

中国における地域看護師の小集団健康教育に必要な知識・技術への精通度と学習ニーズ

芦 鴻雁^{1,2)}, 小野 ミツ³⁾, 小林 敏生³⁾

キーワード (Key words) : 1. 地域看護師 (community health nurse)
2. 小集団健康教育 (group health education)
3. 知識・技術 (knowledge・skill)

本研究は、中国における地域看護師の小集団健康教育に必要な知識・技術に対する精通度および学習ニーズを明らかにすることを目的とした。調査内容は、「基礎理論と知識」、「小集団的方法の特徴」、「事前準備と企画」、「実施」、「評価」の5大項目と24小項目から構成された小集団健康教育に必要な知識・技術に対する精通度と学習ニーズとした。対象者は研究協力の同意を得た中国の3つの地方都市における地域医療保健サービス・ステーション61ヵ所に勤務する地域看護師199名に自記式質問紙調査を行い、有効回答が得られた195名(98.0%)を分析対象とした。その結果、小集団健康教育に必要な知識・技術項目の各項目に対して、精通度は「少し知っている」～「あまり知らない」の回答が多く、全体的に低かった。一方、学習ニーズは「非常に必要である」の割合が高かった。しかしながら、精通度、学習ニーズともに項目全体の合計得点と5大項目の得点には地域看護経験年数による相違は認められなかった。5大項目の得点間にはすべて有意な正の相関がみられた。本研究の結果から、中国における地域看護師の小集団健康教育に必要な知識・技術への精通度と学習ニーズが明らかとなり、その実態に応じた継続教育プログラムを作成する必要性が示唆された。

はじめに

健康教育は人々の健康行動の形成と維持に有効な技術であり、地域看護を行う看護師(以下、地域看護師を呼ぶ。)の地域活動の手段の一つでもある。1997年に中国都市部では地域医療保健サービス体系の構築が図られ、特に2006年より地域医療保健サービスを質的・量的に整備していくため、医療体制改革に優先的位置付けが与えられている¹⁾。こうした地域医療保健サービス体系では、地域看護師と全科医師(プライマリ・ケア医師あるいは一般医・家庭医)が主な担い手であり、一般医療と公衆衛生サービスを含めて一般医療、予防接種、保健指導、健康教育、リハビリテーション、計画出産指導という6つの機能が明示されており²⁾、その1つが健康教育である。また、中国でも人口高齢化や生活習慣の変化を背景に、慢性疾患患者数は急増の一途をたどっており、深刻な社会健康問題となっている³⁾。そのため、地域看護師には住民の行動変容に及ぼす健康教育の実践的能力の向上が期待されている。

これまで中国における看護職は、主として病院などの医療機関に所属し、地域を基盤とした予防・保健サービ

スに関与することが少なかった。そのため、地域看護師の健康教育に関する考え方や技術が不足しており、地域での健康教育活動に大きな影響を与えると指摘されている^{4,7)}。その中には①健康教育への理解欠如、②健康教育の方法論が単一で、知識伝達にとどまっていること、③教育テーマが住民の健康ニーズに合わないこと、などの問題が挙げられている。一方、中国における看護職の養成は従来看護専門学校のみで行われてきたが、1977年から専門学校、短期大学、大学という看護教育体制が構築されている⁸⁾。このような看護基礎教育の歴史の中では、教育カリキュラムに健康教育を含めて地域看護領域に関わる科目が設定されていなかった⁹⁾。近年、教育カリキュラムの改革が積極的に行われているが、その時代や現状に合わせる内容構成や授業方法や時間数などに課題が多く残しているのが現状である^{10,11)}。そのため、看護職に対する地域看護基礎教育が不十分な状況がみられ、継続教育を通して現任地域看護師の専門的能力の向上を支援することが優先的な課題として取り上げられている。健康教育を遂行する地域看護師の要件は、住民の健康問題及びニーズを的確にアセスメントし、健康行動の形成と維持を促進する方法論および効果を評価できる知識・

・ The degree of mastery and need for study of the necessary knowledge and, skills for group health education of community health nurses in China

・ 1) 広島大学大学院保健学研究科博士課程後期 2) 中国・寧夏医科大学付属病院 3) 広島大学大学院保健学研究科

・ 広島大学保健学ジャーナル Vol.9(1):15~22, 2010

技術を体系的に有していることが必要であると考え、しかし、中国で実施されている研修会や学習会は地域看護師の学習ニーズに一致するものが少なく、系統的、有効な教育プログラムや教育教材・方法は見られない。

本研究では、継続教育プログラム開発の基礎として日本の保健師基礎教育における健康教育技術および実践活動を参考に、中国における地域看護師の小集団健康教育に必要な知識・技術の項目を明確にし、地域看護師がそれらの知識・技術の実態と学習ニーズを明らかにすることを目的とした。

用語の操作的定義

地域看護師：中国都市部における地域医療保健サービスセンター（ステーション）に所属し、看護師の免許を持ち、地域医療保健サービスの役割に基づき、医療看護ケア及び保健活動の実践を行っている看護職とする。

小集団健康教育：小集団とは数名から30、40名程度といわれている。そこで本研究においても同程度の人数で構成した集団における個人間に働く相互作用¹²⁾によって、一人ひとりの健康問題を解決し、ニーズの充足を達成するための健康教育的な技術・方法を指す。

研究方法

1. 研究対象

本研究の調査施設は、中国内陸部に位置するA県3つの市における、地域の一般医療、予防接種、保健指導、健康教育、リハビリテーション、計画出産指導を実施する拠点である地域医療保健サービス・ステーション61ヵ所であった。調査対象者は地域医療保健サービス・ステーションに勤務している地域看護師199名のうち、有効回答が得られた195名（回収率98.0%）を分析対象とした。

2. 調査期間

2008年5月10日～2008年5月30日。

3. 調査方法

先行文献^{4-7,9,13-20)}の検討を通して明確にした「小集団健康教育に必要な知識・技術項目」を用いて、各項目に対する精通度および学習必要度について無記名自記式質問紙調査を行った。まず調査への協力を各市衛生局に文書で依頼し、承諾を得られた施設に出向き研究者が地域看護師に研究の趣旨、倫理的な配慮について説明した。調査表は同意の得られた地域看護師に配布し、回収は研究者が各施設にて回収した。

1) 調査内容：対象者の背景（性別、年齢、学歴、臨

床経験と地域での経験年数、職業ランク、地域看護知識総合受講と健康教育技術受講状況、健康教育実践経験状況、元所属看護単位、現所属病院機能ランク、部署ステーションの人員設置と看護職人数）、小集団健康教育に必要な知識・技術とした。小集団健康教育に必要な知識・技術項目に対する精通度（各項目に対する認知の程度：あなたがこの項目についてどの程度知っていると思うか）および学習必要度（学習必要性の程度：あなたが各項目についてどの程度に学習が必要だと思うか）の評価尺度は、4件法（1まったく知らない～4非常に知っている；1まったく必要ではない～4非常に必要である）を用いた。

2) 小集団健康教育に必要な知識・技術項目について

小集団健康教育に必要な知識・技術項目の明確化については、まず中国語および日本語で公表されている中国の地域看護師および日本の保健師に対する健康教育関連の教科書^{9,13-15)}を基に健康教育への理解とその展開プロセスを含む5大項目を抽出した。さらに、具体的内容については日本の教科書¹⁵⁾の内容を詳細に整理し、地域看護師（保健師）の健康教育の実践および教育に関する学術文献^{4-7,16-20)}に言及された内容や知見の検討を行い、具体的な内容26項目を抽出した。

さらに、得られた項目を地域保健領域の研究専門家（日本）2名と実践者（中国）6名で項目の重複、欠落や言葉修正などの構成項目内容妥当性の検討を行った。その結果、小集団健康教育に必要な知識・技術が26項目から24項目に修正・確認された（表2に参考）。項目試案を作成した際、研究専門家との討議を行いながら、日本語版から中国語版を作成した後、さらにバックトランスレーションを行い翻訳妥当性を検証した。

4. 分析方法

知識・技術項目への精通度および学習必要度それぞれの分布傾向について、単純集計を行った。精通度について、対象者の背景との関連を把握するために、個人属性では、データの正規分布を確認して一元配置分散分析および多重比較（Tukey-Kramer法）を行った。また、部署ステーション人員設置と看護職人数ではSpearmanの順位相関係数の検定を行った。学習必要度について、地域看護師への適用性を検討するために地域看護経験年数による相違が見られるかどうか、をMann-Whitney U検定にて分析した。さらに学習必要度での各項目間の相関をみるためSpearmanの順位相関係数を求めた。

統計解析には、SPSS12.0Jを使用し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

研究にあたり、広島大学大学院保健学研究科看護開発

科学講座倫理委員会の承認を得た。研究者が、3つの市衛生局の関連管理部門および地域医療保健サービス・ステーションに書面と調査趣旨の説明を行い、調査協力を得た。対象者には本研究の目的と内容、研究協力の自由意思、中断できること、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを口頭および文書で説明し、質問紙の回収をもって研究協力の同意とした。

結 果

質問項目の内的整合性を確認するためクロンバック α 係数を求めた。小集団健康教育に必要な知識・技術に関する全24項目クロンバック α 係数を算出し、精度度が0.872で、学習必要度が0.942であった。

1. 調査対象者の背景

調査対象の背景特徴を表1に示した。性別は女性195名(100%)であった。平均年齢は41.6(±7.46)歳で、40歳代が99名(50.8%)と最も多く、次に、30歳代が53名(27.2%)、50歳代が30名(15.4%)、20歳代が13名(6.7%)であった。学歴は短大卒が83名(42.6%)と最も多かった。地域看護師としての経験年数は平均2.6(±1.8)年で、3年未満が160名(82.1%)、3年以上が35名(17.9%)であった。臨床看護師としての経験年数は10～20年未満が87名(44.6%)、20～30年未満が77名(39.5%)とあわせて8割以上であった。技術ランクには看護師が94名(48.2%)と約半数を占めていた。元所属看護単位には内科系に所属した者が106名(54.4%)と5割を占めていた。現所属病院機能別は2級総合病院から派遣された者が140名(71.8%)と最も多かった。地域看護知識に関する研修受講経験者は162名(83.1%)、健康教育技術では143名(73.3%)であった。健康教育実践経験者は179名(97.8%)と9割を超えていた。部署ステーションの人員設置は平均6.8(±2.2)名であり、そのうちに看護職は平均3.5(±1.1)名であった。

2. 小集団健康教育に必要な知識・技術項目に対する精度度

1) 必要な知識・技術項目ごとの精度度分布

小集団健康教育に必要な知識・技術に関する対象者の精度度の全般的な傾向について表2に示した。精度度の多くは「少し知っている」～「あまり知らない」の中間に分布していた。

2) 精度度と対象者背景との関連

項目全体および5大項目を従属変数、対象者の年齢、学齢などの背景項目を独立変数として平均の比較を行った(表3)。項目全体の総得点平均は、健康教育実践の

ある地域看護師がない者より有意に得点が高かった。年代、学歴、地域看護知識の総合受講などの背景では関連が認められなかった。大項目別の検討では、「基礎理論と知識」で50歳代が30歳代より有意に得点が低く($p < 0.05$)、臨床経験が30年以上の地域看護師は10年未満

表1. 調査対象者の背景

		n = 195	
項 目	人数	(%)	平均値±SD
性 別	女	195	(100)
年 齢	20歳代	13	(6.7)
	30歳代	53	(27.2)
	40歳代	99	(50.8)
	50歳代	30	(15.4)
学 歴	大卒	20	(10.3)
	短大	83	(42.6)
	看護学校	62	(31.8)
	高等学校	30	(15.4)
地域経験年数	3年未満	160	(82.1)
	3年以上	35	(17.9)
臨床経験年数	10年未満	17	(8.7)
	10～20年未満	87	(44.6)
	20～30年未満	77	(39.5)
	30年以上	12	(6.2)
	臨床経験なし	2	(1.0)
技術ランク	主任看護師	1	(0.5)
	副主任看護師	6	(3.8)
	主管看護師	77	(39.5)
	看護師	94	(48.2)
	看護士	17	(8.2)
地域看護知識	あり	162	(83.1)
総合受講経験	なし	33	(16.9)
健康教育技術	あり	143	(73.3)
受講経験	なし	52	(26.7)
健康教育実践	あり	179	(91.8)
経験	なし	16	(8.2)
元所属看護単位	内科	106	(54.4)
	外科	28	(14.4)
	産婦人科	10	(5.3)
	小児科	16	(8.2)
	救急救命	12	(6.5)
	老年科	2	(1.3)
	手術室	6	(3.8)
	保健科	3	(1.4)
その他	10	(5.1)	
現所属病院機能 ランク	1級病院	19	(9.4)
	2級病院	140	(71.8)
	3級病院	36	(18.5)
部署ステーションの人員設置		6.8 ± 2.20	
部署ステーションの看護職人数		3.5 ± 1.08	

注：病院機能ランク：中国の病院は3級、2級、1級の順に分かれている。機能として、3級は重病難病の医療提供、臨床教育と医学研究、2,1級病院の技術指導；2級は地域での総合的、継続的な医療提供、1級病院からの患者受診の受け入れ；1級はプライマリ・ケアの提供、予防接種、地域衛生計画作成、衛生法規の実施である。(出典：中国卫生部：「病院の機能評価管理方法」, 1989)

表2. 小集団健康教育に必要な知識・技術への精通度回答の分布

n = 195

大項目	項目	よく知っている 人 (%)	少し知っている 人 (%)	あまり知らない 人 (%)	まったく知らない 人 (%)	大項目ごとの 合計得点 (± SD)
基礎理論と知識	1 住民の健康学習促進への教育的働きかけ	46 (23.6)	141 (72.3)	8 (4.1)	0 (0.0)	13.08 (± 1.62)
	2 健康教育と従来の健康宣教との違い	32 (16.4)	132 (67.6)	30 (15.4)	1 (0.5)	
	3 健康教育とヘルスプロモーションの相違	6 (3.7)	110 (56.4)	77 (39.5)	2 (0.1)	
	4 健康教育を支える健康行動理論	0 (0.0)	20 (10.2)	124 (63.6)	51 (26.2)	
	5 健康教育展開方法の分類	0 (0.0)	86 (44.1)	106 (54.4)	3 (1.5)	
小集団的な方法の特徴	6 小集団健康教育方法の特徴	2 (1.0)	83 (42.5)	104 (53.3)	6 (3.7)	6.75 (± 1.36)
	7 小集団健康教育の地域に及ぼす効用	3 (1.5)	65 (33.3)	118 (60.5)	9 (4.6)	
	8 小集団健康教育は地域組織へ発展すること	2 (1.0)	33 (16.9)	126 (64.6)	34 (17.4)	
事前準備と企画	9 テーマを決定する基本的プロセス	4 (2.1)	85 (43.5)	100 (51.3)	6 (3.7)	23.69 (± 2.99)
	10 教育・学習対象の情報を把握する視点	4 (2.1)	104 (53.3)	87 (44.6)	0 (0.0)	
	11 健康学習へ人々を主体的に参与させる方法	7 (3.6)	92 (47.1)	92 (47.2)	4 (2.1)	
	12 他の関係職種に理解・協力をしてもらう	23 (11.8)	141 (72.3)	29 (14.9)	2 (0.1)	
	13 小集団健康教育の目的・目標の設定方法	1 (0.5)	73 (37.4)	117 (60.0)	4 (2.1)	
	14 実施内容や方法などの決定技術	3 (1.8)	102 (52.3)	85 (43.5)	5 (2.5)	
	15 教育担当者間での情報共有	12 (6.2)	126 (64.6)	55 (28.2)	2 (0.1)	
	16 地域住民への周知方法	46 (23.6)	128 (65.6)	21 (10.8)	0 (0.0)	
	17 指導・学習案の作成	2 (1.0)	86 (44.1)	98 (50.2)	9 (4.6)	
実施	18 実施する会場の環境づくり	3 (1.5)	81 (41.5)	102 (52.3)	9 (4.6)	12.76 (± 1.86)
	19 教育方法の特徴に基づく教育方法の選定	1 (0.5)	79 (40.5)	107 (54.8)	8 (4.1)	
	20 学習者間で話し合いの機会をつくる工夫	6 (3.7)	114 (58.4)	74 (37.9)	1 (0.5)	
	21 講義で学習者の参加を促す工夫	5 (2.5)	97 (49.7)	91 (46.7)	2 (0.1)	
	22 目標に応じたわかりやすい教材選定・作成	12 (6.1)	135 (69.2)	46 (23.6)	2 (0.1)	
評価	23 小集団健康教育における評価指標	0 (0.0)	96 (49.2)	92 (47.2)	7 (3.6)	4.74 (± 0.88)
	24 小集団健康教育における評価時期	1 (0.5)	59 (30.2)	130 (66.6)	5 (2.5)	

注: 総得点の平均値 61.2 ± 6.86

項目2の健康宣教とは中国で健康知識の普及を目的とした時期に使われた言葉であるが、今の現場でもよく健康教育という言葉と混用している状況である。

表3. 小集団健康教育に必要な知識・技術5大項目別の精通度得点、総得点と対象者背景との関連

n=195

項目	基礎理論と知識	p	小集団的な方法の特徴	p	事前準備と企画	p	実施	p	評価	p	総得点	p
年齢	20歳代	13.05 ± 1.23	6.80 ± 1.01	n.s	23.65 ± 2.68	n.s	13.69 ± 1.84	n.s	4.80 ± 0.70	n.s	60.20 ± 5.58	n.s
	30歳代	12.96 ± 1.60	6.90 ± 1.21		24.16 ± 2.67		12.47 ± 1.75		4.82 ± 0.83		61.94 ± 6.46	
	40歳代	13.35 ± 1.70	6.85 ± 1.53		23.39 ± 3.32		12.64 ± 1.91		4.76 ± 0.90		61.03 ± 7.42	
	50歳代	12.83 ± 1.74	6.70 ± 1.41		23.03 ± 3.23		13.27 ± 1.74		4.47 ± 1.70		58.97 ± 7.28	
地域経験年数	3年未満	13.11 ± 1.69	6.78 ± 1.39	n.s	23.73 ± 3.02	n.s	12.68 ± 1.82	n.s	4.80 ± 0.85	n.s	61.10 ± 7.01	n.s
	3年以上	12.91 ± 1.29	6.63 ± 1.21		23.49 ± 2.86		13.11 ± 2.03		4.49 ± 1.01		60.63 ± 6.20	
臨床経験年数	10年未満	12.35 ± 1.80	7.24 ± 1.75	n.s	24.47 ± 3.14	n.s	13.76 ± 1.64	n.s	4.88 ± 0.86	n.s	62.71 ± 8.24	n.s
	10 - 20年未満	12.92 ± 1.42	6.61 ± 1.30		23.46 ± 2.83		12.34 ± 1.89		4.60 ± 0.88		59.93 ± 6.56	
	20 - 30年未満	13.16 ± 1.61	6.84 ± 1.28		23.64 ± 3.06		12.94 ± 1.75		4.87 ± 0.89		61.44 ± 6.48	
	30年以上	14.50 ± 2.11	6.25 ± 1.48		24.33 ± 3.52		13.17 ± 2.08		4.67 ± 0.78		62.92 ± 8.72	
	臨床経験なし	14.50 ± 0.71	8.00 ± 1.41		25.00 ± 2.83		13.00 ± 1.41		5.50 ± 0.71		66.00 ± 7.07	
元所属看護単位	内科	12.94 ± 1.73	6.73 ± 1.29	n.s	23.44 ± 3.12	n.s	12.59 ± 1.81	n.s	4.72 ± 0.90	n.s	60.42 ± 6.96	n.s
	外科	12.89 ± 1.37	6.50 ± 1.14		23.82 ± 3.15		12.86 ± 2.14		4.79 ± 0.99		60.86 ± 7.02	
	産婦人科	13.60 ± 1.51	6.80 ± 1.87		24.40 ± 3.72		13.00 ± 2.26		4.90 ± 0.74		62.70 ± 9.19	
	小児科	13.38 ± 0.81	6.38 ± 1.02		24.31 ± 1.74		12.44 ± 1.82		4.88 ± 0.72		61.38 ± 3.84	
	救急救命	12.92 ± 2.07	7.67 ± 1.72		23.20 ± 2.39		13.83 ± 1.34		4.75 ± 0.75		63.08 ± 6.67	
	老年科	13.00 ± 0.00	7.00 ± 1.41		23.50 ± 2.12		13.50 ± 0.71		4.00 ± 0.00		61.00 ± 4.24	
	手術室	13.50 ± 1.97	6.67 ± 2.07		23.83 ± 4.31		13.17 ± 1.83		4.50 ± 0.84		61.67 ± 9.67	
	保健科	14.67 ± 0.58	6.67 ± 2.08		25.33 ± 2.52		13.67 ± 2.31		5.00 ± 1.00		65.33 ± 8.02	
	他	13.42 ± 1.68	7.08 ± 1.31		23.42 ± 2.54		12.58 ± 1.73		4.75 ± 1.06		61.25 ± 6.62	
学歴	大卒	13.05 ± 1.23	6.80 ± 1.01	n.s	23.65 ± 2.68	n.s	11.90 ± 1.41	*	4.80 ± 0.70	n.s	60.20 ± 5.58	n.s
	短大	12.96 ± 1.60	6.90 ± 1.21		24.16 ± 2.67		13.10 ± 1.80		4.82 ± 0.83		61.94 ± 6.46	
	看護学校	13.35 ± 1.70	6.85 ± 1.53		23.39 ± 3.32		12.68 ± 1.99		4.76 ± 0.90		61.03 ± 7.42	
	高等学校	12.83 ± 1.74	6.07 ± 1.41		23.03 ± 3.23		12.57 ± 1.85		4.47 ± 1.07		58.97 ± 7.28	
技術ランク	主任看護師	14.00 ± 0.00	8.00 ± 0.00	n.s	23.00 ± 0.00	n.s	10.00 ± 0.00	n.s	4.00 ± 0.00	n.s	59.00 ± 0.00	n.s
	副主任看護師	15.00 ± 1.10	6.83 ± 1.33		24.83 ± 2.71		13.00 ± 2.00		5.33 ± 0.82		65.00 ± 5.62	
	主管看護師	12.99 ± 1.55	6.82 ± 1.18		23.56 ± 2.91		12.55 ± 1.82		4.78 ± 0.82		60.69 ± 6.27	
	看護師	13.04 ± 1.59	6.76 ± 1.36		23.72 ± 2.88		12.89 ± 1.82		4.64 ± 0.94		61.05 ± 6.82	
	看護師	12.94 ± 2.10	6.29 ± 2.02		23.71 ± 4.12		13.06 ± 2.14		5.00 ± 0.79		61.00 ± 9.79	
地域看護知識	あり	13.19 ± 1.62	6.78 ± 1.32	n.s	23.87 ± 2.93	n.s	12.87 ± 1.80	n.s	4.73 ± 0.89	n.s	61.44 ± 6.56	n.s
	なし	12.52 ± 1.56	6.58 ± 1.54		22.79 ± 3.14		12.21 ± 2.04		4.82 ± 0.85		58.91 ± 7.92	
総合受講経験	あり	13.24 ± 1.64	6.85 ± 1.32	n.s	23.83 ± 2.79	n.s	12.84 ± 1.76	n.s	4.72 ± 0.82	n.s	61.48 ± 6.27	n.s
	なし	12.64 ± 1.51	6.46 ± 1.42		23.31 ± 3.48		12.54 ± 2.10		4.81 ± 1.05		59.73 ± 8.18	
健康教育実践経験	あり	13.12 ± 1.62	6.83 ± 1.32	*	23.82 ± 2.94	n.s	12.87 ± 1.80	*	4.77 ± 0.89	n.s	61.40 ± 6.57	*
	なし	12.63 ± 1.59	5.81 ± 1.47		22.19 ± 3.23		11.56 ± 2.13		4.50 ± 0.82		56.68 ± 8.58	
現所属病院機能ランク	1級病院	12.58 ± 1.54	6.42 ± 1.43	n.s	23.00 ± 3.32	n.s	12.47 ± 1.90	n.s	4.74 ± 0.81	n.s	59.21 ± 7.62	n.s
	2級病院	13.04 ± 1.67	6.80 ± 1.38		23.62 ± 2.94		12.81 ± 1.88		4.71 ± 0.91		60.99 ± 6.89	
	3級病院	13.50 ± 1.40	6.72 ± 1.23		24.31 ± 2.94		12.69 ± 1.77		4.86 ± 0.83		62.08 ± 6.27	
部署ステーションの人員設置	-0.074	-0.074		-0.041		0.045		-0.006		-0.014		
部署ステーションの看護職人数	-0.022	0.128		-0.101		-0.029		-0.062		-0.039		

注: 技術ランクに対し、主任看護師以外の4ランクを用い、分析したものである。一元配置分散分析と Tukey-Kramer による多重比較、部署ステーションの人員設置、看護職人数に対し、Spearman による相関係数の検定 * : p<0.05

表 4. 小集団健康教育に必要な知識・技術への学習必要度回答の分布

n = 195

5大項目	項目	非常に必要 人 (%)	少し必要 人 (%)	あまり必要ではない 人 (%)	まったく必要ではない 人 (%)
基礎理論と知識	1 住民の健康学習促進への教育的働きかけ	180 (92.3)	13 (6.7)		2 (1.0)
	2 健康教育と従来の健康宣教との違い	176 (90.3)	17 (8.7)	2 (1.0)	0 (0.0)
	3 健康教育とヘルスプロモーションの相違	185 (94.9)	8 (4.1)	2 (1.0)	0 (0.0)
	4 健康教育を支える健康行動理論	177 (90.8)	12 (6.2)	6 (3.0)	0 (0.0)
	5 健康教育展開方法の分類	160 (82.1)	34 (17.4)	1 (0.5)	0 (0.0)
小集団的な方法 の特徴	6 小集団健康教育方法の特徴	159 (81.6)	33 (16.9)	3 (1.5)	0 (0.0)
	7 小集団健康教育の地域に及ぼす効用	160 (82.1)	34 (17.4)	1 (0.5)	0 (0.0)
	8 小集団健康教育は地域組織へ発展すること	149 (76.4)	32 (16.4)	14 (7.2)	0 (0.0)
事前準備と企画	9 テーマを決定する基本的プロセス	170 (87.2)	22 (11.3)	3 (1.5)	0 (0.0)
	10 教育・学習対象の情報を把握する視点	158 (81.0)	35 (17.9)	2 (1.0)	0 (0.0)
	11 健康学習へ人々を主体的に参与させる方法	164 (84.1)	30 (15.4)	0 (0.0)	1 (0.5)
	12 他の関係職種に理解・協力をしてもらう	167 (85.7)	26 (13.3)	1 (0.5)	1 (0.5)
	13 小集団健康教育の目的・目標の設定方法	167 (85.7)	27 (13.8)	0 (0.0)	1 (0.5)
	14 実施内容や方法などの決定技術	169 (86.7)	22 (11.2)	4 (2.1)	0 (0.0)
	15 教育担当者間での情報共有	152 (77.9)	35 (17.9)	8 (4.2)	0 (0.0)
	16 地域住民への周知方法	150 (76.9)	40 (20.5)	5 (2.6)	0 (0.0)
	17 指導・学習案の作成	148 (75.9)	41 (21.1)	6 (3.0)	0 (0.0)
実 施	18 実施する会場の環境づくり	130 (66.7)	57 (29.1)	8 (4.2)	0 (0.0)
	19 教育方法の特徴に基づく教育方法の選定	157 (80.4)	30 (15.4)	8 (4.2)	0 (0.0)
	20 学習者間で話し合いの機会をつくる工夫	155 (79.5)	38 (19.5)	2 (1.0)	0 (0.0)
	21 講義で学習者の参加を促す工夫	155 (79.5)	34 (17.4)	4 (2.1)	2 (1.0)
評 価	22 目標に応じたわかりやすい教材選定・作成	166 (85.1)	26 (13.3)	3 (1.5)	0 (0.0)
	23 小集団健康教育における評価指標	150 (76.9)	43 (22.1)	2 (1.0)	0 (0.0)
	24 小集団健康教育における評価時期	142 (72.8)	49 (25.1)	4 (2.1)	0 (0.0)

注：総得点の平均値 91.19 ± 7.09

表 5. 必要な知識・技術に対する学習必要度の5大項目間の相関

	基礎的理論知識	小集団的方法の特徴	事前準備と企画	実施	評価
小集団的方法の特徴	0.582**				
事前準備と企画	0.564**	0.712**			
実施	0.582**	0.757**	0.740**		
評価	0.522**	0.701**	0.614**	0.667**	
総得点	0.692**	0.827**	0.871**	0.830**	0.756**

** : p<0.01 (Spearman)

および10～20年未満の者より有意に高かった (p<0.05)。また、「基礎理論と知識」に関して、各技術ランク別では副主任看護師の精通度得点が高かった (p<0.05)。地域看護知識の総合受講経験がある者および健康教育技術受講経験のある者がいない者より有意に高かった (p<0.05)。「実施」の項目では大卒が短大卒より得点が有意に低かった (p<0.05)。「小集団的な方法の特徴」と「実施」の項目では、学歴、健康教育実践の有無によって差が見られ (p<0.05)、また「小集団健康教育の知識」と施設の看護師人数には正の相関関係が認められた (p<0.05)。一方、「事前準備と企画」および「評価」は対象者の背景による差を認めなかった。

また、中国で健康教育のような業務を地域保健業務として本格的に展開するようになったのが2005年末ごろのことであるため、地域看護師の地域看護経験年数を3年未満と3年以上の2群に分け、それぞれの項目全体および5大項目の精通度得点を比較した。その結果、2群の間に差は認められなかった (表3)。

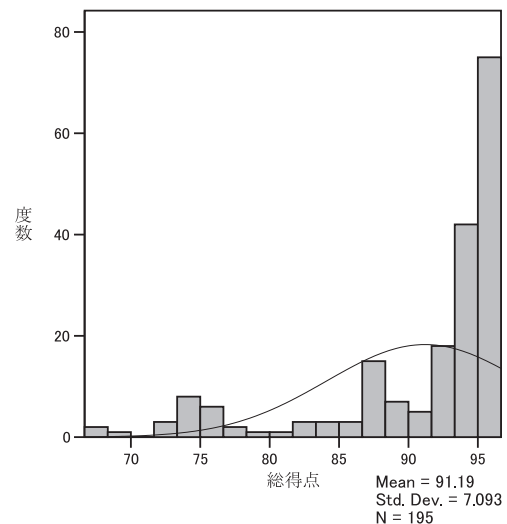


図 1. 学習必要度総得点の分布 (96点満点)

3. 小集団健康教育に必要な知識・技術に対する学習ニーズ
小集団健康教育に必要な知識・技術に対する学習ニーズについて、各項目別必要度を分析した結果は、いずれ

の項目とも「非常に必要である」の選択割合が66.7～94.9%であった(表4)。調査対象者が認識している学習必要度の分布(図1)では、対象者の学習必要度の総得点は満点(96点)に近いところに分布していた。

5大項目の得点および総得点との相関を検討したところ、相関関係 $R = 0.522 \sim 0.871$ であり、5大項目および総得点において有意な正の相関が認められた(表5)。

また、学習必要度に関する項目全体得点および5大項目得点について、地域看護経験年数を3年未満と3年以上の2群に分け検討した結果、いずれも差を認めなかった。

考 察

1. 調査対象者の背景

本研究における対象者はすべて女性であった。平均年齢は41.6(±7.5)歳、30歳代～40歳代の者が約8割を占めており、学歴は看護短大卒と看護学校卒が多く、複数の先行研究^{4,21,22)}から見た中国の南部地域、東北部地域、西部地域の現状とほぼ同様の結果であった。また、臨床経験を持つ者は殆どで、平均経験年数は18.9(±7.6)年と長かった。一方、地域看護経験年数は2.6(±1.8)年で、経験が3年未満の者が8割を超えており、地域保健の緊急整備に伴う人的資源不足のために、臨床看護経験を積んだ看護師を地域看護師として総合病院から補充・確保されている²³⁾実態が反映されていた。

地域看護知識の総合受講経験者と健康教育技術の受講経験者はそれぞれ8割、7割以上に達しており、中国では地域医療保健サービス体系の整備の一環として地域保健従事者の専門能力の向上を目指した現任教育活動に積極的に取り組んでいる姿勢が伺えた。

2. 地域看護師の必要な知識・技術への精通度状況

知識・技術への精通度は各質問項目が「少し知っている」～「あまり知らない」の中間に位置し、全般的に低い結果であった。地域看護師の研修課程において健康教育に関する内容が表面的な部分にとどまっており、実践へ応用する体系的な内容を十分に学ぶことが困難なことが指摘されており²⁴⁾、本研究においても同じような継続教育の問題が示唆された。

対象者背景別に、小集団健康教育に必要な知識・技術に関する5大項目および項目全体の精通度得点との関連を検討し、地域看護師における知識・技術の特徴について検討した結果、「基礎理論と知識」に及ばず要因として、地域看護知識と健康教育技術の受講経験、臨床経験、技術ランクおよび年代に有意的な差が見られた。これは、中国における地域看護教育背景の中で研修受講の有無が基礎理論と知識に関与していることが推察された。また臨床経験が30年以上の地域看護師は10年未満および

10～20年未満の者に比べ有意に得点が高かった一因として、職業年数が長いほど職場におけるサポートを得やすいため、継続教育に参加させる機会が多かったことではないかと考えられる。また、中国では1986年に衛生部による「衛生技術職員職務実行条例」が定められ、その中で看護職に看護師、看護師、主管看護師、副主任看護師および主任看護師という順の技術ランクを設け、看護実践能力の程度および一定の基準条件に応じて昇進することになった²⁵⁾。よって看護職の技術ランクが上がるにつれて、継続学習活動の参加や自己研鑽が求められることに関連があるのではないかと考えられる。

次に、「小集団的な方法の特徴」として、最終学歴による差を認め、看護短大卒が高等学校卒や看護学校卒に比べて、精通度の得点が有意に高かった。この理由としては中国の看護教育の歴史において、高等学校卒の看護師は看護基礎教育体系の一時中止した時期に、短期教育形式で養成された者の一部分であり、また看護学校では教育目標が依然として医療機関における実務者の養成を重点に置いていることが考えられる。齊ら²¹⁾は非専門学歴および看護学校卒の看護師は地域看護業務を遂行する能力が十分ではないことを指摘しており、今回の結果もそれを支持するものであった。「実施」では大卒は短大卒に比べ得点が低かったが、中国における看護大学および看護短大とも基礎教育環境や条件の整備期間がまだ短く教育課程の相違も不明確であることなどから、今後さらに詳細な検討が必要と考える。

健康教育実践経験の有無で精通度得点を比較したところ、経験のある者はない者に比べ精通度の総得点が有意に高かった。この結果から地域看護師の健康教育への実践的関わりは知識・技術の差に繋がることが推察され、今後健康教育に関する知識・技術状況について実践的な関わりで検討する必要があるといえる。

3. 地域看護師の必要な知識・技術への学習ニーズ

知識・技術への学習必要度は、すべての項目が「非常に必要である」に集中し高い得点であり、「少し必要である」とあわせて回答した者は9割以上を占めていた。こうした結果から現任地域看護師は改めて健康教育プロセスの全般構成を意識し、学習する必要性を感じていることが明らかになった。趙ら²²⁾は、現任地域看護師の多くが看護基礎教育および臨床実践の段階ともに、地域看護学の関連理論や方法論などを学習したことがないために、その学習ニーズが高いと報告しており、本研究においても同様の結果であった。

地域経験別で学習必要度を比較したところ、3年未満、3年以上の地域看護師の間に差は見られなかった。この一因は、地域医療保健サービスが一般医療と公衆衛生サービスとの2重の役割を含めており、公衆衛生サービ

ス、特に健康教育の実施はわずかここ2、3年間のことであることが背景にあると考えられた。また、5大項目と項目全体との間にすべて有意な正相関が認められ、本研究での小集団健康教育に関する知識・技術の各項目の間に密接な関連があり、このような専門的な内容に関する教育プログラムが必要であることが示唆された。

終わりに

本研究により、中国の地域看護師が行う小集団健康教育に必要な知識・技術の実態とそれに対する学習ニーズが、以下のように明らかとなった。

1. 知識・技術項目への精通度の得点は、全般的に低かった。一方、知識・技術への学習ニーズの得点は高いことが明らかとなった。
2. 地域看護経験年数による知識・技術への精通度および学習ニーズには差が見られなかった。
3. 小集団健康教育に必要な知識と技術項目全体と5大項目との間にはすべて有意な正の相関が認められた。

以上の結果より、今後は小集団を対象とした健康教育に必要な知識・技術項目をもとにし、中国における現任地域看護師に向けた継続教育プログラムを作成し、実践してゆく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました3つの市衛生局関連担当者、地域保健サービス・ステーション主任および地域看護師の皆様にご心より感謝いたします。

文 献

1. 刘 继同：中国城市社区健康服务政策现状与核心争议议题（中国都市部における地域医療保健サービス政策の歴史、現状と課題）。甘肃理论学刊，4：90-94，2008（中国語）
2. 中国卫生部，发展计划委员会，民政部 他：关于发展城市社区卫生服务的若干意见（都市部地域医療保健サービスを発展する若干意见）。卫基妇发第326号，1999（中国語）
http://www.cintcm.com/lanmu/zhongyi_zhengce/zhengce_gaige/gaige_chengshi.htm (accessed 2006.3.10)
3. 孔 靈芝：生活習慣病：10年以内に8000万人死亡の可能性。2006
http://news.searchina.ne.jp/dispatch.cgi?y=2006&d=0510&f=national_0510_006.shtml (accessed 2007.12.8)
4. 姬 春，李 新辉，达 帮辉 他：社区护理人员开展健康教育的调查分析（地域看護職の健康教育展開に関する調査）。现代护理，13（19）：1816-1818，2007（中国語）
5. 包 家明，顾 惠娟：对开展护理健康教育认识误区的调查分析（看護健康教育展開に対する間違い認識の調査）。中华护理杂志，36（6）：448-450，2001（中国語）
6. 李 富君，侯 淑肖：社区护士健康教育认知状况调查分析（地域看護師の健康教育の認知現状に関する調査）。中国护理管理，11：29-31，2005（中国語）
7. 宋 玉霞，冯 晓云，李 维：社区护理健康教育中存在的不足及对策（地域看護における健康教育の不足とその対策）。护理实践与研究，3（8）：74-75，2006（中国語）
8. 康 鳳英：中国における看護教育の現状と課題。石川看護雑誌，4：65-69，2007
9. 赵 秋利：社区护理学（地域看護学）。p.17-27，人民卫生出版社，北京，2006（中国語）
10. 邓 仁丽，夏 同霞，付 其刚 他：社区护理教育现状与发展的探讨（地域看護教育の現状とその発展の検討）。护理进修杂志，21（10）：492-493，2006（中国語）
11. 吴 晓琴：我国社区护理教育发展现状及建议（わが国における地域看護教育の発展現状とその対策）。护理研究，22（2）：387-388，2008（中国語）
12. Maisonneuve, Jean 著，島田 実，岩脇三良訳：集団力学。p.58-69，白水社，東京，1969
13. 李 春玉：社区护理学（地域看護学）第2版。p.88-102，人民卫生出版社，北京，2006
14. 金谷志子：健康教育・学習。津村智恵子（編）：改定 地域看護。p.192-198，中央法規出版，東京，2007
15. 中村裕美子：健康教育技術。中村裕美子（編）：標準保健師講座 地域看護術。p.114-120，医学書院，東京，2005
16. 秋山さちこ，奥水めぐみ，佐久間清美 他：公衆衛生看護学自習における健康教育の学び。愛知県立看護大学紀要，11：33-39，2005
17. 矢島正栄，小林亜由美，小林和成 他：保健師基礎教育における健康教育技術の教育のあり方。群馬パース大学紀要，4：97-102，2007
18. 滝澤寛子，西田厚子，今村 香：地域診断と健康教育指導案作成を組み合わせた教育プログラムによる学生の学び。人間看護研究，3：125-133，2006
19. 吉川菜穂子，大津一義：地域健康教育の展開の仕方について。順天堂大学スポーツ健康科学研究，6：1-13，2002
20. Lawrence, G. and Marshal, K. 著，神馬征峰訳：実践ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開。p.103-107，医学書院，東京，2005
21. 齐 玉梅，毛 宗福，王 生锋 他：社区护士能力及影响因素（地域看護師の能力とそれに関わる要因）。护理学杂志，22（13）：32-33，2007（中国語）
22. 赵 秋利，杨 丽，徐 博汉 他：社区护士社区护理知识掌握情况及需求的调查（地域看護師の地域看護知識の認知とニーズの調査）。中国护理管理，8（2）：44-46，2008（中国語）

23. 肖 爱军, 焦 守凤, 周 晨: 我国社区护理的主要问题及对策 (わが国における地域看護の主な問題と対策). 护理学报, 14 (1) : 76-78, 2007 (中国語)
24. 傅 红琼, 朱 丹: 我国社区护理健康教育现状与发展对策 (わが国における地域看護の健康教育現状とその発展対策). 护理研究, 19 (4) : 575-576, 2005 (中国語)
25. 田 素斎: 中国における「護士長」が部下育成で直面する困難感. 愛知県立看護大学大学院修士論文, p.3-4, 2005年度

The degree of mastery and need for study of the necessary knowledge and, skills for group health education of community health nurses in China

Hongyan Lu^{1,2)}, Mitsu Ono³⁾ and Toshio Kobayashi³⁾

- 1) Doctoral Program, Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University
 2) The Accessory Hospital of Ningxia Medical University, China
 3) Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

Key words : 1. community health nurse 2. group health education 3. knowledge · skill

The purpose of this study was to clarify the need to study and the degree of mastery of necessary knowledge and skills in the group health education of community health nurses in China. Based on previous research, a questionnaire on the degree of mastery of necessary knowledge, the need for further study and skill items for group health education was developed and used in the current study. The questionnaire comprises questions covering 5 large items and 24 smaller items. The 5 large items consisted of : “Basic therapy and knowledge”, “The character of group health education”, “Prior preparation and planing”, “Implementation” and “Assessment”. 199 nurses from 61 community health service stations from three cities in China were given the questionnaire. Data from 195 subjects were considered valid (accounting for 98% of the total) and were analyzed. Results showed that, to the question of the degree of mastery of necessary knowledge and skills, the majority gave an answer of “a little” or “not much idea”. On the other hand, to the question of the necessity of study, most subjects gave an answer of “very necessary”. However, there was no significant difference in the responses to the 24 small items and the 5 large items on the degree of mastery or necessity of study among nurse with different levels of experience. Significant correlations were also found among the answers to the 5 large items. The results clarified the need to study and the degree of mastery of necessary knowledge and skill items of group health education community nurses in China and the necessity for creating a continuing education program in accordance with nursing experience.