

助産活動の多様化と新たな展開 : 助産師の活動の活性化にむけて

著者	大野 弘恵
雑誌名	名古屋学院大学論集 社会科学篇
巻	50
号	3
ページ	99-113
発行年	2014-01-31
URL	http://doi.org/10.15012/00000139

助産活動の多様化と新たな展開

—助産師の活動の活性化にむけて—

大野 弘 恵

目 次

- I はじめに
- II 助産師の誕生と出産の施設化
- III 安全で快適な出産と医療体制の整備
- IV 助産活動の現状と課題
- V 助産活動をめぐる新たな展開
- VI おわりに

I はじめに

出産を取り扱う助産師は、医業の一部である正常な経過にある妊産婦および新生児の管理と直接の生活援助を同時にあわせておこなう、保健医療チームのなかでも特殊な存在である。さらに、助産師は看護職（保健師、助産師、看護師をさす。）のなかで、最も早い段階に資格が制度化され、職業としての地位を与えられた、専門的知識と高いスキルをもったプロフェッショナルな職業である。

助産師は医師と同様に開業権が認められているため、単独で「助産所」を開設でき、独自に正常な出産の取り扱い—つまり「助産」ができる。開業している助産師の活動の場所は地域であり、女性は妊娠してから出産そして子育てと、長期にわたって助産師から継続的なケアをうけていることにより、出産の満足度が高く、女性と開業助産師とは、強い密接な信頼関係が築かれている。開業助産師はその専門性を発揮し、地域に根ざした活動をしてきたことから、いまなお、多くの妊産婦や女性から信頼されている存在である。また、経験豊富な熟練した知識や技をもつ開業助産師は、同職種間においても非常に魅力的な存在でもある。

しかし、近年では「お産難民」という言葉が登場しているように、現代の日本は産科医療資源の枯渇（産科を標榜する医療施設が減少、あるいは閉鎖）にともない、妊婦が産科医療にアクセスしにくい状況となり「出産の危機」がマスコミで伝えられている。こうした状況は、産科医師の不足からくる出産ができる医療施設の減少や偏在、医療施設の集約化等、危機的な医療体制であり、このことは助産師の活動に直結していることから、助産師の活動そのものが新たな転換期をむかえていると考えられる。

そこで本稿では、助産の担い手である「助産師」の活動を取り巻く状況を歴史的視点からさぐりながら、現代社会における助産師の役割や活動の将来展望を考察する。

II 助産師の誕生と出産の施設化

1. 産婆のはじまりと業務の確立

助産師は、終戦までは「産婆」の名称であり、江戸時代の後期から明治期にかけて専門職化し、出産の取り扱いを生業にするなど「職業」とする者が出てきたが、その理論的・技術的水準は低かった¹⁾。出産の時は一人で産むか、あるいは夫や母などの家族か近隣の出産経験のある年輩の女性などの援助をうけて、自宅（ニワと呼ばれる土間や納戸）や産小屋でおこなっていた。経験ある女性たちのなかでも、半ば職業化した女性たちは「トリアゲバアサン」と呼ばれていた。こうした出産の場で女性たちは、膝をついたり天上から下げた力綱につかまるなど、自分の産む力を最も発揮しやすい姿勢で出産をしていた。この時代における分娩取り扱い者の地域社会のなかでの位置づけは多様で、民間信仰的知識と出産介助の技術を正統に継承し役割を担うものとして村の中心的人物であったところもあれば、忌みに関わることから男性の僧侶と同様に、空間的には村（ないし村の境界）に居住していながら社会的には村の成員ではないといった地域もあった^{2), 3)}。

明治政府の国家目標は、近代国家になるための整備をすることであり、そのために産婆に対して最初におこなったのは、1867年12月24日に発布された「産婆取締規則」である⁴⁾。さらに翌年には、「産婆ノ売薬世話及墮胎等ノ取締方」と称する太政官布達を発し、産婆を国の管轄下におき、一定水準を維持するとともに規制をした。また、政府は産婆の教育にも力を注ぎ、1874年には太政官の指令に基づき、文部省から東京府、京都府、大阪府の3府に対して「医制」を発布した。医制は、わが国の医師法と医療制度の根源をなすもので、これにより産婆の身分、資格内容が明文化され、①緊急の場合以外は医師の指図をうけずにみだりに手を下してはならないこと、②産科医療機器の使用や方薬を禁ずることが基本方針としてはじめて示された。すなわち、明治政府は国の近代化を目標とし、産婆を国の管轄下におき、一定水準を維持するとともに規制をしていたが、正常産は産婆、異常産は産科医師と役割分担をしていた。

その後、1899年に制定された「産婆規則」により、近代化された産婆教育がはじまり、しだいに西洋医学的な産婆学校が各地で開校され、全国レベルで産婆学の教育が開始し、産婆の養成がおこなわれるようになった⁵⁾。当時の近代教育をうけた産婆は「近代産婆」ともいわれ、これまでと同様、産婆が扱う対象は正常な経過にある妊産婦の出産であった。妊産婦に異常があった時には医師の診療を請うていて、外科手術や医療機器の使用、薬品の投与については認められていなかった。つまり、産婆は正常な経過の出産を取り扱ってはいたが、産科医の監視下におかれていたのである。産婆と医師とは「産婆規則」により業務分担が明確にされ、資格をもった産婆がそれぞれの地域で定着するようになり、人々の意識も資格をもった産婆に出産を依頼する方向へと変化していった。大半の女性は自宅で出産をし、その時には産婆にかかるのが常識となっていた。そのため、産婆は地域に密着した活動をしていて、母親や女性から信頼された存在で、各地方の女性のリーダーとしての役割を果たした人が多く、社会的地位も高く、自立心のある女性としてあこがれる職業の一つであった。

1945年の敗戦が契機となり、現代の医学や助産師教育はアメリカをモデルとし、医療施設の近代化に加え、医療職種の教育・技術の改革なども急速におこなわれてきた。連合国軍最高司令官総司令部（General Headquarters：GHQ）のC. F. サムス部長のもとでつくられた看護制度審議会（Nursing Education Council）は、実質的には看護課課長のG. E. オルト大尉によりすすめられ、とくに産婆教育にはE. マチソン氏があたった。看護体制の再編成がおこなわれ、看護、また看護師の社会的地位の変化と向上がすすめられ、中等教育卒業者に3年の教育とした。1947年からは国家試験合格者に看護婦免許を交付する教育制度とした。産婆に対しては、助産婦と名称が変更され、これまでの産婆制度を破壊し、看護婦、保健婦、そして助産婦を組織的に、また法的に一本化し、アメリカの看護制度にある産科看護婦を定着させようとしたが、助産婦たちの反対にあい、新制度の教育として3年間の看護基礎教育後、6か月以上の助産学を修業することとなった⁶⁾。こうして、1948年に制定された保健婦助産婦看護婦法⁷⁾（現在は保健師助産師看護師法：以下、保助看法とする。）のなかで、助産婦は看護婦教育後の課程として教育が位置づけられた。

2. 出産場所の変化と出産の施設化

出産に対する考え方についても、戦後の復興時代においてアメリカ方式がすすめられた。つまり、アメリカの出産に対する考え方は、出産は危険なもので、いつ何時異常になるかもしれない、出産時の思わぬ事故を防ぐために施設内分娩を奨励する（施設外分娩の解消を図ることが必要である）⁸⁾ということであった。しだいにアメリカ式の施設内での出産を受け入れ、出産場所が変わっていくことになった。都市部から医療施設が開設され、郡部においては、医療施設のないところには、1958年より母子健康センターが建てられた。また、助産師は施設での出産を奨励する政策により、安全な出産をするために自宅を改造したりして、妊娠中の健康診査、出産および産後の母子の療養ができる施設として「助産所」を開設してきた。助産師のなかには、施設を設けて助産業務などをおこなうものと、施設を設けず「出張」のみによって助産業務などをおこなうものがあり、施設を設ける場合は、管理者である助産師の自宅であることが多い。こうした経緯から、自宅出産や助産所での出産が主流であった時には、助産師といえば開業助産師のことをさし、助産所は大部分が助産師個人による経営形態であった。

出産を取り扱う施設には病院、診療所、そして助産所があり、これらの助産施設は、医療供給体制の基本となる法律の医療法⁹⁾により管理者と病床数が規定されている。助産所は助産業務（分娩や妊娠・出産に関わる業務）をおこなう施設のうち、病院や診療所以外のをいい、病床数については9床以下とされていて、助産師は看護職のなかで唯一独立開業権をもつ職種であり、助産所を管理し、経営ができる。さらに助産所は、助産師以外のものも経営はできるが、管理者として助産師をおくことが法律で規定されている。

表1は、1947年から2010年までの期間における出産場所の推移を、5年ごとに示したものである。郡部では、市部と比べると施設での出産は数年遅れてはいるものの、1970年には90%強が施設分娩に移行していった。全体では、施設内分娩は1947年には2.4%であったが、1960年には50.1%と約半数となり、1980年には99.5%を占めるようになった^{10)~12)}。2012年の最新データで

は、医療施設での出産の割合は99.8%を占め、助産所などでの出産はわずかであり、2%弱となっている。

医療施設が急速に開設されたことや、医療施設での出産を望む女性が増えたことなどから、1960年を境にしだいに出産場所は自宅（家庭）から医療施設に移行していった。出産場所の変化は助産師の活動場所にも影響し、助産師は医療施設に就労するようになり、地域で助産所を開業する数は激減していく結果となった。出産場所の施設化政策は、出産場所を変化させるとともに、助産師の就労場所も医療施設に変化させ、出産のあり方まで変えることとなった。

施設化と医療化が進行し、医師が助産師に取って代わって出産を取り扱うようになり、医療施設での出産は、安全を最優先することにより、生理学的なものから医療化されたものへと変わってきている。とくに1970年代から1980年代にかけては、医療化された出産が社会問題として指摘された。医療が介入することによる問題として、1979年に出版された『お産革命』¹³⁾では、医学的管理下でおこなわれている出産がとりあげられ、医療施設の出産に警告を発している。また、同年に発行された『出産白書』¹⁴⁾にみる問題として、大坂の母親たち3,361人のお産アンケートをまとめ、出産体験として語られ、医学的管理下にある出産の実態や問題（分娩誘発・促進の問題）が提起された。これらにより、医学的管理下におかれた出産が社会問題として捉えられるようになり、1980年代からは出産体験者の告発や提言が続出した。80年代には「ラマーズ法」、90年代には自然出産の市民運動などを経て、医療化された出産に対して変化がみられるようになったのは90年代後半になってからのことである。

このような医学の発展と出産の医学的管理、あるいは妊産婦に対する保健指導により、高値であった妊産婦死亡率や周産期死亡率が低下するなど、母子保健水準は急速に向上していった。つまり、妊婦の健康状況が悪い状態のために生じていた妊産婦死亡や周産期死亡に対して、産婦の登録管理制度の新設、栄養補給、妊娠中毒症（現在は妊娠高血圧症候群）にかかっている妊婦に対する訪問指導をおこなうなどの抜本的対策を講じたことである。そこには、日本の社会経済の急速な発展も母子保健水準の向上に反映しているといえる。

表1 出産場所の年次推移

%

年度 \ 出産場所	病院	診療所	助産所	自宅・その他
1947年	—	—	—	97.6
1950年	2.9	1.1	0.5	95.4
1955年	10.8	4.5	2.4	82.4
1960年	24.1	17.5	8.5	49.9
1965年	36.8	34.3	12.9	16.0
1970年	43.3	42.1	10.6	3.9
1975年	47.4	44.2	7.2	1.2
1980年	51.7	44.0	3.8	0.5
1985年	55.5	42.4	1.0	0.1
1990年	55.8	43.0	2.0	0.1
1995年	64.5	44.4	0.9	0.1
2000年	53.7	45.2	1.0	0.2
2005年	51.4	47.4	1.0	0.2
2010年	51.8	47.1	0.9	0.2

出所：財団法人母子衛生研究会（2011）『母子保健の主なる統計 平成22年度刊行』¹⁰⁾
 厚生労働省『厚生白書 昭和31年版から平成12年版』¹¹⁾
 e-Stat政府統計総合の窓口、2010年人口動態調査¹²⁾より作成。

III 安全で快適な出産と医療体制の整備

昨今の出産には、母子の生命の安全性と快適性が求められてきている。そのため、医療現場ではその体制の整備がすすめられてきた。ここでは、これまで整備されてきた周産期医療体制と課題について検討する。

1. 妊産婦の価値観の多様化と医療・看護サービスの提供

多産の時代にも子どもの生命の安全を重視していたというものの、昨今、いっそう生命の安全を医療職に求めるようになってきている。このような変化は、第二次ベビーブーム頃より少しずつおこり、出産や子どもに対する考え方や価値の変化、あるいは子どもの人権を守ること、新生児を人として扱うといったことが求められるようになったことと関係している。「お産は病気ではない」ということは事実ではあるが、このことがさかんにアピールされていたためか、「お産＝安全におわってあたり前」という間違っただ認識が広まってしまったともいえる。

さらにその後訪れた日本経済の高度成長期には、近代化した施設、とくに診療所が増加してきた。出産は子育てへの入り口であり、女性にとっては、また家族にとって人生の一大イベント

にと変化してきている。近年では家族で出産を見守る夫や子を連れて入院、大勢の祝い客のための完全個室化、美容室やレストランシェフの出張といったホテル化等おしやれで料金も超高価な診療所や病院が増加している。

医療現場に安全性を求めることに加え、医療や看護サービスも求められており、このことは、出産の現場に対しても同様である。教育の普及、あるいは自己の健康に対して関心が高まったことにより、出産の安全性はあたり前のこととし、快適性や提供サービスに対する要求も増加してきている。そのため医療提供体制側には、このような出産に対する妊産婦やその家族の多様化する価値観への対応、とくに妊産婦と子どもの安全性を強く求められている。そのため、多くの医療施設は、これまでの自然分娩から医療介入の分娩に変化してきていることと、価値観の多様化から妊産婦の複雑で多様なニーズを受け入れるようになり、より安全で、快適な出産と入院生活をめざして独特な発展をし、疾病治療の場とは離れた場所となっているようである。

2. 周産期医療体制の整備と課題

産科医療は、母親と子ども（胎児・新生児）の2つの命を預かる分野である。前述したように、これまで「出産は病気ではない」という考えのもとで、これまで正常な経過の妊娠や出産の場合は、医療保険の使用ができない。医療を提供する側からすれば、正常な経過をたどる産科の分野は自由診療であり、出産にかかる費用は自由に設定ができるのである。支払う患者（厳密には患者ではないが）は、医療保険が使用できず、かかった費用は全額負担となる。産科医療に限らず、患者本位の、かつ安全で質が高く、効率的な医療を提供することが人々に求められている。産科医療においては、医療提供体制つまり、出産場所の量的な整備に加え、医療をうける主体である患者の視点にたった質の高い医療の提供ができる体制の構築が必要である。とくに緊急性が高い産科医療分野で、質の高い入院医療が24時間提供されるためには、医師、看護師、薬剤師をはじめとした医療従事者の確保と適切な人員配置、また、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する看護師等の養成強化とともに、新卒者に対する研修を含め、継続的な資質の向上に努めることである。そこで、質の高い医療の提供という観点からは、これまで助産師が主におこなってきた子どもの看護に、医療施設では看護師も加わるようになったこと、また、産科医師も出生直後の新生児の診査をおこなうようになり、異常の場合には、新生児科の医師、あるいは新生児集中治療管理室（Neonatal Intensive Care Unit：以下NICUとする。）の医師と連携をとるようになった。こうした医療の進歩により、わが国では1960年代に入る頃より分娩周辺期という意味で、出産が近づいた時期の母体と胎児、新生児を合わせて「周産期」という概念で捉えるようになった。

わが国の周産期医療について概観すると、未熟児室として運営されていた施設が、1975年前後からNICUとして機能するようになり、早産児や重症児の救命等に大きく寄与してきた¹⁵⁾。その後、1980年頃より、医療政策として母子に対する緊急医療体制の整備の必要性が問われはじめ、NICUや小児集中治療室（Pediatric Intensive Care Unit：PICU）の整備がすすめられるようになり、

1984年から、国の事業として周産期医療施設の整備が開始したのである。「周産期」という用語を厚生労働省が採用したのは1995年からで、今日では周産期医学・医療は産科と新生児科との合流によって発展した領域として定着している。こうした状況から、周産期医療は母子の生命に直結する問題として、政策が大きく関与し、地域医療計画をもとに、医療体制の整備が必要とされ、各都道府県の課題としてとりあげられてきている。1996年から周産期医療対策整備事業がスタートし、総合周産期母子医療センターを中核、地域周産期母子医療センターを補完とし、周産期医療の重点化と集約化がねらわれた。

周産期医療の問題について考察してみると、以下の5点があげられる^{16)・17)}。まず1点目は、周産期救急医療を担う専門スタッフの不足である。周産期医療に関わるスタッフは、産科医以外に、新生児医療専門医、麻酔科医、救急医療を担う医師、分娩を取り扱う助産師、新生児医療を担う看護師と多くの専門家が必要となる。専門家の数は限られているので、分散して別個に働くのではなく、多くの専門家の連携する態勢が必要となる。2点目は、周産期医療機関の機能の問題である。昨今、生殖補助医療の発展にともなうリスクをもった妊産婦や合併症をもつ妊産婦が増加し、母親や新生児に対して、緊急かつ適切な治療をおこなわなければ障害の発生あるいは死亡に繋がるケースが増加しているため、これらを防止するために母と子の緊急医療体制を充実・整備し、さらに適切な治療をおこなう体制が必要となってきた。3点目は、高度な設備の整った周産期の医療機関の整備ができていないことで、受け入れまでの時間を要することである。周産期の搬送は、搬送先が産科で、しかもNICUを備える施設の必要性が高く、一般の救急搬送と異なっている。4点目は、情報システムの問題である。周産期救急情報システムは、情報の更新を各医療機関に依存しているため、常にリアルタイム情報が提示されているとは限らないこと、また、情報のセンター化の遅れや情報の迅速活用ができていない地域もある。さらに、情報システムが都道府県ごとに別個に運営されていることや、救急医療情報システムと周産期救急情報システムがそれぞれ独立して運用されているため、適切な活用がされていない。5点目は、女性の社会進出による晩婚化・晩産化が進行し、従来にも増して、ハイリスク妊娠¹⁸⁾や新生児など、高度医療が必要な母子が増加していることから、医療の高度化が求められている。しかし、医学が進歩したといっても妊産婦死亡の実態や社会的ハイリスク妊婦の実情が不明なこともあり、解明されていないことや、社会的ハイリスク妊婦、とくに未受診でリスクをもつ妊婦の問題も生じている。

これらのことから共通していえることは、医療技術の進歩にともなって、医療制度を構築するシステムが大きな転換期をむかえており、よりいっそうの患者サービスの向上と医療の質の向上が求められていることである。したがって、これら周産期の問題改善にむけて最良の方策が早急に求められ、周産期医療体制構築が必要となっている。

IV 助産活動の現状と課題

出産場所が施設化し、それにとまって医療化された出産がすすむなかで、あらためて助産師

の役割と助産師の活動の現状と課題について考えてみたい。助産師の就労場所の年次推移¹⁹⁾、²⁰⁾を表2に示した。出産場所が医療施設に移行するにつれ、助産師の就労場所も助産所から医療施設、とくに病院へとシフトしていった。

表2 年次別・就労場所別助産師の就労人数（1960年～2010年）

人数（％）

就労場所 年 度	病 院	診療所	助産所	看護師等学 校養成所・ 研究機関	保健所	社会福祉 施設	市町村 事業所 その他	総 数
1960年	4,299 (7.8)	2,968 (5.4)	47,827 (86.3)				342 (0.5)	55,436
1970年	7,561 (24.0)	5,253 (16.7)	18,009 (57.1)	75 (0.2)	155 (0.5)		488 (1.5)	31,541
1980年	11,946 (43.6)	4,750 (17.3)	9,915 (36.2)	208 (0.8)	132 (0.5)		437 (1.6)	27,388
1990年	14,692 (62.0)	3,539 (14.9)	4,194 (17.7)	305 (1.3)	258 (1.1)		714 (3.0)	23,702
2000年	17,584 (70.4)	3,668 (14.7)	1,858 (7.4)	638 (2.6)	249 (1.0)	30 (0.1)	958 (3.8)	24,985
2010年	20,093 (61.9)	8,162 (25.1)	1,789 (5.5)	1,298 (4.0)	266 (0.8)	14 (0.0)	858 (2.7)	32,480

注1：「病院」については、「病院報告」により計上した。

注2：「診療所」については、「医療施設調査」および推計により計上した。

注3：「病院」および「診療所」以外については「厚生省報告例」により計上した。

就労している看護職の人数は、現在2年に1回、12月末日に全国調査が実施されている。

出所：厚生労働省 平成22年衛生行政報告例（就業医療関係者）結果の概況¹⁹⁾

厚生省大臣官房統計資料部並びに厚生省児童家庭局母子保健課資料²⁰⁾より作成。

1. 助産師の業務

前述したように、看護職は保助看法によって資格、身分、業務などが規定されている。本法による助産師の定義は、第三条に、「助産師とは厚生大臣の免許をうけて、助産または妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導をなすことを業とする女子をいう」とされ、さらに第三十条には、「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」と業務の独占が規定されている²¹⁾。つまり、助産師は保助看法第三条に基づき、「助産」をおこなうことができるのである。

その後、2006年には、助産師の定義や理念を踏まえて助産師が遵守しなければならない道徳的義務として、日本助産師会から「助産師の声明」²²⁾が出された。助産師の声明によれば、「助産師とは、法に定められた所定の課程を修了し、助産師国家試験に合格して、助産師籍に登録し、業務に従事するための免許を法的に取得した者である。助産師は、女性の妊娠、分娩、産褥の各期において、自らの専門的な判断と技術に基づき必要なケア*を行う。すなわち助産師は、助産

過程に基づき、分娩介助ならびに妊産褥婦および新生児・乳幼児のケアを行う。これらのケアには予防的措置や異常の早期発見、医学的措置を得ることなど、必要に応じた救急処置の実施が含まれる。さらに、助産師は母子のみならず、女性の生涯における性と生殖に関わる健康相談や教育活動を通して家族や地域社会に広く貢献する。その活動は育児やウィメンズ・ヘルスケア**活動を包含する。助産師は、病院、診療所、助産所、市町村保健センター、自宅、教育・研究機関、行政機関、母子福祉施設、その他の助産業務を必要とするサービスの場で業務を行うことができる。」と定義されている。この助産師の声明の見解からすると、保助看法による助産師の定義と比べ、助産師の業務が拡大されていることになる。

助産師に関することで特徴的なことは、①看護師や保健師と違い、女性にしか道が開かれていないこと、②医師と同様に開業権が認められているため、単独で助産所を開設できるとともに、管理しなければならないこと、さらに、③独自に正常な助産ができることである。現状では、出産を取り扱う開業をする助産師の数は激減しているが、専門性を発揮し長年にわたって活動してきたことから、助産師に課せられている使命は大きい。

2. 助産師の活動形態による分類

本論文では、出産を取り扱う助産師の活動形態をとりあげ、その活動形態を以下の4つに類型化した。

1) 助産師が経営する助産所における助産活動

助産所を開業し、出産を取り扱う助産師（開業助産師）の活動は地域に根ざした活動であり、公衆衛生を担う活動そのものである。開業助産師の多くは入所施設をもっているが、入所施設をもたないで開業をしている助産師もいる。経営形態により、①個人経営、②共同経営に分類され、大多数は個人経営で、従業員として助産師や看護師を雇用している。

2) 業務団体（非助産師）が経営する助産所における助産活動

経営者は助産師ではなく、公的機関などの業務団体が経営する助産所での活動である。1958年から戦後の政策で開始した「母子健康センター」はこの形態であり、1980年3月までに678か所が設置されたが、1974年度からは保健指導部門のみの設置ができるように改正されたことから助産部門をもつところは激減した。

業務団体が助産所を経営する場合、経営者は助産師でなくてもよいが、管理者としての助産師が必要である（医療法で規定）。複数の助産師が就労していることが多く、主体的な業務をしている。

3) 医師主導の医療施設における助産活動

出産場所の医療施設への移行により、助産師の活動場所も医療施設に移行していった。主に管理者である医師の指示のもとに、医師と協働した助産活動がおこなわれている。しだいに正常な経過の妊産婦に対しても、自然な出産から医療化された出産が増加している。

4) 助産師主導の医療施設における助産活動

医療施設のなかで、医師による外来診察とは別に、助産師による外来での健診・保健指導（助

産外来)と、助産師のみによる助産と産後のケア(院内助産)をおこなう院内助産システム²³⁾である。医療施設のなかに助産所を開設し、助産師が外来で健診などをおこない、医療介入のない出産を、助産師が主体的に取り扱っている。

3. 助産活動における課題

とくに近年では、産科医師不足により出産の取り扱いを中止する医療施設があったり、あるいは偏在といった状況にある地域がある。こうした産科を取り扱う医療施設の減少は、嘱託医あるいは協力医療機関と契約を必須とする開業助産所の経営にとっては、存続が危ぶまれる事態である。さらに、医療施設の減少は地域における周産期医療体制の整備が関係し、母子の生命の安全性に関わる課題でもある。ハイリスク妊娠や新生児が増加していることから、高度医療が必要な場合もあり、教育制度を充実させ人材育成をしていくことも必要である。

病院においては、産科医師不足に加え、昨今の少子化とも関係して産科病棟が混合病棟になるなど、助産師が専門性を発揮できない現状を招いている。一方、診療所では、出産の半数近くを担っているが、助産師の人数については就労助産師の約25%である。そのため、多くの妊産婦は専門職である助産師のケアをうける機会が少なく、充足しているとは言い難い。

また、これまで地域で活動していた助産師一すなわち開業助産所については、多くは個人経営であったが、今後は経営形態が複数助産師による運営、あるいは助産師以外による経営にシフトするなど、新たな活動形態となっていくと考える。助産師が助産の専門職として活動していくためには、基礎教育の充実とライセンス取得後に助産師としての実践能力を身につけていくことなども課題である。

V 助産活動をめぐる新たな展開

助産所の開設要件として、医療法制定当初における嘱託医との契約に加え、第五次医療法改正²⁴⁾では医療機関との契約も必要となった。厚生労働省令で嘱託医は産婦人科医とするよう定められ、形骸化していた制度が厳密化された。

これまで述べてきたように、今日の出産を取り巻く危機的な状況などから、出産の安全性や快適性を求め、時代の変化や価値観の多様化などから、出産を取り扱う助産所を開業することや存続していくことは困難な状況であり、助産師の役割や職業的展望をめぐり、分岐点に立たされていると思われる。

そこで、本節では周産期医療を取り巻く現状から、新たに医療の現場でとり入れられてきた「院内助産システム」や「オープンシステム」を紹介しながら、多少なりとも、現代の出産現場で生きる助産師の「あるべき姿」が見出せる方向性になるのではないかと考え、助産活動の将来展望について検討する。

1. 市が経営する病院と助産所：長野県東御市「助産所とうみ」

自治体によっては、地域での出産を守るための対策として、助産所の設立の動きがはじめられたところがある。長野県東御市の「助産所とうみ」^{25), 26)}は、同敷地内の市民病院の産婦人科医師が嘱託医となって開設された。開設についての要件として、異常となった時の体制、つまり搬送の受け入れ先や、搬送のシステム、情報システムの整備が必要である。

助産所の経営については、市職員も助産師も共に精通した者がいないところからスタートしているため、協力医療機関としての役割を担う東御市民病院の職員に、助産所と医療機関の役割などについて助産師と病院事務長などの関係者が説明をし、同意を得てきた。また、助産師も助産所での勤務経験者がいないことから、助産師間での業務を調整、医師との役割分担、同施設に勤務する看護助手との役割分担など、スタッフ全員で方針を決めている。助産所の業務を円滑にすすめていくためには、協働することや、医師も含めスタッフ間で風通しの良い関係をつくることが重要なことである。妊娠中からの継続的な関わり、出産、子育て支援といった、助産師本来の業務をおこなうことができるであろう。

2. 助産所と医療機関の連携：愛知県新城市「しんしろ助産所」

経営主体の変化から、助産活動はネットワークで活動することや、医療機関との連携から、オープンシステムで活動をしていく方法がとり入れられている。新城市に開設された「しんしろ助産所」²⁷⁾の場合は、隣接する浜松市にある聖隷三方原病院の院内助産所「たんぼぼ」²⁸⁾とオープンシステムをとることを前提で、2011年7月1日に開院された。聖隷三方原病院が協力医療機関で、同施設の勤務医である、宇津正二産婦人科医師が嘱託医となっている。助産師主導でローリスクの出産を取り扱うことができるためには、緊急時の受け入れ態勢が整備された医療機関が地域に存在していることが必須である。

もちろん、経営主体の市をはじめ、市長、ほか関係者の協力もあるが、実際に助産所を管理していく助産師の経営理念が重要となる。医療機関のなかですすむ助産師主導で出産の取り扱いができることが、助産師のモチベーションをあげ、助産活動を活性化していくことに繋がるであろう。

3. 医療機関における助産師主導の出産：離島、徳之島における院内助産システム

多くの助産師が就労する医療施設の新たな動きとしては、先にも述べた助産師が主導で出産を取り扱う院内助産システムの導入がある。助産外来や院内助産は、プロジェクトが開始された当初、「施設の規模や体制などによって、さまざまな形態により運用することができ、このシステムを推進する看護・助産提供体制や入院のスペースは、施設の看護管理者を中心とする采配により編成が可能である。とくに院内助産は、年間分娩件数、病床数、助産師数、設備などに応じて、さまざまな看護・助産提供体制をとることができる。年間分娩件数が多く（1,000件程度）、産科単科の病棟であり、助産師の人数が多い施設においては、スタッフをユニットなどに分け、産婦のリスクやニーズに応じた助産ケアを提供する。」とされ、すすめられてきた。

全国的に産科医師不足と偏在も関連して、とくにへき地である離島では、島に産科医師がいなくなった場合は深刻で、住み慣れた島での出産ができなくなる。鹿児島県の徳之島ではこうした離島というリスクをもつが、2008年より徳之島徳洲会病院^{29), 30)}でバースセンターを開設し、島の出産を守っている。徳之島では、離島—医療過疎地域³¹⁾であるが故に、「島のお産を守る」という強い願望により、助産師が病院内にバースセンターを立ち上げた。徳之島で唯一の出産ができる施設であり、ローリスク妊娠は産科医師と共同で管理し、バースセンターで正常な出産のすべてを受け入れている。ハイリスク妊娠は、島外のNICUが設備されている医療機関と連携して妊娠中管理し、島外に移住して出産となる。

院内助産システムを導入していくにあたっては、「担当助産師の育成」を運営上の課題としてあげている（2009年度の日本看護協会の調査）が、こうした院内助産システムを運営していくには、専門職である助産師の力量と、そこには病院全体の協力体制と医師と助産師の協働、役割分担により可能となるのであろう。

4. 助産活動の将来展望

新たな助産師の活動の形態として個人経営の助産所から、法人経営、あるいは公的機関が経営する助産所、そして病院のなかでの院内助産所としての活動場所がすすめられている。助産所を開設し、経営していくにあたって必要な要件は、ハード面として、嘱託医・協力医療機関と契約が必須要件であり、産婦人科医にとっての嘱託医制度は、自己の診療に加え、負担ともなるものでもある。しかし、嘱託医制度には助産師と産科医師との信頼関係が必要であり、それに加え、緊急時の受け入れ態勢が整備された医療機関と搬送システム、情報システムが整備されていることも重要である。また、ソフト面として、助産師の助産実践能力と経営者としてのマネジメント能力が不可欠であり、助産実践能力については、助産師が「助産所ガイドライン」^{32), 33)}を遵守して助産業務をすることであり、助産師としての継続教育、職業教育により培われたものが鍵となっている。助産師にとって正常と異常の判断や、経過を予測する能力、あるいは女性や医師との信頼関係が築けることなど、これらの助産師の思考力、実践力、判断力が母子の生命の安全面を保証するために重要なこととしてあげられる。そこで今後は、個人で高額な医療機器や入院設備等をもたなくても、共同経営や医療機関とオープンシステムをとり入れ、他の助産師と協力していくことで活動が広がるであろう³⁴⁾。

VI おわりに

いま、地域における周産期医療や助産をめぐるのは、地域の医療計画に基づき、安全で安心できる出産環境の提供が求められているなかで、助産師は医療を扱う特殊な職業である。母と子の生命の安全と安心した出産が求められており、そこでは現代社会における医療水準に準じて対応していくこと、周産期医療体制の整備や搬送システムの整備体制づくり、あるいは助産師と受け手である出産する人々や家族との信頼関係も重要であると考えられる。

看護職のなかで、他の看護師や保健師と異なることは、助産師は、医療法で開業権をもって助産所経営ができること、また、助産師と医師との役割の関係が異なることを理解すること、医師との役割分担をすることにより、助産活動ができる存在である。しかし、現状では、助産師がおこなう助産業務は、保助看法により定められた範囲を独自の裁量でできるが、医師ほどの権威を与えられていない。そのため、助産活動は勤務する場所や経営主体は異なっているが、助産師独自の裁量で活動ができることが、助産師のモチベーションをあげ、自律した活動へと導かれ、活性化することに繋がる。助産師の存在を国が認めていることで、独立開業ができるシステムになっていることである。助産師が主導で助産活動をしていくうえでは、助産師と医師はそれぞれ役割や業務が異なるという区分をはっきりさせることであり、さらに助産師が独立して活動していくには、助産教育を充実させ、独立開業できるレベルに到達できるような教育をすることや、専門職としての地位を高めていくことである。そして、そうなれば、これまでわが国の開業助産師の担ってきた助産師主導出産や業務が可能となるであろう。

引用文献

- 1) 岡本喜代子 (2003) 「第2章 助産の歴史 わが国における助産の発達過程」(青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編集『助産学体系 第3版 第1巻 助産学概論』日本看護協会出版会), 21-48頁。
賀川玄悦『産論』巻二(1765)産婆という呼び名が日本で最初に使われたのは、賀川玄悦の『産論』のなかにおいてである。そのなかで玄悦は、「世にある産婆は皆、夫を亡くした老婆であり、生活のためにやむを得ずこの業をしているが、ただ沐浴や清拭のことをするのみであって、産婦の生死、手術の成否について、ともに相談するには値しない」と述べている。
また、本文中で、「助産師」の名称については、「助産婦」から変更となっているが、報告書、あるいは当時の呼称で産婆や助産婦として議論されている場合は、そのまま使用している。
- 2) 鎌田久子, 宮里和子, 菅沼ひろ子ほか (1990)『日本人の子産み・子育て—いま・むかし』勁草書房。
- 3) 杉立義一 (2002)『お産の歴史—縄文時代から現代まで』集英社新書。
- 4) 石村由利子 (2008) 「第5章 母子保健の動向」(我部山キヨ子, 武谷雄二編集『助産学講座1 基礎助産学 [1] 助産学概論 第4版』医学書院), 112-130頁。
- 5) 松岡知子, 岩脇陽子 (2010) 「〈特集「京都府立医科大学の看護教育開始から120年を経て～そのはじまりをみつめる～」〉京都府立医科大学における産婆教育の黎明期 明治時代の京都における産婆教育の変遷を踏まえて」『京都府立医科大学雑誌』第119巻2号, 75-82頁。
- 6) 大野弘恵 (2011) 「日本の保健医療ならびに母子保健の変遷と助産師の活動」『名古屋学院大学大学院経済経営論集』第14号, 39-58頁。
- 7) 保健婦助産婦看護婦法 (昭和二十三年七月三十日法律第二百三三号) <<http://www.law.e-gov.go.jp>> [2010年12月アクセス]
- 8) 国際協力機構 (JICA) (2004) 「分野別・課題別援助研究報告書 保健医療 日本の保健医療の経験—途上国の保健医療改善を考える—」『JICA研究所』9-64頁。
- 9) 医療法 (昭和二十三年七月三十日法律第二百五号) は、医療施設のあり方を定める法律。公布は1948年7月30日、施行は同年10月27日である。<<http://www.law.e-gov.go.jp>> [2012年4月アクセス]
- 10) 財団法人母子衛生研究会 (2011)『母子保健の主なる統計 平成22年度刊行』母子保健事業団, 47頁。

- 11) 厚生労働省『厚生白書 昭和31年版から平成12年版』.
- 12) e-Stat 政府統計総合の窓口, 2010年人口動態調査 2011年12月1日公表, 表4-8 市部一郡部・出生の場所別にみた年次別出生数百分率.
- 13) 藤田真一 (1979)『お産革命』朝日文庫.
- 14) 国際婦人年大阪連絡会 (1979)『出産白書』国際婦人年大阪連絡会.
- 15) 松岡 隆, 長谷川潤一, 市塚清健ほか (2010)『【周産期救急疾患への対応 妊産婦・新生児死亡を防ぐために】妊産婦救急疾患 母体救急搬送システム』『周産期医学』第40巻第6号, 721-726頁.
- 16) 厚生労働省 医政発第0330011号 平成21年3月30日付けの周産期医療対策事業等実施要綱.
- 17) 周産期医療再建WT報告書 (2008) 民主党周産期医療再建WTより2008年12月17日に出された.
- 18) ハイリスク妊娠とは, 「母児のいずれかまたは両者の重大な予後が予想される妊娠」と定義されている。すなわち, 妊産婦死亡・周産期死亡・周産期罹患の発生する可能性が高い妊婦・胎児を意味する。また, ハイリスクとなる妊婦は, 合併症や切迫早産, 胎児異常などの症状や, 妊婦健康診査の未受診, 経済的問題や家庭環境の問題など, さまざまな要因により, 妊娠や出産に支障を及ぼすおそれのある妊婦をさす。
- 19) 厚生労働省「平成22年保健・衛生行政業務報告(就業医療関係者)結果の概況 就業保健師・助産師・看護師・准看護師」〈http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/10/dl/h22_hojyokan.pdf〉
- 20) 厚生省大臣官房統計資料部並びに厚生省児童家庭局母子保健課資料.
- 21) 保健師助産師看護師法 (昭和二十三年七月三十日法律第二百三三号) 〈<http://www.law.e-gov.go.jp>〉 [2010年12月アクセス]
- 22) 日本助産師会編集 (2006)『助産師の声明』日本助産師会, 1頁。
日本助産師会 公式サイト 〈<http://www.midwife.or.jp>〉 [2011年9月アクセス]
日本助産学会国際委員会 (2006) 国際助産師連盟所信声明。
*ケア: 助産師が, その技である手技や言葉を用いて, 利用者の心身の安全・快適さを保つために行う行為。
**ウィメンズ・ヘルスケア活動: リプロダクティブヘルス/ライツの視点から見た女性のライフステージに対応した健康支援活動である。具体的には, 思春期におけるケア, 中高年におけるケア, リプロダクティブヘルスにおける活動が含まれる [家族計画, 不妊の悩みをもつ女性へのケア, 性感染症, 月経障害, ドメスティック・バイオレンス (DV) 等]。
- 23) 院内助産システムは, 2006年よりいち早く日本助産師会の助産師問題特別対策委員会が「助産師業務自立サポートプロジェクト」を立ち上げている。日本看護協会も安全で安心な出産環境の実現にむけて, 2008年より3か年計画で重点事業としてすすめてきている。厚生労働省もこの2つの職能団体の動きから, 2008年より「院内助産所・助産師外来施設整備事業及び助産師活用地域ネットワークづくり推進事業」を実施している。
- 24) 2006年の医療法の改正により, 医療法第十九条に関する厚生労働省令 3. 助産所の開設等に関する事項が出された。
- 25) 東御市立助産所とうみ ホームページ 〈<http://www.hospital.city.tomi.nagano.jp/jyosan>〉 [2011年9月アクセス]
- 26) 小山久子, 黒澤かおり (2010)「東御市のお産を支える自治体発の取り組み 東御市立「助産所とうみ」が開設されました」『助産雑誌』第64巻第8号, 728-735頁.
- 27) しんしろ助産所 ホームページ 〈<http://www.city.shinshiro.lg.jp>〉 [2011年9月アクセス]
- 28) 社会福祉法人 聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院 ホームページ 〈<http://www.seirei.or.jp/mikatahara/>〉 [2011年9月アクセス]

助産活動の多様化と新たな展開

- 29) 徳之島徳洲会病院 公式サイト〈<http://www.tokunoshima-tokusyukai.info/>〉[2012年9月アクセス]
- 30) 大野弘恵 (2013)「子宝の島・徳之島における助産活動の検討」『名古屋学院大学大学院経済経営論集』第16号, 67-85頁.
- 31) 大野弘恵, 小林甲一 (2013)「医療過疎地域における周産期医療・助産の担い手の現状—離島の現状と課題—」『名古屋学院大学大学院経済経営論集』第16号, 53-66頁.
- 32) 日本助産師会助産所部会役員会 安全対策委員会 安全対策室編集 (2004)「助産所業務ガイドライン」このガイドラインは、2001年～2002年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究」（主任研究者：青野敏博）において、「助産所における分娩の適応リスト及び正常分娩急変時のガイドライン」として報告された。日本助産師会がそれらを「助産所業務ガイドライン」として2004年度総会で採択した。
- 33) 社団法人 日本助産婦会 (2000)「助産所の分娩取り扱い基準並びに搬送基準」.
- 34) 大野弘恵 (2012)「地域における助産所の経営形態をめぐる新たな動き」『名古屋学院大学大学院経済経営論集』第15号, 45-63頁.