

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

スズキ ヨシミ* サイトウエミコ²* サワイミナコ³* キシエミコ*
鈴木 良美* 斉藤恵美子²* 澤井美奈子³* 岸 恵美子*
カケモト サトリ ナカダ ハルミ⁵* イガラシチヨ⁶* アサハラキヨミ⁷*
掛本 知里⁴* 中田 晴美⁵* 五十嵐千代⁶* 麻原きよみ⁷*

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での選択制や大学院教育への変革期を迎えている。東京都特別区の多くの大学では全国に先駆けて2014年度から選択制を開始し、その成果を適切に評価する必要がある。そこで本研究の目的を、東京都特別区内7大学の学生を対象に、選択制導入前後における保健師教育の技術到達度と実習の体験を評価することとした。

方法 選択制前年度の2013年度と選択制初年度の2014年度に、地域看護学実習を行った特別区内7大学の4年生を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。対象者数は、2013年度は663人、2014年度は各校20人以内の選択制となり136人であった。学生が、厚生労働省の示した「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の98項目を到達できたかどうかと、特別区が作成した学生実習のめやすをもとにした15項目を体験したかどうかを評価した。

結果 2013年度の回収数348件（回収率52.5%）、有効回答数310件、2014年度対象学生数136人、回収数120人（回収率88.2%）、有効回答数114人であった。学生が小項目の到達レベルを「到達できている」と回答した割合（到達割合）の98項目平均は、2013年度の67.9%から2014年度72.6%へ上昇した。さらに、学生が各項目を体験できたと回答した割合（体験割合）の15項目平均も70.5%から85.7%へ上昇した。しかし、到達割合が8割以上の項目は2014年度でも31項目（31.6%）に留まっていた。

結論 到達割合・体験割合の増加には、特別区では選択制へ移行し、講義・実習を充実させたことや、意欲的な学生が多いことが関連していると考えられる。しかし、学生が到達できていない項目も多く、技術項目の到達には時間的な限界もあると考えられる。

Key words : 保健師, 技術到達度, 評価, 学生, 教員, 保健師基礎教育

日本公衆衛生雑誌 2016; 63(7): 355-366. doi:10.11236/jph.63.7_355

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課程は、2011年度入学生から学内で選抜された者もしくは希望者が同課程を選択する選択制（以下、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る¹⁾。

この改革により、2013年現在、学部に保健師課程のある看護系大学（学年進行中の大学を除く）180校のうち、選択制へ移行したのは146校（81.1%）と8割以上であった。選択制の導入時期は、2011年度は17校（11.6%）のみであり、2012年度が125校（85.6%）と大半であった。2011年度から先駆的に選択制を導入した教育機関のうち、広域的な自治体

* 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* 聖路加国際大学

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

レベルで実習受け入れ人数を制限し、多くの教育機関が一齐に選択制を導入したのは東京都特別区のみであった。東京都特別区の保健所・保健センターでは、看護系大学数の急増に伴い、2011年には年間の実習受け入れ可能な学生数延べ1万人/日を上回ることが試算された²⁾。そこで、2009年度から「東京都特別区における地域看護学（2011年度から公衆衛生看護学）実習を考える会」が設立され、教育機関と実習受け入れ施設との協議により、保健師の質を高めるために学生数を制限することが合意された²⁾。より質の高い保健師養成のためにも、変革期における先駆的な選択制への移行に関する適切な評価が必要である。

近年の教育評価では、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^{3,4)}。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⁴⁻⁶⁾。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⁷⁾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）」⁸⁾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き、講義・実習・演習を含めた教育全般における学生の技術項目の到達度を明らかにする。さらに特別区では、実習受け入れ体制の変更にあたり、「学生実習のめやす4単位 特別区版」を作成し、実習で学生が実施する具体的な内容を定めた。本調査においては、技術項目による主観的な評価に加えて、学生の客観的な体験を評価するためにこの実習のめやすをもとに体験の有無も合わせて調査した。

また、大学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一時点での調査が多かった⁹⁻²⁶⁾。今後は、一大学の枠を超えた、複数の教育機関による経年的な調査が必要である。

以上のことから、選択制への移行期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、複数の教育機関による経年的な調査が望ましいと考えられる。そこで、本研究の目的を、先駆的に選択制を導入した東京都特別区内の7大学学生を対象に、選択制導入前後の技術項目の到達度と実習の体験を評価することとした。

II 研究方法

1. 対象

対象は、特別区内7大学の4年生で、保健師・看護師統合カリキュラム（以下、統合カリキュラム）で地域看護学実習を履修した2013年度卒業生と、選択制初年度に地域看護学実習を履修した2014年度卒業生である。この7大学は、2014年度より学部で保健師教育課程の選択制による実習を開始し、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である。2011年度時点で特別区内には保健師基礎教育機関が13校あり、うち大学12校、養成校1校であった。そのうち2011年度入学生（2014年度卒業生）から選択制を開始したのは8大学であり、組織改正のない大学に限定すると今回の調査対象となる7校となった。なお、その他の教育機関は大学院に移行した教育機関が1校、翌年以降の選択制導入が2校、統合カリキュラム1校であった。

対象者数は、2013年度は統合カリキュラムによって学年全員が保健師課程必修であるため7大学合計663人となった。2014年度は各校20人以内の選択制となり合計136人であった。

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日間実習を受け入れた。それに伴い、各校では、5日間実習の学生に、産業保健や学校保健などの実習を追加した。2014年度以降は、各校20人までの学生実習を受け入れ、実習期間は20日間以上に延長された。各校の学生は、各区の実習施設に配置され、その施設を拠点に関連施設も含めた実習を行っている。

これらの特別区における実習は、保健師と教員の話し合いに基づき、「学生実習のめやす4単位 特別区版」をはじめとし、統一した実習目標や内容を共有した上で実施されている。そのため、7大学学生に対する実習指導内容に大きな差がなく、本研究では、7大学学生の回答を合計して評価することが可能である。

2. 方法

学生が技術項目到達度に到達できたかどうかと、実習の体験に関する項目を体験したかどうかを自己評価する無記名自記式質問紙調査を実施した。調査実施時期は、2013年度は2014年1～3月、2014年度は2014年7月～11月であった。

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など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。

4. 質問項目

本研究の質問項目には、学生の属性、技術項目、さらに体験に関する項目が含まれている。

1) 属性

学生の属性には性別と数年以内の保健師（養護教諭を含む）としての就職希望が含まれる。

2) 技術項目

技術項目は、厚生労働省⁸⁾が示したものであり、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」（地域診断）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」（健康課題の解決・改善）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」（公衆衛生看護管理等）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、計98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」（38項目）、「Ⅱ：指導のもとで実施できる」（32項目）、「Ⅲ：学内演習で実施できる」（11項目）、「Ⅳ：知識としてわかる」（17項目）の4段階で設定されている。これらの小項目ごとの到達度について、「到達できている」「到達できていない」の2件法を設定した。

3) 体験項目

東京都特別区では全国に先駆けて選択制を導入するにあたり、「学生実習のめやす4単位 特別区版」を作成し、実習で体験すべき10項目に関して目標や具体的な内容、必要日数を定めた。10項目には実習オリエンテーション、地区診断、家庭訪問、健康教育、健康相談・診査、関係機関連携・ネットワーク、地区組織活動・セルフヘルプグループ支援、保健所業務、カンファレンス、まとめが含まれる。調査項目はこの実習のめやすをもとに、家庭訪問は同行訪問と同一事例への家庭訪問を分けるなどして15項目の質問項目を作成した（以下、体験項目）。これらの体験項目ごとに「体験した」「体験しなかった」の2件法を設定した。田島⁹⁾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いる。前述した技術項目は学生の主観的な自己評価となるため、より客観的に体験の有無を評価するこの体験項目も合わせて使用し、複合的な評価とした。

5. 倫理的配慮

各対象には、各大学の研究協力者を通じて調査の趣旨、プライバシーの保護、回答の任意性を文章および口頭で伝えた上で、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

項目ごとに単純集計を行った。さらに、技術項目に関しては、学生が各小項目の到達度レベルを「到達できている」と回答した割合（以下、到達割合）を算出した。次いで、全項目の割合の平均を算出した。この算出では、割合を平均値として計算した高木²⁷⁾の方法を参考とした。具体的には、小項目ごとに、「はい」と回答した割合と、「はい」を1点、「いいえ」を0点として算出した平均値は同一の数値となることから、全体の平均値を求めた。また、到達割合が8割以上の小項目と5割未満の大項目、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⁸⁾や、先行研究^{13,28)}でも同様の基準で検討されていたためである。このうち、2014年度に5割未満の項目については、今後の改善点を検討するために、各項目を学生の学習内容や方法という観点から意味のまとまりごとに分類し、共通する特徴を見出した。

体験項目についても、学生が各項目を体験できたと回答した割合（体験割合）、15項目の平均を算出した。全項目の平均の算出は、到達割合の算出と同様の方法とした。

また、2013年度と2014年度における属性、到達割合、体験割合の各項目の差をFisherの正確確率検定により検証した。統計的検定の有意水準は5%とした。なお、統計の分析には統計ソフトSPSS ver. 22 for windowsを用いた。上記の検定結果のうち到達割合と体験割合について、2013年度と2014年度の間で有意差のあった項目に、それぞれどのような特徴があるのかを明らかにするために、各項目を学生の学習内容や方法という観点から意味のまとまりごとに分類し、共通する特徴を見出した。なお、分類した結果の名称を【 】で示した。

Ⅲ 研究結果

1. 質問紙の回収状況

2013年度対象学生数663人、回収数348件（回収率52.5%）、有効回答数310件（有効回答率46.8%）、

2014年度対象学生数136人，回収数120人（回収率88.2%），有効回答数114人（有効回答率83.8%）であった。

2. 属性

表1のとおり，性別は，2013年度は女性288人（92.9%），男性22人（7.1%），2014年度は女性109人（95.6%），男性5人（4.4%）であった。数年以内の保健師としての就職希望者は，2013年度73人（23.5%），職域別にみた希望の内訳（複数回答）は行政保健師29人，産業保健師20人，その他（養護教諭等）37人であった。2014年度の希望者は55人（48.2%），職域別にみた希望の内訳は行政保健師34人，産業保健師16人，その他9人であった。2013年度と2014年度の数年以内の就職希望者の有無で，有意差が認められた（ $P < 0.001$ ）。

3. 到達割合の結果

1) 到達割合の差

到達割合の全98項目の平均は67.9%（2013年度）から，72.6%（2014年度）と4.7ポイント上昇した（表2）。2013年度と2014年度の各小項目の有意差を比較すると，2014年は2013年と比較して，17項目の到達割合が有意に高かった（表2）。有意差のある17項目を学生の学習内容や方法という観点から意味のまとまりごとに分類した結果，共通する特徴として（表3），施策化や健康危機管理のような【公衆衛生看護管理の知識】が11項目，訪問・相談や健康教育といった【支援技術の実施】3項目などが見出された。このうち【公衆衛生看護管理の知識】はレベルⅣの「知識としてわかる」に該当し，【支援技術の実施】はレベルⅠの「ひとりで実施できる」もしくはレベルⅡの「指導のもとで実施できる」に該

表1 学生属性

項目	2013		2014		P
	n	%	n	%	
性別 女	288	92.9	109	95.6	0.376
男	22	7.1	5	4.4	
計	310	100.0	114	100.0	
数年以内の就職希望あり	73	23.5	55	48.2	<0.001
職域別にみた希望の内訳(複数回答)	行政保健師		29	34	
	産業保健師		20	16	
	その他(養護教諭等)		37	9	
	なし	237	76.5	59	51.8
計	310	100.0	114	100.0	

• 分析は Fisher の正確確率検定による。

当した。

2) 到達割合が8割以上，5割未満の項目数

各小項目の到達割合が8割以上の項目数は，2013年度98項目中23項目（23.5%）から2014年度には31項目（31.6%）に増加した（表4）。大項目別にみても，各大項目とも8割以上の小項目数は増加し，2013年度から2014年度にかけて，「1. 地域診断」は22項目中11項目（50.0%）から13項目（59.1%）へ，「2. 健康課題の解決・改善」は54項目中8項目（14.8%）から13項目（24.1%）へ，「3. 公衆衛生看護管理等」は22項目中4項目（18.2%）から5項目（22.7%）となった（表4）。

一方で，5割未満の項目数は14項目から6項目に減少した（表4）。大項目別にみると，2013年度から2014年度にかけて，「1. 地域診断」は両年度とも0項目，「2. 健康課題の解決・改善」は54項目中9項目（16.7%）から6項目（11.1%）へ，「3. 公衆衛生看護管理等」は22項目中5項目（22.7%）から0項目となった（表4）。すなわち，2014年度に5割未満となった6項目は大項目「2. 健康課題の解決・改善」に集中していた。2014年度に到達割合5割未満の項目について意味のまとまりごとに分類した結果，共通する特徴として（表5），社会資源の活用やグループ支援など【複数の人・機関に関連する活動】に関する項目が4項目，【健康危機管理】に関する項目が2項目見出された。このうち，【複数の人・機関に関連する活動】は，レベルⅠ「ひとりで実施できる」とレベルⅡ「指導のもとで実施できる」に該当した。【健康危機管理】は，レベルⅢ「学内演習で実施できる」に該当した。また，2014年度の大項目「3. 公衆衛生看護管理等」には，5割未満の項目は含まれていなかったものの，5割以上の項目が7項目あり，いずれも「施策化」に関連する項目であった。このうち5項目はレベルⅣ「知識としてわかる」に該当した。

4. 体験割合の結果

1) 体験割合の差（表6）

15項目の体験割合の平均は，2013年度70.5%から，2014年度は85.7%と15.2ポイント上昇し，15項目すべてが2014年度に体験の割合が増加していた。2013年度と2014年度で体験割合に有意差のあった項目は10項目あり，それらの項目を意味のまとまりごとに分類した結果，共通する特徴として，訪問，健康教育，健診などの【支援技術の見学・実施】が6項目，【連携機関・会議の見学】が4項目見出された。

2) 体験割合が8割以上，5割未満の項目

体験割合の2013年度と2014年度を比較すると，8割以上の項目は，15項目中5項目から10項目に増加

表2 各小項目ごとの到達割合

2013年度 n=310, 2014年度 n=114

大項目	小項目	個人/家族		P	集団/地域		P		
		到達レベル	到達割合 (%)		到達レベル	到達割合 (%)			
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	93.0	0.036	I	88.0	87.6	
	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	90.4		I	87.1	85.8	
	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	76.3		I	83.8	77.0	
	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	92.1		II	79.6	86.7	
	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	87.7		I	74.8	82.3	
	6) 顕在している健康課題を見出す	I	87.1	93.9		I	83.8	81.4	
	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	75.4		III	57.0	67.3	
	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	83.3		III	71.5	76.1	
	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	71.1		II	66.7	75.2	
	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	77.2		II	68.9	80.5	
	11) 健康課題について優先順位をつける	I	80.3	87.7		II	72.8	78.8	
2. 地域の健康課題を明らかにする	12) 目的・目標を設定する	I	86.1	90.4	0.006	II	83.5	85.0	
	13) 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	78.3	78.9		II	72.2	77.9	
	14) 実施計画を立案する	I	74.4	75.4		II	70.9	72.6	
	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	63.2		II	63.1	67.3	
	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	81.4		II	75.4	83.2	
	17) 地域の人々の持つ力を引きだすよう支援する	I	70.9	74.3		II	64.3	71.9	
	18) 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	62.8	69.0		II	54.7	62.3	
	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	61.9		II	50.6	64.0	
	20) 健康教育による支援を行う	I	69.8	83.2		II	70.1	93.9	
	21) 地域組織・当事者グループ等を支援する	I	56.2	49.6		II	49.3	48.2	
	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	54.1	51.8		II	55.2	58.8	
3. 地域の健康課題を明らかにする	23) 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	45.8	45.0	0.001	II	55.2	49.1	
	24) 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	45.8	45.0		III	48.1	54.4	
	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	45.8	45.0		II	48.3	54.5	
	26) 法律や条例等を踏まえて活動する	I	62.3	68.1		II	61.5	71.1	
	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	48.2		III	41.4	44.6	
	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	59.8		IV	38.8	54.0	
	29) 目的に基づいて活動を記録する	I	81.9	89.4		I	79.6	86.0	
	30) 活動の評価を行う	I	82.5	88.6		II	82.8	88.6	
	31) 評価結果を活動にフィードバックする	I	72.8	75.4		II	69.3	75.4	
	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	68.4		II	64.3	65.8	
	33) 必要な対象に継続した活動(含フォローアップ)を行う	II	61.2	56.6		III	57.3	54.4	
4. 地域の健康課題を明らかにする	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	90.4	0.036	I	84.4	87.7	
	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	81.6		III	75.4	73.7	
	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	71.9		III	72.2	69.3	
	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	78.9		II	76.9	78.1	
	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	70.2		III	73.5	67.5	
	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	68.4		III	70.6	69.3	
	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	88.6		I	80.3	88.6	
	41) 施策化に必要な情報を収集する	II	79.3	81.6		II	79.3	81.6	
	42) 施策化が必要である根拠について資料化する	II	48.5	55.3		II	48.5	55.3	
	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	56.1		III	50.6	56.1	
	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	56.1		IV	48.7	56.1	
5. 地域の健康課題を明らかにする	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	75.4	0.036	IV	64.2	75.4	
	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	64.9		IV	53.4	64.9	
	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	51.8		IV	39.4	51.8	
	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	58.8		IV	45.6	58.8	
	49) 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	IV	46.1	57.9		IV	46.1	57.9	
	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	62.3		IV	51.0	62.3	
	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	99.1		I	92.6	99.1	
	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	98.2		I	93.9	98.2	
	53) 倫理的に検討・判断した上で実践する	I	89.7	93.0		I	89.7	93.0	
	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	67.5		IV	62.9	67.5	
	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機会と場、方法を提供する	IV	62.6	74.6		IV	62.6	74.6	
6. 地域の健康課題を明らかにする	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	67.5	0.021	IV	58.1	67.5	
	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	68.4		IV	55.5	68.4	
	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	59.6		IV	51.6	59.6	
	59) 効率・効果的に業務を行う	IV	61.5	71.9		IV	61.5	71.9	
	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	65.8		IV	53.2	65.8	
	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	60.5		IV	50.0	60.5	
	全項目の平均						67.9	72.6	
	有意差のある項目数								17項目

● 卒業時の到達レベルは、「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。
 ● 分析は Fisher の正確確率検定による。有意水準 5%未満のみ示した。
 ● 濃いグレーは 8割以上、薄いグレーは 5割未満を示す。

表3 到達割合に有意差のある小項目間で共通する特徴

小項目	個人/家族		到達割合 (%)		P	集団/地域		到達割合 (%)		P	【共通する特徴】
	到達度レベル	2013	2014	到達度レベル		2013	2014				
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	75.4	0.035		
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	64.9	0.036		
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	51.8	0.027		施策化
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	58.8	0.021		
49) 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する						IV	46.1	57.9	0.037		【公衆衛生看護管理の知識】
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	59.8	0.001		IV	38.8	54.0	0.008		健康危機管理
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	68.4	0.019		
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	62.3	0.048		サービスの質保障
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	65.8	0.027		
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に機会と場、方法を提供する						IV	62.6	74.6	0.021		主体的参画促進
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)						II	50.6	64.0	0.016		【支援技術の実施】
20) 健康教育による支援を行う	I	69.8	83.2	0.006		II	70.1	93.9	<0.001		訪問・相談による支援
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						II	68.9	80.5	0.020		【住民の力を見出す】
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	99.1	0.008		【個人情報管理】

・濃いグレーは到達割合8割以上、薄いグレーは5割未満を示す。

表4 8割以上、5割未満の大項目ごとの到達割合

2013年度 n=310, 2014年度 n=114

大項目	小項目数	8割以上				5割未満			
		2013		2014		2013		2014	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. 地域の健康課題を明らかにする(地域診断)	22	11	50.0	13	59.1	0	0	0	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(健康課題の解決・改善)	54	8	14.8	13	24.1	9	16.7	6	11.1
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(公衆衛生看護管理等)	22	4	18.2	5	22.7	5	22.7	0	0
合計	98	23	23.5	31	29.6	14	14.3	6	6.1

し、5割未満の項目は15項目中2項目から1項目に減少した。この1項目は「6. 同一事例の複数訪問」(25.4%)であった。

IV 考察

本調査の結果から、2013年度と2014年度の調査結果を比較し、到達・体験割合が増加した項目とその背景、さらに到達・体験割合の低い項目への対策や課題を述べる。

1. 到達・体験割合が増加した項目とその背景

到達割合98項目の平均が2014年度には4.7ポイント増加し、17項目の到達割合が有意に増加していた。さらに、体験割合についても、15項目の平均が2014年度には15.2ポイント増加し、全項目の割合が増加しており、10項目に有意差が認められた。すなわち、到達割合、体験割合ともに、全体的に2013年度よりも2014年度の方が、高い傾向にあると言える。以下、どのような点がこれらの肯定的な成果に

表5 2014年度 到達割合 5割未満の項目の中で共通する特徴

小項目	個人/ 家族		集団/ 地域		【共通する特徴】
	到達度 レベル	%	到達度 レベル	%	
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	49.6			
23) 支援目的に応じて社会資源を活用する			II	49.1	【複数の人・機関 に関連する活動】
21) 地域組織・当事者グループ等を支援する			II	48.2	
24) 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	45.0			
27) 危機状態 (DV・虐待・災害・感染症等) への予防策を講じる	III	48.2	III	44.6	【健康危機管理】

• 濃いグレーは到達割合 8割以上, 薄いグレーは 5割未満を示す。

表6 実習での体験割合 (体験項目を体験した割合)

2013年度 n=310, 2014年度 n=114

No.	実習体験項目 (省略版)	2013		2014		P	有意差の ある項目の 【共通する特徴】
		n	%	n	%		
1	実習オリエンテーションで保健所・保健センターの役割・機能を聞く (オリエンテーション)	307	99.0	114	100.0		
2	地域診断に必要な情報を収集する (地域の情報収集)	305	98.4	114	100.0		
3	地域の健康課題を明らかにする (健康課題明確化)	297	95.8	110	96.5		
4	保健師に同行して家庭訪問を見学する (同行訪問)	240	77.4	112	98.2	<0.001	【支援技術の 見学・実施】
5	家庭訪問で, 計測や相談, 情報提供等の保健師活動をいずれか1つ以上体験する (訪問での体験)	182	58.7	86	75.4	0.001	
6	同一事例に2回以上の訪問を体験する (同一事例の複数訪問)	48	15.5	29	25.4	0.023	
7	教員や保健師の前で健康教育のリハーサル・発表を行う (健康教育リハーサル)	247	79.7	114	100.0	<0.001	
8	住民の前で健康教育を行う (健康教育実施)	203	65.5	114	100.0	<0.001	
9	家庭訪問を除く健康相談・健康診査事業等で, 相談や健康診査を見学する (健診見学)	294	94.8	114	100.0	0.008	
10	家庭訪問を除く健康相談・健康診査事業等で, 問診や相談等の保健師活動をいずれか1つ以上体験する (問診体験)	175	56.5	82	71.9	0.005	
11	保健所・保健センター実習中に, 保健所・保健センター以外の関連機関を見学する (関係機関見学)	224	72.3	106	93.0	<0.001	【連携機関・ 会議の見学】
12	関係機関との事例検討会や連絡会議を見学する (連絡会議見学)	171	55.2	94	82.5	<0.001	
13	住民の行う地区組織活動 (例: 住民主体の体操教室など) や自助グループ (断酒会, 患者会など) へ参加する (地区組織活動見学)	222	71.6	88	77.2		
14	結核・感染症対策等の保健所業務を見学する (保健所見学)	59	19.0	76	66.7	<0.001	
15	保健所・保健センターで実習のカンファレンスを行う (カンファレンス)	302	97.7	113	99.1		
	平均		70.5		85.7		
	体験割合 8割以上の項目数		5		10		
	体験割合 5割未満の項目数		2		1		

• nは無回答を除いて算出。
 • 分析は Fisher の正確確率検定による。有意水準 5%未満のみ示した。
 • 濃いグレーは 8割以上, 薄いグレーは 5割未満を示す。

影響したのかを, 2013年度と2014年度で有意差のあった項目から検討する。

到達割合が, 2013年度と比較し2014年に有意に増加した項目は17項目あった。この17項目を意味のま

とまりごとに分類した結果, 共通する特徴として【公衆衛生看護管理の知識】や【支援技術の実施】などが見出された。また, 体験割合に関して2014年度に有意に増加した項目は10項目あり, これらの項

目の中で共通する特徴として【支援技術の見学・実施】、【連携機関・会議の見学】が見出された。

このうち到達割合が増加した項目から見出された施策化や健康危機管理などの【公衆衛生看護管理の知識】はレベルⅣの「知識としてわかる」に該当し、知識として学んだことを明確に評価できる項目であったと考えられる。これらの項目の到達割合が増加した背景として、各校が2013年度の調査結果から公衆衛生看護管理の知識等に関する到達割合の低さを認識し講義・実習の改善に取り組んだ²⁹⁾ことが影響していると考えられる。改善への取り組みの具体例として、A大学では学生が施策化の一例を実習中にも意識的に学べるよう、先駆的な事業の見学に加えて、見学だけではわからない事業立案のきっかけや、年間の活動計画、予算などについても保健師から情報収集し、学生同士で発表し合うなどして学習できるよう工夫していた。加えて、2014年度に特別区内で選択制実習を担当した保健師を対象としたインタビューでは、学生の基礎能力の高さが指摘されており³⁰⁾、選択制になり基礎能力の高い学生が実習に臨んだことも、割合の増加に影響していると考えられる。

さらに、到達割合から見出された健康診査・相談や健康教育といった【支援技術の実施】はレベルⅠの「ひとりで実施できる」もしくはレベルⅡの「指導のもとで実施できる」に該当し、実習での体験と直接結びつく項目であったと考えられる。また、体験割合からも【支援技術の見学・実施】が見出された。これらの結果から、2014年度の学生は実習において保健師の支援技術を見学し、実際の支援技術の一部を実施できる割合が2013年度の学生と比較して増加したと言える。教員を対象とした過去の調査では、統合カリキュラムを実施している看護系大学では、訪問・相談による支援など直接的支援の到達が不十分であることが指摘されていた³¹⁾。統合カリキュラムにおける課題の一つでもあった直接的支援の不十分さが、本調査の2014年度分では改善されつつあると言える。

支援技術に関する到達・体験割合が増加した背景として、より質の高い保健師養成のために、学生の実習期間が延長され、さらに「学生実習のめやす4単位 特別区版」に基づき、学生が多くの保健師活動を体験できるように保健師と教員が協議し、実習の準備・および指導を行ったことが影響していると考えられる。実習準備の例として、2014年度から実習で体験可能とされた問診に関しては、実習前に実習地の保健師と教員で進め方を協議し、各校では教員がモデルケースの検討や技術演習などを取り入

れ、実習地では保健師が住民役となってロールプレイを行ったり、技術チェックなどを行っていた。割合が増加した背景としては上記に加え、意欲的・積極的な学生が多くなった可能性も考えられる。保健師や教員を対象とした従来の調査では、保健師基礎教育を受ける学生は、保健師を目指す学生ばかりではないため学習意欲が低いことが問題視されていた^{32,33)}。他方で、2014年度に実習指導を担当した特別区の保健師を対象としたインタビューからは、学生の関心や学ぼうとする意欲、積極性は、学びを質・量ともに高め、同時に保健師側にもっと教えたいと感じさせ、指導の手応えや新たな気づきにつながったことが語られていた³⁰⁾。選択制となり、学生の意欲が保健師の指導意欲も向上させ、相乗効果をもたらしたのではないかと考えられる。

また、体験割合が増加した項目からは【連携機関・会議の見学】が見出された。これは、2014年度の学生は2013年度の学生と比べ、関係機関や連絡会議、感染症等の見学の割合が増加し、見学の内容も保健センター内での健診など見学に加えて、多様な関係機関やその機関との連携など幅広く学ぶ機会が増加傾向にあると考えられる。この背景として、学生の実習期間が延長され、実習のめやすに基づき、学生が多様な見学ができるよう配慮された実習が行われたためであると考えられる。

2. 到達・体験割合の低い項目への対策や課題

到達割合8割以上の項目は2013年度の98項目中23項目(23.5%)から2014年度には31項目(31.6%)となった。これは2013年度から比べると増加傾向にはあるものの、2014年度でも8割の到達割合を満たした項目は3割のみであり、十分に到達できているとは言えないのが現状である。大項目別に到達割合が8割以上となった項目をみると、最も割合の高い大項目1でも59.1%であり、大項目2,3は20%台であった。さらに、2014年度に到達割合が5割未満の6項目はすべて大項目2に集中していた。これらのことから、とくに大項目2,3の改善が望まれる。また、体験割合に関しても8割以上となった項目は、2014年度で15項目中10項目に留まっていた。体験項目のもととなる実習のめやすは、特別区として実現可能性を考えて作成されていたものの、3分の1は8割未満となった。これらの結果を踏まえて、到達・体験割合の低い項目への対策や課題として、1) 割合は低い改善が見込まれる項目、2) 到達が困難な項目について述べる。

1) 割合は低い改善が見込まれる項目

2014年度に到達割合が5割未満の項目は6項目すべてが大項目2に集中していた。これらの項目に

は、社会資源の活用やグループ支援など【複数の人・機関に関連する活動の実施】や、【健康危機管理】が含まれていた。このうち【健康危機管理】に関してはレベルⅢの「学内演習で実施できる」に該当していた。また、大項目3では到達割合5割未満の項目はないものの、5割台の7項目は「施策化」に関する項目であり、うち5項目はレベルⅣ「知識としてわかる」に該当していた。これら【健康危機管理】や「施策化」の到達割合が低い背景としては、主に講義・実習での知識習得や演習の不十分さが影響していると考えられる。その対策として、すでに取り組みを開始している事柄ではあるが、「公衆衛生看護実習を考える会」などを活用し、教員・保健師で本調査結果を共有し、各機関での改善に向けた実践例を報告しあうなどして状況を改善させるための方策を検討することがあげられる。さらに各校で、健康危機管理や施策化などで到達割合の低い部分を講義や演習で意識的に学習させる必要があると考える。加えて、実習においても学生が学習している内容を明確に意識できるように工夫する必要がある。これまでの研究でも、学生の到達度が低い項目について強化する知識・技術を教員間で検討し共有し、講義・実習に反映したことで技術項目が改善していた報告がなされている⁹⁾。今後、教員・保健師の協働によって対策を検討・実施することで改善が可能となると考えられる。

2) 到達が困難な項目

大項目2で到達割合が5割未満の項目のうち、グループへの支援や社会資源の活用を含む【複数の人・機関に関連する活動の実施】についてはレベルⅠ「ひとりで実施できる」とレベルⅡの「指導のもとで実施できる」に該当し、複数の人や機関への働きかけを実際に行うことが求められている。これらの到達が難しい背景として、2014年度に実習期間は20日間に延長されたものの、この期間内では、学生の体験項目をみても、訪問・問診の体験も8割に満たず、保健師活動の基本となる個人への支援技術の体験も不足しているのが現状であった。その中で、例えば「21) 地域組織・当事者グループ等を支援する」(レベルⅡ, 集団/地域)といった、より多くの対象への高度な技術を要する支援に到達するには時間的にも限界があると考えられる。また、選択制導入後の2014年度でも体験割合が25.4%と5割未満であったのは、同一事例の複数訪問であった。20日間という限られた実習期間では、学生を同伴して複数回の訪問が可能でケースが少なく、到達が難しいことが考えられる。継続訪問は学生が行った保健指導への評価や、対象者の観察から具体的な訪問計画や

指導の機会ともなる重要な実習項目であることが指摘されている³²⁾ものの現状では体験が困難であった。以上のように、選択制へ移行し実習期間も以前よりは増え、実習内容も充実しつつあるものの、すべての技術項目・体験項目を到達・体験するには時間的にも限界があると考えられる。

3. 本研究の限界と位置づけ

本研究の限界として、2013年度と2014年度の学生は、同じ大学ではあるものの、2013年度は統合カリキュラムの学生であり、保健所・保健センター実習期間も10日間の学生と5日間の学生がいること、2014年度は選抜された学生であり、実習期間が20日間となっており、必ずしも対象の背景が一致していないことがあげられる。さらに、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。また、2013年度の質問紙の回収率は52.5%とやや低い一方で、選択制となった2014年度の回収率は88.2%であり、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、特別区の保健師と区内の大学教員が協働して行った先駆的な選択制への取り組みを継年的な調査によって評価することができた。本研究は、選択制教育の実態把握と今後の保健師教育の向上に寄与すると考えられる。

V 結 語

先駆的に選択制を導入した東京都特別区内の7大学学生を対象に、選択制前年度の2013年と選択制開始年度の2014年度における学生の技術項目の到達と体験の割合を無記名自記式質問紙調査にて評価した。

統計的な分析の結果、学生が小項目の到達レベルを「到達できている」と回答した割合(到達割合)の全98項目平均、実習を体験した割合(体験割合)の全15項目平均のいずれも、2013年度よりも2014年度に割合が上昇していた。どのような項目の割合が上昇したのかを確認するため、到達割合・体験割合で有意差のあった項目に関して学生の学習内容や方法という観点から意味のまとまりごとに分類した結果、共通する特徴として【公衆衛生看護管理の知識】、【支援技術の見学・実施】、【連携機関・会議の見学】が見出された。これらの特徴から、知識・見学・体験に関する割合が増加したと言える。これらの割合の増加には選択制導入に伴い、保健師と教員が協議し双方の努力によって講義・実習を充実させたことや、基礎的能力が高く意欲的な学生が多くなったことが背景にあると考えられる。

他方で、【健康危機管理】や「施策化」等の到達

割合は5~6割未満と低かった。この背景としては、講義・実習での知識習得や演習の不十分さが影響していると考えられる。その対策として、学生が上記の内容を意識的に学べるよう、各校および、教員と保健師間で学生の到達割合向上のための工夫や検討を重ねる必要があろう。また、選択制へ移行し実習期間も以前より増加し、実習内容も充実しつつあるものの、到達割合8割以上は2014年度でも3割程度であるなど、すべての技術項目の到達には時間的にも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、第3,4回公衆衛生看護学会学術集会にて発表した。)

調査にご協力いただいた7大学の学生の皆様、学生実習にご指導いただいた特別区保健師の皆様、データ分析に際してご助言いただいた共立女子大学看護学部の高木廣文教授に心より御礼申し上げます。本研究は、科学研究費補助金基盤研究(C)(平成26-28年度)の助成を受けて行った。記載すべきCOI状態はない。

(受付 2015.11.19)
(採用 2016. 6. 7)

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) 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.
- 3) 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.
- 4) 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). 京都: ミネルヴァ書房. 2010; 22-23.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 厚生労働省医政局看護課長. 「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」について(通知). 医政看発第0919001, 2008. http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080919_01.pdf (2016年6月16日アクセス可能).
- 9) 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.
- 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) 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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 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.
- 21) 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.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 須永恭子, 保田明夫, 上野栄一, 他. 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.
- 25) 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.
- 26) Poulton B, McCammon V. Measuring self-perceived public health nursing competencies using a quantitative approach. *Nurse Educ Today* 2007; 27(3): 238-246.
- 27) 高木廣文. 統計学のキー・ポイント: 「検定」に焦点を当てて (第4回) 割合についての検定: Tests for Proportion. *看護研究* 2014; 47(3): 264-269.
- 28) 村嶋幸代. 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3回) 資料3 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. 2009.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/siryo/_icsFiles/afieldfile/2010/03/29/1269123_3_1.pdf (2016年6月12日アクセス可能).
- 29) 鈴木良美, 斉藤恵美子, 澤井美奈子, 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.
- 30) 澤井美奈子, 山口智美, 鈴木良美, 他. 自治体と大学の協働による先駆的選択制実習の成果: 指導保健師へのインタビューから. 第74回日本公衆衛生学会総会抄録集 2015; 489.
- 31) 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 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* 2009; 56(11): 821-824.
- 32) 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臨地実習のあり方に関する調査研究. 2009.
- 33) 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. 2010.
http://www.nacphn.jp/03/pdf/H21_morioka.pdf (2016年2月1日アクセス可能).
-

Evaluation of skill achievement levels and practical experiences of public health nursing students before and after the introduction of the public health nursing course as an elective

Yoshimi SUZUKI*, Emiko SAITO^{2*}, Minako SAWAI^{3*}, Emiko KISHI*,
Satori KAKEMOTO^{4*}, Harumi NAKADA^{5*}, Chiyo IGARASHI^{6*} and Kiyomi ASAHARA^{7*}

Key words : public health nurse, skill achievement level, evaluation, student, faculty, basic education of public health nurses

Objective To equip public health nurses (PHNs) with higher qualifications, PHN education is shifting from an integrated curriculum for PHNs and registered nurses to a specific elective system of undergraduate or postgraduate programs. Most colleges in the special wards of Tokyo introduced the elective system in 2014 before the remaining areas. The outcomes of this must be evaluated. This study aimed to evaluate the achievement levels and practical experiences of PHN students at seven colleges in the special wards before and after introduction of the PHN course as an elective.

Method Self-administered, anonymous questionnaires were completed by senior PHN students at seven colleges in the special wards who underwent training in 2013, the last year of an integrated curriculum, and in 2014, the first year of the elective system. The target numbers of participants were 663 in 2013 and 136 in 2014 with 20 students from each school exposed to the elective system. Our study focused on whether they achieved the 98 “technical items of PHN training and achievement levels at the time of graduation” required by the Ministry of Health, Labour and Welfare. The study also determined whether participants obtained practical experience in 15 items developed by the special wards based on the standards set for training.

Results In 2013, there were 348 total responses (52.5%) and 310 valid responses. In 2014, there were 136 total responses (88.2%) and 120 valid responses. The average achievement rate at which the student answered, “I was able to arrive at it,” at an arrival degree level for the 98 technical items was 72.6% in 2014, an increase compared to the 67.9% obtained in 2013. Moreover, the average practical experience rate at which the student answered, “I was able to have an experience,” regarding the 15 items was 85.7% in 2014, which constituted an increase compared to 70.5% attained in 2013. However, the number of items with an achievement rate of more than 80% remained at 31 (31.6%) in 2014.

Conclusion Increasing percentages of average achievement and experience rate suggest that the lecture and training have improved, and highly motivated students could have been selected in the PHN program. However, students did not achieve the target rate for many of the items. Thus, there was a time limit to experience the technical item/the experience item.

* Toho University

2* Tokyo Metropolitan University

3* The Japanese Red Cross College of Nursing

4* Tokyo Ariake University of Medical and Health Sciences

5* Tokyo Women's Medical University

6* Tokyo University of Technology

7* St. Luke's International University