

助産師の分娩介助件数と助産実践能力の達成度に関する研究

The Relationship between Midwifery Practical Ability and the Number of Cases of Delivery Assistance

香川 留美¹⁾*, 木村 知子²⁾

Rumi Kagawa, Tomoko Kimura

キーワード 助産師, 分娩介助件数, 助産実践能力, 達成度

Key words midwife, number of delivery assistance, midwifery competence, level of achievement

抄 録

目的 助産実践能力と分娩介助件数の関係を明らかにする事を目的とする。**方法** 産科医療補償制度に加入している近畿圏内の分娩施設（診療所と助産院は除く）の経験年数15年未満で分娩介助件数が200件以下の条件を満たす助産師を対象に自記式質問紙調査法を実施した。**結果** 分娩介助件数と助産実践能力の相関係数を求め、分娩介助件数を4群に分け助産実践能力の各分野得点に対して一元配置分散分析を行った結果、各分野得点において分娩介助件数の主効果が有意となった。その結果「分娩期の診断とケア」はI群とII群、I群とIV群間に有意な差がみられ「マタニティケア能力」はI群とIII群間に有意な差がみられた。倫理的感応力以外の助産実践能力の各分野得点への分娩介助件数の有意な媒介効果が認められた。**考察** 分娩介助を多く経験する事で、助産実践能力は高くなる。また、助産師経験年数があっても助産実践能力は達成せず、分娩介助という経験を多く重ねる事で自信が付き助産実践能力の各分野の達成度に影響を与える。

Abstract

Purpose To investigate the relationship between practical midwifery ability and the number of cases of delivery assistance.**Method** A self-administered questionnaire was developed for midwives who had assisted fewer than 200 deliveries and worked less than 15 years at birthing facilities which participate in "The Japan Obstetric Compensation System" in the Kinki region (excluding small clinics with fewer than nineteen beds and midwifery clinics). Correlations were calculated between the number of cases of delivery assistance and practical midwifery ability scores in several fields including diagnosis, care, and ethical sensitivity. The number of cases of delivery assistance was divided into four groups; group I (1-50 cases), group II (51-100 cases), group III (101-150 cases), group IV (151-200 cases), and one-way analysis of variance was conducted for each field of midwifery ability.**Results** A significant main effect of the number of cases of delivery assistance was found for each field of midwifery ability. Significant differences were also found between groups I and II, and between groups I and IV, in "diagnosis and care during delivery" and between groups I and III in "maternity care ability". There was a significant mediating effect of the number of cases of delivery assistance on the scores of each field other than ethical sensitivity.**Conclusions** More experience with delivery assistance was associated with higher practical midwifery ability. More years of midwifery experience do not guarantee a high level of skill, but increased experience in delivery assistance affects the level of confidence and achievement in each practical midwifery skill area.

1) 済生会滋賀県病院 Saiseikai Shiga Hospital

2) 聖泉大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Seisen University

* E-Mail fukurou0623@icloud.com

I. はじめに

平成29年の合計特殊出生率は1.43と前年の1.44を下回っており出生数は94万6,060人と調査開始以来過去最少の数字となり、少子高齢化は進んでいる（厚生労働省, 2017）。また、時代の変化に伴い医療を取り巻く環境は大きく変化し課題も多い。子育て支援策は国家規模で検討されており、改めて助産師の積極的活用や必要性、今後の発展的展望が指摘されている。2008年厚生労働省は「安心と希望の医療確保ビジョン」を打ち出し、院内助産所・産科外来の普及などを図ると共に、専門性の発揮と効果的な医療の提供の視点からチーム医療による協働を進めてきた。助産師本来の役割が果たせるように政策として打ち出し開設に向けて支援しているが、「産科病棟の混合化」「助産師の就業先の偏在」など助産実践能力が強化されにくい環境も課題である（日本看護協会, 2013）。また、助産師自身も自分の能力が求められているレベルに到達しているのかという不安もあった。そこで日本看護協会は、2015年度に「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）」を開発した。助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）とは、Clinical Ladder of Competencies for Midwifery Practice: CLoCMiP（以下、CLoCMiP[®]）を指し、計画的・意図的に助産実践能力を積み重ねられるように評価ツールとして開発された。「レベル新人」～「レベルIV」と段階があり継続教育をする上での目標設定がされている。CLoCMiP[®]レベルIII認証制度とは、助産実践能力が一定の水準に達している事を日本国内で統一された審査をし、認証する制度である。CLoCMiP[®]レベルIIIに到達した者はアドバンス助産師と呼ばれ、正常な妊娠・分娩・産褥・新生児期の助産ケアを、責任を持ち自律して実践できる助産師と判断された者である。CLoCMiP[®]レベルIIIの認証に必要な条件の1つに分娩介助100件以上と設定されている（日本看護協会, 2013）。7年程度で条件も含め到達できると考えられているが、100件以上分娩介助をする事は分娩件数の少ない施設では困難な条件とも言える。CLoCMiP[®]レベルIIIの認証条件に分娩介助件数を100件と設定にしたのには、どのような根拠があるのか。そして、分娩介助件数と助産実践能力には関係があるのか。実際に臨床の場で助産師の教育に携わっていると、個人差はあるも

の分娩介助件数が100件未満であっても到達している助産実践能力はあると感じる。この感覚を説明するデータはなく、文献で分娩介助件数と助産実践能力の関係に関するものを探したが、明確な分娩介助件数と助産実践を証明するような文献は見当たらなかった。このような背景から、助産実践能力の達成度に分娩介助件数が関係しているかという疑問が生じた。分娩介助技術はある程度の分娩介助を行わないと上達しないが、CLoCMiP[®]の助産実践能力の項目にある「倫理的感応力」「マタニティケア能力」「専門的自律能力」も助産師には必須の能力である。助産実践能力の習得過程において明確な分娩介助件数で表せる指標はなく、1件1件の分娩を貴重な経験知として捉えながら助産実践能力の向上を目指し取り組んでいく事が重要な事だと考える。そこで、分娩介助件数は助産実践能力の達成度にどう影響しているのかを明らかにする事を目的とした。本研究を行うにあたりCLoCMiP[®]レベルIIIの認定条件の1つである、分娩介助件数100件以上という条件の妥当性を証明する事ができ、助産実践能力が習熟する過程において明確な指標や目標値の設定をすることができる。また、助産師出向支援事業においても出向者の選抜基準や客観的評価がしやすくなるなどのメリットもある。そして、ケアを受ける母子は安心して妊娠・出産・育児における専門的ケアを受ける機会が増えると考えた。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

量的記述的研究（自記式質問紙調査法）

2. 調査対象

産科医療補償制度に加入している近畿圏内の分娩施設のうち診療所と助産院を除く病院、206施設に勤務している経験年数15年未満で分娩介助件数が200件以下の条件を満たす助産師。設定理由は、CLoCMiP[®]レベルIIIの認証条件が7年程度で分娩介助件数100件とその他の条件を達成できると考えられている。施設によって年間の分娩件数や助産師の配属場所にも違いがあることや個人差も考慮して、分娩介助件は2倍の200件に、助産師経験年数は約2倍の15年に設定した。

3. 調査期間

2018年7月～8月

4. 調査対象者の選定方法

対象となる施設の看護責任者に研究依頼文と質問紙を郵送し、文書にて研究の意義目的や調査内容を説明し、協力を依頼した。同意を得た看護責任者から返信用はがきに施設名・施設の住所・担当者名・研究対象者の人数を記入し郵送してもらった。

5. データ収集方法

研究協力の得られた施設の担当者に対象者の人数分の研究協力依頼書と質問紙、返信封筒を郵送した。研究協力依頼書と質問紙は、各施設の担当者から対象者に配布してもらった。研究の同意が得られた対象者は、無記名自記式質問紙に回答してもらい個別の返信封筒にて郵送してもらった。

6. 調査項目

質問紙の内容は、基本属性（年齢・助産師経験年数・産科経験年数・現在の配属場所・分娩介助件数・就業施設の種類・CLoCMiP[®]レベルⅢ取得の有無・院内助産や助産師外来の開設の有無）とした。また、助産実践能力の達成度を測定するために「医療機関における助産ケアの質の評価：第2版」（日本看護協会）チェックリストの項目のうち、「分娩期の診断とケア」の31項目とCLoCMiP[®]レベルⅢの教育目標である「倫理的感応力」「マタニティケア能力」「専門的自律能力」の項目を参考に独自で作成した50項目とした。各項目への回答は0～10までの11段階評定（リッカート法）を用いて現在の助産実践能力の達成度を自己評価してもらった。

7. 倫理的配慮

研究参加への意思は質問紙に設けた「本研究に同意する」「本研究に同意しない」のチェックボックスにチェックをもらい、同意の意思確認とした。質問紙は無記名自記式で個人が特定されないようにした。自らが返信用封筒に入れ投函してもらう事で施設の担当者にも参加の有無が知られる事がなく参加の意思を尊重した。研究への参加は任意であり、研究参加後に参加を撤回する可能性がある方は質問紙のパスワード記入欄に対象者

が設定した4ケタのパスワードを記入してもらった。研究参加を撤回したい時には、そのパスワードを研究者に知らせてもらう事でデータを消去した。研究に不参加でも不利益な対応を受けない事、参加に同意した場合であっても、不利益を受ける事なくこれを撤回する事が出来る事を保証した。本研究は聖泉大学倫理審査の承認を得て実施した（承認番号018-002, 承認日2018年4月24日）。

8. 分析方法

1) 対象者の属性の単純集計

2) 分娩介助件数と助産実践能力（81項目）の積率相関係数

3) 助産実践能力各分野別の信頼性の確認し、分娩介助件数4群（Ⅰ群：1～50件、Ⅱ群：51～100件、Ⅲ群：101～150件、Ⅳ群：151～200件）と助産実践能力各分野の一元配置分散分析。分娩介助件数100件前後の助産実践能力の達成度がどのように変化していくのか検証するためにも分娩介助件数と50件ずつ4群に分類し分析を行った。

4) 3)により有意な相関のあった助産実践能力の分野を目的変数とし、分娩介助件数と助産師経験年数を説明変数とする重回帰による媒介分析。

以上の分析を行った。統計処理には統計ソフトHAD（清水, 2016）を使用した。なお、有意水準は全てにおいて、 $p<.05$ とした。

Ⅲ. 研究結果

研究協力を依頼した206施設のうち、看護責任者から協力可能な回答が得られた施設は58施設（28.8%）で研究対象者は378人、そのうち142人から回答があった（回収率37.6%）。本研究の対象者に該当しなかった者や1つでも回答に空欄があったもの、分娩介助件数0件の者を除く112人分の調査用紙を有効回答とみなした（有効回答率78.9%）。

1. 対象者の背景

対象者の平均年齢は 29.7 ± 5.8 歳、年齢の分布は22～50歳。助産師経験年数の分布は0.2～11.3年で平均 4.1 ± 2.7 年であった。また、7年未満が92人（82.1%）と多数と占めていた。分娩介助件数は、 73.4 ± 52.4 件で1～50件は45（40.2%）人、51～100件は34人（30.4%）、101～150件は22人（19.6%）、

151~200件は11人（9.8%）であった。協力が得られた58施設の内訳は、総合周産期母子医療センターが6施設（10.3%）、地域周産期母子医療センターが15施設（25.9%）、周産期協力病院と一般病院を合わせると37施設（63.8%）であった。アドバンス助産師取得者は10人（8.9%）と少なかった。

2. 分娩介助件数と助産実践能力（81項目）の積率相関係数

分娩介助件数と助産実践能力（81項目）の相関係数を求めると、分娩介助件数と各項目との間に有意な相関がみられた。相関係数の有意性を判定には、 $.00 \leq |r| \leq .20$ をほとんど相関なし、 $.20 < |r| \leq .40$ を弱い相関、 $.40 < |r| \leq .70$ を比較的強い相関、 $.70 \leq |r| \leq 1.00$ を強い相関、の基準（森、吉田、1990）で判定した。ほとんど相関を認めなかった項目は、「さまざまな分娩体位に沿った分娩介助ができる」の1項目のみであった。弱い相関を認めたのは、「ケアを振りかえる姿勢を持つ事ができる」、「院内の継続教育プログラムに参加できる」「院外の研修に参加できる」、「看護研究に取り組み発表できる」、「アサーティブなコミュニケーションをとる事ができる」、「関連職種との

間においても、良好な関係を維持できるような関わりができる」、「医療機器を安全に使えるように環境整備できる」、「設備、医療材料に関する法令に関心を持つ事ができる」、「診療報酬制度などの医療体制に関心を持つ事ができる」の9項目でそれ以外の項目は、比較的強い相関を認めていた。分娩介助件数と助産実践能力81項目すべての相関係数は表2に示した。

3. 助産実践能力各分野別の信頼性の確認

「倫理的感応力」を除く助産実践能力の信頼性係数を算出したところ、すべての分野で信頼性が高かった。（分娩期の診断とケア： $\alpha = .984$ 、マタニティケア能力： $\alpha = .976$ 、専門的自律能力： $\alpha = .972$ ）。そこで分野ごとに平均得点を算出し、分野得点として分散分析を行った。次に、助産実践能力各分野得点の自己評価平均得点を求めると、「分娩期の診断とケア」6.76（ ± 1.6 ）、「倫理的感応力」6.50（ ± 1.9 ）、「マタニティケア能力」6.04（ ± 1.9 ）、「専門的自律能力」（ ± 1.9 ）であった。

4. 分娩介助件数4群と助産実践能力各分野の一元配置分散分析

助産実践能力各分野別の信頼性が高かったた

表1 対象者の属性・背景

		n=112	
		M±SD	最大値 最小値
年齢（歳）		29.7(±5.8)	50 22
助産師経験年数（年）		4.1(±2.7)	11.3 0.3
産科経験年数（年）		4.4(±3.1)	0 12.3
分娩介助件数		73.4(±52.4)	200 1
		(人)	(%)
アドバンス助産師の認証	あり	10	8.9
	なし	102	91.1
施設種類	総合周産期母子センター	22	19.6
	地域周産期母子センター	28	25.0
	周産期協力病院	16	14.3
	一般病院	43	38.4
	無回答	3	2.7
配置場所	産科病棟	41	36.6
	産科混合病棟	68	60.7
	産科以外の病棟	2	1.8
	外来	1	0.9
院内助産	あり	23	20.5
	なし	88	79.5
助産外来	あり	92	20.5
	なし	20	79.5

表2 分娩介助件数と助産実践能力(81項目)の相関係数

	項目	相関係数 (r)
分娩期の診断とケア	1 施設が有する産婦とその家族に対する分娩方針を理解できる	.547
	2 産婦とその家族に対する分娩方針を説明できる	.580
	3 産婦とその家族に対する分娩方針に沿って対応できる	.567
	4 業務基準・手順を活用したケアができる	.557
	5 分娩経過に関する情報を提供できる	.598
	6 分娩進行に伴うニーズを把握できる	.594
	7 産婦の主体性を尊重できる	.509
	8 産婦とその家族に潜在化しているニーズを引き出すことができる	.516
	9 適切な手順・方法を使つて的確に産婦の健康診査ができる	.571
	10 分娩経過が的確に診断できる	.620
	11 異常の早期発見または予測ができる	.597
	12 産婦や家族が満足する対応ができる	.563
	13 分娩経過に沿った計画を立案できる	.641
	14 個別性に応じた計画を立案できる	.617
	15 産婦も主体性を尊重する方向で計画を立案できる	.543
	16 産婦の状態やニーズに合わせて計画を修正できる	.621
	17 産婦に寄り添い、安全・安楽で快適なケアができる	.514
	18 個別性に応じたケアができる ー分娩レビューを助ける事ができる	.473
	19 個別性に応じたケアができる ー状況に応じた早期接触(カンガルーケアなど)ができる	.474
	20 個別性に応じたケアができる ー早期授乳のケアができる	.502
	21 仰臥位分娩の介助ができる	.421
	22 さまざまな分娩体位に沿った分娩介助ができる	.198
	23 安全・安楽な分娩介助ができる	.539
	24 ケアを振りかえる姿勢を持つことができる	.396
	25 ケアを評価するために産婦や家族が示す反応を捉える事ができる	.459
	26 客観的な指標を用いてケアの効果を確認できる	.467
	27 評価の結果から質の高いケアを創造できる	.504
	28 連携を働きかける適切な時間と方法(記録や口頭など)が選択・実施できる	.598
	29 産婦の主体性と自己決定が継続されるようい伝達できる	.584
	30 適切な主体性と自己決定が継続されるように伝達できる	.595
	31 産婦の家族が満足できる連携継続を確立できる	.586
倫理的感応力	32 ケアリング実践のための自己課題を明確にできる	.402
マタニティケア能力	33 妊娠期・分娩期・産褥期・新生児期の健康生活行動診断・経過診断に必要な情報を理論的な根拠に基づいて収集できる	.437
	34 心理・社会的側面、家族背景も考慮したアセスメントを行うための情報収集できる	.447
	35 心理・社会的側面、家族背景も考慮したアセスメントを行うための情報を必要性・優先度を考慮して整理できる	.510
	36 他の関連職種からも意図的に情報取得できる	.485
	37 ローリスク妊産褥婦に潜在するニーズを明確にできる	.524
	38 ハイリスク妊産褥婦に潜在する助産問題を明確にできる	.557
	39 医師による医療介入が必要か判断できる	.589
	40 優先順位の判断ができる	.591
	41 的確な助産診断ができる	.586
	42 妊産褥婦、新生児の心理・社会状況や家族の状況を踏まえた助産計画を立案できる	.530
	43 状況に応じて計画立案・修正ができる	.552
	44 関連する保健医療職との連携も含めた計画を立案・修正できる	.528
	45 計画に基づいて妊産褥婦・家族の反応を確認しながら実践できる	.573
	46 各施設や部署で中心的役割が実践できる	.573
	47 緊急時に中心的役割が実践できる	.660
	48 助産外来において教育・指導的役割が実践できる	.642
	49 関連する他の保健医療職と連携して実践できる	.585
	50 提供した助産ケアについて適正な評価ができる	.617
	51 後輩や学生のロールモデルとなっている	.619
専門的自律能力	52 後輩や学生の指導において中心的役割を担うことができる	.658
	53 学習会で中心的役割を担うことができる	.650
	54 成人学習のプロセスについて、基本的事項を理解できる	.572
	55 対象に応じて保健指導が実施できる	.538
	56 院内の継続教育プログラムに参加できる	.275
	57 院外の研修に参加できる	.284
	58 専門分野を深めるための自己課題に取り組むことができる	.443
	59 取り組んだ結果を実践に活用できる	.493
	60 看護研究に取り組む発表できる	.392
	61 自分の対応が相手に与える影響を予測しながら行動できる	.550
	62 妊産褥婦と家族の反応の変化を見逃さず、受け止めることができる	.431
	63 アサーティブなコミュニケーションをとることができる	.345
	64 関連職種との間においても、良好な関係を維持できるような関わりができる	.381
	65 職務規定を理解し、スタッフがそれを順守して行動できるように指導できる	.543
	66 スタッフが報告、連絡、相談ができるように指導できる	.553
	67 スタッフの身だしなみが整うように指導できる	.523
	68 社会人またはチームの一員として責任ある行動がとれるように指導できる	.560
	69 倫理的課題に対して、対象や家族、関連職種と対話を持ちながら最善の選択ができるように行動できる	.477
	70 法的根拠に基づいた行動ができる	.474
71 倫理的意思決定のプロセスに参加できる	.490	
72 療養環境が安全であるか配慮し調整できる	.456	
73 アクシデント、インシデント、感染防止、災害対策に関して中心的役割を担うことができる	.515	
74 スタッフの安全が確保できる職場環境を整えることができる	.463	
75 医療機器を安全に使えるように環境整備できる	.362	
76 設備、医療材料に関する法令に関心を持つことができる	.297	
77 自施設の物流システムが理解できる	.429	
78 診療報酬制度などの医療体制に関心を持つことができる	.345	
79 助産業務における調整機能が発揮できる	.635	
80 他部署との連携、調整ができる	.590	
81 後輩からの相談を受け支援できる	.596	

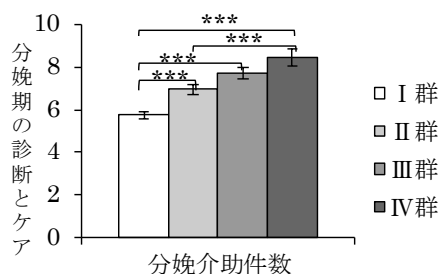
め、助産実践能力を「分娩期の診断とケア」31項目、「倫理的感応力」1項目、「マタニティケア能力」19項目、「専門的自律能力」30項目の4分野にまとめ、分娩介助件数と助産実践能力各分野の相関係数を求めた。その結果、分娩期の診断とケア： $r = .635$ 、倫理的感応力： $r = .402$ 、マタニティケア能力： $r = .663$ 、専門的自律能力： $r = .642$ とすべての分野で有意な相関がみられた。

CLoCMiP[®]レベルⅢの認定条件の1つである、分娩介助件数100件以上という条件の妥当性を証明するために、分娩介助件数を1～50件のⅠ群、51～100件のⅡ群、101～150件のⅢ群、151～200件のⅣ群の4つに分けて各分野の一元配置分散分析を行った。助産実践能力の各分野得点に対して一元配置分散分析（分娩介助件数：Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群・Ⅳ群）を行った結果、各分野得点において分娩介助件数の主効果が有意となったため、多重比較（Holm法）を行った（図1、図2、図3、図4）。分娩期の診断とケアでは（図1）、Ⅰ群の平均得点（ $M = 5.73$ 、 $SD = 0.20$ ）がその他の群（Ⅱ群： $M = 6.95$ 、 $SD = 0.23$ 、Ⅲ群： $M = 7.72$ 、 $SD = 0.28$ 、

Ⅳ群： $M = 8.46$ 、 $SD = 0.40$ ）よりも有意に低かった。Ⅱ群（ $M = 6.95$ 、 $SD = 0.23$ ）の平均得点はⅣ群（ $M = 8.46$ 、 $SD = 0.40$ ）の平均得点よりも有意に低かった。しかし、Ⅱ群とⅢ群の平均得点には有意な差は見られなかった。「倫理的感応力」では（図3）、Ⅰ群の平均得点（ $M = 5.73$ 、 $SD = 0.23$ ）がⅢ群（ $M = 7.00$ 、 $SD = 0.38$ ）およびⅣ群（ $M = 8.09$ 、 $SD = 0.54$ ）の平均得点よりも有意に低かった。その他の群間に有意な差は見られなかった。「マタニティケア能力」（図2）と「専門的自律能力」（図4）では、Ⅲ群（マタニティケア能力： $M = 7.42$ 、 $SD = 0.32$ 、専門的自律能力： $M = 7.24$ 、 $SD = 0.32$ ）とⅣ群（マタニティケア能力： $M = 8.19$ 、 $SD = 0.46$ 、専門的自律能力： $M = 7.24$ 、 $SD = 0.32$ ）間を除くすべての群間に有意な差がみられ、分娩介助件数が多い群のほうが各平均得点が有意に高かった。

5. 助産師経験年数と助産実践能力の各分野に及ぼす影響と分娩介助件数

助産師経験年数が助産実践能力の各分野に及ぼ

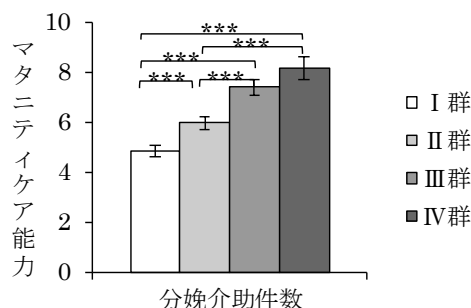


$F(3, 108) = 19.4$

一元配置分散分析 (Holm法)

*** $p < .005$ ** $p < .01$ * $p < .05$

図1 分娩介助件数と分娩期の診断とケアの分散分析

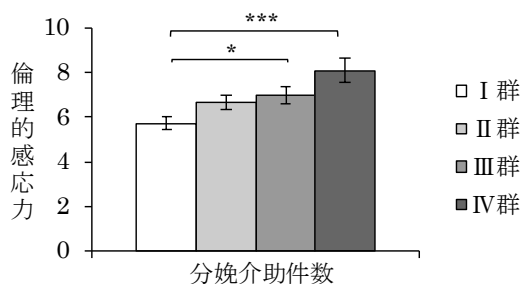


$F(3, 108) = 22.7$

一元配置分散分析 (Holm法)

*** $p < .005$ ** $p < .01$ * $p < .05$

図2 分娩介助件数とマタニティケア能力の分散分析

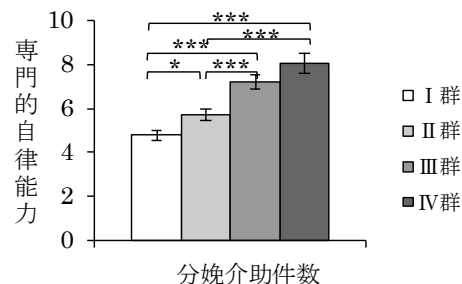


$F(3, 108) = 19.4$

一元配置分散分析 (Holm法)

*** $p < .005$ ** $p < .01$ * $p < .05$

図3 分娩介助件数と倫理的感応力の分散分析



$F(3, 108) = 22.1$

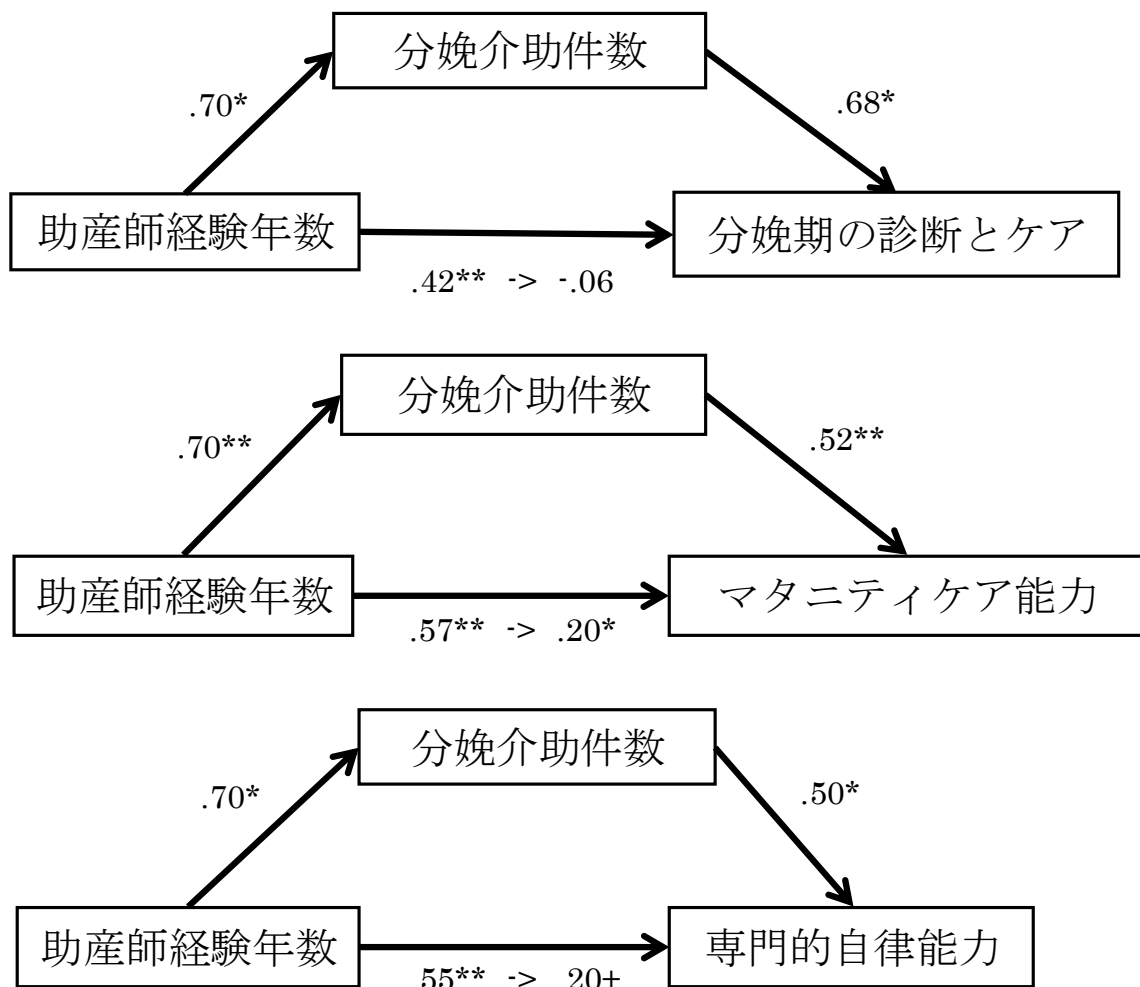
一元配置分散分析 (Holm法)

*** $p < .005$ ** $p < .01$ * $p < .05$

図4 分娩介助件数と専門的自律能力の分散分析

す影響について、分娩介助件数が媒介するかどうかを確かめるために各分野ごとに媒介分析を行った。まず、助産実践能力の各分野得点を目的変数に、助産師経験年数を説明変数にした回帰分析を行った。この結果、助産師経験年数が「倫理的感応力」を有意に予測していなかったため「倫理的感応力」は以下の媒介分析から除外した。一方、その他の助産実践能力の「分娩期の診断とケア」・「マタニティケア能力」・「専門的自律能力」は、助産師経験年数が有意に予測した（分娩期の診断とケア： $b = 0.24$, $SE = 0.05$, $t(110) = 4.79$, $p < .001$, マタニティケア能力： $b = 0.40$, $SE = 0.06$, $t(110) = 7.23$, $p < .001$, 専門的自律能力： $b = 0.38$, $SE = 0.05$, $t(110) = 6.90$, $p < .001$ ）。さらに分娩介助件数を説明変数に追加した結果、分娩介助件数は助産実践能力の各分野得点を有意に予測した（分娩期の診断とケア： $b = 0.02$, $SE = 0.00$,

$t(109) = 6.52$, $p < .001$, マタニティケア能力： $b = 0.02$, $SE = 0.00$, $t(109) = 5.30$, $p < .001$, 専門的自律能力： $b = 0.02$, $SE = 0.00$, $t(109) = 4.97$, $p < .001$ ）。一方で助産師経験年数の効果の有意確率は低下した（分娩期の診断とケア： $b = -0.04$, $SE = 0.06$, $t(109) = 0.57$, $p = .573$, マタニティケア能力： $b = -0.14$, $SE = 0.07$, $t(109) = 2.04$, $p = .044$, 専門的自律能力： $b = 0.13$, $SE = 0.07$, $t(109) = 1.94$, $p = .055$ ）。間接効果の検定（Bootstrap法, 2000回）の結果, 95%信頼区間は0を含んでおらず（分娩期の診断とケア： $(0.21, 0.38)$ マタニティケア能力： $(0.18, 0.37)$, 専門的自律能力： $(0.15, 0.36)$ ）。助産実践能力の各分野得点への分娩介助件数の有意な媒介効果が認められた。



※表示している係数は標準化係数

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$

図5 助産師経験年数が分娩介助件数を媒介して助産実践能力に及ぼす経験を示す媒介分析の結果

IV. 考 察

本研究は分娩介助件数が助産実践能力の達成度
にどう影響しているか、CLoCMiP[®]レベルⅢの認
定条件である分娩介助件数100件以上という条件
の妥当性と分娩介助件数と助産師経験年数が助産
実践能力の各分野に及ぼす影響について考察し
た。

対象者の背景として平均年齢が29.7±5.8歳、助
産師経験年数が4.1年±2.7年であった。アドバン
ス助産師取得数が10人（8.9%）と少なかったこ
とからも、対象者は助産実践能力の達成に向けて
取り組んでいる途中の段階にあると考える。

1. 分娩介助件数と助産実践能力（81項目） の関係について

ほとんどの項目で分娩介助件数が増えるに伴っ
て助産実践能力の達成度が高くなる事から助産実
践能力を上げていくには、分娩介助を行う事が重
要である。また、「さまざまな分娩体位に沿った
分娩介助ができる」の項目はほとんど相関がみら
れなかったが、「仰臥位分娩の介助ができる」の
項目は比較的強い相関がみられた。この事は、分
娩介助技術の基本である仰臥位での分娩介助を多
くの助産師が行っていると考えられる。本研究の
対象者の助産師経験年数が平均4.1年であり助産
師経験の浅い助産師は、さまざまな分娩体位での
分娩介助を経験していない事や勤務している施設
が仰臥位分娩しか行っていない等の要因も考えら
れるため、「さまざまな分娩体位に沿った分娩介
助ができる」の項目はほとんど相関がみられな
かったと考える。

2. 分娩介助件数と助産実践能力各分野の 関係について

分娩介助件数と助産実践能力の各分野ごとの積
率相関係数を求めたところ、すべての分野で正の
相関がみられた。「分娩期の診断とケア」の分野
の調査項目は、分娩介助技術に直結する項目であ
り、ほとんどの項目で相関を認めた事からも分娩
介助件数が増える事で「分娩期の診断とケア」の
達成度は高くなったと考える。

3. 分娩介助件数 4 群間の助産実践能力の 違いについて

分娩介助件数を4群に分けて助産実践能力の各
分野を一元配置分散分析を行い、分娩介助件数が
多い群の方が各平均得点は高かった。この結果か
ら分娩介助を多く経験する事で、助産実践能力の
達成度は高くなる事が言える。「分娩期の診断と
ケア」はⅠ群とⅡ群には有意な差があり、Ⅱ群と
Ⅲ群間に有意な差を認めなかった事から、分娩介
助50件で自己評価としては実践能力が達成してい
ると考える。分娩介助件数の多い群の方が平均得
点は高く、Ⅰ群とⅡ群、Ⅰ群とⅢ群、Ⅰ群とⅣ群
を比較した時に有意な差がみられる事から分娩介
助件数は50件までは助産実践能力が速やかに達成
し、その後は緩やかに達成度が高くなっていくと
考える。「分娩期の診断とケア」の「さまざまな
分娩体位に沿った分娩介助ができる」という項目
は、Ⅲ群の平均得点が高く、すべての群間に有意
な差がなかった。分娩介助件数が101～150件に
なると、仰臥位での分娩介助はある程度できるよ
うな能力まで達成しており、産婦の状態やニーズを
考慮しながらさまざまな分娩体位での分娩介助を
行えるようになると思う。分娩介助件数が100
件までの間は経験も少なく分娩介助技術も未熟で
ある。分娩介助件数が増える事で、その経験を踏
まえ学習し続ける事で助産実践能力は達成されて
いくと考える。落合ら（2015）は助産師の経験知
の形成過程の中に「技術は実践して初めて取得で
きる」と述べている。よって、分娩介助件数は助
産実践能力の達成度に必要な条件である事が言
える。「ケアを振り返る姿勢を持つ事ができる」、
と「ケアを評価するために産婦や家族が示す反応を
捉える事ができる」、の2項目はⅢ群が2番目に
平均得点が低く、Ⅱ群とⅢ群に有意な差が認めな
かった。この2項目は分娩介助件数50件までは速
やかに実践能力が達成するが、分娩介助件数が
101～150件になると一旦平均得点は低くなりそ
の後緩やかに高くなる。坂梨（1999）は、10年以
上の経験を持つ助産婦の臨床実践能力の評価はそれ
なりに高いもののそれに満足しておらず、知識・
技術の習得を目指していると述べている事から
も、分娩介助件数が100件を超えてくると更に上
の技術や助産実践能力を目指そうとする心理が働
くと考える。そして、自分が行ったケアに対しても
客観的に自己評価できるようになるため、分娩

介助件数Ⅲ群が一時的に平均得点が低く、その後分娩介助件数が増えていく事で緩やかに高くなる考えた。4群間の比較では、「分娩期の診断とケア」は、分娩介助件数が50件である程度の助産実践能力は達成し、「倫理的感応力」は分娩介助件数を多く行う事で緩やかに高くなる。そして、「マタニティケア能力」と「専門的自律能力」は分娩介助件数が100件以上ある方が助産実践能力は達成しやすい能力である。しかし、Ⅰ群とⅡ群間にも有意な差を認めている事から、助産師がまず目標にする分娩介助件数は50件で、次に100件を目標として助産実践能力の向上に努めるべきだと考える。日本看護協会（2013）は、助産実践能力の項目を「倫理的感応力」「マタニティケア能力」「専門的自律能力」と定義している。すべての項目をある程度達成してこそ助産実践能力が備わったと考えるのであれば、CLoCMiP[®]レベルⅢの認定条件の1つである分娩介助件数100件以上という数字は目標にするには妥当な数字と言える。しかし、日本看護協会がCLoCMiP[®]レベルⅢの認定条件に分娩介助件数100件以上という明確な数字を打ち出されている事から分娩介助100件を目標として助産実践能力向上のために意識して分娩介助を行い、学習を深めた事も影響として考えられる。

本研究の「倫理的感応力」の調査項目は「ケアリング実践のための自己課題を明確にできる」という調査項目1つのみであった。ここでいうケアリングとは、個人的な感覚として、責任と専心を感じるような重要な他者と慈養的（nurturing）に関わる事で、1）知る事：妊産褥婦・家族と同じように出来事を理解しようと努力する。2）共にいる事：妊産褥婦・家族にとって精神的に存在し続ける。3）誰かのために行う事：自分にするように、出来る限り他の人に何かをする。4）可能にする力をもたせる事：人生の移行期や未知の出来事を対象者が楽に通っていけるようにする事。5）信念と維持する事：意味ある事として将来に目を向けるために、対象者が出来事を終わらせたり、移行したりする能力を信じる事であると定義されていた。しかし、「ケアリング」の本来の意味が対象者によって認識にずれが生じていた事も予測された。この事から、「倫理的感応力」の助産実践能力の達成度がこのような結果になったとも考えられた。

4. 分娩介助件数および助産師経験年数と助産実践能力の達成度の関係について

助産師経験年数が助産実践能力の各分野（分娩期の診断とケア・マタニティケア能力・専門的自律能力）に及ぼす影響について、分娩介助件数は有意な媒介効果が認められたという結果から考察する。分娩は産婦によっては注意して観察するポイントや分娩経過が違う。経験から学ぶ事は多々あり、助産師として経験年数を重ね分娩介助業務に携わっていれば、おのずと助産実践能力の達成度は高くなる。谷田部（2011）も、助産経験を積む事により助産師としての自信と「これでよい」という自尊感情が高くなっていく傾向が示唆されたと述べていた。ただ、助産師経験年数があっても助産実践能力は達成せず分娩介助という経験を多く重ねる事で自信が付き、助産実践能力の各分野（分娩期の診断とケア・マタニティケア能力・専門的自律能力）の達成度に影響を与えるという事が分かった。これらの事から助産実践能力を高めていくには分娩介助件数を多く経験する事が重要であり、分娩介助件数が100件に達していない助産師は各施設で分娩介助業務ができる環境を整える事や、助産師出向支援事業などを活用して分娩介助を多く経験するべきであると考えられる。

V. 結 論

1. 助産実践能力と分娩介助件数にはすべての項目において正の相関がみられた事から、分娩介助件数を多く行う事で助産実践能力は達成していく。
2. 「分娩期の診断とケア」は、分娩介助件数がⅢ群とⅣ群間には有意差がなかった事から、分娩介助件数が50件までは速やかに達成し、それ以降は緩やかに高くなる能力である。
3. 「倫理的感応力」は、分娩介助件数がⅠ群とⅡ群間及びⅢ群とⅣ群間に有意差がなかった事から、緩やかに高くなる能力であり早期からでも達成しやすい。
4. 「マタニティケア能力」と「専門的自律能力」は、分娩介助件数がⅢ群とⅣ群間に有意な差がない事から、100件以上になると緩やかに高くなる能力である。また、Ⅰ群とⅡ群間に有意な差がある事から、まずは分娩介助件数50件を、次に分娩介助件数100件を目標とすべきだと考える。

5. 助産実践能力（分娩期の診断とケア・マタニティケア能力・専門的自律能力）の達成度には助産師経験年数そのものが直接影響を与えているのではなく、分娩介助件数を媒介する事で高くなる。

研究の限界

今回の研究の対象者は、近畿圏の病院勤務の助産師を対象としており、日本の助産師すべての助産実践能力を反映する事には限界がある。また、分娩介助件数は正確に把握していない対象者の概数での回答もあった。今後 CLoCMiP[®]レベルⅢの認定を行うため正確な分娩介助件数を自己にて把握する助産師が増えるとよりデータの信憑性が高まると考える。今回の調査はあくまでも自己評価で分娩介助件数と助産実践能力の達成度であったので、他者評価も考慮した研究を今後行う事で助産実践能力の達成度は信憑性が高くなると考える。

付 記

本研究は、2019年度聖泉大学大学院看護学研究科における修士論文の一部に加筆修正したものであり、その一部は第60回日本母性衛生学会学術集会において発表した。また、利益相反は存在しない。

謝 辞

本研究の趣旨を理解し快く協力して頂いた、調査対象施設の看護管理者の方々および調査対象者の皆様に心から感謝します。

文 献

阿部慈, 佐々木睦子. (2017): 中堅助産師のキャリア発達への思いのプロセス, 香川県学看護学雑誌, 21 (1), 1-12.
千葉朝子. (2011): 助産師の正常分娩介助技術に関する自己評価 分娩介助件数と正常分娩介助技術との関連, 国立病院看護研究学会誌, 7 (1), 44-51.
古川洋子, 岡山久代, 中野育子, 他. (2012): 新人助産師卒後研修における実践評価と課題 滋賀県助産師キャリアアップ研修新人助産師より, 滋賀母性衛生

学会誌, 12 (1), 21-27.
平澤美恵子, 松岡恵, 江角二三子, 他. (1999): 日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲, 日本助産学会誌, 12 (2), 74-84.
井上松代, 玉木清子, 西平朋子, 他. (2003): 助産師の実践能力に関する自己評価, 母性衛生44 (1), 57-63.
公益社団法人日本看護協会. (2013): 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド, 日本看護協会出版会.
厚生労働省. (2017): 厚生労働省ホームページ, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html>, [検索日2019年1月4日].
正岡経子, 丸山知子. (2009): 経験年数10年以上の助産師の産婦ケアにおける経験と重要な着目情報の関連, 日本助産学会, 23 (1), 16-25.
正岡経子, 丸山知子, 林佳子, 他. (2015): 助産師が獲得した経験知と妊産婦ケア経験との関連, 日本助産学会誌 28 (3).
森敏明, 吉田寿夫. (1990): 心理学のためのデータ解析テクニカルブック, 214-232, 北大路書房, 京都.
落合めぐ美, 加納尚美. (2015): 分娩期ケアにおける助産師の経験知の形成過程とその構造, 20, 25-35.
坂梨薫. (1999): 病院における助産婦活動に関する調査—助産婦の実践能力評価—, 長崎医療技術短期大学部紀要, 12, 83-90.
社会法人日本看護協会. (2007): 医療機関における助産ケアの質評価—自己点検のための評価基準—第2版, 8-9.
清水裕士. (2016): フリーの総計分析ソフト HAD 昨日の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案 メディア・情報・コミュニケーション研究, 1, 59, 73.
田中利枝, 岩田朋美, 和智志げみ, 他. (2013): 卒後教育における助産師の助産実践能力の育成に関する国内研究の動向と課題, 三重県立看護大学紀要, 17, 81-88.
谷田部仁子. (2011): 助産師の専門性に影響を与える要因—分娩期ケアの実践能力に焦点をあてて, 母性衛生, 51 (4), 1-10.
高橋真理, 鳥袋香子. (2005): 分娩期ケアにおける助産師の Self-Efficacy, 母性衛生, 46 (2), 365-373.
渡辺竹美. (2011): 分娩第1期の進行を判断する助産師の経験的知識の可視化, 日本母性看護学会誌, 11 (1), 1-9.

山崎由美子. (2009) : 病院や診療所に勤務する助産師の専門職としての自律性—分娩期の実践能力および医療過誤に対する姿勢との関連—, 母性衛生学, 50 (1), 201-209.

