

うに、中学3年生までに性に関する基本的知識 ことがわかった」「悩みが解決できたところが

表3 性教育指導プログラム(中学生)

1年生		2年生		3年生	
テーマ	大切な命	テーマ	命をつないで	テーマ	今を大切に生きる
総論 (40分) 全体講義	1. 人間の成長(身長・体重(出生時・13歳)) 2. 男性女性の性器の性機能について 3. 二次性徴について(包茎・性の悩みを含む) 4. 心の発達(自我の目覚め) 5. 性への関心・性衝動(男女差) 6. 性は脳なり(理性と性のコントロール) 7. まとめ(男女両性の体や心を理解し、思いやりの心を持つ)	総論 (40分) 全体講義	1. 妊娠の成立 2. 胎児の成長発達と妊娠中の注意 タバコ・アルコール 心の安静 3. 分娩の経過 4. 命の誕生の迎え方 5. まとめ(命を受け継ぐ意味と大切さ)	総論 (40分) 全体講義	1. 中学生の性行動の現状と問題点 2. 性を生きるとは 3. 性交の意味と望ましい性交の条件 4. 望ましい男女交際 5. まとめ(今を大切に生きる)
各論 (40分) 各クラス	1. 精通現象 2. 初経(初潮) 3. 思春期の健康管理	各論 (40分) 各クラス	1. 人工妊娠中絶 1) 現状と問題点 2) 中絶の方法 3) 中絶が母体に与える影響 4) 中絶に当たっての注意 5) 大切な命を守る為に避妊法の知識 2. 育児の大切さ	各論 (40分) 各クラス	1. 性感染症 1) 性感染症とは 2) 種類・特徴 3) 主な症状(異常なおりもの) 4) 検査・受診 2. 避妊法 1) 避妊=責任(コンドーム) 2) 実行に結びつく各避妊法について

を教授するよう心がけた。

3. 中学生へ性教育を行っての反応

性教育を行って、中学生から『二次性徴』については「自分の体は大切にしていきたい」「自分の体のことに関してもう少し関心を持とう」「女性の体と男性の体の違いがたくさんある

よかった」と感想があった。『妊娠』や『人工妊娠中絶』については「妊娠することはすごく大変だ」「女性の中絶が増えているので減ってほしい」「私は絶対に中絶なんかしたくない」「中絶するならコンドーム等で避妊すればよい」と感想があった。『性』や『性感染症』、『避妊』については「性交するには自分の全責任を

もってやる事が大切」「軽い気持ちで性行為をしてはだめだ」「性病はこわい」「いろいろな病気にならないように気をつけるべき」「避妊はとても大切だ」「自分の体は自分で守ることが大切だ」と感想があった。

このように中学生の反応からは、性教育によって、両性の体や心、妊娠や出産のメカニズムについての知識を得、現在の中学生の性行動の現状から自分の行動のあり方について考える機会を得たと思われる。

C. まとめ

現在、2002年の東京都幼小中高心障性教育研究会の性行動調査によると中学3年生の初交経験率は男子12.3%、女子9.1%と増加しており、中学生の妊娠事例報告、人工妊娠中絶報告もみられるようになった。10代の女性のクラミジア性感染症も相変わらず増加している。このような現状の中

では、高校生からの性教育では遅く中学生からの性教育が急務であり、大分県でも日本助産師会大分県支部性教育研究会が活動を始めて3年目に中学生の性教育講義依頼が増加している。生徒のニーズ調査では学校の性教育内容に「命の大切さ」や「男女交際」、「2次性徴」、「人工妊娠中絶」、「性感染症」等の正しい知識を望んでいることがわかった。

今回、ニーズ調査結果をふまえて、中学生の性教育内容を生徒の成長発達と各学年別の継続性を考え試案し、実際に性教育を行った。実施後の生徒の反応は、性を肯定的にとらえる意見が多く、中学生の性教育は各学年の生徒の成長発達に応じて継続的に実施していく必要がある。今後は性教育実施後の評価をしながら性教育プログラム内容の検討を加え、プログラム内容を充実させていきたい。

第5項 総括

以上、各地域において健やかな性の健康支援に向けた活動推移事例を報告した。

ここでは産後の家族計画指導以外に、中学生・高校生を対象にした思春期の性教育と教材開発、教師や養護教諭を対象にした性教育の指導者養成コースの設置、薬局での性教育・相談室、または児童を対象にした性暴力防止教育教材の開発等、現在の性を取り巻く諸問題を反映させたユニークな試みが積極的に行われていた。

これらの活動は、望まない妊娠をした女性へのケアを通じて得た経験が根底にあり、性の健康を維持・増進させるためにはそれを予防する教育が必要であるという意識からであった。その意識を強化させて、展開事業へと発展させたのは受胎調節実地指導員とし

ての講習会であったといえる。同講習会終了後認可申請した助産師が受胎調節実地指導員としての認識をもち、地域の人的資源と連携を持ちながらユニークな事業展開につながっていたのである。

しかし、受胎調節実地指導員の講習会を受けた助産師全員がこういった活動につながっているわけではない。同指導員としての意識付けがあっても、勤務システムの制限により活動が拘束されるジレンマがあるからである。

従って今後の課題としては、受胎調節実地指導員としての意識付けを明確にする講習会の提供はもちろんのこと、その活動が実践につながるように勤務体制の見直し、料金設定の明瞭化が必要であると考えられる。

第4章 受胎調節実地指導員の育成プログラムの開発（案）

分担研究者	宮崎 文子	大分県立看護科学大学	教授
研究協力者	成田 伸	自治医科大学看護学部	教授
	岡本 喜代子	社団法人日本助産師会	事務局長
	佐藤 貴美子	杏林大学保健学部看護学科	講師
	鈴木 美恵子	日本赤十字武蔵野短期大学	助教授
	竹内 美恵子	徳島大学医学部保健学科	教授
	斉藤 益子	東邦大学医学部看護学科	教授
	長浜 博子	社団法人日本助産師会	事務次長
	岡田 啓子	社団法人日本助産師会	思春期更年期相談員
	向田 めぐみ	社団法人日本助産師会	思春期更年期相談員
	山田 恵知子	社団法人日本助産師会	思春期更年期相談員

A. はじめに

「望まない妊娠の防止に関する研究」班の目的は、現在制度化されている受胎調節実地指導員について再考すると共に、効果的な活用、指導スキルの向上のための受胎調節実地指導員の育成プログラムの開発を行なうことにより人工妊娠中絶に寄与する力となることである。

当該指導員の育成プログラム開発の検討資料に資する先行研究として平成14年度は全国調査による受胎調節実地指導員の活動実態の詳細な分析から問題点と課題を析出した。平成15年度には昨年実施した受胎調節実地指導員の活動実態の詳細な分析により活動推進要因を明らかにし、一方その指導の受け手となる一般の人々を対象とした避妊相談・指導のニーズを明らかにし、さらに受胎調節実地指導員の活動推進事例の聞き取り調査を行った。これらの調査結果を基に2005年7月までの時限立法である母体保護法第39条の改正を絡めて国内外の関連文献や最近の日本の動向を踏まえた上で、より効果的な指導員育成プログラムの開発

を試みた。なお、当該プログラムの開発検討メンバーはより広く多面的な意見交換を図るために、助産師団体連絡会参加団体（平成15年7月発足）7団体から選出された上記代表11名からなる。

B. 専門家（受胎調節実地指導員）の育成が急務である背景

社会情勢の変化の第一は、10代・20代の人工妊娠中絶や性感染症の増加である。他の年代では漸減傾向にある人工妊娠中絶は10代・20代では増加しており、また性感染症予防策を採らない無防備な性交渉の増加による性感染症の増加も大きな社会問題となっている。

その第二は、世界で避妊法として主流をなす近代的避妊法の低用量ピルや銅付加IUDがようやく認可・解禁されたにもかかわらず、その使用が伸びていない状況である。日本はいまだに男性用コンドームによる避妊が主流を占めており、しかもその使用が正確に行われているとはいえないことは、妊娠中絶や性感染症の増加と

いう実態から明らかである。また夫婦間の人工妊娠中絶が多いことも先進国の中では特異的であり、望まない妊娠を徹底して防ごうとする意識が十分育っていない状況にあるといえる。

性感染症である HIV に関しても、ほとんどの先進国では新規の感染者がすでに減少に転じているにもかかわらず、日本ではまだ増加している。またクラミジア感染症は、早期に発見し治療を行えば障害を残すことはないのに、無知ゆえに放置し女性では不妊症で気がつく状況となっている。また他の性感染症があることが HIV 等第二の感染症の罹患を高める要因となることも言われている。平成 15 年 11 月 26 日付け朝日新聞で報道された記事によれば、私たち周産期医療関係者が危惧していた HIV 感染の妊婦の急増が厚生労働省研究班(稲葉憲之班長)の調査で明らかになっている。

母体保護法第 15 条の規定により受胎調節実地指導員は、①ペッサリー類、②避妊用海綿その他の避妊用スポンジ類、③避妊用注入器具、④子宮内避妊具類、⑤女性用コンドーム類のうち、④の子宮内避妊具類を除いた避妊用の器具の指導・販売を行うことが可能である。このうち、女性用コンドームは平成 12 年に最終的に改正された際に追加されている。本指定において、受胎調節実地指導員が実際に提供可能な器具類は、ペッサリー類と女性用コンドームの 2 種類である。

ペッサリーは STD 罹患の危険性を否定できる安定したカップルの中で、避妊のみを目的として使用可能である。しかしその避妊効果を高めるために併用する避妊用ゼリーは、後述するようにすでに販売されていない。また、現在緊急な課題となっている若年世代に必要な妊娠と STD 罹患の同時予防には不適切である。女性用コンドームは適切に使用すれば避妊と STD 予防の両方の効果を得ることができる。その点で若い世代向けの方法である。しかし、この女性用

コンドームの使用も伸びていない。そこには女性用コンドームの見た目のグロテスクさや、挿入の困難感、相手の男性に対して使用を告げられないなどの多くの問題が背景としてあると考えられる。しかし、若い世代は徐々に変化しており、性に対してオープンになってきている。ここで適切で実践的な教育を行えば、女性用コンドームの使用を彼らの性生活に入れていくことは可能ではないかと予測される。私たちは・国民の教育水準の高さに加え、低用量ピノレや銅付加 IUD の認可、男性用コンドーム使用に対する低抗感の薄さという好条件を持っている。にもかかわらずこのような危機的社会的状況にあるのはなぜだろうか？そこには、すべての世代に対する性教育が不十分であること、そのために避妊や STD 予防に対する適切な意思決定が行われていないこと、避妊・STD 予防を必要とする個人に避妊・STD 予防に関する情報が適切に教育されるシステムがないことがあげられる。

すなわち、これからの避妊及び性感染症予防には、避妊・STD 予防に対する意識の啓発、医学的に正確な知識と使用に当たっての技術の教育、使用する方法の選択と使用への意思決定、実行するための現物の入手の簡便化が必要なのである。それは従来行われてきた小集団に対する家族計画指導や中学・高校で大集団に対して行われている健康教育では不十分である。また、医師は低用量ピルや緊急避妊薬を処方し IUD の挿入を実施できるが、外来診療の多忙さなどから使用の意思決定や使用前後の十分な説明に時間を割く余裕はないと思われる。個人に対して十分向き合い、その人の状況をアセスメントし、必要な情報を提供し、カウンセリング的に心情を理解し、意思決定を支援する、且つ決定された避妊・STD 予防法が確実に実施されるようにフォローアップする、そのような働きかけが必要である。そのための専門家の育成

が急務であると考える。

そこで、専門家として従来から制度化されてきた受胎調節実地指導員の養成又は再教育のプログラムの開発を行い、変化する社会情勢に適切に機能するような方向性を示すこと、それが本論文の目的である。

C. 受胎調節実地指導員の現状の問題点と住民の避妊指導ニーズ

1. 受胎調節実地指導員の現状の問題点と課題

平成14年10月に「望まない妊娠の防止に関する研究」(平成14年度厚生労働省科学研究費補助金：子ども家庭総合研究事業—佐藤郁夫研究班)において、受胎調節実地指導員の活動の現状について全国調査を行った。調査分析対象は日本看護協会、日本助産師会の助産師会員1105名である。その結果、母体保護法第15条に基づき、受胎調節実地指導員の指定申請をして働いている者は約半数(51.3%)で、その中で「非常に意識して活動している」者は33.3%に過ぎなかった。また、近代的避妊法(低用量ピル、女性用コンドーム、銅付加IUD、緊急避妊法)の研修受講者は31.8%であり、受胎調節実地指導の実態は非常に低迷した状態にあった。これらの実態から、今後の課題として、「プロとして活動できる受胎調節実地指導員研修プログラムの開発」、「受胎調節実地指導員(助産師)の意識改革」、「受胎調節実地指導員の『名称変更』と業務拡大」、また母体保護法第39条に関する要望として「ピルの処方権」「ピルの販売権」があげられた。このように受胎調節実地指導員は制度としては存在するものの、その意義が十分生かされていない状況にあった。

しかし、数は少ないが非常に指導員としての意識が高く積極的に活動を推進しているものも見られた。したがって、意識の高い活動推進群と意識の低い活動停滞群に分けて活動推進

群の要因を明らかにした。その結果、意識が高い群は、近代的避妊法に関する研修率も高く、知識・指導技術が具体的に説明でき、指導を提供する頻度も高く、それに伴う避妊具や医薬品の販売経験もあった。なぜこうした特徴が意識と活動に影響を及ぼすのかを事例分析から明らかにした結果、指導員としての活動を推進していくには、避妊の知識・指導技術(性のカウンセリング)・実技不足を解消させる講習会の提供、資格に伴う避妊具の販売、装着が簡単な避妊具の開発、病院における専門窓口の開設、親しみやすい名称の改称、指導料金の設定等が指摘された。

2. 一般住民の避妊相談・指導のニーズ

一方、平成15年度に一般の人々で生殖年齢にある男女(但し15歳から女性は49歳、男性は55歳まで)を対象(1530名)に避妊相談・指導に対するニーズ調査を行った。その結果、避妊相談・指導を受けたいと思っているものは男女各年代別に見ると女性では20代に最も多(58.7%)く、次いで30代以上、10代の順であり、男性は20代、10代の順に多いことが明らかになった。また指導を受けたい職種は全体では「看護職で避妊相談の専門家」(56.3%)が最も多く、男性(47.9%)より女性(61.2%)にそのニーズは高い。指導形態は男性が個人指導(38.0%)、女性が小集団指導(42.4%)を望むものが最も多い結果を得た。また、各種避妊法の中で最も相談・指導内容ニーズが高いものは20代女性の低用量ピル(73.8%)、ついで基礎体温法71.0%、女性用コンドーム63.9%という特徴を示した。性がオープン化した現在、20代の女性に女性主体の避妊法の人気非常高いことがわかる。また現在「受胎調節実地指導員」の名称を知るもの(4.6%)はほとんどいない結果である。親しみやすい名称の希望として「家族計画相談員(32.9%)」、「性の健康

相談員」(30.4%)があげられた。以上より、性行動が低年齢化した現在では、人工妊娠中絶やや性感染症を取り巻く社会情勢は危機的な状況にあり、避妊や性感染症予防について、より専門的に指導・教育をする真の意味での専門家が求められている。これからの活動の方向性としては、女性主体の避妊法として低用量ピルの啓発および女性用コンドームの積極的な普及活動に取り組むことが示唆された。これらの結果を十分に指導員育成プログラムの開発に盛り込んでいかなければならない。

D. 受胎調節実地指導員の名称、役割、機能

これからの受胎調節実地指導員の役割として、前述したような検討を重ねた結果、現時点では以下のように考えている。

受胎調節実地指導員の役割は、「適切な情報収集により対象者の妊娠やSTD罹患のリスクを査定し、査定した結果に基づいた近代的避妊法や確実なSTD予防法について医学的に正確な知識と技術の基に、具体的に実践(実地)指導を行う専門家」である。

その機能としては以下のとおりである。

- ①適切な情報収集により妊娠やSTD罹患に対するリスクを査定し、そのクライアントのリスク・生活状況に合った避妊・STD予防法の判断を行う。
- ②上記の査定結果を適切に対象者に伝える(選択肢を示す)教育・コミュニケーション技術および意思決定を支える相談・指導・カウンセリングの技術を提供する。
- ③近代的避妊法(低用量ピル、銅付加IUD、緊急避妊法)の医学的に正確な知識の普及と使用前後の具体的なケア(フォローアップ)を提供する。
*低用量ピルについては、販売権を獲得した場合には、現物の提供が可能である。
- ④確実なSTD予防法(男性用コンドーム、女性

用コンドーム、ダブルメソッド)の知識と具体的な使用法の普及を図り、教育したその場ですぐに使用可能なように現物を提供する。

- ⑤避妊・STD予防を中心に個人や集団に対して健康教育を行うが、それのみにとどまらない避妊法やSTD予防法の具体的な実践・実地の指導を行う。

受胎調節実地指導員の名称は、先行研究から一般の人々に認知されていないことが明らかである。もっと認知されやすく、とくに若い世代に受け入れやすい名称への変更が必要ではないかと考えている。その案としては、現在は「家族計画相談員」「性の健康相談員」があげられているが、さらに精選していきたいと考えている。

E. 母体保護法第39条改正に伴う受胎調節実地指導員の医薬品販売に低用量ピルを追加する問題

受胎調節実地指導員が現在大きな社会問題となっている10代・20代の男女の望まない妊娠の予防に対して積極的な役割を果たせるためには、低用量ピルの関与なくしては語れない。平成17年7月の母体保護法第39条改正においては、先の調査報告(宮崎、2002)の中で要望されているように「ピルの処方権」「ピルの販売権」を受胎調節実地指導員が可能となるような方向に法改正を進める必要がある。しかし特に「ピル販売権」は従来から販売権を持っていた各種避妊薬と今回要望している低用量ピルとの間には、決定的な違いがある。従来の避妊薬は医師の処方せんを必要としない薬局で購入可能な一般用医薬品であり、しかも膈内に用いる外用薬である。それに対して、低用量ピルは医師の処方せんが必要な内服薬である。母体保護法第39条の規定に単に薬品名を追加するような改正ではピル販売権を取得することは

かなり難しいと思われる。

ここで再度母体保護法の条文を押さえておく。母体保護法第 39 条の改定で問題になる避妊用の器具の販売は以下のように規定されている。

(受胎調節指導のために必要な医薬品)

第 39 条第 15 条第 1 項の規定により都道府県知事の指定を受けた者は、平成 17 年 7 月 31 日までを限り、その実地指導を受ける者に対しては、受胎調節のために必要な医薬品で厚生労働大臣が指定するものに限り、薬事法(昭和 35 年法律第 145 号)第 24 条 1 項の規定にかかわらず、販売することができる。(《改正》平成 11 年法 160)

上記第 39 条で指定された医薬品とは以下の 8 つをいう。

①避妊薬(ゼリー剤)。②避妊薬(クリーム剤)。③避妊薬(錠剤)。④避妊薬(坐剤)。⑤避妊薬(親水性坐剤)。⑥避妊薬(発泡性坐剤)。⑦避妊薬(発泡性散剤)。⑧避妊薬(液剤)。

ライフスタイルの変化や環境への影響などにより、避妊薬の製造販売は徐々に縮小しており、上記で規定している避妊薬のうち現在も販売しているものは③の錠剤のみの状態にある。

最近推奨されている避妊や STD 予防での使用を考えた場合、避妊用の錠剤は単独での使用は考えられない。コンドームの避妊効果をさらに高めるためにコンドームと併用するという使用方法のみ可能な避妊薬である。すなわち、母体保護法第 39 条の規定自体がほとんど実態を持たないものと変化している状況にある。受胎調節実地指導員が十分な機能を果たし、適切な避妊方法を必要時提供できる状態にあるためには、上記規定をそのまま改定していただくだけでは十分とはいえないことは本条文の検討からも明らかである。

ところで、母体保護法第 39 条にあげられた薬事法第 24 条 1 項とは以下の規定である。

(医薬品の販売業の許可)

第 24 条薬局開設者又は医薬品の販売業の許可を受けた者でなければ、業として、医薬品を販売し、授与し、又は販売若しくは授与の目的で貯蔵し、若しくは陳列(配置することを含む。以下同じ。)してはならない。ただし、医薬品の製造業者又は輸入販売業者が、その製造し、又は輸入した医薬品を、薬局開設者又は医薬品の製造業者若しくは販売業者に販売し、授与し、又はその販売若しくは授与の目的で貯蔵し、若しくは陳列するときは、この限りでない。

2 前項の許可は、6 年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

(医薬品の販売業の許可の種類)

第 25 条医薬品の販売業の許可を分けて、次のとおりとする。

- 一 一般販売業の許可
- 二 薬種商販売業の許可
- 三 配置販売業の許可
- 四 特例販売業の許可

医薬品は、病院で使われるような医療用医薬品とそれ以外の一般用医薬品とに分けられる。母体保護法第 39 条で規定された避妊薬は、前述したように一般用医薬品に分類される。

調査報告(宮崎、2002)の中で希望を表明していた「低用量ピル」は処方せんの必要な医療用医薬品である。処方せんによる調剤に関しては以下の規定が薬剤師法にある。

第 23 条薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

このように処方せんが必要な医薬品の調剤と販売には薬剤師が必要である。一方で、保健師助産師看護師法には以下の規定がある。

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を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を

授与し、医薬品について指示をし、その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしはならない。

「低用量ピル」は現在医師による処方せんが必要な医薬品であるため、その調剤・販売は医師あるいは薬剤師が行うことになる。看護師は医師の指示がある場合、その医薬品を対象者に対して授与することができるかと解釈できる。

また上記の規定から除外されていた静脈注射は 2002 年 9 月に厚生労働省医政局長通知により看護職の実施が可能となった。すなわち訪問看護においても主治医が指示した点滴静脈内注射の刺入を含む管理を看護職が単独で訪問して行うことが可能になったのである。しかしその際の課題として上野は、「医師の指示を受けて看護師等が単独で訪問して、静脈注射、筋肉注射等を行っても、診療報酬を請求できないことになっており、訪問看護師等が行う場合の評価のあり方について検討が行われることが望まれる」と指摘している(上野桂子:訪問看護における“裁量権拡大”, 看護, 55(14):49, 2003)。この解釈でいけば、「低用量ピルの授与」が仮に可能になったとしても、その授与に相当する報酬を受けることは難しい可能性もある。このように低用量ピルの「販売権」が単独であっても、その権利を得るまでの道には多くの困難が考えられる。

11 月 28 日に開催された南野議員の勉強会の席上で、堀口雅子氏(産婦人科医師、性と健康を考える女性専門家の会会長)は、処方せんの必要な医薬品に関して考えれば「販売すること」も「処方すること」も同等の責任と義務を伴うことであること、米国のウィメンズヘルスの専門家は低用量ピルの処方だけではなく IUD の挿入も行っている、低用量ピルの販売権を主張する一方で IUD 挿入には関与しないというのは、処方せんの必要な医薬品を授与することの責任と義務の厳しさを自覚していないから

ではないか、と私たちの姿勢を批判された。また関与する専門家である医師からだけでなく薬剤師からの大きな反対も覚悟し準備すべきと指摘された。

そこで、現行法の範囲内で低用量ピルの使用に受胎調節実地指導員が関与するには、どのような方法が可能かを考えてみた。それには以下のような 2 種類の方法が考えられた。

〔医療施設内で業務を行っている場合〕

- ①受胎調節実地指導員が相談室等において、対象者に対して低用量ピルの説明を行う。
- ②対象者が使用を意思決定した場合に、医師に照会し、診察・処方してもらう。
- ③処方され手元に現物がある状態で、使用方法についての具体的な指導を行う。
- ④低用量ピルの処方は医師が、使用開始後のフォローアップは受胎調節実地指導員が、同施設内で行う。

〔開業助産所で業務を行っている場合〕

- ①助産所において、対象者に対して低用量ピルの説明を行う。
- ②対象者が使用を意思決定した場合に、嘱託医に照会し、診察・処方してもらう。
- ③処方され手元に現物がある状態で、使用方法についての具体的な指導を行う。
- ④低用量ピルの処方は嘱託医が、使用開始後のフォローアップは受胎調節実地指導員が、異なった施設で行う。

対象者が 2 施設を受診せざるを得ない不便さの軽減のためには、後述するような方法が考えられる。低用量ピルは健康保険外の医薬品であるため、長期間の一括処方が可能である。医師の低用量ピルの処方を長期間にしてもらい、その後の長期的なフォローアップは受胎調節実地指導員と対象者の間で行い、低用量ピルの追

加の処方や処方の変更が必要になった場合のみ、医師を受診するという方法である。

このように、受胎調節実地指導員が医師との共同の中で低用量ピルの使用前後の説明やフォローアップに関与することは現行法内でも可能である。しかし薬事法の規定などを考慮した場合、低用量ピルの販売権自体を取得することは容易なことではないと覚悟すべきことが明らかとなった。

ところで、堀口氏が指摘したように、欧米ではすでに特定の専門領域に関してトレーニングを受けた看護職にある範囲内の薬の処方権を与えている。例えばUSAのウィメンズ・ヘルス・ナース・プラクティショナー(WHNP)は多くの州でピルの処方権を持っているが、彼らの教育はほとんど2年間の修士課程において行われている。またイギリスでも訪問看護師など特定の卒後の教育を受けた専門家がある範囲内のクスリを処方していると報告されている。

日本看護協会は、特定の分野で熟練した実践家の育成をめざして、「創傷・オストミー・失禁(WOC)看護」や「不妊看護」など13専門分野において「認定看護師」という認定制度を行っており、すでに多くの認定者を輩出している。「認定看護師」の教育カリキュラムは6ヶ月間で総時間数600時間を越えるものであり、その能力として「実践」「指導」「相談」をあげている。また日本看護協会は、日本看護系大学協議会との共同で専門看護師の教育・認定も行っている。専門看護師は2年間の修士課程の教育を前提とし、課程終了後にさらに専門領域において臨床経験をつんだ後で看護協会が資格を認定するものである。母性看護の領域においても今春初めて3名の専門看護師が認定されている。

平成15年3月厚生労働省医政局看護課が取りまとめた「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書では、在宅ケアの向上に向けて、がん末期患者の疼痛緩和ケアにおける麻薬製剤

の服薬等の支援や在宅における静脈注射の取扱いなどに、看護師がより積極的に働けることを目指す方向が述べられている。このような新しい看護職の働き方に対しては必ず相当する教育が求められてくると考えられる。上述した認定看護師や専門看護師にはまだ処方権や約束処方の範囲内の調整などの権限は付与されていない。「新たな看護のあり方」報告書内で述べられた新しい看護の働き方には、これら認定看護師や専門看護師に相当する教育を求められるだろうことは想像に難くない。私たちがピルの処方権・販売権の取得を目指すに当たっても、その根拠となる教育・研修にはかなりのレベルが要求されると考えたい。

本稿では、受胎調節実地指導員の育成プログラムは、このような状況を踏まえ、将来低用量ピルの処方・販売権を取得できることを目指すことを目標におき、現行のプログラムを拡大して検討している。

F. すでに処方権を持つ諸外国の専門職の働き方や教育カリキュラムの現状

USAにおいては、ウィメンズヘルスナースプラクティショナー(WHNP)が活躍している。WHNP協会の会長(2000年時点)であったスーザン・ワイソッキ氏が編集した「女性の健康を守るための臨床活動—ナースプラクティショナー(NP)向けハンドブック」(堀口雅子監訳)では、NPの実践活動の対象範囲が州によって様々な状況にあることが指摘されている(p.85)。例えばオレゴン州では「NPは、幅広いヘルスケアの継続的かつ総合的な管理について、独立して担当し、責任を持つ。具体的には以下のような活動を行うことができる」と規定されている。

■健康の維持増進

■疾病や障害の予防

■クライアントのアセスメント、データの収集・集計と分析、看護原理と治療法の実践

- 疾病の急性期および慢性期におけるヘルスケア管理
- クライアントを病院に入院させたり長期療養施設に入所させたり、当該施設におけるクライアントのヘルスケアを管理
- カウンセリング
- 他の保健医療専門家およびコミュニティの機関等との相談・協力
- 他の保健医療専門家やコミュニティの機関等への紹介
- ケアの管理と調整
- 調査技術の活用
- 健康/疾病状態の診断
- NPの専門区分や実践活動の対象範囲に適合する民間療法薬や規制薬物を含めた治療用装置および手段の処方や投与

ワイソッキ氏が提供してくれた Harbor-UCLA の Women's Health Care Nurse Practitioner Program のシラバスは10cm近い厚みのあるものであるが、その中にあげられているカリキュラムの項目は、「Advanced Anatomy & Physiology; Pathophysiology」「Pharmacology」「Health Assessment」「Management of Gynecologic Health Needs」「Management of Obstetric Health Needs」「Management of General Health needs」「Health Promotion」「[Professional Development]と実践の基礎となる解剖・生理学や薬理学とともに、ヘルスアセスメントやニーズのマネジメントに関して十分な時間が割かれている。

またワイソッキ氏は、2000年の時点で WHNP

の教育の一部がまだ半年間の専門教育であるが、すでに多くの教育施設が大学院修士課程に移行しており、それ以降のこの傾向は拡大していくと述べている。

ワイソッキ氏は1999年に来日し「避妊カウンセリング」のテーマで講演されたが、その際にUSAにおいても処方権の獲得は至難の業であり、その獲得に20年かかったこととお話されていた。私たちのこの取り組みもこのような息の長いものとしなければならないだろう。

G. 「受胎調節実地指導員」の育成—教育カリキュラム案

受胎調節実地指導員の受ける講習に関する規定は、以下の規定がある。

第15条 2 前項の都道府県知事の指定を受けることができる者は、厚生労働大臣の認定する講習を終了した助産師、保健師又は看護師とする。

第17条 法第15条大2項に規定する認定講習の認定基準は、次のとおりとする。

- 1 受講資格は、助産師、保健師又は看護師であること。
- 2 受講の科目及び時間数は、別表に定めるもの以上であること。
- 3 受講者の定員は、各学級につき十人以上三十人以下であること。
- 4 講習に必要な施設及び設備を有していること。
- 5 運営の方法が適正であること。

科 目	時間数	備 考
総 論	9	受胎調節の意義と目的、母体保護と受胎調節、関連概念の整理、母体保護法及び薬事法の解説並びに人工妊娠中絶の現状と母体に及ぼす影響を含む。
受胎調節の基礎	5	
受胎調節の指導	13	
実 習	10	実習は模型又は人体で行うものとし、実習に必要な模型は三人に一個、モデルは三人に一人を基準とする。
討 論	2	
考 査	1	
計	40	

また別表に規定された受講内容は、以下の表のとおりである。なお、保健師助産師看護師法第20条1号による文部大臣が指定した学校または同条2号による厚生大臣が指定した助産師養成所であって、この母体保護法第15条2項の講習の認定を受けた者である場合には、その学校・養成所を卒業した者は、あらためて認定講習を受講する必要はない（通達：母体保護法15①の講習の認定の取り扱いについて）。（小海正勝他：助産師業務要覧 日本看護協会出版会、1997より）。

従来受胎調節実地指導員の資格は、上記の助産の基礎教育のうち課程として認定された教育機関を終了した場合には、受講を免除されており、まったくの基礎教育内容に含まれるようになっていた。しかし、先に述べたすでにある範囲内の処方権を有している欧米の看護職の教育背景を考えた場合、現状の基礎教育時の取得を目指すカリキュラムではなく、卒業後に一定の臨床（現場）経験をつみ、その経験を生かしてさらに専門知識と技術を得て、資格を認定するような制度に変更すべきであろう。

同法第17条別表に規定された受講時間の合計は40時間であるが、第17条2項には「受講の科目及び時間数は、別表に定めるもの以上であること」（下線筆者）という規定もあり、40時間を越えた時間数や内容の講習会の開催自体を限定するものとはなっていない。

そこで今回試案として作成する教育カリキュラムは、40時間という限定を超えて想定してみた。

他の多くの上級（アドバンス）な専門職の教育を考慮した場合、ここで考える教育カリキュラムも先に紹介した認定看護師の場合の600時間以上に相当することが望ましい。しかし現状を考えた場合、それには困難が大きいだろうと予測される。そこで今回の検討では、臨床で現在活躍している人たちの受講しやすさや研修会開催可能性などを考慮し、4週間180時間で検討を行ってみた。

また、「受胎調節実地指導員」の基礎教育以外の教育の場は家族計画協会が担っている。しかしこの資格が看護職に限って認定されることを考慮し、さらに看護職が自立的に取り組む意味でも、日本助産師会と日本看護協会が共同して、一定地域において開催されることが望ましいと考えている。

1) カリキュラム立案時に考慮した点

この検討過程において教育カリキュラム立案時に考慮した点は以下のとおりである。

- ①従来の相談・指導の役割だけではなく、中絶経験や自己決定に悩む対象者に対してカウンセリング的に関われることを目指し、看護的なカウンセリングの要素を入れる。
- ②近代的避妊法の十分な知識の習得はもち

ろんだが、ピルの販売権・処方権獲得を目指すために、臨床薬理学の知識を重視する。

- ③臨床実践の場を持ちながら、本カリキュラムを受講する利点を生かし、知識として学んだことの実践を自分の実践現場で行ったケースに関するケースレポートを課題として課して、その成果を見て修了の認定を行う。

2) 育成一教育カリキュラム受講資格及び認定

- ①受講できる人の国家資格は、現状どおり保健師・助産師・看護師とした。
 ②前述したように受講者は新卒者ではなく、一定の臨床（実地）の経験を有する者とした。ここでいう臨床経験は母性・産婦人科系が望ましいが、必須条件とはしない。
 ③資格更新の制度を設けることが望ましい。

3) 育成一教育カリキュラム案

以下に育成一教育カリキュラム試案を、また内容を表1に示した。

H. 今後の課題

将来的に受胎調節実地指導員の資格を生かせるようにしていくためには、先ずニーズに沿った育成一教育プログラムの開発にある。今後はこのプログラムの開発案を実際に実施して効果判定を行い、より充実した教育内容にしていくよう検討を重ねなければならない。

若い助産師の開業も徐々に続いており、医療施設内の助産師外来も増加している。現場（実践）に役立つ育成プログラムとなるよう努力したい。

参考文献

省略

〔教育カリキュラムの概要〕

専門基礎科目	6科目	6単位	90時間	単位（時間）	*別表は母体保護法
				(別表「総論」「受胎調節の基礎」に相当)	
受胎調節の歴史と関連法規				1	(15)
性と生殖の文化と医学概論				1	(15)
避妊法概論				1	(15)
性感染症論				1	(15)
低用量ピルの理論と実際				1	(15)
避妊および性感染症治療に関連する臨床薬理学				1	(15)
専門科目	4科目	3単位	45時間	(別表「受胎調節の指導」「討論」に相当)	
女性の健康看護論・ヘルスアセスメント				1	(15)
看護カウンセリング・相談技法				1	(15)
避妊・性感染症予防の指導技法				1	(15)
演習・実習科目	2科目	1単位	45時間	(別表「受胎調節の実習」に相当)	
健康な女性のアセスメント実習					(15)
避妊・性感染症指導実習					(30)
最終試験				(1)	(別表「考査」に相当)

*上記カリキュラムは、4週間を半年程度の期間に1週間×4回に分散して開講する。

*演習・実習科目に関しては、各自の臨床の場において実践を行い、ケースレポートを作成する。

*母体保護法第17条別表の「考査 1時間」により最終的な受講終了が認定されていることに鑑み、180時間の範囲外に最終試験 1時間を設けた。

表1 教育科目の具体的な内容（案）

	科目名	方法	内容
専門基礎科目	受胎調節の歴史と関連法規 1 (15)	講義	・世界・日本の避妊の歴史／今日の避妊 等 ・母体保護法／感染症新法／薬事法 等
	性と生殖の文化と医学概論 1 (15)	講義	・ヒューマン・セクシュアリティ ・リプロダクティブヘルス・ライツ ・人間の性と生殖に関する諸問題 ・人工妊娠中絶と社会 等
	避妊法概論 (15)	1 講義	・妊娠の機序と避妊法 ・各種避妊法／近代的避妊法 ・ライフステージや生活状況と避妊法 等
	性感染症論 (15)	1 講義	・性感染症の動向 ・性感染症と女性の健康 ・性感染症の診断・治療 等
	低容量ピルの理論と実際 1 (15)	講義	・経口避妊薬の作用機序／薬理作用 ・経口避妊薬の歴史 ・経口避妊薬の投与方法 等
	避妊および性感染症治療に関する 臨床薬理学 (15)	1 講義	・女性のからだと薬理作用 ・経口避妊薬の臨床薬理学 ・他の避妊法に関する臨床薬理学 ・性感染症治療薬の臨床薬理学 等
専門科目	女性の健康看護論・ヘルスアセスメント 1 (15)	講義 演習	・「女性の健康」という考え方 ・性差医療・保健の問題 ・女性のヘルスアセスメント 等
	看護カウンセリング・相談技法 1 (15)	講義 演習	・カウンセリングや相談の基礎理論 ・看護カウンセリングの理論と実際 ・看護相談技法の理論と実際 ・討論 等
	避妊・性感染症予防の指導技法 1 (15)	講義 演習	・避妊・性感染症予防の指導技法の理論と実際 ・健康教育の概要と基礎理論 ・討論 等

実習科目 1単位	健康な女性のアセスメント実習 (15)	演習 実習	<ul style="list-style-type: none"> ・健康な女性のアセスメント演習（教室内でモデルとなる女性に対して演習する） ・健康な女性のアセスメント実習（各自の臨床実践の場において女性のアセスメントを実施し、ケースレポートを作成する） 等
	避妊・性感染症指導実習 (30)	演習 実習	<ul style="list-style-type: none"> ・避妊・性感染症指導演習（教室内でモデルとなるクライアントに対して演習） ・避妊・性感染症指導実習（各自の臨床実践の場において指導を実施し、ケースレポートを作成） 等

参考資料

1. 家族計画指導（避妊相談等）に関するアンケート調査

単純集計結果

調査期間：2003年10月1日～11月30日

調査対象：生殖年齢（15歳～49歳）の男女

調査地域：関東以西（埼玉・静岡・奈良・広島・大分）

調査方法：留め置き・郵送調査

分析対象：1530名

2. アンケート調査依頼文

3. 調査票

1. 家族計画指導（避妊相談等）に関するアンケート調査 単純集計結果

表1 対象者数

年齢	男性	女性
10歳代	198	499
20歳代	89	191
30歳代	107	134
40歳以上	161	151
合計	555	975

表2 避妊法についての学習時期

時期	10歳代		20歳代		30歳代		40歳以上	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
小学生	51 (25.8)	155 (31.2)	29 (33.0)	77 (40.3)	31 (29.0)	45 (33.8)	50 (31.1)	41 (27.5)
中学生	111 (56.1)	283 (56.9)	46 (52.3)	102 (53.4)	67 (62.6)	78 (58.6)	87 (54.0)	93 (62.4)
高校生	32 (16.2)	48 (9.7)	12 (13.6)	9 (4.7)	7 (6.5)	8 (6.0)	21 (13.0)	10 (6.7)
大学生	1 (0.5)	7 (1.4)	0 (0.0)	2 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.2)	1 (0.7)
20歳代	2 (1.0)	4 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.8)	1 (0.6)	1 (0.7)
30歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (1.9)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
40歳以上	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.0)
合計	198 (100)	497 (100)	88 (100)	191 (100)	107 (100)	133 (100)	161 (100)	149 (100)

人数(%)

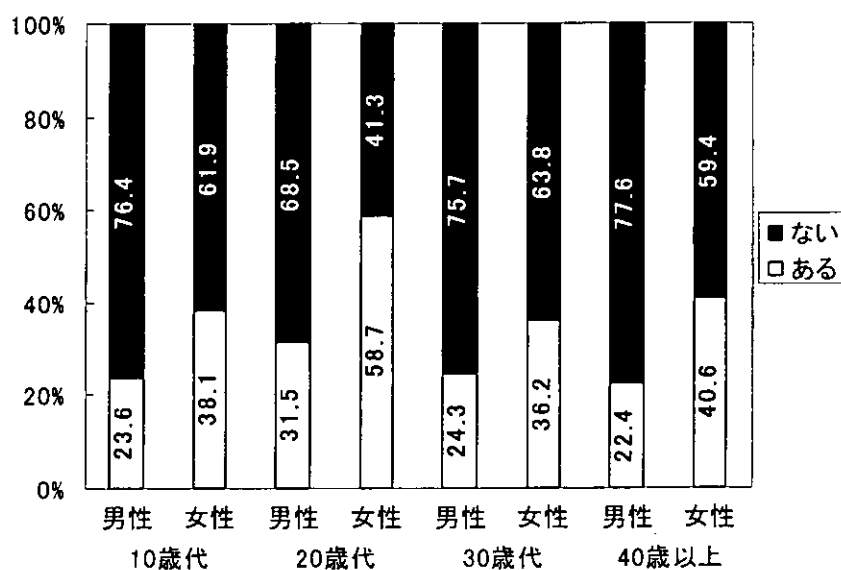


図1 避妊の相談・指導を受けたと思ったことがあるか

表3 避妊相談・指導を仰ぎたい人

	10歳代		20歳代		30歳代		40歳以上	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
看護職の専門家	85 (45.2)	275 (57.2)	44 (51.8)	124 (67.8)	56 (55.4)	96 (75.0)	81 (51.9)	101 (70.6)
医師	32 (17.0)	35 (7.3)	14 (16.5)	7 (3.8)	24 (24.0)	5 (3.9)	31 (19.9)	9 (6.3)
一般看護職	9 (4.8)	49 (10.2)	6 (7.1)	10 (5.5)	7 (6.9)	9 (7.0)	11 (7.1)	18 (12.6)
養護教諭	8 (4.3)	31 (6.4)	5 (5.9)	21 (11.5)	2 (2.0)	6 (4.5)	7 (4.5)	8 (5.6)
教師	12 (6.4)	19 (4.0)	3 (3.5)	4 (2.2)	5 (5.0)	2 (1.6)	8 (5.1)	3 (2.1)
家族	8 (4.3)	19 (4.0)	3 (3.5)	6 (3.3)	1 (1.0)	7 (5.5)	8 (5.1)	2 (1.4)
友人/知人	27 (14.4)	52 (10.8)	9 (10.6)	9 (4.9)	5 (5.0)	2 (1.6)	2 (1.3)	2 (1.4)
薬剤師	2 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)
その他	5 (2.7)	1 (0.2)	1 (1.2)	2 (1.0)	1 (1.0)	1 (0.8)	7 (4.5)	0 (0.0)
合計	188 (100)	481 (100)	85 (100)	183 (100)	101 (100)	128 (100)	156 (100)	143 (100)

人数(%)

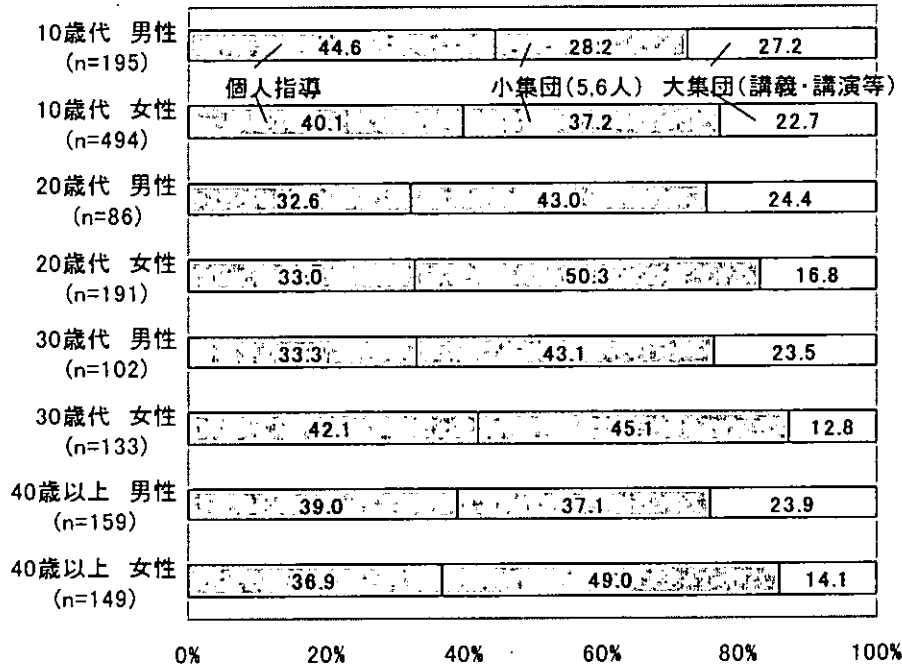


図2 避妊相談・指導を受けるときの人数

表4 避妊相談・指導を受けたい場所 (複数回答)

場所	10歳代		20歳代		30歳代		40歳以上	
	男(n=189)	女(n=491)	男(n=88)	女(n=190)	男(n=105)	女(n=132)	男(n=158)	女(n=147)
家庭	20 (10.6)	59 (12.0)	9 (10.2)	34 (17.9)	19 (18.1)	28 (21.2)	26 (16.5)	27 (18.4)
病院	89 (47.1)	269 (54.8)	40 (45.5)	86 (45.3)	48 (45.7)	65 (49.2)	74 (46.8)	74 (50.3)
学校	96 (50.8)	246 (50.1)	45 (51.1)	135 (71.1)	46 (43.8)	60 (45.5)	63 (39.9)	52 (35.4)
保健所	43 (22.8)	97 (19.8)	27 (30.7)	96 (50.5)	40 (38.1)	67 (50.8)	71 (44.9)	81 (55.1)
公共施設	20 (10.6)	23 (4.7)	16 (18.2)	18 (9.5)	13 (12.4)	17 (12.9)	21 (13.3)	19 (12.9)
薬局	11 (5.8)	25 (5.1)	2 (2.3)	12 (6.3)	3 (2.9)	5 (3.8)	7 (4.4)	7 (4.8)
デパート・スーパー	3 (1.6)	5 (1.0)	0 (0.0)	2 (1.1)	1 (1.0)	2 (1.5)	4 (2.5)	1 (0.7)
その他	9 (4.8)	8 (1.6)	4 (4.5)	4 (2.1)	2 (1.9)	2 (1.5)	4 (2.5)	1 (0.7)

人数(%)

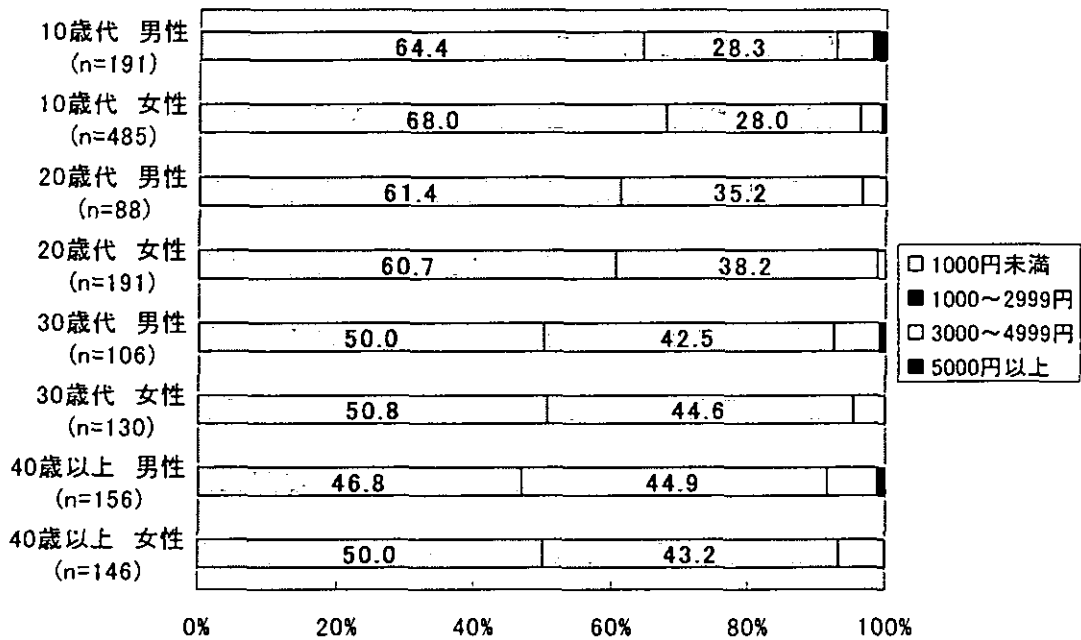


図3 30分間、避妊相談・指導を受けるときの料金

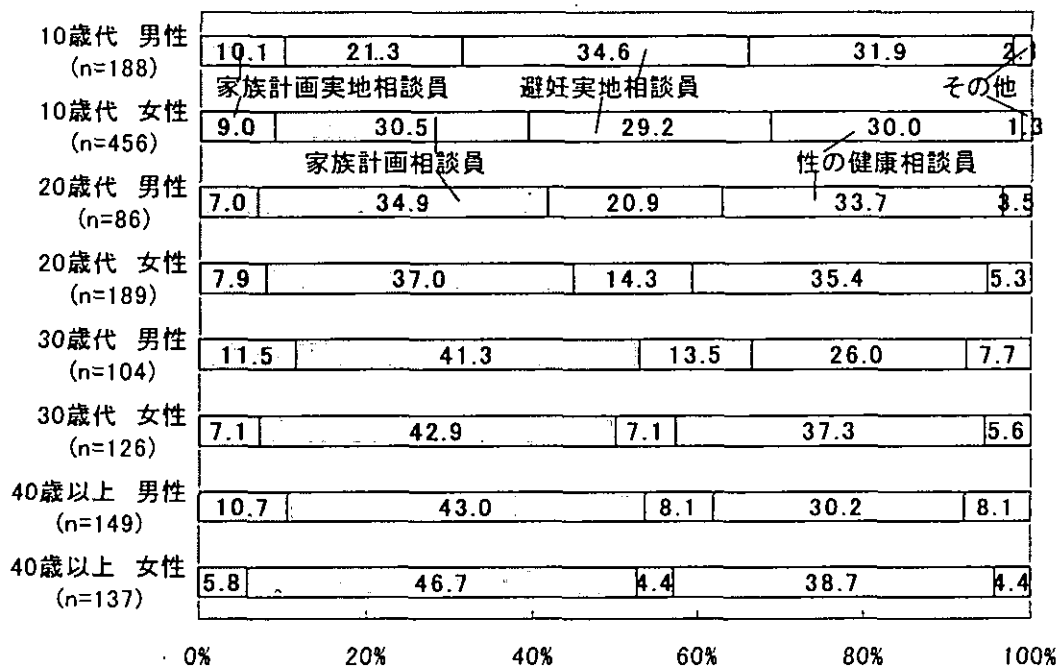


図4 避妊相談・指導の専門家の名称

表5 各種避妊法の名称認識率 (%)

知っている	10歳代		20歳代		30歳代		40歳以上	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
コンドーム	96.4	98.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
女性用コンドーム	73.6	79.7	58.4	83.8	48.7	54.5	46.3	49.3
ベッサリー	52.3	54.4	41.6	77.0	72.7	78.0	77.5	75.2
おぎの式	24.4	22.8	60.2	64.9	84.6	84.5	85.6	84.2
基礎体温法	68.4	75.8	81.8	98.4	89.5	98.2	86.9	97.3
頸管粘液法	12.4	7.7	4.5	19.4	9.0	15.5	9.4	10.3
殺精子剤	56.0	45.0	37.5	60.7	33.7	31.0	30.0	29.5
膣外射精法	62.7	48.3	64.8	80.6	86.5	84.8	88.8	85.5
IUD	32.6	30.3	29.5	67.5	62.2	83.8	65.6	83.4
ピル	84.5	85.9	90.9	98.4	95.5	95.3	96.9	93.8
緊急避妊法	22.3	24.0	21.6	44.0	11.2	18.5	9.4	13.9

表6 各種避妊法における相談・指導希望率 (%)

受けたい	10歳代		20歳代		30歳代		40歳以上	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
コンドーム	38.7	37.9	40.5	60.1	19.4	29.8	16.4	27.4
女性用コンドーム	29.0	44.3	38.1	63.9	22.4	39.2	17.9	33.9
ベッサリー	32.3	37.7	39.3	53.0	21.2	33.3	18.6	28.9
おぎの式	35.5	40.8	45.2	57.4	25.4	35.8	21.6	32.8
基礎体温法	33.3	47.9	48.8	71.0	24.5	40.8	21.4	36.1
頸管粘液法	35.1	36.8	49.4	56.5	26.4	35.4	25.0	32.5
殺精子剤	34.4	35.9	47.0	49.2	26.9	34.0	23.6	32.2
膣外射精法	34.9	33.5	42.2	44.8	20.3	27.5	18.6	26.4
IUD	33.9	36.8	43.4	53.6	23.7	33.8	20.0	30.6
ピル	34.9	46.2	50.6	73.8	26.1	42.3	20.7	37.2
緊急避妊法	42.5	49.9	50.6	66.3	31.8	43.5	27.1	45.8

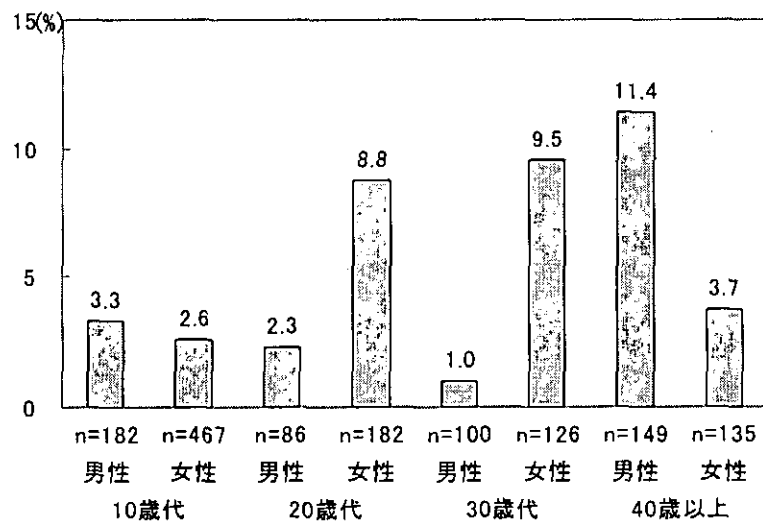


図5 「受胎調節実地指導員」の名称を知っている人の割合