

原 著

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

西田洋子*¹ 富田早苗*¹ 石井陽子*¹ 波川京子*¹

要 約

近年, 新卒保健師の実践能力と求められる実践能力の乖離から, 保健師教育の質の確保が課題となっている。そのため, A 大学では保健師選択制を導入し, 実習内容の変更等実践力強化の教育実践を試みており, これらの評価が必要である。そこで, A 大学における保健師教育評価の基礎資料を得るため, 本研究は, 選択制導入後の実習体験の実態と技術到達度の関連を明らかにすることを目的に, 2015・2016年度に公衆衛生看護学実習を行った4年次生を対象に, 無記名自記式質問紙調査を実施した。調査項目は, 実習地域, 技術到達度は全国保健師教育機関協議会保健師教育検討委員会 (以下, 全保教) 「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ (以下, MR)」, 実習体験は全保教「MR を満たす必須体験項目」, 調査期間は, 各年度とも実習終了直後の8月~9月であった。分析方法は, 項目ごとに単純集計を行い, MR は中項目ごとの達成項目数の平均値 (以下, MR 達成数) を算出した。実習体験と技術到達度の比較は, 母子家庭訪問体験数により多群, 少群, なし群の3群に分け, MR 達成数は一元配置分散分析, 3群間の比較は Bonferroni 法による多重比較を行った。実習体験は, 必須の項目は概ね全員が体験していた。到達目標が低い項目の到達率は高く, 高い項目は低かった。実践能力別には, アセスメント関連, 母子保健活動, 学校保健で到達率が低い項目が多かった。母子家庭訪問体験数と MR 到達数は, 母子保健活動, 学校保健で, 多群がなし群より多い項目が複数見られた。学生は, 実習で必須の体験はしているが, 実習直後の技術到達度は「一人でできる」レベルに達していないことが明らかになった。母子家庭訪問体験と技術到達度の関連は, 母子保健活動, 学校保健で複数体験が実践能力の修得を促すことが示唆された。これらから, 技術到達度を高めるためには, 実習体験と知識を結びつけるよう, 学内・実習地での教育方法の工夫の必要性が示唆された。

1 緒言

保健師は, 公衆衛生を担う専門職のうち最多数を占める専門職であり, 時代の要請に応えながら, 健康課題の解決のための活動を行ってきた¹⁾。保健師が対応を求められる健康課題は, 1941年の保健婦規則制定以降増え続け, 困難さも増している²⁾。このように, 複雑多岐にわたる健康課題に対応するには, 高度な実践能力が必要であり, それを備えた保健師の育成が社会的に求められている。

しかしながら, 新卒保健師の実践能力と社会から求められる実践能力との乖離が問題視され³⁾, 保健師教育の質の確保が課題となっている。この背景に

は, 保健師教育と看護師教育を同時に行う看護系大学の急増に伴う, カリキュラムの過密化, 保健師教育に対する学習のレディネスが低い学生の増加, 臨地実習施設と指導者不足等がある^{1,3,5)}。このような中, 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が修業年限6か月以上から1年以上に延長され⁶⁾, 2011年には, 文部科学省より, 看護系大学での教育課程を, 保健師教育を含めた課程とするか, 看護師教育のみの課程とするか, あるいは希望する学生が保健師教育を選択できる課程とするかは各大学が選択できるという考え方が示された⁷⁾ ことにより, 保健師教育の質の確保に向け,

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 西田洋子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-mail: y_nishida@mw.kawasaki-m.ac.jp

2012年から保健師教育に選択制を導入する看護系大学が増え、A大学においても2012年度入学生から選択制を導入した。

看護学教育では、実習のような体験学習の重要性が示されており⁸⁾、保健師教育においても、優れた実践者の育成のため、演習や実習等実際の体験を伴う教育内容の強化が望まれている⁵⁾。このため、A大学では、選択制導入後、保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められている公衆衛生看護学実習においては、行政機関での実習期間の延長、必須項目内容の追加等、実習内容を大幅に変更するとともに、実習と連動した教育実践の強化を試みており、これらの教育評価を行うため、学生の実習体験や学びの実態、学びを促進する要因や教育上の課題を明らかにすることが必要である。また、家庭訪問は、地域住民の主体的・自立的な健康問題の解決法として強力な方法であり最も重要な技術の一つである⁹⁾とされていること、保健師として就業後すぐに必要となる技術であり、実習での必須体験項目とされている¹⁾ことから、A大学においても選択制の導入後、公衆衛生看護学実習での必須の体験項目として設定している。ところが、近年、事例の困難化や対象者のプライバシーへの配慮から、実習での学生の家庭訪問体験の機会を確保することが困難になりつつあり、求められる実践能力の修得において、実習での家庭訪問体験が重要であることを、改めて実習施設に示す必要性も高まってきている。

そこで、本研究では、A大学の保健師選択制導入後の実習体験の実態と学生の実習¹⁾到達度の関連を明らかにすることを目的とした。本研究の意義は、明らかになった実態と技術到達度との関連を基礎資料として、A大学の臨地実習のあり方およびそれと連動した保健師教育のあり方について検討できること、保健師選択制導入後のA大学の保健師教育の評価に役立てられること、さらに学生の実習での体験、とりわけ家庭訪問体験の重要性の根拠とすることができ、さらなる公衆衛生看護学実習の充実につながるとともに、家庭訪問を教材とした実践現場での新任期保健師の現任教育のあり方についても検討できることである。

2 研究方法

2.1 対象

2015年と2016年に公衆衛生看護学実習を行ったA大学4年次生各20人の計40人である。

2.2 方法

留置法による無記名の自記式質問紙調査を行った。調査期間は、2015年、2016年の実習終了直後の

8月から9月であった。

2.3 調査内容

2.3.1 実習地域

対象者に、実習施設を管轄する保健所または保健所支所が所在する地域（以下、実習地域）を問うた。

2.3.2 実習体験

全国保健師教育機関協議会保健師教育検討委員会（以下、全保教）の「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツを満たす必須体験項目（以下、体験項目）」を使用し、実習での体験の有無を2件法で問うた。家庭訪問、健康相談、健康診査（問診）の3項目については対象別に設定した。家庭訪問については、体験回数も問うた。

2.3.3 技術到達度

全保教の「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ全国保健師教育機関協議会版（2014）（以下、MR）」¹⁰⁾のうち、産業保健分野を除く218項目を用い、対象者に実習後の技術到達度の自己評価を問うた。

MRは、卒業時に全学生が必ず修得する最低限の技術について、6つの実践能力ごとに、大項目、中項目、小項目、行動項目で示されており、厚生労働省の「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」³⁾に対応している。1～5の実践能力は小項目ごと、6の対象別実践能力は行動目標ごとに、卒業時に満たすべき到達度のレベル（以下、到達目標）が、「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段階で設定されている。本研究では、この4段階に「Ⅴ体験する機会がなかった」を加えた5件法で、各項目の対象者の自己評価を問うた。

2.4 分析方法

項目ごとに単純集計を行った。MRについては、小項目および行動目標ごとに到達目標に達している者の割合（以下、到達率）と、1～5の実践能力は中項目ごと、6の対象別実践能力は小項目ごとの達成項目数の平均値（以下、MR達成数）を算出した。

実習体験と技術到達度の関連は、母子家庭訪問体験に着目して分析した。実習体験を母子家庭訪問体験としたのは、個別支援は保健師活動の基本であり⁹⁾、家庭訪問がその代表的な支援方法であること、A大学では母子家庭訪問1回以上を実習での必須項目としており、学生の家庭訪問体験のうち母子家庭訪問が最多の項目であったためである。

母子家庭訪問の体験回数により、体験しなかった群（以下、なし群）、1回の群（以下、少群）、2回以上の群（以下、多群）の3群に分け、MR達成数

を一元配置分散分析によって分析し、3群間の比較については Bonferroni 法による多重比較で分析を行った。

統計解析には、SPSS version23を使用し、統計的検定の有意水準は両側0.05とした。なお、本調査の対象者は40人と少ないため、有意水準の原則は0.05であるが、一元配置分散分析においては、有意水準0.05以上～0.1未満においても多重比較を行った。

2.5 倫理的配慮

対象者に、口頭および文書にて、調査の主旨、自由意志による調査協力、調査への不参加による不利益は一切ないこと、プライバシーおよび個人情報の保護等について説明し、対象者の自署による同意書により調査協力への同意を得た。また、回収は、回収箱を設置し、期間内に対象者が個々に投函することとし、調査協力の任意性を確保した。なお、本研究の実施については、川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得た（承認番号15-033, 2015年8月5日）。

3 結果

3.1 質問紙の回収状況

2015年、2016年とも対象者数は20人、回収数40件（回収率100.0%）、有効回答数40件（有効回答率100.0%）であった。

3.2 実習地域

実習地域は、2015年、2016年とも同一であり、A地域16人（40.0%）、B地域16人（40.0%）、C地域8人（20.0%）であった。

3.3 実習体験の実態

表1に実習体験の実態を示した。体験率が高い順に、健康教育、地域診断、家庭訪問各100.0%、健康診査（問診）97.5%、地域組織活動、健康相談各90.0%であった。

一方、体験率が低い項目は、順に、医療計画に関する事業40.0%、事例検討45.0%であった。

家庭訪問の平均体験回数（範囲）は、 6.50 ± 3.762 件（1-14）であった。対象別の家庭訪問体験率は、母子85.0%、高齢者77.5%の順に高かった。低かった項目は、感染症2.5%、心身障害児・者22.5%であった。なお、継続訪問を体験した者は10.0%、生活保護受給者は15.0%であった。

3.4 技術到達度の実態

表2および表3に技術到達度の実態を示した。到達率が高かった順に、「保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見出す」「障害者の尊厳と権利を守ることに説明できる」各97.5%、「地域の高齢者ケアの質の向上に向けた方法を説明できる」「障害者と家族の健康課題をアセスメントでき

る」各95.0%であり、「障害者の尊厳と権利を守ることに説明できる」を除き、到達目標は「IV知識としてわかる」であった。到達目標が「IV」の項目については、到達率は概ね7割以上であったが、「健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する」で67.5%と7割に達していない項目も見られた。

到達率が低かった項目は、順に、「地域の人々に適した支援方法を選択する」「活用できる社会資源、協働できる機関・人材について、情報提供する」「活用できる社会資源と利用上の問題を見出す」各2.5%、「目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する」「訪問・相談による支援を行う」「法律や条令等を踏まえて活動する」「児童虐待予防のための地域システムを地区活動と関連して説明できる」「感染者、感染症患者の特徴と疾病管理の課題を説明できる」各5.0%で、いずれも到達目標は「I少しの助言で自立して実施できる」であった。

実践能力および対象別活動ごとでは、到達率が3割に達していない項目が多かったのは、「地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」、母子保健活動、学校保健であった。

3.5 母子家庭訪問体験と技術到達度の関連

表4のとおり、母子家庭訪問体験別3群と技術到達度の関連を検討したところ、有意差が認められたのは2項目であった。

なし群が、少群、多群よりMR達成数が多く、有意差が認められたのは、中項目「地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする」「地域の顕在的、潜在的健康課題を見出す」であった（ $p < 0.05$, $p < 0.01$ ）。また、「地域の顕在的、潜在的健康課題を見出す」では、なし群が少群よりMR達成数が多く、有意傾向にあった。

一方、多群がなし群よりMR達成数が多く、有意差が認められたのは、学校保健「児童・生徒・教職員・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」であった（ $p < 0.05$ ）。また、多群がなし群よりMR達成数が多く、有意傾向にあったのは、母子保健活動において「地域の人々と協働して、母子の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」「地域の人々と協働して、母子に関する健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」、学校保健において「学校保健における健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する（個別/家族）、（集団/地域）」であった。

4 考察

4.1 実習体験の実態と課題

A大学が実習で必須項目としている内容は、母

表1 実習体験の実態

N=40

必須体験項目	体験のレベル	体験回数		体験率 %
		平均値	± 標準偏差 (範囲)	
家庭訪問	全体	6.50	± 3.762 (1-14)	100.0
	①母子家庭訪問	1.45	± 1.176 (0-6)	85.0
	②成人家庭訪問	0.38	± 0.925 (0-4)	20.0
	③精神障害家庭訪問	0.85	± 0.893 (0-3)	55.0
	④心身障害児・者家庭訪問	0.30	± 0.608 (0-2)	22.5
	⑤高齢者家庭訪問	2.90	± 3.037 (0-11)	77.5
	⑥結核家庭訪問	0.30	± 0.464 (0-1)	30.0
	⑦感染症家庭訪問	0.03	± 0.158 (0-1)	2.5
	⑧難病家庭訪問	0.30	± 0.516 (0-2)	27.5
	⑨ ①～⑧の内、1例以上の主体的な継続訪問	0.15	± 0.483 (0-2)	10.0
⑩ ①～⑧の内、生活保護受給者の家庭訪問	0.15	± 0.362 (0-1)	15.0	
健康相談 (見学含む)	全体	-	-	90.0
	①母子	-	-	72.5
	②成人	-	-	57.5
	③高齢者	-	-	60.0
	④障害者	-	-	25.0
健康診査(問診) (見学含む)	全体	-	-	97.5
	①乳幼児健診	-	-	87.5
	②成人健診	-	-	90.0
健康教育	主体的に実施	-	-	100.0
事例検討	主体的に実施	-	-	45.0
地域診断	主体的に実施	-	-	100.0
事業計画立案・評価	説明もしくは見学	-	-	85.0
地区活動計画立案	説明もしくは見学	-	-	82.5
組織活動	見学	-	-	90.0
連携調整会議	見学	-	-	85.0
医療計画に関する事業	見学	-	-	40.0
地区管理に関する説明	説明もしくは見学	-	-	52.5
健康危機	説明もしくは見学	-	-	82.5

子家庭訪問、結核・感染症または難病家庭訪問、健康相談見学、健康診査見学、健康教育実施、地区組織活動への参加・見学、地域診断・事業計画立案・評価の実施、地区管理・健康危機の説明を受けることである。A大学の必須項目については、概ね学生の8割以上が実習中に体験しており、先行研究¹¹⁾と同様の傾向であった。A大学においても、主要な項目が概ね体験できる実習環境にあると考えられる。特に、家庭訪問、健康教育、地域診断は、全員

が体験していた。

体験率の低かった結核・感染症・難病家庭訪問では、事例の少なさや深刻さ、対象者のプライバシーへの配慮から、学生の同伴訪問が難しいことが考えられる。また、継続訪問については、鈴木らは、限られた実習期間での体験の難しさを挙げ、到達が難しい項目であるとしており¹¹⁾、A大学においても、学生の体験が難しい項目であると考えられる。

事業計画立案・評価、地区活動計画立案、地区管

表2 小項目ごとの技術到達度の実態

N=40

MR項目	中項目	小項目	到達率			
			個人/家族		集団/地域	
			到達 目標	%	到達 目標	%
A 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする		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	42.5	I	30.0
		2) 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	17.5	I	25.0
		3) 自然及び生活環境(気候・公害等)について情報を収集し、アセスメントする	I	25.0	I	22.5
		4) 対象者及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	30.0	I	32.5
		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	27.5	I	32.5
		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	12.5	I	17.5
		7) 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	17.5	I	17.5
B 地域の顕在的、潜在的な健康課題を見出す		8) 顕在化している健康課題を明確化する	I	32.5	I	12.5
		9) 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・表出できない人々を見出す	I	15.0	II	62.5
		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	20.0	II	47.5
		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	25.0	I	17.5
C 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する		12) 健康課題について優先順位を付ける	I	25.0	I	22.5
		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	25.0	I	17.5
		14) 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	17.5	I	2.5
		15) 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	15.0	I	5.0
		16) 評価の項目・方法・時期を設定する	I	12.5	I	12.5
D 活動を展開する		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	67.5	II	62.5
		18) 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	50.0	II	52.5
		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	77.5	I	77.5
		20) 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	25.0	II	67.5
		21) 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	65.0	II	62.5
		22) 訪問・相談による支援を行う	I	5.0	II	50.0
		23) 健康教育による支援を行う	I	15.0	II	85.0
		24) 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	-	-	III	67.5
		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	47.5	I	2.5
		26) 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	45.0	II	32.5
		27) 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	42.5	II	35.0
		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	52.5	II	50.0
		29) 法律や条例等を踏まえて活動する	I	10.0	I	5.0
30) 目的に基づいて活動を記録する	I	30.0	I	30.0		
E 地域の人々・関係者・機関と協働する		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	47.5	II	75.0
		32) 必要な情報と活動目的を共有する	I	40.0	II	72.5
		33) 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	70.0	II	70.0
F 活動を評価・フォローアップする		34) 活動の評価を行う	I	25.0	I	22.5
		35) 評価結果を活動にフィードバックする	I	7.5	I	7.5
		36) 継続した活動が必要な対象を判断する	I	10.0	I	10.0
		37) 必要な対象に継続した活動を行う	II	40.0	II	45.0
G 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる		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	30.0	III	52.5
		39) 生活環境の整備・改善について提案する	III	57.5	III	55.0
		40) 広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	III	47.5	III	50.0
		41) 健康危機についての予防教育活動を行う	II	12.5	II	17.5
H 健康危機の発生時に対応する		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	42.5	III	40.0
		43) 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	IV	90.0	IV	92.5
		44) 関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	III	45.0	III	45.0
		45) 医療情報システムを効果的に活用する	IV	72.5	IV	70.0
		46) 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	85.0	IV	85.0
		47) 健康被害の拡大を防止する	IV	92.5	IV	92.5
		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	75.0	IV	72.5
I 健康危機発生後からの回復期に対応する		49) 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	67.5	IV	72.5
		50) 活用できる社会資源と利用上の問題を見出す	-	-	I	2.5
		51) 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	-	-	III	57.5
		52) 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	-	-	III	60.0
J 社会資源を開発する		53) 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	-	-	III	42.5
		54) 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする	-	-	I	7.5
		55) 関係機関や地域の人々との協働によるシステム化の方法を見出す	-	-	III	47.5
		56) 仕組みが包括的に機能しているか評価する	-	-	III	47.5
K システム化する		57) 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を立案する	-	-	III	40.0
		58) 施策の根拠となる法や条例等を理解する	-	-	III	50.0
		59) 施策化に必要な情報を収集する	-	-	I	10.0
		60) 施策化が必要である根拠について資料化する	-	-	I	7.5
		61) 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	47.5
		62) 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	-	-	III	40.0
		63) 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	-	-	III	47.5
L 施策化する		64) 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	-	-	III	30.0
		65) 施策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	-	-	III	25.0
		66) 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	-	-	III	42.5
		67) 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	-	-	III	40.0
N 研究の成果を活用する		68) 研究成果を実践に活用し、健康課題の解決・改善の方法を生み出す	-	-	III	40.0
		69) 社会情勢と地域の健康課題に応じた保健師活動の研究・開発を行う	-	-	III	30.0
O 継続的に学ぶ		70) 社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ	-	-	I	10.0
P 保健師としての責任を果たす		71) 保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見出す	-	-	IV	97.5

* 太字は、到達率が7割以上の項目を示す

** 斜体は、到達率が3割未満の項目を示す

表3 行動目標ごとの技術到達度の実態（対象別実践能力別）

N=40

MR項目	中項目	行動目標	到達率				
			個人/家族		集団/地域		
			到達 目標	%	到達 目標	%	
Q 母子 保健 活動	72)	①乳幼児および保育者の健康課題や生活環境を理解するために必要な情報収集ができる	I	20.0	-	-	
		②乳幼児および保育者の健康課題や対応力を発達段階を踏まえてアセスメントできる	I	15.0	-	-	
		③乳幼児を対象とする家庭訪問計画が立案できる	I	10.0	-	-	
	73)	①乳幼児の家庭訪問の準備・実施・評価ができる	II	55.0	-	-	
		②個別支援の場面で問診ができる	II	22.5	-	-	
		③乳幼児健診後のカンファレンスで対応したケースを説明できる	II	32.5	-	-	
	74)	①乳幼児健診の意義と仕組みが説明できる	-	-	I	32.5	
		②健康課題と母子保健事業を関連付けて説明できる	-	-	I	27.5	
		③受け持ち地域の母子保健システムを説明できる	-	-	I	15.0	
	75)	①地域の母子の健康課題と関連つけた健康教育の企画・実施・評価ができる	-	-	II	55.0	
②地域組織活動と協働した母子事業展開の方法を説明できる		-	-	I	20.0		
③児童虐待に関連する背景を実習で得た情報を用いて説明できる		I	15.0	I	12.5		
76)	①個別の児童虐待の支援策を説明できる	I	10.0	I	7.5		
	②児童虐待予防のための地域システムを地区活動と関連して説明できる	I	5.0	I	5.0		
	③地域で生活する支援が必要な成人の対象者を把握できる方法を説明できる	I	17.5	-	-		
R 成人 保健 活動	77)	②対象とする成人の家族等との関係について情報収集できる	I	30.0	-	-	
		③情報収集に基づき、成人の健康課題や対応力を家族の発達段階を考慮してアセスメントできる	I	25.0	-	-	
		④個人・家族の問題解決に向けた支援策を立案できる	II	47.5	-	-	
		④生活習慣に起因する健康問題を有する個人に対して保健指導を実施できる	II	47.5	-	-	
	78)	①地域の成人の健康状態を情報収集、分析し、地域の特性を明らかにできる	-	-	II	60.0	
		②地域の特性に応じた事業計画を立案できる	-	-	III	92.5	
	79)	①地域組織や関係機関と協働した活動展開の方法を説明できる	-	-	I	12.5	
		②地域に住む成人の健康管理のために協働する部署や機関を説明できる	II	45.0	II	45.0	
	S 高齢者 保健 活動	82)	①高齢者の個別支援に必要な情報収集ができる	I	25.0	-	-
			②情報収集に基づき、高齢者の健康課題や対応力をアセスメントできる	I	25.0	-	-
③高齢者の問題解決に向けた支援策を立案できる			II	45.0	-	-	
④高齢者の権利擁護の方法について説明できる			II	50.0	-	-	
83)		①高齢者の生活実態をふまえた支援ネットワークの必要性を説明できる	II	50.0	-	-	
		①認知症または要介護状態の高齢者・家族の抱える健康問題について説明できる	-	-	I	20.0	
84)		②認知症または要介護状態の予防活動の提案ができる	-	-	II	47.5	
		①地域組織と協働した高齢者保健活動の展開方法を説明できる	-	-	II	42.5	
85)		②高齢者の特性をふまえた健康教育を実施できる	-	-	I	12.5	
		③高齢者を支える地域住民の育成方法を説明できる	-	-	III	80.0	
86)	①地域包括ケア体制づくりに向けたプロセスを検討できる	IV	90.0	IV	90.0		
	②地域の高齢者ケアの質の向上にむけた方法を説明できる	IV	95.0	IV	90.0		
87)	①高齢者虐待が発生する背景を説明できる	I	12.5	I	15.0		
	②個別支援における高齢者虐待の支援策を説明できる	II	27.5	II	25.0		
	③高齢者虐待予防のための地域ケアシステムを地区活動と関連して説明できる	II	22.5	II	20.0		
T 精神 保健 活動	88)	①精神障害をもち地域で生活している人びととコミュニケーションを取ることができる	I	42.5	-	-	
		②精神障害をもつ人の精神的問題や生活を理解するために必要な情報収集ができる	II	22.5	-	-	
		③精神障害をもつ人と家族の関係について情報収集ができる	II	25.0	-	-	
		④精神障害をもつ人と家族の健康課題と対応能力をアセスメントし、支援計画を立案できる	II	7.5	-	-	
	89)	①地域の精神障害者の実態について情報収集できる	-	-	II	57.5	
		②地域の精神障害者が利用できる社会資源の情報収集できる	-	-	II	52.5	
		③地域の関係機関と連携した精神障害者の対策を説明できる	-	-	II	45.0	
	90)	①精神障害をもつ人の家族が抱える問題を相談指導ができる	II	15.0	-	-	
		②精神障害をもつ人の社会復帰レベルに応じて、適切な社会福祉サービスを説明できる	II	17.5	-	-	
	91)	①心の健康づくり、精神疾患に関する知識を普及啓発できる	-	-	I	17.5	
②家族や精神障害者の教室について説明できる		-	-	II	27.5		
92)	①措置入院関係申請・受理について説明できる	IV	92.5	-	-		
	①精神科病院に対する指導監督を説明できる	-	-	IV	70.0		
	②障害者自立支援制度のシステムを説明できる	II	20.0	II	22.5		
	③都道府県と市町村の精神保健福祉業務について説明できる	IV	92.5	IV	92.5		
U 障害者 保健 活動	95)	①障害者と家族の健康課題をアセスメントできる	IV	95.0	-	-	
		②障害者の適切な社会資源利用の支援方法を説明できる	IV	92.5	-	-	
		③障害者の尊厳と権利を守ることに説明できる	I	97.5	-	-	
96)	①地域で生活する障害者の健康課題と改善策を事例を用いて説明できる	-	-	III	60.0		
	②障害者の地域社会におけるノーマライゼーションを実現するためのサポートシステムや地域環境整備について事例を用いて説明できる	III	50.0	III	50.0		
V 難病 の 保健 活動	98)	①難病療養者（神経難病等）と家族の健康課題をアセスメントできる	III	65.0	-	-	
		②難病療養者（神経難病等）の適切な医療サービス利用の支援方法を説明できる	III	57.5	-	-	
		③難病療養者（神経難病等）の適切な社会資源利用の支援方法を説明できる	III	57.5	-	-	
		④難病療養者（神経難病等）・家族と関係職種・機関による支援の必要性を説明できる	III	52.5	-	-	
	99)	①地域の難病療養者の生活実態について説明できる	-	-	II	32.5	
②難病療養者の交流会を企画・実施できる		-	-	III	45.0		
100)	①難病療養者の療養生活、社会生活を支えるサポートシステムや地域環境整備について事例を用いて説明できる	III	52.5	III	50.0		
W 保健 活動 の	101)	①感染者、感染症患者の特徴と疾病管理の課題を説明できる	I	5.0	-	-	
		②結核患者と家族の健康課題をアセスメントし、支援計画を立案できる	III	60.0	-	-	
	102)	①結核発生時の保健所の対応と保健師の役割を説明できる	II	45.0	-	-	
	103)	②感染症の集団感染を予防するための方策を説明できる	-	-	II	35.0	
104)	①感染症審査協議会での保健師の役割を説明できる	II	15.0	II	15.0		

X 学校 保健	105) ①個別相談場面や保健室の利用状況等から個別支援が必要な対象を把握できる	II	12.5	-	-
	②児童・生徒の個別支援に必要な情報の把握方法が説明できる	II	7.5	-	-
	③児童・生徒の生活状況、発達課題等の情報に基づき、個人のアセスメントができる	II	17.5	-	-
	④不登校の児童・生徒が持つ課題について、得られた情報から説明できる	IV	50.0	-	-
	⑤いじめが疑われる児童・生徒への支援課題について説明できる	IV	52.5	-	-
	106) ①怪我や体調不良のある児童・生徒への応急対応の内容が説明できる	II	10.0	-	-
	②児童・生徒の発達段階に応じた予防行動がとられるための指導が説明できる	II	10.0	-	-
	③児童・生徒の健康増進能力が高まるように、健診後に指導すべき内容について説明できる	IV	55.0	-	-
	④個別相談事例において担任等と連携をとりながら支援することの必要性が説明できる	IV	65.0	-	-
	107) ①学校の健康課題に対応する養護教諭の役割について説明できる	-	-	II	17.5
	②学校全体としての健康課題をアセスメントするために必要な情報が説明できる	-	-	IV	55.0
	③学校において特に予防すべき感染症の予防対策が説明できる	-	-	II	7.5
	④緊急時に備えた救急体制の内容について説明できる	-	-	II	12.5
	108) ①児童・生徒の健康増進能力が高まるように、児童・生徒保健委員会による保健指導時の配慮が説明できる	-	-	II	12.5
	②学校における健康課題と関連つけた健康教育を提案することができる	-	-	III	25.0

* 太字は、到達率が7割以上の項目を示す

** 斜体は、到達率が3割未満の項目を示す

理に関する説明、健康危機の4項目は、保健所ごとの実習オリエンテーションにより、全員が体験しているにもかかわらず、どの項目も体験率100%とならず、学内での講義と実習での体験が結びついていない実態が明らかになった。実習オリエンテーション前後での意味づけの強化が必要であり、これにより、今後体験率や関連する技術到達度の上昇が期待される。

4.2 技術到達度の実態と課題

到達目標が「IV」レベルの項目については、到達率が高く、学生はMR項目について知識としては修得できていると考えられる。しかしながら、健康危機管理関連での到達率が低かった。A大学では健康危機管理に関する科目は1年次に履修し、実習までに期間が開くことから、実習前自己学習により既修得の知識の再確認と整理を促す必要がある。

到達率が低かった実践能力は、「地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」、母子保健活動、学校保健であった。学校保健をのぞき、到達目標が「I」ないし「II」と高く設定されている項目を多く含む実践能力であったことから、実習直後においては一人で実施できるレベルにまで至っていないことが示唆された。特に「地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」の到達率が低い点は、先行研究¹¹⁾には見られない点であり、A大学独自の課題と言えよう。アセスメント能力は、看護の基本であり、看護師教育と保健師教育の両方により養われる能力であることから、看護師教育を含めた教育のあり方を検討する必要性が示唆された。また、先行研究¹¹⁾では、実習地での実習指導者によるロールプレイの実施等、現場の保健師から技術を直接教わる場が設定されていた。これを参考とし、A大学においても実習地との協働による教育内容の充実を検討する必要がある。

また、施策化関連の項目については、先行研

究¹¹⁾と同様に、到達率が低かった。施策化を含む地域マネジメントに関する能力は、保健師の実践能力の中でも高度な能力とされ、ある程度の経験年数を要するとも言われており¹⁾、学士課程で保健師教育を受ける学生にとっては、難易度が高い項目であると考えられる。加えて、A大学では、施策化に関する科目の履修が実習終了後であるため、実習までに知識を修得することが難しく、到達率にも影響していると考えられる。

MRのうち、「社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ」で、到達率が10.0%と低かった。これは、文部科学省が示す「各専攻分野を通じて培う『学士力』」に含まれる生涯学習力にあたる能力であり¹²⁾、極めて基礎的な能力であると同時に、保健師の実践能力を発展させていく土台ともなる重要な能力でもある¹³⁾。実習後の履修である公衆衛生看護管理に関する科目において、主体的・継続的学習ができるよう学士力強化を行っていく必要がある。

4.3 母子家庭訪問体験と技術到達度の関連

母子家庭訪問体験と技術到達度の関連は、地域のアセスメント、母子保健活動、学校保健の項目において、関連が示唆された。母子保健活動については、複数回体験することにより、「1回目は見学、2回目は身体計測実施」のように、学生の実践を伴う体験となっていることや、関係機関との連携を体験する機会となっていることが考えられ、より実践的な能力の修得が促されることが示唆された。このことから、全ての学生が複数回体験することが望ましいと考えられるが、保健師が対応する事例の困難化や対象者のプライバシーへの配慮等から学生が同伴可能な事例に限られるため、実際には難しいと考えられる。浅川らは、看護基礎教育における臨地実習での看護技術の経験度と自信度には強い相関があり、臨地実習での実践を伴う看護技術は、学生の自信度が高いことから、臨地実習で実践を伴う体験ができる

表4 母子家庭訪問体験と技術到達度との関連

N=40

MR項目	家庭訪問体験	達成数								
		個人/家族				集団/地域				
実践能力	中項目/小項目	範囲	平均±標準偏差	p値**	多重比較***	範囲	平均±標準偏差	p値**	多重比較***	
I 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力	A 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	なし群	0-7 2.83 ± 2.639	0.226	n.s.	0-7 4.00 ± 2.449	0.010	0.034	0.008	
	少群	1.79 ± 1.813				1.63 ± 1.892				
	多群	1.20 ± 1.781				1.07 ± 1.668				
	B 地域の顕在的、潜在的な健康課題を見出す	なし群	0-4 1.50 ± 1.225	0.290	n.s.	0-4 2.33 ± 0.816	0.076	0.088		
	少群	1.00 ± 1.247				1.21 ± 1.134				
	多群	0.60 ± 1.121				1.27 ± 1.033				
C 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する	なし群	0-5 0.67 ± 0.816	0.859	n.s.	0-5 0.50 ± 0.837	0.839	n.s.			
少群	1.05 ± 1.433				0.53 ± 1.020					
多群	0.93 ± 1.751				0.73 ± 1.280					
II 地域の健康増進能力を高める個人・家族・組織への継続的・積極的支援と評価する能力	D 活動を展開する	なし群	0-13 4.50 ± 2.588	0.763	n.s.	0-14 6.33 ± 2.066	0.901	n.s.		
	少群	5.53 ± 2.816				7.00 ± 3.037				
	多群	5.40 ± 3.376				6.73 ± 3.693				
	E 地域の人々・関係者・機関と協働する	なし群	0-3 1.17 ± 1.169	0.567	n.s.	0-3 2.33 ± 0.816	0.890	n.s.		
	少群	1.53 ± 1.264				2.21 ± 1.273				
	多群	1.80 ± 1.265				2.07 ± 1.280				
F 活動を評価・フォローアップする	なし群	0-4 1.17 ± 0.753	0.649	n.s.	0-4 1.17 ± 0.408	0.704	n.s.			
少群	0.68 ± 1.057				0.74 ± 1.046					
多群	0.87 ± 1.302				0.87 ± 1.302					
III 地域の健康危機管理能力	G 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる	なし群	0-4 1.50 ± 1.378	0.765	n.s.	0-4 1.67 ± 1.862	0.930	n.s.		
	少群	1.32 ± 1.493				1.68 ± 1.529				
	多群	1.67 ± 1.234				1.87 ± 1.302				
	H 健康危機の発生時に対応する	なし群	0-6 4.50 ± 1.049	0.497	n.s.	0-6 4.33 ± 1.033	0.879	n.s.		
	少群	3.95 ± 1.715				4.11 ± 1.629				
	多群	4.60 ± 1.765				4.40 ± 2.028				
I 健康危機発生後からの回復期に対応する	なし群	0-2 2.00 ± 0.000	0.176	n.s.	0-2 1.83 ± 0.408	0.467	n.s.			
少群	1.26 ± 0.872				1.37 ± 0.831					
多群	1.40 ± 0.910				1.40 ± 0.910					
IV 地域の健康水準を高める社会資源を開発・システム化する能力	J 社会資源を開発する	なし群	0-4 2.00 ± 0.632	0.604	n.s.	0-4 2.00 ± 0.632	0.604	n.s.		
	少群	1.42 ± 1.387				1.42 ± 1.387				
	多群	1.73 ± 1.438				1.73 ± 1.438				
	K システム化する	なし群	0-3 0.67 ± 0.816	0.581	n.s.	0-3 0.67 ± 0.816	0.581	n.s.		
	少群	1.00 ± 1.054				1.00 ± 1.054				
	多群	1.20 ± 1.146				1.20 ± 1.146				
L 施策化する	なし群	0-7 1.83 ± 1.941	0.351	n.s.	0-7 1.83 ± 1.941	0.351	n.s.			
少群	2.11 ± 2.105				2.11 ± 2.105					
多群	3.07 ± 2.344				3.07 ± 2.344					
M 社会資源を管理・活用する	なし群	0-4 0.33 ± 0.816	0.185	n.s.	0-4 0.33 ± 0.816	0.185	n.s.			
少群	1.42 ± 1.610				1.42 ± 1.610					
多群	1.73 ± 1.668				1.73 ± 1.668					
V 専門的自律と継続的な質の向上能力	N 研究の成果を活用する	なし群	0-2 0.17 ± 0.408	0.114	n.s.	0-2 0.17 ± 0.408	0.114	n.s.		
	少群	0.63 ± 0.831				0.63 ± 0.831				
	多群	1.00 ± 0.926				1.00 ± 0.926				
	O 継続的に学ぶ	なし群	0-1 0.00 ± 0.000	0.260	n.s.	0-1 0.00 ± 0.000	0.260	n.s.		
	少群	0.05 ± 0.229				0.05 ± 0.229				
	多群	0.20 ± 0.414				0.20 ± 0.414				
P 保健師としての責任を果たす	なし群	0-1 1.00 ± 0.000	0.446	n.s.	0-1 1.00 ± 0.000	0.446	n.s.			
少群	1.00 ± 0.000				1.00 ± 0.000					
多群	0.93 ± 0.258				0.93 ± 0.258					
VI 公衆衛生看護の対象と活動の場に応じた対象別実践能力	Q 母子保健活動	地域で生活する母子の健康課題を明らかにし、個別に対する解決・改善策を計画・立案する	なし群	0-3 0.00 ± 0.000	0.073	n.s.	0.00 ± 0.000	0.049		
		少群	0.26 ± 0.733				0.26 ± 0.733			
		多群	0.87 ± 1.187				0.87 ± 1.187			
		地域の人々と協働して、母子の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	なし群	0-3 0.17 ± 0.167	0.054	0.049	0.17 ± 0.167			
		少群	1.11 ± 1.100				1.11 ± 1.100			
		多群	1.47 ± 1.187			1.47 ± 1.187				
	地域の母子に関する健康課題を明らかにし、地域での解決・改善策を計画・立案する	なし群	0-3 0.67 ± 1.211	0.530	n.s.	0-3 0.67 ± 1.211	0.530	n.s.		
	少群	0.58 ± 1.071				0.58 ± 1.071				
	多群	1.00 ± 1.069				1.00 ± 1.069				
	地域の人々と協働して、母子に関する健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	なし群	0-2 0.17 ± 0.408	0.081	0.078	0.17 ± 0.408	0.081			
	少群	0.74 ± 0.806				0.74 ± 0.806				
	多群	1.00 ± 0.756			1.00 ± 0.756					
	地域で生活する母子の健康危機管理を行う	なし群	0-3 0.33 ± 0.516	0.731	n.s.	0-3 0.33 ± 0.516	0.914	n.s.		
	少群	0.21 ± 0.535				0.21 ± 0.535				
	多群	0.40 ± 0.910				0.27 ± 0.799				
	学校保健における健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	なし群	0-5 0.33 ± 0.816	0.082	0.091	0.33 ± 0.816				
	少群	1.26 ± 1.628				1.26 ± 1.628				
	多群	2.00 ± 1.604			2.00 ± 1.604					
児童・生徒・教職員・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	なし群	0-4 0.50 ± 0.837	0.041	0.045	0.50 ± 0.837					
少群	1.26 ± 1.327				1.26 ± 1.327					
多群	1.93 ± 1.033			1.93 ± 1.033						
学校保健における健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	なし群	0-4 0.17 ± 0.408	0.074	0.091	0.17 ± 0.408	0.074				
少群	0.79 ± 1.134				0.79 ± 1.134					
多群	1.40 ± 1.298			1.40 ± 1.298						
児童・生徒・教職員・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	なし群	0-2 0.00 ± 0.000	0.067	n.s.	0-2 0.00 ± 0.000	0.067	n.s.			
少群	0.26 ± 0.562				0.26 ± 0.562					
多群	0.67 ± 0.816				0.67 ± 0.816					

* 対象別実践能力は、母子保健と関連する中項目かつ有意差が認められるもののみ示した
 ** 一元配置分散分析
 *** Bonferroni法による多重比較（どの群にも有意差が認められなかったものは、n.s.と表記した）

よう、学内演習や臨地実習環境整備等により、看護技術の修得の機会を増やす必要性を挙げている¹⁴⁾。

また、頭川らは、学士課程を修了した保健師が、保健師活動の現場で戸惑うこととして、個別支援では母子保健の知識不足を挙げており、同時に大学で学んでおけばよかったこととして、母子保健に関することが最多であったとしている¹⁵⁾。これらから、今後は特に母子保健活動における個別支援技術の強化が必要であると考えられる。実習での体験が1回であっても、自信度を高められ、実践的な能力の修得が促されるよう、学内で基礎的な個別支援技術の修得のさらなる強化を行うとともに、さらに実習終了後の学生の到達レベルの分析を進め、到達度を高める要因を検討する必要がある。

なし群が他の群より高かった地域のアセスメントに関する項目については、家庭訪問に代わる体験として、学生に地区踏査の機会が与えられたこと、地域のアセスメントについて熟考する時間が十分確保されたこと等により強化された可能性が考えられるが、本研究では要因を明らかにすることはできなかった。

4.4 本研究の限界

本研究は、学生の学習の成果について、学生の内的評価を量的に行ったのみであり、今後は、教員に

よる外的評価や、実習記録の質的分析を行う等、包括的な評価を行っていく必要がある。また、実習体験と技術到達度の関連については、母子家庭訪問に注目した分析を行ったため、他の因子については不明である。今後は、他の体験項目についても、技術到達度との関連を調べ、技術到達度を高める要因をさらに明らかにしておく必要がある。

5 結語

A 大学において、保健師選択制導入後の臨地実習では、A 大学が必須体験としている項目については、概ね全員が体験しており、良好な実習環境にあることが明らかになった。

技術到達度の実態では、「知識としてわかる」レベルの項目の到達度は高く、知識の修得はできていると考えられたが、より高い到達度を求められる個別支援技術やアセスメントの関連の到達度が低く、学内での教育方法を検討し、実践能力を強化する必要性が示唆された。

†1) 本研究では、先行研究¹⁾に倣い、「技術」を「保健師実践のための方法であり、目的意識的な行為」と定義する。

文 献

- 1) 麻原きよみ, 大森純子, 小林真朝, 平野優子, 鈴木良美, 荒木田美香子, 大木幸子, 岡本玲子, 奥山則子, 海原逸子, 須藤裕子, 長江弘子, 宮崎美砂子, 村嶋幸代: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, 2010.
- 2) 井伊久美子, 荒木田美香子, 松本珠実, 堀井とよみ, 村嶋幸代, 平野かよ子編集:新版保健師業務要覧. 第3版, 日本看護協会出版会, 東京, 2013.
- 3) 厚生労働省: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/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001316e.pdf>, 2010. (2017.1.12確認)
- 4) 平野かよ子, 池田信子, 金川克子, 潮見重毅, 鈴木晃, 平山朝子, 古谷章恵, 山崎京子, 安村誠司:看護系大学, 短大専攻科, 専修学校別の保健師養成について—教員と学生の保健師活動の認識等の実態調査—. 日本公衆衛生雑誌, 52(8), 746-755, 2005.
- 5) 全国保健師教育機関協議会:平成20年度(2008)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.
http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h20houkokusyo_hokenshikyoiukyosa.pdf, 2011. (2017.1.12確認)
- 6) 文部科学省: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, 2011. (2016.12.5確認)
- 7) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会:大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/___icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf, 2011. (2016.12.5確認)
- 8) 看護学教育の在り方に関する検討会:看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標—看護学教育の在り方に関する検討会報告—.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm, 2004. (2016.12.5確認)

- 9) 村嶋幸代編集：最新保健学講座2公衆衛生看護支援技術。第4版，メヂカルフレンド社，東京，2015.
- 10) 全国保健師教育機関協議会保健師教育検討委員会：保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ全国保健師教育機関協議会版（2014）—保健師教育の質保証と評価に向けて—。
<http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h26-iinkai-hokenshi-mr-houkoku.pdf>, 2014. (2016.12.6確認)
- 11) 鈴木良美，斉藤恵美子，澤井美奈子，岸恵美子，掛本知里，中田晴美，五十嵐千代，麻原きよみ：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。日本公衆衛生雑誌，63(7)，355-366，2016.
- 12) 中央教育審議会大学分科会制度・教育部会：学士課程教育の構築に向けて—審議のまとめ—。
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2013/05/13/1212958_001.pdf, 2008. (2017.3.15確認)
- 13) 日本公衆衛生学会：公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告；保健師のコアカリキュラムについて—中間報告—。日本公衆衛生雑誌，52(8)，756-764，2005.
- 14) 浅川和美，高橋由紀，川波公香，川野道宏，山海千保子，関根聡子，市村久美子：看護基礎教育における看護技術教育の検討—看護系大学生の臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度—。茨城県立医療大学紀要，13，57-67，2008.
- 15) 頭川典子，安田貴恵子，御子柴裕子，嶋澤順子，坂本ちより，俵麻紀，北山三津子：学士課程卒業後の保健師が新任期に感じる困難と対処状況，長野県看護大学紀要，5，31-40，2003.

(平成29年5月8日受理)

Relationship Between the Quality of Clinical Training Experience of Students and Their Skill Achievement Levels After the Introduction of Public Health Nursing as an Elective Course

Yoko NISHIDA, Sanae TOMITA, Yoko ISHII and Kyoko NAMIKAWA

(Accepted May 8, 2017)

Key words : public health nurse, skill achievement level, student, home visit, basic education of public health nurses

Abstract

The present study aimed to clarify the relationship between the quality of clinical training experience of students and their skill achievement levels. An anonymous self-completed questionnaire survey was conducted involving 40 students who underwent public health nurse (PHN) training in 2015 and 2016. The questionnaire inquired about the subjects' levels of the "Minimum Requirements in PHN Education" (MR) and mandatory activities. In addition, we analyzed the correlation between the frequency of visiting of the maternal and child health and the number of MR items achieved. The study was conducted with the approval of the ethical committee of the subjects' university. Effective answers were provided by 40 subjects. Although the above-mentioned mandatory activities were experienced by most subjects, only 30% of the MR items were achieved by more than half of the subjects. Items by lower-level achievements (such as those about the policy enforcement) showed a tendency the same as the preliminary research. Regarding the correlation between the frequency of visiting of the maternal and child health and the number of MR items achieved, subjects with a higher frequency of visiting showed a significantly higher number of MR items achieved compared with those with a lower frequency of visiting.

Correspondence to : Yoko NISHIDA

Department of Nursing
Faculty of Health and Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-mail : y_nishida@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.27, No.1, 2017 39 – 49)

