

〔 要 旨 〕

助産活動の多様な展開とその活性化に関する研究

- 「助産師」の役割と課題の考察にもとづいて -

1. 研究の背景

本論文は、医師と協働で活動する助産（出産の介助 - 出産を取り扱うこと）の担い手である「助産師」を研究対象とし、助産師の資格や活動、特に助産活動を取り巻く状況を歴史的視点から論じたうえで、助産師の役割や活動の将来的方向性を考察したものである。

助産師は、保健師助産師看護師法（以下保助看法とする。）によって資格、身分、業務などが規定されており、医業の一部である正常な経過にある妊産婦と新生児の管理と、直接の生活援助を同時に併せておこなう、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。）のなかでも、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。とりわけ特徴的なことは、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、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、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、地域に根ざした活動をしてきたことから、開業助産師は、多くの妊産婦や女性から信頼されている。

戦後、わが国はアメリカをモデルとした保健医療改革により、医療施設の近代化に加え、医療職種の教育・技術の改革などが急速におこなわれてきた。その結果、出産場所が家庭から施設へ移行するとともに、出産そのものが生理学的なものから医療化されたものとなり、こうしたなかで、助産師の活動場所も医療施設に移行してきている。

助産師の活動に関しては、このような出産の施設化と医療化のなかで、助産師の活動対象となる人々も多様になり、妊産婦は安全で安心、満足度の高い出産を望んでいることから、そうした妊産婦のニーズを満たす出産環境の提供が求められている。また、晩婚化・晩産化・少子化が進行し、従来にも増して、ハイリスク妊娠や重症なケースが増え、医療の高度化が求められ、社会環境や出産環境の変化をふまえたうえで、妊産婦が安心して出産できる基盤が、いっそう必要になってきている。さらに、近年では、産科医師の不足からくる産科医療施設の偏在や危機的な医療体制は、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迎えていると考えられる。

助産師の活動に着眼することとしたのは、筆者自身、助産師であり、10年程前より助産師の業務を活性化する方向性を探ってきたことに始まる。自己のこれまでの臨床での経験や助

産師教育機関での体験、開業助産師の方々との活動を通して、現在の助産活動について検討するために本論文の執筆を手がけることにした。そして、この論文を通して、将来の助産師のあるべき姿や果たすべき役割を検討する際に基礎となる知見を提供し、それが、これからの助産活動を活性化する具体的な方向性を見出す一助となることを期待したい。

2. 研究方法

本論文では、はじめに、文献資料をもとに、わが国の母子保健や産科医療・周産期医療の変遷と、助産師の活動の全体像を捉え、現在までの助産師の活動を概観する。そして現在へと続いているこれまでの助産師の歴史を振り返りながら、医療制度改革の影響、医療提供対策、特に母子保健政策と産科医療・周産期医療体制に主眼をおいて分析したうえで、助産師の担ってきた役割を明らかにする。次に、助産師の専門性を導き出す教育制度の意義や業務について、さらに自律した業務をするために必要なキャリアアップなどについて取りあげ、そのことが助産師にとってどのような意味をもち、課題をもっているのかを検討する。さらに、助産師の教育や業務の内容をふまえ、論文の主題である助産師を取り巻く環境を概観したうえで、助産師がこれまで助産活動の拠点としてきた助産所に焦点をあて、助産所でのヒアリング調査の成果や諸外国の助産師との比較考察の結果などをもとに、経営形態の視点から、助産活動の経営体のあり方について総括する。そして、これからの助産のあり方や助産師としての活動のあるべき姿を探り、今後の助産活動の展望として助産師の活動の将来的な方向性について考察する。

3. 研究目的

本論文では、「助産師」という資格に着眼し、1つの経営体として助産師を捉え、その職業活動や経営行動の分析をおこなっている。助産師の助産活動の特質を明確にし、それを保健医療や産科医療・周産期医療との関係で位置づけ、活動の場や経営体に注目し、なかでも、これまでの助産活動の拠点である出産を取り扱う「助産所」に焦点をあてている。さらに諸外国の助産活動を概観しながら、助産師や助産所のもつ課題を明らかにするとともに、助産師の活動が活性化する方向性を探り、これからの助産師の将来的方向性を考察する際に基礎となる知見を提供することを本研究の最終的な目的としている。

4. 論文の構成と概要

本論文は、研究の背景および目的を述べ、論文の構成と各章の内容の要約をした「序章」に始まり、第1章から第6章からなる「本論」、および本研究の成果の要約と今後の課題を述べた「終章」によって構成されている。

本論文の「本論」は6章からなり、それは2つの部分から構成されている。

前半の第1章から第3章では、本論文の研究対象である「助産師」を取り巻く背景として、わが国の近代化が開始した明治時代より現在までの期間の保健医療状況、特に助産師に関連する母子保健の変遷を概観しながら、医療政策や産科医療・周産期医療と関連させ、その歴史的経過のなかで、これまでの助産師の活動の歴史を整理し、助産師が保健医療や母子保健に果たした役割を論じている。また、周産期医療体制が整備されていく状況を、愛知県を事例として取りあげまとめている。さらに、第五次医療法改正により、新たな地域医療を担う医療提供体制として創設された社会医療法人制度にも触れながら、周産期医療の分野で認定を受けた法人でのヒアリング調査の結果を検討資料としている。

次に、後半の第4章から第6章では、本論文の主題である「助産師」に焦点をあて、職業としての存在価値、助産師の教育制度や業務の内容を整理したうえで、経営主体の異なる助産所におけるヒアリング調査の結果を提示し、助産活動の原点である助産所経営のための条件や助産師としての活動を検討している。また、諸外国の保健医療や助産活動の現状を比較しながら、わが国におけるこれからの助産のあり方や、助産師としての活動のありべき姿を探っている。そして、そのうえで、今後の助産師の業務を活性化する方向性をめぐる議論から将来展望について論じている。

< 論文の構成 >

- 序 章 研究の背景および目的、論文の構成
- 第1章 日本における母子保健の変遷と助産師の活動
- 第2章 助産活動と医療提供体制の展開 - 産科医療から周産期医療へ -
- 第3章 周産期医療体制の現状と今後の課題
- 第4章 助産師教育の変遷と職能育成
- 第5章 助産所の経営形態と構造転換
- 第6章 助産師主導による助産活動の活性化
- 終 章 研究成果の要約および今後の課題

本論文を構成する各章の概要は以下のとおりである。

まず、序章では、「研究の背景および目的、論文の構成」を述べている。助産の専門職である「助産師」について、保健医療チームのなかでも特殊な存在であることから研究対象に選択し、助産師の活動を捉えている。また、ここでは、助産所または助産院に関する先行研究をもとに、本研究の視点を明確にしている。

先行研究のなかで特に注目すべきことは、地域で活動する助産師の実態や助産所を開業する助産師の報告から、妊娠してから出産そして子育てと、長期にわたり助産師から継続的なケアを受けていることにより妊産婦の満足度が高いことであり、妊産婦と開業助産師のあいだに強い密接な信頼関係が生まれていることが明らかになっている。

第1章では、「日本における母子保健の変遷と助産師の活動」について概観している。研究を進めるにあたり、女性の職業として、他の看護職よりいち早く独立し確立されてきた専門職としての助産師の歴史を紐解きながら、助産師の活動がどのように位置づけられ、展開してきたのかを解き明かしている。助産師の歴史は、保健医療との関係、そのなかでも、とりわけ母子保健との関係が深くあるため、まず保健医療ならびに母子保健の変遷について概観し、歴史的経過のなかで助産師の活動を振り返っている。この部分では、地域に根ざした活動をしてきた助産師のあり様を確認していくことを念頭に入れながら主題に取り組んでいる。

保健医療は、人の生命に関わる重要なものであり、社会や国の発展のためには欠かせない分野である。本章では、わが国の近代化がスタートした明治時代の初頭から現在までの保健医療の変遷についてまとめている。保健医療の変遷を振り返るにあたり参考にした先行研究は、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）の報告資料である。この資料によれば、主要な保健課題の視点から、1868年から現在までが以下の5つの時期に区分されている。第1期（1868年～1919年）は、急性感染症対応期、第2期（1920年～1944年）は、慢性感染症対応および母子保健サービス形成期、第3期（1945年～1960年）は、保健医療行政再構築期、第4期（1961年～1989年）は、医療サービス拡充期、第5期（1990年～現在まで）は、高齢社会対応期である。

ここでは、区分した時代別に、保健医療の主要課題とその特徴や、その時代における取り組みの側面から概要を捉えている。その結果、わが国の保健医療は、明治政府が早急に近代化を図るために、西欧先進諸国から近代医学を導入し、制度改革を推し進めたことから始まり、戦前までに、統計制度が開始され、科学的データにもとづく保健医療施策への取り組みの基盤ができ、現在の保健医療行政の骨格となるさまざまな組織や制度が制定されてきたことを明らかにしている。第2次世界大戦により保健医療行政は一旦破壊され、連合国軍最高司令官総司令部（General Headquarters：以下 GHQ とする。）の指導のもとで、保健医療行政が大きく転換し再構築されていった。医療に関しては、C.F.サムス准将（医師）、看護に関しては G.E.オルト大尉（看護師）が関与しているが、当時、アメリカには助産師の職種がなかったため、G.E.オルト大尉は助産師（当時は産婆）のことが理解できず、代わって助産師担当官であった E.マチソン氏が助産師の指導、教育にあたった。そして、GHQ の指導が終わり、その後の 1950 年代の高度経済成長とともに、わが国の政策として保健医療サービスの提供体制が整備されていった。このような保健医療の進歩していく歴史を概観し、保健医療サービス提供体制の基礎となっているのは、1947年に制定された保健所法（1994年に地域保健法に改正）であり、母子に関しては、1965年に制定された母子保健法であったことを明らかにしている。

次に、保健医療のなかでも母子の健康の保持・増進を目的とした保健衛生の一分野である母子保健、あるいは母子保健施策とは関連が深く、その発展のなかで助産師の活動がどのように位置づけられ、展開してきたのか、ということについて論じている。助産師が専

専門職として活動を開始するのは、今から 110 年程前の 1899 年に「産婆規則」が制定されてからのことであったことから、産婆規則が制定され、助産および母子保健活動が開始した時から現在までの期間を概観している。この期間は、母子保健の視点より、以下の第Ⅰ期から第Ⅴ期の 6 つの時期に区分することができ、第Ⅰ期と第Ⅱ期は、「3. 戦前における母子保健の形成と助産師の活動状況」、第Ⅲ期から第Ⅳ期は、「4. 戦後における母子保健の発展と助産師の活動状況」、第Ⅴ期は、「5. 母子保健対策の展開と今後の課題」として、各時期の概況をまとめている。

第Ⅰ期（1899 年～1915 年）は、産婆規則が制定され、助産および母子保健活動が開始した時期であり、専門職として産婆の身分が確立し、制度、業務、教育の分野で、すでに現在の助産師の基礎になるものができ、助産および保健活動の萌芽期と位置づけている。その後の第Ⅱ期（1916 年～1944 年）は、保健衛生調査会が設置され、公衆衛生学的視点にもとづいて母子保健サービスが形成された時期である。保健医療における視点が防疫から予防へと徐々に変化し、専門職による保健活動、愛育会などの住民参加による母子保健活動など、日本独自の地域保健的アプローチが始まり、母子保健サービスの形成期としている。第Ⅲ期（1945 年～1964 年）は、保健医療行政が再構築され、母子保健施策の基礎にもとづいて母子保健サービスが発展した時期であり、母子保健サービスの発展期である。国の打ち出した数々の施策と助産師や保健師による栄養状態の改善や衛生環境の指導によって、乳児死亡率は急激に減少している。続く第Ⅳ期（1965 年～1979 年）は、母子保健に関して最も基本となる法である母子保健法が制定され、母子保健施策の基礎ができ、母子保健施策の体系化が進んだ時期である。第Ⅴ期（1980 年～1994 年）は、地域に根ざした効率的で総合的な保健医療福祉制度が求められ、より住民に身近な市町村を単位とするサービス提供体制の構築がめざされ、その結果、母子保健施策が体系化され、母子保健施策は充実期をむかえる。第Ⅵ期（1995 年～現在まで）は、住民に、より身近な母子保健サービスの提供をめざし、新たな課題に対する母子保健対策が施行されていく時期で、母子保健施策の転換と次世代育成期である。

以上のことから、母子保健の分野ではさまざまな母子保健施策が制定され、医療体制が整備されてきたことにより、母子保健水準は今や、世界のトップレベルとなっている。また、戦後の数々の政策や経済の復興とともに国民の生活が向上したことなども関連していると考察している。現代の母子保健サービスは量から質へ転換し、さらに持続可能な保健医療制度の抜本的な改革が模索され続けていて、今後も専門職による活動がますます望まれるし、専門職が担う役割は大きい。このような社会の変化のなかで、助産師は看護職のなかでは唯一開業権をもち、産婆と呼ばれていた時から現在まで、地域に根ざした母子の一生に関わる業務をしてきており、母子保健に大きな役割を果たしてきている。先輩助産師がこれまで地域の母子保健の向上に貢献してきたことが明らかになったとともに、助産師の活動の本質的な部分は何ら変わっていないことが明確になり、これらのことを、次世代を担う者に伝承していく必要性を提示している。

第2章では、「助産活動と医療提供体制の展開」について、産科医療から周産期医療へ移行するまでを捉え、特に、戦後に出産が医療化していくなかで、助産師の活動がどのように変わっていったのかを論述している。

助産師の前身である産婆は、江戸時代後期から明治時代にかけて専門職化しており、産婆の活動は、「医制」(1874年発布)と「産婆規則」の制定により位置づけられたものである。医学のなかで、助産活動と関連する産科医療も明治時代頃より開始していたが、戦前までは、助産の担い手は産婆であり、異常な出産の取り扱いについては産科医師の役割としている。しかしながら、診療や診療に必要な検査、医薬品、医療機器などは未発達であり、医学として産科分野の位置づけが確立するのは、戦後になってからである。戦後には、医療制度や看護制度を再編する政策の転換がおり、そのなかで、「施設での出産が安全」と奨励した政策が進められていく。その成果の多くは母子保健指標で示されているが、医学の進歩と産科医学の確立が関係していることは言うまでもなく、助産師を中心とした妊産婦への健康教育や国民の日常生活の向上(栄養、休息、清潔など)なども関わっていると考えられる。

ここで取りあげた出産場所や出産介助者の変化については、厚生労働省や日本助産師会、日本看護協会などの統計資料をもとに検討している。これらの資料から、出産環境は、わが国の経済が高度成長していく時代に、地域医療を充実させていくために医療施設が建設されていき、1960年を境に、出産場所は家庭から医療施設へと移行していく。こうした変化のなかで、しだいに、出産介助者が産婆、あるいは助産師から医師へと変化し、出産が医療の管理下に置かれるものへと移行していくことになる。1970年代頃からは、近代化した医療施設、特に、おしゃれで料金も非常に高価なホテル化した診療所が増加し、出産は女性や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。出産の施設化と医療化の現象には、1つは医療保健制度 - つまり医療施設の設置運営については、1948年に制定された医療法によって規制されているが、「出産は医療保険の適応外である」ということが大きく関係していると推測される。2つ目には、出産に対する価値観の多様化も関係して、出産する場所は、妊産婦の多様なニーズを受け入れながら、安全でより快適なものをめざして独特な発展をし、医療施設が疾病治療の場とかけ離れた場所となっていることである。3つ目には、戦前にも子どもの生命の安全を重視していたというものの、「お産 = 安全に終わって当たり前」という誤った認識が広まり、さらにいっそう生命の安全を医療に求めるようになり、産科医療から周産期医療へと拡大した概念で出産を捉えるようになってきたことである。

特に、3つ目のことに関しては、安全性を最優先する医療提供体制の整備が進められることになり、周産期医療体制は、未熟児室として運営されていた施設が、1975年頃から新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit : NICU) として機能するようになる。その後、1980年代頃より医療政策として母子の緊急医療体制の整備が必要と言われ、1984年から産科と新生児を扱う医療機関の連携を中心に周産期医療施設の整備が進み、やがて国の事業として1996年より周産期医療対策整備事業が実施されていくことになる。

こうした医学・医療が急速に進歩をとげたことは、母子保健水準を著しく向上させるとともに、安全で安心な妊娠・出産環境の整備が重要視されるようになってきたことは、助産師にとっては、活動場所や活動方法を変化させることが不可欠であった。

第3章では、「周産期医療体制の現状と今後の課題」について論述している。この章では、第2章で述べた、助産師と関連が深い医療の概念が産科医療から周産期医療へと拡大されてきたことを受けて、医療政策により整備されてきた周産期医療やその体制を概観し、現在の周産期医療体制の課題を整理している。そして、新たな助産業務に関係する動きを捉え、助産所の継続に好転する要因となるかを検討している。

はじめに、周産期医療対策整備事業が始まった1996年より現在までの約15年間の事業展開についてまとめている。医療法にもとづき、医療提供体制の確保に関する基本方針[平成19年厚生労働省告示第70号]に即して、各都道府県において、それぞれの地域特性に配慮した整備が進行されている。都道府県では、地域差はあるものの、周産期医療対策整備事業による周産期医療システムをもとに、周産期医療ネットワークの整備が進められ、搬送体制の整備等が推進されてきた。周産期医療体制における課題としては、救急医療との連携が必要であり、搬送システムと情報システムが整備されていないことがあげられる。妊産婦や新生児の緊急度、重症度等に応じた適切な搬送と医療対応、そしてリアルタイムな情報の共有が求められている。助産業務に関係する近年の新たな動きには、医療提供体制における産科医師、助産師不足と偏在、それに伴って出産場所が集約化されてきたこと、多くの助産師が就労している病院のなかに、助産所をつくる動き（院内助産システム）、病院と診療所の連携システム（オープンシステム・セミオープンシステム）の動き、医療訴訟が増える産科医療における補償制度の制定がある。

次に、周産期医療体制や事業の取り組み事例として愛知県を取りあげている。愛知県は、二次医療圏は福祉圏域と整合を図って同一とし、12医療圏に区分され、名古屋医療圏を中心として基盤となる病院、また4つの大学病院をもっている。1987年8月に医療圏および必要病床数を記載した「愛知県地域保健医療計画」が作成され、これまでに計画の見直しが6回おこなわれている。また、特徴的なことは、県が作成している医療計画とは別に、愛知県周産期医療協議会では周産期医療情報ネットワークシステムを1998年10月から運用を開始し、地域の周産期医療施設等がインターネットを通じて、各周産期母子医療センターが発信する情報等を参照できるようになっていることである。そのため、2008年からは県の医療計画にもとづいて、この周産期医療情報ネットワークシステムを加えた「愛知県周産期医療体系図」を作成し、周産期医療ネットワークの整備を進めてきている。産婦人科または産科を標榜し、分娩を取り扱う医療施設や集中治療室設置状況は、医療圏によって地域差が生じてはいるものの、全体的には周産期医療体制が整備されてきている。そして、医療計画やネットワークのなかに助産所も組み入れられ、緊急時の対応システムのなかに位置づけがされている。目標となる母子保健水準は向上してきているものの、県の

課題として、 いっそうの周産期医療ネットワークの充実と強化や、総合周産期母子医療センターの複数指定等、安心して子どもを産み育てる環境の整備を進めること。 周産期傷病者の病態に応じて適切な医療機関へ、救急隊が速やかに搬送することのできる体制を整備すること。 電子カルテ導入と医療情報のオンライン化があげられる。

これまでみてきたように、全国的に産科医師不足のために、出産のできる病院の偏在、減少、あるいは、地域によってはなくなってしまうという現状により、周産期医療の危機的状況が社会問題になっている。そこで、医療制度改革の1つとして進行中の医療法人制度改革と関連して注目されるのが、2006年の第五次医療法改正で新たに創設された「社会医療法人」制度であり、この社会医療法人が、地域における周産期医療の危機を打開する担い手となりうるか、という問題について検討している。社会医療法人として認定を受けるためには、地域医療で不可欠とされる5事業、つまり救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児救急医療の拠点病院として地域の医療計画上に明記されると同時に、実績において基準に適合していることと、さらに、認定後も適合し続けることが求められており、認定後に維持できない場合は、認定が取り消されることになる。社会医療法人制度における事業に係る業務の認定要件は非常に厳しく、構造設備を整備し、業務をおこなうための人的体制を整え、3年間で実績をあげなければならない。2008年4月1日から社会医療法人の審査が開始され、2011年3月末では120法人が認定されているが、そのなかで周産期医療の認定要件を満たし認定された法人は、わずか4法人である。そこで、大阪市の「愛仁会 高槻病院」、福岡県の「雪の聖母会 聖マリア病院」、札幌市の「母恋 天使病院」の3か所の法人でヒアリング調査を実施した。その結果、 いずれの法人も認定を受ける前から社会医療法人の5つの特性、すなわち、非営利性・公益性・効率的・透明性・安定性のある経営形態であり、認定要件に適合した事業を展開していた。国が開始した周産期医療対策事業における総合周産期母子医療センター、あるいは地域周産期母子医療センターの役割を担い、地域の要となっている医療機関であった。周産期医療のみでなく、周産期医療と関連して必要とされる救急医療や小児医療の分野と、複数の認定を受けていることが強みとなっていた。母体搬送やハイリスク児の受け入れ依頼があった時には、全例を受け入れる姿勢であり、地域の信頼性が高く周産期医療の水準も高かった。魅力ある医療や看護提供システムであり、助産師や看護師の養成機関も併設されているため、今後も人的体制の確保も期待できた。これらのことから、周産期医療の分野だけでなく、地域住民のヘルスケア・ニーズに応じ、地域に根ざした安全で安心できる医療を提供しており、社会医療法人として、本来の目的である地域医療の担い手になっていることが確認できた。

本調査で得た結果から、ここでは、周産期医療の分野で認定を受け継続していける社会医療法人が増加すれば、地域の医療計画に位置づけた周産期医療ネットワークの整備が促進され、安心して妊娠・出産できる環境が整備されることに繋がるのではないかと考察している。

第4章では、「助産師教育の変遷と職能育成」について論述し、「助産師」の概念や資格のもつ機能を確認し、助産師の資格を取得するための基礎教育や資格取得後のあり方の視点から助産師を捉えている。

助産師の定義や業務範囲について規定しているものは保助看法であり、さらに、国際機関である世界保健機関（World Health Organization：WHO）、国際助産師連盟（International Confederation of Midwives：以下 ICM とする。）また日本助産師会、日本看護協会、全国助産師教育協議会、日本助産学会といった職能団体も助産師と業務範囲を定義している。そのなかで、産婆の時代から受け継がれてきた日本助産師会は、「助産師の声明」で助産師の資格、身分、業務、活動の場について言及し、さらに、助産師の活動の基盤となる理念について、生命の尊重、自然の尊重、および智の尊重をあげている。

ICM においては、1972 年に助産師の実践活動に関する定義づけが検討されて約 40 年経過し、2011 年の ICM 評議会(南アフリカ)において、助産師の定義が改訂されている。改訂された定義では、助産師とは、「その国において正規に認可され、ICM 基本的助産業務に必須な能力及び ICM 助産教育の世界基準の枠組みにもとづいた助産師教育課程を履修し、合法的に助産業務を行い「助産師」職名を使用する免許を取得するために登録され、かつ、あるいは法律にもとづく免許を得るために必要な資格を取得した者で、かつ助産実践の能力（コンピテンシー）を示す者である。」とされた。

これまでの資格制度について歴史を探ってみると、明治政府の政策に起源があり、わが国の医師法と医療制度の根源をなす「医制」により、助産師は専門職として本格的な始動をみる。ドイツ産婆学をもとにした産婆教育が始まり、試験による免状の取得により、産婆と産科医との区別が明確化され、さらに、「産婆規則」が、産婆の身分を国家資格として確立させ、その教育訓練を近代化させていった。この産婆規則は、全国的な初の産婆教育の法律で、教育期間が1年以上、分娩介助事例が10例以上と、現在の基礎教育の基盤となるものがすでに確立されていた。その後の大改革では、1945年の敗戦が契機となり、GHQの指導下で看護職の教育変革が始まり、社会的地位を向上させていった。これまでのドイツ医学からアメリカ医学への転換となり、アメリカ看護学の影響を受けるが、当時のアメリカには助産師の職種がなかったことも関連して、助産師は3年間の看護基礎教育の後、6か月以上の助産学を修業することになった。

助産師の教育については、改正されてきたカリキュラムを提示しながら、助産師教育の現状を分析し、今後の教育上の課題について検討している。現在、助産師の資格を取得するためには、厚生労働省の定める看護師と助産師の国家試験に合格し、免許を取得することが必要であり、国家試験受験資格は、助産師養成機関で1年以上の教育を受け、必要な単位を取得することで得られる。現在、助産師の教育は、統合カリキュラムを実施している4年生大学内での選択コース、1年間のコース（専門学校、短期大学、あるいは大学の専攻科または別科）、2年間のコース（大学院）に分類され、教育年限は1年以上、必要な単位数は28単位と規定されている。助産師基礎教育はどのような教育機関であっ

ても、専門職業人として助産実践に必要な基礎的知識・技術の習得、母子とその家族の健康の保持増進に寄与できる能力、ひいては母性の健康管理および地域母子保健に貢献できる助産師の養成を目的としている。

教育上の課題について検討した結果、1年以上の教育期間と単位数の増加の縛り、また教育内容と到達度で問題となるのは、4年間の大学内での養成機関であった。厚生労働省と別組織である文部科学省で教育がおこなわれていることが、そもそも問題ではあるが、

統合カリキュラムからくる単位の読み替えにより、取得すべき単位数がよいのか、過密カリキュラムで、臨地実習の時間、内容や結果が到達しているのか、看護師の教育後に助産師の教育をするのではないため、教育の積み上げになっているのか、という疑問が生じた。さらに、改めて検討が必要なことは、ICMの国際基準の教育期間が最短1年半ということ改正され、多くの教育機関が国際基準に合っていないことを課題として捉えた。

続いて、就労してからの職能教育について、職能団体などにおける職業訓練について、日本看護協会による資格認定制度、日本助産師会による助産所開業者のための研修、徳島大学病院におけるエキスパート助産師養成コース、また、筆者が現在活動している助産技術の伝承を目的とした「特定非営利活動法人 臨床助産の会」における研修会について論述している。これらの職能育成について考察した結果、一人前の助産師として自律した業務が実践できるようになるには、看護教育と助産師教育を積み重ね、さらに助産師の資格取得後においても、助産に関連した周辺の知識と技術を習得し、職業訓練、つまり助産の現地経験が必要となる。したがって、助産師は助産の専門職であり、実践家として独り立ちできるようになるには、数年の年月を要する職業であることが明らかになった。

第5章では、「助産所の経営形態と構造転換」について、助産師が長い歴史のなかでおこなってきた本来の活動をしている助産所の現状を捉え、助産所を経営形態の視点から検討し、その後に新たな構造転換の現状を論述している。第3章で明らかにした、周産期医療体制が厳しい状況にあるなかで、助産師が個人で助産所を経営する形態で、助産業務を継続していくことは、非常に厳しい状況にあること、さらに、第4章で明らかにした、助産師が本来の業務をおこなうには、ライセンスを取得するための基礎教育に加え、助産所を開設するための臨床経験を積むことが必要なことなどをふまえ、ここでは、助産師の就労場所や活動形態によって分類を試みている。助産活動の形態では、4タイプに類型化でき、助産師が経営する助産所の活動を[タイプA]、非助産師(業務団体経営)による経営の助産所の活動を[タイプB]、医療機関(病院・診療所)のなかの院内助産システムを[タイプC]、院内助産システム以外の病院・診療所での活動を[タイプD]とした。この4つのなかで、本論文の主題である[タイプA]と[タイプB]の助産所でヒアリング調査を実施し、その結果を提示している。[タイプC]については、助産活動の方向性をめぐる議論として、次の第6章で触れている。

まず、個人で開業をしている愛知県内の4か所の助産所でヒアリング調査した結果を提示している。調査した助産所は、〔タイプA- 〕として、東海市の「山口助産院」、豊田市の「広瀬助産院」、北名古屋市の「すこやか助産院」、小牧市の「ほのぼの助産院」である。これらの助産所での調査の結果、開業助産所の現状から、母子の生命の安全性に関わる整備体制、開設に必要な嘱託医・医療機関、教育制度からくる人材育成の課題、後継者の問題が課題としてあげられた。

次に、個人経営の助産所が主流であるが、昨今新たな経営形態として開設された助産所、あるいは医療機関のなかで開始された助産所について、3か所の助産所でヒアリング調査の結果を提示し、経営形態の側面から、これからの助産所のあり方を検討している。調査した助産所は、〔タイプA- 〕として、助産師が共同で法人として経営する助産所、「このとり助産院」、そして、〔タイプB〕として2施設、公立の機関が経営する助産所で、自治体が経営する病院の医師が嘱託医となる助産所、「助産所とうみ」と、病院の院内助産所とのオープンシステムを前提として開設された助産所、「しんしる助産所」である。これらの助産所での調査では、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との絡みから、助産師の業務や担う役割を明らかにしていくことに重点をおいている。その結果、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・嘱託医療機関と契約が必須要件であり、そこには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が整備されていることも重要であった。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た。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た。

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を取りあげている。助産活動は、勤務する場所や経営主体は異なっても、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と考察している。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、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ことが再認識できた。

第6章では、「助産師主導による助産活動の活性化」に向けて、助産師の活動のあるべき姿や方向性について、第1章から第5章までで述べてきたことをふまえ、論文の主題である助産師を取り巻く環境を概観し、助産師業界の状況を確認している。そして、組織として助産活動が活性化する方略を探り、これからの助産師活動の展望を考察している。周産期医療を取り巻く現状から、新たに医療の現場で採り入れられてきた「院内助産システム」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、医療機関での助産活動のあり方について検討している。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向けて、2008年より3か年計画で重点事業として進めてきている。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。しかし、産科を標榜する1,432病院のうち、院内助産所はわずか4.1%に過ぎず(2010年の統計資料)、出産施設の集約化、偏在化といった医療提供体制が一要因となって進まないことや、院内助産所や助産外来を実施している病院の約7割が、「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)。

これまでは日本の状況を論述してきたが、これからの助産活動の検討資料とするため、諸外国の状況を概観している。取りあげた国は、日本の医療界や看護界に影響を与えたドイツ、アメリカ、イギリス、そして、近年注目されているニュージーランドの4か国で、医療政策や助産活動について、これらの国で実際に活動している助産師の方々から伺った内容なども加えながら考察している。諸外国とわが国と比較し大きく異なる点は、医療保険制度が異なること、助産師と医師との役割の関係が異なること、教育制度の違いからくる助産師の能力から、助産師としてできる活動範囲が大きく違うこと、看護界・助産師も含め、社会の変化・発展と密接に関わりながら、法的・経済的に自律して人々の健康に貢献する専門職としての地位を獲得してきたこと、そして、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。そうなれば、日本の開業助産師に近い業務をしているニュージーランドの独立助産師のように、助産師が主導の出産も可能となるであろう。

最後に助産所に主体を戻し、助産所の経営形態の視点から論じ、助産師の世界を経営学的視点で考察している。助産所は、助産師が主導で助産活動をする拠点であり、地域に根ざした活動をしてきた場所である。経営形態が個人経営から、助産師の共同経営、あるいは助産師以外のものが経営するところが見直されてきていて、地域の医療提供体制の整備を進めていく医療計画を促進していくことに繋がっている。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。さらに、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、そこには、周産期医療体制を担う社会医療法人制度も助産所の受け皿となる存在であると考察している。また、医療機関のなかで進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。

終章「研究成果の要約および今後の課題」では、以上のような各章で得られた結論を再整理し、そこからの課題について論じ、助産業務に関連する固有性を重視してきた助産師の助産活動を中心に、現代に生きる助産師の担う役割を結論づけている。助産師にはさまざまな課題があるが、助産師に対する役割期待は高まっていることから、この役割に応えることのできる存在でなければならない。

以下にその成果の要約を述べ、本研究に残された課題を提示する。

5. 本研究成果の要約

本論文では、文献資料をもとに、助産活動の全体像を捉え、現在までの助産師の活動を概観した。さらに、周産期医療を担う社会医療法人、助産師個人が経営する助産所、および新たな経営形態で開設された助産所でおこなったヒアリング調査、さらには諸外国の助産師から直接伺った内容などをもとに検討を重ね、助産所や助産師のもつ経営課題を明らかにし、助産師とその助産活動の活性化に向けた今後の方向性について考察してきた。

本論文による研究で明らかになったことは以下のとおりである。

1) 専門職としての助産師の役割

助産師は看護職のなかでは唯一「開業権」をもち、産婆と呼ばれていた時から現在まで、社会的変化に伴って歴史的に変遷してきているが、地域に根ざした母子の一生に関わる業務であり、母子保健に大きな役割を果たしてきている。特に、助産師が助産の専門職としての機能を発揮してきたことには、助産師として人間による命の営みの継承を尊重し、個々人を大切にする助産理念をもって活動してきたこと、ならびに産科医師との協力関係が大きく作用してきたことが表出された。

2) 母子保健施策、周産期医療やその体制との関連

戦後のわが国の保健対策、医療や看護政策はめざましく進歩し、母子の生命の安全を最優先した医療提供体制への取り組みに重点が置かれてきた。助産活動は、母子保健施策に加え医療の現場との関連が深いため、周産期医療やその体制、あるいは政策と関連し影響を受けてきた。安全で快適な出産環境の整備が進み、そのなかで新たに始まった「社会医療法人」

制度では、周産期医療事業で認定を受けた法人も地域の医療の担い手として重要な役割を果たしていくことは、今後の助産師の活動にとって大きな力となるであろう。

3) 助産師教育と助産活動

諸外国のなかには、ドイツやニュージーランドのように、すべての出産に助産師が立ち会わなくてはならないと定めている国があり、助産師は国の政策で認められた存在であり、専門職として位置づけられてきた。それらの国では助産師と産科医師の役割分担が明確にされていて、助産師が自律した活動をしている。わが国の助産師養成教育には、教育期間の問題だけでなく教育内容の点においてもいくつかの課題があるが、このような諸外国の政策や助産師の活動を、日本に適應できるかたちで採り入れ、助産所経営や助産活動の新たな方向性として参考としていくべきであろう。

4) 助産所の開設・経営における要件

助産師は、医療法にもとづき助産所の経営ができるが、出産を取り扱う場合は、産科の嘱託医師や医療機関との契約や連携が必須である。しかしながら、現状では、産科を標榜する医療施設が偏在化していることもあり、今後も、助産師が自律して助産所を開業していくことができるかどうか、大きな岐路に立たされている。そのため、女性の最も近くにいる助産師が、助産活動を展開し活性化していくためには、個としての自律を維持していくことは言うまでもなく、他職種、特に医師と協働しながら役割分担し、自らの活動を遂行することがこれまで以上に重要になってくる。助産師が取り扱う出産は医療ではないが、助産師のおこなう業務は医療制度に従属していることから、産科医師の偏在などからくる提供体制などの課題があり、助産活動を機能的に進めるためには、日本の医療制度において何らかの改革が必要である。

5) 助産所の経営形態と存続

助産所の経営形態には、助産師個人、あるいは助産師による共同経営、また自治体など公的機関による経営、があるが、その経営形態が移り変わり、助産師個人が経営者でなくても、これまでの産婆の時代から受け継がれてきた助産師の魂、あるいは精神を伝承した助産業務ができる可能性が広がってきたことは確かである。しかし、助産師が出産を取り扱う開業をしないこと、開業が難しいことが、助産所の衰退を促すことは明らかであり、伝統的な助産所が妊産婦に提供してきた環境を残すことが困難になるのはまちがいない。助産師自身が、このことについて危機感をもって自覚しにくい状況に置かれていることが深刻な構造的危機を表すものであろう。

6) 助産活動の展望

これからの助産活動の展望として、今後の助産活動に採り入れる方略について思案しながら、助産師の活動の将来的な方向性について考察した。その結果、産婆の時代からこれまで引き継がれてきた、助産師の本質的機能といえる助産師の技、魂を継承しながら、助産師としての倫理観・責任感を養うとともに、専門職としての判断力や問題解決能力などを自らの力としていくことが、現代に生きる助産師に与えられた使命であると考えられる。

6. 今後の課題

本研究で調査にあたった助産所は、開設に関わる嘱託医師と医療機関との契約ができた施設である。助産所を開設するにあたっては、地域の医療機関との契約が必須であり、連携がとれる場所に立地していることが不可欠である。本論文ではへき地や離島、医療過疎地域の現状に言及することはできなかったが、今後は、地域の医療計画と合わせてこうした地域の助産活動にも目を向けていく必要がある。また、本研究では、実態調査の主眼を助産所においたため、それ以外の施設での助産活動の実態を述べることはできなかった。助産師が主導で助産活動ができる場所として広がりつつある院内助産所については、本論文のなかで、その取り組みや課題を取りあげたが、その実態を明らかにすることはできなかった。また、わが国における出産の半数近くを担う産科診療所は、医師が主導で出産を管理しており、そこでの助産活動の実態に関する報告事例は少なく、そこでの助産師の活動が見えにくい側面がある。院内助産所や産科診療所に就労する助産師の助産活動の現状を十分に把握し、その活性化について検討していくことは、本研究にとって今後の大きな課題である。

以上のような課題はあるが、医師主導の医療と協働、連携していきながら、助産師主導の助産が後世に伝承されていくことを切に望み、本論文がその一助となればと考える。