

研究2：助産師学校養成所における分べん介助技術能力修得に関する実態調査

A survey of midwifery students' acquisition of delivery assistance skills at midwifery schools

研究代表者 村上明美（神奈川県立保健福祉大学）
研究分担者 谷口千絵（神奈川県立保健福祉大学）
宮川幸代（同志社女子大学大学院）
和泉美枝（同志社女子大学大学院）
眞鍋えみ子（同志社女子大学大学院）
渡邊浩子（大阪大学大学院）
渡邊典子（新潟青陵大学）

研究要旨

本研究では、全国の助産師学校養成所を対象に、学生に対して分べん介助技術能力をどのように修得させているのか、その実態を明らかにするために横断的にインターネット調査を実施した。217校の助産師教育課程の責任者へ調査依頼を行い、100校から回答を得た。有効回答率は、46.1%であった。

85校（85.0%）がCovid-19感染拡大による臨地実習への影響があったと回答し、2020年度において、指定規則の分べん介助10回程度を満たすための学内実習を57校（57.0%）が実施した。Covid-19感染拡大により臨地実習が制限される中、学内における学習活動の強化や、臨地と学内をオンラインでつないだ事例検討やカンファレンスを実施するなどの工夫が報告された。

学生の分べん介助技術の到達度については、2019年度および2020年度でほぼ変わらなかった。Covid-19による臨地実習に影響の有無に関わらず、両年度ともに学生の分べん介助技術の到達度が低い項目は、「分べんの進行状態を診断する」「分べんの進行に伴う産婦と家族のケアを行う」「経膈分べんを介助する」「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」「異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施できる」であった。また、具体的な分べん介助技術に関しては、「肩甲娩出」「最小周囲経での児頭娩出」「会陰保護」の学生の到達度が低かった。

今後は、臨地でなければ学べない内容、臨地でなくても学べる内容を整理し、デジタル技術を活用し、学生の分べん介助技術の修得に最適な教育プログラムを開発する必要がある。

A. 研究の背景

少子高齢化が一層進む中で、地域医療構想の実現や地域包括ケアシステム構築の推

進に向け、人口及び疾病構造の変化に応じた適切な医療提供体制の整備が必要とされている。

助産師においては、家族機能の変化や社会進出、晩婚化・晩産化の進行、周産期医療の高度化がさらに加速する中で、女性の生涯における性と生殖について、家族や地域社会に広く貢献することが期待されている。このような、将来を担う看護職員に求められる能力をもとに、保健師、助産師、看護師及び准看護師における卒業時の到達目標を明らかにし、看護基礎教育検討会報告書の内容を踏まえ令和2年10月に保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和26年文部省・厚生省令第1号）（以下、「指定規則」という）が改正された。また、当該検討会報告書において、今後の課題として、「助産師教育の国際基準も踏まえ、修業年限の延長も含めた教育内容及び方法の検討の場を早急に設置する必要がある」と示されている。助産師の実践能力を養う場の1つである助産学実習については、指定規則において「実習中分べんの取り扱いについては、助産師又は医師の監督の下に学生1人つき10回程度行わせること。（中略）取り扱う分べんは正期産、経膈分べん・頭位単胎とし（後略）」と規定されており、本規定に対し、出生数は減少し、かつハイリスク分べんが増加する中で、当該規定の対象となる正常な分べんを取り扱う実習施設、分べん数の確保は、より一層困難となることが予想される。また、新型コロナウイルス感染症の影響による、実習の受け入れ中止および変更に伴

い、学生は十分な分べん介助の機会を得ることが難しく、多くの助産師学校養成所では学内における演習に切り替え、紙上事例やシミュレータを用いたシミュレーション教育等により、必要な知識・技術を習得している。

以上の背景から、実習施設や分べん介助事例の確保が困難等の限られた教育環境の中での、技術教育の方法を検討するため、どのような教育方法を用いて、助産師に必要な知識・技術を習得しているのか現状を把握する。

B. 研究目的

本研究の目的は、全国の助産師学校養成所の教育責任者を対象に、助産師の実践能力、特に分べん介助技術能力を学生にどのように修得させているのかその実態を明らかにすることである。また、分べん介助の技術項目について、「助産師の技術項目と卒業時の到達度」をもとに学生の到達レベルを明らかにする。さらに、学内で修得可能な技術と臨地でしか修得できない技術について明らかにする。

C. 研究の意義

本研究の意義は、新型コロナウイルス感染症等の非常事態や少子化で分べん施設や分べん数の確保が困難となった教育環境において、臨地実習と学内演習を組み合わせ、分べん10回程度を実際に介助するのと

同様の能力が修得できる技術教育の方法を開発するための基礎資料となる。

D. 用語の操作的定義

「助産師の実践能力」とは分べん介助技術に限定する。この分べん介助技術は、分娩第Ⅰ期からⅣ期（Ⅲ期終了より2時間まで）で、Ⅳ期までの新生児のケアも含む。

E. 方法

1. 研究デザイン

横断調査

2. 研究対象施設

2020年3月17日付医療関係職種養成施設助産師学校養成所一覧より218課程のうち閉校を確認した1校を除く217課程を研究対象施設とした。

3. 研究参加者

研究参加者は、教務主任/教育責任者1名、計217名であった。

4. 調査期間

データ収集期間：2021年11月15日から2021年12月21日

5. 調査内容

1) 基本情報（4項目）

所属教育機関の教育課程、設置主体、所在地域、過去3年間の卒業生の平均人数

2) 分べん介助実習についての情報（16項目）

(1) COVID-19による分べん介助実習への影響の有無

(2) 2020年度に指定規則の分べん介助10回程度を満たすための学内実習の実施の有無

(3) 2020年度の分べん介助実習がすべて学内実習であったか否か

(4) 2020年度の分べん介助実習の臨地実習施設

(5) 2019年度の分べん介助実習の臨地実習施設

(6) 継続事例実習の臨地実習施設

(7) 学生1名あたりの分べん介助のうち吸引分娩/鉗子分べんの平均例数

(8) 麻酔分べんを分べん介助1例として扱っているか否か

(9) 麻酔分べんを分べん介助1例として扱っている場合の学生1名あたりの麻酔分べんの平均例数

(10) フリースタイル分べん（仰臥位分べんを除く）を分べん介助1例として扱っているか否か

(11) フリースタイル分べん（仰臥位分べんを除く）を分べん介助1例扱っている場合の学生1名あたりのフリースタイル分べんの平均例数

(12) 継続事例が緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取り扱い

(13) 継続事例以外の分べん介助事例について、緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取り扱い

(14) 分べん第1期から受け持ちをした緊急帝王切開の事例の実習の取り扱い

(15) 緊急帝王切開術を受ける産婦のケアを学生が実習することについて

(16) 分べん介助 1 例に緊急帝王切開事例を含めるとしたら、どのような内容か

3) 助産師に求められる分べん期の診断とケアの到達度 (61 項目)

看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」の「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 (以下、別表 12)」の大項目「3. 分べん期の診断のケア」の小項目を基に、大滝 (2012) の研究を参考に 61 項目の調査項目を設定した。

分べん介助における技術および診断項目について平均的な学生が「ほぼ指導を受けずに実施できる」例数

4) 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無 (2019 年度、2020 年度)。また、到達しなかった理由と対応 (自由記載) (23 項目)

「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」の「別表 12-2 助産師教育の技術項目と卒業時の到達度 (以下、別表 12-2)」の「2. 分べん進行の診断に係る手技」2 項目および「3. 分べん介助に係る手技」16 項目および「4. 異常発生時の母子への介入に係る手技」5 項目。

5) 分べん介助実習に関連する教育方法 (5 項目)

(1) Covid-19 により臨地実習が制限された中で、分べん介助実習に関連する学内の取り組み

(2) 分べん第 I ~IV 期 (分べん後 2 時間まで) のケアについて、臨地でなければ学べないこと

(3) 分べん第 I ~IV 期 (分べん後 2 時間まで) のケアについて、臨地でなくても学べること

(4) 分べん介助実習の前に、講義・演習等で実施していること

(5) 分べん介助実習の後に、講義・演習等で実施していること

6. 調査項目の作成

分べん介助技術能力についての調査項目は、看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」別表 12 の大項目「3. 分べん期の診断のケア」の小項目を基に、大滝 (2012) の先行研究を参考に具体的な分娩介助技術能力の下位項目を設定し、61 項目を作成した。

学生に分べん介助技術能力を修得させる教育方法の項目は、平成 28 年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策特別事業「助産実践能力を育成する教育方法に関する調査報告書」(全国助産師教育協議会、2017) を基に作成した。分べん介助技術の実習における到達度に関する調査項目は、別表 12-2 の項目「2. 分べん進行の診断に係る手技 (2 項目)」「3. 分べん介助に係る手技 (16 項目)」「4. 異常発生時の母子への介入に係る手技 (5 項目)」とした。

7. 調査実施手順

1) 助産師教育機関 218 課程の教務主任/教育責任者宛てに依頼状・インターネット調査の操作方法・調査項目を送付した。

2) インターネット調査の操作方法において、スマートフォンを使用の場合 QR コード、パーソナルコンピューターを使用の場合は調査用サイトのアドレスにアクセスして回答した。

3) 調査票を全て回答にかかる所要時間はおよそ 30~40 分であった。

8. 分析方法

ミックスメソッド (mixed methods) による同時並行的デザイン (concurrent design) (木原, 2012)。

量的データは、記述統計を算出し、属性により比較した。自由記載については、内容分析を行いカテゴリーに分類した。

9. 倫理的配慮

研究依頼文書に、研究参加への任意性、人権擁護と個人情報の保護、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を明記した。無記名のデータセットを調査サイトからダウンロードした。インターネット調査画面にアクセスすると、研究参加の同意画面になり、同意しないと回答ができず、途中で回答を終了も可能である。最後まで回答し、送信ボタンを押すことで調査完了となった。一旦、送信した回答は返却が不可能であることを明記した。

本研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: 保大第 5-21-20、承認日: 2021 年 10 月 4 日)

F. 結果

2020 年 3 月 17 日付医療関係職種養成施設助産師学校養成所一覧から 217 校を研究対象施設として、教務主任あるいは教育責任者に依頼状、インターネット調査の操作方法、調査項目を郵送した。インターネット調査に回答があった教育機関は 100 校 (46.1%) であった。

1. 研究参加教育機関の背景 (表 1)

所属機関は、専門職大学院/大学院 17 校 (17.0%)、大学/大学校 43 校 (43.0%)、大学専攻科/別科 18 校 (18.0%)、短期大学専攻科/別科 0 校、専修学校/各種学校 22 校 (22.0%) であった。

設置主体は、国立/省庁 18 校 (18.0%)、公立 25 校 (25.0%)、私立 57 校 (57.0%) であった。

所在地は、北海道地方 (北海道) 4 校 (4.0%)、東北地方 (青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県) 6 校 (6.0%) 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) 21 校 (21.0%)、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) 18 (18.0%)、関西地方 (三重県、滋賀県、京都府、大阪府、

兵庫県、奈良県、和歌山県) 23 (23.0%)、中国地方(鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県) 9校 (9.0%)、四国地方(徳島県、香川県、愛媛県、高知県) 5校 (5.0%)、九州地方・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) 14校 (14.0%)であった。

過去3年間の助産教育課程の卒業生の平均は10.3人(最小:1人、最大:29.3人)であった。

2. Covid-19 流行下における分べん介助実習(表2-1, 2-2:自由記載)

Covid-19による分べん介助実習への影響については、影響があった85校(85.0%)、影響がなかった9校(9.0%)、どちらともいえない6校(6.0%)であった。

2020年度において、指定規則の分べん介助10回程度を満たすための学内実習の状況については、実施した57校(57.0%)、実施しなかった42校(42.0%)、無回答1校(1.0%)であった。

分べん介助実習における臨地実習施設の割合は、2020年度においては病院78.0%(最大値:100、最小値:0)、診療所25.3%(最大値:100、最小値:0)、助産所3.8%(最大値:40、最小値:0)、2019年度においては、病院78.6%(最大値:100、最小値:0)、診療所25.0%(最大値:100、最小値:0)、助産所3.8%(最大値:35、最小

値:0)であった。

Covid-19により臨地実習が制限された中で分べん介助実習に関連する学内での取り組みの自由記載においては、実習前教育の充実として「臨地実習前のペーパー事例アセスメントを強化、学内演習ではファントムを使用したシミュレーションやロールプレイを実施」「実習前に学内で1~3事例の学内実習を実践」があった。学内実習では、「全国助産師教育協議会から提示された学内実習指針に基づき、正常な経過の事例の助産過程の展開」、模擬産婦の活用による「分娩介助の実施と事例の展開」、臨地との共同では、「オンラインでの実習施設の事例と指導者による分娩介助の実施」「オンラインでの事例検討、スタッフへの報告の練習等を実施」があった。

3. 分べん介助実習の臨地実習施設・介助事例・分べん介助1例の取り扱い

(表3)

継続事例の実習を行っている臨地実習施設は、病院83校(83.0%)、診療所31校(31.0%)、助産所17校(17.0%)、その他5校(5.0%)、継続事例をしていない5校(5.0%)であった。

学生1名あたりの分べん介助のうち吸引分べんあるいは鉗子分べんの平均は、1例以下47校(47.0%)、2例35校(35.0%)、3例14校(14.0%)、4例2校(2.0%)、5例以上2校(2.0%)であった。

麻酔分べんを分べん介助1例としての取

り扱いについては、1例としている54校(54.0%)、1例としていない24校(24.0%)、検討したことがない22校(22.0%)であった。学生1名あたりの分べん介助のうち麻酔分べんの平均は、0例17校(17.0%)、1例24校(24.0%)、2例10校(10.0%)、3例3校(3.0%)、4例3校(3.0%)、5例1校(1.0%)、無回答42校(42.0%)であった。

フリースタイル分べん(仰臥位分べんを除く)を分べん介助1例としての取り扱いについては、1例としている74校(74.0%)、1例としていない12校(12.0%)、検討したことがない14校(14.0%)であった。

学生1名あたりの分べん介助のうちフリースタイル分べんの平均は、0例31校(31.0%)、1例32校(32.0%)、2例7校(7.0%)、3例5校(5.0%)、4例0校(0%)、5例1校(1.0%)、無回答24校(24.0%)であった。

4. 帝王切開分べんについて

(表4-1, 4-2)

1) 継続事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱い

(表4-1)

継続事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱いについては、手術室に入室まで48校(48.0%)、手術中の立ち合い56校(56.0%)、出生後2時間までの新生児のケア54校(54.0%)、

手術室から帰室後から12~24時間までのじょく婦のケア(周術期)50校(50.0%)、手術後から退院までの母子のケア70校(70.0%)、産後1~2週間健診62校(62.0%)産後1か月健診76校(76.0%)、家庭訪問33校(33.0%)、産後1か月健診あるいは家庭訪問以降1校(1.0%)、受け持ち中止6校(6.0%)、継続事例をしていないため回答できない3校(3.0%)、その他10校(10.0%)であった。

継続事例以外の分べん介助事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱いについては、手術室に入室まで56校(56.0%)、手術中の立ち合い41校(41.0%)、出生後2時間までの新生児のケア42校(42.0%)、手術室から帰室後から12~24時間までのじょく婦のケア(周術期)28校(28.0%)、手術後から退院までの母子のケア23(23.0%)、受け持ち中止16校(16.0%)、その他13校(13.0%)、無回答3校(3.0%)であった。

分べん第1期から受け持ちをした緊急帝王切開の事例の実習の取扱いについては、緊急帝王切開事例は分べん介助1例に含めないほうがよい41校(41.0%)、緊急帝王切開事例は分べん介助1例に含めるほうがよい35校(35.0%)、その他16校(16.0%)、わからない8校(8.0%)であった。

緊急帝王切開術を受ける産婦のケアを学生の実習については、必ず実習した方がよい（分べん介助1例としない）18校

（18.0%）、必ず実習した方がよい（分べん介助1例とする）17校（17.0%）、実習した方がよい（分べん介助1例としない）36校（36.0%）、実習した方がよい（分べん介助1例とする）19校（19.0%）、実習しなくてもよい10校（10.0%）であった。

分べん介助1例に緊急帝王切開事例を含める場合の実習内容については、分べん第1期のケア93校（93.0%）、分べん第2期のケア66校（66.0%）、術前検査の実施38校（38.0%）、術前処置の実施53校（53.0%）、手術の立ち合い（見学）75校（75.0%）、手術の器械だし2校（2.0%）、手術の外回り4校（4.0%）、出生後の新生児のケア81校（81.0%）、新生児の計測79校（79.0%）、胎盤の計測88校（88.0%）、帰室後のじょく婦のケア83校（83.0%）、その他6校（6.0%）、わからない6校（6.0%）であった。

2) 分べん介助実習における帝王切開分娩の状況に関する自由記載（表4-2）

継続事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱いでは、「状況によっては、病院スタッフと相談の上、受け持ちを中止する場合もあるが、産褥期も情報収集は継続し、対象事例の継続した理解を行う」があった。継続事例以外

の分べん介助事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱いでは、「可能な限り産褥期を受け持つ」があった。分べん第1期から受け持ちをした緊急帝王切開の事例の実習の取扱いでは、「どの時点で緊急帝王切開が決まったかによると思う。分娩第2期に入って決定された場合などは、その後10例到達が厳しい場合には1例に含めてもよい気がする。」があった。

5. 分べん介助における技術・診断項目を修得するまでの分べん介助例数の割合（表5）

分べん介助における技術および診断項目は、看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインの「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（以下、別表12）」の大項目である「3. 分べん期の診断のケア（【 】で示した）」の小項目に対応している。分べん介助における技術および診断項目について、平均的な学生が「ほぼ指導を受けずに実施できる」例数（1～3例目、4～6例目、7から10例目、10例目以上/実施できない、実施する機会がない/必要がない）について尋ねた割合と累積を示した。

1) 1～6例目までの累積

1～6例目までの累積において、平均的な学生が「ほぼ指導を受けずに実施できる」が50%以下であったのは、61項目のうち29項目（47.5%）であった。項目は、【分べん開始を診断する】分べん所要時間

を適切に修正しながら予測できる38%、
【分べんの進行状態を診断する】収集した情報を統合し、分べん進行状態を査定できる45%、胎児先進部の回旋・下降の分べんへの影響を予測できる34%、産婦の状態から分べん中に起こる可能性のある異常を予測できる23%、産道は胎児の通過が可能な広さや伸展性があると査定できる28%、胎児の下降・回旋は分べんの時期に応じていると査定できる26%、判断や予測・援助について自分の考えを臨床指導者とディスカッションすることができる24%、【分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う】正常からの逸脱を予防するような援助ができる24%、産婦や夫・家族の言葉を聴き、産婦が主体的に分べんに臨めるよう関わることができる40%、自分の言動が産婦や夫・家族にどのような影響を与えているかを考えることができる43%、分べん進行中・分べん後において、常に母児を一体として考えることができる39%、医師や看護師と協働しながら、産婦や新生児、家族のケアを行うことができる27%、【経膈分べんを介助する】適切な時期に適切な体位をとることができる40%、胎児の回旋および下降状態について査定できる17%、母体の疲労や陣痛の状態・児頭下降状態から、呼吸法や努責の必要性が査定できる31%、軟産道の伸展状態に応じて会陰切開の必要性を査定できる6%、産婦や胎児の状態から、急速遂娩の可能性を予測できる12%、出血量は正常か、異常があればその原因を査定できる

28%、新生児の情報を統合し、出生直後の新生児の状態を査定できる30%、分べん直後の母体の状態を査定できる48%、【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】新生児のフィジカルアセスメントから、胎外生活の適応の査定ができる42%、適切な時期・方法で新生児と家族との面会の査定ができる45%、新生児の状態にあわせて、環境の確保を行うことができる41%、【産婦とともにバースレビューを行う】産婦や家族のバースプランに基づき、産婦や夫（パートナー）・家族の心理・考えを尊重し、ともに考えることができる44%、【分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う】分べん後に起こりやすい異常を予測できる28%、新生児の正常からの逸脱の可能性について予測できる26%、【異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施できる】4%、

【正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解できる】22%、【帝王切開前後のケアを行うことができる】10%であった。

2) 10例目までの累積および到達度に達していない学生がいた項目

1～10例目までの累積において、平均的な学生が「ほぼ指導を受けずに実施できる」が90%以下であったのは、61項目のうち22項目(36.1%)であった。1～6例目と比較した1～10例目までの伸び率を()に示している。項目は、【分べんの進行状態を診断する】胎児先進部の回

旋・下降の分べんへの影響を予測できる
89% (2.62)、産婦の状態から分べん中に
起こる可能性のある異常を予測できる
87% (3.78)、産道は胎児の通過が可能な
広さや伸展性があると査定できる 75%

(2.68)、胎児の下降・回旋は分べんの時
期に応じていると査定できる 88%

(3.38)、判断や予測・援助について自分
の考えを臨床指導者とディスカッションす
ることができる 85% (3.54)、【分べん
進行に伴う産婦と家族のケアを行う】正常
からの逸脱を予防するような援助ができる
80% (3.33)、産婦や夫・家族の言葉を聴
き、産婦が主体的に分べんに臨めるよう関
わることができる 86% (2.15)、自分の
言動が産婦や夫・家族にどのような影響を
与えているかを考えることができる 86%

(2.00)、医師や看護師と協働しながら、
産婦や新生児、家族のケアを行うことがで
きる 73% (2.70)、【経膈分べんを介助
する】胎児の回旋および下降状態について
査定できる 86% (5.06)、軟産道の伸展
状態に応じて会陰切開の必要性を査定でき
る 48% (8.00) 産婦や胎児の状態から、
急速遂娩の可能性を予測できる 70%

(5.83) 出血量は正常か、異常があればそ
の原因を査定できる 88% (3.14)、新生
児の情報を統合し、出生直後の新生児の状
態を査定できる 89% (2.97)、【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】適切な時期・方法で新生児

と家族との面会の査定ができる 86%

(1.91) 新生児の状態にあわせて、環境の
確保を行うことができる 85% (2.07)、

【産婦とともにバースレビューを行う】産
婦や家族のバースプランに基づき、産婦や
夫（パートナー）・家族の心理・考えを尊
重し、ともに考えることができる 87%

(1.98)、【分べん進行に伴う異常を予測
し、予防的なケアを行う】分べん後に起こ
りやすい異常を予測できる 83%

(2.96)、新生児の正常からの逸脱の可能
性について予測できる 79% (3.04)、

【異常発生時の母子の状態から必要な介入
を判断し、実施できる】29% (7.25)、

【正常範囲を超える出血の診断を行い、必
要な処置を理解できる】66% (3.00)、

【帝王切開前後のケアを行うことができ
る】33% (3.30) であった。

6. 分べん介助の技術項目と卒業時の到 達度に到達しない学生数とその理由

(表 6-1～6-24)

分べん介助の技術項目の実習における
到達度に達しない学生の有無（2019 年度
コロナ前、2020 年度コロナ後）を示してい
る。

1) 「分娩監視装置の装着」の実習におけ る到達度は「単独で実施できる」(表 6-1)

到達できなかった学生は、2019 年度 4
校（4%）、2020 年度 6 校（6%）であ
った。到達できなかった学生がいた理由

は、環境要因の「臨地実習の機会が少なかった」であった。到達できなかった学生への対応は、臨地での「外来において、許可をいただいた対象に装着」があった。

2) 「内診」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」(表 6-2)

到達できなかった学生は、2019 年度 7 校 (7%)、2020 年度 10 校 (10%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「産婦さんの安楽を考慮し、内診の実施は全開大近くでしか実施しないため」「臨地実習の機会が少ない為、内診を行う機会が少ない」があった。到達度の設定として、「児頭の回旋状態が判断できる学生はほぼいない」があった。到達できなかった学生への対応は、臨地において「助産師からの指導」、学内において「模型を使用し、シミュレーションで強化した」があった。

3) 「分娩野の作成」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表 6-3)

到達できなかった学生は、2019 年度 2 校 (2%)、2020 年度 1 校 (1%) であった。

4) 「肛門保護」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表 6-4)

到達できなかった学生は、2019 年度 3 校 (3%)、2020 年度 4 校 (4%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「臨地での分娩介助例数

が少ない学生がいた」「吸引分娩が多いため」であった。到達できなかった学生への対応は、臨地において「実施タイミングを振り返る」、学内において、「実施タイミングを振り返る」があった。

5) 「会陰保護」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表 6-5)

到達できなかった学生は、2019 年度 11 校 (11%)、2020 年度 16 校 (16%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、学生要因の「分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため」、環境要因の「施設によっては、安全のために 10 例まで原則的に手添えをしている」があった。到達度の設定について、「単独で実施はどの時代でも不可能」があった。到達できなかった学生への対応は、臨地において「手添えの場合も、その度合いに関しては指導者と振り返りをしている。卒業時に到達度の自己評価をし、就職後の課題としての認識をつける」、学内において「学内演習の強化・分娩介助技術に関しては、卒業前に技術試験をして確認した。技術習得が足りない学生に関しては、習得するまで (合格するまで) 行った」があった。

6) 「最小周囲径での児頭娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表 6-6)

到達できなかった学生は、2019 年度

21校(21.4%)、2020年度26校(26%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、学生要因の「胎児の大きさが予測より小さく、娩出のコントロールができなかった」「左右頭頂骨結節の確認ができず、下に軽く牽引することができなかった」「呼吸法の伝達を含め娩出コントロールが不十分であり、指導者の手添えを要した」、環境要因の「児頭娩出は安全に娩出をするため、全て助産師に手を添えられているため、単独で実施はしていない」、「吸引分娩の介助が多く、児頭娩出、特に、後頭結節滑脱がわからなかった」があった。到達度の設定については、「指導者の手添えなしに単独で実施すること自体が難しい」があった。到達できなかった学生への対応は、臨地において「分娩後の振りかえり時に指導者シミュレーションや学内で演習に取り組んだ」、学内において「ファントームを用いた学内実習(事例展開)」があった。

7) 「肩甲娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表6-7)

到達できなかった学生は、2019年度14校(14%)、2020年度22校(22%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、学生要因の「児が大きく、肩甲難産の時対処できなかった」「後在肩甲の娩出が力不足でできない」、環境要因の「安全確保のため、原則的に指導者が手添えをしている」があった。到達度の設定につ

いて、「事例により介助の難易度が変わる」「全ての学生が、指導者の助言や手添え無しに、学生単独で実施するのは、そもそも難しい」があった。到達できなかった学生への対応は、臨地において「指導者の介助見学をして、分娩後指導者より技術の説明を受けた」、学内において、「ファントームを用いた学内実習(事例展開)」があった。

8) 「骨盤誘導線に沿った体幹の娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表6-8)

到達できなかった学生は、2019年度9校(9%)、2020年度14校(14%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、学生要因の「児の把持が不十分」、環境要因の「安全のため指導者が手添えすることが多い」があった。到達度の設定については、「全ての学生が、指導者の助言や手添え無しに、学生単独で実施するのは、そもそも難しい」があった。

到達できなかった学生への対応は、学内において、「ベビーの実物大模型で、分娩介助の練習をしてから、次の分娩介助に臨んだ」があった。

9) 「臍帯巻絡の確認」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表6-9)

到達できなかった学生は、2019年度10校(10%)、2020年度14校(14%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、学生要因の「巻絡の状態に合わせた

対応が難しい」「確認はできるが、解除の技術が難しいから」、環境要因の「分娩介助時指導者が必ず一緒に確認しているため、単独でできているとは言い切れない」があった。

10) 「臍帯結紮及び切断」の実習における到達度は「単独で実施できる」

(表 6-10)

到達できなかった学生は、2019 年度 3 校 (3%)、2020 年度 5 校 (5%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「施設によって、単独でさせていただけない」があった。

11) 「新生児の自発呼吸の確認及び蘇生」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」(表 6-11)

到達できなかった学生は、2019 年度 6 校 (6%)、2020 年度 10 校 (10%) であった。到達できなかった学生がいた理由、環境要因の「施設の条件として学生は見学」「実習施設により分娩後の新生児蘇生は経験できない」があった。到達できなかった学生への対応は、「NCPR 受講」があった。

12) 「適切な方法での胎盤娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」

(表 6-12)

到達できなかった学生は、2019 年度 5 校 (5%)、2020 年度 9 校 (9%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「実習施設では医師がブ

ランドアンドリユース法で胎盤を娩出している」「原則として、医師が娩出する」があった。到達できなかった学生への対応は、学内において「胎盤モデルを用いた学内演習での補完」があった。

13) 「胎盤の確認」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表 6-13)

到達できなかった学生は、2019 年度 2 校 (2%)、2020 年度 3 校 (3%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「胎盤の正しい判定のため、指導者又は教員と一緒にいる」があった。到達できなかった学生への対応は、臨地において「複数の胎盤観察をさせてもらい、観察になれるように経験を積んだ」があった。

14) 「軟産道の状態の確認」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」

(表 6-14)

到達できなかった学生は、2019 年度 16 校 (16%)、2020 年度 19 校 (19%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「胎盤娩出後は医師が実施」「胎盤娩出後は、分娩野を医師に譲り、助産師とともに新生児観察をすることになっている」があった。到達度の設定については、「頸管や膣壁観察は触診での確認が必要のため、適切には診断しづらい」「判断と技術が難しいから」があった。到達できなかった学生への対応は、臨地において、「医師の観察時に一緒に立ち合い、創部の状態等について医師から説明を受ける」、学内

において「演習で軟産道の確認手技をファントームで演習」があった。

15) 「子宮収縮状態の確認」の実習における到達度は「単独で実施できる」(表 6-15)

到達できなかった学生は、2019年度1校(1%)、2020年度1校(1%)であった。

16) 「出血の状態の確認」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」

(表 6-16)

到達できなかった学生は、2019年度2校(2%)、2020年度2校(2%)であった。

17) 「児及び胎児附属物の計測」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」

(表 6-17)

到達できなかった学生は、2019年度2校(2%)、2020年度4校(4%)であった。

18) 「分べんに係る記録の記載」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」

(表 6-18)

到達できなかった学生は、2019年度12校(12%)、2020年度10校(10%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「病院の規制で分娩にかかる記録類の記載はできない」があった。

到達できなかった学生への対応は、学内として、「本来は母の氏名を記載する旨を指導して、学生用の記録には氏名を記号に変えて記載」があった。

19) 「胎児機能不全への対応」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」(表 6-19)

到達できなかった学生は、2019年度7校(7.1%)、2020年度11校(11%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、学生要因の「時間をかければできるが同時進行が難しい。情報と思考の連結が難しい様子」、環境要因の「胎盤機能不全の事例を経験しなかった」があった。

到達できなかった学生への対応は、学内において「事例シミュレーション」があった。

20) 「産科危機的出血への処置」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」(表 6-20)

到達できなかった学生は、2019年度34校(34%)、2020年度38校(38%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「実習期間中に該当ケースがなかった」であった。到達できなかった学生への対応は、学内演習(シミュレーション、教員のデモンストレーション、ロールプレイ)があった。

21) 「産婦に対する一次救命処置(Basic Life Support: BLS)」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」(表 6-21)

到達できなかった学生は、2019年度60校(60%)、2020年度61校(61%)であった。到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「実習期間中に該当ケースがなかった」であった。到達できなかった学生への対応は、「母体救急の講習会に参加」「学内演習(シミュレーション・ロールプ

レイを含む)」があった。

22) 「会陰切開及び裂傷後の縫合」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」(表 6-22)

到達できなかった学生は、2019 年度 3 校 (3%)、2020 年度 3 校 (3%) であった。

到達できなかった学生がいた理由は、環境要因の「会陰切開、縫合を有する事例がなかった」であった。到達できなかった学生への対応は、学内において「モデルや鶏肉を用いて演習」があった。

23) 「新生児蘇生法の実施」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」(表 6-23)

到達できなかった学生は、2019 年度 32 校 (32.7%)、2020 年度 35 校 (35%) であった。到達できなかった学生がいた理由は、「機会がなかった」であった。到達できなかった学生への対応は、「NCPR 受講」であった。

24) 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生数の 2019 年度 Covid-19 感染拡大前と 2020 年度 Covid-19 感染拡大後の比較 (表 6-24)

分べん介助の技術項目において、2019 年度 Covid-19 感染拡大前と比較をして 2020 年度 Covid-19 感染拡大による関連があったのは、児及び胎児附属物の計測 (OR2.02, 95%CI : 0.42 -9.64)、適切な方法での胎盤娩出 (OR1.86, 95%CI : 0.63

-5.49)、新生児の自発呼吸の確認及び蘇生 (OR1.72, 95%CI : 0.62 -4.75)、肩甲娩出 (OR1.71, 95%CI : 0.83 -3.54)、臍帯結紮および切断 (OR1.68, 95%CI : 0.43 -6.56)、骨盤誘導線に沿った体幹の娩出 (OR1.63, 95%CI : 0.68 -3.87)、胎児機能不全への対応 (OR1.61, 95%CI : 0.61 -4.20)、会陰 (OR1.52, 95%CI : 0.68 -3.42)、分べん監視装置の装着 (OR1.52, 95%CI : 0.44 -5.17)、胎盤の確認 (OR1.50, 95%CI : 0.29 -7.67) であった。

7. 分べん期のケアで臨地でなければ学べないこと (表 6-25: 自由記載)

分べん第 I ~IV 期までで臨地でなくても学べる内容には、【分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う】「産婦の心身に出現している現象のキャッチ」「実際の産婦・家族へのアプローチ」「産科現場におけるコミュニケーション(報告・連絡・相談)」、【分べんの進行状態を診断する】「臨地の場に身を置いて五感を通して対象と関わりながら自ら情報収集を行い、統合、判断をしていくこと」「産婦の訴え、様子、雰囲気から察する観察」「産婦の苦痛とその援助」、【経膈分べんを介助する】「実際の産婦の心身の変化および児頭の娩出スピードと娩出の調整、正常分娩だけでなく、同時に様々なことが生じる臨床の中で分娩介助を行う学習」、【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】「産婦やスタッフとの連携、産婦の多様な反応、ケアの実践と評価 想定外のことが生じたときの対処や緊張感」があった。

8. 分べん期のケアで臨地でなくても学べること (表 6-26: 自由記載)

分べん第 I ~ IV 期までで臨地でなくても学べる内容には、【分娩野の作成】「清潔野や

分娩の準備」「清潔操作」「ガウンテクニック」「手洗い」「分娩台の操作」、【分べんに係る記録の記載】「助産に付随する記録」、【分娩監視装置の装着】「分娩監視装置の装着・使用方法」「胎児心拍数陣痛図の判読」、【胎盤の確認】「胎盤の精査」「胎盤の計測」、【産婦に対する一次救命処置 (Basic Life Support: BLS)】

「異常時の対応はシミュレーションで可能」があった。【助産過程】「分娩開始の診断」「助産過程の初期診断」「助産計画立案」、【分べん期のケア】「分娩第 I 期のケア (産痛緩和等)」「標準的な分娩介助ケア」「分娩第 III・IV 期のケア」「産婦への声掛け」があった。

9. 分べん介助実習の前後に講義・演習等で実施している内容 (表 7)

実習前における分べん介助実習に関連する教育方法として多い順では、紙上事例による助産過程の展開 99 校 (99.0%)、分べん介助技術の視覚教材の利用 93 校

(93.0%)、模擬産婦を用いた分べん介助演習 87 校 (87.0%)、助産診断実践過程の小グループワーク 79 校 (79.0%) 胎児心拍陣痛図を用いた分べん介助演習 73 校 (73.0%)、シミュレーション/シミュレータを用いた演習 71 校 (71.0%)、NCPR (新生児蘇生法) 68 校 (68.0%)、産婦・助産師のロールプレイによる臨床判断 59 校 (59.0%)、臨地の見学実習 40 校 (40.0%)、バースレビューのロールプレイ 31 校 (31.0%)、母体危機的出血の対応に関する演習 30 校 (30.0%)、母体急変時の対応に関する演習 29 校 (29.0%)、OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 24 校 (24.0%)、PBL (問題基盤型学習法) 18 校 (18.0%)、TBL (チーム基盤型学習法) 18 校 (18.0%)、分べん介助手順習得のための Computer Assisted Instruction 14 校 (14.0%)、その他 3 校 (3.0%)、CBT (Computer-Based Testing) 0 校 (0%) であった。

実習後における分べん介助実習に関連する教育方法として多い順では、分べん介助実習で受け持った事例の事例検討会 51 校 (51.0%)、NCPR (新生児蘇生法) 36 校 (36.0%)、紙上事例による助産過程の展開 24 校 (24.0%)、模擬産婦を用いた分べん介助演習 19 校 (19.0%)、シミュレーション/シミュレータを用いた演習 18 校 (18.0%)、助産診断実践過程の小グループ

ワーク 17 校 (17.0%)、母体危機的出血の対応に関する演習 14 校 (14.0%)、胎児心拍陣痛図を用いた分べん介助演習 12 校 (12.0%)、産婦・助産師のロールプレイによる臨床判断 12 校 (12.0%)、母体急変時の対応に関する演習 12 校 (12.0%)、分べん介助技術の視覚教材の利用 9 校 (9.0%)、OSCE (Objective Structured Clinical Examination) 9 校 (9.0%)、その他 9 校 (9.0%)、バースレビューのロールプレイ 7 校 (7.0%) PBL(問題基盤型学習法) 4 校 (4.0%)、TBL (チーム基盤型学習法) 4 校 (4.0%)、臨地の見学実習 4 校 (4.0%)、分べん介助手順習得のための Computer Assisted Instruction 2 校 (2.0%)、CBT (Computer-Based Testing) 0 校 (0%)、実施していない 14 校 (14.0%) であった。

G. 考察

1. 臨地実習の経験を補足する学内の取り組み

Covid-19 感染拡大の影響により臨地実習が実施できるのか不確かな状況が続いたことで、各養成校では臨地実習前の教育の充実が図られていた。これらの教育内容は、助産学実習前、実習中、実習後の各時期にわたり、学内のみの取り組みだけではなく、Covid-19 感染拡大下でありながら、臨地実習施設および模擬産婦と協働した新たな実習も行われていた。

各養成校は、臨地において指定規則にある分べん介助 10 回程度が満たせないことに備えて、臨地実習の前に「学内実習を 1～3 事例実施」、「紙上事例アセスメントや学内でのシミュレーション」、「ロールプレイの強化」、「分べん介助や胎盤計測、出血量の測定の DVD」といった視覚教材等の学習機会を学生に提供していた。このような実習前の取り組みは、学習者である学生にとっては臨地実習の動機づけや臨地実習の学習目標を認識することにつながり、教授する側は学生のレディネスを把握する機会となったと考えられる(角, 2007, p. 176-177)。視覚教材やファントムを学生の自宅に送付し、学生が自宅で自主練習をしてから学内演習を行い、その後に臨地実習を実施した養成校の報告も複数あった。これらの取り組みは、インストラクショナルデザイン(角, 2007, p. 90-91)の枠組みでは、分べん介助という学習のゴールを到達するための関連するスキル(前提行動)にあたる。学生は実習前に、自宅で例年よりも充実した教材で前提行動のレベルを高めていたと考えられる。

2020 年度において、指定規則の分べん介助 10 回程度を満たすために 57%の養成校が学内実習を実施した。複数の養成校は、全国助産師教育協議会が作成した学内実習指針を活用していた。学内実習指針は産婦の分娩経過の例示と評価表から成り、視覚教材は CTG の画像のみである(全国助

産師教育協議会，2020)。回答した養成校の中には、学内実習指針に加えて、オンラインで母親の分べん体験を聞く機会を設定し、模擬産婦を依頼するなど、可能な限り臨地で受け持つ産婦と学生の関わりを再現しようとしていた。さらに、オンラインで実習施設と教育機関をつなぎ学内で分べん介助の実施を行い、産婦だけでなく学内の環境も臨地実習を再現する試みも報告された。学内実習を余儀なくされた養成校では、模擬産婦の協力やデジタル技術を活用して可能な限り臨時実習での体験に近づけ、ケアの対象となる産婦や指導の助産師とのコミュニケーションができる環境を設定していた。

実習後の取り組みとして、「臨床で受け持った事例を活用し、模擬妊産婦によるシミュレーションを実施し、助産過程を展開した」「臨床での分娩見学事例をもとに学内でシミュレーション」といった臨地で学習した内容をさらに学内で具体的に再現して学習する機会を設けたことが報告された。さらに、臨地実習が Covid-19 により制限されたことで、臨地実習後にこれまでになく学生の修得状況に応じた指導がなされていた。「可能な限り分べん介助が経験できるようスケジュールを組み、臨地実習での経験を踏まえて学生個々に対応した」「いつ実習が終了になるかわからないので、分べんの振り返り、実習記録の修正により時間をかけた」などが報告された。フ

ィードバックは学習プロセスの最も強力な構成要素の一つで、特に成人学習者にとっては、作業が正確に完了したことを知ることが学習の最善の強化になる（角，2007，p.176-177）。また、分べん介助を運動技能のパフォーマンスとしてとらえると、不正確なスキルを繰り返し演習しても、スキルの上達につながらない（角，2007，p.176-177）。学生は、学内で自らのパフォーマンスを客観的に振り返る機会が提供され、他者からのフィードバックを受けたことで、臨地での経験不足を補えたのではないかと考えられる。

2. 臨地実習が制限されていても到達度に変化がない理由

分べん介助の技術項目（別表 12-12）について、従来通り臨地実習でのみ経験した 2019 年度と臨地実習および学内実習等の組み合わせで経験した 2020 年度を比較するとほとんど到達度が変わらなかった。ほとんど到達度が変わらない理由は、2 点考えられる。

1 点目は、臨地実習での経験が限られる中、2020 年度は臨地および学内での教育内容の工夫により学生の技術修得の機会が補われたことが考えられる。もしも養成校の実習前・実習中・実習後の取り組みによって臨地実習のみの分べん介助技術の到達度と同等の分べん技術が獲得されたのであれば、臨地実習と学内における取り組みにより、臨地実習における分べん介助 10 例

に相当する技術を学生に獲得させることができるのではないか。

2点目は、別表12-2の一部の技術項目の到達度の設定が高く、毎年度一定数の学生が到達できないことである。

1) 到達度の設定が高い可能性がある 技術項目

平均的な学生が分べん介助10例までに「ほぼ指導を受けず実施できる」に達していない養成校の割合が90%に満たない項目は、「分べんの進行状態を診断する」「分べんの進行に伴う産婦と家族のケアを行う」「経膈分べんを介助する」「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」「異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施できる」であり、分べん介助にかかわるおおよそ半分の要素について、10例の分べん介助の経験では平均的な学生が「ほぼ指導を受けずに実施できる」に達しない養成校が1割あることが明らかになった。

全国助産師教育協議会(2016)の2016～2017年のデルファイ法による調査においても、卒業時には「少しの助言で自立して実施できる」～「実施できる」としている技術項目について、1割強の養成校の教員が自校の平均的な学生がその到達度に達していないと認識していた。求める到達度と実際の学生の到達度には乖離があることが推察される。学生の評価表により到達度を調査した佐藤ら(2017)の調査において

も、「分娩進行状態の診断」「胎児の健康状態の診断」「児娩出時の介助技術に関連する項目」は、10例の分べん介助の経験ではほぼ自立してできるレベルには達していない。

本調査において、Covid-19感染拡大前後の両年度で差はないが規定の到達度に達しなかった学生の人数が多い項目は「肩甲娩出」「最小周囲経での児頭娩出」「会陰保護」であった。佐藤ら(2017)の調査でも同様の項目について、10例の分べん介助後の学生の到達度は低かった。清水ら

(2013)の学生の評価表に基づいた調査でも、「肩甲娩出」「最小周囲経での児頭娩出」「会陰保護」は分べん介助10例における到達度が低い技術項目である。

田中(2012)は、学生にとって「肩甲娩出」が最も高い課題であるとし、分べん介助モデル(ファントム)による練習では、モデルの会陰部のゴムの抵抗により経産婦のスムーズな娩出の速さや大きめの胎児の努責のタイミングと娩出を誘導する力加減を学生が実感できないとし、教育モデルの限界について言及している。

本調査において、「肩甲娩出」が到達できなかった学生の理由として「児が大きく、肩甲難産の時対処できなかった」があった。渡邊(2017)は、現任教育における緊急時に対処できる実践力の視点から、肩甲難産は、巨大児を予測した場合を除き、その発生を予測することは難しく児頭娩出

後の肩甲娩出時に初めて気づく現象であるが、対処方法は助産師として習得すべき技術であることを述べている。学生が受け持った事例において、肩甲娩出の困難のため McRoberts 体位等の緊急時の対処方法の判断が必要だった事例が含まれていた可能性はある。このことから、予測困難な緊急時に対処すべき実践力の到達度の設定は別途設置する必要があるのかもしれない。

最小周囲経での児頭娩出および会陰保護についても、分べん介助の実習においては、対象となる産婦の分娩進行や停滞を繰り返す変化に応じて、学生はその場で修正や診断をしながら実践していく必要がある。特に、分べん第Ⅱ期は娩出力による影響を踏まえて、呼吸法の説明や胎児の健康状態の観察など複合的な要素を瞬時に判断しながら、産婦の対象特性に応じて娩出力をコントロールするという高い技術が求められる。このため、学生が分べん介助 10 回で到達することは難しいと思われる。

2) 実習の機会がない技術項目

別表 12-2 の到達度が「実施が困難であれば見学する」となっている「胎児機能不全への対応」「産科危機的出血への処置」「産婦に対する一次救命処置 (Basic Life Support: BLS)」「会陰切開及び裂傷後の縫合」「新生児蘇生法の実施」は、Covid-19 感染拡大前後で規定の到達度に到達できなかった学生がいた養成校の数は変わらず、その理由として該当する事例が実習中にな

いことが報告された。

小黒ら (2018) は、ハイリスク妊娠・周産期異常に対する教育プログラム開発し、臨床の事例を用い臨床カンファレンス形式とシミュレーションの組み合わせた「ブレンド型学習」による教育効果を報告している。欧州連合諸国の報告において、臨床環境および学生の臨床実習の経験には差があり、すべての臨床現場が最適な学習環境であるとは限らないとし、臨床において学生が技術の修得をする機会ないことを指摘している (Pedregosa et al., 2021)。

BSL や新生児蘇生法の実施にあたっては、頻回なトレーニングが「蘇生の技能」、「実施者の自信と蘇生をしようとする意欲」を改善させることが明らかになっている (日本蘇生協議会, 2021, p. 287)。

BLS および新生児蘇生法の教育プログラムは既に確立されており、モデルを使用した頻回なトレーニングが推奨されている (日本蘇生協議会, 2021)。教育プログラムの修了の有無による蘇生後の患者の転帰については、その有効性を示す確実なエビデンスはないが、蘇生実施者のトレーニングは推奨されている (日本蘇生協議会, 2021)。臨地で蘇生場面を見学することが学習の動機づけとなるジャストインタイムトレーニング、実際に蘇生が行われた場所で実施することが学習の動機づけとなるジャストプレーストレーニング、仮想現実 (Virtual reality: VR) および拡張現実 (Augmented

reality; AR) によるトレーニングはいずれもエビデンスが不十分であった（日本蘇生協議会，2021）。臨地実習において蘇生場面を見学することが、学生の実践能力の効果的な修得につながるのかどうかは、現時点ではエビデンスがない。

3. 臨地実習で修得する実践能力の精選と教育プログラムの最適化および臨地実習における学習環境の標準化

1) 臨地実習で修得する実践能力の精選

本調査では、分べん第Ⅰ～Ⅳ期について、臨地でなくても学べる内容として、「フィジカルアセスメント」、「実践力」、「評価」、「コミュニケーション」、具体的な学習項目としては「CTGの判読」、「助産過程」、「分べん野の作成」、「胎盤の確認」との回答があった。

別表 12-2 の技術項目「分べん監視装置（到達度：単独で実施できる）」については、100校のうち1～2校で学生の健康状態とレディネスにより規定の到達度に達しない学生が報告された。同じく技術項目「胎盤の確認（到達度：単独で実施できる）」についても2～3校が学生の健康状態が理由と、臨地実習では学生に単独で実施させていないという理由で規定の到達度に達していない学生が報告された。しかし、この2点については「臨地でなくても修得できる」と回答があった技術項目のため、学内で一定程度の修得が見込め、臨地の状

況で学生が知識・技術を発揮できればほぼ到達可能な技術であると思われる。

一方で臨地でなければ学べないことの中には、「自分で行ったケアの評価」、「指導者や医師との協働」、「対象者や家族への対応」、「緊張感」、「責任感」といった、分べん介助実習という特殊な場における普遍的なケア提供者の能力や姿勢が報告された。

森（2005, p. 17-18）は、「技術」と「技能」の違いについて、「技術」は論文やメモや機械などによって多くの人々に客観的なものとして伝達でき、「技能」は経験的に身につくもの、人間を介在させて伝承するものであると述べている。

分べん介助の「技術」は、科学的裏づけがあるので、科学の力を借りて、効率的に伝播させることができる（森 2005, p. 17）。臨地でしか学べないものには「技能」が含まれており、個別的で主体的なもので、人が違えば技能も違う（森 2005, p. 19）。

日本と同様に欧州連合諸国においても助産師の教育のプロセスが、講義・演習・臨地実習を統合するものであるにもかかわらず、教育課程の中の臨地実習に占める割合が高いことが課題とされている（Pedregosa et al., 2021）。臨地でなければ学べないことを精選するとともに、学内でも学べる内容を積み残さずに、効果的に臨地実習を実施することが求められる。

1) 臨地でなくては修得できない実践

能力に対する直接分べん介助事例以外の学習機会の活用

臨地でなければ学べないこととして、「産婦の訴え、様子、雰囲気から察する観察」「実際に分べん進行」「分娩進行に合わせて診断する」「産婦の反応を見ながら修正する」といった分べん進行に関することが多く報告された。これらの一部は、学生が直接分べん介助を実施しなくても修得することができる内容である。例えば、臨地実習時間中に分べん介助に至らない事例や、緊急帝王切開となった事例など、既に臨地実習で学生が経験している事例が活用できる。

本調査においても Covid-19 感染拡大により臨地実習が制限された中での臨地における取り組みとして、「自分の分べん介助とは別の学生に分べん介助の経過を一緒に見る、または、外回り等で分べんに立ち合い、スタッフの分べん介助を見学し、学生同士で診断を話し合いながら経過を見る機会を得た」との報告があった。

このような教育プログラムの事例をもとに、臨地実習の体験や学びを活かしたシミュレーションの内容・教材・回数を検討するとともに、臨地実習において学生の直接分べん介助以外の学習機会を活用することで、「臨地でなければ学べないこと」を修得することが可能になる。

また、「オンラインでの実習施設の事例と指導者による分べん介助の実施」「オン

ラインでの事例検討、スタッフへの報告の練習等を実施」等、臨地と学内をオンラインでつなぎ、分べん介助実習のデジタルトランスフォーメーション化も始まっていた。

これまで分べん介助技術の修得は、主に臨地で修得することを前提としていたが、臨地実習が制限されている現在、学内と臨地における学習活動を最適化し、「技術」にあたるものについては科学技術を利用して効率的に学生に修得させる教育プログラムの開発が期待される。また、臨地実習施設と教育機関が連携し、学生の学習環境の最適化を図る取り組み (Pedregosa et al., 2021) を推進することも必要である。

H. 結論

本研究は、全国の助産師学校養成所の教育責任者を対象に、1. 助産師の実践能力、特に分べん介助技術能力を学生にどのように修得させているのかその実態、2. 「助産師の技術項目と卒業時の到達度」の分べん介助から学習される技術項目を抽出し、学生の到達レベルについて明らかにする。3. さらには、学内で修得可能な技術と臨地でしか修得できない技術について明らかにした。

その結果、85.0%の養成校が、Covid-19 感染拡大による分べん介助実習への影響があったが、学生の到達度は Covid-19 感染拡大前を大きく変わらなかった。また、本研究に

より、臨地でなくても修得可能な技術、臨地でなければ修得できない技術が抽出された。今後は、臨地でなければ学べない内容、臨地でなくても学べる内容を整理し、デジタル技術等を活用した学生の分べん介助技術の修得に最適な教育プログラムを開発する必要がある。

文献

平成 27 年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策特別事業「助産学生の分娩期ケア能力学習到達度に関する調査」。全国助産師教育協議会，2016。

平成 28 年度厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策特別事業「助産実践能力を育成する教育方法に関する調査報告書」全国助産師教育協議会，2017。

角行之（訳）。（2004）．はじめのインストラクションデザイン．ピアソン・エデュケーション．

木原雅子（訳）．（2012）．現代の医学的研究方法：質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP メディカルサイエンスインターナショナル．

森和夫．（2005）．技術・技能伝承ハンドブック．JIPM ソリューション．

Pedragosa, S., Febrallas N., Risco E., Pereira M., Stefaniak M., Senuzun F., Martin S., Zebalegui A. (2021). Implementing dedicated education units in 6 European undergraduate nursing and midwifery students' clinical placements. BMC Nursing, 20:61, doi.org/10.1186/s12912-021-00576-5.

大滝千文・遠藤俊子・竹明美・小林康江・齋藤益子・清水嘉子・村本淳子・新道幸恵．（2012）．助産学実習における助産実践能力の習得に関する研究．母性衛生，53（2），337-348．

清水嘉子，松原美和，宮澤美知留，藤原聡子，西野自由理，上森友記子．（2013）．助産実習における学生の助産技術の修得 - 分娩介助例数による達成状況と指導者との評価比較 - ．長野県看護大学紀要，14，1-13．

渡邊竹美，小林康江，中込さと子，石田都乃（2016）．新人助産師が1年間で獲得した分娩管理能力，山梨大学看護学会誌，15（1），43-50．

図表

- 表 1 教育機関の背景
- 表 2-1 Covid-19 流行下における分べん介助実習の状況
- 表 2-2 Covid-19 により臨地実習が制限された中で分べん介助実習に関連する学内での取り組み（自由記載）
- 表 3 分べん介助実習の臨地実習施設・介助事例
- 表 4-1 分べん介助実習における帝王切開分娩の状況
- 表 4-2 分べん介助実習における帝王切開分娩の状況に関する自由記載
- 表 5 分べん介助における技術・診断項目を修得するまでの分べん介助例数の割合
- 表 6 分べん介助の技術項目と卒業時の到達度に到達しない事例
 - 表 6-1 分べん進行の診断に係る手技：分娩監視装置の装着
 - 表 6-2 分べん進行の診断に係る手技：内診
 - 表 6-3 分べん介助に係る手技：分娩野の作成
 - 表 6-4 分べん介助に係る手技：肛門保護
 - 表 6-5 分べん介助に係る手技：会陰保護
 - 表 6-6 分べん介助に係る手技：最小周囲径での児頭娩出
 - 表 6-7 分べん介助に係る手技：肩甲娩出
 - 表 6-8 分べん介助に係る手技：骨盤誘導線に沿った体幹の娩出
 - 表 6-9 分べん介助に係る手技：臍帯巻絡の確認
 - 表 6-10 分べん介助に係る手技：臍帯結紮及び切断
 - 表 6-11 分べん介助に係る手技：新生児の自発呼吸の確認及び蘇生
 - 表 6-12 分べん介助に係る手技：適切な方法での胎盤娩出
 - 表 6-13 分べん介助に係る手技：胎盤の確認
 - 表 6-14 分べん介助に係る手技：軟産道の状態の確認
 - 表 6-15 分べん介助に係る手技：子宮収縮状態の確認
 - 表 6-16 分べん介助に係る手技：出血の状態の確認
 - 表 6-17 分べん介助に係る手技：児及び胎児附属物の計測
 - 表 6-18 分べん介助に係る手技：分べんに係る記録の記載
 - 表 6-19 異常発生時の母子への介入に係る手技：胎児機能不全への対応
 - 表 6-20 異常発生時の母子への介入に係る手技：産科危機的出血への処置
 - 表 6-21 異常発生時の母子への介入に係る手技：

産婦に対する一次救命処置 (Basic Life Support: BLS)

- 表 6-22 異常発生時の母子への介入に係る手技：会陰切開及び裂傷後の縫合
- 表 6-23 異常発生時の母子への介入に係る手技：新生児蘇生法の実施
- 表 6-24 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生数の 2019 年度コロナ前と 2020 年度コロナ後の比較
- 表 6-25 分べん第 I～IV 期（分べん後 2 時間まで）のケアにおける臨地でなければ学べないこと（自由記載）
- 表 6-26 分べん第 I～IV 期（分べん後 2 時間まで）のケアにおける臨地でなくても学べる
こと（自由記載）
- 表 7 分べん介助実習の前後に講義・演習等で実施していること

表1 教育機関の背景

	回答数	(%)
所属機関		
専門職大学院/大学院	17	17.0%
大学/大学校	43	43.0%
大学専攻科/別科	18	18.0%
短期大学専攻科/別科	0	0.0%
専修学校/各種学校	22	22.0%
教育機関の設置主体		
国立/省庁	18	18.0%
公立	25	25.0%
私立	57	57.0%
教育機関の所在地		
北海道地方	4	4.0%
東北地方	6	6.0%
関東地方	21	21.0%
中部地方	18	18.0%
関西地方	23	23.0%
中国地方	9	9.0%
四国地方	5	5.0%
九州地方・沖縄地方	14	14.0%
過去3年間の助産教育課程の卒業生の平均の人数※		
平均の人数 (人)	10.3	
最小	1	
最大	29.3	

※外れ値5校除く

表2-1 Covid-19流行下における分べん介助実習の状況

	回答数	(%)
Covid-19による分べん介助実習への影響		
影響があった	85	85.0%
影響がなかった	9	9.0%
どちらともいえない	6	6.0%
2020年度指定規則の分べん介助10例程度を満たすための学内実習の状況		
実施した	57	57.0%
実施しなかった	42	42.0%
無回答	1	1.0%
2020年度分べん介助実習はすべて学内実習であったか		
はい	2	2.0%
いいえ	98	98.0%
分べん介助実習における臨地実習施設の割合		
	2020年度	
病院	78.0%	最大値:100 最小値:0
診療所	25.3%	最大値:100 最小値:0
助産所	3.8%	最大値:40 最小値:0
	2019年度	
病院	78.6%	最大値:100 最小値:0
診療所	25.0%	最大値:100 最小値:0
助産所	3.8%	最大値:35 最小値:0

表2-2 Covid-19により臨地実習が制限された中で分べん介助実習に関連する学内での取り組み（自由記載）

分類	COVID-19による臨地実習が制限された中で分べん介助実習に関連する学内での取り組み例（代表的）
実習前教育の充実	<p>2020年度の前期は、学内の講義・演習がすべて非対面であったため、実習前の演習が行えず学生の自宅にファントームを送り、Zoomで演習を行った。</p> <p>臨地実習前のペーパー事例アセスメントを強化、学内演習ではファントームを使用したシミュレーションやロールプレイを実施。感染状況が厳しく学内演習もできない時期は、分娩介助や胎盤計測、出血量の測定方法のDVDを作成し、分娩セットともに自宅に郵送し展開練習とイメージトレーニングの推奨。</p> <p>胎児人形を作成し、骨盤模型を1人ずつ購入して、在宅でも分娩介助練習できるようにした</p> <p>教員による分娩介助手順デモンストレーションを動画で事前に配信し、学生が演習する時間をより多く確保するようにした。</p> <p>実習前に学内で1~3事例の学内実習を実践した</p> <p>臨地実習前のペーパー事例アセスメントを強化、学内演習ではファントームを使用したシミュレーションやロールプレイを実施。感染状況が厳しく学内演習もできない時期は、分娩介助や胎盤計測、出血量の測定方法のDVDを作成し、分娩セットともに自宅に郵送し展開練習とイメージトレーニングの推奨。またzoom上での事例検討、スタッフへの報告の練習等を実施した。</p>
学内実習	<p>全国助産師教育協議会から提示された学内実習指針に基づき、正常な経過の事例の助産過程の展開をして、教員が模擬産婦・新生児を行い、分娩第1期から第4期までのケアを行った。その際には、新生児係や間接介助の役割をつけるようにして、ケア実践後、ディスカッションを行った。</p> <p>臨床で受け持った事例を活用し、模擬妊産婦によるシミュレーション学修を実施し、助産診断を展開した。</p> <p>実際に実習した事例で、実習後に校内で分娩介助演習をした。カンファレンスの回数を増やした。技術の戸惑いや到達の難しい項目は校内演習を繰り返した。</p>
模擬産婦	<p>リアリティある学内実習のため、模擬産婦さんの依頼、出産手動シミュレータ（ママナタリー）での大量出血場面の対応トレーニングの実施</p> <p>全助協の事例を用いて模擬産婦に分娩介助の実施と事例の展開を実施</p>
臨地との協同	<p>実習開始時期を例年より早めて、実習期間も延長した。自身の介助とは別に他の学生が分娩介助をする場合や介助が難しいケースは経過を一緒に見る又は外回り等で分娩に立ち合い、スタッフも含めて他者の介助を見学したり、学生同士で診断を話し合いながら経過を見る機会を設けた。</p> <p>臨床スタッフを交えた事例分娩の試験の実施</p> <p>オンラインでの実習施設の事例と指導者による分娩介助の実施</p> <p>オンラインでの事例検討、スタッフへの報告の練習等を実施</p>
組み合わせ	<p>全助教や臨地で受け持ち、実習時間外の分娩となり、介助できなかった事例などを教員がアレンジして、OSCEを行った。</p> <p>期間が限られていたため、症例数が少ないと予測できる施設で実習を行う学生に対しては、学内のシミュレーションを臨地実習の前後で行った。臨地実習と学内シミュレーションで最低10例の介助が実施できるようにした。学内シミュレーションの事例はそれぞれ学習の要点が異なる事例を用意した。</p> <p>学内実習での分娩介助シミュレーションを臨床での分娩介助経験の代替になるように可能な限り場面を再現して実施。 ・臨床での分娩見学事例をもとに学内でシミュレーション。 ・オンラインで実際の母親の分娩体験を聞く機会を設けた。</p> <p>2020年度は臨地実習開始時期が全施設で遅れたため、学内実習で臨地に準じたりアルな場の設定、事例をもとに分娩介助実習と助産記録の実施。2021度は臨地実習開始に施設間の差があり、病院での臨地実習が始まるまで助産院実習と学内実習を組み合わせた実習とした。</p> <p>臨地実習にスムーズに臨めるよう実習前に30時間OSCEをし、臨地実習後事例を使って到達度を確認した。</p>

表3 分べん介助実習の臨地実習施設・介助事例・1例の取り扱い

	回答数	(%)
継続事例の実習を行っている臨地実習施設		
病院	83	83.0%
診療所	31	31.0%
助産所	17	17.0%
その他	5	5.0%
継続事例をしていない	5	5.0%
学生1名あたりの分べん介助のうち吸引分べん/鉗子分べんの平均		
1例以下	47	47.0%
2例	35	35.0%
3例	14	14.0%
4例	2	2.0%
5例以上	2	2.0%
麻酔分べんを分べん介助1例としての取り扱い		
1例としている	54	54.0%
1例としていない	24	24.0%
検討したことがない	22	22.0%
学生1名あたりの分べん介助のうち麻酔分べんの平均		
0例	17	17.0%
1例	24	24.0%
2例	10	10.0%
3例	3	3.0%
4例	3	3.0%
5例	1	1.0%
無回答	42	42.0%
フリースタイル分べん（仰臥位分べんを除く）を分べん介助1例としての取り扱い		
1例としている	74	74.0%
1例としていない	12	12.0%
検討したことがない	14	14.0%
学生1名あたりの分べん介助のうちフリースタイル分べんの平均		
0例	31	31.0%
1例	32	32.0%
2例	7	7.0%
3例	5	5.0%
4例	0	0.0%
5例	1	1.0%
無回答	24	24.0%

表4 分べん介助実習における帝王切開分娩の状況

	回答数	(%)
継続事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱い		
手術室に入室まで	48	48.0%
手術中の立ち合い	56	56.0%
出生後2時間までの新生児のケア	54	54.0%
手術室から帰室後から12~24時間までのじょく婦のケア（周術期）	50	50.0%
手術後から退院までの母子のケア	70	70.0%
産後1~2週間健診	62	62.0%
産後1か月健診	76	76.0%
家庭訪問	33	33.0%
産後1か月健診あるいは家庭訪問以降	1	1.0%
受け持ち中止	6	6.0%
継続事例をしていないため回答できない	3	3.0%
その他	10	10.0%
継続事例以外の分べん介助事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取り扱い		
手術室に入室まで	56	56.0%
手術中の立ち合い	41	41.0%
出生後2時間までの新生児のケア	42	42.0%
手術室から帰室後から12~24時間までのじょく婦のケア（周術期）	28	28.0%
手術後から退院までの母子のケア	23	23.0%
受け持ち中止	16	16.0%
その他	13	13.0%
無回答	3	3.0%
分べん第1期から受け持ちをした緊急帝王切開の事例の実習の取扱い		
緊急帝王切開事例は分べん介助1例に含めないほうがよい	41	41.0%
緊急帝王切開事例は分べん介助1例に含めるほうがよい	35	35.0%
その他	16	16.0%
わからない	8	8.0%
緊急帝王切開術を受ける産婦のケアを学生の実習について		
必ず実習した方がよい（分べん介助1例としない）	18	18.0%
必ず実習した方がよい（分べん介助1例とする）	17	17.0%
実習した方がよい（分べん介助1例としない）	36	36.0%
実習した方がよい（分べん介助1例とする）	19	19.0%
実習しなくてもよい	10	10.0%
分べん介助1例に緊急帝王切開事例を含める場合の実習内容		
分べん第1期のケア	93	93.0%
分べん第2期のケア	66	66.0%
術前検査の実施	38	38.0%
術前処置の実施	53	53.0%
手術の立ち合い（見学）	75	75.0%
手術の器械だし	2	2.0%
手術の外回り	4	4.0%
出生後の新生児のケア	81	81.0%
新生児の計測	79	79.0%
胎盤の計測	88	88.0%
帰室後のじょく婦のケア	83	83.0%
その他	6	6.0%
わからない	6	6.0%

表4-2 分べん介助実習における帝王切開分娩の状況に関する自由記載

継続事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱い

- ・ICUに入るような全身管理が必要な場合は新生児のみ受け持ち、育児開始から母親も受け持ちケアをする。
- ・状況によっては（新生児の状態がシビアな場合や母親が心理的に不安定など）には、病院スタッフと相談の上、受け持ちを中止する場合もある。しかしその場合も外来カルテ等で、情報収集は継続し、対象事例の継続した理解が行えるようにしている。
- ・帝王切開になっても継続事例としていく方針で、1ヶ月健診まで継続して持つことにしているが、現段階で帝王切開になった事例はない
- ・助産所で実施しているため、転院・搬送までとする。Backtransferの場合は、産褥から1か月健診までとしている。

継続事例以外の分べん介助事例における緊急帝王切開となった事例のその後の受け持ちの取扱い

- ・緊急帝王切開後受け持ち事例がない場合は手術後から退院までの母子ケアをさせていただくこともあるが、次の分娩介助事例受け持ちがすぐに来た場合は産褥/育児期のケアをしない場合もある。
- ・帝王切開術後3日まで受け持つ/可能な限り産褥期の経過をみる
- ・産後1か月までの健診と希望があれば家庭訪問を行う
- ・分娩期の関わった時間が長い場合は退院までの母子のケアを実施するがすぐに帝王切開となった場合は受持中止としている。
- ・帝王切開分娩が実習課題のため状況により帝王切開見学実習として周手術期のケアを実施する

分べん第1期から受け持ちをした緊急帝王切開の事例の実習の取扱い

<受け持ち産婦の状況による場合>

- ・どの時点で緊急帝王切開が決まったかによると思う。分娩第2期に入って決定された場合などは、その後10例到達が厳しい場合には1例に含めてもよい気がする。

- ・受け持ち中の産婦の状況に応じて臨機応変に取り扱う
- ・分娩第1期のどの時期まで担当したかによる

第1期からの助産診断・ケアの程度、どの時点で緊急CSになったかで臨床と相談し決定している。

<全体の分娩介助の状況による場合>

- ・介助件数不足の場合は、含める
- ・基本的には含めない方がよいと考えますが、状況に寄っては例とする場合も考えられる

<特定の条件による場合>

- ・分娩第1期の観察とケアが十分であれば1例として認めてよい（2名）
- ・分娩第2期に手術が決定した場合は含める
- ・分娩第2期で帝王切開なら1例に数えてもよいと思うが、分娩第1期で帝王切開なら数えることは指定規制からも出来ないと考えている。
- ・現行の指定規則では分べん介助1例にはならないが、学べるものは多い。

分べん介助1例に緊急帝王切開事例を含める場合の実習内容

- ・出生後の新生児のケアおよび計測は、児の状態に応じて実施を判断する。
- ・より良い出産体験の援助
- ・帝王切開術後3時間までの母体管理
- ・分娩期の助産診断（ほか2名）

表5 分べん介助における技術・診断項目を修得するまでの分べん介助例数の割合

助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標（別表12）の小項目との対応	ほぼ指導を受けずに実施できる						累積		伸び率
	1～3 例目	4～6 例目	7～10 例目	10例目以上/ 実施できない	実施する 機会がない/ 必要がない	無回答	1～6例目	1～10例目	
分べん開始を診断する									
分べん開始の判断をするための情報収集ができる	54	35	10	1	0	0	89	99	1.11
分べん開始の判断をするための情報を統合し、分娩開始の時間を査定できる	34	51	13	2	0	0	85	98	1.15
今後の分べん進行を予測できる	9	52	36	3	0	0	61	97	1.59
分べん所要時間を適切に修正しながら予測できる	1	37	56	6	0	0	38	94	2.47
産婦の分べん開始進行状態、分べん時期を説明できる	11	42	42	5	0	0	53	95	1.79
破水の診断をする									
破水の診断ができる	38	44	15	2	1	0	82	97	1.18
破水の観察ができる	37	50	12	1	0	0	87	99	1.14
胎胞形成の有無や破水が分べん進行に及ぼす影響を予測できる	7	59	31	3	0	0	66	97	1.47
破水による子宮内感染やそれに伴う児への影響を予測できる	26	48	24	2	0	0	74	98	1.32
分べんの進行状態を診断する									
分べん進行を判断するための情報収集・フィジカルイグザミネーションができる	10	45	42	3	0	0	55	97	1.76
収集した情報を統合し、分べん進行状態を査定できる	3	42	53	2	0	0	45	98	2.18
娩出力は分べん各期に応じた陣痛であると査定できる	8	48	41	3	0	0	56	97	1.73
陣痛の強弱が、分べん進行に与える影響を予測できる	7	45	46	2	0	0	52	98	1.88
胎児先進部の回旋・下降の分べんへの影響を予測できる	2	32	55	11	0	0	34	89	2.62
産婦の状態から分べん中に起こる可能性のある異常を予測できる	3	20	64	13	0	0	23	87	3.78
産道は胎児の通過が可能な広さや伸展性があると査定できる	3	25	47	25	0	0	28	75	2.68
胎児の下降・回旋は分べんの時期に応じていると査定できる	1	25	62	12	0	0	26	88	3.38
自分の観察したことや判断したこと、疑問などを自分の言葉で臨床指導者に伝えることができる	9	41	48	2	0	0	50	98	1.96
判断や予測・援助について自分の考えを臨床指導者とディスカッションすることができる	5	19	61	15	0	0	24	85	3.54
産婦と胎児の健康状態を診断する									
産婦の一般状態が、分べん進行に与える影響について査定できる	12	56	29	3	0	0	68	97	1.43
食事摂取・疲労・睡眠の状態が分べん進行に与える影響を予測できる	25	58	15	2	0	0	83	98	1.18
産婦の精神状態による分べん進行への影響を予測できる	12	61	24	3	0	0	73	97	1.33
母体の妊娠経過、分べん進行中のバイタルサインや血液データなど収集した情報の統合から、胎児の健康状態を査定できる	10	58	28	4	0	0	68	96	1.41
胎児心音を観察する時期や方法は適切に選択できる	10	53	34	2	1	0	63	97	1.54
分べん進行に伴う胎児の健康を予測できる	9	44	42	5	0	0	53	95	1.79
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う									
分べん進行に応じて産婦が快適さを得られるような環境調整の援助ができる	10	56	32	1	1	0	66	98	1.48
体力の消耗を最小限にするような援助ができる	6	55	33	6	0	0	61	94	1.54
適切な時期に、適切な方法で排尿や排便を促すことができる	8	52	38	2	0	0	60	98	1.63
産婦の状態や分べん進状態にあわせ、適切な栄養摂取への援助ができる	16	56	25	2	1	0	72	97	1.35
産婦の陣痛の状態にあわせ、産痛を緩和する方法を提示し援助できる	11	63	26	0	0	0	74	100	1.35
正常からの逸脱を予防するような援助ができる	2	22	56	20	0	0	24	80	3.33
産婦の心理を理解し、受容的・支持的態度で接し、サポートすることができる	7	56	32	5	0	0	63	95	1.51
産婦や夫・家族の言葉を聴き、産婦が主体的に分べんに臨めるよう関わるができる	5	35	46	13	1	0	40	86	2.15
自分の言動が産婦や夫・家族にどのような影響を与えているかを考えることができる	6	37	43	13	1	0	43	86	2.00
分べん進行中・分べん後において、常に母児を一体として考えることができる	6	33	51	10	0	0	39	90	2.31
医師や看護師と協働しながら、産婦や新生児、家族のケアを行うことができる	7	20	46	25	2	0	27	73	2.70
経膈分べんを介助する									
分べん進行状態から分べん時刻を予測できる	7	52	37	4	0	0	59	96	1.63
分べんの準備をすることを産婦に説明することができる	21	53	24	2	0	0	74	98	1.32
適切な時期に適切な体位をとることができる	5	35	56	4	0	0	40	96	2.40
胎児の回旋および下降状態について査定できる	0	17	69	14	0	0	17	86	5.06
母体の疲労や陣痛の状態・児頭下降状態から、呼吸法や努責の必要性が査定できる	2	29	60	9	0	0	31	91	2.94
軟産道の伸展状態に応じて会陰切開の必要性を査定できる	1	5	42	42	10	0	6	48	8.00
産婦や胎児の状態から、急速遂娩の可能性を予測できる	0	12	58	29	1	0	12	70	5.83
出血量は正常か、異常があればその原因を査定できる	5	23	60	12	0	0	28	88	3.14
新生児の情報を統合し、出生直後の新生児の状態を査定できる	1	29	59	11	0	0	30	89	2.97
分べん直後の母体の状態を査定できる	7	41	46	6	0	0	48	94	1.96
産婦をねぎらい、母児の早期接触を図り、喜びを共有することができる	23	44	31	1	1	0	67	98	1.46
子宮収縮・出血量を適切な時期に観察し、母体の状態を査定できる	11	49	36	4	0	0	60	96	1.60
褥婦が休息をとれる環境を整えることができる	19	54	25	2	0	0	73	98	1.34
産後の回復を促す援助(水分摂取、安楽など)ができる	16	61	20	3	0	0	77	97	1.26
褥婦に居室までの体位・動静・排泄・異常等の対応について説明できる	15	44	36	4	1	0	59	95	1.61
居室の時期・方法を査定できる	11	46	36	5	2	0	57	93	1.63
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									
新生児のフィジカルアセスメントから、胎外生活の適応の査定ができる	9	33	54	3	1	0	42	96	2.29
適切な時期・方法で新生児と家族との面会の査定ができる	9	36	41	8	6	0	45	86	1.91
新生児の状態にあわせて、環境の確保を行うことができる	7	34	44	12	3	0	41	85	2.07
産婦とともにパースレビューを行う									
産婦や家族のパースプランに基づき、産婦や夫（パートナー）・家族の心理・考えを尊重し、ともに考えることができる	9	35	43	10	3	0	44	87	1.98
分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う									
分べん後に起こりやすい異常を予測できる	0	28	55	17	0	0	28	83	2.96
新生児の正常からの逸脱の可能性について予測できる	2	24	53	21	0	0	26	79	3.04
異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、実施できる	1	3	25	61	10	0	4	29	7.25
正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を理解できる	2	20	44	32	2	0	22	66	3.00
帝王切開前後のケアを行うことができる	2	8	23	38	29	0	10	33	3.30
					累積の平均		49.3	89.2	
					最大		89	100	
					最小		4	29	
					6例目までで50%以下の項目				
					10例目までで90%以下の項目				

表6-1 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん進行の診断に係る手技

「分娩監視装置の装着」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度 (n=99)		2000年度 (n=100)	
	回答数	(%)	回答数	(%)
いた	4	4%	6	6%
いない	95	96%	94	94%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 7)

学生要因	<p>2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、単独での実施はできるようにならず実習終了した</p> <p>2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、分娩監視装置はすでに装着されている時期からの分娩介助しか行えなかったため</p> <p>指導者の助言の下で行えた学生いた（経験数が少ない）</p> <p>必ず指導教員や臨床指導者がついて指導したから</p>
環境要因	臨地実習の機会が少なかった

到達できなかった学生への対応 (回答数: 5)

臨地	外来で許可いただけた対象への装着
学内	模擬産婦に分娩監視装置を使用しての実施と技術演習

表6-2 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん進行の診断に係る手技

「内診」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2000年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	7	7%	10	10%
いない	92	92%	90	90%

到達できなかった学生がいた理由（回答数: 9）

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、内診を実施しても産道及び児の状態が判定できるようにはならず実習終了した 修得が困難な学生がいたため
環境要因	産婦さんの安楽を考慮し、内診の実施は全開大近くでしか実施しないため 臨地実習の機会が少ない為、内診を行う機会が少ない（3名） 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、内診の機会がない、または限られていたため
到達度	児頭の回旋状態が判断できる学生はほぼいない

到達できなかった学生への対応（回答数: 8）

臨地	助産師からの指導、模型で確認した 評価時に指導 2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した
学内	2020年度は学内実習において内診モデルを使用しての実施と技術演習 模型を使用し、シミュレーションで強化した 卒業時に到達度の自己評価をし、就職後の課題としての認識をつける

表6-3 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「分娩野の作成」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	2	2%	1	1%
いない	97	97%	99	99%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 2)

学生要因 2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生がいたため
修得が困難な学生がいたため

到達できなかった学生への対応 (回答数: 2)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応

表6-4 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	「肛門保護」の実習における到達度は「単独で実施できる」			
	2019年度(n=99)		2000年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	3	3%	4	4%
いない	96	96%	96	96%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 4)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに肛門保護を実施できるようにはならず実習終了した 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、肛門保護を実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた
環境要因	臨地での分娩介助例数が少ない学生がいたため 吸引分娩が多いため

到達できなかった学生への対応 (回答数: 4)

臨地	2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した 評価時に指導 実施タイミングを振り返る
学内	2020年度は学内実習においてファントム模擬産婦を活用しての実施と技術演習 ファントム演習で補完

表6-5 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「会陰保護」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	11	11%	16	16%
いない	88	88%	84	84%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 14)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに会陰保護を実施できるようにはならず実習終了した 分娩経過が早く、手が間に合わなかった。 学生が分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため
環境要因	臨地での分娩介助例数が少ない学生がいたため（3名） 施設によっては、安全のために10例まで原則的に手添えをしている（2名） 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での分娩介助例数も3～5例と会陰保護を実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた
到達度	単独で実施はどの時代でも不可能

到達できなかった学生への対応 (回答数: 12)

臨地	教員・指導者と共にファントムを用いて反省会をした 評価時に指導 2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した 手添えの場合も、その度合いに関しては指導者と振り返りをしている。卒業時に到達度の自己評価をし、就職後の課題としての認識をつける 10例目迄、臨床指導者がガウンを着用して指導にあたった学生はいた
学内	学内でのファントム・内診モデル演習で補完（3名） 学内演習の強化・分娩介助技術に関しては、卒業前に技術試験をして確認した。技術習得が足りない学生に関しては、習得するまで（合格するまで）行った

表6-6 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「最小周囲径での児頭娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度(n=98)		2000年度(n=99)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	21	21.4%	26	26%
いない	77	78.6%	73	73%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 28)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに児頭娩出を実施できるようにはならず実習終了した 胎児の大きさが予測より小さく、娩出のコントロールができなかった 左右頭頂骨結節の確認ができず、下に軽く牽引することができなかった 呼吸法の伝達を含め娩出コントロールが不十分であり、指導者の手添えを要した 学生が分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため 児頭のくつ位がわからない 不器用だった
環境要因	コロナの影響で、施設での分娩介助数が数例となったため（4名） 児頭娩出は安全に娩出をするため、全て助産師に手を添えてもらっているため、単独で実施はしていない（4名） 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での分娩介助例数も3~5例と児頭娩出を実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた 指導者が若い、ハイリスク場面等で、どうしても指導者が手添えするケースが多い 吸引分娩の介助が多く、児頭娩出、特に、後頭結節滑脱がわからなかった（1名）
到達度	到達できた学生もいたが、難しい手技であるため、全員ができたとはいえない 10例介助しても単独で実施できることが難しい。どの施設でも、ある程度指導者の助言や支援を得て実施している 指導者の手添えなしに単独で実施すること自体が難しい（3名） 分娩介助したケースによっては学生にとって難しい症例もあり、到達度は例数によって変わることもあるので到達できなかった学生がいないとは断言できない

到達できなかった学生への対応 (回答数: 24)

臨地	2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した 分娩後の振りかえり時に指導者シミュレーションや学内で演習に取り組んだ（2名） 振り返り（2名）
学内	ファントムを用いた学内実習（事例展開）（14名） 理論学習
なし	なし（1名） 今後も難しさや課題として認識できればよい（2名）

表6-7 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	「肩甲娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」			
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	14	14%	22	22%
いない	85	85%	78	78%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 21)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに肩甲娩出を実施できるようにはならず実習終了した 児が大きく、肩甲難産の時対処できなかった 後で肩甲の娩出が力不足でできない 学生が分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため
環境要因	コロナの影響で、施設での分娩介助数が数例となったため(3名) 安全確保のため、原則的に指導者が手添えをしている (4名) 指導者が安全に実施できないと判断した場合に指導者が娩出した 困難事例であった 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での分娩介助例数も3~5例と肩甲娩出を実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようはならなかった学生がいた
到達度	到達できた学生も多かったが、全員ができたとはいえない 事例により介助の難易度が変わり、到達度が低かった 技術が難しい (2名) 「単独で実施できる」という段階に、学生全員が到達できたとはいいがたい。分娩介助したケースによっては学生にとって難しい症例もあり、到達度は例数によって変わることもあるので到達できなかった学生がいないとは断言できない。 全ての学生が、指導者の助言や手添え無しに、学生単独で実施するのは、そもそも難しい

到達できなかった学生への対応 (回答数: 20)

臨地	指導者と共に実施 指導者の介助を見学をして、分娩後指導者より技術の説明を受けた 評価時に指導 (4名) 2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した
学内	ファントムを用いた学内実習 (事例展開) (9名) 基本的知識の復習 学内で学びを充実
なし	なし (1名) 自身の課題として認識を促す (1名)

表6-8 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	「骨盤誘導線に沿った体幹の娩出」の実習における到達度は「単独で実施できる」			
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	9	9%	14	14%
いない	90	90%	86	86%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 13)

学生要因	<p>児の把持が不十分であった</p> <p>学生が分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため</p> <p>2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生がおり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した</p>
環境要因	<p>コロナの影響で、施設での分娩介助数が数例となったため（3名）</p> <p>安全のため指導者が手添えすることが多い（2名）</p> <p>2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた。</p>
到達度	<p>「単独で実施できる」という段階に、学生全員が到達できたとはいいがたい。分娩介助したケースによっては学生にとって難しい症例もあり、到達度は例数によって変わることもあるので到達できなかった学生全ての学生が、指導者の助言や手添え無しに、学生単独で実施するのは、そもそも難しい（2名）</p>

到達できなかった学生への対応 (回答数: 13)

臨地	<p>指導者と共に実施</p> <p>振り返りで指導する（2名）</p> <p>2019年度は主治医と相談しながら個別対応</p> <p>2021年に2年生の助産院実習で経験した</p>
学内	<p>ファントームを用いた学内実習（事例展開）（3名）</p> <p>ベビーの実物大模型で、分娩介助の練習をしてから、次の分娩介助に臨んだ</p> <p>学内での学びを充実</p> <p>2020年度は学内実習においてファントーム模擬産婦を活用しての実施と技術演習</p>
なし	<p>なし（1名）</p> <p>自身の課題として認識を促す（2名）</p>

表6-9 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	「臍帯巻絡の確認」の実習における到達度は「単独で実施できる」			
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	10	10%	14	14%
いない	89	89%	86	86%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 13)

学生要因	巻絡の状態に合わせた対応が難しい (1名) 焦って確認を忘れてしまう 確認はできるが、解除の技術が難しいから 2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生がおり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した 学生が分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため
環境要因	巻絡事例がなかったあるいは少なかった 分娩介助時指導者が必ず一緒に確認しているため、単独でできているとは言い切れない 巻絡の確認までは単独でも実施できますが、必要時の解除は指導者の手添えが必要な事も多い 指導者が安全に実施できないと判断した場合に指導者が実施した 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた 臨地実習の機会が少なかった 特になし。経験する例も少ないためだろう
到達度	「単独で実施できる」という段階に、学生全員が到達できたとはいいがたい。分娩介助したケースによっては学生にとって難しい症例もあり、到達度は例数によって変わることもあるので到達できなかった学生がいないとは断言できない。

到達できなかった学生への対応 (回答数: 11)

臨地	指導者と共に実施 分娩介助時に指導者から助言を受け、そのまま解除可能の場合は実施し、できない場合は指導者に交代した 指導者が振り返りを行った (1名) 2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した
学内	事例による振り返りを行い、モデルを使いタイミングや方法を復習した 学内実習においてファントムと模擬産婦を活用しての実施と技術演習 (2名)
なし	なし (1名) 自身の課題として認識を促す 臨床にゆだねる

表6-10 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「臍帯結紮及び切断」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	3	3%	5	5%
いない	96	96%	95	95%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 4)

学生要因 2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した

環境要因 施設によって、単独でさせていただけない
臍帯結紮の施設での方法が難しく、指導者が行っていた

2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた

臨地で5例しか介助できなかったため、指導者の手添えが必要だった

到達できなかった学生への対応 (回答数: 3)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応
2021年に2年生の助産院実習で経験した

学内 学内での学びを充実
学内演習で実施する
2020年度は学内実習においてファントム模擬産婦を活用しての実施と技術演習

表6-11 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	「新生児の自発呼吸の確認及び蘇生」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」			
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	6	6%	10	10%
いない	93	93%	90	90%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 9)

学生要因 2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した

環境要因 施設の条件として学生は見学の場合がある
実習施設により分娩後の新生児蘇生は経験できない場合がある。2020年度は、covid-19の影響もあり、臨床での出生直後新生児ケア実習は実施していない
自発呼吸の確認は全員が到達できたが、蘇生に関しては全員が到達できたとはいえない
2020年度は、コロナの影響もあり、直接介助をメインで実習したため間接介助を実施しない学生がいた
2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた
新生児の蘇生については学生は実施しない
指導者が安全に実施できないと判断した場合に指導者が実施した

到達度 判断および技術が難しいから

到達できなかった学生への対応 (回答数: 8)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応
2021年に2年生の助産院実習で経験した
指導者が振り返りを行った

学内 学内実習において新生児モデル人形を活用しての実施と技術演習 (2名)

NCPR NCPR受講 (3名)
NCPRの講義内容で実施 (2名)

なし 実施しない

表6-12 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	5	5%	9	9%
いない	94	94%	91	91%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 8)

学生要因 判断および技術が難しいから

2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生がおり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した

環境要因 コロナの影響で、施設での分べん介助数が数例となったため（1名）

実習施設では医師がブランドアンドリュース法で胎盤を娩出しているため原則として、医師が娩出する施設がある（2名）

2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3～5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた

到達できなかった学生への対応 (回答数: 8)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応

2021年に2年生の助産院実習で経験した

評価時に指導

学内 胎盤モデルを用いた学内演習での補完（4名）

表6-13 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「胎盤の確認」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	2	2%	3	3%
いない	97	97%	97	97%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 2)

学生要因 2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した

2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた

環境要因 胎盤の正しい判定のため、指導者又は教員と一緒にいる

到達できなかった学生への対応 (回答数: 2)

臨地 複数の胎盤観察をさせてもらい、観察になれるように経験を積んだ

2019年度は主治医と相談しながら個別対応

2021年に2年生の助産院実習で経験した

学内 2020年度は学内実習においてファントム模擬産婦を活用しての実施と技術演習

表6-14 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

	「軟産道の状態の確認」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」			
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	16	16%	19	19%
いない	83	83%	81	81%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 19)

学生要因 学生が分娩介助に対して消極的であり、指導者の誘導のもとでしか動けなかったため
2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した

環境要因 胎盤娩出後は医師が実施（8名）
分娩介助例数が少ない学生がいたことと、施設によっては胎盤娩出後速やかに医師と交代を求められているから。交代した場合は縫合を見学している。
胎盤娩出後、すぐ医師の診察を実施するため状態の確認の意識が少ない。縫合終了後、部位の確認、カルテのの状態の確認をする施設が多い。
外陰部の裂傷の目視はさせるが、軟産道精査は通常医師が行なっていて実習範囲ではない

2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた

一部の実習施設では、胎盤娩出後は、分娩野を医師に譲り、助産師とともに新生児観察をすることになっているため

到達度 頭管や腔壁観察は触診での確認が必要なため、適切には診断しづらい
判断と技術が難しいから

到達できなかった学生への対応 (回答数: 18)

臨地 医師の観察時に一緒に立ち合い、創部の状態等について医師から説明を受けるようにしている（4名）
評価の際に、観察方法・観察項目を確認した
2019年度は主治医と相談しながら個別対応
2021年に2年生の助産院実習で経験した

学内 学内演習で軟産道の確認手技をファントムで演習（9名）

なし なし（1名）
自身の課題として認識を促す

表6-15 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「子宮収縮状態の確認」の実習における到達度は「単独で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	1	1%	1	1%
いない	98	98%	99	99%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 1)

学生要因 2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した

環境要因 2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた

到達できなかった学生への対応 (回答数: 1)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応
2021年に2年生の助産院実習で経験した

学内 2020年度は学内実習において産褥モデルを活用しての実施と技術演習

表6-16 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「出血の状態の確認」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	2	2%	2	2%
いない	97	97%	98	98%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 2)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した 弛緩出血以外の選択肢を持って診察していないと思われる
環境要因	2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた

到達できなかった学生への対応 (回答数: 2)

臨地	2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した
学内	2020年度は学内実習においてシミュレーションの実施と技術演習 教科書を使って振り返り

表6-17 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「児及び胎児附属物の計測」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」				
	2019年度(n=99)		2000年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	2	2%	4	4%
いない	97	97%	96	96%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 5)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導者の手添えなしに実施できるようにはならず実習終了した
環境要因	2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため指導者の手添えなしで実施できるようにはならなかった学生がいた 実習期間中に事例確保ができなかった 出生直後の新生児計測は、学生が実施できないシステムであった 臨地実習の機会が少なく、学生は直接介助のみの施設もあり、新生児の観察の機会が少なくなった 児の計測は2019年ではできたが、2020年は実習制限により全員が到達できたとはいえない

到達できなかった学生への対応 (回答数: 5)

臨地	2019年度は主治医と相談しながら個別対応 2021年に2年生の助産院実習で経験した 出生直後ではなく、生後数日の新生児を対象に計測を実施した
学内	学内実習で新生児の計測（2名） 2020年度は学内実習において新生児モデル人形を活用しての実施と技術演習

表6-18 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
分べん介助に係る手技

「分べんに係る記録の記載」の実習における到達度は「指導の下で実施できる」				
	2019年度(n=100)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	12	12%	10	10%
いない	88	88%	90	90%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 12)

学生要因	2019年度はメンタルバランスを崩して実習自体が危ぶまれる学生があり、指導しても実施できるようにはならず実習終了した
	書くことが苦手な学生には、時間管理が出来ず遅れた
	もれなく情報を取る意識が薄い
環境要因	個人情報取り扱いの観点から、個人が特定できるような転記は学校としてさせていない
	記載する機会がない
	病院の規制で分娩にかかる記録類の記載はできないため（5名）

到達できなかった学生への対応 (回答数: 12)

臨地	記載された記録の確認
	実施してないが見学はしている
	評価時に指導
	2019年度は主治医と相談しながら個別対応
学内	本来は母の氏名を記載する旨を指導して、学生用の記録には氏名を記号に変えて記載している（2名）
	出生届と母子健康手帳の記録は授業での学習を行っている（1名）
	学校が準備した用紙に記載している
	ポイントを述べさせ、フォーカスしてからまとめるようにした

表6-19 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
異常発生時の母子への介入に係る手技

「胎児機能不全への対応」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」				
	2019年度(n=98)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	7	7.1%	11	11%
いない	91	92.9%	89	89%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 11)

学生要因 時間をかければできるが同時進行が難しい。情報と思考の連結が難しい様子

環境要因 胎盤機能不全の事例を経験しなかった (6名)

緊急処置が必要な状況は全て見学

2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と

実施する機会が限られていたため見学できる機会がなかった学生がいた

到達度 難易度が高いため指導のもと考えるレベル

到達できなかった学生への対応 (回答数: 10)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応

学内 学内にて事例シミュレーション (5名)

振り返りやカンファレンスで情報共有を行っている (2名)

講義で補完 (2名)

表6-20 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
異常発生時の母子への介入に係る手技

	「産科危機的出血への処置」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」			
	2019年度(n=99)		2000年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	34	34%	38	38%
いない	65	65%	62	62%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 37)

環境要因 実習期間中に該当ケースがなかった (36名)
2020年度は胎児娩出2時間前からしか学生が分娩室に入室できず、臨床での経験例数も3~5例と実施する機会が限られていたため見学できる機会がなかった学生がいた

到達できなかった学生への対応 (回答数: 10)

臨地 2019年度は主治医と相談しながら個別対応

学内 学内演習 (シミュレーション、教員のデモンストレーション、ロールプレイ) (16名)
事例検討 (7名)
学内演習と講義 (1名)
講義 (7名)

なし 特にしていない (4名)
実習中に産科危機的出血事例が無いため、体験できていない (2名)

表6-21 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
異常発生時の母子への介入に係る手技

「産婦に対する一次救命処置（Basic Life Support: BLS）」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	60	60%	61	61%
いない	39	39%	39	39%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 62)

環境要因 実習期間中に該当ケースがなかった (61名)
見学できた学生もいたが、全員が一次救命処置に必ず立ち会える場面がなかった

到達できなかった学生への対応 (回答数: 58)

講習会 母体救急の講習会に参加 (2名)

学内 学内演習 (シミュレーション・ロールプレイを含む) (45名)
学内演習と講義 (10名)
講義 (視聴覚教材を含む) (11名)
事例検討 (4名)

なし 特に対応していない (15名)

実習中に産婦に対する一次救命処置事例が無いため、体験できていない (3名)

表6-22 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
異常発生時の母子への介入に係る手技

「会陰切開及び裂傷後の縫合」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」				
	2019年度(n=99)		2020年度(n=100)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	3	3%	3	3%
いない	96	96%	97	97%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 3)	
環境要因	会陰切開、縫合を有する事例がなかった 医師が実施するので経験はてきない 実施なし

到達できなかった学生への対応 (回答数: 3)	
学内	モデルや鶏肉を用いて演習を行った モデルを使用して演習を実施した 講義で補完

表6-23 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生の有無（2019年度、2020年度）
異常発生時の母子への介入に係る手技

	「新生児蘇生法の実施」の実習における到達度は「実施が困難な場合は見学する」			
	2019年度(n=98)		2000年度(n=99)	
	回答	(%)	回答	(%)
いた	32	32.7%	35	35%
いない	66	67.3%	64	64%

到達できなかった学生がいた理由 (回答数: 34)

機会がなかった (33名)

蘇生が必要な場面にいた学生が少なく見学できなかった (1名)

到達できなかった学生への対応 (回答数: 35)

N CPR N CPR受講 (21名)

学内 N CPRのアルゴリズムにそった演習 (11名)

講義 (2名)

小児科医師による講義と演習 (2名)

なし なし (2名)

表6-24 分べん介助の技術項目の実習における到達度に達しない学生数の2019年度コロナ前と2020年度コロナ後の比較

分べん介助の技術項目	到達度	オッズ比	95%Conf.Interval	
分べん進行の診断に係る手技				
分べん監視装置の装着	単独で実施できる	1.52	0.44	5.17
内診	指導の下で実施できる	1.46	0.55	3.88
分べん介助に係る手技				
分べん野の作成	単独で実施できる	0.49	0.06	3.82
肛門保護	単独で実施できる	1.33	0.32	5.47
会陰保護	単独で実施できる	1.52	0.68	3.42
最小周囲径での児頭娩出	単独で実施できる	1.31	0.68	2.51
肩甲娩出	単独で実施できる	1.71	0.83	3.54
骨盤誘導線に沿った体幹の娩出	単独で実施できる	1.63	0.68	3.87
臍帯巻絡の確認	単独で実施できる	1.45	0.62	3.37
臍帯結紮および切断	単独で実施できる	1.68	0.43	6.56
新生児の自発呼吸の確認及び蘇生	指導の下で実施できる	1.72	0.62	4.75
適切な方法での胎盤娩出	単独で実施できる	1.86	0.63	5.49
胎盤の確認	単独で実施できる	1.50	0.29	7.67
軟産道の状態の確認	指導の下で実施できる	1.22	0.59	2.51
子宮収縮状態の確認	単独で実施できる	0.99	0.10	9.61
出血の状態の確認	指導の下で実施できる	0.99	0.17	5.73
児及び胎児附属物の計測	指導の下で実施できる	2.02	0.42	9.64
分べんに係る記録の記載	指導の下で実施できる	0.82	0.34	1.94
異常発生時の母子への介入に係る手技				
胎児機能不全への対応	実施が困難な場合は見学する	1.61	0.61	4.20
産科危機的出血への処置	実施が困難な場合は見学する	1.17	0.66	2.09
産婦に対する一次救命処置	実施が困難な場合は見学する	1.02	0.58	1.79
会陰切開及び裂傷後の縫合	実施が困難な場合は見学する	0.99	0.22	4.40
新生児蘇生法の実施	実施が困難な場合は見学する	1.13	0.63	2.03

表6-25分べん第Ⅰ～Ⅳ期（分べん後2時間まで）のケアについて、臨地でなければ学べないこと（自由記載）

別表12-2対応	臨地でなければ学べないこと	
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	連携	自分が行ったケアの評価（対象の反応） 指導者や医師との協働 自分の五感を使って感じる
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	フィジカルアセスメント	産婦の表情、言動、家族の言動、対応など、ヒトの反応
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	心理	今まさに出産をしようとする人の心身の痛みや家族など思いやニーズと、それに合わせたケアを考えることやケアの影響を目の辺りにすること。
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	心理	対象者や家族の気持ち、助産師の職業人としての態度と緊張感
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	実践力	産婦の心身に出現している現象のキャッチ、実際の産婦・家族へのアプローチ、産科現場におけるコミュニケーション(報告連絡相談)
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	実践力	テキストベースの基本的なケアから、臨地に身を置き、五感を駆使した産婦のニーズのアセスメントにもとづいた個性性のあるケアの必要性の判断、実施、評価
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	実践力	・対象者と臨地指導者からのフィードバックによる学生のモチベーション維持(学内実習も真面目には参加するが、臨床で経験すると技術練習等の真剣味が違ってくる) ・母児に寄り添うこと、妊産婦を気遣うこと、児をあやすこと等（寄り添う、気遣う、あやす、ということそのものの意味が理解できない）
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	実践力	臨場感、緊迫感、産婦の表情と声、家族の様子などその場にいななければ感じられないこと
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	コミュニケーション	ケースに対する臨機応変な対応、ケースに合わせた個性性のあるコミュニケーション
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	関係性	助産師や産婦との信頼関係、助産師としてのアイデンティティ形成
分べん進行に伴う産婦と家族のケアを行う	関係性	実際の指導者との関わりなど。患者さんとの情緒的な関わり
分べん進行に伴う異常を予測し、予防的なケアを行う	フィジカルアセスメント	刻一刻と変化する母子の様子。正常に経過していた母子が突然異常へ移行する状況。
分べんの進行状態を診断する	連携	沢山の情報を、適時に適切にアセスメントする。指導者のアセスメントを聞くこと。多職種との共同。臨場感。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	産婦よび胎児（新生児）の観察・ニーズ把握と個別的ケア 産婦・家族のコミュニケーションをとおしたケア 分娩進行の実際（正常経過、正常からの逸脱いずれも）と予測能力。内診および分娩介助に伴う基本的技術。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	技術のうち身体に直接触れることでつかむ感覚はシミュレーターではできない部分がある。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	臨地の場に身を置いて五感を通して対象と関わりながら自ら情報収集を行い、統合、判断をしていくこと。また関連する情報を、指導者や医師などに報告連絡相談するという行為を通して、調整力を身につけていくこと。産婦や家族との関り。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	産婦の訴え、様子、雰囲気から察する観察 産婦の苦痛とその援助 助産師の実践モデル（判断やケア） パースレビュー
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	産婦さんのそばににいることによって、ささいな変化も見逃さない。分娩進行がよくわかる。産婦さんと信頼関係を築く良い経験ができる ・産婦の変化（息づかい、汗など）による進行状況の把握・触診による陣痛の評価・分娩監視装置の実際（ベルトの圧や体位による児心音トランスデューサーの位置の調整）・産婦の状態にあわせた分娩室の準備のタイミングの判断・パースプランの把握と分娩期での実際・内診時の軟産道（膣）の感覚・排 臨や発露時の会陰の伸展の診断・医師を呼ぶタイミングの判断・第2期における産婦と呼吸（努責や短息呼吸を合わせること）・第2期の児心音の聴取部位の変化とトランスデューサーのあてかた・娩出時の児の温かさ、呼吸の援助時の技術・臍帯や胎盤の感触と娩出時の牽引の圧・出生時の感動や安堵感、 直接介助の助産師の産婦への声掛け・早期母児接触時の児の様子や乳頭の吸てつの介補・分娩後の子宮底の硬度や輪状マッサージによる変化・分娩後の初回歩行時（貧血症状の有無の確認）や排尿の様子（尿意の有無や腹圧をかけないと排尿しにく・産婦や指導者とのコミュニケーション・分娩時の間接介助や 新生児担当、医師との連携や情報交換、助産師の診断の伝達などの臨場感
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	分娩進行状態を診断する。進行状態に合わせて診断をしながら、産婦・家族のケアを行う。分娩4要素を診断した上で経陰分娩を介助する。また出生直後の新生児の健康状態を診断やケアをすること。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	実際の分娩進行、常に変化している状態をその場その場で観察・判断することの大切さ 内診所見のモデルと実際との違い（個人差もあることがわかった） 初回授乳での児の吸啜力、援助の方法
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	産婦さんの反応をみながら関わりを修正すること、思いどおりにならない経験、触覚を通して学ぶこと。第Ⅱ期の様々な要因が絡んだ中での判断とケアや技術
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	分娩進行状態を判断する観察技術、産婦のニーズ、分娩時の安全への配慮、産婦とのコミュニケーション、家族へのケア、保健指導、CTGの読み取り
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	第Ⅰ期の進行状態の観察、診断は臨地でなければ学べないと考える。多くの学生が分娩の見学をしたことなく、イメージ化ができずDVDなどの教材にも限界がある。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	Ⅰ期～Ⅳ期の継続した経過に応じた産婦の変化に対する観察・アセスメントと予測、助産ケアの実施とその後の評価。継続した時間の中における産婦と家族との関係性の確立。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	実際の産婦から、どのように情報を得て診断するか、ということ（コミュニケーションも含め）。また、刻一刻と変化する実際の母児の状態をどのように捉え、判断するか、ということや、援助した後の対象者の実際の反応をタイムリーに捉え評価することなど。
分べんの進行状態を診断する	フィジカルアセスメント	産婦の息づかいや痛みの程度、緊急時の対応、現場スタッフのチームプレイ、新生児の状態、出血の状況、分娩介助の肌で感じる感覚、産婦の感情など やはり分娩介助は実際にしなければいけない。
分べんの進行状態を診断する	評価	生の対象者様からの反応から臨床推論をもとの対応力と助産実践と評価
分べんの進行状態を診断する	すべて	すべて臨地でなければ学べないと思います。模擬産婦へのシミュレーションで、手順や流れなど基本的なことは学ぶことはできますが、個々の状況に合わせた臨場感のある中での、助産学生なりの緊張感や気配り・目配り、そして、産婦のためにうまくできなかった、やってよかった、もっと頑張りたい…という ような知識や手順の学習に付随する、助産観や感受性のようなもの、そして実際の状況を随時総合した臨床判断や助産診断の実際は、本物の産婦やスタッフと関わる臨地でなければ学べないと思います。 進行と共に変化する産婦の様子に気づき、分娩進行を判断すること 産婦の心理状態の変化とその状況に合わせたケア 産婦さんや家族の反応からケアを評価すること（紙面上では実施する内容まで考えられるが実施後の評価ができない） 産婦さんの状況に合わせたコミュニケーション能力 娩出圧コントロールの実際 内診（ファントムでは限界がある） 助産師のアイデンティティ（学内だけでは不足）
分べんの進行状態を診断する	実践力	分娩進行の診断、現場での体感、分娩に対する責任感、産婦や胎児の反応に応じた対応、産婦に寄り添う産痛緩和、医師との協働
分べんの進行状態を診断する	実践力	緊張感、責任感、臨機応変、コミュニケーション、助産診断、観察力など多くある
分べんの進行状態を診断する	実践力	内診所見、ボディランゲージの変化、陣痛の触診、児心音下降に伴う心音聴取、児心音が下降した時の援助、会陰の伸展とそれに合わせた誘導・・・とあげましたが、分娩介助の全てが臨床実習でないと思学べないと感じます。また、実際の産婦の反応が大切なので とあげましたが、分娩介助の全てが臨床で ないと学べないと思います。産痛を訴えている産婦への言葉のかけ方 分娩経過（陣痛・破水）、産婦の観察（主訴・陣痛）、産痛緩和法・分娩介助・出生直後の新生児の観察など学内でシミュレーションを繰り返しても実際の学びとはかけ離れていると感じる。特に分娩経過は実習で経験してわかることが多い。
分べんの進行状態を診断する	実践力	現症における問診と観察・視診、触診結果を統合してアセスメントすること
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	産婦とのコミュニケーションからの情報収集。長時間の経過から産婦の変化を汲み取り察知すること。
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	産婦とのコミュニケーションの取り方。分娩進行による産婦の変化を五感で感じ取ること。
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	産婦とのコミュニケーションの実体験、分娩期における臨場感などのリアル体験、対象への声かけ等を含めた状況に応じたケアの工夫、瞬時の判断など
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	内診以外で分娩進行を読み取る力、産婦とのコミュニケーションのなかで学ぶ支援にあり方、産婦支援から得られる助産師のやりがい
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	刻々と変化する分娩の特殊性に応じたケア。対象者や家族とのコミュニケーション。助産師の臨床判断とケア
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	産婦とのコミュニケーションの取り方 五感を使っての情報収集
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	継続した産婦ケアと臨床判断能力、臨床での助産師の持つ技術やコミュニケーション能力、継続妊婦のケア
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	産婦の分娩進行に応じたアセスメントとケア（産婦とコミュニケーションをとりながら）
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	第Ⅰ～Ⅳ期いずれの時期においても産婦とのコミュニケーションやケアを行ったうえで反応をみてケアを考えて実際に行うこと、さらに想定しない状況にどう対応するかなど、臨地で学生のあらゆる感覚を通して体感すること全て。
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	対象とのコミュニケーション、指導者との分娩進行に関するやり取り、診察(診断)技術、分娩過程
分べんの進行状態を診断する	コミュニケーション	産婦とのコミュニケーション、産婦のフィジカルアセスメント、指導者への相談報告
分べんの進行状態を診断する	具体的ケア	①産婦への直接ケア 陣痛の触知、様々な腹部(胎児の大きさ、羊水量、腹壁の厚さ、緊張)の触診や産婦の主訴以外の観察、内診、破水や分泌物の観察、産痛緩和ケアの実際、援助的関係形成、新生児の啼泣をうながす、吸引の判断、アプガースコアの採点など新生児の初期ケア ②リアルタイムな進行に合わせた 情報収集と助産診断 ③ロールモデルとなるスタッフの産婦への関わり方 ④指導者さん、医師、スタッフとの協働 ⑤母子面会の判断と早期授乳

分べんの進行状態を診断する	関係性	対象者の分娩経過における身体的変化、人間関係の構築
分べんの進行状態を診断する		破水の診断、分娩進行状態の診断、産婦と胎児の健康状態の診断、分娩に伴う産婦と家族のケア、リアルな現場における刻々と変化する母児の分娩進行に合わせた臨機応変な経産分娩の介助、早期母子接触・早期授乳、バースレビュー、異常発生時の対応に対する理解
分べんの進行状態を診断する		臨機応変な判断と対応(臨床推論とアクション)の積み重ね
分べんの進行状態を診断する		リアルタイムな経過診断と分娩予測
正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を	フィジカルアセスメン	弛緩出血の診断、出血量の測定、破水の診断、CTGの実測
正常範囲を超える出血の診断を行い、必要な処置を	フィジカルアセスメン	呼吸法の誘導、産科危機的出血への処置の実際を知ること、産婦に対する一次救 分娩時大量出血の実際を知ること、Basic Life Support: BLSの実際を知ること、新生児蘇生の実際、縫合の見学や介助、初回授乳の介助、急速遂娩の介助、人工破膜
産婦と胎児の健康状態を診断する	フィジカルアセスメン	対象者の反応、対象者とのコミュニケーション、触診、分娩進行に伴う対象者の変化に対する触診、視診、聴診による把握。実際の場面の空気感。
産婦と胎児の健康状態を診断する	フィジカルアセスメン	陣痛測定、産婦に応じた産痛緩和方法、胎児心拍数モニタリング、コミュニケーションのとり方
産婦と胎児の健康状態を診断する	フィジカルアセスメン	分娩進行状態のアセスメント 内診の適応時期の判断、分娩予測の修正 家族を含めた産婦へのケアの実践 分娩時の産婦の反応、会陰保護切換えのタイミング、緊迫した状態での助産師の対応 産婦、褥婦の導尿、胎盤を落とさないようにガーゼを使用する理由が良くわかる。
産婦と胎児の健康状態を診断する	フィジカルアセスメン	分娩期の対象の陣痛や内診所見、児心音などの分娩の経過をみる事が、学内では難しい。母親の血性分泌物やや出生までと出生時の児の状態の表現が、リアリティがとくモデルでは難しい。
産婦と胎児の健康状態を診断する	フィジカルアセスメン	内診、レオポルド、マッサージなど、産婦を通して実習
産婦と胎児の健康状態を診断する	コミュニケーション	産婦とコミュニケーションを通した情報収集、実際のケアや内診、フィジカルアセスメント、その場でのリアルタイムでの指導者からの適切な指導、報告
産婦と胎児の健康状態を診断する		本物の産婦、新生児のケア全般
経産分べんを介助する	分娩介助技術	シミュレータの性能は上がっていますが、分娩介助テクニックはやはり臨地でしか学べないと思います
経産分べんを介助する	分娩介助技術	実際の産婦の心身の変化および児頭の娩出スピードと娩出の調整、正常分娩だけでなく、同時に様々なことが生じる臨床の中で分娩介助を行う学習
経産分べんを介助する	分娩介助技術	分娩介助技術（分娩第Ⅱ期）（学内の学修とは異なると思います。）
経産分べんを介助する	分娩介助技術	対象者様からの情報収集とリアルな分娩介助
経産分べんを介助する	フィジカルアセスメン	内診など、フィジカルイグザミネーションのスキル、産婦への対応、信頼関係の構築、分娩介助技術
経産分べんを介助する	実践力	Ⅰ期の観察、Ⅱ期の緊迫感、産婦の観察とケア、すべて臨地だからこそ学べる。仮想事例は思考を深めアセスメント力はつくが、実践力はつかない。
経産分べんを介助する	コミュニケーション	患者様とのコミュニケーション、時間制限がある中での指導者への報告・連絡・相談、内診、分娩第2期のケア
異常発生時の母子の状態から必要な介入を判断し、	連携	産婦やスタッフとの連携、産婦の多様な反応、ケアの実践と評価 想定外のことが生じたときの対処や緊張感

表6-26 分べん第Ⅰ～Ⅳ期（分べん後2時間まで）のケアにおける臨地でなくても学べること（自由記載）

別表12-2 対応	臨地でなくても学べること
分娩野の作成	清潔野や分娩の準備、清潔操作
分娩野の作成	測定、計測値などが正常か否かの判断。分娩介助のための物品準備など。分娩台の操作、分娩時の体位、促進ケアなど。
分娩野の作成	バイタルサイン測定、産直後の更衣、清拭、分娩台の使い方、分娩セットの開封、準備
分娩野の作成	分娩介助の環境整備、点検、分娩セットの準備
分娩野の作成	ガウンテクニック、手洗い、器材の準備、分娩台の操作
分べんに係る記録の記載	助産に付随する記録、分娩にかかわる記録の記載
分娩監視装置の装着	分娩監視装置の装着・使用方法、胎児心拍数陣痛図の判読
胎盤の確認	胎盤の精査、胎盤の計測 新生児の計測
産婦に対する一次救命処置（Basic Life Support: BLS）	異常時の対応はシミュレーションで可能
産科危機的出血への処置	その時その時の、部分的な点での(例えば破水時や異常出血時)の診断と対応、看護などは、演習である程度パターン等で学修できる
助産過程 分べん開始を診断する	分娩開始の診断
助産過程 分べんの進行状態を診断する	助産過程の初期診断、助産計画立案
助産過程 分べんの進行状態を診断する	分娩介助技術以外の助産診断過程の展開（思考の整理と統合）
助産過程	一定の条件（正常経過の初産婦・経産婦、前早期破水、児心音低下、微弱陣痛などの）の助産診断過程(情報収集・情報整理・分析・助産診断・計画)の展開、分娩予測
ケア	分娩第Ⅰ期のケア（産痛緩和等）、標準的な分娩介助ケア、分娩第Ⅲ・Ⅳ期のケア
ケア	産婦への声掛け、基本的な分娩介助技術（手技） ・第Ⅰ期のケアのシュミレーションやケアの根拠の理解 ・側臥位分娩や四つん這い分娩の分娩介助の手順
ケア	・仰臥位正常分娩介助の手順 ・急遂分娩の手法と介補 ・一定の条件下の異常時の体位の工夫（第Ⅰ期の骨盤高位や四つん這い、第Ⅱ期のマックロパーツなど）

表7 分べん介助実習の前後に、講義・演習等で実施していること（複数回答）

分べん介助実習に関連する教育方法	実習前		実習後	
	回答数	(%)	回答数	(%)
紙上事例による助産過程の展開	99	99.0%	24	24.0%
助産診断実践過程の小グループワーク	79	79.0%	17	17.0%
模擬産婦を用いた分べん介助演習	87	87.0%	19	19.0%
分べん介助技術の視覚教材の利用	93	93.0%	9	9.0%
胎児心拍陣痛図を用いた分べん介助演習	73	73.0%	12	12.0%
分べん介助手順習得のためのComputer Assisted Instruction	14	14.0%	2	2.0%
PBL(問題基盤型学習法)	18	18.0%	4	4.0%
TBL (チーム基盤型学習法)	18	18.0%	4	4.0%
バースレビューのロールプレイ	31	31.0%	7	7.0%
臨地の見学実習	40	40.0%	4	4.0%
シミュレーション/シミュレーターを用いた演習	71	71.0%	18	18.0%
産婦・助産師のロールプレイによる臨床判断	59	59.0%	12	12.0%
NCPR (新生児蘇生法)	68	68.0%	36	36.0%
母体急変時の対応に関する演習	29	29.0%	12	12.0%
母体危機的出血の対応に関する演習	30	30.0%	14	14.0%
OSCE (Objective Structured Clinical Examination)	24	24.0%	9	9.0%
CBT(Computer-Based Testing)	0	0.0%	0	0.0%
その他	3	3.0%	9	9.0%
分べん介助実習で受け持った事例の事例検討会			51	51.0%
実施していない			14	14.0%