



Title	助産師資格のない看護師等の内診が意味すること（第一報）：助産師不足とその背景
Author(s)	平塚, 志保
Citation	看護総合科学研究会誌, 10(3), 25-36
Issue Date	2007-12-31
DOI	https://doi.org/10.14943/33832
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/35413
Type	journal article
File Information	hiratsuka-2.pdf



助産師資格のない看護師等の内診が意味すること（第一報） —助産師不足とその背景—

平塚志保

(北海道大学医学部保健学科)

Implication of the Practice of Pelvic Examination by Unqualified Midwife (The First Report)

—The Situation about Shortage of Nurse-Midwives and Its Backgrounds—

Shiho HIRATSUKA

(Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

要 旨

日本において、看護師等による産婦への内診を含む助産行為は、2002年、2004年、2007年に出された行政通知によって禁じられている。

本研究は、助産師の社会的需要はますます増大しているという観点から、以下について論じる。

1. 医療法指定規則に定めのない助産師の需要は、助産行為を誰が担うのかに依拠する。とくに診療所では助産師を積極的に採用する方策が十分なされてこなかったために、無資格者による助産行為をせざるを得ない状況となった。
2. 未就業助産師のなかで就業を希望する者は一定数存在する。
3. 助産師の偏在は就労環境に依拠し、単に勤務条件、労働条件のみならず、継続教育の保証、助産師としての専門性が発揮できる環境、安全に助産業務が遂行できる人的環境、医師、看護師との役割分担とパートナーシップが重要である。
4. 現在、医療化された出産現場において助産師は、専門職としてのアイデンティティを取り戻し、実践能力を高める努力が必要とされる。

キーワード：助産、助産師、内診、保健師助産師看護師法、助産師不足

I. はじめに

2006年8月、年間約3,000人の分娩数を取り扱う横浜市の病院で、2003年12月以降、助産師資格のない看護師、准看護師（以下看護師等）に、内診などの助産行為を行わせていたとして、院長らが書類送検された。指示した院長、看護管理者、および内診行為を行った看護師等に対し裁判所は、保健師助産師看護師法（以下

保助看法）違反としてその不法性を認めたものの「現在の産科医療における構造的問題」として起訴猶予処分とした。

このいわゆる無資格助産事件は、厚生労働省が助産師不足を認識していた診療所ではない一定規模の病院においても、無資格者による助産行為が常態化しているという現状を浮き彫りにした。

日本の周産期医療のレベルは世界最高水準にある一方、産科医療の現状は、産科医師の高齢化、過剰な業務、女性医師の増加、厳しい現場を敬遠するゆえの若手医師の減少や新臨床研修制度の導入に伴う大学からの派遣医師の引き上げなどにより、全国的に産科病棟の閉鎖や分娩の取扱いの停止が相次いでいる。さらに、2006年の帝王切開の手術中に妊婦が失血死した事件は、医師の産科離れに拍車をかけ、「産科医療の崩壊」が現実のものとなり、妊産婦が分娩場所を求めてさまよう「出産難民」という用語も生まれた。読売新聞の調査¹⁾では、2006年4月以降に分娩の取扱いを休止した病院が少なくとも127ヶ所あり、2005年10月の病院数を母数とし、来春までの休止予定を含めると、10.5%の病院が分娩の取扱いを休止することになるとされている。看護師等による内診問題はこのような現状のなかで顕在化した。

本稿は、看護師等による助産行為の実態とその経緯を明らかにし、ならびにこの背景にある助産師不足、助産師の偏在という問題をどのように捉えるのかについて、先行調査等から検討を加えるものである。

II. 看護師等による助産行為の実態と経緯

1. 看護師等による助産行為の実態

日本の産科医療は、助産師が多く勤務する病院と助産師の少ない診療所のいずれかで出産するという2つの慣習のなかで発展し、現在に至っている。すなわち、1970年代以降、分娩の取扱いを病院と診療所で二分する体制がとられたものの、病院の産科病棟では、看護職のほとんどが助産師である一方、診療所の多くは、各勤務帯に助産師を配置することができなかった。その解決策として、多くの診療所では、看護師の診療補助のもと、医師による分娩管理という管理方式を取らざるを得なかった²⁾。ここに、看護師等の内診問題の本質のひとつがある。

2005年に日本産婦人科医会が行った会員に対する調査³⁾では、分娩を取り扱っている施設

のうち、過去に看護師に内診をさせたことがあると回答した施設は、病院が約25%、診療所は約75%であった。

同年、石川県内の産婦人科施設を対象に行った調査⁴⁾では、実数が少ないものの、内診を含む分娩進行状態の観察を看護師等が行っている施設は、12の病院のうち3施設、5の診療所のうち4施設とされ、とくに診療所では3施設で准看護師による内診が行われていた。また、病院では2施設、診療所では3施設において、看護師、准看護師が分娩介助をしていた。

同年、滋賀県が行った分娩期の業務の実施者に関する調査⁵⁾では、診療所において、分娩開始の時期および分娩第二期の内診を、約2～3割の看護師、准看護師が行っており、浣腸の判断や実施、分娩室入室の判断、人工破膜の判断や実施もしていた。さらに、会陰保護や児娩出の介助は、約1割の看護師、准看護師が行っていた。

以上の結果は、診療所において看護師等による内診が常態化しているのみならず、助産業務の実施者が、病院においても皆無ではないことを示した。加えて、看護師等が分娩第二期の児娩出の介助にも直接的に係わっている現実を浮き彫りにした。

実際に産科で日常的に分娩介助を業務としている看護師等30名に対する調査（うち28名が准看護師）⁶⁾では、分娩介助をするようになった契機について、29名が「助産師がいない」とし、学習の機会については、23名が「見よう見まね」と回答している。ここでは、直接的に分娩に携わっている看護師等が、必ずしも本人の意向や希望で助産業務を行ってはいないことが推測され、法律違反であることを知らない可能性もある。

2. 看護師等による内診問題の経緯

以下、厚生労働省、および関連団体が当該問題にどのように取り組んできたのか、その経緯を概観する。

日本母性保護医協会（現日本産婦人科医会）

は、1960年代から「産科看護研修学院」という講座を開催し、看護師や准看護師のみならず無資格者にも研修を受けさせ、「産科看護師」を認定し、産科医の診療補助をさせてきた。2000年12月、150回通常国会では、産科看護（研修）学院で研修を受けた無資格者の助産業務への関与は、保助看法の趣旨に反し、かつ医療ミスの発生の温床となる可能性が高いため、改善すべきとの趣旨で質問がなされた⁸⁾。この質問に対する内閣総理大臣の答弁書では、学院の研修を修了したことをもって同第3条に規定する業を行うことができるとの誤解を与えることがないように、引き続き同社団を指導する旨の回答がなされた⁹⁾。なお、厚生労働省の調査では、当時、学院の数は55あり、1962～1999年度までの間に24,559名が研修を修了し、1990～1999年度までの研修修了者5,620名の資格は、看護師878名、准看護師4,038名、および助産師、看護師等の免許のない者が704名とされている。

2000年12月、日本看護協会は「母性看護領域における周産期看護の看護業務基準」を示し、安全な妊娠・分娩を保証するために、助産師を中心とした看護チームで協働し、継続性のある援助を行うことについて言及した。ここで、「助産」とは、分娩各期における助産師の判断に基づいた母子への援助や分娩介助と定義された。

2001年3月30日、厚生労働省医政局長通知「日母産婦人科看護研修学院の運営等の改善等について」（医政発374号）では、助産師資格のない研修修了者が「産科看護師」として保助看法第3条に規定する業を行えるものではないことを再度周知徹底するよう求めた。さらに、同日の厚生労働省医政局長通知「日母産婦人科看護研修学院の研修修了者について」（医政発第375号）では、無資格者が助産行為を行うことを禁じた。しかし、その後、看護師等による内診行為の実態が次々と発覚した¹⁰⁾。

2002年11月14日厚生労働省医政局看護課

長通知「助産師業務について」（医政看発第1114001号）では、産婦に対して内診を行うことにより、子宮口の開大、児頭の回旋等を確認すること、ならびに分娩進行の状況把握および逸脱の有無を判断することを、胎児、胎盤等の娩出介助と同様に、保助看法第3条の助産に該当する旨を示した。なお、同通知は、内診を含む分娩介助は助産行為であって、助産師または医師以外の者が行ってはならないという内容であり、診療の補助との関係については触れていない。この内容は2003年3月、第156回国会厚生労働委員会でも確認されたものの、以後、出産した女性からの申告、あるいは行政の立ち入り調査によって、看護師等による助産行為の実態が明るみにでた¹¹⁾。

2004年9月13日厚生労働省医政局看護課長通知「産婦に対する看護師業務について」（医政看発0913002号）では、正常からの逸脱を判断しないとしても、産婦に対して分娩進行の状況把握を目的として内診を行うことは保助看法第5条に規定する診療の補助には該当せず、同第3条に規定する助産に該当することを示した。

この通知に対して、日本産婦人科医会は、診療所の多くで医師の指示下に無資格者が助産行為をしていることを認めたいうえで、通知の撤回を求めた。2005年10月28日、助産師関連5団体は、厚生労働省医政局長宛に、「安全なお産を保証する助産体制のあり方に関する要望書」を提出し、通知の徹底を求めた。同年12月6日、日本産婦人科医会は助産師が充足されるまで「看護師による分娩経過観察を可とする特別措置に関する要望書」を提出した。このような最中、上述の横浜市の事件が明るみに出たほか、各地でこのような無資格者の助産行為の実態が暴露された¹²⁾。

なお、2005年4月、厚生労働省は「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」を設置した。日本産婦人科医会は、同年9月5日、同検討会に、「産科における看護師等の業務について」を提出し、

産婦人科医療の現状に鑑みて、分娩第一期の経過観察に看護師の関与を認め、医師の管理下での内診を認めるよう要望した。それに対し、日本看護協会と日本助産師会は、同年11月9日、「安全な出産を保証する助産体制に関する意見」を提出し、助産師、医師以外の内診を認めない見解を明らかにした。さらに、診療所で問題となっている助産師不足は、労働環境を整備することで解消されるものであり、絶対的な助産師不足は存在しないと論じた。2007年9月5日、同検討会の最終的なまとめは、診療所の助産師不足を背景に、看護師、准看護師に内診を解禁すべきという見直し論、内診は看護師が代行できるものではなく、十分な助産師数の養成や潜在助産師の活用を行うべきであるとする反対論、さらなる医師、助産師、看護師間の議論を要請する慎重論の3つの見解を併記した。

2006年9月11日には日本看護協会が「安心・安全そして満足なお産の提供に関する日本看護協会の声明」を明らかにし、現場の看護師に対して、改めて助産業務は必ず助産師が実施するよう業務基準の周知徹底を啓発するとともに、名札などの工夫により助産師資格について妊産婦や家族へ情報提供をすること、加えて、助産師に対して、「正常なお産」は助産師が積極的に引き受け、安心・安全・満足のいくお産になるように支援していくこと、などの取り組みを表明した。同年9月22日には「助産師問題について考える会」に所属する助産師関連7団体は厚生労働大臣に対し「安心、安全で満足のいくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書」を提出し、先に提出した助産師関連5団体の要望書の内容の徹底を求めた。

2007年3月30日厚生労働省医政局長通知「分娩における医師、助産師、看護師等の役割分担と連携等について」（医政発第0330061号）では、過去2回の看護課長通知の内容を踏襲し、医師、助産師、看護師等の分娩時の業務と役割分担が明確にされた。医師の業務は、助産行為を含む医業とされ、助産師、看護師等の緊密な

協力を得られるよう医療体制の整備に努めること、助産師は、正常分娩の助産と母子の健康を総合的に守る役割があるとともに、予期せぬ危険に備え医師と十分な連携を取れるように配慮すること、看護師は、分娩期における看護業務を行うが、自らの判断で分娩の進行管理を行うことができず、医師または助産師の指示監督のもと、診察または助産の補助を担い、産婦の看護を行うこととされた。

本通知の意義は、第一に、保助看法第5条の看護師の業務は、その対象が「傷病者もしくはじょく婦」とされているため、「産婦」への看護が含まれていなかったが、改めて「助産の補助」と「産婦の看護」を明記したことである。第二に、同通知では「診療」と「助産」が区別され、すなわち、「診療」が異常分娩への対応、「助産」が正常分娩への対応という概念で使い分けがされたことである。同通知はこの2点において意義があるものの、前の2つの看護局長通知による保助看法の解釈を確認するものである。他方、これで問題のすべてが解決されたわけではなく、看護師の行う「助産の補助」の範囲を明確にする必要性が残された¹³⁾。

なお、同通知の解釈をめぐっては混乱が生じた。まず、同年4月2日、日本産婦人科医会が同通知を補完するために「産婦に対する看護師等の役割に関するガイドライン」を作成し、会員に周知した。同ガイドラインでは、看護師が医師の指示・監督のもとで分娩経過中の内診を含む観察、出産時の診療および助産の補助を行えることが示された。さらに日本医師会は、看護師の業務の範囲について、微弱陣痛などの診断や人工破膜などの処置等の分娩の進行管理はできないが、医師や助産師の指示・監督のもとでは、医師が行う異常分娩の診療の介助や、医師や助産師が行う正常分娩における助産の補助として、各種計測を行い、その結果を医師または助産師に報告すること、さらに産婦の看護を行うことは合法であるとした。

これに対し、日本看護協会は、同年4月2日、

各都道府県看護協会長および保健師助産師看護師の養成所に対して、『「分娩における医師、助産師、看護師等の役割分担と連携等について」に関する通知の解釈および周知について』において、内診は保助看法第3条に規定する助産であることを確認するとともに、教職員はじめ学生に対して通知の周知徹底を図った。同時に、看護師と准看護師に対し、自己の免許に伴う法的責任を正しく認識し、これを超える業務の実施を求められた場合には、明確に拒否を表明すること、産科医療施設の管理者および看護管理者に対して、施設内の看護職員が法令を遵守しつつ業務を行うために、分娩の取扱いに関する基準、手順等の整備をはじめ、必要な教育・研修や人材確保、施設間連携体制などの適切な対策を講じるべきとした。

Ⅲ. 助産師不足とその背景

無資格者による助産行為が問題とされる場合、助産師不足のために看護師等が助産行為を行わざるを得ないという理由づけがされる。また、上述の行政通知は、すでに産科医師の減少によって不安定になっている産科医療にさらなる負荷をかけるものであり、仮に通知に従おうとすれば、現場は多数の助産師を雇用せざるを得ない。果たして助産師の絶対数は不足しているのだろうか。以下、助産師不足の実態とその背景について検討する。

1. 助産師の定数は医療法指定規則にない

医療法は、国民が適切な医療を安心して受けられることを実現するため、入院患者や通院患者の数に応じて医師や看護師の必要数を定めている。しかし、助産師については、看護師、准看護師のうち相当数を助産師とするとされている（医療法指定規則第19条第4項、第22条の2、第4項）。厚生労働省は、「医療機関の特性に応じて定員数の配置を考えるということが適切である」¹⁴⁾として、助産師の定数は必要ないとしている。

助産師の行う専門性の高い業務については、

分娩数、保健指導数、妊産婦の入院数等から経済的評価がなされ、適正な助産師配置基準を設けることが必要であると考えられる。しかし、その判断は各施設に委ねられており、このことが無資格者による助産行為を生じさせる原因のひとつとなり得る。

2. 助産師の需要は助産行為を誰が担うのかに依拠する

厚生労働省が2005年12月に公表した「第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」（以下「検討会報告書」）では、2006年の助産師の需給見通しが27,700人であるのに対し、供給見通しが26,000人で、1,700人の不足が認められる（需給率93.9%）。2010年までの見通しとして助産師の需要は400~500人の増加、供給は毎年600~700人程度の増加が見込まれており（新卒就業者数1,300人/年、再就職者数1,700~1,900人/年、退職者数2,300~2,600人/年）、需給率は97.0%とされ、助産師が不足しているとする都道府県も少なかった。

他方、この結果に疑義を抱いた日本産婦人科医学会が2005年12月から2006年2月に行った「助産師充足状況実態調査」¹⁵⁾によると、分娩を取り扱っている病院の66.9%、診療所の81.0%で助産師の充足率が100%に達しておらず、充足率30%未満の施設の割合は病院で6.8%、診療所で44.9%、助産師がいない割合は、病院で0.8%、診療所で18.8%であった。助産師の不足総数は6,718人とされ、すべての助産師が労働基準法を遵守する労働環境で勤務するには、23,466人の助産師が必要であると論じた。

両調査は、いずれも助産師不足を指摘しているが、その数値には差が認められる。この原因として、「検討会報告書」の需給見通しでは、2004年の診療所の助産師就業者数が4,680人に対して、2006年の需要は5,200人で、診療所側からの採用意向が十分に示されていない。

実際、日本看護協会中央ナースセンターの調べによると、2004年の助産師就業斡旋において、有効求人数は3,597人であるのに対し、有

効求職助産師数は3,755人と、求職助産師数の数が上回っているが、診療所からの求人は296箇所に過ぎない。

日本医師会総合政策研究機構の調査¹⁶⁾(病院：1,232、診療所：1,575)によると、2005年の新卒助産師の採用状況は、病院が45.2%であるのに対し、診療所はわずかに2.9%であり、2006年度の採用予定がある施設は、病院が34.8%であるのに対し、診療所は3.7%である。さらに、助産師募集をしていない診療所は25.3%である。

全国の月平均分娩数が30以上の診療所の医師30名を対象とした調査¹⁷⁾では、助産師は必要かという問いに、「絶対必要」と回答した医師は8名に過ぎなく、「いたほうが良い」が12名、「不要」が8名である。

横浜市の医療政策課が2006年に行った調査によると市の助産師数は増えており、同年4月以降に分娩を取り扱う施設において見込まれる助産師数が421人に対し、必要とされる助産師数は430人(9人の不足)¹⁸⁾と、助産師不足の実態は読み取れない。しかし、看護師等による内診行為に係わる事件等の影響からか2007年の同調査では、見込まれる助産師の総数464人に対して必要とされる助産師数は529人とされた(65人の不足)¹⁹⁾。

これらの結果は、施設側が助産師の採用に消極的であることによって助産師の需要が低く見積もられる可能性があることを示している。とくに助産師不足が問題視されている診療所は、積極的な助産師の採用の方策を講じていず、看護師等による助産行為の問題は、助産師確保が困難であるという理由だけでは説明しきれない。すなわち、施設側が看護師等に内診のみならず直接的な分娩介助を含む助産行為を行わせることによって、助産師を積極的に採用しようとする実態も推測される²⁰⁾。医療法指定規則で定数が定まっていない助産師の需要は、各医療機関が助産師の採用をどのように考えるのか、助産行為を誰が担うのかにかかっている。

3. 助産師の偏在は就労環境に依拠する

上述した横浜市の事件において、特筆すべきことは、同病院が積極的に助産師を募集していなかったこと、加えて、勤務している助産師は、産後指導や新生児のケアに従事しており、助産そのものにあまり関与していなかったことである²¹⁾。助産師を尊重せず、助産師としての専門性を発揮できない環境は、助産師を診療所から遠ざけるひとつの要因となる。

厚生労働省保健衛生業務報告によると、2004年12月31日時点で、助産師の就労者数25,257名のうち69.4%(17,539名)が病院に、16.3%(4,111名)が診療所に勤務し、産科医同様、就業施設に偏在が認められる。診療所は分娩取扱い施設全体の47.4%を占めることに鑑みると、助産師の就業先と分娩数は相応していない。したがって診療所の助産師不足は恒常的な問題である。

鹿児島県の助産師を対象とする調査²²⁾(以下「鹿児島県調査」)によると、助産師がいない、あるいはひとりしかいない小規模医療施設への就業については、未就業者(21名)の61.9%、助産師以外で就業中の者(25名)の56%、助産師として就業している者(188名)の41.5%が「希望する」と回答している。このような小規模医療施設への就業促進に必要な条件整備としては、賃金・手当の充実、助産師の役割に対する医師の理解、質の高いケアを追求していける職場環境、助産師の複数雇用等が挙げられている。

2005年に行われた日本看護協会中央ナースセンター事業部の調査²³⁾では、未就業助産師(272名)および診療所以外で勤務している助産師(188名)のうち、診療所で働きたいとする者は65.9%おり、何らかの条件を整えば診療所への就業が可能な助産師が相当数存在する。他方、現在離職中の者が前回の職場を退職した理由では、全体として、ライフステージの変化(結婚、出産、夫の転勤)、健康上の問題のほか、労働環境(勤務時間等)、および責任の重さや

医療事故への不安などが挙げられている。しかし、退職前の職場が診療所であった者の退職理由は、全体と比較してライフステージの変化を理由とする割合が低く、反対に、経営や看護理念・方針、給与への不満、自立性や専門性が認められないこと、業務負担が大きいことを理由とした回答が多い。さらに、診療所のイメージを問う設問では、全体として、勤務体制の負担にかかわる内容のほか、医師（経営者）との人間関係上の困難や助産師業務以外の仕事、業務が多いことが挙げられ、実際に退職前の職場が診療所であった者の診療所のイメージは、全体と比較して、カンファレンスの場がもてない、研修に参加できないなどの回答が多く、助産師としてのスキルアップの機会がないことが推測される。

これらの結果から、助産師は診療所で働く意向がありながらも、諸条件が整わないために就業をためらっている実情がある。2006年の診療報酬改定によって、急性期医療を担う病院の看護体制では、実質配置7対1が新設された。その結果、病院での助産師不足も加速している。したがって、診療所は、上述のような職場として好ましいとはいえない条件があり、制度的、構造的な理由から、助産師が病院から診療所に勤務施設を変更しがたい現状にある。

また、助産師が公的な一定規模の病院に職場を求めるのは、労働条件の問題だけではない。助産師もほかの専門職同様に、卒業後の継続教育が不可欠な職種である。とくに新卒の助産師は、助産業務のみならず、看護業務の実践能力を獲得することが必要とされる。若い世代の助産師が自己の助産診断と技術に責任をもち自立するためには、自己研鑽やスキルアップの機会が保証されること、経験豊富な助産師の直接的な指導を受けられ、過重な労働負荷がなく、安全に助産業務ができること、さらには、医師や他職種とのパートナーシップが図られ、助産師の専門性が十分に発揮できることが必要である。

4. 未就業助産師は就業を希望している

現在、国内で就業している助産師は、約2万6千人であるが、日本助産師会によると、助産師免許を持ちながら助産師として働いていない助産師も2万6千人いる。未就業助産師が復職すれば、現在の助産師不足はかなり解消されるであろう。

「鹿児島県調査」によると、未就業助産師の8割が再就職の希望をもっていた。他方、助産師の退職理由としては家庭の事情のほか、仕事内容や勤務体制に対する不満も挙げられ、その内容としては、助産・看護業務以外の仕事が多いこと、医師とのケアに対する考え方が違うことが挙げられている。すなわち、助産師が出産に関与していないなど本来の助産業務に就けないことは助産師の就労意欲を低下させる要因となる。

助産師を潜在化させないために、出産、育児期の助産師に対する適切な支援体制を整備し、働き続けられる環境整備を行うことはもちろんであるが、正常妊産婦のケアについて、助産師と医師、あるいは他の看護職間で、助産師の役割を明確化・共有化し、助産師の就労意欲を高める対策も必要とされる。

他方、産科医不足は早急に解決できないことから、産科医療の再編成が行われているものの、助産師は集約化されていない。すなわち、助産師は、勤務していた施設の産科病棟が閉鎖された場合であっても、現在の施設から移動しない限り看護師としての勤務をすることとなり、潜在的な助産師不足に拍車をかける。

日本看護協会の推測値では、病院に就業する助産師17,753人のうち3,327人、診療所に就業する助産師の4,680人のうち546人が助産師業務についていない²⁴⁾。全国150床以上の病院に就業する助産師を対象とする調査²⁵⁾では、回答のあった11,222人の助産師のうち、産科に関連しない病棟や外来に配置されている者は16.3%おり、このうちの65.5%は、産科病棟を有する施設で就労していた。

このようないわゆる施設内潜在助産師の存在は、必ずしも産科病棟の閉鎖が直接的な原因ではないことも示している。病院の看護管理責任者は、助産師に対し「助産業務に固執しないで産科以外の分野にも視野を広げてほしい」あるいは「専門職として自認するのではなく、他者に認められるリーダーシップをとってもらいたい」等の期待をもっている²⁶⁾。しかし、配置転換等により助産師としての専門性が生かせないことが、助産師のバーンアウトの直接的な引き金となることも報告されている²⁷⁾。助産師の配置転換等においては、看護師とは異なった、専門性を尊重した配慮が必要であろう。

5. 助産師教育における学生の定員数増加のための方策が必要である

年間の助産師の国家試験合格数は約 1,500 人で微増している。他方、助産師の国家資格を取得するために必修とされる助産学実習は、学問的知識を修得するのみならず、熟練した技術と正常・異常を見極める判断力を身につけるために、重要な意味をもつ。しかし、助産師養成施設は、相次ぐ産科の閉鎖、少子化による分娩数の減少などにより、所定の分娩介助例数を学生に保証するための実習施設の確保が困難な状況にある。

受け入れ施設側、とくに産科を有する総合病院は、助産学実習以外にも母性看護学実習の受け入れを行い、集約化による分娩数の急激な増加にも対応しているため、助産師が多忙な勤務を余儀なくされている。また、1施設に複数の養成所の実習が重複することにより、実習に協力する妊産褥婦にも、少なからず負担がかかっている。さらに、少子化という現象は、ひとりの子どもの妊娠、出産の重要性、貴重性が高まることでもあり、ライフイベントである出産に学生が関われない場合も増加している。したがって、このような実習施設や産婦の受け入れ状況のもとで、各養成施設は定員数の学生を教育できず、これが助産師不足を助長する可能性がある²⁸⁾。

現在、助産師学生の実習の受け入れは、ほとんどが病院であるが、実践力と教育力を備えた助産師を診療所に配置することによって、診療所での実習の受け入れが可能になる。これにより、学生は診療所の魅力に接することができ、それが診療所への就業促進につながる可能性もある²⁹⁾。

厚生労働省は、各助産師養成所に対し、2005年1月25日、医政局看護課長通知「助産師の養成について」（医政看発 0125003号）において、助産師養成の定員数の維持と増加を図るよう、さらに同年4月28日、「病院・診療所に勤務する看護師を対象とした社会人入学枠の導入について」において、社会人枠の導入を図るよう周知を求めた。さらに、2006年8月、同省医政局看護課では、現在産科施設に勤務している看護師が勤務を継続しながら学ぶ助産師養成所について、現行の看護師等学校養成所指定規則下で開設できることを明らかにし、金銭的補助も行うとした。このような養成所では、専任教員の不足、実習協力施設の不足等の問題点はあるものの、助産師不足を解決しようとする施策が進行しつつある。

IV. 分娩の医療化と助産師のアイデンティティの喪失

助産師は、1950年代には5万人以上いたものの約50年で半減し、最も少なかった1995年以降微増し、2004年には2万6,040人である。その間、助産師の就業場所は、地域（開業助産所）から施設内に移った。施設内分娩は、本来自然な営みであるはずの分娩への医学的な介入という側面をもち、さらに、近年の少子化と高齢出産の増加が母体や胎児に対するリスクを高め、このような要因を背景として、出産の医療化は進行した。そして、助産師もまた医療化されたなかでの助産業務に安座し、地域の人々と密接なつながりをもっているはずの診療所の助産師もやはり医師主導の分娩管理のなかで業務に従事している。

また、生理的営みである妊娠、分娩に対する医療介入は、妊産婦の医療者への依存傾向を強める可能性がある。しかし、そのような場合であっても、助産師は、妊産婦やその家族が主体的に分娩に臨めるように、女性が本来もっている「産み育てる力」を引き出し、サポートする役割がある。

さらに、現在、助産師に求められる社会のニーズは多様化し、妊娠、分娩、産褥各期の助産ケアのみならず、広くリプロダクティブヘルスや育児への支援が求められ、実際、地域や学校など助産師の活動範囲は広がっている。WHO や ICM（国際助産師連盟）も助産師の業務を広く捉えており、今後、助産師が社会のニーズに応えるための活動は必須である一方、このことが分娩を扱う施設の助産師不足を助長する可能性も否めない³⁰⁾。分娩だけが助産師の業務ではない。しかし、分娩は助産師業務の生命線であり、いのちの現場を知っているからこそ助産師が行う保健指導は、広く女性のライフサイクル全般に及び、他の職種とは異なる独自性が発揮できる。

助産師は、本来なすべき助産ケアに主体的に取り組んでこなかったことを謙虚に反省し、助産ケアとは何か、助産師の専門性とは何かについて、医師にも社会にも理解してもらうための説明責任がある。助産師一人ひとりがそれぞれの場所で、助産ケアの重要性について発信することが、医師や看護師とのパートナーシップにつながり、相互理解と信頼関係の構築の第一歩となる。そのためには自身の助産診断と技術を向上させ、助産師としての実践能力を高め、自身が担う助産業務に主体的に取り組み、助産師の存在意義を医師、妊産婦、および社会に認知させるような努力が求められている。

（第二報に続く）

文献および注釈

- 1) 読売新聞, 2007年11月15日.
- 2) 海野信也:産婦人科医療供給体制への提言1—供給体制の緊急的確保, 臨床産科婦人科, 61(3), 218—227, 2007.
- 3) 海野信也:産科閉鎖, 医師不足, 助産師不足の解決策を考える, 助産雑誌, 60(11), 980—986, 2006.
- 4) 産婦人科医会医療対策委員長可世木成明:今後の産科医療のあり方に関する会員のアンケート調査, 日本産婦人科医会報, 59(1), 5—7, 2007.
- 5) 杵淵恵美子, 米田昌代, 曾山小織ほか:石川県における助産師の就業状況から見た周産期ケアの現状, 石川看護雑誌, 4, 47—53, 2007.
- 6) 滋賀県健康福祉部医務薬務課:助産師適正配置に関する検討会報告書, 55—96, 2005.
- 7) 青柳三代子:臨床最前線の一助産婦の状況—産科看護婦と助産婦, 助産婦雑誌, 48(4), 305—308, 1994.
- 8) 阿部知子:助産師資格のない者の助産業務従事に関する質問主意書, 第150回通常国会質問第72号, 2000年12月1日.
- 9) 内閣総理大臣森喜朗:衆議院議員阿部知子君提出助産師資格のない者の助産業務従事に関する質問に対する答弁書, 答弁第72号, 2001年2月27日.
- 10) ①2001年9月, 千葉県の医院で, 医師が, 分娩中の経過観察や陣痛促進剤の投与などを准看護師に任せ, 翌日, 帝王切開で生まれた子どもは仮死状態で, その後死亡した。院長, 副院長および准看護師7名は保助看法違反の疑いで送検されたが, 和解に至った。共同通信, 2002年8月12日。東京新聞, 2002年8月13日。朝日新聞(東京地方版/千葉), 2002年8月14日。毎日新聞(西部朝刊), 2003年10月12日。毎日新聞, 2003年8月21日。共同通信, 2004年3月13日。
②2000年6月, 鹿児島県の医院において,

医師の不在時に看護師3人が産婦を内診し、分娩監視装置を装着したものの、約3時間後に看護師が胎児の心音の異常に気づき院長に連絡したが胎児は死亡した。裁判では医院側が診療を看護師に任せた過失を認め、同年7月に和解が成立した。同医院では事故の1週間前にも看護師が産婦の腹部を押して出産を促す助産行為をし、仮死状態で出生した新生児が死亡していた。毎日新聞（西部朝刊），2002年12月13日。南日本新聞，2002年12月18日。毎日新聞（西部朝刊），2003年10月12日。共同通信，2002年11月8日。毎日新聞（東京朝刊），2002年11月8日。毎日新聞（西部朝刊），2002年11月9日。

11) ①2001年9月，千葉県の医院で，医師が陣痛促進剤の投与や内診を准看護師に任せ，仮死状態で生まれた子どもが死亡した。なお，同院では准看護師が4人の女性に対し助産行為をしたとされている。毎日新聞（地方版／千葉），2003年8月21日。

②大阪市は保健所による立ち入り検査を行った結果，堺市の診療所で，看護師等により，分娩を促すために腹部を押す処置および内診が行われていたことが判明し，文書指導を行った。なお，同立入調査は，同診療所で子どもを死産した女性が保健所に訴えたことにより行われた。共同通信，2004年8月5日。毎日新聞（大阪朝刊），2004年8月6日。読売新聞（大阪朝刊），2004年8月6日。

③本件も，看護師，准看護師による内診のほか，分娩時に腹部を押すなどの処置を実施された結果，児が傷害（頭蓋骨骨折）を負ったとする女性が保健所に訴えたことにより調査された。読売新聞（大阪朝刊），2004年8月5日。

④本件は，分娩時に腹部を押される処置を実施された結果，児が傷害（頭蓋骨骨折）を負ったとする女性が，診療録の開示を請求した結果，看護師による内診が判明した。毎日新聞（地方版／大阪），2004年8月5日。

12) ①横浜市が出産を取り扱う市内の26病院を立入検査した結果，5施設で内診を看護師等が行っていたことが判明した。共同通信，2006年9月5日。読売新聞（東京朝刊），2006年9月6日。共同通信，2006年9月25日。読売新聞（東京朝刊），2006年9月26日。毎日新聞（地方版／神奈川），2006年9月26日。読売新聞（東京朝刊），2006年9月28日。

②本件は，同医院で出産し，子どもに障害が残った女性の告発により判明した。院長，看護師，准看護師は，いずれも違法という認識がないこと，および行為による健康被害の危険性が証拠上認められないことを理由として起訴猶予とされた。共同通信，2006年10月7日。毎日新聞（中部夕刊），2006年10月7日。共同通信，2006年10月18日。共同通信，2006年10月18日。毎日新聞（中部夕刊），2006年10月18日。共同通信，2006年11月10日。毎日新聞（中部朝刊），2006年10月19日。読売新聞（中部朝刊），2006年11月11日。毎日新聞（中部朝刊），2006年11月11日。

③神奈川県下で保健所がある5市を除外した地域の8病院と診療所21施設を立入調査した結果，5施設で看護師等による内診が行われていることが判明した。共同通信，2006年11月20日。読売新聞（東京朝刊），2006年11月21日。毎日新聞（地方版／神奈川），2006年11月21日。

13) 楠本万里子：厚生労働省通知「分娩における医師，助産師，看護師等の役割分担と連携等について」の意義と課題，看護59(8)，28-29，2007。

14) 第156回国会厚生労働委員会，2003年3月20日（なお，本回答は，南野知恵子委員の質問に対し，篠崎英夫厚生労働省医政局長が答弁したもの）。

15) 坂元正一：「助産師充足緊急調査」結果報告，日本産婦人科医会報，58(7)，6，2006。

- 16) 日本医師会総合政策研究機構：産科医療の将来に向けた調査研究，117-119，2007.
- 17) 鮫島浩二：産科医から助産婦への率直な提言，助産婦雑誌，48(4)，282-286，1994.
- 18) 横浜市健康福祉局医療政策課長：産科医療の実態について調査しました，2006年5月29日報道発表資料。
〈<http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/kisha/060529-01.pdf> (2008年1月6日)〉
- 19) 横浜市健康福祉局医療政策課長：産科医療の実態について調査しました，2007年6月7日報道発表資料。
〈<http://www.city.yokohama.jp/ne/news/press/200706/images/php2h1VN6.pdf> (2008年1月6日)〉
- 20) 恩田裕之：産科医療の問題点，調査と情報，575号，1-10，2007.
- 21) 毎日新聞（東京朝刊），2006年8月26日．東京新聞，2006年9月4日．毎日新聞（東京夕刊），2006年9月22日．
- 22) 下敷領須美子，井上尚美，石走知子ほか：偏在する助産師就業と助産師確保の課題—鹿児島県助産師等実態調査を基に，周産期医学，35(1)，71-75，2005.
- 23) 日本看護協会中央ナースセンター事業部：平成17年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 産科医療機関等の助産師確保促進事業報告書，56-64，2006.
- 24) 日本看護協会政策企画部：助産師確保対策，〈<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2006pdf/jyosansikakuho.pdf> (2008年1月6日)〉
- 25) 坂梨薫，大賀明子，勝川由美ほか：病院に勤務する助産師の実態に関する研究 日本の助産師は本当に不足しているのか，看護管理，17(8)，672-678，2007.
- 26) 日本看護協会：1992年病院勤務助産婦の業務と役割に関する調査，看護白書，日本看護協会出版会，19-35，1993.
- 27) 松岡恵，平澤恵美子，佐々木和子ほか：卒後満5年までの助産婦が受けるソーシャルサポートとバーンアウト症状の関連，日本助産学会雑誌，8(1)，23-31，1994.
- 28) 朝日新聞（東京地方版／神奈川），2006年9月9日．
- 29) 小谷幸，大場佐悦：助産師の活用事例—診療所における助産師の活用および確保定着のグッドプラクティス，看護白書，日本看護協会出版会，194-205，2007.
- 30) 遠藤俊子：助産師の確保定着，平成19年度版看護白書，日本看護協会出版会，182-193，2007.

Implication of the Practice of Pelvic Examination by Unqualified Midwife (The First Report)

—The Situation about Shortage of Nurse-Midwives and Its Backgrounds—

Shiho HIRATSUKA

(Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

Abstract

In Japan, the practice of midwifery, including pelvic examination, by registered nurses, licensed practical nurses, and nursing assistants is prohibited under administrative notifications issued in 2002, 2004, and 2007.

This study addresses the following issues in the light of increasing social demand for midwifery.

1. As the Medical Practice Act does not designate the roles and regulations for nurse-midwives, the demands for these professionals depend on who has been charged with the responsibility for delivery. There has not been effective strategies to employ nurse-midwives actively at maternal clinics; as a result, unlicensed persons have had to assist with deliveries.
2. There is a constant number of qualified nurse-midwives who are not currently working, but wish to start practicing.
3. The structure of the current work environment is responsible for the uneven distribution of nurse-midwives. Therefore, it is important to provide a clinical environment in which nurse-midwives can use the full extent of their training and a personal environment in which they can safely accomplish their statutory duty at delivery. It is also important to guarantee continuous education and training, clearly defining the roles of physicians and registered nurse under these conditions will help establish a partnership among them and improve employment and labor conditions.
4. Currently, nurse-midwives are routinely confronted by hospitals at delivery as to their function and responsibilities. Nurse-midwives need to regain an acknowledgement of the role of their profession in childbirth and continue to enhance their practical abilities to fulfill that role effectively.

Keywords: midwifery, nurse-midwife, pelvic examination, Public Health Nurse, Midwife and Registered Nurse Act, shortage of midwives