

島根県立大学出雲キャンパス
紀要 第11巻, 49-58, 2016

A 公立短期大学助産課程修了生の助産実践能力の 自己評価と影響する要因

濱村美和子・加藤 真紀・吾郷美奈恵・別所 史恵*¹
吉川 憂子*²・坂根可奈子*²

概 要

A 県内に助産師として就職した A 公立短期大学専攻科助産学専攻の修了生（1 年課程）について助産実践能力の自己評価の現状と影響する要因について明らかにすることを目的に、無記名自記式質問紙調査を行った。49 名から回答を得（回収率 40.5%）、48 名を分析対象とした。

厚生労働省の「助産師の卒業時の到達目標と到達度」を用いた助産実践能力の自己評価の得点が高かったのは「母子の命の尊重」1.98（± .51）、「産褥期の診断とケア」1.88（± .50）、「出産・育児期の家族ケア」1.86（± .62）で、低かったのは「ライフステージ各期の性・生殖のケア」0.80（± .52）、「助産業務管理」0.93（± .61）、「地域母子保健におけるケア」1.14（± .52）であった。また、多重ロジスティック回帰分析の結果、助産師実践能力の自己評価は、病床数が少ない（ $p < .05$ ）、配偶者がある（ $p < .01$ ）が有意に影響し、勤務年数、家族の形態、出産経験、看護師クリニカルラダー制度の影響は認めなかった。

キーワード：助産実践能力、助産課程修了生、キャリア形成、短期大学

I. 緒 言

産科医療を取り巻く環境は少子化の進行や医療の高度化・複雑化とともに、ハイリスク妊娠・分娩の増加、産婦人科・小児科医不足などにより年々厳しくなっている。また助産師に期待される役割は先進生殖医療や地域保健活動、助産外来など拡大しつつある。これらを背景に、自律的に対応できる助産実践能力を備えた質の高い助産師の育成が求められている。助産師を養成するには、卒業後キャリア形成を視野に将来を見据えた長期的な視点をもって検討することが

重要である。

A 公立短期大学専攻科助産学専攻は看護学部
の設置に伴い、平成 26 年度に短期大学部専攻科
（公衆衛生看護学、助産学）を廃止し、A 公立大
学別科助産学専攻を設置した。A 公立短期大学
専攻科助産学専攻は平成 10 年 4 月に第 1 期生
を迎え、平成 27 年 3 月に最後の修了生を送り出
すまでの間、260 名あまりの助産師を輩出した。
また、公立の短期大学として県内就職を支援し、
地域志向の高い学生が多いことから、6～7
割が A 県内で就職をしている。この間、認定専
攻科の設置、養成数の増加など、学生や地域の
ニーズに応じてきた。また、教育水準の向上を
模索しながらカリキュラムを変更してきた。

本研究の目的は、A 県内に助産師として就職

*¹ 出雲市民病院 *² 島根大学医学部看護学科

したA公立短期大学専攻科助産学専攻の修了生(1年課程)について助産実践能力の自己評価の現状と影響する要因について明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 対象

A公立短期大学専攻科助産学専攻(以下助産課程)を平成10～25年度に修了し、A県内の病産院に助産師として就業している121名を対象とした。

2. 調査期間

平成26年10月2日～11月10日である。

3. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙調査法で行ない、対象者個々に、返信用封筒を用いて回答を求めた。依頼文書、質問紙、返信用封筒の配布は、対象が所属する施設の看護代表者に依頼した。

4. 調査内容

施設と対象者の属性は、中山ら(中山, 2010)の作成した「施設基本調票」と「基本調査項目」、三島(三島, 2011)らの調査内容を参考に作成し、対象の勤務年数や家族形態等の背景、助産実践

能力の自己評価、キャリア形成に影響する要因である。

助産実践能力の自己評価は、表1に示した厚生労働省「助産師の卒業時の到達目標と到達度」(厚生労働省, 2008)を使用した85項目(9領域, 17項目)である。自己評価は、85の各項目が「自信を持ってできる」(3点), 「まあまあ自信を持ってできる」(2点), 「あまり自信がない」(1点), 「自信がない」(0点)の4段階で回答を求め、自己評価得点を算出した(最高3点, 最低0点)。

5. 分析方法

助産実践能力の自己評価得点は9領域毎の記述統計量の他、質的変数との関係について、Mann-Whitney検定またはKruskal Wallis検定を行った。また、助産実践能力の自己評価得点を平均値よりも高い得点(高得点群)と、低い得点(低得点群)の2群に分け、各要因の数値得点をt検定またはクロス集計後の χ^2 検定、Fisherの直接法を用いて比較した。

助産実践能力の自己評価の高得点群と低得点群を従属変数とする尤度比(変数増加法・変数減少法)による二項ロジスティック回帰分析を行った。ロジスティック回帰分析は、t検定または χ^2 検定、多重比較で有意差の認められた要因について、多重共線性を避けるため

表1 助産実践能力の自己評価の領域別項目

領域(9)	項目(17)
母子の命の尊重	母子の命の尊重
妊娠期の診断とケア	妊婦と家族の健康状態に関する診断とケア 出生前診断に関わる支援
分娩期の診断とケア	正常分べん 異常状態
産褥期の診断とケア	じよく婦の診断とケア 新生児の診断とケア ハイリスク母子のケア
出産・育児期の家族ケア	出産・育児期の家族ケア
地域母子保健におけるケア	地域母子保健におけるケア
助産業務管理	法的規定 周産期医療システムと助産
ライフステージ各期の性と生殖のケア (マタニティステージを除く)	思春期の男女への支援 女性とパートナーに対する支援 不妊の悩みを持つ女性と家族に対する支援 中高年女性に対する支援
助産師としてのアイデンティティの形成	助産師としてのアイデンティティの形成

に Spearman の相関分析を行い、結果を踏まえて独立変数を抽出し、必要な項目についてはダミー化を行った。

統計処理には統計解析ソフト SPSS version 18 for Windows (IBM 社製) を使用し統計学的有意水準は 5% とした。

Ⅲ. 倫理的配慮

対象には、研究の目的や方法とともに、調査は無記名で行い、データは統計学的に処理し個人が特定されることはなく、研究成果を関連学会・論文等で公表することを文書で説明し、自由意思による協力を求めた。また、調査用紙の返信をもって研究協りに同意が得られたとすることを明記した。

調査に先だち、対象が所属する施設に、研究目的や方法等を文書と口頭で説明し、調査用紙等の配布を依頼した。

なお、本研究は島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 101)。

Ⅳ. 結 果

1. 対象者の背景

調査用紙は、研究協力が得られた 22 施設に助産師として勤務している 121 名を対象とし、49 名から回答を得た(回収率 40.5%)。そのうち、無記入の 1 名を除いた 48 名の有効回答(有効回答率 98.0%)を分析対象とした。

対象の背景を表 2 に示した。現職場での経験年数(平均±標準偏差)は 4.79 (± 3.83) 年で、スタッフが 93.7% を占めていた。また、看護師、助産師を合わせた勤務年数合計の内訳は 1～5 年が 24 名(50.0%) を占めていた。勤務する産院の病床数は、200 床未満が 14 名(29.2%)、200 床から 399 床が 10 名(20.8%)、400 床以上が 24 名(50.0%)であった。

2. 助産実践能力の自己評価得点

助産実践能力の自己評価得点の領域別平均値(±標準偏差)、中央値(四分位範囲)を表 3 に示した。領域全体の得点は、1.51 (± .47) であった。

表 2 対象者の背景

		n=48	
項 目		n	(%)
現職場での経験年数 mean(±SD)		4.79 (±3.83)	
役職	看護師長・課長	1	(2.1)
	副看護師長	1	(2.1)
	スタッフ	45	(93.7)
	その他	1	(2.1)
取得免許 (複数回答)	看護師	48	(100.0)
	助産師	48	(100.0)
	保健師	5	(10.4)
	その他	1	(2.1)
現在の勤務部署	産婦人科病棟	36	(75.0)
	外来	1	(2.1)
	小児科病棟	1	(2.1)
	混合病棟	8	(16.7)
	院内助産	2	(4.2)
	現在までの経験部署 (複数回答)	産婦人科病棟	3
外科系病棟	2	(4.2)	
内科系病棟	1	(2.1)	
産婦人科病棟	15	(31.3)	
ICU・CCU	2	(4.2)	
小児科	4	(8.4)	
救急外来	1	(2.1)	
訪問看護	1	(2.1)	
混合病棟	6	(12.6)	
その他	8	(16.7)	

最も高かったのは「母子の命の尊重」1.98 (± .51) で、「産褥期の診断とケア」1.88 (± .50)、「出産・育児期の家族ケア」1.86 (± .62) であった。低かったのは「ライフステージ各期の性・生殖のケア」0.80 (± .52)、「助産業務管理」0.93 (± .61)、「地域母子保健におけるケア」1.14 (± .52) であった(表 3)。

職場の環境と対象の背景による助産実践能力の自己評価得点の平均値(±標準偏差)、中央値(四分位範囲)を表 4 に示した。職場の環境として、病床数が少ないほど($p = .017$)、看護師のクリニカルラダー制度なし群が($p = .019$)、有意に高かった。また、新人の時のプリセプターシップや施設が整えている体制としての相談窓口、組合、保育所では有意な差は認められなかった。一方、対象の背景として、勤務年数によって助産実践能力の自己評価に有意($p = .004$)な差があり、11～15 年までは勤務年数が長いほど高くなっていたが、16 年以上は 11～15 年までより低かった。保健師免許の有無や退職経験で差はなく、配偶者あり($p = .001$)、同居家族あり($p = .009$)、出産経験あり($p = .006$)が有意に高かった。

3. キャリア形成・阻害要因

キャリア形成要因と阻害要因を助産実践力の自己評価の高得点群と低得点群で比較し表 5 に

表3 助産実践能力の領域別自己評価得点

領域	mean	SD	n=48	
			median	4分位 範囲
母子の命の尊重	1.98	± 0.51	2.00	0.52
妊娠期の診断とケア	1.75	± 0.35	1.70	0.50
分娩期の診断とケア	1.60	± 0.46	1.50	0.78
産褥期の診断とケア	1.88	± 0.50	1.80	0.50
出産・育児期の家族ケア	1.86	± 0.62	1.90	0.70
地域母子保健におけるケア	1.14	± 0.52	1.00	0.70
助産業務管理	0.93	± 0.61	1.00	1.00
ライフステージ各期の性と生殖のケア (マタニティステージを除く)	0.80	± 0.52	1.00	0.90
助産師としてのアイデンティティの形成	1.31	± 0.72	1.00	1.00
全体	1.51	± 0.47	1.51	0.50

表4 職場の環境と対象の背景による助産実践能力の自己評価得点

項目	n (%)	mean ± SD	median	4分位 範囲	p値	有意差
職場の環境						
病産院 病床数	200床未満	14 (29.2)	1.71 ± 0.3	1.67	0.56	.017 * * 1)
	200~399床	10 (20.8)	1.52 ± 0.4	1.62	0.50	
	400床以上	24 (50.0)	1.39 ± 0.5	1.29	0.44	
新人の時のプリセプターシップ	受けた	43 (89.6)	1.51 ± 0.5	1.48	0.51	.88 n.s. 2)
	受けていない	5 (10.4)	1.50 ± 0.3	1.55	0.51	
クリニカルラダー制度	あり	35 (74.5)	1.43 ± 0.5	1.39	0.51	.019 * 2)
	なし	12 (25.5)	1.71 ± 0.3	1.56	0.54	
施設が整えている体制	相談窓口あり	31 (64.6)	1.45 ± 0.5	1.39	0.42	.07 n.s. 2)
	なし	17 (35.4)	1.63 ± 0.4	1.62	0.54	
	組合あり	35 (72.9)	1.45 ± 0.5	1.39	0.48	
	なし	13 (27.1)	1.67 ± 0.3	1.56	0.47	
	保育所あり	32 (66.7)	1.46 ± 0.5	1.44	0.46	
なし	16 (33.3)	1.62 ± 0.4	1.6	0.55	.86 n.s. 2)	
対象の背景						
取得免許 (助産師・看護師の他)	保健師なし	43 (89.6)	1.52 ± 0.4	1.51	0.46	.69 n.s. 2)
	保健師あり	5 (10.4)	1.37 ± 0.7	1.36	1.37	
勤務年数 (助産師経験+看護師経験)	1~5年	24 (50.0)	1.31 ± 0.40	1.00	1.00	.004 * * 1)
	6~10年	6 (12.5)	1.50 ± 0.3	1.50	1.00	
	11~15年	11 (22.9)	1.93 ± 0.6	2.00	0.00	
	16年以上	7 (14.6)	1.56 ± 0.2	2.00	1.00	
退職経験	あり	24 (50.0)	1.54 ± 0.4	1.53	0.55	.275 n.s. 2)
	なし	21 (43.8)	1.47 ± 0.6	1.36	0.60	
配偶者の有無	配偶者あり	24 (50.0)	1.72 ± 0.4	1.6	0.43	.001 * * 2)
	なし	24 (50.0)	1.30 ± 0.4	1.26	0.54	
家族の形態	一人暮らし	16 (33.3)	1.29 ± 0.4	1.27	0.41	.009 * * 2)
	同居家族あり	32 (66.7)	1.62 ± 0.5	1.57	0.43	
出産経験	あり	21 (43.8)	1.71 ± 0.5	1.58	0.45	.006 * * 2)
	なし	27 (56.2)	1.35 ± 0.4	1.28	0.56	

* p<.05 * * p<.01

1) Kruskal Wallis 検定 2) Mann-Whitney 検定

表5 キャリア形成・阻害要因認識と助産実践力の自己評価との関連性

	全体				高得点群				低得点群			
	あり/はい		なし/いいえ		あり/はい		なし/いいえ		あり/はい		なし/いいえ	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
キャリア形成促進要因												
クリニカルラダーの制度	8	(16.7)	40	(83.3)	1	(4.3)	22	(95.7)	7	(28.0)	18	(72.0) *
キャリア支援に関する施設内の教育・研修	12	(25.0)	36	(75.0)	8	(34.8)	15	(65.2)	4	(16.0)	21	(84.0)
キャリアアップのために、協力してくれる職場の同僚や先輩看護師の人間関係	26	(54.2)	22	(45.8)	11	(47.8)	12	(52.2)	15	(60.0)	10	(40.0)
やりたいことが専門的に実践したり学べる部署への配属	8	(16.7)	40	(83.3)	5	(21.7)	18	(78.3)	3	(12.0)	22	(88.0)
給料や役職はかわらず、働きながらも施設外に、長期間学べる環境・制度	4	(8.3)	44	(91.7)	3	(13.0)	20	(87.0)	1	(4.0)	24	(96.0)
病院からのキャリアアップのための資金援助・助成	7	(14.6)	41	(85.4)	4	(17.4)	19	(82.6)	3	(12.0)	22	(88.0)
卒業した大学とのつながりによる支援	5	(10.4)	43	(89.6)	3	(13.0)	20	(87.0)	2	(8.0)	23	(92.0)
家族の十分なサポートがあること	18	(37.5)	30	(62.5)	8	(34.8)	15	(65.2)	10	(40.0)	15	(60.0)
キャリア形成阻害要因												
クリニカルラダーの制度	2	(4.3)	44	(95.7)	1	(4.3)	22	(95.7)	1	(4.3)	22	(95.7)
キャリアアップに協力してくれるような職場の風土がない	1	(2.2)	45	(97.8)	0	(0.0)	23	(100.0)	1	(4.3)	22	(95.7)
キャリア支援に関する施設内の教育・研修制度がない	6	(13.0)	40	(87.0)	3	(13.0)	20	(87.0)	3	(13.0)	20	(87.0)
希望しない部署や専門分野に配属されているため、やりがいを感じない	2	(4.3)	44	(95.7)	2	(8.7)	21	(91.3)	0	(0.0)	23	(100.0)
自分が学ぶことにお金をかける経済的な余裕がない	11	(23.9)	35	(76.1)	5	(21.7)	18	(78.3)	6	(26.1)	17	(73.9)
職場からの経済的な支援がない	14	(30.4)	32	(69.6)	5	(21.7)	18	(78.3)	9	(39.1)	14	(60.9)
仕事に手一杯で、学ぶための時間的な余裕がない	29	(63.0)	17	(37.0)	15	(65.2)	8	(34.8)	14	(60.9)	9	(39.1)
家族の十分なサポートが得られない	2	(4.3)	44	(95.7)	2	(8.7)	21	(91.3)	0	(0.0)	23	(100.0)
キャリアアップしたいと感じていない(現状のままよい)	6	(13.0)	40	(87.0)	3	(13.0)	20	(87.0)	3	(13.0)	20	(87.0)

1) χ^2 検定 2) Fisher の直接法(片側) * $p < .05$

示した。キャリア形成要因は、「協力してくれる職場の同僚や先輩看護師の人間関係」26名(54.2%),「家族の十分なサポートがあること」18名(37.5%),「キャリア支援に関する施設内の教育・研修」12名(25%)があり／はいと回答していた。キャリア阻害要因は、「仕事に手一杯で、学ぶための時間的な余裕がない」29名(63.0%),「職場からの経済的な支援がない」14名(30.4%),「自分が学ぶことにお金をかける経済的な余裕がない」11名(23.9%)があり／はいと回答していた。また、助産実践能力の自己評価が高得点群と低得点群で比較すると、低得点群に看護師の「クリニカルラダーの制度」なし／いいえと回答した者が有意($p = .032$)に多く、他の要因では有意な差は認めなかった。

4. 助産実践能力自己評価に影響する要因

尤度比(変数増加法・減数法)による多重ロジスティック回帰分析の結果を表6に示した。助産師実践能力の自己評価は、病床数が少ない($p < .05$)、配偶者がある($p < .01$)が有意に影響していた。

多重ロジスティック回帰分析を行うに際し、助産実践能力自己評価に影響すると思われる要因は、 t 検定、または χ^2 検定、多重比較の結果から、勤務年数、病床数、配偶者の有無、家族の形態、出産経験、看護師クリニカルラダー制度が有ることの6項目を抽出した。6項目の多重共線性を避けるためにSpearmanの順位相関分

析を用い、各要因間の相関を検討した結果、強い相関を示す項目がないことが確認できた。モデル χ^2 検定の結果は $p < .01$ で有意であり、各変数も有意($p < .03, .005$)であった。ホスマー・レメショーの検定結果は $p = .599$ で良好であったが、判別率的中率は72.9%でやや低かった。実測値に対して予測値が ± 3 標準偏差を越えるような外れ値は存在しなかった。

V. 考 察

1. 助産実践能力の自己評価の高かった領域

助産実践能力の自己評価が最も高かった「母子の命の尊重」は、母体の意味の理解とその保護、子ども・胎児の権利の擁護など、助産における倫理的課題に対応する能力である。生命の始まりに直接関わる仕事に従事している助産師としての倫理的実践は、不妊治療や出生前診断、合併症治療、分娩様式、母乳育児など様々な場面で専門職として携わることが多い。それらは病気ではないがゆえに、女性自身、そのパートナー・家族の意志決定の自由度が広く、合併症の治療時も含めば常に倫理的課題に対峙せざるを得ない状況にある。このように倫理的実践は、支援にあたる助産師にとってすべての基礎となり常に意識せざるを得ない最も重要な実践力である(我部山, 2010)。中尾ら(中尾, 2005)、(篠原, 2011)は、「助産師の倫理的問題に対する認識」は職業キャリアと関連し向上すると報告してい

表6 助産実践能力の自己評価に影響する要因

	偏回帰 係数	p値	有意差	オッズ比	オッズ比の95% 信頼区間	
					下限	上限
病床数 1:~199 2:200~399 3:400~	-0.911	.03	*	0.402	0.176	0.916
配偶者 0:なし 1:あり	1.945	.005	**	6.995	1.786	27.395
定数	0.957	.353		2.603		
モデル χ^2 検定 $p < 0.01$				判別率的中率72.9%		
Hosmer と Lemeshow の検定 $p = 0.599$						

多重ロジスティック回帰分析(変数増加・減少法:尤度比) * $p < .05$ ** $p < .01$

方程式中に入らない変数		スコア	p値
家族形態 0:なし 1:あり		0.274	.601
勤務年数		3.228	.072
出産経験 0:なし 1:あり		0.259	.611
看護師クリニカルラダー 0:なし 1:あり		0.425	.514

る。本研究の結果においても、修了生が職業キャリアとともに助産師としての倫理的実践力を高く保っていることが推測された。

次いで高かった「産褥期の診断とケア」は、褥婦・新生児の診断とケア、ハイリスクの母子のケアを評価し、「出産・育児期の家族ケア」は、新生児を迎えた生活環境や生活背景のアセスメント、家族間の人間関係のアセスメント、地域社会の資源や機関を活用などの支援の能力などを評価するものである。「産褥期の診断とケア」がフィジカルアセスメントとそのケアを主な内容とするのに対し、「出産・育児期の家族ケア」は褥婦を取り巻く環境、社会などのアセスメントとそのケアの一面がある。「産褥期の診断とケア」「出産・育児期の家族ケア」は表裏一体で合わせて実践していくことが重要である。分娩目的で入院した産婦の場合、分娩期は半日程度であるが、分娩後から退院までは産褥期となる。施設にもよるが3～6日程の入院期間となることが多い。対応する助産師も産褥期の関わりが一番長く時間を費やすものと考えられる。また、分娩期と違い緊急対応は少なく、助産技術実施について緊張を強いられる場面も比較的少ない。関わる機会が多ければ多くの経験を積むことが可能であり、授乳についての判断などは大変難しいものの、実践経験の量的な多さにより実践力が培われ、自己評価も高くなっているのではないかと思われた。

助産実践能力の自己評価が低かったのは「ライフステージ各期の性・生殖のケア」、「助産業務管理」、「地域母子保健におけるケア」である。「ライフステージ各期の性・生殖のケア」は、思春期、パートナーとの関係、不妊症と家族、中高年女性に対するケアを中心とする項目である。「地域母子保健におけるケア」は、消費者グループのネットワークへの参加とグループ支援等が含まれる項目である。今回の対象は、病院の産婦人科病棟、混合病棟で勤務する助産師が多かった。そのため、外来勤務や開業の助産師に比べて地域母子保健に関わる機会は少ない。また、マタニティサイクル以外の女性の性と生殖に関するケアが助産師業務であることの認識が高まっているが病院で実践されない現状があ

る(鈴木, 2002)。一方、「助産業務管理」については管理職にある助産師は2名(4.2%)であったことから、業務として携わっていないことが影響していると思われた。

これらのことから、助産実践能力の自己評価は日常業務として実施している領域の能力は得点が高く、これまでと同様の結果であった(谷田部, 2011)、(石引, 2013)。また、看護師・助産師の業務に関連した学習行動が看護実践能力の向上を促進することは明らかであり(上村, 2011)、特に「実践を通じた学習」が実践力の向上に寄与することを述べている。改めて、助産実践能力は業務経験の中で修得できたことが確認できた。

また、A短期大学の助産教育修了時の到達レベルで高得点であったのは、「母子の命の尊重」、「出産・育児期の家族ケア」、「産褥期の診断とケア」で、下位は「地域母子保健におけるケア」、「助産業務管理」、「ライフステージ各期の性・生殖のケア」の順であった(島根県立短期大学部出雲キャンパス, 2011)。この結果は、今回のA県内の病産院で助産師として就業している者の結果と同様であった。しかし、卒業時に学生自身が認識する看護実践能力においてできると感じにくい項目は、卒後の臨床実践においても発揮されにくいと報告されており(加藤, 2015)臨床で経験が積みにくい領域の実践能力をいかに引き上げていくのが課題である。

2. 助産実践能力の自己評価へ影響する要因

助産師の助産実践能力自己評価に影響する要因は、ロジスティック回帰分析の結果、職場の環境としての病床数と、個人の背景としての有配偶者であることの2項目であった。

職場の環境としての病床数が400床以上の病院に勤める助産師の助産実践能力の自己評価が低かった。病院における看護実践能力の看護管理者による評価において、病床数により評価に差があり、400床以上で評価が低い傾向がある(加藤ら, 2015)。実践力は求めるレベルの設定によって実践力評価の判断が異なり、病床規模が大きく、より急性期の患者を対象とする病院では看護の実践力が高く求められていることが

示唆されている。本研究においても、大規模病院ほどハイリスクの妊産褥婦などの対象者に関わっていると考えられ、そこで求められる助産実践能力も緊急性や複雑性が大きいことが自己評価に影響したことが推測された。

個人の背景としての有配偶者が助産実践能力の自己評価は高く、約7倍の良い影響を与えていた。背景として、夫の家事実施状況や、精神的に仕事と家庭の両立の応援をしてくれることが就業継続に繋がっていると考えられた(北川, 2002)。また、助産師の能力開発に有効な事柄のひとつとして「ライフイベントのクリア」があり、結婚・出産・育児のライフタスクをうまくクリアし、その経験から安定感や充実感を持ち(竹崎, 2015)、パートナーを通して近隣者とネットワークの拡大があると報告されている(木村, 2002, 2003)。今回の対象の半数は助産師としての臨床経験が5年未満であったが、ワークライフバランスの影響が顕在化しやすい年代であることが推察された。

VI. 結 論

A県内に助産師として就職したA公立短期大学専攻科助産学専攻の修了生について助産実践能力の自己評価の現状と影響する要因について検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 厚生労働省の「助産師の卒業時の到達目標と到達度」を用いた助産実践能力の自己評価の得点が高かったのは「母子の命の尊重」1.98 (± .51), 「産褥期の診断とケア」1.88 (± .50), 「出産・育児期の家族ケア」1.86 (± .62)で、低かったのは「ライフステージ各期の性・生殖のケア」0.80 (± .52), 「助産業務管理」0.93 (± .61), 「地域母子保健におけるケア」1.14 (± .52)であった。
2. 多重ロジスティック回帰分析の結果、助産師実践能力の自己評価は、病床数が少ない($p < .05$), 配偶者がある($p < .01$)が有意に影響し、勤務年数、家族の形態、出産経験、看護師クリニカルラダー制度の影響は認めなかった。

謝 辞

本研究の調査にご協力くださいました対象の病産院の看護の代表者皆様、看護管理者の皆様、助産師の皆様にご心より感謝申し上げます。なお、本研究は平成25～27年度島根県立大学特別研究費の助成を受けて実施したものであり、本稿の一部は第26回日本医学看護学教育学会学術集会にて発表した。

文 献

- 我部山キヨ子, 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.
- 加藤真紀, 坂根可奈子, 別所史恵他 (2015): A公立短期大学看護師養成課程卒業生・専攻科修了生の病院における看護実践能力に関する看護管理者の評価, 島根県立大学出雲キャンパス紀要, 10, 25-32.
- 石引かずみ, 長岡由起子, 加納尚美 (2013): 助産師の産科医師との協働に関する研究, 日本助産学会誌, 27 (1), 60-71.
- 木村千里, 松岡恵, 平澤美恵子 (2002): 病院勤務助産師のキャリア開発に関する研究—能力開発に焦点を当てて—, 日本助産学会誌, 16 (1), 5-14.
- 木村千里, 松岡恵, 平澤恵美子他 (2003): 病院勤務助産師のキャリア開発に関する研究—停滞とその打破に焦点を当てて—, 日本助産学会誌, 16 (2), 69-78.
- 北川良子 (2010): 助産師の出産・育児と就業継続の関連—就業継続に状況に焦点を当てて—, 日本助産学会誌, 24 (2), 345-357.
- 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, 2016-08-23, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001316y-att/2r985200000131al.pdf>
- 三島三代子, 吾郷美奈恵, 石橋照子他 (2011): 病院に勤務する看護職の職業継続の実態と影響要因, 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 5, 37-46.

- 中尾久子, 長川トミエ, 大林雅之他 (2005) : 倫理的問題に対する助産師の認識に関する研究, 九州大学医学部保健学科紀要, 5, 55-64.
- 中山洋子, 工藤真由美, 石原昌他 (2010) : 看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究 - 臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断調査 -, 日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤研究 (A)) 報告書.
- 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス (2011) : 助産師学生修了時の到達目標, 平成22年度年報, 74-77.
- 篠原良子 (2011) : 日本における助産師の職務行動への影響, 医療保健学研究, 2, 66-77.
- 鈴木美恵子 (2002) : 病院等施設における助産婦の業務に関する研究, 2016-08-20, <https://www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1999/h1107004.pdf>.
- 竹崎滯, 我部山キヨ子 (2015) : 助産師の出産経験が助産ケアに与える影響 - 出産経験のある助産師の主観的評価を通して -, 第44回日本女性心身医学学会学術集会, 20 (1), 79.
- 谷田部仁子 (2011) : 所産師の専門生に影響する要因 - 分娩期ケアの実践能力に焦点をあてて -, 母性衛生, 51 (4), 586-593.
- 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・災害看護医学会会誌, 64 (2), 88-92.

The Self - Evaluations of Midwife's Clinical Competency and The Impact Factor of Public Junior College Midwifery Programs Graduates

Miwako HAMAMURA, Maki KATO, Minae AGO,
Fumie BESSHO^{*1}, Yuko KIKKAWA^{*2} and Kanako SAKANE^{*2}

Key Words and Phrases : Midwife's Clinical Competency, Midwifery Programs Graduates, Deveropment of Careers, Junior college

^{*1}Izumo Citizens Hospital

^{*2}Shimane University School of Nursing