

A大学における「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の検討

渡部 幸子¹⁾, 大澤 豊子¹⁾

了徳寺大学・健康科学部・看護学科¹⁾

要旨

本研究の目的は、A大学の3学年終了時とコロナ禍で臨地実習が少なかった4学年の卒業時の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の実態を比較し、検証することである。研究方法は、「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」についてGoogleclassroomを使用して3学年と4学年の終了時に匿名にて収集した。

「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」における大項目Ⅰの地域の健康課題の計画・立案、大項目Ⅱの地域の健康増進能力を高める活動、大項目Ⅲの地域の健康危機管理において、学生の自己評価では「少しの助言で、ひとりでできる」の項目が、「助言があればできる」の到達にとどまり、臨地実習の中止や短縮による体験の減少が要因と考えられた。大項目Ⅲの危機管理能力に関しては、コロナ禍という学生の体験が危機管理の模擬事例の展開を通して活かされ、到達度の向上に繋がったと考える。大項目Ⅳの施策化や事業化は、先行研究同様到達度は低くなっていた。

結論として、保健師活動の実践現場に近い体験型学内実習は、4学年の卒業時到達度の自己評価を向上させていた。

キーワード：保健師学生、実践能力、卒業時到達度

“Practical skills required for public health nurses and achievement level at graduation” at University A

Sachiko Watanabe¹⁾ Toyoko Oosawa¹⁾

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ryotokuji University¹⁾

Abstract

Purpose: This study aims to understand details of “Practical skills required for public health nurses and achievement level at graduation” by comparing the achievement levels at the end of the third year and at the fourth-year graduation at University A when students had only few opportunities for clinical training due to the COVID-19 Pandemic. **Methods:** Anonymous questionnaires about the “Practical skills required for public health nurses and achievement level at graduation” were collected electronically with “Google classroom” at the end of the third and fourth years. **Results / Discussion:** Students evaluated their achievement for items listed in Category I ‘Formulation of plans to deal with community health issues’, Category II ‘Activities to improve community health promotion skills’, and Category III ‘Community health emergency management’. When asked if they could perform the duties involved by themselves with only some advice, their subjective evaluation here was limited to “I can do it with advice”. The decrease in experience can be assigned as due to the cancellation or shortening of clinical training that may have contributed to this result. For the emergency management skills in Category III, the students utilized their experience

of the COVID-19 Pandemic in the simulated cases of emergency management, which led to improvements in the achievement level. For Category IV, 'Formulation of measurements and continued utilization of skills in actual use', the achievement level was low as reported in previous studies.

Conclusions: The on-campus simulation training, which is close to the actual practices in public health nurse activities, improved the self-evaluation of the achievement level at the time of graduation in the fourth grade.

Keywords: public health nursing student, practical skills, achievement level at graduation

I 研究の背景

地域における保健師の保健活動については、「住民に対する直接的な保健サービスや福祉サービス等（以下「保健サービス等」）の提供及び総合調整に重点を置いて活動するとともに、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価、総合的な健康施策への積極的な関与を進めてきている。今後はこれらの活動に加えて、持続可能でかつ地域特性をいかした健康なまちづくり、災害対策等を推進すること」¹⁾が求められている。

その求められる保健師への基礎教育の卒業時到達度として、「看護教育の内容と方法に関する検討会」²⁾において「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」が提示された。保健師の求められる能力として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という5つの能力が挙げられている。

この10年間（2011年～2020年）の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の先行研究において、キーワード「保健師教育 卒業時 到達度」として医中誌で検索した結果（会議録を除く）、文献29件が検索された。学士課程における保健師課程を学ぶ学生の卒業時到達度について、仲下³⁾は「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の自己評価に関する文献レビューを行っており、保健活動の展開における基礎的な技術の到達度は高かったが、社会資源の開発やシステム化・施策化という保健師固有の活動の到達度が低いことを明らかにしていた。これらの文献は、コロナ禍になる前の学習到達を検討しているため、コロナ禍での到達度を見ている文献はまだない。

A大学における保健師教育では、より住民に近い存在でありながら公衆衛生的視点に立った看護の展開ができる保健師⁴⁾になる意識を持つことを目標としている。さらに、A大学では1学年から公衆衛生看護学に関する科目（公衆衛生看護概論・健康生活支援論Ⅰ・疫学・保健統計学）を全学生の必修科目として学習している。2学年終了時に選抜で保健師課程となった学生は、3学年に演習を中心とした保健師としての技術習得の科目（健康生活支援論Ⅱ）と公衆衛生看護管理論以外の科目（保健医療福祉行政論・公衆衛生看護活動論・産業保健・学校保健）を履修している。4学年には臨地実習と公衆衛生看護管理論を履修するカリキュラムとなっている。

コロナの蔓延拡大により、4学年前期における臨地実習が中止または日数の減少した実習施設の実習に関しては、学内実習を計画し実施した。グループによって補足された学内実習は異なるものの、すべての学生が臨地または学内での実習によって、卒業時到達目標に値する項目を体験できるように計画した(表1)。そこで、本研究の目的は、A大学の3学年終了時の学年と4学年の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の実態を比較し、コロナ禍で臨地実習が中止または短縮し学内実習を行った卒業時でも、理論と演習をほぼ終了した学年と比較し、到達度がどのように向上しているのか、また、先行研究である平常

時の全国的な卒業時到達状況の文献と比較し検証することである。

2022年度から保健師教育カリキュラムが改正され、さらなる実践能力向上を目指した保健師教育の充実のために、保健医療福祉介護行政論、健康生活支援論の科目が演習を含め単位数が増加している。今後も感染症や災害によって保健師教育の臨地実習は計画通りには実施できない状況も考えられる。そのため、今後のカリキュラム改正に向けた教育への示唆となると考える。

II A大学における保健師教育と公衆衛生看護学実習の概要

A大学の保健師課程は、保健師・看護師統合カリキュラムで行われており、1学年～4学年を通して、公衆衛生看護学の授業が実施されている。2学年終了時に行われる保健師課程選考試験を受けた3学年の保健師課程の学生のみで、健康生活支援論Ⅱ（地域診断、健康教育、事業化・施策化、健康相談、家庭訪問）を実施し、演習を通して技術を学んでいる。さらに4学年では、公衆衛生看護管理論と臨地実習（保健所・市町村、学校、産業）を通して保健師としての知識と技術の習得を図っている。しかし、2020年のコロナ禍での臨地実習では、実習先との調整の上、可能な日数で実習を行った（表1）。

表1 臨地実習と学内実習の主な内容

実習場所	実習		臨地実習目標から計画した学内実習内容
	計画	実施状況	
保健所実習	<臨地実習> 3日 <学内実習> 2日	<臨地実習> 0-1日 保健所の活動説明 <学内実習> 4-5日	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所活動の実際について（保健所のしおりをを用いた講義） ・保健所の保健活動の実際、地域連携について（熟練保健師の講義） ・結核事例検討（個人ワーク・グループワーク・ディスカッション） ・保健所からの課題「コロナの現状と感染予防対策について」に対して、動画作成とパンフレット作成を行った
市町村実習	<臨地実習> 6日 <学内実習> 4日	<臨地実習> 1-2日間 ・地域診断発表 ・健康教育発表 <学内実習> 8-9日	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の保健活動の実際（熟練保健師の講義） ・市町村保健事業の講義 ・DVD視聴を通しての考察 ・地区踏査を行い、地域診断・健康教育の発表準備
産業保健	<臨地実習> 3日 <学内実習> 2日	<臨地実習> 0-2日 ・職場での個別健康 職場巡視他 <学内実習> 3-5日	<ul style="list-style-type: none"> ・作業環境管理・作業管理についての視聴覚教材にて学習 ・健康管理（教員が労働者となった健康相談ロールプレイ演習） ・VDT業務の事例から、職場での健康管理を検討する
学校保健	<臨地実習> 2日 <学内実習> 3日	<臨地実習> ・1日見学体験 <学内実習> 4日	<ul style="list-style-type: none"> ・学校保健における養護教諭の役割（Zoom講義） ・思春期教室における学校保健との連携について（講義） ・環境測定・巡視の体験学習

III 目的

本研究は、A大学の3学年終了時の学年と4学年の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の実態を比較し、コロナ禍で臨地実習が少なかった卒業時でも学内実習との組み合わせによって卒業時の到

達目標を達成できているのかを検証することを目的とする。

IV 研究方法

1. 対象

A大学の保健師課程の学生である3学年終了時の学生 27名 4学年卒業時の学生 29名のうちで、無記名アンケートに回答した学生とした。

2. 調査方法

1) 研究の種類

アンケート調査

2) データ収集方法

(1) データの取得時期 2021年2月～3月

(2) アンケート内容

①「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の5つの能力

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

②項目ごとに自由記載欄を設ける

(3) アンケートの収集方法

①3学年(27名)・4学年(29名)に対して, Googleformからアンケートを送付し, 匿名での返信とした。

②返信期間は1か月とし, 返信してきた学生のアンケートを収集した。

(4) 分析方法

①各小項目についての到達度は, 「到達度 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(指導保健師や教員の指導の下で実施できる), III : 学内演習で実施できる, IV : 知識として理解できる」の4段階で評価した。

②到達度評価の分析には, 到達度レベル I : 1点 II : 2点 III : 3点 IV : 4点として, 2標本の等分散性を仮定せずに使うことが可能なブルンナー=ムンツェル検定によって, 対応のない2標本3学年と4学年である母集団分布の同一性を検定した。

③小項目ごとに学生が「到達できている」と回答した割合を算出し, 8割以上, 5割未満の小項目に注目し, コロナ禍ではない時代の先行研究³⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾と比較した。

④統計分析には, 統計ソフト(エクセル統計)を用いた。

3. 用語の定義

1) 熟練保健師とは, 長年行政保健師として勤務し, 管理職経験のある者とした。

V 倫理的配慮

アンケートには, 返信をした学生は研究への同意をしたものとすることの説明を記載した。研究者が個

人を特定できないように、学生が返信する際には匿名化を行う。了徳寺大学倫理委員会の承認（承認番号：20-07）を受けて実施した。

Ⅵ 結果

1. 調査回収状況

3学年対象者27名中13件（48%）4学年29名中13件（44.8%）であった。

2. 到達度Ⅰ～Ⅲについて、3学年終了時と4学年終了時の到達度自己評価の比較

1) 大項目Ⅰ. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力（表2）

32項目中29項目で有意差がみられた。到達度がⅠである「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（集団/地域）」「地域の人々に適した支援方法を選択する（個人/家族）（集団/地域）」は有意差がみられず、4学年の到達率は、10～20%台であった。

2) 大項目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（表3）

有意差がみられた項目は、到達度Ⅰ～Ⅱの40項目のうち37項目であった。「訪問・相談による支援を行う（個人/家族）（集団/地域）」、「当事者と関係職種・機関でチームを組織する（個人/家族）」は、有意差がみられなかった。到達度がⅠである「訪問・相談による支援を行う（個人/家族）」において、4学年の到達率は20%台であった。

3) 大項目Ⅲ. 地域の健康危機管理能力（表4）

12項目中、「健康危機（感染症・虐待・DV・自殺災害時）に迅速に対応する（個人/家族）（集団/地域）」、「関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する（個人/家族）」の3項目には有意差が認められなかった。

4) 大項目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（表5）

18項目中、3項目の「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」「施策の基礎となる法や条例等を理解する」「地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する」に有意差が認められた。

5) 大項目Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上能力（表6）

到達度Ⅰである「社会情勢・知識・技術を主体的・継続的に学ぶ」では有意差が認められた。

6) 自由記載

3学年では自由記載に「Ⅳ：知識としてわかる」にはチェックはしたが不安であるという記載があった。

3. 「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の4学年の到達度割合の結果

1) 大項目Ⅰ 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力（表2）

小項目は32項目あり、その内、到達度「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」の項目は、30項目となっている。到達度「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」の項目の中で最も低い項目は、「地域の人々に適した支援方法を選択する（個人/家族）（集団/地域）」、「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（個人/家族）（集団/地域）」で15.4%であった。

2) 大項目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（表3）

（個人/家族）の20項目と（集団/地域）の21項目で構成されている。到達度割合の8割以上の項目は、

表2 大項目 I .地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力の到達度

実践能力	卒業時の到達目標			対象	到達度	4学年								3学年			* : P < 0.05 ** : P < 0.01
	大項目	中項目	小項目			中央値	平均値	目標達成割合 (%)	到達度割合 (%)				中央値	平均値	目標達成割合 (%)		
									I	II	III	IV					
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	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	【個人／家族】	I	2.0	1.8	46.2	46.2	30.8	23.1	0.0	3.0	2.8	15.4	*		
			【集団／地域】	I	2.0	2.1	23.1	23.1	46.2	30.8	0.0	3.0	3.2	7.7	**		
		2.社会資源について情報収集し、アセスメントする	【個人／家族】	I	2.0	1.9	30.8	30.8	46.2	23.1	0.0	3.0	3.2	7.7	**		
			【集団／地域】	I	2.0	2.0	23.1	23.1	53.8	23.1	0.0	3.5	3.2	7.7	**		
		3.自然および生活環境(気候・公害等)について情報を収集し、アセスメントする	【個人／家族】	I	2.0	2.1	23.1	23.1	46.2	30.8	0.0	3.0	3.2	7.7	**		
			【集団／地域】	I	2.0	2.0	30.8	30.8	38.5	30.8	0.0	3.5	3.3	0.0	**		
		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	【個人／家族】	I	2.0	2.0	23.1	23.1	53.8	23.1	0.0	3.0	3.2	7.7	**		
			【集団／地域】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	38.5	38.5	0.0	3.0	3.2	7.7	n		
		5.健康課題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	【個人／家族】	I	2.0	1.8	46.2	46.2	30.8	23.1	0.0	3.0	2.9	15.4	*		
			【集団／地域】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	46.2	23.1	7.7	3.0	3.2	0.0	**		
		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	【個人／家族】	I	2.0	2.2	15.4	15.4	61.5	15.4	7.7	3.0	3.0	7.7	*		
			【集団／地域】	I	2.0	2.3	15.4	15.4	46.2	30.8	7.7	3.0	3.2	7.7	*		
		7.収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	【個人／家族】	I	2.0	2.0	23.1	23.1	53.8	23.1	0.0	3.0	3.2	0.0	**		
			【集団／地域】	I	2.0	2.1	30.8	30.8	30.8	38.5	0.0	3.0	3.2	0.0	**		
		B 地域の顕在的・潜在的な健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	8.顕在している健康課題を明確化する	【個人／家族】	I	2.0	2.1	23.1	23.1	46.2	30.8	0.0	3.0	3.1	7.7	*	
				【集団／地域】	I	2.0	2.0	30.8	30.8	38.5	30.8	0.0	3.5	3.2	7.7	**	
	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		【個人／家族】	I	3.0	2.3	23.1	23.1	30.8	38.5	7.7	4.0	3.5	0.0	**		
			【集団／地域】	II	2.0	2.5	46.2	15.4	30.8	46.2	7.7	4.0	3.5	0.0	**		
	10.潜在している健康課題を見出し、今後起こりうる健康課題を予測する		【個人／家族】	I	2.0	2.1	30.8	30.8	38.5	23.1	7.7	3.0	3.2	7.7	**		
			【集団／地域】	II	2.0	2.2	53.8	30.8	23.1	38.5	7.7	3.5	3.3	23.1	**		
	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	【個人／家族】	I	2.0	2.2	38.5	38.5	23.1	23.1	15.4	3.5	3.2	7.7	*			
		【集団／地域】	I	2.0	2.1	30.8	30.8	38.5	23.1	7.7	3.5	3.3	0.0	**			
	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つける	【個人／家族】	I	2.0	2.0	38.5	38.5	30.8	23.1	7.7	3.0	3.1	7.7	*		
			【集団／地域】	I	2.0	2.1	30.8	30.8	38.5	23.1	7.7	3.5	3.3	0.0	**		
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		【個人／家族】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	38.5	30.8	7.7	3.0	3.1	0.0	*			
		【集団／地域】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	46.2	23.1	7.7	3.0	3.2	0.0	**			
14.地域の人々に適した支援方法を選択する		【個人／家族】	I	3.0	2.5	15.4	15.4	38.5	30.8	15.4	3.0	3.2	0.0	n			
		【集団／地域】	I	2.0	2.5	15.4	15.4	30.8	38.5	15.4	3.0	3.2	0.0	n			
15.目標達成の手順を明確にし、実施計画を立案する		【個人／家族】	I	2.0	2.2	30.8	30.8	30.8	30.8	7.7	3.0	3.2	0.0	**			
		【集団／地域】	I	2.0	2.2	30.8	30.8	23.1	46.2	0.0	3.5	3.3	0.0	**			
16.評価の項目・方法・時期を設定する		【個人／家族】	I	2.0	2.1	38.5	38.5	23.1	30.8	7.7	3.0	3.2	0.0	**			
		【集団／地域】	I	1.0	2.0	38.5	38.5	30.8	23.1	7.7	3.5	3.3	0.0	**			

表3 大項目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の到達度

実践能力	卒業時の到達目標			対象	到達度	4学年							3学年			*:P<0.05 **:P<0.01
	大項目	中項目	小項目			中央値	平均値	目標達成割合(%)	到達度割合(%)				中央値	平均値	目標達成割合(%)	
									I	II	III	IV				
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	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	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	【個人／家族】	I	1.0	1.5	69.2	69.2	15.4	7.7	7.7	3.5	3.1	15.4	**
			【集団／地域】	I	2.0	1.5	69.2	69.2	15.4	7.7	7.7	3.5	3.1	15.4	**	
		18. 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	【個人／家族】	I	2.0	1.8	46.2	46.2	38.5	7.7	7.7	3.5	3.2	7.7	**	
			【集団／地域】	I	1.0	1.8	38.5	38.5	46.2	7.7	7.7	3.5	3.2	7.7	**	
		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	【個人／家族】	I	1.0	1.5	69.2	69.2	15.4	15.4	0.0	2.0	2.4	30.8	*	
			【集団／地域】	I	2.0	1.3	76.9	76.9	15.4	7.7	0.0	2.0	2.6	23.1	**	
		20. 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	【個人／家族】	I	2.0	2.0	38.5	38.5	30.8	23.1	7.7	3.5	3.2	7.7	**	
			【集団／地域】	II	2.0	2.0	61.5	46.2	15.4	30.8	7.7	3.5	3.2	23.1	**	
		21. 地域の人々が意思決定できるよう支援する	【個人／家族】	II	2.0	2.0	69.2	38.5	30.8	23.1	7.7	3.5	3.2	23.1	**	
			【集団／地域】	II	3.0	2.0	69.2	38.5	30.8	23.1	7.7	3.5	3.2	23.1	**	
		22. 訪問・相談による支援を行う	【個人／家族】	I	3.0	2.5	23.1	23.1	23.1	30.8	23.1	4.0	3.3	7.7	n	
			【集団／地域】	II	2.0	2.5	46.2	23.1	23.1	30.8	23.1	4.0	3.3	23.1	n	
		23. 健康教育による支援を行う	【個人／家族】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	38.5	30.8	7.7	4.0	3.5	0.0	**	
			【集団／地域】	II	3.0	2.0	76.9	23.1	53.8	23.1	0.0	4.0	3.5	15.4	**	
		24. 地域組織・当事者グループ等を育成するよう支援する	【集団／地域】	III	2.0	2.6	76.9	15.4	30.8	30.8	23.1	4.0	3.5	38.5	*	
			【個人／家族】	I	2.0	2.2	30.8	30.8	30.8	23.1	15.4	4.0	3.5	0.0	**	
		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	【個人／家族】	I	2.0	2.3	30.8	30.8	23.1	30.8	15.4	4.0	3.5	0.0	**	
			【集団／地域】	I	2.0	2.3	30.8	30.8	23.1	30.8	15.4	4.0	3.5	0.0	**	
		26. 支援目的に応じて社会支援を活用する	【個人／家族】	II	2.0	2.5	53.8	15.4	38.5	30.8	15.4	4.0	3.5	15.4	**	
			【集団／地域】	II	3.0	2.5	53.8	15.4	38.5	30.8	15.4	4.0	3.5	15.4	**	
		27. 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	【個人／家族】	II	3.0	2.5	46.2	23.1	23.1	30.8	23.1	3.5	3.4	15.4	n	
			【集団／地域】	II	2.0	2.5	46.2	23.1	23.1	38.5	15.4	3.5	3.4	15.4	n	
		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	【個人／家族】	II	2.0	2.3	61.5	23.1	38.5	23.1	15.4	4.0	3.5	15.4	**	
			【集団／地域】	II	2.0	2.3	61.5	23.1	38.5	23.1	15.4	4.0	3.5	15.4	**	
		29. 法律や条例等を踏まえて活動する	【個人／家族】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	38.5	30.8	7.7	3.5	3.3	0.0	**	
			【集団／地域】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	38.5	30.8	7.7	3.5	3.3	0.0	**	
		30. 目的に基づいて活動を記録する	【個人／家族】	I	2.0	1.8	38.5	38.5	46.2	15.4	0.0	3.0	3.1	0.0	**	
			【集団／地域】	I	1.0	1.8	38.5	38.5	46.2	15.4	0.0	3.0	3.2	0.0	**	
		E 地域の人々と協働・関係する	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	【個人／家族】	I	1.0	1.6	69.2	69.2	7.7	15.4	7.7	3.0	2.9	7.7	**
				【集団／地域】	II	1.0	1.7	76.9	69.2	7.7	7.7	15.4	3.0	3.1	30.8	**
	32. 必要な情報と活動目的を共有する	【個人／家族】	I	1.0	1.7	61.5	61.5	15.4	15.4	7.7	3.0	3.3	0.0	**		
		【集団／地域】	II	1.0	1.8	76.9	61.5	15.4	7.7	15.4	3.0	3.3	15.4	**		
	33. 互いに役割を認め合い、ともに活動する	【個人／家族】	II	1.0	1.5	84.6	61.5	23.1	15.4	0.0	3.0	3.2	23.1	**		
		【集団／地域】	II	2.0	1.5	84.6	61.5	23.1	15.4	0.0	3.0	3.2	23.1	**		
	F ツ活動を評価する	34. 活動の評価を行う	【個人／家族】	I	2.0	2.0	38.5	38.5	38.5	7.7	15.4	3.0	3.2	0.0	**	
			【集団／地域】	I	2.0	2.0	38.5	38.5	38.5	7.7	15.4	3.0	3.3	0.0	**	
	35. 評価・結果を活動にフィードバックする	【個人／家族】	I	2.0	2.2	23.1	23.1	53.8	7.7	15.4	3.0	3.2	0.0	*		
【集団／地域】		I	2.0	2.2	23.1	23.1	53.8	7.7	15.4	3.5	3.3	0.0	**			
36. 継続した活動が必要な対象を判断する	【個人／家族】	I	2.0	2.1	30.8	30.8	38.5	23.1	7.7	3.0	3.3	0.0	**			
	【集団／地域】	I	2.0	2.2	30.8	30.8	30.8	30.8	7.7	3.5	3.4	0.0	**			
37. 必要な対象に継続した活動を行う	【個人／家族】	II	2.0	2.5	61.5	15.4	46.2	15.4	23.1	3.5	3.4	15.4	*			
	【集団／地域】	II	3.0	2.5	53.8	15.4	38.5	23.1	23.1	3.5	3.4	15.4	*			

表4 大項目Ⅲ. 地域の健康危機管理能力の到達度

実践能力	卒業時の到達目標			対象	到達度	4学年				3学年			*:P<0.05 **:P<0.01			
	大項目	中項目	小項目			中央値	平均値	目標達成割合(%)	到達度割合(%)					中央値	平均値	目標達成割合(%)
									I	II	III	IV				
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	【個人/家族】	Ⅱ	3.0	2.5	46.2	15.4	30.8	38.5	15.4	4.0	3.6	15.4	**	
			【集団/地域】	Ⅲ	2.0	2.5	84.6	15.4	30.8	38.5	15.4	4.0	3.6	23.1	**	
		39.生活環境の整備・改善について提案する	【個人/家族】	Ⅲ	2.0	2.3	84.6	23.1	38.5	23.1	15.4	4.0	3.6	23.1	**	
			【集団/地域】	Ⅲ	3.0	2.3	84.6	23.1	38.5	23.1	15.4	4.0	3.6	23.1	**	
		40.広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を整える	【個人/家族】	Ⅲ	3.0	2.7	84.6	7.7	30.8	46.2	15.4	4.0	3.6	23.1	**	
			【集団/地域】	Ⅲ	2.0	2.8	76.9	7.7	30.8	38.5	23.1	4.0	3.6	23.1	**	
		41.健康危機についての予防教育活動を行う	【個人/家族】	Ⅱ	2.0	2.5	61.5	15.4	46.2	15.4	23.1	4.0	3.4	23.1	**	
			【集団/地域】	Ⅱ	3.0	2.6	53.8	7.7	46.2	23.1	23.1	4.0	3.5	15.4	**	
		H 健康危機の発生に対応する	42.健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害時)に迅速に対応する	【個人/家族】	Ⅲ	3.0	2.9	61.5	15.4	15.4	30.8	38.5	4.0	3.6	23.1	n
				【集団/地域】	Ⅲ	3.0	2.9	61.5	15.4	15.4	30.8	38.5	4.0	3.6	23.1	n
	43.健康危機情報を迅速に把握する体制を整える		【個人/家族】	Ⅳ	3.0	2.9		7.7	30.8	23.1	38.5	4.0	3.6			
			【集団/地域】	Ⅳ	3.0	2.9		7.7	30.8	23.1	38.5	4.0	3.6			
	44.関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する		【個人/家族】	Ⅲ	3.0	2.9	61.5	7.7	30.8	23.1	38.5	4.0	3.6		n	
			【集団/地域】	Ⅲ	3.0	2.8	69.2	7.7	30.8	30.8	30.8	4.0	3.6		*	
	45.医療提供システムを効果的に活用する		【個人/家族】	Ⅳ	3.0	2.9		7.7	30.8	23.1	38.5	4.0	3.6			
			【集団/地域】	Ⅳ	3.0	2.9		7.7	30.8	23.1	38.5	4.0	3.6			
	46.健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる		【個人/家族】	Ⅳ	3.0	2.8		15.4	15.4	38.5	30.8	4.0	3.6			
			【集団/地域】	Ⅳ	3.0	2.8		15.4	15.4	38.5	30.8	4.0	3.6			
	47.健康被害の拡大を防止する	【個人/家族】	Ⅳ	3.0	2.8		15.4	23.1	30.8	30.8	4.0	3.6				
		【集団/地域】	Ⅳ	2.0	2.9		15.4	15.4	30.8	38.5	4.0	3.6				
I 健康回復に生かす	48.健康回復に向けた支援(PTSD対応・生活環境の復興など)を行う	【個人/家族】	Ⅳ	3.0	2.7		7.7	46.2	15.4	30.8	4.0	3.5				
		【集団/地域】	Ⅳ	3.0	2.8		7.7	38.5	23.1	30.8	4.0	3.5				
	49.健康危機への対応と管理体制を評価し再構築する	【個人/家族】	Ⅳ	3.0	2.9		7.7	23.1	38.5	30.8	4.0	3.6				
		【集団/地域】	Ⅳ	3.0	2.9		7.7	23.1	38.5	30.8	4.0	3.6				

表5 大項目Ⅳ. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力の到達度

実践能力	卒業時の到達目標			到達度	4学年				3学年			* : P < 0.05 ** : P < 0.01			
	大項目	中項目	小項目		中央値	平均値	目標達成割合 (%)	到達度割合 (%)					中央値	平均値	目標達成割合 (%)
								I	II	III	IV				
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	4地域の健康を促進する	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	3.0	2.8	15.4	15.4	23.1	30.8	30.8	4.0	3.5	0.0	n
			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な機会と場・方法を提供する	III	3.0	2.7	76.9	7.7	38.5	30.8	23.1	4.0	3.5	30.8	*
			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	3.0	2.8	69.2	7.7	30.8	30.8	30.8	4.0	3.5	30.8	n
			53.必要な地域組織やサービスを資源として開発する	III	3.0	2.8	69.2	7.7	30.8	30.8	30.8	4.0	3.5	30.8	n
	4地域の健康を保障するためのシステム化	K システム化	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	3.0	2.7	15.4	15.4	23.1	38.5	23.1	4.0	3.4	0.0	n
			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	3.0	2.8	69.2	7.7	30.8	30.8	30.8	4.0	3.5	30.8	n
			56.仕組みが包括的に機能しているか評価する	III	3.0	2.7	69.2	23.1	15.4	30.8	30.8	4.0	3.4	38.5	n
	4地域の健康を保障するための社会資源開発・システム化・施策化する能力	L 施策化する	57.組織(行政、事業所、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理解する	III	3.0	2.8	61.5	15.4	23.1	23.1	38.5	4.0	3.4	38.5	n
			58.施策の根拠となる法や条例等を理解する	III	2.0	2.5	76.9	23.1	23.1	30.8	23.1	4.0	3.5	30.8	**
			59.施策化に必要な情報を収集する	I	3.0	2.5	15.4	15.4	38.5	30.8	15.4	3.5	3.2	7.7	n
			60.施策化が必要である根拠について資料化する	I	3.0	2.7	15.4	15.4	2.1	38.5	23.1	3.5	3.3	0.0	n
			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	4.0	2.8	76.9	7.7	23.1	46.2	23.1	4.0	3.4	38.5	n
			62.施策化のために関係する部署・機関と協議・交渉する	III	3.0	3.2	46.2	15.4	0.0	30.8	53.8	4.0	3.4	30.8	n
			63.地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	III	4.0	2.7	84.6	7.7	30.8	46.2	15.4	4.0	3.5	38.5	*
	4地域の健康を保障するための社会資源の公平な利用と	M 社会資源を管理・活用する	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	3.0	3.4	38.5	7.7	7.7	23.1	61.5	4.0	3.5	30.8	n
			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	3.0	3.1	53.8	7.7	23.1	23.1	46.2	4.0	3.5	30.8	n
			66.施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	III	3.0	2.8	69.2	15.4	23.1	30.8	30.8	4.0	3.4	30.8	n
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	3.0	2.8	69.2	15.4	23.1	30.8	30.8	4.0	3.5	30.8	n	

表6 大項目Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上能力の到達度

実践能力	卒業時の到達目標			到達度	4学年				3学年			* : P < 0.05 ** : P < 0.01			
	大項目	中項目	小項目		中央値	平均値	目標達成割合 (%)	到達度割合 (%)					中央値	平均値	目標達成割合 (%)
								I	II	III	IV				
Ⅴ 専門的自律と継続的な質の向上能力	5保健・医療・福祉及び社会実	N 果を研究のす成 的O ぶに継続 的P 任を果し	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	3.0	2.8	76.9	15.4	15.4	46.2	23.1	4.0	3.4	30.8	n
			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	2.0	3.2	53.8	7.7	15.4	30.8	46.2	4.0	3.5	30.8	n
			70.社会情勢・知識・技術を主体的・継続的に学ぶ	I	2.0	2.2	38.5	38.5	23.1	15.4	23.1	4.0	3.5	0.0	**
			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	2.0	2.1		46.2	23.1	7.7	23.1	4.0	3.1		

2項目で「互いに役割を認め合いともに活動する（個人/家族）（集団/地域）」であった。

到達度割合が5割未満の項目は19項目であった。その内、到達度「I：少しの助言で自立して実施できる」の項目の中で23.1%と最も低い項目は、「訪問・相談による支援を行う（個人/家族）」「健康教育による支援を行う（個人/家族）」、「法律や条例等を踏まえて活動する（個人/家族）（集団/地域）」、「評価・結果を活動にフィードバックする（個人/家族）（集団/地域）」であった。

3) 大項目Ⅲ. 地域の健康危機管理能力（表4）

小項目は12項目あり、到達度Ⅱが3項目であり、そのほかは到達度Ⅲ・Ⅳである。

中項目の「健康危機管理体制を整え予防策を講じる」のうち、8割以上の到達度割合であった小項目は、4項目で「健康危機への予防策を講じる（集団/地域）」、「生活環境の整備・改善について提案する（個人/家族）、（集団/地域）」、「広域的な健康危機管理体制を整える（個人/家族）」であった。到達割合が5割未満であった項目は、1項目で「健康危機への予防策を講じる（個人/家族）」であった。

4) 大項目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（表5）

地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力では、到達度Ⅰ・Ⅲの項目のみであった。到達度割合が8割以上の項目は、1項目で「地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する」であった。到達度Ⅰの4項目は到達度割合が5割未満（15.4%）であった。到達度Ⅲの項目では2項目が5割未満であり、「施策化のために関係する部署・機関と協議・交渉する」「予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する」であった。

5) 大項目Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上能力（表6）

専門的自律と継続的な質の向上能力では、到達度Ⅰである「社会情勢・知識・技術を主体的・継続的に学ぶ」では到達度は5割未満であった。

Ⅶ 考察

2020年2月に厚生労働省⁸⁾より「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」が通達された。全国の保健師課程を持つ大学においては、コロナの蔓延拡大に伴い、この通達を受け、臨地実習が困難な場合の方法として学内実習との組み合わせ、または学内実習のみで対応を行っていた⁹⁾。

A大学では、各実習施設の状況によって臨地実習の日数や内容を調整し、学内実習を追加して学習を補った。その学習内容は、臨地実習に近い形とし、学生の体験型学習を計画した。このコロナ禍における「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の学生の自己評価から、実践能力としての大項目Ⅰから大項目Ⅴについて、卒業時の到達度の現状とコロナ禍での影響について検討した。

大項目Ⅰである地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力については、32項目のうち、30項目の到達が「I：少しの助言で自立して実施できる」であり、卒業時には学生自身が「自分でできる」と判断できる教育をしていく必要がある項目と言える。しかし、達成度割合は低くなっていた。この状況は先行研究³⁾でも、同様であった。しかしながら、A大学において3学年と有意差が見られたことは、学内実習において、実習先の地域診断による健康課題の抽出や模擬事例を通しての演習を重ねたことは、学生の保健師としての技術習得の向上にはつながったと考えられる。

しかし、地域の健康課題への取り組みの実践能力は継続して対象者に係わることで到達できる項目でもある¹⁰⁾ことから、本研究対象者である4学年全体が、家庭訪問や事業見学、住民との対話など、実際の場

面である臨地実習で体験できなかったことは到達度の達成に影響した要因であると考えられる。また、この大項目は、健康課題を見出すために、地域の情報をアセスメントし、継続的・系統的に捉え、支援方法の選択をすることを示しており、学生にとっては、臨地で自立して実施できるかという問いに対して、臨地での体験がない場合には到達できているのかの判断は難しいと推察される。

しかしながら、この大項目は、地域活動の基本の実践能力である。学習環境として臨地実習が通常通りに実施できない中でも、卒業時には到達目標を達成できる教育内容の検討は今後の課題といえる。

大項目Ⅱである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では、地域の人々や関係機関や職種との協働について、「互いに役割を認め合いともに活動する」が8割以上の到達度であり、実習を通しての学生のグループ活動の中で得たものであると推察される。到達度割合が5割未満の項目は19項目あり、到達度「Ⅰ：少しの助言で自立して実施できる」の項目が23.1%と最も低く示しているのは、保健師の公衆衛生看護の対人技術である訪問・相談、健康教育（個人）、法律や条例等を踏まえての活動、そして実施したことの評価・結果を活動にフィードバックするという項目であった。これは、先行研究³⁾でも同様の傾向はみられている。また、3年生との有意差がみられなかった項目は、訪問・相談であった。これらの項目は、A大学においては、4学年までの学習やこのコロナ禍における実習では、熟練保健師・教員などによる学内実習での指導を通して、学生が自覚できる項目である。この到達度の低さの要因は、実際の現場での自立を求められる不安感等が到達度の低さを占めしていると考えられる。また、同じ健康教育でも、個人の健康教育の到達度は5割未満であるのに対し、集団への健康教育が5割未満に入っていなかったことはA大学の実習準備として集団の健康教育を実習前から準備し時間をかけ修正し、実施に向けて取り組んでいる点にあると考える。学生が実習前から住民に向けた健康教育の準備を行うことは、意識づけを強くし、主体的に取り組んだことである^{4) 11)}。住民や実習指導保健師や現場のスタッフを前にして実施した経験は、その実施結果に対する実習指導保健師やスタッフ、教員等の指導・助言を通して、自己の卒業時の到達度を判断する基準となり、また企画・実施・評価の一連の保健活動の過程を実施できたことが自己評価につながった³⁾と考える。

大項目Ⅲである地域の健康危機管理能力では、到達度Ⅰ～Ⅲの項目についての先行研究³⁾では、到達度が低い項目となっており、到達度の低い要因として、臨地実習において市町村保健師からの災害時の支援体験や準備にとどまっていた⁶⁾ことが挙げられていた。A大学の到達度Ⅰ～Ⅲの項目では、到達度が8割以上の項目は4項目、5割未満の項目は1項目であった。この結果は、実践に近い迅速な対応や関係機関の連携については3年生との有意差は認められなかったものの、先行研究より到達度が高くなっていることを示していた。A大学では、学内実習において保健所と市町村の熟練保健師を実習指導者として迎えて、現場により近い状況を仮定しながら、学生自身がグループワークによって結核事例の検討を行い、具体的な対策の計画・立案を行った。この経験は、学生にとってより現場に近い健康危機管理をイメージでき到達度が高くなったと考える。また、現在の日常がコロナ禍による健康危機管理的状況であり、市町村の実習先からの課題もコロナへの予防対策の立案等があり、日常を実習と結びつけて考えやすく、実体験に近い環境となったことが、到達度割合が高くなったことにつながっていると考える。

大項目Ⅳである地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力では、到達度Ⅰである項目は4項目あるが、その4項目とも到達度が5割未満（15.4%）と低くなっていた。先行研究³⁾でも本研究と同様の傾向が報告されている。A大学では、学内実習終了後に、演習として実習地域の地域診断等から、事業化の立案を実習グループで行ったが、地域での活動のない状況での地域に即した計画立案は

困難であった。これは、学生は地域の健康課題から地域の実情については理解できても、実態に即した実現可能な事業の検討については困難を要しており、自己の力不足を認識する⁶⁾ことは指摘されているように、臨地実習に行っているにもかかわらず難しい課題であるといえる。しかし、このような学習体験によって「地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する」では3年生より深い学習となり、到達度が8割以上と高くなったと考える。

大項目Vである専門的自律と継続的な質の向上能力は4項目あり、社会情勢・知識・技術を主体的・継続的に学ぶに関して、有意差は見られたが、到達度割合は低かった。保健師としての専門的自律と継続的な質の向上に関しての到達度の低さは、看護師と保健師を両方目指す統合型カリキュラムの大学の学生にとっては難しい問題であると考えられる。しかし、卒業後すぐに保健師として就業することはなくても、保健師という国家資格を持つという自覚をもって、看護の場面で活躍していくことは重要なことであると考えられる。

以上より、コロナ禍における保健師学生の卒業時の到達度の学生の自己評価では、到達度Iである「I：少しの助言で自立して実施できる」の項目は、「助言があればできる」の到達にとどまっており、臨地実習の中止や短縮による体験の少なさが要因として考えられる。

しかし、先行研究では低い到達度である危機管理に関しては、学内実習での体験学習の環境設定として、模擬事例の検討から一連の計画・立案まで実施した結果に対して、熟練保健師や教員等の指導・助言を導入することで、学生が演習内で自分ができると自覚できていた。また、実際に体験している日常の健康危機を自覚していったことが到達度を高くした要因でもあると考えられる。健康教育も同様であり、実習前からの準備と模擬健康教育などの一連の体験と合わせて、実習指導者などからの助言・指導があることが、到達度の向上につながっていると考えられる。このように、学生にとって専門職である実習指導者などの他者評価が自己評価につながっていた。

到達度II-IIIについては、A大学の到達度が高くなっていた点は、学内実習において模擬事例ではあるが、学生自身が情報から計画・立案・実施までを体験したことに合わせて、他者である熟練保健師などからの助言・指導があることは、学生が自己評価する上で重要な基準となっており、到達度の達成に向けた要因となっていた。

しかしながら、臨地実習は「学生が住民と相互行為を展開しながら、そこで生じている現象を教材として、保健師としての実践能力を習得するに足る実習」⁵⁾であるが、現状のような臨地実習が通常のように行えず技術体験ができない中では、別の実習方法も検討していかなければならない¹¹⁾。学内実習での対面方法だけではなく、オンラインなどを駆使し、仮想実習として仮想地域でのコミュニティでの展開¹²⁾なども検討して行くことも必要である。また、今までにない環境の中で住民と関わる体験を通して理論的に探究し、保健師活動の価値を再吟味し、その価値づけをしていく学習プロセスを検討していく^{5) 13)}必要があると考える。

VIII 研究の限界

本研究の対象は保健師教育選択の学生であり、少人数の調査であった。また、回答率が低く、コロナの感染拡大の状況下での臨地実習と学内実習を行うという異例な現状調査になっていた。さらに、今回が初回調査であり、この結果が一般化は難しい。今後も同様の状況を示すかは、研究を積み重ねなければ不明な点がある。そのため、この状況は数年継続される可能性もあるため、感染状況が不明な中での実習での

成果を積み重ね、実践能力向上へ向けた教育を検討していく必要がある。

IX 結論

1. コロナ禍における保健師学生の卒業時の到達度の学生の自己評価では、到達度 I である「少しの助言で、ひとりでできる」の項目は、「助言があればできる」の到達にとどまる傾向がみられた。
2. 到達度 I である「少しの助言で、ひとりでできる」の項目は、3学年と有意差がみられ、現場の実践に近い体験型学内実習は4学年の卒業時の到達度の向上に影響したと考える。
3. 健康危機管理に関しては、コロナ禍での日常生活の自覚が、模擬事例の検討から一連の計画・立案まで実施した到達度の向上につながり、かつ、学生にとって専門職である実習指導者や熟練保健師・教員などの他者評価が自己評価につながっていた。

X 利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

謝辞

調査にご協力いただいたA大学の学生の皆様に心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省 (2013) 「地域における保健師の保健活動について」 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf> (2021.08.31 20:00アクセス)
- 2) 厚生労働省 (2010) 「看護教育の内容と方法に関する検討会」 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001316e.pdf> (2021.08.30 20:00アクセス)
- 3) 仲下祐美子 (2018) 看護系大学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」の自己評価に関する文献レビュー, 大阪医科大学看護研究雑誌. 第8号,73-83.
- 4) 渡部幸子, 大澤豊子, 谷口友子 (2020) Covid-19禍における保健師学生の模擬健康教育の実践報告 市町村実習を臨地実習から<学内実習>に変更して, 了徳寺大学研究紀要.15,49-59.
- 5) 安齋由貴子 (2009) 保健師助産師看護師法の改正と保健師教育の展望 3 「大学における保健師教育課程の問題点—卒業時の到達度の観点から—」日本公衛衛生学会誌. 56 (11) ,821-824.
- 6) 高橋秀治, 松本憲子, 中村千穂子, 小野美奈子, 中尾裕之 (2018) 公衆衛生看護学実習の到達度を高める教育方法に関する研究—実習前後の学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」自己評価の変化から—.保健師教育. 2(1), 66-77.
- 7) 古澤洋子, 森礼子, 尾関唯未 (2020) 公衆衛生看護学実習前後における到達度の検討—「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」に関する学生の自己評価から—, 岐阜聖徳学園大学看護学研究誌. 5,31-43.
- 8) 厚生労働省 (2020) 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/content/20200603-mxt_kouhou01-000004520_2.pdf (2021.08.31 10:00アクセス)

- 9) 岸恵美子 (2021) コロナ禍における本協議会の活動と今後の取り組み.保健師教育.5 (1) 110) 檜橋明子, 中村美穂子, 小野順子ほか (2021) 保健師の実践能力に対する公衆衛生看護学実習の効果— 学生の自己評価に着目して —, 福岡県立大学看護学研究紀要. 18, 27-35.
- 11) 野原真理, 若林千津子, 山口絹代 (2013) 看護学生の保健所・市町村保健センター実習 実習経験と自己評価からの分析, 日本看護学会論文集, 地域看護. 43,159-162.
- 12) Diane Y. Smith, Glenda Morris Burnett PhD, Heide Cygan, Mallory Bejster , Mary Brown Walker , Tanya Friese, (2021) Faculty perspectives on transitioning public health nursing clinical to virtual in response to COVID-19 : Public Health Nurs. 2021;00:1-6. (2021. 08.31 21 : 00 アクセス)
- 13) 新型コロナウイルス感染症下における看護系大学の臨地実習の在り方に関する有識者会議 報告書 看護系大学における臨地実習の教育の質の維持・向上についてhttps://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/faculty/pdf/report_uniforcovid19.pdf(2021. 09.20 9 : 00 アクセス)

2021年12月8日 受理
了徳寺大学研究紀要 第16号