

教育活動報告 — 2 —

EU 諸国における助産師の卒後教育

—ドイツ・オランダおよびスウェーデンの調査より (2)—

我部山キヨ子*, 永山くに子**

I. は じ め に

1970年以降, 新卒看護職者の技術能力の低下, 特に大学教育を受けた学生の臨床能力の脆弱さが指摘されるようになってきた¹⁾。保健師・助産師・看護師教育を比較すると, 助産師教育においては臨床実習を含む技術教育のウエイトが大きいことは多くの人が認めるところである。しかし近年, 大学における看護基礎教育課程の中で助産師教育を行う施設が増加し, その中で助産師教育を受けた学生が臨床に輩出されるにつれて, 新卒の助産師においても分娩介助例数の少なさや技術能力の低さが指摘されるようになってきた。

これを裏づけるように, 指定規則で定められた助産師教育に必要な単位数は22単位であるが, 大学における助産師教育の平均卒業単位数は 15.5 ± 3.7 単位であり, 従来の1年課程の助産師教育機関で行っていた単位数(多くは30単位前後)よりも大幅に下回ると報告されている²⁾。また, 臨床能力に直接的に関連する助産学の総実習週数の平均でも, 江幡の報告³⁾によると大学 8.25 ± 2.67 週, 短期大学 12.29 ± 2.53 週, 専門学校 16.54 ± 4.27 週で, 大学における助産選択課程は専門学校の1/2と極めて短縮されている。このように, 教育制度の変化や少子化の中で, 学生の卒業時の臨床技術到達度に関して, 出産介助例数が指定規則で定める10例程度を下回る実情と臨床技術の未熟さの問題が生じている。そして, この現状に対する関心の高さは, 平成13年の保健師助産師看護師法の改正案が審議される過程で, 衆参両院で助産師教育の状況(特に分娩介助例数)に関して多くの議論(第155回国会厚生労働委員会第2号2002.11.1)⁴⁾がなされたことから窺い知ることができる。

このような現状を踏まえて, 新人助産師を受け入れる臨床施設からも, 助産師の就職時技術到達度について問題が提起されるようになっており, 臨床においていかに新人教育を行うかも大きな課題となってきた。

る。しかし, 看護師の卒後教育はマンパワーが多いために, 各施設で差はあるものの何らかの卒後教育はなされているが, 助産師はマンパワー不足や勤務助産師・開業助産師と雇用形態も様々であるため, 施設において助産師単独を対象とした卒後教育はほとんどなされていない。

現在では, 医療安全対策(特に, 産科領域は医療事故が多く, 損害賠償額は全診療科の中で最も高額)や新人医療職の教育は, 国家施策としても大きな課題となりつつある。このような背景から厚生労働省⁵⁾は「安心安全の助産ケアに係る推進事業」を展開するようになった。この事業の目的は医療安全の確保に向けての体制整備の一環として, 特に周産期領域においては母子安全の確保に向けた対策の充実と, 少子化対策の中で適切な出産環境の提供が求められているとして, 平成17年度推進事業として「新人助産師に対する医療安全対策モデル研修」の実施が行われた。このように, 助産師の卒後教育, 特に新人助産師の卒後教育は緊急かつ重要な課題である。

本研究の目的はわが国の助産師の卒後教育のあり方を構築する基礎資料とするために, EU諸国のうちドイツ・オランダならびにスウェーデンにおける助産師の卒後教育の内容, 業務の範疇, 免許更新制度等を調査することである。

II. 研 究 方 法

1. 調査国の施設

まず, 本調査の目的に照準し, 助産師協会長や訪問施設への連絡調整を書面やE-mailにて行い現地視察を含めて調査協力の承諾を得た。ついで, 本研究の目的・質問内容を助産師協会長や訪問機関の責任者に事

表1 調査国と施設

国 名	施 設
ドイツ	Universitätsklinikum Bonn Geburtshaus Düsseldorf e.V.
オランダ	Slotervaart hospital Amsterdam Masstraat 14/I 1078HJ Amsterdam (個人宅)
スウェーデン	Karolinska Institutet Söder hospital The Swedish Association of Midwives Älsjö barnmorssemottagning (MVC)

* 京都大学医学部保健学科看護学専攻
〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53
Department of Nursing Science, School of Health Sciences,
Faculty of Medicine, Kyoto University

** 富山大学医学部看護学科看護学専攻
Department of Maternity Nursing, Toyama University
受稿日 2006年9月15日

前に送付し協力要請を行った。調査協力が得られた施設は表1のとおりである。

2. データ収集の実際

データ収集は、現地視察と関係者からの聞き取り調査より行った。卒後の助産師教育に関する聞き取りに関して、調査国の助産師の卒後教育の状況については助産師協会会長による面談、その地域や当該施設の卒後教育は施設実施管理者（助産師）との面談によってデータ収集し、その後、助産師業務の実際については現地視察（病院・母子センター・助産院）を行った。現地視察調査ではVTRによる録画、デジタルカメラによる撮影を行った。その他、家庭訪問による現地で出産した母親の周産期体験の聞き取りとその時の助産師の訪問記録の実際などからも情報を得た。

Ⅲ. 結 果

以下、第一に卒後教育については現任教育制度・免許更新制度などを中心に、第二に開業助産師を含めて助産師業務の現状などを、ドイツ、オランダ、スウェーデンの順で報告する。なお、ドイツとオランダは助産師教育と看護師教育は別の教育制度（direct-entry system）であり、スウェーデンは日本と同じく助産師教育は看護師基礎教育の上に積み重ねる教育制度（nurse-midwife system）である。

1. ドイツ

ドイツでは北西部ルール州 Bonn にある Bonn 大学附属助産師学校（Hebammen Schule Universitätsklinikum Bonn）の実習病院（Universitätsklinikum Bonn）で隣接する Frauenklinik（Perinatalzentrum, Pränatalmedizin, Neonatologie, Endokrinologie, reprod.-Medizin）という部署を備える総合的クリニックと、同州 Dusseldorf の助産院（Geburtshaus Dusseldorf e.V.）を訪問し、現地視察ならびに施設管理者から聞き取り調査を行った。

1) 卒後教育

ドイツではキャリアアップを目的とする研修と免許更新のために研修が義務づけられていた。10年前までは開業を行うためには、病院で2年間の研修を受けるというシステムが残存していたが、現在は開業を希望する助産師が減少したことからその制度はなくなった。その理由は、助産師の多くは医療事故や個人への負担が大きいなどの事情から1人で開業すべきではないと考える助産師も多くなったことにあると考えられる。したがって、現在の開業の形態は複数の助産師が新人・ベテランとチーム（8～10名）を組み開業するのが現状のようであった。

免許更新に関する規定や研修内容は州毎（60～80時間）^{注1)}に異なっており、ここルール州では3年間のうち60時間の研修を課し、助産師協会・開業助産師協

会・医師会が主催する研修を受け、認定したという証明書を提出しないと州担当者から督促状がきたり、場合によっては免許が剥奪されるシステムがとられていた。60時間の教育研修は、最低25時間（必須）をハイリスクに関連した内容（肩甲難産、骨盤位分娩）、20時間は助産師として必要な産前産後のケアに関するもの、残り15時間は直接関わらない周辺領域（ハリなど）^{注2)}となっていた。研修は理論が中心で、緊急時の対応などは病院実習で行う事があるということであった。このような研修プログラム内容は全国的に均一で、しかも必要なものは反復し実施されるシステムとなっていた。

一方、地理的に国土が繋がっているヨーロッパにおいて、特にEU諸国間では人の往来が頻繁であるが、助産師資格を持っていても各国間では微妙な制度の違いによる業務の制限が残存している。例えば、ドイツの助産師がオランダに行き、助産師として働く場合には資格はそのまま働くことができるが、逆にオランダの助産師がドイツで就業するためには、6カ月の試用期間が課せられるシステムとなっていた。

注1) ドイツにおける卒後研修時間は州毎に時間差があり、ルール州では60時間と規定しているが、バイエルン州では80時間というところもある。

注2) 東洋医学であるハリについては助産師に使用が許可されていることから、近年、研修で技術を身につける助産師が増加している。

2) ドイツの開業助産院

訪問先の開業助産院では、現在、10名の助産師が2チームで妊婦健康診査、保健指導、分娩介助、家庭訪問、性教育を行っている。2005年分娩介助件数は180件、その内70件は助産院、自宅分娩は110件であった。ドイツでは原則として法律上、正常分娩の実施は助産師がいればよいということになっているが、近年、自宅出産を希望する家族が増加傾向にあり、出生数の減少など、安全面から危惧されることも少なくはない。例えば超音波断層法による診察については、医師の協力が必要であり協力を得て仕事をしている。日本とは異なり、法的に嘱託医の必要性はなく、当然、正常分娩であれば医師の立会いの必要性もない。ただ、合併症や何かトラブルが発生した場合には病院へ搬送するシステムになっていた。メンバーは10名、年齢は24～47歳、全員が同様の権利をもち、保険は公的・私的に区分され、母親へのケアは公的保険でまかなわれ、特別にケアを受けたい場合や24時間の電話相談は自費扱い、マッサージやマザークラス受講も有料となっていた。給料は公的保険会社から支給されていた。

Isabelle Rosa-Bian（開業助産院の長）によると、助産師が働く場として病院勤務助産師を選択するか、それとも開業助産師を選択するかは、自分自身の決断と

どのような養成機関で学んだかが大きな要因と考えられるということであった。Isabelle 氏が学んだ養成機関は自然分娩志向の教育であり、自然分娩を推進していたが、大学附属病院で学ぶと異常をみる機会も増え、「怖い」という気持ちになり、施設志向となるかもしれないとのことであった。

図1～図3は訪問した開業助産院である。産婦には個室が用意され、部屋の一角には水中出産用の浴槽が備え付けられ、どのような出産形態も選べるように



図1 ドイツの開業助産院（産後の居室）。暖色の色で統一されている、分娩室としても利用される。



図2 ドイツの開業助産院。産後の居室の横にある水中出産の浴槽。



図3 ドイツの開業助産院。助産院内に指圧と灸の部屋を備えている。



図4 ドイツの病院。産科病棟の入り口にあるコウノトリの彫り物。

なっていた。また、指圧と灸の看板が掛かった部屋も用意され、東洋医学の導入に対しても積極的姿勢が見られた。また、病院や助産所の玄関には、図4のようなコウノトリの彫刻が置かれており、出産習俗や文化を大切にする民族性が見受けられた。

2. オランダ

オランダは Amsterdam の Independent Midwife（開業助産師）である男性助産師 Stefan zum V. rdesive にオランダの助産師活動について聞き取り調査を行い、また、Stefan 氏の案内によりアムステルダム助産師学校（Verloskunde Academine Amsterdam）に併設した病院（Slotervaart hospital）の視察見学を行った。その他、Amsterdam 市内に住む3歳の子どもをもつ母親への出産時の周産期ケアのインタビューやその時の助産師の記録を通して、周産期ケアの実態を調査した。

1) 卒後教育

開業助産師 Stefan zum V. rdesive の聞き取り調査から、キャリアアップのための研修や進学、免許更新に付随する研修の概要を紹介する。Slotervaart hospital では毎週検討会が開催されていた。オランダの Independent Midwife の場合、契約病院のクリニックの外来ならびに病棟にスタッフとともに事例検討や相談をする場や環境が整っているため、毎週の検討会も可能と考えられた。カンファレンスの内容は、ケアのこともあるが医療や診断に関する内容も多いとのことであった。図5は、事例検討やミーティングを行うカンファレンスルームである。

オランダの助産師免許は終身免許ではなく、毎年、KNOV（koninklijke nedellands organisatie van verloskundigen）が主催するセミナーや新しい資格をとるための講習会や研修に参加し、5ポイント以上取ることが義務づけられていた。基本的には免許の剥奪はないが、4年以上研修を受けていない場合にはその懸念があるということであった。KNOV は全国的なデータベースを作成し、助産師の能力など質の管理を



図5 カンファレンスルーム (Slotervaart hospital)。診療結果をここで見ることもできる。写真は開業助産師が画面をみながら管理方針の検討中。



図6 オランダの開業助産師の診察室。Stefan 氏 (男性の開業助産師)。ここで問診や保健指導が行われる。

行っていた。また、オランダの助産師雇用の形態は単年度契約であり、給料は保険会社から支払われていた。したがって契約時に、業務実績や研修受講有無など (5 ポイント以上)、それを証明できるものが求められていた。

その他、キャリアアップで注目すべきは大学院への進学であった。Amsterdam 大学の修士課程 (Degree) において教育・管理・研究者に必要なコースを選択し、より高いレベルの教育者育成、MBA 資格をもつ管理者を目指す助産師も増加傾向にあった。図6～7は Stefan 氏が働いている Slotervaart hospital の問診室と診察室である。

2) オランダにおける開業助産師

Stefan 氏によると、オランダの助産師の8割が開業助産師を目指している。若いうちは開業し、年齢が進むと病院勤務に移動するスタイルが多いという。一般に4～5名の助産師がチームを組み活動する。現在、Stefan 氏は Amsterdam 市内で2カ所、病院で1カ所と契約を結んで活動している。契約した病院の外來で診察をすることもあるが、自分の開業施設で診察をす



図7 開業助産師が使用している診察室 (Slotervaart hospital)。妊婦診察用の診察室とドップラーが置いてある。患者の肌や衣服が触れる中心の場所には、対象が変わったり、汚染した場合に、取り替えることができるようにロール式の布がおかれている。

ることもある。

また、自宅分娩介助も行う。自宅出産の場合、助手としてマタニティ・エイドナース^{注3)}の協力を得て行う。助産師は正常か否かを診断し、ケアプランを作成する役割を担っており、マタニティ・エイドナースは助産師の指示に従い、妊産婦に直接的なケアや指導を実施するとのことであった。具体的には、助産師は産褥1日・3日・5日・7日目 (隔日) に訪問して問診や診察を行い、産後の母子の経過記録を確認し必要に応じてマタニティ・エイドナースに指示を出し、マタニティ・エイドナースは毎日出産後の家庭を訪問し、4～5時間褥婦のケア (授乳のケア・沐浴・家事など) を行い記録するという方式で褥婦の管理が行われる。特に問題がなければ10日程度で受け持ちは終了となる。年間平均約700名の妊産婦をみていると話していた。なお、オランダでは Stefan 氏のように男性助産師の数はかなり多いということであったが、これは前述のように助産師は診断とケアプランを受け持ち、実質的ケアはマタニティ・エイドナースが行うというような業務分担など、助産師の業務内容が主要な要因と考えられた。

一方、Amsterdam 市内で自宅出産を体験した3歳の母親のインタビューからは、開業助産師の仕事内容・対応・保健指導の内容・ポリシーなどについて聞き取りができ、Stefan 氏の情報の正しさが確認できた。また、出産時の対応や技術、そして日本の産後ケアサポートシステムにはみられない「マタニティ・エイドナース」の存在や助産師との連絡調整に活用された記録などから助産師の活動状況が推測できた。さらに、オランダではパートナーや家族、みんなが集まって行う自宅分娩が増加しているとのことであった。

注3) マタニティ・エイドナースは2年間、母子ケアに必要な専門的知識と技術を習得する。役割は分

娩時の助産師の介助や産後4～5日間母子ケアならびに家事・育児も行う。場合によっては泊り込む場合もあるが、近年は通いが多いとのことであった。

3. スウェーデン

卒後教育に関する聞き取りは、①年間5,600件の分娩を取り扱う大学附属病院 (Soder hospital) に勤務する助産管理者ならびにスタッフとのミーティング、②妊婦センター MVC (Mama Verksamhetsutvecklare Centro) に勤務する助産師を尋ねての聞き取りや意見交換から情報を得た。さらに助産師協会会長ならびに事務局長からスウェーデンにおける助産師の卒後教育ならびに今後の展望について意見を聴取し、多くの資料を収集した。

1) 卒後教育

スウェーデンにおける助産師就労の特徴は、病院、マザーヘルスセンター、そして産後の母子ケアのそれぞれがセパレートしていることであった。

病院では新卒の研修プログラムや助産師自身の出産後における職場復帰のための研修プログラムが準備され、就労環境が整えられていた。また、常時新しい技術に対応するための教育プログラムが準備されているが、近年、鍼や灸など東洋医学に関心が高く、長期研修の場合には職場長との相談で決定していた (図8)。そしてその受講料は無料であった。

分娩様式の多くはフリースタイルで、分娩第二期の娩出期には酸素と笑気の混合ガスを吸入することによってリラックスした分娩 (約80%) が行われ、帝王切開率は約10%と低率であった。正常分娩は原則として助産師のみで行ってよく、医師が立ち会うことは必要でなく、絶対数の少ない産科医が正常分娩にまで立ち会うのは、オーバーワークではないかということであった。多くの部分が助産師に任されている現状を踏まえ、分娩中には緊急事態が生じる可能性も大きいことから、卒前教育において緊急処置の教育にも力が注

がれており (例、助産師教育の中で鉗子分娩の手技にかなりの時間をかけている)、緊急の場合には助産師が鉗子分娩を行うことも認められていた。また、出産後数時間で自宅に帰る体制は、日本とは全く異なるシステムであった。

一方、マザーヘルスセンターの助産師は、正常な妊婦の超音波検査以外の全健康診査を行い、合併症をもつ妊婦は週4時間来院する医師に相談し病院へ紹介する役割があった。また母親学級の開催、バースプランの立案、産後の避妊指導 (Pill, IUD), Pill の処方、IUD の挿入とその後のフォロー^{注4)}も行うことができた。また、母子のケアとは別に子宮頸癌のスメア、乳がんチェックの奨励活動も実施していた。Catharina 助産師は 12MVC、計助産師53名のリーダー・スーパーバイザー^{注5)}として、助産師向けのセミナーを開講し、助産師の質の向上に努めていた。図9～図10はマザーヘルスセンターの施設である。多くはカップルで健康診査や相談に訪れていた。

免許は本質的に終身免許であり、更新制度ではないということであるが、個人の責任においてその専門性を高めることが雇用者側の評価基準となることもある



図9 スウェーデンの開業助産院 (助産師のオフィス、無線設備もある)。



図8 スウェーデンの病院。分娩室の産婦の足元の壁の目立つ位置に産痛緩和のツボの部位を示した図が貼ってある。



図10 スウェーデンの開業助産院。待合室：診察にはカップルで来院。

とのことであった。

注4) 1975年に Pill の処方, IUD の挿入, フォローアップが助産師の仕事として認可された。若年者は Pill の使用頻度が多く、一般的な避妊法となっているが、子どもを欲しくない女性にはデボの注射を行っている。Pill 処方に関する検査では家族歴・高血圧・血液検査のチェックを行っている。緊急避難用の Pill は薬局で購入可能であり、青少年センターでは無料で受けとることができる。

注5) 現在, Stockholm には Catharina 氏のようなスーパーバイザーが5名いる。役割は新しい知識や安全に関する(性的暴力・患者の安全保障・オーバーウエイト)講義や新人助産師のスーパーバイズなどで、年に1度の研修旅行の企画なども含まれる。

2) スウェーデンにおける助産師活動

スウェーデンの助産師・助産師協会において、1971年に示された助産師の心得は、「①身分・職業を問わず、すべての女性のために働きなさい、②秘密は守らなければならない、③仲間を助け働かなければならない、④必要があれば必ず他の助産師に協力を頼まなければならない、⑤教育を受けたものだけ助産師として働くことができる。」である。また、協会のシンボルマークである「生命の木とその木に止まっている鳥」は「悟性」を意味し、助産師会員のバッジも作成され、高い職業意識が伺われた。このような背景には憲法が精神が直接助産師の活動に連結する点で、民主的かつ合理的であるのかもしれない。

一方、スウェーデンは男性の育児休暇の取得が進んでいる国^{注6)}として知られている。この男性の育児参加について聞くと、助産師協会会長の Anna Nordfjell 氏は、スウェーデンの助産師協会では WHO/UNICEF が推奨している赤ちゃんに優しい病院 (Baby Friendly Hospital)^{注7)}の認可を取るために母乳保育を勧めている。したがって、母親が職場復帰を行うと母乳からミルクに切り替わり、その復帰時期が早くなるほど母乳保育の期間が短くなるので、母親こそ十分な育児休業が望ましいこと、またパートナーと協力して育児を行うことは当然であるが、男性が育児休暇を取るということは母乳ではなく人工乳を与えるということになるので、国に対してパパ・クォーター制度を積極的に勧めたくはない。助産師協会としては、パパ・クォーター制度は母親の育児負担を軽減し、キャリアを継続するという点では望ましいが、赤ちゃんの成長にとってはどうかというジレンマがあると話していた。また、助産師協会会長として、国の母子保健政策の会議に出席する、助産師免許をもつ役人を助産師協会の会員にするなど、国の政策に提言するというように常に心がけており、助産師協会会長の発言や職

業意識が政策への影響力となっていることから、日本の組織においても学ぶべき点が多い。

注6) スウェーデンは、父親と母親がともに定められた育児休暇を取ることで休業中の収入が補填される両親保健制度が整っており、特にパパ・クォーター制度と呼ばれる、父親が取得する必要がある60日間以上の育児休業がある。

注7) 1989年3月 WHO・ユニセフは、「母乳育児の保護、促進、支援」のために、産科施設は特別な役割を持っている」という共同声明を発表し、世界のすべての国のすべての産科施設に対して「母乳育児成功のための10カ条」を守ることを呼びかけた。この10カ条を遵守し、実践している産科施設を「赤ちゃんにやさしい病院」(Baby Friendly Hospital, BFH)として認定している。

Ⅳ. 考 察

1. 業務区分の明確化

今回、欧州において助産師教育の代表的な方法である direct entry system の国(ドイツとオランダ)と、看護基礎教育を前提とした nurse-midwife system の国(スウェーデン)における助産師の卒後教育の実態を調査した。いずれの国においても、助産師は高い職業意識をもち、正常産およびそれに附属する業務においては独立して行う権限を実質上担っていた。また、Pill の処方や IUD の挿入、スミア検査や乳癌検診など、正常女性のライフサイクルを巡る健康診査に関する業務も助産師に任されていた。そこでは、正常とそれに伴って生じる現象や緊急状態への対応、正常女性の健康診査や家族計画への対応は助産師が、現にある異常やリスク因子をもつ対象に関しては医師が受け持つという明確な基準が打ち立てられていた。

2. わが国における助産師の卒後教育への提言

わが国においては、正常分娩は常に異常に移行する危険性を孕んでいるとして、施設においては正常分娩であっても医師が立ち会い、助産所においては嘱託医を決めなければならないシステムになっている。この現状は果たして正しいのか、産科医減少や分娩を取り扱う施設の集約化を行おうとしている今日において、産科医にオーバーワークを強いてはいないのか、そして分娩施設の集約化を推進し、出産を住み慣れた地域や家庭から遠く乖離して緊張した環境の中で出産を取り扱うことは妊産婦とその家族のためになるのか、そのような家族から切り離れた環境で産まれた子と親や兄弟姉妹の関係性に悪影響はないのか、助産師は助産師としての本来の機能を発揮できているのか、など日本における周産期医療のあり方を根本から見直す時期に来ていると考えられる。

そのためにも、日本においても法律で認められてい

るように助産師が正常分娩やそれに伴って生じる処置や緊急事態への対応ができるような教育を卒前および卒後において積極的に行う必要がある。看護師免許を必要としない direct entry system の国であるドイツやオランダでは4年間の、日本における助産師教育の制度と同じであるスウェーデンにおいては1年6カ月の教育期間で、専門教育に十分な時間がかけられ、しかも卒後教育においても、免許更新の規定や研修内容が州や国によって定められている。卒前の助産師教育が6カ月でよいという国は日本以外の先進諸国では見当たらないし、このような短期間の教育では、正常分娩でさえ責任と自信をもって行う能力が身に付かず、臨床における卒後教育に頼らざるを得ない状況になる。

しかし、卒後教育においても何らシステム化されず、人間の生命、特に人類の未来を担う胎児や新生児を対象とする職業としては、先進国と比較するとわが国の助産師教育は卒前・卒後教育ともに極めて貧弱と言わざるを得ない。日本の未来を背負う子ども達が身体的・心理的・社会的に最も良好な状態で妊娠され、生まれ、養育される状況を創設・提供するために、卒前・卒後の助産師教育のあり方を助産師自身の力で見直し、広く論議を起こし、妊産褥婦のための安全性・快適性を担保することができる助産師育成のための教育体制を形作っていく必要がある。

3. 卒後教育のシステム化

わが国の助産師の卒後教育のシステム化、教育内容の構築はこれからの課題であるが、施設における助産

師のマンパワーの現状をみると、卒後教育を1施設で行うには限界がある。したがって、諸外国のように、県単位、近隣の県あるいは州単位で協力して行うような組織化が必要である。また、免許更新制度についてはドイツとオランダで採用されているが、わが国においても医療専門職においては医師だけに卒後研修が義務づけられている。免許更新制度があろうとなかろうと、専門職は先進の医療を学び、現在の医療水準を担保するための自己研鑽が重要であり、それを外部に分かる形で自己の臨床能力を示していく必要があると思われる。今後、都道府県の助産師会や日本助産師会および都道府県の看護協会や日本看護協会が中心となり、また協力し合って、職業団体の責務において卒後教育のシステム化と免許更新制度について考慮する時期がきていると考えられる。

文 献

- 1) 小松美穂子：看護技術教育の課題。インターナショナルナーシングレビュー，2002；25(2)：41-44
- 2) 熊澤美奈好他：看護大学における助産師教育の実際，平成14年度事業活動報告書。全国助産師教育協議会，2002；24-31
- 3) 江幡芳枝他：大学・短期大学専攻科・専門学校における助産師教育の実態調査報告。平成15年度事業活動報告書，全国助産師教育協議会，2003；36-46
- 4) http://www.abetomoko.jp/kokkai/155/155_kousei-02.html
- 5) 岩澤和子：厚生労働省における「看護師の卒後臨床研修」の検討状況。看護展望，2005；30(1)：17-20