

# 公衆衛生看護学実習前後における到達度の検討

－「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に関する学生の自己評価から－

古澤 洋子<sup>1)</sup>、森 礼子<sup>2)</sup>、尾関 唯未<sup>1)</sup>

## A Study of the Achievement Level before and after Public Health Nursing Practice: Considering Students' Self-Evaluation related to Practical Skills required for Public Health Nurses and Students' Achievement Goals and Levels at Graduation

Hiroko FURUZAWA, Reiko MORI, Yumi OZEKI

### 要 旨

20XX年度看護学部保健師教育課程4年生の学生を対象に、実習前後における自己評価をもとに、到達度評価及び到達割合の変化を明らかにした。到達度指標は、「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」を引用した。結果から、演習と実習の教育評価を行い、到達度を高める教育方法や実習の課題を検討することを目的とした。

実習前、演習で行った地域診断、健康教育、家庭訪問に関連した項目は「学内演習で実施できるレベル」に到達していた。実習前後を比較して、到達度評価及び到達割合は有意に高くなっていった ( $p < 0.05$ )。実習後の到達割合が8割以上の項目は40.8%、5割未満は26.5%であった。到達割合が低かった「潜在化している健康課題」のアセスメントや地域組織化活動の支援については、講義や演習で意識的に学習させ実習後の学びにより統合する必要がある。実習施設と共有・連携し、検討していくことが求められる。

**キーワード：**保健師教育、公衆衛生看護学実習、到達度、自己評価

**Keywords:** Public Health Nursing Education, Public Health Nursing Practice, Achievement Level, Self-Evaluation

### I. 緒言

保健師教育は時代のニーズや状況に対応できる能力を備えた人材の養成を考えなければならない。保健師活動は、時代の変遷とともに母子保健や感染症対策から生活習慣病予防や介護予防、虐待予防、災害時の健康危機管理など複雑・多様化、拡大している。

看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告（厚生省，2010）によると、2009年保健師

助産師看護師法の一部改正に伴い保健師教育のあり方について見直しが求められるようになった経緯がある。高度な実践能力を求められているのに対し、卒業時に必要な到達レベルに達していないことも多く、実際に求められている能力と新卒保健師の能力の乖離が大きくなっているなどの課題があげられた。厚生労働省は、保健師基礎教育修了時に獲得すべき能力として、「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達

1) 岐阜聖徳学園大学看護学部

2) 元岐阜聖徳学園大学看護学部

Gifu Shotoku Gakuen University Faculty of Nursing

Formerly Gifu Shotoku Gakuen University Faculty of Nursing

目標と到達度」を提示している（厚生労働省医政局看護課，2008）。その後、2011年に保健師助産師看護師養成所指定規則（文部省・厚生省，1951）の一部が改正され、公衆衛生看護学実習は4単位から5単位になり、実践能力の強化に向けて教育内容の充実が図られた。岸ら（2017）は、保健師基礎教育において、臨地での教育は保健師活動実践能力の基礎的能力を培うために重要であると位置づけしている

本学は2015年度に看護学部を開設し、2017年度から保健師教育課程の学生20名を選抜し、「公衆衛生看護活動展開論Ⅰ・Ⅱ」と「公衆衛生看護学実習（以下、実習）」が連動して学習する授業や公衆衛生看護技術演習を構成している。保健師活動に求められる基礎的能力を備えることができるよう「公衆衛生看護技術を習得できる実習」を目標に家庭訪問、健康診査、健康教育など保健活動の体験項目を提示し、各実習施設に協力依頼している。実習の場で住民を対象に実際に支援することができるよう演習において援助技術を向上させることが求められる。また、公衆衛生看護技術項目については、実習施設の活動領域や業務の特徴により、実習経験の有無やその影響の差異を把握することが必要である。保健師活動実践能力の基礎的能力のある質の高い保健師教育をめざすためにも、実習における到達度評価を行うことは重要である。実習における到達度評価及び到達割合を把握する先行研究は、保健師教育選択制導入前後の比較（西田ら，2017）や実習前後を比較検討する（多田ら，2017；高橋ら，2018）等さまざまな研究デザインで報告されている。それぞれの研究結果から、到達度と実習内容との関連や到達度を高める教育実践の知見が得られている。本研究においても、到達度評価及び到達割合を把握することは、今後の保健師教育の基礎資料となり意義があると考えられる。実習前後における「保健師に求められる学生の实践能力と卒業時の到達目標と到達度」の学生の自己評価の変化を把握し、技術項目の到達度評価及び到達割合を明ら

かにする。これらの結果から、学内演習や実習で何を学び、何が学ぶことができていないか教育評価を行い、到達度を高める教育方法や実習の課題を検討することを目的とする。

## Ⅱ．保健師教育における演習と実習の概要

保健師教育は、3年次前期に公衆衛生看護活動展開論Ⅰ、4年次前期に公衆衛生看護活動展開論Ⅱの演習科目において、公衆衛生看護技術論に関する講義と実技演習を行っている。実習は、4年次後期に、学校保健1単位、行政保健（保健所・保健センター）3単位、産業保健1単位を行っている。

保健活動に必須の公衆衛生看護技術として、家庭訪問、健康教育、地域診断を挙げている。実習において、家庭訪問は、母子事例を含む2事例、内1事例は継続訪問とすることを実習施設には依頼している。指導保健師が実施する保健指導の見学訪問後、学生が主体的に実践できることを目指している。健康教育は、特定の集団を対象に健康教育のテーマを決定し、計画立案、指導案作成、実施までを展開することとしている。また、地域診断については、演習時間に実習地域の保健統計の分析と統合によるアセスメントを行い、健康課題を抽出し、解決するための保健活動計画立案まで展開している。その後、実習に臨み、地域診断の展開過程について振り返り評価することとしている。

しかし、展開論Ⅰ・Ⅱ各1単位の演習授業だけでは、十分な技術到達に至っていない現状があり、時間外演習を実施した。家庭訪問の援助技術については、母子事例の課題に対し主体的な家庭訪問ができることを目標に、ロールプレイで自主練習を重ねたうえで技術評価をした。健康教育は、計画立案、指導案を基に、デモンストレーションを繰り返し行い、住民を対象に実施できる状態を目指した。演習、実習を通して、公衆衛生看護に必要な知識・技術・態度を身につけ、保健活動の実践力を高めることができることを目標としている。

### III. 方法

#### 1) 対象者

20XX年度看護学部保健師教育課程4年生の学生20名

#### 2) 調査方法及び調査内容

実習前後に、無記名による自記式質問紙調査を実施した。実習期間は、20XX年9月から12月であった。実習前調査は家庭訪問や地域診断などの演習終了後の20XX年8月、実習後の調査は実習の成績終了後20XX年12月末に実施した。

到達度評価の指標は、厚生労働省(2010)が示した「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」を引用した到達度自己評価表を用いた。保健師教育の基準となる到達目標は、個人・家族、地域/集団を対象として実践能力大項目5、小項目71で構成されている。本研究の調査項目は個人・家族を対象とし、「地域/集団を対象とした政策化」や「保健師活動の研究・開発を行う」項目を削除した。削除した2項目について、佐伯(2008)は、地域マネジメント能力であり、その習得は中堅以上を設定しており、実施にはある程度の経験年数を要すると述べていることから、今回は研究協力者の負担を軽減するために省くこととした。実践能力の大項目1「地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」は小項目16項目、大項目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」は小項目21項目、大項目3「地域の健康危機管理を行う」は小項目12項目、計49小項目に関する調査を行った。評価は「Ⅰ. 少しの助言で自立して実施できる」、「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、各項目に関しての自己評価を求めた。

#### 3) 分析方法

「到達度自己評価」49項目について、到達度レベルⅠ:4点、Ⅱ:3点、Ⅲ:2点、Ⅳ:1点とし、実習前と実習後それぞれ単純集計を行った。実習前後の「到達度自己評価(以下、到達度

評価)」を比較するため、Willcoxon符号付順位検定を実施した。また、実習前後で到達度評価が到達目標に達している学生の割合(以下、到達割合)を比較するため、McNemer検定を実施した。統計分析はSPSS ver.24.0 for Windowsを用い、有意水準5%で検定を行った。

#### 4) 倫理的配慮

対象者には、調査趣旨、プライバシーの保護、参加拒否をしても成績評価には一切影響されないこと、回答は任意であることについて、文書及び口頭で説明し協力依頼をした。本研究は縦断的調査であり、初回調査時に学生が各自IDを記入し、2回目調査時にも同じIDを使用した。対象者IDの覚え書きとして封筒を用意し、初回記入したIDを封筒に密封し、調査担当者外の第三者が保管し、2回目の調査時に対象者へ渡し回答を求めた。対象者の調査用紙への回答をもって研究の同意とした。なお、本研究は、岐阜聖徳学園大学倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号2018-12)。

### IV. 研究結果

#### 1. 質問紙の回収状況

20XX年度対象学生数20人、実習前調査の回収数17件(回収率85.0%)、実習後回収数18件(回収率90.0%)、有効回答数17件(有効回答率85.0%)であった。

#### 2. 分析結果

##### 1) 実習前の到達度評価と到達割合(表1)

大項目別に到達度評価をみると、大項目1「地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」(16項目)の到達度評価は $2.1 \pm 0.6$ (平均値 $\pm$ 標準偏差)、大項目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」(21項目)は $2.0 \pm 0.6$ 、大項目3「地域の健康危機管理を行う」(12項目)は $1.4 \pm 0.5$ で、特に大項目3については、到達レベル「Ⅳ. 知識としてわかる」が多いことから、大項目1・2に比べ低い結果となる。

大項目1の項目の中で、求められている到達

表 1 公衆衛生看護学実習前の到達度評価と到達割合

実践能力	項 目(個人/家族)	到達度 レベル	I. 少しの 助言で自立 してできる	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	到達度 評価平均
1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	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	11.8	41.2	29.4	17.6	2.5
	2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	0	41.2	47.1	11.8	2.3
	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	0	29.4	41.2	29.4	2.0
	4 対象者および対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする	I	11.8	17.6	52.9	17.6	2.2
	5 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	5.9	29.4	58.8	5.9	2.4
	6 系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	0	11.8	58.8	29.4	1.8
	7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	0	35.3	47.1	17.6	2.2
	8 顕在化している健康課題を明確化する	I	0	41.2	47.1	11.8	2.3
	9 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出できない人々を見出す	I	0	17.6	58.8	23.5	1.9
	10 潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	0	11.8	70.6	17.6	1.9
	11 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	0	17.6	58.8	23.5	1.9
	12 健康課題について優先順位を付ける	I	0	52.9	29.4	17.6	2.4
	13 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	0	41.2	41.2	17.6	2.2
	14 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	0	23.5	47.1	29.4	1.9
	15 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	0	41.2	35.3	23.5	2.2
	16 評価の項目・方法・時期を設定する	I	0	23.5	52.9	23.5	2.0
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	17 地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る	I	23.5	41.2	29.4	5.9	2.8
	18 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	5.9	47.1	47.1	0	2.6
	19 プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	52.9	23.5	23.5	0	3.3
	20 地域の人々の持つ力を引き出せるよう支援する	I	0	23.5	64.7	11.8	2.1
	21 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	0	17.6	58.8	23.5	1.9
	22 訪問・相談による支援を行う	I	0	17.6	64.7	17.6	2.0
	23 健康教育による支援を行う	I	0	17.6	76.5	5.9	2.1
	24 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	I	0	5.9	64.7	29.4	1.8
	25 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	II	0	5.9	47.1	47.1	1.6
	26 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	0	23.5	29.4	47.1	1.8
	27 当時者と関係職種・機関チームで組織する	II	0	5.9	41.2	52.9	1.5
	28 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	0	17.6	58.8	23.5	1.9
	29 法律や条令などを踏まえて活動する	I	0	23.5	52.9	23.5	2.0
	30 目的に基づいて活動を記録する	I	0	23.5	47.1	29.4	1.9
	31 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	5.9	41.2	41.2	11.8	2.4
	32 必要な情報と活動目的を共有する	I	0	29.4	58.8	11.8	2.2
	33 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	0	41.2	29.4	29.4	2.1
	34 活動の評価を行う	I	0	35.3	23.5	41.2	1.9
	35 評価結果を活動にフィードバックする	I	0	29.4	23.5	47.1	1.8
	36 継続した活動が必要な対象を判断する	I	0	17.6	35.3	47.1	1.7
	37 必要な対象に継続した活動を行う	II	0	11.8	29.4	58.8	1.5



公衆衛生看護学実習前後における到達度の検討

3. 地域の健康 危機管理を行 う	38	健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)への予防策を講じる	Ⅱ	0	0	47.1	52.9	1.5
	39	生活環境の整備・改善について提案する	Ⅲ	0	0	58.8	41.2	1.6
	40	広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	Ⅲ	0	5.9	35.3	58.8	1.5
	41	健康危機についての予防普及活動を行う	Ⅱ	0	0	52.9	47.1	1.5
	42	健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)に迅速に対応する	Ⅲ	0	5.9	29.4	64.7	1.4
	43	健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	Ⅳ	0	0	35.3	34.7	1.4
	44	関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	Ⅲ	0	11.8	29.4	58.8	1.5
	45	医療情報システムを効果的に活用する	Ⅳ	0	5.9	35.3	58.8	1.5
	46	健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	Ⅳ	0	5.9	41.2	52.9	1.5
	47	健康被害の拡大を防止する	Ⅳ	0	0	41.2	58.8	1.4
	48	健康回復に向けた支援(PTSD)対応・生活環境の復興等)を行う	Ⅳ	0	5.9	29.4	64.7	1.4
	49	健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	Ⅳ	0	5.9	41.2	52.9	1.5

・到達度レベルは、「Ⅰ. 少しの助言で自立して実施できる」、「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段階で設定している。

レベルⅠに対し、特に到達度評価が低い下位項目の到達度評価は、「系統的に情報を収集し、継続してアセスメントする」 $1.8 \pm 0.6$ 、「潜在している健康課題を見出す」 $1.9 \pm 0.6$ 、「地域の人々の持つ力を見出す」 $1.9 \pm 0.7$ であった。また、大項目2の低い項目は、「継続した活動が必要な対象を判断する」 $1.7 \pm 0.8$ 、「地域組織・グループを育成する」 $1.8 \pm 0.6$ であった。

到達割合を見ると、到達レベル「Ⅰ. 少しの助言で自立してできる」に回答が見られた項目は7項目あり、高い項目は「プライバシーに配慮し、個人の情報収集・管理を適切に行う」52.9%、「地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る」23.5%で、それ以外の項目は5.9%～11.8%と低かった。実習前であることから、レベルⅢ「学内演習で実施できる」の到達割合をみると、大項目1の小項目では「健康問題を持つ当事者の視点をふまえてアセスメントする」は9割、「顕在化している健康課題を明確化する」など8項目は8割で、到達割合8割以上は9項目(56.3%)であった。到達割合5割未満の項目はなかった。大項目2では、8割以上の到達割合は8項目(38.1%)、5割未満は2項目(9.5%)「当事者と関係職種・チームで組織する」、「必要な対象に継続した活動を行う」であった。

## 2) 実習前後の到達度評価の比較(表2)

実習前後の到達度評価の変化は表2に示すとおりである。到達度評価は、大項目1から大項目3のすべての下位49項目において、実習前より実習後で高くなり、有意差が見られた( $p < 0.02 \sim 0.001$ )。

大項目1「地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する」全項目の到達度評価は、実習前 $2.1 \pm 0.6$ から実習後 $3.5 \pm 0.3$ と変化し、各16項目すべてにおいて有意に高く変化した( $p < 0.001$ )。16項目の中で、実習前後の到達度評価で大きな変化が見られたのは、「系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする」で実習前 $1.8 \pm 0.6$ 、実習後 $3.4 \pm 0.5$ 、「地域の人々に適した支援方法を選択する」は実習前 $1.9 \pm 0.8$ 、実習後 $3.6 \pm 0.5$ であった。大項目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」全項目の到達度評価は、実習前 $2.0 \pm 0.6$ から実習後 $3.5 \pm 0.3$ と高くなり、各21項目においても高く変化し、すべて有意差が見られた( $p < 0.02 \sim 0.001$ )。21項目の中で最も高かったのは、「プライバシーに配慮し、個人の情報収集・管理を適切に行う」であり、実習前 $3.3 \pm 0.8$ から実習後 $3.9 \pm 0.2$ であった。その他、地域の人々・関係者・機関と協働する多職種連携に関する「信頼関係を築

表2 公衆衛生看護学実習前後の到達度評価の変化

実践能力	項目 (個人/家族)	到達度 レベル	実習前 平均値±標準偏差	実習後 平均値±標準偏差	p
1.地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	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	2.4±0.9	3.5±0.5	0.003
	2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	2.3±0.7	3.5±0.5	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	2.0±0.8	3.4±0.5	0.001
	4 対象者および対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする	I	2.2±0.9	3.7±0.5	0.001
	5 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	2.4±0.7	3.7±0.5	0.001
	6 系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	1.8±0.6	3.4±0.5	0.001
	7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	2.2±0.7	3.4±0.5	0.002
	8 顕在化している健康課題を明確化する	I	2.3±0.7	3.6±0.5	0.001
	9 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出できない人々を見出す	I	1.9±0.6	3.4±0.6	0.001
	10 潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	1.9±0.6	3.4±0.6	0.001
	11 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	1.9±0.7	3.5±0.5	0.001
	12 健康課題について優先順位を付ける	I	2.4±0.8	3.7±0.5	0.001
	13 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	2.2±0.8	3.7±0.5	0.001
	14 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	1.9±0.7	3.6±0.5	0.001
	15 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	2.2±0.8	3.7±0.5	0.001
	16 評価の項目・方法・時期を設定する	I	2.0±0.7	3.5±0.6	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	17 地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る	I	2.8±0.9	3.8±0.4	0.003
	18 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	2.6±0.6	3.8±0.4	0.002
	19 プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	3.3±0.8	3.9±0.2	0.018
	20 地域の人々の持つ力を引き出せるよう支援する	I	2.1±0.6	3.4±0.5	0.001
	21 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	1.9±0.7	3.4±0.5	0.001
	22 訪問・相談による支援を行う	I	2.0±0.6	3.4±0.5	0.001
	23 健康教育による支援を行う	I	2.1±0.5	3.5±0.5	0.001
	24 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	I	1.8±0.6	3.1±0.6	0.001
	25 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	II	1.6±0.6	3.2±0.7	0.001
	26 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	1.8±0.8	3.2±0.5	0.001
	27 当事者と関係職種・機関チームで組織する	II	1.5±0.6	3.1±0.6	0.001
	28 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	1.9±0.7	3.2±0.6	0.001
	29 法律や条令などを踏まえて活動する	I	2.0±0.7	3.4±0.7	0.001
	30 目的に基づいて活動を記録する	I	1.9±0.7	3.5±0.6	0.001
	31 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	2.4±0.8	3.7±0.5	0.001
	32 必要な情報と活動目的を共有する	I	2.2±0.6	3.5±0.5	0.001
	33 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	2.1±0.9	3.7±0.5	0.001
	34 活動の評価を行う	I	1.9±0.9	3.4±0.5	0.001
	35 評価結果を活動にフィードバックする	I	1.8±0.9	3.5±0.5	0.001
	36 継続した活動が必要な対象を判断する	I	1.7±0.8	3.3±0.6	0.001
	37 必要な対象に継続した活動を行う	II	1.5±0.7	3.4±0.6	0.001
3.地域の健康危機管理を行う	38 健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)への予防策を講じる	II	1.5±0.5	3.2±0.7	0.001
	39 生活環境の整備・改善について提案する	III	1.6±0.5	3.4±0.6	0.001
	40 広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	III	1.5±0.6	3.1±0.6	0.001
	41 健康危機についての予防普及活動を行う	II	1.5±0.5	3.3±0.7	0.001
	42 健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)に迅速に対応する	III	1.4±0.6	3.0±0.7	0.001
	43 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	IV	1.4±0.5	3.0±0.6	0.001
	44 関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	III	1.5±0.7	3.1±0.7	0.001
	45 医療情報システムを効果的に活用する	IV	1.5±0.6	3.0±0.7	0.001
	46 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	1.5±0.6	2.9±0.7	0.001
	47 健康被害の拡大を防止する	IV	1.4±0.5	3.1±0.7	0.001
	48 健康回復に向けた支援(PTSD)対応・生活環境の復興等)を行う	IV	1.4±0.6	3.0±0.7	0.001
	49 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	1.5±0.6	3.0±0.6	0.001

・分析はWillcoxon符号付順位検定による。有意水準5%未満。

公衆衛生看護学実習前後における到達度の検討

く、「必要な情報と活動目的を共有する」、「互いの役割を認め合い活動する」の3項目の到達度評価は、それぞれ、 $3.7 \pm 0.5$ 、 $3.5 \pm 0.5$ 、 $3.7 \pm 0.5$ と高値であった。

大項目3「地域の健康危機管理を行う」到達度評価は $1.4 \pm 0.5$ から $3.1 \pm 0.5$ と、下位項目12項目において高く変化し、すべて有意差が見られた ( $p < 0.001$ )。12項目の中で、実習前後で大きな差が見られたのは「生活環境の整備・改善について提案する」、「健康危機についての予防普及活動を行う」であった。

### 3) 学生の実習前後の到達割合の比較

学生の実習前後の到達割合は、表3に示すとおりである。実習前と実習後で比較し、McNemer検定を実施した結果、大項目1は16項目すべて有意に変化していた ( $p < 0.001 \sim$

0.039)。大項目2では項目24「地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う」のみ有意な変化は認められなかった。

到達割合が8割以上の項目は、20項目 (40.8%) であった。項目別にみると、大項目1は0、大項目2は21項目中8、大項目3は12項目であった。到達割合が高かったのは、「プライバシーに配慮し、個人情報の適切な管理」9割、「人々の生命・健康・人間としての尊厳と権利を守る」、「生活と文化に配慮した活動」は7割であった。また、レベルⅡ「指導の下で実施できる」に設定されている項目「支援目的に応じて社会資源を活用する」、「活用できる社会資源、協働できる機関・人材について共有する」、「当事者と関係職種・チームで組織する」は8～9割と到達割合が大きく上昇していた。一方、5割未満の項目は、

表3 公衆衛生看護学実習前後の到達割合(再掲)実習後到達割合

実践能力		項 目(個人/家族)	到達度 レベル	(再掲)実習後						
				実習前	実習後	p	I. 少しの 助言で自立 してできる	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
1.地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	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	11.8	52.9	0.039	52.9	47.1		
	2	社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	0	47.1	0.008	47.1	52.9		
	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	0	41.2	0.016	41.2	58.8		
	4	対象者および対象者の属する集団を全体として捉え、アセスメントする	I	11.8	64.7	0.012	64.7	35.3		
	5	健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	5.9	64.7	0.002	64.7	35.3		
	6	系統的・経時的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	0	41.2	0.016	41.2	58.8		
	7	収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	0	41.2	0.016	41.2	58.8		
	8	顕在化している健康課題を明確化する	I	0	58.8	0.002	58.8	41.2		
	9	健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出できない人々を見出す	I	0	35.3	0.031	35.3	64.7		
	10	潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	0	47.1	0.008	47.1	47.1	5.9	
	11	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	0	47.1	0.008	47.1	35.3		
	12	健康課題について優先順位を付ける	I	0	64.7	0.001	64.7	35.3		
	13	健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	0	64.7	0.001	64.7	35.3		
	14	地域の人々に適した支援方法を選択する	I	0	58.8	0.002	58.8	41.2		
	15	目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	0	70.6	0.001	70.6	29.4		
	16	評価の項目・方法・時期を設定する	I	0	52.9	0.004	52.9	41.2	5.9	

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	17	地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を守る	I	23.5	76.5	0.012	76.5	23.5	
	18	地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	5.9	76.5	0.002	76.5	23.5	
	19	プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	52.9	94.1	0.039	94.1	5.9	
	20	地域の人々の持つ力を引き出せるよう支援する	I	0	41.2	0.016	41.2	58.8	
	21	地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	17.6	100	0.001	41.2	58.8	
	22	訪問・相談による支援を行う	I	0	41.2	0.016	41.2	58.8	
	23	健康教育による支援を行う	I	0	52.9	0.004	52.9	47.1	
	24	地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	I	0	23.5	0.125	23.5	64.7	11.8
	25	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	II	5.9	88.2	0.001	35.3	52.9	11.8
	26	支援目的に応じて社会資源を活用する	II	23.5	94.1	0.001	29.4	64.7	5.9
	27	当事者と関係職種・機関チームで組織する	II	5.9	88.2	0.001	23.5	64.7	11.8
	28	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	II	17.6	88.2	0.002	29.4	58.8	11.8
	29	法律や条令などを踏まえて活動する	I	0	52.9	0.004	52.9	35.3	11.8
	30	目的に基づいて活動を記録する	I	0	52.9	0.004	52.9	41.2	5.9
	31	協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	5.9	70.6	0.001	70.6	29.4	
	32	必要な情報と活動目的を共有する	I	0	52.9	0.004	52.9	47.1	
	33	互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	41.2	100	0.002	70.6	29.4	
	34	活動の評価を行う	I	0	41.2	0.016	41.2	58.8	
	35	評価結果を活動にフィードバックする	I	0	47.1	0.008	47.1	52.9	
	36	継続した活動が必要な対象を判断する	I	0	35.3	0.031	35.3	58.8	5.9
	37	必要な対象に継続した活動を行う	II	11.8	94.1	0.001	41.2	52.9	5.9
3.地域の健康危機管理を行う	38	健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)への予防策を講じる	II	0	82.4	0.001	35.3	47.1	17.6
	39	生活環境の整備・改善について提案する	III	58.8	100	0.016	47.1	47.1	5.9
	40	広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	III	41.2	100	0.002	17.6	70.6	11.8
	41	健康危機についての予防普及活動を行う	II	0	88.2	0.001	41.2	47.1	11.8
	42	健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)に迅速に対応する	III	35.3	100	0.001	23.5	52.9	23.5
	43	健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	IV	100	100	—	17.6	64.7	17.6
	44	関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	III	41.2	100	0.002	29.4	52.9	17.6
	45	医療情報システムを効果的に活用する	IV	100	100	—	23.5	52.9	23.5
	46	健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	100	100	—	17.6	58.8	23.5
	47	健康被害の拡大を防止する	IV	100	100	—	29.4	52.9	17.6
	48	健康回復に向けた支援(PTSD)対応・生活環境の復興等)を行う	IV	100	100	—	23.5	52.9	23.5
	49	健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	100	100	—	17.6	64.7	17.6

・分析はMcNemer検定による。有意水準5%未満。



大項目1では16項目中7項目(43.8%)、大項目2では21項目中6項目(28.6%)あった。特に「健康課題を持ちながらもそれを認識していない・表出できない人々を見出す」、「潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する」、「地域組織・当事者グループを育成する支援を行う」、「継続した活動が必要案対象を判断する」が低い到達割合であった。

## V. 考察

### 1. 公衆衛生看護学実習前の到達度

看護教育科目では、「講義→演習→実習」という流れで科目形態が構成されていることが多い。実習は、学内で学んだ知識・技術を統合して実践し、その実践に対する自己あるいは他者の評価をもって、専門職者としての能力を獲得していく学習形態である(稲毛, 2014)。この点から、学内の技術演習は、実習の場面において、効果的に知識が統合できるよう、技術演習でレディネスを整える必要がある(若杉ら, 2016)。従って、学内演習終了時点では、到達度レベル「Ⅲ、学内演習で実施できる」に到達することが望ましいと考える。「学内演習で実施できる」レベルⅢが8割以上の17項目をみると、地域診断、家庭訪問、健康教育の項目であり、時間外に演習を実施してきた成果である。技術習得度自己評価到達レベルⅢ「学内演習で実施できる」は2点としているので、到達度評価2未満の項目について主に検討する。

地域の健康課題を明らかにするためのアセスメントのうち、「身体的・精神的・社会文化的・客観的・主観的に顕在化している基本的な情報収集」はできているが、「系統的・経時的に情報収集し、継続してアセスメントする」ことや「潜在的な健康課題や表出できていない対象者の健康課題をアセスメントする」項目において到達度評価が低い結果であった。「個人/家族の顕在的・潜在的な健康課題を見出す、健康課題に対する支援を計画・立案する」項目において、技術演習の実施方法により改善割合が高く変化し

たとの報告がある(若杉ら, 2016)。実際に体験するような模擬事例を選定し、家庭訪問場面の環境を見立てた空間での技術演習を経験する中で学生自身が自己の課題を発見し、家庭訪問の場面で得た情報や優先順位の判断した背景理由をクリティカルに分析することが重要であると述べている。学内演習を繰り返すことは技術習得の到達度を上げることになることは確認できたが、さらに、実習に対するレディネスを高めることに繋がるよう、潜在的な健康課題を確認できる事例検討や経時的な情報収集のアセスメントなどの実践方法を検討する必要がある。

大項目2の活動展開について、「社会資源の活用」、「関係職種・機関とのチーム化」、「活動の評価・フィードバック」といった活動の評価・フォローアップの項目や大項目3「健康危機管理」の到達度が低かった。これらの保健活動の講義内容は、抽象的であり理解することは困難であると思われる。学生の自己評価は主観的評価ではあるが、学生にとって学びやすい技術とそうでない技術を把握することができる(石井ら, 2013)としていることから、活動の展開・評価については、可視化しにくいことから学びにくい内容であることが明らかになった。地域診断する演習の中で、地域の社会資源・関係機関を把握することや健康教育の演習において、課題解決のための保健活動の目的・実施・評価など一連のPDCAや展開過程を捉えることができるよう学生の理解度を深める必要がある。

### 2. 実習による到達度評価と到達割合

本研究において、実習後の到達度評価についてはすべて伸展し、到達割合も上昇が見られ、実習による経験の学びが活かされたことがわかる。看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン、指導要領別表1の留意点には、地域の社会資源を活用し生活を支援する実習、家庭訪問を通して地域の健康課題を理解する実習、個人と地域全体を連動させながら地域全体にPDCAを展開する過程を学ぶ実習とあり、公衆衛生看護学実習でしか学ぶことができない実践

能力とされている(佐久間, 2016)。

到達度評価は平均値±標準偏差であることから、到達度レベルの代表的な数値かつばらつきを示すものである。一方、到達割合について、麻原ら(2010)は、「到達度は保健師教育機関の80%以上の学生ができていると思われる程度」として8割を提示している。到達割合は、教育機関として、本学の学生がどのくらい到達しているか、到達していない学生の割合を客観的に見ることができることから併せて見ることにした。到達割合が高かった項目「地域の人々が意思決定できるよう支援する」、「プライバシーに配慮し、個人情報の適切な管理」、「人々の生命・健康・人間としての尊厳と権利を守る」について、講義や臨床実習で習得した技術であることに加え、住民に対する保健師の指導などから得た学びであると捉える。また、到達割合が大きく上昇した項目に「社会資源を活用する」、「当事者と関係職種・チームで組織する、情報提供する」がある。これらの項目については、先行研究では到達度が低い報告がある(鈴木, 2015: 仲下, 2018)が、本研究において到達度が高く出た結果として、学生の記録から、保健事業を見学するだけでなく、多職種から直接話を聞くなど“見る・聞く”など多くの体験をしたことによる成果であると捉える。

学内演習で多くの時間を費やした健康教育については、すべての学生が住民を対象に健康教育を実施することができた。テーマは施設から提供されてはいるが、計画立案・実施・評価まで一連して経験したことにより、「Ⅰ. 少しの援助で実施できる」5割、「Ⅱ. 指導の下で実施できる」4割の到達割合であった。また、家庭訪問について、実習施設からは「現在の実習期間で単独訪問はできない、個人情報の問題のため受け入れが現状として難しい」等の理由から、学生が主体的または単独で家庭訪問を実施することはできなかった。このような背景から、「Ⅰ. 少しの援助で実施できる」4割、「Ⅱ. 指導のもとで実施できる」6割にとどまっている。

しかし、到達度評価が上昇した要因は、乳幼児・成人・高齢者など2事例の同行訪問を経験し、アセスメント、計画立案、訪問後の実施記録、評価の過程を踏まえたことによると捉える。今後も学内演習において、家庭訪問の一連の展開過程のロールプレイを積み重ね、実習に臨むことができるまでの技術習得を図ることが必要である。

大項目1の16項目の内5割未満は7項目あり、「健康課題を持ちながらも表出していない人を見出す」、「地域の人々の生活と健康を系統的・経時的に捉えるアセスメントや潜在化している健康課題を明確化する」が低い結果であった。仲下(2018)は、学生の自己評価に関する文献レビューを概観し、地域の人々の生活と健康を多角的に捉えるアセスメントは、患者のアセスメントとは違う情報の種類や範囲が異なり、臨床実習の看護知識では不十分で、学生が修得するには時間を要すると述べている。アセスメント能力は、保健活動だけでなく看護の基本であることから家庭訪問や地域診断を行う際に、表出されない・潜在化している健康課題に対して、学生の不足している視点を教員・実習指導者とともに指導・助言をする必要がある。

大項目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」に挙げられている「地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う」、「評価結果を活動にフィードバックする」項目は、保健師固有の地域組織化活動であるにもかかわらず低い到達度であった。地域組織化活動は学生全員が経験することができず一部の学生に限られたことや、当事者グループを支援する保健事業について、見学で終わってしまい育成過程や支援方法まで学びを深めていないことが明らかとなった。現場の保健師から保健事業に至る展開過程や評価方法など具体的に事業紹介をしていただくことで理解を深めることができるのではないかと考える。

森岡(2010)は、保健師活動の理念や価値観は

抽象的であり、机上学習だけでは理解が困難である。学生は実習における体験を通して感性を磨き、その体験をもとに、学内での理論学習と現場での実践が統合されることにより実践能力が培われる、と述べている。そのための一つの教育方法として、学生に理解しにくい保健活動の専門性に対して、具体的に説明していくことが必要である。野村は(2018)、実習について単なる体験にとどまらず、反省的考察を繰り返すことによって、経験として意味づけながら学習を深化させるのが実習授業の最大の特徴であると述べている。この点から、カンファレンスにおける学生の主体的な反省的考察を意識的に積み上げていくことが重要であると捉える。

カンファレンス時に、学生が臨地実習での経験を振り返り、気づき・反省、学びを得て、実践知を育てる機会とすることで、保健師活動の専門性を能動的に学ぶことができると考え、実習中の体験内容や考えを問いかけるなど理解状況に着目し助言していく支援方法により、理論学習と実践を統合することを目指していきたい。

保健師に求められる実践能力を高めていくためには、学ぶべき知識、不足していると思われる技術項目や到達に関するフィードバックを実習施設に行うことが必要である。教員・実習指導者間で共有・連携することにより、講義・演習と実習内容を効果的に連動させることができると考える。

### 3. 今後の教育課題

今回の研究結果から、実習前後の到達度の伸張はみられたものの、「I. 少しの援助で実施できる」到達割合は低く、示された到達度に達するには不十分なレベルであった。特に、保健活動の基本となる対象や地域をアセスメントする能力を強化しなければならない。家庭訪問の演習において、ロールプレイを進める際に、顕在している健康課題だけでなく、潜在的な健康課題を見出すことができる演習内容を検討する必要がある。卒業時の到達度で「訪問・相談に

よる支援」は「一人でできる」レベルが求められていることから、実践能力を高める演習内容を検討することが求められる。

先行研究(鈴木ら, 2016)において、実習における体験項目や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、より多くの対象者への高度な技術に到達するには時間的に限界があると述べている。本学の実習においても、保健師活動の特徴的な地区組織化活動を見学できた学生の割合は55%であり見学が主であること、健康相談は個人情報観点から見学でさえ経験が少ないこと等から到達が難しいことが判明した。実習における現状の厳しさがあるので、学内演習、学習方法についての課題から検討する。前述の限られた保健事業の見学・体験について、実習後、学内にて共有するための学習の場を設ける。また、地区組織活動の見学後は、展開過程から評価までの事後学習により理解を深めることが重要である。具体的には、集団や地域を支援の対象ととして捉えることができるよう実際の保健事業の活動を通して、目的・計画・実施・評価といったPDCAサイクルを明確に位置付ける必要がある。また、健康危機管理や保健活動の評価など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。本学の保健師教育の講義と演習において強化する点と実習後の学びにより統合する視点が明らかになった。

今後、学生の到達度を継続的に評価・検討していくことにより、実践能力を育成できるような保健師教育の改善・充実を進めていきたい。

## VI. 研究の限界

本研究は、保健師教育課程20名中17名と少人数の調査であったが、保健師教育課程の実習が初年度であり、本調査により演習・実習における到達度を多角的・客観的に把握することができた。

厚労省からの「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」は71項目である



が、本研究は研究協力者の負担軽減のため項目を一部削除した。削除した項目については、地域マネジメント能力であり、その習得・実施にはある程度の経験年数を要するとされているが、その項目も保健師として有すべき能力であることから、知識として理解することが求められている。そこで、次年度からは、すべての項目で調査を積み重ね、結果の信頼性を高めることにより、今後の保健師教育に反映していくこととする。また、厚生労働省が提示した項目と評価方法を踏襲した研究は限定的である(仲下, 2018) ことから、信頼性・妥当性の検証も課題である。

## VII. 結論

実習前、学内演習で行った地域診断、健康教育、家庭訪問に関連した項目は「学内演習で実施できるレベル」に到達していた。実習前後で自己評価を比較した結果、到達度評価及び到達割合が大きく伸びていることがわかった。実習先での見学及び体験を通じて、学内演習だけでは理解できない保健師活動を深く学ぶことができたものと思われる。

しかし、実習後の到達割合が5割未満の項目が26.5%あり、「健康課題を表出できない人々や潜在している健康課題を見出す」などアセスメントに関する項目、「地域組織・当事者グループを育成する支援を行う」が低い到達割合であった。保健師教育の講義と演習において意識的に学習させ、実習後の学びにより統合する必要がある。研究結果について、実習施設と共有・連携し、検討していくことが求められる。

## 謝辞

調査にご協力をいただいた保健師教育課程履修学生の皆様ならびに、実習を受け入れてご指導いただきました実習施設の保健師、関係者の皆様、住民の皆様にご心より感謝申し上げます。

## 文献

- 麻原きよみ, 大森純子, 小林麻朝他(2010): 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), 184-194.
- 稲毛映子(2014): 大学教育における家庭訪問実習で大切にしたいこと, 保健師ジャーナル, 70 (10), 857-960.
- 石井敦子, 岡本光代, 谷野多見子他 (2013): 「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, 9, 51-62.
- 厚生労働省 (2019年3月14日検索). 「看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告」.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000001316y-att/2r9852000000131al.pdf>
- 厚生労働省医政局看護課(2019年3月14日検索). 「保健師教育の技術項目の卒業時到達度」について(通知) 医政看発0919001. [https://www.hospital.or.jp/pdf/15\\_20080919\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080919_01.pdf)
- 厚生労働省・文部科学省 (2019年3月14日検索). 保健師助産師看護師等養成所指定規則. [http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=326M50000180001&openerCode=1](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=326M50000180001&openerCode=1).
- 文部科学省(2019年3月14日検索). 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). [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/kango/1305957.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1305957.htm)
- 岸恵美子, 表志津子, 吉岡幸子他(2017): 保健師学校養成所における基礎教育に関する調査報告書「保健師実習機関における教育方法と教育成果の実態調査」, 一般社団法人全国保健師教育機関協議会, 84-103.
- 仲下祐美子 (2018): 看護系大学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の自己評価に関する文献レビュー, 大阪医科大学看護研究雑誌, 8, 73-83.
- 西田洋子, 富田早苗, 石井陽子他 (2017): A大学の保健師選択制導入後における学生の臨地



実習体験の実態と技術到達度との関連, 川崎  
医療福祉学会誌, 27 (1), 39-49.

野村美千江(2018): 実習指導の原理－公衆衛生  
看護学実習が授業として成立するために－,  
保健師教育, 2 (1), 10-18.

森岡幸子(2010): 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 報告書, 大阪府健康医療部保健医療質地  
域保健感染症課, 17-20.

鈴木良美, 斎藤美恵子, 澤井美奈子他(2015):  
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, 62(12), 729-737.

佐伯和子(2008): 平成17～19年度地域健康  
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.

佐久間清美(2016): 保健師教育における実習  
について, 保健師ジャーナル, 72 (6), 442-  
449.

多田美由貴, 岡久玲子, 松下恭子他(2017): 実  
習前後における「保健師に求められる実践能  
力と卒業時の到達目標と到達度」に関する学  
生の自己評価, 四国公衆衛生学会誌, 62 (1),  
115-121.

高橋秀治, 松本憲子, 中村千穂子他(2018): 公  
衆衛生看護学実習の到達度を高める教育方法  
に関する研究－実習前後の学生の「保健師に  
求められる実践能力と卒業時の到達目標と到  
達度」自己評価の変化から－, 保健師教育, 2  
(1), 66-77.

若杉早苗, 鈴木知世, 入江晶子他(2016): 公  
衆衛生看護技術演習及び実習のカリキュラム  
改正における保健師学生の実践力向上効果－  
ミニマム・リクワイアメンツを活用して－,  
聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 24,  
17-31.

