

助産学教育の行方

日 隈 ふみ子

The future of midwifery education

Fumiko HINOKUMA

Abstract: The significance of the existence of midwife in Japan has been finding in the medical-treatment-ized delivery system. However, with the controversy about male midwife, the work of midwife and the meaning of delivery are drawing the attention of the society. The guide and goal to attain of "the healthy parent and child 21" are presented by the Ministry of Health, Labour and Welfare. It is a question whether the goal will be attained through the present midwifery education. Then, I regarded the historical problem and the problem of the present midwifery education as questionable, and I treated the present situation of the meaning of the delivery for a woman and the family, and the state of midwife, based on the actual circumstances in foreign countries. Finally, I stated my views on the future of midwifery education.

Key words : 助産学の歴史, 助産学教育, 助産の意義,
midwifery, history, education, significance of midwifery

は じ め に

病院や診療所での出産が98%を占める我が国において、助産師の存在はいつの頃からか、看護師に紛れてしまい一般社会からは見えにくい立場に置かれてきた。しかし、日本看護協会において男性への助産師資格拡大が検討されはじめ、それが2000年4月には突然、立法化されるとの動きを契機に一部の開業助産師たちが反対運動を開始した。この一部の開業助産師たちの活動は医療の管理下での出産に疑問を感じていた女性たちの声とともに次第に大きな動きとなり、マスコミにも報じられ社会的な問題となった。男性助産師問題は、助産とはどんな仕事なのかという本質的な問題へと発展し、ある意味、助産師の社会的な存在としてのアピールになったと考える。その一方、ここ数年の間に助産学教育が大学の中で選択課程に位置づけられると

いう教育制度の変化の中で質・量ともに社会的責任が果たせる教育が提供できているかという問題を引き起こしている。

本学も短期大学部から医学部保健学科への改組に伴い、1回生の進級とともに数年後には短期大学卒業後に位置づけられていた1年課程の専攻科から医学部保健学科の中の選択課程に移行することが決定している。そこで、あらためて助産について考え、今後の助産学教育の目指すべき方向を探ることを本論文の目的とする。

少子化社会への対応

1990年の1.57ショック以来、主に経済学的な

所 属 京都大学医療技術短期大学部助産学専攻科
助産学特別専攻
Division of Midwifery, College of Medical Technology, Kyoto University
2003年9月3日受稿
9月16日再受稿
9月18日受理

観点から少子化問題がクローズアップされている。その対応策として、子どもを持ちたい人が安心して子どもを生み育てることができる環境整備を目的に1994年「今後の子育て支援のための施策の基本的方向として」(エンゼルプラン)が策定され、さらに1999年には「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」(新エンゼルプラン)が策定されているが、日本の合計特殊出生率の下降は依然続いている。そして、2000年に21世紀初頭の母子保健の国民運動として「健やか親子21」が出された。これは、20世紀に達成した母子保健水準を低下させることなく、達成できなかった課題や心の問題など深刻化する新たな課題に対して、ヘルスプロモーションの理念・方法を活用し、根拠に基づいた医療(EBM)や生活の質(QOL)の観点からの取り組みを狙ったものである。そして、その主要課題として、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の4つが示された。

今回の特徴は、これまでの「健康」を最終目標とした考え方から、健康はよりよい生活を送るための資源の一つであって、「QOLの向上」こそ最終目標であるとした点、行政からの上意下達ではなく住民(利用者)を主体に位置づけた点、4つの主要課題に取り組むに当たって、保健・医療だけでなく福祉・教育・労働等、様々な省庁・関連団体や機関との連携促進を図っている点、10年後(2010年)の目標値を保健水準のレベル、住民自らの行動のレベル、行政・関係機関等の取り組みのレベルとそれぞれに目標値を設定した点などである。つまり、「健やか親子21」はこれまでの医療の枠を超えた画期的なビジョンに基づく国民運動計画なのである。今年(2003年)7月には、父親となる男性のため、あるいは働く女性のための法的環境整備ともいえる「少子化社会対策基本法」と「次世代育成対策推進法」が相次いで立法化され、各界

で検討が始まっている。

子産み子育ては女性の問題というこれまでの狭い捉え方を改め、妊娠期から出産・育児期まで、さらに子どもの思春期までを視野におき、女性の心の問題や父親となる男性も含めて親となる人たちの生活を支援し、見守る環境整備に向けた社会全体の問題として行政が動き出した意義は大きい。このような行政の動きに対応するための助産師の役割は大きく、その役割が果たせる助産学教育の充実が求められていると実感する。

歴史のなかの禍根

ここで助産婦に関する歴史的な流れを見てみることにする。なお、この項のみ、助産師という名称ではなく、産婆や助産婦という名称を使用している。

助産婦教育は明治政府の人口政策の一環として明治期早々にドイツ医学を範に始まった。本学の助産学教育のスタートは1902年の京都帝国大学医科大学付属産婆講習科設立で、100年の歴史を誇っていることになる。当時の教育は1年以上2年間の修業期間で直接産婆になるための課程(direct entry:現在のオランダ、イギリス型)であった。産科学を身につけた新産婆はそれまで営業していた旧産婆との軋轢を感じながらも、日本産婆団体を結成し助産の知恵とその技を磨いていった。以来、第2次世界大戦敗戦後まで、産婆は名実ともに地域社会で高く評価されていた。

そして、敗戦後、日本はアメリカの影響を強く受けることになる。その当時、助産婦制度を持っていなかったアメリカでは、医師と看護婦によって麻酔や鉗子を用いた出産が病院で行われ、出産後は母児異室制のもと、赤ちゃんは母親から離されていたのである。

GHQの公衆衛生福祉局(PHW)は、このアメリカの産科医療をモデルに、「無知な産婆を廃止し、保健婦・産婆・看護婦を1つの職能にまとめること」と、「出産を基本的に医師と看護婦による施設分娩にすること」の2つを改革の

狙いとした。そこで、それまで保健協会、産婆会、看護協会と独立して形成していた職能集団を1つに統合させた「保健師法」なるものを提案したのである。一方、日本中の産婆は終戦直後の第1次ベビーブームのさ中にあり、寝食忘れて出産の介助にかけずり回っており、国会で産婆の法的位置づけが変わろうとしていることなど知るよしもない状況であった。そこで、当時の産婆団体の上層部は、PHWの産婆担当官に日本のあらゆる階層の自宅出産を見せて回った。その結果、産婆の活動内容やその産婆の地域での社会的評価を見聞したPHWの産婆担当者は、日本の産婆の力量を高く評価し、先の3職種一本化構想である「保健師法」案はかろうじて却下となった。そして、法律は3つの職種名を連ねた「保健婦助産婦看護婦令」となり、あわせて日本看護協会が設立され、保健婦職能、助産婦職能、看護婦職能と3職種それぞれの独立性を尊重しながら看護職としてまとまる形となった。と同時に、産婆は助産婦と名称が変更され、助産婦になるための教育は3年間の看護教育の上に1年間（後に6ヶ月以上となる）積み重ねた教育となった（non direct entry：現在のアメリカ型）。

「保健婦助産婦看護婦法」制定の際、助産所開設は「医療法」によって規制され、助産婦の開業権は保証されたが助産所の開設者は嘱託医師を定めなければならなくなった。この当時まだ自宅出産率は高く、開業助産婦は多かったが、出産場所が家庭から助産所へ、その後助産所から病院や診療所という医師の管理する施設へと移行する中で、新制度の助産婦の多くは開業助産婦とはならず、ほとんどが病院での勤務助産婦となっていった。

教育制度のdirect entryからnon direct entryへの変化、出産の自宅から施設への移行は、助産婦になるための教育年限が長くなったにも関わらず、その業務範囲や権限、それに付随しておくる医師との力関係は、戦直後までの頃と比べて徐々に弱くなり、助産婦としてのアイデンティティも徐々に低下していった。そし

て、助産婦全体にとってもう一つの大きな禍根は、助産婦の間で、開業助産婦が中心となって設立している日本助産婦会と病院助産婦が中心になっている日本看護協会の中の助産婦職能部会とに分断されたことである。このことは地域に根ざして培われた開業助産婦の助産の知恵と技が若い助産婦に伝承されなかったというばかりか、この団体組織の分断は助産婦間の意見の不統一という苦難をその後も引きずることとなった。

日本における法的な助産師役割と 助産師のジレンマ

助産師は表1の通り、保健師助産師看護師法によって、その業務内容が規定され、医療法によって助産所を開設することができる。特に保健師法の第37条、第38条には助産師の業務の独自性が謳ってある。つまり、助産師は医師の指示を必要としないということである。しかし、現在、妊娠期から子育てまでこの業務の裁量権を行使しているのは開業助産師であって、すべての決定権を医師が持っている病院の助産師は独自で判断できることですら医師の指示を受けざるをえないところも多い。

助産師であることが女性や家族に分かるようにユニフォームの色や形を看護師とは違えたり、名札に助産師の表示をしているのは一部の病院であって、多くの病院では看護師か助産師かの判別は女性や家族には分かりにくい。また、病院の合理化が優先され、産科単独の病棟は減少し、婦人科との混合あるいは婦人科だけでなく内科や小児科をも混合とした病棟は増加の一途である。そのため、助産師として入職しても、まず、一人前の看護婦になること（3交替勤務に慣れる、諸検査や処置の介助が出来る、術後の管理ができる等）、そしてやっと分娩室担当になっても、モニターの判読ができること、複数の産婦のケアがてきぱきとできること、産婦のケアをしながら他の妊婦や患者のケアができること、正常な産婦であってもタイミング良く医師を呼べること、ハイリスク妊産婦のケアを

表1 保健師助産師看護師法

第3条	この法律において「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若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。
第30条	助産師でなければ、第3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、この限りではない。
第37条	保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなしその他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生じる虞のある行為をしてはならない。但し、臨時応急の手当てをなし、又は助産師がへそのおを切り、かん腸を施し、その他助産師の業務に当然付随する行為をなすことは差支えない。
第38条	助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認めるときは、医師の診療を請わしめることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。但し、臨時応急の手当ては、この限りではない。

医師の指示でできること、これらが病院助産師としての高評価の条件なのである。そして、勤務は外来勤務と病棟勤務とに分けられている。看護部長の多くは看護師で、助産師業務への理解がなかったり、産婦人科病棟の師長が看護師だったりとすると、この傾向はより強くなる。このような中で助産師が看護師化するの、助産師個人だけの責任ではないように考える。

上記の現象に対して周産期医療事故に詳しい石井^{1, 2)}は、保助看法第38条の「異常があると認められたときに医師の診療を請わしめる」という規定は助産師にだけあることについて、まず、開業権を持つ助産師には、「助産ケア」業務の裁量が法的に認められていること、次に、「医療行為の決定」には医師の指示が前提となるが、助産師が行う「助産」、「助産に付随する」医療行為の決定には「医師の指示」という条件がないこと、ゆえに、「異常のアセスメント」能力を法的に定め、異常時には医師の協力を求めるように定められているのであると述べている。また、助産師の場合は、注意義務としての予測能力と回避能力の期待水準は、医師と同様に厳しく、開業助産師だけではなく、病院の助産師であっても、医療事故が起きた場合、産科医師との共同責任が問われることがあっても、看護師の過失に適應される医師の監督指導責任は、助産師には適應されないことを熟知してお

く必要があると、病院助産師や病院管理者に対して厳しく警告している。

妊娠期からローリスクの女性を自らの責任で継続的に受け持つどころか、産婦に対して分娩第1期から産婦を独りにすることなく継続的に責任を持ってケアをすることにすら専念できず、助産師としての診断力や技術力を磨くことは難しい。就職後3～4年もすると助産師は助産師としてのアイデンティティを脅かされ、ジレンマに陥ることとなり、看護師的役割に甘んじ、助産師としての責務をあきらめるか、辞めていくということになる。

助産学教育の問題

日本における助産学教育機関は2002年現在、短期大学専攻科31校、専門学校35校、大学の中の助産学選択課程（以下、助産選択課程）63校と教育機関数の上では、助産選択課程が最も多くなっている。

短期大学専攻科、専門学校の場合は、看護師免許を取得した上で1年間、助産学の教育に専念できるが、助産選択課程では、看護学（含保健学）の一部に付け足された形の助産学の修得となっている。1年課程の助産学教育機関でも実習内容充実の観点からは、過密で、1年間では短すぎるとの声が高いのに、助産選択課程を選択した学生の過密さは時間数だけでなくその

表2 助産師教育に関する勧告(ICM, FIGO, WHO)

- 1 助産師教育の前に少なくとも12年間の一般教育を必要とする。
- 2 入学時の年齢は最低18歳とする。
- 3 助産師の教育期間は最低3年間。そのうち1年間を一般看護教育に当てる。すでに看護師の資格を有するものに対しては、最低2年間を必要とする。
- 4 理論に関する講義は全体の時間の最低3分の1、残りを実習に当てる。
- 5 教育の内容は次の通りである。
産科学・新生児学・基礎科学・解剖学・生理学・社会学・地域保健学・産科麻酔・婦人科学の一部・家族計画、両親学級、出産準備クラス
- 6 実習は妊婦・産婦・褥婦について最低50例。
- 7 家庭出産の数は規定しないが、家庭での母子管理の実習を行うことが望ましい。
- 8 教育は無料であること。
- 9 資格を得た後も、少なくとも5年ごとに研修、すなわち再教育を義務づけることが望ましい。
- 10 資格を得た後も、学会・講演会・研修コースに積極的に参加すること。そのため有給休暇を与えること。
- 11 すべての国で助産師教育と業務の監督について最高の責任を持つ中央機関を設けること。
(下線は筆者による)

内容も違うのである。看護大学の助産選択課程で助産師資格を取得した芦田³⁾は、自分の体験から看護大学における助産選択課程での教育上の問題点と課題を下記のように挙げている。

①実習では継続事例(妊娠期から出産・育児期までの継続的な受け持ちをすること)の実習なし、妊婦健診の実習なしで、ほぼ10例の分娩介助の実習だけ。これではホリスティックな妊産婦ケアのイメージができない。

②助産所実習の時間が少ない。これでは地域での助産活動は学べず、助産師の技を知ったり、学んだりする機会が充分ではない。

③卒業論文を終えた後、看護師、助産師、保健師という3種類の国家試験受験。これでは「学ぶ」というより「こなす」実習である。また、限られた実習期間では時間的にも10例の分娩件数の実習経験はできにくく、大学によっては5～6例の実習経験で、分娩介助技術の修得さえも充分とは言えない。

④結果的に、「何故」「どのように」を追求する余裕がなかった。これでは「考えること」が苦手な助産師の誕生となるし、研究心を培うことも困難となりやすい。

文部科学省が実施した助産選択課程卒業生へ

の調査⁴⁾からも、芦田と同じような理由により、助産師としてのアイデンティティが形成されていないとの結果が出ているし、全国助産師教育協議会⁵⁾でも助産選択課程での問題点が指摘されている。にもかかわらず、日本看護協会は、今年(2003年)7月に助産学教育に関する見解として、4年制の中での助産選択課程が相応しいとの結論を出した。日本看護協会会員数の構成は54万人余りの看護師職能、2万5000人弱の保健師職能、2万人弱の助産師職能で、このような構成比の中でそれぞれの独立性が如何ほど反映されているのかと疑問視する助産師は多い。看護の一部としての助産か、助産の独自性か、戦後のdirect entryからnon direct entryへの教育制度の変化等の禍根を引きずっているのである。

助産師教育の国際比較

国際的に見てみよう。医師の指示なくして活動ができる助産師という職種は国際的に役割が期待されてもいる職種である。そこで、国際助産師連盟(ICM)、世界産科婦人科連合(FIGO)、国際保健機構(WHO)は共同で助産師教育に関する勧告⁶⁾を出している(表2)。これは先進

表3 アメリカ看護助産師資格取得
のために必要な臨床経験

妊婦健診 初診	15例
再診	70例
分娩経過中の管理とケア	20例
分娩介助	40例
新生児の健康診査	20例
産褥健診(0～5日目)	40例
産褥, 婦人科検診, 家族計画 指導	40例

表4 EU 規定の助産師資格取得のための
臨床経験
(看護師免許の有無にかかわらず)

妊婦健診	100例
正常分娩介助	40例
リスク分娩ケア	40例
産褥ケア	100例

国, 発展途上国に関係なく, 世界共通の助産師教育に関する勧告で, 助産師教育以前の教育や助産師教育のそれぞれの最低教育期間が示されている。また, 教育内容として理論と実習の割合, 実習内容の最低数, 卒後教育のことなどが提示されている。これがもととなり各国における助産師教育が行われている。これらのうち, 実習内容に限定して, 他国の例を見ている。アメリカは正規の助産学教育制度を持っていなかったが1950年頃より看護大学卒業後, 修士課程で助産師教育が行われている。州によって助産業務の権限は異なるが, アメリカ看護助産師協会(ACNM)⁷⁻⁹⁾では表3のような臨床経験内容を取り決めている。また, 欧州同盟(EU)⁶⁾では表4のような臨床経験例数を提示している。いずれにせよ分娩介助数が10例程度とのみ提示されている日本の臨床実習内容とは全くもって比較にならないほど臨床実習に力を注いでいることが分かる。つまり, 日本以外の国では卒業の時点で自立して社会的責任が果たせる教育が提供されているのである。

第2次世界大戦後は, 多くの国がアメリカの

産科事情の影響を受け, 看護教育の上に助産師教育を積み上げる方式(non direct entry)がとられたが, オランダだけは一貫して助産師教育だけの教育(direct entry)を実施しており, ここ数年, 大学で direct entry をとる助産師教育が増加している。イギリスはいち早く4年制の助産大学に切り替えた。その後, ニュージーランド, オーストラリア, カナダ, そしてアメリカでもついに1996年から direct entry も実現したのである。direct entry の学生は助産師となる目的意識が高いこと, 卒業後も資格取得後の就職や定着の良さ, 独自に判断する能力の高さ, 与えられた使命だけにとどまらない挑戦する姿勢など, 看護助産師ではない, 助産師としての評価がされ始めている。

そして, non direct entry が主流のアメリカでの動きに注目する⁷⁻⁹⁾。アメリカ看護師協会(ANA)は看護師資格をもつ助産師をクリニカルナーススペシャリストや麻酔専門看護師などとまとめて専門看護師(APRN)と呼ぶことを主張しているのに対して, アメリカ看護助産師協会(ACNM)はNurse-Midwife は看護師ではなく, 看護師の資格をもった助産師であり, 助産学と看護学は異なった2つの学問であると主張している。ACNM の動きは non direct entry の助産教育課程を採っている国々への追い風となるであろう。ただ, 日本の場合の助産選択課程は4年間で3つの資格取得という non direct entry と direct entry ともない無謀とも言える教育課程なのである。

陣痛とは, 出産とは, 助産とは

「痛み」の研究者である David B. Morris¹⁰⁾ は, 「痛みは何の意味もなく, ほとんど何の社会的価値もないものにすっかり貶められてしまった。しかし, 痛みの意味がないというのは絶対不変の事実であるというより, 特定の歴史における時間と空間に属しているだけ。(略)痛みについての考え方の変化は到来しつつある」という。

では, 女性にとって陣痛とは何であろうか。

資料 1

作 フランスの外科医 サコンブ
しかれども、いまわしき 邪悪な自然よ
わが心のがめるかのやさしき性は
人々の不幸をなごめるために
神の手でつくられし傑作にして
天の贈り物
自然はこの世を創り守りつつ
子を産む女を罰するを望むや
子を宿す苦しみという代価をはらいて
その願いを永遠に叶えしがゆえに

資料 1 と 2 に示す 2 つの詩は陣痛を迎えている女性への詩である。1 つは 18 世紀のフランスで出産に立ち会う男性外科医（のちの産科医）によるもの¹¹⁾であり、もう 1 つは現代日本の開業助産師によるもの¹²⁾である。18 世紀と現代、西洋と日本との違いはあるものの、そのどちらからも産婦に対してなんとかしてあげたいという気遣いが伝わってくる。ただ、陣痛の受け止め方や対処の仕方、専門家としての佇まい方に違いがあることが分かる。当然といえば当然のことであるが、男性と女性、医師と助産師の捉え方にはやはり違いがあることが見て取れる。

18 世紀当時、フランスでは弱い性（女性）が子を宿して父親に喜びを与えるのであるから、男性側は出産の苦しみを和らげてやるのは当然と考えられていた¹¹⁾ということであるが、ここでは陣痛は女性を苦しめるものという捉え方であることが分かる。近代から現代にかけて、忌まわしい陣痛は麻酔で取り除く（麻酔分娩）か、分娩時間を短く（陣痛促進剤の使用）して、女性を早く陣痛から解放してやりたいという男性の優しさからの思いが、男性産科医の正常産への介入となっていった一因と考える。

一方、助産師の場合は、同じ産む性をもつものとして、不安で辛いその状況をそのまま受け止め、寄り添い、陣痛の波に一緒にのりあっている様子が伝わってくる。女性にとって陣痛はただ痛いだけの存在ではなく、赤ちゃんの誕生にはなくてはならない子宮の収縮なのである。

資料 2

マザリング・ザ・マザー

作 開業助産師 岡崎基子

陣痛の波が
押し寄せてくるたびに
産婦は身悶え 不安におびえ
この世のものとは思えない
悲鳴をあげる
そうだよねぇ・・・
この陣痛の痛みだけは
ひとにはわからないよね

こうしてみんな
お母さんになっていくんだよねえ
そう 大丈夫だよ
うまくいってるよ

オシッコもうんちも ちびるんだよ
恥ずかしいことなんて
ありゃしない
身体が絞られているような
ものだから
当たり前だよ
わたしもそうだった

ああ来たね
そう ゆっくり息をはいて
そう ゆっくりと
そう その波にのって

うーーん
それ もう一度
うーーん
そう！ とても上手だよ

わたしはつとめて
穏やかに 歌うように
彼女の陣痛の波にのって ささやく

でもね
産んだあとの
しあわせな気持ちは最高！
この子のためには
なんだってできるという
幸せを教えてくれるんだよ

もう頭が見えてきたよ
もうすぐだよ

産婦がお母さんになる
この瞬間を産婦さん自身が
「私は大切にされた」という思いを
もたれることを願って
私はお産のお手伝いを
させていただいている

逃れられない陣痛であるならばそれを受け止め、その波に身を任すしかない。現代の女性にとって、独りで乗り越えるにはあまりにも大変であるが、そこに寄り添う助産師の支えがあってこそ乗り越えられるのである。そして、それ乗り越えたあと、産婦自身の達成感があり、援助者にとっても達成感となる（援助者は産婦自身が自分の力を出せるように助けること、そのことによって援助者自身の自己実現になるという意味において）¹³⁾。ただ、開業助産師の関わりとは、出産の時だけの援助ではなく、妊娠中から女性に寄り添っているのである。助産師の関わりは異常をチェックするという関わりではなく、異常にならないように食生活を見直し、身体を動かすことを勧め、妊娠に伴う心の変化や夫婦の問題、親となることへの不安に耳を傾けることにある。妊娠期間中に女性も助産婦も互いに考え方や価値観、対処行動パターンなどが分かりあえ、その上で出産に臨むということである。つまり、助産師には妊娠期間中から女性の心と身体について（父親となる夫のことや上の子どものことも含めて）の多くのことが把握できている。そして、迎える出産の瞬間（とき）なのである。

助産とは、赤ちゃんを取り上げることだけではない。産婦を支えることと、暖かなタッチができること、忍耐強く見守ることができること、上手なコミュニケーションがとれることである。そして良い出産ケアをするには助産師の価値観や生き方が妊産婦に影響を与えるということを自覚していること、妊産婦の身体の生理機能を理解していること、妊娠や出産経過のその時期時期に妊婦の身体の機能はどのように発揮できているか、低下しないようにどのように生活が見直されているか、そして出産のときはいわゆる分娩の三要素（産み出す力、生まれてくる赤ちゃん、赤ちゃんが通ってくる道）がどのようにバランスよく経過しているか、バランスがとれていない場合、産婦の予備能力を落とさないように、胎児の予備能力に負荷をかけないように注意深くケアすること、そして、見守るのが

助産師の役割といえる。「待つ」ということはそれらの観察力やケアの知恵がないとできない。助産師としての診断力や技術力が伴っていないとできないことである。その上で、産婦の産む力、赤ちゃんの生まれる力を信頼することなのである。「待つ」という行為は、とてもエネルギーのいる行為であると考える。

長い陣痛に弱音を吐く女性の耳元で、ある助産師は囁く¹⁴⁾。「生まれる時間を決めるのは赤ちゃん。生まれてくる赤ちゃんに合わせるしかないのよ。親の思うようにはいかない。これは子育ての練習なんだよ」と。

このようなケア関係の中で体験した妊娠・出産について女性たちは語る¹⁵⁾。

「お産は自分にじっくり向かい合い、パートナーと新しい命に対面する喜びに満ちあふれた厳粛な場です。物質社会に組み込まれた人間が唯一、自然に還る、動物としての自分に還ることのできる得難い機会だと思います。」

「自分の身体を通して『いのち』をこの世に送り出すお産は、女性にとってとても内的で、だからこそ忘れることのできない大切な体験といえます。『助産』という仕事は、そうした産む人の心身両面を手厚く温かく支えるものとして、気の遠くなるような大昔から存在し続けてきました。」

「自らの人生に深く根を下ろしたベテラン助産婦のもとで『産んだ』経験から、人生が手応えのあるものに思え、自立の意味を理解するようになり、女であることの性、妊娠、出産、子育てという、一続きの物語を体験することで、世界がそれまでとは違う姿を現し、他者を愛するということのゆるぎない希望の裾を、つかむことができたように思えたほどです。」

真に助産ケアを受けた女性たちのなんと深みのある出産に対する思いであろうか。現代という時代だからこそ、妊娠出産を医療の管理下に置いてしまうことのもったいなさを感じる。

助産師はローリスク妊産婦への専門家である。結果がローリスクということではない。先に示したように妊娠中に健康維持ができるように生

活を見直し、心に寄り添うケアをすることがリスクの軽減に繋がっているということである。助産師はリスクを起こさないように女性を引っ張るのではない。女性自身がリスクを背負わないように自分でコントロールできるようになることを「待つ」「見守る」、その技術こそ重要である。そして、そのような女性の力を信じ、見守っているある開業助産師はいう¹⁶⁾。「自分は黒子である」と。

戦前の横浜で日本の産婆によって生を受け、当時の産婆の活躍ぶりに接し、現在はアメリカの助産師界リーダーの一人である Dorothea M. Lang は言う。「助産師の健康管理は、ただ母親と赤ちゃんを正常であるように守り、世話をすることだけではありません。妊娠中から出産、産後にいたるまで、赤ちゃんの脳や身体の発達やこころや生育環境を守るという事を含みます。女性に本来自然に備わった本能と智慧で、よりよい女性になるように、その人を励まし、育て、エンパワーする事を含んでいます。女性が妊娠を計画したり、妊娠の間隔をあけたり、子どもを身ごもり、産み、健康な赤ちゃんを育て、家族の生活に必要な親としての能力を学び、育て、確立するまで、教育し励ますことを含んでいるのです。」¹⁵⁾と。

産み方、生き方、選ぶのは女性自身¹⁷⁾

疫学専門家として国際的活動を続け、JICA (ブラジル母子保健プロジェクト)の専門官としてブラジルの出産ケアに携わった三砂^{18), 19)}は、「女性は（もちろん、男性も、であるが）医療がなければ健康に暮らせないのであるか？女性は、もともと、自らの体を自らで管理する力があり、またそのような知恵をさまざまな文化の中で伝承してきたのではないのだろうか？それらの考え方は、近代の保健医療システムの中に反映されてきたのだろうか？」と問いかける。

そして、この問いへの答えの一部を、世界の500の民族に伝わる自然出産について調査した Judith Goldsmith の書²⁰⁾に見いだすことがで

きる。「彼らのやり方は女性や子どもの身体本来の働きを妨げるのではなく、手助けするものでした。だいたいにおいて自然なプロセスが正常なコースをたどるように促され、ほほうまくいっていました」と。医療的な管理下におかずとも、女性は産む力を持っているということが分かる。しかし、日本を始めとした多くの国の現代女性（男性も）は、三砂が指摘するように、身体から発せられる身体感覚を忘れ、身体の仕組みに身を任せる術を忘れてしまっている。だからこそ、妊娠出産は身体に対する信頼感を取り戻すとても貴重なチャンスといえよう。

よりよい出産体験を求める動きには、社会的発言力を身につけた女性の活動や医療化された中での出産に疑問を持ち始めた女性やカップルの影響が大きく、助産学だけでなく、社会学、女性学、心理学、文化人類学の立場からの発言も大きい。女性にとって妊娠出産の選択は、生き方そのものの選択なのである。女性自身はパートナーとともに、上の子どもとともに家族で、人生上で大切にしたい体験となることを願っているのである。

このことは、医療を排除することを意味しない。10～15%のハイリスクは後方視的に見た場合であって、前方視的には40%くらいリスクが見込まれると医師は言う²¹⁾。ゆえに不安だからと医療の管理下での妊娠出産を選択すること、麻酔分娩を選択することも否定はしない。助産師としては、どのような出産場所を選ぶか、女性の選択力に力を貸したいと考える。選択権は女性にあるのだから。

助産学教育における今後の展望

イギリスは1993年に EBM（根拠に基づく医療）に基づくマタニティ政策²²⁾を打ち出した。そのコンセプトは、one to one（1女性に1助産師）のもとでの Choice(選択), Continuity(継続), Control(コントロール)の3Cで、この政策は女性のニーズに対応したものである。女性の妊娠出産に対する高満足度、そして低医療コストという結果により、NHS（国民医療制

度)全体としての課題は多いもののマタニティ政策への評価は高い。そして、日本もやっと妊娠出産・子育て環境について行政の動きが始まった。「健やか親子21」の主要課題の1つは「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」で、以下のような内容が盛り込まれている。

- ・女性のニーズにあったサービスを提供できるように対応すること(母乳哺育への教育, 家族立ち会い分娩, 母子同室, 居住型の分娩施設等)。
- ・正常分娩においては助産師が中心的な介助・ケアを提供すること。
- ・必要がある場合に医師のコンサルテーションを受けること。
- ・病院・診療所内バースセンター方式の導入は, 安全性と快適性を調和させる有力なアプローチであること。
- ・助産所においては, 安全性の確保の観点から, 異常分娩か否かの早期の判断と産科医療機関への搬送, 出生した新生児に対しても異常を早期に発見し対処すること。
- ・異常を早期発見できる判断力の向上と, 産科や新生児科の医療施設との連携の構築。
- ・QOLの確保と有効な医療を追求する観点から, 日常の分娩に関わる処置の適用やその他の産科技術について, リスクに応じた適応の検討やEBMによる見直しの実行。
- ・参加型の出産準備教育や個々のニーズに対応する継続的なケアとカウンセリング。

これらのことが実際にできるようになるには病院の産科関連病棟, 診療所の改革といえるほどの改善が求められていると言えよう。そして, 助産師にはローリスク妊産婦への専門家としての責務を果たすことが求められている。折角の国の動きに敏感でありたい。

さて, 1年課程の助産学教育機関は今後もっと減少し, 助産選択課程は増加する見込みであるが, この課程は果たして社会のニーズに応えることが出来るのであろうか。

今年, 看護大学の上に助産学の専門職大学院を申請した大学がある。認可されるかどうかま

だ不透明であるが, 1つのあり方として助産学専門職大学院(non direct entry)がある。もう1つとしては, 4年制で看護学, 保健学, そして助産学もではなく, 1回生から, 助産学だけに絞ったコース(direct entry)を設置する方向もあると考える。助産学は医学や看護学をベースには置くが, 医療の枠を超えて哲学, 社会学, 心理学, 文化人類学, 代替医療なども含んだもっと広い意味での健康科学という実践科学であると考えている。社会的役割を果たすために, 考え, そして実践できる卒業生を排出したい。健康科学を目指す助産学教育者の責務として。

文 献

- 1) 石井トク: 看護と医療事故—対応・分析・防止—, 医学書院, 2001, 44-47, 66-69.
- 2) 石井トク: 周産期医療事故総論—助産ケアの視点から—, 助産婦雑誌 2000; 54(3): 9-14
- 3) 芦田千恵美: 大学の助産教育で学んだこと, 第27回全国助産師教育協議会研修会—あなたもわたしもエンパワーメント— 2003; 36-37
- 4) 石井邦子: 特別講演—大学における助産師教育の現状と課題—, 平成15年度全国国立大学助産師教育専任教官会議, 2003.6.
- 5) 全国助産師教育協議会・関東甲信越地区: 看護大学における助産師教育の実践, 2003; 31-36
- 6) 青木康子他編: 助産学概論, 日本看護協会出版会, 2003, 284.
- 7) Judith P. Rooks: Midwifery & Childbirth in America, Temple Univ. Press, 1977
- 8) Catherine Carr: アメリカのナースミッドワイフのキャリア開発, 助産婦雑誌 1988; 52(1): 48-53
- 9) 大石時子: 米国の助産業務と教育から学んだこと, 第27回全国助産師教育協議会研修会—あなたもわたしもエンパワーメント— 2003; 31-35
- 10) David B. Morris: The Culture of Pain 1991 渡邊 勉・鈴木牧彦訳『痛み of 文化史』紀伊国屋書店1998; 484.
- 11) Mireille Laget: NAISSANCES—L'accouchement avant l'age de la clinique—1982 藤本佳子・佐藤保子訳『出産の社会史』勁草書房 1994; 22.
- 12) 岡崎基子: 男性助産士反対講演会集会資料, 2000
- 13) Milton Mayeroff: ON CARING 1971 田村真・向野宣之訳『ケアの本質』ゆみる出版200

- 2 ; 68-70.
- 14) 瀧澤和子：2003.7.24 , 進行がゆっくりしている
初産婦とその夫への対応の実際から
- 15) 熊手麻紀子：『だから日本に助産婦さんが必要
です』助産婦を応援する会熊手つうしん, 2001 ;
119, 174, 187.
- 16) 毛利種子：2003.3.6 本学助産学専攻科学生へ
のお話会の中で
- 17) 左古かず子：2003.4.15 あゆみ助産院における
本学助産学専攻科学生への講義の中で示された
ポリシー「産み方, 生き方, 選ぶのはあなた」
からの転用
- 18) 三砂ちづる：ブラジル母子保健プロジェクト
(光のプロジェクト) から見えたものー助産モデ
ルをコアにした女性の健康モデルを目指してー,
第27回全国助産師教育協議会研修会ーあなたも
わたしもエンパワーメントー 2003 ; 10-19
- 19) 三砂ちづる：「お産」からとりもどす女性の身
体, 環, 2003 ; 12 : 140-145, 156-176
- 20) Judith Goldsmith : CHILDBIRTH WISDO
MーFrom the World's Oldest Societiesー
1990日高陵好訳 『自然出産の智慧ー非西洋社
会の女性たちが伝えてきたお産の文化ー』日本
教文社 1997 ; xxi.
- 21) 厚生労働省・健やか親子21ホームページ：健
やか親子21検討会議事次第
- 22) 日隈ふみ子・坪田明子・藤井真理子：イギリス
の助産事情に学ぶ, 健康人間学ー京都大学医療
技術短期大学部紀要別冊ー, 2003 ; 65-73.
- 23) 毛利多恵子：共有された助産の本質ーブラジル
母子保健プロジェクトの経験からー, 第27回全
国助産師教育協議会研修会ーあなたもわたしも
エンパワーメントー 2003 ; 26-29
- 24) 大谷タカコ：妊娠中毒症予防のための開業助産
師のケア, 助産婦雑誌, 2001 ; 55(7) : 40-44
- 25) 佐藤学：『身体のダイアログ』太郎次郎社
2002
- 26) Murray Rnkin : A Guide to Effective Care
in Pregnancy & Childbirth 1995 北井啓勝
監訳『妊娠・出産ケアガイド』医学書院 1997
- 27) 杉山次子・堀江優子：『自然なお産を求めて』,
勁草書房 1996
- 28) Barbara Katz Rothman : Recreating Mothe-
rhoodーIDEOLOGY AND TECHNOLOGY
IN A PATRIARCHAL SOCIETY 1989 広瀬
洋子訳『母性をつくりなおす』勁草書房 1996
- 29) Brigitte Jordan : Birth in Four Cultures
1993 宮崎清孝・滝沢美津子訳『助産の文化人類
学』日本看護協会出版会 2001.
- 30) Michel Odent : BIRTH REBORN 1984 久
靖男他訳『バース・リボーンーよみがえる出産ー』
現代書館 1993
- 31) ターナー節子：誰が助産婦なのか, 助産婦雑誌,
1992 ; 46(2).