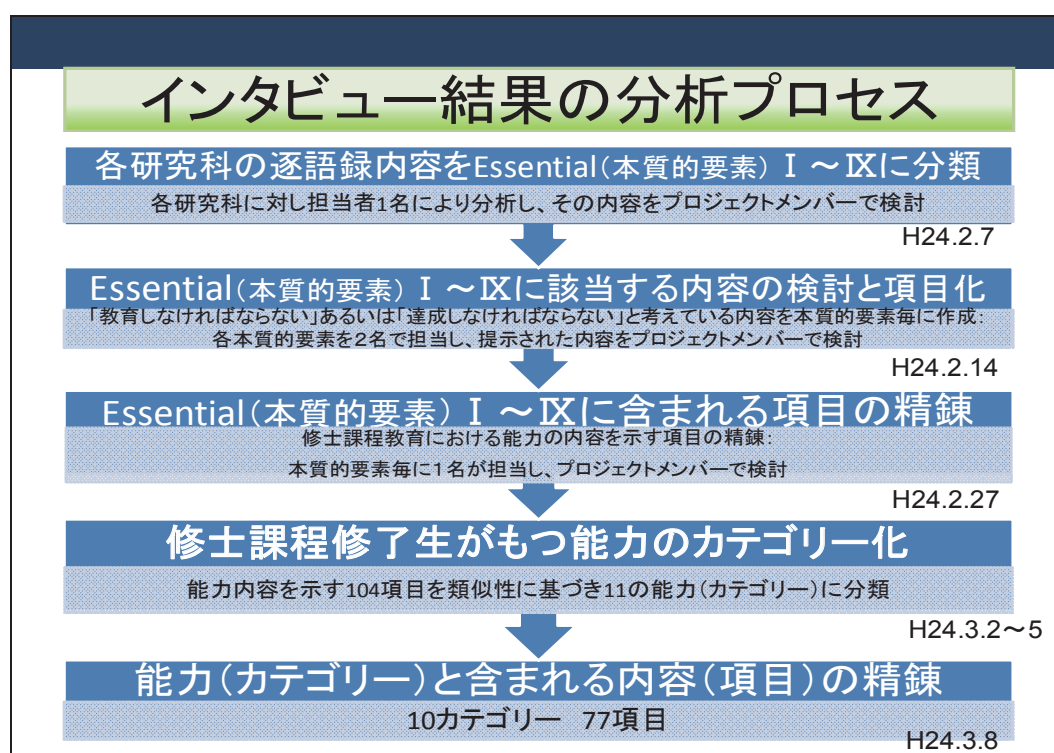


図 4. インタビュー結果の分析プロセス

2. 看護学の博士前期（修士）課程修了者に求められる能力

面接調査から得られた内容の分析の結果、看護学の博士前期（修士）課程修了者に求められる10の能力とそれら能力に含まれる内容77項目を能力毎に示す。

表 1. 看護学の博士前期（修士）課程修了者に求められる能力と能力の内容（平成 24 年 3 月 29 日）

I. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる 1. 看護学の探究すべき課題について、察知し追求する 2. 社会における新たな課題を感知し、その対応について検討する 3. 看護の新たな問いや課題に対して、研究方法を駆使して探求する 4. 新たな知識や先進的な技術を探索し、活用する 5. 看護実践での問題を解決するために、必要なエビデンスを研究する 6. EBP(Evidence-based practice)を系統的に理解する 7. エビデンスをクリティークし、評価する 8. 問題を解決するためのエビデンスを検索する II. 看護の対象（個人、家族、集団、地域）に対して高度な看護を実践する 1. 看護介入に必要な理論を身体・社会・心理・組織など学際的な観点から選択し、統合して活用する 2. 個人反応や集団力動的理論を個人のケア/対応に生かす 3. 最新のケア技術やエビデンスに基づいて、看護ケアを実践する 4. 看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていく 5. 対象の立場にたって、包括的で系統的なアセスメントを実施する 6. 看護の倫理綱領に基づいた看護実践を普及する 7. 看護の対象をひろく捉えつつ、焦点化した対象に根拠に基づいて看護介入する 8. 看護の対象を全体として捉えてケアの場へ働きかけ、適切に看護介入する 9. 学際的な視点に基づいて、多様な方法でケアの安全性を確保する 10. エビデンスを使いケア改善を計画・実施・評価する 11. 看護実践において、説明責任を果たす 12. 事例分析と統計分析の知識を通じ、健康を促進させる方法を身に付ける 13. 患者中心のケアのために他職種とも調整、交渉しつつ、看護ケアを実施する 14. ケアの計画・実施・評価において病気や疾患管理の知識を用いる 15. ケアの計画・実施・評価において疫学的、社会的および環境的データを用いる 16. ケアの計画・実施・評価において学習および教育原則を適用する 17. 情報技術の利用について、患者を教育する 18. 実践/教育/研究に際し自らの行為を説明し、共同を推進する 19. 看護実践・教育・研究がもたらす介入効果を予測し、介入の適正を判断する
--

表1. 看護学の博士前期（修士）課程修了者に求められる能力と能力の内容（平成24年3月29日）（つづき）

III. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する 1. 対象にとっての効果だけでなく費用対効果、組織的有効性などの観点を含めて評価する 2. 最新の情報を活用して（実践ガイドラインを用いて）、実践とケアの環境を改善する 3. ケアのシステムを設計しケアを持続的に改善する 4. ケアの質を改善するためにエビデンスを用いて組織や集団へ働きかける 5. 情報システム、統計と疫学の原理を用いて、アウトカムの改善やリスク低減のための戦略を立てる 6. 政策的な観点でケアの質保証やリスクマネジメントを理解する IV. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする 1. 組織の葛藤を分析し、葛藤を緩和するための方略を提案する 2. 個のマネジメントと組織のマネジメントの両側面から、看護をシステムとして捉える 3. 患者中心のケアを実践するにあたり、必要となる他職種や資源を巻き込みながら組織を管理する 4. 組織にとって必要な事柄を教育プログラムとして策定し、実施する 5. 安全で有効なケア技術および情報技術の利用について、教育プログラムを設定し、実施する V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する 1. 新しい知識やモデルを実践に導入するための手法を理解し、その実現に向けてリーダーシップを発揮する 2. クリティカルシンキングやリフレクションを取り入れたリーダーシップを発揮する 3. 変化を促す知識と技術を活用して、ケアの改善に向けてリーダーシップを発揮する 4. 集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす 5. 看護と医療サービスの提供に影響を与えるケアの改善方法を主導する 6. 医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する VI. チームを形成し、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する 1. 専門職間チームと効果的な連携関係を築くために、互いを尊重したコミュニケーションをとる 2. チームの看護師や他職種に対してケアの意図や必要性を説明し、連携する 3. リーダーシップスキルを用いて、医療チームの他のメンバーを教育し、指導し、助言する 4. 看護としての専門性と学際的な視点をもって他職種と柔軟に協働する 5. 医療チームにおいて看護師や他職種のコンサルテーションを実施する 6. 現場の看護の課題を可視化し、他職種と協働して解決に導く 7. ケア提供のためにコーディネーターの役割を担い、システムの円滑化を推進する

表1. 看護学の博士前期（修士）課程修了者に求められる能力と能力の内容（平成24年3月29日）（つづき）

VII. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む

1. 健康について学際的な視点から捉えるとともに、多様なデータを読み取り分析する
2. 健康に関する情報を収集・管理し、ケアに活用する方法を身に付ける
3. 公衆の健康・健康増進という視点から、看護実践を展開する
4. 公衆の健康・健康増進という視点から、看護の政策を提案する
5. 看護の対象に対して、いかなる時にも健康増進という視点から働きかける
6. 「疾患を予防する」という観点を集団への健康教育を実施する
7. 看護の対象に対して、疫学的な知識を活用してポピュレーション・アプローチを実践する
8. 事例分析と統計分析の知識を通じ、個人及び集団の健康を促進させる方法を身に付ける
9. 看護の対象である集団に対して、健康増進に向けて看護介入する
10. 患者の健康的側面も焦点化し、疾患を抱えて地域社会で生きるための支援方法を身に付ける

VIII. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する

1. 法律・制度・政策が看護実践、健康に与える影響を分析し、解決策を提案する
2. 公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する
3. 医療政策が個、集団、組織にもたらす格差や不平等を把握し、その是正に向けて資源・制度を活用する
4. 看護専門職としての考えや価値が政策に反映されるよう主張する
5. 診療報酬（医療経済）が看護ケア提供方法やアウトカムに及ぼす影響について分析し、改善案を提案する

IX. 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす

1. 地域の機関／専門職と協働して、社会的弱者に対する倫理的課題に向けて取り組む
2. 個人や集団の持つ文化および倫理的側面を理解した上で、ケアを実践する
3. 患者や家族の擁護の立場から、安全なケア環境を促進し、倫理的実践を普及する
4. 倫理的問題に直面している患者や専門職を助けるために、科学や倫理原則を活用する
5. 専門職者として、医療提供の質の改善に対し、説明責任を果たす
6. ケア技術および情報技術の使用に関する倫理的原理や基準を理解する

X. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する

1. 看護や医療に関する個人の哲学を発展させ、看護実践に統合する
2. 看護学を取り巻く課題についての感受性を研ぎ澄まし、主体性を持って改善する
3. 自分自身と同僚の生涯学習を促進するため、および実践に専門的看護基準と責任を組み込むための方策を設計する
4. より良いケアを決定するため生涯学習のロールモデルになる
5. 他職種に対して専門職である看護職のものの見方を明確に表現する

V. 第3段階調査

第3段階調査は、第2段階調査に基づいて作成した質問紙による調査である。本調査は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認（2011年度教員11）を得て、実施した。

1. 調査の検討

質問紙調査を実施するにあたり、日本看護系大学協議会高等教育行政対策委員会ならびに本研究プロジェクト委員による会議を開催し、以下のような検討を行った。

- ①調査を行うのは現在の教育内容や学生たちの能力ではなく、これからの修士（看護学）の学位を取得する上で修得すべき能力を明らかにしようとしていることを調査の依頼文に明記する。
- ②調査対象を看護系大学協議会代表者と大学院教育を担当している看護教員を対象とする。
- ③提案している能力の全体が把握できるように、修得すべき10の能力の提示と各能力の内容を示した資料を配布する。
- ④回答者の属性を問う項目を整理し、設置主体別に研究科や専攻の名称を自由記載とし、修士（看護学）の学位を授与している研究科とそうではない研究科では回答が異なる可能性があるため、授与している学位の記載を求める。
- ⑤能力の修得、習得、獲得など用語が統一されていないため、「修得」の用語で統一する。
- ⑥能力Ⅰの「看護の課題を科学的に探究し、エビデンスを創る」の“創る”を“つくる”に変更する。

2. 調査方法

1) 対象

日本看護系大学協議会の会員校で、博士前期（修士）課程を有している大学137校（課程）の研究科長はじめ、複数領域の大学院教育担当者（4名程度）に看護学の博士前期（修士）課程において修得すべき能力（案）を示した質問紙への回答を依頼した。質問紙への回答が得られたものを研究協力者とした。

2) データ収集方法

面接調査により抽出された博士前期（修士）課程修了生がもち得る10の能力と各能力を示す77項目の内容の重要性や妥当性を確認する質問紙を作成した（資料3）。各能力をしめす77項目の評価は、「非常に重要～重要でない」の5段階評価とし、10の能力は「妥当・妥当でない」の二者択一の評価とし、「妥当でない」との評価に対してはその理由の記載を求めた。さらに、各能力を示す項目以外に重要と思う内容がある場合や10の能力以外で重要と思う能力がある場合は、記載を求めた。さらに、回答者には、所属大学の設置形態、所属研究科で授与している学位、回答者の職位の記載を求めた。

3) データ収集期間

質問紙は、博士前期（修士）課程を有している大学 137 校(課程)に平成 24 年 3 月 29 日に郵送し、質問紙の返信の期限を平成 24 年 4 月 16 日とした。

4) 分析方法

回答が研究コースと看護実践コースと分けて記載されているもの、全ての項目が同一の評価となっているものは、除外した。分析は、博士前期（修士）課程修了生がもち得る 10 の能力と各能力を示す 77 項目の記述統計、授与している学位別のクロス集計、 χ^2 検定を行った。

3. 調査結果

1) 回答者の概要

博士前期（修士）課程を有している大学 137 校(課程)に各 5 部ずつの質問紙、計 685 部を送付した。返送された質問紙は 215 部（回収率 31.4%）であり、そのうち記載内容が不適切であった 1 部（回答を専門看護師コースと研究コースに分けて記載）を除いた 214 部を分析した。

回答者の所属大学の設置形態は、国立大学法人 82 名（38.3%）、公立大学・公立大学法人 77 名（36.0%）、私立大学 54 名（25.2%）、その他は 1 名（0.5%）であった。その他は、省庁大学校であった。

また、回答者の所属する大学院研究科が授与している学位は、75.7%が修士（看護学）であった。看護学と他の学位あるいは保健看護学を授与している研究科は 14.5%あり、看護学以外の学位の授与は 8.9%であった。看護学以外の学位には、保健学、保健福祉学、精神保健学、保健科学、健康科学、生命科学、人間健康科学、臨床心理学、社会福祉学、理学療法学、作業療法学、教育学、医学、リハビリテーション学、機能再生医科学、学術であった。

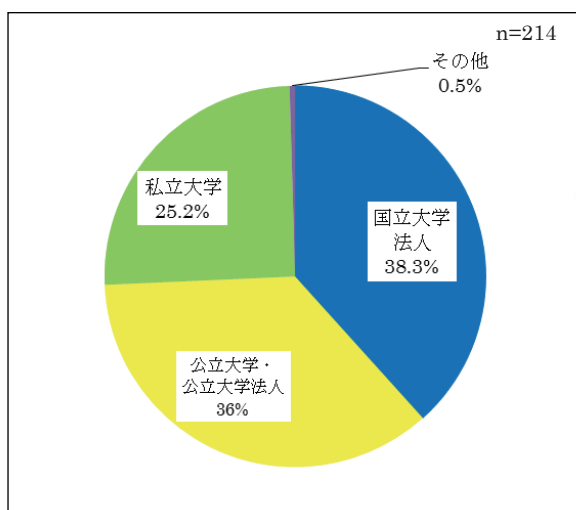


図 5. 大学の設置形態

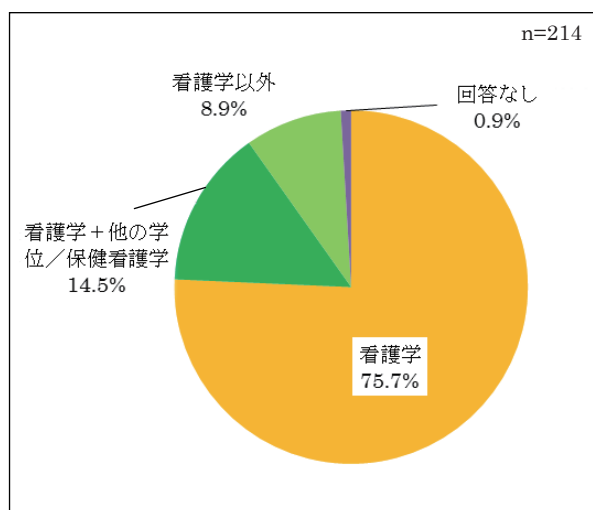


図 6. 授与している学位

回答者の職位は、教授が 158 名(73.8%)である。役職者は、学長 3 名、研究科長 16 名、専攻長 16 名と計 35 名(11.1%)であり、この人数は、看護系大学院博士前期(修士)課程をもつ 137 課程の 25.5%にあたる。

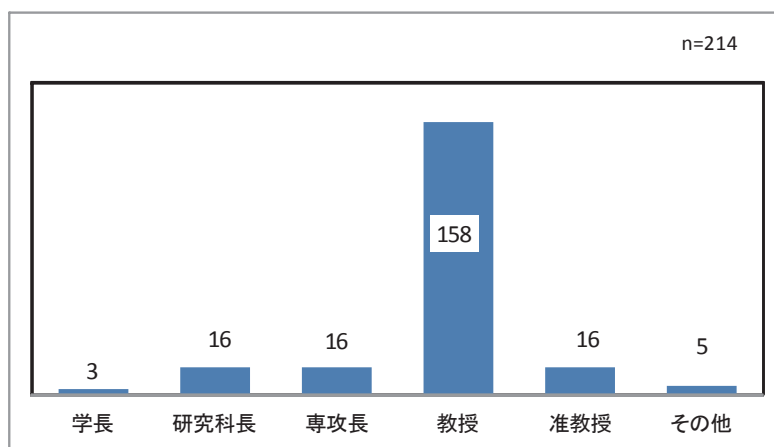


図 7. 回答者の職位

2) 77 項目の重要度の平均値

10 の能力を表す 77 項目の重要度の各平均値と標準偏差を表 2 に示した。77 項目の平均値は 4.12 であった。この平均値を下回る項目が半数以上含まれる能力は、「Ⅲ看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する」「Ⅳケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする」「Ⅴケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する」「Ⅶ公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」「Ⅷ政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する」であり、特に能力Ⅳと能力Ⅷはすべての項目が平均値を下回っていた。ただし、すべての項目の標準偏差は 1 未満であり、平均値より 1 標準偏差を引いて 2 (あまり重要ではない) 以下となる項目はなかった。

表 2. 修了生が修得すべき能力の重要度

	内容項目	平均値	標準偏差
Ⅰ. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる	Ⅰ-1 看護学の探究するべき課題について、察知し追求する	4.54	0.73
	Ⅰ-2 社会における新たな課題を感知し、その対応について検討する	4.29	0.78
	Ⅰ-3 看護の新たな問い、課題に対して、研究方法を駆使して探求する	4.07	0.93
	Ⅰ-4 新たな知識や先進的な技術を探求し、活用する	4.11	0.86
	Ⅰ-5 看護実践での問題を解決するために、必要なエビデンスを研究する	4.25	0.77
	Ⅰ-6 EBP(Evidence-based practice)を系統的に理解する	4.37	0.78
	Ⅰ-7 エビデンスをクリティークし、評価する	4.36	0.71
	Ⅰ-8 問題を解決するためのエビデンスを検索する	4.42	0.72
Ⅱ. 看護の対象(個人、家族、集団、地域)に対して高度な看護を実践する	Ⅱ-1 看護介入に必要な理論を身体・社会・心理・組織など学際的な観点から選択し、統合して活用する	4.32	0.76
	Ⅱ-2 個人反応や集団力動的理論を個人のケア/対応に生かす	4.23	0.76
	Ⅱ-3 最新のケア技術やエビデンスに基づいて、看護ケアを実践する	4.30	0.76
	Ⅱ-4 看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていく	4.08	0.82
	Ⅱ-5 対象の立場にたつて、包括的で系統的なアセスメントを実施する	4.46	0.72
	Ⅱ-6 看護の倫理綱領に基づいた看護実践を普及する	4.47	0.77
	Ⅱ-7 看護の対象をひろく捉えつつ、焦点化した対象に根拠に基づいて、看護介入する	4.34	0.79
	Ⅱ-8 看護の対象を全体として捉えて ケアの場合へ働きかけ、適切に看護介入する	4.33	0.80
	Ⅱ-9 学際的な視点に基づいて、多様な方法でケアの安全性を確保する	4.25	0.79
	Ⅱ-10 エビデンスを使いケア改善を計画・実施・評価する	4.32	0.78
	Ⅱ-11 看護実践において、説明責任を果たす	4.50	0.72
	Ⅱ-12 事例分析と統計分析の知識を通じ、健康を促進させる方法を身に付ける	4.13	0.76
	Ⅱ-13 患者中心のケアのために他職種とも調整、交渉しつつ、看護ケアを実施する	4.34	0.80
	Ⅱ-14 ケアの計画・実施・評価において病気や疾患管理の知識を用いる	4.31	0.78
	Ⅱ-15 ケアの計画・実施・評価において疫学的、社会的および環境的データを用いる	4.13	0.73
	Ⅱ-16 ケアの計画・実施・評価において学習および教育原則を適用する	4.12	0.86
	Ⅱ-17 情報技術の利用について、患者を教育する	3.62	0.97
	Ⅱ-18 実践/教育/研究に際し自らの行為を説明し、共同を推進する	4.21	0.81
	Ⅱ-19 看護実践・教育・研究がもたらす介入効果を予測し、介入の適正を判断する	4.09	0.76
Ⅲ. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する	Ⅲ-1 対象にとつての効果だけでなく費用対効果、組織の有効性などの観点を含めて評価する	3.95	0.78
	Ⅲ-2 最新の情報を活用して(実践ガイドラインを用いて)、実践とケアの環境を改善する	4.15	0.79
	Ⅲ-3 ケアのシステムを設計しケアを持続的に改善する	3.95	0.78
	Ⅲ-4 ケアの質を改善するためにエビデンスを用いて組織や集団へ働きかける	4.15	0.78
	Ⅲ-5 情報システム、統計と疫学の原理を用いて、アウトカムの改善やリスク低減のための戦略を立てる	3.92	0.78
	Ⅲ-6 政策的な観点でケアの質保証やリスクマネジメントを理解する	3.87	0.81
Ⅳ. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする	Ⅳ-1 組織の葛藤を分析し、葛藤を緩和するための方略を提案する	3.88	0.85
	Ⅳ-2 個のマネジメントと組織のマネジメントの両側面から、看護をシステムとして捉える	3.99	0.84
	Ⅳ-3 患者中心のケアを実践するにあたり、必要となる他職種や資源を巻き込みながら組織を管理する	3.99	0.85
	Ⅳ-4 組織にとって必要な事柄を教育プログラムとして策定し、実施する	3.79	0.86
	Ⅳ-5 安全で有効なケア技術および情報技術の利用について、教育プログラムを設定し、実施する	3.88	0.86
Ⅴ. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する	Ⅴ-1 新しい知識やモデルを実践に導入するための手法を理解し、その実現に向けてリーダーシップを発揮する	4.03	0.92
	Ⅴ-2 クリティカルシンキングやリフレクションを取り入れたリーダーシップを発揮する	4.12	0.88
	Ⅴ-3 変化を促す知識と技術を活用して、ケアの改善に向けてリーダーシップを発揮する	4.14	0.87
	Ⅴ-4 集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす	3.90	0.88
	Ⅴ-5 看護と医療サービスの提供に影響を与えるケアの改善方法を主導する	4.04	0.81
	Ⅴ-6 医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する	4.21	0.85
Ⅵ. チーム形成をし、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する	Ⅵ-1 専門職間チームと効果的な連携関係を築くために、互いを尊重したコミュニケーションをとる	4.44	0.80
	Ⅵ-2 チームの看護師や他職種に対してケアの意図や必要性を説明し、連携する	4.43	0.80
	Ⅵ-3 リーダーシップスキルを用いて、医療チームの他のメンバーを教育し、指導し、助言する	3.94	0.88
	Ⅵ-4 看護としての専門性と学際的な視点をもって他職種と柔軟に協働する	4.33	0.77
	Ⅵ-5 医療チームにおいて看護師や他職種のコンサルテーションを実施する	4.02	0.87
	Ⅵ-6 現場の看護の課題を可視化し、他職種と協働して解決に導く	4.23	0.81
	Ⅵ-7 ケア提供のためにコーディネーターの役割を担い、システムの円滑化を推進する	4.10	0.84
Ⅶ. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む	Ⅶ-1 健康について、学際的な視点から捉えたとともに、多様なデータを読み取り分析する	4.14	0.86
	Ⅶ-2 健康に関する情報を収集・管理し、ケアに活用する方法を身に付ける	4.12	0.84
	Ⅶ-3 公衆の健康・健康増進という視点から、看護実践を展開する	3.91	0.84
	Ⅶ-4 公衆の健康・健康増進という視点から、看護の政策を提案する	3.72	0.88
	Ⅶ-5 看護の対象に対して、いかなる時にも健康増進という視点から働きかける	4.02	0.89
	Ⅶ-6 「疾患を予防する」という観点で集団への健康教育を実施する	3.85	0.94
	Ⅶ-7 看護の対象に対して、疫学的な知識を活用してポピュレーション・アプローチを実践する	3.71	0.94
	Ⅶ-8 事例分析と統計分析の知識を通じ、個人及び集団の健康を促進させる方法を身に付ける	3.90	0.90
	Ⅶ-9 看護の対象である集団に対して、健康増進に向けて看護介入する	3.88	0.90
	Ⅶ-10 患者の健康的側面も焦点化し、疾患を抱えて地域社会で生きるための支援方法を身に付ける	4.01	0.94

平均値が 4.12 (全項目の平均値) 未満

(つづく)

表 2. 修了生が修得すべき能力の重要度（つづき）

	内容項目	平均値	標準偏差
Ⅷ 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する	Ⅷ-1 法律・制度・政策が看護実践、健康に与える影響を分析し、解決策を提案する	3.77	0.83
	Ⅷ-2 公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する	3.67	0.87
	Ⅷ-3 医療政策が個人、集団、組織にもたらす格差や不平等を把握し、その是正に向けて資源・制度を活用する	3.75	0.91
	Ⅷ-4 看護専門職としての考えや価値が政策に反映されるよう主張する	3.87	0.86
	Ⅷ-5 診療報酬（医療給付）が看護ケア提供方法やアウトカムに及ぼす影響について分析し、改善案を提案する	3.77	0.92
Ⅸ 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす	Ⅸ-1 地域の機関／専門職と協働して、社会的弱者に対する倫理的課題に向けて取り組む	4.09	0.86
	Ⅸ-2 個人や集団の持つ文化および倫理的側面を理解した上で、ケアを実践する	4.24	0.84
	Ⅸ-3 患者や家族の擁護の立場から、安全なケア環境を促進し、倫理の実践を普及する	4.35	0.80
	Ⅸ-4 倫理的問題に直面している患者や専門職を助けるために、科学や倫理原則を活用する	4.34	0.76
	Ⅸ-5 専門職者として、医療提供の質の改善に対し、説明責任を果たす	4.36	0.81
	Ⅸ-6 ケア技術および情報技術の使用に関する倫理的原理や基準を理解する	4.39	0.77
Ⅹ 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす	Ⅹ-1 地域の機関／専門職と協働して、社会的弱者に対する倫理的課題に向けて取り組む	4.21	0.86
	Ⅹ-2 個人や集団の持つ文化および倫理的側面を理解した上で、ケアを実践する	4.33	0.78
	Ⅹ-3 患者や家族の擁護の立場から、安全なケア環境を促進し、倫理の実践を普及する	4.08	0.82
	Ⅹ-4 倫理的問題に直面している患者や専門職を助けるために、科学や倫理原則を活用する	4.27	0.84
	Ⅹ-5 専門職者として、医療提供の質の改善に対し、説明責任を果たす	4.39	0.78

平均値が 4.12（全項目の平均値）未満

3) 修得すべき能力の重要度と表現の妥当性

調査した 77 項目の重要度、追加すべき能力の内容、表現の妥当性の結果を、能力毎に以下に述べる。

(1) 「Ⅰ. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる」

「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 94.8%～98.7%であり、多くの回答者が修士修了生のもつ能力として重要であると回答していた（図 8）。また、「重要と思わない」・「あまり重要と思わない」と回答した者は、0%～3.7%であり、看護の課題を科学的に探究しエビデンスをつくる能力に関する内容を重要と思わないという回答は少なかった。

非常に重要であるという回答が 60%を超えた項目は、「看護学の探究すべき課題について、察知し探究する」(65.4%)であった。また、回答者の 50%以上が非常に重要だと回答した項目は、「EBP(Evidence-based practice)を系統的に理解する」であった。一方非常に重要であるという回答が最も少なかったのは、「看護の新たな問い、課題に対して、研究方法を駆使して探究する」(38.8%)であった。以上より、この能力に含まれる内容として、看護学の探究すべき課題を察知し EBP を理解する能力は高く評価されたが、研究方法を駆使して課題を探究するという研究に力点を置く項目はやや低い傾向があった。提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の記載はなかった。

修士(看護学)の能力として、171 名(79.9%)が妥当な表現であると回答した。妥当でないと回答した者は 36 名(16.8%)、無回答は 7 名(3.3%)であった(図 9)。妥当でないと回答した理由として、15 名が「エビデンスをつくる」は現状から考え修士の能力としてはレベルが高いとする意見や修士に求めるレベルを問う意見がみられた。また、エビデンスをつくるより「明らかにする」方がよい等文章表現に対し 13 名が妥当でないと回答していた。さらに、エビデンスをどのように捉えるか不明確であるという意見が 5 名あった。

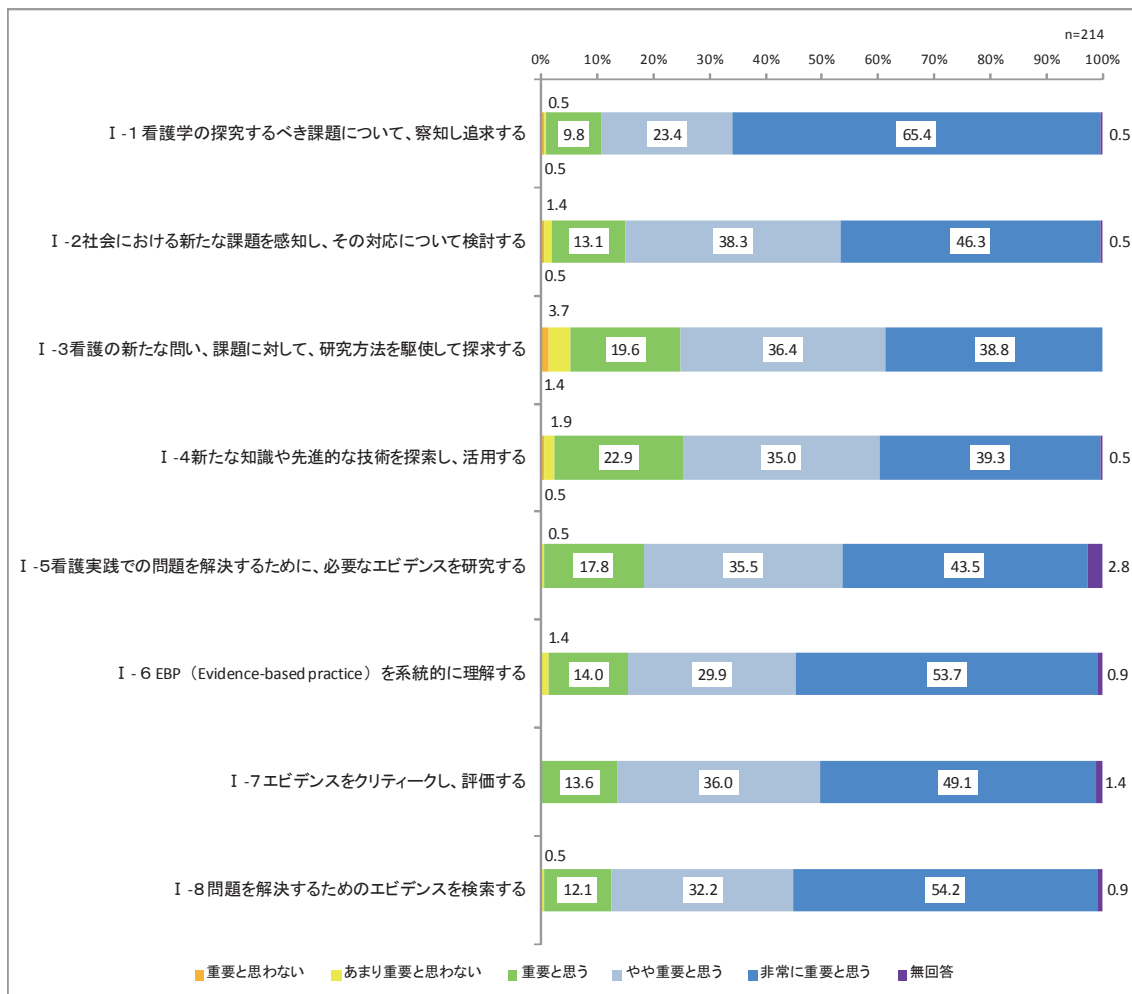


図 8. 「Ⅰ. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる」に関する能力の内容の重要度

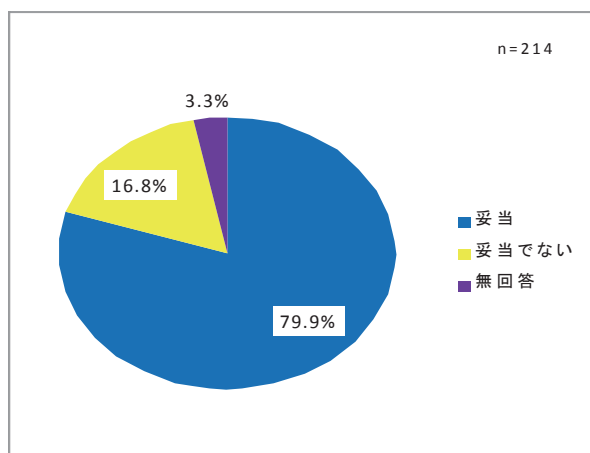


図 9. 「Ⅰ. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる」の表現の妥当性

(2) 「Ⅱ. 看護の対象（個人、家族、集団、地域）に対して高度な看護を実践する」

「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 85.0%～98.6%であり、多くの回答者が修士修了生のもつ能力の内容として重要と回答していた(図 10)。一方、「重要と思わない」・「あまり重要と思わない」との回答が 0.5%～13.1%であり、重要と思わない回答は少なかった。

特に非常に重要であるとの回答が 60%を超えた内容は、「看護実践において、説明責任を果たす」(62.1%)、「看護の倫理綱領に基づいた看護実践を普及する」(60.7%)であった。また、50%を超えた内容は、「対象の立場にたって、包括的で系統的なアセスメントを実施する」(57.5%)、「看護の対象をひろく捉えつつ、焦点化した対象に根拠に基づいて看護介入する」(51.9%)、「患者中心のケアのために他職種とも調整、交渉しつつ、看護ケアを実施する」(50.9%)であった。一方、非常に重要であるとの回答が少なかったのは、「情報技術の利用について、患者を教育する」(20.6%)、「看護実践・教育・研究がもたらす介入効果を予測し、介入の適正を判断する」(32.2%)、「看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていく」(32.7%)、「ケアの計画・実施・評価において疫学的、社会的および環境的データを用いる」(32.7%)、「事例分析と統計分析の知識を通じ、健康を促進させる方法を身に付ける」(34.6%)であった。「看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていく」については、「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 93.5%と低いのに対し、「最新のケア技術やエビデンスに基づいて、看護ケアを実践する」は 98.6%、「エビデンスを使いケア改善を計画・実施・評価する」は 97.2%であった。「情報技術の利用について、患者を教育する」は、「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 85%と他の内容に比べると低く、また「あまり重要と思わない」の回答が 12.6%で他の内容に比べると高かった。

提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力として、「個人・組織としてのリスクマネジメントが適切にできる」「患者、家族のケアに関する問題点を明確にし、組織のダイナミズムを把握し、組織に働きかけていける」「医療チームの中で、チーム員の独自性を理解し、看護ケア、役割を説明し、チーム医療を促進する行動ができる」「後輩に対し看護実践のモデルを示す」「看護の対象者との協働によって、対象者の抱える健康問題を明確化する」が記載されていた。

修士(看護学)の能力として 168 名(78.5%)が妥当な表現であると回答し、37 名(17.3%)が妥当でないと回答し、無回答は 9 名(4.2%)であった(図 11)。無回答であった 1 名は「本来は”妥当”になるのが望ましいが実状は？CNSは妥当、論文コースは必ずしも高度な看護な看護を個人・家族・集団・地域まで実践できていない(部分的である)」と自由記載欄に記載していた。妥当であると回答した人の 2 名は「CNS 等の高度実践コースの場合」「高度な看護の実践が認定、CNS 等でないとしたら、どのように評価するのはよくわからない」と自由記載欄に記載していた。妥当でないと回答した理由として、「高度な看護」の「高度」について、「意味がわからない」「質、レベル、エビデンスに基づいたケアなのか漠然

としている」「高度が具合のレベルを指しにくい」「曖昧」「抽象的」など表現が不明確であるという意見を 14 名が記載していた。「専門的な」「専門性の高い」の方がよいという意見を 2 名が記載していた。また、「高度だけでなく、適切な看護も必要である」という意見や、「領域によっては対象が限定されるのでは」という意見があった。

その他、「研究者育成を主眼とする課程では該当しない」「修士課程＝高度看護実践コースではない」「修士課程全般に該当する内容としてはあてはまらない。専門看護師の教育課程とそれ以外では求められる能力に違いがある」「専門看護師コースの場合は必要な能力だと思うが、研究論文コースの場合は研究者としての基礎能力の獲得の方が重要」「博士前期課程としては実践力は第 1 とは考えない。上級実践者コースの修士は妥当」「専門領域による。必ずしも看護の実践家ではない」ため妥当でないと 6 名が記載していた。また、「レベルが高い」(2 名)、「地域まで実践するのは難しい」(2 名)、「2 年間では難しい、カリキュラムに反映できない」(2 名)、「組織を入れる」(1 名)という意見がみられた。

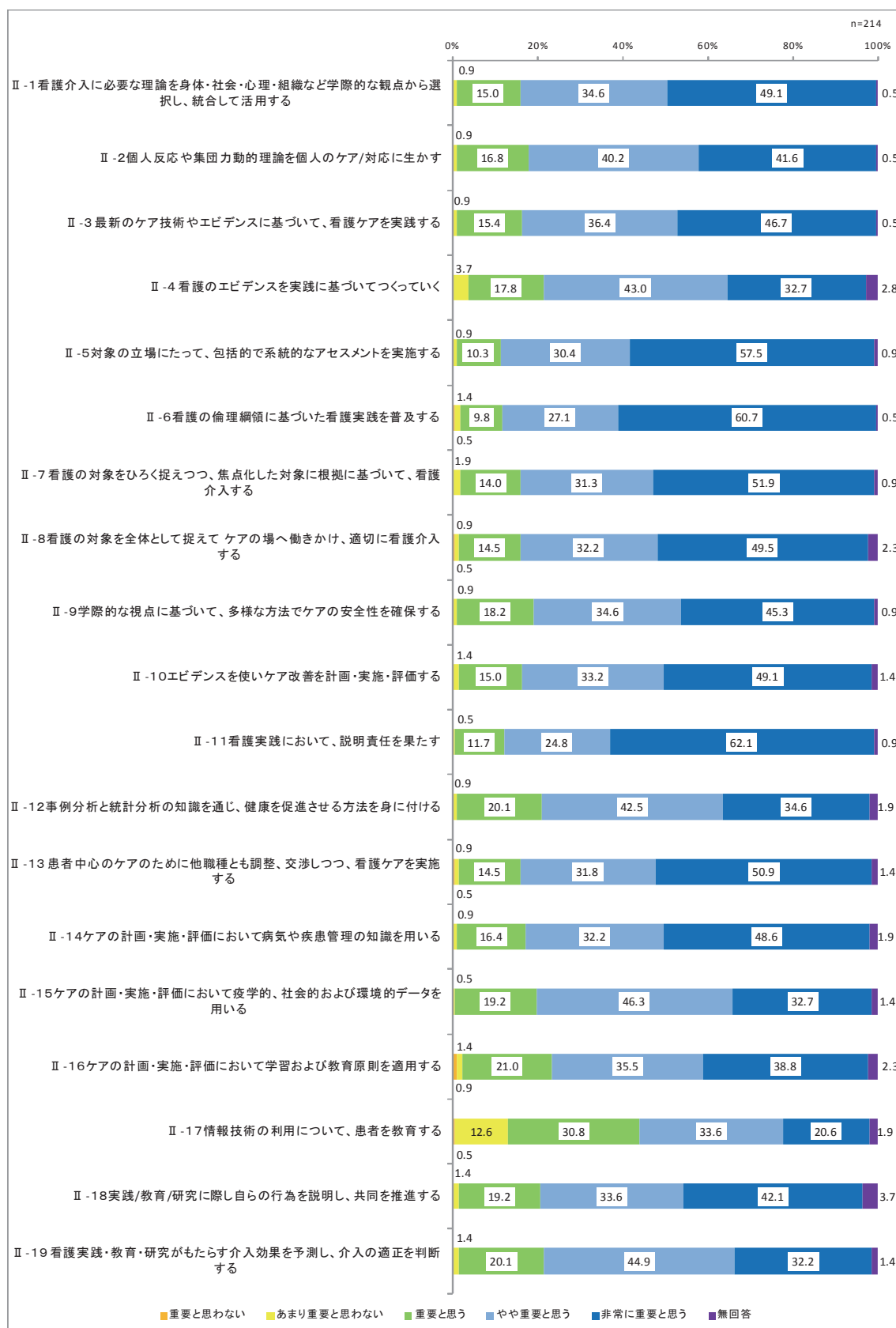


図 10. 「Ⅱ. 看護の対象（個人、家族、集団、地域）に対して高度な看護を実践する」に関する能力の内容の重要度

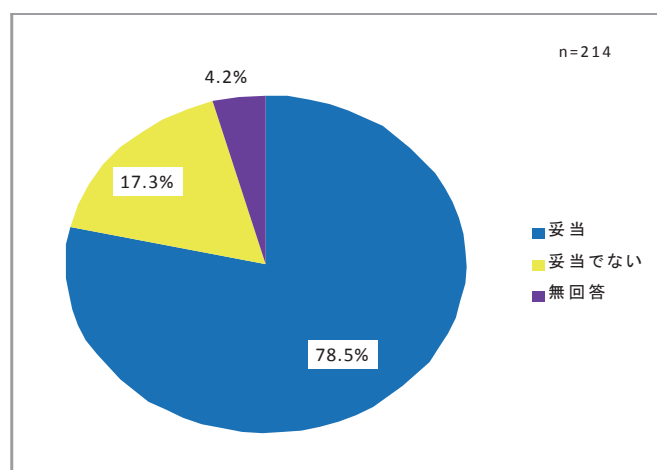


図 11.「Ⅱ. 看護の対象（個人、家族、集団、地域）に対して高度な看護を実践する」の表現の妥当性

（３）「Ⅲ. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する」

回答者の 96.3%～99.6%が「重要と思う」～「非常に重要と思う」と回答し、回答者の多くのが修士修了生のもつ能力の内容として重要と回答していた（図 12）。一方、回答者の 0.5%～3.3%が「あまり重要と思わない」と回答し、「重要と思わない」の回答は少なかった。

特に非常に重要であるとの回答が 3 割を超えた内容が、「最新の情報を活用して（実践ガイドラインを用いて）、実践とケアの環境を改善する」（39.3%）で、次に「ケアの質を改善するためにエビデンスを用いて組織や集団へ働きかける」（36.9%）であった。また回答者の 20%以上が「ケアのシステムを設計しケアを持続的に改善する」（25.2%）、「対象にとっての効果だけでなく費用対効果、組織的有効性などの観点を含めて評価する」（24.8%）、「情報システム、統計と疫学の原理を用いて、アウトカムの改善やリスク低減のための戦略を立てる」（24.3%）、「政策的な観点でケアの質保証やリスクマネジメントを理解する」（22.9%）が非常に重要との回答であった。

Ⅲの能力の項目の平均値では、Ⅰ～Ⅹの能力の全項目平均値 4.12 より高かった項目は、「最新の情報を活用して（実践ガイドラインを用いて）、実践とケアの環境を改善する」、「ケアの質を改善するためにエビデンスを用いて組織や集団へ働きかける」の 2 項目で、平均 4.15 であった。最も低かったのは、「政策的な観点でケアの質保証やリスクマネジメントを理解する」（平均値 3.87）であり、6 項目中 4 項目が全項目の平均値（4.12）を下回っていた。

Ⅲ-1 からⅢ-6 の項目以外で重要であると思われる能力については、「医療と福祉的支援が行われる場で、ケアの理念が貫かれるようなマネジメントと組織づくりを行う能力」、「質、費用対効果自体、看護分野では発展段階である。したがって、これらの研究を一部でも自分の考えを確かめながら進めることを推奨している。」が記載されていた。

修士（看護学）の能力として 77.1%が「妥当」な表現であると回答し、「妥当でない」

と回答したのは 19.6%で、無回答は 3.3%であった（図 13）。「妥当でない」理由として、「質の改善」の記載表現の意味が不明確で解釈しにくいとの意見（20 名）がみられた。また、「何の実践か不明確」（3 名）、「Ⅲ項目はⅡの項目にも含まれる」（3 名）、および「専門看護師の教育課程とそれ論文コースには求められる能力の違いもある」（3 名）、「2 年間ですべてのカリキュラムに反映できない」、「目標が高い」（4 名）等の意見がみられた。

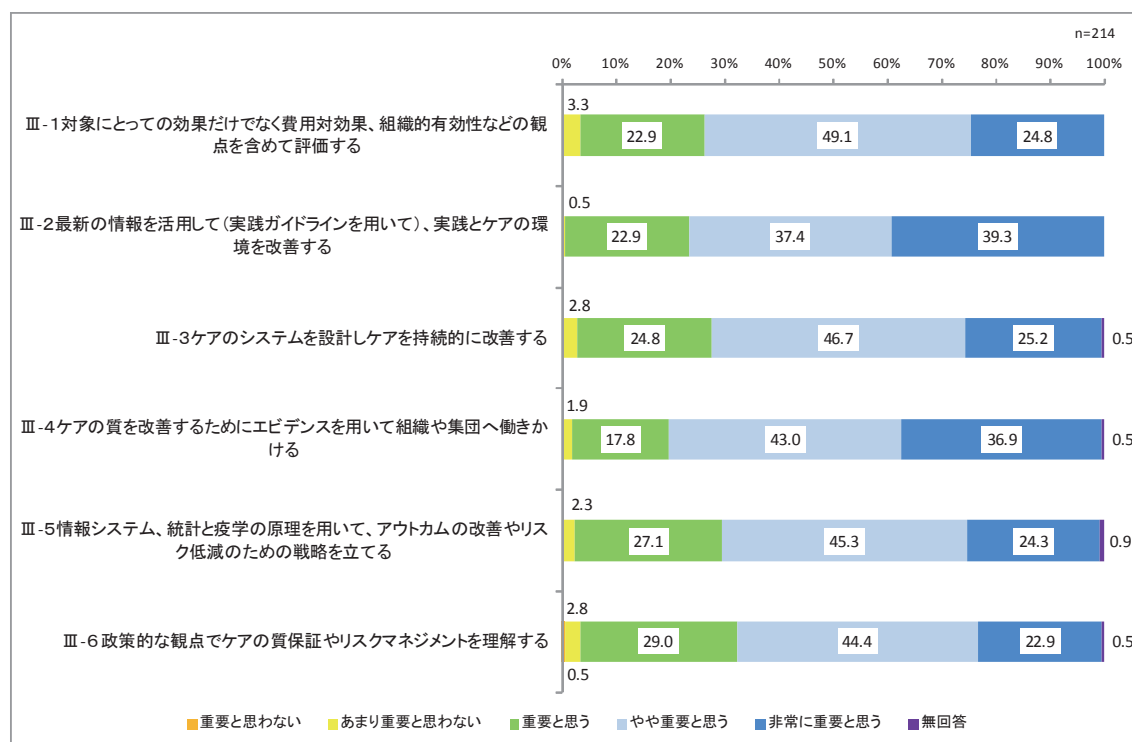


図 12. 「Ⅲ. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する」に関する能力の内容の重要度

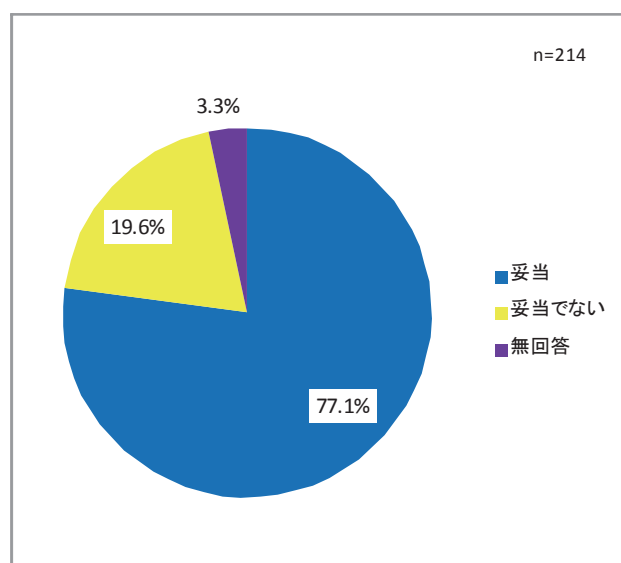


図 13. 「Ⅲ. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する」の表現の妥当性

(4) 「IV. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする」

IVの能力に含まれる5つの内容は、いずれも、「重要と思う、やや重要と思う、非常に重要と思う」との回答が90%を超え、「個のマネジメントと組織のマネジメントの両面から、看護をシステムとして捉える」、「患者中心のケアを実践するにあたり、必要となる他職種や資源を巻き込みながら組織を管理する」、「安全で有効なケア技術および情報技術の利用について、教育プログラムを設定し、実施する」はいずれも94.4%、「組織にとって必要な事項を教育プログラムとして策定し、実施する」は93.0%、「組織の葛藤を分析し、葛藤を緩和するための方略を提案する」は92.5%であった(図14)。5つの内容いずれにおいても尺度4の「やや重要と思う」との回答が最も多く、その範囲は42.5～48.1%であった。

「重要と思わない、重要と思わない」との回答は、「組織の葛藤を分析し、葛藤を緩和するための方略を提案する」が7.0%、「組織にとって必要な事項を教育プログラムとして策定し、実施する」は6.6%、「安全で有効なケア技術および情報技術の利用について、教育プログラムを設定し、実施する」は5.2%、「個のマネジメントと組織のマネジメントの両面から、看護をシステムとして捉える」および「患者中心のケアを実践するにあたり、必要となる他職種や資源を巻き込みながら組織を管理する」は各々5.1%であった。IV-1～3に「重要と思わない」との回答はなかった。提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力として、「保健医療福祉関連職種の実践的、理論的な基盤について理解した上で、適切な役割分担について提起できる能力」が記載された。

表現が妥当であるとの回答は79.9%、妥当でないは15.0%、無回答5.1%であった(図15)。「妥当でない」理由は、臨床未経験者や研究コース、管理以外の領域の学生にマネジメントを求めるのはレベルが高過ぎる(20名)、表現内容が曖昧(9名)であった。

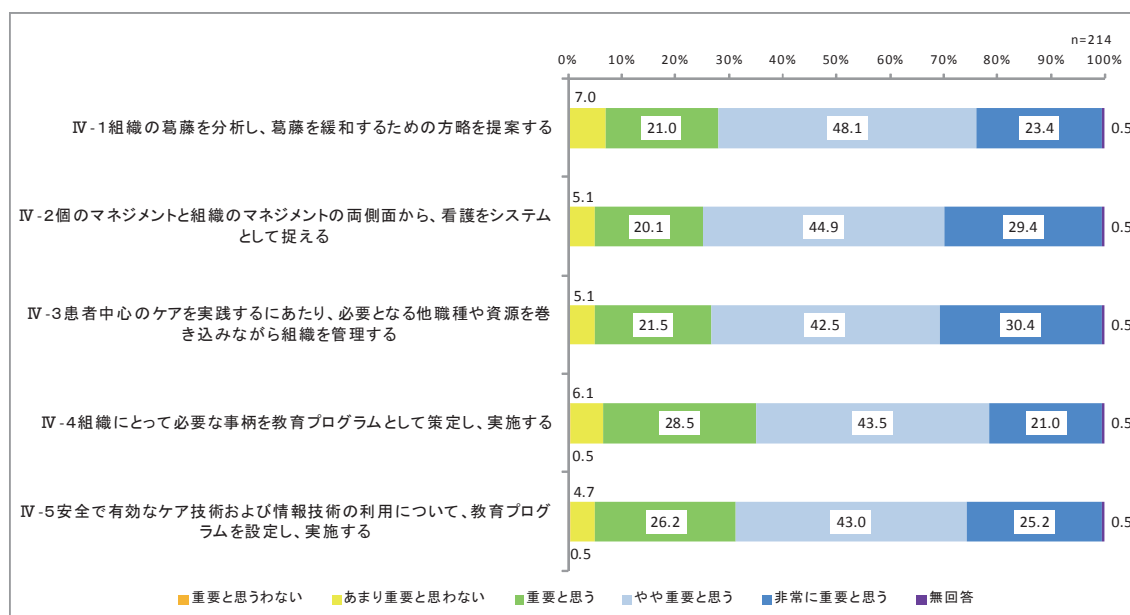


図14. 「IV. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする」に関する能力の内容の重要度

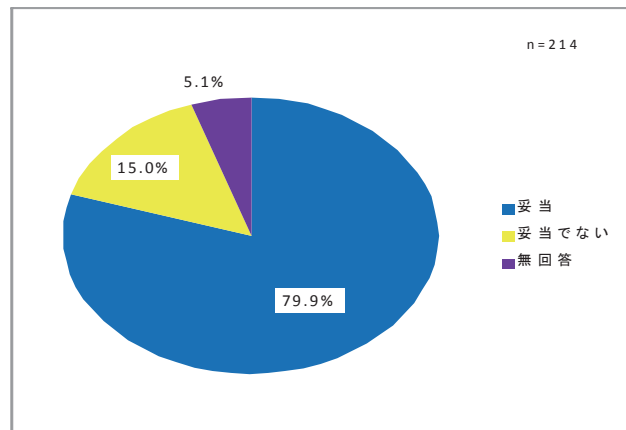


図 15. 「Ⅳ. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする」の表現の妥当性

(5) 「Ⅴ. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する」

回答者の 93.0%～96.7%が「重要と思う」～「非常に重要と思う」と回答し、多くの回答者が修士修了生のもつ能力の内容として重要と回答していた。一方、回答者の 2.8%～6.1%が「重要と思わない」「あまり重要と思わない」と回答していた(図 16)。「非常に重要である」との回答が最も多かった内容は、「医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する」(43.9%)で、次に「クリティカルシンキングやリフレクションを取り入れたリーダーシップを発揮する」(39.7%)と「変化を促す知識と技術を活用して、ケアの改善に向けてリーダーシップを発揮する」(39.7%)が多かった。一方、「非常に重要である」の回答者が最も少なかった内容は、「集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす」(26.2%)で、下位 6 項目の中で「重要と思う」「やや重要と思う」「非常に重要と思う」をあわせた回答も 93%と最も少なかった。提示した能力以外に修士修了生が修得すべき能力として、「グループダイナミズムを分析し、自律的に働きかけていける能力」「医療福祉チームにおいて、率直な意見交換のできる場づくり、異なった視点に基づく意見の統合と併せて、チームの目標や理念に沿った問題提議ができるリーダーシップ能力」が記載されていた。

修士修了生の能力として、172 名 (80.4%) が妥当な表現であると回答し、28 名 (13.1%) が妥当でないと回答し、14 名 (6.5%) が無回答であった。妥当な表現であると回答したうちの 1 名は、「学生が社会人か学部を卒業したばかりかの立場によると思うので、リーダーシップとまでは言い切れません」と自由記載欄に記載していた。一方、妥当でないと回答した理由として、「看護管理的、専攻によっては達成は困難」が 10 名で、「リーダーシップは必ずしも看護師がとらなくてもよい」が 1 名で、専攻によっては修了生に期待するレベルとして高すぎると考える意見であった。また「リーダーシップの目的を明確にしたらよい」が 4 名、「ケアを推進できるの表現がわかりにくい」が 3 名、「場や人的環境を整えるの文言の修正」が 2 名、「環境を整えることとリーダーシップの発揮は別」が 1 名と、表現が妥当でないとする意見があった。

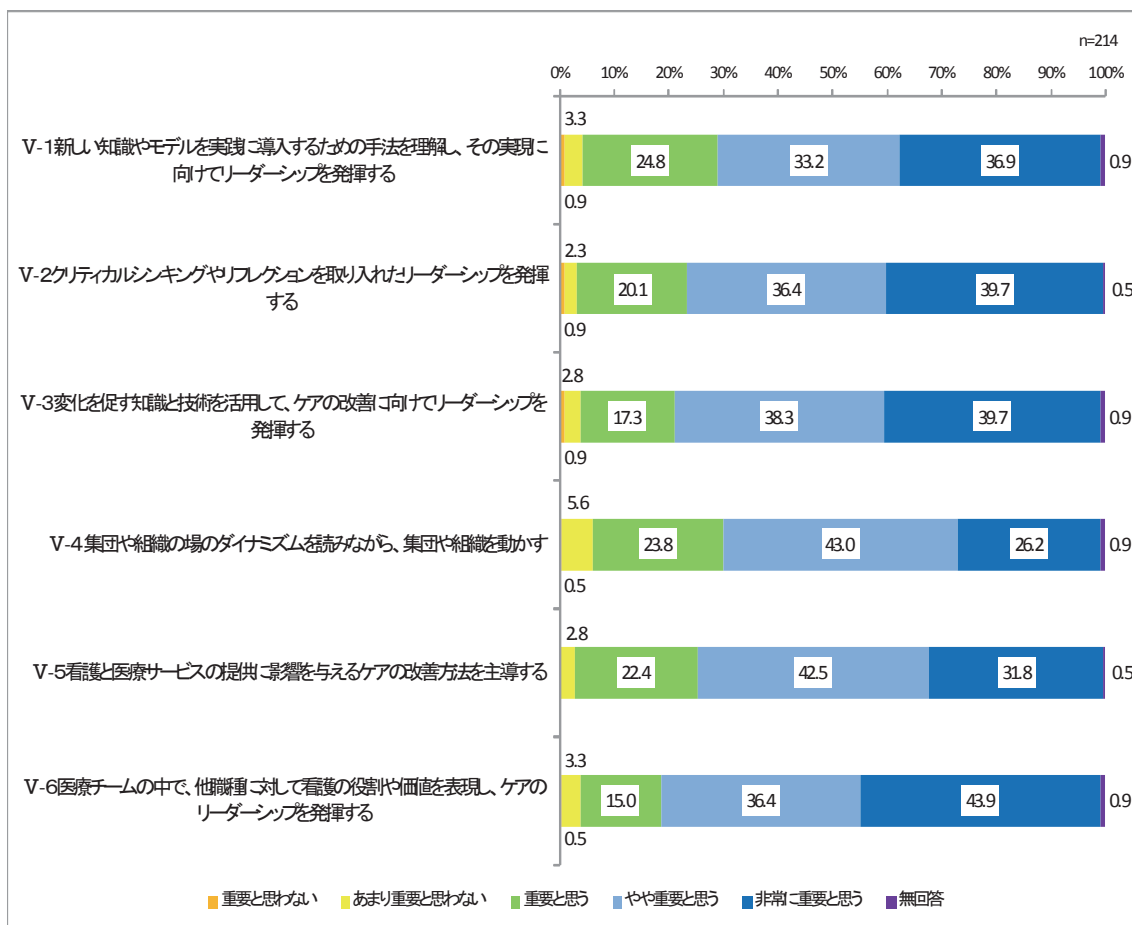


図 16. 「V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する」に関する能力の内容の重要度

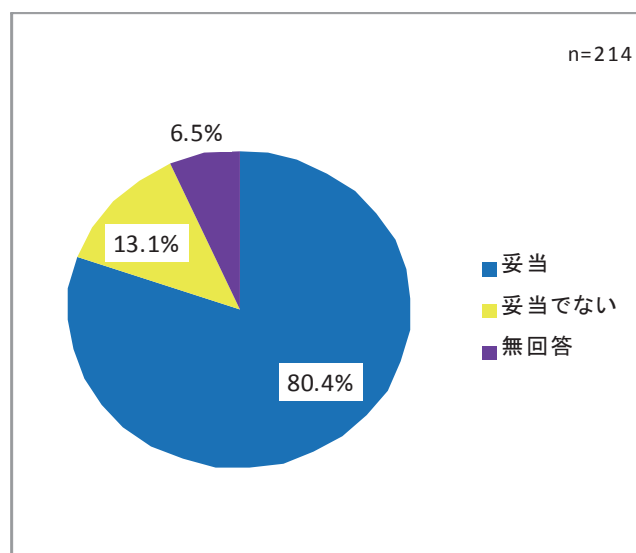


図 17. 「V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する」の表現の妥当性

(6)「VI. チームを形成し、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する」

「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 94.4%～98.6%であり、多くの回答者が修士修了生のもつ能力の内容として重要と回答していた(図 18)。一方、「重要と思わない」・「あまり重要と思わない」との回答が 0.9%～4.3%であり、重要と思わないとの回答は少なかった。特に非常に重要であるとの回答が 6 割を超えた内容は、「専門職間チームと効果的な連携関係を築くために、互いを尊重したコミュニケーションをとる」(61.2%)「チームの看護師や他職種に対してケアの意図や必要性を説明し、連携する」(60.3%)であった。また回答者の 50.0%が、「看護としての専門性と学際的な視点をもって他職種と柔軟に協働する」を非常に重要との回答であった。一方、非常に重要であるとの回答が少なかったのは、「リーダーシップスキルを用いて、医療チームの他のメンバーを教育し、指導し、助言する」(29.9%)「医療チームにおいて看護師や他職種のコンサルテーションを実施する」(34.1%)であった。以上より、この能力に含まれる内容として、専門性をもって他職種と協働していくことの重要度は高く回答されたが、チームメンバーへの助言や相談・教育を行うことに対しての重要度はやや低かった。提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容の記載はなかった。

修士(看護学)の能力として、182 名(85%)が妥当な表現であると回答し、19 名(8.5%)が妥当でないと回答し、無回答は 13 名(6.1%)であった(図 19)。妥当であると回答した者の 1 名は「専門看護師に該当する能力である」と自由記載欄に記載していた。また、妥当でないと回答した理由として、9 名が「チーム形成」という表現が妥当でないと記載し、文言の修正を求める意見やチームとは何かを問う意見がみられた。また、「相違」という表現は必要ない(1 名)や「下位項目が『協働』の具体や本質を示していず目標的表現で他の能力の下位項目よりアバウト」と下位項目から妥当でないとという意見が 1 名みられ、文章表現に対し 11 名が妥当でないと回答していた。さらに、研究者養成においては妥当ではないとする意見が 3 名、現在そのような教育や評価を行っていないとの理由から 1 名が妥当でないと回答し、この能力を実践することは短期間では難しいとの意見が 1 名みられた。

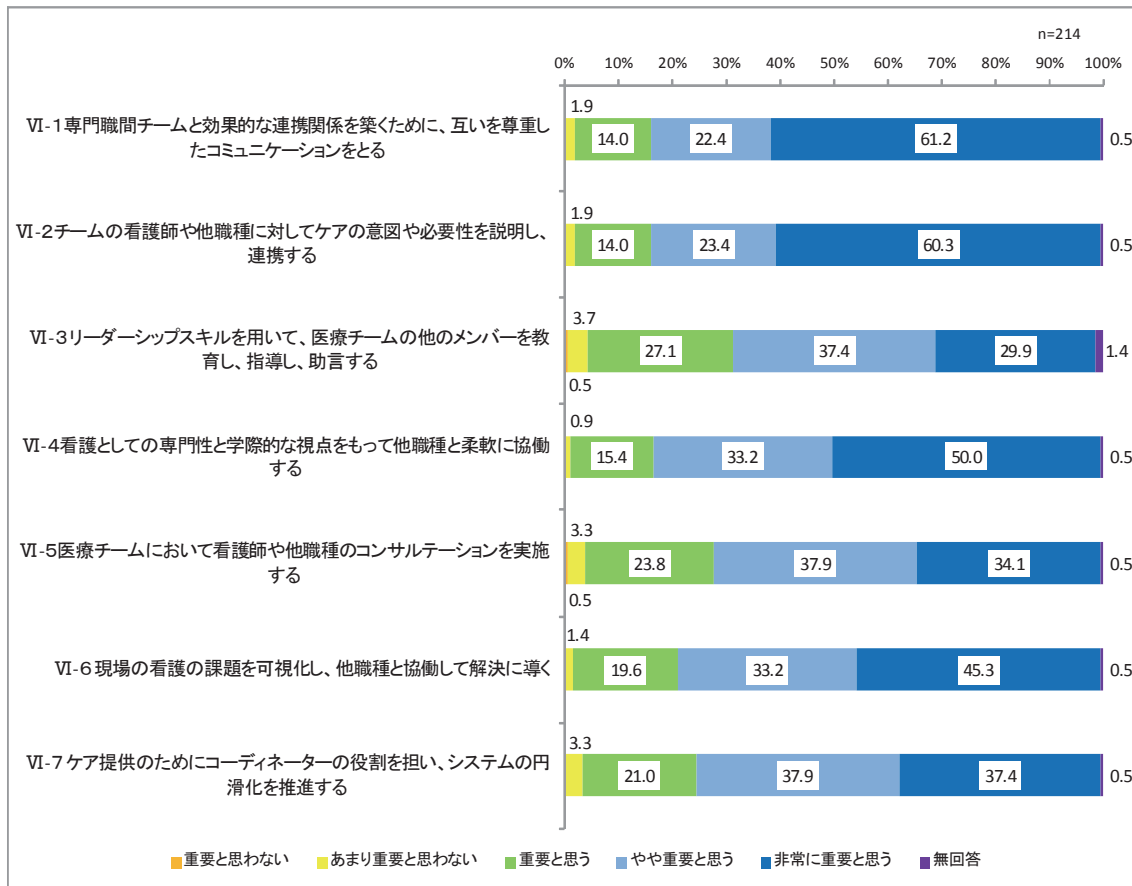


図 18. 「VI. チームを形成し、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する」に関する能力の内容の重要度

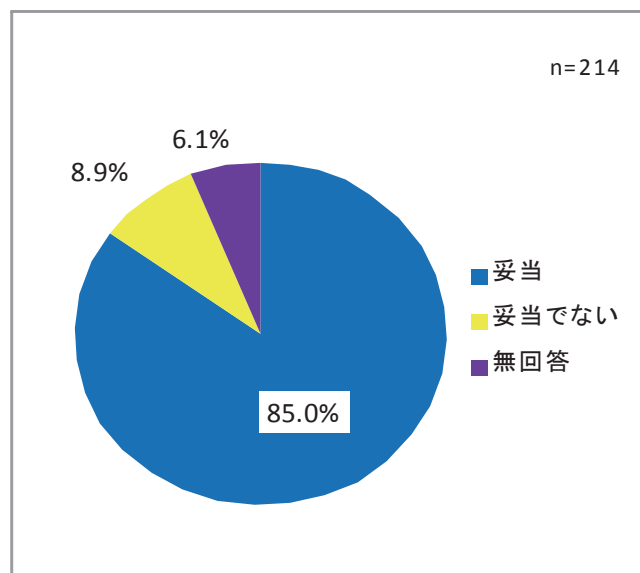


図 19. 「VI. チームを形成し、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する」の表現の妥当性

(7) 「Ⅶ. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」

能力を形成する項目については、いずれも「重要と思う」「やや重要と思う」「非常に重要と思う」が 90%を超えていた(図 20)。また、「重要と思う」「やや重要と思う」「非常に重要と思う」が最も高かった項目は、「健康に関する情報を収集・管理し、ケアに活用する方法を身に着ける」の 97.2%であったが、最も低かった項目は、「看護の対象に対して、疫学的な知識を活用してポピュレーションアプローチを実践する」の 90.2%であった。各項目の平均値で最も高いものは「健康について、学際的な視点から捉えるとともに、多様なデータを読み取り分析する」の 4.14 であった。そして、最も低いものは、「看護の対象に対して、疫学的な知識を活用してポピュレーションアプローチを実践する」の 3.71 であり、Ⅰ～Ⅹの能力全体の平均値(4.12)以下の項目は 10 項目中 8 項目に見られていた。

また、提示した 10 項目以外に重要と思われる能力として、「人々の健康増進に向けた取り組みが可能な場所に出向いて、その場を構成する人々の信頼を得て協働を始めることのできるネットワーク形成能力」が記載されていた。

表現の妥当性に関しては、「妥当」が 72.9%と 7 割を超えているが、「妥当ではない」も 21.0%にのぼっている(図 21)。これは、能力Ⅷ(政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する)の 22.9%に次ぐ多さであった。「妥当ではない」と回答した理由の最多は、「公衆」という表現の問題に関するもの(違和感、なじみの薄さ)が 6 名、「保健学修士」、「保健師」の役割である、もしくは対象の学生が限定される、が 6 名となっていた。続いて、「公衆」が示す意味や範囲が分かりにくい、が 4 名、「公衆の健康に向け」と「人々の健康増進に取り組む」が 3 名、「ヘルスプロモーション」や「疫病予防」に限局した能力である、が 2 名、「博士後期レベル」の能力であるが 2 名であった。また、「多くの場合、公衆は看護実践上は二義的である」という意見も 1 名見られた。

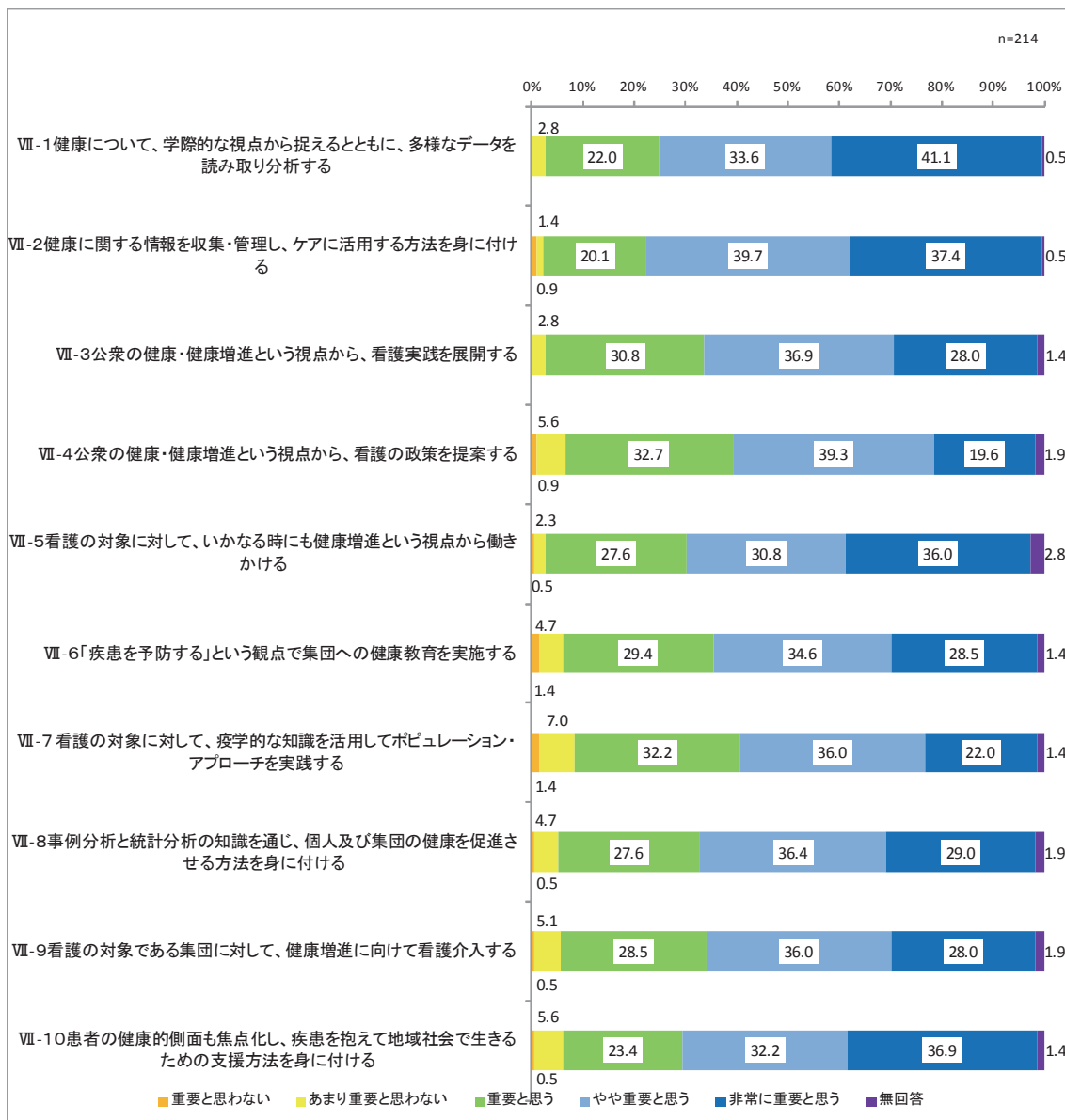


図 20. 「VII. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」に関する能力の内容の重要度

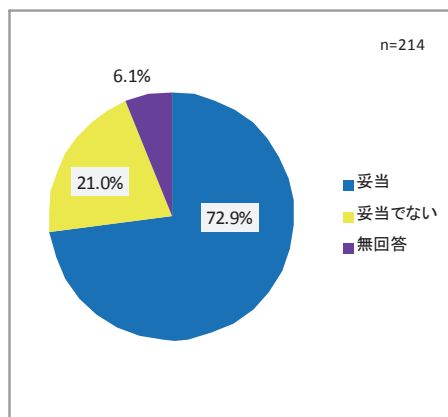


図 21. 「VII. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」の表現の妥当性

(8) 「Ⅷ. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する」

「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 90.7%～94.4%であり、多くの回答者が修士修了生のもつ能力として重要と回答していた(図 22)。「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答は、「やや重要と思う」の回答者が最も多く、次いで「重要と思う」、「非常に重要と思う」の順で多かった。一方、「重要と思わない」「あまり重要と思わない」との回答は 4.7%～8.4%であった。「非常に重要と思う」の回答が最も多かったのは、「看護専門職としての考えや価値が政策に反映されるよう主張する」(26.6%)で、次いで「診療報酬(医療経済)が看護ケア提供方法やアウトカムに及ぼす影響について分析し、改善案を提案する」(23.4%)、「医療政策が個、集団、組織にもたらす格差や不平等を把握し、その是正に向けて資源・制度を活用する」(22.9%)であった。一方、「非常に重要と思う」の回答が最も少なかったのは、「公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する」(18.2%)で、次に少なかったのは「法律・制度・政策が看護実践、健康に与える影響を分析し、解決策を提案する」(19.2%)であった。これらから修了生が修得すべき能力として重要であると考えているが、重要度はやや低い傾向がみられた。

提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容として、「看護専門職同士の協力体制の確立による国への働きかけ」「政策立案の担当者と包括的な視野から議論し、課題の明確化と解決策の発見に協働して取り組む能力」「研究としては可能と考える」が自由記載欄に記載があった。

修士(看護学)の能力として、153名(71.5%)が妥当であると回答し、49名(22.9%)が妥当でないと回答し、無回答は12名(5.6%)であった(図 23)。妥当であると回答した者の自由記載欄には、「政策の一部を提案する」「妥当だと思うが、現在修士にくる人は、看護学校卒の人も多く、PHNの基礎がなく、政策も、若干、基礎知識がない人が多いような気がする」「政策の提案までのゴールはまだ難しい。より専門性を高める必要がある」と記載していた。「妥当でない」と回答した理由の最多は「政策を提案するではレベルが高い」の21名で、次に多かったのが「博士後期課程のレベルである」の6名、「専門分野によっては可能なレベルである」が4名、「看護学とは異なる領域に求められる能力」が1名で、能力の内容およびレベルに関する意見が多かった。表現に関する意見としては、「何の改善か不明確」が4名、「政策のレベル・範囲が不明瞭」「実現可能なレベルに表現の修正が必要」が各2名、「能力のⅦ、Ⅷをまとめる」が1名であった。

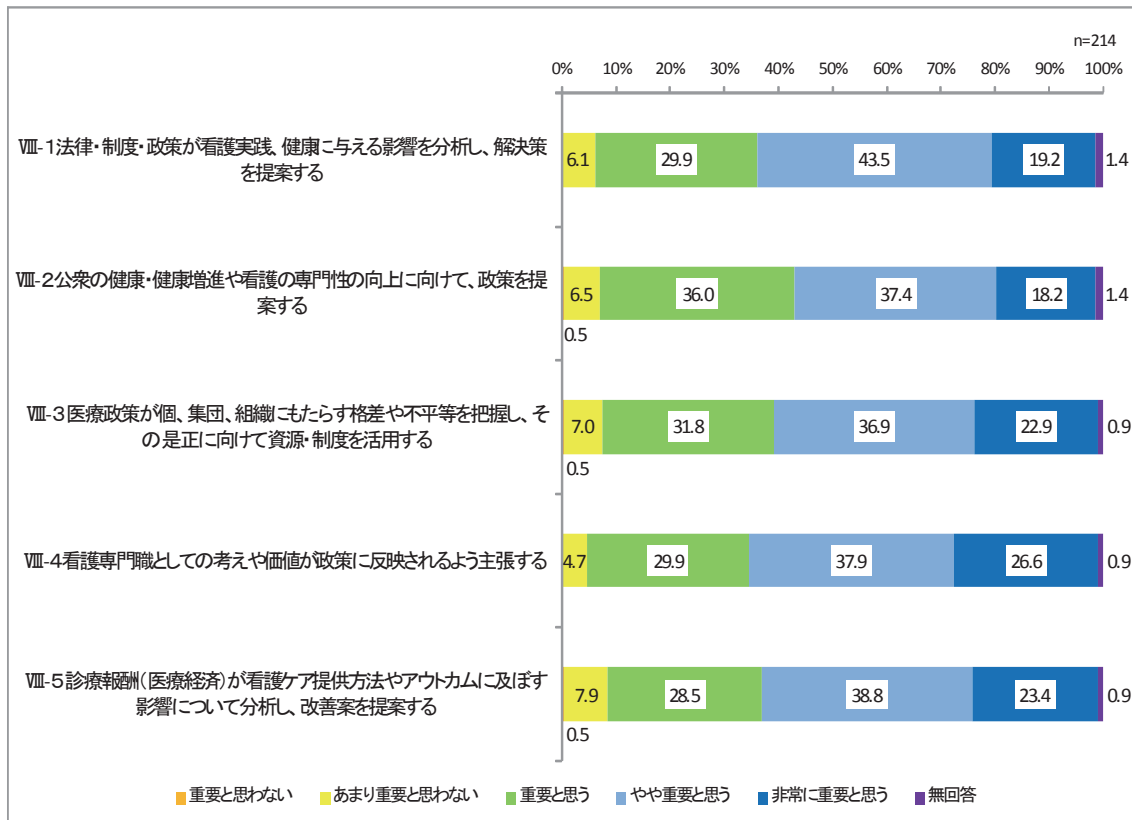


図 22. 「VIII. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する」に関する能力の内容の重要度

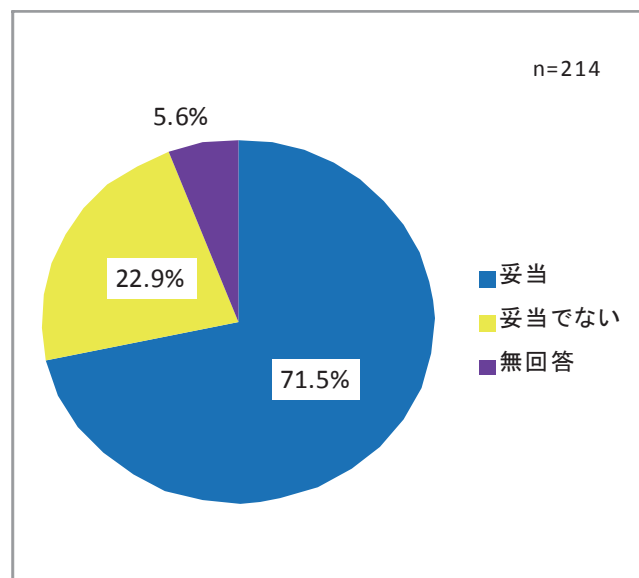


図 23. 「VIII. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する」の表現の妥当性

（９）「IX. 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす」

「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答は 96.8%～99.1%であり、多くの回答者が修士修了生のもつ能力の内容として重要と回答していた（図 24）。一方、「重要と思わない」・「あまり重要と思わない」との回答が 0.5%～2.8%であり、重要と思わないとの回答は少なかった。

特に、5割を超える回答者が非常に重要であるとした内容は、「ケア技術および情報技術の使用に関する倫理的原理や基準を理解する」（56.1%）、「専門職者として、医療提供の質の改善に対し、説明責任を果たす」（54.7%）、「患者や家族の擁護の立場から、安全なケア環境を促進し、倫理的実践を普及する」（53.3%）、「倫理的問題に直面している患者や専門職を助けるために科学や倫理原則を活用する」（50.5%）であった。一方、「地域の機関／専門職と協働して、社会的弱者に対する倫理的課題に向けて取り組む」を非常に重要であるとした回答は 39.3%と他の項目に比して低かった。提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容として、「研究倫理を理解し、倫理的原則を遵守した研究を実施する」の記載が 2 件、その他「宗教や国際に関する内容、ケアリングに対する理解」、「状況に埋没しない自己主張能力」が記載されていた。

修士（看護学）の能力として 167 名（78.0%）が妥当な表現であると回答し、37 名（17.3%）が妥当でないと回答し、無回答は 10 名（4.7%）であった（図 25）。妥当でないと回答した理由として、「多面的に多様な立場から」表現についてのわかりにくさ 14 名、「何を分析するのかわからない」とした回答が 10 名、「多面的・多様な立場から分析し、責務を果たすには無理がある」や『「多面的に多様な立場から分析」と『倫理的・文化的感受性をもって』の関連不明瞭』という表現上の乖離についての記載がみられた。その他、「文化的については、倫理的に含まれているので、削除可能である」という一方、「文化的感受性のとらえ方に相違が有る」、あるいは「文化的感受性に関する内容が十分に表現されていない」といった記載、「責務が、二重、三重の責務となっているので、簡潔な表現にしたらどうか」あるいは「分析する、感受性を持つ、責務を果たすと三つの要素が含まれ、観点が分散されるので、1～2 くらいにしてはどうか」という重複の課題を指摘した記載、「修士ならではの長がない」「修士では困難」「実習的部分まで可能なのか」と修士課程修了者にとってこの能力が妥当かという疑問や「責務を果たすとすると能力到達の評価が難しい」「何を持って果たしたと考えるのか評価できない」と評価の困難をあげた記載もみられた。

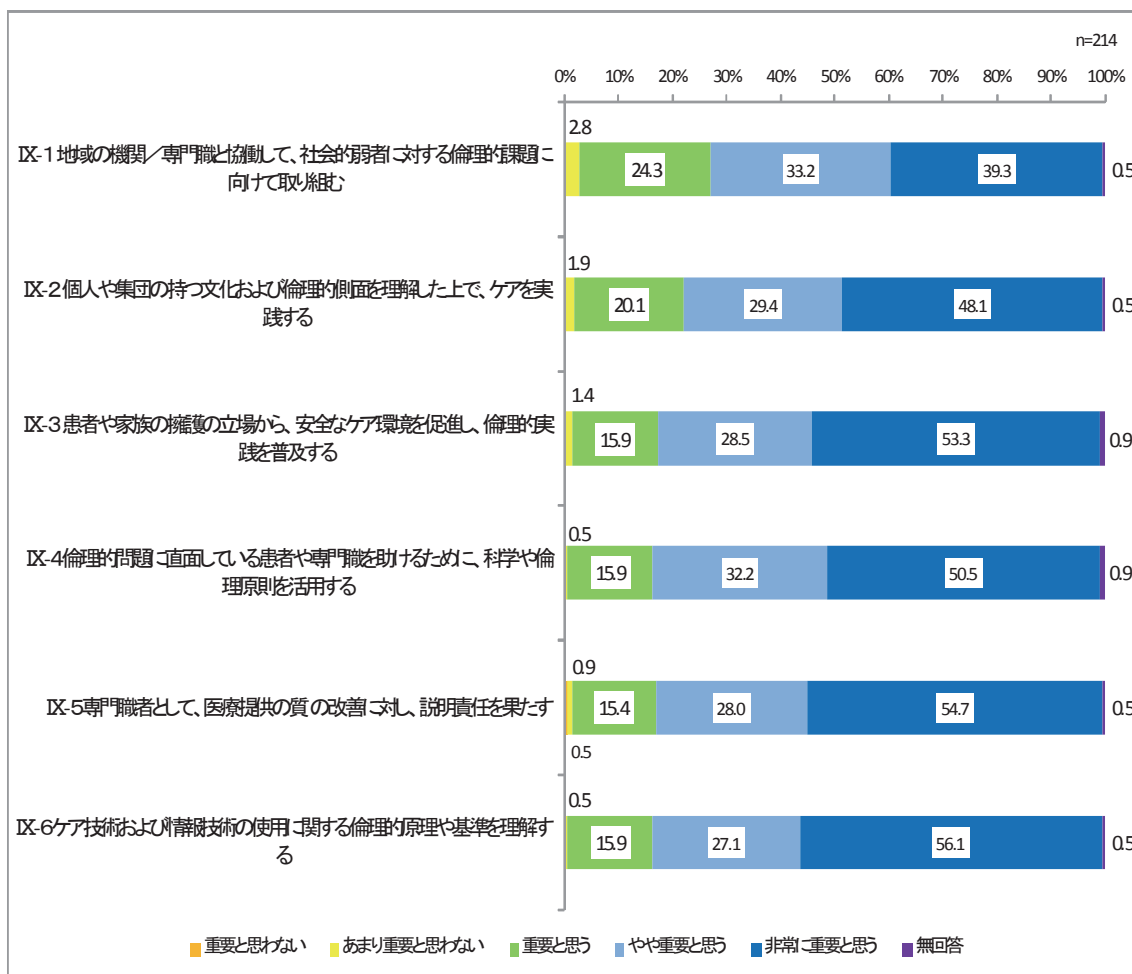


図24. 「IX 多面的・多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす」に関する能力の内容の重要度

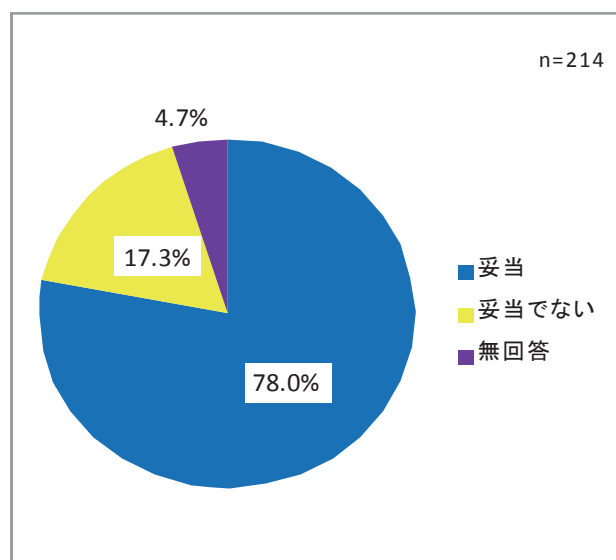


図25. 「IX 多面的・多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす」の表現の妥当性

(10)「X. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する」

回答者の 94.8%～98.1%が「重要と思う」～「非常に重要と思う」と回答し、回答者の多くのが修士修了生のもつ能力の内容として重要と回答していた(図 26)。一方、回答者の 0.9%～4.3%が「あまり重要としない」と回答し、「重要としない」の回答はなかった。特に、5 割を超える回答者が非常に重要であるとした内容は、「他職種に対して専門職である看護職のものの見方を明確に表現する」(56.1%)、「看護学を取り巻く課題についての感受性を研ぎ澄まし、主体性を持って改善する」(50.5%)、「より良いケアを決定するため生涯学習のロールモデルになる」(50.0%)であった。提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容として、「自己評価・内省する能力」「学際的、国際的な視野から看護学の位置と役割を明確化し、他職種、他領域の実践者、有識者と共に他職種チームのメンバー、リーダーとしてのアイデンティティを形成する能力」「看護学研究者としての基礎的能力」が記載されていた。

修士(看護学)の能力として 181 名(84.6%)が妥当な表現であると回答し、21 名(9.8%)が妥当でないと回答し、無回答は 12 名(5.6%)であった(図 27)。妥当であると回答した者の 1 名は「努力目標としてなら」と自由記載欄に記載していた。また、妥当でないと回答した理由として、「文章表現等がわかりにくい」との記載が 5 名、「アイデンティティ」を日本語あるいはわかりやすい表現への変更が 2 名、「職業的アイデンティティ」といった何のアイデンティティかの明示が 5 名、「アイデンティティという用語の理解の難しさ」が 3 名みられた。その他、「学部教育で培っている」、「修士ならではの特長ではない」ため妥当でないと 3 名が回答し、「もう少し力強い表現が良い」との意見がみられた。さらに、「看護学の発展は個々の研究の積み重ねの結果であり、目的ではないため」妥当でないという記載もみられた。

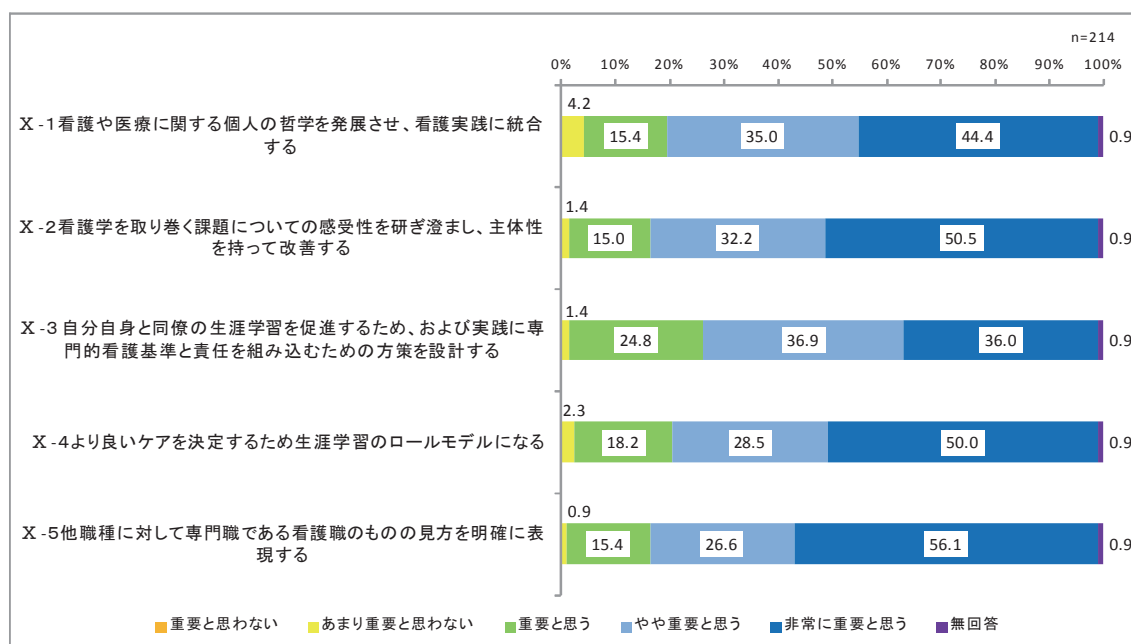


図 26.「X. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する」に関する能力の内容の重要度

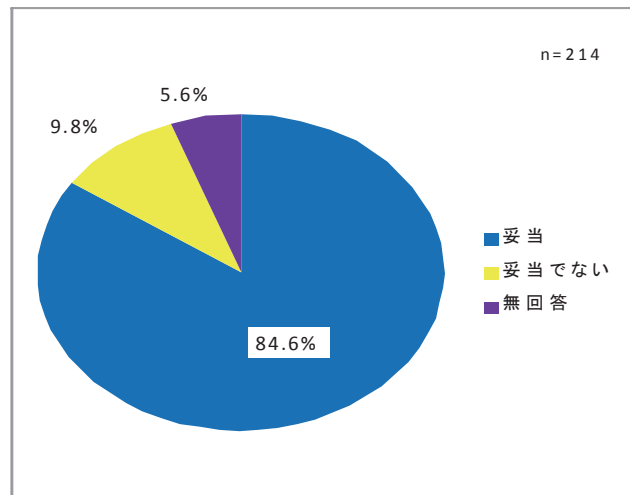


図 27.「X. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する」の表現の妥当性

4) 10 の修得すべき能力以外で重要と思われる能力

10 の修得すべき能力以外で重要と思われる能力として、「論理的な思考」「個人としての教養」「討議能力」「学問、科学を理解する能力」という基礎的能力が必要であるという意見があった。この背景には、修士課程入学生には大学卒業者でない人もいるという現状が述べられていた。また、「人間的成長を促進する能力、人格形成能力」「人間力を高める能力」「自己評価能力及びリフレクション能力」というその人自身の資質に関する能力や、自分の行動を評価する能力が必要であるという意見があった。この背景にも、本人の資質に関する能力、個人のコミュニケーション能力がほとんど育っていないという現状が述べられていた。

また、修士課程修了者が教員になる場合が多いという状況から、「我が国の看護学の発展過程と看護学教育の現状に関する理解、説明能力」「学生を教育できる能力」が必要であるという意見があった。さらに、「Emotional literacy（感情活用能力）と Media literacy を組み合わせ、社会状況の包括的把握にとって看護の視点から問題提起ができる能力」「国内外を視野に入れたグローバルな感覚の中での実践や研究活動に関係するコスモポリタンの力」が必要であるという意見もあった（表 3）。

その他、「研究の質、査読の質が低下しており、クリティークについて十分な教育がなされていない現状があるが、研究力についてあまり触れられていない」「修士論文コースの場合は、もっと研究者としての基礎的基盤を獲得、強化する内容が必要」「“研究”“エビデンス、知の集積”については必要ではあるが、博士後期との区別がちゃんとつくように表現の工夫がほしい」「英文誌への投稿」という研究に関する意見があった。また、「V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する」に「現任教育のリーダーシップを入れてほしい」という意見があった。リーダーシップに関しては、「リーダーシップを取るにあたり、自己洞察や点検できる力の育成を小項目の中に入れていただきたい。

自己の課題を知っていないと、壮大なる目的や方法を考えそうである。」という意見もあった。この意見は、上記の「自己評価能力及びリフレクション能力」とも関連する能力であると考えられる。

表 3. 10 の修得すべき能力以外で重要と思われる能力

能力	理由
基礎的な能力 ・ 論理的な思考 ・ 個人としての教養 ・ 討議能力 ・ 学問とは何か、科学とは何かを理解する能力	・ 修士課程入学生には大卒でない人もいるのが現状であり、基礎的な能力として教育上欠かせない
・ 自らの人間的成長を促進する能力、人格形成能力 ・ 人間力を高める能力 ・ 自己評価能力及びリフレクション能力	・ 本人の資質に関する能力、個人のコミュニケーション能力がほとんど育っていない ・ 目標に向かって行動することは重要であるが、自分が行った事柄を考察し、改善するための能力が必要
・ 我が国の看護学の発展過程と看護学教育の現状に関する理解、説明能力 ・ 学生や後輩の教育に関する内容 ・ 学生を教育できる能力	・ 修士課程修了者が看護学教員になる現状を考えると、看護学教育全般に関する理解が不十分である
・ Emotional literacy（感情活用能力）と Media literacy を組み合わせ、社会状況の包括的把握にとって看護の視点から問題提起ができる能力	・ 自分自身や援助対象者の感情、チームや集団の雰囲気を察知しつつその意味をメディアから獲得し得る情報と、照合しながら深く理解していくことは、現代人にとって不可欠だと考えられる
・ 国内外を視野に入れたグローバルな感覚の中での実践や研究活動に関係するコスモポリイトの力	

5) 調査に対する意見

本調査に対する意見を自由記載により求めたところ、以下のような意見が得られた。

(1) 文章表現について

各能力の「修得すべき能力の内容」について、その表現の精練・整理について指摘する意見があった。

- ① 各能力内容の表現について統一されていない（例）Ⅱ－7 看護介入する、Ⅱ－3 看護ケアを実践する、Ⅱ看護を実践する、Ⅶ－3 看護実践を展開する など。また、1つの項目に複数の内容（理解レベルと行動レベル）が包含されており回答しづらい。
- ② これからの作業だろうが、似通った項目があり、精選されることを期待する。
- ③ 質問項目には具体的でない表現も中にはあるように思います。
- ④ 大半は認知領域の深化を意味する表現だが、公衆衛生・予防（保健師活動、能力に相当する）は、実践方法を身につけるレベルであり、全体的にアンバランスの感がある。
- ⑤ 文章が抽象的で理解しづらく、同じ事を何度もきかれている印象を受ける。各項目の整理をお願いします。B・Ⅶ-4（公衆の健康・健康増進という視点から、看護実践を展開する）と B・Ⅷ-2（公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する）は同じではないでしょうか？

(2) 修士が修得すべき能力のレベルについて

修士が修得すべき能力として、求めるレベルが高い、現実とかけ離れている、という意見が見られた。

- ① どの項目も重要性の高さは十分に感じますが、社会人入学が多く、目標達成の困難さも現実問題として感じる。
- ② どれも重要なことと思いますが、現実の教育とかけ離れている。しかし、今の現状では無理でも少しずつでも目標に近づけなければならないと思いました。
- ③ 修士課程修了までに修得すべき能力となると、これらが2年間という限られた教育課程に反映されるには無理がある。将来的に求められる(修了後)基礎的能力ならよい。
- ④ 修得すべき10の能力が高いレベルにあるように思いました（行動レベルからみると）。
- ⑤ 修了生が習得すべき能力は、ここに提示されているものの全部が重要であると思う。しかし現実では、この能力を身につけさせることは難しい。理想と現実が乖離することが既にあるように思う。
- ⑥ 重要か重要でないかと問われれば重要と考えられるが、修士に求めるには高すぎると感じる設問が多かった。本調査の選択肢があまり適切ではないように思える。
- ⑦ 到達レベルあるいは修得すべき能力として重要ではあるが、現在のカリキュラムがこのような能力を育成できるようなカリキュラムであるかどうかは疑問に思う。理想が高すぎるような気もする。
- ⑧ 能力の内容が重要かどうかは妥当であるが、「達成目標」にした場合は難しいと思う。

- ⑨ 生涯学習の1つとして志願する（時代背景もある）状況もみられる中で、修得すべき能力が高すぎるのではないか。
- ⑩ 修士を取得する方のそれまでの経験にもよりますが…。ある程度（臨床経験5年以上）の実績があり、その後の方であればこのレベルに達することができるかもしれませんが、学部卒業後に修士を取った方には難しいというか、レベルが高すぎるように感じました。
- ⑪ 修了生に修得して欲しいと考えて回答しましたが、実際の教育とはまだまだギャップがあります。

（3）大学院のコースによる違いについて

各大学のコース（専門看護師コース、研究者コースの違いなど）や領域によって、教育の目的とするところが異なるため、求められる能力に違いもあるのではないか、という意見が見られた。

- ① 専門看護師等の高度実践看護師の教育と研究者や教育者を育成する教育とで習得すべき能力の基準が違ってくるように思えるが、一律グローバルスタンダードにまとめられるのか疑問である。
- ② 領域によるちがいが大きいのではないのでしょうか？
- ③ 10の能力すべてにおいて修了生が習熟することは難しいと考える。CNS コースか論文コースかによっても異なると思われる。
- ④ それぞれの大学院の教育目的、目標が違うと思われるので10の能力すべてを習得させるのは困難と思われる。
- ⑤ 各大学院によって特徴があるので、10項目のすべてをコアとするのは困難と考えます。
- ⑥ 今回挙げられた能力は専門看護師コースの学生には適当なものと思われるが、それ以外のコースの学生にどこまでの実践能力の修得を目指すかは、コースの目的によって異なるのではないか。
- ⑦ 修士課程といっても各大学で何を目指しているのかが異なっているように思います。CNS 教育をなさっている大学院では（Ⅱ）Ⅲ～Ⅹの能力が必要かもしれませんが…一律に判断することができませんでした。そのため、ほとんど記載をすることができませんでした。
- ⑧ 提示された10の能力は、修士課程での高度実践者養成に焦点が当てられており、博士後期課程につながる基礎的な研究能力の修得に関するものが少なすぎると考えます。よってこの能力のタイトルを博士前期課程（修士課程）とするのではなく、単に修士課程として頂くと、整合性がとれると思います。
- ⑨ 本調査で示される修得すべき各能力は、Ⅰの～エビデンスをつくる以外はほとんどCNS 教育に関連しており、研究コースの学生はこれらの能力修得は必ずしも目指さ

れていない。全ての大学院（修士課程）が APN、CNS 教育を目指すことがグローバルスタンダードとなるのか疑問に思う。

（４）基準策定について

修士修了生が修得すべき能力の基準については、必要という意見、疑問を感じるという両方の意見が見られた。

＜必要という意見＞

- ① 各大学における修士課程で教育レベル（修士生の教育成果）が問題になっており、修了者が修得すべき能力の提示はたいへん重要と考えます。あわせて教育する側の能力も課題です。このように、到達レベルを示していただける調査ありがとうございます。
- ② 大変大きな課題ですし、習得するまでにはそのひとつひとつが高いハードルだと思いますが、そうでありたい、そうであってほしいと考えさせられるものばかりでした。ありがとうございました。

＜疑問を感じるという意見＞

- ③ コアな内容とは言え前期課程の目標をここまで画一的なものと考えてよいのか？あるいは、資料に示されたコア的内容が、まだ全ての課程に適用できるコアとして十分に精選されていないのか？いずれにせよ、コアと言うには広範すぎる内容だと感じた。
- ④ もともと学位は各大学が与えるものであり、その領域が与えるものではない。領域での評価は学術誌などの掲載という方法で為されている。学位については、これを大学院レベルで規定することには疑問を持つ。各大学の教員の責任においてなすべきである。大学とそこの教員の自由な裁量にまかせられるべきである。他の領域でもそれは同様である。看護だけそれができないのは、各大学や研究者のレベルが他領域よりも低いことを示唆するものとする。特に修士において「修得すべき」という表現は研究の場合難しいはずである。こうあってほしいと掲げて目指すのはいいが、修得すべき能力として示すのは疑問である。

（５）今回の調査方法について

今回の調査研究の方法について、疑問や質問も見られた。

- ① 「…において習得すべき能力…」をインタビューから分析されています。これらも本調査も認識レベルの検討と理解されます。臨床、臨地において修士学位を取得された人々が実際に発揮している能力（職能）、期待されている能力（職能）のエビデンスはいかがでしょうか？
- ② 選択肢について（非常に重要→やや重要→重要→あまり重要と思わない→重要と思わない）この順でいいのでしょうか？
- ③ 「やや重要」と「重要」の位置が逆ではないでしょうか。学士と博士後期までの能力も考えた上で修士を考えた方がよいのでは？また内容が専門看護師を想定しているの

か、研究者を設定しているのか、その共通で考えるのかを分ける必要がないでしょうか。

- ④ 4「やや重要と思う」、3「重要と思う」では3「重要と思う」方が強く重要と感じます。4と3の選択肢は微妙です。
- ⑤ 4と3の段階に少し違和感がありました。3は「どちらともいえない」の感覚があります。
- ⑥ やや重要と思う、重要と思うでは受けとめ方によっては重要の方がより強い印象を受けました。
- ⑦ 必要な項目をかなり広く提示していると思うが、五択による回答では、あまり差がないか、回答者の基準次第で、大きく結果が偏るかしないかが危惧される。
- ⑧ 質問紙の回答、やや重要と重要は重要の方が上位ではないでしょうか。回答しづらく感じました。また、すべて重要であり、妥当と思われますが、分野によって重要度が違うのではないのでしょうか。今回そのような問いではなかったので一律の回答とさせていただきます。
- ⑨ 修士課程が分化してきており、修得すべき能力のプライオリティーが異なると考えます。本調査の博士前期課程（修士課程）は博士後期課程につながる課程であるか？修士（看護学）が上級実践者教育と考えるかにより異なると考えながら答えにくさを感じながら回答しました。

（6）その他

- ① 大学院指導教員の資質についても基準が必要です。文科省の教員審査に一貫性がなく、結局教育力が伴わないので学生への教育の質が低下します。

VI. 考察

郵送法による回収率は一般的に 20%～30%であるといわれており、本調査の回収率は 31.4%と少ないものの妥当な回収数であったといえる。但し、137 課程の大学院をもつ大学の設置形態の日本の分布は、国立大学法人 42 課程（30.7%）、公立大学・公立大学法人 41 課程（29.9%）、私立大学 53 課程（38.7%）、省庁大学校 1 課程（0.7%）であり、本調査の回答者の割合は、私立大学が少なく、国立大学法人、公立大学・公立大学法人が多く、現在の日本の博士前期(修士)課程の分布とは異なった。また、1 課程あたり調査対象を看護系大学協議会代表者と大学院教育を担当している看護教員 4 人に回答を求めたことから、全回答者の 20%が代表者の回答にあたるが、本調査では 25.5%が回答していることから回答者の職位の分布は配布した分布と同等であるといえる。

1. 看護学の博士前期(修士)課程において修得すべき能力

本調査は、10 の能力とその内容を示す 77 項目を提示し、各能力の内容の重要度と

10 の能力の表現の妥当性を調査した。各能力について、重要度や表現の妥当性について考察するとともに、看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究（野嶋ら,2011）で示されている学士課程における 20 のコアとなる看護実践能力や日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)（(高度実践看護師制度推進委員会、2008）と比較検討した。なお、学士課程における 20 のコアとなる看護実践能力は、大学教員に対する 4 回の調査結果と 3 回実施された「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」により最終案が提示されている。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)は、専門看護師を対象とした調査から導き出された結果をもとに提示されたものである。

「Ⅰ．看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる」

看護の課題を科学的に探究しエビデンスをつくる能力に含まれる内容として、EBP を理解する能力を基盤とした、看護学の探究すべき課題を察知し探究する能力は非常に重要な能力として認識されていると考える。EBP を理解する能力は、学士課程においてコアとなる看護実践能力「Ⅱ．根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」の「4) 根拠に基づいた看護を提供する能力」の中で、情報システムを活用し理論的知識や研究成果、最新の情報を収集しクリティークすることにより有用な情報を取り出し看護方法の選択決定をする能力として学士課程でも必要とされている基本的な能力である。その EBP の基本的な能力を修得した上で、さらに看護学の探究すべき課題を察知し探究するというこの能力Ⅰは、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)の「分野 1：患者の健康／病気の状態の管理」の「患者の病気の管理 5. 科学的根拠、根拠に基づくケアの標準、実践ガイドラインを基盤としたアクションプランを明確化する」とも関連し、修士課程で必要とされる能力の修得が重要であると考ええる。

また、研究方法を駆使して課題を探究するという研究に力点を置く項目は、重要度の評価がやや低い傾向があった。修士の能力として妥当でないと回答した者のうち、15 名がレベルが高いまたは修士に求めるレベルを問う意見が記載されていたことから、「エビデンスを作る」能力は、修士課程の能力として高度な内容であると認識されている傾向があると考ええる。エビデンスをどのように捉えるか不明確であるという意見があったことから、今後看護学におけるエビデンスレベルについての考え方の共通認識が得られる様明確に定義し教育していく必要があると考ええる。

「Ⅱ．看護の対象（個人、家族、集団、地域）に対して高度な看護を実践する」

非常に重要であるとの回答が「看護実践において、説明責任を果たす」は 62.1%、「看護の倫理綱領に基づいた看護実践を普及する」は 60.7%であり、高度な看護実践を行うにあたり、看護倫理に基づいた実践力は非常に重要な能力であると認識されていると考えられた。これらの能力は日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）の「分野 6：

実践するヘルスケアの質の確保とモニタリング」の「3. 患者のニーズに沿うように倫理的に行動する」「4. 実践の責務・説明責任を担い、到達可能な最高の実践に努める」に関連する能力でもある。看護実践における説明については、「看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究」で示された学士課程においてコアとなる看護実践能力「Ⅰ. ヒューマンケアの基本に関する能力」にも、「実施する看護について説明し同意を得る能力」は示されている。この基本的な能力を修得した上で、修士課程修了生には提供する看護実践のあらゆる局面で説明責任を果たすことが求められる。

「看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていく」の「重要と思う」～「非常に重要と思う」の回答が 93.5%と低いのに対し、「最新のケア技術やエビデンスに基づいて、看護ケアを実践する」は 98.6%、「エビデンスを使いケア改善を計画・実施・評価する」は 97.2%であったことについては、エビデンスを用いて看護ケアを実践する能力は重要であると認識されているが、エビデンスをつくっていくところまでは求めていないと考えられた。日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）においても、「分野 3：教育的機能」に「提供 1. エビデンスに基づく理論的根拠を適切に用いて健康アドバイス、指示、カウンセリングを行う」があるが、看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていくという内容は含まれていない。エビデンスに基づいて看護ケアを実践する能力については、学士課程においてコアとなる看護実践能力「Ⅱ. 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」にも、「根拠に基づいた看護を提供する能力」として示され、看護実践のためにエビデンスを探索し活用できることが能力として求められている。しかし、エビデンスを看護実践に取り入れ、ケアを改善に繋げるのは、修士課程修了生に求められる能力と言える。

その他、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）と照らし合わせると、「Ⅱ-1 看護介入に必要な理論を身体・社会・心理・組織など学際的な観点から選択し、統合して活用する」は、「分野 1：患者の健康/病気の状態の管理」の「上記 2 つに充当 11. 実践を導く理論を適用する」に関連する。「Ⅱ-13 患者中心のケアのために他職種とも調整、交渉しつつ、看護ケアを実施する」は「分野 5：医療提供システムの管理と交渉」の「交渉 1. 患者のニーズに適した各々の専門性を認める方法で、他のヘルスケア専門職と協働してプライマリケアの査定、計画、実践、評価をする」と関連している。「Ⅱ-16 ケアの計画・実施・評価において学習および教育原則を適用する」については、「分野 3：教育指導機能」に関連する。

実践力に重きを置いた本能力については、専門看護師コースでは重要な能力であるが、研究者コースにおいては実践力ではなく研究能力が重要であるという認識があるため、能力として重要ではあるがレベルが高く、2 年間では難しいという状況が伺えた。しかし、研究者・教育者を養成する研究コースであっても、看護の実践に基づく研究や教育を行うことが修了生にも求められることから、専門看護師コース・研究者養成コースのどちらのコースを修了しても臨床実践能力は必要であると考ええる。

提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容として示された「個人・組織

としてのリスクマネジメントが適切にできる」については、Ⅲ-5「情報システム、統計と疫学の原理を用いて、アウトカムの改善やリスク低減のための戦略を立てる」やⅢ-6「政策的な観点でケアの質保証やリスクマネジメントを理解する」に含まれると考える。「患者、家族のケアに関する問題点を明確にし、組織のダイナミズムを把握し、組織に働きかけていける」については、V-4「集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす」に含まれると考える。「医療チームの中で、チーム員の独自性を理解し、看護ケア、役割を説明し、チーム医療を促進する行動ができる」はV-6「医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する」に含まれると考える。「後輩に対し看護実践のモデルを示す」については、X-4「より良いケアを決定するため生涯学習のロールモデルになる」にやや含まれると考える。「看護の対象者との協働によって、対象者の抱える健康問題を明確化する」については、「対象者との協働によって」が新しい視点であると考えられる。

「Ⅲ. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する」

「Ⅲ. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する」項目については「非常に重要と思う」～「重要と思う」の回答率が96%以上と高く、修士（看護学）の能力において重要な能力と考えられた。特に、3割以上の回答者が非常に重要と思うと回答された項目は「Ⅲ-2 最新の情報を活用して（実践ガイドラインを用いて）、実践とケアの環境を改善する」と「Ⅲ-4 ケアの質を改善するためにエビデンスを用いて組織や集団へ働きかける」の2項目で、Ⅰ～Ⅹの能力の全項目平均値より高かった項目であった。これらの項目は修士（看護学）で修得すべき能力として、ケアの質改善をするために実践力が重要であると考えられた。

能力Ⅲは看護学士課程では野嶋ら（2011）の看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラムで示されている5)「計画的に看護を実践する能力」、16)「安全なケア環境を提供する能力」に関連すると考えられる。看護学士課程において、5)「計画的に看護を実践する能力」とは実施した看護を評価することによって、次の看護計画に活かしていることを自らの学びに繋げること、看護の組織として、ケアを評価しケアの質改善に結びつけることを学ぶ能力であり、生涯かけて臨床的判断力の姿勢を内在化することが求められている。また、16)「安全なケア環境を提供する能力」は安全ケアの能力を備えるための知識の修得を必要することである。看護学士レベルと修士課程レベルの能力を比較すると修士課程で求められる能力はケアの質改善に対してのより高度な実践力が求められており、学士レベルとは異なるレベルを示していると考えられる。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）において、能力Ⅲに関連したものは「分野 6: 実践するヘルスケアの質の確保とモニタリング」と考える。これらの内容は、アウトカムを活用して、ケアの提供方略を改善しケアの質を向上する実践の必要性を求められている能力など、高度実践看護師に求められる能力としてより具体的に明示している。本研究の能力ⅢにおけるⅢ-1、

Ⅲ-2、Ⅲ-3、Ⅲ-4、Ⅲ-5 は、分野 6：「実践するヘルスケアの質の確保」におけるケアの質に関連した実践の評価内容を含む内容を網羅している。また、「質のモニタリング」において、Ⅲ-1 は「1.実践の基準や関連法規,制度を基本として継続的に質の改善に参画する。」、Ⅲ-4 は「3.ケアの質を改善するために研究についてモニターする。」内容に関連していると考えた。以上より、能力Ⅲのケア質の改善に向けての実践は看護学修士としての修得する重要な能力であることが示唆された。

能力Ⅲにおいて、77%以上が「妥当」な表現であるとの回答であった。妥当でない理由として、「質改善」の意味が不明瞭との意見が一番多く挙げられており、実践の意味のレベルや不明確さについては表現の適切性を検討し、精練する必要がある。また「目標が高すぎる」、「実践コースと研究コースでは能力の違いがある」との意見から修士（看護学）課程で修得する能力において、研究者養成では実践を修得する能力として期待が高すぎると判断されている状況がうかがえた。能力Ⅲが専門看護師コース・研究者養成コースのどちらのコースを修了しても求められる能力として提示しているため、今後研究者養成においても必要である能力であることの説明が必要と考える。

「Ⅳ．ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする」

5つの内容いずれにおいても、「重要と思う、やや重要と思う、非常に重要と思う」との回答が 90%を超え、尺度 4 の「やや重要と思う」の回答が最も多かったことから、能力Ⅳの 5つの内容は全て重要と考える。Ⅳの能力は、看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラムにおける、Ⅳ「ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」の 14「保健医療福祉における看護ケアの質を改善する能力」、16「安全なケア環境を提供する能力」、17「保健医療福祉における協働と連携をする能力」と関連すると考える。しかし、学部教育ではその多くが基礎的知識の修得であるが、本能力では知識を実際的な管理や教育に反映させることを求めるものである。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）と照らし合わせると、本能力は、分野 5「医療提供システムの管理と交渉」と関連すると考える。その内容は、Ⅳ-1 は管理 7、Ⅳ-2 は管理 3、Ⅳ-3 は管理 6 というように一部含まれるが、「交渉」に含まれる内容は本能力では求めている。

提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力に記載されていた「保健医療福祉関連職種の実践的、理論的な基盤について理解した上で、適切な役割分担について提起できる能力」について、「提起」の場が判然としないが、他職種との協働に必要な「相互理解」を求めているものと解釈できる。したがって、Ⅳ-3「患者中心のケアを実践するにあたり、必要となる他職種や資源を巻き込みながら組織を管理する」に含まれるのではないかと考える。

表現が妥当でないとの記載理由は、「レベルの高さ」および「言葉の曖昧さ」であった。これらの指摘理由を考えると、公表に際しては、主要な用語の厳密な表現法の検討、およびわが国における修士課程教育の位置づけの明示が必要であると考ええる。

「V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する」

能力Vの内容は、90%以上が重要と回答していることから、修士修了生のもつ能力として重要といえる。また、ANPのコア・コンピテンシーにおいても「専門職としての役割」の中でリーダーシップが含まれているが、コア・コンピテンシーのリーダーシップは、本調査の質の改善に向けた実践や健康増進、政策提案に類似した内容となっている。看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラムでは、「保健医療福祉における協働と連携する能力」で、チーム医療で他職種と協働・連携するために、リーダーシップを発揮することの重要性の理解と実践力が必要であるとされ、リーダーシップ発揮のための基礎的な能力の獲得が目指されている。本調査において、リーダーシップを発揮する能力の内容の中で、「医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する」の平均値が4.21と最も高く、学士レベルで獲得した能力を基盤としながら、他職種を含めた医療チームという場の拡がりの中でリーダーシップを発揮できることが修士修了生には重要であるといえる。このような他職種を含めた医療チームの中でのリーダーシップは、集団や場のダイナミズムを把握することでより効果的に発揮できると考える。しかし、「集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす」の重要度は本能力の中では最も低く平均値で3.90であった。ANPのコア・コンピテンシーの調査で、リーダーシップに関してはCNSの役割との認識が低く、実践の割合も低かったことから、看護チームの中でのリーダーシップは発揮できているが、チーム医療の中でのリーダーシップ発揮に課題があると述べられている。このことから、修士修了生が看護チームよりも拡大した他職種も含めた医療チームの中でリーダーシップが発揮できるようになるためには、集団や場のダイナミズムを読む能力を高める教育が必要であると考えられる。「集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす」の重要度が低いことから、修士修了生のもつ能力の内容として提示していくのか検討が必要である。

提示した内容以外に重要と思われる能力の内容として示された「グループダイナミズムを分析し、自律的に働きかけていける能力」は、V-3「変化を促す知識と技術を活用して、ケアの改善に向けてリーダーシップを発揮する」、V-4「集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす」、V-5「看護と医療サービスの提供に影響を与えるケアの改善方法を主導する」、V-6「医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する」に含まれると考えられる。「医療福祉チームにおいて、率直な意見交換のできる場づくり、異なった視点に基づく意見の統合と併せて、チームの目標や理念に沿った問題提議ができるリーダーシップ能力」は、V-4「集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす」、V-5「看護と医療サービスの提供に影響を与えるケアの改善方法を主導する」、V-6「医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する」に含まれることと、「VIチームを形成し、専門性の相違を尊重した上で多職種間の協働を推進する」能力にも含まれると考えられる。よって、新たに項目を追加する必要はないと考える。

能力の表現の妥当性に関しては 80%が妥当であると回答しているが、「リーダーシップの目的が不明確である」や、「ケアを推進できるの表現がわかりにくい」などの指摘があり、リーダーシップの目的を明確にした表現の修正を検討する必要がある。また、この能力は看護管理的であるなど修士の専攻によっては期待するレベルとするには高いとの回答もあったが、リーダーシップはケアを改善し、質の高いケアを推進するためには専攻によらず重要な能力と考えられるため、修士修了生のもつ能力として必要と考える。

「VI. チームを形成し、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する」

能力VIを示す内容は7項目あり、チーム医療を推進していくために必要とする能力を示している。提示した項目すべて回答者の9割以上が重要であるとしており、特に看護の専門性を示しながら、多職種と協働してケアを提供することについては、6割の回答者が非常に重要と回答し、修士修了生が実践をする際に求められる重要な能力であるととらえられる。一方、医療チームメンバーへの助言や相談・教育を行う能力について非常に重要と回答したものは4割とやや重要度が低く回答され、平均値も77項目の平均値以下となっていた。

能力VIは、看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム(野嶋, 2011)で示されているIV「ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」の17「保健医療福祉における協働と連携をする能力」に該当する。この能力には、“役割認識や、役割遂行における協働・連携についての理解、チームの一員としての自学とリーダーシップを発揮することの重要性の理解と実践力、サービスの継続を保証する方法の理解が必要”(野嶋, 2011)とされ、卒業時の到達目標はチーム医療における看護や多職種の役割を理解し、協働のあり方ならびにサービスの継続性を保証するためのチーム間の連携を説明できるとし、実際にチームの一員としてあるいはリーダーとしてどのような行為を行うかまでは示していない。修士修了生が修得すべき能力として提示した能力VIの内容は、看護職あるいは多職種との協働における修士修了生がとるべき行動を提示しており、学士課程卒業時に看護職として求められる能力を、修士課程教育により意図的に発揮し得る能力が培われることを必要としている。したがって、能力VIは、看護職に求められ、かつ修士課程において培われるべき能力であり、修士課程教育のコアとなり得る能力ではないだろうか。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)の能力VIに関連するコア・コンピテンシーは、分野4 専門職としての役割(多面的な役割機能を担う:ヘルスケア提供者、コーディネーター、コンサルタント、教育者、コーチ、擁護者、管理者、研究者、およびリーダー;ヘルスケアシステムでの ANP の役割について提唱する;最善の治療・ケアを提供するためのチームを組織し、機能させる)、分野5 医療提供システムの管理と交渉(患者ニーズに適した各々の専門性を認める方法で、他のヘルスケア専門職と協働して、プライマリケアの査定、計画、実践、評価をする)である。日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)で提示されている内容は、今回示した能力VIの内容を包含しつつも、患者ケアを中心として取り

組むべきより具体的な実践行為を示していると考ええる。

能力Ⅵの表現については、85%が妥当であると回答しているが、妥当でないとの回答理由にチーム形成やチームとは何を指すのかが不明瞭であるとの記載がみられたことから、ここで示す能力の説明が必要である。

「Ⅶ. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」

能力を形成する項目については、いずれも「重要と思う」～「非常に重要と思う」を合わせて 90%を超えており、「Ⅶ. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」が看護学修士として修得すべき能力として、重要と判断されたと考えられる。しかし、他の能力に比べて各項目の平均値は全体的に低い傾向が見られており、中でも「Ⅶ-7 看護の対象に対して、疫学的な知識を活用してポピュレーションアプローチを実践する」の重要度が最も低いことが明らかとなった。

これらの結果から、この能力における看護の対象の捉え方（特定の患者集団より、広く人々と捉えること）や、看護実践の提供の仕方（特定の患者集団に提供するだけでなく、予防する観点で働きかけること）については、他の能力に比べて重要度が捉えられにくいと考えられる。また、能力に対する表現の妥当性については、7 割以上が「妥当」と答えているが、「妥当ではない」も 2 割以上にのぼっており、能力Ⅷ（政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する）の 22.9%に次ぐ多さであった。「妥当でない」と答えた理由として、「公衆」という表現に違和感やなじみの薄さがあげられていたことから、看護学修士の能力として「公衆」が示す意味の分かりにくさや、保健師の持つ役割というイメージから、他の能力に比べて表現の妥当性が高まらなかった、と考えられる。

野嶋ら（2011）による看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラムでも、「Ⅶ. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」に関連した、「健康の保持増進と疾病を予防する能力」が示されている。この能力では、1) 健康の保持増進、疾病予防のために必要な看護援助方法について説明できる、2) 人の誕生から成長、発達、加齢までの生涯発達の視点を理解し、各発達段階における健康増進、疾病予防のために必要な看護援助方法について説明できる、3) 妊娠・出産・育児に関わる看護援助方法について説明できる、4) 個人特性及び地域特性に対応した健康環境づくりについて説明できる、5) 健康増進に関連する政策と保健活動について説明できる、の 5 つが到達目標としてあげられている。これらの到達目標はいずれも「～を説明できる」ととどめられているが、本研究では具体的に行動することまで求めた能力の提示となっており、看護学修士のレベルとしての違いを明確に示すことができていると考ええる。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)には、能力Ⅶに関連した、「健康増進／健康保護と疾病予防」において、「2.健康あるいは急性・慢性の状態にある患者、加齢、発達の段階、家族歴、民族に基づく患者に健康増進と疾病予防サービスを提供する」、「3.健康増進、加齢、発達

的段階、家族歴、民族に基づく危険因子の減少、疾病や不快の予防のために、予測的指導やカウンセリングを提供する」、「5.患者に影響する環境的健康問題の認識と、個人、家族、コミュニティの健康的な環境を促進する健康保護介入を提供する」があげられている。それに対し、能力Ⅶでは、「健康について、学際的な視点から捉えるとともに、多様なデータを読み取り分析する」など、エビデンスに基づく論理的思考を教育する内容も加えられており、研究コースも含めた看護学修士の教育として、差異が提示できていると考えられる。

「Ⅷ. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する」

「Ⅷ. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する」能力は、90%以上が重要と回答しており、修士修了生のもつ能力として重要といえる。看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラムにおいて、学士課程には「社会の動向を踏まえて看護を創造するための基礎となる能力」が示されており、社会の動向を把握し、保健医療福祉サービスについての政策的課題を含めた成り立ちを理解する必要性が述べられている。そして日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版)では、「専門職としての役割」および「医療提供システムの管理と交渉」で、ヘルスケア政策の実行の評価や、法律や政策の立案・制定にかかわる活動に参画することが提示され、本能力の内容と類似している。これらから、学士レベルで政策の動向を把握し、政策的課題を検討する基礎的能力が獲得され、修士レベルになると、政策的課題を解決する能力へのレベルアップが求められていることがわかる。しかしながら、ANP のコア・コンピテンシーの調査では、CNS の組織の範囲を超えた交渉や、政策への参画に関する認識が低かった結果が報告されている。本調査においても、政策を提案する能力の下位の内容すべてで平均値が 4.0 未満であり、重要な能力と認識しているが、重要度としてはやや低い認識である。中でも「法律・制度・政策が看護実践、健康に与える影響を分析し、解決策を提案する」と「公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する」に関しては、「非常に重要と思う」の回答者が少なく、政策や制度を分析し課題を提示したり、改善を要求する能力までは到達できたとしても、解決策や新たな政策を具体的に提案していく能力までは修得が困難と認識していることが伺える。したがって、修士修了生がもち得る能力として、政策提案に関する能力をどの程度求めるかを検討し明示することが必要である。

提示した内容以外に重要と思われる能力の内容として示された「看護専門職同士の協力体制の確立による国への働きかけ」と「政策立案の担当者と包括的な視野から議論し、課題の明確化と解決策の発見に協働して取り組む能力」はⅧ-2「公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する」、Ⅷ-3「医療政策が個、集団、組織にもたらす格差や不平等を把握し、その是正に向けて資源・制度を活用する」、Ⅷ-4「看護専門職としての考えや価値が政策に反映されるよう主張する」に含まれる内容と考える。「研究としては可能と考える」は研究を通しての政策提案を意味していると捉えると、Ⅷ-1「法律・制度・政策が看護実践、健康に与える影響を分析し、解決策を提案する」、Ⅷ-2「公衆の健

康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する」、Ⅷ-5「診療報酬（医療経済）が看護ケア提供方法やアウトカムに及ぼす影響について分析し、改善案を提案する」に含まれる内容と考えられる。

政策を提案する能力の妥当性に関して、妥当であるが 70%を占めているものの、本調査で掲げた 10 の能力の中では最も低かった。妥当でない理由の多くは、「政策提案はレベルが高い」や、「博士後期課程のレベルである」など、修士修了生のもつ能力のレベルよりも高いレベルと認識していることであった。また、妥当であると回答した者の中にも、「政策提案までのゴールは難しい」や、「政策の一部を提案する」との意見があり、現状と比較しての到達の困難さと実現可能な範囲で能力を検討する必要性が指摘された。このような意見には、本能力における政策が国策レベルを表していると捉えられた可能性が影響していると考えられる。ANP のコア・コンピテンシーの調査で政策への参画が弱かった状況も踏まえると、政策のレベルや範囲に施設、地域レベルを含めるなど柔軟性と幅をもたせ、政策提案を修士修了生の修得する能力として残していく方向性で検討するのか、修士修了生のもつ能力ではなく博士後期課程の能力にレベルを上げていくのかについて検討する必要がある。あるいは公衆の健康を高めるための政策のあり方や提案という観点から、「Ⅶ. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む」の内容に含めることが妥当であるかを検討する必要があると考える。

「Ⅸ. 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす」

能力Ⅸを示す内容は 6 項目あり、対象の文化・倫理的側面を多様な視点から理解しながら専門職としての責務を果たす能力を示している。提示した項目すべて回答者の 95%以上が重要であると回答し、修士課程で修得する能力として重要とされる内容である。但し、「Ⅸ-1 地域の機関／専門職と協働して、社会的弱者に対する倫理的課題に向けて取り組む」の平均値 4.09 は 77 項目の平均値以下となっており、重要度が能力Ⅸの他の項目に比べて低かった。能力Ⅸは、看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム（野嶋，2011）のⅠ「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」の 1「看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力」、2「実施する看護について説明し同意を得る能力」、Ⅳ「ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」の 18「社会の動向を踏まえて看護を創造するための基礎となる能力」に関連する。学部教育では、対象のもつ多様性を尊重し、擁護に向けた行動をとることや実施する看護を説明するとともに人々の意志決定を支援することなど実際に行動できることとしているが、多様な文化背景や価値観の違いについては多様な視点からの看護の在り方の重要性について理解することにとどまっている。本能力は多種多様な人々の文化的・倫理的課題を明確にして実践する能力を示し求めている。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）の中で、能力Ⅸに関連するコア・コンピテンシーは分野 7「文化的コンピテンシー」であり、能力Ⅸで示した内容をより具体的な実践行

為として示している。

提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容として示された「研究倫理を理解し、倫理的原則を遵守した研究を実施する」については関連項目として能力Ⅰの中に含まれているかどうかの検討が必要である。「宗教や国際に関する内容、ケアリングに対する理解」についてはこのⅨの項目として含めた方が良いかどうか、他の能力に含めていたところがあるかどうかを含めて検討する必要がある。「状況に埋没しない自己主張能力」については、Ⅹの能力に含まれているかどうかの検討が必要である。

能力Ⅸの表現については、約 78%が妥当であると回答しているが、妥当でないとの回答理由に、全体的にわかりにくいという記載もあったが、訂正箇所を含めて丁寧に考えていただいたことが伺えた。修士ならではの特長がないという記載もあったが、本能力は修士レベルでの実践家として倫理的な行為が出来るところを目指している。また、修士レベルでは困難であるとの記載は 2 名であり、努力すべき項目として受け入れられたと考える。ただし、表現については重複や分かりやすさを検討する必要がある。

「Ⅹ. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する」

能力Ⅹを示す内容は 5 項目あり、看護専門職者としての研鑽の有り様や他者に示すべき姿勢を示している。提示した項目すべて回答者の 9 割以上が重要であると回答し、修士課程で修得する能力として重要とされる内容である。但し、「Ⅹ-3 自分自身と同僚の生涯学習を促進するため、および実践に専門的看護基準と責任を組み込むための方策を設計する」の平均値 4.08 は 77 項目の平均値以下となっており、重要度が他の項目に比べて低かった。能力Ⅵは、看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム（野嶋，2011）のⅤ「専門職者として研鑽し続ける基本能力」の 19「生涯にわたり継続して専門的能力を向上させる能力」、20「看護専門職としての価値と専門性を発展させる能力」に関連する。また、日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案（修正版）には、能力Ⅹに関連するコア・コンピテンシーは示されていない。学部教育では、自己を振り返り自己の課題に取り組むこと、生涯学習し成長するために自己を評価・管理することや専門性を発展させていくことの重要性の理解にとどまっているが、本能力は具体的な研鑽の在り方やどのように専門性を発展させていくかを示し求めている。

提示した内容以外に重要と思われる修得すべき能力の内容として示された「自己評価・内省する能力」は、Ⅹ-1「看護や医療に関する個人の哲学を発展させ、看護実践に統合する」やⅩ-3「自分自身と同僚の生涯学習を促進するため、および実践に専門的看護基準と責任を組み込むための方策を設計する」に含まれると考える。「看護学研究者としての基礎的能力」については、「看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する」能力としてどのような内容が必要であるかが不明瞭で、具体的な内容の提示はできない。

「学際的、国際的な視野から看護学の位置と役割を明確化し、他職種、他領域の実践者、有識者と共に他職種チームのメンバー、リーダーとしてのアイデンティティを形成する能

力」は、能力V・VIに含まれる内容もあるが、「学際的、国際的な視野から看護学の位置と役割を明確化する」は、博士後期課程修了者に求められる能力と考える。

能力Xの表現については、約85%が妥当であると回答しているが、妥当でないとの回答理由にアイデンティティとは何を指すのかが不明瞭である、「学部教育で培っている」、「もう少し力強い表現が良い」との記載がみられたことから、表現の検討ならびに修士課程で求める能力がどのような能力であるのかの説明が必要である。

「10の修得すべき能力以外で重要と思われる能力」

「論的な思考」「学問とは何かを理解する能力」などは、学士課程において培われる能力であるが、修士課程に入学する学生には学士課程を卒業していない人もいるという状況においては、各大学として取り組む課題と考えられる。「人間力を高める能力」については、「看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究」(野嶋, 2011)で示された学士課程においてコアとなる看護実践能力「I. ヒューマンケアの基本に関する実践能力」の「援助的関係を形成する能力」に関係する能力と考えられる。また、「我が国の看護学の発展過程と看護学教育の現状に関する理解、説明能力」については、学士課程においてコアとなる看護実践能力「V. 専門職者として研鑽し続ける基本能力」の「看護専門職としての価値と専門性を発展させる能力」に関係する能力と考えられる。

2. 今後の課題

本研究により示した修士修了生が修得すべき77項目の能力の内容は、全ての項目において回答者の9割以上が重要であると回答しており、修士修了生のもつ能力として重要といえる。また、10の能力についても、7割～8割の回答者が妥当な表現であると回答している。しかし、回収率が31.4%と少ないこと、さらに、私立大学の回答者割合が低いこと等、わが国における博士前期(修士)課程の教育者の意見を真に反映するには、さらなる検討が必要である。また、本調査に対する意見には、修士修了生が修得すべき能力として、求めるレベルが高い、現実とかけ離れているという意見や各大学のコース(専門看護師コース、研究者コースの違いなど)や領域によって、教育の目的とするところが異なるため、求められる能力に違いもあるのではないかという意見も記載されていた。本研究の目的は、グローバルスタンダードに合致した看護学の博士前期課程教育基準を策定するため、看護系大学院博士前期(修士)課程教育のコアとなる本質(標準的なレベル)を明確にすることにある。したがって、グローバルスタンダードな能力を踏まえながら、わが国の看護系大学院博士前期(修士)課程を終えた全ての修士修了生がもつべき標準的なレベルについて、本研究結果に基づいた検討が継続して行われる必要がある。さらに、修士課程と5年一貫の教育を前提とする博士前期課程・後期課程の位置づけの違いや教育機関に課せられている使命や貢献といった点も明らかにしながら、修得すべき能力の検討をする必要があろう。

VII. おわりに

本研究は、第1段階調査から第3段階調査と段階的にわが国の看護系大学院博士前期(修士)課程修了生が修得すべき能力を明らかにしたが、本報告書は中間報告としての位置づけでまとめている。今後も継続して博士前期(修士)課程修了生が修得すべき能力について、大学院教育に携わっている教員より意見を聴取し、その意見を反映させながら検討することが必要である。さらに、博士後期課程修了生の修得すべき能力を明らかにすることで、博士前期(修士)課程修了生が修得すべき能力も明瞭になることから、看護系大学院博士後期課程教育のコアとなる本質も明らかにする必要がある。

引用文献

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2001), *Indicator of Quality in Research-Focused Doctoral Programs in Nursing*.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2006), *The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice*.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2011), *The Essentials of Master's Education in Nursing*

中央教育審議会(2011), グローバル化社会の大学院教育～世界の多様な分野で大学院修了者が活躍するために～答申

中央教育審議会(2005), 新時代の大学院教育－国際的に魅力のある大学院教育の構築に向けて－答申

Commission on Collegiate Nursing Education (2009), *Standards for Accreditation of Baccalaureate and Graduate Degree Nursing Programs*.

高度実践看護師制度推進委員会(2008), 第1章高度実践看護師のコア・コンピテンシーについて－現 CNS による現在の役割の認識と今後の課題, 看護系大学協議会広報・出版委員会編. 看護学教育Ⅲ看護実践能力の育成, 日本看護協会出版会.

高度実践看護師制度推進委員会(2008), 第2章日本語版 ANP のコア・コンピテンシー案(修正版), 看護系大学協議会広報・出版委員会編. 看護学教育Ⅲ看護実践能力の育成, 日本看護協会出版会.

National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education (2008), *Criteria for Evaluation of Nurse Practitioner Programs*.

野嶋佐由美(2011), 平成 22 年度先導的大学改革推進委託事業「看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究」報告書

財団法人大学基準協会(2002), 21 世紀の看護学教育

資 料

資料 1

**The Essentials of Master' s Education
in Nursing(2011) (翻訳版)**

アメリカ看護大学協議会
看護学修士課程教育の本質的要素
2011 年 3 月

目次

序

看護学修士課程教育と実践の領域
看護実践の現状
看護学修士課程教育のカリキュラム

看護学修士課程教育の本質的要素

- I. 科学とヒューマニティを基盤とした実践
- II. 組織的・体系的リーダーシップ
- III. 質改善と安全性
- IV. 学問の実践への転換と統合
- V. 情報技術と医療技術
- VI. 医療政策と擁護（アドボカシー）
- VII. 患者や集団の健康水準の向上をめざした専門職間協力
- VIII. 臨床的予防と集団の健康（population health）に基づいた健康増進
- IX. 修士課程修了者レベルでの看護実践

修士課程において期待する臨床/実践学習

まとめ

用語

引用文献

付録 A：看護学修士課程教育の本質的要素のタスクフォースメンバー

付録 B：ステークホルダーミーティングに出席した参加者

付録 C：地域ミーティングに参加フィードバックを提供した看護学部/大学

付録 D：地域ミーティングへの参加あるいはフィードバックを提供した専門機関

付録 E：地域ミーティングに参加した医療組織

訳者注. 本文書の翻訳は商業的利用ではないことを断ったうえで、著作権保持者の AACN から許可されています。皆様の資料として添付していますので、適切な利用をお願いします。また、用語集、引用文献、付録については原本のまま掲載させていただきました。（平成 23 年度文部科学省「大学における医療人養成推進等委託事業・看護系大学の教育の質保証に関する調査研究－看護系大学院における教育の基準策定と評価に関する調査研究プロジェクト班－」）

看護学修士課程教育の本質的要素

2011 年 3 月 21 日

看護学修士課程教育の本質的要素は、大学院教育における想像力、根幹的転換を変化をもたらす思考 (transformative thinking)、および発展的変化を反映している。知識の驚異的な拡大、技術の進歩、多様性の増加、およびグローバルな健康問題が看護環境を大きく変え、医療に対する看護の重要性が増大している。修士課程教育は、医療、教育、および組織制度を含め、変化する複雑なシステムにおいて看護師が柔軟なリーダーシップと重要な対応を学ぶ場所となる。修士課程教育において看護師は有意義な知識とスキルを学び、さまざまな役割と場面において変化を担い、健康を増進し、医療を向上する。こうした本質的要素との相乗効果として、現在または将来の医療改革、今後の看護に関するイニシアチブ (Initiative on the Future Nursing) (IOM、2010) の提案において、看護という職業の価値とその根幹的転換をもたらす改革の可能性が強調されている。

これらの本質的要素は全ての看護学修士課程においてコアとなるもので、専門、専攻または意図する実践環境に関わらずカリキュラムに必要な要素と枠組みを提供する。これらの本質的要素は看護学修士プログラムの修了生全員に期待される成果でもある。これらの本質的要素はそれぞれの大学が持つプログラムを規定するものではない。看護実践の学士号および博士号の本質的要素と同様に、本書は時間の経過と共に変化し、又は新たに発生したりする特定の職務について述べてはいない。また、これらの本質的要素は博士号レベルへの移行に向けて準備している専門的で高度な看護実践修士号プログラムでも指針として活用できる。

増え続ける医療ニーズにより生じる格差に対応できる看護師を育成するための看護教育において修士課程教育は、重要な位置づけを持つことに変わりはない。本質的要素に記載された能力を獲得した看護師は、高度な看護知識と医療効果の向上に向けた高度なリーダーシップスキルを持ち、現在および今後の医療の提供と計画に重要な役割を果たすことになる。修士課程における教育が生涯を通してある分野に精通する糧になる看護師もいる。それ以外の看護師にとっても、こうした本質的要素は博士課程教育の基本となる。各々にとって貴重な準備となる。

序

医療制度の動的な特性から、看護師が将来を見据え、対応すべき医療ニーズを予測する必要性が浮かび上がって来る。今日の医療や看護は複雑で、現代の医療環境における看護の知識拡大を不可欠なものとしている。医療と看護実践の根幹的転換には修士課程教育の新たな概念化が必要である。修士課程教育は以下の状況に対応出来る修了生を育てなければならない：

- 医療効果を高めるための変化を主導する、
- 生涯学習を通して卓越性を追求する文化を目指す、
- 他職種が協力するケアチームを構築し、主導する、
- 医療制度を通じて医療サービスをナビゲートし統合する、
- 革新的な看護実践を計画する、ならびに
- エビデンスを実践に使えるようにする。

看護学修士課程修了者は、学士課程または入門レベルの看護実践を基に、幅広い知識の獲得と専門的な実践を目指すための準備がされている。こうした準備により、大学院修了生は学問領域としての看護に対する理解を深め、さまざまな状況でより高いレベルの実践とリーダーシップに対応し、生涯学習に取り組めるようになるのである。最高学位（その学問における最高レベルの準備）の取得を目指す看護師にとって、新しいコンセプト化された修士課程教育は、研究あるいは実践を重視した博士号教育プログラムにシームレスに移行する基盤を提供する（AACN、2006、2010）。

本書で言及する 9 つの本質的要素は看護学修士課程を修了した看護師全てが獲得する知識とスキルを表している。これらの本質的要素は、大学院修了生が医療環境におけるさまざまな診療実践に対応するための指針となる。

●本質的要素 I：科学とヒューマニティを基盤とした実践

○修士課程を修了した看護師は、看護学、生物精神社会学領域、遺伝学、公衆衛生学、質改善、およびさまざまな環境下での看護の継続的向上に向けた組織学など科学に基づいた科学的発見を統合することを認識する。

●本質的要素 II：組織的・体系的リーダーシップ

○質が高く安全な患者ケアには組織的で体系的なリーダーシップが重要なことを認める。倫理的で批判的な意志決定、効果的な労働関係、およびシステムとしての見解を持ったリーダーシップスキルが必要である。

●本質的要素 III：質改善と安全性

○修士課程を修了した看護師は、質改善に関係する方法、ツール、パフォーマンス指標および基準を明確に理解し、組織内で質改善の原則を適用する準備ができていなければならないことを認識する。

●本質的要素 IV：学問の実践への転換と統合

○修士課程を修了した看護師は、研究結果を実践に生かし、実践上の問題を解決し、改革推進者として行動し、その結果の普及を行うことを認識する。

●本質的要素 V：情報技術と医療技術

○修士課程を修了した看護師は、患者ケアテクノロジーを利用して医療の提供や強化を行ったり、コミュニケーションテクノロジーを利用して医療の統合と連携を図らなければならないことを認識する。

●本質的要素 VI：医療政策と擁護（Advocacy）

○修士課程を修了した看護師は、政策開発プロセスを通して組織レベルでの介入を行い、健康と医療に影響するアドボカシー戦略を利用できる。

●**本質的要素 VII：患者や集団の健康水準の向上をめざした専門職間協力**

○修士課程を修了した看護師は、専門職チームのメンバーでありリーダーとして、その他の医療専門家とのコミュニケーション、連携および協議を通じてケアの管理と調整を行う。

●**本質的要素 VIII：臨床的予防と集団の健康（population health）に基づいた健康増進**

○修士課程を修了した看護師は、エビデンスに基づいた臨床的予防ならびに個人、家族、集団へのケアやサービスの提供の計画、実施、管理、および評価において広範かつ組織的で、クライアント中心の文化的に適切なコンセプトを採用し、統合する

●**本質的要素 IX：修士課程修了レベルの看護実践**

○修士課程での看護実践は、個人、一般市民、または制度の医療効果に影響する看護方法として広く定義されることを認識する。修士課程の看護大学院生は看護と当該の科学に対する高度な理解、ならびにその知識を実践に生かす能力を持たなければならない。看護実践としての介入には直接および間接的なケアの要素が含まれる。

看護学修士課程教育と実践分野

看護学修士課程の修了生はさまざまな役割と実践分野へ対応できるように教育されている。大学院生は医療改革および世界的な医療制度の変化や発展に影響を受け改革的で新しい役割を担うことになるかもしれない。さまざまな状況でケアに直接関わる（例えば臨床看護師リーダー、看護教育者）修了生もいれば、集計、システムといった間接的なケア役割をとる修了生、実践分野、あるいは組織の業務（例えば看護や医療プログラムのマネジメント、情報学、公衆衛生、または臨床調査コーディネーター）に関わることになる修了生もいる。各修了生は、本書で言及したコアとなる 9 つの本質的要素における技能の発展に加え、実践分野や機能分野に関する追加コースを受けることになる。このようなコースでは本質的要素の 1 つまたは 2 つの分野、あるいは追加/補助的な実践分野でのより徹底した準備と技能の習得が含まれる。

例えば、本質的要素 IV（エビデンスに基づく実践を行うための学問の転換）を基盤としたより集中的なコースやさらにその知識とスキルを発展するような取り組みを付加することによって、学際的共同研究チームで働く看護研究者や他の医療研究者のために研究プロジェクトの管理を行えるようになる。本質的要素 II（組織的・体系的リーダーシップ）をさらに掘り下げること、看護のマネジメントに役立つ知識を得られる。

場合によっては、看護学の修士課程修了生は教育者としての役割を模索することになる。修士課程を修了した看護師はすべて本質的要素 IX にきさいされているように、さまざまな条件下での医療について、患者および/または学生へ対応する際に教育/学習の原則的を活用する技能を持つことになる。ただし、カーネギー財団レポート（2009）の看護教育：大胆な改革の必要性で提言されているように、修士課程の大学生は全員そうだが、看護教育者の職務を選択する人は、大学院レベルの臨床実践内容と体験を

含め、9つの本質的要素すべてについて準備が必要になる。さらに、看護教育者を目指すためのプログラムにはカリキュラムの計画と開発、教育方法論、教育ニーズの評価、ならびに学習者中心の理論と方法の準備が含まれる。修士課程に進む看護師は患者ならびにその家族および/または看護学生、看護職員、ならびにさまざまな形で直接医療を提供する人々に教育を行うことがある。看護学修士を持つ看護教育者は、看護学、看護実践、およびその他の教育学的スキルに対する理解の深さという点で看護学士課程を終了した（BSN）看護師とは異なる。健康増進、疾病予防、または疾病管理について学生、患者、および介護者に教育するには、修士課程に進む看護教育者は、学士号レベルの知識に加え、健康アセスメント、生理学/病理生理学、および薬理学の分野で大学院レベルの知識を持ち、その科学的背景を強化し、看護と健康に関する情報の理解を深める必要がある。学士課程以上のプログラムで教職を目指す修士課程の学生には、博士レベルでの教育がさらに必要であることを助言する（AACN、2008）。

看護実践の現状

米国だけでなく世界の医療は劇的に変化している。医療の進歩に対する関心は健康増進と疾病予防だけでなく、正確で費用対効果に優れたアプローチ、慢性疾患の管理、ケアコーディネート、ならびに長期的ケアを重視する傾向を推し進めてきた。医療費、財政の安定、医療の質、および医療問題を持続して解決できる方法（sustainable solution）の開発に対する国民の関心が改革努力を推進している。医療費の適切性と医療の利用しやすさ、健康的な環境の維持、ならびに健康に関して個人と集団に責任を求める傾向が一般市民と政策立案者の間で広がっている。

医療制度の改革と問題への対応を強く求める一般市民の声に加え、すべての医療専門家の教育を医療に対する既存のニーズと予測されるニーズに対応できるよう改革を求めるグループがある。専門職間医療審議会（an interprofessional healthcare panel）である米国医学研究所（IOM）は、学問分野に関わらず、すべての医療専門家が下記の一連の技能を持つべきであるとしている：1) 患者中心の医療の提供、2) 専門職間チームでの活動、3) エビデンスに基づく実践の採用、4) 質改善方略の利用、ならびに 5) 情報の活用（IOM、2003）。

一般市民は看護を信頼しており（Gallup, 2010）、個人、社会、医療機関および医療専門家の関係を根本的に再編成したいと考えていることから、看護学の大学院教育の範囲と幅を広げ、すべての制度レベルでのケアを強調し、実践的な知識と技術に精通する必要がある。それには、学部レベルより高い思考や概念化する技能に精通し、さらに実践、倫理、および法律問題；財務的問題および比較効率性；ならびに専門職間チームワークの相互関係の理解を目指す課程を整備する必要がある。

看護学の修士課程教育カリキュラム

看護学の修士課程カリキュラムの概念を図1に示すが、これは3つの構成要素が含ま

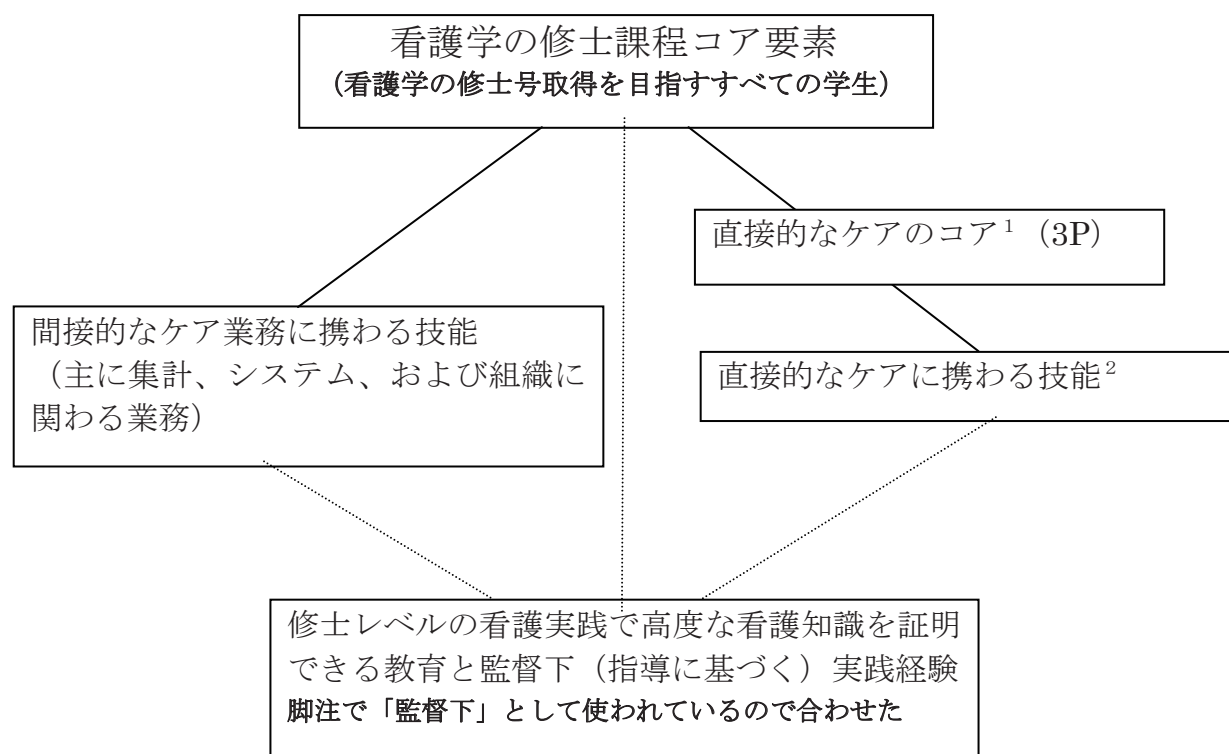
れる：

1. 看護学の修士課程のコア：目指す職務に関わらず、看護学の修士号取得を目指すすべての学生に必須と判断される基本的なカリキュラム内容。
2. 直接的なケアのコア：上級レベルで患者に直接サービスを提供するための本質的内容。
3. 機能/職務分野要素：特定の看護の役割や機能/職務について専門の看護組織や認定団体が特定および明確化した臨床および教育的な経験。

本稿ではすべての大学院修了生に必要な大学院の看護コアの技能について説明する。これらのコアの内容は、過去 10 年で起こった医療制度のさまざまな変化を反映している。さらに、大学院修了生全員に期待されるこうした結果は、医療に多発している格差と患者や一般市民のニーズ拡大に対応すべき看護の責任の増加を反映している。

看護学の修士課程教育は、他の看護教育と同様、こうしたニーズに対応し、増え続ける説明責任、責任、リーダーシップ職位を担える看護師を育成するものである。博士課程に移行するための高度な専門看護実践を行う個人向けに改めて見直しと準備を行った修士課程教育として、これらの本質的要素は、移行が完了するまでに修士課程の大学院生が学ぶべき基本的かつコアな要素を表している。

図 1：看護学の修士課程のモデル



1 直接的看護実践を含む大学院教育を行う修士課程においては、生理学/病理生理学、健康アセスメント、および薬理学の3分野を大学院レベルの学習/講義に含めなければならない。ただし、APRNの4つの職務（CRNA、CNM、CNS、またはCNP）のひとつを目指す大学院生は、2008 APRN 免許、認定、証明および教育のコンセンサスモデルに記載された基準に合致する3つの包括的な修士レベルコースを別途修了しなければならない（<http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/APRNReport.pdf>）。また、これら3つのAPRNコア講義の各々に期待される結果は、上級看護実践のための博士課程教育の本質的要素（pg.23～24）（<http://www.aacn.nche.edu/DNP/pdf/Essentials.pdf>）に記載されている。

2 看護教育者は直接的ケアに関わる職務のため、直接的なケアに関する3つのコア講義の修士レベルの要素が必要になる。看護学の修士課程に進むすべての大学院生は、本質的要素の習得を証明するのに十分な実践経験を監督下で積まなければならない。「監督下」という用語は広義で使用され、実習場で教員から指導を得るといった経験も含まれる。こうした学習経験は、対面またはシミュレーションなど、さまざまな教授方法を通じて達成できる。

さらに、患者ケアを提供するスキルならびに制度評価や介入スキルを強化するために作られた集中的かつ持続的な臨床経験の利用を通じて臨床的熟達度の発達が促され、それにより組織のダイナミクスに対する理解が強化される。こうしたイマージョン体験により、学生は当該の患者集団に集中する機会を得たり、特定の職務に没頭することができる。ほとんどの場合、体験が蓄積するプログラム終了間際にイマージョン体験が起こる。

看護学修士教育の本質的要素

本質的要素 I: 科学とヒューマニティを基盤とした実践

理論的根拠

修士課程の教育を受けた看護師は、看護学学士課程で習得した看護学をさらに追求し関連する科学をより深く理解することを積み重ねることで看護ケアを十分に分析し、デザインし、実施、評価する能力を持つ。このような看護師は、臨床や地域社会において、様々な集団や患者集団に対しケアを提供することへの準備が整っている。修士課程の教育を受けた看護師は、診療科、診療所、家庭あるいは提供されるプログラムの各レベルにおいて、看護ケアの継続的改善を可能とするため、自然科学、ヒューマニティ、生物心理社会的分野、遺伝学、公衆衛生、質改善、医療経済学、解釈科学、組織科学による知見を統合することができる。また、修士課程の教育を受けた看護師によって行われる看護には、学士相当（学士号への準備が整った）の看護と比べ、より複雑なアセスメントの理解、問題識別、介入デザインの理解、そして、集約されたアウトカムの評価がケアに反映される。

直接的ケアを行うコースの学生は、健康アセスメント、薬理学、そして病態生理学に

において、学部過程を基盤としてその上に築かれた大学院レベルの内容を備えることになる。実践の視点からすると、これら3つの領域を強化された修士課程修了者が必要不可欠だと考えられている。直接的なケアにあたる人材を育成する修士課程に、これら三つの内容の領域に関し、大学院レベルで個別に3つのコースが含まれていることが推奨される。さらに、これらが、個別に三つのコースとして含まれていると、このような修士課程修了生は、高度実践登録看護師過程博士課程に移行するのが容易になる。

修士課程の教育を受けた看護師は、システム科学と組織科学の接点を理解し、ケアシステム内やシステムを超えて統合する役割を果たす。ケアの調整は、システム科学に基づく（Nelsonら, 2008年）。ケアの管理は、臨床的な事情と地域の状況を理解し、住民のニーズに関連する研究を取り入れる。このレベルの看護師は、曖昧で不明確な臨床所見に対し、高度な臨床的論理的思考を用い、ケアの計画や実施には、家族、大切な人や集団の考えを組み入れる。修士課程の教育を受けた看護師は、看護学や道徳論等、様々な理論や枠組みを利用し、臨床的な問題、疾病予防、そして、健康増進戦略の分析を行う。情報科学、医療通信、そしてヘルス・リテラシーの知識を利用し、多様な集団へケアを提供する。このような看護師は、複雑な文化的問題にも対応できるため、文化的なニーズや嗜好が対立する可能性がある、多様な集団のニーズに対応するケアを計画できる。医療テクノロジーがより高度になり、より広く使用されていることから、修士課程の教育を受けた看護師は、診断、教育、そして治療介入のため、その使用が適切である時期を評価できる。修士課程の教育を受けた看護師は、ケアを受けている患者や地域メンバーの集団、あるいは地域社会のアウトカムの評価を改善の科学と品質プロセスを用いて行い、臨床データから傾向を観察し、その意味を理解し、看護ケアの変更に利用する。

修士課程修了者は、以下の事項が行えるようになる。

1. 看護学と関連科学を、多様な集団への高度な看護ケアの提供に組み入れる。
2. 個人、家族、地域社会への高度な看護ケアの提供と、同時に、患者への有用性と臨床的な判断の説明に、遺伝子／ゲノムに関する現在のエビデンス、そして、明らかにされつつあるエビデンスを組み入れる。
3. 生物心理社会学、公衆衛生学、看護学、そして組織科学に基づき、臨床や地域を中心とした集団への看護ケアを計画する。
4. 高度看護ケアの提供を見極め、介入、評価するため、倫理的な分析と臨床的推論を用いる。
5. 実践に関するエビデンスを総合し、多様な集団にわたり、適切な介入の適用を決定する。
6. 品質プロセスと改善の科学を利用し、個人と地域社会に対するケアを評価し、患者の安全を確保する
7. 健康上のアウトカムを改善するため、組織科学と情報科学を組み入れてケア環境を変更する。
8. 看護学の歴史を分析し、思考を広げ、専門職の継承と帰属の意識を備える

内容例

- 医療経済学と金融モデル
- 高等看護学、主流となる看護学的発展を含む
- 疾病予防、健康増進とウェルネスの科学的根拠
- 遺伝学、ゲノミクスと薬理ゲノム学
- 基礎的な疫学、環境科学、そして、集団の健康分析とプログラム計画等、公衆衛生学
- 組織科学
- システム科学と統合、マイクロシステム、メソシステムとマクロレベルのシステムを含む
- カオス理論と複合科学
- リーダーシップの科学
- 生命倫理の理論
- 情報科学
- 品質プロセスと改善の科学
- テクノロジーアセスメント
- 看護理論

本質的要素 II: 組織的・体系的リーダーシップ

理論的根拠

組織的・体系的リーダーシップは、良質で安全な患者ケアの推進に重要である。倫理的で重大な意思決定に重点をおいたリーダーシップの技能が必要とされている。このような領域での修士課程の教育を受けた看護師の知識と技術は、看護学と医療の目標である健康格差を是正し、高水準な実践を推し進めることと符合する。修士レベルの看護実践には、直接的なケアだけでなく、ケアを提供し、患者集団、特定の集団、あるいは地域社会のニーズを満たす制度への取り組みも含まれる。

修了生は、効果を高めるため互いを尊重したコミュニケーションと専門職間チームの連携をはかることにより、効果的な仕事上の関係を築き、維持し、ケアの調整や委譲を行う技能を発揮し、葛藤の解決を主導することで、リーダーシップを発揮できないとしない。修士課程修了者は、多数の多様な状況下において、患者、すなわち、個人、家族、集団や地域社会に対し、総合的なケアを提供し調整を行う。こうした看護師は、多くの情報源からの情報を利用し、医療制度を介して患者をナビゲートし、質の高いアウトカムに対する説明責任を負う。リーダーシップに不可欠な技術には、コミュニケーション、協働、交渉、委任と調整が含まれる。

修士課程の教育を受けた看護師は、様々なサービスを提供する医療チームの一員であ

り、リーダーである。こうした修了生は、チームに独創的な知識、判断、技術、ケアリングの統合をもたらす。こうした看護師は、他の医療専門家のパートナーでありリーダーとして、患者ケアの計画、調整、アウトカムの評価について、必要に応じて、他の提供者に調整と相談を求める。

医療組織と財政が常時変化する環境において、修士課程修了者が、医療政策、組織と財政を十分に理解していることが不可欠である。このような内容の狙いは、良質で費用効率が高いケアを提供し、ケアの実施に参加し、そして、人的、経済的、身体的な医療資源の管理をするうえで、リーダーシップの役割を担えるよう、修了生を育成することである。修士課程を修了した者は、医療の経済的側面、ビジネスの原則、そして、制度内で仕事をする方法を理解して、その制度の変更に影響を及ぼす。

修士課程の教育を受けた看護師は、エラー率の分析を含めシステムが患者のアウトカムに及ぼす影響を分析できなければならない。こうした看護師は、組織を評価し、システムの問題点を突き止め、業務の実践に関し組織全体の変化を促す知識と専門的技術を備えることになる。修士課程修了者は、ケアを改善するため、機会をとらえ、制度やプログラムを計画、試験して、診療科を超えて働きかけるために、各専門分野を超えて効果的なコミュニケーション技術を用いることができないといけない。さらに、このレベルでの看護実践では、業務の質と費用を分析するために必要なビジネス的、財政的洞察力と同時に、複雑性理論とシステム思考を理解していることが求められる。

修士課程修了者は、以下の事項が行えるようになる。

1. 文化的に敏感で質の高い看護ケア、医療チームの連携、そして、ケアの提供と成果に対する監督を行い、説明責任を担うことにおいて、リーダーシップ技術と意思決定を生かす
2. 効果的なコミュニケーション技術（学術的な文章、会話とグループの相互作用）を用いて、異なる専門職間チームの枠内で、患者の安全と質の改善の主導権を効果的に発揮し指導的役割を担う。
3. 医療提供システムがどのように組織され、資金調達されているか（さらに、これがどのように、患者ケアに影響を及ぼすか）の理解を深め、医療に影響を及ぼす経済的、法的、政治的要因を特定する。
4. 医療の計画、実施と評価に計算量科学やシステム理論を用いる能力を示す。
5. ビジネスプラン開発のため、予算編成、コスト/利益の分析やマーケティング等、ビジネスや経済の原則や慣例を用いる。
6. ケア的环境を改善するシステムの変更の方略を策定し、実施する。
7. ケアの提供と調整の新しいモデルの策定と実施に参加する。

内容例

- 理論、リーダーシップの形式、最新の方法と戦略（組織下、管理、委任、監督、

協働、調整)を含むリーダーシップ。

- 様々な状況下において、文化的に敏感で良質な患者ケアを推進するための倫理的な枠組みに基づくデータ主導の意思決定。問題解決における創造的で、創意に富んだ戦略を含む。
- コミュニケーション—対人的と組織的なものの両方—要素、経路、モデルと障害を含む
- 葛藤解決を含む葛藤、仲裁、交渉と葛藤の管理を含む。
- 改革理論と社会改革理論
- システム理論と複雑系科学
- 医療システムと組織の関係（例、財政、組織構成、ケアの提供、使命／展望／理念と価値観）
- 医療財政。予算編成、コストベネフィット分析、分散分析とマーケティングを含む。
- オペレーションズ・リサーチ（例、待ち合わせ理論、サプライチェーン管理と医療におけるシステム設計）
- チームとチームワーク。チームのリーダーシップ、効果的なチームの構築とチームの育成を含む。

本質的要素Ⅲ： ケアの質の向上と安全

理論的根拠

継続的なケアの質の向上は、全てのレベルの医療組織に関係するものである。修士課程修了の看護師は、安全原理の方法、ツール、達成の尺度、文化、そして、ケアの質に関する基準に関し、明確に説明できることが求められる。また、組織内で能力のあるリーダーかつ変革者として、質についての原則を活用することができる。

米国医学研究所（1998年）は人はエラーを起こす (To Err is Human)を発表し、患者の安全を、「不慮の事故による被害がないこと」とであると定義しており、病院あるいは医療現場において、自宅にいる以上に、より大きな事故による被害の危険に曝されてはならないと記載されている。質の高いケアを保つには、患者の安全を向上させ、同時に患者への害を削減し、そして、完全に排除することが基本的なことである。機能停止や過失の原因となるプロセスやシステム内に生ずる実際のエラーや起こりうる障害の特定を促し、そのうえで患者を安全に守るため、プロセスを改善することができるような技術が必要とされる。

危険な実践に影響を及ぼす人的要因や基本的安全設計原則に関する知識と技術が不可欠である。修士課程の修了生は、システムを分析し、個人が、専門職としての責任を維持しつつ、仕事をともにに行っている人々が引き起こしたミスについて（自分獅子を含め）正直に語れるような文化形成をはぐくまなければならない。全体としての処

理過程の信頼性を評価、算定、そして、改善する方法を学ぶことは、修士修了の看護師に必要とされる主要な技術である。

患者の安全に関する国の資源、取り組みと規制、そして、国の基準がどのように患者の安全に実際あるいは可能性の両面へ影響をおよぼすのかという知識が不可欠である。米国高齢者医療保険制度において「never events (決して起こってはいけない事象)」の一覧の導入と共に、医療費償還制が変更され、良質な結果に関する透明性の向上への規制が当局にから進められていることなどにより、修士課程修了者には実践している状況が標準的な実践であるか、成果や能力が基準を満たし、維持されているかを判断する能力が求められている。

修士課程修了の看護師は、安定性の高い組織に関する知識を用いて、様々な状況下で、すべてのケアにおいて、リーダーシップを発揮する。このような組織では、予測できない運営環境や本来的に有害性を持った試みであっても安全と効果的な業績を持っている (Weick, 2001年)。修士課程修了の看護師は、改善する必要がある結果を観察、分析し、そして、優先することができるようになる。ケア質の改善と安定性の高い組織の原理を利用して、こうした看護師は、行動計画の影響を定量化することができるようになる。

修士課程の修了生は、以下のことが行えるようになる。

1. 各専門分野にわたる医療チームと個人の貢献を尊重し、それぞれのケアの質に関する取り組みについて健康上のアウトカムを改善し、ケアがすべての領域で継続されるよう情報を分析する。
2. 動向分析に基づき、エビデンスに基づく計画を実行し、ケアの質と安全性への影響を定量化する。
3. 高い信頼性と文化適正原理を用いて、継続的に改善を図り、透明性を向上させるための、情報を分析し、システムを設計する。
4. 複数の適切なケアの質改善モデルを比較対照する。
5. 例えば同僚による評価 (peer review) や患者や家族の擁護、過失の報告、論文作成などに関わる際に、説明責任や高次のコミュニケーション技術を活用するような専門家集団としての環境を推進する。
6. システム内の医療サービスの統合に貢献し、患者のアウトカムを改善し、ケアの断片化を減少させるため、ケアの安全性と質に影響を与える。
7. ケアの質の改善方法を指導し、文化的に敏感な、安全、タイムリーで、効果的、効率的、公平で、患者を中心とするケアを推進する。
8. 看護と医療サービスの提供に影響を与える社会化的要因を統合するケアの質改善のイニシアチブをとる。

内容例

- 構造、過程、および、成果の指標を識別する質向上モデル

- 純正な文化の原理と関係性を使ってエラーの分析を行う
- ケア質の向上の方法とツール。ブレインストーミング、特性要因図（魚の骨原因結果チャート）、フローチャート、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Study）、改善（Act）（PDSA）、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Act）（PDCA）、同定（Find）、組織（Organize）、明確化（Clarify）、理解（Understand）、選択（Select）—計画（P）、実行（D）、評価（Check）、改善（Act）（FOCUS-PDCA）、シックスシグマ、無駄のない方式
- 信頼性の高い組織(HROs) / 信頼性の高いテクニック
- 国の患者の安全目標と関連する他の規制基準（例、CMSの中心政策、質に基づく支払方式の指標、そして、定義された有害事象には診療報酬が支払われない制度）
- 看護師関連の指標
- データ管理（例、収集ツール、表示テクニック、データ分析、動向分析、管理図）
- エラー解析（例、原因分析[RCA]、故障モード影響解析[FMEA]、重大な安全に関する事象）
- コミュニケーション（例、傍観的なコミュニケーション、指揮系統、過失の開示）
- 役員による患者の安全性に関する巡視に参加する
- 様々な状況例、災害、緊急事態と他のリスクの高い臨床的領域）においてシミュレーション訓練
- ケア環境における疲弊や注意散漫が患者の安全性におよぼす影響／職務に適した RN（登録看護師）

本質的要素 IV: 学問の実践への転換と統合

理論的根拠

専門的な看護実践は、全てのレベルにおいて、最新のエビデンスを倫理的に実践に移すことを基盤としている。基本的には、看護師には、各自の実践とケア環境に対し、疑問を持ち／探求する態度が必要である。

修士課程の教育を受けた看護師は、方針を検討し、実践のあらゆる面についてエビデンスを探求し、それにより、最新のエビデンスを反映させ、エビデンスを欠く実践を明らかにする。こうした看護師は、研究結果を実践の場で適用し、（個人、あるいは医療チームの一員として）業務の問題を解決し、より高度な臨床実践を行うために、現場内とより広い環境の両方において、結果を普及する。より広範にわたる場合も、狭い地域においても実践を変更する場合であっても。修士課程の教育を受けた看護師は、最新の実践や手順、方針にたけていることが求められる。エビデンスに基づき、修正の過程や内容を効果的に変えなければならない時に、実践の科学あるいは改善の科学と言われる最新の科学が変革のプロセスについてエビデンスを提供する。

（Damschroderら, 2009年; Sobo, BowmanとGifford, 2008年; van Achterberg, Schoonhoven

とGrol, 2008年)。従って、修士課程の教育を受けた看護師は、内容と成果の分析にかんがみ、適切と考えられる修正を実行し、アウトカムを改善するため、他者を支援する能力がなければならない。

修士課程の教育を受けた看護師は、トランスレーショナル・リサーチの技能に基づき、絶え間ない改善の過程を主導する。こうした看護師がかかわるサイクル過程には、回答が必要な問題の同定、可能性のある解決法/改革に対するエビデンスの検索あるいは創出、結果の評価とさらなる問題の確認が含まれる。

修士課程の教育を受けた看護師は、適切な場合には、医療チームをエビデンスに基づく実践(EBP)へと導く。このような看護師は、より良いケアの決定のため、生涯にわたる学習と、エビデンスに基づく意思決定のため、模範かつよき指導者としての役割を果たすことで、スタッフを支援する。(修士)過程の卒業生は、直接ケアを行う個人の患者と、間接的に責任を負う患者の両方に対し、エビデンスに基づく実践(EBP)を行うために必要な技能を有していなければならない。このような技能には、知識の習得と普及、グループでの作業と変革に関する管理が含まれる。

修士課程修了者は、以下の事項が行えるようになる。

1. トランスレーショナルな過程を用いて、患者集団に対し診療と関連する健康上のアウトカムを改善するため、理論、エビデンス、臨床的判断、研究と専門家間の認識を統合する。
2. (研究への参加者としての患者の保護に特に注意を払って) 倫理的な研究とトランスレーショナルな学問の実施を提唱する。
3. 情報源の信頼性と直面する診療の問題への関連性を含み、実践での決定の基盤となるエビデンスを様々な一般大衆に明確に表す。
4. 共同チームに参加し、適切な場合にはリーダーシップをとり、知識の創出、知識の普及、知識の実践の計画と評価を通し、ケアの成果を改善し、方針の修正を支援する。
5. 実践ガイドラインを用いて、実践とケアの環境を改善する。
6. データベースから得られたエビデンスを厳しく批判し、看護実践に有意義なエビデンスを創出する

内容例

- 研究プロセス
- 実践／改善の科学
- エビデンスに基づく実践(EBP) :
 - 臨床的な意思決定
 - 批判的思考法
 - 問題の明確化
 - 効果判定

- トランスレーショナル・サイエンス：
 - 看護実践に関するデータ収集
 - 看護実践に有用なエビデンスを生み出すデータベースの設計
 - 実践におけるデータ分析
 - エビデンスに基づく介入
 - アウトカムの予測と分析
 - 行動様式とアウトカム
 - 実践に対するエビデンスのギャップ
 - 文化的関連の重要性
- 学識:
 - 臨床の場への研究の応用
 - 臨床的問題の解決
 - 鑑識眼を持った探求
 - 結果の普及
- 研究におけるアドボカシー
- 研究倫理
- 知識の習得
- グループプロセス
- 変革に関する管理
- 実践におけるエビデンスに基づく方針の開発
- 品質改善モデル／方法論
- 実践における安全に関する問題
- 革新の過程

本質的要素 V：情報科学と医療技術

理論的根拠

情報科学と医療技術には、5つの大きな分野が含まれる。

- ケアの提供および向上のための患者ケアやその他の技術の利用、
- ケアの統合および連携のためのコミュニケーション技術、
- ケア成果の分析および改善のためのデータ管理、
- エビデンスに基づくケアおよび健康教育のための健康情報管理、
- 患者ケアの向上のための電子カルテの利用と促進

これら5つの広い分野における知識と技能は、修士課程を修了した看護師全員に不可欠である。看護師の役割、状況、実践での焦点によって、各分野の範囲と重要性は大きく異なる。

情報と医療技術に関する知識と技術は、様々な状況において、良質な患者ケアを提供

するために重要である（IOM, 2003年a）。ケアを提供し、強化し、そして、文書化するための技術の利用は、急速な変化を遂げている。さらに、意思決定支援システムを含む情報技術システムは、実践に影響を与えるエビデンスの収集に不可欠である。費用効率や安全性における改善は、臨床に基づく実践、結果研究、専門家間でのケアの連携、そして、電子カルテに依存しており、これら全てに、情報管理と情報技術が関与している（McNeilら, 2006年）。患者のニーズをより良く満たすため、看護と医療の実務は発展していることから、これらの技術を応用することで、さらに変化がもたらされるであろう。

技術の利用が拡大するにつれ、修士課程の教育を受けた看護師は、多くの状況下で、ケアを提供、調整し、ポイントオブケアのアウトカムを分析し、メディア、政策立案者、他の医療専門家や一般大衆等、個人やグループとコミュニケーションを図るため、最新の技術を利用する知識と技能を持つ必要がある。情報システムとケア技術は、常に変化しており、ポイントオブケアで使用することを含め、これらの技能に欠かせないものは、革新や継続的な学習を積極的に受け入れる姿勢である。

看護学修士課程修了者は、技術の適切な使用を判断し、最新の技術を自分や他者の実践に組み入れ、ケアの成果を一層改善する能力をもつことになる。さらに、修士課程を修了した看護師は、最新の技術を用い、ケアと情報技術の安全で有効な利用に関する原理について、他の医療専門家、スタッフ、患者や介護者に教育することができるようになる。

修了者は、さまざまな状況で安全で効果的なケアを組み入れるため、倫理的に、データ、情報、知識、技術を管理し、医療チーム、患者、そして介護者と効果的なコミュニケーションを図る。修士課程の教育を受けた看護師は、実践での決断への情報源として、研究や臨床的なエビデンスを利用する。

修士課程修了者は、ケアのアウトカムを改善するため、介入や戦略の実行、そして、意識決定の基盤となる、結果データを収集し、文書化し、分析できるよう養成される。修士課程を修了した看護師は、統計と疫学の原理を利用して、これらのデータ、情報、知識を総合して、最適な健康上の成果を判断し、達成していく。

ケアの成果を評価するにあたり、電子カルテや他の医療情報管理システムの有用性は、標準化された専門用語によって向上する。標準化された専門用語を情報システムに組み入れることにより、日々の看護実践の助けとなり、さらに、専門家間でのコミュニケーションを向上させる可能性が高まり、実践を継続的に評価、改善するための標準化されたデータが生成される（American Nurses Association, 2008年）。修士課程の教育を受けた看護師は、情報とコミュニケーション技術を利用して、学際的なケアチームのメンバーによる健康教育プログラム、エビデンスに基づく方針、そして、ポイントオブケアでの実践の開発と実施のための指導や監督を行う。

医療情報は、飛躍的に増加している。健康増進、疾病予防、慢性疾患の管理とQOL（生活の質）は、全て、高水準の看護実践であることの証であり、これらにおいて、ヘルス・リテラシーは、強力なツールである。修士課程を修了した看護師は、健康に関連する情報の評価、理解と利用に関し、他者（患者、学生、介護者と医療専門家を含む）を支援することで、情報管理者、患者の擁護者、そして教育者としての役割を果たす。修士課程を修了した看護師は、情報とコミュニケーションの技術を利用して、患者集団や他の医療提供者に対する教育プログラムを策定、実施する。

修士課程修了者は、以下の事項が行えるようになる。

1. 現在の最新の技術を分析し、安全な実践環境を支援し、患者の安全性、費用効率と健康上の成果を最適化する。
2. 最新のコミュニケーション技術、情報システムと統計的原理を利用して、健康上の成果を改善し、リスクを低減するための戦略を策定する。
3. 医療技術と情報技術の使用に関する倫理的原理や基準を組み入れた方針を推進する。
4. 患者のアウトカムを改善し、患者ケアの文書化のため、技術の統合に関して、監視や指導を行う。
5. 患者やその他の人々を教育するため、情報技術、コミュニケーション技術、資源と学習の原理を利用する。
6. 自分自身と他の人々の一生涯にわたる学習を支援するため、ケアの環境において、現在の最新の技術を使用する。

内容例

- ・ 技術、情報管理システムと標準化された専門用語の使用
- ・ 看護ケアの効果を文書化し、分析するため、標準化された専門用語の使用
- ・ バイオヘルス情報科学
- ・ 電子データ監視システムに対する法的な要求事項
- ・ 情報技術の使用に関連する倫理的・法的課題（著作権、プライバシーと機密保持に関する課題を含む）
- ・ 情報検索システム（アクセス、データの評価と関連するデータの患者ケアへの利用を含む）
- ・ 統計的原理とアウトカムデータの分析
- ・ エビデンスに基づく実践のためのオンラインレビューと情報源
- ・ 仮想のケアの提供と監視のための技術の利用と実行
- ・ 電子カルテ（ケアの成果に影響を与える実施と使用に関連する方針を含む）
- ・ 修士課程を修了した看護師と看護情報科学者と品質業務職責者等、情報技術専門家の相補的役割
- ・ データセットを分析するための技術の利用と患者ケアの成果を評価するためのデータセットの利用

- 教育／指導技術の効果的な利用
- ポイントオブケアの情報システムと意思決定支援システム

本質的要素VI：医療政策と擁護

理論的根拠

医療環境は、絶え間なく発展し、技術的、経済的、政治的、社会文化的要因により、地域レベル、そして、世界レベルで影響を受けている。看護学修士課程修了生は、健康を増進し、医療提供システムの形成を助け、政策過程や擁護を通し、社会正義のような価値観を進展させるために必要な知識と技能を持つ。看護学の積極的な政治活動主義と政策による権利擁護への要請は、多様な視点から生じている。より多くのエビデンスにより、広く心理社会的、経済的、そして、文化的要因が健康状態に結び付いていることから、看護師は、これらの要因をケアへのアプローチに組み入れることを求められる。ほとんどの場合、政策過程と組織レベルでの戦略は、これら広範な健康の決定要因に最大限の影響を及ぼす。看護師は、医療の提供の質の改善に対し説明責任を負っており、組織の法的、政治的決定要因を理解し、組織の改善のため、パートナーを組むために必要な技能を有していなければならない。政策をめぐる討論に看護師が関与することで、我々の専門職としての価値がその過程に影響を及ぼすようになっている（Warner, 2003年）。修士課程を修了した看護師は、彼らの政治力と能力を用いて、集団の健康上のアウトカムを改善し、医療提供システムの質を改善するようになる。

政策が、医療システムを形作り、健康の社会的決定要因に影響する。したがって、政策は、医療の利用しやすさ、責務や入手可能性を決定する。医療政策は、医療の利用や健康上のアウトカムに関し、公平性を推進、あるいは、阻害する条件を作り出す。健康格差に対処する戦略を講じることは、影響を及ぼす政策形成への準備段階として役立つ。政策に影響を及ぼすためには、修士課程を修了した看護師は、組織内で働き、組織の変化に影響を及ぼす必要がある。ステークホルダー（投資者）と有効に協働して取り組むには、修士課程修了者はステークホルダーが関与している財政事情を理解し、政策、財務と良質な医療を利用する権利の間の関連性を見出さなければならない。修了生は、医療経済学、財政、支払い方法、政策と医療経済学の関係を理解していなければならない。

患者、専門職と健康増進政策の擁護は、様々な方法で運用ができる。擁護に属するものには、自律性の保護、社会正義の推進、倫理原則の使用、自分と他者へのエンパワメントがある（Grace, 2001年; Hanks, 2007年; XiaoyanとJezewski, 2006年）。個人、施設、州や連邦政策レベルでのニーズや望ましい方向を表明し、説得することは、修士課程を修了した看護師に欠かせないことである。

修士課程修了者は、以下の事項が行えるようになる。

1. 政策が、医療の構造と財政、実践、健康上のアウトカムにどのように影響を与えるかを分析する。
2. 施設、地域、州や連邦政府の政策開発と実施に参加する
3. 看護実践、医療提供とアウトカムに関する法的手続きと規制プロセスの影響を検討する
4. 政策立案者とステークホルダーに看護学の視点を持って研究の必要性を説明する
5. 公衆の健康と看護専門職を向上させる政策を擁護する

内容例

- 政策過程：開発、実行と評価
- 医療提供システムの構造
- 政策決定の理論とモデル
- 政策決定環境：価値観、経済学、政治学、社会
- 政府の様々なレベルにおける政策決定過程
- 政策作成を導く倫理的枠組みと価値に基づく枠組み
- ミクロ経済学とマクロ経済学、会計学、マーケティング戦略の一般原則
- グローバリゼーションと世界規模の保健
- 規制プロセスと品質管理間の相互作用
- 健康格差
- 社会正義
- 積極的な政治行動主義
- 医療の経済学

本質的要素VII：患者と集団の健康のアウトカムを改善するための専門職間の協働

理論的根拠

医療システムを改めてデザインするには、チーム医療が不可欠であり、ケアが継続的であり信頼できることを保証するためにも、チームにかかわる全ての医療専門職の間での協力、コミュニケーション、協働がより強調されるであろう。それゆえ、米国医学研究所（IOM）の専門委員会により、学際的チームを組んで働くことは、全ての医療専門職にとって、主要な5つの能力の中の一つであることが確認されている（IOM, 2003年）。

専門職間での協働は、患者と集団の健康のアウトカムを改善するため、臨床における予防と健康増進の目標達成に欠かせないものである（APTR, 2008年; 2009年）。専門職間の実践は、患者ケアの成果の改善に重要であり、それゆえ、医療専門教育と生涯にわたる学習の主要な要素となる（American Association of Colleges of Nursing & the

Association of American Medical Colleges[米国看護大学協会と米国医科大学協会], 2010年).

IOMは、医療専門職が「患者の価値観や指向、文化的価値」をより一層認識することが必要性であることを表明した。また、それは専門職間アプローチを通して健康の公正性を達成しようとするHealthy People2010の目標に合致している(USHHS, 2000年)。この様な文脈の中で、修士課程修了生は、広範囲にわたる健康に関する決定要因を理解することで、健康のアウトカムの改善やケアに対する障壁を縮小し利用しやすくなることができるようになる。また全てのケア環境で、専門職間チームでリーダーシップを発揮し調整する努力を行い、患者の擁護者、そして、文化とシステムの仲介人として役割を果たすことが可能になる。スキル開発や他の医療専門職と効果的なコミュニケーションを図り、ケアを計画・実施できることを示すことにより、このようなチームをうまくまとめることができる(AACN, 2007年)。

患者や集団の健康のアウトカムを改善するには、患者を中心としたケア提供するための研究と臨床的な専門知識を統合する垂直的でかつ水平的な医療提供システムが条件となる。本質的に、そのシステムは、患者のケアの意思決定を共有し管理するため、患者が表明した価値観、ニーズ、そして患者が選択するものが含まれていなければならない。専門職チームの一員やリーダーとして、修士課程の教育を受けた看護師は、積極的に他の医療専門職と意思疎通を図り、協働し、そして、助言を求め、システムを超えてケアを管理、調整することができる。

修士課程の修了生は、以下の事項が行えるようになる。

1. 各専門職からなる医療チームの一員、そして、リーダーとして、専門職である看護師の役割と意義を提唱する。
2. 医療チーム内で最大限に貢献するため、他の医療専門職の実践領域を理解する。
3. 患者を中心とするケアの計画、調整、評価に協働的戦略を採用する。
4. 各専門職からなるチームと協力関係を育成し、これらに参加し、そして、主導するため、効果的なコミュニケーション戦略を用いる。
5. 新人看護師、経験を積んだ看護師、そして、医療チームの他のメンバーの信頼のおける相談相手となり、指導する。
6. チーム・ダイナミクスと集団プロセスの徹底的な理解に基づき、能力のあるグループリーダー、あるいは、メンバーの役割を果たす。

内容例

- 看護学と他の専門分野の実践の範囲
- 医療チームメンバー間での異なる世界観
- コミュニケーション、協働 (collaboration)、連携 (coordination) の概念
- 葛藤マネジメント戦略と交渉の原則
- コミュニケーションを図るための組織的な過程

- チームの形式とチームの役割
- チームの育成段階
- チームの多様性
- 文化的多様性
- 患者を中心としたケア
- 変化の理論
- マルチプル-インテリジェンス理論
- グループ・ダイナミックス
- 権力構造
- 医療－労働環境

本質的要素 VIII: 臨床的予防と集団の健康 (population health) に基づいた健康増進

理論的根拠

世界的にみて、疾患や伝染病、疾患が慢性的状態になっていることは、低所得～中間所得層や貧しい人々に健康格差として生じており、このような現状はアメリカにおいても、低所得地域や有色人種、その他の弱者に偏った傾向として生じている。

アメリカでは、国民の健康状態の改善を達成するという国家目標のもと、疾患への臨床的予防と集団保健に関する活動に取り組んでいる。しかし、不健康な生活習慣行動は、予防可能な死の 50%以上を占めているのにもかかわらず医療現場で予防的介入を行うことは未だなされていない。そのような背景のもと、「Healthy people 2010」は、臨床的予防を実施する能力の核となる基礎カリキュラムを備えた医学部、看護学部、その他医療系学部を増やすことを目的に作成され、臨床教育の変容をねらっている。しかし、「Healthy people 2010 中間報告」では、健康格差は総体的に低下していないこと、疾患予防および健康増進活動の有効性を実践・評価する必要があることを報告している。

このような背景から、看護職の持つべき集団の健康を向上させるリーダーシップ役割と責任について見直すことが必要となり、Healthy People Curriculum Task Force では、個人や集団を対象とした予防的介入を含む、4 種の焦点領域を明らかにした。このカリキュラムは臨床的予防及び集団保健にかかわる医療職に期待される能力を教育し評価する枠組みを提示した。このカリキュラムは臨床領域の専門職並びに AAVN によって承認されている。

エビデンスに基づく実践、臨床的予防及び集団保健、医療システムと医療政策、集団保健とコミュニティの観点 Clinical Preventive Services and Health Promotion

③Health Systems and Health Policy

④Population Health and Community Aspects of Practice 臨床的予

防および集団保健に関するカリキュラムの枠組み」＊が開発された。

アメリカでは集団の多様性が増加しており、患者及び集団独自の文化的、民族的アイデンティティ、社会経済的条件、感情及び霊的ニーズや価値観において、公平なケアやサービスを提供する医療システムが求められている。医療システム内での看護職のリーダーシップとしては、臨床的予防への介入や集団を基にした健康増進のケアを提供することが求められている。内容として、慢性疾患のリスク低減し、疾患の予防があげられており、そのために必要なスキルと知識が、看護実践にとっての必須要素である、とされている。

修士課程修了を修了した看護師は広く、組織的な、患者中心であり、文化的感受性を含んだ概念を日常のケアに活用・統合することができる。さまざまな理論に裏付けされたこれらの概念を習得していることが国内外の個人や家族、コミュニティ、そしてさまざまな集団エビデンスを基にした臨床予防と集団を対象としたケアをデザインして行くために必須となる。

修士課程を修了生は、以下のような内容できるようになる。

1. 健康に関する生態学的、世界的及び社会的決定要因の統合；遺伝学やゲノム学の法則を理解すること、エビデンスに基づき、疫学的データや臨床的予防に関する介入やストラテジーをデザインすること。
2. 健康情報技術や基になるデータを用いて、個人および集団ベースの健康状態のアウトカムに影響を及ぼす臨床的予防に関する介入の有効性を評価する。
3. 患者が中心であり、個人や家族、地域への臨床的予防や健康増進への介入において、文化的反応に敏感なストラテジーをデザインすること。
4. 公平で効果的な予防サービスを発展させ、看護における科学や他の科学的概念の適用を通じて、集団をベースとした有効な集団健康施策を促進する。
5. 文化的発展における公衆衛生の概念や臨床的介入を統合し、言語的にも適した健康教育、コミュニケーションに関するストラテジーや介入を実施する。

学習の具体例

- ・環境保健
- ・疫学
- ・生物統計学的手法・解析
- ・災害への備えとマネジメント
- ・補完療法・代替療法・治療法に関する新興の科学
- ・健康の社会的決定要因の生態系モデル
- ・教育・学習理論、・健康格差、公平および社会正義

- ・プログラムの計画、設計および評価
- ・品質改善と変更管理
- ・健康増進と疾患予防
- ・健康行動変容の適用
- ・医療サービス資金調達、・健康情報管理、・倫理的枠組み、
- ・専門職間の協働
- ・ヘルス・リテラシーおよびヘルス・コミュニケーションの理論と応用
- ・弱者集団に対する遺伝学/ゲノム学的リスクアセスメント
- ・臨床、公衆衛生およびグローバルシステムの組織
- ・地域ならびに政治的な関与、主張および権限付与のための枠組み
- ・世界的な健康問題や新たな健康問題に取り組むための枠組み
- ・看護理論

本質的要素 IX：修士課程レベルの看護実践

理論的根拠

本質的要素 IX は、修士課程看護プログラムを修了した時点での修士課程レベルの看護実践を述べている。修士課程レベルの看護実践は、個人、集団またはシステムの医療アウトカムに影響を及ぼすあらゆる形態の看護介入として広く定義した。修士課程レベルの修了生は、「専門職としての看護実践の学士課程教育の本質的要素 (Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice)」で必要とされる看護および関連科学に関して幅広いレベルの知識を有していなければならない。修士課程の教育を受けた看護師は、省察的实践に基づいて看護職のより深い理解を進めており、生涯学習および専門能力の開発のために自己計画を作成し続ける。

看護実践介入には直接的なケア要素と間接的なケア要素の両方が含まれる。実践の学問として、臨床ケアは卒業生が個人のケア、集団に焦点を当てたケア、管理、情報技術、教育または健康政策の提供に焦点をあてているか否かという看護実践の核となる業務である。修士課程の看護教育は、種々の場面と役割において安全で質の高いケアを提供することに影響を及ぼすことができる修了生を育成する。

必須要素には、修士課程の教育を受けたすべての看護師に対する「実践中心」の成果が含まれる。修士課程レベルの看護実践は、「専門職としての看護実践の学士課程教育の必須要素」(AACN, 2008) に説明されている実践能力に積み重ねて構築されている。修士課程の教育を受けた看護師は、看護理論、科学および実践に関する専門知識レベルの理解を有する。医療における最近の発展的な動向は、すべての修士課程の教育を受けた看護師の実践の中に、重要概念の統合を要求する。これには、質改善、患者安全性、医療の経済学、環境科学、疫学、遺伝学/ゲノム学、老年学、グローバル医療の環境および観点、健康に関する政策、情報科学、組織およびシステム、コミュニ

ケーション、交渉、擁護ならびに専門職間の実践に関する概念が含まれる。

修士課程看護教育は、種々の場面と役割において多様な集団への安全で質の高いケアの提供に影響を及ぼす修了生を育成する。グローバルな社会、拡大しつつある技術、ますます多様になる集団の現実、これらの看護師に、複雑な情報を支配し、種々のケア経験を調整し、医療情報のための技術と看護アウトカムの評価を使用し、多様な患者がますます複雑になるケアのシステムを管理するのを援助するよう要求する。修士課程の教育を受けた看護師は、参加者、人員およびシステム完全性に対する研究および擁護の影響の評価に責任を負う。あらゆる場または役割において、修士課程の教育を受けた看護師として実践するにあたり、修了生は、実践はますます複雑になる医療システム内で個人、家族および臨床集団に関係するので、ケアの土台と看護実践の技術および科学を理解しなければならない。その分野における知識の異例な爆発的増加により、生涯を通して学習していく姿勢も求められる。

必須要素 IX は、すべての分野の実践にわたって、修士課程レベルのすべての看護実践に必要なものとして見られる基本的実践能力について述べている。修士課程の看護プログラムは、種々の場面に基づく学習経験を提供する。これらの学習経験は、修士課程プログラムでの学習を通して統合され、学士または初心者レベルの看護プログラムで獲得したもの以上の実践経験を提供する。

修士課程プログラムは、以下のような修了生を育成する。

1. 意思決定の土台として包括的で系統的なアセスメントを実施する。
2. 実践の土台として看護およびその他の科学から入手可能な最善のエビデンスを適用する。
3. 患者、家族、介護者、地域および医療チームのメンバーを擁護する。
4. 情報およびコミュニケーション技術を用いて、患者の教育を進歩させ、ケアの近接性を高め、実践パターンを分析し、看護に敏感なアウトカムを含む医療アウトカムを改善する。
5. リーダーシップスキルを用いて、医療チームの他のメンバーを教育し、指導し、助言する。
6. 患者集団の健康状態および介入に関する推論の引き出しにおいて疫学的、社会的および環境的データを用いて、健康および健康なライフスタイルを増進して保持する。
7. 疾患および疾患管理の知識を用いて、集団にエビデンスに基づくケアを提供し、リスクアセスメントを実施して、ケアのプランまたはプログラムを設計する。
8. 技術の使用を含む、実践から生じる潜在的および実際的な倫理的な問題を識別する際や患者およびその他の医療提供者がこのような問題に取り組む際に、核となる科学的および倫理的原則を取り込む。
9. グローバルな環境的な個人および集団の特徴の影響に関する高度な知識をケアの設計、実施および評価に適用する。

10. ケアの設計、供給および評価に経済、ビジネス原則およびシステムの知識とスキルを使用する。
11. 必要に応じて医療チームを導く際に理論およびエビデンスに基づく知識を適用して、ケアの供給を設計し、調整して評価する。
12. 種々の場面における個人または集団に対する健康教育プログラムの設計、実施および評価に学習および教育原則を適用する。
13. 治療関係を確立して、患者を中心とする文化的に合ったエビデンスに基づくケアの目標と様式を協議する。
14. 自分自身と同僚の生涯学習を促進して実践のための専門看護基準および説明責任を取り込むストラテジーを設計する。
15. 個人として持つ看護および医療についての哲学を看護職の実践として発展させる。

内容例

- ・ 水平型および垂直型リーダーシップを含む、リーダーシップの原則
- ・ 自分自身の有効な使用
- ・ 患者、家族および規律の擁護
- ・ 修士課程の教育を受けた看護師の役割の概念解析
- ・ ケアの側面統合の原則
- ・ 患者アウトカムの測定および解析を含む臨床アウトカムのマネジメント
- ・ 疫学
- ・ 生物統計
- ・ 患者および臨床集団のための健康増進および疾患低減/予防マネジメント
- ・ リスクアセスメント
- ・ ヘルス・リテラシー
- ・ 助言、指導およびカウンセリングの原則
- ・ 成人学習の原則
- ・ エビデンスに基づく実践：
 - 臨床意思決定および判定
 - クリティカル・シンキング
 - 問題識別
 - アウトカム測定
- ・ ケア環境のマネジメント
- ・ 委任、コーチング、学際的ケア、グループプロセスを含むチーム調整
- ・ 協議、集団力学の理解、紛争解決
- ・ 医療費償還、医療改革、実践に影響を及ぼす方法
- ・ リソース割り当て
- ・ 医療技術を用いた患者ケア供給およびアウトカムの改善
- ・ 医療ファイナンスおよび社会経済学的原則
- ・ 品質マネジメント/リスク低減/患者安全性の原則
- ・ ケアおよびケアのアウトカムを文書化するための情報技術原則および標準言語の使用

- ・教育ストラテジー
- ・学習スタイル
- ・文化的な能力/理解
- ・グローバル医療環境、国際法、地政学、地理経済
- ・看護およびその他の科学理論
- ・鑑識眼を持った探求
- ・省察的实践

まとめ

「*The Essentials of Master's Education in Nursing*」は、看護教育の変容に有用であり、医療に必要な革新に不可欠である。変化し続ける複雑な医療環境のために、本書は、修士課程の教育を受けた看護師が、1) 質の高いケアアウトカムのための変化を先導し、2) 生涯学習を通じて卓越性を追求する文化を前進させ、3) 協働する専門職間ケアチームを構築しかつ先導し、4) 医療システム全体にわたってケアサービスの向上を図り統合し、5) 革新的な看護実践を設計し、6) エビデンスを実践に移すことができることを強調する。修士課程の看護プログラムは、医療システムの進化するニーズに取り組むための高度な看護の知識とスキルを有する修了生を作り上げる。

必須要素 I-IX は、修士課程看護プログラムの修了生に期待される成果について述べている。これらの成果を達成することにより、修了生は種々の直接的および/または間接的なケアの役割の複雑な医療システムを先導し、実践することが可能になる。知識の幅広さ、経験に基づく学習の程度、それによって各必須要素を達成するために必要な時間は異なる。各必須要素毎の成果を達成するための個別のコースは必要でない。

修士課程プログラムでの臨床経験は、教訓的学習を統合し、革新的思考を促進し、臨床/実践またはシステムの問題への新しい解決法の候補を試験する機会である。そのため、新しいスキルおよび実践への期待の発達は、多様な場面における創造的な学習機会の使用を通じて促進することができる。また、医療分野における知識の異例な爆発的增加によって、修士課程の教育を受けた看護師に生涯を通して学習していく姿勢が求められる。

Glossary

Administration (管理) : Administration comprises working with and through others to achieve the mission, values, and vision of an organization.

Administration is an executive function within an organization and has ultimate accountability for defining and achieving the organization's strategic plan.

Administration designates responsibility for implementing organizational goals. (Council on Graduate Education for Administration in Nursing, 2010)

Advanced Nursing Practice (高度看護実践) : Any form of nursing intervention that influences health care outcomes for individuals or populations, including the direct care of individual patients, management of care for individuals and populations, administration of nursing and health care organizations, and the development and implementation of health policy (AACN, 2004).

Advanced Practice Registered Nurse (APRN) (高度実践登録看護師) : a nurse:

1. who has completed an accredited graduate-level education program preparing him/her for one of the four recognized APRN roles;
2. who has passed a national certification examination that measures APRN, role and population-focused competencies and who maintains continued competence as evidenced by recertification in the role and population through the national certification program;
3. who has acquired advanced clinical knowledge and skills preparing him/her to provide direct care to patients, as well as a component of indirect care; however, the defining factor for all APRNs is that a significant component of the education and practice focuses on direct care of individuals;
4. whose practice builds on the competencies of registered nurses (RNs) by demonstrating a greater depth and breadth of knowledge, a greater synthesis of data, increased complexity of skills and interventions, and greater role autonomy;
5. who is educationally prepared to assume responsibility and accountability for health promotion and/or maintenance as well as the assessment, diagnosis, and management of patient problems, which includes the use and prescription of pharmacologic and nonpharmacologic interventions;
6. who has clinical experience of sufficient depth and breadth to reflect the intended license; and
7. who has obtained a license to practice as an APRN in one of the four APRN roles: certified registered nurse anesthetist (CRNA), certified nurse-midwife (CNM), clinical nurse specialist (CNS), or certified nurse practitioner (CNP). (APRN Consensus Model, 2008)

Advocacy (擁護) : Defending or maintaining a cause or proposal on behalf of the patient, client, or profession to achieve societal or other goals (Interprofessional Professionalism Collaborative, 2008)

Aggregate(s) (集合体) : A community or a group of individuals defined by shared characteristics such as, age, culture, diagnosis, gender, geography, or values (adapted from Allan et al., 2004).

Altruism (自他主義) : A concern for the welfare and well being of others. In

professional practice, altruism is reflected by the nurse's concern and advocacy for the welfare of patients, other nurses, and other healthcare providers (American Association of Colleges of Nursing, 2008, p. 27).

Autonomy（自律）：The right to self-determination. Professional practice reflects autonomy when the nurse respects patients' rights to make decisions about their health care (AACN, 2008, p. 27).

Care Coordination（ケア調整）：Ensures patients receive well-coordinated care across all healthcare organizations, settings, and levels of care (National Priorities Partnership, 2008).

Clinical Practice（臨床実践）：The care of individuals or families, irrespective of setting.

Clinical Prevention（臨床予防）：Health promotion and risk reduction/illness prevention for individuals, families, aggregates, or clinical populations (Allan et al, 2004).

Clinical Preventive Services（臨床予防サービス）：Screening, vaccination, counseling, or other preventive service delivered to one patient at a time by a healthcare practitioner in an office, clinic, healthcare system, or other practice environment (adapted from Centers for Disease Control and Prevention, 2009). See also Community Preventive Services.

Community Preventive Services（コミュニティ予防サービス）：Interventions that provide or increase the provision of preventive services such as screening, education, counseling, or other programs to groups of people, in community settings, healthcare systems, or other practice environments (adapted from Centers for Disease Control and Prevention, 2009). See also Clinical Preventive Services.

Culturally Responsive（文化対応的）：Culturally responsive refers to being cognizant of patients' norms, beliefs, language, and behaviors that not only shape the meaning of their health but also their health-seeking and health-related behaviors. The constructs reinforce the idea that each practitioner should be engaged continuously in self reflection about their own personal beliefs, norms, behaviors and language and how together they guide their perceptions, beliefs, and interactions with patients. The culturally responsive practitioner focuses on the importance of building upon each patient's personal strengths as well as available resource and supports which provide the foundational underpinning of

these respective strengths. The culturally responsive practitioner also engages in a dynamic, respectful, and reciprocal dialogue with each person irrespective of their race, ethnicity, gender, social position, sexual orientation, immigration status, and educational level (Ring et al, 2009).

Delivery (提供) : The planning, management, and evaluation of evidence-based practice and clinical care across healthcare settings.

Direct Care/ Indirect Care (直接的ケア／間接的ケア) :

Direct care refers to nursing care provided to individuals or families that is intended to achieve specific health goals or achieve selected health outcomes. Direct care may be provided in a wide range of settings, including acute and critical care, long term care, home health, community-based settings, and educational settings (AACN, 2004, 2006; Suby, 2009; Upenieks, Akhavan, Kotlerman et al., 2007).

Indirect care refers to nursing decisions, actions, or interventions that are provided through or on behalf of individuals, families, or groups. These decisions or interventions create the conditions under which nursing care or self care may occur. Nurses might use administrative decisions, population or aggregate health planning, or policy development to affect health outcomes in this way. Nurses who function in administrative capacities are responsible for direct care provided by other nurses. Their administrative decisions create the conditions under which direct care is provided. Public health nurses organize care for populations or aggregates to create the conditions under which care and improved health outcomes are more likely. Health policies create broad scale conditions for delivery of nursing and health care (AACN, 2004, 2006; Suby, 2009; Upenieks, Akhavan, Kotlerman et al., 2007).

Diverse populations (多様な集団) : Diversity is an all-inclusive concept, and includes differences in race, color, ethnicity, national origin, immigration status (refugee, sojourner, immigrant, or undocumented), religion, age, gender, gender identity, sexual orientation, ability/disability, political beliefs, social and economic status, education, occupation, spirituality, marital and parental status, urban versus rural residence, enclave identity, and other attributes of groups of people in society (Giger et al., 2007; Purnell & Paulanka, 2008).

Ethics (倫理) : The rules or principles that govern right conduct (Kozier & Erb, 2007).

Evidenced-based Practice（エビデンスを持った実践）：The integration of best research evidence, clinical research, and patient values in making decisions about the care of individual patients (IOM, 2003).

Genetics（遺伝学）：Study of individual genes and their impact on relatively rare single-gene disorders (Guttmacher & Collins, 2002).

Genomics（ゲノム学）：Study of all the genes in the human genome together, including their interactions with each other, the environment, and the influence of other psychosocial and cultural factors (Guttmacher & Collins, 2002).

Health Disparities（健康格差）：Health disparities are differences in the incidence, prevalence, mortality, and burden of disease and other adverse health conditions that exist among specific population groups in the United States (National Institutes of Health, 2002- 2006). The definition of health disparities assumes not only a difference in health but a difference in which disadvantaged social groups—who have persistently experienced social disadvantage or discrimination—systematically experience worse health or greater health risks than more advantaged social groups (Braveman, 2006). Consideration of who is considered to be within a health disparity population has policy and resource implications (American Association of Colleges of Nursing, 2009).

Health Education Programs（健康教育プログラム）：Any program designed to educate individuals, families, groups, communities, health professionals to improve health outcomes.

Health Equity（健康の公正性）：A basic principle that all people have a right to health. Health equity concerns those differences in population health that can be traced to unequal economic and social conditions and are systemic and avoidable and thus inherently unjust and unfair (Brennan, Baker, & Meltzer, 2008).

Health Literacy（ヘルス・リテラシー）：The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions (U.S. Department of Health and Human Services, 2000b).

High-Reliability Organizations (HRO)（高信頼性組織）：Organizations or systems that operate in hazardous conditions but have fewer than their fair share of adverse events (Weick, 2001; Reason, 2001). Commonly discussed examples include air traffic control systems, nuclear power plants, and naval aircraft carriers (LaPorte, 1988; Roberts, 1990). It is worth noting that, in the patient

safety literature, HROs are considered to operate with nearly failure-free performance records, not simply better than average ones. These organizations achieve consistently safe and effective performance records despite unpredictable operating environments or intrinsically hazardous endeavors. Some common features of HROs include:

- ・ Preoccupation with failure—the acknowledgment of the high-risk, error-prone nature of an organization’s activities and the determination to achieve consistently safe operations.
- ・ Commitment to resilience—the development of capacities to detect unexpected threats and contain them before they cause harm, or bounce back when they do.
- ・ Sensitivity to operations—an attentiveness to the issues facing workers at the frontline. This feature comes into play when conducting analyses of specific events but also in connection with organizational decision making. Management units at the frontline are given some autonomy in identifying and responding to threats, rather than adopting a rigid top-down approach.
- ・ A culture of safety—the atmosphere in which individuals feel comfortable drawing attention to potential hazards or actual failures without fear of censure from management (Agency for Healthcare Research and Quality, 2009).

Horizontal and Vertical Health Delivery Systems（水平型および垂直型の医療供給システム）Health systems are comprised of a “horizontal system” focused on integrated resource sharing health services, providing prevention and care for prevailing health problems, and of “vertical systems” focused on disease specific interventions for specific health conditions (World Health Organization, 2010).

Human Dignity（人間としての尊厳）：Respect for the inherent worth and uniqueness of individuals and populations. In professional practice, concern for human dignity is reflected when the nurse values and respects all patients and colleagues (American Association of Colleges of Nursing, 2008, p. 28).

Informatics（情報学）：The use of information and technology to communicate, manage knowledge, mitigate error, and support decision making (Quality and Safety Education for Nurses, 2010).

Integrity（完全性）：Acting in accordance with an appropriate code of ethics and accepted standards of practice. Integrity is reflected in professional practice when the nurse is honest and provides care based on an ethical framework that is accepted within the profession (AACN, 2008, p. 28).

Interprofessional（専門職間）：Working across healthcare professions to cooperate, collaborate, communicate, and integrate care in teams to ensure that care is

continuous and reliable. The team consists of the patient, the nurse, and other healthcare providers as appropriate (IOM, 2003)

Just Culture (正義文化) : This phrase was popularized in the patient safety lexicon by a report (Marx, 2001) that outlined principles for achieving a culture in which frontline personnel are comfortable disclosing errors—including their own—while maintaining professional accountability. The examples in the report relate to transfusion safety, but the principles clearly generalize across domains within health care organizations.

Traditionally, healthcare’s culture has held individuals accountable for all errors or mishaps that befall patients under their care. By contrast, a just culture recognizes that individual practitioners should not be held accountable for system failings over which they have no control. A just culture also recognizes many individual or “active” errors represent predictable interactions between human operators and the systems in which they work. However, in contrast to a culture that touts “no blame” as its governing principle, a just culture does not tolerate conscious disregard of clear risks to patients or gross misconduct.

In summary, a just culture recognizes that competent professionals make mistakes and acknowledges that even competent professionals will develop unhealthy norms but has zero tolerance for reckless behavior (Agency for Healthcare Research and Quality, 2009)

Leadership (リーダーシップ) : Leadership is the process of influencing others toward the attainment of one or more goals. Leadership comprises two types: formal and informal. Formal leadership occurs through official titular designations within an organization or society. Informal leadership occurs when the perceptions and actions of others are influenced by individuals without such official organizational or societal designations. Leadership is not limited to the accomplishment of organizational goals (Council on Graduate Education for Administration in Nursing, 2010).

Liberal Education (教養教育) : A comprehensive sets of aims and outcomes that are essential both for a globally engaged democracy and for a dynamic, innovation-fueled economy (American Association of Colleges & Universities, 2007).

Management (マネジメント) : Management is the process of aligning resources with needs to attain specific goals. Management includes planning, organizing, motivating, monitoring, and evaluating human and material resources. Although management usually refers to a midlevel formal leadership function within an organization, it is also the process used at any level to align and allocate resources

(Council on Graduate Education for Administration in Nursing, 2010).

Metaparadigm (メタパラダイム) : Represents the worldview of a discipline (the most global perspective that subsumes more specific views and approaches to the central concepts with which it is concerned). There is considerable agreement that nursing's metaparadigm consists of the central concepts of person, environment, health, and nursing (Powers & Knapp, 1990, p. 87).

Macrosystem (マクロシステム) : Actions taken by senior leaders who are responsible for organization-wide performance (Nelson et al, 2007, p.205).

Mesosystem (メソシステム) : Actions taken by the midlevel leaders who are responsible for large clinical programs, clinical support services, and administrative services (Nelson et al., 2007, p.205)

Microsystem (マイクロシステム) : Clinical Microsystems are the small, functional frontline units that provide most health care to most people (Nelson et al., 2007, p.3).

Nursing Science (看護科学) : A basic science that is the substantive, discipline-specific knowledge that focuses on the human-universe-health process articulated in nursing frameworks and theories. The discipline-specific knowledge resides within schools of thought that reflect differing philosophical perspectives that give rise to ontological, epistemological, and methodological processes for the development and use of knowledge concerning nursing's unique phenomenon of concern (Parse et al., 2000).

Organizational Science (組織科学) : An interdisciplinary field of inquiry focusing on employee and organizational health, well-being, and effectiveness.

Organizational Science is both a science and a practice, founded on the notion that enhanced understanding leads to applications and interventions that benefit the individual, work groups, the organization, the customer, the community, and the larger society in which the organization operates (University of North Carolina, 2009).

Patient (患者) : The term refers to the recipient of a healthcare service or intervention at the individual, family, community, aggregate/population level. Further, patients may function in independent, interdependent, or dependent roles, and may seek or receive nursing interventions related to disease prevention, health promotion, or health maintenance, as well as illness and end-of-life care. Depending on the context or setting, patients may, at times, more appropriately

be termed clients, consumers, or clients of nursing services (AACN, 1998, p. 2).

Population (集団) : Refers to a set of persons having a common personal or environmental characteristic. The common characteristic might be anything thought to relate to health, such as age, race, sex, social class, medical diagnosis, level of disability, exposure to a toxin, or participation in a health-seeking behavior, such as smoking cessation. It is the researcher or health practitioner who identifies the characteristic and set of persons that make up this population (Maurer & Smith, 2004).

Population-based Health (集団の健康) : Inclusive of aggregates, community, and/or clinical populations that consider the environmental, occupational, and cultural, socio-economic and other dimensions of health (Allan et al., 2004), and derives evidence from population level data and statistics (Starfield, Hyde, Gervas, & Heath, 2007).

Professionalism (専門性) : The consistent demonstration of core values evidenced by nurses working with other professionals to achieve optimal health and wellness outcomes in patients, families, and communities by wisely applying principles of altruism, excellence, caring, ethics, respect, communication, and accountability (Interprofessional Professionalism Collaborative, 2008).

Professionalism involves accountability for one's self and nursing practice, including continuous professional engagement and lifelong learning. As discussed in the American Nurses Association Code of Ethics for Nursing (2005, p.16), "The nurse is responsible for individual nursing practice and determines the appropriate delegation of tasks consistent with the nurse's obligation to provide optimum patient care." Also, inherent in accountability is responsibility for individual actions and behaviors, including civility. In order to demonstrate professionalism, civility must be present. Civility is a fundamental set of accepted behaviors for a society/culture upon which professional behaviors are based (Hammer, 2003; American Association of Colleges of Nursing, 2008).

Quality Improvement (QI) (質改善) : In health care, QI refers to giving patients the appropriate care at the appropriate time and place with the appropriate mix of information and supporting resources. In many cases, healthcare systems are overly cumbersome, fragmented, and indifferent to patients' needs. Quality improvement tools range from those that simply make recommendations but leave decision-making largely in the hands of individual practitioners (e.g., practice guidelines) to those that prescribe patterns of care (e.g., critical pathways). Typically, QI efforts are strongly rooted in evidence-based procedures and rely extensively on data collected about processes and outcomes (Robert Wood

Johnson Foundation, 2009).

Risk Management/Risk Mitigation (危機管理／危機緩和) : A managed program or effort directed at reducing risk, avoiding accidents, and making effective use of purchased insurance (American Nurses Association, 2009).

Self Mastery (自我の熟達) : The intentional growth and development of physical, emotional, mental, and spiritual being. It allows for flexibility; comfort with chaos, ambiguity, and uncertainty; and the ability to let go of control. The journey of self-mastery increases our capacity to support and move others beyond fear (Viney & Rivers, 2007).

Social Justice (社会正義) : This concept relates to upholding moral, legal, and humanistic principles. This value is reflected in professional practice when assuring equal treatment under the law and equal access to quality health care (American Association of Colleges of Nursing, 2007). Social Justice is acting in accordance with fair treatment regardless of economic status, race, ethnicity, age, citizenship, disability, or sexual orientation” (American Association of Colleges of Nursing, 2008, p. 28).

Translational research (トランスレーショナル研究) : Translational research includes two areas of translation. One is the process of applying discoveries generated during research in the laboratory, and in preclinical studies, to the development of trials and studies in humans. The second area of translation concerns research aimed at enhancing the adoption of best practices in the community.

Values (価値) : Something of worth; a belief held dearly by a person (Kozier & Erb, 2007).

Vulnerable Populations (脆弱な集団) : Refers to social groups with increased relative risk (e.g., exposure to risk factors) or susceptibility to health-related problems. Vulnerability is evidenced in higher comparative mortality rates, lower life expectancy, reduced access to care, and diminished quality of life (UCLA School of Nursing, 2008).

References

Advanced Practice Consensus Work Group & National Council of State Boards of

- Nursing. (2008). Consensus model for regulation of APRNs: Licensure, accreditation, certification, & education. Retrieved August 3, 2010 from <http://www.aacn.nche.edu/Education/>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). AHRQ patient safety network
Glossary. Retrieved June 20, 2009, <http://www.psnet.ahrq.gov/glossary.aspx#J>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). The guide to clinical preventive services 2009: Recommendations of the U.S. Preventive Services task force. Retrieved December 06, 2009, from <http://www.ahrq.gov/clinic/USpstfix.htm>.
- Aiken, L. H, Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Education levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623.
- Allan, J., Agar Barwick, T., Cashman, S., Cawley, J. F., Day, C., Douglass, C. W. et al. (2004). Clinical prevention and population health. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(5), 470-481.
- Allan, J., Stanley, J., Crabtree, M., Werner, K., & Swenson, M. (2005). Clinical prevention and population health curriculum framework: The nursing perspective. *Journal of Professional Nursing*, 21(5), 259-267.
- Alliance for Nursing Informatics. (2010). ANI and the TIGER initiative. Retrieved July 29, 2010, from <http://www.allianceni.org/tiger.asp>.
- American Academy of Nurses. (2009). Nurses transforming health care using genetics and Genomics. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2004). Position statement on the practice doctorate in nursing. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2006). Essentials of doctoral education for advanced nursing practice. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2007). White paper on the education and role of the clinical nurse leader™. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2008). Position statement on the preferred vision of the professoriate in baccalaureate and graduate nursing programs. Washington, DC: Author American Association of Colleges of Nursing.
- American Association of Colleges of Nursing (2009). Toolkit of resources for cultural competent education for baccalaureate nurses. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing, (2010). Establishing a culturally competent master's and doctorally prepared nursing workforce. Washington,

DC: Author.

- American Association of Colleges of Nursing and Association of American Medical Colleges. (2010). Lifelong learning in medicine and nursing, Final conference report. Retrieved August 2, 2010, from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/MacyReport.pdf>.
- American Association of Colleges of Nursing, (2010). Position statement on the research-focused doctoral programming in nursing: pathways to excellence. Washington, DC: Author.
- American Association for the History of Nursing (2001). Position paper on history in the curriculum. Access at <http://www.aahn.org/position.html>
- American Nurses Association. (2005). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: Author
- American Nurses Association. (2009). The nursing risk management series: Common insurance and legal terms. Retrieved July 8, 2009, from <http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod311/cerm2at1.htm>
- APRN Joint Dialogue Group (2008). Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification, & Education. Retrieved February 2, 2011, from <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/APRNReport.pdf> (page 7)
- Association for Prevention Teaching and Research. (2009). Clinical prevention and population health curriculum framework. Retrieved August 3, 2010, from http://www.atpm.org/CPPH_Framework/index.html
- Association of American Colleges and Universities. (2007). College learning for the new global century: A report from the national leadership council for Liberal Education & America's Promise. Washington, DC: Author.
- Bakken, S. (2006). Informatics for patient safety: A nursing research perspective. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 219-254.
- Bakken, S., Stone, P., & Larson, E. (2007). A nursing informatics research agenda for 2008-18: Contextual influences and key components. *Nursing Outlook*, 56(5), 206-214.
- Bartels, J. E. (2005). Educating nurses for the 21st century. *Nursing and Health Sciences*, 7, 221-225.
- Beaglehole, R., Ebrahim, S., Reddy, S., Voute, J., & Leeder, S. (2007). Prevention of chronic disease: A call to action. *Lancet*, 370, 2152-2157.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). Educating nurses: A call for radical transformation. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167-194.
- Brennan Ramirez, L. K., Baker, E. A., & Meltzer, M. (2008). Promoting health equity: A resource to help communities address social determinants of health. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

- Brown, S.J. (2009). *Evidenced-based nursing: The research-practice connection*. Norwich, VT: Jones & Bartlett.
- The California Endowment. (2003). *Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals*. Woodland, CA: Author.
- Center for Clinical and Translational Sciences (2010). What is translational research? Retrieved August 3, 2010, from <http://ccts.uth.tmc.edu/what-is-translational-research>
- Center for Vulnerable Population Research, UCLA School of Nursing. (2008). Who are vulnerable populations? Retrieved August 18, 2008, from <http://www.nursing.ucla.edu/orgs/cvpr/whoarevulnerable.html>
- Centers for Disease Control & Prevention. (2009). The guide to community preventive services glossary. Retrieved December 06, 2009 from <http://www.thecommunityguide.org/about/glossary.html>.
- Consensus Panel on Genetic/Genomic Nursing Competencies. (2009). *Essentials of genetic and genomic nursing: Competencies, curricula guidelines, and outcome indicators*, 2nd Ed. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Pohl, J., Barnsteiner, J., Moore, S., Sullivan, et al. (2009). Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing Outlook*, 57(6), 338-348.
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science, *Implementation Science*, 4, 50-64.
- Donabedian, A. (1983). Quality assessment and monitoring. *Evaluation & the Health Profession*, 6(3), 363-375.
- Fazzi, R., Agoglia, R., & Mazza, G. (2006). Briggs National Quality Improvement Hospitalization reduction. *Caring*, 25(2), 70-75.
- Gallup Poll. (2006). Honesty/ethics in professions. Retrieved August 18, 2008, from <http://www.galluppoll.com/content/?ci=1654&pg=1>
- Gaziano, T., Galea, G., & Reddy, K. S. (2007). Scaling up for interventions for chronic disease prevention: The evidence. *Lancet*, 370, 1939-1946.
- Giger, J., Davidhizar, R., Purnell, L., Harden, J., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 95-102.
- Grace, P. J. (2001). Professional advocacy: Widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*, 2(2), 151-162.

- Greco, K. E., & Salveson, C. (2009). Identifying genetics and genomics nursing competencies common among published recommendations. *Journal of Nursing Education*, 48(10), 557-565.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Guttmacher, A., & Collins, F. (2002). Genomic medicine a primer. *New England Journal of Medicine*, 347, 1512-20.
- Hammer, D. (2003). Civility and professionalism. In A. Berger (Ed.), *Promoting Civility in Pharmacy Education* (pp.7191). Binghamton: Pharmaceutical Products Press.
- Hanks, R.G. (2007). Barriers to nursing advocacy: A concept analysis. *Nursing Forum* 42(4), 171-178.
- Hebda, T., & Calderone, T.L. (2010). What nurse educators need to know about the TIGER initiative. *Nurse Educator*, 35(2), 56-60.
- Hughes, R. G., & Blegen, M. (2008). Medication administration safety. In R.G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Institute for Health Metrics. (2007). Incentives for quality care—Is this the future? Retrieved from <http://www.healthmetrics.org/eNews/index.html>.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2005). *Building a better delivery system: A new engineering/health care partnership*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an aging America: Building the healthcare workforce*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2009). *Redesigning continuing education in the health professions*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2010). Robert Wood Johnson Foundation initiative on the future of nursing, at the Institute of Medicine. Retrieved on February 16, 2010, from <http://www.iom.edu/Activities/Workforce/Nursing.aspx>
- Interprofessional Professionalism Collaborative. (2008). *Interprofessional professionalism: What's all the fuss?* [PowerPoint slides]. Presented at the American Physical Therapy Meeting on February 7, 2008, in Nashville, TN.

- Klein, J. (1990). *Interdisciplinarity, history, theory and practice*. Detroit, MI: Wayne State University Press.
- Kozier, B., & Erb, G. (2007). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- LaPorte, T. R. (1988). The United States air traffic system: Increasing reliability in the midst of rapid growth. In R. Mayntz & T.P. Hughes (Eds.), *The Development of large technical systems* (pp. 215-244). Boulder: Westview Press.
- Malloch, K., & Porter O'Grady, T. (2009). *The Quantum Leader: Applications for the New World of Work* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Marx, D. (2001) Patient safety and the “just culture.” A primer for health care executives. New York, NY: Columbia University.
- Maurer, F., & Smith, C. M. (2004). *Community/public health nursing*. St. Louis, MO: Elsevier.
- May, K. M., Phillips, L. R., Ferketich, S. L., & Verran, J. A. (2003). Public health nursing: The generalist in a specialized environment. *Public Health Nursing*, 20(4), 252-259.
- McCormick, K., Delaney, C., Brennan, P., Effken, J., Kendrick, K., Murphy, J. et al. (2007). Guideposts of the future – An agenda for nursing informatics. *Journal of American Medical Informatics Association*, 14, 19-24.
- McDaniel, A., & Delaney, C. (2007). Training scientists in the nursing informatics research agenda. *Nursing Outlook*, 55(2), 115-116.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mitchell, P. H., Belza, B., Schaad, D. C., Robins, L. S., Gianola, F. J., Odegaard, P. S. et al. (2006). Working across the boundaries of health professions disciplines in education, research, and service: The University of Washington experience. *Academic Medicine*, 81(10), 891-896.
- National Institutes of Health. (2002-2006). Strategic research plan and budget to reduce and ultimately eliminate health disparities, Vol. 1, fiscal years 2002-2006. Retrieved August 3, 2010, from http://ncmhd.nih.gov/our_programs/strategic/pubs/VolumeI_031003EDrev.pdf
- National Institutes of Health. (2009). Family history and improving health [PDF document]. Retrieved from panel statement: <http://consensus.nih.gov/2009/familyhistorystatement.htm>
- National Priorities Partnership. (2008). *National priorities and goals: Aligning our efforts to transform america's healthcare*. Washington, DC: National Quality Forum.
- National Research Council. (2005). *Advancing the nation's health needs: NIH research training programs*. Washington. DC: National Academies Press.

- Nelson, E., Batalden, P., & Godfrey, M. (2007). *Quality by design: a clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey Bass.
- Nelson, E. C., Godfrey, M. M., Batalden, P. B., Berry, S. A., Bothe, A. E., McKinley, K.E. et al. (2008). Clinical microsystems, Part 1. The building blocks of health systems. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(7), 367-378.
- O'Connell, M. B., Korner, E. J., Rickles, N. M., & Sias, J. J. (2007). Cultural competence in health care and its implications for pharmacy Part 1 Overview of key concepts in multicultural health care. *Pharmacotherapy*, 27(7), 1062-1079.
- O'Daniel, M., & Rosenstein, A. (2008). Professional communication and team collaboration. In R.G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Parse, R. R., Barrett, E., Bourgeois, M., Dee, V., Egan, E., Germain, C. et al. (2000). Nursing theory-guided practice: A definition. *Nursing Science Quarterly*, 13, 177.
- Payler, J., Meyer, E., & Humphris, D. (2008). Pedagogy for interdisciplinary education—what do we know and how can we evaluate it? *Health and Social Care*, 7(2), 64-78.
- Prows, C. A., & Prows, D. R. (2004). Medication selection by genotype: how genetics is changing drug prescribing and efficacy. *American Journal of Nursing*, 104(5), 60-71.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2007). *Quantum leadership: A resource for health care innovation*, 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2009). *Innovation leadership: Creating the landscape of health care*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Powers, B.A., Knapp, T.R. (1990). *A dictionary of nursing theory and research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2008). *Transcultural health care: A culturally competent approach*, 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Quality and Safety Education for Nurses. (2010). Graduate competency KSAs. Retrieved May 28, 2010, from http://www.qsen.org/ksas_graduate.php#informatics.
- Quam, L., Smith, D., & Yach, D. (2006). Rising to the global challenge of the chronic disease epidemic. *Lancet*, 368, 1221-1223.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770.
- Ring, J., Nyquist, J., Mitchell, S., (2009). *Curriculum for culturally responsive care: the step-by-step guide for cultural competence training*. Oxford: Radcliffe Publishing
- Rindfleisch, T. (1997). *Privacy, information technology and healthcare*. New York:

- ACM Press.
- Robert Wood Johnson Foundation. (2009). Glossary of health care quality terms. Retrieved June 30, 2009, from <http://www.rwjf.org/qualityequality/glossary.jsp>
- Roberts, K. H. (1990). Managing high reliability organizations. *California Management Review*, 32, 101-113.
- Schim, S. M., Benkert, R., Bell, S. E., Walker, D. S., & Danforth, C.A. (2006). Social justice: Added metaparadigm concept for urban health nursing. *Public Health Nursing*, 24(1), 73-80.
- Sobo, E., Bowman, C., & Gifford, A. (2008). Behind the scenes in health care improvement: The complex structures and emergent strategies of implementation science. *Social Science and Medicine*, 67(10), 1530-1540.
- Suby, C. (2009). Indirect care: The measure of how we support our staff. *Creative Nursing*, 15(2), 98-103. DOI: 10.1891/1078-4535.15.2.98.
- Spenceley, S. M., Reutter, L., & Allen, M. N. (2006). The road less traveled: Nursing advocacy at the policy level. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3), 180-194.
- Stanley, J.M. (2008). AACN Shaping a Future Vision for Nursing. In B.A. Moyer & R.A. Wittman-Price (Eds.), *Nursing Education: Foundations for Practice Excellence*. (pp. 299-310). Philadelphia: F.A. Davis.
- Starfield, B., Hyde, J., Gervas, J., & Heath, I. (2008). The concept of prevention: A good idea gone astray? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 580-583.
- United States Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010*. McLean, VA: International Medical Publishing.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000b). Plain language: A promising strategy for clearly communicating health information and improving health literacy. Retrieved August 18, 2008, from <http://www.health.gov/communication/literacy/plainlanguage/PlainLanguage.htm>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *Healthy people 2010 midcourse Review*. Retrieved December 8, 2009, from <http://www.healthypeople.gov/Data/midcourse/pdf/ExecutiveSummary.pdf>.
- University of North Carolina at Charlotte. (2009). *Organizational science*. Retrieved July 8, 2009, from <http://orgscience.uncc.edu>.
- Upenieks, V.V., Akhavan, J., Kotlerman, J., Esser, J., & Ngo, M.J. (2007). Value-added care: A new way of assessing staffing ratios and workload variability. *Journal of Nursing Administration*, 37(5), 243-252.
- van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: How evidence-based nursing requires evidence-based implementation, *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302-310.
- Viney, M., & Rivers, N. (2007). Frontline managers lead an innovative

- improvement model. *Nursing Management*, 38, 10.
- Warner, J. R. (2003). A phenomenological approach to political competence: Stories of nurse activities. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 4(2), 135-143.
- Weick K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (2008). 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Retrieved December 8, 2009, from <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>.
- World Health Organization. (2010). Vertical-horizontal synergy of the health workforce. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 4.
- Xiaoyan, B., & Jezewski, M. A. (2006). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.

APPENDIX A

Task Force on The Essentials of Master's Education in Nursing

Joanne Warner, PhD, RN, Chair
Dean, University of Portland
School of Nursing

Lynn Babington, PhD, RN
CCNE liaison
Northeastern University
School of Nursing

Jean Bartels, PhD, RN
Vice President for Academic Affairs
and Provost
Georgia Southern University

Joyce Batcheller, DNP, RN, NEA-BC,
FAAN, practice representative
Senior Vice President/System Chief
Nursing Officer
Seton Family of Hospitals
James Harris, DSN, RN, MBA,
FAAN, APRN-BC, practice
representative
Deputy Chief Nursing Officer
Department of Veterans Affairs

Patricia Martin, PhD, RN, FAAN
Dean, Wright State University
College of Nursing and Health

David Reyes, MN, MPH, RN, public
health practice liaison
Health Services Administrator
Public Health – Seattle & King County

Julie Sebastian, PhD, RN, FAAN
AACN Board liaison
Dean, University of Missouri-Saint
Louis
College of Nursing

Geraldine (Polly) Bednash, PhD, RN,
FAAN, staff liaison
Chief Executive Officer, Executive
Director

Kathy McGuinn, MSN, RN, CPHQ,
staff liaison
Director of Special Projects

Joan Stanley, PhD, RN, FAAN, staff
liaison
Senior Director of Education Policy

Horacio Oliveira, staff liaison
Education Policy and Special Projects
Coordinator

APPENDIX B

Participants who attended Stakeholder Meetings (N=18)

Carol J. Bickford
American Nurses Association
Senior Policy Fellow
Silver Spring, MD

Sandra Bruce
National Nursing Staff Development
Organization
Nurse Education Program Manager
Pensacola, FL

Evelyn Calvillo
AACN Cultural Competency Advisory
Group
Professor and Associate Director
California State University, Los
Angeles
Los Angeles, CA

Michelle Cravetz
Association of State and Territorial
Directors of Nursing
Executive Director
Clifton Park, NY

Marjorie Godfrey
Dartmouth Institute for Health Policy
and Clinical Practice
Instructor
Hanover, NH

Hollye Harrington Jacobs
End-of-Life Nursing Education
Consortium
Project Director
Washington, DC

Mary Enzman Hines
American Holistic Nurses Association
President Elect
Flagstaff, AZ

Jean Jenkins
National Human Genome Research
Institute
Senior Clinical Advisor to the Director,
National Institutes of Health
Bethesda, MD

Rebecca Jones
Council on Graduate Education for
Administration in Nursing
Chancellor & Professor, West Suburban
College
E. Lombard, IL

Jean Matthews
Quad Council of Public Health
Nursing Organizations
Public Health Program
Specialist/Nurse
Manager
Wheat Ridge, CO

Deborah M. Nadzam
Practice Leader, Patient Safety
Services
Joint Commission Resources, Inc.
Oak Brook, IL

Carmen Paniagua & Kem Louie
National Coalition of Ethnic and
Minority Nurses Association
Little Rock, AR
Cecilia Plaza
American Association of Colleges of
Pharmacy
Director of Academic Affairs and
Assessment
Alexandria, VA

Mary-Anne Ponti
American Organization of Nurse
Executives (AONE)
Board Member
Washington, DC

Nancy Specter
National Council of State Boards of
Nursing
Director of Education
Chicago, IL

Kathy Stephens Williams
American Association of Critical Care
Nurses
Past Board Member
Aliso Viejo, CA

APPENDIX C

Schools of Nursing that Participated in the Regional Meetings or Provided
Feedback (N=282)

Allen College
Waterloo, IA

Ball State University
Muncie, IN

Alverno College
Milwaukee, WI

Bellarmino University
Louisville, KY

Anderson University
Anderson, IN

Bellevue University
Omaha, NE

Angelo State University
San Angelo, TX

Bellin College
Green Bay, WI

Arkansas State University
State University, AR

Benedictine University
Lisle, IL

Auburn University
Auburn, AL

Binghamton University
Binghamton, NY

Augustana College
Sioux Falls, SD

Blessing-Rieman College of Nursing
Quincy, IL

Aurora University
Aurora, IL

Boise State University
Boise, ID

Azusa Pacific University
Azusa, CA

Brenau University
Gainesville, GA

Brigham Young University
Provo, UT

California Baptist University
Riverside, CA
California State
University-Dominguez Hills
San Rafael, CA

California State University-Fullerton
Fullerton, CA

California State University-Lon Beach
Long Beach, CA

California State University-Los
Angeles
Los Angeles, CA

California State University-San
Marcos
San Marcos, CA

California State University-Stanislaus
Turlock, CA

California University of Pennsylvania
California, PA

Carlow University
Pittsburgh, PA

Case Western Reserve University
Cleveland, OH

Cedarville University
Cedarville, OH

Central Methodist University
Fayette , MO

Chamberlain College of Nursing
Columbus, OH

Chatham University
Pittsburgh, PA

Clayton State University
Huntertown, IN

Clemson University
Clemson, SC

College of Mount Saint Joseph
Cincinnati, OH

College of Notre Dame of Maryland
Baltimore, MD

College of Staten Island
Staten Island, NY

Columbus State University
Columbus, GA

Creighton University
Omaha, NE

Curry College
Milton, MA

Delaware State University
Dover, DE

DePaul University
Chicago, IL

DeSales University
Center Valley, PA

Drexel University
Philadelphia, PA

Duke University Durham, NC	Tallahassee, FL
D'Youville College Buffalo, NY	Florida Atlantic University Boca Raton, FL
East Tennessee State University Johnson City, TN	Florida Gulf Coast University Fort Myers, FL
Eastern Mennonite University Harrisonburg, VA	Florida International University Miami, FL
Eastern Michigan University Ypsilanti, MI	Florida State University Tallahassee, FL
Eastern University St. Davids, PA	Framingham State College Framingham, MA
Edgewood College Madison, WI	George Mason University Fairfax , VA
Elmhurst College Elmhurst, IL	Georgetown University Washington, DC
Elms College Chicopee, MA	Georgia Southern University Statesboro, GA
Emory University Atlanta, GA	Goshen College Goshen, IN
Excelsior College Albany, NY	Governors State University University Park, IL
Felician College Lodi, NJ	Grand Canyon University Phoenix, AZ
Ferris State University Big Rapids, MI	Grand Valley State University Grand Rapids, MI
Florida A&M University	Grand View University Des Moines, IA

Hawaii Pacific University
Kaneohe, HI

Holy Family University
Philadelphia, PA

Hunter College of CUNY
New York, NY

Idaho State University
Pocatello, ID

Immaculata University
Immaculata, PA

Indiana University of Pennsylvania
Indiana, PA

Indiana University-Purdue University
(Fort Wayne)
Fort Wayne, IN

Indiana University-Purdue University
(Indianapolis)
Indianapolis, IN

Indiana Wesleyan University
Marion, IN

InterAmerican College
National City, CA

James Madison University
Harrisonburg, VA

Jefferson College of Health Sciences
Roanoke, VA

Johns Hopkins University
Baltimore, MD

Kennesaw State University
Kennesaw, GA

Kent State University
Kent, OH

Keuka College
Keuka Park, NY

Loma Linda University
Loma Linda, CA

Lourdes College
Sylvania, OH

Loyola University Chicago
Chicago, IL

Loyola University New Orleans
New Orleans, LA

Lynchburg College
Lynchburg, VA

Madonna University
Livonia, MI

Marquette University
Milwaukee, WI

Marymount University
Arlington, VA

McKendree University
Lebanon, IL

McNeese State University
Lake Charles, LA

GH Institute of Health Professions
Boston, MA

Michigan State University East Lansing, MI	Aston, PA
Millikin University Bloomington, IL	New York University New York, NY
Minnesota State University Moorhead Moorhead, MN	North Dakota State University Fargo, ND
Misericordia University Dallas, PA	North Park University Chicago, IL
Monmouth University West Long Branch, NJ	Northern Arizona University Flagstaff, AZ
Moravian College Bethlehem, PA	Northern Illinois University DeKalb, IL
Mount Carmel College of Nursing Columbus, OH	Northern Kentucky University Highland Heights, KY
Mount St Mary's College Los Angeles, CA	Northern Michigan University Marquette, MI
Muskingum University New Concord, OH	Northwest Nazarene University Nampa, ID
National University La Jolla, CA	Northwestern State University of Louisiana Shreveport, LA
Nazareth College Rochester, NY	Norwich University Northfield, VT
Nebraska Methodist College Omaha, NE	Nova Southeastern University Fort Lauderdale, FL
Nebraska Wesleyan University Lincoln, NE	Oakland University Rochester, MI
Neumann College,	Ohio University Athens, OH

Old Dominion University
Norfolk, VA

Olivet Nazarene University
Bourbonnais, IL

Otterbein College
Westerville, OH

Pace University
New York, NY

Palm Beach Atlantic University
West Palm Beach, FL

Patty Hanks Shelton School of
Nursing
Abilene, TX

Pennsylvania State University
University Park, PA

Prairie View A & M University
Houston, TX

Purdue University
West Lafayette, IN

Quinnipiac University
Hamden, CT

Research College of Nursing
Kansas City, MO

Rivier College
Nashua, NH

Robert Morris University
Moon Township, PA

Rush University Medical Center
Chicago, IL

Saginaw Valley State University
University Center, MI

Saint Ambrose University
Davenport, IA

Saint Anthony College of Nursing
Rockford, IL

Saint Cloud State University
St. Cloud, MN

Saint Joseph's College- New York
Brooklyn, NY

Saint Joseph's College of Maine
Standish, ME

Saint Louis University
St. Louis, MO

Saint Xavier University
Chicago, IL

Salem State College
Salem, MA

Salisbury University
Salisbury, MD

Samford University
Birmingham, AL

Samuel Merritt University
Oakland, CA

San Diego State University

San Diego, CA	Philadelphia, PA
San Francisco State University San Francisco, CA	Texas A&M University-Corpus Christi Corpus Christi, TX
Seattle University Seattle, WA	Texas Christian University Fort Worth, TX
Shenandoah University Winchester, VA	Texas Tech University Health Sciences Center Lubbock, TX
Simmons College Boston, MA	Texas Woman's University Denton , TX
South Dakota State University Sioux Falls, SD	The Catholic University of America Washington, DC
Southern Illinois University Edwardsville Edwardsville, IL	The College of New Jersey Ewing, NJ
Southern University and A&M College Baton Rouge, LA	The George Washington University Washington, DC
Spring Hill College Mobile, AL	The Ohio State University Columbus, OH
Stevenson University Stevenson, MD	The Sage Colleges Albany , NY
SUNY Downstate Medical Center Brooklyn, NY	The University of Alabama Tuscaloosa, AL
SUNY Institute of Technology at Utica/Rome Utica, NY	The University of Alabama in Huntsville Huntsville, AL
SUNY Upstate Medical University Syracuse, NY	The University of Louisiana at Lafayette Lafayette, LA
Temple University	

Thomas Jefferson University Philadelphia, PA	Gainesville, FL
Touro University Henderson, NV	University of Hartford West Hartford, CT
Towson University Towson, MD	University of Hawaii at Manoa Honolulu, HI
University at Buffalo Buffalo, NY	University of Houston-Victoria Victoria, TX
University of Alaska Anchorage Anchorage, AK	University of Illinois at Chicago Chicago, IL
University of Arizona Tucson, AZ	University of Iowa Iowa City, IA
University of California-Davis Davis, CA	University of Kansas Kansas City, KS
University of California-San Francisco San Francisco, CA	University of Mary Bismarck, ND
University of Central Arkansas Conway, AR	University of Maryland Baltimore, MD
University of Central Florida Orlando, FL	University of Massachusetts-Lowell Lowell, MA
University of Cincinnati Cincinnati, OH	University of Michigan Ann Arbor, MI
University of Colorado Denver Denver, CO	University of Medicine & Dentistry of New Jersey Newark, NJ
University of Connecticut Storrs, CT	University of Mississippi Medical Center Jackson, MS
University of Florida	University of Missouri-Columbia

Columbia, MO

University of Missouri-Kansas City
Kansas City, MO

University of Missouri-Saint Louis
St Louis, MO

University of Nebraska
Lincoln, NE

University of Nevada-Las Vegas
Las Vegas, NV

University of Nevada-Reno
Reno, NV

University of New Hampshire
Durham, NH

University of New Mexico
Albuquerque, NM

University of North Alabama
Florence, AL

University of North Carolina-
Greensboro
Greensboro, NC

University of North Dakota
Grand Forks, ND

University of Northern Colorado
Greeley, CO

University of Pennsylvania
Philadelphia, PA

University of Phoenix
Phoenix, AZ

University of Pittsburgh
Pittsburg, PA

University of Portland
Portland, OR

University of Rhode Island
Kingston, RI

University of Rochester
Rochester, NY

University of Saint Francis- Illinois
Joliet, IL

University of Saint Francis- Indiana
Fort Wayne, IN

University of San Diego
San Diego, CA

University of San Francisco
San Francisco, CA

University of South Alabama
Mobile, AL

University of South Carolina
Columbia, SC

University of South Florida
Tampa, FL

University of Southern Indiana
Evansville, IN

University of Southern Maine
Portland, ME

University of Tennessee Health
Science Center
Memphis, TN

University of Texas Health Science
Center-Houston
Houston, TX

University of Texas Health Science
Center-San Antonio
San Antonio, TX

University of Texas-Arlington
Arlington, TX

University of Texas-Austin
Austin, TX

University of Texas-Brownsville
Brownsville, TX

University of Texas-Pan American
Edinburg, TX

University of Texas-Tyler
Tyler, TX

University of the Incarnate Word
San Antonio, TX

University of Toledo
Toledo, OH

University of Virginia
Charlottesville, VA

University of Washington
Seattle, WA

University of West Georgia
Carrollton, GA

University of Wisconsin-Milwaukee
Milwaukee, WI

University of Wisconsin-Oshkosh
Oshkosh, WI

University of Wyoming
Laramie, WY

Ursuline College
Pepper Pike, OH

Valdosta State University
Valdosta, GA

Villanova University
Villanova, PA

Virginia Commonwealth University
Richmond, VA

Viterbo University
LaCrosse, WI

Walden University
Minneapolis, MN

Washburn University
Topeka, KS

Washington State University
Spokane, WA

Washington State University
Vancouver, WA

Washington State University
Spokane, WA

Waynesburg University
Waynesburg, PA

Weber State University Ogden, UT	Pomona, CA
Webster University St. Louis, MO	Wichita State University Wichita, KS
Wesley College Dover, DE	Widener University Chester, PA
West Chester University West Chester, PA	Wilkes University Wilkes-Barre, PA
West Coast University Costa Mesa, CA	William Carey University Hattiesburg, MS
West Suburban College of Nursing Oak Park, IL	William Paterson University Wayne, NJ
West Texas A&M University Canyon, TX	Wilmington University New Castle, DE
West Virginia University Morgantown, WV	Winona State University Winona, MN
Western Carolina University Cullowhe, NC	Winston-Salem State University Winston-Salem, NC
Western Governors University Salt Lake City, UT	Wright State University Dayton , OH
Western Kentucky University Bowling Green, KY	Yale University New Haven, CT
Western University of Health Sciences	York College of Pennsylvania York, P

APPENDIX D

Professional Organizations that Participated in the Regional Meetings or Provided Feedback (N=9)

American Academy of Nurse
Practitioners National Certification
Program
Austin, TX

Genetic Health Care Expert Panel of
the American Academy of Nursing
Washington, DC

American Association for the History
of Nursing
Wheat Ridge, CO

International Society of Nurses in
Genetics
Pittsburgh, P

American Nurses Association
Silver Spring, MD

Louisiana State Board of Nursing
Baton Rouge, LA

American Organization of Nurse
Executives
Washington, DC

National Cancer Institute
Bethesda, MD

National Institutes of Health
Bethesda, MD

APPENDIX E

Healthcare Systems that Participated in the Regional Meetings (N=3)

PinnacleHealth
Harrisburg, PA

Elmhurst Memorial Hospital
Elmhurst, IL

Portland VA Medical Center
Portland, OR

資料 2

博士前期（修士）課程教育において修得すべき能力の検討の
ためのインタビューガイド

看護の専門性について、どのような点を学部教育との違いと意識して教育しているのか、どのようなことを大切にしているのか、を聞く項目

1. **修士課程において学部と異なったレベルの期待はどこにおいているのか（Essential I）**
 - ① どんな人に育てたいかということを明示しているか
 - ② その内容はどんなものか
2. **修士を持った人が展開する看護の専門性をどのように教授しているか。（Essential I）**
 - ① 修了生がどのようなスコープを持って出ていくか
 - ② 専門科目・共通科目の組み合わせをどのようにしているか
 - ③ 看護をどう教授しているか

個人や集団など様々な対象について、エビデンスに基づくケアの改善ができる実践能力を、どのように教育しているのか、を聞く項目

3. **修士修了の看護実践をどのレベルとしているか（Essential I）**
 → *ここでは、看護実践の対象の広がり と実践内容の深さを聞いていく
 - ① 看護実践の対象を個人だけでなく、集団、地域、組織、政策へと広がりを持って捉えることができる能力について、教育しているか
 - ② 各対象に対する看護実践の内容については、どの程度まで深めて教育しているか
4. **トランスナルリサーチの結果をエビデンスとして実践に応用し、ケアの改善をしていく能力について（Essential IV）**
 - ① どの程度重視しているか
 - ② どのような内容を教育しているのか
 - ③ どのような方法で教育しているのか
 - ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）
5. **個人だけではなく、集団も含め、ケアの質改善の情報を分析し、エビデンスに基づく計画を実行し、ケアの質と安全性の影響を評価する能力について（Essential III）**
 - ① どの程度重視しているか
 - ② どのような内容を教育しているのか
 - ③ どのような方法で教育しているのか
 - ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

コミュニケーションを使ってリーダーシップを発揮し、他職種を巻き込みながら率先して物事にとりかかっていく、ということを、意図的に教育しているのか、を聞く項目

6. 組織やシステムの中でリーダーシップを発揮する能力（葛藤の分析・管理も含む）について（EssentialⅡ）

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

7. 他職種と協働してケア提供する能力について（EssentialⅦ）

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

8. 医療チームのメンバーにリーダーシップスキル・コミュニケーションスキルを用いて主導する役割をとる能力について（EssentialⅨ）

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

集団を意識した公衆衛生活動をどのように教育しているのか、と聞く項目

9. 疾患の予防や公衆衛生活動を、個人及び集団に対する介入方法で考える能力について（EssentialⅧ）

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

10. 疾患の予防や公衆衛生活動への介入を、健康に関する広範囲のデータを統合して計画する能力について（EssentialⅧ）

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

看護実践に関連した政策を提言している能力について、どのように教育しているか、を聞く 項目

11. 実践の成果をエビデンスにする能力 (Essential IX)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか (評価方法を含む)

12. 医療システム (資源、経済性、管理) の分析能力について (Essential II)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか (評価方法を含む)

13. システムの改善や新たなモデルの提案ができることについて (Essential II)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか (評価方法を含む)

14. 政策や法律を理解することについて (Essential VI)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか (評価方法を含む)

15. 対象となる人々と看護の専門性向上のための政策を提案できるようになることについて (Essential VI)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか (評価方法を含む)

16. 公衆衛生の向上のために、看護のとるべき活動や政策提言について (Essential VI)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか (評価方法を含む)

最新の情報科学と医療技術を獲得する能力をどのように教育しているのか、を聞く項目

**17. エビデンスに基づく提供、ケアの向上、ケアの評価を目的とした情報科学や医療技術について
(Essential V)**

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

18. 医療技術や情報技術の使用に関わる倫理や法について (Essential V)

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

**文化的、倫理的側面と看護の専門家としてのアイデンティティを学び続ける風土について、
どのように教育しているのか、を聞く項目**

**19. 臨床的予防や健康増進への介入に際し、文化的側面や倫理的側面に留意できる感覚について
(Essential VIII)**

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

**20. 生涯学習を通して学び続ける姿勢を持ち、専門的に学び続ける風土をつくる能力について
(Essential IX)**

- ① どの程度重視しているか
- ② どのような内容を教育しているのか
- ③ どのような方法で教育しているのか
- ④ 学生の到達度をどのような形で確認しているのか（評価方法を含む）

資料 3

看護学の博士前期（修士）課程において修得すべき
能力の調査用紙

看護系大学院における教育の基準策定と評価に関する調査研究
－看護系大学院博士前期課程(修士課程)において修得すべき能力に関する質問紙調査－

これからの看護系大学院博士前期課程(修士課程)において、修士(看護学)の学位を授与される修了生が修得すべき能力について、調査をしております。以下の質問について該当番号に○をつけて下さい。該当番号がない場合は、その他に○をつけ、()に記述して下さい。

A. 回答者についてお尋ねします

I. 所属大学の設置形態に○をつけ、研究科・専攻名についてご記入ください

1. 国立大学法人 (_____ 研究科 _____ 専攻)
2. 公立大学・公立大学法人 (_____ 研究科 _____ 専攻)
3. 私立大学 (_____ 研究科 _____ 専攻)
4. その他 (_____)

II. 貴研究科で授与する学位名をご記入ください。複数学位を授与されている場合は、全てお答え下さい<例： 修士(看護学、保健学)など>

修士(_____)

III. 職位についてお答え下さい。

1. 学長 2. 研究科長 3. 専攻長 4. 教授 5. 准教授
6. その他 (_____)

B. 以下に、博士前期課程(修士課程)において、修士(看護学)の学位を授与される修了生が修得すべき10の能力とその内容を示しております。これらの修得すべき能力の内容について、該当する重要度に○をつけて下さい。

I. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる

修得すべき能力の内容	非常に重要と思う	やや重要と思う	重要と思う	あまり重要と思わない	重要と思わない
1. 看護学の探究すべき課題について、察知し追求する	5	4	3	2	1
2. 社会における新たな課題を感知し、その対応について検討する	5	4	3	2	1
3. 看護の新たな問い、課題に対して、研究方法を駆使して探求する	5	4	3	2	1
4. 新たな知識や先進的な技術を探求し、活用する	5	4	3	2	1

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
5. 看護実践での問題を解決するために、必要なエビデンスを研究する	5	4	3	2	1
6. EBP (Evidence-based practice) を系統的に理解する	5	4	3	2	1
7. エビデンスをクリティークし、評価する	5	4	3	2	1
8. 問題を解決するためのエビデンスを検索する	5	4	3	2	1
9. 上記 1～8 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

II. 看護の対象(個人・家族・集団・地域)に対して、高度な看護を実践する

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 看護介入に必要な理論を身体・社会・心理・組織など学際的な観点から選択し、統合して活用する	5	4	3	2	1
2. 個人反応や集団力動的理論を個人のケア/対応に生かす	5	4	3	2	1
3. 最新のケア技術やエビデンスに基づいて、看護ケアを実践する	5	4	3	2	1
4. 看護のエビデンスを実践に基づいてつくっていく	5	4	3	2	1
5. 対象の立場にたって、包括的で系統的なアセスメントを実施する	5	4	3	2	1
6. 看護の倫理綱領に基づいた看護実践を普及する	5	4	3	2	1
7. 看護の対象をひろく捉えつつ、焦点化した対象に根拠に基づいて、看護介入する	5	4	3	2	1

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
8. 看護の対象を全体として捉えて ケアの場へ働きかけ、適切に看護 介入する	5	4	3	2	1
9. 学際的な視点に基づいて、多様な 方法でケアの安全性を確保する	5	4	3	2	1
10. エビデンスを使いケア改善を計画・ 実施・評価する	5	4	3	2	1
11. 看護実践において、説明責任を果 たす	5	4	3	2	1
12. 事例分析と統計分析の知識を通 じ、健康を促進させる方法を身に 付ける	5	4	3	2	1
13. 患者中心のケアのために他職種と も調整、交渉しつつ、看護ケアを実 施する	5	4	3	2	1
14. ケアの計画・実施・評価において 病気や疾患管理の知識を用いる	5	4	3	2	1
15. ケアの計画・実施・評価において 疫学的、社会的および環境的デー タを用いる	5	4	3	2	1
16. ケアの計画・実施・評価において 学習および教育原則を適用する	5	4	3	2	1
17. 情報技術の利用について、患者を 教育する	5	4	3	2	1
18. 実践/教育/研究に際し自らの行為 を説明し、共同を推進する	5	4	3	2	1
19. 看護実践・教育・研究がもたらす介 入効果を予測し、介入の適正を判 断する	5	4	3	2	1
20. 上記 1～19 以外で重要と思われる 修得すべき能力の内容があれば、 記入して下さい					

III. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 対象にとっての効果だけでなく費用対効果、組織的有効性などの観点を含めて評価する	5	4	3	2	1
2. 最新の情報を活用して(実践ガイドラインを用いて)、実践とケアの環境を改善する	5	4	3	2	1
3. ケアのシステムを設計しケアを持続的に改善する	5	4	3	2	1
4. ケアの質を改善するためにエビデンスを用いて組織や集団へ働きかける	5	4	3	2	1
5. 情報システム、統計と疫学の原理を用いて、アウトカムの改善やリスク低減のための戦略を立てる	5	4	3	2	1
6. 政策的な観点でケアの質保証やリスクマネジメントを理解する	5	4	3	2	1
7. 上記 1～6 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

IV. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする

取得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 組織の葛藤を分析し、葛藤を緩和するための方略を提案する	5	4	3	2	1
2. 個のマネジメントと組織のマネジメントの両側面から、看護をシステムとして捉える	5	4	3	2	1
3. 患者中心のケアを実践するにあたり、必要となる他職種や資源を巻き込みながら組織を管理する	5	4	3	2	1

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
4. 組織にとって必要な事柄を教育プログラムとして策定し、実施する	5	4	3	2	1
5. 安全で有効なケア技術および情報技術の利用について、教育プログラムを設定し、実施する	5	4	3	2	1
6. 上記 1～5 以外で重要と思われる修得すべき能力があれば、記入して下さい					

V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 新しい知識やモデルを実践に導入するための手法を理解し、その実現に向けてリーダーシップを発揮する	5	4	3	2	1
2. クリティカルシンキングやリフレクシオンを取り入れたリーダーシップを発揮する	5	4	3	2	1
3. 変化を促す知識と技術を活用して、ケアの改善に向けてリーダーシップを発揮する	5	4	3	2	1
4. 集団や組織の場のダイナミズムを読みながら、集団や組織を動かす	5	4	3	2	1
5. 看護と医療サービスの提供に影響を与えるケアの改善方法を主導する	5	4	3	2	1
6. 医療チームの中で、他職種に対して看護の役割や価値を表現し、ケアのリーダーシップを発揮する	5	4	3	2	1
7. 上記 1～6 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

VI. チームを形成し、専門性の相違を尊重した上で多職種間の協働を推進する

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 専門職間チームと効果的な連携関係を築くために、互いを尊重したコミュニケーションをとる	5	4	3	2	1
2. チームの看護師や他職種に対してケアの意図や必要性を説明し、連携する	5	4	3	2	1
3. リーダーシップスキルを用いて、医療チームの他のメンバーを教育し、指導し、助言する	5	4	3	2	1
4. 看護としての専門性と学際的な視点をもって他職種と柔軟に協働する	5	4	3	2	1
5. 医療チームにおいて看護師や他職種のコンサルテーションを実施する	5	4	3	2	1
6. 現場の看護の課題を可視化し、他職種と協働して解決に導く	5	4	3	2	1
7. ケア提供のためにコーディネーターの役割を担い、システムの円滑化を推進する	5	4	3	2	1
8. 上記 1～7 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

VII. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 健康について、学際的な視点から捉えるとともに、多様なデータを読み取り分析する	5	4	3	2	1
2. 健康に関する情報を収集・管理し、ケアに活用する方法を身に付ける	5	4	3	2	1

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
3. 公衆の健康・健康増進という視点から、看護実践を展開する	5	4	3	2	1
4. 公衆の健康・健康増進という視点から、看護の政策を提案する	5	4	3	2	1
5. 看護の対象に対して、いかなる時にも健康増進という視点から働きかける	5	4	3	2	1
6. 「疾患を予防する」という観点で集団への健康教育を実施する	5	4	3	2	1
7. 看護の対象に対して、疫学的な知識を活用してポピュレーション・アプローチを実践する	5	4	3	2	1
8. 事例分析と統計分析の知識を通じて、個人及び集団の健康を促進させる方法を身に付ける	5	4	3	2	1
9. 看護の対象である集団に対して、健康増進に向けて看護介入する	5	4	3	2	1
10. 患者の健康的側面も焦点化し、疾患を抱えて地域社会で生きるための支援方法を身に付ける	5	4	3	2	1
11. 上記 1～10 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

VIII. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提言する

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 法律・制度・政策が看護実践、健康に与える影響を分析し、解決策を提案する	5	4	3	2	1
2. 公衆の健康・健康増進や看護の専門性の向上に向けて、政策を提案する	5	4	3	2	1

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
3. 医療政策が個、集団、組織にもたらす格差や不平等を把握し、その是正に向けて資源・制度を活用する	5	4	3	2	1
4. 看護専門職としての考えや価値が政策に反映されるよう主張する	5	4	3	2	1
5. 診療報酬(医療経済)が看護ケア提供方法やアウトカムに及ぼす影響について分析し、改善案を提案する	5	4	3	2	1
6. 上記 1～5 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

IX. 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性を持って専門職としての責務を果たす

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 地域の機関／専門職と協働して、社会的弱者に対する倫理的課題に向けて取り組む	5	4	3	2	1
2. 個人や集団の持つ文化および倫理的側面を理解した上で、ケアを実践する	5	4	3	2	1
3. 患者や家族の擁護の立場から、安全なケア環境を促進し、倫理的実践を普及する	5	4	3	2	1
4. 倫理的問題に直面している患者や専門職を助けるために、科学や倫理原則を活用する	5	4	3	2	1
5. 専門職者として、医療提供の質の改善に対し、説明責任を果たす	5	4	3	2	1
6. ケア技術および情報技術の使用に関する倫理的原理や基準を理解する	5	4	3	2	1
7. 上記 1～6 以外で重要と思われる修得すべき能力の内容があれば、記入して下さい					

X. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する

修得すべき能力の内容	非常に 重要と思う	やや重要 と思う	重要と 思う	あまり重要 と思わない	重要と 思わない
1. 看護や医療に関する個人の哲学 を発展させ、看護実践に統合する	5	4	3	2	1
2.					
3. 看護学を取り巻く課題についての 感受性を研ぎ澄まし、主体性を持 って改善する	5	4	3	2	1
4. 自分自身と同僚の生涯学習を促 進するため、および実践に専門的 看護基準と責任を組み込むための 方策を設計する	5	4	3	2	1
5. より良いケアを決定するため生涯 学習のロールモデルになる	5	4	3	2	1
6. 他職種に対して専門職である看護 職のものの見方を明確に表現する	5	4	3	2	1
7. 上記 1～5 以外で重要と思われる 修得すべき能力の内容があれば、 記入して下さい					

C. 本調査研究で提示した、「博士前期課程(修士課程)」において、修士(看護学)の学位を授与される修了生が修得すべき 10 の能力」について、表現の妥当性をお尋ねします。「妥当」／「妥当ではない」のいずれか該当する方に○を付けて下さい。また、「妥当ではない」を選ばれた場合は、その理由もお書きください。

- I. 看護の課題を科学的に探究し、エビデンスをつくる
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- II. 看護の対象(個人、家族、集団、地域)に対して高度な看護を実践する
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- III. 看護が提供される対象や場に対し、質の改善に向けて実践する
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- IV. ケアが提供されている組織やシステムを分析し、マネジメントする
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)

- V. ケアを推進できる場や人的環境を整え、リーダーシップを発揮する
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- VI. チーム形成をし、専門性の相違を尊重したうえで多職種間の協働を推進する
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- VII. 公衆の健康に向けて、予防的な観点を踏まえて、人々の健康増進に取り組む
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- VIII. 政策が健康と看護に及ぼす影響を把握し、改善に向けて政策を提案する
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- IX. 多面的に多様な立場から分析し、倫理的・文化的感受性をもって専門職としての責務を果たす
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- X. 看護学の発展に寄与できるアイデンティティを形成する
「妥当」／「妥当ではない」:(理由)
- D. 本調査研究で提示した「博士前期課程(修士課程)において、修士(看護学)の学位を授与される修了生が修得すべき 10 の能力」以外で、重要と思われる能力があれば、根拠と共にその内容をお書きください。
- E. その他、本調査研究に対するご質問・ご意見があれば、お書き下さい。

以上で終了です。
回答へのご協力、ありがとうございました

平成 23 年度 文部科学省 大学における医療人養成推進等委託事業
「看護系大学院における教育の基準策定と評価に関する調査研究」
報告書

平成 24 年 3 月 31 日

発行

一般社団法人 日本看護系大学協議会

代表理事 野嶋 佐由美

〒101-0047 東京都千代田区内神田 2-11-5 大澤ビル 6 階

TEL : 03-6206-9451 FAX : 03-6206-9452

E-mail : office@janpu.or.jp

