

教育報告

学生の自己評価を用いた A 大学保健師教育課程の評価

Evaluating Public Health Nurse Curriculum of A University Using Student Self-Evaluation

久保 善子 田口(袴田)理恵 河原 智江 清水 信輔
Yoshiko Kubo Rie Hakamada-Taguchi Chie Kawahara Shinsuke Shimizu
榎本 晃子 高橋 美保
Akiko Enomoto Miho Takahashi

キーワード：保健師教育課程、教育評価、学生の自己評価

key words : Public Health Nurse Curriculum、Educational Evaluation、Student Self-Evaluation

要 旨

目的：保健師教育課程修了時の公衆衛生看護学実習において、学生の自己評価を用いて保健師教育評価の指標の到達度を明らかにし、A 大学の保健師教育課程の評価を行う。

方法：保健師教育課程を履修し、2022 年度に公衆衛生看護学実習を行った A 大学 4 年次学生 20 人を対象とした。公衆衛生看護学実習経験記録表、保健師教育評価の指標（62 項目）を用いて、学生の自己評価の状況を分析し、目標到達者の人数をカウントし、その割合を算出した。

結果：保健師教育評価の指標の目標到達者割合の平均は 72.4% であり、目標到達割合が 100% の項目は 5 項目であり、80% 以上の項目は 26 項目、50% 未満の項目は 8 項目であった。

考察：保健師教育評価の指標の目標到達割合を勘案すると、到達状況は良好であった。目標到達者の割合が低い項目に関する授業・実習内容については、今後、再考する必要性が示唆された。

I. 緒 言

我が国の健康課題は、少子高齢化や国際化の進展、社会的格差や健康格差の拡大、生活習慣病の増加、国際的な感染症の流行、頻発する災害等によって多様化・複雑化しており、保健師基礎教育では、社会情勢の変化に伴ったこれらの健康課題に対応できる人材の育成が求められている^{1,2)}。保健師教育に関わる看護系大学では、昨今の保健師助産師看護師学校養成所指定規則を改正する省令に基づき、2011 年に公布され 2011 年度より適用となった指定規則（以下、2011 年指定規則³⁾と、2020 年に公布され 2022 年度より適用となった指定規則（以下、2022 年指定規則）による教

育が行われている⁴⁾。

2011 年指定規則は、保健師助産師看護師法および看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により保健師助産師看護師法が改正され、保健師の基礎教育における修業年限について、「6 か月以上」から「1 年以上」に延長されたことを受けている。そのため、従来の総単位数 23 単位から 28 単位へと大幅に増加され、実習においても 4 単位から 5 単位になる等、実践力の強化に向けて、教育内容の充実が求められることとなった³⁾。さらに、文部科学省が看護系大学学士課程の卒業要件より保健師教育課程を外すことは可能であるとの見解を示したことを受け、看護系大学での保健師教育課程に選択制を導入する大学が急増し

た⁵⁾。東京都特別区においては、2014年からの保健所等での実習は、期間が延長され4週間(20日間)となるが、各校20人程度を上限とすることが2010年1月に通知されている⁵⁾。

2022年指定規則では、総単位数は28単位から31単位となり、疫学データおよび保健統計等を用いて地域をアセスメントし、健康課題を有する対象への継続的な支援と社会資源の活用等の実践能力を、事例を用いた演習等により強化できるよう公衆衛生看護学の内容を充実させることが付記された。加えて、施策化能力を強化するため、保健医療福祉行政論において政策形成過程について事例を用いた演習等により充実を図るようにすること、産業保健・学校保健における活動の展開や、健康危機管理等で求められる能力を演習を通して強化することが求められた⁴⁾。

A大学においては、2019年度より保健師教育課程が開設された。2022年度は、4年次生が初めて、7～8月にかけて公衆衛生看護学実習を行い、保健師教育課程の完成年度を迎える。2018年に、日本看護学教育評価機構が設立される等、専門職の教育の質を担保する動きがあり、全国保健師教育機関協議会においても、保健師教育の質を保証する機関の必要性の有無が検討されている⁶⁾。したがって、今後は教育機関内部の教育の質の改善は必須であり、A大学においても保健師教育課程の学修の成果や課題を抽出するための教育の評価が必要であると考ええる。現在の教育の評価では、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^{1,7,8)}。また、看護学においても、国内外で到達目標を基準に到達度を重視することの必要性が唱えられている^{1,9,10)}。保健師教育課程の教育の評価に関する先行研究は、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」や、前述の厚生労働省が示した内容を全国保健師教育機関協議会が修正を重ねた「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ」等、研究結果を基に作成されたエビデンスのある評価指標が活用されている^{1,6)}。また、「保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ」は、その後、全国保健師教育機関会員校の教員を対象とした調査研究によって修正を重ね、「保健師教育評価の指標」として名称が変更され、保健師教育課程の評価に活用されてい

る⁶⁾。さらに、教育の評価には、自己評価や他者評価が活用されるが、自己評価は「自分で自分の学業、行動、性格、態度などを査定し、それによって得た知見によって自分を確認し、自分の今後の学習や行動を改善、調整するという一連の過程」¹¹⁾とされ、自己教育力の育成に繋がるとされる¹²⁾。加えて、診断的評価、形成的評価、総括的評価があるが、教育の評価の頻度が高い場合は、学生に調査の負担感が生じやすいとされる¹³⁾。したがって、保健師教育課程履修学生の研究参加への負担を考慮し、本研究では保健師教育課程の履修科目が最後となる公衆衛生看護学実習後に、総括的評価を行うこととした。保健師教育課程の総括的評価を行うことで、A大学の現行の保健師教育課程の成果や課題を検証すると共に、今後の保健師教育課程の教育内容の改善に繋げることができると考える。

本研究の目的は、保健師教育課程修了時の公衆衛生看護学実習において、学生の自己評価を用いて保健師教育評価の指標の到達度を明らかにし、A大学の保健師教育課程を評価することである。

Ⅱ. A大学の保健師教育課程カリキュラムの概要

A大学の保健師教育課程カリキュラムの概要を表1に示す。A大学は、2019年度より保健師教育課程を開設し、東京都特別区の通知に則り、保健所等での実習が可能な20人を、2年次2月に保健師教育課程履修者を選抜する試験を行った上で決定している。2022年度4月においては、3年次生、4年次生が2011年指定規則に対応した保健師教育課程履修者として学修を行っており、2年次生は2011年指定規則に対応する学年であるが、まだ保健師教育課程履修者が決定していない状況である。1年次生は2022年指定規則に対応する学年である。2022年度は、4年次生20人が初めて、7月～8月に4週間の公衆衛生看護学実習を行った。

保健師教育課程カリキュラムより、地域看護学、公衆衛生看護学に関する科目のみ、簡単に概要を紹介する。2年次で学修する「地域看護学概論」は、地域(コミュニティ)で生活する全ての個人・家族、集団、地域全体を支援の対象とし、多職種多機関並びに住民と協働して健康で暮らすやすい地域づくりを行う地域看護の方法と、その

基盤となる理念・理論、並びに支援方法について学修する。また、地域看護の主要な実践 4 領域である行政・在宅・産業・学校の特性と、各々における保健・看護活動について学修する。「地域看護学援助演習」では、特定地域を対象とし、既存資料の分析、地区踏査、住民・キーパーソンのインタビューを通じて、地域の特性をアセスメントし、顕在的・潜在的健康課題を査定する地域看護診断の方法を実践的に修得すると共に、住民や多職種多機関と連携しながら課題に応じた支援を行う計画立案に必要な基礎的能力を修得する科目である。「保健指導・健康教育論」は、保健指導・健康教育の基盤となる行動変容を促すための理論・モデルを学修すると共に、保健指導・健康教育の計画立案と実施、評価の一連の展開方法を学修する。

3 年次で学修する「公衆衛生看護展開論」は、地域で生活する個人・家族・集団のライフサイクルと健康課題に応じた公衆衛生看護の展開方法について学修し、各分野で展開される保健福祉事業とその法的根拠について理解する。加えて、個人・家族の主要な支援技術として、健康診査と家庭訪問の基本的技術を修得し、その展開方法について説明できるようになることを目標としている。「地域在宅看護学実習」には、地域包括支援センターでの実習を組み入れ、管轄地区の地域看護診断を実施すると共に、高齢者を中心とした個人・家族、集団支援と地域づくりについて実践的

に理解を深める。「学校保健・産業保健」では、学校保健・産業保健の実践現場における、保健活動の展開方法と今日的課題への対策の実際、および養護教諭並びに産業看護職の活動方法を体験的に学修し、学校保健・産業保健の理念、基盤となる法制度、活動の枠組みと展開方法、関係職種との連携、並びに看護職の役割への理解を深化することを学修目的としている。

4 年次に学修する科目としては「公衆衛生看護管理論」、「健康危機管理論」がある。「公衆衛生看護管理論」は、公衆衛生看護管理における人事管理・人材育成、組織運営・管理、事業管理、予算管理の原則と方法を学修する。また、保健計画、事業計画の策定プロセスと予算の仕組みと、社会資源・地域ケアシステムの開発・管理を通じた地域ケアの質の保証について学び、保健師の役割を理解する科目である。「健康危機管理論」は、健康危機管理の定義と枠組み、並びに関連法令について学修する。さらに、健康危機のうち、災害並びに感染症集団発生を取り上げ、体制整備、発災・発生時の保健所の役割と保健師活動の展開方法について学修する科目である。最後に、「公衆衛生看護学実習」は、「地域住民の QOL 向上と健康なまちづくりを目指し、個人・家族、集団と地域の健康課題に対して、地域住民、関係機関、多職種と連携・協働しながら組織的に支援を行う上で、保健師に必要なとなる知識、技術、態度を身に付ける」ことを目的としている。

表 1 保健師教育課程カリキュラム

区分	1 年次	2 年次	3 年次	4 年次
専門基礎科目	保健医療福祉行政論* 疫学 I * 保健統計*	看護統計*	疫学 II	
専門基幹科目		地域看護学概論* 地域看護学援助演習* 在宅看護概論* 在宅看護援助論*	公衆衛生看護展開論 在宅看護援助演習* 老年看護学実習 I (地域)* 地域在宅看護学実習*	
専門展開科目		保健指導・健康教育論	家族看護学 看護管理学 災害看護論 学校保健・産業保健	公衆衛生看護管理論 健康危機管理論
統合科目				公衆衛生看護学実習

* 看護師教育課程必修科目

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者

保健師教育課程を履修し、2022年度に公衆衛生看護学実習を行ったA大学4年次学生20人を対象とした。

2. データ収集方法

公衆衛生看護学実習の最終日に、本研究の同意説明書・同意書・同意撤回書を配布した上で説明を行い、同意を得た学生のみを研究対象とした。調査内容は、公衆衛生看護学実習の記録用紙である記名式の1) 公衆衛生看護学実習経験記録表、2) 保健師教育評価の指標⁶⁾とした。調査期間は、2022年の8月～9月であった。

3. 調査内容

1) 公衆衛生看護学実習経験記録表

公衆衛生看護学実習期間において、経験できる可能性の高い健診・検診、健康相談（面接・電話相談）、健康教育（健康学習）、地区組織活動・グループ活動、家庭訪問、他機関訪問、会議の7つの保健事業の実習内容について見学した実習内容も含み、経験した実績を記載してもらった。加えて、経験した保健事業を母子（親子）、成人・高齢者、難病、精神、障害者（児）、感染症の6つの対象別の実習内容に分けて記載してもらった。

2) 保健師教育評価の指標

全国保健師教育機関協議会が作成した最新版⁶⁾の保健師教育評価の指標を用いた。本指標は、2022年指定規則に対応した指標であるが、A大学では保健師教育課程開設の際に、既に2022年指定規則策定のために動いていた国の動向を考慮した上で保健師教育課程のカリキュラムを作成しており、2022年指定規則への対応としては、開設時のカリキュラムに4年次後期に「保健医療福祉行政論Ⅱ」1科目を上乗せしたのみであることから、本指標の使用は適切であると判断した。大項目は6項目から形成され、小項目である評価項目は62項目ある。選択肢は、「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」、「Ⅱ：指導の下で実施できる」、「Ⅲ：学内実習で実施できる」、「Ⅳ：知識として分かる」であり、公衆衛生看護学実習だけではなく、これまでの学修を総括して、評価項目の

到達状況を自己評価してもらった。各評価項目には、保健師教育課程において目標とされる到達度が示されており、示されている目標到達度よりも到達していることが良いとされる。したがって、保健師教育評価の指標を評価することが、保健師教育課程を評価することに繋がる。

4. 分析方法

公衆衛生看護学実習経験記録表については、7つの保健事業別の実習内容と6つの対象別の実習内容について、経験者数の実人数と延べ人数をカウントした。保健師教育評価の指標は、評価項目における到達状況を回答した選択肢ごとに人数をカウントした。各評価項目には、目標到達度が示されているため、示されている目標到達している者の人数をカウントし、目標到達者の割合を算出した。

さらに、公衆衛生看護学実習経験記録表において調べた7つの保健事業別の実習内容について、実習経験のあり・なし群と保健師教育評価の指標の評価項目の到達状況について、目標到達者・目標未到達者群に分け、 χ^2 検定もしくはFisherの正確確率法にて検定を行った。分析にはSPSS Statistics Version 26.0J for Windows (IBM, NY, USA)を用いた。

5. 倫理的配慮

研究対象者には、文書と口頭によって研究の目的、方法等について説明を行った。同意書は、研究責任者が用意した指定の提出箱を用意し、2週間以内に提出してもらった。研究参加の可否の判断に、教員としてのパワーが働かないように、特に以下の点について留意して説明を行った。1) 参加は自由であること、2) 研究に参加しないことで、不利益を被ることはないこと、3) 研究の参加の可否が成績には反映されないこと、成績評価と研究は分けて対応し、成績評価が終了した上で研究を行うこと、4) 研究に同意が得られた学生にはID番号を付与した上で名前を削除し、匿名化した状態で分析を行うこと、5) 研究に参加しても学生には直接的な利益はないこと、6) 研究に一旦、参加しても2か月以内であれば同意撤回ができ、研究責任者が用意した指定の提出箱に同意撤回書を提出できること、7) 同意書は、研

究責任者が用意した指定の提出箱に 2 週間以内に
入れてもらうこと、であった。なお本研究は、共
立女子大学・共立女子短期大学研究倫理審査委員
会の承認を得て実施した（承認番号：KWU-IR-
BA # 2208）。

IV. 結 果

1. 分析対象者

2022 年度に公衆衛生看護学実習を行った 20 人
が、研究責任者が用意した指定の提出箱に同意書
を提出した。また、同意撤回者はいなかったた
め、20 人を分析対象者とした。

2. 2022 年度の公衆衛生看護学実習の状況および 公衆衛生看護学実習経験記録表

A 大学の 2022 年度の公衆衛生看護学実習は、
特別区の 4 区 7 施設で臨地実習を行った。3 区 5
施設は、4 週間の臨地実習が行えたが、新型コロ
ナウイルス感染症流行の影響により、1 区 2 施設
のみが、2 週間の臨地実習となった。臨地にて実
習できない 2 週間は、学内実習にて実習を行った。

7 つの実習内容について、経験者数の実人数と
延べ人数を表 2 に示した。保健事業別では健診・

検診、健康相談（面接・電話相談）は、全員が経
験できており、延べ人数も多かった。地区組織活
動・グループ活動に参加できた学生は、実人数が
11 人であり、延べ人数も 22 人と最も少なかった。
次いで、実人数が少なかったのは、会議であり会
議に参加できた学生は、実人数が 15 人、延べ人
数 42 人であった。会議に参加した学生は、要保
護児童対策地域協議会、児童委員連絡会、事例検
討会、保健師連絡会議等に参加していた。対象別
では母子（親子）に対する実習経験が最も多く、
全員が経験できており、延べ人数も 196 人と突出
して多かった。

3. 保健師教育評価の指標

保健師教育課程の評価となる保健師教育評価の
指標の目標到達状況については、表 3 に示した。
小項目である 62 項目の評価項目においては、目
標到達者の割合の平均が 72.4% であった。小項目
の到達割合が 100% の項目は 5 項目であり、80%
以上の項目は 26 項目、50% 未満の項目は 8 項目
であった。

大項目である「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」について、

表 2 公衆衛生看護学実習での実習内容および経験者数

実習内容		経験者	
		実人数 (人)	延べ人数 (人)
保健事業別	健診・検診	20	126
	健康相談（面接・電話相談）	20	97
	健康教育（健康学習）	19	62
	地区組織活動・グループ活動	11	22
	家庭訪問	16	38
	他機関訪問	17	28
	会議*	15	42
対象別	母子（親子）	20	196
	成人・高齢者	19	25
	難病	9	20
	精神	17	72
	障害者（児）	1	1
	感染症	9	10

実習経験には、見学のみも含む

会議*は要保護児童対策地域協議会、児童委員連絡会、事例検討会、保健師連絡会
議等に参加

小項目である「6. 健康課題解決・改善のための具体的な目的・目標を個人／家族と共に設定し、目標達成するための支援方法を具体的に提示できる」は、目標到達者の割合が45.0%であった。また、「14. 地域（自治体、地区／小地域、学校、事業場）で、健康づくりに関わる地区組織の数や活動内容、行政との協働の状況など多角的な視点から地域の人々の持つ力（健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する力）を見出すことができる」は、目標到達者の割合が40.0%であった。次いで、大項目である「2. PDCA サイクルに基づき、地域の人々・関係者・関係機関等と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」について、小項目である「21. 個人／家族の支援の際に、評価結果を生かした次回の支援計画を立案できる」は、目標到達者の割合が40.0%であった。これら3項目については、個人／家族に対する支援計画立案、地域看護診断に関する内容であり、到達目標が「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」であるが、学生の回答は、「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」、「Ⅱ：指導の下で実施できる」に分布していた。

さらに、大項目である「6. 地域で生活する人々の健康の維持増進と予防を行う公衆衛生看護に必要な実践能力と応用力を養う」については、50%未満の目標到達者の割合が最も多く、5項目であった。それら5項目は、「56. 成人の健康課題を解決するため、生活習慣や家族の発達段階を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる」、「58. 疾患や障害をもつ人と家族の生活や健康課題を解決するため、生活や家族関係、対処能力、社会資源を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる」、「59. 感染者、感染症患者の特徴と疾患管理の課題を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる」、「61. 学校の健康課題を解決するため、児童、生徒の発達段階や生活の特徴を踏まえた保健教育、保健管理、組織活動を学校関係者と共に計画立案し、実施、評価できる」、「62. 労働者の健康保持増進、快適な職場環境づくりに向けた計画を立案し、実施、評価できる」であった。これら5項目は、成人期の支援の展開方法、疾病や障害を持つ人への支援の展開方法、感染症に関する支援の展開方法、学校保健、産業保健に関する内容であった。到達目標は「Ⅱ：指導の下で実施で

きる」であるが、学生の到達度はⅠ～Ⅳに分布していた。

また、公衆衛生看護学実習経験記録表における7つの保健事業別の実習内容について、実習経験のあり・なし群と、保健師教育評価の指標の評価項目における到達状況について目標到達者・目標未到達者群に分け、 χ^2 検定および Fisher の正確確率法にて検定を行った結果、割合に差があったのは、大項目である「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」の「10. 自然環境や社会環境、社会文化的背景が、地域集団（自治体、地区／小地域、学校、事業場）に属する人々の生活や健康へ与える影響をアセスメントできる」と「11. 個人／家族のアセスメント結果と地区踏査、既存資料、関係者や住民インタビューから得た地区の情報を統合し分析できる」の2項目であった。地区組織活動・自主グループ等への参加は、「11. 個人／家族のアセスメント結果と地区踏査、既存資料、関係者や住民インタビューから得た地区の情報を統合し分析できる」と有意差があり、会議への参加は、「10. 自然環境や社会環境、社会文化的背景が、地域集団（自治体、地区／小地域、学校、事業場）に属する人々の生活や健康へ与える影響をアセスメントできる」（ $p=0.018$ ）と「11. 個人／家族のアセスメント結果と地区踏査、既存資料、関係者や住民インタビューから得た地区の情報を統合し分析できる」（ $p=0.037$ ）において有意差があった。

V. 考 察

1. 保健師教育評価の指標の到達状況から鑑みた今後の課題

A 大学の保健師教育評価の指標における62項目の目標到達状況については、目標到達者の割合は平均が72.4%であり、小項目の到達割合が80%以上の項目は26項目、50%未満の項目は8項目であった。2017年の全国保健師協議会による全国調査では、保健師教育課程が選択制の大学の目標到達者割合は平均が65.9%であり（評価項目71項目）¹⁴⁾、2013年度の東京都特別区で実習を行った7大学の学生の目標到達者割合は平均が67.9%であった（評価項目61項目）¹⁾。前者の報告では、2015年に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」が、後者では

2008 年度の同指標が評価指標として用いられており、本研究との比較は困難であるが、いずれも調査時点における最新の保健師教育の到達目標に対する評価として捉え、新型コロナウイルス感染症の流行による制約がある中、A 大学の学生の目標到達状況は、これらの調査結果より良いと考えられる。

保健師教育評価の指標の小項目において、到達割合が 100% であった項目は 5 項目であり、4 項目は目標到達度が「Ⅳ：知識として分かる」の項目であった。残り 1 項目は、大項目「2. PDCA サイクルに基づき、地域の人々・関係者・関係機関等と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」の個人／家族に対する「22. 評価結果からその後の継続的な関わりが必要な対象を抽出できる」であった。したがって、全学生は、保健指導（健康教育・健康相談・家庭訪問）において、継続支援の必要性について理解でき、継続的支援の必要な対象の選定については目標到達度である「Ⅱ：指導の下で実施できる」に達していたことが明らかとなった。

しかしながら、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」の個人／家族に対する「6. 健康課題解決・改善のための具体的な目的・目標を個人／家族と共に設定し、目標達成するための支援方法を具体的に提示できる」は、目標の到達者割合が 45.0% であった。加えて、大項目「2. PDCA サイクルに基づき、地域の人々・関係者・関係機関等と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める」の個人／家族に対する「21. 個人／家族の支援の際に、評価結果を生かした次の支援計画を立案できる」は、目標の到達者割合が 40.0% であった。どちらも個人／家族に対する支援計画立案に関する内容であり、目標到達度は「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」レベルであるため、個人／家族に対する支援計画立案については、継続支援の観点を含めて「公衆衛生看護展開論」での演習や、「公衆衛生看護学実習」での指導を通して、今後、強化しなければならない内容であることが示唆された。

また、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」の地域看護診断と関連する項目「14. 地域（自治体、地区／

小地域、学校、事業場）で、健康づくりに関わる地区組織の数や活動内容、行政との協働の状況など多角的な視点から地域の人々の持つ力（健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する力）を見出すことができる」は、目標の到達者割合が 40.0% であった。保健師教育評価の指標の小項目は、地域看護診断に関して広域的で多角的で詳細な視点で表現されていることや、本年度の公衆衛生看護学実習では参加できていなかった地区組織活動の視点も加わっていること等が、目標到達状況の相違に関連していると考えられる。さらに、地域看護診断に関連する結果としては、「10. 自然環境や社会環境、社会文化的背景が、地域集団（自治体、地区／小地域、学校、事業場）に属する人々の生活や健康へ与える影響をアセスメントできる」、「11. 個人／家族のアセスメント結果と地区踏査、既存資料、関係者や住民インタビューから得た地区の情報を統合し分析できる」について、地区組織活動・自主グループと会議への参加の有無によって有意差が認められた。本研究では、地区組織活動・自主グループと会議への参加の有無によって、アセスメントをし、アセスメント結果を統合する力に差が生じていた。地区組織活動・自主グループ等に参加すると、実習指導の保健師より組織やグループの成り立ち、支援方法、課題等を詳細に聞くことができ、さらに住民からも直接話を聞くことができる。そのため、地区組織活動・自主グループ等に参加した学生は、地域の人々の持つ力を見出し、エンパワメントする視点等を含めて、理解することができると考える。さらに、会議に参加した学生は、要保護児童対策地域協議会、事例検討会、児童委員連絡会、保健師連絡会議等の多機関多職種と一緒にを行う関係者会議や保健師のみが参加する定例会議に参加していた。会議では、複雑な事例について保健師や関係者が悩みながら活動している現場や、困難な課題に直面した際に他職種や他の保健師より助言や支援を得ながら解決していく様子を知ることができており、多機関多職種連携の意義についても学びを深めることができていた。また、会議の席では、学生にも、学生なりに考えたことを発言する機会があり、保健師や関係者より対等にフィードバックをもらっていた。このような機会は、地域や地域で暮らす住民への関心や専門職と

表3 保健師教育評価の指標における目標到達状況 (N=20)

大項目	個人／家族 集団／地域	小項目：評価項目	目標 到達度	回答分布				未回答 者数 (人)	目標到達 者数 (人)	目標到達 者の割合 (%)
				I (人)	II (人)	III (人)	IV (人)			
				(人)	(人)	(人)	(人)			
1 地域・健康課題を解決・改善策を計画・立案する	個人／家族	1. 自然環境、生活環境、社会文化的な情報、対象者の病歴、発達課題の情報に基づき個人／家族をアセスメントできる。	I	15	5	0	0	0	15	75.0
		2. 観察や面接、測定など直接的な関わりによって得た情報に基づき、個人／家族が自らの健康課題をどのように捉えているのかをアセスメントできる。	I	16	4	0	0	0	16	80.0
		3. 健康課題をもちながら自ら表出しない、表出できない個人／家族の予防的、潜在的課題を、地域的・社会文化的背景や過去の対応行動、健康意識の観点から分析できる。	I	11	9	0	0	0	11	55.0
		4. 個人／家族の持つ健康課題を解決・改善し健康増進する能力をアセスメントできる。	I	14	6	0	0	0	14	70.0
		5. 個人／家族の健康課題の優先度について、緊急性、重要性、実現可能性、公平性などから多角的に判断できる。	I	15	5	0	0	0	15	75.0
		6. 健康課題解決・改善のための具体的な目的、目標を個人／家族とともに設定し、目標達成するための支援方法を具体的に提示できる。	I	9	11	0	0	0	9	45.0
		7. 個人、家族の健康課題に応じて、地域の社会資源や地域住民との交流等を活用した具体的な支援計画を立案できる。	I	11	9	0	0	0	11	55.0
	集団／地域	8. 地域の人々の身体的・精神的な健康状態を、収集した情報に基づきアセスメントできる。	I	16	4	0	0	0	16	80.0
		9. 地域の人々が活用できる社会資源について、既存資料、地区踏査、地域の人々との面談、地区活動などの情報に基づきアセスメントできる。	I	13	7	0	0	0	13	65.0
		10. 自然環境や社会環境、社会文化的背景が、地域集団（自治体、地区／小地域、学校、事業場）に属する人々の生活や健康へ与える影響をアセスメントできる。	I	12	7	1	0	0	12	60.0
		11. 個人／家族のアセスメント結果と地区踏査、既存資料、関係者や住民インタビューから得た地区の情報を統合し分析できる。	I	14	6	0	0	0	14	70.0
		12. 収集した情報の分析結果から、顕在化している健康課題を明らかにできる。	I	16	4	0	0	0	16	80.0
		13. 収集した情報の分析結果から、潜在化している健康課題の有無を判断できる	I	11	9	0	0	0	11	55.0
2 地域・健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	個人／家族	14. 地域（自治体、地区／小地域、学校、事業場）で、健康づくりに関わる地区組織の数や活動内容、行政との協働の状況など多角的な観点から地域の人々の持つ力（健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する力）を見出すことができる。	I	8	12	0	0	0	8	40.0
		15. 集団、地域の健康増進能力を高めるための支援目的・目標を設定し、活動計画を立案できる。	I	11	9	0	0	0	11	55.0
		16. 個人／家族の生活様式、行動様式、経済状況、習慣、価値観など生活に配慮した支援計画の立案、支援ができる。	II	4	12	3	1	0	16	80.0
		17. 個人／家族の健康課題に応じた保健指導（健康教育・健康相談・家庭訪問）を実施できる。	II	1	17	1	0	1	18	94.7
		18. 個人／家族の健康課題解決のために、個別支援と集団的・組織的アプローチを組み合わせて活用できる。	II	2	13	2	2	1	15	78.9
		19. 個人／家族の支援の際に、協働する地域の人々・関係者・機関の人とお互いの立場を尊重し信頼関係を築くことができる。	II	5	11	2	2	0	16	80.0
		20. 個人／家族の支援の際に、協働する地域の人々・関係者・機関の人々、相互の役割を認識し、連携・協働できる。	II	2	15	2	1	0	17	85.0
	集団／地域	21. 個人／家族の支援の際に、評価結果を生かした次の支援計画を立案できる。	I	8	12	0	0	0	8	40.0
		22. 評価結果からその後の継続的な関わりが必要な対象を抽出できる。	II	1	19	0	0	0	20	100.0
		23. 地域の人々とコミュニケーションを取りながら、人々が主体的に意思決定できるよう支持的な立場で支援できる。	III	2	6	9	3	0	17	85.0
		24. 個人／家族と組織的アプローチ等を組み合わせた活動を取り上げ、支援方法を考えることができる。	II	5	12	2	1	0	17	85.0
		25. 健康課題の解決のため、保健師が協働する地域のキーパーソンや関係者とコミュニケーションをとりながら信頼関係を構築することができる。	II	4	10	4	2	0	14	70.0
		26. 活動の評価結果に基づき、その後の集団／地域の活動の継続やスクラップアンドビルドの必要性について示すことができる。	III	0	5	12	3	0	17	85.0
3 地域の健康危機管理を行う	個人／家族	27. 特定の個人／家族に生じる健康危機（虐待、DV など）の背景、発生機序、支援にあたっての問題・課題を分析し、発生予防・減災対策の教育活動を行える。	II	1	11	6	2	0	12	60.0
		28. 健康危機（虐待、DV など）発生時に個人、家族の情報交換を迅速に行える体制（関係者・期間、情報の授受の方法、共有する情報等）を整え対応できる。	III	1	1	15	3	0	17	85.0
		29. 特定の個人／家族の健康危機（虐待、DV など）への対応と管理体制を評価し、課題への対応策を計画できる。	IV	0	2	4	14	0	20	100.0
	集団／地域	30. 感染症による健康危機発生時に備えた集団、地域への平時時の対応策（健康危機の発生防止、健康危機発生時に備えた準備）を提案できる。	III	0	0	15	5	0	15	75.0
		31. 災害による健康危機発生時に備えた集団、地域への平時時の対応策（健康危機の発生防止、健康危機発生時に備えた準備）を提案できる。	III	0	1	14	5	0	15	75.0
		32. 集団／地域で発生した健康危機（感染症）の原因を分析し、解決・改善・予防策を立案できる。	III	0	0	14	6	0	14	70.0
		33. 健康危機（災害）発生時に、集団、地域の中で被害が拡大する要因を検討し、被害の拡大を防止する方法を提案できる。	III	0	1	13	6	0	14	70.0
		34. 特定の集団／地域の健康危機（感染症）を支援するチームとなる関係者・機関との連絡調整を実施できる。	III	0	0	14	6	0	14	70.0
		35. 特定の集団／地域の健康危機（災害）を支援するチームとなる関係者・機関との連絡調整を実施できる。	III	0	1	13	6	0	14	70.0
	個人／家族	36. 健康危機の発生に伴って生じる集団／地域の健康課題の内容、時期に応じた対応策を計画できる。	III	0	1	14	5	0	15	75.0
		37. 健康危機（災害）発生からのコミュニティの再構築に向けた支援を計画できる。	III	0	0	13	7	0	13	65.0

4 地域の人々の健康を向上させるための保健活動の計画・実施に関する能力	38. 地域の人々の特性・ニーズ、健康課題にかかわる情報収集・分析から、法令や組織の方針・計画との整合性を踏まえて事業を立案できる。	Ⅲ	1	7	11	1	0	19	95.0
	39. (地方自治体における) 予算のしくみを理解し、根拠に基づき予算案を作成できる。	Ⅳ	0	3	3	14	0	20	100.0
	40. 事業をストラクチャー・プロセス・アウトカムの観点から評価し成果を説明できる。	Ⅲ	0	3	13	4	0	16	80.0
	41. 必要な情報を収集し施策化の必要性を明確にできる。	I	17	2	0	1	0	17	85.0
	42. 施策化の必要性を伝えるために関係する部署・機関と協議・交渉できる。	Ⅲ	0	2	9	9	0	11	55.0
	43. 特定の地域の健康課題を解決するために活用できるフォーマル・インフォーマルな社会資源の利用上の問題を分析できる。	Ⅱ	4	11	3	2	0	15	75.0
	44. 地域の既存の資源をアセスメントし、新たな社会資源を開発できる。	Ⅲ	1	4	10	5	0	15	75.0
	45. 健康課題にかかわる社会資源が機能しているかを継続的に評価・改善できる。	Ⅲ	0	3	13	4	0	16	80.0
	46. 健康課題の解決のために、システムを構成する関係者・関係機関が、どのような役割・機能を担っているか現状を分析できる。	Ⅲ	1	5	11	3	0	17	85.0
	47. 関係機関や地域の人々と協働して地域ケアシステムを構築できる。	Ⅲ	0	1	11	8	0	12	60.0
5 保健師としての専門性・倫理・人権意識の涵養に関する能力	48. 地域の人々の生命・健康、人間としての尊厳と権利を擁護できる。	I	19	0	1	0	0	19	95.0
	49. 保健師活動の基本理念としての社会的正義・公正に基づき支援ができる。	Ⅱ	4	15	0	1	0	19	95.0
	50. 研究成果を健康教育や健康相談など実践場面での公衆衛生看護活動に活用できる。	Ⅱ	3	12	3	2	0	15	75.0
	51. 地域住民の健康や生活の質の向上において、保健師活動の研究・開発を行うことができる。	Ⅳ	0	0	2	17	1	19	100.0
	52. 保健医療福祉の専門職に必要な社会情勢・知識・技術について、自ら進んで自己学習を継続できる。	I	19	1	0	0	0	19	95.0
	53. 組織としての人材育成方針を理解し、自己研鑽に活用することができる。	Ⅳ	1	1	0	17	1	19	100.0
	54. 保健師として活動するための自己の課題を明示できる。	I	18	2	0	0	0	18	90.0
	55. 乳幼児および保育者の健康課題を解決するため、対応力、発達段階を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	1	12	5	2	0	13	65.0
	56. 成人の健康課題を解決するため、生活習慣や家族の発達段階を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	2	7	8	3	0	9	45.0
	57. 高齢者および家族の健康課題を解決するため、生活や対応力、発達段階を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	2	9	6	3	0	11	55.0
6 地域社会の発展に貢献する能力	58. 疾患や障害をもつ人と家族の生活や健康課題を解決するため、生活や家族関係、対応能力、社会資源を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	2	7	9	2	0	9	45.0
	59. 感染者、感染症患者の特徴と疾患管理の課題を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	0	7	9	4	0	7	35.0
	60. 集団や地域を対象とした、感染症の集団感染の予防に向けた計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅲ	0	2	14	4	0	16	80.0
	61. 学校の健康課題を解決するため、児童、生徒の発達段階や生活の特徴を踏まえた保健教育、保健管理、組織活動を学校関係者とともに計画立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	1	6	9	4	0	7	35.0
	62. 労働者の健康の保持増進、快適な職場環境づくりに向けた計画を立案し、実施、評価できる。	Ⅱ	0	6	10	4	0	6	30.0
									72.4
全項目の平均									72.4
小項目の到達割合が80%以上の項目数									26
小項目の到達割合が50%未満の項目数									8

I：少しの助言で自立して実施できる、Ⅱ：指導の下で実施できる、Ⅲ：学内実習で実施できる、Ⅳ：知識として分かる

としての意識の強化に繋がると考えられる。森岡は、学生は実習における体験を通して感性を磨き、その体験を基に、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¹⁵⁾。したがって、実習中に、地区組織活動・自主グループ、会議を含めて様々な保健師業務を経験することは、広域的で多角的に行う地域看護診断の理論と実践の統合に繋がり、目標到達に密接に関連すると考えられる。

大項目「6. 地域で生活する人々の健康の維持増進と予防を行う公衆衛生看護に必要な実践能力と応用力を養う」では、「56. 成人の健康課題を解決するため、生活習慣や家族の発達段階を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる」の目標の到達者割合が45.0%であった。公衆衛生看護学実習経験記録表の集計結果では、対象別の成人・高齢者の実習経験は、実人数が19人で、延べ人数が25人であり、本調査では、成人と高齢者の実習経験記録表に分けて集計をしなかったため、今後は分けて集計を行う必要があると考える。行政における成人期を対象にした主な保健事業には、特定健康診査、特定保健指導、がん検診等が挙げられるが、特別区ではクリニックを含めた医療機関やアウトソーシングできる保健指導機関が充足しているため、外部に委託されている保健事業が多い現状がある¹⁶⁾。対象別にみた母子（親子）の実習経験と比べると、成人・高齢者に関する実習経験は少なく、成人期の住民に対して、指導の下で、支援計画を立案し、実施、評価できる到達レベルではなかったことが推察される。「56. 成人の健康課題を解決するため、生活習慣や家族の発達段階を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる」の目標到達は、公衆衛生看護学実習では難しい状況であることが明らかとなった。そのため、成人期の健康支援に関して教授する「学校保健・産業保健」や「公衆衛生看護展開論」等の関連授業において、涵養していく必要があると考える。

その他に目標の到達者割合が低値であった4項目「58. 疾患や障害をもつ人と家族の生活や健康課題を解決するため、生活や家族関係、対処能力、社会資源を踏まえた支援計画を立案し、実施、評価できる」、「59. 感染者、感染症患者の特徴と疾患管理の課題を踏まえた支援計画を立案

し、実施、評価できる」、「61. 学校の健康課題を解決するため、児童、生徒の発達段階や生活の特徴を踏まえた保健教育、保健管理、組織活動を学校関係者と共に計画立案し、実施、評価できる」、「62. 労働者の健康の保持増進、快適な職場環境づくりに向けた計画を立案し、実施、評価できる」については、現行の目標到達度は「Ⅱ：指導の下で実施できる」であるが、旧指標では「Ⅲ：学内実習で実施できる」であったり、全国保健師教育協議会の教育課程委員会で審議された項目であった¹⁷⁾。また、保健師教育課程の指標に関しては定期的に改正されているが、内容妥当性の検討のみであることから、目標到達度において、さらなる検証が必要であると考えられる。しかしながら、2022年指定規則では、産業保健・学校保健における活動の展開が強化することが求められているため⁴⁾、今後、「学校保健・産業保健」の授業・演習の進め方については検討が必要であると考え

2. 研究の限界

本研究では、学生の自己評価のみを用いて保健師教育課程の評価を行った。学生の自己評価は、学生の主観的な評価であり、自己認知バイアスの影響を受けている可能性があるため、教員や指導者による客観的な評価を加えることや、実習記録を質的に分析すること等、包括的な評価を行っていく必要がある。さらに、評価尺度として用いた保健師教育評価の指標は、全国保健師教育機関協議会によって定期的に改正されているが、信頼性や妥当性については再考の必要があると考える。また、旧指標を用いた先行研究は散見されるものの、最新の指標で評価された先行研究は見当たらず、全国調査の結果や他大学との厳密な比較ができなかったことが本研究の限界である。

加えて、本調査での同意書の回収率は100%であり、学生には十分に倫理的な配慮を行い、調査を実施したが、公衆衛生看護学実習の最終日に、研究協力の依頼をしたこと等を勘案すると、調査時期が回収率に関与したことは否定できない。したがって、今後はより一層の倫理的な配慮を検討する必要がある。

VI. 結 語

本研究は、保健師教育課程修了時の公衆衛生看護学実習において、保健師教育評価の指標の到達度を明らかにし、A 大学の保健師教育課程を評価することであった。保健師教育課程の評価となる保健師教育評価の指標の目標到達者割合の平均は 72.4%であり、先行研究と比較すると到達状況は良好であった。目標到達者の割合が 50%未満の 8 項目は、個人 / 家族に対する支援計画立案、地域看護診断、成人期の支援の展開方法、疾病や障害を持つ人への支援の展開方法、感染症に関する支援の展開方法、学校保健、産業保健に関する内容であり、授業や実習内容を再考する必要があることが示唆された。今後は、本研究結果を基に、さらに実習と連動した効果的な保健師教育を行っていききたい。

謝 辞

本研究に協力くださいました保健師教育課程の学生と、実習において丁寧にご指導いただきました指導者の皆様に、心より感謝申し上げます。

著者の利益相反 (conflict of interest : COI) 開示 : 本論文の研究内容に関連して特に申告なし

引用文献

- 1) 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, 日本公衆衛生学会誌, 62 (12), 729-737, 2015.
- 2) 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, 日本公衆衛生学会誌, 57 (3), 184-194, 2010.
- 3) 五十嵐久美子. 日本看護系大学協議会資料, 2020. https://www.janpu.or.jp/mext_mhlw_info/file/doc04.pdf (閲覧日 : 2022 年 12 月 22 日)
- 4) 厚生労働省 : 看護基礎教育検討会報告書, 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (閲覧日 : 2022 年 12 月 22 日)
- 5) 大宮朋子, 丸山美知子, 鈴木良美, 他 : 保健師教育課程の選択制導入前後における「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」の学生自己評価の比較, 東邦看護学会誌, 13, 23-30, 2016.
- 6) 全国保健師教育機関協議会教育課程委員会 : 保健師教育評価指標の改正, 2021. <http://www.zenhokyo.jp/work/doc/r3-iinkai-kyouikukatei-houkoku.pdf#view=Fit&page=1> (閲覧日 : 2022 年 12 月 22 日)
- 7) 田中耕治 : よくわかる教育評価, 第 2 版, ミネルヴァ書房, 東京, 22-23, 2010.
- 8) Chapman H: Some important limitations of competency-based education with respect to nurse education: an Australian perspective. Nurse Education Today, 19 (2), 129-135, 1999.
- 9) 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, 医学書院, 東京, 27-30, 2009.
- 10) Cowan DT, Norman I, Coopamah VP : Competence in nursing practice: a controversial concept: a focused review of literature. Nursing Education Today, 25 (5), 355-362, 2005.
- 11) 舟島なをみ : 看護学教育における授業展開——質の高い講義・演習・実習の実現に向けて, 医学書院, 東京, 40, 2013.
- 12) 木下由美子, 川上千普美 : 看護学臨地実習における学生の学習目標達成度の評価に関する文献検討, 九州大学医学部保健学科紀要, 8, 49-58, 2007.
- 13) 大木幸子 : 保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツを用いた教育評価, 全国保健師教育機関協議会北関東・甲信越ブロック・2021 年度第 2 回研究会資料, 2022.
- 14) 岸恵子, 島本靖子, 荒木田美香子, 他 : 研究 2 保健師学校養成所における教育方法と教育成果の実態調査, 平成 29 年度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, 全国保健師教育機関協議会, 13-83, 2018. <https://www.zenhokyo.jp/work/doc/h30-kisokyouiku-chousa.pdf#view=Fit&page=1> (閲覧日 : 2022 年 12 月 22 日)
- 15) 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報告書, 大阪府健康医療部保健医療室, 2010.
- 16) 厚生労働省 : 平成 20 年度特定健診・特定保健指導の実施状況, 2008. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info03n.html> (閲覧日 : 2022 年 12 月 22 日)
- 17) 岩本里織, 滝澤寛子, 平野美千代, 他 : 保健師教育評価の指標 (改正版) 全国保健師教育協議会版 (2020) について, 保健師教育, 6 (1), 11-18, 2022.