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%

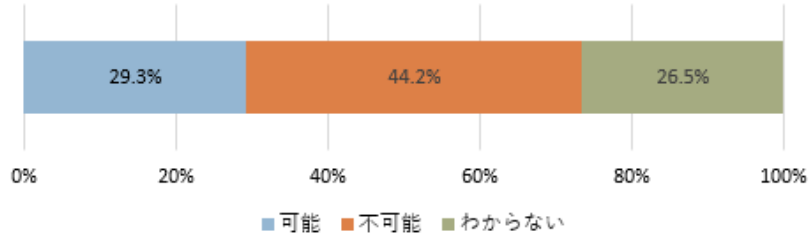


図 1　助産基礎教育で分娩介助を 10 回程度行うことは可能だと思うか（n=699）

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%

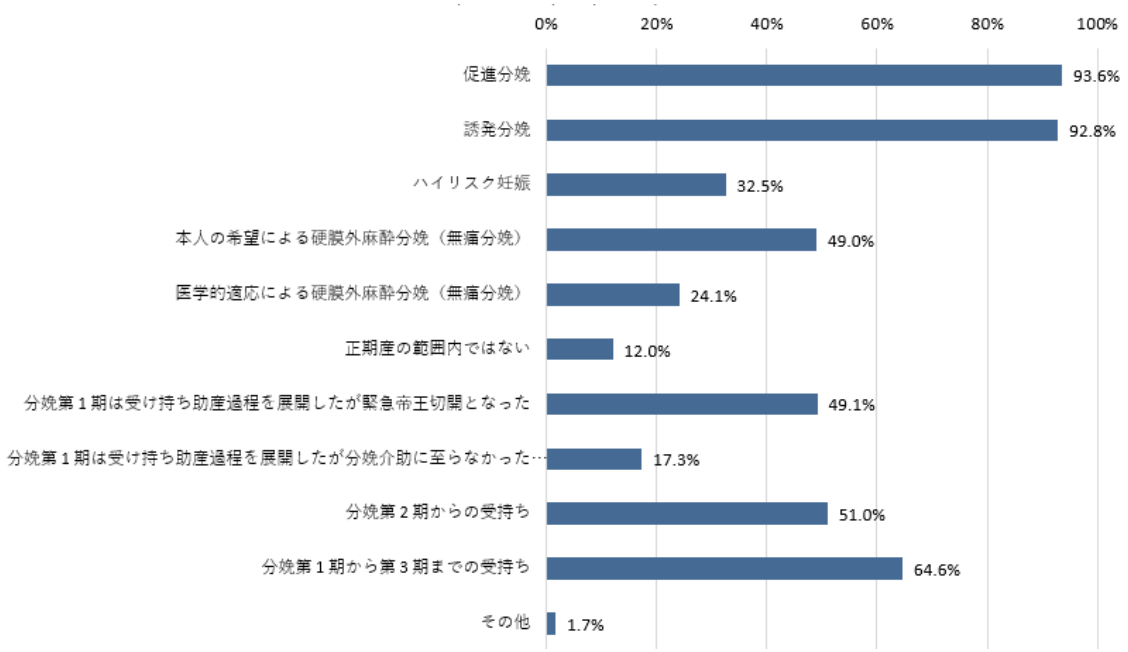


図 2　正常産以外で 1 回とカウントが可能と思われる事例はどれか（複数回答）（n=698）

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%

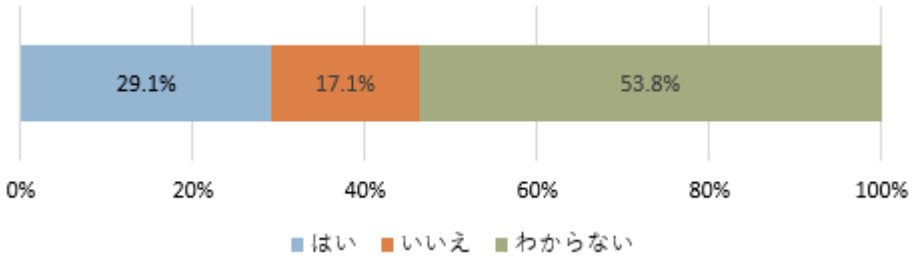


図 3　10 回程度の分娩介助以外の方法でも到達目標の達成が可能か（n=697）

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%

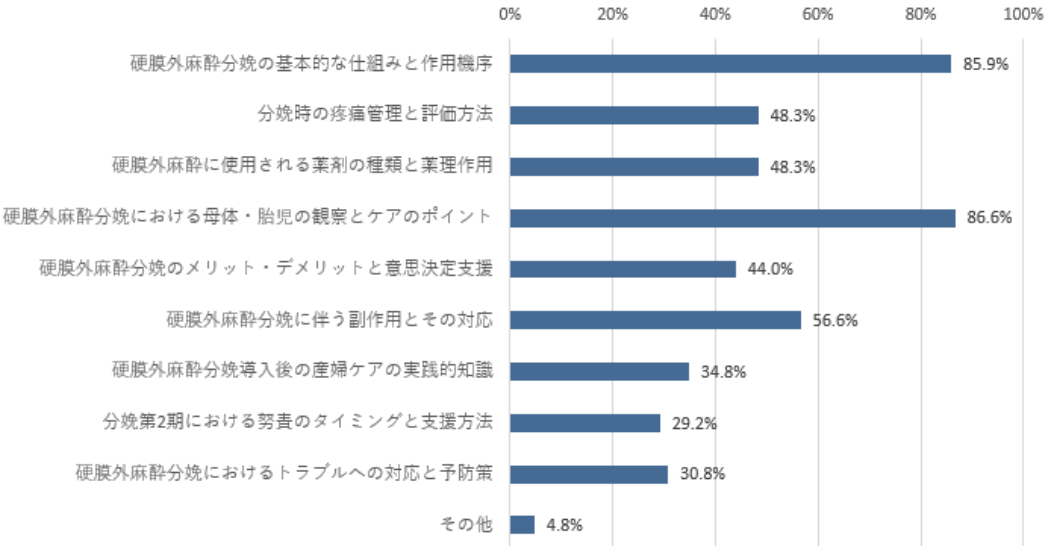


図 4　硬膜外麻酔分娩を介助するにあたり授業で学んでほしい項目 上位 5 つ（n=689）

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%

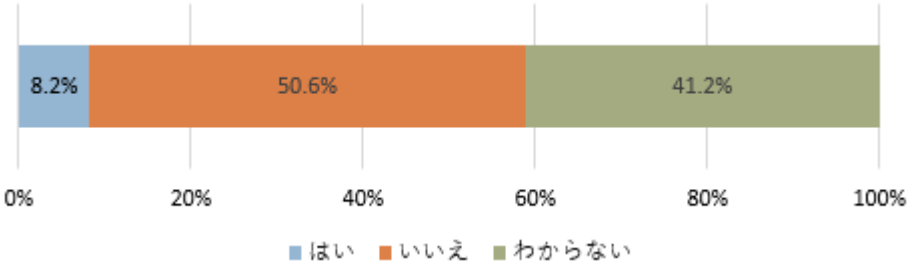


図 5　助産基礎教育で 10 例程度介助した新人助産師と、9 回を下回った新人助産師とで、ケア能力に違いがあると感じたか（n=699）

【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%

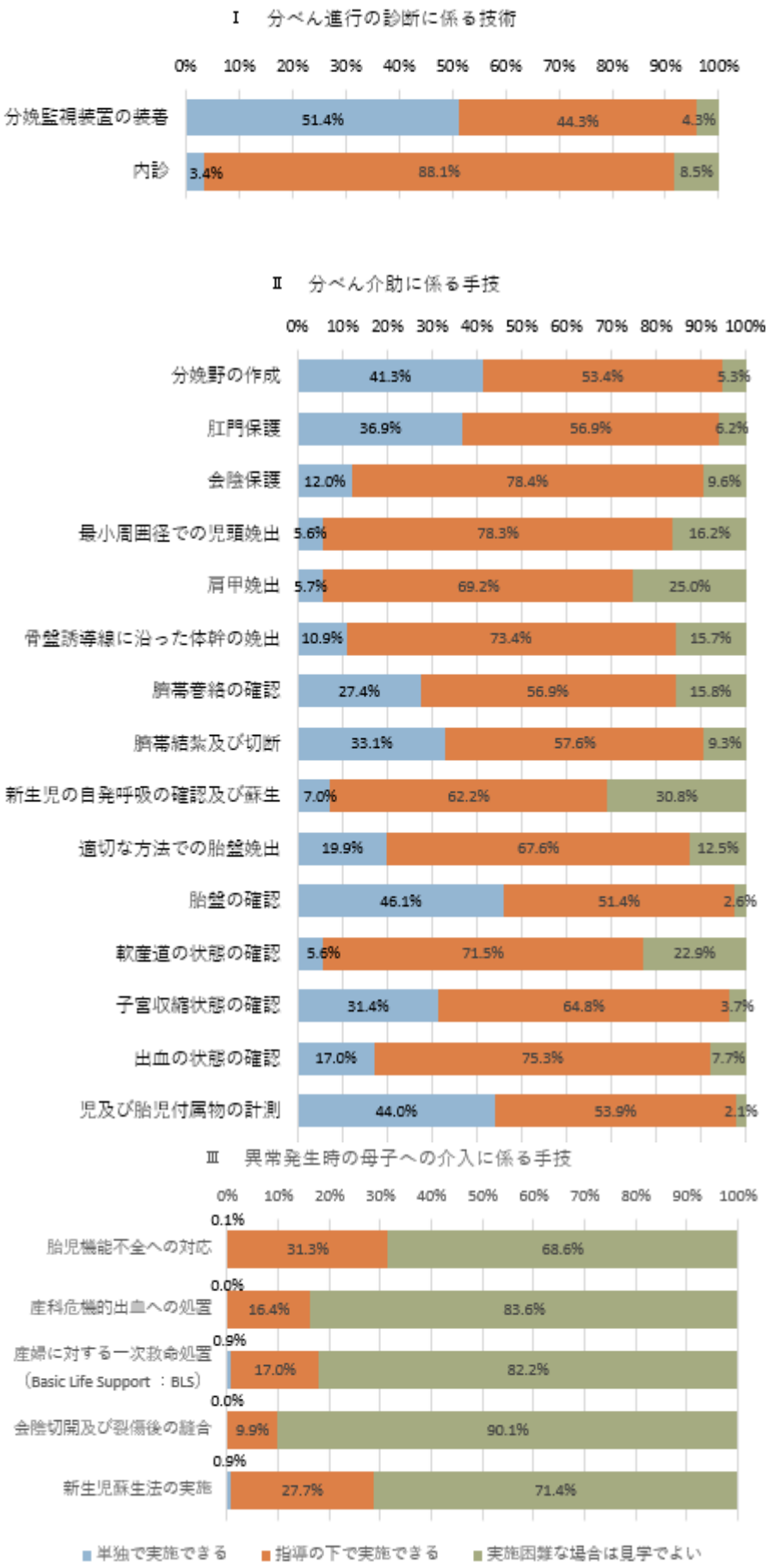


図 6-1　分娩介助に関わる技術項目

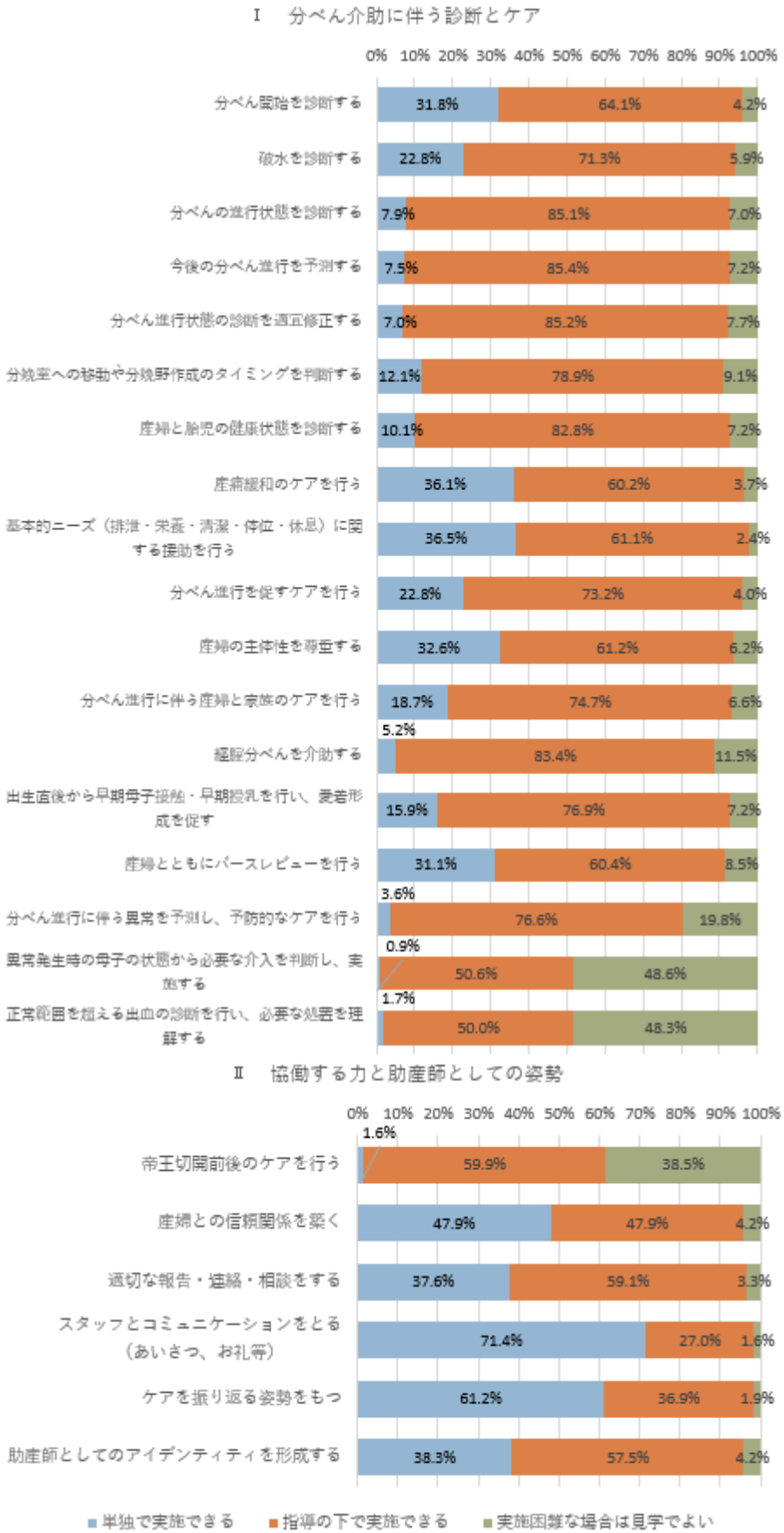


図 6-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

【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】

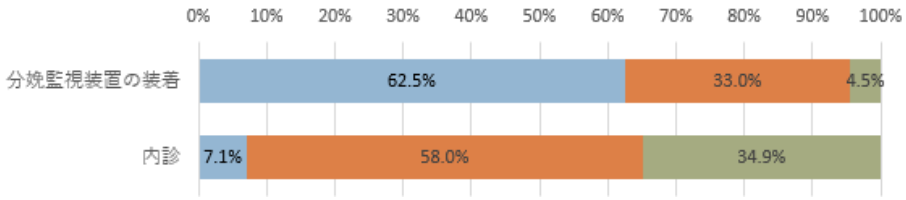
表 7-1　分娩介助に関わる技術項目

	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%

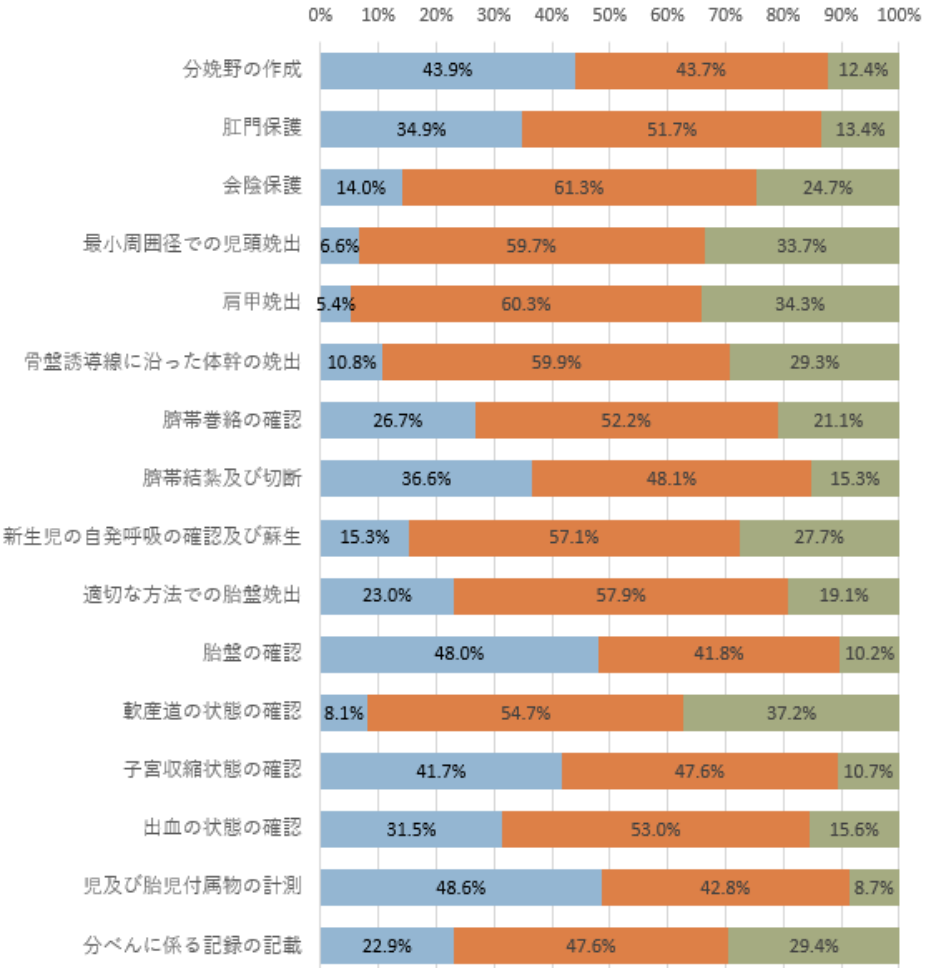
表 7-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

	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

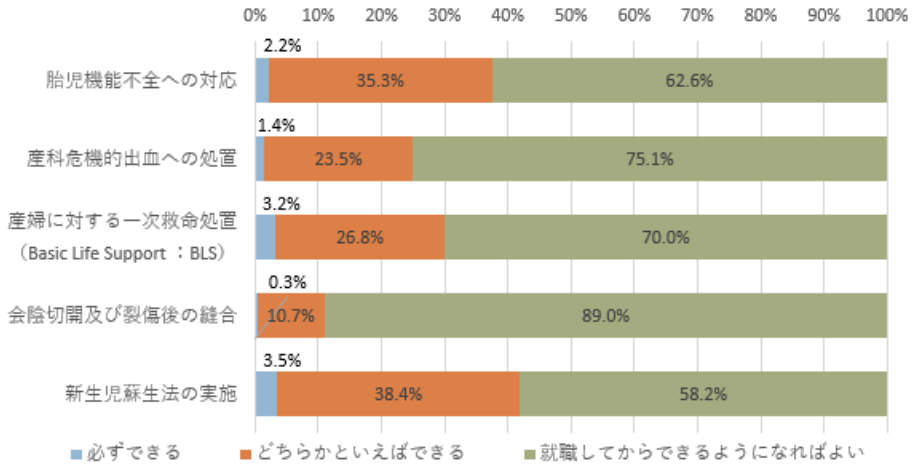


図 7-1　分娩介助に関わる技術項目

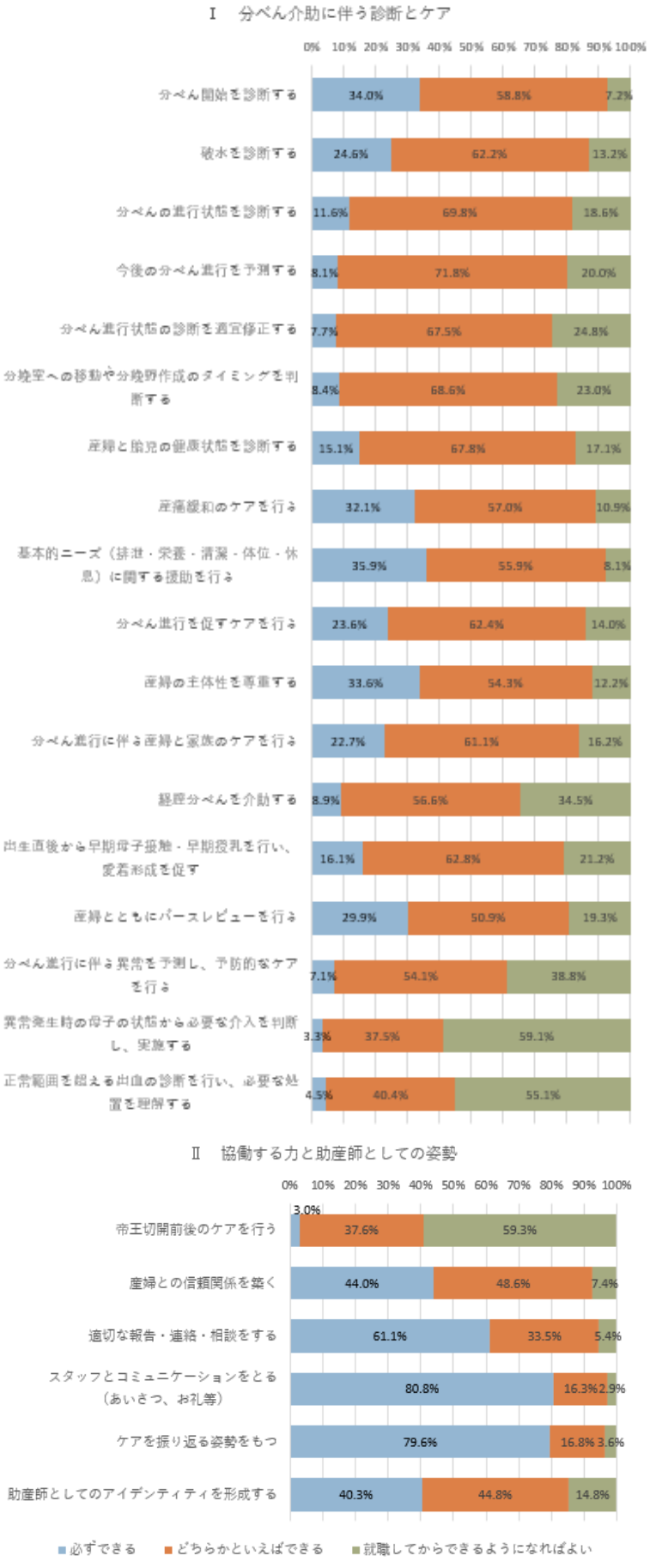


図 7-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

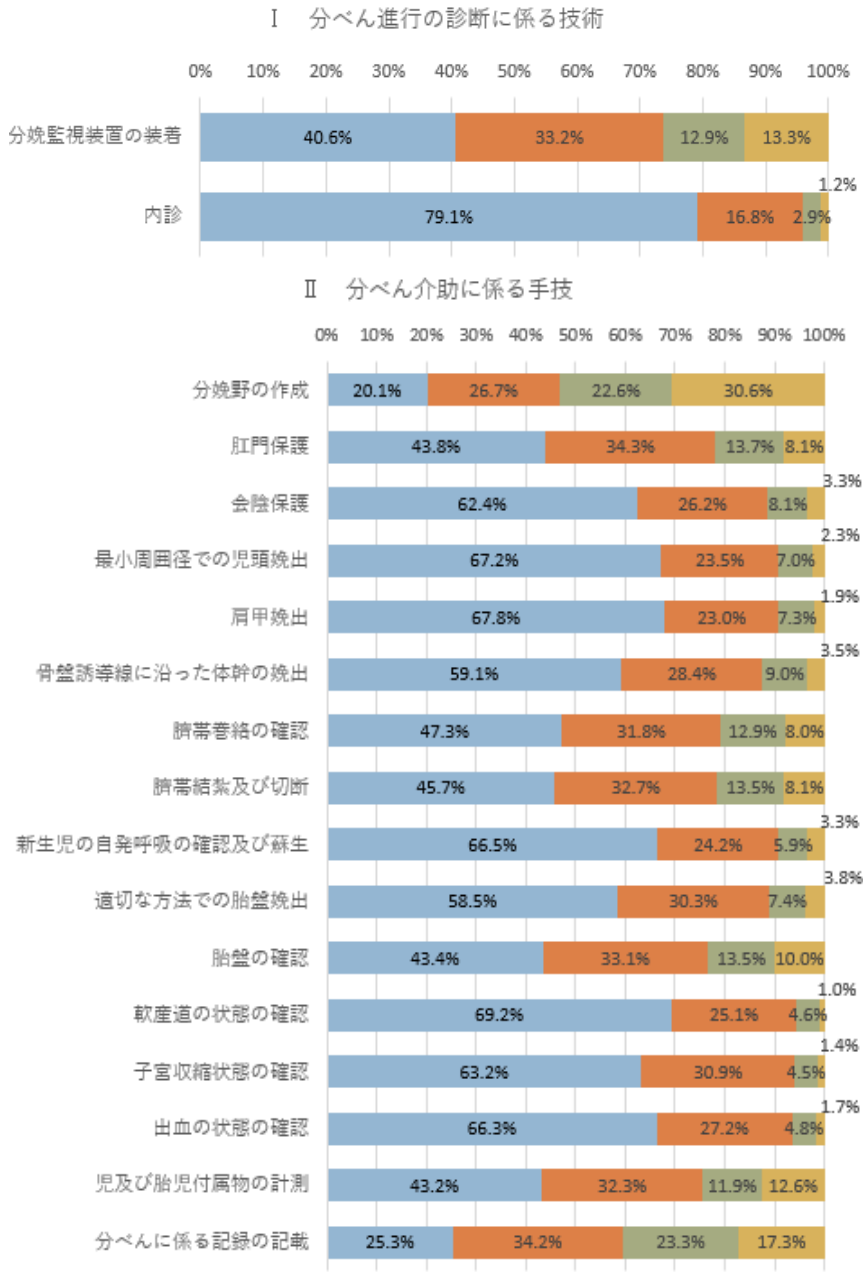
【臨地実習でなければ学ぶことができない（学内演習等では補完できない）と思われる項目】

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%

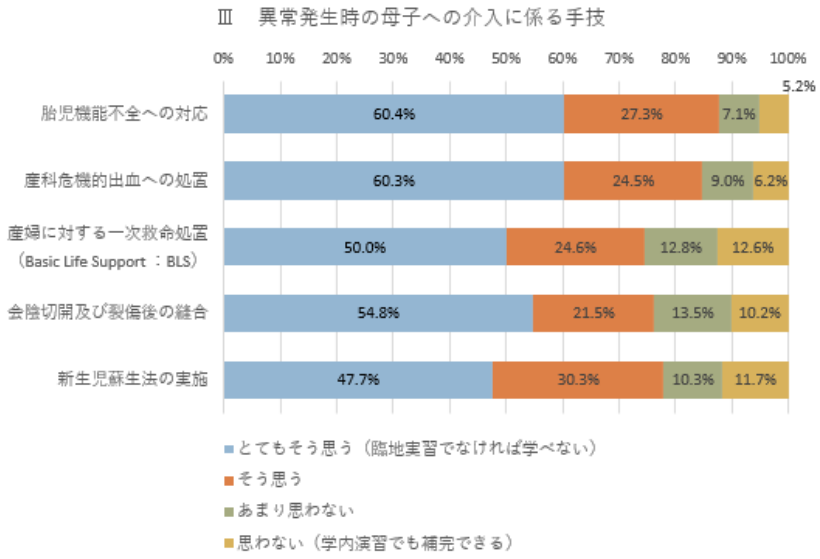
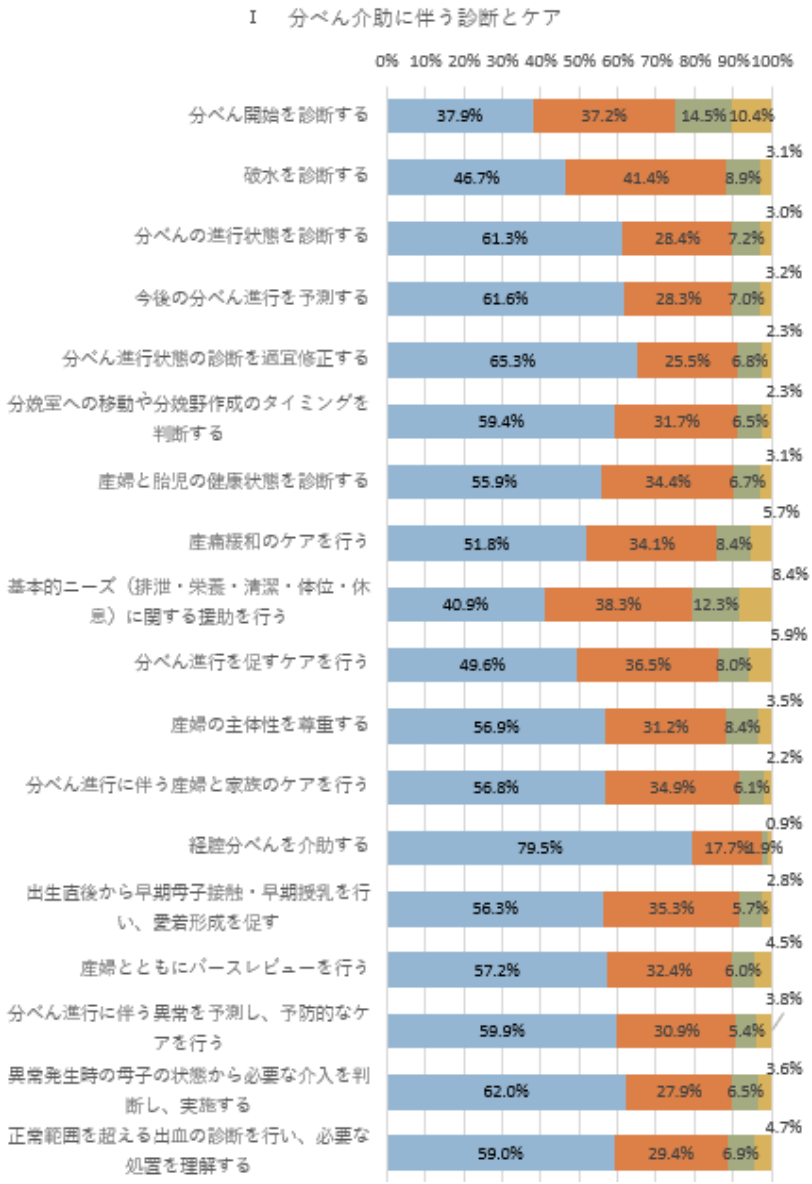


図 8-1　分娩介助に関わる技術項目



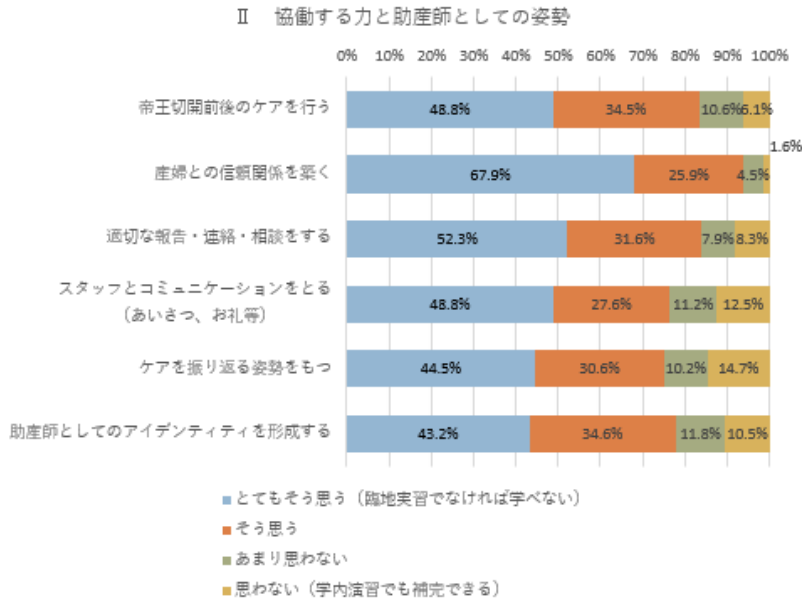


図 8-2　分娩介助に伴う診断とケアおよび協働する力と助産師としての姿勢に関する項目

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			