

## 助産師学生の分娩期助産過程の到達状況に関する一考察

鳥越郁代\*, 藤木久美子\*, 古田祐子\*, 佐藤繭子\*, 安河内静子\*,  
吉田 静\*, 小林絵里子\*, 佐藤香代\*, 石村美由紀\*

### An Examination of the Level of Attainment on Delivery-Midwifery Process of Nurse-Midwifery students in University's Nursing Program

Ikuyo TORIGOE, Kumiko FUJIKI, Yuko FURUTA, Mayuko SATO, Shizuko YASUKOUCHI,  
Shizuka YOSHIDA, Eriko KOBAYASHI, Kayo SATO, Miyuki ISHIMURA

#### 要 旨

本研究の目的は、助産師学生の分娩期の助産過程の到達状況を明らかにし、助産過程における思考能力を育てるための支援について検討することにある。学士課程助産教育課程を修了した学生9名の助産過程評価表(N=81)を調査対象とし、学生が受け持った個々の事例の産婦の背景と分娩概要についての分析、ならびに助産過程の到達状況を分娩介助の経験例数との関係から分析した。学生が受け持った産婦の入院状況ならびに分娩概要を分析した結果、前期破水での入院事例、分娩誘発や微弱陣痛のために陣痛促進剤が使用された事例、弛緩出血を起こした事例などに学生は遭遇していたことが明らかとなった。また分娩期助産過程の到達状況を分娩介助の経験例数との関係から分析した結果、助産過程の評価項目のほとんどは、「助言を受けながら実施できた」というレベルにまで到達していたことが明らかになった。この結果から、分娩介助の経験を重ねる中で、学生は助産過程における思考力を向上させていたことが示唆された。しかし助産過程の評価項目別による分析から、16の評価項目中12の評価項目において、評価項目尺度得点と分娩介助経験例数間で有意差が認められなかった。この結果から、学生は、10例の分娩介助を経験した後であっても、情報を統合し分娩進行状況を診断すること、そしてケアの実施につなげていくという一連の診断能力の向上を実感できていないことが考えられた。

分娩期の助産診断は、短時間で効果的に診断過程を踏まなければならないという点で難しさを伴う。よって分娩経過の中で、学生の考えを引き出しながら、診断プロセスを確認していく対応が実習指導者および教員に求められる。また助産実習前の教育においては、実習中に学生が遭遇していた事例を用いながら、助産過程展開のための事前学習を充実させることが必要である。

キーワード：助産過程、助産診断、分娩期、経過診断、健康生活診断

#### 緒 言

「助産診断学」という教科目は、1989(平成元)年の助産師教育養成指定規則の改正により「助産技術学」とともに登場し、その後の1997(平成9)年の改正により、現行の「助産診断・技術学」となり、助産学を構成する主要な柱として位置づけられてきた(青木, 2005)。

産科医不足、産科施設の集約化による分娩施設の

減少や出産年齢の高齢化によりハイリスクの妊産婦が増加している中で、助産師には高い助産診断能力が求められるようになってきている。そうした社会的要請を受けて助産師教育の見直しが検討され、2010年(平成22年)には保健師助産師看護師法の一部改正が行われ、助産師の教育年限は、6か月から1年へと変更されるとともに、助産師教育課程における必要な単位が、23単位から28単位へと増加することに

\* 福岡県立大学看護学部  
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地  
福岡県立大学看護学部臨床看護学系  
鳥越郁代  
E-mail: torigoe@fukuoka-pu.ac.jp

なった（保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部改正する省令の公布について22文科高第976号，平成23年1月6日）。また今回の一部改正を受けて，厚生労働省は，「看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告」（2010年11月）をとりまとめ，その中で「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(案)」を76の技術項目に対し設定した。その到達度レベルは，ⅠからⅣレベル（Ⅰ：少しの助言で自立してできる，Ⅱ：指導のもとでできる，Ⅲ：学内演習で実施できる，Ⅳ：知識としてわかる）に分類され，妊娠・分娩・産褥期の助産診断に関する到達レベルは，第Ⅰレベルの「少しの助言で自立してできる」として設定されている。

これまで，大学教育における助産師教育については，過密カリキュラム（ゆとりのない教育），卒業時の到達レベルの低さ，教員不足などの問題が指摘されてきた（玉里，宮田，白坂，2005）。本学の助産教育課程においても，4年次の4月から6月中旬に，助産教育科目（基礎助産学，助産診断・技術学，地域母子保健学）の授業を行い，6月中旬から7月にかけて助産実習（分娩介助実習7単位），その後11月にかけて継続事例実習（2単位）を統合カリキュラムの過密なスケジュールの中で実施している。このような講義・短期集中の実習の中で，学生の助産診断能力がどれほど向上しているのか，その到達状況を今回あらたに提示された厚労省の到達レベルと照合させながら検討する必要があると考えた。そ

こで平成22年度の助産実習から，学生の分娩期助産過程における実践を評価するために分娩期助産過程評価表を作成し，その評価の導入を試みた。分娩期助産過程評価表とは，助産過程（①情報収集，②アセスメント，③診断，④計画立案，⑤実施，⑥評価）（我部山，2011）ならびにマタニティ診断類型（日本助産診断・実践研究会，2007）に基づき作成したものであり，16項目から構成される。なお評価基準は，本学で使用している分娩介助技術の評価表に準じ，助産過程の実施レベルをA～Eの5段階として設定した（表1）。

本研究の目的は，学生が評価を行った分娩期助産過程評価表を分析し，学生の助産過程の到達状況を明らかにするとともに，助産過程における学生の思考能力を育てるための支援について検討することである。

## 方法

### 1. 調査期間

平成23年2月から平成23年6月までの期間で実施した。

### 2. 調査対象

平成22年3月に学士課程で助産教育課程を修了した学生9名の分娩期助産過程評価表(表1)(N=81)を調査対象とした。学生は，1例の分娩介助が終了するごとに，分娩の振り返りを行いながら，分娩介助の技術とともに助産過程の自己評価を行った。調

表1 分娩期助産過程評価表

	評 価 項 目	評 価				
		A	B	C	D	E
情報収集・解釈・整理	助産診断に必要な情報を収集できた					
	情報を解釈・整理することができた					
経過診断に関するアセスメント	産婦の状態に関してアセスメントできた					
	胎児の状態に関してアセスメントできた					
	胎児附属物に関してアセスメントできた					
	分娩時間の予測ができた					
	児の出生状態を予測できた					
健康生活診断に関するアセスメント	基本的な生活行動（食事・排泄・睡眠・動作・清潔）に関してアセスメントできた					
	精神・心理的生活行動に関してアセスメントできた					
	社会的な生活行動に関してアセスメントできた					
	出産育児行動に関してアセスメントできた					
助産診断の確定	分娩経過に応じた助産診断をたてることができた					
	優先順位を考慮して助産診断をたてることができた					
助産計画立案とケアの実践	助産診断に基づいた助産計画の立案ができた					
	助産診断に基づいたケアの実践ができた					
助産診断の評価・修正	分娩期の経過に応じて，助産診断の評価・修正ができた					

A：1人で実施できた                      B：少しの助言により実施できた                      C：助言を受けながら実施できた  
 D：多くの助言を受けながら実施できた                      E：実施できなかった

査の対象は、9名の学生が分娩介助を行った1例目から10例目までの事例の分娩期助産過程評価表（N＝90）とした。しかし90事例の評価表のうち、9事例の評価表が未記入であったため、分析対象は、81事例の評価表とした。

### 3. 分析方法

学生が分娩介助を行った産婦背景ならびに分娩の概要については、1例ごとに実習記録の分析を行った。分娩期助産過程評価表の統計解析にはSPSS 18.0 for Windowsを使用した。分析は(1)(2)の手順で行った。(1)分娩期助産過程評価項目におけるAからE評価は、5点満点で換算し（A：5点、B：4点、C：3点、D：2点、E：1点）、分娩介助の例数ごとに各評価項目尺度得点（16項目）の平均点を算出した。(2)分娩介助経験例数間における各評価尺度得点の差の検定には、フリードマン検定を行い確認した。

### 4. 倫理的配慮

分娩期助産過程評価表の分析にあたり、学生9名に対し、本研究の目的と趣旨、個人情報の保護ならびにデータの匿名化について、さらに調査結果は研究目的以外には使用しないことを文書と口頭で説明

し、書面にて同意を得た。

### 5. 用語の定義

1) 助産過程：全国助産師教育協議会（1991）では、妊産褥婦、新生児およびその家族に対して、助産師が行う系統的なケアの展開過程と定義している（我部山，2011）。助産過程は、診断過程と実践過程の2つに大別され、助産診断過程は、情報収集から診断名確定までを、助産実践過程は、診断に応じたケア計画からケアの実施・評価までを指す。

さらに、この2つの過程に加えて助産診断過程と助産実践過程の両方を含めた全体の過程についての事後評価の過程として、助産評価過程があり、これら3つの過程の関係は、図1のように示すことができる（青木，2005）。

本調査で用いた分娩期助産過程評価における助産診断に関する用語は、日本助産診断・実践研究会（2007）が示している「マタニティ診断」の分類に従った。マタニティ診断は、ウエルネス型看護診断と位置付けられており、経過診断と健康生活診断の2つの類型に大別されている（表2）。以下に分娩期助産過程評価における助産診断に関する用語の定義について示す。

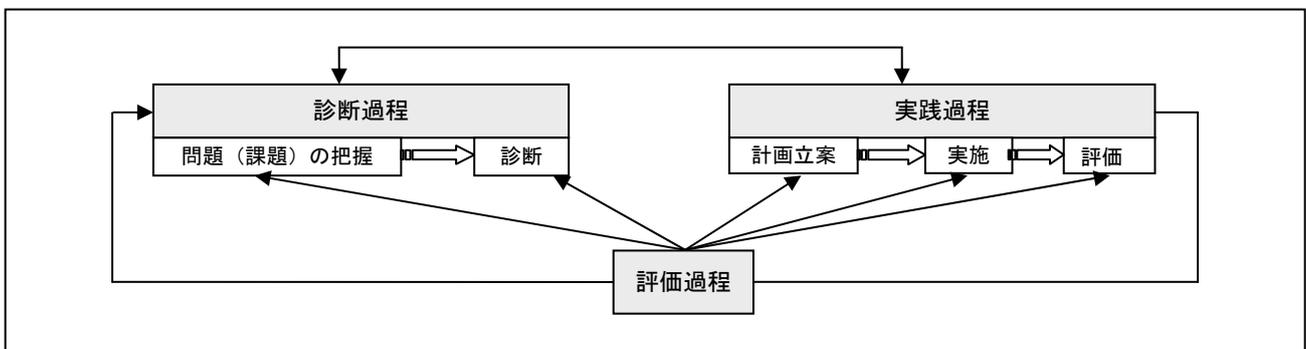


図1 助産診断過程・実践過程・評価過程の関係（青木，2005）

表2 マタニティ診断類型（日本助産診断・実践研究会，2007）

#### 経過診断

妊 娠 期	分 娩 期	産 褥 期	新 生 児 期
1 妊娠の確定	1 分娩開始	1 産褥日数	1 出生直後の状態
2 妊娠時期・分娩予定日	2 分娩時期	2 母体の状態	2 日齢
3 母体の状態	3 母体の状態	3 今後の経過予測	3 新生児の状態
4 胎児の状態	4 胎児の状態		4 今後の経過予測
5 胎児付属物の状態	5 胎児付属物の状態		
6 今後の経過予測	6 分娩予測		

#### 健康生活診断

妊 娠 期	分 娩 期	産 褥 期	新 生 児 期
1 基本的生活行動	1 基本的生活行動	1 基本的生活行動	1 基本的生活行動
2 精神・心理的生活行動	2 精神・心理的生活行動	2 精神・心理的生活行動	2 精神・心理的生活行動
3 社会的生活行動	3 社会的生活行動	3 社会的生活行動	3 社会的生活行動
4 出産育児行動	4 出産育児行動	4 出産育児行動	4 出産育児行動

- (1) 経過診断：妊娠・分娩・産褥経過・新生児の生理的経過の診断である。分娩期の経過診断は、「分娩開始」, 「分娩時期」, 「母体の状態」, 「胎児の状態」, 「胎児付属物の状態」, 「分娩予測」6つの診断類型から構成され34の診断名が開発されている。
- (2) 健康生活診断：看護の役割は対象者の行動変容の支援がメインであることから、生活行動を査定し、診断することに重点が置かれ、以下の4つの診断類型が提案されている。
  - a. 基本的生活行動：産婦が分娩期に、いかに日常生活習慣を大切にしていればよりよい健康状態を維持していくかにかかわる診断である。基本的生活行動には、食事、排泄、動作・運動、清潔が含まれる。
  - b. 精神・心理的生活行動：産婦自身が分娩を受けとめ、不安の解消のための行動をとっているか、または胎児をかけがいのない存在として生命を大切に考えているか等を産婦の様々な状況の観察から収集した情報を分析し、診断する。
  - c. 社会的生活行動：産婦を取り巻く人的環境や社会的環境が調整されているかについて診断する。産婦の社会的生活行動については、診断しても積極的なケアの展開は産褥期に実施することになる。
  - d. 出産育児生活行動：産婦自身が、分娩期にリラックスした状態を維持する方法を考えて行動しているかを観察し、診断する。

**結 果**

**1. 学生が自己評価を行った産婦の背景と分娩の概要**

今回分析対象としたのは、学生が分娩介助を行い、助産過程の自己評価を行った81例であった。その事例の内訳は、初産婦35名(43.2%)、経産婦46名(56.8%)であった。また平均年齢は30.2歳(SD 5.16)であり、最少年齢17歳、最高年齢42歳であった(表3)。評価を行った事例の学生が受け持ってから分娩に至るまでの平均所要時間は7時間25分(SD 10時間59分)であり、最小時間は5分、最大時間は49時間00分であった(表4)。

受け持ち事例の産婦の入院時の状況ならびに分娩概要を表5に示す。産婦の入院時の状況としては、自然陣痛発来での入院が65(80.2%)、前期破水によ

る入院が12(14.8%)、予定日超過の分娩誘発目的入院が4(4.9%)であった。また分娩の概要としては、器械的分娩誘発(メトロイリーゼの使用)が行われた事例が8(9.9%)、微弱陣痛の事例が8(9.9%)、陣痛誘発や微弱陣痛のために子宮収縮薬(陣痛促進剤)が用いられた事例が13(16.0%)、吸引分娩の事例が5(6.2%)、クリステレル胎児圧出法が行われた事例が6(7.4%)、そして分娩停止にて緊急帝王切開となった事例が2(2.5%)であった。さらに分娩第3期以降の弛緩出血の事例は30(37.0%)であった。

表3 助産過程の評価を行った産婦の背景

		N=81	
調査項目		データ・人数	
初産婦/ 経産婦別	初産婦 (%)	35 (43.2)	
	経産婦 (%)	46 (56.8)	
	1 経産	28	
	2 経産	9	
	3 経産	8	
年 齢	平均(範囲) 歳	30.2 (17-42)	
	標準偏差	5.16	

表4 学生受け持ちから分娩までの時間

				N=81	
		平均時間 (SD)	最小時間	最大時間	
受け持ち～ 分娩までの時間	7時間25分 (10時間59分)	5分	49時間00分		

表5 受け持ち事例の入院時の状況ならびに分娩概要

		N=81	
		人数 (%)	
入院時の状況			
自然陣痛発来	65 (80.2)		
前期破水	12 (14.8)		
分娩誘発目的入院 (予定日超過)	4 (4.9)		
分娩概要			
器械的分娩誘発	8 (9.9)		
微弱陣痛	8 (9.9)		
子宮収縮薬 (陣痛促進剤) 使用	13 (16.0)		
吸引分娩	5 (6.2)		
クリステレル胎児圧出法	6 (7.4)		
緊急帝王切開	2 (2.5)		
弛緩出血	30 (37.0)		

※ケースにより、データの重複あり

**2. 分娩介助の経験例数からみた各評価項目尺度得点の変化**

分娩介助1例目から10例目における助産過程における各評価項目尺度得点の平均値を算出し、その推移を表6、図2～7に示した。その結果、「胎児付属

表6 分娩介助経験例数ごとの各評価項目の平均値と標準偏差

	1例目 (N=8)	2例目 (N=8)	3例目 (N=8)	4例目 (N=7)	5例目 (N=9)	6例目 (N=8)	7例目 (N=9)	8例目 (N=9)	9例目 (N=7)	10例目 (N=8)
1. 情報収集	3.00 (0.93)	2.75 (0.71)	3.13 (1.25)	3.57 (0.89)	2.67 (1.00)	3.25 (0.71)	3.67 (0.87)	3.22 (1.30)	3.14 (0.69)	3.75 (0.77)
2. 情報解釈・整理	2.50 (0.54)	2.63 (0.74)	2.75 (1.06)	3.00 (0.58)	2.89 (0.78)	3.38 (0.52)	3.22 (0.67)	3.00 (0.87)	3.29 (0.76)	3.50 (0.76)
3. 産婦アセスメント	2.38 (0.52)	2.88 (0.84)	2.63 (1.06)	2.86 (1.07)	2.89 (0.78)	3.38 (0.74)	3.11 (0.60)	3.22 (0.83)	3.29 (0.95)	3.25 (0.71)
4. 胎児アセスメント	2.63 (0.74)	2.88 (0.86)	3.00 (0.93)	3.29 (0.49)	3.11 (0.78)	3.25 (0.71)	3.33 (0.71)	3.33 (0.87)	3.14 (0.90)	3.50 (0.54)
5. 胎児付属物アセスメント	2.13 (0.99)	2.63 (1.41)	2.63 (1.06)	3.00 (1.00)	2.89 (1.05)	2.75 (1.17)	2.89 (0.93)	3.11 (1.27)	2.86 (1.07)	2.87 (1.36)
6. 分娩時間予測	1.88 (0.64)	1.75 (0.71)	2.38 (1.19)	3.29 (0.49)	2.78 (0.97)	2.75 (1.04)	2.78 (0.67)	2.67 (1.00)	2.71 (1.50)	3.00 (0.93)
7. 児状態予測	2.25 (0.89)	2.00 (0.93)	2.63 (0.52)	2.83 (0.98)	2.56 (0.73)	3.13 (0.99)	3.11 (0.93)	3.11 (1.17)	2.71 (1.38)	3.38 (0.74)
8. 基本的生生活行動アセスメント	2.50 (1.20)	2.38 (1.06)	2.75 (1.17)	2.71 (1.38)	2.56 (1.01)	3.38 (1.06)	3.33 (0.87)	3.11 (1.05)	3.14 (1.07)	3.25 (1.04)
9. 精神・心理生生活行動アセスメント	2.50 (1.07)	2.50 (0.93)	3.00 (1.07)	2.86 (1.46)	2.78 (0.97)	3.13 (0.99)	3.33 (0.87)	3.22 (1.20)	3.43 (1.13)	3.50 (1.31)
10. 社会的生生活行動アセスメント	2.75 (1.06)	2.00 (0.93)	2.57 (1.23)	2.57 (1.40)	2.33 (1.00)	2.63 (1.06)	2.89 (1.05)	2.78 (1.20)	2.71 (1.38)	2.88 (1.25)
11. 出産育児行動アセスメント	2.75 (1.04)	2.13 (0.99)	3.00 (1.51)	2.86 (1.35)	2.44 (0.88)	2.88 (1.13)	3.11 (1.05)	2.67 (1.12)	2.86 (1.46)	3.00 (1.41)
12. 経過に応じた助産診断	1.71 (0.49)	2.75 (0.71)	2.88 (0.84)	3.00 (0.00)	2.67 (0.50)	3.13 (0.64)	3.22 (0.67)	2.89 (1.27)	3.14 (0.90)	3.25 (0.71)
13. 優先順位考慮した助産診断	2.13 (0.35)	2.38 (0.74)	2.25 (0.71)	2.86 (0.69)	2.44 (0.53)	2.50 (0.76)	3.22 (0.67)	2.67 (0.87)	2.86 (1.21)	3.25 (0.71)
14. 助産計画立案	2.13 (0.86)	2.50 (1.07)	2.63 (0.52)	2.86 (0.38)	2.67 (0.71)	2.75 (0.89)	3.11 (0.60)	3.00 (1.00)	2.86 (1.07)	3.38 (0.74)
15. ケア実践	1.88 (0.84)	2.13 (0.84)	2.63 (1.06)	3.00 (1.29)	2.78 (0.83)	2.38 (0.92)	3.00 (0.71)	2.78 (0.97)	2.86 (1.07)	3.25 (0.71)
16. 助産診断評価・修正	2.00 (0.54)	2.50 (0.54)	2.38 (0.52)	2.71 (0.49)	2.67 (0.71)	2.50 (0.76)	2.89 (0.61)	2.78 (1.09)	2.71 (0.95)	2.88 (0.99)

\*表内の数値は平均値で、( )内の数値は標準偏差

物アセスメント」、「社会的生生活行動アセスメント」、「助産診断評価・修正」の3つの評価項目を除いた13の評価項目において、分娩介助10例の経験例数間で平均得点の上昇が認められ、評価項目の平均得点は、分娩介助10例目においてCレベル「助言を受けながら、実施できた」(3点)に達していた。また分娩介助経験例数間でほとんど平均得点の変化が認められなかったのは、「社会的生生活行動アセスメント」、「出産育児行動アセスメント」の2つの評価項目であった。

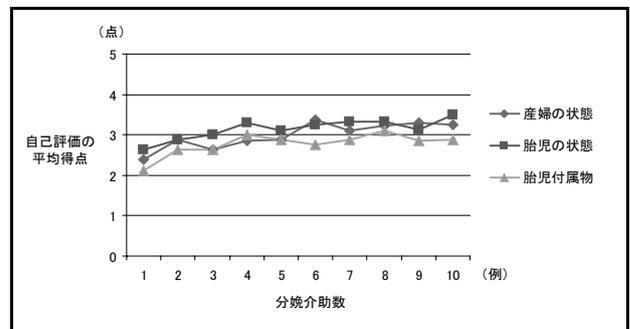


図3 経過診断に関するアセスメントにおける評価1

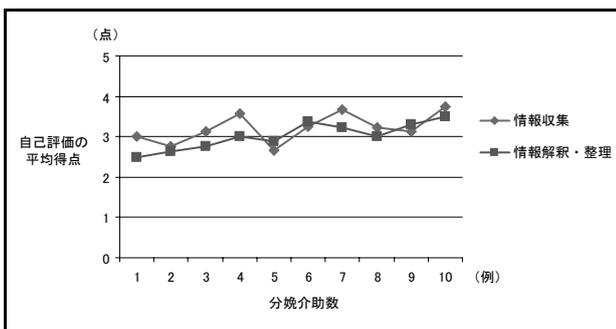


図2 情報収集, 情報解釈・整理における評価

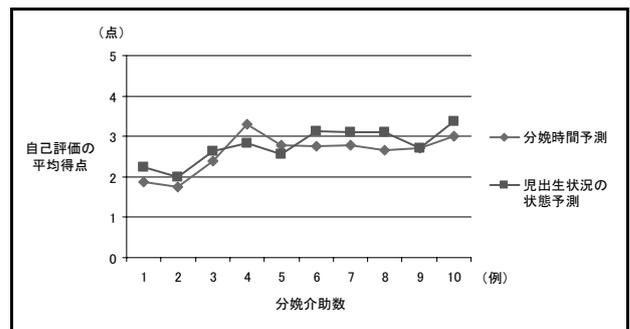


図4 経過診断に関するアセスメントにおける評価2

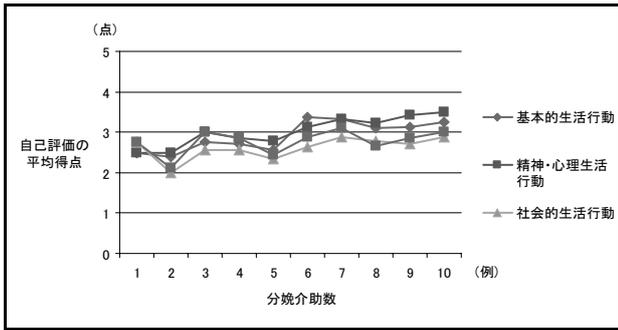


図5 健康生活診断に関するアセスメントの評価

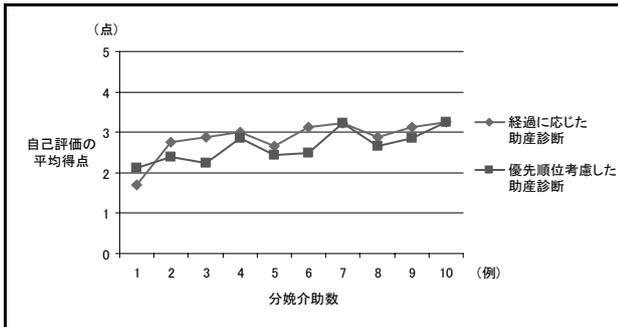


図6 助産診断確定における評価

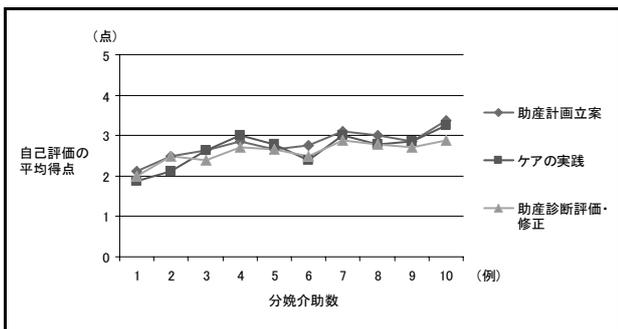


図7 助産計画立案・ケア実践、助産診断評価・修正における評価

表7 分娩介助経験例数からみた評価項目の尺度得点差

評価項目	X <sup>2</sup>	p
情報収集	20.314	.016*
情報解釈・整理	16.119	.064
産婦アセスメント	9.096	.428
胎児アセスメント	13.192	.154
胎児付属物アセスメント	9.000	.437
分娩時間予測	20.806	.014*
児状態予測	17.515	.041*
基本的生活行動アセスメント	15.659	.074
精神・心理生活行動アセスメント	21.854	.009*
社会的な生活行動アセスメント	9.000	.437
出産育児行動アセスメント	16.548	.056
経過に応じた助産診断	14.715	.099
優先順位考慮した助産診断	14.127	.118
助産計画立案	13.762	.131
ケア実践	15.364	.081
助産診断評価・修正	13.932	.125

フリードマン検定 \* p<.05

次に分娩介助経験例数間での各評価尺度得点の差については、フリードマン検定を行い確認した。その結果、「情報収集」、「分娩時間予測」、「児状態予測」、「精神・心理生活行動アセスメント」の4つの評価項目において有意差 ( $p < 0.05$ ) が認められた (表7)。

## 考察

### 1. 助産過程の到達状況から見えたもの

16の評価項目中「胎児付属物アセスメント」、「社会的な生活行動アセスメント」、「診断評価・修正」の3つの評価項目を除いた13の評価項目において、分娩介助10例の経験例数間で平均値が上昇し、Cレベル「助言を受けながら、実施できた」(3点)以上を示していたことから、10例の分娩介助の経験を経て、学生は助産過程を展開しながら、助産ケアの実践へとつなげていくことができたと主観的に評価していたと考えることができる。

厚生労働省の示した「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(案)」(2010)をみると、「分べん期の診断とケア」に関する項目は、「正常分べんの進行状態に対する診断」、「産婦と胎児の健康状態に対する診断」、「分べん進行に伴う産婦と家族のケア」の3つであり、いずれもIレベル「少しの助言で自立してできる」として設定されている。

今回の学生の自己評価の到達レベル「助言を受けながら、実施できた」が、厚生労働省の示す到達度Iレベル「少しの助言で自立してできる」と合致するものなのかどうかについては、検討を要する問題である。また今回分娩期助産過程の評価の導入にあたり、本学で用いている分娩介助技術評価を参考とし5段階評価としたが、「B:少しの助言により実施できた」と「C:助言を受けながら実施できた」の評価基準が曖昧な点もあり、今後、厚生労働省が設定するレベルの表記と照合させながら、評価基準の見直しを行う必要がある。

本調査では、助産過程の評価を分娩介助の経験例数との関係からも検討を行った。

その結果、助産過程の評価項目と分娩介助の経験例数間で有意差が認められたのは、「情報収集」、「分娩時間予測」、「児状態予測」、「精神・心理生活行動アセスメント」の4つの評価項目のみであった。この結果から、10例の分娩介助の経験を通して学生は産婦の情報を収集し、分娩進行状況について予測の

視点を持ち、アセスメントできるようになったと評価していたことが考えられた。しかし、他の経過診断に関するアセスメントの評価項目においては、評価項目尺度得点と分娩介助経験例数間で有意差が認められなかったことから、学生は、10例の分娩介助を経験した後であっても、情報を統合し分娩進行状況を診断すること、そしてケアの実施につなげていくという一連の診断能力の向上を実感できていないことが示唆された。また分娩介助例数間での各評価項目の平均値は、1例ごとに異なり変動していたことから、分娩経験例数を重ねることが診断能力の向上にダイレクトにつながるのではなく、産婦の受け持ち状況や、個々の事例の特性が助産過程の評価に影響することが考えられた。

正木、岡山、瀧口、玉里（2009）の研究においても、助産診断を中心とするケアに関する評価は、対象の背景や分娩経過の多様性から、学生は事例を重ねる毎に新たな状況での診断に直面するため、直線的に高まらないことを指摘している。一方、内診や分娩介助技術などの助産技術は、実際の対象を通じて経験を重ねるごとに経験知が蓄積され、確実に技術習得効果を高めていくと分析している。本調査では、助産技術の評価と比較した分析は行っていない。よって、今後助産技術の評価とともに、学生の診断能力の習得状況について分析を進めていく必要があると考える。

## 2. 自己評価の事例分析の結果から見えた課題

今回学生が行った助産過程評価の事例の産婦の入院状況ならびに分娩概要を分析した結果、前期破水での入院事例、分娩誘発や微弱陣痛のために陣痛促進剤が使用された事例、弛緩出血を起こした事例などに学生は遭遇していたことが明らかになった。中でも弛緩出血の事例が37%を占めていたことは、意外な結果であった。今回弛緩出血に至った個々の原因については分析できていない。そのため、弛緩出血が、分娩経過の中で生じたものなのか、あるいは個々の事例になにか素因があって起こったものなのかについては不明である。弛緩出血は、全分娩の5%にみられ（竹田、杉本、高桑、2007）、重篤なケースになると、循環血液量の減少から出血性ショックに至り、緊急性の高い対応が求められることもある。こうしたハイリスクのケースに遭遇すると、学生はその場の状況に圧倒されてしまい、それは自己評価の低下、さらには分娩介助に対する恐怖や心理的なシ

ョックにもつながる可能性がある。よって、学生の助産過程評価の分析においては、学生が分娩介助を行った個々の事例と関連させながら分析を進めていく必要がある。また学生が分娩介助を行うケースの選定においても臨床の実習指導者とともに今後検討を要する問題である。

## 3. 助産過程における思考能力を育てるための支援

助産過程の到達状況ならびに自己評価の事例分析から、助産過程における思考能力を育てるための支援について、助産実習前と助産実習中における支援という2つの点から述べてみたい。

### 1) 助産実習前の学習支援

自己評価の事例分析より、学生は前期破水、分娩誘発、微弱陣痛、弛緩出血などの事例を受け持っていたことが明らかとなった。今回の結果を踏まえ、実習前の助産診断の授業においては、このような事例を用いながら、助産過程の展開ができるよう事前学習の充実を図ることが必要である。また81事例中2例が緊急帝王切開であったことから、子宮破裂の徴候や胎児機能不全の判断、また緊急時の産婦・家族への対応についても考えられるような事例も取り入れていく必要があると考える。

また、分娩介助例数ごとの各評価項目の平均値の推移において、「社会的生活行動アセスメント」、「出産育児行動アセスメント」の2つの評価項目において、平均値の変化がほとんど認められなかった点から、それぞれのアセスメントの視点に目が向けられにくい傾向にあることが明らかになった。

分娩期における「社会的生活行動に関するアセスメント」に必要な情報には、パートナーとの関係性（パートナーに対する言動や表情、パートナーとの対応）や支援体制（キーパーソンの有無、家族・親族・友人などの協力体制、社会的資源の活用の有無）、産婦としての役割行動（出産への希望、分娩進行状況の理解、助言の受け入れ）などが含まれる。一方「出産育児行動に関するアセスメント」に必要な情報とは、分娩進行中の産婦のリラクゼーションの状態や誕生を待ち望む言動の有無などである（日本助産診断・実践研究会、2007）。経時的に変化していく分娩経過の中で、学生は分娩の進行を見極めながら、同時に分娩介助の準備を整えていくことに意識が集中しがちである。その結果、これら2つのアセスメントの側面には視点が向けられにくく、ケアにつなげていくことができなかつたと考えられる。この結

果を踏まえ、助産実習前の助産過程の授業においては、アセスメントの視点を明確に示すこと、そしてアセスメントしたことをどのように助産診断、ケア計画につなげていくのか、一連の助産過程について学生が理解できるよう授業内容の検討を行っていききたい。

## 2) 助産実習中における支援

今回の調査結果は、短期集中実習における助産診断能力の向上の難しさを示唆するものであった。

菊池、遠藤、西脇(2008)は、助産実習における助産診断・技術の到達度と自己評価との分析から、基礎的な技術項目の到達度に比較し、「分娩進行の診断」の到達状況が低かったことを示し、その理由として、断片的な様々な情報を統合し、分娩進行を診断することの難しさを指摘している。分娩進行の診断と予測には、分娩の3要素(産道・娩出力・胎児及び付属物)とそれに影響を与える因子を総合的に判断する能力が必要であり(我部山, 2009)、学生にとっては、難易度の高い技術であるといえる。また分娩進行の診断は、目にみえる分娩介助技術と異なり、「できる」、「できない」が可視できることではないため、学生の自己評価の難しさも指摘されている(菊池他, 2008)。

坂間(2004)は、助産実習において、学生が助産診断を難しいと思うのは、短時間で効果的に診断過程を踏まなければならない点であると指摘している。つまり学生は、刻々と変化する状況の中で診断を行うときに、「ずっと産婦のそばにいてケアをしたい」と「ケアの根拠となる診断を整理したい」という2つの思いが交錯しているという。実際、産婦のそばから一時も離れられない学生の姿も多く見受けられる。

分娩経過は、その時期あるいは様々な要因によって、緩やかな経過をたどったり、急速に進行したりする。その分娩経過の緩急により診断にかけられる時間は、その都度大きく異なるのが助産の特性でもある。そのため、その状況を見極めながら、学生が考えていることを引きだし、診断に必要な情報収集ができていくのか、なぜその診断をしたのかなど、学生の診断プロセスを確認し、学生が情報と診断の関連性を早期に理解できるよう助言していくことが実習指導者および教員に求められるであろう。また急速に進行した分娩においては、分娩が終了してから、丁寧に振り返りの時間をもつことが重要である。

常盤、今関(2002)は、実習時期を分娩介助例数によって3つの時期(初期:1~3例, 中期:4~6例, 後期:7~10例)に分け、助産実習の時期における学生の臨床能力の発達に応じた指導者の関わり方について示している。それによると、実習初期(1~3例)は、学生が分娩経過の流れを把握しながら基本的ケアの実践をとおして産婦の反応をとらえようとする時期である。そのため、学生と一緒に産婦に関わりながら、分娩の基礎的知識・技術を確認することが重要である。実習中期(4~6例)は、学生が主体的に対象との関わりを考え、その対象の分娩経過をとらえるようとする時期である。この時期においては、分娩経過に応じたケアの在り方や産婦の求めるケアについて探究できるような関わりが重要であるとしている。実習後期(7~10例)は、分娩介助実習の到達時期であり、学生の主体性を支持するとともに、産婦の主体性にも考慮した分娩介助技術ができていくか確認することが必要であるとしている。特に短期集中型の助産実習では、学生は助産過程における到達レベルを認識できないまま、10例の分娩介助に追われている現状がある。よって、分娩介助後の助産過程の振り返りの中で、学生個々の到達レベルと課題について学生とともに確認していくことが重要である。

## 4. 研究の限界と今後の課題

今回分析対象とした分娩期助産過程評価表は、学生が自己評価を行ったものであった。そのため、到達レベルに対する学生個々の認識が、評価に大きく影響していることが考えられた。今後実習指導者との連携を図りながら、客観的評価についての検討を重ねていく必要がある。

また学生が分娩介助を行った事例の中で、弛緩出血に至った事例が37%も含まれていたことから、学生は緊急性を要した事例に遭遇し、それに応じた判断と対応が求められていたことが予測された。このような事例に実習初期から遭遇すると、学生の自己評価への低下につながることも考えられる。よって、今後個々の事例と関連させながら、学生の助産過程の評価の分析を進めていく必要があると考える。

## 結 論

今回、助産師学生の助産過程評価表の分析を実施し、学生の助産過程の到達状況について検討した。その結果、助産過程の評価項目のほとんどは、「助言

を受けながら実施できた」というレベルにまで到達していた。この結果から、分娩介助の経験を重ねる中で、学生は、助産過程における思考力を向上させていたことが示唆された。しかし助産過程の評価項目別による分析から、16の評価項目中12の評価項目において、評価項目尺度得点と分娩介助経験例数間で有意差が認められなかった。この結果から、学生は10例の分娩介助を経験した後であっても、情報を統合し分娩進行状況を診断すること、そしてケアの実施につなげていくという一連の診断能力の向上を実感できていないことが考えられた。

分娩期の助産診断は、短時間で効果的に診断過程を踏まなければならないという点で難しさを伴う。よって分娩経過の中で、学生の考えを引き出しながら、診断プロセスを確認していく対応が実習指導者および教員に求められる。また助産実習前の教育においては、実習中に学生が遭遇していた事例を用いながら、助産過程展開のための事前学習を充実させることが必要である。

## 文 献

- 青木康子. (2005). 助産診断・技術学の概念. 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編, 助産学体系7 助産診断・技術学I. 東京: 日本看護協会出版会.
- 我部山キヨ子. (2009). 分娩期の助産診断の特徴と助産診断類型. 我部山キヨ子, 武谷雄二編. 助産学講座7 助産診断・技術学II (第4版). 東京: 医学書院.
- 我部山キヨ子. (2011). 助産診断の概要. 我部山キヨ子, 武谷雄二編. 助産学講座6 助産診断・技術学II (第4版). 東京: 医学書院.
- 菊池圭子, 遠藤恵子, 西脇美春. (2008). 助産学実習における助産診断・技術の到達度と自己評価能力. *山形保健医療研究*, 11, 83-92.
- 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. 2010. 11. 10. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001316e.pdf>.
- 日本助産診断・実践研究会. (2007). マタニティ診断. 東京: 医学書院.
- 正木紀代子, 岡山久代, 瀧口由美, 玉里八重子. (2009). 平成20年度 助産学実習における到達状況と課題. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 7(1), 43-46.
- 文部科学省. (2011). 保健師助産師看護師学校養成

所指定規則の一部改正する省令の公布について (通知). 22文科高第976号 (平成23年1月6日) [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/kango/1305957.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1305957.htm).

- 坂間伊津美. (2004). 有用な助産ケアを導くための助産診断教育. *ペリネイタルケア*, 23(9), 16-20.
- 竹田省, 杉本充弘, 高桑好一. (2007). 弛緩出血への対応. *日産婦誌*, 59(9), N393-397.
- 玉里八重子, 宮田久枝, 白坂真紀. (2005). これからの4年制大学での助産教育について. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 3(1), 80-86.
- 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. *助産師雑誌*, 56(6), 69-75.

受付 2011. 10. 17

採用 2011. 12. 26