令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
地域医療基盤開発推進事業

助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

総括・分担研究報告書

研究代表者　正岡　経子
（札幌医科大学）

令和８（2026）年５月

目　　次

Ⅰ．　総括研究報告書
助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
研究代表者　正岡　経子　札幌医科大学保健医療学部

Ⅱ．分担研究報告書（研究１）
Ⅱ―1 助産師資格取得後 5 年以内の助産師における分べんに関する実践能力習熟度に影響する要因の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
〔研究分担者〕
蛎﨑　奈津子（岩手医科大学）　木村　奈緒美（奈良県立医科大学）
五十嵐　稔子（奈良県立医科大学）　野原　留美　（関西医科大学）
林　　佳子　（札幌医科大学）　小川　久貴子（長岡崇徳大学）
村上　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
〔研究協力者〕
礒山　あけみ（獨協医科大学）　葉久　真理　（前徳島大学）
・資料１　研究依頼書
・資料２　質問紙調査内容

Ⅱ－２　キャリア初期助産師の臨床実践能力に影響する助産基礎教育における学修経験：スコーピングレビュー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
〔研究分担者〕
蛎﨑　奈津子（岩手医科大学）　木村　奈緒美（奈良県立医科大学）
五十嵐　稔子（奈良県立医科大学）　野原　留美　（関西医科大学）
林　　佳子　（札幌医科大学）　小川　久貴子　（長岡崇徳大学）
村上　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
〔研究協力者〕
礒山　あけみ（獨協医科大学）

Ⅲ．分担研究報告書（研究２）
助産師基礎教育におる臨地実習の有り方に関する研究－教員を対象とした調査研究・・・・・33
〔研究分担者〕
五十嵐　稔子（奈良県立医科大学）　林　　佳子　（札幌医科大学）
蛎﨑　奈津子（岩手医科大学）　野原　留美　（関西医科大学）
木村　奈緒美（奈良県立医科大学）　小川　久貴子（長岡崇徳大学）
村上　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
〔研究協力者〕
葉久　真理（前徳島大学）
・資料１　研究依頼書
・資料２　質問紙調査内容

Ⅳ．分担研究報告書（研究３）

助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に関する臨床指導助産師の認識・・・・・・・・・50

〔研究分担者〕

野原　留美　（関西医科大学）　　五十嵐　稔子（奈良県立医科大学）
蛎﨑　奈津子（岩手医科大学）　　林　佳子　　（札幌医科大学）
木村　奈緒美（奈良県立医科大学）　　小川　久貴子（長岡崇徳大学）
村上　明美　（神奈川県立保健福祉大学）

〔研究協力者〕

葉久　真理（前徳島大学）　　奥山　葉子（県立広島大学）
豊嶋　優子（聖路加国際病院）　宮﨑　直美（前香川大学医学部附属病院）

・資料１　研究依頼書
・資料２　研究依頼添付参考資料
・資料３　質問紙調査内容

Ⅴ.研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・92

令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

研究代表者　正岡　経子　札幌医科大学保健医療学部

研究要旨

本研究では、超少子化時代における助産基礎教育の持続可能な分娩実習の有り方を多面的から検討するため、①入職 5 年以内の若手助産師を対象とした全国調査、②助産教員を対象とした全国調査、③臨床指導助産師を対象とした全国調査の 3 つの研究を実施した。

研究 1 では、助産学生時代の分娩介助回数そのものは入職後の分娩実践能力に有意な関連を示さなかった一方、妊娠期からの継続事例受け持ちや出生直後の新生児ケア経験など、対象者を包括的・継続的に理解する実習経験が入職後の分娩介助の自立の段階に影響していた。また、入職後の分娩介助実践能力に対しては、分娩介助の自立の段階および入職後の分娩介助回数が影響していた。さらに、分娩介助実践能力は、倫理的感応力も高いという結果が示された。また、キャリア初期助産師の臨床実践能力に影響を及ぼす助産基礎教育における学修経験に関するスコーピングレビューを行った。キャリア初期助産師の実践能力形成には、実践を通した経験学習に加え、対象理解に基づく臨床判断を支える教育、専門職アイデンティティ形成を支える支援的学習環境など、多面的な学修経験が重要であることが示唆された。また、助産師基礎教育は実践能力形成の基盤となる一方で、高度な臨床判断能力や複雑事例への対応能力は、卒後初期の臨床経験や支援的教育を通して発達していく可能性が示された。

研究 2 では、全国の助産師養成校における分娩介助回数の平均は、2023 年度より回復傾向にあったものの、9 回を下回った理由は Covid-19 感染拡大による「実習制限」から「出生数の減少、同意取得困難、正常からの逸脱」へと変化していた。助産教員は、分娩介助回数を確保するため夜間・土日の実習等に取り組む一方、促進・誘発分娩や麻酔分娩、ハイリスク妊娠など受持ち事例の拡大や、分娩第 2 期からの受持ちや分娩第 3 期までなど受持ち期間の調整をしている実態が明らかになった。分娩第 1 期を受持ち緊急帝王切開等により分娩介助が出来なかった事例が複数報告された。卒業時到達度に関しては、教員の 8 割以上が「単独で実施できる」ではなく、「指導の下で実施できる」水準を目標とする項目が大半を占めた。補完教育としては、実習後のリフレクション・技術試験・課題学習が広く活用されていた。

研究 3 では、臨床指導助産師の多くが現行の 10 回程度の達成に困難を認識しており、新人助産師教育との競合の中で教育的な工夫を行っていた。また、助産学生の分娩介助回数に含める誘発・促進分娩や麻酔分娩などの事例の拡大についても肯定的な意見を示しており、実際の臨床現場で得られる経験の重要性が挙げられていた。分娩介助回数のみで新人助産師の能力の差を実感している者は少なく、分娩期ケア能力の多くの項目については「指導の下で実施できる」段階にとどまると認識していた。卒業時の学生の能力の可視化には、分娩介助回数のみではなく実習経験の質にも着目する必要性が示唆された。

以上より、現行の指導ガイドラインにある、「学生一人につき正常産を 10 回程度直接取り扱うことの目安とすること」、「分娩第 1 期から第 3 期終了後 2 時間まで」と分娩実習の実態には差があり、卒業時の到達度と合わせて検討していく必要がある。助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達レベルについては、周産期医療の高度化・複雑化、および産婦と家族の多様性を踏まえた検討が必要である。分娩介助回数についての量的基準だけでなく、実習経験の質を含めた判断およびケア能力の育成や卒後教育との接続を含めた質的保証へと制度の再構築を図る必要性が示唆された。

【分担研究者】
五十嵐　稔子　奈良県立医科大学
蛎﨑　奈津子　岩手医科大学
野原　留美子　関西医科大学
木村　奈緒美　奈良県立医科大学
林　佳子　札幌医科大学
小川　久貴子　長岡崇徳大学
村上　明美　神奈川県立保健福祉大学

【研究協力者】
葉久　真理　前徳島大学
磯山　あけみ　獨協医科大学
奥山　葉子　県立広島大学
豊嶋　優子　聖路加国際病院
宮崎　直美　前香川大学附属病院

A．研究目的

少子化の進行や周産期医療を取り巻く環境の変化により、助産師基礎教育における分娩期実習は、従来の教育体制維持が困難な状況にある。現行の助産師養成所指定規則では、学生一人につき 10 回程度の正常分娩介助を求められているが、出生数減少や正常産減少、実習施設制約により、その達成が全国的な課題となっている。

本研究は、助産基礎教育における臨地実習、特に分娩期実習の現状、教育成果、臨床現場の認識について若手助産師、指導助産師、助産師教員の 3 側面から総合的に明らかにし、超少子化時代に対応した持続可能な助産師教育のあり方を検討することを目的とした。

B．研究方法

研究 1：若手助産師（経験 5 年未満）調査

全国の分娩取扱い医療機関（診療所および助産所を除く）約 800 カ所に勤務し、分娩介助業務の経験を有する助産師資格取得後 5 年以内の助産師約 8,000 名を対象とし無記名質問紙調査（Web）を行った。

調査内容は、対象者の背景（年齢、助産師教育課程、勤務先の種別など）の他、助産学生時代の実習状況として分娩介助経験（臨床および学内での介助回数、介助に至らず受持ち終了した回数と理由、吸引/鉗子/麻酔分娩の介助回数、間接介助回数など）、継続事例実習、出生直後の新生児のケア経験および産褥・新生児実習経験の有無などであった。また、入職後の分娩介助業務について、分娩介助開始の時期および勤務帯、経腟分娩介助の回数、麻酔分娩の実施状況をたずねた。

分娩期のケア能力は、助産実践能力習熟度 32 項目、ケアリング 27 項目について、該当しない 0、レベル１～レベル４の自己評価スコアで回答してもらった。分析は記述統計、Kruskal-Wallis 検定の他、共分散構造化分析を行った。調査期間は、2026 年 1 月～3 月であった。なお、本研究は奈良県立医科大学の倫理審査委員会の承認および実施許可（研究番号：4121、実施許可日：2025 年 12 月 23 日）を得た後に実施した。

助産基礎教育における学修経験と卒後の分娩実践能力との関連を明らかにするため、国内外文献のスコーピングレビューを実施した。

研究 2：助産師教員調査

全国 220 校（223 教育課程）の助産師養成機関に所属する教員 1 名を対象に無記名質問紙調査（Web）を行った。データ収集内容は、基本属性（教育課程、学生数、回答者の背景など）の他、分娩介助実習の実態（分娩介助回数およびカウントに含めた事例の状況、9 回を下回った理由、分娩回数確保のための取り組みなど）、分娩介助とならなかった事例の実態、および分娩介助実習を補完する教育方法、分娩介助 10 回程度に関する教員の考えと将来予測などであった。また、厚生労働省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、および助産師教育の技術項目と卒業時の到達度を参考に作成した、分娩介助に関わる技術項目 24 項目と分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する 23 項目（合計 47 項目）に基づき、助産学生の到達度の評価と求める到達レベルについての回答を依頼した。分析は記述統計の他、自由記載部分については、記載内容の類似性に基づき質的に分析した。調査期間は、2026 年 1 月 9 日～2 月 9 日であった。

なお、本研究は札幌医科大学の倫理委員会の承認および実施許可（承認番号：7-1-54）を得た後に実施した。

研究 3：臨床指導助産師調査

全国の分娩取扱施設（病院および有床診療所）1,802 カ所に勤務する臨床指導助産師（助産師経験 5 年以上、助産学生の指導経験を有する者）5,406 名（1 施設につき 3 名程度）を対象に、無記名質問紙調査（Web）を行った。データ収集内容は、所属施設の属性（医療機関の種別、年間分娩件数、分娩介助実習の受け入れ状況など）、個人属性（年齢、助産師養成機関、助産師経験年数、アドバンス助産師認証の有無など）の他、助産基礎教育で分娩介助10回程度行うことについて（10項目）、助産学生の麻酔分娩介助について（2 項目）、新人助産師の教育と学生の助産学実習との競合について、助産基礎教育での分娩介助数と就職後の介助・ケア能力の違いについて（4 項目）、および分娩介助 10 回程度に関する臨床指導助産師の考えと将来予測などについて回答を求めた。

また、厚生労働省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、および助産師教育の技術項目と卒業時の到達度を参考に作成した、分娩介助に関わる技術項目 24 項目と分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する 23 項目（合計 47 項目）に基づき、助産学生の到達度の評価と求める到達レベルについての回答を依頼した。分析は記述統計の他、自由記載部分については、記載内容の類似性に基づき質的に分析した。調査期間は、2026 年 1 月 9 日～3 月 2 日であった。

なお、本研究は札幌医科大学の倫理委員会の承認および実施許可（承認番号：7-1-53）を得た後に実施した。

C．研究結果

【研究 1】質問紙の回収率は 11.1%、有効回答は 972 名（有効回答率 97.3%）であった。助産師の平均年齢は 26.25±3.66 歳、助産学生時代の臨床での分娩介助回数は平均 8.6±2.2 回であった。コロナ禍であった 2021 年～2023 年に助産学実習をしたのは 540 名で、臨床での分娩介助回数は平均 8.3 回、学内での分娩介助回数は平均 4.3 回であった。2024 年～2025 年に助産学実習をしたのは 424 名で、臨床での分娩介助回数は平均 9.0 回、学内での分娩介助回数は平均 2.8 回であった。2020 年および 2021 年に臨地実習を実施した群において実習分娩介助回数が少ない傾向が示された。

分娩介助できずに受持ちが終了した件数は、どの年度においても学生一人当たり 3 件前後、麻酔分娩の回数は学生一人当たり 4 回前後であった。出生直後の新生児ケア経験について有りは 788 名（81.1%）、無しが 184 名（18.9%）、継続事例実習では学生一人当たり 1.2～1.3 件であったが、最小 1 件、最大 4 件～11 件と経験数の差が大きかった。

入職後の分娩介助回数は、平均 32.56±18.97 回で、年度ごとの内訳は、1 年目 8.4±10.3 回、2 年目 23.0±20.0 回、3 年目 40.5±28.6 回、4 年目 53.5±36.9 回、5 年目 76.0±50.0 回で入職後の年数を重ねるごとに平均介助回数は増加している一方、助産師一人当たりの介助回数の差のばらつきは大きくなっていた。

共分散構造分析の結果、若手助産師の分娩介助実践能力には、入職後の分娩介助回数が有意な影響を与えていた。また、学生時代の助産学実習の経験のうち、「分娩介助回数」および「吸引分娩の経験」は、入職後の分娩介助の自立の段階に有意な影響を示さなかったが、「妊娠期からの継続受け持ち」、「継続事例の経験」、「出生時の新生児の観察」の経験は有意な影響を示した。「分娩介助の自立の段階」を介して分娩介助実践能力に有意な影響を示した。「倫理的感応力」に対しては、『分娩介助実践能力』が有意な正の影響を示した

スコーピングレビューにより、1990 年以降の関連研究 9 件を分析した結果、実践的学習や臨床判断力の育成、対象者との関わり、支援体制、教育設計に関する学修経験が抽出された。実践的学習や臨床判断力の育成が専門職アイデンティティ形成に寄与することが示された 。

【研究 2】

質問紙は 155 校より回答が得られ、回答率 69.5%、有効回答率は 100%であった。

分析した結果、学生の分娩介助回数は、2021 年度の介助回数の平均が最も少なく、新型コロナウィルス感染症が 5 類に移行した 2023 年度より回復傾向となっていた。分娩介助回数が 9 回を下回った理由は 2020 年度では実習制限に関するものが上位にあがっていたが、2024 年度では出生数の減少、受持ち同意取得困難、正常からの逸脱といった内容に変化していた。また、分娩介助回数確保のために夜間・土日（含む祝日）の実習に取り組み、実習非常勤の増員等、実習体制の変更、受け持ちの対象を拡大するなどの対応をしていた。

分娩介助事例の状況では、促進分娩、誘発分娩は、概ね全ての教育機関で、麻酔分娩は 7 割超の教育機関で受持ち対象としていた。さらに、分娩第 2 期からの受持ちや、分娩第 1 期から第 3 期までの受持ちで介助事例としている教育機関は 6 割を超えていた。分娩第 1 期を受持ち緊急帝王切開などで分娩介助に至らなかった事例をカウントに含めている教育機関も 2 割程度あった。

分娩介助に関わる技術項目と分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する 47 項目について、回答した養成校の 50%以上が「全学生が到達できた」と回答した項目は、「胎盤の確認」「分娩監視装置の装着」「分娩野の作成」「スタッフとのコミュニケーション」の 4 項目であった。回答した養成校の 50%以上が 8 割程度の学生の到達できたとする項目は 41 項目と増え、「会陰保護」、「児頭娩出」、「肩甲娩出」、「体幹娩出」など分娩第 2 期の介助技術が含まれていた。「今後の分娩進行を予測する」「分娩進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う」「異常発生時の母子の状態から予防的なケアを行う」「帝王切開前後のケアを行う」では到達レベルが低い結果であった。

回答した養成校の 80%以上が「単独で実施できる」必要があると考えていた項目は、47 項目中 6 項目であり、「産婦と信頼関係を築く」、「適切な報告・連絡・相談をする」、「スタッフとコミュニケーションをとる」、「ケアを振り返る姿勢を持つ」、「分娩監視装置の装着」、「分娩野の作成」であった。回答した養成校の 60%以上が「単独で実施できる」必要があると考えていた項目は、47 項目中 8 項目あり、「分娩開始の診断」、「産痛緩和ケア」、「基本的ニーズの援助」、「肛門保護」、「臍帯結紮及び切断」「胎盤の確認」「子宮収縮状態の確認」「児及び付属物の計測」で分娩第 2 期の介助技術が一部含まれたものの分娩介助技術の多くは「指導の下できる

レベル」を求めていた。

一方、「異常発生時の介入の判断と実施」「胎児機能不全への対応」「産科危機的出血への処置」「一次救命処置」「会陰切開及び裂傷後の縫合」「新生児蘇生法の実施」の 6 項目については、「指導の下で実施できる」水準を必要とする教員も 80%未満であり、異常時対応や高度な処置に関する学習項目では、到達水準の設定に慎重な認識が示された。

学生一人当たりが将来可能な分娩介助回数の平均は 6.86±2.18 回であり、9 回以上が可能とする回答は、21 名（20.0%）であった。また、学生一人につき正常産を 10 回程度取り扱うこと以外の方法でも目標への到達が可能かどうかについては、「はい」35 名（33%）、「いいえ」19 名（18%）、わからない 52 名（49%）という回答であった。また、他の方法でも可能と答えた者においても直接取り扱う分娩回数は平均 6.45±2.05 回であった。分娩介助実習を補完・強化する方法として、現在も行われている教育方法として、実習後および演習後のリフレクション、技術試験、課題学習があげられていた。

【研究 3】

回答数は、730 件（回収率 13.0%）、有効回答数は 703 件（96.3%）であった。医療機関の種別では、総合周産期・地域周産期母子医療センター259 人（37.2%）、一般病院 251 人（36.1%）、診療所 185 人（26.6%）、その他 1 名（0.1%）であった。助産師の年齢は平均 43.9±8.9 歳、助産師としての経験年数は 18.7±8.5 歳で、アドバンス助産師認証有りが 343 名（49.1%）、無しが 356 名（50.9%）であった。年間の助産学実習受入れ期間の平均は 14.8±14.2 週、年間の助産学生受け入れ人数は、9.9±57.0 人であった。

学生一人当たり分娩介助を 10 回程度行うことについて、可能 205 名（29.3%）、不可能 309 名（44.2%）、わからない 185 名（26.5%）と回答しており、約 7 割の臨床指導助産師が分娩介助 10 回程度の達成に困難さや不透明感をもっていた。また、正常産以外で分娩介助 1 回とカウント可能な分娩については、「促進分娩」、「誘発分娩」は 9 割超、分娩第 1 期から 3 期までの受持ち」451 名（64.6%）、「分娩第 2 期からの受持ち」356 名（51.0%）、「本人希望による麻酔分娩」および「分娩第 1 期を受持ち緊急帝王切開になった事例」は約 5 割が回答していた。

現行の指定規則および指導ガイドラインに基づく学生一人あたりが将来可能な分娩介助回数の平均は 7.0±2.0 回であった。また、学生一人につき正常産を 10 回程度取り扱うこと以外の方法でも目標への到達が可能かどうかについては、「はい」203 名（29.1%）、「いいえ」119 名（17.1%）、わからない 375 名（53.8%）という回答であった。また、他の方法でも可能と答えた者においても直接取り扱う分娩回数は平均 7.3±2.5 回と回答していた。

教育方法については、高精度のシミュレーション教育の活用やリフレクションからの学びの強化などが挙げられていた。さらに、リアルな臨床でしか学べない判断・ケア能力の重要性、10 回程度を満たさなかった学生の能力についての客観的なデータ不足などの意見が挙げられていた。また、新人助産師に分娩介助経験を積ませることと助産学生の分娩介助実習との競合を回避するために、ハイリスク事例の状況により受持ちの優先順位を検討したり、一人の産婦に対してケアを分担・協働して経験を積むなどの工夫がなされていた。

分娩介助 10 回程度を満たした新人助産師と 9 回を下回った新人助産師のケア能力の違いがあると思うかについて、「はい」は 57 名（8.2%）、「いいえ」は 354 名（50.6%）、わからない 288 名（41.2%）で、分娩介助回数によるケア能力の差は実感していない助産師が多かった。

分娩介助に関わる技術項目と分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する 47 項目について、回答した助産師の 50%以上が分娩介助 10 回程度に達した学生は「単独でできる」と回答した項目は、3 項目で「分娩監視装置の装着」、「スタッフとのコミュニケーション」、「ケアを振り返る姿勢」であった。回答した助産師の 40%程度が「単独でできる」と回答した項目は 4 項目で「分娩野の作成」、「胎盤の確認」、「児および付属物の計測」、「産婦との信頼関係」で、分娩経過の診断や分娩介助技術に関する項目の多くは「指導の下で実施できる」という評価であった。

助産基礎教育で自立して実施できることを望む分娩介助・ケア能力について、80%以上の助産師が「必ずできる」と回答した項目は「スタッフとのコミュニケーション」と「ケアを振り返る姿勢をもつ」の 2 項目であった。助産師の 60%以上が「必ずできる」と回答した項目は 2 項目で、「分娩監視装置の装着」、「適切な報告・連絡・相談」であった。助産師の 80%以上が「必ずできる」および「どちらかといえばできる」と考える技術項目は「分娩監視装置の装着」、「分娩野の作成」、「肛門保護」、「臍帯結紮および切断」、「胎盤娩出」、「胎盤の確認」、「子宮収縮状態の確認」、「出血の確認」、「児と付属物の計測」の 9 項目で、「児頭娩出」や「肩甲娩出」、「躯幹娩出」は含まれなかった。

一方、助産師の 80%以上が「必ずできる」および「どちらかといえばできる」と考える分娩経過の診断とケアにおいては「分娩開始の診断」、「破水の診断」、「分娩進行状態の診断」「分娩進行状態の予測」、「産婦と胎児の健康状態の診断」、「産痛緩和ケア」、「基本的ニーズの援助」、「分娩進行を促すケア」、「産婦の主体性の尊重」、「産婦と家族のケア」「産婦との信頼関係」、「助産師としてのアイデンティティの形成」など 13 項目で、異常発生時の対応や帝王切開前後のケアは含まれなかった。

D．考察

本研究では、若手助産師、助産教員、臨床指導助産師という助産基礎教育に関わる三者の視点から、助産基礎教育における分娩期実習の現状と課題を多面的に検討した。

現行の指定規則および指導ガイドラインに基づき、学生一人につき将来可能な分娩介助回数の平均値は、助産教員および臨床指導助産師ともに 7 例前後という回答で一致していた。また、正常産を 10 回程度取り扱うこと以外でも目標到達が可能とする助産教員および臨床指導助産師の割り会も共に回答者の 3 割程度であり、その場合でも直接取り扱う分娩介助回数は、助産教員は平均 6.45 回、臨床指導助産師は平均 7.3 回という結果で大きく差はないが、臨床指導助産師の方が助産教員に比べ、直接取り扱う必要性を高く認識していることが示唆された。

助産教員は、分娩介助回数確保のため、様々な調整・工夫を行っていた。その中には受持ち対象事例の拡大があり、誘発・促進・麻酔分娩の他、分娩第 2 期からの受持ちや分娩第 1 期からの第 3 期までの受持ち事例などが高い割合であった。これらについては、臨床指導助産師も分娩介助数に含めても良いと考えており、共通した認識をもっていた。特に、臨床指導助産師の約 50%は、分娩第 1 期を受持ち緊急帝王切開になった事例を 1 回とカウントして良いと回答していたことは、助産基礎教育で自立した実施を望む項目が「児頭娩出」や「肩甲娩出」、「躯幹娩出」の技術よりも「分娩開始の診断」や「産痛緩和ケア」、「分娩進行を促すケア」など分娩第 1 期の診断とケアに関わる項目が挙げられていたことと関連しているものと考える。

また、臨床現場において、分娩介助 10 回程度を満たした新人助産師と 9 回を下回った新人助産師のケア能力の違いを実感している助産師は 10%に満たなかった。このことは、10 回程度満たした場合でもケア能力の到達度が低い学生の存在、もしくは、9 回を下回った場合でも 10 回程度と同様の到達度にある学生の存在が推察されるが、その詳細は本研究では不明である。分娩介助数による能力の差は可視化されておらず、さらに回数という側面だけで学生のケア能力の差を判断することは困難であるといえる。

また、5 年未満の若手助産師を対象とした研究 1 では、学生時代の分娩介助回数そのものは卒後の分娩実践能力に有意な影響を示さないことが明らかとなった。この背景には、本調査の対象となった助産師の分娩介助回数が 1 人あたり平均 8.6 回でコロナ禍においてもほぼ指定規則通りの回数を満たしていたこと、また、分娩第 1 期から受けもったものの緊急帝王切開等により分娩介助ができなかった事例が一人あたり 3 例程度を有する集団の特性が影響しているものと推察する。また、学生時代の妊娠期からの継続受け持ちや出生直後の新生児ケア経験など、対象者を包括的・継続的に理解する実習経験の質が、卒後の分娩介助実践能力や倫理的感応力に影響することが示され、入職後の分娩実践能力の向上には分娩介助だけでなく助産学実習におけるケア経験が影響していることが示唆された。さらに、新人助産師の実践能力向上には入職後早期の豊富な分娩介助経験が強く関連しており、基礎教育のみで助産師養成を検討するのではなく、卒前教育から卒後教育への連続的な能力形成モデルを検討していくことが必要である。

これらの結果から、今後の助産基礎教育においては、「回数保証型」教育のみではなく、「質保証型」教育への転換が求められる。すなわち、一定数の直接介助経験を重視しつつも、継続事例実習、シミュレーション教育の補完的な活用、リフレクション教育、分娩第 1 期から産褥期までを通した統合的学習などを組み合わせ、分娩期ケア能力を総合的に評価するコンピテンシー基盤型教育への制度改革が必要と考える。

また、分娩介助実習は新人助産師教育との競合も生じており、基礎教育と卒後教育を切り離して考えるのではなく、教育機関と臨床施設が連携した段階的教育体制の構築が必要である。超少子化時代における助産師教育制度の再設計には、教育内容、評価指標、制度要件を総合的に見直し、社会変化に適応した持続可能な助産師養成モデルを構築する必要がある。

E．結論

本研究により、助産基礎教育における分娩期実習は、少子化の進行、正常分娩数の減少、医療介入が伴う分娩の増加、対象者の権利意識の高まりにより、現行の指定規則および指導ガイドラインに基づく「正常産を学生一人につき分娩介助 10 回程度」および「分娩第 1 期から 3 期終了後 2 時間まで」を前提とした教育体制の維持が全国的に困難となっていることが明らかとなった。

一方、若手助産師対象の調査では、学生時代の分娩介助回数そのものは、入職後の分娩実践能力には有意な影響を示さなかったのに対し、妊娠期からの継続事例実習や出生直後の新生児ケアなど、対象者を包括的・継続的に理解する実習経験が入職後の分娩実践能力には関連していた。また、入職後の豊富な分娩介助経験が実践能力向上に重要であることが示された。

助産師教員および臨床指導助産師対象の調査からは、分娩介助回数を確保するために教育現場と臨床現場の双方が多大な努力と工夫を行っている実態が明らかとなった。実際には、促進・誘発分娩や麻酔分娩など医療介入を伴う事例や、現行基準の分娩受持ち時期を満たさない事例も取り入れられており、臨床指導助産師においても肯定的な意見が示されていた。

卒業時の到達度については、助産師教員および臨床指導助産師の間で、「適切な報告・連絡・相談」や「ケ

アを振り返る姿勢」など専門職としての基本姿勢に関して高い一致が認められた。一方、分娩介助技術や分娩経過の診断・ケアについては、多くの項目で「指導の下で実施できる」レベルが期待されており、卒業時到達度の設定と卒後新人助産師教育との接続について再検討の必要性が示唆された。

以上より、超少子化、周産期医療の高度化・複雑化における助産基礎教育では、従来の分娩介助回数を中心とした教育評価のみではなく、学生がどのような実習経験を通じて、どのような能力を獲得したかを重視する教育への転換が求められる。正常産のみならず、医療介入を伴う分娩、分娩介助に至らなかった事例、妊娠期から産褥期までの継続的ケア経験を含む多様な実習経験の教育的価値を明確化し、コンピテンシー基盤型教育の観点から助産学実習での経験を通した卒業時の到達度の質保証を再構築する必要がある。

令和 8 年度以降は、助産師学生の多様な実習経験と卒業時到達度との関連、および助産師学生・助産師教員・臨床指導助産師が認識する能力獲得内容を量的・質的に分析することで、超少子化時代に対応した持続可能かつ教育効果の高い新たな助産学実習モデルを構築し、助産師教育制度改革に向けた具体的提言につなげることが求められる。

F．健康危険情報

該当なし

G.研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第 66 回日本母性衛生学会学術集会　交流セッション「超少子化時代、学生時代にどんな分娩介助実習をすべきか考えよう！」　東京. 2025 年 10 月 11 日

H．知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

分担研究報告書

研究 1-1　助産師資格取得後 5 年以内の助産師における分娩に関する実践能力習熟度に影響する要因の研究

研究代表者　正岡　　経子　（札幌医科大学）
研究分担者　蛎﨑　奈津子　（岩手医科大学）
木村　奈緒美　（奈良県立医科大学）
五十嵐　稔子　（奈良県立医科大学）
野原　　留美　（関西医科大学）
林　　佳子　（札幌医科大学）
小川　久貴子　（長岡崇徳大学）
村上　　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
研究協力者　礒山　あけみ　（獨協医科大学）
葉久　　真理　（前徳島大学）

研究要旨

助産師資格取得後 5 年以内の助産師（以下、若手助産師）の分娩に関する実践能力習熟度を示すものとして「分娩介助実践能力」および「倫理的感応力」を定め、これらに影響する助産学実習での経験と入職後の分娩介助の経験要因を検討することを目的に、質問紙調査を行った。共分散構造分析を行った結果、若手助産師の分娩介助実践能力には、入職後の分娩介助回数が有意に影響を与えていた（B = .01, β = .11, p < .001）。助産学生時代の実習経験は、「継続事例の妊娠期からの受け持ち」（B = −.21, β = −.07, p = .02）、「継続事例の経験」（B = .18, β = .09, p = .01）、「出生直後の新生児の観察」（B = .13, β = .06, p = .04）が「分娩介助の自立の段階」を介し、分娩介助実践能力に影響を与え（B = 1.57, β = .70, p < .00）、分娩介助実践能力から倫理的感応力に影響を与えていた（B = .85, β = .57, p < .00）。若手助産師の分娩介助実践能力を高めるためには、入職後の分娩介助の機会を多くすること、学生時代における継続事例の受け持ち・妊娠期からの継続的な関わり・出生時新生児の観察といった実習経験は、入職後に先輩助産師へ確認・相談しながら段階的に自立していく過程を形成し、それが分娩介助実践能力の習熟度を高めることにつながることが明らかとなった。

A．研究目的

日本では出生数の減少が続き、今後もさらなる少子化の進行が見込まれている（厚生労働省、2024）。加えて、初産年齢の上昇に伴うハイリスク妊娠の増加や、産婦人科医の減少・地域偏在といった課題により、周産期医療を取り巻く環境は厳しさを増していることが想定される。このような状況において助産師には、ローリスク妊産婦への自立したケア能力に加え、医療的介入を要するハイリスク妊産婦への対応能力が求められている（全国助産師教育協議会、2020）。特に分娩期における助産実践能力は、母子の安全確保および出産体験の質に直結する重要な専門的能力である。

このような能力の基盤を形成する助産師養成課程では、10 例以上の分娩介助経験が求められているが（文部科学省、2020）、ハイリスク分娩の増加に伴い、実習で経験する事例が多様化していることが予想される。助産学生の実習における経験は職業アイデンティティの形成にも影響を及ぼすとされている（小泉ら、2008）。一方で、キャリア初期の助産師の実践能力は、臨床経験や指導体制の影響を受けながら発展していくことが知られている。これまでの研究（石村ら、2016、舘下ら、2021）では、経験の蓄積や振り返りの重要性が指摘されているものの、助産学実習で得られた経験が、キャリア初期における分娩期の実践能力にどのように関連するかについては、体系的な検討が十分になされていない。

以上を踏まえ、本研究は、全国の分娩取扱医療機関（診療所および助産所を除く）に勤務する助産師資格取得後 5 年以内の助産師を対象とし、分娩期における実践能力の習熟度に対して、助産学実習における経験内容および入職後の臨床経験がどのように

影響するかを明らかにすることを目的とする。

Ｂ．研究方法

1. 対象

本研究の対象は、全国の分娩取扱医療機関（診療所および助産所を除く）に勤務し、分娩介助業務の経験を有する産科関連部署（MFICU、産婦人科病棟、産科外来、NICU/GCU 等）に所属している助産師資格取得後 5 年以内の助産師（約 8,000 名）とした。

2. 方法

本研究は､オンラインによる質問紙調査を行った。医療機関の院長および看護管理者宛に、研究協力依頼文書､研究説明文書､ならびに調査票を郵送した。その後、看護管理者を通じて、対象となる助産師に研究説明文書および調査票を配布した。対象が研究の趣旨を理解し、協力に同意した場合には、Google Forms で作成したオンライン調査票の冒頭に設けた「同意に関する確認欄」にチェックを入れたうえで、回答を開始する形式とした。調査期間は、2026 年 1～3 月であった。

3. 調査内容および分析方法

本研究では、対象者の背景、学生時代の分娩介助に関わる実習の経験および入職後の分娩介助に関する経験項目を調査した。また、社団法人日本看護協会が作成した医療機関における助産ケアの質評価－自己点検のための評価基準-第２版から､母子共に安全に、また産婦とその家族が納得のいく出産体験ができるよう分娩進行に応じて適切な助産ケアを行うことができるかを評価する「分娩期のケア能力」と、個人的な感覚として責任と専心を感じるような重要他者と滋養的に関わることを評価する「ケアリング」を無記名式質問紙による自己評価スコアで測定した。

分析は、共分散構造分析を行った。分娩に関する実践能力習熟度として『分娩介助実践能力』と『倫理的感応力』の 2 つを潜在変数と設定し、助産学実習における分娩介助経験（分娩介助回数、吸引分娩介助の有無、麻酔分娩介助の有無、実習の実施年度など)、入職後の分娩介助経験（分娩介助回数、麻酔分娩介助の経験など)､分娩介助の自立の段階を調査した。なお、分娩介助の自立の段階は、分娩介助を「まだしていない」､「先輩助産師の指導を受けながら分娩介助をしている」､「先輩助産師に相談しながら、独立して分娩介助をしている」､「自身で自立して判断し、分娩介助している」の 4 段階で回答を求めた。

観測変数の選定にあたり Spearman 順位相関分析により検討し、共分散構造分析を行った。共分散構造分析による推定には最尤法を採用した。なお、学生時代の実習分娩介助回数は 10 回前後への集中が顕著であり(10 回:40.1%､10 回以上の累積:91.9%)、天井効果による分布の歪みが認められたため（歪度 = -2.453、尖度 = 9.964)、正規性の改善を目的として ln(x+1)変換を施し観測変数とした。また、実習分娩介助回数に欠損のある 14 名(1.4%)については、完全情報最尤法（FIML）を適用することで除外せずに分析した。完全情報最尤法は欠損値のあるケースを除外せず観測されたすべての情報を最大限活用して推定を行う手法であり、リストワイズ除去と比較して推定の効率性と精度が高いとされる（Enders & Bandalos, 2001)。以上より最終分析は n = 972 を対象とした。

モデル適合度の評価指標として CFI(.95 以上を良好)、TLI（.95 以上を良好)、RMSEA（.06 以下を良好､.08 以下を許容）を用いた。なお本研究のサンプルサイズは n = 972 と大きいため、χ^2統計量は過敏に反応することが知られているため（Bentler & Bonett, 1980)、χ^2統計量のみによるモデル評価は行わなかった。

また、臨地実習実施年度によって実習分娩介助回数に違いがあるかも検討した。実習分娩介助回数が正規分布の仮定を満たさなかったことから（歪度 = -2.453、尖度 = 9.964）Kruskal-Wallis 検定を実施した。有意差が認められたため、臨地実習実施年度間ごとの比較には Bonferroni 補正による多重比較を行った。統計解析には IBM SPSS Statistics（ver.28）および AMOS（ver.29）を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究は､研究対象者に対し研究の目的等を説明し、自由意思に基づく同意を得て実施した。参加は任意とし､不参加による不利益が生じないことを明示した。無記名式オンライン調査のため、回答送信後の撤回ができないことについても事前に説明した。収集したデータは統計的に処理し、個人や所属施設が特定されないよう配慮し､研究目的のみに使用した。研究成果の公表に際しても匿名性を確保した。なお、本研究は奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の承認および実施許可（研究番号：4121、実

施許可日：2025 年 12 月 23 日）を得て実施した。

C．研究結果

8960 部配布し、998 名から回収（回収率 11.1%）できた。そのうち有効回答は 972 名（有効回答率 97.3%）であった。対象者の特性を表 1 に示す。平均年齢は 26.3±3.7 歳、所属部署の業務経験月数は 32.6±19.0 カ月であった。

臨地実習実施年度別の実習分娩介助回数の中央値は、2019 年が 10.0 回（四分位範囲 2、n = 13）、2020 年が 9.0 回（四分位範囲 4、n = 121）、2021 年が 9.0 回（四分位範囲 4、n = 196）、2022 年が 10.0 回（四分位範囲 3、n = 221）、2023 年が 10.0 回（四分位範囲 2、n = 240）、2024 年が 9.0 回（四分位範囲 2、n = 167）であった。（表 1）

臨地実習の年度ごとに分娩介助回数に違いがあるかを検討するために行った Kruskal-Wallis 検定の結果、臨地実習実施年度間に有意差が認められた（$H = 23.88$, $df = 5$, $p < .001$）。Bonferroni 補正による多重比較の結果、2020 年実施群は 2019 年実施群（$p = .008$）、2022 年実施群（$p = .014$）、2023 年実施群（$p = .011$）と比較して実習分娩介助回数が有意に少なく、2021 年実施群は 2019 年実施群（$p = .021$）、2023 年実施群（$p = .026$）と比較して有意に少なかった。すなわち、2020 年および 2021 年に臨地実習を実施した群において実習分娩介助回数が少ない傾向が示された。（表 2）

観測変数の選定にあたり Spearman 順位相関分析の結果を参考にした。（表３）実習実施年度（$\rho = -.554$, $p < .001$）、継続事例の経験の有無（$\rho = -.111$, $p < .001$）、麻酔分娩介助の経験（$\rho = -.101$, $p = .002$）との間に有意な相関が認められた。これらの統計的に有意な変数に加え、助産学実習において重要とされる変数であった分娩介助回数（$\rho = -.050$, $p = .124$）、間接介助の経験（$\rho = -.014$, $p = .662$）、出生時の新生児の観察の経験（$\rho = -.029$, $p = .361$）、吸引分娩の経験（$\rho = .018$, $p = .578$）については、相関は認められなかったが、理論上必要な観測変数であると判断し、初期モデルに投入した。また、継続事例の受け持ち期間についても、助産学実習において重要とされる変数として初期モデルに投入した。モデル適合度指標（CFI・TLI・RMSEA）を確認しながらモデルの検討を行った。学生時代の麻酔分娩介助および間接介助の経験については、モデルへの投入により適合度が低下したため最終モデルから除外した。一方、分娩介助回数（対数変換後）、吸引分娩の経験については、モデルへの投入により適合度の改善が認められたため最終モデルに残した。最終モデルは理論的解釈可能性と統計的適合度の両面から検討した上で決定した。最終モデルの適合度は CFI = .943、TLI = .929、RMSEA = .081（90% CI [.077, .085]）であった。サンプルサイズが大きい場合（n = 972）χ^2 統計量が過敏に反応することが知られており（Bentler & Bonett, 1980）、CFI および RMSEA の値からモデルの適合は許容範囲と判断した。（図 1）

分娩介助の自立の段階に対しては、臨地実習実施年度（$\beta = -.539$, $p < .001$）、継続事例の妊娠期からの受け持ち（$\beta = .088$, $p = .005$）、継続事例の経験（$\beta = -.069$, $p = .031$）、出生時新生児の観察（$\beta = .057$, $p = .035$）が有意な影響を示した。一方、実習分娩介助回数（$\beta = -.006$, $p = .823$）および吸引分娩の経験（$\beta = .036$, $p = .189$）は有意な影響を示さなかった。投入した変数による分娩介助の自立の段階の説明率は $R^2 = .309$ であった。『分娩介助実践能力』に対しては、分娩介助の自立の段階（$\beta = .704$, $p < .001$）および入職後の分娩介助回数（$\beta = .111$, $p < .001$）が有意な正の影響を示し、中でも分娩介助の自立の段階の影響が大きかった（$R^2 = .508$）。『倫理的感応力』に対しては、『分娩介助実践能力』が有意な正の影響を示した（$\beta = .565$, $p < .001$、$R^2 = .319$）。また、各内生変数の決定係数（R^2）は、分娩介助の自立の段階で $R^2 = .309$、『分娩介助実践能力』で $R^2 = .508$、『倫理的感応力』で $R^2 = .319$ であり、本モデルに投入した変数はそれぞれの分散の 30.9%、50.8%、31.9%を説明した。潜在変数の測定変数における標準化因子負荷量は、分娩介助実践能力の指標変数で.832～.949、倫理的感応力の指標変数で.894～.946 であり、決定係数はそれぞれ.692～.901、.800～.895 といずれも高い値を示し、両潜在変数が適切に測定されていることが確認された。

D．考察

本研究は、助産学実習における分娩介助経験が入職後の分娩介助実践能力に与える影響を共分散構造分析により検討した。

1．COVID-19 感染拡大に分娩介助実習を実施した若手助産師の分娩介助実践力への影響

Kruskal-Wallis の結果、2020 年および 2021 年に

臨地実習を実施した学生の分娩介助回数が他の年度と比較して有意に少なかったことが示された。この時期は COVID-19 感染拡大に伴う実習制限が実施されていた時期と一致する。COVID-19 の影響による助産学実習の制限や分娩件数の減少が、実習における分娩介助経験の機会を縮小させたことが、入職後の自立していく過程や分娩介助の実践習熟度に影響を与えていることが懸念されていた。しかし、本結果より、臨地実習実施年度と分娩介助の自立の段階に負の影響が認められている($\rho = -.554$, $p < .001$)。なお､臨地実習実施年度は数値が大きいほど近年(すなわち入職後の経験年数が短い) を意味するため、負の相関は入職後の経験年数が短いほど自立の段階が低いことを示している。これは、入職後の経験年数の少ないことが､まだ自立が遅いことを意味する。すなわち、コロナ渦で分娩介助が十分にできていなくても、入職後の経験の積み重ねにより自立は促進されていくことが示唆された。このことから、臨床における分娩介助実践能力習熟度を高めるためには、入職後の経験値を積むことの重要性が示唆された。

2. 学生時代の実習経験と入職後の分娩に関する実践能力習熟度との関連

共分散構造分析の結果､「臨地実習実施年度」､「継続事例の経験」､「継続事例の妊娠期からの受け持ち」､「出生時新生児の観察」が、入職後の分娩介助の自立の段階を経て､「分娩介助実践能力」に影響し、「倫理的感応力」にも影響を与えていた。また、入職後では分娩介助回数が分娩介助実践能力に影響与えているモデルの適合度が良好であった。

助産学生時代に、妊娠期から継続して産婦を受け持ち、分娩介助に至るという一連の経験は、周産期全体像を把握することになり、かつ対象者との関係構築の重要性や対象者に対する責任を実感する経験となる。この経験によって学生は、自らの未熟さを自覚し、教員や指導者などから多くのサポートを必要するという認識になった可能性がある。子安ら（2008）は、継続事例の経験は、助産師学生にとって自律した助産師のあるべき姿勢を学ぶ機会であると報告している。これらより、継続事例の経験は、若手助産師が分娩介助を行う際に、単独で判断やケアをするのではなく、先輩助産師に確認や相談をしながら進めていく行動となったのではないかと考えられる。

また、出生後の新生児の観察は、影響の程度は大きくないものの、入職後の分娩介助の自立の段階を通して分娩介助実践能力を高めていることが示された。出生直後の新生児は子宮外生活への適応過程にあり不安定な状態である。正常逸脱の判断が遅れれば新生児の生命だけでなく、家族の生活全体に影響する。これらの経験も同様に、先輩助産師に相談しながらケアを行うということに繋がったのではないかと考えられた。また、媒介変数である「分娩介助の自立の段階」から「分娩介助実践能力」に対して強い影響がみられた。このことから分娩介助を自立していくまでの段階を慎重にかつ確実に経由することが分娩介助実践能力を高めることにつながることが明らかとなった。

一方、助産学実習の分娩介助回数や吸引分娩の経験は有意な分娩介助の自立の過程に明らかな影響は示さなかった。しかし、助産を行うことは、助産師資格において主となる要件である（保健師助産師看護師法 3 条)。本モデルの構成においても､「分娩介助回数」､「吸引分娩」といった変数を外すことによって、モデルの適合度が低下した。すなわち､「分娩介助回数」「吸引分娩」といった経験は、助産学生時代に重要な役割を果たしていると考えられる。これらの結果より、助産師教育では、分娩介助のみに焦点を当てるのではなく、その経験の内容の質を見極めて、段階的な自立支援と到達度の評価を重視した実習指導が重要であると考えられた。

3. 入職後の経験と分娩に関する実践能力習熟度との関連

入職後の分娩介助回数は分娩介助実践能力に有意な正の影響を示していた。従って、若手の分娩介助習熟度を高めるためには、入職早期から分娩介助の機会を確保することの重要性が示唆された。この結果は、入職後の継続的な経験も重要であることを示している。

4. 倫理的感応力との関連

倫理的感応力に対しては、分娩介助実践能力が有意な正の影響を示した。倫理的感応力とは、ケアの場面における倫理的問題を感知し、産婦のニーズに応答する能力である。分娩介助実践能力が高いほど倫理的感応力も高いという本結果は、技術的な実践能力の向上が自信に繋がり、そのことが倫理的な感受性を高めていることに繋がっている可能性を示している。さらに、学生時代の継続事例経験や新生児

観察の経験が、入職後の自立の段階を経て実践能力を高め、さらに倫理的感応力にも影響を与えていたことから、これらの実習経験が助産師として成長する過程に寄与することを示唆している。

本研究の限界と今後の課題

本研究の結果より、助産学生時代の分娩に関する経験が入職後の自立の過程を経て、分娩に関する実践能力習熟度に影響していることが明らかとなった。しかし、学生時代の分娩介助の経験の具体的な質や内容については、明確となっていない。今後、助産師学生が分娩介助実習で実践力を高めていくために重要な分娩に関する経験の内容を明らかにする必要がある。

Ｅ．結論

若手助産師の分娩介助実践能力を高めるためには、入職後の分娩介助の機会を確保することが重要であることが示された。一方、学生時代における継続事例の受け持ち・妊娠期からの継続的な関わり・出生時新生児の観察といった実習経験は、入職後に先輩助産師へ確認・相談しながら段階的に自立していく過程を形成し、それが分娩介助実践能力の習熟度を高めることにつながることが明らかとなった。すなわち、分娩介助実践能力の向上には、入職後の経験の積み重ねに加え、学生時代の実習経験の質を高めることの重要性が示唆された。

Ｆ．研究発表

なし。

文献

石村美由紀、古田祐子、佐藤香代、鳥越郁代（2016）：学士課程における助産実践能力（分娩介助技術および健康教育）の到達状況と課題、福岡県立大学看護学研究紀要、13、1-10.

小泉仁子、太田奈美、宮本眞巳：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ー助産実習での体験に焦点を当ててー、順天堂大学医療看護学部医療看護研究、4、64-71.

厚生労働省「令和６年（2024）人口動態統計月報年計（概数）の概況、
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/gaikyouR6.pdf

子安恵子、安積陽子、吉田香奈子、高田昌代、平河勝美（2008）：長期に渡る助産院実習における助産師学生の経験からの学び 、神戸市看護大学紀要、 12、 11-19.
http://search.jamas.or.jp/link/ui/2008331239

文部科学省（2020）：看護師養成所等の運営に関する指導ガイドライン、
https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/_file/1.pdf （2025 年 9 月 27 日検索）

日本看護協会（2020）：助産実践能力習熟段階〔クリニカルラダー〕活用ガイド 2022.

舘下麻美、中井抄子、宮武美佳、大江良子、立岡弓子（2021）：コロナ禍における分娩介助実習－シミュレーション教育の試み－、滋賀母性衛生学会誌、20・21、55-62.

全国助産師教育協議会（2020）：望ましい助産師教育におけるコア・カリキュラム 2020 年版.

Benner, P.（1984）／井部俊子他訳（2005）. ベナー看護論：初心者から達人へ（新訳版）. pp.1-269, 東京：医学書院.

Enders, C. K., & Bandalos, D. L. (2001). The relative performance of full information maximum likelihood estimation for missing data in structural equation models. Structural Equation Modeling, 8(3), 430-457.

Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, 88(3), 588-606.

ベナー, P.（2005）. 井部俊子（監訳）. ベナー看護論 新訳版―初心者から達人へ. 医学書院. 11-32.

図表

表 1　対象者の特性（その 1）
　　対象者の特性（その 2）
　　対象者の特性（その 3）
表 2　臨地実習実施年度別分娩介助回数
表 3　分娩介助の自立の段階と各変数の Speaman 順位相関係数
図 1　分娩介助の自立の段階を介した分娩介助実践能力習熟度の形成モデル

資料

資料 1　依頼文
資料 2　質問紙

表1　対象者の特性（その1）　　n（%）または平均（標準偏差）

	総数 n=972	1年目 (2025年度卒) n=182	2年目 (2024年度卒) n=250	3年目 (2023年度卒) n=217	4年目 (2022年度卒) n=204	5年目 (2021年度卒) n=119
年齢平均（標準偏差）	26.3（3.7）	28.5（3.2）	25.5（3.4）	26.6（3.8）	27.1（3.5）	28.5（3.2）
助産教育課程						
専門職大学院	64（6.6）	8（4.4）	17（6.8）	12（5.5）	16（7.8）	11（9.2）
大学院	103（10.6）	23（12.6）	27（10.8）	24（11.1）	18（8.8）	11（9.2）
大学専攻科	155（15.9）	27（14.8）	53（21.2）	31（14.3）	27（13.2）	17（14.3）
大学別科	81（8.3）	19（10.4）	17（6.8）	22（10.1）	9（4.4）	14（11.8）
大学での助産選択	250（25.7）	51（28.0）	55（22.0）	50（23.0）	60（29.4）	34（28.6）
短大専攻科	31（3.2）	5（2.7）	4（1.6）	7（3.2）	12（5.9）	3（2.5）
養成所	288（29.6）	49（26.9）	77（30.8）	71（32.7）	62（30.4）	29（24.4）
勤務施設所在地区						
北海道地方	62（6.4）	10（5.5）	21（8.4）	11（5.1）	9（4.4）	11（9.2）
東北地方	66（6.8）	16（8.8）	17（6.8）	11（5.1）	13（6.4）	9（7.6）
関東地方	236（24.3）	50（27.5）	52（20.8）	50（23.0）	48（23.5）	36（30.3）
中部地方	162（16.7）	23（12.6）	46（18.4）	38（17.5）	42（20.6）	13（10.9）
近畿地方	233（24.0）	46（25.3）	53（21.2）	47（21.7）	58（28.4）	29（24.4）
中国地方	58（6.0）	12（6.6）	15（6.0）	12（5.5）	13（6.4）	6（5.0）
四国地方	39（4.0）	9（4.9）	9（3.6）	11（5.1）	7（3.4）	3（2.5）
九州・沖縄地方	116（11.9）	16（8.8）	37（14.8）	37（17.1）	14（6.9）	12（10.1）
医療機関の種別						
総合周産期母子医療センター	228（23.5）	37（20.3）	58（23.2）	64（29.5）	49（24.0）	20（16.8）
地域周産期母子医療センター	412（42.4）	77（42.3）	110（44.0）	91（41.9）	81（39.7）	53（44.5）
一般病院他	332（34.2）	68（37.3）	82（32.8）	62（28.6）	74（36.3）	46（38.6）
所属部署						
産科単科	303（31.2）	50（27.5）	80（32.0）	77（35.5）	59（28.9）	37（31.1）
婦人科との混合病棟	360（37.0）	79（43.4）	91（36.4）	79（36.4）	73（35.8）	38（31.9）
婦人科以外を含む混合病棟	269（27.7）	44（24.2）	67（26.8）	56（25.8）	63（30.9）	39（32.8）
NICU/GCU	8（0.8）	2（1.1）	2（0.8）	2（0.9）	1（0.5）	1（0.8）
その他	32（3.3）	7（3.8）	10（4.0）	3（1.4）	8（3.9）	4（3.4）
所属部署経験月数　平均（標準偏差）	32.6（19.0）	11.9（8.1）	25.2（10.6）	36.4（12.3）	44.4（15.8）	52.2（21.9）

表1　対象者の特性（その2）　　n（%）または平均（標準偏差）

	総数 n=972	1年目 （2025年度卒） n=182	2年目 （2024年度卒） n=250	3年目 （2023年度卒） n=217	4年目 （2022年度卒） n=204	5年目 （2021年度卒） n=119
学生時代の経験						
分娩介助						
していない	6（0.6）	6（3.3）	0（－）	1（0.5）	2（1.0）	3（2.5）
した	966（99.4）	176（96.7）	250（100）	216（99.5）	202（99.0）	116（97.5）
分娩回数　平均（標準偏差）	8.6（2.2）	8.9（1.6）	9.1（1.9）	8.6（2.2）	8.2（2.5）	8.1（2.7）
中央値（IQR）	9.00（8.00–10.00）	9.00（8.00–10.00）	10.00（8.00–10.00）	10.00（7.00–10.00）	9.00（6.00–10.00）	9.00（6.00–10.00）
学内実習による分娩介助						
していない	788（81.1）	167（91.8）	218（87.2）	160（73.7）	158（77.5）	85（71.4）
した	184（18.9）	15（8.2）	32（12.8）	57（26.3）	46（22.5）	34（28.6）
分娩回数　平均（標準偏差）	3.9（2.7）	2.7（1.5）	2.9（2.4）	3.3（2.3）	4.6（2.5）	5.2（3.6）
分娩第１期受け持つも分娩介助に至らなかった事例の有無						
なし	306（31.5）	55（30.2）	76（30.4）	68（31.3）	61（29.9）	46（38.7）
あり	666（68.5）	127（69.8）	174（69.6）	149（68.7）	143（70.1）	73（61.3）
回数　平均（標準偏差）	3.2（2.3）	3.7（2.9）	3.2（2.0）	2.9（1.8）	3.1（2.2）	3.3（2.4）
理由（複数回答）						
緊急帝王切開　n（%）	340（51.1）	62（48.8）	95（54.6）	81（54.4）	70（49.0）	32（43.8）
回数　平均（標準偏差）	1.5（1.0）	1.6（0.8）	1.5（1.2）	1.5（1.1）	1.3（0.8）	1.5（0.8）
正常からの逸脱	65（9.8）	13（10.2）	14（8.0）	17（11.4）	15（10.5）	6（8.2）
実習時間外	471（70.7）	96（75.6）	119（68.4）	104（69.8）	101（70.6）	51（69.9）
指導体制が整わなかった	58（8.7）	13（10.2）	17（9.8）	7（4.7）	16（11.2）	5（6.8）
産婦等の同意が得られず	19（2.9）	7（5.5）	2（1.2）	4（2.7）	2（1.4）	4（5.5）
その他	19（2.9）	3（2.4）	4（2.3）	2（1.3）	5（3.5）	5（6.8）
硬膜外麻酔分娩の分娩介助						
なし	740（76.1）	79（43.4）	176（70.4）	168（77.4）	96（47.1）	105（74.2）
あり	232（23.9）	48（26.4）	74（29.6）	49（22.6）	47（23.0）	14（11.8）
回数　平均（標準偏差）	4.1（5.8）	3.4（2.0）	4.1（4.4）	4.1（7.1）	4.5（7.3）	5.5（10.5）
吸引/鉗子分娩の分娩介助						
なし	433（44.5）	78（42.9）	106（42.4）	87（40.1）	98（48.0）	61（51.3）
あり	539（55.5）	102（56.0）	143（57.2）	130（59.9）	106（52.0）	58（48.7）
回数　平均（標準偏差）	2.1（2.3）	1.9（1.2）	2.2（1.8）	2.1（2.4）	2.5（3.7）	1.9（1.5）
間接介助						
なし	247（25.4）	47（25.8）	60（24.0）	47（21.7）	54（26.5）	39（32.8）
あり	725（74.6）	134（73.6）	190（76.0）	170（78.3）	149（73.0）	80（67.2）
回数　平均（標準偏差）	4.2（3.1）	3.99（2.7）	4.1（3.6）	4.1（3.1）	4.4（3.0）	4.4（2.7）
出生時の新生児の観察						
なし	184（18.9）	30（16.5）	40（16.0）	39（18.0）	45（22.1）	30（25.2）
あり	788（81.1）	152（83.5）	210（84.0）	178（82.0）	159（77.9）	89（74.8）
継続受け持ち経験とその期間						
なし	121（12.4）	16（8.8）	14（5.6）	18（8.3）	36（17.6）	37（31.1）
あり	851（87.6）	166（91.2）	236（94.4）	199（91.7）	168（82.4）	82（68.9）
回数　平均（標準偏差）	1.2（0.7）	1.3（0.7）	1.2（0.5）	1.2（0.7）	1.2（0.5）	1.3（1.2）
受け持ち期間（複数回答）						
妊娠期から産後	660（77.6）	124（74.7）	192（81.4）	157（78.9）	131（78.0）	56（68.3）
分娩期から産後	114（13.4）	13（7.8）	23（9.7）	28（14.1）	24（14.3）	17（20.7）
その他	66（7.8）	19（11.4）	16（6.8）	13（6.5）	9（5.4）	9（11.0）
入院妊婦への助産ケア						
なし	783（80.6）	142（78.0）	195（78.0）	169（77.9）	172（84.3）	145（79.7）
あり	189（19.4）	40（22.0）	55（22.0）	48（22.1）	32（15.7）	14（11.8）
回数　平均（標準偏差）	1.8（1.1）	1.8（0.4）	1.9（0.9）	1.8（1.6）	1.8（0.9）	1.7（0.7）
褥婦・新生児への助産ケア						
なし	173（17.8）	26（14.3）	29（11.6）	30（13.8）	40（16.0）	45（37.8）
あり	799（82.2）	156（85.7）	221（88.4）	187（86.2）	210（84.0）	74（62.3）
回数　平均（標準偏差）	5.2（3.8）	4.8（3.6）	5.8（4.1）	5.3（3.7）	5.8（4.1）	4.8（3.7）

表1　対象者の特性（その3）　　n（%）または平均（標準偏差）

	総数 n=972	1年目 （2025年度卒） n=182	2年目 （2024年度卒） n=250	3年目 （2023年度卒） n=217	4年目 （2022年度卒） n=204	5年目 （2021年度卒） n=119
入職後の経験						
入職後の日勤帯での分娩介助状況						
まだしていない	63（6.5）	48（26.4）	7（2.8）	6（2.8）	2（1.0）	0（－）
指導を受けながら介助	232（23.9）	98（53.8）	81（32.4）	25（11.5）	23（11.3）	5（4.2）
相談しながら独立して介助	324（33.3）	29（15.9）	114（45.6）	96（44.2）	57（27.9）	28（23.5）
自立して判断して介助						
分娩介助回数						
平均（標準偏差）	39.7（36.5）	8.4（10.3）	23.1（20.0）	41.7（28.2）	54.3（36.6）	76.0（50.0）
硬膜外麻酔分娩の介助回数						
平均（標準偏差）	12.2（16.2）	6.1（10.4）	9.0（10.0）	13.4（15.1）	13.5（17.9）	17.9（22.5）

※n（%）または平均（標準偏差）で示す。IQR＝四分位範囲（25パーセンタイル–75パーセンタイル）。

表2　臨地実習実施年度別　実習分娩介助回数

臨地実習実施年度	n	中央値	四分位範囲
2019年	13	10	2
2020年 (a, b, c)	121	9	4
2021年 (a)	196	9	4
2022年	221	10	3
2023年 (a)	240	10	2
2024年	167	9	2

Note. Kruskal-Wallis H(5) = 23.880, p < .001.

括弧内の文字は有意差のあるペアを示す（Bonferroni補正後，p < .05）：a = 2019年との間，b = 2022年との間，c = 2023年との間。

欠損値のある14名（1.4%）については完全情報最尤法（FIML）により処理し、最終分析はn = 972を対象とした。

四分位範囲 = 第3四分位数 − 第1四分位数。

表3　分娩介助の自立の段階と各変数のSpearman順位相関係数

変数	ρ	p	有意水準
臨地実習実施年度	−.554	< .001	**
継続事例の経験の有無	−.111	< .001	**
麻酔分娩介助の経験	−.101	.002	**
実習分娩介助回数	−.050	.124	n.s.
間接介助の経験の有無	−.014	.662	n.s.
出生時新生児の観察の経験	−.029	.361	n.s.
吸引分娩介助の経験	.018	.578	n.s.
継続事例の受け持ち期間	—	—	—

注．ρ = Spearman順位相関係数．n.s. = 有意でない（p ≥ .05）．** p < .01.

「—」は相関係数を算出していない変数（理論的重要性に基づき初期モデルに投入）．

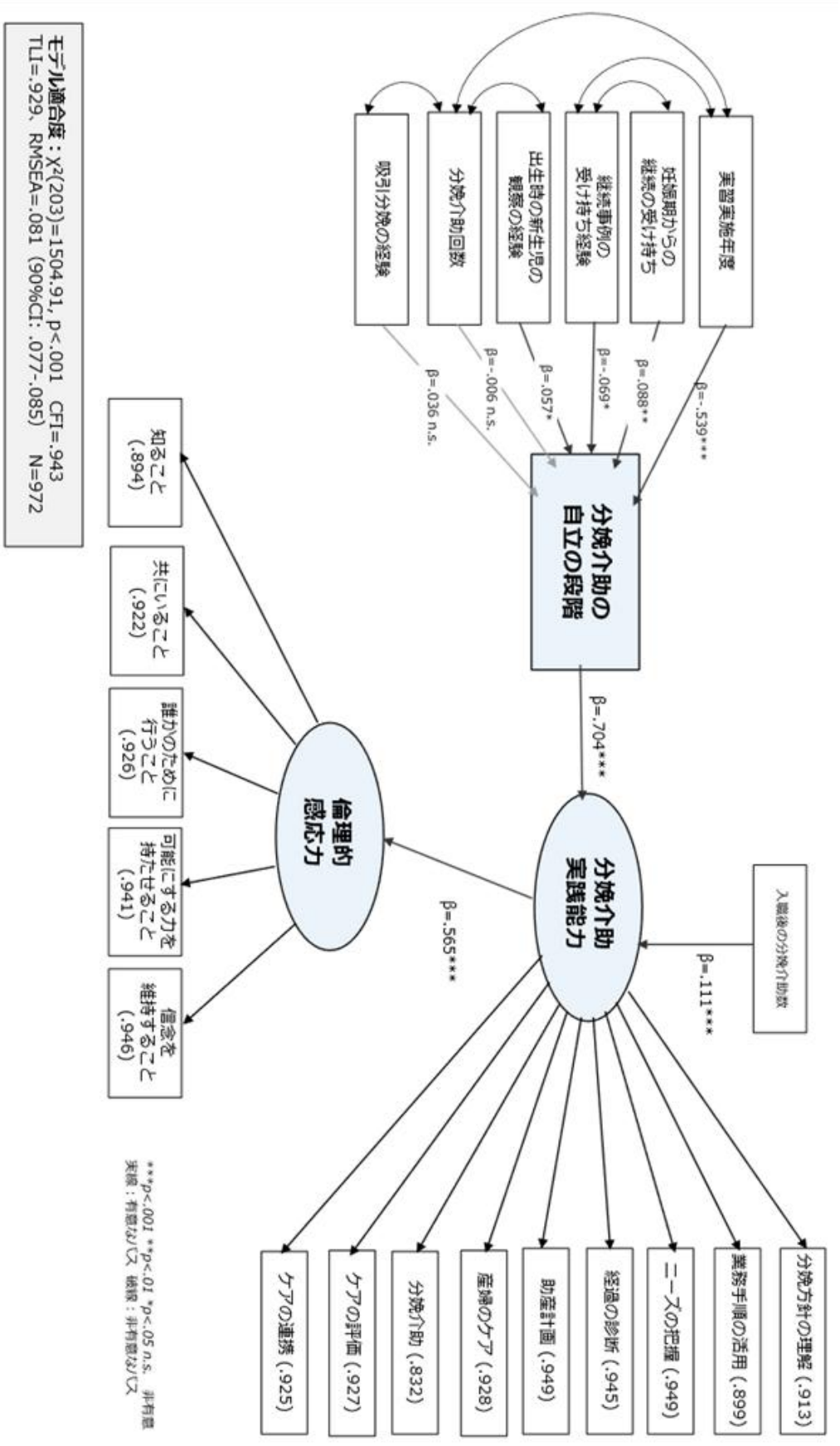


図 1

分娩介助の自立の段階を介した分娩介助介助実践能力習熟度の形成モデル

令和 8 年 1 月 20 日

施設長 各位
看護管理者 各位

奈良県立医科大学 看護学部
准教授　木村 奈緒美

令和 7 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)助成事業
「助産師資格取得後 5 年以内の助産師の分娩に関する実践能力習熟度に影響する要因の検討」
調査への協力依頼

拝啓
時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
さて、このたび、令和 7 年度 厚生労働行政推進調査事業補助金(地域医療基盤開発推進事業)の助成を受け、助産師の分娩期における実践能力の習熟度とその影響要因に関する研究を実施する運びとなりました。
本研究では、助産師資格取得後 5 年以内(入職 1 年目～5 年目)の助産師を対象に、分娩に関する実践能力の習熟度と、それに影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的としております。助産師教育の質的向上や、臨床現場における人材育成の支援に資する知見を得ることをめざしております。
つきましては、貴施設にご所属の分娩介助業務の経験のある助産師資格取得後 5 年以内(1 年目～5 年目)の助産師の皆様に、調査票へのご回答をご依頼申し上げます。調査は無記名で実施し、回答いただく個人情報は匿名が確保されます。回答はオンライン形式で、所要時間は約 15 分です。
本研究は奈良県立医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施しております。調査結果は厳重に管理され、研究目的以外には使用いたしません。
ご多忙のおり、誠に恐縮ではございますが、何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

・調査対象　分娩介助業務の経験のある産科関連部署(MFICU、産婦人科病棟、産科外来、NICU/GCU 等)に所属する、助産師資格取得後 5 年以内(1 年目～5 年目)の助産師
・調査方法　QR コードまたは URL からのオンライン回答
同封の説明文書を対象の方にお渡し、回答をお願いいたします。
・回答期限　令和 8 年 3 月 15 日

なお、本件に関するご質問等がございましたら、下記(木村)までお問い合わせください。

【本調査研究責任者】　木村奈緒美(奈良県立医科大学 看護学部)
TEL:0744-22-3051　E-mail:nao1710@naramed-u.ac.jp
【研究分担者】　蛎﨑奈津子(岩手医科大学)　礒山あけみ(獨協医科大学)
正岡　経子(札幌医科大学)　五十嵐稔子(奈良県立医科大学)
野原　留美(香川大学)　林　佳子(札幌医科大学)
小川久貴子(東京女子医科大学)　村上 明美(神奈川県立保健福祉大学)

助産師資格取得後 5 年以内の助産師の分娩に関する実践能力の習熟度に影響する要因の検討

本研究は、助産師資格取得後 5 年以内（1 年目～5 年目）の助産師の分娩に関する実践能力習熟度と、学生時代の助産学実習や入職後の助産実践経験値が及ぼす影響を明らかにすることを目的にしています。

アンケートの回答は無記名であり、研究に参加しない場合でも不利益を被ることはありません。

アンケートの回答所要時間はおおよそ 15 分程度です。回答途中の保存・再開も可能です。本研究にご協力いただける場合は、以下チェックボックスにご同意の上、回答をお願い致します。

☐ 本研究の目的・方法・倫理的配慮について理解し、協力に同意します。

Ⅰ．あなた自身について伺います。

問１．現在の年齢をお答えください。

（　　歳）

問 2．卒業/修了した助産師教育課程の入学年と卒業/修了年を教えてください。（※　西暦でお答えください）

① 入学年　　年　　月

② 卒業/修了年　　年　　月

問３．卒業／修了した助産師教育課程について、あてはまるもの１つを選んでください。

① 専門職/大学院
② 大学院
③ 大学専攻科
④ 大学別科
⑤ 大学での助産選択
⑥ 短大専攻科
⑦ 養成所（専修学校/各種学校）

問４．卒業／修了した助産師養成施設の所在している所在地区をお答えください。

① 北海道地方（北海道）
② 東北地方（青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）
③ 関東地方（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県）
④ 中部地方（新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県）
⑤ 近畿地方（三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）
⑥ 中国地方（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県）
⑦ 四国地方（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）
⑧ 九州・沖縄地方（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）

問５．現在勤務している施設の所在している所在地区をお答えください

① 北海道地方（北海道）
② 東北地方（青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）
③ 関東地方（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県）
④ 中部地方（新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県）
⑤ 近畿地方（三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）
⑥ 中国地方（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県）

⑦　四国地方（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）
⑧　九州・沖縄地方（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）

問６．現在勤務している医療機関の種別を教えて下さい。
①　総合周産期母子医療センター
②　地域周産期母子医療センター
③　一般病院（母子医療センター以外）
④　診療所（産科・婦人科を含む）
⑤　その他

問７．現在勤務している病棟の診療体制を教えてください。
①　産科単科
②　婦人科との混合病棟
③　婦人科以外の科との混合病棟
④　NICU/GCU
⑤　産科外来

問８．現在勤務されている部署の経験年数を教えてください
（　　年　　カ月）

Ⅱ．助産学生時代の実習についてお伺いします。
問１．助産学生時代に臨地実習（実習施設）を行った年を教えてください。
①　2019 年（令和元年）
②　2020 年（令和 2 年）
③　2021 年（令和 3 年）
④　2022 年（令和 4 年）
⑤　2023 年（令和 5 年）
⑥　2024 年（令和 6 年）

問２．臨地実習（実習施設）で分娩介助(児の娩出)をしましたか。
①　した（１例でも実施した場合も含む）
②　していない（コロナ禍 等よる影響により実習施設では１例も分娩介助できなかった）→　問３へ

問２－２．臨地実習（実習施設）で分娩介助(児の娩出)した件数を教えてください。
(　　件)

問３．学内での実習による分娩介助事例を分娩介助例数としてカウントしましたか。
①　した
②　していない　→　　問４へ

問 3-2.「学内での実習による分娩介助事例あり」と回答した方は、カウントした事例数を教えてください。
(　　件)

問 3-3.「学内での実習による分娩介助事例あり」と回答した方にお伺いします。
学内での実習の方法で当てはまるものを選択してください。(複数回答可)

① 紙上事例を活用した分娩介助シミュレーション
② 実習施設で受け持ったが分娩介助に至らなかった事例の分娩介助シミュレーション
③ 紙上事例の展開のみ（分娩介助技術演習は含まない）
④ その他（例：事例のない分娩介助手順のチェックのみ）

問 4.臨地実習（実習施設）で、産婦を受け持ち、分娩第 1 期の助産ケアを行ったが、分娩介助に至らず終了した事例がありますか。

① あり
② なし → 問 6 へ

問 4-2.「臨地実習（実習施設）で受け持ったが、分娩介助に至らず終了した事例があり」と回答した方は、件数を教えてください。

(件)

問 4-3.「臨地実習（実習施設）で受け持ったが、分娩介助に至らず終了した事例があり」と回答した理由を選択してください。(複数回答可)

① 緊急帝王切開となったから
② 正常から逸脱したため（帝王切開以外)、受け持ちが中止となったから →問 5 へ
③ 実習時間外となったから（夜勤帯の分べんになり、実習を終了した等） →問 5 へ
④ 実習施設の指導体制が整わないため、受け持ちを続けられなくなったから→問 5 へ
⑤ 産婦または家族の分娩第 2 期の同意が得られなかったから →問 5 へ
⑥ その他 →問 5 へ

問 4-4.「分娩の受け持ち産婦が緊急帝王切開となった」の方にお聞きします。その件数を教えてください。

(件)

問 5. 硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）の分娩介助をしましたか。

① した
② していない → 問 6 へ

問 5-2.「硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）の産婦を受け持った」と回答した方は件数を教えてください。

(件)

問 6. 吸引/鉗子分娩の分娩介助をしましたか。

① した
② していない → 問 8 へ

問 6-2.「吸引/鉗子分娩の分娩介助がある」と回答した方は件数を教えてください。

(件)

問 7. 臨地実習（実習施設）で間接介助を実施しましたか。

① した
② していない　→　問 9 へ

問 7-2.「臨地実習（実習施設）で間接介助を実施した」と回答した方は件数を教えてください
（　　件）

問 8. 臨地実習（実習施設）で、新生児係として出生直後の新生児の診断とケアをしましたか（※帝王切開含む）。

① した
② していない

問 9. 臨地実習（実習施設）で、継続事例を受け持ちましたか。

① 受け持った
② 受け持っていない　→　問 11 へ

問 9-2.「臨地実習（実習施設）で継続事例を受け持った」と回答した方は、継続事例の対象者の人数を教えてください。
（　　人）

問 9-3. 継続事例の受け持ち期間を教えてください。
（※複数例を受け持った方は、最も長く受けもった事例について回答してください。）

① 妊娠初期から産後 1 か月まで
② 妊娠中期から産後 1 か月まで
③ 妊娠後期から産後 1 か月まで
④ 分娩期から退院まで
⑤ 分娩期から産後 1 か月まで
⑥ 分娩期から産後 4 か月頃まで
⑦ その他

問 11. 臨地実習（実習施設）で、切迫流早産や合併症管理で入院している妊婦（妊娠期）を数日にわたり受け持ち、助産ケアを提供しましたか（※継続事例除く）。

① した
② していない

問 11-2.「臨地実習（実習施設）で、切迫流早産や合併症管理で入院している妊婦（妊娠期）を数日にわたり受け持ち、助産ケアを提供した」と回答した方は、件数を教えてください。
（　　件）

問 12. 臨地実習（実習施設）で、褥婦と新生児（産褥・新生児期）に数日にわたり、助産ケアを提供しましたか。（※継続事例除く）

① した
② していない

問 12-2「臨地実習（実習施設）で、褥婦と新生児（産褥・新生児期）に数日にわたり、助産ケアを提供した」と回答した方は、件数を教えてください。

（　　件）

Ⅲ．入職後の分娩介助業務に関する経験について教えてください。

問 1．日勤帯で分娩介助をしていますか。

① まだしていない。　→　Ⅳ．問 1 へ
② 先輩助産師の指導を受けながら介助している。
③ 先輩助産師に相談しながら、独立して介助している。
④ 自身で自立して判断し、介助している。

問 1-2．夜勤帯で分娩介助をしていますか。

① まだしていない。
② 先輩助産師の指導を受けながら分娩介助をしている。
③ 先輩助産師に相談しながら、独立して分娩介助している。
④ 自身で自立して判断し、分娩介助している。

問 1-3．分娩介助を開始した時期を教えてください。

（入職後　　年　　カ月）

問 1-4．入職後から現在までの、経腟分娩を介助した件数を教えてください。
（※先輩助産師の指導を受けながら介助している事例を含む）

（　　件）

問 1-5．硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）の分娩介助を実施していますか。

① 実施している
② 実施していない　→　Ⅳ．問 1-5-2 へ

問 1-5-1　実施している場合、実施状況を教えてください。　→　Ⅳ．問 1-6 へ

① 先輩助産師の指導を受けながら介助している。
② 先輩助産師に相談しながら、独立して介助している。
③ 自身で自立して判断し、介助している。

問 1-5-2　実施していない場合の理由を教えてください。

① 自施設では無痛分娩がおこなわれていない。
② 無痛分娩介助のできる助産師の規定があり自分は該当しない。
③ その他
④

問 1-6．硬膜外麻酔(無痛分娩）を介助した件数を教えてください。

（　　件）

Ⅳ. **助産実践能力の習熟度についてお聞きします。現在、**ご自分が考える習熟度のレベルを選択してください。

	習熟度レベル		該当しない（未達成）0	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
				助言/指示のもとにできる	1人でケアを実践できる（マニュアルどおりに1人でできる）	目標達成のために多様な方法を使って個性的なケアができる/学生・後輩の指導ができる/チーム内のリーダー業務・コーディネートができる	わずかな手がかりで状況を客観的に把握でき問題領域に的を絞ることができる/より質の高い目標設定に向けて、看護チーム以外も含めたケアの調整ができる
1	産婦・家族への分娩方針の理解と対応	施設が有する産婦とその家族に対する分娩方針を理解できる					
2		産婦とその家族に対して分娩方針を説明できる					
3		産婦とその家族に対して分娩方針に沿って対応できる					
4	分娩期に関する業務基準・手順の活用	業務基準・手順を活用したケアができる					
5	産婦のニーズの把握	分娩経過に関する情報を提供できる					
6		分娩進行に伴うニーズを把握できる					
7		産婦の主体性を尊重できる					
8		産婦とその家族の潜在化しているニーズを引き出すことができる					
9	分娩経過の診断	適切な手技・方法を使って的確に産婦の健康診査ができる					
10		分娩経過が的確に診断できる					
11		異常の早期発見または予測ができる					
12		産婦や家族が満足する対応ができる					
13	助産計画	分娩経過にそった計画を立案できる					
14		個別性に応じた計画を立案できる					
15		産婦の主体性を尊重する方向で計画を立案できる					
16		産婦の状態やニーズに合わせて計画を修正できる					
17	産婦のケア	産婦により添い、安全・安楽で快適なケアができる					
18		個別性に応じたケアができる					
19		分娩レビューを助けることができる					
20		状況に応じた早期接触（カンガルーケアなど）ができる					
21		早期授乳のケアができる					
22	分娩介助	仰臥位分娩の介助ができる					
23		様々な分娩体位に沿った分娩介助ができる					
24		安全・安楽な分娩介助ができる					
25	ケアの評価	ケアの評価を振り返る姿勢をもつことができる					
26		ケアを評価するために産婦が示す反応をとらえることができる					
27		客観的な指導を用いてケアの効果を確認できる					
28		評価の結果から質の高いケアを創造できる					
29	ケアの連携・継続	連携を働きかける適切な時期と方法（記録や口頭など）が選択・実施できる					
30		産婦の主体性と自己決定が継続されるように伝達できる					
31		適切な相手（医療チームメンバー、医療施設など）を判断し選択できる					
32		産婦や家族が満足できる連携継続を確立できる					

			レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
			助言があれば意識して関わることができる	意識して関わろうと努力している	おおむね意識しながら関わっている	常に意識しながら関わっている/無意識に滋養的な関わりができる/存在そのものが滋養的である
1	しること/妊産褥婦.家族と同じように出来事を理解しようと努力する	対象者を理解するとき前提や先入観で見ないようにする				
2		ケアされる側を中心におく				
3		ケアされる側の体験に関するアセスメントを行う				
4		綿密にアセスメントを行う				
5		継続的に手がかりを探しながら行う				
6		対象者を重要な存在として認めようとする意思をもつ				
7		対象者が示す反応を大切にする				
8	共にいること/妊産褥婦.家族にとって精神的に存在し続ける	対象者の元にいる				
9		対象者に何かあればすぐに何かできる				
10		対象者と感情を共有できる				
11		対象者にとって負担にならないように存在する				
12	誰かのために行うこと/自分にするように、出来る限り他の人に何かをする	対象者の苦しみや悲しみを和らげる				
13		対象者をなぐさめる				
14		対象者のニーズを予測する				
15		自信をもち巧みに実行する				
16		対象者を保護する				
17		尊厳を守る：押し付けがましくなく、すぐ忘れられるように行う				
18	可能にする力を持たせること/人生の移行期や道の出来事を対象者が楽に通っていけるようにすること	自分の専門知識を他者の向上のために使用する				
19		対象者の感情を許容したり確認して心理的サポートをする				
20		情報を提供したり説明したりする				
21		対象者が関心のあることに焦点を当て、考えることを助ける				
22		正しいことを伝えこと/フィードバックを与えること				
23	信念を維持すること/意味あることとして将来に目を向けるために、対象者が出来事を終わらせたり、移行したりする能力を信じること	妊産褥婦・家族の能力を信じ続けること				
24		対象者の自尊心を維持すること				
25		自己の希望に満ちた態度を維持する				
26		対象者に現実的な楽観性を与えるように関わる				
27		長い目でみる				

アンケートは以上となります。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。

令和 7 年度　厚生労働科学研究費補助金（厚生労働行政推進調査事業費）
分担研究報告書

研究 1-2　キャリア初期助産師の臨床実践能力に影響する助産基礎教育における学修経験：スコーピングレビュー

研究代表者　正岡　　経子　（札幌医科大学）
研究分担者　蛎﨑　奈津子　（岩手医科大学）
木村　奈緒美　（奈良県立医科大学）
五十嵐　稔子　（奈良県立医科大学）
野原　　留美　（関西医科大学）
林　　佳子　（札幌医科大学）
小川　久貴子　（長岡崇徳大学）
村上　　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
研究協力者　礒山　あけみ　（獨協医科大学）

研究要旨

本研究の目的は、キャリア初期助産師の臨床実践能力に影響を及ぼす助産基礎教育における学修経験について、国内外の文献を体系的に整理し、その特徴と研究動向を明らかにすることである。方法はスコーピングレビューとし、医中誌 Web、CINAHL、PubMed、Web of Science を用いて文献検索を行った。対象は、助産基礎教育における学修経験と卒後初期の臨床実践能力との関連を検討した 1990 年以降の日本語または英語の文献とした。選定の結果、9 件の文献を分析対象とした。分析の結果、キャリア初期助産師の実践能力に影響を及ぼす学修経験として、実習や演習、シミュレーション等を通した実践的学習、臨床判断力を育成する学習、対象との関係形成に関する学習、支援的関係の中での学習、専門職アイデンティティ形成に関する学習、教育設計やカリキュラムに基づく学習の 6 カテゴリが抽出された。また、これらの学修経験は、技術的実践能力、臨床判断を含む状況対応能力、対象理解を基盤としたケア能力、自律的実践を支える力、専門職アイデンティティ、協働や職場適応に関する能力など、多面的な臨床実践能力と関連していた。以上より、助産基礎教育はキャリア初期助産師の実践能力形成の基盤として重要であり、実践を通した経験学習や支援的学習環境を重視した教育の必要性が示唆された。また、高度な臨床判断能力や複雑事例への対応能力については、卒後初期の支援的教育を含めた継続的支援の重要性が示された。

A．研究目的

日本では出生数の減少が続いており、少子化の進行に伴い周産期医療を取り巻く環境は大きく変化している。加えて、女性の初産年齢の上昇によるハイリスク妊娠の増加、産婦人科医の減少や地域偏在化などにより、助産師には妊娠・出産の正常経過を支援する能力だけでなく、異常の早期発見や迅速な臨床判断を行う高度な実践能力が求められている（全国助産師教育協議会、2020）。

このような能力の基盤を形成する助産師養成課程では、助産学実習において 10 例以上の分娩介助経験が求められている（文部科学省、2020）。しかし、学生が経験する事例の内容や学修機会は一様ではなく、継続事例の経験の有無、指導者からのフィードバック、振り返りを通した省察、シミュレーション教育の活用など、学修経験の質は多様である。先行研究では、助産学実習における学修経験や指導内容が、臨床判断力や専門職アイデンティティの形成、卒後

初期の実践能力に関連する可能性が示されている（小泉ら、2008；緒方ら、2012)。また、入職後の臨床実践能力は、基礎教育のみならず、卒後教育や職場環境の影響を受けながら発達することも指摘されている（Calvert et al.、 2013)。しかし、助産基礎教育における学修経験と、キャリア初期助産師の臨床実践能力との関連について、国内外の知見を体系的に整理した研究は少ない。

そこで本研究では、キャリア初期段階にある助産師の臨床実践能力に影響を及ぼす助産基礎教育における学修経験について、国内外の既存文献を対象としたスコーピングレビューを実施し、その特徴と研究動向を明らかにすることを目的とした。

Ｂ．研究方法

1. 対象文献の選定方法

本研究は、スコーピングレビューのための報告ガイドライン 日本語版: PRISMA-ScR（友利ら、2020）に準拠し実施した。文献選定は PCC（Participants, Concept, Context）の枠組みに基づいて行った。

Participants は、原著論文において定義された助産師資格取得後おおむね 1～5 年以内のキャリア初期段階にある助産師とした。Concept は、助産基礎教育課程における学修経験がキャリア初期段階にある助産師の臨床実践能力に与える影響とし、学修経験には臨地実習、分娩介助経験（量および質)、シミュレーション教育、リフレクション、多職種連携教育等を含めた。臨床実践能力は、分娩介助技術、臨床判断力、内省能力、倫理的感受性、専門職としてのアイデンティティ等を包含する概念として扱った。Context は、助産基礎教育および周産期医療体制が一定程度整備された先進国における、体系化された助産師養成課程（資格取得前教育）とした。

文献検索は、医学中央雑誌 Web、PubMed、CINAHL、Web of Science を用いて実施した。対象文献は、1990 年から 2025 年までに日本語または英語で発表された原著論文とし、助産基礎教育における学修経験とキャリア初期にある助産師の臨床実践能力との関連を検討した質的研究、量的研究、および混合研究法による研究を含めた。なお、本研究では、助産師資格取得後おおむね 1～5 年以内をキャリア初期と操作的に定義した。文献検索は、医学図書館司書の助言を得ながら実施した。

除外基準は、助産師学生のみを対象とした研究、経験豊富な助産師のみを対象とした研究、キャリア初期助産師のデータを分離できない研究、助産基礎教育との関連を検討していない研究、ならびに総説、解説、事例報告、会議録等の原著論文以外の文献とした。

2. 文献の選定手順

文献検索により取得したすべての文献情報は、文献管理ソフト EndNote に取り込み、重複文献の除外を行った。重複除外後の文献については、Web ベースの系統的レビュー支援ツールである Rayyan を用いてスクリーニングを実施した。スクリーニングは 2 名のレビュー担当者が独立して行い、あらかじめ定めた組み入れ基準に基づき、まずタイトルおよび抄録の確認を行った。その後、該当する可能性があると判断された文献について全文精査を実施した。各段階において判定が一致しない場合は、3 名のレビュー担当者間で協議を行い、合意を形成した。全文精査段階で除外された文献については、その理由を記録した。

3. データの抽出および結果の統合方法

各文献から、研究デザイン、研究目的、助産基礎教育における学修経験の内容、および評価された臨床実践能力に関するデータを抽出した。抽出したデータについて、内容の類似性および差異性を比較検討しながら記述的に整理し、学修経験および臨床実践能力に関するカテゴリ化を行った。カテゴリ化にあたっては、解釈の妥当性の確保に努めながら内容を帰納的に分析し、カテゴリ名を付与した。

4. 倫理的配慮

本研究は、既存の公開文献を対象とした研究であり、個人を特定できる情報は含まれないため、倫理審査の対象外と判断した。

Ｃ．研究結果

1. 文献の選定

本スコーピングレビューでは、検索の結果、2,180 件の文献が抽出された。重複文献の除外および組み入れ基準に基づくスクリーニングを経て、最終的に国内文献 5 件、国外文献 4 件、計 9 件の文献を分析対象とした。文献選定の手順および結果を、PRISMA-ScR に基づくフローダイアグラム（図 1）に示した。

文献の概要を表 1 に示す。分析対象文献は、量的研究 4 件、質的研究 5 件から構成されており、助産

基礎教育における学修経験が、初期キャリア助産師の臨床実践能力に及ぼす影響について報告されていた。

2．キャリア初期助産師の実践能力に影響を及ぼした学修経験

各文献の記載内容をもとに、キャリア初期にある助産師の実践能力に影響を及ぼした助産基礎教育における学修経験について帰納的に分類した結果､「実践的な技術習得に関する学習」､「臨床判断力の育成に向けた学習」､「対象との関係形成に関する学習」「支援的関係の中での学習」「専門職アイデンティティ形成に関する学習」および「教育設計やカリキュラムに基づく学習」の 6 カテゴリが抽出された（表 2)。

1） 実践的な技術習得に関する学習

「実践的な技術習得に関する学習」は、実習や演習・シミュレーション等を通して助産技術を習得する学修経験を示す。本カテゴリには、分娩介助技術の実習や演習、会陰評価と縫合の準備教育、客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：以下、OSCE と示す）受検に向けた練習、新生児へのケアや授乳支援に関する演習、理論やシミュレーション、実践経験を組み合わせた学習などが含まれた（文献 1、2、4、6、7、8)。

2） 臨床判断力の育成に向けた学習

「臨床判断力の育成に向けた学習」は、助産診断やアセスメント、複雑な状況への対応力を育成する学修経験である。具体的には、事例に基づく情報収集と判断､分娩第 1 期および第 2 期のアセスメント、臨床場面を想定した課題の認識、複雑なケア状況への対応を学ぶ経験等が含まれた（文献 4、7、8、9)。

3） 対象との関係形成に関する学習

「対象との関係形成に関する学習」は、妊産褥婦や家族との関係性を築きながらケアを実践するための学修経験を示す。妊産褥婦への保健指導、健康教育、退院指導に加え、女性との関係形成や継続ケアモデルを重視した学習が含まれた（文献 2、3、5、6)。

4） 支援的関係の中での学習

「支援的関係の中での学習」は、教員、臨床助産師、メンター等との関係性を通して学びを深める学修経験を示す。教員からの精神的支援、臨床助産師を活用した演習、臨床メンターの支援、役割モデルに接する経験、開業助産師の経験知に触れる経験等によって特徴づけられた（文献 2、3、4、8)。

5） 専門職アイデンティティ形成に関する学習

「専門職アイデンティティ形成に関する学習」は、助産師としての専門性や自己認識を形成していく学修経験を示す。本カテゴリには、肯定的感情を伴う学習経験、助産師観や専門性に関する認識の形成、女性の健康への責任を意識する学び、継続ケアを通して「真の助産師になりつつある」と感じる経験、困難な経験を通して自ら学ぶ姿勢や強さを育む経験等が含まれた（文献 2、3、5、6)。

6） 教育設計やカリキュラムに基づく学習

「教育設計やカリキュラムに基づく学習」は、教育課程や教育方法の構成そのものに基づく学修経験を示す。コンピテンシー基盤型カリキュラム、理論と演習および実習を統合した段階的教育構成、OSCE を含む教育評価、正常分娩を基盤に複雑なケアへ展開する教育設計等、教育設計全体に関わる内容が抽出された（文献 4、7、9)。

3．学修経験が影響を及ぼしたキャリア初期助産師の臨床実践能力

各文献の記載内容をもとに、学修経験が影響を及ぼしたキャリア初期助産師の臨床実践能力について帰納的に分類した結果､「技術的実践能力」､「臨床判断を含むアセスメント能力」､「対象との関係形成を基盤としたケア能力」「自律的実践を支える力」「専門職アイデンティティと職業継続に関わる側面」および「協働と職場適応に関する能力」の 6 カテゴリが抽出された（表３)。

1） 技術的実践能力

「技術的実践能力」は、分娩介助や母児へのケアを安全かつ適切に実践する能力である。本カテゴリには、分娩介助技術、分娩後の会陰の状態評価と会陰縫合、新生児への出生直後を含むケア、授乳支援の他、分娩準備や感染予防行動等が含まれた（文献 1、2、6、7、8、9)。

2） 臨床判断を含む状況対応能力

「臨床判断を含む状況対応能力」は、対象者の状態を把握し、状況に応じた判断や対応を行う能力を

示す。これには、妊娠期、分娩期および産褥期のアセスメント、正常逸脱の判断、ハイリスク事例への対応、異常出血への対応、複雑なケア状況を認識し対応する力等が抽出された（文献 2、4、7、8、9)。

3） 対象との関係形成を基盤としたケア能力

「対象との関係形成を基盤としたケア能力」は、妊産褥婦や家族との信頼関係を基盤として継続したケアを実践する能力である。妊産褥婦への保健指導や退院指導、授乳指導、女性との信頼関係の形成、継続ケアモデルにおける実践、対象理解を踏まえたケア等がみられた（文献 2、5、6、8)。

4） 自律的実践を支える力

「自律的実践を支える力」は､自ら課題を認識し、主体的に学びながら実践を発展させる能力を示す。自立して実践する能力、自己の課題を認識し評価する力、自ら学ぶ姿勢、学習ニーズを認識し表明する力、困難を乗り越える力、主体的に成長する力等が含まれていた（文献 2、4、6、7、8)。

5） 専門職アイデンティティと職業継続に関わる側面

「専門職アイデンティティと職業継続に関わる側面」は、助産師としての役割認識や専門職としての自己像の形成、実践への自信、職業継続意思等に関わる側面を示す。本カテゴリには、助産師としての役割認識や専門性への自負、助産師観の形成、実践に対する自信、専門職として成長している実感、継続ケアを通して助産師としての自己像を形成する経験、職業継続意思等が含まれた（文献 3、4、5、6、8)。

6） 協働と職場適応に関する能力

「協働と職場適応に関する能力」は、他者と協働しながら臨床現場へ適応していく能力を示す。これには、他者と協働する力、先輩助産師や同僚の支援を活用する力、グループの中で学ぶ力、就職先の手順や実践様式へ適応する力などが含まれていた（文献 2、4、5、7)。

D．考察

本スコーピングレビューは、キャリア初期段階にある助産師の臨床実践能力に影響を及ぼす助産基礎教育における学修経験について、その特徴と研究動向を明らかにすることを目的に実施した。その結果、助産基礎教育での学修経験がキャリア初期助産師の多面的な臨床実践能力の形成に関連していることが示された。抽出された学修経験には、実習や演習およびシミュレーション等を通した実践的学習に加え、対象との関係形成、支援的関係の中での学び、専門職アイデンティティ形成につながる経験などが含まれていた。また、これらの学修経験は、技術的実践能力のみならず、臨床判断、対象理解、自律的実践、協働、職業継続に関わる側面など、多面的な実践能力と関連していた。

１．キャリア初期助産師の臨床実践能力を支える助産基礎教育における実践的学修経験

本レビューでは、実習、演習、シミュレーション教育などを通した実践的な学修経験が、キャリア初期助産師の技術的実践能力や臨床判断能力の形成に関連していた。特に、分娩介助経験のみならず、事例検討や振り返りを含む学習過程が、状況判断やアセスメント能力の形成につながっていた。Kolb の経験学習理論（1984）では、学習は「具体的経験」「省察的観察」「抽象的概念化」「能動的実践」からなる循環的過程として説明されており、助産学実習においても、経験と省察を往還する学習が実践能力形成に重要であると考えられる。特に、省察を通して経験を振り返る過程は、具体的な経験を抽象的概念へと統合し、その後の実践へ活用するために不可欠であるとされている（Diane M. B.ら, 2014)。また、COVID-19 流行下で導入されたシミュレーション教育に関する研究（舘下ら、2020）では、実践経験を補完する教育方法として一定の有効性が示されていた。これらのことから、助産基礎教育においては、経験回数の確保のみならず、省察を含めた経験学習過程を重視した教育設計が重要であることが示唆された。

2．対象との関係形成および支援的関係を育む助産基礎教育における学修経験

本レビューでは、妊産褥婦や家族との関係形成を重視した学修経験や、教員・臨床助産師・メンター等との支援的関係の中での学びが、対象理解を基盤としたケア能力や協働能力の形成に関連していた。助産ケアは、対象者との信頼関係を基盤として展開される実践であり、継続事例や保健指導を通して対象者の生活背景や価値観を理解する経験は、助産師

としての実践の基盤形成につながると考えられる（中島ら、2009；沼澤ら、2023)。また、臨床指導者やメンターとの関係性は、知識や技術の習得だけでなく、不安の軽減や実践への自信、職場適応にも影響すると考えられる（中本ら、2009)。特にキャリア初期助産師にとって、支援的な学習環境の存在は、実践への適応や学習継続を支える重要な要素であることが示唆された。

3．専門職アイデンティティと自律的実践の形成につながる助産基礎教育における学修経験

本レビューでは、助産師としての専門性や役割を認識する学修経験が、専門職アイデンティティの形成や自律的実践に関連していた。特に、継続ケアモデルにおける実践や、女性に寄り添う助産ケアを経験することは、「助産師らしさ」の理解や専門職としての自己認識の形成につながっていた。また、困難な経験を通して自己課題を認識し、自ら学び続ける姿勢を獲得する過程は、自律的実践を支える重要な要素であると考えられる。キャリア初期は、理想と現実のギャップや予期せぬ困難を経験しやすい時期でもあり、他者との関わりや役割モデルを通して職場適応や専門職アイデンティティを形成していくことが報告されている（赤星ら、2009；中本ら、2009)。キャリア初期は、理想と現実のギャップを経験しやすい時期でもあり、基礎教育段階から専門職としての価値観形成や自己省察を支える教育を行うことの重要性が示唆された。

4．助産基礎教育および卒後教育への示唆

本レビューの結果から、助産基礎教育はキャリア初期助産師の実践能力形成の基盤となる一方で、複雑事例への対応や高度な臨床判断能力については、卒後初期の臨床経験や支援的教育を通して発達していくことが示唆された。助産基礎教育においては、正常分娩を基盤とした学習が中心となるが、臨床現場ではハイリスク妊娠や急速進行分娩など、多様かつ複雑な状況への対応が求められる。Calvert et al.（2013）は、新卒助産師の基礎教育から臨床への移行期において、支援的な教育環境や段階的支援の重要性を指摘している。本レビューの結果もこれと一致しており、基礎教育と卒後教育を連続した教育過程として捉え、臨床現場における段階的支援やメンタリング体制を充実させる必要性が示唆された。

5．研究の限界と今後の課題

本スコーピングレビューでは、助産基礎教育におけるどのような学修経験がキャリア初期助産師の臨床実践能力に影響を及ぼすか、また、それらがどのような実践能力の側面に関連しているかについて整理した。その結果、助産基礎教育における学修経験として、実習や演習、シミュレーション等を通した実践的学習、臨床判断力を育成する学習、対象との関係形成を重視した学習、支援的関係の中での学習、専門職アイデンティティ形成につながる学習、教育設計やカリキュラムに基づく学習が抽出された。また、これらの学修経験は、技術的実践能力、臨床判断を含む状況対応能力、対象理解を基盤としたケア能力、自律的実践を支える力、専門職アイデンティティ、協働や職場適応に関する能力など、多面的な臨床実践能力と関連していた。

以上より、キャリア初期助産師の実践能力形成には、実践を通した経験学習に加え、対象理解に基づく臨床判断を支える教育、専門職アイデンティティ形成を支える支援的学習環境など、多面的な学修経験が重要であることが示唆された。また、助産基礎教育は実践能力形成の基盤となる一方で、高度な臨床判断能力や複雑事例への対応能力は、卒後初期の臨床経験や支援的教育を通して発達していく可能性が示された。今後は、基礎教育と卒後教育を連続した教育過程として捉え、助産基礎教育における教育方法および教育環境の充実に加え、キャリア初期助産師に対する継続的な教育支援体制について検討していく必要がある。

Ｆ．研究発表

なし。

謝辞

研究の文献検索に際し、検索方法および検索式についてご助言を賜りました獨協医科大学附属図書館司書　鈴木俊也氏に深謝いたします。

文献

赤星衣美、宮原春美、中尾優子他（2009)：新人助産師の職場適応プロセス、保健学研究、21（2)、35-42.

Calvert, S., Smythe, E., & McKenzie-Green, B.（2013)：Working towards being ready: How practising midwives maintain their ongoing

competence. Midwifery, 29(5), 512-521.
Cummins, Allison M., Denney-Wilson, E., Homer, C. S. E. (2015) : The experiences of new graduate midwives working in midwifery continuity of care models in Australia, Midwifery, 31, 438-444.
Diane M. Billings, Judith A. Halstead 著；奥宮暁子、小林美子、佐々木順子監訳 (2014) : 看護を教授すること―大学教員のためのガイドブック、医歯薬出版.
Hunter, Caroline, Bick, Debra (2019) : Early-career midwives' experiences of perineal assessment and repair after normal vaginal birth, British Journal of Midwifery, 27(1), 43-49.
小泉仁子、太田奈美、宮本眞巳：学士課程の助産師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－、順天堂大学医療看護学部医療看護研究、4、64-71.
Kolb, D. A. (1984) : Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Prentice-Hall.
黒田裕子、池内佳子、辻久美子他 (2011) : 助産学専攻科 1 期生の就職後の技術修得状況と助産学教育の評価、和歌山県立医科大学保健看護学部紀要、7、41-50.
文部科学省 (2020) : 看護師養成所等の運営に関する指導ガイドライン、
https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/_file/1.pdf (2025 年 9 月 27 日検索)
中島久美子、國清恭子、阪本忍他 (2009) : 新人助産師の視座から捉えた分娩介助・継続事例実習指導の課題、日本助産学会誌、23 (1)、5-15.
中本朋子、野崎美紀、重安日登美他 (2009) : 新人助産師の職場適応に影響する要因と助産師教育における課題、山口県立大学学術情報、2、48-52.
沼澤広子、森越美香、鈴木由美 (2023) : 大学院助産師教育における継続事例実習の学びの様相―フォーカスグループインタビューデータの分析―、医学と生物学、163 (1)、1-13.
緒方京、恵美須文枝、志村千鶴子他 (2012) : 大学院助産師養成課程修了生の卒後 1 年目の助産実践能力に対する評価、愛知県立大学看護学部紀要、18、71-81.
岡山真理, 森兼眞理, 山名香奈美他 (2022) : 助産師教育における修士課程修了前に受験した客観的臨床能力試験 (OSCE) の影響と助産師 1 年目に直面する課題、奈良看護研究ジャーナル、18、52-60.
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.
Skirton, H.,Stephen, N., Doris, F. et al. (2012) : Preparedness of newly qualified midwives to deliver clinical care, Midwifery, 28, e660-e666.
鈴木孝, 小幡さつき, 鈴木明日香 (2023) : コロナ禍で修了した助産師学生の技術到達度と職業的アイデンティティ、名古屋学芸大学看護学部紀要、2、23-30.
田島朝信、吉田佳代、坂梨京子他 (2007) : 助産師学生の分娩介助技術習得度についての考察、熊本大学医学部保健学科紀要、3、55-66.
舘下麻美、中井抄子、宮武美佳他 (2020) : コロナ禍における分娩介助実習－シミュレーション教育の試み、
滋賀母性衛生学会誌、20・21(1)、 55-62.
友利幸之介、澤田辰徳、大野勘太他 (2020) : スコーピングレビューのための報告ガイドライン 日本語版 : PRISMA-ScR、日本臨床作業療法研究、7、70-76.
Wondie, Awoke Giletew, Siebeck, Matthias, Sendekie, Tegbar Y. et al. (2025) : Does Curriculum Reform Improve Clinical Practice? Comparing the Quality of Labor and Delivery Care Provided by Midwives in Ethiopia, Advances in Medical Education and Practice, 16, 2259-2270.
全国助産師教育協議会 (2020) : 望ましい助産師教育におけるコア・カリキュラム 2020 年版.

図表

図 1. 文献選定のフローダイアグラム

表 1. キャリア初期助産師の実践能力に影響する助産師基礎教育の学習経験が含まれた文献概要

表 2. キャリア初期助産師の実践能力に影響を及ぼした学修経験

表 3. 学修経験が影響を及ぼしたキャリア初期助産師の臨床実践能力

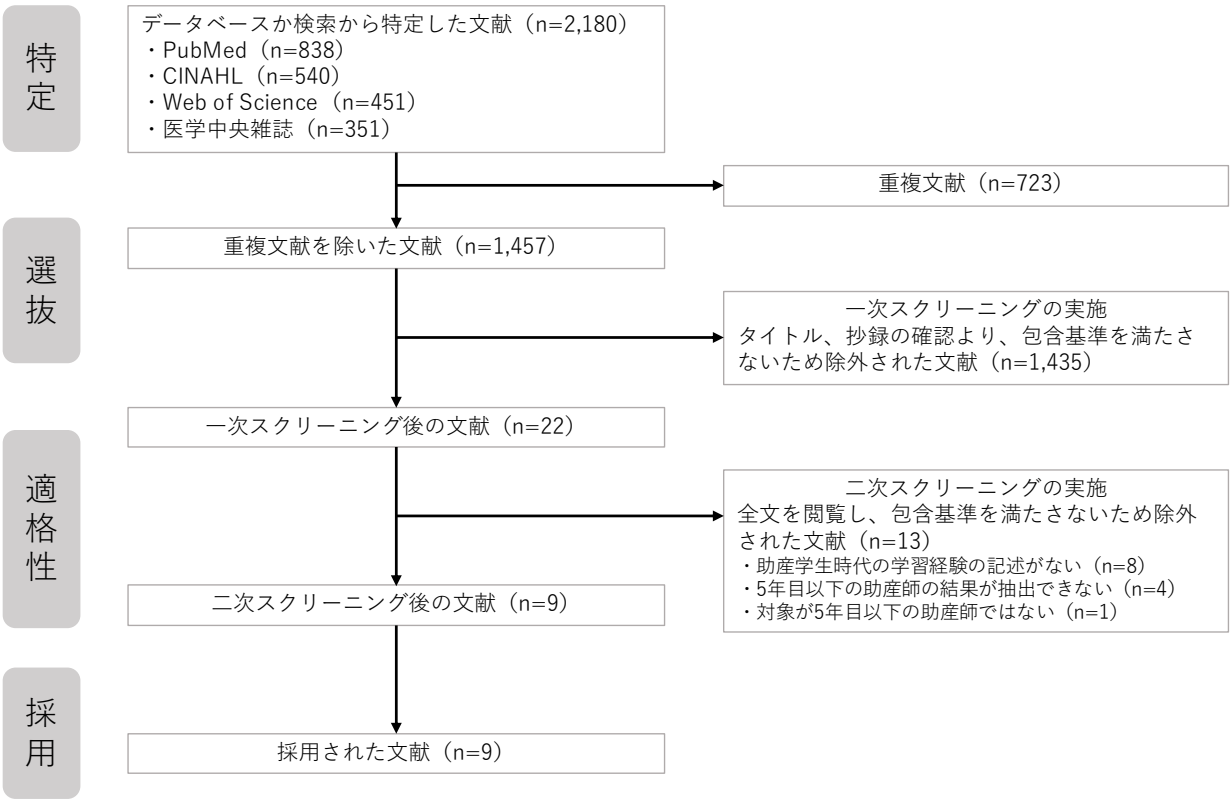


図 1. 文献選定のフローダイアグラム

表 1. キャリア初期助産師の実践能力に影響する助産師基礎教育の学習経験が含まれた文献概要

論文名（年）	著者	国	デザイン	目的
文献 1 助産師学生の分娩介助技術習得度についての考察 （2007）	田島朝信，吉田佳代，坂梨京子他	日本	量的研究	卒業後から 12 年が経過した助産師を助産業務年数別 4 群に分類して、各群の助産師の分娩介助技術自己評価点数を、各々、助産師学生当時の自己評価点数と比較検討することにより、昨今の助産師学生の分娩介助技術修得度に関する諸問題について考察する。
文献 2 助産学専攻科 1 期生の就職後の技術修得状況と助産学教育の評価 （2011）	黒田裕子，池内佳子，辻久美子他	日本	質的研究	修了後 1 年半の修了生の就職状況および、就職後の技術修得状況を把握する。その内容から、臨床での技術修得に本学の基礎教育がどのように活かされているのか明らかにする。
文献 3 助産師の職業的アイデンティティに関連する要因 （2011）	佐藤美春，菱谷純子	日本	量的研究	助産師の職業的アイデンティティを測定する尺度を作成し、関連要因を検討する。さらに助産師の職業アイデンティティの職業継続意思への関連についても検討し、助産師教育における職業アイデンティティを育てる方策の示唆を得る。
文献 4 Preparedness of newly qualified midwives to deliver clinical care （2012）	Skirton, H., Stephen, N., Doris, F. et al.	イギリス	質的研究	本研究は、助産師教員が助産師の実務準備に独自の貢献をもたらすかどうかを明らかにするために委託された大規模プロジェクトの一部である。本段階の目的は、学生助産師の教育プログラムが、専門職登録後、彼らが有能に実践できるよう備えさせていたかどうかを判断する。
文献 5 The experiences of new graduate midwives working in midwifery continuity of care models in Australia （2015）	Cummins, Allison M., Denney-Wilson, E., Homer, C. S. E.	オーストラリア	質的研究	助産継続ケアに従事した新卒助産師の経験、特に受けた支援を探求すること。そして、助産継続ケアモデルにおける新卒職位拡大の促進要因と障壁を明らかにする。
文献 6 Early-career midwives' experiences of perineal assessment and repair after normal vaginal birth （2019）	Hunter, Caroline, Bick, Debra	イギリス	質的研究	実践において会陰評価と修復を行った経験があり、かつ現在の助産師教育について考察できるキャリア初期助産師の正常分娩後の会陰評価と修復を行う経験を探ることを目的とする。
文献 7 助産師教育における修士課程修了前に受験した客観的臨床能力試験（OSCE）の影響と助産師 1 年目に直面する課題 （2022）	岡山真理，森兼眞理，山名香奈美他	日本	質的研究	A 大学院の助産師課程で修士課程修了前に実施している分娩介助の客観的臨床能力試験（修了前 OSCE）に関して、修了生が病院就職後に感じた修了前 OSCE の影響と助産師 1 年目の課題を明らかにし、修了前 OSCE の中期的な評価を行うこととした。
文献 8 コロナ禍で修了した助産師学生の技術到達度と職業的アイデンティティ （2023）	鈴木孝，小幡さつき，鈴木明日香	日本	量的研究	コロナ禍で修了した助産師学生の技術到達度と職業的アイデンティティ形成の実態を明らかにする。
論文 9 Does Curriculum Reform Improve Clinical Practice? Comparing the Quality of Labor and Delivery Care Provided by Midwives in Ethiopia （2025）	Wondie, Awoke Giletew, Siebeck, Matthias, Sendekie, Tegbar Y. et al.	エチオピア	量的研究	2013 年、デブレ・タボル大学は能力ベースの助産学カリキュラムを導入した。本研究はこのカリキュラム改革が助産師による分娩ケアの質を向上させたかどうかを評価する。

表 2. キャリア初期助産師の実践能力に影響を及ぼした学修経験

カテゴリ	具体的な学修経験
実践的な技術習得に関する学習	分娩介助技術の実習・演習　会陰評価・縫合の準備教育　OSCE に向けた練習 出生直後の新生児ケア　授乳支援　　声かけ等の練習 理論・シミュレーション・実践経験を組み合わせた演習
臨床判断力の育成に向けた学習	事例に基づく情報収集と判断　分娩第 1 期・第 2 期のアセスメント 臨床現場を想定した課題認識　複雑なケア状況への対応を学ぶ経験
対象との関係形成に関する学習	妊婦・褥婦への保健指導　健康教育　退院指導　対象との接し方 女性との関係形成を重視した学習　継続ケアモデルを理解する学習
支援的関係の中での学習	教員からの精神的支援　臨床助産師を活用した演習　臨床メンターの支援 役割モデルに接する経験　開業助産師の経験知に触れる経験
専門職アイデンティティ形成に関する学習	肯定的感情を伴う学習経験　助産観や専門性の認識形成 女性の健康への責任を意識する学び 継続ケアの中で「助産師になりつつある」と感じる経験 困難な経験を通して自ら学ぶ姿勢や強さを育む経験
教育設計やカリキュラムに基づく学習	コンピテンシー基盤型カリキュラムに基づく学習 理論と演習および実習を統合した段階的教育構成　OSCE を含む教育評価のしくみ 正常分娩を基盤に複雑なケアへ広げる教育設計

表 3. 学修経験が影響を及ぼしたキャリア初期助産師の臨床実践能力

カテゴリ	具体的な臨床実践能力
技術的実践能力	分娩介助技術　会陰評価・会陰縫合　新生児ケア　授乳支援　　出生直後ケア 分娩準備　　感染予防行動
臨床判断を含む状況対応能力	妊娠期・分娩期・産褥期のアセスメント　正常逸脱の判断　ハイリスク事例への対応 異常出血への対応　複雑なケア状況を認識し対応する力
対象との関係形成を基盤としたケア能力	妊婦・褥婦への保健指導　　退院指導　　授乳指導　女性との信頼関係形成 継続ケアモデルでの実践　　対象者理解をふまえたケア
自律的実践を支える力	自立して実践する能力　自己の課題を認識し評価する力　自己課題の明確化 自分で学ぶ姿勢　学習ニーズを認識し表明する力　困難を乗り越える力 主体的に成長する力
専門職アイデンティティと職業継続に関わる側面	助産師としての役割認識　助産師観の形成　助産師選択への自信　専門性への自負 女性の健康や出産に関わる責任の認識　専門職として成長している実感 継続ケアを通して「助産師になりつつある」と感じる経験 社会貢献への志向　　実践に対する自信　　職業継続意思
協働と職場適応に関する能力	他者と協働する力　　先輩や同僚の支援を活用する力　グループの中で学ぶ力 就職先の手順や実践様式への適応

令和 7 年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究 2：助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究
～教員を対象とした調査～

研究代表者　正岡　経子　（札幌医科大学）
研究分担者　五十嵐　稔子　（奈良県立医科大学）
林　佳子　（札幌医科大学）
蛎崎　奈津子　（岩手医科大学）
野原　留美　（関西医科大学）
木村　奈緒美　（奈良県立医科大学）
小川　久貴子　（長岡崇徳大学）
村上　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
研究協力者　葉久　真理　（前徳島大学）

研究要旨

助産師養成校における分娩介助・分娩期ケアに係る教育内容について、COVID-19 感染拡大下を含む直近 5 年間の実態、卒業時の到達度、および実習を補完する教授方法を明らかにすることを目的に、全国の助産師学校養成所 220 校の教員を対象とした Web アンケート調査を実施した。回収率は 69.5%、有効回答率は 100%であった。

分娩介助回数は 2021 年度に最も減少し（平均最小回数 7.6 回）、9 回を下回った施設は全体の 20.2%に達したが、2024 年度には 12.6%へと改善した。9 回を下回った理由は、COVID-19 感染拡大時の「実習期間・時間の短縮」から、2024 年度には「出産数の減少」「同意が得られない」「正常からの逸脱」へと変化しており、少子化の進行・対象者の権利意識の変化・ハイリスクケースの増加という構造的背景が示唆された。分娩介助事例の対象は促進分娩・誘発分娩に加え、硬膜外麻酔分娩（74.8%）やハイリスク妊娠（72.2%）にまで拡大していた。

卒業時到達度については、分娩介助の基本的技術は一定程度達成されていたものの、分娩進行の予測・診断、異常発生時の判断と対応に関する項目の到達が困難であることが示された。教員の 80%以上が「単独で実施できる」ではなく、「指導の下で実施できる」水準を目標とする項目が大半を占めた。補完教育としては、実習後のリフレクション・技術試験・課題学習が広く活用されていた。

以上より、分娩介助機会の確保が構造的に困難となりつつある現状において、実習の質的充実と補完教育の体系化を並行して進める必要性が示唆された。

A．研究目的

助産師養成校の分娩介助・分娩期ケアに係る教育内容について、COVID-19 感染拡大下を含む直近 5 年間の実態、卒業時の到達度、分娩介助 10 回程度に満たない場合の補完的な教授方法ついて明らかにする。

B．研究方法

研究デザイン：Web アンケートによる横断研究。調査用紙は郵送にて送付し、回収は Web を用いた。

対象：厚生労働省のホームページにおいて公表されている助産師学校養成所一覧にある養成校 220 校（223 教育課程）に所属する教員 1 名。ただし、養成校において助産師養成の教育課程が複数ある場合は、教育課程別に各 1 名を対象とした。

選定基準

・助産師学校養成所に所属する専任の教員
・助産師免許を有している者
・助産師教育について責任的立場の者
・分娩実習を担当している者が望ましい
・５年以上の助産師教育経験を有する者が望ましい

除外基準

・助産師学校養成所における責任者であっても助産師ではない者
・非常勤の教員

データ収集内容：

・基本属性
・分娩介助実習の実態（分娩介助実績、分娩介助回数確保のための取り組み、実習時間、実習施設）
・分娩介助とならなかった事例の実態

・分娩期の診断力とケア能力、分娩介助能力向上のための学内および実習での教育方法
・分娩介助に関する厚生労働省が提示する卒業時の到達度を基に整理した判断・技術・態度に関する 47 項目の到達度、COVIDO-19 感染拡大による影響、実習を補完する教育方法
・教員の分娩期ケアについての教育に関する考え、意見
・将来的に分娩介助回数の確保に対する予測

調査実施期間：令和 8 年 1 月 9 日から 2 月 9 日まで

倫理的配慮：札幌医科大学の倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 7-1-54)。

C．研究結果

Web アンケートの回答数は 155 件/223 件中で、回収率は 69.5%、有効回答率は 100%であった。回答者が所属する教育課程の内訳は、大学院（含む専門職大学院）39 件、大学専攻科 21 件、大学別科 9 件、大学選択コース 48 件、短大専攻科 4 件、養成所（専修学校/各種学校）26 件であった。

分娩介助実習の実態

2020 年度からの 5 年間における分娩介助回数は、2021 年度に平均最大回数 9.8 回、平均最小回数 7.6 回最も少なく、9 回を下回ったのは 44/223 校（20.2%）であった。COVID-19 感染症が 5 類に移行した 2023 年度以降は 9 回を下回った施設が減少し、2024 年度は 28/223 校（12.6%）であった。2024 年度の分娩介助回数は、平均最大回数 10.3 回、平均最小回数 8.7 回と回復していた。(図 1)

分娩介助数回数が 9 回を下回った理由の上位 3 つは、COVID-19 感染症拡大時と終息後で異なっていた。2020 年度に回答が多かったのは、1 位「実習期間の短縮」、2 位「実習時間の短縮」、3 位「出産数の減少」（スライド８）であったが、2024 年度は、1 位「出産数の減少」、2 位「同意が得られない」、3 位「正常からの逸脱」であった。理由が変化した背景には、少子化の顕著な進行、対象者の権利意識の変化、ハイリスクケースの増加が存在していることが推察された。(図 2)

分娩介助回数を確保するための取り組みについて、2020 年度は 44 件(複数回答あり)の回答だったが、2024 年度は 284 件（複数回答）と著しく回答数が増加し、分娩介助回数の確保は深刻な課題となっていることが示唆された。実際にとられた対応には、夜間・土日（含む祝日）の実習に取り組み、実習非常勤の増員等、実習体制の変更に取り組み、受け持ちの対象を拡大するなどがあがった。

分娩介助事例の状況

分娩介助事例としてカウントした対象者について回答したのは 115 校で、全校(100%)が促進分娩を、113 校(98.3%)が誘発分娩を含めていた。ハイリスク妊娠を含めていたのは 83 校（72.2%)、本人希望の硬膜外麻酔分娩を含めていたのは 86 校（74.8%）で、分娩期の受け持ちの対象が拡大していた。(図 3)

また、分娩第 1 期に受け持ったが分娩介助とならなかった例をカウントに含めていたり（緊急帝王切開となった：22 校、19.1%)、実習時間終了などにより分娩介助しなかった：8 校、7.0%)、分娩第 2 期からの受け持ち例が 74 校（64.3%)、第 1 期から第 3 期までの受け持ち例が 72 校（62.6%）と、分娩第 1 期から 4 期の全期間を受け持てていない実態が明らかとなった。分娩第 1 期に受け持ったが緊急帝王切開となったのは、1 校当たり平均 6.53（最小 0、最大 99）件で、第 1 期に受け持ったが分娩介助をしていなかった（緊急帝王切開以外の理由）のは約 2 倍で、1 校当たり平均 12.23（最小 0、最大 99）件であった。

実習を補完する教育方法

COVID-19 感染症拡大時に、分娩介助回数の不足時に補完・強化するための教育方法として回答で上位 3 つにあがったのは、1 位課題学習の提示（63.6%)、同率 2 位がロールプレイと実習後のリフレクション(61.7%)であった。補完・強化のために現在も行われている教育方法は、1 位が実習後のリフレクション（68.9%)、2 位が技術試験（67.0%)、同率 3 位が課題学習の提示（66.0%）と演習後のリフレクション（66.0%）であった。(図 4)

学生の到達度についての教員の評価

実習終了時点において、50%以上の養成校で全学生

が到達できた学習項目は、「胎盤の確認」「分娩監視装置の装着」「分娩野の作成」「スタッフとのコミュニケーション」の 4 項目にとどまった。一方、50%以上の養成校で８割の学生が到達できた項目は 41 項目にのぼり、会陰保護、児頭娩出、肩甲娩出、体幹娩出など、分娩第 2 期の介助技術も含まれていた。これに対し、「今後の分娩進行を予測する」「分娩進行状態の診断を適宜修正する」「分娩進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う」「異常発生時の介入の判断と実施」「産科危機的出血への処置」「帝王切開前後のケア」の 6 項目では、8 割以上の学生が到達できる養成校が 50%未満であり、分娩進行の診断や異常・リスク発生時の判断、ケアおよび処置に関する項目の到達が困難であることが示された。

教員が必要と考える到達レベル

回答者の 80%（90 校）以上が「単独で実施できる」必要があると考えていた学習項目は、47 項目中 6 項目であり、「産婦と信頼関係を築く」「適切な報告・連絡・相談をする」「スタッフとコミュニケーションをとる」「ケアを振り返る姿勢を持つ」「分娩監視装置の装着」「分娩野の作成」がこれに該当した。一方、47 項目中 41 項目については、「指導の下で実施できる」程度の到達でよいとする回答が 80%以上を占めていた。ただし、「異常発生時の介入の判断と実施」「胎児機能不全への対応」「産科危機的出血への処置」「一次救命処置」「会陰切開及び裂傷後の縫合」「新生児蘇生法の実施」の 6 項目については、「指導の下で実施できる」水準を必要とする教員も 80%未満であり、異常時対応や高度な処置に関する学習項目では、到達水準の設定に慎重な認識が示された。

D．考察

分娩介助回数の変化とその背景

2021 年度に分娩介助回数が最も減少し、平均最小回数 7.6 回と、9 回を下回った施設が全体の約 20%に達したことは、COVID-19 感染拡大が助産基礎教育に与えた影響の深刻さを示している。2023 年度以降は感染症の 5 類移行に伴い回数が回復傾向を示したものの、2024 年度においても 12.6%の施設では 9 回を下回っており、感染症収束後もなお課題が継続していることが示された。また、分娩介助回数を下回った理由の変化に注目すると、COVID-19 感染拡大下では「実習期間・時間の短縮」が主因であったが、2024 年度には「出産数の減少」「同意が得られない」「正常からの逸脱」が上位を占めた。これは、少子化の急速な進行、対象者の自律尊重に基づく権利意識の高まり、ならびにハイリスク妊産婦の増加という社会的な変化を反映しており、感染症対応で露わとなった問題が恒常的・構造的課題へと移行していることを示唆する。加えて、分娩介助回数確保に向けた取り組みの回答数が 2020 年度の 44 件から 2024 年度に 284 件へと急増したことは、各養成校が多大な労力を投じてこの課題に対応していることを示すとともに、個々の施設努力だけでは解決が困難な局面に入りつつあることを示している。

分娩介助事例の対象拡大とその意義

促進分娩・誘発分娩を含む施設がほぼ全校にのぼり、本人希望による硬膜外麻酔分娩（74.8%）やハイリスク妊娠（72.2%）を含む施設も 7 割を超えていた。この対象拡大は、分娩介助回数の確保という現実的な課題に応じたものと考えられるが、同時に、学生が正常分娩だけでなく多様な分娩形態に対応するため、知識・技術ともに多大な学びを必要としていることが考えられる。一方で、分娩第 1 期から第 4 期の全期間を受け持てていない施設が多数存在し、第 1 期に受け持ちながら緊急帝王切開や実習時間終了等により分娩介助に至らなかった例が 1 施設あたり平均 12 件以上に達していたことは、「分娩介助回数」という量的指標のみでは学習の質を担保できないことを示唆する。受け持ちの方法の検討、すなわち分娩経過を連続的に観察・判断し、ケアを提供する体験の質が重要であり、分娩介助回数の充足とともに実習内容の充実を図ることが必要である。

学生の到達度と教育上の課題

50%以上の養成校で全学生が到達できた項目が 4 項目にとどまった一方、8 割の学生が到達できた項目が 41 項目に及んでいた。この結果は、分娩介助の基本的技術については一定の習熟が達成されている反面、「分娩進行の予測と診断の修正」「異常の予測と予防的ケア」「異常発生時の判断と実施」「産科危機的出血への処置」など、臨床推論や緊急対応に関わる項目において到達が困難であることを示している。これらは、実習場面での

経験のみでは習得が難しく、シミュレーション教育や演習、リフレクションを組み合わせた体系的な教授方法の開発と実装が求められる領域である。

教員が設定する到達水準と教育設計への示唆

教員の 80%以上が「単独で実施できる」必要があると回答した項目が 47 項目中 6 項目であったことは、現行の実習環境・実習期間において学生に期待できる到達水準の現実的な上限を示していると考えられる。多くの項目で「指導の下で実施できる」水準が目標とされており、これは段階的な学習過程を踏まえた現実的な到達目標の設定として考えられているからであると推測される。一方で、異常時対応や高度な処置に関する項目では「指導の下で実施できる」水準を求める教員が 80%未満であった。今後、学生が実習でハイリスク分娩を経験する機会が増加していく中、卒業時到達目標の明確化と、各養成校が共有できる評価規準の整備が課題である。

補完教育の現状と今後の方向性

COVID-19 感染拡大下に導入された補完教育として課題学習・ロールプレイ・リフレクションが上位を占め、現在も実習後リフレクション、技術試験、課題学習が主要な補完教育方法として継続されていることは、臨床実習を補完する学内教育の重要性が広く認識されていることを示す。今後、分娩介助機会のさらなる減少が予測される状況においては、これら補完教育の効果検証を行い、エビデンスに基づいた教育方法の標準化を進めることが重要な課題となる。

E．結論

1）分娩介助実習回数は、COVID-19 感染拡大により 2021 年度に最も減少したが、5 類移行後は回復傾向にある。しかし、2024 年度においても約 13%の養成校で基準の 9 回を下回っており、その主因は少子化による出産数の減少、対象者の権利意識の変化、ハイリスクケースの増加へと移行していることが示された。これらは COVID-19 感染の収束後も継続する構造的課題であり、個々の養成校の努力のみでは解決が難しい状況となっている。

2）分娩介助事例の対象は促進・誘発分娩のみならず、硬膜外麻酔分娩やハイリスク妊娠にまで拡大していた。一方で、分娩第 1 期から第 4 期の全期間を継続的に受け持てない実態も明らかとなり、分娩介助回数の充足だけでなく、実習の質的充実を図ることの必要性が示された。

3）学生の到達度については、分娩介助の基本的技術は一定程度達成されているものの、分娩進行の診断・予測、異常発生時の判断と対応、産科危機的出血への処置など、臨床推論や緊急対応に関わる項目での到達が困難であることが示された。これらの能力の育成には、シミュレーション教育や演習、リフレクションを組み合わせた体系的な補完教育の整備が不可欠である。

4）教員が設定する卒業時到達水準は、多くの項目で「指導の下で実施できる」水準を目標としており、現行の実習環境における現実的な設定がされていた。

以上より、助産基礎教育における分娩介助実習の質・量の両面にわたる課題への対応として、実習環境の改善と補完教育の体系化を並行して進めることが必要である。また、これらの取り組みを支える制度的・組織的な枠組みの構築に向けて、養成校、実習施設、関係学会・職能団体が連携して検討を進めることが求められる。

F．研究発表

なし。

図表

図 1　学生数と分娩回数　平均値の変化（2020-2024 年度）

図 2　分娩介助が 9 回を下回った理由

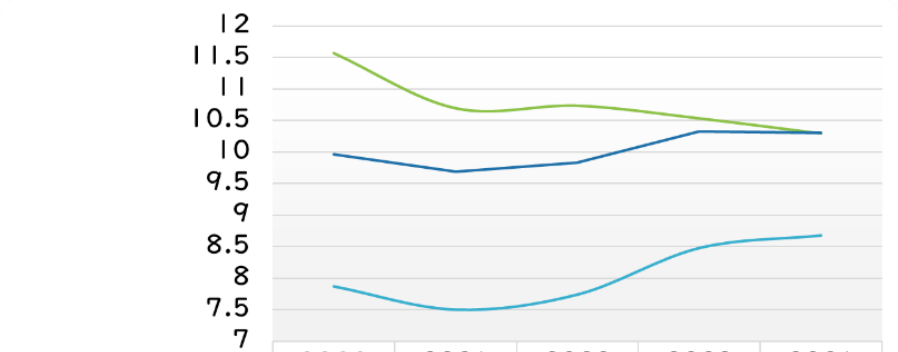
図 3　分娩介助事例の状況

図 4　分娩介助回数不足時に、実習以外または実習時に保管・強化するために取り入れている教育方法

資料

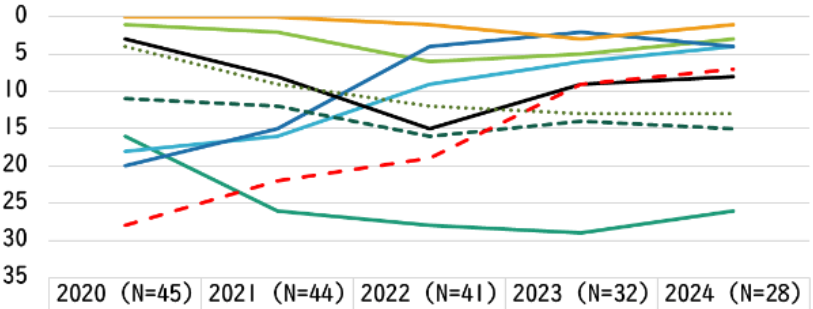
資料 1　研究説明文書

資料 2　Web アンケートの調査内容



	2020 n=95	2021 n=97	2022 n=103	2023 n=112	2024 n=113
学生数	11.57	10.7	10.74	10.54	10.3
平均最小分娩回数	7.87	7.5	7.74	8.48	8.68
平均最大分娩回数	9.97	9.69	9.83	10.33	10.31

図１　学生数と分娩回数　平均値の変化(2020-2024 年度)



	2020 (N=45)	2021 (N=44)	2022 (N=41)	2023 (N=32)	2024 (N=28)
出産数が減少	16	26	28	29	26
出産を取りやめ	1	2	6	5	3
実習時間が短縮	18	16	9	6	4
実習期間が短縮	20	15	4	2	4
指導者が減少	3	8	15	9	8
教員が不足	0	0	1	3	1
同意を得られない	11	12	16	14	15
正常から逸脱	4	9	12	13	13
その他	28	22	19	9	7

図２　分娩介助が９回を下回った理由

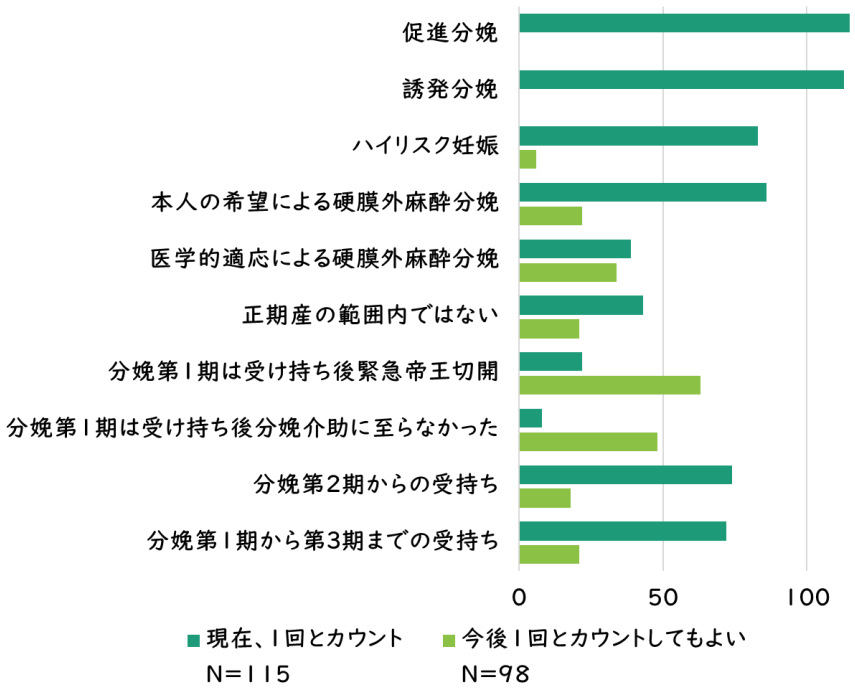


図3　分娩介助事例の状況

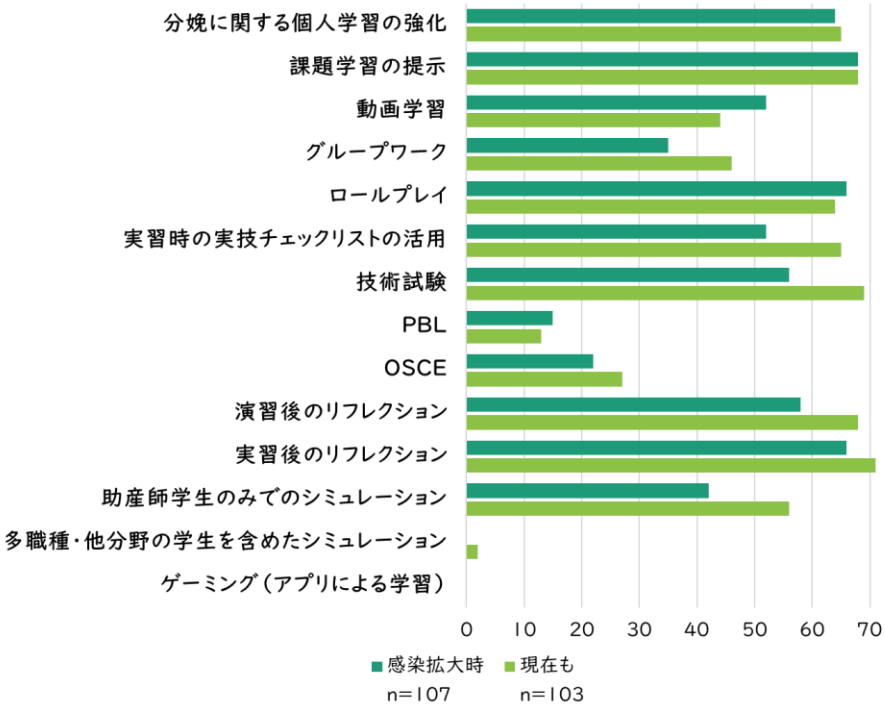


図4　分娩介助回数不足時に、実習以外または実習時に補完・強化するために取り入れている教育方法

2025 年 1 月 5 日

助産師教育ご担当者様

奈良県立医科大学 五十嵐　稔子
札幌医科大学　　林 佳子

令和 7 年度厚生労働省行政推進調査事業（地域医療基盤開発推進研究事業）課題番号：25IA2008

助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究 ～教員を対象とした調査～

ご協力のお願い

拝啓 時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

近年、日本においては、急速な少子化の進行、出産年齢の高齢化や硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）の増加により、助産師学生が分娩介助を行える正常産が減少しています。COVID-19 の感染拡大下では、世界中の助産師教育にさらなる複雑性が加わり、教育方法の検討も行われました。

助産学実習における分娩介助は、『実習中分べんの取扱いについては、助産師又は医師の監督の下に学生一人につき十回程度行わせること。この場合において、原則として、取り扱う分べんは、正期産・経膣分べん・頭位単胎とし、分べん第一期から第三期終了より二時間までとする』と定められています。しかし、現在、助産学実習、特に分娩実習は我が国の人口動態的要因等の影響を受け、学生が円滑に実習を行い、完遂するのが困難な状況となっています。

そこで、研究班では、助産師教育を行っているすべての養成校を対象に、助産学実習（分娩の取り扱い）と学生の到達度、教員の皆様のお考えなどについて実態を明らかにする必要があると考えました。本研究の結果は、持続可能な助産師教育の方法を検討するための資料といたします。

お忙しい中、大変恐縮ではございますが、「助産基礎教育における臨地実習の在り方に関する研究 教員を対象とした調査についてのご説明および同封の「WEB アンケート調査内容」をご参照の上、調査の主旨をご理解頂き、是非ともご協力くださいますようお願い申しあげます。

敬具

五十嵐 稔子（奈良県立医科大学）
林 佳子　　（札幌医科大学）
正岡 経子　（札幌医科大学）
蛎﨑 奈津子（岩手医科大学）
野原 留美　（香川大学）
木村 奈緒美（奈良県立医科大学）
小川 久貴子（東京女子医科大学）
村上 明美（神奈川県立保健福祉大学）

助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究　教員を対象とした調査についてのご説明

研究目的

研究目的は、助産教育機関の分娩介助・分娩期ケアに係る教育内容について、COVID-19 感染拡大下を含む直近 5 年間の実態、卒業時の到達度、分娩介助 10 例程度に満たない場合の補完的な教授方法（シミュレーション教育等）について明らかにすることです。

研究の必要性と意義

少子化と分娩の医療化により正常分娩の減少が進む中、助産学実習での限られた臨床経験を補うことができる効果的な教育方法を検討する資料とするために、本邦における助産師教育に対する教員の認識、教育方法の現状を明らかにする必要があります。助産学実習、特に分娩実習の実態を明らかにすることで、制約を受ける環境下においても実践力を高めるための教育方法を検討する資料とできると考えます。

対象者

厚生労働省のホームページにおいて公表されている助産師学校養成所一覧にある教育施設 220 校に所属する教員の方 1 名 ※注

※注 養成校において助産師養成の教育課程が複数ある場合は、教育課程別に各 1 名より回答をお願いいたします。

対象者となるのは、以下の選択基準を満たし、除外基準に該当しない方です。

選定基準 ・助産師学校養成所に所属する専任の教員
・助産師免許を有している者
・助産師教育について責任的立場の者
・分娩実習を担当している者が望ましい
・5年以上の助産師教育経験を有する者が望ましい

除外基準 ・助産師学校養成所における責任者であっても助産師ではない者
・非常勤の教員

研究方法　WEB アンケート

データ収集内容

・基本属性
・分娩に関する実習状況（分娩介助実績、分娩件数確保のための取り組み、実習時間、実習施設）
・分娩介助とならなかった事例の実態
・分娩期の診断力とケア能力、分娩介助能力向上のための学内および実習での教育方法
・分娩介助に関する卒業時の到達度、COVIDO-19 流行による影響、実習を補完する教育方法
・教員の分娩期ケアについての教育に関する考え、意見
・将来的に分娩介助件数の確保に対する予測

（詳細は、別紙「 WEB アンケート調査内容 」ご参照ください）

研究実施期間 札幌医科大学学長の承認後から 令和 9 年 3 月 31 日までです。

お願いしたいこと

・下の URL または QR コードを読み取っていただくと、本調査に関する説明が表示されます。調査の主旨をご理解いただき同意される方は、WEB アンケートの回答前に表示される「同意する」を選択してください。同意いただくと、WEB アンケートの入力画面が表示されます。

・各教育機関の回答は、1 名の方に入力をお願いいたします。

入力フォームは途中で保存し、再開することが可能です。必要時、他の教員ともご相談の上、回答ください。

回答時間は 30 分程度です。

＊WEB アンケートの入力締め切りは 令和 8年 2月9日とさせていただきます。

倫理的配慮

本研究は、札幌医科大学倫理委員会の審査を経て、同大学学長の承認のもと実施します（承認番号 7-1-54 ）。

1）人権への配慮（プライバシーの保護）

研究参加への自由意志の尊重と同意撤回についての権利を保障します。本研究への協力は、研究協力者の個人の自由意志によるものであり、研究に同意しない場合でも不利益を被ることはありません。

WEB アンケートは、入力サイトで同意を確認するチェックボックスが設定されています。無記名のため入力・送信後は個人が特定できず、同意撤回が不可能となることをあらかじめご承知おきください。

2）個人情報保護対策

WEB アンケートはプライバシーマークを取得し、調査研究コンサルティングの実績を持つ企業に業務委託しております。アンケートのデータは、設問内容の設定への留意と回答の記号化により個人の特定を回避します。また、WEB アンケート特有のセキュリティ対策として、サイバー攻撃の被害リスクを軽減させる対策（SSL 通信、マルウェア対策、SQL インジェクション対策等）、重複回答を防止する対策（回答終了後同一端末では再回答できないようにする等）、データ消滅に対する対策（適切なインフラ設定、データの多重化等）を実施することや必要十分なセキュリティ対策を提案できる企業を選定しました。

データの操作・保管において、個人情報の保護対策として、データ分析時には外部との接続がない状態でセキュリティが確保されたコンピューターを使用します。データは、パスワード等でロック可能な外付けの HDD に厳重に保管し、コンピューターのセキュリティ対策として、定期的にインターネットと接続しウィルスソフトを最新版に更新します。

3）安全性・不利益への配慮

本研究への協力により対象者の安全に影響が生じるとは考えられません。回答に要する時間的なご負担をおかけしますが、研究に協力いただくことにより侵襲を受けることはないと考えております。

対象者の費用負担

本アンケートは WEB 上での回答をお願いしております。回答に際して発生するインターネット通信費（パケット通信料など）につきましては、誠に恐れ入りますが、回答者ご自身のご負担となりますことをご了承ください。

研究資金および利益相反

本研究は、令和 7 年度厚生労働省行政推進調査事業補助事業（課題番号：25IA2008）を受けて実施します。本研究における利益相反事項はございません。

研究結果の公表

研究結果は、助産および母性教育に関する学術学会、助産師教育に関連する団体、助産師の職能団体、厚生労働省の資料として公表します。

研究に関するお問い合わせ

本研究についてのご質問、情報の開示に関するお問い合わせは、下記にご連絡ください。お問い合わせは、可能な限りメールでお願いいたします。電話でのお問い合わせは、平日の日中（9 時から 17 時まで）にお願いいたします。不在の場合は、折り返しお電話を差し上げますので、メッセージを残していただけますようお願いいたします。

お問い合わせ先
札幌医科大学保健医療学部看護学科 林 佳子
TEL ：011－611-2111（内線 23140）
E-mail：hayashiy@sapmed.ac.jp

アンケートの回答は、以下の URL または QR コードからアンケートフォームにアクセスし、入力してください。

QR コード

RL https://

Web アンケートの調査内容

本調査は web アンケートです。予想回答時間は、30 分です。
本書は調査内容をお示しているもので、アンケートの回答用紙ではありません。
調査内容のご確認と web アンケートフォームに回答を入力する際のメモとして活用ください。

アンケートへの同意の確認

本研究への協力は、研究協力者の個人の自由意志によるものです。研究に同意しない場合に不利益はありません。Web アンケートは無記名でデータは記号化されます。入力・送信後は個人が特定できないため、同意の撤回は不可能となることをご承知おきください。本研究で得られる情報は研究の目的以外には使用いたしません。

Web アンケートの入力フォームの冒頭に、研究協力への同意の意思確認をするチェックボックスがあります。同意いただける方は、チェックを入れて回答を開始してください。

□本研究の目的・方法・倫理的配慮について理解し、協力に同意します。 **必須**

1. 貴校についてお答えください。

質問1. 貴校の教育課程(学校種別)を教えてください。 **必須**

□専門職大学院を含む大学院　□大学専攻科　□大学別科　□大学選択コース
□短大専攻科　□養成所(専修学校/各種学校)

質問2. 貴校の所在地区を教えてください。 **必須**

□北海道地方(北海道)
□東北地方(青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県)
□関東地方(茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県)
□中部地方(新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県)
□近畿地方(三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県)
□中国地方(鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県)
□四国地方(徳島県、香川県、愛媛県、高知県)
□九州・沖縄地方(福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県)

2. あなたご自身についてお答えください。

質問3. 所属機関での職位をお答えください。　自由記述

質問4. 現在の所属機関での在職期間をお答えください。 **必須**

□5 年未満　□6-10 年　□11-15 年　□16-20 年　□20 年以上

質問5. 助産師教育に携わったこれまでの期間をお答えください。 **必須**

□5 年未満　□6-10 年　□11-15 年　□16-20 年　□20 年以上

3. 分娩に関する実習の状況をお答えください。

質問6. 2020 年～2024 年の各年度について、学生数と学生 1 人あたりの年間の分娩介助数を教えてください。

回答は特例措置での分娩カウントを含まず、最少だった回数と最大だった回数を入力してください。

2020 年度　学生数　数値の記載　人、 分娩回数 最少 数値の記載 ～最大 数値の記載 回
2021 年度　学生数　数値の記載　人、 分娩回数 最少 数値の記載 ～最大 数値の記載 回
2022 年度　学生数　数値の記載　人、 分娩回数 最少 数値の記載 ～最大 数値の記載 回
2023 年度　学生数　数値の記載　人、 分娩回数 最少 数値の記載 ～最大 数値の記載 回
2024 年度　学生数　数値の記載　人、 分娩回数 最少 数値の記載 ～最大 数値の記載 回

質問7. 分娩介助数が9回を下回った（8回以下）年度があれば、その理由と当該年度の分娩介助数の確保に向けた取り組みを教えてください。

年度	9 回を下回った有 無（有 の 場合、右欄へ）	9 回を下回った理由（複数回答）	当該年度の分娩介助回数の確保に向けた取り組み（複数回答）	翌年度の分娩介助回数の確保に向けた計画（複数回答）
2020	有・無	実習施設の出産数が減少 実習施設が出産を取りやめた 実習施設の実習時間が短縮された 実習施設の実習期間が短縮された 実習施設の指導者が減少 実習指導の教員が不足 受け持ちの同意を得られないことが増えた 正常から逸脱し、受け持ちが続けられないことが増えた その他 →（自由記載）	夜間実習（オンコール含む）を追加 土日祝日の実習を追加 実習施設を増加 実習指導の非常勤教員を増員 実習期間の延長 実習開始時間を早めた 実習時間を延長 受け持ち対象を拡大 学内演習で対応 その他 →（自由記載）	夜間実習（オンコール含む）を追加 土日祝日の実習を追加 実習施設を増加 実習指導の非常勤教員を増員 実習期間の延長 実習開始時間を早めた 実習時間を延長 受け持ち対象を拡大 学内演習で対応 その他 →（自由記載）
2021	有・無	選択肢同上	選択肢同上	選択肢同上
2022	有・無	選択肢同上	選択肢同上	選択肢同上
2023	有・無	選択肢同上	選択肢同上	選択肢同上
2024	有・無	選択肢同上	選択肢同上	選択肢同上

問8. **2024 年度**の全体の実習時間（週数）を教えてください。

全実習期間 数値の記載 週　　そのうち、分娩介助を行った実習期間 約 数値の記載 週

4. 分娩実習の実習受け入れ状況

質問9. **2024 年度に**分娩実習を行った施設数を教えてください。

合計　（ 数値の記載 ）施設
内訳　病院　（ 数値の記載 ）施設　診療所　（ 数値の記載 ）施設
助産所　（ 数値の記載 ）施設　海外施設　（ 数値の記載 ）施設

5. 分娩介助事例の状況

質問 10.『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)』には、『分べんの自然な経過を理解するため、助産師又は医師の監督の下に、学生一人につき正常産を十回程度直接取り扱うことを目安とする。取り扱う分べんは、原則として、正期産・経腟分べん・頭位単胎とし、分べん第一期から第三期終了より二時間までとする」「助産学実習において、分べん第一期のアセスメント及び支援ができ、分べん介助の途中で吸引分べん、鉗子分べんに移行した場合は、一回の分べんとして算入して差し支えないこと」とあります。

(1)下記の表のうち、上記規程にある正常産以外で、現在、1 回とカウントしている事例はどれですか。
(1)の列の、該当の項目を選択してください。(複数回答)

(2)下記の表のうち、上記規程にある正常産以外で、現在はカウントしていないが、今後 1 回とカウントしてもよいと考える事例はどれですか。(2)の列の、該当の項目を選択してください。(複数回答)

項目	(1)	(2)
促進分娩		
誘発分娩		
ハイリスク妊娠		
本人の希望による硬膜外麻酔分娩(無痛分娩)(無痛分娩)		
医学的適応による硬膜外麻酔分娩(無痛分娩)(無痛分娩)		
正期産の範囲内ではない		
分娩第 1 期は受け持ち助産過程を展開したが緊急帝王切開となった		
分娩第 1 期は受け持ち助産過程を展開したが分娩介助に至らなかった (実習時間終了、産婦・家族の希望等)		
分娩第 2 期からの受持ち		
分娩第 1 期から第 3 期までの受持ち		
その他(自由記述)		

(3)「正期産の範囲内ではない」を選択された方にお聞きします。
妊娠何週の分娩介助が可能だと思いますか。(記載例 36～42)
(数値の記載)週～(数値の記載)週

(4)上記(3)で可能と回答した事例について、条件があれば具体的に記載してください。
(記載例:早産でも推定体重 2500g 以上で、胎児異常がない)
自由記述

質問 11. **2024 年度**に、分娩介助事例と**ならなかった事例**について教えてください。
(1)分娩第 1 期の診断とケアは行ったが、**緊急帝王切開になり**介助できなかった事例数
(数値の記載)例

(2)分娩第 1 期の診断とケアは行ったが、**緊急帝王切開となった事例以外で**分娩介助に至らなかった事例数
(数値の記載)例

(3)上記(2)の事例の状況／理由を教えてください。(複数回答)

□事例の状況が正常から逸脱し(帝王切開以外)、受け持ちが中止された

□取り決めている実習時間が終了したため(夜勤帯の分娩になり、実習を終了した等)

□実習施設の指導体制が整わないため、学生が受け持ちを続けられなくなった

□産婦または家族の分娩第2期の同意が得られなかった

□学生の体調が悪くなった等、学生側の理由により受け持ちを続けられなくなった

□その他(自由記述)

6. 実習を補完する教育について

質問 12. 分娩介助数が足りない時、実習以外、または実習時に補完・強化するために取り入れている教育方法について教えてください。、下表の該当欄に COVID-19 感染拡大時と、現在も分けて回答してください。「その他」を選択された方は、(　)に内容をご記入ください。

(1)COVID-19 感染拡大時に特に行ったのはどれですか　。(1)の列の、該当の項目を選択してください。

(2)現在も行っているのはどれですか。(2)の列の、該当の項目を選択してください。

項目	(1)	(2)
分娩に関する個人学習の強化		
課題学習の提示		
動画学習		
グループワーク		
ロールプレイ		
実習時の実技チェックリストの活用		
技術試験		
PBL		
OSCE		
演習後のリフレクション		
実習後のリフレクション		
助産師学生のみでのシミュレーション		
多職種・他分野の学生を含めたシミュレーション		
ゲーミフィケーション(アプリなどを用い、ゲームの要素を取り入れた学習)		
その他(自由記述　　)		

7. 分娩介助に関して必要と考える卒業時の到達度と貴校の学生の到達度についてお答えください。

質問 13. P5 の表 1 は「分娩介助に関わる技術項目」、P6 の表 2 は「分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目」です。(1)～(4)について、回答をお願いします。

(1)分娩取り扱い 10 回程度を終えた時点で、学生の分娩介助・分娩期ケア能力の到達度は**どの程度必要**だとお考えですか。下表(1)の列に、「3:単独で実施できる」「2:指導の下で実施できる」「1:できない」のうち、当てはまる数字をお答えください。

(2)**実際に卒業前の到達度**について、現在、貴校に所属する学生の何パーセント程度が到達できるとお考えですか。下表(2)の列に、「6:100%」「5:80-99%」「4:60-79%」「3:40-59%」「2:20-39%」「1:0-19%」のうち、当てはまる数字をお答

えください。

(3)下表の項目のうち、COVID-19 感染拡大による分娩実習の一時的な特例措置があった際に、それ以前より到達度が下がったと思われる項目、または上がったと思う項目はどれですか。下表(3)の列に、「3:特例措置で下がった」「2:特例措置でも変化なし」「1:特例措置で上がった」のうち、当てはまる数字をお答えください。

(4)臨地実習でなければ学ぶことができない(学内演習等では補完できない)とお考えますか。下表(4)の列に、「4:とてもそう思う(臨地実習でなければ学べない)」「3:そう思う」「2:あまり思わない」「1:思わない(学内演習でも補完できる)」のうち、当てはまる数字をお答えください。

表1 分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

		(1)	(2)	(3)	(4)
回答例:分娩の進行状態を診断する		2	2	4	3
Ⅰ 分娩介助に伴う診断とケア					
1	分娩開始を診断する				
2	破水を診断する				
3	分娩の進行状態を診断する				
4	今後の分娩進行を予測する				
5	分娩進行状態の診断を適宜修正する				
6	分娩室への移動や分娩野作成のタイミングを判断する				
7	産婦と胎児の健康状態を診断する				
8	産痛緩和のケアを行う				
9	基本的ニーズ(排泄・栄養・清潔・体位・休息)に関する援助を行う				
10	分娩進行を促すケアを行う				
11	産婦の主体性を尊重する				
12	分娩進行に伴う産婦と家族のケアを行う				
13	経腟分娩を介助する				
14	出生直後から早期母子接触・早期授乳を行い、愛着形成を促す				
15	産婦とともにバースレビューを行う				
16	分娩進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う				
17	異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施する				
18	正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解する				
19	帝王切開前後のケアを行う				
Ⅱ 協働する力と助産師としての姿勢					
20	産婦との信頼関係を築く				
21	適切な報告・連絡・相談をする				
22	スタッフとコミュニケーションをとる(あいさつ、お礼等)				
23	ケアを振り返る姿勢をもつ				
24	助産師としてのアイデンティティを形成する				

表2 分娩介助に関わる技術項目

	(1)	(2)	(3)	(4)
回答例:新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	2	2	3	2
Ⅰ 分娩進行の診断に係る手技				
25 分娩監視装置の装着				
26 内診				
Ⅱ 分娩介助に係る手技				
27 分娩野の作成				
28 肛門保護				
29 会陰保護				
30 最小周囲径での児頭娩出				
31 肩甲娩出				
32 骨盤誘導線に沿った体幹の娩出				
33 臍帯巻絡の確認				
34 臍帯結紮及び切断				
35 新生児の自発呼吸の確認及び蘇生				
36 適切な方法での胎盤娩出				
37 胎盤の確認				
38 軟産道の状態の確認				
39 子宮収縮状態の確認				
40 出血の状態の確認				
41 児及び胎児付属物の計測				
42 分娩に係る記録の記載				
Ⅲ 異常発生時の母子への介入に係る手技				
43 胎児機能不全への対応				
44 産科危機的出血への処置				
45 産婦に対する一次救命処置(Basic Life Support :BLS)				
46 会陰切開及び裂傷後の縫合				
47 新生児蘇生法の実施				

8. あなたの分娩介助・分娩期のケアについての教育に関する考えをお答えください。

質問 14. 分娩介助・分娩期のケアについて、上記の表以外で臨地実習でしか学べないと考えるのはどのようなことですか。

必須 自由記述

質問 15. 教員として助産師教育、特に分娩介助・分娩期のケアに関する教育で何を大切にしていますか。

自由記述

９．将来の分娩実習についてご意見をお答えください。

質問 16. 将来（今後 10 年先）を見据えて、**学生 1 人あたり何回の分娩を直接取り扱うこと（直接介助）が可能**と予測しますか。

学生 1 人あたり（ 数値の記載 ）回

質問 17. 学生の間に、.『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）』に基づき分娩介助を 10 回程度行うことは妥当だとお考えですか。

①はい　②いいえ　③わからない

質問 18. 質問 17 での回答をした理由を教えてください。 自由記述

質問 19.『分べん第一期から第三期終了より二時間まで』『正常産を十回程度直接取り扱う』ことによる到達目標の達成状況が、『学生一人につき正常産を十回程度直接取り扱う』こと以外の方法でも到達可能であると思われますか。

①はい ②いいえ ③わからない

質問 20. 質問 19 で「①はい」と回答された方にお伺いします。その理由と到達可能な方法を教えてください。

自由記述

質問 21. 質問 19 で「①はい」と回答された方にお伺いします。直接取り扱う例数は、具体的に何例程度で到達目標が達成できるとお考えですか。

（ 数値の記載 ）例

質問 22. 質問 19 で「②いいえ」「③わからない」と回答された方にお伺いします。その理由を教えてください。

自由記述

令和 7 年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究 3：助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に関する臨床指導助産師の認識

研究代表者　正岡　　経子　（札幌医科大学）
研究分担者　野原　　留美　（関西医科大学）
五十嵐　稔子　（奈良県立医科大学）
蛎﨑　奈津子　（岩手医科大学）
林　　佳子　（札幌医科大学）
木村　奈緒美　（奈良県立医科大学）
小川　久貴子　（長岡崇徳大学）
村上　　明美　（神奈川県立保健福祉大学）
研究協力者　葉久　　真理　（前徳島大学）
奥山　　葉子　（県立広島大学）
豊嶋　　優子　（聖路加国際病院）
宮﨑　　直美　（前香川大学医学部附属病院）

研究要旨

本研究は少子化や出産のハイリスク化、さらに COVID-19 流行に伴う実習制限により、助産学生の分娩介助経験数の確保が困難となっている現状を背景に、助産基礎教育において求められる分娩期ケア能力の到達度について、臨床指導助産師の認識を明らかにすることを目的とした。

全国の病院・有床診療所を対象に質問紙調査を実施し、703 名の臨床指導助産師から有効回答を得た。その結果、助産基礎教育において分娩介助を 10 回程度経験することについて、「可能」と回答した者は約 3 割にとどまり、現行の到達基準に対する困難感が示された。また分娩介助 10 回程度を経験した助産学生であっても、「単独で実施できる」レベルに達している割合が 50%を超えた技術項目は「分娩野の作成」のみであり、多くの分娩期ケア能力については「指導の下で実施できる」段階にとどまると認識されていた。また「スタッフとコミュニケーションをとる」「ケアを振り返る姿勢をもつ」などの態度面・協働面については、8 割以上の臨床指導助産師が「単独で実施できる」レベルを期待していた。臨床実習でしか学べない内容として、産婦や家族との関わり、五感を用いた産婦の観察とアセスメントなど、実際の臨床現場で得られる経験の重要性が挙げられた。一方で、卒業時の到達目標が、10 回程度の分娩介助以外の方法でも到達可能かという質問に対し、約 5 割が「わからない」と回答していた。代替案としてシミュレーションという回答が多くあったが、どの程度のシミュレーションを行えば実症例の何回分に相当するのか等、客観的データがないことへの戸惑いが推測された。

今後は、分娩介助経験数のみでなく、どのような実習経験が分娩期ケア能力を高めることに影響しているのかを検討する必要がある。

A．研究の目的と意義

1．研究の背景

我が国では、少子化の進行が深刻な社会課題となっている。2024 年には出生率 1.15、出生数約 68 万人と、過去最低を更新し続けている（厚生労働省;2024）。国は、子育て支援制度の拡充や育児休業制度の整備、不妊治療費の助成など多岐にわたる施策を講じているものの、出生数の減少傾向に

歯止めはかかっていない。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2035 年には出生数が約 60 万人、2045 年には 50 万人を下回る可能性が示されており、少子化は今後さらに加速することが予測される(国立社会保障･人口問題研究所;2023)。

このような出生数の減少は、助産師養成教育にも大きな影響を与えている。助産師国家資格取得には、助産学実習において「学生１人につき分娩を 10 回程度取り扱うこと」が求められており、これは助産師としての分娩期ケア能力を身につけるための最低限の経験数とされてきた。先行研究では､分娩介助８回目から 10 回目にかけて学生の到達度が有意に向上することが示されており、分娩介助 10 回程度の実習は教育的に妥当とされてきた経緯がある（井村他;2017)。

しかし、少子化に加え、出産の高齢化や生殖補助医療技術の進歩による妊娠・出産のハイリスク化により、保健師助産師看護師学校養成所指定規則（以下「指定規則」とする）に定められた「原則として、取り扱う分べんは、正期産・経膣分べん・頭位単胎とし、分べん第一期から第三期終了より二時間まで」の分娩介助経験が困難となっている。文部科学省の報告（2025）では、教育機関における分娩介助件数の平均は 8.7 件、最少件数は５件を下回っており、助産学実習における分娩件数の確保は非常に困難な状況におかれている。各教育機関は、夜間や休日の実習を導入するなど自助努力を重ねているが、学生の負担・負担感も増加し、限界に達してきているのが現状である。

さらに、COVID-19 感染症の拡大は助産学実習に大きな制約をもたらした。実習期間の短縮や内容の変更が余儀なくされ、分娩シミュレータや紙上事例を用いた学内実習が導入されるなど、実習方法は大きく変化した。感染症分類が 5 類に移行した後も、分娩介助実習の確保には依然として困難が伴っている。こうした状況下でも、国家試験合格者数はコロナ禍前と同水準で推移しており、助産師の供給数は維持されている（厚生労働統計協会；2025)。しかし、分娩介助経験の減少が新人助産師の分娩期ケア能力に与える影響については、十分な検討がなされていない。

分娩期ケア能力と分娩介助経験数との関連については、卒後１年間の分娩介助件数を対象とした調査で、10 回未満群と 20～30 回群では内診技術や分娩経過診断、直接介助などの能力に有意な差があることや（遠藤他;2012)、分娩介助経験の振り返りを通して助産師としての役割認識が向上していくことが報告されている（奥村他;2012)。この結果は､学生時代に分娩介助 10 回程度を経験した新人助産師を対象としたものであり、分娩介助経験の不足が新人助産師のケア能力に影響を及ぼす可能性を示唆している。臨床指導助産師が学生に期待する学びについては、分娩介助の回数やケア経験応じて学生の理解や行動が段階的に成長する様子が明らかにされている。また、分娩介助１回目では「分娩経過の理解」、3 回目では「産婦への関わり」、6 回目では「主体的な行動」、10 回目では「産婦中心の分娩介助」が期待されており（松井；2016)、分娩介助経験は単なる技術習得だけでなく、専門職としての姿勢や感性の形成にも寄与していることが示されている（菱沼;2008)。

また、分娩介助実習の指導助産師を対象とした調査では、調査対象 532 名の 86%が、分娩介助実習を受け入れることにメリットがあると回答しており、実習受入れ年数との関連が報告されている（緒方;2015)。助産学生の分娩介助実習を受け入れることは、臨床指導助産師の業務負担の増加や新人教育への影響があるとする一方、助産師の指導能力の向上や指導を通したモチベーションの向上につながっていることも報告されており（中田;2015､津田;2019)､助産学生の分娩介助実習は、新人助産師教育にも様々な影響を与えていることが推察される。

これらの先行研究の多くは 2020 年のコロナ禍

以前のものであり、実習環境が大きく変化した現在において、臨床指導助産師が助産学生に求める分娩期ケア能力の到達目標や学修内容について再度検討する必要がある。分娩介助経験の十分な確保が困難な状況下で、教育の質を担保するためには、臨床現場で学生を指導する助産師の視点を明らかにすることが不可欠である。

２．研究目的

本研究の目的は、助産基礎教育において助産学生が分娩期ケア能力をどの程度まで獲得することが求められているのかについて、臨床指導助産師の視点から明らかにすることである。

３．研究の意義

本研究により、臨床指導助産師が助産学生に求める分娩期ケア能力の到達目標や学修内容が明確化されることで、分娩介助経験の量的確保が難しい状況下でも、教育の質を担保するための指導方略の再構築が可能となる。また、助産基礎教育から新人助産師教育への円滑な移行を図る上で、教育内容の連続性や実践力の育成に資する基礎資料となると考える。

４．用語の定義

「分娩期ケア能力」とは、分娩期において助産師が産婦および胎児の状況を的確に判断し、安全かつ尊厳を重視したケアを提供するための技術的スキル、判断力、コミュニケーション能力、専門職としての態度を含む包括的な能力を指す。

「臨床指導助産師」とは、医療機関に勤務し、助産学生の分娩介助実習において直接的な指導を行った経験を有する助産師であり、助産師経験が5年以上の者を指す。

Ｂ．研究方法

１．　研究デザイン

無記名自記式質問紙調査による量的記述的研究

２．　研究対象者

『出産なび』（厚生労働省）により抽出した、全国の病院および有床診療所 1,802 カ所の施設責任者を通して、下記の条件を満たす助産師に協力を依頼した。

〔選定基準〕

(1)医療機関に勤務し､助産学生の分娩介助実習において直接指導した経験を有する助産師

(2)助産師経験年数が 5 年以上の助産師

〔除外基準〕

(1)助産院/助産所に勤務する助産師

(2)過去に助産学生の分娩介助実習を直接指導した経験がない助産師

３．　研究依頼人数

一施設につき、上記の条件を満たす助産師 3 名程度の回答を依頼した。『出産なび』には、2025 年 12 月現在で 1,809 カ所の医療施設（助産所を除く）が掲載されていたが、住所変更等で宛先が不明だった 7 施設を除くと 1,802 施設となり、研究依頼人数は合計 5,406 名とした。

４．　調査期間

データ収集期間：2026 年 1 月 9 日から 2026 年 3 月 2 日

５．　調査内容

１）所属施設の属性：12 項目

所在地区、病院の病床数、医療機関の種別、病棟の診療体制、分娩の状況（年間分娩件数、帝王切開数、早産数、麻酔分娩数）、分娩介助実習の受入状況（受け入れ学校数、受け入れ期間、受け入れ人数）。

２）個人属性：7 項目

年齢、卒業/修了した助産師養成機関、助産師経験年数、臨床指導者経験年数、分娩介助実習の指

導経験年数、現在分娩介助実習に携わっているか、アドバンス助産師認証の有無。

３）助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことについて：10 項目

「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）」に基づく分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思うか（自由記述の理由含む）、正常産以外で 1 回とカウントが可能と思われる事例（促進分娩、誘発分娩、ハイリスク妊娠等から複数回答）、正常産の範囲内でない場合は何週以降なら可能か（その際の条件も含む）、将来（10 年先）の学生 1 人あたりの可能な分娩介助数、学生 1 日につき正常産を 10 回程度直接取り扱うこと以外の方法でも到達可能か（「はい」の場合、何回で到達目標が達成できるか、「いいえ」「わからない」の場合はその理由）。

４）助産学生の硬膜外麻酔分娩介助について：2 項目

硬膜外麻酔分娩について授業学んでほしい項目（硬膜外麻酔分娩の基本的な仕組みと作用機序、分娩時の疼痛管理と評価方法等から上位 5 つを選択）、硬膜外麻酔分娩を介助するにあたり、演習で学んでおいてほしいこと（自由記述）。

５）新人助産師の教育と学生の助産学実習との競合について：1 項目

分娩介助の競合を回避するための工夫（自由記述）。

６）助産基礎教育での分娩介助数と就職後の介助・ケア能力の違い：4 項目

10 回程度介助した新人助産師と 9 回を下回った新人助産師のケア能力の違い（はい、いいえ、わからないからの選択とその理由を自由記述）

７）助産基礎教育機関卒業時に求める到達度：40 項目

(1) 40 項目の内、23 項目は「助産師教育の技術項目と卒業時の到達度」（厚生労働省;2019）の分娩介助に関わる技術項目のみを抽出した。12 項目は、「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」（厚生労働省;2019）の分娩介助に伴う診断とケアを抽出した。5 項目は、先行研究を基に協働する力と助産師としての姿勢に関する項目として研究者が追加した。

(2) 分べん取り扱い 10 回程度を終えた助産学生の分娩介助・ケア能力の到達度については、選択肢として「3：単独で実施できる」「2：指導の下で実施できる」「1：実施困難場合は見学でよい」を設定した。

(3) 新人助産師として入職するまでに、助産基礎教育のうちに必ず自立して実施できることを期待する分娩介助・ケア能力については、選択肢として「3：必ずできる」「2：どちらかといけばできる」「1：就職してからできるようになればよい」を設定した。

(4) 臨地実習でなければ学ぶことができない（学内演習等では補完できない）と考える項目については、選択肢として「4：とてもそう思う（臨地実習でなければ学べない）」「3：そう思う」「2：あまり思わない」「1：思わない（学内演習でも補完できる）」を設定した。

(5) 設定した項目以外の内容について助産基礎教育で必ず学んでおいてほしいことに関する自由記載

６．調査実施手順

１）厚生労働省のホームページに掲載されている『出産なび』より、全国の病院、有床診療所を抽出した。

２）専門業者に依頼し、インターネット上にアンケートフォームを作成した。

３）『出産なび』より抽出した 1,802 カ所に調査への協力を依頼した。

４）医療機関 1 カ所につき施設責任者宛の依頼文

書を 1 部と、臨床指導産師宛の依頼文書および助産基礎教育における卒業時の到達度・到達目標を共通に理解するための参考資料を各 3 部郵送した。

5)回答にかかる所要時間はおおよそ 20 分であった。

7． 分析方法

量的データは、記述統計を算出した。自由記述の内容については類似性に基づき質的に分析した。

8． 倫理的配慮

研究依頼文書に、研究参加への任意性、個人情報の保護、無記名調査であること、データの目的外の使用をしないこと、データの保管方法を明記した。ホームページの調査画面にアクセスすると研究参加の同意画面が表示され、同意しないと回答できないよう設定した。最後まで回答し、送信ボタンを押すことで調査完了とした。無記名調査であるため、一旦送信した回答は撤回が不可能であることを明記した。

Web アンケートの作成を委託した業者は、Web アンケートについて堅牢なセキュリティ対策を要求されるレジストリ構築等の実績が豊富で大学等研究機関の調査研究支援を行うプライバシーマーク取得企業から選定した。選定した業者とは、調査項目の設定や実施管理について契約書を交わした上で業務委託した。

本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認および実施許可（承認番号：7-1-53）を得た後に実施した。

C．研究結果

回答数は 730 件（回収率は 13.0%）であったが、全て無回答 2 件、助産師経験年数 4 年以下 9 件、実習指導経験なし 16 件を除き、703 件を分析の対象とした（有効回答率 96.3%）。

1．所属施設の背景

1）所在地区

北海道地方 50 施設（7.1%）、東北地方 28 施設（4.0%）、関東地方 169 施設（24.1%）、中部地方 126 施設（18.0%）、近畿地方 143 施設（20.4%）、中国地方 58 施設（8.3%）、四国地方 28 施設（4.0%）、九州・沖縄地方 99 施設（14.1%）であった。

2）医療機関種別

総合周産期母子医療センター78 施設（11.2%）、地域周産期母子医療センター181 施設（26.0%）、一般病院（母子医療センター以外）251 施設（36.1%）、診療所 185 施設（26.6%）、その他 1 施設（0.1%）であった。

3）病床数

施設全体の病床数の平均値は 325±336.2 床、中央値は 300 床（最小値 6、最大値 4,233）。産科病棟の病床数の平均値 30.9±46.2 床、中央値 24 床（最小値 2、最大値 800）であった。

4）病棟の診療体制

産科単科 253 施設（36.2%）、婦人科との混合病棟 149 施設（21.3%）、婦人科以外の科との混合病棟 196 施設（28.0%）、その他 101 施設（14.4%）であった。

5）分娩の状況

2024 年の分娩件数の平均値は 1059.9±16003.7 件、中央値は 356 件（最小値 0、最大値 416,118）。分娩件数のうち帝王切開数の平均値 122.3±133.1 件、中央値 81 件（最小値 0、最大値 1,060）。妊娠 37 週未満の分娩数の平均値 38.0±72.1 件、中央値 13 件（最小値 0、最大値 1,081）。硬膜外麻酔分娩数の平均値 137.6±205.2 件、中央値 57 件（最小値 0、最大値 1,403）であった。

6）分娩介助実習の受け入れ状況（複数回答）

専門職大学院・大学院 140 校（20.2%）、大学専

攻科 233 校（33.6%）、大学別科 67 校（9.7%）、大学選択コース 123 校（17.7%）、短大専攻科 13 校（1.9%）、専修学校・各種学校 153 校（22.0%）、現在分娩介助実習を受け入れていないは 170 施設（24.5%）であった。

７）分娩介助実習の受け入れ状況

1 年間の実習受け入れ期間の平均値は 14.8±14.2 週間、中央値は 12 週間（最小値 1、最大値 180)。1 年間の学生の受け入れ人数は平均値 9.9±57.0 名、中央値 3 名（最小値 1、最大値 1,100）であった。

２．助産師、臨床指導者としての経験

対象者の平均年齢は 43.9±8.9 歳。助産師としての平均経験年数は 18.7±8.5 年、臨床実習指導者としての平均経験年数は 11.4±8.1 年、分娩介助実習の平均指導経験年数は 8.2±7.4 年であった。卒業/修了した助産師養成機関は、専門職大学院・大学院が 36 名（5.2%）、大学専攻科 60 名（8.6%）、大学別科 17 名（2.4%）、大学（助産選択コース）119 名（17.1%）、短期大学専攻科 115 名（16.5%）、専修学校・各種学校 348 名（50.1%）。アドバンス助産師の認証を受けている者は 343 名（49.1%）、受けていない者は 356 名（50.9%）。現在分娩介助実習の指導に携わっている者は 466 名（67.1%）、携わっていな者は 229 名（32.9%）であった。

３．助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことについて

１）分娩介助 10 回程度行うことについて

「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)」に基づく分娩介助を 10 回程度行うことは可能かについて、可能と答えた者は 205 名（29.3%）、不可能 309 名（44.2%）、わからない 185 名（26.5%）であった（表 1、図 1)。

その理由に関する自由記述の内容を類似性に基づき質的に分析すると、【施設・環境要因による制限】、【産婦および家族の同意と安全確保】、【実習体制と指導上の課題】、【肯定的・前向きな意見と条件付き可能】に分けられた。

【施設・環境要因による制限】では[分娩件数の減少]、[ハイリスク分娩の増加]、[他校との兼ね合い]があげられており、これは最も多くみられた回答群であった。病院の機能やシステム上、物理的に 10 回の分娩介助の確保が難しいという現実的な障壁が示されていた。【産婦および家族の同意と安全確保】では[同意取得の難しさ]、[安全性の優先]、[信頼関係の構築不足]があげられ、医療安全と倫理的な側面から、対象者から分娩介助実習の同意を取ることが難しくなっている現状が示された。【実習体制と指導上の課題】では[指導者の負担]、[実習期間の短さ]、[夜間・休日対応の限界]があげられており、受け入れ側のマンパワーの問題により 10 回の分娩介助を行うことが困難である現状があげられていた。

一方【肯定的・前向きな意見と条件付き可能】では[学生への積極的な症例の配分]、[待機制度の活用]などの工夫により達成は可能である、あるいは教育のために学生の分娩介助は確保すべきという回答もあった。また、[シミュレーションとの併用]として実習での不足分を学内の高機能シミュレータで補うべきという代替案も記載されていた。

２）分娩介助 1 回とカウント可能と思われる事例について

「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)」にある正常産以外で、1 回とカウントが可能と思われる事例について複数回答可能としてたずねたところ、促進分娩が 653 名（93.6%）、誘発分娩 648 名（92.8%）、分娩第 1 期から第 3 期までの受持ち 451 名（64.6%）、分娩第 2 期からの受持ち 356 名（51.0%）、分娩第 1 期は受持ち助産過程を展開したが緊急帝王切開

となった 343 名（49.1%）、本人の希望による硬膜外麻酔分娩 342 名（49.0%）、ハイリスク妊娠 227 名（32.5%）、医学的適応による硬膜外麻酔分娩 168 名（24.1%）、分娩第 1 期まで受持ち助産過程を展開したが分娩介助に至らなかった 121 名（17.3%）、正期産の範囲内ではない 84 名（12.0%）、その他 12 名（1.7%）であった（表 2、図 2）。

「正期産の範囲内ではない」を選択した者に、妊娠何週以降の分娩介助なら可能だと思うかの質問に対し、平均週数は 35.6±1.0 週、中央値 36（最小値 28、最大値 37）であった。その際の条件を自由記載で聞いたところ、一番多かったのは推定体重が 2,500g 以上または程度が 23 件、2,300g 以上または程度が 14 件。その他母体や胎児に合併症や疾患がないこと等があげられていた。

3）将来（今後 10 年先）、学生 1 人あたりの分娩介助可能回数

今後 10 年先を見据えて、学生が 1 人あたり何回の分娩介助が可能と予測するかという問いに対して、平均値は 7.0±2.0 回、中央値 7（最小値 0、最大値 20）であった。

4）10 回程度の分娩介助以外の方法での到達目標の達成について

『分べん第 1 期から第 3 期終了より 2 時間まで』『正常産を 10 回程度直接取り扱う』ことによる到達目標の達成状況が、『学生 1 人につき正常産を 10 回程度直接取り扱う』こと以外の方法でも到達可能であると思うかどうか問うたところ、「はい」は 203 名（29.1%）、いいえ 119 名（17.1%）、わからない 375 名（53.8%）であった（表 3、図 3）。

「はい」と回答した者に対し、その理由と到達可能な方法についてたずねた自由記述の内容を類似性に基づき質的に分析すると、【1 回ごとの経験をより深く学ぶ】、【シミュレーション教育の活用】、【間接介助や新生児係、継続事例での代替】、【動画・ICT 教材によるイメージトレーニング】に分けられた。

【1 回ごとの経験をより深く学ぶ】では、[徹底した振り返り（リフレクション）]、[個別性に合わせたアセスメント力の強化]、[自己学習の深化]があげられ、回数よりも 1 回ごとの経験をどれだけ深く学生自身が学びに繋げられるか、振り返りや丁寧なアセスメント、文献を用いて知識と実践を結びつける方法等が示されていた。

【シミュレーション教育の活用】では、[高機能シミュレータの導入]、[シナリオ形式のトレーニング]と、それらの演習を行うにあたっては[客観的な評価指標を用いてトレーニングを繰り返す]ことがあげられていた。

【間接介助や新生児係、継続事例での代替】では、[（直接介助以外にも）間接介助・新生児係として産婦に関わる]、[他者の介助の見学や指導者のシャドーイング]、[継続事例による代替]があった。

【動画・ICT 教材によるイメージトレーニング】では[動画教材の活用]、[VR（仮想現実）技術の活用]、[他の学生が経験した事例の学びの共有]があげられていた。これらの回答に共通してみられたのは、10 回という数字は目安であり、重要なことは「経験を知識に変える思考のプロセス」と「基本的な手技の反復練習」の両立であるという考え方であった。

また、「はい」と回答した者に対し、直接介助は、具体的に何回程度で到達目標が達成できると考えているかを問うたところ、平均値は 7.3±2.5 回、中央値 8（最小値 1、最大値 20）であった。

一方「いいえ」、「わからない」と回答した者に対し、その理由についてたずねた自由記述の内容を類似性に基づき質的に分析すると、【事例の個別性と多様性への対応の困難】、【身体的感覚と技

術の体得の必要性】、【産婦との関係性とコミュニケーションの重要性】、【代替方法の効果および評価の客観性に対する疑問】に分けられた。

【事例の個別性と多様性への対応の困難】では、[分娩は千差万別の経過をたどる]、[「正常」の幅を知るために10回程度は必要]、[応用力の欠如の恐れ]があげられ、「1つとして同じ分娩はない」という事実から、一定の回数を通じた経験の蓄積が必要だとする意見であった。

【身体的感覚と技術の体得の必要性】では、[手の感覚の定着が困難]、[反射的な動きができない]、[責任感が実感できない]があげられ、知識やシミュレーションでは補いきれない、実感を伴う技術修得の重要性に関する回答であった。

【産婦との関係性とコミュニケーションの重要性】では、[臨機応変化関わりが困難]、[信頼関係の構築が難しい]があげられ、技術面だけでなく、対人援助職としての経験値を重視するものであった。

【代替方法の効果および評価の客観性に対する疑問】では、[リアリティの限界]、[評価基準の曖昧さ]、[自信が欠如する可能性]があげられており、回数という明確な指標がない場合、到達レベルに達したかを客観的に判断する基準が確立されていないことや、シミュレーション等の代替方法の効果に関するエビデンスが確立されていないことへの不安があった。

４．硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）の介助について

１）学生が硬膜外麻酔分娩の介助をするにあたり、授業で学んでほしい項目として重要なものを5つ選択してもらったところ、上位3項目は「硬膜外麻酔分娩における母体・胎児の観察とケアのポイント」が597名（86.6%）、「硬膜外麻酔分娩の基本的な仕組みと作用機序」592名（85.9%）、「硬膜外麻酔分娩に伴う副作用とその対応」390名（56.6%）であった（表4、図4）。

２）学生が硬膜外麻酔分娩の介助をするにあたり、演習で学んでほしいこと

学生が硬膜外麻酔分娩の介助をするにあたり、演習で学んでほしいことについて自由記載で回答を求めたところ、多かったものとして、「正常分娩のケアとの違い」に関することが14件、「分娩第2期の努責のタイミングと支援の方法」に関することが9件であった。

５．新人助産師の教育と学生の助産学実習の競合について

出生数減少の中、新人助産師の分娩介助と助産学生の分娩介助との競合を回避するためにどのような工夫をしているかについて、自由記述で回答を求めた。記載内容を類似性に基づき質的に分析すると、【優先順位の明確化とルール作り】、【事例の特性による住み分け】、【コミュニケーションと組織的調整】、【柔軟な教育形態の導入】に分けられた。

【優先順位の明確化とルール作り】では、[学生優先の原則]、[新人の到達度に応じた調整]、[実習時期の調整]があげられており、施設の状況に応じて優先順位をあらかじめ設定し、現場の混乱を防ぐ取り組みが行われていた。

【事例の特性による住み分け】では、[リスク別・背景別の選別]、[ケアの内容による分担]があげられ、産婦の状態やケアの難易度に応じて、受持ちを新人助産師と助産学生のどちらにするかを検討し振り分けていた。

【コミュニケーションと組織的調整】では、[カンファレンスでの調整]、[学校側との柔軟な連携]、[師長、主任等管理職によるマネジメント]があげられ、部署全体や学校側と密に連携し、リアルタイムで調整を行うようにしていた。

【柔軟な教育形態の導入】では、[新人と学生のペアでの受持ち]、[シミュレーションへの代替]

があげられていた。

多くの施設では、学生の実習は期間限定であることから学生を優先しつつも、新人の成長を止めないよう工夫されていた。

６．助産基礎教育での分娩介助数と就職後の介助・ケア能力の違いについて

１）ケア能力に違いがあると感じているか

助産基礎教育で 10 回程度介助した新人助産師と、9 回を下回った（8 回以下）の新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じているかという質問に対して、「はい」と回答した者は 57 名（8.2%）、「いいえ」354 名（50.6%）、「わからない」288 名（41.2%）であった。

２）違いがあると答えた者の理由

上記質問に対して「はい」と答えた者に対して、その理由について自由記述で回答を求めた。記述内容を類似性に基づき分析した結果、【臨床推論と予測能力の差】、【精神的余裕（自信）と態度の安定】、【手技の成熟度と安全性】、【学習意欲と自己課題の明確化】に分けられた。

【臨床推論と予測能力の差】では、[アセスメントの深さ]、[状況判断のスピード]、[個別性を踏まえた柔軟な対応]があげられ、経験数が多いほど、次の展開を予測し、動ける能力が高まると指摘されていた。

【精神的余裕（自信）と態度の安定】では、[不安感の払拭]、[産婦への関わりに集中できる]、[周囲との連携]があげられ、経験数が学生の自信に繋がり、それが臨床現場での立ち振る舞いにも影響しているとの意見があった。

【手技の成熟度と安全性】では、[手技の確実性]、[身体に染み付いた動き]、[異常時での対応]があげられ、基本的な手技がスムーズであり、安全を確保するための動きができていることがあげ　られていた。

【学習意欲と自己課題の明確化】では、[課題の発見]、[学びの定着度]があげられており、自身の課題に気づき学びが定着していることが示されていた。

３）卒後研修での工夫

６、１）で「はい」と回答した者に対して、卒後研修でどのような工夫をしているか（したいと考えているか）を自由記述で問うた。内容の類似性に基づき分析した結果、【段階的な責任委譲とサポート体制の強化】、【シミュレーションと振り返り（リフレクション）の質向上】、【個別カリキュラムと到達目標の可視化】、【症例確保のための組織的な調整】に分けられた。

【段階的な責任委譲とサポート体制の強化】では、[複数人での分娩介助時期の延長]、[段階的なステップアップ]、[シャドーイングの徹底]があげられ、新人の習熟度に合わせて指導者の関与を丁寧に調整するよう工夫していた。

【シミュレーションと振り返り（リフレクション）の質向上】では、[高機能シミュレータによる反復練習]、[1 回ごとの徹底したデブリーフィング]、[事例検討会への積極参加]があげられ、勤務時間内での分娩介助経験のみに頼らず、疑似体験と深い思考で経験値を補完する取り組みが行われていた。

【個別カリキュラムと到達目標の可視化】では、[経験回数に応じたチェックリストの活用]、[メンター・プリセプターによる精神的フォロー]、[自己学習への動機付け]があげられており、新人助産師個々の課題を明確化し、個別的な指導を行う工夫がされていた。

【症例確保のための組織的な調整】では、[部署間・施設間連携]、[オンコール・待機制度の導入]があげられており、組織全体で新人の分娩介助回数を確保する仕組みづくりが行われていた。

４）違いがない、わからないと答えた者の理由

６、１）で「いいえ」「わからない」と回答した者に対して、その理由について自由記述で回答

を求めた。記述内容を類似性に基づき質的に分析した結果、【個人の資質と学習能力による】、【経験した症例の質の影響】、【卒後教育と環境によるリカバリー】、【評価の難しさと「10 回程度」の根拠への疑問】に分けられた。

【個人の資質と学習能力による】では、[個人の能力と適応力]、[振り返り（リフレクション）の質]、[事前の知識習得] があげられており、何回介助したかより、新人助産師個人のポテンシャルや学びに向かう姿勢がケア能力を左右するという意見があった。

【経験した症例の質の影響】では、[経験した事例の内容]、[学生時代の産婦との関わり方] があげられており、経験した事例の経過や難易度によって得られる経験値が大きく異なることを指摘する内容であった。

【卒後教育と環境によるリカバリー】では、[入職後の経験値]、[職場の指導体制]、[継続的な学習] があげられており、学生時代の分娩介助回数の差は、入職後の指導体制や本人の努力で容易に埋められるという意見であった。

【評価の難しさと「10 回程度」の根拠への疑問】では、[評価指標の曖昧さ]、[10 回程度という数字は能力を保証するものではない]、[個人差の大きさ] があげられており、分娩介助回数と能力の相関を客観的に測ること自体が難しいというものであった。

7．分娩介助 10 回程度を終えた助産学生の分娩介助・ケア能力の到達度について

『分娩介助に関わる技術項目（23 項目）』と『分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目（24 項目）』の合計 47 項目について、分娩介助 10 回程度を終えた助産学生の分娩介助・ケア能力の到達度を尋ねた。

その結果、50%以上の助産師が「単独で実施できる」と回答した項目は「分娩監視装置の装着」、「スタッフとコミュニケーションをとる（あいさつ、お礼等）」、「ケアを振り返る姿勢をもつ」の 3 項目であった。40%程度の助産師が「単独で実施できる」と回答した項目は「清潔野の作成」、「胎盤の確認」、「児及び胎児付属物の計測」、「産婦との信頼関係」で、分娩介助技術や分娩経過の診断に関する項目の多くは「指導の下で実施できる」という評価であった。

8．助産基礎教育で自立して実施できることを望む分娩介助・ケア能力について

7．で述べた 47 項目について、新人助産師として入職するまでに、助産基礎教育のうちに必ず自立して実施できるようになってほしいと考える項目について尋ねた。その結果、80%以上の助産師が「必ずできる」と回答した項目は「スタッフとのコミュニケーション（あいさつ、お礼等）」と「ケアを振り返る姿勢をもつ」の 2 項目であった。また 60%以上の助産師が「必ずできる」と回答した項目は「分娩監視装置の装着」、「適切な報告・連絡・相談」であった。助産師の 80%以上が「必ずできる」および「どちらかといえばできる」と考える『技術項目』は「分娩監視装置の装着」、「分娩野の作成」、「肛門保護」、「臍帯結紮および切断」、「胎盤娩出」、「胎盤の確認」、「子宮収縮状態の確認」、「出血の確認」、「児と付属物の計測」の 9 項目で、「児頭娩出」や「肩甲娩出」、「躯幹娩出」は含まれなかった。

一方、助産師の 80%以上が「必ずできる」および「どちらかといえばできる」と考える『分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目』においては「分娩開始の診断」、「破水の診断」、「分娩進行状態の診断」「分娩進行状態の予測」、「産婦と胎児の健康状態の診断」、「産痛緩和ケア」、「基本的ニーズの援助」、「分娩進行を促すケア」、「産婦の主体性の

尊重」、「産婦と家族のケア」、「産婦との信頼関係」、「助産師としてのアイデンティティの形成」など 13 項目で、異常発生時の対応や帝王切開前後のケアは含まれなかった。

９．臨地実習でなければ学ぶことができない分娩介助・ケア能力について

47 項目について、臨地実習でなければ学ぶことのできないと考える項目について尋ねた。その結果、70%以上の助産師が「とてもそう思う」と回答した項目は「内診」、「経腟分娩を介助する」の 2 項目であった。

１０．臨地実習でなければ学べないことや助産基礎教育で必ず学んでおいてほしいことについて

本研究で提示した分娩介助・ケア能力 47 項目にはないが、臨地実習でなければ学べないことや、助産基礎教育で必ず学んでおいてほしいことについて、自由記述で回答を求めた。内容を類似性をもとに分析した結果、【産婦・家族とのリアルな関係性とコミュニケーション】、【命の現場の緊張感と責任感】、【医療チームとしての連携と多職種協働】、【五感を用いた観察とアセスメント】、【プロフェッショナルとしての自己課題の発見】に分けられた。

【産婦・家族とのリアルな関係性とコミュニケーション】では、[産婦の苦痛への共感と寄り添い]、[個別性への対応]、[信頼関係の構築]があげられており、教科書通りの対応が通用しない、対人援助の本質に関する内容であった。

【命の現場の緊張感と責任感】では、[予期せぬ事態への対応の臨場感]、[助産師の責任]、[命の誕生の尊厳]があがっており、「安全」が最優先される医療現場の空気感や、命を預かる重みに関する内容であった。

【医療チームとしての連携と多職種協働】では、[チーム医療の実践]、[先輩助産師の思考プロセス]、[現場のルールとマナー]があり、助産師が一人で働いているのではなく、組織の一員として動いている実態に関する内容があげられていた。

【五感を用いた観察とアセスメント】では、[五感を通じた観察]、[リアルな感覚の習得]があり、モニターの数値だけではなく、自身の身体感覚を活用した状況把握に関する内容が記載されていた。

【プロフェッショナルとしての自己課題の発見】では、[自己の限界を知る]、[対象者への敬意]があり、学生から専門職への移行するにあたり必要な、自己研鑽に関する内容であった。

Ｄ．考察

１．正常分娩の介助 10 回程度の経験の困難さと 1 回のカウント対象の拡大

本研究の結果、助産基礎教育における分娩介助 10 回程度の実施を「可能」とした臨床指導助産師は約 3 割（29.3%）にとどまり、将来的な予測値（平均 7.0 回）も現行の基準を下回る結果となった。これは少子化やハイリスク分娩の増加といった施設・環境要因が主因であり、教育機関の努力だけでは解決困難な課題であることが示唆された。

一方で、正常産以外でのカウント対象として、促進分娩（93.6%）や誘発分娩（92.8%）など、医療介入を伴う事例であっても、多くの臨床指導助産師が「1 回」とみなすことに肯定的であった。これは、臨床現場の実態がすでに「正常産」の定義を超えて多様化しており、医療介入が行われる複雑な状況の中でも、安全に管理しながら助産ケアを提供できることが現代の助産師に求められる能力とされていると考えらる。

２．10 回という「数」の意味と到達レベルの乖

離

本研究では、分娩介助 10 回を経験しても、臨床指導助産師は多くの技術項目で「指導の下で実施できる」レベルにとどまると認識していたことが明らかとなった。先行研究（井村他;2017）では「10 回程度経験することで有意に到達度が向上する」とされたていたが、近年硬膜外麻酔分娩の増加をはじめとする対象事例の多様化、複雑化や、安全性の優先により、状況が変化している可能性が考えられる。

『分べん第 1 期から第 3 期終了より 2 時間まで』『正常産を 10 回程度直接取り扱う』ことによる到達目標の達成状況が、『学生 1 人につき正常産を 10 回程度直接取り扱う』こと以外の方法でも到達可能であると思うかという質問に対して、「いいえ」「わからない」と回答した群が指摘したように、分娩の個別性や身体的な感覚の体得には一定の「数」が必要である。しかし「はい」と回答した群が示した「経験を知識に変える思考プロセス」の重視は、量的確保が困難な現状における重要な考えである。今後は分娩介助の回数のみでなく、1 回の経験を最大化するリフレクションやシミュレーションの方法等にも教育の焦点を移行させる必要があると考える。

３．臨床実習の本質的価値と態度面の期待

臨床指導助産師は、知識・技術以上に「スタッフとのコミュニケーション」や「振り返る姿勢」などの態度・協働面に高い自立度を期待していた。このことから、臨床現場は学生に対し、短期間の実習での完璧な技術習得よりも、プロフェッショナルとしての基盤となる「態度・協働・内省」の自立を強く求めていることが考えらえる。助産師の指導能力向上がモチベーション維持に寄与する一方で、実習受け入れには業務負担の増加という課題も指摘されており（津田他;2019)、技術的な習得は卒後の継続教育へ円滑に移行させつつ（奥村他;2012)、基礎教育では「チームの一員として安全に動き、自らの実践を客観的に振り返る力」の育成に重点を置くことが重要であると考えられる。また、分娩介助の回数を重ねるごとに学生の理解や行動が段階的に成長し、10 回目では「産婦中心の分娩介助」へと進化することが期待されている点（松井;2016）からも、分娩介助が単なる作業の完遂ではなく、対象者への姿勢を育む過程としての実習の意義が大きいことが確認されたと言える。

また、臨地実習でしか学べないこととして「産婦や家族との関わり」「五感を用いた観察」が強調された。これは、シミュレーション教育が技術習得の補完には有効であっても、対人援助の本質である「命の現場の緊張感」や「個別的な倫理的判断」の習得には、実際の臨床経験が不可欠であることを示している。今後の実習は、直接介助の回数のみに重点を置くのではなく、産婦に寄り添う経験そのものの質をいかに担保するかが必要になると考える。

４．臨地実習の代替可能性と教育手法の再構築

自由記述の分析から得られた【五感を用いた観察】や【命の現場の緊張感】は、専門職としての姿勢や感性の形成に寄与する重要な要素であり、シミュレーション教育のみでは再現が難しい。臨地実習の代替案としてシミュレーションを挙げる声は多いが、本調査結果が示すように、「シミュレーションの何時間が実症例の何回分に相当するのか」という客観的エビデンスが不足している。COVID-19 感染拡大や災害時における実働的な教育の知見（日本助産学会;2024）によれば、シミュレーションは持続可能な教育手段として有効であると言われているが、あくまでも臨床経験を補完するものとして位置付けられている。今後は、例えばシミュレーションで「判断と技術の型」を学び、臨地実習で「産婦・家族とのリアルな関わ

りと感性」を磨くなど、ハイブリッド型の教育の検討が必要であると考える。

５．新人教育への円滑な移行と連携

実習での経験不足が、新人助産師の「自信の欠如」や「応用力の不足」に繋がるとの懸念も示された。基礎教育で「10 回」が担保できない場合は、入職後の教育体制とのシームレスな連携が必須となる。臨床指導者が新人教育と実習の競合を回避するために時期をずらすなどの工夫をしている実態を踏まえ、実習施設と助産師養成機関双方で、卒前・卒後の教育プログラムを再構築することが急務である。

Ｅ．結論

本研究により、臨床指導助産師の多くが現行の「10 回程度」の分娩介助経験の確保に限界を感じつつも、その代替方法の効果や評価基準については依然として確信を持てていない現状が明らかとなった。

分娩件数の減少と症例の複雑化に伴い、従来の「正常産 10 回」という一律の基準は現実との乖離が進んでいる。今後は、促進・誘発分娩やハイリスク症例の一部を介助数として適切に評価する基準の整備を検討する必要がある。

また、分娩介助の回数不足を補完する高機能シミュレーション教育の導入を進めるとともに、分娩介助 1 回の経験を深い学びに繋げるためのリフレクション支援の強化が求められる。一方、臨床指導助産師は、技術習得の一部は学内演習で代替可能であるが、対人援助の根幹となる態度面や五感によるアセスメントは臨地実習でのみしか学ぶことができないと認識していた。助産基礎教育での未到達項目を明確にし、入職後の臨床現場で段階的に補完できるような、教育機関と医療機関の強固な連携体制の構築が必要である。

文献

遠藤俊子，大滝千文，前田一枝，他．(2012)．新卒助産師の助産実践能力の実態：分娩介助経験例数による分析．母性衛生，53(3)．

菱沼由梨．(2008)．臨床指導者が分娩介助初期の学生に期待する学びの構造．日本助産学会誌，22(2)，146-157．

井村真澄，片岡弥恵子，大田えりか，他．(2015)．助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査報告書（平成 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）．全国助産師教育協議会．

井村真澄，片岡弥恵子，大田えりか，他．(2017)．臨床指導者が捉える助産学生の分娩期ケア能力の学習到達度に対する調査．日本助産学会誌，30(3)，620．

国立社会保障・人口問題研究所．(2023)．日本の将来推計人口（令和 5 年推計）．https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp（2025 年 9 月 2 日閲覧）

厚生労働省．(2024)．令和 6 年（2024）人口動態統計月報年計（概数）の概況．https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/gaikyouR6.pdf（2025 年 9 月 2 日閲覧）

厚生労働統計協会．(2024)．国民衛生の動向．https://www.hws-kyokai.or.jp/publishing/eisei-josanshiken-main.html（2025 年 9 月 2 日閲覧）

厚生労働省．(2025)．看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン．https://www.mhlw.go.jp/kango_kyouiku/_file/nursing_training_guidelines_20250225_20250401.pdf（2025 年 9 月 11 日閲覧）

文部科学省．(2024)．看護系大学の現状と課題：

令和 6 年度助産学実習における分娩取り扱い回数に係る調査結果．第 16 回公益社団法人全国助産師教育協議会定時総会．
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 例における学び．母性衛生，56(4)，658-666．
中田恵美，恵美須文枝，緒方京，他．(2015)．分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態（第 3 報）―実習担当に対する意義と課題―．母性衛生，56(2)，282-291．
緒方京，恵美須文枝，中田恵美，他．(2015a)．分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態（第 1 報）．母性衛生，55(4)，721-729．
緒方京，恵美須文枝，中田恵美，他．(2015b)．分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態（第 2 報）．母性衛生，55(4)，730-741．
奥村ゆかり，渡邉竹美，遠藤俊子，他．(2012)．新卒助産師の助産実践能力の実態．母性衛生，53(3)．
津田佐貴子，恵美須文枝，下睦子，他．(2019)．分娩介助実習における臨地実習指導者の困難と提案・要望．母性衛生，60(1)，47-57．

図表

【助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことについて】
表 1　助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思うか
図 1　助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思うか
表 2　正常産以外で 1 回とカウントが可能と思われる事例はどれか（複数回答）
図 2　正常産以外で 1 回とカウントが可能と思われる事例はどれか（複数回答）
表 3　10 回程度の分娩介助以外の方法でも到達目標の達成が可能か
図 3　10 回程度の分娩介助以外の方法でも到達目標の達成が可能か
表 4　硬膜外麻酔分娩を介助するにあたり授業で学んでほしい項目　上位 5 つ
図 4　硬膜外麻酔分娩を介助するにあたり授業で学んでほしい項目　上位 5 つ
表 5　助産基礎教育で 10 例程度介助した新人助産師と、9 回を下回った新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じたか
図 5　助産基礎教育で 10 例程度介助した新人助産師と、9 回を下回った新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じたか
【分娩介助 10 回程度を終えた助産学生の、分娩介助・ケア能力の到達度】
表 6-1　分娩介助に関わる技術項目
図 6-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目
【助産基礎教育で自立して実施できることを望む分娩介助・ケア能力】
表 7-1　分娩介助に関わる技術項目
図 7-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目
【臨地実習でなければ学ぶことができない(学内演習等では補完できない)と思われる項目】
表 8-1　分娩介助に関わる技術項目
図 8-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

資料

資料 1　依頼文（施設責任者宛て、臨床指導助産師宛て）
資料 2　依頼文添付参考資料
資料 3　質問項目

【助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことについて】

表 1　助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思うか（n=699）

	n	%
可能	205	29.3%
不可能	309	44.2%
わからない	185	26.5%
合計	699	100.0%

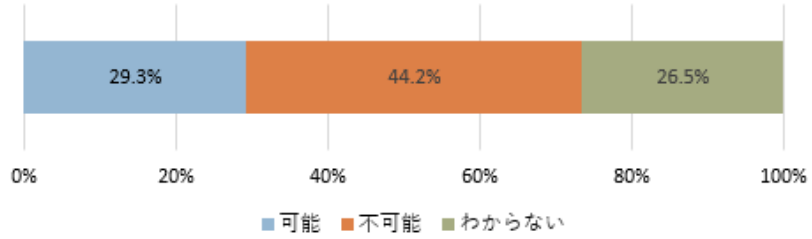


図 1　助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思うか（n=699）

表 2　正常産以外で 1 回とカウントが可能と思われる事例はどれか（複数回答）（n=698）

	n	%
促進分娩	653	93.6%
誘発分娩	648	92.8%
ハイリスク妊娠	227	32.5%
本人の希望による硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）	342	49.0%
医学的適応による硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）	168	24.1%
正期産の範囲内ではない	84	12.0%
分娩第 1 期は受け持ち助産過程を展開したが緊急帝王切開となった	343	49.1%
分娩第 1 期は受け持ち助産過程を展開したが分娩介助に至らなかった （実習時間終了、産婦・家族の希望等）	121	17.3%
分娩第 2 期からの受持ち	356	51.0%
分娩第 1 期から第 3 期までの受持ち	451	64.6%
その他	12	1.7%

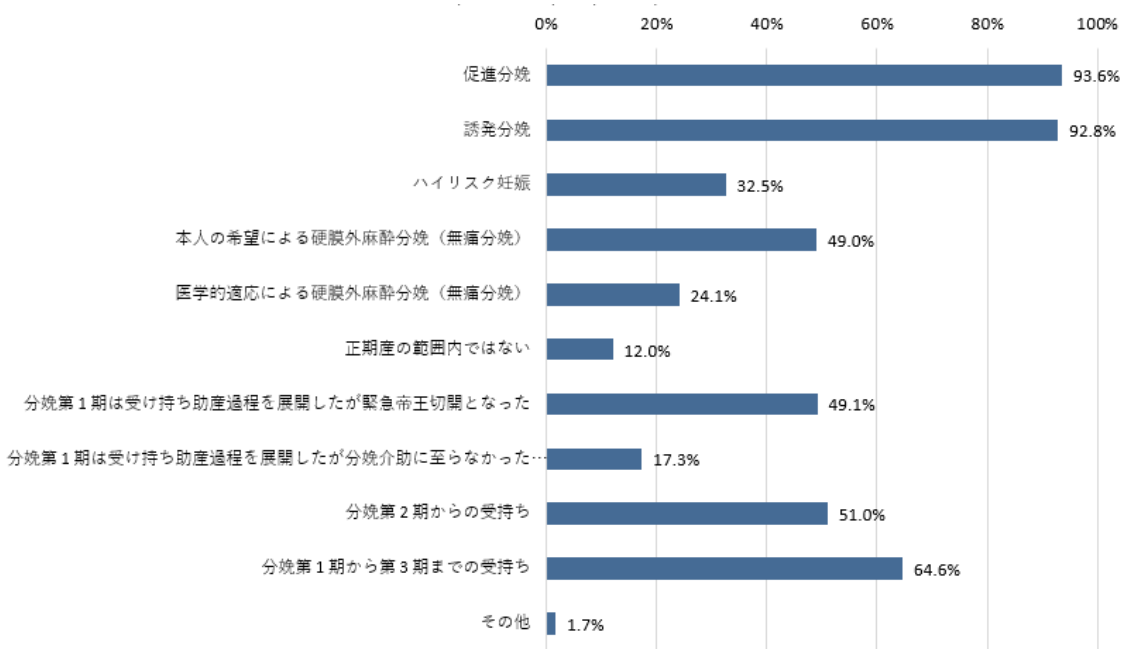


図 2　正常産以外で 1 回とカウントが可能と思われる事例はどれか（複数回答）（n=698）

表 3　10 回程度の分娩介助以外の方法でも到達目標の達成が可能か（n=697）

	n	%
はい	203	29.1%
いいえ	119	17.1%
わからない	375	53.8%
合計	697	100.0%

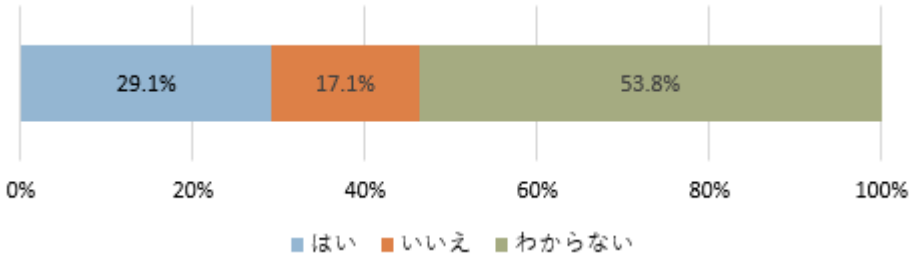


図 3　10 回程度の分娩介助以外の方法でも到達目標の達成が可能か（n=697）

表 4　硬膜外麻酔分娩を介助するにあたり授業で学んでほしい項目 上位 5 つ（n=689）

	n	%
硬膜外麻酔分娩の基本的な仕組みと作用機序	592	85.9%
分娩時の疼痛管理と評価方法	333	48.3%
硬膜外麻酔に使用される薬剤の種類と薬理作用	333	48.3%
硬膜外麻酔分娩における母体・胎児の観察とケアのポイント	597	86.6%
硬膜外麻酔分娩のメリット・デメリットと意思決定支援	303	44.0%
硬膜外麻酔分娩に伴う副作用とその対応	390	56.6%
硬膜外麻酔分娩導入後の産婦ケアの実践的知識	240	34.8%
分娩第2期における努責のタイミングと支援方法	201	29.2%
硬膜外麻酔分娩におけるトラブルへの対応と予防策	212	30.8%
その他	33	4.8%

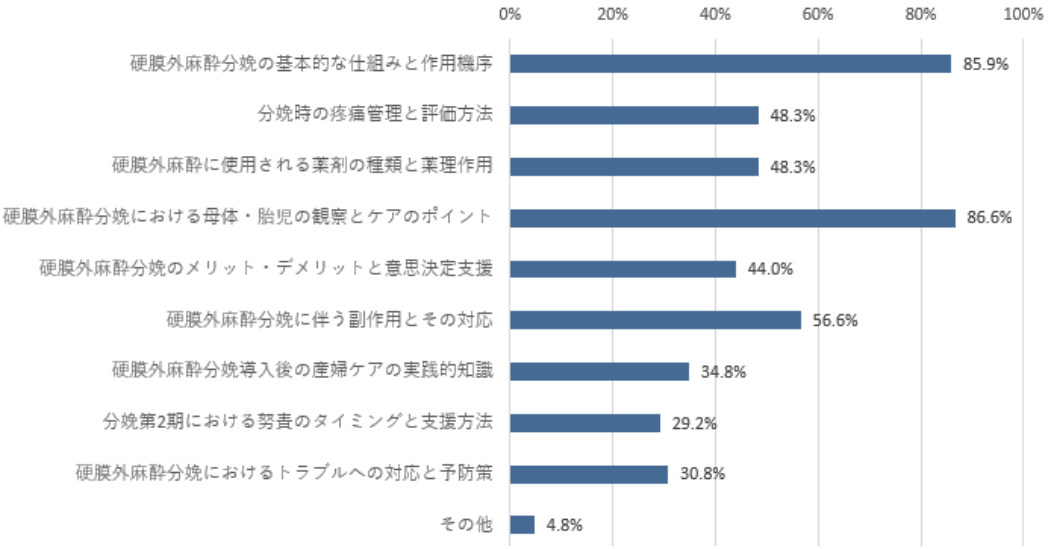


図 4　硬膜外麻酔分娩を介助するにあたり授業で学んでほしい項目 上位 5 つ（n=689）

表 5　助産基礎教育で 10 例程度介助した新人助産師と、9 回を下回った新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じたか（n=699）

	n	%
はい	57	8.2%
いいえ	354	50.6%
わからない	288	41.2%
合計	699	100.0%

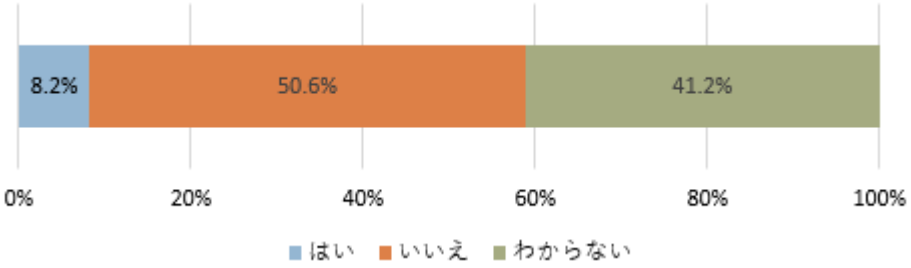


図 5　助産基礎教育で 10 例程度介助した新人助産師と、9 回を下回った新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じたか（n=699）

【分娩介助 10 回程度を終えた助産学生の、分娩介助・ケア能力の到達度】

表 6-1　分娩介助に関わる技術項目

	単独で実施できる		指導の下で実施できる		実施困難な場合は見学でよい		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ⅰ　分べん進行の診断に係る技術								
1 分娩監視装置の装着	359	51.4%	310	44.3%	30	4.3%	699	100.0%
2 内診	24	3.4%	614	88.1%	59	8.5%	697	100.0%
Ⅱ　分べん介助に係る手技								
3 分娩野の作成	289	41.3%	373	53.4%	37	5.3%	699	100.0%
4 肛門保護	258	36.9%	398	56.9%	43	6.2%	699	100.0%
5 会陰保護	84	12.0%	548	78.4%	67	9.6%	699	100.0%
6 最小周囲径での児頭娩出	39	5.6%	547	78.3%	113	16.2%	699	100.0%
7 肩甲娩出	40	5.7%	484	69.2%	175	25.0%	699	100.0%
8 骨盤誘導線に沿った体幹の娩出	76	10.9%	513	73.4%	110	15.7%	699	100.0%
9 臍帯巻絡の確認	191	27.4%	397	56.9%	110	15.8%	698	100.0%
10 臍帯結紮及び切断	231	33.1%	402	57.6%	65	9.3%	698	100.0%
11 新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	49	7.0%	435	62.2%	215	30.8%	699	100.0%
12 適切な方法での胎盤娩出	139	19.9%	472	67.6%	87	12.5%	698	100.0%
13 胎盤の確認	321	46.1%	358	51.4%	18	2.6%	697	100.0%
14 軟産道の状態の確認	39	5.6%	499	71.5%	160	22.9%	698	100.0%
15 子宮収縮状態の確認	219	31.4%	452	64.8%	26	3.7%	697	100.0%
16 出血の状態の確認	119	17.0%	526	75.3%	54	7.7%	699	100.0%
17 児及び胎児付属物の計測	307	44.0%	376	53.9%	15	2.1%	698	100.0%
18 分べんに係る記録の記載	150	21.5%	496	71.2%	51	7.3%	697	100.0%
Ⅲ　異常発生時の母子への介入に係る手技								
19 胎児機能不全への対応	1	0.1%	218	31.3%	478	68.6%	697	100.0%
20 産科危機的出血への処置	0	0.0%	114	16.4%	583	83.6%	697	100.0%
21 産婦に対する一次救命処置（Basic Life Support ：BLS）	6	0.9%	118	17.0%	572	82.2%	696	100.0%
22 会陰切開及び裂傷後の縫合	0	0.0%	68	9.9%	621	90.1%	689	100.0%
23 新生児蘇生法の実施	6	0.9%	193	27.7%	498	71.4%	697	100.0%

表 6-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

	単独で実施できる		指導の下で実施できる		実施困難な場合は見学でよい		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ⅰ　分べん介助に伴う診断とケア								
1 分べん開始を診断する	221	31.8%	446	64.1%	29	4.2%	696	100.0%
2 破水を診断する	159	22.8%	496	71.3%	41	5.9%	696	100.0%
3 分べんの進行状態を診断する	55	7.9%	592	85.1%	49	7.0%	696	100.0%
4 今後の分べん進行を予測する	52	7.5%	595	85.4%	50	7.2%	697	100.0%
5 分べん進行状態の診断を適宜修正する	49	7.0%	594	85.2%	54	7.7%	697	100.0%
6 分娩室への移動や分娩野作成のタイミングを判断する	84	12.1%	549	78.9%	63	9.1%	696	100.0%
7 産婦と胎児の健康状態を診断する	70	10.1%	576	82.8%	50	7.2%	696	100.0%
8 産痛緩和のケアを行う	251	36.1%	419	60.2%	26	3.7%	696	100.0%
9 基本的ニーズ（排泄・栄養・清潔・体位・休息）に関する援助を行う	254	36.5%	425	61.1%	17	2.4%	696	100.0%
10 分べん進行を促すケアを行う	159	22.8%	510	73.2%	28	4.0%	697	100.0%
11 産婦の主体性を尊重する	227	32.6%	426	61.2%	43	6.2%	696	100.0%
12 分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	130	18.7%	519	74.7%	46	6.6%	695	100.0%
13 経腟分べんを介助する	36	5.2%	581	83.4%	80	11.5%	697	100.0%
14 出生直後から早期母子接触・早期授乳を行い、愛着形成を促す	111	15.9%	536	76.9%	50	7.2%	697	100.0%
15 産婦とともにバースレビューを行う	217	31.1%	421	60.4%	59	8.5%	697	100.0%
16 分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う	25	3.6%	534	76.6%	138	19.8%	697	100.0%
17 異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施する	6	0.9%	351	50.6%	337	48.6%	694	100.0%
18 正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解する	12	1.7%	347	50.0%	335	48.3%	694	100.0%
Ⅱ　協働する力と助産師としての姿勢								
19 帝王切開前後のケアを行う	11	1.6%	414	59.9%	266	38.5%	691	100.0%
20 産婦との信頼関係を築く	333	47.9%	333	47.9%	29	4.2%	695	100.0%
21 適切な報告・連絡・相談をする	261	37.6%	411	59.1%	23	3.3%	695	100.0%
22 スタッフとコミュニケーションをとる（あいさつ、お礼等）	497	71.4%	188	27.0%	11	1.6%	696	100.0%
23 ケアを振り返る姿勢をもつ	426	61.2%	257	36.9%	13	1.9%	696	100.0%
24 助産師としてのアイデンティティを形成する	266	38.3%	399	57.5%	29	4.2%	694	100.0%

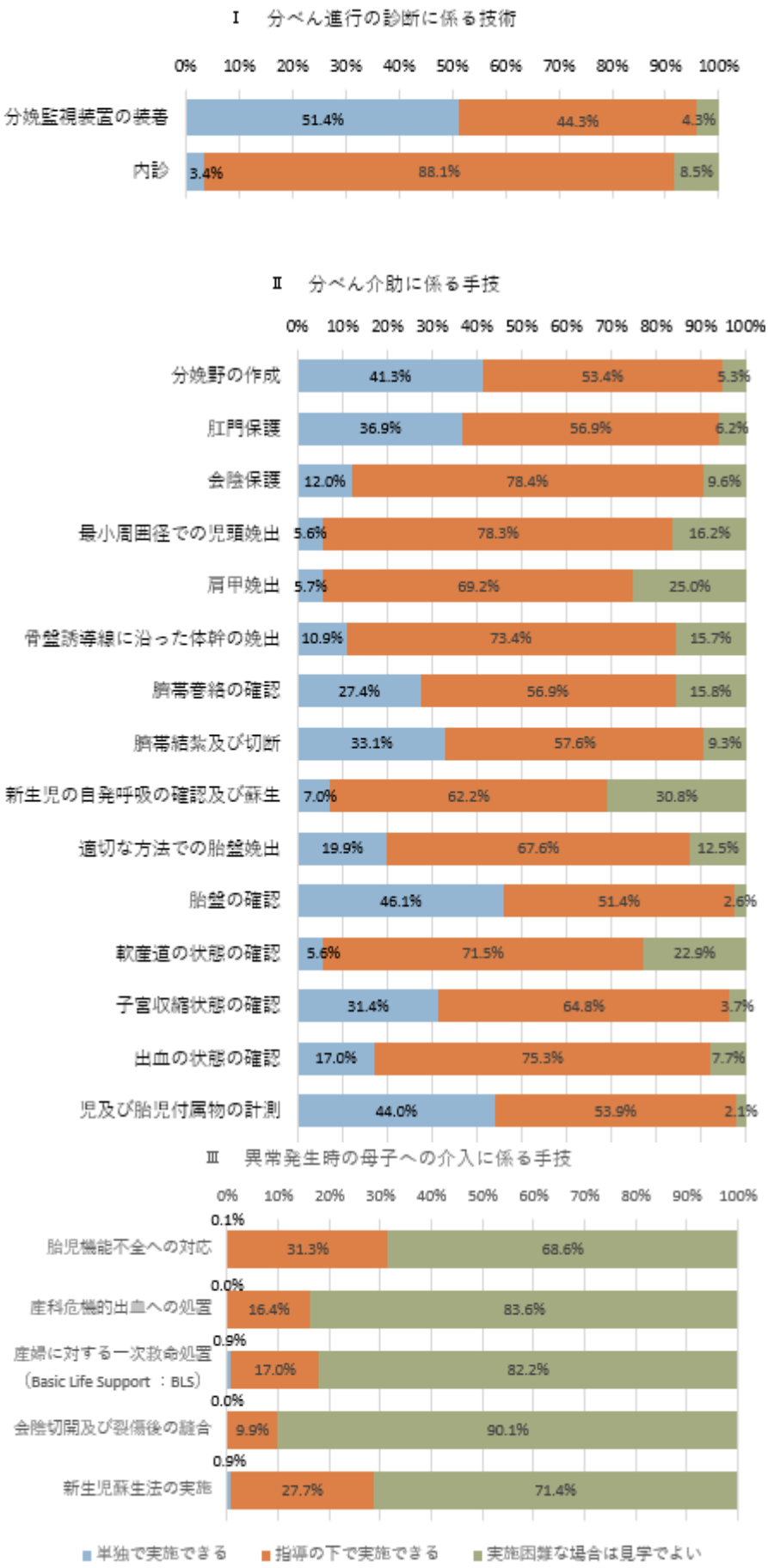


図 6-1　分娩介助に関わる技術項目

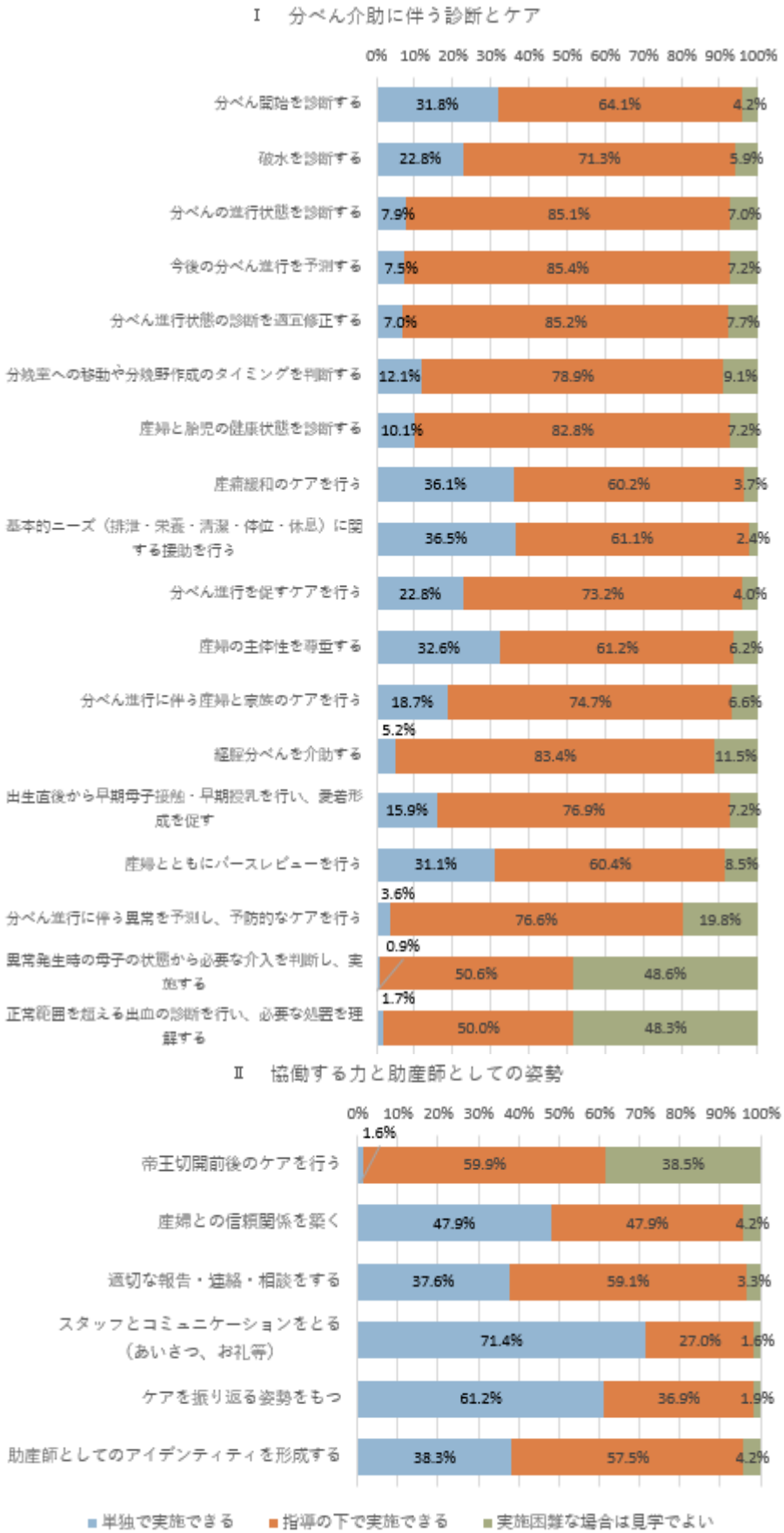


図 6-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

【助産基礎教育で自立して実施できることを望む分娩介助・ケア能力】

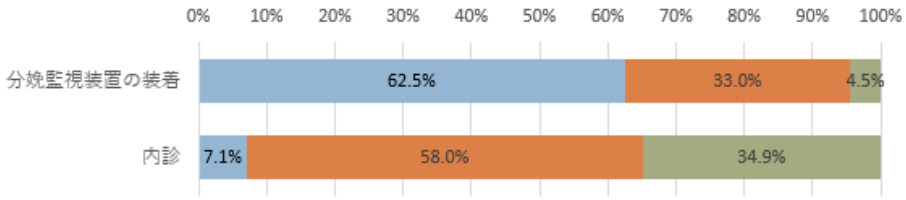
表 7-1　分娩介助に関わる技術項目

	必ずできる		どちらかといえばできる		就職してからできるようになればよい		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ⅰ　分べん進行の診断に係る技術								
1 分娩監視装置の装着	433	62.5%	229	33.0%	31	4.5%	693	100.0%
2 内診	49	7.1%	400	58.0%	241	34.9%	690	100.0%
Ⅱ　分べん介助に係る手技								
3 分娩野の作成	305	43.9%	303	43.7%	86	12.4%	694	100.0%
4 肛門保護	242	34.9%	358	51.7%	93	13.4%	693	100.0%
5 会陰保護	97	14.0%	425	61.3%	171	24.7%	693	100.0%
6 最小周囲径での児頭娩出	46	6.6%	414	59.7%	234	33.7%	694	100.0%
7 肩甲娩出	37	5.4%	417	60.3%	237	34.3%	691	100.0%
8 骨盤誘導線に沿った体幹の娩出	75	10.8%	416	59.9%	203	29.3%	694	100.0%
9 臍帯巻絡の確認	185	26.7%	362	52.2%	146	21.1%	693	100.0%
10 臍帯結紮及び切断	254	36.6%	334	48.1%	106	15.3%	694	100.0%
11 新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	106	15.3%	396	57.1%	192	27.7%	694	100.0%
12 適切な方法での胎盤娩出	159	23.0%	400	57.9%	132	19.1%	691	100.0%
13 胎盤の確認	333	48.0%	290	41.8%	71	10.2%	694	100.0%
14 軟産道の状態の確認	56	8.1%	378	54.7%	257	37.2%	691	100.0%
15 子宮収縮状態の確認	289	41.7%	330	47.6%	74	10.7%	693	100.0%
16 出血の状態の確認	218	31.5%	367	53.0%	108	15.6%	693	100.0%
17 児及び胎児付属物の計測	335	48.6%	295	42.8%	60	8.7%	690	100.0%
18 分べんに係る記録の記載	159	22.9%	330	47.6%	204	29.4%	693	100.0%
Ⅲ　異常発生時の母子への介入に係る手技								
19 胎児機能不全への対応	15	2.2%	244	35.3%	433	62.6%	692	100.0%
20 産科危機的出血への処置	10	1.4%	163	23.5%	521	75.1%	694	100.0%
21 産婦に対する一次救命処置（Basic Life Support ：BLS）	22	3.2%	185	26.8%	484	70.0%	691	100.0%
22 会陰切開及び裂傷後の縫合	2	0.3%	73	10.7%	608	89.0%	683	100.0%
23 新生児蘇生法の実施	24	3.5%	266	38.4%	403	58.2%	693	100.0%

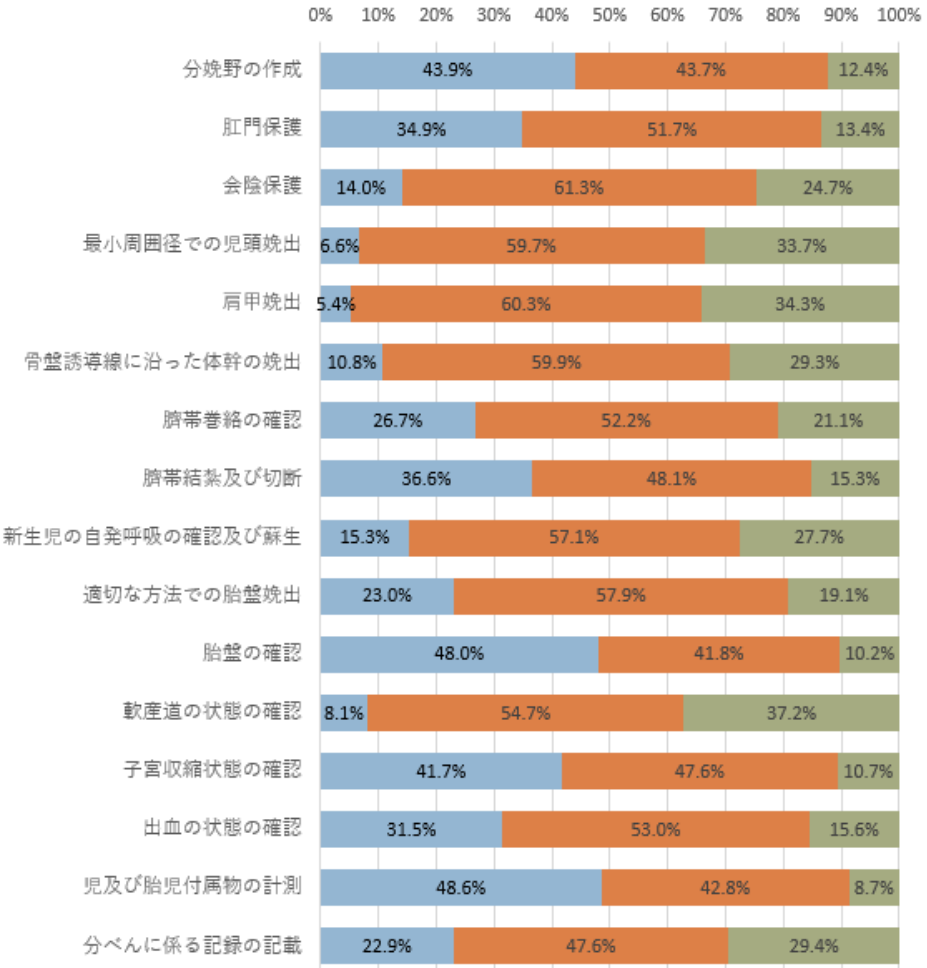
表 7-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

	必ずできる		どちらかといえばできる		就職してからできるようになればよい		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ⅰ　分べん介助に伴う診断とケア								
1 分べん開始を診断する	235	34.0%	406	58.8%	50	7.2%	691	100.0%
2 破水を診断する	170	24.6%	430	62.2%	91	13.2%	691	100.0%
3 分べんの進行状態を診断する	80	11.6%	483	69.8%	129	18.6%	692	100.0%
4 今後の分べん進行を予測する	56	8.1%	495	71.8%	138	20.0%	689	100.0%
5 分べん進行状態の診断を適宜修正する	53	7.7%	466	67.5%	171	24.8%	690	100.0%
6 分娩室への移動や分娩野作成のタイミングを判断する	58	8.4%	475	68.6%	159	23.0%	692	100.0%
7 産婦と胎児の健康状態を診断する	104	15.1%	468	67.8%	118	17.1%	690	100.0%
8 産痛緩和のケアを行う	222	32.1%	394	57.0%	75	10.9%	691	100.0%
9 基本的ニーズ（排泄・栄養・清潔・体位・休息）に関する援助を行う	248	35.9%	386	55.9%	56	8.1%	690	100.0%
10 分べん進行を促すケアを行う	163	23.6%	431	62.4%	97	14.0%	691	100.0%
11 産婦の主体性を尊重する	232	33.6%	375	54.3%	84	12.2%	691	100.0%
12 分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	157	22.7%	423	61.1%	112	16.2%	692	100.0%
13 経腟分べんを介助する	61	8.9%	390	56.6%	238	34.5%	689	100.0%
14 出生直後から早期母子接触・早期授乳を行い、愛着形成を促す	111	16.1%	433	62.8%	146	21.2%	690	100.0%
15 産婦とともにバースレビューを行う	206	29.9%	351	50.9%	133	19.3%	690	100.0%
16 分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う	49	7.1%	373	54.1%	268	38.8%	690	100.0%
17 異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施する	23	3.3%	259	37.5%	408	59.1%	690	100.0%
18 正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解する	31	4.5%	279	40.4%	380	55.1%	690	100.0%
Ⅱ　協働する力と助産師としての姿勢								
19 帝王切開前後のケアを行う	21	3.0%	260	37.6%	410	59.3%	691	100.0%
20 産婦との信頼関係を築く	304	44.0%	336	48.6%	51	7.4%	691	100.0%
21 適切な報告・連絡・相談をする	421	61.1%	231	33.5%	37	5.4%	689	100.0%
22 スタッフとコミュニケーションをとる（あいさつ、お礼等）	559	80.8%	113	16.3%	20	2.9%	692	100.0%
23 ケアを振り返る姿勢をもつ	551	79.6%	116	16.8%	25	3.6%	692	100.0%
24 助産師としてのアイデンティティを形成する	278	40.3%	309	44.8%	102	14.8%	689	100.0%

Ⅰ　分べん進行の診断に係る技術



Ⅱ　分べん介助に係る手技



Ⅲ　異常発生時の母子への介入に係る手技

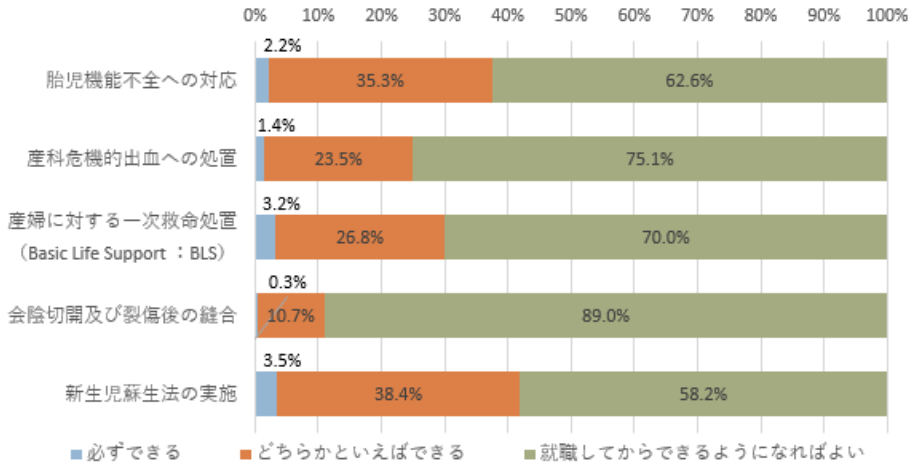


図 7-1　分娩介助に関わる技術項目

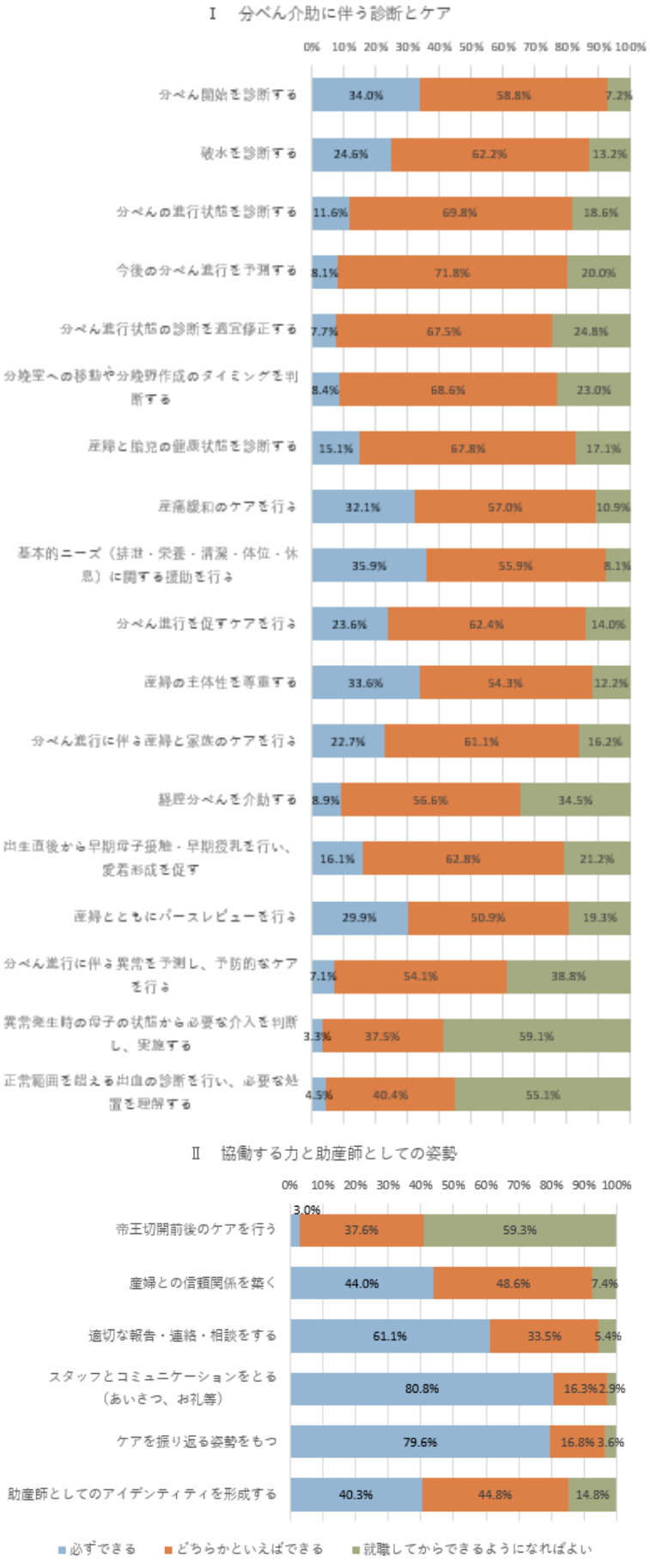


図 7-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

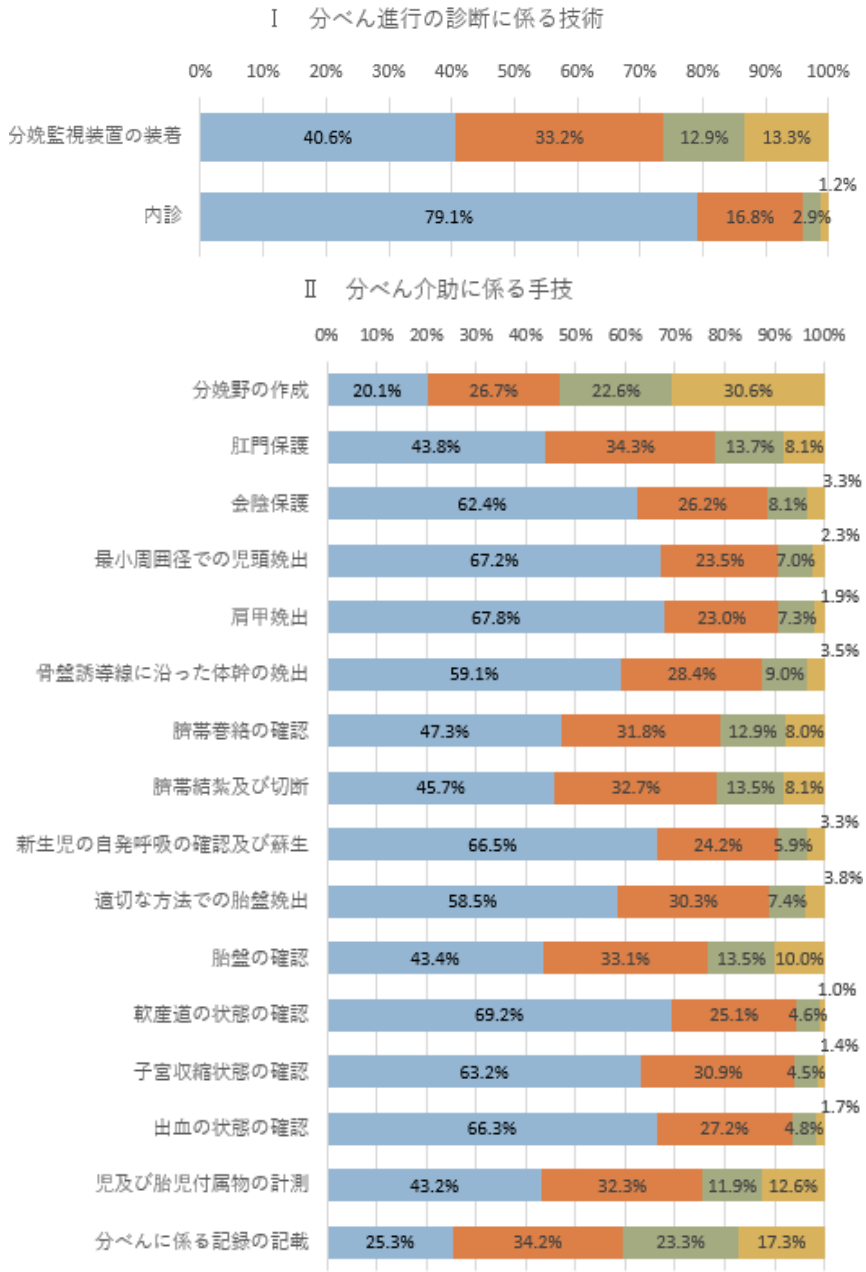
【臨地実習でなければ学ぶことができない（学内演習等では補完できない）と思われる項目】

表 8-1　分娩介助に関わる技術項目

	とてもそう思う（臨地実習でなければ学べない）		そう思う		あまり思わない		思わない（学内演習でも補完できる）		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ⅰ　分べん進行の診断に係る技術										
1 分娩監視装置の装着	280	40.6%	229	33.2%	89	12.9%	92	13.3%	690	100.0%
2 内診	542	79.1%	115	16.8%	20	2.9%	8	1.2%	685	100.0%
Ⅱ　分べん介助に係る手技										
3 分娩野の作成	139	20.1%	184	26.7%	156	22.6%	211	30.6%	690	100.0%
4 肛門保護	303	43.8%	237	34.3%	95	13.7%	56	8.1%	691	100.0%
5 会陰保護	431	62.4%	181	26.2%	56	8.1%	23	3.3%	691	100.0%
6 最小周囲径での児頭娩出	464	67.2%	162	23.5%	48	7.0%	16	2.3%	690	100.0%
7 肩甲娩出	466	67.8%	158	23.0%	50	7.3%	13	1.9%	687	100.0%
8 骨盤誘導線に沿った体幹の娩出	408	59.1%	196	28.4%	62	9.0%	24	3.5%	690	100.0%
9 臍帯巻絡の確認	326	47.3%	219	31.8%	89	12.9%	55	8.0%	689	100.0%
10 臍帯結紮及び切断	316	45.7%	226	32.7%	93	13.5%	56	8.1%	691	100.0%
11 新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	459	66.5%	167	24.2%	41	5.9%	23	3.3%	690	100.0%
12 適切な方法での胎盤娩出	403	58.5%	209	30.3%	51	7.4%	26	3.8%	689	100.0%
13 胎盤の確認	300	43.4%	229	33.1%	93	13.5%	69	10.0%	691	100.0%
14 軟産道の状態の確認	477	69.2%	173	25.1%	32	4.6%	7	1.0%	689	100.0%
15 子宮収縮状態の確認	436	63.2%	213	30.9%	31	4.5%	10	1.4%	690	100.0%
16 出血の状態の確認	458	66.3%	188	27.2%	33	4.8%	12	1.7%	691	100.0%
17 児及び胎児付属物の計測	298	43.2%	223	32.3%	82	11.9%	87	12.6%	690	100.0%
18 分べんに係る記録の記載	174	25.3%	235	34.2%	160	23.3%	119	17.3%	688	100.0%
Ⅲ　異常発生時の母子への介入に係る手技										
19 胎児機能不全への対応	416	60.4%	188	27.3%	49	7.1%	36	5.2%	689	100.0%
20 産科危機的出血への処置	416	60.3%	169	24.5%	62	9.0%	43	6.2%	690	100.0%
21 産婦に対する一次救命処置（Basic Life Support ：BLS）	344	50.0%	169	24.6%	88	12.8%	87	12.6%	688	100.0%
22 会陰切開及び裂傷後の縫合	377	54.8%	148	21.5%	93	13.5%	70	10.2%	688	100.0%
23 新生児蘇生法の実施	329	47.7%	209	30.3%	71	10.3%	81	11.7%	690	100.0%

表 8-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

	とてもそう思う（臨地実習でなければ学		そう思う		あまり思わない		思わない（学内演習でも補完できる）		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ⅰ　分べん介助に伴う診断とケア										
1 分べん開始を診断する	261	37.9%	256	37.2%	100	14.5%	72	10.4%	689	100.0%
2 破水を診断する	321	46.7%	285	41.4%	61	8.9%	21	3.1%	688	100.0%
3 分べんの進行状態を診断する	423	61.3%	196	28.4%	50	7.2%	21	3.0%	690	100.0%
4 今後の分べん進行を予測する	425	61.6%	195	28.3%	48	7.0%	22	3.2%	690	100.0%
5 分べん進行状態の診断を適宜修正する	450	65.3%	176	25.5%	47	6.8%	16	2.3%	689	100.0%
6 分娩室への移動や分娩野作成のタイミングを判断する	409	59.4%	218	31.7%	45	6.5%	16	2.3%	688	100.0%
7 産婦と胎児の健康状態を診断する	384	55.9%	236	34.4%	46	6.7%	21	3.1%	687	100.0%
8 産痛緩和のケアを行う	357	51.8%	235	34.1%	58	8.4%	39	5.7%	689	100.0%
9 基本的ニーズ（排泄・栄養・清潔・体位・休息）に関する援助を行う	282	40.9%	264	38.3%	85	12.3%	58	8.4%	689	100.0%
10 分べん進行を促すケアを行う	342	49.6%	252	36.5%	55	8.0%	41	5.9%	690	100.0%
11 産婦の主体性を尊重する	392	56.9%	215	31.2%	58	8.4%	24	3.5%	689	100.0%
12 分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	390	56.8%	240	34.9%	42	6.1%	15	2.2%	687	100.0%
13 経腟分べんを介助する	548	79.5%	122	17.7%	13	1.9%	6	0.9%	689	100.0%
14 出生直後から早期母子接触・早期授乳を行い、愛着形成を促す	388	56.3%	243	35.3%	39	5.7%	19	2.8%	689	100.0%
15 産婦とともにバースレビューを行う	394	57.2%	223	32.4%	41	6.0%	31	4.5%	689	100.0%
16 分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う	410	59.9%	212	30.9%	37	5.4%	26	3.8%	685	100.0%
17 異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施する	427	62.0%	192	27.9%	45	6.5%	25	3.6%	689	100.0%
18 正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解する	405	59.0%	202	29.4%	47	6.9%	32	4.7%	686	100.0%
Ⅱ　協働する力と助産師としての姿勢										
19 帝王切開前後のケアを行う	336	48.8%	238	34.5%	73	10.6%	42	6.1%	689	100.0%
20 産婦との信頼関係を築く	466	67.9%	178	25.9%	31	4.5%	11	1.6%	686	100.0%
21 適切な報告・連絡・相談をする	359	52.3%	217	31.6%	54	7.9%	57	8.3%	687	100.0%
22 スタッフとコミュニケーションをとる（あいさつ、お礼等）	336	48.8%	190	27.6%	77	11.2%	86	12.5%	689	100.0%
23 ケアを振り返る姿勢をもつ	305	44.5%	210	30.6%	70	10.2%	101	14.7%	686	100.0%
24 助産師としてのアイデンティティを形成する	297	43.2%	238	34.6%	81	11.8%	72	10.5%	688	100.0%


Ⅰ　分べん進行の診断に係る技術
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
分娩監視装置の装着
40.6%
33.2%
12.9%
13.3%
内診
79.1%
16.8%
2.9%
1.2%
Ⅱ　分べん介助に係る手技
分娩野の作成
20.1%
26.7%
22.6%
30.6%
肛門保護
43.8%
34.3%
13.7%
8.1%
会陰保護
62.4%
26.2%
8.1%
3.3%
最小周囲径での児頭娩出
67.2%
23.5%
7.0%
2.3%
肩甲娩出
67.8%
23.0%
7.3%
1.9%
骨盤誘導線に沿った体幹の娩出
59.1%
28.4%
9.0%
3.5%
臍帯巻絡の確認
47.3%
31.8%
12.9%
8.0%
臍帯結紮及び切断
45.7%
32.7%
13.5%
8.1%
新生児の自発呼吸の確認及び蘇生
66.5%
24.2%
5.9%
3.3%
適切な方法での胎盤娩出
58.5%
30.3%
7.4%
3.8%
胎盤の確認
43.4%
33.1%
13.5%
10.0%
軟産道の状態の確認
69.2%
25.1%
4.6%
1.0%
子宮収縮状態の確認
63.2%
30.9%
4.5%
1.4%
出血の状態の確認
66.3%
27.2%
4.8%
1.7%
児及び胎児付属物の計測
43.2%
32.3%
11.9%
12.6%
分べんに係る記録の記載
25.3%
34.2%
23.3%
17.3%

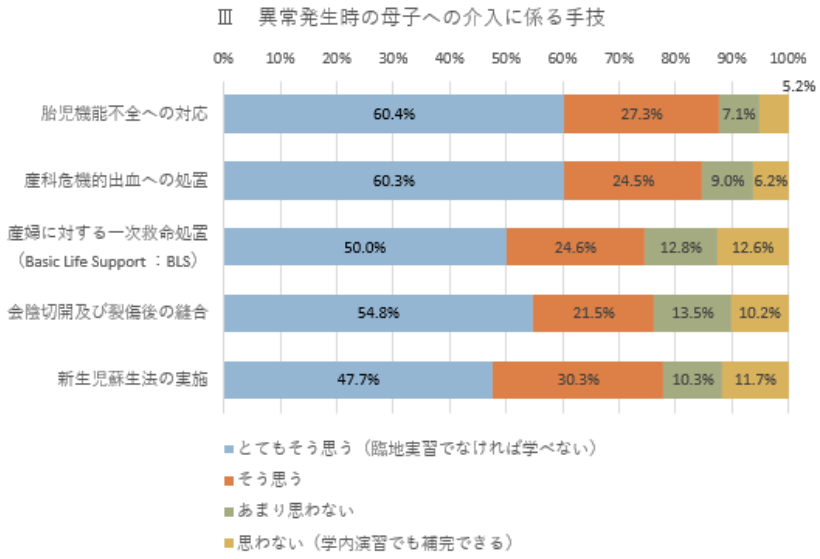
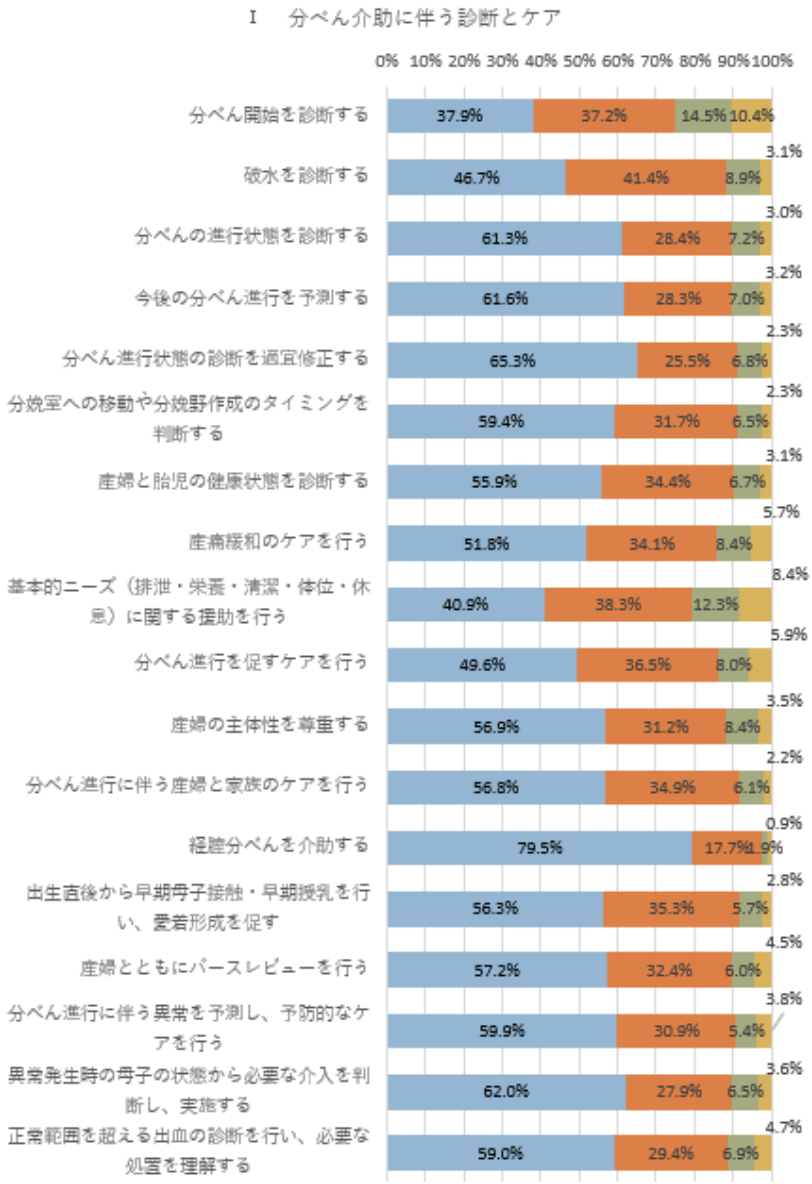


図 8-1　分娩介助に関わる技術項目



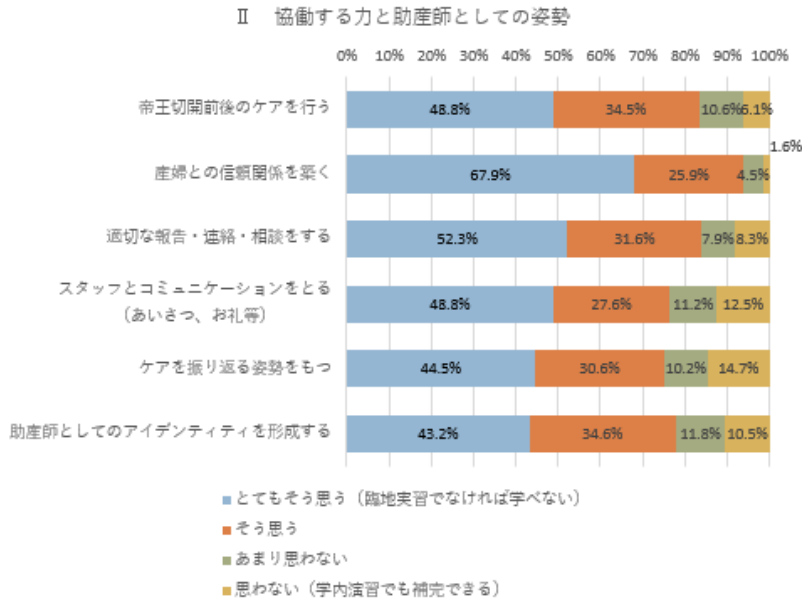


図 8-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

資料１

令和 ８年 １月 ８日

○○病院看護責任者/施設責任者様

主任研究者　正岡経子（札幌医科大学）
研究分担者　野原留美（香川大学）

厚生労働行政推進調査事業費補助金交付（地域医療基盤開発推進研究事業）
研究協力のお願い

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

我が国では、急速に少子化およびハイリスク妊産婦が増加しています。保健師助産師看護師学校養成所指定規則では、助産学実習において「分べんの取り扱いについては、正期産・経膣分べん・頭位単胎とし、分べん第一期から第三期終了より二時間までを、学生一人につき十回程度行わせること」とされていますが、助産学生が介助できる分娩の確保は一層困難を極めています。

助産学実習における分娩取り扱いについては、対象者の安全と快適さを確保しながら刻々と変化する分娩期を継続的にケアする観点からも、卒業時の到達度を維持したまま、社会に輩出するための臨地実習の有り方を検討する必要があります。助産師のコア・コンピテンシーである分娩介助・ケア能力の達成度は、新人助産師教育に携わっている臨床助産師の皆様の意見は必要不可欠です。

そこで今回、厚生労働行政推進調査事業費補助金交付（地域医療基盤開発推進研究事業）を受け、研究課題：「助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に対する臨床指導助産の認識」を明らかにする調査に取り組むことになりました。

つきましては、貴所属の助産師３名に無記名質問紙調査（Web）へのご協力を賜りたくお願い申し上げます。研究の概要については、下記をご参照いただけますと幸いです。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

以上

２次元
バーコード

左記の２次元バーコードもしくはURLにアクセスをお願いします。
基礎助産教育における卒業時の到達度・到達目標は参考資料を
ご覧ください。
URL:○○○▽▽▽．◇◇◇

なお、本研究に関するご質問等がございましたら、下記(正岡、野原)までお問合せください

【主任研究者】正岡経子（札幌医科大学）E-mail：k.masaoka@sapmed.ac.jp　TEL：011-688-9718
【研究分担者】野原留美（香川大学）　E-mail：nohara.rumi@kagawa-u.ac.jp　TEL：087-891-2235
五十嵐稔子（奈良県立医科大学）　蛎﨑奈津子（岩手県立医科大学）
木村奈緒美（奈良県立医科大学）　林佳子（札幌医科大学）
小川久貴子（東京女子医科大学）　村上明美（神奈川県立保健福祉大学）
【研究協力者】奥山葉子（県立広島大学）豊嶋優子（聖路加国際病院）宮崎直美（前香川大学附属病院）
葉久真理（徳島大学）

記

１．研究課題

助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に対する臨床指導助産の認識

２．研究の目的・意義

本研究の目的は、臨床指導助産師が助産教育卒業/修了時に求める分娩期ケア能力を明らかにすることである。これにより、分娩期ケア能力獲得に必要な分娩実習の学修内容・方法を検討することができる。さらに、助産基礎教育から新人助産師教育へのシームレスな移行を検討するための基礎資料になるものと考える。

３．研究対象者の条件と人数

１）医療機関に勤務し、助産学生の分娩介助実習を直接指導した経験を有する助産師。
２）経験年数は５年以上を有する助産師。
３）上記の条件を満たす助産師　３名

４．研究方法・内容

１）研究方法

無記名自記式質問紙調査（web 調査）で、URL もしくは２次元コードより Web 上のアンケートフォームにアクセスし、回答・送信によるデータ収集を行う。回答にかかる時間は 20 分程度。

２）調査内容

(1)　所属施設の属性：所在地区、病院の病床数、医療機関の種別、病棟の診療体制、分娩の状況（年間分娩件数、帝王切開数、早産数、麻酔分娩数)、分娩介助実習の受入状況など：12 項目
(2)　個人属性：年齢、卒業/修了した助産師養成機関、助産師経験年数、臨床指導者経験年数、アドバンス助産師認証の有無など：７項目
(3)　助産基礎教育で分娩介助を 10 例程度行うことについて：10 項目
(4)　助産学生の麻酔分娩介助について：２項目
(5)　新人助産師の教育と学生の助産学実習との競合について：１項目
(6)　助産基礎教育での分娩介助数と就職後の介助・ケア能力の違い：４項目
(7)　助産師基礎教育機関卒業時に求める到達度
(8)　助産師基礎教育機関卒業時に求める到達度：40 項目

５．調査期間

札幌医科大学学長承認日以降から２月末日まで

６．倫理的配慮

本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施する。

１）．研究の目的および方法について

本研究の目的・方法および倫理的配慮について、研究協力施設および研究対象者に十分理解されるように研究協力依頼文書に明記する。研究に関する質問の機会を保障するため、研究者の連絡先を明記する。

２）．研究協力の任意性と撤回の自由について

本研究への協力は自由意思によるものであり、協力に同意しない場合においても不利益は一切ない。協力の可否については、看護管理責任者に開示されないことを保障する。また、協力への同意は、web アンケートフォームの冒頭に承諾の意思を示すチェックボックスを設けチェックのあった場合は、研究協力への同意とみなす。web アンケート調査は、無記名回答のため送信後の撤回は技術的に困難となる。

３）．個人情報の保護について

研究対象者に対する研究協力依頼書の配布は､研究依頼施設の看護管理責任者もしくは施設責任者に依頼するが、回答は web 上のアンケートフォームに入力するため、研究協力の有無や個人の回答内容に関して研究実施者以外が知ることはない。また、得られたデータは統計処理を行うため、施設名や個人が特定されることはない。web アンケートの作成を委託する業者は、Web アンケートについてのセキュリティ対策の実績を有し大学等研究機関の調査研究支援を行うプライバシーマーク取得企業から選定する。
選定する業者とは、調査項目の設定や実施管理について契約書を交わした上で業務委託する。

４）．予測される不利益とその対策について

調査の内容は、研究対象者個人の考えを問うものであり、心理的なストレスや不利益を被る内容ではない。アンケートの回答には 20 分程度を要するため、時間的拘束は必要となる。アンケートの冒頭に回答の所要時間のめやすを記載する。また、アンケートに入力した回答は自動保存されるようにし、フォームの入力を完了できない場合でも途中から再開が可能なように設定する。

５）．データの守秘義務について

研究で得られたデータは、本研究目的以外には一切使用しない。データを扱うパソコンには、ウィルス対策ソフトを導入し、定期的にアップデートを行う。データを保存する際には、パスワードを設定した電子媒体を使用する。得られたデータは、鍵付きの保管庫で厳重に管理し、学外へ持ち出さない。データの保管期間は、本研究の公表後から 10 年間とする。データの保管期間終了後は、紙媒体は裁断処理、電子媒体は内容を消去し、復元不可能な状態とする。

６）．費用負担および研究資金・利益相反について

研究協力に際し、web 上のアンケートフォームにアクセスするため、発生したインターネット通信費は自己負担となる。Web アンケート調査への協力に対し、謝礼品の謹呈は行わない。本研究は、令和 7 年度厚生労働省行政推進調査事業補助事業（課題番号：25IA2008）を受けて実施する

本研究において、研究者と対象者、および研究者と web アンケート委託業者との間に経済的・個人的な利害関係は存在しない。

７）．研究に関する情報公開および成果の公表について

研究成果は、札幌医科大学学長へ報告および厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業の報告書として提出する他、関連学会や学術誌による公表を行う予定である。

令和　8年　1月　8日

臨床指導助産師　様

主任研究者　正岡経子（札幌医科大学）
研究分担者　野原留美（香川大学）

厚生労働行政推進調査事業費補助金交付（地域医療基盤開発推進研究事業）
研究協力のお願い

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

我が国では、急速に少子化およびハイリスク妊産婦が増加しています。保健師助産師看護師学校養成所指定規則では、助産学実習において「分べんの取り扱いについては、正期産・経膣分べん・頭位単胎とし、分べん第一期から第三期終了より二時間までを、学生一人につき十回程度行わせること」とされていますが、助産学生が介助できる分娩の確保は一層困難を極めています。

助産学実習における分娩取り扱いについては、対象者の安全と快適さを確保しながら刻々と変化する分娩期を継続的にケアする観点からも、卒業時の到達度を維持したまま、社会に輩出するための臨地実習の有り方を検討する必要があります。助産師のコア・コンピテンシーである分娩介助・ケア能力の達成度は、新人助産師教育に携わっている臨床助産師の皆様の意見は必要不可欠です。

そこで今回、厚生労働行政推進調査事業費補助金交付（地域医療基盤開発推進研究事業）の助成を受け、研究課題:「助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に対する臨床指導助産の認識」を明らかにする調査に取り組むことになりました。

このたび、助産学生の分娩介助実習をご指導いただいている臨床助産師の皆様を対象に、研究へのご協力をお願い申し上げます。研究の概要については、下記をご参照いただけますと幸いです。ご多忙のところ大変恐縮ですが、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますよう何卒よろしくお願い申し上げます。ご不明点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。

以上

2 次元
バーコード

左記の 2 次元バーコードもしくは URL にアクセスをお願いします。
基礎助産教育における卒業時の到達度・到達目標は参考資料を
ご覧ください。URL:○○○▽▽▽. ◇◇◇

なお、本研究に関するご質問等がございましたら、下記(正岡か野原)までお問合せください。

【主任研究者】正岡経子（札幌医科大学）E-mail：k.masaoka@sapmed.ac.jp　TEL：011-688-9718
【研究分担者】野原留美（香川大学）　E-mail：nohara.rumi@kagawa-u.ac.jp　TEL：087-891-2235
五十嵐稔子（奈良県立医科大学）　蛎﨑奈津子（岩手県立医科大学）
木村奈緒美（奈良県立医科大学）　林佳子（札幌医科大学）
小川久貴子（東京女子医科大学）　村上明美（神奈川県立保健福祉大学）
【研究協力者】奥山葉子（県立広島大学）豊嶋優子（聖路加国際病院）宮崎直美（前香川大学附属病院）
葉久真理（徳島大学）

記

１．研究課題

助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に対する臨床指導助産の認識

２．研究の目的・意義

本研究の目的は、臨床指導助産師が助産教育卒業/修了時に求める分娩期ケア能力を明らかにすることである。これにより、分娩期ケア能力獲得に必要な分娩実習の学修内容・方法を検討することができる。さらに、助産基礎教育から新人助産師教育へのシームレスな移行を検討するための基礎資料になるものと考える。

３．研究対象者の条件と人数

１）医療機関に勤務し、助産学生の分娩介助実習を直接指導した経験を有する助産師。
２）経験年数は５年以上を有する助産師。
３）上記の条件を満たす助産師

４．研究方法・内容

１）研究方法

無記名自記式質問紙調査（web 調査）で、URL もしくは２次元コードより Web 上のアンケートフォームにアクセスし、回答・送信によるデータ収集を行う。回答にかかる時間は 20 分程度。

２）調査内容

①個人属性に関する項目（年齢、卒業/修了した助産師養成機関、助産師経験年数、アドバンス助産師認証取得の有無等）
②所属属性に関する項目（所在地区、病棟形態、年兼分娩件数、分娩実習受入れ経験年数、実習受入れ教育機関の種別、年間の分娩介助実習受入れ学生人数など）
③分娩期ケア能力に関する到達度に関する項目
「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達度」（厚生労働省;2019）の分娩期の診断とケアの内容と先行研究を基に作成した 35 項目について 3 件法での回答および自由記述

５．調査期間

札幌医科大学学長承認日以降から２月末日まで

６．倫理的配慮

本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施する。

１）．研究の目的および方法について

本研究の目的・方法および倫理的配慮について、研究協力施設および研究対象者に十分理解されるように研究協力依頼文書に明記する。研究に関する質問の機会を保障するため、研究者の連絡先を明記する。

２）．研究協力の任意性と撤回の自由について

本研究への協力は自由意思によるものであり、協力に同意しない場合においても不利益は一切ない。協力の可否については、看護管理責任者に開示されないことを保障する。また、協力への同意は、web アンケートフォームの冒頭に承諾の意思を示すチェックボックスを設けチェックのあった場合は、研究協力への同意とみなす。web アンケート調査は、無記名回答のため送信後の撤回は技術的に困難となる。

３）．個人情報の保護について

研究対象者に対する研究協力依頼書の配布は､研究依頼施設の看護管理責任者もしくは施設責任者に依頼するが、回答は web 上のアンケートフォームに入力するため、研究協力の有無や個人の回答内容に関して研究実施者以外が知ることはない。また、得られたデータは統計処理を行うため、施設名や個人が特定されることはない。web アンケートの作成を委託する業者は、web アンケートについてのセキュリティ対策の実績を有し大学等研究機関の調査研究支援を行うプライバシーマーク取得企業から選定する。

選定する業者とは、調査項目の設定や実施管理について契約書を交わした上で業務委託する。

４）．予測される不利益とその対策について

調査の内容は、研究対象者個人の考えを問うものであり、心理的なストレスや不利益を被る内容ではない。アンケートの回答には 20 分程度を要するため、時間的拘束は必要となる。アンケートの冒頭に回答の所要時間のめやすを記載する。また、アンケートに入力した回答は自動保存されるようにし、フォームの入力を完了できない場合でも途中から再開が可能なように設定する。

５）．データの守秘義務について

研究で得られたデータは、本研究目的以外には一切使用しない。データを扱うパソコンには、ウィルス対策ソフトを導入し、定期的にアップデートを行う。データを保存する際には、パスワードを設定した電子媒体を使用する。得られたデータは、鍵付きの保管庫で厳重に管理し、学外へ持ち出さない。データの保管期間は、本研究の公表後から 10 年間とする。データの保管期間終了後は、紙媒体は裁断処理、電子媒体は内容を消去し、復元不可能な状態とする。

６）．費用負担および研究資金・利益相反について

研究協力に際し、web 上のアンケートフォームにアクセスするため、発生したインターネット通信費は自己負担となる。Web アンケート調査への協力に対し、謝礼品の謹呈は行わない。本研究は、令和 7 年度厚生労働省行政推進調査事業補助事業（課題番号：25IA2008）を受けて実施する

本研究において、研究者と対象者、および研究者と web アンケート委託業者との間に経済的・個人的な利害関係は存在しない。

７）．研究に関する情報公開および成果の公表について

研究成果は、札幌医科大学学長へ報告および厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業の報告書として提出する他、関連学会や学術誌による公表を行う予定である。

資料2

参考資料

助産基礎教育における卒業時の到達度・到達目標

「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）」における分べん介助実習に関する規程

・分べんの自然な経過を理解するため、助産師又は医師の監督の下に、学生1人につき正常産を10回程度直接取り扱うことを目安とする。取り扱う分べんは、原則として、正期産・経腟分べん・頭位単胎とし、分べん第1期から第3期終了より2時間までとする。

・助産学実習において、分べん第1期のアセスメント及び支援ができ、分べん介助の途中で吸引分べん、鉗子分べんに移行した場合は、1回の分べんとして算入して差し支えないこと」とあります。

第162回国会（常会）「参議院議員円より子君提出助産師に関する質問に対する答弁書」

「…『看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会』の平成八年の中間報告書において『分娩取扱件数の実態を踏まえ少子社会の中で可能であり、かつ、助産婦としての基礎的知識技術を身につける最低の線』として『十例程度を目安とする』こととされたことを踏まえ…中略…九回を下回った場合に、「十回程度」に満たないと判断している」とあり、本研究でも分娩介助10回程度に満たない場合とは、9回を下回った（8回以下）とします。

「保健師助産師看護師学校養成所指定規則（厚生労働省）」における卒業時の到達度および到達目標（分娩期のみ抜粋）

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

実践については、看護職員や教員の指導の下で行う

Ⅰ　正常分べん
1　分べん開始を診断する
2　破水を診断する
3　分べんの進行状態を診断する
4　産婦と胎児の健康状態を診断する
5　分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う
6　経腟分べんを介助する
7　出生直後から早期母子接触・早期授乳を行い、愛着形成を促す
8　産婦とともにバースレビューを行う
9　分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う
Ⅱ　異常状態
10　異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施する
11　正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解する
12　帝王切開前後のケアを行う

別表12-2　助産師教育の技術項目と卒業時の到達度

卒業時の到達レベル　　Ⅰ：単独で実施できる　Ⅱ：指導の下で実施できる

Ⅰ 分べん進行の診断に係る手技	
1　分娩監視装置の装着	Ⅰ
2　内診	Ⅱ
Ⅱ 分べん介助に係る手技	
3　分娩野の作成	Ⅰ
4　肛門保護	Ⅰ
5　会陰保護	Ⅰ
6　最小周囲径での児頭娩出	Ⅰ
7　肩甲娩出	Ⅰ
8　骨盤誘導線に沿った体幹の娩出	Ⅰ
9　臍帯巻絡の確認	Ⅰ
10　臍帯結紮及び切断	Ⅰ
11　新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	Ⅱ
12　適切な方法での胎盤娩出	Ⅰ
13　胎盤の確認	Ⅰ
14　軟産道の状態の確認	Ⅱ
15　子宮収縮状態の確認	Ⅰ
16　出血の状態の確認	Ⅱ
17　児及び胎児付属物の計測	Ⅱ
18　分べんに係る記録の記載	Ⅱ

助産基礎教育における分娩期ケア能力の到達度に対する臨床指導助産師の認識に関するアンケート

本アンケートは、助産学生の分娩期ケア能力育成に関する臨床指導助産師の皆様のご意見を伺う事を目的としています。回答は無記名で行われます。おおよその所要時間は 20 分程度で途中の保存・再開も可能です。ご協力をいただける場合は、以下チェックボックスにご同意の上、回答を開始してください。また、助産師基礎教育における卒業時の到達度については、同封しました参考資料をご確認の上、ご回答をお願い致します。

□　本研究の目的・方法・倫理的配慮について理解し、協力に同意します。

＜勤務先の基本情報＞

Ⅰ.【勤務先の背景】

Ⅰ）貴院の所在地区を教えてください。

①北海道地方（北海道）
②東北地方（青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）
③関東地方（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県）
④中部地方（新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県）
⑤近畿地方（三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県）
⑥中国地方（鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県）
⑦四国地方（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）
⑧九州・沖縄地方（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）

２）病院全体の病床数（　　）床

３）医療機関の種別を教えて下さい。

①総合周産期母子医療センター
②地域周産期母子医療センター
③一般病院（母子医療センター以外）
④診療所（産科・婦人科を含む）
⑤その他

４）産科病棟の病床数（　　）床

５）病棟の診療体制を教えてください。

①産科単科
②婦人科との混合病棟
③婦人科以外の科との混合病棟
④その他（自由記載）

２.【分娩の状況】

Ⅰ）貴院の 2024 年の分娩件数を教えてください。（　　）件
２）そのうち帝王切開数を教えてください。（　　）件
３）そのうち 37 週未満の分娩数を教えてください。（　　）件　・取り扱っていない
４）そのうち硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）数を教えてください。（　　）件　　・取り扱っていない

３.【分娩介助実習の受け入れ状況】

Ⅰ）貴院が分娩介助実習を受け入れている学校数を教えてください。（複数回答）

①専門職大学院/大学院（　　）校
②大学専攻科（　　）校

③大学別科（　　）校
④大学選択コース（　　）校
⑤短大専攻科（　　）校
⑥養成所（専修学校・各種学校）（　　）校
⑦現在、分娩介助実習を受け入れていない

2）3－1）で分娩介助実習を受け入れている施設の方にお聞きします。
3）年間の実習受け入れ期間を教えてください。（　　）週間
4）年間の学生受け入れ人数を教えてください。（　　）名

＜回答者の基本情報＞
4.【助産師、臨床指導者としての経験】
1）年齢（　　）歳
2）卒業/修了した助産師養成機関
①大学院/専門職大学院
②大学専攻科
③大学別科
④大学（助産選択コース）
⑤短期大学専攻科
⑥養成所（専修学校/各種学校）
3）助産師としての経験年数（　　）年
4）臨床実習指導者の経験年数（　　）年
5）分娩介助実習の指導経験年数（　　）年
6）現在、分娩介助実習の指導に携わっていますか　はい・いいえ
7）アドバンス助産師認証　あり・なし

5.【助産基礎教育で分娩介助を 10 例程度行うことについて】
1）-1「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン（厚生労働省）」には、「分べんの自然な経過を理解するため、助産師又は医師の監督の下に、学生 1 人につき正常産を 10 回程度直接取り扱うことを目安とする。取り扱う分べんは、原則として、正期産・経腟分べん・頭位単胎とし、分べん第 1 期から第 3 期終了より 2 時間までとする」「助産学実習において、分べん第 1 期のアセスメント及び支援ができ、分べん介助の途中で吸引分べん、鉗子分べんに移行した場合は、1 回の分べんとして算入して差し支えないこと」とあります。
今現在、上記規程に基づく分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思われますか。
①可能
②不可能
③わからない

1）-2　2）-1 の理由を教えてください。（自由記載）

2）-1 上記規程にある正常産以外で、1 回とカウントが可能と思われる事例はどれですか。（複数回答）
①促進分娩
②誘発分娩
③ハイリスク妊娠
④本人の希望による硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）
⑤医学的適応による硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）
⑥正期産の範囲内ではない
⑦分娩第 1 期は受け持ち助産過程を展開したが緊急帝王切開となった

⑧分娩第 1 期は受け持ち助産過程を展開したが分娩介助に至らなかった（実習時間終了、産婦・家族の希望等）
⑨分娩第 2 期からの受持ち
⑨分娩第 1 期から第 3 期までの受持ち
⑩その他（自由記載）

2）-2　2）-1 で⑥を選択された方にお聞きします。妊娠何週以降の分娩介助なら可能だと思いますか。
（　　）週以降

2）-3　その際の条件があれば記載してください（例：推定体重 2500g 以上など具体的に）（自由記載）

3）将来（今後 10 年先）を見据えて、学生 1 人あたり何例分娩を直接取り扱うこと（直接介助）が可能と予測されますか。
学生 1 人あたり（　　）例

4）-1　『分べん第 1 期から第 3 期終了より 2 時間まで』『正常産を 10 回程度直接取り扱う』ことによる到達目標の達成状況が、『学生 1 人につき正常産を 10 回程度直接取り扱う』こと以外の方法でも到達可能であると思われますか。
①はい
②いいえ
③わからない

4）-2　4）-1 で「①はい」と回答された方にお伺いします。
その理由と到達可能な方法を教えてください。（自由記載）

4）-3　4）-1 で「①はい」と回答された方にお伺いします。
直接取り扱う例数は、具体的に何例程度で到達目標が達成できるとお考えですか。
（　　）例

4）-4　4）-1 で「②いいえ」「③わからない」と回答された方にお伺いします。
その理由を教えてください。（自由記載）

6.【硬膜外麻酔分娩（無痛分娩）の介助】
1）学生の硬膜外麻酔分娩の介助事例に関して、授業で学んでほしい項目は何ですか。重要と思われる項目の上位５つを選択してください。
1. 硬膜外麻酔分娩の基本的な仕組みと作用機序
2. 分娩時の疼痛管理と評価方法
3. 硬膜外麻酔に使用される薬剤の種類と薬理作用
4. 硬膜外麻酔分娩における母体・胎児の観察とケアのポイント
5. 硬膜外麻酔分娩のメリット・デメリットと意思決定支援
6. 硬膜外麻酔分娩に伴う副作用とその対応
7. 硬膜外麻酔分娩導入後の産婦ケアの実践的知識
8. 分娩第 2 期における努責のタイミングと支援方法
9. 硬膜外麻酔分娩におけるトラブルへの対応と予防策
10. その他（自由回答）

2）学生の麻酔分娩の介助事例に関して、演習で学んでおいてほしいことは何ですか。（自由記載）

7.【新人助産師の教育と学生の助産学実習との競合】

1）出生数減少の中、新人助産師の分娩介助と助産学生の分娩介助との競合を回避するためにどのような工夫をしていますか／したいと考えていますか。（自由記載）

8.【助産基礎教育での分娩介助数と就職後の介助・ケア能力の違い】

1）-1　助産基礎教育で 10 例程度介助した新人助産師と、9 回を下回った（8 回以下）の新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じていますか。

①はい

②いいえ

③わからない

1）-2　1）-1 で「①はい」と回答された方にお伺いします。どのような点で違いを感じられますか。（自由記載）

1）-3　1）-1 で「①はい」と回答された方にお伺いします。卒後研修でどのような工夫をされていますか／したいと考えていますか。（自由記述）

1）-4　1）-1 で「②いいえ」「③わからない」と回答された方にお伺いします。その理由を教えてください。（自由記載）

9.【助産師基礎教育機関卒業時に求める到達度】

下の表 1 は「分娩介助に関わる技術項目」、表 2 は「分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目」です。

1）分べん取り扱い 10 回程度を終えた助産学生の、分娩介助・ケア能力の到達度はどの程度だとお考えですか。下表①の列に、「3：単独で実施できる」「2：指導の下で実施できる」「1：実施困難な場合は見学でよい」のうち、当てはまる数字でお答えください。

2）新人助産師として入職するまでに、助産基礎教育のうちに必ず自立して実施できるようになってほしいと考える分娩介助・ケア能力について、下表②の列に「3：必ずできる」「2：どちらかといけばできる」「1：就職してからできるようになればよい」のうち、当てはまる数字でお答えください。

3）下表の項目のうち、臨地実習でなければ学ぶことができない（学内演習等では補完できない）と思われる項目について、③の列に「4：とてもそう思う（臨地実習でなければ学べない）」「3：そう思う」「2：あまり思わない」「1：思わない（学内演習でも補完できる）」のうち、当てはまる数字でお答えください。

4）分娩介助・ケア能力について、下表の項目にはないが、臨地実習でなければ学べないことや、助産基礎教育で必ず学んでおいてほしいと思われることがあれば、ご記入ください（自由記載）

表1　分娩介助に関わる技術項目

	①	②	③
回答例）新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	2	2	3
Ⅰ 分べん進行の診断に係る手技			
1　分娩監視装置の装着			
2　内診			
Ⅱ 分べん介助に係る手技			
3　分娩野の作成			
4　肛門保護			
5　会陰保護			
6　最小周囲径での児頭娩出			
7　肩甲娩出			
8　骨盤誘導線に沿った体幹の娩出			
9　臍帯巻絡の確認			
10　臍帯結紮及び切断			
11　新生児の自発呼吸の確認及び蘇生			
12　適切な方法での胎盤娩出			
13　胎盤の確認			
14　軟産道の状態の確認			
15　子宮収縮状態の確認			
16　出血の状態の確認			
17　児及び胎児付属物の計測			
18　分べんに係る記録の記載			
Ⅲ 異常発生時の母子への介入に係る手技			
19　胎児機能不全への対応			
20　産科危機的出血への処置			
21　産婦に対する一次救命処置（BasicLifeSupport:BLS）			
22　会陰切開及び裂傷後の縫合			
23　新生児蘇生法の実施			

表2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

	①	②	③
回答例）分べんの進行状態を診断する	2	2	4
Ⅰ　分べん介助に伴う診断とケア			
1　分べん開始を診断する			
2　破水を診断する			
3　分べんの進行状態を診断する			
4　今後の分べん進行を予測する			
5　分べん進行状態の診断を適宜修正する			
6　分娩室への移動や分娩野作成のタイミングを判断する			
7　産婦と胎児の健康状態を診断する			
8　産痛緩和のケアを行う			
9　基本的ニーズ（排泄・栄養・清潔・体位・休息）に関する援助を行う			
10　分べん進行を促すケアを行う			
11　産婦の主体性を尊重する			
12　分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う			
13　経腟分べんを介助する			
14　出生直後から早期母子接触・早期授乳を行い、愛着形成を促す			
15　産婦とともにバースレビューを行う			
9　分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う			
10　異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施する			
11　正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解する			
12　帝王切開前後のケアを行う			
Ⅱ　協働する力と助産師としての姿勢			
13　産婦との信頼関係を築く			
14　適切な報告・連絡・相談をする			
15　スタッフとコミュニケーションをとる（あいさつ、お礼等）			
16　ケアを振り返る姿勢をもつ			
17　助産師としてのアイデンティティを形成する			

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

令和８年３月１１日

厚生労働大臣　殿

機関名　札幌医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　山下　敏彦

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　保健医療学部・教授

（氏名・フリガナ）　正岡　経子・マサオカ　ケイコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	札幌医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年２月３日

厚生労働大臣　殿

機関名　公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　細井　裕司

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部看護学科　教授

（氏名・フリガナ）五十嵐　稔子・イガラシ　トシコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	札幌医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月31日

厚生労働大臣　殿

機関名　岩手医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　小笠原　邦昭

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）看護学部・教授

（氏名・フリガナ）蛎﨑 奈津子・カキザキ　ナツコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	奈良県立医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月６日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国立大学法人　香川大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　上田　夏生

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部看護学科・准教授

（氏名・フリガナ）野原（ノハラ）　留美（ルミ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☑	□	☑	札幌医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年２月３日

厚生労働大臣 殿

機関名　公立大学法人奈良県立医科大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　細井　裕司

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部看護学科　准教授

（氏名・フリガナ）木村 奈緒美・キムラ ナオミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	札幌医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年５月２０日

厚生労働大臣　殿

機関名　札幌医科大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　山下　敏彦

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　保健医療学部看護学科　講師

（氏名・フリガナ）　林　佳子　ハヤシ　ヨシコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	札幌医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 12 日

厚生労働大臣　　殿

機関名　東京女子医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　三谷　昌平

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部局・職名）　看護学部 ・ 教授

（氏名・フリガナ）　小川　久貴子 ・ オガワ　クキコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入　(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	■	□	■	東京女子医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由　：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由　：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容　：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月９日

厚生労働大臣　殿

公立大学法人
機関名　神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　村上 明美

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　助産基礎教育における臨地実習の有り方に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　保健福祉学部・教授

（氏名・フリガナ）　村上　明美・ムラカミ　アケミ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■　□	■	札幌医科大学 奈良県立医科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。