

A大学における保健師教育の課題と効果的な教育方法の検討 —「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に対する学生の自己評価から—

檜橋明子*, 尾形由起子*, 山下清香*, 小野順子*, 手島聖子*, 野見山美和*

Examination of Education Issue and Practical Training on Public Health Nursing in Nursing College — Students' Self-assessment of Skill Items and Achievement Levels in Public Health Nursing Education —

Akiko NARAHASHI, Yukiko OGATA, Kiyoka YAMASHITA, Junko ONO, Seiko TESHIMA, Miwa NOMIYAMA

要 旨

本研究の目的は、A大学3年次の学生の「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に対する自己評価を調査し、3年次の地域看護実習の教育効果を検証することにより、4年次で強化すべき教育課題を考察することである。

対象者は、A大学で保健師教育科目の講義・演習・3年次の実習を履修した学生112名である。3年次の実習前（演習終了後）と実習終了後に、記名自記式で保健師教育の技術項目と卒業時の到達度に対する自己評価を調査した。実習前後の自己評価の変化及び卒業時の到達度71項目に対する3年次実習終了時の到達度を明らかにした。調査期間は平成23年6月～平成24年8月である。

学生の保健師教育の技術項目と卒業時の到達度に対する自己評価の平均値は、実習前後で71項目中70項目が高くなった。特に、実習期間中に実施を体験できた健康教育等の技術項目は、自己評価、到達割合とも大きく変化した。しかし、実習終了後に50%以上の学生が卒業時の到達度に達していたと回答した項目は大項目1, 2, 4において18項目にとどまり、卒業時の到達度に学生の自己評価が達していない項目の方が多かった。特に、訪問や相談による支援や、地域の健康課題を抽出し、実際の活動を展開する過程に関する技術修得が困難であることが明らかになった。4年次の実習では、保健師活動の展開の思考過程を理解できることを強化するため、学生が継続して対象者に関わり、個別支援を経験するとともに、地域の健康課題の抽出から支援の実施評価までを経験できることが重要である。

キーワード：保健師教育 地域看護実習 統合カリキュラム 自己評価

緒 言

我が国では、少子高齢化、経済状況の低迷、自然災害の発生などの社会情勢を背景に人々の健康に関する問題が複雑化・深刻化している。これらの問題解決には高度な技術が必要とされ、現在の社会の要請に応え時代を切り開いていく、基礎的な能力を備えた保健師の育成が求められている。

近年、看護師と保健師の国家試験受験資格を同時に取得する統合カリキュラムで学ぶ学生が増加して

いる。近年の急激な看護系大学の増加により保健師学生の人数は、毎年1000人ほど増加しており、大学で保健師免許を取得する学生が全体の9割を超えるようになってきている（福本，2008；村嶋，2009；小山田，2009）。これら学生の人数的変化により、保健師の実習受入施設の確保が困難なことや保健師の知識・技術・能力を養う十分な授業時間の確保が困難なこと、保健師志望でない学生の実習に対する目的意識や意欲の低さ（前馬ほか，2011）などの問題

*福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地
福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
檜橋明子
E-mail: narahashi@fukuoka-pu.ac.jp

が指摘されており、卒業時に学生が保健師としての実践能力が十分に獲得できていないことが懸念されている。

このような背景から、平成20年に厚生労働省により「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度（以下 到達度という）」が発表され、保健師免許取得前の基礎教育における到達目標や到達度の基準が示された（厚生労働省，2010）。また、平成21年度の保健師助産師看護師法の改正により保健師の修業年数は「1年以上」に延長され、大学では看護師教育のみを行うことが可能となった（村嶋，2009）。保健師教育は、選択制や大学院化に向けて動き出している。

平成20年に到達度が発表され、学生の技術到達の検証が行われてきたが、統合カリキュラムでは、住民への直接支援などが実習で十分にできておらず、1年課程のコースに比べて到達度が低いことが指摘されてきた（安齋，2009）。技術習得は教員の働きかけや（鈴木，新井，津野，美ノ谷，杉本，2011）、高度な技術であっても講義等により達成率が向上する傾向があるという報告もある（田沼，佐々木，森田，新井，滝澤，2009）。A大学も統合カリキュラムの看護系大学であり、3年次の実習前の演習で地区把握や家庭訪問、健康教育などの技術に重点的に取り組むことで、効果的な技術習得を目指しているが、実習で学生が保健師の技術を経験することにより到達度や到達割合が高くなっていると考えられる。また、3年次の実習時の技術習得について評価することで、4年次に強化が必要な教育内容を明らかにすることができる。

本研究ではA大学の3年次の学生の「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に対する自己評価を調査し、A大学の3年次の地域看護実習の教育効果を検証し、効果的な保健師の技術習得のため、4年次で強化すべき内容と教育方法を検討することを目的とする。

研究方法

1. 調査対象

A大学で、保健師教育科目の講義、演習、3年次の実習を履修した学生、112名

2. 調査期間

平成23年6月～平成24年8月

3. 調査方法

1) A大学の保健師教育関連科目

A大学の保健師教育に主眼とした講義科目は、2年前期1科目（2単位）、2年後期1科目（2単位）、3年前期、健康教育に焦点を当てた1科目（2単位）である。

3年次に、演習1科目（1単位）及び2週間（2単位）の市町村での地域看護実習（以下 実習という）を行っている。さらに4年次に小集団の支援の学習を目的とした2週間（2単位）の実習を行っている。

3年次の実習では、市町村で小集団への健康教育の実施、保健師の家庭訪問への同行と一部実施、保健事業への参加などを行っている。演習時には効果的な実習を進めるため、実習地域の地区把握及び健康課題の抽出及び、学生が習得すべき重要な技術である家庭訪問、健康相談、健康教育の企画を行っている。

2) 調査時期

3年次の実習直前（演習終了後）と実習終了後に調査を実施した。

3) 調査内容及び方法

平成20年に厚生労働省が示した「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」71項目について記名自記式調査を実施した。「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」71項目の到達度（うち49項目については一つの技術に対し、個人/家族・集団/地域を対象とした2つの到達度）は、「Ⅰ：すこしの助言で自律して実施できる」、「Ⅱ：指導のもとで実施できる（指導保健師や教員の指導のもとで実施できる）」、「Ⅲ：学内演習で実施できる（事例を用いて模擬的に計画を立てたり、実施できる）」、「Ⅳ：知識として分かる」の4段階が設定されている。本調査は到達度の明記された調査用紙に、到達度として提示されている4段階の項目を選択肢とした。

4) 依頼方法

実習開始前に、学生に記名自記式調査（調査1）及び実習終了後に学生全員が行う「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」71項目の自己評価の提供（調査2）を依頼した。調査1は研究協力依頼後に記入の時間を設け、回収ボックスを設置して回収した。調査2は学生が実習終了後に「保健師教育の

技術項目と卒業時の到達度」71項目の自己評価を記入し提出したものをデータとした。

4. 分析方法

研究協力者の「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に対する自己評価（以下、自己評価）を実習前後で比較した。最初に実習による自己評価の変化を検討するため、実習前後の自己評価の平均値についてt検定を行った。また、実習前後で自己評価が到達目標に達している学生の割合を算出し、実習によってその割合が変化したかを確認するため、McNemar検定を行った。なお、McNemar検定は「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」大項目1～5のうち、自己評価の平均値変化が有意であった小項目が8割以上あった大項目1、2、4について行った。

平均値は、到達度の区分により到達度Ⅰ：4点、到達度Ⅱ：3点、到達度Ⅲ：2点、到達度Ⅳ：1点とカウントして算出した。

分析にはSPSS, Ver16を用いた。

5. 倫理的配慮

研究協力依頼時に、調査への協力は自由意思であること、協力の有無に関わらず学生の不利益にならないこと、一度同意したあとでも撤回できることを紙面及び口頭にて説明し、書面にて同意の得られたものを分析の対象とした。調査への任意性を確保するため、回収ボックスを用意し、同意書及び調査票を回収した。実習前後のデータ連結は、学籍番号を用いて行い、その後、新たにデータ管理のための番号をつけることで研究者に個人が特定できないよう配慮した。データは鍵のかかる保管庫で管理し、研究終了3年後にシュレッダーにかけ廃棄するものとした。本研究は福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

結 果

1. 回答数（率）

対象者112名のうち、59名（52.6%）から同意を得た。同意は得られたが実習前の調査に調査票の提出がなかったものが15名いた。有効回答数は44名（74.5%）であった。

2. 学生の実習前後の自己評価の平均の変化(表1)

学生の実習前後の自己評価の平均値の変化は表1に示すとおりである。

「大項目1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」は16項目すべてで（個人/家族）、（集団/地域）とも実習前より実習後で自己評価の平均点が高くなり、有意差が見られた（ $p<0.05$ ）。

「大項目2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」は、21項目中20項目で（個人/家族）、（集団/地域）ともに実習前より実習後に平均値が高くなり、有意差が見られた（ $p<0.05$ ）。変化の大きかった項目を見ると「19. プライバシーに配慮し、個人の情報収集・管理を適切に行う」は（個人/家族）が2.75から3.72に、（集団/地域）が2.72から3.77に、「23. 健康教育による支援を行う」では（個人/家族）が実習前1.92から実習後3.19に、（集団/地域）が1.89から3.11に変化していた。「24. 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う」(集団/地域)は、実習前後で有意差は見られなかった。

「大項目3. 地域の健康危機管理を行う」では、「46. 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる」が（個人/家族）、（集団/地域）ともに実習前1.10から実習後1.06に平均値が低くなった。実習前後の平均値に有意差（ $p<0.05$ ）が見られた項目は、（個人/家族）が12項目中4項目、（集団/地域）が12項目中5項目であった。

「大項目4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する」では、18項目中16項目で実習前後の平均値が高くなり、有意差が見られた（ $p<0.05$ ）。「53. 必要な地区組織サービスを資源として開発する」、「56. 仕組みが包括的に機能しているか評価する」では実習前後の平均値に有意差はなかった。

「大項目5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる」の項目では、4項目中3項目で実習前後の平均値が高くなり、有意差が見られた（ $p<0.05$ ）。「71. 保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見出す」では有意差は見られなかった。

（個人/家族）と（集団/地域）を比較すると、「大項目1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善

策を計画・立案する」では、16項目中13項目で（個人／家族）より（集団／地域）の自己評価が高くなった。「大項目2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」では、20項目中（小項目24を除く）16項目で（個人／家族）より（集団／地域）の自己評価が高くなった。「大項目3. 地域の健康危機管理を行う」では、（個人／家族）より（集団／地域）の方が自己評価の平均値が高くなったのは12項目中4項目であった。

3. 学生の実習前後の自己評価による技術の到達度 (表2)

学生の実習前後の自己評価による卒業時の到達度に対する到達割合は、表2に示すとおりである。実習前後で有意差が見られた項目は（個人／家族）で36項目中22項目、（集団／地域）で55項目中25項目であった。「大項目1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」の到達割合は、（個人／家族）では16項目中13項目、（集団／地域）では、16項目中12項目に有意な変化が見られた ($p<0.05$)。到達割合が50%を超えた項目は、「10. 潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する」（集団／地域）の1項目であった。

「大項目2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」で到達割合が有意に変化したのは（個人／家族）では20項目中9項目、（集団／地域）では21項目中9項目であった ($p<0.05$)。到達割合が50%以上の項目は、（個人／家族）では21項目中7項目、（集団／地域）では21項目中9項目であった。「23. 健康教育による支援を行う」の実習終了後の到達割合は、（個人／家族）では18.2%、（集団／地域）では84.1%であった。「22. 訪問・相談による支援を行う」では、実習終了後の到達割合は2.3%であった。

「大項目4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する」では4項目の到達割合が実習前後で有意に変化した ($p<0.05$)。18項目中2項目で到達割合が50%を超えていた。

実習前には卒業時の到達度に達していると回答したが、実習終了後に到達していないと自己評価が下がった学生がいた項目も見られた。「大項目1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立

案する」（個人／家族）で16項目中4項目、（集団／地域）では、16項目中4項目であった。「大項目2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」では、（個人／家族）が20項目中18項目、（集団／地域）では21項目中20項目、「大項目4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する」では、18項目中16項目であった。

考 察

1. 3年次の実習における学生の自己評価と到達度

学生の自己評価が実習の前後で点数が高くなり有意差が見られたのは、学生が実習で体験できた技術項目であった。特に学内の演習から時間をかけて取り組み、すべての学生が実施を経験している「23. 健康教育による支援を行う」（集団／地域）では、全ての技術項目の中で実習後に最も自己評価の点数が高く、到達割合も84.1%と最も高かった。「19. プライバシーに配慮し、個人の情報収集・管理を適切に行う」では（個人／家族）、（集団／地域）いずれも到達割合が70%を超えていた。学生は実習中に必ず小集団への健康教育を実施し、家庭訪問や保健事業参加等で直接住民の方の個人情報に触れる機会を持っている。学生が実際に実習中に実施できた技術項目が高い到達率につながったと考える。

「大項目1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」では（個人／家族）、（集団／地域）とも到達割合が50%に達する項目はなく、学生の自己評価の平均点は全ての項目で有意に高くなっていった。また、実習前には卒業時の到達度に達していると回答したが実習終了後に自己評価が下がった学生がいる項目が、（個人／家族）、（集団／地域）いずれも16項目中4項目のみで他の大項目と比較して少なかった。大項目1に該当する具体的な実習内容は地区把握と健康課題の抽出であり、学生は地域看護実習で初めて経験する保健師特有の技術である。そのため、A大学では演習と連動し時間をかけて取り組んでおり、学生は具体的な技術のイメージを持って実習に臨むことができていると考える。この経験によって多くの学生が技術修得の手ごたえを感じていたと考える。

実習において到達割合が高い項目は、体験可能な項目や日常から教員の働きかけが多い項目で、経験できていない項目は到達割合が低いという報告があ

表1 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標に対する実習前後の自己評価の変化

実践能力	卒業時の到達目標			個人/家族				集団/地域			
	大項目	中項目	小項目	到達目標	実習前	実習後	実習前後の平均値の差	到達目標	実習前	実習後	実習前後の平均値の差
I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力	1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	1 身体的・精神的・社会文化的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする	I	2.47	3.42	0.94 *	I	2.22	3.25	1.03 *
			2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	2.36	3.25	0.89 *	I	2.28	3.19	0.92 *
			3 自然及び生活環境（気候・公害等）について情報を収集しアセスメントする	I	2.11	3.19	1.08 *	I	2.19	3.14	0.94 *
			4 対象者及び対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする	I	2.33	3.31	0.97 *	I	2.19	3.31	1.11 *
			5 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	2.36	3.42	1.06 *	I	2.19	3.31	1.11 *
			6 系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	2.22	3.08	0.86 *	I	2.08	2.97	0.89 *
			7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす	I	2.25	3.36	1.11 *	I	2.19	3.36	1.17 *
	B. 健康課題の顕在的・潜在的課題を見いだす	8 顕在化している健康課題を明確化する	I	2.33	3.19	0.86 *	I	2.06	3.03	0.97 *	
		9 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出しない・表出できない人々を見いだす	I	1.94	2.94	1.00 *	II	1.69	2.50	0.81 *	
		10 潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	2.25	3.14	0.89 *	II	2.06	2.69	0.64 *	
		11 地域の人々の持つ力（健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する能力）を見いだす	I	2.08	3.19	1.11 *	I	2.00	3.17	1.17 *	
	C. 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する	12 健康課題について優先順位を付ける	I	2.33	3.39	1.06 *	I	2.17	3.33	1.17 *	
		13 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	2.31	3.44	1.14 *	I	2.25	3.44	1.19 *	
		14 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	2.22	3.36	1.14 *	I	2.08	3.28	1.19 *	
		15 目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する	I	2.14	3.28	1.14 *	I	2.03	3.17	1.14 *	
		16 評価の項目・方法・時期を設定する	I	2.17	3.19	1.03 *	I	2.08	3.06	0.97 *	
II. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力	D. 活動を展開する	17 地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る	I	2.58	3.61	1.03 *	I	2.56	3.54	0.99 *	
		18 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	2.47	3.47	1.00 *	I	2.47	3.46	0.98 *	
		19 プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	2.75	3.72	0.97 *	I	2.72	3.77	1.05 *	
		20 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	2.11	3.06	0.94 *	II	2.00	2.61	0.61 *	
		21 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	1.97	2.69	0.72 *	II	1.94	2.50	0.56 *	
		22 訪問・相談による支援を行う	I	1.72	2.64	0.92 *	II	1.69	2.42	0.72 *	
		23 健康教育による支援を行う	I	1.92	3.19	1.28 *	II	1.89	3.11	1.22 *	
		24 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う					III	1.37	1.61	0.24	
		25 活用できる社会資源、協働できる機関・人材について、情報提供をする	I	2.06	3.11	1.06 *	I	1.92	3.03	1.11 *	
		26 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	1.69	2.58	0.89 *	II	1.75	2.44	0.69 *	
	27 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	1.61	2.22	0.61 *	II	1.53	2.19	0.67 *		
	28 個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用する	II	1.67	2.22	0.56 *	II	1.61	2.17	0.56 *		
	29 法律や条例等を踏まえて活動する	I	1.94	3.00	1.06 *	I	1.86	2.94	1.08 *		
	30 目的に基づいて活動を記録する	I	2.44	3.42	0.97 *	I	2.44	3.42	0.97 *		
	E. 協働する関係者・機関との協働	31 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	2.42	3.19	0.78 *	II	2.25	2.86	0.61 *	
		32 必要な情報と活動目的を共有する	I	2.31	3.14	0.83 *	II	2.11	2.78	0.67 *	
33 互いの役割を認め合い、ともに活動する		II	2.14	2.69	0.56 *	II	2.06	2.67	0.61 *		
F. ローアットする活動の評価を行う	34 活動の評価を行う	I	2.33	3.36	1.03 *	I	2.28	3.36	1.08 *		
	35 評価結果を活動にフィードバックする	I	2.08	3.14	1.06 *	I	1.94	3.11	1.17 *		
	36 継続した活動が必要な対象を判断する	I	2.14	3.31	1.17 *	I	2.06	3.25	1.19 *		
	37 必要な対象に継続した活動を行う	II	1.92	2.53	0.61 *	II	1.86	2.50	0.64 *		
III. 地域の健康危機管理能力	G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じ、健康危機管理の体制を整え予防策を講じ、健康危機管理を行う	38 健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる	II	1.67	2.28	0.61 *	III	1.58	2.00	0.42 *	
		39 生活環境の整備・改善について提案する	III	1.69	1.83	0.14	III	1.56	1.92	0.36 *	
		40 広域的な健康危機（災害・感染症等）管理体制を整える	III	1.42	1.64	0.22	III	1.44	1.50	0.06	
		41 健康危機についての予防教育活動を行う	II	1.69	2.39	0.69 *	II	1.72	2.33	0.61 *	
		42 健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）に迅速に対応する	III	1.17	1.53	0.36 *	III	1.17	1.47	0.31 *	

実践能力	卒業時の到達目標				個人 / 家族				集団 / 地域			
	大項目	中項目	小項目	到達目標	実習前	実習後	実習前後の平均値の差	到達目標	実習前	実習後	実習前後の平均値の差	
Ⅲ 地域の健康危機管理能力	3. 地域の健康危機管理を行う	H. 健康危機の発生時に対応する	43 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	Ⅳ	1.06	1.09	0.03	Ⅳ	1.06	1.09	0.03	
			44 関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	Ⅲ	1.14	1.50	0.36 *	Ⅲ	1.17	1.50	0.33 *	
			45 医療提供システムを効果的に活用する	Ⅳ	1.06	1.11	0.06	Ⅳ	1.06	1.11	0.06	
			46 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	Ⅳ	1.10	1.06	-0.03	Ⅳ	1.10	1.06	-0.03	
			47 健康被害の拡大を防止する	Ⅳ	1.06	1.14	0.08	Ⅳ	1.08	1.17	0.08	
		I. 健康危機発生後からの回復期に対応する	48 健康回復に向けた支援 (PTSD 対応・生活環境の復興等) を行う	Ⅳ	1.08	1.11	0.03	Ⅳ	1.06	1.11	0.06	
			49 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	Ⅳ	1.11	1.11	0.00	Ⅳ	1.06	1.11	0.06	
実践能力	大項目	中項目	小項目	到達目標	実習前		実習後	実習前後の平均の差				
Ⅳ 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力	4. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力	J. 社会資源を開発する	50 活用できる社会資源と利用上の問題を見いだす	Ⅰ	2.28		3.22	0.94 *				
			51 地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参画できるよう機会と場、方法を提供する	Ⅲ	1.47		1.89	0.41 *				
			52 地域の人々や関係する部署・機関の間にネットワークを構築する	Ⅲ	1.28		1.64	0.36 *				
			53 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	Ⅲ	1.36		1.58	0.22				
		K. システム化する	54 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする	Ⅰ	2.03		2.92	0.89 *				
			55 関係機関や地域の人々との協働によるシステム化の方法を見いだす	Ⅲ	1.42		1.78	0.36 *				
			56 仕組みが包括的に機能しているか評価する	Ⅲ	1.28		1.53	0.25				
		L. 施策化する	57 組織 (行政・事業所・学校等) の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を理解する	Ⅲ	1.31		1.63	0.32 *				
			58 施策の根拠となる法や条例等を理解する	Ⅲ	1.56		1.92	0.36 *				
			59 施策化に必要な情報を収集する	Ⅰ	2.08		3.00	0.92 *				
			60 施策化が必要である根拠について資料化する	Ⅰ	2.00		2.78	0.78 *				
			61 施策化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に根拠に基づいて説明する	Ⅲ	1.25		1.64	0.39 *				
			62 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	Ⅲ	1.17		1.50	0.33 *				
			63 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	Ⅲ	1.28		1.53	0.25 *				
		M. 社会資源を管理・活用する	64 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	Ⅲ	1.17		1.47	0.31 *				
			65 施策の実施に向けて関係する部署・機関と協働し、活動内容と人材の調整 (配置・確保等) を行う	Ⅲ	1.17		1.51	0.35 *				
			66 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	Ⅲ	1.19		1.50	0.31 *				
67 保健医療福祉サービスが公平・円滑に提供されるよう継続的に評価・改善する	Ⅲ		1.22		1.53	0.31 *						
Ⅴ 専門的目録と継続的向上を奨励する	Ⅴ. 専門的目録と継続的向上を奨励する	N. 研究成果を活用する	68 研究成果を実践に活用し、健康課題の解決・改善の方法を生み出す	Ⅲ	1.14		1.58	0.44 *				
			69 社会情勢と地域の健康課題に応じた保健師活動の研究・開発を行う	Ⅲ	1.08		1.44	0.36 *				
		O. 継続的に学ぶ	70 社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ	Ⅰ	2.22		3.25	1.03 *				
			71 保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見いだす	Ⅳ	1.11		1.25	0.14				

t 検定 * p < 0.05

- ※ 個人 / 家族：個人や家族を対象とした卒業時の到達度
- ※ 集団 / 地域：集団 (自治会の住民、要介護高齢者集団、管理職集団、小学校のクラスなど) や地域 (自治体、企業、学校など) の人々を対象とした卒業時の到達度
- ※ 到達度のⅠ～Ⅳの区分：
 - Ⅰ：すこしの助言で自律して実施できる
 - Ⅱ：指導のもとで実施できる (指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)
 - Ⅲ：学内演習で実施できる (事例などを用いて模擬的に計画を立てたり実施できる)
 - Ⅳ：知識としてわかる

表2 卒業時の到達目標と実習前後の到達度の変化

n=44

大項目	中項目	小項目	到達目標	個人/家族				集団/地域									
				実習前後未到達(人)	実習後到達(人)	実習前後とも到達(人)	実習前到達実習後未到達(人)	到達目標	実習前後未到達(人)	実習後到達(人)	実習前後とも到達(人)	実習前到達実習後未到達(人)	実習終了時点で到達していた人数の割合				
1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	1	身体的・精神的・社会文化的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする	I	26	11	7	0	40.9%	*	I	26	13	5	0	40.9%	*
		2	社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	28	11	5	0	36.4%	*	I	29	11	4	0	34.1%	*
		3	自然及び生活環境(気候・公害等)について情報を収集しアセスメントする	I	26	16	2	0	40.9%	*	I	28	15	1	0	36.4%	*
		4	対象者及び対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする	I	27	15	1	1	36.4%	*	I	27	16	1	0	38.6%	*
		5	健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	26	16	2	0	40.9%	*	I	25	18	1	0	43.2%	*
		6	系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	31	10	2	1	27.3%	*	I	33	10	1	0	25.0%	*
		7	収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす	I	29	13	2	0	34.1%	*	I	26	17	1	0	40.9%	*
	B. 地域の潜在的・潜在的な健康課題を見いだす	8	顕在化している健康課題を明確化する	I	34	7	3	0	22.7%	*	I	36	7	1	0	18.2%	*
		9	健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出できない人々を見いだす	I	35	7	1	1	18.2%	*	II	20	15	6	3	47.7%	*
		10	潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	36	4	4	0	18.2%	*	II	13	15	13	3	63.6%	*
		11	地域の人々の持つ力(健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する能力)を見いだす	I	32	11	1	0	27.3%	*	I	33	10	1	0	25.0%	*
	C. 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する	12	健康課題について優先順位を付ける	I	28	12	4	0	36.4%	*	I	29	11	4	0	34.1%	*
		13	健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	26	14	4	0	40.9%	*	I	25	15	4	0	43.2%	*
		14	地域の人々に適した支援方法を選択する	I	28	12	4	0	36.4%	*	I	32	9	3	0	27.3%	*
		15	目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する	I	30	8	6	0	31.8%	*	I	30	11	2	1	29.5%	*
		16	評価の項目・方法・時期を設定する	I	31	7	5	1	27.3%	*	I	32	6	5	1	25.0%	*
2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	D. 活動を展開する	17	地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る	I	13	17	13	1	68.2%	*	I	14	18	9	3	61.4%	*
		18	地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	19	15	9	1	54.5%	*	I	18	17	6	3	52.3%	*
		19	プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	10	16	17	1	75.0%	*	I	8	19	15	2	77.3%	*
		20	地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	34	8	1	1	20.5%	*	II	13	13	12	6	56.8%	*
		21	地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	12	18	8	6	59.1%	*	II	17	12	7	8	43.2%	*
		22	訪問・相談による支援を行う	I	42	0	1	1	2.3%	*	II	26	8	6	4	31.8%	*
		23	健康教育による支援を行う	I	36	7	1	0	18.2%	*	II	5	24	13	2	84.1%	*
		24	地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う								III	14	12	11	6	54.5%	*
		25	活用できる社会資源、協働できる機関・人材について、情報提供をする	I	30	12	1	1	29.5%	*	I	34	8	1	1	20.5%	*
		26	支援目的に応じて社会資源を活用する	II	16	18	7	3	56.8%	*	II	17	16	5	6	47.7%	*
		27	当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	26	9	5	4	31.8%	*	II	27	10	4	3	31.8%	*
		28	個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用する	II	21	12	5	6	38.6%	*	II	22	12	4	6	36.4%	*
		29	法律や条例等を踏まえて活動する	I	29	12	2	1	31.8%	*	I	27	14	2	1	36.4%	*
		30	目的に基づいて活動を記録する	I	22	13	7	2	45.5%	*	I	22	14	7	1	47.7%	*

卒業時の到達目標			到達目標	実習前後未到達(人)	実習後到達(人)	実習前後とも到達(人)	実習前到達実習後未到達(人)	実習終了時点で到達していた人数の割合	到達目標	実習前後未到達(人)	実習後到達(人)	実習前後とも到達(人)	実習前到達実習後未到達(人)	実習終了時点で到達していた人数の割合			
大項目	中項目	小項目	個人/家族					集団/地域									
善し、地域の健康増進能力を高める	E. 地域の人々・関係者・機関と協働する	31	協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	27	10	5	2	34.1%	*	II	11	14	15	4	65.9%	
		32	必要な情報と活動目的を共有する	I	29	7	4	4	25.0%		II	11	13	16	4	65.9%	*
		33	互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	11	11	16	6	61.4%		II	12	11	16	5	61.4%	
	F. アップする活動の評価・フォロー	34	活動の評価を行う	I	26	9	7	2	36.4%		I	25	11	5	3	36.4%	
		35	評価結果を活動にフィードバックする	I	31	7	5	1	27.3%		I	29	11	3	1	31.8%	
		36	継続した活動から必要な対象を判断する	I	30	12	2	0	31.8%	*	I	30	12	2	0	31.8%	*
		37	必要な対象に継続した活動を行う	II	16	11	11	6	50.0%		II	17	9	12	6	47.7%	

卒業時の到達目標			到達目標	実習前後未到達(人)	実習後到達(人)	実習前後とも到達(人)	実習前到達実習後未到達(人)	実習終了時点で到達していた人数の割合		
大項目	中項目	小項目	到達目標	実習前後未到達(人)	実習後到達(人)	実習前後とも到達(人)	実習前到達実習後未到達(人)	実習終了時点で到達していた人数の割合		
4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する	J. 社会資源を開発する	50	活用できる社会資源と利用上の問題を見いだす	I	30	11	3	0	31.8%	*
		51	地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参画できるような機会と場、方法を提供する	III	9	13	15	7	63.6%	
		52	地域の人々や関係する部署・機関の間にネットワークを構築する	III	16	12	9	7	47.7%	
		53	必要な地域組織やサービスを資源として開発する	III	16	9	9	10	40.9%	
	K. システム化する	54	健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする	I	37	5	2	0	15.9%	*
		55	関係機関や地域の人々との協働によるシステム化の方法を見いだす	III	13	11	10	10	47.7%	
		56	仕組みが包括的に機能しているか評価する	III	20	8	6	10	31.8%	
	L. 施策化する	57	組織（行政・事業所・学校等）の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を理解する	III	12	13	8	11	47.7%	
		58	施策の根拠となる法や条例等を理解する	III	8	10	20	6	68.2%	
		59	施策化に必要な情報を収集する	I	29	11	2	2	29.5%	*
		60	施策化が必要である根拠について資料化する	I	37	4	2	1	13.6%	*
		61	施策化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に根拠に基づいて説明する	III	18	11	8	7	43.2%	
		62	施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	III	20	11	3	10	31.8%	
	M. 社会資源を管理・活用する	63	地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	III	17	10	8	9	40.9%	
		64	予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	III	26	7	6	5	29.5%	
		65	施策の実施に向けて関係する部署・機関と協働し、活動内容と人材の調整（配置・確保等）を行う	III	23	9	5	7	31.8%	
		66	施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	III	22	10	6	6	36.4%	
67		保健医療福祉サービスが公平・円滑に提供されるよう継続的に評価・改善する	III	21	9	7	7	36.4%		

McNemar 検定 * p < 0.05

り、講義、演習、実習の連動が必要であると言われている（安齋，2009；田沼ほか，2009；鈴木ほか，2011）。A大学の学内演習で、地区把握、健康教育を行っている。本研究でも先行研究同様に教員が講義、演習、実習と継続的に働きかけ、実習で具体的な体験ができた技術項目の自己評価が高くなったと考えられる。

2. 4年次の実習における強化すべき教育課題

本調査の結果では、実習終了後に50%以上の学生が卒業時の到達度に達していたと回答した項目は大項目1, 2, 4において18項目にとどまった。統合カリキュラムによる保健師教育課程の卒業時の技術習得度の低さはすでに指摘されているところであり（安齋，2009），A大学においても、3年次の実習で多くの項目の自己評価の平均値は高くなったが、到達割合が50%を超える項目は半数に満たなかった。

特に、「22. 訪問・相談による支援を行う」（個人／家族）については、実習前1.72から実習後2.64と高くなっているが、到達割合は2.3%と低く、一人で訪問や相談を実施できると回答した学生は少ない。この項目の卒業時に求められる到達度は、「1. 一人で実施できる」であるが（麻原ほか，2010），学生が技術を実施できるようになるためには、継続的に対象者に関わることが必要である（村嶋，2010；横山ほか，2012）。訪問は、保健師の家庭訪問件数の減少や対応困難事例、個人情報保護による事例選定の制約などを受け、近年、学生が実習中に経験することが困難になってきている（岡本ほか，2011）。A大学の3年次の実習においても、家庭訪問や相談を学生が一人で実施することは、学習の進行状況や実習期間を考えると困難である。4年次の実習では、学生が継続して対象者に関わり、支援を経験できる場の設定が重要であると考えられる。

学生の自己評価の平均値は、（個人／家族）よりも（集団／地域）において変化が小さかった。「8. 顕在化している健康課題を明確化する（集団／地域）」や「54. 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする」などは実習終了時点で到達した学生が20%に満たないなど、地域や集団に目を向け学生自身で思考を展開することが困難であることが伺えた。到達割合の学生の回答の変化を見渡すと、実習前には卒業時の到達度に到達し

ていると回答したが、実習終了後に到達していないと回答した学生がいた項目は大項目2. 4. の大半であった。大項目2. 4. は保健師固有の活動の展開方法に該当する技術項目であり、学生が実習で実際の保健師活動を見て、その内容が理解できた結果、自身での実施は難しいと評価した可能性がある。保健師の活動は机上の学習のみでは理解が困難であり（横山ほか，2012），保健師教育は理論学習と体験的学習との統合が重要であると言われている（末永，瀬川，鈴木，栗本，2007）。4年次の実習では、保健師活動の展開の思考過程を理解できることを強化するため、3年次の実習の経験を踏まえ、学生が継続して対象者に関わり、個別支援を経験するとともに、地域の健康課題の抽出から支援の実施評価までを経験できることが重要である。

3. 研究の限界

本研究の回収率は52.6%と低かった。本調査は調査項目が119項目と多いため、研究協力者に負担感があり、研究協力の同意が得にくかったことも影響していると考えられる。今後さらに、調査を積み重ね、協力者数を増やすことで結果の信頼性を高めていく必要がある。

また、本研究は試行的に到達度を点数化し分析を行ったが、到達度を点数化した先行研究はなく信頼性・妥当性の検証はこれからである。今後、信頼性・妥当性の確保が課題である。

結 論

A大学の3年次の実習において大半の技術項目で自己評価の平均値は高くなった。特に、健康教育等、演習から取り組み、実習期間中に学生自身が実施できた技術項目の到達割合が高かった。しかし、実習終了後に50%以上の学生が卒業時の到達度に達したと回答した項目は18項目にとどまり、3年次の実習終了時点では多くの技術項目で卒業時の到達度に達していないことが明らかになった。特に、保健師固有の活動の展開の思考過程の理解が困難であった。4年次の実習では、基礎的知識を基盤として対象者に継続的に関わる個別支援と集団支援を実施し、地域の健康課題の抽出から支援の実施評価までを経験することが重要であると考えられる。

引用文献

- 安齋由貴子. (2009). 保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望 (3) 「大学における保健師教育課程の問題点 - 卒業時の到達度の観点から -」. *日本公衆衛生雑誌*, 56 (11), 821 - 824.
- 麻原きよみ, 大森純子, 小林真朝, 平野優子, 鈴木良美, 荒木田美香子, 大木幸子, 岡本玲子, 奥山則子, 海原逸子, 須藤裕子, 長江弘子, 宮崎美砂子, 村嶋幸代. (2010). 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. *日本公衆衛生雑誌*, 57 (3), 184 - 193.
- 福本恵. (2008). 保健師教育の変遷と今日的課題. *京府医大誌*, 117 (12), 947 - 955.
- 厚生労働省. (2010). 看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告.
- 前馬理恵, 山田和子, 石井敦子, 岡本光代, 土橋まどか, 谷野多見子, 内山薫. (2011). 実習施設からみた地域看護実習の実態と今後の課題. *和歌山県立医科大学保健看護学部紀要*, 7, 51 - 59.
- 村嶋幸代. (2009). 保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望 (1) 保健師教育の問題点と日本公衆衛生学会「公衆衛生看護のあり方委員会」の活動. *日本公衆衛生雑誌*, 56 (9), 692 - 696.
- 村嶋幸代. (2010). 保健師教育の展望 日本公衆衛生学会“公衆衛生看護のあり方委員会”の提示したカリキュラムから. *公衆衛生*, 74, 552 - 559.
- 岡本光代, 石井敦子, 谷野多見子, 土橋まどか, 山田和子, 前馬理恵. (2011). 保健師教育における臨地実習の内容に関する実態. *和歌山県立医科大学保健看護学部紀要*, 7, 77 - 85.
- 小山田恭子. (2009). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 - 第一次報告の概要 -. *保健の科学*, 51 (10), 652 - 655.
- 鈴木良美, 新井優紀, 津野陽子, 美ノ谷新子, 杉本正子. (2011). 学生による「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」に基づく自己評価. *東邦看護学会誌*, 8, 36 - 42.
- 田沼寮子, 佐々木明子, 森田久美子, 新井久美子, 滝澤伸憲. (2009). 保健師の育成のための教育の技術項目と授業・実習修了時の到達度から見た学生の学び. *お茶の水看護学雑誌*, 4 (2), 26 - 33.
- 横山美江, 松本珠美, 藤山明美, 岡本里美, 岡島さおり, 鎌田久美子, 佐伯和子, 佐藤美佐子, 多田敏子, 野口久美子, 藤丸知子, 松井通子, 大場エ

ミ, 森岡幸子. (2012). 保健師教育の質を保証する地域看護実習モデルの構築: 4 単位実習モデル. *保健師ジャーナル*, 68 (3), 226 - 234.

受付 2012.10. 9

採用 2013. 1.11