

少子社会における助産師の新たな役割と教育上の課題に関する研究

山内葉月

A study on a prospective role of midwives and the improvement of the midwifery education in the low-birthrate society

Hazuki Yamauchi

In a rapid tide of low-birthrate, safe and easy childbirth is strongly required. On the other hand, the lack or mal-distribution of obstetrician and illegal execution of the midwife's jobs by registered nurses became issues. These new social trend throw a new light on the status of midwives who have an ability to cope with a normal delivery independently.

Midwife is essentially qualified personnel who have special ability to deal with a normal parturition. That's what should be reconsidered now. The analysis of this social trend will elucidate the contemporary role of midwives and educational assignment. This is the aim of the study.

The parturition at home with an aid of a midwife was originally done as one of activities in a daily life. However, it is gradually replaced by the medical facility with development of medical science. This narrowed the professional conducts of midwives and deprived her of giving a sophisticated care to pregnant women. In addition, the recent midwifery education is given dominantly by a four-year college where nursing education is carried out together. Thus, the midwifery education went into a tight curriculum. Securing the training hospital is very difficult because of the reduced birthrate and several other factors. All of these consequently, limited the number of students who took the midwifery course.

Our government recently publicized the enforcement of midwifery education. In order to foster high-quality midwives that are asked nowadays, the prolongation of the education and the increase in the number of able teaching staffs are urgent issues.

I. はじめに

少子化が急速に進展するなかで、周産期医療の発達とともに安全で安楽なお産を求める声はますます高まっている。一方では、産科医師の不足・偏在の問題や、主体性のある出産を望む女性の増加など、助産師を取り巻く社会環境の変化は目覚ましい。特に、産科医師不在の地域で「お産難民」

という言葉さえ聞かれるようになった周産期医療の問題は、看護師による助産師業務違反の問題とともに、人々の目を自らの判断で正常分娩を取り扱うことができる助産師に向かわせることとなった。これまで、どちらかといえば地味なイメージを持たれがちであった助産師の役割が、ここにきて新たな期待とともに俄かに注目を集めている。本来、正常分娩の取扱いは助産師の独占業務と

して位置づけられているものである。それが今、なぜ改めて新たな課題として浮上してきたのか。見えてきた助産師不足・偏在の問題とともに従来の助産師の社会的役割及び今日的役割を分析することにより、助産師に求められている新たな課題、併せて社会の求めに応え得る能力を身につけた助産師の育成、教育上の課題について明らかにしたい。

II. 助産師の社会的役割の変遷

1. 第二次世界大戦以前の助産師とその役割

助産師の位置づけは、歴史のなかで時代や社会的背景によって変遷してきた。助産師の職業としての端緒は、江戸時代に民間伝承的介助人に相当する産婆が存在したことに見ることができる。職業的確立の始動期は明治時代であり、独立営業の形で本格的な発展がみられる。他の看護職、即ち保健師、看護師に比べて最も早い時代に専門職として確立した。

明治7 (1874) 年に出された医制により、業務内容が初めて規制され、産婆は免状制となり、産科医との区別が明確化され、具体的な業務内容が示された。明治32 (1899) 年の産婆規則制定により、産婆に関する初の法律が誕生した。産婆は試験に合格し名簿に登録を受けた者とされ、身分や業務が明確にされた。

明治5 (1872) 年当時のわが国の人口は3,480万人、明治43 (1910) 年には4,920万人であった。母子衛生の状況は悪く、乳児死亡率、新生児死亡率、妊産婦死亡率、死産率も格段に高い時代であった。

当時の産婆は、妊産婦に対して産院や妊産婦相談所及び乳幼児健康相談所で相談活動を行い、また、巡回産婆事業を行った。産婆はこれらの活動を通して、乳児死亡の減少を目的としていた母子保健活動の開始に大きく貢献した。

明治45 (1912) 年には私立産婆学校産婆講習所指定規則が定められ、現在の看護職のなかでは最

も早い時期に免許および教育制度が開始された。当時は実地に強い産婆教育が目指された。

大正時代は人口増加政策で出生率も上昇し、大正11 (1922) 年の人口は5,974万人であった。しかし、母子保健の指標である乳児死亡、新生児死亡、妊産婦死亡はいずれもなお高率であった。

この時代は、産婆職に巡回看護や保健指導等の公衆衛生的活動の広がりが見られ、業務の拡大時期であったといえる。巡回看護は、第一次世界大戦後の経済発展の結果貧民が増加したこと、更に、大正12 (1923) 年の関東大震災を契機に開始された。健康相談や巡回看護は産婆が中心となり、妊産婦及び乳児の保護、衛生に関する指導面で重要な役割を果たした。

乳児や妊産婦を訪問し、家庭の状況、既往歴、栄養方法等を調べ、無料出産介助や相談・指導等を積極的に実施した巡回産婆の活動は、社会事業への参画、また、今日の母子保健事業の先駆として評価することができる。

指定学校や養成所で新しい教育を受けた産婆が増加し、大正元年の産婆数は、29,375人であったと記録されている。

昭和の戦時下は人口増加政策によって多産が奨励され、出生率は高かったと推測される。しかし、流・死産、妊娠・出産による母体死亡、乳児死亡が多く、妊産婦や乳幼児の健康診査や保健指導に力が注がれるようになった。母子保健施策は昭和12 (1937) 年に保健所法が制定されたことにより、保健所を中心として実施された。厚生省は妊産婦保健指導指針を出し、これを、当時、妊産婦診察者の9割以上を占めていた助産師に主として呼びかけて実施した。安全な妊娠・出産を支援し妊産婦死亡を減らすために、産婆は「巡回指導婦」として委嘱され、家庭を回って乳幼児の巡回指導を行い、妊産婦に対して保健知識の普及啓蒙を行った。

昭和元 (1926) 年の助産師数は44,776人であった。昭和17 (1942) 年の国民医療法制定の際に、公的に初めて産婆に代わって「助産婦」の名称が

使用された。

2. 第二次世界大戦以降の助産師とその役割

1) 第二次世界大戦終了から昭和40年頃まで：開業助産師主流の時代

第二次大戦後の昭和23（1948）年に保健婦助産婦看護婦法（平成13（2001）年、保健師助産師看護師法）が出され、助産師の定義及び業務内容が明示され、助産師教育にとっても大きな改革と位置付けることができる。この法律は保健師、助産師、看護師の三職種を、同じ目的を目指す「看護職」として括る考え方をとっており、助産師及び保健師については、その基礎として看護師の資格を有することが条件とされた。また、旧制度に比べて免許資格がレベルアップし、就業を条件としていた業務免許が資格免許に変更され終身免許となった。

助産師の定義は第3条に「助産師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。」とある。また、第30条には助産師の業務独占として、「助産師でなければ、第三条に規定する業をしてはならない。但し、医師法の規定に基づいてなす場合は、この限りでない。」と規定されている。

大戦後に出生率は上昇し、昭和22（1947）年の出生率は34.3、合計特殊出生率は4.54と、いわゆる第一次ベビーブームとなった。乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率、妊産婦死亡率などの母子衛生の指標も改善した。

当時、助産師といえば殆どが開業助産師のことを指しており、社会的な地位も高く、主体性を持って妊産婦や家族の側に立ったケアを継続的に行ってきた。昭和40年頃までは家庭分娩が主流の時代であり、助産師にとっては繁栄期といえる。昭和23（1948）年に優生保護法（平成8（1996）年、母体保護法）が制定されると、母体保護の立場から引き続いて受胎調節実地指導員の制度も創設され、家族計画の普及が助産師の業務として加わっ

た。当時の助産師教育は、公衆衛生を含む教育内容となり充実した。

2) 昭和40年代以降：施設勤務助産師主流の時代

昭和30年代から40年代にかけて、医学・医療の進歩に伴い出産の場所が家庭から病院等施設へ移行するという、助産師にとって画期的な出来事が起こった。出産場所が家庭から施設に移行することにより、助産師教育を終えた若い助産師は病院等の施設に勤務するようになった。そのために、開業助産師が漸次減少の一途を辿り、勤務助産師は漸次増加の傾向を示してきた。このように、助産師活動には家庭分娩主流から施設分娩主流という質的変換が起こり、この時期を堺に、助産師の活動形態は、少数による開業助産師活動と多数による施設勤務助産師活動とに大きく二分されることになった。

従来の開業助産師の業務内容に比べると、勤務助産師の業務内容は徐々に変化していった。勤務助産師の場合、三交替制勤務により妊・産・褥婦・新生児に対する継続ケアがしにくくなり、また、正常産であっても医師の指示のもとに働かざるを得なくなるなど、次第に助産師本来の専門職活動の主体性が乏しくなっていた。数の上で圧倒的多数を占めるようになった勤務助産師ではあったが、従来の、地域の人々の生活に密着した助産ケアは行いにくくなり、このことにより妊・産・褥婦・新生児に対する保健指導サービスが不十分となった。また、助産師自身の職務満足感が低くなり、今日までこの問題は勤務助産師が抱える問題として存続している。

一方、開業助産師は減少の一途を辿ってはいるが、20年ほど前から、ラマーズ法の普及や桶谷式乳房治療手技など、主体性のある出産や育児を希望する女性の助産ケアにおいて活躍し始めた。

今日の母子保健指標は著しく改善され、特に新生児については世界のトップレベルとなった。しかし、妊産婦死亡については、今なお改善の遅れが指摘されている。

終戦後高率であった出生率は昭和後半になり、

漸次低下した。平成元（1989）年の合計特殊出生率は1.57ショックとして新聞の一面を飾り、その後も改善は見られず、平成17（2005）年には1.25と最低を更新している。少子化の進展に歯止めが利かないまま、周産期のケアのあり方や育児支援の問題等、助産師にも新たな役割が求められるようになってきた。

Ⅲ. 社会環境の変化と新たなニーズ

少子社会に対応した今日の総合的母子保健施策（平成9年）は、①健康的な妊娠の支援、②安心できる出産の支援、③乳幼児の健全発達支援、④生涯を通じた女性の健康支援、を4本柱としている。生涯を通じた女性の健康支援は、国際人口・開発会議で提唱されたりプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を受けて施策化されたものであり、母子保健の対象者として、母性各期をこれまでより広く、思春期、成人期、妊娠時、分娩時、産褥期、授乳期以降、更年期前後と区分して捉える考え方を取っている。

国民運動計画である「健やか親子21」（平成12年）の主要課題には、①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減、が挙げられている。また、少子社会における就業と家事・育児両立支援のための子育て支援策として、エンゼルプラン（平成6年）、それに続く新エンゼルプラン（平成11年）が出され、その主要施策のひとつに「母子保健医療体制の整備」がある。

これらの施策は、国民に対する具体的なサービスの段階において助産師の役割と密接に繋がっており、少子社会における助産師役割への新たなニーズを読み取ることができる。諸施策に基づくニーズに加えて、まさに今日、産科医師不足・偏在、看護師による助産行為違反、助産師不足・偏在な

どの社会問題の浮上により、助産師への更に新たな役割ニーズが拡大してきた。

1. 産科医師不足・偏在

お産を扱う医師と病院・診療所の減少が止まらず、各地で産む場所を求めて彷徨う「お産難民」といわれる現象が出現し、社会問題となっている。母親の立場から、妊娠中に病院が閉鎖されるなど、激減する出産施設への不安を訴える声も少なくない。住んでいる地域に産婦人科がなく、妊婦は車で30分、陸路で1時間かかる隣市の産婦人科に通うという現象や、自然分娩で産むことができる健康状態であるのに、近くに分娩施設がないために誘発分娩を選ばざるを得ないという実情が訴えられている。また、単に分娩施設の減少だけでなく、妊娠中から産褥にかけての様々な問題を相談するところがないという不安も大きく、母親の不安と不満感が噴出している状況である。

日本産婦人科学会が行った周産期医療の全国調査により、お産ができる施設は全国に3,063箇所、医師は7,985人であり、産科医が予想を超えて減っていることが明らかになった（平成18年6月）。産科医減少の背景には多くの理由が考えられているが、他の診療科に比べて格段に多い医療訴訟の問題や過重労働、加えてバックアップ体制や処遇が不十分であること等が指摘されている。また、産科医の高齢化により、今後十年間で産科医の4分の1を占める60才以上の多くが退職し、30歳未満の6割を占める女性医師が結婚や出産に直面するといわれており、医師不足と労働環境悪化の悪循環はますます厳しい状況にある。

これらの問題に対して、医療資源の集約化・重点化、医療施設の機能別役割分担、産科医の労働条件・待遇改善、第三者的医療事故調査・紛争処理機能の設立など、多面的な対策を検討する必要性が叫ばれた。なかでも、産科医と助産師の連携、特に助産師が正常分娩やローリスクのケースを担当するという役割分担については早速に検討されるべき項目として強調されている¹⁾。

助産師は本来、正常分娩を独占的に自己の責任において取り扱うことができる専門職である（表1）。助産師の役割が見直されてきた今日、改めて正常分娩に対して総合的な助産ケアを、責任を持って実践することが助産師に期待されている。

表1 助産師自身の判断で行える業務

1. 正常な場合の助産
2. 正常な場合の妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導
3. 助産業務に附随する行為： 臍帯切断、洗腸、検尿、内診、 児心音聴診器・血圧計・骨盤計の使用
4. 臨時応急の手当て
5. 受胎調節実地指導（受胎調節実地指導員資格）
6. 妊娠の診断

保健師助産師看護師法条文より作成

医学的処置の少ない、助産ケアに重きを置いた出産を実践するために、病院内にローリスクの妊婦を対象とした助産師外来や助産科、あるいは院内助産所を設置し、助産師の専門性を発揮して正常分娩を中心に取り扱い施設が現れている。現在、助産師外来は全国で50箇所が存在し、開設希望もなお多い。岩手県のように、産科医の絶対数の不足により地域住民に深刻な不安が広がっている地方自治体では、県ぐるみで助産師外来に取り組み、産科医と助産師の役割分担と連携について検討している。助産師外来の定義を岩手県の例で述べると、「助産師が医師と役割分担しながら自立して、妊娠褥婦やその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うもの。」となる。また、併せて同県は、助産師外来のメリットを、「妊産婦がリラックスした雰囲気なかで、30分から60分ほどの時間を掛けて助産師による検診や保健指導、相談などを受けられるようになり、疑問の解消や心理面での安心感が高まる。」と説明している²⁾。日本看護協会は、これらの助産師外来や院内助産所の動きに対応するために、「病院・診療所における助産師の働き方」の冊子を作成・配布し、設置及び活動を支援している。

助産師は正常分娩を取り扱うが、安全確保のた

めには異常を早期に発見できる能力を持つとともに医師との協働が必須である。産婦人科医師を嘱託医に、連携救急医療施設を決めるなど、新たなシステム作りや管理体制が必要である。

医療機関内のみならず地域の助産所においても、産科医と助産師が連携することにより、助産師が正常分娩を主体的に自立して取り扱い、妊・産・褥婦・新生児の保健指導を担当し、様々な問題の予防効果に貢献するという、助産師本来の専門性を発揮することが求められる。

2. 助産師不足・偏在

平成18年8月、横浜市の病院で助産師資格のない看護師らによる内診などの助産行為が行われているとし、保健師助産師看護師法違反の疑いで神奈川県警の家宅捜索を受けたことが大きく報道された。これ以前にも、大阪府の主婦たちが、看護師・准看護師らによる違法な助産師行為によって全国で出産被害が起きている、と厚生労働省に全国の無資格助産師の実態調査を求めたことがある（平成16年9月医療被害者の声）。

看護師による助産師行為については平成14年及び16年に、厚生労働省より助産師業務の確認に関する通知が出された。「内診や会陰保護等の胎児娩出の介助、ならびに胎盤等の胎児付属物の娩出介助は助産師の独自の業務である。」、という見解である（厚生労働省医制局看護課長通知「助産師の業務について」平成14年11月14日、同「産婦に対する看護師業務について」平成16年9月13日）。

日本産婦人科医会は、診療所の多くで看護師が医師の指示下で助産行為をしていることを認め³⁾、その理由の一つに助産師の絶対的不足を挙げている。しかし、厚生労働省は「妊婦の内診は医師と助産師しかできない助産行為に当たる」、と従来の見解を繰り返したうえで、「看護師は医師の指示下でも助産行為をできない」、という趣旨の見解をこのたび初めて明示した（毎日2004年12月6日）。

助産師の数について、日本産婦人科医会が絶対

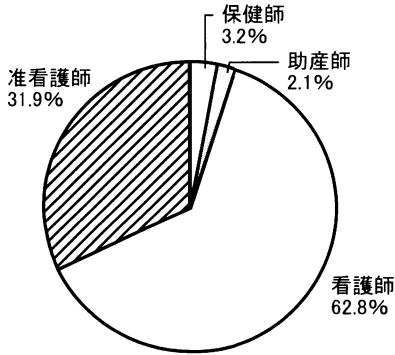


図1 保健師・助産師・看護師の就業者割合 平成16年

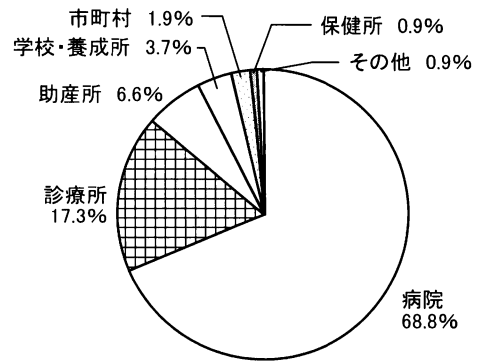


図3 就業場所別助産師就業者割合 平成14年

的不足を挙げていることに対して、厚生労働省は助産師の偏在を指摘している。現在、助産師の免許保有者は約4万7千人で、実際に働いている者は約2万6千人である。つまり免許保有者で働いていない者がかなりいるということになる(図1)。これらのなかには看護師として就業している助産師の存在も含まれていると考えられる。実際に働いている約2万6千人の内訳は、病院69%、診療

ともに助産師学校・養成所に対して定員数の増加及び入学人数の確保、社会人入学枠の導入を呼びかけることを始めた(医政看発第1219001号、平成18年12月19日)(表2)。

特定の病院に助産師が多く、特に産科診療所に助産師が不足するという病院間での偏在理由として、人手の少なさ、医師との考え方の違い、給料、責任の重さ、設備など、いろいろの要因が挙げられている。病院・診療所では、助産や保健指導等の助産師本来の業務よりも、診療補助業務が多く(表3)、助産師の専門性発揮に関する不満感に繋がっている。したがって、分娩数の割合が高い産科診療所での助産ケアを充実するには助産師の就業促進が必要であり、併せて、受けて側である産科診療所には、助産師の専門性の発揮や待遇等、処遇について対策を講ずることが求められる。

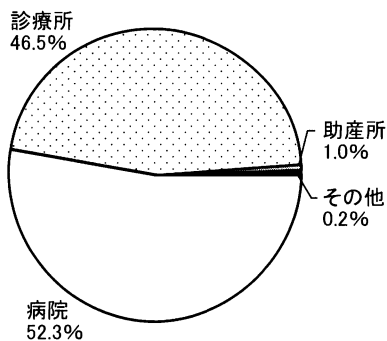


図2 出生場所別出生割合 平成14年

所18%、助産所7%である。分娩場所は、病院と診療所が約50%ずつであるので、この数値の上からだけでも診療所における助産師不足は明らかである(図2、図3)。

厚生労働省は産科診療所における助産師確保の必要性から、安心・安全な出産ができる周産期医療を確保するために助産師を活用する体制の整備を進めることとした。そのために、文部科学省と

3. ケア対象者の拡大と出産主体性の高揚

1) ケア対象者の拡大

今日の母子保健の対象は、従来の妊娠・出産期の女性から女性の一生へと、概念が大きく拡大している。助産師の社会的役割に対するニーズもそれに伴って拡大し、ライフサイクル各期に応じたヘルスプロモーション活動として、性と生殖を軸にした健康支援の実践活動が求められている。

従来の母親学級は夫を含めた両親学級へ、思春期の性教育は、より積極的に幼稚園、小・中・高

表2 第六次看護職員需給見通し（再掲 助産師）

区分	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
需給見通し	27,700	28,300	28,800	29,200	29,600
病院	18,900	19,300	19,500	19,700	19,900
診療所	5,200	5,500	5,700	5,900	6,200
助産所	1,800	1,800	1,700	1,700	1,700
保健所・市町村	500	500	500	500	500
教育機関	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
事業所、学校、他	100	100	100	100	100
供給見通し	26,000	26,700	27,400	28,100	28,700
年当初就業者数	25,400	26,000	26,700	27,400	28,100
新卒就業者数	1,300	1,300	1,300	1,300	1,300
再就業者数	1,700	1,800	1,800	1,900	1,800
退職者数	2,300	2,400	2,400	2,500	2,600
供給見通し／需要見通し	93.9%	94.3%	95.1%	96.2%	97.0%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計は一致しない。
厚生労働省データより。一部修正

表3 就業場所別助産師の業務内容：病院・診療所と助産所

	病院・診療所(%)	助産所(%)
妊婦内診	13.0	82.8
妊婦定期健康診査	25.0	99.1
分娩経過の診断	83.0	99.1
分娩監視装置・胎児心電計判読	75.0	50.0
正常分娩介助	78.0	99.1
褥婦診察	30.0	100.0
褥婦保健指導	84.0	100.0
新生児1ヶ月健診	11.0	89.7
思春期相談	9.0	69.0
学校への性教育出前授業	5.0	33.6
不妊相談	9.0	50.0

斉藤益子氏資料より抜粋

等学校への出前授業活動へ、また、更年期・老年期の保健指導を含む「まちの保健室」事業など、女性の生涯を通じた健康教育の活動範囲は着実に広がっている。なかでも、少子化に伴い、育児支援における助産師への協力期待は特に大きい。社会問題となっている育児ノイローゼや乳幼児虐待防止対策を含む育児相談・育児サークル活動や周産期メンタルヘルス活動、さらに受胎調節の指導や家庭内暴力（Domestic Violence, DV）に関する助産師への役割期待も大きい。

これらの役割期待の拡大は、助産師に地域との連携を深める重要性和、保健指導におけるカウンセリングやコンサルテーションの能力、チームワーク能力、さらに加えて、諸活動における企画実践能力が求められていることを示唆している。

2) 出産における産婦の主体性の高揚

急速な少子化が進むなかで、個人の権利意識・消費者意識の高揚と共に、出産に対しても医学的介入を望まず、自然の経過に任せた自分らしい出産を体験したいと希望する女性が少しずつではあるが着実に増えている。手術室のような分娩室で行う病院でのお産ではなく、普段の暮らしに近い場所で、新しい命の誕生をパートナーや家族と共有したいという女性たちの大きな意識の変化が、具体的行動要求となって表れているといえる。

保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律案の附帯決議には、出産に関するケアを受ける者の意向が尊重され、それぞれの者にあったサービスの提供が行われるよう、必要な環境の整備に努めることが挙げられている。本来、家庭・家族・生活のなかでのお産であったものが、医学・医療の

表4 教科内容の変遷 (概要)

年代	修業年限	カリキュラムの特徴
昭和24年	1年	家庭分娩中心。講義680時間。 実習42週。分娩介助10回以上。
昭和26年	6ヶ月	助産の原理に保健活動。 講義370時間。実習21-22週。
昭和46年	6ヶ月 (1年)	生殖生理学と母子保健学。健康生活。 母子保健。講義360時間。実習360時間。
平成元年	6ヶ月 (1年)	助産師独自の診断・技術学。 講義360時間 (研究含む)。実習360時間。
平成8年	6ヶ月	同上。統合カリキュラム。講義14単位。 実習8単位。分娩介助10回程度。

進歩とともに、昭和40年代以降、出産の場所が医療機関に集中してきた。自分らしいお産をしたいと望む女性たちは、医療機関においても助産ケアが充実した施設を選び、また、開業助産師に頼る女性達も徐々に増えてきている。

これらの現象は、今日の女性たちが、ちょうど昭和初期の頃の産婆から受けていたような、心身両面に対するきめ細かな助産ケアを求めていることを示している。特に、長時間を要する分娩の第1期には、じっくりと産婦に付き添い、分娩台にベルトで固定されない、妊産婦が好むフリーなスタイルでの出産を支援するなど、妊産婦の希望するバースプランを重視した助産ケアが求められていると解釈できる。

IV. 助産師教育の新たな課題と方向性

人々が望む「安全で安楽なお産」を達成するには、出産ケアを担うマンパワーの保障が必須である。

厚生労働省と文部科学省はともに、周産期医療分野における医療安全及び質の高い医療を提供する体制の確保を図る観点から、助産師学校・養成所に対して定員数の増加及び入学者数の確保等、助産師の養成促進を呼びかけている。なかでも、産科診療所における助産師確保の必要性を指摘し、病院・診療所における看護師を対象とした社会人入学卒の導入を促進している (医政看発第1208001号平成18年12月8日)。

現行の助産師教育は、平成8 (1996) 年に改正された保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則 (平成13 (2001)年、保健師助産師看護師学校養成所指定規則) に則って行われている。修業年限6ヶ月、22単位、分娩取扱いについては、学生1人につき10回程度行わせることとされている (表4)。平成17年現在、看護系大学は127校存在し、そのなかで助産師学校指定看護系大学数は88校と、約70%を占めている。大学における助産師教育は助産師養成学校全体の約6割を占めており、助産師学校指定短期大学専攻科ならびに厚生労働大臣指定の養成所は減少傾向にある。大学での養成数は平成16年で、1大学平均8人であり、5~6人という大学が最も多く、4人以下という大学も6校存在する。

国家試験合格者数は平成17年度に1,561人で、大学卒業者が約30%、短大専攻科卒業者が約30%、養成所卒業者が約40%という割合である。大学卒業者の割合が拡大し、短大と養成所の卒業者の割合が縮小している。国家試験合格者について平成11年以降の年次推移を見ると、ここ数年間は約1,400人から1,600人前後で推移している。

助産師教育の主流を占めてきた4年制大学は、実習施設確保の困難性と、カリキュラムが過密であることに由来する様々な問題を抱えている¹⁾。実習施設確保の困難性は、少子化による分娩件数の減少、指導助産師の不足、産科診療所自体が減少傾向にあることなどに起因している。また、個人の権利意識の高揚を背景に、無資格者である学

生による分娩介助が拒否されるケースも出てきており、分娩実習の機会はさらに減少傾向にある。助産学実習は短期間であるために、卒業要件となる最低9回の分娩実習に集中せざるを得ず、妊・産・褥婦・新生児を総合的・継続的にケアする実習機会は極めて不十分な状況にある。臨地実習指導に当たる教員も不足しており、臨地実習環境の問題は年々厳しさを増している。

4年制大学における過密カリキュラムの問題は、4年間の教育で看護師、保健師、助産師、さらに高等学校の看護教員の資格取得を設定していること等に起因している。助産師を選択する学生の場合、過密カリキュラムの負担によるドロップアウトの問題にも繋がっている。これらの臨地実習の困難性や過密カリキュラムの問題が、1大学で平均8人という少数しか養成できていない大きな原因となっている。

「看護基礎教育の充実に関する検討会」（厚生労働省）は、分娩数の減少により実習施設の確保が一層困難になっている実情から、中間取りまとめ案で「強化すべき教育内容」と「実習の充実」を提示した。

「強化すべき教育内容」では、まず、「助産診断・技術学の充実」を挙げ、妊娠期の健診、分娩進行の判断、異常の早期発見と対応、母乳育児を支援する知識と技術等の教育内容を具体的に示した。また、「医療安全」では、助産所や産科病棟等の運営・管理を安全に行うための知識や技術、周産期医療事故とその対策等に関する教育内容を示した。

「実習の充実」に関しては、妊娠期の診断から分娩期、産褥期のケア及び新生児のケアを含む実習、妊娠期から産褥期まで継続して事例を受け持つ実習、また、正常分娩10例程度を確実に実施するための産科診療所を含めた実習施設（表5）の確保、実習環境の整備・宿泊場所の確保、実習指導体制の充実等を示した。

保健婦助産婦看護婦法の一部を改正する法律案の附帯決議には、助産師教育は十分な出産介助実

習が経験できるよう努めること、と示されている。現在、分娩介助実習については指定規則上10例程度となっており、平成17年12月の総理大臣答弁内容から最低9回と確認されているところである。しかし、臨床で新人助産師の指導に当たる者からは、20例程で分娩介助の流れに応じたケアが身に付き、30例程で個性に応じたケアが実践できるのではないかと指摘もある⁵⁾。自立して正常産を扱うことができるためには、10例程度では不十分であり、それに見合った教育内容やシステム改革並びに卒業研修の制度化が求められる。

妊娠期から産褥期までの継続ケアについても教育の強化項目となっているが、先に述べたように、時間的制約や対象者が得がたい実習状況のなかでは、分娩実習に集中せざるを得ない実状にある。

今日の4年制大学の過密カリキュラムのなかで、一人の学生に正常分娩を10例程度保障することは、実習病院確保の困難性から極めて厳しい状況にあり、助産師として養成できる学生数についても限界に近い状況であるといえる。したがって、これらの問題を解決し、今日の社会需要に応えることのできる質の高い助産師を育成するには、求められている教育内容を満たすだけの教育年限延長を始めとした教育システムの改革が必要である。

日本看護協会は、社会が求める高度の専門性を備えた助産師を育成するには、現行の4年制大学のなかでは無理があるとしている。同協会は、1年課程で実践している助産師学校・養成所での教育内容面での充実の問題に照らしても、看護師教育に4年間を、その上積みで助産師教育、保健師教育にそれぞれ2年間ずつを設ける教育年限の延

表5 助産学実習施設の条件

1. 外来を含む産科診療部門の管理体制
2. 分娩介助手順、妊産褥婦・新生児の健康診査基準 保健指導基準、看護基準、看護手順の作成・活用
3. 助産師による妊婦・産婦・褥婦・新生児に対する 健康診査、保健指導及び分娩管理、諸記録管理
4. 外来、産科棟に助産師の実習指導者
5. 看護職員の継続教育
6. 学生控え室、討議室、ロッカー室

看護師等養成所の運営に関する指導要領より作成

長を提案している。4年制大学のなかでの助産師教育では、本来の助産師教育システムである看護師資格を基盤とした上積み教育とはならず、看護師と平行した教育となる。歯科医師及び薬剤師の教育年限が延長されるという教育環境の変化は、より質の高い専門職育成への社会的ニーズの表れであり、高度の専門性が求められている看護職にも参考にすべき点である。

教育の質向上のためには、教育内容の充実とともに教員養成が極めて重要な課題である。「看護基礎教育の充実に関する検討会」の中間取りまとめ案では、教員の資質向上について、臨床実践能力の向上とともに教員の養成課程等、教育実践能力を獲得するための方策についても検討する、と示されている。大学でも、教員として就職した後に、教育体制や教育課程及び学生指導を含む、いわゆる教育職としてのオリエンテーションや研修体制等の対応が十分できているとは言いがたい状況にあり、教育実践の面から組織としての対策が求められる。さらに、教員不足は学生の養成数にも関係する重大な問題であり、臨地実習指導における教員数の確保が重要である。実習指導担当者の育成とともに、実習指導者を専任で配置すること等について現実味のある検討が求められる。

V. まとめにかえて

少子化に伴い助産師を取り巻く社会環境が目覚しく変化するなかで、助産師に求められる新たな役割と助産師教育上の課題について検討・分析を行った。

周産期医療が発達するかなで、人々は安全で満足いく出産を求めているが、産科医師不足・偏在が深刻な社会問題となり、助産師への社会的期待が、今、著しく上昇している。

本来、正常分娩の取扱いは、保健師助産師看護師法の制定以来、助産師の独占業務として位置づけられているものである。歴史的には、もともと地域の家庭・家族のなかで、生活の一部として助

産師のケアの下で行われていた出産が、科学・医療の進歩とともに医療機関に集中してきた経緯がある。この動きに沿って、助産師も医療機関への就業が多くなり、独自の専門性の発揮は診療補助業務の陰で見えにくくなっているという状況にある。一方では、超少子社会の今日、数少ない出産を、主体性を持ってより自分らしく体験するために、心身両面のケアを助産師に求める女性の声も少なくない。

これらの社会的状況、即ち、産科医師不足・偏在による助産師への役割分担の動きも、主体性をもって出産に望みたいという女性たちの助産師役割への期待も、翻ってみれば、助産師本来の役割が、いま改めて見直されてきたことに他ならない。言い換えれば、助産師本来の専門職役割へのニーズが、産科医不足の問題が深刻になるにつれ、助産師養成における様々な問題とともに、一気に浮上してきたともいえる。

したがって、助産師には今日の社会状況にマッチした高度専門職としての新たな役割適応と、その役割が担える質の高い助産師の育成が求められている。安全で満足いくお産のために、自立して正常産を扱う助産師の活躍とその活動体制作りが急務である。助産ケアの質向上は、また、周産期のみならず女性の一生を通したQuality of Life (QOL) を高めるためのケアにおいても必須である。

助産師不足・偏在の問題に関しては、助産ケアの受け手に対する責任の立場から、助産師職の定数化が必要である。併せて、病院・産科診療所に就業する助産師の職務満足度、Quality of Working Life (QWL)⁶⁾の視点からも、助産師本来の専門性の発揮となる業務内容および待遇等、処遇の改善が求められる。

安全で安楽なお産を目指す「健やか親子21」の国民運動も、スローガンを支えるマンパワーの保障が前提であり、なかでも、出産ケアを担う助産師の育成は喫緊の課題である。自立して正常産を扱う実践能力を備えた助産師の教育には、教育

内容の充実・強化と併せて教育年限の延長を含む教育システムそのものの見直しと改革が求められる。

引用文献・資料

- 1) 中林正雄：助産師に期待すること，母子保健第572号，財団法人母子衛生研究会，東京，2006
- 2) 稲葉洋子：岩手県における助産師外来への取り組み，母子保健第572号，財団法人母子衛生研究会，東京，2006
- 3) 斎藤有紀子：無資格助産・無資格診療を考える，助産雑誌，59 (2)，pp.94-95，2005
- 4) 山内葉月：助産師教育の現状分析，熊本大学医学部保健学科紀要，第2号，pp55-62，2006
- 5) 平成18年度日本看護協会通常総会レポート，看護Vol. 58 (9)，pp046-047，2006
- 6) 北野邦俊，上田厚 他：平成17年度産業保健調査研究「衛生管理者の職務満足度（QWL）向上に関する調査研究」，2005

参考文献・資料

- 1) 門脇豊子他：看護法令要覧平成17年版，日本看護協会出版会，東京，2005
- 2) 青木康子他編集：助産学大系1．助産学概論，日本看護協会出版会，東京，2005
- 3) 財団法人母子衛生研究会：母子保健の主なる統計，母子保健事業団，東京，2006
- 4) 日本看護協会：協会ニュース9，Vol. 471，東京，2006
- 5) 日本助産学会：日本助産学会ニュースレター，No. 51，東京，2006