

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

鈴木 良美* 斉藤 恵美子^{2*} 澤井 美奈子^{3*} 岸 恵美子*
掛本 知里^{4*} 中田 晴美^{5*} 五十嵐 千代^{6*} 三好 智美^{7*}
麻原 きよみ^{8*} 永田 智子^{9*} 森 豊美^{10*} 神楽岡 澄^{11*}

目的 より質の高い保健師養成を目指し、保健師教育は保健師・看護師の統合カリキュラムから学部選択制や大学院教育への変革期を迎えており、その教育成果を適切に評価していく必要がある。しかし、従来の保健師教育の評価に関する国内外の研究は、一機関の学生のみを対象にしたものが多く、評価の精度を高めるためにも多角的な視点による調査が求められている。そこで本研究の目的を、保健師学生の卒業時の技術到達度について、東京都特別区内7大学の学生・教員ならびに特別区保健師を対象として多角的に評価し、統合カリキュラム最終年度の各対象からみた学生の到達度評価の現状と、保健師教育の課題を把握することとした。

方法 対象は、特別区内7大学の学生663人と教員20人、特別区の保健師86人とした。統合カリキュラム最終年度にあたる2013年度に地域看護学実習を行った学生が、「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の98項目を到達しているかどうかを問う無記名自記式質問紙調査を実施した。

結果 学生が各項目を「到達できた」と回答した割合（到達割合）の平均は、学生67.9%、教員40.9%、保健師44.4%であった。各項目の到達割合が8割以上の項目数は、学生23項目、教員7項目、保健師0項目であり、5割未満の項目は、学生13項目、教員66項目、保健師70項目であった。到達割合上位10位のうち3者共通のものが6項目あり、アセスメント、信頼関係の構築、個人情報やプライバシーの保護などが含まれていた。下位10項目中、共通項目は4項目であり、当事者とのチーム形成や、健康危機管理に関することなどが含まれていた。

結論 各対象の到達割合は8割に満たないものが多く、さらに、教員・保健師の結果では半数以上の項目が5割未満であり、統合カリキュラムにおいて、実習期間も制約された中で保健師養成のための講義・実習を行うには限界があると考えられる。

Key words : 保健師, 到達度, 評価, 学生, 教員

日本公衆衛生雑誌 2015; 62(12): 729-737. doi:10.11236/jph.62.12_729

I 緒 言

国民の健康課題は、国際化、少子高齢化、格差の拡大、自然災害の多発などによって、多様化・複雑化し、これらの課題に対応できる質の高い保健師の養成が求められている。このような中、2009年7月に保健師助産師看護師法が改正され、保健師教育の教育年限が従来の6か月以上から1年以上に延長され、さらに文部科学省から「保健師教育を大学の卒業要件から外すことが可能」との見解が示された。これにより、これまで看護系大学で必修とされていた保健師養成課程は、2011年度入学生から学内で選

* 東邦大学

2* 首都大学東京

3* 日本赤十字看護大学

4* 東京有明医療大学

5* 東京女子医科大学

6* 東京工科大学

7* 神奈川工科大学

8* 聖路加国際大学

9* 東京大学

10* 品川区保健所

11* 新宿区保健所

責任著者連絡先：〒143-0015 東京都大田区大森西
4-16-20 東邦大学看護学部 鈴木良美

抜かれた者もしくは希望者が同課程を選択する選択制が可能となった。これは1948年に同法が制定されて以来の大きな改革であり¹⁾、2013年現在、保健師課程のある看護系大学187校のうち136校(72.7%)が選択制に移行し、より質の高い保健師養成のためにも、変革期における教育の評価が必要である。

現代の教育評価では、到達目標を基準にそれに到達しているかどうかを評価する到達度評価が重視されている^{2,3)}。看護学においても、国内外で到達度を重視することの必要性が唱えられている^{3~5)}。学生の到達度に関する妥当な結果を得るには、エビデンスに基づく測定用具の活用が不可欠である。麻原ら⁶⁾は、デルファイ法を用いた全国調査によって日本の保健師基礎教育における技術の到達度を明らかにし、その指標を基盤に厚生労働省は「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度(以下、技術項目)」⁷⁾を通知した。国の指針ともなっているこの指標をもとに、本調査ではエビデンスに基づく学生の技術項目の到達度を明らかにしたい。

また、学部における保健師基礎教育の包括的評価に関する過去10年間の国内外の文献検討によると、これまでの研究は、対象が一教育機関の学生に限定された調査が多かった^{8~25)}。今後は、一大学の枠を超えた、複数の教育機関による調査が必要であると考えられる。さらに、全国の教員を対象にした学生の技術項目の到達度に関する調査では、大学の保健師・看護師統合カリキュラム(以下、統合カリキュラム)は、看護師課程修了後に上乗せで行うカリキュラムと比べて、到達できる項目が少ないことが明らかにされ²⁶⁾、保健師教育改革推進の契機となった。しかし、教育の対象となる学生や実習に携わる保健師からの視点も含めた多角的な視点による研究はなかった。田島²⁾は研究目的で評価を扱う際にはできるだけ精度の高い多くの情報が必要であると述べており、今後は多角的な視点による調査が必要であろう。

以上のことから、変革期の保健師教育における学生の到達度評価には、エビデンスに基づく指標を用いるとともに、多角的な視点による調査が望ましいと考えられる。そこで、先駆的に選択制を導入した東京都特別区内の7大学と特別区の保健師が協働し、保健師学生の卒業時の技術項目に関する到達度について、エビデンスに基づく指標を用いて、学生のみならず教員・保健師も対象として多角的に評価し、保健師教育の変革による成果と今後の課題を明らかにすることとした。この研究は、特別区内の多くの看護系大学が統合カリキュラムの最終年度となる2013年度から、選択制実施2年目の2015年度まで

の3年間に継続して実施予定である。本論文では、このうち、ベースラインデータとなる統合カリキュラム最終年度の2013年度のデータに焦点を当て、各対象からみた学生の到達度評価の現状と保健師教育の課題を把握することを目的とした。

II 研究方法

1. 方法

特別区内7大学の学生と教員、特別区の保健師を対象として、統合カリキュラム最終年度にあたる2013年度に地域看護学実習を履修した学生が技術項目を到達できたかどうかを問う無記名自記式質問紙調査を2014年1~3月に実施した。

2. 対象の選定

前述した特別区内の7大学には、2014年度より学部で保健師教育課程の選択制による4年次の実習を開始し、なおかつ2013、2014年度中に組織改正がなく、研究に協力の得られた大学が含まれる。学生は7大学に在籍しており2013年度の地域看護学実習を履修した4年生計663人を対象とした。なお特別区内では、2014年度以降の実習受け入れ体制変更の経過措置として、2011~2013年度は、約半数の学生は保健所・保健センター実習10日間、残り半数は同5日間実習を行っていた。さらに、各校で産業保健や学校保健などの実習を追加して行っていた。

教員は7大学で地域看護学の講義・実習に携わり到達度の評価が可能な20人を対象とした。

保健師は、実習を受け入れている特別区内の保健所・保健センター1施設につき代表者1人、計86人を対象とした。各施設代表者1人の保健師としたのは、必ずしも1人の保健師が学生実習の全日程を指導しておらず、代表者に情報を集約した方がより包括的な評価が得られると考えたためである。なお、保健所の保健所・保健センターでは、特別区の実習調整を担当する保健師が、保健師養成機関の学生実習受け入れについて一括して調整し、実習指導体制や実習期間にも一律の基準が設けられている。

3. 配布と回収方法

学生には、各大学の研究協力者が調査の趣旨等を文章および口頭で説明し、回答後、回収箱へ提出することで研究に同意したこととみなした。教員には、各大学の研究者が調査の趣旨等を文章および口頭で説明し、郵送による回答をもって同意とみなした。保健師には、実習担当者に郵送で協力を依頼し、郵送による回答をもって同意とみなした。

4. 質問項目

各対象に共通した到達度の指標は、厚生労働省⁷⁾が示した技術項目を用いた。技術項目は、大項目、

中項目、技術の種類（本論文では小項目とする）の枠組みで構成されている。大項目「1. 地域の健康課題を明らかにする」に小項目11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」に小項目28項目、「3. 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分配を促進する」に小項目22項目が分類されている。また、保健師活動は、個人から地域までを幅広く対象とするため、それぞれの項目は、「個人/家族」を対象とした小項目37項目と「集団/地域」を対象とした小項目61項目から構成されている。各小項目の到達度レベルは、「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段階で設定されている。学生用の質問項目では、小項目ごとの到達度の自己評価について「到達できている」、「到達できていない」のいずれかの選択肢とした。教員・保健師の質問項目では、担当した8割の学生の到達状況について「到達できている」、「到達できていない」のいずれかの選択肢とした。ここで8割の学生の到達状況を評価したのは、本到達度の基盤となる麻原ら⁶⁾の調査において、到達度を「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」と定義しており、その基準を参考にしたものである。

これらの各対象に共通した項目に加え、学生には、保健師（養護教諭を含む）への数年以内の就職希望等、教員・保健師には職位等を尋ねた。

5. 倫理的配慮

各対象には、調査の趣旨、プライバシーの保護、回答の任意性を伝えた上で、調査を依頼するとともに、「3. 配布と回収方法」で述べたような任意性の確保される方法で回収した。なお、本研究は、東邦大学看護学部倫理審査委員会の承認を得て行った（2014年1月20日承認）。

6. 分析方法

対象別・小項目ごとの単純集計を行い、各対象別に、学生が小項目の到達度レベルを「到達できた」と回答した割合（以下、到達割合）の平均を算出した。また、三者の到達割合の差をカイ二乗検定にて検証した。この際、期待度の少なくとも80%以上が5を越えていなければならないというルールに基づき²⁷⁾、不適となる項目は検定から除外した。加えて、到達割合が8割以上の小項目と5割未満の小項目を抽出した。到達割合8割以上、5割未満に注目して検討したのは、この指標がもともと8割以上の学生が到達できているとの想定で設定されていること⁷⁾や、先行研究^{12,26)}でも同様の基準で検討されて

いたためである。また、対象別に到達割合が上位の項目、下位の項目は、共通する項目も複数見受けられたため、対象別に到達割合の上位10位、下位10位を抽出した。なお、分析には統計ソフト SPSS ver.22 for windows を用いた。

Ⅲ 研究結果

1. 質問紙の回収状況

学生は、回収数348件（回収率52.5%）、有効回答数310件（有効回答率89.1%）であった。教員は、回収数16件（回収率80%）、有効回答数16件（有効回答率100%）であった。保健師は、回収数57件（回収率66.3%）、有効回答数49件（有効回答率86.0%）であった。

2. 対象者の属性

学生は、保健師（養護教諭含む）への数年以内の就職希望があるものが73人（23.5%）おり、内訳（複数回答）は行政保健師29人、産業保健師20人、養護教諭33人、他4人であった。教員の職位は、教授・准教授4人（25.0%）、講師6人（37.5%）、助教5人（31.3%）、非常勤講師1人（6.3%）であった。保健師の職位は、課長補佐1人（2.0%）、係長・副係長16人（32.7%）、主任26人（53.1%）、一般6人（12.2%）であった。

3. 分析結果

1) 学生・教員・保健師による学生の到達割合の評価（表1）

98項目の到達割合の平均は、学生67.9%、教員40.9%、保健師44.4%であった。各小項目の到達割合が8割以上の項目数をみると、学生は23項目、教員は7項目、保健師は0項目であり、保健師はもっとも高い項目でも77.6%に留まっていた。他方で、各小項目の到達割合が5割未満の項目は、学生13項目、教員66項目、保健師70項目であった。

また、学生、教員、保健師間では、カイ二乗検定で不適切な2項目を除く96項目中78項目（81.3%）に有意差が認められるとともに、98項目中95項目（96.9%）は学生の到達割合が最も高かった。

2) 到達割合が上位10位、下位10位の小項目（表2）

到達割合が上位10位、下位10位の項目には、対象間で共通している項目が複数見受けられた。上位10位をみると、6項目が3者ともに共通していた。これら6項目は、「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（個人/家族）」、「2. 社会資源について情報収集し、アセスメントする（個人/家族）」、「6. 顕在している健康課題を見出す（個人/家族）」、「34. 地

表1 学生・教員・保健師による学生の到達割合の評価

n=学生310, 保健師49, 教員16

大項目	小項目	個人/家族			P	集団/地域			P		
		到達割合 (%)				到達割合 (%)					
		到達度レベル	学生	教員		保健師	到達度レベル	学生		教員	保健師
1 地域の健康課題を明らかにする	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	92.5	75.0	65.3	<0.001	I	88.0	50.0	49.0	<0.001
	2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	87.7	75.0	65.3	<0.001	I	87.1	50.0	55.1	<0.001
	3 自然および生活環境(気候・公害等)について情報を収集し、アセスメントする	I	80.3	56.3	61.2	0.002	I	83.8	25.0	55.1	<0.001
	4 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	89.6	87.5	51.0	<0.001	II	79.6	50.0	42.9	<0.001
	5 一時点だけではなく(観察や資料等による)経時的な情報を収集し、アセスメントする	I	78.6	37.5	37.5	<0.001	I	74.8	37.5	27.1	<0.001
	6 顕在している健康課題を見出す	I	87.1	87.5	69.4	0.006	I	83.8	68.8	44.9	<0.001
	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	II	66.3	62.5	51.0	0.114	III	57.0	37.5	34.9	0.010
	8 今後起こりうる健康課題や潜在している健康課題を予測する	I	81.2	56.3	46.9	<0.001	III	71.5	56.3	37.2	<0.001
	9 活用できる社会資源とその不足・利用上の問題を見出す	I	72.5	43.8	42.9	<0.001	II	66.7	37.5	46.9	0.003
	10 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)を見出す	I	75.7	37.5	34.7	<0.001	II	68.9	37.5	32.7	<0.001
	11 健康課題について優先順位をつける	I	80.3	37.5	53.1	<0.001	II	72.8	25.0	38.8	<0.001
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	12 目的・目標を設定する	I	86.1	56.3	61.2	<0.001	II	83.5	37.5	57.1	<0.001
	13 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	78.3	50.0	51.0	<0.001	II	72.2	31.3	49.0	<0.001
	14 実施計画を立案する	I	74.4	43.8	59.2	0.004	II	70.9	31.3	57.1	0.001
	15 評価の項目・方法・時期について評価計画を立案する	I	67.3	25.0	44.9	<0.001	II	63.1	18.8	49.0	0.001
	16 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	78.0	56.3	55.1	0.001	II	75.4	31.3	46.9	<0.001
	17 地域の人々の持つ力を引きだすよう支援する	I	70.9	37.5	34.7	<0.001	II	64.3	25.0	34.7	<0.001
	18 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	62.8	31.3	42.9	0.002	II	54.7	6.3	32.7	<0.001
	19 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等を含む)	I	55.8	18.8	38.8	0.002	II	50.6	25.0	37.5	0.041
	20 健康教育による支援を行う	I	69.8	56.3	51.0	0.023	II	70.1	56.3	67.3	0.481
	21 地域組織・当事者グループ等を支援する						II	49.3	25.0	37.5	0.064
	22 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	56.2	50.0	36.2	0.036	II	55.2	31.3	41.7	0.049
	23 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	54.1	25.0	47.9	0.063	II	55.2	12.5	39.6	0.001
	24 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	45.8	18.8	22.2	0.002	III	48.1	6.3	24.4	<0.001
	25 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			48.3	8.3	31.0	0.004
	26 法律や条例等を踏まえて活動する	I	62.3	50.0	40.8	0.013	II	61.5	31.3	46.9	0.013
	27 危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)への予防策を講じる	III	44.0	25.0	37.2	0.248	III	41.4	18.8	31.0	0.098
	28 危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)に迅速に対応する	IV	41.7	43.8	45.7	0.876	IV	38.8	31.3	43.5	0.672
	29 目的に基づいて活動を記録する	I	81.9	50.0	67.3	0.005	I	79.6	37.5	57.1	<0.001
	30 活動の評価を行う	I	82.5	50.0	51.0	<0.001	II	82.8	25.0	57.1	<0.001
	31 評価結果を活動にフィードバックする	I	72.8	43.8	30.6	<0.001	II	69.3	25.0	38.8	<0.001
	32 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	72.5	37.5	40.8	<0.001	II	64.3	18.8	42.9	<0.001
	33 必要な対象に継続した活動(含フォローアップ)を行う	II	61.2	18.8	37.5	<0.001	III	57.3	18.8	29.3	<0.001
	34 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	86.1	93.8	61.2	<0.001	I	84.4	75.0	63.3	0.002
	35 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	77.7	37.5	32.7	<0.001	III	75.4	31.3	31.0	<0.001
	36 地域の人々と互いの役割を認め合いともに活動する	II	72.5	37.5	43.8	<0.001	III	72.2	31.3	39.0	<0.001
	37 関係職者・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	81.9	50.0	40.8	<0.001	II	76.9	43.8	45.8	<0.001
	38 関係職者・機関と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す	II	76.7	25.0	38.8	<0.001	III	73.5	18.8	35.7	<0.001
	39 関係職者・機関と互いの役割を認め合いともに活動する	II	72.2	25.0	36.7	<0.001	III	70.6	18.8	36.6	<0.001

表1 学生・教員・保健師による学生の到達割合の評価(つづき)

n=学生310, 保健師49, 教員16

大項目	小項目	個人/家族			P	集団/地域			P	
		到達度レベル	学生	教員		保健師	到達度レベル	学生		教員
3 地域の人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分配を促進する	40 施策(事業・制度等)の根拠となる法や条例等を理解する					I	80.3	86.7	67.3	0.091
	41 施策化に必要な情報を収集する					II	79.3	26.7	53.1	<0.001
	42 施策化が必要である根拠について資料化する					II	48.5	6.7	40.8	0.005
	43 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	50.6	13.3	26.2	<0.001
	44 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する					IV	48.7	46.7	35.6	0.255
	45 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策(事業等)を立案する					IV	64.2	60.0	44.4	0.039
	46 組織(行政・企業・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(事業等)を立案する					IV	53.4	46.7	35.6	0.077
	47 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	39.4	33.3	33.3	0.680
	48 施策(事業・制度等)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					IV	45.6	40.0	35.6	0.422
	49 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する					IV	46.1	33.3	37.8	0.384
	50 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	51.0	53.3	40.0	0.373
	51 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	92.6	87.5	73.5	—
	52 地域の人々の尊厳と権利・プライバシーをまもる					I	93.9	87.5	77.6	—
	53 倫理的に検討・判断した上で実践する					I	89.7	87.5	50.0	<0.001
	54 生活環境(気候・公害等)の整備・改善について提案する					IV	62.9	40.0	42.2	0.009
	55 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					IV	62.6	46.7	35.6	0.002
	56 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	58.1	56.3	44.4	0.227
	57 広域的な健康危機管理体制(災害時・感染症等)を整える					IV	55.5	40.0	35.6	0.027
	58 必要な地域組織やサービスを資源として開発する					IV	51.6	40.0	34.1	0.073
	59 効率・効果的に業務を行う					IV	61.5	53.3	43.2	0.063
	60 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	53.2	33.3	34.1	0.025
61 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	50.0	26.7	31.8	0.021	
全項目平均							67.9	40.9	44.4	
各小項目の到達割合が8割以上の項目数							23	7	0	
各小項目の到達割合が5割未満の項目数							13	66	70	

- ・各小項目の到達度レベルは、「I：ひとりで実施できる」「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(事例等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」の4段階で設定されている。
- ・到達割合は無回答を除いて算出。
- ・濃いグレーは8割以上、薄いグレーは、5割未満を示す。
- ・分析はカイ二乗検定による。統計的検定の有意水準は5%とした。期待度5未満のセルが80%以下となる項目(No. 51, 52)は、検定不適として「—」で示した。

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(個人/家族)」、「52. 地域の人々の尊厳と権利・プライバシーをまもる(集団/地域)」、「53. 倫理的に検討・判断した上で実践する(集団/地域)」であった。

他方で下位10位にも4項目の共通した項目があり、「24. 当事者と関係職種・機関でチームを組織する(個人/家族)」、「24. 前述と同様(集団/地域)」、「25. 個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせ活用する(集団/地域)」、「27. 危機状態

(DV・虐待・災害・感染症等)への予防策を講じる(集団/地域)」であった。

IV 考察

1. 不十分な到達割合

本研究では、学生のみならず教員、保健師という多様な視点から、保健師学生の卒業時の到達度を評価した。その結果、各対象の到達割合の平均は、学生67.9%、教員40.9%、保健師44.4%であった。到達割合が8割以上の項目数は、学生23項目、教員7

表2 到達割合が上位10位・下位10位までの小項目

n = 保健師49, 学生310, 教員16

区分	小項目	対象	到達度	到達割合 (%)*			共通項目数	
				学生	教員	保健師		
上位10位まで	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	92.5	75.0	65.3	3	
	2 社会資源について情報収集し、アセスメントする		I	87.7	75.0	65.3	3	
	4 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	個人/ 家族	I	89.6	87.5		2	
	6 顕在している健康課題を見出す		I	87.1	87.5	69.4	3	
	12 目的・目標を設定する		I	86.1		61.2	2	
	29 目的に基づいて活動を記録する		I			67.3		
	34 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	86.1	93.8	61.2	3	
	下位10位まで	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	88.0			
		2 社会資源について情報収集し、アセスメントする		I	87.1			
		20 健康教育による支援を行う	集団/ 地域	II			67.3	
34 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			75.0	63.3	2	
40 施策（事業・制度等）の根拠となる法や条例等を理解する		I			86.7	67.3	2	
51 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		92.6	87.5	73.5	3	
52 地域の人々の尊厳と権利・プライバシーをまもる		I		93.9	87.5	77.6	3	
53 倫理的に検討・判断した上で実践する		I		89.7	87.5		2	
19 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等を含む）			I		18.8			
24 当事者と関係職種・機関でチームを組織する		個人/ 家族	II	45.8	18.8	22.2	3	
27 危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）への予防策を講じる	III		44.0					
28 危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）に迅速に対応する	IV		41.7					
31 評価結果を活動にフィードバックする	I				30.6			
33 必要な対象に継続した活動（含フォローアップ）を行う		I		18.8				
5 一時点だけではなく（観察や資料等による）経時的な情報を収集し、アセスメントする		I			27.1			
15 評価の項目・方法・時期について評価計画を立案する		II		18.8				
18 地域の人々が意思決定できるよう支援する		II		6.3				
23 支援目的に応じて社会資源を活用する		II		12.5				
24 当事者と関係職種・機関でチームを組織する		III	48.1	6.3	24.4	3		
25 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	48.3	8.3	31.0	3		
27 危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）への予防策を講じる		III	41.4	18.8	31.0	3		
28 危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）に迅速に対応する		IV	38.8					
32 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		II		18.8				
33 必要な対象に継続した活動（含フォローアップ）を行う	集団/ 地域	III	18.8	29.3		2		
35 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		III			31.0			
38 関係職者・機関と必要な情報を共有し共通の活動目的を見出す		III		18.8				
39 関係職者・機関と互いの役割を認め合いともに活動する		III		18.8				
42 施策化が必要である根拠について資料化する		II		6.7				
43 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		13.3	26.2	2		
47 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	39.4					
48 施策（事業・制度等）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		IV	45.6					
49 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する		IV	46.1					
61 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			31.8			

* 割合は、無回答を除いて算出。

項目、保健師0項目と限定されていた。到達割合8割以上を基準に考えると、対象間で差はあるものの、いずれも十分に到達できていなかった。他方で、5割未満の項目は学生14項目、教員66項目、保健師70項目であり、とくに教員と保健師では、5割に満たない項目が半数以上を占めていた。先行研究でも到達割合が8割を超える小項目は少なく^{8,9,12,26)}、特別区の場合、統合カリキュラムにおいて、2013年度における保健所・保健センターの実習受け入れ期間が10日もしくは5日間と、期間も制約されている中で、保健師養成のための講義・実習を行うには限界があると考えられる。

また、学生、教員、保健師間では、98項目中80項目(81.6%)に有意差が認められ、95項目と大半で学生の到達割合が最も高かった。過去10年間の保健師基礎教育に関する包括的な評価に関する調査は、対象が一教育機関の学生に限定されているものが多く、量的に二者間、三者間を比較した文献は見当たらなかった^{8~26,28)}。健康教育に特化して学生と指導保健師の評価得点を比較した研究では、学生よりも指導保健師の評価が高く、今回の調査とは逆の傾向があった²⁹⁾。この結果の違いは、健康教育に特化した評価では、評価項目が「目的を明確に伝えていたか²⁹⁾」など実施の有無を客観的に判断しやすいことが一因ではないかと考えられる。他方で今回の質問項目は、保健師活動全般に関して幅広い対象に対する活動を想定しており抽象度も高い。森岡³⁰⁾は保健師活動の理念や価値観は抽象的であり、学生は机上学習だけでは理解困難で、実習体験を通じて感性を磨き保健師活動の現場を理解することができると述べている。さらに、これまでの調査から統合カリキュラムにおける保健師学生の実習体験の不足が指摘されている^{26,30,31)}。本調査対象の学生も、実習体験が不足し保健師活動に関する理解が十分ではないまま、実力以上の評価をする傾向にあったことが予測される。

2. 上位10位、下位10位の項目

到達割合が上位10位以内で各対象に共通している項目は、アセスメントや顕在している健康課題を見出すこと、信頼関係の構築、個人情報やプライバシーの保護であった。学生や4年制大学の教員を対象にした先行研究^{10~12)}でも、上位の項目には講義や実習での学習や経験が活かされていることが指摘されており、本研究でも同様の傾向にあると考えられる。

下位の項目は、当事者とのチーム形成、個人や家族支援と組織的アプローチを組み合わせること、健康危機管理に関することであった。教員や保健師を対象とした先行研究では、統合カリキュラムにおい

て学生の講義・演習・実習時間が不足し、実習は見学中心であり、保健師としての十分な学びを得られていないことを指摘している^{26,28,31)}。本調査の下位項目に関しては、見学中心の実習であることに加えて、当事者と関係職種・機関でのチーム形成や、個人/家族支援・組織的アプローチを組み合わせることは、複数のアプローチを組み合わせた高度な技術であることが到達割合の低さに影響していると考えられる。危機状態への予防策に関しては、2011年からの保健師助産師看護師法指定規則の改正により、「公衆衛生看護管理論」の備考に「健康危機管理を含む」が加えられるようになった³²⁾。今回、調査対象とした学生は指定規則改正前のカリキュラムを受講しており、本項目の位置づけが明確ではなかったことが到達割合の低さに影響していると考えられる。2014年度から特別区内の多くの大学は、保健師教育課程の選択制による公衆衛生看護学実習が始まり、保健師助産師看護師指定規則の改正³²⁾もあいまって、関連科目・実習単位も増やしている^{33,34)}。これらのカリキュラム改正を最大限に活用し、到達度が低かった項目の改善を意識し、特別区内の保健師とも協議しながら、講義・実習内容をより一層充実させていきたい。

3. 本研究の限界と位置づけ

本研究の限界として、学生と担当した教員、保健師を連結させた分析ではないため、各教育機関や実習施設の指導方法や教育内容・方法などの違いは考慮されていないことがあげられる。さらに、学生を対象とした調査の回収率は52.5%であり、教員の回収率80%、保健師66.3%と比べるとやや低く、保健師への関心が高く調査に協力的な学生からの回答に偏っている可能性がある。

しかし本研究によって、統合カリキュラムにおける学生の到達度評価の現状を精度の高い方法で、多角的な視点から把握することができた。学生、保健師、教員という三者の視点から保健師基礎教育を評価した調査は、国内のみならず海外においてもこれまでに見当たらず、本研究は、保健師教育の実態把握と向上に寄与すると考えられる。

2013年度に調査対象とした7大学では、本調査の翌年度となる2014年度から保健師教育課程の選択制による4年生の実習を開始している。今後は、選択制の成果を、本調査による統合カリキュラム最終年度のベースラインデータを基に評価していきたい。

V 結 語

統合カリキュラム最終年度である2013年に特別区で実習を行った保健師学生の卒業時の技術到達度に

ついて、学生・教員・保健師からみた学生の到達の有無を評価した。その結果、各対象の到達割合は8割に満たないものが多く、統合カリキュラムにおいて、実習期間も制約された中で保健師養成のための講義・実習を行うには限界があると考えられる。

(本研究の一部は、第73回日本公衆衛生学会総会、The 6th international conference on community health nursing research にて発表した。)

調査にご協力いただいた7大学の学生の皆様ならびに教員の皆様、特別区の保健師の皆様にご心より御礼申し上げます。本研究は、JSPA 科研費26463577の助成を受けて行った。なお、開示すべきCOI状態はない。

(受付 2014.12.22)
採用 2015. 8.31)

文 献

- 1) 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(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 2009; 56(9): 692-698.
- 2) 田島桂子. 看護学教育評価の基礎と実際: 看護実践能力育成の充実に向けて(第2版). 東京: 医学書院, 2009; 27-30.
- 3) 若林身歌. 到達度評価. 田中耕治, 編. よくわかる教育評価(第2版). 東京: ミネルヴァ書房, 2010; 22-23.
- 4) Chapman H. Some important limitations of competency-based education with respect to nurse education: an Australian perspective. Nurse Educ Today 1999; 19(2): 129-135.
- 5) Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: a controversial concept: a focused review of literature. Nurse Educ Today 2005; 25(5): 355-362.
- 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と卒業時の到達度」について(通知). 医政発第0919001, 2008. http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080919_01.pdf (2015年10月23日アクセス可能)
- 8) 津野陽子, 丸山美知子, 鈴木良美, 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る実習日数別の到達度の検討. 東邦看護学会誌 2014; 11: 1-7.
- 9) 小林真朝, 大森純子, 小野若菜子, 他. ヘルスプロモーション実習における実習の場による学びの特徴. 聖路加看護大学紀要 2013; 39: 95-100.
- 10) 石井敦子, 岡本光代, 谷野多見子, 他. 「保健師教育における技術項目と卒業時の到達度」の自己評価と地域看護実習の課題. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要 2013; 9: 51-62.
- 11) 野原真理, 若林千津子, 山口絹世. 看護学生の保健所・市町村保健センター実習: 実習経験と自己評価からの分析. 日本看護学会論文集: 地域看護 2013; 43: 159-162.
- 12) 鈴木良美, 新井優紀, 津野陽子, 他. 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 2011; 8: 36-42.
- 13) 矢庭さゆり, 福岡悦子, 金山時恵. 公衆衛生看護学実習における学生の学びと教育的課題: 保健師基礎教育修了時の必須能力から捉える. インターナショナル Nursing Care Research 2010; 9(2): 121-130.
- 14) 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みた学生の学び. お茶の水看護学雑誌 2009; 4(2): 26-33.
- 15) 古田加代子, 深田順子, 百瀬由美子, 他. 学生による大学卒業時における地域看護技術達成度の評価. 愛知県立看護大学紀要 2008; 14: 85-91.
- 16) 菊池チトセ, 市原千里星, 藤川あや, 他. 臨地実習(保健所・市町村)における満足度等の学生の気持ちと到達目標の自己評価に関する調査. 埼玉医科大学短期大学紀要 2008; 19: 79-89.
- 17) 酒井康江, 松尾和枝, 宮地文子, 他. 日本赤十字九州国際看護大学・地域看護学実習Iのプログラムおよび指導法に関する検討. 日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report 2008; 6: 33-40.
- 18) 小野順子, 守田孝恵, 山崎秀夫, 他. 大学教育における地域看護学実習の評価: 行動目標に対する学生の自己評価から. 日本看護学会論文集: 看護教育 2008; 38: 237-239.
- 19) 高橋郁子, 守田孝恵, 山崎秀夫, 他. 地域看護学実習前後の自己評価に関する一考察. 日本看護学会論文集: 看護教育 2007; 37: 461-463.
- 20) 五十嵐久人, 尾上佳代子, 鶴田来美, 他. 地域看護学実習における実習経験内容と自己評価. 南九州看護研究誌 2007; 5(1): 61-65.
- 21) 藤丸知子, 梶勇三郎, 佐藤祐佳, 他. 地域看護学実習の評価と今後の課題: 学生の実習自己評価と到達度の分析から. 保健師ジャーナル 2006; 62(6): 494-500.
- 22) 大川聡子, 松尾理恵, 和泉京子, 他. 地域看護学実習における学生の学びとその到達点の検討. 大阪府立大学看護学部紀要 2006; 12(1): 93-101.
- 23) 須永恭子, 保田明夫, 上野栄一. 内容分析を用いた臨地実習における学習達成の自己評価と指導者評価の分析. Quality Nursing 2004; 10(3): 257-265.
- 24) 石田千絵, 河原加代子, 高石純子, 他. 統合カリキュラムにおける地域看護学実習のあり方: 保健所・保健センターにおける4年間の実習の経過報告. 日本保健科学学会誌 2004; 7(3): 139-147.
- 25) Poulton B, McCammon V. Measuring self-perceived public health nursing competencies using a quantitative approach. Nurse Educ Today 2007; 27(3): 238-246.
- 26) 村嶋幸代. 保健師教育課程修了時の到達度からみた、看護系大学統合カリキュラムの問題点: 全国保健

- 師教育機関協議会「保健師教育の課題と方向性明確化のための調査」から. 第3回大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 資料3. 2009. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/siryo/_icsFiles/afieldfile/2010/03/29/1269123_3_1.pdf (2015年6月16日アクセス可能)
- 27) マーチン・ブランド, ジャネット・ピーコック. EBM 実践のための統計学的 Q & A: 国際的医学雑誌の論文を題材にして [Statistical Questions in Evidence-Based Medicine] (足立堅一, 訳). 東京: 篠原出版新社, 2002; 146-147.
- 28) 白木裕子, 浦橋久美子, 齋藤澄子, 他. 地域看護学実習における実習指導の課題: 保健師の評価を受けて. 茨城キリスト教大学看護学部紀要 2013; 4(1): 57-65.
- 29) 牧内 忍, 仲間紀子, 川崎道子. 地域保健看護実習における学生の健康教育の改善: 学生と指導保健師の評価得点の比較. 沖縄県立看護大学紀要 2009; 10: 55-61.
- 30) 森岡幸子. 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. http://www.nacphn.jp/03/pdf/H21_morioka.pdf (2015年6月16日アクセス可能)
- 31) 松井通子. 平成20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 松井通子). 2009.
- 32) 文部科学省高等教育局長. 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について (通知). 22文科高第976, 2011. http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1305957.htm (2015年8月4日アクセス可能)
- 33) 鈴木良美, 斉藤恵美子, 中田晴美, 他. 23区内7大学学生による「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の自己評価. 第73回日本公衆衛生学会総会抄録集 2014; 550.
- 34) 岸恵美子. 過渡期にある保健師教育 教育側からみた保健師選択制への期待と課題. 保健師ジャーナル 2013; 69(9): 685-691.
-