

【研究報告】

「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

Undergraduate Students' Self-assessment of "Skill Items and Achievement Levels in Public Health Nursing Education" in Comparison to Length of Practicum

津野陽子¹⁾ 丸山美知子²⁾ 鈴木良美²⁾
大宮朋子²⁾ 美ノ谷新子³⁾ 杉本正子⁴⁾

Yoko TSUNO¹⁾, Michiko MARUYAMA²⁾, Yoshimi SUZUKI²⁾,
Tomoko OMIYA²⁾, Shinko MINOTANI³⁾, Masako SUGIMOTO⁴⁾

要 旨

本研究は、保健所実習日数別の分析により保健所実習後の目標到達度を把握することを目的とした。2010～2011年度に地域看護学の講義および保健所等実習を終了したA大学の学生141人を対象とし、無記名自記式質問紙調査を行った。厚生労働省の示した「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度（2008年9月）」の項目および保健所実習日数を尋ねた。回答を得た102人（有効回答率72.3%）を分析対象とした。

実習日数により到達度に差があった技術項目は、「目的・目標を設定する」で5日間実習のほうが到達度は高く、「法律や条例等を踏まえて活動する」で10日間実習のほうが到達度は高くなっていた。10日間保健所もしくは5日間保健所プラス地域包括支援センター等の短い実習日数で経験できることには限界があり、実習前の講義・演習、実習後のカンファレンスにおける経験の共有などによる技術の補足をさらに工夫し強化する必要があることが示された。

キーワード：保健師 大学教育 到達度評価 技術

I. 緒 言

わが国における健康格差が広がりつつある中、保健師には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¹⁾。他方で、看護系大学の増加による「保健師学生」が急増する中、上記のような能力を備えた質の高い保健師教育を実施できる体制整備が必要とされ²⁾、保健師基礎教育はその体制

整備の変革期にあると言える。

2009年の保健師助産師看護師法の改正で、保健師国家試験の受験資格は、修業年限が6ヶ月以上から1年以上に延長されることになった。さらに、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」²⁾において、保健師教育は大学での選択制の導入を可能とすることが示された。それに伴い、東京都23区では2014年からの保健所実習は、期間が延長され4週間（20日間）となるが各校20名程度を上限とすること、移行措置とし

¹⁾ 東京大学政策ビジョン研究センター

²⁾ 東邦大学看護学部看護学科

³⁾ 順天堂大学保健看護学部

⁴⁾ 獨協医科大学大学院看護学研究科

¹⁾ Todai Policy Alternatives Research Institute, The University of Tokyo

²⁾ Faculty of Nursing, Toho University

³⁾ School of Health Sciences and Nursing, Juntendo University

⁴⁾ Graduate School of Nursing, Dokkyo Medical University

て2011～2013年の移行期は、10日間と5日間に分かれて保健所実習を受け入れることが2010年1月に通知された。いずれも保健師国家試験受験資格の教育の質担保が求められており、厚生労働省から示された「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度（2008年9月）」³⁾では、保健師の資格を取得するために卒業時において到達目標すべき項目が具体的に挙げられている。

A大学において、学生の実習受け入れ制限や教育期間の延長に対応し、2011年以降の入学生（保健所実習は2014年度）から保健師養成が学部での選択制となる。2011～2013年の移行期は、東京都23区では10日間と5日間に分かれて保健所実習が受け入れられている。A大学では、保健所5日間実習については、さらに地域包括支援センター等での実習を組み合わせて地域看護学実習としている。

2011～2013年の移行期は、A大学においても保健師基礎教育の体制整備は変革期にあるといえるだろう。これらの法改正や保健師基礎教育の動向も踏まえ、将来を展望した体制整備やカリキュラム改善が必要とされている。質の高い保健師教育を行うためにも学生の「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」を把握することは、有益な検討資料となると考えられる。A大学では、厚生労働省が示した「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の基となった研究結果の項目を用い、2008年度から保健所実習終了後に調査を実施し、その結果をもとに教育評価を行い、講義・実習の改善に活用している⁴⁾。

本研究では、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（2008年9月）」³⁾の項目に基づき、学生の自己評価によって保健所実習後の到達度を把握し、また、保健所実習日数別の比較をすることで教育評価を行うことを目的とする。これらの結果を踏まえ、A大学における地域看護学の講義と実習の教育評価および今後のカリキュラム改訂に資することを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象

2010年度および2011年度に地域看護学の講義および保健所等実習を終了したA大学の学生141人を対象とした。回答を得た102人（有効回答率72.3%）を分析対象とした。

2. 方法

無記名自記式質問紙調査とした。保健所実習が終了し、

学内での地域看護に関する講義・演習等も終了した時点で調査を実施した。学内で手渡しにて配票し、調査票の回収は、回収箱を設置した。調査時期は、2010年7月～2011年7月だった。

3. 調査内容

質問紙の内容は、厚生労働省（2008年）が示した「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の項目および、保健所実習日数、学年である。保健所実習日数は、10日間保健所実習（以下、10日間実習）と5日間保健所実習プラス地域包括支援センター等実習（以下、5日間実習）に区分した。

「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の技術項目は、大・中・小項目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、技術項目は、「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。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段階で設定されており、各技術項目について達成できたかの有無を尋ねた。

4. 分析方法

保健師教育の技術項目の到達度に関するA大学の学生の全体傾向を把握するため、調査項目ごとの単純集計を行った。10日間実習・5日間実習の実習日数別に到達度の差異がないか検討するため、保健所の実習日数別にクロス集計および χ^2 検定を行った。また、先行研究⁴⁾⁵⁾にならい、「到達できている」とした回答割合が80%以上の項目数および50%未満の回答数を集計した。

III. 倫理的配慮

本研究は、東邦大学看護学部倫理委員会の承認（承認番号23015）を得て実施した。

調査の趣旨説明と調査協力依頼を口頭および書面にて実施した。回答は無記名でありプライバシーを保護すること、回答内容は科目の評価等は一切関係なく、学生が不利益になることはないことを説明したうえで、回答は任意であることを伝え、調査票の回収をもって研究への同意とみなした。

IV. 結 果

1. 対象者の属性

保健所実習日数別の分析対象者数は、10日間実習74人(75.2%)、5日間実習28人(24.8%)であった。

2. 学生全体の技術項目の到達割合(表1)

本研究では、到達度が80%以上の技術項目が多く、50%以下の技術項目が少なかったため、85%以上を到達度が高い技術項目、60%以下を到達度が低い技術項目と

して記述する。

大項目1の「地域の健康課題を明らかにする」で到達度が高かった技術項目は、個人/家族対象で「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」(88.2%)、「6.顕在している健康課題を見出す」(85.3%)であり、集団/地域を対象とした到達度より全体として高くなっていた。到達度の低かった技術項目は、個人/家族および集団/地域を対象とするものに共通して「9.活用できる社会資源の不足・利用する上での問題

表1-1 学生全体の技術項目の到達割合

大項目	技術項目(小項目)	個人/家族	到達できたか				集団/地域	到達できたか			
			はい		いいえ			はい		いいえ	
			n	%	n	%		n	%	n	%
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	86	84.3%	16	15.7%	I	78	78.8%	21	21.2%
	2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	76	74.5%	26	25.5%	II	75	75.8%	24	24.2%
	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	69	67.6%	33	32.4%	I	67	67.7%	32	32.3%
	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	I	90	88.2%	12	11.8%	I	79	79.8%	20	20.2%
	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	76	76.0%	24	24.0%	I	69	71.1%	28	28.9%
	6 顕在している健康課題を見出す	I	87	85.3%	15	14.7%	I	79	81.4%	18	18.6%
	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	67	67.0%	33	33.0%	III	62	62.6%	37	37.4%
	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	76	75.2%	25	24.8%	III	68	68.7%	31	31.3%
	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	I	60	59.4%	41	40.6%	II	58	59.2%	40	40.8%
	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	77	76.2%	24	23.8%	II	74	77.1%	22	22.9%
	11 健康課題について優先順位をつける	I	60	60.0%	40	40.0%	II	58	59.8%	39	40.2%
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	87	85.3%	15	14.7%	II	86	87.8%	12	12.2%
	13 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	76	74.5%	26	25.5%	II	80	81.6%	18	18.4%
	14 実施計画を立案する	I	76	74.5%	26	25.5%	II	79	80.6%	19	19.4%
	15 評価項目の項目・方法・時期について評価計画を立案する	I	62	60.8%	40	39.2%	II	62	63.3%	36	36.7%
	16 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	80	81.6%	18	18.4%	II	79	82.3%	17	17.7%
	17 地域の人々の持つ力を引きだすよう支援する	I	71	71.7%	28	28.3%	II	69	71.9%	27	28.1%
	18 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	70	70.7%	29	29.3%	II	64	66.0%	33	34.0%
	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	72	72.7%	27	27.3%	II	69	71.1%	28	28.9%
	20 健康教育による支援を行う	I	79	79.8%	20	20.2%	II	93	95.9%	4	4.1%
	21 地域組織・当事者グループ等を支援する						II	51	73.9%	18	26.1%
	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	58	58.6%	41	41.4%	II	58	59.8%	39	40.2%
	23 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	64	64.6%	35	35.4%	II	64	66.0%	33	34.0%
	24 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	68	68.7%	31	31.3%	III	69	71.1%	28	28.9%
	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	47	68.1%	22	31.9%
	26 法律や条例等を踏まえて活動する	I	70	70.7%	29	29.3%	II	73	76.0%	23	24.0%
	27 危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)への予防策を講じる	III	62	62.6%	37	37.4%	III	58	60.4%	38	39.6%
	28 危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)に迅速に対応する	IV	58	58.6%	41	41.4%	IV	55	57.3%	41	42.7%
	29 目的に基づいて活動を記録する	I	90	90.9%	9	9.1%	I	86	89.6%	10	10.4%
	30 活動の評価を行う	I	82	82.8%	17	17.2%	II	81	84.4%	15	15.6%
	31 評価結果を活動にフィードバックする	I	71	71.7%	28	28.3%	II	73	76.0%	23	24.0%
	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	75	75.8%	24	24.2%	II	71	74.0%	25	26.0%
	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	67	67.7%	32	32.3%	III	65	67.7%	31	32.3%
	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	83	84.7%	15	15.3%	I	83	86.5%	13	13.5%
	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	77.8%	22	22.2%	III	75	78.1%	21	21.9%
	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	83	83.8%	16	16.2%	III	77	80.2%	19	19.8%
	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	84	84.8%	15	15.2%	II	84	88.4%	11	11.6%
	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	82	82.8%	17	17.2%	III	76	80.9%	18	19.1%
	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	85	85.9%	14	14.1%	III	80	83.3%	16	16.7%

注 1) n=104、割合は無回答を除いて算出。

注 2) 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段階で設定されている。

表 1-2 学生全体の技術項目の到達割合

大項目	技術項目(小項目)	集団/ 地域	到達できたか				
			到達度	はい		いいえ	
				n	%	n	%
3. 公 地 平 な 分 人 配 を 促 進 す る た め に 、 生 活 と 健 康 に 関 す る 社 会 資 源 の	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	85.1%	14	14.9%	
	41 施策化に必要な情報を収集する	II	68	72.3%	26	27.7%	
	42 施策化が必要である根拠について資料化する	III	53	56.4%	41	43.6%	
	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	IV	56	59.6%	38	40.4%	
	44 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	IV	55	58.5%	39	41.5%	
	45 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策(事業・制度等)を立案する	IV	71	75.5%	23	24.5%	
	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・制度等)を立案する	IV	59	62.8%	35	37.2%	
	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	38	40.4%	56	59.6%	
	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	54	58.1%	39	41.9%	
	49 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	IV	60	64.5%	33	35.5%	
	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	66	71.0%	27	29.0%	
	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	91	97.8%	2	2.2%	
	52 地域の人々の尊厳と権利・プライバシーをまもる	I	89	95.7%	4	4.3%	
	53 倫理的に検討・判断した上で実践する	I	79	84.9%	14	15.1%	
	54 生活環境(気候・公害等)の整備・改善について提案する	IV	69	74.2%	24	25.8%	
	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	76	81.7%	17	18.3%	
	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	73	78.5%	20	21.5%	
	57 広域的な健康危機管理体制(感染症・災害時等)を整える	IV	63	67.7%	30	32.3%	
	58 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	IV	66	71.0%	27	29.0%	
	59 効率・効果的に業務を行う	IV	77	82.8%	16	17.2%	
	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	67	72.0%	26	28.0%	
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	59	63.4%	34	36.6%		

注 1)n=104、割合は無回答を除いて算出。

注 2)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段階で設定されている。

を見出す」(個人/家族 59.4%、集団/地域 59.2%)、「11. 健康課題について優先順位をつける」(個人/家族 60.0%、集団/地域 59.8%)であった。

大項目2の「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」で到達度が高かった技術項目は、個人/家族および集団/地域を対象とするものに共通して「12. 目的・目標を設定する」(個人/家族 85.3%、集団/地域 87.8%)、「29. 目的に基づいて活動を記録する」(個人/家族 90.9%、集団/地域 89.6%)であった。個人/家族対象では「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」(85.9%)、集団/地域対象では「20. 健康教育による支援を行う」(95.9%)、「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」(86.5%)、「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」(88.4%)であった。到達度の低かった技術項目は、個人/家族および集団/地域を対象共通して「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」(個人/家族 58.6%、集団/地域 59.8%)、「28. 危機状態(DV・虐待・災害・感染症等)に迅速に対応する」(個人/家族 58.6%、集団/地域 57.3%)であった。

集団/地域対象の大項目3の「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」で達成度が高かった技術項目は、「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」(97.8%)、「52. 地域の人々の尊厳と権利・プライバシーをまもる」(95.7%)であった。達成度の低かった技術項目は、「42. 施策化が必要である根拠について資料化する」(56.4%)、「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」(59.6%)、「44. 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する」(58.5%)、「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」(40.4%)、「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

表2 到達度が80%以上／50%未満の項目数

実習内容	個人／家族(37項目)		集団／地域(61項目)	
	10日間 実習	5日間 実習	10日間 実習	5日間 実習
到達できているとした回答が80%以上の項目数	12(32.4%)	18(48.6%)	15(24.6%)	29(47.5%)
到達できているとした回答が50%未満の項目数	0(0.0%)	1(2.7%)	1(1.6%)	2(3.3%)

表3 実習日数別の到達度で有意差があった技術項目

対象	技術項目(小項目)	到達度	到達できていると回答した割合				p
			10日間		5日間		
			n	%	n	%	
個人/家族	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	I	40	54.1%	20	74.1%	0.070
	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	53	71.6%	24	88.9%	0.071
	12 目的・目標を設定する	I	60	81.1%	27	96.4%	0.051
	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	36	50.7%	22	78.6%	0.011
	23 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	42	59.2%	22	78.6%	0.069
	26 法律や条例等を踏まえて活動する	I	54	76.1%	16	57.1%	0.063
	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	57	80.3%	27	96.4%	0.044
集団/地域	6 顕在している健康課題を見出す	I	54	77.1%	25	92.6%	0.079
	12 目的・目標を設定する	II	59	83.1%	27	100.0%	0.021
	26 法律や条例等を踏まえて活動する	II	58	84.1%	15	55.6%	0.004
	36 地域の人々と互いの役割を認め合いともに活動する	III	52	75.4%	25	92.6%	0.066
	58 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	IV	42	63.6%	24	88.9%	0.012
	59 効率・効果的に業務を行う	IV	52	78.8%	25	92.6%	0.098

注 1)n=104、割合は無回答を除いて算出。

注 2) p 値は χ^2 検定。

注 3)到達度は、「I:ひとりで行って実施できる」「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段階で設定されている。

と人材の調整(配置・確保等)を行う」(58.1%)であった。

3. 実習日数別の技術項目の到達度(表2、表3)

学生の80%が到達していると回答している技術項目は、「個人/家族」を対象とした37項目中、10日間実習は12項目(32.4%)、5日間実習は18項目(48.6%)であった。「集団/地域」を対象とした61項目中、10日間実習は15項目(24.6%)、5日間実習は29項目(47.5%)であった。

実習日数により到達度に差があった技術項目は、「12. 目的・目標を設定する」(個人/家族 p=0.051、集団/地域 p=0.021)で5日間実習のほうが到達度は高く、「26. 法律や条例等を踏まえて活動する」(個人/家族 p=0.063、集団/地域 p=0.004)で10日間実習のほうが到達度は高くなっていた。個人/家族を対象の「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」(p=0.011)と「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」(p=0.044)、集団/地域を対象の「58. 必要な地域組織やサービスを資源として開発する」(p=0.012)は、5日間実習のほうが到達度は有意に高くなっていた。

V. 考 察

1. 全体の技術項目到達度の特性

本研究における保健師教育の技術項目の自己評価は、A大学で2008～2009年度に実施した調査結果⁴⁾と比べ、技術項目の修正等の影響もあるが、相対的に上昇していた。この改善には、前回の結果⁴⁾をいかし、学生の到達

度が低い項目から強化する知識・技術を教員間で検討し共有し、講義・実習に反映したことも寄与しているのではないかと考えられる。また、調査手法が異なることから一概に比較はできないが、先行研究⁵⁾⁶⁾に比べ到達度は全般的に高くなっていった。到達度の高さは、全国保健師教育機関協議会⁵⁾の研究では保健師教育担当責任者を対象にしていたが、本研究では学生の自己評価によるものだったこと、本研究の対象となったA大学学生は、保健所実習の直前に地域看護学の講義・演習と実習の事前学習を集中的に実施した後に実習に臨んでいることなどが要因として考えられる。今後は実習指導教員の評価と自己評価双方による評価の実施や、カリキュラムの異なる学生との比較を行い検証していくことが望まれる。

A大学学生において達成度が高かった技術項目は、「健康課題をアセスメントする」、「顕在化した健康課題を見出す」、「目的・目標を設定する」、「活動を記録する」、「個人情報適切に管理する」、「尊敬と権利・プライバシーを守る」などの項目であり、臨床実習後の保健所実習であったことにより、臨床実習で培ったことが活かされている結果といえるだろう。これらの項目は、先行研究⁶⁾における結果と同様の結果であった。一方で、到達度の低かった「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」や「健康課題について優先順位をつける」は地域の人々の潜在的健康課題を見出す技術項目であり、実習前の講義・演習の中で強化していくべき課題と考える。「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」、「危機状態（DV・虐待・災害・感染症等）に迅速に対応する」技術項目は、到達目標が「指導のもとで実施できる」や「知識としてわかる」であるが到達度は低くなっていった。これら健康課題を解決・改善するための活動の展開に関する技術項目の到達度が低い傾向は、保健師教育担当責任者が学生を評価した先行研究⁵⁾と同様の結果であった。A大学学生の特徴として、特に大項目3の到達度が低い傾向にあり、地域の人々の生活等にかかわる事業を立案し管理する施策化に関する技術項目であり、10日間・5日間の短い実習日数内で学ぶことは難しいと考えられるため、学内での講義・演習で重点を置いていくべきであろう。

現在の10日間・5日間の短い実習日数で経験できることには限界があり、実習前の講義・演習、実習後のカンファレンスにおける経験の共有などによる技術の補足をさらに工夫し強化する必要がある。先行研究⁶⁾において、施策化に必要な情報収集等の高度な技術が必要とされる項

目で、授業への出席率が高いほど到達度が高い傾向が示されており、実習前の知識の習得度の確認が重要であると考えられる。さらに、保健師に求められる役割と機能において²⁾地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化は重要な役割であり、保健師の基礎教育における修業年限が6ヶ月以上から1年以上に延長される（2009年の保健師助産師看護師法の改正）ことに合わせて実習前後の講義・演習を強化し、実習との連動による技術の習得ができるよう新カリキュラムへの対応が望まれる。

2. 実習日数別の技術項目の到達度

本研究の結果、「80%以上の学生が到達した」と回答している技術項目数は、個人/家族・集団/地域対象ともに5日間実習のほうが10日間実習よりも多くなっていった。5日間実習は、保健所実習は5日間であるがプラス地域包括支援センター等で実習していることからより多くの経験ができたため、もしくは10日間実習は実習日数が5日間より長い分実際に住民を対象とした保健師活動を体験したからこそ難しさを感じて自己評価が低くなった可能性が考えられる。技術項目の「法律や条例等を踏まえて活動する」は10日間実習で到達度が有意に高く、「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」が5日間実習で有意に高くなっていったことは、地域包括支援センターでは保健師等と社会福祉士と主任ケアマネジャーの3職種がチームアプローチで高齢者の総合相談支援の実施や制度横断的支援の展開を実施しており実習施設の特性⁷⁾を表わしていると考えられる。実習日数別の実習経験内容に関する先行研究⁸⁾によると、10日間実習では8割の学生が成人・高齢者に関する事業を経験していなかった。一方、5日間実習で地域包括支援センターで実習を実施していると、複数回家庭訪問を経験していたり、高齢者の面接相談や閉じこもり防止のためのサロン等高齢者に関する多様な事業を経験していた。保健所実習の日数による到達度の差は、実習施設の特性と実習経験の差を表わしていると考えられ、実習による学びを補完するような教育的工夫を検討していくとともに、実習施設との学生の技術項目の到達度の共有により連携して教育・実習ができるような工夫が必要であると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の示唆

本研究により、「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」に関するA大学学生の全体傾向が明らかになり、自己評価による技術項目の到達度の分布を示したことは今

後比較検討の資料として意義があると考え。しかし、1大学のみの学生を対象としているため、4年生大学教育における結果としての一般化には限界がある。本研究は、実習日数別の到達度の比較検討であったが、教育・実習内容の検討のためには、実習前後の講義・実習の到達度や、実習地での経験内容など技術項目到達度の関連要因の検討が必要であろう。

地域の健康課題が複雑化する中で保健師に求められる役割や法改正、保健師教育の動向も踏まえ将来を展望した大学での教育・実習の検討が必要であり、継続的に技術項目の到達度の評価を実施し、講義・実習を改善していくことの必要性が示唆された。

(本研究は2010年度東邦看護学会研究奨励金を受けて実施した結果の一部である。本研究の一部は第11回東邦看護学会学術集会にて発表した。)

引用文献

- 1) 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, 57 (3):184-193, 2010.
- 2) 厚生労働省:「資料2 保健師教育ワーキンググループ報告」(平成22年10月4日開催第6回看護教育の内容と方法に関する検討会資料).
- 3) 厚生労働省:「保健師教育の技術項目の卒業時の到達度」について(平成20年9月19日付け医政看発第09100010号厚生労働省医政局看護課長通知)
- 4) 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, 8:36-42, 2011.
- 5) 全国保健師教育機関協議会:平成20年度保健師教育の課題と方向性明確化のための調査報告書(第2版), 2009.
- 6) 田沼寮子, 佐々木明子, 森田久美子, 他:保健師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, 4 (2):26-33, 2009.
- 7) 一般財団法人厚生労働統計協会:国民衛生の動向・厚生指 増刊・第60巻9号 通巻第944号, 253-254, 2013.
- 8) 吉岡幸子, 野尻由香, 望月由紀子他:地域看護学実習Ⅱにおける実習経験内容と今後の課題. 帝京大学医療技術学部看護学科紀要, 3, 85-99, 2012.