第14回日本助産学会学術集会特別講演

世界の助産婦の現状

Midwifery in the World

ジュディス・P・ルークス

Judith P. ROOKS

助産婦，助産学修士，哲学博士，全米助産婦協会名誉会員

はじめに

数年前，私は“Midwifery and Childbirth in America”（米国における助産と分娩）と題する本を書いた。この本は主として，米国の助産婦活動を論じたものである。しかし，この本の1章だけは，経済的・一般的な社会発展状況，および医療水準が米国に似ている国々の母性ケアに焦点を当てている。具体的には，カナダ，西ヨーロッパ，オーストラリア，ニュージーランド，日本の助産婦活動を扱った。日本の助産婦活動に関しては，近藤潤子先生の援助を得た。近藤先生のご支援に感謝するとともに，先生と一緒に研究ができたことを，たいへんうれしく思っている。先生との研究を通じて私は，本日，世界の助産婦の現状というテーマでお話をする機会を得ることになった。

私が，私の本の中で扱った，豊かで高度に発展した国々の事例は，米国の助産婦活動を考察する上で適切な世界的バックグラウンドを提供してくれた。しかし，私たちが特に母性ケアに焦点を合わせるときは，それらの国々を世界全体とみなすわけにはいかない。母性ケアの第一の目的は，妊産婦死亡を阻止することである。妊娠が原因で死亡する女性の99%は，アジア，インド，アフリカ，ラテンアメリカの貧しく，開発の進んでいな

い国々に住んでいる。世界の助産状況について，まず最初に米国，カナダ，西ヨーロッパ，オーストラリア，そしてニュージーランドの助産について論じたいと思う。これらの国々にシンガポールを付け加えたいと思うが，日本の助産婦活動を考察する上で適切な国際的バックグラウンドを提供してくれるだろう。その後で，世界の貧しい，開発の進んでいない地域について話題を移したい。

先進国の助産

●北米の助産

経済的に豊かで，工業化された国々の中で，助産婦の果たす役割が明確ではない，あるいは一般的に受け入れられていないのは，カナダと米国だけである。とはいってもカナダは，その地域によっては，このような状況が変化してきているし，また，米国でも，助産婦がヘルスケア・システムの分野で重要な役割を果たすようになってきている。しかし，北米の助産婦たちは，助産学自体が確立されていないということもあるが，助産婦が広い視野に立った良いケアを選択できる場を創り出し，維持あるいは拡大させるために日々奮闘している。

米国における助産婦の役割が西欧と大きく異なるのは，歴史的な違い，およびヘルスケア組織の違いのためである。米国が他の先進諸国と実質的

に違う点は、国家的規模のヘルスケア・システムがないことである。米国では、代わりに、足並みのそろわない開業医や私立病院が、ほとんどの米国人のヘルスケアのニーズに対応している。そして、私的サービスの費用を負担できない人びとにケアを提供する病院や診療所に対しては、政府のバックアップ・システムが支援を行っている。もう一つの違いは、米国では専門医にかなり重きが置かれており、すべての人にプライマリー・ヘルスケアを提供するという配慮が不十分であるということである。その結果、米国のヘルスケアの費用は世界でいちばん高く、助産婦の役割は第二義的なものとなり、米国の乳児死亡率は他の先進諸国に比べると高くなっている。

長期にわたり、米国の助産婦の主要な役割は、既存のケアに欠けている部分を補うこと、特に、低所得層の女性に対するケアを補うことだった。すなわち、産科医の提供するケアが十分でない女性に、既存のものに代わるかたちのケアを提供し、特にケアの必要な女性を世話することだった。助産婦は、病院の中で、特に貧困層の女性たちのケアを受け持っている。

連邦政府は、アメリカ・インディアンにヘルスケアを提供する責任があり、そのケアはインディアン・ヘルスサービスという機関を通じて行われている。インディアン・ヘルスサービスは大勢の助産婦を雇用しており、彼女たちが、アメリカ・インディアンの女性やその家族に対し、文化性を重視した行き届いたケアを行っている。

同時に、中流または上流階級の女性の中にも、助産婦によるケアを希望し、細かい配慮のあるケアが提供されない医師や病院への受診を拒否する人びとがいる。現在、多くの病院や産科開業医が患者を引きつけ、かつ利益を上げるために助産婦を雇用している。助産婦はまた、母親になるための準備として妊娠期間中、特別な集中的教育とサポートを必要とするような10代の未婚の妊婦や、その他の女性にケアを提供するプログラムの中で、常に重要な役割を果たしてきた。

助産婦は、ある特定の宗教グループに属している女性の間でも必要とされている。このような女

性をケアしている助産婦の多くは、その宗教グループの一員であり、その宗教における誕生の意義をよく理解し、誕生の神秘を取り巻く神聖な感覚に対する家族のニーズに応えるような方法で、出産を取り扱っている。

米国では、助産婦が立ち会う出産の割合が毎年増加している。最近の情報によると、1997年には、米国の全出産のうち7%が助産婦の介助によるものだったことが明らかになっている。したがって、現在ではその割合はもっと増加しているだろう。もし、帝王切開による出産をこの数字から除けば、現在、米国では、経腔分娩の10%を助産婦が介助していると推定される。助産婦は家庭での出産や、病院から独立したバースセンターでの出産にも出向いている。

バースセンターは、病院から離れて、リスクの低い出産を介助するために助産婦が創設したものだった。バースセンターは、助産ケアのモデルとして特別にデザインされた。それにもかかわらず、米国では、助産婦が介助する出産の95%は病院で行われ、ここ20年間に増加した助産婦が介助する出産も、病院での出産がそのほとんどを占めている。家庭での出産を選択した女性たちにはさまざまな理由があり、家庭で子どもを産むことにこだわりをもっている。しかし実際には、家庭での出産を選択する米国女性の数は、必ずしも増加していない。女性はさまざまな理由から、家庭での出産を選択しており、選んだ女性のほとんどは家で子どもを産むことを強く望んでいた。しかし、家庭での出産を選択する米国の女性の数は増加していない。

●西欧諸国の助産

米国以外の国々における助産婦の役割はさまざまであり、異なっている。助産婦が独立して仕事を行い、妊産褥婦が必要とするすべての面でのケアを提供している国もある。しかし、助産婦が限られた役割しか担うことができず、医師に依存している国もある。

ほとんどの助産婦が、オランダは助産婦の仕事が自律した専門職としてきちんと確立している最

高の見本であるとみなし、その姿を目指している。オランダの歴史と文化から生み出されたいくつかの要因により、オランダは、現代の産科医が出産の際に当たり前のように要求する入院と科学技術を用いた監視体制に抵抗する、たいへんユニークな国になっている。現在、オランダでは、自宅分娩の割合はいくぶん下がってきている。しかし、文化的要因、医学における優れたリーダーシップ、助産婦による自宅分娩が生み出す優れた成果、オランダのヘルスケア・システムにおける費用効率化政策などが、「出産は家庭で」というオランダの力強い伝統を支えてきた。オランダでは、出産全体の約30%は自宅での出産で、乳児死亡率は一貫して低い状態にあり、米国に比べると、ずっと低いといえる。

助産は英国、オーストラリア、ニュージーランドにおいても、非常に重要なものである。1960年代から70年代にかけて、ほとんどすべての西欧諸国で、出産への医療介入が増大した。そして、この種のケアに対する不満から、非難や改革を求める声が高まった。これらの要求は、WHO（世界保健機関）やICM（国際助産婦連盟）の活動、消費者運動や女性運動の進展によって勢いを増し、周産期の研究について世界的関心が高まることになった。助産婦たちも自然分娩の減少を嘆いていたが、それを阻止することはできなかった。そこで、英国およびオーストラリア政府は、自国の母性ケアの再検討に着手し、このサービスを利用する女性の意見を求めた。再検討の過程で採用された女性たちの意見によると、母性ケアの質を測定する重要な尺度として、満足度および不満足度への関心に焦点が絞られた。

多くの女性は、自分たちが受けているケアに満足しておらず、だれか一人の助産婦との信頼関係を深める機会をもつことを望んでいた。さらに、女性たちは、助産婦は助産ケアのモデルに忠実であること、および、助産婦は産科医が行うケアと同じケアも行うことを望んでいた。同じ不満と要求がニュージーランドやカナダのいくつかの州の女性からも表明された。これら4つの国では、民主的な政府が、単に医師だけではなく女性たちか

らも、出産に関するケアと経験を向上させるためには何が間違っていて何が必要なのかについて意見を聞いた。その結果、迅速で注目すべき変化が始まることとなった。

国によっては、助産婦と消費者から成るグループが、自国の女性のためにより良い母性ケアの確立を目指して団結した。政治的活動を行う助産婦と消費者のグループが、フランス、デンマーク、そしてイタリアに生まれた。助産婦に対するより大きな信頼を支持する—あるいは義務づけた—新しい法律や政策が、オーストラリア、ニュージーランド、英国、カナダ、米国の多くの州で可決された。

これに対して、スペインの産科医は助産婦学校の閉鎖を政府に働きかけたが、それは助産婦だけでなく、助産婦のケアを受けたいと希望している女性たちの反対にあい、学校は今でも存続している。ドイツ産科学会も、すべての出産に助産婦の介助を義務づけた法律の改正を政府に働きかけたが、廃止することはできなかった。これらの国々では、助産婦は消費者からの支持を得て活気を取り戻した。多くの助産婦は、女性たちが望んでいた変化を喜んで受け入れた。その結果、国のヘルスケア・システムの中で助産婦によるサービスを受ける女性に対し、継続ケアを実践する方法を探っていくという確約を得ることができた（ケアの継続性とは、妊娠期間を通じ、継続して必要なケアを一人の助産婦、または一緒に働いている助産婦たちから成る小さなグループから受けることを意味する）。

多くの西欧の国々では、ほとんどの助産婦が政府に雇用されており、そこでは、女性の妊娠サイクルすべてを通してケアを提供するわけにはいかない。助産婦の中には、近隣の診療所で働き、そこで産前あるいは産後のケアを行ったり、または両方のケアを行っている者もいる。病院で働き、分娩期のケアに携わる助産婦もいる。病院で産褥のケアのみに携わる助産婦もいる。病院で働くほとんどの助産婦は、労働時間が決められている。そのような雇用形態の結果、妊産婦は分娩前のケアをする助産婦、分娩期のケアをする助産婦、分

娩後のケアをする助産婦、それに加え、産褥の入院病棟での助産婦と、それぞれの場面で異なる助産婦からケアを受けることになってしまうかもしれない。これが英国やオーストラリアで女性たちが不満を訴えている断片的ケアである。

断片的ケアとは対照的に、多くの女性は、一人の助産婦から一貫したケアを受けることを望んでいると言っている。継続ケアを提供することは、助産婦にとってかなりの困難を伴う。そして、助産婦たちが大きな規模でこの仕事を成し遂げるための方法を見つけるかどうかは、まだ明らかではない。

●産科医療の介入

また、世界のいたるところで、超音波、胎児モニター、さらには、米国では分娩中の硬膜外麻酔の使用が大幅に増加している。助産婦は、このような新しい科学技術に精通していなければならない。非常に豊かな国々では、出産が高度な医療介入をする方向へ動きつつある。リスクの高い妊娠に用いられることを目的として開発された科学技術、多分に侵略的とも言える処置を通常の出産に適用する割合が、日本や米国を含む国々において増え続けている。米国および多くの西欧の国々では、これが医療費を高騰させ、帝王切開の割合を高めることになった。これらの方法を頻繁に、あるいは日常的に使用することは有益とは思われない。そして、利便性と逆の影響の二律背反性をもつという明確な証拠があるにもかかわらず、この傾向は続いている。

米国では、胎児のモニタリングと点滴は通常の処置として行われている。そして陣痛を強め、分娩を早めるオキシトシンの使用が増えている。1997年に米国で出産した女性の18%以上が、オキシトシンまたは他の方法で陣痛が促進されていた。陣痛の誘発が行われた女性の割合は、1989年から97年の間に2倍以上になっている。今日では、特定の日、すなわち自分と医師の両方にとって都合の良い日を選んで入院し、陣痛を誘発して出産しようとする女性もいる。

●硬膜外麻酔

硬膜外麻酔は、多くの米国の病院で陣痛の痛みを軽減するためにとられた最初の処置だった。米国で出産する女性の3人に2人が硬膜外麻酔を受けており、病院によっては90%以上の女性が陣痛中、硬膜外麻酔を受けるところもある。硬膜外麻酔を受けた女性には、鉗子または吸引分娩の必要性がかなり多く発生し、また、帝王切開の割合が高くなるという根拠も示されている。硬膜外麻酔が帝王切開の必要性を常に増加させるかどうかについてはまだ疑問の余地はあるが、硬膜外麻酔が操作的な（外科的処置を伴った）経膈分娩の増加をもたらすということは、明らかな事実である。

さらに、硬膜外麻酔を受けた女性の約15%が陣痛中に発熱し、新生児も熱がある状態で生まれている。その発熱が感染によるものか、激しい子宮収縮により熱調整がうまくいかなかったことによるものかは明確でない。しかし、この場合、生まれた子どもが感染症にかかっていないことを確認する必要がある。つまり、新生児から検査用の血液を採取する必要がある。母親が帰宅した後も、新生児だけが病院にとどまっていなければならない状況も起こってくる。その上、多くの新生児には抗生物質が投与されることになる。

●帝王切開

数年前、英国の医学雑誌“British Medical Journal”に、産科医が、現代の母親にとって理想的な出産方法として帝王切開を選択することについて論じた一連の論文を発表した。多くの女性産科医は、自分の子どもを帝王切開で出産したいと述べ、男性産科医は、自分の妻の出産も帝王切開のほうが良いと述べていた。

米国では、1970年代、80年代を通じて、1988年まで毎年、帝王切開の割合が増加した。1988年には、帝王切開の割合は驚くべきことに25%に達していた。米国の新生児の4人に1人は大きな腹部の手術により誕生していたことになる。政府の保健問題担当者たちは、このように高い帝王切開の割合に関し、リスクと費用の両方に関して懸念をもつようになり、帝王切開を減らす努力をした。

その後、帝王切開の割合は1989年後半に緩やかに下がり始め、ついには約21%までに減少した。

しかしながら、帝王切開の割合は今や再び上昇し始めている。それは、経陰分娩は女性の身体にダメージを与え、セックスのパートナーとしての魅力を減少させ、たぶん後年には尿失禁を引き起こすだろうという医師の信念を反映しているからである。そして、実際に、以上のような理由で、「現代の母親」が子どもを産むときには、より良い方法として帝王切開を選択する医師もいる。

産科に関する科学技術の使い過ぎは、多くの助産婦の希望をくじき、国によっては、継続ケアへの期待は助産婦不足と結び付いて、燃え付き症候群現象を引き起こしている。私は、日本も助産婦不足を経験している国の一つだと思っている。助産婦が低賃金を理由にこの職業を離れていくことで、助産婦不足がますます深刻化しているところもある。

●助産学教育

いくつかの国々における助産学の歴史は、この助産という専門職をコントロールしようとする看護学との闘争を物語っている。英国、オーストラリア、ニュージーランド、そして日本では、看護学を基礎に学ぶことなしにダイレクト・エントリーとして最初から助産学を学ぶ教育は、助産学が看護学の権威の下に置かれることになってから、絶えてしまった。

しかし助産婦が、助産学が医学だけでなく看護学からも独立していることを重ねて主張しているような国々において、その流れは逆転してきている。英国とニュージーランドでは、新しいダイレクト・エントリーの助産学の教育プログラムが始まった。両国とも、かつてダイレクト・エントリーの助産学教育が存在していたところである。

このダイレクト・エントリーの助産学教育は通常、修業年限を3年としているが、いくつかの国では、助産学の教育プログラムが長くなってきている。オランダでは現在、標準修業年限が4年となっている。また、助産学教育を大学教育へと移行させていく傾向にある。助産が大きな役割を果

たしている国々では、たくさんの若い女性が助産学校の限られた定員に出願し、競争が激しくなっている。英国では、ヘルスケア・システムにおける助産婦の役割が重要になるにつれ、助産学を学ぶ学生の社会的地位も上昇してきている。多くの国々では助産婦は研究活動にもより深くかわり、経験を積み重ねている。少しずつではあるが、男性がこの専門職に参入してきている国もある。

助産学教育は、ほとんどの西欧の国々では高い水準にある。知性があり、しっかりと動機づけられた女性たちを引き付け、助産学教育機関への入学は競争が激しくなっている。助産婦の組織は強力で、助産婦は女性グループや消費者組織から支持を受けている。それにもかかわらず、医療の権威や科学技術の恩恵を固く信じている科学信奉の影響で、出産への過度な医療介入が続いている。産科医によって決められた方針の下でケアを実践している助産婦もまた、産科介入の機会を増大させている。

●家庭での出産

家庭での出産は、今世紀において、これらすべての国々で減少した。あのオランダでさえ、同様に減少した。しかし最近では、デンマーク、英国、ドイツ、およびニュージーランドでは、家庭での出産が少しずつ増加してきている。これらの国々で、自宅分娩が最近増加しているのは、女性が主張した要求に合わせて、ケアのあり方を変化させていったからである。また、病院と異なったバースセンターへの関心が増している国もあり、特に、ドイツでは、たくさんのバースセンターがケア活動を展開するようになってきている。

経済力の弱い発展途上国 における助産

次に、経済力の弱い発展途上国における助産に関する問題点と、成功例について紹介したい。

●妊産婦死亡

毎年ほぼ60万人の女性が、妊娠を原因として亡くなっている。この数字はあまりに大きすぎて、私たちはこれらの死の衝撃を理解することは困難である。この大きな数字だけを頭の中で唱えるのではなく、このように考えてみてはどうだろう。つまり、毎日、最大旅客数を誇るジェット旅客機が6機、妊産婦を満席で乗せて海の上を飛ぶと想像してみる。その6機の旅客機のすべてが、満席の妊産婦を乗せたまま海に墜落するのである。乗客は一人も助かることはない。そうしたことが、毎日、1年中、毎年毎年、21世紀に入ろうとしている現在でも起こっているのである。亡くなっていく人びとは皆、人生の最も輝かしい年齢にある若い女性であり、それは妻であり、幼い子どもの母親である。これが世界の妊産婦死亡率の規模なのである。妊娠することで亡くなっていく女性のほかに、多くの女性が深刻な病気で苦しみ、その中には、一生、障害を伴って生活する女性もいる。

全妊産婦死亡の99%は、アジアの発展途上の国々、インド亜大陸、アフリカ、ラテンアメリカで生活する女性で占められている。西アフリカでは12人中1人が妊娠することで亡くなっている。それとは対照的に、北欧では妊娠によって亡くなる女性は、4,000人に1人である。どんな原因であれ亡くなる人は、日本や米国や他の裕福な工業化の進んだ国よりも、経済力が弱い発展途上国のほうがその率が高いのである。そして、発展途上国と先進工業国における死亡率の最も大きな相違点は、妊産婦死亡である。健康問題への取り組みのおかげで、過去30年の間に、最貧国といわれる国々の乳児死亡率は劇的に減少してきているが、妊産婦死亡は減少していない。母親が亡くなると、その子どももまた亡くなることが多い。妊産婦の死は、家族、地域、社会全般に悪影響をもたらすことになる。

●妊産婦死亡の原因

ほとんどの妊産婦の死は防ぐことが可能である。最貧国における高い妊産婦死亡率の主な原因

因、おそらく唯一最大の原因は、こうした国々では、全出産中ほぼ半分のケースが、専門職である助産婦、医師、または看護婦の助けがない状態で行われるからである。分娩中あるいは分娩後に重大な合併症を引き起こしたときに、援助できるような知識や経験、また技術をもった人が周囲にいないことによって、多くの母親や子どもが亡くなったり、損傷を受けたりしている。妊娠、出産で亡くなる女性たちは貧しく、過疎地や都会のスラム街に住む人がほとんどである。

最大の問題は、十分な数の助産婦がいないということである。ほとんどの途上国では、助産学校の数も少なく、必要な数の助産婦を送り出すことができないからである。計画立案者の多くが言っているように、年間200件の出産に対して1人の助産婦が必要である。ほとんどの途上国での助産婦の実数の数は、必要な数の6分の1から60分の1でしかない。

●助産学教育

そうした問題に加え、多くの国において、助産学の初等教育の質が低いことが指摘される。基礎知識と初等助産教育の要素である臨床経験の両面の重大な欠陥が、発展途上世界のいたるところで助産婦の価値ある活動を疎外している。監督者のいる場で多くの臨床経験を身につけたり、経験豊かな助産婦から教育を受ける機会は、多くの助産学生にほとんど開かれていない。多くの国で、助産婦が母親の命を救うために必要な技術や、胎盤の上手剥離のような技術を教えていないのである。そのため、遠隔地で働く助産婦の中には、緊急事態が発生したとき、どのように救命ケアを行ったらよいのかわからない助産婦が大勢いることになる。

助産学校の新規卒業生がそれぞれの職場に就いた後に、適切な監督を受けない場合もあり、それは地方の過疎地域ではよく起こることである。卒業生たちには必要な設備も支援も与えられず、継続教育の機会もほとんどない。重病の女性を病院に送るのに必要な、交通手段や通信手段さえ確保できない状況である。

こうした状況のほとんどは、構造的な貧困、インフラの弱さ、満たしきれないニーズに頭を抱えている政府の財政不足などの問題が原因で起きている。こうした国のヘルスケア・システム全体に当てはまるこれらの限界に加え、助産婦たちは女性に対する差別問題にも直面している。女性の価値や重要性が評価されていないことは、助産婦にも、また助産婦が携わる女性たちにも影響を与えている。大学の学位が不足していることも、問題をさらに悪化させている。ほとんどの国では、まだ数は多くないものの、看護婦には学位を与えられているが、看護婦の資格をもたない助産婦には、学位を与えられることはないのである。

助産婦のための専門職業組織がない国もある。助産婦の組織がある国でも、財政支援はほとんどなく、弱体化傾向にある。助産婦がリーダーとしての能力を発揮する機会はほとんどない。母体保護プログラムや、その他の母子ヘルスケアに関する決定がなされるときも、助産婦は通常、意思決定の場には参加することはない。つまり、それらの意思決定には助産婦の見解や視点が欠けているのである。

こうした限界は、一つには、助産の適切な役割認識や、助産学を医学および看護学とどのように関連させるかということに関する知識の欠如や混乱から発生している。助産学校の校長はほとんどが医師であり、助産学のケアモデルも助産学生との教育面でのニーズも理解していない場合が多いだろう。看護婦だけが学位を取れるところでは、助産婦たちは助産技術の訓練も経験ももたない看護婦に指導されることも起こりうるのである。また、たいへん聡明な若い女性たちにとって、もはや助産学が関心の的ではない国もある。そうした女性たちは、社会の中で近代化している部門で働くことを望み、助産学を伝統的で古い女性の分野とみなしているのである。

こうした限界にもかかわらず、助産婦は非常に重要な役割を果たしている。看護婦と助産婦は、ほとんどの発展途上国におけるヘルスサービスの強力な担い手で、その中の何人かは、際立って強く、有能な女性であると言える。

●セーフ・マザーフード

1987年、WHO と世界銀行は、妊産婦死亡率に焦点を当てた会議をナイロビで開催した。この会議の成果の一つとして、問題解決のために「セーフ・マザーフード・イニシアティブ（安全な母性計画）」に資金提供することを決定した。これまでのところ、「セーフ・マザーフード・イニシアティブ」は、妊産婦死亡率を減らすことに成功していない。しかし何をするべきかを決めることには、いくぶん進展がみられた。最も重要な改善事項は、助産技術をもった専門職がすべての出産に立ち会うことを確実にし、緊急事態に備えた交通手段を確保したことであった。十分な数の専門職を訓練し、絶対必要とされる支援と設備を提供しなければならない。これは、貧しい遠隔地には特に必要とされる。これらの改善点を達成するにあたって、どのように仕事を進めていくべきかを検討するために、ジュネーブの WHO で2000年の4月末に会議が開かれる予定である。

●助産ケアの質

先進国における助産の問題は、貧しい国の問題ほど重大ではないが、米国や他の西欧諸国で行われている医療の実際は、経済力の弱い発展途上国に影響を与えている。陣痛中のオキシトシンの過剰投与は、多くの発展途上国でも問題になっているし、ラテンアメリカやアジアの大都市の大きな病院における帝王切開の割合は高く、かつ増加している。1986年のブラジルでは、帝王切開は全出産のほぼ3分の1を占めており、またチリでは、1986年から94年にかけて、さらに高頻度の帝王切開が行われていた。

米国と同様に、こうした国の帝王切開の割合は、個人の開業医にかかっている高等教育を受けた上流クラスの女性に最も多く認められる。帝王切開を含むこうした高度な科学技術を用いた産科ケアは、ハイクラスのシンボルであり、「お金で買える最良のケア」とされている。この傾向は、このような出産方法の需要をさらに増やすことになる。同時に、こうした国では、基本的な助産ケアさえ受けられない貧しい女性が大勢いるのである。

発展途上国の母性ケアや助産学の問題を解決するために、助産婦の基礎教育を拡大し、改善するための相当量の投資が、長期にわたって必要であると思われる。ICMは世界の「助産婦に欠かせない能力」を定義した文書を作成した。この能力があらゆる国での助産学教育の計画に、組み込まれるべきである。すべての助産学教育は助産学のケアモデルを教え、すべての助産婦が産科緊急時に際して、救命に必要な知識と技術を修得できるようにしなければならない。

助産婦活動の世界的傾向

●助産婦の自律的活動

ほとんどの助産婦は、政府のヘルスサービス機関に雇用されている。しかし世界には、助産学のケアモデルを実践するため、政府のサービス機関が果たせないニーズを満たすため、あるいは、提供するケアの質を管理するために、小さな個人開業やバースセンターを始めた助産婦もいる。小さな個人クリニックやバースセンターを運営する助産婦はそれぞれ、低コストで、女性が住む地域の文化に合ったケアを提供することができる。これは現在の世界的傾向の一つで、民間セクターのヘルスケアの役割が高まっていることによるものである。

助産婦はまた、いろいろな女性の組織と協働し、女性の声に耳を傾け、彼女たちの批判の声を公表し、母性ケアの重要かつ測定可能な成果として、クライアントの満足度に焦点を当てた活動をしている。個人開業者に対する需要と女性が主張するようになった関心事から、継続したケアを提供すること、つまり一人の助産婦あるいは一つの小さな助産婦グループが、担当する妊娠女性のすべての面でのプライマリー・ケアに対する責任を受け入れることに、ますます焦点が当てられるようになってきた。こうした傾向はすべて、助産婦が地域に再び根づき、“midwife”という言葉の

元来の意味“with woman”（女性と共に）に戻ることなのである。

将来の助産婦活動に影響を与えるであろう他の潮流として、対費用効率の良い、検証に基づいたヘルスケアを提供することが強く求められている。つまり、女性のための効果的な生殖に関するヘルスケアには、クライアントの満足が必要であるという世論の高まりがみられる。さらに、耐性菌による院内感染の脅威も、病院には近いが病院からは物理的に切り離されているバースセンターに対する支持を増加させる要因になっていると考えられる。こうした傾向のすべてが、助産婦活動を支持している。

助産婦活動は世界の中でどのような役割を果たすようになるか

ある意味で、私が今まで話してきた問題は、私たちの専門性の欠如を反映している。助産婦たちは発展途上国の多くで、確固とした助産学教育とサービスを開発、維持できずにきてしまった。また、最も裕福であるといわれる国々の多くでは、過剰な医療介入から正常分娩を守ることができずにきてしまった。もちろん、助産婦たちは多くのすばらしい仕事をしてきているし、助産婦は非常に重要な専門職ということも事実である。しかし、助産婦たちはこれまで十分な力をもてず、また、こうした問題を回避するのに十分な影響力ももてずにきてしまったのである。

肯定的な面から見れば、助産ケアは申し分のない評価を受けてきており、有効であることも証明されてきた。また、すべての女性が出産に際し、助産技術の提供を受けることができるよう保証することは、母親と子どもの健康を守るための最も重要な方法の一つとして認識されている。

訳：近藤潤子（天使大学）

江藤宏美（聖路加看護大学大学院）