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