

令和5年度先導的₁大学改革推進委託事業
「看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に向けた調査研究」

成果報告書
(事業 3.4)

令和6年3月25日

一般社団法人日本看護系大学協議会

本報告書は、文部科学省の大学改革推進委託費による委託業務として、一般社団法人日本看護系大学協議会が実施した令和5年度先導的大学改革推進委託事業：看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に向けた調査研究の成果を取りまとめたものです。

従って、本報告書の複製、転載等には文部科学省の承認手続きが必要です。

目次

はじめに

事業全体概要とこれまでの経緯	1
----------------------	---

第1章 目的と概要・実施体制

1. 目的と概要	2
2. 実施体制	3

第2章 事業3:「資質・能力案」に対する「到達度案」「教育内容案」の作成

1. 「資質・能力案」に対する到達度案の作成	4
2. 教育内容の素案作成の目的と方法	6

第3章 事業4:フィードバック検証①

1. 目的	14
2. 方法	14
3. 結果	18
4. 考察	20

第4章 事業4:フィードバック検証②

1. 目的	22
2. 方法	22
3. 結果	23
4. 考察	27

第5章 事業4:ブループリント

1. ブループリントの位置づけ	29
2. 目的	29
3. 方法	29
4. 結果	30
5. 考察	37

はじめに

事業全体概要とこれまでの経緯

一般社団法人日本看護系大学協議会(以下、「JANPU」という。)が文部科学省より『令和5年度「先導的・大学改革推進委託事業」看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に向けた調査研究』を受託し、「2040年以降の社会を想定した看護職、次世代を担う看護実践能力、そのために必要な教育内容」を明らかにすることを目的とし、本事業を実施した。看護学教育においてコンピテンシー基盤型教育を実現させることを目指し、次期「看護学教育モデル・コア・カリキュラム(以下、「看護学教育コアカリ」という。)」の改訂案作成のための事業1.2では以下のことが明らかとなった。

事業1では、保健師助産師看護学校養成所指定規則がコンテンツ基盤型教育に貢献したこと、その後の看護教育を取り巻く社会環境の変化、関連した答申、報告書等から、コンピテンシー基盤型教育並びにコンピテンシー基盤型カリキュラムへの転換が必要であることを明示した。コンピテンシー基盤型教育へ転換するためには、知識、スキル、態度、思考、判断、表現を統合したパフォーマンスとしてのアウトカム設定が必要であり、アウトカムとして臨地実習前・中・卒業時点での到達度の設定、評価基準等の作成が必要であり、学修成果を可視化し、看護職の看護実践能力を明らかにする必要性が示された。

さらに、事業2では、コンピテンシー基盤型教育のための看護学教育コアカリに向けて、看護職の基本的資質・能力(コンピテンシー)を提案するために、多くの看護教員、臨床看護師、高度実践看護師などを対象として、Chat型AIを用いて得たデータを分析した結果に基づき、デルファイ法を用いて専門家による合意形成を図りながら実施した。その結果、「資質・能力案」として11の分類、各分類に対する第2.3.4階層として1,130の資質・能力が得られた。上記の結果が提示された文部科学省看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会(第2回)では、資質・能力案のスリム化、指定規則や国家試験出題範囲との整合性、看護の表現の見直しが課題として示された。

本報告書では、事業1.2をもとに「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」骨子案・改訂素案を作成すべく、事業3.4について報告する。

第1章 目的と概要・実施体制

1. 目的と概要

JANPU では、社会のニーズに合わせた看護学教育内容の充実へ向けて、教育現場における課題等を的確に把握・整理し、次期「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂素案を作成することを目的に本調査研究を実施した。

事業3では、事業2で得られた「資質・能力案」に対してさらに分析を行い、「到達度案」「教育内容案」を作成した。「到達度案」ならびに「教育内容案」は、卒業時点を2040年の看護学生の学修成果の目標(学修目標)の到達とし、評価時期(マイルストーン(milestone:一里塚—コンピテンスが成長する際の節目に当たる時期に、どのレベルにいるかを示す明確な記述))を設定した。「資質・能力案」に対する「到達度案」は「①卒業時点でどのような資質・能力がどの程度求められるか(到達度)」、卒業時点で看護職の資質・能力を育成するためには「②各専門領域の臨地実習時点では、どのような指導の下、どのような実践の到達を求めるか」、臨地実習で実践するためには「③各専門領域の臨地実習前時点では学内の講義・演習でどのような能力の獲得がどの程度求められるか」の到達度を示した。

「教育内容案」は、Chat型AIを活用したインタビューによる第1.2回の大規模調査の質問項目、臨床業務従事者が認識する「看護職の業務」「現代の看護職に要求される資質・能力」「現代の看護職における課題」「EPA」のうち、「看護職の業務」「EPA」に関するデータの収集・分析を行った。また、看護師として求められる基本的な資質・能力を身に着けるうえで、必要な教育内容となる知識や技術に関して、Chat型AIの第1.2回調査のデータ収集では飽和しなかった項目を既存資料によりデータ収集し、別表化したものを「教育内容案」とし、第3.4回調査での対象者からの意見を踏まえて修正案を作成した。

事業4では、事業2、3で明らかとなった「資質・能力案」「到達度案」「教育内容案」など「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」骨子案に対してフィードバック検証を行った。これは、事業1で課題として挙げられたコンピテンス基盤型教育(以下、「CBE」という。)によるアウトカムの設定、知識、スキル、態度、思考、判断、表現を統合したパフォーマンスで学修成果を示すこと、学修成果の可視化によって看護職としての看護実践能力の測定の示唆を得るものである。CBEを実現するためには、コンピテンスに基づく学修方略と評価基準の開発が必要であり、アウトカムを設定すること、その評価と測定方法が必要であり、「資質・能力案」「到達度案」「教育内容案」の検討が必須であった。また、これらをもとに、看護学教育や看護学実習の質保証や評価を可能とするブループリント(設計図)の検証・作成を行った。

事業3・4のスケジュールと概要は図の通りである。

		事業③④の概要				
章	内容	2024.1月	2024.2月	2024.3月	3/25	
事業①の発展	はじめに ・2040年を見越して求められる看護師像 ・コンピテンス基盤型教育への転換 ・看護学基礎教育の質担保に向けた方策 ・臨地実習の在り方への示唆	JANPU看護学教育質向上委員会・ JANPU看護実践能力評価基準検討委員会で検討・作成～理事会承認				看護学教育モデル・コア・カリキュラム素案作成 看護実践能力評価基準検討委員会内で最終修正
事業②	第1章 資質・能力の11分類とその説明	データ分析 第1.2.3回調査で得られたデータの分析 ↓ 文献と既存資料の整合性 ↓ 構成概念妥当性 委員会内で第2.3章別表の修正	データ分析 文献と既存資料の整合性 ↓ 構成概念妥当性 委員会内で第2.3章別表作成	【第2.3章別表に対するのフィードバック検証】 ●調査時期・期間:2月中旬から下旬(2週間) ●調査方法:インターネット調査 ●対象者:第1.2.3回調査回答者 ●調査内容:第2.3章別表 【カリキュラム全体の構造と活用】 *JANPU高等教育行政対策委員会・看護学教育質向上委員会・有識者意見聴取	データ分析 フィードバック検証で得られたデータの分析 ↓ 文献と既存資料の整合性 ↓ 構成概念妥当性	
事業②	第2章 資質・能力の11分類に対する第2階層第3階層・第4階層(学修目標)到達度(マイルストーン)					
別表	教育内容					
事業②	学修目標に対する学修評価の方法					
事業③④	学修方略(教育方法)					
	ブループリント					
	カリキュラムの説明	JANPU看護実践能力評価基準検討委員会で検討・作成				
	学修目標、学修評価、到達度の説明 ブループリントの説明 教授・学修方略(教育方法)の説明					

事業 1.2.3.4 により「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」骨子案・改訂素案となる、「はじめに」「第 1 章」「第 2 章」の骨子案の作成、「第 3 章」構成案の考察を行う。

2. 実施体制

JANPU を組織母体として、理事会のもと、看護学教育質向上委員会、及び、看護実践能力評価基準検討委員会を組織し、この 2 つの委員会が連携し調査研究事業を実施する。本報告書事業 3.4 は看護実践能力評価基準検討委員会が実施する。

担 当	業務担当責任者
事業全体統括	鎌倉やよい(JANPU 代表理事、日本赤十字豊田看護大学学長、成人看護学)
事業運営責任者	荒木暁子(JANPU 看護実践能力評価基準検討委員会委員長、東邦大学、小児看護学・看護管理学)
事業 3.4:責任者	西村礼子(JANPU 看護実践能力評価基準検討委員会副委員長、東京医療保健大学、基礎看護学・看護教育学)

JANPU 看護実践能力評価基準検討委員会

役 職	氏 名	所 属	専 門 分 野
委員長	荒木暁子	東邦大学	小児看護学、看護管理学
副委員長	西村礼子	東京医療保健大学	基礎看護学・看護教育学
委員	佐藤聖一	国際医療福祉大学	看護教育学、基礎看護学、看護倫理学
委員	福田友秀	武蔵野大学	クリティカルケア看護学
委員	野島敬祐	京都橘大学	シミュレーション教育学、クリティカルケア看護学

第2章 事業3:「資質・能力案」に対する「到達度案」・「教育内容案」の作成

1. 「資質・能力案」に対する「到達度案」の作成

1-1. 資質・能力案に対する「到達度案」の作成の意義

CBE を実現するためには、臨床現場の看護師がどのようなコンピテンシーを身に付けることが必要か、そして身に付いたかどうかを、看護学基礎教育の卒業時点での到達度について、ディプロマサブリメントなどで学修成果が可視化されることが期待される。臨床現場での看護の質を保証し看護成果につなげるためには、アウトカムの設定や可視化が必要であり、臨床現場における新人看護師の適切な実践、QOL などの対象者の利益につながるような看護成果であったか、あるいは看護活動の未実施や不適切な実践がヒヤリハットを含むリスク、インシデントやアクシデントなどの対象者の不利益につながったかの評価が可能となる。そして、看護基礎教育と継続教育において合意形成されるような、臨床現場に到達を置く EPA を基盤としたシームレスな資質・能力案には卒業時点に到達とした、段階的なコンピテンシーとアウトカムの設定の検討が必要である。Frank は、CBEの実施プロセスを、①卒業生に必要な能力(コンピテンス領域)の同定、②コンピテンシーやその要素の明確な定義、③進度に従ったマイルストーンの設定、④教育活動、経験、指導方法の選定、⑤マイルストーンを測定する評価手法の選定、⑥アウトカムが達成できたかのプログラム評価、の6段階に分けている¹⁾。

アウトカムの設定は、卒業時点のみならず低学年での実習前後、各論実習前中後、統合実習前・後でも同様のことが言える。これらのアウトカムの設定は、看護実践能力に直結する臨地実習での看護実践の質保証と実践の機会確保にもつながる。臨地実習は看護職としての実践を臨床現場で実際に経験を積む機会であり、将来看護職になるためには非常に有効な学習方法である。その一方、実際の対象者に看護実践を行うため、看護学生としての知識、スキル、態度、思考、判断、表現を統合したパフォーマンスの保証が必要であり、これらは臨地実習で実践が許可されるレベルに実習前時点で到達しているか、臨地実習時点で実践が適切に実施されたか、実習終了時点や卒業時点で新人看護職として実践が許可されるレベルに到達したか、看護職としての実践能力を看護基礎教育で獲得したかを確認する必要がある。これらの到達が不十分、不適切であれば、対象への看護の実践は保証されたことにはならない。

つまり、臨地実習前や実習時点や実習終了時点、卒業時点に看護職として身に付けるべき知識・スキル・態度、思考・判断・表現を統合したパフォーマンスを保証するための看護基礎教育におけるコンピテンシーとアウトカム設定、アウトカムとしての学修成果の到達度を示すこと、評価基準・評価基準項目の設定によるパフォーマンスレベルでの達成水準を示すこと、評価の構造化は不可欠である。

構造化の課題を解決する一つの方法が、卒業時点である新人看護師の到達度を見据えたシームレスな到達度の設定であり、新人看護師の到達度をゴールとした複数時点かつ継続的・段階的な学修成果と実践能力の評価を可能とする「資質・能力案」に対する「到達度案」の作成は喫緊の課題である。

1-2. 資質・能力案に対する「到達度案」の作成方法

事業 1.2 では学力論・能力論を統合したコンピテンシーモデルに EPA を基盤とした質問設計を実施し、調査から得られた内容は、事業 2 での資質・能力案としてまとめた。事業2の Chat 型 AI を用いた大規模調査では、事業 3.4 のコンピテンシー・ドメイン・レイヤー・学修目標・学修評価・評価時期(マイルストーン)・評価基準・評価基準項目・パフォーマンスレベルでの到達度・ブループリントを分析するためのデータを抽出できるよう事業 2.3.4 の全体を網羅する質問設計を想定していた。具体的に

は、CBE として、これまでの学力論で示されるような教育内容・方法別、能力論で示されるような資質・能力や EPA、及び現代的で本質的な重大な問いについて、統合的に包含した形で示した。

事業 3 では、事業 2 で作成された資質・能力案に対して、さらにデータ分析と委員会による検討を重ね、到達度案を作成した。この到達度案に対して、事業 4 フィードバック検証を行うこととした。

1-3. 資質・能力案に対する「到達度案」

Chat 型 AI のテキストテキストデータ、第 4 回の有識者意見聴取の結果、事業 1 での課題を踏まえて、到達度は 3 時点で設定した。なお、事業 1 で抽出された課題とは、看護学教育における臨地実習の現状として挙げられた「看護学生が看護行為を実施することの法律上の解釈」、「大学教員の臨地実習指導における看護行為の問題と課題」、「患者への許諾」、「臨地実習における看護行為の現状」、「臨地実践能力評価のための評価基準とその保証」、「臨床実践能力評価のための評価基準策定のための具体的な方策や保証制度」などである。とくに現場業務に基づく評価 (Work-based assessment: WBA) と呼ばれるような現場での業務を通じた評価²⁾は臨地実習での実践の機会と実践の質保証に直結する。

上記を踏まえ、到達度 3 時点は、「①卒業時点でどのような資質・能力がどの程度求められるか(到達度)」、卒業時点で看護職の資質・能力を育成するためには「②各専門領域の臨地実習時点では、どのような指導の下、どのような実践の到達を求めるか」、臨地実習で実践するためには「③各専門領域の臨地実習前時点では学内の講義・演習でどのような能力の獲得がどの程度求められるか」とした。

臨地実習前後では、看護実践の機会とパフォーマンスを保証するための学修目標に対する学習評価の考え方の一つである Miller のピラミッドで表現した。Miller のピラミッドとは、Miller が医学教育において評価する能力を説明するために用いたピラミッド型の図(下図参照)であり、ピラミッドは下から順に、①Knows(Knowledge)、②Knows How(Competence)、③Show How(Performance)、④Does(Action)の4層に分かれる。4つの層はそれぞれ、①専門的機能を効果的に遂行するために必要な知識を持っていること、②蓄積した知識の使い方を知っており、情報の入手・分析・活用方法を考えられること、③主に人工的な試験の場において自らが持つ知識や方法を実際に活用できること、④臨床現場において自立して機能し専門家としての行動が取れること、を意味する³⁾。

本事業では各層に対応する資質・能力を、①専門職としての能力を発揮するために必要な知識、②収集した情報を分析・解釈して臨床に応用する能力、③模擬的な環境を含めて行動として示す能力、④臨床の場面で実践する能力、とそれぞれ定義した。

また、臨地実習では、①学生は教科書文献的知識だけでなく臨床現場で必要となる思考や、医療面接、身体診察、基本的臨床手技、文書作成等の技能、プロフェッショナリズム及び学修上の態度も含めたコンピテンシーを総合的に学ぶ、② 学生は基本的な知識・スキル・態度・思考・判断・表現を患者及び多職種から学ぶ、③指導体制(教員または実習施設のスタッフ)は、学生の実践能力に関する情報を得て、それに応じた対象者の業務を一部任せるとの視点⁴⁾から、①看護師など(施設)の直接の監督下でできる、②教員などの直接の監督下でできる、③看護師などがすぐに対応できる状況下でできる、④見学する、⑤経験なしという指導体制と

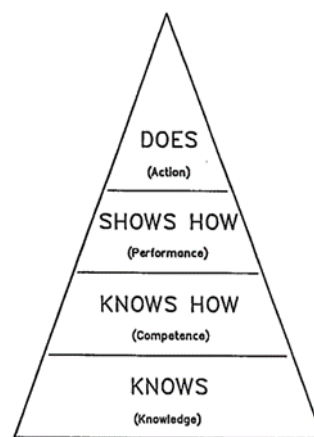


Figure 1. Framework for clinical assessment.

G E Miller (1990) p.63.

委託の程度の 5 段階で表現した。上記により作成した「資質・能力案」に対する到達度案(Excel 表) (添付)である。

1) Frank, J.R., Mungroo, R., Ahmad, Y., Wang, M., De Rossi, S., Horsley, T. (2010). Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach*, 32: 631-637.

2) 大西 弘高: 学習者評価とコンピテンシー基盤型教育; 医療職の能力開発 JJHPD. January 2017 Volume 4 No 1.

3) G E Miller. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. Sep;65(9): S63-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2400509/>

4) Olle ten Cate, Huiju Carrie Chen, Reinier G. Hoff, Harm Peters, Harold Bok & Marieke van der Schaaf; Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Pages 983-1002

2. 教育内容の素案作成の目的と方法

2-1. 「教育内容案【別表】」作成の目的

看護師として求められる基本的な資質・能力を身に付けるうえで、必要な教育内容となる知識や技術に関して、細目をまとめ別表化することを目的とした。

2-2. 教育内容の素案作成の方法

2-2-1. Chat 型 AI による第 1.2 回調査のデータ収集・分類による教育内容の素案の構成案

Chat 型 AI を活用したインタビューによる第 1.2 回調査では、看護職を対象に、看護職の業務に関する語りを収集し、その語りから資質・能力に関する表現を抽出することを目的とした。また、教員を対象に、資質・能力の語りを収集し、その語りから業務に関する表現を抽出することを目的とした。第 1 回調査の調査期間は 2023 年 8 月 7 日から 8 月 25 日、第 2 回調査の調査期間は 2023 年 9 月 4 日から 9 月 26 日とし、対象者が当該期間に、Chat 型 AI を活用した WEB インタビューシステムにアクセスすることで実施した。質問項目は、臨床業務従事者が認識する「看護職の業務」「現代の看護職に要求される資質・能力」「現代の看護職における課題」「EPA」であり、これらに関するデータの収集を行った。また、看護系教員および研究者が認識する「看護職に要求される資質・能力」「看護職の業務」「現代の看護職における課題」「EPA」に関するデータの収集を行った。

なお、第 1.2 回調査内容や調査項目作成時の参考資料は下記のとおりである。

◆ American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The Essentials: Core Competencies for Professional Nursing Education*.

- ◆ 看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標(2018)
- ◆ 文部科学省看護学教育モデル・コア・カリキュラム(2017)
- ◆ 文部科学省高等教育局医学教育課「看護学教育モデル・コア・カリキュラムの活用状況調査」(2023. 4)
- ◆ 保健師助産師看護師学校養成所指定規則(厚生労働省)(2022)
- ◆ 令和 5 年看護師国家試験出題基準(厚生労働省)
- ◆ 2022 国民生活基礎調査の概況(厚生労働省:令和 5 年 7 月4日)
- ◆ MEDIS 看護実践用語標準マスター行為編 Ver3.7
- ◆ 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】(厚生労働省)
- ◆ 特定行為及び特定行為区分 共通科目(厚生労働省)

- ◆ 令和4年改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム
- ◆ 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会資料
- ◆ 数理・データサイエンス・AI（リテラシーレベル）モデルカリキュラム(文部科学省)

また、本調査では、第1.2回調査で得られた対象者のテキストデータに対して、以下の分類を行った。
 なお、データ分析に使用したのは、対象者の言語データであり、インタビューア（Chat型AIの質問や回答）の言語はデータ分析に含めない

- ① 業務に関する言及/資質・能力に関する言及の分類
- ② 業務に関する言及のうち、37の業務区分のいずれに関する言及であるかの分類
- ③ 業務に関する言及のうち、23の専門領域のいずれに関する言及であるかの分類
- ④ 資質・能力に関する言及のうち、11のドメイン(AACNの整理したコンピテンシーに基づく)上記①②③④のいずれに関する言及であるかの分類する際に、上記②の37の業務区分の分類には以下の表1の定義文を用いた。

表1.業務区分の分類に用いた定義文

業務区分	定義文
その他の医療機器・医療用物品	身体に付与された医療用器具・材料の維持管理に関する一連のケア。例えば、交換、交換時管理、抜去時管理、挿入時管理、排液、洗浄、牽引中のケア、留置時管理、装着中のケア、貼り替え
オリエンテーション	患者が緊張・恐怖感を持たずに、治療・検査・処置・入院生活の概要を理解し、積極的に参加できるようにする援助行為。例えば、がん薬物療法オリエンテーション、その他の検査オリエンテーション、その他の治療オリエンテーション、ケアオリエンテーション、光線療法オリエンテーション、入院時オリエンテーション、内視鏡検査・治療オリエンテーション、処置前オリエンテーション、外泊時オリエンテーション、放射線療法オリエンテーション、断層撮影検査オリエンテーション、災害時オリエンテーション、生検オリエンテーション、生活制限に関するオリエンテーション、産後母子同室オリエンテーション、血管造影検査・治療オリエンテーション、行動制限オリエンテーション(精神)、術前オリエンテーション、輸血オリエンテーション、退院時オリエンテーション、酸素療法オリエンテーション、ICU(CCU・SCU)入室オリエンテーション、NICU・GCU入室オリエンテーション
リフレッシュケア	心身活動レベルが著しく低下した患者の生活意欲の活性化を促すケア。例えば、レクリエーションの支援、散歩の支援、趣味活動の支援
他職種からのケア・指導を受けるための調整	患者に必要な技術や知識について、他職種から直接・間接的に相談したり助言を受けるために必要となる一連の手続きと支援。例えば、ソーシャルワーカー・社会福祉士へのコンサルテーション依頼、医師へのコンサルテーション依頼、宗教家へのコンサルテーション依頼、栄養士へのコンサルテーション依頼、臨床心理士へのコンサルテーション依頼、薬剤師へのコンサルテーション依頼、認定看護師・専門看護師等へのコンサルテーション依頼、PT・OT・STなどへのコンサルテーション依頼
医療的演技・処置の指導(在宅療養指導を含む)	一定期間治療・処置を必要とする患者に、医療的処置の演技を指導し、知識を提供する行為。例えば、がん性疼痛管理の指導、がん薬物療法の指導、イレウス管管理の指導、ストーマ管理の指導、テーピング指導、ドレナージ管理の指導、バイタルサイン自己管理の指導、フットケアの指導、プロテーゼ挿脱指導、中心静脈カテーテル管理の指導、人工乳房装着指導、人工呼吸療法の指導、保清指導、創傷管理の指導、医療機器の指導、吸入療法の指導、周産期の対処方法、呼吸管理の指導、尿道留置カテーテル管理の指導、持続皮下注射管理の指導、排泄関連の指導、排痰補助装置管理の指導、気管カニューレ管理の指導、爪のケアの指導、疼痛時の対処の指導、疼痛管理の指導、疾患・症状に対する指導、皮膚ケアの指導、硬膜外鎮痛法の指導、福祉用具の指導、糖尿病管理の指導、経口経管栄養管理の指導、経鼻経管栄養管理の指導、義眼装着指導、胃瘻管理の指導、胆管チューブ管理の指導、腎瘻管理の指導、腸瘻管理の指導、腹膜灌流の指導、膀胱瘻管理の指導、自己導尿の指導、自己注射の指導、薬物療法管理の指導、術前訓練の指導、褥瘡予防の指導、褥瘡管理の指導、輸液管理の指導、透析管理の指導、遮光指導、酸素療法の指導、食事指導、食道瘻管理の指導、鼻洗浄の指導
呼吸ケア	患者の気道確保に必要なケアも含み、適切な量・質の酸素を摂取し、より安楽に呼吸できるようにするケア。例えば、喘息時のケア、排痰、気管カニューレの閉鎖訓練、気管カニューレ管理、気管内吸引、気道の加湿、気道の加湿(薬剤・乳幼児)、気道の加湿(薬剤)、経口吸引、経鼻吸引、肺理学療法、過換気時のケア、酸素吸入
安全ケア	身体の危険をまねくような事故を予防するため、医療安全のマニュアルやガイドライン(アセスメントシート、アルゴリズムなどを含む)に基づいて、安全のための行動制限として実施するケア。例えば、ヘッドギアの装着、乳幼児突然死症候群防止ケア、小児のベッド内整理、小児の安全のためのケア、徘徊時ケア、

	患者識別バンド装着の確認、手術部位マーキングの確認、新生児の安全のためのケア、暴力防止ケア、自傷行為の防止ケア、自己抜去防止ケア、自殺防止ケア、虐待防止ケア、転倒防止ケア、転落防止ケア、離棟防止ケア、離院防止ケア
家族との調整	家族機能を維持あるいは再建するために、家族員間および家族員と支援者側の方針統一を図るための支援。例えば、家族員間調整、家族員－医療者間調整、家族員－地域ケアチーム間調整、家族員－地域支援者間調整、家族員－患者間調整
家族の健康管理	家族機能の維持および再建を目的とした家族員の健康問題の発見とそれに対する支援。例えば、家族の健康状態確認、家族の健康管理に関する情報提供
家族の意思決定支援	家族全体が今後の療養生活方法について主体的に意思決定できることを目的とした支援。例えば、家族の問題の明確化、家族の意向確認、家族の意思表明支援
家族への相談・助言	家族機能を維持、再建するために、家族の力を引き出すことを目的とした相談・助言。例えば、患児の家族への心理的ケア、療養方法に関する情報提供、療養状況に関する情報収集、療養状況に関する情報提供
循環ケア	血液、体液の循環を円滑にし、循環系に起きやすい障害を予防、または速やかに軽減するケア。例えば、体圧分散用具の使用、浮腫の予防、血栓の予防、褥瘡の予防
心理的ケア	患者の心理的健康を保つ、あるいは患者の心理的問題に対応するためのケア。例えば、カウンセリング、コーピング強化、タッチング、トラブルへの対応、マッサージケア、傍にいる、安心感を与える声かけ、小児の心理的ケア、患者・看護師間の信頼関係形成ケア、悩みや思いを聞く、薬理的な不安の軽減・除去(医師の指示による)、薬理的な不穏の軽減・除去(医師の指示による)、話し合い、関係調整的ケア
必要とするケアの査定	なくなった患者の身体を清め、本人または家族の望むような装いをさせるケア。例えば、排泄ケア方法の査定、整容・更衣ケア方法の査定、日常生活技能の査定、栄養・食事ケア方法の査定、清潔ケア方法の査定、移動ケア方法の査定
患者のニーズに配慮したスケジュール調整	患者が円滑に治療・検査を受けることができるように調整する行為。例えば、スケジュールの調整、スケジュール情報の提供、外出の調整、外泊の調整
意思疎通ケア	コミュニケーションの能力が著しく低下した患者に意思を伝達する適切な方法を用いて支援し、意思疎通をはかるケア。例えば、意思疎通の援助(失語)、意思疎通の援助(意識障害)、意思疎通の援助(理解力低下)、意思疎通の援助(発声障害)、意思疎通の援助(聴覚障害)、意思疎通の援助(視覚障害)
排泄ケア	体内から老廃物の円滑な排泄をめざし、対象に適切な排泄の方法を選択し、安全かつ快適な排泄を介助するケア。例えば、オムツ交換、コンドーム型採尿器装着、トイレでの排泄介助、トイレ誘導、パット交換、ポータブルトイレ排泄介助、安楽尿器排泄介助、導尿、尿便器排泄介助、尿意誘発、尿管留置、持続性難治性下痢便ドレナージ、排気、腸管運動促進、自動採尿機装着、自己導尿の支援、蓄尿の指導と管理、薬理的排便調整(医師の指示による)、非薬理的排便調整
整容・更衣ケア	社会生活を営み、自尊心を維持するために必要な身だしなみを整えるケア。例えば、上肢装具装着、下肢装具装着、体幹装具装着、化粧、整髪、更衣、爪切り、義手装着、義歯装着、義眼装着、義足装着、肩装具装着、頸椎装具装着、髭剃り
栄養・食事ケア	適切な食習慣と栄養を維持するため、対象に適した食事摂取の方法を選択し、介助するケア。例えば、授乳ケア(ハイリスク)、授乳ケア(ロウリスク)、病院給食以外の補食ケア、経口摂取促進ケア、経管栄養、補水、誤嚥防止、食事のためのポジショニング、食事介助(ハイリスク)、食事介助(ロウリスク)、飲水介助
死者の尊厳ケア	なくなった患者の身体を清め、本人または家族の望むような装いをさせるケア。例えば、死者の保清と整容
治療・検査に関する意思決定支援	治療・検査に伴う患者の意思決定を支援するケア。例えば、患者が希望する治療関係の調整、治療に関する情報提供、治療に関する情報提供状況の確認、理解・納得状況の確認、IC同席
清潔ケア	洗浄等の物理的・化学的手法を用いて、皮膚および粘膜の清潔を保ち、血行促進・保湿を目的とするケア。例えば、シャワー浴、入浴、口腔清拭、口蓋裂プレート洗浄、含嗽、坐浴、手浴、歯磨き介助、歯磨き介助(吸引機使用)、沐浴、洗面、洗髪、清拭、皮膚ケア、粘膜ケア、義歯洗浄、義眼洗浄、耳垢除去、臍垢除去、舌苔除去、足浴、陰部洗浄
生活指導	日常生活の査定と、支障をきたしている日常生活の改善に必要な技能の指導・助言・支援。例えば、体重管理の指導、家事の指導、対人スキルの指導、生活リズムの指導、症状悪化時の対処法の指導、禁煙の指導、禁酒の指導、買い物の指導、身だしなみの指導、転倒予防の指導、転落予防の指導、退院後の生活に対する指導、金銭管理の指導
病床・室内環境ケア	清潔かつ快適な病室・居室・居宅の生活環境を提供するケア。例えば、コット交換、コット清浄、ベッドメイキング(患者臥床時)、保育器交換、保育器内環境整備、室内環境調整、特殊なベッドメイキング
発育・発達ケア	養護を必要とする患者の成長を適切に促すケア。例えば、子ども同士の関係調整、学習ケア、日常生活習慣の獲得を促すケア、遊びケア、運動機能の発達ケア、養育ケア
睡眠ケア	入眠しやすいように環境を整え、睡眠リズム、睡眠の型と睡眠時間を適切に維持するケア。例えば、入眠を促す援助、小児の入眠を促す援助、睡眠パターンの調整、薬理的な睡眠調整(医師の指示による)

社会保障制度の利用	患者が利用可能な社会保障制度に関する情報提供から手続きに関する一連の支援。例えば、その他社会保障支援、特定疾患支援、育成医療支援、身体障害者手帳の交付支援
社会資源の利用	患者に必要となる利用可能な院内外の資源に関する情報提供から手続きに関する一連の支援。例えば、サポートグループ・患者会の紹介、医療連携室の紹介、専門外来の紹介(ストーマ外来)、専門外来の紹介(母乳外来)、専門外来の紹介(糖尿病教室)
移動ケア	安全に活動の目的とする場所までの移動を介助し、日常生活に必要な筋力・活動力を維持するケア。例えば、歩行介助、歩行介助(杖)、歩行介助(歩行器)、移乗介助、移乗介助(ストレッチャー)、移乗介助(トイレ)、移乗介助(ポータブルトイレ)、移乗介助(椅子)、移乗介助(機器)、移乗介助(車椅子)、移動介助、移動介助(機器)、移送
緊急搬送時のケア	2つ以上の医療機関間の調整を急遽必要とする場合に提供されるケアおよび支援。例えば、搬送先病院との調整、搬送先病院への看護情報提供、救急隊への対応と連携、緊急時の患者および家族への精神的サポート、緊急時の患者および家族への説明
苦痛の予防・軽減ケア	患者が自力ではコントロールすることができない不快(体温調節、痒みなど)を軽減するケア。ただし、これには継続的な痛み症状のコントロールは含まれない。例えば、その他の苦痛の予防・軽減、低体温の改善、小児の苦痛予防・緩和ケア、掻痒緩和、末梢冷感の改善、用手還納、疼痛緩和、薬理的な嘔気・嘔吐緩和(医師の指示による)、薬理的な疼痛緩和(医師の指示による)、高体温の改善
行動制限時のケア	行動を制限する際に行うケア。例えば、代理行為ケア
起居動作支援	起き上がり、臥床(横になる行為)、座位の保持、臥位の保持、身体の向きや位置を変える行為を支援するケア。例えば、体位の変換、座位保持介助、治療上必要な体位の保持、起き上がり介助
退院時の調整	退院に伴い必要となる社会資源の情報提供から手続きなどに関する一連の支援。例えば、ケアマネジャーとの調整、他院の看護および他部門との調整、地域保健師との調整、外来看護との調整、患者および家族との調整、社会資源活用のための調整、訪問看護ステーションとの調整
遺族ケア	なくなった患者の身体を清め、本人または家族の望むような装いをさせるケア。例えば、グリーンケア、家族の時間を保証するケア、死亡患児の家族・親に対するケア、死亡時の手続き支援、死者の尊厳ケアへの参画を促す、罪責感の軽減ケア
ADLの自立支援	日常生活に必要な身体機能を維持・向上させ、自立した生活にむけた訓練を支援する行為。例えば、嚥下訓練、座位訓練、歩行訓練、生活リハビリの計画支援、移乗動作訓練、立位訓練、筋力強化訓練、自助具・補助具の使用訓練、装具・義肢着脱指導、訓練意欲の維持支援、訓練量の指導、起居動作訓練、関節可動域訓練
ME機器	身体に付与されたME機器類の維持管理に関する一連のケア。例えば、ME機器フィルター交換、ME機器作動状態の確認

Chat型AIを活用したインタビューによる第1.2回の大規模調査の質問項目である臨床業務従事者が認識する「看護職の業務」「現代の看護職に要求される資質・能力」「現代の看護職における課題」「EPA」のうち、「看護職の業務」「EPA」に関するデータの収集、「業務に関する言及のうち、37の業務区分のいずれに関する言及であるかの分類」を参考に教育内容の素案の構成案の検討を行った。看護師として求められる基本的な資質・能力を身に付けるうえで、必要な教育内容となる知識や技術に関してChat型AIの第1.2回調査のデータ収集では飽和しなかった項目も含めて、読み手が全体像を理解しやすい構成を意図し、基本構成を検討した。

基本構成には、上記データ収集の内容ならびに令和4年度医学教育モデル・コア・カリキュラムの枠組みを参考にし、看護師に求められる資質・能力として記述された内容の細目をまとめることを方針として、以下の通りの基本構成案を教育内容の素案とした。

- 別表1 疾患
- 別表2-1 血液・造血器・リンパ系
- 別表2-2 神経系
- 別表2-3 皮膚系
- 別表2-4 運動器(筋骨格)系
- 別表2-5 循環器系
- 別表2-6 呼吸器系
- 別表2-7 消化器系
- 別表2-8 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)
- 別表2-9 生殖器系
- 別表2-10 妊娠と分娩

- 別表 2-11 小児
- 別表 2-12 乳房
- 別表 2-13 内分泌・栄養・代謝系
- 別表 2-14 眼・視覚系
- 別表 2-15 耳鼻・咽喉・口腔系
- 別表 2-16 精神系
- 別表 2-17 免疫・アレルギー
- 別表 2-18 感染症
- 別表 2-19 腫瘍
- 別表 2-20 救急・集中治療
- 別表 3 フィジカルイグザミネーション
- 別表 4 看護学領域
- 別表 5 主要症候(症状)
- 別表 6 主な臨床・画像検査
- 別表 7 基本的看護技術

2-2-2.教育内容の素案の基本構成に含まれる項目の抽出

基本構成に含まれる項目については、Chat 型 AI の第 1.2 回調査から抽出したテキストデータからの抽出に加え、保健師助産師看護師学校養成所指定規則(厚生労働省)、令和 5 年看護師国家試験出題基準、2022(令和 4)年国民生活基礎調査の概況、MEDIS看護実践用語標準マスター行為編 Ver3.7、新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】(厚生労働省)、特定行為及び特定行為区分(厚生労働省)、令和 4 年医学教育モデル・コア・カリキュラムを参考に作成した。基本構成に含まれる項目案として、以下の項目数が候補として挙げられた。

- 別表1 疾患
 - 呼吸器系…カテゴリー数(7) 疾患数(47)
 - 循環器系…カテゴリー数(11) 疾患数(47)
 - 栄養摂取・消化・吸収・代謝機能…カテゴリー数(12) 疾患数(87)
 - 内部環境調節機能…カテゴリー数(9) 疾患数(39)
 - 造血機能…カテゴリー数(4) 疾患数(31)
 - 全身の感染性疾患…カテゴリー数(5) 疾患数(23)
 - 免疫機能…カテゴリー数(5) 疾患数(34)
 - 神経機能…カテゴリー数(16) 疾患数(48)
 - 皮膚機能…カテゴリー数(6) 疾患数(53)
 - 運動機能…カテゴリー数(13) 疾患数(41)
 - 排泄機能…カテゴリー数(10) 疾患数(37)
 - 生殖機能…カテゴリー数(3) 疾患数(24)
 - 精神機能…カテゴリー数(5) 疾患数(20)
- 別表 2-1 血液・造血器・リンパ系
 - 構造と機能(8) 症候(7) 検査(6) 特異的治療法(2)
- 別表 2-2 神経系
 - 構造と機能(20) 症候(14) 検査(7) 特異的治療法(1)
- 別表 2-3 皮膚系
 - 構造と機能(3) 症候(4) 検査(4) 特異的治療法(3)
- 別表 2-4 運動器(筋骨格)系
 - 構造と機能(8) 症候(6) 検査(5) 特異的治療法(2)
- 別表 2-5 循環器系
 - 構造と機能(14) 症候(10) 検査(6) 特異的治療法(3)
- 別表 2-6 呼吸器系
 - 構造と機能(10) 症候(8) 検査(6) 特異的治療法(3)
- 別表 2-7 消化器系

- 構造と機能(15) 症候(11) 検査(5) 特異的治療法(3)
- 別表 2-8 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)
 - 構造と機能(8) 症候(6) 検査(4) 特異的治療法(1)
- 別表 2-9 生殖器系
 - 構造と機能(9) 症候(11) 検査(5) 特異的治療法(1)
- 別表 2-10 妊娠と分娩
 - 構造と機能(9) 症候(11) 検査(5) 特異的治療法(1)
- 別表 2-11 小児
 - 症候(20) 検査(3) 特異的治療法(2)
- 別表 2-12 乳房
 - 構造と機能(3) 症候(4) 検査(2)
- 別表 2-13 内分泌・栄養・代謝系
 - 構造と機能(9) 症候(7) 検査(5) 特異的治療法(2)
- 別表 2-14 眼・視覚系
 - 構造と機能(4) 症候(9) 検査(5) 特異的治療法(1)
- 別表 2-15 耳鼻・咽喉・口腔系
 - 構造と機能(6) 症候(14) 検査(4) 特異的治療法(2)
- 別表 2-16 精神系
 - 症候(5) 検査(9) 特異的治療法(4)
- 別表 2-17 免疫・アレルギー
 - 症候(9) 検査(1) 特異的治療法(2)
- 別表 2-18 感染症
 - 症候(27)
- 別表 2-19 腫瘍
 - 症候(5)
- 別表 2-20 救急・集中治療
 - 症候(9)
- 別表 3 フィジカルイグザミネーション
 - 技術数(35)
- 別表 4 看護学領域
 - 領域数(8)
- 別表 5 主要症候(症状)
 - 症状数(46)
- 別表 6 主な臨床・画像検査
 - 検査数(23)
- 別表 7 基本的看護技術
 - 大分類(7) 小分類(39) 基本的看護技術数(354)

2-2-3.Chat 型 AI を活用したインタビューによる第 3 回調査、有識者による意見聴取(第 4 回)を踏まえた教育内容の素案

Chat型AIの第 3 回調査では、看護管理者・CNS・NP・CNE・看護系教員および臨床経験 5 年以上の看護師(臨地実習指導・新人教育・現任教育担当の看護師の方)を対象者とした。これらの対象者は、看護師の資質・能力に関して言語化する経験を一定程度持っている想定され、素案の言語表現や構成についての専門的な意見を収集した。第 3 回調査の調査期間は 2023 年 10 月 2 日から 11 月 3 日とし、当該期間に、第 2 回までに作成された教育内容の素案を表示して、Chat 型 AI を活用した WEB インタビューシステムに対象者がアクセスすることで実施した。属性情報は第 1.2 回目同様に収集した。

質問項目は、「教育内容の素案で、次世代の新人看護職の資質・能力として不足している要素があれば記述してください」「次世代の学士として適切なレベルであるか、あなたの考えを教えてください」

「教育内容の素案の構成要素と項目についてお聞きします。この構成要素に含まれるべきではない、と感じるものあれば、教えてください。また、どの構成要素に分類するべきか、あなたの考えを教えてください」であった。第 3 回の教育内容の素案の往復数と回答数は図 1.2 に示すとおりである。往復数とは、「Chat 型 AI の1つの質問に対して回答者が1つの回答を入力したこと」を1往復とし、AI の質問と回答者の会話の連続性を往復数で示したものである。

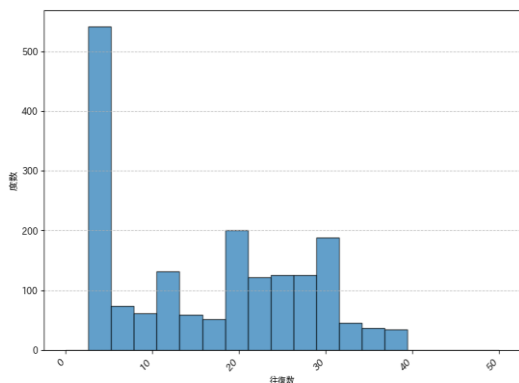


図 1 第三回調査② (教育内容) メッセージ往復数

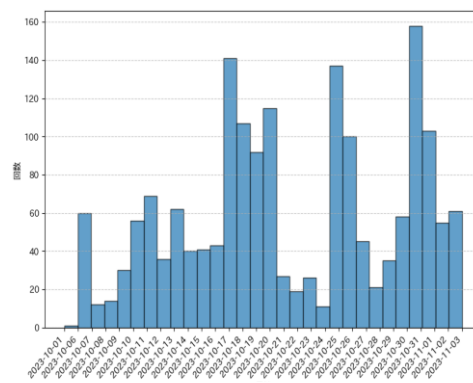


図 2. 第三回調査② (教育内容) 回答日

第 4 回調査では、第 1.2.3 回で作成された教育内容の素案に対して有識者から意見聴取する目的で実施した。各分野の有識者 123 名を対象者とし、対象者の希望に応じてインタビュー、文書での回答、および WEB アンケートフォームのいずれかの形式で実施した。第 4 回調査の調査期間は 2023 年 11 月 4 日から 11 月 23 日とした。

第 4 回調査の質問項目は、属性情報としての専門分野名、項目全体の内容妥当性、項目の表現の内容妥当性(表現に違和感/不足は無い、避ける/入れるべき文言等)に関する意見聴取を行えるよう「教育内容の素案の各項目に関して、削除・統合・追加を記述してください」とした。検証内容は、不足している項目の追加、不要な項目の削除、用語の正確性、網羅性、学部卒業時到達レベル、各項目間の関連に対する理解のしやすさに対する意見を集約し、本委員会で検討を重ねたうえで修正を行った。

第 4 回の有識者の意見聴取での教育内容の素案に対しての回答者数 24 名であり、追加項目数(89) 削除項目数(17) 表現の修正、同義の包含及び異議の弁別(40)の意見が得られた。その他に、医学などの他分野との言語を統一、分類の変更、並び順に関する意見が抽出された。

以上の検証内容を踏まえ、委員会で修正を検討した。項目は Chat 型 AI を用いた調査で収集したテキストデータと照合しながら、検討した。また、教育内容の素案の構成については、第 4 回有識者意見聴取で複数の意見が出された「看護師が行う対象理解から看護活動への関連が表現できる形」を採用し、「構造と機能、症状、フィジカルイグザミネーション」、「疾患、症状・症候、検査、治療、看護活動」に加え、「主な臨床・画像検査」、「基本的看護技術」、「フィジカルイグザミネーション」とした。修正された教育内容素案の基本構成は以下のとおりである。

- 別表1 構造と機能、症状、フィジカルイグザミネーション
 - 別表 1-1 血液・造血器・リンパ系
 - 別表 1-2 神経系
 - 別表 1-3 皮膚系
 - 別表 1-4 運動器(筋骨格)系
 - 別表 1-5 循環器系

- 別表 1-6 呼吸器系
- 別表 1-7 消化器系
- 別表 1-8 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)
- 別表 1-9 生殖器系
- 別表 1-10 妊娠と分娩
- 別表 1-11 小児
- 別表 1-12 内分泌・栄養・代謝系
- 別表 1-13 感覚器系
- 別表 1-14 精神系
- 別表 2 疾患、症状・症候、検査、治療、看護活動
 - 別表 2-1 呼吸器系
 - 別表 2-2 循環器系
 - 別表 2-3 消化器系
 - 別表 2-4 内分泌代謝系
 - 別表 2-5 造血器系
 - 別表 2-6 感染症系
 - 別表 2-7 免疫系
 - 別表 2-8 脳神経系
 - 別表 2-9 腎・泌尿器系
 - 別表 2-10 運動器系
 - 別表 2-11 生殖器系
 - 別表 2-12 皮膚系
 - 別表 2-13 感覚器系
 - 別表 2-14 精神系
 - 別表 2-15 妊娠と分娩
- 別表 3 主な臨床・画像検査
- 別表 4 基本的看護技術
- 別表 5 フィジカルイグザミネーション

2-2-4.Chat 型 AI を活用したインタビューによる第 3 回調査、有識者による意見聴取(第 4 回)の倫理的配慮

本研究は、研究代表者の所属機関である東京医療保健大学のヒトに関する研究倫理審査委員会にて、多機関共同研究による一括審査(中央倫理審査)の承認(承認番号 教 32-43C)を得て実施した。研究対象者の権利保護について、研究参加は任意であり、研究参加に同意した場合は調査期間途中でも撤回できること、その場合も職務上の不利益を被ることはないことを保障した。また、対象者のプライバシー保護の観点から調査への回答は無記名とした。本研究では研究内容の詳細を依頼書・説明書で示し、回答をもって同意とした。得られた個人データや分析結果は、研究目的以外では使用しないこと、結果を報告書や学術雑誌へ投稿することについても同段階でその意義を説明し了解を得た。依頼書ならびに JANPU のホームページ上に連絡先を示しておき、疑問、質問があればいつでも対応する体制を整えた。

第3章 事業4:フィードバック検証①

1.目的

フィードバック検証①では調査対象者から2040年の看護職育成を見据えたモデル・コア・カリキュラム改訂に向けた「資質・能力案」、及びその「到達度案」「教育内容案」に関するフィードバックを得て、「資質・能力案」およびその「到達度案」「教育内容案」の修正の方針の決定および妥当性の確認を行うことを目的とする。

2.方法

2-1. 調査対象者・調査方法

卒業時点を2040年の看護学生の学修成果の目標(学修目標)の到達とし、「①卒業時点でどのような資質・能力がどの程度求められるか(到達度)」、卒業時点で看護職の資質・能力を育成するためには「②各専門領域の臨地実習時点では、どのような指導の下、どのような実践の到達を求めるか」、臨地実習で実践するためには「③各専門領域の臨地実習前時点では学内の講義・演習でどのような能力の獲得がどの程度求められるか」について調査を行った。

フィードバック検証①では、対象者は第1,2,3回調査に回答したCNS/NP/CNE228名、JANPU会員校の教務・カリキュラム担当者299名、および第4回調査にご協力頂いた有識者95名とした。対象者にはメールと依頼文書で説明し、Google Formにアクセスすることで調査を実施した。

フィードバック検証①では事業3で作成された「資質・能力案」に対する3時点での「到達度案」、ならびに「教育内容案」に対しての質問設計を行った。回答者が全質問に回答することは調査負担が大きいため、全質問を3分割(3グループの質問セット)に設定した。具体的には、対象者622名に対して、1名あたりの調査負担を減らすために、3分割した質問セットのどれか(3つのグループのうちのどれか一つ)をランダムに依頼し、調査を行った。3分割の各グループの内容は以下のとおりである。

グループ1(約207名)に対しては、資質能力のCS(247項目)、PS(189項目)、CM(78項目)は3時点の到達度が適切であるかについての質問(①卒業時点・②各専門領域の臨地実習時点・③各専門領域の臨地実習前時点)、教育内容案である別表1-1.2.3、別表2-1.2.3、表3主な臨床・画像検査に関しては学士レベルと学士課程の卒業まで履修すべき内容としてふさわしくない項目について質問した。

また、グループ2(約207名)に対しては、資質能力のGE(98項目)、LL(52項目)、PR(86項目)、IT(64項目)は3時点の到達度が適切であるかの質問、別表1-4.5.6.7.8.9、別表2-4.5.6.7.8.9、別表4基本的看護技術に関しては学士レベルと学士課程の卒業まで履修すべき内容としてふさわしくない項目について質問した。

グループ3(約207名)に対しては、資質能力のSO(153)、QS(79項目)、IP(41項目)、RE(43項目)は3時点の到達度が適切であるかについての質問、別表1-10.11.12.13.14、別表2-10.11.12.13.14.15、別表5フィジカルイグザミネーションに関しては学士レベルと学士課程の卒業まで履修すべき内容としてふさわしくない項目について質問した。

2-2. 調査期間

本調査の調査期間は2024年2月19日から3月4日までとした。

2-3. 調査項目

2-3-1. 資質・能力案に対する質問項目

卒業時点(各専門領域の臨地)実習前時点では「学修評価の考え方」の一つの概念である Miller のピラミッドに基づき、下記の4つの段階で質問を行った。(表2)

表 2. Miller のピラミッドの各段階と対応する資質・能力

段階	資質・能力
Does	臨床の場面で実践する能力
Show how	模擬的な環境を含めて行動として示す能力
Knows how	収集した情報を分析・解釈して臨床に応用する能力
Knows	専門職としての能力を発揮するために必要な知識

各専門領域の臨地実習時点では看護学生が「その活動を監督なしで実行するために必要な能力を学内の講義・演習で獲得している」ということを前提とし、下記の5段階で質問を行った。(表3)

表 3. 臨地実習での指導体制と委託の程度の 5 段階

段階	
5	看護師など(施設)の直接の監督下でできる
4	教員などの直接の監督下でできる
3	看護師などがすぐに対応できる状況下でできる
2	見学する
1	経験なし

具体的には以下の通りである。【 】内の言語はその設問によって異なる。

【質問】

以下の項目は、11分類の【CS：対象ケアのための臨床スキル(Clinical Skill)】における【専門的知識に基づいた看護過程】に分類される資質・能力のうち、【学士課程の卒業】に要求される到達水準が、Miller のピラミッドにおける【Does】の点であると提案されたものです。

例えば【看護ケアにかかわるプロセスを理解し、実践できる。】という資質・能力が、学士課程の卒業には【実際の現場において行っている】水準に達している必要がある(達していればよい)ということを目指しています。

これらの中で、目標の設定が適切でないと思うものにチェックマークを入れてください。

適切でないとは、【学士課程の卒業】で【Does】より上の到達度が求められている、あるいは、高すぎる到達度が要求されているものです。

2-3-2.教育内容案に対する質問項目

教育内容(別表)は別表 1(1-14)、別表2(1-15)、別表 3, 4, 5 で構成されている。教育内容は看護職が臨床判断するときの「観察の流れ」「観察項目」「判断するためのデータ(データを採択・棄却し、推論につなげるために必要な情報)」に沿って、列挙していること、別表で示した用語は、MEDIS(一般財団法人 医療情報システム開発センター)の「看護実践用語標準マスター」や各種ガイドラインの許諾を得て活用し、記述したことを説明した。具体的には以下のとおりである。【 】内の言語はその設問によって異なる。

【質問】

上記リンク先のシートを開き、表【1-1】のタブをご選択ください。これらの項目は、教育内容の素案

において【学士課程の卒業】の時点までに、履修しておくことが望ましいものとして提案されたものです。

表【1-1】は、【血液・造血器・リンパ系に関わる構造と機能、症候(症状・徴候)、フィジカルイグザミネーションに関する項目】を挙げたものです。看護職が臨床判断するときの「観察の流れ」「観察項目」「判断するためのデータ(データを採択・棄却し、推論につなげるために必要な情報)」に沿って、列挙しています。

○これらの中で、学士課程の卒業までに履修すべき内容としてふさわしくない項目があれば、抜き出してすべて記入してください。ない場合は、「なし」と記入してください。

○これらの中で、不適切な表現があれば、その項目(本文から抜き出し)と修正案を記載してください。

○これらに関連して、臨床的に重要で抜けている項目があれば記載してください。

2-4. 分析方法

2-4-1. 信頼区間による母集団の推定

フィードバック検証①では、調査対象が、現段階の素案をどの程度承認しているか、その度合いを評価することを目的として質問を行った。指標として「調査対象のうち何割がこの案を承認しているか」を推定する。これを信頼区間 95%の区間推定によって導出し、例えば結果が 50%~70%の場合、95%の信頼性で、母集団の 5~7 割がこの案を承認していると推定される。

案の承認の推定をするためには、実施する質問は、「この項目に関して、案を承認しますか？」という形での質問になることが望ましいが、回答者負担軽減の観点から、本調査では、資質・能力案や教育内容案に対して適切でないもの、すなわち承認しないものを選ぶという形式で行った。

2-4-2. バイアスの補正

中立性の(バイアスを排する)観点からは、本来は「この項目に関して、要求されるレベルはどれだと思いますか？」といった質問を設定することが望ましいが、回答者負担の観点からこれは現実的ではない。以下のバイアス補正を行うために、各資質・能力案の最後には中立的な質問を設定した。

「群のなかで、該当しないものを選ぶ」という方法には、チェックを付けなければ承認したことになるため、承認しやすくなるバイアスが想定される。このバイアスの強さは、回答者によって異なる。

バイアスは、「チェックをつけなかった=承認したものが、本当に=中立的な質問だとしても承認されるものである確率 p として表現される。そこで p の推定のために、一部項目に関して、群を用いた質問と中立的な質問の両方を実施する。

前者で承認したもののうち、中立的な質問においても同様の結果を示した割合を求め、これを r とする。

$$r = \frac{(\text{群を用いた質問で承認し、中立的な質問においても素案と同回答であった項目数})}{(\text{群を用いた質問で承認した項目数})}$$

バイアス補正を行わない状態では $p = 1$ であるところを、尤度 0.5 として $p = \frac{(1+r)}{2}$ へと補正を行う。これにより、質問形式によるバイアスが一定程度考慮されることになる。

$$\begin{aligned}
& \text{承認率(承認=1, 不承認=0としたときの回答の期待値)} \\
& = 1(\text{承認}) \times p \\
& = 1 \times \frac{(1+r)}{2}
\end{aligned}$$

例えば回答者 A がある項目において素案を承認した場合、これが真に承認されている(=中立的な質問だとしても承認される)確率は $\frac{(1+r)}{2}$ となる。承認をしなかった場合も同様の計算である。

以上から、各項目に対して、ある回答者 A が素案を真に承認する確率が算出できる。これを各回答者に関して平均すれば、その値は母集団中の承認者の割合の期待値である。

例えば、この値が 0.5 であれば、母集団の半分が承認することが期待される。最後に、この値に関して 95%の区間推定を行い、信頼区間として結論を導出する。

$$\bar{x} - z \sqrt{\frac{\sigma}{n}} \leq \text{CI(区間推定値)} \leq \bar{x} + z \sqrt{\frac{\sigma}{n}}$$

但し、 \bar{x} : 標本平均, z : 信頼係数(1.96), σ : 普遍分散, n : 標本サイズ

2-5. 倫理的配慮

本研究は、研究代表者の所属機関である東京医療保健大学のヒトに関する研究倫理審査委員会にて、多機関共同研究による一括審査(中央倫理審査)の承認(承認番号 教 32-43C)を得て実施した。研究対象者の権利保護について、研究参加は任意であり、研究参加に同意した場合は調査期間途中でも撤回できること、その場合も職務上の不利益を被ることはないことを保障した。本研究では研究内容の詳細を依頼書・説明書で示し、回答送信前であればいつでも辞退することが可能であること、回答送信後の同意撤回や当該個人のデータの開示には対応できないこと、得られたデータを研究者以外の第三者が閲覧することはないことを説明した。対象者のプライバシー保護の観点から調査への回答は無記名とし、Google Forms の回答をもって同意とした。得られた個人データや分析結果は、研究目的以外では使用しないこと、結果を報告書や学術雑誌へ投稿することについても同段階でその意義を説明し了解を得た。依頼書ならびに JANPU のホームページ上に連絡先・問い合わせフォームを示しておき、疑問、質問があればいつでも対応する体制を整えた。

表 4. フィードバック検証①「資質・能力案」に対して3時点での到達度に対する回答者数(名)

資質・能力案	卒業時点	各専門領域の臨地実習時点	各専門領域の臨地実習前時点
GE	95	61	47
LL	48	47	42
PR	48	33	34
CS	74	37	25
CM	27	25	22
IT	36	35	30
SO	82	60	36
QS	36	29	30
IP	33	28	31
RE	32	28	27
PS	30	26	22

3.結果

3-1. 資質・能力案に関するフィードバック検証①

フィードバック検証①「資質・能力案」に対して3時点での到達度に対する回答者数は下記の表4のとおりである。

分析方法に記載の通り、バイアス補正を行ったうえで、95%の区間推定を行い、信頼区間を算出した。

また、「資質・能力案」の3時点の到達度に対して母集団の比率推定のための信頼区間の上限・下限の最小値・最大値・平均値を求めた。(表5)

表5「資質・能力案」の到達度に対する母集団の比率推定のための信頼区間

資質・能力案	卒業時点						各専門領域の臨地実習時点						各専門領域の臨地実習前時点					
	信頼区間 下限			信頼区間 上限			信頼区間 下限			信頼区間 上限			信頼区間 下限			信頼区間 上限		
	最小値	最大値	平均値	最小値	最大値	平均値	最小値	最大値	平均値	最小値	最大値	平均値	最小値	最大値	平均値	最小値	最大値	平均値
GE: 対象を総合的・全人的に捉える能力 (Generalism)	0.49	0.65	0.59	0.60	0.70	0.66	0.49	0.73	0.67	0.67	0.83	0.80	0.49	0.66	0.61	0.64	0.75	0.72
LL: 生涯学習能力(Lifelong Learning)	0.51	0.75	0.67	0.68	0.83	0.79	0.56	0.74	0.69	0.73	0.86	0.82	0.35	0.61	0.53	0.51	0.71	0.66
PR: プロフェッショナリズム (Professionalism)	0.40	0.68	0.61	0.57	0.74	0.71	0.46	0.64	0.58	0.65	0.73	0.71	0.45	0.64	0.58	0.62	0.73	0.70
CS: 患者ケアのための臨床スキル (Clinical Skill)	0.41	0.68	0.59	0.55	0.73	0.69	0.30	0.67	0.56	0.51	0.73	0.68	0.29	0.61	0.52	0.56	0.75	0.71
CM: コミュニケーション能力 (Communication)	0.52	0.71	0.68	0.73	0.83	0.81	0.47	0.63	0.57	0.67	0.77	0.74	0.43	0.64	0.58	0.64	0.75	0.73
IT: 情報活用能力・科学技術活用能力	0.48	0.64	0.60	0.62	0.74	0.71	0.34	0.68	0.57	0.55	0.79	0.73	0.42	0.64	0.58	0.60	0.73	0.70
SO: 地域社会における健康支援 (Healthcare in Society)	0.45	0.63	0.59	0.56	0.67	0.65	0.53	0.74	0.66	0.71	0.83	0.79	0.35	0.63	0.56	0.56	0.71	0.68
QS :ケアの質と安全の管理 (Quality and Safety)	0.41	0.72	0.64	0.65	0.80	0.77	0.40	0.54	0.53	0.58	0.65	0.64	0.30	0.60	0.52	0.50	0.71	0.67
IP: 多職種連携能力 (Interprofessional Collaboration)	0.53	0.73	0.67	0.73	0.84	0.82	0.39	0.63	0.54	0.59	0.73	0.67	0.46	0.60	0.55	0.59	0.69	0.66
RE: 科学的探究能力 (Research)	0.43	0.66	0.61	0.63	0.73	0.71	0.38	0.73	0.62	0.69	0.89	0.84	0.30	0.62	0.50	0.60	0.80	0.75
PS: 専門知識に基づいた問題解決能力 (Problem Solving)	0.49	0.75	0.73	0.76	0.91	0.90	0.37	0.59	0.54	0.58	0.69	0.67	0.29	0.62	0.58	0.59	0.80	0.78

資質・能力案の11分類の第4階層1130に対する95%信頼区間に対して、今回の結果では、以下の条件(①or②)を満たすものを、再検討の必要性が強いものとして抽出した。(表6)

- ①信頼区間の上限が60%を下回ること
- ②信頼区間の下限が50%を下回ること

表6. 「資質・能力案」の到達度に対する信頼区間下限が50%未満、上限が60%未満の項目数

資質・能力案	全項目数	卒業時点		各専門領域の臨地実習時点		各専門領域の臨地実習前時点	
		信頼下限50%未満	信頼上限60%未満	信頼下限50%未満	信頼上限60%未満	信頼下限50%未満	信頼上限60%未満
GE: 対象を総合的・全人的に捉える能力 (Generalism)	98	2項目	3項目	1項目	0項目	1項目	0項目
LL: 生涯学習能力(Lifelong Learning)	52	0項目	0項目	0項目	0項目	13項目	7項目
PR: プロフェッショナリズム (Professionalism)	86	2項目	1項目	2項目	0項目	5項目	0項目
CS: 患者ケアのための臨床スキル (Clinical Skill)	247	22項目	11項目	61項目	13項目	98項目	1項目
CM: コミュニケーション能力 (Communication)	78	0項目	0項目	4項目	0項目	2項目	0項目
IT: 情報活用能力・科学技術活用能力	64	1項目	0項目	11項目	2項目	2項目	1項目
SO: 地域社会における健康支援 (Healthcare in Society)	153	1項目	1項目	0項目	0項目	9項目	1項目
QS :ケアの質と安全の管理 (Quality and Safety)	79	3項目	0項目	13項目	2項目	28項目	3項目

IP: 多職種連携能力 (Interprofessional Collaboration)	41	0項目	0項目	8項目	1項目	3項目	1項目
RE: 科学的探究能力 (Research)	43	2項目	0項目	6項目	0項目	17項目	1項目
PS: 専門知識に基づいた問題解決能力 (Problem Solving)	189	1項目	0項目	29項目	1項目	15項目	1項目

11の資質・能力では CS が項目数が多く、3時点では各専門領域の実習前時点が最も多かった。PS では臨地実習時点の信頼区間の下限が 50%未満の項目が 29 あり、具体的には第3層「健康障害の程度と段階に応じた看護実践」「体を守る仕組みと異常に対する看護実践」に対する第4層の資質能力に対して不承認項目が多かった。LL では第3層「プロフェッショナルとして自己研鑽する姿勢」に対する第4層資質能力に対して不承認項目が多かった。

そのほかの資質・能力の信頼区間の下限が 45%以下の具体例としては、PR「地域の医療提供体制への貢献の形としてのアントレプレナーについて説明できる。」「ダイバーシティ(多様性)・エクイティ(公平性)・インクルージョン(包括性)を自らの職業的アイデンティティの中核として統合する。」、SO「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの意義を理解し、世界各国の医療制度が抱える問題を例示できる。」「地域の量的指標(人口構成など)や質的情報(地理的・歴史的・経済的・文化的背景)を収集し、地域の健康課題を説明できる。」、QS「医療の質の可視化・評価手段としてのクリニカルパスや診断群分類(DPC)について説明できる。」「マスマスギヤザリングと NBC 災害、原子力災害を説明できる。」、IP「現実的・実践的な総合サービス計画が立案できる。」、RE「因果推論にもとづく統計モデルをつくることができる。」「多変量解析の意義を理解している。」「自身の行った研究内容を論文や報告書・学会発表などの形にまとめることができる。」、CM「関係ステークホルダーとの効果的な連携と相互説明責任を実施できる。」「IT「データ処理言語(SQL/Python など)を使って、大規模データ(数万件レベル)を集計・加工できる。」「アルゴリズム基礎、データ構造とプログラミング基礎を説明できる。」などがあつた。

3-2. 教育内容に関するフィードバック検証①

フィードバック検証①「資質・能力案」に対して3時点での到達度に対する回答者数は下記のとおりである。(表7)

表 7. フィードバック検証①「教育内容案」に対して学士課程の到達度に対する回答者数(名)

教育内容(表1)	回答者数	教育内容(表 2)	回答者数	教育内容(表 3,4,5)	回答者数
教育内容(表 1-1)	24	教育内容(表 2-1)	18	教育内容(表 3)	22
教育内容(表 1-2)	18	教育内容(表 2-2)	21	教育内容(表 4)	30
教育内容(表 1-3)	19	教育内容(表 2-3)	22	教育内容(表 5)	28
教育内容(表 1-4)	32	教育内容(表 2-4)	28		
教育内容(表 1-5)	28	教育内容(表 2-5)	28		
教育内容(表 1-6)	31	教育内容(表 2-6)	26		
教育内容(表 1-7)	27	教育内容(表 2-7)	30		
教育内容(表 1-8)	27	教育内容(表 2-8)	28		
教育内容(表 1-9)	26	教育内容(表 2-9)	27		
教育内容(表 1-10)	32	教育内容(表 2-10)	26		
教育内容(表 1-11)	26	教育内容(表 2-11)	30		

教育内容(表 1-12)	28	教育内容(表 2-12)	27
教育内容(表 1-13)	31	教育内容(表 2-13)	23
教育内容(表 1-14)	31	教育内容(表 2-14)	26
		教育内容(表 2-15)	27

回答結果は、追加項目数(87) 削除項目数(29) 表現の修正、同義の包含及び異議の弁別(12)であった。また、その他自由記述として、臨床推論・判断の思考に沿った構成、看護活動がイメージできる構成に関する意見が抽出された。

以上の検証内容を踏まえ、委員会で修正を検討した。項目は Chat 型 AI を用いた調査で収集した言語データと突合せたうえで決定した。また、別表構成については看護師が行う対象理解から看護活動への関連が表現できる形を採用し、「構造と機能、症状、フィジカルイグザミネーション」、「疾患、症状・症候、検査、治療、看護活動」に加え、「主な臨床・画像検査」、「基本的看護技術」、「フィジカルイグザミネーション」とした。

修正された教育内容案(別表)(添付資料)のとおりである。

4. 考察

4-1. 到達度案での不承認項目と今後の検討

フィードバック検証①では「資質・能力案」およびその「到達度案」「教育内容案」の修正の方針の決定および妥当性の確認を行うことを目的として実施された。フィードバック検証の回答者数が少なかったことは本調査の限界ではあるが、バイアス補正を行ったうえで、信頼区間 95%による母集団の推定を実施できたことは、事業 3 で作成された「到達度案」「教育内容案」に対して、臨床現場ならびに看護基礎教育現場からの承認を確認できたと考える。

11の資質・能力の中でも、とくに承認されなかった項目が多かったのは CS であった。CS:患者ケアのための臨床スキル(Clinical Skill)は定義が「人々のライフサイクル・健康状態・生活する場での看護において必要な技能を修得し、根拠に基づく質の高い看護を実践する。」であり、まさしく看護実践に直結する資質・能力であった。CS の中でも、特に臨地実習時点では信頼区間の下限が50%未満だった項目は247項目中61項目、臨地実習前時点では247項目中98項目であり、臨地実習時点の信頼区間の下限は 0.296-0.671(最小値-最大値)、臨地実習前時点の信頼区間の下限は 0.292-0.615 でかなりの割合で承認と不承認が混在したことになる。

これは臨地実習で対象への実践が許可されるレベルに看護学生が到達しているか、臨地実習時点で実践が適切に実施されたか、実習終了時点や卒業時点で新人看護職として実践が許可されるレベルに到達したか、看護基礎教育で看護職としての実践能力を獲得したかを確認する評価指標であり、看護基礎教育と継続教育と臨床現場をつなぐ共通認識となる。これらの共通認識が不十分であることは、看護基礎教育の各段階ならびに新人看護職に向けた卒業時点の学生に期待される・目指すべきコンピテンシーの認識が不十分であり、看護教育の質が保証されているとは言い難い。看護学生の実践のレベルの到達が不十分かつ不適切であれば、臨地実習での実践の充実、対象者の適切な看護実践と看護成果にはつながらず、対象への看護の実践は保証されたことにはならない。一方で、CSの臨地実習前時点・臨地実習時点・卒業時点のアウトカムの設定となる到達度に対して共通認識が持てれば、看護実践能力に直結する臨地実習での看護実践の質保証と実践の機会確保にもつながると考える。

今回の結果から、CSにおいても、3時点中の「卒業時点」は承認の項目も多かったことから、看護基

基礎教育における卒業時点でのどのような実践の到達を期待しているかについては共通認識もあることが分かった。承認と不承認が混在した臨地実習前時点と臨地実習時点のCSに関しては、「臨地実習で看護学生にどのような実践が期待されるか?」「看護学生に期待される実践を教員や実習施設や対象者とどのように共通認識を持つか?」「共通認識を持つためにはどのような支援が必要か?」と合わせて検討していく必要がある。これはまさしく事業①の課題でも抽出された「看護学教育における臨地実習の現状」に記載されている「看護学生が看護行為を実施することの法律上の解釈」「大学教員の臨地実習指導における看護行為の問題と課題」「臨地実習における看護行為の現状」などでも挙げられている関係省庁・制度保証・検討会・ガイドライン・医療系団体・実習施設・教育組織との理解・共通認識により進むものであると考えられる。そのため、今後は特に臨地実習前時点と臨地実習時点のCSなど到達度の承認がされなかった項目が多かった部分に関して焦点的にパブリックコメントなど広く説明・意見聴取の機会をもつ必要があると考える。

また、CS以外の資質・能力でも特に信頼区間の下限が45%以下の項目は「学士課程としてどこまで共通認識を持つか」「学士課程としてどこまでをモデル・コア・カリキュラムとして考えるか」という議論を含むものであったと考える。とくに臨地実習前の時点で不承認の項目が多かったのは看護基礎教育課程における独自のカリキュラムやスコープやシークエンスによる影響も大きい。今後パブリックコメントなどの広く説明・意見聴取の機会では、単に不承認であることを聞くだけではなく、カリキュラムの位置づけを含む根拠理由とともに確認する必要があると考える。

4-2. 教育内容案の修正と今後の検証

教育内容案は、学士課程の卒業時点までに、履修しておくことが望ましいものとして提案されたものに対するふさわしくない項目、不適切表現と追加項目を問うものであった。追加項目に関してはChat型AIを活用したインタビューによるテキストデータの確認、削除項目では複数名からの削除提案、表現の修正・同義の包含及び異議の弁別に関しては各種ガイドラインにて修正案の検討を行った。削除項目は29であったことから、それ以外の項目は回答者全員が「学士課程の卒業時点までに履修しておくことが望ましい」と承認したと考えられる。一方で、回答者数の少なさ、回答項目の多さはバイアスの影響が否定できない。今回のフィードバック検証①の結果を踏まえて修正された「教育内容案」は更なる内容の妥当性を検証するため、再度、広く説明・意見聴取を得て、理解・共通認識を図る必要があると考える。

第4章 事業4:フィードバック検証②

1. 目的

フィードバック検証②では、JANPU 理事・監事、JANPU 高等教育行政対策委員会、および、JANPU 看護学教育質向上委員会、文部科学省看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会委員を対象に、現存のカリキュラム作成のプロセスと参考資料と作成上の負担・困難、事業1.2.3で作成された素案に対する意見、素案を活用したカリキュラム作成とプロセスと作成過程に必要な情報に関する調査を行い、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム素案」に含めるべき「資質・能力案」「到達度案」「教育内容案」修正方針の決定、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム素案」の構成ならびに内容方針の決定を目的とした。

2. 方法

2-1. 調査対象者・調査方法

フィードバック検証②では、JANPU 理事・監事 16 名、JANPU 高等教育行政対策委員会 8 名、および、JANPU 看護学教育質向上委員会の委員 12 名、文部科学省看護学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会委員 12 名の約 48 名を対象とした。対象者にはメールと依頼文書で説明し、対象者が当該期間に、Google フォームにアクセスすることで実施した。希望者にはインタビュー、メールでの回答、word 文書での回答とした。調査では、現状のカリキュラム作成のプロセス、その課題について質問を行った。その後、2040 年以降の社会を想定した看護職が学士課程において身につけるべき資質・能力として、事業 2.3 で作成した「資質・能力案」「到達度案」「教育内容案」を提示し、カリキュラム作成過程のイメージ、イメージを答える上での難点と難点解決のために必要な情報・資料について質問を行った。いずれも長文の記述式で収集した。

2-2. 調査期間

本調査の調査期間は 2024 年 2 月 19 日から 3 月 4 日までとした。

2-3. 調査項目

具体的な質問項目は以下の通りである。

【現状のカリキュラム作成について】

1) 現状、カリキュラム作成に携わる中で、どのようにカリキュラムを作っている(あるいは改訂している)か、そのプロセスの概要を教えてください。例えば、どのような方々がどのような役割で携わるか、どのようなものを参照するか(行政の公表する規準・ガイドラインその他の文書、国家試験の枠組み、現状に対する評価資料、学生に関する資料など)、作成作業の手順等である。

2) 上記で答えていただいたカリキュラム作成過程の中で、大きな負担となっている工程や、困難なことなど、現状のカリキュラム作成において感じている課題があれば教えてください。

【事業③で作成された資質・能力案、教育内容案について】

添付文書は、2040 年以降の社会を想定した看護職が学士課程において身につけるべき資質・能力として、第1～第4回の調査を元に11の領域に分けて記述したものです。

これらの案は、卒業時点を2040年の看護学生の学修成果の目標(学修目標)の到達とし、「①卒業時点でどのような資質・能力がどの程度求められるか(到達度)」、卒業時点で看護職の資質・能力を育成するためには「②各専門領域の臨地実習時点では、どのような指導の下、どのような実践の到達

を求めるか」、臨地実習で実践するためには「③各専門領域の臨地実習前時点では学内の講義・演習でどのような能力の獲得がどの程度求められるか」を示しています。

1)どのようにカリキュラムを作成していくか、その作成過程のイメージを教えてください。例えば、最初に、なにかから取り掛かるか、どのようなことに留意して、作成するか、上記の文書は、いつどのようなタイミングで参照されるか、既存のカリキュラムと、出来上がるものは異なるか。異なるとすれば、どのような点かなどです。イメージしたことを自由にお書き下さい。

2)これらの中で、上の質問に答えるうえで、難しいと感じる部分がありましたらお教えてください。また、その点を解決するために、どのような情報や資料があったら参考にしたいですか。例えば、前述の文書への補足や解説、カリキュラムのグッドプラクティスの共有、アウトカム基盤カリキュラムの実践例、実習ガイドライン、など。

3)上記の文書に対して、疑問点があれば、自由に記述してください。

2-4. 分析方法

得られた記述を質的帰納的に共通性、相違性に着目し整理した。

2-5. 倫理的配慮

本研究は、研究代表者の所属機関である東京医療保健大学のヒトに関する研究倫理審査委員会にて、多機関共同研究による一括審査(中央倫理審査)の承認(承認番号 教 32-43C)を得て実施した。研究対象者の権利保護について、研究参加は任意であり、研究参加に同意した場合は調査期間途中でも撤回できること、その場合も職務上の不利益を被ることはないことを保障した。本研究では研究内容の詳細を依頼書・説明書で示し、回答送信前であればいつでも辞退することが可能であること、回答送信後の同意撤回や当該個人のデータの開示には対応できないこと、得られたデータを研究者以外の第三者が閲覧することはないことを説明した。対象者のプライバシー保護の観点から調査への回答は無記名とし、Google Forms の回答をもって同意とした。得られた個人データや分析結果は、研究目的以外では使用しないこと、結果を報告書や学術雑誌へ投稿することについても同段階でその意義を説明し了解を得た。依頼書ならびに JANPU のホームページ上に連絡先・問い合わせフォームを示しておき、疑問、質問があればいつでも対応する体制を整えた。

3.結果

フィードバック検証②の回答者は24名であった。

3-1. 資質・能力案、教育内容案への主な意見

資質・能力案、教育内容案に対する CNS/NP/CNE、JANPU 会員校の教務・カリキュラム担当者、および第4回調査にご協力頂いた有識者の主な意見は以下の通りであった。

・資質能力に書かれている項目を達成するためには、どのような教育内容があれば達成できるか出していけば、判断できるかもしれない。

・教育内容が表、項目だけなので、一定の基準を設け加えてほしい。特に表 1 と表 2 は医学モデルであり、看護学モデルとの整合性があるのか疑問である。

・今回提示された「教育内容」が、「看護職が学士課程において身につけるべき資質・能力」とどのような関係にあるかがわかりにくく、ダブルスタンダードのように感じる。

・教育内容の各項目が示す範囲や求める理解の深さがわかる資料、資質・能力と教育内容の関連を示す資料があると参考になる。

・教育内容についての表は、疾患ごと、心身の異常などが膨大に掲載されていて、医学モデルを基に教育内容が抽出されているように見えた。看護学教育の中で医学的知識は重要であり、看護学の知識と演習や実習を通して統合していくことは必要と考えるが、看護学教育の中でこの表をどのように活用するかは難しくイメージできない。

・全体をスリムにし、ミニマムな内容を提示してほしい。また、図式化などにより、全体が把握できるようにしてほしい。

・これまで参照してきた指定規則、国家試験出題基準、現在のコアカリとの対照表がほしい。

・現在のどのような課題に対して、どのようにカリキュラムを改訂する必要があるのかを示してほしい。現在ある課題は各大学で異なる点も多いと思うが、全国の標準として、看護系大学の教育が目指すべきポイントを明確化してほしい。

・専門用語の解説がほしい。

3-2. カリキュラム作成のプロセスと参考資料(表1)

各会員校の状況に沿って、組織化、プロセスを工夫し実施していた。委員会やプロジェクトの構成では、各領域から、若手教員が入るようにしたり、一部の教員が検討した案を領域に持ち帰り、あるいは、全教員で検討するなどコンセンサスを得ていく工夫をしていた。

プロセスとしては、社会の動向や大学のミッションなどを踏まえディプロマポリシーの検討から、あるいは、現行カリキュラムの評価から課題を明確にして始め、3P の作成、カリキュラム・マップ、ツリーを作成し、科目配置や単位・時間数の決定、年間スケジュール、授業時間割への落とし込み、実習場との交渉・調整、指定規則の充足を確認と進めているところが多い。この間に、参考資料として、看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標。(2018)、看護学教育モデル・コア・カリキュラム(2017)大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準看護学分野、指定規則、国家試験出題基準、AACN Essentials などが活用されていた。また、現行カリキュラムの評価として、国家試験結果、GPA、学生の満足度評価、学生生活実態調査など、学生の到達度や学生生活への満足度などの結果を用いていた。その他、看護学教育に関する書籍、大学の建学理念他、省庁のガイドライン、審議会・検討会資料や海外の動きなど、求められる教育を検討するための資料があげられた。

表1. カリキュラム作成のプロセスと参考資料

	カリキュラム作成(改訂)の流れ	看護学教育モデル・コア・カリキュラム	JANPUコア・コンピテンシー	AACN Essentials	大学教育の分野別保証のための教育課程編成上看護学分野	指定規則	国家試験出題基準	現行カリキュラム評価	その他
1	カリキュラム検討委員会	○	○	○		○	○		
2	社会の動向、ミッションから見て卒業時到達目標の適切性を点検～到達目標に照らして現行カリキュラムを科目担当者に確認し修正・新設科目を全教員で検討(複数回)～教務委員長・副委員長が指定規則に準じているかの点検	○	○		○				看護教育学に関する書籍
3	全体で教育目的や目標について確認、検討～委員の一部で案(たたき台)を作成～カリキュラム委員会で討議、(この間に領域での合意、内容の修正)～最終的に学科会議で検討、決定	○				○	○		大学の建学理念
4	改変の必要な内容を提案～3P修正～授業、実習の方法・形態、場所、実習目標などを改編～全教員でコンセンサスを得て時間割作成。実習場の開拓・交渉、契約。看護技術は学生の実施状況チェックリストを参考に各領域で担当担任を確認、修正。		○			○			最近開催された看護の在り方検討関係の審議会記録、文科省・厚労省の報告書
5	各領域の代表者によるWGによりカリキュラム案を作成～カリキュラム委員会で審議								行政の基準
6	3Pの確認修正、現行カリの課題～科目～指定規則・モデルコアカリを確認	○				○			
7	教科により担当者を決め、その教員中心に作成し、領域教員で確認決定。						○		教科書、制度に関する情報、国民衛生の動向
8	教務委員会を中心にカリキュラム改訂の組織化。現行カリキュラムの評価～改訂版作成。	○	○		○				
9	各分野代表により組織されたカリキュラム委員会が作成～教授会で承認後、大学組織でも確認・承認。カリキュラム委員会は、大学の方針や指定規則等の改訂に合わせてカリキュラムの見直し。改訂案はコンピテンシー(JANPUコアコンピテンシー?)と照合。委員案は各分野・教員に提示され意見収集～修正。					○			文科省のガイドライン
10	大学の教育理念、方針の明確化～現行カリキュラムの課題検討								
11	全教員と学生の忌憚のない公開検討会の場の設定								
12	各領域の教員から構成されるカリキュラム委員会							現行カリキュラム評価結果、学生生活実態調査等の評価結果	行政の公表する基準・ガイドライン、その他文書
13	将来構想委員会と教務委員会を中心に、モデルカリキュラムに沿って科目の検討。	○							
14	大学の人材養成像、DP～CPへの落とし込み～科目の配置								
15	教務委員会外に、各領域の責任者がメンバーとなるカリキュラム検討プロジェクト(PJ)設置し、教務委員会と連動して課題抽出、改善策を検討・提案。看護技術習得チェックリスト、概念リスト、DP調査結果などを確認。PJで全体の課題や方針を出し、各専門領域では講義・演習・実習の目的・目標・内容の検討。各臨床実習のルーブリックを見直し、変更案作成。～PJでカリキュラム全体として適切か、時間数、開講年次、開講時期などを検討。シラバス内容の変更や実習の目的・目標、実習フィールドの変更は、教務委員会・教授会で審議。各種文書を参照し、最後に指定規則充足しているかを確認。		○		○	○			あり方検討会の資料、文科省・厚労省の報告書・資料
16	学科長、教務委員長、各領域の教授、准教授が実施								行政の規準・ガイドライン
17	教務委員会、各領域の教授・准教授で校正されるカリキュラム検討PJを設置。現行カリキュラム評価、課題検証を行い各種文書を参考に検討。PJが課題分析、方針検討し、理念、目的、3Pなどを検討、獲得能力を検討。～カリキュラム構造、科目配置や単位、時間数等の検討。	○							
18	関連する教員、カリキュラム改訂をやってみようのものを募り、教務委員会のほかにカリキュラムWGを設置。大学の理念、目標、学科の目標CP、DPなどを全員で確認。現状のカリキュラムの問題点の洗い出し、各種文書を参考に。		○				○		
19	教授1名(リーダー)と各領域から推薦された時代を担う若手教員(助教～准教授)で構成されたカリキュラムの評価・改訂を目的としたプロジェクトを常設。学習会から開始し、文献や他大学のカリキュラムの構築過程に関する情報抄読。現行カリキュラムは看護学モデルコアカリキュラムを活用～卒業生を対象としたDPIに基づく評価調査を実施～DP変更を検討								
20	専攻長を中心に、改正で示された指定規則の内容(改定意図)、コアカリキュラムの内容や改定意図、海外の動きを参考にしながら改訂。教員会議で各領域から意見集約。作業は専攻長が中心。	○				○			海外の動き
21	各領域代表者で構成される教務委員会で検討・作成。各種文書、大学の独自性や学生の満足度調査を資料として検討。							学生の満足度調査	行政(厚労・文科)の基準
22	各専門領域で協議⇔教育委員会を中心とするカリキュラム委員会協議⇔教授会審議。教育委員長＝カリキュラム委員長が取り纏め。							現状評価資料、学生に関する資料	ガイドライン
23	学部長がWGを設置しリーダーとなり、各分野の教授がメンバーとなり協議。現カリキュラムの課題を確認、改訂方針を決定し、全体の枠組みを検討～科目内容を検討。各専門領域の科目は、各専門領域が提案し議論。	○				○		本学の卒業生の国家試験結果、授業評価資料、ディプロマポリシーごとのGPA等	実習ガイドライン、中教審高甲、大学設置基準

3-3. カリキュラム作成上の負担・困難(表2)

カリキュラム作成上の負担・困難として最も多かったのは、教員間の合意形成(7名)であった。続いて、時間割までの組み上げ作業の大きな負担と労力(4名)、カリキュラム全体像の理解に要する時間や調整、教員のカリキュラム作成に関する理解不足(それぞれ3名)実習場との調整の困難さ(2名)であった。これらは、主に教員が協働してカリキュラムを作成(改訂)していく上で、時間と労力を要するものであり、このプロセスを一定経ることは必要ではあるが、コンピテンシー基盤型教育の理解基盤が得られることで、負担を緩和することにつながる可能性も示唆される。

また、その他には、看護職の未来像が見えないこと、教育の独自性や創造性を出すことが困難、検討時間が十分に取れないことへのジレンマ、カリキュラム評価のデータ収集が困難であることなど、よいカリキュラムを作成しようと直面している全般的な課題があがっている。

さらに、単位数の多さ、実習と授業の年間スケジュール配置の困難さ、他学部との調整や留年者への対応など、具体的な留意点もあがった。また、教員数や領域の独立性、柔軟な考え方を共有していくことなど、機微な調整が必要となっている現状も示された。

教員間の合意形成(7)	<ul style="list-style-type: none"> ・学生の到達度の合意、逆向き設計の共通理解、共通する概念等の共有 ・大きく科目をまとめたいと考えるが、各領域の教員の意見が異なり、それぞれが強い主張をもつため、整合性を持たせることが困難 ・公開検討会(教員間の検討会)への参加者が少ない
カリキュラム全体像の理解に要する時間や調整(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・カリキュラム全体について理解している教員が少なく、検討に時間を要する ・全体像が見えないと、技術演習が重なったり、教科目同士のつながりがなく効果的にならないため、お互いの連絡調整が必要 ・全体が見えない教員がいるため、検討プロジェクトが助言し、FD で理解を促している
教員のカリキュラム作成に関する理解不足(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・教員が指定規則の遵守含めカリキュラムのことを理解していない ・教員のカリキュラムや改訂に関する知識・経験が不足している ・コンピテンシー基盤の方法を検討する必要性
時間割までの組み上げ作業の大きな負担と労力(4)	<ul style="list-style-type: none"> ・時間割までくみ上げる作業は大きな労力を伴い、担当する者の作業負担が大きい ・時間割を調整すること ・時間割作成に困難や多大な時間がかかる:選択科目が豊か、非常勤講師が多い、他学部との調整が必要 ・他学部と協働で実施する科目、大学院教育との重複により、参照して検討する必要があり負担
実習場との調整の困難さ(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・臨地実習施設との調整 ・実習施設との交渉の困難さ(コロナ禍)
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職の未来像が見えない ・検討時間が十分に取れない ・カリキュラム評価のためのデータ収集の困難さ ・到達度評価基準作成の困難さ
	<ul style="list-style-type: none"> ・段階的に修得できるよう構築したいが、調整しながら具体的に落とし込む困難さ ・大学の方針と単位数の多さによる調整の困難さ ・最新の制度に対応する困難さ ・他学部との調整 ・留年学生への対応
	<ul style="list-style-type: none"> ・領域ごとの独立性の強さによる学生の到達度・進捗度のレベル設定が困難 ・柔軟な考え方を共有できず混乱 ・教員数などがカリキュラム作成に影響 ・科目責任者の決定 ・実習と授業の年間スケジュール配置の困難さ
	<ul style="list-style-type: none"> ・DPとコアカリなど基準を網羅しているかの確認 ・教育の独自性や創造性を出すことが困難

3-4. カリキュラム作成過程に必要な情報(表 3)

先にあがった困難や課題を解決するために、どのような情報や資料があるとよいかの問いに対する回答は、以下の通りである。

コンピテンシー基盤型教育に関する理解を促すための資料や、作成のための手順を求める意見、看護実践能力評価の方略・規準に関するもの、実習ガイドラインなどがあがった。

表 3. カリキュラム作成過程に必要な情報

<p>コンピテンシー基盤型教育が分かりやすい資料の提示(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンピテンシー基盤型教育ということがわかりやすい資料になると多くの大学で活用できる ・一連の資質能力達成させるためには、1つの科目というよりも資質能力を基軸として、複数の科目で達成するように思われるが、その方法のイメージ ・コンピテンシー基盤型では、整理できそうに思われるが、どのように構造化するのが良いか、そのイメージ ・アウトカム基盤型カリキュラムの実践例の提示 ・よいカリキュラムを作り実践し教育の質を担保するための、効果的なFDが重要。FDデザイン例や、FDに使えるカリキュラムの実践例、参加型実習例があればぜひ参考にしたい。
<p>コンピテンシー基盤型教育のグッドプラクティス、作成過程や手順の可視化(6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コンピテンシー基盤教育カリキュラムのグッドプラクティスの共有:特に作成過程や手順を可視化した文献や資料があるとイメージしやすい。 ・看護学教育モデル・コア・カリキュラム、アウトカム基盤カリキュラムの実践例 ・能力獲得のためには、教育方法が重要となると思うが、それらも含めたカリキュラムの実践例があると参考になる ・カリキュラムのグッドプラクティスの共有 ・カリキュラムのベストプラクティスの共有やアウトカム基盤カリキュラムの実践例 ・カリキュラム作成に関わるメンバーがカリキュラム改正に関する十分な知識と情報を持つために、規程や文書の解説、アウトカム基盤型カリキュラム等カリキュラムに関するセミナーや実践例があればいい。
<p>学生の看護実践能力の到達度評価に関する方策や規準(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能力達成評価にあたって、効率的に評価をする必要があるので、OSCE等の能力評価方法について知りたい。 ・(学生が臨床で実施できる力があることを施設側が認めないと保証してもらえないので、実施困難となる。教員と一緒に現状と変わらないため)学生が臨床で実施できる力があることを施設側が認める保障などの事例との紹介があると良い
<p>その他(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習ガイドライン ・時代の進化に迫りつづために、看護専門職のキャリア教育の推奨

4.考察

回答者は24名であったが、いずれの回答も実際にカリキュラム作成・改訂に取り組んだ経験、あるいは、取り組むことを想定した回答であり、具体的なプロセスや困難などが記述されていたため、大変示唆に富むものであった。

特に、カリキュラム作成過程で感じる困難とその解決のために必要な情報・資料については、今後、看護学教育モデル・コア・カリキュラムをより活用していくためにも、モデル・コア・カリキュラムに含むべき事項や、JANPUなどが看護学教育の質を向上するために提示・共有していくべきものなどが示唆されている。

以上より、看護学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂においては、コンピテンシー基盤型教育の考え方やそれによるものであることを明示すること、作成過程や実践例などを例示すること、看護実践能力評価基準や評価方略などを明示することが求められていると言える。これらを参考に、看護学教育モデル・コア・カリキュラム2024年度改訂版(素案)の「第3章 学修方略・評価」の構成案を検討した。

改訂版看護学教育モデル・コア・カリキュラムの構成案		
章	内容	根拠となる調査
はじめに	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2040年を見越して求められる看護師像 ・ コンピテンシー基盤型教育への転換 ・ 看護学基礎教育の質担保に向けた方策 ・ 臨地実習の在り方への示唆 	事業①
第1章 看護師として求められる基本的な資質・能力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資質・能力の11分類とその説明 	事業②
第2章 学修目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資質・能力の11分類に対する第2階層、第3階層、第4階層（学修目標）と到達度 ・ 教育内容（別表） ・ ブループリント 	事業② 事業③④
第3章 学修評価・方略	<ul style="list-style-type: none"> ①コンピテンシー基盤型教育 ②コンピテンシー基盤型カリキュラム ③コンピテンシーに基づくアウトカム設定 ④松下のコンピテンシー三重モデルの考え方 ⑤「資質能力」「教育内容」の考え方 ⑥マイルストーン（到達度）の考え方 ⑦学修評価 ⑧学修方略（Good Practice例含む） 	事業③④

第5章 事業4:ブループリント

1. ブループリントの位置づけ

ブループリントは設計図ともいわれ、カバーする内容、各分野の重点度、その他の重要な特徴など、主要な要素が記述されているものである。コンピテンシーを測定する一つの方法であるテストの設計図(テストブループリント)では、学習成果と行動目標の役割について説明したうえで、テストの設計図を作成するための4段階のプロセスとして、第1段階は主要な知識とスキルの領域(すなわちコンピテンシー)の特定、第2段階は具体的な評価目標の明確化、第3段階は目標に対処するための評価方法の決定、第4段階は各知識やスキルの領域にどれだけの重点を置くかを定めることが含まれる¹⁾。

本章では、第2章のフィードバック検証①で作成された第4層資質・能力に対してMillerのピラミッドで表現された学修評価の考え方に基づく各記述に対して対応表を作成し、第1-2段階に基づく第3段階の評価方法の検討を行う。また、第4層で示された「資質・能力案」に対して、事業2のChat型AIを活用したインタビューによる大規模調査で得られたテキストデータを紐づけ、収集されたテキストデータの全体において、どの資質・能力に対してどの程度言及されたか、その比率を計算し、第4段階のどれだけの重点を置くのか定義する。

2. 目的

1) 松下のコンピテンシー3重モデルで示された第4層資質・能力に対してMillerのピラミッドで表現した学修評価の考え方に基づく各記述が第2章で作成された。この各記述に対して対応表を作成することを目的とする。作成したものを今後の事業で検証することで、ブループリントのプロセスの第3段階の目標に対処するための評価方法の検討を今後行うことが可能となる。

2) 第4層で示された「資質・能力案」に対して、どれだけの重点を置くのか定義するため、事業2のChat型AIを活用したインタビューによる大規模調査で得られたテキストデータと「資質・能力案」のコサイン類似度を計算し、テキストデータ全体においてどの程度言及されたか(資質・能力案に対してどの程度テキストデータがあったか)という比率を計算することで、具体的な値を算出することを目的とする。

なお、本研究では、ベクトル表現のそれぞれにおけるテキスト間の類似度として、ベクトル表現における類似度(コサイン類似度)を採用し、テキスト間の類似度を指標とした定量的分析を行った。コサイン類似度は、テキストベクトル間の類似度として最も広く用いられている指標であり、2つのテキストベクトルがベクトル空間上でなすコサイン角である。 $-1 \sim 1$ の範囲の値を取り、 -1 に近いほどベクトル空間上でなす角が大きい、すなわちテキスト間の類似性が低く、 1 に近いほどベクトル空間上でなす角が小さい、すなわちテキスト間の類似性が高いと解釈できる。

3. 方法

1) 松下のコンピテンシー3重モデルで示される第4層資質・能力に対してMillerのピラミッドで表現された学修評価の考え方に基づく各記述に対して対応表を作成し、目標に対処するための評価方法の検討を行う。

2) 第4層で示された「資質・能力案」に対して、どれだけの重点を置くのかという指標は、事業2の

Chat 型 AI を活用したインタビューによる大規模調査で得られたテキストデータと「資質・能力案」のコサイン類似度を計算し、テキストデータ全体においてどの程度言及されたか(資質・能力案に対してどの程度テキストデータがあったか)という比率を計算する。

テキストデータ全体においてどの程度言及されたか(資質・能力案に対してどの程度テキストデータがあったか)はテキストの一つ一つ(1回の送信)の集合を M 、資質・能力の一つ一つの項目を要素に持つ集合を C とすると、あるテキスト $m_0 \in M$ が $c_0 \in C$ に言及するとは、

$$\operatorname{argmax}_{c \in C} d(m, c) = c_0$$

であることを意味する。ただし d は分散表現同士の距離を表現する関数であり、今回はコサイン類似度、すなわち

$$d(x, y) = \frac{x \cdot y}{|x||y|} \quad (x \cdot y: x \text{ と } y \text{ の内積}) \text{ を用いて、計算した。}$$

4. 結果

1) 松下のコンピテンシー3重モデルで示される第4層資質・能力に対してMillerのピラミッドで表現された学修評価の考え方に基づく各記述に対して対応表として、以下の考え方で作成した。

学修成果の分類としては、(1)直接評価と間接評価、(2)量的評価と質的評価、(3)科目レベル・プログラムレベル・機関レベルの評価を基本とした²⁾。3分類の中でも、学習成果の評価のメインは直接評価とした。これは、「学生の学習のエビデンスは、質問紙調査(コンピテンシーや成長についての学生による自己報告)以上のものを含むべきである。[中略]学生の学習のエビデンスを提供するには、学生の学習の成果物の直接評価の結果を含む、より多くの異なるタイプのエビデンスが求められる」(WSCUC, 2015)らの考え方を適用した³⁾。

なお、直接評価(direct assessment/measures/evidence)は、学習者の知識や能力の表出を通じて「何を知り何ができるか」を学習者自身にやってみさせることで、学習成果を直接的に評価する方法とした⁴⁾。また、間接評価(indirect assessment/measures/evidence)は学習者による学習成果についての自己報告を通じて「何を知り何ができと思っているか」あるいは「どのように学習を行っているか」を学習者自身に答えさせることによって、学習成果を間接的に評価する方法とした⁴⁾。間接・質的評価の一つとして、「I 学習者の学びの記述(記述試験・レポート)」、間接・量的評価の一つとして「II 質問紙調査(筆記試験など)」、直接・量的評価の一つとして、「III 客観的テスト」、直接・質的評価の一つとして、「IV パフォーマンス評価, ポートフォリオ」を挙げた。

また、直接評価を間接評価によって代替することは困難であり、「ダニング=クルーガー効果」により能力が低い者は能力を過大評価し、高い者は控えめに評価する傾向がある⁵⁾という考え方から、共通認識化された評価方法として臨地実習での観察評価、OSCE、CBT(音声動画あり)、CBTの4つを検討し、対応表を作成した。対応表は以下のとおりである

Miller のピラミッドに対する推奨される評価方法	
Does	臨地実習での観察評価
Shows how	OSCE
Knows how	CBT(音声動画あり)
Knows	CBT(音声動画なし)

Miller のピラミッドに対する推奨される直接・間接×量的・質的な評価方法	
Does	I 学習者の学びの記述(記述試験・レポート), IV パフォーマンス評価,

Shows how	Ⅱ 質問紙調査(筆記試験など), Ⅳポートフォリオ, Ⅳパフォーマンス評価,
Knows how	Ⅲ客観的テスト, Ⅱ 質問紙調査(筆記試験など)
Knows	Ⅲ客観的テスト, Ⅱ 質問紙調査(筆記試験など)

2)事業2のChat型AIを活用したインタビューによる大規模調査で得られたテキストデータと「資質・能力案」のコサイン類似度を計算し、テキストデータ全体においてどの程度言及されたか(資質・能力案に対してどの程度テキストデータがあったか)という比率の計算結果は以下の表8とおりである。なお、小数点第3位を四捨五入して表に示す。

11の資質・能力の分類のうち、GEが8.12%、PRが15.14%、LLが9.04%、SOが8.84%、QSが4.29%、IPが4.79%、REが3.13%、CSが25.71%、CMが8.48%、ITが1.63%、PSが10.85%であった。

表8.「資質・能力案」に対するテキストデータの比率によるブループリント(ブループリント案:Excel表)

第1階層	重み	第2階層	重み	第3階層	重み		
GE: 対象を総合的・全人的に捉える能力 (Generalism)	8.12	人としての対象の理解	0.15	人間の基本的欲求に関する概念	0.07		
				人間の生活行動の理解	0.08		
		対象アセスメントの視点と看護	1.51	生活者としての対象の理解	1.34	対象の全体像	0.92
						生活とライフサイクル	0.02
						健康と生活・セルフケア	0.58
		地域を捉えたニードの把握	0.35	パートナーシップに基づく効果的なコミュニケーション	0.67	生活者としての対象を取り巻く地域の理解	1.06
						生活者としての対象への看護	0.20
		パーソン・センタード・ケア	2.21	家族の理解と家族看護	1.88	多様な視点の統合	0.08
						地域を視野に入れた看護の構想	0.35
		パートナーシップに基づく効果的なコミュニケーション	0.67	パーソン・センタード・ケア	2.21	専門職としての行動規範・倫理にもとづいたコミュニケーション	0.08
パートナーシップの必要性	0.35						
パーソン・センタード・ケア	2.21	家族の理解と家族看護	1.88	共感的な関係構築	0.24		
				パーソン・センタード・ケアの基本の理解	0.15		
家族の理解と家族看護	1.88	看護職の専門性を支える法律・倫理の理解	0.96	援助的関係性の構築	2.06		
				看護職としての倫理的行動	1.64		
家族の理解と家族看護	1.88	看護職としての倫理的行動	1.64	家族に関する基本的な概念	0.05		
				家族看護の基本	0.25		
看護職としての倫理的行動	1.64	看護職としての専門性に関する理解	2.49	家族看護の方策	0.34		
				看護職としての倫理的行動	0.31		
看護職としての専門性に関する理解	2.49	看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	医療における倫理の基本的理解	0.92		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	医療における倫理的問題の理解	0.03		
				看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37		
看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	医療における倫理的行動	0.38		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	看護における基本的人権擁護の理解	0.08		
				看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	医療における看護の目的の理解	2.42		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	専門職としての看護職の責務の行使	1.01		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	社会に対する専門職集団としての行動	0.68		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	自らの健康管理	0.73		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	マインドフルネスや自身の強みを活かしたセルフマネジメント	0.31		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		
看護職としての専門性に関する説明責任	1.69	看護の特性と価値観を反映した職業的アイデンティティの形成と育成	1.37	専門職としての目的意識	0.32		
				看護職としての専門性に関する説明責任	1.69		

		看護職としての自己像の確立	4.17	自らの実践の省察	4.14
				人々の多様性理解を職業アイデンティティへ統合	0.03
		リーダーシップ能力の開発	2.82	リーダーシップの理解	1.76
				リーダーシップの発揮と基盤	0.92
				リーダーシップ能力開発の方略	0.14
LL: 生涯学習能力 (Lifelong Learning)	9.04	生涯学習を可能にする基盤	0.82	生涯学習の特徴と必要性の理解	0.26
				学習に対する態度(批判的思考・創造・柔軟・好奇心・活動)	0.56
		生涯学習の内容と方略	2.79	省察的な方略	1.51
				拡張学習的な方略	0.19
				モチベーションを向上させる方略	0.45
				情報探索に対する方略	0.13
				協働学習方略	0.31
				学修方略の選択	0.19
		自己研鑽の継続と探求	0.97	ビジョンや目標の設定	0.13
				自己教育力	0.84
看護職としての自己研鑽の継続	2.73	基礎教育と継続教育の理解	2.73		
看護職としての自己研鑽の継続と探求	1.73	プロフェSSIONALとして自己研鑽する姿勢	1.73		
SO: 地域社会における健康支援 (Healthcare in Society)	8.84	地域社会と健康	0.56	暮らし(生活)と健康	0.05
				環境と健康	0.17
				健康の社会的決定要因	0.21
				ヘルスプロモーションの概念	0.13
		人々の健康と暮らしを支える法制度と看護活動の基本	0.79	わが国の社会保障制度の成り立ちと変遷	0.19
				わが国の衛生行政のしくみ	0.24
				地域保健に関連する法制度と看護活動	0.36
		人々の健康と暮らしを支える法制度と看護活動	4.37	子どもの健康に関連する法制度と看護活動	1.55
				働く人の健康に関連する法制度と看護活動	0.18
				福祉・介護に関連する法制度と看護活動	0.44
				医療に関連する法制度と看護活動	1.85
				地域の社会資源の活用と開発の理解	0.35
		地域包括ケアシステムの構築と理解	0.28	地域包括ケアの概念と地域共生社会	0.14
				地域の健康ニーズ	0.14
		地域包括ケアシステムの構築と推進	0.54	地域の社会資源の活用と開発の理解	0.35
				地域包括ケアシステムの構築と推進の理解	0.18
		在宅における看護	1.46	在宅における看護の提供	0.21
				訪問看護の機能と役割	1.24
		地域における健康危機と看護	0.65	健康危機管理の概念と法制度	0.08
				地域における健康危機と予防対策	0.07
		地域における健康危機と看護活動	0.51		
国際社会における看護	0.19	国際社会と健康	0.04		
		グローバル化と看護	0.15		
QS: ケアの質と安全管理 (Quality and Safety)	4.29	ケアの質の維持・向上	0.64	ケアの質管理の基本	0.30
				ケアの質管理の方法	0.21
				看護の安全性確保	0.14
		ケア提供に対する説明責任	0.01	ケア提供についての説明	0.00
				看護記録の法的根拠	0.01
				リスクの予測と説明	0.00
		対象安全促進のための知識	0.15	有害事象の予防策の理解と実施	0.09
				磁場の発生する検査の特徴と注意点の理	0.00

				解	
				放射線被ばく予防と適切な対応・説明	0.05
		対象安全促進のための知識と行動	2.66	リスクマネジメントの基本的理解と安全のための行動	0.54
				リスクアセスメントと安全管理行動	0.26
				薬害・医療被害の再発防止の制度理解と価値観	0.07
				在宅における安全の確保	1.27
				薬品管理に関する基本的な知識	0.05
				インシデント・有害事象発生時の対応	0.04
				安全の文化への貢献	0.43
		対象安全促進のための感染対策	0.78	医療関連感染の理解と予防	0.32
				医療関連感染の予防行動	0.05
				ワクチン接種による感染予防	0.02
				職業感染対策の理解	0.09
				感染症予防行動	0.29
		災害等の対応	0.05	災害等緊急事態発生時の医療者・医療機関の役割	0.02
				災害等の緊急事態発生時の対応	0.02
IP: 多職種連携能力 (Interprofessional Collaboration)	4.79	多職種連携の基盤	0.61	多職種連携の目的と成果	0.19
				多様な職種により構成されるコミュニティへの所属意識	0.08
				多様な職種による患者利用者中心の連携実践への意欲と自信	0.34
		チームにおけるコミュニケーション	0.73	自分の意見の明確な説明	0.40
				チームメンバーの意見の傾聴	0.33
		専門職の役割と責任の理解	0.46	看護職の役割と責任の説明	0.41
				他の職種の役割と責任の理解	0.05
		チームワーク	0.51	チームワークの理解	0.36
				チームメンバー・チームリーダーとしての行動	0.09
				連携協働の課題の明確化	0.06
		対象を中心とした連携協働	1.66	対象志向での連携協働	1.12
				対象・多職種と連携したケアマネジメント	0.54
		連携協働の生涯学習	0.40	学習とリフレクション	0.40
		倫理的態度	0.41	自身の見方への気づきと葛藤への対処	0.12
				相互尊重の原則	0.30
RE: 科学的探究能力 (Research)	3.13	学術活動の倫理的行動	1.04	倫理規定の遵守の基本	0.07
		学術的倫理の理解	0.42	倫理規定の遵守	0.11
				学術活動における倫理的行動	0.31
		学術活動の倫理的行動	1.04	学術的探求	0.97
		看護学の探求の基礎	1.20	研究の基礎	0.96
				学術成果の発信	0.24
		最善のエビデンスを看護実践に取り入れる	0.48	科学的探究のためのデータ利活用	0.44
				根拠に基づいた実践の理解	0.03
CS: 対象ケアのための臨床スキル (Clinical Skill)	25.71	専門的知識に基づいた看護過程	2.98	看護過程の理解と実践	0.51
				対象の身体・心理・社会的ニーズの分析	0.70
				対象の目標・アウトカムの設定	0.15
				目標・アウトカムに基づく計画立案・実施	0.36
				目標・アウトカムに基づく報告・評価・改善	0.25
				ケアにおける相互作用	1.01
		根拠に基づいた看	1.18	根拠に基づいた看護実践の理解	0.75

		護実践		根拠に基づいた実践の基本	0.07
				根拠に基づいた課題解決	0.21
				根拠に基づいた看護実践の適用	0.15
		対象者中心の共感的な看護実践	8.91	対象者中心の共感的なケア	1.30
				対象者中心の意思決定支援	0.69
				各ライフサイクル期に応じた看護実践	0.21
				ライフサイクル期に応じた看護実践(小児)	0.28
				ライフサイクル期に応じた看護実践(成人)	0.49
				ライフサイクル期に応じた看護実践(高齢)	2.46
				在宅療養支援	0.53
				対象者のセルフケア管理の促進	0.81
				対象者中心のケアのための専門職連携	2.13
		専門的知識に基づいた看護技術	5.43	基本的な看護技術(コミュニケーション)	0.05
				基本的な看護技術(感染)	0.25
				日常生活行動を支援する技術	0.62
				日常生活行動を支援する技術(活動と休息)	0.43
				日常生活行動を支援する技術(食べる)	0.16
				日常生活行動を支援する技術(排尿・排便)	0.08
				日常生活行動を支援する技術(清潔・整容)	0.35
				生命活動を支える援助技術	0.57
				治療・処置・検査に伴う援助技術の基本	2.16
				治療・処置・検査に伴う援助技術	0.75
		健康段階に応じた看護実践	4.38	クリティカルケア状況にある対象への看護実践	1.86
				急性期・周術期にある対象への看護実践	0.33
				症状マネジメント・緩和ケアを必要とする時期の対象への看護実践	0.47
				回復期・リハビリテーション期にある対象への看護実践	0.05
				慢性期・重症化予防を必要とする時期の対象への看護実践	0.24
				精神疾患を抱える対象への看護実践	0.41
				終末期における看護実践	1.02
		健康障害や治療・検査に対する看護実践	0.71	放射線看護	0.00
				遺伝看護	0.71
		幅広い知識に基づいた臨床判断	2.12	論理的思考に基づく臨床判断の理解	0.35
				臨床判断における情報の知覚	0.14
				情報識別・情報の解釈・意味づけ	0.15
				臨床判断における反応・省察	0.44
				臨床判断に基づく専門職連携	1.04
CM: コミュニケーション能力 (Communication)	8.48	人間関係の構築	0.70	コミュニケーションの基本(自己理解)	0.18
				コミュニケーションの基本(人間関係の成立・発展)	0.52
		対象者との援助関係の構築	3.00	対象に応じたコミュニケーションによる援助関係構築	2.83
				対人援助関係の省察	0.17
		対象者との援助関係の支援	2.27	対象の意思を尊重した意思決定支援	1.03
				対象に応じた教育とカウンセリングの支援	1.24
		対象者との援助関係の促進	0.27	アセスメントガイドを用いた情報整理	0.13
				健康に影響を与える個人的、社会的、経済的、環境的要因	0.14
		医療専門職との関係構築	2.24	チームベースの専門職間連携の促進	1.24
				専門職間連携によるケアの促進	1.00
	1.63	ICT 活用と情報リ	0.17	社会におけるデータ・AI 利活用	0.05

IT: 情報・科学技術を活かす能力 (Information Technology)		テラシー		基本的なデータの取り扱い	0.11	
				データ分析(analysis)	0.01	
		医療における情報・通信・科学技術の基本的理解	0.29		個人情報の適切な取り扱い(プライバシーとセキュリティ)	0.11
					医療情報システムの基本的理解	0.18
		医療における情報・通信・科学技術の理解	0.33		情報通信技術を活用したデータの収集と情報作成	0.15
					医療専門職としての情報・通信・科学技術への態度	0.18
		医療における情報・通信・科学技術の活用	0.68		適切な看護ケア提供のための情報通信技術の活用	0.40
					適切な看護ケア提供のための情報通信科学技術の活用	0.03
					適切な看護ケア提供のための効果的な人工知能の活用	0.25
		医療における情報・通信・科学技術のシステム活用	0.15		医療情報システムの利活用	0.08
					医療情報システムの安全管理	0.07
		PS: 医療専門職としての問題解決のための専門知識 (Problem Solving)	10.85	看護の学問分野特有の視点	2.46	看護の基盤となる知識
総合体である人間と看護活動	1.59					
医療システムにおける安全で質の高い公平な看護	2.36				医療における看護	0.27
					社会における看護	0.19
					効果的なケアを実践するためのシステム理解	1.89
生命維持と生物学的な死	0.11				細胞死・心停止・脳死	0.11
生命維持・生活行動を理解するための体の仕組み	0.09				内部環境の恒常性と看護活動	0.08
					恒常性維持のための流通機構・調節機構	0.01
ライフサイクル期における生命維持と生活行動	0.74				ライフサイクルに特徴づけられる看護活動	0.74
生命維持と日常生活行動	0.37				仕組みの理解と看護活動(活動と休息)	0.12
					仕組みの理解と看護活動(息をする)	0.07
					仕組みの理解と看護活動(食べる)	0.02
					仕組みの理解と看護活動(トイレに行く:排尿)	0.00
					仕組みの理解と看護活動(トイレに行く:排便)	0.08
					仕組みの理解と看護活動(清潔・整容)	0.05
					仕組みの理解と看護活動(コミュニケーション)	0.02
					仕組みの理解と看護活動(性を営む)	0.01
各器官および全身の構造・機能と健康障害に対するニーズ分析	0.50				人体各器官および全身の疾患・病態の理解	0.50
人体各器官の構造・機能と健康障害に対するニーズ分析	0.17				血液・造血器・リンパ系の構造と機能の理解	0.00
					血液・造血器・リンパ系の症状・徴候に対する看護活動	0.16
			血液・造血器・リンパ系の疾患・病態に対する看護活動	0.01		
人体各器官の構造・機能と健康障害に対するニーズ分析	1.32		神経系の構造と機能の理解	0.01		
			神経系の症状・徴候に対する看護活動	0.01		
			神経系の疾患・病態に対する看護活動	0.02		
			皮膚系の構造と機能の理解	0.01		
			皮膚系の症状・徴候に対する看護活動	0.03		

			皮膚系の疾患・病態に対する看護活動	0.02	
			運動器(筋骨格)系の構造と機能の理解	0.00	
			運動器(筋骨格)系の症状・徴候に対する看護活動	0.01	
			運動器(筋骨格)系の疾患・病態に対する看護活動	0.01	
			循環器系の構造と機能の理解	0.01	
			循環器系の症状・徴候に対する看護活動	0.08	
			循環器系の疾患・病態に対する看護活動	0.05	
			呼吸器系の構造と機能の理解	0.00	
			呼吸器系の症状・徴候に対する看護活動	0.11	
			呼吸器系の疾患・病態に対する看護活動	0.12	
			消化器系の構造と機能の理解	0.00	
			消化器系の症状・徴候に対する看護活動	0.04	
			消化器系の疾患・病態に対する看護活動	0.02	
			腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)の構造と機能の理解	0.00	
			腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)の症状・徴候に対する看護活動	0.10	
			腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)の疾患・病態に対する看護活動	0.01	
			生殖器系・乳房の構造と機能の理解	0.00	
			生殖器系・乳房の症状・徴候に対する看護活動	0.03	
			生殖器系・乳房の疾患・病態に対する看護活動	0.00	
			妊娠と分娩に関する構造と機能の理解	0.00	
			妊娠と分娩の症状・徴候に対する看護活動	0.06	
			妊娠と分娩の疾患・病態に対する看護活動	0.00	
			小児の構造と機能の理解	0.00	
			小児の症状・徴候に対する看護活動	0.32	
			小児の疾患・病態に対する看護活動	0.15	
			内分泌・栄養・代謝系の構造と機能の理解	0.00	
			内分泌・栄養・代謝系の症状・徴候に対する看護活動	0.02	
			内分泌・栄養・代謝系の疾患・病態に対する看護活動	0.02	
			眼・視覚系の構造と機能の理解	0.01	
			眼・視覚系の症状・徴候に対する看護活動	0.04	
			眼・視覚系の疾患・病態に対する看護活動	0.00	
			耳鼻・咽喉・口腔系の構造と機能の理解	0.02	
			耳鼻・咽喉・口腔系の症状・徴候に対する看護活動	0.02	
			耳鼻・咽喉・口腔系の疾患・病態に対する看護活動	0.00	
		精神系の健康障害に対するニーズ分析	0.53	精神系の仕組みと働きの理解	0.03
				精神系の症状・徴候に対する看護活動	0.41
				精神系の疾患・病態に対する看護活動	0.08
		健康段階と健康障害に応じた対象の反応の理解	0.53	治療・検査に対する対象の反応理解と看護活動	0.53
		健康障害の程度と段階に応じた看護実践	0.99	健康障害や治療・検査に対する看護活動	0.82
				健康障害に対する薬物療法	0.17
				健康障害に対する放射線療法	0.00
		体を守る仕組みと異常に対する看護	0.69	遺伝医療とゲノム医療	0.16
				移植医療に対する看護実践	0.00

		実践	免疫・アレルギーに対する看護実践	0.14
			炎症に対する看護実践	0.05
			障害に対する細胞・組織の反応に対する看護実践	0.01
			腫瘍に対する看護実践	0.21
			出血に対する看護実践	0.02
			侵襲に対する看護実践	0.10

*表の数値は小数点第3位を四捨五入して示した。

*「0.00」は、第1.2.3回の大規模調査で0.01未満だったもの、および、第4回の有識者意見調査で抽出された資質・能力であり、第1.2.3回の調査データと紐づかなかったもの。

5.考察

5-1. 学習目標と到達度に基づく評価方法

コンピテンシー基盤型教育による看護学教育の質保証ならびに2040年の社会のニーズに合わせた看護学教育の充実に向けて、アウトカム設定、コンピテンシーとアウトカムと対応する評価課題、アウトカムを測定するための評価指標、評価指標の信頼性と妥当性の検証など一貫性ある評価が求められている。中央教育審議会大学分科会「質保証システム部会新たな時代を見据えた質保証システムの改善・充実」についてでも、「大学設置基準」「大学設置認可審査」「認証評価」「情報公表」が我が国の公的な質保証システムと説明され、学生の学びの質と水準、学修成果の可視化と情報公表の促進が進められている。特に認証評価(機関別・分野別)においては、学位プログラムレベルでのコンピテンシーとアウトカムの明確化と効果的・効率的な評価の実施が求められているため、資質・能力に対しての学修評価の考え方から評価方法の対応表を作成したことは、看護学教育における評価を促進する一助となると考える。その一方で、本評価方法はあくまでも Miller のピラミッドに対しての言語表現に対する一致から作成されたものであり、看護学の資質・能力に対して適応できるか、全資質能力に対する評価方法として適切かの議論はされていない。そのため、今後、本評価方法の妥当性の検証が必要であると考ええる。

医学・歯学・薬学では学生における臨床実習前の能力評価(共用試験)として CBT(Computer Based Testing)や客観的臨床能力試験(OSCE)が活用されている。とくに診療参加型臨床実習実施ガイドラインを含めた医学教育モデル・コア・カリキュラムが令和4年に提示されたが、医学教育等高等教育においては、2004年度(平成16年度)からは卒後臨床研修の必修化、2005年度(平成17年度)からの医学生を対象とした共用試験の開始、2015年度(平成27年度)より共用CBTのブループリントが設定されている。また、2001年(平成13年)に報告された「効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する調査研究(福井班報告書)」⁸⁾では、卒前医学教育(臨床実習)に関する取り決めや、診療参加型臨床実習の導入に即した体制作りと実習指針の作成に関する提案として、患者・学生・指導医・自施設・学外施設の安全性の確保と不安解消のために法的課題を認識し、実習指針に対応方針を明示することなどを挙げた。その結果、医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会⁹⁾でも、臨床実習における医師の指導監督の状況として、(1)臨床実習における医行為の違法性阻却の条件と今般の法改正との関係について、(2)大学における管理について、(3)患者の同意について、(4)そのほか臨床実習において改善すべき点や配慮すべき点について議論されており、資質・能力と学修目標と評価と評価方法とそれを情報公表・説明するための仕組み、環境調整、保証制度との調整が行われているが、看護学教育においてはこれからの上記の議論が必要である。今回の評価方法の適切さの検討と合わせて、評価方法を実施するための体制の検討が合わせて必要になると考える。

5-2. 学習目標と学修評価に基づくブループリント

厚生労働省医道審議会医師分科会医学生共用試験部会の共用試験実施評価機構と共用試験¹⁰⁾では、臨床実習前の共用試験(CBT&OSCE)に対するモデル・コア・カリキュラムによる CBT 出題範囲の調整ブループリントによる出題割合・難易度調整、医師国家試験出題基準による出題範囲のブループリント(医師国家試験設計表)による出題割合の調整が記載されている。資質・能力を保証するための仕組みとして、pre-CBT/OSCE、Post—OSCE さらには国家試験を含むブループリントの検討が行われており、医学生が臨床実習で行う侵襲的な医行為及び判断を伴う行為について、国民の認識と理解を得るための一貫性ある到達度と、臨床実習を円滑かつ安全に行うために必要な取組についても報告されている。学習者評価を継続的に改善し続けるシステムでは、一貫性や平衡性、すなわち反復した評価、異なる場や状況での評価において同様の結果が得られることを保証するためには、評価の内容やプロセスの設計図となる学習者評価におけるブループリントが必須である¹¹⁾。

看護学教育では、日本看護系大学協議会における JANPU-CBT 実証事業の段階にあるが、OSCE の実施は、教育機関の裁量に任されている現状があり、統一された看護実践能力評価の確立には道筋を明確にし、事業を計画することが求められる。また、2022 年度より実証事業として JANPU-CBT を開始し、実習前の看護学生の知識確認として取り組んでいるが、実習前の看護学生としてのコンピテンシー、アウトカム、測定するツールの一貫性、能力測定の信頼性と妥当性に課題が残っている。これらの課題を解決すべく、2023 年 JANPU 要望書⁷⁾において、看護学基礎教育において CBE に基づいた看護実践能力評価基準を策定し、この基準への到達状況を測るための試験問題作成・評価システムを構築することを挙げている。また、臨地実習で「臨地の指導者による指導の下、医療チームの一員として、一定の役割と責任を担いながら知識・思考法・スキル・態度を学ぶ」ことを想定した各領域実習前の CBT と OSCE の開発・試行に取り組むために、今回のブループリントは有益な情報となったと考える。また、本結果のブループリントは、多くの現場の看護師、看護教員や高度実践看護を行うものを対象として、インタラクティブかつ効率的にデータ収集できる Chat 型 AI を活用したインタビューによる大規模調査で得られたテキストの比率であり、現代社会のニーズを反映したものであると考える。

その一方で、今回は Chat 型 AI を活用したインタビューによる第 1-3 回のテキストデータの比率により算出したブループリントであるため、第 4 回の有識者意見調査で抽出された資質・能力にはテキストデータが紐づかなかったという結果も生じている。具体的には、QS:ケアの質と安全の管理で示される「有害事象」「放射線看護」などが挙げられる。これらは現在の看護職からのテキストデータとしては抽出されなくても 2040 年を想定した看護職の資質・能力には必要であると考え。Chat 型 AI のテキストデータと紐づかなかった第 4 回有識者意見聴取から追加された資質・能力案をどのような比率とするか、どのような説明を加えるのかの検討が今後必要になると考える。

【引用文献】

- 1) Mark R. Raymond & Joseph P. Grande: A practical guide to test blueprinting: Medical Teacher Volume 41, 2019 - Issue 8: Published online: 24 Apr 2019
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1595556>
- 2) 松下佳代 (2016). 「アクティブラーニングをどう評価するか」松下佳代・石井英真(編)『アクティブラーニングの評価』東信堂, 3-25.
- 3) WSCUC. (2015). Using evidence in the WSCUC accreditation process: A guide for institutions (2nd ed.).
- 4) Banta, T., & Palomba, C. (2015). Assessment essentials: Planning, implementing, and improving assessment in higher education (2nd ed.). San Francisco: Jossey Bass.
- 5) Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in

recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134.

6) 中央教育審議会大学分科会「質保証システム部会新たな時代を見据えた質保証システムの改善・充実について(審議まとめ)令和4年3月18日

https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1411360_00012.html

7) 日本看護系大学協議会. (2023). 日看大協第51号自民党看護問題小委員会要望書.

<https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/09/20230905FormalReq.pdf>(検索日2023年11月18日)

8) 福井次矢. (2001). 効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する調査研究. 科学研究費補助金[基盤研究B(1)]研究成果報告書平成10~12年度. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-10400016/>(検索日2024年3月18日)

9) 医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会. (2022). 医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000913643.pdf>(検索日2024年3月18日)

10) 厚生労働省医道審議会医師分科会医学生共用試験部会: 共用試験実施評価機構と共用試験

<https://www.wic-net.com/material/static/00001674/00001674.pdf>(検索日2024年3月18日)

11) Hamdy, H. (2006). Blueprinting for the assessment of health care professionals. *Clin Teach*, 3: 175-179.

12) Mosalanejad, L, Shahsavari, S, Sobhanian, S, Dastpak, M. The effect of virtual versus traditional learning in achieving competency-based skills

April 2012 *Turkish Online Journal of Distance Education* 13(2):69-75