

連載

保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望(8)

「保健師教育の評価」

東京大学大学院医学系研究科・教授 村嶋 幸代

1. 保健師教育を評価する必要性

平成22年3月に発表された保健師国家試験の結果、新卒の保健師合格者が1万1千人を越えた。一方、新卒で保健師として就職するのは全国で700人程度に限られており、需要の16倍も養成していることになる。これは、明らかに過剰である。また、近年、新人保健師が、就職はしたものの適応できない例が報告されている¹⁾。このように、保健師が大量に生産される背景には、保看統合化カリキュラムがあるが、平成21年8月に出された文部科学省の「大学における看護系人材の養成の在り方に関する検討会 中間報告」によって、大学はこの縛りから脱却し、学士課程から保健師教育を外すことができるようになった。早くも平成23年度から、大学では看護師教育のみにし、保健師と助産師教育は大学院で行う大学が出現するなど、正に大きな変革の途上にある。

変革の基盤には「評価」がある。本稿では、保健師教育について、どのような評価の視点があるのかを検討すると共に、質保証の必要性を述べたい。

2. 保健師教育の評価—枠組みと内容—

評価を考えた時、まず浮かぶのが Donabedian の質の保証モデル²⁾であろう。Structure (構造)、Process (過程)、Outcome (成果) からなる枠組みである。これを、保健師教育に適用した時、以下の項目が考えられよう。

1) 構造 (Structure) の評価

Structure は、教育体制の整備状況である。これには、教育機関と実習機関の2側面がある。

A. 保健師教育機関に対する評価

(1) 保健師になる志向性と資質をもった学生を適切に選抜しているか

教育にレディネスが重要であるのは、言うまでもない。Structure として、まずは「保健師教育を受ける対象を適切に選抜しているか」が問われる。

保看統合化カリキュラムでは、保健師教育課程が卒業要件になっている。このため、「保健師に関心はないが、卒業要件だから実習する」という学生が実習に来ることになり、指導保健師を悩ませている。このような学生を実習に出して現職保健師の時間を取るのは、貴重な社会資源の無駄遣いと言わざるを得ない。

レディネスの整った学生を集めるベストの方法は、「保健師教育を大学院もしくは専攻科にして、志向性のある学生を集める」ことである。これだと、看護師国家試験を通過しており、一定水準が保証される。学士課程の選択制で実習する場合は、最低限、専門科目 I・II の臨床看護部分を終了している必要があろう。全国共通の試験を行って、態度・コミュニケーション能力、病態の理解・診断・治療の基本的知識と判断能力があるかを判定することも考えられる。例えば、医学生に導入された CBT (Computer based testing) や OSCE (Objective Structured Clinical Examination) など、臨床実習開始前に習得しておかなければならない能力が身についているか否かのテストが導入されても良いだろう。

(2) 保健師として必要な科目を設定し、教育できているか

ここでは、学生が受けるべき教育内容が確保されているかに焦点を当てる。これは、科目設定に端的に表れる。「必要な科目が設定されているか」、「その中身が確保されているか」、「過密すぎないか」、「学生のレディネスを考慮しているか」等である。

現在、最も問題になるのは、単位の二重読み込みである。文部科学省の「大学における看護系人材の養成に関する検討会」第2回検討会(平成21年4月20日開催)では、20大学の読み替えの実態が報告された。この20校では、必要な講義18単位中、「単独科目」(保健師教育として独自に実施している科目)は平均6.4単位に過ぎず、0単位の大学が20校中6校もあった。0単位の大学では、保健師教育のために開講されている科目は無く、全て看護師教育の科

目が二重に読み込まれている。実習に関しても、「保健師教育独自の实習」が20校中12校で0単位である。即ち、保健師の実習は全て看護師の実習を読み替えており、保健師課程として独立した実習を持たない大学があるということが、配布資料と担当官の説明で明確になった。看護師と保健師の科目に差異が無ければ、「保健師教育課程」として独自性を持っているとは言えない。結局、保健師教育としては不十分である。これで保健師の国家試験受験資格を与えても良いのであろうか？

一方で、「実習の時期等が学生のレディネスと見合っているか」も重要な検討課題である。大学の中には、地域看護学実習が、他分野の実習とローテーションになっており、小児看護学実習も母性看護学実習も済ませないまま、地域看護学実習に行くという現状がある。これでは、実習の効果が上がらないと危惧される。

(3) 教育できる体制を整備しているか

教育体制では、「地域看護学を専門とする教員が学生数に応じて配置されているか」が問われる。大学教員の基準は、大学設置基準（第14条）で規定されているが、地域看護学の教員には、その他にも、「地域看護の経験を有する」、「研究や現場へのコンサルテーションなどを通して実践している」、「保健師の経験があり、現場の状況が理解できている」ことが求められている⁴⁾。

B. 実習を受ける側の体制整備

実習を受ける側も、指導体制を整えているかが問われる。実習施設の条件として、①実習指導者が保健師の実務経験を5年以上有している、②指導に専念できるような業務体制が望ましい、③学生の居場所が確保されている等が提案されている⁴⁾。

実習指導者の養成にも課題が大きい。以前は、都道府県立保健師学校の教員を育成するために、各県から中堅保健師が、国立保健医療科学院および厚生労働省看護研修研究センターに派遣されていた。しかし、後者は平成22年3月末を持って廃止された。また、前者も、保健師教育が大学で行われるようになって都道府県立保健師学校が閉校される事態が続く、派遣数が激減している。二つの機関は、今まで中堅保健師の育成を担ってきたが、その機能が無くなってしまった。これは、実習指導者のみならず、中堅保健師育成の点でも非常に危惧される。

2) プロセス (Process) 評価

Processは、教育方法である。保健師教育では、

「地域（コミュニティ）の健康水準」を査定し、その水準を向上させる力を付けることが眼目である。その力量を付与できる形で教育されているか、実習がなされているか、が評価ポイントであろう。

(1) 実習生が自ら対象に接し、働きかけているか

実習は、自分で対象に接して働きかけ、その結果をみて、自分の働きかけ方法を改善するために行う。単なる見学や話を聞くだけでは実習ではない。しかし、保看統合化カリキュラムによって、大量の大学生が実習に行く結果、見学や話を聞くだけになっている実習が多いのが実情である。また、事業見学がない時間帯は、控え室にすることが多く、実際の保健師の動きが学生にはみえない。これが保健師のイメージがつかないことにつながってしまう。

評価ポイントは、学生自身が対象者と接し、自分で対象者に働きかけているか、その結果を踏まえて自分の働きかけを省みて改善しているか、であろう。

(2) 実習で「地域の看護」を考えているか

看護師が患者を受け持ち、その患者への看護を展開するのに比して、保健師は地域を受け持ち、地域全体への看護を展開する。当然、保健師の実習では、①地域（企業だと事業所や職場）を受け持ち、②その地域の人々の健康水準の向上を図るために看護過程を展開しなければならない。「地域（コミュニティ）の健康状態」を査定し、その水準向上に尽くす力量を付与できるように、情報を入手し、加工する技術を学ぶことが、保健師実習には必要である。これらを組み込むことができているか否かが評価のポイントであろう。

そのためには、地域の情報を統計から収集するだけでなく、自分で地域を歩いて、住民自身や関係者から情報を得ること、自分が着目する健康事象の実態を知るために、健診結果や母子カードなど、入手可能な情報を様々な観点から分析することも必要である。

(3) 個人と集団との相互関係をみることのできる実習になっているか

保健師の専門性は、個別ケアと集団へのケアを組み合わせて実施し、健康水準の向上を図ることにある。そのため、実習でも、取り上げる課題について、地域の情報を統計的に分析すると共に、家庭訪問で一人ひとりの状況をみて、地域の中の個人と地域全体の健康との関連性を把握し、集団全体にも個別にも働きかける必要がある。この点が、目の前の患者個人（+家族）の看護を多方面から具体的に考

えることによって磨かれる看護師の実習とは異なる。
 筆者は、東京大学大学院医学系研究科修士課程保健師コースで、大学院生に保健師の専門性を付与し、保健師として就職させる取り組みをしてきた。その経験から、この能力を磨くためには、『特性の異なる地区を3ヶ所ほど選定し、各地区で10件程度家庭訪問することによって、その地区の特徴を把握すると同時に、統計情報も比較することによって、個人と集団との関係性を把握していく』方法が良さそうだという感触をつかんでいる⁵⁾。

従来の1年課程の保健師教育課程（専修学校・短大専攻科）では、地区踏査と地区情報の分析、家庭訪問が実施されていた。今後増加が予測される修士課程保健師教育では、このような実習形態を取ると共に、それをエビデンスベースで行うことが可能となる。評価の重要事項として盛り込む必要がある。

3) 成果 (Outcome) 評価

Outcome は、教育した学生が保健師として活動できるか、である。

(1) 学生一人ひとりが育ったか—卒業時の到達度

保健師教育課程卒業時の到達度⁶⁾は、平成19年9月に厚生労働省から通知された⁷⁾。

この到達度評価は、「Ⅰひとりで実施できる」から、「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」まで、到達レベルに差がある。学生個々の到達度を評価するのは勿論であるが、学生が‘到達した’と述べる時、それが、Ⅰ（ひとりで実施できる）なのか、Ⅳ（知識と

して分かる）レベルなのかを吟味する必要がある。これが特に重要な理由として、知識として分かっていても、実際には行動できなかつたり、やり方そのものが分からなかつたりするからである。例えば、地域の情報を把握したいと思っても、情報整理の仕方そのものが分かっていないこともあり得る。その意味では、到達度が、Ⅰ～Ⅳのどれなのかも、評価に際して考慮すべきである。

(2) 保健師国家試験の合格率

保健師としての教育を受け、実習もしたにも拘わらず、保健師になれない者がいるのも現実である。表1は、平成22年3月に発表された第96回保健師国家試験の新卒者の合格率を、学校種別に整理したものである。この表は、各機関の教育評価のひとつであるが、下記が読み取れる。

①4年課程（保看統合化カリキュラム校）卒業生の合格率（86.9%）は、1年課程の合格率（97.3%）に比して、10%以上低い。②4年課程卒業生の中でも、「学校養成所」（保看統合化カリキュラム）の合格率（73.0%）は、大学全体（87.3%）に比して10%以上低い。③4年制大学でも、私立大学の合格率（80.7%）は、国立（93.4%）、公立（91.9%）に比して、10%以上低い。④保看統合化カリキュラム養成校では志願者の4人に1人、私立大学では5人に1人が合格できていない。

なお、全体の合格率（出願者に対する合格率）は、85.9%である。また、表には示していないが、既卒者の合格率は軒並み低く、4割に満たない。

保看統合化カリキュラムでは、学生全員が保健師

表1 第96回 保健師国家試験 学校種別合格状況 —新卒者のみ—
 （平成22年3月26日の厚生労働省発表資料を基に作成）

	1年課程			4年課程					4年課程小計	総計	
	短大	学校・養成所	1年課程小計	大 学			大学小計	学校・養成所			
				国立	公立	私立					
新卒者	学校数(校)	8	9	17	42	43	59	144	10	154	171
	出願者数(人)	208	232	440	3,134	3,546	5,324	12,004	344	12,348	12,788
	受験者数(人)	208	230	438	3,121	3,537	5,292	11,950	329	12,279	12,717
	合格者数(人)	201	227	428	2,927	3,258	4,299	10,484	251	10,735	11,163
	合格者/出願者(%)	96.6	97.8	97.3	93.4	91.9	80.7	87.3	73.0	86.9	87.3
	合格者/受験者(%)	96.6	98.7	97.7	93.8	92.1	81.2	87.7	76.3	87.4	87.8
総 数 (参考)	合格者数(人)	202	228	430	2,954	3,291	4,362	10,607	258	10,865	11,295
	合格者/出願者(%)	93.1	96.2	94.7	92.9	91.2	78.9	86.1	69.7	85.6	85.9

実習に行くことになる。合格率の低さをみると、現場の保健師のエネルギーや時間が、非効率的に使われていることに対し、公衆衛生関係者は、国民の立場で、もっと憤らないといけないと思う。

(3) 就職者の育ち具合

一方で、大卒保健師が、就職後にも様々課題を持つことが問題になっている。近年、保健師は分散配置が進み、一か所の人数が少ない。新任保健師が育成に手を取るために戦力ダウンになることは、公衆衛生行政からすれば、大きな問題である。

3. 保健師教育の質保証の体制整備に向けて

以上明らかになった保健師教育の問題を克服するための方策、即ち、保健師という国家資格の専門職教育の質保証に関しては、いくつかの観点があろう。

1) 実習受入基準作成の必要性

平成18年頃から、保健師学生の実習を制限する都道府県が出てきた。特に、平成20年以降、具体的な受け入れ条件が示され始めた。基本的な考え方は、「地域保健に必要な人材育成には協力したい。しっかりと教育するためにも、受入れ人数を絞って長期間（原則4週間以上）受入れたい。また、実習の効果を上げるために、実週前に済ませておくべき科目や実習を提示する」である。

平成22年8月現在、全国11の都道府県で通知が出されているが、出された実習制限はいくつかのタイプに分けられる。

A. 受入の優先順位として、大学院や専攻科

を優先とするもの（北海道・東京23区など）

- B. 統合化カリキュラムの場合は、看護師に必要な科目（専門科目Ⅰ・Ⅱ、統合科目の在宅看護論）を終了していること
- C. 保健師の技量をつけるために4単位以上の実習を受ける代わりに実習生数を制限すること
- D. 教員等大学の指導体制が整っていること
- E. 学生が保健師になりたいと希望している

どの自治体の文書を見ても、「後輩育成をしたいが、今のまま実習生だけ増えたら追いつかない」「保健師実習を受けるためのレディネスが整った学生を受入れたい」という思いに溢れている。レディネスを判断するためには一定の基準を提示し、それをクリアしていることを共通の基準とすれば良いであろう。何か、そういう基準を作らなければならない。上記、A～Eに加えて、全国保健師教育機関協議会が検討中の表2の案が考えられる。これを基盤に、実習に出す教育機関側と受け入れ側とが話し合い、より良い基準が作成され、効果的な実習につながることを期待される。

2) 認証評価機関の必要性…第三者評価

ただ、単に話し合いをしても実効性がない。本当に話し合いや基準が効力を持つためには、各教育機関がその基準に適合するか否かを評価する機関が必要である。日本全体で見ると、大学の認証評価は一巡し、今後は、専門分野別評価が重要になっていく。

看護学教育に関しては、日本看護系大学協議会（看大協）が、米国の看護学専門認証評価機関CCNE (Commission on Collegiate Nursing Education)

表2 実習受入れ判定基準(案) 全国保健師教育機関協議会検討

項目	具体的な判定基準
実習の位置付け・内容・期間の確保	①実習期間と内容が担保され、他の科目と読み替えられていないこと ②実習目標と実習日程の整合性があり、それが実習要綱で確認できること ③公衆衛生看護学の理念や、学内で準備できる技術が予め習得されていること
保健師の専門性が理解できた教員・実習指導者の確保	④保健師経験がある教員を配置し、実質的に実習指導できる体制が確保されていること。特に、教員は、学生が実習中に得た体験を学習目標に反映できるような助言ができ、実習場の状況を判断して、受け入れ側の実習指導保健師と臨機応変に調整できること
協働体制構築	⑤教育機関と受け入れ側が実習内容と課題を共有し、その後に反映できること
実習体制整備と責任体制の明確化・危機管理	⑥実習にかかる予算措置が取られていること ⑦学生の賠償責任保険への加入および安全教育等により、実習中の学生・受け入れ側・住民および指導教員への安全対策が講じられ、危機管理に関する責任の所在が明記されていること
実習生の条件	⑧実習生は、地域看護学実習前に履修すべき科目に全て合格し、一定水準以上に達していること。地域看護学実習への目的が明確であり、保健師免許取得希望者としての自覚があること。協調性があり、自己の健康管理ができること

のシステムと評価項目も取り入れながら、学士課程の評価項目・基準案等を作成してきた。今後、公正中立な評価がなされ、看護系大学の質が高まることを期待している。

しかし、看大協が作成する基準は、「看護系大学全体の教育の基準」である。今、地域保健の現場で強く求められているのは、「保健師免許を取得するために実習場に来る学生のレディネスの保証」である。これには、保健師教育機関と受け入れ側が忌憚のない意見を出し合い、「保健師に必要な教育と実習内容」を明確にしていく必要がある。保健師学生の実習の質を担保することは卒業時の到達度を保証することであり、それは、「質の良い保健師の確保」につながる。新たに採用された保健師が、力を発揮して働き続けられるか否かは、公衆衛生の質を担保できるか否かの問題でもある。各教育機関の教育内容を監査し、改善に向かわせるような、仕掛けが必要だと思う。たとえば、保健師教育機関と実習受け入れ側が協議し、実習生を送り出す教育機関を認定するような仕組みが考えられる。

3) 採用時の配慮の必要性

「新任保健師が家庭訪問を怖がる」という嘆きと共に、いつも出されるのは、「せめて、実習でもう少し家庭訪問の体験を積んでいて欲しい」である。それならば、採用試験で、もっと実習体験が考慮される必要がある。家庭訪問を10件経験しているか、継続的訪問指導を実施しているか、家庭訪問した事例が抱える問題から地域の問題を見出すような訓練を受けたか、などである。また、地域診断に基づいて健康教育を組み立てて実施した経験があれば、就職後にも地域の問題を見出し、それに対応する姿勢が身につけていると考えられる。

この意味では、採用時に「家庭訪問実習の経験」「1人の対象者に継続的に保健指導した経験」等が考慮されることが望ましい。そうなれば、保健師としてのトレーニングを十分に受けた人を採用でき、保健チームの戦力アップにつながると期待できる。豊富な実習体験が採用時に評価されれば、教育機関側でも、努力して実習の質確保に力を注ぐことになろう。

4) 国家試験の在り方について

専門職教育の質保証という観点からすると、国家試験の重要性は言うまでもない。しかし、保健師の国家試験に関しては、時に、設問が過度に易しいと思わせられることがあった。設問の難易度は、修正

イーベル法（合格水準設定方法）によって判定される。これは、試験を構成する個々の小問の難易度を判断すると同時に、その問題が、学習目標等との関連性において、どの程度重要であるかを2次的に判定しようとする方法である^{8,9)}。

全国保健師教育機関協議会 国家試験対策委員会が、第95回保健師国家試験の各設問について受験生の協力を得て分析したところ、①必ずしも看護学の専門知識を有さなくても解答できる設問、②看護師の知識を有すれば解答できる設問、③保健師としては簡単すぎる設問が見出され、改善を要望した。幸い、第96回保健師国家試験では、改善がみられた。

平成18年（第92回）から平成22年（96回）までの5年間で、保健師国家試験合格率は、78.7%から99.0%まで幅がある。設問の問題文と回答肢を吟味し、国家試験の妥当性を上げることも重要であろう。

以上、保健師教育の評価を、構造、過程、成果の側面から述べた。残念ながら、統合化カリキュラム推進者には、必ずしも保健師免許の質を担保することを重要に考えない人々がいる。しかし、保健師免許の質の保証は、憲法25条で国の責務とされた「公衆衛生の向上及び増進」に努めることでもある。免許の質を担保し、国民の負託に応えるためにも、保健師教育の評価は、力を合わせて遂行し、質の向上に努力していかなければならない。

文 献

- 1) 神野雅子. 北海道における地域看護学実習の受け入れ方針. 保健の科学 2010; 52(4): 229-233.
- 2) Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford Press, 2002.
- 3) 文部科学省医学教育課調べ: 統合化したカリキュラムにおける統合科目単位数. 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2回(平成21年4月20日開催)資料5-1.
- 4) 平成21年度地域保健総合推進事業 保健師教育における新カリキュラムに対応した臨地実習のあり方に関する調査研究(研究代表者 森岡幸子) 2010.
- 5) 村嶋幸代. 修士課程における保健師教育の必要性和実際. 保健の科学 2010; 52(4): 234-240.
- 6) 麻原きよみ, 大森純子, 小林真朝, 他. 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57(3): 184-194.
- 7) 厚生労働省医政局看護課. 保健師教育の技術項目の卒業時の到達度. 医政看発第0919001号, 2008.
- 8) 牛場大蔵, 畑尾正彦, 堀原一, 他. 試験の合格水準の理論と実際. 医学教育 1985; 16(3): 175-182.
- 9) 畑尾正彦. 専門基礎分野における出題傾向と今後の課題: 主に解剖生理を中心とした問題の分析と今後の課題. 看護教育 2008; 49(6): 512-519.