

保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度

アサハラ キ ヨ ミ 麻原きよみ*	オオモリ ジュンコ 大森 純子*	コバヤシ マアサ 小林 真朝*	ヒラノ ユウコ 平野 優子 ^{2*}
スズキ ヨシミ ^{3*} 鈴木 良美 ^{3*}	アラキ ダミカコ 荒木田美香子 ^{4*}	オオキ サチコ ^{5*} 大木 幸子 ^{5*}	オカモト レイコ ^{6*} 岡本 玲子 ^{6*}
オクヤマ ノリコ ^{7*} 奥山 則子 ^{7*}	カイハラ イツコ ^{8*} 海原 逸子 ^{8*}	スドウ ヒロコ ^{9*} 須藤 裕子 ^{9*}	ナガエ ヒロコ ^{6*} 長江 弘子 ^{6*}
ミヤザキ ミサコ ^{10*} 宮崎美砂子 ^{10*}	ムラシマ サチヨ ^{11*} 村嶋 幸代 ^{11*}		

目的 本研究は、保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度について、実践現場で働く保健師と教育機関の教育者双方の合意に基づいて作成することを目的とした。

方法 行政機関と事業所に所属する保健師197人、教育機関（大学、短大、専門学校）の教育者146人を対象として作成した技術項目の枠組みを用いてデルファイ法にて2回の質問紙調査を実施した。

結果 ①技術項目は大・中・小項目で構成した。大項目は保健医療における公正の考え方に基づいて、A. 地域の健康課題を明らかにする（地域アセスメント, assessment）、B. 地域の人々と協働して特定の健康課題を解決・改善し健康増進能力を高める（健康課題への対応, action）、C. 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（社会資源の保障, assurance）の3つを設定した。小項目の到達度は「Ⅰひとりで実施できる」、「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段階とした。大項目AとBについては「個人/家族」と「集団/地域」を対象とした場合の2つの到達度を設定した。すべての小項目について、②第1回調査では回答者の70%以上が「非常に重要」、「重要」、「普通」と回答し、第2回調査では、回答者の90%以上が大・中項目と「適合している」と回答した。③第2回調査において、設定した到達度の段階に同意した割合が保健師、教育者共に採択基準である70%を超えたのは、全到達度93のうち71（76.3%）であった。それ以外については小項目の表現と到達度を検討し、最終的な技術項目は大項目3、中項目8、小項目59、到達度95となった。④最終的な技術項目と到達度では、大項目AとBの「個人/家族」を対象とした場合の到達度は「Ⅰ」の段階の設定が多いが、「集団/地域」を対象とした場合は「Ⅱ」や「Ⅲ」の設定が多かった。一方、大項目Cの到達度21のうち14（66.7%）は到達度「Ⅳ」の段階であった。⑤教育者の方が保健師に比べて到達度を高く設定し、より高度な技術を求める傾向がみられた。

結論 本研究によって、保健師と教育者が合意した保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度が明らかとなり、保健師教育並びに現任教育に適用できる可能性が考えられた。また、本研究で明らかとなった技術項目について、設定された到達度を満たす学生を育成するための教育体制並びにカリキュラムの検討が必要であると考えられた。

Key words：保健師，教育，技術，到達度，国家資格，デルファイ法

1 はじめに

わが国は、高齢化や正規・非正規雇用といった労

働市場の二極化により、経済格差が拡大している^{1,2)}。また、自殺者数は1998年から3万人を超え³⁾、糖尿病、がんといった生活習慣病の増加な

* 聖路加看護大学看護学部看護学科

2* 東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室

3* 東邦大学医学部看護学科

4* 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科

5* 杏林大学保健学部看護学科

6* 岡山大学大学院保健学研究科

7* 東京慈恵会医科大学医学部看護学科

8* 横浜市行政運営調整局人材組織部

9* 小鹿野町保健福祉課

10* 千葉大学大学院看護学研究科

11* 東京大学大学院医学系研究科地域看護学教室
連絡先：〒104-0044 東京都中央区明石町10-1
聖路加看護大学 麻原きよみ

ど、深刻な健康課題に直面している⁴⁾。社会疫学研究は、所得や学歴、職業など社会経済状態が人々の健康行動や疾病の罹患に関連し、経済的格差が大きい社会ほど人々是不健康な状態になる傾向があることを指摘している^{5~7)}。このような社会構造と健康との関連からみると、わが国はすでに健康格差社会であり⁶⁾、近年の未曾有の経済不況による人々の健康への影響が懸念される。このような社会状況において、人々の健康増進と福利、それを実現する地域社会をめざす公衆衛生の果たす役割は大きい。

保健師は、地域社会を対象に、公衆衛生を実践的に具体化する専門職として活動してきた。今後は、とりわけ社会集団から健康に関する不平等の状態にある人々を見出して対応し、健康増進のための施策に反映できる確実な技術とそれを遂行する能力が求められるだろう。

このような技術と能力の明確化は、実践現場で働く保健師だけでなく、保健師を育成する教育機関にとっても必要不可欠である。しかしながら、保健師実践に必要な技術とその到達度について一定の基準は示されていない。従来の研究^{8~14)}において設定された保健師の技術や能力を示す項目は、その必然性と項目間の有機的な関連性が示されていない場合がほとんどであり、各研究は類似した項目を設定しながら、それらの構成(枠組み)について共通理解が得られていない。本来、このような基準は、社会情勢や国民のニーズ、それに伴う制度の変革等により、多様化する保健師活動や今後予測される活動に対応できるものでなければならない。そのためには、時間や場の状況によって変わることのない保健師活動の本質を示す基本的な考え方に基づいて、技術項目を構成し、体系化する必要があるだろう。

そこで、本研究は保健師教育機関卒業時に焦点を当て、保健師の技術項目と到達度を作成することを目的とした。このことにより、保健師教育ならびに現任教育に有用な一定の基準を提示できると考える。

なお、本研究では「技術」を「保健師実践のための方法であり、目的意識的な行為」と定義する。また、「到達度」は「保健師教育機関卒業時における技術修得の程度であり、知識としてわかるからひとりで実施できるまでの範囲がある。

II 研究方法

研究方法としてデルファイ法を用いた。デルファイ法とは、研究領域の専門家を対象として、集団としての合意が得られるまで複数回質問紙調査を繰り返す方法であり^{15,16)}、根拠があいまいである場合に何らかの見解をまとめるのに最も適している¹⁵⁾とさ

れることから適用した。

既存の文献に基づき技術項目の枠組み(案)を作成し、実践現場で働く保健師(以下、保健師)と保健師教育機関の教育者(以下、教育者)を対象に2回の質問紙調査を実施した。同意割合から検討を行い、最終的な技術項目および到達度を決定した。

1. 技術項目の枠組み(案)の作成

技術項目と到達度に関する助産師の調査¹⁷⁾に基づき、技術項目の枠組みを大・中・小3段階の抽象度で構成した。大項目は保健師技術の目的を示すものとし、相互に関連して保健師活動の特徴が表現される設定とした(表1)。

大項目設定に当たっては、保健師、公衆衛生看護、および公衆衛生に関する諸定義、ならびに保健師の能力や技術全般を示す資料や文献を検討した。

保健師は行政区や職域など「集団」を対象として、その健康を維持・増進する公衆衛生の目的を達成するために、看護学、社会科学、公衆衛生学の知識を用いて活動を行う¹⁸⁾。保健師活動の中心概念は公衆衛生であり、保健師技術はその目的を具体化する方法であることから、保健師技術の目的を示す大項目は、公衆衛生の特性に基づく実践上の原理を基盤として設定した。

公衆衛生は、人々が生涯必要とする社会の基本財であり^{19,20)}、国の積極的な関与によって充足され、人々の人権尊重のもとに²¹⁾すべての人々に公正に保障されるものである²⁰⁾という特性をもつ。したがって、保健医療における公正の実践原理を示すBeauchampとChildress²⁰⁾の考え方、すなわちニーズに基づく資源の公平な分配と人々による平等なアクセスから、保健師技術の3つの要素、地域における健康上のニーズ(健康課題)の発見、ニーズ(健康課題)に基づく対応、社会資源への平等なアクセスと公平な分配の保障、が考えられた。

それに基づき、A. 地域の健康課題を明らかにする(地域アセスメント, assessment)、B. 地域の人々と協働して、特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める(健康課題への対応, action)、C. 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(社会資源の保障, assurance)を大項目と設定した(表1)。

次いで保健師の能力や技術全般を示す資料や文献に記載されるすべての具体的技術を内容分析して小項目とした。それらの意味を踏まえて大項目ごとに分類、構造化することで中項目を設定した。また各項目の表現、順序性、配置場所、過不足等について全体の整合性を検討した。その結果、技術項目は大

表1 「保健師教育機関卒業時ににおける技術項目と到達度」に関する第2回調査の結果概要一覧および最終的な項目一覧

【用語の説明】

- 「到達度」：保健師の国家試験受験資格を得るために必要な技術の到達度であり、卒業時に全員が到達すべき到達度
- 「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
- 到達度の段階
 - I：ひとりで実施できる
 - II：(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範的に計画を立てたり実施できる)
 - IV：知識としてわかる

大項目	中項目	第2回調査の結果概要一覧				最終的な項目一覧							
		適合度		到達度		小項目		到達度					
		%	個人/家族	%	集団/地域	小項目	個人/家族	集団/地域					
A. 地域の健康課題を明らかにする	A-a. 地域の人々の生活と健康を多角的にアセスメントする	1	健康課題を生活者である当事者の状況を踏まえてアセスメントする	99.2	I	91.2	I	79.2	I	健康課題を生活者である当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I		
		2	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	99.2	I	87.0	I	76.0	I	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	社会資源について情報収集し、アセスメントする	100.0	I	86.4	I	80.0	I	社会資源について情報収集し、アセスメントする	I		
		4	自然および物理・化学的環境(気候・公害など)について情報収集し、アセスメントする	98.6	I	75.5	II	86.7	II	自然および生活環境(気候・公害など)について情報収集し、アセスメントする	I		
		5	時点だけではなく(観察や資料などによる)経時的な情報を収集し、アセスメントする	99.4	I	81.1	I	69.6	I	時点だけではなく(観察や資料などによる)経時的な情報を収集し、アセスメントする	I		
		6	顕在化している健康課題を特定する	100.0	I	87.6	I	79.0	I	顕在化している健康課題を見出す	I		
		7	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・できない人々を見出す	98.8	II	88.8	III	78.3	III	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・できない人々を見出す	II		
		8	今後起こりうる健康課題や潜在化している健康課題を特定する	98.8	I	69.7	III	75.0	III	今後起こりうる健康課題や潜在化している健康課題を予測する	I		
		9	活用できる社会資源の不足・利用する上での問題を見出す	98.1	I	70.7	II	88.8	II	活用できる社会資源の不足・利用する上での問題を見出す	I		
		10	健康課題について優先順位をつける	98.4	I	77.7	II	86.3	II	健康課題について優先順位をつける	I		
		B. 地域の人々と協働して、特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動を展開する	B-a. 特定の健康課題に対する支援を計画・立案する	11	目的・目標を設定する	99.4	I	88.6	II	91.8	II	目的・目標を設定する	I
				12	地域の人々に適した支援方法を選択する	99.4	I	83.9	II	91.2	II	地域の人々に適した支援方法を選択する	I
				13	実施計画を立案する	99.4	I	84.7	II	87.7	II	実施計画を立案する	I
				14	評価項目を設定する	98.6	I	69.4	II	89.7	II	評価項目を設定する	I
		B-b. 特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動を展開する	B-b. 特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動を展開する	15	訪問・相談による支援を行う(集団を対象とした訪問・相談には、感染症発生時の対応や事業所の訪問などを含む)	98.8	I	73.3	I	68.0	I	地域の生活と文化に配慮した活動を行う	I
				16	健康教育による支援を行う	96.4	—	—	—	66.5	II	地域の生活と文化に配慮した活動を行う	II

%は保健師と教育者の合計における同意割合である

表1 「保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度」に関する第2回調査の結果概要一覧および最終的な項目一覧(つづき)

大項目	中項目	第2回調査の結果概要一覧				最終的な項目一覧									
		小項目		到達度		小項目		到達度							
		項目	日	個人/家族 %	集団/地域 %	項目	日	個人/家族 %	集団/地域 %						
B. 地域の人々と協働して、特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	B-b. 特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動を展開する	17	活用できる社会資源、協働すべき機関・人材について、情報を提供する	98.1	I	73.9	I	63.0	I	18	訪問・相談による支援を行う(集団を対象とした訪問・相談には、施設や事業所の訪問などを含む)	I	II		
		18	支援目的に応じて社会資源を活用する	98.8	I	70.6	II	90.5	II	19	健康教育による支援を行う	I	II		
		19	当事者と関係職種・機関でチームを組織する	97.1	II	77.4	III	77.9	III	20	地域組織・当事者グループなどを支援する(組織化活動)	—	II		
		20	個人/家族支援、組織的アプローチなどを組み合わせて活用する	97.1	II			82.2		21	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	II		
		21	法律や条例等を踏まえて活動する	99.4	I	78.5	II	83.2	II	22	支援目的に応じて社会資源を活用する	II	II		
		22	地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	98.0	I	74.6	II	84.5	II	23	当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	III		
		23	地域の人々の持つ力を引きだし支援する	96.7	I	65.2	II	86.9	II	24	個人/家族支援、組織的アプローチなどを組み合わせて活用する	II	II		
		24	地域の人々が意思決定できるように支援する	96.7	II	85.9	II	86.9	II	25	法律や条例等を踏まえて活動する	I	II		
		25	危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)への予防策を講じる	98.8	III	86.6	III	84.3	III	26	危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)への予防策を講じる	III	III		
		26	危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)に迅速に対応する	98.8	IV	92.1	IV	92.0	IV	27	危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)に迅速に対応する	IV	IV		
		27	目的に基づいて活動を記録する	99.2	I	90.8	I	88.6	I	28	目的に基づいて活動を記録する	I	I		
		B-c. 特定の健康課題に対する活動を評価・フォローアップする		28	活動の評価を行う	99.4	I	77.3	II	87.1	II	29	活動の評価を行う	I	II
				29	評価結果を活動にフィードバックする	97.9	I	74.9	II	81.1	II	30	評価結果を活動にフィードバックする	I	II
				30	継続した活動(含フォローアップ)が必要な対象を判断する	97.4	I	76.7	II	90.9	II	31	継続した活動(含フォローアップ)が必要な対象を判断する	I	II
				31	必要な対象に継続した活動(含フォローアップ)を行う	94.1	III	75.4	III	81.3	III	32	必要な対象に継続した活動(含フォローアップ)を行う	II	III
				32	地域の人々とコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	97.0	I	86.6	I	82.8	I	33	地域の人々とコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	I
		B-d. 特定の健康課題を解決・改善するために地域の人々と関係者と協働する		33	地域の人々と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す	97.1	I	76.0	III	78.8	III	34	地域の人々と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す	I	III
34	地域の人々と互いの役割を認め合いにも活動する			96.5	I	69.6	III	78.9	III	35	地域の人々と互いの役割を認め合いにも活動する	II	III		
35	関係職種・機関とコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く			96.5	I	76.2	I	67.6	I	36	関係職種・機関とコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	II		
36	関係職種・機関と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す			96.5	I	65.7	III	77.6	III	37	関係職種・機関と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す	II	III		
37	関係職種・機関と互いの役割を認め合いにも活動する			95.1	I	62.2	III	76.0	III	38	関係職種・機関と互いの役割を認め合いにも活動する	II	III		

表1 「保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度」に関する第2回調査の結果概要一覧および最終的な項目一覧(つづき)

大項目	中項目	第2回調査の結果概要一覧				最終的な項目一覧					
		小項目		到達度		小項目		到達度			
		項目	日	個人/家族	%	個人/家族	%	個人/家族	%		
C. 地域の人々の健康を保障するために必要な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	C-a. 地域の人々の健康にかかわる事業・制度などを立案し、管理(施策化)	38	施策(事業・制度など)の根拠となる法や条例などを理解する	100.0	I	89.5	39	施策(事業・制度など)の根拠となる法や条例などを理解する	I		
		39	施策化に必要な情報を収集する	99.4	II	88.1	40	施策化に必要な情報を収集する	II		
		40	施策化が必要である根拠について資料化する	98.0	II	85.8	41	施策化が必要である根拠について資料化する	II		
		41	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	98.2	III	89.1	42	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		
		42	施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	97.6	IV	90.1	43	施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	IV		
		43	地域の人々の特性・ニーズに基づき施策(事業・制度など)を立案する	97.9	IV	77.5	44	地域の人々の特性・ニーズに基づき施策(事業・制度など)を立案する	IV		
		44	組織(行政・企業・学校など)の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策(事業・制度など)を立案する	97.0	IV	86.4	45	組織(行政・企業・学校など)の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策(事業・制度など)を立案する	IV		
		45	予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	95.3	IV	92.5	46	予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	IV		
		46	施策(事業・制度など)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・確保など)を行う	97.0	IV	93.1	47	施策(事業・制度など)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・確保など)を行う	IV		
		47	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	98.8	IV	93.1	48	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	IV		
		C-b. 地域の人々の生活と健康に関する社会資源の開発・質を保証する	C-b. 地域の人々の生活と健康に関する社会資源の開発・質を保証する	48	地域の人々の権利擁護のために個人情報適切に管理する	100.0	I	91.9	49	地域の人々の権利擁護のために個人情報適切に管理する	I
				49	地域の人々の尊厳と権利・プライバシーを守る	99.4	I	93.4	50	地域の人々の尊厳と権利・プライバシーを守る	I
50	倫理的に検討・判断した上で実践する			99.4	I	80.7	51	倫理的に検討・判断した上で実践する	I		
51	自然および物理的環境(気候・公害など)の整備・改善について提案する			96.7	IV	94.0	52	生活環境(気候・公害など)の整備・改善について提案する	IV		
52	地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参加できるような機会と場、方法を提供する			96.5	IV	90.9	53	地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参加できるような機会と場、方法を提供する	IV		
53	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			98.8	IV	90.1	54	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	IV		
54	広域的な健康危機管理体制(感染症・災害時など)を整える			98.2	IV	93.7	55	広域的な健康危機管理体制(感染症・災害時など)を整える	IV		
55	必要な地域組織やサービスを資源として開発する			97.5	IV	91.6	56	必要な地域組織やサービスを資源として開発する	IV		
56	効率・効果的に業務を運営する			93.9	IV	95.2	57	効率・効果的に業務を運営する	IV		
57	研修の企画等を通して保健医療福祉サービスの質を高める			97.6	IV	95.6	58	研修の企画等を通して保健医療福祉サービスの質を高める	IV		
58	社会情勢と地域の人々に応じた保健師活動の研究・開発を行う			97.6	IV	90.5	59	社会情勢と地域の人々に応じた保健師活動の研究・開発を行う	IV		

注) 第2回調査の結果概要一覧の小項目20, 38-58は個人/家族と集団/地域を対象にしている。また、「到達度」に関する集計結果においては保健師あるいは教育者、全体、いずれかの同意が70%未満の小項目を網掛けにした。

注) 最終的な項目一覧の小項目24, 39-59は個人/家族と集団/地域を対象にしている。

項目3, 中項目8, 小項目59で構成され, 第1回調査に用いた。

2. 調査票の作成

第1回調査の調査票は, 各小項目の重要度(非常に重要, 重要, 普通, それほど重要でない, 重要でない)と小項目の大・中項目との適合度(適合, 不適合)に関する質問項目を設定した。また各小項目に到達度を設定した。到達度は「保健師教育機関の卒業時点で80%以上の学生が到達できていると思われる程度」とし, 4段階(Iひとりでは実施できる, 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)で尋ねた。また, 米国公衆衛生看護団体協議会の枠組み²²⁾を参考に, 該当する技術項目については「個人/家族」と「集団」それぞれで問う設定とした。そのため, 全到達度の数は96となった。さらに, 技術項目に関する意見や代替案, 追加案の自由記載欄を設け, 回答者の属性(年代, 性別, 所有資格, 職位, 所属, 経験年数)に関する質問項目を設定した。

第2回調査の調査票は, 修正された技術項目についての適合度, 到達度, 自由記載欄で構成した。到達度については, 保健師と教育者の意見の収束に向け, 4つの到達度の段階のうち1つを提示し, 同意の有無と同意しない場合の代替案の記載を求めた。

3. 対象の選定

対象者は各機関1人とした。調査対象である専門家の選定基準は, 保健師は①保健師の人材育成にかかわる責任者, あるいは②新人保健師の教育に携わっている, または保健師学生実習の指導経験がある保健師, のいずれかに該当する自治体および事業所に所属する常勤保健師とした。教育者は①保健師教育機関の教務主任または保健師教育の責任者, ②教育経験が5年程度あり, かつ保健師教育に現在携わっている教員のいずれかとした。

教育者は, 平成18年度に卒業生を輩出している1年課程専門学校(以下, 専門学校)12校, 短期大学専攻科(以下, 短大)12校, 大学122校の計146校をリストアップした。保健師は, 教育機関選定数と同程度とし, 厚生労働省の就業場所別常勤保健師の就業者数に関する報告(厚生労働省大臣官房統計情報部平成17年度地域保健・老人保健事業報告の概要, 厚生労働省平成18年度衛生行政報告)から, 就業場所別就業者割合をもとに選出する就業場所数を算定した。その結果, ①都道府県が設置する保健所30(15.1%), ②政令市・特別区41(20.7%), ③②以外の市町村115(57.5%), ④事業所13(6.7%)となった。このうち調査当時の自治体数が41であった②政令市・特別区は全市区を対象とした。①都道府

県が設置する保健所と③政令市・特別区以外の市町村は無作為抽出を行ったが, ③政令市・特別区以外の市町村については新人保健師採用が考えられる人口10万人以上の市に限定して行った。なお, 事業所については学生実習受け入れの有無や新人保健師の採用状況が把握できなかったため, 研究者が学生実習を依頼している事業所を選定した。

4. 質問紙調査の実施(第1回調査・第2回調査)

保健師については, 選定した対象機関に電話で問い合わせた郵送許可が得られた場合に, 教育者は全機関に協力依頼書, 同意書, 調査票を送付し, 一定期間の後, 督促はがきを送付した。配布総数は343, 保健師197, 教育者146であった。

第2回調査の対象者は, 第1回調査時に第2回調査への同意が得られた者とし, 配布総数は188, 保健師106, 教育者82であった。第2回調査の調査票配布時には, 第1回調査結果の概要を同封した。

5. 分析および検討

第1回, 第2回調査とも同様に, 分析結果から技術項目の修正と到達度の設定を行った。分析は各技術項目の重要度, 適合度, 到達度について, 保健師, 教育者, 両者の合計ごとに度数と割合を算出した。本研究では, 重要度, 適合度, 第2回調査の到達度については, 専門家集団の合意水準として70%以上²³⁾を設定した。合意水準を過半数とする文献^{16,24)}もあることから, 50%以上70%未満の項目については検討することとした。また, 保健師と教育者の有効回答数に差がみられたため, 両者の合計における同意割合として, 保健師, 教育者それぞれの同意割合を算出し, その平均値を求めた。

6. 倫理的配慮

研究協力中断の保障, 公表時の匿名性の保障を協力依頼書に明記した。調査への同意は調査票の回答と同意書の返送をもって得られたものとした。調査票に記された住所・氏名は, 調査票や報告書の送付のみ使用し, データの匿名性を厳守した。本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(2007年10月24日承認)。

III 結 果

1. 第1回調査

1) 回収状況と属性

回収数は209(回収率60.9%), 有効回答数は198(有効回答率57.7%)で, そのうち保健師126(63.6%), 教育者72(36.4%)であった。

保健師の所属は, 都道府県20人(15.9%), 政令市・特別区26人(20.6%), 人口10万人以上の市68人(54.0%), 企業12人(9.5%)であり, 経験年数

は21年以上が63人(50.0%)と最も多く、次いで16~20年が28人(22.2%)、6~10年が18人(14.3%)、11~15年が14人(11.1%)、3~5年が1人(0.8%)の順で、年数不明が2人であった。教育者は、大学56人(77.8%)、短大6人(8.3%)、専門学校10人(13.9%)であり、教育経験年数は6~10年が最も多く20人(27.8%)、次いで順に16~20年が17人(23.6%)、11~15年が16人(22.2%)、21年以上が9人(12.5%)、3~5年が7人(9.7%)、1~2年が3人(4.2%)であった。

2) 適合度と重要度

各小項目が属する大・中項目に適合しているかを問う適合度は、「適合している」との回答が59項目すべてで80%以上であり、52項目は90%以上であった。

各小項目の重要度は、「非常に重要」と「重要」を合わせた割合が70%以上を示したのは44項目(全項目の74.6%)であり、70%未満が15項目であったが、「普通」も合算すると、全ての項目が70%以上を示した。

3) 到達度

保健師と教育者の合計でみると、最も高い回答割合を示した到達度の段階は大項目Aの「個人/家族」を対象とした場合は12到達度が、「集団」を対象とした場合は11の到達度が「Ⅱ指導のもとで実施できる」段階であった。大項目Bでは「Ⅱ」の到達度の段階が多いがばらつきもみられ、大項目Cでは22の到達度のうち19が「Ⅳ知識としてわかる」段階であった。最も支持された到達度の段階が保健師と教育者で一致しなかったのは全96到達度のうち35であり、そのうち20は教育者の方が保健師より高い到達度の段階を回答した。

4) 技術項目についての自由記載

教育者からは「国家資格を与えるための到達度としてはレベルを高くつけたい」、「これだけの内容を身につけさせるには現行の教育では難しい」、「集団の定義がさまざま解釈できる」等があげられた。保健師からは「文章が難しく理解しにくい」、「具体的にイメージできない」、「現状を回答すればよいか、理想を回答すればよいか迷う」等があげられた。

5) 技術項目と到達度の修正

小項目と大・中項目との適合度が全ての項目で80%以上であったことから、大中小項目の構成は変更しなかった。技術項目は、重複する項目を統合あるいは削除し、わかりやすい表現と適切な順序性を考慮して修正した。

到達度については、保健師と教育者の合計でみた場合、到達度の段階Ⅰ-Ⅳの中で、①最も高い回答割合を示したものが50%を超えている、②50%以下

であっても、保健師、教育者どちらにおいても最も高い回答割合を示している場合は当該技術項目の到達度として採択するという基準を設定した。その結果①②に該当した小項目の到達度は64(全到達度の66.7%)であった。①②のどちらにも該当しなかった到達度は32(33.3%)であり、これらの到達度については、回答の傾向と自由記載の意見を踏まえて到達度の段階を設定した。また、到達度の説明が明確でなかったため、同様の調査¹⁷⁾に基づき、第2回調査では「保健師国家試験受験資格を取得するために卒業時に全ての学生が修得すべき到達度」として回答を求めることとした。さらに、到達度の段階ⅡとⅢについては説明を記載し、「集団」は「集団/地域」として定義を加えた(表1)。

以上より、第2回調査に用いる技術項目は小項目58、到達度93(表1)となった。

2. 第2回調査

1) 回収状況

第2回調査票の回収数は149(回収率79.3%)、有効回答数は144(有効回答率76.6%)で、そのうち保健師82人(56.9%)、教育者62人(43.1%)であった。

2) 適合度と到達度

適合度については、全項目について「適合している」との回答が90%以上であった。

到達度については、保健師と教育者の合計でみると、大項目AとBの「個人/家族」を対象とした場合、「Ⅰひとりで実施できる」段階が多くみられ、大項目Cでは「Ⅳ知識としてわかる」が多い傾向がみられた。

3) 技術項目についての自由記載

「前回と比べて表現がわかりやすく理解しやすくなった」と肯定的な内容が多かった。技術項目と到達度については、「技術項目としては重要だがこの到達度では難しい」とする保健師と「この程度のごとは基本として押さえてほしい」とする教育者と両者の意見の違いがみられた。一方、「現状では全ての学生がこれらを達成するのは厳しい」、「この研究を機に保健師教育を議論し質の担保につなげてほしい」等、保健師教育の現状と質向上への期待が示された。

4) 技術項目と到達度の修正

技術項目は、第1回調査と同様に表現と順序性を修正し、全体の内容の過不足を検討した結果、「評価項目を設定する」1項目を追加した。

保健師、教育者および両者の合計の全てにおいて、提示された到達度の段階に同意した割合が採択基準の70%を超えた到達度は71(全到達度の76.3%)

であった。採択基準に満たなかった22の到達度のうち、保健師、教育者両者の合計でみた場合、最も低い同意割合は62.2%であり(表1)、保健師63.4%、教育者61.0%であった。採択基準に満たなかった22の到達度については、表現の修正、あるいはより到達しやすい段階へ下げて再設定した。

最終的に、技術項目は大項目3、中項目8、小項目59、到達度は95で構成された(表1)。最終的な到達度をみると、大項目AとBの「個人/家族」を対象とした場合の到達度は「Iひとりを実施できる」段階の設定が多いが、「集団/地域」を対象とした場合は「II指導のもとで実施できる」や「III学内演習で実施できる」の設定が多かった。一方、大項目Cの21の到達度のうち14(66.7%)は「IV知識としてわかる」段階であった。

IV 考 察

1. 保健師技術項目の枠組み

本研究は、保健医療における公正の考え方にに基づき、保健師技術の枠組みを作成した。公衆衛生または公衆衛生看護の理念として、社会集団を対象とした場合は集団の構成員に平等に責任を持ち、保健サービスを公平に分配する社会的公正を掲げる文献も多い^{21,25,26)}。本研究結果では、この枠組みが保健師と教育者双方から適合度、重要度において高い支持が得られたことから、保健師は現状の実践において、社会的公正を具体化する活動を行っており、それが保健師実践の理念の一つであると考えることができる。また、本研究結果のこの枠組みとそれに基づく技術項目は、看護師および助産師の技術枠組み^{17,27)}と明確な違いを示し、「集団」を対象とする保健師実践の特徴が示されたと考える。

2. 技術項目の到達度

技術項目の到達度をみると、「個人/家族」を対象とした場合の到達度は「Iひとりを実施できる」段階が多く、大項目C「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」の到達度の多くは「IV知識としてわかる」段階を示した。これは、看護師資格取得時点ですでに、「個人/家族」に関する基礎的な技術は修得しているという前提があること、また保健師として就業してからすぐに個別事例への対応が求められるため、個別支援技術だけは身に付けてほしいという期待が示されたのではないかと考える。一方、「地域/集団」を対象とした「施策化」や「社会資源の開発・質を保証する」などの技術項目は、地域集団や組織のしくみと機能を理解し、地域集団の人々や関係職者との関係性に基づき、主体的かつ大

局的に行動することが求められる内容である。佐伯²⁸⁾はこのような地域マネジメント能力の修得は中堅以上を設定しており、これらの技術の実施にはある程度の経験年数を要することが考えられる。

第1回、第2回調査共に、保健師と教育者で到達度の認識に違いがみられ、教育者の方が保健師よりも高い到達度を求める傾向にあった。これは看護師の調査結果²⁷⁾と一致する一方で、教育者より保健師の方が高い到達度を求めていたとする平澤²⁹⁾の調査結果とは異なる。これは、保健師は新任保健師の現場への適用困難な状況と、保健師学生の実習内容やその達成度、および保健師への職業志向性の低下等の現実認識に基づいて到達度を評価しているためと推測される。これに対して教育者は、保健師と同様に学生の現状の問題を認識しつつも、保健師教育の目指すべき成果として、教育者の期待を込めて評価している可能性が考えられる。

3. 保健師教育と実践への示唆

本研究によって、保健師と教育者が合意した保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度が明らかとなった。今後、保健師教育機関においてはカリキュラム作成や教育評価に、実践においては新任保健師の現任教育の内容や目標設定および評価に活用できると考えられる。

しかし、本研究では「保健師国家試験受験資格を取得するために卒業時に全ての学生が修得すべき到達度」として回答を求めたため、到達度について、現場の保健師や教育者の期待が反映されたのではないかと推察される。自由記載の意見では、「現在の状況ではすべての学生がこれらの学びを達成するのはかなり厳しい」などが挙げられ、実習を含む教育内容の不十分さや教育体制の問題に関する意見が数多く寄せられた。このことから、今回作成した保健師教育機関卒業時における技術項目および到達度と、現実の修得状況には開きがあると推測される。本調査では、「訪問・相談による支援を行う」や「健康教育による支援を行う」という技術項目の到達度として「Iひとりを実施できる」段階が設定された。しかし、松井³⁰⁾の実習受け入れ先の保健師を対象とした調査では、学生は実習において、保健師同行による家庭訪問68.7%、健康教育57.3%、健康相談33.4%しか体験していなかったと報告している。

本研究で明らかとなった技術項目について、設定された到達度を満たす学生を育成するためには、保健師教育機関、とりわけその約80%を占める看護系大学における教育を見直す必要があるだろう。現状では、看護系大学は看護師と保健師の国家試験受験資格取得が大学の卒業要件となっている。そのため

カリキュラムは過密であり、保健師国家試験受験資格にかかわる科目は、看護師国家試験にかかわる科目で読み替えられることが多く、履修科目の総時間数に占める割合は、短大、専門学校と比べて少ないことが報告されている³¹⁾。また、保健師を職業として志向せず学習のレディネスが低い学生や疫学・保健統計などについて基本的理解が困難な学生の問題、および看護系大学の急増に伴う実習施設と指導者不足が大きな問題であり³²⁾、保健師国家試験受験資格にかかわる教育の質が担保できない現状にある。

2009年、保健師助産師看護師法が改正され、保健師国家試験の受験資格について、文部科学省の指定した学校における修業年限が6か月以上から1年以上に延長されることになった。また、文部科学省「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」において、看護師と保健師国家試験受験資格取得を大学の卒業要件とはしないとする方向性が示された。本研究で設定された技術項目の到達度を満たす実践能力をもつ学生を育成するためには、学生数の制限や教育期間の延長を考慮した学部における選択制や専攻科、大学院での教育など、教育体制の変革が考えられなければならない。また、実践能力育成のためのカリキュラムについて早急に検討する必要があるだろう。

わが国はすでに健康格差社会である。社会集団の健康の不平等にどのように関わり、健康資源をいかに公平に分配するのか、まさに本研究の技術枠組みの理念に基づくアプローチが必要であり、それを具現する保健師の役割に対するニーズは今後高まると推測される。その役割を遂行できるかどうかは、人々の健康の保持・増進のために、保健師が社会集団の不平等を的確にアセスメントし、政策に反映する姿勢と能力をもち、行動できるかにかかっている。保健師の質を担保するための基礎教育ならびに現任教育のあり方に関する議論を深め、早急にその方向性を示す必要があるだろう。

V 結 論

本研究は、保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度を自治体および事業所で働く保健師と教育機関の教育者双方の合意に基づいて作成することを目的に、デルファイ法を用いて質問紙調査を実施した。

1. 保健師の技術項目は、保健医療における公正の考え方に基いて設定した大項目、A. 地域の健康課題を明らかにする（地域アセスメント, assessment), B. 地域の人々と協働して特定の健康課題を解決・改善し健康増進能力を高める（健康課題への

対応, action), C. 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（社会資源の保障, assurance) と中・小項目で構成された。小項目の重要度、および大・中項目との適合度について、保健師、教育者両者から高い支持が得られた。

2. 第2回調査において、保健師と教育者の同意割合の採択基準である70%を超えたのは、全到達度の76.3%であり、それ以外については検討し、最終的な技術項目は大項目3, 中項目8, 小項目59, 到達度95となった。

3. 最終的な技術項目と到達度では、大項目AとBの「個人/家族」を対象とした場合の到達度は「I」の段階の設定が多いが、「集団/地域」を対象とした場合は「II」や「III」の設定が多かった。一方、大項目Cの到達度の多くは「IV」の段階であった。

4. 教育者の方が保健師に比べて到達度を高く設定し、より高度な技術を求める傾向がみられた。

以上から、今回作成した技術項目とその到達度の保健師教育並びに現任教育への適用可能性、および今後の保健師教育のあり方について考察した。

調査にご協力いただきました保健師の皆様、教育者の皆様に心より御礼申し上げます。本研究は平成19年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）を受けて行った。

(受付 2009. 3.30)
採用 2009.10.17)

文 献

- 1) 内閣府. 年次経済財政報告（経済財政政策担当大臣報告）平成18年度—成長条件が復元し、新たな成長を目指す日本経済—（経済財政白書）. 2006.
- 2) 経済協力開発機構（OECD）. OECD対日経済審査報告書2006年版（日本語版概要）. 2006.
- 3) 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成20年中における自殺の概要資料. 2009; 4.
- 4) 厚生統計協会. 厚生指針臨時増刊 国民衛生の動向. 東京：厚生統計協会, 2008; 79.
- 5) Kawachi I, Kennedy BP. 不平等が健康を損なう [The Health of Nations: Why Inequality Is Harmful to Your Health] (西 信雄, 高尾総司, 中山健夫, 監訳. 社会疫学研究会, 訳.) 東京：日本評論社, 2004; 7-172.
- 6) 近藤克則. 健康格差社会：何が心と健康を蝕むのか 第1版. 東京：医学書院, 2005; 2-134.
- 7) 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹, 編. 社会格差と健康：社会疫学からのアプローチ. 東京：東京大学出版会, 2006; 1-19.

- 8) 佐伯和子, 河原田まり子, 羽山美由樹, 他. 保健婦の専門職業能力の発達: 実践能力の自己評価に関する調査. 日本公衆衛生雑誌 1999; 46(9): 779-789.
- 9) 大野絢子, 佐藤由美, 森 陽子, 他. 保健師に求められる能力とその育成課題. Kitakanto Medical Journal 2000; 50(4): 367-380.
- 10) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発. 日本地域看護学会誌 2003; 6(1): 32-39.
- 11) 大倉美佳. 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究: デルファイ法を用いて. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(12): 1018-1028.
- 12) 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子, 他. 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌 2007; 9(2): 60-67.
- 13) 村山正子, 大野絢子, 斎藤泰子, 他. 新たな地域保健に対応した保健婦の基礎教育のあり方に関する研究. 保健婦雑誌 1996; 52(9): 725-734.
- 14) 荒賀直子, 今井睦子, 奥山則子, 他. 保健師教育の技術項目と卒業時の到達度(案)の提案. 保健師ジャーナル 2007; 63(11): 1000-1005.
- 15) Jones J, Hunter D. Delphi process や nominal group による保健・医療サービスの研究. Pope C, Mays N. eds. 質的研究実践ガイド: 保健・医療福祉サービスの向上のために [Qualitative Research in Health Care 2nd ed.] (大滝純司, 監訳. 瀬島克之, 訳). 東京: 医学書院, 2001; 44-53.
- 16) Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(4): 1008-1015.
- 17) 全国助産師教育協議会. 平成17年度事業活動報告書. 2006.
- 18) 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会. 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告. 日本公衆衛生雑誌 2005; 52(8): 756-764.
- 19) Green RM. Health care and justice in contract perspective. Veatch RM, Branson R. Ethics and Health Policy. Cambridge: Ballinger Pub. Co., 1976; 111-126.
- 20) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford, 2009; 240-287.
- 21) Childress JF, Faden R, Gaare RD, et al. Public health ethics: mapping the terrain, Journal of Law, Medicine & Ethics 2002; 30: 170-178.
- 22) Quad Council of Public Health Nursing Organizations. Public health nursing competencies. Public Health Nursing 2004; 21(5): 443-452.
- 23) Sumsion T. The Delphi technique: an adaptive research tool. British Journal of Occupational Therapy 1998; 61(4): 153-156.
- 24) Loughlin KG, Moor LF. Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a pediatrics department. Journal of Medical Education 1979; 54(2): 101-106.
- 25) Krieger N, Birn AE. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. American Journal of Public Health 1998; 88(11): 1603-1605.
- 26) Drevdahl D, Kneipp SM, Canales M, et al. Reinvesting in social justice: A capital idea for public health nursing? Advances in Nursing Science 2001; 24(2): 19-31.
- 27) 小山真理子. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)総括研究報告書 看護基礎教育における看護技術教育の充実に関する研究—看護基礎教育卒業時の到達目標—(主任研究者 小山真理子) 2006.
- 28) 佐伯和子. 平成17~19年度厚生労働科学研究費補助金(地域健康危機管理研究事業)総合研究報告書 保健師指導者の育成プログラムの開発(主任研究者 佐伯和子) 2008.
- 29) 平澤敏子. 平成16年度地域保健総合推進事業(全国保健師長会協力事業)報告書 保健師学生の実習指導に関する在り方調査研究事業. 2005.
- 30) 松井通子. 平成20年度地域保健総合推進事業(全国保健師長会協力事業)報告書 保健師教育における臨地実習のあり方に関する調査研究. 2009.
- 31) 平野かよこ, 池田信子, 金川克子, 他. 看護系大学, 短大専攻科, 専修学校別の保健師養成について: 教員と学生の保健師活動の認識等の実態調査. 日本公衆衛生雑誌 2005; 52(8): 746-755.
- 32) 佐伯和子. 保健師の専門性と大学院教育の可能性. 日本看護科学会誌 2008; 28(1): 105-106.

A framework for assessing essential public health nursing skills and achievement levels required for students graduating from schools that provide education for obtaining a license as a public health nurse in Japan

Kiyomi ASAHARA^{*}, Junko OMORI^{*}, Maasa KOBAYASHI^{*}, Yuko HIRANO^{2*},
Yoshimi SUZUKI^{3*}, Mikako ARAKIDA^{4*}, Sachiko OKI^{5*}, Reiko OKAMOTO^{6*},
Noriko OKUYAMA^{7*}, Itsuko KAIHARA^{8*}, Hiroko SUDO^{9*}, Hiroko NAGAE^{6*},
Misako MIYAZAKI^{10*} and Sachiyo MURASHIMA^{11*}

Key words : public health nurse, education, essential skills, achievement levels, national license, Delphi methods

Purposes This study aimed to develop a framework for essential skills and the achievement levels necessary for students graduating from schools that provide education for obtaining a license as a public health nurse (PHN) in Japan.

Methods Two rounds of questionnaire-based investigations using the Delphi methodology were conducted. Subjects were 197 PHNs from municipalities or companies and 146 nurse educators from universities, colleges, junior colleges, or technical nursing schools.

Results (1) The essential skills framework consisted of three (macro, intermediate and micro) levels. Macro-level items were based on the principle of justice, a primary pillar of health care: (A) community assessment to identify health problems; (B) solving and improving particular health problems in collaboration with people to enable them to promote their own health; (C) promoting equitable access and distribution of community resources for health and daily living. Micro-level items had four achievement levels: (I) independent; (II) instructor-guided; (III) laboratory exercise; (IV) theoretical understanding. Micro-level items for A and B had two domains for achievement: individual/family and group/community.

(2) In the first round over 70% of respondents said “very important,” “important” or “acceptable” for all micro-level items. In the second round, over 90% said all micro-level items fit within macro and intermediate-level items.

(3) In the second round, micro-level items attained 70% consensus among PHNs and nurse educators were 71 of 93 (76.3%). Micro-level expression was used for adjustment and the final framework of essential skills yielded 3 macro, 8 intermediate and 59 micro-level items and 95 levels of achievement.

(4) In the final framework, the level of achievement for “individual/family” (Macro-level A and B) was almost level I, and for “group/community” almost II or III. The number of micro-level items at level IV for C was 14 of 21 (66.7%). (5) Compared with PHNs, educators generally assigned a more advanced achievement level for the same skill.

Conclusions This framework offers more clarity to the content and competency of practice and thus should be useful for basic and continuing PHN education. The assumption driving this study was the necessity to improve the nursing educational system, and develop an appropriate curriculum for the PHN national licensure.

* St. Luke's College of Nursing

^{2*} Department of Health Sociology, Graduate School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo

^{3*} School of Nursing, Faculty of Medicine, Toho University

^{4*} School of Nursing and Rehabilitation Science at Odawara, International University of Health and Welfare

^{5*} Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kyorin University

^{6*} Graduate School of Health Sciences, Okayama University

^{7*} School of Nursing, The Jikei University

^{8*} Human Resources and Organizational Management, Administrative Management and Coordination Bureau, City of Yokohama

^{9*} Health and Social Welfare Division, Town Ogano

^{10*} Graduate School of Nursing, Chiba University

^{11*} Department of Community Health Nursing, Division of Health Science and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo