

## 保健師の実践能力に対する公衆衛生看護学実習の効果 — 学生の自己評価に着目して —

檜橋明子\* 中村美穂子\*\* 小野順子\*\* 山下清香\*\* 手島聖子\*\* 尾形由起子\*\*

### The effect of Public Health Nursing Practice for practical ability of Public health nurse — Focus on student self- evaluations —

Akiko NARAHASHI Mihoko NAKAMURA Junko ONO Kiyoka YAMASHITA  
Seiko TESHIMA Yukiko OGATA

#### 要 旨

保健師の教育期間延長や指定規則の改正を受け、A大学では平成24年度に保健師教育を統合カリキュラムから選択制に変更しカリキュラムを充実させた。そこで、公衆衛生看護学実習の前後で保健師の技術項目に対する学生の自己評価を比較し実習効果を検証した。その結果、実習後の自己評価の平均値は、個人／家族に対する技術は48項目中31項目(64.6%)で有意に上昇し、集団／地域に対する技術は71項目中43項目(60.6%)で有意に上昇した。実習終了後、卒業時の目標に到達した者の割合が6割を超えた項目は、個人／家族に対する技術では40項目(83.3%)、集団／地域に対する技術では63項目(88.7%)であった。

実習後に平均値が大きく上昇した項目から、技術の実施体験の繰り返し、指導者や教員とのカンファレンス及び実習記録の積み重ねが重要であることが考えられた。到達割合が6割未満の項目から、潜在的な健康課題の把握、個別支援における相談や教育、地区活動の展開等の技術習得のためには、さらに意図的な学習体験の必要性が示唆された。

*Key word* : 保健師 実践能力 技術 公衆衛生看護学実習

#### I. 緒 言

我が国の保健師教育は、昭和23年の保健師助産師看護師法の制定に伴い、看護師教育の積み上げという形で行われてきた<sup>1)</sup>。その後、昭和27年に大学教育が始まり<sup>2)</sup>、保健師と看護師の国家試験受験資格を同時に取得するカリキュラムでの教育が始まった。平成5年ごろから看護系大学が増加し、平成9年以降は、看護師教育の科目を保健師教育科目に読みかえたカリキュラムで教育を受ける学生の割合が急増した。これにより、増加した学生数の実習受け入れ困難、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、保健師養成必要数と実際の養成数のアンバランスが問題となってきた<sup>3)</sup>。また、保健師教育の質の低下も指摘されるようになってきた<sup>1),4)</sup>。

これらを受け、平成20年には厚生労働省より、保健師の技術項目と卒業時の到達度(71項目)が発表され<sup>5)</sup>、保健師免許取得前の基礎教育における到達目標が示された。平成21年7月には法改正が行われ、保健師の教育期間が「6か月以上」から「1年以上」に延長された。また、平成23年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正により、保健師国家試験受験資格取得に必要な単位が23単位から28単位に増加し、実習単位も4単位から5単位に増加するなど<sup>6),7)</sup>、教育の充実が図られてきた。

平成21年の法改正により、保健師養成機関である大学では教育形態の選択が可能となった<sup>8),9)</sup>。大学においては、大学院、1年課程の専攻科又は別科、選択制又は全員必修が可能となったが、7割以上の大

\* 神戸市西区 押部あんしんすこやかセンター  
Community General Support Center  
Oshibe-Anshin-Sukoyaka center

\*\* 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  
尾形由起子  
e-mail ogata@fukuoka-pu.ac.jp

学が選択制で行っている<sup>7),9)</sup>。

看護教育において実習は、重要な位置を占めており、保健師教育も同様であり<sup>1),10)</sup>、学生が現場に出向き、臨地で看護技術を実践する経験は重要である<sup>6)</sup>。学生の技術修得の検証することは、教育の質を確認すると同時に今後の講義・演習・実習を改善につなげる。保健師選択制教育の成果を示すことが求められている<sup>7)</sup>が、まだ報告はみあたらない。

平成24年度カリキュラム改正により、A大学は保健師教育選択制とし、講義・演習・実習を見直した。現在、演習段階より地域の住民に実際に触れ健康教育や家庭訪問を行う機会を持ち、より実践に近い教育内容を行っている。また、実習地域の地区把握を、演習を通して行い、実習地域の状況を把握できるようにしている。実習前の演習を通して技術の習得に力を入れている。そこで、本研究では保健師選択制の学生の公衆衛生看護学実習前後での「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比較することによって、講義・演習・実習の評価を行ったので、報告する。

## II. 教育方法

### 1. A大学における講義・演習・実習の内容

A大学において学生は、2年次に公衆衛生看護学Ⅰ（講義）、3年次に公衆衛生看護学Ⅱ（演習）、専門看護学ゼミ（演習）を履修する。4年次は、前期に公衆衛生看護学Ⅲ（講義）、公衆衛生看護学Ⅳ（演習）、公衆衛生看護学Ⅴ（演習）を履修し保健師の個別支援、集団支援、地域支援及び活動展開（PDCA）の基本的な知識と技術を学んだうえで公衆衛生看護学実習Ⅰ（保健所実習）、公衆衛生看護学実習Ⅱ（市町村実習）に取り組んでいる。実習終了後、公衆衛生看護学Ⅵ（講義）、組織協働活動論（講義）、公衆衛生看護学Ⅶ（講義）を受講し、保健師の地域における協働や社会資源の開発や組織化、行政としての施策化等に関する技術を実習で得た知識や経験を踏まえて習得できるようカリキュラムを構成している。

### 2. 調査対象

A大学の保健師課程で公衆衛生看護学実習を履修した4年生15名

### 3. 調査期間

平成29年9月～平成29年11月

### 4. 調査方法

#### 1) 調査時期

4年次の公衆衛生看護学実習直前と実習終了後に調査を実施した。

#### 2) 調査内容

平成20年に厚生労働省が示した「保健師の技術項目と卒業時の到達度」<sup>9)</sup>71項目の到達度である。これらは5つの大項目に分類され、個人／家族を対象とした技術と集団／地域を対象とした技術項目に分けて到達度が示されている（以下、それぞれ個人／家族の技術、集団／地域の技術という。）。個人／家族の技術は3つの大項目の48項目であり、集団／地域の技術は5つの大項目の71項目である。「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。

#### 3) 依頼方法

実習開始前後に、学生に無記名自記式調査を依頼した。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。

### 5. 調査項目、分析方法

調査項目は、「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」71項目を用いた。Ⅰ：少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、Ⅲ：学内演習で実施できる、Ⅳ：知識としてわかる、の4段階で自己評価を行い、Ⅰ：4点、Ⅱ：3点、Ⅲ：2点、Ⅳ：1点として点数化し、調査ごと、項目ごとに記述統計を行いその特徴を読み取った。次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対応のある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。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。

## 6. 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、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、調査票を回収した。データは鍵のかかる保管庫で管理し、研究終了10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部会の承認を得て実施した（承認番号H26-27）。

## Ⅲ. 結果

### 1. 自己評価得点の変化

調査票の回収は、学生15名（回収率100%）であった。

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。

項目ごとにみると、個人／家族の技術は48項目中42項目（87.5%）で上昇し、集団／地域の技術では64項目（90.1%）が上昇していた。各項目の実習前後の得点について対応のあるt検定を行ったところ、平均点は個人／家族の技術で31項目（64.6%）、集団／地域の技術では43項目（60.6%）で優位に上昇していた（ $p < 0.05$ ）。

#### 1) 個人／家族を対象とした技術項目

個人／家族の技術の実習後の到達度が、実習前と比較して1段階以上上昇した項目（平均得点が1点以上上昇した項目）は8項目であった。それぞれの項目の実習前後の平均値±標準偏差は以下の通りである。

- ①「No7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす」(2.80±0.94→3.93±0.26)
- ②「No15目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する」(2.73±0.80→3.73±0.46)
- ③「No16評価の項目・方法・時期を設定する」(2.67±0.90→3.67±0.49)
- ④「No25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」(2.20±1.01→3.40±0.91)
- ⑤「No29法律や条例等を踏まえて活動する」(2.47±1.13→3.73±0.80)
- ⑥「No35評価結果を活動にフィードバックする」(2.40±1.06→3.53±0.83)

- ⑦「No36継続した活動が必要な対象を判断する」(2.73±1.03→3.73±0.46)

- ⑧「No38健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる」(1.27±0.70→2.40±0.26)

#### 2) 集団／地域を対象とした技術項目

集団／地域の技術の実習後の到達度が、実習前と比較して1段階以上上昇した項目（平均得点が1点以上上昇した項目）は8項目であった。それぞれの項目の実習前後の平均値±標準偏差は以下の通りである。

- ①「No7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす」(2.73±0.70→3.87±0.35)
- ②「No15目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する」(2.67±0.72→3.73±0.46)
- ③「No16評価の項目・方法・時期を設定する」(2.67±0.90→3.67±0.49)
- ④「No25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」(2.13±0.92→3.36±0.93)
- ⑤「No29法律や条例等を踏まえて活動する」(2.60±1.06→3.67±0.82)
- ⑥「No35評価結果を活動にフィードバックする」(2.40±1.06→3.53±0.59)
- ⑦「No36継続した活動が必要な対象を判断する」(2.67±1.05→3.73±0.46)
- ⑧「No54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」(2.67±1.05→3.73±0.59)

#### 2. 目標に到達した学生の割合の変化

実習前後の目標への到達割合の変化は表1に示すとおりである。卒業時の到達目標に対して、実習を終えた段階で6割の学生が到達している項目を確認した。

実習後、到達目標に到達している学生の割合が6割以上であった項目は、個人／家族の技術は48項目中40項目（83.3%）、集団／地域の技術では63項目（88.7%）であった。到達した者が6割に満たなかった項目は、個人／家族の技術は8項目、集団／地域の技術では8項目であった。

#### 1) 個人／家族を対象とした技術項目

個人／家族の技術項目の中で、実習後に目標に到達した学生が6割に満たなかった項目は以下の8項

目であった。

- ①「No9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」40.0%
- ②「No10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」46.7%
- ③「No22訪問・相談による支援を行う」33.3%
- ④「No23健康教育による支援を行う」46.7%
- ⑤「No25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」53.3%
- ⑥「No34活動の評価を行う」53.3%
- ⑦「No38健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる」40.0%
- ⑧「No41健康危機についての予防教育活動を行う」33.3%

## 2) 集団／地域を対象とした技術項目

集団／地域の技術項目の中で、実習後に目標に到達した学生が6割に満たなかった項目は以下の8項目であった。

- ①「No13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」53.3%
- ②「No24地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う」53.3%
- ③「No25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」46.7%
- ④「No34活動の評価を行う」46.7%
- ⑤「No35評価結果を活動にフィードバックする」53.3%
- ⑥「No41健康危機についての予防教育活動を行う」33.3%
- ⑦「No51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」53.3%
- ⑧「No60施策化が必要である根拠について資料化する」53.3%

## IV. 考 察

今回の研究では、個人／家族の技術48項目及び集団／地域の技術71項目について、実習前後で学生の自己評価を調査した。個人／家族の技術も集団／地域の技術も約6割の項目で平均値の有意に上昇していた。6割以上の学生が到達目標をクリアしている項目は、いずれも8割を超えていた。学生は、実習を通して多くの技術項目を習得していたと考える。

自己評価の1段階以上上昇した項目と、6割以上の学生が到達目標に達していなかった項目について考察する。

### 1. 実習後に自己評価が上昇した項目

実習後に自己評価の平均値が1段階以上上昇した項目は、8項目であった。

自己評価を高めた要因として、学生が演習と実習で繰り返し経験したことが考えられた。「No7収集した情報をアセスメントし、地域特性を見いだす」は、個人／家族の技術と集団／地域の技術ともに平均値が1段階上昇していた。学生は、演習で実習先の統計情報や様々な情報をインターネットで調べ、実習に出向き、実習体験を通して実際の地域の環境を観察し、保健活動への参加を通して地域の住民や関係者と接している。少しの助言でできるレベルに到達した割合は、実習前後で約1割から約8割となっており、技術習得につながったと考える。先行研究においてもこの項目は同様の結果であった<sup>11), 12)</sup>。

「No15目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する」及び「No16評価の項目・方法・時期を設定する」も個人／家族の技術と集団／地域の技術ともに平均値が1段階上昇していた。学生は演習及び実習で2回の健康教育を実施し、地域の健康課題を踏まえた企画立案、実施、評価の過程を経験している。家庭訪問については演習で健康な高齢者宅を訪問し、実習では保健師の家庭訪問に同行している。少しの助言でできるレベルに到達した割合は、実習前後で約1割から約6割となっており、技術習得につながっていると考える。

また、実習での保健活動への参加と共に指導者からの説明、記録様式への記載や日々のカンファレンスの体験も、学生の認識を深め自己評価を高めていると考える。「No25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」と「No29法律や条例等を踏まえて活動する」も、個人／家族の技術と集団／地域の技術ともに平均値が1段階上昇していた。学生は、保健事業への参加の前後に、指導者から事業の概要や根拠となる法律や条例等、関係機関や関係職種の説明を受け、カンファレンスや実習記録を通してそれらを確認している。保健師の地域の社会資源の活用の実際を知り、根拠法令に基づく保健活動を理解していたと考えられる。少しの助言でできるレベルに到達した割合は、No25につい

表1 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と実習前の到達度

実践能力 番号	卒業時の到達目標		個人/家族				集団/地域						
	大項目	中項目	No	小項目	到達目標	自己評価平均点±標準偏差	実習後	実習前	到達割合	実習後	実習前	到達割合	
					到達目標	自己評価平均点±標準偏差	実習後	実習前	到達割合	実習後	実習前	到達割合	
I、地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する能力		A、地域の人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	3.33 ± 0.72	3.93 ± 0.26 *	3.87 ± 0.35 *	3.27 ± 0.80	3.87 ± 0.35 *	46.7%	80.0%	
			2	社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	3.33 ± 0.72	3.87 ± 0.35 *	46.7%	46.7%	3.33 ± 0.72	3.87 ± 0.35 *	46.7%	80.0%
			3	自然及び生活環境(気候・公学等)について情報収集しアセスメントする	I	3.07 ± 0.88	3.73 ± 0.46 *	33.3%	66.7%	3.07 ± 0.88	3.73 ± 0.46 *	33.3%	66.7%
			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	3.27 ± 0.70	3.93 ± 0.26 *	40.0%	86.7%	3.27 ± 0.70	3.93 ± 0.26 *	40.0%	86.7%
			5	健康問題を持つ当事者の視点からアセスメントする	I	3.33 ± 0.72	3.93 ± 0.26 *	46.7%	86.7%	3.27 ± 0.70	3.93 ± 0.26 *	40.0%	86.7%
			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	3.00 ± 0.85	3.87 ± 0.35 *	26.7%	80.0%	3.07 ± 0.80	3.87 ± 0.35 *	26.7%	80.0%
			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	2.80 ± 0.94	3.93 ± 0.26 *	20.0%	86.7%	2.73 ± 0.70	3.87 ± 0.35 *	6.7%	80.0%
			8	顕在化している健康課題を明確化する	I	3.07 ± 0.59	3.80 ± 0.41 *	20.0%	73.3%	3.00 ± 0.66	3.80 ± 0.41 *	20.0%	73.3%
			9	B、地域の顕在的、潜在的な健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	I	2.80 ± 0.56	3.47 ± 0.52 *	6.7%	40.0%	2.80 ± 0.56	3.07 ± 0.26 *	66.0%	93.3%
			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	3.07 ± 0.59	3.53 ± 0.52 *	20.0%	46.7%	2.80 ± 0.56	3.27 ± 0.46 *	60.0%	93.3%
			11	地域の人の持つ方(健康課題)に基づき、解決・改善、健康増進する能力を見いだす	I	3.00 ± 0.76	3.57 ± 0.35 *	26.7%	80.0%	3.00 ± 0.76	3.73 ± 0.46 *	26.7%	66.7%
			12	健康課題について優先順位を付ける	I	3.00 ± 0.66	3.87 ± 0.35 *	20.0%	80.0%	3.00 ± 0.66	3.80 ± 0.41 *	20.0%	73.3%
			13	C、地域の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	2.87 ± 0.74	3.67 ± 0.49 *	13.3%	60.0%	2.87 ± 0.74	3.60 ± 0.51 *	13.3%	53.3%
			14	地域の人々に適した支援方法を選択する	I	3.00 ± 0.76	3.73 ± 0.46 *	20.0%	66.7%	3.07 ± 0.80	3.73 ± 0.46 *	26.7%	66.7%
			15	目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する	I	2.73 ± 0.80	3.73 ± 0.46 *	13.3%	66.7%	2.67 ± 0.92	3.73 ± 0.46 *	6.7%	66.7%
			16	評価の項目・方法・時期を設定する	I	3.67 ± 0.49 *	3.67 ± 0.49 *	13.3%	60.0%	2.67 ± 0.90	3.67 ± 0.49 *	13.3%	60.0%
			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	3.93 ± 0.26	3.93 ± 0.26	86.7%	86.7%	3.93 ± 0.26	3.93 ± 0.26	86.7%	86.7%
18	地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	3.80 ± 0.56	3.93 ± 0.26	80.0%	86.7%	3.80 ± 0.56	3.93 ± 0.26	80.0%	86.7%			
19	プライベートに配慮し、個人情報収集・管理を適切に行う	I	3.93 ± 0.26	4.00 ± 0.00	86.7%	93.3%	3.93 ± 0.26	4.00 ± 0.00	86.7%	93.3%			
20	地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	2.80 ± 1.01	3.60 ± 0.51 *	26.7%	60.0%	2.67 ± 0.90	3.20 ± 0.41 *	66.7%	93.3%			
21	地域の人々が意思決定できよう支援する	II	2.47 ± 0.83	3.00 ± 0.38 *	53.3%	86.7%	2.47 ± 0.83	3.00 ± 0.38 *	53.3%	86.7%			
22	訪問・相談による支援を行う	I	2.73 ± 0.96	3.07 ± 1.03	20.0%	33.3%	2.60 ± 0.83	2.73 ± 0.80	66.7%	73.3%			
23	健康教育による支援を行う	I	2.80 ± 0.86	3.53 ± 0.52 *	20.0%	46.7%	2.93 ± 0.46	3.20 ± 0.41 *	80.0%	93.3%			
24	D、活動を展開する	III	-	-	-	-	1.80 ± 0.86	1.71 ± 0.61	60.0%	53.3%			
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	2.20 ± 1.01	3.40 ± 0.91 *	13.3%	53.3%	2.13 ± 0.92	3.36 ± 0.93 *	6.7%	46.7%			
26	支援目的に応じて社会資源を活用する	II	1.87 ± 0.99	2.80 ± 0.86 *	40.0%	73.3%	1.93 ± 1.00	2.80 ± 0.86 *	40.0%	73.3%			
27	当事者と関係職種・機関でチームを組み合わせて活用する	II	1.93 ± 1.10	2.47 ± 0.83	40.0%	60.0%	1.93 ± 1.10	2.67 ± 0.82 *	40.0%	66.7%			
28	個人/家族支援、組織的アプローチ等組み合わせ活用する	II	2.07 ± 1.10	2.80 ± 0.56 *	46.7%	80.0%	2.07 ± 1.10	2.67 ± 0.72	46.7%	73.3%			
29	目的や条例等に基づいて活動する	I	2.47 ± 1.13	3.73 ± 0.80 *	20.0%	80.0%	2.60 ± 1.06	3.67 ± 0.82 *	20.0%	73.3%			
30	目的に基づいて活動を記録する	I	3.27 ± 0.88	3.73 ± 0.80 *	46.7%	80.0%	3.27 ± 0.88	3.73 ± 0.80 *	46.7%	80.0%			
31	E、地域の人々・関係者・機関と協働する	I	3.47 ± 0.74	3.93 ± 0.26 *	60.0%	86.7%	2.93 ± 0.80	3.27 ± 0.46 *	73.3%	93.3%			
32	必要な情報と活動目的を共有する	I	3.07 ± 1.10	3.80 ± 0.41 *	46.7%	73.3%	2.53 ± 0.99	3.27 ± 0.46 *	60.0%	93.3%			
33	互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	2.67 ± 0.90	3.07 ± 0.46	66.7%	86.7%	2.60 ± 0.83	3.13 ± 0.52 *	66.7%	86.7%			
34	F、活動を評価・フォローアップする	I	3.13 ± 0.52	3.53 ± 0.64 *	20.0%	53.3%	3.20 ± 0.41	3.57 ± 0.51 *	20.0%	46.7%			
35	評価結果を活動にフィードバックする	I	2.40 ± 1.06	3.53 ± 0.83 *	13.3%	60.0%	2.40 ± 1.06	3.53 ± 4.59	13.3%	53.3%			
36	継続した活動が必要な対象を判断する	I	2.73 ± 1.03	3.73 ± 0.46 *	20.0%	66.7%	2.67 ± 1.05	3.73 ± 0.46 *	20.0%	66.7%			
37	必要な対象に継続した活動を行う	II	2.00 ± 0.85	2.80 ± 0.56 *	33.3%	80.0%	1.93 ± 0.80	2.87 ± 0.64 *	26.7%	80.0%			

p<0.05 注1) 平均の検定については対応のあるT検定 注2) 割合の検定についてはMcNemar検定  
 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: 個人(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  
 到達目標のI~IV区分: I: すぐの助言で自律して実施できる(指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)、  
 II: 指導できる(事例などを用いて積極的に計画を立てたり実施できる)、IV: 知識としてわかる  
 III: 学内演習で実施できる(事例などを用いて積極的に計画を立てたり実施できる)、IV: 知識としてわかる  
 到達目標に対する自己評価 I (4点)、II (3点)、III (2点)、IV (1点)

表1 (続き) 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と実習前の到達度

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	No	小項目	到達目標	自己評価	到達割合	到達割合	到達目標	自己評価	到達割合	到達割合		
					実習前	実習後	実習前	実習後	実習前	実習後	実習前	実習後		
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	G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる	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	1.27 ± 0.70	2.40 ± 0.26	13.3%	40.0%	Ⅲ	1.07 ± 0.26	2.00 ± 0.38	6.7%	86.7%
			39	生活環境の整備・改善について提案する	Ⅲ	1.60 ± 0.63	1.93 ± 0.64	53.3%	86.7%	Ⅲ	1.53 ± 0.64	1.93 ± 0.26	46.7%	86.7%
			40	広域的な健康危機 (災害・感染症等) 管理体制を整える	Ⅲ	1.20 ± 0.41	1.73 ± 0.41	20.0%	66.7%	Ⅲ	1.20 ± 0.41	1.73 ± 0.46	20.0%	66.7%
			41	健康危機についての予防教育活動を行う	Ⅱ	1.80 ± 0.94	2.13 ± 0.90	33.3%	33.3%	Ⅱ	1.67 ± 0.90	2.20 ± 0.77	26.7%	33.3%
Ⅳ. 地域の健康水準を高める社会資源開発	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	H. 健康危機の発生時に対応する	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	1.20 ± 0.41	1.67 ± 0.41	20.0%	60.0%	Ⅲ	1.20 ± 0.41	1.73 ± 0.46	20.0%	66.7%
			43	健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	Ⅳ	1.00 ± 0.00	1.07 ± 0.00	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.00 ± 0.00	1.07 ± 0.26	100.0%	100.0%
			44	関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	Ⅲ	1.20 ± 0.41	2.07 ± 0.41	20.0%	86.7%	Ⅲ	1.20 ± 0.41	1.93 ± 0.26	20.0%	86.7%
			45	医療提供システムを効果的に活用する	Ⅳ	1.07 ± 0.26	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.07 ± 0.26	1.13 ± 0.52	100.0%	100.0%
Ⅴ. 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	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	I. 健康危機からの回復期に対応する	46	健康危機の原因を防止する	Ⅳ	1.00 ± 0.00	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.00 ± 0.00	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%
			47	健康被害の拡大を防止する	Ⅳ	1.07 ± 0.26	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.00 ± 0.00	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%
			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	1.07 ± 0.26	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.00 ± 0.00	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%
			49	健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	Ⅳ	1.07 ± 0.26	1.00 ± 0.52	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.13 ± 0.52	1.00 ± 0.00	100.0%	100.0%
Ⅵ. 専門的・法的・倫理的・社会的責任を果たす	6. 専門的・法的・倫理的・社会的責任を果たす	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	Ⅲ	2.87 ± 0.99	3.80 ± 0.41	26.7%	73.3%	Ⅲ	1.73 ± 0.59	1.60 ± 0.51	66.7%	53.3%
			51	地域の人々が組織や社会的変革に主体的に参画できるように機会と場、方法を提示する	Ⅲ	1.67 ± 0.62	1.80 ± 0.41	60.0%	73.3%	Ⅲ	1.67 ± 0.62	1.80 ± 0.41	60.0%	73.3%
			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	1.47 ± 0.52	1.80 ± 0.41	46.7%	73.3%	Ⅲ	1.47 ± 0.52	1.80 ± 0.41	46.7%	73.3%
			53	必要な地域組織やサービスを資源として開発する	Ⅰ	2.67 ± 1.05	3.73 ± 0.59	20.0%	73.3%	Ⅰ	2.67 ± 1.05	3.73 ± 0.59	20.0%	73.3%
Ⅶ. 社会資源を管理・活用する	7. 社会資源を管理・活用する	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	Ⅲ	1.53 ± 0.52	2.00 ± 0.38	53.3%	86.7%	Ⅲ	1.53 ± 0.52	2.00 ± 0.38	53.3%	86.7%
			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	1.53 ± 0.52	2.00 ± 0.38	53.3%	86.7%	Ⅲ	1.53 ± 0.52	2.00 ± 0.38	53.3%	86.7%
			56	仕組みが包括的に機能しているか評価する	Ⅲ	1.67 ± 0.62	1.87 ± 0.52	60.0%	73.3%	Ⅲ	1.67 ± 0.62	1.87 ± 0.52	60.0%	73.3%
			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	1.87 ± 0.70	2.00 ± 0.53	60.0%	80.0%	Ⅲ	1.87 ± 0.70	2.00 ± 0.53	60.0%	80.0%
Ⅷ. 施策化する	8. 施策化する	L. 施策化する	58	施策の根拠となる法や条例等を理解する	Ⅲ	2.87 ± 0.99	3.53 ± 0.83	26.7%	60.0%	Ⅲ	1.73 ± 0.59	1.60 ± 0.51	66.7%	53.3%
			59	施策に必要な情報を収集する	Ⅲ	2.53 ± 1.06	3.40 ± 0.91	20.0%	53.3%	Ⅲ	2.53 ± 1.06	3.40 ± 0.91	20.0%	53.3%
			60	施策化が必要である根拠について資料化する	Ⅲ	1.53 ± 0.74	2.00 ± 0.38	40.0%	86.7%	Ⅲ	1.53 ± 0.74	2.00 ± 0.38	40.0%	86.7%
			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	1.33 ± 0.49	1.87 ± 0.35	33.3%	80.0%	Ⅲ	1.33 ± 0.49	1.87 ± 0.35	33.3%	80.0%
Ⅷ. 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	9. 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	M. 社会資源を管理・活用する	62	地域の人々の特性・ニーズに基づき施策を立案する	Ⅲ	1.40 ± 0.51	1.87 ± 0.35	40.0%	80.0%	Ⅲ	1.40 ± 0.51	1.87 ± 0.35	40.0%	80.0%
			63	地域の人々の特性・ニーズに基づき施策を立案する	Ⅲ	1.27 ± 0.46	1.87 ± 0.35	26.7%	80.0%	Ⅲ	1.27 ± 0.46	1.87 ± 0.35	26.7%	80.0%
			64	予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算を作成する	Ⅲ	1.27 ± 0.46	1.87 ± 0.35	26.7%	80.0%	Ⅲ	1.27 ± 0.46	1.87 ± 0.35	26.7%	80.0%
			65	施策の実施に際して関係する部署・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	1.33 ± 0.49	1.80 ± 0.41	33.3%	73.3%	Ⅲ	1.33 ± 0.49	1.80 ± 0.41	33.3%	73.3%
Ⅷ. 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	10. 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	N. 研究成果を活用する	66	施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	Ⅲ	1.40 ± 0.51	1.87 ± 0.35	40.0%	80.0%	Ⅲ	1.40 ± 0.51	1.87 ± 0.35	40.0%	80.0%
			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	1.27 ± 0.46	1.87 ± 0.35	26.7%	80.0%	Ⅲ	1.27 ± 0.46	1.87 ± 0.35	26.7%	80.0%
			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	1.33 ± 0.49	1.80 ± 0.41	33.3%	73.3%	Ⅲ	1.33 ± 0.49	1.80 ± 0.41	33.3%	73.3%
			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	1.27 ± 0.46	1.73 ± 0.46	26.7%	66.7%	Ⅲ	1.27 ± 0.46	1.73 ± 0.46	26.7%	66.7%
Ⅷ. 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	11. 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	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	Ⅲ	3.27 ± 0.80	3.73 ± 0.80	40.0%	80.0%	Ⅲ	3.27 ± 0.80	3.73 ± 0.80	40.0%	80.0%
			71	保健師としての自己の課題を見いだし責任を果たす	Ⅳ	1.33 ± 0.72	1.53 ± 0.92	100.0%	100.0%	Ⅳ	1.33 ± 0.72	1.53 ± 0.92	100.0%	100.0%

p<0.05 注1) 平均の検定については対応のある T検定 注2) 割合の検定についてはMcNemar検定  
 \* 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: 個人 (自治会の住民、要介護高齢者) 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  
 \* 到達目標の I~IV区分: I: 予この助言で実施できる、II: 指導の指針のもとで実施できる、III: 学内演習で実施できる (事例などを用いて積極的に計画を立てたり実施できる)、IV: 知識としてわかる  
 \* 到達目標に対する自己評価 I (4点)、II (3点)、III (2点)、IV (1点)

ては実習前後で約1割から約5割、No29については2割から約8割となっており、技術習得につながったと考える。「No35評価結果を活動にフィードバックする」と「No36継続した活動が必要な対象を判断する」についても、実習では指導保健師や教員と繰り返しカンファレンスを行い、記録で考察している。個人／家族の技術と集団／地域の技術ともに目標に到達した割合は、約2割から6割となっており、技術習得につながっていると考える。

集団／地域の技術である「No54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」も平均値が1段階上昇し、少しの助言でできるレベルに到達した者の割合は、2割から約7割に上昇した。A大学では地域ケアシステムに関する独自の記録様式を作成して、実習後の講義と連動させた教材開発を行っており、技術習得の一助になっていると考えられる。

「No38健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる」は、個人／家族の技術の自己評価の平均値が1段階上昇した。実習では、近年頻発する自然災害の被災地支援等健康危機管理業務について、現場を体験した保健師によるレクチャーを受けている。指導のもと実施できるレベルに到達した割合も上昇しているが、4割にとどまっております。要支援者等支援事例の学習など今後検討が必要である。

## 2. 実習後に目標到達割合が6割に満たない項目

今回の調査では、実習後に卒業時の目標に到達した割合が6割に満たなかった項目は、個人／家族の技術と集団／地域の技術それぞれ8項目であった。3項目（No25、No41、No34）は個人／家族の技術と集団／地域の技術に共通していたが、5項目は異なっていた。

「No9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」と「No10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」は、個人／家族の技術で少しの助言でできるレベルに到達した割合が約4割であった。2017年全国調査では、大学（選択制）におけるこれらの項目の到達割合は6割<sup>9)</sup>となっており、強化すべき項目であると考えられる。

個別支援や集団支援は、繰り返しの経験により修得する項目<sup>10)</sup>とされている。「No22訪問・相談による

支援を行う」と「No23健康教育による支援を行う」の個人／家族の技術は、少しの助言でできるレベルに到達した割合は5割に満たなかった。看護師資格を持たない学部の学生が相談や教育等の保健指導を実施することは難しく、現状ではほとんどの学生が家庭訪問や健康相談の見学に留まっている。学生が主体となって繰り返し経験することができる実習体制が必要である。また集団／地域の技術である「No24地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う」についても、学内演習で実施できるレベルに到達した割合は約5割であった。保健師は長期的に住民のペースでグループに関わっており、限られた実習期間で学生が住民組織やグループに働きかける体験をすることは難しい。集団支援は保健師の重要な技術であり、実践経験ができるよう工夫が必要と考える。また「No25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」は、個人／家族の技術と集団／地域の技術のいずれも少しの助言で実施できるレベルに到達した者の割合は約5割であった。保健師は日々の活動の中で社会資源を把握し、活動内容やスタッフの状況など幅広く情報収集して活用方法を見出し、他者へ情報提供している。地域診断も含め学生が把握した情報を活用する体験について工夫が必要であると考えられる。

集団／地域の技術における「No13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」「No34活動の評価を行う」「No35評価結果を活動にフィードバックする」は、いずれも少しの助言でできるレベルに到達した者は約5割であった。これらはコミュニティを対象とした看護過程の展開技術であり、地域の健康課題を踏まえた計画立案、活動実践と注意深い思考の過程が必要である。2017年の全国調査において、到達割合は、大学（選択制）58.5%に対し大学院の教育では90%以上となっていた<sup>9)</sup>。保健師は地域を担当し地区活動を展開するが、5週間の限られた実習でこれらを体験させることは難しい。地区活動の展開プロセスを実践的に学習できるようにすることが必要と考える。No34の評価については、個人／家族の技術においても目標に到達した割合は約5割であり、学生が評価を学べる工夫が必要と考える。先行研究において健康危機管理と施策化に関する技術項目は、到達割合が低い結果であった<sup>12~15)</sup>。本研究においても「No38健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる」の個人家族の技

術、「No41健康危機についての予防教育活動を行う」の個人／家族の技術と集団／地域の技術は、いずれも指導の下で実施できるレベルに到達した者の割合は約3割であった。実習での健康危機管理に関する体験は、指導者からの説明が主である。新型コロナウイルス対策や災害時の対応、虐待事例への対応等保健師の活動において従来以上に重要性を増していることから、技術習得に向けた学習方法の工夫が必要である。

また集団／地域の技術である「No51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」と「No60施策化が必要である根拠について資料化する」も目標に到達した者の割合は約5割であった。到達目標は、No51は学内演習で実施できるレベルであるが、複雑化する地域の健康課題に対応するためには、地域の住民や組織との連携や協働は不可欠である。具体的な事例を通した学びの機会を設けるなどの工夫が必要である。No60は少しの助言でできるレベルであり、教育の中に施策の必要を説明する資料作成の体験を取り入れていく必要があると考える。

### 3. 今後の検討課題

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における地域看護実習（2週間：2単位）の調査では、到達割合が6割に達した項目は約1割であった<sup>18)</sup>。2週間の実習では、見学中心で技術の習得に至らなかったが、演習を踏まえた5週間の実習で、学生は多くの技術を複数回経験して「できる」と自己評価したものと考える。また、2017年の全国調査<sup>9)</sup>においては、到達割合は60～70%と報告されており、学生の自己評価によるA大学の到達割合は8割を超えており全国平均より高い状況にあるといえる。

学生が演習と実習で健康教育や家庭訪問を繰り返し体験することや、地域診断演習を踏まえた実習地での保健活動への参加、臨地の指導者からの保健活動や保健事業の説明、カンファレンスを繰り返し行うこと、記録を通した振り返りや確認は、学生の技術習得を促進していると考えられた。しかし演習と実習の体験があっても、潜在的健康課題や潜在的な支援が必要な人々を把握することは難しいこと、家庭訪問や健康教育の実施経験があっても、個別の相談や教育などの保健指導を実施することは技術習得

が難しいことが明らかになった。また、把握した地域の社会資源の情報を支援に活かすことや、災害を予測した個別支援、地区活動の展開の技術についても意図的な学習体験をしなければ習得が難しいと考えられた。学習目標と学習内容を明確化し、実習プログラムを洗練していく必要性が明らかになった。

健康危機管理や施策化に関する技術の習得についても、先行研究同様に課題があり、今後、講義、演習、実習を連動させた教育の工夫が必要であると考ええる。

「No17地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る」と「No19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」は、実習前から到達割合が8割を超えており大きな変化がなかった。これらの項目は先行研究でも到達度が高く<sup>12~14, 16, 17)</sup>、看護師教育の段階から取り組んでいることが理由と考えられている。しかし保健師には、個人と集団の利益や、重大性・緊急性の高い虐待や災害・感染症等の健康危機、健康政策の立案など保健師に特有の実践において応用できる倫理的能力を養う教育の必要性が指摘されている<sup>19)</sup>。今後、教育内容と習得すべき技術について検討が必要であると考ええる。

### 4. 研究の限界

本研究はA大学において、選択制を開始し間もない15名と限られた大学の少人数が対象であった。そのため、結果を一般化するにはデータの蓄積と他大学との比較と検証を継続する必要がある。

開示すべき利益相反はありません。

### 引用文献

- 1) 安齋由貴子. 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—」. 公衆衛生学会誌 2009; 56(11): 821-824.
- 2) 村嶋幸代. 多様な保健師教育の現状と今後の方向性. 保健師ジャーナル 2013; 69(9): 681-684.
- 3) 福本恵. 保健師教育の変遷と今日的課題. 京都府立医科大学誌 2008; 117(12): 947-955.
- 4) 麻原きよみ, 大森純子, 小林麻朝他. 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. 日本公衆衛生学会誌 2010; 57(3): 284-193.
- 5) 厚生労働省. 看護教育の内容と方法に関する検

- 討会報告書 1次報告書 2010.
- 6) 鎌田久美子. 新人を受け入れる側から見た現在の保健師教育：現場が求める保健師教育への期待. 保健師ジャーナル 2013;69(9):676-680.
  - 7) 斎藤恵美子, 鈴木良美, 岸恵美子他. 保健師教育課程選択制導入前後の保健師による学生実習の技術到達度評価の比較. 日本公衆衛生看護学会誌 2017;6(2):150-158.
  - 8) 村嶋幸代. 保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望 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 2009;56(9):692-696.
  - 9) 全国保健師教育機関協議会. 保健師学校養成所における基礎教育に関する調査報告書 2018.
  - 10) 横山美江, 松本珠美, 藤山明美他. 保健師教育の質を保證する地域看護学実習モデルの構築：4単位実習モデル. 保健師ジャーナル 2012;68(3):226-234.
  - 11) 田沼寮子, 佐々木明子, 森田久美子他. 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 2009;4(2):26-33.
  - 12) 大宮朋子他. 保健師教育課程の選択制導入前後における「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価の比較. 東邦看護学会誌 2016;(13):23-30.
  - 13) 萩原智代他. A看護大学公衆衛生看護学実習における実習前後の調査からみた教育効果の検討:「保健師教育に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」を用いた学生の自己評価からの考察. 日本農村医学会雑誌 2019;68(1):31-44.
  - 14) 鈴木良美他. 保健師選択制導入前後における学生の技術到達度と実習体験に関する評価. 日本公衆衛生雑誌 2016;63(7):355-366.
  - 15) 林知里他. 「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」における学生の自己評価：実習形態の違いによる到達度の比較. 大阪市立大学看護学雑誌 2014;10:1-10.
  - 16) 鈴木良美他. 東京都特別区における保健師学生の技術到達度に関する学生・教員・保健師による評価. 日本公衆衛生雑誌 2015;62(12):729-737.
  - 17) 津野陽子他. 「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価により実習日数別の到達度の検討. 東邦看護学会誌 2014;(11):1-7.
  - 18) 檜橋明子, 尾形由起子, 山下清香他. 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. 福岡県立大学看護学研究紀要 2013;10(2):73-82.
  - 19) 小林真朝他. 保健師養成機関における「公衆衛生看護の倫理」教育の実態. 日本公衆衛生雑誌 2018;65(1):25-33.

受付 2020. 8. 31

採用 2020. 12. 10