

# **2019年度事業活動報告書**

**2020年6月**

**公益社団法人 全国助産師教育協議会**

## 目 次

1. 委員会活動報告	
1) 教育検討委員会（教育評価班）	
※助産師教育卒業（修了）時の到達度目標に対する到達自己評価—2018年度調査···	1
2) 資格・専門能力委員会	
※第103回助産師国家試験の分析報告···	5
3) 国際関連活動委員会	
※国際関連活動委員会活動報告書···	42
4) 組織強化委員会	
※全国助産師教育協議会「助産師教育における将来ビジョン2015」に関する 会員校の到達度に関する中間評価報告···	54
5) 将来構想委員会	
※「全国の助産師養成機関における助产学実習の実態と課題調査」報告書···	68
2. 要望書···	109
3. 全国研修会一覧···	125

2019年度 教育検討委員会 評価班  
池内和代（四国大学） 葉久真理（徳島大学大学院） 杉浦絹子（名古屋女子大学）  
関屋伸子（高知大学） 濱田佳代子（高知大学）  
久保田君枝（聖隸クリストファー大学）

## 助産師教育卒業（修了）時の到達度目標に対する到達自己評価－2018年度調査－

### I. 緒言

今日、少子高齢化、地域・家族の支援機能の脆弱化の中、助産師に対する社会の期待は高まっている。助産師が持つべき能力に関して、平成22年に「看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告」（厚生労働省、2010）の中で「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度案」が示された。教育評価班では、この「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」を基に作成した質問紙を用いて、毎年度末に「助産師教育修了時の到達度自己評価に関する実態調査」を実施している。本稿では、2018年度卒業（修了）生を対象として実施した調査結果の一部を報告する。

### II. 方法

#### 1. 調査対象、調査期間

対象は、全国助産師教育協議会機関会員として登録されている助産師教育機関を2019年3月に卒業（修了）予定であった学生とした。全国助産師教育協議会機関会員名簿に掲載された助産師教育機関代表者または助産師教育課程責任者に郵送にて無記名自記式質問紙の配布と回収を依頼した。調査期間は2019年2月～3月であった。

#### 2. 調査内容

調査内容は、対象の年齢、所属教育課程、卒業（修了）後就職予定の職種、「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」を基に作成した85項目で構成した。到達度自己評価は「少しの助言で自立して実施できる」、「指導の下で実施できる」、「学内演習で実施できる」、「知識としてわかる」「学んでいない」から1つを選択してもらった。

#### 3. 分析方法

分析にあたり、到達度自己評価は「少しの助言で自立して実施できる」を4点、「指導の下で実施できる」を3点、「学内演習で実施できる」を2点、「知識としてわかる」を1点に得点化した。対象全体および助産師教育課程別で記述統計を行った。分析には統計解析ソフトIBM SPSS Statistics ver. 24.0を用いた。倫理的配慮について川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得た（承認番号：16-10）。

### III. 結果

#### 1. 配布回収状況

155課程に配布し、118課程（回収率76.13%）、1,163部が回収された。前年度の配布課程数（150課程）は5課程増加したものの回収率は、3.2ポイント低下した。有効回答は1,161部（99.8%）であった。

#### 2. 対象者の背景

対象者の平均年齢は24.6（±4.7）（21～51）歳であった。在学課程は専修学校362人（31.2%）、大学専攻科177人（15.2%）、大学助産選択165人（14.2%）、大学院142人（12.2%）、大学別科126人（10.8%）、各種学校103人（8.9%）、短大専攻科72人（6.2%）、専門職大学院14（1.2%）の順である。

った。対象者の在学課程の内訳は、昨年度に比べて、大学院が 7 人、各種学校が 6 人、専門職大学院が 5 人、短大専攻科が 2 人、各々増加し、専修学校が 34 人、大学専攻科が 26 人、大学助産選択が 14 人、大学別科が 12 人、各々減少した。卒業（修了）後の就職予定職種は、助産師 956 人（82.4%）、看護師 29 人（2.5%）、保健師 2 人（0.2%）、教員 1 人（0.1%）、その他 4 人、未定 25 人（2.2%）、無回答 113 人（9.7%）であった。

### 3. 到達度自己評価

教育課程別における全体の自己評価平均得点以上の項目数は、大学院が 74 項目、専修学校が 59 項目、大学別科が 55 項目、専門職大学院が 49 項目、各種学校が 27 項目、大学専攻科が 17 項目、大学助産選択が 16 項目、短大専攻科が 8 項目であった。また、各項目の自己評価平均得点において、昨年度より上がった項目は 36 項目、下がった項目は 48 項目、同値は 1 項目であり、昨年度より自己評価平均得点の下がった項目数が多かったものの、上がった 36 項目中「少しの助言で自立して実施できる」（4 点）の項目は 27 項目（75%）あった（表 1）。

【学んでいない】が 1 人以上の項目は全 85 項目中 65 項目（76.5%）で、前年度の 71 項目より 6 項目減少した。1 位～2 位は前年度と同様「緊急時の骨盤位分べん介助」（97 人）、「二次性微の早遅発ケースへの対応と支援」（37 人）であったが、その割合は昨年度より微増した。【学んでいない】が 1 人以上の項目において、昨年度より割合が増えた項目は 37 項目であった。昨年度の項目には無く、今年度新たに追加された項目は 9 項目あった（表 2）。

目標到達度と自己評価平均得点の差が 1.0 点以上であった項目は前年度よりも 5 項目減少し、11 項目であった。差が 1.0 点以上に含まれる項目は前年度調査結果と概ね同様で、差が大きいものから「母乳育児を行えない/行わない母親への支援」（1.93）、「家族計画（受胎調節法を含む）に関する選択・実地の支援」（1.75）、「両親のアタッチメント形成に向けた支援」（1.49）他の順であった。目標到達度と自己評価平均得点の差が 1.0 点以上であった項目のうち、昨年度よりも自己評価平均得点が向上した項目は 8 項目、昨年度よりも自己評価平均得点が低下した項目は 2 項目あったものの、その低下の度合いは軽微であった（表 3）。

## IV. 考察

全体の自己評価平均得点以上の項目数は、教育課程別において大学院が最も多かったことは、大学院教育と 1 年間教育の期間による実践に差が生じていると考えられる。また、目標値として「指導の下で実施できる」（4 点）の項目中 27 項目の自己平均得点が上昇していることは、各教育機関が臨床で実践できるために教育の質を担保する努力を行っていると考えられる。

【学んでいない】の項目数や目標到達度と自己評価平均得点の差が 1.0 点以上の項目数が前年度より減少したことは、全体に到達度自己評価の向上が窺われ、会員校が教育方法の工夫や教育環境の整備に努めている現状を反映しているものと捉えられる。一方、目標到達度と自己評価平均得点の差が 1.0 点以上であった項目には、対象とする事例がいないことによるものとも考えられるため、さらなる教育上の工夫が求められる。

## V. 結論

助産師教育卒業（修了）時の到達度自己評価は全体的に上昇傾向であった。教育課程別では 2 年間教育課程の平均得点以上の項目数が多い傾向であった。「緊急時の骨盤位分べん介助」等、対象事例が少なく学ぶ機会が無い状況は昨年と同様であった。引き続き「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」を意識した教育を実践することが重要である。また、カリキュラム改定とともに、これまでの調査結果を踏まえて「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」も検討していく必要がある。

表1 教育課別到達度自己評価平均得点

	項目	到達度目標	一昨年 年度全体	全体会	専門科 大学院	大学院	大学 専攻科	大学別科	大学助産 選択	短大 専攻科	専修学校	各種学校
1	母体の意味の理解とその保護	3	2.58	2.50	2.50	2.49	2.48	2.66	2.44	1.92	2.63	2.33
2	子どもあるいは胎児の権利の擁護	3	2.58	2.47	2.00	2.44	2.46	2.62	2.45	1.79	2.65	2.32
3	母子両者に關わる倫理的な選択への対応	3	2.59	2.49	2.14	2.51	2.45	2.57	2.52	1.99	2.62	2.37
4	時期に応じた妊娠の診断方法の選択	4	2.80	2.76	2.57	2.80	2.62	2.72	2.79	2.36	2.93	2.64
5	妊娠初期の診断(現在の妊娠週数)	4	2.91	2.87	2.57	2.82	2.77	2.93	2.70	2.53	3.07	2.85
6	妊娠経過の診断	4	3.01	3.12	3.43	3.23	3.05	3.02	3.07	2.74	3.29	2.98
7	妊娠の心理・社会的侧面の診断	4	3.02	3.11	3.00	3.23	3.01	3.06	3.10	2.72	3.27	2.93
8	安定した妊娠生活の維持に関する診断	4	2.99	3.10	3.00	3.28	3.00	3.04	3.07	2.51	3.25	2.97
9	妊娠の意思決定や妊婦を考慮した日常生活上のケア	4	3.05	3.13	3.07	3.28	3.03	3.14	3.08	2.52	3.28	3.09
10	妊娠や家族への出産準備・就準備への支援	4	3.02	3.14	3.43	3.32	3.09	3.14	3.09	2.50	3.27	2.99
11	現在の妊娠経過から分べん・産じよによる予測と支援	4	3.03	3.13	3.14	3.29	3.05	3.10	3.15	2.89	3.23	2.92
12	既往産・胎内死亡など心理的危機に直面した妊娠婦と家族のケア	3	1.94	1.76	1.57	1.72	1.68	1.81	1.64	1.51	1.87	1.87
13	最新の科学的根拠に基づいた情報を妊娠婦や家族に提示	3	2.17	2.07	2.29	1.98	1.99	2.06	2.12	1.83	2.16	2.05
14	出生前診断を考える妊婦の意思決定過程への支援	2	1.82	1.62	1.50	1.53	1.49	1.72	1.68	1.33	1.71	1.72
15	分娩開始時の診断	4	3.34	3.48	3.57	3.59	3.45	3.61	3.38	3.40	3.54	3.37
16	分娩へ進行状態の診断	4	3.26	3.39	3.14	3.53	3.38	3.44	3.33	3.26	3.43	3.29
17	産婦と胎児の健康状態の診断	4	3.25	3.38	3.60	3.44	3.36	3.29	3.34	3.25	3.46	3.27
18	分娩進行に伴う産婦と家族のケア	4	3.27	3.40	3.00	3.53	3.42	3.42	3.34	3.21	3.46	3.28
19	経産分べんの介助	4	3.21	3.31	3.00	3.38	3.30	3.30	3.25	3.31	3.36	3.25
20	出生直後の母子接触・早期授乳への支援	4	3.20	3.32	3.29	3.42	3.29	3.29	3.24	3.07	3.41	3.21
21	産褥の分べん想起と産後体験選択への支援	3	3.22	3.33	3.43	3.49	3.25	3.30	3.39	3.17	3.36	3.15
22	分娩進行に伴う異常分娩の予測と予防的行動	4	2.48	3.05	3.14	3.10	2.97	2.98	3.01	2.89	3.16	2.96
23	異常分娩時の対応と判断をもとにした行動	3	2.55	2.67	2.69	2.82	2.62	2.67	2.62	2.65	2.69	2.61
24	(1)骨盤出口部筋大体位	4	2.57	2.63	2.60	2.70	2.61	2.52	2.52	2.27	2.77	2.72
25	(2)会陰の切開及び翼隔に伴う会陰(町田麻酔を含む)	2	1.80	1.81	1.64	1.95	1.71	1.80	1.67	1.85	1.86	1.83
26	(3)新生児の蘇生	2	2.18	2.13	2.07	2.31	2.13	2.08	2.16	1.94	2.00	2.26
27	(4)正常範囲を超える出血への対置	2	2.03	2.00	1.86	2.17	2.07	1.95	1.95	1.85	1.98	2.02
28	(5)子発作時の処置	1	1.53	1.36	1.00	1.42	1.43	1.30	1.41	1.26	1.34	1.31
29	(6)緊急時の骨盤位分べん介助	1	1.41	1.54	1.00	1.67	1.56	1.63	1.73	1.50	1.42	1.39
30	(7)急速通産所の介助	3	1.92	1.94	2.07	2.01	1.80	1.76	1.95	1.90	2.07	1.89
31	(8)帝王切開前のケア	3	2.24	2.29	2.06	2.32	2.30	2.22	2.21	2.22	2.42	2.19
32	男の異常に対する産褥、家族への支援	1	2.04	1.82	2.36	2.04	1.81	1.98	1.58	1.73	1.69	1.69
33	異常状態と他施設搬送の必要性の判断	1	1.87	1.56	1.86	1.70	1.46	1.53	1.72	1.51	1.51	1.48
34	産じよ経験における身体的回復の診断	4	3.24	3.36	3.67	3.55	3.28	3.31	3.34	3.04	3.44	3.28
35	じよ母の心理・社会的側面の診断	4	3.18	3.29	3.14	3.43	3.27	3.25	3.28	2.96	3.36	3.21
36	産後うつ症状の早期発見と支援	3	2.36	2.30	2.21	2.38	2.06	2.40	2.32	1.82	2.44	2.31
37	じよ母のセルフケア能力を高める支援	4	3.11	3.26	3.29	3.32	3.10	3.29	3.24	2.83	3.41	3.17
38	じよ母の育児に必要な基本的知識の提供と技術支援	4	3.16	3.29	3.43	3.42	3.15	3.28	3.19	2.94	3.44	3.18
39	新生児と母親、父親ならびに家族のアタッチメント形成支援	4	3.07	3.19	3.29	3.25	3.08	3.21	3.12	2.72	3.36	3.10
40	産じよ経験が組みされるか否かの予測と予防的ケア	4	3.12	3.24	3.80	3.32	3.15	3.22	3.15	2.93	3.36	3.11
41	生後1か月までの母子の健康状態の予測	4	3.06	3.18	3.36	3.27	3.10	3.14	3.12	2.57	3.34	3.15
42	生後1か月間の母子の健康検査	4	2.97	2.97	3.21	3.11	2.83	2.86	2.81	2.31	3.22	2.98
43	1か月健常産育の結果に基づく仔と家族の支援ヒトローラップ	3	2.77	2.76	2.86	2.94	2.63	2.83	2.82	1.89	2.89	2.70
44	母乳育児に隣する母乳の知識の提携	4	3.00	3.10	3.29	3.23	3.05	3.02	2.96	2.68	3.29	2.99
45	母乳育児に隣する適切な授乳技術の提供と乳房ケア	3	2.80	2.92	3.00	3.08	2.89	2.90	2.87	2.61	3.00	2.83
46	母乳育児を行えない/行わない母親への支援	4	2.16	2.07	2.00	2.08	2.09	2.04	1.83	1.55	2.34	1.83
47	母子養育形成の障害、男の虐待ハリスク要因の早期発見と支援	2	1.89	1.73	1.64	1.77	1.71	1.75	1.82	1.36	1.79	1.64
48	生後24時間までの新生児の診断ヒケ	4	3.05	3.17	3.29	3.25	3.12	3.22	3.03	2.83	3.29	3.06
49	生後1か月までの新生児の診断ヒケ	4	2.89	3.05	3.14	3.18	2.96	3.01	2.98	2.29	3.27	2.94
50	両親の心理的危機への支援	3	2.18	2.12	2.36	2.07	2.03	2.24	2.16	1.64	2.26	1.99
51	両親のアタッチメント形成に向けた支援	4	2.54	2.51	2.79	2.56	2.38	2.62	2.53	1.96	2.58	2.26
52	NICUにおける新生児と両親への支援	1	2.08	1.94	2.50	2.39	1.82	2.13	1.86	1.86	1.86	1.61
53	次回妊娠計画への情報提供と支援	3	2.47	2.44	2.64	2.61	2.35	2.63	2.39	1.96	2.56	2.21
54	山羊男を迎えた生活回復や生活改善のアセスメント	4	2.94	3.04	3.29	3.22	2.85	3.06	2.83	2.49	3.26	3.04
55	女産婆による全休の健康状態と産褥選択のアセスメント	4	2.78	2.89	2.93	2.97	2.77	2.89	2.72	2.19	3.16	2.86
56	新しい実施システムの成り立とその変化のアセスメント	3	2.73	2.81	2.93	2.96	2.70	2.93	2.72	2.21	2.94	2.78
57	家庭間の人間関係のアセスメントと支援	3	2.73	2.82	2.86	2.98	2.71	2.92	2.73	2.26	2.94	2.81
58	幼少社会の資源や機会を活用する方法による支援	3	2.64	2.88	3.29	2.80	2.54	2.75	2.55	2.32	2.77	2.73
59	保健・医療・接産関係との連携	3	2.14	2.05	2.43	2.01	1.94	2.07	1.90	1.74	2.20	2.14
60	妊娠の特性と母子保健事業のアセスメント	3	2.19	2.12	2.64	2.11	2.07	2.22	1.84	1.90	2.28	2.10
61	地域組織・当事者グループ等のネットワークへの参加とグループ支援	1	1.93	1.75	2.43	1.73	1.70	1.99	1.77	1.71	1.66	1.76
62	災害時の母子への支援	1	1.72	1.46	1.43	1.56	1.53	1.58	1.41	1.25	1.36	1.58
63	保健助産産業課認定法等に基づく助産師の業務管理	1	1.91	1.64	2.00	1.83	1.60	1.74	1.64	1.61	1.57	1.59
64	周産期医療システムの運用と地域連携	1	1.75	1.46	1.71	1.60	1.47	1.61	1.37	1.42	1.40	1.45
65	(1)病院における助産業務管理	1	1.92	1.56	2.64	1.73	1.51	1.68	1.47	1.39	1.54	1.50
66	(2)診療所における助産業務管理	1	1.73	1.50	1.71	1.60	1.51	1.68	1.38	1.46	1.60	1.50
67	(3)助産所における助産業務管理	1	1.70	1.54	2.64	1.75	1.51	1.64	1.47	1.57	1.46	1.48
68	要素別のセクションアティビティ意識への支援	2	1.98	1.66	1.93	1.74	1.69	1.76	1.49	1.53	1.61	1.67
69	妊娠能性のあるケースへの対応と支援	1	1.70	1.44	1.29	1.54	1.49	1.66	1.27	1.38	1.37	1.51
70	二次性後の早・遅産ケースへの対応と支援	1	1.52	1.43	1.43	1.51	1.46	1.67	1.30	1.31	1.34	1.53
71	月経障害の緩和と生活支援	2	1.70	1.45	1.36	1.64	1.40	1.60	1.30	1.35	1.47	1.49
72	性感染疾患とD子の啓発	1	1.76	1.46	1.71	1.60	1.41	1.70	1.39	1.51	1.37	1.42
73	家族の支援と教育関係者及び専門家との連携支援	1	1.59	1.42	1.43	1.56	1.46	1.61	1.30	1.32	1.36	1.43
74	家族計画(受取調査法を含む)に関する選択・実地の支援	4	2.35	2.25	1.43	2.11	2.20	2.17	1.93	2.19	2.56	2.15
75	健康的な性と生殖への希望と自己決定の算算	1	1.86	1.65	1.57	1.76	1.61	1.80	1.56	1.74	1.59	1.65
76	DV(性暴力等)による防護と被資相談者の対応と支援	1	1.65	1.33	1.14	1.44	1.28	1.50	1.25	1.32	1.29	1.38
77	性感染症選択のアセスメント・支援及び予防に関する啓発活動を実施して実践	1	1.84	1.39	1.43	1.40	1.39	1.50	1.33	1.46	1.36	1.42
78	生活自立困難なケースへの対応・出産・育児に関する社会資源の情報提供と支援	1	1.91	1.36	1.21	1.39	1.35	1.64	1.30	1.39	1.29	1.43
79	不妊治療を受けている女性・夫婦・カップル既の緩和と自己決定への支援	1	1.58	1.32	1.29	1.47	1.30	1.48	1.22	1.36	1.27	1.27
80	不妊検査・治療等の情報提供と資質活用の支援	1	1.54	1.29	1.14	1.37	1.32	1.40	1.20	1.26	1.25	1.31
81	家族を含めた支援と他機関との連携	1	1.58	1.35	1.14	1.49	1.40	1.44	1.23	1.32	1.30	1.39
82	健康のセクションアティビティに関する支援と啓発	2	1.85	1.42	1.29	1.46	1.39	1.48	1.19	1.28	1.54	1.41
83	中高年の生産性系に關する健康障害の予防と日常生活上の支援	1	1.63	1.37	1.21	1.48	1.34	1.52	1.23	1.15	1.40	1.37
84	加齢伴う生産性系の健康障害とQOLの支援	1	1.62	1.37	1.21	1.49	1.33	1.54	1.23	1.14	1.40	1.40
85	助産師としてのアインティティ	4	2.00	2.86								

表2【学んでいない】と回答した者が1人以上いた項目

項目と昨年度との増(+)減(-)同じ(→)	人数 (人) (%)	前年度人数 (人) (%)
1・緊急時の骨盤位分筋介助（↓）	97 8.4	87 7.2
2・二次性微の早産発生率への対応と支援（↓）	37 3.2	34 2.8
3・診療所における助産業務管理（↓）	27 2.3	20 1.7
4・性感染症罹患のアセスメント・支援および予防に関する啓発活動、他期間との連携（↓）	25 2.2	19 1.6
5・妊娠可能性のあるケースへの対応と支援（↓）	24 2.1	14 1.2
6・家族を含めた支援と他機関との連携	21 1.8	
7・母乳育児を行えない／行わない母親への支援（↓）	19 1.6	27 2.2
8・急速遂娩術の介助（↓）	18 1.6	16 1.3
9・異常状態と施設搬送の必要性の判断（↓）	18 1.6	10 0.8
10・出生前診断を考慮した対応の意思決定過程への支援	18 1.6	
11・生活自立困難なケースへの対応・出産・育児に関する資源情報の提供と支援（↓）	18 1.6	23 1.9
12・家族的支援と教育関係者及び専門職との連携支援（↓）	17 1.5	14 1.2
13・会員の切開及び裂傷に伴う総合（局所麻酔を含む）（↓）	16 1.4	15 1.2
14・子宮破裂時の処置（↓）	16 1.4	18 1.5
15・流早産・胎内死亡など心理的危機に直面した妊産婦と家族のケア（↓）	13 1.1	20 1.7
16・健康的なセグメント構造に関する支援と啓発（↓）	13 1.1	6 0.5
17・地域組織・当事者グループ等のネットワークへの参加とグループ支援（↓）	13 1.1	9 0.7
18・加齢による生産器系の健康管理とQOLへの支援（↓）	13 1.1	4 0.3
19・中高年の生殖器系の健康管理とQOLへの支援（↓）	13 1.1	5 0.4
20・不妊治療を受けている対象の理解と自己決定への支援（↓）	12 1.0	15 1.2
21・不妊検査・治療等の情報提供と資源活用の支援（↓）	12 1.0	15 1.2
22・災害時の母子への支援（↓）	12 1.0	5 0.4
23・次回妊娠計画への対応と支援（↓）	12 1.0	10 0.8
24・月経障害の様子と生活支援（↓）	11 0.9	12 1.0
25・DV(性暴力等)による予防と被虐相談者への対応支援（↓）	11 0.9	6 0.5
26・母子愛着形成の障害・男の虐待ハイスクス要因の早期発見と支援（↓）	11 0.9	9 0.7
27・帝王切開前のケア（↓）	10 0.9	6 0.5
28・NICUにおける新生児と両親への支援（↓）	9 0.8	10 0.8
29・両親の心理的危機への支援（↓）	9 0.8	8 0.7
30・最新の科学的根拠に基づいた情報を妊婦や家族に提示（↓）	8 0.7	15 1.2
31・両親のアタッチメント形成に向けた支援（↓）	8 0.7	3 0.2
32・健常的な性と生殖への発達支援と自己決定の尊重（↓）	7 0.6	5 0.4
33・助産師としてのアイデンティティの形成（↓）	7 0.6	12 1.0
34・性感染症とDVに対する防護の啓発（↓）	6 0.5	4 0.3
35・児の異常に対する適切な家族へのケア	6 0.5	
36・思春期のセグメント形成支援（↓）	6 0.5	5 0.4
37・家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実施の支援（↓）	6 0.5	5 0.4
38・骨盤出口部拡大体位（↓）	5 0.4	5 0.4
39・地域社会の資源や機関を活用できる支援（↓）	5 0.4	2 0.2
40・新しい家族システムの成立とその変化のアセスメント（↓）	5 0.4	5 0.4
41・正常範囲を超える出血への処置（↓）	4 0.3	5 0.4
42・両親間の人間関係のアセスメント（↓）	4 0.3	5 0.4
43・家族メンバー全体の健康状態と発達課題のアセスメント（↓）	3 0.3	4 0.3
44・周産期医療システムの運用と地域連携（↓）	3 0.3	2 0.2
45・じょく婦への育児に必要な基本的知識の提供と技術支援（↓）	3 0.3	1 0.1
46・産じょく婦の心理・社会的側面の診断（↓）	3 0.3	1 0.1
47・産じょく婦に伴う身体的回復の診断（↓）	3 0.3	1 0.1
48・新生児と母親・父親並びに家族のアタッチメント形成支援（↓）	3 0.3	1 0.1
49・産後うつ症状の早期発見と支援（↓）	2 0.2	2 0.2
50・生後1か月間の母子の健康診査（↓）	2 0.2	1 0.1
51・異常新生儿時の観察と判断及び行動（↓）	2 0.2	1 0.1
52・じょく婦のセルフケア能力を高める支援	2 0.2	
53・産じょく婦が阻害されるか否かの予測と予防的ケア（↓）	2 0.2	1 0.1
54・分娩に進行に伴う異常新生儿の予測と予防的行動	2 0.2	
55・新生児の蘇生（↓）	1 0.1	2 0.2
56・出生児を越えた生活環境や生活背景のアセスメント（↓）	1 0.1	3 0.2
57・安定した妊娠生産の維持に関する診断（↓）	1 0.1	1 0.1
58・保健・医療・福祉関係者との連携（↓）	1 0.1	3 0.2
59・地域の特性は母子保健事業のアセスメント（↓）	1 0.1	4 0.3
60・病院における助産業務管理	1 0.1	
61・保健師助産師看護師法等に基づく助産師の業務管理（↓）	1 0.1	1 0.1
62・生後1か月までの新生児の診断とケア	1 0.1	
63・時期に応じた妊娠の診断方法（↓）	1 0.1	2 0.2
64・経験分娩の介助	1 0.1	
65・出生直後の母子接触・早期授乳の支援	1 0.1	

\*新たに増えた【学んでいない】が「1人以上の項目には…」をつけた。

表3 目標到達度と到達度自己評価平均点との差が1以上の項目

項目	到達目標A	到達目標と の差	自己評価 平均得点(A)	昨年度の自己 評価平均(B)	差(A-B)
①母乳育児を行えない／行わない母親への支援	4	1.93	2.07	1.99	0.08
②家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実施の支援	4	1.75	2.07	2.21	-0.14
③両親のアタッチメント形成に向けた支援	4	1.49	2.51	2.45	0.06
④骨盤出口部拡大体位	4	1.37	2.63	2.54	0.09
⑤時期に応じた妊娠の診断方法の選択	4	1.24	2.76	2.7	0.06
⑥流早産・胎内死亡など心理的危機に直面した妊産婦と家族のケア	3	1.24	1.76	1.65	0.11
⑦助産師としてのアイデンティティの形成	4	1.14	2.86	2.82	0.04
⑧妊娠時期の診断(現在の妊娠週数)	4	1.13	2.87	2.88	0.01
⑨家族メンバー全体の健康状態と発達課題のアセスメント	4	1.11	2.89	2.85	0.04
⑩緊急遂娩術の介助	3	1.06	1.94	1.88	0.06
⑪生後1か月間の母子の健康診査	4	1.03	2.19	2.98	-0.79

令和2年2月21日

厚生労働省医政局看護課  
看護課長 島田 陽子様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 村上 明美

### 第103回助産師国家試験の検討結果について

拝 啓

向春の候、島田課長様はじめ貴看護課の皆々様にはご健勝にてご活躍のこととお慶び申し上げます。

平素は、助産師の基礎教育や継続・卒後教育に関しましてご指導を賜りまして厚く御礼申し上げます。

さて、本協議会では、令和2年2月実施の第103回助産師国家試験に対して助産師の資格試験としての適切性を検討し、別紙のとおり整理いたしましたので、ご報告申し上げます。

本来でしたら直接ご説明申し上げますが、年度末の様々な行事を控えていることから、電子メールにてご報告致しますことをご容赦ください。何卒ご高配くださいますようお願い申し上げます。

今後とも日本の母子保健に関与する専門職者の育成に関し、ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

敬 具

## 第 103 回助産師国家試験分析報告

第 103 回助産師国家試験について、公益社団法人全国助産師教育協議会（以下、本協議会）の立場から「助産師免許付与のために必要な能力」が測定できる出題か否かを分析した。

分析に当たっては、各設問から出題内容のバランスを平成 30 年版助産師国家試験出題基準目標別に分類した。

具体的には以下の 3 点を検討した。

- ① 設問と解答肢の検討
- ② タキソノミー分類および平成 30 年版助産師国家試験出題基準からみた出題内容のバランス
- ③ 助産師 免許付与に必要な能力（レベル）を測定する問題か否か

本分析結果が、第 103 回助産師国家試験において当該年度の助産師免許付与のための採点や合格基準の検討資料として活かされることを切に希望するものである。

分析結果を以下に示す。

### I. 設問と解答肢の検討

設問と解答肢の検討については、午前問題 17 と午前問題 34 を課題のある問題と判断した。詳細については「出題問題の検討」（表 1）を参照されたい。

今日のハイリスク妊娠出産の増加に伴い、助産実践の基盤となる医学的知識を問う問題が増えている。全体的に、設問には解答に必要な情報が適切に記述されていた。出題の意図が明確で基本的知識を問う問題が多く、文章で問うことが難しい問題については、図や写真などの視覚素材を効果的に用いて出題されていた。その一方で、助産実践に関する状況設定問題の中には、専門的知識がなくても解答できる設問が含まれていた。

### II. 出題内容のバランス

出題内容のバランスについては「出題基準別にみた出題テーマ」（表 2）、および「出題基準目標別の問題数とその割合」（表 3）、「出題基準（小項目）別にみた出題数と割合」（表 4）を参照されたい。知識の想起・推定によって解答できる問題（タキソノミー I・I' 型）が 53.3% と前年の 62.6% より 9.3 ポイント減少し、複数の知識を統合して判断する能力をみる問題（タキソノミー II・III 型）は 46.6% と前年の 37.4% より 9.2 ポイント増加していた。

平成 30 年版助産師国家試験出題基準目標は、以下の 4 群 24 項目に分類される。

#### 【基礎助産学】

1. 助産の基本となる概念と変遷、基本姿勢について基本的な理解を問う。
2. 女性の健康に関する支援のための基本的な理解を問う。
3. リプロダクティブ・ヘルスに関する支援のための基本的な理解を問う。
4. 妊娠による女性の変化や正常な妊娠・分娩・産褥の経過及び正常な新生児の経過や乳幼児の成長・発達における特徴について基本的な理解を問う。

#### 【助産診断・技術学】

5. 女性や家族の健康課題の解決、健康の保持・増進に必要となる相談・教育について基本的な理解を問う。

6. 女性のライフサイクル各期における相談・教育活動の実際について基本的な理解を問う。
7. 助産に必要な助産診断・技術について基本的な理解を問う。
8. 妊娠期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。
9. 正常な妊娠経過からの逸脱及びハイリスク状態にある妊婦への支援について基本的な理解を問う。
10. 分娩期の助産診断及び正常な経過にある産婦への支援について基本的な理解を問う。
11. 正常な分娩経過からの逸脱及びハイリスク状態にある産婦への支援について基本的な理解を問う。
12. 助産に必要な緊急時・搬送時の対応について基本的な理解を問う。
13. 産褥期の助産診断及び支援についての基本的な理解を問う。
14. 正常な産褥経過からの逸脱及びハイリスク状態にある褥婦への支援について基本的な理解を問う。
15. 妊娠期から産褥期における合併症がある妊産褥婦への支援について基本的な理解を問う。
16. 新生児期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。
17. 新生児の正常からの逸脱及び異常な症状・状態・疾患がある新生児と家族への支援について基本的な理解を問う。
18. 乳幼児の正常発達・発育経過を判断し、それらを促進する支援について基本的な理解を問う。
19. 乳幼児に起こる主な疾患及び支援について基本的な理解を問う。
20. 低出生体重児・早産児の特徴や疾患及び支援について基本的な理解を問う。

#### 【地域母子保健】

21. 母子保健の動向について基本的な理解を問う。
22. 母子保健活動及び助産業務を行う上で必要な母子保健行政と母子保健制度・施策について基本的な理解を問う。
23. 助産師が行う地域母子保健活動の実際について基本的な理解を問う。

#### 【助産管理】

24. 助産管理の基本、助産業務管理、助産所の管理・運営、周産期医療とその安全について基本的な理解を問う。

「出題基準目標別の問題数とその割合」(表3)より、出題割合の多い順に、第103回は助産診断・技術学54.1%（第102回55.0%、第101回50.9%）、基礎助産学30.8%（第102回29.0%、第101回31.8%）、助産管理10.5%（第102回9.9%、第101回11.8%）、地域母子保健4.5%（第102回6.1%、第101回5.5%）となっており、助産診断・技術学および地域母子保健の割合が減少し、基礎助産学および助産管理の割合が増加していた。

また、今年度の問題のタキソノミー分類は、タキソノミーI型45問(33.8%)（第102回58問、44.3%）、I'型26問(19.5%)（第102回24問、18.3%）、タキソノミーII型38問(28.6%)（第102回、29問、22.1%）、III型24問(18.0%)（第102回20問、15.3%）であり、タキソノミーI型（知識の想起・推定によって解答できる問題）が最も多く、タキソノミーIII型（複数の知識を統合して判断する能力をみる問題）の割合が最も少なかったことは第102回と同様であったものの、タキソノミーI型・I'型の割合が減少し、タキソノミーII型・III型の割合が増加していた。

基礎助産学に関する問題の割合は、41問（タキソノミーI・I'型29問、タキソノミーII・III型12問）で全体の30.8%であった。その内訳では、周産期の正常経過等の基礎理解に関する問題、女性の健康支援のための基礎理解に関する問題の順に多く、基本理念、基本姿勢からは出題されていなかった。

助産診断・技術学に関する問題の割合は、72問（タキソノミーI・I'型27問、タキソノミーII・III型45問）で全体の54.1%であった。その内訳では、妊娠期の診断とケアに関する問題が20問（タキソノミー

I・I'型 8 間、タキソノミー II・III 型 12 間) で全体の 15.1% であり、第 101 回 (14.6%)・第 102 回 (13.8%) と比べて多かった。そのうち、正常な妊娠経過からの逸脱及びハイリスク妊婦への支援に関する問題は 15 間 (11.3%) であり、妊娠期の助産診断と支援に関する問題の 3 倍の割合を占めていた。分娩期の診断とケアに関する問題の割合は、18 間 (タキソノミー I・I' 型 6 間、タキソノミー II・III 型 12 間) で全体の 13.6% であり、昨年 (第 102 回) の 19.8% と比べて少なかった。そのうち、正常な分娩経過からの逸脱及びハイリスク産婦への支援に関する問題が 13 間 (9.8%) と最も多く、次いで分娩期の正常経過の助産診断と支援に関する問題 (3.0%)、緊急時・搬送時の対応に関する問題 (0.8%) となっていた。産褥期の診断とケアに関する問題の割合は、14 間 (タキソノミー I 型 1 間、タキソノミー II・III 型 13 間) で全体の 10.5% であり、昨年 (第 102 回) の 6.1% と比べて多かった。そのうち、産褥期の助産診断と支援に関する問題と正常な産褥経過からの逸脱及びハイリスク褥婦への支援に関する問題は同じ割合 (4.5%) を占めていた。新生児期の診断とケアに関する問題の割合は、9 間 (タキソノミー I・I' 型 6 間、タキソノミー II 型 3 間) で全体の 6.8% であり、昨年 (第 102 回) の 7.1% とほぼ同じ割合であった。そのうち、正常な経過からの逸脱及びハイリスク新生児への支援に関する問題が 6 間 (4.5%) であり、新生児の助産診断と支援に関する問題の 2 倍の割合を占めていた。乳幼児期の診断とケアに関する問題の割合は、8 間 (タキソノミー I 型 3 間、II・III 型 5 間) で全体の 6.1% であり、昨年 (第 102 回) の 0.8% と比べ大幅に増加していた。そのうち、低出生体重児・早産児の特徴や疾患及び支援に関する問題は 5 間 (タキソノミー I 型 1 間、タキソノミー II・III 型 4 間) で (3.8%) と最も多く、昨年 (第 102 回) の 3.1% とほぼ同じ割合であった。

地域母子保健に関する問題の割合は、6 間 (タキソノミー I 型 4 間、タキソノミー II・III 型 2 間) で全体の 4.5% であり、昨年 (第 102 回) の 6.1% と比べて少なく、母子保健の動向に関する問題が最も多く出題されていた。

助産管理に関する問題の割合は、14 間 (タキソノミー I・I' 型 11 間、タキソノミー II 型 3 間) で全体の 10.5% であり、昨年 (第 102 回) の 9.9% とほぼ同じ割合であった。

### III. 助産師免許付与に必要な能力（レベル）を測定する問題か否か

「出題基準（小項目）別にみた出題数と割合」（表 4）、「出題基準目標別の問題数とその割合」（表 3）より、タキソノミー I・I' 型の主に知識を問うものが 53.3% であった。また、解釈・判断を求めるタキソノミー II 型は 28.6%、さらに高度な判断能力を問うタキソノミー III 型は 18.0% を占めていた。昨年 (第 102 回) は、タキソノミー I・I' 型 62.6%、タキソノミー II 型 22.1%、タキソノミー III 型 15.3% であり、今年度は主に知識を問うタキソノミー I・I' 型の出題が減少し、逆に高度な判断能力を問うタキソノミー III 型の出題が多くなっていた。

出題内容では、助産学の基礎となる妊娠・分娩・産褥経過と新生児・乳幼児に関する正常及び正常からの逸脱の予測と判断、異常に関する基本的な知識や支援に関する問題が出題されていた。また、母子保健の動向、母子保健行政と母子保健制度・施策および地域母子保健活動、院内助産、病院・助産院を含めた助産業務管理に関する問題など、今日の助産を取り巻く課題とニーズに合致した内容が出題されていた。

今回の出題問題のテーマ、タキソノミー分類別の割合の変化は、今日の助産を取り巻く状況に応じたものであり、助産師免許付与に必要な能力（レベル）を測定する問題として適切である。

### 総括

1. 出題問題の検討については、2 間を課題のある問題と判断した。
2. 全体的に、設問には解答に必要な情報が適切に記述されていた。出題の意図が明確で基本的知識を問う問題が多く、文章で問うことが難しい問題については、図や写真などの視覚素材を効果的に用いて出題されていた。その一方で、助産実践に関する状況設定問題の中には、専門的知識がなくても解答できる設問が含まれていた。
3. 出題問題のタキソノミー分類別の割合では、複数の知識を統合して判断する能力をみる問題（タキソノ

ミーII・III型) の増加が望ましいが、知識の想起・推定によって解答できる問題(タキソノミーI、I'型)が53.3%と昨年の62.6%より9.3ポイント減少し、複数の知識を統合して判断する能力をみる問題(タキソノミーII・III型)は46.6%と昨年の37.4%より9.2ポイント増加しており、改善が認められた。

4. 助産学の基礎となる妊娠・分娩・産褥経過と新生児・乳幼児に関する正常及び正常からの逸脱の予測と判断、異常に関する基本的な知識や支援に関する問題が出題されていた。また、母子保健の動向、母子保健行政と母子保健制度・施策および地域母子保健活動、院内助産、病院・助産院を含めた助産業務管理に関する問題など、今日の助産を取り巻く課題とニーズに合致した内容が出題されていた。

以上より、助産師免許付与に必要な能力(レベル)を測定する問題か否かについては、適切であると思われる。

以上

表1 出題問題の検討

## 課題のある問題

問題	検討内容
午前17 経口避妊薬の服用が禁忌となるのはどれか。 1. 授乳中である。 2. BMI25である。 3. 子宮内膜症の既往がある。 4. 1日5本の喫煙をしている。 5. 子宮頸部円錐切除術後である。	本問は、経口避妊薬の禁忌に関する知識を問う設問である。産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2017 p.238(表1)によると、肥満については「BMI30以上」が慎重投与であり、禁忌ではない。喫煙については「35歳以上で1日15本以上」が禁忌である。子宮内膜症については、むしろ治療に用いられるため、明らかに禁忌ではない。子宮頸部円錐切除術の適用となる子宮頸部上皮内腫瘍、子宮頸癌も慎重投与であり、禁忌ではない。ゆえに選択肢「2. BMI25である。」、「3. 子宮内膜症の既往がある。」、「4. 1日5本の喫煙をしている。」、「5. 子宮頸部円錐切除術後である。」は明らかに誤答である。 残る「1. 授乳中である。」について、産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2017 p.238(表1)には、「授乳中は禁忌(WHOMECでは6か月未満)」と記載されている。ゆえに「1. 授乳中である。」が正答と考えられるが、WHO Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use 5th edition 2015, p.28には、産褥6週未満の授乳婦は混合型経口避妊薬を「服用すべきでない」(カテゴリー4)であるが、産褥6週から6か月までは「リスクを上回る利益がある場合は服用してもよい」(カテゴリー3)と記載されている。選択肢1. には時期の記載がないため、時期を付記することが望ましい。
午前34 羊水過多症に伴い母体に生じる症状はどれか。2つ選べ。 1. 多尿 2. 発熱 3. 不眠 4. 子宮収縮 5. 食欲亢進	本問は、択二式の設問で、羊水過多症に伴う母体に生じる症状を問うたものである。Newエッセンシャル産科学・婦人科学第3版 p.417-418に、臨床症状として「子宮収縮、子宮口開大などの切迫早産症状を認める。」と記載されている。ゆえに、「4. 子宮収縮」は正答である。 残る4つの選択肢について、前掲のNewエッセンシャル産科学・婦人科学第3版 p.417-418に「重症例で呼吸困難、起坐呼吸、恶心・嘔吐、浮腫などが生じる。」とある。ウイリアムス産科学 原著25版, p.278、助産学講座6 助産診断・技術学 II 妊娠期, p.128には、羊水過多症に伴う子宮の増大による症状として、呼吸困難、動悸、浮腫、乏尿が挙げられているが、「1. 多尿」、「2. 発熱」、「3. 不眠」、「5. 食欲亢進」は記載されていない。「3. 不眠」については、呼吸困難、起坐呼吸により生じる。すなわち、不眠は羊水過多症による直接的に生じる症状というよりも二次的に生じる症状といえる。不眠は妊娠後半期の一般的なマイナートラブルの一つにもあげられているため、本問を「4. 子宮収縮」のみを正答とする択一式の設問とするか、文献中に記載されている臨床症状を選択肢に含めることが望ましい。

表2 出題基準別にみた出題テーマ

大項目	中項目	小項目	午前問題 番号	出題テーマ	タキソノミー	午後問題 番号	出題テーマ	タキソノミー
<b>【基礎助産学 I】</b>								
<b>目標I. 助産の基本となる概念と変遷、基本姿勢について基本的な理解を問う。</b>								
1.助産の基本	A.助産・助産師の定義	a 保健師助産師看護師法 b 世界保健機関<WHO> c 國際助産師連盟<ICM>						
	B.助産師の役割と責務	a 保健師助産師看護師法に基づく義務 b 医療法に基づく業務 c コア・コンピテンシー、助産師の声明 d 守秘義務 e 助産師の業務範囲と臨時応急の手当て						
	C.助産における倫理	a 性と生殖に関する生命倫理 b 助産師の倫理綱領						
	D.助産における基本的な概念	a 対象の権利の尊重 b 女性を中心としたケア<Women-centered care> c 家族を中心としたケア<Family-centered care> d リプロダクティブヘルス/ライツ e エビデンスに基づいた助産活動						
	E.日本・諸外国の助産・助産師の変遷	a 助産の場 b 助産の担い手 c 助産師教育 d 母子健康手帳						
<b>目標2. 女性の健康に関する支援のための基本的な理解を問う。</b>								
2.女性のライフサイクルと健康課題への支援	A.思春期・成熟期女性に特有な健康課題	a 性器の奇形・異常 b やせ、肥満 c 初経(早発月経、遅発月経) d 月経周期の異常(月経不順、稀発月経、無月経) e 体重減少性無月経 f 月経困難症 g 月経前症候群・月經前不快気分障害<PMDD> h 過多月経・過少月経 i 多嚢胞性卵巣症候群<PCOS>				54 統発性無月経の診断 55 無月経の要因 27-35 機能性月経困難症の特徴 14 月経前症候群への支援	II II I III	
	B.更年期女性に特有な健康課題	a 閉経、更年期障害 b 脂質異常症、糖尿病 c 虚血性心疾患 d メタボリックシンドローム						
	C.老年期女性に特有な健康課題	a 萎縮性膀胱炎 b 排尿障害、尿失禁、過活動膀胱 c 骨盤臓器脱 d 骨粗鬆症、フレイル e 認知症、抑うつ				17 ベッサリー挿入によるトラブルの治療	II	
	D.就業女性に特有な健康課題	a ライフプランを考慮した健康 b ワーク・ライフ・バランス						
	E.女性への暴力と健康課題	a ドメスティック・バイオレンス<DV> b 性暴力 c セクシャル・ハラスメント				15 DV疑い時の対応	III	
3.女性の健康に影響を及ぼす因子	A.遺伝	a 常染色体遺伝とその異常 b 性染色体遺伝とその異常	41 42	遺伝性神経筋疾患と診断された妊娠への対応 家系図からみる遺伝性疾患の遺伝形式	III II			
	B.食事と栄養	a 食生活指針、食生活の習慣 b 栄養所要量 c 栄養状態の評価法 d 有害物質の摂取						
	C.物理・化学的環境	a 放射線、電磁波 b 大気汚染 c 環境汚染物質と環境ホルモン				1 有機水銀を含む魚介	I	
	D.嗜好、薬物	a 喫煙 b 飲酒、アルコール依存 c 薬物(薬物乱用、薬物依存)						
	E.運動	a エネルギー不足 b 過活動						
4.性と生殖に関する解剖と生理	A.内性器、外性器	a 内性器・外性器の構造と機能 b 神経の構造 c 血管の構造	15	卵巣の構造	I			
	B.骨盤、骨盤内臓器	a 骨盤の構造 b 骨盤内臓器と支持組織 c 骨盤内臓器の神経・血管支配				2 子宮支持組織の種類	I	
	C.性周期	a 制御するホルモン b 生殖器の変化 c 心身に与える影響						
5.性の機能と行動	A.性の分化と発達	a 性分化の仕組み b ジェンダー・アイデンティティ c セクシュアリティの発達				28-24 男性化の仕組み	I	
	B.性行動	a 性反応 b 性機能と障害						
	A.子宮と付属器の疾患	a 子宮腫瘍(がん、肉腫、子宮筋腫、子宮腺筋症、ポリープ) b 卵巣腫瘍(がん、卵巣囊腫) c 子宮内膜症						
6.女性生殖	B.乳房疾患	a 乳癌	16	乳癌の診断の特徴	I			

大項目	中項目	小項目	午前問題		午後問題			
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
器と乳房の疾患	C.検査法	b 乳腺症						
		a 基本的な診察(視診、触診、腔鏡診、内診)						
		b 子宮頸部細胞診(バップスマニアテスト)				3 子宮頸がん細胞診の分類	I	
		c 腔分泌物等を用いた検査(鏡検、培養)						
		d 超音波断層法						
		e マンモグラフィー						
目標3. リプロダクティブ・ヘルスに関する支援のための基本的な理解を問う。								
7.家族計画と受胎調節法	A.家族計画に関する基礎的知識	a 目的と必要性						
		b 生活状況に応じた方法の選択						
		c 産後の回復過程に応じた方法の選択						
		d パートナーを含めた教育						
		e 母体保護法						
		f 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律<医薬品医療機器等法、旧薬事法>						
	※a~gの共通の中項目	a 基礎体温法						
		b コンドーム						
		c 経口避妊薬、緊急避妊薬	17	経口避妊薬服用の禁忌事項	I			
		d 子宮内避妊具<IUD>						
8.婦人科の炎症性疾患	B.各受胎調節法の特徴や効果 C.指導における留意点	e 子宮内黄体ホルモン放出システム <IUS : Intrauterine Contraceptive System>						
		f 不妊手術						
		g ペッサリー						
		a 尿道炎、膀胱炎、腎孟腎炎						
		b 子宮頸管炎、子宮内膜炎・筋層炎						
9.性感染症<STI>	A.病態 B.診断 C.治療 D.予防	c 膀胱周囲炎、外陰炎						
		d 細菌性膣炎・膣症						
		e 骨盤腹膜炎						
		a 性器ヘルペス						
		b 尖圭コンジローマ						
		c ヒト免疫不全ウイルス<HIV>、後天性免疫不全症候群<AIDS>						
		d クラミジア感染症						
		e 淋菌感染症						
		f 梅毒						
		g ヒトパピローマウイルス<HPV>感染症						
10.不妊症・不育症	A.女性側の要因の病態、診断と治療	h カンジダ症						
		i トリコモナス膣炎						
		j 痢疾						
		a 排卵障害						
		b 卵管の障害						
		c 子宮の障害						
	B.男性側の要因の病態、診断と治療	d 性交障害						
		e 男子のエイジング						
		f 抗リン脂質抗体症候群						
		g 染色体異常	18	均衡型転座の流産再発治療法	I			
11.出生前診断	C.不妊症・不育症の女性への支援	a 精子形成障害						
		b 精管通過障害						
		c 性交障害						
		a 社会的支援						
		b 精神的支援						
		c 不妊治療						
		d 生殖補助医療(体外受精・顕微授精)と合併症(多胎妊娠・卵巣過剝刺激症候群)				29-1.4	体外受精-胚移植方法	II
	D.不妊症・不育症の女性への支援	e 卵巣・配偶子の凍結保存						
		f 第三者の関わる治療(配偶子・胚の提供、代理懷胎)						
		g 養子縁組						
12.出生前診断	A.出生前診断の基本的な考え方	a 出生前診断の概念・目的						
		b 出生前診断における倫理						
	B.出生前検査の方法に関する基礎	a 純毛検査						
		b 羊水検査	43	遺伝性疾患の確定診断検査	II			
		c 母体血清マーカー検査						
		d 母体血胎児染色体検査 <NIPT:non-invasive prenatal test>						
		e 超音波検査						
【基礎助産学Ⅱ】								
目標1. 妊娠による女性の変化や正常な妊娠・分娩・産褥の経過及び正常な新生児の経過や乳幼児の成長・発達における特徴について基本的な理解を問う。								
1.妊娠	A.妊娠の成立	a 卵胞発育と排卵	19	妊娠初期の卵巣囊胞の鑑別	I'			
		b 子宮内膜(増殖期・分泌期)と機能						
		c 造精機能と射精						
		d 精子・卵子形成						
		e 受精						
	B.妊娠の維持機構	f 着床の機序				4	受精卵の着床過程	I
2.妊娠による母体の変化	A.生殖器の変化	a 妊娠の維持とホルモン						
		b 免疫機能						
		a 子宮						
		b 子宮付属器						
	B.全身の変化	c 膀胱、外陰部						
		d 乳房						
		a 神経系						
		b 感覚器系						
		c 循環器系				30-2.4	母体の生理学的变化	I
		d 呼吸器系						
		e 消化器系						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
3.妊娠中の栄養	C.免疫能の特性	f 内分泌系、代謝系						
		g 泌尿器系	I	腎盂腎炎の所見	I			
		h 運動器系						
	A.母体の健康と胎児の発育	a 胎児の免疫学的機能						
		b 母体-胎児間の免疫	2	胎児期の免疫反応による疾患	I			
		a 妊娠中の栄養所要量						
4.胎児	B.臓器の成熟と器官形成期	b ビタミン・鉄・葉酸・カルシウムの過不足						
		c 母体低栄養						
		d 栄養過剰摂取						
		e 非妊時の体格(やせ、肥満)						
		f 喫煙						
	A.胎児の発育	g 飲酒						
		h 嗜好品						
		i 成人病胎児期発症説<DOHaD>	31	DOHaD学説を基盤概念とするエコチル調査	I			
		a 妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠				36-2.5	妊娠糖尿病の血糖コントロール	III
		b 妊娠高血圧症候群						
5.胎児付属物	C.臍帯の構造と機能	a 胚卵<胚>、胎芽、胎児						
		b 胎児の形態と発育				5	胚葉から分化する組織	I
		a 神経・運動器系						
		b 感覚器系						
		c 循環器系						
	D.胎盤の構造と機能	d 血液・造血器系						
		e 免疫系						
		f 呼吸器系						
		g 消化器系						
		h 内分泌系、代謝系						
6.分娩の基礎	A.分娩に関する定義	i 泌尿器系、生殖器系						
		a 卵膜、绒毛膜、脱落膜	33-1.2	羊膜の特徴	I			
		b 母体由来、胎児由来						
		a 羊水の生成過程・成分						
		b 羊水の機能				31-1.3	羊水が影響する器官	I'
		a 脐帶血管、脐帯血						
		b 脐帯の形状						
		a 胎盤の形成と構造						
7.新生児の特徴	B.生理的特徴	b 胎盤の発育						
		c 胎児-胎盤系循環						
		d 物質の胎盤通過性						
		a 分娩開始の定義						
		b 分娩第1期から第4期の定義						
	C.行動上の特徴	c 妊娠期間による分娩の法的・産科学的定義						
		d 分娩様式・分娩体位						
		e 分娩誘発、分娩促進						
		f 無痛分娩						
		a 胎児と胎児付属物						
8.乳幼児の特徴	A.身体的特徴	b 産道				32-2	子宮狭部の変化	I'
		c 哺乳				32-4	子宮洞筋部の働き	I'
		a 身体的特徴						
		b 生理的特徴						
		c 行動上の特徴						
	B.生理的特徴	a 身体的特徴						
		b 生理的特徴						
		c 行動上の特徴						
		a 身体的特徴						
		b 生理的特徴						
9.妊娠・分娩・産褥と薬物	A.薬物的作用と母子への影響	c 行動上の特徴				7	乳幼児の愛着の特徴	I
		a 身体的特徴						
		b 生理的特徴						
		c 行動上の特徴						
	B.授乳期の薬物摂取と母子への影響	a 子宮収縮薬						
		b 子宮収縮抑制薬						
		c 麻酔薬						
		d 薬物の催奇形性	3	妊娠期に投与された薬物と胎児への影響	I			
		e 薬物の胎盤通過性	32-1.4	児の薬物離脱症候群の症状	I			
	C.授乳期の薬物摂取と母子への影響	a 薬物の母乳移行						
		b 乳汁分泌に影響する薬物						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題				
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー		
<b>【助産診断・技術学Ⅰ】</b>										
<b>目標1. 女性や家族の健康課題の解決、健康の保持・増進に必要となる相談・教育について基本的な理解を問う。</b>										
1.相談・教育活動の基本	A.相談・教育の基礎	a 対象理解								
		b 成人教育における留意点								
		c 問題解決プロセス								
		d 女性を中心としたケア<Woman-centered care>								
		e セルフケア								
		f エンパワーメント								
		g 意思決定支援								
	B.相談・教育活動の過程	a 計画立案								
		b 実施評価								
		c 教材・媒体の工夫								
2.女性のライフサイクル各期における相談・教育活動の実際	C.相談・教育活動の技術	a コミュニケーション								
		b カウンセリング								
		c 個別相談								
		d 集団教育								
		e 家庭訪問								
		f 電話相談								
		g 仲間づくり								
	D.相談・教育の方法	h ピアサポート								
		i 討議法、グループワーク								
		j 双方向教育								
<b>目標2. 女性のライフサイクル各期における相談・教育活動の実際について基本的な理解を問う。</b>										
3.妊娠期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。	A.思春期女性への相談・教育	a 月経に関する教育・相談(月経異常、月経随伴症状)								
		b 性教育(いのちの教育、生命誕生)								
	B.成人期女性への相談・教育	a ライフプランを考慮した健康								
		b 家族計画、性生活								
		c 子宮頸がん検診								
		d 性感染症<STI>								
		e 不妊症、不育症								
		f 人工妊娠中絶								
	C.周産期にある女性や家族への相談・教育	g 出産準備教育								
		h 両親学級								
		i 祖父母向け教育(孫育て教室)	4	母乳育児サポート教室の計画	I'					
	D.更年期・老年期女性への相談・教育	j 育児に関する相談・教育	38-2.5	母乳ケア外来の実際	I'					
		k 家庭訪問(妊婦訪問、新生児訪問)								
		l 産後の生活、家族計画								
4.妊娠期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。	A.妊娠の診断	m 更年期障害、更年期症状								
		n 骨粗鬆症								
		o 骨盤臓器脱、尿失禁								
		p 医療面接、情報収集、インフォームド・コンセント								
		q 視診								
		r 肝臓(肝炎)、腹痛、Leopold氏レクタリテーション								
	B.分娩経過の診断・ケアに必要な技術	s 計測(身長計測、骨盤外計測、腹団、ナーキ)								
		t 内診、双合診								
		u 間欠的胎児心拍数聴取								
		v 超音波断層法								
	B.分娩経過の診断・ケアに必要な技術	w ノンストレステスト<NST>								
		x 医療面接、情報収集、インフォームド・コンセント								
		y 視診								
		z 聴診(Doppler<ドップラ>法)								
		aa 触診(Seitz<ザイツ>法、頸部法、後会陰触診法)								
		bb 内診								
		cc 間欠的胎児心拍数聴取								
		dd 分娩監視装置による連続モニタリング								

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
3.妊娠期の助産診断	C.胎児の発育・健康状態の診断	h 既往歴、家族歴						
		i 妊娠・分娩歴、産科病歴、合併症						
		a 胎児推定期重						
		b 子宮底長、腹囲						
		c 胎位、胎向、胎勢						
		d 胎児心拍数の評価(間欠的胎児心拍数聴取、連続的胎児心拍数モニタリング)						
		e 胎盤付着部位						
		f 胎児胎盤機能検査						
		g 羊水量の変化と羊水量の測定						
		h 母体栄養と胎児の発育						
	D.日常生活行動の診断	a 食事と栄養						
		b 睡眠、休息						
		c 活動、運動						
		d 排泄						
		e 清潔行動						
		f 性生活						
	E.妊婦と家族の心理・社会的側面の診断	a 年齢						
		b 経済状態						
		c 婚姻形態(パートナーとの関係)						
		d 家族関係(家族の意識と役割)						
		e 文化的背景(母性意識、母親役割、ソーシャルサポート)						
		f 妊娠の受容						
		g 情緒の変化						
		h 不安や問題への対処行動						
		i ボディイメージの変化						
		j 日常生活行動の変化						
		k 過去の出産体験						
4.正常な経過にある妊婦への支援	A.妊娠期の生活に適応するための支援	a 食事と栄養						
		b 排泄						
		c 活動と運動				6	運動時の留意点	II
		d 休息と睡眠						
		e 清潔と衣生活						
		f 定期健康診査受診の推奨						
		g マイナートラブルへの対処						
		h 嗜好品						
		i 性生活						
	B.就労女性への支援	a 母性健康管理指導事項連絡カード				42	安静のための活用方法	III
		b 就業規則						
		c 労働時間						
	C.心理・社会的支援	d 産前産後休業、育児休業、育児時間				52	産前産後休業取得の権利	III
		a 妊婦の妊娠の受容						
		b 出産に対する不安	49	バースプランの立案	III			
		c 出産・育児準備						
		d 家族関係の形成						
		e 胎児に対する愛着形成						
		f 妊婦に対する家族の理解						
		g 社会資源の活用						

### 目標3. 正常な妊娠経過からの逸脱及びハイリスク状態にある妊婦への支援について基本的な理解を問う。

5.正常な妊娠経過からの逸脱・産科合併症のある妊婦への支援	※ a～rの共通の中項目	a 妊娠悪阻						
		b 切迫流産・早産						
		c 异所性妊娠	35- 2.5	異所性妊娠のリスク因子と治療	I'			
		d 妊娠貧血	47	妊娠貧血の診断	II			
		e 妊娠糖尿病						
		f 頸管無力症						
		g 妊娠高血圧症候群、妊娠高血圧腎症	48- 3.4	妊娠高血圧症候群の妊婦への生活指導	III			
		h 羊水量の異常	34- 3.4	羊水過多症の母体の症状	I'	44	羊水過少によるリスク	II
		i 細毛膜羊膜炎				48	細毛膜羊膜炎の診断	II
		j 胎児発育不全<FGR>	30	均衡型胎児発育不全を呈する不当軽量児の特徴	I			
		k 骨盤位						
		l 前期破水						
		m 常位胎盤早期剥離	13	早期発見の保健指導	I'			
		n 子宮内胎児死亡						
		o 週期妊娠						
		p 多胎妊娠						
		q 血液型不適合妊娠						
		r 胎盤の位置異常(前置胎盤)	6	妊婦の高次施設への紹介のタイミング	I'			
6.母子感染のリスクのある妊婦への支援	※ a～nの共通の中項目	a サイトメガロウイルス						
		b ヒトパルボウイルスB19						
		c B型肝炎ウイルス						
		d C型肝炎ウイルス						
		e ヒト免疫不全ウイルス<HIV>						
		f 成人T細胞白血病ウイルス-1型<HTLV-1>						
		g 単純ヘルペスウイルス						
		h 水痘ウイルス						
		i クラミジア						
		j トキソプラズマ						
		k 梅毒トレボネーマ				18	妊娠初期の治療方法	II
		l B群溶連菌	24	GBS既往妊婦の感染予防管理	III			
		m カンジダ						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
7.ハイリスク状態にある妊婦と家族への支援	予防を含む)	n ヒト・ピローマウイルス<HPV>						
	A.愛着形成への支援	a 妊娠の受容が困難な妊婦						
		b 胎児との愛着形成困難						
		c 被虐待経験者						
	B.ハイリスク妊娠における心理的支援	a 若年妊娠				19	未婚女性の出産準備に向けた情報	II
		b 高年妊娠						
		c 未受診妊娠						
	C.喪失体験への支援	a 流産・胎内死亡を経験した女性						
		b 帝王切開既往妊婦						

**目標4. 分娩期の助産診断及び正常な経過にある産婦への支援について基本的な理解を問う。**

8.分娩期の助産診断	A.分娩開始の予知の診断	a 自覚症状 b 子宮頸管成熟度 c 子宮収縮(前駆陣痛)						
	B.分娩開始の診断	a 陣痛発来 b 子宮頸管の変化、子宮口の開大						
	C.破水の診断	a 自覚症状 b 検査法 c 膀胱診、内診 d 羊水の性状						
		e 陣痛、腹圧 f 骨盤の大きさと形態 g 子宮頸管 h 膀胱・会陰の伸展性 i 胎兒の大きさ j 胎位、胎向、胎勢、回旋 k 胎兒の下傾度						
	D.分娩経過の診断	h 胎兒と骨盤の関係	25	内診所見による先進部下降度の判断	II			
		i Friedman <フリードマン>の頸管開大曲線 j 児娩出時刻 k 分娩所要時間(第1期、第2期、第3期) l 胎盤剥離徵候 m 児娩出後の出血 n 胎盤・卵膜の娩出 o 軟産道の裂傷 p 出血量						
	E.胎児の健康状態の診断	a 胎児推定体重の算出 b 胎児の発育評価 c 胎児心拍数陣痛図	44	変動一過性徐脈の評価	II			
		d 羊水の量・性状 e 胎盤・胎児の循環動態の評価 f biophysical profile score <bps>						
	F.産婦の日常生活活動の診断	a 食事と栄養、排泄 b 休息と睡眠、活動						
	G.産婦と家族の心理・社会的側面の診断	a 産婦の情動 b 産痛への対処行動 c 家族の支援状況						
9.正常な経過にある産婦への支援	A.分娩第1期の助産ケア	a 基本的欲求の充足 b 出産環境への記慮 c 家族とのコミュニケーション d 産痛緩和 e 呼吸法、リラクセーション	50	努責緩和法	III			
		f 分娩進行の促進 g 家族への支援						
	B.分娩第2期・分娩第3期の助産ケア	a 基本的欲求の充足 b 呼吸法、リラクセーション c 必要時の努責の誘導 d 出血量に応じた体位の調整						
	C.分娩後2時間までの助産ケア	a 出血・子宮復古状態の観察 b 基本的欲求の充足 c 早期母子接觸と実施時の留意点 d 母子と家族との対面						
		e 分娩時の姿勢による分娩介助 f 分娩体位による特徴	26	四つん這い分娩の特徴	I'			
10.分娩の介助	A.分娩介助の原理と基本	g 分娩機転 d 呼吸法、リラクセーション e 努責の誘導 f 産婦の主体性を尊重したケア						
	B.分娩介助時の技術	a 肛門圧迫・保護 b 会陰保護 c 児頭娩出 d 肩甲娩出 e 脊幹娩出 f 胎盤娩出 g 脇帯切断、臍処置						
	C.胎盤・胎児付属物の検査	a 観察項目と実施方法						
<b>目標5. 正常な分娩経過からの逸脱及びハイリスク状態にある産婦への支援について基本的な理解を問う。</b>								
11.正常な分娩経済から	※ a～mの共通の中項目	a 婦出力の異常(分娩誘発・促進時の管理)						
		b 産道の異常						
		c 胎位・胎勢の異常						
		d 進入・回旋の異常				21	第2前方前頭位の診断	II
		e 前期破水						
		f 遅延分娩						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
の逸脱、異常分娩時の産婦への支援	A. 病態、診断と治療 B. 助産ケア（早期発見、予防を含む）	g 肩甲難産				37-3.4	肩甲難産の介助法	II
		h 達緩出血						
		i 子宮破裂						
		j 子宮内反症、頸管・腔・会陰裂傷	51	腔壁血腫の所見	II			
		k 子瘤						
		l 羊水塞栓						
		m 濾過性血管内凝固症候群<DIC>、産科DIC	37-1.4	産科DICスコア加点対象となる基礎疾患	I			
12. 胎兒及び胎兒付属物異常がある産婦への支援	※ a～dの共通の中項目 A. 病態、診断と治療 B. 助産ケア（早期発見、予防を含む）	a 胎兒機能不全						
		b 胎兒付属物の異常	20	変動一過性徐脈の発生リスク因子	I'	20	臍帶脱出疑い時の対応	III
		c 多胎						
		d 形態異常						
13. 産科手術および産科的医療処置が必要な産婦への支援	※ a～mの共通の中項目 A. 適応、準備と方法 B. 助産ケア	a 会陰切開術						
		b 会陰縫合術						
		c 産科麻酔（硬膜外麻酔）				22	無痛分娩の合併症への対応	II
		d 腹式帝王切開術						
		e 分娩誘発・促進						
		f 子宮底圧迫法						
		g 骨盤位牽出術						
		h 吸引遂娩術						
		i 鉗子遂娩術	36-4.5	ネーゲレ鉗子分娩方法	I'			
		j 胎盤圧出法、用手剥離	45-4	胎盤用手剥離後出血の胎盤観察	III			
		k 子宮摘出術						
		l 子宮腔内タンポンナーデ	45-5	胎盤用手剥離後出血の対応	III			
		m 動脈塞栓術による止血 <IVR: Interventional radiology>						

目標6. 助産に必要な緊急時・搬送時の対応について基本的な理解を問う。

14. 緊急時・搬送時の支援	A. 応急処置	a 使用物品と薬剤						
		b 止血法						
		c 会陰裂傷縫合術						
		d 母体の蘇生法						
		e 出血性ショック時の処置						
		f 非出血性ショック時の処置						
		g 自動体外式除細動器<AED>						
	B. 緊急時の対応	h 異常出血に対する処置（妊娠前半期、妊娠後半期、分娩時、濾過性血管内凝固症候群<DIC>、産科DIC、産科危機的出血の診断）				41	出血持続時の対応	III
		a 妊産褥婦への説明と同意						
		b 妊産褥婦の心理的支援						
	C. 搬送時の対応	c 家族への心理的支援						
		a 母体搬送の適応と対応						
		b 新生児搬送の適応と対応						
		c 多職種・多機関の協働・連携						
		d 周産期医療体制						

目標7. 産褥期の助産診断及び支援についての基本的な理解を問う。

15. 産褥期の助産診断	A. 産褥経過の診断	a 身体所見				45-3	体温の経過診断	II
		b 子宮と付属器				45-5	子宮復古状態の診断	II
		c 膀胱、外陰、肛門						
		d 血液検査						
		e 尿検査						
		f 不快症状						
		g 妊娠・分娩歴、産科病歴、合併症						
	B. 日常生活行動の診断	a 栄養と食事				13	母乳育児中のエネルギー付加量	I
		b 睡眠、休息						
		c 活動、運動						
		d 排泄						
		e 清潔行動						
		f 日常生活への適応						
		g 性生活						
	C. 档婦と家族の心理・社会的側面の診断	a 年齢						
		b 経済状態						
		c 婚姻形態						
		d 家族関係						
		e 文化的背景						
		f 出産体験の受容						
		g 母性、父性、親性の発達過程						
	D. 育児能力の診断	h 親役割の獲得						
		i 家族機能の変化、家族の役割獲得						
		j 居住地域の育児環境						
		k マタニティープルーズ						
		l 産後うつ病						
	E. 母乳育児に関する診断	a 育児行動の文化的背景						
		b 档婦の心理に影響を及ぼす要因						
		c 児の受容						
		d 子への愛着形成	23	産後1ヵ月のボンディング障害	II			
	F. 育児技術の習得	e 育児技術の習得						
		f 育児不安と対処行動						
		g 乳房の変化						
		h 乳汁分泌量の変化						
	G. 哺乳技術とセルフケア能力	i 児の哺乳行動、哺乳サイン、吸着、吸啜						
		j 授乳技術とセルフケア能力						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
16.正常経過にある婦婦と家族への支援	A.産褥期の生活への適応および退行性変化促進への支援	a 栄養と食生活						
		b 排泄						
		c 睡眠、休息、生活リズム						
		d 活動、運動、産褥体操、日常生活の行動拡大						
		e 身体の清潔、外陰部の清潔						
		f 子宮底輪状マッサージ法						
		g 性生活						
	B.母乳育児への支援	a 母乳育児に関する意識						
		b 母乳分泌促進法・抑制法						
		c 哺乳の評価				46	母乳育児支援	III
		d 乳房のセルフケア						
	C.育児行動獲得への支援	e 乳房トラブルの予防と対処法						
		f 母乳育児のための社会資源						
		g 母乳代用品の安全性						
	D.婦婦と家族への心理・社会的支援	a 母親・パートナー(配偶者)の役割獲得						
		b 愛着形成促進						
		c 育児技術の取得						
		d 育児環境の調整						
		e 子どもがいる生活への調整						
		f 家族関係の調整						
		a 産婦・家族の分娩体験の想起				47	バースレビュー	III
		b 出生に関わる届出の支援						
		c 駆場復帰への支援						

**目標8. 正常な産褥経過からの逸脱及びハイリスク状態にある婦婦への支援について基本的な理解を問う。**

17.不快症状の緩和への支援	※ a~dの共通の中項目 A.病態、診断、治療 B.助産ケア(早期発見、予防を含む)	a 後陣痛						
		b 会陰部疼痛						
		c 脱肛・痔核						
		d 排尿・排便障害				33-2.3	排尿困難時の対応	III
18.正常な産褥経過からの逸脱・産科的異常のある婦婦への支援	※ a~iの共通の中項目 A.病態、診断、治療 B.助産ケア(早期発見、予防を含む)	a 産褥早期出血	52	母児接触への支援	III			
		b 産褥晚期出血						
		c 子宮復古不全						
		d 産褥熱	46	胎盤用手剥離後の産褥熱の原因	II			
		e 脊骨結合離開						
		f 静脈瘤、血栓性靜脈炎						
		g 深部静脈血栓症、肺塞栓症				23	深部静脈血栓症疑いの検査	II
19.乳房の異常がある婦婦への支援	※ a~bの共通の中項目 A.病態、診断、治療 B.助産ケア(早期発見、予防を含む)	h 感染症						
		i 妊娠高血圧症候群後遺症						
		a 乳頭損傷						
20.特別な母乳育児支援を必要とする婦婦への支援	※ a~cの共通の中項目 A.対象の理解 B.助産ケア	b 乳腺炎						
		a 医学的適応により人工乳の補足が必要な児						
		b 乳癌の合併						
21.特別な育児支援を必要とする婦婦への支援	※ a~fの共通の中項目 A.対象の理解 B.助産ケア	c 成人T細胞白血病ウイルス-1型<HTLV-1>キャリア						
		a 多胎出産						
		b 不妊治療後の出産						
22.心理的リスクがある婦婦への支援	※ a~dの共通の中項目 A.病態、診断、治療 B.助産ケア(早期発見、予防を含む)	c 障害児						
		d 予後不良児	29	両親に対する対応	III			
		e 在留外国人家庭						
		f ひとり親家庭						
		a 産後うつ病						
		b 産褥精神病						
		c 帝王切開術後						
		d 流産・早産・死産経験						

**目標9. 妊娠期から産褥期における合併症がある妊産婦への支援について基本的な理解を問う。**

23.合併症がある妊産婦への支援	※ a~eの共通の中項目 A.病態、診断、治療 B.助産ケア(早期発見、予防を含む)	a 心疾患						
		b 腎疾患						
		c 甲状腺疾患				40	甲状腺機能亢進症合併妊娠の児への影響	II
		d 糖尿病						
		e 子宮筋腫				39	子宮筋腫合併妊娠のリスク	II

**目標10. 新生児期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。**

24.出生後24時間以内の新生児の助産診断	A.胎外環境への適応と成長・成熟 B.正常からの逸脱の診断	a Apgar<アプガーラスコア						
		b 出生直後の状態						
		c 呼吸の確立						
		d Silverman<シルバーマン>スコア						
		e 全身の状態						
		f バイタルサイン						
		g 身体計測値						
		h 成熟度の判定(Dubowitz法)						
		i 睡眠・覚醒レベル						
		a 新生児假死						
		b 黄疸						
		c 胎内環境と新生児への影響の評価						
		d 外表奇形、特異な顔貌	21	医師に報告が必要な新生児の所見	I'			
			27	染色体異常の診断	I'			
		a 胎外環境への適応状態						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
25.出生後24時間以降の新生児の助産診断	A.胎外環境への適応と成長・成熟	b 分娩侵襲からの回復						
		c 哺乳						
		d 消化と排泄						
		e 生理的体重減少						
		a 黄疸						
	B.正常からの逸脱の診断	b 原始反射						
		c 脳膜出血、臍帶の脱落						
		d 新生児聴覚スクリーニング						
		e 先天性代謝異常検査						
		a 胎外環境への適応の促進						
26.出生後24時間以内の新生児への支援	A.胎外環境への適応への支援	b 保温						
		a 母子接触						
		b 哺乳						
		c 排泄						
		a 感染予防						
	C.予防の支援	b 点眼						
		c 安全確保						
		d 与薬(ビタミンK2シロップ)						
		a 栄養と授乳				8 人工乳補足の評価		II
		b 保温と環境温度の調整						
27.出生後24時間以降の新生児への支援	B.成長・発達への支援	a 保清、沐浴						
		b 感染予防						
		c 母子同室中のケア						
		d 母子愛着形成促進のためのケア						
		a 成長・発達への支援						
	C.成長・発達及び愛着形成への支援	b 清潔への支援						
		c 成長・発達及び愛着形成への支援						
		a 母子同室中のケア						
		b 母子愛着形成促進のためのケア						
		a 栄養と授乳						

**目標11. 新生児の正常からの逸脱及び異常な症状・状態・疾患がある新生児と家族への支援について基本的な理解を問う。**

28.新生児の正常からの逸脱、および異常な症状・状態への支援	※ a~oの共通の中項目	a 呼吸障害							
		b 無呼吸発作							
		c チアノーゼ							
		d 嘔吐							
		e 腹部膨満				24 胃軸捻転への対応		II	
		f 吐血・下血							
		g けいれん							
		h 麻痺							
		i 発熱							
		j 低体温	7 低体温による生体反応		I'				
29.治療を必要とする新生児と家族への支援		k 黄疸							
		l 頭血腫							
		m 腺状健膜下出血							
		n 心雜音							
		o なんとなく元気がない<not doing well>							
30.疾患がある新生児と家族への支援	※ a~kの共通の中項目	a 呼吸障害(酸素療法、人工呼吸療法)							
		b 光線療法							
		c 経管栄養							
		d 輸液管理							
		e 新生児蘇生法							
		a 新生児低血糖症				38 妊娠糖尿病の児へのリスク		II	
		b 新生児一過性多呼吸<TTN>							
		c 胎便吸引症候群<MAS>				25 胎便吸引症候群の合併症		I	
		d 気胸・縦隔気腫							
		e 高ビリルビン血症	14 新生児溶血性疾患の病態		I'				

**目標12. 乳幼児の正常発達・発育経過を判断し、それらを促進する支援について基本的な理解を問う。**

31.正常な経過にある乳幼児への支援	A.乳幼児の助産診断	a 身体所見、発育の評価						
		b 発達診断学的診察						
		c 視覚検査	22 視覚障害を疑う所見		I			
	B.乳幼児の発達を促進する支援	a 栄養						
		b 遊び						
		c 生活習慣・生活リズムの確立						
		d 情緒の発達						
	C.乳幼児の社会性を促進する支援	a 家庭環境との関連						
		b 社会生活のマナー						
		c 自立を促す支援						
	D.乳幼児に起こりやすい事故の予防と対策	d 人間関係の形成						
		a 窒息						
		b 潜水						
		c 誤飲						
		d 交通事故						
	E.乳幼児の疾病予防への支援	e 転落						
		a 予防接種				16 生後3ヵ月から可能な定期予防接種		I
		b 歯・口腔の衛生						

**目標13. 乳幼児に起こる主な疾患及び支援について基本的な理解を問う。**

32.乳幼児の疾患と支援	A.乳幼児によくみられる感染症の病態・診断・治療と支援	a 突発性発疹						
		b 百日咳、水痘、流行性耳下腺炎						
		c RSウイルス感染症(細気管支炎)						
		d カンジダ症、鷲口瘡						
		e ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群<SSSS>						
		f 乳幼児下痢症(ロタウイルス、ノロウイルス)						
	B.乳幼児の	a 染色体異常(21トリソミー)						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
発達上の問題	b	甲状腺機能低下症(クレチン症)				9	虐待による受傷原因	II
	c	被虐待児症候群						
	C	乳幼児突然死症候群 < SIDS >	a	リスク因子				
C.乳幼児突然死症候群 < SIDS >	b	予防法と指導						

目標14. 低出生体重児・早産児の特徴や疾患及び支援について基本的な理解を問う。

33.低出生体重児・早産児の特徴と疾患	A.低出生体重児・早産児の分類	a 出生体重による分類 b 在胎週数による分類 c 在胎週数と出生体重による分類 d 外観 e 循環器系 f 血液 g 免疫系 h 呼吸器系 i 消化器系、代謝系 j 泌尿器系 k ヒアルロン酸代謝 l 体温調節						
	B.低出生体重児・早産児の特徴	m 呼吸窮迫症候群< RDS > n 無呼吸発作 o 未熟児動脈管閉存症 p 未熟児網膜症 q 脳室内出血 r 脳室周囲白質軟化症 s 核黄疸 t 壊死性腸炎 u 敗血症、髄膜炎 v 未熟児貧血 w 未熟児骨減少症< 未熟児くの病 > x 低血糖症 y 低カルシウム血症 z 低体温症		26	早産児の呼吸数の評価	II		
	C.低出生体重児・早産児の疾患の病態・診断	a 死亡率 b 成長・発達 c 後遺症	49	呼吸窮迫症候群の診断	II			
	D.低出生体重児・早産児の予後・経過		8	脳性麻痺の診断	II			
	A.異常の早期発見、予防のための支援	a 体温管理と体温調節のケア b 呼吸管理 c 皮膚のケア d 水分・電解質・血糖管理 e 栄養管理と授乳 f 感染予防						
	B.発達のための支援(ディベロップメントルケア)	a ディベロップメントルケアの目的と対象 b ディベロップメントルケアの内容(ポジショニング、ハンドリング、早期母子接觸、タッチケア) c 家族への支援(哺乳支援、ファミリーケア)		10	痛みのケア	I		
				50	ホールディングによる母子接觸	III		

【地域母子保健】

目標1. 母子保健の動向について基本的な理解を問う。

1.地域母子保健の基本	A.母子保健の概念	a 母子保健の変遷 b 地域の特性と母子保健						
	B.母子の健康に関わる因子	a 社会環境、生活環境、住環境 b 生活行動 c 生活様式 d 家族、地域						
	A.統計にみる母子保健の動向	a 出生数、出生率 b 合計特殊出生率 c 妊産婦死亡 d 自然流産、人工流産、死産 e 周産期死亡 f 新生兒死亡 g 乳児死亡、幼児死亡 h 女性の就業率 i 人工妊娠中絶		11	生殖補助医療による出生児数の推移	I		
	B.母子保健に関する課題	a 少子化 b 育児支援の必要性 c 経済格差、医療の地域格差 d 家族形態の多様化 e 在留外国人、グローバル化		34-1	2016年の合計特殊出生率	I		
				34-2	2016年の妊娠婦死亡率	I		

目標2. 母子保健活動及び助産業務を行う上で必要な母子保健行政と母子保健制度・施策について基本的な理解を問う。

2.母子保健の動向と課題	A.母子保健行政の仕組み	a 母子保健行政の動向 b 母子保健行政における国・都道府県・市町村の役割 c 母子保健行政の財源						
	B.母子保健に関する法律	a 母子及び父子並びに寡婦福祉法 b 児童虐待の防止等に関する法律 c 遇の確保等に関する法律<男女雇用機会均等法> d 「育児休業、介護休業等月次入休制度」、「育児・介護休業法」						
	C.母子保健に関する制度	a 健康診査 b 保健指導 c 療養保険 d 医療対策 e 母子健康手帳 f 予防接種						
		a 健やか親子21(第2次)						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
D.主な母子保健施策	D.主な母子保健施策	b 次世代育成支援対策						
		c 少子化対策						
		d 妊産婦のための食生活指針						
		e 授乳・離乳の支援						
		f 母子感染予防( B型肝炎ウイルス、成人T細胞白血病ウイルス-1型 <HTLV-1> )						
		g 子どもの事故						
		h 妊娠高血圧症候群等療養接護						
		i 特定不妊治療費助成事業						
		j 母子自立支援、貧困対策、ひとり親家庭等日常生活支援事業						
		k 産前・産後ケア事業	9	産婦健康診査事業の概要	I			

**目標3. 助産師が行う地域母子保健活動の実際について基本的な理解を問う。**

4.地域母子保健活動の実際	A.地域の様々な場における助産師の役割	a 助産所						
		b 診療所・病院						
		c 周産期医療センター						
		d 市町村保健センター						
		e 保健所						
		f 子育て世代(母子健康)包括支援センター			51	共働き夫婦の子育て支援ケアプラン	II	
	B.地域における助産師の活動と留意点	g 職能団体						
		a 児童虐待予防						
		b 育児支援(電話相談、ベビーマッサージ)						
		c 産後ケア事業						
		d 妊産褥婦の訪問						
		e 新生児訪問指導						
	C.母子保健活動における連携・協働	f 出産準備教育						
		g メンタルヘルスケア						
		h 性教育						
		a 多職種連携						
		b 民間組織・自助グループ<セルフヘルプグループとの連携						
		c 地域包括ケアシステム			53	公的資源の活用	III	

**【助産管理】**

**目標1. 助産管理の基本、助産業務管理、助産所の管理・運営、周産期医療とその安全について基本的な理解を問う。**

I.助産管理の基本と助産業務管理	A.助産管理の基本	a 助産業務管理の特性						
		b 組織における助産師の役割と助産管理体制						
		c 助産の質の管理と保証						
	B.助産業務管理の過程	a 管理目標の設定						
		b 業務の分析						
		c 業務計画の策定						
		d 業務の評価						
	C.助産業務管理の実際	a 人事・物品・経済・情報・時間の管理						
		b 人材育成(クリニカルラダー)						
		c 看護体制						
		d 文書・記録の管理と開示						
		e 診療情報提供						
	D.場に応じた助産業務管理の特徴	f 他部門・他機関との連携、協調						
		g 地域との連携、ネットワーク						
		h 業務の質の管理						
		a 周産期棟・混合病棟の管理						
	E.助産業務管理と医療経済	b 外来の管理						
		c 院内助産・助産外来の管理	10	出血時の助産師の業務範囲	I'			
		d 助産所の管理						
		a 医療保険制度						
		b 診療報酬						
		c 分娩費用、健康診査に係る費用						
		d 出産育児一時金	55	双胎分娩時の支給対象	II			

2.助産師及び助産師の業務に関する法と責任	A.助産師の業務に関する関係法規	a 保健師助産師看護師法						
		b 医療法						
		医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律<医薬品医療機器等法、旧薬事法>(処方せん医薬品等取り扱い)						
		d 母子保健法						
		e 母体保護法						
		f 児童福祉法			35-3.4	児童福祉法に基づく事業	I	
	C.女性の支援に関する関係法規	g 地域保健法						
		a 戸籍法(出生届、婚姻届)						
		b 刑法(秘密漏示の禁止、堕胎の禁止、虚偽私文書作成の禁止)						
		c 保健師助産師看護師法(出生証明書、死産証書、死胎検査書)						
		a 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律<DV防止法>	11	医療従事者の対応	I'			
		b 労働者の福祉に関する法律<育児・介護休業法>						
		c 性同一性障害者の性別との取扱いの特例に関する法律						
		d 母子及び父子並びに寡婦福祉法						
		e 健康保険法、国民健康保険法(出産育児一時金の支給)			43	出産手当金制度	I'	
		f 労働基準法						
		g 遇の確保等に関する法律<男女雇用機会均等法>						
		h 男女共同参画社会基本法						
		i 生活保護法(出産扶助)						
		a 児童虐待の防止等に関する法律						

大項目	中項目	小項目	午前問題			午後問題		
			番号	出題テーマ	タキソノミー	番号	出題テーマ	タキソノミー
D.子どもの支援に関する関係法規	b 少子化社会対策基本法	39-少子化社会対策大綱(第3次)	I					
		12 の重点課題						
	a 応召義務							
	b 出生証明書の交付	53	出生後死亡した児への書類交付	II				
	c 死産証書および死胎検査書の交付							
	d 異常死産児の届出							
	e 助産録の記録と保存	54	双胎分娩時の助産録の取り扱い	II				
E.助産師の法的義務	f 就業(業務従事者届)の届出							
	g 守秘義務							
	a 助産所の定義							
	b 助産所の開設者と管理者	40-1.3	助産所開設の要件	I				
	c 助産所の管理者の義務				12	助産所での胎盤の取り扱い	I	
	d 助産所の構造と設備							
	e 助産所の広告							
3.助産所の管理・運営	A.関係法規に基づく管理	a 嘘託医および嘱託医療機関との連携・協働	12	報告が必要な妊婦所見	I'			
		b 救急時の搬送と搬送基準						
		c 環境・設備・備品の整備						
		d 地域医療、行政との連携・協働						
		e 助産所での分娩の適応基準						
	B.助産所の管理・運営の基本	f 自宅分娩の適応と可否の判断						
		a 周産期医療体制						
4.周産期医療における連携・協働	A.チーム医療における連携	b 周産期医療におけるチーム医療、多職種の連携・協働						
		c 地域連携とオープンシステム						
		a リスクマネジメント						
	B.医療事故防止対策	b 感染予防・管理、院内感染、薬剤耐性<AMR>						
		c 傷害等の対応と損害賠償保険						
		d 産科医療補償制度						
		a 医療事故防止対策						
5.助産師が行う医療安全と危機管理	C.災害対策・支援活動	b 医療事故の原因						
		c 救急体制						
		d 法的責務						
		a 平時の災害への備えと訓練						
		b 発災時の初期対応						
		c 被災した妊産婦・母子・女性の特徴と支援						
		d 妊産婦・母子・女性への災害に対する教育						

注1)2択問題は、回答2つ(赤字)

表3 出題基準目標別の問題数とその割合

枠組	目標	項目	タキソノミー別問題数				小計	出題割合 (%)
			I	I'	II	III		
基礎助産学	I	I 基本概念、基本姿勢	0	0	0	0	0	0.0%
		II 女性の健康支援のための基本理解	9	0	4	3	16	12.0%
		III リプロダクティブ・ヘルス支援の基本理解	2	0	3	0	5	3.8%
	II	I 周産期の正常経過等の基本理解	13	5	0	2	20	15.0%
		小計	24	5	7	5	41	30.8%
助産診断・技術学	I	I 相談教育の基本理解	0	0	0	0	0	0.0%
		II ライフサイクル各期の相談教育活動	0	3	0	0	3	2.3%
		I 助産診断・技術の基本理解	0	0	0	0	0	0.0%
	妊娠期							
	II	妊娠期の助産診断と支援	1	0	1	3	5	3.8%
		III 逸脱、ハイリスクの支援	1	6	5	3	15	11.3%
	分娩期							
	IV	分娩期の正常経過の助産診断と支援	0	1	2	1	4	3.0%
		V 逸脱、ハイリスクの支援	2	3	5	3	13	9.8%
		VI 緊急時・搬送時の対応	0	0	0	1	1	0.8%
	産褥期							
	VII	産褥期の助産診断と支援	1	0	3	2	6	4.5%
		VIII 逸脱、ハイリスクの支援	0	0	2	4	6	4.5%
		IX 周産期の合併症への支援	0	0	2	0	2	1.5%
	新生児							
	X	新生児期の助産診断と支援	0	2	1	0	3	2.3%
	XI	逸脱、ハイリスクの支援	2	2	2	0	6	4.5%
	乳幼児							
	XII	乳幼児の正常発達・発育の判断と支援	2	0	0	0	2	1.5%
	XIII	乳幼児の疾患と支援	0	0	1	0	1	0.8%
	XIV	低出生体重児、早産児の支援	1	0	3	1	5	3.8%
	小計			10	17	27	18	72
地域母子保健	I	母子保健の動向	3	0	0	0	3	2.3%
	II	母子保健行政と母子保健制度・施策	1	0	0	0	1	0.8%
	III	助産師が行う地域母子保健活動の実際	0	0	1	1	2	1.5%
	小計			4	0	1	1	6
助産管理	I	助産業務管理、安全	7	4	3	0	14	10.5%
	小計			7	4	3	0	14
総 計			45	26	38	24	133	100.0%
			33.8%	19.5%	28.6%	18.0%	100.0%	/

表4 出題基準別にみた出題数と割合

大項目	中項目	小項目	103回				小計	割合(%)						
			タキソノミー		II	III								
<b>基礎助産学 I</b>														
<b>目標 I . 助産の基本となる概念と変遷、基本姿勢について基本的な理解を問う。</b>														
1.助産の基本	A.助産・助産師の定義	a 保健師助産師看護師法					0	0.0%						
		b 世界保健機関<WHO>					0	0.0%						
		c 國際助産師連盟<ICM>					0	0.0%						
	B.助産師の役割と責務	a 保健師助産師看護師法に基づく義務					0	0.0%						
		b 医療法に基づく業務					0	0.0%						
		c コア・コンピテンシー、助産師の声明					0	0.0%						
		d 守秘義務					0	0.0%						
		e 助産師の業務範囲と臨時応急の手当て					0	0.0%						
	C.助産における倫理	a 性と生殖に関する生命倫理					0	0.0%						
		b 助産師の倫理綱領					0	0.0%						
	D.助産における基本的な概念	a 対象の権利の尊重					0	0.0%						
		b 女性を中心としたケア<Women-centered care>					0	0.0%						
		c 家族を中心としたケア<Family-centered care>					0	0.0%						
		d リプロダクティブ・ヘルス／ライツ					0	0.0%						
		e エビデンスに基づいた助産活動					0	0.0%						
	E.日本・諸外国の助産・助産師の変遷	a 助産の場					0	0.0%						
		b 助産の担い手					0	0.0%						
		c 助産師教育					0	0.0%						
		d 母子健康手帳					0	0.0%						
<b>目標 II . 女性の健康に関する支援のための基本的な理解を問う。</b>														
2.女性のライフサイクルと健康課題への支援	A.思春期・成熟期女性に特有な健康課題	a 性器の奇形・異常					0	0.0%						
		b やせ、肥満					0	0.0%						
		c 初経(早発月経、遅発月経)					0	0.0%						
		d 月経周期の異常(月経不順、稀発月経、無月経)			1		1	0.8%						
		e 体重減少性無月経			1		1	0.8%						
		f 月経困難症	2				2	1.5%						
		g 月経前症候群・月経前不快気分障害<PMDD>				1	1	0.8%						
		h 過多月経、過少月経					0	0.0%						
		i 多嚢胞性卵巣症候群<PCOS>					0	0.0%						
	B.更年期女性に特有な健康課題	a 閉経、更年期障害					0	0.0%						
		b 脂質異常症、糖尿病					0	0.0%						
		c 虚血性心疾患					0	0.0%						
		d メタボリックシンドローム					0	0.0%						
	C.老年期女性に特有な健康課題	a 萎縮性膀胱炎					0	0.0%						
		b 排尿障害、尿失禁、過活動膀胱					0	0.0%						
		c 骨盤臓器脱		1			1	0.8%						
		d 骨粗鬆症、フレイル					0	0.0%						
		e 認知症、抑うつ					0	0.0%						
	D.就業女性に特有な健康課題	a ライフプランを考慮した健康					0	0.0%						
		b ワーク・ライフ・バランス					0	0.0%						
	E.女性への暴力と健康課題	a ドメスティック・バイオレンス<DV>			1		1	0.8%						
		b 性暴力					0	0.0%						
		c セクシュアル・ハラスメント					0	0.0%						
	A.遺伝	a 常染色体遺伝とその異常		1	1	2	1.5%							
		b 性染色体遺伝とその異常					0	0.0%						
		a 食生活指針、食生活の習慣					0	0.0%						

3.女性の健康に影響を及ぼす因子	B.食事と栄養	b 栄養所要量				0 0.0%
		c 栄養状態の評価法				0 0.0%
		d 有害物質の摂取	1			1 0.8%
	C.物理・化学的環境	a 放射線、電磁波				0 0.0%
		b 大気汚染				0 0.0%
		c 環境汚染物質と環境ホルモン				0 0.0%
	D.嗜好、薬物	a 喫煙				0 0.0%
		b 飲酒、アルコール依存				0 0.0%
		c 薬物(薬物乱用、薬物依存)				0 0.0%
	E.運動	a エネルギー不足				0 0.0%
		b 過活動				0 0.0%
4.性と生殖に関する解剖と生理	A.内性器、外性器	a 内性器・外性器の構造と機能	1			1 0.8%
		b 神経の構造				0 0.0%
		c 血管の構造				0 0.0%
	B.骨盤、骨盤内臓器	a 骨盤の構造				0 0.0%
		b 骨盤内臓器と支持組織	1			1 0.8%
		c 骨盤内臓器の神経・血管支配				0 0.0%
	C.性周期	a 制御するホルモン				0 0.0%
		b 生殖器の変化				0 0.0%
		c 心身に与える影響				0 0.0%
5.性の機能と行動	A.性の分化と発達	a 性分化の仕組み	2			2 1.5%
		b ジェンダー・アイデンティティ				0 0.0%
		c セクシュアリティの発達				0 0.0%
	B.性行動	a 性反応				0 0.0%
		b 性機能と障害				0 0.0%
6.女性生殖器と乳房の疾患	A.子宮と付属器の疾患	a 子宮腫瘍(がん、肉腫、子宮筋腫、子宮腺筋症、ポリープ)				0 0.0%
		b 卵巣腫瘍(がん、卵巣囊腫)				0 0.0%
		c 子宮内膜症				0 0.0%
	B.乳房疾患	a 乳癌	1			1 0.8%
		b 乳腺症				0 0.0%
	C.検査法	a 基本的な診察(視診、触診、腔鏡診、内診)				0 0.0%
		b 子宮頸部細胞診(パップスメアテスト)	1			1 0.8%
		c 膽分泌物等を用いた検査(鏡検、培養)				0 0.0%
		d 超音波断層法				0 0.0%
		e マンモグラフィー				0 0.0%
<b>目標III. リプロダクティブ・ヘルスに関する支援のための基本的な理解を問う。</b>						
7.家族計画と受胎調節法	A.家族計画に関する基礎的知識	a 目的と必要性				0 0.0%
		b 生活状況に応じた方法の選択				0 0.0%
		c 産後の回復過程に応じた方法の選択				0 0.0%
		d パートナーを含めた教育				0 0.0%
		e 母体保護法				0 0.0%
		f 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律<医薬品医療機器等法、旧薬事法>				0 0.0%
	※a～gの中項目	a 基礎体温法				0 0.0%
		b コンドーム				0 0.0%
		c 経口避妊薬、緊急避妊薬	1			1 0.8%
		d 子宮内避妊具<IUD>				0 0.0%
		e 子宮内黄体ホルモン放出システム<IUS : Intrauterine Contraceptive System>				0 0.0%
		f 不妊手術				0 0.0%
		g ペッサリー				0 0.0%
	※a～eの共	a 尿道炎、膀胱炎、腎盂腎炎				0 0.0%

8.婦人科の炎症性疾患	通の中項目	b 子宮頸管炎、子宮内膜炎・筋層炎					0 0.0%
	A. 病態	c 脣周囲炎、外陰炎					0 0.0%
	B. 診断	d 細菌性膣炎・膣症					0 0.0%
	C. 治療	e 骨盤腹膜炎					0 0.0%
	D. 予防						
9.性感染症<STI>	※a~jの共通の中項目	a 性器ヘルペス					0 0.0%
		b 尖圭コンジローマ					0 0.0%
		c ヒト免疫不全ウイルス<HIV>、後天性免疫不全症候群<AIDS>					0 0.0%
		d クラミジア感染症					0 0.0%
		e 淋菌感染症					0 0.0%
		f 梅毒					0 0.0%
		g ヒトパピローマウイルス<HPV>感染症					0 0.0%
		h カンジダ症					0 0.0%
		i トリコモナス膣炎					0 0.0%
		j 斑癬					0 0.0%
10.不妊症・不育症	A.女性側の要因の病態、診断と治療	a 排卵障害					0 0.0%
		b 卵管の障害					0 0.0%
		c 子宮の障害					0 0.0%
		d 性交障害					0 0.0%
		e 卵子のエイジング					0 0.0%
		f 抗リン脂質抗体症候群					0 0.0%
		g 染色体異常	1				1 0.8%
	B.男性側の要因の病態、診断と治療	a 精子形成障害					0 0.0%
		b 精管通過障害					0 0.0%
		c 性交障害					0 0.0%
	C.不妊症・不育症の女性への支援	a 社会的支援					0 0.0%
		b 精神的支援					0 0.0%
		c 不妊治療					0 0.0%
		d 生殖補助医療(体外受精、顕微授精)と合併症(多胎妊娠、卵巣過剰刺激症候群)			2		2 1.5%
		e 卵巣・配偶子の凍結保存					0 0.0%
		f 第三者の関わる治療(配偶子・胚の提供、代理懐胎)					0 0.0%
		g 養子縁組					0 0.0%
11.出生前診断	A.出生前診断の基本的な考え方	a 出生前診断の概念・目的					0 0.0%
		b 出生前診断における倫理					0 0.0%
	B.出生前検査の方法に関する基礎	a 級毛検査					0 0.0%
		b 羊水検査		1			1 0.8%
		c 母体血清マーカー検査					0 0.0%
		d 母体胎児染色体検査<NIPT:non-invasiveprenatal test>					0 0.0%
		e 超音波検査					0 0.0%

## 基礎助産学Ⅱ

**目標Ⅰ. 妊娠による女性の変化や正常な妊娠・分娩・産褥の経過及び正常な新生児の経過や乳幼児の成長・発達における特徴について基本的な理解を問う。**

1.妊娠	A.妊娠の成立	a 卵胞発育と排卵		1			1 0.8%
		b 子宮内膜(増殖期・分泌期)と機能					0 0.0%
		c 造精機能と射精					0 0.0%
		d 精子・卵子形成					0 0.0%
		e 受精					0 0.0%
		f 着床の機序	1				1 0.8%
	B.妊娠の維持機構	a 妊娠の維持とホルモン					0 0.0%
		b 免疫機能					0 0.0%
	A.生殖器の	a 子宮					0 0.0%
		b 子宮付属器					0 0.0%

	変化	c	腔、外陰部				0 0.0%
		d	乳房				0 0.0%
2.妊娠による母体の変化	B.全身の変化	a	神経系				0 0.0%
		b	感覚器系				0 0.0%
		c	循環器系	2			2 1.5%
		d	呼吸器系				0 0.0%
		e	消化器系				0 0.0%
		f	内分泌系、代謝系				0 0.0%
		g	泌尿器系	1			1 0.8%
		h	運動器系				0 0.0%
	C.免疫能の特性	a	胎児の免疫学的機能				0 0.0%
		b	母体－胎児間の免疫	1			1 0.8%
3.妊娠中の栄養	A.母体の健康と胎児の発育	a	妊娠中の栄養所要量				0 0.0%
		b	ビタミン・鉄・葉酸・カルシウムの過不足				0 0.0%
		c	母体低栄養				0 0.0%
		d	栄養過剰摂取				0 0.0%
		e	非妊娠時の体格(やせ、肥満)				0 0.0%
		f	喫煙				0 0.0%
		g	飲酒				0 0.0%
		h	嗜好品				0 0.0%
		i	成人病胎児期発症説<DOHaD>	1			1 0.8%
	B.母体の栄養と妊娠合併症	a	妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠			2	2 1.5%
		b	妊娠高血圧症候群				0 0.0%
4.胎児	A.胎児の発育	a	妊娠＜胚＞、胎芽、胎児				0 0.0%
		b	胎児の形態と発育	1			1 0.8%
	B.臓器の成熟と器官形成期	a	神経・運動器系				0 0.0%
		b	感覚器系				0 0.0%
		c	循環器系				0 0.0%
		d	血液・造血器系				0 0.0%
		e	免疫系				0 0.0%
		f	呼吸器系				0 0.0%
		g	消化器系				0 0.0%
		h	内分泌系、代謝系				0 0.0%
		i	泌尿器系、生殖器系				0 0.0%
5.胎児付属物	A.卵膜の構造と機能	a	羊膜、絨毛膜、脱落膜	2			2 1.5%
		b	母体由来、胎児由来				0 0.0%
	B.羊水の生成と機能	a	羊水の生成過程・成分				0 0.0%
		b	羊水の機能	2			2 1.5%
	C.臍帯の構造と機能	a	臍帯血管、臍帯血				0 0.0%
		b	臍帯の形状				0 0.0%
	D.胎盤の構造と機能	a	胎盤の形成と構造				0 0.0%
		b	胎盤の発育				0 0.0%
		c	胎児－胎盤系循環				0 0.0%
		d	物質の胎盤通過性				0 0.0%
6.分娩の基礎	A.分娩に関する定義	a	分娩開始の定義				0 0.0%
		b	分娩第1期から第4期の定義				0 0.0%
		c	妊娠期間による分娩の法的・産科学的定義				0 0.0%
		d	分娩様式、分娩体位				0 0.0%
		e	分娩誘発、分娩促進				0 0.0%
		f	無痛分娩				0 0.0%
		a	胎児と胎児付属物				0 0.0%

	B.分娩の三要素	b 産道	1		1	0.8%
		c 婦出力	1		1	0.8%
7.新生児の特徴	A.身体的特徴	a 身体的発育			0	0.0%
		b 成熟徵候			0	0.0%
	B.生理的特徴	a 神経・運動器系			0	0.0%
		b 感覚器系			0	0.0%
		c 循環器系			0	0.0%
		d 血液・造血器系			0	0.0%
		e 免疫系			0	0.0%
		f 呼吸器系			0	0.0%
		g 消化器系			0	0.0%
		h 内分泌系、代謝系			0	0.0%
	C.行動上の特徴	i 泌尿器系			0	0.0%
		j 体温調節			0	0.0%
		a 睡眠と覚醒			0	0.0%
8.乳幼児の特徴	A.身体的特徴	b 哺乳			0	0.0%
		c 母子の相互作用			0	0.0%
	B.生理的特徴	a 身体的発育			0	0.0%
		b 神経・運動器系			0	0.0%
		c 感覚器系			0	0.0%
		d 循環器系			0	0.0%
		e 免疫系			0	0.0%
		f 呼吸器系			0	0.0%
		g 消化器系			0	0.0%
		h 内分泌系、代謝系			0	0.0%
	C.心理・社会的特徴と行動上の特徴	i 泌尿器系			0	0.0%
		a 精神発達	1		1	0.8%
		b 生活習慣・行動			0	0.0%
		c 食事と栄養			0	0.0%
9.妊娠・分娩・産褥と薬物	A.薬物の作用と母子への影響	d 予防接種			0	0.0%
		a 子宮収縮薬			0	0.0%
		b 子宮収縮抑制薬			0	0.0%
		c 麻酔薬			0	0.0%
		d 薬物の催奇形性	1		1	0.8%
	B.授乳期の薬物摂取と母子への影響	e 薬物の胎盤通過性	2		2	1.5%
		a 薬物の母乳移行			0	0.0%
		b 乳汁分泌に影響する薬物			0	0.0%

#### 助産診断・技術学 I

目標 I . 女性や家族の健康課題の解決、健康の保持・増進に必要となる相談・教育について基本的な理解を問う。

1.相談・教育活動の基本	A.相談・教育の基礎	a 対象理解				0 0.0%
		b 成人教育における留意点				0 0.0%
		c 問題解決プロセス				0 0.0%
		d 女性を中心としたケア<Woman-centered care>				0 0.0%
		e セルフケア				0 0.0%
		f エンパワメント				0 0.0%
		g 意思決定支援				0 0.0%
	B.相談・教育活動の過程	a 計画立案				0 0.0%
		b 実施評価				0 0.0%
		c 教材・媒体の工夫				0 0.0%
	C.相談・教育	a コミュニケーション				0 0.0%

活動の技術	b	カウンセリング					0 0.0%
	a	個別相談					0 0.0%
	b	集団教育					0 0.0%
	c	家庭訪問					0 0.0%
	d	電話相談					0 0.0%
	e	仲間づくり					0 0.0%
	f	ピアサポート					0 0.0%
	g	討議法、グループワーク					0 0.0%
	h	双方向教育					0 0.0%

**目標Ⅱ. 女性のライフサイクル各期における相談・教育活動の実際について基本的な理解を問う。**

2.女性のライフサイクル各期における相談・教育活動の実際	A.思春期女性への相談・教育	a	月経に関する教育・相談(月経異常、月経随伴症状)				0 0.0%
		b	性教育(いのちの教育、生命誕生)				0 0.0%
	B.成人期女性への相談・教育	a	ライフプランを考慮した健康				0 0.0%
		b	家族計画、性生活				0 0.0%
		c	子宮頸がん検診				0 0.0%
		d	性感染症<STI>				0 0.0%
		e	不妊症、不育症				0 0.0%
		f	人工妊娠中絶				0 0.0%
	C.周産期にある女性や家族への相談・教育	a	出産準備教育				0 0.0%
		b	両親学級				0 0.0%
		c	祖父母向け教育(孫育て教室)		1		1 0.8%
		d	育児に関する相談・教育		2		2 1.5%
		e	家庭訪問(妊婦訪問、新生児訪問)				0 0.0%
		f	産後の生活、家族計画				0 0.0%
	D.更年期・老年期女性への相談・教育	a	更年期障害、更年期症状				0 0.0%
		b	骨粗鬆症				0 0.0%
		c	骨盤臓器脱、尿失禁				0 0.0%

**<助産診断・技術学Ⅱ>**

**目標Ⅰ. 助産に必要な助産診断・技術について基本的な理解を問う。**

1.助産診断	A.助産診断・助産ケアの過程	a	情報収集				0 0.0%
		b	助産診断				0 0.0%
		c	計画立案				0 0.0%
		d	実施				0 0.0%
		e	評価				0 0.0%
		f	記録				0 0.0%
	B.助産診断に関わる諸理論	a	適応理論				0 0.0%
		b	発達理論				0 0.0%
		c	家族理論				0 0.0%
		d	親子理論				0 0.0%
	2.助産技術	a	医療面接、情報収集、インフォームド・コンセント				0 0.0%
		b	視診				0 0.0%
		c	触診(乳房、腹部、Leopold<レオポルド>触診法)				0 0.0%
		d	計測診(身体計測、骨盤外計測、腹囲、子宫底長)				0 0.0%
		e	内診、双合診				0 0.0%
		f	間欠的胎児心拍数聴取				0 0.0%
		g	超音波断層法				0 0.0%
		h	ノンストレステスト<NST>				0 0.0%
	B.分娩経過の診断・ケアに必要な技術	a	医療面接、情報収集、インフォームド・コンセント				0 0.0%
		b	視診				0 0.0%
		c	聴診(Doppler<ドップラ>法)				0 0.0%
		d	触診(Seitz<ザイツ>法、頸部法、後会陰触診法)				0 0.0%

	e	内診				0	0.0%
	f	間欠的胎児心拍数聴取				0	0.0%
	g	分娩監視装置による連続モニタリング				0	0.0%
<b>目標Ⅱ. 妊娠期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。</b>							
3.妊娠期の助産診断	a	医療面接、情報収集				0	0.0%
	b	性器に現れる妊娠徵候				0	0.0%
	c	性器外に現れる妊娠徵候				0	0.0%
	d	内診				0	0.0%
	e	免疫学的妊娠反応検査				0	0.0%
	f	超音波検査				0	0.0%
	g	分娩予定日の決定	1			1	0.8%
B.妊娠経過の診断	a	身体所見				0	0.0%
	b	体格指數<BMI>、体重増加量				0	0.0%
	c	内診				0	0.0%
	d	血圧				0	0.0%
	e	血液検査				0	0.0%
	f	尿検査				0	0.0%
	g	マイナートラブル				0	0.0%
	h	既往歴、家族歴				0	0.0%
	i	妊娠・分娩歴、産科病歴、合併症				0	0.0%
C.胎児の発育・健康状態の診断	a	胎児推定体重				0	0.0%
	b	子宮底長、腹囲				0	0.0%
	c	胎位、胎向、胎勢				0	0.0%
	d	胎児心拍数の評価(間欠的胎児心拍数聴取、連続的胎児心拍数モニタリング)				0	0.0%
	e	胎盤付着部位				0	0.0%
	f	胎児胎盤機能検査				0	0.0%
	g	羊水量の変化と羊水量の測定				0	0.0%
	h	母体栄養と胎児の発育				0	0.0%
D.日常生活行動の診断	a	食事と栄養				0	0.0%
	b	睡眠、休息				0	0.0%
	c	活動、運動				0	0.0%
	d	排泄				0	0.0%
	e	清潔行動				0	0.0%
	f	性生活				0	0.0%
E.妊婦と家族の心理・社会的側面の診断	a	年齢				0	0.0%
	b	経済状態				0	0.0%
	c	婚姻形態(パートナーとの関係)				0	0.0%
	d	家族関係(家族の意識と役割)				0	0.0%
	e	文化的背景(母性意識、母親役割、ソーシャルサポート)				0	0.0%
	f	妊娠の受容				0	0.0%
	g	情緒の変化				0	0.0%
	h	不安や問題への対処行動				0	0.0%
	i	ボディイメージの変化				0	0.0%
	j	日常生活行動の変化				0	0.0%
	k	過去の出産体験				0	0.0%
A.妊娠期の生活に適応するための支援	a	食事と栄養				0	0.0%
	b	排泄				0	0.0%
	c	活動と運動		1		1	0.8%
	d	休息と睡眠				0	0.0%
	e	清潔と衣生活				0	0.0%
	f	定期健康診査受診の推奨				0	0.0%

4.正常な経過にある妊婦への支援		g	マイナートラブルへの対処				0	0.0%
		h	嗜好品				0	0.0%
		i	性生活				0	0.0%
	B.就労女性への支援	a	母性健康管理指導事項連絡カード			1	1	0.8%
		b	就業規則				0	0.0%
		c	労働時間				0	0.0%
		d	産前産後休業、育児休業、育児時間			1	1	0.8%
	C.心理・社会的支援	a	妊婦の妊娠の受容				0	0.0%
		b	出産に対する不安			1	1	0.8%
		c	出産・育児準備				0	0.0%
		d	家族関係の形成				0	0.0%
		e	胎児に対する愛着形成				0	0.0%
		f	妊婦に対する家族の理解				0	0.0%
		g	社会資源の活用				0	0.0%

**目標III. 正常な妊娠経過からの逸脱及びハイリスク状態にある妊婦への支援について基本的な理解を問う。**

5.正常な妊娠経過からの逸脱・産科合併症のある妊婦への支援	※ a～rの共通の中項目 A. 病態 B. 診断と治療 C. 助産診断 D. 助産ケア(健康教育、胎児管理、薬物治療の管理、早期発見、予防を含む)	a	妊娠悪阻				0	0.0%
		b	切迫流産・早産				0	0.0%
		c	異所性妊娠		2		2	1.5%
		d	妊娠貧血			1	1	0.8%
		e	妊娠糖尿病				0	0.0%
		f	頸管無力症				0	0.0%
		g	妊娠高血圧症候群、妊娠高血圧腎症			2	2	1.5%
		h	羊水量の異常	2	1		3	2.3%
		i	絨毛膜羊膜炎		1		1	0.8%
		j	胎児発育不全<FGR>	1			1	0.8%
		k	骨盤位				0	0.0%
		l	前期破水				0	0.0%
		m	常位胎盤早期剥離		1		1	0.8%
		n	子宮内胎児死亡				0	0.0%
		o	過期妊娠				0	0.0%
		p	多胎妊娠				0	0.0%
		q	血液型不適合妊娠				0	0.0%
		r	胎盤の位置異常(前置胎盤)		1		1	0.8%

6.母子感染のリスクのある妊婦への支援	※ a～nの共通の中項目 A. 病態 B. 診断と治療 C. 助産診断 D. 助産ケア(早期発見、予防を含む)	a	サイトメガロウイルス				0	0.0%
		b	ヒトパルボウイルスB19				0	0.0%
		c	B型肝炎ウイルス				0	0.0%
		d	C型肝炎ウイルス				0	0.0%
		e	ヒト免疫不全ウイルス<HIV>				0	0.0%
		f	成人T細胞白血病ウイルス-1型<HTLV-1>				0	0.0%
		g	単純ヘルペスウイルス				0	0.0%
		h	水痘ウイルス				0	0.0%
		i	クラミジア				0	0.0%
		j	トキソプラズマ				0	0.0%
		k	梅毒トレポネーマ		1		1	0.8%
		l	B群溶連菌			1	1	0.8%
		m	カンジダ				0	0.0%
		n	ヒトパピローマウイルス<HPV>				0	0.0%

7.ハイリスク状態にある妊婦と家族への支援	A.愛着形成への支援	a	妊娠の受容が困難な妊婦				0	0.0%
		b	胎児との愛着形成困難				0	0.0%
		c	被虐待経験者				0	0.0%
	B.ハイリスク	a	若年妊娠			1	1	0.8%

妊娠における心理的支援 C.喪失体験への支援	b	高年妊娠					0 0.0%
	c	未受診妊婦					0 0.0%
	a	流産・胎内死亡を経験した女性					0 0.0%
	b	帝王切開既往妊婦					0 0.0%

**目標IV. 分娩期の助産診断及び正常な経過にある産婦への支援について基本的な理解を問う。**

8.分娩期の助産診断	A.分娩開始の予知の診断	a	自覚症状				0 0.0%
		b	子宮頸管成熟度				0 0.0%
		c	子宮収縮(前駆陣痛)				0 0.0%
	B.分娩開始の診断	a	陣痛発来				0 0.0%
		b	子宮頸管の変化、子宮口の開大				0 0.0%
	C.破水の診断	a	自覚症状				0 0.0%
		b	検査法				0 0.0%
		c	腔鏡診、内診				0 0.0%
		d	羊水の性状				0 0.0%
	D.分娩経過の診断	a	陣痛、腹圧				0 0.0%
		b	骨盤の大きさと形態				0 0.0%
		c	子宮頸管				0 0.0%
		d	腔・会陰の伸展性				0 0.0%
		e	胎児の大きさ				0 0.0%
		f	胎位、胎向、胎勢、回旋				0 0.0%
		g	胎児の下降度				0 0.0%
		h	胎児と骨盤の関係		1	1	0.8%
	E.胎児の健康状態の診断	i	Friedman<フリードマン>の頸管開大曲線				0 0.0%
		j	児娩出時刻				0 0.0%
		k	分娩所要時間(第1期、第2期、第3期)				0 0.0%
		l	胎盤剥離徵候				0 0.0%
		m	児娩出後の出血				0 0.0%
		n	胎盤・卵膜の娩出				0 0.0%
		o	軟産道の裂傷				0 0.0%
		p	出血量				0 0.0%
	F.産婦の日常生活活動の診断	a	胎児推定体重の算出				0 0.0%
		b	胎児の発育評価				0 0.0%
		c	胎児心拍数陣痛図		1	1	0.8%
		d	羊水の量・性状				0 0.0%
		e	胎盤・胎児の循環動態の評価				0 0.0%
		f	biophysical profile score<bps>				0 0.0%
	G.産婦と家族の心理・社会的側面の診断	a	食事と栄養、排泄				0 0.0%
		b	休息と睡眠、活動				0 0.0%
		a	産婦の情動				0 0.0%
		b	産痛への対処行動				0 0.0%
		c	家族の支援状況				0 0.0%
9.正常な経過にある産婦への支援	A.分娩第1期の助産ケア	a	基本的欲求の充足				0 0.0%
		b	出産環境への配慮				0 0.0%
		c	家族とのコミュニケーション				0 0.0%
		d	産痛緩和				0 0.0%
		e	呼吸法、リラクセーション		1	1	0.8%
		f	分娩進行の促進				0 0.0%
		g	家族への支援				0 0.0%
	B.分娩第2期・分娩第3期の助産ケア	a	基本的欲求の充足				0 0.0%
		b	呼吸法、リラクセーション				0 0.0%
		c	必要時の努責の誘導				0 0.0%

	d	出血量に応じた体位の調整				0 0.0%
	a	出血・子宮復古状態の観察				0 0.0%
	b	基本的欲求の充足				0 0.0%
	c	早期母子接触と実施時の留意点				0 0.0%
	d	母子と家族との対面				0 0.0%
10.分娩の介助	A.分娩介助の原理と基本	a 分娩時の姿勢による分娩介助				0 0.0%
		b 分娩体位による特徴	1		1	0.8%
		c 分娩機転				0 0.0%
		d 呼吸法、リラクセーション				0 0.0%
		e 努責の誘導				0 0.0%
		f 産婦の主体性を尊重したケア				0 0.0%
	B.分娩介助時の技術	a 肛門圧迫・保護				0 0.0%
		b 会陰保護				0 0.0%
		c 児頭娩出				0 0.0%
		d 肩甲娩出				0 0.0%
		e 脊幹娩出				0 0.0%
		f 胎盤娩出				0 0.0%
		g 膽帯切断、胆処置				0 0.0%
	C.胎盤・胎児付属物の検査	a 観察項目と実施方法				0 0.0%

**目標V. 正常な分娩経過からの逸脱及びハイリスク状態にある産婦への支援について基本的な理解を問う。**

11.正常な分娩経過からの逸脱、異常分娩時の産婦への支援	※ a~mの共通の中項目 A. 病態、診断と治療 B. 助産ケア(早期発見、予防を含む)	a 婊出力の異常(分娩誘発・促進時の管理)				0 0.0%
		b 産道の異常				0 0.0%
		c 胎位・胎勢の異常				0 0.0%
		d 進入・回旋の異常	1		1	0.8%
		e 前期破水				0 0.0%
		f 遷延分娩				0 0.0%
		g 肩甲難産	2		2	1.5%
		h 弛緩出血				0 0.0%
		i 子宮破裂				0 0.0%
		j 子宮内反症、頸管・腫・会陰裂傷	1		1	0.8%
		k 子癪				0 0.0%
		l 羊水塞栓				0 0.0%
		m 播種性血管内凝固症候群<DIC>、産科DIC	2			2 1.5%
12.胎児及び胎児付属物異常がある産婦への支援	※ a~dの共通の中項目 A. 病態、診断と治療 B. 助産ケア(早期発見、予防を含む)	a 胎児機能不全				0 0.0%
		b 胎児付属物の異常	1		1	2 1.5%
		c 多胎				0 0.0%
		d 形態異常				0 0.0%
13.産科手術および産科的医療処置が必要な産婦への支援	※ a~mの共通の中項目 A. 適応、準備と方法 B. 助産ケア	a 会陰切開術				0 0.0%
		b 会陰縫合術				0 0.0%
		c 産科麻酔(硬膜外麻酔)	1		1	0.8%
		d 腹式帝王切開術				0 0.0%
		e 分娩誘発・促進				0 0.0%
		f 子宮底圧迫法				0 0.0%
		g 骨盤位牽出術				0 0.0%
		h 吸引遂娩術				0 0.0%
		i 鉗子遂娩術	2			2 1.5%
		j 胎盤圧出法、用手剥離		1	1	0.8%
		k 子宮摘出術				0 0.0%
		l 子宮腔内タンポナーデ		1	1	0.8%
		m 動脈塞栓術による止血<IVR:Interventionalradiology>				0 0.0%



目標VI. 助産に必要な緊急時・搬送時の対応について基本的な理解を問う。						
14.緊急時・搬送時の支援	A.応急処置	a	使用物品と薬剤			0 0.0%
		b	止血法			0 0.0%
		c	会陰裂傷縫合術			0 0.0%
		d	母体の蘇生法			0 0.0%
		e	出血性ショック時の処置			0 0.0%
		f	非出血性ショック時の処置			0 0.0%
		g	自動体外式除細動器<AED>			0 0.0%
		h	異常出血に対する処置(妊娠前半期、妊娠後半期、分娩時、播種性血管内凝固症候群<DIC>、産科DIC、産科危機的出血の診断)		1	1 0.8%
	B.緊急時の対応	a	妊娠婦への説明と同意			0 0.0%
		b	妊娠婦の心理的支援			0 0.0%
		c	家族への心理的支援			0 0.0%
	C.搬送時の対応	a	母体搬送の適応と対応			0 0.0%
		b	新生児搬送の適応と対応			0 0.0%
		c	多職種・多機関の協働・連携			0 0.0%
		d	周産期医療体制			0 0.0%

目標VII. 産褥期の助産診断及び支援についての基本的な理解を問う。						
15.産褥期の助産診断	A.産褥経過の診断	a	身体所見		1	1 0.8%
		b	子宮と付属器		1	1 0.8%
		c	膣、外陰、肛門			0 0.0%
		d	血液検査			0 0.0%
		e	尿検査			0 0.0%
		f	不快症状			0 0.0%
		g	妊娠・分娩歴、産科病歴、合併症			0 0.0%
	B.日常生活行動の診断	a	栄養と食事	1		1 0.8%
		b	睡眠、休息			0 0.0%
		c	活動、運動			0 0.0%
		d	排泄			0 0.0%
		e	清潔行動			0 0.0%
		f	日常生活への適応			0 0.0%
		g	性生活			0 0.0%
	C.褥婦と家族の心理・社会的側面の診断	a	年齢			0 0.0%
		b	経済状態			0 0.0%
		c	婚姻形態			0 0.0%
		d	家族関係			0 0.0%
		e	文化的背景			0 0.0%
		f	出産体験の受容			0 0.0%
		g	母性、父性、親性の発達過程			0 0.0%
		h	親役割の獲得			0 0.0%
		i	家族機能の変化、家族の役割獲得			0 0.0%
		j	居住地域の育児環境			0 0.0%
	D.育児能力の診断	k	マタニティーブルーズ			0 0.0%
		l	産後うつ病			0 0.0%
		a	育児行動の文化的背景			0 0.0%
		b	褥婦の心理に影響を及ぼす要因			0 0.0%
		c	児の受容			0 0.0%
		d	子への愛着形成		1	1 0.8%
	E.産褥期の問題	e	育児技術の習得			0 0.0%
		f	育児不安と対処行動			0 0.0%
	F.産褥期の問題	a	乳房の変化			0 0.0%

	E.母乳育児に関する診断	b	乳汁分泌量の変化				0	0.0%
		c	児の哺乳行動、哺乳サイン、吸着、吸啜				0	0.0%
		d	授乳技術とセルフケア能力				0	0.0%
16.正常経過にある褥婦と家族への支援	A.産褥期の生活への適応および退行性変化促進への支援	a	栄養と食生活				0	0.0%
		b	排泄				0	0.0%
		c	睡眠、休息、生活リズム				0	0.0%
		d	活動、運動、産褥体操、日常生活の行動拡大				0	0.0%
		e	身体の清潔、外陰部の清潔				0	0.0%
		f	子宮底輪状マッサージ法				0	0.0%
		g	性生活				0	0.0%
	B.母乳育児への支援	a	母乳育児に関する意識				0	0.0%
		b	母乳分泌促進法・抑制法				0	0.0%
		c	哺乳の評価			1	1	0.8%
		d	乳房のセルフケア				0	0.0%
		e	乳房トラブルの予防と対処法				0	0.0%
		f	母乳育児のための社会資源				0	0.0%
		g	母乳代用品の安全性				0	0.0%
	C.育児行動獲得への支援	a	母親・パートナー(配偶者)の役割獲得				0	0.0%
		b	愛着形成促進				0	0.0%
		c	育児技術の取得				0	0.0%
		d	育児環境の調整				0	0.0%
		e	子どもがいる生活への調整				0	0.0%
		f	家族関係の調整				0	0.0%
	D.褥婦と家族への心理・社会的支援	a	産婦・家族の分娩体験の想起			1	1	0.8%
		b	出生に関わる届出の支援				0	0.0%
		c	職場復帰への支援				0	0.0%

**目標VIII. 正常な産褥経過からの逸脱及びハイリスク状態にある褥婦への支援について基本的な理解を問う。**

17.不快症状の緩和への支援	※ a~dの共通の中項目 A. 病態、診断、治療 B. 助産ケア(早期発見、予防を含む)	a	後陣痛				0	0.0%
		b	会陰部疼痛				0	0.0%
		c	脱肛・痔核				0	0.0%
		d	排尿・排便障害			2	2	1.5%
18.正常な産褥経過からの逸脱・産科的異常のある褥婦への支援	※ a~iの共通の中項目 A. 病態、診断、治療 B. 助産ケア(早期発見、予防を含む)	a	産褥早期出血			1	1	0.8%
		b	産褥晚期出血				0	0.0%
		c	子宮復古不全				0	0.0%
		d	産褥熱		1		1	0.8%
		e	恥骨結合離開				0	0.0%
		f	静脈瘤、血栓性靜脈炎				0	0.0%
		g	深部静脈血栓症、肺塞栓症		1		1	0.8%
		h	感染症				0	0.0%
		i	妊娠高血圧症候群後遺症				0	0.0%
19.乳房の異常がある褥婦への支援	※ a~bの共通の中項目 A. 病態、診断、治療 B. 助産ケア	a	乳頭損傷				0	0.0%
		b	乳腺炎				0	0.0%
20.特別な母乳育児支援を必要とする褥婦への支援	※ a~cの共通の中項目 A. 対象の理解 B. 助産ケア	a	医学的適応により人工乳の補足が必要な児				0	0.0%
		b	乳癌の合併				0	0.0%
		c	成人T細胞白血病ウイルス-1型<HTLV-1>キャリア				0	0.0%
21.特別な育児支援を必要とする褥婦への支援	※ a~fの共通の中項目 A. 対象の理解 B. 助産ケア	a	多胎出産				0	0.0%
		b	不妊治療後の出産				0	0.0%
		c	障害児				0	0.0%
		d	予後不良児			1	1	0.8%

	e	在留外国人家庭				0	0.0%
	f	ひとり親家庭				0	0.0%
22.心理的リスクがある 帰婦への支 援	※ a~dの共 通の中項目 A. 病態、診 断、治療 B. 助産ケア (早期発見、 予防を含む)	a 産後うつ病				0	0.0%
	b 産褥精神病					0	0.0%
	c 帝王切開術後					0	0.0%
	d 流産・早産・死産経験					0	0.0%

**目標IX. 妊娠期から産褥期における合併症がある妊産婦への支援について基本的な理解を問う。**

23.合併症が ある妊産婦 への支援	※ a~eの共 通の中項目 A. 病態、診 断、治療 B. 助産ケア (早期発見、 予防を含む)	a 心疾患				0	0.0%
	b 腎疾患					0	0.0%
	c 甲状腺疾患			1		1	0.8%
	d 糖尿病					0	0.0%
	e 子宮筋腫			1		1	0.8%

**目標X. 新生児期の助産診断及び支援について基本的な理解を問う。**

24.出生後24 時間以内の 新生児の助 産診断	A.胎外環境 への適応と 成長・成熟	a Apgar<アプガーラスコア				0	0.0%
		b 出生直後の状態				0	0.0%
		c 呼吸の確立				0	0.0%
		d Silverman<シルバーマン>スコア				0	0.0%
		e 全身の状態				0	0.0%
		f バイタルサイン				0	0.0%
		g 身体計測値				0	0.0%
		h 成熟度の判定(Dubowitz法)				0	0.0%
		i 睡眠・覚醒レベル				0	0.0%
	B.正常から の逸脱の診 断	a 新生児仮死				0	0.0%
		b 黄疸				0	0.0%
		c 胎内環境と新生児への影響の評価				0	0.0%
		d 外表奇形、特異な顔貌		2		2	1.5%
25.出生後24 時間以降の 新生児の助 産診断	A.胎外環境 への適応と 成長・成熟	a 胎外環境への適応状態				0	0.0%
		b 分娩侵襲からの回復				0	0.0%
		c 哺乳				0	0.0%
		d 消化と排泄				0	0.0%
		e 生理的体重減少				0	0.0%
	B.正常から の逸脱の診 断	a 黄疸				0	0.0%
		b 原始反射				0	0.0%
		c 脳膜出血、脳膜の脱落				0	0.0%
		d 新生児聴覚スクリーニング				0	0.0%
		e 先天性代謝異常検査				0	0.0%
26.出生後24 時間以内の 新生児への 支援	A.胎外環境 への適応へ の支援	a 胎外環境への適応の促進				0	0.0%
		b 保温				0	0.0%
	B.成長・発達 への支援	a 母子接觸				0	0.0%
		b 哺乳				0	0.0%
		c 排泄				0	0.0%
	C.予防の支 援	a 感染予防				0	0.0%
		b 点眼				0	0.0%
		c 安全確保				0	0.0%
		d 与薬(ビタミンK2シロップ)				0	0.0%
27.出生後24 時間以降の 新生児への 支援	A.成長・発達 への支援	a 栄養と授乳		1		1	0.8%
		b 保温と環境温度の調整				0	0.0%
	B.清潔への 支援	a 保清、沐浴				0	0.0%
		b 感染予防				0	0.0%
	C.成長・発達 及び愛着形 成への支援	a 母子同室中のケア				0	0.0%
		b 母子愛着形成促進のためのケア				0	0.0%

目標XI. 新生児の正常からの逸脱及び異常な症状・状態・疾患がある新生児と家族への支援について基本的な理解を問う。						
28.新生児の正常からの逸脱、および異常な症状・状態への支援	※ a～oの共通の中項目 A. 病態、診断、治療 B. 助産ケア(早期発見、予防を含む)	a	呼吸障害			0 0.0%
		b	無呼吸発作			0 0.0%
		c	チアノーゼ			0 0.0%
		d	嘔吐			0 0.0%
		e	腹部膨満		1	1 0.8%
		f	吐血・下血			0 0.0%
		g	けいれん			0 0.0%
		h	麻痺			0 0.0%
		i	発熱			0 0.0%
		j	低体温		1	1 0.8%
		k	黄疸			0 0.0%
		l	頭血腫			0 0.0%
		m	帽状腱膜下出血			0 0.0%
		n	心雜音			0 0.0%
		o	なんとなく元気がない<not doing well>			0 0.0%
29.治療を必要とする新生児と家族への支援	※ a～eの共通の中項目 A. 適応、準備と方法 B. 助産ケア	a	呼吸障害(酸素療法、人工呼吸療法)			0 0.0%
		b	光線療法			0 0.0%
		c	経管栄養			0 0.0%
		d	輸液管理			0 0.0%
		e	新生児蘇生法			0 0.0%
30.疾患がある新生児と家族への支援	※ a～kの共通の中項目 A. 病態、診断、治療 B. 助産ケア	a	新生児低血糖症		1	1 0.8%
		b	新生児一過性多呼吸<TTN>			0 0.0%
		c	胎便吸引症候群<MAS>		1	1 0.8%
		d	気胸、縦隔気腫			0 0.0%
		e	高ビリルビン血症		1	1 0.8%
		f	新生児ビタミンK欠乏症		1	1 0.8%
		g	新生児皮膚疾患(中毒疹、おむつ皮膚炎)			0 0.0%
		h	新生児眼疾患(鼻涙管狭窄)			0 0.0%
		i	外表奇形			0 0.0%
		j	分娩外傷(鎖骨骨折、上腕神経叢麻痺)			0 0.0%
		k	感染症			0 0.0%
目標XII. 乳幼児の正常発達・発育経過を判断し、それらを促進する支援について基本的な理解を問う。						
31.正常な経過にある乳幼児への支援	A.乳幼児の助産診断	a	身体所見、発育の評価			0 0.0%
		b	発達診断学的診察			0 0.0%
		c	視覚検査		1	1 0.8%
	B.乳幼児の発達を促進する支援	a	栄養			0 0.0%
		b	遊び			0 0.0%
		c	生活習慣・生活リズムの確立			0 0.0%
		d	情緒の発達			0 0.0%
	C.乳幼児の社会性を促進する支援	a	家庭環境との関連			0 0.0%
		b	社会生活のマナー			0 0.0%
		c	自立を促す支援			0 0.0%
		d	人間関係の形成			0 0.0%
	D.乳幼児に起こりやすい事故の予防と対策	a	窒息			0 0.0%
		b	溺水			0 0.0%
		c	誤飲			0 0.0%
		d	交通事故			0 0.0%
		e	転落			0 0.0%
	E.乳幼児の疾病予防への支援	a	予防接種		1	1 0.8%
		b	歯・口腔の衛生			0 0.0%

目標XIII. 乳幼児に起こる主な疾患及び支援について基本的な理解を問う。						
32.乳幼児の疾患と支援	A.乳幼児によくみられる感染症の病態・診断・治療と支援	a 突発性発疹				0 0.0%
		b 百日咳、水痘、流行性耳下腺炎				0 0.0%
		c RSウイルス感染症(細気管支炎)				0 0.0%
		d カンジダ症、鶴口瘡				0 0.0%
		e ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群<SSSS>				0 0.0%
		f 乳幼児下痢症(ロタウイルス、ノロウイルス)				0 0.0%
	B.乳幼児の発達上の問題	a 染色体異常(21トリソミー)				0 0.0%
		b 甲状腺機能低下症(クレチニン症)				0 0.0%
		c 被虐待児症候群		1	1	0.8%
	C.乳幼児突然死症候群<SIDS>	a リスク因子				0 0.0%
		b 予防法と指導				0 0.0%
目標XIV. 低出生体重児・早産児の特徴や疾患及び支援について基本的な理解を問う。						
33.低出生体重児・早産児の特徴と疾患	A.低出生体重児・早産児の分類	a 出生体重による分類				0 0.0%
		b 在胎週数による分類				0 0.0%
		c 在胎週数と出生体重による分類				0 0.0%
	B.低出生体重児・早産児の特徴	a 外観				0 0.0%
		b 循環器系				0 0.0%
		c 血液				0 0.0%
		d 免疫系				0 0.0%
		e 呼吸器系		1	1	0.8%
		f 消化器系、代謝系				0 0.0%
		g 泌尿器系				0 0.0%
		h ピリルビン代謝				0 0.0%
		i 体温調節				0 0.0%
	C.低出生体重児・早産児の疾患の病態・診断	a 呼吸窮迫症候群<RDS>		1	1	0.8%
		b 無呼吸発作				0 0.0%
		c 未熟児動脈管閉存症				0 0.0%
		d 未熟児網膜症				0 0.0%
		e 脳室内出血				0 0.0%
		f 脳室周囲白質軟化症				0 0.0%
		g 核黄疸				0 0.0%
		h 壊死性腸炎				0 0.0%
		i 敗血症、髄膜炎				0 0.0%
		j 未熟児貧血				0 0.0%
		k 未熟児骨減少症<未熟児くる病>				0 0.0%
		l 低血糖症				0 0.0%
		m 低カルシウム血症				0 0.0%
		n 低体温症				0 0.0%
	D.低出生体重児・早産児の予後・経過	a 死亡率				0 0.0%
		b 成長・発達				0 0.0%
		c 後遺症		1	1	0.8%
34.低出生体重児・早産児への支援	A.異常の早期発見、予防のための支援	a 体温管理と体温調節のケア				0 0.0%
		b 呼吸管理				0 0.0%
		c 皮膚のケア				0 0.0%
		d 水分・電解質・血糖管理				0 0.0%
		e 栄養管理と授乳				0 0.0%
		f 感染予防				0 0.0%
	B.発達のための支援(ディベロップメンタルケア)	a ディベロップメンタルケアの目的と対象				0 0.0%
		b ディベロップメンタルケアの内容(ポジショニング、ハンドリング、早期母子接触、タッチケア)		1		1 0.8%
		c 家族への支援(哺乳支援、ファミリーケア)			1	1 0.8%

地域母子保健							
目標Ⅰ. 母子保健の動向について基本的な理解を問う。							
1.地域母子保健の基本	A.母子保健の概念	a	母子保健の変遷				0 0.0%
		b	地域の特性と母子保健				0 0.0%
	B.母子の健康に関する因子	a	社会環境、生活環境、住環境				0 0.0%
		b	生活行動				0 0.0%
		c	生活様式				0 0.0%
		d	家族、地域				0 0.0%
2.母子保健の動向と課題	A.統計にみる母子保健の動向	a	出生数、出生率	1			1 0.8%
		b	合計特殊出生率	1			1 0.8%
		c	妊娠婦死亡	1			1 0.8%
		d	自然流産、人工流産、死産				0 0.0%
		e	周産期死亡				0 0.0%
		f	新生児死亡				0 0.0%
		g	乳児死亡、幼児死亡				0 0.0%
		h	女性の就業率				0 0.0%
		i	人工妊娠中絶				0 0.0%
	B.母子保健に関する課題	a	少子化				0 0.0%
		b	育児支援の必要性				0 0.0%
		c	経済格差、医療の地域格差				0 0.0%
		d	家族形態の多様化				0 0.0%
		e	在留外国人、グローバル化				0 0.0%
目標Ⅱ. 母子保健活動及び助産業務を行う上で必要な母子保健行政と母子保健制度・施策について基本的な理解を問う。							
3.母子保健行政の体系	A.母子保健行政の仕組み	a	母子保健行政の動向				0 0.0%
		b	母子保健行政における国・都道府県・市町村の役割				0 0.0%
		c	母子保健行政の財源				0 0.0%
	B.母子保健に関する法律	a	母子及び父子並びに寡婦福祉法				0 0.0%
		b	児童虐待の防止等に関する法律				0 0.0%
		c	雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律<男女雇用機会均等法>				0 0.0%
		d	育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律<育児・介護休業法>				0 0.0%
	C.母子保健に関する制度	a	健康診査				0 0.0%
		b	保健指導				0 0.0%
		c	療養援護				0 0.0%
		d	医療対策				0 0.0%
		e	母子健康手帳				0 0.0%
		f	予防接種				0 0.0%
	D.主な母子保健施策	a	健やか親子21(第2次)				0 0.0%
		b	次世代育成支援対策				0 0.0%
		c	少子化対策				0 0.0%
		d	妊娠婦のための食生活指針				0 0.0%
		e	授乳・離乳の支援				0 0.0%
		f	母子感染予防(B型肝炎ウイルス、成人T細胞白血病ウイルス-1型<HTLV-1>)				0 0.0%
		g	子どもの事故				0 0.0%
		h	妊娠高血圧症候群等療養援護				0 0.0%
		i	特定不妊治療費助成事業				0 0.0%
		j	母子自立支援、貧困対策、ひとり親家庭等日常生活支援事業				0 0.0%
		k	産前・産後ケア事業	1			1 0.8%
目標Ⅲ. 助産師が行う地域母子保健活動の実際について基本的な理解を問う。							
A.地域の様々な場における助産師の役割	a	助産所					0 0.0%
	b	診療所・病院					0 0.0%
	c	周産期医療センター					0 0.0%
	d	市町村保健センター					0 0.0%
	e	保健所					0 0.0%
	f	子育て世代(母子健康)包括支援センター		1		1	0.8%
	g	職能団体					0 0.0%

4.地域母子保健活動の実際	B.地域における助産師の活動と留意点	a	児童虐待予防					0	0.0%
		b	育児支援(電話相談、ベビーマッサージ)					0	0.0%
		c	産後ケア事業					0	0.0%
		d	妊娠褥婦の訪問					0	0.0%
		e	新生児訪問指導					0	0.0%
		f	出産準備教育					0	0.0%
		g	メンタルヘルスケア					0	0.0%
		h	性教育					0	0.0%
	C.母子保健活動における連携・協働	a	多職種連携					0	0.0%
		b	民間組織・自助グループ<セルフヘルプグループ>との連携					0	0.0%
		c	地域包括ケアシステム				1	1	0.8%

#### 助産管理

目標 I . 助産管理の基本、助産業務管理、助産所の管理・運営、周産期医療とその安全について基本的な理解を問う。

1.助産管理の基本と助産業務管理	A.助産管理の基本	a	助産業務管理の特性					0	0.0%
		b	組織における助産師の役割と助産管理体制					0	0.0%
		c	助産の質の管理と保証					0	0.0%
	B.助産業務管理の過程	a	管理目標の設定					0	0.0%
		b	業務の分析					0	0.0%
		c	業務計画の策定					0	0.0%
		d	業務の評価					0	0.0%
	C.助産業務管理の実際	a	人事・物品・経済・情報・時間の管理					0	0.0%
		b	人材育成(クリニカルラダー)					0	0.0%
		c	看護体制					0	0.0%
		d	文書・記録の管理と開示					0	0.0%
		e	診療情報提供					0	0.0%
		f	他部門・他機関との連携、協調					0	0.0%
		g	地域との連携、ネットワーク					0	0.0%
		h	業務の質の管理					0	0.0%
	D.場に応じた助産業務管理の特徴	a	周産期棟、混合病棟の管理					0	0.0%
		b	外来の管理					0	0.0%
		c	院内助産・助産外来の管理		1			1	0.8%
		d	助産所の管理					0	0.0%
	E.助産業務管理と医療経済	a	医療保険制度					0	0.0%
		b	診療報酬					0	0.0%
		c	分娩費用、健康診査に係わる費用					0	0.0%
		d	出産育児一時金			1		1	0.8%
2.助産師及び助産師の業務に関する法と責任	A.助産師の業務に関する関係法規	a	保健師助産師看護師法					0	0.0%
		b	医療法					0	0.0%
		c	医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律<医薬品医療機器等法、旧薬事法>(処方せん医薬品等取り扱い)					0	0.0%
		d	母子保健法					0	0.0%
		e	母体保護法					0	0.0%
		f	児童福祉法	2				2	1.5%
		g	地域保健法					0	0.0%
	B.届出に関する関係法規	a	戸籍法(出生届、婚姻届)					0	0.0%
		b	刑法(秘密漏示の禁止、墮胎の禁止、虚偽私文書作成の禁止)					0	0.0%
		c	保健師助産師看護師法(出生証明書、死産証書、死胎検査書)					0	0.0%
		a	配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律<DV防止法>		1			1	0.8%
		b	育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律<育児・介護休業法>					0	0.0%
		c	性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律					0	0.0%

C.女性の支援に 関わる 関係法規	d	母子及び父子並びに寡婦福祉法					0	0.0%	
	e	健康保険法、国民健康保険法(出産育児一時金の支給)		1			1	0.8%	
	f	労働基準法					0	0.0%	
	g	雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等 に関する法律<男女雇用機会均等法>					0	0.0%	
	h	男女共同参画社会基本法					0	0.0%	
	i	生活保護法(出産扶助)					0	0.0%	
	a	児童虐待の防止等に関する法律					0	0.0%	
	b	少子化社会対策基本法	2				2	1.5%	
	c	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため の法律<障害者総合支援法>					0	0.0%	
	a	応召義務					0	0.0%	
E.助産師の 法的義務	b	出生証明書の交付		1			1	0.8%	
	c	死産証書および死胎検査書の交付					0	0.0%	
	d	異常死産児の届出					0	0.0%	
	e	助産録の記録と保存		1			1	0.8%	
	f	就業(業務従事者届)の届出					0	0.0%	
	g	守秘義務					0	0.0%	
	a	助産所の定義					0	0.0%	
3.助産所の 管理・運営	b	助産所の開設者と管理者	2				2	1.5%	
	c	助産所の管理者の義務	1				1	0.8%	
	d	助産所の構造と設備					0	0.0%	
	e	助産所の広告					0	0.0%	
	a	嘱託医および嘱託医療機関との連携・協働		1			1	0.8%	
	b	救急時の搬送と搬送基準					0	0.0%	
	c	環境・設備・備品の整備					0	0.0%	
	d	地域医療、行政との連携・協働					0	0.0%	
	e	助産所での分娩の適応基準					0	0.0%	
	f	自宅分娩の適応と可否の判断					0	0.0%	
4.周産期医 療における 連携・協働	A.チーム医 療における 連携	a	周産期医療体制				0	0.0%	
		b	周産期医療におけるチーム医療、多職種の連携・協働				0	0.0%	
		c	地域連携とオーブンシステム				0	0.0%	
5.助産師が 行う医療安 全と危機管 理	A.安全対策	a	リスクマネジメント				0	0.0%	
		b	感染予防・管理、院内感染、薬剤耐性<AMR>				0	0.0%	
		c	傷害等の対応と損害賠償保険				0	0.0%	
		d	産科医療補償制度				0	0.0%	
	B.医療事故 防止対策	a	医療事故防止対策				0	0.0%	
		b	医療事故の原因				0	0.0%	
		c	救急体制				0	0.0%	
		d	法的責務				0	0.0%	
	C.災害対策・ 支援活動	a	平時の災害への備えと訓練				0	0.0%	
		b	発災時の初期対応				0	0.0%	
		c	被災した妊産婦・母子・女性の特徴と支援				0	0.0%	
		d	妊産婦・母子・女性への災害に対する教育				0	0.0%	
計				45	26	38	24	133 100.0%	
				33.8%	19.5%	28.6%	18.0%	100.0%	

## 全国助産師協議会【国際関連活動委員会】

理事 小川久貴子

委員 松崎政代、大田康江、新福洋子、笹川恵美、飯塚幸恵

### 海外助産学教育プログラム紹介 No.2

<豪州（オーストラリア）モナッシュ大学 助産学教育プログラム（課程）>

#### 1. はじめに（小川先生）

海外の最新情報の提供という国際関連活動の一環として、今回は、オーストラリア、モナッシュ大学が行っている助産学教育プログラムのカリキュラムを紹介する。

この助産学教育プログラムの特徴として、学士で優秀な成績を修めた学生だけが進むことのできる Honours – Course（二つの学位を取得できるダブルディグリーコース）があり、1年間のリサーチ課程が設けられていることである。このコースを修了すると、Bachelor of Midwifery (Honours) Bachelor of Nursing として二つの学位を持ち、助産学士（優等学士学位）となる。

この助産学士（優等学士学位）コースは、看護に必要な基本的なスキルと知識、そして看護学士号を通して育成された臨床看護実践に基づき、産科救急を含む妊娠期から産褥期のあらゆる状況における専門知識に加え、高度実践助産師に発展する研究を見いだし、知識とスキルを高める能力の修得を目指すものである。

本コースを修了すると、オーストラリア看護師・助産師局にそれぞれ正看護師及び助産師として登録する資格が得られる。そして、助産師に関するオーストラリア看護・助産委員会（The Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council: ANMC）の全国能力基準に記されている安全な助産師活動の実践を多職種から構成されるマタニティケアチームと協力しながら行うことができるとされ、優秀で革新的な実践を行い、リーダーとなることが期待されている。

オーストラリアの Bachelor of Midwifery (Honours) Bachelor of Nursing の学位をもつ助産学士（優等学士学位）助産師は高度実践看護師に発展してゆく職種であるため、今後の日本の助産教育への示唆を得られると考える。そのため、本稿では、オーストラリア、モナッシュ大学が行っている助産学教育プログラムのカリキュラムについて報告する。

#### 2. モナッシュ大学の概要

1) 国内外の大学評価 <https://www.monash.edu/study/why-choose-monash/our-rankings> 参照

モナッシュ大学は、この 50 年という短期間に教育、研究において国内のみならず国際的にもよい評価を得ている。

2020 年の The Times の高等教育世界大学ランキングで第 75 位、2019 年は、第 6 位、2017 年は第 21 位であった。イギリスの大学評価機関「クアクアレリ・シモンズ社」の行っている QS 世界大学ランキングでは、2020 年は第 58 位であった。看護・助産学は、QS 世界大学ランキングは第 17 位であった（2019 年）。良い大学ガイド 2016 においては、スタッフの資格、学生の定着、研究助成金獲得において 5 つ星という最高ランクが与えられている。またオーストラリア国

内の大学の中で、特に優れたトップ 8 校が Group of Eight と呼ばれ(以下 Go8)、モナッシュ大学は、Go8 に属している。

## 2) モナッシュ大学について <https://www.monash.edu/about/who> 参照

### モナッシュ大学とは (Who we are)

モナッシュ大学では、変化をもたらしたいという思いが、行動すべての基盤となっている。さらに、単なるこありたいという意志にとどまらず、国内的にもまた国際的にも実績をあげている。モナッシュは世界四大陸に拠点を持つグローバルな大学であり、未来へ向けても大胆なプランを描いている。

### 楽観主義 (Optimism)

変化をもたらすには、経験と知恵に加えて、エネルギーと理想を追う熱意が必要である。モナッシュはまだ若い大学であり、その姿勢は進歩的かつ楽観的である。まだ若い大学として、冷笑的态度や伝統、因習といったものには縛られていない。

最高レベルの学者たちがモナッシュに集まっているが、エリート主義者ではない。変化をもたらすために懸命に働く準備ができている人には誰でも、門戸を開いている。

モナッシュの研究者たちは、環境に優しい化学、持続可能性、および事故や外傷などの分野で、優れた成果を上げてきた。またその成功に貢献できたことに、勇気づけられている。

### 文化 (culture)

国内ビクトリア州全体に 4 つのキャンパス、国外ではマレーシアにキャンパスが、また中華人民共和国、イタリア、インドにセンターがある。それぞれにおいて、才能を発見・育成し、そして才能を能力へと伸ばしていく環境が用意されている。

直面する課題に対処するための最善の方法は、支援環境を充実させることだと私たちは考えている。だから私たちは、モナッシュの学生の大学生活が忘れられない経験になるよう、支援を提供している。どのキャンパスに通っても、モナッシュ大学のフレンドリーな雰囲気を実感することができるであろう。

### コラボレーション (Collaboration)

共同研究の機会から、地域社会との関係の構築まで、常にモナッシュの学生や教員が世界に良い影響を与えることに力を注いでいる。例えば、ワールド・モスキート・プログラムや抗インフルエンザ薬リレンザといった成果にその努力は結実してきた。

熱意を共有することにより、私たちはより速く前進できる。確立できる連携がより適切・有用・強力であるほど、与えられる影響は大きいものになるのである。

### 学び続ける (Still learning)

私たちのモットーである "Ancora Imparo" (学び続ける) は、知識の探求に終わりはないことを示している。私たちは、よりよい方法の発見、新しい基準の創造、新分野の開拓へと駆り立てる、尽きることのない熱意を常に抱いている。

学生とスタッフが地域社会そして世界に良い影響を与えるためには、彼らにそのためには必要なものを授け、そして鼓舞しなければならない。そうすることで、彼らは変化を生み出す主体となることができるるのである。

3) 沿革 <https://www.monash.edu/about/who/history> 参照

#### 輝かしい歴史 (A proud history)

エンジニアであり、軍のリーダーであり、行政官であったジョン・モナッシュにちなんで名付けられたモナッシュ大学は、1958 年に行政議会の法律によって設立された。最初の学生が 1961 年に学び始めたとき以降、100 年以上の間、ビクトリア州で最初の大学であり続けている初頭 (Early years)

初期のビジョンは科学とテクノロジーの研究に焦点化した第 3 の研究施設を作り出すことであった。モナッシュがいつもしてきたように、我々は予想を超えて早い行動をした。伝統や慣習にとらわれず、我々は数年の間に 347 人の学生を入学させた。そのコースは、芸術学、経済学、教育学、工学、法学、医学、政策と科学であった。

#### 創造性、改革と行動主義 (Creativity, innovation and activism)

研究を卓越性に重きを置き続けた結果成しえたことは、創造性、改革と不遜の文化であった。

1970 年代、クレインのキャンパスは、オーストラリアの学生運動の中心となった。そして、このチャレンジングな信念は、大学に浸透し、今日まで残っている。かつての活動家たちが注目していたのはベトナム戦争や第 2 のフェミニズム運動であったが、今日では世界的な貧困や持続可能性に注目している。

このリーダーシップ的な立場は、政治的なキャンペーンやアドボカシーの範囲だけでなく、オーストラリアの大学の新しい世代のモデルになった。

#### 成長 (Growth)

テクノロジー/科学のスペシャリストから一般的な大学への成長は急速だった。それは 1990 年にチザム・インスティチュートとの合併により加速した。それによりコールフィールドとペニシュラ キャンパスが大学の一部になった。1 年後、ビクトリア薬学部はモナッシュ大学に入った。これにより、パークビルもモナッシュ大学のキャンパスとなった。

1994 年にメルボルンの南東部の成長に伴いに新しいキャンパス、つまり私たちのベリックキャンパスが設立され、成長は急速に進んだ。

#### モナッシュキャンパスの詳細 (Find out more about Monash campuses)

##### <国際展開>

モナッシュマレーシア

モナッシュ南アフリカ

1998 年、マレーシア教育省は、モナッシュを招き、Sunway Group と共同でマレーシアにキャンパスを設立した。モナッシュ大学マレーシア校は同年に設立され、オーストラリア国外の最初のモナッシュキャンパスであり、マレーシアで最初の「外国の」大学である。

2001 年に南アフリカに 2 番目のオフショアキャンパスが開設された。2014 年以来、モナッシュ南アフリカ校はモナッシュ大学の完全なキャンパスとしては運営されていないが\*、モナッシュ大学の学位がこの地域に固有の資格と一緒に提供される場所として残されている。

\* 訳者注: モナッシュ南アフリカはモナッシュ大学のブランチキャンパスでしたが、2019 年、キャンパスは HIE に売却され、モナッシュとはよばれなくなった。

[https://en.wikipedia.org/wiki/Monash\\_South\\_Africa](https://en.wikipedia.org/wiki/Monash_South_Africa)

### モナッシュの立場 (Find out more about Monash locations)

<8人の創立メンバーのグループ>

<Go8>

大学の素晴らしい評価により、1999年にオーストラリアの最も権威のある研究集約型大学の連合である8つのグループの創設メンバーになることに招待された。

モナッシュは、ちょうど40年の間存在し、1世紀以上をかけて確立した大学は、他大学と比較し明らかに独自の立場を保っている。

### 今日 (Today)

400人未満の学生を抱えるクレイトンのたった一つのキャンパスから、モナッシュは世界中のキャンパス、教育センター、およびパートナーシップのネットワークの中で成長した。170か国以上から約60,000人の学生(および350,000人の同窓生)が在籍する現在、私たちはオーストラリア最大の大学である。

### 卓越性へのしきみ (plant)

New Horizons\*イニシアチブは、将来の製造研究および教育における卓越性を目指したプラットフォームである。大学は現在、10学部内の幅広いコースを提供している。アート、デザイン、建築、芸術、ビジネスと経済、教育、エンジニアリング、情報技、法律、医学、看護および健康科学、調剤、薬学、科学である。

\*訳者注:このイニシアチブには、モナッシュ大学とオーストラリア連邦科学産業研究機構の科学者とエンジニアが参画している。この施設では、約300人のモナッシュスタッフと約150人のオーストラリア連邦科学産業研究機構のスタッフを共同で配置し、起業家文化のあるインラクティブな空間において、国際的なスケール、目的、範囲、および連携を構築することを目指している。

[http://50years.eng.monash.edu.au/future/new-horizons/ 参照](http://50years.eng.monash.edu.au/future/new-horizons/)

### 3. 助産学教育プログラムの概要 (巻末参照)

#### 1) オナーズ (学士で優秀な成績を修めた学生だけが進むことのできる1年間のリサーチ課程) コースの概要

<オナーズ コース(Honours - Course)>

初年度:

本コース要項は、コースを2019年に開始する学生に適応される。医学部・看護学部・保健学部のハンドブックの「学部情報」のセクションに提示の情報も参照すること。

本コースの他の開始年度:

ハンドブックの項目とリンクしていない2018年と2017年のユニットコードは、今年は開講しない。

コースコード: M3007

単位: 192

省略名: BNurs/Bmid(Hons)

CRICOS (Commonwealth Register of Institutions and Courses for Overseas Students) コード  
(留学生を受け入れる登録コード): 089708F

管理学部: 医学・看護学部・保健学部

コースタイプ: 専門家/専門家学士/学士

標準期間: 4 年間

いずれの期間の休学と停学を含めて、このコースを修了する満期は 10 年間で、継続的に最後まで登録していかなければならない。

方式と場所: オンキャンパス (ペニンシュラ)

学位: 助産学士(オナーズ)看護学士、

看護学士(スクラーズプログラム)

実際の看護の学位はコース構成の修了によって授与される。

## 2) 説明 (Description)

看護学士と助産学士 (オナーズ) コースは、21 世紀のヘルスケアのリーダーとなる精力的な看護師と助産師の卒業生を輩出することを目的としている。

このコースは、看護と助産の専門の未来と人々の生活の質にポジティブなインパクトをもたらす能力と属性をもってこのコースを卒業し、効果的で洞察力のあるコミュニケーターとなるのに求められる知識とスキルを持った看護師と助産師を育成する。

卒業生として、看護・助産における非常に優秀で革新的な実践とリーダーシップを保証する。現代の看護と助産の知識と実践、臨床推論技術、研究リテラシーとテクノロジーを反映することによって、ヘルスケアの変化を特定し、結果をもたらす。

助産師は妊娠期、分娩期、産褥期の母親へのケアの提供において、女性とのパートナーシップの下で、必要不可欠な役割を果たしている。このコースの修了によって、看護・助産実践の場で、多職種医療者チームで働く幅広いスキルを持つ非常に能力の高い実践家を輩出する。多様な才能を持っている看護師・助産師は、オーストラリアや国際的な保健サービスにおいて重要性が増加しており、この二つの資格によって、どこの実践の場でも、特に多様なスキルを持つことが命を救うことにつながり得る農村部や遠隔地で、役に立つ人材となる。

モナッシュの看護・助産の卒業生は、我々の教育の質によって世界中から求められている。それは我々の卒業生が、様々な国内外の保健機関での臨床経験を通して育てられた臨床推論、クライエントケア、コミュニケーション、臨床判断と研究リテラシーの価値の高いスキルを所有していることを保証する。これらは、世界クラスの医学研究者や主要な教育病院との我々のリンクによって実証され、強められている。

このコースはオーストラリアや国際的に複雑性が増しているヘルスケアの状況に対応できるように準備する。看護の卒業生として、年齢層をまたがってリーダーシップとケアを提供する有能な初級の正看護師として知識とスキルを得て、急性期ケア、プライマリヘルスケアとヘルスプロモーションの複数の環境でケアを提供する。

このコースで、様々な医療施設とサービスで用いる臨床スキルの安全な実践のための知識を育て、ヘルスケアの状況、概念と認識を批判的に分析するための関連分野の幅広い知識を育てる。

助産学の卒業生として、あなたは上記の能力に、妊娠期から産褥期の産科救急を含めたどのような状況の母子にも継続的なケアを提供する専門的な知識をもつ。ビクトリア州の多様な環境での臨床経験の機会を得て、スウェーデンやイギリスの成功している学生交換プログラムへの臨床実習で学ぶ機会を得るかもしれない。

臨床、専門職スキルは他のヘルスサイエンスコース(医療画像、栄養と食餌療法、作業療法、パラメディック、理学療法、ソーシャルワーク)に入学した学生と一緒に働く時間を通して、学際的なサービス提供の多職種教育を経験することで、更に育てられる。

コースの修了は、正看護師・助産師としてのオーストラリア看護助産局への登録の資格を与える。

看護学の学位は地域、国内、国際的な広いヘルスサービスエリア、つまりは急性期病院、メンタルヘルス、リabilitation、高齢者ケア、地域ケア、農村部、遠隔地サービスでの機会を得ることにつながる。助産学の学位は、妊娠期、分娩期、産褥期を含んだ助産の機会を創出する。また更に学習することで、新生児、母子ヘルスケアや他の分野を専門とすることもできる。

### 3) 成果 (Outcomes)

#### 看護学士 (Bachelor of Nursing)

このコースの成果は、オーストラリア資格枠組みレベル7及びモナシュ大学が学士課程修了者に身に付けていることを期待する能力すなわち学士能力

([http://www.monash.edu.au/pubs/handbooks/ alignmentofoutcomes.html](http://www.monash.edu.au/pubs/handbooks/alignmentofoutcomes.html)) に沿ったものである。このコースを修了すれば、以下のことができる期待されている。

1. 初級レベル能力の登録正看護師に適した知識、技能、特性を有すること
2. 看護実践の基盤となる生物医学の概念や社会科学の概念を、批判的に論理立てて表現するスキルを発揮して説明できること
3. 文化や価値観や信条や社会経済面状況にかかわりなく人間の固有の価値を認めることができること
4. 倫理に適い、礼儀正しく、協働的に看護実践を行うことができ、かつ、適切にリーダーシップを発揮し、管理監督の役割を果たすことができること
5. 個人や集団が適切な水準の健康状態を獲得し、そのような健康状態を維持したりするうえで、これを他者の介入なく行ったり、自己管理できるように看護ケア活動を計画し、実施し、批判的に評価できること
6. 専門職としての高い基準を維持し、看護師の職業コミュニティや多職種から構成される保健ケアチームに貢献し、生涯にわたって学習を行ったりするための個人的な戦略を創り出すことができること
7. 登録正看護師のオーストラリア看護・助産委員会(ANMC)全国能力基準に記載されている安全な看護実践をできること

## **助産学士 ((優等学士学位) Bachelor of Midwifery (Honours))**

このコースの成果はオーストラリア資格枠組みレベル8及びモナシュ大学が学士課程修了者に身に付けていることを期待する能力すなわち学士能力

([http://www.monash.edu.au/pubs/handbooks/ alignmentofoutcomes.html](http://www.monash.edu.au/pubs/handbooks/alignmentofoutcomes.html))に沿ったものである。このコースを修了すれば、以下のことができる期待されている。

1. 看護学士コースの成果に関連したスキルや能力を有していることが証明できること
2. 初級レベル能力の登録助産師の知識、技能、特性を有すること
3. 助産実践の基盤となる生物医学や社会科学の概念を、批判的に論理立てて表現するスキルを発揮して説明できること
4. 専門家としての高い基準を維持し、助産師の職業コミュニティに貢献するための個人的な戦略を創り出すことができること
5. 助産実践に関して、自主的に学ぶ能力を有するとともに、分析したり、批判的に考えたり、問題を解決したり、評価したりする際に革新的なアプローチをとることができること
6. 研究の価値を評価し、入手可能な最善のエビデンスを入手し、これを批判的に評価し、これを日々の助産実践に活かす際に高い技能を有すること
7. リサーチリテラシーを有し、研究を批判的に評価する技能を有するとともに、質的研究プロジェクトを行う能力を有すること
8. 助産師に関するオーストラリア看護・助産委員会 (ANMC) 全国能力基準に記載されている安全な助産師活動の実践を、多職種から構成されるマタニティケアチームと協力しながら行うことができること

### **4) 法令遵守義務 (Mandatory Compliance)**

臨床実習またはフィールドワークを伴うコースを履修開始する場合には、次の検査と要項を遵守しなければならない。詳細については、マンダトリー・コンプライアンス(法令遵守義務)のWeb ページを参照すること(<http://www.monash.edu/medicine/study/student-services/mandatory-compliance>)。また、クリニカル／フィールドワーク・プレイスメント・ハンドブック(臨床実習／フィールドワークに関するハンドブック)も確認すること(<http://www.monash.edu/medicine/study/student-services/policies/clinical-fieldwork-placement>)。臨床実習及びフィールドワークが始まるまでに、正しい書類を自らの責任において取得すること。

### **犯罪歴確認証 (Police checks)**

臨床実習／フィールドワークを行うための適性については、国内・国際(両方またはいずれか一方)のポリス・チェックが必要である。

### **「子供に関わる仕事」審査証 (Working with Children checks)**

臨床実習／フィールドワークをするための適性として有効なワーキング・ウィズ・チルドレン・

チェック\*が必要である。

\*訳者注：18歳以下の子供・青年と接する仕事をする人は、関係役所に事前に登録しなければならないという制度である。この審査でオーストラリア国内での犯罪歴などが調べられる。

#### 予防接種とワクチン接種要件ワクチン要項 (Immunisation and vaccination requirements)

国立健康医学研究評議会の推奨により、本コースでは予防接種とワクチン接種に関する学部の義務規約要件に従う必要がある

(<http://www.monash.edu/medicine/study/student-services/mandatory-compliance>)。

本要件は、保健医療における学生、患者、就業者に対して、ワクチンで予防可能な疾患増加リスクから最大限保護するように作られている。

#### 5) 薬剤管理指針(Drug Administration policy)

1981年の薬物、毒物及び規制薬物法および2006年の薬物、毒物及び規制薬物規制に準拠し、薬剤投与及び保管に関する法的責任に注意する。看護・助産学部は指針を策定しているので、該当の学年に関連した薬剤管理指針に注意が必要である。詳細は看護・助産学部の臨床ガイドライン Web ページを参照すること。

#### フィールドワーク (Fieldwork)

本コースは、学外のへき地・都市にある臨床実習を必修としている。臨床現場では、指導の下で理論を実践に応用する機会が得られる。各ユニットの臨床実習には参加が必須である。技術・知識が不適格であると判断された場合、各ユニットの臨床実習への参加が認められない。必要な技術・知識が不十分であると判断された場合、あるいは学部長による他の適切な理由により臨床実習を取りやめる場合がある。

#### 臨床実習費用 (Clinical expenses)

学生は、臨床実習におけるすべての旅費および宿泊費を負担する義務がある。臨床実習にはユニホームと実習備品が必要である。購入手続きについては、開始時に通知する。

#### ウェブカメラへのアクセス (Access to web camera)

学生はコースを通じてオンライン評価が行われる。同コースにアクセスするためには、ウェブカメラを要する特定ソフトウェアのダウンロードが必要である。ウェブカメラが利用できない場合は、コンピューター室か図書館にてオンライン評価を受ける必要がある。

#### 6) 資格認定 (Professional recognition)

本コースを修了すると、オーストラリア看護師・助産師局にそれぞれ正看護師及び助産師として登録する資格を得られる。

## 7) 構成 (Structure)

助産学士(優等学士学位)コースは、看護に必要な基本的なスキルと知識、そして看護学士号を通して育成された臨床看護実践に基づいており、産科救急を含むあらゆる状況における妊娠期から産褥期の専門知識に加え、高度実践助産師に関連する研究を見いだし、解釈、評価するため知識とスキルを高める。

このコースは、個人的・専門的能力の開発；社会・人口・健康・疾病の理解；臨床看護と助産実践に関する知識の活用；臨床看護スキル；高度臨床助産の理論と実践の理解、を通じて展開されていく。

### パート A. 個人的・専門的能力開発

これらの学習は、医療チームのメンバー、または必要に応じて個人として、自律的に機能しコミュニケーションがとれる専門家となるための人材育成に焦点を当てている。

自己感覚と自己効力感を身に着けることによってレジリエンスを高め、自己のストレスと健康を管理し、看護と助産の文化を専門的に明らかにし、患者との相互作用や内省のスキルを学ぶこととなる。

また、医療環境の中で働く能力、法や倫理の関連問題についての理解、職業上の基準と説明責任、専門職間の教育とチームワーク、リーダーシップスキルと自律的な実践、(看護場面での)治療的コミュニケーションを含む効果的で知覚的なコミュニケーション、そして患者とケアのためのアドボカシーについても学ぶ。

### パート B. 社会・人口・健康・疾病

これらの学習は社会的・環境的・行動的状況、健康と病気の決定要因、およびこれらの文脈における看護と助産実践の重要性に焦点を当てている。

公衆衛生、グローバルヘルス、ヘルスプロモーション、応用コミュニティヘルス教育について考慮し、コミュニティの多様性と弱い立場にいる人々について学び、看護と助産に不可欠な文化的能力を開発する。

また、エビデンスに基づく実践に必要な知識と情報管理へのアプローチと、助産の高度な実践に関連する研究を見出し、解釈し、批判的に評価するための知識とスキルを開発していく。

### パート C. 臨床実践のための知識の活用

これらの学習は、高度なスキルを有する看護師としてのエビデンスに基づく医療の基盤を提供する。生命科学(解剖学、生理学、病態生理学、微生物学)および薬理学(向精神薬を含む)の研究を通して、人間の健康の生物学的基盤について学ぶ。

メンタルヘルスを含む医療介入に知識を適応する能力や、健康とヘルスケアの管理に関するエビデンスを批判的に評価し、十分な情報を得たうえで臨床判断をする能力を開発していく。

### パート D. 臨床看護スキル

これらの学習を通じて、有能な看護ケア(competent nursing care)を決定および提供するため、

患者の健康状態評価を含む、個別ケアに必要な臨床スキルを習得していく。

この学習には、知識、患者アセスメント、実践的な手順、患者対応、コミュニケーション、臨床推論、対人スキル、管理スキルの統合が含まれる。

薬理学、疼痛管理、創傷評価、急性期治療、メンタルヘルスケア、全年齢層に渡るケアを含む、医学的および外科的看護をカバーすることとなる。

スキルは、医療施設、地域環境、シミュレーション室など、様々な文脈において開発される。

#### パート E. 高度な助産理論と実践

これらの学習の焦点は、プレコンセプション期から早期の育児期に至るまでの母子への効果的なケアである。出産全期にわたって女性と協働してケアを提供するために必要な助産の知識とスキルを開発していく。分娩の複雑さや緊急産科の課題として、分娩進行、一般的な医療介入、産痛管理の評価が扱われる。健常児と病児の両方の新生児評価とケア、新生児の緊急管理の開始方法について学ぶ。

#### 8) 必須要件 (Requirements)

本コースは、192 の学習ポイントで構成されている:パート A. 個人的・専門的能力開発、パート B. 社会・人口・健康・疾病(48 ポイント)、パート C. 臨床実践のための知識の活用、パート D. 臨床看護実践(84 ポイント)、パート E. 高度な助産理論と実践(60 ポイント)。

ユニットは、主要テーマで分類されているが、コースはテーマを統合的に発展させ、ほとんどのユニットが複数のテーマに対応し、ほぼすべてがパート A のテーマに対応している。

このダブルディグリーコースの各学位の授与要件は、単一学位コースが授与される場合と同様である。ただし、各学位に必要な単位の一部は、他の学位にもカウントされる。

コース進行マップは、各学期のユニット登録に関するガイダンスを提供する。  
(<http://www.monash.edu.au/pubs/2019handbooks/maps/map-m3007.pdf>)

明記されていない場合は 1 ユニットは 12 ポイントである。

#### パート A. 個人的・専門的能力開発、パート B. 社会・人口・健康・疾病(84 ポイント)

以下を完了する必要がある:

- MID1000 助産の導入(6 ポイント)
- NUR1013 看護および助産実践のための先住民の健康(0 ポイント)
- NUR1110 看護および助産におけるコミュニケーションと知識(6 ポイント)
- NUR1111 看護および助産実践におけるグローバルヘルスと文化的能力(6 ポイント)
- NUR1113 看護と助産の法、倫理とリーダーシップ(6 ポイント)
- NUR2227 看護と助産の文脈におけるプライマリヘルスケア(6 ポイント)
- MID3222 看護と助産の文脈における安全性(6 ポイント)
- NUR4111 プライマリヘルスケア実践への看護知識の活用

#### パート C. 臨床実践のための知識の活用、パート D. 臨床看護技術(84 ポイント)

以下を完了する必要がある。

- NUR1112 看護のための基本的なスキルと知識および助産実践 1
- NUR1114 看護のための基本的なスキルと知識 および助産実践 2
- NUR2225 看護および助産実践におけるメンタルヘルス  
コンテキスト(6 ポイント)
  - NUR2226 看護実践コンテキスト 1
  - NUR2228 看護実践コンテキスト 2
  - NUR2229 看護実践コンテキスト 3 (6 ポイント)
- NUR3310 看護知識の複雑な急性期医療実践への活用
- NUR3312 準備または専門的な看護実践における看護知識の活用

#### パート E. 高度な助産理論と実践(60 ポイント)

以下を完了する必要がある。

- MID2000 助産実践のための基礎
- MID2010 出産中の女性との協働
- MID3202 新生児をサポートする
- MID4000 複雑な助産の理論と実践
- MID4110 プロフェッショナルの助産実践

#### その他の選択肢

3 年間の学習と 144 ポイントの修了後、授与の要件を満たしていれば、ダブルディグリープログラムを修了し、看護学士号を取得する資格がある。

#### さらなる研究への進展

このコースを修了すると、以下の修士課程の学位への道が提供される。

- M6006 上級看護師の修士
- M6001 高度なヘルスケア実践の修士  
臨床助産に特化している。

(モナッシュ大学 2019 ハンドブック: 医学、看護および健康科学)

#### まとめ

本報告書は、国際関連活動の一環として始まった「海外助産学教育プログラム紹介」のアメリカノイ大学に続く、第 2 報 オーストラリアのモナッシュ大学の紹介である。今回は、この学部卒業後の大学内での 1 年のコースの紹介であった。

第 1 報のアメリカノイ大学での助産学教育プログラムの特徴は、Bachelor of Science in Nursing (以下 BSN: 看護科学学士) をもって入学し助産師資格を取得するとともに Doctor of Nursing Practice (以下 DNP: 看護実践博士) の学位が取得できることであった。アメリカの助産

師は、高度実践看護師の一職種であり、修士のレベルで教育されることが要件となっている背景がある。一方、オーストラリアモナッシュ大学の助産学教育プログラムの特徴として、学部で看護学士を取得し、その学士で優秀な成績を修めた学生だけが進むことのできる 1 年間の Honours – Course で助産学教育を行っていることであった。このコースを修了すると、Bachelor of Midwifery (Honours) Bachelor of Nursing として、助産学士(優等学士学位)となることができる。

現在日本では、大学院、学部、専攻科や専門学校で助産学教育が行われている。世界的にも、国ごとの看護協会・助産師協会、教育協議会の規定の違いにより、教育課程も様々であり、今後もこの活動を通して、日本の各教育課程で活用できる資料を提供したい。また、このカリキュラムの蓄積から ICM グローバルスタンダードとの関連や共通性などを見出し本邦の助産学教育での資料となればと考える。

以上

# 全国助産師教育協議会「助産師教育における将来ビジョン 2015」に関する会員校の到達度に関する中間評価報告

組織強化委員会

担当理事 長島 貴久代(母子保健研修センター助産師学校)

委員長 唐田 順子 (国立看護大学校)

委 員 松永 佳子 (東邦大学大学院) 巖 千晶 (東京都立大学助産学専攻科)

## I 背景

全国助産師教育協議会は、2015年に、社会的ニーズ、助産師養成指定規則の改定(2009)、ICMの助産師教育モデルカリキュラム(2010)や厚生労働省による「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」(2011)等の助産師および助産師教育に関する国内外の動向を踏まえ「助産師教育における将来ビジョン 2015」(以下、将来ビジョンとする)を策定した。将来ビジョンは3つの主要ビジョンで構成される。ビジョン1は、「助産師教育期間は看護基礎教育を基盤の上に2年とする。」、ビジョン2は、「学生の実践能力を向上している実習環境を確保する。」、そして、ビジョン3は、「助産師教育の質保証に貢献できる教育者の能力向上を促進する。」である。

将来ビジョンの策定から5年が経過した。そこで、ビジョンに表す将来像に向けて、会員校が活動するうえで直面している課題や問題を明確にするために調査をおこなった。その現状を集計・分析し、ビジョンの継続、あるいは修正に向けた評価を行い、今後、行政や関連職能団体、教育機関等への対応に活用する基礎資料とする。

## II 調査方法

### 1. 調査対象者

公益社団法人「全国助産師教育協議会」会員校 160校(2020年2月時点)の代表者とした。

### 2. 方法

#### 1) 調査期間

2020年2月6日から2020年3月2日

#### 2) 調査方法

将来ビジョンの周知の程度、将来ビジョンに対する考え方、取り組み等について、無記名自記式質問票を作成し、Web調査を行った。

#### 3) 調査内容

調査内容は、教育機関の概要(地区、設置主体、教育課程、養成数)、将来ビジョンの認知度、それぞれのビジョンに対する考え方とその理由、さらに取り組みに関する12項目と将来ビジョンに関連する協議会に対する要望である。

#### 4) データ分析方法

数値データは、記述統計量を算出後、教育課程別とビジョンに関する考え方についてのクロス集計表を作成した。自由記述は、回答肢ごとに内容の類似性でまとめ、整理した。教育課程別の特徴をクロス集計表と自由記述内容により抽出した。

### 3. 倫理的配慮

会員校の代表者に研究の目的を文書で説明し、同意が得られた者のみがWeb調査に参加した。無記

名でデータを得たうえで数的処理を行い、結果は養成校が特定されないように配慮した。

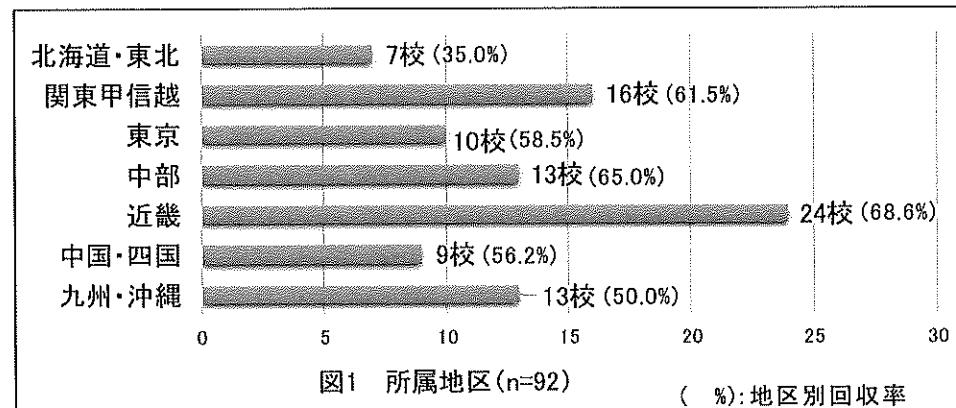
### III. 結果

#### 1. 回答養成校の背景

##### 1) 所属地区と回収率(図1)

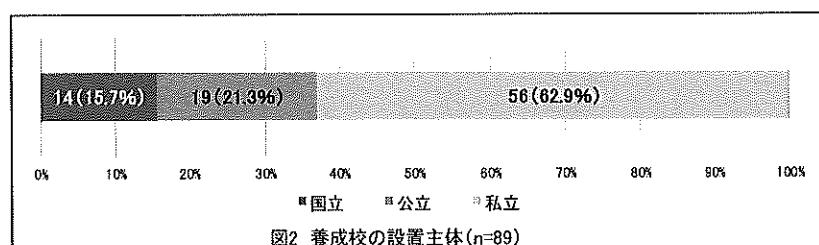
回答があったのは 93 校で、全体の回収率は 58.1% であった。

回答養成校の地区は「近畿」が最も多く 24 校、次いで「関東・甲信越」16 校、「中部」「九州・沖縄」13 校であった。地区別の回収率をみると、「近畿」が最も高く 68.6%、北海道・東北は 35.0% と最も低かった。



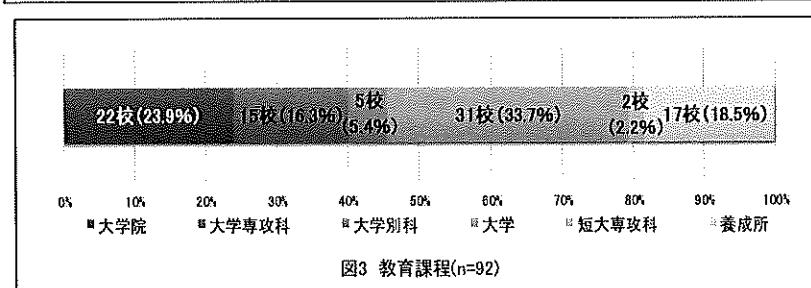
##### 2) 養成校の設置主体(図2)

回答養成校の設置主体は、「私立」が 56 校(62.9%) でもっと多かった。



##### 3) 教育課程(図3)

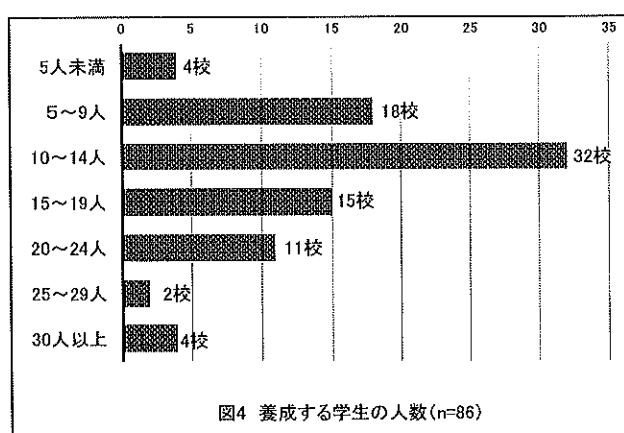
回答養成校の教育課程は、最も多いのが大学 31 校(33.7%)、次いで大学院 22 校(23.9%)、一方少ないので大学別科 5 校(5.4%)、短大専攻科 2 校(2.2%)、養成所 17 校(18.5%)であった。2019 年度助産師養成校の割合にはほぼ近いものであった。



##### 4) 養成する学生の人数

###### (1) 養成する学生の人数の分布(図4)

回答養成校の養成する学生の人数の上位 3 つは、「10~14 人」が 32 校、「5~9 人」18 校、「15~19 人」15 校であった。



## (2) 教育課程別学生養成人数(表 1)

教育課程別に学生の養成人数の平均をみると、1位は「養成所」で 21.1 人、2位は「短大専攻科」17.5 人、3位は「大学別科」13.4 人、4位「大学院」12.4 人、5位「大学専攻科」11.0 人、「大学」は最も少なく 9.3 人であった。

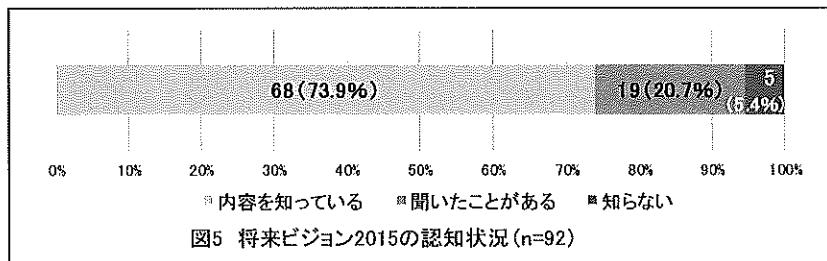
養成人数の平均が最多の「養成所」と最少の「大学」では、10 人以上の有意な差がみられた。

表 1 教育課程別学生養成人数

教育課程	n	中央値	平均値	標準偏差	最小値	最大値
大学院	22	11	12.4	5.3	3	27
大学専攻科	13	10	11.0	3.1	8	20
大学別科	5	12	13.4	4.2	10	20
大学	28	8	9.3	5.6	3	30
短大専攻科	2	17.5	17.5	3.5	15	20
養成所	16	20	21.1	8.2	10	40

## 2. 2015 年に公表した助産師教育における「将来ビジョン 2015」の認知度（図 5）

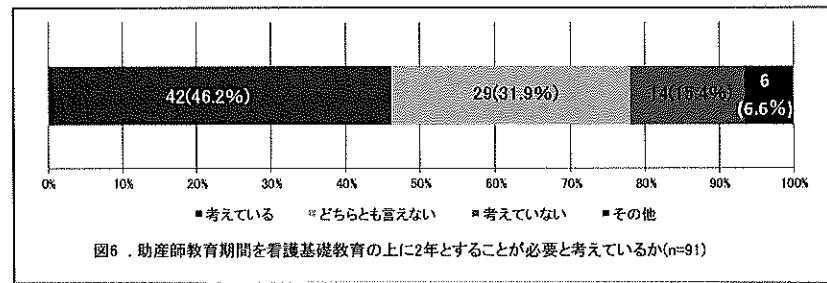
「知っている」が 68 校 (73.9%)、「聞いたことがある」19 校 (20.7%) で、多くの養成校は内容を知っていた。



## 3. ビジョン 1 【助産師教育期間は、看護基礎教育を基盤の上に 2 年とする】について

### 1) 必要と考えているか(図 6)

「考えている」が約半数 (46.2%) で、「どちらとも言えない」29 校 (31.9%)、「考えていない」は 14 校 (15.4%) であった。



### 2) その理由

自由記述を内容の類似性でまとめると、以下のようであった。

#### (1) 「考えている」理由(表 2)(回答 48)

助産師教育期間に 2 年が必要であると考えている理由は、上位 3 つでそのほとんどを占めていた。1 位「求められる助産師役割に対応するため教育内容の充実に必要 19 件」、2 位「1 年では卒業時の到達目標の達成が困難 11 件」、3 位「カリキュラム・卒業要件・到達目標に見合う期間として 2 年必要 5 件」であった。

少子化社会において、ハイリスク妊娠婦への対応、妊娠期から乳児期までの助産ケア、様々な問題や課題に対し、対応できる能力を備える助産師を育成する必要性が認識され、助産師の役割が拡大していると認識されていることが背景にある。

表2 助産師教育期間を2年と「考えている」とする理由

自由記述内容	数
求められる助産師役割に対応するための教育内容の充実に必要	19
1年では卒業時の到達目標の達成が困難	11
カリキュラム・卒業要件・到達目標に見合う期間として2年必要	5
世界基準に合わせる必要性	2
1年では詰め込み式で余裕がない	2
専門性・学問の追及の困難	2
2年では教育機関格差の是正ができる	1
助産師の社会的立場の確立	1
1年では助産師アイデンティティの形成困難	1
1年では学生間の卒業時到達レベルの格差が大きい	1
看護師免許をもたない学生の分娩介助への疑問	1
看護基礎教育と助産師教育との実践ギャップによる演習・実習の困難	1
学生の能力の限界	1

(2)「どちらとも言えない」理由(表3)(回答27)

1年のカリキュラムに限界を感じている、社会から求められる助産師役割に対応するための教育内容を充実させるために、助産師教育期間は2年が望ましいと考えている回答が13件あった。

一方、2年が望ましいと感じていても、どちらともいえないと考える理由の上位4つは、以下であり、1位の「修士課程で助産師教育2年となるのかが疑問」が6件で、ICMは大学院教育を推奨しているわけではないが、日本は大学院化が進んでいる。助産実践力はICMが求めるように伸びるとは考えられない、との意見もあった。2位は「1年の教育課程への学生のニーズがある5件」、「教員・実習場・費用の確保が困難5件」、4位は「入学志願者への影響の懸念3件」であった。

(3)「考えていない」の理由(表4)(回答14)

助産師教育期間を2年と考えていない理由は、「大学の方針4件」で最も多かった。「受験志願者確保のため2件」がそれに次いだ。

その他、どちらとも言えないに挙がっていた理由と重複していた。

表3 助産師教育期間を「どちらとも言えない」とする理由

自由記述内容	数
修士課程で助産師教育2年となるのか疑問	6
1年の教育課程への学生のニーズがある	5
教員・実習場・費用の確保が困難	5
受験志願者への影響の懸念	3
経営面の困難	1
複数の課程がありどう移行できるか困難	1
助産師の需要を視野に入れた取り組みが必要	1
学部教育でも十分到達目標に達している	1
大学院開設の困難性	1
2年の実現困難	1
ダイレクトエントリーが望ましい	1
大学方針が不明	1

表4 助産師教育期間を2年と「考えていない」とする理由

自由記述内容	数
大学・学校の方針	4
受験志願者確保のため	2
大学院教育では研究と助産師教育のバランスに課題がある	1
教員不足	1
環境が整っていない	1
ハード面の整備が困難	1
現教育で十分目標達成できている	1
指定規則が1年であるため	1
看護大学化が先決課題	1
閉校予定	1

(4)その他

「新卒含む未経験者は2年、産科看護師の経験者は18か月でも可能と考える」「助産師教育担当者と学部長・大学の意見の相違」「大学の方針が不明」等の意見が挙がっていた。

### 3)教育課程別にみた回答の特徴(表5)

大学院は「2年必要」と考えており、その主な理由は、社会から求められる助産師役割に対応するための教育内容の充実であった。大学専攻科・別科では、「考えていない」とする施設はなかった。

一方、「考えていない」としたのは、大学、養成所であった。大学の主な理由は、「大学・学校の方針」「教員不足」「受験志願者確保」等であった。養成所の主な理由は、「受験志願者確保」「環境が整っていない」「ハード面での整備ができない」「1年で十分目標達成できている」等であった。

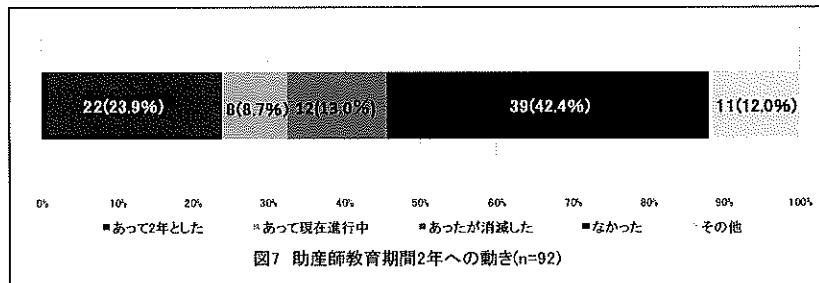
表5 教育課程別の教育期間2年必要に対する考え方

教育課程	2年必要と 考えている	どちらとも 言えない	考えていない	その他
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
大学院	21(95.5%)	1(0.5%)	0	0
大学専攻科	6(40.0%)	9(60.0%)	0	0
大学別科	1(20.0%)	4(80.0%)	0	0
大学	10(33.3%)	8(26.7%)	8(26.7%)	4(13.3%)
短大専攻科	0	1(50.0%)	0	1(50.0%)
養成所	4(23.5%)	6(35.3%)	6(35.3%)	1(5.9%)

### 4)【助産師教育期間は、看護基礎教育の上に2年とする】ことの動きについて

#### (1)どのような動きがあったか(図7)

「なかった」が最も多く、39校(42.4%)、次いで「あって、2年とした」22校(23.9%)であった。「現在進行中」8校(8.7%)、「あったが消滅した」12校(13%)と「その他」11校(12%)は、ほぼ同数であった。



#### (2)2年へ移行する誰の・どのような動きか

自由記述を内容の類似性でまとめるべく、以下のようにまとめた。

##### ① 2年とした(表6)(回答22件)

教育期間を2年とした動きで最も多かったものは、「助産学教員(教授・ワーキンググループ)の要請」9件であった。助産師を育成していく教員の強い希望や熱意、助産学教授の理念・リーダーシップ等により、助産学領域内の教員が動き、大学上層部との審議を経て決定したという経緯であった。

次に多かったのが、「大学の方針 7件」であり、周産期医療の強化等、大学の方針が先に決定し大学院化した大学も多かった。

表6 「2年とした」誰の・どのような動きか

自由記述内容	数
助産学教員(教授・ワーキンググループ)の要請	9
大学の方針	7
複数会議の審議を経て	2
大学トップ、臨床、助産師教育からの提案	1
研究科長・助産学教授の理念	1
臨床側からの要望	1
看護師免許をもたない学生の助産ケアに対する臨床側の疑義	1

## ② 現在進行中(回答 8 件)

2 年課程への進行度合いにはレベルの差があった。「構想会議で話題に挙がった 2 件」、「保留中 1 件」、「検討を開始したばかり 2 件」の計 5 件が検討の初期段階にあった。残り 3 件は「県・医師会と毎年検討中」「学内・他職能団体の要請により前向き検討中」と 2 年課程に向かっているものが 2 件、「大学幹部と県の了解を得た」と移行目前のものが 1 件であった。

## ③ 消滅した(回答 12 件)

最も多かった回答は「大学の方針により消滅した 5 件」であり、そのうちの 2 件は助産学教員が要請していたにもかかわらず、大学の方針ということで消滅していた。次いで「教員不足 2 件」で、そのうち 1 件は大学院ではなく専攻科の開設へ変更されていた。その他、「以前検討したが具体化せず消滅」「積極的な助産学教員がいない」「実習施設が必要性を感じていない」「大学院設置基準審査の困難により 1 年の専攻科となった」「領域内だけの検討にとどまっている」が各 1 件であった。

## ④ 2 年への動きはなかった理由(表 7)(回答 44 件)

教育期間 2 年への動きのなかった理由の上位 6 位は、「大学・学校の方針 10 件」、「受験志願者確保のため 6 件」、施設・設備等の「ハード面の整備困難 4 件」、「現教育で精一杯で行動を起こせず 4 件」、「1 年課程を希望する学生のニーズ 3 件」、「教員不足(研究指導含む) 3 件」であった。

動きのなかった理由の上位 2 つは、教育期間 2 年を考えていない理由と同様であった。受験志願者確保のため大学・学校の方針として、教育期間 2 年を考えることもなく動きもなかったといえる。

その他の理由も、2 年を考えていない、どちらとも言えない理由と重複するもの多かった。

注目する理由として、「現教育で精一杯で行動を起こせず」が 4 件もあり、助産師教育の多忙さのため、具体的な行動が起こせない現状があることがわかる。

## ⑤ その他(回答 2 件)

大学の回答 1 件は、「大学全体で見直し中」であった。養成所の回答は、「養成所設立趣旨に沿った教育カリキュラム作成の必要性、実践力を向上できる専門学校養成の特色をどう出すか。18 か月で養成するとしたら、入学の時期についても工夫が必要である。年 2 回の国家試験の開催があり得ないとすると、9 月入学として現行の 2 月、年 1 回の試験に合わせることも検討する」であった。

### (3) 課程別にみた回答の特徴(表8)

大学院は全数2年への動きであり、それは、2)-(1)に記述したとおりである。

大学専攻科は2年への動きの全てに回答があり、さまざまな段階にあるといえる。現在進行中には前向き検討しているものが1校あった。最も多い「動きがなかった」理由は、1年課程の学生のニーズや大学の方針等であった。大学別科は、毎年県・医師会と検討している現在進行中の1校以外は、1年課程の学生のニーズにより動きがない状況であった。

大学は半数以上の51.6%が2年化への動きがなく、大学の方針、受験志願者の確保という理由であった。一方大学院に移行目前の大学が1校あった。

養成所は8割以上の82.4%に動きがなく、その理由は「学校の方針」「施設・設備等のハード面の整備困難」「教員不足」「助産師教育の多忙さのため具体的な行動が起こせない現状」等であった。

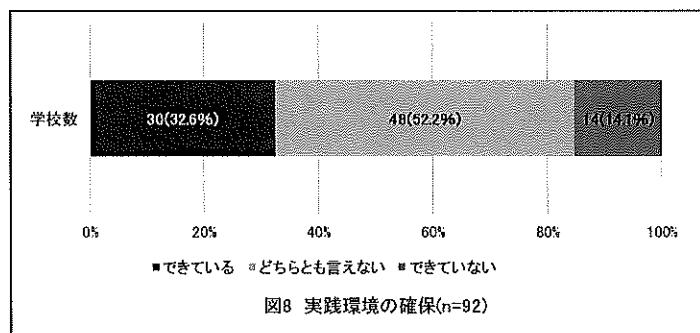
表8 教育課程別の教育期間2年への移行に対する動き

教育課程	2年とした	現在進行中	消滅	なかつた	その他
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
大学院	22(100%)	0	0	0	0
大学専攻科	0	3(20.0%)	4(26.7%)	5(33.3%)	3(20.0%)
大学別科	0	1(20.0%)	0	2(40.0%)	2(40.0%)
大学	0	3(9.7%)	8(25.8%)	16(51.6%)	4(12.9%)
短大専攻科	0	0	0	2(100%)	0
養成所	0	1(5.9%)	0	14(82.4%)	2(11.8%)

## 4. ビジョン2【学生の実践能力を向上できる実習環境を確保する】について

### 1) 現状としての考え方(図8)

実践能力を向上できる実習環境を確保することが「できている」と回答したのは30校(32.6%)、「どちらとも言えない」48校(52.2%)、「できていない」は14校(15.2%)であった。



### 2) その理由

自由記述を内容の類似性でまとめると、以下のようであった。

#### (1) 「できている」理由(表9)(回答33件)

実習環境の確保が「できている」理由の内訳は、「関連施設、近隣施設と連携が取れている17件」、「施設の臨地実習指導者の質が担保されている8件」、「実習調整会議を頻回に行い、調整が取れている6件」、「実習目標を達成できているという現実から1件」、「指導体制が整っている1件」であった。

の質が担保されている8件、「実習調整会議を頻回に行い調整が取れている6件」、および「実習目標を達成できているという現実から」「指導体制が整っている」が各1件であった。

表9 実習環境の確保が「できている」理由

自由記述内容	数
関連施設、近隣施設と連携が取れている	17
施設の臨地実習指導者の質が担保されている	8
実習調整会議を頻回に行い、調整が取れている	6
実習目標を達成できているという現実から	1
指導体制が整っている	1

## (2)「どちらとも言えない」理由(表10)(回答68件)

実習環境の確保が「どちらとも言えない」と回答した最も多かった理由は「分娩件数が減少していることに伴う実習施設の確保が安定して行えない26件」であった。また、「教育機関の競合により実習施設の確保が困難である」が4件あり、合わせて30件(62.5%)が実習施設をなんとか確保しているものの、安定していないという現状であった。

次いで、「施設の指導者の質が十分担保されていない12件」、「指導者の不足8件」で、指導者の質、数の担保に関する理由は41.2%あった。また、「継続事例、地域母子保健、ハイリスクなどの正常以外の実習が十分行えていない」と回答したのは6件であった。

表10 実習環境の確保が「どちらとも言えない」理由

自由記述内容	数
分娩件数が減少し、受け入れを断られる可能性があり、施設の確保の安定化が不可欠ある	26
施設の指導者の質が十分担保できていない	12
施設の指導者が不足している	8
継続事例、地域母子保健、ハイリスクなどの正常以外の実習が十分行えていない	6
教育機関が競合しているため、安定した実習施設の確保が困難である	4
指導教員の確保が困難である	4
夜間、休日の待機等、学生への負担が大きい	3
施設により目的目標の理解に偏りがある	3
分娩件数が減少しているため、実習方法を検討する必要がある	1
麻酔分娩を実施している施設が増加している	1

## (3)「できていない」の理由(表11)(回答22件)

実習環境の確保が「できていない」と回答した理由の内訳は、「分娩件数の減少、指導者不足により、毎年施設の確保に苦慮している(施設が毎年変わる)10件」、「臨床指導者が不足している4件」、の計14件で、「どちらとも言えない」の上位の理由と同様であった。「できていない」の理由で特異的な回答だったのは「実習施設を確保できず、学生定員を入学許可ができない」で、3件あった。

表11 実習環境の確保が「できていない」理由

自由記述内容	数
分娩件数の減少、指導者不足により、毎年施設の確保に苦慮している(施設が毎年変わる)	11
臨床指導者が不足している	4
実習施設を確保できず、学生定員を入学許可ができない	3
指導体制の調整が困難(特にクリニック)	2
教員不足	1
地域での助産活動に関われる実習ができていない	1

## 3)教育課程別にみた回答の特徴(表12)

教育課程別にみて、学生の実践能力を向上できる実習環境を確保できていると回答した割合を降順に並べると大学院、短期大学専攻科が各50.0%、ついで大学別科で40.0%の順であった。その理由は、「実習施設との調整が取れ、指導者の質の担保がされている」であった。

「どちらとも言えない」と回答した割合は、すべての教育課程において40~60%を占めており、全体的に多かった。その理由として、実習施設、指導者、教員の確保が困難、指導者の質の偏りがあることが共通していた。1年課程では、「継続事例、地域母子保健、ハイリスクなどの正常以外の実習が十分行えていない」、「夜間、休日の待機があり学生の負担が大きい」という理由が共通していた。

大学院、短期大学専攻科で「できていない」と回答したのは0件だった。しかし、大学専攻科4校(26.7%)、大学別科1校(20.0%)、大学6校(19.4%)、養成所3校(17.7%)の順で「できていない」と回答していた。いずれも、実習施設の確保に苦慮し、特に毎年施設を開拓しなければならない現

状があり、開拓できない場合は「学生定数を入学許可できない 3 件」の回答につながっていた。

表 12 教育課程別の実習施設確保に対する考え方

教育課程	できている	どちらとも言えない	できていない
	n(%)	n(%)	n(%)
大学院	11(50.0)	11(50.0)	0
大学専攻科	2(13.3)	9(60.0)	4(26.7)
大学別科	2(40.0)	2(40.0)	1(20.0)
大学	9(29.0)	16(51.6)	6(19.4)
短大専攻科	1(50.0)	1(50.0)	0
養成所	5(29.4)	9(52.9)	3(17.7)

#### 4) 実習施設確保のために実施していること/実施していないが大切なこと(図 9)

実習施設を確保するためには、最も多かったのは「実習施設から学校への講師派遣 65 校 (70.7%)」で、次いで、「総合的な教育体制の検討 29 校 (31.5%)」、「実習指導者研修会の開催 29 校 (31.5%)」、「学校から実習施設への講師派遣 26 校 (28.3%)」、「臨床教員制度の活用 25 校 (27.2%)」、「共同研究の実施 23 校 (25.0%)」であった。

また、現在実施していないが大切だと思うこととして、「総合的な教育体制の検討 49 校 (53.3%)」、「臨床教員制度の検討 47 校 (51.1%)」、「実習指導者研修会 40 校 (43.5%)」、「共同研究の実施 40 校 (43.5%)」であった。

#### 5. ビジョン3 【助産師教育の質保証に貢献できる教育者の能力向上を促進する】について

##### 1) 現状としての考え方(図 10)

助産師教育の質保証に貢献できる教育者の能力向上促進を「できている」と回答したのが 18 校 (19.6%) で、「どちらとも言えない」 61 校 (66.3%)、「できていない」は 13 校 (14.1%) であった。

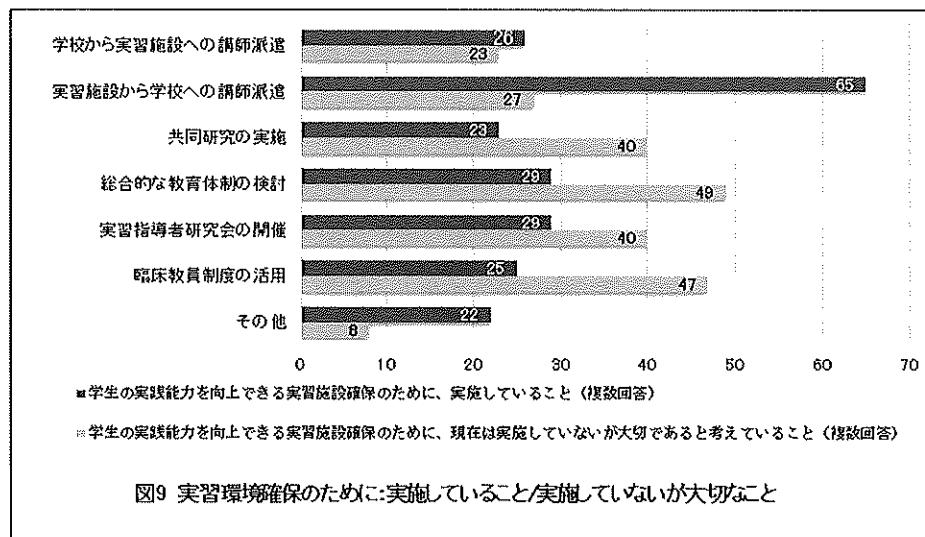
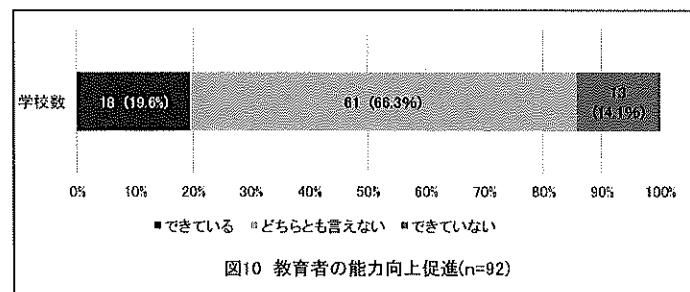


図9 実習環境確保のために実施していること/実施していないが大切なこと



## 2) その理由

自由記述を内容の類似性でまとめると、以下のようにあった。

### (1) 「できている」理由(表13)(回答34件)

助産師教育の質保証のための教育者の能力向上促進が「できている」と回答した中での上位の理由は、「外部の研修会・学会への参加の機会がある 10 件」、「教員間の話し合いを多く持つ機会がある 5 件」、「アドバンス助産師を取得している 4 件」、「教員と臨床指導者の連携が上手くいっている 4 件」であった。

表13 教育者の能力向上の促進が「できている」と考える理由

自由記述内容	数
外部の研修会・学会への参加の機会がある	10
教員間の話し合いを多く持つ機会がある	5
アドバンス助産師を取得している	4
教員と臨床指導者の連携が上手くいっている	4
新しい教育方法論の導入をしている	3
研究実践・研究フィールドの開発に向けたサポートをしている	2
ファーストステージ、セカンドステージの履修をしている	2
教員人數を確保できている	1
若い教員に対して、経験のある教員がサポートをしている	1
学生の模試の結果、学生からの授業の評価が良い	1
教育能力向上、臨床能力向上のための取り組みがある	1

### (2) 「どちらとも言えない」理由(表14)(回答68件)

助産師教育の質保証のための教育者の能力向上促進

について「どちらとも言えない」と回答した上位の理由は、「実習指導や講義などの学校の業務で精一杯で余裕がない 17 件」、「教員の確保が難しい 13 件」、「教育力の不足している教員がいる 8 件」であった。

研修や学会への参加機会が少なく、研究時間の確保が困難であり、教員の努力に任せられ、組織的な取り組みが弱い状況も示された。

表14 教育者の能力向上の促進が「どちらとも言えない」と考える理由

自由記述内容	数
実習指導や講義などの学校の業務で精一杯で余裕がない	17
教員の確保が難しい	13
教育力の不足している教員がいる	8
各教員1人1人の努力に任せている	7
研修の受講が困難である	7
外部の研修会・学会への参加の機会がある	6
教員の十分な研究時間の確保が難しい	4
教育者の能力測定が困難(根拠がない)	2
臨床実践のアップデートの重要性を感じていない教員がいる	2
実践能力向上(実際の介助等)の機会には恵まれていない	1
経験年数に応じた研修が不十分である	1

### (3) 「できていない」の理由(表15)(回答13件)

助産師教育の質保証のための教育者の能力向上促進

について「できていない」と、回答し上位の理由は、「実習指導や講義などの学校の業務で精一杯で余裕がない 4 件」「教員の充分な研究時間の確保が難しい 4 件」、「教育の確保が難しい 2 件」であり、「どちらとも言えない」の上位3位と重複している部分があった。

表15 教育者の能力向上の促進が「できていない」と考える理由

自由記述内容	数
実習指導や講義などの学校の業務で精一杯で余裕がない	4
教員の十分な研究時間の確保が難しい	4
教員の確保が難しい	2
教育力の不足している教員がいる	1
個人のプラスになる費用は自費である	1
実習施設と連携が上手くいっていない	1

### 3) 教育課程別にみた回答の特徴(表 16)

すべての教育課程とも、助産師教育の質保証のための教育者の能力向上促進については、「どちらとも言えない」と回答している割合が多かった。大学別科・短大専攻科において「できている」と回答しているのは、0 件であった。研修などに参加するような機会がある養成校がある一方で、教員数不足、業務過多により、業務以外の余裕がなく、教育者の能力向上まで目を向けられない養成校が存在していた。

そして、どの教育課程においても「どちらとも言えない」「できていない」の上位に上るのは、「実習指導や講義などの学校の業務で精一杯で余裕がない」「教員の確保が難しい」であった。しかし、「できていない」と回答している施設は 20% 以内にとどまり、各教育課程とも工夫して改革をしている途上にあって、様々な方法で教育者の能力向上促進を行っていた。その中でも、養成所・大学は 25% を超える養成校が「できている」と考えており、「外部の研修会・学会への参加の機会がある」「ファーストステージ、セカンドステージの履修をしている」「アドバンス助産師を取得している」の研修に参加しているという意見があった。

表 16 教育課程別の教育者の能力向上の促進に対する考え方

教育課程	できている	どちらとも言えない	できていない
	n(%)	n(%)	n(%)
大学院	3(13.6%)	16(72.8%)	3(13.6%)
大学専攻科	2(13.3%)	11(73.4%)	2(13.3%)
大学別科	0	5(100%)	0
大学	8(25.8%)	17(54.8%)	6(19.4%)
短大専攻科	0	2(100%)	0
養成所	5(29.4%)	10(58.8%)	2(11.8%)

### 4) 【助産師教育の質保証に貢献できる教育者の能力向上を促進する】ための効果的な取り組みについて

#### (1) 現状としての考え方(表 17)(回答 95 件)

助産師教育の質保証に貢献できる教育者の能力向上を促進するための効果的な取り組みについて上位の回答としては、「研修会への参加 25 件」「教員間の振り返り 15 件」「教員数の増員 8 件」であった。

その他、教員としての職場の環境を整えること、自己研鑽をするのももちろんのこと、実習施設との関係、実習施設への支援という内容も含まれていた。

表 17 教育者の能力向上のための効果的な取り組み

自由記述内容	数
研修会への参加	25
教員間の振り返り	15
教員数の増員	8
指導者と教員の信頼関係の強化	7
研究に教員が力を発揮できる環境づくり	7
教員の臨床勤務	6
教員年数に合わせた研修システム	4
実習施設への人事交流	4
教員限定のラダーの開発	3
実習指導者の研修の充実	2
学内での勉強会	2
ラダーの取得	2
教育に特化した研修の強化	2
共同研究	2
FD研修	2
事例検討会	2
研修の義務化(年間何ポイント学ぶとか)	1
全助教の「教員は継続して教育技術を高めること」という伝達	1

## (2) 教育課程別にみた回答の特徴

### ① 大学院

大学院の特徴としては、継続的な臨床の勤務、教員の実践能力を向上させることを望んでいた。また、FDなどの多角的な評価のための研修という取り組みが必要であると考えていた。

### ② 大学専攻科

大学専攻科は、大学院の特徴である「臨床での勤務で実践能力を向上させる」の他に、実習施設との人事交流、教員年数に合わせた研修、教員限定のラダーの開発など、教員の研修の充実を図る取り組みを考えていた。

### ③ 大学別科

大学別科の特徴としては、教員間での振り返り、学内での勉強会など、教員業務の充実を図るための学内での取り組みが効果的であると考えていた。

### ④ 大学

大学は、研究に教員が力を発揮できる環境づくりが効果的であること、そして研修の中でも教育に特化した研修の強化を回答していたのが特徴的であった。さらに、大学院、大学専攻科でも回答していた「臨床での勤務で実践能力を向上させる」もあがっていた。

### ⑤ 短大専攻科

短大専攻科は、教員数の増員が効果的であると回答していたことが特徴的であった。

### ⑥ 養成所

養成所の特徴としては、実習指導者との関係性を重要視しているところがあり、信頼関係の強化や実習指導者との連携を図るための取り組みが効果的であると考えられている。

## IV. まとめ

「将来ビジョン 2015」に関する調査結果から、以下のことが明確となった。

- 助産師教育における「将来ビジョン 2015」は、約 7 割の養成校が内容を理解しており、周知率は高かった。
- 教育課程別の学生養成人数には差があり平均値でみると、最も多いのが「養成所」で 21 人程度、次いで「短大専攻科」17 人程度、「大学院」・「大学専攻科・別科」11~13 人程度、「大学」は最も少なく 9 人程度であり 10 人未満であった。
- 「ビジョン 1: 助産師教育期間を 2 年とする」の将来像について「考えている」と選択した理由を、「社会に求められる助産師役割に対応するため教育内容の充実に必要」と回答した養成校が最も多く、その他に「1 年では卒業時の到達目標の達成が困難」、「詰め込み式で余裕がない」などがあった。「どちらとも言えない」を選択した養成校も上記の理由から助産師教育期間は 2 年が望ましいと約半数は回答していた。

これらのことから、現在助産師教育を行っている教員たちは 2 年の教育期間を望む人が多いが、さまざまな理由により実現は困難な状況であるといえる。

- 教育課程別にみた「ビジョン 1: 助産師教育期間を 2 年とする」の回答に「考えていない」を選択したのは大学 (26.7%) と養成所 (35.3%) のみであった。理由は「大学・学校の方針」「教員不足」「受験志願者確保」「ハード面での整備ができない」等であった。

助産師教育期間 2 年への変更について教員たちは、社会に求められている助産師の役割

拡大やハイリスク妊産婦の増加に対応するための教育内容の充実を必要と考えている人が多かった。しかし、学校経営側の理解を得ることは、困難な状況にあることがわかる。また、受験志願者は 1 年で免許を取得したいと希望する人が多く、一般社会の人々にも助産師教育の内容充実に向けた必要性の理解を働きかける必要がある。

5. 助産師教育期間 2 年への動きがあった養成校は、現在大学院になっている。理由は「教員の要請や大学の方針」、「大学トップ・研究課長の理念」等、ボトムアップ、トップダウンが合致した結果であった。
6. 「2 年への動きがなかった」のは「養成所」82.4%、「大学」51.6% であった。どちらも「大学の方針、受験志願者の確保」という理由であった。「養成所」において、その他の理由に「施設・設備のハード面の整備困難」「教員不足で多忙さのため行動が起こせない」の理由を挙げていた。「養成所」は教育課程の中で養成学生数が最も多く、教育期間が 2 年となった際の移行が困難な場合は、助産師養成数が減少することが懸念される。
7. ビジョン 2 では、日本の助産師教育の質の向上と、教育にかかわる環境整備の強化を図ることを目指している。会員校から、養成校数の増加やハイリスク事例の増加等により、実習受け入れ施設や学生の分娩介助可能なケースの確保が困難であること、分娩件数の多い産科施設であっても、適切な臨床指導者が不在のため実習環境としては不適格であるため実習することができない等の意見を受けて、協議会として、基本的な助産実習に必要な実習時間と実習の質を担保するための実習環境の整備、および社会的ニーズに合った多様かつ高度な助産実践能力の強化に向けた実習施設と臨床指導者等の人的実習環境を整えることを推進してきた。
8. 5 年経過した現在も、約 15% の養成校が、実習施設の確保に苦慮している現状があった。更に、約半数がどちらとも言えない回答し、その理由として、ビジョン策定時の背景(意見)に加え、分娩件数の減少による影響が新たに挙がっていた。2019 年の出生数は 86 万人と減少の一途であり、今後ますます、質の高い施設を確保することが困難になることが推察された。
9. 実習施設の「確保ができる」理由として、「連携が取れている」、「調整ができる」という記載が多かった。約 70% の養成校が行っている「実習施設から学校への講師派遣」は、養成校の実習指導者が学内での学生の様子を知った上で、臨地での指導ができる環境作りに繋がり、連携、調整をする方法として有用と思われる。さらに、質の良い実習施設を確保するためには、現在はできていないが実施したいと考える方策に、「総合的な教育体制の検討」、「臨床教員制度の検討」を回答数の約 50% が挙げており、実習施設を確保するための手段を講じられるシステム作りが必要であると考える。
10. ビジョン 3 では、助産師教育の質保証に貢献できる教育者の能力向上を促進することを目指している。ビジョン 3 では、「できている」と回答した施設は全体の 19.6% と少なかったが、の中でも、養成所・大学は「できている」と考えている施設が多く、「外部の研修会・学会への参加の機会がある」「ファーストステージ、セカンドステージの履修をしている」「アドバンス助産師を取得している」の研修に参加しているという意見が多くあった。このことより、外部研修に参加出来るように各養成校は教員の時間の確保をする必要がある。
11. 一方、ビジョン 3 の「できていない」理由としては、「実習指導や講義などの学校の業務で精一杯で余裕がない」「教員の充分な研究時間の確保が難しい」「教員の確保が難しい」などの、一人の教員にかかる業務過多の現状、教育以外の業務に専念する時間がとれないこと、教員

が不足していることによる悪循環などの理由が多かった。教員の教育力を向上させるためにも、養成校においては適正な教員数であるかの定数の見直しを図ること、また助産師教育課程における教員の定数増に向けた社会への働きかけを、全助協が推進する必要がある。

12. 教育者の能力向上を促進するための効果的な取り組みとしては、教員としての職場の環境を整えること、教員の実践力・指導力向上を目指して自己研鑽する時間を確保することを始め、実習施設との良好な関係を保つことが効果的であると考えられる。

## V. 全国助産師教育協議会への要望

最後に、回答した会員校の全国助産師教育協議会への要望を以下にまとめた。

### 1. 実習施設の確保に向けた要望

実習施設の確保に向けた要望として、「実習施設確保のためのサポート」をはじめ、「実習施設に対する学生受け入れのメリットの提示」、「実習をぜひ受けたいと病院が思うようなアプローチ」、「実習施設に掲示する妊婦向けポスター作成」、「実習先=就職先となるようなシステムづくり(実習場確保のため)」、「助産実習を受け入れ施設に対して、メリットとなるような国への働きかけ」、「実習施設が助産学実習を受けいれると、補助金が付くなど、施設にもメリットになるような要望を国に提出してほしい」などがあった。また、「実習施設との連携が図れるための支援(2件)」や、「実習指導体制の検討」、「実習環境整備についての具体的な取組事例の共有すること(2件)」の要望があった。

### 2. 教員・指導者確保に向けた要望

教員・臨床指導者確保に向けた要望として、「臨床指導者、教員が増えるような取り組み(4件)」、「適切な教員配置ができるような働きかけ」、「必要教員数算出のための教員実態調査」、「教員の過重労働改善に向けた取り組み」があった。

### 3. 研修会開催の要望

「クロップミッピングのための研修会の実施」、「能力向上のための研修会の実施(2件)」の要望があった。

### 4. 教育制度改革に向けた要望

教育制度改革に向けた要望として、助産師教育を2年にするにあたっては、「2年にする根拠を具体的に示すこと」、「2年=大学院とならないように全助協としての意思統一」の要望があった。また、「看護師免許取得後の教育となるような制度改革(2件)」、「国として助産師教育を2年とするような働きかけ(2件)」や「出生数が減少していることを踏まえた教育方法」、「実習方法の検討」、「大学院の単位数の見直し」の要望があった。

さらに、「養成所の教育課程でも実践可能な内容の提案」、「助産師コアカリの明確化」、「助産師の基本的な能力とは何かの共通認識をした上での議論」、「全助協としての統一した意見の発信の必要性」、「社会に分かりやすく提示できる、教育体制の根拠作り」などが挙げられた。

### 5. 社会に対する働きかけ

社会に対して役割を提示するために「関連機関との協働していくこと」の要望があった。

### 6. その他

「教員のグローバル化と研究能力向上促進のための検討」や「ビジョン2015のさらなる周知(2件)」が要望として挙げられた。

「全国の助産師養成機関における助産学実習の実態と課題調査」報告書

2020年4月

公益社団法人 全国助産師教育協議会

将来構想委員会

## 目次

I. 研究の背景.....	71
II. 研究の目的.....	71
III. 研究の方法.....	71
1. 対象.....	71
2. 調査方法.....	71
3. 調査期間.....	71
4. 分析方法.....	71
5. 倫理的配慮.....	71
IV. 結果.....	73
1. 対象大学の概要.....	73
2. 助産学実習の実態について.....	74
1) 単位数.....	74
2) 実習場所.....	75
3) 実技試験の有無.....	75
4) 繼続ケースの条件.....	76
5) 実習形態.....	76
6) 実習規定時間外の平均延長時間.....	77
7) 実習施設別の平均分娩介助件数.....	77
3. 指導体制について.....	78
1) 使用施設数.....	78
2) 教員数.....	78
3) 教員指導体制.....	79
4. 教員および施設側指導者の役割について.....	80
1) 教員の役割.....	80
2) 施設側指導者の役割.....	81
5. 評価・単位認定について.....	82
1) 単位修得に必要な出席日数.....	82
2) 学生の自己評価.....	82
3) 単位認定における成績評価の点数配分.....	82
6. 目標達成状況について.....	83
7. 受け持ちのインフォームドコンセントについて.....	84
8. 学生の実習への取り組みについて.....	85
9. 受け持ちの個人情報の保護について.....	87
10. 実習施設との連携について.....	88
11. 実習施設の確保状況について.....	89
12. 実習における課題や問題について.....	93
1) 各実習における課題や問題.....	93
2) 開拓を考えている実習施設とその理由.....	95
3) 実習における倫理的配慮についての課題.....	96
4) 実習における個人情報保護、守秘義務についての課題.....	97
5) 実習における電子カルテ活用についての課題.....	98
6) 実習における学生の健康管理についての課題.....	99
7) 教員の実習対応時間についての課題.....	100
8) 実習施設に支払う実習費についての課題.....	102
9) 実習施設で学生が対象者へ助産ケアをすることについての課題.....	103
V. 結果のまとめ.....	105

## 【研究概要】

研究課題 全国の助産師養成機関における助産学実習の実態と課題

### 研究実施体制

研究代表者 全国助産師教育協議会会長 村上明美（神奈川県立保健福祉大学 教授）

共同研究者 全国助産師教育協議会将来構想委員長 高田昌代（神戸市看護大学大学院 教授）

全国助産師教育協議会将来構想委員 江藤宏美（長崎大学生命医科学域 教授）

全国助産師教育協議会将来構想委員 谷口初美（九州大学大学院 教授, 福岡女学院看護大学  
副学長, 教授（2020年4月～））

全国助産師教育協議会将来構想委員 倉本孝子（社会医療法人愛仁会本部看護部）

全国助産師教育協議会将来構想委員 秋田浩子（ベルランド看護助産大学校助産学科 学科長）

全国助産師教育協議会将来構想委員会担当理事 鳥越郁代（福岡県立大学大学院 教授）

情報管理者 全国助産師教育協議会 事務局 中村幸子

## I. 研究の背景

助産師養成機関で実施される助産学実習は、出生数の減少に伴い、全国的に実習施設の確保が大きな課題となっている。さらに、わが国では助産師教育は大学院、大学専攻科、大学別科、大学選択コース、短期大学専攻科、専門・専修学校という多様な教育機関において行われており、多様であるが故の混乱も生じている。

今回、全国の助産師養成機関 212 校を対象に、助産学実習の実態や課題に関する調査を実施し、その結果から、実習環境の改善に向けて全国助産師教育協議会として取り組むべき行政への働きかけや、会員校に向けた実習調整の具体的方略提案等についての示唆を得たいと考えている。

## II. 研究の目的

全国の助産師養成機関における助産学実習の実態、ならびに課題を明らかにすることを目的とした。

## III. 研究の方法

### 1. 対象

全国の助産師養成機関 209 校（会員 160 校、未加入校 49 校）を対象とした。

### 2. 調査方法

全数調査の無記名のアンケート調査とした。調査票は、1) 教育機関の情報、2) 実習の単位数・実習場所について、3) 実習指導体制について、4) 教員と施設側指導者の役割について、5) 実習の評価・単位認定について、6) 実習の目標達成状況について、7) 実習での妊産婦等の受け持ちのインフォームドコンセントについて、8) 学生の実習への取り組みについて、9) 受け持ち妊産婦等の個人情報の保護について、10) 実習施設との連携について、11) 実習施設との連絡調整の内容について、12) 実習施設との連携している事柄について、13) 実習施設の確保状況について、14) 実習における課題や問題についての観点から作成し、回答は選択式および記述式を含めたものとした。

アンケートの依頼に関しては郵送法を用い、助産師養成機関の助産師教育責任者宛に調査票を郵送し、自由意思のもと、無記名にて回答を依頼した。回答後は郵送にて全国助産師教育協議会事務局宛に返送してもらうよう依頼した。

### 3. 調査期間

倫理審査承認後の 2019 年 10 月 15 日から 11 月 30 日

### 4. 分析方法

SPSS 統計ソフトを使用し質問項目ごとに記述統計解析を行い、要約統計量を求めるとともに、記述回答については内容分析を行い、カテゴリー分類し要約した。

### 5. 倫理的配慮

調査にあたり、神奈川県立保健福祉大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、依頼文には、以下の事を記載した。

- 1) 研究への参加は自由意思によるものであること。また、協力の諾否によって不利益を被ることはない。
- 2) 研究への同意は、調査票の返送をもって確認とする。無記名調査であることから個人が特定されることはないが、調査票の投函後は研究協力の同意撤回はできないことをご了解してもらう旨を記載した。
- 3) 電子データはパスワードをかけ、ネットワークから遮断された事務局 PC のフォルダに、紙媒体は事務局内の施錠できるキャビネットに保管する。保管期間は研究終了後から 5 年間とし、それ以後は研究者代表者村上明美が責任をもって復元不可能な状態にしてすべて破棄する。
- 4) 結果は、全国助産師教育協議会の総会にて報告し、報告書の全文を全国助産師教育協議会 HP にて公開する。
- 5) 本研究は全国助産師教育協議会事業運営費によって実施。
- 6) 本研究への協力に対して謝金、謝品はない。
- 7) 本研究に関わる利益相反はない。

## IV. 結果

### 1. 対象大学の概要

調査票の配布数 209 校（会員 160 校、未加入校 49 校）に対し、回答が得られた機関は 94 校で回収率は 45.0% であった。回答校の概要は、表 1-1～1-4-2 の通りである。

学生数を見ると 1 年次の平均 12.3 人で、「5～9 人」が 24.5% である。2 年次の平均は 3.7 人で、「なし」が 24.5%、「5～9 人」が 16.0% である。全学生数の平均は 13.5 人で、「10～14 人」の 24.5% などである。

表1-1 設置主体

	度数	%
国立	22	23.4
公立	26	27.7
私立	46	48.9
計	94	100.0

表1-2 所属地区

	度数	%
北海道・東北	11	11.7
関東・甲信越	17	18.1
東京	11	11.7
中部	12	12.8
近畿	17	18.1
中国・四国	10	10.6
九州・沖縄	16	17.0
計	94	100.0

表1-3 教育の課程

	度数	%
大学院	21	22.3
大学専攻科	10	10.6
大学別科	24	25.5
大学(学士)	14	14.9
短大専攻科	2	2.1
専修・専門学校	23	24.5
計	94	100.0

※大学が大学別科に計上された可能性あり

表1-4 2018年度助産師課程の学生数

	1年次		2年次		全体	
	度数	%	度数	%	度数	%
0人	0	0.0	23	24.5	0	0.0
1～4人	4	4.3	5	5.3	5	5.3
5～9人	23	24.5	15	16.0	22	23.4
10～14人	15	16.0	5	5.3	23	24.5
15～19人	8	8.5	1	1.1	15	16.0
20人以上	9	9.6	0	0.0	14	14.9
無回答	35	37.2	45	47.9	15	16.0
計	94	100.0	94	100.0	94	100.0
最小	3		0		3	
最大	40		15		40	
平均	12.3		3.7		13.5	

## 2. 助産学実習の実態について

### 1) 単位数

表2-1は各実習における単位数の最小・最大・平均で、図2-1は各実習における単位数の分布である。

※単位数について、次の処理をしたため注意を要する。

複数実習の合計のみ記載の場合は各実習に等しく配分、他実習に含まれる記載のみの場合は0とした。

妊娠期は平均1.5単位で、「1単位台」が5割強である。

分娩期は平均3.9単位で、「4単位台」が約4分の1で「1単位台」～「5単位台」に分散している。

産褥期・新生児期は平均2.1単位で、「1単位台」「2単位台」で7割強である。

継続事例は平均1.2単位で、「1単位台」が5割弱である。

健康教育は平均0.7単位で、「1単位未満」「1単位台」で9割強である。

ハイリスク(産科)は平均0.8単位で、「1単位未満」が5割である。

ハイリスク(新生児)は平均0.7単位で、「1単位未満」が6割弱である。

地域母子保健は平均1.0単位で、「1単位台」が7割弱である。

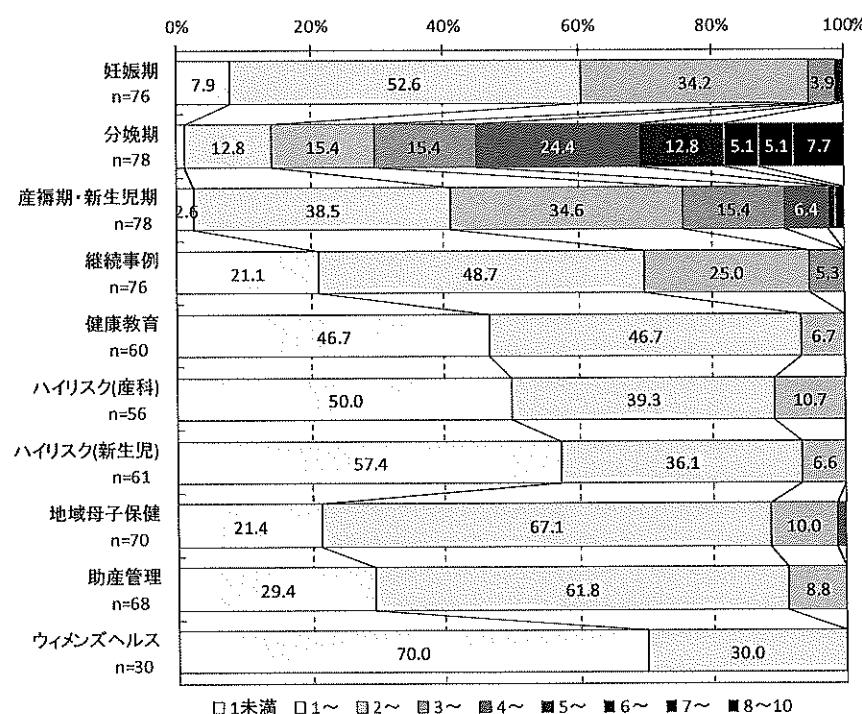
助産管理は平均0.9単位で、「1単位台」が6割強である。

ウイメンズヘルスは平均0.5単位で、「1単位未満」が7割である。

表2-1 実習単位数

	実習名										
	妊娠期	分娩期	産褥期・ 新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク 産科	新生児	地域 母子保健	助産管理	ウイメンズ ヘルス	その他
有効数	76	78	78	76	60	56	61	70	68	30	7
最小	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
最大	5	10	6	3	2	2	2	4	2	1	2
平均	1.5	3.9	2.1	1.2	0.7	0.8	0.7	1.0	0.9	0.5	0.8

図2-1 実習単位数の分布



□0未満 □1~ □2~ □3~ □4~ □5~ □6~ □7~ □8~10

## 2) 実習場所

表2-2-1は各実習の実習場所、表2-2-2は選択肢になかった実習場所である。

妊娠期～健康教育では第1位が「病院」、第2位が「診療所」、第3位が「助産所」である。

ハイリスクでは産科・新生児とも第1位が「病院」で、第2位の「診療所」は1割前後に過ぎない。

地域母子保健では第1位が「助産所」、第2位が選択肢外の「保健センター」、第3位が選択肢外の「行政」である。

助産管理では第1位が「助産所」、第2位が「病院」、第3位が「診療所」である。

ウイメンズヘルスでは第1位が「病院」、第2位が「助産所」、第3位が「診療所」である。

表2-2-1 実習場所

	実習名																				(複数回答)	
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育		ハイリスク		地域		助産管理		ウイメンズヘルス					
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
病院	85	82.4	86	91.5	85	90.4	75	83.3	41	53.9	62	86.1	70	90.9	11	13.3	46	56.1	17	41.5		
診療所	37	40.2	47	50.0	42	44.7	28	31.1	19	25.0	8	11.1	6	7.8	9	10.8	15	18.3	8	19.5		
助産所	21	22.8	18	19.1	19	20.2	14	15.6	10	13.2	0	0.0	0	0.0	45	54.2	66	80.5	10	24.4		
その他	3	3.3	0	0.0	0	0.0	4	4.4	20	26.3	0	0.0	0	0.0	61	73.5	7	8.5	16	39.0		
無回答	4	4.3	5	5.3	6	6.4	6	6.7	13	17.1	10	13.9	7	9.1	4	4.8	2	2.4	4	9.8		
全体	92	100.0	94	100.0	94	100.0	90	100.0	76	100.0	72	100.0	77	100.0	83	100.0	82	100.0	41	100.0		

表2-2-2 実習場所その他

	度数	実習名										ル	ウ	イ	メ	ン	ズ	ベ
		妊娠期	分娩期	新生児期	継続事例	健康教育	産科	ハイリスク	新生児	母子保健	地							
保健センター	21	1										20						
行政	15											15						
小中高校	13											5		2		6		
大学・学内	11											9				2		
地域	6	1										1		2		2		
保健所	5											1		3		1		
子育て支援施設	5													5				
産後ケア施設	4													3		1		
助産師会	4											1		3				
家庭訪問	4											3		1				
不妊センター	1	1																
保育園	1											1						
PHC	1													1				
女性自立支援センター	1													1				
総合児童センター	1													1				
マタニティースミング施設	1													1				
健康センター	1													1				
企業(子育て相談)	1													1				
HC・乳児院	1													1				
総合周産期センター	1														1			
看護協会	1														1			

## 3) 実技試験の有無

表2-3は実習にあたって必要とする実技試験の有無である。

実習前に「有り」と回答したのは93.6%、卒業前に「有り」と回答したのは5.3%のみと、大半は実習前に実技試験を行い卒業前には行わない。

表2-3 実技試験の有無

	実習前		卒業前	
	度数	%	度数	%
有り	88	93.6	5	5.3
無し	5	5.3	78	83.0
無回答	1	1.1	11	11.7
計	94	100.0	94	100.0

#### 4) 繼続ケースの条件

継続ケースの例数の平均は1.2例で、「1例」が76.6%、「2例」が16.0%である。  
 受け持ちの開始時期は平均28.2週で、「20~27週」が25.5%、「28~31週」が26.6%、「32~35週」が23.4%などである。受け持ちの終了時期は平均1.5カ月で、「1カ月」が80.9%である。

表2-4-1 継続ケース条件: 例数

	度数	%
0例	1	1.1
1例	72	76.6
2例	15	16.0
3例	2	2.1
4例	1	1.1
無回答	3	3.2
計	94	100.0
最小	0	
最大	4	
平均	1.2	

表2-4-2 継続ケース条件: 受け持ち開始時期

	度数	%
20週未満	6	6.4
20~27週	24	25.5
28~31週	25	26.6
32~35週	22	23.4
36週以上	9	9.6
無回答	8	8.5
計	94	100.0
最小	4	
最大	40	
平均	28.2	

表2-4-3 継続ケース条件: 受け持ち終了時期

	度数	%
0カ月	3	3.2
1カ月	76	80.9
2カ月以上	10	10.6
無回答	5	5.3
計	94	100.0
最小	0	
最大	15	
平均	1.5	

#### 5) 実習形態

夜間オンラインコール実習は「有り」が80.9%、土日祝実習は「有り」が86.2%、病院(宿舎)待機実習は「有り」が75.5%である。

表2-5 実習形態

	夜間オンライン コール実習		土日祝の 実習		病院(宿舎) 待機の実習	
	度数	%	度数	%	度数	%
有り	76	80.9	81	86.2	71	75.5
無し	18	19.1	12	12.8	20	21.3
無回答	0	0.0	1	1.1	3	3.2
計	94	100.0	94	100.0	94	100.0

## 6) 実習規定時間外の平均延長時間

学生1人当たりの実習規定時間外の平均延長時間（2018年度）は平均50.2時間で、「100時間以上」の機関も9.6%ある。

表2-6 学生1人当たりの規定外の平均実習延長時間

	度数	%
10時間未満	20	21.3
10～49時間	17	18.1
50～99時間	12	12.8
100時間以上	9	9.6
無回答	36	38.3
計	94	100.0
最小	0	
最大	400	
平均	50.2	

## 7) 実習施設別の平均分娩介助件数

表2-7は病院・診療所・助産所での学生1人当たりの平均分娩介助件数を全て回答した機関75校について集計したものである。

病院では平均8.3件で、過半数は「10件以上」である。診療所では平均2.0件で、「なし」が62.7%、「あり」は4割弱である。助産所では平均0.2件で、「なし」が80%、「あり」は2割のみである。病院・診療所・助産所を合わせた平均分娩介助件数は10.5件である。

表2-7 学生1人当たりの平均分娩介助件数

	病院		診療所		助産所		計	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
なし	3	4.0	47	62.7	60	80.0	110	48.9
0.1～4.9件	9	12.0	12	16.0	15	20.0	36	16.0
5.0～9.9件	25	33.3	11	14.7	0	0.0	36	16.0
10.0件以上	38	50.7	5	6.7	0	0.0	43	19.1
計	75	100.0	75	100.0	75	100.0	225	100.0
最小	0.0		0.0		0.0		9.0	
最大	14.0		10.0		2.0		16.5	
平均	8.3		2.0		0.2		10.5	

### 3. 指導体制について

#### 1) 使用施設数

使用施設数の平均が4施設を超える実習は、分娩期の5.3施設、産褥期・新生児期の4.8施設、妊娠期の4.7施設、継続事例と地域母子保健の4.2施設である。逆に使用施設数の平均が3施設未満の実習は、ハイリスク(新生児)の1.9施設とウィメンズヘルスの2.7施設である。

表3-1 使用施設数

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク	地域	助産管理	ウィメンズヘルス	
有効数	88	89	88	86	70	69	73	77	77	39
最小	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
最大	17	17	17	17	17	17	9	14	17	14
平均	4.7	5.3	4.8	4.2	3.8	3.0	1.9	4.2	3.9	2.7

#### 2) 教員数

各実習を担当する教員数の平均を見ると、専任教員が2.7~3.9人、常勤・TA等が0.1~1.6人、その他が0.0~0.2人である。

表3-2-1 担当教員数(専任教員)

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク	地域	助産管理	ウィメンズヘルス	
有効数	89	90	87	86	69	67	72	76	72	39
最小	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
最大	10	10	10	7	10	10	6	9	9	6
平均	3.7	3.9	3.9	3.7	3.2	3.3	2.7	2.8	2.8	2.9

表3-2-2 担当教員数(非常勤・TA等)

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク	地域	助産管理	ウィメンズヘルス	
有効数	89	90	87	86	69	67	72	76	72	39
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最大	13	13	13	13	13	13	6	2	3	4
平均	1.3	1.6	1.4	1.3	0.8	1.2	0.3	0.1	0.3	0.3

表3-2-3 担当教員数(その他)

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク	地域	助産管理	ウィメンズヘルス	
有効数	89	90	87	86	69	67	72	76	72	39
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最大	6	6	6	6	6	6	6	1	6	6
平均	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.2

### 3) 教員指導体制

各実習の教員数の指導体制別平均を見ると、

地域母子保健（常駐：巡回=0.5人：1.8人）と助産管理（同0.8人：1.8人）では巡回が多く、ハイリスク（新生児）（同1.4人：1.3人）では常駐と巡回が同等である。その他の実習では常駐が多く、特に多いのは健康新生児（同2.9人：0.9人）である。

表3-3-1 教員の指導体制(常駐)

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク		地域	助産管理	ウイメンズヘルス
妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	産科	新生児	母子保健	助産管理	ウイメンズヘルス	
有効数	77	74	71	73	59	57	64	65	64	34
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最大	16	16	16	16	16	16	9	5	8	7
平均	2.3	3.0	2.6	2.5	2.9	2.5	1.4	0.5	0.8	1.6

表3-3-2 教員の指導体制(巡回)

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク		地域	助産管理	ウイメンズヘルス
妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	産科	新生児	母子保健	助産管理	ウイメンズヘルス	
有効数	77	74	71	73	59	57	64	65	64	34
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最大	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9
平均	1.6	1.5	1.4	1.4	0.9	1.1	1.3	1.8	1.8	0.8

表3-3-3 教員の指導体制(常駐・巡回)

	実習名									
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク		地域	助産管理	ウイメンズヘルス
妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	産科	新生児	母子保健	助産管理	ウイメンズヘルス	
有効数	77	74	71	73	59	57	64	65	64	34
最小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
最大	17	17	17	17	6	17	5	4	5	5
平均	0.8	1.0	1.0	0.9	0.3	0.9	0.4	0.4	0.4	0.9

## 4. 教員および施設側指導者の役割について

### 1) 教員の役割

教員の役割であると回答した割合は次の通り。

- 思考の整理 : 妊娠期～ハイリスク(産科)とウイメンズヘルスで9割以上、ハイリスク(新生児)と地域母子保健で8割台など。
- 日々の計画の調整 : 妊娠期と分娩期で9割以上、産褥期・新生児期～ハイリスク(産科)とウイメンズヘルスで8割台、他実習でも過半数。
- ケア実施の調整 : 継続事例と健康教育で8割台、妊娠期～産褥期・新生児期とハイリスク(産科)で7割台など。地域母子管理と助産管理では4割台にとどまる。
- ケアの指導 : 妊娠期～産褥期・新生児期と健康教育で8割台、継続事例とハイリスク(産科)で7割台など。地域母子管理と助産管理では3割台にとどまる。
- 報告を受ける : 妊娠期～健康教育で8割台、ハイリスク(産科)とウイメンズヘルスで7割台など。
- ケアの振り返り : 分娩期と継続事例で9割台、妊娠期、産褥期・新生児期、健康教育とハイリスク(産科)で8割台など。
- 記録の確認 : 地域母子保健は8割台、他は全て9割以上。
- 実習評価 : ハイリスク(新生児)とウイメンズヘルスで8割台。他は全て9割以上。
- カンファレンス : 妊娠期～産褥期・新生児期、ハイリスク(産科)、地域母子保健で9割台、他は全て8割台。

表4-1 実習における教員の役割

(複数回答)

	実習名									
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
思考の整理	91	98.9	94	100.0	92	97.9	88	97.8	74	97.4
日々の計画の調整	83	90.2	87	92.6	84	89.4	79	87.8	62	81.6
ケア実施の調整	71	77.2	75	79.8	72	76.6	72	80.0	62	81.6
ケアの指導(見守りを含む)	74	80.4	79	84.0	78	83.0	70	77.8	66	86.8
報告を受ける	76	82.6	78	83.0	77	81.9	77	85.6	66	86.8
ケアの振り返り	79	85.9	87	92.6	82	87.2	81	90.0	68	89.5
記録(ケア計画)の確認	92	100.0	94	100.0	93	98.9	87	96.7	72	94.7
実習評価	92	100.0	92	97.9	92	97.9	88	97.8	73	96.1
カンファレンス	86	93.5	93	98.9	90	95.7	79	87.8	63	82.9
無回答	0	0.0	0	0.0	1	1.1	2	2.2	0	0.0
全体	92	100.0	94	100.0	94	100.0	90	100.0	76	100.0
実習名										

## 2) 施設側指導者の役割

施設側指導者の役割であると回答した割合は次の通り。

- 思考の整理 : 分娩期、産褥期・新生児期と助産管理で7割台など。  
 健康教育とウィメンズヘルスでは4割台と低い。
- 日々の計画の調整 : 分娩期～継続事例とハイリスク(産科)～助産管理で8割台、分娩期で7割台など。
- ケア実施の調整 : 分娩期～継続事例とハイリスク(産科)～地域母子保健で9割台、妊娠期と助産管理で8割台など。
- ケアの指導 : 妊娠期～継続事例とハイリスク(産科)と地域母子保健で9割台、ハイリスク(新生児)と助産管理で8割台など。
- 報告を受ける : 分娩期～継続事例、ハイリスク(産科・新生児)と助産管理で9割台、妊娠期と地域母子保健で8割台など。
- ケアの振り返り : 分娩期とハイリスク(産科)で9割台、産褥期・新生児期と継続事例、地域母子保健、助産管理で8割台など。
- 記録の確認 : 分娩期、継続事例、地域母子保健、助産管理で5割台など低め。特に健康教育と  
 ウィメンズヘルスでは3割台。
- 実習評価 : 分娩期で7割台であるが、他は全て5割未満。ウィメンズヘルスでは1割台。
- カンファレンス : 分娩期は9割台、産褥期・新生児期と地域母子保健、助産管理で8割台など。

表4-2 実習における施設側指導者の役割

(複数回答)

	実習名									
	妊娠期		分娩期		産褥期・ 新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
思考の整理	54	58.7	74	78.7	69	73.4	61	67.8	37	48.7
日々の計画の調整	68	73.9	79	84.0	83	88.3	72	80.0	42	55.3
ケア実施の調整	81	88.0	86	91.5	90	95.7	81	90.0	54	71.1
ケアの指導(見守りを含む)	84	91.3	93	98.9	92	97.9	83	92.2	59	77.6
報告を受ける	82	89.1	93	98.9	91	96.8	85	94.4	58	76.3
ケアの振り返り	71	77.2	93	98.9	82	87.2	77	85.6	51	67.1
記録(ケア計画)の確認	40	43.5	50	53.2	40	42.6	49	54.4	27	35.5
実習評価	29	31.5	70	74.5	39	41.5	40	44.4	27	35.5
カンファレンス	61	66.3	86	91.5	76	80.9	63	70.0	41	53.9
無回答	1	1.1	0	0.0	1	1.1	3	3.3	8	10.5
全体	92	100.0	94	100.0	94	100.0	90	100.0	76	100.0

	実習名									
	ハイリスク				地域 母子保健		助産管理		ウィメンズ ヘルス	
	産科		新生児		度数	%	度数	%	度数	%
思考の整理	49	68.1	52	67.5	52	62.7	60	73.2	18	43.9
日々の計画の調整	59	81.9	67	87.0	73	88.0	73	89.0	27	65.9
ケア実施の調整	67	93.1	71	92.2	77	92.8	73	89.0	27	65.9
ケアの指導(見守りを含む)	68	94.4	69	89.6	76	91.6	73	89.0	28	68.3
報告を受ける	70	97.2	71	92.2	73	88.0	74	90.2	26	63.4
ケアの振り返り	66	91.7	60	77.9	67	80.7	67	81.7	23	56.1
記録(ケア計画)の確認	33	45.8	36	46.8	43	51.8	41	50.0	13	31.7
実習評価	25	34.7	22	28.6	20	24.1	32	39.0	7	17.1
カンファレンス	54	75.0	56	72.7	70	84.3	69	84.1	24	58.5
無回答	1	1.4	1	1.3	1	1.2	1	1.2	5	12.2
全体	72	100.0	77	100.0	83	100.0	82	100.0	41	100.0

## 5. 評価・単位認定について

### 1) 単位修得に必要な出席日数

単位修得に必要な出席日数の割合の平均は72.7%であった。「67%」との回答が過半数の51.1%、次いで「80%」が36.2%であった。

表5-1 単位取得に必要な出席日数の割合

	度数	%
20%	1	1.1
60%	1	1.1
67%	48	51.1
75%	2	2.1
80%	34	36.2
100%	3	3.2
無回答	5	5.3
計	94	100.0
最小	20	
最大	100	
平均	72.7	

### 2) 学生の自己評価

学生の自己評価は、「ある」が81.9%、「あるものとないものがある」が10.6%であった。

表5-2 学生の自己評価

	度数	%
ある	77	81.9
ない	3	3.2
あるものとないものがある	10	10.6
無回答	4	4.3
計	94	100.0

### 3) 単位認定における成績評価の点数配分

単位認定における成績評価の100点満点での配点平均は、実習目標到達度が62.2点、実習記録が16.5点、実習態度が15.4点、レポート4.7点、その他1.2点である。表5-3-2はその他としてあげられた評価項目である。

表5-3-1 単位認定における成績評価の点数配分(100点満点)

	実習目標 到達度	実習態度	実習記録	レポート	その他
有効数	67	67	67	67	67
最小	0	0	0	0	0
最大	100	40	100	20	20
平均	62.2	15.4	16.5	4.7	1.2

表5-3-2 単位認定における成績評価の内容その他

- ・出席(2)
- ・チーム連携
- ・カンファレンス
- ・指導者評価
- ・助産師の役割・課題が明確
- ・課題
- ・自己の振り返り・洞察

## 6. 目標達成状況について

表6-1は実習別に各目標達成度における学生割合を見たものである。

「80点以上」の割合が最も高いのはウイメンズヘルスの77.8%である。健康教育、地域母子保健でも7割台、継続事例、ハイリスク(産科・新生児)と助産管理で6割台である。妊娠期～産褥期と新生児期は5割台で、特に分娩期は54.9%と低い。実習全体では「80点以上」が63.6%、「70点台」が27.4%、「60点台」が7.4%、「60点未満」が1.5%であった。

評価が60点未満の理由は、全実習では「出席不足(心身の不調)」が38.3%、「不十分な学習内容(学力不足)」が36.7%、「出席不足(学力不足)」が20.0%、「不十分な学習内容(人間関係に問題)」が11.7%、「その他」が13.3%である。「その他」は全て退学であった。標本数は少ないが、「出席不足(心身の不調)」「不十分な学習内容(学力不足)」は妊娠期～継続事例で多い。

表6-1 実習目標達成度の学生割合(%)

	実習名										計
	妊娠期	分娩期	産褥期・新生児期	継続事例	健康教育	ハイリスク	地域	助産管理	ウイメンズ	ヘルス	
						産科	新生児	母子保健	ヘルス		
有効数	76	80	79	76	47	52	60	65	68	34	637
80点以上	59.8	54.9	58.6	65.1	70.1	60.8	60.4	70.6	68.9	77.8	63.6
70点台	30.7	33.4	30.9	26.4	23.2	29.2	28.4	23.0	24.6	15.4	27.4
60点台	8.0	9.8	8.7	6.6	5.5	8.7	9.7	4.9	5.2	5.6	7.4
60点未満	1.5	2.0	1.7	1.8	1.2	1.3	1.5	1.4	1.3	1.2	1.5
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表6-2-1 60点未満の理由

	(複数回答)	
	度数	%
出席不足(心身の変調)	23	38.3
出席不足(学力不足)	12	20.0
不十分な実習内容(学力不足)	22	36.7
不十分な実習内容(人間関係に問題)	7	11.7
その他	8	13.3
無回答	25	41.7
全体	60	100.0

表6-2-2 実習別の60点未満の理由

	実習名									
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
出席不足(心身の変調)	4	57.1	6	60.0	4	50.0	5	62.5	1	25.0
出席不足(学力不足)	2	28.6	3	30.0	2	25.0	2	25.0	1	25.0
不十分な実習内容(学力不足)	5	71.4	5	50.0	5	62.5	5	62.5	1	25.0
不十分な実習内容(人間関係に問題)	2	28.6	1	10.0	2	25.0	2	25.0	0	0.0
その他	2	28.6	2	20.0	2	25.0	2	25.0	0	0.0
無回答	0	0.0	1	10.0	1	12.5	0	0.0	3	75.0
全体	7	100.0	10	100.0	8	100.0	8	100.0	4	100.0

	実習名									
	ハイリスク					地域				
	産科		新生児		母子保健		助産管理		ウイメンズ	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
出席不足(心身の変調)	2	40.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
出席不足(学力不足)	1	20.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0
不十分な実習内容(学力不足)	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
不十分な実習内容(人間関係に問題)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
無回答	3	60.0	6	100.0	5	100.0	4	80.0	2	100.0
全体	5	100.0	6	100.0	5	100.0	5	100.0	2	100.0

## 7. 受け持ちのインフォームドコンセントについて

表7-1-1は実習での妊産婦等の受け持ちのインフォームドコンセントの方法を選択肢により回答してもらったものである。表7-1-2はその他としてあげられた方法である。「文書で説明し、文書で同意を得る」が93.6%を占めるが、「口頭で説明し、口頭で同意を得る」が66.0%、「文書で説明し、口頭で同意を得る」が20.2%であり、実習または施設により併用していたことがわかる。

表7-1-1 受け持ちのインフォームドコンセントの方法

	度数	%
文書で説明し、文書で同意を得る	88	93.6
文書で説明し、口頭で同意を得る	19	20.2
口頭で説明し、文書で同意を得る	6	6.4
口頭で説明し、口頭で同意を得る	62	66.0
その他	6	6.4
無回答	1	1.1
全体	94	100.0

表7-1-2 受け持ちのインフォームドコンセントの方法その他

- ・文書で案内、参加申込をもって同意とみなす
- ・ポスターやHPを活用して周知し、参加者を募集
- ・学校(高校)の校長に許可を得て実習
- ・集団の健康教育は文書で依頼、内容も施設がチェック
- ・病棟に実習協力施設であることを掲示
- ・実習施設の責任でインフォームドコンセントを取っているので、施設によって様々

表7-2はインフォームドコンセントの各方法を採用する実習を見たものである。

「文書で説明、文書で同意」が多いのは、妊娠期～継続事例である。「口頭で説明、口頭で同意」が多いのは、健康教育と地域母子保健～ウィメンズヘルスである。ハイリスク(産科・新生児)では「文書で説明、文書で同意」と「口頭で説明、口頭で同意」に分かれている。

表7-2 インフォームドコンセントの方法別の実習項目

	インフォームドコンセントの方法							
	文章で説明		文章で説明		口頭で説明		口頭で説明	
	文書で同意	口頭で同意	文書で同意	口頭で同意	文書で同意	口頭で同意	文書で同意	口頭で同意
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
妊娠期	52	59.1	4	21.1	2	33.3	29	46.8
分娩期	81	92.0	10	52.6	2	33.3	18	29.0
産褥期・新生児期	63	71.6	7	36.8	2	33.3	24	38.7
継続事例	79	89.8	6	31.6	2	33.3	8	12.9
健康教育	9	10.2	4	21.1	4	66.7	28	45.2
ハイリスク(産科)	33	37.5	1	5.3	1	16.7	20	32.3
ハイリスク(新生児)	27	30.7	1	5.3	1	16.7	23	37.1
地域母子保健	4	4.5	0	0.0	4	66.7	44	71.0
助産管理	8	9.1	1	5.3	2	33.3	33	53.2
ウィメンズヘルス	4	4.5	0	0.0	1	16.7	24	38.7
その他	1	1.1	0	0.0	0	0.0	3	4.8
無回答	0	0.0	1	5.3	0	0.0	0	0.0
全体	88	100.0	19	100.0	6	100.0	62	100.0

## 8. 学生の実習への取り組みについて

表8は学生自身の主体的・自立的な能力をのばすための実習での工夫について記述してもらった内容で、49件の記述があった。

「計画・立案をさせる」が最も多い13件であった。「振り返りをする」が8件、「事前演習をする」「発言機会を作る」が各7件、「指導者と情報共有する」「交渉をさせる」が各6件、「同行を減らす」「授業形式を工夫する」「段階的に学ぶ」が各5件、「チーム行動を意識させる」「面談指導する」が各4件など、様々な工夫がされていることがわかる。

表8 主体的・自立的な能力をのばすための実習での工夫 n=49

分類	記述内容(抜粋)	実習名
計画・立案をさせる(13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日の実習内容を主として学生が決めている。</li> <li>・分娩件数を重ね実習に慣れたころを見はかり、学生主体で実習計画を調整できるよう見守っている。</li> <li>・学内の場を使用するか、対象・何をするかなど、全て学生で企画・交渉・運営・実施・評価。</li> <li>・学生が自分のテーマに合わせて実習要項を作成し、実習先との実習日程等について交渉をして決めるように支援している。</li> <li>・その日の病棟の状況に応じた行動計画を学生自身が立てられるよう、実習前に場面を想定しての計画立案の練習を行っている。</li> <li>・日々助産課程とは別に、自己の実習目標を立案・評価をする。</li> <li>・カンファレンスの企画・運営を主体的に行う。</li> <li>・分娩の受け持ちがない場合は、学生が自ら行いたい実習について計画立案し実習を行っている</li> <li>・学生の計画を元に実習を行う。</li> <li>・自己目標を持ち実習に取り組むように指導したが、現状の課題で精一杯である。</li> <li>・中盤以降の実習計画は、学生主体で立案させている。</li> </ul>	分娩介助学習 分娩・産褥期実習 健康教育実習 地域母子保健学実習・管理実習 助産診断・技術学実習 実習全般
振り返りをする(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1例介助毎に記録ながら教員が確認しながら事例を振り返り、その際に不足していた知識を自分で学習。教員が確認をしてから次の事例に入るようしている。</li> <li>・自己評価表に次回に向けた課題を書き、指導者と共有するよう促している。</li> <li>・中間カンファレンス(6例頃)ではそれまでの課題を明らかにして、以降の実習に生かす。</li> <li>・振り返りにより、できているところ・よいところ・不足しているところ・改善するための提案を話し合っている。</li> <li>・自分の目標を、実習終了後・到達後に教員と振り返ることで、次の実習への課題も明らかになっている。</li> <li>・事例一事例・振り返りを充分に行う。</li> <li>・ケア実施・その他の行動についても「なぜこうするのか/したのか」を問うことを心がけるなど。</li> </ul>	分娩介助実習 実習全般
事前演習をする(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前のシミュレーション(事例)による受持時診断・CTG判読などは機会を多く、教員が行っておく。基礎看護学で技術面の体験がない学生が多いので、教員立会いの下、学生の到達度に合わせ場面を作り自信と技術を高めていくことを行っている。</li> <li>・施設側の分娩介助演習を実習直前に実施し、自主練習できる環境を整備している。実習中はファントームを宿舎に持つていて、手技の復習を行なえるようにしている。</li> <li>・保健指導や技術・コミュニケーション力を上げるため、事前デモンストレーションを必須にしている。学習のペースがついてくると学生間で何度も練習を行うようになり、能力の向上が見られる。</li> <li>・事前実習課題を行ってから実習へ行く。現場でオリエンテーション。実習前に複数回施設へ行き、環境に慣れてから実習を始められるようにする。</li> <li>・実習ではファントームを持参して時間の合間に練習している。実習に入る前に、分娩介助の練習・指導案作成・沐浴などの育児指導のロールプレイなどを約1ヵ月かけて自主的に行っていている。</li> <li>・実習前に分娩期ケアの実習を行い、学びの振り返りとあわせて助産実習に対するイメージを持つてもらうよう支援する。</li> <li>・分娩待機中に分娩室で状況設定を行い、分娩介助と修正直後の新生児処置の演習を行っている。同時に、教員が入って指導をしている。</li> </ul>	分娩実習 継続事例実習 実習全般
発言機会を作る(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言葉で状況を説明し行動計画を主体的に述べることで、知識も深め主体性をもって行動できてくると考える。</li> <li>・分娩介助においては、例えば「3例目の課題は〇〇であったため、4例目は…に気をつける」など、学生自身が口頭で指導者に言えるように指導する。</li> <li>・スタッフ・指導者などに質問する時、必ず自分の意見判断を言ってから質問するように指導する。</li> <li>・実習オリエンテーションを年3回行っていますが、実習要項など自分で見てくるように、質問・疑問に応える形式にしています。勿論追加説明も必要ですが…。</li> <li>・学生自身が自分自身の実習中の目標を発表し、達成状況を述べる。(学内で実習のまとめ会を3回/2年、実施している。)毎日学生がその日の計画報告し、終了時に実施状況を報告する。(教員在席でも)指導者に直接連絡・報告・調整相談する。指導者から直接学生に指導してもらうようにする</li> <li>・学びを発表会でプレゼンテーションする。他施設の指導者にも参考してもらい、助言をもらう。</li> </ul>	分娩実習 実習全般

表8 主体的・自立的な能力をのばすための実習での工夫 n=49

(続き)

分類	記述内容(抜粋)	実習名
指導者と情報共有する(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習で実際に指導に関わるスタッフと協働して教育していく体制を強化していく。⇒実習指導者ミーティングを適時実施し、教育上のたがいの意見を出し合い問題解決していくような風通しの良い関係性を維持していきたいと思っている。実習評価の見直しも協力してやつていきたい。</li> <li>教員と指導者の両者でリフレクションを行う。課題を共有する。定例ミーティングを教員・指導者間で行い、学生が困っていることを共有する。</li> <li>実習の段階に応じた指導のレベルを臨床と共有している。</li> <li>学生が自らの課題をどうとらえているかを教員・指導者で共有し、それをクリアできるよう関わっている。</li> <li>分娩介助の例数と課題が明確に指導者にもわかるよう記録用紙を作成した(1例～10例)。</li> <li>自習中は、臨床指導者から直接指導を受け自ら学び得る能力をつけるよう支援している。指導者との連絡調整を細やかに行い、統一した指導を心がけている。</li> </ul>	実習全般
交渉をさせる(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生自らが対象に対して同意書の説明を行い同意を得る。</li> <li>説明責任(同意書を取る際の)。学生に分娩を介助する責任の重さを実感してもらうため、自分で説明し同意を得てもらう</li> <li>導入は教員がついていることが中心だが、2～3週以降メンバー間の調整や施設との報告・相談も学生中心にすすめるようにしている。</li> <li>実習日程や方法などについては、学生が自ら臨床指導者と話をして決めるように支援している。</li> <li>実習計画・調整・カンファレンスなど学生が臨床側と直接行う(受け持ち対象のニーズに応じて)。教員が出過ぎない。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>分娩介助実習</span> <span>助産診断・技術学実習</span> </div> <div style="text-align: center;">実習全般</div>
同行を減らす(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習現場への指導教員を施設毎に固定し配置しているが、学生が指導者と交渉し自立して学習を行うことができる目標に、教員は週3回程度のみ実習指導に出向いている。</li> <li>3例目以降は教員の付き添いなしでいます。</li> <li>常駐できないが、施設側と連携して見守る形でしている。</li> <li>選考後、助産専攻となった学生に臨地実習に教員は同行しないことを伝える。実習前に分娩の立ち合い(I～IV期)2例を課し、教員が同行しない体験をしている。</li> <li>教員や指導者の関わりを段階的に減らして学生の見守りを多くしていくこと。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>分娩介助実習</span> <span>実習全般</span> </div>
授業形式を工夫する(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>講義の段階から学生の意思と自己決定を引き出せるよう関わる。</li> <li>2年次の実習ではラウンド型を増やし、学生自身が目標や計画を主体的に調整する。</li> <li>授業はアクティブラーニング形式をとる。</li> <li>先行する学内演習で、少人数グループ学習を多用し、学生が実習を想定して主体的に行動をとれるような刺激・学習環境を心がけている。</li> <li>アクティブラーニングを学内演習で積極的に取り入れている。ハイリスクについては実習がないため、診断学の演習で特に時間をかけていている。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>分娩介助実習</span> <span>実習全般</span> </div>
段階的に学ぶ(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>件数毎の診断・技術・ケアについて到達目標を決め、学生にも提示し、段階を追って到達できるようにしている。指導者にも説明し、例数に応じた指導をしてもらっている。</li> <li>10例の分娩介助を初期・中期・後期に分け、段階を追って技術向上が図れるように目標設定を行っている。</li> <li>1例介助毎に記録等から教員が確認しながら事例を振り返り、その際に不足していた知識を自分で学習。教員が確認をしてから次の事例に入るようしている。</li> <li>前期実習後に後期実習に向けての形成的評価を行う。後期実習の中間期に、達成度を自己評価と教員・指導者評価により形成的評価を行う。</li> <li>学内で妊娠→分娩→産褥・新生児と事例を用いて段階的に講義・演習を組み立てている。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>分娩実習</span> <span>実習全般</span> </div>
チーム行動を意識させる(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分の助産過程について、経過診断・ケア計画・実施・評価については指導者さんと積極的にコミュニケーションを取りながら、チームの一員として産婦さん・児・家族と関わることを前提に実習できるよう、講義の段階から学生の意思と自己決定を引き出せるよう関わる。</li> <li>実習施設のチームの一員としての行動がとれるように意識づけする。</li> <li>病院における学生配置においては、リーダーシップを取れる学生を1名配置している。グループメンバー間でお互いの良さを認め合うことができるよう、カンファレンスを通して関わっている。</li> <li>カンファレンスの企画・運営を主体的に行う。前日に次の日のスケジュールを指導者と調整をする。リーダーを決めて行う。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>分娩介助実習</span> <span>助産実習</span> </div> <div style="text-align: center;">助産師実習 I</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>実習全般</span> <span>実習全般</span> </div>
面接指導する(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>スタッフ・指導者とマンツーマンで分析・診断・プラン・報告・プラン修正のプロセスを辿ることを優先している。</li> <li>自己的ゴール・課題・具体的な学習計画を実習前に提出及び担当教員と面接。実習中間、最終にも各担当教員が適宜面接など行う。</li> <li>面接指導を必要時、リアルタイムで繰り返し行う。できていること・課題をきちんと話し評価する。課題は学生自ら出し、話し合って立てていく。</li> <li>面接を行い実習や学習への取組における自己の課題を見つめ直し、自らステップアップできるよう支援する。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>分娩実習</span> <span>実習全般</span> </div>
その他(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>見学実習が多いのか助産課程において学生の戸惑いが見られる。座学において助産の視点について学習やペパーシミュレーションを行っているが、実践では消極的となっていることが度々ある。「産婦さんに対してよいお産となる」ように学生として頑張る取り組みをしようと意識を問うだけでも変わってくる。</li> <li>実習で学びを日々明確化させ、肯定的に実習を捉えさせるよう努めている。自己肯定感が土台にないと、主体的な行動につながらない。</li> <li>実習開始時に、空欄の評価シートをUSBで渡している。評価が返却されるたびに評点を入力し、自己の達成度(進度)がわかるようにしている。</li> <li>実習施設に主要な図書を置き、いつでも見られるようにしている。</li> <li>OSCE導入。臨床推論導入。</li> <li>実習中・空いてる時間、学生に知識の再確認ができるよう学習の時間・記録の時間を確保している。</li> <li>対象理解・自己理解にポイントを置いている。</li> <li>ポートフォリオの活用。</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>母性看護実習</span> <span>助産師実習 I</span> </div> <div style="text-align: center;">分娩介助実習他</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>実習全般</span> <span>実習全般</span> </div>

## 9. 受け持ちの個人情報の保護について

表9は受け持ち対象者の個人情報に関する事項についての扱いを、選択肢により回答してもらったものである。「実習要項に入れている」が90.4%、「誓約書を学生に書かせている」が83.0%、「講義とは別に説明する機会をもっている」が77.7%、「ある科目的講義の中で説明している」が53.2%と、多くの機関で積極的に取り組まれている。

表9 受け持ち対象者の個人情報に関する事項について  
(複数回答)

	度数	%
誓約書を学生に書かせている	78	83.0
実習要項に入れている	85	90.4
講義とは別に説明する機会をもっている	73	77.7
ある科目的講義の中で、説明している	50	53.2
その他	6	6.4
無回答	1	1.1
全体	94	100.0

## 10. 実習施設との連携について

実習施設との実習教育のための全体会議については、「毎年行っている」が 88.3%、「必要時行っている」が 3.2%で合わせた 91.5%で実施されている。

表10-1 実習施設との実習教育のための全体会議の実施状況

	度数	%
毎年行っている	83	88.3
必要時行っている	3	3.2
行なっていない	6	6.4
無回答	2	2.1
計	94	100.0

実習施設との連絡調整内容を見ると、選択肢のうち 9 割を割っているのは「実習指導案」の 59.6%、「助産技術の手順」の 85.1%、「電子カルテの操作方法と利用上の注意」の 81.9% の 3 項目のみである。

表10-2 実習施設との連絡調整の内容 (複数回答)

	度数	%
実習目的・実習方法などの実習概要	94	100.0
学生の習得済み学習内容について	85	90.4
実習学生の特性	89	94.7
実習指導案	56	59.6
学生が使用する物品の確認・整備	90	95.7
助産技術の手順	80	85.1
学生が更衣・食事をする場所の確保	93	98.9
学生がカンファレンスや自己学習する場所の確保	91	96.8
感染症や事故防止対策	90	95.7
感染症や事故発生時の対応	89	94.7
実習の具体的な内容と評価	89	94.7
電子カルテの操作法と利用上の注意	77	81.9
個人情報取り扱いに関する取り決め	85	90.4
実習のまとめ・振り返り	90	95.7
その他	7	7.4
無回答	0	0.0
全体	94	100.0

実習施設と連携している事柄を見ると、「施設から大学への講師派遣」が 60.6%、「実習指導研修会」が 43.6% で、「大学から実習施設への講師派遣」「共同研究の実施」「総合的な教育体制の検討」「実習指導研修会」はいずれも 2~3 割台である。

表10-3 実習施設と連携している事柄 (複数回答)

	度数	%
大学から実習施設への講師派遣	27	28.7
施設から大学への講師派遣	57	60.6
共同研究の実施	29	30.9
総合的な教育体制の検討	22	23.4
実習指導研修会	41	43.6
臨床教員制度の活用	27	28.7
その他	4	4.3
無回答	13	13.8
全体	94	100.0

表10-4 実習施設と連携している事柄その他

- ・臨床講師
- ・CLoCMiP研修、大学の公開講義・演習
- ・年に2回の教育学習会：臨床指導方法と実習の関りについてさらに授業設計
- ・オープン講義やNCPR講習の案内などを行い、  
大学に施設のスタッフが来て学びを得る機会を提供している

## 11. 実習施設の確保状況について

実習の確保状況を見ると、全実習では「安定的に確保できている」が48.6%である。約半数は「現在は確定、2~3年後は不確定」または「現在も不確定」と不安定な状況である。

実習別に見ると、「安定的に確保できている」はハイリスク(新生児)で64.9%、ウイメンズヘルスで61.0%、助産管理、ハイリスク(産科)、地域母子保健、助産管理では5割台である。妊娠期～健康教育ではいずれも5割を割っており、特に分娩期で31.9%、妊娠期で39.1%と低い。

表11-1-1 実習施設の確保状況

	度数	%
安定的に確保できている	389	48.6
現在は確保、2~3年後は不確定	311	38.8
現在も確保は不確定	92	11.5
無回答	9	1.1
全体	801	100.0

表11-1-2 実習別の実習施設の確保状況

実習名										
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
安定的に確保できている	36	39.1	30	31.9	39	41.5	40	44.4	37	48.7
現在は確保、2~3年後は不確定	44	47.8	49	52.1	42	44.7	37	41.1	25	32.9
現在も確保は不確定	11	12.0	15	16.0	13	13.8	13	14.4	7	9.2
無回答	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	9.2
全体	92	100.0	94	100.0	94	100.0	90	100.0	76	100.0
実習名										
	ハイリスク				地域母子保健		助産管理		ウイメンズヘルス	
	産科		新生児		度数	%	度数	%	度数	%
安定的に確保できている	40	55.6	50	64.9	45	54.2	47	57.3	25	61.0
現在は確保、2~3年後は不確定	24	33.3	20	26.0	29	34.9	28	34.1	13	31.7
現在も確保は不確定	8	11.1	7	9.1	9	10.8	7	8.5	2	4.9
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4
全体	72	100.0	77	100.0	83	100.0	82	100.0	41	100.0

実習が安定的に確保できている理由の大半は、「これまでの実績/関係性がある」の71.5%、「大学の附属または関連施設である」の48.3%である。

現在は確保できているものの2~3年後は不確定である理由は、「競合する大学が増加した」の53.7%、「施設への就職率が低い」の17.4%、「新設/歴史の浅い大学である」「大学の附属または関連施設である」の各14.5%などである。現在も不確定である理由もほぼ同様で、「競合する大学が増加した」の53.3%、「新設/歴史の浅い大学である」の34.8%、「施設への就職率が低い」の21.7%などである。

表11-2-1 確保状況別理由

	(複数回答)	
	度数	%
<b>■安定的に確保できている</b>		
これまでの実績/関係性がある	278	71.5
大学の附属または関連施設である	188	48.3
競合する大学がない	34	8.7
競合する大学が増加した	10	2.6
施設への就職率が低い	1	0.3
新設/歴史の浅い大学である	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	0	0.0
その他	10	2.6
無回答	38	9.8
<b>全体</b>	<b>389</b>	<b>100.0</b>
<b>■現在は確保、2~3年後は不確定</b>		
競合する大学が増加した	167	53.7
これまでの実績/関係性がある	107	34.4
施設への就職率が低い	54	17.4
新設/歴史の浅い大学である	45	14.5
大学の附属または関連施設である	45	14.5
競合する大学がない	9	2.9
施設との間にトラブルがあった	9	2.9
その他	85	27.3
無回答	13	4.2
<b>全体</b>	<b>311</b>	<b>100.0</b>
<b>■現在も確保は不確定</b>		
競合する大学が増加した	49	53.3
新設/歴史の浅い大学である	32	34.8
施設への就職率が低い	20	21.7
これまでの実績/関係性がある	3	3.3
大学の附属または関連施設である	1	1.1
施設との間にトラブルがあった	1	1.1
競合する大学がない	0	0.0
その他	40	43.5
無回答	0	0.0
<b>全体</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

表11-2-2 実習毎の確保状況別理由

(複數回答)

	実習名									
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
■ 安定的に確保できている	36	100.0	30	100.0	39	100.0	40	100.0	37	100.0
これまでの実績/関係性がある	25	69.4	22	73.3	26	66.7	30	75.0	22	59.5
大学の附属または関連施設である	23	63.9	20	66.7	25	64.1	22	55.0	19	51.4
競合する大学がない	3	8.3	2	6.7	2	5.1	2	5.0	4	10.8
競合する大学が増加した	1	2.8	1	3.3	1	2.6	1	2.5	1	2.7
施設への就職率が低い	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
新設/歴史の浅い大学である	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	16.2
無回答	3	8.3	3	10.0	4	10.3	4	10.0	5	13.5
■ 現在は確保、2~3年後は不確定	44	100.0	49	100.0	42	100.0	37	100.0	25	100.0
競合する大学が増加した	26	59.1	25	51.0	23	54.8	15	40.5	11	44.0
これまでの実績/関係性がある	19	43.2	20	40.8	18	42.9	18	48.6	8	32.0
施設への就職率が低い	11	25.0	14	28.6	10	23.8	8	21.6	3	12.0
新設/歴史の浅い大学である	5	11.4	5	10.2	5	11.9	3	8.1	6	24.0
大学の附属または関連施設である	9	20.5	9	18.4	7	16.7	7	18.9	4	16.0
競合する大学がない	0	0.0	2	4.1	2	4.8	2	5.4	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	1	2.3	4	8.2	2	4.8	2	5.4	0	0.0
その他	10	22.7	17	34.7	15	35.7	15	40.5	4	16.0
無回答	1	2.3	2	4.1	1	2.4	1	2.7	0	0.0
■ 現在も確保は不確定	11	100.0	15	100.0	13	100.0	13	100.0	7	100.0
競合する大学が増加した	7	63.6	7	46.7	8	61.5	7	53.8	4	57.1
新設/歴史の浅い大学である	5	63.6	5	46.7	4	61.5	6	53.8	4	57.1
施設への就職率が低い	3	27.3	6	40.0	4	30.8	2	15.4	2	28.6
これまでの実績/関係性がある	0	0.0	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
大学の附属または関連施設である	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	7.7	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3
競合する大学がない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	3	27.3	7	46.7	5	38.5	6	46.2	3	42.9
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
実習名										
ハイリスク										
	産科		新生児		母子保健		助産管理		ウイメンズヘルス	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
	40	100.0	50	100.0	45	100.0	47	100.0	25	100.0
■ 安定的に確保できている	26	65.0	37	74.0	33	73.3	38	80.9	19	76.0
これまでの実績/関係性がある	24	60.0	22	44.0	8	17.8	15	31.9	10	40.0
大学の附属または関連施設である	3	7.5	4	8.0	7	15.6	6	12.8	1	4.0
競合する大学がない	1	2.5	1	2.0	2	4.4	1	2.1	0	0.0
競合する大学が増加した	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設への就職率が低い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
新設/歴史の浅い大学である	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	1	2.5	0	0.0	2	4.4	1	2.1	0	0.0
無回答	4	10.0	3	6.0	5	11.1	4	8.5	3	12.0
■ 現在は確保、2~3年後は不確定	14	100.0	20	100.0	29	100.0	28	100.0	13	100.0
競合する大学が増加した	9	37.5	4	20.0	6	20.7	4	14.3	1	7.7
これまでの実績/関係性がある	3	12.5	1	5.0	2	6.9	1	3.6	1	7.7
施設への就職率が低い	5	20.8	5	25.0	5	17.2	4	14.3	2	15.4
新設/歴史の浅い大学である	3	12.5	4	20.0	1	3.4	0	0.0	1	7.7
大学の附属または関連施設である	2	8.3	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
競合する大学がない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	5	20.8	4	20.0	6	20.7	6	21.4	3	23.1
その他	0	0.0	0	0.0	2	6.9	5	17.9	1	7.7
■ 現在も確保は不確定	8	100.0	7	100.0	9	100.0	7	100.0	2	100.0
競合する大学が増加した	5	62.5	1	14.3	4	44.4	5	71.4	1	50.0
新設/歴史の浅い大学である	2	62.5	3	14.3	2	44.4	1	71.4	0	50.0
施設への就職率が低い	1	12.5	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0
これまでの実績/関係性がある	0	0.0	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0
大学の附属または関連施設である	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
施設との間にトラブルがあった	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
競合する大学がない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	3	37.5	4	57.1	5	55.6	3	42.9	1	50.0
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表11-2-3 実習施設の確保状況の理由その他

	合計	実習名										ルス ウイメンズ ヘルス ヘルス
		妊娠期	分娩期	新生児期	継続事例	健康教育	（ハ）産科	（ハ）新生兒	（イ）予防	（ス）健	（ク）保	
<b>■安定的に確保できている</b>												
学内で実施	3						3					
ハイリスク化	3						1	1	1			
分娩介助施設で実施	2						1	1				
継続ケースをリクルート	1						1					
<b>■現在は確保、2~3年後は不確定</b>												
分娩数の減少	30	4	10	8	5	1	1	1	1	1	1	
スタッフ不足	19	2	3	2	3	2	2	2	1	2	1	1
施設の体制・意向	13	2	2	2	2	2	1			1	1	
ハイリスク化	11	2	2	3	4							
取扱施設の減少	5	2	1	1								1
同意が得られない	4		1		1		1	1	1			
期間が確保できない	3						1	1	1			
施設不足	1											1
産科外来へ実習に行けない	1						1					
保健師が県協議会を作り実習振り分け	1									1		
変更して間もない	1											1
<b>■現在も確保は不確定</b>												
分娩数の減少	13	2	5	3	1	1	1					
取扱施設の減少	8	2	2	2	1							1
同意が得られない	5	1	1	1	1		1					
期間が確保できない	4				1		1					2
分娩取扱を中止	3		1	1	1							
施設不足	3						1	1	1	1	1	
施設の体制・意向	2							1	1			
実習施設でハイリスクが少ない	2							1	1			
災害の影響	2							1	1			1
保健センターでは実習できない	2								2			
スタッフ不足	1											1
ハイリスク化	1		1									
家庭訪問を嫌う	1						1					
地域の公民館などを活用	1							1				
受け入れ保証がない	1									1		
NPOの産後ケア施設を開拓した	1									1		
実習経費が高額である	1									1		
施設による差がある	1											1

## 1.2. 実習における課題や問題について

### 1) 各実習における課題や問題

実習における課題や問題について、全実習で「問題がある」と回答したのは59.6%である。

実習別に見ると、分娩期で84.0%、継続事例で72.2%、妊娠期で69.6%、産褥期・新生児期で69.1%、ハイリスク(産科)で59.7%、健康教育で52.6%などである。最も低いハイリスク(新生児)とウイメンズヘルスでも39.0%が「問題がある」と回答している。

表12-1-1 実習における課題や問題

	度数	%
問題はない	277	34.6
問題がある	477	59.6
無回答	47	5.9
全体	801	100.0

表12-1-2 実習別の課題や問題

	実習名									
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
問題はない	25	27.2	11	11.7	26	27.7	22	24.4	32	42.1
問題がある	64	69.6	79	84.0	65	69.1	65	72.2	40	52.6
無回答	3	3.3	4	4.3	3	3.2	3	3.3	4	5.3
全体	92	100.0	94	100.0	94	100.0	90	100.0	76	100.0

	実習名									
	ハイリスク				地域母子保健			助産管理		
	産科		新生児		母子保健		助産管理			
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
問題はない	25	34.7	41	53.2	35	42.2	41	50.0	19	46.3
問題がある	43	59.7	30	39.0	40	48.2	35	42.7	16	39.0
無回答	4	5.6	6	7.8	8	9.6	6	7.3	6	14.6
全体	72	100.0	77	100.0	83	100.0	82	100.0	41	100.0

問題があると答えた人に実習の課題や問題の具体的な内容について回答してもらったところ、全実習では「時期・日程の調整」「施設の確保が困難」が4割台、「施設が遠い」「多数の施設を使用」「適した対象者が少ない」が3割台、「時間不足」「指導非常勤教員・TAの確保」「同意が得にくい」「宿泊しなければならない」が2割台であった。

実習別に見ると、いずれの実習でも「時期・日程の調整」「施設の確保が困難」が3割以上である。

妊娠期～継続事例では、「施設が遠い」「多数の施設を使用」「適した対象者が少ない」「指導非常勤教員・TAの確保」が3割以上である。分娩期と継続事例では「同意が得にくい」も3割台、分娩期では「宿泊しなければならない」が5割台である。

ハイリスク(産科)では「適した対象者が少ない」「同意が得にくい」が、ハイリスク(新生児)では「適した対象者が少ない」が3割台である。

地域母子保健～ウイメンズヘルスでは「施設が遠い」が3割以上、地域母子保健では「多数の施設を使用」も3割台である。

表12-1-3 実習の課題や問題の内容

	(複数回答)	
	度数	%
実習時間不足	107	22.4
実習時期・日程の調整	203	42.6
実習施設の確保が困難	196	41.1
実習施設が遠い	163	34.2
多数の実習施設を使用しなければならない	170	35.6
実習指導非常勤教員・TAの確保	136	28.5
実習施設と実習に関する協議が十分にできない	25	5.2
実習施設の実習協力体制が整わない	47	9.9
実習施設の職員から十分な指導が得られない	40	8.4
実習に適した対象者が少ない	164	34.4
学生の受け持ちについて患者・家族の同意が得にくい	113	23.7
学内技術演習と施設のケア技術に乖離が見られる	35	7.3
学習のために宿泊しなければならない	116	24.3
学習費用について	49	10.3
その他	48	10.1
無回答	2	0.4
全体	477	100.0

表12-1-4 実習別の課題や問題の内容

	(複数回答)									
	実習名									
	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期		継続事例		健康教育	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
実習時間不足	19	29.7	12	15.2	17	26.2	12	18.5	11	27.5
実習時期・日程の調整	29	45.3	32	40.5	26	40.0	33	50.8	16	40.0
実習施設の確保が困難	28	43.8	41	51.9	27	41.5	21	32.3	13	32.5
実習施設が遠い	20	31.3	38	48.1	24	36.9	21	32.3	10	25.0
多数の実習施設を使用しなければならない	24	37.5	44	55.7	29	44.6	25	38.5	10	25.0
実習指導非常勤教員・TAの確保	21	32.8	34	43.0	27	41.5	22	33.8	6	15.0
実習施設と実習に関する協議が十分にできない	1	1.6	2	2.5	5	7.7	3	4.6	3	7.5
実習施設の実習協力体制が整わない	8	12.5	10	12.7	7	10.8	5	7.7	6	15.0
実習施設の職員から十分な指導が得られない	10	15.6	6	7.6	5	7.7	7	10.8	6	15.0
実習に適した対象者が少ない	23	35.9	42	53.2	25	38.5	30	46.2	6	15.0
学生の受け持ちについて患者・家族の同意が得にくい	17	26.6	27	34.2	13	20.0	24	36.9	3	7.5
学内技術演習と施設のケア技術に乖離が見られる	5	7.8	9	11.4	6	9.2	5	7.7	3	7.5
学習のために宿泊しなければならない	12	18.8	42	53.2	19	29.2	18	27.7	3	7.5
学習費用について	3	4.7	14	17.7	6	9.2	5	7.7	3	7.5
その他	7	10.9	11	13.9	8	12.3	8	12.3	3	7.5
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全体	64	100.0	79	100.0	65	100.0	65	100.0	40	100.0

	実習名									
	ハイリスク				地域		助産管理		ウイメンズヘルス	
	産科		新生児		母子保健					
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
実習時間不足	9	20.9	10	33.3	7	17.5	6	17.1	4	25.0
実習時期・日程の調整	15	34.9	14	46.7	19	47.5	13	37.1	6	37.5
実習施設の確保が困難	13	30.2	10	33.3	18	45.0	18	51.4	7	43.8
実習施設が遠い	5	11.6	3	10.0	17	42.5	20	57.1	5	31.3
多数の実習施設を使用しなければならない	10	23.3	4	13.3	13	32.5	8	22.9	3	18.8
実習指導非常勤教員・TAの確保	8	18.6	4	13.3	4	10.0	7	20.0	3	18.8
実習施設と実習に関する協議が十分にできない	3	7.0	2	6.7	3	7.5	2	5.7	1	6.3
実習施設の実習協力体制が整わない	3	7.0	3	10.0	2	5.0	2	5.7	1	6.3
実習施設の職員から十分な指導が得られない	1	2.3	2	6.7	1	2.5	1	2.9	1	6.3
実習に適した対象者が少ない	15	34.9	9	30.0	7	17.5	5	14.3	2	12.5
学生の受け持ちについて患者・家族の同意が得にくい	13	30.2	7	23.3	4	10.0	3	8.6	2	12.5
学内技術演習と施設のケア技術に乖離が見られる	2	4.7	1	3.3	2	5.0	1	2.9	1	6.3
学習のために宿泊しなければならない	4	9.3	1	3.3	6	15.0	8	22.9	3	18.8
学習費用について	2	4.7	1	3.3	7	17.5	6	17.1	2	12.5
その他	4	9.3	1	3.3	3	7.5	2	5.7	1	6.3
無回答	1	2.3	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0
全体	43	100.0	30	100.0	40	100.0	35	100.0	16	100.0

## 2) 開拓を考えている実習施設とその理由

今後、開拓を考えている実習施設とその理由については33件の記述があった。

開拓を考えている実習施設としてあげられたのは、「産後ケア施設」の9件、「子育て支援施設」の7件などである。

開拓を考えている理由は、「継続学習ができる」の4件、「施設が不足」「分娩数が不足」の各3件、「実習数の確保」「産後ケアが必要」の各2件などである。

表12-2 開拓しようと考えている実習施設とその理由 n=33

分類	理由	開拓を考えている実習施設
継続学習ができる(4)	・まだ探し切れていないが、継続した学習ができる。	市町村: 産後ケア事業を行う実習施設
	・産後ケア(施設・訪問支援): 産後は入院期間・2週間健診・1ヶ月健診のチャンスに限られてくるので、継続的な支援や包括支援の実践を学ばせたい。	産後ケア(施設・訪問支援)
	・トータルなウイメンズヘルス・子育て支援を学べるため。	妊娠期～産後のケアハウス 子育て支援も実施している助産所
	・支援の継続性を学ばせる目的で必要だと思っているので、視野にはいれている。	
施設が不足(3)	・特に有床助産所で分娩の取り扱いを休止または休止予定の動きがあります。何を学ばせる実習にするかから検討する時期にきています。	地域母子保健実習用施設
	・既に行っている。分娩施設の不足に悩んでいます。	分娩施設
	・実習施設は多数の学校や学部を受け入れており確保が困難。	
分娩数が不足(3)	・実習施設の分娩数の減少	継続事例を持たせていただける施設
	・分娩件数の多いクリニックもあるが、学生受け入れ態勢が整っていない。しかし現時点では検討中である。	分娩件数の多いクリニック
	・分娩数の多いクリニック・子育て包括支援センター	
実習数の確保(2)	・3施設で実習しているが、年内に分娩学習が終了しない。	開業医
	・分娩介助実習ができる施設: 10例/人以上を満たすため。	分娩介助実習ができる施設
産後ケアが必要(2)	・産後の母子に対するケアの実習ができる施設が必要であるから。	子育て包括支援センター
	・探している。地域での活動・育児期への支援が重要になっていると考えるため。	産後ケアを行う地域の施設
その他(7)	・近くがない。	産後ケアハウス等
	・健康教育実習のため	地域・学校・保健センターなど
	・地域母子保健実習の受け入れ人数によっては他の施設も必要	市町村
	・新カリ対応	子育て包括支援センター 乳児健診可能な施設
	・新カリに向けて検討の必要があるが、具体的にはなっていない。	
	・乳児検診・保健指導に関する実習を拡充する予定。	
	・今年度で閉学のため計画はない	なし
不明(12)		産後ケアハウス(4) 子育て包括支援センター(3) 不妊治療を行っている機関 保健センター 性暴力被害者のワンストップ支援センター こども園など 子育てサロン ローリスク事例の多い診療所 近隣のHP 産後訪問(助産師会と連携) 広場等

### 3) 実習における倫理的配慮についての課題

実習における倫理的配慮についての課題は16件の記述があった。

「学生の保護」が6件、「学生の倫理観欠如」が5件、「対象者の保護」「記録物の扱い」が各2件などである。

学生の保護に関しては長時間に及ぶ実習、予定外の分娩介助の強要、分娩実習で学生だけが産婦につく場面の危険性などの問題があげられた。

表12-3 実習における倫理的配慮の課題 n=16

分類	記述内容(抜粋)
学生の保護 (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誘発で何日か入院している産婦。受け持ち学生を翌日交替させようと思ったが、同じ学生がずっと受け持つようにとスタッフに注意された。</li> <li>・学生の情報を守ること。</li> <li>・開業医の場合、院長の命で分娩介助予定でない(休憩・振り返りさせたい)時に、対象者がいれば分娩介助を強いられる。学生の健康管理の視点はなく、「やる気はないのか」と恫喝される。もしくは「来年は実習受けないぞ」と言われる。</li> <li>・学習者の権利を守ることについて。</li> <li>・スタッフは交代制勤務で指導してもらっているが、時に学生は実習時間が長時間になってしまうことがある。</li> </ul>
学生の倫理 観欠如(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・SNSの取り扱い。個人(学生)の責任感の醸成。</li> <li>・SNSなどの注意をしているが、確認はできず心配。</li> <li>・自分のこととして考えることのできない学生が多い。</li> <li>・助産師実習要綱の中に倫理的配慮について明記はしているが、臨地実習中も常に学生の言動に注意を要することがある。看護師教育課程における倫理的配慮の教育が統一化されていないのではないか。</li> <li>・学生の倫理観の低下(看護学生時代の学びに差あり)。</li> </ul>
対象者の保 護(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親は母乳育児を望んでいるのに、人工乳補足をマニュアル的にしている。バースプランに向けての対象の意見や価値観を尊重したケア提供。</li> <li>・分娩実習で特に母子の安全と学習の保証両方を満たす必要があるが、状況によっては学生だけが産婦についているときもあり、母子・学生双方にとって危険をはらんでいる。</li> </ul>
記録物の扱 い(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学生の実習記録物の返却の有無。</li> <li>・実習記録を施設内で行うとされている実習施設がある(個人情報の観点から)。施設内で行うこととしながら、施設安全管理のため(学生安全)、早く帰宅(帰寮)を促されるので記録がすすまない。</li> </ul>
その他(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護の観点から指導者の勤務がわからず、継続事例の保健指導等の助言をいただける日程調整が難しい。</li> <li>・特にはないが、学生が毎年変わるので日々細心の注意が必要。</li> <li>・各実習施設においても注意深く意識をもって倫理的配慮を示し、学生に説明し、対応してくださっている。教育的であり、学生の意識教育となっている。</li> </ul>

#### 4) 実習における個人情報保護、守秘義務についての課題

実習における個人情報、守秘義務についての課題は33件の記述があった。

「周知している」以外に課題として、「SNSで問題発生」「SNSが不安」「対象者要望に苦慮」が各5件、「学生の意識が希薄」「連絡に気を遣う」が各3件、「共有情報のリスク」「記録物の扱い」「SNSを利用しない」が各2件などである。

いずれの問題もSNS普及に伴い拡大していることがわかる。

表12-4 実習における個人情報保護、守秘義務に関する課題 n=33

分類	記述内容(抜粋)
周知している(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習上での注意事項として、例をあげて説明している。</li> <li>個人情報保護・守秘義務に関しては講義・実習オリエンテーション等、様々な機会に十分に説明している。SNSを実際に確認はできていない。</li> <li>意識付けのため繰り返し具体例を示しながら意識付けしていく必要がある。できごと報告やヒヤリハットの事例について、振り返りを十分行う。</li> <li>大学内で周知して実習に臨んでいる。</li> <li>学生が自分のインスタに実習の感想(大変だったとか～)などを上げないように指導し、注意して観察している。</li> <li>実習オリエンテーションなどで学生には周知している。</li> </ul>
SNSで問題発生(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>継続事例の次の受診日の確認を他の学生に依頼し、SNSで送信していた。</li> <li>以前(2018年度)、学生が実習の状況・受け持ちの方について学生なりにプライバシー保護していたが、記録などをSNSにアップした。大学で学生へ処分を行った。</li> <li>学生自身の口腔内の状況を写真撮影しクラスメートに配信したことがあり、指導を実施した。</li> <li>学生にオリエンテーションや折に触れSNSに実習や学内のことについては個人的にアップしないよう伝えているが、載せていることがある。今のところ個人情報に触れる内容ではないが…。</li> <li>学生が実習の疲れをSNSでつぶやく。</li> </ul>
SNSが不安(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠方での実習であるため、学生間のコミュニケーションツールとしてSNSが活用されているが、情報の保護について守れているか不安がある。</li> <li>SNSなどの注意をしているが、確認はできず心配。</li> <li>SNSの使用に関すること(対象者がSNSを日常的に使っているのに中止はできない場合)。</li> </ul>
対象者要望に苦慮(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者から学生と一緒に写真を取って欲しいと言われた時の対応等について注意している。</li> <li>産婦・褥婦から学生との同伴写真を求められた場合に、学生の顔・氏名がSNS etcに載らないよう依頼・約束の上、実施してもらうようにお願いしている。心情的には心苦しいが、同意はしていただけていてトラブルにはなっていない。</li> <li>情報交換。写真の被写体になること等への遠慮(拒む)</li> <li>規定を作つてはいるものの、お祝いの場でもあるため一緒に写真を撮ることもあり、その後の利用方法などは分からぬいため不安はある。</li> <li>対象者側からのSNS申請(フェイスブック等)への対応に苦慮する学生が後を絶たない。</li> </ul>
学生の意識が希薄(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNSを使用するが、日常的過ぎて情報保護の意識を持ちにくい学生が増えている。</li> <li>具体的な事例を示しながら注意喚起をしないと、なかなか自分のこととして考えられない学生がいる。</li> <li>ガイドラインはあっても学生の意識が希薄。</li> </ul>
連絡に気を遣う(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>外部実習の際に、個人の携帯電話やメールなどで連絡を取らなければならないこと。</li> <li>分娩実習中(休日や夜間)、分娩介助した産婦への翌日の指導計画やパンフレットなどを、教員が実習場に不在であるため、個人情報をなるべく抜いた状態で記載したものをやむなくメール送信し確認する場合がある。その場合は、ファイルにパスワードをかけるなど注意して送っている。しかし、トラブルが起きないか心配はある。</li> <li>学生の連絡には常に気を配っている。</li> </ul>
共有情報のリスク(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生間で情報共有をする時の施設間の連絡内容が、個人情報を含んでいて、流れないようにするのに限界がある。</li> <li>学生のSNSの利用、及びSNSを通して学生間で情報共有すること。申し送り時、受け持ち対象以外の情報に触れることがある。</li> </ul>
記録物の扱い(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の情報保護の観点から、大学に提出された記録は返却していない。</li> <li>記録の病院外への持ち運び。看護は病院内で記入しているが助産はできない状況で、記録は手書きで専用バッグでの持ち運び。持ち運びにサインしている。</li> </ul>
SNSを利用しない(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNSは原則使わない。</li> <li>SNSは利用しない。外部で実習のことは話さないことを義務付けており、実行できているか常に確認している。</li> </ul>
その他(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>特にないが、学生が毎年変わるので日々細心の注意が必要。</li> <li>看護学生の時に受け持ち以外の情報を見ては受けないと指導されているので、他の産婦への関心を持つてはいけないと思っている学生が増えている。病棟全体の動きに关心を示さない。</li> <li>看護学実習では課題があるが、助産実習時にはクリアしている。</li> <li>家庭訪問の実施が難しくなっている(継続事例)。自宅を知らせるのはどうか。</li> </ul>

## 5) 実習における電子カルテ活用についての課題

実習における電子カルテ活用についての課題は32件の記述があった。

「スタッフが閲覧に必要」が8件、「台数が少ない」「情報収集が困難」が各5件、「操作が難しい」が4件、「教員が閲覧に必要」が3件、「閲覧のみである」が2件などである。

学生のみでは利用できないなどの制約が多いため情報収集がスムーズにできず、学生や教員の負担が大きくなるなどの弊害につながっていることがわかる。

表12-5 実習における電子カルテ活用に関する課題 n=32

分類	記述内容(抜粋)
スタッフが閲覧に必要 (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院付属の大学生は自分のID等があり自由に電子カルテの活用や施設への出入りができますが、他の教育機関の学生は一律指導者等に操作していただくことが必要な状況で、不自由を感じています。</li> <li>医師用・スタッフ(看護)用・学生用で閲覧できる内容が異なり、結局見る際にスタッフへ依頼しなければならない。</li> <li>電子カルテ活用にかなりの制約がある。1回1回スタッフに声をかけ、スタッフのパスワードで開示してもらう。声のかけにくさ、タイムリーに見れない。</li> <li>教員用パスワードがいただけない施設がある。</li> <li>学生用に使用が難しい施設があり、指導者を探して聞いてもらったり、PCが不足で使えないなど。</li> <li>学生用のパスワードが付与されないため、閲覧の度にスタッフに依頼しなくてはならないこと。</li> </ul>
台数が少ない (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生が使用できる台数が少ない。</li> <li>使用できるPCが少ない。</li> <li>実習施設によって、スタッフと同じPCを使うので空いているときしか使えない。</li> </ul>
情報収集が困難(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ID・パスワードが学生に配布されていないため、情報収集を安易に行えない。</li> <li>必要な情報が自分たちで収集・確認が行いにくいことがある。</li> <li>必ず職員に開けてもらわなければならないため、夜間実習の際に事前に情報を取ることができない。</li> <li>学生が閲覧できるページに制限があり、対象のアセスメントが深まらないことがある。</li> <li>受け持ち決定のための情報収集がしにくい。受け持ちOKもっていないのでカルテが見れない。受け持てる状況の方なのか判断がしにくい。</li> </ul>
操作が難しい(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>見慣れぬ学生には使いにくさがあり、情報収集しにくい。</li> <li>慣れるまでに時間を使っているが、約1週間でできている。</li> <li>カルテを使いこなすまでに時間がかかる。記載内容が不足。全体像を理解するのに難しい。</li> <li>電子カルテ内の情報がどこに入っているかわからないために情報入手できないことがある。または、入手できるようなるためには時間がかかる。</li> </ul>
教員が閲覧に必要(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生閲覧用のパスワード使用で、安全がはかられている。個人的関心で閲覧しないよう、教員・スタッフのいる場所で聞くことになっている。</li> <li>教員のみにID・パスワードが渡されるため、学生がカルテから情報収集するために、常に教員がついていないといけない。</li> <li>電子カルテを教員が責任をもって閲覧させるシステムとなっているが、暗証番号の他、指紋認証や血管認証など二重システムが多くなってきており、教員で代行する場合が難しく、フルタイムでの特定教員の確保が難しくなってきた。</li> </ul>
閲覧のみである(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生には閲覧のみとしている。以前、記録が削除されたり誤入力があったため。</li> <li>病院実習では、電子カルテは閲覧のみで入力はしない。助産所では、入力した後、指導助産師の確認をもらっている。</li> </ul>
その他(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生用電子カルテの確保が困難(経費の不足)。</li> <li>実習中のセキュリティに対する対応の難しさ。</li> <li>今年から電子カルテの入力を行った。スタッフはパス形式で入力し、学生はSOAP#で入力するため、双方で戸惑いが生じた。次年度は調整の上望むことで解決できる。</li> <li>参照モードでない施設については、注意している。</li> <li>実習施設によって異なること。受け持ち対象以外のカルテの閲覧について。</li> </ul>
問題なし(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生用IDをもらっている。</li> <li>電子カルテの事前説明会・学習会を行ってもらっているため、今のところ問題は発生していない。</li> <li>実習初日に臨床指導者から詳細な説明を受け、「絶対実施してはいけないこと」について強調していただいている。ある施設においては事前に学生用の操作方法のパンフレットを配布されている。全ての施設にあればよいのだが…。</li> <li>主施設が電子カルテになっていないため、今のところない。</li> </ul>

## 6) 実習における学生の健康管理についての課題

実習における学生の健康管理についての課題は44件の記述があった。

保険加入・予防接種・感染症スクリーニングの実施以外に課題としてあげられたのは、「夜間・長期実習の負担」が10件、「メンタルの不調」が9件、「予防接種の基準」が4件、「予防接種が間に合わない」が3件、「移動中の事故防止」が2件などであった。

夜間実習や長期実習の負担の大きさがメンタルの不調も招いていることがわかる。予防接種には基準のあいまいさや実習に間に合わないといった阻害要因がある。

表12-6 実習における学生の健康管理についての課題 n=44

分類	記述内容(抜粋)
保険に加入(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険加入(11)</li> <li>入学時に保険加入(2)</li> <li>保険加入はしているので臨床実習中の事故については対応ができる。</li> </ul>
予防接種を実施(確認)(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防接種実施(5)</li> <li>抗体価を調べ、低いものは予防接種をして入学するようにさせてる。特に風疹・麻疹は低いものが多い。</li> <li>予防接種を、必要な学生は入学前と後に接種している。</li> <li>入学後、B型ウイルス検査を実施し、その後ワクチンの接種を3回実施しているが、臨地実習開始前に2回の接種は済んでいる。10月下旬にインフルエンザ予防接種を学生・教員共に実施している。</li> <li>抗体を持たないものに関しては入学してから順次ワクチン接種をしている。</li> <li>実習までに接種。各実習施設に報告も行っている、あるいはいつでも報告できるよう結果を把握している。</li> <li>初回の実習までに感染症のスクリーニングと予防接種の確認は行えており、今のところ問題は生じていない。</li> <li>実習前に予防接種の確認。</li> <li>抗体価の低い学生は自費予防接種を受けている。</li> <li>予防接種はインフルエンザ。</li> </ul>
感染症スクリーニングを実施(11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染症スクリーニング実施(5)</li> <li>入学前に感染症スクリーニング。</li> <li>全員入学時感染症スクリーニング</li> <li>入学前に感染症の検査の実施を依頼している。</li> </ul>
夜間・長期実習の負担(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>4年間での選択制のため、実習期間は12週間位を取ることがやっとで、その中で実習・記録・自己学習を分娩介助・産褥・新生児・継続と行うため、睡眠不足等による自己健康調整が困難となり、体調を崩す学生がいる。</li> <li>宿泊実習による健康上、心身ともに負担。</li> <li>睡眠時間が少なく、体力を消耗すること。</li> <li>実習施設によっては宿泊・夜間の休憩をとりながら行っている。長時間に及ぶ実習(受け持ちの方の経過が長い場合)。</li> <li>24時間待機している学生で、気分不良になる学生も増えた(低血糖など)。</li> <li>夜間待機が連続する場合、栄養・睡眠については教員からの介入を要する。</li> <li>分娩件数が少ない施設では、オンコール実習を行うため学生のストレスが大きい。</li> <li>10例の分娩介助例数を確保するために分娩待機時間・拘束時間が長い。また、夜間の実習もする必要がある。そのため学生は身体的にも精神的にも負担が大きく、健康管理するのが大変である。</li> </ul>
メンタルの不調(9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>一番気にかけていることは精神的健康についてです。緊張する時間が長く、記録が多いために睡眠時間が短くなりがちなので、そのあたりの健康管理に気配りをします。</li> <li>メンタルケア。</li> <li>分娩数が少ない施設は常に待機で、土日もなく学生のメンタルフォローが大変である。</li> <li>夜間実習中の体調管理。メンタルヘルスの不調(既往なども)を把握しにくいことがある。</li> <li>体調不良で欠席や、うつ診断等あり、フォローに時間と教員を確保した。</li> <li>学生の精神的問題を抱える率が年々増加していること。</li> </ul>
予防接種の基準(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生の予防接種の必要性(HBs)→任意で自費なので打たないが、予防的認識でいくと打った方がよいか?</li> <li>学生が予防接種しても抗体がつかなかったり、予防接種は自己負担なので忘れる学生がいる。</li> <li>感染症について、何度予防接種をしても抗体価がつかない学生の実習を受け入れて下さらない施設がある。</li> <li>感染症抗体価の基準や予防接種の回数等に関する規定が、実習施設によって異なること。</li> </ul>
予防接種が間に合わない(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>HBsワクチン接種について、6月末より実習に行くが4月からワクチン接種を行っているのでは間に合わない。</li> <li>B型肝炎のワクチンを接種していない学生がほとんどで、入学後では実習に間に合わず、今のところ在学中接種の機会を設けていない。</li> <li>予防接種が実習開始までの期間が短い。</li> </ul>
移動中の事故防止(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間移動中の事故防止のため、移動は禁止し病院当直室を使っている。</li> <li>遠方の実習施設で土地柄自家用車を利用している(実習先もOKくれている)。毎年事故が発生しないかヒヤヒヤしている。</li> </ul>
その他(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>大学院生の健康診断。</li> <li>手續等は大変ですが、問題はない。</li> <li>宿泊させる場合の環境(食事・風呂)などの整備が不足する。</li> <li>体調などに問題があれば、必ず受診し休ませる。朝体温測定し、発熱(37°C以上)あれば病棟に行かせない(待機室で学習などに振り替える)。夜間などは、担当教員が付き添い受診する。</li> <li>7月8月、11月12月の実習で体調不良が増えている(脱水)。</li> <li>冬季実習は特にインフルエンザによる欠席が不安だが、その時期に実習を入れざるを得ない。</li> <li>看護学生時代に感染症スクリーニングをしていない学生が多い。</li> <li>産科病棟は年中多施設の実習を受け入れているため、感染症に罹患すると補習実習ができない。</li> </ul>

## 7) 教員の実習対応時間についての課題

教員の対応時間についての課題は66件（約7割）の記述があった。

「夜間・休日対応がある」が21件、「立ち合いが必要」が15件、「長時間拘束される」が14件、「時間外対応が多い」が13件、「休みがとれない」「教員が少ない・確保できない」が各10件、「他業務との両立が難しい」が8件、「連絡対応が必要」が7件、「健康管理できない」が6件、「連続勤務がある」「遠方・宿泊がある」が各4件などである。

夜間・休日・長時間・連続・連絡対応・遠方・宿泊といった負担のかかる勤務実態が、他業務にも支障をきたし、休みが確保できず健康管理を難しくしている様子がうかがえる。記述数の多さにもこの課題の深刻さが表われている。

表12-7 教員の実習対応時間についての課題 n=66

分類	記述内容(抜粋)
夜間・休日対応がある (21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続実習等については土曜日の健診が多く、出産・家庭訪問の指導も時間外になることが多く、オーバーワークになっている。</li> <li>・休日夜間も実習しないと分娩が取れない。臨床も協力してくれているが、夜間・休日対応は継続分娩時のみとしている。</li> <li>・学生がまだ慣れない1~2例目までは、教員も夜間や休日待機して実習に出ている。</li> <li>・夜間対応できる教員に負担が大きい。</li> <li>・分娩があれば土日祝日・夜間でも呼びだされる(実習を受け入れる条件として施設から提示される)。</li> <li>・夜間呼び出し(継続ケース分娩時)</li> <li>・継続事例の分娩等で夜間・休日に実習指導にあたらなければいけない。</li> <li>・夜間・休日対応の負担。</li> <li>・祝日などにも対応しないといけないこともある。</li> <li>・分娩件数が少ない施設では夜間や土日の実習を行うため、教員も立ち合いや連絡・相談に応じなくてはならないため負担が大きい。</li> </ul>
立ち合いが必要(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩介助実習では夜勤帯・土日休日で実習する場合、原則的に教員が学生につく条件で実習を許可される施設が増えている。専任教員が過重労働にならざるを得ない。</li> <li>・分娩の立ち合いを教員に求める施設があるが、全例の対応は難しい。</li> <li>・病院は混合病棟化となり、教員の常駐が前提となっている。</li> <li>・夜間など、評価事例は立ち合いが必要となる場合がある。</li> <li>・働き方改革。夜間の分娩時の引率。</li> <li>・休日や夜間の教員の指導をどうするか検討中です。教員が不在であると介助ができない施設もあるため、現在は教員が時間外の対応をしています。</li> <li>・実習先で指導できる人がいないとされ、教員が必ず付くのを条件にされていることが多い。</li> <li>・土日・夜間ずっと教員がつかなければならず、労働時間として問題がある。</li> <li>・教員のはりつきを条件にされる。</li> <li>・夜間や休日でも教員がついていないと実習ができない。</li> <li>・教員は一施設一名配置が必要である。教員が指導につくことを条件にする診療所が多い。そのため、分娩が終了するまで教員は勤務時間を延長せざるを得ない。</li> </ul>
長時間拘束される(14)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間のオンコール実習の場合、どうしても夜7時~9時ごろまで延長して指導することが多い。</li> <li>・時間外が多い(朝7:30~沐浴実施の施設あり)。夕方(17時頃)の分娩は終了するまで帰れない。翌日の指導案やパンフレットの指導を、夜間・早朝に行わなければならない。</li> <li>・分娩待機するための拘束時間をどう対応するか。</li> <li>・実習への対応時間は長いが、複数名の教員のシフト制で対応している。</li> <li>・深夜に及ぶ実習について。</li> <li>・夕方の分娩対応では遅くなる。</li> <li>・特に分娩期においては教員が24時間拘束される。</li> <li>・長時間労働(分娩後2hまでいるので)。継続事例の指導が特に長い。入院から分娩までずっと付き添って指導するので、2~3日になることもあるが、教員数がギリギリで交代できない。</li> </ul>
時間外対応が多い(13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実習指導で例年100時間以上の時間外が発生している。(分娩介助では原則教員の立ち合いが求められているため)</li> <li>・実習期間においては時間外に対応することが多い。</li> <li>・週末(記録の指導が、提出が間に合わず、結局自宅や深夜の作業となっている)。</li> <li>・日勤から夕方にかけての分娩実習は、教員も時間外対応を求められることがある。</li> <li>・1つの実習施設を1人の専任教員が担当するため、複数の学生に指導するには時間外まで延長することが常態化している。</li> </ul>

分類	記述内容(抜粋)
休みがとれない(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間外勤務の代休が確保できない。</li> <li>・場合によっては夜間や休日に実習場に行かなければならず、その分の代休はない。</li> <li>・振替休日の確保が難しい。</li> <li>・学生達の連絡は基本24時間可としているが、夜間の対応は代休として申請しにくい。</li> <li>・母性・助産と1年中実習なので、まとまった休みは取りづらい。</li> <li>・10週間に及ぶ24時間体制の実習で教員の休みが少ない。オンコールでたまたま呼ばれなかつた日が休みという状況。</li> <li>・教員は学内では助産学担当のみ。夏休みなどの休暇が取れない。働き方改革と言われる中、休みもなく時間外が多い。</li> <li>・実習期間5ヶ月は休暇が取れない。土日も予定を入れられない。休むと代務者がいない。継続事例に関しては3週間ほど、夜間も待機必要。</li> <li>・継続の場合、最長2W休みがなかつたこともある。</li> </ul>
教員が少ない・確保できない(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休日対応の非常勤がいなければ全て教員対応となってしまう。</li> <li>・施設により24hオンコール体制のため、教員の実習対応時間が超長時間拘束となるが、TA等の雇用が予算的に困難。</li> <li>・教員数が不足しており、夜間実習への対応が困難であり夜間実習を中止せざるを得ず、分娩取扱件数が伸びない。</li> <li>・夜間(実習)待機の際、特に分娩開始後は教員も夜間実習に入るよう求められるが、夜間対応できる教員が少ない。</li> <li>・1人の教員が複数の施設を同時に担当する。</li> <li>・夜間も分娩実習をしないと10例につくことができないが、教員には交代できる人員がいない。</li> </ul>
他業務との両立が難しい(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・少数の教員で対応しており、実習以外にも学務はある。そのため、学内での業務のために学内へ戻る時間が取れず、土日実習をしても代休を取ることも難しい。</li> <li>・実習対応時間と学内業務時間の両方の確保。</li> <li>・少ない教員数で学部の実習や講義対応もしながらのため、その他の活動を行う時間の確保が難しい。</li> <li>・学部の授業と母性実習を同時にしている。</li> <li>・教員の夜間対応が必要な施設があり、教員の学内業務との調整が難しいことがある。</li> <li>・助教の研究時間が少なくなる。</li> <li>・実習のみに専念というわけにもいかず、時間調整に苦慮している。</li> </ul>
連絡対応が必要(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休日・平日関係なく学生からの電話対応に追われている。</li> <li>・休日の相談や体調確保などをメールでやりとりすることがあり、ON・OFFの線引きがしにくい状況がある。</li> <li>・分娩実習は土・日・祝日・夜間など、電話対応(メール)しなければならない。</li> <li>・学生が24時間待機をしているので、夜間の自宅での電話指導がある。時間外が多くなる。</li> <li>・電話での実習調整対応を24hで実施している。</li> </ul>
健康管理できない(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・超勤対応により健康が保てない。</li> <li>・分娩期実習は24時間体制で立ち会うので(夜間専任教員で3名で2カ所の実習施設)、身体的負担が大きい。夜間指導し、日中も指導している。</li> <li>・母性看護学実習と並行して24h体制で助産学実習を実施している状況で、身体的・心理的ストレスを抱える教員もいる。</li> <li>・時間外(夜・土日祝・延長時間)となると教員の確保が難しく、教員の健康状態が悪くなることがある。</li> <li>・夜間実習は臨地専任+教員でローテートのため、教員の疲労が強度である。</li> </ul>
連続勤務がある(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続事例の時など、連続勤務・夜間22時～5時の勤務が続き、働き方改革からは一番課題が多いと思う。</li> <li>・クリニックでの実習の際、分娩時教員の呼び出しがあるので、代休の処置を講じてはいるが、連日呼び出しの際は教員の健康管理に問題が生じている。</li> <li>・夜間・土日・時間外が連続する場合の対応。何とか工面しているという状態。十分ではない。</li> </ul>
遠方・宿泊がある(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・宿泊を伴うこと。</li> <li>・授業をしながら遠方の実習施設への指導になかなか時間がとれない。指導者との連絡調整も難しい時がある。</li> <li>・遠方施設もあるため、移動時間が長いため対応時間に制約を生じやすい。</li> <li>・夜間待機実習で遠方の場合、前日より宿泊する必要あり疲弊する。</li> </ul>
その他(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どうしても残業しないといけない時がある。代休でカバーしている。</li> <li>・施設によって教員への要請にばらつきがある(例:土曜日出勤)</li> <li>・働き方改革により、夜間働くことが困難であるため継続事例の介助が見学になることの弊害がある。</li> <li>・母性看護実習期間と2か月半重なる。他校の実習や時間割の調整のためやむを得ない。助産を担当する教員は年間8か月(母性を含む)実習に関わっている。</li> <li>・時間外勤務は多いが手当はない。</li> <li>・教員がいても実習指導者が不在であると見学のみになる施設がある。</li> <li>・残業・夜間待機が多くあるが、全く手当てがつかない。</li> </ul>

## 8) 実習施設に支払う実習費についての課題

実習施設に支払う実習費についての課題は39件の記述があった。

「予算が乏しい」が12件、「安い」が9件、「標準額が不透明」が8件、「増加した」が4件、「規定がある」「依頼が難しい」「高い」が各3件などである。

国公立では予算が乏しい・規定があるなどの理由で安いが依頼しにくく、私立では負担の大きさと標準額の不透明さを問題視する記述が多くみられた。

表12-8 実習施設に支払う実習費についての課題 n=39

分類	記述内容(抜粋)
予算が乏しい(12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習経費としての予算から、実際には消耗品や交通費等及び備品も助産にかかる経費は全てその予算内で対応しなければならないため、実習施設数や実習期間が増えると他の運営に支障をきたす。</li> <li>大学から助産課程への補助金は出でていないと言われている。入学金・授業料では赤字経営である。</li> <li>他施設を使用すると実習費用が発生するため予算オーバーになる。</li> <li>実習費が領域費の大半を占め、教育運営に充てる費用が十分にない。</li> <li>今後増額も見込まれるもの、実習費の予算が乏しい状況にある。</li> <li>大学の予算が減額となった。</li> <li>院では助産用に授業料を取っていないので、継続などで実習時間が増えるのが心配。</li> <li>実習施設側から実習費の増額を求められているところであるが、大学の予算の関係で対応できていない。</li> <li>費用を上げられない。近県調査はしているが、上げられない。</li> </ul>
(国公9・私3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>分娩介助の有無にかかわらず謝金支払いがあり、経営的には厳しい。</li> </ul>
安い(9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護と同等額である。行ってもらっている業務から考えると安い。</li> <li>新設私学の実習費と比較すると安価で依頼しており、病院からの実習費値上げに対して学内予算もなく調整が難しいこともある。</li> <li>大学の規定で1日1000円だが少なすぎる。</li> <li>時間外の指導・施設の利用(宿泊や待機)に伴う光熱費など、支払っていない施設の持ち出し分が大きい。</li> <li>安すぎて申し訳ないと思っている。</li> <li>実習施設に支払う実習費が安価。990円/人日</li> <li>現時点では1人1日あたりの額で支払しており低額でも引き受けもらえている。他県は分娩1事例につき高額な費用が必要とも聞いているため、今後引き上げとなる可能性もある。</li> <li>助産師の指導の負担に比べ安価である。実習施設への補助金等検討しなければ、実習施設確保困難の問題は解決しないと思う。</li> </ul>
(国公6・私3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数の学校を受けていただく病院では、均一な実習費ではない病院もある。</li> <li>どのくらいが適當か見当がつかない。指針を示して欲しい。</li> <li>他校の実習費については情報がない。</li> <li>全国的な目安となる基準を提示してもらえば、実習場の開拓や経営上も話し合いがスムーズにいくと思います。</li> <li>施設によって差はあるが、特に支障はない。</li> <li>全国の平均実習費はいくらなのだろうか。</li> <li>妥当な金額が不明。今のところ施設からの不満はないが、今後の対応として全国的にどうか知りたい。</li> <li>他施設で分娩介助の実習をする場合、実習費としてどれくらい支払っているのか知りたいが情報がない。最近の情報を全助教で調査してお教えいただけると有難く思います。</li> </ul>
標準額が不透明(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>助産院実習における自習費と宿泊費が微増している。</li> <li>従来は学生1名1日500円だったが、実習施設より実習費の検討が提示され、学生1名1日1,000円になった施設もある。</li> <li>年々実習施設に支払う費用が高くなっていることにより、学生にも負担がかかる。</li> <li>実習費は病院確保するために新設校が多くなると吊り上がる傾向にある。実習費とは別に持参用(滅菌物や衛生材料)物品が年々増えてきて、実習費全体が学校経費を圧迫している。</li> </ul>
(私4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>手がかかるのでもう少し実習費を払いたいが、学校の決まりがあるので上げられない。</li> <li>県費であるため低額に設定されており、指導に見合った金額でないため、特に他大学と競合している施設からは指摘を受けているが改善はされていない。</li> </ul>
規定あり(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>現時点では大きな問題になっていないが、各施設から値上げを言われたら実習が難しくなる。</li> <li>大学の規定する実習費は一律である。新しい実習施設を開拓する場合、実習施設の提示する金額と合わせず依頼できないことがある。</li> <li>施設へ支払う実習費は年々安くなり、依頼が難しいと感じている。</li> </ul>
高い(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>一部の実習施設において実習費が高額であり、校費での支出が難しくなっている。</li> <li>宿泊・交通費。</li> </ul>
(国公1・私2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>助産院での実習費が宿泊させていただいているのもありそれを含めると高くなっている。</li> </ul>
その他(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>現時点ではありません。</li> <li>大学が全額負担している。</li> </ul>
(私3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習費を払っているのに今日はシフト上の問題で指導者がいません！！という施設がある！！</li> </ul>

## 9) 実習施設で学生が対象者へ助産ケアをすることについての課題

実習施設において学生が対象者へ助産ケアをすることについての課題は40件の記述があった。

「基礎教育が不十分」が11件、「施設（指導）に差がある」が10件、「受け持ち同意を得にくい」が8件、「安全性」が5件、「コミュニケーション力」が4件、「指導者不足」「学生の個人差」が各3件などである。

助産師教育の前提である基礎教育が不十分なため必要な技術を修得するのに時間がかかり、安全性を確保できないまま実習に入らざるを得ない実態が見られる。また施設の指導方針等に差があり、期待するような内容の実習は難しいようである。学生については、コミュニケーション力などの個人差が大きく苦慮する様子も見られる。

表12-9 実習施設において学生が対象者への助産ケアを提供することについての課題 n=40

分類	記述内容(抜粋)
基礎教育が不十分(11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護技術の習得が不十分まま助産師教育課程に進むため、一からの指導となり、看護基礎教育の積み重ねにならないこと。</li> <li>・基礎看護技術や母性看護技術を経験しないまま助産で実践する学生が増えている。安全確保に課題がある。</li> <li>・無資格の学生がいくら学習・演習をしており指導の下とはいえ、正常経過の分娩ケアを自立して行うことができるこことを目標にすることは対象者の安全確保の点で非常に心苦しい。少なくとも実質的な分娩介助以外の看護技術の提供に関しては、看護基礎教育の段階でもう少し身に付けてきていただきたい。演習の時間を助産技術に使用できる時間を少しでも多く確保するため。</li> <li>・看護基礎教育で実践していない卒業を認めるのに、助産教育に進学してケアができるはずがない。乖離で悩み困難を抱えるのは学生であり、助産基礎教育の到達教育も合わせてカリキュラム検討を行う必要があると考える。</li> <li>・体験も少なく、助産教育の講義3か月間では十分実施できるレベルで実習に入っていない。基礎教育(看護教育)レベルの実習も含んでおり、実習終了時に何とかたどり着いた感がある。</li> <li>・4月に入学して6~9月に病院における助産師実習Iを実施している。他の大学の助産師教育課程が同じ実習施設で実習するため、前述の時期に実習をせざるを得ない状況である。4~6月の間に基礎助産師及び妊娠・分娩・産褥・新生児期に該当する教科(演習も含めて)を終了させて臨地実習へ移行させている。時間的余裕があれば、妊娠期の保健指導項目も今以上に充実させることができるが…。</li> <li>・学部での各領域別実習では体験していないことが多く、それを助産実習で行うことの技術力不足。</li> <li>・看護師過程で学ぶ基礎的技術が習得できていない。</li> <li>・看護学生時代の母性看護学での学びが少なく、助産課程進学後に再度講義・実習による確認が必要となる。</li> <li>・看護基礎教育での実習経験が年々少なくなっているため、助産技術の習得に時間がかかる。その結果、未熟なまま実習に行くことになるため、指導者の負担が増大している。</li> <li>・看護基礎教育での到達レベルに差がある。また、以前よりも到達レベルが低くなっている。助産師教育をスタートする上で大変難しい。</li> </ul>
施設(指導)に差がある(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳房管理の方針が施設によって違う。</li> <li>・実習指導者の影響が大きい。ていねいなケアをする指導者からの指導があれば良いが、そうでない場合、学生はそれに流される傾向がある。</li> <li>・実習施設の中で17:30以降の分娩介助ができないところがあり、あと1時間以内で産まれる予測があっても実習終了となる。対象者からも「残念だった」と言われ、学生も落ち込んでしまう。</li> <li>・施設の手順やマニュアルが整備されていない(アロストリートメント等)。産褥のケアを看護師が行っている施設では、乳房マッサージや授乳指導ができない。1日に複数の分娩予定者がいた場合、指導者不足で学生が介助できない。健康教育の指導案を指導者に提出して返却が遅く、妊婦健診時の健康教育ができない。施設(8か所)毎に実習できる内容が違い、学生間で実習内容に差がある。妊婦健診時、助産師が不在している施設がある。</li> <li>・現場のケアと最新のケアとにズレがある。</li> <li>・乳房ケアを実施できる施設が少ない。</li> <li>・施設によって協力してくれるところとそうでないところがあり、対応上難しいところを感じる。</li> <li>・施設によって差が大きい。</li> <li>・母性看護では患者に侵襲を与えるケアはさせないが、助産では実施が多い。特に導尿や浣腸は臨床側から学生にさせる・させないが分かれている。乳房マッサージや搾乳に関しては、臨床側の意向により見学のこともある。</li> <li>・学生が受け持つこと・ケアすることを肯定的に依頼してくれるかどうか臨床指導者によって異なる。</li> </ul>

分類	記述内容(抜粋)
受け持ち同意を得にくい(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学生が受け持つことを拒否される患者の割合が増えつつある。</li> <li>・実習内容を説明はしているつもりであるが、いったん受け持ちを承諾されても内診の負担などから受け持ち途中で断られる方もいらっしゃる。</li> <li>・分娩期実習(分娩介助)について、妊娠期から説明して欲しいと要求(クレーム)があった。ゆっくり考え、家族とも相談してから決めたかった。分娩期の余裕のない時に聞かれてても考える時間がないとのことだった。しかし、妊娠期にこのような依頼をすると、協力者が激減するのではないかと考える。</li> <li>・受け持ちが途中で断られることが稀にあった。</li> <li>・対象者から同意を得られない。</li> <li>・分娩介助・ケアの同意が妊娠褥婦からとりづらくなっています。</li> <li>・受け持ちの了解を得る上で臨休側が苦労されているので、経験の件数の確保に課題あり。</li> </ul>
安全性の問題(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護学の実習(無資格の学生が行う)としては分娩介助は危険すぎる。市民の理解が得られにくくなっている。実習病院の指導者の負担、教員の負担も大きい。資格取得後の実習として位置付けるべき。</li> <li>・大学4年生の中での統合力だと、看護師の資格もない学生が分娩介助するということへの配慮が大変。</li> <li>・分娩が重なっている時間帯に、分娩が進んでいる産婦に学生だけでついている状況が生じており、母子学生双方にとって危険だが、分娩室の特徴でもあり事故がないようどうすべきか課題と考えている。</li> <li>・対象者に対するケアの責任は実習施設にあるはずなのに、教員に指導を任せる施設が複数ある。教員が学生と一緒にケアし、マンパワーとなってしまいケアの責任があいまいになってしまうこと。</li> </ul>
コミュニケーション力(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションが苦手な学生が必ずいるので、ベッドサイドに連れていくのが大変。</li> <li>・学生のコミュニケーション力が低下してきている。対象者と円滑な人間関係を形成させてつつ実習を継続するのに、多くの指導を要する。</li> <li>・コミュニケーション不足の弊害があり、目が離せない。</li> <li>・コミュニケーションを取ることが苦手な学生も多くなっており、指導が難しい。</li> </ul>
指導者不足(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟指導者の産休・育休が多く、2・3人の学生を配置していても分娩進行者を1人しか受け持てない。</li> <li>・実習施設の助産師のマンパワー不足。医師は受け入れOKであるが、助産師が教育に責任を負えないと言ふことが多い。</li> </ul>
学生の個人差(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・準備状態に個人差が大きい。知識については入学前にある程度揃えられても、</li> <li>・実習到達度は学生個々で差が大きい。</li> </ul>
その他(9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母性実習と重複する場合、産褥の受け持ちを学部生が行うため、助産学生が産後のケアを受け持つことができない。</li> <li>・技術練習だけでなく、接遇も十分に学ばせたいと思うが、そこまで十分な時間がとれない。</li> <li>・実習協力への対価を求める事例があった。(実習施設に対してですが)</li> <li>・実施施設はハイリスク産婦が多く、受け持ちのできる産婦が少ない。</li> <li>・指導者と共にやっているので、特に問題となることはない。</li> <li>・助産院を活用することで教員の負担も少し軽減し、学生の学びも深まる。しかし、助産院のお産も減っていて実習が難しい状況にあり、使ってばかりでなく何かサポートが必要ではないか。</li> <li>・分娩時の経過診断力が低下してきているように思う(知識が不足・活用方法がわからないなど)。講義内容や方法について工夫が必要。</li> <li>・看護師課程の学生と複数で受け持つことがあり、ケア実践を分配しなければならない。</li> <li>・臨床指導者が個別性を要求しすぎる。(基本もわからっていないのに……)</li> </ul>

## V. 結果のまとめ

### 1. 実習単位

対象の教育機関が、大学院の2年課程から、専攻科などの1年課程および学部内での課程と実質の教育期間に幅があるため、単位数のばらつきについては考慮が必要であるが、全体の傾向として以下のことがわかった。

助産学実習の項目を「妊娠期」「分娩期」「産褥期・新生児期」「継続事例」「健康教育」「ハイリスク(産科)」「ハイリスク(新生児)」「地域母子保健」「助産管理」「ウイメンズヘルス」の10に分類し調査した。単位数については、分娩期が最も多く平均3.9単位で4単位台が1/4を占めていた。次いで産褥期・新生児期で平均2.1単位、妊娠期は平均1.5単位で、妊娠期の実習割合が周産期全体の中では少ない状況であった。但し、妊娠期は継続事例の中で課題にしていることも考えられる。継続事例は平均1.2単位で5割弱が1単位であった。全体の2割程度が1単位未満となっており、その詳細は明らかではないが、実施していないか要件を満たさない学校が1/5程度あることが推察された。ハイリスク(産科)は平均0.8単位で、1単位未満が5割を占めていた。ハイリスク(新生児)は平均0.7単位で、1単位未満が6割弱となっており、必須実習として位置づけられていない状況が伺えた。地域母子保健・助産管理はどちらも1単位が6割強で学校差はあまりない。助産ケア能力の拡大として求められているウイメンズヘルスは平均0.5単位で、臨地実習を行うフィールドを確保する難しさが伺えた。実施しているところでは小中高校、大学・学内、地域を対象にしていた。

継続ケースの条件では、受け持ち例数は平均1.2例(0~4例)、1例が76.6%で約3/4を占め、受け持ち開始時期は平均28.2週からとなっていた。看護師養成所の運営に関する指導ガイドライン(2015, 以下ガイドライン)における「助産学実習」における留意点(別表2)には「実習期間中に妊娠中期から産後1か月まで継続して受け持つ実習を1例以上行う」と示されているが、妊娠中期(妊娠14~28週未満)に開始を意味する「20~27週(からの受持ち)」は25.5%で、約1/4に留まっていた。「28~31週」が26.6%で1/4、「32~35週」が23.4%で1/4というのが実態であった。36週も9.6%あり、継続事例の受け持ち期間として教育目標を到達できるのか検証する必要がある。受け持ち終了時期は8割強が1か月でほぼガイドラインに準じていた。

### 2. 実習場所

実習場所は、助産診断・技術学実習関連では「病院」が最も多く「診療所」「助産所」と続く。中でも周産期における「診療所」での実習が、病院との重複も含めて40~50%あり、指導体制の整備と共に現場の受け入れが進んでいることが伺える。地域や管理では、助産所の割合が多くなり、保健センターが21/94校あり、実習場所として一定の役割を担っている。

### 3. 実技試験

実習前に実施しているのは93.6%を占め、卒業前は5.3%にとどまった。実技試験の目的から実習前に確認は妥当であるが、卒業修了時に総合的な助産技術の修得状況を確認していない状況は、今後の課題といえる。OSCE等を用いて臨床推論や臨床判断モデルを活用し、国家資格を取得する責任として卒業修了までに技術確認を行っていく必要があるといえる。

### 4. 実習形態

実習形態についてみると、夜間オンコール実習は「有り」が80.9%、土日祝実習は「有り」が86.2%、病院(宿舎)待機実習は「有り」が75.5%、学生1人当たりの実習規定時間外の平均延長時間(2018年度)は平均50.2時間で、「100時間以上」の教育機関も9.6%存在した。分娩は予測が立たないため、待機時間や分娩の経過に伴い延長を含めるとこのような実態になることが浮き彫りとなった。一つの教育機関では解決できない背景もあると考えられるが、学生の学習過程においてあまりにも過酷な実態と言えよう。今後の課題として平均延長時間を減少できる方法を考える必要がある。

## 5. 分娩介助件数

平均分娩介助件数では、病院・診療所・助産所を合わせた平均が 10.5 件で、病院での介助件数が最も多く平均 8.3 件で過半数が「10 件以上」、診療所では平均 2.0 件、助産所では平均 0.2 件であった。これは、全体平均で助産師の卒業修了要件の分娩介助 10 例を数字の上で満たしている。病院分娩が最大値なのはさることながら、診療所や助産所での分娩介助も実施できている状況を継続、さらに増加できるように整備していく必要がある。また、それぞれの分娩の質の要件（分娩第 1 期から 2 時間後まで）も確認していくことが必要といえる。

## 6. 実習指導体制

実習施設が、分娩期の 5.3 施設、産褥期・新生児期の 4.8 施設、妊娠期の 4.7 施設、継続事例と地域母子保健の 4.2 施設となっており、これに対して、各実習を担当する教員数の平均を見ると、専任教員が 2.7～3.9 人、常勤・TA 等が 0.1～1.6 人、その他が 0.0～0.2 人であった。教員指導体制は、指導体制別平均を見ると、地域母子保健や助産管理では、「巡回」が多く「常駐」の約 2.5～3.5 倍、ハイリスク(新生児)では「常駐」と「巡回」がほぼ同数である。その他、「健康教育」では常駐が多く、ほぼ教員が主導して行っていた。

## 7. 教員および施設側指導者の役割

教員の役割として、「思考の整理」「日々の計画の調整」「ケア実施の調整」「ケアの指導」「報告を受ける」「ケアの振り返り」「記録の確認」「実習評価」「カンファレンス」があがっていた。妊娠期～産褥期・新生児期、ハイリスク(産科)、地域母子保健、健康教育等、8-9 割の役割を担い、実際に臨地に赴き、ケアの指導にあたっている様子が推察された。

施設側指導者の役割も同様に、「ケア実施の調整」「ケアの指導」「報告を受ける」「ケアの振り返り」については、8-9 割の役割を担っていた。地域母子保健、助産管理、地域母子保健等については、3-5 割を担っていた。

教員は、助産ケアの実践を施設側指導者と協働して行い、さらに事例を通して、記録の確認や実習評価など丁寧に行っていたことが伺えた。

## 8. 単位認定と成績

単位修得に必要な出席日数の割合の平均は 72.7% であった。1/3 を占める「67%」との回答が過半数の 51.1%、次いで「80%」が 36.2% であった。単位認定における成績評価の 100 点満点での配点平均は、実習目標到達度が 62.2 点、実習記録が 16.5 点、実習態度が 15.4 点、レポート 4.7 点、その他 1.2 点であった。実習別の目標達成度「80 点以上」を示す学生割合をみると、その割合が最も高いのはウイメンズヘルスの 77.8% であり、次いで、健康教育、地域母子保健では 7 割台、継続事例、ハイリスク(産科・新生児)と助産管理で 6 割台、そして妊娠期～産褥期と新生児期は 5 割台で、特に分娩期は 54.9% と最も低い数値を示していた。

妊娠期～産褥期と新生児期の実習は、助産教育のコアとなることから、修得時間が十分であるか、疑問が残った。また、評価が 60 点未満の理由は、全実習では「出席不足（心身の不調）」が 38.3%、「不十分な学習内容（学力不足）」が 36.7%、「出席不足（学力不足）」が 20.0%、「不十分な学習内容（人間関係に問題）」が 11.7% 等となっていた。

## 9. 学生の実習への取り組み

学生自身の主体的・自立的な能力をのばすための実習での工夫について、「計画・立案をさせる」が最も多い 13 件であった。「振り返りをする」が 8 件、「事前演習をする」「発言機会を作る」が各 7 件、「指導者と情報共有する」「交渉をさせる」が各 6 件、「同行を減らす」「授業形式を工夫する」「段階的に学ぶ」が各 5 件、「チーム行動を意識させる」「面談指導する」が各 4 件など、様々な工夫がされていた。

## 10. 実習施設との連携

実習施設との実習教育のための全体会議は 91.5% の教育機関で実施しており、また連絡調整内容についても「実習指導案」に関する項目以外はほぼ 8 割以上で調整されており、助産師学生が実習を行うのに必要な

調整は行われていると言える。しかしながら、実習施設と教育機関との連携している事柄については、「施設から大学への講師派遣」をされているのが 60.6%と最も高く、「大学から実習施設への講師派遣」「総合的な教育体制の検討」「臨床教員制度の活用」「共同研究の実施」などは 30%前後と低く、教育機関と臨床との相互交流や助産の質・教育の質向上に向けた取り組みなどを実践する機会は全体的に少なく、今後の課題である。

### 1.1. 実習施設の確保状況

助産学実習施設の確保については、安定的に確保できているのは 48.6%と 5 割に満たず、「現在は確保、2~3 年後は不確定」が 38.8%、「現在の確保は不確定」11.5%と半数は厳しい状況である。安定的に確保できている理由は、「これまでの実績／関係性がある」「大学の附属または関連施設である」が殆どを占め、不確定な理由としては「競合する大学が増加した」53.3%、「新設／歴史の浅い大学である」が 34.8%、「施設への就職率が低い」21.7%と続き、産科施設の集約化や分娩数の減少に対し、教育機関の増加が大きな要因になっている。また、実習については、教育機関と実習施設の関係性や関連施設での実習によるものが大きく、新たな教育機関を受け入れることは実習施設としても厳しい状況であると推察される。この傾向は、実習内容による差異は大きくなないが、安定的に確保できているとする教育機関においても、分娩期の実習は 31.9%と最も低くなっている。更に「現在は確保、2~3 年後は不確定」とした理由は「分娩数の減少」が最も多く、「スタッフ不足」「施設の体制・意向」「ハイリスク化」と続いている。「現在も確保は不確定」の理由も「分娩数の減少」が最も多く、「取扱施設の減少」「同意が得られない」「期間が確保できない」「分娩取扱中止」「施設不足」と妊娠期から産褥期のケア、継続事例に至るまで実習が行えない状況であり、産科取扱施設のハード面だけでなく、臨床の指導等のソフト面も含めた要因がある。

### 1.2. 実習における課題や問題

全実習で「問題がある」と回答したのは 59.6%で、分娩期の 84%が最も高く、最も低いハイリスク、ウイメンズヘルスでも 39%が「問題がある」としている。その具体的な内容としては「実習時期・日程の調整」「実習施設の確保が困難」「多数の実習施設を使用」「適した対象者が少ない」「実習施設が遠い」と続き、30~40%の教育機関が同様な困難がある。そのうち分娩期の問題が最も切実で、「多数の実習施設を使用」「適した対象者が少ない」「学習のために宿泊」「施設の確保が困難」、継続事例の「実習時期・日程の調整」、助産管理の「実習施設が遠い」「施設の確保が困難」が 50%を超えており、このことは、分娩取扱施設の減少、ハイリスクの増加と助産所の減少、教育機関の増加によるものであり、何とか実習での経験を確保しようと対応している結果であると言える。

現在の実習を踏まえ、今後開拓を考えている教育機関は約 3 割あり、「産後ケア施設」「子育て支援施設」など新カリキュラムへの対応と支援の継続性を学ばせる目的とともに、実習施設の不足への対応を行う教育機関も複数みられている。

実習における学生の健康管理については、約半数の教育機関に課題があり、「保険加入」「予防接種の実施確認」「感染症スクリーニングの実施」を行っている。それ以外に「夜間・長期実習の負担」や「メンタルの不調」など分娩件数確保のための 24 時間待機や休日の待機、長時間におよぶ実習とともに実習での緊張によって体調管理が難しくなっており、昼夜を問わない実習や分娩の時間に左右される実態が学生にとっての負担と学習を中心に考えた実習が行えない実態を現わしている。

実習施設において学生が対象者へ助産ケアをすることについても約半数の教育機関で課題があると回答している。そのうち、実習環境の課題としては、「施設の指導に差がある」「受け持ち同意を得にくい」「安全性の問題」「指導者不足」といった課題が挙げられている。施設・指導者によるケアの差やケア内容によって実習体験を行えないものなどがあり、助産師学生が何を学び、到達させるかを共有できていない施設があると推察される。また、受け持ちへの同意が得にくい現状や、安全性をどう確保するかなど、超少子化やハイリスクの増大、ニーズの多様性により、今後も同様の課題は更に増えることが予測される。しかしながら、資格を持たない学生に助産学実習を体験させるためには、対象の経過診断、状態予測を適確に行える助産師の能力を更に高め、未熟な学生にとって効果的な実習となるための高い指導力を身につけた指導者が求められる。分娩数の減少に伴い、今後一層学生の実習環境は厳しくなる事が予測される。いつ何時でも指導が行え

る体制を整えなければ、学生にとっての学習は効果的なものとなり得ず、そのことは卒業時の到達度にも大きく影響すると言える。

以上のように、助産の実習に関する実態が明らかになった。臨地実習を行うフィールドを確保する難しさが伺えた。特に、分娩期の問題が最も切実であり、分娩取扱施設の減少、ハイリスクの増加と助産所の減少、教育機関の増加による影響を考えられるが、今後の検討を要する。また、実習別の学生の成績からみると、目標達成度「80点以上」を示す学生割合が、妊娠期～産褥期と新生児期は5割台であり、特に分娩期は54.9%と低いことが示された。この時期の実習は、助産教育のコアとなることから、実習状況に鑑み、充分な時間を確保することができるような修業年限の延長や手厚い指導体制等、喫緊の課題として取り組んでいかなければならぬことが示唆された。

平成31年4月12日

自由民主党看護問題対策議員連盟  
会長 伊吹 文明 様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 井村 真澄

## 要望書

超少子高齢化が加速する中で、未来を担う「子どもの健全な育成」は、わが国の最重要課題です。女性の社会での活躍が推進されている今日、生命誕生の瞬間に立ち会い、母親・子ども・父親と家族の成長を継続的に支え、思春期、妊娠・出産・育児期、中高年期までの生涯にわたる女性と家族を支える助産師には、社会から大きな期待が寄せられており、それらに十全に対応できる助産師の育成は国家的課題です。また、地域包括ケアシステム構築が進む時代にあって、次世代育成包括支援の担い手にふさわしい実践能力を具備した助産師を社会に送り出すことは喫緊の課題です。

本協議会は、わが国の現在と将来を担う世代を支援するに足る、量と質において十全であり、かつ世界水準に近づく助産師育成を行なうため下記の事項を要望いたします。

### 1. 助産師教育の充実

ICM（国際助産師連盟）では「助産師教育の世界基準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨されていることをふまえ、わが国の助産師教育は、看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。

### 2. 多様（8課程）な助産師教育の質保証の推進

現在、助産師教育は8種類の養成課程で行われている。この多様な教育課程の質保証を行うためには、臨床実習前そして卒業時就業前の2段階での助産学共用試験実施に向けて、早急に検討を行う必要がある。助産師共用試験導入に向けた調査・検討（教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度の把握、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等）に着手するための財政的支援をお願いしたい。

### 3. 実習施設開拓の促進

助産学の専門性に特化した教育の質保証には、分娩介助回数10回以上が望ましく、少なくとも現行の10回程度を維持することが必要である。よって分娩取扱い施設に対し、実習受入れが促進されるよう通達を出していただきたい。さらに、現在、助産師教育では、地域における子育て世代を包括的かつ継続的に支援する教育内容の充実が求められていることを踏まえ、子育て世代包括支援センターでの助産師学生の受入れ要請の通達を出していただきたい。

### 4. 助産師教育に関わる教員と臨床実習指導者の質向上への助成

教育・実践・研究の有機的な連携による質の高い助産師教育を目指すには、助産師教育に関わる教員及び実践経験のある助産師が大学院教育を受けることが必須である。ゆえに、助産師教育者及び臨床実習指導者が勉学に専念できる環境整備への助成をお願いしたい。

### 5. 助産師教育に関わる専任教員の定員増

文部科学省が管轄する学校のすべての助産師養成課程において、法律で定められた教育内容の質を担保できるように、現行カリキュラム改正で検討されている教員の定員増を実現していただきたい。

### 6. 母性看護学実習において、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策の推進

看護師養成課程における母性看護学実習において、現存する産科医療施設等を看護学生の実習場所に足り得る条件整備を行い、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策を積極的に推進していただきたい。

## 要望理由

### 1. 助産師教育の充実

ICM（国際助産師連盟）では「助産師教育の世界基準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨されていることをふまえ、わが国の助産師教育は、看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。

助産師になるためには看護師国家資格取得が前提となることから、助産師教育は看護基礎教育課程修了後に行なうことが望ましい。

現在助産師教育は8種類の養成課程で行われている。それゆえに修了時の到達度に差異がみられており、国家資格としては一定基準の教育の保証に努める必要がある。一方、ICM（国際助産師連盟）は、平成22（2010）年に「助産師教育の世界基準」において、助産師教育の修業年限は看護基礎教育後1年6か月以上であると提示した。

本協議会も、助産師教育の質の向上を図るため、ICMが提案した「専門職としての助産師教育のためのモデルカリキュラム」（2012）の基準を参照すると共に、国内の動向を踏まえ、会員からの意見を集約し、専門性に特化した助産師教育に必要な年限を2年とする将来ビジョン2015を策定した。

以上より、「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」別表6（助産師・看護師統合カリキュラム）を削除し、助産師教育は看護基礎教育課程修了後2年で行なうよう推進していただきたい。合わせて、大学教育課程で行われている助産師教育に関し、指定された助産師国家試験受験資格に必要な科目と単位について、看護師および保健師国家試験受験資格に必要な科目との読み替えをしないよう指導をしていただきたい。

### 2. 多様（8課程）な助産師教育の質保証の推進

現在、助産師教育は8種類の養成課程で行われている。この多様な教育課程の質保証を行うためには、臨床実習前そして卒業時就業前の2段階での助産学共用試験実施に向けて、早急に検討を行う必要がある。助産師共用試験導入に向けた調査・検討（教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度の把握、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等）に着手するための財政的支援をお願いしたい。

上記1の事項を推進をしつつ、現段階の対応として本協議会は、臨床実習をする学生の質の確保と保証の前提として、助産学共用試験の実施が必要と考える。本協議会は、助産学共用試験調査委員会（仮）を設けて調査検討し、医学・歯学・薬学の手法を参考として助産学共用試験の開発を早急に進めたいと考える。助産学共用試験は、助産師の資格がない学生が、実際に母子や家族、女性に接する時に必要不可欠な知識・技術・態度が備わっていることを保証するものである。助産師教育を実施している教育課程・機関が、助産学実習に臨む学生に必要な最小限の知識・技術・態度の到達レベルを公平かつ厳正に評価し、その質を母子や家族、女性と社会に保証するために実施するものである。助産学共用試験実施の検討のために、教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度を把握し、加えて、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等も実施し、助産基礎教育から臨床継続教育という切れ目のない総合的な視点での検討を進めたい。そこで、助産師共用試験導入に向けた調査・検討に着手するための財政的支援をお願いしたい。

### 3. 実習施設開拓の促進

助産学の専門性に特化した教育の質保証には、分娩介助回数10回以上が望ましく、少なくとも現行の10回程度を維持することが必要である。よって分娩取扱い施設に対し、実習受入れが促進されるよう通達を出していただきたい。さらに、現在、助産師教育では、地域における子育て世代を包括的かつ継続的に支援する教育内容の充実が求められていることを踏まえ、子育て世代包括支援センターでの助産師学生の受入れ要請の通達を出していただきたい。

助産師は女性と新生児の健康を最良にするため、分娩時に質の高い専門的ケアを提供し、安全で安心できる分娩介助を行ななければならない。今日、分娩数の減少による実習施設の確保が困難なケースも見受けられるが、助産師養成所の指定基準における分娩介助回数10回程度は、諸外国の分娩介助例数（20～40回）と比較しても最も少ない数であり、助産師としての基礎的知識技術の獲得には最低のラインである（全国助産師教育協議会 平

成27年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策事業 助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査報告書、平成28年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策事業 助産実践能力を育成する教育方法に関する調査報告書)と考える。よって現行の10回程度の維持のため、病院や診療所、助産所において実習受入れが促進されるよう、実習施設および指導者の確保を積極的に推進していただきたい。さらに今後、地域での助産師の役割はますます拡大すると考えられるため、子育て世代包括支援センターにおける助産師学生の実習受入れを支援していただきたい。

#### 4. 助産師教育に関わる教員と臨床実習指導者の質向上への助成

教育・実践・研究の有機的な連携による質の高い助産師教育を目指すには、助産師教育に関わる教員及び実践経験のある助産師が大学院教育を受けることが必須である。ゆえに、助産師教育者及び臨床実習指導者が勉学に専念できる環境整備への助成をお願いしたい。

昨今、多くの教育機関で教育力の低下が問題視されている。特に助産師教育はその専門性が高いために、助産師に特化した教育力の強化が必要である。本協議会では、助産師教育に関わる教員や臨床実習指導者等に教育研修を行い、教育能力向上に努めている。

一方、助産師課程において大学卒業者が31.8%となり、今後もその率が増加することを鑑み、より組織立った教員・臨床指導者育成ビジョンを持つ必要がある。助産師教育を行う教員にはより高い教育力に加え研究能力が求められる。

以上より、質の高い助産師教育を継続していくため、助産師教育者及び実践経験のある助産師を Evidence-based Practice および Narrative-Based Practice の高度実践者を育成する大学院で教育し、優秀な教育者・研究者の育成を図ることが必要である。よって教育と臨床の強固な連携による、より質の高い助産師教育を目指す人材養成プログラムへの助成をお願いしたい。また実践経験のある助産師の大学院進学を促進するため、一定の所得保障に役立つよう、所属する施設や大学に助成をお願いしたい。

#### 5. 助産師教育に関わる専任教員の定員増

文部科学省が管轄する学校のすべての助産師養成課程において、法律で定められた教育内容の質を担保できるように、現行カリキュラム改正で検討されている教員の定員増を実現していただきたい。

平成21年7月、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」の一部を改正する省令が公布され、教育年限は6か月以上から1年以上に、単位数も23単位から28単位以上となり、助産実践能力の向上がより一層求められることとなった。助産師学校養成所の指定基準では、別表2に掲げる各教育内容を教授するのに適当な教員を有し、かつ、そのうち3人以上は助産師の資格を有する専任教員とするとあり、専任教員数は以前と同様で3人以上で変化はない。しかし現実には、助産師の資格を有する教員は、大学の複数課程で兼任しており、助産師教育課程の専任としている養成校は少ない。よって助産師教育課程には、3人以上の助産師の資格を有する専任教員を確保するよう、教育機関へ働きかけていただきたい。

また、助産師教育はその専門性が高いために、助産学演習・実習に携わる時間が長く、夜間や土日の実習教育が発生し、業務改善は喫緊の課題となっている。教育の質の担保には、教員の数が絶対的に不足している。さらに、平成27(2015)年9月1日、厚生労働省医政局看護課から出された通達によると、母性看護学実習施設には産科医療施設以外の実習施設も含めるとすると示されており、助産師教育機関として、このことを深く憂慮している。すなわち今後妊娠婦や新生児のケアを全く行うことなく、学生が助産師教育機関へ入学することが予測され、助産師教育のレディネスの低下が危惧される。今後、助産学演習・実習前の教育にも多大な時間を要することが考えられるため、演習・実習等に関わる教員の増員をお願いしたい。加えて、教員が本来の助産師教育により専念できるよう、教務事務職員の配置とそれに対する助成金をお願いしたい。

#### 6. 母性看護学実習において、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策の推進

看護師養成課程における母性看護学実習において、現存する産科医療施設等を看護学生の実習場足り得る条件整備を行い、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策を積極的に推進していただきたい。

厚生労働省医政局看護課から出された通達(平成27年9月1日)によると、母性看護学実習施設には産科医療施設以外の実習施設も実習施設に含めるとすると示されている。さらに実習の1/3の期間にあたる1週

間を学内演習に置き換える代案は、我々助産師教育機関としては非常に憂慮すべき問題であると考えている。すなわち今後妊産婦や新生児のケアを全く行うことなく、学生が助産師教育機関へ入学することが予測され、助産師教育のレディネスの低下を危惧している。昨今看護基礎教育における実践能力の低下が問題視され、助産師教育機関においては本来の助産学演習に入る前の基礎的看護実践能力の習得に時間を要しているが、今後はこのような事態が進行し、ますます助産学演習・助産学実習前の教育に時間を要すると考えられる。

看護学生は、妊娠期から産褥期、新生児期、家族誕生期に関する実習体験を通して、その現象を観察しより深く理解し、学習を深化させることができる。看護に必要な観察・判断・ケア計画立案・実施・評価等の看護実践に必要な能力は、臨床において実際の対象者と関わるリアルタイムの双方向的関係性において、極めて効果的に育成されるのであり、産科医療施設における実習は決して従来の学内演習で代替できるものではなく、産科医療施設等、実習施設の確保(病院・診療所での実習指導者の養成・確保・補助金の提供等)のための対策を進める必要がある。

平成31年4月12日

厚生労働大臣  
根本 匠 様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 井村 真澄

## 要　望　書

超少子高齢化が加速する中で、未来を担う「子どもの健全な育成」は、わが国の最重要課題です。女性の社会での活躍が推進されている今日、生命誕生の瞬間に立ち会い、母親・子ども・父親と家族の成長を継続的に支え、思春期、妊娠・出産・育児期、中高年期までの生涯にわたる女性と家族を支える助産師には、社会から大きな期待が寄せられており、それらに十全に対応できる助産師の育成は国家的課題です。また、地域包括ケアシステム構築が進む時代にあって、次世代育成包括支援の担い手にふさわしい実践能力を具備した助産師を社会に送り出すことは喫緊の課題です。

本協議会は、わが国の現在と将来を担う世代を支援するに量と質において十全であり、かつ世界水準に近づく助産師育成を行なうため下記の事項を要望いたします。

### 1. 助産師教育の充実

ICM（国際助産師連盟）では「助産師教育の世界基準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨されていることをふまえ、わが国の助産師教育は、看護基礎教育課程修了後2年で行なうよう推進していただきたい。

### 2. 多様（8課程）な助産師教育の質保証の推進

現在、助産師教育は8種類の養成課程で行われている。この多様な教育課程の質保証を行うためには、臨床実習前そして卒業時就業前の2段階での助産学共用試験実施に向けて、早急に検討を行う必要がある。助産師共用試験導入に向けた調査・検討（教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度の把握、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等）に着手するための財政的支援をお願いしたい。

### 3. 臨床指導者の育成と活躍促進

質の高い助産師の養成に向けた臨床指導者の育成に関し、公益社団法人全国助産師教育協議会が開催している「特定分野（助産）における保健師助産師看護師実習指導者講習会」への財政支援を継続していただきたい。加えて、この実習指導者講習会修了者が増加するように施設管理者へ派遣要請の通達を出していただきたい。また、実習指導者講習会修了者が臨床実習指導能力を発揮できるように助産学実習を受け入れる施設に対して実習指導者を確保するための予算措置等の対策を行うよう、都道府県看護行政担当者会議等で働きかけていただきたい。

### 4. 実習施設開拓の促進

助産学の専門性に特化した教育の質保証には、分娩介助回数10回以上が望ましく、少なくとも現行の10回程度を維持することが必要である。よって分娩取扱い施設に対し、実習受入れが促進されるよう通達を出していただきたい。さらに、現在、助産師教育では、地域における子育て世代を包括的かつ継続的に支援する教育内容の充実が求められていることを踏まえ、子育て世代包括支援センターでの助産師学生の受入れ要請の通達を出していただきたい。

### 5. 助産師教育に関わる教員の定員増

都道府県が監督するすべての助産師養成課程において、法律で定められた教育内容の質を担保できるよう都道府県に指導していただくとともに、現行カリキュラム改正で検討されている定員増を実現させていただきたい。

### 6. 母性看護学実習において、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策の推進

看護師養成課程における母性看護学実習において、現存する産科医療施設等を看護学生の実習場所足り得る条件整備を行い、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策を積極的に推進していただきたい。

## 要望理由

### 1. 助産師教育の充実

ICM（国際助産師連盟）では「助産師教育の世界基準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨されていることをふまえ、わが国の助産師教育は、看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。

助産師になるためには看護師国家資格取得が前提となることから、助産師教育は看護基礎教育課程修了後に行うことが望ましい。

現在助産師教育は8種類の養成課程で行われている。それゆえに修了時の到達度に差異がみられており、国家資格としては一定基準の教育の保証に努める必要がある。一方、ICM（国際助産師連盟）は、平成22（2010）年に「助産師教育の世界基準」において、助産師教育の修業年限は看護基礎教育後1年6か月以上であると提示した。

本協議会も、助産師教育の質の向上を図るために、ICMが提案した「専門職としての助産師教育のためのモデルカリキュラム」（2012）の基準を参考すると共に、国内の動向を踏まえ、会員からの意見を集約し、専門性に特化した助産師教育に必要な年限を2年とする将来ビジョン2015を策定した。

以上より、「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」別表6（助産師・看護師統合カリキュラム）を削除し、助産師教育は看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。

### 2. 多様（8課程）な助産師教育の質保証の推進

現在、助産師教育は8種類の養成課程で行われている。この多様な教育課程の質保証を行うためには、臨床実習前そして卒業時就業前の2段階での助産学共用試験実施に向けて、早急に検討を行う必要がある。助産師共用試験導入に向けた調査・検討（教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度の把握、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等）に着手するための財政的支援をお願いしたい。

上記1の事項を推進をしつつ、現段階の対応として本協議会は、臨床実習をする学生の質の確保と保証の前提として、助産学共用試験の実施が必要と考える。本協議会は、助産学共用試験調査委員会（仮）を設けて調査検討し、医学・歯学・薬学の手法を参考として助産学共用試験の開発を早急に進めたいと考える。助産学共用試験は、助産師の資格がない学生が、実際に母子や家族、女性に接する時に必要不可欠な知識・技術・態度が備わっていることを保証するものである。助産学教育を実施している教育課程・機関が、助産学実習に臨む学生に必要な最小限の知識・技術・態度の到達レベルを公平かつ厳正に評価し、その質を母子や家族、女性と社会に保証するために実施するものである。助産学共有試験実施の検討のために、教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度を把握し、加えて、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等も実施し、助産基礎教育から臨床継続教育という切れ目のない総合的な視点での検討を進めたい。そこで、助産師共用試験導入に向けた調査・検討に着手するための財政的支援をお願いしたい。

### 3. 臨床指導者の育成と活躍促進

質の高い助産師の養成に向けた臨床指導者の育成に関し、公益社団法人全国助産師教育協議会が開催している「特定分野（助産）における保健師助産師看護師実習指導者講習会」への財政支援を継続していただきたい。加えて、この実習指導者講習会修了者が増加するように施設管理者へ派遣要請の通達を出していただきたい。

また、実習指導者講習会修了者が臨床実習指導能力を発揮できるように助産学実習を受け入れる施設に対して実習指導者を確保するための予算措置等の対策を行うよう、都道府県看護行政担当者会議等で働きかけていただきたい。

質の高い助産師の養成に向けた臨床指導者の育成に関し公益社団法人全国助産師教育協議会が開催している「特定分野（助産）における保健師助産師看護師実習指導者講習会」への財政支援を継続していただきたい。

現在、助産学実習においては、分娩件数の減少、産科施設の減少、ハイリスク妊娠産婦の増加等の要因により、一定規模の病院等の産科施設において助産学生受け持ち対象者が得にくい状況が生じている。一方、日本の分娩の約半数以上を扱っている診療所などは、正常分娩取扱い数は多いにもかかわらず、臨床指導者がいない等の理由により助産師学生の実習受け入れが困難な状況が続いている。これらの問題を解決するための対策として、地域医療介護総合確保基金による各都道府県の実情に応じた臨床指導者の育成の促進や助産師学生実習受け入れ医療機関に対する支援の推進、助産師出向支援導入事業等を活用して、実習指導力のある助産師が診療所等での実習受け入れに貢献すること等が挙げられる。正常分娩取扱い施設が助産師学生の実習を受け入れやすくなるための条件整備が必要である。

よって都道府県に、実習指導者講習会開催の拡充や、助産学実習を受け入れる施設に対して実習指導者を確保するための予算措置等の対策を行うよう、都道府県看護行政担当者会議等で働きかけていただきたい。

#### 4. 実習施設開拓の促進

助産学の専門性に特化した教育の質保証には、分娩介助の回数は現行の10回はもとより10回以上が望ましく、少なくとも現行の10回程度を維持することが必要である。よって分娩取扱い施設に対し、実習受入れを促進するよう通達を出していただきたい。

さらに、現在、助産師教育では、地域における子育て世代を包括的かつ継続的に支援する教育内容の充実が求められている。そこで子育て世代包括支援センターでの助産師学生の受入れ要請の通達を出していただきたい。

助産師は女性と新生児の健康を最良とするため、分娩時に質の高い専門的ケアを提供し、安全で安心できる分娩介助を行わなければならない。今日、分娩数の減少による実習施設の確保が困難なケースも見受けられるが、助産師養成所の指定基準における分娩介助回数10回程度は、諸外国の分娩介助例数（20～40回）と比較しても最も少ない数であり、助産師としての基礎的知識技術の獲得には最低のラインである（全国助産師教育協議会 平成27年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策事業 助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査報告書、平成28年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策事業 助産実践能力を育成する教育方法に関する調査報告書）と考える。よって現行の10回程度の維持のため、病院や診療所、助産所において実習受け入れが促進されるよう、実習施設および指導者の確保を積極的に推進していただきたい。

さらに今後、地域での助産師の役割はますます拡大すると考えられるため、子育て世代包括支援センターにおける助産師学生の実習受け入れを支援していただきたい。

#### 5. 助産師教育に関わる教員の定員増

都道府県が監督するすべての助産師養成課程において、法律で定められた教育内容の質を担保できるよう都道府県に指導していただくとともに、現行カリキュラム改正で検討されている定員増を実現させていただきたい。

平成21（2009）年7月、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」の一部を改正する省令が公布され、教育年限は6か月以上から1年以上に、単位数も23単位から28単位以上となり、助産実践能力の向上がより一層求められることとなった。しかし助産師養成所の専任教員数は以前と同様で3人以上に留まっている。助産学実習においては、実習施設確保が困難であり、それゆえ多岐にわたる実習を行わねばならない（実習施設確保状況において、「安定的に確保」は22.2%で、領域の中で最も低い：文部科学省平成29年度 全助協総会講演）。また助産学演習・実習に携わる時間が長く、夜間や土日の実習教育が発生し、業務改善は喫緊の課題である。教育の質の担保には教員の数が絶対的に不足している。現行カリキュラム改正で検討されている定員増を実現させていただきたい。

#### 6. 母性看護学実習において、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策の推進

看護師養成課程における母性看護学実習において、現存する産科医療施設を看護学生の実習場所に足りる条件整備を行い、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策を積極的に推進していただきたい。

平成27（2015）年9月1日、厚生労働省医政局看護課から出された通知によると、母性看護学実習施設には産科医療施設以外の実習施設も実習施設に含めるとされ、さらに実習の1/3の期間にあたる1週間を学内演習に置き換える代案は、我々助産師教育機関として非常に憂慮する事態であると考えている。すなわち今後妊娠婦や新生児のケアを全く行うことなく、学生が助産師教育機関へ入学することが予測され、助産師教育のレディネスの低下

を危惧している。昨今看護基礎教育における実践能力の低下が問題視され、助産師教育機関においては本来の助産学演習に入る前の基礎的看護実践能力の習得に時間を要しているが、今後はこのような事態が進行し、ますます助産学演習・助産学実習前の教育に時間を要すると考えられる。

看護学生は、妊娠期から産褥期、新生児期、家族誕生期に関する実習体験を通して、その現象を観察しより深く理解し、学習を深化させることができる。看護に必要な観察・判断・ケア計画立案・実施・評価等の看護実践に必要な能力は、臨床において実際の対象者と関わるリアルタイムの双方向的関係性において、極めて効果的に育成されるのであり、産科医療施設における実習は決して従来の学内演習で代替できるものではなく、産科医療施設等、実習施設の確保(病院・診療所での実習指導者の養成・確保・補助金の提供等)のための対策を進める必要がある。

平成31年4月12日

文部科学大臣

柴山 昌彦 様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 井村 真澄

## 要　望　書

超少子高齢化が加速する中で、未来を担う「子どもの健全な育成」は、わが国の最重要課題です。女性の社会での活躍が推進されている今日、生命誕生の瞬間に立ち会い、母親・子ども・父親と家族の成長を継続的に支え、思春期・妊娠・出産・育児期、中高年期までの生涯にわたる女性と家族を支える助産師には、社会から大きな期待が寄せられており、それらに十全に対応できる助産師の育成は国家的課題です。また、地域包括ケアシステム構築が進む時代にあって、次世代育成包括支援の担い手にふさわしい実践能力を具備した助産師を社会に送り出すことは喫緊の課題です。

本協議会は、わが国の現在と将来を担う世代を支援するに足る、量と質において十全でありかつ世界水準に近くする助産師育成を行うため下記の事項を要望いたします。

### 1. 助産師教育の充実

IOM（国際助産師連盟）では「助産師教育の世界基準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨していることをふまえ、わが国の助産師教育は、看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。

### 2. 多様（8課程）な助産師教育の質保証の推進

現在、助産師教育は8種類の養成課程で行われている。この多様な教育課程の質保証を行うためには、臨床実習前そして卒業時就業前の2段階での助産学共用試験実施に向けて、早急に検討を行う必要がある。助産師共用試験導入に向けた調査・検討（教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度の把握、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等）に着手するための財政的支援をお願いしたい。

### 3. 実習施設開拓の促進

助産学の専門性に特化した教育の質保証には、分娩介助回数10回以上が望ましく、少なくとも現行の10回程度を維持することが必要である。よって分娩取扱い施設に対し、実習受入れが促進されるよう通達を出していただきたい。さらに、現在、助産師教育では、地域における子育て世代を包括的かつ継続的に支援する教育内容の充実が求められていることを踏まえ、子育て世代包括支援センターでの助産師学生の受入れ要請の通達を出していただきたい。

### 4. 助産師教育に関わる教員と臨床実習指導者の質向上への助成

教育・実践・研究の有機的な連携による質の高い助産師教育を目指すには、助産師教育に関わる教員及び実践経験のある助産師が大学院教育を受けることが必須である。ゆえに、助産師教育者及び臨床実習指導者が勉学に専念できる環境整備への助成をお願いしたい。

### 5. 助産師教育に関わる専任教員の定員増

文部科学省が管轄する学校のすべての助産師養成課程において、法律で定められた教育内容の質を担保できるように、現行カリキュラム改正で検討されている教員の定員増を実現していただきたい。

### 6. 母性看護学実習において、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策の推進

看護師養成課程における母性看護学実習において、現存する産科医療施設等を看護学生の実習場所足り得る条件整備を行い、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策を積極的に推進していただきたい。

## 要望理由

### 1. 助産師教育の充実

ICM（国際助産師連盟）では「助産師教育の世界基準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨されていることをふまえ、わが国の助産師教育は、看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。

助産師になるためには看護師国家資格取得が前提となることから、助産師教育は看護基礎教育課程修了後に行うこととが望ましい。

現在助産師教育は8種類の養成課程で行われている。それゆえに修了時の到達度に差異がみられており、国家資格としては一定基準の教育の保証に努める必要がある。一方、ICM（国際助産師連盟）は、平成22（2010）年に「助産師教育の世界基準」において、助産師教育の修業年限は看護基礎教育後1年6か月以上であると提示した。

本協議会も、助産師教育の質の向上を図るために、ICMが提案した「専門職としての助産師教育のためのモデルカリキュラム」（2012）の基準を参考すると共に、国内の動向を踏まえ、会員からの意見を集約し、専門性に特化した助産師教育に必要な年限を2年とする将来ビジョン2015を策定した。

以上より、「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」別表6（助産師・看護師統合カリキュラム）を削除し、助産師教育は看護基礎教育課程修了後2年で行うよう推進していただきたい。合わせて、大学教育課程で行われている助産師教育に関し、指定された助産師国家試験受験資格に必要な科目と単位について、看護師および保健師国家試験受験資格に必要な科目との読み替えをしないよう指導をしていただきたい。

### 2. 多様（8課程）な助産師教育の質保証の推進

現在、助産師教育は8種類の養成課程で行われている。この多様な教育課程の質保証を行うためには、臨床実習前そして卒業時就業前の2段階での助産学共用試験実施に向けて、早急に検討を行う必要がある。助産師共用試験導入に向けた調査・検討（教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度の把握、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等）に着手するための財政的支援をお願いしたい。

上記1の事項を推進をしつつ、現段階の対応として本協議会は、臨床実習をする学生の質の確保と保証の前提として、助産学共用試験の実施が必要と考える。本協議会は、助産学共用試験調査委員会（仮）を設けて調査検討し、医学・歯学・薬学の手法を参考として助産学共用試験の開発を早急に進めたいと考える。助産学共用試験は、助産師の資格がない学生が、実際に母子や家族、女性に接する時に必要不可欠な知識・技術・態度が備わっていることを保証するものである。助産師教育を実施している教育課程・機関が、助産学実習に臨む学生に必要な最小限の知識・技術・態度の到達レベルを公平かつ厳正に評価し、その質を母子や家族、女性と社会に保証するために実施するものである。助産学共用試験実施の検討のために、教育の現状および臨床実習前と卒業時の到達度を把握し、加えて、新卒助産師の実践能力に関する臨床側からの意見聴取等も実施し、助産基礎教育から臨床継続教育という切れ目のない総合的な視点での検討を進めたい。そこで、助産師共用試験導入に向けた調査・検討に着手するための財政的支援をお願いしたい。

### 3. 実習施設開拓の促進

助産学の専門性に特化した教育の質保証には、分娩介助回数10回以上が望ましく、少なくとも現行の10回程度を維持することが必要である。よって分娩取扱い施設に対し、実習受入れが促進されるよう通達を出していただきたい。さらに、現在、助産師教育では、地域における子育て世代を包括的かつ継続的に支援する教育内容の充実が求められていることを踏まえ、子育て世代包括支援センターでの助産師学生の受入れ要請の通達を出していただきたい。

助産師は女性と新生児の健康を最良にするため、分娩時に質の高い専門的ケアを提供し、安全で安心できる分娩介助を行わなければならない。今日、分娩数の減少による実習施設の確保が困難なケースも見受けられるが、助産師養

成所の指定基準における分娩介助回数 10 回程度は、諸外国の分娩介助例数(20~40 回)と比較しても最も少ない数であり、助産師としての基礎的知識技術の獲得には最低のラインである（全国助産師教育協議会 平成 27 年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策事業 助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査報告書、平成 28 年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策事業 助産実践能力を育成する教育方法に関する調査報告書）と考える。よって現行の 10 回程度の維持のため、病院や診療所、助産所において実習受入れが促進されるよう、実習施設および指導者の確保を積極的に推進していただきたい。さらに今後、地域での助産師の役割はますます拡大すると考えられるため、子育て世代包括支援センターにおける助産師学生の実習受入れを支援していただきたい。

#### 4. 助産師教育に関わる教員と臨床実習指導者の質向上への助成

教育・実践・研究の有機的な連携による質の高い助産師教育を目指すには、助産師教育に関わる教員及び実践経験のある助産師が大学院教育を受けることが必須である。ゆえに、助産師教育者及び臨床実習指導者が勉学に専念できる環境整備への助成をお願いしたい。

昨今、多くの教育機関で教育力の低下が問題視されている。特に助産師教育はその専門性が高いために、助産師に特化した教育力の強化が必要である。本協議会では、助産師教育に関わる教員や臨床実習指導者等に教育研修を行い、教育能力向上に努めている。

一方、助産師課程において大学卒業者が 31.8% となり、今後もその率が増加することを鑑み、より組織立った教員・臨床指導者育成ビジョンを持つ必要がある。助産師教育を行う教員にはより高い教育力に加え研究能力が求められる。

以上より、質の高い助産師教育を継続していくため、助産師教育者及び実践経験のある助産師を Evidence-based Practice および Narrative-Based Practice の高度実践者を育成する大学院で教育し、優秀な教育者・研究者の育成を図ることが必要である。よって教育と臨床の強固な連携による、より質の高い助産師教育を目指す人材養成プログラムへの助成をお願いしたい。また実践経験のある助産師の大学院進学を促進するため、一定の所得保障に役立つよう、所属する施設や大学に助成をお願いしたい。

#### 5. 助産師教育に関わる専任教員の定員増

文部科学省が管轄する学校のすべての助産師養成課程において、法律で定められた教育内容の質を担保できるように、現行カリキュラム改正で検討されている教員の定員増を実現していただきたい。

平成 21 年 7 月、「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」の一部を改正する省令が公布され、教育年限は 6 か月以上から 1 年以上に、単位数も 23 単位から 28 単位以上となり、助産実践能力の向上がより一層求められることとなった。助産師学校養成所の指定基準では、別表 2 に掲げる各教育内容を教授するのに適当な教員を有し、かつ、そのうち 3 人以上は助産師の資格を有する専任教員とするとあり、専任教員数は以前と同様で 3 人以上で変化はない。しかし現実には、助産師の資格を有する教員は、大学の複数課程で兼任しており、助産師教育課程の専任としている養成校は少ない。よって助産師教育課程には、3 人以上の助産師の資格を有する専任教員を確保するよう、教育機関へ働きかけていただきたい。

また、助産師教育はその専門性が高いために、助産学演習・実習に携わる時間が長く、夜間や土日の実習教育が発生し、業務改善は喫緊の課題となっている。教育の質の担保には、教員の数が絶対的に不足している。さらに、平成 27 (2015) 年 9 月 1 日、厚生労働省医政局看護課から出された通達によると、母性看護学実習施設には産科医療施設以外の実習施設も含めるとすると示されており、助産師教育機関として、このことを深く憂慮している。すなわち今後妊産婦や新生児のケアを全く行うことなく、学生が助産師教育機関へ入学することが予測され、助産師教育のレディネスの低下が危惧される。今後、助産学演習・実習前の教育にも多大な時間を要することが考えられるため、演習・実習等に関わる教員の増員をお願いしたい。加えて、教員が本来の助産師教育により専念できるよう、教務事務職員の配置とそれに対する助成金をお願いしたい。

#### 6. 母性看護学実習において、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策の推進

看護師養成課程における母性看護学実習において、現存する産科医療施設等を看護学生の実習場足り得る条件整備を行い、産科医療施設での臨地実習を確保するための対策を積極的に推進していただきたい。

厚生労働省医政局看護課から出された通達（平成27年9月1日）によると、母性看護学実習施設には産科医療施設以外の実習施設も実習施設に含めることができると示されている。さらに実習の1/3の期間にあたる1週間を学内演習に置き換える代案は、我々助産師教育機関としては非常に憂慮すべき問題であると考えている。すなわち今後妊産婦や新生児のケアを全く行うことなく、学生が助産師教育機関へ入学することが予測され、助産師教育のレディネスの低下を危惧している。昨今看護基礎教育における実践能力の低下が問題視され、助産師教育機関においては本来の助産学演習に入る前の基礎的看護実践能力の習得に時間を要しているが、今後はこのような事態が進行し、ますます助産学演習・助産学実習前の教育に時間を要すると考えられる。

看護学生は、妊娠期から産褥期、新生児期、家族誕生期に関する実習体験を通して、その現象を観察しより深く理解し、学習を深化させることができる。看護に必要な観察・判断・ケア計画立案・実施・評価等の看護実践に必要な能力は、臨床において実際の対象者と関わるリアルタイムの双方向的関係性において、極めて効果的に育成されるのであり、産科医療施設における実習は決して従来の学内演習で代替できるものではなく、産科医療施設等、実習施設の確保(病院・診療所での実習指導者の養成・確保・補助金の提供等)のための対策を進める必要がある。

令和元年 8 月 20 日

自民党看護問題小委員会  
委員長 田村 憲久 様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 村上 明美

## 令和 2 年度看護関係予算概算要求についての要望書

昨今では、ハイリスク妊産婦の増加、母親の育児不安、乳幼児虐待、産後うつ等、周産期に関連した問題が多様化、複雑化しており、妊娠・出産・子育て支援の専門家である助産師には、今以上に役割を發揮することが期待されています。

母子や家族を身近で支える有能な助産師の育成が急務であることから、全国助産師教育協議会は、母子保健のさらなる向上にむけて以下 2 点を要望します。

### 1. 適切な助産学実習環境の拡充の促進

助産師教育の適切な実習環境を拡充するために、助産学実習を受け入れている施設に対して、臨地実習指導者を常時配置するための予算措置を希望する。

#### 【要望理由】

助産学実習においては、分娩件数の減少やハイリスク妊産婦の増加により、一定規模の病院では、学生が妊産婦を受け持たせてもらえない状況が生じている。一方で、診療所等においては、正常分娩の件数は多いものの、臨地実習指導者がいない等の理由で、助産学実習の受け入れを断られる状況にあり、適切な助産学実習環境の拡充が喫緊の課題である。

### 2. 助産師教育担当教員の教育力向上の促進

助産師教育を担当する教員の教育力向上にむけて、助産師教育に特化した現任教育のための研修事業に対して予算措置を希望する。

#### 【要望理由】

多様化、複雑化した周産期の問題に対応できる助産師の育成には、社会の動向に柔軟に対応した助産師教育の提供が必須であり、教員自身も教育力を向上していく必要がある。助産師教育を担当する教員のための現任教育の機会は限定されていることから、e ラーニングを含めた教員が受講しやすい研修の機会を増やし、助産師教育の教育力の向上を図ることが課題となっている。

2019年12月25日

厚生労働大臣

加藤 勝信 様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 村上 明美

## 要　望　書

超少子高齢化が加速する中で、未来を担う「子どもの健全な育成」は、わが国の最重要課題です。助産師は、子どもの誕生から思春期、妊娠・出産・育児期、中高年期まで、生涯にわたる女性や家族の健康を支える多様な役割を担っており、社会から大きな期待が寄せられています。それらに対応できる有能な助産師の育成は国家的課題といえます。

現在、公益社団法人 全国助産師教育協議会では有能な助産師を育成すべく、「望ましい助産師教育コアカリキュラム」を策定し、全国的に質の高い助産師教育の展開を推進しています。

本協議会は、わが国の近未来の世代を支援するに足る助産師の量と質を担保し、かつ国際水準に近づく助産師育成のため、下記の事項を要望いたします。

### 1. 助産師教育の修業年限2年化の推進

わが国の助産師教育を、看護基礎教育修了後2年で行うよう推進していただきたい。

(理由)

国際助産師連盟（ICM）は、「助産師教育の国際水準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨し、続いて「専門職としての助産師教育のためのモデルカリキュラム」（2012）を提示して、国際的な助産師教育の質の標準化を図ろうとしています。しかしながら、わが国では助産師教育の修業年限は1年以上と定められており、ICMが示す上記モデルカリキュラムの内容を修業年限1年で達成するのは困難であるため、教育内容、修業年限ともに国際水準には達していないと言わざるを得ません。

わが国では、助産師国家資格は看護師国家資格の上に積み上げられる資格であるため、助産師教育は看護基礎教育修了後、国際水準を凌駕する2年で行うよう要望します。

### 2. 産科医師のタスクシフティングに伴う助产学実習施設の開拓

ローリスク分娩を多く扱う病院や診療所での助産診断・技術力を強化するために、助产学実習の受け入れを一層推進する通達を出していただきたい。

(理由)

先般（2019年7月）、厚生労働省のヒアリングにて、日本産科婦人科学会より産科医師のタスクシフティングに向けて、助産師外来や院内助産システムの業務を担える高度な実践力を有する助産師へのタスクシフトが提案されました。

助産師教育においても、ローリスク分娩を助産師主導で管理できる助産診断・技術能力の強化が求められます。

しかしながら、少子化が加速する現状にあっては指定規則に規定される分娩介助10例程度を確保することが厳しい状況にあります。ローリスク分娩を多く扱う病院や診療所での助産診断・技術力を強化するために、助产学実習の受け入れを一層推進していただきますよう要望します。

2019年12月25日

文部科学大臣

萩生田 光一 様

公益社団法人 全国助産師教育協議会  
会長 村上 明美

## 要　望　書

超少子高齢化が加速する中で、未来を担う「子どもの健全な育成」は、わが国の最重要課題です。助産師は、子どもの誕生から思春期、妊娠・出産・育児期、中高年期まで、生涯にわたる女性や家族の健康を支える多様な役割を担っており、社会から大きな期待が寄せられています。それらに対応できる有能な助産師の育成は国家的課題といえます。

現在、公益社団法人 全国助産師教育協議会では有能な助産師を育成すべく、「望ましい助産師教育カリキュラム」を策定し、全国的に質の高い助産師教育の展開を推進しています。

本協議会は、わが国の近未来の世代を支援するに足る助産師の量と質を担保し、かつ国際水準に近づく助産師育成のため、下記の事項を要望いたします。

### 1. 大学院での助産師教育の推進

高度な実践力を有する助産師の育成に向けて、大学院での助産師教育を推進していただきたい。それに伴い、助産師教育の単位は大学院修了に必要な単位として認めていただきたい。

#### (理由)

国際助産師連盟（ICM）は、「助産師教育の国際水準」（2010）において、助産師教育の修業年限は1年6か月以上であることを推奨し、続いて「専門職としての助産師教育のためのモデルカリキュラム」（2012）を提示して、国際的な助産師教育の質の標準化を図ろうとしています。しかしながらわが国では、助産師教育が、大学学士課程では看護基礎教育4年の中に含まれ、専攻科や別科では1年で教育されており、国際水準からは劣った状況にあります。

わが国では、助産師国家資格は看護師国家資格の上に積み上げられる資格であるため、国際水準に見合うよう看護基礎教育修了後に大学院で助産師教育を行うことを推進していただくよう要望します。

また、現在、大学院での助産師教育は大学院修了に必要な30単位に加えて、指定規則で定める単位（現在は28単位、2022年より31単位）が必要とされていますが、大学院での助産師教育課程設置の際には、助産師教育の内容も大学院教育レベルを求められていることから、指定規則で定める単位も大学院修了に必要な単位として認めていただくよう要望します。

### 2. 大学学士課程での助産師教育科目・単位の読み替えの撤廃

現在、大学学士課程で行われている助産師教育において、指定された助産師国家試験受験資格に必要な科目・単位を、看護師および保健師国家試験受験資格に必要な科目・単位として読み替えることを撤廃していただきたい。

(理由)

近年では、助産師に対してハイリスク妊産婦への対応、緊急時に対応できる実践能力、産後うつ等の周産期メンタルヘルスや虐待予防等への支援など、多職種と連携・協働し、地域で子育て世代を包括的に支援する能力が求められています。さらに、先般（2019年7月）、日本産科婦人科学会より産科医師のタスクシフティングに向けて、助産師外来や院内助産システムの業務を担える高度な実践力を有する助産師へのタスクシフトが提案されました。

これらの社会的な要請に応えうる助産師を育成するには、助産師教育の内容を精選し充実させることに加え、有能な助産師の育成に適した教育方法を十分に検討することが求められます。それらは、安易に科目・単位を読み替えることで到達できるものではないため、統合カリキュラムと称して現在行われている看護師および保健師国家試験受験資格に必要な科目・単位の読み替えは、撤廃していただきますよう要望します。

全国研修会一覧(地区担当移行)

回	年度	担当地区	開催日	会場	担当者	テーマ
29回	平成15年度	東京	平成16年3月19日～20日	東京都立保健科学大学	熊澤美奈好	子生み子育ての原点と助産師教育
30回	平成16年度	北海道・東北	平成17年5月14日～15日	札幌医科大学	柳原真知子 江幡芳枝	助産師の専門性を高める教育を目指して
31回	平成17年度	中国・四国	平成18年3月25日～26日	徳島大学	森脇智秋	妊娠・出産をめぐる安全性と快適さの保証
32回	平成18年度	中部	平成19年2月11日～12日	名古屋市立大学病院	北川真理子	助産師専門職の新たな時流と教育の深化
33回	平成19年度	九州・沖縄	平成20年2月22日～23日	九州大学	平田伸子	安心して子どもを産める社会を目指して
34回	平成20年度	近畿	平成21年2月12日～13日	京都大学	我部山キヨ子	Advanced Midwife への道:心・知・技
35回	平成21年度	関東甲信越	平成22年2月12日～13日	神奈川県立保健福祉大学	村上明美	助産学実習のよりよい環境の基盤づくり
36回	平成22年度	中国・四国	平成23年2月12日～13日	県立広島大学	藏本美代子	助産師教育のイノベーション ～これからの助産師教育を考える～
37回	平成23年度	理事会 (北海道・東北の代行)	平成24年2月11日～12日	秋葉原UDXカンファレンス	倉本孝子	「安全を守る」助産師の教育
38回	平成24年度	東京	平成25年2月16日～17日	東京大学 本郷キャンパス	春名めぐみ	学生の主体的な学びを引きだす助産師教育
39回	平成25年度	北海道・東北	平成26年2月22～23日	東北大大学 大講堂	佐藤喜根子	未来に輝く命をつなぐ -災害を乗り越えて-
40回	平成26年度	近畿	平成27年2月28日～3月1日	愛仁会看護助産専門学校	倉本孝子	学生の学習力 教員の教育力アップを目指して
41回	平成27年度	中部	平成28年3月5日～3月6日	浜松楽器博物館2階 研修交流セ ンター	久保田君枝	人・技・場 つながる力・つなげる力
42回	平成28年度	九州・沖縄	平成29年3月3日～3月5日	宮崎大学医学部総合教育研究棟 宮崎観光ホテル	兵頭慶子	つなぐ・招く、教育力アップをめざして
43回	平成29年度	関東甲信越	平成30年2月10日～2月11日	幕張国際研修センター	岩崎和代	技の伝承・つなぐ・キャリアを育む
44回	平成30年度	東京地区	平成31年2月9日～2月10日	杏林大学三鷹キャンパス 医学部附属病院第2病棟4階	加藤千晶	妊娠期からの切れ目のない支援 ～助産師の果たすべき役割～
45回	2019年度 中止	北海道・東北	2020年2月29日～3月1日	札幌医科大学 教育研究棟 I	正岡経子	再考、助産師教育-専門職の成長を支える-