

200705016A

厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

保健師基礎教育における技術項目と卒業時の到達目標に関する研究

平成19年度 総括研究報告書

主任研究者 麻原 きよみ

平成20年(2008年)3月

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）

総括研究報告

保健師基礎教育における技術項目と卒業時の到達目標に関する研究

主任研究者 麻原 きよみ（聖路加看護大学 看護学部 看護学科 教授）

研究協力者 荒木田美香子（大阪大学医学系研究科保健学専攻 教授）
大木幸子（杏林大学保健学部看護学科 教授）
岡本玲子（岡山大学大学院保健学研究科 教授）
奥山則子（東京慈恵会医科大学医学部看護学科 教授）
海原逸子（横浜市健康福祉局地域福祉保健部 保健事業担当課長）
須藤裕子（小鹿野町保健福祉課 健康増進係長）
宮崎美砂子（千葉大学看護学部地域看護学教育研究分野 教授）
村嶋幸代（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 教授）
長江弘子（岡山大学大学院保健学研究科 教授）
大森純子（聖路加看護大学看護学部看護学科 准教授）
小林真朝（聖路加看護大学看護学部看護学科 助教）
平野優子（聖路加看護大学看護学部看護学科 助教）
鈴木良美（元聖路加看護大学大学院 博士課程）

平成 19 年度 厚生労働科学研究（特別研究事業）
総括研究報告
保健師基礎教育における技術項目と卒業時の到達目標に関する研究

目次

I. 研究目的	1
II. 本研究における保健師教育の技術項目の枠組み	2
1. 文献検討	2
2. 保健師基礎教育における技術項目の枠組みの作成過程	5
3. 保健師基礎教育における技術項目と到達度作成上の留意点	9
III. 研究方法	9
1. 研究方法	9
2. 対象者の選出	11
3. 調査手順	13
4. 専門家会議の設定	16
5. 妥当性の確保	17
6. 倫理的配慮	18
IV. 調査概要	18
1. 第 1 回調査の概要	18
2. 第 2 回調査の概要	70
3. 最終的な「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」	104
V. 考察	105
1. 保健師基礎教育における技術項目の枠組みについて	105
2. 保健師基礎教育における技術項目の到達度について	106
3. 保健師基礎教育充実に向けての提言	107
VI. 結論	108
VII. 健康危険情報	108
VIII. 研究発表	108
IX. 知的財産権の出願・登録状況	108
<引用文献>	109

<図>

図1	技術項目の枠組み（大項目）	9
図2	段階的な調査手順	16
図3	第1回調査 回答者の属性	20

<表>

表1	保健師の能力に関する文献	3
表2	保健師数の算出方法	13
表3	第1回調査用 保健師教育の技術項目（案）	14
表4	第1回調査 結果概要一覧	21
表5	第1回調査 集計結果	23
表6	第1回調査 項目および到達度に対する意見と代替案	35
表7	第2回調査用 保健師教育の技術項目と卒業時の到達度（案）	69
表8	第2回調査 結果概要一覧	72
表9	第2回調査 集計結果	73
表10	第2回調査 項目および到達度に対する意見と代替案	86
表11	最終的な「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」	103

<資料編>

資料1	第1回調査 依頼書と同意書	1
資料2	第1回調査 質問紙	9
資料3	第2回調査 依頼書	19
資料4	第2回調査 質問紙	20

I. 研究目的

保健師助産師看護師学校養成所指定規則が改正され、平成 21 年度より施行される予定である。「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」については、すでに調査研究に基づいて明確にされ、厚生労働省医政局看護課長から各都道府県を通じて各看護師等学校養成所長あて通知されている(厚生労働省, 2008)。一方で、「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」に関しては、看護基礎教育の充実に関する検討会報告書において暫定版が示されているものの、エビデンスに基づく確定版が示されていない。保健師教育機関においては、「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」に基づいて科目や実習など、カリキュラム作成が進められるため、早急に確定版を作成する必要がある。

現在、看護系大学の急増に伴う保健師養成機関に属する学生の増加と保健所数の減少や市町村合併等による実習施設不足の問題、学生の保健師への職業志向性および学力の低下、教員や実習施設における実習指導者の質の問題など、保健師の基礎教育体制が大きな問題になっている(日本公衆衛生学会「公衆衛生看護のあり方に関する委員会, 2007; 佐伯, 2008)。また、保健師基礎教育の技術項目について卒業時に到達すべき実践能力のレベルに保健師と教育者で違いがみられること、および家庭訪問や健康教育といった保健師技術を実習で体験させるか否かについて教育機関により違いがみられることに関する報告がある(平澤, 2005)。このような状況もまた、保健師と教育者が共通認識できる「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」を明確にする必要性を示すものである。

「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」を作成するに当たり、慎重に考慮すべき点が二つあった。一つは、保健師基礎教育の技術項目は十分に検討して設定し、その体系化に際しては共通する理念または原則に基づいて行なうということである。保健師基礎教育の技術項目は、学生が教育機関卒業時点で獲得する保健師技術を体系的に示すものであり、保健師技術の特徴と専門性を具現するものである。それらについて多くの研究報告があるものの、設定された技術の必然性とそれらの有機的な連関を説明する理念あるいは原則が示されていない場合がほとんどであり、多くの研究が類似した技術項目を設定しながら、それらの構成(枠組み)について共通理解が得られていない現状にある。また、それら技術項目と到達度は、社会情勢や国民のニーズ、それに伴う制度の改革等、多様化する保健師活動と今後予測される活動に対応できるものでなければならず、そのためには時間や場の状況によって変わることのない保健師活動の本質を示す必要がある。

「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」作成に際し考慮すべき点の二つ目は、実践と教育の両者から合意を得ることである。

「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」は、保健師実践の現状と卒業直後の保健師を受け入れる実践側の期待を反映したものでなければならない。同時にそれは、個々の学生の能力に基づく達成可能性、教育体制や具体的教育方法に関する制約といった教育側の事情を考慮したものでなければならない。両者の合意が得られることで初めて、「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」、すなわち保健師国家資格を有する専門職が備えるべき技術とその到達レベルが明らかとなる。

そこで本研究は、実践者と教育者双方の合意

により、「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」を明らかにすることを目的とする。そのことにより、教育機関においては保健師助産師看護師学校養成所指定規則改正に伴うカリキュラム作成を進めることができ、効果的かつ効率的な教育を検討することができる。一方、作成した「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」は、新人保健師が教育機関から実践現場にスムーズに移行できる現任教育のための教育内容および目標設定の枠組みになると考える。

II. 本研究における保健師教育の技術項目の枠組み

1. 文献検討

保健師の技術に関しては、その技術を用いる能力としての研究が行なわれてきた。そこで、保健師に求められる能力に関する研究について文献検討を行った。

有本(2005)は、2004年までに報告された保健師に求められる能力に関する国内外の研究を概観すると、1.「実践で求められる保健師の能力に関する研究」と、2.「保健師教育において卒業時に達成される能力に関する研究」に大別されると述べている。本文献レビューは、この分類を活用しながら、さらに2004年以降の保健師に求められる能力に関連する国内文献を追加し、特に能力のどの部分に焦点が当てられているかに注目しながら文献検討をおこなった(表1)。

【表1 保健師の能力に関する文献】

文献の分類	研究代表	方法	示しているもの	内容
実践において保健師に求める能力に関する研究	大野 2000	保健師(13名)への面接による聞き取り調査	地域保健施行後の保健師に必要と考える能力	7能力、46の能力中項目 先行研究によって明らかにした能力についてさらに詳細な項目を明らかにした。 ①保健計画立案に関する能力、②情報収集・分析に関する能力、③施策化に関する能力、④地域保健活動の展開に関する能力、⑤在宅ケアにおけるコーディネーションに関する能力、⑥教育・研究企画に関する能力、⑦研究に関する能力
	佐伯 2003	文献検討により測定用具を開発し、4県の保健師に調査し、信頼性妥当性を検討	行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力	2因子、20項目 ①対人支援能力、②地域支援および管理能力
	大倉 2004	教育、管理、実践分野で選定基準を満たす任意の専門家を対象とした3回のデルファイ調査	保健師に期待される実践能力	7領域、47項目、実践レベルによる能力の重要度を明示 ①看護過程展開能力、②地域保健活動能力、③ヘルスケア提供能力、④マネジメント能力、⑤情報活用能力、⑥対人関係形成能力、⑦豊かな人間性
	Quad Council 2004	教育者協会、看護協会、公衆衛生学会、実務者協会が合同で作成	アメリカの公衆衛生看護のためのコア能力	各項目が「個人/家族」、「集団/システム」の2つのレベルで分かれており、さらにキャリアによっても到達度が異なる。8技術領域、68の技術 ①分析的アセスメント技術、②政策開発・計画策定技術、③コミュニケーション技術7項目、④文化的なコンピテンシー技術5項目、⑤実践技術の地域特性8項目、⑥基本的な公衆衛生科学技術、⑦財務計画と管理技術、⑧リーダーシップとシステム思考技術
	Brockehurst 2003	専門家から提言をうけて10の能力領域を抽出し、自記式質問紙調査の作成。予備調査を実施し、アセスメントツールの最終版作成。	イギリスの公衆衛生技術アセスメントツール	10能力領域、56の技術 ①公衆衛生実践のためのデータの扱い、②地域格差に対する取り組み、③多職種チームとの協働、④予防接種とサーベイランスにより人々の健康を守る、⑤援助が必要な家族への支援、⑥グループとの協働、⑦健康改善のための関係機関との協働、⑧子育て支援、⑨家族の健康改善、⑩ニーズアセスメントによる公衆衛生の改善
	岡本 2007	全国の現任教育担当者(保健師・保健センターは無作為抽出)への郵送による自記式質問紙調査、保健所と保健センターの保健師への無作為抽出による実態調査	保健師の専門能力獲得方策	5つの提言 ①保健師が強化すべき能力はこれだ！、②保健師が専門能力を高める効果的な学び方はこれだ！、③保健師がめざす専門能力の到達段階と時期はこれだ！、④保健師の学習支援体制の中心は、自治体と大学の共同だ！、⑤保健師個々は専門職として継続的に発展するために行動を！
田口 2005	文献検討とチームによる検討により活動モデルを開発	目的重視型保健師活動モデル	3行為目的、7行為目的小分類、29行為の大分類、153行為の小分類 ①支援を行うための基盤をつくる、②個人・家族に直接働きかけて健康を高める、③地域の環境に働きかけて、個人・家族・集団・地域の健康を高める	
保健師教育において卒業に到達される能力に関する研究	村山 1996	保健師教育機関の実態調査報告などから現状分析、課題を明確化。保健師に求められる資質の要素を抽出。保健師基礎教育の到達目標および教育内容を検討	これからの保健師に求められる能力に関する保健師基礎教育到達目標	7能力、27の目標 ①保健計画立案に関する能力、②情報収集・分析に関する能力、③施策化に関する能力、④地域保健活動の展開に関する能力、⑤在宅ケアのコーディネーションに関する能力、⑥教育・研修企画に関する能力、⑦研究に関する能力
	Siegrist 2004	公衆衛生従事者と専門家により検討された質問紙調査	基礎教育開発のための公衆衛生従事者のコンピテンシー	18項目 ①コミュニティアセスメント、②健康問題の分析、③プログラム/資源開発と評価、④コミュニティの人々とのパートナーシップをつくり維持する、⑤主要な公衆衛生サービスと中核となる機能、⑥基礎的疫学手法、⑦教育/プレゼンテーション技術、⑧人間関係技術、⑨学際的あるいはコンシューマチーム/グループとの協働、⑩公衆衛生法規と政策の指針を明確にし解釈し実施する、⑪政策を組織的な計画やプログラムに組み込める、⑫公衆衛生に関する法的/倫理的問題、⑬資金の運用、⑭環境問題、⑮緊急時/災害時の対応と計画、⑯政治的スキル、⑰基礎的コンピューター操作、⑱リーダーシップ/マネージメント能力、など
	Foss 2004	文献検討とディスカッション	ACHNE(2000)をもとにした地域看護プログラム	6つの学習単位、36の能力 ①アセスメントと実施、②施策化のための報告、③異文化コミュニケーション、④家族看護、⑤ヘルススクリーニング、⑥健康教育

1) 「実践で求められる保健師の能力に関する研究」

実践において「保健師に求められる能力に関する研究」は、①「技術」を中心とした能力に焦点をあてた研究、②専門能力獲得方策に焦点をあてた研究、③活動の目的に焦点をあてた研究という3つに分類された。

①「技術」を中心とした能力に焦点をあてた研究では、国内文献として、大野ら(2000)が13名の保健師を対象とした調査により、保健師の能力として7能力ごとに46の中項目の能力を示している。佐伯ら(2003)は、4県の保健師を対象とした調査から、行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力として2因子20項目を示した。大倉(2004)は、教育、管理、実践分野の保健師を対象にデルファイ法を用いて調査し、保健師に期待される実践能力として7領域47項目を挙げている。国外においては、アメリカ公衆衛生看護団体協議会が「Public Health Nurse Competencies」として、8領域68の技術を挙げている(QCPHO, 2004)。この研究は、「実践で求められる保健師の能力に関する研究の文献」検討に用いた国内外の7文献の中で、もっとも具体的に行動レベルが述べられていた。この研究では、各技術を「個人/家族」、「集団/システム」の2つのレベルで分けており、さらにキャリアによっても到達度が異なっていた。この「個人/家族」、「集団/システム」という2つのレベルの示し方は、「個人/家族」と「集団/地域」を同時に対象とする日本の保健師活動を表現する際に有効であろう。英国ではBrocklehurstら(2003)が、公衆衛生技術をアセスメントするツールを開発しており、各技術は支援を行なう対象や分野により分類されていた。

②専門能力獲得方策に焦点をあてた研究として、岡本ら(2007)が現任教育担当者を対象に調査し、今特に強化が必要な行政保健師の専門能力として5つの大項目とそれを構成する11の中項目をあげており、技術だけでなく専門職としての価値観、姿勢、役割・機能を表す抽象化された能力が示されている。

③活動の目的に焦点をあてた研究として、田口ら(2005)が目的重視型保健師活動モデルとして3つの行為目的、7つの行為目的小分類、29の行為の大分類、153の行為の小分類を示している。このモデル開発を行うための文献レビューの中で、麻原ら(2005)は、保健師のみが自身にとって固有と考える「健康課題のアセスメント」、「施策化」といった技術面から保健師の活動をとらえるのではなく、住民や他職種、そして保健師自身が納得し、実践に有効に活用できるモデルおよび理論の生成が必要であると述べている。そのためには、保健師がそれらの活動を行う理由、つまり目的を明確にし、既存の枠組みにとらわれることなく、他者が理解できる言葉で他者に理解可能な基本的考え方を提示していく必要があると述べている。

2) 「保健師教育において卒業時に達成される能力に関する研究」

「保健師教育において卒業時に達成される能力に関する研究」では、国内において村山ら(1996)が保健師教育機関の実態調査報告などから保健師に求められる資質の要素を抽出し、保健師基礎教育の到達目標および教育内容を提示している。国外では、いくつかの研究(Foss, et al, 2004; Siegrist, 2004)において、実践家を対象とする調査、あるいは既存の保健師の能力の枠組みや独自に開発した枠組みに基づいて、学生が卒業時に到達すべき目標が示され

ている。

保健師に求められる能力や保健師教育において卒業時に達成される能力に関する研究の文献検討の結果、保健師の「技術」に焦点が当てられた研究が多く、さらに、抽出された能力の項目は、類似した項目が多かった。

3) 本研究への示唆

以上のように、1990年代以降に国内外で保健師の到達すべき技術や能力に関する研究への様々な取り組みがなされている。しかし、今回の文献レビューの中では、保健師教育の技術項目と卒業時の到達度に関して、教育者と保健師の両方の合意に基づき、保健師としての活動の根拠が明確であり、保健師以外の人たちが理解できる言葉で表現された、全国共通の明確な枠組みを見出すことができなかった。保健師の活動は、個人・家族から集団・地域まで幅広く対象にしており、予防的視点ですべての健康レベルに関わることを踏まえて(村嶋ら、2005)、保健師活動を適切に説明できる保健師教育の技術項目と卒業時の到達度を開発する必要がある。教育者と保健師の両方の合意というエビデンスに基づいた保健師教育の技術項目と卒業時の到達度づくりが重要であり、平成21年度より施行される保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正に備え急務の課題であると考えられる。

2. 保健師基礎教育における技術項目の枠組みの作成過程

1) 枠組み作成上の方向性と概要

保健師の技術項目を集めて、それらの技術の種類あるいは内容に基づいて分類することで保健師技術の枠組みを示す従来の方法では、保

健師の各技術項目の必然性と各技術項目間の有機的関連性を示すことができない(麻原、2006)。そこで、各技術項目を分類する際の基本的な考え方(技術項目の大項目に当たる)、すなわち保健師実践の理念あるいは原則を設定することとした。そこで技術項目の枠組み作成においては、2つの方向性をもつ検討、すなわち(1)技術項目の大項目をどのような保健師実践の原則あるいは理念に基づいて設定するかについての検討、(2)小項目にあたる保健師の具体的技術項目を文献および資料からできる限り収集し、共通の内容のものは統合し、各技術項目の抽象度を統一する作業を行なった。これらの検討から、(1)で設定した大項目に基づいて(2)で整理した具体的技術項目(小項目)を分類し、それに基づいて中項目を設定し、技術項目の枠組みを作成した。

2) 技術項目を分類する際の基本的な考え方(大項目)の設定

(1) 保健師と公衆衛生看護の定義からの検討
保健師助産師看護師法による保健師の定義は、「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者」である。日本公衆衛生学会公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会(2005)の定義では、保健師は「看護学と公衆衛生学、社会科学の基盤を持ち、厚生労働大臣の免許を受け、保健師の名称を用いて保健指導に従事すると共に、一定の集団もしくは地域での生活者全体に焦点を当て、その生活者全体の健康の保持増進に向けた活動を展開する専門職種である」としている。アメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部(1996)の公衆衛生看護の定義は、「看護学、社会学、公衆衛生学による知識を用いて、集団の健康の増進と保護を図る活動」である。この

定義に加えて、アメリカ公衆衛生看護団体協議会（1999）は「公衆衛生看護は、集団・コミュニティ志向の看護活動であり、その目標は、すべての人々を対象に、人々が健康になることができる状態を創造し、疾病と障害を予防することである」としている。英国では2004年に日本の保健師に当たるSpecialist Community

Public Health Nurse (SCPHN) という新しい資格を新設し、保健師と他の看護の資格と区別する顕著な特徴として「公衆 (public) を保護する」ことを挙げている (Nursing and Midwifery Council, 2004)。カナダでは、Public Health Nursingを「コミュニティや住民全体の健康に焦点を当て、ヘルスプロモーションや疾病予防に重点を置いた看護である」と定義している (CAN, 1998)。

これらの定義に共通するのは、保健師は「集団」を対象とすることが他の看護職と異なる特徴であるということである。しかもそれは、アメリカ公衆衛生看護団体協議会（1999）が提示している公衆衛生看護の原則の中で、「公衆衛生看護活動は住民全体に焦点を当てているため、自主的にサービスを求めてくる人々だけを対象とするものではない」こと、「一個人やグループの利益を考えるよりも集団全体の利益を考えることが優先されることもある」ことが示され、イギリスのNursing and Midwifery Council (2004) が、「SCPHNは個人と住民全体に責任を持つが、それは必ずしも地域のすべての住民に直接接して行なうというものではなく、地域と住民全体の課題解決を通して行なわれるものである」としているとおおり、保健師の対象は特定の「集団全体」に焦点を当てたものである。

以上、これらの定義から共通しているのは、保健師は①国あるいは専門職団体等から認定

された資格をもつ専門職であること、②行政区や学校および職域組織を含む「集団全体」を対象とすること、そして③集団全体の健康維持および増進活動を行なうことであり、技術項目の枠組み作成上の理念あるいは原則を構成すると考えられた。

(2) 公衆衛生の定義および機能からの検討
保健師の実践および学問上の基盤である公衆衛生について、WHO/ヨーロッパ (2008) は、そのサービスを「個人に提供されることもあるが、全集団 (住民) に対して行なわれ、もの、活動、サービスといった広範囲なものである」と定義している。また、米国公衆衛生局の公衆衛生機能に関するプロジェクト (1994) は、公衆衛生のビジョンは「健康的なコミュニティにおける健康な人々 (Health People in Healthy Communities)」であり、そのミッションは「身体的精神的健康を増進し、疾病や傷害および障害の予防」であるとしている。また公衆衛生の中核機能として、アセスメント、保証、政策形成を挙げている。このように、公衆衛生は集団全体を対象とし、人々の健康の増進と疾病予防を目的としている。

健康の保持増進と疾病の予防を目的とする「公衆衛生」は、国家の積極的な関与によって充足されるべき社会権であり (新社会学辞典, 1993)、民主政治の義務として捉えられる。わが国においては、憲法 25 条において公衆衛生は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と生存権を保障する国の義務として示されている。

(3) 既存の文献および専門家会議メンバーによる検討

保健師の能力および技術を体系的に示す既存文献、および資料として、①アメリカ公衆衛生看護団体協議会(2004)のCore competencies for public health nursing、②カナダ地域看護師協会(2003)のCanadian community health nursing、③英国看護・助産 Council のStandards for proficiency for specialist community public health nurses(2004)、④保健師教育の技術項目と卒業時の到達度(厚労省暫定版)、⑤厚生省暫定版の修正版、⑥地域保健従事者の資質の向上に関する検討会(2004)による地域保健従事者に求められる能力、⑦保健師教育機関協議会教育検討委員会案(荒賀ら、2007)、⑧公衆衛生学会公衆衛生看護のあり方検討会案(公衆衛生学会公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会、2005)、⑨基礎教育修了時点での保健師としての必須能力とその内容(全国保健師教育機関協議会九州ブロック、2007)、⑩全国保健師教育機関協議会熊本案、⑪目的重視型保健師活動モデル(田口ら、2005)を8名の専門家会議メンバー(16ページ参照)に提示し、その内容を踏まえた各委員の保健師基礎教育における技術項目の枠組み案の提示を求めた。それらの案から大項目を検討した。

各専門家会議メンバーからの案で共通してみられた大項目案は「地域活動展開技術」、「地域支援技術」、「地域ケアマネジメント技術」、「調整・組織化能力」、「健康危機管理能力」、「政策・施策化能力」、「健康課題探索・地域診断技術」など技術内容の種類に着目したもの、「コミュニティ支援技術」、「個人・家族、集団支援技術」など対象に基づくものが提案された。一方で「支援活動から健康課題を明らかに

する」、「地域と協働して健康課題解決のための活動を行なう」、「保健サービスへのアクセスの保障と健康への公平性を促進する」、「アクセスと公平性を踏まえた健康づくり活動を推進する」など、保健師活動の目的に基づく案も挙げられた。

(4) 技術項目の枠組みにおける大項目の設定

(1)～(3)の検討から、保健師技術の原則あるいは理念を表す技術項目の大項目案を検討して設定し、専門家会議メンバー間で合意された。

①大項目設定の際の基本的な考え方

保健師の対象は集団であり、人々の健康の増進と疾病予防を目的として行なわれる活動は、国の義務として行なわれるものであり、対象である人々は法のもとで平等である。道徳的には、人々が共同生活する社会において、平等な人々は公平に扱わなければならないし、利益は公平に分配されなければならない。このような社会的公正あるいは正義(social justice)が、保健師活動の理念あるいは原則として考えられる(Bekemeier & Butterfield, 2005; Drevdahl, Kneipp, Canales, 2001; Ervin & Bell, 2004; Fahrenwald, Taylor, Kneipp et al, 2007; Schim, Benkert, Walker, et al, 2006)。平等主義に基づく公正あるいは正義では、すべての人々に平等な基本的権利と自由、および公正な機会を保障することを原理とし、人々が生涯必要とする基本財(primary goods)、例えば保健医療(健康に関するサービスや資源)は、人々が平等にアクセスでき、ニーズに基づき平等に分配されるべきことを強調している(Beauchamp & Childress, 1989; Rawls, 2001)。例えば、高齢者などニーズを持つ特定の人々を対象として計画された保健プログラム

やサービスなどは、計画の対象となるすべての人々に利用可能でなければならない。

②大項目の構成

上記の基本的考え方に基づいて、保健師実践は次のように説明できる。

保健師は集団（地域）を対象とし、その集団すべての人々の健康に平等に責任を持つ。保健師は、人々の健康の保持・増進を目的として、看護学、公衆衛生学、社会科学などの知識を用いて、健康の側面から人々の社会的公正あるいは正義を具体化する専門職である。（保健師実践の前提）。したがって保健師は、地域に生じている健康にかかわる社会的不利益・不平等にある人々（個人/家族、集団）、すなわち顕在的、潜在的健康課題（健康ニーズ）をもつ人々を明らかにする、そのニーズに応じて健康に関する資源（保健プログラムやサービス）を分配（提供）する。この過程で、またこの過程をとおして、集団すべての人々が健康と安寧に関する利益を平等に享受できるよう、健康に関する利益（保健サービスなど）を保障し公平に分配する。

以上の基本的考え方に基づき、保健師実践の3局面、すなわち保健師技術項目の大項目を次のように設定した。

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. 地域の健康課題（顕在的、潜在的）を明らかにする</p> <p>B. 地域の人々と協働して特定された健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める</p> <p>C. 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分配を促進する</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

保健師実践の3局面、すなわち保健師技術の各大項目における対象と活動の特徴は図の通りである。保健師実践の対象は地域であり、Bにおいて、特定の健康課題を持つ人々に関わるが、その人々は地域の構成員として捉えられる。活動の特徴は、Aは地域全体から健康課題を見出すことであり、Bは特定の健康課題を持つ人々に対応すること、Cは地域のすべての人々が健康を享受できるような地域を創ることである（図1）。A～Cはあくまでも実践の3局面であって順序性はなく、保健師の日常実践において同時進行的に行なわれるものであり、同じ活動が複数の目的で行なわれる場合もある。例えば、新生児訪問で育児相談をしている中で（B）、母親から、子どもを連れて屋外に出て遊ぶ場がないこと、同年代の子どもを持つ母親と話せる機会がないことが語られたため（A）、自治会区の公民館で親子ひろばを開設した（C）場合、AとBは、同時点で行なわれ、CはBの課題解決のための手段でもある。

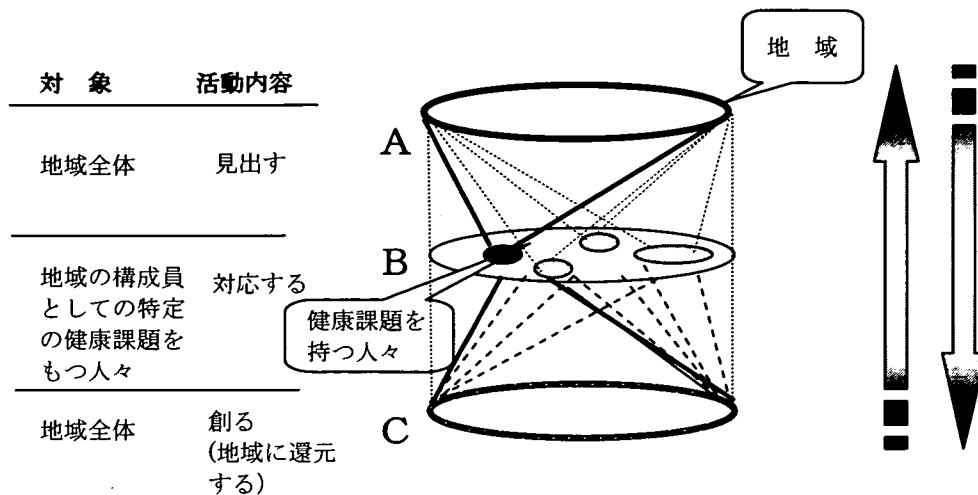


図1 技術項目の枠組み(大項目)

3) 小項目と中項目の設定

2) の (3) において、技術項目案策定のために専門家会議メンバーに提示した保健師の能力及び技術を体系的に示す 11 の既存文献および資料において、記載されている保健師の具体的な技術項目(技術枠組みの小項目に当たる)を収集し、内容分析にて共通する内容を統合し、各技術項目の抽象度が均一になるよう表現を修正した。それらの小項目を大項目ごとに分類し、その小項目をさらに大項目の意味を踏まえて分類することで中項目を設定した。大項目・中項目・小項目が設定された時点で、全体としての整合性を見ながら、各項目の表現、順序性、配置場所、過不足等について検討し、保健師教育の技術項目案を作成した。

3. 保健師基礎教育における技術項目と到達度

作成上の留意点

保健師基礎教育における技術項目と到達度を設定する際に、次の点に留意した。

- 1) 保健師技術の到達度は、「個人および家族」と「集団および地域」では異なると考えら

れた。そこでアメリカ公衆衛生看護団体協議会(QCPHO, 2004)が、技術の到達度を「個人/家族」と「集団/システム」に分類していることから、大項目「地域において顕在的、潜在的健康課題をもつ人々を明らかにする」と「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」については、到達度を「個人/家族」と「集団」の欄を設けた。なお、保健師実践においては、家族単位として関わるのが特徴であるため、「個人/家族」とした。

- 2) 保健師技術項目について共通理解ができるように、主要な用語を定義した。

III. 研究方法

1. 研究方法

1) デルファイ法とは

本研究は、デルファイ法を参考におこなった。デルファイ法とは、専門家をパネル調査の対象とし、一連の質問紙によって意見・予測・判断

などを求める調査法である。デルファイ法では、研究協力を求められた専門家は質問紙に複数回答し、一定の合意が得られるまで調査が繰り返される。回答を繰り返すことにより、直接専門家を一同に集めなくてもグループとしての合意を効果的に得ることができる (Polit & Hungler, 1997)。Jones ら (2001) は、デルファイ法は、根拠があいまいである場合などに何らかの見解をまとめるのに最も適していると述べている。これまでの文献レビューから「保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度」に関して全国共通の明確な枠組みが見出せなかったことや、教育者と保健師の両方の合意に基づいた技術項目と到達度を明確にすべきと考えることから、本研究はデルファイ法が妥当と考える。

2) デルファイ法の手順

Jones と Hunter (2001) によると、デルファイ法の手順は以下のように段階的におこなわれる。

第一段階：ある事柄に関して関係者を招いてその知識や経験に基づいた意見を出してもらい、出された意見を整理・統合して調査項目にまとめる。

第二段階：参加者に調査票を配布し、各項目の内容について同意の程度を点数で示してもらい、同意を点数化したものを研究班が集計し、それを参考にして、調査票を作り直す。

第三段階：作り直した調査票を参加者に配布し、それを参考にして再度各項目の内容について同意の程度を点数で示してもらい、

点数を集計し、同意の程度を検討し、ある程度の合意が得られた時点で作業を終了する。もし、合意が得られなければ合意が得られるまで調査を繰り返す。

Jones ら (2001) は、第三段階においては、前回の調査票での統計学的な指標として、例えば各項目を点数化した詳細な指標などを対象者にフィードバックすると述べている。本研究においては、前回の調査票での統計学的な指標のフィードバックは概要のみとし、前回の調査結果をもとに専門家会議で検討し修正した技術項目を提示した。これには、以下の三点の理由がある。第一に、1 回目の調査において回答に協力いただいた対象者から、本調査の技術項目数が多く複雑であるという意見が聞かれており、各項目を点数化した情報を加えると、情報が過剰になりすぎる恐れがあったためである。第二に、本研究の対象者には、修正した技術項目に焦点をあてて評価を依頼したいと考えたためである。第三に、本研究は看護基礎教育における卒業時の到達目標に関するデルファイ法による研究 (小山ら, 2006) を参考にしており、小山らの調査においても各項目を点数化した指標などは用いられていなかったためである。

3) 合意の水準

Hasson ら (2000) は、デルファイ法における合意の水準は慎重に決定されなければならないと述べている。デルファイ法における合意の水準は、対象者数や研究目的などによって異なっている (Hasson et al., 2000)。合意の程度は、文献によっては 51% で満たしているとする文献 (McKenna, 1994; Loughlin & Moore's, 1979) や、70% 以上が望ましいとする文献 (Sumsion, 1998)、80% とする文献 (Green, et al, 1999) もあった。本研究においては、デルファイ法を実施する際に使用されることが多いとされる Jillson (1975) の研究を参考に Ziglio (1996) によって示された

主観的判断の指標を用いた。Ziglio(1996)は、「非常に確実」(99-80%)、「確実」(79-60%)、「どちらでもない」(59-40%)、「不確実」(39-20%)、「非常に不確実」(19-0%)と定めている。本研究においては、非常に確実と確実に属する項目、すなわち同意率が60%以上を基準とすることとした。しかしながら、70%以上が望ましいとする文献もあるため、同意率60%-70%の項目は検討を要し、80%以上であれば検討は不要であると考えた。

2. 対象者の選出

研究の協力を保健師養成機関の教育担当者と地域で実習指導や人材育成などの保健教育に携わる自治体と企業の事業所に所属する保健師に依頼した。対象者の選出基準、方法について以下に示す。

1) 保健師養成機関の教育担当者の選出と依頼

保健師養成機関(以下、教育機関とする)の教育担当者(以下、教育者とする)を選出する上では、学生の卒業時における技術の習得状況を把握している立場にある者を考慮して以下の基準を定めた。

①教育機関(1年課程専門学校、短期大学専攻科、大学)の教務主任、または教務主任に準じる教員

②あるいは、教育経験が5年程度あり、かつ保健師教育に現在携わっている教員

これらの基準に相応する教育者への協力依頼にあたり、平成18年度に卒業生を輩出している教育機関を抽出した。平成19年9月現在、専門学校(1年課程)27校、短期大学専攻科16校、大学99校の計142校を抽出した。調査対象となる教育者の選出は、これら142校全ての教育者とした。

第1回調査の研究協力依頼は、平成18年度に卒業生を輩出している全国の教育機関142ヶ所全てに対象者に調査協力の依頼書・同意書、質問紙、返信用封筒を同封し、一斉発送した。

第2回目調査では、第1回の回答時に次回調査の協力の同意が得られた対象者に質問紙、返信用封筒、謝礼品を同封し、一斉発送した。第1回調査は質問紙の回収を発送日の10日後に設定した。しかし、回収期間をもっと長めに設定して欲しいという要望があったため、第2回調査では、回収を18日後と前回調査よりも長めに設定した。質問紙は無記名で郵送にて回収した。

2) 地域で保健師教育に携わる保健師の選出と依頼

地域で保健師教育に携わる自治体と事業所(以下、実践機関とする)の保健師(以下、保健師とする)の選出には、平成18年度に保健師実習を受け入れ、学生の実習時の技術到達状況を把握しているとともに、平成18年度に新人保健師を採用し新人保健師の教育に携わっている立場の者を考慮して、行政機関の保健師と産業領域の保健師を対象に以下の基準を定めた。

都道府県、市町村保健所・保健センター、事業所のうち、

①保健師の人材育成にかかわる責任者

②新人保健師の教育に携わる保健師、あるいは保健師学生実習の指導者経験がある保健師のいずれかに該当する者

調査対象となる保健師の選出は、層化抽出法によりおこなった。まず、選出する保健師の数を200名程度(実際は199名)と定めた。これには、二つの理由がある。一つは、保健師養成機関が142校あり、養成機関の選出数と同程度の数を確保するためである。もう一つは、下記の

依頼方法に述べた理由により依頼文を送付する前に、対象となる保健師に電話で研究の趣旨の説明と担当者の確認をおこなう予定であったからである。この場合、電話をかけた時点で研究協力を断る人もいることが予想され、実際に文章を送付する数は200名より減少することが見込まれた。

次に、常勤保健師の就業場所を、保健師が行う業務の特徴から①「都道府県が設置する保健所」、②「政令市・特別区」、③「政令市・特別区以外の市町村」、④「事業所」の4つに区分した。このうち、③「政令市・特別区以外の市町村」には、新人保健師を採用することが少ない小規模な市町村も含まれ、就業保健師数のみでは本調査の条件に該当する保健師を把握することができない可能性があった。そこで、新人保健師を採用していると考えられる人口10万以上の市町村に限定して対象者を抽出することとした。就業場所別常勤保健師の就業者数(厚生労働省, 2006, 2007)から各就業場所別対象者の選出割合と選出者数を算出したところ、①「都道府県が設置する保健所」15.1%、199名のうち30名、②「政令市・特別区」20.7%、41名、③「政令市・特別区以外の市町村」57.5%、115名、④「事業所」6.7%、13名であった。

就業場所ごとの選出方法は、①「都道府県が設置する保健所」と③「政令市・特別区以外の市町村」は、SPSSを用いた無作為抽出をおこなった。②「政令市・特別市」は、該当する全市区とした。④「事業所」についてのみ任意の事業所に依頼した。任意の「事業所」に依頼したのは、特に人材育成にかかわる保健師や学生を受け入れている事業所の保健師の抽出においては、名簿等だけでは、学生を受け入れているか否か、平成18年度に新人保健師を採用している事業所を把握することはできないからである。

本研究で用いるデルファイ法では、必ずしもサンプル抽出には無作為である必要はなく、むしろ、調査内容に関心を持ち、また実践においてエキスパートであるという条件に合う対象を選び出すことが重要であり、かついくつかの方法を併用することがコンセンサスを得るための確実な方法として推奨されている(Jones, et al., 2001)。また、先行研究(岡本, 2006)においても、すでに把握している人材育成にかかわる保健師や部署を抽出し、依頼する方法を併用して用いていることから、本研究では、教育機関に所属する専門家会議の委員が実習を依頼している企業に依頼することとした。

保健師の調査依頼には電話で依頼した後、調査票郵送の許可が取れた場合に、宛名・住所を聞き取ったうえで、調査協力の依頼書・同意書、質問紙、返信用封筒を同封し、調査対象者に一斉発送した。事前に電話連絡をおこなってから郵送した理由は、回収率を高める目的だけでなく、条件に該当する保健師に直接郵送するためである。保健師の配置部署名だけでは、当該保健師に送付することは困難であると考えた。さらに、近年、自治体保健師等に調査依頼数が多く、単に郵送するだけでは回答が得られない、もしくは回答されても正確なデータが得られないことが予測された。

調査協力は対象者の自由な選択の意思によるものであり、調査票と同意書の返送をもって最終的な同意とし、電話では郵送の許可を得る目的のみとした。

第2回調査では、教育者と同様に、第1回調査で第2回調査の協力の同意の得られた対象者に質問紙、返信用封筒、謝礼品を同封し、一斉発送した。回収期間、回収方法は教育者で記述した方法と同様である。

表 2：保健師数の算出方法

	都道府県が設置する保健所	政令市・特別区	政令市・特別区以外の市町村	事業所	計
常勤保健師数(人)	4,014	5,524	15,315	1,776	26,629
選出する割合(%)	15.1	20.7	57.5	6.7	100
選出する数(199ヶ所中)	30	41	115	13	199
実在する数	・都道府県 47 ・保健所 525ヶ所 ・計 572ヶ所	・政令市 17市 ・人口 10 万以上の特別区 21 区 ・計 38 市区	・人口 10 万以上の市（政令市・特別区除く） 237 市		
抽出方法	SPSS を用いた無作為抽出	該当する全市区	SPSS を用いた無作為抽出	専門家会議メンバーが実習を依頼している企業	

<出典>

・保健所、政令市・特別区、その他の市町村の常勤保健師数：

厚生労働省大臣官房統計情報部（2007）平成 17 年度地域保健・老人保健事業報告の概要（データは 17 年度のもの）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/04/c7.html>

・事業所の常勤保健師数：

厚生労働省 平成 18 年度衛生行政報告例（データは 18 年度末のもの）

http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/130/2006/toukeihyou/0005924/t0132814/HAR0851_001.html

3. 調査手順

デルファイ法を参考にした郵送法による自記式質問紙調査を 2 回実施し、その結果に基づき、専門家会議（16 ページ参照）にて検討・統合を行い、最終的な「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」を作成した。その手順は以下の 3

段階である（図 2 参照）。

1) 第 1 段階（期間：平成 19 年 10 月～11 月）

技術項目の枠組みに基づき、保健師基礎教育における技術項目と卒業時の達成目標について専門家会議で検討し、第 1 回調査用「保健師教育の技術項目（案）」を作成した（表 3）。

【表3 第1回調査用 保健師教育の技術項目(案)】

大項目	中項目	小項目	
A. 地域の健康課題を 明らかにする	A-a. 地域の人の健康をアセスメントし、モニタリングする技術	1 地域の人の生活と健康状況について客観的・主観的情報を収集し、アセスメントできる。	
		2 地域の人の生活と健康に関して身体的・精神的・社会的側面から情報収集し、アセスメントできる。	
		3 地域の人の特定の健康課題を当事者の立場からとらえることができる。	
		4 地域の人の生活と健康に関する社会資源について情報収集し、アセスメントできる。	
		5 地域の人の生活と健康に関する自然および物理的環境について情報を収集し、アセスメントができる。	
		6 地域の人の生活と健康状況について、一時点だけではなく経時的に情報収集し、アセスメントできる。	
		7 地域の人の生活と健康に関する指標についてモニタリングできる。	
	A-b. 地域の人の顕在的、潜在的健康課題を明らかにする技術	8 地域の人の表面化している健康課題を特定することができる。	
		9 地域の人の今後起こりうる健康課題を予測できる。	
		10 地域において活用できる社会資源の不足・アクセスの問題を明らかにできる。	
		11 地域において健康課題を持ちながらそれを表出しない・できない人を明らかにできる。	
		12 地域の人の特定の健康課題について優先順位をつけることができる。	
B. 地域の人々と協働して、特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	B-a. 特定の健康課題の計画を立案する技術	13 地域の人の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための目的・目標を設定できる	
		14 地域の人の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるため、地域の人に適した支援方法を選択できる	
		15 地域の人の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための実施計画を立案できる	
	B-b. 特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動展開技術	16 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるため、訪問・相談による支援ができる。	
		17 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるため、健康教育による支援ができる。	
		18 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるため、地域組織・当事者グループなどを育成・協働することができる(組織化活動)。	
		19 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるために活用できる社会資源、協働すべき機関・人材について、情報提供できる。	
		20 特定の健康課題をもつ人々に応じて健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための地域看護技術(個人/家族支援、組織的アプローチなど)を組み合わせ活用できる。	
		21 特定の健康課題をもつ人々が自身の強みを活かして問題解決・改善できるよう支援できる。	
		22 特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるために人々の自己決定を支援できる。	
		23 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるために法律や条例等を根拠においた活動を展開できる。	
		24 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるために生活と健康に関する社会資源を活用できる。	
		25 地域の人々の特定の健康課題のために当事者と関係職種・機関でチームを組織し活動することができる。	
		26 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動の記録、報告書を作成できる。	
		27 地域の人々の危険を回避し、生命の安全を確保することができる。	
		28 地域の人々の危機状態に迅速に対応できる。	
		29 地域の人々が自律して問題解決・改善していく力を持てるよう支援できる。	
		30 地域の人々の生活と文化に応じた活動ができる。	
		B-c. 特定の健康課題への評価・フォローアップ技術	31 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための活動の評価ができる。
			32 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるために、評価結果を活動にフィードバックすることができる。
			33 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高めるための継続した活動(含フォローアップ)ができる。
		B-d. 特定の健康課題を解決・改善するために、地域の人々・関係者と協働する技術	34 地域の人々と信頼関係を築くことができる。
			35 地域の人々と特定の健康課題を解決・改善するために協働することができる。
			36 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善するために関係職種・機関と目的や必要な情報を共有することができる。
			37 地域の人々の特定の健康課題を解決・改善するために関係職種・機関と協働することができる。

【表3 第1回調査用 保健師教育の技術項目(案)】

C. 地域の人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分配を促進する	C-a. 地域の人の健康にかかわる事業・制度などを立案し、管理する(施策化)技術	38	施策(事業・制度など)の根拠となる法や条例などを理解することができる。
		39	施策化に必要な情報収集ができる。
		40	施策化が必要である根拠について資料化することができる。
		41	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できる。
		42	施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉することができる。
		43	地域の人々の特性・ニーズに基づく施策(事業・制度など)を立案できる。
		44	組織(行政・企業・学校など)の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策(事業・制度など)の立案ができる。
		45	予算の仕組みを理解し、根拠に基づいて予算要求できる。
		46	施策(事業・制度など)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・確保など)ができる。
		47	保健医療福祉サービスが公平に分配され円滑に提供されるよう運用管理することができる。
	48	保健医療福祉サービスが公平に分配され円滑に提供されるようモニタリングし、評価・改善することができる。	
	C-b. 地域の人の生活と健康に関する社会資源の開発・質を保证する技術	49	地域の人々の生活や健康に必要な地域組織を資源として開発できる。
		50	地域の人々の生活や健康に必要な環境を整備できる。
		51	地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参画できるよう機会と場、方法を提供できる。
		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ことができる。
		53	広域的な健康危機管理体制(感染症・災害時など)を整えることができる。
		54	円滑な業務執行・運営のために業務運営に関する情報を適切に管理し、地域の人々に提供することができる。
		55	地域の人々の権利擁護のために個人情報を適切に管理することができる。
		56	地域の人々の尊厳と権利、プライバシーを守ることができる。
		57	地域の人々にとってその活動が「良いか、悪いか」「正しいか、間違っているか」について検討した上で活動できる(倫理的対応)。
58		研修の企画等を通して保健医療福祉サービスの質を向上することができる。	
59	社会情勢と地域の人々に応じた保健師活動の研究・開発ができる。		

「地域」：人々の活動や生活が営まれる場。地域社会だけでなく、企業・学校なども含まれる。

の到達度（案）」（表 7）を作成した。

2) 第 2 段階：第 1 回調査（期間：平成 19 年 11 月～平成 20 年 1 月）
第 2 段階として、第 1 回調査を実施した。第 1 回調査用「保健師教育の技術項目（案）」（表 3）に基づき、各項目の適合度および重要度、ならびに卒業時の到達度の評定について回答者自身の見解を問う自記式質問紙を作成した。選出基準に則り抽出された全国の教育機関、および実践機関のうち、本研究におけるエキスパートとして特定された対象者に郵送にて調査を依頼した。質問紙の送付は、あらかじめ電話にて送付の許可を得た宛先に郵送し、回答を得た。回答の集計結果に基づき、専門家会議で検討し、第 2 回調査用「保健師教育の技術項目と卒業時

3) 第 3 段階：第 2 回目調査（H20 年 2 月～3 月）
第 3 段階として、第 2 回調査を実施した。第 2 回調査用「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度（案）」（表 7）に基づき、適合度および卒業時の到達度案に対する同意・不同意を問う自記式質問紙を作成し、回答を得た。第 1 回調査の回答者のうち、第 2 回調査の協力に同意の得られた対象者に郵送にて依頼した。回答の集計結果をもとに専門家会議で検討し、最終的な「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」（表 11）を作成した。

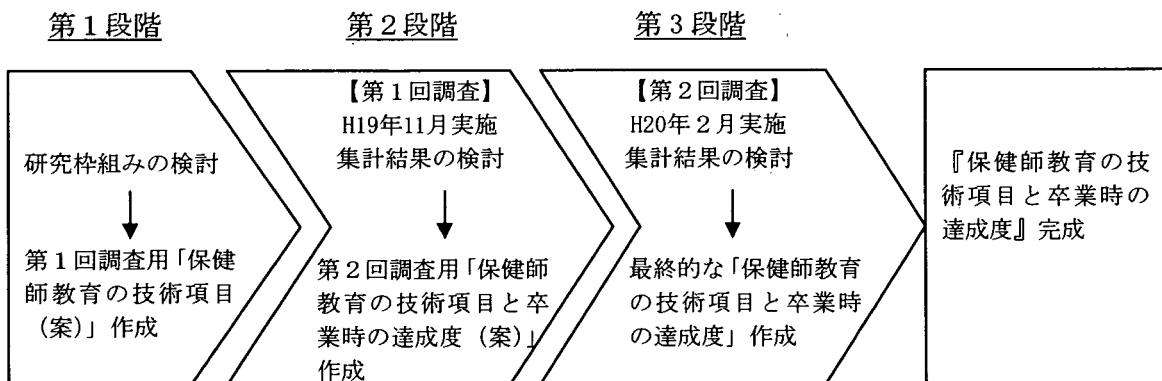


図 2. 段階的な調査手順

4. 専門家会議の設定

研究の枠組みおよび研究方法の検討、ならびに教育機関の教育者と実践機関の保健師の見解である調査結果の分析・統合を行う場として、専門家会議を設定した。保健師養成所機関における保健師の基礎教育と実践現場における保健師教育および人材育成について見識の深い教育

研究者と保健師である実践家を専門家会議のメンバーとして選出した。専門家会議のメンバーと選出の理由は以下の通りである。

麻原きよみ（聖路加看護大学看護学部看護学科教授）

本研究班の代表である。厚生労働省において 18 年度に行われた看護基礎教育（保健師教育）