

A 大学における公衆衛生看護学実習体験と 技術到達度の実態 —実習年度と実習地域による比較—

西田洋子*¹ 富田早苗*¹ 石井陽子*¹ 波川京子*¹

1. 緒言

保健師は、公衆衛生を担う職種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、健康課題の解決にむけ活動を行ってきた¹⁾。健康格差の縮小、介護予防、虐待防止、DV対策等、対応を求められる健康課題は増え続け、困難さも増している²⁾。これら複雑多岐にわたる健康課題への対応のため、保健師養成機関には、高度な実践能力を備えた保健師の育成が求められている。

しかしながら、社会から求められる実践能力と新卒保健師の実践能力との乖離が問題視されるようになった³⁾。その対応策として、2009年の保健師助産師看護師法改正で、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年以上に延長された⁴⁾。加えて、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⁵⁾。これにより、保健師教育の質の確保に向け、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。

保健師教育においては、実践能力の向上のため、実習をはじめとする体験学習の重要性が示されている⁶⁾。A大学においても、選択制導入後、公衆衛生看護学実習の内容を大幅に見直すとともに、実習と連動した教育実践の強化を試みている。これらの教育評価のため、学生の実習体験や学びの実態、学びの促進要因を明らかにすることが必要である。特に、A大学では、選択制導入後の公衆衛生看護学実習の必須体験項目を見直し、実習年度や地域によらな

い一定の実習体験の確保に努めている。しかし、公衆衛生看護活動は、対象となる個人や地域にあわせて展開されることから、実習内容はその地域の特性に大きく左右され、実習年度や実習地域により学生の実習体験に差が生じることは避けられない。学びの平等性を確保することは、教育機関としての責務であり、教員に求められる役割でもある。そのため、実習環境を補う学びの場の設定や、実習施設との調整による望ましい実習環境の創出が教員に求められ、その根拠となる資料が必要である。しかしながら、保健師選択制導入後の公衆衛生看護学実習での学生の実習体験や技術^{†1)}到達度を、実習年度・実習地域に着目して分析した先行研究は見当たらない。

そこで、本研究では、実習年度および実習地域に着目し、A大学の保健師選択制導入後の実習体験と学生の技術到達度の実態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が選択制導入後のA大学の公衆衛生看護学実習・保健師教育の評価に役立てられ、そのあり方について検討できることである。さらに実習施設に提示することにより、学生の実習環境の改善・充実、ひいては保健師教育の充実・質の確保につながることである。

2. 研究方法

2.1 対象

調査対象は、2015年度と2016年度に公衆衛生看護学実習を行ったA大学4年次生各20人、計40人であった。

2015年度、2016年度のA大学の实習施設は、保健所を有する都市のA地域、県南部の沿岸部を中心とした地域のB地域、県北部の山間地域のC地域であった。B地域・C地域とも、実習施設の市町

*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

村は人口10万人未満の小都市であり、管轄の保健所は都道府県型であった。A大学公衆衛生看護学コースのカリキュラム概要については図1に、公衆衛生看護学実習体制の概略については図2に示した。

2.2 方法

調査方法は、留置法による無記名の自記式質問紙調査であった。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。

1年次	2年次		3年次		4年次	
	秋学期	春学期	秋学期	春学期	秋学期	春学期
公衆衛生看護学概論	保健医療福祉行政論 (保健医療福祉行政論 I)	保健医療福祉行政論 (保健医療福祉行政論 II)	個人・家族・集団・組織の支援 (保健指導論)	個人・家族・集団・組織の支援 (産業看護学)	公衆衛生看護学概論 (公衆衛生看護学概論 I)	公衆衛生看護学概論 (公衆衛生看護学概論 II)
公衆衛生看護学管理論 (健康危機管理論)	個人・家族・集団・組織の支援 (学校保健学)	個人・家族・集団・組織の支援 (保健指導論)	保健統計学	公衆衛生看護学活動展開論 (公衆衛生看護学活動 I)	公衆衛生看護学活動展開論 (公衆衛生看護学活動 II)	公衆衛生看護学管理論
					公衆衛生看護学実習 (公衆衛生看護学実習 I・II)	

図1 A大学のカリキュラム概要 (公衆衛生看護関連)

図2 保健師助産師看護師学校養成所指定規則に示された教育内容
下段かつこ書き:A大学での科目名, 上段と異なる場合のみ記載した

2.3 調査内容

2.3.1 属性

対象者に、実習を行った年度（以下、実習年度）および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・

	1週目	2週目	3週目	4週目	5週目
A地域 (保健所を有する都市)	● △	○ ○	★ □	★ □	★ ○
	●	○	★	★	★
B地域、心地域 (小郡市とそれら隣接する郡道府県に保健所)	● △	○ ○	□ □	□ □	★ ○
	●	○	□	□	★

名実習地域担当教員が、隔日実習施設へ出向き指導する

(うち1週は地域包括支援センター)

図2 A大学の公衆衛生看護学実習体制の概略

●集中オリエンテーション、各実習地域を管轄する保健所単位で実施、実習地域の概要、保健所の業務について保健所職員から説明を受ける。事業計画立案・評価、地区活動計画立案、地区管理に関する説明、健康危機についての説明も含まれる。
 △学内オリエンテーション、学生・教員が出席。
 ○実習施設でのオリエンテーション、実習施設・地域の概要の説明を実習指導者等から受ける。地域ごとの事業計画立案・評価、地区活動計画立案、地区管理に関する説明、健康危機についての説明も含まれる。
 ★実習施設でのカンファレンス、学生・実習指導者・教員が出席。
 □学内中間まとめ、学生・教員が出席。
 ▲学内まとめ、学生・教員が出席。
 ※地域包括支援センターでの実習は、順次行う。

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、実習での体験を、「あり」、「なし」の2件法で問うた。家庭訪問、健康相談、健康診査（問診）の3項目については活動対象別に設定した。

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）⁷⁾」のうち、産業保健分野を除く222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」に対応している。小項目または行動目標ごとに、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件法とした。

2.4 分析方法

体験項目については、属性別の項目ごとに体験した者の率（以下、体験率）を求め、クロス集計後、Fisherの正確確率検定を行った。

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）を算出し、属性別のクロス集計後にFisherの正確確率検定を行った。

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。

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、調査の参加の有無が成績に影響することはない等、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、結果の公表等について説明し、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年度、2016年度とも対象者数は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年度、2016年度とも同一であり、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 実習年度別実習体験の実態

実習年度別の実習体験（表1）では、2項目で年度間での体験率に有意差が認められた。体験項目のうち、A大学が必須体験項目としている、母子家庭訪問、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・評価の説明を受けること、地区管理の説明を受けること、健康危機管理の説明を受けることの9項目においては、1項目において年度間での体験率に有意差が認められた。また、体験項目全体の7割で、両年度とも体験率が8割を超えていた。有意差が認められた体験項目は、乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）と健康危機であった。乳幼児健診については、2015年度100.0%に対し、2016年度75.0%と低くなっていた（ $p<0.05$ ）。健康危機については、2015年度65.0%に対し、2016年度100.0%と高くなっていた（ $p<0.01$ ）。

3.4 実習地域別実習体験の実態

実習地域別の実習体験（表2）では、体験項目のうち6項目で、体験率に有意差が認められた。A大学の必須体験項目9項目では、2項目で体験率に有意差が認められた。

家庭訪問については、全員が1回以上体験していた。しかし、対象別に見ると、成人家庭訪問、高齢者家庭訪問、難病家庭訪問の3項目で体験率に有意差が認められた。成人家庭訪問では、C地域の体験率が50.0%と最も高く（ $p<0.05$ ）、高齢者家庭訪問、難病家庭訪問では、B地域が最も体験率が低かった（順に、 $p<0.05$, $p<0.01$ ）。B地域では、感染症、難病、生活保護受給者への家庭訪問の体験率が0%であった。C地域では、母子家庭訪問と高齢者家庭訪問の2項目を全員が体験していた。

家庭訪問を除く実習体験では、医療計画に関する事業と健康危機の2項目で体験率に有意差が認められた。医療計画に関する事業では、A地域が6.3%と最も低かった（ $p<0.01$ ）。健康危機では、A地域は100%で最も高かった（ $p<0.05$ ）。C地域では、実習地域別のオリエンテーションで全員が体験する4項目（事業計画立案・評価、地区活動計画立案、地区管理に関する説明、健康危機）のうち、2項目の体験率が100%であった。

表1 実習年度別の実習体験

体験項目	体験のレベル	体験率 (%)		N=40
		2015年 (n=20)	2016年 (n=20)	
家庭訪問	全体	100.0	100.0	
	①母子家庭訪問	95.0	75.0	
	②成人家庭訪問	20.0	20.0	
	③精神障害家庭訪問	55.0	55.0	
	④心身障害児・者家庭訪問	15.0	30.0	
	⑤高齢者家庭訪問	75.0	80.0	
	⑥結核家庭訪問	40.0	20.0	
	⑦感染症家庭訪問	5.0	0.0	
	⑧難病家庭訪問	25.0	30.0	
	⑨結核・感染症・難病のうち、いずれか または全て体験している者	60.0	50.0	
⑩ ①～⑧の内、生活保護受給者の家 庭訪問	20.0	10.0		
健康相談 (見学含む)	全体	95.0	85.0	
	①母子	80.0	65.0	
	②成人	65.0	50.0	
	③高齢者	65.0	55.0	
	④障害者	30.0	20.0	
健康診査(問診) (見学含む)	全体	100.0	95.0	
	①乳幼児健診	100.0	75.0	*
	②成人健診	90.0	90.0	
健康教育	主体的に実施	100.0	100.0	
事例検討	主体的に実施	55.0	35.0	
地域診断	実施1地域	100.0	100.0	
事業計画立案・評価	説明もしくは見学	80.0	90.0	
地区活動計画立案	説明もしくは見学	80.0	85.0	
組織活動	見学	95.0	85.0	
連携調整会議	見学	90.0	80.0	
医療計画に関する事業	見学	50.0	30.0	
地区管理に関する説明	説明もしくは見学	65.0	40.0	
健康危機	説明もしくは見学	65.0	100.0	**

Fisherの正確確率検定, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

表2 実習地域別の実習体験

N=40

体験項目	体験のレベル	体験率(%)		
		A地域 (n=16)	B地域 (n=16)	C地域 (n=8)
家庭訪問	全体	100.0	100.0	100.0
	①母子家庭訪問	87.5	75.0	100.0
	②成人家庭訪問	0.0	25.0	50.0 *
	③精神障害家庭訪問	56.3	43.8	75.0
	④心身障害児・者家庭訪問	31.3	6.3	37.5
	⑤高齢者家庭訪問	87.5	56.3	100.0 *
	⑥結核家庭訪問	18.8	31.3	50.0
	⑦感染症家庭訪問	0.0	0.0	12.5
	⑧難病家庭訪問	43.8	0.0	50.0 **
	⑨結核・感染症・難病のうち、いずれかまたは全て体験している者	56.3	31.3	100.0 **
⑩①～⑧の内、生活保護受給者の家庭訪問	25.0	0.0	25.0	
健康相談 (見学含む)	全体	87.5	93.8	87.5
	①母子	81.3	68.8	62.5
	②成人	43.8	68.8	62.5
	③高齢者	56.3	62.5	62.5
	④障害者	37.5	18.8	12.5
健康診査(問診) (見学含む)	全体	93.8	100.0	100.0
	①乳幼児健診	81.3	93.8	87.5
	②成人健診	87.5	93.8	87.5
健康教育	主体的に実施	100.0	100.0	100.0
事例検討	主体的に実施	37.5	56.3	37.5
地域診断	実施1地域	100.0	100.0	100.0
事業計画立案・評価	説明もしくは見学	87.5	75.0	100.0
地区活動計画立案	説明もしくは見学	81.3	75.0	100.0
組織活動	見学	100.0	75.0	100.0
連携調整会議	見学	68.8	93.8	100.0
医療計画に関する事業	見学	6.3	56.3	75.0 **
地区管理に関する説明	説明もしくは見学	37.5	68.8	50.0
健康危機	説明もしくは見学	100.0	68.8	75.0 *

Fisherの正確確率検定, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

3.5 実習年度別技術到達度の実態

到達率(表3, 表4)に有意差が認められたのは6項目であった。有意差が認められた項目は、「顕在化している健康課題を明確化する(集団/地域)」, 「地域の人々の生命・健康, 人間としての尊厳と権利を守る(集団/地域)」, 「地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う(個別/家族, 集団/地域)」, 「訪問・相談による支援を行う(集団/地域)」, 「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(個別/家族)」であった。「顕在化している課題を明確化する(集団/地域)」を除き, 2015年度が2016年度より高かった。

両年度とも到達率が3割に満たない項目は, アセスメント, 計画立案・評価, 施策化に関する項目で, 関連項目の5割以上に達し, 対象別実践能力では母子保健活動で約5割, 学校保健では6割以上であった。母子保健活動では, 特に児童虐待に関する項目全てで, 到達率が3割に満たなかった。学校保健では, 個別支援関連, 応急対応, 養護教諭の役割等, 全15項目中10項目で到達率が3割に満たなかった。

3.6 実習地域別技術到達度の実態

到達率(表5)に有意差が認められた項目は16項目であり, 年度間に比べ, 有意差が認められた項目数が多かった。中項目「活動を展開する」では, 具体的支援方法に関する3項目, 中項目「施策化する」では, 施策化の必要性の説明, ニーズに基づく施策立案の2項目, 対象別実践能力では, 精神保健活動の当事者教室に関する1項目, 障害者保健活動のサポートシステム・環境整備に関する2項目, 難病の保健活動では全項目であり, 内容は, アセスメント, 社会資源, 多職種連携, サポートシステム・環境整備に関する項目で, 地域間の到達率に有意差が認められた。A地域では, 施策化75.0%, 精神保健活動50.0%, 障害者保健活動75.0%で, 3地域中最も到達率が高かった(いずれも, $p < 0.05$)。また, 難病の保健活動においても, 概ね到達率が75.0%以上となっており, 3地域中最も高い到達率であった。C地域では, 「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」において, 個別/家族, 集団/地域とも到達率が100.0%で, 3地域中最も高かった($p < 0.05$)。加えて, 「地域の難病患者の生活実態について説明できる」で到達率62.5%と, 3地域中最も高かった($p < 0.05$)。

4. 考察

4.1 実習年度別の実習体験と技術到達度

2015年度・2016年度のA大学の公衆衛生看護学実習においては, A大学の必須体験項目では, 概

ね, 年度間の体験率に有意差は認められず, 体験率も75.0%を超えていたことから, 一定の実習体験が確保されており, 良好な実習環境にあると考えられる。しかしながら, 必須体験項目のうち, 結核・感染症または難病家庭訪問では, 2015年度で60.0%, 2016年度で50.0%の体験率に留まった。また, 乳幼児健診では2016年度の体験率が2015年度より低く, 有意差が認められた。有意差は認められなかったものの, 必須体験項目としている母子家庭訪問, 健康診査(問診), 健康相談等個別支援関連の体験率についても2016年度で低下傾向にあり, 個別支援関連の体験機会の確保が課題である。実習での家庭訪問の課題として, 「受け入れ拒否もあり難しい」という実習施設側の意見を示す先行研究⁸⁾もあり, このことから, 個別支援関連の体験機会の確保の難しさがわかる。一方, 技術到達度をみると, 個人/家族に関する項目では, 年度間で有意差が認められた項目は, いずれも2015年度より2016年度で到達率が低い項目であった。他の個人/家族に関する項目においても, 有意差は認められないものの, 2016年度において, 到達率が低下している項目が全体の半数以上であった。これは, 個別支援関連の体験率が低下したことによると推察される。

健康危機では2016年度の体験率が大幅に上昇した。また, 有意差はなかったものの, 事業計画立案・評価, 地区活動計画立案についても, 2016年度の体験率が上昇傾向であった。2016年度の学生に対し, 実習指導者や教員が体験の意味づけを強化したことによるものと考えられる。これらを含むオリエンテーションにより全員が体験する4項目は, 本来は体験率100.0%となるべき項目である。今後も, 学生が知識と体験を結びつけられる学習の支援が必要である。

到達率が3割に満たない項目は, アセスメント, 計画立案・評価, 施策化, 児童虐待, 学校保健に関する項目であり, 両年度に共通の課題であった。計画立案・評価, 施策化については, 実習後の履修科目であることが, 児童虐待, 学校保健については, 学生の実感を伴った体験が乏しいことが一因であると考えられる。

4.2 実習地域別の実習体験と技術到達度

実習地域別の家庭訪問体験では, 全員が体験していたものの, 対象別の体験率に有意差が認められた。A大学の必須体験項目である結核・感染症または難病家庭訪問において, 最も高い地域で100.0%, 最も低い地域では約3割の体験率であり, 地域により体験率が大きく異なっていた。技術到達度をみると, 障害者保健や難病の保健活動において, 結核・

表3 実習年度別の技術到達度

MR項目		到達率					
中項目	小項目	個人/家族			集団/地域		
		到達率	2015年	2016年	到達率	2015年	2016年
				%		%	
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	50.0	35.0	I	20.0	40.0
	2) 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	20.0	15.0	I	15.0	35.0
	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	25.0	I	20.0	25.0
	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	45.0	15.0	I	30.0	35.0
	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	40.0	15.0	I	35.0	30.0
	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	15.0	10.0	I	15.0	20.0
	7) 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	20.0	15.0	I	25.0	10.0
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	35.0	30.0	I	0.0	25.0 *
	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	5.0	25.0	II	55.0	70.0
	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	20.0	II	50.0	45.0
	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	30.0	20.0	I	15.0	20.0
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	35.0	15.0	I	25.0	20.0
	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	20.0	30.0	I	10.0	25.0
	14) 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	25.0	10.0	I	5.0	0.0
	15) 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	20.0	10.0	I	0.0	10.0
	16) 評価の項目・方法・時期を設定する	I	10.0	15.0	I	10.0	15.0
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	80.0	55.0	II	80.0	45.0 *
	18) 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	75.0	25.0 **	II	75.0	30.0 *
	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	85.0	70.0	I	85.0	70.0
	20) 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	30.0	20.0	II	70.0	65.0
	21) 地域の人々が意思決定できるよう支援する	II	70.0	60.0	II	70.0	55.0
	22) 訪問・相談による支援を行う	I	10.0	0.0	II	70.0	30.0 *
	23) 健康教育による支援を行う	I	20.0	10.0	II	90.0	80.0
	24) 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	-	-	-	III	70.0	65.0
	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	40.0	55.0	I	5.0	0.0
	26) 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	45.0	45.0	II	25.0	40.0
	27) 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	50.0	35.0	II	50.0	20.0
	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	70.0	35.0	II	65.0	35.0
	29) 法律や条例等を踏まえて活動する	I	10.0	10.0	I	10.0	0.0
	30) 目的に基づいて活動を記録する	I	35.0	25.0	I	35.0	25.0
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	75.0	20.0 **	II	85.0	65.0
	32) 必要な情報と活動目的を共有する	I	50.0	30.0	II	70.0	75.0
	33) 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	80.0	60.0	II	80.0	60.0
	34) 活動の評価を行う	I	25.0	25.0	I	25.0	20.0
	35) 評価結果を活動にフィードバックする	I	10.0	5.0	I	10.0	5.0
	36) 継続した活動が必要な対象を判断する	I	15.0	5.0	I	15.0	5.0
F活動を評価・フォローアップする	37) 必要な対象に継続した活動を行う	II	35.0	45.0	II	45.0	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	30.0	III	50.0	55.0
	39) 生活環境の整備・改善について提案する	III	60.0	55.0	III	50.0	60.0
	40) 広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	III	40.0	55.0	III	45.0	55.0
	41) 健康危機についての予防教育活動を行う	II	10.0	15.0	II	20.0	15.0
	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	30.0	55.0	III	30.0	50.0
H健康危機の発生時に対応する	43) 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	IV	85.0	95.0	IV	85.0	100.0
	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	45.0	III	45.0	45.0
	45) 医療情報システムを効果的に活用する	IV	65.0	80.0	IV	65.0	75.0
	46) 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	80.0	90.0	IV	80.0	90.0
	47) 健康被害の拡大を防止する	IV	85.0	100.0	IV	90.0	95.0
I健康危機発生後からの回復期に対応する	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	65.0	85.0	IV	60.0	85.0
	49) 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	55.0	80.0	IV	60.0	85.0
J社会資源を開発する	50) 活用できる社会資源と利用上の問題を見出す	-	-	-	I	5.0	0.0
	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機会と場、方法を提供する	-	-	-	III	55.0	60.0
	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	55.0	65.0
	53) 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	-	-	-	III	45.0	40.0
Kシステム化する	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	15.0	0.0
	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	45.0	50.0
	56) 仕組みが包括的に機能しているか評価する	-	-	-	III	55.0	40.0
	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	40.0
	58) 施策の根拠となる法や条例等を理解する	-	-	-	III	45.0	55.0
	59) 施策化に必要な情報を収集する	-	-	-	I	15.0	5.0
	60) 施策化が必要である根拠について資料化する	-	-	-	I	10.0	5.0
L施策化する	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	50.0	45.0
	62) 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	-	-	-	III	45.0	35.0
	63) 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	-	-	-	III	50.0	45.0
	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	40.0	20.0
	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	20.0	30.0
	66) 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	-	-	-	III	40.0	45.0
N研究の成果を活用する	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	35.0	45.0
	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	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	35.0	25.0
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	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	100.0	95.0

斜体は、2015年度・2016年度とも到達率が3割に満たない項目を指す

Fisherの正確確率検定、* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

表4 実習年度別の技術到達度（対象別実践能力）

		N=40									
MR項目	中項目	行動目標	到達率			集団/地域					
			到達率	2015年	2016年	到達率	2015年	2016年			
			I	%	II	%	I	%			
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	30.0	10.0	-	-	-	-		
		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	20.0	10.0	-	-	-	-		
		③乳幼児を対象とする家庭訪問計画が立案できる	I	15.0	5.0	-	-	-	-		
		73) ①乳幼児の家庭訪問の準備・実施・評価ができる	II	60.0	50.0	-	-	-	-		
		②個別支援の場面で問診ができる	II	30.0	15.0	-	-	-	-		
		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	45.0	20.0	-	-	-	-		
		74) ①乳幼児健診の意義と仕組みが説明できる	-	-	-	I	30.0	35.0	-		
		②健康課題と母子保健事業を関連付けて説明できる	-	-	-	I	25.0	30.0	-		
		③受け持ち地域の母子保健システムを説明できる	-	-	-	I	10.0	20.0	-		
		75) ①地域の母子の健康課題と関連づけた健康教育の企画・実施・評価ができる	-	-	-	II	60.0	50.0	-		
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	30.0	10.0	-				
R	成人保健活動	76) ①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	20.0	10.0	I	15.0	10.0	-		
		②個別の児童虐待の支援策を説明できる	I	20.0	0.0	I	15.0	0.0	-		
		③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	5.0	I	5.0	5.0	-		
		77) ①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	15.0	20.0	-	-	-	-		
		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	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	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	50.0	45.0	-	-	-	-		
		78) ①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	65.0	30.0	-	-	-	-		
		79) 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	60.0	-		
		②地域の特性に応じた事業計画を立案できる	-	-	-	III	95.0	90.0	-		
S	高齢者保健活動	80) 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	10.0	15.0	-		
		81) ①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	40.0	50.0	II	40.0	50.0	-		
		82) ①高齢者の個別支援に必要な情報収集ができる	I	30.0	20.0	-	-	-	-		
		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	30.0	20.0	-	-	-	-		
		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	45.0	-	-	-	-		
		④高齢者の権利擁護の方法について説明できる	II	45.0	55.0	-	-	-	-		
		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	55.0	45.0	-	-	-	-		
		84) 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	20.0	-		
		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	50.0	45.0	-		
		85) 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	30.0	55.0	-		
②高齢者の特性をふまえた健康教育を実施できる	-	-	-	I	20.0	5.0	-				
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	80.0	-				
T	精神保健活動	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	90.0	IV	90.0	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	90.0	100.0	IV	85.0	95.0	-		
		87) ①高齢者虐待が発生する背景を説明できる	I	15.0	10.0	I	15.0	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	30.0	25.0	II	30.0	40.0	-		
		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	25.0	20.0	II	15.0	25.0	-		
		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	45.0	40.0	-	-	-	-		
		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	20.0	25.0	-	-	-	-		
		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	20.0	30.0	-	-	-	-		
		④精神障害をもつ人と家族の健康課題と対処能力をアセスメントし、支援計画を立案できる	II	15.0	0.0	-	-	-	-		
		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	65.0	50.0	-		
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	60.0	45.0	-				
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	35.0	55.0	-				
U	障害者保健活動	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	10.0	20.0	-	-	-	-		
		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	15.0	20.0	-	-	-	-		
		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	-	-	I	20.0	15.0	-		
		②家族や精神障害者の教室について説明できる	II	-	-	II	25.0	30.0	-		
		92) ①措置入院関係申請・受理について説明できる	IV	85.0	100.0	-	-	-	-		
		93) ①精神科病院に対する指導監督を説明できる	-	-	-	IV	65.0	75.0	-		
		94) ①障害者自立支援制度のシステムを説明できる	II	20.0	20.0	II	20.0	25.0	-		
		②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	100.0	85.0	IV	100.0	85.0	-		
		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	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	95.0	90.0	-	-	-	-		
③障害者の尊厳と権利を守ることに説明できる	I	100.0	95.0	-	-	-	-				
V	難病の保健活動	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	65.0	55.0	-		
		97) ①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	50.0	III	50.0	50.0	-		
		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	70.0	60.0	III	-	-	-		
		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	60.0	55.0	III	-	-	-		
		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	60.0	55.0	III	-	-	-		
		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	55.0	50.0	III	-	-	-		
		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	30.0	35.0	-		
		②難病療養者の交流会を企画・実施できる	-	-	-	III	45.0	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	45.0	60.0	III	45.0	55.0	-		
		W	感染症の保健活動	101) ①感染者、感染症患者（一類・二類・三類・四類・五類感染症、指定感染症、新感染症、新型インフルエンザ感染症、食中毒）の特徴と疾病管理の課題を説明できる	I	5.0	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			75.0	45.0	-	-	-	-		
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			50.0	40.0	-	-	-	-		
103) ②感染症の集団感染を予防するための方法を説明できる	-			-	-	II	35.0	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	15.0	II	15.0	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	15.0	10.0	-	-	-	-
				②児童・生徒の個別支援に必要な情報の把握方法を説明できる	II	5.0	10.0	-	-	-	-
				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	25.0	10.0	-	-	-	-
				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	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	50.0	55.0	-	-	-	-
		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	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	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	60.0	50.0	-	-	-	-		
		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	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	15.0	20.0	-		
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	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	5.0	10.0	-				
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	10.0	15.0	-				
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	10.0	15.0	-				
②学校における健康課題と関連づけた健康教育を提案することができる	-	-	-	II	25.0	25.0	-				

斜体は、2015年度・2016年度とも到達率が3割に満たない項目を指す

表5 実習地域別の技術到達度

MR項目		到達率						N=40		
		個人/家族			集団/地域					
中項目	小項目/行目標	到達率	A地域	B地域	C地域		到達率	A地域	B地域	C地域
		%	%	%	%	%	%	%	%	
D活動を展開する	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	87.5	56.3	100.0 *	I	87.5	56.3	100.0 *	
	23) 健康教育による支援を行う	I	31.3	0.0	12.5 *	II	81.3	87.5	87.5	
L施策化する	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	75.0	25.0	37.5 *	
	63) 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	-	-	-	-	III	75.0	25.0	37.5 *	
T精神保健活動	91) ②家族や精神障害者の教室について説明できる	II	-	-	-	II	50.0	18.8	0.0 *	
U障害者保健活動	97) ①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	75.0	31.3	37.5 *	III	75.0	31.3	37.5 *	
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	87.5	43.8	62.5 *	III	-	-	-	
	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	75.0	31.3	75.0 *	III	-	-	-	
	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	75.0	31.3	75.0 *	III	-	-	-	
	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	75.0	25.0	62.5 *	III	-	-	-	
	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	37.5	12.5	62.5 *	
	②難病療養者の交流会を企画・実施できる	-	-	-	-	III	81.3	18.8	25.0 **	
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	87.5	25.0	37.5 **	III	81.3	25.0	37.5 **		

有意差が認められた小項目/行目標のみ示した
Fisherの正確確率検定, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

感染症または難病家庭訪問の到達率が最も低かったB地域の到達率が最も低かった。障害者や難病患者については、学生が普段の生活で接する機会がほとんどない対象者であることから、直接それらの対象者に接することにより、対象者のイメージ化ができ、理解が促されると考えられ、実習での家庭訪問体験が学生の到達度に影響していることが推察された。また、B地域では、難病の保健活動において個別支援の方法に関する項目に加えて、社会資源に関する技術の到達率についても最も低かった。家庭訪問を通じ、学生は具体的な支援方法を学ぶことはもとより、多職種連携、社会資源、地域のケアシステム等、ひろがりのある学びを得る⁹⁾とされる。今後は、特に体験率が低かった地域について、A大学の必須体験項目を中心に家庭訪問体験をできるだけ確保していく必要がある。また、1事例の家庭訪問のみでは、地域の問題として捉えることが難しいとの報告もあり¹⁰⁾、個別支援技術はもとより社会資源、地域のケアシステムにまで学びを学べるよう、複数事例の家庭訪問体験についても確保していく必要がある。

到達率は、A地域において、施策化、事業計画、社会資源に関する項目で最も高かった。これら地域マネジメント関連の能力は、保健師の実践能力の中でも高度であり、修得にはある程度の経験年数を要するとも言われている¹⁾。また、自治体保健師の標準的なキャリアラダーにおいても、5段階のうち、2~3以上に求められる能力であり¹¹⁾、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。著者らが2015~2016年に本研究と同じ対象者に行っ

た調査においても、到達率は50%程度であったが、A地域ではいずれも75%以上であった。この要因としては、A地域が保健所を有する都市であり、保健所と市町村の機能を連続的に捉えられる環境にあったこと、日常業務の中で公衆衛生看護管理を考える機会に恵まれたこと、業務数や種類が多く実習体験が多彩であり、それらを結びつけ地域全体のケアシステムの考察を促す実習施設での指導に恵まれたことが考えられた。加えて、A地域は、地域包括支援センターでの1週間の実習を行っていることから、高齢者の事例を通じて社会資源や施策化を考える機会が多かったことも一因と考えられた。これらから、地域マネジメントに関わる項目の到達率の向上には、個別事例を通じた学びの機会、保健師の日常業務と公衆衛生看護管理を結びつけて考えられる機会、事業のつながりが考察できる機会の確保が必要であることが示唆された。一方で、A地域では、医療計画に関する事業の体験率が最も低いという課題もあった。A地域の保健所が行わない業務であり、イメージ化が難しいことが一因と考えられ、追加での学びの場の設定が必要である。

B地域においては、全体としては多様な実習体験ができてきているものの、A大学の必須体験項目である母子家庭訪問、結核・感染症および難病家庭訪問の体験率が低く、感染症・難病家庭訪問については、体験率が0%であるという課題があった。個別支援に関する能力は、経験年数1~5年目の保健師が最も身に着けたい能力としても、現在の業務に必要な能力としても、最多であり¹²⁾、就労後すぐに必要とな

る能力でもある。個別支援に関する学びを直接的に得られる家庭訪問体験の機会の確保が急務である。

C地域においては、A大学の必須体験項目9項目のうち、7項目で体験率が100.0%であった。必須項目以外でも、高齢者家庭訪問、連携調整会議の見学の体験率が100.0%であり、多くの体験の機会が与えられていた。

4.3 今後の教育課題

実習体験、技術到達度とも、年度間より地域間で、有意差が認められる項目が多く、実習地域により学びに差があることが示唆された。このことは、学びの平等性の観点から改善されるべき点であると同時に、地域性に合わせて展開される公衆衛生看護活動の特徴の表れでもある。今後は、地域間での差を縮小させると同時に、地域の特性・公衆衛生看護活動の特性にまで学びが広がるよう、学内での学習の場を再構築する必要がある。

また、家庭訪問、健康相談、健康診査（問診）等、学生の体験に対象者からの同意が必要な項目について、実習指導者・教員間で必要性や体験の実態についての共通認識を持ち、学生の体験を確保する必要がある。特に母子家庭訪問は、体験項目の中でも必須とされている項目である^{7,13}。全員が体験できるよう調整するとともに、少ない体験回数であっても深い学びとできるよう、自主的な事前学習の促進等により、学生の実習に対する準備性を高めることが必要である。

実習地域ごとのオリエンテーションにより、全員が体験する項目については、主に説明を聞くことを中心として行われているが、学生が“体験した”という実感を持ちにくく、学びにつながりにくいと考えられる。実習指導者や教員が繰り返し意味づけを行うことで、体験率は高まったものの、到達率は

100.0%とならず、単に「用語の意味を知っている」という表面的な理解にとどまっていることが考えられた。諏訪は、学ぶということを、“からだで学ぶ”こと、すなわち生活との関係でわかること、自分事としてわかることにより、実践できるようになることであり、学び手が“からだで学べる”環境の整備が重要であるとしている¹⁴。これらの項目や児童虐待、学校保健のような学生が活動そのものに参加することが難しい体験項目については、特に実感を伴う形での代替の実習体験により、学生が“からだで学ぶ”ことができる機会を確保し、実践に応用可能な知識へ転換していくことが求められる。

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。

5. 結語

A大学において、保健師選択制導入後の公衆衛生看護学実習では、概ね年度を問わず一定の実習体験が確保されていることが明らかになった。

両年度とも到達率の低かった項目は、アセスメント・活動評価・施策化に関する項目であり、今後の課題である。実習年度別・実習地域別の比較とも、体験率が低くなると、関連する技術到達度も低くなる傾向が見られた。

実習地域において、学生の学びに差があることが示唆された。学内でのまとめ等を工夫し、その差を埋める必要がある。さらに、実習地域間の実習体験の差から、地域特性にあわせた公衆衛生看護活動の展開について学べる工夫が必要である。

注

†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, 貝原逸子, 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, 松本珠美, 堀井とよみ, 村嶋幸代, 平野かよ子編: 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/2r985200001310q-att/2r985200001316e.pdf>, 2010. (2017.1.12 確認)
- 4) 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)

- 5) 大学教育における看護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)
- 6) 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。
http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h20houkokusyo_hokenshikyoyokucyosa.pdf, 2011. (2017.1.12確認)
- 7) 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).
<http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h26-iinkai-hokenshi-mr-houkoku.pdf>, 2014. (2016.12.6確認)
- 8) 財団法人日本公衆衛生協会：調査保健師教育の質を確保するための臨地実習の方法と要件に関する調査研究報告書。
http://www.nacphn.jp/03/pdf/H22_kamata.pdf, 2011. (2017.9.11確認)
- 9) 和泉京子：大学院修士課程における保健師教育—私立大学新設大学院の試み—。日本公衆衛生看護学会誌, 6(2), 191-193, 2017.
- 10) 平澤則子, 飯吉令枝, 井上智代, 藤川あや, 片平伸子, 高林知佳子：公衆衛生看護学実習における学生の継続訪問実習の学び。日本地域看護学会誌, 20(2), 73-79, 2017
- 11) 厚生労働省：保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ—自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて—。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120158.pdf>, 2016. (2017.9.12確認)
- 12) 公益社団法人日本看護協会：保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書。
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2015/26-katsudokiban.pdf>, 2015. (2017.8.31確認)
- 13) 一般社団法人全国保健師教育機関協議会保健師教育検討委員会：実践能力向上を目指した公衆衛生看護学実習の展開—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協議会版 (2014) を活用して—。
<http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h26-iinkai-hokenshi-koushuu-houkoku.pdf>, 2014. (2017.8.16確認)
- 14) 諏訪正樹：“からだで学ぶ”ことの意味—学び・教育における身体性—。KEIO SFC JOURNAL, 12(2), 9-18, 2012.

(平成30年1月10日受理)

Public Health Nursing Practice and Skills Attainment in University A: A Comparison by Year and Region

Yoko NISHIDA, Sanae TOMITA, Yoko ISHII and Kyoko NAMIKAWA

(Accepted Jan. 10, 2018)

Key words : basic education of public health nurses, skills, experience, year, region

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.2, 2018 521 – 533)

