



保健師課程学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」：
学生自己評価の分析とCOVID-19感染拡大下における教育の現状と課題

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2022-06-21 キーワード: 保健師基礎教育, 公衆衛生看護学実習, 実践能力到達度, 自己評価, 新型コロナウイルス 作成者: 岡本, 名珠子, 小林, 和成, 西田, 友子, 田中, 健太郎, 瀨瀬, 朋弥 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12099/88797

【研究報告】

保健師課程学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」 学生自己評価の分析と COVID-19 感染拡大下における教育の現状と課題

岡本 名珠子¹⁾, 小林 和成¹⁾, 西田 友子¹⁾, 田中 健太郎²⁾, 瀬瀬 朋弥¹⁾

要旨：本研究は、2016～2019 年度公衆衛生看護学実習終了時(COVID-19 感染拡大前)と、2020～2021 年度公衆衛生看護学実習終了時(COVID-19 感染拡大以降)の保健師課程 4 年生(以下、COVID-19 前学生、および COVID-19 以降学生とする)の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」(以下、保健師到達度)自己評価を比較することにより、その現状と課題から、COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育方策の示唆を得ることを目的とした。対象者は、2016～2021 年度の保健師課程 4 年生合計 101 名、内訳は、COVID-19 前学生 68 名(67.3%)、COVID-19 以降学生 33 名(32.7%)であった。COVID-19 前学生と、COVID-19 以降学生の保健師到達度を比較すると、全 119 項目中 55 項目に有意差が認められた。その内、「No.22 訪問・相談支援」の「個人/家族」・「集団/地域」の 2 項目を除く 53 項目について、COVID-19 以降学生の保健師到達度自己評価が有意に高かった。COVID-19 の影響による保健師基礎教育形態の変化は、健康課題の明確化等の思考能力の上昇をもたらした可能性がある。一方で、地域に向向く機会が減少したことにより、他者との相互作用による自己客観的視点の育成に課題があることについて示唆を得た。

キーワード：保健師基礎教育、公衆衛生看護学実習、実践能力到達度、自己評価、新型コロナウイルス

I. 緒言

保健師は、主に行政機関に所属し、日本国憲法第 25 条が謳う「国の公衆衛生の向上及び増進」を担う専門職であり、それぞれの時代における住民ニーズの変遷に応じて活動する公的な使命を有している(岡本他, 2007)。近年、住民の価値観の多様化、疾病構造の変化、核家族化やコミュニティにおける親密性の希薄化等による健康課題の多様化・複雑化が起こっている。そのため保健師は、これらの社会的課題に対応し得る、より高い実践能力が求められている。

保健師基礎教育の目標と評価の基準としては、厚生労働省より「保健師到達度」が示された(厚生労働省, 2010)。この保健師到達度には、保健師に求められる実践能力として、「Ⅰ. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」、「Ⅱ. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力」、「Ⅲ. 地域の健康危機管理能力」、「Ⅳ. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力」、「Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上能力」の 5 つの能力が設定されている。本学においては、上限 20 名の選択制保健師課程学生(以下、学生)に対する

カリキュラムが 3 年次前学期より開始される。具体的には、大学所在地の自治会との連携により、地域住民と協働で行う地域診断演習、健康教育演習、家庭訪問等の技術演習を実施する。さらに、実習地における地区踏査期間を踏まえた地域診断演習を実施し、4 年生の 5 月から 6 月にかけて、産業保健実習 1 週間、保健所実習 1 週間、市町村保健センター実習 3 週間の合計 5 週間、公衆衛生看護学実習を展開する。学生は、保健師基礎教育の初学时より、地域で生活している人々に接し、対話を行いながら実践的に保健活動を学ぶことにより、人々の健康や QOL(Quality of life)の向上をめざした活動、地域における顕在的・潜在的な健康課題解決が可能な保健師の育成を目指す教育体制が本学の特徴である。

そのような中、新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19 とする)の感染拡大に伴い、2020 年 1 月以降、大学教育においては、オンライン授業の実施等、これまで行っていた方法とは異なる教育方策の再構築が求められた。2020 年度及び 2021 年度の保健師課程カリキュラムでは、演習・実習等において地域へ出向く教育活動を自粛し、看護学実習と同様に、学内実習への切り替えなど弾力的な運用(文部科学省, 2020)を余儀なくされた。公衆

受付日：2022 年 3 月 20 日，受理日：2022 年 5 月 16 日

¹⁾岐阜大学医学部看護学科地域看護学分野

²⁾元岐阜大学医学部看護学科地域看護学分野

衛生看護学実習は、COVID-19 における積極的疫学的調査や感染拡大防止業務を担う保健所、保健センターにおいて公衆衛生看護活動を経験することを従来の実習方法(以下、臨地実習)としてきた。臨地実習での教育は保健師実践能力の基礎的能力を培うために重要であり、これらの目標に到達するためには、実習で様々な経験を積むことが求められる。しかしながら、現状では、COVID-19 の影響により保健所実習は講義形式に代わり、市町保健センターでは各種保健事業が中止されているために、地区踏査、健康教育、家庭訪問等の実施、保健事業への学生の参加が不可能となった。このような実践的な経験を有しない学生は、それらの経験を有した学生と比較して、保健師到達度の自己評価が低い可能性がある。このような状況下において、本学では、学習目標・実習目標の到達のため、実習受け入れ先と連携したリモート学習を取り入れるなど学習環境を確保したものの、経験は十分であるとは言えず、地域で生活する人々と交流する機会は著しく減少している。このことが、本学保健師課程学生の保健師到達度に影響を及ぼしている可能性がある。本研究では、COVID-19 前学生、および COVID-19 以降学生の公衆衛生看護学実習終了時における「保健師到達度」自己評価を比較することにより、その現状と課題から、COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育方策の示唆を得ることを目的とした。

II. 方法

1. 調査対象

対象者は、2016 年度から 2021 年度までに本学の公衆衛生看護学実習を終了した学生(2016 年度 20 名、2017 年度 16 名、2018 年度 18 名、2019 年度 15 名、2020 年度 13 名、2021 年度 19 名)合計 101 名とした。

2. 調査方法

本学では、2014 年度より公衆衛生看護学実習の全課程終了後、保健師課程 4 年生に対し、「保健師到達度」の提出を求めている。小項目ごとに、現時点の保健師到達度の自己評価について、「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(指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)」、「III：学内演習で実施できる(事例等を用いて模擬的に計画を立てたり実施できる)」、「IV：知識としてわかる」の 4 段階で評価を行う。対象学生への説明は、学内での公衆衛生看護学実習ガイダンス時に保健師到達度一覧表を配布の上、評価目的や

回答方法等を説明した。公衆衛生看護学実習終了後に、記名式自記式で回答の提出を求めた。記名式としたのは、提出された「保健師到達度」を、実習終了時の学生との面談、成績判定等の資料等として利活用するためである。実習終了後、年度間の比較や対象者数を担保しての分析を行うべく、匿名化、データ化し、本学学務係所有の USB メモリー内に蓄積してきた。

3. 調査内容

調査内容は、対象の公衆衛生看護学実習終了年度、保健師到達度(厚生労働省、2010)を用いた。保健師到達度は、5 つの実践能力が示されている。その能力から保健師基礎教育卒業時の到達目標を、5 つの大項目、16 の中項目、119 の小項目(個人/家族 48 項目、集団/地域 49 項目、全体 22 項目)より評価を行うものである。大項目 1-5 に属する中項目および小項目数の詳細は、以下の通りである。

- 1) 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(個人/家族、集団/地域)
 - 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：7 項目
 - B. 地域の顕在的、潜在的健康課題を見いだす：4 項目
 - C. 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する：5 項目
- 2) 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(個人/家族、集団/地域)
 - D. 活動を展開する(個人/家族 13 項目・集団/地域 14 項目)
 - E. 地域の人々・関係者・機関と協働する：3 項目
 - F. 活動を評価・フォローアップする：4 項目
- 3) 大項目 3. 地域の健康危機管理を行う(個人/家族、集団/地域)
 - G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる：4 項目
 - H. 健康危機の発生時に対応する：6 項目
 - I. 健康危機発生後からの回復期に対応する：2 項目
- 4) 大項目 4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する(全体)
 - J. 社会資源を開発する：4 項目
 - K. システム化する：3 項目

- L. 施策化する：7項目
- M. 社会資源を管理・活用する：4項目
- 5) 大項目 5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる(全体)
- N. 研究の成果を活用する：2項目
- O. 継続的に学ぶ：1項目
- P. 保健師としての責任を果たす：1項目

4. 調査期間

調査期間は、2021年12月～2022年3月とした。

5. 分析方法

対象の卒業年度、保健師到達度の各小項目の評価を、「I：少しの助言で自立して実施できる」4点、「II：指導のもとで実施できる(指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)」3点、「III：学内演習で実施できる(事例等を用いて模擬的に計画を立てたり実施できる)」2点、「IV：知識としてわかる」1点として、基本統計量を算出した。評価指標の内容から、点数が高いほど、「保健師到達度の自己評価が高い」とした。

その後、対象者を2016～2019年度公衆衛生看護学実習終了の「COVID-19前学生」と、2020および2021年度公衆衛生看護学実習終了の「COVID-19以降学生」の2群に分け、保健師到達度の平均得点の群間比較を行なった。比較には、ノンパラメトリック手法の中央値の差の検定として、Mann-Whitney U testを用いた。

なお、分析には、統計解析ソフト IBM SPSS Statistics 28を使用し、統計学的有意水準は5%(両側)とした。

6. 倫理的手続き

本研究は、岐阜大学医学研究等倫理審査委員会の審査承認後に実施した(承認番号2021-A187)。

対象者への同意の取得については、倫理審査委員会承認が得られた後、個人情報保護法第23条第2項に基づくオプトアウト手続を行った。本学医学部看護学科のホームページにおいて、本研究の目的や意義、方法、内容、個人情報の保護等にかかる文書を、1ヶ月間公開した。自身のデータを使用されたくない場合は学務係を窓口として、申し出ることとした。在学生においても同様の手続を行った。その後、学務係が保管・管理する保健師到達度自己評価表について、匿名化・データ化したものの提供を受け、匿名化を保持したまま分析を行った。なお、当該データの使用については、各年度ともに成績判定後であることを申し添える。

Ⅲ. 結果

1. 対象の基本属性

2016年度から2021年度の公衆衛生看護学実習終了時に、計101名の保健師課程学生が保健師到達度の自己評価を行い、提出を行なった(回答率100%)。その内訳は、COVID-19前学生(2016～2019年度実習)68名(67.3%)、COVID-19以降学生(2020, 2021年度実習)33名(32.7%)であった。うち、分析対象の保健師到達度は101名分(有効回答率100%)であった。未記入、不明回答のある回答が2名あったが、これらは全小項目数のうち極少であり、当該回答は研究資料として適切であると考えた。未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

学生による「個人/家族」を対象とした保健師到達度の自己評価を表1、「集団/地域」を対象とした保健師到達度の自己評価を表2、「全体」の保健師到達度の自己評価を表3として、「COVID-19前学生」と、「COVID-19以降学生」の2群間比較の結果を示した。

2. COVID-19前学生と、COVID-19以降学生における保健師到達度の比較について

1) 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(表1：個人/家族、表2：集団/地域)

大項目1.について、COVID-19前学生と、COVID-19以降学生における保健師到達度を比較すると、「個人/家族」16項目7項目(43.8%)、「集団/地域」16項目中15項目(93.8%)に有意差が認められた。そのうち、全ての項目について、COVID-19以降学生の平均得点が高かった。

2) 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(表1：個人/家族、表2：集団/地域)

大項目2.について、COVID-19前学生と、COVID-19以降学生における保健師到達度を比較すると、「個人/家族」20項目中8項目(40.0%)、「集団/地域」21項目中14項目(66.7%)に有意差が認められた。このうち、「No.22 訪問・相談による支援を行う」は「個人/家族」、「集団/地域」とともにCOVID-19以降学生の平均得点が低く、それ以外の項目はCOVID-19以降学生の平均得点が高かった。

表1. 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（個人/家族）

実践能力	大項目	中項目	到達目標	Covid-19前学生：2016-2019年度（n=68）					Covid-19以降学生：2020-2021年度（n=33）					P-Value†					
				平均値	標準偏差	最小値	最大値	パーセンタイル		平均値	標準偏差	最小値	最大値		パーセンタイル				
								25	75						25	75			
I. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力	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	A. 地域の人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・社会的側面から包括的・主観的情報を収集し、アセスメントする	1	3.2	0.8	1	4	3	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	0.078
			2	社会資源について情報収集し、アセスメントする	1	3.0	0.8	1	4	3	3	4	3.3	0.8	2	4	3	4	0.075
			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	1	2.8	0.9	1	4	2	3	3	3.0	1.0	1	4	3	3	0.214
			4	対象者及び対象者の属性を基として疫学、アセスメントする	1	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	0.016**
			5	健康問題を持つ当事者のニーズを踏まえてアセスメントする	1	3.1	0.8	1	4	2	3	4	3.3	0.8	1	4	3	4	0.128
			6	系統的・継続的に情報を収集し、継続してアセスメントする	1	2.9	0.7	2	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	0.088
			7	収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	1	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	0.059
	2. 地域の健康課題を明らかにし、健康課題を解決・改善策を計画・立案する	B. 地域の潜在的、潜在的な健康課題を風出す	8	顕在化している健康課題を明確化する	1	2.9	0.8	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	0.006**
			9	健康課題を明らかにし、表現していない、表現できない人々を見出す	1	2.7	0.7	1	4	2	3	3	3.0	0.9	1	4	3	3	0.027*
			10	潜在化している健康課題を風出す、今後起こり得る健康課題を予測する	1	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.2	0.7	1	4	3	3	0.024*
			11	地域の人の持つ力（気づき、解決・改善、健康増進する能力）を見出す	1	2.9	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	0.077
			12	健康課題について優先順位を付ける	1	3.0	0.9	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	0.027*
			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	1	3.0	0.7	1	4	3	4	3	3.4	0.8	1	4	3	4	0.004**
			14	地域の人のニーズに適した支援方法を選択する	1	2.9	0.6	2	4	3	3	3	3.2	0.7	1	4	3	3	0.038*
			15	目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	1	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	0.058
			16	評価の項目・方法・時期を設定する	1	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	0.229
			II. 地域の健康増進能力を高める	D. 地域の人の生活と文化に配慮した活動を行う	17	地域の人の生命・健康・人間としての尊厳と権利を守る	1	3.3	1.1	1	4	3	4	4	3.6	0.9	1	4	4
18	地域の人の生活と文化に配慮した活動を行う	1			3.2	1.1	1	4	2	4	4	3.5	0.9	1	4	3	4	0.087	
19	プライベートに配慮し、個人情報収集・管理を適切に行う	1			3.4	1.0	1	4	3	4	4	3.7	0.9	1	4	4	4	0.070	
20	地域の人の持つ力を引き出すよう支援する	1			2.9	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	0.022*	
21	地域の人が意思決定できるように支援する	II			2.7	0.9	1	4	2	3	3	2.9	1.0	1	4	2	3	0.329	
22	訪問・相談による支援を行う	1			2.8	0.6	1	4	2	3	3	2.5	0.8	1	4	2	3	0.035**	
23	健康教育による支援を行う	1			2.8	0.8	1	4	2	3	3	2.9	1.0	1	4	2	3	0.758	
24	地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	II			2.6	0.8	1	4	2	3	3	2.8	1.0	1	4	2	3	0.130	
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	I			2.6	0.8	1	4	2	3	3	2.8	1.0	1	4	2	3	0.145	
26	支援目的に応じて社会資源を活用する	II			2.5	0.9	1	4	2	3	3	2.8	1.0	1	4	2	3	0.563	
III. 地域の健康危機管理能力を高める	E. 地域の人の生活と文化に配慮した活動を行う	27	当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	2.3	0.9	1	4	2	3	2.6	1.1	1	5	2	3	4	0.167	
		28	個人/関係職種・組織のアプローチ等を組み合わせて活用する	II	2.4	1.0	1	4	1	3	3	3.1	1.0	1	4	2	3	0.003**	
		29	法律や条例等を踏まえて活動する	I	2.9	1.0	1	4	2	3	4	3.2	1.0	1	4	3	4	0.206	
		30	目的に基づいて活動を記録する	I	2.9	1.0	1	4	2	3	4	3.5	0.9	1	4	3	4	0.008**	
		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	2.9	1.0	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	<.001**	
		32	必要な情報を認め合い、ともに活動する	I	2.8	1.0	1	4	2	3	4	3.3	1.0	1	4	3	4	0.012*	
		33	互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	3.0	0.9	1	4	2	3	4	3.2	0.8	1	4	3	3	0.097	
		34	活動の評価を行う	I	2.6	1.0	1	4	2	3	3	3.1	0.9	1	4	3	3	0.009**	
		35	評価結果を活動にフィードバックする	I	2.6	0.9	1	4	2	3	3	2.9	0.9	1	4	2	3	0.021*	
		36	継続した活動が必要な判断をする	I	2.5	1.0	1	4	2	3	3	2.5	1.0	1	4	2	3	1.000	
III. 地域の健康危機管理能力を高める	F. 活動の評価・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	1.8	0.8	1	4	1	2	2	2.0	0.9	1	4	1	2	3	0.403
		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	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	2.2	1.1	1	4	1	2	3	0.198
		39	生活環境の整備・改善について提案する	III	1.7	0.9	1	4	1	2	1.9	0.9	1	4	1	2	3	0.167	
		40	広域的な健康危機（災害・感染症等）管理体制を整える	III	1.7	0.9	1	4	1	2	1.8	1.0	1	4	1	2	3	0.067**	
		41	健康危機についての予防策を講じる	III	1.5	0.8	1	4	1	2	1.5	1.0	1	4	1	2	3	0.167**	
		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	1.6	0.8	1	4	1	2	1.7	0.8	1	3	1	2	2	0.423	
		43	健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	III	1.6	0.8	1	4	1	2	1.8	0.9	1	4	1	1	3	0.654	
		44	関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	III	1.6	0.8	1	4	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	3	0.300	
		45	医療機関システムを効果的に活用する	IV	1.7	0.9	1	4	1	2	1.9	1.1	1	4	1	2	3	0.362	
		46	健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	1.6	0.8	1	4	1	2	2.0	1.0	1	4	1	2	3	0.070	
III. 地域の健康危機管理能力を高める	G. 健康危機発生後からの回復期に対応する	47	健康危機の拡大を防止する	IV	1.7	0.9	1	4	1	2	1.8	1.0	1	4	1	2	3	0.397	
		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	1.6	0.8	1	4	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	2	0.375	
		49	健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	1.6	0.8	1	4	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	2	0.375	

† Mann-Whitney U testを用いた * p<.05 ** p<.01
未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

保健師課程学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」
 学生自己評価の分析と Covid-19 感染拡大下における教育の現状と課題

表2 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(集団/地域)

実践能力	大項目	中項目	到達目標	Covid-19前年度 (n=68)					Covid-19以降学生: 2020-2021年度 (n=33)					P-Value*											
				平均値	標準偏差	最小値	最大値	パーセンタイル		平均値	標準偏差	最小値	最大値		パーセンタイル										
								25	75						25	75									
I. 地域の健康課題の明確化と課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する能力	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	A. 地域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・社会的側面から客観的・主観的データを収集し、アセスメントする	2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	2.9	0.7	1	4	3	3	3.4	0.9	1	4	3	4	0.002**								
				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	2.8	0.9	1	4	2	3	3.3	0.8	1	4	3	4	0.014*								
				4 対象者及び対象者の属性を全体として捉え、アセスメントする	2.9	0.9	1	4	2	3	3.4	0.7	1	4	3	4	0.006**								
				5 健康問題を持つ当事者の視点を含め、アセスメントする	2.9	0.8	1	4	2	3	3.2	0.7	1	4	3	4	<0.001**								
				6 系統し、継続的に情報を収集し、継続してアセスメントする	2.9	0.7	1	4	2	3	3.3	0.8	1	4	3	4	0.002*								
				7 収集した情報をアセスメントし、地域性を見出す	2.8	0.9	1	4	2	3	3.4	0.8	1	4	3	4	0.005**								
				8 顕在化している健康課題を明確化する	2.8	0.8	1	4	2	3	3.6	0.8	1	4	3	4	<0.001**								
				9 健康課題を明らかにし、それを認識していない、表出できない人々を見出す	2.6	0.7	1	4	2	3	3.0	0.7	1	4	3	3	0.007**								
				10 顕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	2.9	0.7	1	4	2	3	3.2	0.8	1	4	3	3	0.0083								
				11 地域の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	2.9	0.8	1	4	2	3	3.3	0.8	1	4	3	3	0.009**								
				II. 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	C. 地域の健康課題に対する解決・改善策を計画・立案する	13 健康課題に対する解決・改善策を計画・立案する	12 健康課題に対する解決・改善策を計画・立案する	13 健康課題に対する解決・改善策を計画・立案する	3.1	0.8	1	4	3	3	3.4	0.8	1	4	3	4	0.035**				
								14 地域の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	3.0	0.7	1	4	3	3	3.5	0.8	2	4	3	4	0.005**				
								15 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	2.9	0.6	2	4	2	3	3.2	0.6	2	4	3	3	0.007**				
								16 評価の項目・方法・時期を設定する	2.9	0.8	1	4	2	3	3.2	0.7	1	4	3	3	0.023*				
								III. 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	D. 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	17 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	17 地域の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	17 地域の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	3.3	1.1	1	4	3	4	3.7	0.8	1	4	4	4	0.024**
												18 プライマリ・ケアの生活と文化に配慮した活動を行う	3.2	1.0	1	4	3	4	3.7	0.8	1	4	4	4	0.007**
												19 地域の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	3.4	1.0	1	4	3	4	3.8	0.7	1	4	4	4	0.006**
20 地域の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	2.8	0.8	1									4	2	3	3.3	0.9	1	4	3	4	<0.001**				
21 訪問・相談による支援を行う	2.6	1.0	1									4	2	3	3.0	0.9	1	4	3	3	0.037*				
22 健康教育による支援を行う	2.7	0.7	1									4	2	3	2.9	0.9	1	4	2	3	0.015*				
23 健康教育による支援を行う	3.1	0.7	1	4	3	3	3.2					0.8	1	4	3	3	0.276								
24 活用できる社会資源・協力を活用する	2.2	0.9	1	4	2	3	2.1					1.0	1	4	2	3	0.691								
IV. 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	E. 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	25 活用できる社会資源・協力を活用する	25 活用できる社会資源・協力を活用する	25 活用できる社会資源・協力を活用する	2.5	0.9	1	4	2	3	2.9	1.1	1	4	2	3	0.031*								
				26 支援目的に応じて社会資源を活用する	2.4	0.9	1	4	2	2	2.9	0.9	1	4	2	3	0.015*								
				27 当事者と関係構築・継続的アセスメントを行う	2.1	0.9	1	4	2	2	2.3	1.2	1	4	1	2	3	0.470							
				28 個人/家庭支援・継続的アセスメントを行う	2.3	0.9	1	4	2	2	2.5	1.1	1	4	1	3	0.277								
				29 法律や条例等を踏まえて活動する	2.5	1.0	1	4	1	3	3.2	1.0	1	4	3	4	<0.001**								
				30 目的に基づいて活動を記録する	3.0	0.9	1	4	2	3	3.4	0.9	1	4	3	4	0.052								
				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	3.0	1.0	1	4	2	3	3.5	0.8	1	4	3	4	0.004**								
V. 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	F. 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	32 必要な情報と活動目的を共有する	32 必要な情報と活動目的を共有する	32 必要な情報と活動目的を共有する	2.8	1.0	1	4	2	3	3.4	0.8	1	4	3	4	0.002**								
				33 互いの役割を認め合い、ともに活動する	2.8	1.1	1	4	2	3	3.4	0.9	1	4	3	4	0.005**								
				34 活動の評価を行う	3.0	0.8	1	4	2	3	3.3	0.9	1	4	3	3	0.101								
				35 評価結果を活動にフィードバックする	2.5	0.9	1	4	2	3	3.1	0.9	1	4	3	3	0.002**								
				36 継続した活動が必要か判断する	2.4	0.9	1	4	2	2	2.9	0.9	1	4	3	3	0.014*								
				37 必要な対象に継続した活動を行う	2.3	1.0	1	4	1	2	2.4	1.0	1	4	1	3	0.477								
				VI. 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	G. 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	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	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	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	1.7	0.8	1	4	1	2	2.0	1.0	1	4	1	2	0.260				
								39 生活環境の整備・改善について提案する	1.8	0.9	1	4	1	2	2.2	1.1	1	4	1	2	0.097				
								40 広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	1.7	0.9	1	4	1	1	1.9	1.0	1	4	1	2	0.309				
								41 健康危機についての予防策を講じる	1.7	0.9	1	4	1	1	2.2	1.0	1	4	1	2	0.021*				
42 健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)に迅速に対応する	1.5	0.8	1					4	1	1	1.8	1.0	1	4	1	2	0.136								
43 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	1.6	0.8	1					4	1	1	1.7	0.8	1	3	1	2	0.446								
44 関係者・関係との連絡調整を行い、役割を明確化する	1.7	0.9	1					4	1	1	1.7	0.9	1	3	1	1	0.691								
VII. 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	H. 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	45 医療情報システムを効果的に活用する	45 医療情報システムを効果的に活用する	45 医療情報システムを効果的に活用する	1.6	0.8	1	4	1	1	1.7	0.9	1	3	1	1	0.485								
				46 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	1.7	0.9	1	4	1	1	1.9	1.0	1	4	1	2	0.344								
				47 健康危機の拡大を防止する	1.5	0.8	1	4	1	1	1.9	1.0	1	4	1	2	0.094								
				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	1.6	0.8	1	4	1	1	1.8	0.9	1	4	1	2	0.494								
VIII. 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	I. 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	49 健康危機発生後からの回復期に対応する	49 健康危機発生後からの回復期に対応する	49 健康危機発生後からの回復期に対応する	1.6	0.9	1	4	1	1	1.8	0.9	1	4	1	2	0.321								

* Mann-Whitney U testを用いた * p<.05 ** p<.01
 未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

表3 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 (全体)

実践能力	大項目	中項目	小項目	到達目標	Covid-19前学生：2016-2019年度 (n=68)					Covid-19以降学生：2020-2021年度 (n=33)					P-Value [†]						
					平均値	標準偏差	最小値	最大値	パーセンタイル		平均値	標準偏差	最小値	最大値		パーセンタイル					
									25	75						25	75				
IV. 地域健康水準を高める社会資源環境・システム化する能力	4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する	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	2.5	1.0	1	4	2	3	3	2.7	0.9	1	4	2	3	0.306		
			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に機会と場、方法を提供する	III	2.1	0.9	1	4	1	2	3	3	2.6	1.0	1	4	2	3	0.025 *	
			52	地域の人々や関係する部署・機関にネットワークを構築する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	3	2.2	1.0	1	4	1	2	0.201	
			53	必要地域組織やサービスを資源として開発する	III	1.8	0.8	1	4	1	2	2	2	2.0	1.0	1	4	1	2	0.353	
			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	2.2	1.0	1	4	1	2	3	3	2.6	1.0	1	4	2	3	0.054	
			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	2.0	0.8	1	4	1	2	3	3	2.3	1.0	1	4	2	3	0.173	
			56	仕組みが包括的に機能しているか評価する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	3	2.2	0.9	1	4	1	2	0.131	
			57	組織の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を立案する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	3	2.5	1.0	1	4	2	3	0.006 **	
			58	施策の根拠となる法や条例等を理解する	III	2.4	1.1	1	4	1	2	3	3	3.1	1.2	1	4	2	4	0.002 **	
			59	施策に必要な情報を収集する	I	2.4	1.0	1	4	2	3	3	3.2	1.1	1	4	3	4	4	<0.001 **	
			60	施策化が必要である根拠について資料化する	I	2.1	1.0	1	4	1	2	3	3	2.8	1.1	1	4	2	3	0.003 **	
			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	2.0	0.9	1	4	1	2	3	3	2.8	1.1	1	4	2	3	<0.001 **	
			62	施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	III	1.8	0.9	1	4	1	1	1	1	3	2.1	1.0	1	4	1	2	0.124
			63	地域の人々の特性・ニーズに基づき施策を立案する	III	2.2	0.9	1	4	1	2	3	3	2.9	1.1	1	4	2	3	0.002 **	
			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	1.5	0.8	1	4	1	1	1	2	2.0	0.9	1	4	1	2	0.003 **	
			65	施策の実施に向けて関係する部署・機関と協議し、活動内容と人材の調整(配置・増強等)を行う	III	1.7	0.9	1	4	1	1	1	2	2.1	1.0	1	4	1	2	0.032 *	
			66	施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	III	1.7	0.9	1	4	1	1	1	3	2.0	1.0	1	4	1	2	0.102	
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	1.8	1.0	1	4	1	2	3	3	2.2	1.2	1	4	1	2	0.131				
V. 専門的自律と継続的な質の向上能力	5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・積極的に学び、実践の質を向上させる	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	2.1	0.9	1	4	1	2	3	2.3	1.1	1	4	1	2	0.322		
			69	社会資源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	1.8	0.9	1	4	1	1	1	3	2.3	1.1	1	4	1	3	0.011 *	
			70	社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ	I	2.6	1.1	1	4	2	3	3	3.2	1.2	1	4	3	4	0.002 **		
			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	2.8	1.1	1	4	2	3	4	3.5	1.0	1	4	3	4	<0.001 **		

† Mann-Whitney U testを用いた * p<.05 ** p<.01
未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

3) 大項目 3. 地域の健康危機管理を行う(表 1: 個人/家族, 表 2: 集団/地域)

大項目 3. について, COVID-19 前学生と, COVID-19 以降学生における保健師到達度を比較すると, 「個人/家族」, 「集団/地域」各 12 項目中, 「No. 41 健康危機についての予防教育活動を行う」の各 1 項目 (8.3%) のみ有意差が認められた。その 2 項目ともに, COVID-19 以降学生の平均得点が高かった。

4) 大項目 4. 地域の人々の健康を保障するために, 生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する(表 3: 全体)

大項目 4. について, COVID-19 前学生と, COVID-19 以降学生における保健師到達度を比較すると, 全 18 項目中 9 項目 (50.0%) に有意差が認められた。その全ての項目について, COVID-19 以降学生の平均得点が高かった。

5) 大項目 5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び, 実践の質を向上させる(表 3: 全体)

大項目 5. について, COVID-19 前学生と, COVID-19 以降学生における保健師到達度を比較すると, 全 4 項目中 3 項目 (75.0%) に有意差が認められた。その全ての項目について, COVID-19 以降学生の平均得点が高かった。

IV. 考察

本研究では, COVID-19 前学生, および COVID-19 以降学生の公衆衛生看護学実習終了時における「保健師到達度」自己評価を比較することにより, その現状と課題から, COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育方策の示唆を得ることを目的とした。

1. COVID-19 前学生との比較による COVID-19 以降学生の保健師到達度について

保健師到達度の小項目 119 項目中半数以上の 56 項目において, COVID-19 前学生と比較し, COVID-19 以降学生は, 有意に到達度が高いと自己評価していた。このことから, COVID-19 前学生と比較して, COVID-19 の影響により, 地域での演習や臨地実習経験がほとんど得られなかった COVID-19 以降学生の方が, 約半数の項目で保健師到達度が高いと自己評価しているという結果になった。これは, COVID-19 以降学生の経験の少なさが保健師到達度の低さに関連するのではないかとという仮説に反する結果となった。COVID-19 前学生は, 地域での演習, 臨地実習を経験しており, 住民の反応, 計画通りに実施できなかった体

験も含めた現実的な視座から自己の実践を厳しく評価している可能性が考えられる。新人保健師の成長に関する先行研究において, 自己成長を実感するプロセスとは, 《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》を経て《自己効力感に基づく行動化》の 3 カテゴリーの変化があると言われている(山田・越田, 2017)。さらに保健師の技術については, 助産師や看護師のテクニカル・スキル(手技)としての技術とは性質が異なり, 実際に地域での経験によって得られる実践能力と切り離して表すことが難しい(厚生労働省, 2019)。以上のことから, できる限り地域住民に接する体験が可能な演習・臨地実習の確保と工夫した学習方策の構築が重要である。

1) COVID-19 以降学生の保健師到達度各大項目に着目した特徴について

有意差が出た小項目が最も多かった大項目は, 「集団/地域」における「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」, 「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」, 加えて「全体」における「5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び, 実践の質を向上させる」であった。これは, 学内実習において, 地域全体における健康課題明確化のためのアセスメント, 個別支援事例を深めた上で集団における支援計画を立案するプロセスについて学習する機会が多かったことに関連しているのではないかと考える。また, 学内実習において, 個人およびグループ課題達成のために, 社会資源に関する知識の獲得, 学生同士で考察し, 議論の時間が十分に得られたことで, チームで取り組み協働することの意義や, 他者の視点や価値観に触れながら保健師としての自己課題を見出すことができたことが学生の自己評価の高さに繋がったのではないかと考える。

一方で, COVID-19 前学生と比較し, COVID-19 以降学生の平均得点が有意に低く, 到達度が低いと自己評価していた小項目は, 「個人/家族」, 「集団/地域」ともに「No. 22 訪問・相談による支援を行う」であった。これは, 臨地実習における家庭訪問や健康相談の実施ができなかったこと, 自治会との交流機会の減少から, 学習の経験自体が得られなかったことが影響している可能性がある。保健師の役割を果たすためには, 地域の対象者への活動展開が不可欠である。人々の健康課題を明確化した後の, 重要な支援方策である健康教育や家庭訪問に対して, 学生自身が到達度の実感が十分でなかったことは特筆すべ

き課題であり、地域住民との協働による学習機会が得られなかったことの影響は大きい。特に、保健師が行う家庭訪問では、地域住民が生活する場に赴き、対象の生活の実態や価値観に触れ、実生活に即した支援を行うことに特徴がある。これは、実際に対象が暮らす生活の場に身を置くことでしか得られない学びであり、経験を得る機会の確保は重要な課題である。

2) COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育の検討

本研究では、COVID-19 感染拡大以降の制限による負の側面が明らかになることを仮説としていたが、結果として COVID-19 以降学生の保健師到達度の自己評価が有意に高い項目が全体の半数以上を超え、負の影響ばかりではない可能性が明らかになった。それらは、学生の健康課題を見出す視点、計画立案をする思考プロセスの自信につながっていた。また、学生同士の主体的なグループワークにより、他者の思考を受け入れ、多様な視点があることを知るプロセスを多く経験し、それにより自分自身の課題を見出す機会も十分得られていたと推察される。先行研究においても、学生がお互いの教育内容を客観的に評価し合う機会が増加したこと(若杉・仲村・伊藤・遠山・川村, 2021)、遠隔だからこそ、多職種と関わりが持て、一つの事例をじっくり深めることができる(和田・武田・内貴, 2021)等の報告がある。COVID-19 の影響による保健師基礎教育形態の変化は、健康課題明確化等の思考向上と自己課題の明確化といった保健師到達度の上昇にプラスの効果をもたらした可能性がある。

一方で、地域住民との相互作用の中で生まれる学生の自己客観的視点の育成、対象者の生活実態や価値観に触れる学習機会の不足に課題があった。今後も、COVID-19 の影響は継続すると見込まれる。保健師基礎教育においては、COVID-19 の影響だけでなく、慢性的な実習受け入れ施設の不足により、学生の実習経験の不足が課題となっている。実習における経験不足を補うため、従来のような実践的な演習・実習の確保に努めることが重要である。さらに、例えば学生が経験不足のまま新任保健師として地域に出たとしても、これまでの教育で得た知的能力を実践家としてのスキルに変換することができる「自己調整能力」を育成する教育が、今後はより重要と考える。具体的には、学生に対して、学習者としての長所と短所について認識させ、学習課題や専門領域への自己効力感を養うこと、自分に何ができて何ができないのかを正確

に把握させることが「自己調整能力」を育むために重要である。良い教授方法とは、学生に学び方、記憶や思考の仕方、自己調整的、自己内省的学習者として自分自身を動機付ける方法を含む、とシャンク&ジーマンは述べている(2007)。

保健師実践能力を高める実践経験機会の確保、さらに例え経験不足のまま新任保健師となっても、自ら継続的に学び続けられる能力を育成する教育が今後の重要な課題である。

V. 研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、分析に用いた保健師到達度について、学生自身が自己評価を量的に行ったものである点である。学生、教員、保健師による保健師到達度を比較した研究では、学生の保健師到達度の自己評価は教員や保健師よりも高いことが明らかにされている。学生は実習体験が不足し、保健師の活動に関する理解が十分ではないまま、実力以上の評価をする傾向にある(鈴木他, 2016)。また、本研究は、一大学での調査であるため、一般化するには限界がある。

今後は、本研究で明らかになった課題解決に向けて、学生の保健師到達度の評価を継続して行いながら、COVID-19 感染拡大下であっても実現可能な保健師到達度を高める教育方策の構築に取り組んでいきたい。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

著者貢献度

著者のうち、N.O, K.K, T.K は、研究の構想およびデザイン、データ収集および分析と解釈、論文の作成に関与した。また、T.N, K.T は、データ収集に貢献した。すべての著者は、最終原稿を読み、承諾した。

VI. 文献

ディル, H シャンク&バリー, J. ジーマーマン(2001)／塚野州一(2007)：自己調整学習の実践(初版), 72-74, 北大路書房, 京都

厚生労働省：2010 年看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告：<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000w9a0-att/2r985200000w9b0.pdf> (検索日：2022 年 1 月 10 日)

- 厚生労働省：2019 年看護基礎教育検討会報告書：<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (検索日：2022 年 1 月 10 日)
- 文部科学省：2020 年新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等の対応について：https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1316575_00002.htm (検索日：2022 年 1 月 10 日)
- 日本看護系大学協議会：2018 年看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標：<https://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf> (検索日：2022 年 1 月 10 日)
- 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子他(2007)：今特に強化が必要な行政保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌, 2(9), 60-67.
- 杉森みど里, 舟島なをみ(2016)：看護学教育, 医学書院, 東京.
- 鈴木良美, 斉藤恵美子, 澤井美奈子他(2016)：保健師選抜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), 355-366.
- 和田恵美子, 武田未央, 内貴千里(2021)：新型コロナウイルス感染拡大下の在宅支援論実習 遠隔実習の試み, 京都看護, (5), 37-45.
- 若杉早苗, 仲村秀子, 伊藤純子他(2021)：保健師基礎教育課程の教育評価 コロナ禍における遠隔(Web)ツールを活用した公衆衛生看護学実習プログラムの実践, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, (29), 93-106.
- 山田小織, 越田美穂子(2017)：新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセス, 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 803-811.

Practical Ability Required of a Public Health Nurse and Achievement Level at the Time of Graduation of a Public Health Nurse Student Analysis of Student Self-Assessment and Current Status and Challenges of Education under the Spread of COVID-19.

**Namiko Okamoto¹⁾, Kazunari Kobayashi¹⁾, Tomoko Nishida¹⁾,
Kentaro Tanaka²⁾, Tomomi Koketsu¹⁾**

Abstract : This study assessed fourth-year students of a public health nursing course completed in 2016-2019 (before the spread of coronavirus disease 2019 [COVID-19]) and 2020-2021 (after the spread of COVID-19). Students underwent self-evaluation on the “practical ability required of public health nurses and achievement at graduation.” The current situation suggests the need for additional measures for effective public health nursing education during the spread of COVID-19. The purpose was to get. The sample was composed of a total of 101 fourth-year students of a public health nursing course from 2016 to 2021. The distribution of the sample was 68 (67.3%) and 33 (32.7%) students before and after COVID-19, respectively. Comparing their levels of achievement before and after COVID-19, the study found a significant difference in 55 of the 119 items assessed. Among them, 53 items, except for two items that cited the “individual/family” and “group/region” of “No. 22 visit/consultation support, ” the self-evaluation of the students regarding the achievement of public health nurses after COVID-19 was significantly high. Changes in the form of education for public health nurses due to the influence of COVID-19 may have led to an increase in the thinking ability, such as clarifying health issues, of the students. Alternatively, a clear problem in this form of education is fostering an objective viewpoint via the interaction of students with others.

Key words : Public Health Nursing, Public Health Nursing practice , Achievement of practical ability
Self-evaluation, COVID-19 infection

¹⁾Department of Nursing, Gifu University School of Medicine, Community Health Nursing

²⁾Ex Department of Nursing, Gifu University School of Medicine, Community Health Nursing