

資料

助産学同窓会員の助産実践能力習得状況と今後の課題

Acquisition of clinical midwifery competencies and challenges faced by midwifery alumni

田中 泉 香¹⁾ 藏本 直 子²⁾ 板谷 裕 美³⁾ 星 貴 江²⁾
 土屋 啓 子⁴⁾ 藪田 綾⁵⁾ 北川 真理子⁶⁾

キーワード：助産師，同窓会，助産実践能力，課題，質問紙調査

Key words: Midwives, alumni association, midwifery competencies, challenges, questionnaire

要 旨

【目的】 A大学同窓会員の助産実践能力習得状況を，臨床における経験率と自己評価から分析し，助産実践能力習得に向けた今後の課題を明らかにすることである。

【方法】 A大学助産学同窓会に所属している会員を対象とし，助産実践項目の経験と自己評価を，自己記入式質問紙法を用いて調査した。

【結果】 返信された質問紙45名(回収率40.9%)のうち，除外対象となった10名を除く35名を分析対象とした。正常分娩や産褥期の診断とケアといった，正常に経過するマタニティケア項目についての経験率および自己評価は高く，地域母子保健や助産管理，ライフステージ各期におけるケアについての経験率および自己評価は低かった。また，マタニティケア能力の中でも出生前診断にかかわる支援は経験率が低かった。

【結論】 同窓会員が助産実践能力として強化していくべき課題は，社会情勢のニーズに合わせた最新知識を得るとともに，経験率の低い異常分娩時の対応や，就業先では実践の機会を得にくい思春期から更年期各期への支援に関するウィメンズヘルスケア能力についての内容であることが示唆された。

I. はじめに

国際助産師連盟 (International Confederation of Midwives: ICM) (2018) では，助産師がどのような環境においても安全な業務を行うために必要な知識，技術，行動を，基本的助産業務に必須な能力 (Essential competencies)」として示している。また，ICM が示す助産師教育の世界基準 (2010/2013) では，看護の基礎教育修了者に対する教育課程の最短期間は18か月間以上と示されている。現在の日本における助産師養成課程の教育期間は，2009年の保健師助産師看護師法改正以降，「6ヶ月」から「1年以上」に変更されている。わが国では天使大学に

おいて，2004年に助産師養成を行う専門職大学院が開設されたのを初めとして，2年課程での助産師教育をする大学院が増えつつある。しかし現状の助産師養成課程は，大学院・専門職大学院，大学専攻科・別科，大学，短期大学専攻科，専修学校と様々であり，教育期間も1年から2年と幅の違いがある。さらに助産師養成課程の教育カリキュラムは，「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」に則って整備されているが，各大学院によって研究能力の育成に割く時間が異なっているため，卒業時の助産実践能力の到達度は，教育機関や教育課程によって差がある (小黒，2016) ともいわれている。

一方で，2015年度からは助産関連5団体 (日本

受理日：2019年4月10日 採択日：2019年8月5日

¹⁾名古屋市立大学大学院看護学研究科 ²⁾人間環境大学看護学部 ³⁾滋賀県立大学人間環境学部

⁴⁾新中野女性クリニック ⁵⁾名古屋市立大学病院 ⁶⁾金城学院大学

看護協会，日本助産師会，日本助産学会，全国助産師教育協議会，日本助産評価機構）によって創設された助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）CLOCMiP[®]（Clinical Ladder of Competencies for Midwifery Practice）レベルⅢの認証制度が開始された。この制度は，CLOCMiP[®] レベルⅢに達した総合評価の証明と，研修受講および試験による知識習得状況を日本助産評価機構が審査し，認証する制度（日本助産評価機構，2017）である。レベルⅢを認証された助産師は「自律して助産ケアを提供できる助産師」として「アドバンス助産師」と呼ばれている。制度の目的は3つあり，第1に妊産褥婦・新生児に対し，安全で安心な助産ケアを提供できること，第2に助産師が継続的に自己啓発を行い，専門的能力を高められること，第3に社会や組織が助産師の助産実践能力を客観視できること（日本助産評価機構，2017）とされている。日本の助産師免許制度は更新制ではないため，免許取得後に助産師個人の経験や学習による能力を知る術がなく，助産師経験年数のみならず，個人の置かれている環境によっても助産実践の経験の可否やその自己評価にばらつきがあることが推測される。助産師養成課程のあるA大学では，看護短期大学部専攻科助産学専攻をはじめとして，保助看統合カリキュラムによる4年制大学での学士課程に続き，大学院博士前期課程助産学分野助産師国家試験資格取得コースでの高度実践教育へと助産師教育を移行させてきた。しかしながら，カリキュラムの変遷を受けて様々な教育課程で助産学を学修した同窓会員が，臨床現場でどれほどの助産実践を経験し，どの程度の自己評価をしているのか把握することができていない。そこで，同窓会として同窓会員の助産実践の経験と自己評価について現状を把握し，同窓会員に必要とされる卒後教育の内容を検討することが急務であると考えた。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は，A大学同窓会員の助産実践能力習得状況を，臨床における経験率と自己評価から分析し，助産実践能力習得に向けた今後の課題を明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

自己記入式質問紙法を用いた量的記述研究である。

2. 研究対象者

本研究は，「助産師のキャリア発達支援に関する研究」の参加者を対象として行った質問紙調査の一部で，A大学助産学同窓会に所属している会員110名を対象とした。除外基準は，他機関での助産師国家試験資格取得者，保健師として就業している者，現在休職者，看護の資格とは無関係の職種の者とした。

3. 調査期間

2016年1月から4月まで。

4. 調査方法

助産学同窓会員に対して調査協力の依頼書および無記名自己記入式質問紙を郵送し，質問紙への回答を求めた。回答した質問紙は，同封した返信用封筒に入れ，同窓会事務局へ返送してもらうことによって回収した。また，回収率を高めるために，質問紙の発送から2週間後に郵送にて後報した。

5. 調査内容

1) 基本属性

年齢，助産師養成課程の種別，現在の就職先，助産師経験年数，就業状況など全11項目を調査した。

2) 助産実践の経験と自己評価

厚生労働省（2010）「看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告（平成22年11月10日）」で提示された「助産師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」および全国助産師教育協議会（2012）で提示された「助産師教育のコア内容におけるミニマム・リクワイアメンツ項目と例示 Vol.2」を参考に81の質問項目を作成した。各質問項目への回答は，「0：経験なし」「1：経験しているができない」「2：指導や支援があればできる」「3：一人ですることができる」「4：全体の状況（全体像）を把握しながらできる」で求めた。さらに，経験がある場合，

1～4の自己評価の中央値を算出した。これは、Benner (2001/2005) が臨床実践に適用したドレイファスの技術習得モデル（初心者、新人、一人前、中堅および達人）を参考に選定したものである。

6. データ分析

基本属性は単純集計を行い、助産実践能力の各項目については経験数および経験率を算出した。また、自己評価は中央値および四分位範囲を算出した。統計処理はIBM SPSS Statistics22を用いた。

7. 倫理的配慮

本研究の実施にあたって、名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会での審査を受け、承認を得たのちに開始した（ID番号15028-1）。研究対象者に対しては、質問紙に調査協力の依頼書を添えて郵送し、質問紙の回答・返送をもって研究協力への同意が得られたものと判断した。調査協力の依頼書には調査の概要や調査方法、研究協力の任意性、データ収集や分析における匿名性の保障、研究協力の利益や不利益について明記し、拒否した場合に不利益がないことについても説明した。また、研究結果については学会や論文で公表することを説明した。

IV. 結 果

1. 対象者の背景

返信された質問紙45名（回収率40.9%）のうち、除外対象となった10名を除いた35名を分析対象とした。対象者の属性を表1、実務経験月数と転職回数を表2に示す。

2. 助産実践能力における経験

助産実践能力の小項目における経験者数と経験率および自己評価得点の中央値（四分位範囲）を表3から表6に示す。以下の本文では、助産実践能力は【】、大項目は〔 〕、中項目は< >、小項目は「 」で示す。

1) 【I. 助産における倫理的課題に対応する能力】の経験（表3）

「1. 母体の意味を理解し、保護する」が32名（91.4%）、「2. 子どもあるいは胎児の権利を擁

護する」が31名（88.6%）、「3. 母子に関わる倫理的課題に対応する」は33名（94.3%）の経験であった。

2) 【II. マタニティケア能力】の経験（表4）

経験率が100%の項目は、〔2. 妊娠期の診断とケア〕の< A. 妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア>の「7. 妊婦の心理・社会的側面を診断する」「8. 安定した妊娠生活の維持について診断する」「9. 妊婦の意思決定や思考を考慮した日常生活上のケアを行う」「11. 現在の妊娠経過から分娩・産褥を予測し、支援する」「12. 流早産・胎内死亡など心理的危機に直面した妊産婦と家族のケアを行う」、〔3. 分娩期の診断とケア〕の< C. 正常分娩>の「15. 分娩開始を診断する」「16. 分娩の進行状況を診断する」、〔4. 産褥期の診断とケア〕の< E. 褥婦の診断とケア>の「28. 褥婦の心理・社会的側面を診断する」、また〔5. 出産・育児期の家族ケア〕の「47. 出生児を迎えた生活環境や生活背景をアセスメントする」「49. 新しい家族システムの成立とその変化をアセスメントする」「50. 家族間の人間関係をアセスメントし、支援する」「51. 地域社会の資源や制度を理解し、機関を活用できるように支援する」であった。また、< D. 異常分娩>の「23. 異常発生時には観察と判断をもとに行動する」は34名（97.1%）、「24_4. 正常範囲を超える出血への処置を行う」は33名（94.3%）、「24_7. 急速遂娩術を介助する」は32名（91.4%）、「24_8. 帝王切開前後のケアを行う」は34名（97.1%）、「25. 児の異常に対する産婦、家族への支援を行う」は34名（97.1%）の経験であった。一方で、30%に満たない項目は、〔3. 分娩期の診断とケア〕の< D. 異常分娩>の「24_2. 会陰の切開および裂傷後の縫合を行う」が3名（8.6%）、「24_6. 緊急時の骨盤位分娩を介助する」が8名（22.9%）、「6. 地域母子保健におけるケア」の「55. 消費者グループのネットワークに参加し、グループを支援する」「56. 災害時の母子への支援を行う」はいずれも7名（20.0%）、「7. 助産業務管理」の< I. 周産期医療システムと助産>の「59_2. 診療所における助産業務管理を実践する」が10名（28.6%）、「59_3.

表1 対象の属性(N=35)

項目	n	%
年齢		
20代	13	37.1
30代	14	40.0
40代	8	22.9
助産師教育課程		
短大専攻科	11	31.4
大学学部	13	37.1
大学院	11	31.4
取得国家資格		
助産師・看護師	11	31.4
保健師・助産師・看護師	24	68.6
助産師教育課程修了後の就学の有無		
なし	25	71.4
あり	10	28.6
助産師資格取得後の経過年数		
0～3年	10	28.6
4～8年	6	17.1
9～13年	8	22.9
14～19年	10	28.6
20年以上	1	2.9
現在の就業場所		
大学病院	7	20.0
総合病院	15	42.9
診療所	8	22.9
保健所・保健センター	2	5.7
教育機関	3	8.6
職位・職種		
管理職（師長・主任級以上）	4	11.4
一般のスタッフ（管理職以外）	28	80.0
教育・研究職	3	8.6
就業状況		
常勤	31	88.6
非常勤（パート・アルバイト含む）	4	11.4

表2 実務経験月数と転職回数(N=35)

項目	平均値	標準偏差
通算経験月数		
助産師経験月数（ヶ月）	92.5	64.8
保健師経験月数（ヶ月）	2.2	13.2
看護師経験月数（ヶ月）	16.1	29.0
現在の勤務先の勤続月数（ヶ月）	69.3	60.5
転職回数（回）	1.9	1.4

表3 助産実践能力の小項目における経験者数と経験率、自己評価得点の中央値【I助産における倫理的課題に対応する能力】(N=35)

大項目	中項目	小項目（質問項目）	経験者数(n)	経験率(%)	中央値	四分位範囲
1. 母子の命の尊重		1. 母体の意味を理解し、保護する	32	91.4	3	(4-3)
		2. 子どもあるいは胎児の権利を擁護する	31	88.6	3	(4-3)
		3. 母子に関わる倫理的課題に対応する	33	94.3	3	(4-2)

表4 助産実践能力の小項目における経験者数と経験率,自己評価得点の中央値【Ⅱマタニティケア能力】(N=35)

大項目	中項目	小項目(質問項目)	経験者数 (n)	経験率 (%)	中央値	四分位 範囲		
2 妊娠期の診断とケア	A 妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア	4. 時期に応じた妊娠の診断方法を選択する	28	80.0	3	(4-3)		
		5. 妊娠時期(現在の妊娠週数)を診断する	28	80.0	3	(4-3)		
		6. 妊娠経過を診断する	33	94.3	3	(4-3)		
		7. 妊婦の心理・社会的側面を診断する	35	100.0	3	(4-3)		
		8. 安定した妊娠生活の維持について診断する	35	100.0	3	(4-3)		
		9. 妊婦の意思決定や思考を考慮した日常生活上のケアを行う	35	100.0	3	(4-3)		
		10. 妊婦や家族への出産準備・親役割を支援する(保健指導・準備教育の運営等を含む)	34	97.1	3	(4-3)		
		11. 現在の妊娠経過から分娩・産褥を予測し,支援する	35	100.0	3	(4-3)		
		12. 流産・胎内死亡など心理的危機に直面した妊産婦と家族のケアを行う	35	100.0	3	(4-2)		
		B 出生前診断に関わる支援	13. 出生前診断に関して,最新の科学的根拠に基づいた情報を妊婦や家族に提示する	22	62.9	3	(3-2)	
	14. 出生前診断を考える妊婦の意思決定過程を支援する		22	62.9	3	(3-2)		
	3 分娩期の診断とケア		C 正常分娩	15. 分娩開始を診断する	35	100.0	4	(4-3)
				16. 分娩の進行状況を診断する	35	100.0	3	(4-3)
		17. 産婦と胎児の健康状態を診断する		34	97.1	4	(4-3)	
18. 分娩進行に伴う産婦と家族のケアを行う		34		97.1	3	(4-3)		
19. 経膈分娩を介助する		34		97.1	3	(4-3)		
20. 出生直後の母児接触・早期授乳を支援する		34		97.1	4	(4-3)		
21. 産婦の分娩想起と出産体験の受け止めを支援する		34		97.1	4	(4-3)		
22. 分娩進行に伴う異常発生を予測し,予防的に行動する		34		97.1	3	(4-3)		
D 異常分娩	23. 異常発生時には観察と判断をもとに行動する	34	97.1	3	(4-3)			
	24_1. 骨盤出口部の拡大体位をとる	31	88.6	3	(4-3)			
	24_2. 会陰の切開および裂傷後の縫合を行う	3	8.6	3	(3-3)			
	24_3. 新生児を蘇生させる	31	88.6	3	(3-2)			
	24_4. 正常範囲を超える出血への処置を行う	33	94.3	3	(4-3)			
	24_5. 子癇発作時の処置を行う	20	57.1	3	(3-2)			
	24_6. 緊急時の骨盤位分娩を介助する	8	22.9	3	(3-2)			
	24_7. 急速遂娩術を介助する	32	91.4	3	(4-2)			
	24_8. 帝王切開前後のケアを行う	34	97.1	3.5	(4-3)			
	25. 児の異常に対する産婦,家族への支援を行う	34	97.1	3	(4-2.75)			
	26. 異常状態と他施設搬送の必要性を判断する	27	77.1	3	(4-2)			
	4 産褥期の診断とケア	E 褥婦の診断とケア	27. 産褥経過における身体的回復を診断する	34	97.1	4	(4-3)	
28. 褥婦の心理・社会的側面を診断する			35	100.0	3	(4-3)		

表4 助産実践能力の小項目における経験者数と経験率, 自己評価得点の中央値【Ⅱマタニティケア能力】(N=35)(続き)

4 産褥期の診断とケア	E 褥婦の診断とケア	29. 産後うつ症状を早期に発見し, 支援する	34	97.1	3	(4-2)
		30. 褥婦のセルフケア能力を高める支援を行う	34	97.1	3	(4-3)
		31. 育児に必要な基本的知識を提供し, 技術支援を行う	34	97.1	4	(4-3)
		32. 新生児と母親, 父親, 家族のアタッチメント形成を支援する	34	97.1	4	(4-3)
		33. 産褥復古が阻害されるか否かを予測し, 予防的ケアを行う	34	97.1	3	(4-3)
		34. 生後1ヶ月までの母子の健康状態を予測する	34	97.1	3	(4-3)
		35. 生後1ヶ月間の母子の健康診査を行う (2週間健診等を含む)	28	80.0	3	(4-3)
		36. 1ヶ月健診の結果に基づいて母子と家族を支援し, 3-4ヶ月健診までフォローアップする	18	51.4	3	(4-2.75)
		37. 母親に母乳育児に関する必要な知識を提供する	34	97.1	3.5	(4-3)
		38. 母乳育児に関する適切な授乳技術を提供し, 乳房ケアを行う	34	97.1	3	(4-3)
		39. 母乳育児を行えない/行わない母親を支援する	32	91.4	3	(4-3)
		40. 母子愛着形成の障害, 児の虐待ハイリスク要因を早期に発見し, 支援する	34	97.1	3	(4-2)
	F 新生児の診断とケア	41. 生後24時間のまでの新生児の診断とケアを行う	34	97.1	3.5	(4-3)
		42. 生後1ヶ月までの新生児の診断とケアを行う	32	91.4	3	(4-3)
	G ハイリスク母子のケア	43. ハイリスク児に対する両親の心理的危機を支援する	33	94.3	3	(4-2)
		44. ハイリスク児に対して両親のアタッチメント形成に向けて支援する	33	94.3	3	(4-2)
45. ハイリスク母子に対してNICUにおける新生児と両親を支援する		26	74.3	3	(4-2)	
46. ハイリスク母子に対して次回妊娠計画への情報提供と支援を行う		30	85.7	3	(4-2)	
5 出産・育児期の家族ケア	47. 出生児を迎えた生活環境や生活背景をアセスメントする	35	100.0	3	(4-3)	
	48. 家族メンバー全体の健康状態と発達課題をアセスメントする	34	97.1	3	(4-3)	
	49. 新しい家族システムの成立とその変化をアセスメントする	35	100.0	3	(4-3)	
	50. 家族間の人間関係をアセスメントし, 支援する	35	100.0	3	(4-3)	
	51. 地域社会の資源や制度を理解し, 機関を活用できるように支援する	35	100.0	3	(4-2)	
6 地域母子保健におけるケア	52. 健康診査や相談, 訪問を通して母子と家族を支援する	24	68.6	3	(4-2)	
	53. 保健・医療・福祉関係者と連携する	32	91.4	3	(4-2)	
	54. 地域の特性と母子保健事業をアセスメントする	28	80.0	2	(3.75-2)	
	55. 消費者グループのネットワークに参加し, グループを支援する	7	20.0	2	(4-2)	
	56. 災害時の母子への支援を行う	7	20.0	2	(3-2)	
7 助産業務管理	H 法的規定	57. 保健師助産師看護師法等に基づく業務管理を行う (助産記録の記載と管理等)	30	85.7	3	(4-2)
	I 周産期医療システムと助産	58. リスクマネジメントの視点から周産期医療システムの運用と地域連携を行う	23	65.7	2	(3-2)
		59_1. 病院における助産業務管理を実践する	25	71.4	3	(3-2)
		59_2. 診療所における助産業務管理を実践する	10	28.6	3	(3.25-2)
		59_3. 助産所における助産業務管理を実践する	3	8.6	2	

助産所における助産業務管理を実践する」が3名(8.6%)の経験であった。

3) 【Ⅲ. 性と生殖のケア能力】の経験(表5)

経験率が100%である項目はなく、[8. ライフステージ各期の性と生殖のケア]の<K. 女性とパートナーに対する支援>の「67. 家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実地を支援する」は32名(91.4%)の経験であった。一方で30%を満たない項目は、<J. 思春期男女への支援>の「62. 二次性徴の早・遅発ケースへの対応と支援を行う」が4名(11.4%)、「63. 月経障害の緩和のための指導と生活支援をする」が7名(20.0%)、「65. DV 予防を啓発する」が9名(25.7%)、「66. 家族への支援を教育関係者及び専門職者と連携し支援する」が8名(22.9%)の経験であった。

4) 【Ⅳ. 専門的自立能力】の経験(表6)

[9. 助産師としてのアイデンティティの形成]では「79. 研修や学会等に参加し、助産師としての能力の維持向上に努める」「81. 助産師としての自分に誇りを感じる」はいずれも35名(100%)の経験であった。また、「78. 助産ケアを向上させるための取り組みをする(業務評価や研究等)」は34名(97.1%)の経験であった。

3. 助産実践能力の自己評価

助産実践能力の自己評価の中央値が高い項目は、【Ⅱ. マタニティケア能力】では[3. 分娩期の診断とケア]の<C. 正常分娩>の「15. 分娩開始を診断する」「17. 産婦と胎児の健康状態を診断する」「20. 出生直後の母児接触・早期授乳を支援する」「21. 産婦の分娩想起と出産体験の受け止めを支援する」、[4. 産褥期の診断とケア]の<E. 産褥の診断とケア>の「27. 産褥経過における身体的回復を診断する」「31. 育児に必要な基本的知識を提供し、技術支援を行う」「32. 新生児と母親、父親、家族のアタッチメント形成を支援する」であり、いずれも中央値4(4-3)であった。一方で、自己評価の中央値が低い項目は、[6. 地域母子保健におけるケア]の「54. 地域の特性と母子保健事業をアセスメントする」が中央値2(3.75-2)、「55. 消費者グループのネットワークに参加し、グループを支援する」が中央値2(4-2)、「56. 災害時の母子への支援を行う」が中央値2(3-2)、「7. 助産業務管理」の<I. 周産期医療システムと助産>の「58. リスクマネジメントの視点から周産期医療システムの運用と地域連携を行う」が中央値2(3-2)、「59_3. 助産所における助産業務管理を実践する」が中央値2であった。また、【Ⅲ. 性と生殖のケア能力】では[8. ライフステージ各期の性と生殖のケア]の「69. DVの予防と被害相談者への対応、支援を行う」「71. 生活自立困難なケースへの妊娠・出産・育児に関する社会資源の情報を提供し、支援する」がいずれも中央値2(3-2)であった。

V. 考 察

1. 助産実践能力における経験と自己評価

1) 【Ⅱ. マタニティケア能力】における経験と自己評価

[3. 分娩期の診断とケア]の<C. 正常分娩>においてはいずれの小項目も、助産師として当然求められる助産診断能力および助産ケアといった助産実践能力であり、34名(97.1%)以上の同窓会員が経験を得ることができ、日々の助産実践から自己評価の中央値も「4: 全体の状況(全体像)を把握しながらできる」と高く保てている。同じく、[4. 産褥期の診断とケア]の<E. 産褥の診断とケア>においても、産褥入院中に必要とされる知識および助産診断の経験を得ることができ、自己評価も高く保てていることが示された。篠原(2010)によると、助産師の職務行動は分娩期のケアに関する内容については積極的に行っていると示されており、本研究と同様の結果を得ることとなった。

一方で、経験があるものの「4: 全体の状況(全体像)を把握しながらできる」レベルに至っていない項目は、自己の鍛錬および経験を重ねることで自己評価をあげられる可能性が期待される。その一つとして、[2. 妊娠期の診断とケア]が挙げられる。2011年以降、院内助産ガイドラインの策定を受けて助産師外来および院内助産の開設が広がり、助産師と産科医師との役割分担を行い、助産師が積極的に妊婦健診や保健指導を行う機会が増えてきている。しかし助産師外来の担当者について、院内助産・助産師外

表5 助産実践能力の小項目における経験者数と経験率,自己評価得点の中央値【Ⅲ性と生殖のケア能力】(N=35)

大項目	中項目	小項目(質問項目)	経験者数(n)	経験率(%)	中央値	四分位範囲
8 ライフステージ各期の性と生殖のケア	J 思春期男女への支援	60. 思春期のセクシュアリティ発達(二次性徴に伴う身体、精神・心理機能の変化)を支援する	11	31.4	3	(4-2)
		61. 妊娠の可能性のあるケースへの対応と支援を行う	15	42.9	3	(3-2)
		62. 二次性徴の早・遅発ケースへの対応と支援を行う	4	11.4	2.5	(3.75-1.25)
		63. 月経障害の緩和のための指導を生活支援をする	7	20.0	3	(4-2)
		64. 性感染症予防を啓発する	12	34.3	3	(3.75-2.25)
		65. DV 予防を啓発する	9	25.7	3	(3.5-2)
		66. 家族への支援を教育関係者及び専門職者と連携し支援する	8	22.9	3	(3-2)
	K 女性とパートナーに対する支援	67. 家族計画(受胎調節法を含む)に関する選択・実地を支援する	32	91.4	3	(4-2)
		68. 健康的な性と生殖への発達支援と自己決定を尊重する	29	82.9	3	(3-2)
		69. DV の予防と被害相談者への対応, 支援を行う	17	48.6	2	(3-2)
		70. 性感染症罹患のアセスメント・支援および予防に関する啓発活動を行う	15	42.9	3	(3-2)
		71. 生活自立困難なケースへの妊娠・出産・育児に関する社会資源の情報を提供し, 支援する	28	80.0	2	(3-2)
	L 不妊の悩みを持つ女性と家族への支援	72. 不妊治療を受けている女性・夫婦・カップルなどを理解し, 自己決定を支援する	17	48.6	3	(4-2)
		73. 不妊検査・治療等の情報を提供し, 資源活用を支援する	15	42.9	3	(4-2)
		74. 家族を含めた支援と他機関との連携を行う	12	34.3	2	(3-2)
	M 中高年女性に対する支援	75. 健康的なセクシュアリティ維持に関する支援と啓発を行う	13	37.1	3	(3-2)
		76. 中高年の生殖器系に関する健康障害(乳がんや子宮がん, 生殖器の疾患等)を予防し, 日常生活を支援する	12	34.3	3	(3-2)
77. 加齢に伴う生殖器系の健康管理と QOL を支援する		12	34.3	3	(3-2)	

表6 助産実践能力の小項目における経験者数と経験率,自己評価得点の中央値【Ⅳ専門的自立能力】(N=35)

大項目	中項目	小項目(質問項目)	経験者数(n)	経験率(%)	中央値	四分位範囲
9 助産師としてのアイデンティティの形成		78. 助産ケアを向上させるための取り組みをする(業務評価や研究等)	34	97.1	3	(3-2)
		79. 研修や学会等に参加し, 助産師としての能力の維持向上に努める	35	100.0	3	(4-3)
		80. 専門職能団体の一員として活動する	27	77.1	3	(4-2)
		81. 助産師としての自分に誇りを感じる	35	100.0	3	(3-2)

来ガイドライン 2018 (2018) では、助産実践能力習熟段階 (クリニカルラダー) レベルⅢに相当する実践能力を保持する助産師が強く推奨されている。助産師資格取得後の経過年数が 0 ~ 8 年目の者が 16 名 (45.7%) と約半数を占める本研究対象者の背景を鑑みると、妊娠期の診断およびケアを積極的に実施できず、自己評価を上げることができない状況も推察される。また、[2. 妊娠期の診断とケア] の < B. 出生前診断に関わる支援 > においては、経験が 22 名 (62.9%) と、決して高い経験率ではなかった。出生前検査を受検する妊娠初期は、妊娠診断の確定等、医師が中心となって妊婦とかわるため、助産師に関わる機会が少ない時期である (御手洗, 2016) ともいわれており、助産師が直接的な支援で対象と関わることもできていないのも経験率が低い要因であると考えられる。出生前診断の中でも採血だけで特定の胎児異常を診断できるようになった無侵襲的出生前遺伝学的検査 (Noninvasive prenatal genetic testing : NIPT) は 2013 年 4 月から 15 施設で始まり、本研究調査を実施した 2016 年度までには 61 か所で実施されていた。しかし、本研究結果から出生前診断に関わる支援の経験が十分にできない状況であることが示唆された。2018 年 7 月現在は 92 施設で NIPT を実施できるようになり、今後は出生前診断を受検するような妊娠初期の妊婦やその家族の意思決定に関わる機会が増えているのではないかと考えられる。出産年齢が急速に高齢化している今、NIPT をはじめとした出生前診断を受ける女性も増加している (斎藤, 2013) 背景も含め、助産師自身も最新技術や意思決定等の支援に関して自己研鑽する必要があると考える。

また、[3. 分娩期の診断とケア] の < D. 異常分娩 > においては、「24_6. 緊急時の骨盤位分娩を介助する」の経験率も 8 名 (22.9%) と低い。実際に骨盤位が診断されている場合には帝王切開術が選択されることが多く、産婦人科診療ガイドライン (2017) においても骨盤位の場合は選択的帝王切開術を促すような内容となっており、このような結果となったと考えられる。

しかし、臨床現場における緊急を要した予期せぬ事態への遭遇や、発展途上国等の国外で助産活動に従事する者は、特に骨盤位分娩に直面する機会も起こりうる。そのため、助産師養成課程における学習機会のみならず、卒後も研修機会を設けて骨盤位分娩介助の知識を維持しておく必要があると考えられる。同じく、「24_2. 会陰の切開および裂傷後の縫合を行う」の経験も 3 名 (8.6%) と少なく、自己評価も低い。2008 年から厚生労働省により「会陰縫合が学内で演習できる」という卒業時到達目標を挙げられ、各教育課程でもその講義演習の時間が設けられている (佐々木, 2013)。世界の助産師の業務範囲と比較すると、英国や米国といった先進国では助産師が単独で会陰縫合を行うことが認められているが、日本では臨時応急処置のために行うことができる (大石, 2010) とされ、かなり制限がある。実際には病院や診療所における分娩介助では医師が立ち会っており、そのような機会はほとんど得られていないのが現状である。

[6. 地域母子保健におけるケア] は健康診査や地域との連携といった項目には経験もあり、自己評価も低くないが、地域の特性を踏まえた内容や災害支援といった内容は経験も 7 名 (20.0%) であり、自己評価も低かった。保健所・保健センターで勤務している同窓会員は 2 名であったことから、地域で活躍する機会が少ないことが影響していると考えられた。同じく [7. 助産業務管理] の < I. 周産期医療システムと助産 > はいずれの項目も、経験が少なく自己評価も高いとは言えない。管理職にある同窓会員は 4 名であり、業務として携わっていないことが影響しているのではないかと考える。

2) 【Ⅲ. 性と生殖のケア能力】における経験と自己評価

[8. ライフステージ各期の性と生殖のケア] においては、いずれも経験が少なく、同窓会員が主に就業する病院・診療所ではその助産実践の機会は得られないことが考えられる。 < J. 思春期男女への支援 > といった、主に病院外での活動となるような項目や < K. 女性とパート

ナーに対する支援」の「69. ドメスティック・バイオレンス（domestic violence：DV）の予防と被害相談者への対応，支援を行う」といったより専門的で繊細な内容への経験は少なく，自己評価も低い状況であった。助産師は，性教育やウィメンズヘルスに関連する健康教室の担い手として，地域で活躍する機会もある。実際に小学校等教育現場からは性教育に関して，助産師をはじめとする専門家との連携を望んでいるという報告（道園，2017）もあることから，地域における助産師のニーズは高いと考えられる。また，DVの相談件数は増加しつつあり（内閣府男女共同参画局，2017），ひいては児童虐待との関連も問われていることから，母子の安全を護る役割の担う助産師にとっては社会情勢を踏まえた知識やケアのあり方の学習は必須であろう。実践の場は少なくとも女性の性と生殖を守る助産師としてその知識を維持・更新する必要はあると考える。

2. 同窓会としての支援の在り方

助産実践経験が少ないことから自己評価も低くなることはやむを得ないものの，同窓会員の就業している環境として経験できないこともある。ただし，必要に迫られないから経験できなくても良いのではなく，助産師として実践の場を得ずとも，知識を更新していく必要はあると考える。本同窓会では年1回の同窓会総会に合わせて，同窓会員に向けた無料の研修会を開催している。我部山らの研究によると，卒後教育の必要性は99%以上の者が「必要である」と回答し，その理由は「自身の能力の維持・向上」が80%以上である（我部山，2010）との結果が得られている。それにもかかわらず，「時間がない」ことや「受講料の自己負担」が原因で十分な卒後教育を受けられていないこと（我部山，2010）も明らかとしていることから，本同窓会では研修会における参加費用の自己負担のハードルはなく，参加しやすい形がとれていることは前向きな評価をすることができると考えられる。

自律して助産ケアを提供できる助産師を目指すには助産師経験年数別の課題はもちろんあり，その課題に応じた各個人の努力も必要であるが，同窓会と

してもその一助を担うならば，効果的な研修の機会を持つ必要があるといえる。本研究結果からも【IV. 専門的自律能力】の「79. 研修会や学会等に参加し，助産師としての能力の維持向上に努める」では自己評価も高く，同窓会員それぞれが努力をしていることが読み取れる。看護実践能力の向上に関する先行研究からも「研修参加を通じた学習」が最も看護実践能力の向上に寄与した（上鶴，2016）との報告もあり，現在の周産期医療の中でトピックとなる内容の研修を開催することは，助産実践能力の向上にも貢献することが考えられる。また，幅広い経験層を持つ同窓会として，その特徴を生かした共助互助の支援を検討していく必要があるといえる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究結果は助産学同窓会員という限定された対象内での評価であり，分析可能な事例数も少ないため，今後は本研究を基にデータの蓄積や他の助産師養成課程を修了した助産師との比較検討をする必要がある。また，本研究における経験年数0～6年の研究対象者はちょうど大学院修了生と重なることや，7年以上の対象者は大学学部，短大専攻科の卒業生と重なり，養成課程別といったバイアスも生じている。このバイアスはデータの蓄積をすることで解消することができると考え，引き続き同窓生の助産実践能力を追跡調査していくことが今後の課題である。

VI. 結 論

本研究は助産学同窓会員の助産実践能力における経験と自己評価に注目して，助産実践能力習得に向けた今後の課題を検討した結果，以下のことが明らかとなった。

1. 助産実践習得状況

正常に経過するマタニティサイクル各期の診断とケアについては，経験率および自己評価ともに高かったが，異常分娩時の対応能力や会陰切開および裂傷の縫合といった医療行為については経験率および自己評価ともに低かった。また，助産業務管理に関する実践や病院以外で主に行われることが多いライフステージ各期におけるケアや地域母子保健に関

する内容は経験率および自己評価も低かった。

2. 同窓会員に必要とされる卒後教育

今後同窓会が同窓会員に対し卒後教育として強化していくべき内容は、出生前診断に関わる支援といった社会情勢のニーズに合わせた最新知識の提供とともに、同窓会員の経験率が低い異常分娩時の対応や、就業先では実践の機会を得にくい思春期から更年期各期への支援に関するウイメンズヘルスケア能力についての項目内容である。

謝 辞

本調査にご協力いただきました助産学同窓会員の皆様に深く感謝申し上げます。

利益相反

論文内容に関し開示すべき利益相反の事項はない。

文 献

Benner, P (2001) /井部俊子監訳. (2005). ベナー看護論新訳版. 東京; 医学書院.

道園亜希, 佐藤香代, 石村美由紀. (2017). 小学校教諭が行う性教育の体験-助産師との連携を目指して-. 母性衛生, 58 (2), 412-419.

International Confederation of Midwives (2018 Update). Essential Competencies for Midwifery Practice.

https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies--english-document_final_oct-2018.pdf. (2018.11.07 閲覧).

International Confederation of Midwives (Amended 2013). Global standards for midwifery education (2010).

https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/04/icm-standards-guidelines_ammended2013.pdf. (2018.11.07 閲覧).

我が部山キヨ子, 岡島文恵. (2010). 助産師の卒後教育に関する研究-助産師の卒後教育への必要性・時期・内容など-. 母性衛生, 51 (1), 198-206.

厚生労働省. 看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000w9a0-att/2r9852000000w9bh.pdf>. (2017.08.29 閲覧).

厚生労働省医政局看護課. 院内助産・助産師外来の推進の背景と目的.

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/josan_suishin.pdf. (2018.09.18 閲覧).

御手洗幸子. (2016). 遺伝診療部門をもたない施設の助産師の実践. 助産雑誌, 70 (3), 190-195.

内閣府男女共同参画局. 配偶者からの暴力に関するデータ.

http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/data/pdf/dv_data.pdf. (2018.11.05 閲覧).

日本医学会. 「遺伝子・健康・社会」検討委員会 母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査「臨床研究施設」について.

http://jams.med.or.jp/rinshobukai_ghs/index.html. (2018.09.18 閲覧).

日本助産評価機構. (2017). CLoCMiP® レベルⅢ 認証制度とは. アドバンス助産師, 1, 9.

日本看護協会. (2018). 平成 29 年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来ガイドライン 2018. 東京; 公益社団法人日本看護協会.

日本産科婦人科学会/公益社団法人日本産婦人科医学会. (2017). 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017. 東京; 公益社団法人日本産科婦人科学会事務局.

小黒道子. (2016). 3分でわかる周産期医療キーワード 2016 第 9 回 助産師の基礎教育システム. ペリネイタルケア, 35 (11), 1111-1113.

大石時子, 日方圭子, 宮本涼子. (2010). 産科医と助産師との連携はどこまでできる 2. 欧米助産師の業務範囲と医師との連携. 産科と婦人科, 77 (10), 1139-1146.

斎藤伸道. (2013). 出生前診断の現状と今後の展望. 福岡医学雑誌, 104 (10), 326-333.

佐々木綾子, 西頭知子, 佐々木くみ子, 他. (2013). 日英における助産師の会陰裂傷縫合の現状からみたわが国の課題. 大阪医科大学看護研究雑誌, 3, 194-200.

篠原良子. (2011). 日本における助産師の職務行動への影響要因. 医療保健学研究, 2, 65-77.

上村千鶴, 高瀬美由紀, 川元美津子. (2016). 看護

師による学習行動と看護実践能力との関連性. 日本職業・災害医学会会誌, 64, 88-92.

全国助産師教育協議会教育検討委員会. 助産師教育のコア内容におけるミニマム・リクワイアメンツ項目と例示 Vol.2 (2012).

http://www.zenjomid.org/activities/img/min_require_h25.pdf. (2018.11.05 閲覧).