

20030124

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

妊婦のリスク評価に関する基礎的研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

平成16 (2004) 年4月

主任研究者 中 林 正 雄

目 次

I. 総括研究報告	
妊婦のリスク評価に関する基礎的研究	1
中林正雄	
II. 分担研究報告	
1. 諸外国の分娩事情に関する研究	11
谷津裕子、潮田千寿子、野馬利恵子	
2. 妊婦のリスク評価法	92
久保隆彦、中野眞佐男	

主任研究者：

中林 正雄（母子愛育会愛育病院・院長）

分担研究者：

久保 隆彦（国立成育医療センター周産期診療部・医長）

中野眞佐男（済生会神奈川病院産婦人科・部長）

谷津 裕子（日赤看護大学看護部・講師）

潮田千寿子（東京大学医学部附属病院看護部・副看護師長）

野馬理恵子（母子愛育会愛育病院・副看護師長）

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「妊婦のリスク評価に関する基礎的研究」

分担研究：諸外国の分娩事情に関する調査

主任研究者：中林正雄（愛育病院）

分担研究者：谷津裕子（日本赤十字看護大学）

潮田千寿子（東京大学附属病院）

野馬利恵子（愛育病院）

1. はじめに

わが国の分娩システムや分娩施設の特性に応じた安全管理指針の整備に向け、我々調査班は、日本および諸外国の分娩システムや分娩事情について調査を実施したので以下に報告する。

2. 調査方法

1) 調査対象国

日本、米国、英国、オーストラリア、ニュージーランド、フィンランド、計 6 カ国を調査対象国とした。

2) 調査時期

平成 15 年 11 月～3 月

3) 調査方法

文献や関連資料のレビュー、および現地の分娩事情に詳しい医療従事者へのヒアリング調査を実施した。

4) 調査内容

主として以下の内容を調査した。

- (1) 産科指標
- (2) マタニティサービスに関する医療保険制度
- (3) 妊娠時の受診システム
- (4) 分娩システム
- (5) 産科医師と助産師の役割分担
- (6) 産科医療に関する問題点

3. 調査結果

1) 産科指標

調査の対象となった 6 カ国の主な産科指標は表 1 のとおりである。

先進諸国のなかで、人口が増加傾向であるのは米国であるといわれているが、

米国においても人口増加しているのは黒人やヒスパニック系であり、白人系では、他の諸国同様に合計特殊出生率は低い。乳児死亡率・妊産婦死亡率は、各国とも低下の傾向にある。

表 1. 日本および諸外国の産科指標

	出生率 (人口 1000 対)	乳児死亡率 (出生 1000 対)	妊産婦死亡率 (出生 10 万対)	合計特殊出生率
米国	14. 1 (2002 年)	6. 1 (2002 年)	9. 8 (2000 年)	2. 07 (2002 年)
英国	11. 3 (2002 年)	5. 5 (2002 年)	5. 6 (1999 年)	1. 73 (2002 年)
フィンランド	11. 0	3. 8 (2002 年)	3. 5 (1999 年)	1. 70 (2002 年)
オーストラリア	13. 0 (2000 年)	4. 9 (2002 年)	5. 2 (2000 年)	1. 77 (2002 年)
ニュージーランド	14. 2	7. 6 (2002 年)	15. 0 (2001 年)	1. 86 (2002 年)
日本	10. 0 (2002 年)	3. 8 (2002 年)	6. 5 (2001 年)	1. 42 (2002 年)

2) マタニティサービスに関する医療保険制度

調査対象国におけるマタニティサービスに関する医療保険制度の概要は表 2 のとおりである。

米国とニュージーランドでは国民皆保険ではない。しかし、ニュージーランドでは妊娠・出産に関する費用は国が負担しており、妊産婦への経済的負担は少ない。米国では対象者を限定した公的医療保険制度としては MediCare と Medicaid が存在し、その他の国民は民間又は非営利団体の医療保険に加入するが、無保険者も国民の約 15% 存在する。

表 2. 日本および諸外国におけるマタニティサービスに関する医療保険制度

	公的医療保険	その他の医療保険
米国	<ul style="list-style-type: none"> ・ MediCare : 高齢者、障害者 ・ Medicaid : 低所得者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間又は非営利団体の医療保険 ・ 無保険者 : 約 15%

英国	<ul style="list-style-type: none"> ・ NHS ・ NHS 改革が進められ、NHS 対象外サービスの割合が 10%を超えている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間の保険の割合が 10%を超えてきている
フィンランド	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民皆保険 	なし
オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民皆保険 (MediCare) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間の医療保険
ニュージーランド	<ul style="list-style-type: none"> ・ なし ・ 妊娠・出産に関する費用は国から提供される 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間の医療保険 (国民の 2/3 は民間医療保険に加入)
日本	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民皆保険 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間の医療保険 (主に異常分娩に対して支払われる)

3) 妊娠時の受診システム

調査対象 6 カ国における妊娠時の受診システムの概要は表 3 のとおりである。

妊娠確定の実施場所は、日本を除く 5 カ国では GP (一般医) もしくはネウヴォラ (保健所に類するフィンランドの医療施設) と 1 種類に統一されているのに対して、日本では病院・クリニック・開業助産所と様々である。

妊娠中の健診回数は、各国ともほぼ日本と同様、妊娠初期は 4 週間に 1 回、妊娠後期 (28 週頃) になると 2 週間に 1 回、36 週以降は 1 週間に 1 回が一般的である。正常な妊娠経過をたどる妊婦に対して助産師 (フィンランドでは公衆衛生看護師) が主導権をもって診察を行う英国・フィンランド・オーストラリア・ニュージーランドでは、妊娠初期・中期・後期に各 1 回程度、異常またはハイリスクケースのスクリーニングのために定期的に医師の診察を受けることとなっている。

表 3. 日本および諸外国における妊娠時の受診システム

	妊娠確定の実施場所	妊婦健診の実施場所
米国	<ul style="list-style-type: none"> ・ GP 又は GP の指定医 ・ 病院 (産科) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 (産科) ・ バースセンター
英国	<ul style="list-style-type: none"> ・ GP 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 (産科) ・ 自宅 ・ バースセンター ・ 開業助産所
フィンランド	<ul style="list-style-type: none"> ・ ネウヴォラ (日本の保健所に相当、公衆衛生看護師が行う) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ネウヴォラ (初・中・後期に各 1 回 GP の診察あり)

オーストラリア	・ GP	・病院（産科） ・パースセンター ・ Shared Care（分娩は公立病院の助産師が扱うが、妊娠期間中ほとんどの妊婦健診をGPで行う）	・クリニック（産科） ・自宅
ニュージーランド	・ 産婦人科認定 GP	* LMC 制度により、妊婦の希望する場所で健診が行われる。 ・病院（産科） ・パースユニット	・クリニック（産科） ・開業助産所 ・自宅
日本	・ 病院（産科） ・ クリニック（産科） ・ 開業助産所	・病院（産科） ・産院（クリニック）	・開業助産所 ・自宅

4) 分娩システム

調査対象国における分娩システムの概要は表4に示すとおりである。

フィンランドと日本を除く各国では、オープンシステムないしセミオープンシステムを積極的に導入している。

表4. 日本および諸外国における分娩システム

	分娩施設	オープンシステム	分娩施設での入院期間
米国	・ 病院（産科） ・ パースセンター ・ 自宅	多くの病院がオープンシステムを採用。 開業医が病院に自院の妊産婦を入院させ、分娩や治療を行う。	・ 経膈分娩：24～36時間 ・ 帝王切開：5～6日間
英国	・ 病院（産科） ・ パースセンター ・ 開業助産所 ・ 自宅	セミオープンシステム採用。GPは分娩介助しても出産補助が下りないため、分娩介助することはまずない。病院には分娩介助の専属助産師がいる。 BUMPS（グループ助産システム：助産師が病院に所属しつつ地域で活	・ 6時間～2日間

		動し、分娩時は所属病院で分娩介助をする) という、助産師が主体的・継続的に妊産婦に関わるオープンシステムも存在する。	
フィンランド	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 (産科) (正常、異常ともに全て病院内) 	定められた病院圏内の施設から女性が出産施設を選択するセンター化システムを採用。特殊な選択肢として、病院勤務助産師が限られた数の妊婦を自宅訪問し、自らの働く病院で分娩介助するオープンシステムを利用することもできる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正常分娩 : 3~4 日間
オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 (産科) ・ クリニック (産科) ・ バースセンター ・ 自宅 	Shered Care でセミオープンシステムを採用。分娩そのものはGPは扱わず、異常がない限り公立病院の助産師が主導権をとる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経陰分娩 : 2~3 日間 ・ 帝王切開 : 5~6 日間
ニュージーランド	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 (産科) ・ クリニック (産科) ・ バースユニット ・ 開業助産所 	オープンシステムを採用。LMC が責任もって妊娠・出産・産褥までの継続ケアを行う。出産の際は LMC の他に必ず助産師が出産に立ち会うこととなっている。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正常分娩 : 24~36 時間 ・ ハイリスク分娩 : 2~3 日間
日本	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 ・ クリニック (産科) ・ 開業所産院 ・ 自宅 	一部の病院でオープンシステム/セミオープンシステムが採用されているが、一般的にはクローズドシステム。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正常分娩 : 2~7 日間 ・ 帝王切開 : 8~10 日間

5) 産科医師と助産師の役割分担

調査対象国における産科医師と助産師の役割分担の概要は表 5 に示すとおりである。

各国における産科医師と助産師の役割分担は主として、助産師は正常妊娠・分娩のみを扱い、医師は正常・異常の両方の診療にたずさわる「米国型」（米国、ニュージーランド、日本）と、正常な妊娠・分娩であれば助産師だけで支援し、医師は異常妊娠・分娩の診療にたずさわる「英国型」（英国、フィンランド、オーストラリア）に大別される。

表 5. 日本および諸外国における産科医師と助産師の役割分担

	分娩システム
米国	助産師は正常妊娠・分娩のみを扱い、医師は正常・異常の両方の診療にたずさわる。 女性がバースセンターや自宅で出産する場合も、リスクが生じた場合は附属または関連病院の産科医に紹介される。
英国	原則的に正常な妊娠・分娩であれば助産師だけで支援し、医師は異常妊娠・分娩の診療にたずさわる。
フィンランド	英国と同様。
オーストラリア	英国と同様。 但し、民間健康保険に加入して産科専門医（Private Obstetrician）を指定した場合は医師が正常な妊娠・分娩にも関わる。
ニュージーランド	米国と同様。 但し出産の際は、LMC の他に必ず助産師が立ち会うこととされている。 *助産師と医師の連携 ・病院におけるケア；基本的に医師がかかわる。助産師の自立性は確保される。 ・開業助産師；必要時のみ要請に応じ医師が関わる。 ・緊急時のガイドラインは、国、地方、施設ごとのガイドラインがある。
日本	助産師は正常妊娠・分娩のみを扱い、医師は正常・異常の両方の診療にたずさわる。 施設内における正常妊娠・分娩に対する助産師の関わりは、施設の方針によって異なる。

6) 産科医療に関する問題点

(1) 米国

近年アメリカにおいては医療費の高騰が大問題となっている。マタニティケアに関しても、ホワイトハウスが設置したケアの質に関する諮問機関の提言の中で、コスト削減の観点から助産師によるケアが注目されている。たとえば、連邦政府職員に関しては、助産ケアを受ける際には直接助産師のところに行ってケアを受けても保険が適応されることを打ち出した。

(2) 英国

財政難と医療費高騰から NHS 改革が進められている。

医療機関は予算制ではなく、独立採算制となり、プライマリ・ケア・トラストとの交渉や契約によってサービスを提供し、収入を得る形となっている。

病院勤務助産師は、日本同様、時間を区切って機能別に働く助産師が圧倒的であり、外来での助産師は妊婦健診や出産準備教室などを扱い、分娩室勤務の助産師が分娩介助をする、という形態がとられている。

(3) フィンランド

フィンランドの妊娠・出産・育児のサポートシステムは、驚くほど整然と機能しているが、同一施設で継続ケアができないためか、医療者と女性との人間関係が希薄となりがちと言われる。また、各種指標は良いが、現実には医療介入も増えつつあり、医療化された出産がフィンランドの主流なシステムとなっている。

さらに、フィンランドの社会保健制度が抱える最大の課題として、21 世紀に急増することが見込まれる年金支出をいかにしてまかなうかという問題が指摘されている。このことは、国民に対して保健医療サービスや社会福祉サービスを提供する上でも大きな脅威となると考えられる。

(4) オーストラリア

都市部では、「産科病棟の合併」が話題になっているが、実際に閉鎖している病院は少数である。公立病院における産科病棟閉鎖の危機は、出生率はもとより、そこで働こうとする産科医師の不足がもっとも大きな原因だとされている。これも、後に述べるように、増加する医療訴訟と、上昇する医師の保険額を政府が補助しきれないところに原因があるとの指摘がある。地方では、小さな病院に、使用頻度の低い高度医療設備を整備することによる予算の無駄が問題になり、合併を進めようとする動きもある。

また、オーストラリアでは、産科医（その他の科の専門医も）が、個人の「入

院施設」を持つことはない。開業とは、自分のオフィスで外来診療をすることを意味し、検査は検査施設（または病院）で、医師のオーダーにより行われ、入院時は、病院に医師が出向いてそこで治療をするということになる。したがって、訴訟が起これば、病院の責任というよりも、医師個人の責任になるケースが多い。公立病院で働く医師は、病院がある程度、保険料を負担すべきだとして、ストライキなどを行っている。

訴訟件数の急増（特に、産科医、神経外科科医）は、大きな社会問題になっている。産科医だけでなく開業助産師も保険料の増大により、家庭分娩を扱えなくなるなどの問題も出ている。多くのベテラン産科医が、多額の保険料を支払ってまで、ハイリスクの仕事をしたくないと、分娩を取り扱わなくなったり、早めにリタイアしたりするケースが増えている。

前述したように、Medicare システムは、これまでどおりの存続が困難だといわれている。医療費の個人負担に対する国民の不安も高く、政治議論の注目されている。現在検討されているのが、ハワード政権による Medicare Plus 11 という新しいシステムの提案である。Medicare の財政が年々厳しくなることを踏まえ、2000 年 6 月までに多くの人々が民間医療保険に加入することを政府が推奨した。これは、期間内に加入した人は、政府から保険料の 30% のリベートが受けられる、というものである。政府は、この政策で、多くの人々が Medicare に頼らずに医療を受けること、それにより、公立病院の手術入院待ち患者の減少を狙った。（緊急以外の手術は、種類によっては、公立病院では 1 年近く待たなければ受けられない現状がある。）

しかし、民間保険では、保険支給額と医師の請求額の「差額」を、患者が支払わなければならないため、民間保険加入者でも「市民」であれば、全てが無料の Medicare を利用することも多いのが実情である。民間保険料も、前述の訴訟問題、医療の高度化により増額され、人々の脱退が相次いでいる。

このような状況から、医療費財政は回復したとは言えず、この政策は成功しなかったといわれている。

(5) ニュージーランド

ニュージーランドではマタニティケアにかかる医療費は税金からの支出となっているため、EBM に基づいて、不必要な処置や医療に非常に厳しい監査がある。医療者の自主的な努力もあり、剃毛、浣腸は行わず、ルート確保はハイリスク症例のみで、会陰切開率も 20% 以下である。しかし超音波検査に関しては、妊娠中の一回の無料検査だけでは不足、現在多用される傾向にあることが問題となっている。基本的なマタニティケアだけでなく、私的保険を使用したオプションとしての医療処置、いわゆるセカンダリーケアが増加している傾向に

ある。

またニュージーランドでは、外国人に対しても妊娠・出産費用を免除しているが、最近、無料出産と、国籍の取得を目的とした外国人が急増しているため、規制の方向を検討中である。僻地でのケアは効率が悪いという理由で、国からバースユニット廃止の圧力もあった。しかし、バースユニットの廃止により遠方の大病院への通院や、早い時期からの受診・入院・医師の介入がメインとなることから継続ケアの実施が困難となり、ケアの質の低下が懸念されている。バースユニットでの出産が高い評価を得ていることが統計的に明らかにされており、バースユニットを財団扱いとして自治体の運営としているところもある。僻地のバースユニットには、1,500NZ\$の分娩費のほか別途施設費が3,000NZ\$が支援として支払われている。

退院後の褥婦への支援不足、有給の育児休暇などに関しては、経済的問題を中心とした社会支援が不足しているといわれており、出産後の支援に対しての問題も多い。

(6) 日本

新たな薬剤、医療機器の登場により、ハイリスク例の分娩管理も充実してきており、周産期死亡率、乳児死亡率も世界でもトップクラスになっている。しかし、医療訴訟の問題もあり、医療者のベクトルが妊産婦管理に偏重し、不必要なルートキープ、麻酔、会陰切開、安全性を重視したための帝王切開など、医療介入が多くなってきている。従って、医療費の高騰が問題となってきた。水流らの試算によれば、正常妊婦に対して助産師の保健指導が効果的になされて不必要な医療介入がなければ、一人の女性について約50万円程度は医療費が削減できる、という。

反面、総合周産期母子医療施設については、都道府県によって人口規模の少ない県、地理条件によって大きな格差がある。特に、新生児集中治療室(NICUなど)の整備の困難性があげられている。

また、施設分娩が大半を占めるため助産所の数が減少し、正常経過の妊産婦たちが望むような出産をしたい場合に助産所を選択したくとも、助産所での分娩取り扱い数が限られ、受け入れられない場合もある。近年、人間らしい自然分娩を安全におこないたい、同じ医療者に継続的にケアしてもらいたい、という女性のニーズが高くなり、そのニーズにこたえられるような体制作りも課題である。

3. おわりに

以上、日本および諸外国における分娩事情や産科医療に関する問題点について調査結果を報告した。より詳しい情報については以下に付記する資料1～5をご参照いただきたい。

今後は諸外国の分娩システムや医師と助産師の役割分担および連携方法などについてわが国のそれとの違いを明確にし、わが国における医療事情に即したより良い産科システムを検討していくことが課題である。

以上

アメリカ合衆国の分娩事情

担当：潮田 千寿子

目次

- A. アメリカ合衆国の概要
 - 1. 国土および人口動態
 - 2. 略史

- B. アメリカ合衆国の保健医療制度
 - 1. 保険制度
 - 2. 保健医療に関わる法規定
 - 3. 病院システム
 - a. 医師の役割分担
 - b. 病院の機能分担

- C. アメリカ合衆国における妊娠・出産・育児のサポートシステム
 - 1. 妊娠・出産・育児に関する法規定
 - 2. 出生状況
 - 3. 妊娠・出産・育児のサポートシステム
 - a. 妊娠期
 - (1) 妊娠期の受診システム
 - (2) 妊婦健診の内容
 - b. 出産期
 - (1) 出産施設の種類と選択
 - (2) 医師と助産師の役割分担
 - (3) オープンシステム
 - (4) 妊娠および出産にかかる費用
 - (5) 出産手当金
 - c. 産褥期・育児期
 - (1) 産褥入院日数
 - (2) 退院後の継続医療
 - d. 医療従事者の数と資格
 - e. 産科医療をめぐる問題

資料・文献

A. アメリカ合衆国の概要

1. 国土および人口動態

アメリカ合衆国の国土面積は 9,629,091 km²である。人口は280,562,489人(2002)、人口密度は29.1/km²、人口増加率は0.89%である。アメリカ合衆国の正式名称は「The United States of America」である。外国人の割合は対人口比で10.4%、移民率は人口1000人あたり、3.50である。

国内総生産 (GDP) は、10,383.1 で、世界ランク1位である。

表1. アメリカ合衆国の国土および人口動態 (2000年)

国土面積	9,629,091 km ²
人口 (人口密度) および 人口増加率 (1995~2000年)	280,562,489人 (29.1) 0.89

2. 略史

アメリカ合衆国は、1502年にコロンブスが中央アメリカに到達し、「新大陸」として発見されたのがその始まりである。その後、1620年にイギリスからアメリカ大陸にメイフラワー号に乗った清教徒たちが移住、1630年になるとマサチューセッツのボストンに上陸した。その数は1000人にも及び、彼らはPuritanと呼ばれ、Plymouthに入植していた分離派と合併してMassachusetts Bay Colonyを形成した。1634年にはボルチモア卿がメリーランドを創建し、ここに多くのカトリック教徒たちが移り住んだ。その後ボストン茶会事件などを経て、George Washington (1732-99) を司令官に選出し、大陸軍(Continental Army)が結成された。1776年7月4日に再びPhiladelphiaに集まった植民地代表者は、Thomas Jefferson (1743-1826) らを起草者として独立宣言を公布し、アメリカ合衆国が誕生した。その後アラスカ州とハワイ州を加えた、現在の50州に至った。したがって、現在でも連邦制をとっているため州の権限が強く、州法が定められており、保健医療システムは州ごとに異なっている。

B. アメリカ合衆国の保健医療制度

1. 保険制度

アメリカ合衆国には、政府は原則として個人の生活に干渉しないという自己責任の精神により、国民全体を対象とする公的な医療保険制度は存在しない。対象者を限定した公的医療保険制度としては、高齢者および障害者を対象として医療給付を行うMediCareと、低所得者を対象としたMediCaidがある。社会保障年金の受給者は、全

員 Medicare に加入している。Medicaid は、連邦政府が資格要件などを決め、各州がその要件にしたがって運営しているため、それぞれの州で事業内容が異なる。年間約 1,560 億ドルを費やし、アメリカ最大の社会福祉制度となっている。

上記以外の国民は、各自が民間または非営利団体の保険に加入しているため、それぞれの保険によりサービスが異なる。アメリカの勤労者の 6 人中ほぼ 5 人は、家族と共に団体健康保健に加入している。団体保険は、雇用主と従業員が共同でまたは従業員のみが、保険料を支払う。最も普及しているのは、従業員が保険料を支払い、それに対して保険会社が加入者の自己負担額を越える医療費の何パーセントかを支払う形態である。

また、多くの勤労者が加入できる保険制度として、HMO(health maintenance organization)という会員制健康医療団体がある。この制度では、HMO に属する医師団が前払いによる一定額の料金で加入者に全ての医療を提供するが、特殊な治療などは HMO が提供できない範囲であるため、HMO は予防医療に重点をおいている。

無保険者が 15%程度存在するのもアメリカ合衆国の特徴である。そのため 1996 年に連邦議会は、失業中や健康に障害がある場合でも医療保険に加入できるような法案を可決し、医療費支払いのための税繰延貯蓄口座のパイロットプログラムを設立した。

保健分野における 1 人当たりの支出は、購買力平価換算*1で 4,631 ドルである。また、保健分野における公的支出の割合は 44.3%であり、世界ランク 30 位となっている。

*1購買力平価(purchasing power parity)とは

為替レートの決定メカニズムの仮説の一つ。ある国の通貨建ての資金の購買力が、他の国でも等しい水準となるように、為替レートが決定されるという考え方。例えば、あるモノが日本で 120 円、米国で 1 ドルである場合、1 ドル 120 円であれば、120 円 (1 ドル) は日本でも米国でも、それを 1 単位として購買する力を持っており、購買力平価が成立していることになる。

購買力平価の問題としては、「日本ではハイテク製品は安い・・・」というように、モノによって購買力を等しくする為替レートが異なることである。現在の状況では、消費者物価指数の対象品目では 1 ドル=200 円程度、卸売物価指数の対象品目では 1 ドル=160 円程度が購買力平価とされている。購買力平価のユニークな計算方法として、マクドナルドのビッグマックの価格に基づいた購買力平価があげられる。どの国においても全く同一の商品で比較可能な対象商品として優れているうえ、この商品の場合、農畜産物、工業製品、人件費、物流コスト、サービス費用等の多くの要素費用を含んでおり、財・サービス全般の平均としての購買力平価を表示するものとして優れている。

1) 保健医療に関わる法規定

- ・ 集団保険法 (Health Maintenance Organization Act)
- ・ 健康保険遂行及び責務法 (Health Insurance Portability and Accountability

Act)

- ・ 1965 年 Social Security Act (SSA)
- ・ 連邦食品医薬品法(Federal Food and Drug Act)
- ・ 水銀汚染魚に関する勧告(Mercury-contaminated Fish Advisories)
- ・ Maryland Recommended Immunization Schedule(メリーランド州の子どもの予防接種スケジュールについての推奨)
- ・ FAS(胎児性アルコール症候群)についてのアルコールと妊娠に関する公衆衛生局長官の勧告
- ・ イリノイ州では、 225 Illinois Compiled Statutes 60/3,60/49,60/50 (Medical Practice Act of 1987)
- ・ ワシントン DC においては、TITLE 3, DISTRICT OF COLUMBIA BOARDS AND COMMISSIONS という RN について法規などがある。

*アメリカ合衆国は、連邦法と各州法により運営されているため、各州により、法律や規定、勧告などが違う。家庭分娩も、州によって禁止されている。

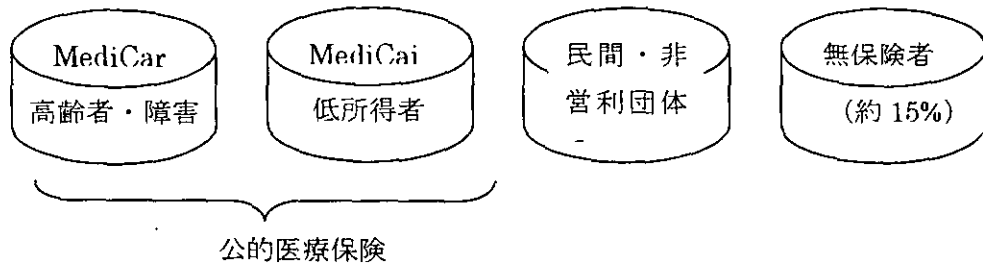


図 1. アメリカの保険制度

2. 病院システム

アメリカ合衆国では、プライマリヘルスケアであり、国民は大抵ホームドクターをもっている。したがって、まず一般医を利用する。それぞれの一般医は契約病院があり、必要時には、その病院に搬送する。その契約内容によって、その病院のシステムを使用することもある。

緊急の場合には、「911」のコールにより救急車が出動する（本当に緊急性がない場合には有料となるシステム）。この場合は、地域の中でも救急体制が整った病院に搬送される。田舎の場合には、「County Hospital」が必ずあり、一応の救急体制には対応している。

a. 医師の役割分担

〔1〕 一般医 (General Physician と呼ばれることが多い)

アメリカ合衆国では、緊急を要する事態でない限り、まず初めに患者は通称 GP または家庭医と呼ばれる一般医の外来に行く。一般医は乳児から老人、内科・外科・耳鼻科・婦人科など幅広い診療部門を担当し、自身の手に負えないと判断したときに患者を専門医に送る。一般に、この GP からの紹介状がなければ専門医の診察は受けられない。薬が必要なときは処方箋を患者に渡し、患者は薬局で買い求める。レントゲンが必要なときは、指示用紙を患者に渡し、レントゲン設備のある施設へ患者を送るのは、オーストラリアなどと同じようなシステムである。

〔2〕 専門医 (Specialist)

アメリカ合州国の専門医は、日本と同様に、内科、外科、小児科、整形外科、産科、婦人科、耳鼻科、眼科など、あらゆる科に存在する。救急体制においては、ER に代表される主に内科専門の救急医と、「Traumatic Department」等と呼ばれる外傷を主に取り扱う救急医に分類される。

b. 病院の機能分担

患者が一般医から病院を紹介されたとき、公立病院を利用するか、私立病院を利用するかは国民の任意によるが、保険の種類によってカバーされる金額が異なるため、主にその金額（保険保障内容）に応じた病院を保険会社が指定してくる。公的医療扶助を受けている者は、主に郡立病院でしか診察を受けることができない。

医療費の増大により、アメリカ合衆国の医師たちは、入院の必要性を見直すことによって、コストの増大を抑制してきた。以前では入院を必要としていた手術も、現在では外来で行われるようになり、外来手術が占める割合は、1980年には16%であったものが、1993年には55%に増加した。

〔1〕 公立病院 (Public Hospital)

公立病院は、国と州から予算を与えられる病院である。州立病院や郡立病院など、がある。

〔2〕 私立病院 (Private Hospital)

国や州から独立して組織されている病院である。さらに私立病院のサービスはホテル並みであり、食事やアメニティなどにも十分に気配りされたサービスを提供しており、利用した患者の満足度は一般に高いといわれる。しかし、過剰医療の問題もある。

また、また半公立病院として民間の慈善病院もある。無保険患者で MediCaid の対象になれない低所得者には、これらの慈善病院しか診療をしないこともある（公立病院でも治療費を支払わなければならないので、低所得者は治療を断られることがある）。

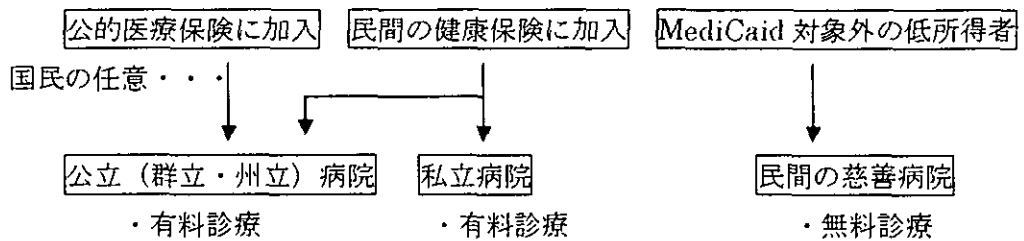


図 2. アメリカの受診システム

* 保険保障内容に応じた病院を保険会社が指定してくる。

c. アメリカ合衆国における妊娠・出産・育児のサポートシステム

1. 妊娠・出産・育児に関する法規定

- ・「Healthy People 2010 (2000年制定)」連邦政府による法規定
- ・連邦法・州法によりさまざまであり、それを管轄する州の行政部門もさまざまである。

2. 出生状況

2002年の統計では、出生数 4,021,726 人、出生率は 14.10 (人口 1000 人あたり) であり、合計特殊出生率は 2.07 である。

乳児死亡数は 27,977 人、乳児死亡率は 6.69 (新生児 1000 人あたり) である。

妊産婦死亡数は 358 人、妊産婦死亡率は 0.1 (人口 10 万対) である。

表 1. アメリカの出生状況 (2002 年)

出生数 および	4,021,726 人
出生率 (人口 1000 人対)	14.10
合計特殊出生率	2.07
乳児死亡数 および	27,977 人
乳児死亡率 (新生児 1000 人対)	6.69
妊産婦死亡数 および	358 人
妊産婦死亡率 (人口 10 万対)	0.1

3. 妊娠・出産・育児のサポートシステム

a. 妊娠期

(1) 妊娠時の受診システム

① 家庭医での妊娠検査

まず家庭医に電話をして妊娠している可能性があることを告げる。その医院で妊娠反応をみる血液検査をしてもらう場合は予約を取る。その医師が指定する検査所へ行くよう告げられたら、家庭医の受付で検査依頼書(Lab Slip)をもらってから検査へ行く。

検査結果は院内ならその場で、検査所は通常翌日に判明する。検査結果が陽性であった場合は、産科に予約をとる。家庭医が産科医に紹介状を書いてくれる。

② 家庭医またはバースセンターでの受診

たいていの場合は、家庭医またはバースセンターで、妊娠中の健診を受ける。産科に行く場合には、家庭医などの紹介状(Referral)が必要である。

③ 家庭医の紹介状がいらす、直接産科に行ける場合

緊急の場合を除いて診察には必ず予約が要る。初診も、必ず電話で初診の予約をする。看護師 (Registered Nurse) や助手 (Aide) は空きが多いが、産科専門医 (Obstetrician) だと1週間～2週間ぐらい、混んでいる医院では3週間先になることもある。

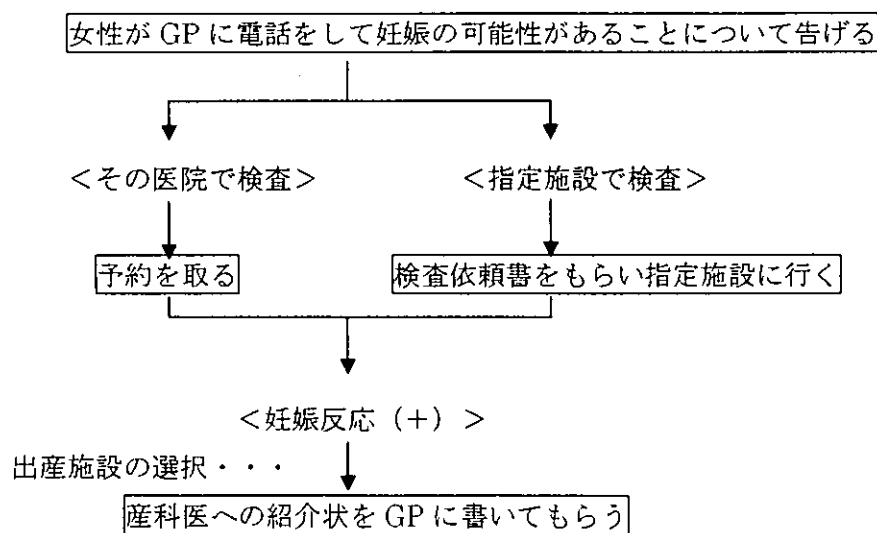


図 3. アメリカの妊娠時の受診システム

(2) 妊婦健診の内容

定期健診は通常、初期は4週間に1回、中期は2週間に1回、後期は1週間に1回の割合で行われ、分娩までの健診回数は一般に14～15回である。

初回の健診では妊娠判定をし、切迫流産の危険が認められる場合には必要な処置