

平成27年度

厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策特別事業

**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

公益社団法人全国助産師教育協議会



## はじめに

公益社団法人 全国助産師教育協議会

会 長 井村真澄

(日本赤十字看護大学大学院)

本書は、厚生労働省医政局看護課の平成 27 年度（2015 年度）看護職員確保対策特別事業「助産師教育における臨地実習に関する実態調査」として、全国助産師教育協議会（以下、全助協）が研究プロジェクトを立ち上げ実施した「助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査」の報告です。

女性の社会進出、少子高齢化、地域・家族機能の脆弱化が加速するなか、生涯にわたる女性の健康や、安全で安楽な妊娠・出産、家族の誕生と健全な成長を支える助産師には、高度医療現場と地域在宅の場において、多様な役割を果たすことが期待されています。

これら社会的ニーズに応えるため、国際助産師連盟（ICM）の「基本的助産業務に必須な能力」改訂版（ICM, 2013）の改訂も踏まえ、助産師教育の改善が進められてきました。本邦では、2011 年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則（文部省・厚生省，1951）の一部が改正され、さらに「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」として助産師基礎教育修了時に獲得すべき能力が明示されました。

助産実践能力のうち、とりわけ助産師の独占業務である「助産」に該当する分娩期ケア能力に直結する助産学実習では、「実習中分べんの取扱いについては、助産師又は医師の監督の下に学生 1 人につき 10 回程度行わせること」（文部省・厚生省，1951）が要件である一方、分娩介助 10 例において、学生は分娩介助例数ごとに漸進的に能力獲得していくが、諸能力の獲得レベルは項目により差異があり、助産師教育修了時の分娩期ケア能力獲得は、全般的に期待レベルより低い等の報告が散見されています。

折しも、助産師教育を含む看護師等養成所の運営が各都道府県知事に権限移譲され、内閣府地方分権改革の中で、2 自治体より「助産学実習に係る分娩取扱基準の規制緩和」すなわち「(前略) 学生一人あたりの分娩取扱い件数を、現行の『10 回程度』から『8 回程度』に緩和すること。」が提案されました。これを受け、現行要件の 10 回程度の分娩介助例数における到達度や、分娩介助 1 例 1 例の到達度をより客観的に明示することが重要な課題となりました。

本書には、全助協会員校および全国各地の臨床指導者らの多大なるご協力を得てまとめられた分娩期ケア能力到達度に関する評価の現状が示されています。本研究にご協力くださった関係各位に、改めて心より深く感謝申し上げます。

本書が、今後の分娩期ケア能力の適切な評価や教育方法の改善、臨地実習や助産師教育の在り方を検討する一助となれば幸甚です。

## 研究プロジェクトチーム

主任研究者	井村真澄	日本赤十字看護大学大学院	教授
分担研究者	片岡弥恵子	聖路加国際大学大学院	教授
	大田えりか	国立成育医療研究センター研究所	室長
	喜多里己	日本赤十字看護大学大学院	准教授
研究協力者	新田真弓	日本赤十字看護大学大学院	准教授
	齋藤英子	日本赤十字看護大学大学院	准教授
	千葉邦子	日本赤十字看護大学大学院	講師
	竹形みずき	国立成育医療センター	研究者
	米岡大輔	国立成育医療センター	研究者

## 目次

本研究の構成と概要	1
研究 1：「助産学生の臨床実習に関する文献レビューと 諸外国の助産師教育課程についての文献レビュー」	3
A. 研究の背景	3
B. 研究目的	4
C. 方法	4
D. 結果	5
1. 目的 1. 助産学生の分娩介助件数と、分娩介助にかかわる助産実践能力	5
2. 目的 2. 諸外国の助産師教育システム	7
2-1. ヨーロッパ地域	7
2-2. 北米	8
2-3. オセアニア	9
2-4. アジア諸国	9
E. 考察	11
1. 目的 1 助産学生の分娩介助件数と、分娩介助にかかわる助産実践能力	11
2. 目的 2 諸外国の助産師教育システム	12
F. 結論	12
文献	12
図表目次	18
表 1. 分娩介助例数と学習到達度 (41 文献)	19
表 2-1. 諸外国における助産師教育システム (西欧諸国)	28
表 2-2. 諸外国における助産師教育システム (アジア諸国)	29
研究 2：「分娩介助例数の実習評価表に基づく実態調査」	30
A. 研究の背景	30
B. 研究目的	31
C. 用語の定義	31
D. 方法	31
1. 研究デザイン	31
2. 研究対象施設	31
3. 調査期間	31
4. 質問紙の調査内容	31
5. 助産学生の分娩介助に関する資料	31
6. 調査手順	31
7. 解析方法	32
8. 倫理的配慮	34

E. 結果	34
1. 研究参加施設の概要	34
2. 分娩介助実習評価	34
F. 考察	37
G. 結論	39
文献	39
図表目次	41
表 1. 分娩介助評価項目（選定項目）	42
図 1. 研究協力施設からの返送状況・解析対象とした分娩介助評価表数	43
表 2. 解析対象施設の概要（教育機関）	44
表 2.-① 解析対象施設の概要（教育機関別① 専修学校・各種学校）	45
表 2.-② 解析対象施設の概要（教育機関別② 大学）	46
表 2.-③ 解析対象施設の概要（教育機関別③ 大学別科）	47
表 2.-④ 解析対象施設の概要（教育機関別④ 大学専攻科）	48
表 2.-⑤ 解析対象施設の概要（教育機関別⑤ 短大専攻科）	49
表 2.-⑥ 解析対象施設の概要（教育機関別⑥ 大学院・専門職大学院）	50
表 3. 解析対象施設の概要（助産学生数・助産教員数）	51
表 4. 解析対象施設の概要（1 教育機関中 1 学生あたりの最少・最多分娩介助数）	52
表 5. 助産学生の分娩介助評価の平均値（1～10 例）	53
表 6. 臨床指導者の分娩介助評価の平均値（1～10 例）	54
表 7. 助産学生の分娩介助評価の「3 ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合（1～10 例）	55
表 8. 臨床指導者の分娩介助評価の「3 ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合（1～10 例）	56
表 9. 分娩介助評価（平均値）の 8 例目と 9 例目、8 例目と 10 例目の比較（助産学生・臨床指導者）	57
図 2. 助産学生の 1～10 例目の分娩介助評価 全 28 選定項目の平均推移	58
図 3. 臨床指導者の 1～10 例目の分娩介助評価 全 28 選定項目の平均推移	59
図 4. 助産学生の 1～10 例目分娩介助評価 各選定項目の平均推移	60
図 5. 臨床指導者の 1～10 例目分娩介助評価 各選定項目の平均推移	61
<b>研究 3: 「助産学生の実習にかかわる臨床指導助産師への調査」</b>	<b>62</b>
A. 研究の背景	62
B. 研究目的	63
C. 用語の定義	63
D. 研究方法	63
1. 研究デザイン	63
2. 研究協力施設・研究参加者	63

3. 調査期間 .....	63
4. データ収集 .....	63
5. データ分析方法 .....	65
6. 倫理的配慮 .....	65
<b>E. 結果</b> .....	<b>65</b>
1. 研究協力施設・研究参加者の概要 .....	65
2. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」時期に関するインタビュー結果 .....	66
3. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」例数に関する質問紙調査結果 .....	80
4. 助産師教育に求める基礎知識・技術について .....	80
5. 新人助産師の分娩介助例数 .....	82
<b>F. 考察</b> .....	<b>83</b>
1. 臨床指導者からみた助産学生の分娩介助例数と学習到達度 .....	83
2. 到達に影響した現代の学生や実習体制の特徴 .....	84
3. 臨床指導者の指導上の困難さ .....	86
<b>G. 結論</b> .....	<b>87</b>
文献 .....	87
図表目次 .....	88
表 1. 研究協力施設の概要 .....	89
表 2. 研究参加者の概要 .....	90
表 3. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」時 .....	91
表 4. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できると思う」例数 .....	95
図 1. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できると思う」例数(平均値・標準偏差) .....	96
表 5. 助産師教育に求める基礎知識・技術について .....	97
表 6. 新人助産師に経験してほしい分娩介助例数 .....	101
<b>総括および提言</b> .....	<b>103</b>
<b>資料目次</b> .....	<b>107</b>
資料 1. 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 .....	108
資料 2. 助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価アンケート(研究3) .....	112



## 本研究の構成と概要

### A. 研究目的

助産学生の実習における分娩期ケア能力評価と到達度の実態、求められる能力、加えてそれらに関する課題を明らかにする。

### B. 研究全体の構成

本研究の目的を達成するため、以下の3側面からの研究を設定した。

1. 研究1：助産学生の実習および諸外国の助産師教育課程についての文献レビュー
2. 研究2：分娩介助例数の実習評価表に基づく実態調査
3. 研究3：助産学生の実習に関わる臨床指導助産師への調査

### C. 研究の概要

1. 研究1では、助産学生の実習における分娩介助例数と助産師実践能力の習得との関連を明らかにする目的で、国内外の文献を網羅的に検索し文献レビューを実施し、次に、背景となる諸外国の助産師教育システム、助産学生の実習に関する規定、各国の助産師教育に関する文献・情報収集を行った。
2. 研究2では、助産学生の実習における分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態を明らかにする目的で、全国6地区（北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄）の全助協に登録している142教育機関を対象に、分娩期ケア能力の評価方法と評価結果に関する既存データの収集と分析を行った。
3. 研究3では、助産学生の実習にかかわる臨床指導助産師（以下、臨床指導者）による、助産学生分娩期ケア能力学習到達度に対する評価と新人助産師に求める能力について明らかにする目的で、全国上記各6地区にある助産学実習を受け入れている14施設の68名の臨床指導者を対象に、質問紙調査とフォーカスグループインタビューを行った。

### D. 研究の結果と考察 概要

3研究のうち主となる研究2の結果から、本邦の助産学生は分娩介助例数を重ねるごとに有意に漸進的に分娩期ケア能力を獲得していること、指導者評価において8例目から10例目では28項目中20項目スコアが有意に上昇していることが明らかとなった。

研究1でレビューした文献はそれぞれ独自の評価項目と到達度を用い、研究2では各教育機関が実際に使用していた評価表を研究者らが28項目3段階評価に統合した結果を分析し、研究3では厚生労働省による卒業時到達項目と目標のうち分娩介助項目を一部改編した17項目を用いた調査結果を分析した。そのため、3研究において使用されている分娩期ケア能力評価項目と達成度評価基準は同一ではないものの、3研究からはある程度類似した結果が得られたので以下に記す。

実習の前半期（1～5例目）には【分娩野の作成・操作】【胎盤娩出】【臍帯クランプ・切断】など比較的単純な作業や範囲が限定されている操作手技、既習の知識と照合することで達成される能力が獲得され、中～後半期（6～8例目）にかけては、【分娩開始時の診断】、【産婦と胎児の健康状態】など、ある特定項目に関して関連する複数の情報を収集してアセスメントする実践的な能力や、【基本的ニードに関する援助】や【産痛緩和ケア】などの基本的支援能力が獲得されていた。10例の最終段階（9～10例目）には、【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】【出生直後の母子接触・早期授乳支援】等のさらに複合的な判断と経膈分娩に関する基本的ケア能力が獲得されていた。

一方、分娩介助のうち特に児の娩出にかかわる技術である【肩甲娩出】や【児の最小周囲径での娩出】等、分娩進行の時間軸に沿った総合的判断、予測、修正能力が必要となる【分娩進行および予測評価】【分娩進行状態に伴う評価・修正】、児の母胎外適応を促進する【出生直後の新生児のケア】等は10例内では能力獲得が難しく、特に【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】は、10例以上においても到達できないと評価されていた。

臨床指導者が新人助産師入職時に求める基礎知識・技術としては、コミュニケーション能力、助産に関する基礎知識・分娩介助手順、連絡・報告・相談能力等が挙げられた。

## E. 結論

分娩 10 例程度介助を行う助産学生の助産学実習において、分娩期ケア能力は分娩介助例数を重ねるごとに有意に漸進的に獲得されていた。分娩期ケア能力は、比較的早期に獲得される平易な能力から、分娩介助実習後半の 9 例から 10 例で獲得される助産師の業務独占に関連する能力、10 例内では獲得が難しい分娩の時間進行と新生児を含む関連複合要素を判断してケアを提供する能力、さらに 10 例以上でも獲得が難しい分娩進行に伴う異常発生予測と予防的行動能力があることが明らかになった。また、分娩期ケア能力を評価する基準は標準化されていない現状が明らかとなった。

研究 1：「助産学生の臨床実習に関する文献レビューと  
諸外国の助産師教育課程についての文献レビュー」

A literature review of practical training in Midwifery Program and review of midwifery program  
in other countries

主任研究者 井村真澄（日本赤十字看護大学）  
研究分担者 大田えりか（国立成育医療研究センター）  
研究協力者 竹形みずき（国立成育医療研究センター）

**研究要旨**

本研究では、国内外の文献を網羅的に検索し文献レビューを実施し、助産学生の臨床実習における分娩介助例数と助産師実践能力の習得との関連についてまとめ、次に、諸外国の助産師教育システム、助産学生の分娩介助実習に関する規定および各国における助産師教育の今後の展望についてまとめることを目的とした。該当した 41 文献中 6 文献（No. 2, 4, 6, 9, 14, 15）は助産学生を対象とした質的研究であり、分娩例数毎に学生の学びを抽出していた。残りの 35 文献は、量的研究であり分娩例数毎に学生の自己評価得点を算出していた。結果、本邦のみで関連文献がみられ、英語論文は見いだされなかった。我が国の現行制度で規定されている分娩介助 10 例目においても分娩経過判断・予測・修正に関する助産技能、経膈分娩介助に関する助産技能、異常の予測と対処にかかわる助産技能に関する項目は、卒業時に期待する到達度より低いことが明らかになった。

諸外国の助産師教育システムのレビューでは、アジア諸国は西欧諸国と比べて、教育カリキュラムが国によって様々であること、国によっては教育カリキュラムの整備や統一化が進んでいないこと、さらに規定の分娩介助例数も西欧諸国と比べて少ないことが明らかとなった。

**A. 研究の背景**

**出産の多様化するニーズと助産師の役割の重要性**

近年、我が国では、女性の社会進出に伴う婚姻年齢の上昇や共働き夫婦の増加などから出産の高齢化は加速し、少子化が進んでいる（厚生労働省、2016）。周産期の医療現場には、出産の安全性を保証しながらも、快適性・主体性を尊重するケアへと出産環境の整備が求められている。

助産師は、周産期の医療現場において、妊産婦に一番身近な存在として、正常な妊

娠・出産経過をサポートする重要な役割を担う。助産師は、「生涯にわたり女性や家族の性・生殖・健康を護り、安全・安楽な妊娠・出産及びその後の子育てを支える役割を持つ」存在であり（ICM, 2013）、正常分娩の介助実践は助産師の業務の中でも最も重要なものである。

現在、本邦の助産学実習に関しては、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（文部省・厚生省、1951）に基づき、正常産を 10 回程度直接取り扱うことが規定されている。看護師等養成所の運営に関する指導

ガイドライン（厚生労働省，2015）における「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」によると、マタニティケア能力（Ⅱ）の正常分娩（3-C）にかかわる8項目（分娩開始の診断、分娩進行状態の診断、産婦・胎児の健康状態の診断、分娩進行状態に伴う産婦と家族のケア、経陰分娩の介助、出生直後の母子接触・早期授乳の支援、産婦の分娩想起と出産体験理解の支援、分娩進行に伴う異常発生の予測と予防的行動）中、産婦の分娩想起と出産体験理解の支援以外の目標について、卒業時に「（臨床指導者の）少しの助言で自立して実践できる」段階であることが求められている（厚生労働省，2015）。全国助産師教育協議会による助産師教育修了者997名のアンケート調査では、分娩開始の診断・進行状態の判断・経陰分娩介助などの分娩ケア能力は低い自己評価を示していた（全国助産師教育協議会，2015）。一方で、近年の少子化に伴う分娩取り扱い施設の減少などから、分娩実習場所の確保が困難であることから、分娩例数を少なくするという声も上がっている。

助産師育成は、安全かつ快適な出産環境のもと、女性が安心して妊娠・出産し、健やかに子育てができる社会を実現するためには、欠かせない課題である。しかしながら、これまで助産学生の分娩介助件数と習得する助産実践能力との関連について知見を整理したものはない。

本研究では、第1の目的として、国内外の文献をレビューし、助産学生の臨床実習における分娩介助例数と助産実践能力の習得との関連についてまとめることとする。

さらに、助産学生の臨床実習に関する規定は、諸外国と比較して異なるようであり、諸外国の助産師資格制度、助産師教育シス

テムと臨床実習に関する規定を整理することは、今後本邦での助産師臨床実習の在り方を検討するうえで役立つと考えられた。そこで第2の目的として、諸外国の助産師教育システム、助産学生の分娩介助実習に関する規定および各国で言われている助産師教育の今後の展望についてまとめることとする。

## B. 研究目的

目的1: 国内外の文献を系統的にレビューし、助産学生の臨床実習における分娩介助例数と助産師実践能力の習得との関連についてまとめる

目的2: 諸外国の助産師教育システムとその背景、助産学生の分娩介助実習に関する規定およびその課題と今後の展望についてまとめる

## C. 方法

目的1. 文献検索の方法: 2015年12月時点で、文献は“助産”、“学生”、“学校”、“臨床・臨地実習”、“分娩”をキーワードとし医中誌Webで検索した（2015年12月15日まで）。英語論文は、“Midwife/Nurse Midwife”、“Student”、“School/University/College”、“Practical training/Practice”、“Delivery”をキーワードとし、MEDLINE、BNI、CINAHL、EMBASEで検索した（2015年12月15日まで）。包含基準は、リサーチクエッションに基づき、1) 実習中の助産学生の分娩介助例数ごとにみた学生または指導者（教員）の自己/他者評価に関する論文、2) 観察研究に関する論文とした。

目的 2. 調査方法:平成 26 年 3 月時点で、EU 加盟国、アメリカ合衆国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、中国、韓国、シンガポールについて、各国の政府機関、助産師民間団体、教育機関などのウェブサイトから、助産師資格制度、教育システム、助産学生の臨床分娩介助実習に関する規定に関する情報を得た。さらに、これらの国における助産師教育システム、臨床分娩介助実習に関する規定に関する社会的背景および、課題、現状をさぐるため、英語文献によるレビューも行った。英語論文は、“Midwife / Nurse Midwife”、“Student”、“School / University / College”、“Practical training / Practice”をキーワードとし、MEDLINE、BNI、CINAHL、EMBASE で検索した (2015 年 12 月 15 日まで) 後、当該諸国に関連した論文、リサーチクエスションに合致した論文を抽出した。

## D. 結果

### 1. 目的 1. 助産学生の分娩介助件数と、分娩介助にかかわる助産実践能力

日本語論文について医中誌 Web でキーワードに全年で検索した結果、346 文献が該当した。その後、タイトルとアブストラクトスクリーニングを行い、182 文献が該当した。しかしながら多くはアブストラクトが記載されておらず、フルテキストを取り寄せ確認した。結果、45 文献が該当したが、内 4 文献は会議録であり 45 文献の中に重複文献があったため、最終 41 文献として文献レビューを行った。表 1 に結果を記す。41 献中 6 文献 (No. 2, 4, 6, 9, 14, 15) は助産学生を対象とした質的研究であり、分娩例数毎に学生の学びを抽出していた。残り

の 35 文献は、量的研究であり分娩例数毎に学生の自己評価得点を算出していた。

英語論文では、関連する論文は見いだされなかった。

#### 1) 量的研究

35 文献の内、原著論文は 17 文献 (No. 1, 5, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 23, 25, 26, 35, 36, 37, 38, 39, 40)、報告書 (資料) は 11 文献 (No. 13, 17, 18, 22, 24, 28, 31, 32, 33, 34, 41)、会議録は 7 文献 (No. 3, 7, 10, 21, 27, 29, 30) であった。英語論文では該当はなかった。35 文献中 25 文献は、4 年制大学の学士課程で、看護師と助産師の取得を目指すコースにおける報告であり、5 文献は短期大学専攻科 (1 年制) からの報告 (No. 34, 36, 37, 38, 39)、3 文献は専門学校 (1 年制) からの報告であった (No. 21, 29, 30)。統計解析 (確率検定) を行っているものは 35 文献中 12 文献あった (No. 1, 5, 8, 11, 17, 19, 20, 21, 29, 36, 37, 38)。分娩介助例数毎の項目内容及び評価基準は、教育機関によって異なっていた (表 1 参照)。評価項目の内容としては、分娩進行時期に沿って各時期に必要な助産技術に対する評価項目が設けられているもの (No. 5, 19, 23, 25)、分娩第 2 期の分娩室入室から分娩第 3 期までの助産技術に絞っているもの (No. 11, 22, 29, 37, 38, 39)、分娩進行状態の把握や産婦へのケア、心理的援助、助産計画の立案・実施・評価といったより幅広い判断能力を含めたもの (No. 1, 8, 12, 13, 17, 18, 20, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 40) など様々であった。

#### ① 分娩介助例数毎の評価項目得点推移

分娩介助例数毎に評価項目得点の推移に関しては、ほとんどの文献で分娩介助例数と分娩評価項目得点は正の相関がみられると報告している。しかしながら、いくつ

かの文献では、分娩介助例数 5 例目までは、分娩介助例数とともに評価項目得点は上昇するが、分娩介助例数 5~6 例目で一旦、一時的な低下がみられ、それ以降また上昇すると報告しているものもあった (No. 3, 13)。

## ② 項目ごとにみた評価得点の推移

比較的早期に習得できる評価項目として、分娩室や分娩野の作成に関する項目や、胎盤娩出に関する処置が挙げられた。工藤・篠原・吉田他 (2014) は、「手洗い、ガウンの着用」、「外陰部消毒」などの分娩室の準備に関する評価項目は 5~6 例目くらいに平均値が「少しの助言で自立してできる」に達するとしている (No. 3)。また、中村・大東・角他 (2010) は、分娩室や分娩野の作成に関する「環境整備・分娩野の準備」「分娩に必要な物品の準備」、「外陰部消毒・洗浄」、「清潔野の作成」などの項目について、分娩 5~6 例目くらいで、「少しの援助で行える」のレベルに達すると報告した (No. 17)。坂本・坂梨・山本他 (1998) は、「出産直後の産婦の観察」、「分娩室の整備」、「帰室までの産婦の看護」、「胎盤娩出及び術者の準備」は、比較的習得が早いと報告している (No. 37)。

一方、実習中後期 (分娩介助例数 8 例目以降) に習得する、または習得が難しい項目としては、分娩第 2 期の経膈分娩の介助、グループの連携、分娩経過の診断、予測と修正、出生直後の新生児の健康状態のアセスメントが挙げられた。原田・岡崎 (2015) は、平均点が 10 例目においても指導を受け一人でできたに満たない項目は「分娩進行状態の診断」、「分娩進行に伴う産婦と家族のケア」、「経膈分娩の介助 (児頭娩出介助、軀幹娩出介助、胎盤娩出)」であったと報告している。清水・松原・宮澤他 (2013)

も学生 22 名を対象とした調査で、指導者の評価により、学生の 8 割以上が「少しの助言でできる」、または「一人でできる」と回答するレベル (到達レベル) に達する分娩介助例数を調べた (No. 5)。結果、「努責の指導」、「臍帯巻絡の介助」は分娩 9 例目でようやく到達レベルに達すると述べており、「分娩室入室のタイミング」、「適切な会陰保護」、「児の肩甲娩出」、「児の軀幹娩出」は分娩 10 例目でようやく到達レベルに達するとした (No. 5)。一方、高島・高塚・菊池他 (2012, 2011) の報告では、分娩 10 例目においても「分娩室入室・準備」、「内診」、「呼吸法・努責のかけ方」、「児の肩甲娩出」、「分娩第 2 期の児の娩出」、「第 1 呼吸の助成」、「Apgar スコアの判定」は、平均値が「助言があればできる」に満たないと報告している (No. 13, 16)。大村・後藤・土山他 (2008)、岡山・正木・玉里 (2008)、堀内・服部・谷口他 (2005) も「児頭の娩出及び肩甲娩出の評価」、「肛門保護及び会陰保護」、「第 1 呼吸の助成」などの項目は、10 例目においても平均値が到達レベルに満たないことを報告している (No. 21, 22, 26)。さらに岡山・正木・玉里 (2008)、菊池・遠藤・西脇 (2008) は、「分娩進行の予測」「陣痛・及び内診所見からの判断」、「診断に基づく助産計画の立案・修正」についても分娩 10 例目でも到達レベルに達していないことを報告した (No. 21, 23)。

## 2) 質研究

6 文献 (No. 2, 4, 6, 9, 14, 15) は共に 4 年制大学で看護師免許、助産師免許の取得をめざす教育機関に通う学生に対して行った調査であり、分娩 1 例目から 10 例目に至るまで、学生が実習を通して得た学びを質

的に調査したものであった。谷口・我部山・野口他（2015）が学生 8 名に調査した報告によれば、分娩介助 1 例目では「未知なる分娩介助への不安」、「初めての分娩介助実習へのチャレンジ」などが学生の心情として得られ、現実に不慣れであることに直面する（No. 2）。分娩介助 3、4 例目では周囲に関心が持てるようになり、次第に「達成感」「技術の向上」を学生は自覚するようになる。分娩介助 5 例目以降は「チームの連携」、「プロフェッショナルとしての展望」など職業人としてのアイデンティティの発達が芽生えることが報告された。千葉・高木（2011）は、分娩介助 7、8 例目頃には、分娩進行状態、分娩時間の予測に関しては、徐々にできる達成感が芽生え、技術が習得されていることを実感するとしている。しかし、分娩介助 10 例目に達しても、会陰保護や児娩出の際の手技に自信が持てず、今後の課題として認識するとしている（No. 14）。松井・永山・島田（2014）は、分娩介助 1 例目において、「実際の分娩を体験し、想像と現実の違いに揺れる心情の実感」、「目と手で実際の分娩でおこる現象を体感する」とし、分娩介助 3 例目は「産婦と状況の理解と思い」を察知する時期にあたるとしている（No. 6）。しかし分娩介助 6 例目以降で分娩に対して「できないことに対する焦りと自己課題の明確化」が起こるとし、分娩介助に対する自らの未熟性を再認識するという。さらに、分娩介助 10 例目では「正常からの逸脱に対する対処について今後でもできるようになりたいという思い」が芽生えるとしており、異常と隣り合わせの出産を認識し、異常事態に備えるための課題が改めて見いだされるということが発生することが明らかとなった。

## 2. 目的 2. 諸外国の助産師教育システム

諸外国の助産師教育システムについて表 2-1、2-2 にまとめた。

### 2-1. ヨーロッパ地域

#### 1) EU 加盟国

EU 加盟国の助産師免許は各国の公的機関または看護師・助産師団体の認定を受け発行される。通常、高等教育機関を卒業した者については、3~4 年間で看護師・助産師免許の取得を目指す学士課程コースがあり、また、看護師の資格を持つ者を対象とした 18 か月間の助産師免許の取得を目指す大学や専門学校での専攻課程がある（ICM, 2013）。例えばスウェーデンでは、3 年間の看護学の学士課程を修めたのち、修士課程での 1 年半以上の助産師教育制度のみとしていることから、教育カリキュラムは国により多少異なる。しかしながら、近年 EU 諸国内での助産師就労を円滑にする目的もあり、助産師資格にかかわる教育の統一化がすすめられている。現在 EU 諸国で取り決められた医療職種の教育にかかわる指定規則によると、臨床実習では、100 件以上の妊婦健診の他、40 件以上の妊娠期の監督とケア、40 件以上のハイリスク妊産褥婦のケア、100 件以上の産褥・新生児のケア、40 件以上の分娩介助を行うことが盛り込まれている（European Parliament, European Council, 2005）。加盟国はこの指定規則に基づいて教育、実習プログラムを作成しているが、イタリア・ドイツ・ノルウェイでは分娩介助 50 件以上、スイスでは 55 件以上など各国の協会や政府機関のガイドラインに従い、その基準は多少異なっている（全国助産師教育協議会, 2012）。

## 2-2. 北米

### 1) アメリカ合衆国

アメリカ合衆国の助産師免許は Certified Midwife（以下 CM）と Certified Nurse Midwife（以下 CNM）、Direct Entry Midwife の3種類である。ヨーロッパやカナダと異なり、アメリカ合衆国の助産師教育は看護基礎教育を前提として成り立つ特徴を持つ。CM は、高校卒業者または看護師免許を有する者が入学でき、大学で3年間トレーニングを受ける学士課程コースである。CNM は看護師免許を持った学士が入学可能な大学院での修士課程または卒後専門課程であり、看護学を踏まえ、さらに専門的知識・能力の習得を目指す Advanced Nurse の一種として位置付けられる。どちらも American College of Nurse Midwives が提唱する助産師の基礎能力（Core competency for basic midwifery practice）に基づいて教育カリキュラムで構成されており（American College of Nurse-Midwives, 2012）、コースを修了後、American Midwifery Certification Board（AMCB）の資格試験に合格した者が認定される（American Midwifery Certification Board, 2016）。また Direct Entry Midwife は、23 の州によって設置されており、州内での就労が可能である。例えばニューヨーク州では解剖学・発達心理学・統計学・生理学・社会学・栄養学などの学士を有する者が入学可能であり2年間の大学院修士課程で助産師資格の取得を目指す。教育カリキュラムについては、同様に CNM に準拠して構成される。更新制度は州により異なるが2～8年の更新期間を有する（大石, 2004）。現在は、Direct Entry Midwife, CNM, CM において、州によって異なっている業務の認可レベルの統一を図っているがなかなか進んでいないのが現状である（大石, 2004）。

### 2) カナダ

カナダの助産師は、州によって異なる7つの教育プログラムで構成されている（British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Quebec, Nova Scotia）。1997年以降、助産師が正式な医療職として法的に認められるようになった（The Canadian Midwifery Regulators Council, 2016）。現在、助産師の教育はすべて4年間の大学学士課程でのダイレクトエントリーコースとし助産学は看護学とは独立しているのが特徴的である（Canadian Association of Midwives, 2016）。それぞれの州で、助産師協会などにより制定される関連法規や助産師の基礎的能力（Basic competency）に基づいて教育カリキュラムが構成されるが、それらは、ほぼ同様のカリキュラムであり、1年半の臨床実習の間、分娩直接介助を40から60例以上（そのうち、30例は妊娠期からの継続である）行っている（Butler, Hutton, & McNiven, 2016）。多くの州では、継続ケアが助産の理念としてあり、多くの助産師は24時間オンコール体制で、施設または自宅で助産ケアを行う。オンタリオ州の助産師臨床実習については、3年間のカリキュラムの中で継続的に行われることとなっており、最低3名の臨床実習指導者が指導にあたり、学生は地域から病院など様々なフィールドで実習を行うことが義務付けられている（Butler, Hutton, & McNiven, 2016 ; Keelan/朝比奈, 2009）。臨床実習にかかわる問題や課題については、助産師養成のための指導者や教員不足があげられた。オンタリオ州やブリティッシュコロンビア州では、助産師養成プログラムは増加しており、助産学生数も増えているが、24時間オンコール体制でのフォローア

ップや、地域での助産ケアに対する実習の指導について、教員も研究を含む大学内の業務と実習との両立の難しさが課題であると報告されている(Keelan/朝比奈, 2009)。

### 2-3. オセアニア

#### 1) オーストラリア

オーストラリアの Midwife 免許は、Australian Health Practitioner Regulation Agency による国家試験に合格し、認定を受ける (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2016)。現在の助産師養成教育課程は多様化しており、大学での助産師免許取得をめざす 3 年間の学士課程コース、看護師・助産師免許双方の取得を目指す 4 年間の学士課程コース、学士で看護師免許を有する者が入学可能な助産師免許取得を目指す 1 年または 1 年半の修士課程コースがある (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2016)。臨床実習は、全単位の 50%を占め、50 例以上の分娩介助が規定されている (The Health Practitioner Regulation National Law, 2009)。

#### 2) ニュージーランド

ニュージーランドの Midwife は、1992 年以降、看護職とは異なる自律した職業であるという理念から、独立した教育システムを構築している。現在大学で 3 年間の助産学学士課程であり、課程を修了し国家試験に合格した者に助産師免許が与えられるコースとなっている。看護師免許を有する者には、以前は 18 か月の助産師養成コースが設けられていたが、現在は看護学とは独立として助産学を位置付けていることから、看護師資格のある者であってもこの大学でのダイレクトエントリーコースを経て、助産学学士として免許を取得する形となった。

国家資格免許の発行、管理については、Midwifery Council of New Zealand が発行・管轄しており (Midwifery Council of New Zealand, 2016)、教育カリキュラムについても同協会が発行する助産師の基礎能力に基づいて作成され (Health Practitioner Competence Assurance Act, 2003)、協会の認定を受ける必要がある。臨床実習では 40 件以上の分娩介助を行うことが規定されている (Ministry of Health, 2003)。

### 2-4. アジア諸国

#### 1) 中国

中国では助産師教育カリキュラムや業務範囲について統一化された法的根拠があるわけではない。通常、中国衛生部が発行する看護師資格には 3 年間の専門学校または大学でトレーニングを受けることが必要であるが、その後、1 年間専門学校または医療機関で 1 年間助産師トレーニングをうけ、終了後市区レベルの衛生教育課へ申請し、3 日間研修後に認定資格を得られる。市、または区によって現地の助産師協会や医療施設により規定を定めている場所もあるようだが (Harris, Belton, Barclay, et.al, 2009)、各学校や医療施設によって独自に構成されており、3 年制または 4 年制のダイレクトエントリー制を設置している大学も準備されているようである。

中国の助産師教育についての課題として、助産師が職業としてその業務範囲や教育制度が法律で明示されておらず、地域によってその教育内容や資格の質にばらつきがみられることが問題視されている。近年西歐的医学に基づく助産師が養成されるようになったことから助産師の中でも、職業アイデンティティの危機がおこっており、社会的にも文化的にも助産師が定着した職業として、社会に受け入れられていないことを問題視している (Zhang, Haycock-Stuart,

Mander, et.al, 2015)。Zhang, Haycock-Stuart, Mander, et.al (2015) は安全性を重視し、病院の方針に従う産科看護師としての要素と、より女性の心身に働きかけ、産婦と協同して女性の心身に働きかけるような要素が望ましい中国の助産師のアイデンティティとして開発されていることを発見し、社会・文化に合わせた助産観の構築と教育カリキュラムの開発が重要であることを説いている (Zhang, Haycock-Stuart, Mander, et.al, 2015)。

## 2) 韓国

韓国では、Midwife は、看護師を持ったものが専門学校で1年間の助産師コースを受講し、助産師として認定される (Lee, 2003)。韓国の医療職種養成指定規則 (The Order of Ministry of Health and Welfare Issue 712) によると、実習時間は1720時間、20件以上の直接分娩介助を行うことが規定されている。近年、韓国でも少子化が著しく、産科医療施設が激減していること、帝王切開率が激増していることから、専門学校でも助産師教育プログラムが存続できない状況にあり、助産師養成が非常に困難になっている (Lee, 2003; World Health Organization Western Pacific Region, 2016)。

## 3) フィリピン

フィリピンでは、大学学士課程4年間の助産師課程を修了し、国家試験に合格した者に与えられる助産師免許 (Registered Midwife) と、2年間の専門学校での助産師教育を修了した者に与えられる助産師免許 (Entry level Midwife) の2種類がある。看護師免許を有する者は臨床現場で20例以上の分娩介助を行っている場合は Entry level Midwife の資格を取ることもできる。

助産師教育課程では、Phillipine Midwifery Law (Republic Act No. 7392 【1981】) の規定の元、実習期間中に、5例以上の直接分娩介助、5例以上の間接分娩介助、5例の臍帯切断、結紮を行っていることが、求められている (World Health Organization Western Pacific Region, 2016)。

## 4) シンガポール

シンガポールでは、助産師免許は正看護師の資格を取得後、8か月の助産師養成プログラムを修了した場合に与えられるがその養成コースは非常に少ない。資格については、Nurses and Midwife Act (1999) に規定されており、看護学に付随した養成として位置付けられているが、助産師としての基礎的実践能力についての規定や、臨床実習に関するカリキュラムは見当たらなかった。

## 5) ベトナム

ベトナムの助産師教育は多様である。1～2年間の助産師専門課程 (専門学校)、3年間の看護師・助産師専門課程 (短期大学)、4年間の看護師・助産師学士課程 (大学) があり、高校卒業以上の者が入学資格を持つ (World Health Organization Western Pacific Region, 2016)。Vietnamese Association of Midwives が主体となって、助産師カリキュラムの編成など携わっているようであるが、現在カリキュラムに関する情報は不明である。

## 6) マレーシア

マレーシアの助産師資格は看護資格またはそれに同等する技能を有する者で1年間の助産師専門課程を修了し資格試験に合格した者に与えられる (Midwives Board of

Malaysia)。資格については、Midwifery Act (1966)に規定されているが、教育カリキュラムについての詳細な規定はなかった。

#### 7) ネパール

ネパールでは助産師という職業はない。一般に Maternal and Child Health Worker という 3 か月の臨床研修を修了した者や Auxiliary Nurse-Midwives (ANM) という 1 年半の看護学のコースを修了した者が助産業務にかかわるのが一般的であるが、教育カリキュラムについての規定については不明であり、法的根拠もなかった (Midwifery Society of Nepal, 2016)。

### E. 考察

#### 1. 目的 1 助産学生の分娩介助件数と、分娩介助にかかわる助産実践能力

助産学生の分娩介助例数ごとの評価表 (評価基準) は、教育機関によって独自に作成されており、内容は、「分娩進行時期に沿って各時期に必要な助産技術に対する評価項目が設けられているもの (No. 5, 19, 23, 25)」、「分娩第 2 期の分娩室入室から分娩第 3 期までの助産技術に絞っているもの (No. 11, 22, 29, 37, 38, 39)」、「分娩進行状態の把握や産婦へのケア、心理的援助、助産計画の立案・実施・評価といったより幅広い判断能力を含めたもの (No. 1, 8, 12, 13, 17, 18, 20, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 40)」と機関によって様々であった。

今回の文献レビューの結果から、助産学生の分娩介助例数ごとにみた学習到達度は、いずれの項目においても、分娩介助を重ねる毎に上昇するが、文献の中には、分娩 5～6 例目に学生の自己評価は一時的に下がることを報告しているものもあった。谷口・我部山・野口他 (2015)、松井・永山・

島田 (2014) による質研究から考察すると、分娩介助初期段階 (分娩 1～3 例目頃) では、まだ分娩介助に対して不安が多く、実習前に学習した分娩介助の手順に従うのに精いっぱい段階であるのに対し、分娩介助中期段階 (分娩 5～6 例目頃) には、チームの連携などより周囲に目が向けられるようになり、また学生が達成できない技術をより明確に自覚するようになることから、より客観的に幅広い視野をもって分娩介助の振り返りができるようになるため、得点が一時下がるのではないかと考えられる。さらに分娩 7 例目以降も得点は上昇していることから、分娩介助後期段階 (7 例目以降) には分娩進行や分娩時間の予測ができるように対する達成感が徐々に持てるようになるという松井 (2011) の知見とも一致し、分娩介助実習後半の重要性が示唆される。

量的研究文献レビューの結果、項目別にみた、「胎盤娩出」「清潔野の作成」「消毒」「児心音聴取」「環境整備」などは比較的早期に達成できるのに対し、分娩介助 10 例目においても「陣痛からの判断」「分泌物からの判断」「陣痛・児心音の総合判断」「内診所見からの判断」「分娩進行の予測」「会陰保護」「分娩室への移動・準備の判断」「児娩出の手技」「娩出後の産婦のケア」などは技術・診断において到達に課題が残されたとする報告が多くみられた。このようなことから、厚生労働省の看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン (2015) で挙げられている卒業時到達目標の中でも、分娩進行状態の診断、分娩進行に伴う産婦と家族のケア、経膈分娩の介助 (含む第一呼吸助成等)、分娩進行に伴う異常の発生と予測に関するこれらの項目は卒業時の到達度 (少しの助言で自立してできる) レベルに到達できていない可能

性が示唆された。各教育機関によって、評価表や基準が異なること、実習施設の状況なども関連することから、結果の一般化には慎重を要する。しかしながら多くの文献で、分娩介助 10 例目でも到達期待値に届かないことが報告されていることから、最低 10 例またはそれ以上の分娩介助が必要であるかもしれない。この結果は、将来の助産師教育の検討のための一助となるであろう。

## 2. 目的 2 諸外国の助産師教育システム

本結果から、西欧諸国と本邦の助産師教育の体制には大きな差があることがわかった。西欧諸国の多くは、本邦と比較して、助産師資格が学士課程以上の教育課程で取得可能であることが特徴的である。また米国では、助産学を看護学の専門科として位置付け、看護師資格の取得を前提としている教育体制が主である一方、ヨーロッパ諸国、カナダ、オーストラリアなどは、看護学と独立し助産師資格のみの取得を目指す教育体制を設けている。

助産学実習に関する規定では、助産学実習期間は全カリキュラムの内 50%と実習の占める割合が高く、1 年半以上の実習の中で 40 例以上の分娩介助例数が規定されており、継続事例やハイリスク事例も介助例数に含むなど幅広いケースに対する助産実践能力の習得がカリキュラムに盛り込まれている。これらの規定は、国ごとに多少基準の差はあるが、西欧諸国ではほぼ共通した規定であり、諸国内では卒業時の助産実践能力はほぼ統一化されているようである。

一方、アジア地域においては、助産師資格に関する教育課程は西欧諸国と比べて低く、専門学校での教育が多かった。また、

実習の規定については、韓国が分娩介助例数 20 例と最も多かったものの、西欧諸国よりは非常に少ない基準であった。さらに、法的基準や教育カリキュラムが統一化されていない、もしくは整備されていない地域がまだ非常に多いことも明らかとなった。今後、アジア諸国における助産師教育についても整備が必要であろう。

## F. 結論

本研究では、助産学生の臨床実習における分娩介助例数と助産師実践能力の習得との関連についてこれまでの国内外の文献について系統的に知見をまとめた。結果、本邦でのみ、関連文献がみられ、現行で規定されている分娩介助 10 例目においても経産分娩介助に関する助産技能、異常の予測と対処にかかわる助産技能に関する項目は、卒業時に期待する到達度より低く、今後、分娩介助例数の規定の検討も含め、助産学生の実習の在り方を検討する必要がある。

さらに、本研究では、海外の助産師教育や分娩介助実習に関する規定について、各国の情報を整理した。結果、本邦も含め、アジア諸国は西欧諸国と比べて、教育カリキュラムが国によって様々であること、国によっては教育カリキュラムの整備や統一化が進んでいないこと、さらに規定の分娩介助例数も西欧諸国と比べて少ないことが明らかとなった。今後、国際社会の動向も視野に入れた本邦を含めたアジア諸国の助産師教育の在り方を検討することが重要であろう。

## 文献

- American College of Nurse-Midwives. (2012).  
Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by the

- american college of nurse-midwives, midwives alliance of north america, and the national association of certified professional midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5), 529-32.
- American Midwifery Certification Board. American midwifery certification board. Retrieved from <http://www.amcbmidwife.org/>
- Butler, M.M., Hutton, E.K., McNiven, P.S. (2016). Midwifery education in canada. *Midwifery*, 33, 28-30.
- Canadian Association of Midwives. Canadian association of midwives. Retrieved from <http://www.canadianmidwives.org/>
- European Parliament, E. C. (2005). Directive 2005/36/EC of the european parliament and of the council on the recognition of professional qualifications. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32005L0036>
- Harris, A., Belton, S., Barclay, L., Fenwick, J. (2009). Midwives in china: 'jie sheng po' to 'zhu chan shi'. *Midwifery*, 25(2), 203-212.
- Health Practitioner Regulation National Law. (2009). Health practitioner regulation national law act 2009. Retrieved from [http://www.austlii.edu.au/au/legis/qld/consol\\_act/hprnla2009428/](http://www.austlii.edu.au/au/legis/qld/consol_act/hprnla2009428/)
- International Confederation of Midwives. (2013). Global standards for midwifery education (2010). Retrieved from [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines\\_ammended2013.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013.pdf)
- Keelan C./朝比奈順子. (2009). カナダ・オンタリオ州の助産師制度--カナダ人助産師から見た日本との比較. *助産雑誌*, 63(22), 990-903.
- Lee, K. H. (2003). Improving the standards of midwifery education and practice and extending the role of a midwife in korean women and children's health care. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(8), 1111-1118.
- Matsui H, N. K. (2012). 助産学の学生が分娩介護実習から学ぶこと (What midwifery students learn from their childbirth care training). *富山大学医学会誌*, 23(1), 17-25.
- Midwifery Council of New Zealand. Midwifery council of new zealand. Retrieved from <https://www.midwiferycouncil.health.nz/>
- Midwifery Society of Nepal. Midwifery society of nepal. Retrieved from [http://midson.org.np/midwifery\\_in\\_nepal.hp](http://midson.org.np/midwifery_in_nepal.hp).
- Ministry of Health. (2003). Health practitioners competence assurance act 2003. Retrieved from <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0048/latest/whole.html>
- Nursing and Midwifery Board of Australia. Nursing and midwifery board of australia. Retrieved from <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/>
- Nursing and Midwifery Board of Australia. Registration and endorsement. Retrieved from <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement.aspx>
- The Canadian Midwifery Regulators Council. (2016). Health care in canada. Retrieved from <http://cmrc-ccosf.ca/>

- World Health Organization Western Pacific Region. Nursing and midwifery databanks. Retrieved from [http://www.wpro.who.int/hrh/about/nursing\\_midwifery/nursing\\_and\\_midwifery\\_databanks/en/](http://www.wpro.who.int/hrh/about/nursing_midwifery/nursing_and_midwifery_databanks/en/)
- Zhang, J., Haycock-Stuart, E., Mander, R., Hamilton, L. (2015). Navigating the self in maternity care: How chinese midwives work on their professional identity in hospital setting. *Midwifery*, 31(3), 388-394.
- 青野 陽子. (1997). 助産課程における実習目標及び評価の検討  
短期大学専攻科の臨地実習を通して. *母性衛生*, 38(3), 353.
- 青野 陽子, 久川 洋子, 田中 由加利. (1996). 臨床実習における分娩介助技術修得状況の検討(分娩介助 4 例目と 7 例目の比較). *天使女子短期大学紀要*, 17, 65-74.
- 千葉 朝子, 高木 泉. (2011). 助産師教育  
分娩介助 10 例における学生の学び. *日本助産学会誌*, 24(3), 172.
- 藤井 ひろみ, 子安 恵子, 早瀬 麻子, 谷川 裕子, 小南 正美, 嶋澤 恭子, 他. (2011). 助産師教育  
実習指導者による多様な分娩介助演習の実践報告  
過去 4 年間の演習を振り返って. *日本助産学会誌*, 24(3), 99.
- 古田 祐子, 石村 美由紀, 佐藤 香代. (2007). 学士課程での助産学実習における健康教育実践力の到達度調査. *母性衛生*, 48(3), 155.
- 原田さゆり, 岡崎愉加. (2015). 本学助産課程履修者の大学卒業時における分娩直接介助実践能力の到達度. *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 21, 151-161.
- 平田 礼子, 山崎 圭子, 齋藤 益子, 遠藤 俊子. (2012). 助産学実習における分娩介助実習の到達評価(第 1 報): 学生と実習指導者の到達評価の比較から. *母性衛生*, 53(3), 318.
- 堀内 寛子, 服部 律子, 谷口 通栄, 布原 佳奈, 兼子 真理子, 荒尾 美波. (2005). 本学における助産師教育の展開と課題(第 2 報)-分娩期実習の実際.
- 堀内 寛子, 服部 律子, 谷口 通英, 布原 佳奈, 名和 文香, 宮本 麻記子. (2007). 本学学生の分娩介助技術習得のプロセスとそれに応じた臨床指導のありよう. *岐阜県立看護大学紀要*, 7(2), 9-17.
- 石村 美由紀, 古田 祐子, 佐藤 香代. (2009). フリースタイル分娩介助を行う助産学生の技術習得過程. *母性衛生*, 50(3), 223.
- 板谷 裕美, 大久保 友香子, 野畑 直子, 松宮 良子, 野田 洋子. (2005). 初年度助産学実習における学生の分娩介助技術評価に関する結果報告. *岐阜県母性衛生学会雑誌*, 34, 14-15.
- 伊藤 美栄, 川崎 純子, 澤本 万紀子. (2005). 分娩介助実習到達度の分析. *日本助産学会誌*, 18(3), 308-309.
- 加藤 千晶, 藤邊 久美, 國分 真佐代, 佐々木 百合子. (1999). 学生の自己評価よりみた実習指導の検討. *聖隷学園浜松衛生短期大学紀要*, 12(22), 37-46.
- 唐沢 泉. (2006). 助産師学生の自己評価における分娩介助実習 10 例の到達度. *母性衛生*, 47(3), 125.
- 菊地 圭子, 遠藤 恵子, 西脇 美春. (2008). 助産学実習における助産診断・技術の

- 到達度と自己評価能力.  
山形保健医療研究, 11, 83-92.
- 厚生労働省. (2015). 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000099698.pdf>
- 厚生労働省. (2016). 平成 27 年(2015) 人動態統計の年間推計. 厚生労働省.
- 工藤 直子, 篠原 ひとみ, 吉田 倫子, 成田 好美. (2014). 本学の助産学実習における助産師学生 生の分娩介助技術到達度. 日本母子看護学会誌, 8(1), 57.
- 久米 美代子, 常磐 洋子, 松村 恵子. (1989). 助産婦学校における 5 年間の分娩介助実習の実施結果 チェックリストを使用した分娩介助実習展開の結果. 看護教育, 30(13), 829-837.
- 倉本 孝子, 増本 綾子, 伊藤 多恵子, 野間 裕子. (2005). 臍帯切断技術修得のプロセス 助産師学生における分娩介助実習の結果を分析して. 大阪母性衛生学会雑誌, 41(2), 25-29.
- 丸山 和美, 遠藤 俊子, 小林 康江. (2005). 本学助産学生の分娩介助実践能力の大学卒業時到達度. 山梨大学看護学会誌, 3(2), 47-56.
- 丸山 和美, 遠藤 俊子, 小林 康江, 花輪 ゆみ子, 高木 静代. (2007). 助産学生の分娩介助実習後の到達度 平成 16 年度後の改善点から検討する. 山梨大学看護学会誌, 5(2), 31-38.
- 仲道由紀, 野口ゆかり, 平田伸子. (2012). 助産学実習における分娩介助技術到達度と課題 分娩介助評価得点からの分析. 母性衛生, 53(3), 214.
- 中村 美絵, 大東 千晃, 角 真理, 有馬 美保, 黒田 裕子, 池内 佳子. (2010). 助産学専攻科臨地実習における分娩介助技術の習得状況. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 6, 57-66.
- 名取 初美, 岡部 恵子, 有井 良江, 小林 康江, 滝沢 美津子. (2004). 分娩介助実習における学生の技術習得状況と課題. 山梨県立看護大学紀要, 6, 85-94.
- 松井 弘美. (2011). 日本における助産学生の分娩介助実習における学びの様相(Structure of learning in the childbirth care training of midwife students: A japanese perspective). 金沢大学つるま保健学会誌, 35(1), 1-10.
- 松井 弘美, 永山 くに子, 島田 啓子. (2014). 助産学生の分娩介助実習における学びの現象学的探究. 母性衛生, 55(1), 128-135.
- 松岡 知子, 宮中 文子, 五十嵐 稔子. (2004). 助産師教育における分娩介助実習の検討 短期大学専攻課程の 7 年間の検討から. 京都府立医科大学看護学科紀要, 13(2), 85-94.
- 宮澤美知留, 清水嘉子, 松原美和, 藤原聡子, 上森友記子, 西野自由理. (2012). 助産学実習における分娩介助時の学生の学びとその変化.
- 文部省・厚生省(1951). 保健師助産師看護師学校養成所指定規則.
- 西村 明子, 中嶋 有加里, 山口 雅子, 炭原 加代, 山地 建二. (2002).

- 大学教育における助産コース学生の分娩介助技術到達度調査.  
 阪母性衛生学学会誌, 38(1), 134-138.
- 能町 しのぶ, 正木 紀代子, 岡山 久代, 渡邊 浩子. (2010).  
 本学助産師課程専攻学生の分娩介助技術の達成度  
 平成 21 年度における自己評価得点からの検討. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 8(1), 47-50.
- 岡山 久代, 正木 紀代子, 玉里 八重子. (2008).  
 平成 19 年度助産学実習の振り返り  
 学生の 1 例目から 10 例目の分娩介助総合評価の推移.  
 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 6(1), 30-33.
- 大村 倫子, 後藤 美子, 土山 美由紀, 渡邊 玲子, 皮野 さよみ. (2008).  
 国立病院機構附属助産師養成所 5 校における実習に関する実態報告  
 母体施設における助産師学生の分娩介助回数  
 の推移と課題.  
 国立病院看護研究学会学術集会集録集, 6, 92.
- 大滝千文, 遠藤俊子, 竹明美, 小林康江, 齋藤益子, 清水嘉子. (2012).  
 助産学実習における助産実践能力の習得に関する研究. 母性衛生, 53(2), 337-348.
- 大石 時子. (2004).  
 米国とカナダのダイレクトエントリー  
 助産師教育. 南九州看護研究誌, 2(1), 59-92.
- 坂本 由紀子, 坂梨 京子, 山本 八千代, 田島 朝信. (1998).  
 助産学生の分娩介助技術習得度と介助例数. 母性衛生, 39(1), 26-31.
- 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 85-91.  
 長野県看護大学紀要, 14, 13-23.
- 常盤 洋子, 久米 美代子, 松村 恵子. (1990).  
 助産婦学校における 5 年間の分娩介助実習の実施結果(2)  
 チェックリストの効果 1 学生の自己評価の結果と指導者の評価のずれからみた指導上の問題. 看護教育, 31(4), 225-230.
- 清水 嘉子, 松原 美和, 宮澤 美知留, 藤原 聡子, 西野 自由理, 上森 友記子. (2013).  
 助産学実習における学生の助産技術の修得  
 分娩介助例数による達成状況と指導者との評価比較. 長野県看護大学紀要, 15, 1-13.
- 谷口 初美, 我部山 キヨ子, 野口ゆかり, 仲道 由紀. (2015).  
 学部助産師学生の助産学実習の振り返り  
 その過程での学びの変化.  
 日本助産学会誌, 28(3), 407.
- 高塚 麻由, 高島 葉子, 菊地 美帆. (2012).  
 助産学実習における学生の「産婦の正常経過を促進するケア」実施状況と今後の課題. 医学と生物学, 156(3), 122-127.
- 高島 葉子, 中島 通子, 菊地 美帆. (2011).  
 統合カリキュラムにおける分娩介助技術法の視聴覚教材開発の意義と教育効果. 医学と生物学, 155(2), 65-71.
- 高島 葉子, 菊地 美帆, 高塚 麻由, 弓納持 浩子, 中島 通子. (2012).  
 本学における助産師教育の現状と今後の課題(第 1 報)  
 2 年間の分娩介助実習の適否に焦点をあてて. 新潟県立看護大学紀要, 3(1), 30-5.
- 鳥越 郁代, 古田 祐子, 石村 美由紀, 安河内 静子, 吉田 静. (2009).

助産師学生の分娩期  
助産診断過程における現状と課題  
情報収集から助産診断名に至る過程の  
分析から. *母性衛生*, 50(3), 180.

全国助産師教育協議会. (2012).

諸外国の助産師教育についての調査報  
告. *平成24年度事業活動報告書*.

全国助産師教育協議会.

全国助産師教育協議会. (2015).

助産師教育修了時の到達レベル自己評  
価に関する実態調査結果資料.

全国助産師教育協議会.

## 図表目次

表 1. 分娩介助例数と学習到達度 (41 文献)

表 2-1. 諸外国における助産師教育システム (西欧諸国)

表 2-2. 諸外国における助産師教育システム (アジア諸国)

表 1. 分娩介助例数と学習到達度 (41 文献)

ID	著者名	年代	論文形態	研究方法	教育機関	統計学的検定	有無	学生評価 教員評価	対象 学生数	評価項目	評価法 基準	知見
1	原田さゆり, 岡崎愉加	2015	紀要 (原著)	量的 研究	大学学 士課程	多重比較		学生評価	4	1)分娩開始の診断、2)分娩進行状態の診断、3)産婦と胎児の健康状態の診断、4)分娩進行に伴う産婦と家族のケア、5)経産分娩の介助、6)出生直後の母子接触、早期授乳の支援、7)分娩進行に伴う異常発生への予測と予防的行動に関する 61 項目	できなかつた(0)指導者と一緒にできた(1)、指導を受けた一人だけでできた(2)、一人でできた(3)	全項目の平均得点は7例目から平均得点が上昇しており、卒業時に2.45点となり、段階を得て実践能力を高めている。分娩介助 10 例終了後、指導をうけ一人だけでできた(2)に満たない項目は、2)分娩進行状態の診断、4)分娩進行に伴う産婦と家族のケア、5)経産分娩の介助の内、「児頭娩出介助」、「胎盤娩出介助」、「胎盤娩出」に関する評価項目であった。
2	谷口初美, 我部山キヨ子, 野口かり, 仲道由紀	2015	会議録	質的 研究	大学学 士課程			学生評価	6			分娩介助例数ごとの学生の学びを現象学的に解明した。分娩介助 1・2 例目では「未知なる分娩介助への不安」 「初めての分娩介助実習へのチャレンジ」が抽出された。分娩介助 3・4 例目では周囲により関心が持てるようになり、分娩介助 5 例目からは手の感覚や振り返りができるようになった。分娩介助 5 例目以降に「プロフェッショナルへの展望」 「助産実践カリキュラムの課題などのカテゴリー」が得られた。
3	工藤直子, 篠原ひとみ, 吉田倫子, 成田好美	2014	会議録	量的 研究	大学学 士課程		無	学生評価	8	分娩介助に関する 31 の評価項目(詳細不明)	できない(1)、多くの指導・助言を必要とする(2)、少しの指導・助言ですでにできる(3)、自立してできる(4)	評価項目得点は、分娩介助例数を追うごとに得点が増している。項目の中には分娩介助 5・6 例目で一時的な低下が見られたが、それ以降、上昇した。「手洗い・ガウンの着用」「外陰部消毒」「胎盤娩出後の子宮収縮や出血状態確認」「出血量の測定・胎盤の計測」「分娩後のケア」に関する項目の平均得点は、分娩介助 5・6 例目で少しの助言ですでに(3)に達していた。一方、分娩介助 10 例目においても平均得点の比較的低い項目は、「会陰保護」、「肩甲娩出介助」、「児の蘇生と呼吸確立のケア」であった。

4	松井弘美, 永山くに子, 島田啓子	2014	原著	質的研究	大学学士課程	無	学生	14	分焼介助例数毎の学生の学びを質的研究で解明した。分焼1例目は「実際の分焼を体験し、想像と現実の違いに揺れる心情の美感」、「目と手で実際の分焼で起こる現象を体験」が抽出された。分焼介助3例目は「分焼第1期は産婦と共に過ごしながら、産婦の状況の理解と思いの察知」、分焼介助6例目は「分焼第1期の関わりはできるよくなったという思い」、「まだまだできないことに焦りと自己課題の明確化」が抽出された。分焼介助10例目は「分焼経過は予測・判断できるよくなったという思い」、「正常から逸脱した時の対処は今後できるようにしたいという思い」、「助産師の役割の認識」であった。
5	清水嘉子, 松原美和, 宮澤美知留, 藤原聡子, 西野自理, 上森友記	2013	紀要(原著)	量的研究	大学学士課程	多重比較	学生評価/教員評価	22/30	ほぼ一人でできる(3)または少しの指導でできる(2)と答えた者が全体の80%以上に達した時期を3段階とした。1)分焼第1期の看護では、分焼介助8例目で3段階に達した。2)分焼介助技術の内、「膀胱充満の有無の観察や導尿の必要性の判断」、「怒責のかけせ方」、「臍帯巻絡の介助」は分焼介助9例目で3段階に達した。3)分焼介助技術の内、「分焼室への移室、準備開始の判断」、「適切な時期に会陰保護ができる」、「児の肩甲娩出」、「児の軀幹娩出」は10例目で3段階に達した。
6	H Matsui and K. Nagayama	2012	原著	質的研究	大学学士課程		学生	18	分焼件数毎の学生の学びを質的研究で解明した。分焼介助1例目は「不安と緊張」などの7つのクラスター、分焼介助3例目は「分焼第1期の援助の重要性の理解」など7つのクラスター、分焼介助6例目は「自己課題の自覚」など6つのクラスター、分焼介助10例目では「一通りの分焼介助の実践」など6つのクラスターが得られた。
7	伸道由紀, 野口ゆかり, 平田伸子	2012	会議録	量的研究	大学学士課程	無	学生評価	10	分焼件数と習得度にはやや強い正の相関がみられた。分焼介助7例目より助言のみでできた(6)以上を付けた割合は70%以上に達しており、「分焼セットの準備」「臍処置」「胎盤娩出」などは到達がみられたが、「内診技術を含めた分娩進行状況の判断」「分焼直接介助技術」「助産ケア計画の立案、実施、評価」は後期の段階においても70%

8	大滝千文, 遠藤俊子, 竹明美, 齋藤益子, 村本淳子, 小林康子, 清水嘉江, 清水嘉子, 奥村ゆかり, 萩原幸恵	2012	原著	量的研究	大学学士課程	多重比較	学生評価 教員評価	30/30	1)分娩の進行状態の判断、2)分娩進行に影響する要因、3)胎児の状態の判断、4)分娩を安全に行うための準備、5)児娩出のための手技、6)胎盤の観 娩出、7)分娩直後の母児の観察、8)分娩後の異常と母子の判断、9)新生児の状態把握に関する27項目	全面的な指導を受けて実施できる(1)、かなり指導をうけて実施できる(2)、指導を受けて実施できる(3)、自発的に指導を求め実施できる(4)、ほぼ自立して実施できる(5)	以下と到達が難しかった。  学生は1から5例・5から8例目では有意に評価点が上昇したが、分娩介助8例目以降有意に上昇はしなかった。分娩10例目では、5)児娩出のための手技について、「指導を受けて実施できる(3)」以上を付けたものの割合は9割未満であり、学生が満足できていないことが明らかとなった。
9	宮澤美知留, 清水嘉子, 松原美和, 藤原聡子, 上森友記子, 西野自由理	2012	紀要(原著)	質的研究	大学学士課程	無	学生	22	分娩介助回数ごとの学生の学びを質的に調査。分娩介助1・2例目までは「未熟な助産技術」や「経験不足から生じるつらさ」を実感するが、分娩介助6例目以降は「助産技術が向上した」と実感する。分娩介助8例目以降で「学んだことを実感」するような発言が最も多く聞かれるようになってきた。さらに分娩介助9・10例で集大成として学んだことを自覚していた。	分娩介助回数ごとの学生の学びを質的に調査。分娩介助1・2例目までは「未熟な助産技術」や「経験不足から生じるつらさ」を実感するが、分娩介助6例目以降は「助産技術が向上した」と実感する。分娩介助8例目以降で「学んだことを実感」するような発言が最も多く聞かれるようになってきた。さらに分娩介助9・10例で集大成として学んだことを自覚していた。	
10	平田礼子, 東園子, 山崎圭子, 齋藤益子, 遠藤俊子	2012	会議録	量的研究	大学学士課程	無	学生評価	6	分娩介助に関する項目(詳細不明)	全面的に指導をうける(1)〜ほぼ指導を受けずに実施できる(6)	分娩介助1・5・8・10例の4時点の評価項目得点を比較した。例数を重ねるごとに評点の伸びがみられた。最も得点の高い項目は「倫理感」であった。最も低いものは、「新生児の状態の観察」であった。
11	藤井宏子, 亀石知美, 尼子華子, 滝川節子, 赤松恵美, 下見千恵	2012	原著	量的研究	大学専攻科	多重比較	学生評価	20	1)分娩室の整備、2)分娩室への移動、3)分娩介助の準備、4)会陰保護、5)児頭娩出、6)肩甲・体幹の娩出、7)出生後のケア、8)胎盤の娩出、9)分娩後の母体のケア、10)分娩第4期のケアに関する72項目	できない(1)〜できる(4)	分娩介助技術は、分娩介助1例目比べ、分娩介助6例目から8例目に習得が進み、それ以降は有意な上昇はなかった
12	高塚麻由, 高島葉子, 菊地美帆	2012	原著	量的研究	大学学士課程	無	学生評価	10	1)産褥緩和ケア、2)分娩進行を促すケアができる、3)体温温存のためのケアができる、4)環境整備についての4項目	指導をうけながら実施できる(1)、助言があれば実施できる(2)、一人でできる(3)	評価項目得点は、分娩介助7例目にはいったん評価点は低下するものの、全体的には分娩介助8例目以降、評価点は上昇する。

13	高島葉子, 高塚麻由, 菊地美帆, 弓納持浩子, 中島通子	2012	紀要(報告)	量的研究	大学学士課程(4年間)で看護学・助産学	無	学生評価	5	1) 入院時のケア、2) 胎児・母体のケア、3) 助産診断過程、4) 直接分娩介助についての50項目	指導を受けながら実施できる(1)、助言があればできる(2)、一人でできる(3)	直接分娩介助に関する項目では、1~4例目までは緩やかに上昇し、5~7例目は緩やかに下降し、全体的に分娩8例目から上昇した。「分娩室の入室・準備」「内診」「新生児室及び間接介助者への連絡」「呼吸法・怒責のかけ方」「児の肩甲娩出」「第2期児の娩出」「第1呼吸の助成」「Apgar判定」などは、平均点が8例目以降でも1点台(指導を受けながら実施できる:1)にとどまった。
14	千葉朝子, 高木泉	2011	会議録	質的研究	大学学士課程		学生評価	16		「分娩進行状態の診断」「胎児の健康状態の診断」「産痛緩和」「分娩進行を促進するためのケア」「分娩介助技術」「分娩介助10例実施しても達成できなかった技術」について質研究。分娩介助7・8例目に分娩進行状態・出生時間の予測ができるようになっていった。分娩介助10例が会陰のたるませ方や左右の手の調整はできるようになっていった。	
15	松井弘美, 永山くに子, 島田啓子	2011	原著	質的研究	大学学士課程		学生評価	4		分娩介助回数と学生の学びについて質的に調査。初期の段階では、学生の分娩介助実習による学びは、初めての分娩介助において想像と現実の違いに戸惑いながら分娩という現象を感じ取るが、分娩介助10例目終了後、「分娩時の異常発生への対処はこれからの課題である」ことを認識する。ほとんどの項目は8例目から平均値2.0を超え、一人でできる(3)のレベルに近づいている。分娩介助10例目においても、平均値2.0未満だったものが「分娩室入室・準備」「内診」「人口破膜」「肛門保護」「会陰保護」以降する時期・手技「後頭結節滑脱までの手技」「肩甲娩出」「保護面の破棄」「体幹娩出」「新生児室および間接介助者への連絡」「呼吸法・怒責のかけ方指導」「アプガースコア判定」であった。	
16	高島葉子, 中島通子, 菊地美帆	2011	原著	量的研究	大学学士課程	無	学生評価	3	分娩介助にかかわる49の評価項目(詳細不明)	経験できなかった(0)、指導をうけながら実施できる(1)、助言があればできる(2)、一人でできる(3)	
17	中村美絵, 大東千晃, 角真理, 有馬美保, 黒田裕子, 池内佳子	2010	紀要(報告)	量的研究	大学助産学専攻科	Wilcoxonの符号付き有意差検定	学生評価/教員評価	10/10	1)分娩課程の展開、2)分娩室入室前の援助と準備、3)分娩介助技術、4)分娩第4期の援助、5)役割意識に関する21項目	援助をうけてもできなかった(1)、多くの援助を要した(2)、少しの援助で行えた(6)、少しの援助で行えた(4)、自立して行え	

18	能町しのぶ, 正木紀代子, 渡 岡山久代, 渡 邊浩子	2010	報告	量的 研究	大学学 士課程	無	学生評価	12	全国助産師教育協議会が発行 するミニマムリクワイアメン ツの内、1)分娩進行状態の診 断、2)産婦と胎児の健康状態 の診断、3)分娩進行に伴う産 婦と家族のケア、4)自然な経 産分娩の介助に関する 19 項 目	た(5) 指導者の介助があ ってもできなかった た(1)、指導者の介 助を得てできた (2)、指導者の管理 のもと助言無で できた(3)、指導者の 管理のもと助言な しでできた(4)	全項目は 1・5・10 例と例数を重ねること、平 均得点が上昇していることが明らかとなった。10 例目においても、評価基準に達しない項目は、1) 分娩進行状態の診断の内、「陣痛と児の状態の診 断」、4)自然な経産分娩の介助の内、「会陰保護 を見ながら後在肩甲娩出」だった。
19	石村美由紀, 古田祐子, 佐 藤香代	2009	紀要 (原著)	量的 研究	大学学 士課程	相関	学生評価	8	1)準備、2)分娩第 2 期の分娩 介助、3)新生児、4)分娩第 3 期、5)分娩第 4 期に関する 74 項目(フリースタイル用は 67 項目)	できた(A)、少しの 助言でできた(B)、 少しの助言と援助 によりできた(C)、 多くの助言と援助 を要す・あるいはで きない(D)	分娩介助例数と評価項目得点は強い正の相関が みられた (r=0.60)。2) 分娩第 2 期の分娩介助に ついては、「怒責の誘導」、「第 3 回旋の娩出速 度調整」、「児の娩出」に関して、9 例目でも習 得学生の割合が 50%であった。
20	鳥越郁代, 古 田祐子, 石村 美由紀, 安河 内静子, 吉田 静	2009	紀要 (原著)	量的 研究	大学学 士課程	フリード マン検定	学生評価	9	1)情報収集・解釈・整理、2) 経過診断に関するアセスメン ト、3)健康生活診断に関する アセスメント、4)助産診断の 確定、5)助産計画立案とケア の実践、6)助産診断の評価・ 修正に関する 16 項目	一人で実施できた (A)、少しの助言に より実施できた (B)、助言を受けな がら実施できた (C)、多くの助言を 受けながら実施で きた(D)、実施でき なかった(E)	分娩例数間で 1)情報収集・解釈、整理について「情 報収集」、2)経過診断に関するアセスメントにつ いて「分娩時間予測」「児状態予測」「精神・心 理生活行動アセスメント」で有意差がみられた。
22	岡山久代, 正 木紀代子, 玉 里八重子	2008	報告	量的 研究	大学学 士課程	無	学生	8	1)分娩開始および分娩進行の 診断の評価、2)分娩準備と破 水のケアの評価、3)肛門保護 および英保護の評価、4)肛門 保護および会陰保護の評価、 5)児頭娩出および肩甲娩出の 評価、6)新生児ケアおよび分 娩後ケアの評価、に関する 96 項目	全くできない(1)、 一部できなかったがまだ まだ不十分(2)、お およそできなかったが一 部不十分(3)、何と かできなかった(4)	1)分娩開始の診断、2)分娩準備と破水のケア評価、 6)新生児のケアおよび分娩後ケアの評価の平均 点は分娩件数 10 例目には 4 を超えた。一方、分 娩件数が 10 例目においても平均点が 4 を超えな いものは、5)児頭娩出および肩甲娩出の評価、3) 肛門保護及び会陰保護の評価であった。
23	菊地圭子, 遠 藤恵子, 西脇 美春	2008	原著	量的 研究	大学学 士課程	無	学生	10	1)分娩第 1 期、2)分娩第 2 期、 3)分娩第 3・4 期の分娩介助技 術にかかわる 100 項目	かなりの助言や 援助のできる(1)、 少しの助言や援助	1)分娩第 1 期の技術の内、「環境整備」「食事水 分摂取判断」「身体の清潔保持」「分娩物品の準 備」、2)分娩第 2 期の技術の内、「膈帯巻絡の介

											助) 「胎盤の取り扱い」などは到達度が高かった。 1) 分娩第1期の技術の内、「陣痛からの判断」「分娩物からの判断」「陣痛・児心音の総合判断」「内診所見からの判断」「分娩進行の予測では、10例でも到達度が低い状況だった。
24	丸山和美, 遠藤俊子, 小林康江, 花輪沙み子, 高木静代	2007	報告	量的研究	大学学士課程	無	学生	4	分娩介助に関する41の大項目と155の小項目	できない(1)、援助できなかった(2)、一人でできた(3)、必要時自発的に指示・指導を受けて実施できた(4)、ほぼ自立してできた(5)	分娩介助8例目で平均得点2.5点を超えた項目は、「内診技術」、「分娩開始装置の装着」、「破水の診察」、「産痛緩和ケア」であった。「心理的援助」、「正常分娩の直接介助・間接介助」は平均値2.5を下回り、分娩介助8例目でも難しい状況が明らかになされた。
25	古田祐子, 石村美由紀, 佐藤香代	2007	紀要(原著)	量的研究	大学学士課程	無	学生	8	1)準備、2)分娩第2期の分娩介助、3)新生児、4)分娩第3期、5)分娩第4期、6)記録報告に関する68項目	できた(A)、少しの助言でできた(B)、少しの助言と援助によりできた(C)、多くの助言と援助を要す(D)	分娩介助回数と評価項目得点の相関係数は $r = 0.72$ であった。
26	堀内寛子, 服部律子, 谷口通英, 布原佳奈, 名和文香, 宮本麻記子	2007	紀要(原著)	量的研究	大学学士課程	無	学生の指導者評価	18	1)基本的態度、2)入院時または受け持ち時の看護、3)診断・予測、4)看護課程の展開、5)分娩介助技術に関する75項目	一人のできる(A)、少しの助言のできる(B)、必ず助言が必要(C)、助言があってもできない(D)	「産婦及び、その家族を尊重した態度で接すること」「対象のプライバイシーに配慮すること」に関しては80%以上の学生がA/Bの評価を受けた。逆に「胎児娩出に合わせて、必要時怒責の抑制」に関しては分娩介助10例目でも50%未満しかAもしくはB判定の評価を受けなかった。
27	唐沢泉	2006	会議録	量的研究	大学学士課程	無	学生	50	分娩介助に関する項目(詳細不明)	1~5の5段階評価(詳細不明)	分娩介助1・2例目が2.5点未満、分娩介助3~9例目が2.5~3.0点未満、分娩介助10例目が3.4点であり設定した目標(4以上)に到達していなかった。最もできなかった技術は会陰進展の良否の判断による会陰切開の適否であった。
28	丸山和美, 遠藤俊子, 小林康江	2005	報告	量的研究	大学学士課程	無	学生	5	1)内診技術、2)分娩監視装置の装着と判読、3)分娩開始の診察、入院時期の判断、4)分娩第1~4期の経過診断、5)破水の診察、6)産痛緩和ケア、7)分娩進行促進への援助、8)心理的援助、9)正常分娩の直接介助・間接介助に関する112項目	できない(1)、援助できなかった(2)、一人でできた(3)、経験なし(N)	分娩8例目で平均値2.5点以上を示したカテゴリは2)分娩監視装置の装着と判読、3)分娩開始の診察、入院時期の判断、6)産痛緩和ケア、7)分娩進行促進への援助であった。平均値2.5に満たなかったのは、8)心理的援助、9)直接介助・間接介助に関する項目であった。

29	伊藤美栄, 川崎純子, 澤本万紀子	2005	会議録	量的研究	専門学校	一元配置分散分析	学生	33	1)各種診察法、助産診断・計画、分娩入室時期判断、2)外陰部消毒、3)児頭娩出、第3回胎盤娩出、前在肩甲娩出、4)出生直後の児の吸引、5)胎盤娩出介助、6)軟産道審査(2.3点)、7)第4期ケア(3.2点)。2)、7)以外は到達基準(平均値3以上)に達していなかった。	分産介助 8 例目以降では 1)各種診察法、助産診断・計画、分娩入室時期判断(平均値 2.5~2.6 点)、2)外陰部消毒(3.3 点)、3)児頭娩出、第 3 回胎盤娩出、前在肩甲娩出、4)出生直後の児の吸引(2.1 点)、5)胎盤娩出介助(2.7 点)、6)軟産道審査(2.3 点)、7)第 4 期ケア(3.2 点)。2)、7)以外は到達基準(平均値 3 以上)に達していなかった。	
30	倉本孝子, 増本綾子, 伊藤多恵子, 野間裕子	2005	会議録	量的研究	専門学校	無	学生	15	臍帯切断に関する 34 項目	一人でできる(A)、助言によりできる(B)、援助によりできる(C)、できない(D)	分産介助 1・2 例目では、一人でできる(A)、助言によりできる(B)の割合は 43%、分産介助 3・4 例目は 62%、分産介助 5・6 例目は 80%、分産介助 9・10 例目は 82%だった。
31	堀内寛子, 服部律子, 谷口通英, 布原佳奈, 兼子真理子, 荒尾美波子	2005	紀要(資料)	量的研究	大学学士課程	無	学生	6	1)分娩準備、2)分娩介助、3)経過の診断・計画、4)産婦のケアに関する 18 項目	4 件法(不明)	「会陰保護」、「第 1 呼吸の助成」は分産介助 10 例目であつても少しの援助でできるレベルに到達した学生は 3 割程度であつた。
32	板谷裕美, 大久保友香子, 野畑直子, 松宮良子, 野田洋子	2005	報告	量的研究	大学学士課程	無	学生・指導者評価	12	分産介助に関する 60 項目	できなかつた(1)、少しの援助でできた(2)、ほとんど援助なしでできた(3)	全項目についてほとんど援助なしにできた(3)と回答した割合は分産介助 6 例目では自己評価平均 84.33%であり、指導者評価 85.32%であつた。分産介助 8 例目では自己評価 86.56%、指導者評価平均 88.92%であり、自己・指導者評価共に分産介助例数が増すごとに上昇がみられた。
33	岡名取初美, 岡部恵子, 有井良江, 小林康江, 滝沢美津子	2004	報告	量的研究	大学学士課程	無	学生評価/教員評価	288	1)分娩開始・分娩経過の診断、2)分娩進行中の母子の健康状態の診断、3)診断に基づいたケアの立案・実施、4)産婦の安全・安楽を保つた分産介助、5)分産が家族・産婦にとって有意義な体験となるような関わり、6)正常から逸脱した状態に対して取るべき措置に関する 103 項目	全面的に指示・指導が必要(1)、かなり指示・指導が必要(2)、指示・指導が必要(3)、必要時自発的に指示・指導をうけて実施(4)、ほぼ自立して実施(5)	分産例数毎に評価項目得点は上昇した。分産介助 10 例目において、1)分娩進行の把握、3)診断に基づいたケアの立案・診断の「内診による情報収集」、4)産婦の安全・安楽を保つた分産介助が難易度の高い技術であることが確認された。

34	松岡知子, 宮中文字, 五十嵐稔子	2004	紀要(報告)	量的研究	短期大学専攻科	不明	指導者評価	84	1)分娩経過の診断、2)分娩介助技術、3)産婦ケア、4)分娩準備に関する108項目	108項目に関する指導者評価。援助があってもできない(D)、援助にできる(C)、助言と少しの援助でできる(B)、少しの援助でできる(A)	指導者評価がBまたはAに到達する割合を分析した。総項目得点は分娩介助3例目では10%以下、分娩介助4~6例目では35%、分娩介助7例目以降では55%であった。
35	西村明子, 中嶋有加里, 山口雅子, 炭原加代, 山地建一	2002	原著	量的研究	大学学士課程	無	指導者評価	12	1)分娩準備、2)分娩進行の判断と計画、3)産婦のケア	できてない(1)、あまりできていない(2)、ほぼできていない(3)	分娩介助10例目でほぼできていない(3)の割合が高かった項目は、「外陰部消毒」82.5%、「臍帯の処置」80.7%、「後始末・環頸整備」76.3%、「産婦との信頼関係」73.3%、「胎盤娩出」71.2%の順であった。一方、達成度が低い項目は「助産計画の立案」29.3%、「分娩入室時期の判定」28.6%、「分娩進行度の判定」22.0%、「四破法の指導」15.0%、「会陰保護」13.6%であった。
36	加藤千晶, 藤邊久美, 國分真佐代, 佐々木百合子	1999	紀要(原著)	量的研究	短期大学専攻科	相關	指導者評価	20	1)産婦の健康診査、2)分娩経過に合った援助・指導、3)助産計画の立案・実施・評価、4)分娩の準備、5)分娩の介助、6)連携、7)産婦の看護、8)記録・報告に関する71項目	すべて指導をしなければ目標水準に到達できない(1)、指導・助言をしばしば必要とする(2)、指導・助言を時に必要とする(3)、目標水準にほぼ到達している(4)、目標水準に達している(5)	9項目中6項目(項目内容不明)は、直接介助1例目、4例目、最終例目の評価項目の自己評価点は正の相關がみられた。
37	坂本由紀子, 坂梨京子, 山本八千代, 他	1998	原著	量的研究	短期大学専攻科	t検定	学生評価	40	1)分娩準備、2)娩出の介助、3)時の処置、4)後産及び産婦の処置、5)後始末、6)記録に関する20項目	50~60 未満(1)、60~70 未満(2)、70~80 未満(3)、80~90 未満(4)、90~100 未満(5)	学生評価は低いものから肩甲娩出時陰陰保護、助産記録、内診、児頭娩出時陰陰保護及び産婦の準備等の順、逆に高いものから出産直後の産婦の観察、分娩室の整備、気質までの産婦の看護、胎盤娩出および術者の準備の順であった。1回目の教員および学生自己評価が共に低い内診、肩甲娩出時陰陰保護、児頭娩出時陰陰保護および助産記録は7回目以降その評点は優位に高値を示した。
38	青野陽子, 久川洋子, 田中由加利, 他	1996	原著	量的研究	短期大学専攻科	対応のあがる平均の差・相関係数	指導者評価	42	1)準備、2)会陰保護、3)児のケア、4)胎盤娩出、5)分娩後のケアに関する18項目	助言を受けてもできない(1)、助言で気づける(2)、かなりの助言でできる	4例目と7例目の比較を行った。児のケア、胎盤娩出、分娩後のケアは4例目で比較的達成しやすいため、分娩準備、会陰保護は7例目でも達成が難しいようであった。

39	岡崎愉加, 合田典子, 白井喜代子	1994	原著	量的研究	短期大学専攻科	無	学生評価	50	1)腹正指導、2)肛門反圧、3)破水時の介助、4)挿入時の介助、5)発露時の介助、6)児頭娩出時の介助、7)児頭娩出直後の介助、8)肩甲娩出時の介助、9)産後新生児の取り扱い、11)児頭娩出直後の産婦の介助、12)気道の確保、13)臍帯の処置、14)胎盤娩出の介助に関する125項目	(3)、少しの助言でできる(4)  できない(1)、何とかできる(2)、できる(3)	習熟しやすい技術は、9)産後娩出時の介助、14)胎盤娩出時の介助、一方習熟しにくい技術は5)発露時の介助、3)破水時の介助、11)児頭娩出直後の産婦の介助であった。また、10例目の評価基準「できない」が50%以上を占める項目の半数が、11)児頭娩出直後の産婦の介助の介助であった。
40	常盤洋子, 久米美代子, 松村恵子	1990	原著	量的研究	大学学士課程	無	学生評価/指導者評価	50	1)産婦の診査、2)分娩予測、3)産婦の看護、4)分娩介助、5)助産計画の立案・実施・評価に関する評価項目	5件法(内容不明)	チェックリスト項目が4以上を超えたものは10例目であった。
41	久米美代子, 常盤洋子, 松村恵子	1989	報告書	量的研究	大学学士課程	無	指導者の評価	500	分娩介助に関する167項目	できない(1)、指導者とともに行ってきた(2)、指導によりできた(3)、みずから判断でできた(4)	分娩介助例数毎に、全項目が達成されるのは、9例目であり、最低でも9例の反復分娩介助実習が必要であるということが明らかとなった。

表 2-1. 諸外国における助産師教育システム (西欧諸国)

	EU 加盟国	アメリカ合衆国	カナダ	オーストラリア	ニュージーランド
名称	Midwife	1) Certified Midwife (助産師) 2) Certified Nurse Midwife (看護助産師), 3) Direct Entry Midwife (ダイレクトエントリー助産師 州による)	Midwife	Midwife	Midwife
資格のタイプ	国家資格	認定資格	認定資格(州立)	国家資格	国家資格
資格試験	有	有 (The American Midwifery Certification Board certification exam)	有 (Canadian Midwifery Registration Exam)	無	有
更新制度	国による(イギリス3年)	有(2-8年)	不明	有(1~3年ごと)	有(3年ごと)
資格発行機関	各自治体・看護協会	American Midwifery Certification Board(AMCB), American College of Nurse-Midwives	各自治体・看護協会	Australian Health Practitioner Regulation Agency, Nursing and Midwifery Board of Australia	Midwifery Council of NZ
教育プログラム 教育機関	1) 学士課程(ダイレクトエントリー)3年間/大学 2) 助産師コース専攻科1年半/大学・専門学校	1) 学士課程(ダイレクトエントリー)1~4年/大学 2) 修士課程、卒業教育専門科1または2年/大学院 3) 修士課程1または2年/大学院	1) 学士課程(ダイレクトエントリー)1~4年/大学 2) 修士課程(ダイレクトエントリー)1~4年/大学	1) 学士課程助産師コース(ダイレクトエントリー)3年/大学 2) 学士課程看護師・助産師コース(ダイレクトエントリー)4年/大学 3) 修士課程1年/大学院	1) 学士課程助産師コース(ダイレクトエントリー)3年/大学
入学資格	1) 高等学校卒業(17.5歳以上) 2) 看護師	1) 高校卒業または看護師 2) 看護師資格をもつ学士 3) 解剖学・発達心理学・統計学・生理学・社会学・栄養学などの学士を有する者(州により異なる)	1) 高等学校卒業以上	1)2) 高等学校卒業以上 3) 看護師資格を持つ学士	1) 高校卒業以上
カリキュラム 概要	1)2) 1年半 臨床実習では、100例以上の妊婦健診の他、妊娠期の監督とケアに40例以上、ハイリスク妊産婦のケア40例、産褥・新生児のケア100例以上、分娩介助40例以上が盛り込まれている	1)2)3)のカリキュラム内容は、the Accreditation Commission for Midwifery Education (ACME), American College of Nurse-Midwivesの core competency for basic midwifery practice に基づく	カリキュラムは大学によって異なる。現在州によって異なる7つの助産師養成プログラム(British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Quebec, Nova Scotia) を提供している	1)3年間の助産師教育プログラム 2)1年~1年半の大学院プログラム 1)2)50%は臨床実習である	1)3年間の助産師教育プログラム
分娩介助例数	40例 (イタリア/ノルウェー50例)	20例	60例・そのうち40例が直接介助(30例は妊娠期からの継続)	50例	40例
臨床研修制度	オランダは研修制度(3年)あり	有(任意)	有(外国の臨床研修)	不明	不明
法的根拠	Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council (2005) on the recognition of professional qualifications: Annexe V, Point 5.5.1	州ごとの法的根拠に準ずる。	7つの州・地域(British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Quebec, Nova Scotia) に関して、各州の法により規定している	The Health Practitioner Regulation National Law (2009) (the National Law)	Health Practitioner Competence Assurance Act (2003)

表 2-2. 諸外国における助産師教育システム（アジア諸国）

	中国	韓国	フィリピン	シンガポール	ベトナム	マレーシア	ネパール
名称	Nurse Midwife	Midwife	1) Registered Midwife, 2) Entry level Midwife	Midwife	Midwife	Midwife	Midwife という職業は 無
資格のタイプ	認定資格	国家資格	2) 国家資格	国家資格	国家資格	民間資格	無
資格試験	有	有	有	有(海外で教育を受けた者のみ)	有	有(Midwives Board Malaysia)	無
更新制度	有(2年ごと継続教育の受講)	無	無	有(3年ごと)	不明	有(1年)	無
資格発行機関	市区レベル	Ministry of Health and Welfare	The Board of Midwifery	Syngapore Nursing Board	不明	Midwives Board Malaysia	民間レベル
教育プログラム 教育機関	1) 助産師専門コース 1年/専門学校 2) 短期大学 3年間の助産師コース 3) 5大学で4年制のダイレクトエントリ(昨年～今年度～募集) 計画中。	1) 助産師専門コース 1年/専門学校	1) 学士課程コース 4年/大学 2) 助産師専門コース 2年/専門学校	1) 助産師専門コース 8か月/専門学校	1) 学士課程コース 1年/大学 2) 助産師・看護師短期大学コース 3年 3) 看護師・助産師専門コース 1年・2年/専門学校	1) 助産師専門コース 1年 2) Auxiliary Nurse-Midwives (ANM) 18ヶ月の臨床研修	1) Maternal and child health workers (MCHW) 3ヶ月の臨床研修 2) Auxiliary Nurse-Midwives (ANM) 18ヶ月の臨床研修
入学資格	高等学校卒業以上	1) 看護師	1) 高校卒業以上	1) 高校卒業以上	1)2)3) 高校卒業以上	1) 不明	1) 中学校卒業(Grade8) 2) 高校卒業以上 (Grade10)
カリキュラム 概要	看護資格取得後、分娩室で1年間実務を行う(分娩介助含む)。その後市区レベルの衛生教育課へ申請し3日間研修後に認定資格を得られる	1) 1年間のプログラム、実習期間は1720時間	不明	不明	不明	不明	不明
分娩介助例数	不明	20例	5例直接分娩介助、5例間接介助、5例臍帯切断・結紮	不明	不明	不明	不明
臨床研修制度	無	不明	不明	不明	不明	無	無
法的根拠	看護師条例 (1974)	The Order of Ministry of Health and Welfare Issue 712	Philippine Midwife Law/ Republic Act No. 7392(1981)	Nurses and Midwife Act(1999)	不明	Midwives Act(1966)	HP:Midwifery Society in Nepal http://midson.org.np/midwifery_in_nepal.php



## 研究 2 : 「分娩介助例数の実習評価表に基づく実態調査」

### Survey on the number of cases in labour and delivery training and learning achievement for midwifery students

主任研究者	井村真澄	(日本赤十字看護大学)
研究分担者	片岡弥恵子	(聖路加国際大学)
	大田えりか	(国立成育医療研究センター)
	喜多里己	(日本赤十字看護大学)
研究協力者	新田真弓	(日本赤十字看護大学)
	斎藤英子	(日本赤十字看護大学)
	千葉邦子	(日本赤十字看護大学)
	竹形みずき	(国立成育医療研究センター)
	米岡大輔	(国立成育医療研究センター)

#### 研究要旨

本研究は、助産学生の臨地実習における分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態を明らかにすることを目的とし、全国の北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄の各地区に存在する助産師養成課程を持ち全国助産師教育協議会（以下、協議会）に登録している教育機関を対象に、分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態調査を行った。協議会に登録している 142 校の教育機関に郵送にて研究参加を依頼し、うち返送があった施設は 77 校（54%）であった。各施設から送られたそれぞれの記入済み評価表から、コアメンバー内で共有し選定した選定項目（28 項目）に合致する項目について、評価基準は施設により 3～5 件法と異なっていた尺度基準を、「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」、「2 助言を要する」、「1 できない」の 3 件法に再分類した。解析対象施設は 2012 年度カリキュラム改正後データのある 36 校（25.3%）、解析対象学生数は 726 名であり、学生記入分娩介助評価表 6,617 例分、指導者記入評価表 2,991 例分、計 9,608 例分を解析した結果、分娩件数が上昇するにしたがい、学生評価および指導者評価が有意に上昇（ $p < 0.001$ ）することが時系列分析により明らかになった。特に、8 例目から 9 例目と 8 例目から 10 例目の比較では、多くの選定項目の平均点が統計的に有意に増加していることが明らかになり、現在の教育規定の分娩例数 10 例程度を必須とする現在の規定が妥当であることが明らかになった。今後、本邦における助産学生の教育課程卒業時到達度測定の指標開発につなげていきたい。

#### A. 研究の背景

助産師教育においては助産学生に必要な卒業時到達能力・レベルと教育の改正が進められてきた。国際助産師連盟（ICM）の「基本的助産業務に必須な能力」改訂版（2013）の改訂も踏まえ、本邦においては保健師助産師看護師学校養成所指定規則が

2011 年に改正された。改正点は、助産師教育修業年限が 6 か月以上から 1 年以上に延長され、単位数は 23 単位から 28 単位以上となり、うち実習単位は 9 単位から 11 単位に増加した。同時に厚生労働省による「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」（2015）が提案され、高度

な助産実践能力の習得に向け、助産師教育修了時に獲得すべき能力が明示された。

これまでも教育機関ごとの評価基準による学生自己評価として、分娩介助件数を経るごとに漸進的に技能を獲得しているという報告が散見されている。しかし、これらは各調査により評価基準が異なり、本邦の助産学生の実習における到達度を明確に把握するには至っていない。

本研究は、北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄の各地区に存在する助産師養成課程を持つ教育機関における分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態について明らかにすることを目的とした。

## B. 研究目的

助産学生の臨地実習における分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態を明らかにする。

## C. 用語の定義

1. 分娩期ケア能力：分娩第1期から分娩第4期（胎盤娩出後2時間）のケアに必要な能力とし、「助産師に求められる実践能力と卒業時到達目標と到達度」（厚生労働省，2015）のⅡマタニティケア能力-3.分娩期の診断とケア-C.正常分娩に記載されている内容は最低限含んでいるものとする。

## D. 方法

### 1. 研究デザイン

質問票および既存データの収集と分析による横断調査研究とする。

### 2. 研究対象施設

全国の北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄の各

地区に存在する助産師養成課程を持つ全国助産師教育協議会に登録している142の教育機関（専修/専門学校、短大、大学、大学別科、大学専攻科、大学院/専門職大学院を含む）すべてを対象とした。

## 3. 調査期間

2016年1月～2月7日までの期間、対象施設に質問紙の回答及び2005年度から2015年度までの助産学生の分娩介助に関する資料の送付を依頼した。

## 4. 質問紙の調査内容

「研究参加教育機関基礎情報シート」より、教育課程の種類、教育年限、年度別学生数、教員数、分娩介助件数、分娩介助評価方法（評価表）の有無と内容また連絡先についての質問票を送付した。

## 5. 助産学生の分娩介助に関する資料

助産学生の分娩介助にかかわる送付資料は以下の通りである。

- 1) 助産学生の分娩介助 1 例数ごとの未記入評価表（学生評価・指導者評価・教員評価・総合評価）
- 2) 2005 年から 2015 年度助産学生の分娩介助 1 例ごとの記入済評価表（学生評価・指導者評価・教員評価・総合評価）紙媒体または電子媒体
- 3) 2005 年から 2015 年度助産学生の分娩介助 1 例ごとの記入済み評価表集計表
- 4) 提出資料チェックリスト

## 6. 調査手順

### 1) 調査開始前準備

全国助産師教育協議会名簿に基づき、助産師教育課程を有する教育機関の郵送先リ

ストに基づいて教育機関長または助産師教育課程責任者に郵送配布した。

## 2) 参加者の募集

研究者は、郵送物に同封されている「研究参加依頼書」の書面を持って、研究に関する説明と募集を行った。

## 3) 参加者の同意と応募

対象教育機関は、郵送物に同封されている「研究参加教育機関基礎情報シート」、および研究参加に伴って提示する資料の郵送またはメール添付送付をもって、研究に同意し参加したものとした。

## 4) データ取扱い担当者の設定

研究者以外のリサーチアシスタント（データ取扱い担当者）が、各教育機関から提出されたデータを受け取り、その時点で個人情報と特定される情報は削除した。各教育機関提出情報をID番号で匿名化を行った。

5) データ入力、整理、分析は、リサーチアシスタント（データ取扱い担当者）が行った。

6) 評価表に関する整理と分析は、リサーチアシスタント（データ取扱い担当者）および複数の研究者で行った。

## 7. 解析方法

### 1) 研究参加施設の概要

郵送にて返送のあった施設の概要について、「研究参加教育機関基礎情報シート」を基に、記述統計を行った。

### 2) 助産学生の分娩例数ごとの習得度に関する評価表の統合

各施設によって様々である評価表、評価基準に対する統合と解析手順について、実際に返送のあった評価表をもとに、コアメ

ンバー内で討議を行い、以下の手順を定めた。

### ① 分娩介助に関する選定項目の検討

各施設によって評価項目が異なるが、その中でも特に分娩介助に関して重要と考えられる項目のみを抽出し、解析することとした。そのため、メンバー内でそれらの項目を選定するための指標となる選定項目をまず検討することとした。

選定項目は、看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン（厚生労働省, 2015）における「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」を参考に作成した。「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」では、正常分娩にかかわる選定項目として「分娩開始の診断」、「分娩進行状態の診断」、「産婦・胎児の健康状態の診断」、「分娩進行状態に伴う産婦と家族のケア」、「経膈分娩の介助」、「出生直後の母子接触・早期授乳の支援」、「産婦の分娩想起と出産体験理解の支援」、「分娩進行に伴う異常発生の予測と予防的行動」の8項目が挙げられるが、分娩開始から分娩第4期（胎盤娩出後2時間）までに特に必要と思われる「産婦の分娩想起と出産体験理解を支援する」項目以外の7項目を大目標として定めた。これらの7項目は、卒業時の「（臨床指導者）の少しの助言のもと、自立して実践できる」段階であることが求められている。続いて、これらの大目標に合わせて、28項目の選定項目を定めた（表1参照）。

### ② 選定項目の決定

各施設から送られたそれぞれの評価表から、1) で検討した選定項目（28項目）に合致する項目をそれぞれコアメンバー内で共有し選定した。選択にあたって、以下のルールをメンバー内で討議後、決定した。

### 【選定の際のルール】

- 選定項目4 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる・選定項目5 外診により進行状態を予測できる：選定項目4と選定項目5が重複している場合は、両方の選択指標に同じ項目を採用する。
- 選定項目5 外診により進行状態を予測できる：胎位胎向や胎児下降の確認と共に陣痛測定の有効性の査定を含む項目など複数存在する可能性があることから、そのような場合は、陣痛測定の有効性の査定に関する項目を採用する。
- 選定項目6 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる：分娩野の作成に関する項目とタイミングの判断の項目が複数あった場合、タイミングの判断の項目を採用する。
- 選定項目10 基本的ニード(排泄・栄養・清潔・体位・休息)に関する援助ができる：複数の項目が存在する場合は、体位・休息を優先とする。
- 選定項目14 分娩に必要な環境を整える：産婦の身の回りの準備の他、物品、機材の準備に関する項目も含む。
- 選定項目17 適切な方法で肩甲娩出ができる：施設によっては、前在肩甲娩出の手技と後在肩甲娩出の手技の複数の項目が存在するものもあるため、複数の場合は特に介助にあたって重要と考えられる前在肩甲娩出の手技を優先的に選択することとした。
- 選定項目18 躯幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる：複数項目が存在する場合は、骨盤誘導線にそって娩出することに関連した項目を選択する。
- 選定項目22 出生直後の児の健康状態を判定できる：アプガースコアの判定に関

する項目がある場合、その項目を選択する。

- 選定項目28 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる：母子に生じうる異常を予防するための判断に関する項目も選択する。
- 全28選定項目の内、当てはまらない項目があった場合は、欠損値として取り扱った。

### ③ 評価基準の統合

評価基準は施設により3～5件法と異なっていたが、「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」、「2 助言を要する」、「1 できない」の3件法に再分類した。

上記の1)から3)の作業により1施設あたり28選定項目、3件法のデータセットを作成し、施設ごとのデータを最終的に統合した。

### 3) 解析手順

2)で記入済評価表の提出があった全施設分のデータを統合した。しかしながら、2012年度に助産師教育に関してカリキュラム改定があったため、改定前後で学習習得課程が異なることが予想された。したがって、最終的なメンバー内での検討の末、2012年度カリキュラム改正後の学生を解析対象とした。

対象学生は、専門学校・大学専攻科・別科等1年コースでは、2012年度卒業生以降の者を対象とし、大学院など2年課程では、2012年度入学で2013年度卒業生以降の者を対象とし、大学など4年課程では、2015年度卒業生(2016年3月卒業)以降の者とした。

解析は以下の手順で行った。

- ①分娩例数ごとに「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」の割合を算出し分布を確認した。分娩例数ごとに平均値(標準偏差)を算出し分布を確認した。

②分娩例数ごとの連続変数では傾向性検定、カテゴリカル変数について、コクランアーミテージ傾向性検定を行った。

③分娩介助8例目対9例目及び8例目対10例目に関しては、学生評価及び指導者評価の平均値に対して $t$ 検定を行った。

統計学的有意差は両側  $p < 0.05$ とした。解析ソフトはSPSS version 23.0を用いた。

## 8. 倫理的配慮

研究依頼文書に、研究協力の任意性、匿名性の守秘、データは学術目的以外では利用しないことを明記した。得られたデータはすべてID番号で匿名化して扱い、個別教育機関名、教育課程責任者名、データ提出者名、個別学生氏名が特定される情報は表示されないよう留意し、研究者と特定の研究協力者以外は取り扱わなかった。なお、本研究は日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得て行った（2015-104承認番号）。

## E. 結果

### 1. 研究参加施設の概要

142校の教育機関に郵送にて研究参加を依頼し、返送があった施設は77校（54.2%）であった。また、142校のうち73校（51.4%）は、未記入評価表（評価基準）の提出があり、2005年度から2015年度までの記入済評価表の提出があった施設は48校（33.8%）で、2015年度分提出34校（23.9%）、2005～2014年度分提出14校（9.8%）であった（図1）。2012年度カリキュラム改正後の解析対象施設は36校（25.4%）であった。解析対象学生数は726名で、分娩介助評価表は学生記入の評価表6,617例分、指導者記入の評価表2,991例分、計9,608例分であった（図1）。

返送のあった77校のうち最も多い教育機関は、大学25校で返送施設に占める割合は32.5%であり、続いて専修学校22校（28.6%）、大学院15校（19.5%）、大学専攻科12校（15.6%）の順であった（表2）。

また、返送施設の助産学生定員は10人以下が38校（49.4%）、続いて11人以上20人以下が31校（40.3%）であった。助産教員の定員は5人以下の施設が63校（81.8%）と最も多かった。また、1学生あたりの分娩介助例数は最少9例と答えた施設は17校（22.1%）あり、最多11例と答えた施設は24校（31.2%）、12例と答えた施設は11校（14.2%）、13例以上と答えた施設は8校（10.4%）であった。

解析対象施設36校のうち最も多い教育機関は、専修学校13校で解析対象施設に占める割合は36.1%であり、続いて大学院9校（25.0%）、大学8校（22.2%）の順であった（表2）。

2015年現在の国内の助産師教育機関全数189校における解析対象施設は36校（19.0%）であり、教育課程別では専修学校・各種学校42校のうち13校（31.0%）（表2.-①）、大学80校のうち8校（10.0%）（表2.-②）、大学院・専門職大学院32校のうち9校（28.1%）（表2.-⑥）であった。

また、解析対象施設の助産学生定員は10人以下16校（44.4%）、11人以上20人以下16校（44.4%）であった。助産教員の定員は5人以下が32校（88.9%）を占めた（表3）。1学生あたりの分娩介助数は最少10例と答えた施設は23校（63.9%）あり、最多10例と答えた施設が17校（47.2%）だった（表4）。

### 2. 分娩介助実習評価

表5は、分娩介助実習1～10例目の学生の評価の各平均を全28選定項目ごとに算

出した。解答は、「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」、「2 助言を要する」、「1 できない」の3件法で回答したものの平均値を記載している。全体で最小値が青で最大値が赤、中央値が白で各選定項目、例数ごとに色分けした。学生評価のうち10例目で最も平均点が高かった項目は、 $2.55 \pm 0.69$  点の「9. 産痛緩和のケアを行うことができる」であり、最も低かった項目は、 $1.94 \pm 2.35$  点の「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」だった。項目ごとに、時系列分析を実施し、すべての項目で例数が増えるごとに点数が上昇する傾向がみられた ( $p$  値  $< 0.001$ )。

表6は、分娩介助実習1～10例目の臨床指導者の評価の各平均と標準偏差を全28選定項目ごとに算出した。指導者評価のうち10例目で最も平均点が高いものは、 $2.85 \pm 0.4$  点の「19. 臍帯をクランプし、適切に切断ができる」であり、最も低い平均点は  $1.75 \pm 0.45$  点の「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」であった。指導者の方も、項目ごとに、時系列分析を実施し、すべての項目で例数が増えるごとに点数が上昇する傾向がみられた ( $p$  値  $< 0.001$ )。10例目で2.5点以下の項目は、「2. 現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる」「3. 分娩進行状態の修正ができる」「4. 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる」「5. 外診により進行状態を予測できる」「16. 児頭を最小周囲径で娩出できる」「17. 適切な方法で肩甲娩出ができる」「27. 分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる」「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」の7項目であった。

表7は、全28選定項目の分娩介助実習1～10例目の学生の評価の中で「3 ほぼ自立

／自立／少しの助言を要する」と回答した割合を0～100%までの連続値(%)で示した表である。全体で最小値が青で最大値が赤、中央値が白で各項目、例数ごとに色分けした。「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と回答した割合が50%を超えた項目は、8例目と9例目では、「9. 産痛緩和のケアを行うことができる」のみであったが、10例目では、「1. 分娩開始を診断する」、「6. 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる」、「9. 産痛緩和のケアを行うことができる」、「19. 臍帯をクランプし、適切に切断ができる」「20. 臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる」の5項目に増えた。反対に、「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と回答した割合が20%未満だった項目は、8例目で「3. 分娩進行状態の修正ができる」「4. 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる」「16. 児頭を最小周囲径で娩出できる」「17. 適切な方法で肩甲娩出ができる」「27. 分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる」「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」の6項、9例・10例目で「3. 分娩進行状態の修正ができる」「27. 分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる」「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」の3項目であった。

表8は、全28選定項目の分娩介助実習1～10例目の臨床指導者の評価の中で「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と回答した割合を0～100%までの連続値(%)で示した表である。「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と回答した割合が60%を超えた項目は、8例目では「1. 分娩開始を診断する」、「9. 産痛緩和のケアを行うことができる」「10. 基本的ニード(排

泄・栄養・清潔・体位・休息) に関する援助ができる」「19. 臍帯をクランプし、適切に切断できる」、「25. 子宮収縮と出血状態を判断できる」、「26. 出生直後の母子接触・早期授乳を支援できる」の6つの項目であった。9例目では、「1. 分娩開始を診断する」、「12. 家族への支援を行える」、「13. 分娩進行を促す支援ができる」、「14. 分娩に必要な環境を整える」、「19. 臍帯をクランプし、適切に切断できる」、「23. 適切な方法で胎盤娩出ができる」、「25. 子宮収縮と出血状態を判断できる」、「26. 出生直後の母子接触・早期授乳を支援できる」の8項目に増えた。10例目では、9例目では60%以下であった「6. 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる」、「7. CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる」「10. 基本的ニード(排泄・栄養・清潔・体位・休息)に関する援助ができる」、「11. 産婦の心理的なサポート、産婦の主体性を尊重する」、「20. 臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる」、「21. 児の第一呼吸を助成できる」、「22. 出生直後の児の健康状態を判定できる」、「24. 軟産道の損傷状態を判断できる」の8項目が60%以上に追加され、17項目に増えた。反対に、「3. ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合が50%未満だった項目は、8例目と9例目で15項目であったが、10例目では、10項目に減少した。10例目でも50%以下だった10項目は、「2. 現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる」「3. 分娩進行状態の修正ができる」「4. 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる」「5. 外診により進行状態を予測できる」「6. 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる」「16. 児頭を最小

周囲径で娩出できる」「17. 適切な方法で肩甲娩出ができる」「18. 躯幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる」「27. 分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる」「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」であった。

表9は、各選定項目の学生および指導者評価の平均値をそれぞれ、8例目と9例目、8例目と10例目を  $t$  検定で比較した。学生評価では、8例目と9例目を比較したものは28項目中11項目に統計的に有意な平均点の差がみられた。8例目と10例目を比較したものは、23項目に有意な上昇がみられた。指導者評価では、8例と9例を比較したものは28項目中9項目に統計的に有意な平均点の上昇がみられ、8例目と10例目を比較したものは22項目に有意な差がみられた。

図2は、分娩介助実習1~10例目の学生の評価の全28選定項目をひとつにして平均推移を示した。全体的にも時系列分析を実施し、例数が上がるごとに、有意な上昇を認め ( $p < 0.001$ )、8例と9例、8例と10例の  $t$  検定においても有意差が認められた ( $p < 0.001$ )。また、1例目から5例目の1例毎の値の差の平均は0.09、5例目から8例目では0.05、8例目から10例目では0.07であり、1例目から5例目の上昇に比べて、5例目から8例目ではやや緩徐な上昇となり、8例目から10例目に再びより急な上昇に転じていた。

図3は、分娩介助実習1~10例目の指導者評価の全28選定項目をひとつにして平均推移を示した。全体的にも時系列分析を実施し、例数が上がるごとに、有意な上昇を認め、8例と9例、8例と10例の  $t$  検定も有意差が認められた ( $p < 0.001$ )。

図4は、分娩介助実習1～10例目の学生の評価の各平均推移（全28選定項目）を示している。

図5は、分娩介助実習1～10例目の指導者の評価の各平均推移（全28選定項目）を示している。図4、5ともに高低差はあるものの、例数が増えるに従って、評価の点が上昇している。

以上より、分娩件数が上昇するに従い、学生評価および指導者評価が有意に上昇することが時系列分析により明らかになった。特に、8例目から9例目、8例目から10例目の比較では、多くの項目の平均点が統計的に有意に上昇していることが明らかとなった。一方、10例目でも50%以下だった10項目は、「2. 現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる」「3. 分娩進行状態の修正ができる」「4. 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる」「5. 外診により進行A状態を予測できる」「6. 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる」「16. 児頭を最小周囲径で娩出できる」「17. 適切な方法で肩甲娩出ができる」「18. 軀幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる」「27. 分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる」「28. 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」であり、分娩経過とともに変化する産婦に合わせた支援に関する項目の獲得が遅いという特徴があった。

## F. 考察

本研究は、全国助産師教育協議会の全会員校142校を対象とし、うち解析対象とした施設は36校（25.4%）であった。2015年現在の国内の助産師教育機関全数189校における解析対象施設は36校（19.0%）であ

り、教育課程別では専修学校・各種学校42校のうち13校（31.0%）、大学80校のうち8校（10.0%）、大学院・専門職大学院32校のうち9校（28.1%）であった。また、解析対象とした学生726名の分娩介助評価表は、学生評価・指導者評価を合わせると9,608例分であり、日本における教育機関および分娩介助評価のある程度の代表性は確保されたと考える。

本研究では過去の研究では明らかにされてこなかった時系列の分析および8例目と9例目、8例目と10例目の比較を実施した。時系列分析では、各項目ともに、例数があるほど点数は上昇している傾向が明らかになった。また、学生の評価で「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と評価した割合が50%を超えるのは、8例目と9例目では「9.産痛緩和のケアを行うことができる」のみであったが、10例目では「1. 分娩開始を診断する」「6. 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる」「9. 産痛緩和のケアを行うことができる」「19. 臍帯をクランプし、適切に切断ができる」「20. 臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる」の5項目に増えており、比較的単純な作業、範囲が限定されている操作手技等は、10例目でより増えていくことがわかる。ただし、指導者評価では、10例目でも学生と指導者評価どちらも、「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と評価した割合が60%を超えることはなく、分娩期ケア能力の獲得にはさらに経験を積む必要性があることが明らかになった。

指導者評価で「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と回答した割合が60%を超えた項目は、8例目では6つの項目、9例目では8項目、10例目では17項目であった。8・9例目よりも10例目で飛躍的に

できる項目が増加することが明らかになった。学生評価よりも指導者評価の方が全体的に高く、学生の自己評価は低く、自分に厳しく評価しているという実態が明らかになった。

反対に、「3 ほぼ自立／自立／少しの助言を要する」と回答した割合が 50% 未満だった項目は、8 例目と 9 例目で 15 項目であったが、10 例目では、10 項目に減少した。10 例目でも 50% 以下だった 10 項目は、「2. 現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる」「3. 分娩進行状態の修正ができる」「4. 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる」「5. 外診により進行状態を予測できる」「6. 分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる」「16. 児頭を最小周囲径で娩出できる」「17. 適切な方法で肩甲娩出ができる」「18. 躯幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる」「27. 分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる」「28. 母子に生じる異常を予防するための行動がとれる」であり、関連する複数の情報を収集して分娩進行の時間軸に沿って総合的判断し予測し修正する能力、および分娩介助のうち特に児の娩出にかかわる技術能力項目の達成度は十分ではなかった。

複数の先行研究の論文（原田・岡崎, 2015；中村・大東・角他, 2010；坂本・坂梨・山本他, 1998；清水・松原・宮澤他, 2013；高島・菊池・高塚他, 2012；谷口・我部山・野口他, 2015；松井, 2011）の結果から、「胎盤娩出」「清潔野の作成」「消毒」「児心音聴取」「環境整備」などは比較的早期に達成できるのに対し、分娩介助 10 例目においても「陣痛からの判断」「分泌物からの判断」「陣痛・児心音の総合判断」「内診所見からの判断」「分娩進行の予測」「会

陰保護」「分娩室への移動・準備の判断」「児娩出の手技」「娩出後の産婦のケア」などは技術・診断において到達に課題が残されたとする報告が多くみられたことと一致する。

8 例目と 9 例目の比較では、学生評価で有意に平均点の差が見られたのは 11 項目であり、指導者では 9 項目であり、8 例目から 9 例目にかけての実践の効果が大きいことがわかる。また、8 例目と 10 例目の比較では、学生評価では 23 項目、指導者では 22 項目に統計的に有意な差が見られ、現在の指定規則による分娩例数 10 例程度という規定は、最低要件（ミニマムリクワイアメント）であり、分娩期ケア能力習得には 10 例以上が必要であることが明らかになった。

図 2 では、分娩介助実習 1～10 例目の学生の評価の平均推移（全 28 選定項目をひとつにしたもの）を示したが、分娩 1 例目から 5 例目までに比較すると、分娩 5 例目からはやや緩徐な上昇に変化しており、その後 8 例目から再びより急な上昇に転じていた。これは、谷口・我部山・野口他（2015）、松井（2014）による質研究によると、分娩 5～6 例目に学生の自己評価は一時的に下がることを報告しているものもあった。分娩介助初期段階（分娩 1～3 例目）では、まだ分娩介助に対して不安が多く、実習前に学習した分娩介助の手順に従うのに精いっぱい段階であるのに対し、分娩介助中期段階（分娩 5～6 例目頃）には、チームの連携などより周囲に目が向けられるようになり、また学生が達成できない技術をより明確に自覚するようになることから、より客観的に幅広い視野をもって分娩介助の振り返りができるようになるため、得点が一時下がるのではないかと考えられる。さらに

分娩7例目以降も得点は上昇していることから、分娩介助後期段階（7例目以降）には分娩進行や分娩時間の予測ができるように対する達成感が徐々に持てるようになるという松井（2014）の結果とも一致し、分娩介助実習後半の重要性が示唆される。

本研究では、全国助産師教育協議会会員校の約半数から協力を得てデータを収集したが、評価項目や内容にばらつきがあり、今後本邦における助産学生の教育課程卒業時到達度を経年的にモニタリングして評価するための測定指標の開発につなげたい。それにより、時系列の変化や、効果的な教育手法などのインパクト評価も可能になる。これらの知見は、全国の助産師教育機関における同一評価方法を用いた到達度評価を可能にし、助産師教育の改善のためにも極めて重要である。

## G. 結論

本研究は、全助協に登録されている助産師養成課程を持つ教育機関における分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態について明らかにした。

分娩件数が上昇するに従い、学生評価および指導者評価が有意に上昇することが時系列分析により明らかになった。特に、8例目から9例目、8例目から10例目の比較では、多くの項目の平均点が統計的に有意に増加していることが明らかになり、現在の教育規定の分娩例数10回程度を必須とする現在の規定が妥当であることが明らかになった。今後、本邦における助産学生の教育課程卒業時到達度測定の指標開発につなげていきたい。

## 文献

- 原田さゆり, 岡崎愉加. (2015).  
本学助産課程履修者の大学卒業時における分娩直接介助実践能力の到達度. *岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 21, 151-161.
- 厚生労働省. (2015). 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000099698.pdf>
- 松井 弘美. (2011).  
日本における助産学生の分娩介助実習における学びの様相(Structure of learning in the childbirth care training of midwife students: A japanese perspective). *金沢大学つるま保健学会誌*, 35(1), 1-10.
- 中村 美絵, 大東 千晃, 角 真理, 有馬 美保, 黒田 裕子, 池内 佳子. (2010).  
助産学専攻科臨地実習における分娩介助技術の習得状況. *和歌山県立医科大学保健看護学部紀要*, 6, 57-66.
- 坂本 由紀子, 坂梨 京子, 山本 八千代, 田島 朝信. (1998).  
助産学生の分娩介助技術習得度と介助例数. *母性衛生*, 39(1), 26-31.
- 清水 嘉子, 松原 美和, 宮澤 美知留, 藤原 聡子・西野 自由理, 上森 友記子. (2013).  
助産学実習における学生の助産技術の修得  
分娩介助例数による達成状況と指導者との評価比較. *長野県看護大学紀要*, 15, 1-13.
- 谷口 初美, 我部山キヨ子, 野口ゆかり, 仲道 由紀. (2015).  
学部助産師学生の助産学実習の振り返

り その過程での学びの変化.

日本助産学会誌, 28(3), 407.

高島 葉子, 菊地 美帆, 高塚 麻由, 弓納持

浩子, 中島 通子. (2012).

本学における助産師教育の現状と今後の課題(第1報)

1年間の分娩介助実習の適否に焦点をあてて. 新潟県立看護大学紀要, 3(1), 30-5.

## 図表目次

表 1. 分娩介助評価項目（選定項目）

図 1. 研究協力施設からの返送状況・解析対象とした分娩介助評価表数

表 2. 解析対象施設の概要（教育機関）

表 2.-① 解析対象施設の概要（教育機関別① 専修学校・各種学校）

表 2.-② 解析対象施設の概要（教育機関別② 大学）

表 2.-③ 解析対象施設の概要（教育機関別③ 大学別科）

表 2.-④ 解析対象施設の概要（教育機関別④ 大学専攻科）

表 2.-⑤ 解析対象施設の概要（教育機関別⑤ 短大専攻科）

表 2.-⑥ 解析対象施設の概要（教育機関別⑥ 大学院・専門職大学院）

表 3. 解析対象施設の概要（助産学生数・助産教員数）

表 4 解析対象施設の概要（1 学生あたりの分娩介助数）

表 5. 助産学生の分娩介助評価の平均値（1～10 例）

表 6. 臨床指導者の分娩介助評価の平均値（1～10 例）

表 7. 助産学生の分娩介助評価の「ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合（1～10 例）

表 8. 臨床指導者の分娩介助評価の「ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合（1～10 例）

表 9. 分娩介助評価（平均値）の 8 例目と 9 例目、8 例目と 10 例目の比較（助産学生・臨床指導者）

図 2. 助産学生の 1～10 例目の分娩介助評価 全 28 項目の平均推移

図 3. 臨床指導者の 1～10 例目の分娩介助評価 全 28 項目の平均推移

図 4. 助産学生の 1～10 例目の分娩介助評価 各項目の平均推移

図 5. 臨床指導者の 1～10 例目の分娩介助評価 各項目の平均推移

表 1. 分娩介助評価項目（選定項目）

評価基準 3：ほぼ自立/自立/少しの助言を要する、2：助言を要する、1：できない

大項目		選定項目 No.	下位項目
1	分娩開始を診断する	1	分娩開始を診断する
2	分娩の進行状態を診断する	2	現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる
		3	分娩進行状態の修正ができる
		4	内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる
		5	外診により進行状態を予測できる
		6	分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる
		3	産婦と胎児の健康状態を診断する
8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる		
4	分娩進行に伴う産婦と家族のケアを行う	9	産痛緩和のケアを行うことができる
		10	基本的ニード（排泄・栄養・清潔・体位・休息）に関しての援助ができる
		11	産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する
		12	家族への支援を行える
		13	分娩進行を促す支援ができる
5	経膈分娩を介助する	14	分娩に必要な環境を整える
		15	適切に会陰保護ができる
		16	児頭を最小周囲径で娩出できる
		17	適切な方法で肩甲娩出ができる
		18	躯幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる
		19	臍帯をクランプし、適切に切断ができる
		20	臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる
		21	児の第一呼吸を助成できる
		22	出生直後の児の健康状態を判定できる
		23	適切な方法で胎盤娩出ができる
		24	軟産道の損傷状態を判断できる
		25	子宮収縮と出血状態を判断できる
6	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	26	出生直後の母子接触・早期授乳を支援できる
7	分娩進行に伴う異常発生を予測し、予防的に行動する	27	分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる
		28	母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる

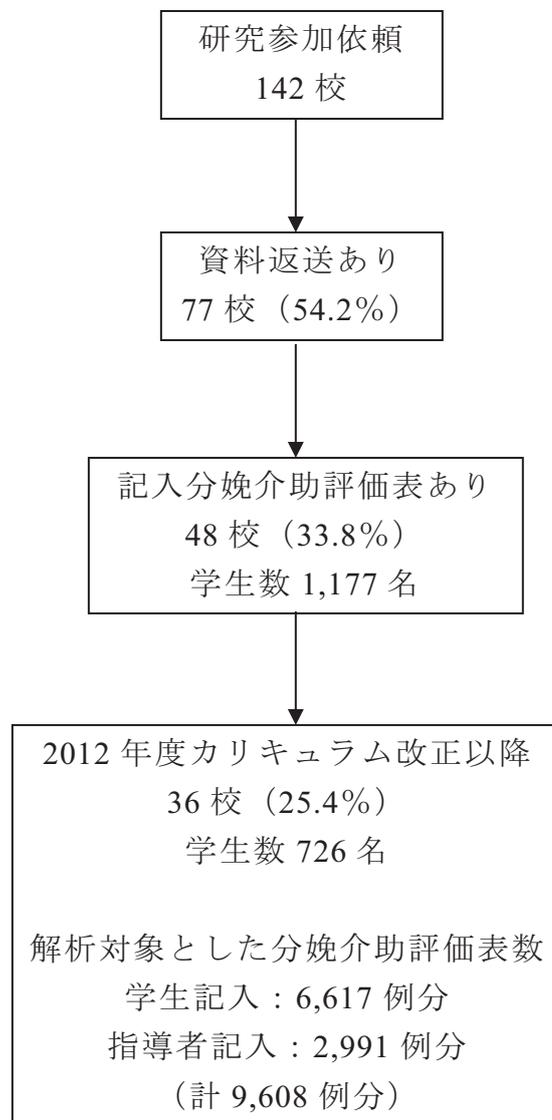


図 1. 研究協力施設からの返送状況・解析対象とした分娩介助評価表数

表 2. 解析対象施設の概要（教育機関）

				n=36
教育機関	解析対象 施設数	返送施設 数	発送施設 数（全助協会 員校）	全国の助 産師養成 施設数*
<b>専修学校・各種学校</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>42</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(36.1%)			
（全返送施設数に占める割合）	(16.9%)	(28.6%)		
（全発送施設数に占める割合）	(9.2%)	(15.5%)	(21.8%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(6.9%)	(11.6%)	(16.4%)	(22.2%)
<b>大学</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>46</b>	<b>80</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(22.2%)			
（全返送施設数に占める割合）	(10.4%)	(32.5%)		
（全発送施設数に占める割合）	(5.6%)	(17.6%)	(32.4%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(4.2%)	(13.2%)	(24.3%)	(42.3%)
<b>大学別科</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(2.8%)			
（全返送施設数に占める割合）	(1.3%)	(3.9%)		
（全発送施設数に占める割合）	(0.7%)	(2.1%)	(4.9%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(0.5%)	(1.6%)	(3.7%)	(3.7%)
<b>大学専攻科</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>24</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(13.9%)			
（全返送施設数に占める割合）	(6.5%)	(15.6%)		
（全発送施設数に占める割合）	(3.5%)	(8.5%)	(15.5%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(2.6%)	(6.3%)	(11.6%)	(12.7%)
<b>短大専攻科</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(0.0%)	(0.0%)		
（全返送施設数に占める割合）	(0.0%)	(0.0%)		
（全発送施設数に占める割合）	(0.0%)	(0.0%)	(2.8%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(0.0%)	(0.0%)	(2.1%)	(2.1%)
<b>大学院・専門職大学院</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(25.0%)			
（全返送施設数に占める割合）	(11.7%)	(19.5%)		
（全発送施設数に占める割合）	(6.3%)	(10.6%)	(22.5%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(4.8%)	(7.9%)	(16.9%)	(16.9%)
<b>合計</b>	<b>36</b>	<b>77</b>	<b>142</b>	<b>189</b>
（全解析対象施設数に占める割合）	(100%)			
（全返送施設数に占める割合）	(46.8%)	(100%)		
（全発送施設数に占める割合）	(25.4%)	(54.2%)	(100%)	
（全国の助産師養成施設数に占める割合）	(19.0%)	(40.7%)	(75.1%)	(100%)

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 2.-① 解析対象施設の概要（教育機関別① 専修学校・各種学校）

教育機関	解析対象 施設数	返送専 修・各種学 校数	発送専 修・各種学 校数（全助 協会員校）	全国専 修・各種学 校数*
<b>専修学校・各種学校</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>42</b>
（全返送専修・各種学校数に占める割合）	（59.1%）	（100%）		
（全発送専修・各種学校数に占める割合）	（41.9%）	（71.0%）	（100%）	
（全国専修・各種学校数に占める割合）	（31.0%）	（52.4%）	（73.8%）	（100%）

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 2.-② 解析対象施設の概要（教育機関別② 大学）

教育機関	解析対象 施設数	返送大学 数	発送大学 数(全助協会 員校)	全国大学 数*
<b>大学</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>46</b>	<b>80</b>
(全返送大学数に占める割合)	(32.0%)	(100%)		
(全発送大学数に占める割合)	(17.4%)	(54.3%)	(100%)	
(全国大学数に占める割合)	(10.0%)	(31.2%)	(57.5%)	(100%)

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 2.-③ 解析対象施設の概要（教育機関別③ 大学別科）

教育機関	解析対象 施設数	返送大学 別科数	発送大学 別科数 (全助協会 員校)	全国大学 別科数*
<b>大学別科</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
（全返送大学別科数に占める割合）	（33.3%）	（100%）		
（全発送大学別科数に占める割合）	（14.3%）	（42.9%）	（100%）	
（全国大学別科数に占める割合）	（14.3%）	（42.9%）	（100%）	（100%）

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 2.-④ 解析対象施設の概要（教育機関別④ 大学専攻科）

教育機関	解析対象 施設数	返送大学 専攻科数	発送大学 専攻科数 (全助協会 員校)	全国大学 専攻科数 *
<b>大学専攻科</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>24</b>
（全返送大学専攻科数に占める割合）	（41.7%）	（100%）		
（全発送大学専攻科施設数に占める割合）	（22.7%）	（54.5%）	（100%）	
（全国大学専攻科数に占める割合）	（20.8%）	（50.0%）	（91.7%）	（100%）

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 2.-⑤ 解析対象施設の概要（教育機関別⑤ 短大専攻科）

教育機関	解析対象 施設数	返送短大 専攻科数	発送短大 専攻科数 (全助協会 員校)	全国短大 専攻科数 *
<b>短大専攻科</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
（全返送短大専攻科数に占める割合）	（0.0%）	（0.0%）		
（全発送短大専攻科数に占める割合）	（0.0%）	（0.0%）	（0.0%）	
（全国短大専攻科数に占める割合）	（0.0%）	（0.0%）	（100%）	（100%）

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 2.-⑥ 解析対象施設の概要（教育機関別⑥ 大学院・専門職大学院）

教育機関	解析対象施設数	返送大学院・専門職大学院数	発送大学院・専門職大学院数 (全助協会員校)	全国大学院・専門職大学院数*
<b>大学院・専門職大学院</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
（全返送大学院・専門職大学院数に占める割合）	（60.0%）	（100%）		
（全発送大学院・専門職大学院数に占める割合）	（28.1%）	（46.9%）	（100%）	
（全国大学院・専門職大学院数に占める割合）	（28.1%）	（46.9%）	（100%）	（100%）

\*助産師国家試験学校別合格者状況（厚生労働省, 2013）および看護学校便覧 2015（平成 27 年度版）（医学書院, 2015）より作成

表 3. 解析対象施設の概要（助産学生数・助産教員数）

n=36

	施設数	解析対象施設に占める割合	全返送施設（77校）に占める割合
助産学生定員（最少4人－最多40人）			
10人以下	16	44.4%	20.8%
11人以上 20人以下	16	44.4%	20.8%
21人以上 30人以下	2	5.6%	2.6%
31人以上 40人以下	0	0.0%	0.0%
未記入	2	5.6%	2.6%
計	36	100.0%	46.8%
助産教員数（最少2人－最多9人）			
5人以下	32	88.9%	41.6%
6人以上 10人以下	4	11.1%	5.2%
未記入	0	0.0%	0.0%
計	36	100%	100%

表 4. 解析対象施設の概要（1 教育機関中 1 学生あたりの最少・最多分娩介助数）

n=36

	施設数	解析対象施設数に 占める割合	全返送施設数（77 校） に占める割合
1 学生あたりの分娩介助数（最少）			
9 例	7	19.4%	9.1%
10 例	23	63.9%	29.9%
11 例以上	3	8.3%	3.9%
未記入	3	8.3%	3.9%
計	36	100%	46.8%
1 学生あたりの分娩介助例数（最多）			
10 例	17	47.2%	22.1%
11 例	5	13.9%	6.5%
12 例	6	16.7%	7.8%
13 例以上	6	16.7%	7.8%
未記入	2	5.6%	2.6%
計	36	100%	46.8%

表5. 助産学生の分娩介助評価の平均値 (1~10例)

ID	選定項目	1 例目	2 例目	3 例目	4 例目	5 例目	6 例目	7 例目	8 例目	9 例目	10 例目	p for trend
1	分娩開始を診断する	1.770	1.819	1.989	2.081	2.121	2.210	2.240	2.336	2.378	2.471	<0.001
2	現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる	1.531	1.621	1.710	1.783	1.885	1.959	1.996	2.081	2.148	2.214	<0.001
3	分娩進行状態の修正ができる	1.544	1.619	1.695	1.770	1.829	1.885	1.962	1.984	2.017	2.053	<0.001
4	内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる	1.460	1.595	1.685	1.795	1.913	1.947	2.005	2.045	2.111	2.205	<0.001
5	外診により進行状態を予測できる	1.626	1.705	1.871	1.995	2.157	2.042	2.131	2.192	2.242	2.328	<0.001
6	分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる	1.543	1.624	1.742	1.817	1.939	2.017	2.072	2.184	2.268	2.376	<0.001
7	CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる	1.674	1.789	1.859	1.949	2.012	2.067	2.160	2.196	2.270	2.441	<0.001
8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる	1.707	1.741	1.788	1.922	1.985	2.084	2.161	2.223	2.375	2.358	<0.001
9	産痛緩和のケアを行うことができる	1.868	1.977	2.083	2.184	2.289	2.282	2.420	2.425	2.482	2.545	<0.001
10	基本的ニード (排泄・栄養・清潔・体位・休息) に関する援助ができる	1.761	1.837	1.964	1.944	2.106	2.132	2.163	2.248	2.239	2.356	<0.001
11	産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する	1.888	1.969	1.970	2.039	2.077	2.146	2.116	2.139	2.144	2.194	<0.001
12	家族への支援を行える	1.652	1.810	1.932	2.010	2.102	2.157	2.186	2.233	2.292	2.288	<0.001
13	分娩進行を促す支援ができる	1.608	1.749	1.933	1.957	1.992	2.078	2.068	2.149	2.203	2.262	<0.001
14	分娩に必要な環境を整える	1.732	1.789	1.870	1.981	2.067	2.121	2.234	2.245	2.299	2.393	<0.001
15	適切に会陰保護ができる	1.584	1.609	1.771	1.830	1.964	1.995	2.065	2.101	2.226	2.307	<0.001
16	見頭を最小周囲径で娩出できる	1.455	1.550	1.605	1.714	1.769	1.932	1.941	1.974	2.063	2.201	<0.001
17	適切な方法で肩甲娩出ができる	1.453	1.530	1.573	1.686	1.776	1.844	1.917	1.919	2.021	2.114	<0.001
18	産婦を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる	1.556	1.644	1.721	1.796	1.858	1.938	2.039	2.061	2.180	2.224	<0.001
19	臍帯をクランプし、適切に切断ができる	1.831	1.927	1.933	2.081	2.197	2.300	2.287	2.333	2.386	2.463	<0.001
20	臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる	1.476	1.543	1.764	1.862	1.966	2.031	2.144	2.195	2.306	2.409	<0.001
21	児の第一呼吸を助成する	1.539	1.648	1.702	1.861	1.987	1.990	2.061	2.107	2.177	2.262	<0.001
22	出生直後の児の健康状態の判定する	1.551	1.639	1.738	1.861	1.959	2.005	2.100	2.155	2.274	2.395	<0.001
23	適切な方法で胎盤娩出ができる	1.791	1.791	1.907	1.997	2.075	2.146	2.180	2.222	2.336	2.374	<0.001
24	軟産道の損傷状態を判断できる	1.484	1.573	1.726	1.824	1.935	1.969	2.088	2.127	2.236	2.315	<0.001
25	子宮収縮と出血状態を判断できる	1.791	1.820	1.928	2.011	2.162	2.183	2.304	2.289	2.468	2.427	<0.001
26	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	1.632	1.715	1.865	1.973	2.093	2.144	2.190	2.284	2.345	2.402	<0.001
27	分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる	1.593	1.672	1.736	1.850	2.027	1.939	1.959	1.968	2.023	2.115	<0.001
28	母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる	1.650	1.702	1.835	1.848	1.880	1.922	1.938	1.985	1.953	1.944	<0.001

コクランアーミーデータ傾向性の検定  $p < 0.05$

表6. 臨床指導者の分娩介助評価の平均値 (1~10例)

ID	選定項目	1 例目	2 例目	3 例目	4 例目	5 例目	6 例目	7 例目	8 例目	9 例目	10 例目	p for trend
1	分娩開始を診断する	1.901	2.015	2.199	2.337	2.327	2.436	2.548	2.651	2.730	2.771	<0.001
2	現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる	1.433	1.543	1.701	1.835	1.969	2.030	2.097	2.181	2.329	2.376	<0.001
3	分娩進行状態の修正ができる	1.399	1.585	1.669	1.781	1.860	1.921	2.051	2.121	2.189	2.254	<0.001
4	内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる	1.425	1.579	1.654	2.014	1.937	2.029	2.187	2.218	2.347	2.422	<0.001
5	外診により進行状態を予測できる	1.618	1.739	1.832	2.385	2.127	2.054	2.340	2.304	2.407	2.371	<0.001
6	分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる	1.541	1.767	1.795	2.025	2.052	2.130	2.309	2.332	2.382	2.544	<0.001
7	CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる	1.663	1.820	1.833	1.997	2.130	2.180	2.337	2.347	2.503	2.626	<0.001
8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる	1.700	1.757	1.793	1.953	2.088	2.146	2.237	2.296	2.455	2.497	<0.001
9	産痛緩和のケアを行うことができる	1.878	1.968	2.135	2.251	2.386	2.410	2.485	2.618	2.641	2.743	<0.001
10	基本的ニード (排泄・栄養・清潔・体位・休息) に関する援助ができる	1.733	1.934	2.014	2.096	2.235	2.231	2.385	2.559	2.481	2.712	<0.001
11	産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する	1.647	2.025	2.094	2.229	2.263	2.325	2.456	2.476	2.474	2.614	<0.001
12	家族への支援を行える	1.690	1.841	1.894	2.101	2.204	2.298	2.342	2.423	2.538	2.586	<0.001
13	分娩進行を促す支援ができる	1.578	1.795	1.868	2.024	2.138	2.135	2.250	2.721	2.518	2.538	<0.001
14	分娩に必要な環境を整える	1.738	2.005	1.967	2.133	2.215	2.255	2.377	2.490	2.529	2.707	<0.001
15	適切に会陰保護ができる	1.504	1.596	1.701	1.901	1.920	2.092	2.164	2.242	2.432	2.507	<0.001
16	見頭を最小周囲径で娩出できる	1.351	1.482	1.647	1.771	1.860	1.982	2.056	2.156	2.278	2.462	<0.001
17	適切な方法で肩甲娩出ができる	1.342	1.451	1.587	1.759	1.799	1.955	2.075	2.132	2.212	2.383	<0.001
18	産婦を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる	1.508	1.659	1.778	1.932	2.007	2.148	2.238	2.323	2.362	2.464	<0.001
19	臍帯をクランプし、適切に切断ができる	1.985	2.074	2.100	2.281	2.453	2.531	2.569	2.660	2.711	2.846	<0.001
20	臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる	1.602	1.596	1.796	1.898	2.045	2.164	2.267	2.389	2.423	2.541	<0.001
21	児の第一呼吸を助成する	1.473	1.702	1.716	1.937	2.023	2.160	2.276	2.271	2.416	2.567	<0.001
22	出生直後の児の健康状態の判定する	1.537	1.714	1.791	1.958	2.087	2.167	2.323	2.405	2.473	2.626	<0.001
23	適切な方法で胎盤娩出ができる	1.805	1.886	2.000	2.184	2.267	2.344	2.413	2.487	2.619	2.674	<0.001
24	軟産道の損傷状態を判断できる	1.490	1.663	1.763	1.940	2.064	2.181	2.287	2.333	2.513	2.549	<0.001
25	子宮収縮と出血状態を判断できる	1.789	1.930	2.020	2.178	2.319	2.444	2.495	2.570	2.621	2.725	<0.001
26	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	1.626	1.773	1.939	2.262	2.240	2.372	2.530	2.576	2.627	2.736	<0.001
27	分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる	1.542	1.674	1.755	1.961	1.942	2.152	2.091	2.128	2.204	2.263	<0.001
28	母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる	1.238	1.565	1.500	1.731	1.625	1.600	1.800	1.800	1.864	1.750	<0.001

コクランアーミーバージョン傾向性の検定 p<0.05

表7. 助産学生の分娩介助評価の「3 ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合（1～10例）

ID	選定項目	1 例目	2 例目	3 例目	4 例目	5 例目	6 例目	7 例目	8 例目	9 例目	10 例目	p for trend
1	分娩開始を診断する	13.7%	13.2%	17.1%	22.8%	24.4%	28.4%	32.6%	37.1%	42.7%	51.0%	<0.001
2	現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる	4.6%	6.2%	6.3%	6.8%	12.5%	14.0%	15.4%	20.3%	25.4%	29.9%	<0.001
3	分娩進行状態の修正ができる	2.8%	4.1%	4.8%	5.7%	7.8%	9.7%	11.7%	14.5%	12.6%	15.3%	<0.001
4	内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる	2.6%	4.1%	4.6%	6.3%	8.1%	12.8%	14.4%	17.4%	21.7%	29.6%	<0.001
5	外診により進行状態を予測できる	6.8%	7.4%	9.1%	14.0%	17.8%	17.2%	22.5%	29.3%	37.6%	39.4%	<0.001
6	分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる	6.9%	9.8%	13.1%	15.4%	21.3%	25.4%	28.9%	37.6%	41.3%	50.9%	<0.001
7	CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる	5.4%	10.0%	8.8%	13.8%	16.7%	19.3%	26.0%	28.2%	34.6%	42.1%	<0.001
8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる	13.2%	10.9%	14.3%	14.5%	20.7%	23.6%	29.7%	37.3%	46.2%	46.0%	<0.001
9	産痛緩和のケアを行うことができる	20.0%	25.3%	29.2%	33.9%	42.2%	41.8%	46.8%	52.0%	56.1%	59.3%	<0.001
10	基本的ニード（排泄・栄養・清潔・体位・休息）に関する援助ができる	10.9%	13.5%	16.7%	14.5%	21.1%	24.1%	25.3%	33.0%	31.9%	38.8%	<0.001
11	産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する	12.6%	14.0%	14.3%	16.7%	19.3%	23.8%	19.7%	21.4%	23.0%	24.4%	<0.001
12	家族への支援を行える	8.0%	11.7%	15.7%	19.5%	25.1%	28.0%	26.5%	31.2%	37.2%	35.4%	<0.001
13	分娩進行を促す支援ができる	4.5%	8.9%	9.2%	12.1%	14.4%	18.2%	17.0%	24.4%	28.0%	30.7%	<0.001
14	分娩に必要な環境を整える	8.8%	12.5%	15.0%	18.7%	25.1%	27.1%	32.0%	34.7%	40.1%	47.1%	<0.001
15	適切に会陰保護ができる	4.5%	5.6%	9.0%	9.0%	13.8%	18.4%	22.1%	23.0%	31.8%	37.1%	<0.001
16	見頭を最小周囲径で娩出できる	3.8%	4.5%	4.9%	7.1%	8.1%	12.3%	16.0%	18.0%	23.1%	32.3%	<0.001
17	適切な方法で肩甲娩出ができる	4.2%	4.4%	4.6%	6.8%	10.9%	12.6%	15.5%	15.9%	21.1%	26.6%	<0.001
18	躯幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる	6.0%	7.6%	8.2%	10.8%	14.5%	18.4%	21.3%	23.7%	31.7%	34.7%	<0.001
19	臍帯をクランプし、適切に切断ができる	12.1%	15.5%	16.7%	25.0%	32.8%	36.0%	39.3%	41.3%	48.6%	52.9%	<0.001
20	臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる	10.8%	9.2%	17.3%	22.0%	27.4%	30.6%	37.9%	39.7%	48.6%	54.4%	<0.001
21	児の第一呼吸を助成する	8.3%	10.6%	10.6%	15.1%	20.1%	23.8%	25.2%	27.3%	34.6%	38.8%	<0.001
22	出生直後の児の健康状態の判定する	8.3%	9.7%	13.5%	18.2%	23.7%	24.2%	31.1%	35.5%	41.6%	45.9%	<0.001
23	適切な方法で胎盤娩出ができる	10.1%	10.3%	13.8%	19.2%	24.4%	24.9%	29.1%	32.3%	40.0%	42.9%	<0.001
24	軟産道の損傷状態を判断できる	3.2%	4.4%	8.6%	9.6%	16.2%	18.1%	23.7%	27.0%	34.8%	39.8%	<0.001
25	子宮収縮と出血状態を判断できる	10.8%	10.9%	14.3%	19.1%	27.8%	27.3%	36.2%	35.7%	43.6%	48.4%	<0.001
26	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	6.8%	9.0%	14.1%	20.3%	27.1%	28.1%	32.7%	35.8%	42.2%	46.3%	<0.001
27	分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる	2.6%	3.1%	2.8%	4.7%	9.0%	10.7%	13.8%	11.1%	14.5%	20.7%	<0.001
28	母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	2.3%	3.1%	4.5%	4.7%	2.4%	<0.001

コクランアーミーテーション傾向性の検定 p<0.05

表 8. 臨床指導者の分娩介助評価の「3 ほぼ自立/自立/少しの助言を要する」と回答した割合 (1~10 例)

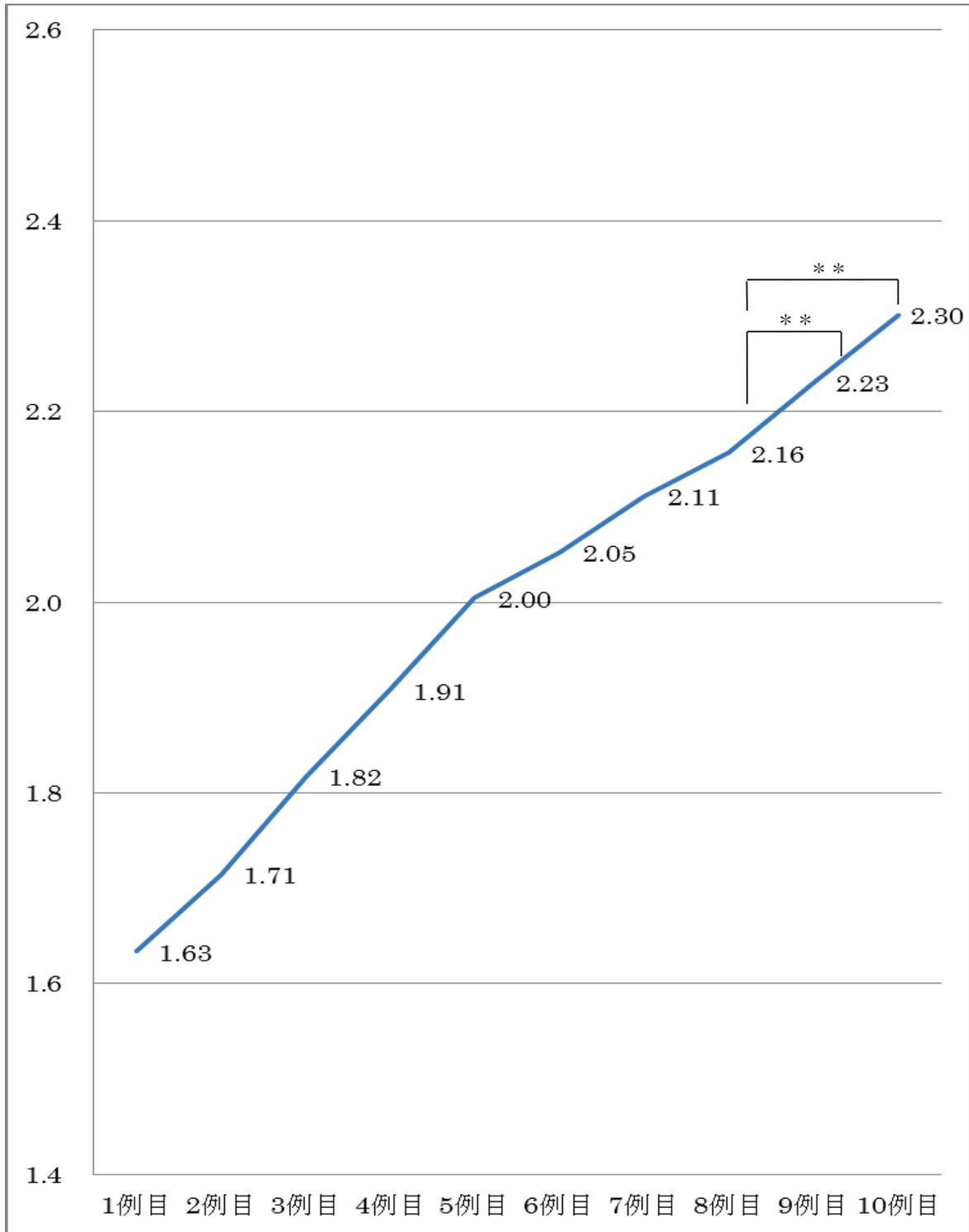
ID	選定項目	1 例目	2 例目	3 例目	4 例目	5 例目	6 例目	7 例目	8 例目	9 例目	10 例目	p for trend
1	分娩開始を診断する	17.7%	24.1%	34.5%	44.9%	38.9%	48.8%	58.6%	65.9%	74.9%	78.5%	<0.001
2	現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる	3.4%	4.7%	8.4%	13.4%	17.2%	21.2%	24.3%	30.0%	44.3%	45.7%	<0.001
3	分娩進行状態の修正ができる	1.4%	4.4%	7.0%	13.1%	10.3%	15.0%	21.3%	30.0%	34.1%	36.5%	<0.001
4	内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる	3.8%	5.3%	6.5%	12.1%	17.6%	20.8%	32.5%	34.1%	46.0%	47.5%	<0.001
5	外診により進行状態を予測できる	10.9%	10.8%	12.1%	19.3%	25.5%	18.9%	42.5%	37.4%	47.2%	41.9%	<0.001
6	分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる	4.6%	12.4%	11.0%	23.9%	26.8%	29.2%	42.1%	48.7%	47.1%	62.8%	<0.001
7	CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる	7.2%	13.1%	12.3%	19.7%	26.4%	29.2%	38.8%	41.4%	54.5%	64.5%	<0.001
8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる	12.9%	13.5%	12.0%	20.9%	25.2%	28.5%	32.8%	42.8%	51.7%	55.1%	<0.001
9	産痛緩和のケアを行うことができる	19.7%	22.9%	29.7%	36.4%	50.3%	48.4%	56.0%	66.3%	68.5%	76.6%	<0.001
10	基本的ニード (排泄・栄養・清潔・体位・休息) に関する援助ができる	9.6%	19.0%	22.9%	28.7%	33.1%	34.3%	45.4%	60.3%	54.9%	72.0%	<0.001
11	産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する	14.7%	25.9%	24.7%	32.5%	42.5%	44.6%	51.9%	54.9%	52.6%	64.3%	<0.001
12	家族への支援を行える	14.4%	18.0%	21.3%	33.9%	37.1%	43.5%	43.7%	52.4%	63.2%	66.7%	<0.001
13	分娩進行を促す支援ができる	5.6%	13.6%	16.5%	22.4%	29.9%	31.5%	34.1%	54.7%	61.2%	61.3%	<0.001
14	分娩に必要な環境を整える	13.2%	17.4%	21.3%	31.1%	37.1%	34.8%	49.7%	55.7%	61.1%	72.9%	<0.001
15	適切に会陰保護ができる	4.0%	4.6%	9.6%	15.1%	16.3%	25.3%	31.8%	34.6%	50.0%	55.1%	<0.001
16	見頭を最小周囲径で娩出できる	2.7%	2.2%	4.6%	10.6%	13.6%	19.1%	23.2%	28.7%	35.9%	52.8%	<0.001
17	適切な方法で肩甲娩出ができる	2.3%	2.2%	4.9%	11.2%	11.8%	17.8%	26.4%	30.6%	34.3%	46.8%	<0.001
18	産婦を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる	4.9%	9.0%	9.7%	22.0%	23.4%	30.7%	38.3%	41.9%	44.9%	52.5%	<0.001
19	臍帯をクランプし、適切に切断ができる	18.3%	26.2%	29.6%	43.7%	54.4%	59.6%	63.6%	71.3%	75.9%	86.2%	<0.001
20	臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる	6.1%	8.0%	18.0%	20.4%	29.9%	35.9%	45.2%	53.4%	55.3%	62.2%	<0.001
21	児の第一呼吸を助成する	7.8%	11.1%	10.6%	23.0%	21.9%	33.6%	40.3%	42.7%	52.1%	63.8%	<0.001
22	出生直後の児の健康状態の判定する	6.8%	11.7%	16.2%	26.2%	29.2%	35.2%	45.8%	53.6%	55.1%	68.3%	<0.001
23	適切な方法で胎盤娩出ができる	13.0%	15.7%	19.9%	34.2%	38.3%	42.4%	50.2%	56.2%	65.3%	71.3%	<0.001
24	軟産道の損傷状態を判断できる	7.7%	6.1%	8.8%	21.3%	27.8%	32.8%	39.6%	44.0%	57.6%	62.6%	<0.001
25	子宮収縮と出血状態を判断できる	13.8%	16.4%	22.9%	33.3%	41.4%	53.0%	56.9%	62.1%	67.1%	76.8%	<0.001
26	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	7.6%	12.4%	21.7%	34.9%	36.9%	50.6%	58.9%	64.2%	67.0%	77.8%	<0.001
27	分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる	8.3%	8.7%	6.1%	19.6%	19.2%	37.0%	27.3%	38.3%	36.7%	47.4%	<0.001
28	母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	10.0%	13.6%	0.0%	0.007

コクランアーミーテーション傾向性の検定  $p < 0.05$

表9. 分娩介助評価 (平均値) の8例目と9例目、8例目と10例目の比較 (助産学生・臨床指導者)

ID	選定項目	助産学生				臨床指導者			
		8例目	9例目	10例目	8例目 VS 9例目の p-value (t検定)	8例目	9例目	10例目	8例目 VS 9例目の p-value (t検定)
1	分娩開始を診断する	2.34	2.38	2.47	0.310	2.65	2.73	2.77	0.097
2	現在の情報を統合して進行状態及び分娩予測ができる	2.08	2.15	2.21	0.054	2.18	2.33	2.38	0.009
3	分娩進行状態の修正ができる	1.98	2.02	2.05	0.440	2.12	2.19	2.25	0.411
4	内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる	2.05	2.11	2.21	0.098	2.22	2.35	2.42	0.049
5	外診により進行状態を予測できる	2.19	2.24	2.33	0.435	2.30	2.41	2.37	0.204
6	分娩野の作成や、分娩室への移動のタイミングを判断できる	2.18	2.27	2.38	0.197	2.33	2.38	2.54	0.472
7	CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる	2.20	2.27	2.44	0.046	2.35	2.50	2.63	0.001
8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる	2.22	2.38	2.36	0.027	2.30	2.45	2.50	0.038
9	産婦緩和のケアを行うことができる	2.42	2.48	2.55	0.271	2.62	2.64	2.74	0.738
10	基本的なリード (非性・栄養・清潔・体位・休息) に関する援助ができる	2.25	2.24	2.36	0.844	2.56	2.48	2.71	0.292
11	産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する	2.14	2.14	2.19	0.912	2.48	2.47	2.61	0.990
12	家族への支援を行える	2.23	2.29	2.29	0.222	2.42	2.54	2.59	0.096
13	分娩進行を促す支援ができる	2.15	2.20	2.26	0.299	2.72	2.52	2.54	0.768
14	分娩に必要な環境を整える	2.24	2.30	2.39	0.128	2.49	2.53	2.71	0.453
15	適切に会陰保護ができる	2.10	2.23	2.31	0.000	2.24	2.43	2.51	0.000
16	臍頭を臍が周囲で娩出できる	1.97	2.06	2.20	0.016	2.16	2.28	2.46	0.020
17	適切な方法で肩甲娩出ができる	1.92	2.02	2.11	0.004	2.13	2.21	2.38	0.153
18	臍帯を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出することができる	2.06	2.18	2.22	0.001	2.32	2.36	2.46	0.487
19	臍帯をクランプし、適切に切断ができる	2.33	2.39	2.46	0.154	2.66	2.71	2.85	0.306
20	臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる	2.19	2.31	2.41	0.041	2.39	2.42	2.54	0.621
21	児の第一呼吸を助成する	2.11	2.18	2.26	0.185	2.27	2.42	2.57	0.018
22	出生直後の児の健康状態の判定する	2.15	2.27	2.39	0.005	2.41	2.47	2.63	0.227
23	適切な方法で胎盤娩出ができる	2.22	2.34	2.37	0.001	2.49	2.62	2.67	0.008
24	産道への損傷状態を判断できる	2.13	2.24	2.32	0.004	2.33	2.51	2.55	0.001
25	子宮収縮と出血状態を判断できる	2.29	2.47	2.43	0.021	2.57	2.62	2.73	0.294
26	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	2.28	2.34	2.40	0.124	2.58	2.63	2.74	0.342
27	分娩進行に伴う異常発生をアセスメントすることができる	1.97	2.02	2.12	0.261	2.13	2.20	2.26	0.621
28	母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる	1.99	1.95	1.94	0.461	1.80	1.86	1.75	0.744

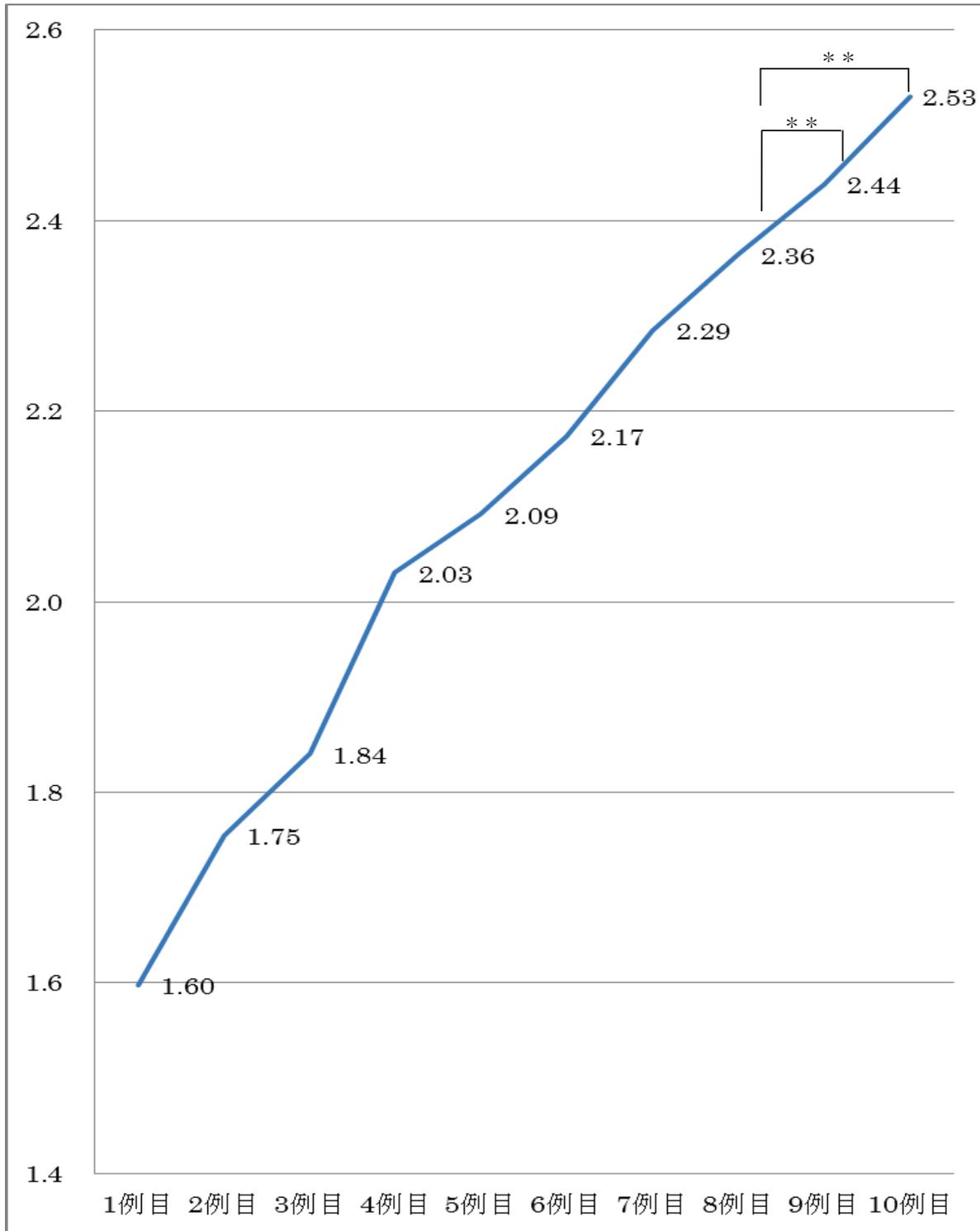
p<0.05



\*\* $p < 0.001$

評価基準 3 : ほぼ自立/自立/少しの助言を要する、2 : 助言を要する、1 : できない

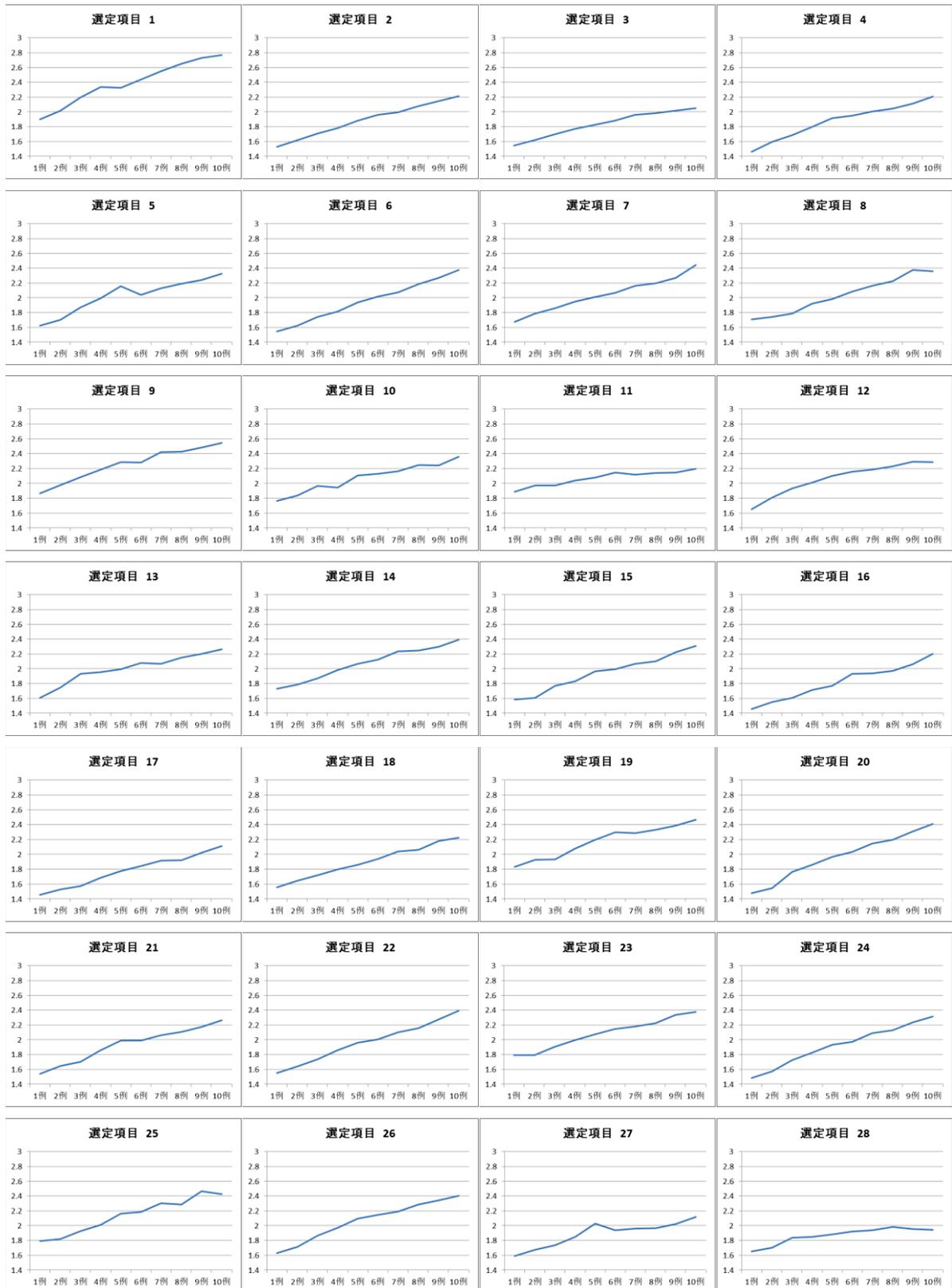
図 2. 助産学生の 1~10 例目の分娩介助評価 全 28 選定項目の平均推移



\*\* $p < 0.001$

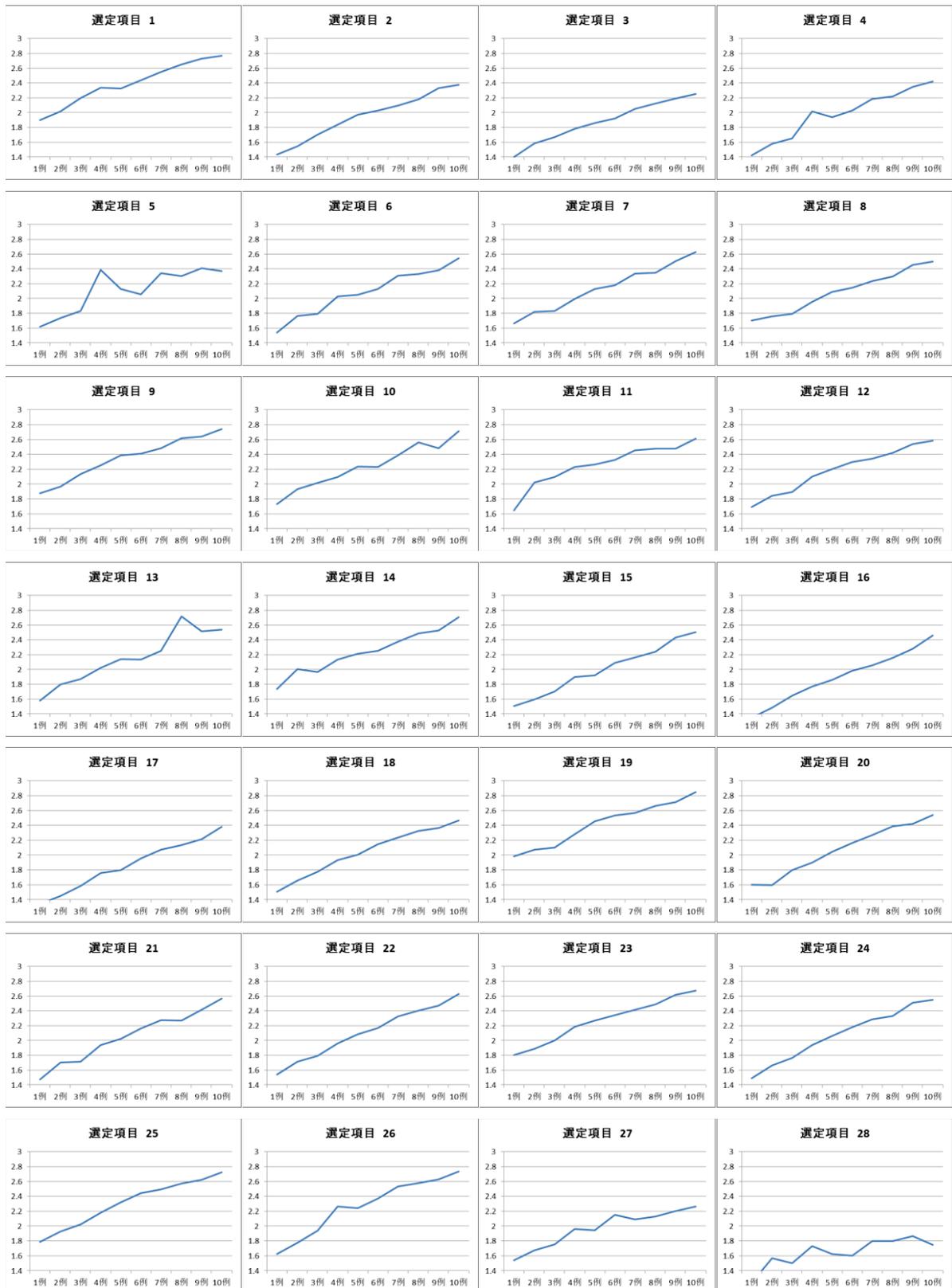
評価基準 3 : ほぼ自立/自立/少しの助言を要する、2 : 助言を要する、1 : できない

図 3. 臨床指導者の 1~10 例目の分娩介助評価 全 28 選定項目の平均推移



評価基準 3：ほぼ自立/自立/少しの助言を要する、2：助言を要する、1：できない

図4. 助産学生の1～10例目分娩助産評価 各選定項目の平均推移



評価基準 3：ほぼ自立/自立/少しの助言を要する、2：助言を要する、1：できない

図 5. 臨床指導者の 1~10 例目分娩介助評価 各選定項目の平均推移

### 研究 3: 「助産学生の実習にかかわる臨床指導助産師への調査」

Study for clinical midwives on the number of cases in labour and delivery training and learning achievement for midwifery students

主任研究者 井村真澄 (日本赤十字看護大学)  
研究分担者 片岡弥恵子 (聖路加国際大学)  
大田えりか (国立成育医療研究センター)  
喜多里己 (日本赤十字看護大学)  
研究協力者 新田真弓 (日本赤十字看護大学)  
斎藤英子 (日本赤十字看護大学)  
千葉邦子 (日本赤十字看護大学)  
竹形みずき (国立成育医療研究センター)

#### 研究要旨

本研究は、助産学生の実習にかかわる臨床指導助産師（以下、臨床指導者）の、助産学生分娩期ケア能力学習到達度に対する評価について明らかにすることを目的とし、全国 6 地区の助産学実習を受け入れている 14 施設の 68 名の臨床指導者を対象に、フォーカスグループインタビューと質問紙調査を行った。得られたデータを臨床指導者の認識する助産学生の『少しの助言で自立できる』時期や理由に沿って質的帰納的分析および記述統計にて分析した結果、助産学生は介助例数 1～5 例で作業的な内容であり実習前の既習の知識と実習経験とを照合することで理解が進む項目、6～8 例で産婦と胎児に関連する複数情報を統合したアセスメントが求められる実践的な項目、9～10 例で「助産」技術の主をなす分娩介助技術項目を獲得していると認識していた。しかし、【分娩進行に伴うケアの修正・評価】や【肩甲娩出】は 10 例に到達しても獲得は難しく、特に正常経過を中心に実習を行っている現状では、異常発生の予測や予防的行動まで求めることが難しいと考えていた。また、10 例以上の助産学実習を指導している臨床指導者からは、実習の経験を積み重ねることで助産学生の成長を実感しており、より安全に正常経過にある出産へ対応できる豊かな能力が獲得できる可能性も示唆された。今後、本邦における助産学生の分娩期ケア能力の学習到達状況に対する評価や助産師教育の改善につなげていきたい。

#### A. 研究の背景

助産師教育においては助産学生に必要な卒業時到達能力・レベルと教育の改正が進められてきた。国際助産師連盟（ICM）の「基本的助産業務に必須な能力」改訂版（2013）の改訂も踏まえ、本邦においては保健師助産師看護師学校養成所指定規則が 2011 年に改正された。改正点は、助産師教育修業年限が 6 か月以上から 1 年以上に延

長され、単位数は 23 単位から 28 単位以上となり、うち実習単位は 9 単位から 11 単位に増加した。同時に厚生労働省による「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」（2015）が提案され、高度な助産実践能力の獲得に向け、助産師教育修了時に獲得すべき能力が明示された。

これまでも教育機関ごとの評価基準による学生自己評価として、分娩介助件数を経

るごとに漸進的に技能を獲得しているという報告が散見されている。しかし、これらは各調査により評価基準が異なり、本邦の助産学生の実習における到達度を明確に把握するには至っていない。

そこで、本研究に先立つ研究2においては、北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄の各地区に存在する助産師養成課程を持つ教育機関における分娩期ケア能力の評価方法と評価結果の実態について明らかにした。

続いて、本研究（研究3）においては、助産学実習を受け入れている施設の臨床指導助産師（以下、臨床指導者）が捉える、助産学生の分娩期ケア能力の学習到達に対する評価について明らかにすることとした。

これらの研究により、助産学生の分娩期ケア能力学習到達度について相補的に検討することができ、助産師教育の改善のための極めて重要な知見を得られると考える。

## B. 研究目的

助産学生の実習にかかわる臨床指導助産師の、助産学生分娩期ケア能力学習到達度に対する評価について明らかにする。

## C. 用語の定義

分娩期ケア能力：分娩第1期から分娩第4期までのケアに必要な能力とし、「助産師に求められる実践能力と卒業時到達目標と到達度」（厚生労働省，2015）のⅡマタニティケア能力-3.分娩期の診断とケア-C.正常分娩に記載されている内容は最低限含んでいるものとする。

## D. 研究方法

### 1. 研究デザイン

フォーカスグループインタビューおよび質問紙による記述的研究とする。

### 2. 研究協力施設・研究参加者

**研究協力施設：**北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄地区のいずれかに存在する助産学生実習受け入れ産科施設とした。助産学生は助産師養成課程を持つ教育機関（専修/専門学校、短大、大学、大学別科、大学専攻科、大学院/専門職大学院を含む）すべてとし、全国6地区において1地区あたり1～3施設を募集した。

**研究参加者：**助産学生実習受け入れ産科施設において分娩期ケアの助産学実習で助産学生への実習指導にかかわった経験を持つ臨床指導助産師とした。各施設5～10名程度で、30名以上を目標にし募集をした。

### 3. 調査期間

2016年1月～3月

### 4. データ収集

#### 1) 研究協力施設・研究参加者の概要

研究協力施設に「研究協力産科施設基礎情報シート」を配布し、施設の病床数、産科病床数、年間分娩件数、勤務助産師数、実習受け入れ教育課程の種類、受け入れ助産学生数、助産学生一人当たりの分娩介助件数、分娩介助評価方法（評価表）の有無に関する質問票への記入を依頼した。

研究参加者に「研究参加者基礎情報シート」を配布し、年齢、産科以外の臨床経験年数、産科臨床経験年数、助産学実習指導経験年数、教員経験年数に関する質問票へ

の記入を依頼した。回答所用時間は5分程度であった。

## 2) フォーカスグループインタビュー

インタビューガイドの質問枠組は、「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と達成度」（厚生労働省, 2015）に準拠し一部改変した項目から構成される。到達目標項目ごとに、助産学生の分娩介助例数に基づく学習進捗状況や到達度、助産師教育に求める基礎知識・技術と、新人助産師の分娩介助例数を尋ねる形式とした。

インタビューガイド作成には、臨床経験20年以上の助産師2名、15年以上2名が携わり、類似対象集団において1回試用し改訂を加え内容妥当性を高めた。

## 3) 助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価

「助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価アンケート」（資料2）は、「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と達成度」（厚生労働省, 2015）（資料1）に準拠したものに、特に分娩期の能力を図るための項目を研究者間で検討の上、追加した計13項目とした。各項目に対して助産学生が『少しの助言で自立できる』と捉える例数（1～15, それ以上）の記入を依頼した。回答所用時間は15分程度であった。

## 4) データ収集手順

### ①調査依頼施設の募集と同意

北海道・東北、関東甲信越、東京、中部・近畿、中国・四国、九州・沖縄の各地区に存在する全国助産師教育協議会会員校の助産学生実習受け入れ主要産科施設リストに掲載されている施設を対象とした。

研究者は、上記リストに基づき当該産科施設長/看護部長に研究関連資料一式を郵送配布し協力を依頼した。研究協力に同意した産科施設は、郵送物に同封されている

「研究協力同意書」のファックスを送信し、同意書の受理を持って同意とした。

### ②研究参加者の募集と同意

研究協力施設の看護部長または看護部長より委任された当該責任者（以下、当該責任者）に、適格基準を満たすと思われる助産師への「研究参加依頼書・同意書」配布を依頼した。

### ③研究参加者の同意と応募

依頼書を読んで研究参加への意思がある助産師は、当該産科施設内に設置した回答ボックスへ「研究参加同意書」を提出した。当該責任者は、事前に提出されている通常の勤務調整希望を踏まえて日程調整を行い、研究参加を表明した助産師（以後、研究参加者）に対して、インタビュー開催日時の調整を行った。

## 5) インタビュー・質問紙調査の実施

①インタビュー実施者は、インタビュー技術を習得している修士以上の学位を持ち、インタビューを受ける助産師とその所属産科施設には利害関係の無い者とした。

②インタビュー実施者は、事前に当該責任者と連絡を取り打ち合わせをし、当日、会場受付にて研究参加者に再度研究参加への意思を確認し、当該施設個室にて、インタビュー実施詳細手順に従ってフォーカスグループインタビューを実施した。インタビュー所要時間は60分程度とした。

③インタビュー実施者は、インタビュー開始前には「研究協力産科施設基礎情報シート」・「研究参加者基礎情報シート」を配布し、インタビュー終了後には「助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価アンケート」（資料2）を研究参加者へ

配布した。回答終了後に質問紙を回収して、一連の調査セッションを終了した。

#### 7) データ取扱い担当者の設定と役割

- ①研究者以外およびインタビュー担当者以外の修士号以上を持つリサーチアシスタント（データ取扱い担当者）が、各研究協力者から提出されたデータを扱うこととした。
- ②データ取扱い担当者は、データを受け取ったのち、その時点で個人情報特定される情報は削除した。
- ③各研究参加施設および研究参加者情報はID番号をつけ匿名化を行い、「研究協力産科施設・研究参加者基礎情報シート」にある情報を電子媒体へ入力した。
- ④インタビューデータの逐語録作成は、専門業者に委託した。その際守秘義務遵守に関する誓約書を取り交わした。

### 5. データ分析方法

#### 1) 研究協力施設・研究参加者の概要

研究協力施設および研究参加者の概要について、「研究協力産科施設基礎情報シート」、「研究参加者基礎情報シート」を基に、記述統計を行った。

#### 2) インタビューデータ

インタビューデータは、匿名化番号を用いて逐語録を作成した。逐語録を施設毎に熟読し、インタビューガイドに基づき、質問毎に助産学生の到達レベルが示されている理由と同質の内容となる1記述1コードとして抜粋した。抜粋したコードは、質問、施設ID、到達例数、理由をセットとして分析シートに整理し、意味内容を損ねない程度に簡潔に要約した。

得られたコードは、全施設全参加者で質問毎に集約し、助産学生の到達レベルと理

由について意味内容の類似性、相違性に着目してカテゴリー化を行った。

質的帰納的分析は、結果を研究者と研究協力者4名で共有・討議を重ねて進めた。また、分析結果は、適宜、共同研究者との会議でレビューを行い、分析結果の妥当性を高めた。

#### 3) 助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価

質問項目ごとに、記述統計にてデータの要約・分析を行った。統計解析はSPSS version 24.0を用いた。

### 6. 倫理的配慮

研究依頼文書に、研究協力の任意性、匿名性の守秘、データは学術目的以外では利用しないことを明記した。得られたデータはすべてID番号で匿名化して扱い、研究協力施設名、研究参加者名が特定される情報は表示されないよう留意し、研究者と研究協力者以外は取り扱わなかった。なお、本研究は日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得て行った（2015-111承認番号）。

### E. 結果

#### 1. 研究協力施設・研究参加者の概要

##### 1) 研究協力施設の概要

研究協力が得られた施設は14施設で、地区別内訳は、北海道・東北地区が1施設、関東・甲信越地区が4施設、東京地区が3施設、中部・近畿地区が4施設、中国・四国地区が1施設、九州・沖縄地区が1施設であった。また、病院機能内訳は、総合周産期母子医療センターが5施設、地域周産期母子医療センターが3施設、一般病院・診療所が6施設であった。年間分娩件数は、500件以下が3施設、501～1500件が8施設、

1501件以上が3施設であった。勤務助産師数は常勤・非常勤を合わせ10～20名が4施設、21～50名が5施設、51名以上が5施設であった。

助産学生実習受け入れ人数は、1～5名が6施設、6～10名が2施設、11～20名が4施設、21名以上が2施設であった。また、1施設における助産学生1人あたりの分娩介助件数は9件以下が3施設、10件以上が11施設であった（表1）。

## 2) 研究参加者の概要

14の研究協力施設からの研究参加者は68名で、平均年齢39.5 (±7.93) 歳、産科以外の臨床経験年数の平均は2.5 (±4.68) 年で、産科臨床経験年数の平均は14.5 (±7.42) 年であった。また助産学実習指導経験年数の平均は9.5 (±7.37) 年だった（表2）。

## 2. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」時期に関するインタビュー結果

14施設のうち2施設は合同でインタビューを行ったため13グループのインタビュー結果を分析した。インタビューにおいて臨床指導者が認識する助産学生が『少しの助言で自立できる』時期とその理由に関する内容を抜粋・要約したコード数は315であった。コードを到達時期とその理由の類似性と相違性をもとに帰納的に比較・分類した結果、100のサブカテゴリーへと集約された（表3）。

臨床指導者が認識する助産学生が『少しの助言で自立できる』時期を、助産技術毎に介助例数が少ないものから順に記述し、臨床指導者らの討議から見出された獲得時期について述べる。以下、助産技術項目は【 】、サブカテゴリーは< >、臨床指導者の考えた学生の到達例数とその理

由のコードを「 」 、コードが語られた各インタビューの13グループを〔A～M〕で示す。

### 1) 対象者の【情報収集や診断スキル】の獲得時期

臨床指導者らは、1～3例目では、<学校で記録の書き方、系統的な情報収集の方法を学び実習オリエンテーションを受けているので、カルテを閲覧して記録用紙へ記入することができる>、<カルテだけでなく情報の収集について臨床指導者から学んでいる>と述べていた。

「(1～2例目は) その施設の情報の見方というのに慣れるのにちょっと時間が必要で、どのページに何があるかを把握するのに少し時間がかかるので、そこに慣れてきて初めて自由に情報がとれる」〔D〕

4～6例目では、<続けて正常経過の人を受け持ち続けていると、ある程度ポイントをつかみ優先度を考慮して情報収集できるようになる>としていたが、<これまで受け持ったことのない事例が入ったり、しばらく介助がない時期が続くと、まだ不十分であり、少しのサポートを必要とする>とも述べていた。

「(5例目では) 情報収集だけだったら、何をとればいいかはわかる、とるところが全然とれていなかったりとか」〔I〕

7～10例目では、<変化がない正常経過や継続事例は自立してできるようになる>、<優先順位が考えられ、主体性もでてきて、学生自身が産婦との関わりの中から情報を得ることができる>、<臨床指導者のコミ

コミュニケーションを見て自ら学びとることができるようになってくる>としていたが、<学生差があり、少し間があくとまたりセットされてしまい、内診からの情報はわかっていない>とも述べていた。

「(8例目では) スタッフのを見てちゃんと覚えるんだよと言って、はじめてやっと思えるようになる。スタッフがどういうふうにいるか、なんとなくそうなんだとわかりはじめる」〔D〕

「7, 8以上でカルテからだけじゃだめとわかってくる。産婦を見ての情報が必要って中盤あたりからわかってくるので、挨拶に行くと、そのときの状態を見て、ある程度時間がどんだけかけないといけなかっていうのがわかってくる」〔H〕

11例以上では、<学生は受け持ち可能な正常経過の事例しか経験値がない>、<コミュニケーションスキルが低いため、自らの身体感覚を用いた情報収集や産婦との関わりの中から系統的且つ予期的に有用な情報を意図的に収集することは難しい>としていた。

「意図的に自分で情報収集するのは10例でも難しい。コミュニケーションスキルが低いため産婦との実際のやり取りの中で適切な情報を収集するのは難しい」〔J〕

以上より、臨床指導者は学生の対象者の【情報収集や診断スキル】の獲得時期について、1~3例目では教えられた通りにカルテからの情報収集ができるようになり、4~6例目と同じような学習経験が続くと、ある程度ポイントをつかんで優先度を考慮できるようになると捉えられていた。7~8

例目では学生の主体性もみられ優先順位が考えられるようになってきていたが、まだ個人差は大きく、事前に関わりのあった継続事例では自立できているが、学生や事例によっては支援を要すると認識されていた。9例目では、正常経過や継続事例は自立し、主体性もでてきて産婦との関わりの中から情報を得られるようになって考えていた。しかし、10例でも分娩介助の間隔が開いたり、学生のコミュニケーション能力が低いと要支援の状況が続くと捉えていた。

## 2) 【分娩開始の診断】の獲得時期

臨床指導者らは、1~3例目では、<陣痛測定自体が初めてであり、分娩開始や診断もイメージしきれていない>、<受け持ち産婦に10分以内の陣痛が発来していたり、分娩開始が明瞭な状態であれば、産婦へ陣痛開始時間を質問したり、CTGの波形を見て、定義通りに判断することができる>としていたが、<開始しているか否かの判断はまだできていない>とも述べていた。

「(3例目くらいで) 一応、モニターとると波形があるから、それが前駆陣痛なのか有効陣痛なのかというところを判断できるか、定義と照らし合わせて、教科書通りですけど、少しの助言で、ともに確認できるぐらいにはなりそうです。」〔D〕

また、4~5例目では、<陣痛測定が自分で行えるようになり、CTGを読み、産婦とコミュニケーションをとりながら情報収集をして、陣痛の状態や産徴、破水も考慮し、教科書上の定義と照らし合わせながら正常な経過にある産婦の分娩開始の診断を述べられるようになってくる>と考えていたが、

<誘発分娩の際の診断はまだ難しい>としていた。

「(4-5 例目では)患者さんとコミュニケーションをとっている中で情報を収集して、陣痛の状態とか、おしるしも含めて、破水も含めて、話を聴きながらできる。」〔M〕

6~9 例目では、<分娩開始の状況を総合的に判断して入院管理を要する経過であるか否かの判断を行う学生もいる>と述べていた。

「学生によっては入院をとりたいたいと言って、一応入院から一緒につけた場合に限って、陣痛発来を考えるとということがあったり、継続ケースを踏まえると、8 例目、9 例目でできることはある。」〔C〕

10 例目では、<CTG に頼りがちで産婦の様子から総合的に判断すること、前駆陣痛との鑑別判断、分娩誘発、色々な分娩開始の状況があることまではわかっていない>としていた。

「(10 例目でも)前駆陣痛の鑑別の判別はちょっと難しいなと思ったし、自分の願望的に、これ (CTG で観ること) に慣れて欲しくないなっというか、他のこういうパターンもあるよと」〔M〕

以上より、臨床指導者は、学生が対象者の情報収集や診断スキルを獲得する時期について、1~3 例目は陣痛測定や分娩開始の診断に関する情報収集を臨床指導者の指導のもと経験し、既存の知識と照らし合わせて考えはじめ、4~5 例目で自分なりに系統的に情報収集をして正常な経過にある産婦

の分娩開始の診断が少しの助言で行えるようになっていと捉えていた。6~9 例目では、入院のタイミングを考慮した分娩開始の診断を経験できる学生もいると認識していた。しかし、10 例目でも、誘発分娩や前駆陣痛の事例の想起ではあるが、多様な分娩開始の診断があることまでは十分に理解しきれていないとも考えていた。

### 3) 【受け持ち開始時の分娩進行】の獲得時期

この質問項目に対して、1~2 例目で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、3-4 例目で<助言で気づき結びつきはじめる>としていた。

「(3~4 例目では)少しの助言で、ああそうかというふうに結びつき始めているのかなと思う。」〔E〕

5~6 例目では、<意識付けていくと、五感を使って様々な外診所見に気づけるようになり、初期計画ができ関われるようになる>と述べていた。

「五感の部分の視覚で見えるものは、割と早くに習得ができて、会陰の膨隆だったり肛門哆開だったり、そういうのは割と早い。5 例目ぐらいでわかるか。」〔E〕

7 例目では、<実習の環境にも慣れて、産婦の変化をとらえ、助言で考えられるようになってくる>が<計画の立案は予測までいかず、個別性をとらえているというより型どおり>とも述べていた。

「(7例目では)助言でできる、なんとなく考えられるようになったんだと思う、最初よりよくなる。」〔I〕

8～10例目になると<個人差の大きい分娩進行の変化を捉えることができ、自分から計画を報告できるようになり、分娩予測も一致してくる>としていた。

「後期の実習に入って、環境と実習に慣れた7例目以降、8、9、10とか、最後の3例ぐらいは比較的、活動期だったり、分娩第2期に入ってきたりというのは何となくわかってくる。」〔C〕

しかし、11例以上で到達すると述べた臨床指導者も多くおり、<最初の頃は受け持ち開始時の計画は間に合っておらず、第2期ぐらいからしか関わっていない学生もいる>、<外診はまだちゃんと触れられておらず、10例以上経験しないと外診と内診所見が一致しない>、<14例以上介助する学生だと10例以降でないと少しの助言でできる子は少ない>とも述べていた。

「前半の二、三週間で6例ぐらいまで行ってしまい、ほとんど第2期ぐらいからしか見えていないという子が多いので、14例だと10例以降じゃないと、少しの助言でできる子は少ない。」〔C〕

以上より、臨床指導者は、1～2例目では分娩進行の診断には至っていなかったと考えていた。3例目～5、6例目にかけて、臨床指導者に繰り返し助言を受けて意識付けられることにより、進行を診断する上で必要な情報を捉えられ、初期計画を立案できるようになると認識していた。7例目では、

様々な産婦の変化を捉えられるようになるが、個別性をふまえた予測までは至らず、8～10例目にかけて、個人差をふまえた分娩進行の変化を捉え、報告・相談できるようになり、分娩予測の診断も的確になると考えていた。

しかし、10例以上介助する学生を指導している臨床指導者らは、10例以降にならないと診断の適切性は不十分であり、少しの助言でできる学生は少ないと捉えていた。また、実際には、最初の数例は計画も立てられておらず、短期間で多くの分娩を介助しており、分娩第2期からしか関わることができないケースが多い場合もあり、10例で到達していると言えないと考える臨床指導者もいた。

#### 4) 【分娩進行状態に伴う評価・修正】の獲得時期

この質問項目に対して、1～6例目で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、7～8例目で<経過が緩慢になった際に分娩予測時間やケア指針を修正したり、振り返りの時には気づくことができる>と述べていた。

「(7～8例目)振り返った時には言えている。」〔K〕

「(7～8例目)遷延してきたころから、ちょっとケアを変えようとか、分娩予測時間とか。」〔I〕

8～10例目では、<分娩経過を理解しつつあり、複数情報を関連づけ、継続事例や経過が長い時は自主的に計画を相談できるが、こちらから促すことで考え報告している>、<タイムリーではないが、終了後に自分のケアを評価することはできる>とし

ていたが、＜適切に修正できているとはいき切れず、目に見えない経過、予測的に判断すべきことはまだ見逃してしまう＞とも述べていた。

「8 例目とかで継続さんがやってくるので、継続さんのときは自ら積極性を持って評価をしにきたりはします。」〔H〕

「タイムリーではないが、お産が終わって、自分のケアを評価できると9 例目、10 例目に、こうやったことがよかったというふうに見える子が出てくる。」〔C〕

10 例目では＜正常経過を逸脱した事例を評価するのに必要な経験数であり、過去の経験に照らし合わせて修正を提案できることもある＞とし、10 例以上とした臨床指導者は＜現在の状態を適宜総合的に自らの感覚も活かして判断・修正することは難しく、まだ任せられず難しい＞、＜特に、初産婦より経過が急速に展開する経産婦へのアセスメントは難しく達成とは言い切れない＞と認識していた。

「正常から外れたか否かを評価するにはこれ（10 例）くらい必要」〔M〕

「（10 例目では）過去にあたったケースと類似しているときは修正を提案してくれることはある」〔M〕

「経産婦の進行ぐあい。初産婦より危なっかしくて、10 例じゃ任せられない。腹圧が入ってきているのにはなかなか気づかない。しっかり目に見えるものは、8 例、10 例でわかるかもしれないが、目に見えないとか触感じゃないとわからないという感覚が、10 例以上。見逃したら終わりなんだけれども、それ見逃す。」〔E〕

しかし、到達時期を 15 例目以上とした臨床指導者もおりに＜予測できなかったことを修正し判断・対応するまでは至らず、基本的なレベルに達するのが 15 例程度で、もう少し例数を重ねる必要がある＞と述べていた。

「（15 例目でも）分娩予測時間を予測しても産婦が疲労して微弱陣痛になって、これくらいでお産になるかと思っていたけどならなかったり、途中で破水した瞬間にスイッチがすぐ入って10 分もたたずに娩出もあり、そういうことは本当に予測がつかないし、その時にうまく対応できたかという、どうかなど。」〔M〕

以上より、臨床指導者は、分娩進行状態に伴う評価・修正が『少しの助言で自立して実施できる』時期について、1～6 例目では自立してできるレベルに達成するとは評価しておらず、7 例目以降になり、経過が緩慢で修正する余裕がある際や、ケア終了後の振り返りで気づけるレベルにある継続事例の 8 例目では積極的に評価するが、概ね 9～10 例目でも事例の状況に応じて適切に適時修正するには促しを要すると考えていた。また、臨床指導者へ相談して修正ができる学生だけでなく、いつまでも予測的に考えられず、微細だが重要な変化を見逃す学生もおり、学生の個人差が到達度に影響していると捉えていた。

多くの臨床指導者はある程度多様な事例を経験することで、正常から逸脱したかを熟考して修正できる力が育つと考えており、10 例は必要と考えていた。さらに、11 例以上必要とする臨床指導者も多く、特に経過が急速に展開する経産婦へのアセスメントや修正は実際には間に合っていない状態で

あると述べていた。そして、10 例以上介助する学生を指導している者は、15 例程度で基本的レベルに達すると感じていた。

### 5) 【産婦と胎児の健康状態へのアセスメントやケア】の獲得時期

臨床指導者らは、1~4 例目で学生が<正常な胎児のモニター判読はできる>、<数値での判断は早期からできる>、<ローリスクであれば健康だと判断できる>としていたが、<技術に意識が向き健康状態を見るまで至らない>と述べていた。

「バイタルサイン、CTGを読んだり、4 例目。3 例目ぐらいでいろいろ見た症例を振り返ったりしてきた中で4 例目からは、自分でも多少照らし合わせて、問題がないと判断はできる」〔C〕

5~7 例目では、<健康な人であるという視点を持ち複数のアセスメントを統合することができるようになる>とする一方で、<CTG モニターで正常か異常かの判別はできるようになるが異常の判断はできない>、<臨床指導者が質問すれば答えられるが、異常の報告はできず、相談しながら実施する>とも述べていた。

「(5 例目では) 正常(分娩)でしか(実習に)出ていないから、基本的には割と評価はできる、モニターの評価はできる、食べられるとか寝られるとか、一般状態とか」〔D〕

「(7 例目では) 異常が出ちゃったとかになると、これは一体何なんだと。これは何だったというものをまた相談し合っってという感じになるので、健康なのは多分わかるのかなという気がします。」〔A〕

8~10 例目では、<加速期に入ると胎児の健康把握は難しいが、落ち着いた場ならできる>としていた。

「(8~10 例では) 加速期に入ってきたりとかすると、ちょっと厳しいかもしれません。特にもうバリエーションとかで落ちるだけでレベル2とかで、経過観察とかいうところまではなかなか行きつかない。」〔F〕

「(9~10 例では) 受け持ち開始時の診断を落ち着いてするという場であればモニターをじっくり見れるからできる。」〔L〕

11 例目以上では<分娩中は胎児の健康状態に意識を向けることは難しい>、<腹部触診ができず子宮収縮の評価ができない>、<臨床指導者が質問すれば答えられるが正常からの逸脱を判断するのは難しい>としていた。

「進行中に10 例でもわからないなと思っているのは、陣痛の強い弱い。学生はお腹をしっかりと触らないですものね。あと、学生なのにモニターで見ちゃう人もたまにいる。」〔E〕

「産婦の血圧が高くても再検も報告もできない。質問すれば答えが返ってくるが、母子の判断となると10 例以上必要だと思う。」〔K〕

以上より、臨床指導者は学生の産婦と胎児の健康状態へのアセスメントやケアの獲得時期について、1~4 例目では、覚えていた数値をもとに正常か否かの判断を行うことやローリスクの健康な母子のアセスメントをすることはできるが、ケアを実施することに集中する傾向にあり健康状態の把握

まで意識が向けられていなかったと考えていた。5～7例目になると多側面から統合して産婦の健康状態をアセスメントできるようになっていたが、胎児の健康状態の異常の判断はまだ困難であったと捉えていた。8～10例目になると、分娩がダイナミックに変化する加速期にある胎児の健康状態の把握は困難であるが、落ち着いた状況ならばできるようになると述べていた。11例目以上であっても、分娩中に胎児の健康状態に意識を向けたり、観察を実施しても母子の正常からの逸脱について判断することは困難な状態であり要支援の状況が続くと認識していた。

## 6) 【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】の獲得時期

臨床指導者らは、1～3例目では<産婦の快・不快は別としてマッサージや声かけは最初からできる>、<分娩経過によって提案したいケアを持っている>と述べていた。

「(1例目では) 快、不快は別としてね。どこがいい、どのぐらいのほうがいいのかというのは、多分10例じゃできないけど、やることはできるよね。」 [E]

「(2～3例目では) 分娩進行が遅延している際や産痛緩和に対して温罨法を用いたいなどの提案はすることができる」 [G]

4～7例目では<産婦の傍でよく産婦を見ているので実施できる>、<分娩経過を理解した上でケアを提案できるようになる>、<学生の気持ちに余裕ができると家族に目が向くようになるがケアはできない>としていた。

「(5～6例では) 自分にゆとりがないと家族のところまで目がいかない。これくらいから少し心にゆとりができるかな。一般的な会話とか。寄り添ってあげるところまで。」 [M]

8～10例目では<根拠をもってケア計画が言える>ようになる一方で、<産婦へのケアに精いっぱい家族ケアまでは目が向かない>ものの<臨床指導者の助言があると家族ケアの視点で行動できる>と述べていた。

「初めて、分娩で会った人に関してはそこにいることが精いっぱい、多分家族のこととか、家族から自分がどう見られているとか、そういうことには全く視点が向かない。」 [C]

「学生も8例目で、夫や長女とのかかわりはすごくスムーズ。うちの病院がカンファレンスで、そこをすごい大事にしているのが結構学生に伝わっている。」 [E]

11例以上では<介助に一生懸命で新生児にも目が向いていないのでケアまではできない>、<産婦の個別性、快・不快に合わせたケアができるようになるのは難しい>としていた。

「(11例以上で) 分娩時に学生に産婦にとって大事な人がいないことを指摘して、初めて気が付き、夫を呼んでいた。出産に一生懸命で家族にまで気がまわらない。」 [K]

「快、不快も含めてできるようになるのは10例以上。促進のケア、提案もできたり。」 [E]

以上より、臨床指導者は学生の分娩進行に伴う産婦と家族のケアが『少しの助言で

自立できる』時期について、1～3 例目では産婦のニーズは捉えられないが、学内で学んだスキルを用いて産痛緩和ケアを提案・実施していると感じていた。4～7 例目には産婦に寄り添い産婦の分娩経過を理解した上でケアを提案できるようになるものの、気持ちの余裕がないと家族へのケアまで至らないと認識していた。また、8～10 例目では、根拠を持った計画立案をするようになるが、まだ産婦と家族の両者をケアするには至らず、臨床指導者の助言を受けて家族に配慮した行動をとれると捉えていた。しかし、11 例目以上であっても、産婦の個別性に合わせたケアや家族ケアの実施までは至らず要支援の状況にあると考えていた。

## 7) 【経膈分娩介助】の獲得時期

### ① 【経膈分娩介助 清潔野の作成】

臨床指導者らは、1～3 例目で<練習をしてきているので少しの助言で清潔操作が行え、清潔野が作れる>と述べていた。

「(2～3 例目では) ちょっと清潔、不清潔は最初怪しいけど、このくらいまでいけば大丈夫、練習通りにはやっている。」 [D]

4～5 例目で<病院の物品を使い、病院のスタッフが指導し、学生が練習をしてくるのでできる>、<予想外のことがなく仰臥位ならばできる>としていた。

「(4 例目では) 病院の物品を用いて同じ方法で練習をし、演習の試験をしてから来るので、早いうちにできる」 [L]

「(5 例目では) 陣痛がある産婦に "お尻をあげてもらおう" タイミングは難しいが、3～5 例くらいになるとたぶんできていると思う。」 [J]

15 例以上で<安全にできるようになるのは難しい>と述べる臨床指導者もいた。

「(15 例以上で) 安全にできるようになるのは遅い。だって新人1年目でも(指導者は) 手袋をしっかりと、がっちりする。」 [E]

以上より、臨床指導者は学生の経膈分娩介助における清潔野の作成・清潔操作の獲得時期について、1～3 例目で少しの助言で清潔操作に留意しながら清潔野を作成でき、4～5 例目になると予想外のことがなければ清潔野が作成できるようになると考えていた。しかし、母子の安全を考慮しながら清潔野が作れるようになるのは 15 例以上でも難しく要支援と捉える臨床指導者もいた。

### ② 【経膈分娩介助 胎児娩出】

この質問項目に対して、1～6 例目で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、7～8 例目で<正常経過にある腹圧を調整できる産婦であれば見守れる>としていた。

「(7～8 例では) 上手なお産の人に当たれば、見守りで大丈夫。努責の抑制がきかないような産婦さんだと、もうちょっと、もう少しという感じ」 [M]

9～10 例目では<学生差はあるが介助の形になり児娩出まではできる>、<肩甲は出せないが手を添えたらできる>と述べていた。

「(10 例目では) それなりに形になったなと思うのは、そのくらい、本人もなんとなくわかったふうに見えるというか」〔D〕

「(10 例目では) (胎児は) 出せますよね。手は添えますけれども。」〔F〕

10 例以上では、<児の娩出は難しい>、<学生だけでは肩甲は出しきれない><助言だけではできず、手を添えたらできる>、<臨床指導者に言われるままに動くだけで、学生だけでは難しい>、<安全を保つために手を添える>としていた。

「10 例までに手が外れないですよ、結局何か、手を添えているような気がします」〔D〕

「努責、言葉かけ、手など、同時にいろいろな動きをするため一人では難しい」〔G〕

「ファントムとは違う感覚で一例一例違うため臨床指導者に言われるがままに行っている」〔G〕

11 例目以上でも、<胎児娩出は 10 例でできるとは思えず期待をしていない>、<会陰伸展をみながら娩出コントロールをするのは難しく、頭は出せても肩甲は難しい>、<11 例目になると産婦の顔を見ることができるとしていた。>

「頭を出す、前在・後在を出す、骨盤誘導線に沿って出す、どれをとっても 10 例じゃ絶対無理だと思う。」〔J〕

「会陰の伸展を見ながら会陰切開の必要性を判断することは難しく、指導者がかなり助言し共に判断している。それをしながら児頭娩出のコントロールをするのは難しい。」〔J〕

「はじめの頃はお母さんの顔を見れていない、ずっとこの部分(外陰部)しか見れて

いなくて、その壁と言ったら変だけど、顔を上げられるようになる。」〔M〕

以上より、臨床指導者は学生の経膈分娩介助における胎児娩出スキルの獲得時期について、6 例目までは獲得に至らず、7~8 例目で正常経過にある腹圧を調整できる産婦に対しては行え、9~10 例目では学生差はあるものの児娩出まではできると考えていた。ただし、肩甲娩出はこの時点でも手を添えている状態にあると捉えていた。一方、10 例以上でも、児の娩出、特に肩甲娩出は難しく要支援であるとする臨床指導者もあり、11 例目以上になると学生は産婦の様子も伺いながら胎児娩出が行えると考えているが、10 例では到達不可能と認識し、要支援状態にあるとする臨床指導者もいた。

### ③【出生直後の新生児のケア】

この質問項目に対して、1~4 例目で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、5~6 例目で<正常であれば練習通りに拭き取りができ、アプガールスコアがつけられるようになるが、新生児が啼泣しないと手が出ない>と述べていた。

「元気な子は本当に練習どおり(羊水を)拭き取ってとかできますけど、泣いてないとアルゴリズムが飛んで、手が出せない感じになるけど、正常であれば、この辺は結構赤ちゃんに関しては 5、6 例ぐらいで本当に練習どおり拭き取ってとかできます。」〔H〕

8~10 例目で<落ち着いて臍帯切断できるようになる><次に何をするのかを理解でき、実習終了後に自分の行動を振り返ら

れる>とする一方、<新生児の保温や転落防止への配慮はできない>と述べていた。

「(8例目で)臍帯切断は(できる)。でもこれも結構、単純なようで意外にできない。慌てちゃって。落ち着いてやれるまでというのに、やっぱりある程度の例数が必要。」[E]

「(10例までは)保温に留意するとかですよ。転落防止とか(できていない)」[F]

しかし、11例以上であっても<新生児娩出から第一呼吸まで一連の流れで行うことは難しい>、<新生児を安全なところに寝かせたり、臍帯切断に必死で新生児の観察まで目が向かない>、<新生児が啼泣しないと皮膚刺激さえできないこともある>としていた。

「児娩出から第一呼吸まで一連の流れで行うことは10例でも難しい。」[J]

「臨床指導者からの助言で慌てて児の口をふくような様子である。骨盤誘導線に沿って児を娩出させ安全なところに寝かせるだけで精一杯になってしまう。」[F]

「子どもへの刺激すらできない、最初に拭けないから刺激もできない、臍帯切断してインファント(ウォーマー)に移動して終わりたいな。」[D]

臨床指導者は、学生が15例以上になって<新生児の健康状態を見ながら少しの助言で行えるようになる>と捉えていた。

「子どもの状態を見てやるんだったら、15ぐらいだったら、少しの助言もあり得る。」[E]

「(出生直後の児の状態に応じて)外回りだけやって、赤ちゃんに手が出るのがどのく

らいかっていうふうに考えると、このくらい(15例目)、動く赤ちゃんにはなかなか(できない)。」[D]

以上より、臨床指導者は学生の出生直後の新生児のケアの獲得時期について、5~6例目で正常経過であれば羊水を拭き取りアプガールスコアを採点することができ、8~10例目では、落ち着いて臍帯切断ができるようになるが、新生児の保温や転落防止の配慮はできていないと捉えていた。また、11例目以上でも新生児娩出直後から第一呼吸までを新生児の健康状態に合わせて行うことは難しく、要支援状態にあると述べる臨床指導者もいた。

#### ④【経膈分娩介助 胎盤娩出】

この質問項目に対して、1~3例目で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、4~6例目で<出血など異常がない場合は、胎盤剥離徴候が確認でき学生が行うのを見守れる>、<卵膜遺残の時は指導する>と述べていた。

「(5例目で)出血の異常がなければ、早い段階で一人でどうぞって思っていた、卵膜が細く残った人のだけ、どうやって出すか指導したくらい。」[I]

「継続さん(6例目)とかだったら、もう一人でやっていますよね。」[F]

8~10例になると<学生差はあるが、胎盤剥離徴候を言え、シュルツェ式の場合は見守れる>、<正常な経過であれば、自ら胎盤剥離徴候を確認でき、胎盤を出せるようになる>と述べていた。

「シュルツェだったら 10 例に満たなくても娩出できる。」〔L〕

「(9~10 例目で) 平均的な学生が行っていて、平均的な胎盤が平均的な時間で出てくるときは手を出さない。」〔L〕

「学生は自ら胎盤剥離徴候は確認でき、10 例になれば胎盤はきれいにさせる。」〔J〕

以上より、臨床指導者は、学生の胎盤娩出スキルの獲得時期について、4~6 例目で、異常がなければ胎盤剥離徴候が確認でき、卵膜遺残以外はほぼ自立してできていると考えていた。8~10 例目では、正常経過であればほぼ自立して実施できていると捉えていた。

#### ⑤【経膈分娩介助 出血・子宮収縮確認】

この質問項目に対して、1~4 例目で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、3~5 例目で<正常経過であれば産婦に付き添い練習通り観察できる>と述べていた。

「(3~4 例では) ナート(縫合)をしている間、褥婦に付いてもらっているので、観察できる状況にある。」〔G〕

7 例目になると<助言があればできない学生はいない>と述べていた。

「(7 例目で) 助言があればできない学生はいない。後半は安心して見られる。」〔K〕

さらに 8~9 例目で、<出血と収縮を統合して報告できるようになる>としていた。

「出血も正常範囲内だったとして、4 期の観察ってなると、やっぱり前半は観察項目が

少ない。アセスメントがちょっと薄くなりがち。2 期、3 期が、よくなっていくのに、4 期がついてこれてないよなって感じることはある。4 期の出血、子宮収縮を統合してアセスメントできるのは 8 例目、9 例目とかでしっかり報告ができてくるようになる。」〔H〕

以上より、臨床指導者は、学生の経膈分娩介助・出血確認・子宮収縮確認スキルの獲得時期について、3~5 例目で正常経過を観察でき、7 例目で助言があればできるようになり、8~9 例目でアセスメントを統合できたと考えていた。

#### ⑥【経膈分娩介助 創部の確認】

臨床指導者らは、3~4 例目で<正常経過であれば産婦に付き添い観察できる>と述べていた。

「落ち着いてできる状況になったりとかするから、割と一人でやらせたりする。」〔G〕

7 例目で<子宮収縮と出血に集中して創部が観察できない学生はいるが、助言があれば実施できる>と述べていた。

「収縮とか出血とかに集中しすぎると、傷か腫れているのも「見ていませんでした」とかもある。」〔I〕

さらに 10 例目で<縫合時は医師にバトンタッチすることが多い>一方で<出血が多い場合、学生差はあるが、次に実施するケアを答えられるようになる>としていた。

「(10 例目で医師に) バトンタッチすることが多くて、その後には出血量が多かったら、その次何をやるかというと、本当にもう間近の

10 例とかのところで、こそこそっとうしますというような感じを何人か答えていたくらい」〔A〕

以上より、臨床指導者は、学生の創部の確認スキルの獲得時期について、正常経過であれば 3~4 例目で観察できるようになり、7 例目でも子宮収縮と出血に集中して創部が観察できないこともあるが助言があればできると考えていた。10 例目になると、出血が多くても、必要なケアを考えられると捉えていた。

#### 8) 【出生直後の母子接触や早期授乳支援】の獲得時期

臨床指導者らは、1~4 例目では、<アプガールスコアが正常域であれば母子接触の判断ができる>としていた。

「(児が) 本当に元気で、アプガールスコア 8 点以上とれている状況だったら、自分で言って STS (skin to skin) しますって」〔F〕

また、7~8 例目では、<観察ポイントが分かり説明も任せられる状況になる>、<早期母子接触を実施するタイミングや授乳への介助に対してはサポートを必要とする>と述べていた。

「みている中で説明とかも安心してちょっと任せられるのはこのくらい」〔M〕

「声かけしても、早期の接触が大事だからどのタイミングで一番早くできるかという話をしていたが、片付けしますみたいな、ふわーと忘れて記録していたり、声をかけて、ではやりますみたいな、その程度、でも、こっちが哺乳の介助をしないとくわえさせられなくて」〔I〕

そして、8~10 例目では、<出生直後の母子接触が必須であることを意識し事前に目標を立案していれば、母児の状況判断、観察視点を持つことができる>としていた。

「助産学生は、いつもバディで入って、一人は直接介助、一人は間接介助をするので、最初から間接介助の目標を立てていれば、後半 8 例とかは、今、早期母子接触をできるのか、できないのか。赤ちゃんが今母乳を欲しているのか、欲しがっていないのかという判断とか、そこの観察しようという視点は持てる」〔C〕

一方で、10 例以上では、<出生直後の児の健康状態の把握や母児の安全確保をすることは学生には無理である>、<胎盤計測を実施している間に母子接触が開始してしまっている>と述べていた。

「児のアプガールスコアを判断し、早期母子接触できるか考えて行動するのは学生には無理だと思う。」〔J〕

「胎盤計測で忙しくていつの間にか吸っていた感じ」〔C〕

以上より、臨床指導者は、出生直後の母子接触や早期授乳支援が『少しの助言で自立できる』時期について、1~4 例目で児の状態が正常であれば判断ができるようになり、7~8 例目で観察ポイントをつかみ母への説明を任せられるようになり、8~10 例目で、母児の状況を判断して観察することができるようになるかと捉えていた。しかし、胎盤計測を実施している間に母子接触が開始してしまっていることもあり、出生直後の児の健康状態の把握や母児の安全確保は

まだ難しく、10例以上経験していても、要支援項目であると考えている臨床指導者もいた。

### 9) 【産婦の分娩想起や出産体験への支援】の獲得時期

臨床指導者らは、4～6例目では、<さらっと声をかけることは可能である>、<特に継続ケースに対しては詳細に振り返りを行うことができる>が、<学生差があり会話の流れを誘導する必要性があることも生じる>としていた。

「どうでしたか、上手でしたよってさらっと声をかける分には、大丈夫でした、頑張りましたというような感じで、さっさと終わるような感じであれば、できるんじゃないか」〔M〕

「継続さんの時には確実にできていますよね」〔F〕

「ちょっとこっちが会話の流れを誘導してあげたりとか、ちょっとすれば」〔F〕

また、7～9例目では、<学生の一生懸命さが伝わり、対象者に沿ったバースレビューを行い、問題点などはスタッフに報告することができる>と述べていた。

「私たちよりも寄り添える時間が長いので、学生さんの方が心がこもっているというか、一生懸命さが伝わっているというところはあるかな」〔M〕

「8例目、9例目で少し産婦の思いに寄り添ったバースレビューができて、さらに問題、何か気になることをスタッフに表出できるようになるのは8例目、9例目」〔C〕

一方で、15例目であっても、<深い部分までの分娩想起や出産体験理解支援はできない>と述べていた。

「この人が妊娠期からどんなお産を思い描いていて、どういうふうなことを目指した分娩を理想としていたか、それとどうだったかというすごい深いところまで、この人のお産に対しての思いとか、それこそ自分のことから全部含めて聞こうとすると、すごいコミュニケーション技術いるし、そんな簡単に理解支援なんてできないよねって」〔M〕

以上より、臨床指導者は、産婦の分娩想起や出産体験理解支援が『少しの助言で自立できる』時期について、4～6例目で継続ケースに対しては詳細に振り返りを行うことができるようになり、7～9例目で、対象者に沿った振り返りを行い、異常時の報告も可能と考えていた。しかし、15例目であっても、コミュニケーション技術を要するため深い部分までの分娩想起はできておらず、要支援と考える臨床指導者もいた。

### 10) 【分娩進行に伴う異常発生の予測と予防行動】の獲得時期

この質問項目に対して、10例以内で到達すると述べた臨床指導者はいなかった。臨床指導者らは、10例以上でも、<分娩予測で精一杯であり、現場でも後追いでも正確な判断はできない>としていた。

「分娩予測で精一杯、なんで入院したかも、終わって記録を見ても、情報噛み合っていなかったり、その場でわかっていなかったかなど」〔I〕

「学生には無理だよ。学生に、大体求めるということ自体どうなんですか。何かおかし

いぐらいは、わかるかもしれない。産婦が嘔吐した。そうしたら、この人分娩進行が速いんだろうなというふうに端的に思ってしまうのか、血圧がもしかして上がっていないかなというところまで、判断できる学生は余りいない」〔E〕

また、11例以上でも、＜分娩予測で精一杯であり、分娩進行に伴う異常発生の予測と予防行動はできない＞し、＜自分の免許をかけているので、異常までは任せられない＞と述べていた。

「異常の判断も予防的な予測も10例では難しい。分娩予測をするだけで精一杯」〔F〕

「自分の免許をかけて学生と分娩介助をしているのでそこまでは任せられない」〔J〕

以上より、臨床指導者は、分娩進行に伴う異常発生の予測と予防行動が『少しの助言で自立できる』時期について、学生は分娩予測で精一杯であるため分娩進行に伴う異常発生の予測と予防行動までは到達していない状況であり、常に要支援であると考えていた。

## 11) まとめ

臨床指導者が認識する助産学生が『少しの助言で自立できる』時期や理由を質的帰納的に検討したところ、助産学生が取り扱う正常分娩の事例において、各能力を獲得するおおよその時期が見出された。

臨床指導者が、分娩介助例数の前半（1～5例目）に『少しの助言で自立できる』レベルに達するとしたのは、経膈分娩介助のうち【分娩野の作成・操作】、【胎盤娩出】、【創部の確認】であった。

分娩介助例数の中～後半（6～8例目）に『少しの助言で自立できる』に達するとしたのは、【情報収集・診断スキル】、【分娩開始時の診断】、【受け持ち開始時の診断】、【産婦と胎児の健康状態】、経膈分娩介助のうち【出血・子宮収縮確認】、【産婦の分娩想起・出産体験への支援】であった。

臨床指導者が、分娩介助仕上げの時期（9～10例目）に『少しの助言で自立できる』としていたのは、【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】、経膈分娩介助のうち【胎児娩出】、【出生直後の母子接触・早期授乳支援】であった。

さらに10例以上の分娩介助でも『少しの助言で自立できる』レベルに到達するのは難しいとしていたのは、【分娩進行に伴う評価・修正】、経膈分娩介助のうち【肩甲娩出】、【出生直後の新生児のケア】の3つであった。

【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】に至っては、10数例では学生はとうてい獲得できない能力であるとしていた。

臨床指導者へのグループインタビューを通して、学生は段階的に産婦と胎児、その家族へのアセスメントやケア、正常分娩介助を学んでおり、学生が『少しの助言で自立』できるまでに臨床指導者から多岐に渡る直接的・間接的支援を得ていた。必ずしも正常経過とは言えない事例への対応からの学びも含めて、少なくとも9～10例程度の多様な学習体験を繰り返すことにより正常経過にある出産に対応できる助産学生としての基礎的能力を獲得している一方で、10例では未だ獲得できない能力もあった。

### 3. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」例数に関する質問紙調査結果

質問紙への回答者数は 68 名、回収率は 100%であった。設定した助産学生分娩期ケア能力 13 項目ごとの結果を示す(表 4、図 1)。

助産学生が少しの助言で自立できるとした例数の平均値が低い順に示すと、【分娩野の作成・清潔操作】5.37 (±3.02)、【分娩開始の診断】6.50 (±3.44)、【受け持ち開始時の診断】6.51 (±1.86)、【情報収集・診断スキル】7.66 (±3.41)、【産婦と胎児の健康状態】8.00 (±3.29)、【児娩出後の処置】8.33 (±3.12)、【産婦の分娩想起・出産体験理解支援】8.48 (±4.35)、【出生直後の母子接触・早期授乳支援】9.16 (±4.43)、【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】9.52 (±3.92)、【胎児娩出・出生直後の新生児のケア】10.31 (±4.00)、【分娩進行状態に伴う評価・修正】11.0 (±3.08)、【経膈分娩介助(全体)】12.08 (±3.56)、【分娩進行に伴う異常発生の予測と予防的行動】14.49 (±2.88)であった。

以上を、各項目の能力を獲得するのに必要な平均分娩数を満たす分娩介助例数別に列挙すると、平均して 6 例介助で少しの助言で自立できるとした項目は【分娩野の作成・清潔操作】、7 例で【分娩開始の診断】、【受け持ち開始時の診断】、8 例で【情報収集・診断スキル】、【産婦と胎児の健康状態】、9 例で【児娩出後の処置】、【産婦の分娩想起・出産体験理解支援】、10 例で【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】、【出生直後の母子接触・早期授乳支援】であった。

さらに、平均して 11 例で少しの助言で自立できるとした項目は【分娩進行状態に伴

う評価・修正】、【胎児娩出・出生直後の新生児のケア】、平均 12 例以上で【経膈分娩介助(全体)】であった。さらに、少しの助言で自立できるには平均 15 例以上を要する項目として【分娩進行に伴う異常発生の予測と予防的行動】が挙げられた。

### 4. 助産師教育に求める基礎知識・技術について

臨床指導者へ助産師教育に求める基礎知識・技術についてもインタビューで補足的に聴取した。臨床指導者の考えや思い、各施設で共通に述べられた内容(出現頻度)を示すためにコード数とコード「」として示す(表 5)。

#### 1) 新人助産師の入職時に求める基礎知識・技術

##### ① コミュニケーション能力

「産婦やスタッフとコミュニケーションができる能力」(コード数 10)が最も多かった。臨床指導者は新人助産師が入職後に分娩期を過ごす産婦に寄り添ってコミュニケーションをとることができ、また、指導するスタッフから学ぶ姿勢を持って良好な人間関係を形成することができるようになってきてほしいと考えていた。実際には挨拶や産婦との円滑なコミュニケーションを取れないケースも経験していた。

##### ② アセスメントに基づく適切な記録

「分娩進行に応じたアセスメントと記録の記載」(コード数 10)も同数であった。臨床指導者は入職後、新人助産師には、分娩進行に応じて自分なりに考えたプロセスを表現した記録を書けるようになってほしいと考えていた。ただし、分娩状況が刻々と変化する中で、現状をどのような情報から捉え判断しているか、進行に合わせて適

宜記入していくことは新人助産師にとって難しいことだと認識していたため、最初から完成形を求めるのではなく、分娩進行に合わせてどんどん書き足していく、プロセスが大切だと考えていた。

### ③助産師に必要な基礎的知識、技術の獲得

「助産に関連した基本的な知識や分娩介助手順の理解」（コード数 9）が挙げられた。臨床指導者は新人助産師に対して、助産に関連した基本的な知識や分娩介助手順は理解してきてほしいと考えていた。例えば分娩監視装置モニターの判読や観察項目などの知識や診断にかかわる定義などを理解していることと分娩介助手順が身につけていることが大切だと認識していた。実際の臨床では個別性や状況に応じて、産婦の状態を細やかにアセスメントし助産診断、ケアを行なわなければならないため、少なくとも基礎的で標準的な知識と技術は不可欠であると考えていた。加えて、実際に助産ケアを行うための基礎的な能力として、「助産計画の立案や展開など思考過程の獲得」（コード数 6）が挙げられた。新人助産師が入職後すぐに適切な助産ケアを実施することは難しく、分娩介助については経験が必要であるが、担当する産婦の助産計画を立案して展開する方法や情報収集能力など思考過程を身に着けていることが重要であり、それにより助産記録や初期計画の修正にもつながると認識していた。

### ④連絡・報告・相談

チームの一員として働くことができるために、新人助産師には「適切な連絡・報告・相談ができる能力」（コード数 6）に対する必要性が挙げられた。

### ⑤多様なケアと助産師の専門性を養う 10例以上の分娩介助

「助産観を養うことの重要性」、「多様なケースやケア方法の体験の蓄積」「10例の分娩介助の内容の充実」（コード数 5）が挙げられた。学生時代に女性の一生を左右しかねない体験である分娩に携わる助産師としての在り方を構築し、専門職として向上していくことのできる助産観を養うこと、そのためには、限られた 10 例という分娩介助例数であっても、「分娩第 1 期のケアの重要性」（コード数 4）が高いと認識し、分娩開始直後から継続した関わりの中で丁寧に経験を積み重ね、充実した実習内容となるよう少しでも多くのケースに関わったり多様なケア方法を学ぶ機会を持ってほしいと考えていた。だからこそ、実習において様々な産婦と関わりケアを展開する機会を持つことが重要であり、「10 例の分娩介助例数の確保の重要性」（コード数 5）と認識していた。臨床指導者は充実した実習内容を体験することで、新人助産師には「助産師としての基本的な態度の獲得」できると考えていた。一方で、助産師として多様な経験を積むには「分娩介助例数 10 例での不十分さ」を感じ、現在定められている分娩介助例数では足りないと思うとも感じていた。

## 2) 助産学生の実習時に感じること

### ①助産学生同士の学び合いが有効

臨床指導者は助産学生を受け入れる際に様々な状況に直面していた。多くは分娩介助実習の際、直接介助者、間接介助者、新生児担当など複数学生がひとりの産婦と臨床指導者にかかわることがあるため「学生が連携してチームで学ぶことの有効性」（コード数 6）をあげ、学生が連携してチームで学ぶことは経験が豊かになると感じていた。学生がチームで動くことにより、分娩

介助で担当する以上の産婦と接したり、学生同士で相談したりすることができるなど豊かな学びに結び付くと認識していた。また、臨床指導者は「学生時代からの多様な産婦へのケア経験」（コード数 1）ができるようにしたいと考えており、様々な症例に接することでスキルを磨いてほしいと思っていた。

## ②助産学生としての知識や経験の不十分さ

「現状の助産師教育での基本的内容の獲得」（コード数 3）は可能であり、助産師教育で助産師としての基礎的な内容を学ぶことができていると感じている臨床指導者もいたが、実際の指導場面では困難さを多く抱えていた。分娩介助の指導場面では助産ケアについて指導をしたいと考えていても、「母性看護の知識や看護学生時代の経験が乏しさによる指導上の難しさ」（コード数 5）と感じており、助産ケアを伝える前に、胎盤や卵膜の説明や血液データの基準値、子宮底長の計測方法などの説明に時間をとられてしまい、思うように指導できない体験をしていた。また、臨床指導者は「大学の4年間での実習期間の不十分さ」（コード数 4）を感じており、最も重要な分娩介助実習が短いし、1年間専門的に学ぶ助産師教育と比較して学びが十分でないと認識していた。

## ③背景が多様な学生への指導の難しさ

加えて、看護経験や年齢など助産学生の背景がさまざまであることから「助産学生ならではの指導の難しさ」（コード数 3）があることも多く、若い臨床指導者では看護経験の長い助産学生をうまく指導できないと感じていた。

## ④助産教員との連携の難しさ

学生への指導の難しさだけでなく、「教員との連携の難しさ」（コード数 3）も感じていた。臨床指導者と教員がひとりの学生の課題を同じように認識しているとは限らず、共有しにくいと感じていたり、教員が学生に求める到達度や実習目標、記録の書き方が必ずしも臨床指導場面で一致していると思えないこともあり、「助産師教育機関と臨床とで求めることの差」（コード数 3）があり、助産師教育機関で求められていることと臨床で求められていることに違いがあるように感じると認識していた。

## 5. 新人助産師の分娩介助例数

### 1) 入職までに経験してほしい分娩介助例数

新人助産師が学生時代に介助した分娩件数について、臨床指導者 59 名にたずねたところ、平均 9.8 件（SD2.18）であり、中央値は 10 件であった。以下、その理由についてまとめる（表 6）。

#### ①10 例未満でも経験の積み重ねが重要

臨床では入職してくる助産師は「学生時代には 10 例以上の経験者しか聞いたことがない」（コード数 3）が、「就職後研修があれば 5 例でもよいのかもしれない」（コード数 1）、「10 例未満であっても経験を積み重ねることで学びになり自信となる」（コード数 2）と考えている臨床指導者が少数ながら存在した。

#### ②最低 10 例は必要

一方で、「学生が 7 例しか分娩介助しないことになるなら、全て臨床で引き受けることになるのでとんでもないことだと思う」（コード数 1）との思いが挙げられた。また、最も多くのコード数 14 が挙げられたのは、「分娩介助 10 例は最低数であり必要数である」であった。臨床指導者は、分娩第 1

期から4期まで継続ケースも含めた分娩介助10例というのは最低数であり、技術の点からもアセスメントの点からも必要な数であると考えていた。そのため分娩介助例数の最低ラインを10例とし、分娩第1期から4期まで丁寧にかかわることや継続ケースを2~3例含めることで助産師としてのスタートラインに立てると認識していた。

### ③15~20例経験できるとよい

さらに臨床指導者は「分娩開始から一連のケアには12,13例必要」（コード数1）、介助例数10例を過ぎて成長を実感することから、「本来は15例以上が望ましい」（コード数3）と述べており、臨床指導の経験を通じて学生の成長の様子から10例以上の分娩介助の必要性を感じていた。また、大学院2年課程などの指導経験から「20例の分娩介助経験があると、就職後に違い」

（コード数5）と述べており、就職後の助産師としての成長につながる豊かな経験が得られることの重要性を認識していた。

## 2) 新人助産師がひとり立ちするまでの分娩介助例数

### ①0からのスタートと20例以上の分娩介助

臨床指導者は実際に入職してきた助産師の様子から「学生時代の経験の積み重ねが乏しい」（コード数2）と感じ、「学生時代の分娩介助経験があってもあまり変わらない」（コード数2）ため、分娩介助については就職後に改めて0からのスタートとなると認識していた。結果的に入職後の新人助産師には、「まず分娩介助10例を経験し技術面の向上を図る」（コード数3）ことが期待され、分娩介助技術や内診などの技術内容を中心に技術の獲得を目指すように指導されていた。その後、技術だけでなく適切なアセスメントも含めて自立して分娩介助ができるといった、「ひとり立ちす

るためには20例以上が必要である」（コード数3）と認識されていた。

## F. 考察

本研究は、全国の助産師養成課程を持つ142校の教育機関を通して研究協力の承諾が得られた14施設68名の助産学生への教育にかかわる臨床指導者である助産師へ調査を行い、助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に対する評価を明らかにした。

考察では、1) 臨床指導者からみた助産学生の分娩介助例数と学習到達度、2) 到達に影響した現代の学生や実習体制の特徴、3) 臨床指導者の指導上の困難さについて、助産学生の助産師実践能力の獲得を促進する教育展開に関する課題をふまえて述べていく。

## 1. 臨床指導者からみた助産学生の分娩介助例数と学習到達度

臨床指導者が認識する助産学生の『少しの助言で自立できる』時期や理由を検討したところ、助産学生は多様な実習での経験を積み重ねる中で段階的に能力を獲得していた。

臨床指導者が、実習前半期（1~5例目）に『少しの助言で自立』に達するとしたのは【創部の確認】、【分娩野の作成・操作】、【胎盤娩出】といった比較的単純な作業内容であり、既習の知識と照合することで理解が進む学習内容でもあった。先の研究による指導者が分娩介助初期の学生に期待する学びを、知識と現実を統合、知識と現実を判断に活かす（菱沼, 2008）としているように、これらの能力は実習前に学内準備を十分に行うことにより、早期に学生が達成できる可能性があることがわかった。

次いで臨床指導者が、実習中～後半期（6～8 例目）に『少しの助言で自立』に達するとしたのは【情報収集・診断スキル】、【分娩開始時の診断】、【受け持ち開始時の診断】、【産婦と胎児の健康状態】、分娩介助の【出血・子宮収縮確認】と、分娩後の【産婦の分娩想起・出産体験への支援】であり、関連する複数の情報を統合してアセスメントをする必要がある実践的な学習内容であった。これらの項目では、臨床指導者は助産学生が獲得できる内容には例数によって差があり、実習前半では既習の内容と照らし合わせて判断するにとどまり、実習が進むにつれて、臨床指導者の繰り返しの助言と介助経験の積み重ねにより、産婦の状況や個別性に応じた判断とケアができるようになっていくことも示された。

臨床指導者が、分娩介助の仕上げの時期（9～10 例目）に『少しの助言で自立』に達するとしていたのは、【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】と、分娩介助の【胎児娩出】、【出生直後の母子接触・早期授乳支援】であった。特に【胎児娩出】は、助産師の業として保助看法第 3 条で定義された「助産」技術の主をなす分娩介助技術である。この学習内容は、助産師の業務独占（保助看法第 30 条）であるため、助産学生になってはじめて実践する。また、感覚的に多様な情報を得ながら、初産婦か経産婦か等の対象特性や多様な分娩経過をふまえた複雑な思考を要し、思考と実践と繰り返し機微な修正を要する一連の技術であり、初学者にとっては高度な学習内容であるため、獲得時期が他の学習内容より時間を要すると考えられた。これは先に助産学生の分娩介助能力の到達度を調査した研究（原田・岡崎, 2015; 清水・松原・宮澤, 2013）とほぼ同様の知見である。助産学生として

実践的な学習体験を繰り返し蓄積することで身につく能力であり、他の技術と比べて獲得に時間を要する技術であることが改めて確認された。

さらに、臨床指導者は【分娩進行状態に伴う評価・修正】、分娩介助の【肩甲娩出】、【出生直後の新生児のケア】の 3 項目については、10 例以上の分娩介助経験であっても『少しの助言で自立できる』レベルに到達することは難しいと認識していた。加えて、【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】、10 例程度では自立できないとし、短期間に正常分娩を中心に学習している助産学生の限界であり、多くの臨床指導者は、助産学生時代に獲得するまで求めていなかった。しかし、11 例以上の分娩介助を行う助産学生の学習経過を見ている臨床指導者は、15 例程度で適切な時期に【分娩進行状態に伴う評価・修正】が行なえ、【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】という視点で考え始めるとしていた。介助例数を 10 例以上経験することは、助産学生の能力獲得に影響する可能性が示唆された。

以上より、助産学生の分娩期ケア能力は、産婦と胎児、その家族へのアセスメントやケア、正常分娩介助経験の中から獲得されており、少なくとも 9～10 例程度の多様な学習体験を繰り返すことにより、正常経過にある出産へ対応できる助産師としての基礎的能力を獲得していることが明らかになった。

## 2. 到達に影響した現代の学生や実習体制の特徴

臨床指導者からは、現代の学生や実習体制の特徴が学生の到達度に多少なりとも影

響しているという意見も数多く述べられていた。

助産学生のコミュニケーション能力、実習環境への適応に時間がかかるため、慣れない環境や分娩介助への緊張等もあり、学生が精神的に安定し、学習意欲が高まり、積極的に学べるようになるのは、実習後半であるという意見が多く認められた。分娩介助例数ごとの学びを現象学的に解明した谷口（2015）によれば、分娩介助 3.4 例目では周囲に関心が持てるようになり、分娩介助 5 例目から手の感覚や振り返りができるようになったと述べている（谷口・我部山・野口，2015）。近年の学生は、コミュニケーション力の低下や新たな環境適応の難しさが問われているが、現在の助産学生なりに新たな環境に慣れて積極的な学習を開始するにはある程度の時間を要するであろう。本研究においても同様の結果が示され、それが学生の学習到達へ少なからず影響を及ぼしている可能性が考えられた。

また、臨床指導者らは、学生が複数の施設で短期間に実習をしている忙しい学習環境にあり、臨床家からみて学んで欲しいことまで求められない現状にあることも述べていた。短期間で多くの事例を介助するため思考の整理がつかないまま次の事例を介助しなくてはならなかったり、ある程度分娩経過が進んだ事例を中心に受け持っているため経過診断する機会が少ないことなどが挙げられる。助産学実習における分娩介助時の学生の学びと変化について質的記述的に調査した宮澤（2012）らは、助産学生らは介助例数 8 例目以降で「学んだことを実感する」という発言が最も多く聞かれたと述べている。実習環境の整備については単純に解決できない課題であり、多くの臨床指導者は学生に多くを望まず、学べるこ

とを学べるよう最大限学習機会を提供していること伺われた。それに応答するように、学生は 9～10 例目にかけて自分の学びを実感できるようになってきていた。教育側には、学生の思考がより実践的な順序で学びを深められるような実習展開の工夫、学内学習において知識-思考-実践を一連の流れとして模擬的に学べるような教授方法の工夫へのニーズがあることが推察された。

最後に、複数の臨床指導者が、継続事例は学生の能力獲得を促進する因子として捉えていた。学生にとって事前にコミュニケーションがとれ、計画立案ができていくローリスクの産婦であり、継続事例のときは、積極性や良好な学習準備状態を捉え、技術としても落ち着いて行えるため、継続事例については達成レベルが高いと評価していた。継続事例は、妊娠期から育児期までの母子や家族の経過を理解し継続性のある支援を学ぶだけでなく、学生が分娩技術に関する能力を獲得するためにも有効な学習方法である可能性が示唆された。

以上より、助産学生の特性を考慮すると、実習環境に慣れ主体的に学習に取り組めるようになるには、実習開始後時間を要していることが考えられた。短期間に集中して実習をしていることから、刻々と変化する産婦の状況に合わせて、適時に判断し優先順位を考えた行動を導き出すといった臨床で求められる思考過程には適応できない可能性が示唆された。一方、事前の時間的猶予が与えられる継続事例は学生の能力獲得を促進する実習展開であった。多くの臨床指導者は、助産師教育の連続性の欠如に気付いており、現場に適した思考と実践が行える教育方法への改善により、助産師教育の連続性を担保する必要性があることが明らかになった。

### 3. 臨床指導者の指導上の困難さ

臨床指導者は、助産学生との関わりの中で様々な困難さを感じていた。助産学生の特長として看護基礎教育や看護師としての臨床経験、年齢など多様な背景を持っているため、臨床指導者は個々の学生の能力や理解度、個性に応じた指導をしなければならない。具体的には、分娩介助技術だけでなく限られた実習期間の中で母性看護の知識や基礎的な看護技術、コミュニケーション技術や適切な相談や報告の仕方など細やかな指導が必要であり、学生によっては助産ケアの十分な指導に至ることが難しいことも経験していた。実習指導者助産師の指導能力に関する調査をした緒方・恵見須・中田他(2015a)によると、指導助産師自身が最も低いと認識していたのは「学生の状況に応じた指導の想像力」であったと報告している。臨床指導者は多様な拝見の助産学生に対して個別性を考慮した指導を行うことについて困難さを感じていたと考えられる。

更に指導を難しく感じさせたのは臨床指導者と教員との連携の在り方であった。上述したような指導に配慮が必要な学生のケースでは、臨床指導者は教員と学生の課題を共通理解し、病院スタッフとも連携してサポートする必要性を感じていた。しかし、夜勤実習などを行う助産学実習では、教員が不在のことも少なくないため、即時に教員と学生の課題についての認識を互いに確認することができないことも多く、指導方法や関わり方の相談もできないままに、指導しなければならない状況におかれていることが推察された。

加えて、助産師教育機関が求める到達度や実習目標、実習記録の記載方法などは、

臨床指導者が臨床で獲得してほしいと思っていることとずれを感じることもあり、より指導を困難に感じさせていた。緒方・恵見須・中田他(2015b)が、実習指導助産師の背景に関する調査を実施した結果、助産師としての臨床経験は豊かであったが、半数は臨床指導に関する研修は受けておらず、約6割は自らの指導モデルとなる存在の助産師もいない中で、自らの指導経験や先輩助産師の指導の様子、学生時代に自分が受けた指導体験をもとに指導していることが報告されている。臨床指導者は助産師としての経験をもとに学生に学んでほしいこと、伝えたいことを自ら考え指導に生かそうと努力しているものの、実際の指導場面では助産師教育機関の求める指導内容と一致しているか教員と相談する機会も乏しいまま、戸惑いながら指導しなければならない現状が示唆された。

一方、臨床指導者は入職する新人助産師は、改めて分娩介助技術を一から習得している現状であり、助産師として独り立ちするためには少なくとも10例、適切なアセスメントや判断に基づいた助産ケアを実施までには20例以上の分娩介助経験が必要だと感じていた。臨床指導者は助産学生時代に介助した10例の経験の蓄積では新人助産師として十分ではないと認識しており、助産師として独り立ちするためにはさらなる経験が不可欠であると考え、新人助産師の指導にあたっていた。

本研究結果においても助産学生の指導時の習得状況で、分娩進行状態に伴う評価・修正や胎児娩出などは介助例数が10例となっても『少しの助言でできる』レベルには到達することが少ないと感じている臨床指導者もあり、助産師としてキャリアをスタートさせる入職時の時点で、専門職とし

て必要とされる能力を十分に獲得できておらず、臨床での手厚い支援体制のもと分娩介助例数を重ねる現任教育が不可欠な状況にあると言えるであろう。そのため、今後に向けては、助産学生の卒業時到達度の見直しと臨床の期待に応えることを可能にする助産師教育の検討を行う一方で、多忙を極める臨床において現任教育を継続可能にするため体制の人的、環境的、時間的な支援の充実を図ることが必要と考える。

## G. 結論

本研究は、助産学生への教育にかかわる14施設助産師68名へ調査を行い、助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に対する評価を明らかにした。グループインタビューと質問紙調査により、臨床指導者が考える助産学生の分娩期ケア能力は、産婦と胎児、その家族へのアセスメントやケア、正常分娩介助経験の中から段階的に獲得されており、少なくとも9～10例程度の多様な学習体験を繰り返すことで、正常経過にある出産へ対応できる助産師としての基礎的能力を獲得していることが明らかになった。

また、臨床指導者が助産師教育の継続性を担保すべく、現代の様々な課題がある中で、助産学生の能力を微細にくみ取りながら指導している様相も明らかになった。今後、本邦における、助産学生の分娩期ケア能力学習到達を促進する助産師教育方法の改善、臨床実践能力を高める臨床側と教育機関による継続教育の在り方の検討へつなげていきたい。

## 文献

原田 さゆり, 岡崎 愉加. (2015). 本学助産課程履修者の大学卒業時における分娩直接

介助実践能力の到達度. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 21, 151-161.

厚生労働省. (2015). 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000099698.pdf>

宮澤 美知留, 清水 嘉子, 松原 美和, 藤原 聡子, 上森 友記子, 西野 自由理. (2012). 助産学実習における分娩介助時の学生の学びとその変化. 長野県看護大学紀要, 14, 13-23.

野村 陽子. (2009). 第二部 保助看法の改訂経緯 保助看法改正の内容. Retrieved from <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2009/hojyokan-60-4>.

緒方 京, 恵美須 文枝, 中田 恵美, 下 睦子. (2015). 分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第1報) 実習指導助産師の背景. 母性衛生, 55(4), 721-729.

緒方 京, 恵美須 文枝, 中田 恵美, 下 睦子. (2015). 分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第2報) 実習指導助産師の指導能力. 母性衛生, 55(4), 730-741.

清水 嘉子, 松原 美和, 宮澤 美知留, 藤原 聡子, 西野 自由理, 上森 友記子. (2013). 助産学実習における学生の助産技術の修得 分娩介助例数による達成状況と指導者との評価比較. 長野県看護大学紀要, 15, 1-13.

谷口 初美, 我部山 キヨ子, 野口 ゆかり, 仲道 由紀. (2015). 助産学実習と助産師教育の課題 学士課程助産学生の視点から. 日本助産学会誌, 29(2), 283-292.

## 図表目次

表 1. 研究参加施設の概要

表 2. 研究参加者の概要

表 3. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」時期

表 4. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できると思う」例数

図 1. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できると思う」例数

表 5. 助産師教育に求める基礎知識・技術について

表 6. 新人助産師に経験してほしい分娩介助例数

表 1. 研究協力施設の概要

	n = 14	
	n	(%)
<b>施設所在地 (施設数)</b>		
北海道・東北	1	(7.1)
関東・甲信越	4	(28.6)
東京	3	(21.4)
中部・近畿	4	(28.6)
中国・四国	1	(7.1)
九州・沖縄	1	(7.1)
<b>病院機能</b>		
総合周産期母子医療センター	5	(35.7)
地域周産期母子医療センター	3	(21.4)
一般病院・診療所	6	(42.9)
<b>年間分娩件数 (件)</b>		
～ 500件	3	(21.4)
501～1500件	8	(57.1)
1501件～	3	(21.4)
<b>勤務助産師数 (常勤+非常勤)</b>		
10 ～ 20名	4	(28.6)
21 ～ 50名	5	(35.7)
51名～	5	(35.7)
<b>助産学生実習受入数</b>		
1 ～ 5名	6	(42.3)
6 ～ 10名	2	(14.3)
11 ～ 20名	4	(28.6)
21名～	2	(14.3)
<b>助産学生1名あたりの分娩介助数</b>		
～ 9件	3	(21.4)
10件～	11	(78.6)

表 2. 研究参加者の概要

	n = 68			
	n	平均	(SD)	最小最大
年齢 (歳)	68	39.49	(7.93)	28~59
産科以外の臨床経験年数(年)	68	2.47	(4.68)	0~33
産科臨床経験年数 (年)	68	14.47	(7.42)	5~35
助産学実習指導経験年数	68	9.47	(7.67)	1~40
教員経験年数	68	0.02	(0.13)	0~1

表 3. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できる」時期

到達例数	＜サブカテゴリー＞
1. 対象者の情報収集や診断スキル	
1～3 例目	<p>＜学校で記録の書き方、系統的な情報収集の方法を学び実習オリエンテーションを受けているので、カルテを閲覧して記録用紙へ記入することができる＞</p> <p>＜カルテだけでなく情報の収集について指導者から学んでいる＞</p>
4～6 例目	<p>＜続けて正常経過の人を受け持ち続けていると、ある程度ポイントをつかみ優先度を考慮して情報収集できるようになる＞</p> <p>＜これまで受け持ったことのない事例が入ったり、しばらく介助がない時期が続くと、まだ不十分であり、少しのサポートを必要とする＞</p>
8～10 例目	<p>＜変化がない正常経過や継続事例は自立してできるようになる＞</p> <p>＜優先順位が考えられ、主体性もでてきて、学生自身が産婦との関わりの中から情報を得ることができる＞</p> <p>＜指導者のコミュニケーションを見て自ら学びとることができるように＞</p> <p>＜学生差があり、少し間があくとまだリセットされてしまい、内診からの情報はわかっていない＞</p>
10 例目以上	<p>＜学生は受け持ち可能な正常経過の事例しか経験値がない＞</p> <p>＜コミュニケーションスキルが低いため、自らの身体感覚を用いた情報収集や産婦との関わりの中から系統的且つ予期的に有用な情報を意図的に収集することは難しい＞</p>
2. 分娩開始の診断の獲得時期	
1～3 例目	<p>＜陣痛測定自体がはじめてであり、分娩開始や診断もイメージしきれていない＞</p> <p>＜受け持ち産婦に 10 分以内の陣痛が到来していたり、分娩開始が明瞭な状態であれば、産婦へ陣痛開始時間を質問したり、CTG の波形を見て、定義通りに判断することができる＞</p> <p>＜開始しているか否かの判断はまだできていない＞</p>
4～5 例目	<p>＜陣痛測定が自分で行えるようになり、CTG を読み、産婦とコミュニケーションをとりながら情報収集をして、陣痛の状態や産徴、破水も考慮し、教科書上の定義と照らし合わせながら正常な経過にある産婦の分娩開始の診断を述べられるようになってくる＞</p> <p>＜誘発分娩の際の診断はまだ難しい＞</p>
6～9 例目	<p>＜分娩開始の状況を総合的に判断して入院管理を要する経過であるか否かの判断を行う学生もいる＞</p>
10 例目	<p>＜CTG に頼りがちで産婦の様子から総合的に判断すること、前陣痛陣痛との鑑別判断、分娩誘発、色々な分娩開始の状況があることまではわかっていない＞</p>
3. 受け持ち開始時の分娩進行の診断	
3～4 例目	<p>＜助言で気づき結びつきはじめる＞</p>
5～6 例目	<p>＜意識付けしていくと、五感を使って様々な外診所見に気づけるようになり、初期計画ができる関われるようになる＞</p>
7 例目	<p>＜実習の環境にも慣れて、産婦の変化をとらえて色々と考えられるようになり、助言で考えられるようになってくる＞</p> <p>＜計画の立案は予測までいかず、個別性をとらえているというより型どおり＞</p>
8～10 例目	<p>＜個人差の大きい分娩進行の変化を捉えることができ、自分から計画を報告できるようになり、分娩予測も一致してくる＞</p>
11 例目以上	<p>＜最初の頃は受け持ち開始時の計画は間に合っておらず、第2期ぐらいからしか関わっていない学生もいる＞</p> <p>＜外診はまだちゃんと触れられておらず、10 例以上経験しないと外診と内診所見が一致しない＞</p>

	<14 例以上介助する学生だと 10 例以降でない>と少しの助言でできる子は少ない>
4. 分娩進行状態に伴う・評価・修正	
7～8 例目	<経過が緩慢になった際分娩予測時間やケア指針を修正したり、振り返りの時は気づくことができる> <分娩経過を理解しつづあり、複数の情報を関連づけ、継続事例や経過が長い時は自主的に計画を相談できるが、こちらから促すことで考え報告している>
8～10 例目	<タイムリーではないが、終了後に自分のケアを評価することはできる> <適切に修正できているとは言いきれず、目に見えない経過、予測的に判断すべきことはまだ見逃してしまう>
10 例目	<正常経過を逸脱した事例を評価するのに必要な経験数であり、過去の経験に照らし合わせて修正を提案できることもある>
10 例目以上	<現在の状態を適宜総合的に自らの感覚も活かして判断・修正することは難しく、まだ任せられず難しい> <特に初産婦より経過が急速に展開する経産婦へのアセスメントは難しく達成とは言い切れない>
15 例目以上	<予測できなかつたことを修正し判断・対応するまでは至らず、基本的なレベルに達するのが 15 例程度で、もう少し例数を重ねる必要がある>
5. 産婦と胎児の健康状態へのアセスメントやケア	
1～4 例目	<正常な胎児のモニター判読はできる> <数値での判断は早期からできる> <ローリスクであれば健康だと判断できる> <技術に意識が向き健康状態を見るまで至らない>
5～7 例目	<CTG モニターで正常か異常かの判別ができるようになるが異常は判断できない> <健康な人であるという視点を持ち、複数のアセスメントを統合することでできるようになる> <指導者が質問すれば答えられるが、異常の報告はできず、相談しながら実施する>
8～10 例目	<加速期に入ると胎児健康把握は難しいが、落ち着いた場ならばできる>
10 例以上	<分娩中は胎児の健康状態に意識を向けることは難しい> <腹部触診ができず子宮収縮の評価ができない> <臨床指導者が質問すれば答えられるが正常からの逸脱を判断するのは難しい>
6. 分娩進行に伴う産婦と家族のケア	
1～3 例目	<産婦の快・不快は別としてマッサージや声かけは最初からできる> <分娩経過によって提案したいケアを持っている>
4～7 例目	<産婦の傍でよく産婦をみているので実施できる> <学生の気持ちに余裕ができると家族に目が向くようになるがケアはできない> <分娩経過を理解した上でケアを提案できるようになる>
8～10 例目	<根拠を持ってケア計画が言える> <産婦へのケアに精いつばいで家族ケアまでは目が向かない> <指導者の助言があると家族ケアの視点で行動できる>

10 例目以上	<p>&lt;介助に一生懸命で新生児にも目が向いていないので家族のケアまでできない&gt;</p> <p>&lt;産婦の個性、快・不快に合わせたケアができるようになるのは難しい&gt;</p>
7. ①経膣分娩介助 清潔野の作成	
1～3 例目	<練習してきているので少しの助言で清潔操作がこなえ、清潔野が作れる>
4～5 例目	<p>&lt;病院の物品を使い、病院のスタッフが指導し、学生が練習をしていくのでできる&gt;</p> <p>&lt;予定外のことがなく仰臥位ならばできる&gt;</p>
15 例目以上	<安全にできるようにするのは難しい>
7. ②経膣分娩介助 胎児娩出	
7～8 例目	<正常経過にある腹圧を調整できる産婦であれば見守れる>
9～10 例目	<p>&lt;学生若くはあるが介助の形になり見守り出来れば見守れる&gt;</p> <p>&lt;肩甲はだせないか手を添えたらできる&gt;</p>
10 例以上	<p>&lt;児の娩出は難しい&gt;</p> <p>&lt;学生だけでは肩甲は出しきれない。&gt;</p> <p>&lt;助言だけではできず、手を添えたらできる。&gt;</p> <p>&lt;臨床指導者に言われるままに動くだけで、学生だけでは難しい&gt;</p> <p>&lt;安全を保つために手を添える&gt;</p>
11 例以上	<p>&lt;胎児娩出は10例でできるとは思えず期待をしていない&gt;</p> <p>&lt;会陰伸展をみながら娩出コントロールするのは難しく、頭は出せても肩甲は難しい&gt;</p> <p>&lt;11例目になると産婦の顔を見ることができると&gt;</p>
7. ③出生直後の新生児のケア	
5～6 例目	<正常であれば練習通りに拭き取りができ、アプガールスコアがつけられるようになるが、新生児が啼泣しないと手が出ない>
8～10 例目	<p>&lt;落ち着いて臍帯切断できるようになる&gt;</p> <p>&lt;次に何をするのかを理解でき、実習終了後に自分の行動を振り返られる&gt;</p> <p>&lt;新生児の保温や車蓋防止への配慮はできない&gt;</p>
10 例目以上	<p>&lt;新生児娩出から第一呼吸まで一連の流れで行うことは難しい&gt;</p> <p>&lt;児を安全なところに寝かせたり、臍帯切断と必死で新生児の観察まで目が向かない&gt;</p> <p>&lt;新生児が啼泣しないと皮膚刺激さえできないこともある&gt;</p>
15 例目以上	<新生児の健康状態を見ながら少しの助言で行えるようになる>
7. ④経膣分娩介助 胎盤娩出	
4～6 例目	<p>&lt;出血など異常がない場合は、剥離徴候が確認でき、学生が行うのを見守れる&gt;</p> <p>&lt;卵膜遺残の時は指導する&gt;</p>

7～8 例目	<学生差はあるが、胎盤剝離徴候を言え、シュルツェ式の場合は見守れる>
9～10 例目	<正常な経過であれば、自ら胎盤剝離徴候を確認でき、胎盤を出せるようになる>
7. ⑤経産分娩介助 出血・子宮収縮確認	
3～5 例目	<正常経過であれば、産婦に付き添い練習通り観察できる>
7 例目	<助言があればできない学生はいない>
8～9 例目	<出血と収縮を統合して報告できるようになる>
7. ⑥経産分娩介助 倉部の確認	
3～4 例目	<正常経過であれば、産婦に付き添い観察できる>
7 例目	<子宮収縮と出血に集中して倉部の観察できない学生はいるが、助言があれば実施できる>
10 例目	<縫合時は医師がバトタッチすることが多い> <出血が多い場合、学生差はあるが、次に実施するケアを答えられるようになる>
8. 出生直後の母子接触や早期授乳支援	
1～4 例目	<アプガールスコアが正常域であれば母子接触の判断ができる>
7～8 例目	<観察ポイントが分かり説明も任せられる状況になる> <早期母子接触を実施するタイミングや授乳への介助に対してはサポートを必要とする>
8～10 例目	<出生直後の母子接触が必須であることを意識し事前に目標を立案していれば、母児の状況判断、観察視点を持つことができる>
10 例目以上	<出生直後の児の健康状態の把握や母児の安全確保をすることは学生には無理である> <胎盤計測を実施している間に母子接触が開始してしまっている>
9. 産婦の分娩想起・出産体験への支援	
4～6 例目	<さらっと声をかけることは可能である> <特に継続ケースに対しては詳細に振り返りをすることができると> <学生差があり会話の流れを誘導する必要性があることも生じる>
7～9 例目	<学生の一生懸命さが伝わり、対象者に沿ったバーズレビューを行い、問題点などはスタッフに報告することができる>
15 例目	<深い部分までの分娩想起や出産体験支援はできない>
10. 分娩進行に伴う異常発生の予測と予防行動	
10 例以上	<分娩予測で精一杯であり、現場でも後追いでも正確な判断までできない>
11 例以上	<分娩予測で精一杯であり、分娩進行に伴う異常発生の予測と予防行動までできない> <自分の免許をかけているので、異常までは任せられない>

表 4. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できると思う」例数

	n	平均値	(SD)	中央値	最小最大
情報収集・診断スキル	67	7.66	(3.41)	7	2~16
分娩開始の診断	66	6.50	(3.44)	6	2~16
受け持ち開始時の診断	66	6.61	(1.86)	7	3~10
分娩進行状態に伴う評価・修正	66	11.00	(3.08)	10	5~16
産婦と胎児の健康状態	67	8.00	(3.29)	8	3~16
分娩進行に伴う産婦と家族のケア	66	9.52	(3.92)	9.5	2~16
経膈分娩介助(全体)	66	12.08	(3.56)	12	4~16
分娩野の作成・清潔操作	67	5.37	(3.02)	4	2~16
胎児娩出・出生直後の新生児のケア	67	10.31	(4.00)	10	3~16
児娩出後の処置 (胎盤娩出・出血確認・子宮収縮・臍部の確認)	67	8.33	(3.12)	8	2~16
出生直後の母子接触・早期授乳支援	66	9.16	(4.43)	8	1~16
産婦の分娩想起・出産体験理解支援	66	8.48	(4.35)	7.5	1~16
分娩進行に伴う異常発生の予測と予防的行動	67	14.49	(2.88)	16	4~16
新人が学生時代に介助した分娩数平均	59	9.80	(2.18)	10	0~17

n = 68

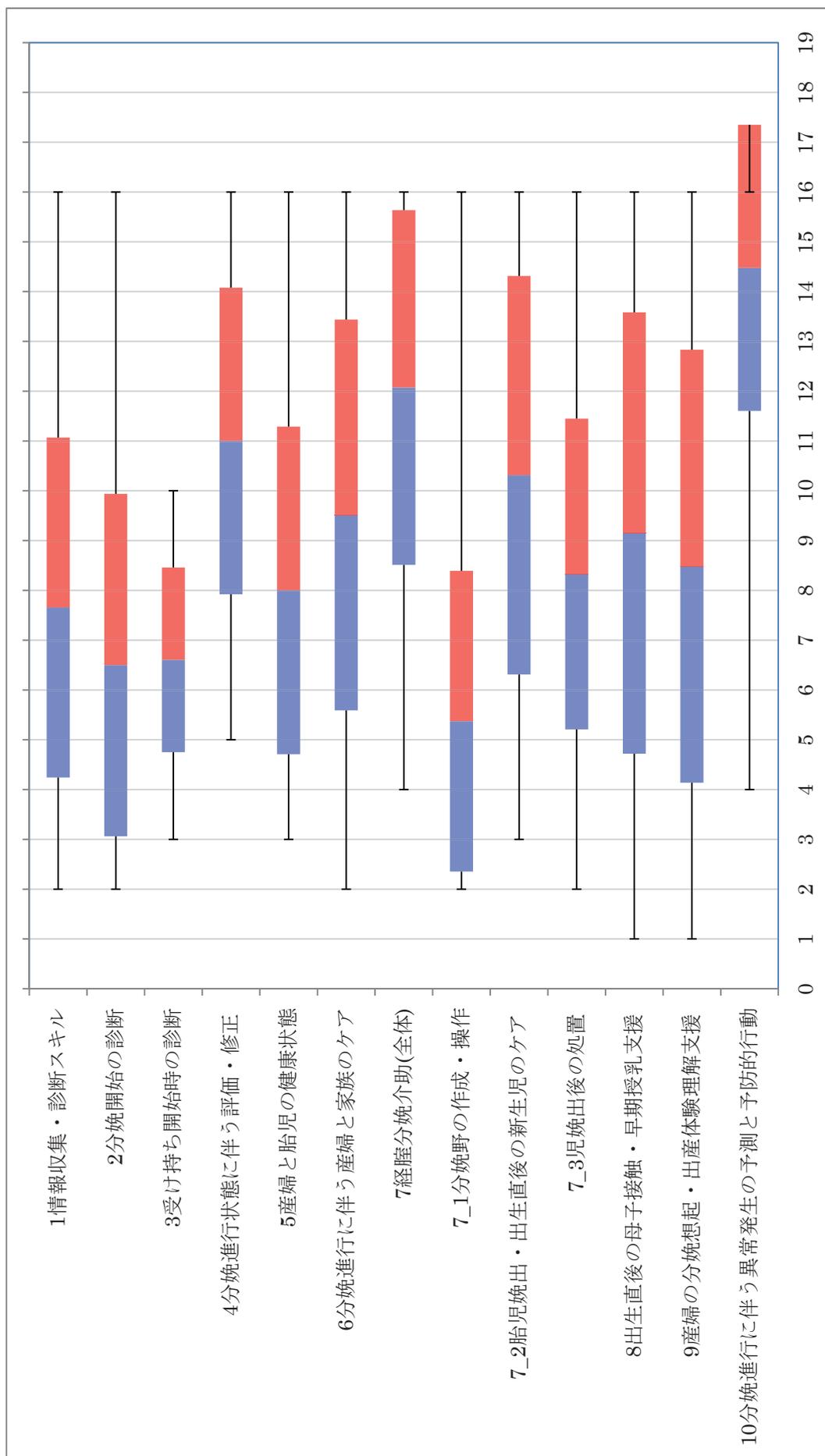


図 1. 臨床指導者が認識する助産学生が「少しの助言で自立できると思う」例数 (平均値・標準偏差)

表 5. 助産師教育に求める基礎知識・技術について

コード	コード名	数
1) 新人助産師の入职時に求める基礎知識・技術 (コード数 79)		
<p>産婦やスタッフに対するコミュニケーションスキル            学ぶ姿勢やコミュニケーション能力            会話のキャッチボール            模擬患者に対するコミュニケーションの試験            産婦さんに触れるということができる人になってほしい            言われたことを素直にちゃんと受け入れて聞いてほしい            コミュニケーションの取り方とかは、ちよっと思っところがある            挨拶できないとかいっ子が中にはいる            質問に答えることができる能力を身に付けてほしい            産婦が痛がっいても、コミュニケーションがうまくできていない            時系列にどんどん書く経過記録がかけない            スタッフの記録を見て、自分たちの記録を埋めているから、ゼロから記録を起すことが多分できない            記録が遅く、分娩進行と同じ速度で記録が書けていない            見ているものを記録にその都度書く、という作業ができていないから、新人が入ってきたときに、時間がわかる            記録が抜けていたり、見たもの全部書くとしていたり、アセスメントが全然描かれてなかったりする            記録の仕方、何を見て、何を書かなければいけないかわかっていない            アセスメントもそのときに考えて書いて、いっぱい書き込んだもののほうが、継ぎ足していく過程が一番大事なような気がするが、そういう動き            が記録から見えない            記録は完成度じゃなくて、プロセスが大切。            文章が書けることが大切            記録を見ると思考とか状況がわかれはいいが、記録でも口頭でも表現できない            内診がわからないのは仕方がないが、診察の仕方や判断の基準がわかっていないことがある            基礎的に標準的な分娩介助やケアなど基本の部分だけでほしい            分娩介助マニュアルが、きちんと頭に入っっていれば合格だと思う            緊張もありマニュアルが飛んでしまうこともあるが、声をかけて思い出せてできるのであれば十分である            定義を覚える            知識は絶対要る            基礎的な知識があれば応用力を身に着られる            分娩監視モニターの判読だけは最低限できてほしい            観察項目が必要な意味を考えられるようになっようになって入職してほしい            技術的なことはともかく、情報収集能力と思考過程の訓練は入職後に生かせる            勉強の仕方、考え方、考える練習をしていない            看護目標を立て方や計画の展開が重要である            助産過程、目標を立て方や展開の仕方、記録の書き方がわかっていない。</p>	<p>産婦やスタッフとコミュニケーション            ができる能力</p>	10
	<p>分娩進行に応じたアセスメントと記録            の記載</p>	10
	<p>助産に関連した基本的な知識や分娩介            助手順の理解</p>	9
	<p>助産計画の立案や展開など思考過程の            獲得</p>	6

	<p>初期計画の修正は、イメージトレーニングをしておくとういと思 何か頭の整理の方法など診断、記録に書くなどをしてから来てほしい 報告連絡相談を適宜してほしい 促さないで報告がない 報告・連絡・相談ができる、チームとして動けることが必要 連絡・報告・相談までできて欲しい 分娩室に1人でもって問々とせず報告や発言をすること 報告だけは自分から来てほしい</p>	6	適切な連絡・報告・相談ができる能力
	<p>助産観を養ってほしい 女性として、母親としての一生を左右する場面に関わっているので、助産師としてどういう立ち位置でどういう風に女性にケアをしなければいけ ないか、常に追求して行くものだと思う。 助産師としての土台（基礎）が備わっていかねばそうしようもない。 自分が産婦の前でどうあるべきか、女性がお母さんになっていく過程をどう支援しているのかというその大事なことに関わっていることを、 例数を重ねながら育ってほしい。 専門職として新しいことを勉強していこうなどとも人間性というかそういうところを持ってきてほしい。</p>	5	助産観を養うことの重要性
	<p>分娩介助の件数が減れば減るほど減ってしまうので、できるだけ多く見る、体験をしてほしい。 助産院に行つて、総合病院に行つて、フリースタイルをやっている総合病院に行つてという、いろいろな施設を回つて、ここだけが全てじゃない、 何かもう少しいろいろな手段があったと学んだ。教育機関にそういうふうな体験をさせてあげられるよう期待する 初産婦、経産婦、長い方、短い方、いろいろな方がまざると、全く一からになつてしまつて、10例になつても、全然仕上がりが違いが違つて 経産婦何例、初産婦何例とかにしてはどうか 経験できるのならたくさんしてきてほしい</p>	5	多様なケースやケア方法の体験の蓄積
	<p>学生の時の10例でどれだけ積み重なっているかが大切 1例1例積み上げていく中で、産婦と家族のことを考えながらケアが提供できるようになるための10例だと思う 例数を重ねながら女性が母親になつていくのを支えていくように育つていくために1、2例じゃ無理で、10例というところで捉えている 単なる例数ではなく、この技術が終わつた、この助産行為ができたとしたほうが良いと思う。 10例では、分娩介助技術をできたとも思つて欲しくないし、求めていけないが認知領域で主理解してほしい 例数は非常に重要だが、助産師としての土台（基礎）が備わっていないと無理な例数では無理な例数になってしまう。 やっぱり分娩件数をきちんととつてほしい。 多様なケアに触れる経験は分娩介助の件数が減れば減るほど減ってしまう。 10例は最低経験してきてほしい</p>	5	10例の分娩介助の内容の充実
	<p>基本的態度が重要である 身に付いた態度は入職後は修正が難しい 産婦に何が起きているのか考えようとする意欲を持ってほしい 専門職として学び続ける向上心を持ってほしい 痛い人に寄り添う感じを持ってほしい</p>	5	10例の分娩介助例数の確保の重要性
	<p>分娩第1期に丁寧に関わっているかが重要だと思う。 直接介助だけでなく間接介助であっても、分娩第1期のケアは学べる 分娩第1期のケアの、例えば促進のケア、休息のケア、食事の進め方などの引き出しを増やしてきてほしい</p>	5	助産師としての基本的な態度の獲得
		4	分娩第1期のケアの重要性

第1期の早い時期のケアをしてほしい 10例じゃ足りないと思う 場所が変わればスタッフも変わるし環境も変わるので、施設を移動すると10例ではもっと足りない。 10例では技術を求めている。	分娩介助例数10例での不十分さ	3
早期授乳支援に関する知識	早期授乳の知識の獲得	1
やっぱり正常と異常の区別はしっかりつけられるようになってほしい	正常と異常の判断能力	1
赤ちゃんとお母さんを見る目だね、あと、一人だけ見てしまうから、お母さん、お母さん、とか、赤ちゃんも赤ちゃんと行ってたらお母さんとそっちらのけになるし	母子ともに観察する能力	1
継続から学べることも直接介助をした方の産後のケアができるとよい	継続ケースからの学びの重要性	1
継続以外にも直接介助をした方の産後のケアができるとよい	産後ケアの重要性	1
学生時代に自分で分娩介助をしたという感覚を持つことが非常に大事だと思う。児頭の圧迫感や後頭結節を外す感覚などを実感できるように配慮している。	自ら分娩介助を行った実感	1
NCPRは受けてきてほしい	NCPRの習得	1
<b>2) 助産学生の実習指導時に感じること (コード数31)</b>		
他の人の事例にも関心を持つことができるためにもチームを組んで学ぶことは大切な要素だと思う チームを組めばアドバイスも共有できたり、いろんな事例を把握することができ、自分にプラスとなる 一人の指導者に3人の学生がいて、直接介助、間接介助、新生児担当と一緒に話を聞くことができる 直接介助、間接介助、新生児担当の3名で振り回りでできる 学生のうちに2人ペアや3人ペアなどチームで実習ができると自分の頭の中で考えただけでなく、人の意見を聞くことができる 2~3人ずつをペアにしてチームを組ませて実習を行えば周りの人がいての自分に気づけるから 分娩の枚数や貧血の値など、母性看護の知識がないと、助産を教えるのに時間をとられてしまう。 子宮底長が観察できない学生がいて驚いた 分娩は何かあるとか、貧血はいくつからなのかなど母性の知識はわかかっていて欲しい、 看護の基礎教育での学びが普通に行きつれば、助産の教育はスムーズになると思う 看護学生の時に分娩見学ができるとよい	学生が連携してチームで学ぶことの有効性	6
大学の4年間の間に助産までとるのは、正直難しいと思う 分娩介助が一番大きな目的のため実習期間がすごく短い 大学の4年で助産師取得を目指している人は、同じ免許だが1年の人に比べて学ぶ範囲が少なく、実習期間が短い 1年間とっぶり助産に染まって、つかって来た人たちと大学4年で取得した人は若干違う 最低限な知識は持っていると思う フロントなどを使用して学内演習でしつかり学んでいきたいとパニックにはならない 今やっている教育でそれなりに最低限はクリアできている	母性看護の知識や看護学生時代の経験が乏しさによる指導上の難しさ	5
	大学の4年間での実習期間の不十分さ	4
	現状の助産師教育での基本的内容の獲得	3
	助産師教育機関と臨床とで求めることの差	3

3	助産学生ならではの指導の難しさ	<p>助産学生が全て看護師免許を取得しているとは限らないので、どこまで求めているかわからない。 看護学生から助産学生は一気にレベルになってくる、よりタイムリーなものが求められてくる 学生同志で分娩監視モニターを見ながら「(陣痛の)この山があがったときにマッサージュする」といって話していて愕然とし、機会でなく産婦を見てほしいと思った</p> <p>看護師経験が長い学生は、若い指導者の指導に対して真摯に捉えないことがある 学生の状況によっては個人的な情報もあるので、臨床指導者として教員との連携の取り方が難しい 施設の中で学生の捉え方と教員としての捉え方にずれがあり共有が難しい 実習施設での分娩への取り組み、形態に学生の経験が左右される(無痛分娩やフリースタイル分娩、内診の頻度など)ので、入職して施設の違いに戸惑っているように感じる。</p> <p>発達途上の人たちなのでいろんな症例をみてスキルを磨いていくことができにくい</p> <p>何で診ないといけないのかとか、何を診るのかとか、ここは診ないといけないというのがわかりませんという感じのこともある</p> <p>スタッフとコミュニケーションをとりながら和やかな実習にする</p>
3	教員との連携の難しさ	
1	学生時代の経験による入職後の戸惑い	
1	学生時代からの多様な産婦へのケア経験	
1	観察目的と方法の理解不足	
1	十分なコミュニケーションによる穏やかな実習	

表 6. 新人助産師に経験してほしい分娩介助例数

例数	コード	コード名	数
1) 就職までに経験してほしい分娩介助例数			
10 例以上	学生時代に10 例以下の経験例数は聞いたことがない 学生時代に10 例以下の者はいない 学生時代に11 例の者もいる	学生時代には10 例以上の経験者しか聞いたことがない	3
5 例	教科書で学習し助産師資格を取得してから研修していくのであれば5 例でもよいかもしれない	就職後研修があれば5 例でもよいのかもしれない	1
7 例	学生の分娩介助例数を7 例にしてしまっは、就職後の臨床がすべてを引き受けることになるのでとんでもないと思う	学生が7 例しか分娩介助をしないことになるなら、全て臨床で引き受けることになるのでとんでもないことだと思う	1
7~8 例以上	7-8 例の経験の後、最後の実習で数例積み重ねることで自信を持って就職につけると感じる。 10 例が理想だが、8 例だとしても、長期間関わって出産できなかつたケースから学ぶことも多い。 少なくとも10 例を分娩第1 期から4 期までの経過に関わってほしい 10 例の経験を踏まえて記録から振り返ることで学内でも成長できる 多ければよいとは思わない 働いてから意識が変わって観察する視点も変わってくるかもしれない 10 例の介助をしていけば少なくとも、様々な経験をすることができると思う 助言で自立できるといふ助産師としてのスタートラインにはつけない 10 例では技術までできるようにはならない 10 例は最低限である たとえ、指導者にほとんどサポートされたような分娩介助だとしても、10 例の介助をしないでも良いという議論は危険だと思う	10 例未満であっても経験を積み重ねが自信となる	2
10 例以上	分娩介助技術の面からもアセスメントの面からの最低10 例は必要 10 例というのは最低ラインである 分娩第1 期の途中から分娩、産後まで担当したケース10 例としてほしい 10 例の内2~3 例は継続ケースを入れたほうがいい	分娩介助10 例は最低数であり必要数である	14
12~13 例	分娩開始から終了までをケアできるまでになしてほしい	分娩開始から一連のケアには12,13 例必要	1
15 例	平均15 例が最低ライン 10 例から成長がみられるので、本来は15 例程度が望ましい 就職することを考えると20 例程度が望ましい 20 例の経験例数があると、就職後違ってくる 20 例の出産に密に関わった実習をしていくと、かなり経験が違ってくる 大学院の2 年間では20 例できる限りやれるだけやった方がいい	本来は15 例以上が望ましい	3
20 例以上		20 例の分娩介助経験があると就職後に違ってくる	5

2) 新人助産師がひとり立ちするまでの分娩介助例数			
	学生時代に10例介助しても、入職後はリセットされてしまい、0からのスタートだと感じる 学生時代に10例介助しても、新人助産師として就職すると0に戻っている	学生時代の経験の積み重ねが乏しい	2
10例	新人助産師は、まず10例で技術を中心に習得する 新人助産師は10例介助後にアセスメントに意識が向くようになる 新人助産師は10例目まで内診などを含めて技術が中心	まず10例の分娩介助を経験し技術面の向上を図る	3
20例	新人助産師は20例目で到達度を確認する 新人助産師で20例目より早くひとり立ちできる人はいない 新人助産師は20~30例で独り立ちとなる	ひとり立ちするためには20例以上必要である	3
	学生時代にどれだけ分娩介助してもあまり変わらない 新人助産師のスタートラインが良くわからない。	学生時代の分娩介助経験があってもあまり変わらない	2
	就職した臨床で分娩介助経験を積むことができなまま年数がたつと、実習で30例の経験があっても助産師としてすぐ分娩介助をすることは難しい 就職先が大病院だと、学生時代に10例、就職後10例介助しただけとなり、臨床で助産業務に着けないケースもある 出産件数の少ない臨床では経験を積むことも先輩助産師から技術を受け継ぐことも少なくなってしまう	助産師としての成長は就職した臨床の状況に左右される	3

## 総括および提言

### 助産学生の分娩期ケア能力の学習到達度に関する今後の課題

助産師教育における臨地実習に関する実態調査（3研究）の結果と考察を踏まえ、分娩期ケア能力の習得をはじめとする助産師教育に関する今後の課題について述べる。

#### 1. 現行の「正常産を10回程度直接取り扱うこと」の遵守

本研究結果では、分娩介助例数の比較的早い段階や10例程度で獲得できる分娩期ケア能力がある一方で、10例を介助しても十分には到達していない能力があることが明らかになった。

具体的には、実習の前半期（1～5例目）には【分娩野の作成・操作】【胎盤娩出】【臍帯クランプ・切断】など比較的単純な作業や範囲が限定されている操作手技、既習の知識と照合することで達成される能力が獲得され、中～後半期（6～8例目）にかけては、【分娩開始時の診断】、【産婦と胎児の健康状態】など、ある特定項目に関して関連する複数の情報を収集してアセスメントする実践的な能力や、【基本的ニードに関する援助】や【産痛緩和ケア】などの基本的支援能力が獲得されていた。10例の最終段階（9～10例目）には、【分娩進行に伴う産婦と家族のケア】【出生直後の母子接触・早期授乳支援】等のさらに複合的な判断と経膈分娩に関する基本的ケア能力が獲得されていた。

一方、分娩介助のうち特に児の娩出にかかわる技術である【肩甲娩出】【児の最小周囲径での娩出】等や、分娩進行の時間軸に沿った総合的判断・予測・修正能力が必要となる【分娩進行および予測評価】【分娩進行状態に伴う評価・修正】、児の母胎外適応を促進する【出生直後の新生児のケア】等は10例内では能力獲得が難しく、特に【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】は、10例以上においても到達できないと評価されていた。

このことより、現行の分娩介助例数は、能力獲得には「最低限」の例数であることを再確認し、今後も保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められている「実習中分べんの取扱いについては、助産師又は医師の監督の下に学生1人につき10回程度行わせること」（文部省・厚生省，1951）は、各教育機関で遵守する必要がある。また、複数の教育機関で10例以上の分娩介助が実施されていることを踏まえ、各教育機関の目標と臨床実習状況により可能であれば、今後も最低限の分娩介助例数10例を超える実習を妨げる理由はない。「学生1人につき10回程度行わせること」（文部省・厚生省，1951）以上の実習を行う場合には、本研究で課題として明示された分娩進行に伴う異常発生予測と予防的行動能力の獲得を促し、正常と異常リスクの判別能力を向上させる点から、ある程度の異常ケースを受け持つことも選択肢と考えられる。

いずれにしても、10例程度の分娩介助到達度を全国的に適切に評価するために、現在教育機関ごとに作成されている多様な評価項目と評価基準を標準化し、統一した到達度評価表の開発が必要である。

## 2. 分娩期ケア能力の未到達能力項目に対する対応

次に、現行の教育においては、10例程度の分娩介助例数を重ねても到達し得ない分娩期ケア能力があったことに対しては、教育上の具体的な対応策が必要となる。対応策としては、教育機関内における教育改善、実習展開における教育改善、分娩介助例数10例程度遵守のための実習施設の開拓と臨床指導者の育成促進、等が挙げられる。

### 2-1. 教育機関内における未到達能力項目に対する教育改善

教育機関が直接的に実施できる対応策として、まずは教育目標・教育内容・教育方法・評価の見直しを行うことが考えられる。具体的な学内講義・演習実習をより効果的に展開できるよう、たとえば認知領域（知識：想起、解釈、問題解決）、精神運動領域（技能：模倣、コントロール、自動化）、情意領域（態度：受け入れ・気づき、反応・行動、内面化・習慣化）の点から教育内容を分析的に再検討することも助けになると考える。学内講義や演習で到達しておくべきレベルと、実習において到達を目指すレベルを明確に識別したうえで、助産学生と教育者とが明確な目標を共有し、自己評価・他者評価をすり合わせておくことが、来るべき実習における助産学生の到達度を向上させる一助となるだろう。現在推進されているアクティブラーニングの点からも、教育方法の改善を行うことも望ましい。認知・論理能力やチーム力、課題探求/解決能力等を向上させるプロブレムベースドラーニング（Problem-Based Learning：PBL）、チームベースドラーニング（Team-Based Learning：TBL）プロジェクトベースドラーニング（Project-Based Learning：PBL）をはじめ、e-ラーニングなどオンデマンド型教材配信、シナリオ・ロールプレイ・模擬妊産褥婦・シミュレーター等を活用したシミュレーション教育、実習開始前の知識・技能・態度を総合的に評価する客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE）などを活用することも大いに推奨される。

特に、本調査で明らかになった【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】の達成が困難であることへの具体的な改善策としては、学内演習におけるシミュレーション教育の導入が有効な解決策となりうる。基本的に低リスクの正常産ケースを扱う助産学生の分娩介助実習において、助産学生が異常発生リスク状況に遭遇する機会はまれである。一方、ひとたびリスク状態が現実問題に変化する事態には、即応することが求められるのが現場の常である。これらの切迫した状況に対応する能力を育成するためには、時間軸で進行する複合的状況シナリオやロールプレイが組み込まれたシミュレーション教育等を実習前トレーニングとして行い、実習準備性を高めておくことは重要である。これにより、助産学生の過緊張が軽減されて学習が促され、学内準備の上に実習での学習が積み重ねられる可能性が広がると考えられる。

## 2-2. 実習展開における改善策

教育機関の教員は、助産学生が習得すべき能力の到達度を設定する際に、最終レベルに到達できるまでのスモールステップごとの目標と教育方略を段階的に設定し、それを助産学生と臨床指導者の三者で共有することが望まれる。出来れば、その学生の認知・行動・感情面の特性を踏まえたテイラーメイドの教育上の工夫を行えると、さらなる学習効果が期待できるだろう。教育機関の教員と実習施設の臨床指導者は、その実習全体の目的と個別目標、および個々の学習者の準備状況や個別目標を共有できるとよい。多忙な臨床現場では分娩介助1例1例の詳細な振り返りは現実的には難しいが、実習期間中の何時点かで形成評価を行えることが望まれる。その際、教員は学生と指導者に対して、できるだけ肯定的なフィードバックを行うことが、学生と臨床指導者間の良好な学習－教育プロセスを促すことにつながることも留意できるとよい。

さらに、教員と臨床指導者、臨床指導者以外の助産師の教育協働体制を作り上げる努力をするとともに、クリニカルファカルティ、クリニカルチューター等の臨床教育者の育成と配置を促進させることも今後取り組むべき大きな課題である。

## 2-3. 実習施設の開拓と臨床指導者の育成の促進

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、ハイリスク妊産婦の増加などの要因により、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。これらの構造的問題を解決し、正常分娩取り扱い施設が助産学生の実習を受け入れやすくするための条件整備が今日的課題となっている。

具体的な対策としては、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。

## 3. 助産教育と継続教育との連結

助産学生は教育課程修了後、国家試験に合格した場合、免許を得て臨地で業務を開始する。分娩時ケア能力の育成は、新人研修と職場実務トレーニング（On the Job Training : OJT）、継続教育研修に引き継がれる。

本邦においては、2009年に保健師助産師看護師法および看護師等の人材確保に促進に関する法律の改正に伴い、2010年から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修が努力義務化され、「新人看護職員研修ガイドライン」（厚生労働省、2009）が提示され、その後、2011年には助産技術の到達目標等が加えられた。また、日本看護協会から「新人看護職員研修ガイドライン」をより実践的に新卒助産師研修として活用できるように「新卒助産師研修ガイド」（2012）が、さらに「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）」（2013）が提案され、新卒助産師の実践能力領域とクリニカルラダー別能力到達目標が明示された。

加えて、2015年度から助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢ認証制度が開始された。新卒助産師が、助産学生時代に獲得した能力を継続して向上させることができるよう、助産師のための研修ガイドラインに基づいた十全な継続教育が整備されることも重要である。

根本的な議論に立ち返れば、複数の教育課程がある中で助産学生に求められる卒業時到達度はどのレベルであり、新卒助産師が業務を開始する時点で獲得している能力はどのレベルなのかを再検討することも必須であり、それと並行して助産教育で用いられている評価項目・評価基準と、新人に対する複数の実践能力評価項目と評価基準を一貫した連続性のあるものに整えることも必要となる。

以上、今回の調査結果を踏まえ、助産学生の分娩期ケア能力を向上させるための短期的課題から中期的課題と対応について述べた。今後、助産師教育年限に関する中長期的課題があることを認識しつつも、短期的には、本研究において項目を選定した分娩期ケア能力評価基準を標準化することに加えて、特に【分娩進行に伴う異常の発生の予測と予防的行動】をはじめ達成度の低かった能力を育成するための教育方法を開発・評価することが重要な課題となる。さらに、助産学生の卒業時到達目標と到達度のうち、今回取り扱わなかったⅠ．助産における倫理的課題に対応する能力、Ⅱ．マタニティケア能力：妊娠期の診断とケア、分娩期の診断とケアのうちの異常状態、産褥期の診断とケア、新生児の診断とケア、ハイリスク母子のケア、出産育児期の家族ケア、地域母子保健におけるケア、助産業務管理、Ⅲ．性と生殖のケア、Ⅳ．専門的自律能力等に関する教育実態も明らかにし、効果的な教育方略に関する情報収集を行い、それらを検討・活用することも、助産学生の能力向上の一助になると考える。

## 資料目次

資料 1. 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン（厚生労働省, 2015）

「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」

資料 2. 助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価アンケート（研究 3）

資料 1. 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

別表 12 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

■卒業時の到達度レベル

I：少しの助言で自立して実施できる

II：指導の下で実施できる

III：学内演習で実施できる

IV：知識として分かる

実践能力	卒業時の到達目標			到達度	
	大項目	中項目	小項目		
I. 助産における倫理的課題に対応する能力	1. 母子の命の尊重		1 母体の意味を理解し、保護する	II	
			2 子どもあるいは胎児の権利を擁護する	II	
			3 母子両者に関わる倫理的課題に対応する	II	
II. マタニティケア能力	2. 妊娠期の診断とケア	A. 妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア	4 時期に応じた妊娠の診断方法を選択する	I	
			5 妊娠時期を診断（現在の妊娠週数）する	I	
			6 妊娠経過を診断する	I	
			7 妊婦の心理・社会的側面を診断する	I	
			8 安定した妊娠生活の維持について診断する	I	
			9 妊婦の意思決定や嗜好を考慮した日常生活上のケアを行う	I	
			10 妊婦や家族への出産準備・親準備を支援する	I	
			11 現在の妊娠経過から分べん・産じょくを予測し、支援する	I	
			12 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を行う	II	
			B. 出生前診断に関わる支援	13 最新の科学的根拠に基づいた情報を妊婦や家族に提示する	II
				14 出生前診断を考える妊婦の意思決定過程を支援する	III
			3. 分べん期の診断とケア	C. 正常分べん	15 分べん開始を診断する
	16 分べんの進行状態を診断する	I			
17 産婦と胎児の健康状態を診断する	I				
18 分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	I				
19 経膈分べんを介助する	I				
20 出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	I				

		21	産婦の分べん想起と出産体験理解を支援する	II
		22	分べん進行に伴う異常発生を予測し、予防的に行動する	I
	D. 異常状態	23	異常発生時の観察と判断をもとに行動する	II
		24	異常発生時の判断と必要な介入を行う	
			(1)骨盤出口部の拡大体位をとる	I
			(2)会陰の切開及び裂傷後の縫合を行う	III
			(3)新生児を蘇生させる	III
			(4)正常範囲を超える出血への処置を行う	III
			(5)子癇発作時の処置を行う	IV
			(6)緊急時の骨盤位分べんを介助する	IV
			(7)急速遂娩術を介助する	II
			(8)帝王切開前後のケアを行う	II
		25	児の異常に対する産婦、家族への支援を行う	IV
		26	異常状態と他施設搬送の必要性を判断する	IV
4. 産じょく期の診断とケア	E. じょく婦の診断とケア	27	産じょく経過における身体的回復を診断する	I
		28	じょく婦の心理・社会的側面を診断する	I
		29	産後うつ症状を早期に発見し、支援する	II
		30	じょく婦のセルフケア能力を高める支援を行う	I
		31	育児に必要な基本的知識を提供し、技術支援を行う	I
		32	新生児と母親・父親並びに家族のアタッチメント形成を支援する	I
		33	産じょく復古が阻害されるか否かを予測し、予防的ケアを行う	I
		34	生後1か月までの母子の健康状態を予測する	I
		35	生後1か月間の母子の健康診査を行う	I
		36	1か月健康診査の結果に基づいて母子と家族を支援し、フォローアップする	II
		37	母乳育児に関する母親に必要な知識を提供する	I

			38	母乳育児に関する適切な授乳技術を提供し、乳房ケアを行う	II
			39	母乳育児を行えない／行わない母親を支援する	I
			40	母子愛着形成の障害、児の虐待ハイリスク要因を早期に発見し、支援する	III
		F. 新生児の診断とケア	41	出生後 24 時間までの新生児の診断とケアを行う	I
			42	生後 1 か月までの新生児の診断とケアを行う	I
		G. ハイリスク母子のケア	43	両親の心理的危機を支援する	II
			44	両親のアタッチメント形成に向けて支援する	I
			45	NICU における新生児と両親を支援する	IV
			46	次回妊娠計画への情報提供と支援を行う	II
	5. 出産・育児期の家族ケア		47	出生児を迎えた生活環境や生活背景をアセスメントする	I
			48	家族メンバー全体の健康状態と発達課題をアセスメントする	I
			49	新しい家族システムの成立とその変化をアセスメントする	II
			50	家族間の人間関係をアセスメントし、支援する	II
			51	地域社会の資源や機関を活用できるよう支援する	II
	6. 地域母子保健におけるケア		52	保健・医療・福祉関係者と連携する	II
			53	地域の特性と母子保健事業をアセスメントする	II
			54	地域組織・当事者グループ等のネットワークに参加し、グループを支援する	IV
			55	災害時の母子への支援を行う	IV
	7. 助産業務管理	H. 法的規定	56	保健師助産師看護師法等に基づく助産師の業務管理を行う	IV
		I. 周産期医療システムと助産	57	周産期医療システムの運用と地域連携を行う	IV
			58	場に応じた助産業務管理を実践する	
				(1) 病院における助産業務管理を実践する	IV
				(2) 診療所における助産業務管理を実践する	IV
				(3) 助産所における助産業務管理を実践する	IV
III. 性と生殖のケア能力	8. ライフステージ各期の性	J. 思春期の男女への支援	59	思春期のセクシュアリティ発達を支援する	III

	と生殖のケア (マタニティ ステージを除く)		60	妊娠可能性のあるケースへの対応と支援を行う	IV	
			61	二次性徴の早・遅発ケースの対応と支援を行う	IV	
			62	月経障害の緩和と生活支援をする	III	
			63	性感染症予防とDV予防を啓発する	IV	
			64	家族的支援と教育関係者及び専門職と連携し支援する	IV	
		K. 女性とパートナーに対する支援		65	家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実地を支援する	I
				66	健康的な性と生殖への発達支援と自己決定を尊重する	IV
				67	DV(性暴力等)の予防と被害相談者への対応、支援を行う	IV
				68	性感染症罹患のアセスメント・支援及び予防に関する啓発活動を、他機関と連携して行う	IV
				69	生活自立困難なケースへ妊娠・出産・育児に関する社会資源の情報を提供し、支援する	IV
		L. 不妊の悩みを持つ女性と家族に対する支援		70	不妊治療を受けている女性・夫婦・カップル等を理解し、自己決定を支援する	IV
				71	不妊検査・治療等の情報を提供し、資源活用を支援する	IV
				72	家族を含めた支援と他機関との連携を行う	IV
		M. 中高年女性に対する支援		73	健康的なセクシュアリティ維持に関する支援と啓発を行う	III
				74	中高年の生殖器系に関する健康障害を予防し、日常生活を支援する	IV
75	加齢に伴う生殖器系の健康管理とQOLを支援する			IV		
IV. 専門的自律能力	9. 助産師としてのアイデンティティの形成		76	助産師としてのアイデンティティを形成する	I	

資料 2. 助産学生分娩期ケア能力学習到達度評価アンケート（研究 3）

## 助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関するアンケート

このたびは、研究にご参加下さりありがとうございます。下記のアンケートへのご協力をお願いいたします。当てはまる箇所へ○、もしくは直接ご記入下さい。なお、答えづらい／答えくない箇所は記入なさらなくても結構です。どうぞ宜しくお願いいたします。

**1. 以下の正常分娩の産婦に対する分娩期ケア到達項目は、助産学生が卒業時に「少しの助言で自立して実施できる」と設定されているものです。あなたは、日頃の助産学生の実習において、以下の項目について、助産学生が卒業時に少しの助言で自立して実施できている分娩介助例数は、概ね何例目ぐらいかと思っていますか？当てはまる数字に○を付けて下さい。**

	到達目標	到達例数：少しの助言で自立してできると思う例数（該当する数字に○）
1	情報収集・診断スキル	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
2	分娩開始の診断	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
3	受け持ち開始時の診断	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
4	分娩進行状態に伴う評価・修正	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
5	産婦と胎児の健康状態	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
6	分娩進行に伴う産婦と家族のケア	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
7	経膈分娩介助(全体)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
7-1	分娩野の作成・操作	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
7-2	胎児娩出・出生直後の新生児のケア	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
7-3	児娩出後の処置(胎盤娩出・出血確認・子宮収縮・創部の確認)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
8	出生直後の母子接触・早期授乳支援	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
9	産婦の分娩想起 出産体験理解支援	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上
10	分娩進行に伴う異常発生の予測と予防的行動	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 それ以上

**2. 下記質問にお答えください。**

- あなたの施設の新人が助産学生の間で介助した分娩例数 平均[                    ]例  
最少[                    ]例～最大[                    ]例
  - 新人を受け入れるに当たり望ましいと思う、助産学生期間の分娩介助例数 [                    ]例
- 3. ご意見がありましたら、自由にご記入ください。**

ご協力ありがとうございました。

平成 27 年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業  
助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する実態調査 報告書

公益社団法人

全国助産師教育協議会 会長 井村 真澄  
副会長 我部山キヨ子  
佐藤 香代

主任研究者	井村 真澄	(日本赤十字看護大学)
研究分担者	片岡弥恵子	(聖路加国際大学)
	大田えりか	(国立成育医療研究センター)
	喜多 里己	(日本赤十字看護大学)
研究協力者	新田 真弓	(日本赤十字看護大学)
	斎藤 英子	(日本赤十字看護大学)
	千葉 邦子	(日本赤十字看護大学)
	竹形みずき	(国立成育医療研究センター)
	米岡 大輔	(国立成育医療研究センター)

---

発行：平成 28 年  
発行所：公益社団法人全国助産師教育協議会

〒112-0013 東京都文京区音羽 1-19-18 東京都助産師会館 2 階  
Tel/FAX 03-3944-2911  
Email [zenjomid.1965@car.ocn.ne.jp](mailto:zenjomid.1965@car.ocn.ne.jp)

---

【非売品】 無断転載を禁止します。