St. Luke's International University Repository

エルサルヴァドルの保健医療施設における看護継続教育 プログラムの特徴と今後の課題

メタデータ	言語: Japanese
	出版者:
	公開日: 2021-03-13
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 森山, ますみ, Moriyama, Masumi
	メールアドレス:
	所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00015060

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

―― 報　告 ――

エルサルヴァドルの保健医療施設における看護継続教育プログラムの特徴と今後の課題

森　山　ますみ[1)]

抄　録

【研究目的】本研究の目的は国民の８割が利用する保健福祉省管轄の保健医療施設の看護継続教育の発展に寄与するため教育プログラムを調査し今後の課題を明らかにすることである。
【研究方法】研究デザインは質的記述研究。８ヶ所の保健医療施設の教育プログラムの資料を入手し，１）年間目標，２）教育提供主体，３）教育対象者，４）教育内容，５）教育形態に関して内容分析を行った。
【結果】全施設において継続教育は年間計画に基づき，テーマ別プログラムが計画的に実施されていた。１）年間目標の多くはケアの質向上，ケアの質保障，看護職の職務遂行を目的とした能力強化であり，その他，能力強化への動機づけ，学習ニーズの充足，質の高いケアの達成・保障，人間関係の強化であった。２）教育提供主体は看護部と各看護単位であった。３）教育対象者は全看護職員，各看護単位の全看護職員，選定対象者があり，選定対象者には，看護師資格者，新人看護職，経年１～３年の看護職，特定看護単位の看護職，管理者，希望者の対象者があった。４）教育内容は看護実践，国や組織策定の規則・基準・対策，基礎看護学領域，医学的知識，自己の判断・行為規範，協働の基盤，看護職の心理的・精神的な要素，看護管理者として管理業務，自己の健康管理，看護教育，看護科学，看護研究の 12 領域であった。５）教育形態は off-the-job training の集合教育であった。
【考察】看護継続教育プログラムは教育的ニーズに基づいた長期的・体系的・段階的な教育として十分ではない。日常の看護実践の能力強化を目指した知識伝達型集合教育であった。今後の課題は教育体系を見直し，教育ニーズに基づいた効果的・効率的プログラムの開発，そのための教育担当者の能力開発とネットワークの構築である。

キーワード：エルサルヴァドル，看護継続教育，教育プログラム，教育担当者

Ⅰ．はじめに

低中所得国のエルサルヴァドル国（以下，エ国とする）の５歳未満児死亡率は出生数千対 25 人，妊産婦死亡率は出生数 10 万対 150 人（世界保健機関；World Health Organization，以下 WHO とする，2008）であり，汎米保健機構管轄の米州国平均より高い。エ国の疾病構造は周産期疾患，小児の肺炎・下痢症が未だ多く，加えて HIV/AIDS の新興感染症および生活習慣，暴力，交通事故に起因する非感染症が増大（WHO，2006）し，保健医療システムに対する疾病の二重負担となっている。エ国の保健福祉省（Ministerio de Salud Públicay Asistencia Socilal，以下 MSPAS とする）はこれらの健康課題に応じた質の高い保健医療サービスを目指している（MSPAS，2006）。

エ国では国民の 80%は無料診療を行う MSPAS 直轄の保健医療施設を利用している（汎アメリカ保健機構；Pan American Health Organization，以下 PAHO とする，2005）。MSPAS 直轄の保健医療施設で働く看護職 5,265 名（エルサルヴァドル看護職能理事会他，2005）は重要な人的資源である。国民全体の健康水準の改善において，これらの看護職の責務は大きい。

エ国は 1979 ～ 1992 年の内戦中，看護職の養成数の減少，教育の質の低下（国際協力機構；Japan

受付日 2008 年 11 月 11 日　受理日 2009 年 7 月 14 日
１）聖路加看護大学大学院看護学研究科博士後期課程

International Cooperation Agency, 以下 JICA とする，1996）の問題が生じた。内戦終了後，看護基礎教育の強化を図るため，1996 年看護基礎教育改革を実施した。また，エ国は看護基礎教育に対して，PAHO，フランスと日本の政府開発援助（Official Development Assistance, 以下 ODA とする）より支援を受けた（Irma, et al., 2000）。日本は 1997 ～ 2002 年看護教育強化プロジェクトを実施した（JICA, 2002）。これらの結果，看護基礎教育の質は向上し一定の質を保った看護人材の供給が可能となった（小川, 2009）。しかしながら，各保健医療施設は，看護職の適正な人員配置とともに看護職の能力開発の問題を抱えている。看護職は環境の変化に対応し専門職として社会からの期待される役割を果たすためにも，生涯を通して能力を開発する責務が課せられている（稲田, 1994）。エ国には内戦中に十分な教育を受けられなかった看護職が存在し，看護職の中途退職率は低く，勤務年数の長い看護職員が多い。

エ国の看護職を取り巻く環境は，疾病構造の変化，医療の高度化・複雑化が進展している。しかし，国の保健医療費は十分確保されておらず，看護職の人員増員が期待できない。その環境の下で，エ国の看護職は社会のニーズに合った質の高い看護が求められている。エ国の就業看護職の能力開発において看護継続教育は重要な課題だが，看護協会や保健福祉省などによる看護継続教育の基準や体系化は進んでいない。

エ国では就業中の看護職に対して看護継続教育を行う組織として，日本の ODA のプロジェクトで設立された MSPAS 看護課管轄の看護研究・研修センターがあり，課題別委員会が活動している。プロジェクト終了後は委員会の数も 12 と増加し（小川, 2006），委員会活動の中で必要に応じて看護教員や就業看護師に対する研修を続けている（森山, 2005）。これを看護継続教育として位置づけできる。その他に看護職が所属する各保健医療施設における看護継続教育の実施が推測される。

しかしながら，保健医療施設で行われている看護継続教育に関する研究はなく，各施設の看護継続教育全体を述べた実践報告や全国的な実態調査は存在しない。就業中看護職の看護継続教育の向上への取り組みには，まず各保健医療施設で行われている看護継続教育の現況の把握が必要不可欠である。そこで本研究はエ国の看護継続教育の発展に寄与するため，MSPAS の保健医療施設で行われている看護継続教育プログラムを調査し，看護継続教育の向上のために取り組む課題の検討を目的として実施した。

Ⅱ．研究目標

①エ国の MSPAS の保健医療施設で行われている看護継続教育プログラムの特徴：目標，教育提供主体，教育対象者，教育内容，教育形態を記述する。

②１を基に看護継続教育の今後の課題を記述する。

Ⅲ．用語の定義

１．看護職

1996 年の看護教育改革で看護職は大学５年課程の学士看護師，４年課程の看護師，２年課程の准看護師（JICA, 2002）の３職種とされた。本研究では看護師を 1996 年以前の看護師養成課程，1996 年以降の４年課程看護師（tecnologo）教育課程・学士教育課程を修了し，看護を実践する資格を有する者とする。准看護師は 1996 年以前の准看護師養成課程，1996 年以降の准看護師（tecnico）教育課程を修了し，看護を実践する資格を有する者とする。看護職は看護師および准看護師と規定する。

２．保健医療施設

本研究では，MSPAS 管轄の第１次医療レベルのヘルスユニット，第２・３次医療レベルの病院を保健医療施設とする。

３．看護継続教育

本研究において，看護継続教育とは看護職所属機関，看護継続教育機関が看護職を対象として提供している教育とする。

４．看護継続教育プログラム

本研究では MSPAS 管轄の保健医療施設において看護職を対象に実施されている組織的・計画的な教育活動のプログラムとする。

Ⅳ．研究方法

１．研究デザイン

質的記述研究を用いた。

２．研究フィールド

研究フィールドは首都サンサルヴァドル県とした。サンサルヴァドル県は 19 の自治体を有し，国全体の約３割の 226 万 6,387 人（MSPAS, 2007）が居住していた。MSPAS 管轄の保健医療施設は，第１次医療レベルのヘルスユニット 35 ヶ所，第２次医療レベル４病院，第３次医療レベル３病院（MSPAS, 2007）が所在していた。

３．研究協力施設

著者が MSPAS 医政局看護課に地域，医療レベル，施設数を伝え，研究協力施設の選定を依頼した。MSPAS 医政局看護課に選定され，研究の同意を得られた施設は

サンサルヴァドル県の保健医療施設８ヶ所（第１次医療レベルのヘルスユニット４ヶ所，第２次医療レベルの２病院，第３次医療レベルの２病院）であった。

４．データ収集期間

2007 年 4 月 19 日～５月９日。

５．データ収集方法

著者が現地に赴き，西語を用いてインタビューやプログラム入手を行った。

１）研究協力施設の概況

同意の得られた看護管理者に，施設の概況に関する構成的インタビューを行い，施設概況に関する資料のコピーを入手した。

２）看護継続教育プログラム

看護管理者の同意を得て看護継続教育担当者に半構成的インタビューを行った。質問は「教育プログラムは何に基づき作成していますか」であった。そして，看護継続教育担当者より看護継続教育のプログラムを入手した。

６．データ分析

１）看護継続教育担当者の面接データ

質問の回答を意味内容の類似性と相違性に基づいてカテゴリー化してネーミングを行った。

２）教育プログラム

教育プログラムは以下の手順で質的内容分析をした。①教育プログラムの１事例ごと目標，教育提供主体，教育対象者，教育内容，教育方法の該当箇所を生データのまま抽出した。②データごとにコード化した。③コード化したものについての類似性と相違性に基づいてカテゴリー化し，ネーミングを行った。④目標，教育提供主体，教育対象，教育内容，教育形態のカテゴリーの規則性・パターンを見出し記述した。⑤抽出された各カテゴリーに関して，該当するプログラムを集計した。

Ⅴ．倫理的配慮

本研究は，聖路加看護大学研究倫理審査委員会で審議され承認（承認番号 06-075）を得た。エルサルヴァドル保健福祉省医政局看護課長および保健福祉省メトロポリタン局（サンサルヴァドル県担当）医局長および看護課長に対して，研究目的を説明し承認を得た。研究協力者に対して，研究目的・方法，データ管理，自由意思での研究協力の保障を書面および口頭で説明し，同意書の署名を得て実施した。

Ⅵ．結果

１．研究協力施設の背景

１）保健医療システムの概況

エ国の保健医療システムでは，保健医療サービス提供機関は第１～３次医療レベルに分類される。第１次医療レベルの施設で数が最も多いのはヘルスユニットである。ヘルスユニットは無床で，外来診療，予防接種，小児や妊婦検診とその結果に基づいた指導，家族計画指導，子宮がん検診，特定疾患に関する集団教育，在宅療養中のハイリスク患者宅への家庭訪問，特定地域の住民への指導，学童児健診等の保健医療サービスを提供している。看護師は医師不在時に限定された薬を処方する権限を有している。第２・３次医療レベルの病院は入院・外来での診療サービスを行っている。MSPAS 管轄の保健医療施設数は第１次医療レベルの施設が 590 ヶ所、第２次医療レベルの 27 病院，第３次医療レベルの３病院，合計 620 施設（MSPAS, 2007）であった。MSPAS 管轄の保健医療施設で働く看護職の総数 5,265 名（エルサルヴァドル看護職能理事会他, 2005），その内の 27%が第１次医療レベルの施設, 73%が病院に勤務していた（MSPAS, 2005）。

２）研究協力施設の規模

８ヶ所の施設は首都の第１次医療レベルのヘルスユニットの約１割，第２次医療レベルの病院の５割，第３次医療レベルの病院の約７割に該当した。８ヶ所の施設をＡ～Ｈと表記し，施設規模と保健医療サービスの実績を表１に示した（詳細は表１参照）。

ヘルスユニットの１日利用者数は 360 ～ 681 名であった。病院の病床数は 96 ～ 25 床, 平均入院期間は３～ 6.5 日，１日の外来患者数は 453 ～ 968 人であった。

３）看護部組織

ヘルスユニットと各病院には看護部が組織されていた。ヘルスユニットの看護職員数は 14 ～ 18 名で，看護スーパーバイザーが看護部トップに位置づけられ，担当業務別に看護師･准看護師が１～３名で配置されていた。病院の看護部は看護部長をトップに副看護部長，スーパーバイザー，各看護単位の師長，看護師，准看護師のラインがつくられ，看護単位数７～ 38，看護職員数 60 ～ 491 名であった。全施設において看護学士，看護師と准看護師が働いており，看護職全員における看護師の比率は 44.4 ～ 73.5%であった（詳細は表１参照）。

２．情報提供者の背景

８ヶ所の施設概要についての情報提供者は８名であり，役職は病院の看護部長２名，副看護部長２名，ヘルスユニットのスーパーバイザー４名であった。看護継続教育に関する情報提供者は９名，現と元の看護継続教育担当者であった。９名の役職は，副看護部長（元教育担

表１　対象機関の規模と看護職員数

	A	B	C	D	E	F	G	H
医療レベル	第３次	第３次	第２次	第２次	第１次	第１次	第１次	第１次
診療圏人口	第３次：28 万 4,200 名 第２次：47 万 5,150 名	13 万 4,700 名	100 万名	第１次：10 万 540 名 第２次：70 万 1,102 名	10 万 2,455 名	12 万 1,463 名	8 万 286 名	9 万 7,319 名
診療科	一般内科，呼吸器内科，心臓内科，血液科，腫瘍内科，内分泌科，腎臓病科，神経科，皮膚科，感染症科，精神科，一般外科，腫瘍外科，心臓外科，呼吸器外科，整形外科，泌尿器科，眼科，耳鼻科，再生外科，神経外科	新生児科，内科，腫瘍科，感染症科，腎臓科，血液科，小児外科，形成外科，神経外科，耳鼻咽喉科，眼科，整形外科，理学療法・リハビリテーション科，救急医療科	内科，外科，産婦人科，小児科	内科，外科，産婦人科，小児科	産婦人科，小児科，呼吸器科，内科	産婦人科，小児科，呼吸器科，内科	産婦人科，小児科，神経科，内科，外科，皮膚科	産婦人科，小児科，神経科，内科，外科，皮膚科，放射線科，心理科
病床数	525	386	260	94	－	－	－	－
１ヶ月の入院患者数／病床	3.1	21.3	21.4	7.1	－	－	－	－
平均入院期間	6.5	6.24	4.92	3	－	－	－	－
１日外来患者数実績*1	968	850	500	453	時間内外合計 419 名 ＜時間内＞ 394 （医師の診療 237 ＋看護ケア 157） ＜時間外＞ 25 （医師の診療 14＋ 看護師ケア 11）	時間内外合計 446 名 ＜時間内＞ 265 （医師の診療 219 ＋看護ケア 46） ＜時間外＞ 181 （医師の診療 106 ＋看護師ケア 75）	時間内外合計 681 名 ＜時間内＞ 547 （医師の診療 402 ＋看護ケア 145） ＜時間外＞ 134 （医師の診療 104 ＋看護師ケア 30）	時間内外合計 360 名 ＜時間内＞ 294 （医師の診療 211 ＋看護ケア 83） ＜時間外＞ 66 （医師の診療 66＋ 看護師ケア N/A）
１ヶ月手術数	予定手術 880	予定手術 750 ～ 900 緊急手術 300 ～ 450	500	237	－	－	－	－
１ヶ月分娩数	分娩は扱っていない	分娩は扱っていない	N/A	140	－	－	－	－
看護単位数*2	38	22	12	7	7	8	12	10
看護職総数	491	363	184	60	14	14	18	15
看護師数*3	325（64.2%）	267（73.5%）	99（53.8%）	35（58.3%）	７（50%）	8（57.1%）	8（44.4%）	9（60%）
学士	175	146	36	20	6	5	3	5
Tecnologo	140	121	63	15	1	3	5	4
准看護師*4	176（35.8%）	96（26.5%）	85（46.2%）	25（41.7%）	7（50%）	6（42.9%）	10（55.6%）	６（40%）
勤務時間	管理職・外来 7：00-15：00 病棟２シフト 7：00-17：00 17：00-7：00	管理職・外来 6：30-14：30 病棟３シフト 6：30-14：30 10：00-18：00 18：00-6：30	管理職・外来 7：00-15：00 病棟 ２シフト 7：00-17：00 17：00-7：00	管理職・外来 7：00-15：00 病棟２シフト 7：00-17：00 17：00-7：00	＜時間内診療＞ 診療時間； 7：00-19：00 時間シフト； 6：30-14：30, 7：00-15：00, 8：00-14：00, 11：00-19：00, 7：30-15：30 （管理職）	＜時間内診療＞ 診療時間； 6：00-18：00 時間シフト； 6：00-14：00, 7：00-15：00, 6：30-14：30, 10：00-18：00, 7：30-15：30 （管理職）	＜時間内診療＞ 診療時間； 7：00-19：00 時間シフト； 6：30-14：30, 7：00-15：00, 7：30-15：30, 11：00-19：00 土曜日 8：00-16：00, 日曜日 8：00-12：00	＜時間内診療＞ 診療時間； 7：00-19：00 時間シフト； 6：30-14：30, 7：00-15：00, 8：00-14：00, 11：00-19：00, 7：30-15：30 （管理職）

＊１：病院は一般外来および救急患者数，ヘルスユニットは診療と予防プログラム利用者数　＊２：ヘルスユニットは担当別数
＊３：カッコ内％は看護職数全体に占める割合　＊４：カッコ内％は看護職数全体に占める割合

当スーパーバイザー），教育担当スーパーバイザー，教育部の教育コーディネーター，スーパーバイザー，看護師であった。

３．看護継続教育プログラムの特徴

看護継続教育プログラムの作成の根拠は，看護継続教育担当者のインタビューを分析した。看護継続教育プログラムは，各施設の教育担当者より入手可能であった 2006 年の看護継続教育プログラムを分析対象とした。その内，看護継続教育年間計画の目標設定の確認ができたのは 37 部であった。各テーマ別プログラムの中で，教育提供主体，教育対象者，教育内容を確認できたのは 501 部であり，そのうち教育形態・方法が確認できたのは 136 部であった。そこで本研究は目標を 37 部，教育提供主体，教育対象者，教育内容を 501 部，教育形態を 136 部から分析した。分析した目標，教育提供主体，教育対象者，教育内容，教育形態を記述する（一覧表の表２参照）。なお，本分析ではカテゴリーは【】，サブカテゴリーは＜＞とし，（）内の数字は該当するプログラム数を表している。

１）看護継続教育プログラム作成の根拠

研究協力施設８ヶ所では，看護継続教育は看護職の看護実践力を高める教育活動と位置づけられていた。看護継続教育は年間計画に基づき各テーマが設定され，テーマ別プログラムが１～３ヶ月ごとに実施されていた。テーマの選定は，アンケートや会議などより把握した【看

護職の希望】【看護管理者が査定した看護実践の問題】【委員会活動からの課題】【保健福祉省から提示された課題】に基づいて決められていた。

２）看護継続教育プログラムの年間計画目標

看護継続教育プログラム年間計画における目標は９カテゴリーが抽出された。５カテゴリーが看護職の能力強化に関する目標であり，目標総数 37 中 31，83.8%を占めていた（詳細は表３参照）。看護職の能力強化のカテゴリーは【ケアの質向上を目的とした能力強化】(15)，【職務遂行に必要な能力強化】（８），【ケアの質保障を目的とした能力強化】（４），【専門職としての能力強化】（３），【対象の健康向上を目的とした能力強化】（１）が抽出された。能力強化を設定した目標の 74.2%（31 プログラムのうち 23）は知識に関する内容であった。看護職の能力強化以外の目標では能力強化の基盤となる【能力強化への動機づけ】（２），【学習ニーズの充足】（１）と能力向上の成果として【質の高いケアの達成・保障】（２），人間関係に焦点をあてた【人間関係の強化】（１）を設定していた。

３）看護継続教育プログラムの教育提供主体

看護継続教育年間計画を企画・実施する教育提供主体は【看護部】【各看護単位】の２つであった。

病院 A には【看護部】が教育提供主体のプログラムはなく，B では教育部，C では教育委員会，D では各委員会といった看護部下部組織が企画した【看護部】プログラムを提供していた。全病院において，各看護単位の看護師長が企画した，【各看護単位】プログラムを提供していた。ヘルスユニットの２ヶ所では看護部管理者が，その他の２ヶ所では教育担当看護師が企画したプログラムを提供していた。

４）看護継続教育プログラムの教育対象者

教育対象者には施設内で勤務する看護師・准看護師すべての看護職とした【全看護職員】，対象者に枠を設定した【選定対象者】，各看護単位の看護師，准看護師すべての看護職を対象とした【各看護単位の全看護職員】があった。【選定対象者】には，６つのサブカテゴリーが抽出された。それは看護師のみ対象者とした＜看護師資格者＞，新人の看護職を対象者とした＜新人看護職＞，就職１～３年目の経験年数の看護職を対象者とした＜経年１～３年の看護職＞，特定の看護単位の看護職を対象者とした＜特定看護単位の看護職＞，スーパーバイザー，師長の管理職を対象とした＜管理者＞，希望者を対象とした＜希望者＞であった。

４病院中 B と D には看護部の【全看護職員】プログラムがあった。３病院において看護部の【選定対象者】プログラムが実施され，共通して＜管理者＞＜特定看護単位看護職＞があり，その他に B では＜看護師資格者＞＜希望者＞，C では＜経年１～３年の看護職＞，D では＜新人看護職＞があった。全病院の各看護単位では【各看護単位の全看護職員】，全ヘルスユニットでは看護部の【全看護職員】プログラムが実施されていた。

５）看護継続教育プログラムの教育内容

教育内容は，【日常の看護実践】(182)，【国や組織策定の規則･基準･対策】(94)，【基礎看護学領域】(61)，【医学的知識】(54)，【自己の判断・行為規範】(38)，【協働の基盤】(25)，【看護職の心理的･精神的な要素】(23)，【看護管理者として管理業務】(11)，【自己の健康管理】（９），【看護教育】（３），【看護科学】（１），【看護研究】（１）の 12 領域であった（詳細は表２参照）。

病院およびヘルスユニットの看護部担当プログラムでは【国や組織策定の規則・基準・対策】が一番多く，病院の各看護単位では【日常の看護実践】が一番多かった（詳細は表４参照）。

【日常の看護実践】が全体の約３割，その日常の看護実践に関連した【国や組織策定の規則・基準・対策】【基礎看護学領域】【医学的知識】【自己の判断･行為規範】【協働の基盤】【看護職の人間性の要素】【自己の健康管理】が合わせて全体の６割を占めていた。【看護管理者として管理業務】が 2.2%，【看護教育】【看護科学】【看護研究】の３つを合わせても全体の１％と少なかった。

６）看護継続教育プログラムの教育形態

各施設での教育プログラムの教育形態は【就業時間内設定】された【off-the-job training：（以下 Off-JT とする）】の【集合教育】で行われていた。

病院のテーマ別プログラムの講師は一部医師が担っていたが，ほとんどがその施設内で選ばれた看護師か各委員会であった。ヘルスユニットと病院の各看護単位のテーマ別プログラムの講師は，年間計画立案者から指名された看護師が持ち回りで担当していた。教育技法は説明・討議の組み合わせ（129），演示（４），説明・討議・演示の組み合わせ（３）が用いられていた。

Ⅶ．考察

エ国では，看護協会や保健福祉省などから看護継続教育の明確な基準や体系化の方向性は示されていない。しかしながら，８ヶ所の研究協力施設では看護継続教育プログラムは毎年行われていた。これらの施設は施設の独自の基準に基づき，自己の経験に頼り，看護継続教育プログラムを発展させていると考えられる。看護継続教育プログラムについて，１．教育提供主体 - 教育対象者からみた特徴と課題，２．教育目標・教育内容・教育形態からみた特徴と課題を考察し，３．教育担当者の能力開発とネットワーク構築の課題を検討する。

１．教育提供主体 - 教育対象者からみた特徴と課題

病院の教育提供主体は【看護部】と【各看護単位】の両方と【各看護単位】の単独があり，ヘルスユニットでは【看護部】であった。看護部は理念・基本方針・目標をもって形成されている組織である。それらの達成にお

表２　看護継続教育プログラムの特徴；教育提供主体－教育対象者－年間計画目標－教育内容－教育形態

	A	B		C		D		E	F	G	H
教育提供主体	各看護単位 －各看護単位 師長	看護部 －教育部	各看護単位 －各看護単位 師長	看護部 －教育部	各看護単位 －各看護単位 師長	看護部 －教育部	各看護単位 －各看護単位 師長	看護部 －教育担当の 看護師	看護部 －教育担当の 看護師	看護部 －看護スパーバイザー	看護部 －看護スパーバイザー
教育対象者	各看護単位の 看護職全員	全看護職員 選定対象者 －管理者 －特定看護単位 看護職 －看護師資格者 －希望者	各看護単位の全看護職員	全看護職員 選定対象者 －管理者 －特定看護単位 看護職 －経年１～３年の看護職	各看護単位の全看護職員	全看護職員 選定対象者 －管理者 －特定看護単位 看護職 －新人看護職	各看護単位の全看護職員	全看護職員	全看護職員	全看護職員	全看護職員
年間教育計画の目標	＊実践に必要な能力強化 ＊ケアの質向上を目的とした能力強化 ＊ケアの質保障を目的とした能力強化 ＊専門職としての能力強化 ＊学習ニーズの充足 ＊人間関係の強化	＊ケアの質向上を目的とした能力強化	＊ケアの質向上を目的とした能力強化 ＊質の高いケアの達成・保障		＊ケアの質保障を目的とした能力強化 ＊能力強化への動機づけ	＊ケアの質向上を目的とした能力強化	＊実践に必要な能力強化 ＊ケアの質向上を目的とした能力強化	＊ケアの質向上を目的とした能力強化	＊対象の健康向上を目的とした能力強化	＊専門職としての能力強化	＊ケアの質向上を目的とした能力強化
教育内容	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊自己の判断・行為の規範 ＊協働の基盤 ＊看護職の内的要因 ＊自己の健康管理	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊看護管理者としての管理業務 ＊看護教育 ＊看護科学 ＊看護研究	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊自己の判断・行為の規範 ＊協働の基盤 ＊看護職の内的要因 ＊自己の健康管理	＊国や組織の規則・基準・対策 ＊看護職の内的要因 ＊看護教育	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊自己の判断・行為の規範 ＊協働の基盤 ＊看護職の内的要因 ＊自己の健康管理 ＊看護教育	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊自己の判断・行為の規範 ＊協働の基盤 ＊看護管理者としての管理業務	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊協働の基盤 ＊看護職の内的要因	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊自己の判断・行為の規範 ＊看護職の内的要因 ＊自己の健康管理	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊協働の基盤	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊協働の基盤 ＊自己の健康管理	＊日常の看護実践 ＊国や組織の規則・基準・対策 ＊基礎看護学領域項目 ＊医学的知識 ＊自己の判断・行為の規範 ＊協働の基盤 ＊看護職の内的要因
実施日	＊１日/3～４ヶ月	＊１～複数日/1ヶ月，プログラムにより異なる	＊１～複数日/1～２ヶ月		＊１日/1～３ヶ月		＊１日/2ヶ月	＊１日/1ヶ月	＊第１，第３水曜日２グループに分け同じテーマを曜日を変えて実施	＊２グループに分け 同じテーマを曜日を変えて実施	＊２グループに分けて，同じテーマを同日のAM，PMに分かれて実施
実施時間	＊業務時間内 ＊各セクション：1時間15分～３時間	＊業務時間内 ＊１～108時間，プログラム内容で異なる	＊業務時間内 ＊10分～８時間，プログラム内容で異なる	＊業務時間内	＊業務時間内 ＊15分～２時間，プログラム内容で異なる	＊業務時間内	＊業務時間内 ＊３～４時間，業務内容で異なる	＊業務時間内 ＊プログラムにより時間は異なる	＊業務時間内 ＊14：00-16：00	＊業務時間内 ＊13：00-16：00 会議の時間利用	＊業務時間内 ＊AM8：00-12：00 PM13：00-16：00 ＊各プログラムにより時間は異なる
教育形態	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育	Off-JT（off-the-job training） 集合教育
教育技法	＊説明・討議の組み合わせ		＊説明・討議の組み合わせ ＊演示 ＊説明・演示・討議の組み合わせ		＊説明・討議の組み合わせ		＊説明・討議の組み合わせ ＊演示	＊説明・討議の組み合わせ	＊説明・討議の組み合わせ	＊説明・討議の組み合わせ	＊説明・討議の組み合わせ

表３　看護継続教育プログラム年間計画における目標

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	プログラム数
ケアの質向上を目的とした能力強化	ケアの質向上を目的とした特定のケアに関する知識強化・向上・フィードバック	ケアの質向上を目的とした特定疾患，治療の患者（患児）のケアに対する知識強化・フィードバック	15
		質の高いケアを提供を目的とした手術室・分娩室での実施されている手順，技術についての知識を向上	
		効果的なケア提供を目的としたICUに必要なケアに関する知識提供	
	ケアの質向上を目的とした研究に関する知識-実践の向上	ケアの実践の向上を目的として，研究に関する知識-実践の向上	
	ケアの質と専門職の向上を目的とした知識の強化	ケアの質の向上と専門職の発達を目的とした知識の強化	
	ケアの質向上を目的とした態度の向上	質の高いケアを目的とした態度の変更	
	ケアの質向上を目的とした看護職の専門的能力の向上	ケアの質の向上を目的とした看護職の専門的能力の向上	
		利用者へ質の高いケアを提供する看護職の発達	
	ケアの質向上を目的とした知識，技能，態度，適正の開発	看護ケアの向上に寄与する知識，技能，態度，適性を開発	
	ケアの質向上を目的とした知識，技術，管理の強化	専門職業務の４領域における質の高いケアを提供するため看護の知識，技術，管理の強化	
職務遂行に必要な能力強化	業務に必要な知識の修得・強化・向上・フィードバック	合併症予防に関する知識強化	8
		業務に関する知識のフィードバック・強化	
		職場の業務に関連した知識の修得・強化・フィードバック	
		修得した知識の強化	
ケアの質保障を目的とした能力強化	ケアの質保障を目的とした知識の強化・向上・フィードバック	ケアの質保障を目的とした理論・実践の知識強化・向上	4
		ケアの質の保障を目的とした適切な理論的知識のフィードバック	
		ケアの質の保障を目的とした分娩室看護における科学的知識強化	
		ケアの質を保障を目的とした看護専門職の知識強化	
専門職としての能力強化	専門職としての向上を目的とした知識強化	専門職としての成長に寄与する知識の強化	3
	専門的技能，創造性，積極的態度の強化	専門的実践における技能，創造性，積極的態度の強化	
	個人的，専門職的向上を目的とした研究・教育の促進	個人的，専門職的成長の領域として研究・教育の促進	
対象の健康向上を目的とした能力強化	個人，家族，コミュニティの健康の向上を目的とした知識，技術，態度の向上・強化	個人，家族，コミュニティの健康の向上を目的とした知識，技術，態度の向上・強化	1
能力強化への動機づけ	ケアの質向上を目的とした新知識修得への動機づけ	利用者へのケアの向上の提供と新しい知識修得のため，看護職への動機づけ	2
	ケアの質保障，知識強化のための専門職としての動機づけ	ケアの質を保障し知識強化のために，専門職の克服の方へ動機づけの促進	
学習ニーズの充足	ケアの質向上を目的とした学習ニーズの充足	質の高いケア提供を目的とした看護職の学習ニーズの充足	1
質の高いケアの達成・保障	看護過程の適用による質の高いケアの保障	看護過程の適用を通して質の高いケアの保障	2
	最大限の質の高いケアの達成	人々の身体的，精神的，社会的健康，利用者の人生に適用する最大限の質の高いケアの達成	
人間関係の強化	良好な人間関係の強化	良好な人間関係の実践の強化	1

いて教育活動を重視しているといえる。配属された看護単位で扱われる疾患,必要とされる治療・看護は異なり，看護職は所属する看護単位の特徴に応じた知識・技術の獲得が不可欠（三浦，2002）である。全病院は【各看護単位】における個別な教育活動を重視しているといえる。【看護部】のプログラムをもつ３ヶ所の病院では教育部，教育委員会，各委員会といった看護部の下部組織，ヘルスユニットでは，看護部管理者，教育担当看護師の個人と【看護部】の下部で実際に教育を企画する組織・人は異なっていた。これらの違いは施設や看護部の組織構造の特徴や看護継続教育に対する基準に準拠していると考えられる。【看護部】プログラムはない病院は看護部としての中央での教育より【各看護単位】の教育を重視していると考えられる。しかし，看護部は【各看護単位】の単独プログラムで施設が必要とする看護職の育成が十分か，検討が必要だろう。

日本では対象別にみたとき，院内教育プログラムは，経年別，能力別，役職別，役割別，全職員，免許別，その他の７タイプ（三浦他，2000）がある。エ国の【看護部】が提供するプログラムは，教育対象者別でみると【全看護職員】〈看護師資格者〉の免許別,〈新人看護職〉と〈経年１～３年の看護職〉の経年別，〈特定看護単位の看護職〉の看護単位別，〈管理者〉の役職別，〈希望者〉の希望者を設定したプログラムがあった。日本にあり，エ国にない対象別は看護実践能力別に対象を分類し，その能力向上を目指して行われる能力別プログラム，看護師が担う必要のある看護の提供以外の役割によって分類し，その役割を果たすための能力の修得と発展を目的とした役割別プログラム（舟島，2007）であった。エ国で役割別プログラムがないのは，日本の病院にある実習指導者

表４　施設別教育内容

カテゴリー	総数（%）	サブカテゴリー	全機関の合計	A	B		C		D		病院合計	E	F	G	H	ヘルスユニット合計
				看護単位	看護部	看護単位	看護部	看護単位	看護部	看護単位		看護部	看護部	看護部	看護部	
日常の看護実践	182（36.3%）	治療・処置・検査時の援助技術	98	35	5	32		15		3	90	0	5	1	2	8
		疾患別看護	43	26		7		2	1	5	41	1			1	2
		メンタルヘルスケア	12	4		1		3		2	10	1	1			2
		症状別看護	9	4				4			8			1		1
		治療別看護	5	3		1		1			5					
		健康教育／健康指導	5			1			2		3	1	1			2
		カウンセリング	4					4			4					
		日常の生活援助技術	2			1			1		2					
		妊婦ケア	1								0	1				1
		新生児ケア	1								0	1				1
		ケーススタディ	1								0		1			1
		家庭訪問	1							1	1					
		企画部門別合計		72	5	43	0	29	4	11	164					
		合計	182	72	48		29		15		164	5	8	2	3	18
国や組織の規則・基準・対策	94（18.8%）	院内感染症予防策	33	4	4	15	1	4	2	3	33					
		ケアプロトコール・基準	28	2		3		1	2	8	16	1	5		6	12
		看護記録	8	1	1	4		2			8					
		診断・治療・疾病管理基準	7									1	4	2		7
		業務手順	5			5					5					
		職場改善活動	4					4			4					
		病院の規則	3		1	2					3					
		看護部組織	1												1	
		看護手順	1				1				1					
		ケアモデル	1										1			1
		健康教育手順	1												1	1
		医療事故対策	1						1		1					
		物品管理	1							1	1					
		企画部門別合計		7	6	29	2	11	5	12	72					
		合計	94	7	35		13		18		73	2	10	2	7	21
基礎看護学領域項目	61（12.2%）	看護過程	14	6	2	3			3		14					
		患者と看護職の人間関係	11	8		2				1	11					
		患者と看護職のコミュケーション	11	7		1		3			11			1		
		看護の概念	8	4				2	2		8					
		バイタルサイン測定	5	1					1	1	3		1		1	2
		ボディメカニックス	4	1		1					2		1		1	2
		看護職の態度・役割	3	2				1			3					
		フィジカルアセスメント	2		1	1					2					
		健康概念	2									1		1		2
		企画部門別合計		29	3	8		6	6	2	54					
		合計	61	29	11		6		8		54	1	2	2	2	7

カテゴリー	総数（%）	サブカテゴリー	全機関の合計	A	B		C		D		病院合計	E	F	G	H	ヘルスユニット合計
				看護単位	看護部	看護単位	看護部	看護単位	看護部	看護単位		看護部	看護部	看護部	看護部	
医学的知識	54（10.8%）	疾患理解	35	17		2		13	1	1	34				1	1
		薬物療法	16	9		3		1		3	16					
		細菌学	1						1		1					
		生物学	1		1						1					
		生理学	1	1							1					
		企画部門別合計		27	1	5		14	2	4	53					
		合計	54	27	6		14		6		53				1	1
自己の判断・行為の規範	38（7.6%）	価値	16	2		14					16					
		倫理	16	12		1		2	1		16	1			1	2
		モラル	4	1		2		1			4					
		企画部門別合計		15		17		3	1		36					
		合計	38	15	17		3		1		36	1			1	2
協働の基盤	25（5.0%）	チームワーク	13	7		2		2		2	13					0
		職員間の人間関係	7	2						2	4		1	1	1	3
		職員間コミュケーション	3	2					1		3					0
		リーダーシップと意志決定	2	2							2					0
		企画部門別合計		13	0	2	0	2	1	4	22					
		合計	25	13	2		2		5		22		1	1	1	3
看護職の内的要因	23（4.6%）	モティベーション	12	4		2	1	4			11				1	1
		自尊心	6	3				2		1	6					
		感情	2	1		1					2					
		意識	2									1			1	2
		感情的知性	1	1							1					
		企画部門別合計		9	0	3	1	6	0	1	20					
		合計	23	9	3		7		1		20	1			1	3
看護管理者としての管理業務	11（2.2%）	勤務計画・モニタリング			5						5					
		管理記録			1				1		2					
		管理者の役割			1						1					
		看護サービス管理			1				1		2					
		情報管理			1						1					
		企画部門別合計			9				2		11					
		合計			9				2		11					
自己の健康管理	9（1.8%）	ストレスコントロール	8	4		1		2			7			1		1
		自己のメンタルヘルス	1									1				1
		企画部門別合計		4		1		2			7					
		合計	9	4	1		2				7	1		1		2
看護教育	3（0.6%）	実習教育改善					1	1			2					
		教育計画作成			1						1					
		企画部門別合計			1		1	1			3					
		合計	3		1		2				3					
看護科学	1（0.2%）	看護科学			1						1					
		企画部門別合計			1						1					
		合計	1		1						1					
看護研究	1（0.2%）	看護研究方法			1						1					
		企画部門別合計			1						1					
		合計	1		1						1					
				176	27	108	4	74	21	34	444	11	21	8	16	57
		対象機関の総合計	501	176	135		78		55		444	11	22	8	16	57

や教育委員などの役割（三浦他，2000）が設定されていないか，何かの役割を決めていても特別に役割別教育プログラムを設定していないかのどちらかだろう。日本の能力別プログラムは，Benner，P. の理論や独自の基準に基づき，看護実践能力を分類して行われている（舟島，2007）。エ国では，能力別プログラムが存在しないのは，Benner，P, の理論や看護実践能力別に教育を提供する考えが導入されていないからだろう。エ国の経年別プログラムの特徴として，新人から３年と臨床経験年数の少ない看護職対象の設定のみで，それ以上の経験年数を有する看護職に対して，経験年数別に対象設定したものはない。

エ国の看護継続教育は教育対象者の免許，経験年数，役職，看護単位，希望の条件に基づいて作成されており，看護職を多角的に捉えて行われているといえる。しかしながら，エ国の就業看護職の構成の特徴を考慮すると，看護継続教育には課題がある。エ国の就業看護職には４点の特徴がある；①学士看護師，看護師，准看護師が存在する，②内戦中に教育を十分受けられなかった看護職が存在する，③ 1996 年看護教育制度改革の前と後の新旧の看護基礎教育カリキュラムで育成された看護職が混在している，④中途退職率は低く，勤務年数の長い看護職員が多い。これら４点の特徴は，年齢，看護基礎教育の背景，資格別の裁量と役割，経験において，多様であること，個々の看護職の能力の発展はさまざまであることを示している。また，個々の看護職において，経験年数と看護実践能力が正比例していない可能性も考えられる。現在の看護継続教育プログラムは，これらの就業看護職の特徴を十分に考慮し，対応しているとはいえないのではないか。現在の看護継続教育プログラムは，【看護職の希望】【看護管理者が査定した看護実践の問題】，【委員会活動からの課題】【保健福祉省から提示された課題】に基づいて作成されており，学習者，看護管理者，委員会，保健福祉省が捉えた教育的ニーズに基づいていると考えられる。しかしながら，エ国の看護継続教育プログラムは，個々の看護職の要求される能力レベルと現在の能力レベルの差である教育的ニーズ（Knowls，1980）の診断に基づく長期的・体系的・段階的な教育として十分ではない。教育的ニーズの診断では，学習者自身や看護継続教育担当者が，所属組織の目標達成のために要求される能力，看護専門職として要求される能力をどれだけ明確化できるかによって決まる。学習者はその教育的ニーズに基づいた自己教育力，看護継続教育担当者は教育的ニーズに基づいた教育プログラムを企画・実施する能力が求められる。看護継続教育担当者は，教育的ニーズを明らかにする方策を開発し，個々の看護職の教育的ニーズに基づいた教育プログラムの開発が必要である。

２．教育目標，教育内容，教育形態からみた特徴と課題

看護教育年間目標の多くは，ケアの質向上，ケアの質保障，看護職の職務遂行を目的とした能力強化で，その中でも知識に関する設定が多い。教育内容は【日常の看護実践】領域とそれに関連する内容が全体の約９割を占め，教育形態は Off-JT の集合教育であった。これらの特徴から，看護継続教育プログラムは，日常の看護実践の能力強化に主眼が置かれた知識伝達型の Off-JT の集合教育と考えられる。看護職の日常の看護実践において，知識強化が最優先課題であることを示している。教育内容で【日常の看護実践】とそれに関連する内容が多いのは，本来修得しているべき知識不足か各施設や看護単位の特徴に応じた専門性の高い知識の獲得の必要性の存在が考えられる。【看護教育】【看護科学】【看護研究】が少ないのは，日常の実践力に直接的に関連する内容が好まれ，看護職としての“専門性”をより高めるため必要な要素としてこれらがあまり重視されていないからだろう。

知識伝達型教育には，教科の基本的知識や法則的認識，系統的な知識と技能の伝授という重要な役割（坂谷，2002）がある。Off-JT の集合教育は，職場を離れ，日常業務外で行われるため，学習者は学習に専念でき特定領域について体系的に学べる。また，教育提供者は多く学習者を効率的に教育できる。特定領域に関する知識強化において，知識伝達型の Off-JT の集合教育の形態は有効である。知識は保有能力のひとつであり，知識を定着させ保有能力を高めることは重要である。しかし，日常の看護実践力の改善には，保有能力を高めるだけでは十分ではない場合もある。発揮能力である行動の変化によって日常の看護実践力は改善する。現場で行動変化を導くためには，単発的な知識伝達だけで終わらず，課題に関して継続的な学習，自ら学び知識・技術を獲得できる教育環境・教育形態の工夫をしていくことが重要である。職員が仕事を通して業務遂行に必要な能力を身につける on-the-job training，新人看護師などの指導体制に用いられているプリセプターシップ（舟島，2007）のような臨床での教育活動は看護実践に必要な知識，技術，態度の修得に有効である。集合教育と組み合わせて，臨床において意図的，計画的，継続的な教育活動を行うための教育形態の開発が必要だろう。

現在，看護継続教育プログラムは就業時間内に行われている。十分な人員配置がないため，教育プログラム実施中に現場の看護職の人数が減り，サービスが低下している可能性がある。教育担当者は，教育プログラムについて個人と組織への影響範囲より評価（堤，2007）し，その結果に基づき教育体系の見直し，効果的・効率的なプログラムの開発が必要である。

３．教育担当者の能力開発とネットワーク構築

今回，看護継続教育プログラムの現況をみてきた。看護継続教育プログラムは教育担当者の能力が反映する。看護継続教育プログラムは，教育計画立案者の受けた教育の差がそのまま，顕著に現れてしまう（山西，2007）。エ国には，看護継続教育の教育担当者の資格制度や専門教育は存在しない。教育担当者は，看護学･看護管理学･教育学の知識，その領域での研究実践や文献の情報を活用する力，得られた知識を活用し，自分の職場で実践するスキルが求められているが，専門的な教育を受けた者はいない。現在の教育担当者は，身近にロールモデルの不在，必要な文献等の入手など情報アクセスの困難，業務多忙の中にあり，自分の教育活動を査察する機会を逃がしていると考えられる。また，教育担当者には各施設を超えて教育活動の経験を共有する場がなく，経験で得た知識は個人の臨床知として埋もれている可能性がある。

現在，エ国における教育担当者の能力開発は自己学習のみの状況である。教育担当者は，看護継続教育の教育担当者としての役割，役割遂行のための必要な能力，その能力向上のための学習課題を自ら明確にすることで自己学習に励むだろう。しかしながら，自己学習だけでは限界があると考えられる。教育担当者は学習機会を必要としても，その専門の教育提供の場は現在どこにもない。これらの状況を改善するには，各所属施設を超えて，同じ立場の教育担当者たちとの看護継続教育に関する情報交換や共有するネットワークの構築や学習会は有効だろう。さらに，求められる能力を高めるには，大学や他の機関等での専門的な教育も必要だと考えられる。現在あるMSPAS看護課管轄の看護研究・研修センターの中で看護継続教育に関する課題別委員会の設置や専門教育の提供などの対策を考案していくとよいのではないかと考えられる。教育担当者の能力開発は，各施設の看護継続教育の質，看護実践の質につながっていく。教育担当者の能力開発は個人だけ解決する問題とだけするのではなく，各施設，地域レベル，国レベルでの教育担当者のネットワークや能力開発支援体制の構築が必要だろう。重要な鍵である。

Ⅷ．研究の限界と今後課題

今回の結果は首都サンサルバドル県８ヶ所の保健医療施設の結果である。看護継続教育プログラムに関しては入手可能であった文書資料を分析対象としており，それは各施設の看護継続教育に関するプログラムの全資料ではない。今回得られなかった教育プログラムを分析すれば結果は変わる可能性もある。しかし，エ国では，看護継続教育に関する調査や実践報告はなかったため，保健医療施設における看護継続教育の現況を捉えたひとつの資料となる。今後，エ国において看護継続教育の研究や実践報告を積み上げていくことが必要である。今回の結果をエ国の方々にフィードバックすることにより，看護継続教育向上へと取り組みが始まることを期待する。国際看護においては看護継続教育における協働アプローチとして，看護継続教育の教育担当者の能力開発支援の方略の検討が課題である。

謝　辞

この研究を進めるにあたり，エ国保健福祉省看護課の皆様，各病院やヘルスユニットの院長および看護管理者の皆様と，多くの方々のご協力，ご支援をいただきました。また，指導教授である田代順子先生には丁寧なご指導をいただきました。すべての皆様に心より感謝申し上げます。なお，本論は聖路加看護大学大学院修士論文として提出したものを修正・加筆したものである。

引用文献

エルサルヴァドル看護職能理事会，他（2005）．*Investigation de Enfermero（a）s.* El Salvador.

舟島なをみ（2007）．第２章院内教育プログラムの立案･実施・評価に必要な基礎知識．舟島なをみ編，*院内教育プログラムの立案・実施・評価*（12-13, 31, 178）．東京：医学書院.

稲田美和（1994）．序章生涯教育の一環としての院内教育と看護管理者の役割．荒井蝶子，他監修，*看護管理シリーズ７　継続教育*（14）．東京：日本看護協会出版会.

Irma, G., et al.（2000）. Historia de la Enfermería en El Salvador. GRUPO DE PROFESIONALES *DE* ENFERMERIA DE CENTROAMERICA Y EL CARIBE, *La enfermería en Centro América y el Caribe：Un Siglo de Historia*.（61-69）.

JICA（1996）．*エル・サルヴァドル国看護教育強化プロジェクト事前調査団報告書*．（8-9）．国際協力事業団医療協力部 .

JICA（2002）．*エル・サルヴァドル国看護教育強化プロジェクト終了時評価報告書*．（26）．国際協力事業団医療協力部.

Knowls, M.（1980）．堀薫，三輪建二訳（2008）．*成人教育の現代的実践―ペダゴジーからアンドラゴジーへ*．（106）．東京：鳳書房.

三浦弘恵(2002).看護管理者が知覚する院内教育の課題．*看護研究*, 35（６）, 27-33.

三浦弘恵，永野光子，舟島なをみ（2000）．院内教育プログラムの現状に関する研究．*千葉看会誌*，６（２），17-22.

森山ますみ（2005）．第３章エルサルヴァドル看護教育強化プロジェクト．*看護教育の開発協力プロジェクト*

に関する考察（42）．未刊行学士論文，早稲田大学．

MSPAS（2005）．*Distribución de Enfermerío（a）s por Areas en MSPAS*. El Salvador.

MSPAS（2006）．*Misón y Visión*：http://www.mspas.gob.sv/mision_vision.asp

MSPAS（2007）．*Distribución Poblacional y Establecimientos de Salud según Departamentos*. Año 2007：http://www.mspas.gob.sv/depto_elsalvador2007.asp, El Salvador.

小川正子（2006）．開発途上国における看護基礎教育支援　JICA「技術教育プロジェクト」の実例をもとに．*インターナショナルナーシングレビュー*，29（4），28-31.

小川正子（2009）．第6章国際看護活動の実際C中米・カリブ海地域．田村やよい編，*看護の統合と実践③国際看護学*（210）．

PAHO（2005）．*Health situation in the Americas Basic indicators 2005*：http://www.paho.org/english/dd/ais/BI- brochure-2005.pdf, p4-9.

坂谷裕子（2002）．医学教育に求められる教育学コアスキル－問題解決型学習とコアスキル．*家庭医療*，9（2），95-105.

堤宇一，青山征彦，久保田亨（2007）．第4章 教育効果測定調査の全体ステップ－教育効果の全体像．*はじめての教育効果測定*（57）．東京：日科技連出版社．

WHO（2006）．*Mortality Country Fact Sheet 2006*：http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_slv_elsalvador.pdf

WHO（2008）．*World Health Statistics 2008*：http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Table4_HSR.pdf, p78

山西文子（2007）．第1章人材育成の方針と体制．*看護実践能力育成のための看護現任教育プログラム*（5）．東京：メヂカルフレンド社．

Characteristics and Future Issues of Nursing Continuing Educational Programs of the Health Facilities in El Salvador

Masumi Moriyama
(Doctoral course, Graduate school, St. Luke's College of Nursing)

Purpose：The purpose of this research was to describe educational programs at the Health Facilities used by 80% of citizen in El Salvador, and to identify the issues of Nursing Continuing Education.
Methods：This study used a descriptive research design. Qualitative data were obtained from nursing continuing educational programs in eight National Health Facilities using interviews and document review. Content analysis identified：1) annual plan objectives, 2) provider of educational programs, 3) leaner as objects, 4) educational contents and 5) educational methods.
Results：All facilities carried out educational programs according to themes based on the annual plan. 1)Annual Objectives were strengthening competency to accomplish the quality of care, the assurance of quality of care, and nursing function, others motivating to strengthening competency, satisfying learning needs, providing and assuring high quality of care and strengthening of interpersonal relationship. 2) Provider of educational programs had two categories: nursing department and each nursing unit, 3) Leaner as objects was classified into three categories: all nurses, all nurses in each nursing unit, selected nursing personnel (registered nurses, new comers, nurses having experiences from one year to three years, nurses in selected nursing unit) , administrator and candidates. 4) Educational contents were classified into the twelve categories: nursing skills in practice, rules/standards/measures provided by nation or facilities, fundamental nursing knowledge, medical knowledge for nursing, norms of self-judgment and the act, establishments of collaboration, human elements as nurses, management for nursing administrators, self-care for health, nursing educations, Nursing sciences, Nursing researches. 5) Educational method were off-the-job training
Discussion：The continuing nursing educational program is not enough as the long-term, systematic, phased education based on educational needs. Future issues are to create effective and efficient educational program based on educational needs, capacity development of educator and construction of a network for educator.

Keywords：El Salvador, continuing nursing education, educational program, educator