

学士課程における助産実習の技術到達度目標基準 —分娩介助技術・健康教育の実習到達評価記録からの分析—

古田祐子*, 石村美由紀*, 佐藤香代*

Standards for Skill Attainment Level for Midwifery Students in a University Undergraduate Midwifery Programme -Analysis of Practice Attainment Evaluation Records of Delivery Care Skills and Health Education-

Yuko FURUTA, Miyuki ISHIMURA and Kayo SATO

要 旨

本研究の目的は、本学における助産実習の実態を明らかにし、助産基礎実践力である分娩と健康教育の技術について到達度目標基準を策定することにある。

研究方法は福岡県立大学看護学部助産選択学生8人の2006年度助産実習記録と分娩介助・健康教育実習評価表からデータを抽出し、分析を行った。その結果、学生は助産実習において分娩介助を10回以上経験し、経験回数を重ねる毎に到達度が高くなっていった($r=0.72$)。しかし、夜間実習の割合が約6割を占め、所定の実習時間数の1.6倍の実習を行っており、過酷で過密な実習状況が明らかとなった。また健康教育では、沐浴教育、退院時教育、出産前教育の3つをすべて実施できたものはわずか2名であり、実施してもほとんどが1回のみであった。このような状況下において、学生の7割以上が到達する技術到達度目標として、以下のような基準が適切であることが明らかとなった。

1. 分娩介助技術習得到達度目標としては「Aできた」あるいは「B少しの助言でできた」の割合が実施項目数の7割、つまり、70点以上を1回以上経験することを基準とする。
2. 健康教育到達度目標は4段階評価を得点化し、その得点が70点以上を1回以上経験することを基準とする。

なお、本研究は本学における初年度の助産教育における助産実習の実態からのものであり、学生、教育、実習環境等の要因により到達度は変化することが考えられる。したがって継続した検討が必要である。本学の統合カリキュラムでの実習は分娩介助が中心であり、健康教育の実践には十分な時間が確保できていない。性と生殖の専門家である助産師を育成するための早急な教育改革の必要性が示唆された。

キーワード：助産実習、分娩介助技術、健康教育、助産教育、技術到達度

緒 言

わが国の学士課程における助産教育は、他の教科目を読み替えた統合カリキュラムをベースに行われている。全国助産師教育協議会報告書によると四年制大学における平均助産実習単位数は6.5単位であり、これは保健師助産師看護師養成所指定規則(以下指定規則と称す)の規定単位より1.5単位少ない。ま

た大学生は短大専攻科・専門学校よりも卒業時の助産ケア・技術の到達度が低いと指摘している(江幡、小田切、熊澤、黒田、渡邊、2004)。昨今助産師の実践力低下が危惧される中、助産師の質の向上をめざすため、2004年から助産教育を学部から切り離した専門職大学院や大学院修士課程、専攻科等での教育が開始され、徐々に拡大をみせている。

* 福岡県立大学看護学部女性看護学講座
Department of Women's Health Nursing and Midwifery,
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University
連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395
福岡県立大学看護学部女性看護学講座 古田祐子
E-mail: furuta@fukuoka-pu.ac.jp

保健師助産師看護師法第三条に助産師とは、「助産又は妊婦、じょく婦、新生児の保健指導を業とすることが定義されており、分娩介助と健康教育を実践する基礎能力の習得は、大学での助産教育においても必要不可欠である。指定規則には分娩介助10回程度という実践経験が定められていることから、大学は分娩や健康教育に関連した技術獲得の機会を保障する責務があり、基礎的な技術実践力を育成するためにはその到達目標の基準値を明らかにする必要があると考える。しかしわが国における助産技術到達度の評価や基準に関する報告は、1年課程の短大専攻科や専門学校のものはいくつかみられるが、4年制の学士課程での報告はほとんどない(常盤,今関,2002)(合田,岡崎,白井,1993)。また健康教育に関する到達度評価は皆無に等しい。

そこで本研究では、当該研究者が所属する女性看護学講座で作成した到達評価基準を用い、本学における分娩介助と健康教育の技術到達度を明確にし、助産基礎実践力である分娩と健康教育の技術について到達度目標基準を策定することを目的に調査を行った。その結果、6週間の集中型助産実習における技術到達度の実態から分娩介助と健康教育の技術到達度目標基準が示唆されたので報告する。

方法

1. 調査対象

福岡県立大学看護学部の助産選択学生8人の2006年度助産実習記録と分娩介助・健康教育実習評価表を分析対象とした。回収率100%であった。

2. 調査内容

調査内容は、分娩介助状況、分娩介助評価(68項目)、健康教育実施状況、沐浴教育評価(10項目)、退院時教育評価(10項目)、出産前教育評価(10項目)、実習時間数、実習日数である。各評価はA(できた)・B(少しの助言でできた)・C(少しの助言と援助によりできた)・D(多くの助言と援助を要す、あるいはできない)の4段階尺度を用いた。評価は学生による自己評価後、実習教育者による評価を行っているが、本研究では実習教育者評価を使用した。

分析はSPSS.ver14を用いて行った。

3. 分娩介助・健康教育に関連した教育概要

学生8人の平均年齢は23.0歳(SD±2.1)であり、内4人は看護師免許を取得した編入生である。分娩介助技術および健康教育に関する教育概要と実習の進め

方は表1のとおりである。実習施設は病院・診療所4カ所で、各実習施設には2人の学生と1人の担当教員を配置した。いずれの実習施設もひと月あたり30件以上の分娩件数を有している。また助産所は1カ所で、継続ケア実習(妊娠中期から退院後3か月まで継続してケア)を行った。すなわち学生1人が経験した分娩介助10件のうち、1件が助産所で、他9件以上が病院・診療所での周産期ケア実習(入院から退院まで)である。なお、継続ケース受け持ちの最も早かった妊娠週数は妊娠17週1日で、最も遅かったものは妊娠29週3日であった。時間外の負担をできるだけ少なくするため、継続ケースの分娩予定日は6週間の集中実習時期になるようケースを選定した。周産期ケア実習における学生一人の平均実習日数は46.2日(362時間)、助産院15日(60.8時間)であり、本学所定の270時間(6単位)の1.6倍の実習を行っていた。

表1

分娩介助・健康教育に関する教育概要

該 当 科 目	「助産診断・技術学」	：分娩介助に関する講義・演習	6時間
		健康教育に関する講義・演習	4時間
「専門看護学ゼミ」	：健康教育に関する演習	30時間	
	「助産実習」	：継続ケア実習・周産期ケア実習	270時間
教 育 の 進 度 状 況	4月	授業開始 健康教育の企画・運営・教育案作成開始	90分×14回
		助産院での継続ケア実習開始(妊婦健診時のみの実習...受け持ち妊婦1人)	
	5月	分娩介助に関する講義と教員によるデモンストレーション	90分×2回
	6月	正常分娩介助の演習と技術習得度チェック	90分×2回
		健康教育・出産準備教育のデモンストレーション	90分×2回
		継続ケア実習と並行し病院での周産期ケア実習開始...夜間待機集中実習6週間	
	7月	周産期ケア実習終了	
	8月	継続ケア実習...分娩介助・ケア	
		受け持ち母子家庭訪問(退院後1週目頃)	1回(教員同伴)
	11月	継続ケア実習...受け持ち母子家庭訪問(産褥3か月頃)	1回(教員同伴)
	継続ケア実習終了		

4. 調査期間

2006年11月20日から24日までであった。

5. 倫理的配慮

学生に研究の目的、趣旨および個人や実習施設が特定されないことを説明し、研究協力の承諾を得た。

6. 用語の定義

「到達度目標基準」とは、7割以上の学生が到達できる目標とする。

結果

1. 分娩介助状況

1) 分娩介助件数(表2)

分娩介助総数は81件であり、11件の分娩介助を経験したものは1人で、他は10件であった。実習週数別

分娩介助件数は, 第1週目が最も少なく3件(3.7%)であり, 最も多かったのは第5週目21件(25.9%)であった. 実習第7週目は継続ケースの分娩介助で, 2件あった. また, 1週あたりの学生一人の分娩介助件数は実習1週目には0から1件であったが, 2週目以降は週3件のものがおり, 5週目に4件の分娩介助を行ったものが2人いた.

表2
実習週別分娩介助件数(実習施設別)

施設	件 (%)							計
	1週目	2週目	3週目	4週目	5週目	6週目	7週目	
A	0	5*	2	4*	5*	5*		21
B	0	1	3	6**	4	5*	1	20
C	2	3	3	3	8**	1		20
D	1	3	6*	4	4	1	1	20
全体	3 (3.7)	12 (14.8)	14 (17.3)	17 (21.0)	21 (25.9)	12 (14.8)	2 (2.5)	81 (100)

備考: *は週3件以上分娩介助を経験した学生数を示す。*は1人、**は2人

2) 分娩介助の妊娠歴による割合(図1)

分娩介助の妊娠歴による割合は全体では初産婦37%, 経産婦63%であり, 経産婦の占める割合が多かった. また施設別にみると, Cは初産婦と経産婦の割合はほぼ均等であったが, AとBは経産婦の割合が70%以上あり, 施設間の相違が認められた.

3) 分娩介助の時間帯別割合(図2)

実習時間を深夜間(0:01~8:00), 日間(8:01~17:00), 準夜間(17:01~24:00)に区分し, 分娩介助を行った割合をみると, 全体では, 深夜間26%, 日間37%, 準夜間37%であり, 準夜・深夜の夜間実習が63%を占めていた.

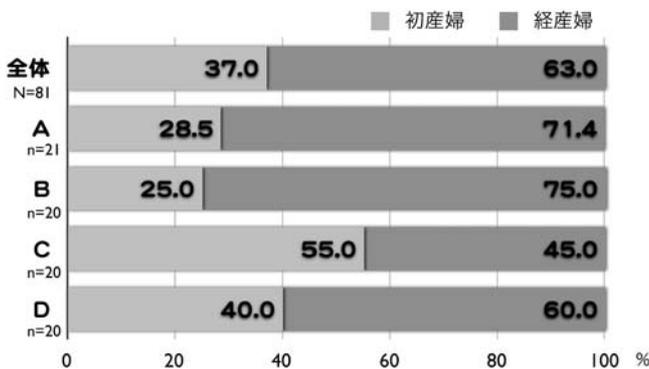


図1
分娩介助の妊娠歴による割合(実習施設別)

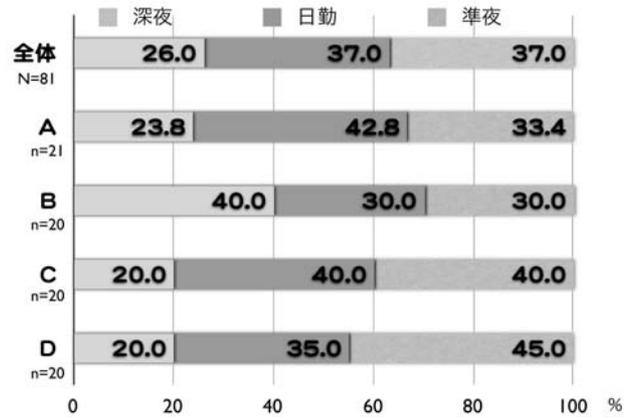


図2
分娩介助の時間帯別割合(実習施設別)

4) 出生体重別分娩介助の割合(図3)

新生児出生時の体重を500gで区分し, 分娩介助件数をみると, 最も多かったのは3000~3500g未満であり, 36件(44.4%)であった. 2500g未満は4件(4.9%), 4000g以上が2件(2.5%)あった.

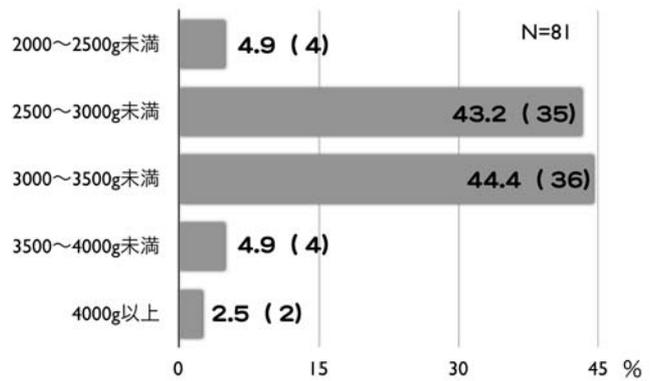


図3
分出生体重別分娩介助件数の割合

5) 分娩時の異常の割合

81件の分娩介助での吸引分娩件数は5件(6.2%), 500ml以上の出血が19件(23.5%), 第三度会陰裂傷が1件(1.2%)あったが, その他の異常は認めなかった.

2. 分娩介助技術到達評価

1) 分娩介助回数からみた技術到達度の変化

分娩介助技術評価基準68項目を, それぞれA~Dの4段階尺度を用いて評価した(表3). 学生は, 指導者のわずかな助言で正常分娩介助ができることを実習目標に掲げていることから, A又はB評価を実施可能な項目数で割り, 100倍したものを得点化し到達度として算出した. 最高到達度は100点である.

表3
分娩介助評価項目

	評価項目	評価基準	評価				
			A	B	C	D	
準備	分娩室の準備	分娩室の環境を整えることができた	産婦の状態に合わせた室温、湿度が配慮できた				
		必要物品、器械器具は不足なく準備できた	器械器具、物品の配置等考慮されていた 入室から退室まで物品の不足がなかった				
	介助者の準備	ガウンテクニックができた	介助者の準備が適切であった 手順どおりできた				
		産婦の準備	適切な時期に分娩室に移すことができた	分娩の進行状態を考慮して介助者の準備、外陰部消毒などを行う時間が取れた			
	分娩体位の準備ができた		分娩台の高さ、脚台の調整、産婦の体位などの調整ができた				
	外陰部の消毒を行うことができた		産婦に説明し、消毒を行った 産婦の体勢、状況に合わせて消毒できた				
	清潔野の作成ができた		産婦の状態を観察しながら、清潔シーツを広げ、介助物品の配置ができた				
	必要時に導尿することができた		陣痛間歌時に児頭下降を配慮して行った				
	産婦の安楽に対する言葉かけや対応ができた		産婦の状態に合わせた言葉かけを行い、産婦のニードに沿った対応ができた				
	分娩第2期の分娩介助	分娩進行状態の観察	分娩進行状態の観察ができた	産婦の表情、訴えなどから分娩進行状態を把握できた 陣痛の状態から分娩進行状態を把握できた			
胎児の健康状態を把握することができた			内診、産道の観察から分娩進行状態を把握できた				
			胎児心拍、羊水の性状を観察し、胎児の健康状態を把握することができた				
人工破膜			人工破膜を行うことができた	人工破膜の判断ができた			
		陣痛発作時、コッヘル凸部に示指を添え、先進部を保護し、左手で誘導、ガーゼをかけて、羊水の散乱を防いで行うことができた					
		児心音を確認した					
		羊水の量、性状を観察した					
肛門の保護		肛門保護ができた	発作時に保護し、間歌時に休止した				
努責の誘導		努責法の誘導ができた	陣痛の状態に合わせた呼吸の説明と誘導が適切にできた(呼吸、姿勢、誘導)				
会陰保護		会陰保護の時期が適切であった	進行状態に考慮して、適切な時期に実施できた				
		保護綿の使い方は適切であった	会陰の進展状況を観察できる位置で行うことができた				
児頭娩出の介助		児頭の娩出速度を調整し、最小周囲径を保つことができた	児の後頭結節が恥骨弓下を滑脱するまで屈位を保たせることができた				
			努責から短息呼吸の切り替えができた				
			項部を支点として第3回旋の娩出速度を調節できた				
			児頭娩出直後、ガーゼで児の鼻周囲を清拭できた 鼻・口周囲を素早く清拭し、吸引のため児頭を固定した				

	評価項目	評価基準	評価			
			A	B	C	D
	臍帯巻絡	臍帯巻絡の確認ができた	左示指を恥骨弓下より児頭頂部に入れ巻絡の有無を確認した			
		臍帯巻絡時解除ができた	児娩出後すばやく解除した			
	肩甲娩出の介助	第4回旋を確認できた 肩甲娩出時の介助ができた	自然回旋を確認したあるいは第4回旋が補助できた			
			前在肩甲の娩出ができた			
			前在上腕が1/2娩出した時、後在娩出に移ることができた			
			会陰保護をしながら手掌に側頭部をのせ、後在肩甲娩出ができた			
躯幹娩出	上腕・躯幹の娩出ができた	両腋下より肩甲部に4指を挿入し、母指を前胸部に当てて児を把持することができた				
	骨盤誘導線の方向に娩出できた	骨盤誘導線の方向にゆっくり娩出できた				
新生児	第1呼吸の助成	気道の確保ができた	顔面、特に鼻・口腔周囲を注意深く清拭した			
			児頭を固定し、必要時口腔・鼻腔の吸引ができた			
			口腔・咽頭腔をカテーテルを動かしながら吸引した			
	臍帯処置	臍帯結紮、切断を手順通りできた	臍帯拍動の確認ができた			
			臍輪から10cm程度のところをコッヘルで止めた。 臍輪から2cmの部分に臍帯クリップをとめた 臍帯クリップから1cm部分を切断した 切断時剪刀の先端を左手で保護した			
		切断後、出血の有無を確認できた	断端の止血を確認した			
	健康度の判定	アプガースコアの採点ができた	出生後1分の状態を総合的に観察し評価できた 状態により、その処置の準備・対応ができた			
		外表奇形、分娩外傷の精査ができた	外表奇形、分娩外傷の有無を順序よく観察できた			
	保温	保温に注意することができた	新生児の体温下降に留意しながらケアすることができた			
	母子標識の装置	母子の標識確認をして装着することができた	母親に標識を確認し、児に装着した			
第2標識			第2標識を装着した			
分娩第3期	胎盤娩出	剥離徴候が確認できた	2つ以上の剥離徴候を確認することができた			
		娩出介助ができた	左手掌にガーゼをひろげ、右手にて臍帯を軽く牽引し、胎盤が1/2娩出したらガーゼで被い一定方向に捻転しながら娩出した 分葉・卵膜をつき合せて欠損の有無を検査した			
分娩第4期	子宮収縮の観察	子宮収縮の判断ができた	子宮収縮の状態を観察し、異常の有無が判断できた			
	出血の観察	出血状態を観察し、異常の有無と原因を指摘できた	出血の有無、出血状態を指摘できた 異常出血の原因を挙げることができ、出血に対する処置を述べることができた			
	軟産道の検査・処置	裂傷の有無、程度が確認できた	軟産道の裂傷の有無と程度が確認できた			
		(必要により)縫合介助することができた	裂傷の程度により必要物品を準備することができた 縫合介助することができた			
	一般状態の観察	一般状態を観察し、異常の有無の判断ができた	終了後の縫合針、陰タンポンの有無の確認ができた BP、T、P、R 顔色等一般状態を観察し、異常の有無を判断できた			

	評価項目	評価基準	評価			
			A	B	C	D
帰室までの産婦のケア	精神的慰安の言葉をかけ疲労を考慮し、清拭・更衣できた	産婦をねぎらい、疲労を考慮しながら迅速に更衣の介助ができた				
	母子の早期接触への介助ができた	母親との接触を重視し、母子の早期接触の援助ができた				
	帰室までのオリエンテーションができた	帰室までの体位、動静、排泄、異常時の連絡について、オリエンテーションができた				
記録報告	記録	必要な書類の記録ができた				
	報告	関係部所、関係者への報告ができた				

その結果、分娩介助1回目は全員が30点以下であった(表4)。1回から10回目までの相関係数は $r=0.72$ であり、分娩介助回数と到達度には強い正の相関がみられた。また、最も点数が高かったのは分娩介助6回目の95.9点であり、最も低かったのは1回目の1.6点であった。1から10回の分娩介助到達度をみると、到達度70点1回以上が6人、2回以上が5人、80点1回以上の学生が5人、2回以上が2人であり、7割以上の学生、つまり6人以上が到達できた点数(到達度目標基準)は70点1回以上であった。なお70点以上に一度も達しなかった2人はいずれも同じ施設で実習していた。

表4
分娩介助回数A・B評価の占める割合(学生別)

学生	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目
a	27.7	24.1	12.9	52.9	57.1	63.5	62.5	74.5	77.4	90.9
b	6.1	56.8	57.4	62.1	79.0	95.9	71.2	77.8	94.7	89.8
c	24.0	25.5	48.2	73.2	64.8	80.0	74.0	83.7	88.9	90.1
d	9.4	6.7	35.8	44.8	44.8	41.6	76.5	65.9	80.8	37.5
e	4.7	21.2	15.0	31.7	25.1	18.6	51.5	57.6	55.0	57.1
f	1.6	25.8	23.7	14.8	27.9	25.4	52.5	53.3	48.9	51.9
g	8.3	31.1	36.5	44.1	65.1	63.0	74.4	54.8	35.2	84.4
h	29.5	44.4	38.2	32.6	65.9	45.0	46.9	48.0	75.5	65.2

70.0以上

2)分娩介助D(多くの助言と援助を要す、あるいはできない)評価項目と学生数の推移(表5)

1回目の分娩介助評価(68項目)で学生の50%、つまり4人以上の学生ができなかった項目(D評価)は、68項目中14項目(20.6%)あった。これらの項目について、分娩介助5回目、10回目におけるD評価人数の変

化をみると、すべての項目で減少していた。内12項目が分娩回数を重ねる毎に減少しており、10回目にできなかった項目(1~3名)は8項目(11.8%)のみであった。なお、5回目に比し、10回目に増加していたのは「項部を支点として第3回旋の娩出速度を調整できた」「アプガースコアに適した対応ができた」の2項目であった。

表5
分娩介助経験回数別技術D評価の学生数推移

評価項目	学生数		
	1回目	5回目	10回目
陣痛の状態に併せた呼吸の説明と誘導が適切にできた	4	3	0
短足呼吸への切り替えができた	6	2	0
項部を支点として第3回旋の娩出速度を調整できた	5	0	2
鼻・口周辺を素早く清拭し、吸引のため児頭を固定した	6	1	1
臍帯巻絡の有無を確認した	7	3	2
児娩出後素早く臍帯巻絡を解除した	4	2	0
自然回旋を確認した。あるいは第4回旋が補助できた	4	1	0
児娩出後、顔面、特に鼻・口腔周囲を注意深く清拭した	6	1	1
アプガースコアの状態に適した対応ができた	4	1	3
外表奇形、分娩外傷の有無を順序よく観察できた	4	2	1
新生児の体温下降に留意しながらケアできた	5	1	0
母親に標識を確認し、児に装着した	4	0	0
異常出血の原因を挙げることができ、出血に対する処置を述べることができた	4	1	1
帰室までの体位、動静、排泄、異常等の連絡についてオリエンテーションした	5	1	1

3. 健康教育到達度評価(表6)(表7)

1)健康教育実施状況

小集団・個別教育実施状況は、沐浴教育が5人(62.5%)、退院時教育5人(62.5%)、出産前教育(母親学級等)が6人(75.0%)であり、すべての健康教育を実施できたのは学生cとhの2人であった。また、沐浴・退院時教育共に未実施が2人おり、同一施設で実習していた。実施回数はほとんどが1回であり沐浴教育を3回実施したものが1人いた。

2)健康教育到達度

健康教育の到達評価項目数は10項目あり, それぞれの項目評価をA: 10点, B: 8点, C: 6点, D: 4点として得点化し, 最高得点を100点とした. その結果, 沐浴教育では最高86点, 最低56点, 退院時教育と出産前教育では最高84点, 最低60点であった. また沐浴教育を3回行った学生の推移をみると, 初回は64点であったものが回数を重ねるごとに78点→82点と評価点が高くなっていった. 健康教育到達度の割合で実施者の7割以上が到達できた点数(到達度目標基準)をみると, 沐浴教育では68点, 退院時教育72点, 出産前教育80点であった.

健康教育到達評価項目別にC・D評価が最も多かったのは「必要事項をもれなく説明することができたか」であり, 沐浴・退院時教育ではいずれも実施5人中5人, 出産前教育では6人中5人がC・D評価であった.

表6
健康教育評価項目

健康教育評価項目	
①	あたたかい態度で健康教育に必要な場づくりができたか。
②	健康教育に必要な物品及び資料等の準備ができたか。
③	必要事項をもれなく説明することができたか。
④	理解しやすい言葉で説明したか。
⑤	質問の機会を作り, 適切に回答できたか。
⑥	重要な点を強調したか。
⑦	予定時間内で終える事ができたか。
⑧	対象者の健康状態等への配慮ができたか。
⑨	身だしなみをきちんとし明るい良い感じであったか。
⑩	対象者の反応を見ながら対応できたか。

表7
健康教育の学生別到達度

学生	沐浴教育	退院教育	出産前教育
a	未実施	未実施	60点
b	未実施	未実施	68点
c	56点	84点	84点
d	未実施	82点	82点
e	86点	60点	未実施
f	68点	72点	未実施
g	64点・78点・82点	未実施	80点
h	74点	76点	80点

備考: 最高評価は100点

考 察

明治7年(1874年)に布達された医制の第52条には, 産婆の免状を与える要件として「平産10人, 難産2人を取り扱う」ことが定められていた(丸山,1965). 平産つまり正常な分娩10人を取り扱うことの経緯は定かではないが, 以後130余年が経過した現在においても, 助産師学校の指定基準として分娩介助10回程度取扱うことが明記されている. また助産は助産師の独占業であり(日本看護協会, 2005), 文部科学省は平成17年の参議院の国会答弁を受け, 教育の質の維持・向上のため分娩取扱いの確保等に関する指導を行っている. これらのことから, 助産教育において分娩介助実習が重視されていることは明らかであり, 助産教育を担う者は, 学生に基礎的な助産ケア能力を習得させる責務がある. 一方, 女性の健康レベルの低下や合併症等の増加は女性の妊娠・出産を困難にしており, 学生が異常分娩に遭遇する可能性も増加している. また, 子育て不安・虐待など社会病理的現象が蔓延し深刻化してきている現状では, マニュアル的な健康教育では個々の状況に対応できなくなっており, 助産師による健康教育には時代のニーズと未来をみつめた視点が要求されている. そのため, 助産教育では助産哲学とEBMを基盤として健康教育を創造し, 実践する基礎能力の育成が重要である(佐藤,1997,2000).

そこで, 本研究では分娩介助と健康教育の技術に着目し, 基礎実践力を保障する1つの指標として技術到達度目標基準を明確にすることを目的に調査を行った. その結果をもとに2つの視点から考察する.

1. 助産実習の実態からみた分娩介助技術到達度目標基準

今回の結果から, 本学では以下のような助産実習の実態が明らかになった.

学生1人あたりの分娩介助回数は平均10.1回であり, 指定基準を遵守している. しかし, 準夜・深夜帯での分娩介助が全体の6割を占め, 所定の1.6倍を要した実習時間数, さらに実習週別の分娩介助件数にバラツキがみられ, 実習2週目から週3回以上の分娩介助とそれに伴うケアを実施していたことなどから考えれば, 学生は身体的にも精神的にも過度の負担を担っていたことが窺い知れる. 分娩介助の経験回数を保障できた現状は, 過密な実習体制と学生の努力, そして実習施設の協力に支持されたものであり, 時間にゆとりのない過酷な実習体制でなければ, 6週間

の実習期間では10回の分娩介助を経験することは困難である。この状況を緩和するには、1日8時間あるいは週45時間程度の実習体制にする必要があるため、9週から10週間の実習期間が必要である。また、2名の学生は7週目まで実習を行っており、継続ケースの分娩介助が延長することを考慮した実習体制の必要性が示唆された。

妊娠歴による分娩介助状況では初産婦に比し経産婦が多かったことから、均等に経験できていない実態が明らかになった。また、2500g未満の新生児出生を4名の学生が経験していたことや分娩時の異常(吸引分娩、異常出血、第三度会陰裂傷)が全分娩介助件数の約3割を占めていたことから、実習は正常な経過をたどる分娩介助だけではないことがわかった。

このような状況下における分娩介助の技術到達度を分娩介助回数別に分析すると、分娩介助1回目では学生全員が30点以下という結果であった。村山(2002)は分娩介助実習での学生のストレス反応を調査し、「過度の緊張や不安は知識や技術の混乱を招き、本来の能力が発揮されず失敗を繰り返すという悪循環に陥る」と述べている。今回、初回到達度が1.6点の学生もおり、初めての分娩介助は学生にとって過度の緊張状態にあったと考えられる。ストレスの緩和には、実習前デモンストレーションを反復して行い、身体に型を身につけさせることが効果的である(佐藤,2005 a)。学生は実習前、早朝や夜間に実習室で演習を行っていたが、実習前の過密なスケジュール下での時間の確保は困難を極めた。しかし分娩介助回数と到達度には強い正の相関($r=0.72$)がみられたことから、例数を重ねるごとに技術が向上していることが窺える。佐藤、佐藤、佐藤(2003)は「技術の獲得には繰り返しの実践の積み重ねが大切である」と述べ、久米、常盤、松村(1989)は「分娩介助が自らの判断でできるようになるには最低9例の分娩介助実習を反復して行う必要がある」と述べており、分娩介助技術の習得には量的経験が不可欠であると考えられる。一方、小山、吉田、安澤、小田、鈴木(1993)は、分娩介助6回までは確実に評価を上げるが、それを過ぎると余り上昇は期待できないと報告している。今回の結果からも到達度が7回目以降安定し、あるいは上昇傾向にあった学生もいたが、9回目で80点台に達した学生が、10回目で30点台に減じるなど、到達度にバラツキが認められた。したがって対象の個別の状況に合わせた安定した技術習得には至っていないと考えら

れ、卒業後のさらなる経験と自己研鑽が必要である。さらに、10回までの分娩介助到達度では、到達度70点が1回以上6人、2回以上が5人であり、80点では1回以上が5人、2回以上が2人であった。本研究では7割以上の学生、つまり6人以上が到達できる点数を到達度目標基準と定義していることから、本学での実習環境下では、70点1回以上を分娩介助技術到達の目標値とすることが妥当であると考えられる。なお70点以上に一度も達しなかった学生が2人おり、いずれも同施設で実習していたことから、大学側が求める到達基準と施設側との認識にズレがなかったか確認する必要がある。

また1回目の分娩介助評価(68項目)で4人(50%)以上の学生ができなかった項目が14項目(20.6%)あり、学内での演習内容の改善と検討が必要であると考えられた。しかし分娩介助例数を重ねるごとにD評価の学生も減少し、10回目には8項目となり、それぞれ1~3人のみとなった。坂本、坂梨、山本、田島(1998)は「肩甲娩出時陰保護」が最も評価点が低いと報告しているが、今回の結果では児頭娩出時の陰保護、児の処置等が習得し難い技術であった。これは、対象者である産婦の6割が経産婦であったことやフリースタイル出産を取り入れた分娩介助などにより、肩甲娩出が比較的スムーズに介助できたからではないかと考えられる。

2. 健康教育到達度目標基準

妊娠・分娩・産褥期に行う助産師の健康教育としては出産前教育(母親学級等)、初回授乳教育、沐浴教育、退院時教育、育児教育等がある。本学の助産実習では沐浴教育、退院時教育、出産前教育の3種類を実習項目とし、評価対象としてあげている。しかし、すべての健康教育を実施したのは2人のみであった。学生は健康教育案を実習開始前に作成し、授業でデモンストレーションを行った後、それをもとに施設の状態とケア方針を考慮して健康教育録を作成したが、実施可能な内容には至っていなかったと考えられる。また、分娩介助した産婦と新生児を退院まで受持つことから、実習後半には複数回実施できると推測していたが、ほとんどが1回のみであった。一方で沐浴教育を3回行った学生の評価は、回数を重ねるごとに高くなっている。分娩介助同様、複数回の経験をすることが到達度を高めると考えられるが、統合カリキュラムによる最小限の授業と6週間という実

習期間では、過剰な負担を学生に強いることになり、結果的に学生が相当な能力を有していないと実施できない現状であることがわかった。よって、健康教育の種類を精選、あるいは実習前の健康教育録の完成度を高めるための学習支援の改善が求められる。

健康教育到達度は、沐浴教育では最高86点、最低56点、退院時教育と出産前教育では最高84点、最低60点であり、差が認められた。また、本学の到達度目標基準である実施者の7割以上が到達できた最低点は、沐浴教育68点、退院教育72点、出生前教育80点であったことから、点数の低かった沐浴教育をベースに70点以上を到達目標の基準値とすることが妥当と考えられる。なお、実習中に実施できなかったものや実習終了後に実習施設の協力を得て行った学生もいたことから、実施回数は最低1回の設定となろう。現在助産選択の学部生は、女性看護のヘルスプロモーション実習(身体感覚活性化マザークラス)に自主的に参加し、クラスの企画や実践を担当することで健康教育の経験を重ねている(佐藤,2005b)(佐藤,三根,2006)。しかしこれはあくまでも時間外の任意参加であるため、編入生の参加も含め、これらをカリキュラムの中に組み込むことで、健康教育実践の強化を図ることが可能である。

バースエデュケーターのRobertson(1994)(大葉,ターナー,三宅共訳,2004)は、その著書の中で「出産準備クラスは、自分のことを自分で決める力を女性に与える、強力な手段の一つ」また、「女性のもつ計り知れないパワーと能力に対する、自然かつ全体的視野に立つ信頼に満ちた態度を育てて行くには、経験と感受性が必要」と述べている。本学の現在の助産教育では、このような態度を育成するには限界があり、健康教育者としての資質向上のための教育の検討が早急に必要である。

以上から、学部での統合カリキュラムは分娩介助中心の実習であり、妊産婦に行う健康教育や女性のライフサイクルの中で生じているさまざまな課題にはまったく対応できていないことが明らかになった。助産師は性と生殖の専門家である。専門家をめざす学生には分娩介助だけでなく、健康教育ができる基礎能力育成のための早急な改革が望まれる。

結 論

今回の調査から本学の助産実習の実態として以下のことが明らかになった。

- ①学生は正常と異常が混在した分娩介助を1人平均10.1回経験し、介助数と到達到達度には強い正の相関($r=0.72$)が認められた。
- ②夜間帯での分娩介助実習は63%を占めていた。
- ③分娩介助は初産に比し経産婦の割合が多く、実習2週目から3人以上の分娩介助とその後のケアを同時に実習する学生がいた。
- ④実習時間数は合計362時間であり、所定の1.6倍の実習を行っていた。
- ⑤出生前教育、沐浴教育、退院時教育すべての健康教育を実施したのは2人であり、学生のほとんどは実施回数1回のみの実施であった。

上記実態から分析した結果、本学の学士課程において、7割の学生が到達する技術到達度目標として以下の基準にすることが示唆された。

1. 分娩介助技術習得到達度目標は「Aできた」あるいは「B少しの助言でできた」の割合が実施項目数の7割、つまり、70点以上とし、分娩介助10回中1回以上経験することを基準とする。
2. 健康教育到達度目標は4段階評価を得点化し、その得点が70点以上を1回以上経験することを基準とする。

なお、本研究は本学における初年度の助産教育における助産実習の実態からのものであり、学生気質、教育内容の再編、教育担当者の教育力、実習環境等の要因により到達度は変化することが考えられる。したがって継続した検討が必要である。

文 献

- 合田典子,岡崎愉加,白井喜代子(1993).分娩介助技術について.岡山大学医療技術短期大学部紀要4,1-9.
- 江幡芳枝,小田切房子,熊澤美奈好,黒田緑,渡邊典子.(2004).大学・短期大学専攻科・専門学校における助産師教育の実態調査報告.平成15年度事業活動報告書,全国助産師教育協議会,東京,36-46.
- 久米美代子,常盤洋子,松村恵子.(1989).助産婦学校における5年間の分娩介助実習の実施結果(1)-チェックリストを使用した分娩介助実習展開の結果-I.看護教育.30(13).829-837.
- 丸山博.(1965).日本科学技術史体系,第1法規出版,東京,296.
- 村山陵子.(2002).助産婦教育における分娩介助実習

- の検討 (第2報)－分娩介助実習での学生のストレス－. *日本看護科学学会誌*, 22 (1), 44-52.
- 日本看護協会. (2005). *助産師業務要覧*. 東京：日本看護協会出版会.
- 小山都余子, 吉田谷弘, 安澤菊江, 小田切房子. (1993). 分娩介助実習における10例の妥当性の検討 (第1報)－技術チェックリスト評価表にみる技術面の習得状況－. *母性衛生*, 34 (2), 205-213.
- Robertson Andrea. (1994). 産む力の咲かせ方. (大葉ナナコ, ターナー節子, 三宅ハツエ共訳 (2004)). 東京：メディカ出版. (*EMPOWERING WOMEN*).
- 坂本由紀子, 坂梨京子, 山本八千代, 田島朝信. (1998). 助産学生の分娩介助技術習得度と介助例数. *母性衛生*, 39 (1), 26-31.
- 佐藤香代. (1997). *日本助産婦史研究*. 東京：東銀座出版社.
- 佐藤香代. (2000). 特集 助産師の100年－世紀を越えるもの 助産婦は正常産の専門家. *助産婦雑誌*, 54 (12), 27-33.
- 佐藤香代. (2005 a). 助産の技. *聖路加看護学会誌*, 9 (1), 102-103.
- 佐藤香代. (2005 b). 出産準備教室How to 編 世にも珍しいマザークラス. *ペリネイタルケア*, 2005年夏季増刊, 219-230.
- 佐藤香代, 三根有紀子. (2006). 「身体感覚活性化 (世にも珍しい) マザークラス」医療者セミナー in 福岡 根底にある助産哲学と技としての実践. *助産雑誌*, 60 (6), 550-551.
- 佐藤喜根子, 佐藤祥子, 佐藤理恵. (2003). 助産師学生の卒業時の学習到達度調査－学生と臨床助産師との評価－. *東北大学医短部紀要*, 12 (1), 11-20.
- 常盤洋子, 今関節子. (2002). 4年制大学における分娩介助実習の効果的な教授法の検討－実習状況および実習到達度の分析から－. *助産婦雑誌*, 56 (6), 69-75.

受付 2007. 2. 2

採用 2007. 2. 21