

平成28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

助産実践能力を育成する教育方法に関する調査 報告書

研究代表者 井村 真澄

平成 29（2017）年

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 28 年度（2016 年度）看護職員確保対策特別事業「助産実践能力を育成する教育方法に関する調査」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て実施した研究に関する報告書です。

いま日本では、第 4 次男女共同参画基本計画（2015）をはじめ、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」（2015）や「女性活躍加速のための重点方針 2017」に基づく施策が推進され、女性の社会進出がさらに加速されています。また、超高齢化社会の医療・介護ニーズに応える医療・ケア・生活一体型の地域包括ケアシステム構築に向けた大きな変革は、女性の健康支援や子育て世代包括支援システム創出の動きに繋がっています。

このような中、生涯にわたる女性の健康や、安全で安心な妊娠・出産・育児、こどもと新たな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を含んだ包括的支援を担える助産実践能力がいままで以上に求められています。

助産実践能力のうち分娩介助にかかわる分娩期ケア能力学習到達度調査（全助協, 2016）の結果では、分娩介助 10 例の実習において比較的早期に獲得される能力がある一方で、分娩進行における複合的判断能力や異常の発生の予測と予防的行動をとる能力等は十分に獲得できていない実態が明示され、現行の卒業時到達目標（厚生労働省, 2015）を達成するには、多面的重層的な教育改善を行う必要性が明らかになりました。

この結果を踏まえて本プロジェクトでは、日本の助産教育機関における教育実態を明らかにするとともに、国内外のさまざまな効果的教育方法を明示し、今後の教育改善の一助とするため 5 つの研究を立ち上げました。すなわち、研究 1：助産実践能力を育成する教育方法に関する国内外の系統的文献レビュー、研究 2：妊娠期・分娩期・産褥期・新生児期他の教育方法実態調査、研究 3：特色ある助産教育展開事例に関する調査、研究 4：周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラムの実施と評価、そして前回実施した調査項目（全助協, 2016）をもとにした研究 5：分娩期ケア能力の項目内容と到達度に関する調査を実施しました。

今回の研究 2 および研究 5 の調査においては、広く日本全国のすべての助産師教育機関を対象に調査を実施し、多くの教育機関の先生方に多大なるご協力をいただきました。加えて、研究 3 および研究 4 においては、ご協力くださった教育機関の先生方の創意工夫の成果である大変貴重な教育方法・教材を惜しみなくご提供いただきました。ここに改めて心より深く感謝申し上げます。本書が、これからの時代の女性・子育て世代地域包括ケアシステムにおいて、有機的に活躍できる助産師として基本的に有すべき倫理的課題対応能力・マタニティケア能力・性と生殖のケア能力・専門的自律能力を修得するための助産教育改善の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
研究分担者	大田えりか 齋藤英子 福島裕子 片岡弥恵子 渡邊典子	聖路加国際大学大学院 教授 日本赤十字看護大学大学院 准教授 岩手県立大学 教授 聖路加国際大学大学院 教授 新潟青陵大学 教授
研究協力者		
研究 1	須藤茉衣子	国立成育医療センター 研究員
研究 2	新田真弓 喜多里己 千葉邦子 水野真希 大塚寛子 山本由香 飯田千香子	日本赤十字看護大学大学院 准教授 日本赤十字看護大学大学院 准教授 日本赤十字看護大学大学院 講師 日本赤十字看護大学大学院 講師 日本赤十字看護大学大学院 講師 日本赤十字看護大学大学院 助教 日本赤十字看護大学大学院 助教
研究 3	蛸崎奈津子 野口恭子 アノガホツァ司寿子 後藤仁子 木地谷祐子 大黒屋安由子 橋本扶美子 西里真澄 高橋敦美	岩手医科大学 教授 岩手県立大学 准教授 岩手県立大学 講師 岩手県立大学 助教 岩手県立大学 助教 岩手県立大学 助手 岩手看護短期大学 教授 岩手看護短期大学 講師 岩手看護短期大学 助教
研究 4	小黒道子 蛭田明子	聖路加国際大学大学院 准教授 聖路加国際大学大学院 助教
研究 5	米山万里枝 山崎圭子 小林正子 潮田千寿子 久保田美雪	東京医療保健大学大学院 教授 東邦大学大学院 准教授 新潟青陵大学 准教授 東京女子医科大学大学院 助教 新潟青陵大学 助教

目次

はじめに.....	i
研究 1：助産実践能力を育成する教育方法に関する文献レビュー	1
A. 研究の背景	1
B. 研究目的	2
C. 方法	2
D. 結果	3
E. 考察	8
F. 結論	9
文献	9
図表	17
研究 2：助産師養成課程における教育方法の実態調査	35
A. 研究の背景	35
B. 研究目的	36
C. 用語の定義	36
D. 方法	36
E. 結果	38
F. 考察	46
G. 結論	50
文献	50
図表	53
研究 3：助産師養成課程における特色ある教育展開事例に関する調査	77
A. 研究の背景	77
B. 研究目的	78
C. 方法	78
D. 倫理的配慮	79
E. 謝礼	80
F. 結果および考察	80
文献	80
I. 助産学生の学習意欲を引き出すシミュレーション教育	82
文献	87
資料	88
II. 大学院の助産師教育における地域連携教育・研究および実習施設の指導者が関わる分娩介助演習 の取り組み	92
文献	95
資料	96
III. 胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入した産婦ケア演習	101
文献	105
資料	106
IV. レーダーチャートを活用した客観的臨床能力試験（OSCE）評価の取り組み	108

文献.....	111
資料.....	113
V. 卒業生を模擬産婦として活用した助産学生への卒業前の客観的臨床能力試験（OSCE）の取り組み.....	116
文献.....	119
資料.....	120
VI. 卒業生と連携した「子育て支援講座」を取り入れた助産教育.....	133
文献.....	135
資料.....	136
おわりに.....	142
文献.....	142
 研究４：周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラムの実施と評価.....	143
A. 研究の背景.....	143
B. 研究目的.....	144
C. プログラムの概要.....	144
D. 研究方法.....	145
E. 結果.....	146
F. 考察.....	149
文献.....	153
図表.....	154
 研究５：デルファイ調査による助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容と到達度に関する調査.....	159
A. 研究の背景.....	159
B. 研究目的.....	160
C. 方法.....	160
D. 結果.....	162
E. 考察.....	167
F. 結論.....	169
文献.....	169
図表.....	171
 総括および提言.....	178

研究1：助産実践能力を育成する教育方法に関する文献レビュー

A literature review of practical training in Midwifery Program

研究代表者 井村真澄（日本赤十字看護大学大学院）

研究分担者 大田えりか（聖路加国際大学大学院）

研究協力者 須藤茉衣子（国立成育医療センター）

研究要旨

本研究では、国内外の文献を網羅的に検索して文献レビューを実施し、助産学生の助産実践能力を育成する教育方法についてまとめた。国内で助産学生を対象として新規的なプログラムを行い、その教育効果を報告している文献は20件該当した。国外の文献は、研究デザインをRCTに限定して文献検索を行い、結果8件のRCT論文が該当した。また本報告書では、文献検索の中で抽出された2件の準実験的研究についてもその内容を示している。

プログラムの内容としては、国内では、模擬産婦や胎児心拍陣痛図再生装置、妊娠各期の妊婦健康診査のシミュレーション教育（ロールプレイとリフレクション）、超音波診断法、母体急変時の対応に関する演習、見学実習の効果、分娩介助技術法の視聴覚教材の開発、分娩介助手順習得のためのCAI（Computer Assisted Instruction）教材およびe-learning教材の開発、実習前のPBL（問題基盤型学習）、助産診断実践過程での少人数グループワークの実践、人工妊娠中絶をテーマとしたディベート、学生自身のエゴグラム、ウェルネス看護診断、バースレビューの実践等が報告されていた。また国外の文献では、難産と産科異常出血あるいは正常分娩に関するシミュレーション教育、内診技術に関するシミュレーション教育、模擬患者、ポートフォリオ、臨床判断（decision making）、moral competenceの育成、web-based learning、PBL（問題基盤型学習）等に関する報告がなされていた。

近年では、助産教育に限らず、多くの分野で、学習者が主体となって活動する「アクティブ・ラーニング」の活用が求められている。医療従事者教育においては特に、医療現場で活かせる実践力の強化が課題となっており、シミュレーション教育や、学生の判断力を養うためのPBL（問題基盤型学習）やTBL（チーム基盤型学習）などへの関心も高まっている。本文献レビューでも、助産学生の助産実践能力を育成するための様々な教育方法が紹介され、多くの教育効果が報告されていた。一方で、人的資源・設備・資金・時間等、限られたリソースやカリキュラムの中で、新たな教育プログラムを実践することの課題も報告されていた。良い取り組みが数多く実践されている状況を踏まえ、今後は助産教育課程のどの分野で、どのような教育方法が効果的なのか、具体的な検討を行い、エビデンスとして提示していく必要がある。

A. 研究の背景

近年、様々な教育分野において、従来の講義形式のように教師や指導者が一方的に知識を教えるのではなく、ディスカッションやグループワーク、プレゼンテーションなどを通して、学習者が主体的・自発的に学習に参加する「アクティブ・ラーニング」への関心が高まっている。保健医療分野の教育においても、この学習者が主体となる新規的な学習方

法が注目されており、医療現場で専門職として求められる様々な実践能力を養うことが期待されている。

アクティブ・ラーニングの種類には、少人数グループで提示された課題に取り組むPBL（Problem-based Learning：問題基盤型学習、またはProject-based Learning：プロジェクト型学習）や、問題発見に力点を置くIBL（Inquiry-based Learning：問題発見型学習）、

チームでの学習活動を基盤とする TBL (Team-based Learning: チーム基盤型学習)、あるいは、シミュレーションを用いた技能訓練などがある(表 1)。こういった学習者中心の教育においては、教師や指導者は講義を行うのではなく、学習者が主体的に学べるよう、学習者の状況に応じた学習目標を設置し、学習環境の整備など、学習者をサポートしていく役割を担う(阿部, 2013)。

アクティブ・ラーニングを実施することのメリットや効果としては、学習者自ら学習意欲を喚起すること、自立して学習する力が養われ、学習者が自らの将来を見通した自己学習力を高められること、自らの専門分野における基礎基盤を形成し応用能力を身につけられること、現場に出て新たな問題に遭遇したときに、その問題を解決する能力を身に着けられること、などが指摘されている(赤澤・西菌, 2010)。また、学習者が能動的に課題に取り組むことが求められるため、学習者の集中力が高まること、他人の経験や意見から学習できる機会となり、自分の意見を相対的に見つめ直す場になること、なども挙げられている(中井, 2014)。

助産学生に限らず、医療従事者を対象とした教育プログラムの効果に関してレビューを行っている先行研究には、①看護師および助産師を対象としたクリティカル・シンキング能力を育成するための教育方法の効果を検証したもの(Carter, 2016)、②助産学生および助産師を対象に Simulation-based learning の効果を検証したもの(Cooper, 2012)、また③産科に従事する医療者を対象とした産科救急シミュレーションの効果を検証したもの(加藤・片岡, 2015)がある。①のクリティカル・シンキングをテーマとした PBL やシミュレーション教育の効果に関しては、レビューに含まれた 28 件の研究のうち、17 件が有意な効果を示していたものの、長期的な効果は測定されておらず、文化的な影響も強く受けることが指摘されていた。②の Simulation-based learning に関しては、全体的にシミュレーションによる教育的・臨床的效果が確認された

と報告されており、とくに産科救急のような臨床での実習が難しいケースに関しては、必修のカリキュラムであろうと指摘されていた。また③の産科救急をテーマとしたシミュレーション教育の効果に関しては、高忠実度シミュレーションは、シミュレーションを実施しないことや従来のレクチャーと比較すると、参加者のパフォーマンスを向上させること、知識の習得に関しては、シミュレーションはレクチャーと同等の効果を得ることができること(知識習得の方法としてはレクチャーも有効)、コミュニケーション技術においては使用するマネキンの忠実度に関係なくコミュニケーション技術が向上すること(実際に患者役とコミュニケーションをとりながらトレーニングを行うことも有効)といった結果が示されていた(表 2)。

安全かつ快適な出産環境を整え、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つくっていくためにも、助産師育成は重要な課題であり、より効果的な教育プログラムを検討していく必要がある。そのため、本研究では、国内外の文献をレビューし、「助産学生」を対象とした助産実践能力を育成する教育方法についてまとめ、今後の課題を検討する。

B. 研究目的

目的 1: 国内の文献を系統的にレビューし、国内で実践されている助産学生を対象とした新規的な教育プログラムについて、その内容をまとめる。

目的 2: 諸外国の RCT 論文を系統的にレビューし、助産実践能力を育成するための教育プログラムの内容およびその効果についてまとめる。

C. 方法

目的 1. 文献検索の方法: 2016 年 9 月時点で、医中誌 Web のデータベースを用いて検索を行った。主なキーワードは、「助産学・助産・助産師」、「看護学校・看護学生・

看護教育」、「学校・短大・大学・養成・学生・教育」、「カリキュラム・教育手法・臨床能力・臨床・臨床実習」などで、原著論文のみを対象とした（実際の検索結果は図1参照）。包含基準はリサーチクエスチョンに基づき、1) 対象が助産学生であること、2) 新規的なプログラムを用いた介入を行い、その教育効果を示している論文、とした。

目的2.文献検索の方法：2016年9月時点で、Medline、CINAHL、EMBASE、CENTRAL (Cochrane)、医中誌 Web のデータベースを用いて検索を行った。報告されているプログラムの教育効果を検討するため、対象とする論文の研究デザインは、RCTに限定した。主なキーワードは、(midwife* OR nurse*) AND (education* OR school* OR student*) And (limit 10 to randomized controlled trial)とした（実際の検索結果は表3参照）。包含基準はリサーチクエスチョンに基づき、1) 研究デザインがRCTであること、2) 対象が助産学生であること、3) 助産実践能力に関する教育的介入を行っている論文、4) 英語で書かれた論文、とした。

D. 結果

1. 目的1. 国内で実践されている助産学生を対象とした新規的な教育プログラム

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、411 文献が該当した（411 件の文献の主な内容は、助産教育方法の内容やその効果に関する研究、助産教育の現状や課題に関する研究、助産以外の医学教育方法に関する研究、などであった）。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、40 文献が残った。本文を確認してスクリーニングを行った結果、最終的に2002年から2016年までに出版された20件の文献が該当し、これらの文献を対象にレビューとして結果をまとめた（表4参照）。

本文でのスクリーニングで除外された文献の理由としては、対象が助産学生ではなく、

助産師や看護師、医師など医療従事者を対象としたもの（7 件）、看護学生を対象としたもの（4 件）、教員や実習指導者を対象としたもの（3 件）、従来から行われている実習の報告など、新規的な教育プログラムの実践（介入）を行っていないもの（6 件）であった（表5）。

1) プログラムの内容

プログラムの内容としては、①模擬産婦および胎児心拍陣痛図再生装置を用いた分娩介助演習を行っているもの（2 件）、②妊娠各期の妊婦健康診査のシミュレーション教育（ロールプレイとリフレクション）を行っているもの（2 件）、③超音波診断法の教育方法に関するもの（2 件）、④母体急変時の対応に関する演習を行っているもの（1 件）、⑤学生が自主的に実施する見学実習の効果に関するもの（2 件）、⑥分娩介助技術法の視聴覚教材の開発を行っているもの（2 件）、⑦分娩介助手順習得のための CAI (Computer Assisted Instruction) 教材および e-learning 教材の開発に関するもの（1 件）、⑧実習前の PBL (問題基盤型学習) を行っているもの（1 件）、⑨助産診断実践過程での少人数グループワークの実践に関するもの（1 件）、⑩人工妊娠中絶をテーマとしたディベートを実施しているもの（1 件）、⑪カウンセリング技法の学習において学生自身のエゴグラム（人の自我の状態をいろいろな側面に分けて分析してグラフ状に表したもの）を活用したもの（1 件）、⑫ウェルネス看護診断（その人のもつよいところや、健康になりたいというニーズに着目したケアであるウェルネスケアを志向した看護診断）を取り入れたもの（1 件）、⑬バースレビューの実践や教育プログラムに関するもの（3 件）、などが報告されていた（プログラム内容の詳細は表4参照）。

2) プログラムの効果

① 模擬産婦および胎児心拍陣痛図再生装置を用いた分娩介助演習に関する研究では、共通のインタビューガイドを用いたグループインタビューや「助産実習到達評価

- 票」を用いてアウトカムの評価を行っていた。その結果、模擬産婦と CTG 再生装置を用いた演習に参加した学生は、産婦とのコミュニケーションや産婦や胎児の状態に合わせた援助の必要性など、自身の課題に気づくことができ、実習中に演習時の出来事や模擬産婦からのフィードバックを思い出して実践につなげることができていた、とその効果を報告していた（森・鈴木・石井他, 2016 ; 林・石井・北川, 2014）。
- ② 妊娠各期（初期・中期・末期）の妊婦健康診査のシミュレーション教育（ロールプレイとリフレクション）を行った研究では、ビデオに録画されたロールプレイの映像を学生および教員が評価していた。その結果、学生は、リフレクションで自分と他者の意見を比較したり、映像でコメント箇所を確認したり、異なる視点の意見を聞いたりすることによって、教員に教えられるよりも自らが理解度を再確認し、学びを新発見していた、と報告されており、シミュレーションによる事前確認段階があることは、実習に向けた学生の準備完成度を高めるために重要であると述べられていた（千葉・我部山, 2014、谷口・柳吉・我部山, 2011）。
- ③ 助産学教育における超音波診断法の方法を検討した研究では、自記式質問票を用いた自己評価および羊水深度の計測値と所要時間の測定、調査者による他者評価を行ってアウトカムの測定を行っていた。講義では「理解できた」と学生が自己評価を行っていた項目に関しても、実技演習では助言・援助を必要とする者が多かったことから、知識が実践力として習得できていない現状が報告されていた。超音波検査は複雑な技術を必要とするものであり、習熟するには相当な期間・回数が必要と考えられ、継続したトレーニングが必要であると報告されていた（中堀・我部山, 2012 ; 中堀・我部山, 2013）。
- ④ 母体急変時の初期対応に関する演習を行った研究では、各事例に対し 1 グループ（3～4 人）を割り当て、担当グループは割り当てられた事例の疾患に対し、発症原因と病態、診断、治療について学習し、ロールプレイを行っていた。演習前後で学生にアンケートを実施しており、状況への対応度は全体的に演習前より演習後の方が上昇したと報告されていた（竹丸・中江, 2016）。
- ⑤ 学生が自主的に実施する見学実習の実践に関する研究では、学生が自ら希望する施設に交渉し、日時を決定して、各施設で分娩進行・経過・産褥の反応と助産師の働きかけ・両者の言動や行動などについて観察実習を行っていた。見学実習によって自他の役割や行動のイメージが促進されたことで、学校での講義や演習では「役に立った」という回答が多かった一方で、分娩介助実習においては、見学した施設と実際の実習施設が異なり、分娩介助手順や物品が異なったことなどから、「役に立たなかった」という回答が多かったと報告されていた。また、見学実習における見学内容や自己の気づき・学びをレポートに記述することは、多くの学生が学習効果を認識していたが、見学後の面談は日程調整が難しかったこともあり、学生による評価は分かれたと報告されていた（横手・竹田・井上, 2011 ; 横手・竹田・楠他, 2010）。
- ⑥ 分娩介助技術法の視聴覚教材開発の教育効果に関する研究では、教員自らが DVD やテキストなど視聴覚教材を作成しており、そのため、教員が創意・工夫した原理原則に基づいた一貫性のある視聴覚教材の開発には、「使う人が自分で創った教材が最もその場に合う教材である」という意義があり、さらにまたそのアイデアと経験とが、学生の主体的学習行動に寄与する可能性があると報告されていた（高島・中島・菊地, 2011）。また学生の演習風景を撮影し、その VTR を視聴して

自己評価を実施した研究では、学生は演習時、分娩介助技術の手順に終始する傾向にあり、また学生自ら撮影した VTR では、音声録音がされにくかったことや画像が全体ではなく一点に集中していた、といった問題があり、VTR の撮影にあたっては、撮影の意義と目的と方法を提示し、内的動機づけを明確にする必要があると報告されていた（楢原・羽根田・山崎, 2005）。

- ⑦ 分娩介助手順習得のための CAI (Computer Assisted Instruction) 教材および e-learning 教材を開発してその有効性を検証した研究では、自己学習後に、分娩介助技術チェックリストに沿って介助手順の習得度の技術評価や、分娩介助手順を実際に行った際の所要時間を測定してアウトカムの評価を行っていた。その結果、講義や演習で知識を学ぶ前であっても、イメージ化しやすい教材を用いて自己学習を行えば、一部の分娩介助手順（清潔野作成、外陰部消毒）は習得可能であると報告されていた（木戸・森本・三谷他, 2010）。
- ⑧ PBL（問題基盤型学習：臨床場面に類似した状況設定の事例を通して学生が問題を発見し、学習すべき目標や課題を設定することでいかに問題解決能力を身につけていくかという学習の過程に焦点をおいたグループ学習法）を実習前に取り入れ、その効果について検証した研究では、各シナリオの学習目標に対する到達度の自己評価を行っていた。その結果、学習成果の高低は、学習者の行動の目的が明確化されているかどうかによって左右されたと報告されていた。実習で遭遇する場面は常に場面を総合的に判断して対応していくことが求められるが、（今回のプログラムでは）状況判断をするために必要な統合して考える力を養うということまでには至らなかったため、統合力を向上するための問題状況として、どのような知識をもって学習を進めていくかを明確に

するためのシナリオを今後検討する必要があると報告されていた（倉本・増本・野間他, 2006）。

- ⑨ 助産診断実践過程における少人数グループワークによる学習方法の導入に関する研究では、学生を少人数に分け、事例のシナリオを複数の場面に分けて時間経過に沿って随時提示していき、学生は時間経過に沿ってアセスメントと推論を行っていた。学生の授業評価では、学生は少人数グループワークの回を重ねる毎に積極的に思考し議論するなど、主体的学習態度が身についたと実感していたようであり、グループワークの展開中は、助産過程展開のプロセスの理解が深まり、他者の意見や発想に刺激されて主体的に学習する意欲が高まるなど、一定の効果があると考えられると報告されていた。一方で、基礎的知識の定着については、学生による個人差が大きいとも述べられていた（大平・井端・町浦他, 2005）。
- ⑩ 人工妊娠中絶をテーマとしたディベートの学習効果を検討した研究では、講義終了後、テーマについての自分の考えと助産師としての役割について、600～800 字のレポートを課して、評価を行っていた。その結果、①人工妊娠中絶に関する社会的・倫理的問題についての理解を深めた、②視点の広がり、効果的なグループダイナミクス、論理的思考の実践・知識の増加があった、③助産師の役割がイメージでき、自身の課題について考えた、④効果的な情報収集能力・知識の増加がみられた、⑤情報活用能力・時間内に意見をまとめる能力、傾聴能力のスキルアップの必要性に気付いた、という 5 つの学習効果が見られたと報告されていた（大久保・植松・和泉, 2011）。
- ⑪ カウンセリング技法の授業における学生自身のエゴグラム（人の自我の状態をいろいろな側面に分けて分析してグラフ状に表したもの）の活用に関して行われた研究では、授業前後において、自我状態

の変化は見られなかったものの、記述内容から、学生自身が自分で気づいた課題を達成するために、授業中自分の傾向を認識しながら、話を聞く態度や基本的傾聴技法（質問の仕方、言い換え、要約など）に活用していたと報告されていた。そのため、助産教育の中でエゴグラムを用いることは、学生自身が自己を振り返り客観的に分析し、自分の傾向を知ること、対象との良好な人間関係の形成に役立てたり、自分の成長の一つの目安に活用できると述べられていた（行田・蓼沼, 2003）。

- ⑫ 授業にウェルネス看護診断（その人のものつよいところや、健康になりたいというニーズに着目したケアであるウェルネスケアを志向した看護診断）を取り入れ、その学習プロセスを積み重ねることによる学習効果を検討した研究では、実習開始前と終了時にアンケートを実施しており、その結果、ウェルネス看護診断を意識することにより、学生は看護の本質を見直し、看護の満足感を得ることにつながっていると報告されていた（藤本・石田・戸井間, 2002）。
- ⑬ バースレビューの実践（産婦自らの出産体験を語るという行為を通して出産体験の意味づけを行う）に関する研究では、フォーカスグループインタビューや実習レポートなどの分析によって評価を行っており、その結果、学生が正しい対象理解の必要性や助産ケアの多様性に気付く機会となっていたこと、対象や分娩経過に対する理解が促進され、分娩満足に着目した思考が生まれ、褥婦からのフィードバックを得る機会となっていたことなどが示されていた（荻田・中澤・安積他, 2013; 東・平田・齋藤, 2016）。また、バースレビュー実施に必要な基礎知識、および、バースレビューを実施するうえでのコミュニケーション能力の獲得を目的とした教育プログラムに関する研究では、講義やロールプレイを行っており、質問

紙や参与観察、半構成的インタビューを実施してプログラムの評価を行っていた。その結果、学生はプログラムのプロセスの評価（場所や所要時間、講義内容、ロールプレイ）については概ね肯定的であったが、プログラムの実施時期に関しては、助産学実習が始まる前に実践できるよう修正が必要と報告されていた（西部・片岡・萩尾, 2013）。

2. 目的 2. 諸外国での助産実践能力を育成するための教育プログラム

諸外国の論文について、Medline、CINAHL、EMBASE、CENTRAL (Cochrane)、医中誌 Web のデータベースを用いて検索した結果、508 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、70 文献が残った。本文を確認してスクリーニングを行った結果、最終的に 8 件の RCT が該当した。また RCT ではないものの、準実験的研究 2 件（Sangestani, 2013; Andrighetti, 2012）についても、本レビューに関して有用な情報が含まれていたため、8 件の RCT と同様に結果をまとめた（表 6）。

本レビューに含めた 10 件の論文は 2005 年から 2015 年の間に出版されたものであり、研究が実施された国は、タイ（1 件）、インド（1 件）、オーストラリア（2 件）、イラン（3 件）、ポルトガル（1 件）、ポーランド（1 件）、アメリカ（1 件）であった。レビューに含まれた対象者の数は、合計で 503 人（最少 36 人、最多 88 人）であった。

本文でのスクリーニングで除外された文献の理由は、助産師や看護師、医師など医療従事者や看護学生や医学生など、助産学生以外を対象としたものがほとんどであった（58 件）。対象が助産学生以外であったため除外したこれらの研究の内容としては、web-based program や in situ simulation（医療現場でのシミュレーション教育）の有効性など、特定の教育方法の効果に関する研究（9 件）、産科救急や新生児ケアなど特定の目的やタスクに対する教育効果に関する研究（30 件）、TBA training など、発展途上国における医療従事者

のトレーニングに関する研究（19 件）などが含まれていた（表 7）。またそれ以外の 2 件（産科異常出血と内診技術に関する介入研究）はペルシャ語で書かれていたため、本レビューに含めることができなかった（Kordi, 2014; Erfanian, 2008）。

1) プログラムの内容

プログラムの内容としては、①正常分娩・難産・産科異常出血に関するシミュレーション教育（2 件）、②内診技術のトレーニング（2 件）、③simulated patients の活用、④ポートフォリオの活用、⑤臨床判断（decision making）、⑥moral competence、⑦Web-based learning の活用、⑧Problem-based learning の有効性などが報告されていた（プログラム内容の詳細は表 6 参照）。

2) プログラムの効果

- ① 正常分娩や難産、産科異常出血に関するシミュレーション教育の効果を検証した研究では、介入群の助産学生はシミュレーション・センターや忠実度の高いシミュレーション器具を用いて、トレーニングを受けていた。その結果、介入群の学生の知識の向上や高い満足度が認められ、また産科異常の対応への学生の自信にもつながっていたと報告されていた。また、高機能なシミュレーション器具の導入は、助産教育における重要な投資であると述べられている一方で、少人数のグループで行うことが求められるため、人的・時間的資源、あるいは経費の増大なども慎重に考慮される必要があると指摘されていた（Reynolds, 2010、Andrighetti, 2012）。
- ② 内診技術のトレーニングに関する RCT では、穴をあけたボックスや妊婦の絵が描かれたポスター、模擬患者を用いてシミュレーション教育を行っており、介入群に内診における技術面やコミュニケーション面での有意な向上が認められたと報告されていた。また、ポスターを用いた低忠実度のシミュレーションよりも、

模擬患者による高忠実度のシミュレーションの方がより高い学習効果がみられたと報告されていた（Pratinidhi, 2014; Brady, 2015）。

- ③ simulated patients（模擬患者）の活用の効果を検証した研究では、卒業生や助産師を対象に模擬患者を募集し、トレーニングを行ったうえで、助産学生を対象にロールプレイやフィードバックを実施していた。ワークショップの最後に、両群の助産学生はスーパーバイザーの指導のもとに実際の患者を相手に子宮内避妊器具（IUD）の挿入を行い、そのときのストレスや不安度がアウトカムとなっており、結果として、介入群の学生のほうが不安や恐れが有意に減少していたと報告されていた。課題としては、シミュレーションモデルは正常の場合を想定しており、異常子宮への対応も学習される必要があるということが指摘されていた（Khadivzadeh, 2012）。
- ④ ポートフォリオ（学生が作成したレポートなどの学習の様子・記録を保存し、学習のプロセスを重視して評価すること）の活用に関する研究では、介入群の学生は、妊婦健診を受診した女性に関するレポートや検査結果、患者管理の記録などをすべて保管していた。ポートフォリオを活用することで、学生は自分の実技の質を評価すること、学習ニーズを組み立てること、今後の学習課題などを選択すること、といった自主学習のスキルを発展させることができていたと報告されていた。知識の習得に関しては、従来の（講義形式の）教育方法が有益であるが、学生の認知スキルの向上には、ポートフォリオの活用は有益であると述べられていた。課題としては、ポートフォリオの評価により多くの時間と十分なトレーニングが要求されることが挙げられていた（Kariman, 2011）。
- ⑤ 臨床判断（decision making）に関する研究では、学生同士がペアになって、患者

役と助産師役に分かれてロールプレイを行っていた。ロールプレイの内容を録音して分析・評価した結果、介入群の学生はより多くの臨床情報を集め、より高い自信を示しており、最終的な臨床判断に達する時間も早かったと報告されていた (Cioffi, 2005)。

- ⑥ **moral competence** に関する研究では、学生がモラルに関連する事例についてディスカッションを行い、**Moral Judgement Test** という尺度を用いてアウトカムの評価を行っていた。結果は、両群に統計的に有意な差はみられなかったと報告されていた。モラルに関しては、学生が両親から受ける影響が大きい、大学教育の中での効果的なトレーニングのあり方を考えていく必要があると述べられていた (Rzyska, 2014)。
- ⑦ **Web-based learning** の活用に関する研究では、分娩のメカニズム等に関する情報を web 上で示し、また学生同士や教員への質問コーナーも設けて介入プログラムを作成していた。講義だけのコントロール群に対して、web 上の教材を利用した学生は、分娩のプロセスやメカニズムに関する知識が向上していたと報告されていた (Gerdprasert, 2010)。
- ⑧ **Problem-based learning** の有効性を検証した研究 (準実験的研究) では、介入群の学生はグループに分かれて、シナリオに基づいて健康問題に関するディスカッションを行っていた。PBL は学生の学習意欲を高め、授業内の教育的な活動を強化し、またより高い学生の満足度につながっていたと報告されていた (Sangestani, 2013)。

E. 考察

1. 目的 1 国内で実践されている助産学生を対象とした新規的な教育プログラム

アクティブ・ラーニングの視点に基づく教育プログラムの実践に関する研究では、「自身の課題に気づくことができ、他者からのフ

ードバックを実践につなげることができていた」、「自分と他者の意見を比較したり、映像でコメント箇所を確認したり、異なる視点の意見を聞いたりすることによって、教員に教えられるよりも自らが理解度を再確認し、学びを新発見していた」、あるいは「他者の意見や発想に刺激されて主体的に学習する意欲が高まった」など、学生が主体的に学習することのメリットが多く報告されていた。

一方で、プログラム内容に関する全体的な課題としては、学生のレディネスや実習時期を踏まえながら、プログラムを実施する時期や内容を検討する必要があること、プログラムを実施することの意義や目的を学生に明確に提示し、学生の内的動機づけを高める必要があることなどが指摘されていた。

今回のレビューで対象とした研究の多くは、対照群のない研究がほとんどであり、また対象者の人数も、10 名以内が 7 件、11 名から 20 名以内が 9 件、21 名以上を対象とした研究は 4 件 (最多で 83 名) のみと、少ない傾向にあった。各プログラムの明確な効果に関しては、今後の研究が必要であると考えられる。

看護教育における PBL に関する文献では、看護教育では既存のカリキュラムやその一部を PBL 教育に移行する際、利点のほうが難点よりも多いことをよく確認してから導入する必要があると指摘されている。導入の際に具体的に考慮する事項としては、①教員全員が移行への意欲と協力の態度を示しているか、②人的・物的サポート体制が整備されているか、③教材用の経費のための予算の確保があるか、④技術的・物理的な支援提供があるか、が挙げられている (鈴木・石井・大井他, 2014)。

今後の研究によって、各教育プログラムの具体的な効果が示されることで、新たな教育プログラムの導入の利点が明示され、より効果的な教育プログラムを実施するために必要な資源やサポート体制が整備されていくことが望まれる。

2. 目的 2 諸外国での助産実践能力を育成するための教育プログラム

諸外国の助産教育における、学習者主体のアクティブ・ラーニングの視点を重視した教育プログラムの介入研究においては、従来のレクチャーと比較して、多くの学習効果が報告されていた。結果の⑥moral competence に関する研究 (Rzyska, 2014) を除く、他の 6 つの RCT で、測定したアウトカムの少なくとも 1 つ以上において、実施した教育プログラムの効果が報告されていた。

課題としては、高機能なシミュレーション器具の導入など、資金面での問題や、少人数のグループ学習やシミュレーション教育を行うことでの、人的・時間的資源の問題などが指摘されていた。また、正常の場合を想定したシミュレーションモデルを使用したプログラムでは、異常時での対応も学習される必要があることや、ポートフォリオなど、新たな教育方法を導入する際には、教員の側により多くの時間と十分なトレーニングが要求されることが挙げられていた。

このような諸外国における RCT の結果を参考にする際には、教育システムやカリキュラムの違いを踏まえて考察する必要がある。平成 27 年度の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」では、日本を含めアジア諸国の助産師教育の体制は、西欧諸国と大きく異なることが示されている。西欧諸国の多くは、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として挙げられ、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であり、ヨーロッパ諸国、カナダ、豪州などは、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に関しても、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国もある。諸外国での教育プログラムを日本の助産教育に適応することを考える際には、こういった助産師教育のシステムやカリキュラムの違いを十分に考慮する必要があると言える。

F. 結論

本研究では、助産教育において新規的な教育プログラムを行っている国内外の文献について系統的に知見をまとめた。結果、国内外での学習者主体のアクティブ・ラーニングの視点を重視した教育プログラムの実践に関して多くの学習効果が報告されていた。一方で、人的資源・設備・資金・時間等、限られたリソースやカリキュラムの中で、新たな教育プログラムを実践することの課題も報告されていた。従来のカリキュラムに新たなプログラムを導入する際には、具体的な利点が示される必要があると言える。良い取り組みが数多く実践されている状況を踏まえ、今後は助産教育課程のどの分野で、どのような教育方法が効果的なのか、具体的な検討を行い、エビデンスとして提示していく必要がある。

文献

Included Studies

- Andrighetti TP, Knestrick JM, Marowitz A, Martin C, Engstrom JL(2012). Shoulder dystocia and postpartum hemorrhage simulations: student confidence in managing these complications. *J Midwifery Womens Health*, 57(1): 55-60.
- Brady S, Bogossian F, Gibbons K (2015). The effectiveness of varied levels of simulation fidelity on integrated performance of technical skills in midwifery students--a randomised intervention trial. *Nurse Educ Today*, 35(3): 524-529,.
- Cioffi J, Purcal N, Arundell F. (2005). A pilot study to investigate the effect of a simulation strategy on the clinical decision making of midwifery students. *J Nurs Educ*, 44(3), 131-134.

- Gerdprasert S, Pruksacheva T, Panijpan B, Ruenwongsa P. (2010). Development of a web-based learning medium on mechanism of labour for nursing students. *Nurse Educ Today*, 30(5), 464-469.
- Kariman N, Moafi F. (2011). Effect of portfolio assessment on student learning in prenatal training for midwives. *J Educ Eval Health Prof*, 8, 2.
- Khadvizadeh T, Erfanian F. (2012). The effects of simulated patients and simulated gynecologic models on student anxiety in providing IUD services. *Simul Healthc*, 7(5), 282-287
- Pratinidhi, Asha (2014). Testing of simulation training device for assessment of cervical dilatation among nursing student of Karad, India. *Health Science Journal*, 8(4), 495-501.
- Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Pereira-Cavaleiro A, Ferreira-Bastos L. (2020). Simulation for teaching normal delivery and shoulder dystocia to midwives in training. *Educ Health (Abingdon)*, 23(3), 405.
- Rzyska I, Rzymski P, Wilczak M, Włoszczak-Szubza A, Jarosz MJ, Musielak M(2014). The influence of passive and active moral training on medical university on changes of students' moral competence index - results from randomized single blinded trial. *Ann Agric Environ Med*, 21(1): 161-166.
- Sangestani G, Khatiban M (2013) . Comparison of problem-based learning and lecture-based learning in midwifery. *Nurse Educ Today*, 33(8), 791-795.
- 東園子, 平田礼子, 齋藤益子(2016). 助産実習における学生のバースレビューによる学習効果 バースレビュー実施後の記録から. *日本母子看護学会誌*, 9(2), 25-33.
- 千葉陽子・我部山キヨ子(2014), 助産師学生による妊婦健康診査のシミュレーション学習 助産診断・技術項目の到達度評価と学びのプロセスの分析. *健康科学: 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要*, 9, 26-33.
- 藤本照代・石田京子・戸井間充子(2002). 助産学科学学生のウェルネス看護診断の学習効果 実習開始前と実習終了後のアンケート調査及び学生記録よりの分析. *日本看護学会論文集: 看護教育*, 32, 191-193.
- 行田智子・蓼沼由紀子(2003). 助産学生の自我状態の変化と学生自身のエゴグラムの活用 カウンセリング技法の授業に用いて. *日本看護学会論文集: 看護教育*, 34, 59-60.
- 倉本孝子・増本綾子・野間裕子・伊藤多恵子 (2006). 助産学教育における問題基盤型学習の効果とシナリオの有効性. *愛仁会医学研究誌*, 38, 97-99.
- 林ひろみ・石井邦子・北川良子(2014). 胎児心拍陣痛再生装置と模擬産婦を導入した分娩介助演習の効果の検証. *千葉県立保健医療大学紀要*, 5(1), 25-31.
- 木戸久美子・森本知佐子・三谷明美・中本朋子・林隆(2010). 大学生を対象とした分娩介助技術習得における e-learning および CAI コンテンツの開発と学習効果に関する研究. *山口県立大学学術情報*, 3, 1-5.
- 森美紀・鈴木幸子・石井邦子・大井けい子・林ひろみ・山本英子・北川良子(2016). 模擬産婦養成プログラムおよび模擬産婦と胎児心拍陣痛図再生装置を用いた分娩介助演習の評価. *日本母性看護学会誌*, 16(1), 85-92.
- 中堀裕代・我部山キヨ子(2013). 助産学教育における超音波診断法教育のころみ(第1報). *京都母性衛生学会誌*, 20(1), 63-67.
- 中堀裕代・我部山キヨ子(2012). 助産学教育における超音波診断法教育のころみ(第2報). *京都母性衛生学会誌*, 20(1), 69-73.
- 檜原洋子・羽根田公江・山崎トヨ(2005). 分娩介助技術演習に視聴覚教材を用いた一考察 6 回生と 8 回生の学習効果の対比. *埼玉医科大学短期大学紀要*, 16, 85-91.
- 西部未希・片岡弥恵子・萩尾亮子(2013). 助産学生のバースレビュー実践を支援する教育プログラムの開発と評価. *聖路加看護大学紀要*, 39, 20-27.

- 萩田珠江・中澤貴代・安積陽子・荒木奈緒・平塚志保(2013). バースレビューを実施した助産師学生の経験と教育課題の検討. *日本助産学会誌*, 27(1), 72-82.
- 大久保友香子・植松紗代・和泉美枝(2011). 助産学履修学生による人工妊娠中絶をテーマにしたディベートの試み. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 21, 43-49.
- 大平光子・井端美奈子・町浦美智子・古山美穂・工藤里香・森川香織・末原紀美代(2005). 主体的学習態度をはぐくむ教育方法 助産学演習における少人数グループワークの試み. *大阪府立看護大学看護学部紀要*, 11(1), 23-29.
- 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.
- 竹丸徳子・中江秀美(2016). 卒業前に「母体急変時の初期対応」演習を取り入れての評価. *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌*, 11, 291-294.
- 谷口初美・柳吉桂子・我部山キヨ子(2011). 状況判断力の向上のためのシミュレーション学習の試みとその学習モチベーション評価. *健康科学: 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要*, 7, 43-47.
- 横手直美・竹田まゆ美・井上雅美(2011). 助産学の学習初期における効果的教育方法に関する研究 2 期生に対する分娩見学自主実習の効果と課題. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 11, 11-19.
- 横手直美・竹田まゆ美・楠広子・井上雅美(2010). 助産学の学習初期における効果的教育方法に関する研究 分娩見学自主実習の効果と課題. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 10, 7-14.
- Beckley S, Stenhouse E, Greene K. (2000). The development and evaluation of a computer-assisted teaching programme for intrapartum fetal monitoring. *BJOG*, 107(9), 1138-1144.
- Bennett PN, Parker S, Smigiel H. (2012). Paired peer review of university classroom teaching in a school of nursing and midwifery. *Nurse Educ Today*, 32(6), 665-668.
- Bernadette Mazurek Melnyk (2008). Evidence to support the use of patient simulation to enhance clinical practice skills and competency in health care professionals and students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(1), 49-52.
- Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I, Feroze A, Raza F, Khan A, Wall S, Martines J. (2011). Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet*, 29, 377(9763), 403-412.
- Birch L, Jones N, Doyle PM, Green P, McLaughlin A, Champney C, Williams D, Gibbon K, Taylor K. (2007). Obstetric skills drills: evaluation of teaching methods. *Nurse Educ Today*, 27(8), 915-922.
- Boldingh AM, Solevåg AL, Aasen E, Nakstad B. (2016). Resuscitators who compared four simulated infant cardiopulmonary resuscitation methods favoured the three-to-one compression-to-ventilation. *Acta Paediatr*, 105(8), 910-916.
- Carlo WA, Goudar SS, Jehan I, Chomba E, Tshetu A, Garces A, Parida S, Althabe F, McClure EM, Derman RJ, Goldenberg RL, Bose C, Hambidge M, Panigrahi P, Buekens P, Chakraborty H, Hartwell TD, Moore J, Wright LL. (2010). First Breath Study Group: High mortality rates for very low birth weight infants in developing countries despite training. *Pediatrics*, 126(5), e1072-1080.
- Charandabi SM, Vahidi R, Marions L, Wahlström R. (2010). Effect of a peer-educational

Excluded Studies

- Arias T, Tran A, Breaud J, Fournier JP, Bongain A, Delotte J. (2016). A prospective study into the benefits of simulation training in teaching obstetric vaginal examination. *Int J Gynaecol Obstet*, 133(3), 380-384.

- intervention on provider knowledge and reported performance in family planning services: a cluster randomized trial. *BMC Med Educ* 2, 10, 11.
- Crofts JF, Bartlett C, Ellis D, Hunt LP, Fox R, Draycott TJ. (2007). Management of shoulder dystocia: skill retention 6 and 12 months after training. *Obstet Gynecol*, 110(5), 1069-1074.
- Crofts JF, Bartlett C, Ellis D, Hunt LP, Fox R, Draycott TJ. (2006). Training for shoulder dystocia: a trial of simulation using low-fidelity and high-fidelity mannequins. *Obstet Gynecol*, 108(6), 1477-1485.
- Crofts JF, Bartlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt LP, Draycott TJ. (2008). Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Saf Health Care*, 17(1), 20-24.
- Crofts JF, Ellis D, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. (2007). Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG*, 114(12), 1534-1541. Epub 2007 Sep 27.
- Crofts JF, Ellis D, James M, Hunt LP, Fox R, Draycott TJ. (2007). Pattern and degree of forces applied during simulation of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol*, 197(2), 156.e1-6.
- Crofts JF, Fox R, Draycott TJ, Winter C, Hunt LP, Akande VA. (2013). Retention of factual knowledge after practical training for intrapartum emergencies. *Int J Gynaecol Obstet*, 123(1), 81-85.
- Devane D and Lalor JG. (2006). A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education programme. *Midwifery*, 22(4), 296.
- Dumont A, Fournier P, Abrahamowicz M, Traoré M, Haddad S, Fraser WD; QUARITE research group. (2013). Quality of care, risk management, and technology in obstetrics to reduce hospital-based maternal mortality in Senegal and Mali (QUARITE), A cluster-randomised trial. *Lancet* 382(9887), 146-57.
- Ekström A, Kylberg E, Nissen E. (2012). A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: An intervention study. *Breastfeed Med*, 7(2), 85-92.
- Ekström A, Widström AM, Nissen E. (2005). Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health*, 33(6), 424-431.
- Ellard D, Simkiss D, Quenby S, Davies D, Kandala NB, Kamwendo F, Mhango C, O'Hare JP. (2012). The impact of training non-physician clinicians in Malawi on maternal and perinatal mortality: a cluster randomised controlled evaluation of the enhancing training and appropriate technologies for mothers and babies in Africa (ETATMBA) project. *BMC Pregnancy Childbirth*, 25, 12, 116.
- Ellis D, Crofts JF, Hunt LP, Read M, Fox R, James M. (2008). Hospital, simulation center, and teamwork training for eclampsia management: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 111(3), 723-731.
- Engels Y, Verheijen N, Fleuren M, Mookink H, Groen R. (2003). The effect of small peer group continuous quality improvement on the clinical practice of midwives in The Netherlands. *Midwifery*, 19(4), 250-258.
- F. Erfanian, T. Khadivzadeh (2008). Effects of simulation-based and traditional education on midwifery students' skill in pelvic examinations. *Horizon Med Sci*, 14(2), 61-69.
- Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. (2005). Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. *Midwifery*, 21(4), 301-310.

- Gill CJ, MacLeod WB, Phiri-Mazala G, Guerina NG, Mirochnick M, Knapp AB, Hamer DH. (2014). Can traditional birth attendants be trained to accurately identify septic infants, initiate antibiotics, and refer in a rural African setting? *Glob Health Sci Pract* 31, 2(3), 318-327.
- Gill CJ, Phiri-Mazala G, Guerina NG, Kasimba J, Mulenga C, MacLeod WB, Waitolo N, Knapp AB, Mirochnick M, Mazimba A, Fox MP, Sabin L, Seidenberg P, Simon JL, Hamer DH. (2011). Effect of training traditional birth attendants on neonatal mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): randomised controlled study. *BMJ*, 3, 342, d346.
- Goudar SS, Dhaded SM, McClure EM, Derman RJ, Patil VD, Mahantshetti NS, Bellad RM, Kodkany B, Moore J, Wright LL, Carlo WA. (2012). study investigators: ENC training reduces perinatal mortality in Karnataka, India. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25(6), 568-574.
- Hesseling PB, Kalis NN, Wessels G and Van DerMerwe P-L. (1999). Effect of the Maternal Care Manual from the Perinatal Education Programme on the quality of antenatal and intrapartum care rendered by midwives. *South African medical journal*, 89(SPEC. ISS. II), 336.
- Horiuchi S, Yaju Y, Koyo M, Sakyo Y, Nakayama K. (2009). Evaluation of a web-based graduate continuing nursing education program in Japan: A randomized controlled trial. *Nurse Educ Today*, 29(2), 140-149.
- Kataoka Y, Ohbayashi K, Suzuki K. (2015). Outcome evaluation of an educational program for Japanese midwives to promote breast awareness for women. *Women Birth*, 28(4), e164-170.
- Kordi M, Fakari FR, Mazloun SR, Khadivzadeh T and Akhlaghi F. (2014). Comparison between the efficacy of web-based, simulation and conventional training on knowledge and skills retention of midwifery students in management of postpartum hemorrhage. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16(89), 8-14.
- Law SM, Dunn OM, Wallace LM, Inch SA. (2007). Breastfeeding Best Start study: training midwives in a 'hands off' positioning and attachment intervention. *Matern Child Nutr*, 3(3), 194-205.
- Matendo R, Engmann C, Ditekemena J, Gado J, Tshetu A, Kinoshita R, McClure EM, Moore J, Wallace D, Carlo WA, Wright LL, Bose C. (2011). Reduced perinatal mortality following enhanced training of birth attendants in the Democratic Republic of Congo: a time-dependent effect. *BMC Med*, 4, 9, 93.
- Milde-Luthander C, Högberg U, Nyström ME, Pettersson H, Wiklund I, Grunewald C. (2012). The impact of a computer assisted learning programme on the ability to interpret cardiotochography. A before and after study. *Sex Reprod Healthc*, 3(1), 37-41.
- Nathan R, Swanson JO, Marks W, Goldsmith N, Vance C, Sserwanga NB, Swanson D, McClure EM, Franklin H, Mirza W, Mwenechanya M, Muyodi D, Figuero L, Bolamba VL, Goldenberg RL, Pineda IS. (2014). Screening obstetric ultrasound training for a 5-country cluster randomized controlled trial. *Ultrasound Q*, 30(4), 262-266.
- Peter C. Miller, Gul Rashida, Zeba Tasneem, Minhaj ul Haque. (2012). The effect of traditional birth attendant training on maternal and neonatal care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume*, 117(2), 148-152.
- Raglan OE, Schamroth A, Cambiano V and Berlingieri P. (2013). Obstetric simulation training as a tool to improve medical students' confidence and ability in early recognition and management of postpartum sepsis. *BJOG*, 120, 593.
- Rubio-Gurung S, Putet G, Touzet S, Gauthier-Moulinier H, Jordan I, Beissel A, Labaune JM, Blanc S, Amamra N, Balandras C, Rudigoz RC, Colin C, Picaud JC: In situ

- simulation training for neonatal resuscitation: an RCT. *Pediatrics*, 134(3), e790-797, 2014.
- Ryan CA, Clark LM, Malone A, Ahmed S. (1999). The effect of a structured neonatal resuscitation program on delivery room practices. *Neonatal Netw*, 18(1), 25-30.
- Senarath U1, Fernando DN, Rodrigo I. (2007). Effect of training for care providers on practice of essential newborn care in hospitals in Sri Lanka. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(6), 531-541.
- Siassakos D, Draycott TJ, Crofts JF, Hunt LP, Winter C, Fox R. (2010). More to teamwork than knowledge, skill and attitude. *BJOG* 117(10), 1262-1269.
- Singh J, Santosh S, Wyllie JP, Mellon A. (2006). Effects of a course in neonatal resuscitation--evaluation of an educational intervention on the standard of neonatal resuscitation. *Resuscitation*, 68(3), 385-389. Epub 2005 Dec 1.
- Singhal N, McMillan DD, Cristobal FL, Arciaga RS, Hocson W, Franco J, Farrales R, Famor L. (2001). Problem-based teaching of birth attendants in the Philippines. *Health Care Women Int*, 22(6), 569-583.
- Smith DK, Shaw RW, Slack J, Marteau TM. (1995). Training obstetricians and midwives to present screening tests: evaluation of two brief interventions. *Prenat Diagn*, 15(4), 317-324.
- Sørensen JL, Navne LE, Martin HM, Ottesen B, Albrechtsen CK, Pedersen BW, Kjærgaard H, van der Vleuten C. (2015). Clarifying the learning experiences of healthcare professionals with in situ and off-site simulation-based medical education: a qualitative study. *BMJ Open* 6, 5(10), e008345.
- Sørensen JL, van der Vleuten C, Rosthøj S, Østergaard D, LeBlanc V, Johansen M, Ekelund K, Starkopf L, Lindschou J, Gluud C, Weikop P, Ottesen B. (2015). Simulation-based multiprofessional obstetric anaesthesia training conducted in situ versus off-site leads to similar individual and team outcomes: a randomised educational trial. *BMJ Open* 6, 5(10), e008344.
- Stewart A, Inglis G, Jardine L, Koorts P, Davies MW. (2013). A randomised controlled trial of blended learning to improve the newborn examination skills of medical students. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 98(2), F141-144.
- Stewart AE, Inglis GDT, Jardine LA, Koorts P and Davies MW. (2011). A randomised controlled trial of the penske baby check learning module to improve the newborn examination skills of medical students. *Journal of paediatrics and child health*, 47, 51.
- T. Nirmala, B. S. Shakuntala. (2011). Concept mapping - an effective tool to promote critical thinking skills among nurses. *NUJHS*, 1(4), 21-26,.
- Theron GB. (1999). Effect of the Maternal care manual of the perinatal education programme on the ability of midwives to interpret antenatal cards and partograms. *J Perinatol* 19 (6 Pt 1): 432-435.
- Theron GB. (1999). Improved cognitive knowledge of midwives practising in the eastern Cape Province of the Republic of South Africa through the study of a self-education manual. *Midwifery*, 15(2), 66-71.
- Theron GB. (2000). Improved practical skills of midwives practicing in the Eastern Cape Province of the Republic of South Africa through the study of a self-education manual. *J Perinatol*, 20(3), 184-188.
- Theron GB. (1999). The effect of the Maternal Care Manual of the Perinatal Education Programme on the attitude of midwives towards their work. *Curationis*, 22(4), 63-68.
- Tolsgaard MG, Tabor A, Madsen ME, Wulff CB, Dyre L, Ringsted C, Nørgaard LN. (2015). Linking quality of care and training costs: cost-effectiveness in health professions education. *Med Educ*, 49(12), 1263-1271.
- van de Ven J, Houterman S, Steinweg RA, Scherpbier AJ, Wijers W, Mol BW, Oei SG;

- TOSTI-Trial Group. (2010). Reducing errors in health care: cost-effectiveness of multidisciplinary team training in obstetric emergencies (TOSTI study); a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 8, 10, 59.
- Walker D, DeMaria L, Gonzalez-Hernandez D, Padron-Salas A, Romero-Alvarez M, Suarez L.(2013). Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. *Midwifery*, 29(10), 1199-1205.
- Walker DM, Holme F, Zelek ST, Olvera-García M, Montoya-Rodríguez A, Fritz J, Fahey J, Lamadrid-Figueroa H, Cohen S, Kestler E. (2015). A process evaluation of PRONTO simulation training for obstetric and neonatal emergency response teams in Guatemala. *BMC Med Educ*, 24, 15, 117.
- Wickham S. (2008). Research unwrapped. Obstetric skills and drills. *Pract Midwife*, 11(3), 42-44.
- Woods A, Collier J, Kendrick D, Watts K, Dewey M, Illingworth R. (2004). Injury prevention training: a cluster randomised controlled trial assessing its effect on the knowledge, attitudes, and practices of midwives and health visitors. *Inj Prev*, 10(2), 83-87.
- 濱田明日香・中村乃利子・西田絵美（2010）．ラベルワークを取り入れた母性看護学実習の実践報告 学生のラベル図解、発表、レポートの内容から学習内容を読み取る．*インターナショナルNursing Care Research*, 9（4）, 109-115.池尻真紀・中西留子・中村恵美・豊島裕香・大桑ムツ子・伊藤ユミ子（2003）．産科病棟における救急対応時のスタッフ教育 ロールプレイングを試行して．*北九州総合病院年報*, 10(1), 73-80.
- 池田晴美・運天ユリカ(2016)．看護局シミュレーション教育の効果 アンケート調査より看護局全体の周知度と今後の課題を探る．*友愛会豊見城中央病院医学雑誌*, 4, 70-78.
- 岩谷久美子・島田啓子(2016)．助産学実習における分娩介助の安全管理教育モデルの試案と内容妥当性及び活用性．*金沢大学つるま保健学会誌*, 39(2), 13-24.
- 加藤千穂・片岡弥恵子・五十嵐ゆかり・蛭田明子(2015)．e-learning による分娩後出血対応に関する助産師継続教育プログラムの評価．*日本助産学会誌*, 29(1), 77-86.
- 加藤千穂・片岡弥恵子(2015)．産科救急シミュレーションの効果に関する文献レビュー．*日本助産学会誌*, 29(1), 4-14.
- 古田祐子(2004)．分娩介助技術指導において助産師学生に「わかった」と認識させる指導者の言語的教育技法．*母性衛生*, 45(2), 342-352.
- 鎌田奈都子(2014)．助産学生の分娩介助技術の習得に影響を及ぼす臨地実習の体験 分娩介助実習に焦点を当てて．*神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録: 教員・教育担当者養成課程看護コース*, 39 : 53-59.
- 木下洋・北島博之・金太章・西原正人・南宏尚・白石淳・北村直行・根岸宏邦・北田文則・清水郁也・松尾重樹・末原則幸(2006)．シナリオに基づく新生児蘇生講習会 産科医・小児科医・助産師・看護師への講習会開催報告．*周産期医学*, 36(2), 258-262.
- 松本鈴子・岩崎順子・嶋岡暢希・芝崎恵・川上美樹子・大塚多賀子・関正節(2013)．看護基礎教育における助産学生の実践能力を高める教育方法 臨床指導者用実習指導マニュアルの提案．*高知女子大学看護学会誌*, 38（2）, 118-128.
- 村岡千種・藤崎和彦(2010)．医療職が模擬患者を演じるということ SP になるまでのプロセスと功罪．*日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌*, 8, (1), 21-30.
- 村田尚恵・内村美子・分島るり子(2014)．臨地実習指導者講習会(特定分野)における演習の学習効果 看護場面を教材化する演習を通して．*日本看護学教育学会誌*, 22(1), 59-68.

- 大石有香(2014). 学生の学びと教員の評価から見た Problem-Based-Learning の学習効果. *愛仁会医学研究誌*, 45, 185-188.
- 新福洋子・五十嵐ゆかり・飯田真理子(2014). Team-based learning を用いて周産期看護学(実践方法)を学んだ学生の認識. *聖路加看護大学紀要*, 40, 19-27.
- 鈴木幸子・石井邦子・大井けい子・山本英子・芝本美紀・林ひろみ・北川良子(2014). 分娩介助演習に参加する模擬産婦の養成プログラム試案. *保健医療福祉科学*, 3, 52-56.
- 高山京子・谷山日登美・藤本照代・戸井間充子(2002). 助産婦学生が対象との関わりより学んだ実習効果の分析. *看護教育の研究*, 18, 144-149.
- 常盤洋子・今関節子(2002). 4年制大学における分娩介助実習の効果的な教授法の検討実習状況及び実習到達度の分析から. *助産婦雑誌*, 56 (6) 507-513.
- 槌谷亜希子・水野千奈津・島田祥子・永田裕子・西山実里・米山万里枝(2012). 助産師の実践力の強化を目指した胎児超音波診断演習医師との協働による取り組み. *東京母性衛生学会誌*, 28(1), 46-51.
- 内村美子・村田尚恵・分島るり子(2011). 臨地実習指導者育成プログラムの開発(第1報)「看護場면을教材化」する研修の評価. *福岡女学院看護大学紀要*, 1, 15-23.
- 山口理世・中山美加・山田円(2011). グループワークによるインシデント分析の学びとその活用状況. *中国四国地区国立病院附属看護学校紀要*, 7, 25-3.
- 頼富泉香・橋川要子・豊島文香・十川久美子・長谷川ひとみ・兵頭幸恵・今岡朱美・小谷瞳・吉田朋子・西俣みどり(2010). 実習項目表を用いた指導の効果 スタッフの意識調査に焦点をあてて. *高松市民病院雑誌*, 25, 52-56.
- of the literature. *Nurse Educ Today*, 40, 209-218.
- Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, McKenna L, Brady S, Fox-Young S. (2012). Simulation based learning in midwifery education: a systematic review. *Women Birth*, 25(2), 64-78.
- 赤澤千春・西園貞子(2010). アクティブ・ラーニング IBL で進める成人看護学演習法. 金芳堂.
- 阿部幸恵(2013). 臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育. 医学書院.
- 加藤千穂・片岡弥恵子(2015). 産科救急シミュレーションの効果に関する文献レビュー. *日本助産学会誌*, 29(1), 4-14.
- 中井俊樹編(2014). 看護現場で使える教育学の理論と技法 個別指導や参加型研修に役立つ100のキーワード. メディカ出版.
- 鈴木玲子編(2014). 看護教育に役立つPBL問題解決力を育む授業の展開と工夫. メヂカルフレンド社.

その他

- Carter AG, Creedy DK, Sidebotham M. (2016). Efficacy of teaching methods used to develop critical thinking in nursing and midwifery undergraduate students: A systematic review

図表

表 1 アクティブ・ラーニングの種類

表 2 保健医療分野における教育プログラムの効果に関する文献レビュー

表 3 国外文献の検索式

表 4 国内文献のリスト

表 5 国内の除外文献リスト

表 6 国外文献のリスト

表 7 国外の除外文献リスト

図 1 国内文献のフローチャート

表 1 アクティブ・ラーニングの種類

個別指導	臨床現場	
	経験学習	
	コーチング	
集合研修	講義	
	討議	ディベート
		カンファレンス
		ゼミナール（セミナー学習）
		グループ・カウンセリング
		グループ学習
	PBL (Problem-based Learning)	
	TBL (Team-based Learning)	
	IBL (Inquiry-based Learning)	
	CBL (Case-based Learning)	
	PBL (Project-based Learning)	
	TBL (Task-based Learning)	
	シミュレーション・体験学習	ロールプレイ
		シミュレーション
		ゲーム学習
		実習・演習
教材	e ラーニング	
	視聴覚教材	
	CAI (Computer Assisted Instruction)	
	模擬患者（SP）	

表 2 保健医療分野における教育プログラムの効果に関する文献レビュー

著者	目的	レビューに含まれた論文数	対象者	研究デザイン	介入方法	介入の目的	アウトカム	結果の要約	考察
Carter AG et al. (2016)	看護師および助産師の学部生のクリティカル・シンキング能力を育成するための教育方法の効果を検証する。	28件 (2001-2015年までの、英語のみ)	看護師および助産師の学部生	介入研究(コントロール群: 通常の講義や通常の実習 (traditional lecture/practise))	・problem-based learning (PBL) (7件) ・simulation (6件) ・concept mapping (4件) ・PBLとconcept mappingの組み合わせ(2件) ・その他(9件)	クリティカル・シンキング	・California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI) (8件) ・California Critical Thinking Skills Test (CCTST) (3件) ・Health Services Reasoning Test (HSRT) (3件) ・その他(12件) ・研究によって多様: communication, confidence, performance, satisfaction ・例: neonatal injury, diagnosis-delivery interval, 判断にかかる時間など	・28件中、17件は有意な効果を示し、9件は変化なし、2件はスコアの減少(説明不可)を示した。 ・クリティカル・シンキングに関しては文化的な影響も強く受けていると考えられる(アメリカ、台湾、韓国、中国、香港、イラン、トルコ、スロベニア)。	・介入直後の評価が多く、長期的な効果はわからない。 ・クリティカル・シンキングに関しては文化的な影響も強く受けていると考えられる(アメリカ、台湾、韓国、中国、香港、イラン、トルコ、スロベニア)。
Cooper S et al. (2012)	助産教育における simulation based learningの効果を検証する。	24件 (2000-2010年までの、英語のみ)	助産学生および助産師	観察研究、介入研究、システマティック・レビュー	・Partial task trainers (birthing pelvisなどの基本的なモデルやマネキンの使用) ・Peer to peer learning (abdominal assessmentなど学習者間での実践) ・Screen-based computer simulators (コンピュータなどを用いた知識の習得) ・Virtual reality (専門トレーナーによる外科技術などコンピュータで生成される聴覚・触覚・視覚を刺激するイメーজの使用) ・Haptic systems (学習者が"触れる、ふれる"という体験ができる装置の使用) ・Standardised patients (生徒や俳優によるケース・スタディのロールプレーイング) ・Full-scale simulation (生理反応を伴う等身大のコンピュータ化されたマネキンの使用)	・Management of labour ・Obstetric emergencies (一歩多い)	・研究によって多様: communication, confidence, performance, satisfaction ・例: neonatal injury, diagnosis-delivery interval, 判断にかかる時間など	・全体的にシミュレーションによる教育的・臨床的效果が確認されている。 ・多くの産科救急のような臨床での実習が難しいケースに関しては、必修のカリキュラムであるといえる。 ・シミュレーションが臨床での実践の代替となりえるかに關してはエビデンスが認められない。	・とくに産科救急のような臨床での実習が難しいケースに関しては、必修のカリキュラムであるといえる。 ・シミュレーションが臨床での実践の代替となりえるかに關してはエビデンスが認められない。
加藤ほか (2015)	産科に従事する医療者に対する産科救急シミュレーションの効果について明らかにする。	5件 (1950-2014年、英語と日本語の文献)	産科領域の医療従事者(※助産学生は含まない)	ランダム化比較試験(RCT) (コントロール群: 低忠実度のマネキンによるシミュレーション、シミュレーションを実施していない、またはレクチャー)	高忠実度のマネキンを用いた産科救急シミュレーショントレーニングを実施しているもの。	産科救急	・Primary outcomes: 産科合併症の件数(重度分娩後出血、子痛、肩甲難産による新生児の障害、新生児仮死など) ・Secondary outcomes: パフォーマンス(産科救急場面での適切な対応ができる)、知識、コミュニケーション技術、自信	・パフォーマンスへの効果: 高忠実度シミュレーションは、シミュレーションを実施しないことや、従来のレクチャーと比較すると、参加者のパフォーマンスを向上させる(使用するマネキンの忠実度による比較では明らかな効果の差は認められない)。 ・知識への効果: 知識の習得に關してシミュレーションはレクチャーと同等の効果を得ることができ、使用するマネキンの忠実度による知識習得への影響は少ない(知識習得の方法としてレクチャーも有効)。 ・コミュニケーション技術への効果: コミュニケーション技術においては使用するマネキンの忠実度による違いはない、もしくは低忠実度シミュレーションのほうが、コミュニケーション技術が向上するとの結果が示されていた(実際に患者役とコミュニケーションをとりながらトレーニングを行うことも有効)。	・シミュレーショントレーニングの最終的なアウトカムとして、産科合併症、妊産婦や新生児死亡の減少等の長期的な患者アウトカムの評価が求められる(現時点では有効な報告がない)。

表 3 国外文献の検索式

1: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) search strategy

No	Query	Results
#1	MeSH descriptor: [Midwifery] this term only	306
#2	midwi*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1023
#3	MeSH descriptor: [Nurse Midwives] this term only	104
#4	#1 or #2 or #3	1023
#5	MeSH descriptor: [Education] explode all trees	22319
#6	educat*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	39851
#7	MeSH descriptor: [Students, Nursing] this term only	285
#8	school*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	17465
#9	student*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	18547
#10	college*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	10489
#11	universit*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	23897
#12	#5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11	91502
#13	#4 and #12	333
#14	#13 in Trials	303

* exported

2: MEDLINE search strategy

No	Query	Results
1	Midwifery/	16766
2	midwi*.tw.	19522
3	Nurse Midwives/	6345
4	1 or 2 or 3	30079
5	exp Education/	641802
6	educat*.tw.	452997
7	Students, Nursing/	19401
8	(school* or student* or college* or universit*).tw.	664600
9	5 or 6 or 7 or 8	1354759
10	4 and 9	9852
11	limit 10 to randomized controlled trial	179

3: CINAHL search strategy

No	Query	Results
S13	S12 (限定 MEDLINE レコードを除外)	1
S12	S11 (限定Randomized Controlled Trial)	13
S11	S4 AND S10	4472
S10	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	175229
S9	MH Education, Nurse Midwifery	646
S8	MH Education, Midwifery	2315
S7	TI (school* OR student* OR college* OR universit*) OR AB (school* OR student* OR college* OR universit*)	173360
S6	MH Students, Nurse Midwifery	32
S5	MH Students, Midwifery	0
S4	S1 OR S2 OR S3	26362
S3	MH Nurse Midwifery	2487
S2	TI midwi* OR AB midwi*	19350
S1	MH Midwifery	12238

4: EMBASE search strategy

No	Query	Results
#1	'midwife'/exp AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	5335
#2	'nurse midwifery'/de AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	22
#3	midwi*:ab,ti AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	4475
#4	#1 OR #2 OR #3	6346
#5	'midwifery education'/de AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	129
#6	'nurse midwifery education'/de AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	16
#7	'nursing student'/exp AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	1165
#8	school*:ab,ti OR student*:ab,ti OR college*:ab,ti OR universit*:ab,ti AND [embase]/lim NOT [medline]/lim	312190
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	312332
#10	#4 AND #9	1061
#11	#10 AND [randomized controlled trial]/lim	24

5: 医中誌

No	Query	Results
#1	@助産学/TH	2,372
#2	助産/AL	22,147
#3	Midwi/AL	167
#4	@助産師/TH	9,528
#5	#1 or #2 or #3 or #4	22,207
#6	看護学校/TH	2,423
#7	@看護学生/TH	20,453
#8	看護教育/TH	63,431
#9	学校/AL or 短大/AL or 大学/AL or 養成/AL or 学院/AL or 学生/AL or 教育/AL	5,670,107
#10	school/AL or student/AL or college/AL or universit/AL	129,981
#11	#6 or #7 or #8 or #9 or #10	5,711,810
#12	#5 and #11	13,512
#13	カリキュラム/TH	15,859
#14	教育手法/TH	27,175
#15	@臨床能力/TH	7,881
#16	@臨床・臨床実習/TH	22,008
#17	@能力に基づく教育/TH	252
#18	Competency-Based/AL or "Competency Based"/AL	23
#19	practic/AL or practis/AL or training/AL	28,546
#20	(case/AL or competency/AL or group/AL or inquiry/AL or problem/AL or project/AL or task/AL or team/AL) and based/AL	1,218
#21	#13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20	91,608
#22	#12 and #21	1,531
#23	(#22) and (RD=ランダム化比較試験)	1

* exported

表4 国内文献のリスト

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

15	大久保 2011	助産師協会・社会、倫理問題や様々な事象を理解し、専門職としてケアに挑戦することが求められる。人工妊娠中絶をテーマとしたディベートの学習効果を高める。		学習の目的：ディベートを通して①人工妊娠中絶に関する倫理的・社会的な問題を理解できる。 ②人工妊娠中絶に関する問題から、助産師としての必要な能力を考えられる。 ③後継的批判力・論理的思考力・プレゼンテーションスキルを向上させる。		講義時間2コマ(80分) ①準備(90分)：ディベートの目的・準備・方法について説明、立論のためのリフレクティブ作業 ②ディベート(90分)：「人工妊娠中絶」の適応条件から、「経断理由」を判断すべきである。をテーマとしたディベートを行う(6名ずつ)	・講義終了後、テーマについての自分の考えと助産師としての役割について、60～80字のリポートを書いた。 ①ディベートテーマについて考える。 ②講義やディベートの感想、③助産師の役割と課題分類シナリオカテゴリーを抽出。	と考えられる。 ・胎動不安の症例については、学生による個人差が大きき。	要である。
16	行田 2003	カンセン・セリソンの校外授業前夜におよび自我状態の変化について明らかにし、今後の学生教育への活用を検討する。	Q短期大学助産科助産学専攻科の学生(15名)	対照群なし	学生自身が自分の自己状態を知り、対象に対する行動パターンを理解することで、対象とコミュニケーションを図る力を養う。	・講義(講義目標：助産活動に必要な人間関係の形成、保健教育場面での対象へのアプローチの仕方を学び、対象の話を正確に十分に聞くことができる) ・新設東大文芸部プログラムを用いて、2人の前後計2回、各学生が自己状態を分析し、自分で気づいたことや改善したいことについて自由記述でまとめる。	・東大文芸部プログラムの項目(Critical parent, Nursing parent, Adult, freeschild, Adapted child)の位置を授産院後では比較的に、各学生の記述内容からどのようなエピソードを活用したかについて、2人で話し合いながら分類(学生の記述の中で「自分自身について」「自分で改善したいこと」「やりたい自分とは」という点について自由記述でまとめる、この3点を中心に分類)	・授産院後において、自我状態の変化は見えてきた。 ・しかし、記述内容から、学生自身が自分で気づいた課題を挙げていたため、授業中自分の傾向を意識しながら、話を書く態度や基本的な観察法(質問力、言い換え、要約など)に活用していた。 ・これは、学生自身が自己振り返りを行い、助産教育の中でエゴグラムを用いることは、自分自身の傾向を知ること、対象との良好な人間関係の形成に役立ち、自分の成長の一つの目安に活用できると見えてきた。	今回は授産院後の比較であり人数が少なく、傾向を見るにとどまった。 今後は学生自身が授業でうまく活用できるように、各学生の自己状態を把握し、授産院実習指導の方法を考えていくことが課題である。
17	藤本 2002	授産に取り入れているウェルネス看護観(その人のもつよいところや、健康になりたいというニーズ)に着目してケアであるウェルネスケアを志向した看護観の学習プロセスを積み重ねることにより学習効果と今後の課題を明らかにする。	助産学科学生(11名)	前後比較 対照群なし	英語において、対象はボジティブに見つめ、より高いレベルの健康への可能性を生む姿勢をもたせる。	ウェルネス看護観術を講義・情報収集を取り入れる。(詳細記載なし)	・実習開始前と終了時中間アンケートを実施 ・質問項目：①理解度、②ウェルネス看護観術を行った頻度、③意識度、④必要性、⑤使用することの意味、⑥使用したことによる自分自身の変化について(①～⑥は4段階評価、そのほかは自由記述)	・ウェルネス看護観術の学習プロセスを構築できたことにより、 ①ウェルネス看護観術の理解度、行った頻度・意識度も実習終了後が高かった ②看護観術の知識「ボジティブ思考」などの1日の学習効果が現れた。 ③ウェルネス看護観術を行った割合は、実習終了後が増加した。 ・ウェルネス看護観術を意識することに、より看護の本質を見出し、看護の満足感を得ている。 ・学習意欲を上げるためには、教員・指導者の継続的な指導が必要であり、重要なポイントであった。	・対象が11名であり、1年間のみの限られた範囲の結果であり、今後対象者を増やし、検討する必要がある。 ・対象の趣味嗜好や生活スタイルなどを分析し、どのようなところや課題・問題をもっているかを修正する過程を大切にしたい学生のニーズに応えるための今後の課題。
18	森田 2013	助産科学生が看護上のバースレビュウを経験したことを明らかにし、出産体験へのケアに関する助産学教育の示唆を得る。	A.大学在籍中に看護学部の選択科目としてある助産学課程を選択した4年時学生(7名)	対照群なし 8名全員がバースレビューを行う、インタビューを2グループに分けて実施 2010年8月/2011年1月	(介入としての)バースレビューの学習効果(目的)を明らかにする	・分娩期実習の際に、助産師からの指導のもとにバースレビューを実施。 ・分娩期実習を行った際には、原則2日以内バースレビューを実施。	・前期実習終了時(分娩期実習1～3例)と後期実習終了時(分娩期実習10例)の2時点で行ったアンケート結果を比較する。	・教員は、学生の分娩事例に対して、バースレビューの経験や対象者との関係性などを含めて、必要に応じて、課題の明確化を促したり、不足を補完することで、出産体験へのケアに対する理解を促している。	・教員は、学生の分娩事例に対して、バースレビューの経験や対象者との関係性などを含めて、必要に応じて、課題の明確化を促したり、不足を補完することで、出産体験へのケアに対する理解を促している。
19	東 2016	・分娩期実習前に看護上のバースレビュウを経験したことを明らかにし、出産体験へのケアに関する助産学教育の示唆を得る。	看護学部通科コースの学生(6名)	対照群なし 2013年12月～2014年3月	(介入としての)バースレビューの学習効果(目的)を明らかにする	・バースレビュー：産婦自らの出産体験を語るという行為を通して出産体験の意味づけを行う。 ・分娩期実習48時間以上を原則とし、助産実習前に講義内でバースレビューの目的や方法等について学ぶ。課題レポートを提出。	・実習後提出された自家の助産実習記録の一部である「バースレビュー内容」記録と『アセスメント内容』記録 ・記述内容を個別的分析	・バースレビューを通して、対象や分娩経過に対する理解が促進され、分娩満足度に結びつけた。また、産婦からのフィードバックを得る機会となっていた。このことが示された。	・産婦の分娩経過に際しては到達できるが、「育活型妊産婦支援」に関しては支援を必要とする可能性がある。 ・産婦の適切な分娩経過として捉えているケースの場合、バースレビューの難易度が上がる。これが予測されるため、それも踏まえたうえで育

20	西部 2013	現状把握を行い、助産実践におけるベースレビューの学習効果を示す。 助産師学生が産地実習において効果的なベースレビューができるように「ベースレビュー実践支援」する教育プログラムを開発・実施し、プロセス評価を行う。	分娩の直接介助した分娩婦の見た目に産婦の女性を呼びかけ、助産師学生（20名）	助産師学生は助産師 2011年7～8月	必要知識、および、ベースレビューを実施するうえでのコミュニケーション能力の獲得	・全体で約11時間40分 ・1回のプログラム参加者は2～6名 ・前科ベースレビューとコミュニケーションに関するパワーポイントを用いた講義 ・後科は模擬患者（助産師）によるロールプレイを実施、他の学生は観察者としてロールプレイの様子を観察	①プログラム前後の質問紙（プログラム直後の質問紙は、プログラム内容について） ②プログラムの実施時の学生の様子や言動をスキャンして参加観察を行う。 ③プログラム終了後に学生を対象にプログラム内容に関する半構造的インタビューを行う。	・プログラムのプロセスの評価（録音や所要時間、講義内容、ロールプレイ）は概ね肯定的 ・プログラムの実施時期に関しては助産学実習が始まる前より遅延するよう修正が必要	定めた産地実習、が実施できるような教育的支援、教育方法の検討が必要
								・プログラムの実施時期は、学生がプログラムの内容を実践する場で話し合うことができる時期（産地実習の前など）に行う必要がある。 ・ロールプレイ演習の相違点：初めて会う模擬患者とのロールプレイは現実と、具体性に対する。 ・方法論を知り、ベースレビューをイメージすることはベースレビュー普及のために重要	

表 5 国内の除外文献リスト

著者	タイトル	除外理由
木下 2006	シナリオに基づく新生児蘇生講習会 産科医・小児科医・助産師・看護師・看護師への講習会開催報告	対象：医師・助産師・看護師
村岡 2010	医療職が模擬患者を演じるということ	対象：医療従事者
頼富 2010	実習項目表を用いた指導の効果	対象：助産師・看護師
池尻 2003	産科病棟における救急対応時のスタッフ教育	対象：助産師・看護師
池田 2016	看護局シミュレーション教育の効果	対象：助産師・看護師
加藤 2015	e-learning による分娩後出血対応に関する助産師継続教育プログラムの評価	対象：助産師
樋谷 2012	助産師の実践力の強化を目指した胎児超音波診断演習	対象：助産師
内村 2011	臨地実習指導者育成プログラムの開発(第1報) 「看護場面を教材化」する研修の評価	対象：実習指導者
村田 2012	臨地実習指導者講習会(特定分野)における演習の学習効果	対象：実習指導者
岩谷 2016	助産学実習における分娩介助の安全管理教育モデルの試案と内容妥当性及び活用性	対象：教員
濱田 2010	ラベルワークを取り入れた母性看護学実習の実践報告	対象：看護学生
大石 2014	学生の学びと教員の評価から見た Problem-Based-Learning の学習効果	対象：看護学生
新福 2014	Team-based learning を用いて周産期看護学(実践方法)を学んだ学生の認識	対象：看護学生
山口 2011	グループワークによるインシデント分析の学びとその活用状況	対象：看護学生
鈴木 2014	分娩介助演習に参加する模擬産婦の養成プログラム試案	介入なし
松本 2013	看護基礎教育における助産学生の実践能力を高める教育方法	介入なし
古田 2004	分娩介助技術指導において助産師学生に「わかった」と認識させる指導者の言語的教育技法	介入なし (教育技法の実態調査)
鎌田 2014	助産学生の分娩介助技術の習得に影響を及ぼす臨地実習の体験	介入なし (実習効果の分析)
高山 2002	助産婦学生が対象との関わりより学んだ実習効果の分析	介入なし (実習効果の分析)
常盤 2002	4 年制大学における分娩介助実習の効果的な教授法の検討	介入なし (分娩介助実習の実態調査)

表6 国外文献のリスト

著者	テーマ	国	目的	対象者	研究デザイン	介入の内容	コントロールの内容	アウトカムの評価	介入の効果	課題・考察
1 Reynolds 2010	正常分娩と 難産	ポルトガル	・The cognitive impact of using simulation sessions in midwifery training has not been the subject of previous research. ・Management of normal delivery is a key part of midwifery training and practice, and shoulder dystocia is the emergency situation that midwives are most likely to be directly involved in. ・The aim of this study was to evaluate the cognitive impact on midwifery students of attending a simulation session versus an image-based lecture for management of normal delivery and resolution of shoulder dystocia.	students attending the first year of midwifery training at a state-owned university in Portugal over two consecutive academic years (n=60; simulation group n=29; lecture group n=31)	RCT 2005-2007	・In the simulation, students were divided into pairs and attended a 30-minute hands-on session in the simulation centre.	・In the lecture group, students participated in a 30-minute image-based interactive lecture.	・A ten-question multiple-choice test was taken before (pre-test) and after (post-test) both sessions, to evaluate students' knowledge of labour and delivery and shoulder dystocia. ・Learner satisfaction was evaluated by adding a six question Likert scale questionnaire to the post-test.	・The simulation group showed a significantly higher mean post-test score (6.38 vs. 5.16; p=0.003) and a significantly greater inter-test score progression (p<0.0001). ・Overall learner satisfaction was also higher in this group (p=0.0001).	・A significantly higher short-term reinforcement of knowledge and greater learner satisfaction was obtained using simulation sessions compared to image-based lectures when teaching routine management of normal delivery and resolution of shoulder dystocia to midwives in training. ・Acquisition of delivery simulators represents an important investment for midwifery schools. The requirement for small groups necessitates greater overall instructor time, another cost of simulators in training. These aspects need to be considered carefully when introducing simulator-based sessions into learning curricula, as an increase in costs is likely.
2 Andighetti 2012	難産と産科 異常出血	アメリカ	・Simulations allow students to experience the management of a complication that they may never encounter during their student clinical experiences, and simulation also allows the opportunity to make mistakes in a safe environment in which harm cannot be done. ・Shoulder dystocia and postpartum hemorrhage (PPH) are complications that require extensive training of health professionals. However, these events are infrequent enough that many students do not encounter the complication during their clinical practicum experiences. ・The purpose of this project was to determine whether the use of high-fidelity simulations for the obstetric emergencies of shoulder dystocia and postpartum hemorrhage increases student confidence in managing these complications.	registered nurses enrolled in a graduate midwifery education program (intervention group n=18; control group n=10)	Quasixperimental design ・A fixed randomization process was used to ensure that there were equal numbers of students in the shoulder dystocia and PPH groups.	・Student learned to manage shoulder dystocia and postpartum hemorrhage. ・The intervention group received a high-fidelity simulation learning experience. ・The simulation environment recreated the appearance and feeling of a labor and delivery unit, with visual and auditory cues to simulate a real-life encounter. ・The equipment included a static mannequin, because a highfidelity simulator was not able to portray a shoulder dystocia or PPH in a more realistic fashion. ・Psychological fidelity was mimicked by having students role play 1 of 3 personnel involved in the room during the complication. Each student played the role of the student nurse-midwife and needed to make decisions in that role in consultation with their preceptor. Faculty played the role of preceptor.	・The control group received standard teaching methods consisting of discussion, watching a video, and low-fidelity teaching methods.	・Student confidence was measured before and after each learning experience using a validated, 8-item, Likert-type scale.	・In the control group, student confidence did not significantly increase after a classroom discussion or low-fidelity simulation experience. ・Student confidence increased significantly (P .01) after the high-fidelity simulation learning experiences. ・When the differences between the pretest and posttest scores were compared for the control and intervention groups, there was a moderate effect size (0.54) for the intervention group for the shoulder dystocia simulations and a large effect size (1.68) for the postpartum hemorrhage simulations.	・High-fidelity simulations for shoulder dystocia and postpartum hemorrhage significantly increased student confidence in managing these complications. ・These findings lay the foundation for future studies to determine whether simulation learning experiences ultimately improve patient safety and quality of care. ・The findings of this study are limited by the small sample size and the use of only 1 midwifery education program. ・Future studies could also evaluate shoulder dystocia and PPH simulation learning experiences with multidisciplinary teams in various maternity care settings.
3 Pratinidi 2014	内診技術	インド	・Vaginal examination is the most accepted method of measuring progress of labor. ・The aim of the present study was to test simulation training device as teaching tool in nursing college of Karad, India.	A batch of fourth year nursing students who had completed midwifery clinical rotation of five and half months and having experience of monitoring of the labour (n=43; intervention group, n=45; control group).	RCT	・The trainee student has to learn to judge the diameter of the holes by visual impression and palpation using simulation training device. ・After gaining confidence of his or her judgement of cervical dilation by using the simulation device while the curtain is off, the curtain is put on for blind palpations on the device. ・When this skill is acquired the trainee is ready for performing examinations on human patients. ・A special lecture was arranged for these students to highlight the importance of measurement of cervical dilatation during labour, anatomy of cervix, stages and phases of labour, cervicography and partographic monitoring of labour.	・Fourth year Basic B.Sc nursing students are well versed with the management of labour and are routinely conducting the deliveries under the guidance of an obstetrician. ・The control group was given training as was given routinely for the batch of nursing students. The study group received routine training and training on simulation model and control group received only routine training.	・The knowledge of participants (related to the cervicograph and partograph) from both the groups was tested by a pre-tested questionnaire. ・After demonstration of working of this model it was left to the student for practicing visual and tactile assessment of the size of inner diameter of the rubber rings. ・For evaluation of correctness of assessment of size of the hole, the curtain was placed to blind the student being tested.	・There was no significant difference in the knowledge of study and control groups before training. ・There was significant difference in the pre and post test scores of both study and control groups. ・Individualized assessment of judgment of ring size on simulation training device indicated a highly significant ability of the nursing students from study group to judge the size of the ring as compared to the control group by visual impression and by palpation. ・Feed back from the participants was positive.	・Use of simulation training device appeared to give better understanding and development of skill for judging the cervical dilation in cm.

著者	テーマ	国	目的	対象者	研究デザイン	介入の内容	コントロールの内容	アウトカムの評価	介入の効果	課題・考察
4 Brady 2015	内診技術	オーストラリア	- To evaluate the effectiveness of varying levels of fidelity on simulated learning experiences and identify which best contributes to integrated and global clinical skills development in midwifery students - Fidelity refers to the realism of the simulated environment. High fidelity refers to an environment that attempts to replicate the real environment as closely as possible - Practising technical skills out of context may result in oversimplification and thus an integrated approach to learning is essential.	First-year Bachelor of Midwifery (BM) and Dual Degree (DD) Bachelor of Nursing and Bachelor of Midwifery students from the University of Queensland (UQ) who had yet to receive theoretical instruction in the clinical skill of VE (A total of 69:25 in the low fidelity group, 23 in the medium fidelity group and 21 in the progressive fidelity group)	A randomised, three arm, interventional trial	Intervention1 Medium Fidelity: - The participants assigned to the medium fidelity group, found the partial task-trainer appropriately positioned on the poster, "Flat Maggie", draped over pillows and situated on a hospital bed. - They were to perform the skill whilst communicating with the model. - The room monitor (standing behind a screen) played the voice of "Emma", responding to the participant. Intervention2 Progressive Fidelity: - The participants assigned to the progressive fidelity group were asked to perform the procedure three times, sequentially, at the low fidelity and medium fidelity stations and then completed the high fidelity station, whilst interacting with a standardised patient "Emma", roleplayed by the senior midwifery student who had the partial task-trainer appropriately positioned between their legs.	Control Low Fidelity: - The participants assigned to the low fidelity scenario entered the room and found the partial task-trainer only, situated on a hospital bed. They were to perform the skill whilst communicating with the model. - The room monitor (standing behind a screen) played the voice of "Emma", responding to the participant.	The performance of technical skills was measured with the validated Global Rating Scale (GRS) used to evaluate technical skills of surgical residents in the operating room. - The integrated procedural performance instrument (PPI) was used to measure non-technical skills. - Participant performances were video-recorded, downloaded on to a computer, and stored on a secure server. - Videos were objectively viewed at a later date by two expert Midwifery Clinicians, who were not members of the research team.	There was a statistically significant difference in the mean total Global Rating Scale score between at least two of the three groups ($p=0.009$). - The progressive fidelity group revealed as different from both the low fidelity group ($p=0.010$) and medium fidelity group ($p=0.048$). - There was a statistically significant difference in the mean total Integrated Procedural Performance Instrument score between at least two of the three groups ($p=0.012$). - The progressive fidelity group revealed as different from both the low fidelity group ($p=0.026$) and medium fidelity group ($p=0.026$).	- Progressive and medium fidelity simulation yields better outcomes than low fidelity simulation and where resources are constrained medium fidelity equipment, such as a life sized poster can produce effective learning experiences for midwifery students. - There appears to be wide variation in the assessment of student performance by the clinical experts (the expert midwives may have included personally held standards of what makes a good midwife in their scoring of the participants performance). - Modifications made to the assessment tools made to be transferable to other midwifery skills assessment.
5 Khadivzadeh 2012	simulated patientsの有効性	イラン	- It was hypothesized that a simulation-based course, using both simulated patients and part-task trainers, would reduce student midwives anxiety scores and improve comfort scores more than a traditional teaching course relating to the provision of intrauterine device (IUD) services. - This research work was conducted to investigate ways of minimizing unfavorable factors before engaging students in real patient care.	62 students who possessed a basic midwifery qualification and were now studying for a higher qualification, bachelor of midwifery.	RCT 2006	In the simulation group, students were exposed to simulated patients and gynecologic part-task trainers (The simulated patients were recruited from among the postgraduate students and midwives employed in the family planning units of health centers). The instructors held different sessions regarding training of counseling, client assessment, and management of complications related to delivering IUD services. In these sessions, the content was taught through lecture and video. The simulated patients then played and practiced the roles of different clients, conducted the actual sessions, and gave feedback to the students, under supervision of instructors.	The content in the traditional group was the same as in the simulation group, but the educational content was taught by lecture and slide shows for 12 hours.	At the end of the workshops, students in both groups had practiced counseling of a real client who had chosen the IUD in the clinic and inserted an IUD in a real patient under supervision of the instructor. Data were gathered by self-report questionnaires, before and after the interventions, the midwifery students filled in 2 questionnaires of "Spielberger anxiety test" and "comfort in providing IUD services".	There were significant differences between students in 2 aspects of anxiety including state and trait and the level of comfort in providing IUD services in simulation and traditional groups. "Fear of uterine perforation during insertion" was the most important cause of students' anxiety in providing IUD services, which was reported by 74.34% of students.	- It was found that a simulation-based course, using both simulated patients and part-task trainers, significantly reduced some of the major students' anxieties and improved the level of student comfort when practicing providing IUD services. - Further work in this area is required for better understanding of the other causes of student anxiety and identifying ways to address these issues in the midwifery school curricula. - One point for discussion that needs to be highlighted in this study is the fact that simulator models usually have normal anatomy. This has significant curricular implications when training the students for IUD insertion because recognition and diagnosis of an abnormal uterus is an obvious learning need.

6	Kariman 2011	テーマ portfolio使用の有効性	国 イラン	目的 ・In recent decades, traditional teacher-centered educational methods have been replaced with student-centered methods, and parallel with this trend, the evaluation system has also been changed from methods that evaluate knowledge to those that evaluate ability and competence. ・A portfolio is a planned and purposeful collection of all kinds of documents that gives an impression of how tasks are fulfilled and how competence is developed. ・Portfolio collection requires the joint efforts of teacher and student in taking decisions, developing the portfolio's content, and establishing its assessment criteria. ・The present study was carried out to determine the effect of using portfolios as an evaluation method on midwifery students' learning and satisfaction in prenatal practical training.	対象者 all midwifery students in semester four (n=40)	研究デザイン RCT (2007-2009)	介入の内容 ・Based on their educational goals, the portfolio groups prepared packages which consisted of a complete report of the history, physical examinations, and methods of patient management (as evaluated by a checklist) for women who visited a prenatal clinic. ・During the last week of the training, the portfolios were presented and evaluated with the portfolio evaluation checklist while individual students were present with the teacher at the oral exam session.	コントロールの内容 routine evaluation groups (Both groups were then trained by a midwifery instructor in a prenatal clinic.)	アウトカムの評価 ・The pre-test was taken on the first day of training. ・During the last day of their course, a posttest, clinical exam, and student satisfaction form were completed. ・These tests contained 40 questions, which included 16 multiple choice questions (MCQs) on knowledge and comprehension levels. There were also two cases, with 16 MCQs for the first case focusing on the application and analysis levels, as well as two open-ended questions about the second case in which the students were asked to judge the management of a diagnosis suggested by the exam.	介入の効果 ・The mean difference in the pre and post test scores for the two groups' knowledge and comprehension levels did not differ significantly (P>0.05). ・The average scores on questions in Bloom's taxonomy 2 and 3 of the portfolio group were significantly greater than those of the routine evaluation group (P=0.002, P=0.03, respectively). ・The mean of the two groups' clinical exam scores was significantly different. ・The portfolio group's mean scores on generating diagnostic and therapeutic solutions and the ability to apply theory in practice were higher than those of the routine group. ・Overall, students' satisfaction scores in the two evaluation methods were relatively similar.	課題・考察 ・Portfolio evaluation provides the opportunity for more learning by increasing the student's participation in the learning process and helping them to apply theory in practice. ・Moreover, portfolio help students to develop three basic self-directed learning skills, assessing the quality of their own performance, formulating learning needs, and selecting future learning tasks. ・It should be noted that the portfolio evaluation method requires more time and sufficient training to involve teachers. Therefore, the routine method is more beneficial when the goal of training is for students to acquire knowledge and comprehension. ・The most important one is to match this method with educational goals and course contents (the portfolio is more suitable if the goals to be achieved include higher cognitive skills).
7	Cioffi 2005	decision making	オーストラリア	・In midwifery practice, clinical decision making involving higher cognitive skills is critical to the safety and outcomes of mothers and infants. ・The use of simulations can result in increased understanding of clinical reasoning and greater clinical knowledge and self-confidence among students. ・This study was designed to investigate the effects of a simulation strategy on the clinical decision making of midwifery students.	36 graduate diploma midwifery student	RCT	・Two simulation sessions (normal labor and physiological jaundice), each with a set of decision rules, thinking-aloud techniques, and audiotapes from each student pair for critical reflection on the decision-making process. ・For the normal labor intervention simulation, students were paired, with one student assuming the role of decision maker (midwife) and the other assuming the role of simulator (client). ・The simulators (clients) provided a brief introductory statement, taken from the master sheet for the simulation. The decision maker (midwife) sought more information from the simulator by asking specific questions similar to those asked during a real-life assessment. The simulators responded to these questions with answers from the master sheet until the decision maker reached a final clinical decision.	two usual lectures	・After the audiotapes were transcribed, two independent raters analyzed the resulting verbal protocols into segments. The segments were categorized into data collection, data review, and inference. ・The four total simulations (intervention and posttest for normal labor and intervention and posttest for physiological jaundice) and decision rules (one set each for normal labor and physiological jaundice) were examined by panels of midwifery experts. ・A confidence self-report form was developed with a scale 0N to 100%, to enable student decision makers to self-report the confidence they felt during both posttest simulations.	Students who received the simulation strategy ・collected more clinical information. ・revisited collected clinical information less. ・made fewer formative inferences, levels, and ・(for the posttest normal labor simulation) reached a final decision more quickly.	Further research with a larger sample size and more rigorous data collection strategies is required.

著者	テーマ	国	目的	対象者	研究デザイン	介入の内容	コントロールの内容	アウトカムの評価	介入の効果	課題・考察
8 Rzymka 2014	moral competence	ポーランド	- Human's life as well as medical professions consist of many moral dilemmas. - The aim of our study was to evaluate moral competences of midwifery students during their whole university education (3 year course) based on their moral competences C-index.	midwifery students during their whole university education (3 year course) 87 completed the study (intervention: 33, control: 34)	RCT 2006–2011	The active group additionally to the lectures underwent intensive moral cases analysis (40 cases) and moderated discussions.	The passive study group underwent standard course in philosophy and bioethics (lectures).	- The measurement in the point 1 (P1) was performed at beginning of the study course. - The measurement P2 was performed a day after philosophy and bioethics training. - P3 in the middle of second year and P4 in the middle of third year of midwifery studies. - The whole observation of students lasted 3 years. All measurements were performed using polish version of Moral Judgement Test (MJT) with the permission of the author.	- C-index varied during studies insignificant. ($p=0.14$). - Randomized groups were equal at the beginning point, no significant differences were noticed. - Active ethics teaching did not increase C-index compared to controls in all measuring points (P1–P4, respectively $p=0.41$ and $p=0.38$). - Among social factors parents have strongest influence on students' morality, but growing role of Medical University in this hierarchy raises hopes for improving in effectiveness of training in ethics.	- During 3 year studies at medical university moral competences measured by C-index varied insignificantly, but simultaneously the change in C-index was dependent on its value at the beginning of the trial. - There was not statistically significant influence of active ethic's teaching compared to controls. - Among social factors parents have strongest influence on students' morality, but growing role of Medical University in this hierarchy raises hopes for improving in effectiveness of training in ethics.
9 Gerdrasert 2010	web-based learningの有 効性	タイ	- Labour and birth is one of the most exciting and anxious time not only for the parturient woman but also for the new nursing student. - Supplementation with a computer assisted learning unit on vital signs has been shown to enhance performance skills in vital sign assessment of nursing students. - This study aims at developing a well-designed interactive web-based learning unit on the process and mechanism of labour to supplement the traditional lecture for nursing students.	85 third-year university nursing and midwifery students (control: 43, experimental: 42)	RCT	- The media was developed based on integrating principles of the mechanism of labour with the 6Es inquiry cycle and interactive features of information technology. - The web-based unit also contains a web-board for posing questions and discussion between students-students and students-teacher. The contents were validated by three experienced educators who made valuable comments on both contents and illustrations. - In this study, the web-based learning unit was used to supplement the conventional lecture as in the traditional teaching.	The control group received only lecture and tutorial while the experimental group was supplemented with the web-based unit for 2 weeks.	- The pre- and post-test on factual knowledge: the tests were performed at the same time for both groups. - Students' perception (20 items using a 5-point Likert-scale); the web-based learning unit was evaluated. - Semi-structured interviews on attitude to the unit. - The frequency and amount of time spent by each student were recorded.	- Supplementing the webbased learning unit to the traditional lecture improved nursing students' factual knowledge on the process and mechanism of labour. - Significant increase of posttest scores in the contents which is new and rather abstract (studying only from textbooks may not be enough). - The experimental students also showed positive attitude toward the learning unit.	- Supplementing with this learning unit made learning significantly more effective than the traditional lecture by itself. - This web-based unit could be applied for further use in the clinical practice including reducing risks of accidents on the ward.
10 Sangestani 2013	problem-based learning	イラン	- Lecturing is the most common teaching method in the medical education. - Problem-based learning (PBL) is one of the active and student-oriented learning strategies which have gained attention in the recent decades. - The objective of this study is to compare the effect of PBL and lecture-based learning (LBL) on the satisfaction and learning progress of undergraduate midwifery students.	Undergraduate midwifery students in two different classes ($n=56$).	Quasi-control group experimental study with a control group and pretest-posttest design performed	- Randomly, one class (experimental group) received PBL in addition to LBL ("Pregnancy and childbirth," a 2-credit course was selected for this purpose). - According to the content, four clinical scenarios were developed from actual patient records at a university hospital in Iran. A tutor guideline was also prepared by the investigators. - Students in the PBL group were divided into four sub-groups according to their desires. Each of the four PBL course syllabi was done in 2-hour class sessions by one of the investigators. - In the first session, students identified the evidence and health problems in a scenario. In the next session, upon completion of the self-directed learning, the students delivered their answers on the given subject. During the last 15 min of this session, a short feedback was provided to PBL students. - Other topics were thought by usual lecturing method in the experimental group.	Control group received traditional LBL. Students had opportunities to ask questions and use reference books and teaching materials.	- Scientific pre-test and post-test were performed and satisfaction questionnaire was filled in for both groups. - Questionnaire to compare PBL and LBL was filled in only for the experimental group. - Four separate questionnaires were used for data collection: "Demographic data form", "Student's learning progress test", "Student's satisfaction of teaching method", and the "Teaching method evaluation".	- Learning progress in PBL group was significantly more than control group. - PBL improved application of theory lesson in clinical practice, increased learning motivation and enhanced educational activity in class. - There was more satisfaction with PBL method. There was no relationship between the students' satisfaction and learning progress. 81.8% of students considered PBL the more suitable and better method.	- Teaching by PBL method will increase learning progress and students' satisfaction. - PBL should be applied more in undergraduate midwifery courses. According to these advantages, the quality of midwifery education can be improved via the method.

表 7 国外の除外文献リスト (60 件のうち助産学生以外を対象とした RCT58 件)

テーマ		トレーニングの対象者
特定の教育方法の効果に関する論文 (9 件)	peer-educational intervention の有効性	医療従事者
	patient simulation の有効性	医療従事者、医学生
	paired peer-review process の有効性	教員
	continuous quality improvement の有効性	助産師
	web-based program の有効性	助産師、看護師
	in situ simulation (ISS)の有効性 (2 件)	助産師、看護師、医師
	classroom and simulation-based の有効性	助産師、看護師、医師
	産科教育法一般	助産師、医師
	産科救急 ※多くが 産科救急全般 (5 件)	助産師、産科医
	simulation-based	助産師、産科医
特定の目的に対する教育効果に関する論文 (30 件)	難産 (3 件)	助産師、産科医
	子癇 (2 件)	助産師、産科医
	敗血症	医学生
	新生児蘇生法 (4 件)	助産師、看護師、医師、研修医
	新生児ケア (2 件)	医学生
	胎児心拍モニタリング (3 件)	助産師、医師
	超音波診断法	医療従事者 (nonphysician)
	内診技術 (2 件)	助産師、医学生
	母乳育児指導 (4 件)	助産師、看護師
	出生前診断 (患者とのコミュニケーション)	助産師、医師
発展途上国における医療従事者のトレーニングに関する論文 (19 件)	クリティカル・シンキング	看護学生
	Injury prevention (乳幼児)	助産師、保健師
	community health workers training	community health workers
	WHO Essential Newborn Care training (3 件)	医療従事者
	母体死亡・新生児死亡 (6 件)	助産師、看護師、医師
	Maternal Care Manual from the Perinatal Education Programme (PEP) (5 件)	助産師
	TBA training (4 件)	traditional birth attendant

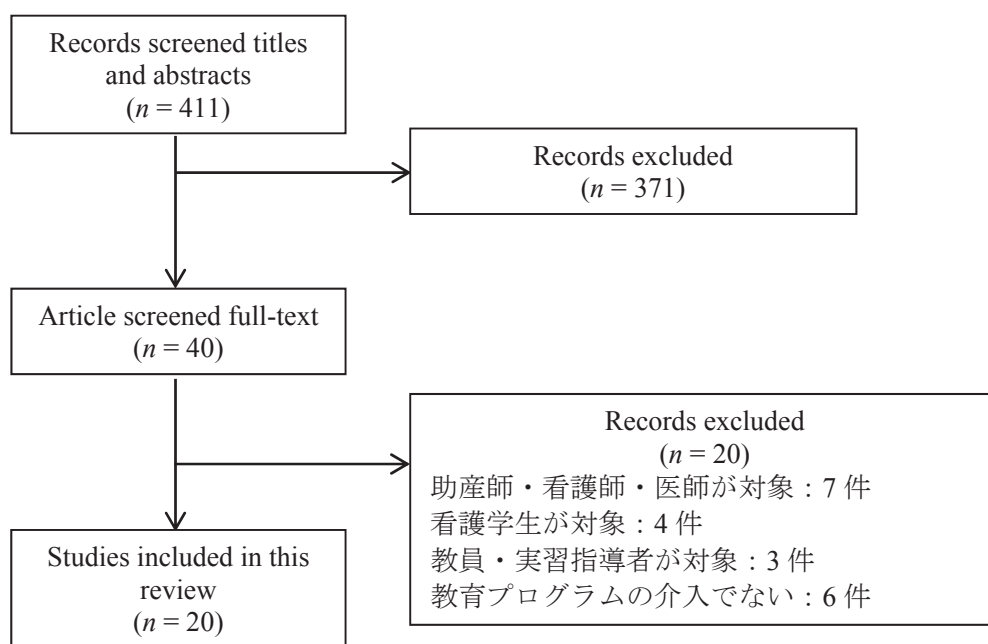


図1 国内文献のフローチャート

検索日：2016年9月5日

検索式：(((((((助産学/TH) or (助産/AL) or (Midwi/AL) or (助産師/TH)) and ((看護学校/TH) or (@看護学生/TH) or (看護教育/TH) or (学校/AL or 短大/AL or 大学/AL or 養成/AL or 学院/AL or 学生/AL or 教育/AL) or (school/AL or student/AL or college/AL or universit/AL)))) and (((カリキュラム/TH) or (教育手法/TH) or (@臨床能力/TH) or (@臨床・臨地実習/TH) or (@能力に基づく教育/TH) or (Competency-Based/AL or "Competency Based"/AL) or (practic/AL or practis/AL or training/AL) or ((case/AL or competency/AL or group/AL or inquiry/AL or problem/AL or project/AL or task/AL or team/AL) and based/AL)))) and (PT=原著論文))

研究2：助産師養成課程における教育方法の実態調査

Educational Methods Survey of Japanese Midwifery Training Course

研究代表者	井村真澄	(日本赤十字看護大学大学院)
研究分担者	齋藤英子	(日本赤十字看護大学大学院)
研究協力者	新田真弓	(日本赤十字看護大学大学院)
	喜多里己	(日本赤十字看護大学大学院)
	千葉邦子	(日本赤十字看護大学大学院)
	水野真希	(日本赤十字看護大学大学院)
	大塚寛子	(日本赤十字看護大学大学院)
	山本由香	(日本赤十字看護大学大学院)
	飯田千香子	(日本赤十字看護大学大学院)

研究要旨

本研究は、全国の助産師養成機関における教育内容、教育方法の実態について明らかにすることを目的とし、全国の助産師養成課程を持つすべての教育機関のうち、平成27年度の卒業生が確認された192校を対象に実態調査を行った。返送は87施設からあり、回収率46.0%であった。

結果、質問紙調査の量的・質的分析により、助産師養成機関は、分娩を基点として妊娠期から産褥・新生児期まで連続的に経過診断できるよう教育展開を工夫し多様な教育方法を組み合わせていた。実習では妊娠初期・中期の妊婦との関わりや産科救急場面に出会う機会が少ない傾向にあることがわかり、シミュレーション教育の導入等学内演習プログラムの開発、多職種他部署の協力を得た更なる実習機会の推進が期待される。また、生後1ヶ月以降の母子に関する地域母子保健、周産期以外の対象となる思春期女性・男性、兄弟姉妹、祖父母、成熟期女性・男性に対する教育は実践的な教育機会が少なく、今後、教育方法の開発・発展がのぞまれる。「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」で示された卒業時に求められる到達度と、教員が認識した学生の卒業時の到達度は概ね一致しており、多くの教育機関では、特に分娩介助実習に関連する正常経過にある助産や母子ケアに関して、多様な教育方法を組み合わせていた。また、自律した助産師としてのアイデンティティの形成は、基礎教育期間から教育現場と臨床現場とが連携・協力することで成り立ち、育まれていることが見出された。今後、助産師へ求められる実践能力と卒業時到達度を再考するとともに、新たな教育内容や方法の創出・改善策の検討へとつなげる必要がある。

A. 研究の背景

少子高齢化、地域・家族機能の脆弱化、女性の社会進出に伴う高年齢出産の増加等が加速するなか、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る。

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)も踏まえ、助産

師教育の改善が進められてきた。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、「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)において「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」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、助産師養成課程を持つ全国教育機関は、その目標到達に向けて助産師教育の充実に取り組んできた。

これまでに、全国助産師教育協議会（以下、全助協）が会員校対象に実施した「助産師教育のミニマム・リクワイアメンツ項目に関する教育方法（講義・演習の授業形態）と卒業時到達度実態調査」（全助協, 2012）においては、授業形態として解説型講義、対話/問答式講義、課題のプレゼンテーション・討議、デモンストレーション、ロールプレイ、ケース・スタディ等の形式で教育が行われていることが確認された。加えて、教員評価による学生到達度として、妊娠期の診断とケア、正常分娩、産褥の診断とケア、新生児の診断とケア、ハイリスク母子のケア、地域母子保健におけるケア等は、少しの助言で自立/指導のもとでできる到達度にはすべて/一部達しておらず（全助協, 2012）、助産師教育修了時到達レベルの学生自己評価による調査（全助協, 2015）においてもほぼ同様の結果であった。

また、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」（全助協, 2016）においては、助産学生は分娩介助例数を重ねるごとに有意に分娩期ケア能力を獲得している一方で、分娩の時間進行や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、分娩進行に伴う異常発生予測と予防的行動能力等は、設定到達度には達していないことが明示された。

このように、助産師に求められる実践能力の卒業時到達度を満たすためには、諸側面から助産師教育の現状と課題を検討し、さらに教育改善を行うことが喫緊の課題であることが強く認識された。

以上の背景のもと、本研究では平成 28 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として「助産実践能力を育成する教育方法に関する調査」の一部として「助産師養成課程における教育方法の実態調査」を行い、「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」項目に基づいて、前述した分娩期ケア能力を育成するための教育をはじめ、助産学生が習得すべき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、産じょく期の診断とケア、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日本全国の教育実態をより詳細に明らかにし、今後の本邦における助産師教育改善の一助としたい。

B. 研究目的

全国の助産師養成機関における教育内容、教育方法の実態について明らかにする。

C. 用語の定義

1. 教育内容

以下 2 点に示されている項目に基づく教育内容とする。

- 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」（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）に挙げられた大・中・小項目と到達度
- 2) 「助産師教育のコア内容におけるミニマム・リクワイアメンツの項目と例示 Vol.2（2012）」（全国助産師教育協議会, 2012）

2. 教育方法

- 1) 講義、演習、実習、またはそれらが混合された教育形態等を含む。
- 2) 上記分類に限局されず、実際に実施されている具体的な教育方法の展開方法内容を含む。

D. 方法

1. 研究デザイン

質問紙による実態調査・Web 調査

2. 研究対象施設

日本全国の助産師養成課程を持つすべての教育機関（養成所、短期大学専攻科、大学、大学専攻科・別科、大学院）205 校のうち、平成 28 年度看護師等学校養成所入学状況及

び卒業生就業状況調査（厚生労働省医政局看護課調べ）より平成 27 年度の卒業生が輩出されていた 192 校を対象とした。

3. 研究参加者

助産師教育機関の助産教育専任教員

4. 調査期間

研究実施期間：2016 年 9 月～2017 年 3 月

データ収集期間：2016 年 11 月～2017 年 1 月

5. 調査内容

1) 教育内容

「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」（厚生労働省, 2015）

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、産じょく期の診断とケア、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. 専門的自律能力とする。

2) 教育方法

講義、演習、実習（継続事例含む）、またはそれらが混合された教育形態や、その分類に限局されず、実際に実施されている具体的な教育の展開方法を含む

6. 調査項目と質問紙の作成

調査項目は、調査項目の枠組みとなる教育内容や教育方法を基に、学内外の複数名の専門家による討議を経て独自に作成した。調査項目は、助産師養成課程の基礎情報、妊娠期の実習・演習、分娩期の実習・演習、産褥期・新生児期の実習・演習、継続事例の実習・演習、健康教育、助産師の卒業時の到達目標における学生の学習経験、助産師としてのアイデンティティの形成の計 61 項目とし、解答は選択式および記述式を含めたものとした。本研究では、「平成 28 年 3 月に卒業した学生の教育状況」について、平均的な学生の経験を調査した。

作成した質問紙はプレテストとして複数名の研究者で回答し、表現を見直し、回答にかかる時間（45～60 分程度）を確認した。

7. 調査実施手順

1) 調査開始前準備

研究者が作成した日本全国の教育機関の送付先リストをもとに、委託業者の担当者が各校へ配布するパスワードの設定を行い、教育機関長または助産師教育課程の責任者宛に依頼文と研究概要書類の書かれた研究参加依頼書を郵送した。

2) 研究参加依頼の方法

研究者は、郵送送付した研究参加依頼書の書面をもって、研究に関する説明と研究参加依頼を行った。

3) 参加者の同意

対象教育機関は、郵送送付された書類に記載されている各校の ID、パスワードを使用して専用 Web ページにアクセスし、質問への回答（ファイルのアップロードもしくはメールによる送信）をした。回答の返信や送信をもって、研究に同意し参加したものとした。回答期間内に連絡先の委託業者へ連絡することにより参加の撤回を保証した。

4) データ入力、整理、分析

機密保持契約書を交わした委託業者が、校名を外しナンバリングされた電子データを整理し、研究担当者へ渡した。委託業者が単純集計を行った。全データの展開を確認し、大きな外れ値については複数名の研究者で数値の整合性を検討し、問いの読み違い等が強く疑われる数値は削除した。

5) 分析

ナンバリングされた自由記載のデータや単純集計されたデータをもとに複数名の研究者で行った。各設問肢における有効回答を N とした。

8. 解析方法

基本統計量を算出し、データの種類により分析した。Excel2016 もしくは SPSS.Ver.23.0

を用いて質問項目ごとに記述的統計解析を行い、基本統計量を算出した。記述回答は整理して記述し、内容分析を行いカテゴリーに分類したのち要約した。

9. 倫理的配慮

研究依頼文書に、研究参加への任意性、人権擁護と個人情報の保護、匿名性の守秘、データの目的外利用を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、教育課程責任者名等個人や施設が特定されうる情報を外して分析し、表示されないよう留意した。負担を最小化する配慮として、回答者が把握可能な範囲のデータに基づく回答でよい旨を説明文へ明記した。回答の中断・撤回の権利を保障し、研究者や委託業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研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(2016-74)。

E. 結果

1. 助産師養成機関の基礎情報

1) 研究参加教育機関の概要

192 校の教育機関へ郵送にて研究参加を依頼し、返送があった施設は 87 校 (45.3%) であった。養成課程別の対象校から算出した参加率は、大学専攻科・別科 32 校中 18 校 (56.3%)、大学院 29 校中 14 校 (48.3%)、養成所 42 校中 19 校 (45.2%)、大学 85 校中 32 校 (37.6%)、短期大学専攻科 4 校中 1 校 (25.0%) であった (表 1)。

返答のあった研究参加教育機関 87 校のうち、設置主体は、学校法人 39 校 (44.8%)、都道府県 17 校 (19.5%)、国立大学法人 14 校 (16.1%) であった (表 2)。

87 校の養成課程別の内訳は、大学 32 校 (36.8%)、養成所 19 校 (21.8%)、大学専攻科・別科 18 校 (20.7%)、大学院 14 校 (16.1%)、短期大学専攻科 1 校 (1.1%) であった (表 3)。

1 学年の定員は、11~20 人が 35 校 (40.2%)、6~10 人が 28 校 (32.2%)、5 人以下が 9 校 (10.3%) であった (表 4)。

以上より、大学専攻科・別科、大学院、養成所が約 5 割、大学が約 4 割、短大が約 2.5 割の参加率であり、1 学年の定員が 6 名以上 20 名未満の学校が 7 割以上を占めていた。

2) 参加教育機関の学生の概要

平成 28 年 3 月に卒業した学生の一般教育学歴は、高等学校卒が平均 9.3 人と多く、次いで大学卒が平均 6.2 人であった (表 5)。入学者の看護師就業歴は、就業歴なしが平均 8.5 人と抜き出て多く、次が 5~10 年未満で平均 2.2 人であった (表 6)。年齢別では、22~24 歳が平均 7.2 人、21 歳以下が平均 3.9 人、25~29 歳が平均 2.2 人であった (表 7)。

以上より、養成機関に所属する多くの学生は、就業歴がない 20 歳代の高校卒業直後の高等教育の中で助産教育を受けていた。

3) 前年度 (平成 27 年度) の教育の状況

助産科目の単位数は、基礎助産学が平均 6.7 (最小値 1, 最大値 14) 単位、助産診断技術学が平均 8.7 (最小値 4, 最大値 16) 単位、地域母子保健が平均 1.5 (最小値 0, 最大値 9) 単位、助産管理が平均 2.2 (最小値 1, 最大値 13) 単位、助産学実習が平均 11.6 (最小値 1, 最大値 23) 単位であった (表 8)。そのうち、複数の養成課程の教育内容を含む科目としての単位数は、基礎助産学が平均 3.4 (最小値 0, 最大値 12) 単位、助産診断技術学が平均 1.9 (最小値 0, 最大値 8) 単位、地域母子保健が平均 1.8 (最小値 0, 最大値 7) 単位、助産管理が平均 0.8 (最小値 0, 最大値 3) 単位、助産学実習が平均 2.7 (最小値 0, 最大値 11) 単位であった (表 9)。

助産学担当の教員数は、兼任教員数の平均が 12.2 人 (最小値 0, 最大値 58) であり、そのうち助産師が平均 5.0 人 (最小値 0, 最大値

21)、保健師が平均 0.9 人(最小値 0, 最大値 4)、看護師が平均 1.0 人(最小値 0, 最大値 3)、医師が平均 5.4 人(最小値 0, 最大値 23)であった。専任教員数の平均は、3.8 人(最小 0, 最大値 12)であった(表 10)。

教育機関で使用している教材〔複数回答可〕は、生体モデルを使用しているのが 85 校(97.7%)、分娩監視装置 68 校(78.2%)、超音波診断装置 54 校(62.1%)、高機能シミュレーター 9 校(10.3%)であった(表 11)。

以上より、助産科目の単位数の設定は、ばらつきがあり、複数の養成課程を持つ機関においては、地域母子保健はほぼ読み替え科目となっていた。専任教員数や兼任教員数にもばらつきがあり、兼任教員としては助産師と医師とが主なる構成員であった。概ねの教育機関では生体モデルや分娩監視装置を所有しており、超音波診断装置の所有率が 6 割、高機能シミュレーターの所有は 1 割であった。

2. 妊娠期の実習・演習について

85 校(97.7%)は妊娠期の実習を行っている」と回答し、1 校のみ行っていないかった。実習場所は、76 校が病院、36 校が診療所、45 校が助産所と回答し〔重複回答あり〕、病院では平均 3.6 週間、診療所では平均 2.3 週間、助産所では 1.5 週間行っていた(表 12)。

妊娠期の実習における妊婦健診と保健指導の経験では、妊娠初期では見学が平均 3.5 件、実施が平均 1.9 件、妊娠中期では見学は平均 4.8 件、実施が 3.5 件、妊娠末期では見学が平均 5.9 件、実施が平均 6.0 件であった(表 13)。82 校(94.3%)は妊娠期の演習を行っている」と回答し、3 校(3.4%)は妊娠期の演習を行っていないかった。演習時間の平均は 15.4 時間(SD 15.9, 幅 1-90 時間)であった。

妊娠期の演習において、保健指導案の計画立案や模擬実践の振り返りをしていたのは、67 校(77.0%)であり、16 校(18.4%)は行っていないかった。平均 2.4 件振り返りを行っていた。

実習前に妊婦健康診査の技術試験を行っていたのは、31 校(35.6%)であり、51 校(58.6%)は行っていないかった(表 14)。

自由記載で示された演習内容として多かったのは超音波検査が 13 校、レオポルド触診法が 12 校、骨盤計測 10 校、腹囲・子宮底測定 10 校、分娩監視装置 8 校などであった。実施に際しては、実際にシミュレーターを使用する、助産外来や産科外来で見学・一部実施する、妊婦に協力を得て体験するなどの工夫がされていた。

以上より、ほぼ全ての養成機関が様々な場所で妊娠期の実習を行っており、実習期間にばらつきはあるが、概ね 10 件以上の見学と 10 件程度の実施を経験していた。妊娠の浅い時期ほど、見学や実施の機会は少なく、妊娠末期での見学や実施の機会が多かった。妊娠期の演習は、ほとんどの養成機関で行われているが、演習の時間にはばらつきがあった。シミュレーションや超音波検査も含めた演習、助産師外来や産科外来にて臨地指導者と連携し、妊婦の協力を仰いだ演習を行っている養成機関も認められた。実習前の技術試験を行っている養成機関は約 3-4 割であった。

3. 分娩期の実習・演習について

分娩介助実習の場所は、81 校が病院、46 校が診療所、49 校が助産所と回答し〔重複回答あり〕、病院では平均 9.6 週間、診療所では平均 4.1 週間、助産所では 1.5 週間行っていた(表 15)。

学生一人あたりの産婦受け持ち総数の平均は 13.6 件、うち、分娩介助総数の平均は 11.7 件、間接介助総数の平均は 5.0 件、分娩見学数の平均は 3.2 件であった(表 16)。

ひとりの学生が分娩期において、予定帝王切開へ平均 1.1 件、緊急帝王切開へ平均 0.8 件、吸引分娩へ平均 1.5 件、鉗子分娩へ平均 0.2 件、骨盤位分娩へ平均 0.02 件、異常出血の鑑別へ平均 1.8 件、搬送へ平均 0.3 件立ち会

っていた。子癇発作への立ち会いはなかった（表 17）。

出生直後の新生児の観察とケアの実施件数は平均 5.9 件、早期母子接触の実施は平均 8.2 件、早期授乳支援は平均 7.7 件、新生児蘇生は 0.3 件実施していた（表 18）。

分娩期の演習時間の平均は 30.8 時間であった。分娩期の演習において、助産計画立案や模擬実践の振り返りをしていたのは、38 校（46.3%）であり、44 校（53.7%）は行っていなかった。平均 3.8 件は振り返りを行っていた。

実習前に分娩介助に関する技術試験を行っていたのは、77 校（88.5%）であり、4 校（4.6%）は行っていなかった（表 19）。学生が新生児蘇生法の A コースを受講しているのが 36 校（41.4%）、B コースが 30 校（34.5%）、在学中は受講していないのは 17 校（19.5%）であった（表 20）。

自由記載に記されていた教育内容や教育方法における工夫の記述には、状況判断能力を高めることを目的とするシナリオ（事例）ベースの演習や試験を導入したり、実習施設の指導者から直接分娩介助技術演習を教授してもらう機会を得たりと、実習前の技術習得と臨床実習とが結びつくような工夫がされていた。また、実習前準備として、練習時間を十分に確保して産婦のケアに必要な基礎な知識と助産技術を学内で確認しているという意見もあった。

以上より、ほぼ全ての養成機関が病院で、約半数が診療所や助産院で分娩期の実習を行っていた。実習期間や経験数にばらつきはあるが、概ね学生一人当たり 13-14 件程度産婦を受け持ち、10 件近くの介助を行い、5 件程度の間接介助を経験していた。異常分娩では、件数は少ないが、予定帝王切開術、吸引分娩、異常出血の鑑別の場に立ち会う学生が多かった。分娩介助の経験件数よりやや少ないが、出生直後の新生児の観察やケア、早期母子接触や早期授乳支援に関わっていた。分娩期の

演習にかけている時間は様々であり、振り返りを行っていない施設も多かった。分娩前の技術試験は 9 割弱の養成機関が実施していた。新生児蘇生法は約 8 割が在学中の教育内容として組み込んでいた。臨床での判断能力を高めるために、シナリオベースの演習や試験を導入したり、臨地実習指導者と連携した演習を行っている教育機関もあった。

4. 産褥期・新生児期（産褥入院中）の実習・演習について

産褥期・新生児期の実習を助産実習の中で行っていると回答したのは 80 校（92.0%）であり、4 校（4.6%）は行っていなかった。母性看護学実習と区別して産褥期・新生児期の実習を行っているのは 47 校（90.4%）であり、5 校（9.6%）は行っていなかった。

病院で母子の受け持ち事例を展開しているのが 64 校、助産所が 27 校、診療所が 34 校であった〔重複回答あり〕。病院、診療所、助産所における総実習期間は、平均 8.6 週間であり、母子の総受け持ち数は平均 6.7 件であった（表 21）。

産褥期・新生児期の演習を助産学演習の中で行っていたのは 67 校（77.0%）であり、13 校（14.9%）は、行っていなかった。さらに、母性看護学演習と区別して助産学演習として行っていたのは 41 校（78.8%）であり、11 校（21.2%）は演習を区別して行っていなかった。産褥期・新生児期の演習において、保健指導案の計画立案や模擬実践の振り返りをしていたのは、58 校（66.7%）であり、23 校（26.4%）は行っていなかった。

実習前に産褥期の技術試験を行っていたのは、18 校（20.7%）であり、63 校（72.4%）は行っていなかった。同様に新生児期の技術試験を行っていたのは、28 校（32.2%）であり、55 校（63.2%）は行っていなかった（表 22）。

自由記載に記されていた教育内容や教育方法における工夫の記述には、1 人の女性の妊娠から産褥までを設定した事例を用いて助産

過程を展開し、事例展開に合わせて保健指導案やリーフレット案を作成し、実習での活用を見込んだ事前準備も行っていた。また、実習前準備として、練習時間を十分に確保して母子のケアに必要な助産技術の知識と技術を確認している施設もあった。

以上より、9割の学校が、母性看護実習とは区別をして産褥期・新生児期の実習を行っていた。実習期間にはばらつきはあるが、平均5例程度は母子を受け持っていた。産褥期・新生児期の演習を行っていたのは8割弱であり、2割は母性看護実習の中に含んでいた。演習では、保健指導計画を立案している教育機関が8割弱認められた。ただし、実習前に産褥期や新生児期の技術試験までおこなっていたのは、2-3割程度であった。演習では妊娠期から継続して事例を捉えられるように事例検討をしたり、実習での活用を見込んで保健指導案を準備していた。

5. シミュレーション教育について

1) 妊娠期

妊娠期の演習にシミュレーション教育を取り入れているのは46校(52.9%)であり、22校(25.3%)が検討中であり、17校(19.5%)が取り入れていなかった。デブリーフィング等の自己・他者相互評価を行っていたのは、40校(87.0%)、行っていないのは5校(10.9%)であった(表23)。

妊娠期のシミュレーション演習場面は、42校から66場面が集まった。その内訳は、大学院7校、大学専攻科・別科7校、大学14校、短期大学専攻科0校、養成所11校、不明2校であった。初産婦が35場面、経産婦が4場面、不明23場面であり、妊娠初期が10場面、妊娠中期が18場面、妊娠後期が62場面であった。

同一妊婦による妊娠初期・中期・後期の場面設定は5校であった。シミュレーション教育場面の実際を紹介してくれたのが41校であった(表24-1, 24-2)。

自由記載では実習施設に近いシミュレーションルームを整備する、妊婦体験をする、実際に貧血改善の食事を作るなど、学生が臨床場面をイメージ化し、実践へとつなげる工夫が示された。

2) 分娩期

分娩期の演習にシミュレーション教育を取り入れているのは50校(57.5%)であり、18校(20.7%)が検討中であり、17校(19.5%)が取り入れていなかった。デブリーフィング等の自己・他者相互評価を行っていたのは、44校(88.0%)、行っていないのは4校(8.0%)であった(表23)。

分娩期のシミュレーション演習場面は、44校から87場面が集まった。その内訳は、大学院7校、大学専攻科・別科8校、大学14校、短期大学専攻科0校、養成所8校、不明2校であった。シミュレーション教育の場面を紹介してくれたのが39校であった(表25-1, 25-2)。

自由記載では、自己学習のためのビデオ使用を可能にする等学習環境を整えること、実習施設から指導者を演習に派遣してもらうなどの実践者との協働、視聴覚教材の工夫や学生間でのグループによる自己学習などの教育方法の工夫が挙げられた。

3) 産褥期・新生児期

産褥期・新生児期の演習にシミュレーション教育を取り入れているのは37校(42.5%)であり、19校(21.8%)が検討中であり、29校(33.3%)が取り入れていなかった。デブリーフィング等の自己・他者相互評価を行っていたのは、33校(89.2%)、行っていないのは3校(8.1%)であった(表23)。

産褥期・新生児期のシミュレーション演習場面は、28校から57場面が集まった。その内訳は、大学院5校、大学専攻科・別科6校、大学7校、短期大学専攻科1校、養成所7校、不明2校であった。内容としては、産褥・新生児期の健康診査・ケアが19場面、産褥期の

みの健康診査・ケアが9場面、新生児期のみの健康診査・ケアが1場面であった。出生直後の新生児の診査・ケアが5場面、出生直後の新生児の診査・蘇生の初期処置が1場面であった。バースレビューが1場面、授乳指導が5場面、退院指導が10場面、沐浴指導が2場面であった。新生児訪問が4場面であった。シミュレーション教育の場面を紹介してくれたのが28校であった(表26-1, 26-2)。

自由記載では、いつでも自己学習が可能となるような学習環境の整備や基本的な個別指導案の作成・検討、PBLなどグループ学習の実施、NCPR取得などが教育上の工夫として挙げられた。

以上より、妊娠期と分娩期は5割、産褥・新生児期は4割の教育機関がシミュレーション教育を導入していた。また、2-3割の教育機関は導入を検討していた。自己・他者相互評価もシミュレーションを導入している学校の8割強で行われていた。学生が遭遇する臨床場면을想定し、各場面に応じた多様なシナリオが描かれていた。また、シミュレーション教育と平行してもしくはその代わりに、学生の自習を促すための学習環境の整備、妊産褥婦との臨床場면을イメージできるような学習支援方法等の工夫が行われていた。

6. 継続事例の実習・演習について

継続事例実習を行っているとは回答したのは83校(95.4%)であり、2校(2.3%)は行っておらず、2校は無回答であった。

学生一人あたりの受け持ち事例数は、10事例以上が2校(2.4%)、5-9事例が4校(4.7%)、3事例が5校(5.8%)、2事例が13校(15.1%)、1事例が57校(66.3%)、0事例が5校(5.8%)であった。

継続事例の受け持ち期間は、妊娠初期から関わっていたのが4校あり、生後1ヶ月までが3校、生後2-4ヶ月までが1校であった。妊娠中期から関わっていたのが45校あり、分娩期までが1校、生後1ヶ月までが38校、生

後2-4ヶ月までが4校、5-8ヶ月までが1校、9-12ヶ月までが1校であった。妊娠後期から関わっていたのが41校あり、分娩期までが1校、生後1ヶ月までが39校、生後5-8ヶ月までが1校であった。新生児期から関わっていたのが9校あり、生後1ヶ月までが6校、生後5-8ヶ月までが2校であった(表27, 図1)。

妊娠中期～産後1ヶ月まで継続して1例以上受け持っていたのは44校(53.7%)、上記期間に満たなかったのが35校(42.7%)、そのうち33校は妊娠後期～産後1ヶ月まで継続して受け持っていた。期間不明が2校(2.4%)であった。産後1ヶ月以降の継続実習を行っていたのは11校(13.6%)であった。

83校の学生一人あたり、乳幼児健康診査に平均2.3件立ち会っており、家庭訪問は平均1.2件であった。

継続事例実習に向けて演習をしていたのは41校(47.1%)であり、44校(50.6%)は演習を行っていなかった。平均演習時間は8.7時間であった(SD13.2時間、幅1-60時間)。

以上より、継続事例実習はほとんどの教育機関で行われていた。期間設定や受け持ち人数は様々であったが、妊娠中期～産後1ヶ月まで継続して1例以上受け持っていたのは約半数の養成機関のみであり、約4割は妊娠後期～産後1ヶ月まで継続して受け持っていた。産後1ヶ月以降まで継続して実習を行っていた機関は約1割程度と低かった。学生一人当たり、1-2件の乳幼児健診と家庭訪問へ立ち会っていた。継続実習に際して演習をしていたのも半数弱であった。

7. 健康教育について

学生一人あたりの集団健康教育の実施・見学件数の平均は、実施が1.6件、見学が2.7件であった。

集団教育を実施した対象者と内容〔複数回答可〕としては、回答のあった87校のうち、4-5割を越えたものが多かった対象者は、妊婦、妊婦とその家族であり、妊婦に関しては、

出産準備 56.3%、育児準備 52.9%、生活・栄養 44.8%の順であった。妊婦とその家族に関しては、出産準備 52.9%、育児準備 44.8%、妊娠期の過ごし方 39.1%の順となった。褥婦に対しては、育児支援 33.3%、生活・栄養 25.3%、愛着・家族形成支援 20.7%の順であった。思春期女性や思春期男性に対する集団教育は、2割前後が実施していた。思春期女性に対しては、性感染予防 24.1%、避妊 21.8%、月経教育 19.5%、月経教育 17%、妊よう性 14%の順であり、思春期男性に対しては、性感染予防 19.5%、避妊 16.1%、妊よう性 11.5%の順であった。10%以下であるが、妊褥婦とその上子、祖父母、成熟期女性、成熟期男性、更年期女性、更年期男性を対象にして集団教育を実施している養成機関もあった(表 28)。具体的には、思春期や成熟期の男女への命の教育、デートDV、更年期・老年期男女への健康づくり支援やアロママッサージなどが挙げられた。

以上より、学生 1 人あたり複数の集団健康教育の実施・見学が行われており、妊産褥婦と家族を対象にした内容が多く認められた。少数ではあるが、兄弟姉妹支援、祖父母や思春期・更年期の男女を対象とする健康教育を行う養成機関も認められた。

8. 助産師に求められる実践能力と卒業時到達度の分類・項目と学習方法と経験、学内教育方法、卒業時の到達度との関係について

1) 助産師に求められる実践能力と卒業時の到達度の分類・項目と学習方法・経験との関係(表 29)

「分類」とく項目名>における学習方法・経験との関係の傾向としては、概ね 5 例以上の【経験事例】から学生が学んでいたと教員が認識していたのは、「母子の命の尊重」、「正常分娩」、「じょく婦の診断とケア」、「新生児の診断とケア」、「出産・育児期の家族ケア」の 5 分類であった。「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」の中で妊娠

経過の診断に関する 5 項目は【経験事例】から学んでいた。

同様に 5 例以上の【見学事例】から学んでいたとしたのは、「異常分娩」の中の<会陰の切開及び裂傷後の縫合を行う>、「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」の<現在の妊娠経過から分べん・産じょくを予測し、支援する>であった。

【経験事例】【見学事例】ともに平均 1 事例以下だったのは、「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」の中の<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>、「異常状態」の新生児蘇生、子癇発作への処置、緊急時の骨盤位分べん介助、児の異常に対する産婦・家族支援、異常と他施設搬送の必要性判断、「ハイリスク母子のケア」の中の次回妊娠計画への支援、「女性とパートナーに関する支援」の中の家族計画支援以外の全ての項目がこれに該当した。また、「地域母子保健におけるケア」、「助産業務管理」、「思春期の男女への支援」、「不妊の悩みを持つ女性と家族に対する支援」、「中高年女性に対する支援」は全ての項目が経験・見学事例はほとんどなく、演習・講義が主だった。

以上より、学内講義や演習を行った上で、正常経過にある範囲の基本的な妊産褥婦や新生児、その家族に対するケアは、実習で出会う事例から多くを学んでいた。しかしながら、ハイリスクに移行している状況にある対象への診断や支援、ウィメンズ・ヘルスに関する内容は、学内学習中心の学習方法が選択される傾向にあった。

2) 助産師に求められる実践能力と卒業時到達度の分類・項目と学内教育方法との関係(表 30)

全 85 項目のうち 7 割以上の教育機関が教育方法として【解説型講義】を用いた分類・項目は、「母子の命の尊重」の<母子両者に関わる倫理的課題に対応する>、「妊婦と家族

の健康状態に関する診断とケア」の＜安定した妊娠生活の維持について診断する＞、＜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＞、＜妊婦や家族への出産準備・親準備を支援する＞以外全ての 81 項目であった。

【対話・問答式講義】は、1-3 割が教育方法として用いていた。

【ケース・スタディ】を 7 割以上の教育機関が用いていたのは、「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」の＜妊娠経過を診断する＞、＜妊婦の心理・社会的側面を診断する＞、＜安定した妊娠生活の維持について診断する＞、＜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＞、＜現在の妊娠経過から分べん産じょくを予測し、支援する＞の 5 項目と「正常分べん」の＜分べん開始を診断する＞、＜分べんの進行状態を診断する＞、＜産婦と胎児の健康状態を診断する＞の 3 項目であった。5-7 割以上の教育機関は、「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」、「正常分べん」の中の残りの項目の多くと、「じょく婦の診断とケア」の診断や支援に関する項目、「出産・育児期の家族ケア」のアセスメントや基本的支援に関する項目に用いていた。

【課題のプレゼンテーション】は、平均 10.2%であり、用いている教育機関は少数であった。

半数以上の教育機関が【ロールプレイ】を行っていたのは、「正常分べん」の＜経膈分べんを介助する＞であった。分べん進行や健康状態の診断、出産後の支援に用いていた機関は約 3 割であった。

【デモンストレーション】は、7 割以上の教育機関から「正常分べん」の＜経膈分べんを介助する＞、5-6 割程度の機関が会陰縫合と新生児蘇生の項目に用いていた。

【グループ・ワーク】は、妊婦とその家族への診断やケア、産褥期の回復や心理的側面、セルフケア能力や育児支援に関する項目で 3 割強の機関で用いられていた。

【ディベート】は平均 0.5%、【討議】は平均 5.6%であり、多くの教育機関において教育方法として用いられていなかった。

以上より、全 85 項目のうち、半数以上の教育機関が【解説型講義】、【ケース・スタディ】・【ロールプレイ】、【デモンストレーション】の 3 つ以上の教育方法を組み合わせていたのは、「正常分べん」の＜経膈分べんを介助する＞であった。

これら教育方法を【解説型講義のみ】、【解説型講義と対話・問答式講義】、【講義と他の方法との組み合わせ】、【講義以外の方法と組み合わせ】、【回答なし】という教育方法の組み合わせにより構成比を比較した。

【解説型講義のみ】の比率が高かったのは、「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」の＜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＞、「出生前診断に関わる支援」、「異常状態」の子癇発作への処置、緊急時の骨盤位分べん介助、帝王切開前後のケア、児の異常に対する産婦・家族支援、異常と他施設搬送の必要性判断、「じょく婦の診断とケア」の＜母乳育児を行えない／行わない母親を支援する＞、＜母子愛着形成の障がい、児の虐待ハイリスク要因を早期に発見し、支援する＞、「ハイリスク母子のケア」、「地域母子保健におけるケア」、助産所以外の「助産業務管理」、思春期のセクシャリティ支援以外の「思春期男女への支援」、家族計画支援以外の「女性とパートナーに対する支援」、「不妊の悩みを持つ女性と家族に対する支援」、「中高年の女性に対する支援」であった。

【解説型講義のみ】と【講義と他の方法との組み合わせ】が半々だったのは、「母子の命の尊重」の＜母体の意味を理解し保護する＞、「じょく婦の診断とケア」の＜産後うつ症状を早期に発見し、支援する＞、「助産業務管理」の＜助産所における助産業務管理を

実践する>、「女性とパートナーの支援」の家族計画に関する項目であった。

他の項目は、【講義と他の方法との組み合わせ】の比率が最も高かった。「母子の命の尊重」は、【グループ・ワーク】が講義とともに多く用いられており、「妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア」は、【ケース・スタディ】、【ロールプレイ】、【グループ・ワーク】という複数の教育方法が導入されていた。「正常分べん」では、【ケース・スタディ】がとても多く認められ【ロールプレイ】、【デモンストレーション】も併用されていた。「異常状態」の会陰切開や裂傷縫合、新生児蘇生、骨盤出口部の拡大体位についても、【ロールプレイ】と【デモンストレーション】も併用されていた。「じょく婦の診断とケア」と「出産・育児期の家族ケア」においては、【ケース・スタディ】や【グループ・ワーク】が講義と併用されており、「新生児の診断とケア」では、講義とともに【ケース・スタディ】、【ロールプレイ】、【デモンストレーション】が用いられていた。

「助産師としてのアイデンティティ形成」では、講義だけでなく、【グループ・ワーク】、【課題のプレゼンテーション】、【討論】等多様な教育方法が盛り込まれていた。

また、<経膈分べんを介助する>の項目において、【解説型講義のみ】であった教育機関はゼロであった。

以上より、多くの教育機関で実習に関連する正常経過にある助産や母子ケアに関しては、多様な教育方法を組み合わせて【解説型講義】だけでなく、【ケース・スタディ】、【ロールプレイ】、【グループ・ワーク】と複数の教育方法を組み込んで展開されていた。しかしながら、知識習得が到達と設定されているハイリスク母子や家族へのケアやウィメンズ・ヘルスケア関連の内容は、【解説型講義】主導であった。

【グループ・ワーク】・【ロールプレイ】
【ケース・スタディ】という方法は組み合わ

せて選択されていたが、【討議】や【ディベート】という方法はあまり選択されていなかった。

3) 助産師に求められる実践能力と卒業時到達度の分類・項目と教員が認識する卒業生の到達度との関連（表 29）

「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」で示された卒業時に求められるレベルと教員が認識した卒業時到達度は、概ね一致していた。

求められるレベルよりも教員の認識として卒業生の到達度が高かったのは、「母子の命の尊重」、妊娠時期診断、分べん開始の診断という定義や計算法を理解していればわかる診断、愛着形成や虐待ハイリスクのスクリーニングを除いた「じょく婦の診断とケア」、「出産・育児期の家族ケア」であった。また、異常分娩への対応の中で、異常出血への対応だけは到達段階が高かった。

逆に、求められているレベルよりも到達度が低かったのは、時期に応じた妊娠の診断方法の選択、流産や胎児死亡時の支援、「出生前診断に関わる支援」、急速遂娩術介助、愛着形成や虐待ハイリスクのスクリーニング、「ハイリスク母子のケア」、「地域母子保健におけるケア」、セクシャリティ、月経障害、思春期に関する支援であった。

「ハイリスク母子のケア」と「地域母子保健におけるケア」は、“指導の下で実施できる”とした機関と“知識としてわかる”とした機関とで二分化していた。

以上より、求められるレベルと教員の認識する卒業時の到達度は、概ね一致していた。また、母性看護実習でも経験してきている「じょく婦の診断とケア」や看護師国家試験レベルでも求められる項目は、到達度が設定よりも高めであった。また、異常分娩の中でも出血への対応は到達度が高く、教育展開や実習経験により高くなっていた可能性が示唆された。しかしながら、ハイリスク母子へのケア

や地域母子保健、ウィメンズ・ヘルスケアに関しては、到達レベルが低かった。これらは、教育方法として学内学習中心の【解説型講義】が選択されていたものであった。

10. 助産師としてのアイデンティティの形成について

助産師のアイデンティティの形成では学生が専門職として自ら学び獲得できるよう、様々な機会を活用しながら教育上の工夫をしていた。まずは、学生が【助産師像を描き専門性の成長を図る】よう、入学時から将来の助産師像を言語化する機会を設けていた。学生がより具体的にイメージできるよう、幅広い活動を行う助産師を講師に招へいしたり、学会参加を促すなどの工夫がなされていた。加えて臨地実習では、学生のロールモデルとなるよう、多くの助産師と交流できる機会を設けたり、メンター制を導入するなどが行われていた。

助産師像を思い描くように促す一方で【対象者を尊重する心を養う】ことを心掛けていた。そのため、母子への責任と感謝、生命の神秘を学生が意識できるように関わっていた。

学生が描いた将来の助産師像を実現化させるため、【自律した助産師としての在り方を考える】よう促していた。そのために、基礎的な学習、助産師の自律を意識させた講義や演習、助産師としての倫理についての考察や討議、助産師としての責任について学内・臨地実習のいずれの場所でも学生の意識を促していた。

また、助産師としてのアイデンティティ形成において【学生の内省と成長を考える】ように心がけていた。特に分娩介助の振り返りでは助産師としての行動や責任を丁寧に振り返り、学生個々の課題を明確化するとともに、達成できたところを評価し、モチベーションを維持していた。加えて、学生自身が専門職として行動できるように時間や行動の自己管理を促したり、個人情報管理を徹底するなど工夫されていた。

以上より、教員は、講義や演習、実習など機会を問わず、入学から卒業まで一貫して学生が助産師としてのアイデンティティを形成できるよう意識して関わっていた。加えて、入学時や分娩介助後、卒業時などの時期を捉えて、学生自身が助産師としての在り方を内省し成長できる機会を提供し、助産師として成長できるモチベーションを維持するよう支援していた。

F. 考察

本調査は、日本全国の助産師養成課程を持つ教育機関のうち、平成 27 年度の卒業生が排出されていた 192 校を対象とした。返答があったのは 87 校（45.3%）であり、教育課程別では、大学専攻科・別科 32 校中 18 校（56.3%）、大学院 29 校中 14 校（48.3%）、養成所 42 校中 19 校（45.2%）、大学 85 校中 32 校（37.6%）、短期大学専攻科 4 校中 1 校（25.0%）であった。日本における教育機関のある程度の代表性は確保されたと考える。

本研究では、助産師養成機関における教育内容と教育方法に関する実態調査を行い、各教育機関が、助産師に求められる実践能力を勘案しながら、指定規則の範疇に留まらず多様な教育を展開している様相が明らかになった。また、同時にいくつかの課題も見出された。考察では、1. 助産師養成機関における教育内容と教育方法の実際、2. 助産師に求められる実践能力、学内教育方法と卒業時到達度との関係、3. 助産師としてのアイデンティティの形成について述べる。

1. 助産師養成機関における教育内容と教育方法の実際

1) 妊娠期の実習・演習

妊娠期の実習では、妊婦健康診査に関して概ね 10 件以上の見学と 10 件程度の実施を経験していた。妊娠の浅い時期ほど見学や実施の機会は少なく、妊娠末期での見学や実施の機会が多い傾向にあった。また、継続実習においても、妊娠中期～産後 1 ヶ月まで継続し

て1例以上受け持っていたのは約半数の養成機関であり、約4割は妊娠後期～産後1ヶ月までの関わりとなっていた。これらは同様の傾向であり、臨地実習において助産学生が妊娠初期や中期の妊婦の健康診査を見学・実施できる機会を持つことが難しいことが推測された。院内助産、助産師外来を行っている施設においても、妊娠初期は医師が担当することが多く、安定期に入った妊娠中期以降に正常経過にある妊婦を助産師が主体となって担当することも考えられ、様々な状況判断から妊娠中期以降からの関わりが中心となっている状況が推察された。

また、妊娠期の演習は、ほとんどの養成機関で行われているが、所要時間にもばらつきがあり、実習前の技術試験を行っている養成機関は約3-4割と分娩期に比べて少なかった。しかしながら、臨地実習指導者や妊婦の協力のもとで演習を組み立て、5割の教育機関はシミュレーション教育を導入し、6割強の教育機関は超音波診断装置を所有し、多くの教育機関が多様な演習展開を試みていた。助産師が自律して正常経過にある妊婦を的確に診断し関わる力を養うことは必須である。実習中に妊娠初期や中期の妊婦との関わりを持ちにくい現状を考慮し、妊娠全期間における助産実践力を高められる学内演習プログラムを開発したり、医師の協力も得て妊娠初期・中期の外来見学や部分的でもこの時期の妊婦に関われる機会を持つことは意義ある学びにつながるのではないかと推察する。

2) 分娩期の演習・実習

分娩期の実習では、病院だけでなく診療所や助産院でも実習を行っており、実習期間や経験数に多少のばらつきはあるが、概ね学生一人当たり13-14件程度産婦を受け持ち、10件近くの介助を行い、5件程度の間接介助を経験していた。また、正常経過の分娩だけでなく異常分娩についても、1人あたりの見学件数は少ないが、予定帝王切開術、吸引分娩、異常出血の鑑別の際にも多くの学生が立ち会

えていた。そして、分べん介助をした例数の半分程度ではあるが、出生直後の新生児の観察やケア、早期母子接触や早期授乳支援にも関わっていた。多くの助産師学生は、指定規則に則り正常経過にある分娩を10例程度経験しているだけでなく、臨床において比較的良好に起こりうる異常経過への対応や早期の親子関係支援についても、臨地での経験を通して学ぶ機会を得ていた。妊婦、妊婦とその家族への健康教育として出産準備は56.3%半数以上が経験しており、ほとんどの継続事例は分娩期を前後に挟んでいた。分娩を基点として、少しでも前後の期間で継続して関われ、妊娠期から産褥・新生児期まで連続的に経過診断する機会を得られるよう教育展開を工夫している様相が伺われた。

分娩期の演習については、妊娠期の演習の倍の時間を費やし、臨地実習指導者と連携した演習が行われ、60%近くの養成機関がシミュレーション教育も導入していた。分娩前の技術試験もほぼ全ての養成機関が実施し、新生児蘇生法は約8割が在学中の教育内容として組み込んでいた。学生の判断能力や学習状況を丁寧に確認する実習前準備が行われていた。臨床判断能力を高めるために、シナリオベースの演習や試験を導入している教育機関も多くあった。

骨盤位分べん、子癇発作、鉗子分べん、搬送等稀に生じる緊急事態については、実習でほぼ立ち会うことはなかった。さらに、演習でも学ぶ機会があまり得られていないことが推察された。産科救急シミュレーションの効果に関する文献レビューによれば、子癇、肩甲難産の管理に関する高忠実度シミュレーションは、シミュレーションを実施しないことやレクチャーと比較して、パフォーマンスを向上させるとされている(加藤・片岡, 2015)。臨地で学生が経験・見学できる機会が少ない産科救急場面については、シミュレーション教育等で擬似経験することで、異常を感知するアセスメント能力を養い、周囲と協力しながら安全に分べんを取り扱う専門家としての

態度や対応能力を養えるのではないかと考える。今後、教育的な発展が期待される領域であることが推察された。

3) 産褥期・新生児期・育児期の演習・実習

ほとんどの養成機関が、母性看護実習とは区別をして産褥期・新生児期の実習を行っており、実習期間にはばらつきはあるが、平均5例程度は母子を受け持っていた。健康教育においても、出産準備に次いで実施されていたのは育児準備であり、約半数が行っていた。また、多くの養成機関は、生後1ヶ月まで妊娠前から継続実習として受け持っており、妊娠前から産後1ヶ月までの継続性をふまえた実践教育を行っていた。1ヶ月以降の親子へ支援する経験ができる学生は養成機関の1割に満たなかった。上記より、ほぼ指定規則通りに、生後1ヶ月までの母子へ支援する実習は多くの教育機関で実施されている。しかしながら、地域母子保健への助産師の更なる関与が求められている昨今、継続教育も加味して専門家として地域母子保健を担う助産師への教育の在り方については再考すべき課題であることが示唆された。

産褥期・新生児期の演習は、母性看護実習の中に含んでいた養成機関が2割を占め、実習前に産褥期や新生児期の技術試験までおこなっていたのは2-3割程度であり、他の時期に比べて実習前準備にあまり時間をかけていなかった。その反面、保健指導の計画を演習に取り入れている教育機関は8割弱認められ、多くの教育機関が、学内演習を実習経験につなげる試みを行い、妊娠期・分べん期・産じょく期・新生児期の連続性を意識して思考できるよう工夫をしていた。演習にかける時間は少なめではあるが、臨地に即した連続的且つ予期的なアセスメント能力を養う試みがなされていることが推察された。

4) 周産期以外の演習・実習

周産期以外の教育については、健康教育の内容としての演習や実習での経験を問うた。

思春期女性・男性に対する教育は、2割前後が経験しており、10%以下ではあるが、兄弟姉妹、祖父母、成熟期女性・男性への教育実践を経験できる養成機関もあった。ウィメンズ・ヘルス、リプロダクティブ・ヘルス、家族支援、地域や行政において他職種と連携しながら助産師の活躍が期待されている領域であり、今後、集団教育以外の教育方法について更なる開発・発展が見込まれる領域であることが確認できた。

2. 助産師に求められる実践能力と学内教育方法、卒業時到達度との関係

「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」で示された卒業時に求められるレベルと、教員が認識する学生の卒業時の到達度は、概ね一致していた。多くの教育機関で実習に関連する正常経過にある助産や母子ケアに関しては、多様な教育方法を組み合わせ、【解説型講義】だけでなく、【ケース・スタディ】、【ロールプレイ】、【グループ・ワーク】と複数の教育方法を組み込んで展開されていた。学内講義や演習で事例を取り入れた学習方法に臨んだ後、正常経過にある範囲の基本的な妊産褥婦や新生児、その家族に対するケアは、実習で出会う事例から多くを学んでいたことが推察される。

一方で、母性看護実習でも一部経験している「じょく婦の診断とケア」や看護師国家試験レベルでも求められる項目は、教員の判断する卒業時到達度が、ガイドライン上の求められるレベルよりも高めであった。看護教育との連続性を考慮して多様な教育展開を行っていることの有効性が示されたのではないかと考える。また、異常分娩の中でも出血への対応は到達度がやや高かった。これについても、教育展開や実習経験により高くなっていた可能性が示唆された。これらの項目の卒業時到達の設定は、将来的により自律した段階を目指せることを示唆しているのかもしれない。

ハイリスク母子へのケアや地域母子保健、ウィメンズ・ヘルスケアに関しては、求められているレベルよりも到達レベルが低かった。知識習得が求められる到達度として設定されているが故に【解説型講義】主導となった可能性は高いが、あまり効果的な教育方法ではないことが示唆された。これらの領域は、多数の対象者・医療関係者が登場し、多様な問題が絡み合い、解決策は1つとは言えず、倫理的な対立が発生することもある。また、時世に合わせて最新の知見がアップデートされやすい領域でもある。学生自身が専門家として、関心を持って自ら考え他者と意見交換しながら最善策を試行できるような教育展開により、実践に耐えうる知が身につくのではないかと考える。今後、助産師の活躍が期待されている領域でもあり、更なる教育方法の改善が望まれる。

最後に、【グループ・ワーク】・【ロールプレイ】【ケース・スタディ】という方法は組み合わせて選択されていることが多かったのは、「和」や「輪」を重んじる日本の教育の特徴を示しているのかもしれない。他者との交流の中から学びを深め、互いに協力しあう力を育てている。半面、【討議】や【ディベート】という方法はあまり選択されていなかった。高齢者ケアの現場で行われている身体拘束について、学内演習でディベートという教育方法を導入した例では、学生の他者の意見を聞き取る力を養い、高齢者の身体拘束に関する見識を広げる効果を学生自身が実感していたという報告もある(煙山, 2005)。今後、グローバルに活躍できる人材を育ていくためには、自分の意見を論理的に考え表現する力を養うことも必要である。これまでと違う教育方法を用いることで、これからの助産師に求められる実践能力を更に高められるのではないかと考える。

3. 助産師としてのアイデンティティの形成

助産師のアイデンティティの形成の結果では、助産師養成機関の教員が、入学時や分娩

介助後、卒業時などの時期を捉えて、学生自身が助産師としての在り方を内省し成長できる機会を提供し、助産師として成長できるモチベーションを維持するよう支援していることが明らかになった。質的記述的分析においては、【助産師像を描き専門性の成長を図る】、【対象者を尊重する心を養う】、【自律した助産師としての在り方を考える】、【学生の内省と成長を考える】の4つのカテゴリーへと集約された。これらは、学生が専門職として自ら学び獲得できるよう、様々な機会を活用しながら教育上の工夫をしている様相をあらわしていた。教員は、講義や演習、実習など機会を問わず、入学から卒業まで一貫して学生が助産師としてのアイデンティティが形成されるよう意識して関わっていた。

また、量的分析結果の助産師に求められる実践能力と卒業時到達度の分類・項目と学内教育方法との関係においては、「助産師としてのアイデンティティ形成」は、講義だけでなく、【グループ・ワーク】、【課題のプレゼンテーション】、【討論】等多様な教育方法が盛り込まれていた。卒業時到達目標の分類項目の中で、分べん介助に関する技術と助産師のアイデンティティの形成に関しては、他よりも多様な教育方法がとられているという傾向がみられた。専門職としての技術を習得するだけでなく、多様な経験の中から専門職者としてのアイデンティティを形成しているよう展開を工夫していた。

助産師としての基礎教育期間は、助産師のアイデンティティ形成において、非常に重要な期間であることは先行研究において示唆されている。本研究の結果でも同様の知見を示し、教育に携わる教員がどのように学生の育みを支援しているのかが明らかになった。助産師の職業的アイデンティティに関連する要因を就業2年未満の助産師414人を対象に量的に明らかにした佐藤らによれば、関連要因として、助産師学生時代の肯定的感情を伴う体験、教師からの精神的支援が含まれており、助産学生時代の経験により高められるこ

とを示唆している(佐藤・菱谷, 2011)。また、助産実習における体験に着目して学士課程の助産学生の職業的アイデンティティの形成過程を助産学生 8 名への半構成的面接と質問紙調査により明らかにした小泉らは、助産師としての職業アイデンティティは、体験と共に形成されていくこと、否定的感情を伴う体験も適切な支援で肯定的感情に転化すること、リアリティショックの強弱とその立ち直りの過程に助産師としての職業的アイデンティティ形成のポイントがあると述べている(小泉・太田・宮本, 2008)。教員は、講義・演習の段階から臨床家からの支援と協力を得て、多様な方法の授業や演習を展開し、学生自らが【助産師像を描き専門性の成長を図る】ことができるよう支援すると共に、母子の命を預かる専門家として【対象者を尊重する心を養う】ことの重要性を学生が実感し、実習等の学外での経験や様々な母子と家族や臨床指導者との出会いを通して学生が【自律した助産師としての在り方を考える】ことを支援し、様々な体験の中から自律した職業人として【学生の内省と成長を考える】ことができるよう寄り添い支援していた。これらの支援は、意識的に入学から卒業まで一貫して継続的に行われていた。自律した助産師としてのアイデンティティの形成は、基礎教育期間から、教育現場と臨床現場とが連携・協力することで成り立ち、育まれていることが見出された。

G. 結論

本研究は、日本全国の助産師養成課程を持つ教育機関 87 校へ調査を行い、全国助産師養成機関における教育内容・方法の実態について明らかにした。質問紙調査の量的・質的分析により、各教育機関が、助産師に求められる実践能力を勘案しながら、指定規則の範疇に留まらず多様な教育を展開している様相が明らかになった。

助産師養成機関では、分べんを基点として妊娠期から産褥・新生児期まで連続的に経過診断する機会を得られるよう教育展開を工夫

していた。実習中に妊娠初期や中期の妊婦との関わりや産科救急場面に出会う機会が少ないことが示され、シミュレーション教育の導入等、学内演習プログラムの開発、多職種他部署の協力を得た更なる実習機会の推進が期待される。

生後 1 ヶ月までの継続実習は多くの教育機関で実施されていたが、地域母子保健への助産師の更なる関与が求められている昨今、専門家として地域母子保健を担う助産師への教育の在り方については再考すべきで課題であることが示唆された。また、周産期以外の対象である思春期女性・男性、上子、祖父母、成熟期女性・男性に対する教育は講義中心で実践的な教育機会に乏しく、今後、教育方法の開発・発展が見込まれる領域であることが確認できた。

「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」で示された卒業時に求められるレベルと、教員が認識している学生の卒業時の到達度は一致しており、多くの教育機関では、実習に関連する正常経過にある助産や母子ケアに関しては、多様な教育方法を組み合わせで展開していた。今後必要となってくる能力をふまえて、更なる教育方法の改善が期待される。また、自律した助産師としてのアイデンティティの形成は、基礎教育期間から、教育現場と臨床現場とが連携・協力することで成り立ち、育まれていることがのぞまれる。今後、助産師へ求められる実践能力と卒業時到達度をふまえ、新たな教育内容や教育方法の創出・改善策の検討へとつなげる必要がある。

文献

ICM(2013). Essential competencies for basic midwifery practice.
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf> [2015/4/5 閲覧].

加藤千穂・片岡弥恵子(2015). 産科救急シミュレーションの効果に関する文献レビュー. *日本助産学会誌*, 29(1), 4-14.

小泉仁子・太田奈美・宮本眞巳(2008). 学士課程の助産学生の職業アイデンティティの形成過程について 助産実習での体験に焦点を当てて. *医療看護研究*, 4(1), 64-71.

煙山晶子・小笠原サキ子(2005). 老年看護学における教育方法の検討 ディベートの教育効果について. *秋田大学医学部保健学科紀要*, 13(2), 150-157.

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. 厚生労働省.

文部科学省(2011). 保健師助産師看護師養成機関養成所指定規則の一部を改正する省令の公布について (通知)
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1305957.htm. [2016/9/13 閲覧].

佐藤美春・菱谷純子(2011). 助産師の職業的アイデンティティに関連する要因. *日本助産学会誌*, 25(2), 171-180.

全国助産師教育協議会(2012). 助産師教育のミニマム・リクワイアメンツ項目に関する教育方法 (講義・演習の授業形態) と卒業時の到達度の実態調査. *平成26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(2013). 助産師教育におけるミニマム・リクワイアメンツに関する卒業時到達度調査. *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
http://www.zenjomid.org/member_only/report_committee/index.html#index-009

全国助産師教育協議会(2016). 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. 全国助産師教育協議会.

全国助産師教育協議会(2012). 助産師教育のコア内容におけるミニマム・リクワイアメンツの項

目と例示 Vol.2(2012).

http://www.zenjomid.org/activities/img/min_require_h25.pdf [2016/9/13 閲覧]

図表

表 1	全国助産師養成課程別 対象校と参加率
表 2	研究参加教育機関の概要 設置主体
表 3	研究参加養成課程別 参加数と参加率
表 4	研究参加教育機関の概要 1 学年の定員
表 5	平成 28 年 3 月に卒業した学生 一般教育学歴別学生数
表 6	平成 28 年 4 月に入学した学生 看護師就業歴学生数
表 7	平成 28 年 3 月に卒業した学生 年齢別学生数
表 8	助産科目実施状況 単位数
表 9	助産科目実施状況 複数の養成課程の教育内容を含む科目の単位数
表 10	助産学担当の教員数
表 11	教育で使用している教材〔複数回答〕
表 12	妊娠期の実習期間
表 13	学生 1 人あたりの妊婦健診と保健指導 経験平均件数
表 14	実習前の妊婦健康診査の技術試験の実施状況
表 15	分娩期の実習期間
表 16	学生 1 人あたりの分娩期の実習内容 経験件数
表 17	分娩期実習の立会い・見学件数
表 18	分娩期実習 出生直後の新生児と家族へのケア 経験平均件数
表 19	実習前の分娩介助技術試験の実施状況
表 20	在学中の新生児蘇生法の受講状況
表 21	産褥期・新生児期 実習期間と受け持ち事例数
表 22	実習前の産褥期・新生児期の技術習得に関する技術試験の実施状況
表 23	シミュレーション教育の導入と自己・他者評価の実施
表 24-1	妊娠期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例
表 24-2	妊娠期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例
表 25-1	分娩期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例
表 25-2	分娩期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例
表 26-1	産褥・新生児期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例
表 26-2	産褥・新生児期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例
表 27	継続事例の受け持ち期間の設定
図 1	継続事例の受け持ち期間の設定
表 28-1	集団教育の実施内容
表 28-2	集団教育の実施内容
表 29	助産師に求められる実践能力と学習方法と経験、卒業生の到達度との関係
表 30	助産師に求められる卒業時到達度と教育方法

表 1 全国助産師養成課程別 対象校と参加率

	対象校	返答数	課程別参加率 (%)
大学院	29	14	48.3
大学専攻科・別科	32	18	56.3
大学	85	32	37.6
短期大学専攻科	4	1	25
養成所	42	19	45.2
不明		3	
総数	192	87	45.3

表 2 研究参加教育機関の概要 設置主体

設置主体	数	割合 (%)
独立行政法人国立病院機構	1	1.1
国立大学法人	14	16.1
その他の独立行政法人	1	1.1
国	0	0.0
都道府県	17	19.5
市町村	0	0.0
日本赤十字社	2	2.3
公益法人	2	2.3
医療法人	3	3.4
学校法人	39	44.8
医師会	2	2.3
その他の法人	2	2.3
無回答	4	4.6
総数	87	100.0

表 3 研究参加養成課程別 参加数と参加率

養成課程	数	割合 (%)
大学院	14	16.1
大学専攻科・別科	18	20.7
大学	32	36.8
短期大学専攻科	1	1.1
養成所	19	21.8
無回答	3	3.4
総数	87	100.0

表 4 研究参加教育機関の概要 1 学年の定員

学年定員	数	割合 (%)
5 人以下	9	10.3
6～10 人	28	32.2
11～20 人	35	40.2
21～30 人	6	6.9
31 人以上	1	1.1
無回答	8	9.2
総数	87	100
<平均>	13.8	

表 5 平成 28 年 3 月に卒業した学生 一般教育学歴別学生数

一般教育学歴（最終学歴）	平均人数
大学院卒	0.6
大学卒	6.2
短期大学卒	1.3
高等学校卒	9.3
中学校卒	0.0
その他・不明	0.3

表 6 平成 28 年 4 月に入学した学生 看護師就業歴学生数

看護師就業歴	平均人数
就業歴なし	8.5
1 年未満	0.2
1～3 年未満	1.6
3～5 年未満	1.5
5～10 年未満	2.2
10 年以上	1.5
不明	0.0

表 7 平成 28 年 3 月に卒業した学生 年齢別学生数

年齢	平均人数
21 歳以下	3.9
22～24 歳	7.2
25～29 歳	2.2
30～34 歳	1.6
35～39 歳	1.3
40～44 歳	0.7
45～49 歳	0.6
50 歳以上	0.1
不明	0.0

表 8 助産科目実施状況 単位数

科目	平均単位	最小	最大
基礎助産学	6.7	1	14
助産診断技術学	8.7	4	16
地域母子保健	1.5	0	9
助産管理	2.2	1	13
助産学実習	11.6	1	23
その他	3.8		

表 9 助産科目実施状況 複数の養成課程の教育内容を含む科目の単位数

複数の養成課程の教育内容を含む科目単位数	平均単位	最小	最大
基礎助産学	3.4	0	12
助産診断技術学	1.9	0	8
地域母子保健	1.8	0	7
助産管理	0.8	0	3
助産学実習	2.7	0	11
その他	1.1		

表 10 助産学担当の教員数

助産学担当教員	平均人数	最小	最大
兼任教員数 計	12.2	0	58
助産師	5.0	0	21
保健師	0.9	0	4
看護師	1.0	0	3
医師	5.4	0	23
その他	3.9	0	23
専任教員数 計	3.8		
助産師	3.8	0	12
総計	14.0		

表 11 教育で使用している教材〔複数回答〕

使用教材	数	割合 (%)
高機能シミュレーター	9	10.3
生体モデル	85	97.7
超音波診断装置	54	62.1
分娩監視装置	68	78.2
その他	21	24.1
無回答	1	1.1
総計	87	100.0

表 12 妊娠期の実習期間

実習期間	病院		診療所		助産所	
	機関数	割合(%)	機関数	割合(%)	機関数	割(%)
0 週間	1	1.2	14	16.5	14	16.5
1～3 週間	53	62.4	16	18.8	26	30.6
4～6 週間	8	9.4	1	1.2	2	2.4
7～8 週間	4	4.7	1	1.2	1	1.2
9～12 週間	7	8.2	2	2.4	2	2.4
13～15 週間	2	2.4	2	2.4	0	0.0
16 週間以上	1	1.2	0	0.0	0	0.0
<総計(校)>	76		36		45	
<平均(週間)>		3.6		2.3		1.5
無回答	9	10.6	49	57.6	40	47.1

表 13 学生 1 人あたりの妊婦健診と保健指導 経験平均件数

1 学生あたりの平均		病院	診療所	助産所	合計
妊娠初期	見学件数	2.3	2.0	1.3	3.5
	実施件数	1.6	0.7	0.5	1.9
妊娠中期	見学件数	3.0	2.5	2.3	4.8
	実施件数	2.7	1.2	1.4	3.5
妊娠末期	見学件数	3.9	2.8	2.6	5.9
	実施件数	4.6	2.5	2.6	6.0

表 14 実習前の妊婦健康診査の技術試験の実施状況

実習前の妊婦健康診査の技術試験	数	割合(%)
行っている	31	35.6
行っていない	51	58.6
無回答	5	5.7
総計	87	100.0

表 15 分娩期の実習期間

実習期間	病院		診療所		助産所	
	機関数	割合（％）	機関数	割合（％）	機関数	割合（％）
0 週間	1	1.1	18	20.7	16	18.4
1～3 週間	2	2.3	7	8.0	28	32.2
4～6 週間	13	14.9	8	9.2	3	3.4
7～8 週間	16	18.4	4	4.6	0	0.0
9～12 週間	35	40.2	5	5.7	2	2.3
13～15 週間	9	10.3	4	4.6	0	0.0
16 週間以上	5	5.7	0	0.0	0	0.0
<総計（校）>	81		46		49	
<平均（週間）>		9.6		4.1		1.5
無回答	6	6.9	41	47.1	38	43.7

表 16 学生 1 人あたりの分娩期の実習内容 経験件数

	産婦受け持ち	分娩介助			間接介助	分娩見学
	事例数平均	平均件数	最低件数平均	最高件数平均	平均件数	平均件数
病院	11.4	9.2	8.6	10.3	3.7	2.1
診療所	4.0	4.2	3.3	5.0	2.1	1.3
助産所	1.0	0.8	0.3	1.4	0.7	0.8
合計	13.6	11.7	10.3	13.4	5.0	3.2

表 17 分娩期実習の立会い・見学件数

分娩期実習の立会い・見学	平均件数	最低件数	最高件数
予定帝王切開術	1.1	0.8	1.8
複式帝王切開術	0.8	0.3	1.3
吸引分娩	1.5	0.4	2.5
鉗子分娩	0.2	0.0	0.5
骨盤位分娩	0	0.0	0.1
子癇発作の処置	0	0.0	0.1
異常出血の鑑別・診断	1.8	1.0	3.2
母体・新生児搬送への立会い	0.3	0.1	0.8

表 18 分娩期実習 出生直後の新生児と家族へのケア 経験平均件数

	見学平均件数	実施平均件数
出生直後の新生児の観察とケア	2.8	5.9
早期母子接触	3.5	8.2
早期授乳支援	2.9	7.7
新生児蘇生	1.1	0.3

表 19 実習前の分娩介助技術試験の実施状況

	数	割合 (%)
行っている	77	88.5
行っていない	4	4.6
無回答	6	6.9
総計	87	100.0

表 20 在学中の新生児蘇生法の受講状況

	数	割合 (%)
新生児蘇生法（Aコース）を受講している	36	41.4
新生児蘇生法（Bコース）を受講している	30	34.5
在学中は受講していない	17	19.5
無回答	4	4.6
総数	87	100.0

表 21 産褥期・新生児期 実習期間と受け持ち事例数

	実習期間	受け持ち事例数（平均件数）		
	（週）	母子	褥婦	新生児
病院	6.6	5.2	2.6	2.7
診療所	3.3	3.0	1.2	1.1
助産所	1.0	0.7	0.4	0.4
総計	8.6	6.7	3.2	3.3

表 22 実習前の産褥期・新生児期の技術習得に関する技術試験の実施状況

実習前の産褥期技術試験の実施状況	数	割合（％）
行っている	18	20.7
行っていない	63	72.4
無回答	6	6.9
総計	87	100.0

実習前の新生児期技術試験の実施状況	数	割合（％）
行っている	28	32.2
行っていない	55	63.2
無回答	4	4.6
総計	87	100.0

表 23 シミュレーション教育の導入と自己・他者評価の実施

シミュレーション教育の導入	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期	
	数	割合 (%)	数	割合 (%)	数	割合 (%)
取り入れている	46	52.9	50	57.5	37	42.5
取り入れていない	17	19.5	17	19.5	29	33.3
検討中	22	25.3	18	20.7	19	21.8
無回答	2	2.3	2	2.3	2	2.3
総計	87	100.0	87	100.0	87	100.0

自己・他者相互評価の実施	妊娠期		分娩期		産褥期・新生児期	
	数	割合 (%)	数	割合 (%)	数	割合 (%)
行っている	40	87.0	44	88.0	33	89.2
行っていない	5	10.9	4	8.0	3	8.1
無回答	1	2.2	2	4.0	1	2.7
総計	46	100.0	50	100.0	37	100.0

表 24-1 妊娠期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例

目的	
妊娠後期にある妊婦の安全と安楽に配慮しながら妊婦健診の基本的な手技・方法を理解し、正常からの逸脱の有無をアセスメントすることができる。	
目標	
① 自己紹介を行い、自分の役割や実施の目的・方法を説明して同意を得た後に実施する ②視線を合わせ言葉をかけながら実施し、リラックスした雰囲気を作ることができる ③わかりやすい言葉で対象の反応を見ながら説明できる ④掛物やカーテンなどでプライバシーや羞恥心への配慮を行うことができる ⑤事前に手をあたため、排尿を確認することができる ⑥正確な手技で計測診（子宮底・腹囲）、レオポルド 1～4 段を実施することができる ⑦NST 装着時に関わる留意点を理解し説明することができ、NST 所見の判読ができる ⑧測定、触診、観察の結果を総合し、母子の健康状態・経過を判断し説明することができる ⑨場面をふりかえり自己の課題を見出すことができる	
場面設定（シナリオの概要）	
妊婦健診（30 歳 A さん、39 週 0 日、初産婦）。妊娠経過は母体・胎児ともに異常はない。子宮底、腹囲は週数相当。非妊時の BMI は 20.3、非妊時からの体重増加は 12 kg。両親学級は受講済みで、立会いを希望している。妊婦健診当日の血圧は 120/72mmHg、尿糖（－）、尿たんぱく（－）。妊婦健診を担当します。フィジカルアセスメントに必要な情報を収集し経過をアセスメントしてください。（シナリオは、助産過程展開の事例と同一事例で、事例の展開と妊娠期の演習を連動させながら実施している）	
登場人物	場面の設定時間
助産師役、妊婦役（いずれも学生）	20 分

表 24-2 妊娠期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例

目的	
妊娠期にある妊婦の健康診査の目的を理解し、安全で安楽に配慮した健康診査について考え、工夫することができる	
目標	
① レオポルド触診法、子宮底長の測定方法について理解しモデルを用いて体験することができる。 ② 妊婦の観察技術についてグループ内で検討し、対象者に配慮した適切な方法や工夫を見出すことができる。 ・妊婦の心理・マイナートラブル、日常生活行動に関する情報収集を行うことができる。 ・妊婦の特徴を理解した観察技術の適切な方法や工夫について考えることができる。 ・妊婦の安全・安楽を考慮した観察技術について考えることができる。	
場面設定（シナリオの概要）	
① シミュレーションの設定 ・場面：産科外来、看護相談室での妊婦健診場面 ・シミュレーションの時間：15分 1グループが実施。実施者の選択や順番は、グループ内で相談して決める。 ・デブリーフィング（シミュレーション後の振り返り）時間：20分 ・対象者の情報：Aさん、初産婦 妊娠37週 妊娠経過は概ね順調 ② シミュレーションの課題 あなたは、看護学生としてAさんを受け持ちました。Aさんは、本日、妊娠37週0日の妊婦健診にて産科外来に来られ、外来問診室に入室し横になっています。これまでの妊婦健診の経過は順調で、胎児の発育も良好です。前回の妊婦健診時、Aさんは「おなかが時々はります。お産もなんとなく怖いですね」と話されていました。実習指導者より、Aさんの妊婦健診を行うように言われました。これからAさんの健康診査を実施してください(体重・血圧は自己測定しています。値を確認してください)。	
登場人物	場面の設定時間
妊婦 A さん（総合シミュレーター、声：教員） 助産師役（学生）	15 分

表 25-1 分娩期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例

目的	
産婦の安楽をはかりながら、分娩開始、分娩進行の診断ができ、適切な助産技術を用いて分娩介助ができる。	
目標	
①自己紹介し、自己の役割を説明することができる。産婦から必要な情報収集をする事ができる。 ②妊娠前、妊娠中の情報から、分娩に影響する要因とどのように影響するか診断することができる。 ③分娩開始を診断することができる。 ④今後の分娩進行と分娩時刻を予測する事ができる。 ⑤母子の健康状態を診断する事ができる。 ⑥診断結果を産婦に説明する事ができる。 ⑦処置や検査の前には、その必要性を産婦に説明できる。 ⑧産婦の訴えに的確に対応し、ケアを実施できる。 ⑨呼吸法等の指導をする事ができる。 ⑩産婦の安楽のためのケアができる。 ⑪間接介助の助産師に適切な指示を出す事ができる。 ⑫分娩介助に必要な技術を用いることができる。	
場面設定（シナリオの概要）	
1 経妊 0 経産婦、30 歳、2 年前に妊娠 10 週で流産。既往疾患なし。身長 160cm 非妊時体重 55kg、現在妊娠 39 週、体重 65kg、推定体重 2700g、妊娠経過での異常はなし。昨夜から不規則に陣痛があり。今朝 3 時から陣痛 10 分間歇、20～30 秒発作。5 時に入院。入院時子宮口 4cm 展退 60%、St-3 未破水、バイタル正常、FHR130 呼吸で痛みを逃しているが、緊張している表情。母親学級は仕事の関係で受講無。入院時排尿有。朝食は少量摂取。10 時、陣痛は 4 分間歇、40 秒発作、FHR120 破水有、子宮口 6cm 展退 80%、St-2、分娩監視装置を装着し、胎児の健康状態を観察している。腰痛を強く訴え、「いつ生まれるのか」と何回も助産師に聞いている。夫は近くにいて、産婦の手を握り、汗を拭いている。	
登場人物	場面の設定時間
産婦（教員） 助産師（学生） 間接介助の助産師（学生）	60 分

表 25-2 分娩期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例

目的	
分娩進行中の破水への対応を学ぶ	
目標	
①分娩進行中に破水をした場合の観察項目を確認できる。 ②破水後の対応を説明できる。	
場面設定（シナリオの概要）	
A さん。28 歳。初産婦。本日 40 週 3 日。 妊娠経過に正常からの逸脱なし。児の推定多重は EFBW3020g（39 週 6 日）、児は第 2 胎向。 本日 19 時に陣痛発来し、入院。入院時所見は 2cm、50%、St-1、中、中。入院後陣痛は 5 分間欠より縮まらず、間欠時にはまだ余裕がある。モニター所見は入院時ベース 140 台で reassuring。母体バイタル正常。 最終 22 時に Doppler にて胎児心拍聴取している。臍棘。140 台。この時も 5 分間欠であった。現在 22 時 30 分。 ナースコールがあり学生が訪室すると、破水をしたようだとの主訴。	
登場人物	場面の設定時間
助産師学生（学生） 産婦（教員） スタッフ（教員）	6 分

表 26-1 産褥・新生児期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例

目的	
産褥期にある褥婦の安全と安楽に配慮しながら正確な手技で妊婦健康診査を行い、日数に応じた保健指導が行える。	
目標	
①健康診査に必要な物品を準備できる ②自己紹介を行い実施の目的・方法を説明して同意を得た後に実施する ③褥婦との視線をあわせながら実施し、リラックスした雰囲気をつくりプライバシーを配慮できる ④事前に排尿を確認し、産婦の安楽な姿勢を確認できる ⑤褥婦の健康診査を安全に実施するための留意点が言える ⑥褥婦の健康診査時の観察項目を述べ、判断できる ⑦観察結果をもとに正常に経過しているかを判断できる ⑧判断の結果をわかりやすく褥婦に説明できる ⑨判断結果に基づいて、必要時、よりよいケアの提案ができる	
場面設定（シナリオの概要）	
産褥 1 日目の褥婦への健康診査。 （事例：A さん 30 歳、初産婦、妊娠 40 週 3 日で出産。自然陣発だが続発性微弱陣痛により促進剤使用。分娩所要時間 20 時間、出血量 663 g、会陰裂傷Ⅱ度、出生体重 3200 g） 事前に分娩時の情報を提供し、産褥 1 日目の助産診断及び計画を立案することを事前課題とする。 褥婦のいる部屋に入るところから、A さんの産後 1 日目の健康診査を実施し必要なケアを提案して下さい。 健康診査では、必要な問診・視診・聴診・触診・打診を行ってください。	
登場人物	場面の設定時間
助産師学生役 指導者役（学生） 褥婦役（学生） 観察者役（学生）	30 分

表 26-2 産褥・新生児期の演習におけるシミュレーション教育の内容の一例

目的	
家庭訪問時の留意点をふまえ、産褥 2 週間後の褥婦と新生児の安全と安楽に配慮しながら家庭において行う健康診査の方法を理解する。	
目標	
① 自己紹介を行い自分の役割や実施の目的や方法を説明して同意を得た後に実施できる ② 住居に訪問するにあたり、訪問時の留意点（あいさつ、エプロンの着用、手洗いなど）を意識して行動できる ③ 対象者の目線にあわせた位置につき、相手の様子をみながらわかりやすい言葉で説明できる。 ④ 新生児の安全と安楽を配慮して体重測定が行える。 ⑤ 褥婦と新生児の健康診査時の観察項目を述べることができる。 ⑥ 褥婦と新生児の全身状態を観察できる。 ⑦ 実施した学生のロールプレイを観察し、実施後にグループ内で振り返りを行い、個々がより良いケアの提案ができる。	
場面設定（シナリオの概要）	
産褥 2 週間目の褥婦と新生児の家庭訪問。 訪問時から（玄関での対応）ロールプレイ開始する。 室内で褥婦と新生児の健康診査を行い（対象者の状態を把握するために必要な問診・視診・聴診・触診を行う）、その結果を褥婦に説明する。	
登場人物	場面の設定時間
助産師（学生） 褥婦（教員 A） 新生児（沐浴人形） 演習室内の和室スペースを自宅として実施する。 助言者（教員 B） 観察者（学生）	記載なし

表 27 継続事例の受け持ち期間の設定

開始時期 \ 終了時期	分娩期	生後 1 ヶ月	生後 2-4 ヶ月	生後 5-8 ヶ月	生後 9-12 ヶ月	計
妊娠初期	0	3	1	0	0	4
妊娠中期	1	38	4	1	1	45
妊娠後期	1	39	0	1	0	41
産褥・新生児期	0	6	0	2	1	9

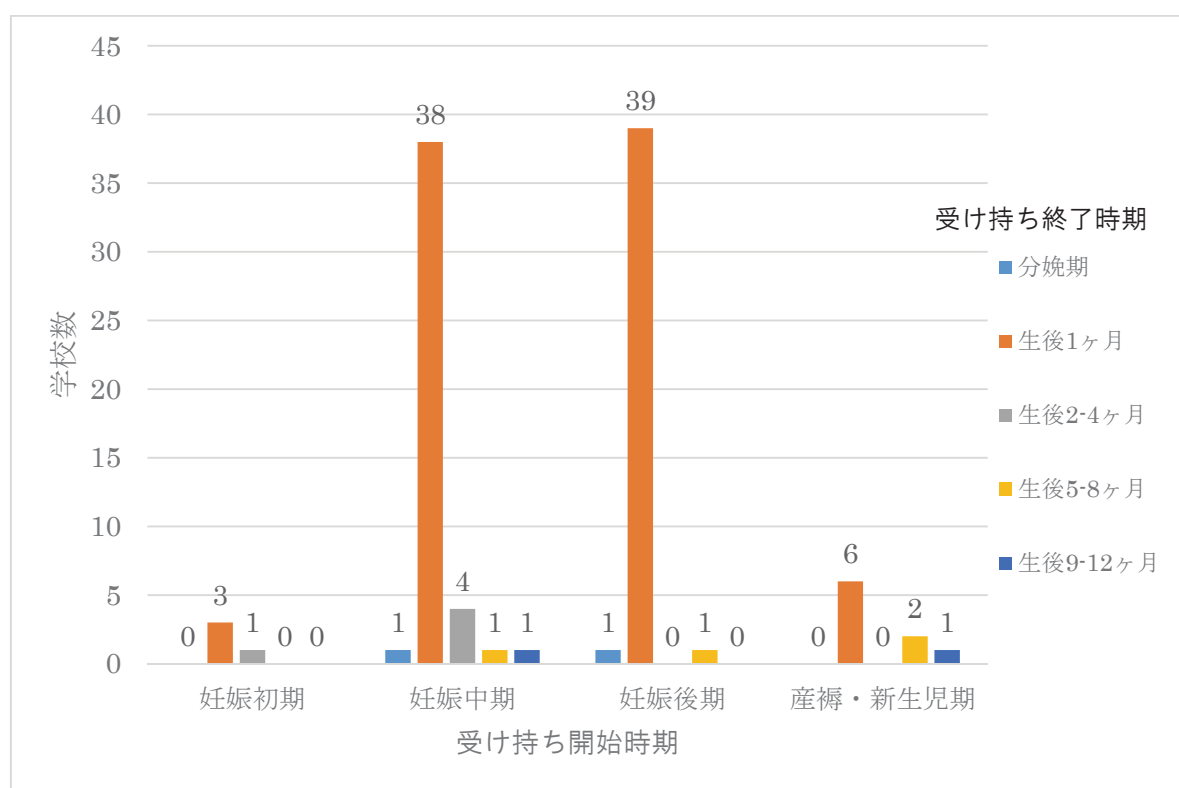


図 1 継続事例の受け持ち期間の設定

表 28-1 集団教育の実施内容〔複数回答〕

実施内容	妊婦		実施内容	妊婦とその家族	
	数	割合(%)		数	割合(%)
妊娠期の過ごし方	36	41.4	妊娠期の過ごし方	34	39.1
出産準備	49	56.3	出産準備	46	52.9
育児準備	46	52.9	育児準備	39	44.8
生活・栄養	39	44.8	生活・栄養	33	37.9
その他	5	5.7	その他	7	8.0
無回答	35	40.2	無回答	36	41.4
総計	87	100.0	総計	87	100.0

実施内容	褥婦		実施内容	褥婦とその家族	
	数	割合(%)		数	割合(%)
育児支援	29	33.3	育児支援	23	26.4
愛着・家族形成支援	18	20.7	愛着・家族形成支援	17	19.5
生活・栄養	22	25.3	生活・栄養	19	21.8
その他	5	5.7	その他	3	3.4
無回答	55	63.2	無回答	62	71.3
総計	87	100.0	総計	87	100.0

実施内容	妊産褥婦とその上子		実施内容	祖父母	
	数	割合(%)		数	割合(%)
いのちの誕生・出産	5	5.7	最近の出産後の生活・育児	4	4.6
兄弟を迎える準備	10	11.5	育児技術のおさらい	2	2.3
その他	0	0.0	祖父母の役割	3	3.4
無回答	77	88.5	その他	1	1.1
			無回答	81	93.1
総計	87	100.0	総計	87	100.0

実施内容	思春期女性		実施内容	思春期男性	
	数	割合(%)		数	割合(%)
月経教育	17	19.5	月経教育	9	10.3
妊よう性	14	16.1	妊よう性	10	11.5
避妊	19	21.8	避妊	14	16.1
性感染予防	21	24.1	性感染予防	17	19.5
妊娠・出産準備	13	14.9	妊娠・出産準備	9	10.3
栄養	7	8.0	栄養	5	5.7
その他	10	11.5	その他	6	6.9
無回答	56	64.4	無回答	61	70.1
総計	87	100.0	総計	87	100.0

表 28-2 集団教育の実施内容 [複数回答]

実施内容	成熟期女性		実施内容	成熟期男性	
	数	割合(%)		数	割合(%)
月経教育	3	3.4	月経教育	2	2.3
妊よう性	6	6.9	妊よう性	3	3.4
避妊	8	9.2	避妊	4	4.6
性感染予防	6	6.9	性感染予防	4	4.6
妊娠・出産準備	7	8.0	妊娠・出産準備	3	3.4
栄養	3	3.4	栄養	2	2.3
その他	3	3.4	その他	1	1.1
無回答	75	86.2	無回答	82	94.3
総計	87	100.0	総計	87	100.0

実施内容	更年期女性		実施内容	更年期男性	
	数	割合(%)		数	割合(%)
心身の変化・閉経	9	10.3	心身の変化・閉経	3	3.4
日常生活の過ごし方・工夫	8	9.2	日常生活の過ごし方・工夫	2	2.3
対処方法	8	9.2	対処方法	3	3.4
その他	2	2.3	その他	0	0.0
無回答	76	87.4	無回答	84	96.6
総計	87	100.0	総計	87	100.0

表 29 助産師に求められる実践能力と学習方法と経験、卒業生の到達度との関係

ガイド ライン 番号	分 類	項 目 名	有効 回答 件数	平均値			構成比				
				学習方法と経験			卒業生の到達度				
				経験 事例数	見 学 事例数	演 習・講 義時間	実施 ひとりで できる	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
1	母子の命 の尊重	母体の意味を理解し、保護する	83	7.1	1.1	4.8	16.9	28.9	27.7	6.0	19.3
2		子どもあるいは胎児の権利を擁護する	83	7.0	1.1	5.8	10.8	30.1	28.9	7.2	21.7
3		母子両者に関わる倫理的課題に対応する	83	5.8	0.9	5.0	3.6	32.5	28.9	7.2	25.3
4	妊婦と家族の健康状態に関する 診断とケア	時期に応じた妊娠の診断方法を選択する	80	6.1	2.7	5.0	22.5	27.5	35.0	2.5	12.5
5		妊娠時期を診断(現在の妊娠週数)する	80	8.0	3.6	4.9	41.3	31.3	18.8	2.5	6.3
6		妊娠経過を診断する	80	9.3	4.0	6.5	23.8	52.5	21.3	0.0	2.5
7		妊婦の心理・社会的側面を診断する	80	7.8	3.2	5.5	22.5	52.5	22.5	0.0	2.5
8		安定した妊娠生活の維持について診断する	80	7.8	3.2	5.7	23.8	43.8	30.0	2.5	0.0
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	80	4.7	3.9	5.9	21.3	42.5	33.8	1.3	1.3
10		妊婦や家族への出産準備・親準備を支援する	80	4.4	3.8	5.9	16.3	57.5	23.8	1.3	1.3
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	80	4.6	5.3	5.5	20.0	45.0	33.8	0.0	1.3
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	80	0.3	0.7	2.7	0.0	7.5	26.3	13.8	52.5
13	出生前診断に 関わる支援	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	80	0.5	0.6	3.2	2.5	8.8	20.0	12.5	53.8
14		出生前診断を考える妊婦の意思決定過程を支援する	79	0.0	0.2	3.2	2.5	3.8	11.4	20.3	59.5
15	正常分べん	分べん開始を診断する	81	11.8	1.5	4.9	46.9	40.7	11.1	0.0	0.0
16		分べんの進行状態を診断する	81	13.6	1.9	6.9	23.5	59.3	16.0	0.0	0.0
17		産婦と胎児の健康状態を診断する	81	13.2	1.7	6.7	25.9	56.8	16.0	0.0	0.0
18		分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	81	14.5	1.9	6.0	27.2	56.8	14.8	0.0	0.0
19		経腔分べんを介助する	81	12.3	1.8	12.7	19.8	50.6	28.4	0.0	0.0
20		出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	81	11.7	2.0	4.6	19.8	58.0	21.0	0.0	0.0
21		産婦の分べん想起と出産体験理解を支援する	81	10.4	1.2	3.7	27.2	51.9	19.8	0.0	0.0
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	81	9.8	1.6	5.6	2.5	43.2	48.1	2.5	2.5
23	異常状態	異常発生時の観察と判断をもとに行動する	76	2.9	1.3	4.9	1.3	11.8	64.5	5.3	14.5
24		異常発生時の観察と判断をもとに行動する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	81	1.7	1.2	2.0	3.7	29.6	54.3	2.5	8.6
		(2)会陰の切開及び裂傷後の縫合を行う	81	0.4	5.4	2.5	1.2	4.9	11.1	55.6	25.9
		(3)新生児を蘇生させる	81	0.2	0.9	4.6	0.0	6.2	19.8	60.5	12.3
		(4)正常範囲を超える出血への処置を行う	81	0.9	1.3	2.7	1.2	2.5	45.7	22.2	27.2
		(5)子癇発作時の処置を行う	81	0.0	0.1	2.2	1.2	0.0	6.2	17.3	74.1
		(6)緊急時の骨盤位分べんを介助する	81	0.0	0.1	2.3	0.0	0.0	3.7	14.8	80.2
		(7)急速遂娩術を介助する	81	0.8	1.0	2.2	0.0	4.9	29.6	23.5	40.7
		(8)帝王切開前後のケアを行う	81	1.1	0.7	2.5	3.7	18.5	48.1	8.6	19.8
25	じょく婦の 診断とケア	児の異常に対する産婦、家族への支援を行う	81	0.2	0.8	2.3	0.0	4.9	37.0	12.3	44.4
26		異常状態と他施設搬送の必要性を判断する	81	0.1	0.4	2.3	0.0	2.5	12.3	17.3	66.7
27		産じょく経過に伴う身体的回復を診断する	82	7.2	1.0	5.3	57.3	36.6	6.1	0.0	0.0
28		じょく婦の心理・社会的側面を診断する	82	7.1	0.9	4.4	37.8	51.2	11.0	0.0	0.0
29		産後うつ症状を早期に発見し、支援する	82	4.0	0.6	2.9	6.1	23.2	43.9	8.5	17.1
30		じょく婦のセルフケア能力を高める支援を行う	82	6.8	1.0	4.4	34.1	51.2	12.2	0.0	1.2
31		育児に必要な基本的知識を提供し、技術支援を行う	82	6.5	1.0	5.1	30.5	53.7	13.4	0.0	1.2
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	82	6.4	0.9	3.9	24.4	52.4	19.5	1.2	1.2
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	82	7.1	0.9	4.3	32.9	50.0	15.9	0.0	0.0
34		生後1か月までの母子の健康状態を予測する	82	4.7	0.8	3.3	17.1	50.0	26.8	3.7	0.0
35		生後1か月間の母子の健康診査を行う	82	3.5	0.8	2.9	13.4	45.1	34.1	1.2	4.9
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	82	2.1	0.7	2.6	11.0	35.4	43.9	2.4	4.9
37		母乳育児に関する母親に必要な知識を提供する	82	6.5	1.5	4.4	18.3	46.3	29.3	1.2	2.4
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	82	6.2	1.7	4.6	9.8	40.2	41.5	2.4	4.9
39		母乳育児を行えない／行わない母親を支援する	81	1.1	0.5	2.9	1.2	17.3	40.7	9.9	28.4
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	81	2.3	0.3	3.0	2.5	4.9	29.6	14.8	44.4

ガイド ライン 番号	分 類	項 目 名	有効 回答 件数	平均値			構成比				
				学習方法と経験			卒業生の到達度				
				経験 事例数	見 学 事例数	演習・ 講義時間	実施 ひとりで できる	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
41	新生児の 診断とケア	出生後24時間までの新生児の診断とケアを行う	82	6.3	1.3	3.6	22.0	51.2	23.2	1.2	1.2
42		生後1か月までの新生児の診断とケアを行う	82	4.0	0.9	3.1	18.3	36.6	40.2	2.4	0.0
43	ハイリスク 母子のケア	両親の心理的危機を支援する	82	0.5	0.7	2.3	2.4	11.0	31.7	8.5	46.3
44		両親のアタッチメント形成に向けて支援する	82	1.0	0.8	2.3	6.1	19.5	31.7	4.9	37.8
45		NICUにおける新生児と両親を支援する	82	0.8	0.8	2.5	2.4	6.1	36.6	8.5	46.3
46		次回妊娠計画への情報提供と支援を行う	81	1.1	0.6	2.4	3.7	17.3	33.3	4.9	40.7
47	出産・育児期 の家族ケア	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	82	5.3	0.8	2.6	15.9	42.7	34.1	0.0	4.9
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	82	5.1	0.9	2.4	11.0	37.8	41.5	3.7	4.9
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	82	5.0	0.9	3.0	9.8	37.8	43.9	1.2	6.1
50		家族間の人間関係をアセスメントし、支援する	82	4.8	0.9	3.0	12.2	34.1	42.7	3.7	6.1
51		地域社会の資源や機関を活用できるよう支援する	82	5.0	0.9	3.3	9.8	28.0	45.1	1.2	14.6
52	地域母子保健 におけるケア	保健・医療・福祉関係者と連携する	82	0.3	1.3	3.8	3.7	12.2	34.1	6.1	42.7
53		地域の特性と母子保健事業をアセスメントする	82	0.9	1.1	3.3	3.7	12.2	31.7	14.6	36.6
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	82	0.3	0.6	2.8	1.2	8.5	17.1	11.0	61.0
55		災害時の母子へ支援を行う	82	0.0	0.2	2.6	1.2	2.4	11.0	15.9	65.9
56	助産業務管理	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	82	0.1	2.2	5.3	1.2	1.2	20.7	11.0	63.4
57		周産期医療システムの運用と地域連携を行う	82	0.1	2.2	2.6	1.2	1.2	17.1	7.3	70.7
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	82	0.1	1.2	3.6	1.2	0.0	15.9	11.0	69.5
		(2)診療所における助産業務管理を実践する	81	0.1	1.1	2.3	0.0	0.0	14.8	9.9	71.6
	(3)助産所における助産業務管理を実践する	82	0.3	2.2	3.6	1.2	0.0	17.1	12.2	67.1	
59	思春期の 男女への支援	思春期のセクシュアリティ発達を支援する	83	0.6	0.2	5.1	0.0	9.6	13.3	19.3	53.0
60		妊娠可能性のあるケースへの対応と支援を行う	82	0.3	0.1	3.3	0.0	4.9	7.3	20.7	63.4
61		二次性徴の早・遅発ケースの対応と支援を行う	82	0.3	0.0	3.4	0.0	2.4	9.8	13.4	70.7
62		月経障害の緩和と生活を支援する	82	0.3	0.1	3.5	0.0	3.7	15.9	19.5	58.5
63		性感染予防とDV予防を啓発する	82	0.4	0.2	3.3	2.4	3.7	13.4	20.7	57.3
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	82	0.1	0.1	2.9	3.7	6.1	4.9	12.2	72.0
65	女性と パートナーに 対する支援	家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実地の支援	82	2.0	0.7	3.7	6.1	25.6	26.8	17.1	24.4
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	82	0.6	0.2	2.6	4.9	6.1	18.3	9.8	61.0
67		DV(性暴力)の予防と被害相談者への対応、支援を行う	82	0.0	0.1	2.6	1.2	0.0	9.8	12.2	76.8
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	82	0.1	0.1	2.4	0.0	1.2	8.5	15.9	73.2
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	82	0.0	0.4	1.9	0.0	1.2	4.9	13.4	79.3
70	不妊の悩みを持 つ女性と家族に 対する支援	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	82	0.0	0.2	2.6	0.0	1.2	3.7	15.9	79.3
71		不妊検査・治療等の情報を提供し、資源活用を支援する	82	0.0	0.2	2.5	0.0	1.2	3.7	13.4	81.7
72		家族を含めた支援と他機関との連携を行う	82	0.0	0.2	2.3	0.0	1.2	2.4	12.2	84.1
73	中高年女性に 対する支援	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	82	0.1	0.1	2.4	0.0	2.4	8.5	18.3	69.5
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	82	0.1	0.1	2.5	0.0	3.7	8.5	18.3	68.3
75		加齢に伴う生殖器系の健康管理とQOLを支援する	82	0.1	0.1	2.5	0.0	3.7	6.1	17.1	72.0
76	助産師としてのアイデンティティ形成		80	6.6	1.6	8.1	22.5	31.3	17.5	2.5	21.3
Ave			6921	3.8	1.2	3.9	10.5	23.4	23.5	9.1	32.0

*ガイドラインで示されている到達度をオレンジ色で色付けした。

表 30 助産師に求められる卒業時到達度と教育方法

ガイドライン 番号	分 類	項 目 名	有効 回答 件数	平均値			構成比										構成比					構成比				
				学習方法と経験			演習・講義で用いている教育方法（複数回答）										教育方法組み合わせ					卒業生の到達度				
				経験事例数	見学事例数	演習・講義時間	解説型講義	対話・問答式講義	ケース・スタディ	課題のプレゼンテーション	ロール・プレイ	デモンストレーション	グループ・ワーク	討 論	ディベート	解説型講義のみ	解説型講義と対話・問答式講義	講義以外の組み合わせ	講義と他の方法の組み合わせ	回答なし	少しの助言で自立して実施できる	指導の下で実施できる	学内演習で実施できる	知識として分かる		
1	母子の命の尊重	母体の意味を理解し、保護する	83	7.1	1.1	4.8	79.5	28.9	19.3	12.0	4.8	3.6	18.1	25.3	4.8	39.8	7.2	39.8	7.2	6.0	16.9	28.9	27.7	6.0	19.3	
2		子どもあるいは胎児の権利を擁護する	83	7.0	1.1	5.8	73.5	31.3	26.5	13.3	2.4	0.0	18.1	27.7	7.2	28.9	8.4	44.6	10.8	7.2	10.8	30.1	28.9	7.2	21.7	
3		母子両者に関わる倫理的課題に対応する	83	5.8	0.9	5.0	68.7	34.9	26.5	19.3	3.6	0.0	25.3	34.9	7.2	20.5	7.2	54.2	12.0	6.0	3.6	32.5	28.9	7.2	25.3	
4	妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア	時期に応じた妊娠の診断方法を選択する	80	6.1	2.7	5.0	80.0	26.3	58.8	10.0	12.5	7.5	5.0	27.5	0.0	26.3	6.3	52.5	11.3	3.8	22.5	27.5	35.0	2.5	12.5	
5		妊娠時期を診断（現在の妊娠週数）する	80	8.0	3.6	4.9	73.8	27.5	68.8	12.5	17.5	10.0	6.3	28.8	0.0	11.3	6.3	62.5	13.8	6.3	41.3	31.3	18.8	2.5	6.3	
6		妊娠経過を診断する	80	9.3	4.0	6.5	72.5	25.0	75.0	16.3	21.3	10.0	12.5	38.8	0.0	5.0	5.0	67.5	17.5	5.0	23.8	52.5	21.3	0.0	2.5	
7		妊婦の心理・社会的側面を診断する	80	7.8	3.2	5.5	70.0	22.5	73.8	12.5	15.0	5.0	11.3	38.8	0.0	6.3	5.0	63.8	18.8	6.3	22.5	52.5	22.5	0.0	2.5	
8		安定した妊娠生活の維持について診断する	80	7.8	3.2	5.7	67.5	25.0	76.3	15.0	21.3	7.5	12.5	36.3	0.0	3.8	5.0	65.0	20.0	6.3	23.8	43.8	30.0	2.5	0.0	
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	80	4.7	3.9	5.9	67.5	23.8	75.0	18.8	28.8	8.8	12.5	37.5	0.0	2.5	3.8	67.5	20.0	6.3	21.3	42.5	33.8	1.3	1.3	
10		妊婦や家族への出産準備・産後ケアを支援する	80	4.4	3.8	5.9	68.8	22.5	67.5	18.8	36.3	11.3	10.0	38.8	0.0	5.0	2.5	67.5	18.8	6.3	16.3	57.5	23.8	1.3	1.3	
11		現在の妊娠経過から分べん・産じよくを予測し、支援する	80	4.6	5.3	5.5	70.0	23.8	71.3	11.3	23.8	3.8	11.3	32.5	0.0	7.5	2.5	67.5	16.3	6.3	20.0	45.0	33.8	0.0	1.3	
12		流産・死胎・死産など心理的危機に直面した妊産婦と家族のケアを行う	80	0.3	0.7	2.7	85.0	21.3	16.3	3.8	1.3	0.0	8.8	11.3	1.3	53.8	10.0	23.8	6.3	6.3	0.0	7.5	26.3	13.8	52.5	
13	出生前診断に関する支援	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	80	0.5	0.6	3.2	80.0	15.0	8.8	3.8	1.3	0.0	6.3	12.5	5.0	53.8	5.0	23.8	2.5	15.0	2.5	8.8	20.0	12.5	53.8	
14		出生前診断を考える妊婦の意思決定過程を支援する	79	0.0	0.2	3.2	77.2	17.7	8.9	5.1	2.5	0.0	10.1	16.5	6.3	49.4	3.8	29.1	5.1	12.7	2.5	3.8	11.4	20.3	59.5	
15	正常分べん	分べん開始を診断する	81	11.8	1.5	4.9	80.2	24.7	77.8	11.1	25.9	18.5	9.9	28.4	0.0	3.7	2.5	77.8	9.9	6.2	46.9	40.7	11.1	0.0	0.0	
16		分べんの進行状態を診断する	81	13.6	1.9	6.9	77.8	29.6	80.2	17.3	32.1	25.9	11.1	33.3	0.0	1.2	3.7	77.8	11.1	6.2	23.5	59.3	16.0	0.0	0.0	
17		産婦と胎児の健康状態を診断する	81	13.2	1.7	6.7	79.0	29.6	75.3	16.0	32.1	27.2	9.9	29.6	0.0	3.7	3.7	75.3	11.1	6.2	25.9	56.8	16.0	0.0	0.0	
18		分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	81	14.5	1.9	6.0	72.8	25.9	69.1	13.6	38.3	32.1	4.9	28.4	0.0	6.2	3.7	67.9	14.8	7.4	27.2	56.8	14.8	0.0	0.0	
19		経陰分べんを介助する	81	12.3	1.8	12.7	74.1	22.2	53.1	11.1	58.0	75.3	7.4	33.3	0.0	0.0	2.5	72.8	17.3	7.4	19.8	50.6	28.4	0.0	0.0	
20		出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	81	11.7	2.0	4.6	76.5	22.2	51.9	7.4	37.0	38.3	3.7	24.7	0.0	11.1	2.5	66.7	12.3	7.4	19.8	58.0	21.0	0.0	0.0	
21		産婦の分べん想起と出産体験理解を支援する	81	10.4	1.2	3.7	81.5	19.8	40.7	4.9	17.3	12.3	3.7	12.3	0.0	32.1	8.6	40.7	9.9	8.6	27.2	51.9	19.8	0.0	0.0	
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	81	9.8	1.6	5.6	82.7	19.8	53.1	8.6	24.7	18.5	6.2	16.0	0.0	16.0	6.2	60.5	9.9	7.4	2.5	43.2	48.1	2.5	2.5	
23	異常状態	異常発生時の観察と判断をもとに行動する	76	2.9	1.3	4.9	81.6	17.1	27.6	10.5	15.8	18.4	2.6	10.5	0.0	27.6	9.2	44.7	3.9	14.5	1.3	11.8	64.5	5.3	14.5	
24		①骨盤出口部の拡大体位をとる	81	1.7	1.2	2.0	77.8	13.6	17.3	6.2	18.5	37.0	0.0	6.2	0.0	28.4	4.9	45.7	7.4	13.6	3.7	29.6	54.3	2.5	8.6	
25		②会陰の切開及び裂傷後の縫合を行う	81	0.4	5.4	2.5	80.2	14.8	9.9	1.2	23.5	55.6	0.0	2.5	0.0	16.0	6.2	59.3	7.4	11.1	1.2	4.9	11.1	55.6	25.9	
26		③新生児を蘇生させる	81	0.2	0.9	4.6	84.0	18.5	17.3	6.2	42.0	67.9	4.9	9.9	0.0	6.2	2.5	75.3	4.9	11.1	0.0	6.2	19.8	60.5	12.3	
27		④正常範囲を超える出血への処置を行う	81	0.9	1.3	2.7	82.7	18.5	27.2	11.1	16.0	19.8	1.2	9.9	0.0	29.6	9.9	44.4	4.9	11.1	1.2	2.5	45.7	22.2	27.2	
28		⑤子癇発作時の処置を行う	81	0.0	0.1	2.2	82.7	13.6	9.9	4.9	6.2	8.6	0.0	3.7	0.0	54.3	8.6	21.0	3.7	12.3	1.2	0.0	6.2	17.3	74.1	
29		⑥緊急時の骨盤位分べんを介助する	81	0.0	0.1	2.3	76.5	13.6	7.4	2.5	4.9	18.5	0.0	1.2	0.0	45.7	9.9	22.2	3.7	18.5	0.0	0.0	3.7	14.8	80.2	
30		⑦急速達娩術を介助する	81	0.8	1.0	2.2	81.5	13.6	12.3	4.9	8.6	23.5	1.2	3.7	1.2	42.0	8.6	32.1	3.7	13.6	0.0	4.9	29.6	23.5	40.7	
31		⑧帝王切開前後のケアを行う	81	1.1	0.7	2.5	81.5	16.0	18.5	6.2	4.9	8.6	1.2	4.9	0.0	50.6	8.6	23.5	7.4	9.9	3.7	18.5	48.1	8.6	19.8	
32		児の異常に対する産婦、家族への支援を行う	81	0.2	0.8	2.3	84.0	14.8	16.0	2.5	6.2	2.5	1.2	7.4	0.0	54.3	7.4	22.2	3.7	12.3	0.0	4.9	37.0	12.3	44.4	
33		異常状態と他施設搬送の必要性を判断する	81	0.1	0.4	2.3	85.2	11.1	13.6	1.2	4.9	0.0	1.2	3.7	0.0	59.3	6.2	19.8	1.2	13.6	0.0	2.5	12.3	17.3	66.7	
34	じよく婦の診断とケア	産じよく経過に伴う身体的回復を診断する	82	7.2	1.0	5.3	80.5	22.0	68.3	18.3	19.5	23.2	8.5	34.1	0.0	8.5	2.4	70.7	11.0	7.3	57.3	36.6	6.1	0.0	0.0	
35		じよく婦の心理・社会的側面を診断する	82	7.1	0.9	4.4	79.3	20.7	67.1	18.3	13.4	9.8	8.5	32.9	1.2	12.2	3.7	64.6	12.2	7.3	37.8	51.2	11.0	0.0	0.0	
36		産後うつ症状を早期に発見し、支援する	82	4.0	0.6	2.9	85.4	18.3	36.6	8.5	4.9	2.4	6.1	13.4	0.0	42.7	4.9	40.2	3.7	8.5	6.1	23.2	43.9	8.5	17.1	
37		じよく婦のセルフケア能力を高める支援を行う	82	6.8	1.0	4.4	78.0	23.2	59.8	15.9	26.8	19.5	7.3	32.9	0.0	12.2	2.4	67.1	11.0	7.3	34.1	51.2	12.2	0.0	1.2	
38		育児に必要な基本的知識を提供し、技術支援を行う	82	6.5	1.0	5.1	76.8	23.2	54.9	20.7	41.5	26.8	4.9	35.4	0.0	7.3	2.4	72.0	11.0	7.3	30.5	53.7	13.4	0.0	1.2	
39		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	82	6.4	0.9	3.9	80.5	25.6	41.5	8.5	17.1	8.5	4.9	24.4	0.0	28.0	4.9	53.7	6.1	7.3	24.4	52.4	19.5	1.2	1.2	
40		産じよく復古が阻害されるか否かを予測し、予防的ケアを行う	82	7.1	0.9	4.3	78.0	22.0	54.9	8.5	18.3	12.2	3.7	24.4	0.0	22.0	4.9	53.7	12.2	7.3	32.9	50.0	15.9	0.0	0.0	
41		生後1か月までの母子の健康状態を予測する	82	4.7	0.8	3.3	80.5	22.0	41.5	7.3	12.2	4.9	4.9	24.4	0.0	29.3	9.8	43.9	9.8	7.3	17.1	50.0	26.8	3.7	0.0	
42		生後1か月間の母子の健康診査を行う	82	3.5	0.8	2.9	79.3	19.5	35.4	7.3	26.8	20.7	2.4	20.7	0.0	29.3	7.3	46.3	8.5	8.5	13.4	45.1	34.1	1.2	4.9	
43		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	82	2.1	0.7	2.6	78.0	18.3	35.4	6.1	15.9	8.5	2.4	15.9	0.0	34.1	7.3	40.2	7.3	11.0	11.0	35.4	43.9	2.4	4.9	
44		母乳育児に関する母親に必要な知識を提供する	82	6.5	1.5	4.4	81.7	24.4	41.5	13.4	26.8	25.6	3.7	25.6	0.0	23.2	2.4	58.5	7.3	8.5	18.3	46.3	29.3	1.2	2.4	
45		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	82	6.2	1.7	4.6	80.5	25.6	35.4	9.8	26.8	36.6	4.9	25.6	0.0	20.7	2.4	59.8	9.8	7.3	9.8	40.2	41.5	2.4	4.9	
46		母乳育児を行えない／行わない母親を支援する	81	1.1	0.5	2.9	80.2	18.5	14.8	2.5	4.9	3.7	4.9	9.9	0.0	48.1	9.9	23.5	4.9	13.6	1.2	17.3	40.7	9.9	28.4	
47		母子愛着形成の障害、児の虐待ハイスリスク要因を早期に発見し、支援する	81	2.3	0.3	3.0	87.7	19.8	18.5	3.7	2.5	2.5	1.2	7.4	1.2	55.6	12.3	21.0	2.5	8.6	2.5	4.9	29.6	14.8	44.4	

ガイド ライン 番号	分 類	項 目 名	有効 回答 件数	平均値			構成比										構成比					構成比			
				学習方法と経験			演習・講義で用いている教育方法〔複数回答〕										教育方法組み合わせ					卒業生の到達度			
				経験 事例 数	見 学 事例 数	演 習・ 講義 時間	解説 型講 義	対 話・ 問 答 式 講 義	ケース ・ スタ ディ	課題 の プレゼ ンテー ション	ロー ル・ ブレ イ	デ モ ン ス トレー ション	グル ープ・ ワー ーク	討 論	デ イ ベ ート	解説 型講 義のみ	解説 型講 義と対 話・問 答式 講 義	講 義と 他 の 方法 の 組 み 合 わ せ	講 義 以 外 の 組 み 合 わ せ	回 答 な し	ひと り で 実 施 で き る	少 し の 助 言 で 自 立 し て 実 施 で き る	指 導 の 下 で 実 施 で き る	学 内 演 習 で 実 施 で き る	知 識 と し て 分 か る
48	新生児の 診断とケア	出生後24時間までの新生児の診断とケアを行う	82	6.3	1.3	3.6	80.5	22.0	40.2	8.5	23.2	39.0	1.2	17.1	0.0	15.9	2.4	67.1	7.3	7.3	22.0	51.2	23.2	1.2	1.2
49		生後1か月までの新生児の診断とケアを行う	82	4.0	0.9	3.1	80.5	22.0	32.9	6.1	13.4	22.0	2.4	14.6	0.0	26.8	7.3	51.2	4.9	9.8	18.3	36.6	40.2	2.4	0.0
50	ハイリスク 母子のケア	両親の心理的危機を支援する	82	0.5	0.7	2.3	85.4	17.1	11.0	6.1	2.4	4.9	2.4	11.0	0.0	58.5	7.3	23.2	2.4	8.5	2.4	11.0	31.7	8.5	46.3
51		両親のアタッチメント形成に向けて支援する	82	1.0	0.8	2.3	86.6	17.1	9.8	4.9	2.4	6.1	2.4	8.5	0.0	62.2	4.9	23.2	1.2	8.5	6.1	19.5	31.7	4.9	37.8
52		NICUにおける新生児と両親を支援する	82	0.8	0.8	2.5	84.1	20.7	11.0	6.1	1.2	3.7	3.7	9.8	0.0	57.3	7.3	24.4	2.4	8.5	2.4	6.1	36.6	8.5	46.3
53		次回妊娠計画への情報提供と支援を行う	81	1.1	0.6	2.4	85.2	16.0	6.2	2.5	9.9	9.9	1.2	8.6	0.0	56.8	8.6	21.0	3.7	9.9	3.7	17.3	33.3	4.9	40.7
54	出産・育児期 の家族ケア	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	82	5.3	0.8	2.6	76.8	18.3	52.4	12.2	6.1	3.7	11.0	26.8	0.0	24.4	1.2	53.7	11.0	9.8	15.9	42.7	34.1	0.0	4.9
55		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	82	5.1	0.9	2.4	78.0	19.5	52.4	11.0	3.7	1.2	12.2	24.4	0.0	25.6	2.4	52.4	11.0	8.5	11.0	37.8	41.5	3.7	4.9
56		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	82	5.0	0.9	3.0	78.0	17.1	48.8	11.0	3.7	1.2	12.2	23.2	0.0	30.5	1.2	48.8	11.0	8.5	9.8	37.8	43.9	1.2	6.1
57		家族間の人間関係をアセスメントし、支援する	82	4.8	0.9	3.0	80.5	17.1	50.0	9.8	6.1	1.2	14.6	24.4	0.0	26.8	1.2	54.9	8.5	8.5	12.2	34.1	42.7	3.7	6.1
58		地域社会の資源や機関を活用できるように支援する	82	5.0	0.9	3.3	84.1	17.1	43.9	12.2	4.9	1.2	9.8	24.4	0.0	35.4	0.0	51.2	4.9	8.5	9.8	28.0	45.1	1.2	14.6
59	地域母子保健 におけるケア	保健・医療・福祉関係者と連携する	82	0.3	1.3	3.8	85.4	18.3	13.4	13.4	1.2	1.2	2.4	13.4	0.0	51.2	8.5	25.6	3.7	11.0	3.7	12.2	34.1	6.1	42.7
60		地域の特性と母子保健事業をアセスメントする	82	0.9	1.1	3.3	81.7	19.5	11.0	14.6	0.0	1.2	3.7	19.5	0.0	43.9	9.8	28.0	6.1	12.2	3.7	12.2	31.7	14.6	36.6
61		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	82	0.3	0.6	2.8	81.7	18.3	8.5	11.0	1.2	4.9	2.4	15.9	0.0	45.1	7.3	30.5	3.7	13.4	1.2	8.5	17.1	11.0	61.0
62		災害時の母子へ支援を行う	82	0.0	0.2	2.6	81.7	20.7	6.1	7.3	8.5	6.1	2.4	18.3	0.0	45.1	7.3	31.7	1.2	14.6	1.2	2.4	11.0	15.9	65.9
63	助産業務管理	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	82	0.1	2.2	5.3	85.4	23.2	3.7	14.6	0.0	2.4	4.9	17.1	1.2	46.3	13.4	28.0	1.2	11.0	1.2	1.2	20.7	11.0	63.4
64		周産期医療システムの運用と地域連携を行う	82	0.1	2.2	2.6	84.1	20.7	2.4	8.5	0.0	1.2	3.7	13.4	0.0	54.9	12.2	19.5	2.4	11.0	1.2	1.2	17.1	7.3	70.7
65		病院における助産業務管理を実践する	82	0.1	1.2	3.6	82.9	24.4	3.7	13.4	1.2	1.2	4.9	18.3	0.0	43.9	14.6	26.8	3.7	11.0	1.2	0.0	15.9	11.0	69.5
66		診療所における助産業務管理を実践する	81	0.1	1.1	2.3	77.8	19.8	3.7	12.3	1.2	1.2	6.2	13.6	0.0	46.9	11.1	22.2	3.7	16.0	0.0	0.0	14.8	9.9	71.6
67		助産所における助産業務管理を実践する	82	0.3	2.2	3.6	81.7	23.2	6.1	22.0	1.2	2.4	6.1	26.8	0.0	39.0	11.0	32.9	4.9	12.2	1.2	0.0	17.1	12.2	67.1
68	思春期の 男女への支援	思春期のセクシュアリティ発達を支援する	83	0.6	0.2	5.1	78.3	18.1	2.4	19.3	8.4	7.2	1.2	27.7	0.0	41.0	4.8	36.1	3.6	14.5	0.0	9.6	13.3	19.3	53.0
69		妊娠可能性のあるケースへの対応と支援を行う	82	0.3	0.1	3.3	73.2	12.2	1.2	9.8	4.9	2.4	0.0	20.7	0.0	48.8	3.7	23.2	3.7	20.7	0.0	4.9	7.3	20.7	63.4
70		二次性徴の早・遅発ケースの対応と支援を行う	82	0.3	0.0	3.4	74.4	12.2	1.2	9.8	3.7	2.4	0.0	17.1	0.0	52.4	3.7	20.7	2.4	20.7	0.0	2.4	9.8	13.4	70.7
71		月経障害の緩和と生活を支援する	82	0.3	0.1	3.5	78.0	15.9	1.2	14.6	7.3	3.7	0.0	18.3	0.0	46.3	7.3	26.8	2.4	17.1	0.0	3.7	15.9	19.5	58.5
72		性感染予防とDV予防を啓発する	82	0.4	0.2	3.3	78.0	17.1	6.1	12.2	7.3	2.4	2.4	22.0	0.0	37.8	9.8	32.9	4.9	14.6	2.4	3.7	13.4	20.7	57.3
73		家族的支援と教育関係者及び専門職と連携し支援する	82	0.1	0.1	2.9	78.0	14.6	2.4	9.8	1.2	2.4	1.2	13.4	0.0	57.3	7.3	15.9	4.9	14.6	3.7	6.1	4.9	12.2	72.0
74	女性と パートナーに 対する支援	家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実地の支援	82	2.0	0.7	3.7	79.3	19.5	11.0	17.1	19.5	22.0	6.1	24.4	0.0	29.3	3.7	48.8	7.3	11.0	6.1	25.6	26.8	17.1	24.4
75		健康的な性と生殖への発達支援と自己決定を尊重する	82	0.6	0.2	2.6	82.9	15.9	2.4	11.0	4.9	1.2	4.9	17.1	0.0	58.5	4.9	20.7	2.4	13.4	4.9	6.1	18.3	9.8	61.0
76		DV(性暴力)の予防と被害相談者への対応、支援を行う	82	0.0	0.1	2.6	82.9	14.6	6.1	8.5	3.7	1.2	6.1	12.2	0.0	58.5	6.1	19.5	3.7	12.2	1.2	0.0	9.8	12.2	76.8
77		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	82	0.1	0.1	2.4	78.0	12.2	1.2	4.9	3.7	0.0	0.0	9.8	0.0	58.5	6.1	14.6	1.2	19.5	0.0	1.2	8.5	15.9	73.2
78		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	82	0.0	0.4	1.9	78.0	11.0	3.7	6.1	1.2	0.0	1.2	8.5	0.0	63.4	3.7	12.2	2.4	18.3	0.0	1.2	4.9	13.4	79.3
79	不妊の悩みを 持つ女性と家族 に対する支援	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	82	0.0	0.2	2.6	80.5	12.2	6.1	4.9	2.4	0.0	2.4	11.0	0.0	56.1	7.3	18.3	2.4	15.9	0.0	1.2	3.7	15.9	79.3
80		不妊検査・治療等の情報を提供し、資源活用を支援する	82	0.0	0.2	2.5	80.5	9.8	4.9	6.1	1.2	0.0	1.2	8.5	0.0	62.2	4.9	14.6	2.4	15.9	0.0	1.2	3.7	13.4	81.7
81		家族を含めた支援と他機関との連携を行う	82	0.0	0.2	2.3	78.0	9.8	6.1	3.7	1.2	1.2	0.0	7.3	0.0	61.0	4.9	13.4	2.4	18.3	0.0	1.2	2.4	12.2	84.1
82	中高年女性に 対する支援	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	82	0.1	0.1	2.4	80.5	11.0	0.0	9.8	3.7	3.7	1.2	14.6	0.0	59.8	2.4	20.7	1.2	15.9	0.0	2.4	8.5	18.3	69.5
83		中高年の生殖器官に関する健康障害を予防し、日常生活を支援する	82	0.1	0.1	2.5	80.5	11.0	1.2	9.8	3.7	3.7	1.2	15.9	0.0	57.3	1.2	24.4	1.2	15.9	0.0	3.7	8.5	18.3	68.3
84		加齢に伴う生殖器官の健康管理とQOLを支援する	82	0.1	0.1	2.5	79.3	11.0	0.0	9.8	2.4	3.7	1.2	15.9	0.0	58.5	1.2	22.0	1.2	17.1	0.0	3.7	6.1	17.1	72.0
85	助産師としてのアイデンティティ形成		80	6.6	1.6	8.1	72.5	31.3	16.3	21.3	10.0	7.5	26.3	42.5	5.0	13.8	7.5	55.0	8.8	15.0	22.5	31.3	17.5	2.5	21.3
Ave			6921	3.8	1.2	3.9	79.3	19.5	28.7	10.2	12.3	11.3	5.6	19.5	0.5	34.6	5.9	41.7	7.1	10.8	10.5	23.4	23.5	9.1	32.0

研究3：助産師養成課程における特色ある教育展開事例に関する調査

A Survey of Characteristics of Educational Development in Midwifery Training Programs

研究代表者 井村真澄（日本赤十字看護大学大学院）
研究分担者 福島裕子（岩手県立大学）
研究協力者 野口恭子（岩手県立大学）
蛎崎奈津子（岩手医科大学）
アガホツア司寿子（岩手県立大学）
後藤仁子（岩手県立大学）
木地谷祐子（岩手県立大学）
大黒屋安由子（岩手県立大学）
橋本扶美子（岩手看護短期大学）
西里真澄（岩手看護短期大学）
高橋淳美（岩手看護短期大学）

研究要旨

本研究では、今後の助産師養成課程における教育方法を検討する一助とするために、特色ある教育方法を取り入れている助産師養成課程を持つ学校養成所6校に聞き取り調査を行った。

大学院2校と、大学、大学専攻科、短期大学専攻科、1年養成課程各1校から「助産学生の学習意欲を引き出すシミュレーション教育」「助産師教育における地域連携教育・研究の取り組みおよび実習施設の指導者が関わる分娩介助演習」「胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入した産婦ケア演習」、大学専攻科では「レーダーチャートを活用した客観的臨床能力試験（OSCE）」「卒業生を模擬患者に活用した助産学生への卒業前 OSCE」「卒業生と連携した“子育て支援講座”を取り入れた助産教育」の、6つの特色ある教育展開について聞き取ることができた。

各学校養成所は、学内の学習と臨床実践のギャップを小さくするために、模擬患者や CTG 再生装置、シナリオなどを活用して、できるだけ臨場感のある演習場面を設定し、対象や状況に応じた判断・態度・コミュニケーションなど、複合的学習を能動的に行えるよう教育方法を工夫していた。また学習過程の中で、学生が自身の課題や成長を実感できるような振り返りや、効力感や達成感につながる評価、地域住民や卒業生と連携し、学校内の資源だけに頼らない教育を工夫していた。

現代の教育パラダイムは、知識注入主義から構成主義へ変遷してきている。助産学生自身が、助産技術の実践を通して、その意味を考え、知識を構成し、成長し続けるためには、助産に関する知識を細かい単位に分割して暗記させる学習ではなく、今回のような教育の工夫をしていく必要がある。

A. 研究の背景

助産師は正常な経過をたどる妊産褥婦への保健指導と分娩介助を独自に実施できる職種であり、その専門性は、妊娠期から育児期まで継続した関わりによって女性のセルフケア能力を高め、母子の健康を増進させることにある。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、助産師は、

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る。

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た。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、助産師教育の修業年限が延長し単位数も増加した。また、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」(厚生労働省, 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、助産師養成課程を持つ教育機関は、その目標到達に向けた助産師養成教育の充実に取り組んできた。

平成27年度の「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調査」(全国助産師教育協議会, 2016) においては、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が明らかになった。しかしその一方で、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や分娩進行に伴う異常発生予測と予防的行動能力の獲得が困難であることも明らかとなった。また、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、助産に関する基礎知識・分娩介助手順だけではなく、コミュニケーション能力、連絡・報告・相談能力も挙げられた。

つまり、今後の助産師養成課程においては、10 例以上の分娩介助は必須であることは当然であるが、分娩介助技術にとどまらない統合的な判断能力や専門家として協働できるコミュニケーション能力の育成も求められているといえよう。そのための効果的な教育方法をさらに検討していくことが必須の課題である。

一方で、近年は、シミュレーション教育や OSCE など、新しい教育方法を助産師教育に取り入れる教育機関も増えてきており、その教育成果や意義について検証されつつある

(森・鈴木・石井他, 2016 ; 岡山・森兼・山名他, 2015 ; 谷口・柳吉・我部山, 2012)。これらの先駆的な教育方法の具体的な内容について集積し、助産師養成課程で共有する事は、今後、各教育機関が効果的な教育方法を検討する上で意義有ることといえる。

そこで、今回、今後の助産師養成課程における教育方法を検討する一助とするために、

特色ある教育方法を取り入れている助産師養成課程を対象に聞き取り調査を行い、具体的な教育方法や内容、工夫点、教育効果の実際や演習で用いている事例などについて明らかにしたので報告する。

B. 研究目的

助産師養成課程で特色ある教育を展開している学校養成所での教育方法や内容、工夫点、教育効果の実際や演習で用いている具体的事例などについて明らかにする。

なお本研究において「学校養成所」とは、助産師養成課程をもっている 1 年課程養成所、短期大学専攻科、大学、大学専攻科・別科、大学院/専門職大学院をいう。

C. 方法

1. 研究デザイン

聞き取りによる調査

2. 調査対象

助産師養成課程で新たな教育方法を取り入れている学校養成所 6 校

3. 調査内容

取り組んでいる先駆的教育の具体的な内容と教育の実際の方法(必要な準備、教員の役割、実際に用いている教材や事例、学生の配置、動かし方、講義・演習の流れ、工夫点や留意点、評価の実際など)、費用や必要な物品、学生への教育効果、教員への効果などについて、あらかじめ資料を準備していただき、聞き取りを行った。講義計画書や講義で用いた資料、評価表、講義の様子を記録した写真など、対象校から許可が得られたものは、調査資料として提供してもらった。

4. 調査期間

平成 28 年 11 月～平成 29 年 1 月

5. 調査対象の選出

助産師養成課程で特色ある教育に取り組ん

でいる学校養成所の研究報告を検索し、本調査の目的に合致する学校養成所を選出した。検索の際のキーワードは「助産」または「助産師教育」「教育」と現在先駆的教育方法とされている「シミュレーション」「模擬妊婦」「模擬産婦」「模擬褥婦」「OSCE」「Team-based learning」「ブレンド学習」などの用語を、掛け合わせ本調査の目的に合致する学校養成所を選出した。検索のデータベースは「CiNii Articles」「医学中央雑誌 Web 版」「メディカルオンライン」「最新看護索引 web」とした。

さらに、全国助産師教育協議会の地区長に、メールと文書で、特色ある教育を実践している学校養成所の情報を提供の依頼を行い、本調査の目的に合致する学校養成所を推薦していただき、選出した。

6. 調査対象への依頼と承諾を得る方法

対象として選出した学校養成所の助産師養成課程の担当教員に電話またはメールで研究の主旨・目的を伝え、承諾のもと「調査協力依頼文書」「調査概要説明書」「調査協力同意書」「担当者様ご連絡先記載用紙」「返信用封筒を送付した。その際、学校名は実名として紹介するが、希望があれば匿名化できることも伝えた。

調査協力が得られた場合は「調査協力同意書」と「担当者様ご連絡先記載用紙」に必要事項を記載して返信してもらった。

7. 聞き取り調査の実際

同意書を確認後、直ちに担当者と連絡を取り、聞き取り調査の日時、場所について相談し、先方の都合を優先して聞き取り実施日を決定した。対象の学校養成所には研究者2名が訪問し、聞き取り調査を行った。聞き取りの前に再度調査目的を資料に沿って説明した。聞き取りの内容は承諾のもとICレコーダーに録音した。聞き取りに不足があった場合や確認事項があった場合は、長後に電話、またはメールで担当者に確認を行った。

8. 調査データの分析とまとめ

調査データは、学校養成所ごとに教育方法や実践展開の事例としてまとめ、詳細を記述した。なお調査結果を記述したものは、一度、調査対象校の担当者にメールまたは郵送でお送りし、内容に誤解や誤りがないかを確認してもらった。

D. 倫理的配慮

調査協力依頼文書と、調査概要説明書を事前に郵送し、後日、メールまたは電話で協力の可否を確認させていただいた。また、調査の日時を決定した後であっても、拒否する事ができることを保障した。

対象の権利の擁護の保障として以下について、文書及び口頭で説明した。

- ①この調査への協力は、自由意思に基づき行われ、調査協力に同意しない場合にも、不利益を受けることは一切ないこと。
- ②調査に同意したあとも、希望があればいつでも取りやめることができ、取りやめることによって不利益を被ることは一切ないこと。
- ③施設や個人の評価につながるようなことがないこと。
- ④聞き取りデータは、対象となる学校養成所の長または科目責任者が公表しても良いと判断する資料のみの開示でよいこと。
- ⑤調査で聞き取った内容や提供していただいた資料は、本調査にのみ使用すること。
- ⑥調査により得られたデータは、報告書として厚生労働省へ提出される事、その報告書は厚生労働省と全国助産師教育協議会のホームページで公開されること、学校名は、実名として紹介するが、希望があれば匿名化できること。

なお資料は施錠可能な場所に保管し、データを電子媒体に保管する場合には、認証機能付のUSBメディアを使用した。データ保存期間終了後、全データは削除することとした。

E. 謝礼

研究協力に対する金銭の謝礼はおこなっていない。

F. 結果および考察

7つの学校養成所が対象として選出され、そのうち6校より協力を得ることができた。6校の内訳は、大学院（3年課程）1校、大学院（2年課程）1校、大学統合カリキュラム1校、大学専攻科1校、短大専攻科1校、専門学校1校であった（表1）。

各学校養成所で取り組まれている教育の特色は、大学院は「助産学生の学習意欲を引き出すシミュレーション教育」、「助産師教育における地域連携教育・研究の取り組みおよび実習施設の指導者が関わる分娩介助演習」について、大学の統合カリキュラムでは「胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入した産婦ケア演習」、大学専攻科では「レーダーチャートを活用したOSCE（客観的臨床能力試験）」、短期大学専攻科では「卒業生を模擬患者に活用した助産学生への卒業前客観的臨床能力試験（OSCE）」、そして1年課程養成所では「卒業生と連携した「子育て支援講座」を取り入れた助産教育」であった。

以下、教育の特色ごとに、「対象校及び教育課程」「教育の目的・ねらい」「教育内容の実際」「教育にあったっての留意点や重視していること」を述べていく。そして他の学校養成所で応用することに向けた留意点などを考察していく。

文献

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.

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000099698.pdf>(2016.8.2 現在)

ICM International Confederation of Midwives.

(2013). Global standards for midwifery education (2010).

<http://www.internationalmidwives.org/assets/u>

ploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013.pdf(2016.8.2 現在)

森美紀・鈴木幸子・石井邦子・大井けい子・林ひろみ・山本英子・北川良子(2016). 模擬産婦養成プログラムおよび模擬産婦と胎児心拍陣痛図再生装置を用いた分娩介助演習の評価, *日本母性看護学会誌*, 16(1), 85-92.

岡山真理・森兼真理・山名香奈美・五十嵐稔子・中西伸子・脇田満里子(2015). 修士課程における助産師教育での修了前客観的臨床能力試験（OSCE）を受験する学生の行動に影響を与える要因と効果的な修了前OSCEの検討, *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 11, 67-76.

谷口初美・柳吉桂子・我部山キヨ子(2011). 状況判断力の向上のためのシミュレーション学習の試みとその学習モチベーション評価, *京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 健康科学*, 7, 43-47.

全国助産師教育協議会(2016).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. 全国助産師教育協議会.

(福島裕子)

表 1 対象校の一覧

教育課程	対象校	教育の特色
大学院	九州大学大学院医学研究院保健学部門	助産学生の学習意欲を引き出すシミュレーション教育
大学院	神戸市看護大学大学院看護学研究科	地域連携教育・研究および実習施設の指導者が関わる分娩介助演習の取り組み
大学	埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科	胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入した産婦ケア演習
大学専攻科	札幌市立大学助産学専攻科	レーダーチャートを活用した客観的臨床能力試験（OSCE）評価の取り組み
短期大学専攻科	岩手看護短期大学専攻科	卒業生を模擬産婦として活用した助産学生への卒業前の客観的臨床能力試験（OSCE）の取り組み
1年課程養成所	愛仁会看護助産専門学校 助産学科	卒業生と連携した「子育て支援講座」を取り入れた助産教育

I. 助産学生の学習意欲を引き出すシミュレーション教育

1. 対象校

九州大学大学院医学研究院保健学部門
大学院修士課程 助産学コース
現在は学部選択制 助産師コースと並行

2. 教育課程

大学院（2年、3年：社会人）定員7名

3. 調査日

平成28年12月7日

4. 教育目的・ねらい

学生が主体的に学び、臨床現場でのより実践的な行動に役立つ教育方法であるシミュレーション教育を導入し、助産師としての実践力（知識・技術・態度）の向上をめざす。

5. シミュレーション教育導入までの経緯

妊婦健診技術や分娩介助技術など、これまで一般的に行われてきた助産学教育がスキルトレーニングに偏重している現状が指摘されている。今回調査に対応してくださった谷口教授自身も学生たちの特性として、学校で学んだことを臨床の場面でどのようにつなげてケア展開するかについてはすぐに行動に移すことが困難であること、教員としては「教えた」と思っているが、学生たちはその20%ほどしか覚えていない現状があることなどを感じていた。そのため、これからは学生たちの特性や学びの現状を理解した上での教育展開が重要であり、学生が主体的に学び、臨床現場でのより実践的な行動に役立つ教育方法であるシミュレーション教育の実施を検討することとした。九州大学大学院の教授はこれまでシミュレーション教育が盛んなハワイ大学、そして帰国後は京都大学での教育経験をもっていた。特に京都大学では演習の様子を録画でき、見学している学生たちがリアルタイムで各場面に対して評価することのできる

PF-Note（Power Feedback Note：内田洋行社製）を使用し、シミュレーション教育に取り組んでいた。九州大学に赴任後、PF-Noteの購入はまだできてはいないが、代わりに学生たちの様子をビデオ録画し、その画像を活用してのシミュレーション教育を実施している。また数年前に所属棟の改修工事があり、その際は分娩室など演習室でシミュレーション学習ができるように、マジックミラーと天井に録画機能を設営した。高額な高機能シミュレーターや専用の演習室など十分な器具や設備は整ってはいないものの可能な範囲でシミュレーション教育を実践している。

6. シミュレーション教育について

シミュレーション教育は学習効果を上げるための効果的な学習方法として取り組んでいるもので、図I-1のように、学習ピラミッド（デールの経験の円錐）に基づき計画されている（阿部, 2014）。

また、九州大学大学院の校内には、以下の内容が掲示されている。

実際の臨床現場・臨床場면을模擬的に再現した学習環境を提供し、学習者の疑似体験から、医療者としての実践力（知識・技術・態度）の向上をめざす教育。（阿部）

従来の技術教育は、“See one（見て）、Do one（やってみて）、Teach one（教えてみる）”という一連の過程を通じて修得していくといわれていたが、その一連の流れに新たに“Simulation one（シミュレーションで疑似体験して）”と“Reflect one（振り返って）”という2つのステップを加えたものである（阿部, 2014）。このことについても、学習におけるシミュレーション教育の位置づけとして、校内に示されている。

さらに、このシミュレーション教育で期待される効果として、図I-2のような掲示もなされている。この学習は単なる技術能力の演習としてだけでなく、コミュニケーション能力をはじめとする対人技術や医療者に求めら

れる基本的な態度など、ノンテクニカルスキルが包含されている（谷口・柳吉・我部山、2011）。この点も臨床現場でのより実践的な行動を促進する本教育の特徴のひとつである。

7. 教育内容の実際

1) 実施方法

九州大学大学院では各科目において数回、総合シミュレーション（演習）を設定している（表 I-1）。

2) 状況設定と進行方法

シミュレーション教育の構成は、図 I-3 の通りである。事前の学習や知識のテストをクリア後、目標と課題の提示、その後、学生達によるシミュレーション（ロールプレイ）が行われる。その様子は録画され、その画像をもとに教員がファシリテータとなつての Positive Critique と GAS Method を用いたデブリーフィング（振り返り）が行われる。うまく行動できたことに加え、うまくできなかったことなど、この学習で体験できたことすべてが学生たちの学びとなるよう教員がファシリテートする。

以下、いくつかの場面を例に挙げて、その実際を説明する。前述のように、シミュレーション教育には4つの段階がある。実際の総合シミュレーション（演習）を行う前に「事前学習・知識のテスト」がなされ、残りの3つの段階は総合シミュレーション（演習）時間内で展開される。

（1）事前学習・知識のテスト場面について

児心音低下時の対応に関する総合シミュレーション（演習）の場合は、以下の内容の事前学習が必要となる。学生には数日前までに内容が伝達される。

- ・胎児心拍数における一過性徐脈の4パターン
- ・一過性徐脈がみられた際の一般的な対応
- ・SBAR 等

なお、この場面については、初産婦で子宮口が7cm開大、胎児心音が80bpmの場合の必要な助産ケアを実施するという課題が出される。学生は2人でペアになって（主助産師・従助産師役）実施する。

（2）総合シミュレーション（演習）の当日について

①目標と課題の提示について

例えば、急速遂娩の場面については、目標を『チーム医療を学ぶ』とし、4人の助産師で対応するシミュレーション学習となる。4名の助産師の役割と人数配置は、①電話対応フリー助産師1名、②リーダー助産師1名、③分娩係助産師2名である。

この場面における課題は『急速に分娩を進行している入院産婦を安全・安楽に受け入れ、分娩を終えるための準備を適切に行う』であり、各助産師個々の目標は表 I-2 のようになる。

なお、妊産婦など対象役はファシリテータ以外の教員が担当する。

②シミュレーション場面について

1シーンは10分程度であり、その様子はビデオに録画される。シミュレーションを演じる学生以外の学生がいる場合は、その状況のよい場面、もう一步の場面について各自で評価しながらマジックミラーの外側で見学することとなる。不適切な対応がなされた場合や学生の動きがとまった際は、教員がストップをかけ、次の段階のデブリーフィング（振り返り）の段階に移行することもある。

③デブリーフィング（振り返り）場面について

教員がファシリテートし、よかった点、うまくできなかった場面について振り返りを行う。この際、Positive Critique に心がけて展開する。最初によかった点について、その後にもう一步であった場面について振り返る順序としている。

デブリーフィング（振り返り）では GAS Method（G：gather 情報を集める、A：analyze 分析する、S：summarize まとめ）を用いて進行する。「何をしたか」「どのようにしたか」「改善できるポイントは何か」を学習者が中心となって考えることができるように進める（谷口・千葉・我部山, 2012）。

具体的には、よかった点については、シミュレーションを行った学生に対し「どこがよかったか」と問いかけ、そう思った理由や見学していた学生がいる場合はその学生たちの意見やそう思った理由などを材料に進行する。

一方、もう一步の場面については「どこがまずかったか」を演じた学生に問いかけたり、他の学生に意見をもらったりしながら進行する。この失敗から学ぶ体験ができることは学生たちにとっては貴重であり、教員には学生が失敗を怖がらず、その体験を学びに昇華させる関わりや進行技術が必要となる。

また、このデブリーフィング（振り返り）場面においては、適宜、録画内容を確認しながら展開する。学生たちは映像を見ることにより、意識せずに行動していたことや自分自身の行動の特徴などに気づくよい機会となる。

最後に、うまく実施できなかった場面については再度実施する時間を設ける。学生が「うまくできた」という成功体験をもち、演習を終えることができるようにする。失敗を繰り返して自分のものにできるというこのシミュレーション教育のよさが実感できる場面となる。

8. 取り組んでみての効果

1) 実習場面での実践力の向上、スムーズな導入について

現在、大学院生および学部生の助産学生に対しシミュレーション教育を行っているが、実習場面への効果については学生個々の特性が反映しており、効果がてきめんに現れる学生

もいれば、じわじわと効果がみられる学生もいる。これは実習で指導いただいている臨床スタッフからの評価も同様である。しかし、チーム医療を学ぶ場面の経験により、学生たちは実習中の単独行動が少なく、チームの一員として自身の動きを考えることができていたり、急変場面に遭遇した際は、シミュレーション教育で似かよった場面を経験したことを学生なりに想起し、適切な対応をとることができたりしている。

2) 学習意欲を引き出し、主体的に学ぶことについて

シミュレーション教育を受けた学生たちからは「お互いで学び合うことによって、皆からよいと評価してもらえたり、注意点はここと言われたりと、共に高めあえるので非常によい」など肯定的な評価を得ている。また、実際のシミュレーション場面は録画されているが、その映像には事実が映っているため自己の課題を自覚しやすい。また教員からのコメント等に対し公平感をもち、円滑に学びにつなげることができている。「これまで自分の行動を映像として振り返ったことがないため、自分の行動特性を理解できる」などの意見が学生から聞かれている。

その他、Positive Critique を基盤とするデブリーフィング（振り返り）を行っていることから、学生たちは失敗が許される環境下でリラックスしながら学ぶことができ、また、うまくできなかった場面を再度経験することで「できた」と効力感が高まっている様子もみられている。

9. 教育にあたっての留意点・重視していること

シミュレーション教育を行う指導者は「教える」「教え込む」のではなく、学生と「ともに学び」、「支援する」関わりを身につける必要がある（阿部, 2014）。今回の対象校でも、学生たちが教員から「教えられる」のではなく、自身で自分の知識、理解度を再度確認し、どのように改善できるかを考え、最

後は望ましい行動を体験できる機会となるようファシリテートすることを教員の役割としていた。

特にシミュレーション教育のキーポイントとなるデブリーフィング（振り返り）では、学習者の能力を引き出し、学習意欲を促進させるためのファシリテータの役割は非常に重要（谷口・千葉・我部山, 2012）である。また、シミュレーション教育では失敗も成功も含めた学習者のシミュレーションでの体験すべてが学生の学びとなるよう教員が支援しながら学習目標に導いていく（谷口・柳吉・我部山, 2011）。特にうまく実践できなかった事柄を題材とする進行においては、何が難しかったか問題点を明確にして、それを今後どのように改善していくかを尋ねることで自信喪失を回避し、今後のさらなる学習への動機づけとなるように導くことが求められる（谷口・千葉・我部山, 2012）。この点においても失敗することを恐れさせず、学びに昇華するための問いかけや関わりの技法など、学習効果をよりよくするためにファシリテータとしての教育力は重要である。

なお、看護学および助産学におけるシミュレーション教育に関して紹介いただいた参考となる情報については以下の通りである。

- ・阿部幸恵：臨床実践力を育てる！ 看護のためのシミュレーション教育、医学書院、2014。
- ・Gasper, Marcia L. : Clinical Simulations for Nursing Education : Learner Volume (Davis Plus)、F a Davis Co.
- ・医学教育共同利用拠点 岐阜大学医学教育開発研究センター（MEDC）医学教育とワークショップ

10. その他

1) シミュレーション教育と分娩介助例数について

分娩介助場面に関するシミュレーション教育を卒業時まで経験する分娩介助件数に加えることについては、今後、そのような流れになっていくと思うとのことのお話であった。それは、アメリカではすでにその流れになっているためであり、その根拠となる研究が昨年、

アメリカにおいて全国調査されたためでもある。

この調査によると、臨床看護学実習に関し、
1 グループ（シミュレーション 50%+実習 50%）、
2 グループ（シミュレーション 25%+実習 75%）、
3 グループ（シミュレーション 0%+実習 100%）
の3つのグループで学びの到達度や成績、国家試験合格率に関する比較を行ったところ、シミュレーションおよび実習を各 50%経験した1グループと実習のみを行った3グループにおいて、その学びの到達度や成績に違いがみられなかった。これはあくまでも看護学実習についてである。アメリカの助産学教育においては学生のうちに45例の分娩介助経験をめざしており、この点は日本とは異なるが、臨床実習で分娩介助の機会が限定される日本の少子化の現状を鑑みると、今後はシミュレーション教育の効果を活用しながらの教育展開の検討が課題であろう。

2) 他の教育方法との関連について

能動的な学習を促進する他の教育方法との関連については、【TBLでグループ討議】→【シミュレーション教育】→【OSCE（客観的臨床能力試験：Objective Structured Clinical Education）】→【臨床（実習）】の流れが望ましいと考えていた。

11. 考察

1) 助産学生の学習意欲を引き出すこと

現在、アクティブ・ラーニング（学習者中心の教育）による学習支援が見直され、能動的な学習方法の検討が進んでいる。これは医療安全への意識の高まりから技術教育のあり方に変化がもたらされたためである（阿部, 2014）。周産期医療においてもハイリスク妊産婦が増加し、心理社会的側面においても対象が抱える問題の複雑化が指摘されている。柔軟な応用力、高度な判断力が求められる現代において、主体的に自身の行動を振り返り、実践力の向上に努力できる人材育成が急務である。今回、聞き取らせていただいたシミュレーシ

ョン教育は、実践後の振り返りを通じ、自身の課題を具体的に認識し、再実施による成功体験をもつ一連を経験することが可能である。妊産婦など対象者にとってより適切な実践力を学生自身が意識的に改善する方策を体験的に学ぶ貴重な機会となる。

一方、分娩監視装置の装着、分娩介助技術など単独の技術習得をめざす演習のみでは、実際の臨床実習の場において学生たちは適切に行動することが難しい。時間経過の中で刻々と変化する対象と現象に対応できず、戸惑うこととなる。それは、臨床現場で起こりうる状況を想定してのその場で求められる行動の習得が十分に教授できていない教育側の課題によるところが大きいだろう。このようななか、シミュレーション教育では臨場感あるシナリオに基づき、対象や状況に応じて優先される臨床判断やケア提供とともに、医療者として信頼されるための態度や振る舞いなど、ノンテクニカルなスキルが複合したトレーニングを行うことが可能である。これらのスキルの育成や強化を含めての教育展開が、臨床実習を行う学生たちにより必要で、非常に役立つものとなるだろう。

また、学生たちは実習中の失敗から多くの学びを得ることを私たち教員はよく理解している。しかし、実際の指導場面では母児の安全を確保するという観点からも、学生の「失敗」を保障する環境を用意することは難しい。「失敗が許される時間」を確保し、学生が伸び伸びと試行錯誤でき、成功・失敗どちらの体験からも貴重な学びができるシミュレーション教育は、現在の教育現場では貴重な機会を与えることとなる。学生時代にこのような機会を体験できることは、自己成長のために学び続ける必要のある助産師にとって、在学中、そして卒業後も貴重な経験となろう。

2) 限りある可能な範囲での教育展開

一般にシミュレーション教育というと高機能なシミュレーターや、マジックミラー、操作のための演習室の整備など、特有な教材や

環境、その確保のための多額の経費が必要と想起されることが多い。しかし九州大学大学院でのシミュレーション教育では、限られた教材、施設環境のなかでも、学生の内なる学習意欲を引き出し、能動的な学びにつなげるシミュレーション教育の実施を行っていた。器材や経費ではなく、このシミュレーション教育に重要であるのは、学生たちは成功・失敗どちらの体験からも臨床に必要な判断力やケア技術を自ら学び得ること、それをファシリテータとなる教員が Positive Critique 等の技術をもって支えることなど、教育観と教育力と表現されるものが不可欠な基盤となっていた。助産師教育に携わっている個々の教員はすでにこのシミュレーション教育に展開しうる題材を持っていると思われる。それは、これまでの実習指導経験のなかで、学生たちはどんな場面に戸惑ったか、必ず身につけてほしい臨床判断や行動は何かなどである。これらの題材をもとにして、以下に述べる必要な技量の習得に努めることでシミュレーション教育を支える教育観の強化につながり、それが日々の教育実践の選択肢になりうるものとする。

3) シミュレーション教育に必要なスキル

九州大学大学院でシミュレーション教育の展開において重要視していることのひとつとして、デブリーフィング（振り返り）の際の Positive Critique と GAS Method が挙げられる。デブリーフィングの場面では学生たちは自身の行動を見直し、課題を自覚しながら、改善点を見つけ、再度実施する。この学びの過程を効果的にするためのスキル習得は不可欠となる。ファシリテータが十分に機能しないと、シミュレーション場面で起こった目に見える（可視的）行動を単に「よかった・悪かった」と評価するにとどまり、次にどのように動けばよいのかを検討する浅い学習となる。そのため学生の行動の裏にある思考過程やシミュレーションの場で抱いた感情などにも焦点を当てて導くような関わり方が必要となる（阿

部, 2014)。教員に求められる役割やスキルについては現在、谷口教授は研究を進行中とすることである。また自身が講師となつての研修会が行われることもある。このような機会についてのアンテナを高くもち、そのスキルアップに努めることが必要である。

文献

阿部幸恵(2014). 臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育, 医学書院.

谷口初美・千葉陽子・我部山キヨ子(2012). 状況判断力の向上のためのシミュレーション学習の試みとその学習モチベーション（Ⅱ）—新生児ケア正常・異常編—, 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 健康科学, 8, 25-30.

谷口初美・柳吉桂子・我部山キヨ子(2011). 状況判断力の向上のためのシミュレーション学習の試みとその学習モチベーション評価, 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 健康科学, 7, 43-47.

(蛸崎奈津子、西里真澄)

資料

図 I -1 学習ピラミッド（掲示物の写真をもとに作成）

図 I -2 期待される効果（掲示物の写真をもとに作成）

図 I -3 シミュレーション教育の構成（掲示物の写真をもとに作成）

表 I -1 各科目における総合シミュレーション内容

表 I -2 急速分娩場面における配役と各目標

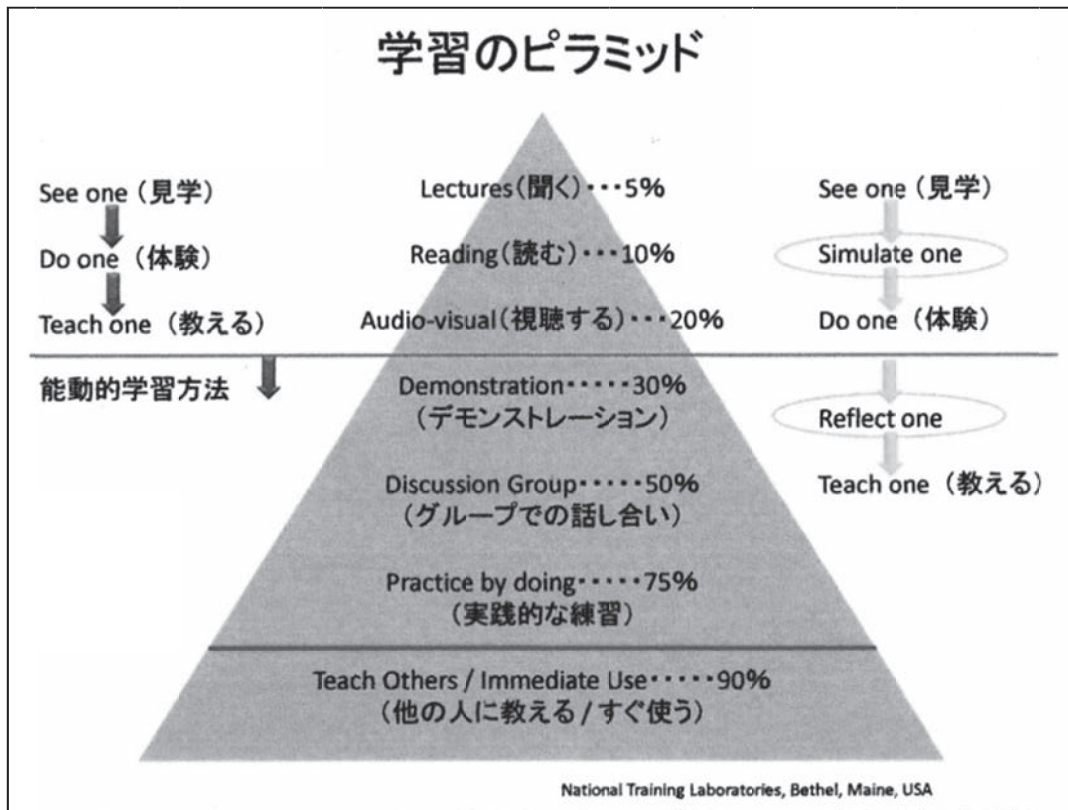


図 I -1 学習ピラミッド (掲示物の写真をもとに作成)

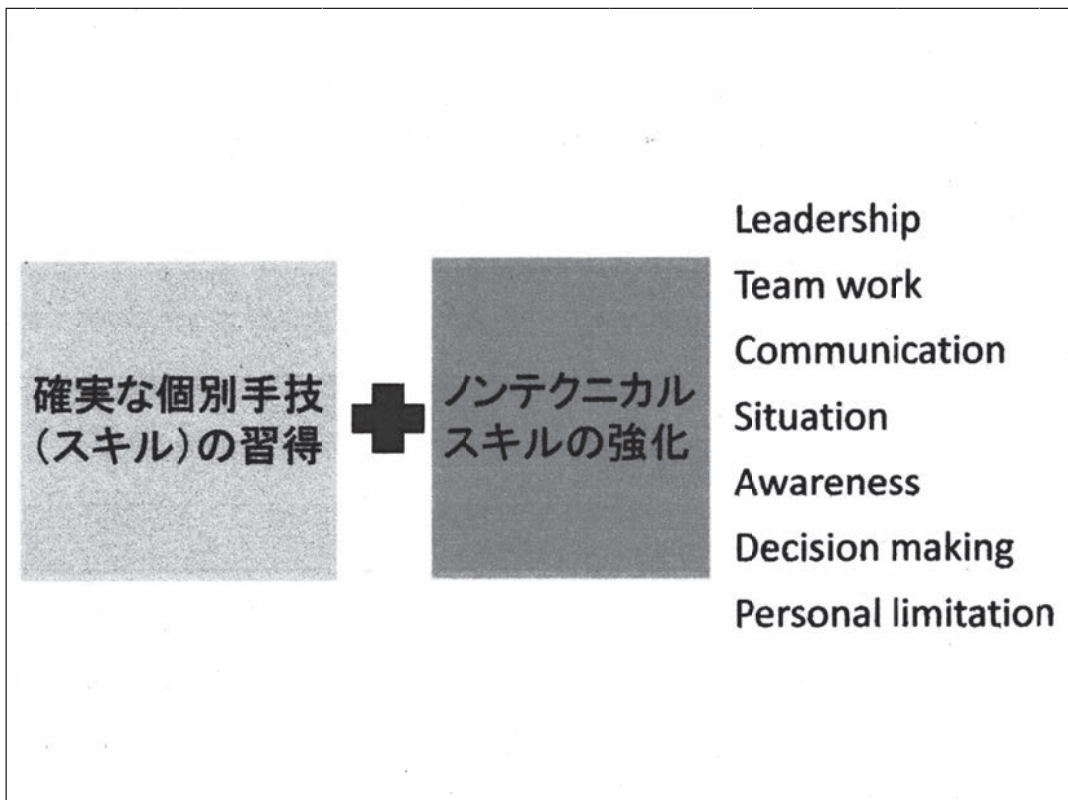


図 I -2 期待される効果 (掲示物の写真をもとに作成)

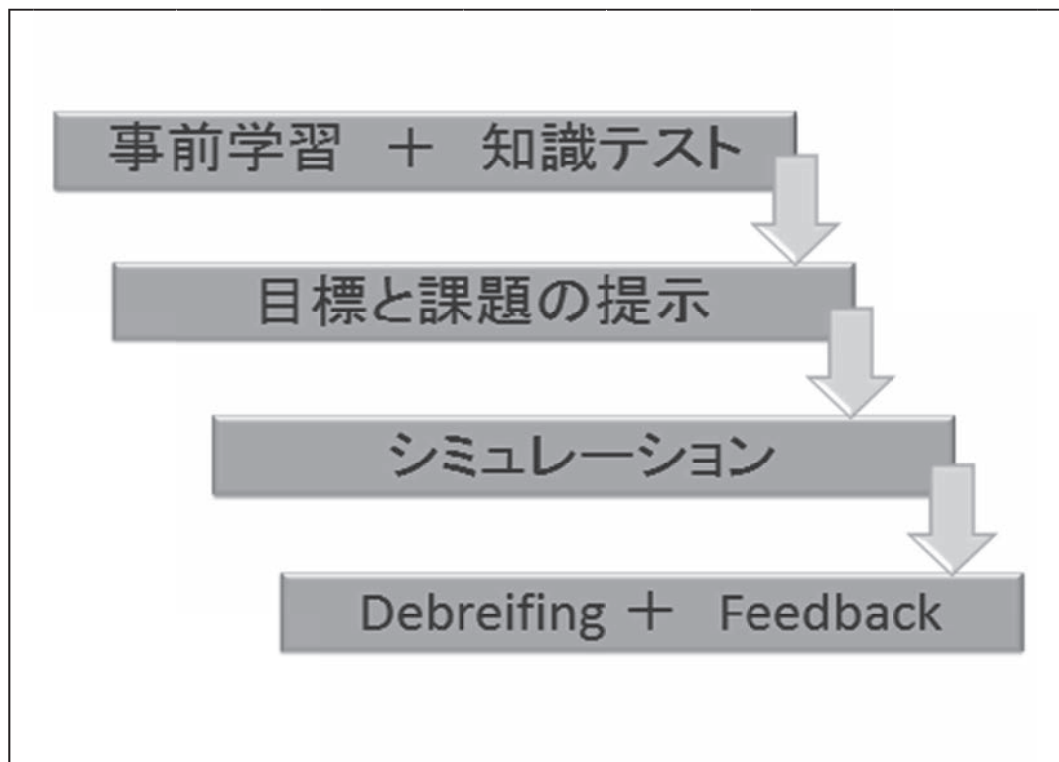


図 I -3 シミュレーション教育の構成（掲示物の写真をもとに作成）

表 I-1 各科目における総合シミュレーション内容

時期	内 容
妊娠期	15 コマのうち、前期、中期、後期 各 1 回 内容：妊婦健診、保健指導 等
分娩期	スキルトレーニングにあたる分娩介助技術の合格者を対象に実習前に実施。 または分娩実習の合間に実施（可能であれば）。 内容：回旋異常、胎児心音低下、弛緩出血 等
その他	産褥期、新生児期、チーム医療、高次救急、ウィメンズ・ヘルスに関するものも実施

表 I-2 急速分娩場面における配役と各目標

配役	目標
電話対応助産師	・電話対応が適切にできる ・分娩までの分娩予測を述べるができる
リーダー助産師	・入院に向けて、各担当に指示ができる
分娩係助産師	・リーダーの指示を受けて、産婦の入院に向けて診察室、陣痛室、分娩室に必要な物品を準備するなど環境を整えることができる

II. 大学院の助産師教育における地域連携教育・研究および実習施設の指導者が関わる分娩介助演習の取り組み

1. 対象校

神戸市看護大学 大学院看護学研究科 博士前期課程 ウィメンズ・ヘルス看護・助産学専攻 助産学実践コース

2. 教育課程

大学院（2年課程） 定員 8名

3. 調査日

平成 28 年 12 月 6 日

4. 教育目的・ねらい

神戸市看護大学は、2005（平成 17）年～2105（平成 27）年まで助産学専攻科として 1 年制の教育課程であり、2016（平成 28）年より大学院博士前期課程助産学実践コースとして 2 年間の教育課程に移行した。

助産学実践コースでは、地域において助産師活動に関係する職種との人間関係を築き、リーダーシップを発揮できる能力、助産師活動を効果的に運用するための実践的な研究能力、高度な臨床課題に対応する能力を持った助産師を養成するため、高度実践専門職を目指したカリキュラムを編成している。研究活動においては、施設や地域での助産実践の中にある助産師の技や助産ケアの経験知を丁寧にエビデンスとしていく研究、性教育の一つである思春期ピアカウンセリングを含む思春期保健に関する研究を指導している。

1) 神戸市看護大学は、地域社会における健康支援の推進と、教育・研究における地域との交流を発展させることを目的として、「地域連携教育・研究センター」を有しており、プレパパ・プレママセミナーや命の出前講座など、助産学専攻科の時代から学生と教員が多職種・地域住民と連携し教育を含めた社会貢献を行っている。

2) 助産学専攻科の時代から、分娩介助演習

には 4 カ所の実習施設から 1～2 名ずつの指導助産師（以下、指導者）をむかえて演習を行っている。これは、学内で演習と臨床で使用している分娩セットの違いや手技を確認したり、施設毎に対応している妊産婦のリスクや特徴を理解したりすることが目的であるが、実習開始への心理的準備性を高め、リアリティショックを軽減することにも重要な役割を果たしている。また、指導者は、学生の現状を知る機会として相乗効果が得られている。

5. 教育内容の実際

1) 助産師教育における地域連携教育・研究の取り組み

(1) 地域連携教育・研修センターが実施する主な地域連携活動

①地域連携活動

- ・ まちの保健室
- ・ 命の出前講座
- ・ 看護専門職講座
- ・ 介護職員対象研修会
- ・ 命の感動体験
- ・ 竹の台ふれあいまつり
- ・ ユニティ講座
- ・ 西区ヘルスアップ作戦
- ・ 思春期ピアカウンセリング
- ・ トライやるウィーク
- ・ 大学連携セミナー
- ・ 神戸生涯学習カレッジ（コムスタ神戸）

②教育・研究活動

- ・ プレパパ・プレママセミナー
- ・ 教育ボランティアを導入した授業の展開
- ・ 学生ボランティア活動とその支援
- ・ 教育ボランティア交流会

(2) 助産学実践コースに関連した地域連携活動

①コラボカフェ（資料Ⅱ-1）

コラボカフェは、神戸市地域子育て支援拠点事業「ひろば型」として、キャンパスを利用して行われる保護者の子育て支援活

動である。保育士が常駐し、助産学実践コースの学生も授業の一部として参画している。

カフェは、毎週火・木・金曜日 10:00～12:30 13:00～15:30 で開設されるが、①子育て親子の交流の場、②講習会の開催、③子育ての相談、④子育て情報の発信、⑤季節のイベントなどが行われている。

②プレパパ・プレママセミナー（資料Ⅱ-2）

平成 18 年度～平成 26 年度までのプレパパ&プレママセミナーは、神戸市西区との協働事業として助産学専攻科学生が主体となって、妊婦とそのパートナーを対象に、妊娠、出産、育児に関するセミナーの企画・運営を行ってきた。しかし、平成 27 年度に入り、西区が両親学級を実施しないことから、神戸市看護大学が主催することとなった。以後、助産学専攻科主催で、プレパパ&プレママセミナーを開催している。

今年度も引き続き、神戸市看護大学（助産学実践コース）が主催し、「自分らしい素敵なお産・育児を」をテーマに、平成 29 年 2 月 11 日の実施にむけ準備が進められていた。

会場は、キャンパス内の実習室を利用。

妊娠 28 週以降の初産婦とパートナー各 12 組を対象に、妊娠、お産、育児のお話、沐浴体験などの内容で午前・午後の 2 クラスを企画・運営する予定である。

問い合わせ対応や事前申し込みは大学事務局が行っている。

③命の出前講座

思春期健康教育論の授業において、思春期を対象とした健康教育の展開方法を学び、地域における思春期を対象とした性教育計画を立案。地域の小学校にて、小学 4、5 年生を対象とした性教育の一部を企画・実施している。

④竹の台ふれあいまつり

「竹の台ふれあいまつり」は「よりよい地域づくり」を目指して平成 15 年から毎年 10 月に行なわれている 3、000 人以上の来

場者で賑わう地域のまつりであり、コミュニティ団体や住民有志で運営されている。神戸市看護大学も毎年「赤ちゃん抱っこ体験」や「ハンドマッサージ」を催し、助産師学生を中心にボランティアとして参加し、たくさんの地域住民と交流している。

⑤教育ボランティアを導入した授業（資料Ⅱ-3、Ⅱ-4）

神戸市看護大学では、地域住民と共に創っていく新たな看護教育モデルとして、地域住民による教育ボランティアを導入した授業を展開している。具体的には、授業のゲストスピーカー、看護技術演習の模擬患者、健康生活支援技術演習で学生が企画・実施する健康教育の模擬受講者、地域における健康生活支援学実習で行う家庭訪問の受け入れ家族などの教育ボランティアとして、地域住民に登録してもらい、必要に応じて協力を得るシステムを構築している。教育ボランティアの導入により、学生の多様で実践的な学習が可能となり、教育活動全体の活性化につながっている。

助産師養成に関わる教育課程においては、演習において妊婦や育児経験がある女性に教育ボランティアとして協力を得ている。協力を得る妊婦や育児経験がある女性は、教員の知人、卒業生や実習病院のスタッフなどが多く、教育ボランティアとして協力を得ている。

2) 実習施設の指導者が関わる分娩介助演習

(1) 実習施設への講師派遣要請

指導者は「臨床講師」として依頼され、派遣に関わる手続きは事務部門が行っている。4 施設から各 1～2 名の指導者を依頼している。

(2) 演習における指導者の役割

指導者は、演習の 2 コマを担当。各施設のユニフォームを着用し、実際に自施設の分娩介助で用いる分娩セットを持参する。

学生は自分が実習予定の施設の指導者から指導を受けるが、施設毎に対応している妊産婦のリスクの特徴をおさえながら、事前の学内演習で用いたセットとの内容の違いが何であるか、その根拠などをディスカッションする形式で演習が行われる。

6. 教育にあたっての留意点、重視していること

1) 助産師教育における地域連携教育・研究の取り組み

「地域連携教育・研究センター」が整備されていることから、助産師教育で行われる「地域連携教育」も予算や運営への理解、支援が得られやすいが、行われている事業は「センター主導」ではなく、教員や学生の必要性に基づき計画されているもので、「学生主体」で行われることを大切にしている。

2) 実習施設の指導者が関わる分娩介助演習の取り組み

指導者が関わる分娩介助演習前には、教員がテキスト等に即した分娩介助手技を指導し演習を実施している。この際に、教員が実習施設ごとの応用を指導すると学生が混乱するので、施設ごとの使用物品や介助手技の応用は説明から指導者にゆだねている。

学生は「この指導者の時はこうしないと」や「根拠が不明な応用」に対して甘んじることはなく、根拠を追及する目が養われるため、場面や実習施設が変わっても対応できる能力がついている。

8. 考察

1) 学生が地域連携教育・研究を通じて学ぶこと

学生は、少子化やコミュニティの変化を背景に妊産婦や乳児に接する機会が少なくなっている。さらに、卒後、ほとんどの学生が医療機関に就職する現代においては、病院であらう妊産婦としか接点がないことも考えうる。このことは、生活・暮らしの中

にある妊産婦の対象理解を困難にし、効果的な保健指導の実施が困難であることが推察される。

北村・藤原・四宮(2016)は、臨床指導者を対象に助産師教育における妊婦保健指導実習での学生の課題を調査し、【専門知識と技術】を備え持ち、【責任ある態度】を基盤に、【妊婦を理解する力】【具体的内容を精選する力】【妊婦にとって必要な内容を精選する力】【妊婦の対応に応じて指導内容・指導方法を変更する力】を備え、それらの影響を受けて【わかりやすい、見やすい、活用しやすい媒体形成】ができ、【妊婦に満足感を与える保健指導】を実践するという課題を抽出している。この中で、【妊婦を理解する力】【具体的内容を精選する力】【妊婦にとって必要な内容を精選する力】【妊婦の対応に応じて指導内容・指導方法を変更する力】は、対象の理解が必須であるが、地域連携教育・研究活動は、これから実習や卒業後も学生が会っていき対象特性を実際の関わりの中から知る機会とできる。

さらに、近年、保健指導における新たな視点として、地域と医療の連携の必要性が注目されているが、市川(2015)は、顔の見える関係をつくり、互いの専門性を知って頼り頼られる関係になることの必要性を述べている。同時に、助産師は何を担うのか、自分たちができることを明確にして相手に示す必要性も述べている。関係性の構築や場面に応じた行動を机上で解説するには限界があり、教員や地域で活動する助産師の実践に触れ体温や空気を感じることは学びを深める絶好の機会であると考ええる。

神戸市看護大学においては、真に必要な教育を行うために環境を整備し、研究活動、国際助産の実践など充実したカリキュラムのもとで、人間性を重視したケア・支援を深く学ぶことができていた。

センターを擁しない他校における応用は困難と思われかもしれないが、地域連携教育は実践能力到達において学びを得るだけ

でなく、助産師としてのアイデンティティ形成に重要な機会となるため、教員が所属機関と連携しながらセンター機能を担うことも必要である。しかし、教員は日々の教育や研究活動に追われ疲弊していることも現実である。教員は、自らのワークライフバランスを保ちながら、他の教育機関で実践されている効果的な取り組みをヒントに教育環境の整備を模索する姿勢が重要である。この点においても本研究結果がもたらす効果が期待されるところである。

2) 学内の分娩介助演習に実習施設の指導者が関わることの意義

谷口・我部山・野口他（2015）は、学士課程において助産学実習を終了した学生を対象に「助産実習と助産師教育の課題」の質的研究を行い【未知なる分娩介助への不安】【初めての分娩介助へのチャレンジ】【プロフェッショナルへの展望】【助産実習カリキュラムの課題】の4カテゴリーについて考察しているが、実習開始前の【未知なる分娩介助への不安】では、分娩のイメージがつかず確信が持てずに介助手順を覚えることで精一杯だったという語りを得ている。不安が大きいこの時期に、実習を行う施設の指導者に会い、使用する物品を確認することは、「イメージ」や「確信」につながる機会であり、心理的準備性を高める効果が示されていた。また、石村・古田・佐藤（2015）は、助産実習における学生のパワーレス状態に関する研究において、学生のパワーレス状態を【身体症状の出現】【閉ざされた精神状態】【行動抑制】の3カテゴリー、その要因を【学生自身の精神の脆弱】【教育者の不適切な教育支援】【学生の心身に負担がかかる実習体制】【実習がもたらす負担】の4カテゴリーとして抽出している。さらに、谷口・我部山・野口他（2015）は、臨床実習に出て、自分の理想とする助産師との出会いは、不安で辛い実習に希望を持つことが出来るとしているが、演習で指導を受け

るだけではなく、ディスカッションを行うなど、見知った指導者が臨床にいるということは、学生にとって心理的負担の軽減につながり、学内での学びを発揮できる環境の基盤が整えられていると考える。

文献

- 石村美由紀・古田祐子・佐藤香代(2015). 助産実習における学生のパワーレス状態に関する研究—その要因と回復の促進—, 福岡県立大学看護学研究紀要, 12, 13-23.
- 市川香織(2015). 保健指導に必要なってきた新しい視点とは. 助産雑誌, 6(11), 894-899.
- 北村万由美・藤原弘子・四宮美佐恵(2016), 助産師教育における妊婦保健指導実習での学生の課題—臨床指導者の自由記述評価より—, 母性衛生, 56(4), 710-720.
- 中本朋子・山下満枝(2016). 助産師基礎教育修了段階における助産実践基礎力の質保証と入職に向けた心理的準備性を高めるためのプログラム試行. 山口県立大学学術情報, 9, 101-104.
- 谷口初美・我部山キヨ子・野口ゆかり・仲道由紀(2015). 助産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), 283-290.

（西里真澄、蛸崎奈津子）

資料

資料Ⅱ-1 コラボカフェ案内リーフレット

資料Ⅱ-2 プレパパ・プレママセミナーリーチラシ

資料Ⅱ-3 教育ボランティアニュースレター第14号

資料Ⅱ-4 「助産診断技術学Ⅰ」

コラボカフェでのお約束

1. コラボカフェは子どもと保護者が一緒に参加していただく場です。保護者の責任のもとで、子どもに気を配って遊んでください。
2. 使用済のおむつやゴミは、各自でお持ち帰りください。
3. 体調が良くないときは、ご利用をご遠慮ください。
4. お車でのお越しはご遠慮ください。
5. 安全のため、子どもの首がしっかりしてからご参加ください。

※悪天候の時は、警報が出ていなくても安全のためにコラボカフェを閉める場合がありますので、ホームページでご確認ください。

神戸市 地域子育て支援拠点事業
「ひろば型」

～子どもといっしょにひとやすみ～

コラボカフェ

地図

※ 公共交通機関をご利用下さい
専用の駐車場はありません

神戸市看護大学

【住所】 神戸市西区学園西町3-4
 【TEL】 078-794-8080
 【E-Mail】 hiroba@tr.kobe-ccn.ac.jp
 【URL】 http://kobe-ccn.ac.jp

開設曜日
時間

毎週 火・木・金曜日
 10:00～12:30 13:00～15:30

※年末年始・祝日、その他大学の都合によりお休みをすることがあります

神戸市看護大学

“コラボカフェ”とは、

大学と地域の方が協力して、子育て中の方が、気軽にかつ自由に利用できる交流の場です。

コラボカフェでは・・・

子育て親子の交流の場

お子さまと保護者のみなさまが、「楽しく交流を深めることができるよう」保育士が常駐していますので、安心してご利用できます。

講習会の開催

「健康づくり」や「遊び」など、テーマを決めてミニ講習会を開いています。日程や内容については、コラボカフェ内のちらしや掲示板・大学ホームページなどでお知らせしています。

子育ての相談

子育てについて、「不安や悩み」「ちょっと聞いてみたいこと」などを、保育士や教員に相談することができます。

子育て情報の発信

地域の育児や子育てに関するさまざまな情報を集めて発信していますので、お役立てください。

クリスマスなど季節のイベント

クリスマスなど季節のイベントを行っています。

**神戸市看護大学** 大学院助産学実践コース主催

プレパパ・プレママセミナー

～自分らしいステキなお産・育児を～
妊娠 出産 産後のこととからだのこと「見たり」「聞いたり」「さわったり」
しながら助産師学生たちと楽しいひと時を過ごしましょう！！

受付開始は

日時 平成 29 年 2 月 11 日 (土) … 12 月 1 日 (木) から
午前 9 : 45 ~ 11 : 45 (受付開始・・・9 : 30)
午後 1 : 30 ~ 3 : 30 (受付開始・・・13 : 10)

内容 ・妊娠、お産、育児のお話
・沐浴体験 など
詳しくは、大学ホームページ
(<http://www.kobe-con.ac.jp>) をご覧ください。

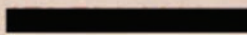
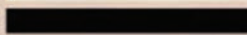


西区にお住まいの方限定・参加費無料です！

対象 妊娠 28 週以降の
初産婦さんとパートナーさん各回 12 組
(要申込・先着順)
申込状況は、ホームページでお知らせします。

場所 神戸市看護大学 北館 1 階実習室Ⅰ・Ⅱ
※神戸市看護大学までのアクセスは裏面をご参照ください。



＜お問い合わせ・お申込＞
神戸市看護大学 事務局
TEL : 
FAX : 
E-mail : 

お電話でもメールでも
FAXでもOKです！



＊お申込の際に教えてください。
①お名前 ②出産予定日
④お住まいの地域
⑤連絡先 (TEL 番号)
⑥一緒にされる方のお名前





「教育ボランティアニュースレター」は年2回発行しています。第14号ができましたので、お届けいたします。

神戸市看護大学
〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4

教育ボランティア ニュースレター

第14号
発行日 平成26年 7月

平成26年度も、さっそく多くの教育ボランティアさんに、本学の教育にご協力いただきました。このレターでは、「助産診断技術学演習」での教育ボランティアさんの様子や学生の学びをお届けしたいと思います。

助産診断技術学演習とは？

助産診断技術学演習は助産学専攻科の学生に行っている演習です。妊娠期、分娩期、産褥期の各期の演習をしており、今回は妊娠期について紹介をします。妊娠期の演習では実際の妊婦さんにお越しいただき、妊婦健診の展開をさせていただきま

「教育ボランティア」さんは、現在も募集中です。お友達やご近隣の方をお誘いいただき、是非学生の教育にご協力ください。

ご登録希望やお問い合わせは、神戸市看護大学 地域連携教育・研究センターまでお願いします。

編集・発行
神戸市看護大学
地域連携教育 研究センター
運営委員会

助産診断技術学演習で妊婦さんのお腹に触れ、妊婦健診は妊婦さんだけではなくお腹の中にいる赤ちゃんにも触れ、母子ともに順調な妊娠経過をたどっていることを診断することであると学生は実感しました。

4月28日（月）9:00～12:10、本学の実習室Ⅰと実習室Ⅱで、助産学専攻科の授業の一環として助産診断技術学演習（妊娠期）の授業を行いました。この演習は妊婦健康診査に必要な技術を得得する、妊婦のフィジカルアセスメント※1ができることを目的として行われています。妊娠中期から後期の妊婦さん2名に教育ボランティアとして演習に参加していただきました。

学生は実際にボランティアさんへの妊婦健診、フィジカルアセスメントを行い、コミュニケーションの取り方をはじめ、問診、視診、触診、聴診、計測診を経験させていただくことができました。その経験から、妊婦さんへの声のかけ方、表情や言葉の選び方、触診のちから加減、羞恥心の配慮と観察することのバランス、診察の結果をどう伝えるかなど、実際の行動やボランティアさんの言動を受けて対応していくこと、状況に応じて考える力などを習得する学習機会でした。妊婦さんのお腹を直接触ることが初めてである学生もあり、触れて感じる胎児の動きや大きさ、胎児の元気な心音を聴取することで、妊婦健診は妊婦だけではなく、お腹の中にいる胎児も対象であることを実感した様子でした。また、一人の妊婦さんは上のお子さんと一緒に参加されており、学生は上のお子さんへの声掛けの仕方や家族と一緒に妊婦健診をすることの意義についても学ぶことができました。学生からは「妊婦さんのささいな不安や思いをしっかりと受け止めて、それに応えていくことが重要であることを実感した」、「模型では強く触診をしていたが、実際の妊婦さんのお腹に触れ、そこに赤ちゃんがいると思うと、そんな強く触れることはできず、優しく触診をしなくてはいけないと思った」、「妊婦さんに分かりやすく説明をするには自分がしっかりと根拠をもって返答することができないことを実感した」、という感想がありました。ボランティアさんからは「病院の助産師さんは忙しいから、なんとなくゆっくり話をきいてくれなさそう。今日は、学生さんがゆっくり関わってくれて嬉しかった」、「学生さんの一生懸命さや優しさが伝わってきた」、の感想を頂きました。教育ボランティアさんに参加していただいているこの演習での学生の学びは大きく、これからも続けて実施していきたいです。（助産学専攻科：有本梨花）

※1フィジカルアセスメントとは：問診・打診・視診・触診などを通して、実際の対象者の身体に触れながら症状の把握を行うことで、身体診察技法ともいう。



「助産診断技術学Ⅰ」平成28年5月31日（火）

授業科目・テーマ	助産診断技術学Ⅰ（妊娠期）
対象学年	大学院助産学実践コース1年生
担当教員	嶋澤・平田・宮下・有本・奥山
教育ボランティア参加人数	妊婦2名

内容

妊婦健康診査に必要な助産技術を習得すること、妊婦のフィジカルアセスメントができることを目的に妊娠中期と後期の妊婦さん2名に教育ボランティアとして演習にご協力いただき、妊婦健康診査と個別の健康教育の実施を行いました。

学生の中には妊婦さんのお腹に初めて触る学生もあり、模型とは違う胎児のいのちや大きさを実感し、妊婦に負担にならないようにどのような力加減で触診すべきか、妊婦に安楽に過ごしてもらうにはどういった配慮や工夫をすべきかを考えていました。事前に考えてきた妊娠週数に合わせた健康教育にさらに個別性を加えて媒体を使い伝えていましたが、さらにその人合わせるにはどうしたらいいのかを学生間で話し合っていました。お一人の妊婦さんは、1歳の長子を同伴されており、長子様を伺いつつ妊婦健診を行う難しさ、長子を含めた妊婦健診の大切さを学生は実感していました。また、妊婦さんが持っている胎児や長子への思いや不安を直接うかがうことができました。それに寄り添いたい気持ちがありつつも、応えられない自分たちの現状を感じ、今後の課題も見出していました。

学生からは「知識がゼロの方として健康教育を準備していたが、知識をたくさん持っておられ、どのように関わることがいいのか考えた」「妊婦さんが持っている不安を実感することができた」という感想がみられました。ボランティアさんからは「普段はあまり助産師さんと話す機会がなかったけれど、今日はたくさん話をきいてくれて安心できました」「学生さんと話をすることで自分の身体について考えることができてよかったです」という感想を頂きました。ボランティアさんの率直な感想を伺い、妊婦さんに寄り添う健康診査の重要性について学ぶ機会となりました。



Ⅲ. 胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入した産婦ケア演習

1. 対象校

埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科

2. 教育課程

大学統合カリキュラム 履修定員 30 名以内

3. 調査日

平成 28 年 12 月 6 日

4. 教育目的・ねらい

わが国の助産師国家試験の受験には、保健師助産師看護師養成所指定規則において臨地実習での 10 例程度の正常分娩の介助が義務づけられている。分娩介助は、母子の生命に直結する高度な専門的技術であるため、助産学生は実習前に十分な学内トレーニングを積み、それを基に実習で確実に技術を磨いていく必要がある。しかし、学士課程における助産師教育においては、実習期間の不足及び過密カリキュラムによる学生の学習不足や技術の習得不足が指摘されている（江幡・黒田・小田切他, 2007）。さらに、分娩介助実習として適切なローリスク産婦の減少、助産師不足といった近年の社会的背景による実習での経験の困難がある。また、助産学生の分娩介助を含む一連の産婦ケアの中で、とくに「胎児の健康状態に関するアセスメントとケア」「産婦とのコミュニケーションを含む産婦の状況に合わせたケア」の実践ができないことが報告されている（新道, 2016）。これらの課題から、埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科では、胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入したリアルな産婦ケア演習を実施している。この演習の学びを、実習において貴重な分娩事例で効率よく学習するための準備と位置付けている。

模擬産婦導入の背景として、当初は教員が産婦を演じていたが、リアルに演じ学生にフィードバックできる模擬産婦の必要性が生じた。また胎児心拍陣痛図再生装置の導入の背

景としては、模擬産婦が参加するリアルな産婦のケアには胎児の健康状態の情報として胎児心拍が再生できる装置の必要性が生じた。よって、この産婦ケア演習においては、模擬産婦と胎児心拍陣痛図再生装置の両方を導入することで、分娩期のケアに関して、学生が産婦へのコミュニケーションを図ると同時に胎児の健康状態や分娩進行状態を把握しながら援助できることを教育目的としている。

なお、対象校では、胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入した分娩介助演習について、科学研究費の助成を受けて実施している。現在も継続的に研究を重ね、必要経費の財源は科学研究費、教育費、学内応募研究費となっている。

5. 教育内容の実際

対象校の胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入したリアルな分娩介助演習において、実際に用いる事例の背景・妊娠経過、分娩経過の情報の内容が独自に作成されている。事例の産婦は、学生が臨地実習で遭遇すると思われる、正常分娩が予測される、妊娠経過中及び分娩第 1 期経過中に大きなリスク所見のないケースが設定されている。

その実際の教育内容として、模擬産婦養成、胎児心拍陣痛図再生装置の開発、産婦ケア演習に分けて詳しく述べていく。

1) 模擬産婦養成

(1) 模擬産婦養成の必要性

産婦ケア演習は、実習前の産婦ケア能力を向上し、臨地実習での産婦ケアの導入を円滑化することが目的であり、実際の産婦ケア場面に近づけることが効果的であるとされている（新道, 2016）。そこで、臨場感のある演習のため、産婦になりきって演じ、そして産婦の立場から学生にフィードバックする模擬産婦を養成することの必要性が生じた経緯があった。模擬産婦に求められる能力としては、シナリオと胎児心拍陣痛図再生装置の CTG データに合わせ、陣痛や怒責など分娩期の状態を演じることができる、またシナリオと CTG

データに合わせてシミュレーターの操作ができる、学生の分娩介助やケアに対応したコミュニケーションができる、学生にフィードバックすることができる（新道, 2016）、といったことが挙げられる。

（2）模擬産婦養成プログラム

プログラム対象者は、分娩経過を理解し、様々な産婦に接した経験がある助産師または元助産師としていた。その理由としては、学生のケアに反応しながらリアリティのある産婦を演じることが求められているからである。対象者の年齢についても、産婦の年齢相当である 20～40 歳代に合わせていた。養成講座は年 1 回実施しており、時期は実際の分娩介助演習を開始する前ということであった。

プログラムの内容を表Ⅲ-1 に示す。模擬産婦を導入した演習の意義、事前に準備した演技計画の共有、フィードバック方法を学習するという内容となっている。フィードバックの練習の際は、模擬産婦との分娩介助演習場面 DVD を見て、気づいたことをメモするところから始めている。メモ用紙には「ポジティブフィードバック」「ネガティブフィードバック」の両面について、「学生の言動」と「模擬産婦の気持ちや考え」を書く形になっている。そのうえで、参加者同士でその内容について共有し、適切なフィードバックになる表現などを指摘しあうということであった。

次にファントームの操作に習熟するための練習を行っていた。その後、分娩台へ移動し、学生役を相手に産婦演技を行っている。事前準備で作成した事例の人物像、身体状況、心理状況を思い出しながら、学生の言動に対応して演技を行うものである。児の娩出後 15 分程度の演技が終了したら、ワークシートを用いてフィードバックの準備を行う。

学生の言動に対してどのような気持ちや考えを抱いたかを時系列で想起し、ポジティブな感情、ネガティブな感情に分けて整理していく。ワークシートをもとに学生役に 1 対 1 でフィードバックを返すため、演技場面、フィードバック場面の録画を参加者が自分で見

て自己評価を行い、他の参加者と合同で振り返り、疑問点や困難な点を話し合い共有する。良くできていた点なども養成者側から参加者に伝え、自信をもって学生との演習に臨めるよう配慮したプログラムになっている。

模擬産婦を実践するにあたっての困難点として、ファントーム操作や CTG モニターに気をとられ、自然な演技にならないことが挙げられ、プログラムではファントーム操作には十分に時間をかけ、目で見なくてもどの程度娩出されているか感触でわかるようにする工夫がされていた。そのため、CTG モニターを見なくても陣痛のタイミングを知らせる役を設定し、その役に自分の体に触れて教えてもらう流れなど事前に打ち合わせし練習をしていた。

別の課題として、模擬産婦役が助産師である性質上、学生に対するフィードバックが実習指導者的になる傾向があることが挙げられていた。それに対する工夫として、あくまで産婦として感じたことを述べる、産婦になりきって肯定的あるいは否定的な両面の感情を事実とともにフィードバックするというような練習も行なっていた。

2) 胎児心拍陣痛図再生装置の開発

分娩進行状況の把握や胎児の健康状態のアセスメントには CTG モニターによる観察が必須であり、産婦ケア演習においても、模擬産婦とのコミュニケーションをはかるだけではなく、同時に CTG モニターにも意識を向けることが求められる。産婦の状態と CTG モニターと両方に目を向けたケアの演習を可能にする胎児心拍陣痛図再生装置の開発は、対象校の特色である。

この CTG 再生装置は、トーイツ株式会社と複数の医療関係者の協力を得て開発されていた。開発の過程としては、トーイツ株式会社製「トーイツアクトカルディオグラフ MT-516」に NF 回路ブロック社製「データーレコーダ EZ7510」を接続し、実際の胎児心拍陣痛図のデータを医療関係者の協力を得て収録していた。その結果、実際の使用方法と同じ手順で、

胎児心拍と胎児心拍図陣痛図が再生される。収録したデータの編集も可能のため、シナリオに合わせた胎児心拍陣痛図を作成できるものである。

3) 産婦ケア演習の実際

対象校の分娩期の助産診断・ケアに関しては講義及び演習を含めて45コマが組まれており、分娩介助技術試験を終了後の45コマ目というタイミングで胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦を導入したリアルな分娩介助演習を実施している（図Ⅲ-2）。

演習のはじめに、助産学生に対し模擬産婦が参加する分娩介助演習の概要の資料を配布し、①演習の目的・目標、②事例の背景概要と妊娠経過、③分娩経過、について説明をしている。模擬産婦には、分娩経過のシナリオを配布し、どのような経過であるか、どのような学生の言動が予測されるか、の説明がされている。

助産学生は7つのグループに分かれて分娩介助演習を実施している。各グループから分娩介助役の学生を1名選出し、演習に臨んでいる。よって、学生全員が模擬産婦に対する分娩介助役の経験ができるわけではないが、分娩介助役のメンバーが実施する演習にグループで参加することで、リアルな産婦の状況と分娩経過は把握できているということである。演習終了後の模擬産婦と直接介助役の学生間のフィードバックについては、同グループの他の学生達もマジックミラーを通して共有している。

実際の演習では、分娩介助の方法（分娩体位等）、分娩時の使用物品など、各実習施設における産婦ケアと同様の環境に設定する工夫を行っていた。実際の演習場面で模擬産婦は、分娩台の上など、学生とのアイコンタクトやコミュニケーションができる不自然でない場所に位置している。模擬産婦がCTGモニターを見なくても陣痛のタイミングがわかり自然な演技となるように、CTGモニター調整役を配し、模擬産婦に陣痛の開始を知らせることになっている。

分娩進行状況の把握や胎児の健康状態のアセスメントのために使用するCTG再生装置は、シナリオに即したCTGデータの複写をあらかじめ準備し、胎児心拍陣痛計の定位位置に順次複写を提示する。妊婦腹部触診モデル（高研製）の操作により、シナリオに応じた胎児心拍数を流す方法をとるというように、限りなくリアルな場面の設定を工夫していた。そのため演習に必要な人員としては、教員（評価者）1名、模擬産婦1名、CTGモニター操作・陣痛発作知らせ役・模擬産婦ファントム操作補助1名といった役割を設定している。

学生は演習前日までに、提示された事例情報をもとに助産診断・助産計画の立案をすることになっており、演習当日のケア実施前に、助産診断・助産計画を教員に報告する形をとっている。模擬産婦はシナリオをもとに順次場面を展開し、一方で学生は助産計画に基づき、産婦とコミュニケーションをとり、胎児心音に注意を払いながら、産婦の言動や胎児心拍数の変化に伴い適宜助産計画を修正しながらケアを実施する。模擬産婦は学生のケアに反応し、用意したシナリオを適宜調整する。なお、可能であればその演習の様子のビデオ撮影を行い、相互評価や学生の事後学習に活用しているということであった。

ケアが終了した段階で、評価票に沿ってその場面ごとに振り返り、自身の産婦との関係やコミュニケーションについて自己評価を記載する。また、総合評価として総括・自己の課題についても記録する。

6. 学生の学び

模擬産婦と胎児心拍陣痛図再生装置を導入したリアルな分娩ケア演習を行ったことで、学生の学びには、「パニックになった産婦への対応」「産婦への声かけや説明」「モニター・心音の確認」が不十分であったことに気づき、今後の実習に向けての課題がより明確になっていた。このように、実際に模擬産婦との関わりやCTGモニターがリアルな状況であれば、実習での分娩介助の時のようなリアルな

振り返りができていたことは、大きな意味があると思われる。産婦ケア演習評価票、模擬産婦からの助言、ビデオによる自己の客観的観察を活用し、実習開始前の自己の課題の明確化ができていた。

7. 教育にあたっての留意点、重視していることなど

学士課程における助産師教育の改善に向けて、産婦ケア演習における胎児心拍陣痛図再生装置と模擬産婦の導入は、胎児の健康状態への適切な判断と産婦とのコミュニケーションがスムーズにできるようになり、産婦ケア能力の向上につながっている。

対象校ではこの演習を、そのリアルな状況設定における経験から、分娩助 0.5 事例と捉えている。実習での貴重な分娩助事例が、全く初めての 1 例目ではなく、0.5 例目の経験から繋がる 1 例目になる。そのことから、実習においてすでに自身の課題を把握して臨めること、リアリティショックの緩和にもつながる。分娩助 1 例目から自己の課題に対する気づきが早く、学生への教育効果は高い（林・石井・北川他, 2014）と報告されている通りである。

胎児心拍陣痛図再生装置の開発は、臨床における様々な胎児心拍陣痛図を再生でき、助産学生の胎児の健康状態への適切な判断につながっている。分娩監視装置から CTG が示され、胎児心音も再現されている環境が、実際の分娩シーンに近いものとなったことは、学生にとって重要な体験となっている（森・鈴木・石井他, 2016）。

模擬産婦の導入については、養成プログラムの試行を重ね模擬産婦の助産学生に対するフィードバックを重視し、適切なフィードバックになる表現などを模擬産婦に対して指摘している。ポジティブ⇒ネガティブ⇒ポジティブのような肯定的なコメントで始まり、肯定的なコメントで終わるようにし、学生の自信や学習意欲向上につながるなど工夫がされている。看護師教育課程で実践能力の低下が指摘され、患者とのコミュニケーション能力

が不足している現状を踏まえる教育方法のひとつとして効果的な助言のあり方であるフィードバック方法は、重要なものとなる。さらには、模擬産婦に卒業生を依頼することが多いため、後輩の助産学生への助言を通して卒業生の成長を感じ、教員としての喜びも得られている。

8. 考察

1) 分娩助 0.5 例目という捉え方による学習効果

対象校での取り組みの大きな特徴として、模擬産婦による産婦ケア演習が、分娩助実習開始直前に行われていることである。このタイミングは、分娩助の知識と技術についての学びを基に、ファントムを用いた技術練習をある程度積み重ね、いざ実習へと心構えを持つ段階にあると言える。よってこの模擬産婦を活用した臨場感のある演習は、分娩助 0.5 例目と捉えられ、実習での 1 例目とのリアリティショックの緩和の効果も狙っていることが説明された。

臨床での 1 例目の分娩助実習で、「声かけが全くできなかった」「真っ白になった」という学生の振り返りを聞くことは珍しいことではない。石村・吉田・佐藤（2009）は、分娩助技術習得過程を 5 段階に区分し、分娩助 1 例目を「始動期」として、「演習で得た成果が発揮できない時期」としている。それは刻々と変化する分娩進行に戸惑い、また過度の緊張も加わるためと理由をあげている。しかし、模擬産婦による産婦ケア演習の経験により、この戸惑いと緊張の始動期を 0.5 例目で経験すると捉えることができ、実際の分娩助実習における学習効果が期待されるだろう。

2) 学士課程の統合カリキュラムにおける工夫

統合カリキュラムでの助産師教育における学生の助産技術習得度の研究報告（高島・高塚・菊池, 2012）によると、分娩助技術 50 項目のうち、「呼吸法・怒責のかけ方指導」「分

娩進行に合わせた呼吸法の指導・声かけ」を含んだ15項目について、例数を重ねても習得が不十分であることが明らかとなった。これら15項目は、対象や分娩進行の程度により診断やケアが流動的で、演習で繰り返し実施しても習得レベルに達することは難しい技術であると述べられている。対象校で取り組まれている、胎児心拍陣痛図再生装置を活用した産婦ケア演習は、まさに母体と胎児両者に対する流動的な診断やケアが求められることをシナリオ設定で用いられており、習得レベルの難しい技術の強化に繋がると思われる。学生は助産計画に基づきながらも、産婦とのコミュニケーションをもち、胎児心音に注意を払いながら、産婦の言動や胎児心拍数の変化に伴い適宜助産計画を修正してケアを実施する(新道, 2016)能力が養われるであろう。またこの胎児心拍陣痛図再生装置の活用は、あらゆるパターンの胎児心音への対応を学ぶツールにもなる上、そのような胎児心音の変化を教員側で調整できるという強みも持っている。また、もしも同様のCTG再生装置がなかったとしても、匿名処理の上で、臨地で録音した胎児心音を再生しての活用や、実際のCTGモニター用紙のコピーを用いるなどの工夫による汎用が可能であると考えられる。

統合カリキュラムにおける助産師教育では、短い実習時間で10例の分娩介助をすることが求められ、介助ごとの学びの積み重ねには、自身の課題の早期の認識が鍵となると考えられる。この産婦ケア演習では、撮影された自身のケアのビデオ映像を見ての振り返りができることや、模擬産婦からのフィードバックを学生本人のみならず、グループメンバーとも共有することのメリットがある。このフィードバックは、技術の試験や評価の位置付けとは異なり、間違ってもいいという状況のもとでの演習に対するものであるため、学生にとっては課題を受け入れやすい場であると思われる。そのことは、この産婦ケア演習を終えた学生のコメントには肯定的・建設的なものが多く見られることでも示されていると感

じた。

文献

- 江幡芳枝・黒田緑・小田切房子他(2007). 大学・短大専攻科、専門学校における助産師教育の実態と分娩介助・継続事例実習指針[その1]カリキュラム単位数および助産学実習の比較. *助産雑誌*, 61(3), 226-232.
- 林ひろみ・石井邦子・北川良子他(2014). 胎児心拍陣痛再生装置と模擬産婦を導入した分娩介助演習の効果の検証. *千葉県立保健医療大学紀要*, 5(1), 25-31.
- 石村美由紀・吉田祐子・佐藤香代(2009). 分娩介助技術の習得課程-本学での分娩介助技術評価調査より-. *福岡県立大学看護研究紀要*, 7(1), 18-28.
- 森美紀・鈴木幸子・石井邦子他(2016). 模擬産婦養成プログラムと胎児心拍陣痛図再生装置を用いた分娩介助演習の評価. *日本母性看護学会誌*, 16(1), 85-92.
- 新道幸恵監修(2016). *助産学生のための産婦ケアの教育方法*. 株式会社金芳堂.
- 高島葉子・高塚麻由・菊地美帆他(2012). 本学における助産師教育の現状と今後の課題 - 第2報助産技術の習得度の焦点をあてて-. *新潟県立看護大学紀要*, 1, 36-41.

(橋本扶美子、アンガホッフア司寿子)

資料

表Ⅲ-1 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科の改良版模擬産婦養成プログラム
(参加者 2 名のスケジュール)

表Ⅲ-2 助産学関連科目 授業コマ数 (総コマ数 45 コマ)

表Ⅲ-1 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科の改良版模擬産婦養成プログラム
(参加者 2 名のスケジュール)

時間 (分)	内 容
10	概要の説明
10	自己紹介
10	模擬産婦が参加した演習の DVD の視聴
5	先輩模擬産婦からの体験談
20	シナリオによる役作りの準備
20	フィードバック (FB) の原則
15	FB 場面の DVD の視聴
35	FB 練習 演習の DVD 視聴 5 分、FB 準備 5 分、発表・討議 25 分
5	質疑応答
30	ファントム操作の練習 (破水、押し出し)
45	模擬産婦体験 A (DVD 撮影) 実施 20 分、FB 準備 10 分、FB15 分
45	模擬産婦体験 B (DVD 撮影) 実施 20 分、FB 準備 10 分、FB15 分
40	模擬産婦体験の振り返り、自分の DVD を確認・自己評価
30	振り返りの共有・まとめ 感想及び意見

表Ⅲ-2 助産学関連科目 授業コマ数 (総コマ数 45 コマ)

内 容	コマ数
分娩の生理	2 コマ
分娩期の生理	1 コマ
分娩期のアセスメント	4 コマ
分娩期のケア	10 コマ
異常分娩と産科処置	4 コマ
助産過程	13 コマ
分娩介助技術	8 コマ
出生直後の新生児のケア	2 コマ
分娩期のケア: (リアルな分娩介助演習)	1 コマ

IV. レーダーチャートを活用した客観的臨床能力試験（OSCE）評価の取り組み

1. 対象校

札幌市立大学助産学専攻科

2. 教育課程

大学専攻科 定員 10 名

3. 調査日

平成 28 年 11 月 25 日

4. 教育目的・ねらい

札幌市立大学助産学専攻科では、医学部・薬学部等の教育で臨床技能評価の一方法として用いられている客観的臨床能力試験

（Objective Structured Clinical Examination：以下 OSCE とする）を助産学にも採用している。これにより、助産師活動に特有な各種助産技術能力の正確な修得をめざすとともに、助産実践力の維持・向上の基盤とすることをねらいとしている。

さらに、札幌市立大学助産学専攻科、ならびに札幌市立大学看護学部における OSCE には、学生個々の OSCE 結果について個人の評価シート内にレーダーチャートを出力し、即日学生に配布するという特長がある。評価等の業務を支援する「Mulberry-Ozone」というシステムを札幌市立大学デザイン学部の教員が作成しており、これを用いて学生個々の評価結果の入力がおこなわれている。このシステムを用いることで、学年全体、学生ごと、課題ごと等の集計を速やかに行うことが可能になっている。これと同時に、システム内で学生に返却する個人別評価シートの作成ができ、個人評価のほか、全体の平均点や個人成績と全体成績を比較するレーダーチャートが記載される（大淵・太田・吉川他, 2012）。レーダーチャート（図IV-1）周囲の数値は各課題における設問番号を意味しており、このレーダーチャートによって、学生は自身の到達度や課題を視覚的に把握できるというメリットがある。

5. 教育内容の実際

1) OSCE 導入までの経緯

札幌市立大学は全国に先駆けて看護学部へ OSCE を導入している。学部は 2006 年に開学を迎えたが、その開学時から“育てる OSCE”を理念に掲げ、教員間で議論を重ねた上で看護学部の OSCE を体系化してきた。“育てる OSCE”は、実習に出ることが可能か否かを評価するための試験とは異なり、各学年末に実施される OSCE の機会を通して、技術的な側面のみならず対象者との関わり方等も含めた学生の学びを充実させることを目指すという特長がある。

札幌市立大学助産学専攻科（以下、専攻科）は学部の完成年度翌年の 2010 年春に開学し、学部で培ってきた OSCE を採用している。専攻科の学生定員 10 名のうち、札幌市立大学以外からの入学生もいるため、入学時における学生の OSCE 経験の状況は様々である。

2) 専攻科における OSCE 運営の実際

“育てる OSCE”を掲げる学部においては、OSCE への参加は学生の自由意思となっており、成績評価には用いられていない。一方で、助産学専攻科においては実習前の 6 月、実習後の 2 月に OSCE を実施し、これを成績評価の一部として用いている。この際に評価項目の指針となるのは厚生労働省によって示された「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（案）」である。専攻科においては、これを行動目標として定めることをシラバス内に明示しており、各 OSCE 課題における具体的な課題ならびに評価項目の設定は、これを基盤として構築されている。

以下に、専攻科における具体的な OSCE 運営の実際について述べる。

（1）学生に対する課題の提示

専攻科においては、入学時に「助産学 OSCE ガイド」（図IV-2）を学生に配布している。このガイドには、OSCE の位置づけに関する説明や留意事項等と併せて、OSCE 課題の概

要が記載されている。OSCE 課題は①妊娠期の助産技術、②分娩期の助産技術、③産褥期の助産技術の3つで構成されており、たとえば①妊娠期の助産技術の中には妊婦健康診査、保健指導等の課題とともに、その到達目標と行動目標が明示されている。このガイド内で提示される課題は項目レベルであり、OSCEの詳細な状況設定等のシナリオ、学生に提示する“課題文”は学生には公表していない。これらの課題はすべて講義・演習内での学習を実施しているものであり、学生に対して事前に課題を提示することで事前準備ができる環境を整えている。OSCE時には、これら課題の中から教員が各ステーションで実施する項目を選定している。なお、教員はOSCEの状況設定や課題文、具体的な評価項目・指標等について記載してある教員用の「助産学OSCE マニュアル」(図IV-2)を用いて、当日の役割分担から課題の内容、具体的な評価項目・基準等について事前に共有をはかっている。

(2) OSCE 当日の流れ

6月のOSCEは実習開始前のチェックの目的で、2月のOSCEは実習終了後の学びを踏まえ、さらなる課題の明確化と自己研鑽につなげる目的で実施されている。当日は4箇所のステーションを設け、午前中に2ヶ所、午後に2ヶ所と学生は1日かけてローテーションするスケジュールとなっている。各ステーションに評価者(教員)2名を配置する他、例えば分娩介助の項目では胎児モデルを娩出させる等、課題に応じてモデルを操作する教員も加わって運営される。

1課題の所要時間は15分間である(表IV-1)。この中には①課題文の確認(1分)、②助産実践(10分)、③フィードバック(3分30秒)、④次のステーションへの移動(30秒)が含まれる。この際のタイムキープには、札幌市立大学デザイン学部の教員が開発した「Mulberry-Timer」を使用している。このタイマーは教員の希望する時間配分での設定が可能であり、これに合わせて「課題文を読ん

でください」「試験開始です」「次のステーションに移動してください」等の音声による指示が与えられる。したがって教員は細かなタイムキープの必要がなく、運営・評価に専念することが可能である。助産実践の終了後には、学生が個別のフィードバックを受けるとともに、すべての課題終了後には全体での総括が行われる。具体的な評価の方法については後述する。

OSCE時に提示される課題文には、ケア対象者の情報(例えば妊婦の場合は妊娠週数や年齢、置かれている状況)とともに、課題内で学生が何をするべきかが記載されている。学部教育におけるOSCEの課題文の作成には、実習施設の臨床スタッフの協力も得ているということだが、専攻科においては課題文の作成ならびに当日の運営も含めて教員のみで行っている。しかし、技術関連の演習には実習先の指導者を実務家教員、またはゲストスピーカーとして招き、学生と共に学ぶ体制をとっている。

(3) 模擬患者の養成と協力

札幌市立大学では模擬患者(以下、SP)を養成し、学部・専攻科の講義・演習において協力を得ている。SPの養成にあたっては特に基準は設けておらず、自治体の広報や地元新聞のチラシ等で募集している。SPについて理解してもらうための説明会や養成講座(5回コース)等のステップを経た後に、最終的にSPとして実際の教育に協力をするか否かの意思確認をしている。

SPは高齢の方も多いため、SP仲間同士で繋がりができること、学内や地域で学生との交流があること、学生の成長が見える喜びがあること等もあり、比較的同じSPから長期間にわたり協力を得ることができている。お話を伺う中で、このようにSPを取り入れた教育を実施するためには、SPとの継続的な関係の構築に向けた教育者側の努力が不可欠であることを痛感した。札幌市立大学では、SPを大学の行事に招待する、感謝状を渡すなどの繋がりを保持し、今ではSPが大学の地域

貢献の柱の一つとして大きな位置づけになってきているとのことだった。模擬患者の養成過程から演習・OSCE等の中では教員と個々のSPとの細やかなコミュニケーションがあり、それも現在の信頼関係を構築することに繋がっていることも理解できた。加えて、SPとの関係を構築し、教育へ参画してもらうことは、看護学・助産学教育そのものの理解を深めることにも寄与するという点でも非常に意義深い活動である。

専攻科においても学部のSPの協力を得ながら、OSCEや学内の技術演習を実施している。専攻科はその内容の特性上、女性のSPという条件はあるものの、助産特有のトレーニング等は特に行われていない。SPに対しては、OSCEや講義（演習）に先立って内容を説明するとともに、学生への返答方法を教員と打ち合わせ、練習する時間を設けている。特に専攻科のOSCEについては、成績評価の一環に位置づけられているために、SPの対応について標準性を担保するよう留意しているとのことだった。SPに対しては1時間あたり1,000円程度の謝礼を教育経費から支払われている。専攻科は学部に比して学生的人数が少ないため、演習における指導をより密に行えるという特徴がある。それゆえSPの充実度も高く、専攻科への協力を希望するSPも多いとのことだった。

(4) 学生に対する OSCE 結果のフィードバックとレーダーチャート

学生個々に対するOSCE結果のフィードバックは、各ステーションにおける助産実践終了直後に行われる。この場面では、まず学生からの振り返り・感想を促して緊張を解き、“フィードバックを聞く耳”を作るようにしている。その上で、SPと評価者である教員からフィードバックを行うが、フィードバックの時間は数分と限られているため、優先度が高い点について主に1名の評価者が主体となって伝えるようにしているとのことだった。SPからは主にケアの受け手としての気づき・感想、教員からは主に技術的な項目について伝

えている。OSCEの評価項目は「できたか」「できないか」を評価するように設定されているため、例えば対象者への声かけをしたかどうかを問う項目にチェックがついても、その内容が対象者の立場に立ったものかどうかまでは評価されない。そこで、声かけの内容が対象者にとってどうだったのかという質的な部分は意識的にフィードバックが行われている。フィードバックの際にはPNP（ポジティブ・ネガティブ・ポジティブ）の順序を心がけている。専攻科はOSCEを成績評価に使用しているため、状況によっては再試験を実施する場合もある。この場合は、フィードバックを多めに設定する等の対応をされている。

札幌市立大学助産学専攻科のOSCEでは、先述したとおり「レーダーチャート」を用いた評価のフィードバックが行われている。OSCEの結果を速やかにシステムに入力し、学生に即日配布するため、学生の記憶が鮮明なうちに自分の到達状況や課題を視覚的に把握できる仕組みになっている。なお、学生全体に対しては、OSCE終了後に総評・技術確認の時間を設けてフィードバックが行われている。さらに、専攻科においてはOSCEの助産実践部分を全例撮影して映像として残している。これによって、学生が客観的に自己を振り返り、課題を明確化できるような仕組みを整えている。映像を見返すことは、あくまでも学生の自主性に委ねているとのことだった。

6. OSCE を導入したことによる助産学教育における効果

OSCEを導入することによる助産学教育における効果について尋ねたところ、下記の回答を得た。

【学生側】

- ・ 教員やSPからフィードバックがあることにより、自分を客観的に評価できる。
- ・ 2回のOSCEで成長を実感できてうれしい。
- ・ 緊張するが、緊迫感と時間制限のある中でも実施できる自信がつく。

- ・ 自分の課題がすぐにわかる、復習の必要性を実感する。
- ・ 事前に課題がわからないので練習する。

【教員側】

- ・ 短時間で学生の技術の評価が可能である。
- ・ 短時間ではあるが4課題あり、学生の課題が明確になる（1つの課題の評価が低い学生は他の課題も低い）。
- ・ 教員2名で評価することで、教員間の評価の基準が明確になる。それが到達度の明確化につながる。
- ・ 課題を検討することが教員のディスカッションの場になる。
- ・ OSCEの結果から、授業・演習の評価や実習の準備につながる。
- ・ 教員間のコミュニケーションの機会となり、新人の教員への教育にもつながる。

7. 教育にあたっての留意点・重視していること

1) OSCEの目的・位置づけに関する教員および学生間での共通認識

OSCEを導入する場合には、OSCEそのものが何を評価できるのか、どのような特徴があるのかといった点を教育者側が十分に理解しておくことが非常に重要である。OSCEは、あくまでも講義・演習といった土台となる教育を十分に担保した上で、その内容について「できた」「できない」を評価する客観的な評価方法の一つである。つまり、学生が自身の課題を明確化・客観的に把握し、自己研鑽をしていく上でのツールとしての意味合いが大きい。したがって、OSCEに合格したという事実は、患者とのコミュニケーション、安楽への配慮等といった看護の質をも担保していることには必ずしも繋がらないことに留意する必要があると繰り返しお話をしていた。学生に対しては、こうしたOSCEの位置づけや、何が評価できるのかを十分に説明することが不可欠である。こうした点が不十分な場合には、OSCE合格という結果だけで、「対象者との関わりについても自分は十分にできている」と自己評価してしまうことも懸念さ

れるという。こうした点で、OSCEは用い方によっては弊害にもなり得ることを、十分に理解する必要がある。

2) OSCEのシナリオ作成

助産学教育は妊婦健康診査、分娩介助等をはじめとした多岐に渡る技術項目の獲得を目指すという特徴がある。よって、OSCEには助産師として実施できるか否かを確認したい技術項目を盛り込むように意識することで、客観的に評価をすることができるとのことだった。ただし、先述した通り、OSCEは実施内容の「質」ではなく「実施の有無・可否」を評価するものであることを念頭においてシナリオ作成にあたる必要がある。OSCEは試験であるという性質上、評価基準の例としては、「○○について説明した」「○○を観察した」など、評価者が目で見て判断できる表現とすることが客観性を担保することに繋がる。つまり、対象者への声かけの内容やその質を問う項目を多く設けるのではなく、それらはむしろ講義・演習内で取り入れていく方が望ましいとお話されていた。

8. 考察

今回の調査結果には、専攻科における具体的なOSCEの運営方法や留意点について主に述べてきた。しかしながら、前述したようなOSCEの“方法”を単純に取り入れることは、必ずしも教育効果の向上に繋がるものではない点に留意する必要がある。

今回協力を得た札幌市立大学助産学専攻科は、学部の開学当初からOSCEを看護学教育に導入する方向で検討が重ねられてきた背景を持つ。OSCEの実施にあたっては、担当する教員各自が看護教育におけるOSCEの意義を共有認識していることが重要であるため、札幌市立大学では2年間のOSCEトライアル期間にもFDを実施し、OSCEに関する意思の統一を図るための取り組みが積み上げられてきた経緯がある（中村, 2011）。専攻科ではそうした基盤・ノウハウを引き継ぎながらOSCEが構築されており、こうした点は他の

養成校と一線を画す非常に大きな強みであると言えるだろう。これから OSCE の導入を検討する養成校においては、OSCE を実施する目的や目標等について議論を重ね、教員間のコミュニケーションをはかっていくことが重要であり、それが教員間のつながりの深い組織の構築にも繋がるのだと理解できた。そして、OSCE の意義を学生と共有することも、効果的な運営の前提条件となることに十分留意する必要がある。

札幌市立大学助産学専攻科は修業年限が1年間であったため年2回の OSCE が実施されていたが、養成校の修業年限やカリキュラムに合わせて、当然ながら回数・実施時期が検討される必要があると考える。技術を獲得するプロセスにおいては、脱文脈化した状況下で知識を教授・練習する場面も必要になる。しかし、何が起こるか予測不能な臨床現場を想定し、文脈の中で高度な助産実践ができるように訓練することもまた不可欠である。日頃学生と関わる中で、緊張の中に身を置いた状況でこそ見える学生の特徴もあると感じている。模擬患者、またはそれに類似した学外者の協力を得て、リアリティと緊張感を保持した環境下で OSCE を実施することは、学生が自身の実践能力の到達度を知識・技術・態度の総合的な視点から把握する意味でも、また教員・学生双方にとってのマイルストーンとしても機能する有益な取り組みである。

また、今回の調査では OSCE を導入することによる助産学教育への効果を学生・教員双方の視点から伺うことができた。いずれも看護教育において OSCE を実施することによる教育効果として挙げられている内容と共通していた。OSCE を助産学教育に導入することに関する研究報告(岡山・森兼・山名他, 2015; 山本・渡邊・山内他, 2013; 玉城・賀数・井上他, 2008) はあるものの、看護学のそれに比べるとまだ少ない現状にあり、今後様々な研究が積み重ねられていくものと予測される。しかしながら、今回の聞き取りでうかがった助産学教育における OSCE の教育効果からは、看護学同様に助産学教育が OSCE

を用いるのに適した要素を多く含んでおり、その結果を十分に活用しうる可能性が示唆されたと考察できるだろう。

教育課程・教育期間等、養成校ごとに背景は異なるものの、助産学教育は看護学教育同様、もしくはそれ以上にカリキュラムにおける学修内容が多いことに加え、妊娠期から産褥期・新生児期まで幅広い内容に関する高度な助産実践能力が求められるという特徴がある。養成校から就職先へのシームレスな移行の重要性が指摘されている一方で、例えば実習における分娩介助数の確保が困難な地域もある等、学生自身が実習現場で学びを積み重ねることの困難さも少なからず生じていると推察される。こうした状況下で、限られた実習期間における貴重な実践の機会を、より効果的な学びにつなげる一つの方法としての OSCE、という意義も大きいといえる。

一方で、今回の聞き取り調査の中で幾度となく強調されていたように、OSCE の基盤には充実した講義・学内演習が必須であること、OSCE で評価できる内容には限界があることを忘れてはいけない。OSCE を含めた学習全体の位置づけを教員・学生間で共有・構成していくこと、OSCE の結果をさらなる教育改善につなげていくことが重要だといえよう。

文献

- 中村恵子編著(2011). *看護 OSCE*, メヂカルフレンド社.
- 大淵一博・太田晴美・吉川由希子・松浦和代・樋之津淳子(2012). OSCE 実施支援システムの開発と運用, *札幌市立大学研究論文集*, 6(1), 37-48.
- 岡山真理・森兼真理・山名香奈美・五十嵐稔子・中西伸子・脇田満里子(2015). 修士課程における助産師教育での修了前客観的臨床能力試験(OSCE)を受験する学生の行動に影響を与える要因と効果的な修了前 OSCE の検討. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 11, 67-76.
- 玉城清子・賀数いづみ・井上松代・西平朋子・下中壽美・前田和子(2008). 助産技術教育へ

OSCE（客観的臨床能力試験）の導入. 沖縄
県立看護大学紀要, (9) , 21-27.

山本真由美・渡邊由加利・山内まゆみ・多賀昌
江・大淵一博・鈴木ちひろ・宮崎みち子・
中村恵子(2013). 助産学の客観的臨床能力
試験を受験した助産学専攻科生の評価.
SCU Journal of Design&Nursing, 7(1), 61-66.

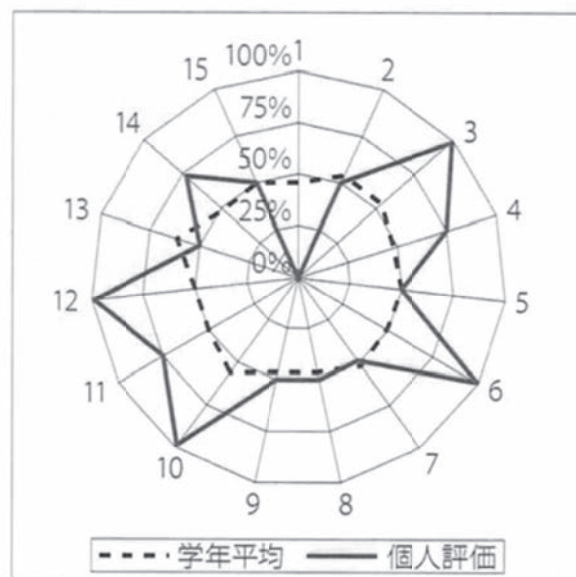
（後藤仁子・福島裕子）

資料

図IV-1 個人別評価シートにおけるレーダーチャート例（中村, 2011）

図IV-2 学生用「助産学 OSCE ガイド」（右）と教員用「助産学 OSCE マニュアル」（左）

表IV-1 札幌市立大学助産学専攻科における OSCE の進行



図IV-1 個人別評価シートにおけるレーダーチャート例（中村, 2011）



図IV-2 学生用「助産学 OSCE ガイド」（右）と教員用「助産学 OSCE マニュアル」（左）

表IV-1 札幌市立大学助産学専攻科における OSCE の進行

経過時間	進行：マルベリータイマーが発する アナウンス内容	学生の行動
開始 30 秒前	● 「まもなく OSCE を開始します。最初の学生は準備をしてください。」 ● ピッピッピッピン 「次のステーションに移動してください。」	● 所定の場所の椅子に着席して待機する。 ● 指定のステーションに移動，所定の椅子に着席する。
0 分 00 秒	● ピッピッピッピン 「課題を読んでください。」	● 評価担当教員から渡された課題文を読む。
1 分 00 秒	● ピッピッピッピン 「試験開始です。」 ● 「残り時間，1 分です。」	● 課題を評価担当教員に返し，助産実践を開始する。
11 分 00 秒	● ピッピッピッピン 「フィードバックを受けてください。」 ● 「残り時間，1 分です。」	● 助産実践を終了する（途中の場合も）。 ● 評価担当教員からフィードバックを受ける。
14 分 30 秒	● ピッピッピッピン 「次のステーションに移動してください。」	● すべての課題が終了した場合は，OSCE 会場から退室し，自己評価記入場所に移動する。

V. 卒業生を模擬産婦として活用した助産学生への卒業前の客観的臨床能力試験（OSCE）の取り組み

1. 対象校

岩手看護短期大学 専攻科 助産学専攻

2. 教育課程

短期大学専攻科 定員 15 名

3. 調査日

平成 29 年 1 月 4 日

4. 教育目的・ねらい

岩手看護短期大学専攻科助産学専攻の学生は、講義・演習の後に助産学実習で助産実践力を身につけるカリキュラムとなっている。分娩介助を実施する「助産学実習Ⅰ」は 10 単位 450 時間と最も多くの時間を費やす実習である。実習施設は総合病院の産婦人科から産婦人科診療所と幅広く、実習施設の特徴により実習経験が必ずしも均一にはならない状況がある。

実習経験が多様であっても学生の学ぶ内容は一定の基準を満たすものとなるように、卒業前の助産学生の助産実践力を把握し、卒業後に助産師として働くことができる情意領域も含めた基本的実践力を保障するため、卒業前に客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：以下 OSCE とする）を実施することとした。

また、OSCE の実践では、模擬患者の存在が重要である。通常は研修を受けた地域住民の協力を得ることが多いが、模擬産婦役を担うには、分娩機序を理解した青年期女性であることが求められるため、岩手県内に在住する卒業生の協力を得ることとした。模擬産婦を演じて学習者（助産学生）への評価を行う一連の活動は、卒業生と教員・教育機関とのつながりを維持し、卒業生にとって助産師としての卒後教育となることも期待している（資料 V-1）。

5. 教育内容の実際

1) 実施時期

助産学実習Ⅰの履修時期は 6 月からであり、実習前は講義や演習が集中しているため、卒業前の助産師国家試験終了後（2 月中旬～下旬）に実施している。

なお、授業期間終了後の卒業前の取り組みのため、参加は強制ではなく任意としている。OSCE 参加への協力依頼と独自に作成した OSCE 参加同意書を学生に配布し、参加を促している。学生の臨床能力を把握したいという教員側の意図だけでなく、学生にとっても卒業後助産師として働くために有益と思われるので、特別な理由がない場合は参加するよう呼びかけている。

2) 模擬産婦の選定

模擬産婦の選定対象は、県内に就職しており実習等で学生と関わりがなかった卒業生であり、主に新人助産師に依頼している。

実習等で学生と関わりがなかった卒業生に依頼する理由は、実習等で一部の学生と関わりをもった助産師が模擬産婦になると、事前の関わりの有無によりコミュニケーションの取り易さ等に影響を与えられられるためである。

3) OSCE の事前準備

教員の OSCE に対する理解、知識の統一のための学習を、OSCE 関連文献（大滝 2007、中村 2011）ならびにインターネットから刊行されている「OSCE DVD シリーズ Vol.1（医療面接、バイタルサインの診察）」を用いて行った。

助産師として就職前におさえておいてほしい内容について助産学専攻教員で協議し、臨床で遭遇する場面を設定した。看護基礎教育や助産教育への OSCE 導入例（村田 2013、曾田ら 2014、玉城ら 2008）を参考に、シナリオや評価表を作成した。

模擬産婦として協力してもらう卒業生には OSCE 実施前に来校してもらい、「場面設定（A：妊娠 36 週の妊婦健診と保健指導、B：

妊娠39週5日の分娩第1期後半にある初産婦への援助)」、「援助に対する反応について」などが記載されたシナリオ(資料V-2、V-3)を基に、当日の流れについて口頭で説明している。事前の演技練習は実施しないが、各場面で用いる物品の配置などのOSCE実施環境の準備は、卒業生の意見も取り入れながら、協力して実施している。

具体的な準備については、場面B(分娩第1期の援助)では、分娩台の横に畳を設置してフリースタイル出産に臨めるように物品を配置したり、湯たんぽなど産痛緩和に使用する可能性のある物品を一通り準備している。

また、内診や腹部触診、胎児心音聴取などの身体に触れる技術に関しては、模擬産婦は場面設定通りの身体状況ではないため、模擬産婦の近くに内診や腹部触診、胎児心音聴取のできるファントム(演習モデル教材)を置き、内診や測定が必要となった場合は教材を使用している。なお、内診の際には、(株)高研の子宮頸モデル(LM-095)をファントムとして用い、腹部触診や胎児心音聴取の際には、サカモト分娩介助トレーナーDual(M184)を用いている。

4) OSCEの実施概要

午前中にOSCEに向けて課題に関連したグループワークを実施し、昼食後にOSCEを実施する。学生は2人組で場面AとBを1回ずつ実施する。2人組の学生のうち1名が助産師(助産学生)役となり、もう1名は必要に応じて助産師(助産学生)役を補佐する役割を担う。場面Aで助産師(助産学生)役となった学生は、場面Bでは補佐役となるというように、2人の役割を交替して実施する。

時間配分は各回15分(課題読み1分、実施10分、フィードバック4分)であり、10分の休憩を入れて、次の学生が実施する。OSCEステーションは2つ設置し、15名程度の学生が6~8グループに分かれ、同時に2グループが実施する(資料V-4)。

実施中は、ビデオ撮影を行い、後日のフィードバックに用いる。撮影に関しては、あらかじめ学生に説明し、了解を得ておく。

OSCE開始後、教員が助産師役の学生に設定場面(状況)が書かれたカードを渡す。学生は、1分間で音読した後、シナリオに合わせて助産ケアを実施する。教員は、評価表(資料V-5、V-6)を用いて実施評価を行い、その場での助言等を行わない。

OSCE終了後のフィードバックは、模擬産婦役の助産師がその場で行う。フィードバックの4分間では学生に伝え切れなかった部分があれば、休憩時間内に模擬産婦役の助産師が別紙にまとめて記載しておく。

OSCE終了後の翌日から約1週間以内にOSCE実施学生1名と教員で、録画したビデオを見ながら、評価表に沿って振り返りを行う。

全て終了した後、課題に対する理解度などを確認するため、各学生を対象にアンケートを実施している(資料V-7、V-8)。

なお、模擬産婦を担当する卒業生に対する金銭による謝礼は行わず、ボランティアという形式で実施している。

6. 教育における留意点、重視していること

OSCEは、学生の看護実践能力向上への自己研鑽によるキャリアアップ、修了生へのブラッシュアップの提供、また、教員の看護実践能力維持・育成と教育力の向上を目的としている。

岩手看護短期大学におけるOSCEは学生の成績評価のためではなく、学生の助産実践力を把握するために実施されており、今後は、助産学実習の実施前に行うことも検討されている。これまで、卒業前OSCEを2回実施し、学生の感想から、OSCEは学生が自らの思考や行動を振り返る良い機会になっていると思われる。

OSCEステーションを2つ設置し、A:妊娠36週の妊婦健診と保健指導、B:妊娠39週5日の分娩第1期後半にある初産婦への援助の2場面を設定している。学生が戸惑うこ

となく、有意義な学びが得られるように学生の学習レベルに合わせて初産婦を経産婦に変更する等、シナリオに微調整を加えている。

教員は、助産学生の卒業前到達度に関する意識と OSCE に関する知識・理解の統一を図ったうえで OSCE を実施できるよう、学生に事前説明を実施している。その際、OSCE は学生が自身の現状を把握する機会であることを強調している。OSCE 当日のフィードバックでは、肯定的な評価をするよう留意しており、学生が出来ていた部分については、出来ていることを認め、よりよい実践になるためのアドバイスをしよう心がけている。

ビデオ映像を通してのフィードバックは自らの気づきを促す点で有効であることが明らかとなっており、OSCE の様子をビデオ撮影し、それを教員とともに見ながら学生自身が自らの助産ケアの特徴や言動の癖などに気づくことを重視している。しかしながら、ビデオで撮影されることによって緊張が高まり、模擬産婦に対して思うようなケアが実施できない可能性もある。ビデオの存在や撮影されることに対して苦手意識を持っている学生もいることを考慮し、ビデオ撮影の意義を事前に説明して、学生の理解を得ておくことも重要である。

7. 考察

今回の調査から、卒業前に OSCE を実施することは、学生自身の振り返りにとって肯定的な体験であり、分娩介助実習終了後、約半年間助産実践から離れている状況で、4 月から助産師として就職する直前に助産実践を復習できる機会としても重要な取り組みといえる。

1) 新人助産師となった卒業生の模擬産婦協力

OSCE を実施する際、模擬患者には一定の研修を受けた地域住民を依頼することが多いが、助産ケアの対象となる妊産婦役を地域住民に演じてもらうには、生殖年齢の女性という限定のうえ、妊娠・出産のメカニズムを理

解していただかなければならず、模擬産婦の協力を得ることの困難が予測される。

岩手看護短期大学で、模擬産婦として卒業生である新人助産師の協力を得ている点は、模擬産婦の研修時間が短縮できるとともに選定や依頼が容易になり、助産領域における OSCE の実施をしやすくなる可能性がある。

また、日常的に妊産婦のケアを実施している助産師ゆえに研修を受けた地域住民よりも分娩の場面などをリアルに再現できる利点もある。さらに、副次的に模擬産婦として協力する卒業生への教育効果の可能性もある。新人助産師のみならず経験を積んだ助産師であっても、OSCE の模擬産婦となって助産学生のケアを受けながら評価する経験を通して自身の助産ケアを振り返り、助産ケアを考察する機会となることが予測される。

模擬産婦を導入しての OSCE の実施は、対象者との関わり方を学ぶことのできるものであり、コミュニケーションスキルを育成する上でも効果的と考える。

2) OSCE 実施の時期

岩手看護短期大学では、助産学授業としてではなく、任意参加の教育的取り組みとして、卒業直前に OSCE を実施していたが、助産学の臨地実習開始前に授業の一環として OSCE を実施することで、助産学生全員を対象にでき、かつ、学生が助産学実習前に妊婦健診や分娩介助の具体的イメージをもつことにより、実習を効果的に開始できる可能性があると考ええる。

OSCE の効果を高めるためには、1) 学生への OSCE の意義や方法の周知と学生の理解、2) 適切な模擬産婦の選定、3) 実際の分娩との乖離を最小限にする状況設定が必要と考える。

岩手看護短期大学で用いているシナリオと評価の視点は、助産学実習で妊婦健診や分娩介助を経験した卒業前の学生を対象としたものである。そのため、実習前に OSCE を実施する場合は、各教育機関の実習開始時期と講

義内容を考慮し、実施時の学生の学習状況に合わせて準備・実施する必要があると考える。

文献

- 大滝純司(2007). *OSCE の理論と実際*, 篠原出版新社.
- 中村恵子(2011). *看護OSCE*, メヂカルフレンド社.
- 村田由香(2013). 成長実践型 OSCE の開発と実践, *看護教育*, 54(11), 1042-1049.
- 曾田陽子・広瀬会里(2014). OSCE と SP 導入へのプロセス. *看護教育*, 55(10), 964-970.
- 玉城清子・賀数いづみ・井上松代・西平朋子・下中壽美・前田和子(2008). 助産技術教育へ OSCE (客観的臨床能力試験) の導入, *沖縄県立看護大学紀要*, 9, 21-27.

(野口恭子、大黒屋安由子)

資料

資料 V-1 OSCE 取り組みの概要

資料 V-2 妊婦役の方へ（課題シート、場面設定、援助に対する反応、留意事項）

資料 V-3 産婦役の方へ（課題シート、場面設定、援助に対する反応、留意事項）

資料 V-4 OSCE 課題と評価のポイント、タイムスケジュール（学生用）

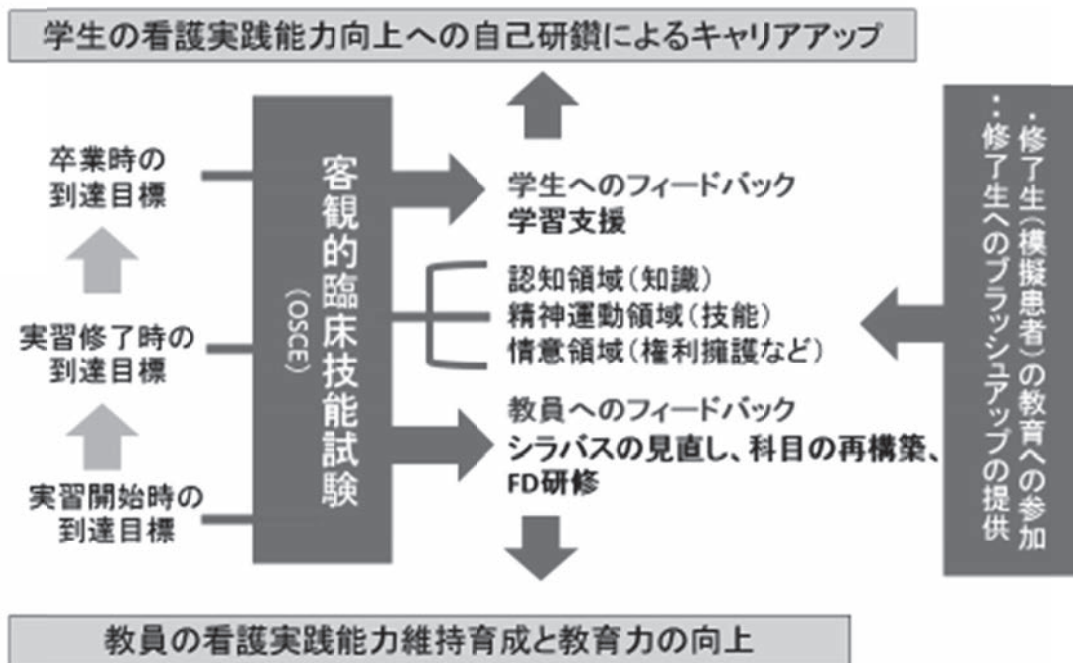
資料 V-5 OSCE 評価表（妊婦の健康診査と保健指導：教員用）

資料 V-6 OSCE 評価表（産婦への援助：教員用）

資料 V-7 学生（実施者）用アンケート用紙（妊婦健康診査）

資料 V-8 学生（実施者）用アンケート用紙（産婦への援助）

OSCE取り組みの概要



OSCE 参加へのご協力へのお願い

(学生用)

平成 27 年 2 月 24 日

専攻科助産学専攻 教授 橋本 扶美子

近年、看護系養成機関の新卒業者の看護実践能力が問われてきている中、すでに医・歯学部等で臨床技能を適正に評価するための方法として用いられている客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination : OSCE）を導入するところが増加しています。

助産技術教育においても、実習前 OSCE を導入する事で、学習効果の定着度を査定するだけではなく、実習中の過度な緊張の軽減や学生自身のコミュニケーションの傾向を知る機会につながるなど有意義な報告がなされています。

つきましては、国家試験を終えられたみなさんのご協力をいただき、OSCE の演習を実施し、今後の本学の助産師教育への導入を検討したいと考えております。

さらに、実践における課題を把握するために、アンケートやインタビューの実施も予定しております。OSCE の結果や調査はみなさんの成績に無関係ですし、ご協力いただけない場合や中断においても不利益になることはありません。また、データは個人が特定されることが無いように処理、管理し、関連学会への発表や論文作成、シラバスへの反映以外には用いないことを約束します。

主旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い致します。

なお、不明な点がありましたら、助産学専攻の教員までご連絡ください。

～ 妊婦役の方へ ～

ステーションAの課題シートと留意事項を以下に示します。

あなたは、産婦人科外来の助産師です。妊娠36週1日の大釜みどりさんにNSTの指示がでましたので、モニター室であなたが分娩監視装置を装着します。

<大釜みどりさんの情報>

28歳、初産、身長160cm、避妊時53kg、これまでの経過は特に問題なし、本日すでに分かっている結果は、血圧126/66mmHg、体重60kg（1週間前より400g増）、尿蛋白（－）、尿糖（－）。
先週の健診でEFBW：2,994g。

<課題>

大釜さんは、先にモニター室に案内されてベッドに横になっています。そこへあなたが入って来て分娩開始装置を装着し、NSTを実施します。実施では、行っている手技について声に出して何をしているのかわかるようにしてください。

<場面設定>

1. 妊婦は、ベッドに臥床して過ごしています。
2. 学生が課題を確認し、援助に入って10秒程度経過しても、ベッドをギャッチアップしない場合は「少し吐き気がします」と話してください。
3. 学生は、レオポルド触診・NST（シミュレーター）を行います。

<援助に対する反応について>

1. 就労状況や夫の立会など、キャラクターの設定は、それぞれの開始前に調整します。
2. 腹部触診の際、衣類や掛物の整えを学生が行ないますが、不要な露出や引っ張りなどの不快な扱いがあった場合は、直してください。
3. レオポルド触診やNST時の脚の曲げ伸ばし、腰の上げ下ろしは、学生の誘導がなければ、しないでください。
4. 自宅でのお腹の張りなどは、学生から問診された場合のみ「時々、張りますけど痛みはないです」と応えてください。
5. 学生から、保健指導などの説明の後に「出来そうですか?」「わかりますか?」などの確認があれば、その説明の仕方次第で「はい」または「良くわからない」など答えて構いません。

～ 産婦役の方へ ～

ステーション B の課題シートと留意事項を以下に示します。

＜産婦の情報＞

滝沢華さん、26 歳、初産婦、妊娠 39 週 5 日 妊娠経過は特に異常なし。

あなたは入院時から滝沢さんを受け持ち、援助を行なっています。

現在の所見は子宮口 8cm、展退 80%、St±0、陣痛周期 3 分、陣痛発作 60 秒、未破水。

内診後は、イスに座って 1 人で過ごしています。

発作時、努責感が強く、ずっといきんでいます。

＜課題＞

1. 呼吸法・産痛緩和法を用いて、いきみをのがす援助を行なってください。
2. なぜ、この時期にいきんではいけないのか説明してください。

＜場面設定＞

1. 産婦は、椅子に座って過ごしています。学生入室時は、間欠期です。
2. 学生が課題を確認し、10 秒ほどしたら「痛みがきそうです」と話します。
3. はじめは、フー、フーッと 5～6 回呼吸をしますが、呼吸を止めて「う～ん」といきんでください。（発作時間は 1 分程度）そのまま、努責をかけ続けてしまう様子を演じます。
4. 間欠時に、「いきみたい…体に力が入ります」と学生に話してください。
5. 間欠期 2 分を過ぎたら、再度、1～3 を繰り返します。

＜援助に対する反応について＞

1. 発作時に学生から話かけられた場合は、返答しなくてもかまいません。
YES、NO で答えられる質問の場合は、首を振って返答をお願いします。
2. 学生から努責法を逃す方法や、発作時の誘導があれば、説明された呼吸法を行なってください。
しかし、説明があっても、発作時に学生の誘導(声かけ)がなければ、そのまま努責してください。
3. 学生の呼吸法の説明や誘導が、よくわからないときは、そのまま努責してください。
4. 学生から、呼吸法の説明の後に「出来そうですか？」「わかりますか？」などの確認があればその説明の仕方次第で「はい」または「良くわからない」など答えて構いません。

※ キャラクターの設定は、それぞれの開始前に調整します。

（学生用）

<OSCE 課題と評価のポイント>

		ステーション A 妊娠 36 週の妊婦の健康診査と保健指導	ステーション B 妊娠 39 週 5 日 分娩第 1 期後半にある 初産婦への援助
評価 の ポ イ ン ト	共通項目	1. 対人関係・コミュニケーションの基本能力 2. 妊婦への配慮（不必要な露出を最小限にしているか、診察台での仰臥位や 起き上がり時の安全や不快症状の有無、手技実施前の声かけなど）	
	課題ごとの項目	1. レオボルド触診の知識とアセスメント能力 2. 児心音聴取についての知識とアセスメント能力 3. 分娩監視装置装着・NST 実施についての知識とアセスメント能力	1. 分娩進行状態の診断 2. 産婦の状況にあわせた、呼吸の説明と誘導 3. 産痛緩和法の知識と実施

<タイムスケジュール>

時間	学生の動き	
10:00~10:30	最終オリエンテーション	
	ステーション A	ステーション B
10:30~10:55	グループ①	グループ③
10:55~11:20	グループ②	グループ④
11:20~11:45	グループ③	グループ⑤
11:45~12:10	グループ④	グループ⑥
12:10~13:30	昼食 休憩	
13:30~13:55	グループ⑤	グループ①
13:55~14:20	グループ⑥	グループ②
14:20~15:00	合同振り返り	

※1回につき OSCE 実施 15 分（課題読み 1 分、実施 10 分、フィードバック 4 分）＋休憩 10 分

A 妊婦の健康診査と保健指導 評価表

日付：20 年 月 日

学籍番号：

学生氏名

評価者

評価ポイント

1. 対人関係・コミュニケーションの基本能力
2. 妊婦への配慮（不必要な露出を最小限にしているか、診察台での仰臥位や起き上がり時の安全や不快症状の有無、手技実施前の声かけなど）
3. レオポルド触診の知識とアセスメント能力
4. 児心音聴取についての知識とアセスメント能力
5. 分娩監視装置装着・NST 実施についての知識とアセスメント能力

【評価基準 2：できた 1：どちらともいえない 0：行わなかった】

はじめに	2	1	0	コメント
あいさつ（大きな声で目を見てはっきり言えたか）	☐	☐	☐	
自己紹介（学校名、フルネームを言えたか）	☐	☐	☐	
妊婦の氏名の確認（フルネームで確認できたか）	☐	☐	☐	
身だしなみ、清潔感	☐	☐	☐	
適切な姿勢・態度（あいさつなどの場面）	☐	☐	☐	
今から何をするのか、概略を説明できたか	☐	☐	☐	
測定について同意を得たか	☐	☐	☐	
排尿を済ませているか確認したか	☐	☐	☐	

測定技術	2	1	0	コメント
技術前に対象者へ検査を開始することを告げてから実施したか	☐	☐	☐	
妊婦への配慮：不必要な露出を最小限にしていたか	☐	☐	☐	
妊婦への配慮：診察台での仰臥位低血圧症候群を考えた姿勢をとっていたか（上体を約 30 度挙上する）	☐	☐	☐	
妊婦の右側に立ち、頭の方に向き、軽く両膝をたてさせてレオポルド触診を実施したか	☐	☐	☐	
触診第 1 段法：子宮底部に両手を密着させ、声を出して、硬さや形の確認、臀部・小部分（足）を推定できたか	☐	☐	☐	
触診第 2 段法：腹部の左右に両手をあてて、上側から下側に手を移動させながら、左右交互に腹部を押し（片方の手は支え）、声を出して硬さや形の確認、右側臍棘線上中央あたりに児背を推定したか	☐	☐	☐	

測定技術	2	1	0	コメント
右側臍棘線上中央で、ドップラーを用い、児心音聴取を行ったか	☐	☐	☐	
分娩監視装置：電源を入れたか	☐	☐	☐	
ベルトを二本腹部に巻き、ドップラートランスデューサーと陣痛計をベルトで固定したか	☐	☐	☐	
記録用紙送りボタンを押し、スタート (3 cm/分) させたか	☐	☐	☐	
児心音の表示があるか確認していたか	☐	☐	☐	
腹部触診し子宮収縮がない状態を確認してゼロ設定したか	☐	☐	☐	
装着中、細かいことに気を配り、常に声をかけ、不快感の有無を確認していたか	☐	☐	☐	

コミュニケーション	2	1	0	コメント
適切なアイコンタクト・顔の向き	☐	☐	☐	
適切な声の大きさ・スピード・音調	☐	☐	☐	
ていねいな言葉使い	☐	☐	☐	

ボーナス：・装着中に何かあった場合（気分不良やトイレ）に、どのように連絡するかを具体的に説明した。 2 : ☐ 1 : ☐

・妊娠中に関する何らかの保健指導をした 2 : ☐ 1 : ☐

※レオポルド触診は、第2段法までの実施でよいことを伝えてください。

※ベッドはフラットにしておいて、学生に調整させるようにしてください。

得点：

◆時間内に終了 した しない (いずれかに○)

/ 50

【概略評価 (全体の印象で評価)】 もっとも当てはまる項目の数字に○印
※概略評価 1 は、このままでは修了できないレベル

4 ()	態度、技術共に修了前では問題ないレベル
3 ()	少しの指導で、すぐに改善可能なレベル
2 ()	かなり指導をすれば改善するレベル
1 ()	このままでは修了できないレベル

概略評価が2以下の場合、問題点にチェックをする (複数可)	
☐	身だしなみ・態度・ふるまい
☐	過度の緊張
☐	技術
☐	その他 (気になった点を具体的に記入する)

B 産婦への援助 評価表

日付：20 年 月 日

学籍番号： 学生氏名

評価者

評価ポイント

1. 対人関係・コミュニケーションの基本能力
2. 産婦への配慮（不必要な露出を最小限にしているか、起き上がり時や移動時などの安全や不快症状の有無、手技実施前の声かけなど）
3. 分娩第1期後半、努責感が出てきた産婦への援助の確認
 - 1) 努責感を逃すために呼吸法を用いた援助ができるかどうか
 - 2) 長く努責しすぎてはいけないことを産婦へうまく伝えられるかどうか

【評価基準 2:良くできた 1:どちらともいえない 0:行わなかった】

はじめに	2	1	0	コメント
あいさつ（大きな声で目を見てはっきり言えたか）	☐	☐	☐	
自己紹介（学校名、フルネームを言えたか）	☐	☐	☐	
妊婦の氏名の確認（フルネームで確認できたか）	☐	☐	☐	
身だしなみ、清潔感	☐	☐	☐	
適切な姿勢・態度（あいさつなどの場面）	☐	☐	☐	
今から何をするのか、概略を説明できたか	☐	☐	☐	

産婦への援助	2	1	0	コメント
きちんと名前をよんで話しかけることができたか	☐	☐	☐	
産婦の顔を見て話しかけることができたか	☐	☐	☐	
優しい言葉・あたたかい言葉をかけることができたか （産婦を否定するような言葉は使用していない）	☐	☐	☐	
産婦の状況に合わせて、適切な呼吸法を説明できたか	☐	☐	☐	
呼吸法の説明が理解できたか産婦に確認したか	☐	☐	☐	
陣痛発作時、産婦が呼吸できるよう声をかけて一緒に実施したか	☐	☐	☐	
産痛緩和法を実施できたか	☐	☐	☐	
努責による胎児への影響を説明したか	☐	☐	☐	
努責による胎児への影響について理解できたか産婦に確認したか	☐	☐	☐	
産婦の呼吸法を必要時、改善の指導ができたか	☐	☐	☐	

	2	1	0	コメント
努責による産婦への影響について説明したか	☐	☐	☐	
努責による産婦への影響について理解できたか確認したか	☐	☐	☐	
産婦にあったケアを行うために努力していたか	☐	☐	☐	
産婦の移動時は産婦の安全に気を配っていたか	☐	☐	☐	

コミュニケーション	2	1	0	コメント
適切なアイコンタクト・顔の向き	☐	☐	☐	
適切な声の大きさ・スピード・音調	☐	☐	☐	
ていねいな言葉使い	☐	☐	☐	

ボーナス：産婦の訴え（気分不良やトイレ、破水感など）に対し状況に応じて対応した。 2：☐ 1：☐

※分娩室内に用意した物品を使用し実施してよいことを説明してください。

※内診や分娩介助の必要性を判断した場合は、時間内であればその判断で進めてください。

◆時間内に終了 した しない （いずれかに○）

得点：

/ 48

【概略評価（全体の印象で評価）】 もっとも当てはまる項目の数字に○印

※概略評価 1 は、このままでは修了できないレベル

4 ()	態度、技術共に修了前では問題ないレベル
3 ()	少しの指導で、すぐに改善可能なレベル
2 ()	かなり指導をすれば改善するレベル
1 ()	このままでは修了できないレベル

概略評価が 2 以下の場合、問題点にチェックをする（複数可）	
☐	身だしなみ・態度・ふるまい
☐	過度の緊張
☐	技術
☐	その他（気になった点を具体的に記入する）

～ ステーション A 妊婦健康診査 実施者 ～

1. 課題シートは、以下の様式でしたが、約 1 分間の音読で、課題は理解できましたか？
理解が困難だった場合、困難だったのはどの部分ですか？矢印の場所に記述してください。

あなたは、産婦人科外来の助産師です。妊娠 36 週 1 日の大釜みどりさんに NST の指示がでましたので、モニター室で分娩監視装置を装着します。

<大釜みどりさんの情報>

28 歳、初産、身長 160cm、避妊時 53kg、これまでの経過は特に問題なし。

本日すでに分かっている結果は、血圧 126/66mmHg、体重 60kg（1 週間前より 400 g 増）、

尿蛋白（－）、尿糖（－）。先週の健診で EFBW：2、994 g。

<課題>

大釜さんは、先にモニター室に案内されてベッドに横になっています。そこへ、あなたが入って来て分娩監視装置を装着し、NST を実施します。

（行っている手技について声に出して、何をしているのか わかるようにしてください）

- 1) 理解できた 2) 理解が困難だった



2. 入室してから、実施までに室内の状況や必要な物品、妊婦の状況は把握できましたか？
把握が困難だった場合、困難だったのはどの部分ですか？矢印の場所に記述してください。

- 1) 把握できた 2) 把握が困難だった



3. 実施直後のフィードバックで、心に残ったことはありますか？

4. ビデオを用いてのフィードバックで、心に残ったことはありますか？

5. OSCE を体験して、負担に思ったことがあったら記述してください。

6. OSCE で明らかになった、自分の課題は何ですか？

7. 助産実習前に受講した助産診断学の演習と OSCE を比較して、それぞれにメリット・デメリットと思われる点があれば記述してください。

1) 助産診断学の演習

2) OSCE

～ ステーションB 産婦への援助 実施者 ～

1. 課題シートは、以下の様式でしたが、約1分間の音読で、課題は理解できましたか？
理解が困難だった場合、困難だったのはどの部分ですか？矢印の場所に記述してください。

＜産婦の情報＞

滝沢華さん、26歳、○産婦、妊娠39週5日 妊娠経過は特に異常なし。

あなたは入院時から滝沢さんを受け持ち、援助を行なっています。

現在の所見は子宮口8cm、展退80%、St±0、陣痛周期3分、陣痛発作60秒、未破水。内診後は、イスに座って1人で過ごしています。発作時、努責感が強く、ずっといきんでいます。

＜課題＞

1. 呼吸法・産痛緩和法を用いて、いきみをのがす援助を行なってください。
2. 滝沢さんに、なぜ、この時期にいきんではいけないのか説明してください。

- 1) 理解できた 2) 理解が困難だった



2. 入室してから、実施までに室内の状況や必要な物品、妊婦の状況は把握できましたか？
把握が困難だった場合、困難だったのはどの部分ですか？矢印の場所に記述してください。

- 1) 把握できた 2) 把握が困難だった



8. 実施直後のフィードバックで、心に残ったことはありますか？

9. ビデオを用いてのフィードバックで、心に残ったことはありますか？

10. OSCE を体験して、負担に思ったことがあったら記述してください。

11. OSCE で明らかになった、自分の課題は何ですか？

12. 助産実習前に受講した助産診断学の演習と OSCE を比較して、それぞれにメリット・デメリットと思われる点があれば記述してください。

2) 助産診断学の演習

2) OSCE

VI. 卒業生と連携した「子育て支援講座」を取り入れた助産教育

1. 対象校

愛仁会看護助産専門学校 助産学科

2. 教育課程

1年課程養成所 定員 20名

3. 調査日

平成28年12月6日

4. 教育目的・ねらい

愛仁会看護助産専門学校は、社会医療法人愛仁会が開設する助産師・看護師養成を目的とした専門学校であるが、法人を含めた大阪北部における助産師不足という地域の要請に応えるため、平成9年に助産師養成課程を開設している。

助産学科では、自主性と和の精神をもって、人々の健康で豊かな生活に貢献する助産師を養成するという教育理念のもと、教育目的では、「高い倫理観と使命感を持ち、広く地域に貢献できる助産師を育成することを目指す」としている。

教育課程では、①妊娠・分娩・産褥・新生児期における正常経過のフィジカルアセスメントと分娩期の介助技術・ケア技術演習、②緊急時対応のための技術援助、③継続事例等のケア、④地域ニーズの把握や健康教育、⑤生命倫理とともに専門職としての職業倫理を高める教育支援を強化しているが、④地域ニーズの把握や健康教育の実践として、「次世代健全育成のため安心して子どもを産み育てる環境を整え、保健医療チームとして他職種と連携・協働が行える能力を養う」という教育目標のもとに、「子育て支援講座」（資料VI-1）を実施している。

「子育て支援講座」は、健康教育論の一部として企画・準備が行われるが、看護学生や実習病院に勤務する助産師（卒業生）、栄養士、助産師会との連携のもとに実施されており、企画・調整力やコミュニケーション能力

の育成、助産師としてのアイデンティティ形成につながる効果的な実践となっている。

5. 教育内容の実際

1) 実施時期と会場

「子育て支援講座」は、例年9月に愛仁会看護助産専門学校の校舎5・6階フロアにて開催されている。

2) 準備について（図VI-1）

5月下旬から9月上旬の健康教育論6～12回（13時間）において、対象集団のニーズ把握、プログラムの作成、教育内容の精選、媒体を作成からリハーサルまでを実施する。6月～8月の助産学実習中ならびに夏休み期間となるが、この間も口頭原稿作成やリハーサルなど準備を行っている。

3) 広報と事前申し込みの受付方法

ちらしを作成し、実習施設や法人内の医療機関、高槻市内にて配布している。

事前申し込みは、専用のアインフォニメールで受け付け学生が対応している。

4) 実施内容および参加者（表VI-1）

妊娠・出産・子育てにおける社会的な背景と参加者のニーズを把握し、妊婦とその家族だけではなく、子育て中の家族や地域住民にも広く参加してもらえるようなプログラムを作成している。平成28年度で3回目をむかえた講座であるが、地域住民に浸透し、年々参加者が増加しており、相談コーナーの順番待ちやリピーターも多い。平成27年開催分の参加総数は197名（家族数87組）であった。

5) 開催担当者および協力者（表VI-2）

実施内容のうち、マタニティーヨガやベビーマッサージなどの体験項目では、卒業生を中心とした助産師がインストラクターをつとめ、栄養相談コーナーは、法人病院の栄養士が担当している。

6. 学生の学び（平成27年実施報告より）

- ・参加者が助産師学生や専門職者に相談する場面が多くあり、育児に対する不安や悩みを持っていることが理解できた。
- ・親同士の交流や専門職者からの助言で安心を得る場になっていたことから、環境づくりが必要である。
- ・夫婦、親子が笑顔でコミュニケーションをとり、家族の絆を結ぶことが、今後のより良い家族形成につながる。
- ・母子や家族の思いを知ることができ、助産師が地域で子育て支援をする意義が理解できた。

7. 教育にあたっての留意点、重視していることなど

- ・初年度は、「両親学級」として企画したが、次年度は前年度の参加者が子育て期であり、妊婦とその家族だけではなく、子育て中の家族や地域住民にも広く参加してもらえるように「子育て支援講座」とした。
- ・法人から理解が得られており、教育における重要項目として予算や広報、運営に関する協力が得られていた。
- ・育児の経験がある学生がいない年度は、子育てに対するイメージがわきにくく、指導内容に偏りがでる傾向があるため、具体的なイメージを持てるように工夫を要する。
- ・グループワークの中で、学生間の関係調整が必要になる場合がある。
- ・多忙を極める実習の中で準備を進めているが、学生が打たれ弱くなっていたり、帰宅時間が遅くなる場合など健康管理に苦慮している。

8. 考察

1) 実践能力の質保証

厚生労働省（2015）が示す「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」のマタニティケア能力は、大項目として、妊娠期の診断とケア、分娩期の診断とケア、産褥期の診断とケア、出産・育児期の家族のケア、地域母子保健に関わる家族のケア、助産

業務管理の6項目が分類されているが、助産学実習においては、分娩介助10例以上の必須課題と入院中の褥婦・新生児のケアに関する学習が主となり、その他の項目は事例を用いた演習や見学にとどまることが多い。しかし、到達度としては、「Ⅰ. 少しの助言で自立してできる」や「Ⅱ. 指導のもとでできる」とされている項目も多く、卒業時の到達目標は達成されていない教育機関も多いと考える。愛仁会看護助産専門学校助産学専攻では、定員20名のうち愛仁会グループからの進学者は4～5名であり、割合としては他校卒の学生が多い。また、新卒と既卒が半々程度で、

年齢や社会経験、背景は多様であった。さらに、入学者の半数程度は、母性看護実習において分娩を見学したことがない学生であり、6月から開始される助産学実習までに知識と技術を習得するには、学生はもちろん、教員も慌ただしい日々を過ごしていることが予測された。本来ならば技術の習得と実習を開始できる体制づくりに終始する時期であり、さらに分娩介助実習期間、夏休みも利用し企画・準備を行っている学生の意欲と効果的な導きを行っている教員に大きな刺激を受けた。

愛仁会看護助産専門学校における、「子育て支援講座」実施の取り組みは、企画を通し、現代の社会情勢や子育ての背景、参加者のニーズを把握し、課題解決の一助となる講座運営に向け詳細な計画がなされていた。また、広報や協力者の要請も主体的に行われており、社会性の醸成や他職種との連携・協働における調整力を育む機会となっていた。学生の感想は、妊婦や育児中の母親や家族という対象者の理解だけではなく、「次世代健全育成のため安心して子どもを産み育てる環境を整え、保健医療チームとして他職種と連携・協働が行える能力を養う」という教育目標の到達がうかがえる内容が述べられていた。さらに、健康教育における技術習得に関しては、「健康教育 技術チェック表」（資料VI-2）を用いた相互評価を行い、リハーサルを重ね習熟した状態で本番に臨む体制ができており、自

立した助産師として実践能力を養う教育が構築されていた。

以上のことから、本取り組みは、実践能力到達に向け有用な取り組みである。

2) 卒業生や地域との連携における学生にとっての効果

協力者である卒業生とのコンタクトは、助産学実習開始前から実習期間内であるが、卒業生は、実習病院に勤務する助産師でもあり、助産実習開始に向け不安や恐怖に駆られている学生において、臨地に知っている先輩がいるという事は、大きな安心につながっていた。中本・山下（2016）は、助産師教育課程において、年度を超えた卒業生と在校生の交流による「学び合い」の効果を明らかにしており、

「先に入職し自己研鑽を続けている先輩を身近に知るとは、在校生自身の自己研鑽の動機づけとなり、入職に向けた心理的準備性を高める効果があった」と述べている。「子育て支援講座」を実施した学生は、協力者である卒業生が、相談コーナーで対象に即した指導を行う姿や対象者が安心する様子を目の当たりにして、助産師としてのアイデンティティを形成すると共に、自己の有用性から学習や実習への意欲向上につながったのではない。

「子育て支援講座」に参画している卒業生および栄養指導は法人職員であったが、自らの休みを利用して無償での参画であり、他校での応用が可能であると考える。

3) 協力者である卒業生にとっての効果

新道（2016）は、助産師の助産師の就業形態とキャリア発達との関係において、2次医療機関の分娩件数に伴う混合病棟化を問題視しており、混合病棟では、助産師数が少ないうえに他科診療の看護も担うため、正常経過をたどる妊産婦や新生児を丁寧に支援する時間的な余裕がないことを危惧している。一方、高次医療機関では、ハイリスク妊婦の管理能力を培うには格好の場であるが、助産師が専門性を発揮して主体的に支援するローリスク

妊産婦への出産支援能力を習得する機会は限られていることから、助産師出向システムが有益である（日本助産実践能力推進協議会、2015）とされているが、一般化には至っていない。このような状況におかれている助産師がブラッシュアップの場を得るためには、研修の参加や自主的に学びの場、実践の場を確保する姿勢が必要だと思われるが、日々の業務で疲弊していたり、時間の確保や経済的な問題からもアクションを起こせない場合も多い。このことから、助産師が教育機関と連携し学生と共に学ぶことは、ブラッシュアップと実践能力の補完につながる有効な機会である。

文献

厚生労働省(2015). 看護師など養成所の運営に関する指導ガイドライン. 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000099698.pdf>.

(2017.2.14 現在)

中本朋子・山下満枝(2016). 助産師基礎教育修了段階における助産実践基礎力の質保証と入職に向けた心理的準備性を高めるためのプログラム試行. 山口県立大学学術情報. 9.

新道幸恵(2016). 助産学生のための産婦ケアの教育方法. 金芳堂, 115.

日本助産実践能力推進協議会(2015). 助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）にもとづいた助産実践能力育成のための教育プログラム. 医学書院, 11-12

（西里真澄、蛸崎奈津子）

資料

図VI-1 愛仁会看護専門学校の平成 28 年度子育て支援講座計画案

表VI-1 愛仁会看護専門学校「子育て支援講座」実施内容および参加人数（平成 27 年実施分）

表VI-2 愛仁会看護専門学校「子育て支援講座」の担当者内訳（平成 27 年実施分）

資料IV-1 平成 28 年度「はぐくむ絆」～あかちゃんとともに～ 妊婦さん・ママ・パパ・ベビー
の集いのチラシ

資料VI-2 健康教育 技術チェック表

日程	内容	実施	備考
5/27(金)	健康教育論第7回講義 ・企画書完成 ・講座担当 ・役割分担 ・企画書、指導案。口頭原稿の計画	・リーダー選出 ・各担当決定	
6/10(金)	各講座の企画 ・企画書作成 ・指導内容構成	・企画書提出 ・指導案原案提出	ちらし：6月末 6/20～7/29 前期実習
実習中	・口頭原稿作成 ・各担当に分かれて計画 ・実習でちらしの配布	・口頭原稿提出 8月1日	病棟助産師・栄養士協力依頼 看護学生協力依頼 高槻市、助産師会後援申請
8/3(水)	健康教育論第8回講義 ・口頭原稿の読み合わせ ・会場ディスプレイ案検討 ・視聴覚教材検討	・予算案提出	
8/5(金)	リハーサル① ・口頭原稿の修正分で 参加者の位置、動き想定、 学生の動き、立ち位置確認	夏季休暇中、ちらし配布 (役割分担)	予約期間 8/19～9/9
8/29(月)	リハーサル② ・印刷媒体提出		イベント保健加入
9/1(木)	リハーサル③→お互いに評価 (補助学生含む) 教育内容最終チェック 教育技術チェック 言葉遣い、専門用語、言い回し 声の大きさ、速さ、抑揚 媒体の適否、活用法確認 媒体の出し入れの確認	・口頭原稿最終チェック ・会場レイアウト ・人数配置 ・運営マニュアル ・補助学生を入れての進行 マニュアル ・参加スタッフへの連絡	構成や言い回しチェック 人員配置最終調整 看護学科借入物品
9/7(水)	健康教育論第9回講義 ・各グループでリハーサル 教科技術最終チェック	・口頭原稿完成 ・原稿暗記 ・印刷物印刷 ・マニュアルの共有	9/5～9/9 までホール使用
9/8(木)	健康教育論第10回 ・最終リハーサル(本番通り) (補助学生含む)	・参加者の流れ、動き想定 ・証明、音楽、空調	技術評価
9/9(金)	健康教育論第11、12回 ・当日の流れリハーサル ・会場掃除、一部設営、安全確認	・各役割の最終確認	看護学生への オリエンテーション
9/10(土)	会場設営 ・ナイチンゲールホール ・助産学科教室 ・5階ラウンジ ・助産学科実習室		
9/11(日)	本番 ・9:45 開場 ・10:00～15:00 実施 ・15:30～評価		
9/13～30	全体評価 ・アンケート集計 ・プロセス評価、実施評価 ・決算 報告書作成		
9/30(金)	ファイル整理、提出		

図VI-1 愛仁会看護専門学校の平成28年度子育て支援講座計画案

表VI-1 愛仁会看護専門学校「子育て支援講座」実施内容および参加人数（平成 27 年実施分）

内 容	参加人数
マタニティヨガ	14 名
妊婦・沐浴体験	約 40 名
妊娠中の栄養とお産のお話	11 組
親子ヨガ（生後 6 ～12 か月の乳児）	24 組
ベビーマッサージ（生後 2 ～6 か月の乳児）	25 組
親子教室	約 15 組
ミニ講座（子どもとの関わり方・事故防止・災害の備え・母乳育児）	約 65 名
助産師・栄養士による相談	約 15 組
イベントコーナー （赤ちゃん体重測定・足形スタンプ・育児用品リサイクル）	約 60 組

表VI-2 愛仁会看護専門学校「子育て支援講座」の担当者内訳（平成 27 年実施分）

職種	参画人数
助産師学生	18 名
助産師	12 名
栄養士	1 名
ボランティア（看護師学生）	22 名

「はぐくむ絆」～あかちゃんとともに～

妊婦さん・ママ・パパ・ベビーの集い

日時：平成28年9月11日（日）10:00～15:00（9:45開場）

場所：愛仁会看護助産専門学校

☆妊娠中の方、子育て中の方、ご家族の方、どなたでもご参加いただけます。（参加費無料）

☆愛仁会で活躍している助産師・栄養士、また、助産学生・看護学生がみなさまをお待ちしています。



相談コーナー
栄養士による栄養、離乳食相談
助産師による育児・母乳相談

イベントコーナー
赤ちゃんの体重計測
赤ちゃんの足型スタンプ
育児用品リサイクル など

体験コーナー
赤ちゃんのお風呂
おむつ交換
パパの妊婦体験

親子コンサート
12:00～12:45
どなたでもどうぞ

	講座	内容	時間
身体を動かす	ベビーマッサージ （生後2カ月から6カ月くらい）	赤ちゃんがよるこぶ 優しいマッサージ	①10:20～11:00 ②13:00～13:40
	マタニティヨガ （妊娠16週以降で経過が順調な方）	妊婦さんのための ゆったりヨガ	11:10～11:50
	親子ヨガ （生後6カ月から1歳くらいまで）	親子で楽しむヨガ ポーズいろいろ	13:00～13:40
	親子教室 （どなたでも）	お子さんとの 楽しい遊び方	13:50～14:30
お話を聴く	お子さんの事故予防	赤ちゃんの成長と 安全な環境づくり	11:10～11:50
	妊娠中のお話	すこやかな マタニティの過ごし方	13:00～13:40
	お産のお話	お産に役立つ 呼吸法、マッサージ	13:50～14:30

講座はメールにてお申込みください。 ezweb.ne.jp
1週間程度で折り返しご連絡いたします。

申込内容：参加者全員のお名前（お子さんは年齢・月齢）、妊娠中の方は出産予定日、講座名
受付開始：8月8日（月）～ 申し込み多数の場合、お断りすることがあります。
空きがあれば、当日参加も可能です。

★ヨガ、ベビーマッサージに参加される方は、バスタオルをお持ちください。
★マタニティヨガに参加される方は、医師の許可を得てください。

主催：愛仁会看護助産専門学校 助産学科
高槻市古曽部町 1-3-33
お問い合わせ： XXXXXXXXXX
（平日 9:00～17:00）

*本校に駐車場はございません。



VI-2 健康教育 技術チェック表

健康教育 技術チェック表

テーマ:

参加者:

評価日: 平成 年 月 日

番 氏名

項目	No.	内 容	評 価				
			A	B	C	D	E
計 画	1	根拠に基づいた教育内容を十分に学習できた					
	2	参加者のニーズに応じた目標を立案できた					
	3	目標にそった指導内容を精選し構成できた					
	4	わかりやすく工夫した口頭原稿を作成できた					
	5	主体的参加を促すための効果的な指導方法を工夫できた					
	6	参加者の理解を促すための適切な媒体が作成できた					
	7	自己の役割を明確にし、協力して計画的に準備できた					
	8	健康教育技術における自己の課題に取り組めた					
	9	リハーサルを実施し、参加者の視点で修正できた					
	10	助産師学生としての思いや主張が言語化できた					
実 施	11	参加者の安全性や快適性に配慮した会場設営ができた					
	12	指導内容を参加者にわかりやすく伝えられた					
	13	参加者の反応を見ながら状況に合わせた説明を行えた					
	14	適切な声の大きさ、語調、スピードで話すことができた					
	15	教材、媒体を効果的に活用できた					
	16	参加者の誘導・案内・参加に誠意をもって接することができた					
	17	全体の動きを把握して自己の役割が遂行できた					
	18	実施にあたり、必要な報告・相談・連絡を行えた					
評 価	19	参加者の思いや意見から実施した健康教育の評価ができた					
	20	計画から実施までのプロセスを客観的に評価できた					
<学生評価>		<指導者評価>					
		指導者印 教員印					

A:一人ができる B:少しの助言でできる C:少しの助言と支援でできる D:大幅な助言と支援でできる E:できない

愛仁会看護助産専門学校 助産学科

おわりに

今回、今後の助産師養成課程における教育方法を検討する一助とするために、特色ある教育方法を取り入れている助産師養成課程を対象に聞き取り調査を行い、各養成課程で取り組んでいる特色や方法はそれぞれであったが、学習という点で本質的に共通している点があった。

一つは、各教育課程の取組みは、学生が分娩介助を伴う実習に臨むとき、そして卒業後に臨地で助産師専門職として働くときなど、学内の学習と臨床実践のギャップを小さくするための教育を目指しているという点であった。そのために、模擬患者や CTG 再生装置、シナリオなどを活用して、できるだけ臨場感のある演習場面を設定し、対象や状況に応じた判断・態度・コミュニケーションなど、複合的学習を能動的に行えるように教育方法を工夫していた。

もう一つは、学習過程の中で、学生が自身の課題や成長を実感できるような振り返りや、効力感や達成感につながる評価の工夫がされていたことである。

これらの工夫によって各校では、臨地で出会う場面を具体的にイメージ化できる、自分の課題を明確化して更なる主体的学習へとつながる、コミュニケーションスキルの実践的学習になるなどの効果を実感していた。

現代の教育パラダイムは、知識注入主義から構成主義へ変遷してきている（中村, 2007, Lave, 1991/1993）。「知識」は学習者の内面において、実践的に社会的な営みや相互作用によって学習者自身が構築していく過程としてとらえるのが構成主義である。今回聞き取りを行った特色ある教育は、この構成主義に基づく学習理論が助産師教育にも浸透してきている事を示している。助産師として学ぶべき知識

やスキルは、それが用いられるコミュニティに依存しているのであり、まさにその状況を学習場面とすることで、学生自身の内面に構成される。助産学生自身が、助産技術の実践

を通して、その意味を考え、自分の中に価値づけて、知識を構成し、成長し続けるためには、助産に関する知識を細かい単位に分割して暗記させる学習ではなく、今回、紹介する事ができたような教育の工夫をしていく必要があるといえる。

今回聞き取る事ができた各養成課程の特色ある教育を、そのまますぐに、どの養成課程でも応用できるとは限らない。各教育方法に関する教員自身の知識やスキルの獲得も必要である。しかし今回の聞き取りでは、地域住民や卒業生と連携し、学校内の資源だけに頼らない教育の工夫をしていたことがわかった。これは助産師養成課程の種類によらず検討可能な取組みかもしれない。

今後、助産師教育では、統合的な判断能力や専門家として協働できるコミュニケーション能力の育成がさらに求められていく。そのための効果的な教育方法について、常に問い続け、できることから始めてみる事が大切である。

（福島 裕子）

文献

- 中村恵子(2007). 構成主義における学びの理論
—心理学的構成主義と社会主義的構成主義
を比較して. 新潟青陵大学紀要, 7,
167-176.
- Lave, J. W. E. (1991)/佐伯胖訳(1993). 状況に埋
め込まれた学習 正統的周辺参加, 産業図
書.

研究4：周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラムの実施と評価

Evaluation of the Initial Midwifery Education Program for Enhanced Clinical Judgement on Perinatal Abnormalities

研究代表者 井村真澄 (日本赤十字看護大学大学院)
研究分担者 片岡弥恵子 (聖路加国際大学大学院)
研究協力者 小黒道子 (聖路加国際大学大学院)
蛭田明子 (聖路加国際大学大学院)

研究要旨

目的：妊婦の高年齢化に伴いハイリスク妊娠が増えており、助産学生が受持つ妊産婦が異常に移行する場合が少なくない。研究目的は、周産期異常の知識の習得に加え、臨床判断力・対応力の向上を目標とした新たな助産教育プログラムを開発し評価することである。

方法：ブレンド型学習を基盤に、事前学習としてウェブラーニング、クラスでは事例を用いて臨床カンファレンス形式とロールプレイやシミュレーションを組み合わせた2つのプログラム（常位胎盤早期剥離／子癇発作とPIH／HELLP症候群）を作成した。研究参加者は大学院助産学専攻1年13名であり、プログラム前、直後、4か月後（分娩介助実習後）の3時点の知識と自己効力感を測定しプログラムの評価を行った。常位胎盤早期剥離／子癇発作知識テスト（9項目；得点範囲0-36）とPIH／HELLP症候群知識テスト（16項目；得点範囲0-64）は、4・5肢から正答を選択する形式とした。常位胎盤早期剥離／子癇発作の対応効力感尺度（12項目；得点範囲0-48； α .93）とPIH／HELLP症候群の対応効力感尺度（10項目；得点範囲0-40； α .91）は5段階のリカート尺度とした。データ収集期間は、2016年11月から2017年3月であった。分析方法はフリードマンの検定を用いた。本研究は、聖路加国際大学倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号：16-A064）。

結果：常位胎盤早期剥離／子癇発作知識テスト合計得点は、プログラム前の中央値12.0点がプログラム直後24.0点に上昇しており、4か月後20.0点となっていた（ $p=0.007$ ）。PIH／HELLP症候群知識テスト得点は、前の中央値24.0点が直後には48.0点になり、4か月後も44.0点と維持された（ $p<0.001$ ）。常位胎盤早期剥離／子癇発作の対応効力感尺度得点は、プログラム前の中央値20.0点が36.0点に上昇し、4か月後35.0点であった（ $p=0.001$ ）。PIH／HELLP症候群の対応効力感尺度得点は、前の中央値15.0点が直後は28.0点に上昇し4か月後25.0点となった（ $p<0.001$ ）。

結論：本研究の教育プログラムは、助産学生の知識および自己効力感を高め、4か月後まで維持するために効果的である可能性がある。

A. 研究の背景

日本において進む少子化は、社会の重大な課題として認識され、様々な政策が打ち出されている。1970年代より出生率は減少し続け合計特殊出生率は2.0を割ったまま推移している。同時に、妊婦の高年齢化が進んでおり、第1子を出産する妊婦の平均年齢が30歳を超えた。また人々の生活や環境そのものが変化し、生活習慣が健康を損なう要因となり、成人期の女性にも慢性疾患の増加が危惧される。このような背景から、ハイリスク妊娠や周産期の異常が増加している現状がある。助産教育において、保健師助産師看護師等学校養成

所指定規則(文部省・厚生省, 1951)に定められた実習中取り扱う分娩は「正期産・経膈分べん・頭位単胎」、介助件数は10例程度とされており、基本的には実習においてローリスクの産婦を受け持つことができるよう調整している。しかし、ハイリスク妊娠や周産期の異常の増加から学生が受け持った産婦が異常に移行したり、軽度のリスクを持った妊婦を受け持つことは少なくない。

正常な産婦が急変しハイリスクへと移行することがあるが、こうした速い展開の中でも瞬時に状況を把握して判断し、対応できる実践力が助産師には必要である。助産学生が受

け持つ産婦が急変することもあり、たとえ学生であってもその状況を把握する能力が必要である。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)の助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度において「異常発生時の観察と判断をもとに行動する」、「異常発生時の判断と必要な介入を行う」が挙げられており、急変した状況の中で助産師が行う対応について、その必要性や目的を理解することが求められる。しかし、従来のカリキュラムでは臨床的な思考の形成は実習がその主たる場となっており、ことにハイリスクについては、講義中心の教育で知識の習得に偏重していた傾向がある。そのため実習前の学生は、知識があっても、複合的に事象を捉えたり、変化の兆しや異常に気づく力が不足しており、実習で起こる状況を理解することに困難を抱えていると考えられる。全国助産師教育協議会が実施した平成 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」においても、「分娩進行に伴う異常発生のアセスメント」「母子の異常を予防するための行動」の評価が低いことが報告されている。実習の前からトレーニングをしておくことで、学生は実習の早期から臨床思考の回路を働かせることができ、効率よく臨床判断の経験を積む事ができると考えた。

B. 研究目的

本研究の目的は、助産教育において、ハイリスク妊娠・周産期異常についての知識の習得に加え、臨床判断力および対応力の向上を目標とした新たな教育内容・方法を開発し、その評価を行うことである。本研究によって、新たに考案した教育内容・方法でのプログラムをより効果的なものに発展させることができる。効果的なプログラムが開発され、普及すれば、将来的には助産師全体の能力の向上に貢献できると考える。

C. プログラムの概要

本研究で用いる周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラム（以下、教育プログラムと示す）では、教育方法としてインタラクティブな講義を実現し教育効果を高める Blended Learning（ブレンド型学習）（宮地, 2009）を採用し、判断力を養うために臨床推論を用いた臨床カンファレンス形式および対応能力を高めるためのロールプレイ・シミュレーションを取り入れた。

教育プログラムの構成を表 1 に示した。本研究では、周産期異常の中で「常位胎盤早期剥離／子癇発作」と「妊娠高血圧症候群（pregnancy induced hypertension; 以下 PIH）／HELLP 症候群」の 2 つを設定した。これらの異常を選定した理由は、発生頻度が高くこれまで助産学生が実習中に経験することがあったからである。

教育プログラムは、

① 「クラス」前：

オンラインによる基礎知識の事前学習

② 「クラス」（1 クラスにつき 135 分）：

臨床カンファレンス形式の講義およびロールプレイ・シミュレーション

③ 「クラス」後：

オンラインにてデモンストレーション（動画）の視聴による復習

の 3 部構成とした。実際のカリキュラムでは学生の評価として客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination: OSCE）を実施しているが、本研究には含まなかった。

常位胎盤早期剥離／子癇発作のプログラムは、クラス 1～2 週間前に事前学習としてウェブラーニングにて基本的知識の習得を目指し、クラスでは臨床カンファレンス形式とシミュレーションを組み合わせ構成し、クラス後の復習として子癇発作への対応のデモンストレーション動画の視聴とした。事前学習のウェブラーニングでは、常位胎盤早期剥離の病態・症状、検査、常位胎盤早期剥離と産科 DIC の治療等、子癇発作予防のための観察と対応、

初期対応とその後の治療等の内容が含まれ学習時間は2時間とした。ウェブラーニングの進行状況は教員が確認できるよう設定した。クラスにおける臨床カンファレンス形式では、実際の事例を基に作成された臨床事例を用いて、分娩経過にそって判断が必要となる重要な場面を取り上げ、情報の収集とアセスメント（鑑別診断を含む）、対応に関する問いへの回答をグループで考え、出した回答と根拠について臨床助産師（臨床指導者）とのディスカッションを通して進めていった。合計7課題（7場面）を設定し、1課題を3～6分でテンポよく進行するようにした。シミュレーションは、妊娠38週初産婦の子癇発作時の場面を取り出し、子癇発作のアセスメントと対応を実施した。シミュレーションおよびデブリーフィングは2回実施し、1回につき2名の学生がシミュレーションに参加できるようにした。クラス後には、シミュレーションで行った子癇発作の場面のデモンストレーション動画を配信し、その対応を復習する機会を提供した。

PIH/HELLP症候群のプログラムも常位胎盤早期剥離/子癇発作と同様に、クラス前のウェブラーニング、臨床カンファレンス形式とロールプレイ・シミュレーションのクラス、クラス後のデモンストレーション動画視聴の3部構成とした。ウェブラーニングでは、妊娠高血圧症候群の定義・リスク因子・母児への影響、診断のための検査とその具体的な方法、妊娠高血圧症候群予防の生活習慣指導、妊娠高血圧症候群の管理・治療、HELLP症候群の症状、HELLP症候群の病態と症状の関連等の内容で2時間30分とした。クラスにおける臨床カンファレンス形式では、妊娠後期にPIHを発症した臨床事例を用いて、13課題（PIHの診断、リスク因子、入院の適応、助産ケア、胎児のアセスメント、硬膜外麻酔の適応等）についてグループディスカッションと全体での共有を中心に進行させた。その後のシミュレーションでは、ロールプレイにて臨床事例における1場面を設定し、妊婦の観察の方法、現在の状況の説明、予防的なケア

の実施を1名の学生が行い、他の学生や教員からフィードバックを行った。クラス後には、シミュレーションにおいて学生の理解が不十分であった点滴の準備についてのデモンストレーション動画を配信し復習を促した。

D. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究のデザインは、教育プログラムを開発し、参加者からのデータを基盤とした評価研究である。

2. 研究参加者

研究参加者は、大学院にて2年間の助産教育を行っている教育機関の学生である。

3. 教育プログラムの評価項目と測定用具

主な評価項目には、周産期異常に関する知識、周産期異常の対応に関する自己効力感を設定した。本研究では、周産期異常として常位胎盤早期剥離/子癇発作とPIH/HELLP症候群を取り上げた。周産期異常に関する知識の習得の程度を測定するために、「常位胎盤早期剥離/子癇発作知識テスト」と「PIH/HELLP症候群知識テスト」を作成した。「常位胎盤早期剥離/子癇発作知識テスト」は、9項目から構成され、回答は4肢または5肢から正答を1肢または2肢選択する形式とした。「PIH/HELLP症候群知識テスト」は16項目から構成され、回答形式は同様である。得点は、両テストとも1問正答4点で合計を算出する。得点範囲は、「常位胎盤早期剥離/子癇発作知識テスト」は0から36点、「PIH/HELLP症候群知識テスト」は0から64点であり、得点が高いほど周産期異常の知識習得レベルが高いと判断する。

周産期異常の対応に関する自己効力感を測定するため、「常位胎盤早期剥離/子癇発作の対応効力感尺度」と「PIH/HELLP症候群の対応効力感尺度」を作成した。「常位胎盤早期剥離/子癇発作の対応効力感尺度」は12項目で構成される5段階のリカート（よくできると思う4点～全くできないと思う0点）

尺度であり、得点範囲は 0～48 点である。プログラム前、直後の両方のデータを用いて Cronbach α を算出したところ 0.93 であった。

「PIH/HELLP 症候群の対応効力感尺度」は、10 項目で構成される 5 段階のリカート尺度であり、得点範囲は 0～40 点である。プログラム前、直後のデータを用いて算出した Cronbach α は 0.91 であった。両尺度とも、得点が高いほど周産期異常への対応の自己効力感が高いと判断する。

評価項目の測定時期は、

- ・「プログラム前」：

教育プログラム（事前学習）の 1～2 週間前（2016 年 11 月）

- ・「直後」：

クラス終了直後（2016 年 12 月）

- ・「4 か月後」：

分娩介助実習終了後となるプログラム終了 4 か月後（2017 年 3 月）

の 3 回であった。また、研究参加者の特性として、年齢、看護師としての臨床経験年数を収集した。さらに教育プログラムに関する感想について自由記述にて回答を求めた。

4. データ収集方法

質問紙は、評価項目の各測定時期に配布して、その場で回答してもらい、回答後に質問紙を封筒に入れ封をして、回収袋にて回収を行った。学生間で研究参加の有無がわからないように、質問紙は全員に配布し、参加しない学生は白紙で提出するよう説明した。データ収集期間は、2016 年 11 月から 2017 年 3 月であった。

5. 解析方法

すべての量的データは、度数および記述統計量を算出した。知識および自己効力感について、プログラム前、直後、4 ヶ月後の 3 点での変化についてフリードマン検定を用い、統計学的有意差が認められた場合は Bonferroni 法にて多重比較を行った。なお、分析は IBM SPSS Statistics 24.0 を用いた。感

想など自由記述については、内容の類似性と異質性を見て分類した。

6. 研究における倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮した。特に、研究者が教員であり研究参加者が学生であるため、学生に研究参加への強制力が働かないようにするために、自由意思で研究参加を決定できること、研究参加諾否によって不利益を被らないこと、成績とは関係しないことを保証した。さらに、個人情報およびプライバシーの保護、データの保管方法・期間、研究結果の公表について説明した。なお、リクルートおよびデータ収集は、本研究に関わらない研究補助者が行った。研究補助者は、研究参加者に対し、同意の撤回の自由も含めて研究内容について十分に説明し、本研究への参加について本人の自由意思による書面同意を得た。なお本研究は、聖路加国際大学倫理審査委員会の承認を受けて行った（承認番号：16-A064）。

E. 結果

1. 研究参加者の特性

研究参加者として大学院 1 年の 13 名に研究依頼を行い、13 名から同意を得た。うち 1 名は「PIH/HELLP 症候群」のクラスに参加できず、1 名は 4 か月後の質問紙は回収されなかったため、11 名を分析対象とした。研究参加者は、20 代が 9 名（81.8%）、30 代が 2 名であった。看護師の臨床経験は、4 名（36.4%）が持っており、経験年数は 2 年～6 年であった。プログラム前において 11 名全員が学生または看護師として分娩に立ち会った経験があった。なお、研究参加者の教育プログラム前のカリキュラムとしては、分娩介助実習に必要な科目および産褥期実習は終了していた。プログラム 4 か月後は、分娩介助実習を終えていた。分娩介助実習にて遭遇した異常は最も頻度が高い順に、硬膜外麻酔分娩（8 名）、遷延分娩（6 名）、多量出血（6 名）、頸管裂傷（5 名）、胎児機能不全（5 名）、妊娠糖尿

病合併（5名）、常位胎盤早期剥離（3名）、羊水過少・過多（3名）、妊娠高血圧症候群（1名）であった。

2. 「常位胎盤早期剥離／子癇発作」教育プログラムの評価

「常位胎盤早期剥離／子癇発作」プログラムに関する評価として、「常位胎盤早期剥離／子癇発作知識テスト」および「常位胎盤早期剥離／子癇発作の対応効力感尺度」の合計得点の変化を表2に示した。「常位胎盤早期剥離／子癇発作知識テスト」の合計得点は、プログラム前の中央値 12.0 点（平均値 15.27±5.31 点）が、直後は 24.0 点（平均値 25.45±6.27 点）に上昇し、4 か月後 20.0 点（平均値 23.28±5.31）と 3 時点に変化していた（ $\chi^2=10.1, p=.007$ ）。多重比較では、プログラム前と直後に有意な差が認められた（ $p=.017$ ）。表2に知識テストの各項目のプログラム前、直後、4 か月後の正答率を示した。プログラム前と直後で正答率が上昇しその差が大きかった項目は順に、「常位胎盤早期剥離の血液検査所見」（+72.7 ポイント）、「常位胎盤早期剥離の成因」（+54.5 ポイント）、「常位胎盤早期剥離が最も起こりやすい時期」（+54.5 ポイント）であった。一方、プログラム前から後に正答率が下がった項目は、「産科 DIC スコアの臨床症状」（-9.1 ポイント）であった。さらに、3 時点の正答率の変化で特徴的であったのは、「子癇の前駆症状」「常位胎盤早期剥離が最も起こりやすい時期」「常位胎盤早期剥離の血液検査所見」で、プログラム前から直後で大きく上昇したが、4 か月後には低下した。逆に、唯一プログラム前から直後で低下した「産科 DIC スコアの臨床症状」の正答率は、4 か月後には大幅に上昇した。その他の項目の3時点の変化の傾向として、プログラム前、直後、4 か月後でほとんど変わらなかったのは3項目、直後に上昇して4か月まで維持されたのは3項目であった。

「常位胎盤早期剥離／子癇発作の対応効力感尺度」の合計得点は、プログラム前の中央値は 20.0 点（平均値 20.18±6.18）であったの

が、直後は 36.0 点（平均値 34.73±5.53 点）に上昇し、4 か月後 35.0 点（平均値 32.73±6.02 点）であった（ $\chi^2=15.1, p=.001$ ）。多重比較では、プログラム前と直後（ $p=.001$ ）、プログラム前と 4 か月後（ $p=.023$ ）にて有意な差が認められた。表4に対応効力感尺度の各項目のプログラム前後の平均値を示した。プログラム前後にて項目の平均値の差が大きかったのは、「早剥治療開始の判断」（+1.81）、「子癇の判断」（+1.54）、「子癇発作時の安全確保」（+1.36）であった。プログラム前から直後で平均値が下がった項目はなかった。直後から 4 か月後にさらに上昇した項目が 5 項目、低下した項目も 5 項目であった。

「常位胎盤早期剥離／子癇発作」教育プログラムに関する感想としては、【ウェブラーニングとシミュレーションによる知識の定着促進】【シミュレーションによるイメージ化促進】【自分の達成レベルと課題の明確化】の3点があった。【ウェブラーニングとシミュレーションによる知識の定着促進】では、「シミュレーションは難しかったが、（ウェブラーニングで）習った内容がおちてきた（理解できた）様な気がする」「ウェブラーニングでやった内容とクラスの内容が直結していてわかりやすかった」「事前に勉強したことで理解を深められた」「シミュレーションで知識が確実に身に着いた」とシミュレーションはアセスメントや技術の習得のみならず知識の定着が促進されることが示された。【シミュレーションによるイメージ化促進】は、「シミュレーションはよりリアルなのでイメージしやすい」「シミュレーションすることでイメージができ、2 回の繰り返しで再確認することもできた」「実際にある例を考えて行ったためイメージがしやすい」と示された。

【自分の達成レベルと課題の明確化】では、「シミュレーションを行ったことで自分のことができるできないことが明確にできた」「事例を通して症状から助産診断する難しさを実感した。知識の確認とシミュレーションが日頃から大切だ」と示された。

3. 「PIH／HELLP 症候群」教育プログラムの評価

「PIH／HELLP 症候群」の評価について、「PIH／HELLP 症候群知識テスト」の合計得点は、クラス前の中央値 24.0 点（平均 29.09 ± 6.95 点）が直後には 48.0 点（平均 47.64 ± 5.78 点）になり、4 か月後 44.0 点（平均 44.36 ± 9.37 点）となった（ $\chi^2=16.3, p<.001$ ）。多重比較では、プログラム前と直後（ $p=.001$ ）、プログラム前と 4 か月後（ $p=.004$ ）にて有意な差が認められた。プログラム前と直後で正答率が上昇しその差が大きかった項目は順に、「妊娠前の PIH のリスク因子」（+63.6 ポイント）、「PIH が原因となって起こる病態」（+63.6 ポイント）、「HELLP 症候群の特徴的な症状」（+63.6 ポイント）であった。一方、プログラム前から直後に低下した項目は、「PIH の分類」（-27.3 ポイント）、「PIH の記載方法」（-27.3 ポイント）であった。直後から 4 か月後の正答率の変化にて特徴的であったのは、直後に低下した 2 項目（「PIH の分類」「PIH の記載方法」）は 4 か月後に上昇していた。「PIH が胎児に及ぼす影響」「PIH に用いる降圧薬」「PIH が原因となって起こる病態」の 3 項目は、直後に上昇したものの 4 か月後には低下していた。その他の項目は、直後から 4 か月後まで維持されていた。

「PIH／HELLP 症候群の対応効力感尺度」合計得点は、クラス前中央値 15.0 点（平均値 15.91 ± 2.63 点）がクラス直後 28.0 点（平均値 28.18 ± 4.71 点）に上昇しており、4 か月後は 25.0 点（平均値 25.45 ± 5.50 ）であった（ $\chi^2=18.0, p<.001$ ）。多重比較では、プログラム前と直後（ $p<.000$ ）、プログラム前と 4 か月後（ $p=.032$ ）にて有意な差が認められた。プログラム前と直後にて項目の平均値の差が大きかったのは、PIH 産婦の分娩管理（+1.73）、血液検査値からの HELLP 症候群の診断（+1.63）であった。PIH／HELLP 症候群についても、プログラム前と直後で平均値が下がった項目はなかった。直後と 4 か月後の正答率の変化では、

上昇したのは 2 項目のみであり、8 項目が低下していたが変化量は大きくなかった。

「PIH／HELLP 症候群」教育プログラムに関する自由記述からは、【シミュレーションによって複雑な病態の理解が促される】【全体としてアセスメントする視点を学ぶ】【頭をフルに使って考えることができるクラス】の 3 点が挙げられた。【シミュレーションによって複雑な病態の理解が促される】では「病態や数値もいろいろ複雑であったため、実際に事例に当てはめて考えることでやっと数値の見方などがわかった」「ウェブラーニングを見ても基準値等はなかなか覚えられなかった。クラスに参加し、それらが自然に覚えられた」と示された。さらに、【全体としてアセスメントする視点を学ぶ】では、「つい母体の状態ばかりにとらわれ、胎児や分娩進行状況をアセスメントする視点を忘れてしまいがちだが、それらの視点の大切さを授業を通じて気づけた」「病態の部分から仕組みを知ることができ、何に注目して観察すべきなのか理由がよくわかった」と示された。【頭をフルに使って考えることができるクラス】は、「頭をフル回転させて授業に参加でき、とても楽しかった」「話し合いの時間はそれぞれ短かったが、ステップをのぼりながらよく考えることができた」と示された。また、両プログラムを通じて要望として挙げられたのがウェブラーニングについて「ウェブラーニングのレジュメがほしい」「ウェブラーニングの各セクションの所要時間を示してほしい」「各セクションのまとめのスライドを入れてほしい」であった。

4 か月後（分娩介助実習後）の質問紙の自由記述では、【異常に移行した受け持ち産婦のアセスメントと対応に役立った】【申し送りにて異常となった産婦の状況や対応が理解できた】【ウェブラーニングで復習したい】の 3 点が挙げられていた。【異常に移行した受け持ち産婦のアセスメントと対応に役立った】は、「血圧上昇傾向の産婦によく出会ったため、そのリスクについて考えることができた」「健診で PIH リスク因子や血圧上昇が

ある妊婦と出会った際に、どんな対応が必要か判断しやすかった」「血圧が高くなっている妊婦では、血圧や尿蛋白の状況をカルテから情報収集したり、血液データをみたり、どんな情報を収集しなければならないかが身についていた」と示された。【申し送り等において異常となった産婦の状況や対応が理解できた】は、「（受け持ちではないが）子癇発作を起こした方を病棟で見た時、自分だったら何をすればいいのか考えることができた」

「申し送りで経過を聞く中で、処置やケアを行う理由や目的を理解することにつながった」と示された。【ウェブラーニングで復習したい】は、「助産所実習に行く前にもう一度 e-learning を観ようと思っている」「もしそのような場面（異常の場面）に今後実習で遭遇したら、すぐに復習し振り返れると思った」「クラスと実習を統合してしっかり知識も正確に定着させていきたい」と示された。

F. 考察

1. 知識の変化

周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラムにより、学生の知識得点は受講前と比べて有意に上昇した。「常位胎盤早期剥離/子癇発作」に関しては、合計得点および9項目中8項目の正答率がプログラムの前後で上昇した。特にテスト項目のうち、常位胎盤早期剥離の成因、常位胎盤早期剥離の血液検査所見、常位胎盤早期剥離が最も起こりやすい時期の3項目は、プログラム前後で正答率が大きく上昇した。この理由として、本研究対象者の69%が臨床経験のない助産学生であったことが関係していると考えられる。当該3項目はプログラム前の正答率がいずれも15%程度と、他項目の正当率の半分以下であった。同じ常位胎盤早期剥離に関する問でも、リスク因子、主症状の正当率は高い（順に84.6%、69.2%）。このことから、疾患のリスク因子や主症状といった基本的知識は、看護基礎教育で既習の内容と考えられる。他方、成因、血液検査所見、最頻発時期といった項目は、病態の十分な理解に加え妊娠・出産と

いう現象の深い理解を統合し、初めて定着した知識になり得ると考えられる。従って、これらの内容は、助産教育で強化すべき内容であることが示唆される。

また、「PIH/HELLP 症候群」に関しても、合計得点および16項目中13項目の得点がプログラムの前後で上昇した。特にテスト項目のうち、妊娠前のPIHのリスク因子、妊娠後のPIHのリスク因子、PIHが原因となって起こる病態、HELLP 症候群の特徴的な症状の4項目は、プログラム前後で正答率が特に増加した。この理由として、これら4項目が単純な情報の知識化と関係する項目であることが考えられる。情報の知識化とは、情報を読み解いて自分の言葉で説明できるようにする作業である。アセスメントや診断とは異なり、学生が本学習によりPIHのリスク因子、PIHが原因となって起こる病態、そしてHELLP 症候群の症状を自分の言葉で説明する作業経験を経たことで、すぐに知識として定着が可能な項目であったと言える。

一方、プログラムの前後で正答率が減少した項目も存在した。「常位胎盤早期剥離/子癇発作」のうち、産科DICスコアの臨床症状は、プログラム前後で正答率が7.7ポイント減少した。この内容は、ウェブラーニングでは抜粋した臨床症状を理解し、クラスでは臨床事例からDICを考慮する状況を学習している。しかし、クラスでは1事例における1場面の症状の解釈しか行っておらず、学生が産科DICスコアの多岐に渡る臨床症状を完全に理解することはできなかった可能性が考えられる。また、「PIH/HELLP 症候群」におけるPIHの分類、PIHの記載方法、PIH妊婦の分娩管理方法も、プログラム前後で正答率が低下した。これら3項目は、ウェブラーニングで学習後、クラスにおいて2つの臨床事例からPIHの分類方法および分娩管理方法を学習している。しかし、PIHの分類および記載方法は、病型、重症度、発症時期の組合せにより16通りある。PIH妊婦の分娩管理方法も、病型、重症度および母児の状態により多くの選択肢が存在する。自由記述においても、「病

態や数値もいろいろ複雑であったため、実際に事例に当てはめて考えることでやっと数値の見方などがわかった」「ウェブラーニングを見ても基準値等はなかなか覚えられなかった。クラスに参加し、それらが自然に覚えられた」という内容が示されていた。また質問紙には、クラスで学んだ臨床事例とは異なる分類の選択肢が含まれていたことも、正答率の減少に関係していると考えられる。以上より、PIHの多種多様な分類毎の知識の習得は、ウェブラーニングおよび数事例をクラスで学習するだけでは難しい可能性が考えられる。しかし、クラス前に学生がウェブラーニングのどのコンテンツを何回視聴したかは今回調査していない。また、配信がクラスの1週間前であったコンテンツもあった。従って、ウェブラーニングが十分に活用された上で正答率が減少したのかは、明らかではない。今後は、コンテンツの配信を科目の開講と同時に行うと共に、ウェブラーニングのコンテンツ毎の視聴回数と正答率の関係を明らかにする必要がある。さらに、PIHの分類方法や記載方法は、単純な反復学習によって知識の獲得が期待できる項目である。現在、ウェブラーニングでは、1項目受講毎に1問の練習問題に回答する形式だが、今後は、ウェブ上で複数の練習問題に取り組む必要性が示唆される。その上でクラスにおいて事例に即した選択肢を学ぶことで、多様なPIHの分類に応じた知識の獲得が可能になると考えられる。

プログラム前・直後・4か月後の3時点の正答率に特徴があったのは、「常位胎盤早期剥離／子癇発作」においてプログラム直後に上昇し4か月後に低下した3項目（子癇の前駆症状、常位胎盤早期剥離が最も起こりやすい時期、血液検査所見）と、プログラム直後は低下し4か月後に大きく上昇した1項目（産科DICスコアの臨床症状）であった。また、「PIH／HELLP症候群」では、プログラム直後に上昇し4か月後に低下した3項目（PIHが胎児に及ぼす影響、PIHに用いる降圧薬、PIHが原因となって起こる病態）と、プログラム直後に低下し4か月後に上昇した2項目

（PIHの分類、PIHの記載方法）であった。これらの特徴からは、座学で獲得しやすい知識と臨地で獲得しやすい知識の存在が見出せる。また4か月後に低下した項目は、実習において当該ケースに遭遇しない限り知識を持続させることは難しい内容と考えられた。一方、4か月後に上昇した項目は、座学よりも実習を経て強化が期待できる内容と考えられる。限られた学習時間の中で、少なくとも机上あるいは臨地で修得を目指す項目はそれぞれ何かを明確にした上で授業を組み立てる必要があるだろう。

2. 対応効力感の変化

対応効力感得点は、「常位胎盤早期剥離／子癇発作」および「PIH／HELLP症候群」のいずれも受講前と比べて合計点が有意に上昇し、すべての項目の平均値も上昇した。中でもプログラム前後で平均値の差が1.5以上だった項目は、「常位胎盤早期剥離／子癇発作」の2項目（DICを考慮して血液検査を実施する、早剥治療開始の判断）と、「PIH／HELLP症候群」の2項目（PIH産婦の分娩管理、血液検査値からのHELLP症候群の診断）の計4項目であった。これらの項目は、いずれも事前テストの平均値が、各疾患の中で最も低い項目と2番目に低い項目であった。また、対応効力感尺度の中で、病状の増悪を推論し必要な検査や治療につなげるという、特に高度な実践能力に関する項目でもある。「常位胎盤早期剥／子癇発作」の自由記述においても、【自分の達成レベルと課題の明確化】において「シミュレーションを行ったことで自分のことができることできないことが明確にできた」「事例を通して症状から助産診断する難しさを実感した。知識の確認とシミュレーションが日頃から大切だ」との内容が認められている。異常事例への遭遇はおろか、各疾患のイメージを持つことも難しい状況の学生にとって、異常の程度をデータから診断したり、治療開始を判断したりすることができるかを問うこれらの項目は、本プログラムで採用した

ブレンド型学習により対応効力感を最も強化しやすい可能性が考えられる。

また、4 か月後の対応効力感に関しては、「常位胎盤早期剥離／子癇発作」において合計得点がプログラム直後に上昇したままほぼ維持されていた。項目別では、直後よりも上昇していた5項目はすべて子癇に関してであった。さらに、「PIH／HELLP 症候群」において、合計得点がプログラム直後から4か月後にはやや低下したが、項目別では、直後よりも上昇した2項目がいずれも PIH の診断に関してであった。本プログラムでは、ウェブラーニング→臨床カンファレンス形式のクラス→シミュレーション→デモンストレーション動画による復習、と学生が少なくとも4段階で子癇発作を学習する機会があった。加えて、オンデマンドで反復学習が可能なウェブラーニングおよびデモンストレーション動画による復習が、4 か月後の対応効力感の更なる上昇に繋がったと考えられる。以上より、周産期異常に関する学習項目は、クラスでの反復学習と共に、学生が学習したいときに繰り返し学習できる資源を準備することが、臨地で実際に対応する機会の有無に関わらず、周産期異常への対応効力感を強化する可能性が示唆されるだろう。一方、4 か月後の対応効力感のうち、平均値が「できないと思う」の1点台に減少した項目は、「常位胎盤早期剥離／子癇発作」の2項目（DIC を考慮して血液検査を実施する：2.91→1.82、早剥治療開始の判断：2.45→1.64）および「PIH／HELLP 症候群」の1項目（血液検査からの HELLP 症候群の診断：2.36→1.64）であった。これらは、いずれも妊婦の状態をモニタリングし異常の早期発見・早期対処につなげる対応力の獲得が求められる項目である。どの項目もプログラム前よりは上昇しているが、少なくとも直後の対応効力感を維持できるプログラムへと改善する必要があるだろう。Bandura (1997/1997) は、自己効力感に影響を及ぼす要因として、行動の達成、代理的経験、言語的説得、情動的態度の4点を挙げている。従って具体的には、病態からスコアおよび検査

データの推移を学生各自が精緻化や体制化の学習方略を用いて説明できるよう事前学習の段階から意識的に行ってもらい、クラスではそれについて複数のグループが発表し（行動の達成、代理経験）、臨床指導者あるいは教員がそれに対してフィードバックを行ったり（言語的説得）、プログラム後に受講前後の気持ちの変化を聴き取ったり（情動的態度）することで、より長期的に対応効力感を維持できる可能性があると考えられる。

3. 自由記述の評価

直後の自由記述のうち、【ウェブラーニングとシミュレーションによる知識の定着促進】からは、シミュレーションがアセスメントや技術の習得のみならず知識の定着も促進することが示された。また、【頭をフルに使って考えることができるクラス】からは、本プログラムによって学生が楽しんでクラスに参加し、より現象を深く思考する可能性が示された。以上より、ブレンド型学習は、複雑な病態の理解および多岐に渡る要素を統合した判断が求められる周産期の異常に関する学習に効果的であったと考えられる。また、4 か月後の自由記述からは、プログラムが臨地において異常への移行が疑われる産婦のアセスメントや対応に効果的であったことが示唆された。さらに、ウェブラーニングが、学生の内発的動機付けによる復習への希求と、座学と実習の統合を橋渡しする役割も持ちうる可能性が示された。

その一方で、両プログラムに共通した要望は、すべてウェブラーニングについてであった。そのうち、事前のレジュメ配布希望に関しては、ウェブラーニングの効果的な視聴方法の説明不足であったと考えられる。Bergmann & Sams (2011) は、ビデオによる授業の視聴方法として、学生がノートを取り、疑問点を書き留め、自分で学習内容を要約する必要性を述べている。今後は配信時に効果的な視聴方法を説明することで、事前のレジュメ配布の必要性は生じないと考えられる。また、その他の要望には、スライドへの「各

セクションの所要時間の表記」「セクション毎にまとめのスライドを挿入する必要性」が挙げられた。「各セクションの所要時間の表記」は、各セクションの所要時間が7分～18分と幅があったことが関係していると考えられる。学習者が空き時間に応じた所要時間のセクションを効率よく学習できるよう、コンテンツ一覧を示すウェブページに各セクションの所要時間を表記することで対応できるだろう。また、「セクション毎にまとめのスライドを挿入する必要性」は、学習者の獲得が期待される内容をセクションの前後で示すことは、学習者によっては反復した視聴につながり、結果として知識の定着に繋がる可能性がある。従って、ウェブラーニングの各セクションの最後には、必ず学習目標に関するまとめのスライドを含めることで、より効果的な学習を導くことが期待できるだろう。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は2点ある。1点目は、参加者の選択についてである。助産教育を行う1大学院における1学年の学生13名のみを対象としていたため、選択バイアスが生じている可能性がある。2点目は、研究デザインである。プログラム前後の1群比較研究であるため、教育プログラムによる知識および対応効力感の変化を一般化するには限界がある。今後は、多様な助産教育課程に在籍する、より大規模な参加者を対象に、エビデンスレベルの高い研究デザインを採用し、教育プログラムの効果を検証する必要がある。

今後他の助産師養成課程で同様のプログラムを展開する際に想定される課題は、主に2点である。一つには、プログラム立案およびweb教材作成の人的・時間的・資金的な資源の確保に関する課題がある。養成機関毎にプログラムを立案・ウェブラーニングやデモンストレーション動画を作成することは、プログラムの実現可能性の主な低下要因になり得るだろう。解決策として、助産師教育の関係機関で協働し、基礎教育で修得すべき周産期異常に関するプログラムを立案・作成し、共

通資源とすることが考えられる。その際、様々な教育課程の教員がメンバーとなり、全国どここの助産師養成課程でも適用可能な、コンピテンシーに基づくプログラムを開発することが重要であろう。その際、パブリックコメントを含め利害関係者（周産期医療に携わる医師・看護師等）の意見を参考にする過程も重要である。二つには、教員の指導力の強化が課題である。臨床カンファレンス形式とシミュレーションを組み合わせたクラスの担当教員は、学習者の思考やディスカッションが活性化するようにクラスをデザインし、学習者と共に学び、支援する役割を持つ。従って、学習者中心の教育に関する学習理論の理解や、シミュレーション教育に必要な教育技法（阿部, 2013）の習得が不可欠である。具体的には、前述の内容の研修会を全国助産師教育協議会等が企画運営し、その参加者のみに協働作成したプログラムを配信するなどの実施要件を定めることで、質を担保した教育プログラムの普及が期待できるだろう。

G. 結論

本研究は、助産教育において、ハイリスク妊娠・周産期異常の知識および対応効力感の向上を目標とした教育内容・方法を開発し、その評価を行った。

その結果、「常位胎盤早期剥離／子癇発作」、「PIH／HELLP症候群」の知識および対応効力感は、プログラム前後で有意に上昇した。学生はウェブラーニングとシミュレーションによる学習を通じて、知識の定着、イメージ化、複雑な病態理解を促進しながら、頭をフルに使って全体としてアセスメントする視点を学び、自分の達成レベルと課題の明確化を行っていた。

今後は、多様な助産教育課程に在籍する、より大規模な参加者を対象に、よりエビデンスレベルの高い研究デザインを採用し、教育プログラムの効果を検証する必要がある。

文献

- 阿部幸恵(2013). *看護のためのシミュレーション教育*, 医学書院.
- Bandura A. (1997)/本明寛・野口京子監訳(1997). *Self-Efficacy in Changing Societies 激動社会の中の自己効力*. 金子書房..
- Bergman, J., Sams, A.(2012). *Flip Your Classroom: Reach Every Student in Every Class Every Day*. International Society for Technology in Education.
- 宮地功編(2009). *e ラーニングからブレンディッドラーニングへ*, 共立出版株式会社.
- 全国助産師教育協議会(2016). *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*. 全国助産師教育協議会.

図表

表 1 周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラムの構成

表 2 教育プログラム前、直後、4 か月後の知識と効力間の合計得点の変化

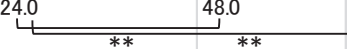
表 3 プログラム前、直後、4 か月後における知識テスト各項目の正答率

表 4 プログラム前、直後、4 か月後における対応効力感尺度各項目の平均値

表 1 周産期異常の臨床判断力を高める助産教育プログラムの構成

Out of Class (Before Class)	プログラム 1：常位置胎盤早期剥離/子癇発作	プログラム 2：PIH/HELLP 症候群
ウェブラーニング：クラスの 1～2 週間前に提示 ＜常位胎盤早期剥離＞ ・常位胎盤早期剥離とは ・常位胎盤早期剥離の鑑別・診断に必要な検査 ・産科 DIC ・常位置胎盤早期剥離と DIC 治療 ＜子癇＞ ・子癇発作と妊娠高血圧症候群の関連（発作の発生機序・リスク因子等） ・子癇発作予防のための観察と対応・治療 ・子癇発作への初期対応とその後の治療	ウェブラーニング：クラスの 1～2 週間前に提示 ＜常位胎盤早期剥離＞ ・常位胎盤早期剥離とは ・常位胎盤早期剥離の病態・症状 ・常位胎盤早期剥離の鑑別・診断に必要な検査 ・産科 DIC ・常位置胎盤早期剥離と DIC 治療 ＜子癇＞ ・子癇発作と妊娠高血圧症候群の関連（発作の発生機序・リスク因子等） ・子癇発作予防のための観察と対応・治療 ・子癇発作への初期対応とその後の治療	ウェブラーニング：クラスの 1～2 週間前に提示 ＜妊娠高血圧症候群＞ ・妊娠高血圧症候群とは（定義・リスク因子・母児への影響等） ・診断のための検査とその具体的な方法 ・妊娠高血圧症候群予防の生活習慣指導 ・妊娠高血圧症候群の管理・治療（妊娠・分娩・産褥各期） ＜HELLP 症候群＞ ・HELLP 症候群の症状・診断 ・HELLP 症候群の病態と症状の関連
In Class	●臨床カンファレンス形式 テーマ：常位胎盤早期剥離の診断と対応 課題：7 課題（1 課題 3～6 分） 早剥の診断、診断のための情報収取、対応など 方法：グループワークと全体ディスカッション ファシリテータ：臨床指導者、教員 ●シミュレーション テーマ：子癇発作の予防的対応／初期対応 場面：総合病院にて分娩介助実習中で 7 例目の介助。タイムスケジュール：ブリーフィング 5 分→シミュレーション 6 分×2 回→デブリーフィング 6 分（2 回目 4 分） 事例：妊娠 38 週の初産婦が陣痛発来にて来院。血圧が 168/94、意識レベルが少し下がり、視覚障害の訴えあり。モニター終了後に子癇発作を起こす 教員役割：ファシリテータ、デブリーフィア、模擬患者	●臨床カンファレンス形式 テーマ：妊娠・分娩期の PIH の管理 課題：13 課題（1 課題約 5 分） PIH の診断、リスク因子、入院の適応、治療、助産ケア、胎児のアセスメント、硬膜外麻酔の適応など 方法：グループワークと全体ディスカッション ファシリテータ：臨床指導者、教員 ●シミュレーション テーマ：入院した妊娠高血圧症候群の妊婦への保健指導 場面：産科病棟 準夜勤帯 21:00 個室 タイムスケジュール：ブリーフィング 2 分→シミュレーション 5 分→デブリーフィング 10 分（シミュレーション・デブリーフィング 2 回） 事例：PIH にて降圧剤使用、血圧管理のため入院した初産婦 緊急帝王切開に備えて IC、術前検査を施行した。入院後頭重感にてナースコールあり 教員役割：ファシリテータ、デブリーフィア、模擬患者（TA）
Out of Class (After Class)	デモンストレーション動画の配信 【子癇発作への対応】 	デモンストレーション動画の配信 【点滴の準備】 

表 2 教育プログラム前、直後、4 か月後の知識と効力間の合計得点の変化

	プログラム前	直後	4か月後	χ^2 値	p値 ^a
常位胎盤早期剥離／子癇発作知識	12.0	24.0	20.0	10.1	.007
					
常位胎盤早期剥離／子癇発作の対応効力感	20.0	36.0	35.0	15.1	.001
					
PIH／HELLP症候群知識	24.0	48.0	44.0	16.2	<.001
					
PIH／HELLP症候群の対応効力感	15.0	28.0	25.0	18.0	<.001
					

注:各得点は中央値を示す。 ^aFridman検定 *p<.05. **p<.01. Bonferroni法にて多重比較の結果を示す。

表3 プログラム前、直後、4 か月後における知識テスト各項目の正答率

	プログラム前	直後	4 か月後
【常位胎盤早期剥離／子癇発作】			
1 子癇の前駆症状	37.3%	45.5%	36.4%
2 子癇の発生の順序	45.5%	54.5%	54.5%
3 子癇発作中の対応	63.6%	90.9%	90.9%
4 常位胎盤早期剥離のリスク因子	100.0%	100.0%	90.9%
5 常位胎盤早期剥離が最も起こりやすい時期	9.1%	63.6%	18.2%
6 常位胎盤早期剥離の成因	18.2%	72.7%	72.7%
7 常位胎盤早期剥離の血液検査所見	9.1%	81.8%	45.5%
8 常位胎盤早期剥離の主症状	72.7%	100.0%	100.0%
9 産科 DIC スコアの臨床症状	36.4%	27.3%	72.7%
【PIH／HELLP 症候群】			
1 PIH の定義	72.7%	100.0%	90.9%
2 PIH の分類	54.5%	27.3%	63.6%
3 PIH の記載方法	36.4%	9.1%	27.3%
4 自宅での血圧測定の留意点	72.7%	100.0%	90.9%
5 妊娠前の PIH のリスク因子	9.1%	72.7%	63.6%
6 妊娠後の PIH のリスク因子	45.5%	90.9%	72.7%
7 PIH の病態	45.5%	63.6%	72.7%
8 PIH の病態と臨床所見	18.2%	45.5%	54.6%
9 PIH が胎児に及ぼす影響	36.4%	72.7%	36.4%
10 PIH の食事指導	63.6%	81.8%	81.8%
11 PIH に用いる降圧薬	36.4%	81.8%	63.6%
12 PIH 妊婦の胎児の検査	63.6%	100.0%	81.8%
13 PIH の妊娠中断基準	45.5%	81.8%	72.7%
14 PIH 妊婦の分娩管理方法	63.6%	72.7%	81.8%
15 PIH が原因となって起こる病態	36.4%	100.0%	63.6%
16 HELLP 症候群の特徴的な症状	27.3%	90.9%	90.9%

表4 プログラム前、直後、4 か月後における対応効力感尺度各項目の平均値

	プログラム前	直後	4 か月後
【常位胎盤早期剥離／子癇発作】			
1 子癇の前駆症状の判断	1.55	2.82	2.64
2 子癇の判断	1.64	3.18	3.36
3 子癇発作時に人を呼ぶ	2.73	3.82	3.82
4 子癇発作時の安全確保	2.09	3.45	3.55
5 子癇発作時の呼吸と発作の観察	1.55	2.64	2.91
6 子癇発作後の呼吸と意識レベルの観察	1.64	2.73	2.82
7 子癇発作後の気道の確保	1.64	2.91	3.00
8 早剥のリスクアセスメント	1.91	2.45	2.27
9 症状からの早剥を判断する	2.00	2.82	2.73
10 胎児心拍モニタリング所見から早剥を判断する	1.82	2.55	2.18
11 DIC を考慮して血液検査を実施する	2.15	2.91	1.82
12 早剥治療開始の判断	0.64	2.45	1.64
【PIH／HELLP 症候群】			
1 PIH の診断基準に基づく診断	2.00	3.18	3.36
2 PIH と白衣高血圧の鑑別	1.73	2.64	2.73
3 PIH のリスクアセスメント	2.55	3.45	3.27
4 血液検査値から PIH を予測する	1.55	2.55	2.18
5 PIH 妊婦の生活相談	2.00	2.82	2.27
6 PIH 妊婦の血圧コントロール適切性の判断	1.36	2.55	2.45
7 PIH 妊婦の胎児の健康状態の判断	1.73	3.09	2.45
8 PIH 産婦の分娩管理	0.91	2.64	2.45
9 PIH 産婦の産後管理	1.36	2.91	2.64
10 血液検査値からの HELLP 症候群の診断	0.73	2.36	1.64

注：効力感尺度（よくできると思う 4、できると思う 3、どちらともいえない 2、できないと思う 1、全くできないと思う 0）

研究5：デルファイ調査による助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の 項目内容と到達度に関する調査

The investigation of contents of items and achievement levels
related to the ability of care at delivery period - at graduation of midwife Education by Delphi Study

研究代表者 井村真澄 (日本赤十字看護大学大学院)
研究分担者 渡邊典子 (新潟青陵大学)
研究協力者 米山万里枝 (東京医療保健大学大学院)
山崎圭子 (東邦大学大学院)
潮田千寿子 (東京女子医科大学大学院)
小林正子 (新潟青陵大学)
久保田美雪 (新潟青陵大学)

研究要旨

本研究の目的は、助産師教育卒業時に評価する分娩期ケア能力の項目内容と到達度について、標準化することを目的とする。

研究方法は、デルファイ法により、全国の205助産師教育機関（大学院、大学専攻科・別科、大学、短期大学専攻科、養成所）の責任者、もしくはそれに準じる者に依頼し100名の協力を得て、卒業時に評価する分娩期ケア能力の項目内容の必要度と到達度に関する質問紙調査を3回実施した。項目内容の必要度および到達度の同意基準を70%以上とした。また、項目内容について自由記載による意見を検討した。

その結果、分娩期ケア能力の項目内容について「5：必要」と「4：どちらかといえば必要」を合わせて70%以上の同意を得たのは大項目7、下位項目32となった。同様に下位項目の到達度については、「5：ひとりで実施できる」4項目、「4：少しの助言で自立してできる」24項目、「3：指導のもと実施できる」4項目であった。

助産師教育卒業時に評価する分娩期ケア能力の項目内容と到達度に同意が得られ、おおむね標準化がはかられた。助産師教育の均一化および質の保持という点から有用なものとなると考える。

A. 研究の背景

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、多様な役割を果たすことが期待されている。

助産実践能力のうち、分娩期ケア能力に直結する助産学実習では、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）の中で、10回程度の分べんを取扱うことが要件として挙げられており、学生は分娩介助回数ごとに漸進的に能力を獲得していく。しかし、助産師教育終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る。

折しも、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例々の到達度をより客観的に明示するために、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として、全国助産師教育協議会が「助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査」を行なった（以

下、「平成 27 年度調査」とする)。

この調査の 1 つである「分娩介助例数の実習評価に基づく実態調査」(井村, 2015)では、各教育機関が実際に使用していた評価表を調査者らが 28 項目 3 段階評価に統合し、結果を分析した。その結果、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 項目のスコアが有意に上昇していることが明らかとなった。その一方で、分娩期ケア能力を評価する基準が標準化されていない現状も明らかとなった。

以上を踏まえ、本研究では、デルファイ法により、平成 27 年度調査から得られた分娩期ケア能力の 28 の項目からなる評価表の改訂作業を通し、評価表を標準化することを目的とする。分娩期ケア能力は、助産師教育の核となるものであり、評価表の標準化をはかることは、助産師教育の均一化、および質の保持のために必要である。そのため、本調査では、全国の助産師教育機関を対象に分娩期ケア能力の 28 の項目からなる評価表のデルファイ調査を実施し、意見・予測・判断について収斂をはかる。わが国の助産師教育における分娩期ケア能力の標準化の実現に大きな意義があると考ええる。

B. 研究目的

本研究は、デルファイ調査によって、助産師教育卒業時に評価する分娩期ケア能力の項目内容と到達度について、標準化することを目的とする。

C. 方法

1. 調査方法

本研究は、デルファイ調査を用いることとした。デルファイ調査は、専門家をパネル調査の対象とし、質問紙への回答、分析、フィードバック、回答という過程を繰り返すことによって全体の意見・予測・判断についての収斂をはかり同意を得る方法である (Polit &

Beck 2004)。本研究の目的である分娩期ケア能力の項目内容と到達度について、標準化するための見解をまとめるのに適していると判断した。

平成 27 年度調査から得られた分娩期ケア能力 28 の項目からなる評価表をもとに助産師教育責任者、もしくはそれに準ずる者を対象に 3 回の質問紙調査を実施した。同意割合から検討を行い、最終的な助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容および到達度を決定した。

2. 調査対象

日本全国の助産師養成課程をもつすべての教育機関(大学院、大学専攻科・別科、大学、短期大学専攻科、養成所) 205 機関の助産師教育責任者、もしくはそれに準ずる者を対象とする(平成 28 年度 厚生労働省医政局看護課調べ)。

3. 調査・研究期間

2016 年 10 月～2017 年 3 月

4. 調査の概要

第 1 回調査から第 3 回調査の概要を図 1 に示す。

1) 第 1 回調査

第 1 回の調査票の作成は以下の通りである。平成 27 年度調査で得られた分娩期ケア能力の 28 の項目とそれを 7 項目に分類し、それらについて、内容の再検討と確認を共同研究者間で行なった。その結果、7 の大項目、28 の項目を下位項目として採用することとした。必要度については「5 必要」「4 どちらかと言えば必要」「3 どちらとも言えない」「2 どちらかと言えば不要」「1 不要」の 5 段階とした。また、下位の 28 項目の到達度について、「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 段階であったものを「5 ひどりで実施できる」(以後「到達度 5」とする)、「4 少しの助言で自立し

て実施できる」(以後「到達度 4」とする)、「3 指導のもと実施できる」(以後「到達度 3」とする)、「2 学内演習で実施できる」(以後「到達度 2」とする)、「1 知識として分かる」(以後「到達度 1」とする)の 5 段階とした。5 段階としたのは、助産師教育機関には様々な課程があることを考慮し、「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)の「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」の 4 段階に「ひとりで実施できる」を追加したからである。調査票は、下位の 28 項目の必要度に関するもの、到達度に関するものの 2 種類とした。

調査票の回答の形式は、必要度および到達度の各 5 段階のうちの最もあてはまる段階の選択を依頼した。なお到達度については、助産師教育卒業時の到達レベル(助産師の国家試験受験資格を得るために必要な到達度)と指定した。

また、下位の 28 項目に関する意見、大項目やその他全体を通しての追加内容等に関する自由記載の欄を設けた。全国の助産師教育機関 205 機関の助産師教育責任者、もしくはそれに準じる者へ研究協力依頼文書とともに第 1 回の調査票(必要度と到達度)を郵送した。調査票の返送をもって研究協力への同意が得られたものとした。有効回答は、各調査票の全項目に回答があった調査票とした。調査期間は平成 28 年 10 月～平成 28 年 11 月であった。

2) 第 2 回調査

デルファイ調査第 2 回の調査票は、第 1 回調査における下位項目別の必要度の各 5 段階の割合と意見、7 の大項目および全体に関する意見を研究者によって分析し、下位項目の削除や合体、修正、追加、および大項目の検討・修正を行って作成した。その際、到達度についても参考とした。その結果、大項目は 4、下位項目を 28 とした。

第 2 回調査対象機関は、第 1 回目の調査同様 205 機関を調査対象とした。送付資料は、第 1 回目の必要度と到達度の調査結果、大項目と下位項目の新旧対照表、第 2 回調査への協力依頼文書、必要度と到達度に関する調査票を郵送した。なお、調査への協力依頼文書には、今調査の対象者は第 1 回調査に協力回答した助産師教育の責任者、もしくはそれに準ずる者であることを記載し、調査票には、第 1 回目の調査協力の有無と教育機関の属性について質問した。

調査票の回答形式は第 1 回と同様とし、調査期間は平成 28 年 12 月～平成 29 年 1 月であった。

3) 第 3 回調査

デルファイ調査第 3 回の調査票は、第 2 回調査における 28 の下位項目別の必要度の各 5 段階の割合と意見、4 の大項目および全体に関する意見を研究者によって分析し、下位項目の削除や合体、修正、追加、および大項目の検討・修正を行って作成した。その際、到達度についても参考とした。その結果、大項目は 7、下位項目は 32 とした。

第 3 回調査対象機関は、第 2 回調査同様、助産師教育機関 205 機関である。第 2 回目の必要度と到達度の調査結果、大項目と下位項目の新旧対照表、第 3 回目の調査への協力依頼文書、必要度と達成度に関する調査票を郵送した。なお、調査への協力依頼文書には、今調査の対象者は第 1 回調査および第 2 回調査ともに回答した助産師教育の責任者、もしくはそれに準ずる者であることを記載し、調査票には、第 1 回および第 2 回の調査協力の有無と教育機関の属性について質問した。

調査票の回答形式は第 1 回、2 回と同様とし、調査期間は平成 29 年 2 月～平成 29 年 3 月であった。

4) 分析方法

第1回から第3回調査とも同様に、分析結果から下位項目および大項目の修正を行った。分析は分娩期ケア能力の下位項目の必要度と到達度に関し、度数と割合を算出した。本研究では、必要度（「5 必要」と「4 どちらかといえば必要」をあわせた）と第3回調査の到達度の同意水準について70%以上とした（デルファイ法によるコンセンサスを示す意見一致率、つまり同意について、推奨される範囲は寛大な51%からより慎重な70%とされている）（Polit & Beck 2004）。また、同意水準について過半数（Loughlin & Moor, 1979）、（Hasson, Keeney & McKenna, 2000）としているものもあることから、50%から70%未満、50%未満の2段階に分けて、割合の数値のばらつき等から検討した。さらに、第3回調査の到達度に関し、教育機関の属性別に度数と割合を算出した。

5.倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、研究計画書を新潟青陵大学の研究倫理審査委員会に提出し、許可後に調査を開始した（承認番号2016013）。具体的な倫理的配慮として、第1回から第3回のデルファイ調査依頼の際に、研究目的および方法、自由意思による参加であること、得られた結果について本研究以外に使用しないこと、匿名性の確保、結果の公表について説明した書面を郵送した。研究協力への同意は、第1回から3回とも調査票の返送をもって同意が得られたものとした。

D. 結果

1. 第1回調査による卒業時分娩期ケア能力の下位項目内容の必要度と到達度

1) 回収状況

第1回調査において協力が得られたのは全国助産師教育機関205機関のうち100機関（48.8%）、全て有効回答とした。

2) 必要度

下位の28項目の必要度に関して、26項目が「5 必要」で70%以上、2項目が「5 必要」と「4 どちらかといえば必要」をあわせ70%以上であった。

3) 下位項目および全体への意見による検討

各下位項目への意見を検討した。

「1 分娩開始を診断する」について、「助産診断をするうえで重要」や「当然診断できなければならない」という意見の一方で「有効陣痛の診断が必要」「誘発分娩は難しい」「受け持つ機会が少ない」などの意見があった。それらをふまえ、助産学教育テキスト等を確認し、「分娩陣痛の開始を診断できる」とした。

「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」について、「情報は現在だけではない」「進行と予測では予測が困難」「助産診断する上で重要な内容」であった。さらに、「3 分娩進行状態の修正ができる」について、「分娩予測の修正か、助産計画の修正か分かりにくい」とあり、No.2と3は分娩の進行状況の予測から修正と引き続くものである。進行状況や予測は助産計画に含まれると考え、「統合」は「アセスメント」にし、「現在までの情報をアセスメントして助産計画が立案できる」と「分娩の進行状態に応じて助産計画の修正ができる」とした。

「4 内診を適切な時期に実施し内診所見がわかる」について、1項目中に2つの要素が含まれているという意見があり、「内診を実施する時期をアセスメントできる」と「内診の所見がわかる」に分割した。同様な意見は「25 子宮収縮と出血状態を判断できる」にもあり、「分娩後の子宮の収縮状態を観察できる」と「分娩後の出血の状態を観察できる」に分割した。

「5 外診により進行状態を予測できる」について、「外診による予測は困難」とい

う意見が多く「外診所見から分娩の進行状態をアセスメントできる」とした。

「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」について、「LDRが多く移動のタイミングというのがそぐわない」、一方で「分娩野の作成は必要かつ重要」という意見が多く、「分娩の清潔野を作成する時期がアセスメントでき、分娩の準備ができる」とした。「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」について、「CTGのレベル判定をもって胎児の健康状態として適切か」「ドップラーでの判断は難しい」という意見から「胎児心拍数陣痛図を判読できる」とした。

「11 産婦の心理的サポート・産婦の主体性を尊重する」は「2つの内容がある」と意見があったが、心理的サポートは他の項目に含まれるので「産婦の主体性を尊重したケアができる」とした。

また、「13 分娩進行を促す支援ができる」と「14 分娩に必要な環境を整える」の2つは、検討後の下位項目に含まれると考え削除した。

「20 臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる」について、「最近では解除しないことが多い」「必要時解除できる、ではないか」

「解除は難度が高い」という意見から「臍帯巻絡の有無を確認し、必要時解除できる」とした。

これ以外の16項目のうち11項目は表現の一部を修正、5項目はそのままとした。全体の順序性も検討した結果、下位項目は28となった。

これら下位項目の修正に合わせ、大項目についても検討した。第1回調査時の大項目は、分娩開始から分娩終了までを分娩の経過に伴い5つに分類し、それに分娩直後の母子への支援と異常発生の予測・予防行動の2つを合わせ7つとなっていた。しかし、下位項目の文言修正・削除、合体により「助産計画の立案」や「助産計画の修正」を入れたことをふまえ、大項目を情報のア

セスメントから計画立案、実施、評価というPDCAサイクルに着目し、以下の4つに分類した。「Ⅰ. 助産過程」、内診や外診、胎児心拍数陣痛図の判読という助産師の専門性の技術や知識に関わる「Ⅱ. 助産診断・技術」、分娩介助に関連した「Ⅲ. 分娩介助技術」、「Ⅳ. 異常への対応」である。

4) 到達度

「到達度5」の割合が最も高かったのは、以下の8項目であった。「1 分娩の開始を診断することができる」71 (71.0%)、「9 産痛緩和のケアを行うことができる」65 (65.0%)、「10 基本的ニード(排泄・栄養・清潔・体位・休息)に関して援助ができる」63 (63.0%)、「14 分娩に必要な環境を整えることができる」65 (65.0%)、「18 駆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」42 (42.0%)、「19 臍帯をクランプし、適切に切断できる」69 (69.0%)、「23 適切な方法で胎盤娩出ができる」56 (56.0%)、「25 子宮収縮と出血状態を判断できる」51 (51.0%)であった。

「到達度4」の割合が最も高かったのは以下の19項目であった。「2 現在の情報を統合して進行状況及び分娩予測ができる」57 (57.0%)、「3 分娩進行状態の修正ができる」63 (63.0%)、「4 内診を適切な時期に実施し内診所見が分かる」56 (56.0%)、「5 外診により進行状態を予測できる」48 (48.0%)、「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」54 (54.0%)、「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」54 (54.0%)、「8 分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる」47 (47.0%)、「11 産婦の心理的なサポート・産婦の主体性を尊重する」58 (58.0%)、「12 家族への支援を行なうことができる」60 (60.0%)、「13 分娩進行を促す支援ができる」59 (59.0%)、「15 適切に会陰保護ができる」

53 (53.0%)、「16 児頭を最小周囲径で娩出できる」45 (45.0%)、「17 適切な方法で肩甲娩出ができる」48 (48.0%)、「20 臍帯巻絡の有無を確認し、解除ができる」50 (50.0%)、「21 児の第一呼吸を助成できる」48 (48.0%)、「22 出生直後の児の健康状態を判定できる」46 (46.0%)、「24 軟産道の損傷状態を判断できる」47 (47.0%)、「26 出生直後の母子接触・早期授乳を支援できる」48 (48.0%)、「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」48 (48.0%) であった。

「到達度 3」の割合が最も高いのは「28 母子に生じうる異常を予防するための行動がとれる」48 (48.0%) の 1 項目であった。

2. 第 2 回調査による卒業時分娩期ケア能力の下位項目内容の必要度と到達度

1) 回収状況

第 2 回調査では、第 1 回調査に協力を得た対象 100 のうち 94 から回答があり、全て有効回答とした（回収率及び有効回答率とも 94.0%）。教育機関の属性については、大学院 19 (20.2%)、大学専攻科・別科 16 (17.0%)、大学 30 (31.9%)、短期大学専攻科 3 (3.2%)、養成所 26 (27.7%) であった。

2) 必要度

下位の 28 項目の必要度に関して、28 項目全てが「5 必要」で 70%以上であった。

3) 下位項目および全体への意見による検討

各下位項目への意見を検討した。

「1 分娩陣痛の開始を診断できる」について「分娩陣痛という表現が一般的か」という意見が多くあり、分娩開始の判断という意図が明確になるように「分娩開始を診断できる」とした。

「2 現在までの情報をアセスメントして助産計画が立案できる」と「4 分娩の進行状態に応じて助産計画の修正ができる」についての共通意見として「助産計画という内容が広く、レベルが上がってしまう」とあった。また 2 について「『現在までの』が曖昧」という指摘もあり、2 については「現在の情報を統合して、分娩進行状態の判断、および分娩の予測ができる」、4 については「分娩進行状態の判断、および分娩の予測の修正ができる」とした。

「6 産婦の主体性を尊重したケアができる」について、「複数の内容が含まれている」という意見から、「産婦の主体性を尊重したケアを行うことができる」と「産婦に寄り添い、心理的サポートを行なうことができる」に分割した。

「9 外診所見から分娩の進行状態をアセスメントできる」について、「外診所見と限定する必要はない」、また、外診は診断技術として位置づけられていることから「外診により分娩進行状態が診断できる」とした。

「10 内診を実施する時期をアセスメントできる」について、「『時期のアセスメント』の意図がはっきりせず、他項目とも関連している」という意見もあり「内診を適切な時期に実施できる」とした。また、内診に関連する「11 内診の所見がわかる」は、「正しく触診できる、あるいは指導者とともに実施し、観察所見が一致する」も含まれるということを研究者間で確認しそのままとした。

「12 胎児心拍数陣痛図を判読することができる」について、「CTG だけでよいのか」「児の健康状態がなくなっている」という意見から「CTG やドップラーを用いて胎児の健康状態を判断できる」とした。

「13 分娩の清潔野を作成する時期がアセスメントでき、分娩の準備ができる」について「2 つの内容がある」「音や暗さ等の環境整備は表に出したほうがよい」とい

う意見から「産婦に必要な環境を整えることができる」と「分娩野を作成する時期が判断でき、分娩の準備ができる」とした。

「14 適切に会陰の保護ができる」について「『適切に』が曖昧」という意見とフリースタイルを考慮し「母体の損傷が最小限になるように会陰の保護ができる」とした。

「18 臍帯巻絡の有無を確認し、必要時解除ができる」について「解除は難度が高い」

「解除は無理」という意見から「臍帯巻絡の有無を確認し、対応ができる」とし、これには指導者に対応を依頼することも含めることとした。

「21 児の第一呼吸（自発呼吸）を誘発できる」について「『誘発』ではなくて『助成』でいいのではないか」という意見から「児の自発呼吸を確認し、必要時助成できる」とした。

「23 分娩後の軟産道の状態を観察できる」以降 24、25 については「観察するだけでアセスメントがなくていいのか」という意見から、語尾に「…観察し、診断できる」とした。

「26 出生直後の母子接触・早期授乳を支援できる」については、「『早期母子接触』実施の留意点」（日本周産期・新生児医学会, 2012）に基づき出生直後という文言を削除し「早期母子接触・授乳を支援できる」とした。

これ以外の 12 項目のうち、8 項目は「ケアができる」を「ケアを行うことができる」、「状態」を「健康状態」等の一部文言の微細な修正を行ない、残り 4 項目はそのままとした。

また、第 1 回調査結果により削除した「分娩の進行を促すケアを行うことができる」については、「やはり必要である」という意見が多く追加した。同様に、破水に関するものがないという意見から「破水の診断ができ対応ができる」を追加した。

大項目の分類について、「前回までのほうが適切である」「大項目の区別がはっきりしない」「助産過程の展開能力も助産診断・技術に含まれると思う」等の多数の意見があった。これらの意見をふまえ、大項目について、内容や概念が拡大することによる捉え方や受け取り方の混乱も予想できると判断し、第 1 回調査時の 7 項目に戻すことにした。その際「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）の「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」の小項目の No. 15 から No. 22（No.21 は除外）の表現と一致させた。

4) 到達度

到達度について、「到達度 5」の割合が最も高いのは以下の 7 項目であった。「1 分娩陣痛の開始を診断できる」65 (69.1%)、「5 産痛緩和のケアができる」58 (61.7%)、「7 基本的ニーズ（排泄・栄養・清潔・体位・休息等）に対してケアができる」55 (58.5%)、「19 臍帯をクランプし、適切に切断ができる」68 (72.3%)、「22 適切な方法で胎盤娩出ができる」48 (51.1%)、「24 分娩後の子宮の収縮状態を観察できる」67 (71.3%)、「25 分娩後の出血の状態を観察できる」53 (56.4%) であった。

「到達度 4」の割合が最も高かったのは以下の 19 項目であった。「2 現在までの情報をアセスメントして助産計画が立案できる」56 (59.6%)、「3 分娩進行に伴う産婦の心身の状態をアセスメントできる」56 (59.6%)、「4 分娩の進行状態に応じて助産計画の修正ができる」59 (62.8%)、

「6 産婦の主体性を尊重したケアができる」47 (50.0%)、「8 家族へのケアができる」59 (63.4%)、「9 外診所見から分娩の進行状態をアセスメントできる」54 (57.4%)、「10 内診を実施する時期をアセスメントできる」55 (59.1%)、「11 内診の所見がわかる」52 (55.3%)、「12 胎児心拍数陣

痛図を判読できる」55 (58.5%)、「13 分娩の清潔野を作成する時期がアセスメントでき、分娩の準備ができる」49 (52.1%)、「14 適切に会陰の保護ができる」59 (62.8%)、「15 児頭を最小周囲径で娩出できる」46 (48.9%)、「16 適切な方法で肩甲娩出ができる」51 (54.8%)、「17 駆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」47 (50.0%)、「18 臍帯巻絡の有無を確認し、必要時解除ができる」46 (48.9%)、「20 出生直後の児の状態を評価できる」50 (53.2%)、「21 児の第一呼吸(自発呼吸)を誘発できる」50 (53.2%)、「23 分娩後の軟産道の状態を観察できる」43 (45.7%)、「26 出生直後の母子接触・早期授乳を支援できる」54 (58.1%)であった。

「到達度 3」は「27 分娩進行に伴う異常発生の有無をアセスメントすることができる」42 (45.7%)、「28 分娩進行に伴い生じうる異常を予防するための行動ができる」53 (58.2%)の2項目であった。

3. 第3回調査(最終調査)による卒業時分娩期ケア能力の必要度と到達度

1) 回収状況

第3回調査では、第1回調査と第2回調査に協力を得た対象94のうち83から回答があり、全て有効回答とした(回収率及び有効回答率とも88.3%)。教育機関の属性については、大学院19(22.9%)、大学専攻科・別科10(12.1%)、大学27(32.5%)、短期大専攻科2(2.4%)、養成所25(30.1%)であった。

2) 必要度

32の下位項目の必要度と到達度について示したのが表1である。

必要度に関して、No. 1～31は「5必要」で70%以上、No.32が「5必要」「4どちらかと言えば必要」を合わせて70%以上であった。

3) 下位項目および全体への意見

下位項目および全体への意見についてみると、大項目および下位項目の内容を大幅に変更、追加、削除を必要とする意見はほとんどみられなかった。「卒業時には必ず身につけてほしい能力」という意見は、分娩開始、分娩進行状態の判断・予測・修正、分娩の進行を促すケア、産痛緩和および基本的ニーズのケア、出生直後の児の健康状態の評価の項目(No. 1～3、10～12、25)にあった。

一方、「10 例程度の分娩介助で到達度5は無理」という意見は、内診、会陰保護、児頭の最小周囲径の娩出の項目(No. 4、5、18、19)にみられた。さらに、「事例が少ない」、「Drが実施することが多い」、「病院の方針にばらつきがありさせてもらえない」という意見が、臍帯巻絡の対応、軟産道の観察の項目(No. 22、27)でみられた。

項目の文言や用語について、「判断と診断の違い」「ケアとサポートの違い」「主体性とは何か」「寄り添うとは何か」「分娩後とはいつか」「対応できるという内容はどういうことか」について、「分かりづらい」や「説明があるとよい」という意見、「内診の所見がわかる」については「わかるレベルを明確に示す必要がある」という指摘があった。

4) 到達度

到達度の同意水準70%以上であったものは、「到達度5」として「1 分娩開始を診断できる」、「到達度4」として「2 現在の情報を統合して、分娩進行状態の判断、および分娩の予測ができる」「3 分娩進行状態の判断、及び分娩の予測の修正ができる」「4 内診を適切な時期に実施できる」の4項目であった。

到達度の割合が50%以上70%未満であったものは、「到達度5」として「11 産痛緩和のケアを行うことができる」「12 基本的ニーズ(排泄・栄養・清潔・体位・休息

等) に対してケアができる」「15 産婦に必要な環境を整えることができる」「23 臍帯を結紮し、適切に切断できる」「26 適切な方法で胎盤娩出ができる」「28 分娩後の子宮収縮状態を観察し、診断できる」、「到達度 4」は「5 内診の所見がわかる」「6 外診により分娩進行状態が診断できる」「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」「8 分娩進行状態に伴う産婦の健康状態を判断できる」「9 破水の診断ができ、対応ができる」「14 産婦に寄り添い、心理的サポートを行なうことができる」「16 家族へのケアを行うことができる」「18 母体の損傷が最小限になるように会陰の保護ができる」「19 児頭を最小周囲径で娩出できる」「20 適切な方法で肩甲娩出ができる」「21 駆幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出できる」「24 児の自発呼吸を確認し、必要時助成できる」「25 出生直後の児の状態を評価できる」「30 早期母子接触・授乳を支援できる」、「到達度 3」は「32 分娩進行に伴い生じうる異常を予防するための対応ができる」の 21 項目であった。

到達度が 50%未満のものは「10 分娩の進行を促すケアを行うことができる」「13 産婦の主体性を尊重したケアを行うことができる」「17 分娩野を作成する時期が判断でき、分娩の準備ができる」「22 臍帯巻絡の有無を確認し、対応ができる」「27 分娩後の軟産道の状態を観察し、診断できる」「29 分娩後の出血の状態を観察し、診断できる」「31 分娩進行に伴う異常発生を判断することができる」の 7 項目であった。

教育機関の属性別の到達度を示したものが表 1 である。短期大学専攻科が 2 機関であることを考慮しなければならないが、到達度 50%未満の 7 項目全てが属性別の到達度にばらつきがみられた。加えて到達度 50%以上 70%未満の No. 7.8.14.32 の 4 項目にもばらつきがみられた。

5) 分娩時ケア能力の下位項目の内容と到達度の設定

大項目および下位項目の内容を大幅に変更、追加、削除を必要とする意見はほとんどみられなかったことから大項目と下位項目の内容はこのままとした。到達度については、同意水準 70%以上でなかった 28 の下位項目について、より到達しやすい下位の到達度を設定した。

最終的に助産師教育卒業時の分娩期ケア能力は、大項目 7 項目、下位の 32 項目で構成された(表 2, 表 3)。最終的な到達度は、大項目「Ⅰ分べん開始を診断する」は「到達度 5」、「Ⅱ分べんの進行状態を診断する」は、下位項目「内診の所見がわかる」の「到達度 3」以外は「到達度 4」、「Ⅲ産婦と胎児の健康状態を診断する」と「Ⅳ分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う」は「到達度 4」、「Ⅴ経膈分べんを介助する」は下位項目「分娩後の軟産道の状態を観察し、診断できる」の「到達度 3」以外は「到達度 4」、「Ⅵ出生直後の母子接触・早期授乳を支援する」は「到達度 4」、「Ⅶ分べん進行に伴う異常発生を予測し予防的に行動する」は「到達度 3」であった。

E. 考察

1. 卒業時の分娩期ケア能力の項目内容

デルファイ調査(3 回)により、助産師教育における卒業時の分娩期ケア能力の標準化を目指し検討してきた。第 3 回調査(最終調査)では、大項目および下位項目内容を大幅に変更・修正する意見が見られなかった。このことから、大項目 7 項目、下位の 32 項目が助産師教育卒業時の分娩期ケア能力を標準化したものとして位置づけられると考える。一方で、項目内容の表現や用語の範囲や説明が必要であるということについては、評価の均一をはかるという点で非常に重要な指摘と考える。項目内容の意図する用語の定義や評価の視点を下位項目の留意点等で加えていく必要がある。例

えば、意見でみられた「判断と診断の違い」について考えてみると、「【判断】は【診断】まで至らない、【判断】を重ねて【診断】へつながる」というような概念レベルのものから、「対応できるという内容はどうか」に対し、具体的な内容を例示するレベルである。これらを整備し、全国の助産師教育機関で実際に使用してもらい、卒業時の分娩期ケア能力評価票のブラッシュアップにつなげていく必要がある。それは全国助産師教育協議会の役割であると考え。また、今回、我々は、分娩直後（おおむね第3期）を想定し、項目内容の検討を重ねてきたが、今後、分娩後2時間までを加えた分娩期ケア能力の項目の検討が必要と考える。

卒業時の分娩期ケア能力は、助産学実習により獲得されるものが大部分である。実習は、それまでの知識と技術の統合であり、臨地において指導者からの指導・教育が重要となる事はいまでもない。第3回調査の意見で、事例の少なさや病院によって実施できない、等の意見がみられた。助産学生は分娩介助例数を重ねながら段階的に様々な助産技術を習得していく（高島・菊池・高塚他、2012）ことから、臨地における助産技術の経験は非常に重要である。今回、得られた下位の32の項目内容と到達度を教育側から示すことは、教育側が主体的に責任をもって評価票に基づく学生を育てたいというメッセージになると同時に、ひいては実習方法や実習指導に反映されるものと期待できる。

本研究によって得られた助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容については、助産師に対する社会のニーズを勘案しながら、今後の助産師教育の方法やカリキュラム等の基盤となりうるものとする。

2. 到達度について

今回得られた大項目は、看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン（以後、

ガイドラインとする）の大項目「3.分娩期の診断とケア」、中項目「C.正常分べん」の小項目 No. 15 から 22（No. 21 除く）となっている。本研究は、ガイドラインの小項目をさらに下位項目にわけ、その卒業時の到達度を検討した。そこで、ガイドラインの小項目の到達度と比較し、高い、あるいは低い下位項目についてみていきたい。なお、ガイドラインの小項目 No. 15 から 22（No. 21 除く）は全て「I 少しの助言で自立して実施できる」とされている。

大項目 I の「分娩開始を診断する」は、到達度「5：ひとりで実施できる」となり、ガイドラインより高い到達度とされた。助産師教育卒業時には必ず身につける能力として位置づけられたと考える。

大項目 II の「内診の所見がわかる」が到達度「3：指導のもと実施できる」となり、ガイドラインより低く位置づけられた。しかし、到達度 4 の 59.0%と到達度 5 の 9.6%をあわせれば 68.6%と同意基準の 70%により近い数値となる。教育機関の属性別では、ほとんどが「4：少しの助言で自立して出来る」としていることから、「わかる」の基準を示すことにより、到達度が明確になるとともに到達度が上がる可能性も考えられる。

大項目 V では「分娩後の軟産道の状態を観察し、診断できる」と大項目 VII の全ての下位項目が「3：指導のもと実施できる」という到達度で、ガイドラインより低かった。これらの到達度について、教育機関属性別にみると、到達度 5 から 3 とばらつきがみられた。実際に実習で学生自身の手で確認できなくとも、事後観察をする、もしくは、医師や指導者に確認をする、また、異常予測時には、状況を判断し報告・連絡・相談を行うこと、状況を確認し、後追いでその知識を深め、対応を自分のものとする、などの教育方法の工夫も考えられる。院内助産システムの推進という状況をふまえ、助産師教育卒業時の分娩期ケア能力として、

到達度 4 までを習得できるような教育方法の検討が望まれる。

F. 結論

助産師教育における卒業時の分娩期ケア能力として、昨年度の調査時に得られた大項目 7、下位の 28 項目について、デルファイ調査（3 回）により、大項目 7、下位の 32 項目の到達度を明らかにした。

下位の 4 項目の到達度について、70%以上の同意水準が得られた。これ以外の 28 項目については、より到達しやすい到達度を設定した。その結果、到達度 5（ひとりで実施できる）は 1 項目で、分娩の開始の診断であった。到達度 4（少しの助言で自立して実施できる）は 27 項目で、分娩の経過状況に即した判断や診断を要するもの、分娩介助に不可欠な技術項目であり、助産師としての専門性の技術や能力の項目であった。到達度 3（指導のもと実施できる）は 4 項目で内診の所見、軟産道の観察・診断、異常の予測・予防であった。

このように助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容と到達度を明らかにしたことは、助産師教育の均一化、および質の保持に向けた助産師教育の充実をはかるうえで、有用なものとなると考える。

文献

<引用文献>

- Hasson F., Keeney S., McKenna H.(2000). Research guideline for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 324, 1008-1015.
- 保健師助産師看護師学校養成所指定規則. Retrieved from law. e-gov. go. jp/htmldata/S26/S26F03502001001.html
- 井村真澄・片岡弥恵子・大田えりか・喜多里(2016). 分娩介助例数の実習評価表に基づく実態調査. 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調査報告書, 30-61.

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 www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r98520000021cze.pdf.

Loughlin KG., Moor LF.(1979). Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a pediatrics department. *Journal of Medical Education*, 54(2), 101-106.

日本周産期・新生児医学会（2012）.「早期母子接触」実施の留意点 Retrieved from http://www.midwife.or.jp/pdf/h25other/sbsv12_1.pdf.

Polit D.F.,Beck C.T. (2004)/近藤潤子(2010). 看護研究 原理と方法 第2 版, 医学書院. 784.

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*, 1, 30-35.

高島葉子・高塚麻由・菊地美帆・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 2 報) 助産技術の習得度に焦点をあてて. *新潟県立看護大学紀要*, 1, 36-41.

<参考文献>

- 麻原きよみ・大森純子・小林真朝・平野優子・鈴木良美・荒木田美香子・大木幸子・岡本玲子・奥山則子・海原逸子・須藤裕子・長江弘子・宮崎美砂子・村嶋幸代(2010). 保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度. *日本公衆衛生誌*, 57(3), 184-194.
- 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.
- 我部山キヨ子・武谷雄二編(2013). 助産学講座 7, 助産診断技術学Ⅱ〔2〕分娩期・産褥期. 医学書院, 426.
- 鎌田奈都子(2014). 助産学生の分娩介助技術の習得に影響を及ぼす臨地実習の体験 分娩介助実習に焦点を当てて. *神奈川県立保*

- 健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 39, 53-59.
- 北川眞理子・内山和美編(2013). *今日の助産 (改訂第3版)*. 南江堂, 1172.
- 古田祐子(2004). 分娩介助技術指導において助産師学生に「わかった」と認識させる指導者の言語的教育技法. *母性衛生*, 45(2), 342-352.
- 工藤直子・篠原ひとみ・成田好美・吉田倫子・兒玉英也(2015). 助産師学生の分娩介助技術の習得過程. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*, 23(2), 131-139.
- 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.
- 増田裕美・橋爪由紀子・濱崎真由美・今関節子(2005). 助産師学生の分娩介助実習における分娩介助技術の時期別習得状況 臨床指導者の分娩介助技術評価から. *看護教育*, 39, 388-390.
- 松井弘美(2016). 指導を担う臨床助産師が学生に期待する分娩介助 10 例の学び. *母性衛生*, 56(4), 658-666.
- 松本鈴子・岩崎順子・嶋岡暢希・芝崎恵・川上美樹子・大塚多賀子・関正節(2013). 看護基礎教育における助産学生の実践能力を高める教育方法 臨床指導者用実習指導マニュアルの提案. *高知女子大学看護学会誌*, 38(2), 118-128.
- 水戸優子・小山眞理子・片平伸子・山口由子・川守田千秋・植村由美子・野崎真奈美・鶴田恵子・手島恵(2011). デルファイ調査による看護教育者と看護実践者が合意する看護基礎教育卒業時の看護技術の到達目標と到達度に関する検討. *日本看護科学会誌*, 31(3), 21-31.
- 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.
- 野戸結花・皆川智子・川崎くみ子・山内久子・木村紀美(2004). 看護学生の看護基本技術の経験度と自立度. *弘前大学医学部保健学科紀要*, 3, 9-16.
- 大倉美佳(2004). 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究 デルファイ法を用いて. *日本公衆衛生雑誌*, 51(12), 1018-1028.
- 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.
- 澤井信江・野島良子・田中小百合・降田眞理子・日浦美保・大町弥生(2004). 潜在的大学院生としての看護職者の看護学・保健学系大学院に対するニーズ: Delphi technique を用いた全国調査. *日本看護研究学会雑誌*, 27(2), 29-37.
- 清水嘉子・松原美和・宮崎美知留・藤原聡子・西野自由里・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.
- 谷口千絵・木下千鶴・齋藤有希江・安藤弘子・恵美須文枝・高田昌代・和田雅樹・田村正徳(2013). デルファイ法による新生児蘇生法インストラクターのコンピテンシー. *日本助産学会誌*, 27(2), 214-225.
- 常盤洋子・今関節子(2002). 4年制大学における分娩介助実習の効果的な教授法の検討 実習状況及び実習到達度の分析から. *助産婦雑誌*, 56(6), 507-513.
- 堤明純・石川善樹・乾明夫・井上茂・島津明人・諏訪茂樹・津田彰・坪井康次・中尾睦宏・中山健夫・端詰勝敬・吉内一浩(2014). 医学部卒業時に求められる行動科学に関するコンピテンシー デルファイ法による調査結果. *行動科学研究*, 20(2), 63-68.

図表

図 1 デルファイ調査 第 1 回から第 3 回の概要

表 1 第 3 回調査の助産師教育機関の属性別下位項目の到達度

表 2 「助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容と到達度」に関する第 3 回の調査結果
概要と最終的な項目内容と到達度

表 3 助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容と到達度（最終）

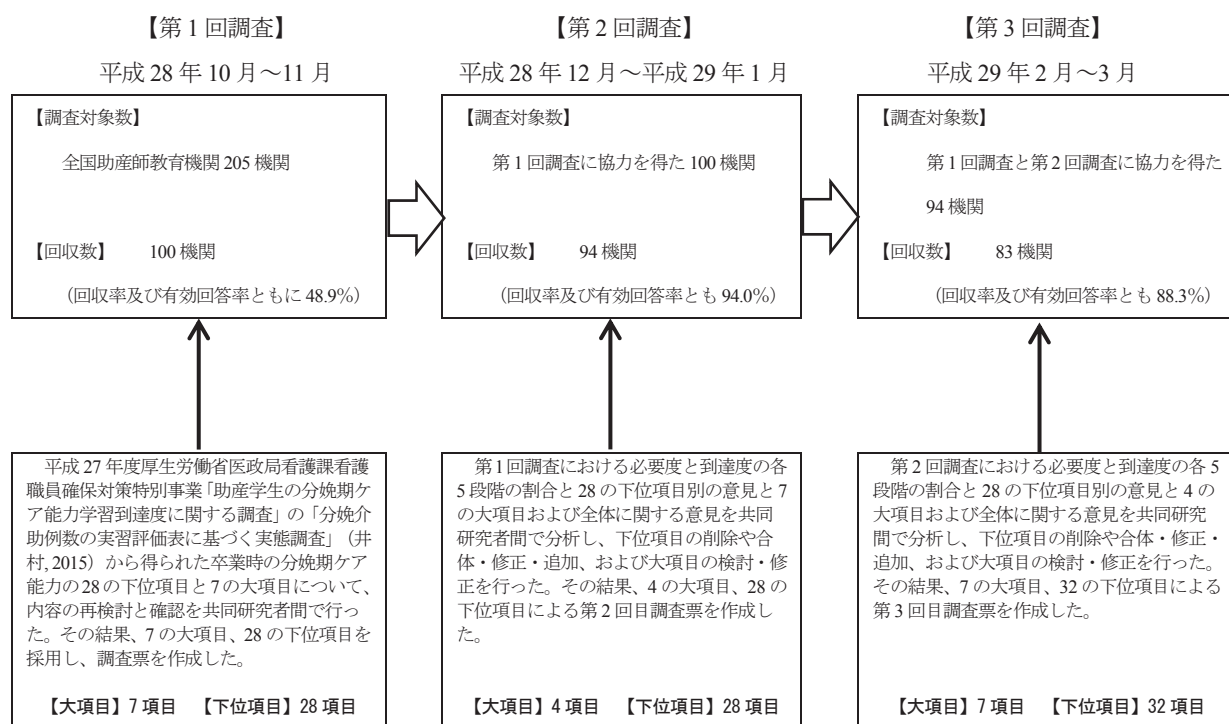


図1 デルファイ調査 第1回から第3回の概要

表1 第3回調査の助産師教育機関の属性別下位項目の到達度

【属性】			大学院：19 (22.9%) 大学：27 (32.5%) 養成所：25 (30.1%) 大学専攻科・別科：10 (12.1%) 短期大学専攻科：2 (2.4%)						
大項目	下位項目	教育機関	1 知識として わかる 人 (%)	2 学内演習 で実施で きる 人 (%)	3 指導のも と実施で きる 人 (%)	4 少しの助 言で自立 して実施 できる 人 (%)	5 ひとりで 実施でき る 人 (%)	無回答 人 (%)	
I	分べん開始を診 断する	全体 (n=83)	0(0)	0(0)	2(2.4)	18(21.7)	61(73.5)	2(2.4)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	2 (10.5)	16(84.2)	1(5.2)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	0(0)	1(10.0)	9(90.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	0(0)	11(40.7)	15(55.6)	1(3.7)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	
		養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	2(8.0)	4(16.0)	19(76.0)	0(0)	
II	分べんの進行状 態を 診断する	全体 (n=83)	0(0)	0(0)	5(6.0)	61(73.5)	16(19.3)	1(1.2)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	14(73.7)	4(21.1)	1(5.3)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	0(0)	6(60.0)	4(40.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2(7.4)	21(77.8)	4(14.8)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	2(8.0)	20(80.0)	3(12.0)	0(0)	
		全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	9(10.8)	62(74.7)	10(12.0)	1(1.2)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	17(89.5)	1(5.3)	1(5.3)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	3(11.1)	20(74.1)	4(14.8)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	4(16.0)	18(72.0)	2(8.0)	0(0)	
	分べんの進行状 態を 診断する	全体 (n=83)	1(1.2)	0(0)	12(14.5)	59(71.1)	11(13.3)	0(0)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	16(84.2)	2(10.5)	0(0)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2(20.0)	6(60.0)	2(20.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2(7.4)	20(74.1)	5(18.5)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	1(4.0)	0(0)	6(24.0)	16(64.0)	2(8.0)	0(0)	
		全体 (n=83)	0(0)	0(0)	26(31.3)	49(59.0)	8(9.6)	0(0)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	5(26.3)	13(68.4)	1(5.3)	0(0)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	3(30.0)	6(60.0)	1(10.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	6(22.2)	16(59.3)	5(18.5)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	10(40.0)	14(56.0)	1(4.0)	0(0)	
	III	産婦と胎児の 健康状態を 診断する	全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	19(22.9)	52(62.7)	10(12.0)	1(1.2)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	16(84.2)	1(5.3)	1(5.3)
			大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	6(22.2)	17(63.0)	4(14.8)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)
			養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	7(28.0)	14(56.0)	3(12.0)	0(0)
産婦と胎児の 健康状態を 診断する		全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	6(7.2)	49(59.0)	27(32.5)	0(0)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	2(10.5)	10(52.6)	7(36.8)	0(0)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	1(3.7)	15(55.6)	11(40.7)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	1(4.0)	19(76.0)	4(16.0)	0(0)	
産婦と胎児の 健康状態を 診断する		全体 (n=83)	0(0)	0(0)	7(8.4)	48(57.8)	28(33.7)	0(0)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	11(57.9)	7(36.8)	0(0)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	0(0)	6(60.0)	4(40.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	1(3.7)	16(59.3)	10(37.0)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	4(16.0)	14(56.0)	7(28.0)	0(0)	
IV	分べんの進行に 伴う産婦と 家族のケアを 行う	全体 (n=83)	1(1.2)	0(0)	4(4.8)	40(48.2)	38(45.8)	0(0)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	5(26.3)	13(68.4)	0(0)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	1(3.7)	15(55.6)	11(40.7)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	1(4.0)	0(0)	0(0)	16(64.0)	8(32.0)	0(0)	
	分べんの進行に 伴う産婦と 家族のケアを 行う	全体 (n=83)	1(1.2)	0(0)	3(3.6)	2(27.7)	56(67.5)	0(0)	
		大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	3(15.8)	15(78.9)	0(0)	
		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	0(0)	3(30.0)	7(70.0)	0(0)	
		大学 (n=27)	0(0)	0(0)	1(3.7)	9(33.3)	17(63.0)	0(0)	
		短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	
		養成所 (n=25)	1(4.0)	0(0)	0(0)	8(32.0)	16(64.0)	0(0)	
基本的ニーズ (排泄・栄養・清潔・体位・休息等) に関してケアを行うことができる	全体 (n=83)	1(1.2)	0(0)	1(1.2)	23(27.7)	57(68.7)	1(1.2)		
	大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	4(21.1)	15(78.9)	0(0)		
	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	0(0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0)		
	大学 (n=27)	0(0)	0(0)	0(0)	6(22.2)	21(77.8)	0(0)		
	短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)		
	養成所 (n=25)	1(50.0)	0(0)	0(0)	9(36.0)	15(60.0)	0(0)		
産婦の主体性を尊重したケアを行うことができる	全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	10(12.0)	37(44.6)	35(42.2)	0(0)		
	大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	8(42.1)	10(52.6)	0(0)		

V	経膈分べんを介助する		大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	4(14.8)	9(33.3)	14(51.9)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)
		産婦に寄り添い、心理的サポートを行うことができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	3(12.0)	16(64.0)	5(20.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	7(8.4)	43(51.8)	32(38.6)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	7(36.8)	11(57.9)	0(0)
		産婦に必要な環境を整えることができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	1(10.0)	4(40.0)	5(50.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	4(14.8)	13(48.1)	10(37.0)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)
		家族へのケアを行うことができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	1(4.0)	18(72.0)	5(20.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	1(1.2)	31(37.3)	50(60.2)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	5(26.3)	14(73.7)	0(0)
		分娩野を作成する時期が判断でき、分娩の準備ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	0(0)	5(50.0)	5(50.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	0(0)	11(40.7)	16(59.3)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)
		母体の損傷が最小限になるように会陰の保護ができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	0(0)	10(40.0)	14(56.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	14(16.9)	50(60.2)	17(20.5)	1(1.2)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	2(10.5)	11(57.9)	6(31.6)	0(0)
		児頭を最小周囲径で娩出できる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	4(14.8)	17(63.0)	5(18.5)	1(3.7)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	4(16.0)	16(64.0)	4(16.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	4(4.8)	37(44.6)	40(48.2)	1(1.2)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	8(42.1)	11(57.9)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	1(10.0)	2(20.0)	7(70.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2(7.4)	12(44.4)	12(44.4)	1(3.7)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	1(4.0)	14(56.0)	9(36.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	27(32.5)	47(56.6)	8(9.6)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	5(26.3)	13(68.4)	1(5.3)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	3(30.0)	6(60.0)	1(10.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	9(33.3)	13(48.1)	5(18.5)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	8(32.0)	15(60.0)	1(4.0)	0(0)
			全体 (n=83)	1(1.2)	1(1.2)	20(24.1)	47(56.6)	14(16.9)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	14(73.7)	4(21.1)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	4(40.0)	5(50.0)	1(10.0)	0(0)
			大学 (n=27)	1(3.7)	0(0)	6(22.2)	13(48.1)	7(25.9)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	7(28.0)	15(60.0)	2(8.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	16(19.3)	53(63.9)	13(15.7)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	17(89.5)	2(10.5)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	3(30.0)	6(60.0)	1(10.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	6(22.2)	13(48.1)	8(29.6)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	5(20.0)	17(68.0)	2(8.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	0(0)	9(10.8)	44(53.0)	30(36.1)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	10(52.6)	9(47.4)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2(20.0)	4(40.0)	4(40.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	3(11.1)	12(44.4)	12(44.4)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	3(12.0)	17(68.0)	5(20.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	23(27.7)	41(49.4)	17(20.5)	1(1.2)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	1(5.3)	14(73.7)	4(21.1)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	4(40.0)	4(40.0)	2(20.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	1(3.7)	7(25.9)	10(37.0)	8(29.6)	1(3.7)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	9(36.0)	13(52.0)	3(12.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	0(0)	4(4.8)	24(28.9)	55(66.3)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	6(31.6)	13(68.4)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2(20.0)	1(10.0)	7(70.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	0(0)	6(22.2)	21(77.8)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	1(4.0)	10(40.0)	14(56.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	0(0)	10(12.0)	55(66.3)	17(20.5)	1(1.2)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	16(84.2)	3(15.8)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	3(30.0)	6(60.0)	1(10.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2(7.4)	15(55.6)	9(33.3)	1(3.7)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	4(16.0)	17(68.0)	4(16.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	0(0)	6(7.2)	52(62.7)	25(30.1)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	13(68.4)	6(31.6)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2(20.0)	5(50.0)	3(30.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2(7.4)	16(59.3)	9(33.3)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	2(8.0)	17(68.0)	6(24.0)	0(0)
			全体 (n=83)	0(0)	0(0)	5(6.0)	29(34.9)	49(59.0)	0(0)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	7(36.8)	12(63.2)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2(20.0)	3(30.0)	5(50.0)	0(0)
			大学 (n=27)	0(0)	0(0)	0(0)	9(33.3)	18(66.7)	0(0)
			短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	1(50.0)	0(0)
		適切な方法で肩甲娩出ができる	養成所 (n=25)	0(0)	0(0)	2(8.0)	10(40.0)	13(52.0)	0(0)
			全体 (n=83)	1(1.2)	0(0)	33(39.8)	41(49.4)	7(8.4)	1(1.2)
			大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	7(36.8)	12(63.2)	0(0)
			大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	4(40.0)	5(50.0)	1(10.0)	0(0)

VI	出生直後の母子 接触・早期授乳 を支援する	28	分娩後の子宮収縮状態を 観察し、診断できる	大学 (n=27)	0(0)	0(0)	9(33.3)	13(48.1)	4(14.8)	1(3.7)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
				養成所 (n=25)	1(4.0)	0(0)	12(48.0)	11(44.0)	1(4.0)	0(0)
				全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	6(7.2)	28(33.7)	47(56.6)	1(1.2)
				大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	6(31.6)	13(68.4)	0(0)
				大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2(20.0)	3(30.0)	5(50.0)	0(0)
				大学 (n=27)	0(0)	0(0)	1 (3.7)	8 (29.6)	17 (63.0)	1 (3.7)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
				養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	2 (8.0)	10 (40.0)	12 (48.0)	0(0)
				全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	9(10.8)	37(44.6)	35(42.2)	1(1.2)
				大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	9 (47.4)	10 (52.6)	0(0)
				大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2 (20.0)	4 (40.0)	4 (40.0)	0(0)
		29	分娩後の出血の状態を観 察し、診断できる	大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2 (7.4)	13 (48.1)	11 (40.7)	1 (3.7)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)
				養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	4 (16.0)	10 (40.0)	10 (40.0)	0(0)
				全体 (n=83)	0(0)	1(1.2)	5(6.0)	49(59.0)	28(33.7)	0(0)
				大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	0(0)	10 (52.6)	9 (47.4)	0(0)
				大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	2 (20.0)	6 (60.0)	2 (20.0)	0(0)
				大学 (n=27)	0(0)	0(0)	2 (7.4)	16 (59.3)	9 (33.3)	0(0)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)
				養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	1(4.0)	16 (64.0)	7 (28.0)	0(0)
				全体 (n=83)	0(0)	2(2.4)	38(45.8)	40(48.2)	2(2.4)	1(1.2)
				大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	6 (31.6)	13 (68.4)	0 (0)	0(0)
				大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	0(0)
				大学 (n=27)	0(0)	1 (3.7)	8 (29.6)	16 (59.3)	1 (3.7)	1 (3.7)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	0(0)	2 (100)	0(0)	0(0)	0(0)
VII	分娩進行に伴 う異常発生を予 測し、予防的に 行動する	31	分娩進行に伴う異常発生 を判断することができる	養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	16 (64.0)	8 (32.0)	0(0)	0(0)
				全体 (n=83)	0(0)	3(3.6)	45(54.2)	32(38.6)	2(2.4)	1(1.2)
				大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	7 (36.8)	12 (63.2)	0(0)	0(0)
				大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	7 (70.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	0(0)
				大学 (n=27)	0(0)	1 (3.7)	12 (44.4)	12 (44.4)	1 (3.7)	1 (3.7)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	0(0)
				養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	18 (72.0)	6 (24.0)	0(0)	0(0)
		32	分娩進行に伴い生じうる 異常を予防するための対 応ができる	大学院 (n=19)	0(0)	0(0)	7 (36.8)	12 (63.2)	0(0)	0(0)
				大学専攻科・別科 (n=10)	0(0)	0(0)	7 (70.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	0(0)
				大学 (n=27)	0(0)	1 (3.7)	12 (44.4)	12 (44.4)	1 (3.7)	1 (3.7)
				短期大学専攻科 (n=2)	0(0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	0(0)
				養成所 (n=25)	0(0)	1(4.0)	18 (72.0)	6 (24.0)	0(0)	0(0)
				全体 (n=83)	0(0)	3(3.6)	45(54.2)	32(38.6)	2(2.4)	1(1.2)

表2 「助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容と到達度」に関する第3回の調査結果概要と最終的な項目内容と到達度

【用語の定義】
 ・「到達度」助産師教育卒業時の全員の到達レベル（助産師の国家試験受験資格を得るために必要な到達度）
 ・到達度の段階
 5：ひとりで実施できる
 4：少しの助言で自立して実施できる
 3：指導のもと実施できる
 2：学内演習で実施できる
 1：知識としてわかる

第3回調査の結果概要										最終的な下位項目と到達度	
大項目	No	下位項目	必要度 人 (%)	1 人 (%)	2 人 (%)	3 人 (%)	4 人 (%)	5 人 (%)	無回答 人 (%)	No	下位項目 到達度
I 分べん開始を診断する	1	分娩開始を診断できる	83 (100.0)	0(0)	0(0)	2(2.4)	18(21.7)	61(73.5)	2(2.4)	1	分娩開始を診断できる 5
	2	現在の情報を統合して、分娩進行状態の判断、および分娩の予測ができる	83 (100.0)	0(0)	0(0)	5(6)	61(73.5)	16(19.3)	1(1.2)	2	現在の情報を統合して、分娩進行状態の判断、および分娩の予測ができる 4
II 分べんの進行状態を診断する	3	分娩進行状態の判断、および分娩の予測の修正ができる	83 (100.0)	0(0)	1(1.2)	9(10.8)	62(74.7)	10(12)	1(1.2)	3	分娩進行状態の判断、および分娩の予測の修正ができる 4
	4	内診を適切な時期に実施できる	80 (96.4)	1(1.2)	0(0)	12(14.5)	59(71.1)	11(13.3)	0(0)	4	内診を適切な時期に実施できる 4
	5	内診の所見がわかる	81 (97.6)	0(0)	0(0)	26(31.3)	49(59)	8(9.6)	0(0)	5	内診の所見がわかる 3
	6	外診により分娩進行状態が判断できる	79 (95.1)	0(0)	1(1.2)	19(22.9)	52(62.7)	10(12)	1(1.2)	6	外診により分娩進行状態が判断できる 4
	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	83 (100.0)	0(0)	0(0)	5(6)	48(57.8)	30(36.1)	0(0)	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 4
III 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	83 (100.0)	0(0)	1(1.2)	6(7.2)	49(59)	27(32.5)	0(0)	8	分娩進行に伴う産婦の健康状態を判断できる 4
	9	破水の診断ができ、対応ができる	83 (100.0)	0(0)	0(0)	7(8.4)	48(57.8)	28(33.7)	0(0)	9	破水の診断ができ、対応ができる 4
	10	分娩の進行を促すケアを行うことができる	82 (98.8)	1(1.2)	0(0)	4(4.8)	40(48.2)	38(45.8)	0(0)	10	分娩の進行を促すケアを行うことができる 4
IV 分娩進行に伴う産婦・家族のケアを行う	11	産前緩和のケアを行うことができる	83 (100.0)	1(1.2)	0(0)	3(3.6)	23(27.7)	56(67.5)	0(0)	11	産前緩和のケアを行うことができる 4
	12	基本的ニーズ（排せ・栄養・清潔・体位・休息等）に関してケアを行うことができる	83 (100.0)	1(1.2)	0(0)	1(1.2)	23(27.7)	57(68.7)	1(1.2)	12	基本的ニーズ（排せ・栄養・清潔・体位・休息等）に関してケアを行うことができる 4
	13	産婦の主体性を尊重したケアを行うことができる	78 (93.9)	0(0)	1(1.2)	10(12)	37(44.6)	35(42.2)	0(0)	13	産婦の主体性を尊重したケアを行うことができる 4
	14	産婦に寄り添い、心理的サポートを行うことができる	79 (95.1)	0(0)	1(1.2)	7(8.4)	43(51.8)	32(38.6)	0(0)	14	産婦に寄り添い、心理的サポートを行うことができる 4
	15	産婦に必要な環境を整えることができる	79 (95.1)	0(0)	1(1.2)	1(1.2)	31(37.3)	50(60.2)	0(0)	15	産婦に必要な環境を整えることができる 4
	16	家族へのケアを行うことができる	79 (95.1)	0(0)	1(1.2)	14(16.9)	50(60.2)	17(20.5)	1(1.2)	16	家族へのケアを行うことができる 4
	17	分娩野を作成する時期が判断でき、分娩の準備ができる	81 (97.6)	0(0)	1(1.2)	4(4.8)	37(44.6)	40(48.2)	1(1.2)	17	分娩野を作成する時期が判断でき、分娩の準備ができる 4
	18	母体の損傷が最小限になるように会陰の保護ができる	76 (91.6)	0(0)	1(1.2)	27(32.5)	47(56.6)	8(9.6)	0(0)	18	母体の損傷が最小限になるように会陰の保護ができる 4
V 経産婦分べんを介助する	19	児頭を最小周囲径で娩出できる	79 (95.1)	1(1.2)	1(1.2)	20(24.1)	47(56.6)	14(16.9)	0(0)	19	児頭を最小周囲径で娩出できる 4
	20	適切な方法で肩甲娩出ができる	80 (96.4)	0(0)	1(1.2)	16(19.3)	53(63.9)	13(15.7)	0(0)	20	適切な方法で肩甲娩出ができる 4
	21	胎頭を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出できる	80 (96.4)	0(0)	0(0)	9(10.8)	44(53)	30(36.1)	0(0)	21	胎頭を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出できる 4
	22	臍帯巻絡の有無を確認し、対応ができる	80 (96.4)	0(0)	1(1.2)	23(27.7)	41(49.4)	17(20.5)	1(1.2)	22	臍帯巻絡の有無を確認し、対応ができる 4
	23	臍帯を結紮し、適切に切断できる	81 (97.6)	0(0)	0(0)	4(4.8)	24(28.9)	55(66.3)	0(0)	23	臍帯を結紮し、適切に切断できる 4
	24	児の自発呼吸を確認し、必要時助成できる	80 (96.4)	0(0)	0(0)	10(12)	55(66.3)	17(20.5)	1(1.2)	24	児の自発呼吸を確認し、必要時助成できる 4
	25	出生直後の児の健康状態を評価できる	82 (98.8)	0(0)	0(0)	6(7.2)	52(62.7)	25(30.1)	0(0)	25	出生直後の児の健康状態を評価できる 4
	26	適切な方法で胎盤娩出ができる	80 (96.4)	0(0)	0(0)	5(6)	29(34.9)	49(59)	0(0)	26	適切な方法で胎盤娩出ができる 4
	27	分娩後の軟産道の状態を観察し、診断できる	75 (90.4)	1(1.2)	0(0)	33(39.8)	41(49.4)	7(8.4)	1(1.2)	27	分娩後の軟産道の状態を観察し、診断できる 3
	28	分娩後の子宮収縮状態を観察し、診断できる	82 (98.8)	0(0)	1(1.2)	6(7.2)	28(33.7)	47(56.6)	1(1.2)	28	分娩後の子宮収縮状態を観察し、診断できる 4
	29	分娩後の出血の状態を観察し、診断できる	80 (96.4)	0(0)	1(1.2)	9(10.8)	37(44.6)	35(42.2)	1(1.2)	29	分娩後の出血の状態を観察し、診断できる 4
VI 出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	30	早期母子接触・授乳を支援できる	83 (100.0)	0(0)	1(1.2)	5(6)	49(59)	28(33.7)	0(0)	30	早期母子接触・授乳を支援できる 4
VII 分べん進行に伴う異常発生を予測し、予防策に行動する	31	分娩進行に伴う異常発生を判断することができる	79 (95.1)	0(0)	2(2.4)	38(45.8)	40(48.2)	2(2.4)	1(1.2)	31	分娩進行に伴う異常発生を判断することができる 3
	32	分娩進行に伴い生じる異常を予防するための対応ができる	79 (95.1)	0(0)	3(3.6)	45(54.2)	32(38.6)	2(2.4)	1(1.2)	32	分娩進行に伴い生じる異常を予防するための対応ができる 3

表3 助産師教育卒業時の分娩期ケア能力の項目内容と到達度（最終）

【用語の定義】

- ・「到達度」助産師教育卒業時の全員の到達レベル（助産師の国家試験受験資格を得るために必要な到達度）
- ・到達度の段階
 - 5：ひとりで実施できる
 - 4：少しの助言で自立して実施できる
 - 3：指導のもと実施できる
 - 2：学内演習で実施できる
 - 1：知識としてわかる

大 項 目		No	下 位 項 目	到達度
I	分べん開始を診断する	1	分娩開始を診断できる	5
II	分べんの進行状態を診断する	2	現在の情報を統合して、分娩進行状態の判断、および分娩の予測ができる	4
		3	分娩進行状態の判断、および分娩の予測の修正ができる	4
		4	内診を適切な時期に実施できる	4
		5	内診の所見がわかる	3
		6	外診により分娩進行状態が診断できる	4
III	産婦と胎児の健康状態を診断する	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	4
		8	分娩進行状態に伴う産婦の健康状態を判断できる	4
		9	破水の診断ができ、対応ができる	4
IV	分娩進行に伴う産婦と家族のケアを行う	10	分娩の進行を促すケアを行うことができる	4
		11	産痛緩和のケアを行うことができる	4
		12	基本的ニーズ（排泄・栄養・清潔・体位・休息等）に関してケアを行うことができる	4
		13	産婦の主体性を尊重したケアを行うことができる	4
		14	産婦に寄り添い、心理的サポートを行うことができる	4
		15	産婦に必要な環境を整えることができる	4
		16	家族へのケアを行うことができる	4
V	経膈分べんを介助する	17	分娩野を作成する時期が判断でき、分娩の準備ができる	4
		18	母体の損傷が最小限になるように会陰の保護ができる	4
		19	児頭を最小周囲径で娩出できる	4
		20	適切な方法で肩甲娩出ができる	4
		21	躯幹を安全に支え骨盤誘導線にそって娩出できる	4
		22	臍帯巻絡の有無を確認し、対応ができる	4
		23	臍帯を結紮し、適切に切断できる	4
		24	児の自発呼吸を確認し、必要時助成できる	4
		25	出生直後の児の健康状態を評価できる	4
		26	適切な方法で胎盤娩出ができる	4
		27	分娩後の軟産道の状態を観察し、診断できる	3
		28	分娩後の子宮収縮状態を観察し、診断できる	4
		29	分娩後の出血の状態を観察し、診断できる	4
VI	出生直後の母子接触・早期授乳を支援する	30	早期母子接触・授乳を支援できる	4
VII	分べん進行に伴う異常発生を予測し、予防的に行動する	31	分娩進行に伴う異常発生を判断することができる	3
		32	分娩進行に伴い生じうる異常を予防するための対応ができる	3

総括および提言

全国の助産師教育課程における教育の現状に関する今後の課題

1. 助産実践能力強化の経緯

保健師・助産師・看護師の基礎教育課程修了時に到達できる実践能力と、現場で求められる実践能力との著しい乖離が大きな問題となり、この課題に対応するために教育課程卒業時到達目標と到達度が明示され（2008, 2011）、実践能力強化を促進するためのカリキュラム改正や指定規則改正が行われて現在に至っている。

助産教育においては、保健師助産師看護師法の一部改正が行われ、2010 年から修業年限 6 ヶ月以上が 1 年以上になった。国際助産師連盟 International Confederation of Midwives: ICM が「助産師教育の世界水準 2010」（2011）において推奨している「看護の基礎教育修了者に関する助産教育課程の最短期間 18 ヶ月間」には及ばないものの、戦後約 60 年の長きにわたり 6 ヶ月間教育に短縮化されていたわが国の助産師教育期間が、1 年以上に復帰した画期的な改正であった。さらに、2011 年には、履修総単位数が 28 単位以上となったことは記憶に新しい。

2. 全国助産師教育機関が最低限目指すべきガイドラインと到達項目・到達目標

現在、全国の助産師養成所では、「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」（2015）（以下、ガイドライン）にある「別表 2 助産師教育の基本的考え方、留意点等」（以下、教育の基本的考え方）および「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」（以下、到達目標と到達度）を参照しながら教育が行なわれている。以下に、ガイドラインある教育の基本的考え方を示す。

- 1) 妊産じょく婦及び胎児・新生児の健康水準を診断し、妊娠・出産・産じょくが自然で安全に経過し、育児を主体的に行えるよう、根拠に基づき支援する能力を養う。
- 2) 女性の一生における性と生殖をめぐる健康に関する課題に対して、継続的に支援する能力を養う。
- 3) 安心して子どもを産み育てるために、他職種と連携・協働しながら、個人及び社会にとって必要な地域の社会資源の活用や調整を行う能力を養う。
- 4) 助産師の役割・責務を自覚し、女性と子ども並びに家族の尊厳と権利を尊重する倫理観及び専門職として自律する能力を養う。

3. 助産師教育方法に関する実態調査から見てきた現行助産師教育の傾向

今回の全国助産師養成課程における教育方法の実態調査結果から、学内の講義や演習において、分娩期を基点にして妊娠期から産褥・新生児期までは連続的に経過診断できるよう、講義・ケーススタディ・ロールプレイ・デモンストレーション・グループワーク等の様々な教育方法を工夫して組み合わせた教育が展開されていることが明らかになった。

一方、現行の助産実習においては、妊娠初期・中期の妊婦への健診と保健指導や産科救急場面に立ち会うことが極めて少なく、生後 1 ヶ月以降の母子に関する地域母子保健、周産期以外

のライフステージにおける女性と家族への教育機会が大変少ないことが明らかとなった。

さらに、母親と家族の心理的危機状況、出生前診断、分娩進行に伴う異常の予測と予防的行動、異常状態の分娩、母乳育児が困難なケースや母子愛着形成の障害、虐待等のハイリスクケースへの支援、地域母子保健や地域多職種/多施設連携について、実習・見学・演習展開も少なく、教員評価として、これらは設定到達度に達していないと認識されていた。一方で、母子の生命の尊重、じょく婦の診断とケアにおいては、実習・演習展開もなされており、設定到達度よりも高く「一人で実施できる」と認識されていた。つまり、教育の基本的考え方のうち、1) および 4) に重点がおかれた教育が実施され、2) および 3) に関する教育は不十分な傾向がみられた。

4. 今後の助産師教育に関する課題

(1) 妊娠期、分娩期、産褥期、新生児期の基本的なケア能力強化へのさらなる教育改善

全国の助産師教育課程においては、ガイドラインにある基本的考え方の 1) にある能力育成に最も力点が置かれ、その教育過程において継続的に 4) を培う教育が行われていた。今日のように、分娩取り扱い件数が十分得られない状況下で、正常分娩に関する学内演習やシミュレーション教育が徐々に充実してきていることに比べると、分娩同様に実習経験を得にくい妊娠期ケア能力、新生児期の基本的なケア能力を育成するための教育は決して十分とは言えず、これらを強化するための教育方法の改善は助産師教育の課題である。加えて、正常経過の範囲を超えた様々な課題や問題のあるハイリスク状況の母子と家族支援についても、いまだ十分ではなく、ガイドラインに提示されている最低限の到達目標と到達度を達成するための教育努力が是非に望まれる。これらの助産実践能力の基本を修得することが、現代的に求められているハイリスク化している母子と家族への適切で実効性のある支援への第一歩となる。

(2) 助産実践能力をさらに効果的に育成する教育方法のさらなる改善と共有

効果的な教育は、教育機関内の教育と臨地における学生の実習体験が相互に補完しあって成立する。十分な実習を行えるよう多様な実習場所を確保し、有能な臨床指導者を育成することも重要であるが、これらの条件を即座にかなえることができない現状もある。これらを踏まえて、国内外の各教育機関では、多様な教育方法を組み合わせて効果的教育を実現するための工夫がなされていた。すなわち、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、効果的なデブリーフィング、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) などである。

特記すべきは、国内の教育機関においても、これらの方法を系統的に十分に使いこなして、臨床現場のリアリティを限りなくシミュレーション学習に組み込み、学生を脅かさず、学生の意欲を引き出し、自己効力感を高めて、学修を深化させる仕組みや、教員の教育的な働きかけが組み込まれている好事例に学ぶところは大きい。臨床現場の臨床指導者やスタッフとの連携、模擬産婦、卒業生や地域住民の助産師教育への参画と教育機関との地域連携教育、チャートレ

ーダーを用いて教育評価を明確にした OSCE、周産期異常の臨床判断能力を高めるための事前ウェブラーニング・クラス事例展開（臨床カンファレンス形式・ロールプレイ・シミュレーション）を組み合わせたブレンド学習等、様々な方法を駆使した教育実践例に習い、全国的に教育学内演習と実習の方法をさらに改善することが求められている。また、今回の研究において、全国レベルで一定の標準化が行われた「分娩期ケア能力の項目内容と到達度」をご活用頂き、さらなる教育の改善と教育評価改善につなげることもお願いしたい。加えて、全国各地の各教育機関で工夫され実施されている効果的で望ましい教育方法について、教員の交流や情報交換の場において共有されることはもとより、教育機関の間や全国組織において共有し発信できる仕組みづくりも重要と考える。

助産実践能力を育成する教育改善に必要なことは、各教育機関の教育理念や目標設定も重要であると同時に、教育機関という有機体を形成している教員ひとりひとりの助産師教育に臨む姿勢と実際的な教育力に磨きをかけ教員としてのチーム力を高めることもまた重要である。

3. 女性の社会進出と子育て世代地域包括ケアシステムにおいて活躍できる助産師の育成

地域包括ケアシステムにおいて発揮されるこれらの助産実践能力は、ガイドラインにある基本的考え方の 2) および 3) に該当しているが、差し迫る今日的課題に対応するためには、なおいっそうこれらの能力育成教育を充実させる必要性が生じている。女性健康支援センター構想や、子育て世代地域包括センターやケア構想は新たに打ち出された構想に基づいたシステム化への行政施策の動きであり、このシステム構築に参画できる助産師を育成し、そのシステムを効果的に運用できる実践能力を備えた助産師を輩出することは、助産教育機関と教員にとって好機到来のチャレンジングな教育課題である。

いくつかの教育機関では、すでに地域の資源や人材と協働し、連携を強化しながら助産師教育を進めている先駆的事例も報告されていた。これらの好事例に学ぶとともに、今後、女性の社会進出がいっそう加速され、仕事をしながら妊娠・出産・育児を行なう母親とパートナー・家族に対して適切な支援を行うためには、医療施設内での助産ケアを充実させると同時に、産科施設退院後の母子と家族のニーズに十分対応できる助産実践能力と、地域における多施設と多職種間で連携できる助産実践能力育成が求められている。

おわりに

助産基礎教育を担う教育機関および教員の最小限の責務は、卒後の「助産実践能力習熟度段階（クリニカルラダー）」（日本看護協会, 2013）へのスムーズな移行も視野に入れ、現行ガイドラインにある卒業時到達度を満たす助産実践能力を有した助産師を社会に送り出すことである。さらに、これらを土台にしながら、今後の日本社会の変化と国民のニーズに十分応えることのできるカリキュラムや助産実践能力到達項目と到達度の再検討、教育方法と教育評価の改善も必要になろう。どのような局面においても、受益者にとって最適な助産ケアを提供できることを目指し、これまで以上に、助産師教育に関連する政府機関、職能団体、教育機関、地域のさまざまな施設や組織、そこで働く人々がつながりあって協力し協働することが望まれる。

平成 28 年度 厚生労働省医政局看護職員確保対策特別事業
助産実践能力を育成する教育方法に関する調査 報告書

全国助産師教育協議会 会 長 井村 真澄

主任研究者	井村真澄	日本赤十字看護大学大学院
研究分担者	大田えりか	聖路加国際大学大学院
	齋藤英子	日本赤十字看護大学大学院
	福島裕子	岩手県立大学 教授
	片岡弥恵子	聖路加国際大学大学院
	渡邊典子	新潟青陵大学 教授

発 行：平成 29 年
発行所：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

【非売品】無断転載を禁止します。

