国際助産師連盟
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の概要

ICM リソースパケットその 2
モデル助産カリキュラムの概要

1. 序論

このリソースパケットでは、3 年制のダイレクトエントリー就業前助産師（基礎）教育課程に関する構成および内容、またそれとは別に、すでに助産以外の医療従事者登録をしている入学者のための就業前助産課程について、参考としての概要を示す。その内容は『ICM 基本的助産業務に必須な能力（2010）』から直接引用している。また、学習のモジュールおよび学年ごとの内容の構成は、以下の原則をその理論的根拠[1]としている。

- 学習は、馴染みのある内容から新しい内容へ移るときに強化される（新しい知識・技術・行動（knowledge, skills, behaviours：KSBs）を導入する前の知識と経験に基づく）。
- 学習は、基礎的な概念から複雑なレベルになる時に強化される（健康な女性や新生児から特定の合併症へ）[2]。
- 学習は、すぐに実践されると長く維持される（同じ時間枠での理論学習と実践学習）。
- 学習は、繰り返しによって強化される（一部の KSBs は意図的に繰り返し強調。助産課程全体で、実践経験の機会を複数回計画）。

各 ICM 能力とその KSBs を改めて検証し、学年およびモジュールにおける特定の内容と実践経験の配置に反映させた。各能力とその KSBs をダイレクトエントリー課程の 1 年次、2 年次、3 年次のどこで学ぶのが最もよいのか、特定のモジュールの他の KSBs と理論的に合う KSBs グループがあるのかどうかも検討した。学習を進めるにつれて内容は知識・技術の複雑さが増していくが、ICM 能力 1 とその倫理・疫学・感染予防の領域、人権、法律上・規制上の枠組み、運営管理の KSBs は、他の 6 つの能力の基礎になるものであることが指摘されている[3]（付属文書 D に示した「ICM 能力 1 とその KSBs の分類例」を参照）。さらに、専門職としての行動は、批判的思考（クリティカル・シンキング）や臨床的推論同様、カリキュラム全体で統合・期待されるものであり、これらの領域のそれぞれにおいて最初の導入とカリキュラム全体での補強とが必要と考える。

<u>実用的なヒント：</u>

カリキュラムデザインや内容の構成には多くの方法がある。以下の実用的なヒントは <u>3 年制のダイレクト</u>

エントリー助産課程を計画する際の考慮点として示している[1]。

1. ICM 能力に基づいて内容を構成する方法については、課程の使命と理念の記述を指針として確認すること（例：正常時の助産ケアから異常時の助産ケア、基礎・初歩的な助産ケアから複雑な助産ケア、観察から自主的な実践）。
2. 7 つの ICM 能力と関連の KSBs のそれぞれの再確認から始め、自国における看護実践に対する理解と重要性を確認すること。
3. 各国のヘルスニーズによって追加の KSBs が一部または全部必要な場合もあるが、能力領域と基本 KSBs はすべて含まれなければならないことを理解すること。
4. 課程の 3 年間全体を通じて、学年またはレベルごとに能力と関連の KSBs のそれぞれを一時的に割り当てる業務を各助産学教員に命じること（最初の決定を記録するための共通のワークシートを使用するか、ICM 能力文書の写しに直接印をつけてもよい）。
5. 上記 4 で得られた内容の一時的割り当てを経験豊富な助産学教員らと協議し、課程の使命と理念の記述に留意しながらそれぞれ割り当ての論理的根拠を検証する。
6. 指導と学習の原則に沿って、割り当ての論理的根拠に注意しながらカリキュラムの特定のレベルに内容を計画的に割り当てる。
7. 類似した KSBs を一つのモジュール／科目ユニットにまとめ、どの KSBs を学習の強化のために反復すべきか（例：各実習分野における健康評価の要素）について慎重な決断を下す。
8. 課程に利用できる週数・時間数を踏まえて、各モジュール／科目ユニットにどのくらいの時間をあてるかを決定する。
9. 現実的に利用可能な学習資源（教員、資材、シミュレーションラボおよび実習施設、有資格の指導者）と学習者の習熟度（1 年次、2 年次、3 年次）を踏まえ、どのモジュール／科目ユニットを組み合わせて同じ時間枠で提示できるかを判断する。
10. 実践経験が求められるモジュール／科目ユニットについては、学習理論と同時に実践経験が得られるようになっているかどうか、理論が最初にあって（ブロックティーチング）その後に実践経験が続くようになっているかどうかを判断する。

看護師登録後の 18 ヵ月課程

看護など医療従事者の教育課程修了後に助産師基礎教育を提供する国でも、上記の各段階は有効である。登録後助産課程のアプローチにおける大きな違いは、既修の医療従事者課程で学んだ内容で助産能力に役立つものを、助産の KSBs を追加して学ぶ前に実証できるように（通常は何らかの課題を与える仕組みとして）教員が特定・差別化する必要があるという点である。一部の助産課程では、18 ヵ月制の就業前助産

[1] ICM が同意した 2011 年の総意に基づく決定によると、平均的な学習者が ICM の 7 つの能力と関連の知識・技術・行動のそれぞれについて、能力を獲得・応用・実証できるようになる一般的な期間は 3 年である。ICM 能力は 3 年未満でも実証することができることを示そうとするプログラムもあるが、その卒業生が目標を達成しているかどうかを判断するにはさらに調査が必要である。

課程[2]に入学する前に医療従事者として登録済みの者が達成しているべき（つまり要求される）前提条件を設定することになる。こうした前提条件には、基礎科学（薬理学、生物学、人体解剖学／生理学、病態生理学）、心理学および社会学、栄養学、基本的な健康管理技術などが含まれることが多い[4]。この前提能力の一覧が完成したら、助産学教員は上記に提案した段階を踏んでどの助産能力と残りの KSBs を 18 ヵ月の課程のどこに位置づけるかを決定できる。看護師登録後の 18 ヵ月課程のカリキュラム概要案は付属文書 A.2.に示した。

ダイレクトエントリーおよび看護・助産師の複合基本課程

就業前助産師教育の 3 つ目のモデルは、ダイレクトエントリーの学習者と看護教育を受けた学習者が同じ課程で学ぶ複合課程である。このモデルはここでは深く論じないが、その一例がニューヨーク州立大学ダウンステート・メディカル・センターであり、http://www.downstate.edu/CHRP/midwifery/program_summary.html で閲覧できる。この複合課程では、ダイレクトエントリーの非医療従事者である学習者は、看護師である学習者には受講する必要のない 3 つの科目を受講することが求められる。この科目には、基本的な健康管理技術、総合医科学 I および II が含まれる。学習者は助産課程に入る前に学士号を取得している必要があり、全員が一緒に助産科目を履修する。

パケットの構成

このパケットは 2 部構成である。前半部分は、ICM 能力の記述 1～7 とその関連の知識・技術・行動（KSBs）をダイレクトエントリーカリキュラムの各学年[3]および登録後助産カリキュラムの各 6 ヵ月に割り振った概要を説明している。その後に、能力と KSBs をモジュール内でどうグループ分けするかについて簡単に検討する。付属文書 A.1.は 3 年制のダイレクトエントリーカリキュラム案を図式で示し、A.2.は 18 ヵ月制の登録後助産師教育課程についてモジュール／指導ユニット案を図式で示している。後者については、既修の教育と医療従事者としての実践から、どのような前提条件の内容と KSBs が示されるかについての合理的な判断を前提としている。いずれのカリキュラムでも各モジュールに図示されていないサブユニットがあり、これについてはこのパケットの後半で扱う。

[2] 2つ目のICMの決定は、登録後の学習者がICM能力すべてを実証するまでに平均して約18ヵ月を必要とするという合意に基づくものである。ここでも、この時間枠は正式の調査に基づいているわけではなく、登録後課程の卒業生が助産業務の全範囲に能力を実証できるのであれば変更の対象となる。

[3] ICM 教育基準の中で扱うのが最も難しい分野の一つが、就業前助産師カリキュラム（課程）に割り当てる時間の概念であった。助産師教育では学習に費やした時間数ではなく、能力に基づいた成果が期待されるからである。教員は様々な学習スタイル、モチベーション、利用可能な資源などの条件で、他の学習者より能力の実証に時間がかかる学習者がいることを理解している。では、ダイレクトエントリーあるいは登録後の就業前助産課程を説明するのになぜ年月や週数を使用するのか。簡単に答えるなら、ICM 能力とその個々の KSBs のすべてを学習者が達成するのに平均してどのくらいかかるのか、まだ有効な研究による根拠が得られていないからである。その根拠がない限り、ICM は両タイプの就業前助産師教育課程の時間枠の推定に、世界的な合意と専門家の意見に頼らざるを得ない。よって、もしどこかの国や教育課程が、卒業生が助産業務の全範囲の能力をより短い時間、あるいは監督下の助産実践の指定時間で達成したことを証明できるのであれば、ICM はその課程が能力基準を満たしているとみなすことになるということが重要な点である。

注：このリソースパケットでは、特定の能力の記述のもとに KSBs 一つひとつをモジュール案に割り当てることはしていない。ここでも KSBs の一部の例は扱っているが、既存の助産カリキュラムを構成・評価しようとするなら、基本的に KSBs がすべて含まれることを確認しなければならない。課程を担当する教員は、特定の国や地域で必要とされる追加の能力とともに、必要性に応じて「追加」として合意された KSBs を含めることもできる。これらの追加した内容には、それぞれ追加の時間を割り振る必要がある。

ICM 能力の記述 2～7 には、健康な個人の助産ケアだけでなく、当該の実践領域（例：出産前）における合併症のある個人のケアも含まれていることに注意しておきたい。サンプルカリキュラム概要のモジュール内容に関する説明は、主に妊娠・出産経験の正常あるいは健康な側面と、リプロダクティブ・サイクル全体で遭遇する合併症との分離を重視していることから、各能力に含まれる KSBs は正常と合併症に分けられている。第三レベル、すなわち最高レベルのカリキュラムの内容（ダイレクトエントリーでは 3 年次、登録後カリキュラムでは後期 6 ヵ月）は正常か合併症かを問わず、あらゆる女性をケアする助産実践の全範囲にわたって、学習者が能力に裏付けられた自律的な助産ケアを提供できるようにするものである。中心的なあるいは主な能力の記述は、参照しやすいように各学年／レベルあるいはモジュールの最初に示してある。他の能力に属する KSBs も一部、強調のために掲載あるいは繰り返される場合もある。

このパケットの第 2 部は、モジュール／指導ユニットをどのように組み立てるべきかについてより詳細に説明している。助産学教員が必要な内容を 2 つの就業前助産カリキュラム内でどう構成すべきかを示すため、2 つのサンプルモジュール（一つは主に理論的、もう一つは理論と実践の両方の要素を持つ）が掲載されている。ここで重要なのは、一つのモジュールに費やす時間は、助産学教員、学習資源、実践経験の質や利用可能性に直接関係してくることである。セメスター（2 学期制）やクオーター（4 学期制）で履修や単位付与の週数や時間数が定められている大学等で助産課程が実施される場合、実践的な部分を時間の計算に考慮しなければならない。単位付与は通常、理論学習については 1 時間で 1 単位、実習については 3 時間で 1 単位となる。特定モジュールにおける時間の長さは、課程実施施設の要件と、課程内の学生数に対する実習施設の利用可能性を助産学教員が見積もり、週数を使って表されることが多い。モジュールに費やす時間をどのような方法で表すにしろ、留意すべき重要な要素は、能力の実証が能力のある助産師としての成功の鍵だということである。能力を示すためにより長い実践経験が必要な学習者もいれば、必要とする実践経験が少ない学習者もいる。助産師教育課程を計画する際には、これらの要因すべてを考慮しなければならない。

2. セクション１：助産に関する内容の構成案の概要

一般的な３年制のダイレクトエントリー就業前助産師課程（付属文書 A.1）

１年次：助産の基礎（32～36 週間；9 モジュール）

能力 1：助産師は、女性、新生児、家族に、質の高い文化的に適したケアを提供するために、産科学、新生児科学、社会科学、公衆衛生学、倫理学の一定の知識と技術を有する。

1. 助産学：生物学（胎生学および人間発達学）、基礎化学および微生物学、人体解剖学および生理学、妊娠-分娩期に使用される一般的な薬剤に関する薬理学および薬物動態学

2. 助産師の基本的健康管理技術：健康な女性と新生児の健康評価（既往歴、一般的な臨床検査、診察内容）および記録を行う一般的な知識と技術。成人の心肺蘇生法（CPR）、静脈ラインの確保を含む基本的なショックの管理、血液製剤の投与、酸素投与、基本的な応急処置の確認。
〔能力 2～7 より助産 KSBs を選択〕

3. ライフサイクル栄養学：健康な女性の一生にわたる栄養ニーズに関する基本的知識。母乳を含む新生児の栄養ニーズ。乳児の栄養ニーズ。
〔健康な個人に重点を置き能力 2～7 より KSBs を選択〕

4. 助産ケアの初歩：助産の理念とケアのモデル。批判的思考（クリティカル・シンキング）および臨床的意思決定を含む助産ケアのプロセス。助産業務の範囲の概要。助産師の役割と責任。
〔能力 2～7 より助産 KSBs を選択〕

5. 助産師概論 I：有効なコミュニケーション戦略、チームワーク、専門職としておよび個人としてのアイデンティティー。女性と出産を迎える家族の健康（リプロダクティブ・ヘルス）の世界的な状況、専門職としての助産師の世界的な状況と ICM 入門、専門職としての助産師に対する国の展望および課題。
〔能力 1～7 より助産 KSBs を選択〕

6. 助産ケア：健康な妊娠：生殖の解剖学と生理学、妊娠の確認と妊娠週数、胎児の成長・成長のモニタリング、妊娠中のケア、妊娠中に起きやすい合併症、生理的・心理的適応と変化。
〔能力 3：助産師は、妊娠中の健康を最良のものにするため、質の高い産前ケアを提供する。それらには、特定の合併症の早期発見（中略）を含むものである。〕

7. 助産ケア：健康な分娩・出生：分娩と出生の生理学。時宜を得た介入の必要性の指標。分娩中のケアとサポート。痛みの緩和。分娩介助と出産直後の母子へのケア。分娩中の女性を支援できる人の参加。出産と妊産婦ケアの様々なモデル。
〔能力 4：助産師は、女性と新生児の健康を最良とするため、分娩時に質の高い文化的配慮のあるケアを提供し、出生においては清潔で安全な分娩介助を行い、特定の緊急事態に対応する。〕

8. 助産ケア：健康な産褥期・新生児・家族：正常な生理学的復古。授乳の生理学、新しい家族のケアと支援、完全母乳の奨励と支援（母子と家族を一つのケア単位とする）。
〔能力 5：助産師は、女性に対し、包括的で質の高い文化的配慮のある産褥期のケアを提供する。〕

胎外生活への生理的適応、新生児の緊急ケアのニーズ、一般的な範囲での健康な新生児の特徴、正常な新生児および乳児の成長と発達、予防接種の必要性、新生児と乳児の健康増進と疾病予防、健康的な家族の発展。
〔能力 6：助産師は、出生から 2 ヵ月までの健康な乳児のために、質の高い包括的なケアを提供する。〕

9. 健康な女性のヘルスケア：受胎前ケアに関する理論と実践。健康的な家族の発展。性的発育と性行動。性的健康とリプロダクティブ・ヘルスを焦点とした保健教育。伝統的および近代的な家族計画法の提供。子宮頸がんの検診。
〔ICM 能力 2「助産師は、健康的な家族生活と計画妊娠と積極的な育児を促進し、質の高い文化的にも配慮した健康教育とサービスを地域の全ての人々のために提供する」に派生する健康的な側面〕

2 年次：出産および新生児に一般的な合併症の助産ケア（32～36 週、9 モジュール）

1. 助産師のための公衆衛生：健康とウェルネスの定義、個人の健康の決定要素。健康増進と疾病予防を含む公衆衛生の原則。基本疫学。地域アセスメント戦略。母子健康・疾病サービスを提供する機関を含む個人・家族・コミュニティーの支援システム。地域内・国内における母体および新生児の死亡率、罹患率の直接・間接の原因。警告の概念および搬送。妊娠を取り巻く文化的伝統。安全な出産環境。普遍的予防策。人口の特徴を含む基本的人口学。青年期のリプロダクティブ・ヘルスの統計。プライマリ・ヘルスケアの世界的および地域特有の原則。
〔能力 1 および 2 から KSBs を選択〕

2. 助産師の倫理と法律：道徳的行動規範。価値観、人権、業務基準。価値観と信条が健康・疾病の状況に与える影響。道徳的推論および倫理的意思決定。助産ケアの法的側面。

〔能力 1 から KSBs を選択〕

3. 助産師が行う指導とカウンセリング：積極的傾聴。リプロダクティブ・ヘルスに特有のカウンセリング技術。健康教育の原則と実践。妊娠中に心理社会的問題を経験した女性に対するカウンセリング技術の応用。出産に焦点を置いたリプロダクティブ各期の予測的指導。妊娠期の喪失に対する死別カウンセリング。
〔能力 2～7 から KSBs を選択〕

4. 助産師概論Ⅱ：上級コミュニケーションスキル。相互依存のチーム医療。専門職としてのアイデンティティー。助産実践の規制。ICM 基本文書。
〔能力 1～7 から KSBs を選択〕

5. 助産師のための薬理学：薬理学の上級原則。薬理学の基本原則の復習。一般的な出産合併症に用いられる一般的な薬剤（硫酸マグネシウムなど）の適応症・服用量・投与経路・副作用。催奇形性が報告されている市販薬または不法薬物（コカイン、麦角など）。一部の救命薬の処方・調剤・提供・投与（実践の管轄区域内でその権限が与えられている場合）。
〔能力 2～7 から KSBs を選択〕

6. 助産ケア：合併症のある妊娠：妊娠前および妊娠中の合併症（性感染症、尿路感染症、マラリア・結核・HIV など地理的地域に特有の急性・慢性疾患を含む）について、適応があれば診断・治療または紹介。性的な暴力。自然流産・人工流産。子癇前症・子癇。早産。多胎。胎盤障害。妊娠糖尿病。
〔能力 2～3 および 7 から合併症と上級 KSBs を抽出〕

7. 助産ケア：合併症のある分娩・出生：分娩および出生中の合併症（胎児機能不全、早産、早期陣痛、胎位異常、臍帯脱出、肩甲難産、子宮内出血、胎盤遺残、児頭骨盤不適合、感染、前期破水を含む）について、適応があれば診断・治療・紹介。
〔能力 4 から KSBs を選択〕

8. 助産ケア：合併症のある産褥期・新生児・家族：産褥期および新生児の合併症（復古不全、乳腺炎、分娩後出血、貧血、塞栓症、重篤な産後うつ、新生児黄疸、低血糖、低体温症、未熟児、先天性異常、感染、脱水症、機能不全に陥っている家族を含む）について、適応があれば診断・治療・紹介。
〔能力 5～6 から KSBs を選択〕

9. 助産師のための基本的な救命技術：成人 CPR の復習、特定の救命薬（抗痙攣薬・抗菌薬・抗レトロウイルス薬など）の投与。肩甲難産・臍帯脱出・重篤な母体出血・ショック・胎児機能不全の緊急施術。分娩第 3 期の積極的な施術、胎盤用手剥離、分娩後出血を抑える子宮圧迫法。
〔すべての能力から KSBs を抽出〕

3 年次：自律的助産実践および継続的な専門性開発（32～36 週：5 モジュール）

1. 上級助産：妊産婦死亡調査、全領域の女性のリプロダクティブ・ヘルスに関する法的および規制の枠組み、女性の擁護と権利を与えるための戦略、実践領域における指導的役割、初級レベルの運営管理の業務・活動、女性の健康と母性保護のための政策立案に関与する重要性。
〔主に能力 1～2 から KSBs を選択〕

2. 助産における専門的課題：助産師教育と規制の強化に関する ICM 基本文書。助産師協会の発展。助産ビジネス。国内・地域内における助産の歴史。保健政策の策定と実施。助産ケアの世界的な状況。基本的な研究デザインと研究報告の批評法。根拠に基づく実践の定義と専門的実践における有効な研究成果の実施方法。ヘルスケアの質の指標。
〔すべての能力から KSBs を選択〕

3. 中絶のニーズのある女性に対する助産ケア：予期せぬ妊娠、妊娠初期の中絶の医学的適応基準、中絶ケアサービスに関する法律・規制、自然流産、不完全な中絶、子宮復古と復古不全、妊娠期の喪失・死別。
〔能力 7：助産師は、文化的配慮のある幅広い個別妊娠中絶関連ケアサービスを妊娠の中断や流産が必要な女性または経験した女性に法律や規制、国のプロトコルに遵守した形で提供する。〕

4. 助産師概論および助産師業務：専門職としてのアイデンティティー。免許・規制の基準。継続的な専門性開発の計画。専門的助産実践のビジネスプラン（例：助産所、産院の開設）。ホメオパシー・水中出産・鍼治療を含む助産ケアの様々なモデルの探求。
〔各能力から専門職としての行動に関わる KSBs を選択〕

5. リプロダクティブ各期における自律的助産ケア：このモジュールは、7 つの能力の記述とそれぞれの KSBs（応用と統合）を、助産課程の修了時に期待される学習成果として使用する。学習者は、様々な状況下での全範囲の助産実践を行う。

登録後就業前助産課程（付属文書 A.2）

レベル 1：助産の基本〔前期 6 ヵ月；9 モジュール〕

1. 助産入門：女性と出産を迎える家族の健康（リプロダクティブ・ヘルス）の世界的な状況、専門職としての助産師の世界的な状況と ICM 入門、専門職としての助産師に対する国の展望および課題。助産師の役割と責任の定義および専門的位置づけに対する期待。
〔能力 1「助産師は、女性、新生児、家族に、質の高い文化的に適したケアを提供するために、産科学、新生児科学、社会科学、公衆衛生学、倫理学の一定の知識と技術を有する」から助産 KSBs を選択〕

2. 助産ケアのモデルとケアプロセス：ICM 基本文書（理念とケアのモデル）および特に健康な女性・家族・新生児に助産ケアを提供する準備として、批判的思考（クリティカル・シンキング）・熟考・臨床的判断を必要とする助産ケアのプロセス（付属文書 B）。
〔すべての能力に含まれる〕

3. 助産師のための公衆衛生：健康とウェルネスの定義、個人の健康の決定要素、公衆衛生の原則、疫学、地域アセスメント戦略。プライマリ・ヘルスケアの世界的および地域特有の原則。個人・家族・コミュニティーの支援システム、保健・疾病サービスを提供する機関。
〔能力 1 および 2 から KSBs を選択〕

4. 助産師のための倫理：道徳的行動規範、価値観、人権、業務基準、価値観と信条が健康・疾病の状況に与える影響、批判的思考（クリティカル・シンキング）と道徳的推論。助産倫理綱領の分析。
〔能力 1 から KSBs を選択、またすべての能力から専門職としての行動を選択〕

5. 助産師の業務基準：実践の法的管轄地域内で求められる助産実践の基準の分析。専門職としてのアイデンティティー、多分野横断的なチームワーク。
〔すべての能力の記述から専門職としての行動を選択〕

6. 助産のコミュニケーションとカウンセリング技術：積極的傾聴。リプロダクティブ・ヘルスに特有のカウンセリング技術。出産サイクル全体を通じた健康教育の原則と実践。
〔能力 1～7 から KSBs を選択〕

7. 女性の健康評価：健康な非妊娠女性および妊婦の病歴の聴取および診察内容・骨盤内検査の実施に必要な知識と技術。リプロダクティブ各期の女性に使用される一般的な臨床検査。記録。

〔能力 2～5 および 7 から KSBs を選択〕

8. 助産ケア：リプロダクティブ・ヘルス：ヒトのセクシャリティ、出産の間隔、妊娠前カウンセリングとケア。家族計画の方法。
〔能力 2：助産師は、健康的な家族生活と計画妊娠と積極的な育児を促進し、質の高い文化的にも配慮した健康教育とサービスを地域の全ての人々のために提供する。〕

9. 助産ケア：健康な妊娠：生殖の解剖学と生理学、妊娠の確認と妊娠週数、胎児の成長・成長のモニタリング、妊娠中のケア、妊娠中に起きやすい合併症。
〔能力 3：助産師は、妊娠中の健康を最良のものにするため、質の高い産前ケアを提供する。それらには、特定の合併症の早期発見（中略）を含むものである。〕

レベル 2：健康な出産と合併症のある出産〔中期 6 ヵ月；9 モジュール〕

1. 母子保健に関する人口統計：地域内・国内における妊産婦および新生児の死亡率と罹患率の直接および間接の原因、警告の概念および搬送、妊娠を取り巻く文化的伝統、安全な出産環境、普遍的予防策、職業倫理、女性および家族とのケアのパートナーシップモデル、女性の健康のための協力的チームワーク。
〔能力 1、2、3 から KSBs を選択〕

2. 助産ケア：正常分娩・出生：分娩と出生の生理学。時宜を得た介入の必要性の指標、分娩中のケアとサポート。分娩介助と出産直後の母子へのケア。分娩中の女性を支援できる人の参加。
〔能力 4：助産師は、女性と新生児の健康を最良とするため、分娩時に質の高い文化的配慮のあるケアを提供し、出生においては清潔で安全な分娩介助を行い、特定の緊急事態に対応する。〕

3. 流産・人工妊娠中絶に関するケア：予期せぬ妊娠。妊娠初期の中絶の医学的適性基準。中絶ケアサービスに関する法律・規制。自然流産、不完全な中絶。子宮復古と復古不全。妊娠期の喪失・死別。
〔能力 7：助産師は、文化的配慮のある幅広い個別の妊娠中絶関連ケアサービスを妊娠の中断や流産が必要な女性または経験した女性に法律や規制、国のプロトコルに遵守した形で提供する。〕

4. 助産師のための基本的な救命技術：成人 CPR の復習。特定の救命薬（抗痙攣薬・抗菌薬・抗レトロウイルス薬など）の投与、肩甲難産・臍帯脱出・重篤な母体出血・ショック・胎児機能不全の緊急施術。分娩第 3 期の積極的な施術。胎盤用手剥離、分娩後出血を抑える子宮圧迫法。
〔すべての能力から KSBs を抽出〕

5. 助産師のための薬理学：薬理学の基本原則の復習。健康な妊娠と新生児に対して用いられる普通薬および一般的な出産合併症に用いられる薬剤（硫酸マグネシウムなど）の適応症・服用量・投与経路・副作用。催奇形性が報告されている市販薬または不法薬物（コカイン、麦角など）。一部の救命薬の処方・調剤・提供・投与（実践の管轄区域内でその権限が与えられている場合）。
〔能力 2～7 より KSBs を選択〕

6. 助産ケア：健康な新生児：胎外生活への生理的適応、新生児の緊急ケアのニーズ、一般的な範囲での健康な新生児の特徴、正常な新生児および乳児の成長と発達、予防接種の必要性、新生児の栄養ニーズ、新生児と乳児の健康増進と疾病予防の要素。
〔能力 6：助産師は、出生から 2 ヵ月までの健康な乳児のために、質の高い包括的なケアを提供する。〕

7. 助産ケア：健康な産褥期：正常な生理学的復古。授乳の生理学、新しい家族のケアと支援、完全母乳の奨励と支援。
〔能力 5：助産師は、女性に対し、包括的で質の高い文化的配慮のある産褥期のケアを提供する。〕

8. 助産における専門的課題Ⅰ：専門職としてのアイデンティティーの発達。助産師教育と規制の強化に関する ICM 基本文書。国内・地域内における助産の歴史。国内の助産師教育と実践における時事問題。助産師協会への加入。
〔すべての能力から KSBs を選択〕

9. 出産の一般的な合併症Ⅰ：妊娠前および妊娠中、陣痛・分娩中、産褥期・出産後の一般的な合併症について、適応があれば診断・治療または紹介。
〔能力 1～6 から合併症と上級 KSBs を抽出〕

レベル 3：自律的助産実践および継続的な専門性開発（後期 6 ヵ月：5 モジュール）

1. 上級助産：妊産婦死亡調査、全領域の女性のリプロダクティブ・ヘルスに関する法的および規制の枠組み、女性の擁護と権利を与えるための戦略、実践領域における指導的役割、初級レベルの運営管理の業務・活動、女性の健康と母性保護のための政策立案に関与する重要性。
〔主に能力 1 から KSBs を選択〕

2. 助産における専門的課題Ⅱ：専門職としてのアイデンティティー。免許・規制の基準。継続的な専門性開発の計画。専門的助産実践のビジネスプラン（例：助産所、産院の開設）。ホメオパシー・水中出産・鍼治療を含む助産ケアの様々なモデルの探求。保健政策の策定と実施。
〔各能力から専門職としての行動に関わる KSBs を選択〕

3. 根拠に基づく助産実践：基本的な研究計画、研究報告の批評法、根拠に基づく実践の定義と専門的実践における有効な研究結果の実施方法。ヘルスケアの質の指標。
〔能力 1～7 から KSBs を選択〕

4. 助産ケア：リプロダクティブ各期の合併症 II：糖尿病、心疾患、新生児異常、早期産児、人工流産の合併症など出産時の重篤な合併症の高度な診断・治療・紹介。
〔能力 2～7 から KSBs を選択〕

5. リプロダクティブ各期における自律的助産ケア：このモジュールは、7 つの能力の記述とそれぞれの KSBs（応用と統合）を、助産課程の修了時に期待される学習成果として使用する。学習者は様々な状況下での全範囲の助産実践を行う。

3. セクション 2：サンプルモジュール

序論

教育カリキュラムに必要な内容（ICM 能力の記述および関連の KSBs）をまとめるには多くの方法があり、そのまとまりを説明する用語も様々である。たとえば、大学で伝統的に使われるのは「科目（course）」という語であるが、学問の特定領域に含まれる内容を説明するのに「指導ユニット（instructional unit）」という語も使われる。この ICM リソースパケットで「モジュール（module）」という語を選んだのは作為的であり、成人学習の自己学習アプローチや新人助産師として実証すべき実践能力に基づいている。

モジュールとは、そのユニット修了時に何を実証しなければならないか（学習成果）について学習者と指導者の両方に明確な方向性、すなわち学習成果を成功裏に達成するために必要とされる知識と特定の技術の要素と、期待される専門職としての行動とを示す自己完結した指導ユニットである。学習の 3 つの領域すべてにおける助産実践の能力が、学習者の自己評価と有資格の助産指導者の直接観察によって、期待される学習成果に照らして評価される。モジュール開発の一つのアプローチとして、付属文書 C「モジュール開発ワークシート」を提案する。

リソースパケットのこのセクションでは、2 つのサンプルモジュールの概要を示す。

- 助産入門
- 健康な妊娠中の助産ケア

この 2 つのモジュールを選んだのは、基礎となる理論（助産入門）と妊娠期に関する KSBs が実践でどのように示されるか（健康な妊娠中の助産ケア）とが、それぞれ反映されているからである。2 つのモジュー

ルはまた、類似した内容をもとにモジュールをサブユニットに分割する方法も示している。サブユニットは、正式な教員（専門家）や内容の理論的分類によって、モジュールすべてにある場合も一部にしかない場合もある。たとえば、「基礎科学」のモジュールは、生物学・微生物学、一般化学、人体解剖学と生理学、病態生理学と薬理学といったサブユニットがあり、それぞれ異なる教員がいるのが一般的である。別の例を挙げれば、「リプロダクティブ・ヘルス」のモジュールには、女性のヘルスケア、親の教育、家族計画などのサブユニットが、「分娩と出生」のモジュールには、分娩ケア、出産と産後すぐの産褥期のケア、母子の命に関わる一般的な合併症などのサブユニットが考えられる。助産学教員が内容をモジュールやサブユニットにどうまとめるとしても、その決定は十分な考慮の上で行い、理論・実践両方の学習を促進するために成人学習者と課程に参加する専門家のニーズに沿ったものでなければならない。

サンプルモジュール

以下に挙げる 2 つのサンプルモジュールには、内容構成の案と、含まれるであろう大筋の内容、さらに学習活動のタイプと利用可能なリソースの例が含まれている点に注目してほしい。助産学教員は『ICM 基本的助産業務に必須な能力（2010）』を主な基準として用い、類似の内容をまとめ、KSBs を教育環境や自国に合った表現でどう表すかを決定する。すなわち ICM 能力の利用法には多少の柔軟性があり、そのまま採用しても、自国の一般的な表現に直しても、自国のニーズに応じて追加してもよいという意味である。ただし、「基本」と示された KSBs のそれぞれは、カリキュラムに含まれていなければならない。ICM の定義に沿った実践能力の高い助産師を養成しようとする限り、これらは一つも削除してはならない。

助産入門
4 週間[4]

モジュールの紹介・説明

このモジュールは助産職への導入であり、世界各地で助産師と助産ケアが女性と出産を迎える家族の健康をどのように増進できるかを紹介する。3 つのサブユニットから構成される。すなわち（1）世界で女性の地位と健康に影響している要因、（2）国際助産師連盟、（3）専門職としての助産師の役割と責任の 3 つである。それぞれのサブユニットに独自の学習成果と内容一覧、学習活動案が付属している。すべてのサブユニットを首尾よく修了すれば、全般的な学習成果を満たすことになる。心躍る助産の世界へようこそ！

全般的な学習成果

このモジュール修了時には、学習者は次のことができるようになる。

1. 世界的に女性の健康に影響している様々な要素を理解できる。
2. 国際助産師連盟の世界的な重要性を説明できる。
3. 専門職としての助産師の役割と責任を議論できる。

ICM 能力 1 から主に抽出した全般的な内容：

助産師は、女性、新生児、出産を迎える家族に質の高い文化的に配慮された、適切なケアを提供するために、産科学、新生児科学、社会科学、公衆衛生学、倫理学の一定の知識と技術を有する。これ以外に ICM に関する内容を追加した。

学習者への注記：

学習を始めるにあたって、一つのサブユニットを選択する前にまずモジュール全体に目を通す時間を取ることを勧める。このモジュールは、サブユニットそれぞれが独立した領域であり、3 つすべてが全般的な学習成果の達成に必要であるため、どのサブユニットから開始しても違いはない。このモジュールについての質問があれば、教員に尋ねて解決すること。他の学習者と学習について話し合うことを勧めるが、必要な内容の準備を他者に頼ってはならない。すべてが予め準備できていれば、話し合いによって得られるものはより豊かになる。

[4] このモジュールは内容の多くが相補的であるため、ダイレクトエントリーの学習者に対して「公衆衛生」「専門職としての倫理」「研究と根拠に基づく実践」と同じ時間枠で提供される可能性が高い。登録後の学習者に対しては、助産的内容の初めに提供される。

サブユニット１：世界の女性の健康に影響している様々な要素

このサブユニット修了時には、学習者は次のことができるようになる。

1.1　貧困、栄養不良、教育水準の低さ、様々な形の差別が、世界の多くの地域で女性の健康にどう影響しているかを明らかにできる。

1.2　安全に関する基本的人権の否定が、世界の女性の健康にどう影響しているかを議論できる。

1.3　健康状態の悪化につながりうる世界での、社会を維持および向上させる女性の役割を説明できる。

1.4　学習者の出身国における女性の健康改善のための行動計画を示すことができる。

内容の一覧

- 地域と社会の健康決定因子（例：所得・識字能力・特に幼い女子と女性に焦点を当てた教育）の確認
- 基本的人権と、それが否定された場合（例：ドメスティック・バイオレンス、女性器切除（FGM）、HIV/AIDS）に女性・女子の健康に与える影響の確認
- 地域の文化と信念（性の役割や地位を含む）
- 質の高いヘルスケアサービスの指標

学習活動のヒント（自習用）

1. 世界の様々な国の幼い女子および女性の健康状態を報告しているサイトが複数あり、熟読するとよい。その中でも注目されるものを挙げる。
   - NGO セーブ・ザ・チルドレン『世界の女性の状況 2011（State of the World's Women 2011）』www.savethechildren.org/
   - NGO Women Deliver 青年と女性に関する各種レポート www.womendeliver.org/
   - UNICEF『世界子供白書 2011』www.unicef.org/sowc/
   - 国連開発プログラム（UNDP）8 つのミレニアム開発目標（MDGs）に向けた進捗の報告 http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html
   - 国連人口基金は女性と助産師に重点を置いている。ウェブサイトでは、性の平等、リプロダクティブ・ヘルス、その他興味深い話題について情報が閲覧できる。www.unfpa.org
   - 世界保健機関（WHO）のウェブサイトは、人権と健康に関する優れたリソースを備えている。www.who.ch
   - NGO 妊産婦及び乳幼児の健康を守るためのパートナーシップ（The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health：PMNCH）もウェブサイトで情報提供しており、実際の活動を支援する人たちとのインターネット上のコミュニケーションも盛んである（学習者も個人として参加できる）。www.pmnch.org

2. 地域の保健局のセンターを訪ね、人口動態統計を見るとよい。自分の地域や国の幼い女子や女性の健康状況について、死亡率・罹患率を含む最新の情報を得ることができる。

3. 助産クラスに他国出身の学習者がいれば、国ごとの女子や女性の健康状況を比較し、その違いに考えられる原因を探求するヒントが得られる。

4. 教員が提供するワークシートを使って、自国内の女性の健康について考えをまとめることを勧める。

<u>その他利用できる学習資源</u>

1. Thompson, J. B. (2007). Poverty, development, and women: Why should we care? JOGNN 36: 6: 523-530.
2. Thompson, J.B. (2005). International policies for achieving Safe Motherhood: Women's lives in the balance. Health Care for Women International 26: 6, 472-483, (June-July).
3. Thompson, J.B (2004). A human rights framework for midwifery care. Journal of Midwifery & Women's Health, 49:3,175-181 (May/June).

4. ここに、学習者が入手可能なその国特有の資源を記入する。

サブユニット 2：国際助産師連盟（ICM）

このサブユニット修了時には、学習者は次のことができるようになる。

2.1　ICM の目標と目的を定義することができる。

2.2　学習者の出身国において、ICM の組織構造と優先事項がどのように助産を強化できるかについて議論できる。

2.3　ICM 基本文書を学習者の出身国との関連性において分析できる。

2.4　ICM によって提起されうる助産職に関する主な世界的課題および機会を明らかにできる。

2.5　世界の助産に関する問題に対応するため、ICM 所信表明の原案を作成できる。

内容の一覧

- ICM の優先事項、目標・目的（柱）
- 組織構造：会員資格、決定機関、地域、本部
- 基本文書と所信表明：助産師の定義、実践の範囲、倫理綱領、教育および規制の基準
- 世界助産状況報告書（2011）（State of the World's Midwifery Report 2011）
- 助産の世界的な影響（ミレニアム開発目標）

学習活動のヒント（自習用）

1. インターネットが使える環境ならば、ICM サイトを閲覧すれば連盟に関する最新情報が得られる。www.internationalmidwife.org
2. ICM に関するもう一つの情報源は、新しい『International Journal of Childbirth』である。紙媒体とインターネット上のいずれでも読むことができる。
3. 国内に助産師協会があるかどうか、その協会が ICM に加盟しているかどうかを確認するとよい。加盟していれば、その協会の本部を訪ねて国際的な助産と ICM についてどんなリソースがあるか確認する。

その他利用できる学習資源

1. ICM に関する主な情報源は ICM ウェブサイト www.internationalmidwife.org を参照
2. 教育、規制、女性との協力関係、人権に関する ICM 所信声明を見直す。
3. 2011 年世界助産状況報告書は CD（国連人口基金より）またはオンライン（ICM ホームページ：www.internationalmidwives.org）で入手可能。
4. Thompson, J.E., Herschderfer, K., Duff, E. (2005). The midwife takes center stage in the global arena in 2005: The International Confederation of Midwives (ICM). Journal of

Midwifery & Women's Health 50: 4, 269-271, (July/August).

5. その他学習者が入手可能な具体的なリソースを追加する。学習者の居住圏で WHO または UNFPA 事務所があれば問い合わせることもできる。

サブユニット 3：専門職としての助産師

このサブユニット修了時には、学習者は次のことができるようになる。

3.1 『ICM 助産師の定義（2011）』と自国の助産師の定義を比較することができる。

3.2 助産に関する様々な教育経路の長所・短所を議論できる。

3.3 女性と出産を迎える家族のニーズに対応できるか、自国の助産業務の範囲を評価することができる。

3.4 助産に対する様々な規制上の認識の長所・短所を議論できる。

3.5 助産師の基本的責任を、助産職の倫理綱領、業務の範囲と基準に基づいて定義できる。

内容の一覧

- 助産師の定義と助産業務の範囲
- 専門職としての倫理観、価値観、人権と一貫性のある行動
- 業務基準を遵守した行動
- 責任と臨床判断と行動に対する説明責任
- 最新の実践を行うための助産知識と技術の維持
- 地位、民族、宗教的信念にかかわらない個人およびその文化や習慣の尊重
- 助産業務に対する規制機関の要件
- 当該地域の出生・死亡登録の報告規制
- 『ICM 基本的助産業務に必須な能力（2010）』
- 『ICM 助産師教育の世界基準（2010）』とガイドライン

学習活動のヒント（自習用）

1. 国内の助産の規制当局を訪問し、国内の助産師の定義および許可される業務範囲を学ぶ。これらの文書を『ICM 助産師の定義および助産業務の範囲（2011）（ICM Definition of a Midwife and Scope of Practice）』と比較する。
2. 自国の様々な医療従事者の教育課程を検証し、現在就学している助産課程の背景とタイプを他の学習者と議論する。国内の医師や看護師と同じ経路で専門業務に至るのか。異なるなら、それはなぜか。

3. 医療従事者に関する教育基準がなぜ必要かについても話し合うとよい。
4. 他の学習者や教員と以下の問題を深めてみる。助産術は職業なのか。助産師は専門職なのか。その回答の根拠を説明せよ。
5. 自国に助産師の倫理綱領または道徳的行動基準があるかどうかを調査する。あれば、『ICM 助産師の国際倫理綱領（2008）』と比較してみる。助産師に特別の倫理綱領がなければ、他の学習者と協力してそれを作ってみる。
6. 助産業務基準を検証し、自国の助産師の役割と責任を議論する。
7. 国内の保健局または人口動態統計の担当官庁を訪問して、自国の出生・死亡に関する具体的な報告要件を尋ねる。

<u>その他利用できる学習資源</u>

1. Fullerton, J.T., Johnson, P.G., Thompson, J.B., Vivio, D. (2010). Quality considerations in midwifery pre-service education: Exemplars from Africa. Midwifery. doi:10.1016/j.midw.2010.10.011
2. Fullerton, J.T., Gherisi, A., Johnson, P.G., Thompson, J.B. (2011). Competence and competency: Core concepts for international midwifery practice. International Journal of Childbirth 1:1, 4-12.
3. Fullerton, J.F., Thompson, J.E., Severino, R. (2011). The International Confederation of Midwives Essential competencies for basic midwifery practice: An updated study 2009-2010. Midwifery 27: 399-408. doi: 10.1016/j.midw.2011.03.005
4. Thompson, J.E., Fullerton, J.T., Sawyer, A. (2011). The International Confederation of Midwives' Global Standards for Midwifery Education (2-010) with companion guidelines. Midwifery 6 May 2011. Doi:10.1016/j.midw.2011.04.001

5. その国特有の参考資料および学習者が使用するために教員が準備したワークシートやケーススタディをここに追加する。

<u>学習戦略に関する全般的な評価および時期</u>

1. このモジュールでは 2 回の筆記試験がある。1 回目はモジュールの中頃（具体的な日時を示す）、2 回目はモジュールの修了時に予定されている。（評価の 50%）
2. 学習者は、クラス内およびグループの議論に積極的に参加することが求められる。議論の前には十分な準備をしておくこと。（評価の 25%）
3. 学習者は、「専門職としての助産および助産師は、世界の女性と出産を迎える家族の健康をどのように増進するか」という質問について、5 ページの論文を提出すること（具体的な締切日を示す）。（評価の 25%）

全般的なモジュールの評価[5]

以下のモジュール評価を記入して教員と話し合うこと。このモジュールの各部に関する自分の評価に最も近いものに丸をつけること。

1. 以下の学習成果を割り当てられた時間で達成することができた。
   a. 世界の女性の健康に影響する様々な要因を理解すること。
      できた　一部できた　できなかった
   b. 国際助産師連盟の世界的な重要性を説明すること。
      できた　一部できた　できなかった
   c. 専門職としての助産師の役割と責任を議論すること。
      できた　一部できた　できなかった

2. 学習活動は学習の役に立った。　そう思う　一部そう思う　そう思わない
3. グループワークは学習の役に立った。　そう思う　一部そう思う　そう思わない
4. 学習資源が利用でき、役に立った。　そう思う　一部そう思う　そう思わない
5. 教員は学習を効果的に進めてくれた。　そう思う　一部そう思う　そう思わない
6. 教員は学習の意欲を高めてくれた。　そう思う　一部そう思う　そう思わない
7. 教員は学習の評価において公平で偏りがなかった。
   そう思う　一部そう思う　そう思わない
8. モジュールで最も役に立った箇所（具体的に説明）

9. モジュールで変更を提案する箇所（具体的に説明）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　日付＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注：助産学教員と詳細が話し合えるように、学習者は評価に署名することが望ましい。批評には説明責任が伴うという重要な教訓となり、また変更できない指導・学習の側面（例：服装、身体的特徴、個性）に対する不当なコメントを排除することにもなる。同様に、教員による学習者の評価についても学習者自身と率直に話し合う必要がある。

[5] モジュールの評価は、助産学教員の選択次第で簡略な場合も非常に詳細な場合もありうる。

健康な妊娠中の助産ケア
8 週間[6]

モジュールの紹介・説明

このモジュールは、妊娠中の健康を最良のものにするための質の高い出産前ケアの提供に必要な知識と技術、専門職としての行動を学習者に紹介する。これには、妊婦および発育中の胎児の健康に対するリスクの可能性を早期に発見することも含まれる。このモジュールでは、最も重要なライフイベントの一つである妊娠と出産準備期にある女性と家族のケアに、知識と技術と専門職としての行動を連続して実践に応用し、それぞれの妊娠に最良の結果となるために、女性や家族と協力する機会が多くある。楽しんで学んでほしい。

全般的な学習成果

このモジュール修了時には、学習者は次のことができるようになる。

1. 助産サービスを必要とする女性のために、質の高い根拠に基づく出産前ケアを提供できる。
2. 妊娠女性のグループを対象に、一連の出産教育クラスを実施できる。

ICM 能力 3 の健康的側面から主に抽出した全般的な内容：

助産師は、妊娠中の健康を最良のものにするため、質の高い出産前ケアを提供する。これには、特定の合併症の早期発見、治療または紹介を含む。

学習者への注記：

このモジュールには、出産前ケアの提供に関する多くの KSBs（サブユニット 1）と、妊婦と家族に出産・育児の準備を整えてもらうために、これらの人たちと一緒に活動する前に理解しておく必要がある（サブユニット 2）。可能な場合には、出産前ケアの KSBs を学び続けながら、実際の妊婦のケアに知識と技術を適用することになる。

[6] 2 年次のモジュールの順序は、助産学教員が決定する。「健康な妊娠」のモジュールとその実践的要素は、「人口統計」および「助産ケアプロセス」（学習期間：最初の 3～4 週間）と、「リプロダクティブ・ヘルス」（学習期間 8 週間の後）に来る可能性が高い。おそらくその後に、「健康な分娩・出産」「健康な産褥期」「健康な新生児」「救命技術」の組み合わせが 12～16 週間（実施可能な実践経験の量による）続く。後者の内容は個別のモジュールに分けられるが、実践的要素は可能な限り母子のケアと共に行うことに重点を置かなければならない。

サブユニット１：出産前ケアの構成要素と実践

このサブユニット修了時には、学習者は次のことができるようになる。

理論的成果：

1.1　生殖に関する解剖学、生理学、遺伝学、生物学の主要要素を理解できる。
1.2　正確な妊娠週数を算出する原理を説明することができる。
1.3　既往歴の要素と、妊婦健康診査の各回について焦点を絞った診察内容を特定できる。
1.4　基本的な臨床スクリーニング検査の正常所見（結果）が分かる。
1.5　妊婦と発育中の胎児における正常な妊娠の経過を説明できる。
1.6　女性が妊娠中に服用した薬剤の薬物動態と女性および胎児への影響の基本原則が分かる。
1.7　妊娠中の女性に共通する症状を緩和するために使用できる方法（comfort measures）を理解できる。
1.8　妊婦健診における初診および再診時の要素をリストアップできる。

実践・臨床的成果：

1.1　助産ケアプロセスに従って完全な妊婦健診を実施できる。
1.2　女性の不快感は最小限に、妊婦健診を安全に実施し、正確な結果を得ることができる。
1.3　正しい技術を使って、体系的な方法で女性の腹部診察を行うことができる。
1.4　妊娠を正しく確認し、その正常な経過を確認できる。
1.5　妊娠期間を通じて、正常な胎児の成長と発達を正確に判定できる。
1.6　妊娠中の一般的な不快症状を軽減する方法を教え実演できる。
1.7　健診ごとに妊娠女性の具体的な心配事やニーズを特定し、ケア計画の策定と実施のために協力できる。
1.8　妊娠中の正常からの逸脱を見分け、根拠に基づいたガイドライン、当該地域の基準や利用可能なリソースに合わせて、適切な第一線管理を実施できる。
1.9　毎回の妊婦健診で、所見を正確かつ完全に記録できる。
1.10　自らの助産ケアの有効性を正確に評価できる。

<u>理論および実践の内容リスト</u>

- 生殖に関する解剖学、生理学、月経周期、受胎のプロセス
- 妊娠の徴候と症状
- 月経歴、子宮の大きさ、子宮底長の成長パターン、超音波の使用（可能な場合）による妊娠週数の

判定

- 出産予定日の計算
- 胎盤の発達、循環、機能
- 既往歴の要素と、妊婦健診時の焦点を絞った診察内容
- 自国で使用される基本的な臨床検査の正常な所見
- 妊娠による身体的変化、一般的な不快症状、正常な子宮底長の成長
- 妊娠中の正常な心理的変化
- 妊娠中の胎児の健康を評価する方法
- 妊婦と胎児に必要な栄養所要量
- 妊娠中の一般的な不快症状の緩和のための安全で入手可能な非薬物
- 妊娠中の女性に処方、調剤または供給された薬の薬物動態
- 処方薬、不法薬物、伝統的な薬、市販薬の妊婦と胎児への影響
- STI および HIV 感染の予防
- 妊娠中の一般的な合併症の徴候および症状、紹介による緊急介入を必要とする適応（HIV 感染、マラリア、膣出血、子癇前症、梅毒を含む）
- 特定の救命薬（例：抗菌薬、抗痙攣薬、抗マラリア薬、抗レトロウイルス薬）の使用の適応

学習活動のヒント（自習用）

1. 学習したトピックについての入手可能な最良の資料として教員が選定した必須／推薦図書を読む。
2. 助産テキストが利用できれば、出産前ケアの提供に関する各章を読んで必要な内容を理解・学習するとよい。
3. 小人数の学習者グループで、実際の状況に基づいて教員が準備した出産前症例研究を分析する。
4. 医学または産科のテキストに掲載された女性の解剖学および生殖に関する生理学、薬理学テキストに掲載された妊娠中に使用される一般的な薬剤、検査マニュアルに掲載された一般的な臨床検査値について復習することは有用である。
5. 月経周期とヒト卵細胞の受精の理解は、最初は難しいかもしれない。受胎に必要なホルモンの相互作用を視覚的に説明した課程の視聴覚教材や図表を確認する。
6. 課程で模型が利用できれば、女性の骨盤模型を使用して、骨盤骨の関係、大きくなる子宮がどこに収まるのか、妊娠初期・後期に膀胱や腸など周囲の構造にどのような影響を与えるのかを理解するとよい。模型を使った他の学習者とのグループワークも有効な学習方法である。
7. 処方薬、市販薬、伝統的治療法についての最新情報を得るために、インターネットを検索するのもよい。
8. 地域の女性（フォーカスグループ）と話をすると、妊娠中にいつ、どのように、なぜ伝統的治療法を用いるのかについて、さらに洞察を得ることができるかもしれない。

9. モジュールの早い時期に、妊婦、助産師、実施施設の許可を得たうえで、経験を積んだ助産師が妊婦健診を実施するのを見学する日を計画してもよい。
10. 割り当てられた施設での実習日・実習時間のスケジュールを守ること。出産前ケアの書面による方針やプロトコルを見直して各施設での準備とし、施設や記録に関するオリエンテーションを求める。助産指導者と学習の進め方について毎日話し合い、毎日の実習の前に自分の学習ニーズを特定しておく。
11. きちんとした病歴の聴取が難しいと感じる場合、録音する許可を得て後で聞き直してもよい。
12. 腹部触診や内診など、出産前ケアで必要とされる手技の臨床検査実習は、安全な環境での優れた学習経験となる。

その他利用できる学習資源

1. WHO のウェブサイトで「助産モジュール（Midwifery Modules）」を検索し、「地域モジュール（Community Module）」を復習する。その他のモジュールは、子癇前症・子癇、出血、閉塞性分娩、感染など、一般的な妊婦の死亡原因を扱っている。これらは、出産の合併症を扱う 3 年次に一層有用である。
2. 一部の課程では、出産前ケアを行っている教員のビデオを用意し、必要性に応じて学習者が見られるようにしている。
3. 視聴覚教材、PowerPoint スライド、シミュレーションモデルも利用できる場合がある。
4. 知識の実践への応用や実践についての反省を促すためのワークシート・症例研究・質問の例は、学習を促進する目的で教員が計画するツールとして役立つ。
5. 可能であれば、正常な妊娠中の根拠に基づく最新の実践を反映している自国または地域の専門誌の引用を盛り込む。

学習戦略の評価と時期

1. 理論的知識とその臨床症例への応用を評価するための筆記試験が 3 回行われる。それぞれ約 3 週間の間隔を置いて実施される（具体的な日時）。（60%）
2. 学習者は、特定のトピックに関するセミナーを主催することが期待される。（20%）
3. 小人数のグループでの発見学習への参加。（20%）
4. モジュール全体を通じて継続される臨床ケアの形成的評価。
5. モジュール修了時までに、実践環境において能力に裏付けされた助産ケアの最終的な実証。（合格／不合格）

サブユニット２：健康カウンセリングと出産教育

このサブユニット修了時には、学習者は次のことができるようになる。

2.1.1 様々な妊婦のために、ニーズに基づいた助言と健康カウンセリング（予期的指導：anticipatory guidance）を提供できる。

2.1.2 分娩・出生・育児の基本的な準備を含む、一連の出産教育クラスを計画できる。

内容リスト

- 妊娠中の一般的な不快症状を緩和する方法
- 健康教育（衛生、セクシャリティ、自宅内外での作業）
- 危険な徴候と症状
- 緊急時対応の備え
- 分娩と出産に安全な施設の選択
- 助産師に連絡する時期と方法
- 出産計画の主な要素
- 授乳の生理学と母乳哺育に関して女性を教育する方法
- 新生児のための家庭／家族の準備
- 分娩開始の徴候と症状
- 分娩時のリラックス法と陣痛緩和法

学習活動のヒント（自習用）

1. 課題の資料を読むことから始める。
2. 妊婦の健康教育ニーズを学ぶために助産テキストを参考にし、出産準備クラスについてインターネットでよく調べる。
3. 他の学習者との議論で、妊娠期間中にどんな予期的指導がいつ必要かを考えることから始め、妊娠の各三半期の予期的指導の計画を作成する。例示すると、第１期：初期のホルモン変化の影響、吐き気、頻尿、第２期：妊娠の経過に応じた栄養ニーズ、胎児の成長と発達、第３期：分娩と出産の準備、新生児のケア、母乳哺育、緊急時対応の準備。
4. 円靭帯痛、腰痛、下肢浮腫などを緩和する方法の助言について、他の学習者とロールプレイを試みるのは有用かもしれない。
5. 症例検討会または妊婦とそのパートナーのための正式のクラスの内容を計画する前に、他の助産師が正式の出産教育クラスを指導するのを参観してもよい。
6. 妊婦とそのパートナー（参加できる場合）が分娩・出産・新生児のケアの準備を整えるのを支援

© ICM June 2012

する目的で、その内容と活動を含んだ 4〜6 回のクラスを他の学習者と協力して計画してみる。

7. 教員と一緒に出産クラスを計画し、その設定とクラスに参加する予定の女性について学ぶ。出産クラスがその施設で日常的に行われていない場合、開催を宣伝し参加する妊婦を募る必要があるかもしれない。妊婦は学習課程において重要なパートナーであり、多くの妊婦は、よい助産師を育てるのに必要な経験を積ませる手助けをしたいと願っていることを忘れてはならない。
8. 出産前ケアの提供における学習の進展を日誌に記録し、進捗と今後の学習ニーズについてよく考え、教員と話し合う。

その他利用できる学習資源

1. 課程によっては、出産準備クラスの中で利用できる指導教材が用意されている場合がある。
2. 出産教育クラスの指導を教員および他の学習者に見てもらう時間を作って、フィードバックを受ける。
3. 学習を強化するため、国内特有の論文や資料をオプションとして加える。

学習戦略の評価と時期

1. 妊娠の各三半期の小人数による予期的指導計画（25%）
2. 妊娠中の一般的な不快症状の緩和方法についてシミュレーション発表（25%）
3. 出産教育クラスについての教員および出産する親からのフィードバック（50%）

全般的なモジュールの評価[7]

以下のモジュール評価を記入して教員と話し合うことが期待される。このモジュールの各部に関する自分の評価に最も近いものに丸をつけること。

10. 以下の学習成果を割り当てられた時間で達成することができた。
    a. 助産サービスを必要とする女性に対し、質の高い根拠に基づく出産前ケアを提供すること。
       できた　一部できた　できなかった
    b. 妊婦グループを対象に、一連の出産教育クラスを実施すること。
       できた　一部できた　できなかった

11. 学習活動は学習の役に立った。 **そう思う　一部そう思う　そう思わない**
12. 学習資源が利用でき、役に立った。 **そう思う　一部そう思う　そう思わない**

[7] モジュールの評価は、助産学教員の選択次第で簡略な場合も非常に詳細な場合もありうる。

13. 教員は学習を効果的に進めてくれた。 そう思う　一部そう思う　そう思わない
14. 教員は学習の意欲を高めてくれた。 そう思う　一部そう思う　そう思わない
15. 教員は学習の評価において公平で偏りがなかった。
そう思う　一部そう思う　そう思わない
16. 実践経験は出産前ケアを実証するために十分であった。
そう思う　一部そう思う　そう思わない
17. 臨床教員／指導者は常に対応してくれた。 そう思う　一部そう思う　そう思わない
18. モジュールで最も役に立った箇所（具体的に説明）

19. モジュールで変更を提案する箇所（具体的に説明）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　日付＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

助産学教員と詳細が話し合えるように、学習者は評価に署名することが望ましい。批評には説明責任が伴うという重要な教訓となり、また変更できない指導・学習の側面（例：服装、身体的特徴、個性）に対する不当なコメントを排除することにもなる。同様に、教員による学習者の評価についても学習者自身と率直に話し合う必要がある。

---

[1] Thompson JE, Kershbaumer RM, Krisman-Scott MA. Educating advanced practice nurses and midwives. Philadelphia: Springer Publishing Company, 2002. Chapter 10: Teaching in the clinical setting, pp. 121-122.
[2] Benner P. From novice to expert. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 1984.
[3] Fullerton JT, Gherissi A, Johnson PG, Thompson JB. Competence and competency: Core concepts for international midwifery practice. International Journal of Childbirth 1(1), 2011, p. 8. DOI: 10.1891/2156-5287.1.1.4
[4] Accreditation Commission for Midwifery Education (ACME). The knowledge, skills and behaviors prerequisite to midwifery clinical coursework. Silver Spring, MD: ACME, 2005.

（公社）日本看護協会（公社）日本助産師会（一社）日本助産学会（公社）全国助産師教育協議会訳
2013 年 11 月　和訳文一部改訂

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photo static means or in any other manner, or stored in retrieval system, or transmitted in any form without written permission of the International Confederation of Midwives. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated and that the ICM be informed.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際助産師連盟（ICM）から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用（300 語未満）に関して、許可は不要ですが、その場合は出典を明記し、ICM へご連絡ください。

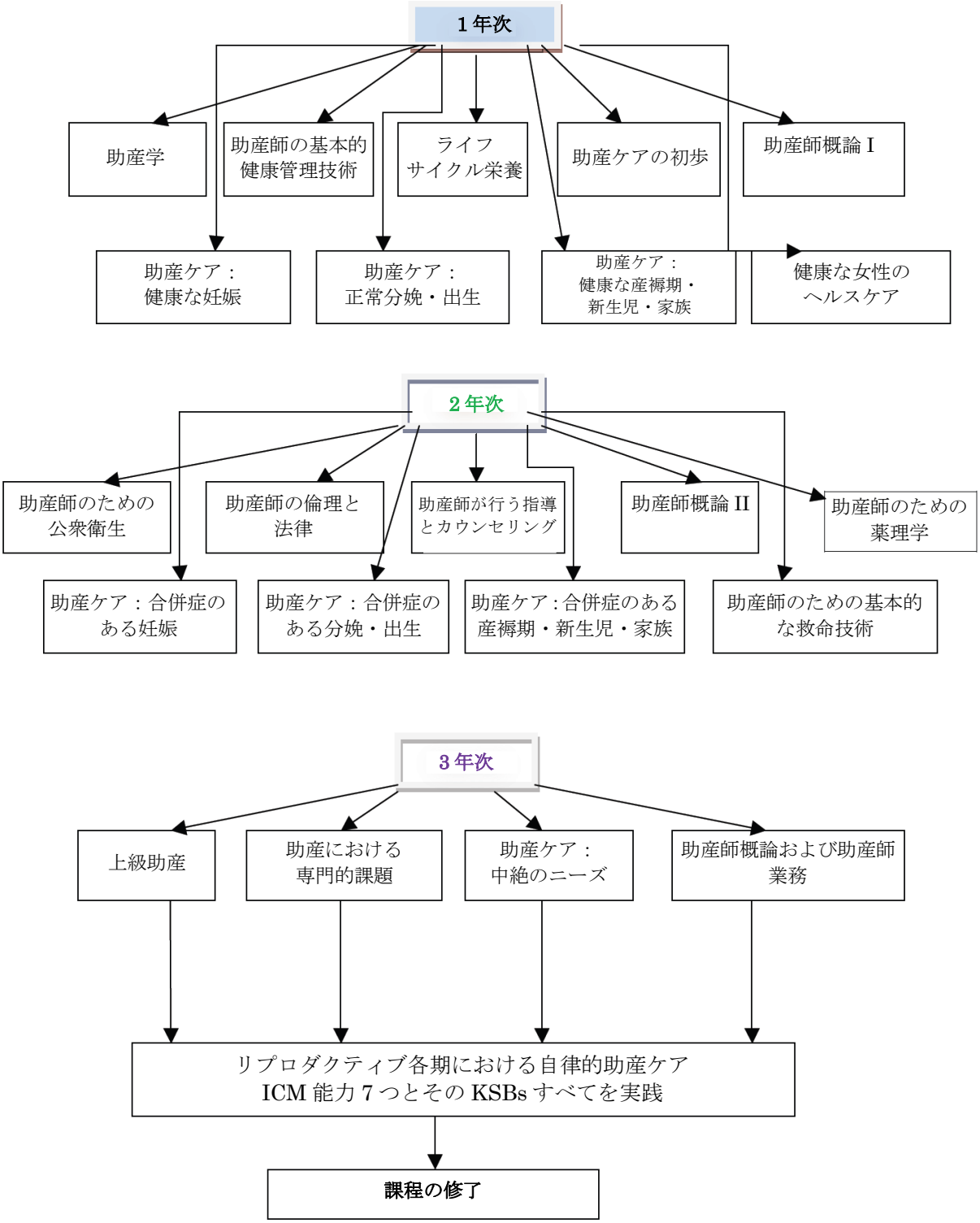
Copyright © (2012) by ICM- International Confederation of Midwives,
Laan van Meerdervoort 70, 2517 AN　The Hague, The Netherlands

ICM リソースパケットその 2

ICM 専門職としての助産カリキュラムの概要　付属文書 A.1

専門職としての助産課程のためのモジュール案の図解

ダイレクトエントリー



（公社）日本看護協会（公社）日本助産師会（一社）日本助産学会（公社）全国助産師教育協議会訳

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in retrieval system, or transmitted in any form without written permission of the International Confederation of Midwives. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated and that the ICM be informed.

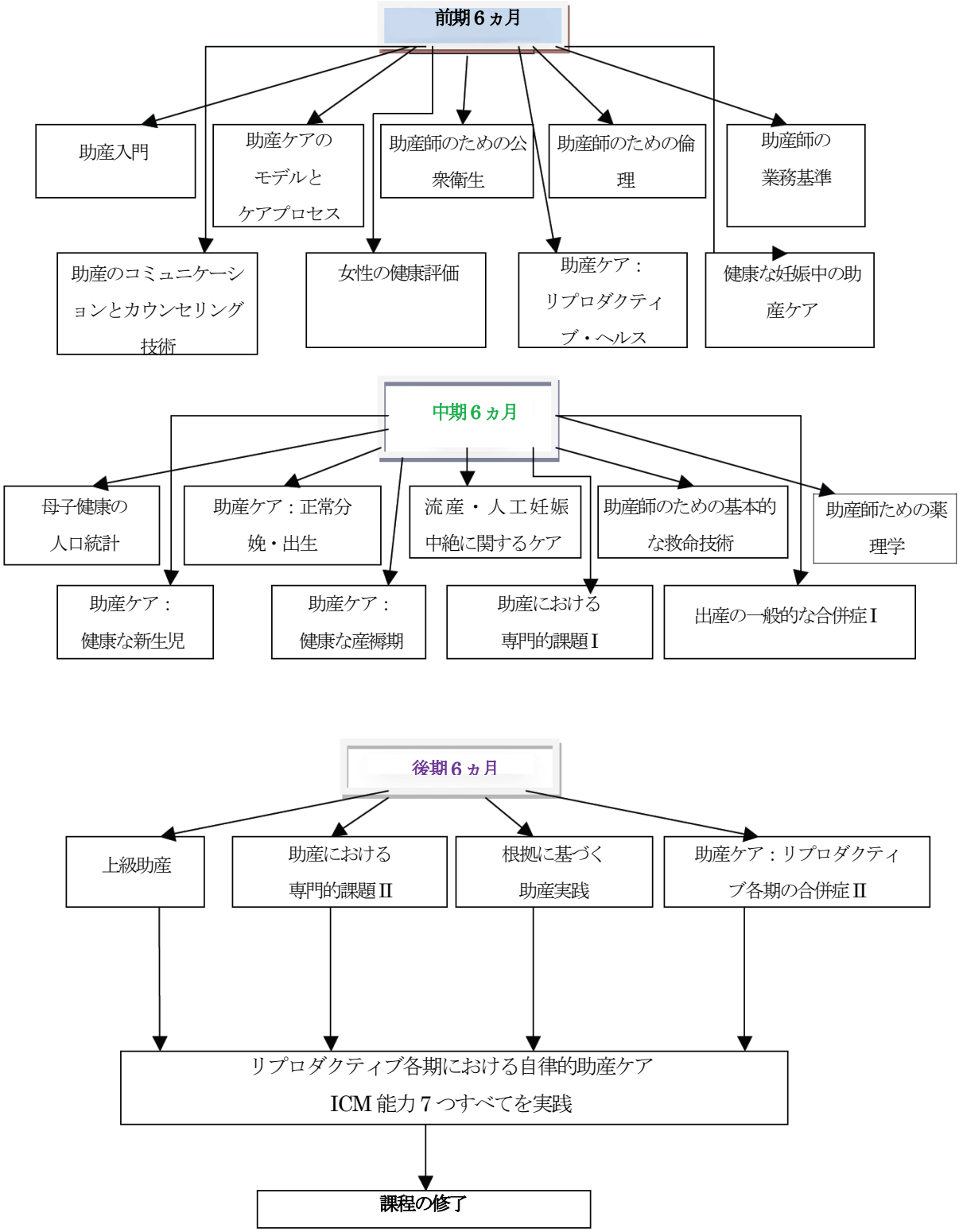
他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際助産師連盟（ICM）から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用（300 語未満）に関して、許可は不要ですが、その場合は出典を明記し、ICM へご連絡ください。

Copyright © (2012) by ICM- International Confederation of Midwives,
Laan van Meerdervoort 70, 2517 AN　The Hague, The Netherlands

ICM 専門職としての助産カリキュラムの概要　付属文書 A.2

専門職としての助産課程のためのモジュール案の図解

登録後医療従事者対象（18 ヵ月）



（公社）日本看護協会（公社）日本助産師会（一社）日本助産学会（公社）全国助産師教育協議会訳

2013 年 11 月　和訳文一部改訂

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photo static means or in any other manner, or stored in retrieval system, or transmitted in any form without written permission of the International Confederation of Midwives. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated and that the ICM be informed.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際助産師連盟（ICM）から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用（300 語未満）に関して、許可は不要ですが、その場合は出典を明記し、ICM へご連絡ください。

Copyright © (2012) by ICM- International Confederation of Midwives,
Laan van Meerdervoort 70, 2517 AN　The Hague, The Netherlands

付属文書 B

助産ケアプロセス[1]

助産のケアプロセスは、動的であり、継続的であり、必要に応じて循環するプロセスである。規則的に連続する段階に従って、終始、批判的思考（クリティカル・シンキング）と様々なタイプ・レベルの意思決定とを必要とする。データ収集時、意思決定時、または予想外の結果になった時は、初期段階に立ち返り、女性と計画を立て直すことが必要となる。添付の図は、このケアプロセスが循環する性質を説明したものである。

1. アセスメント

含まれるもの：　女性が表現した既往歴や現在のニーズ、診察内容、検査結果。〔認知、精神運動、情動機能〕

情報源：　女性、家族、入手可能な記録、観察。

成功のための基準：文化的に適切であり敬意を示す方法で体系的で正確なデータ収集が行われること。

2. 意思決定

含まれるもの：　女性のニーズ･問題ならびに緊急要請に基づく現実的または潜在的な助産診断を明確にするために、収集データを整理する。〔認知および情動機能〕

情報源：　上記ステップ１を参照。

成功のための基準：正確な助産診断につながる、データの正確な解釈。

3. 計画

含まれるもの：　女性とのパートナーシップにおいて行動するニーズの優先順位を付ける、助産師の行動によって解決できるニーズ/問題、専門家への相談や紹介の必要性の判断。〔認知および情動機能〕

情報源：　上記ステップ１および２を参照。

成功のための基準：女性/家族からの情報を活用した包括的な計画。根拠に基づく/適切な合理的理由に基づいた代替案を含めること。

---

[1] この助産ケアのモデルの体系は、過去 40 年にわたって世界各国の助産教員と学習者に使用されているものである。ICM の『助産ケアの理念とモデル』『基本的助産業務に必須な能力』『助産師の国際倫理綱領』、および ACNM の『助産師のための救命技術マニュアル（Life-Saving Skills Manual for Midwives）』（1991. J. Thompson, 4/12）に合わせて更新されている。

4. 適用

含まれるもの： 思いやりと文化的配慮のある、時宜を得た適切かつ安全な助産ケアを提供すること。可能な場合には自己ケアを促すものであること。〔認知、情動、精神運動機能〕

情報源： 上記ステップ 1、2 および 3 を参照。

成功のための基準：安全で、根拠に基づく、効率的かつ倫理的で、思いやりあふれ、時宜を得た介入と、データおよびケアプランの適切な記録。

5. 評価

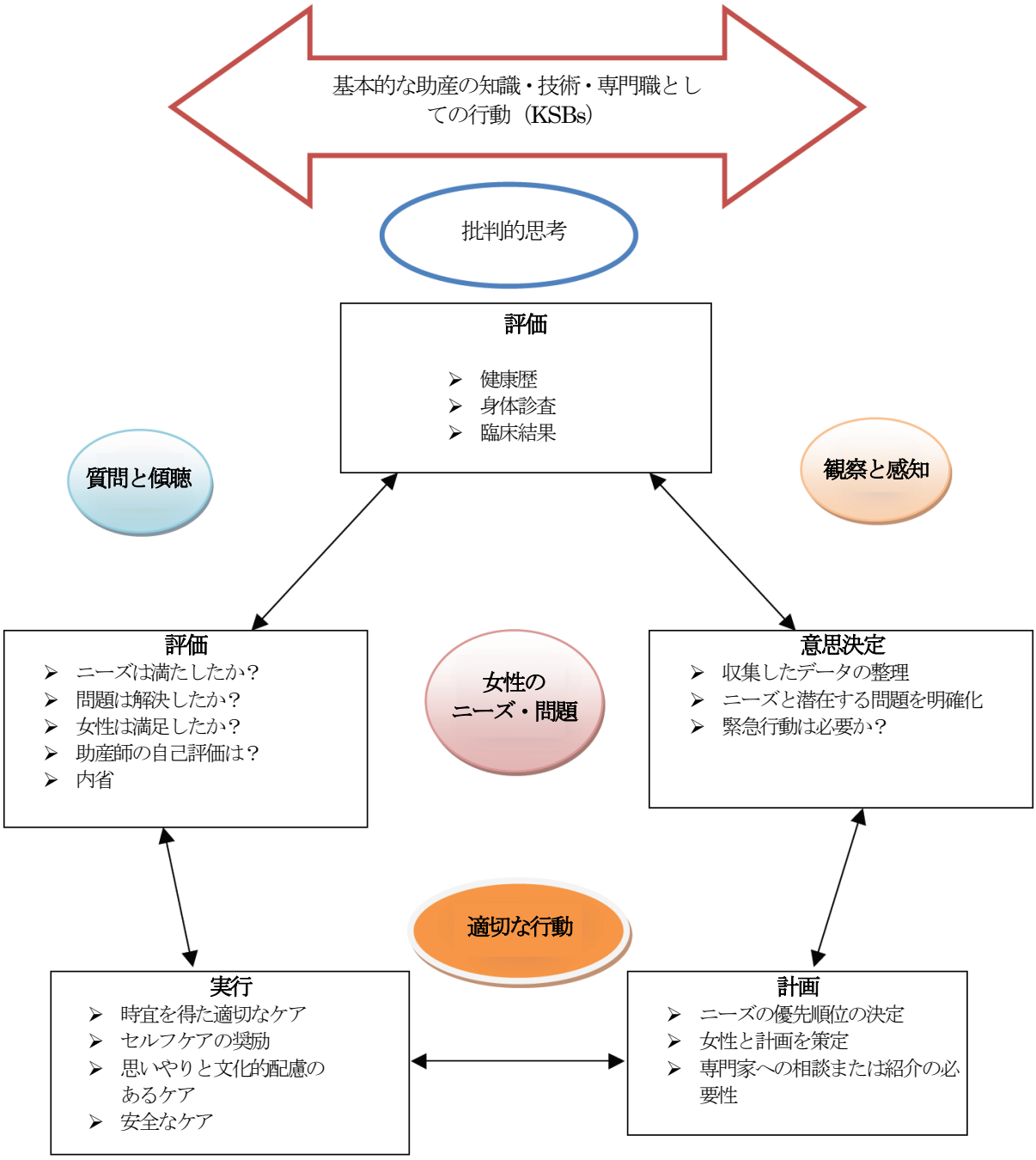
含まれるもの： ニーズへの対応、満足度に関する女性・家族からのフィードバック。実施後の成果と新たなアプローチの必要性に関し、助産師が自己アセスメントし、内省をする。同僚、教員からの確証。

〔認知および感情機能〕

情報源： 本人、女性、家族、同僚、監督者

成功のための基準：提供したケアがどの程度女性のニーズおよび助産の目標を達成したか。助産ケアの成果には、女性および新生児の健康・福祉の改善を含める。

助産ケアプロセスの図解



（公社）日本看護協会（公社）日本助産師会（一社）日本助産学会（公社）全国助産師教育協議会訳

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in retrieval system, or transmitted in any form without written permission of the International Confederation of Midwives. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated and that the ICM be informed.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際助産師連盟（ICM）から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用（300 語未満）に関して、許可は不要ですが、その場合は出典を明記し、ICM へご連絡ください。

Copyright © (2012) by ICM- International Confederation of Midwives,

Laan van Meerdervoort 70, 2517 AN　The Hague, The Netherlands

付属文書 C
モジュール開発ワークシート[1]

モジュールの紹介：モジュールに関する概説。このモジュールが重要で学ぶ価値のあるものと学習者に納得させる説明であること。

モジュールのタイトル：学習者が内容の要点を理解できるよう、十分に具体的であること。

時間数：学習成果を達成するために必要と思われる時間の概算。一つのモジュールに割り当てられる総時間を示してもよい。

学習成果：モジュールの修了時に学習者が知っておくべきこと、すべきこと、考えるべきことについての、非常に具体的な記述。特にサブユニットが含まれる場合には通常、1 モジュールにつき 5～20 の学習成果がある。サブユニットがある場合、まず全体的な学習成果から始め、次に各サブユニットについてのより具体的な学習成果を示す。全サブユニットを修了すれば、その学習成果全体でそのモジュールの成果を達成することができる。

- 学習成果を記述する際には、明瞭かつ具体的な動作動詞を使用すること[2]。
  - 一覧にする
  - 名前を挙げる
  - 記述する
  - 計画を概説する
  - 実証する
  - 説明する
  - 計算する
  - 決定する
  - 実行する

含まれる内容：モジュールに含まれる ICM 必須な能力および KSBs の一覧でもよいし、健康評価や両親の教育などの関連概念のグループであってもよい。

[1] この文書は、M.K. McHugh（ペンシルベニア大学看護助産大学院課程）による初版に基づく。許可を得て使用。
[2] 多くの教育者が、知識から理解を経る実証の各レベルに関して Bloom の分類学に言及している。

知識および技術を得るための学習活動：
様々なタイプの活動が考えられる。助産学教員は、能力の開発と実証を促進する種々のタイプの学習活動を活用する必要がある。各モジュールにはそのすべてではなく、数種の活動だけを使うことになる。

a. テキストを読む。
b. 学術誌の論文を読む。
c. ワークシートを完成する。
d. 教員との対話時間が十分に確保された講義に参加する。
e. 手順を観察する。
f. 技術演習で模型を使って実習する。
g. 映像を見る。
h. インターネットのサイトを調べる。

情報資源：この部分には、文書資料、ワークシート、ケーススタディー、インターネット上の論文、視聴覚資料などを掲載する。

臨床成果の記述：実践領域（例：分娩時のケア）に特に合わせた助産ケアプロセス（アセスメント、意思決定、計画、実施、評価）の各段階に応じて、臨床成果の記述をまとめることが容易かつ効率的である。これは、学習者にとってはパフォーマンスのための時間であり、感情と精神運動の技術、そして知識の応用が求められる。したがって、成果の記述は学習者のパフォーマンスを成功に「導く」ような形で記述しなければならない。

臨床能力を伸ばすための学習活動：様々な実践施設で、適格な助産学教員・指導者による監督を受け、助産ケアを必要とする様々な女性とともに行う臨床実習である。

学習者のアセスメント：学習者には、モジュールの理論部分について、いつ、どのように評価されるかを知らせなければならない。大きな試験の前に学生が受けられる小テストを用意する場合もある。臨床成果の評価のタイミングについても、定期的な学習者の自己アセスメントを含め、特定しておく必要がある。

モジュール評価フォーム：学習者にモジュールのどんな点（教員、活動、資源、実習経験）が役立ったかを尋ねる簡単な書式でよい。また、モジュール内で変更が必要な点も尋ねる必要がある。教員がこのフィードバックを積極的に活用し、このモジュールの間の経験についてさらに話し合いが必要な個々の学習者にはフォローアップをすることが、極めて重要である。

（公社）日本看護協会（公社）日本助産師会（一社）日本助産学会（公社）全国助産師教育協議会訳

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in retrieval system, or transmitted in any form without written permission of the International Confederation of Midwives. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated and that the ICM be informed.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際助産師連盟（ICM）から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用（300 語未満）に関して、許可は不要ですが、その場合は出典を明記し、ICM へご連絡ください。

Copyright © (2012) by ICM- International Confederation of Midwives,

Laan van Meerdervoort 70, 2517 AN　The Hague, The Netherlands

付属文書 D
ICM 能力 1 とその KSBs の分類例
2012 年

序論

助産教育の内容の構成とその助産課程内での配置に関する 1 つのアプローチは、ICM が定めた 7 つの能力とそれぞれの知識・技術・行動（KSBs）を精査し、KSBs が各能力の記述に対してどのレベルまたは順序にあるかを考える方法である。この文書は、「能力 1」を例にとり、理論と技術を基礎・上級・複雑の 3 つのレベルに分けたらどのようになるかを試みたものである。一つのアプローチの提案に過ぎないが、助産学教員やコンサルタントが新しい助産カリキュラムを構成したり、既存の助産カリキュラムを評価したりする際に役立つと考える。同様のプロセスで、残りの 6 つの ICM 能力の記述と関連する KSBs を分析することもできるだろう。

ここで提案する「レベル」は、どのモジュールまたは科目ユニットを全体のカリキュラム中のいつ提示するかを決定するのに使用することを想定したもので、特定の年次・月への配置を指示するものではない。たとえば、ダイレクトエントリー課程では、学習者は女性や出産を迎える家族に対する助産ケアの提供を早く始めたい希望があることを前提とすれば、健康な女性に対する助産実践の導入と同時期に助産の就業前の能力を提示するという可能性もある。一方、登録後助産課程では、助産教育の内容の「前提条件」として必要な内容は、助産課程に入学する前に求められるか、あるいは課程の初めの助産の内容に組み入れられるかもしれない。ICM 能力 2～7 のそれぞれの構成の方法に合わせて、教員の判断で、健康な出産と合併症をともなう出産を同じ科目ユニットまたはモジュールで教える課程もあるだろう。逆に、正常または健康な出産の内容を、合併症と分けて扱う課程もある。どの内容をカリキュラムのどこでいつ教えるかの判断にどのようなアプローチを使おうとも、すべての ICM 能力とその KSBs が含まれていて、課程の教員および学習者にとって明確になっていることが重要である。

読者への注記：専門職としての助産課程の多くは、科目・内容・配置を課程のウェブサイトで公表している。助産学教員は、それぞれの状況（国内事情）に応じてどのような構成パターンが最善または望ましいか最終決定をする前に、ダイレクトエントリーおよび登録後助産課程に関するこのようなサイトを確認するのが有用だろう。ウェブサイトの例は、「リソースパケットその 3」に掲載されている。

© ICM June 2012

ICM 能力 1 から派生する KSBs の分類例

「助産師は、女性、新生児、家族に、質の高い文化的に適したケアを提供するために、その基礎となる産科学、新生児科学、社会科学、公衆衛生学、倫理学の一定の知識と技術を有する。」

初級レベル内容：助産師就業前能力[1]

知識

- 基礎科学――生物学（発生学および人間発達学）、基礎化学と微生物学、人体解剖学と生理学、薬理学
- 社会学および心理学
- 健康の社会的決定因子――所得、識字能力と教育、給水と衛生、住居、環境災害、食品の安全性、疾病パターン、健康に対する一般的なリスク
- 公衆衛生・地域衛生――健康増進、疾病予防・管理戦略（関連の国家プログラム、疫学的原則、地域診断、人口動態統計の解釈を含む）
- 地域および住民に根差したプライマリ・ヘルス・ケアの指針
- 個人・家族・コミュニティーの支援制度の要素と、必要時に支援資源を動員する方法
- ライフサイクルを通じた栄養
- 研究と根拠に基づく実践の原則
- 質の高いヘルスケアサービスの指標
- 健康教育の原則――どのように、何を、いつ、どこで教えるか
- 国内・地域のヘルスサービスとインフラ（高次病院への紹介システムを含む）
- 人権と、個人の健康に与える影響
- 地域の文化と信念、価値観や行動に与える影響
- 伝統的な医療実践と現在の医療実践（有益性と有害性）
- 批判的思考（クリティカル・シンキング）と臨床上合理的な理論基盤
- 専門職としての行動――倫理綱領
- 健康スクリーニングと診断検査の基礎と利用
- 協同的な仕事関係の理論

[1] 他の医療従事者教育に由来する知識・技術・行動には、基礎科学、社会学、職業倫理、診察内容の基礎技術、臨床的推論などが含まれると一般に言われている。「ICM 能力 1」および助産師教育に関する認可協議会（Accreditation Commission for Midwifery Education：ACME）の 2005 年の文書『助産師臨床課程の前提条件としての知識・技術・行動（The knowledge, skills, and behaviors prerequisite to midwifery clinical coursework）』を参照している。既修の医療従事者教育にこれらの能力が含まれているか、出願者が助産教育課程の入学時にこれを実証できるかどうかを判断するのは、助産課程を担当する教員陣の責任である。前提条件となる登録後の内容が助産の内容と統合される場合には、課程は助産の内容を開始する基準を決定する必要がある。

© ICM June 2012

技術

- 批判的に考え、道徳的に推論し、問題解決スキルを活用する。
- 許容される基準（根拠に基づくケア）および倫理綱領に沿って実践する。
- ヘルスケアにおける他職と協力して働く。
- 有効なコミュニケーションの原則を実証する。
- 適切な教材・資料・リソースを使って、健康教育を提供する。
- 正確な服用量を計算し、成人および新生児に適切な経路で医薬品を投与する。
- 適切なコミュニケーション技術および傾聴技術を使う。
- 総合的な既往歴を聴取し、基本的な健康診査スクリーニングを行う。
- 業務の場に適した設備および備品を準備・利用・管理する。
- 救命を促すため緊急の治療処置を開始する（例：基本的な心臓救命処置、ショックの管理、基本的な応急手当と蘇生、酸素の投与）
- 関連の所見の記録や解釈（実施したこと、フォローアップの必要性などを含む）
- 患者ケアと患者満足度の成果評価

専門職としての行動

- 批判的に考え、道徳的に推論しようとする。
- これらの決定の判断と成果に対して、行動責任と説明責任を受け入れようとする（道徳的主体）。
    - 専門職としての倫理観・価値観・人権と一致した行動をとる。
    - すべての利用者に対して、礼儀正しく、中立的で、差別的ではない、文化的に適切な行動をとる。
    - 個人およびその文化や習慣を尊重する。
    - すべての利用者の情報の守秘性を保持する。
    - 情報に基づく選択、参加型意思決定、自己決定の権利を擁護する。
    - 最新の実践ができるように、知識と技術を維持・更新する（例：自己評価、相互評価、質の高い実践を維持・立証するための継続教育）

注：これらの各内容領域は、特定の能力に関する理論的分類でまとめることができる。たとえば、公衆衛生に関するモジュール（地域診断、健康の社会的決定因子、プライマリ・ヘルス・ケア：健康促進と疾病予防・管理戦略など、疾病パターン（疫学）と人口動態統計など）、専門職としての倫理のモジュール（道徳的主体となることの意味、利用者自身の選択の支援、人権と倫理的意思決定の促進方法など）、健康評価のモジュール（病歴の聴取、診察内容、臨床上意思決定、無菌法の原則など）、ヘルスケアシステムに関するモジュール（国と地域のヘルスサービスとそのインフラ、高次病院への紹介とリプロダクティブ・ヘルスに関する社会サービス機関、母子保健に関する国のプログラムなど）、基礎科学に関するモジュール（薬理学の原則など）、社会科学のモジュール（文化、人間発達学、出産の心理社会的側面、女性の心理学的健康・幸福など）。

© ICM June 2012

二次レベル内容：本質的に健康な女性と新生児の助産ケア

- 母子のケアの社会的、疫学的、文化的な文脈にある能力（ICM 能力 1）

知識

a. 地域における妊産婦および新生児の死亡率と罹患率の直接および間接の原因と、その低減のための対策
b. 警告（準備性）の概念、高次医療施設へ搬送するための資源
c. 利用可能な出産の場（出産計画）の長所とリスク
d. 安全に出産できる多様な場に向けて、女性と共に提唱する戦略

技術と行動

a. 普遍的／標準的予防策、感染予防と管理の対策、無菌操作を活用する。
b. 女性と共有したすべての情報の守秘性を保持する。
c. 女性および家族と協働する。女性と家族が健康について、あるいは検査や介入を拒否する権利について、情報を得た上で選択できるよう支援する。
d. 女性と家族へのサービスの実施を向上させるために、他の医療従事者と協働する（チームワーク）。
e. 当該地域における出生・死亡登録の報告に関する規制を遵守する。

三次レベル内容：生命を脅かすおそれのある症状のある女性と新生児の助産ケア、上級助産実践を含む。

- 母子のケアの社会的、疫学的、文化的な文脈にある能力（ICM 能力 1）

知識

a. 母親の死亡調査とニアミス監査の方法論
b. 法律、政策、プロトコル、専門職のガイドラインを含む、あらゆる年齢層の女性のためのリプロダクティブ・ヘルスの法的および規制の枠組み
c. 女性の擁護と権利を与えるための戦略

技術と行動

a. 専門家としての信念と価値観に基づいた実践における指導力の発揮
b. 質と人的資源の管理を含む、業務・活動の運営と管理（追加能力）
c. 政策立案における指導的役割（追加能力）

© ICM June 2012

前述のとおり、ICM の 7 つの各能力は、カリキュラム内の特定の場所に位置づける決定の前に、意図的にレベル分けすることができる。

（公社）日本看護協会（公社）日本助産師会（一社）日本助産学会（公社）全国助産師教育協議会訳

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in retrieval system, or transmitted in any form without written permission of the International Confederation of Midwives. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated and that the ICM be informed.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際助産師連盟（ICM）から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複写することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用（300 語未満）に関して、許可は不要ですが、その場合は出典を明記し、ICM へご連絡ください。

Copyright © (2012) by ICM- International Confederation of Midwives,

Laan van Meerdervoort 70, 2517 AN　The Hague, The Netherlands