

をする。あわせて妊婦専用のビタミンも処方する。妊娠8週目以降は超音波検査などを行い、35歳以上の高齢出産の場合には、胎児の異常を調べるための染色体検査、羊水検査を受けることもある。検査は任意だが、受ける人が多いといわれる。

b. 出産期

(1) 出産施設の種類の選択

アメリカ合衆国の女性が出産する場合、主に3つの選択肢がある。

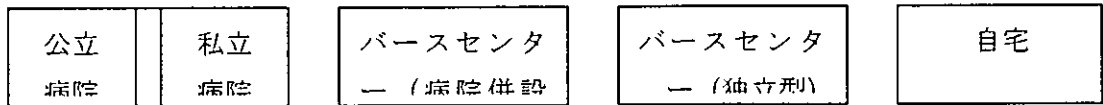


図4. アメリカの出産施設の選択システム

① 病院（産科）での出産

約96%の出産が、病院での出産である。バースセンターからの患者受け入れ（セミオープンシステム）はごくわずかである。

② バースセンター（病院併設型）での出産

いくつかの公立病院に、附属のバースセンターが設置されている。バースセンター（病院併設型）では、助産師（Midwife）が主体となって正常妊娠・分娩を扱い、基本的に医師の指示のもとで継続ケアを行う。また、緊急事態が起きた場合や、異常妊娠であることが分かったときなどは、すぐに附属病院または関連病院からサポートを受けられる利点もある。

③ バースセンター（独立型）での出産

約3%の出産がバースセンターで行われる。バースセンター（独立型）では正常経過の妊娠から分娩までの継続ケアが行われる。緊急時は、連携する病院を有しており、安全性を確保している。

④ 自宅での出産

ほぼ1%である。

(2) 医師と助産師の役割分担

アメリカ合衆国では、日本と同様、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携わる。女性がバースセンターもしくは自宅出産を選択した場合でも、妊娠中もしくは分娩中に何らかのリスクが生じた場合は、附属または関連病院の産婦人科に紹介される。

例として、ワシントン州の場合は産科と婦人科（助産師も含む）は Primary Care

Provider の紹介状なしに直接受診して良いことになっている。自宅や産院での出産は少数で、ほとんどが提携病院の産科病棟を使って出産を扱う。

助産師の業務範囲は、各州により多少の差はあるが、妊娠の診断、妊娠中の母児の異常の早期発見、分娩介助、分娩時の局麻、会陰切開・縫合、新生児のケア、ある一定の薬剤に対しての処方、家族計画、産後の健診、婦人科の健診などである。ピルの処方も 47 州で認められている（1998 年現在）。

アメリカ合衆国の全体の帝王切開率は 23.3～24.9%であるが、CNM(Certified Nurse Midwife)が関わる分娩の帝王切開率は 11.6%である。

殆どの州では、自宅分娩を認めていない。

水中出産は、分娩第 1 期に限り認められていたり、とさまざまである。

(3)オープンシステム

アメリカ合衆国の病院の多くではオープンシステムをとっており、開業の医師が自分の医院の患者を病院に入院させて治療を行う事を許可する契約をしている。例として、エバーグリーン病院というところでは、約 30 名の医師と 6 名の助産師が入院治療契約をしている。病院には、麻酔科の医師、NICU の医師、ペリネイトロジストというハイリスク専門の医師が雇用されていて、必要に応じてコンサルテーションに応じるが、一人一人の産婦の主治医（助産師）は妊娠中から継続して関わっている開業医（助産師）である。

(4)妊娠および出産にかかる費用

① 公費

女性が Medicaid に加入し、公立施設を利用した場合は、妊娠・出産の費用は一切かからない。

② 私費

女性が民間保険に加入し、私立病院を利用した場合は、その保険で妊娠・出産の費用はカバーされ、保険によっては自己負担額が数 10 ドルということもある（カバーされる範囲、自己負担額は保険の種類により異なる）。

私立病院への保険会社からの支払い額については、保険により様々である。

医療保険に加入していない場合は、費用は全額自己負担になるが、その場合の目安は健診と分娩費用を合わせて 5,000 ドル程度である。ただし、分娩費用は普通分娩と帝王切開では大きく異なり、帝王切開 4 日間入院で、約 10,000 ドルともいわれている。また、麻酔薬などを使用すればその分費用がかさむことになる。

なお、病院によっては医療保険に加入していない妊産婦のためのパッケ

ージ割引料金を用意しているところもある。例えば、リトル・カンパニー・オブ・メアリー病院では、普通分娩 2 日間入院で 2650 ドル、帝王切開 4 日間入院で 5360 ドル、というパッケージ料金を設定している。

- * 31 の州では、医師の行うサービスだけでなく、CNM の行うサービスに対して私的健康保険の診療報酬が支払われる。また、低所得者の対象に関しては、全州で Medicaid が適用されており、CNM の行うサービスに対しても診療報酬が支払われる。

(5) 出産給付金

特に公的な制度は無い。

c. 産褥期・育児期

(1) 産褥入院日数

アメリカ合衆国では 1989 年以来、入院日数の短縮化を導入し、現在では平均産褥入院日数は、経膈分娩の場合 24～36 時間、帝王切開の場合、5～6 日と報告されている。

産後の早期退院の利点は、医療費の削減の他に、家族、特にパートナーが早期より育児に参加できること、親子の絆が深まること、よりリラックスした環境で育児に臨めることなどが挙げられている。しかし、産後の早期退院は、単に医療費の削減といった病院側の意向で推し進められているわけではなく、女性や家族の希望に応じ、かつ分娩後の経過に異常がないと認められた母子にのみ実施している。

(2) 退院後の継続医療

アメリカ合衆国の多くの病院施設では、退院後のフォローアップとして訪問部門を設置し、そこで勤務する地域助産師による訪問看護を同時に実施している。

d. 医療従事者の数と資格

(1) 医師

就業中の医師数は 753,176 人（1999 年）であり、人口 1000 人あたりの医師数は 2.7 人（1998 年）である。

(2) 助産師

ACNM(American Certified Nurse-Midwife)に登録されている会員数は 7,099 人（2002 年 12 月末現在）である。助産師が扱う分娩数は、1999 年の 1 年間で 26 万件であり、全分娩の 8.7%を占めた。1993 年の CNM の勤務場所内訳では、病院が 95%、私立助産所が 3%、家庭分娩専門が 1%である。

1970年代に CNM の能力が評価されて医師の委員会のメンバーに CNM を 1 人入れて助産業務に関して検討した事がきっかけとなり、以後 職能団体レベルで助産業務に関して継続的に協議を重ねている。

Direct Entry コース (CM) と Nurse-Midwife コース (CNM) が ある。ACNM 内に ACC (ACNM Certification Council) を独立させ、 助産師がもつべき責任範囲として Core Competencies を制定した。助 産師の業務範囲は連邦法と州法との関連が強い。

助産師は、妊娠・出産・育児期にとどまらず、女性の思春期から老年 期までの健康問題や Domestic Violence 等の女性の生涯にわたる健康 問題に関わる専門家として位置づけられている。

(3) 看護師 (Registered Nurse ; RN)

1999 年現在、就業中の看護師 2,271,300 人であり、人口 1000 人あた りの看護師数は 7.8 人(1998 年)である。

(4) 保健師

連邦組織で勤務する保健師数は 4,311 人である。

e. 産科医療をめぐる問題

1997 年 2 月 17 日付けの米保健省医療保険財政管理局 (HCFA) の発表によると、近 年アメリカ合衆国において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。例えば、連邦政府職員が助産ケ アを受ける際には直接助産師からケアを受けても保険が適応されることを打ち出した。

以上

資料・文献

<http://www.stat.go.jp/data/sekai/02.htm> 総務省統計局

<http://www.okinawa-nurs.ac.jp/kiyo/no1/3-2-2.html> 米・英国における助産師の活動と助産 師教育

http://www.jetro.go.jp/ip/j/Access/iryofukushi_shiryō.pdf 医療・介護サービスの国 際比較

<http://www3.who.int/whosis/> WHO 統計

<http://japan.usembassy.gov/e/amc/tamc-portrait-usa09.html>

<http://www.womanplace.com> 消費者による net

<http://www.cdc.gov>

http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr52/nvsr52_13.pdf

<http://www.os.dbhs.gov/>

<http://www.cms.hhs.gov/default.asp?>

<http://www.ama-assn.org> AMA のデータ

<http://www.doctor-agent.com/magazine/pdf>

<http://www.narm.org> アメリカ合衆国の助産師連盟のひとつ

<http://cfmidwifery.org> アメリカ合衆国の助産師連盟のひとつ

<http://www.vbfree.org/statelaws.html> アメリカ合衆国の医療に関する法律など

<http://www.nomura.co.jp/terms/ka-gyo/kobairyoku.html> 野村証券サイト

<http://www.cc.u-ryukyu.ac.jp/yamachi/2002/sdo/pdf/kinjo.pdf>

洪麗信他：日本と米英韓との助産業務比較実態調査, 助産雑誌, 56(5):413-420, 2002.

劔陽子他：諸外国における若者の望まない妊娠の予防対策, 厚生指標, 49(3), 2002.

日本助産師会発行.

目次

- A. イギリスの概要
 - 1. 国土および人口動態
 - 2. 略史

- B. イギリスの保健医療制度
 - 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. イギリスにおける妊娠・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) 出産環境
 - (3) 医師と助産師の役割分担
 - (4) オープンシステム
 - (5) 妊娠および出産にかかる費用
 - (6) 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. イギリスの概要

1. 国土および人口動態

イギリスはヨーロッパ大陸の西にある島国であり、正式名称は The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland である。首都ロンドンであり、今現在は、ユーロによって貨幣もヨーロッパ内で統一されている。

2002年現在の人口は 59,778,002 人である。外国人の割合は対人口比で 4.0% であり、移民率は人口 1000 人あたり 1.06 である。

表 1. イギリスの国土および人口動態 (2002 年)

国土面積	244,820 km ²
人口 (人口密度) および 人口増加率	59,778,002 人 (244.2) 0.12

2. 略史

イギリスの歴史は古く、紀元前 6、7 世紀から前 2、1 世紀にかけてケルト人が移動して英国に住むようになった。もともとドナウ川、ライン川流域地方を中心に定住していたケルト人が西に移動を始め、フランス、スペイン、北イタリア、バルカン半島、そしてブルタニア (英国のローマ名) に広がっていったと言われている。ブルタニアのケルト人をブリトン人と呼ぶ。

その後、ローマ帝国によってブリトン人は支配されるようになる (43 年クラウディウス帝によるブルタニア征服から 410 年西ローマ帝国ホノリウスによるブルタニア放棄まで)。117 年にローマ皇帝ハドリアヌスがイングランド北部に「ハドリアヌスの長城」を築き、これがローマ帝国最北端の境界となる。

1066 年にフランスのノルマンディー公爵ギョイヨーム (ウィリアム・コンケラー) がヘスティングスの戦いでアングロ・サクソン軍のハロルド 2 世を破りイングランドの王位につき、これより現在のウィンザー朝まで続いている。

B. イギリスの保健医療制度

1. 保険制度

イギリスには、保健医療の制度である NHS、日本の社会福祉サービスに当たる PSS (Personal social services) および所得保障などがある。

所得保障は、単一の国民保険制度によって年金、雇用関連、児童手当などが給付されている。

NHS と所得保障が中央政府の行う事業であるのに対して、PSS は地方自治体が供給主体となっていて、財源は税金である。

全国民が NHS にてカバーされている。しかし現在、改革が進められており、NHS でカバーされない（民間保険）割合が 10%以上に増加している。NHS の施設を利用する限り、助産については NHS から費用が直接サービス機関に支払われる。

NHS から基本的にすべての保健医療給付がなされ、歯科や薬剤を除けば無料である。

保健分野における一人あたりの支出（購買力平価基準米ドル）1,763 ドルであり、保健分野における公的支出の割合は 81.0%と高い。

2. 保健医療に関わる法規定

1957年 看護師エージェンシー法 (Nurses Agencies Act)

1983年 医療法 (Medical Act)

1990年 NHS およびコミュニティケア法 (NHS and Community Care Act)

1992年 国民健康サービス (The National Health Service Regulations)

2002年 ケア基準法 (Care Standards Act)

などがある。

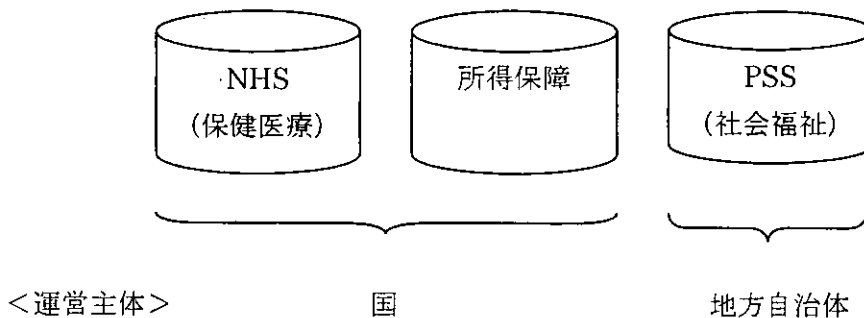


図 1. イギリスの社会保障制度

* NHS から基本的にすべての保健医療給付がなされる。歯科や薬剤を除けば無料である。

3. 病院システム

GP による家庭保健サービスが、プライマリーである。国民は特定の GP を決めて、緊急時以外は GP が紹介しないと専門医療機関のサービスを受けられない。GP は独立して開業し、国とは契約関係にある。病院の勤務医は NHS の職員として雇用される関係である。GP は現在ではグループプラクティスとして地域保健サービスとを結びつけるヘルスセンターと呼ばれる拠点が増加している。

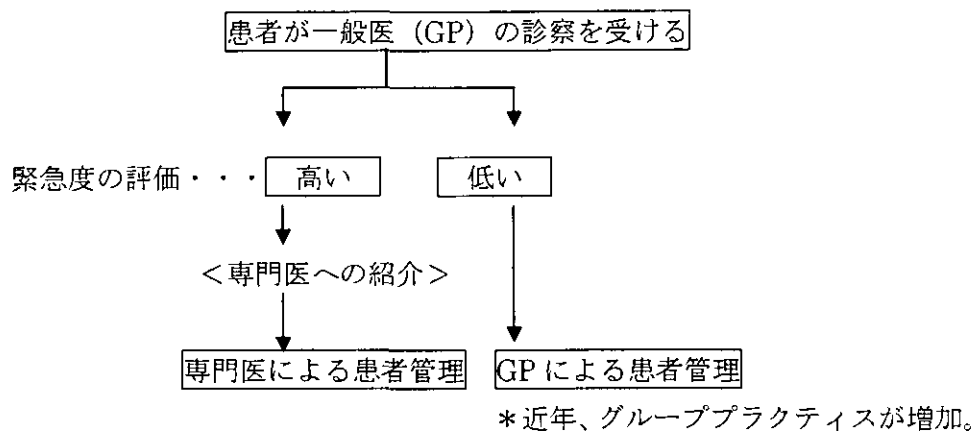


図 2. イギリスの受診システム (医師の役割分担)

a. 医師の役割分担

[1] 一般医 (General Practitioner)

イギリスでは、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れに行く。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。イングランドの GP は 27000 人。GP はお産を介助しても報酬として評価されず、積極的には関わらないことが多い。

[2] 専門医 (Specialist)

専門医はイングランドで 47000 人。

b. 病院の機能分担

医療は全般的に公的医療機関で提供している。

[1] 公立病院 (Public Hospital)

公立病院は、国とから予算を与えられる病院である。1991 年サッチャー政権時に、NHS の効率化をはかるために、GP ファンドホルダー制度の創設、病院の独立採算公社化などの改革を実施している。

また、病院待機期間の格差や不公平、事務職員の増加と医療スタッフの減少などが顕著化したため、地域内の GP による共同予算管理制、標準的な診療基準の設定など、NHS 改革案を 1999 年 4 月から実施している。

[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。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。独立採算制となり、収入確保が課題である。

C. イギリスにおける妊娠・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

1990年 国民保健ケアサービスおよびコミュニティケア法 制定

1993年 Changing Birth Report (Choice, Control, Continuity) 提出

1997年 看護師、助産師、保健師法 制定 (EUの法制度でも定められている)

2. 出生状況

2002年の統計によれば、出生率は11.34(人口1000人あたり)であり、合計特殊出生率は1.73、人口増加率は0.21%である。乳児死亡率は10.30(人口1000人あたり)である。

1999年の統計では、妊産婦死亡数37人、妊産婦死亡率5.3(出生10万対)である。

表1. イギリスの出生状況(2002年)

出生数 および 出生率	596, 122人 11.34
合計特殊出生率	1.73人
乳児死亡数 および 乳児死亡率	3,127人 10.30
妊産婦死亡数 および 妊産婦死亡率(1999年)	37人 5.3

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

妊娠に気づいた女性はGPのオフィスを訪れ、妊娠の診断を受ける。その後、GPが担当の地域助産師を紹介する。その後のケアは、正常または異常の診断および、正常妊娠へのケアは基本的に助産師が担当することとなっている。

女性の選択権が重視され、さまざまな形態でのサービスを助産師が提供している。妊娠から産褥期までの継続ケアが重視されている。

(2) 妊婦健診の内容

担当の地域助産師が家庭を訪問して定期健診を行い、問題が起こった時のみ、産科医の診察を受ける。

妊娠中 2 回、産婦人科のある総合病院に紹介され、超音波検査をする。妊婦の超音波 screening 検査は、医師ではなく超音波検査士によってなされる（助産師は超音波検査士の資格をもっていることが多い）。妊娠 11～14 週に胎児後頸部の皮下組織の厚さ（nuchal scan）を計測し、20 週頃に胎児奇形の有無を検査する。

妊婦の家庭事情（DV の有無等）、経済的背景等を考慮したケアプランの作成と、健康的な生活習慣の改善について指導が行われる。

妊婦健診の間隔は殆ど日本と同じであり、妊娠初期から中期にかけての初診と健診、妊娠 32～36 週は 2 週に 1 度、妊娠 36 週以降は週に 1 度である。体重測定はなく、内診も殆どしない（それ以外に希望して行う検査については specialist が行うため別料金体系となる）。

二分脊椎を予防するため、葉酸を処方することが多い。

b. 出産期

(1) 出産施設の種類と選択

イギリスの女性が出産する場合、主に 4 つの選択肢がある。

① 病院（産科）での出産

正常であれば助産師だけで支援する。病院に所属する助産師が自宅に向いて自宅出産を扱う場合もある。その場合の自宅出産は NHS での出産として位置づけられる。私立病院での出産は、自費扱いとなる。

② バースセンターの出産

病院併設型と独立型がある。基本的に正常出産のみを扱う。出産後のケアもバースセンターで扱うことが多い。NHS として位置づけられている。

③ 開業助産所での出産

開業助産師が自らの助産施設で正常出産を扱う。妊娠から産褥期までを継続して受け持つ。NHS とは別の自費サービス。

④ 自宅での出産

開業助産師が自宅での正常出産を扱う。妊娠から産褥期までを継続して受け持つ。NHS とは別の自費サービス。全出産の 1～2%を占める。

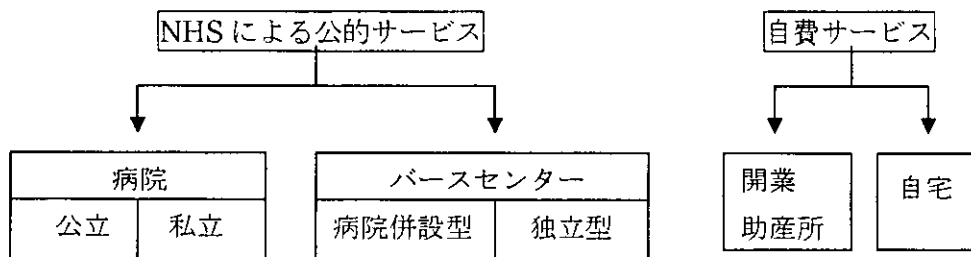


図 3. イギリスの出産施設の選択システム

実践レベルでは、妊産褥婦・新生児の健康診査、保健指導、ケア、分娩介助、集団指導、訪問指導、相談業務、性教育、家族計画指導が主な業務である。病院で働く助産師は外来、分娩室、産後病棟を勤務表に従ってローテーションしているところもあるが、チームを組み助産師が継続して経過を見ていく方法も取られている。

また、地域助産師（Community Midwife）の訪問看護サービスを受けられるシステムが整備されている。英国の多くの病産院では、産婦の入院期間は出産した本人の希望にもよるが、早ければ産後6時間、遅くとも産後問題がない場合には2日後に退院を勧められている。退院後は、地域の助産婦による訪問サービスが受けられる。

この Community Midwife は各住民の居住区となる保健局に所属しており、地域の医院や Health Centre、妊産婦の自宅がケアの実践の場である。各地域の医院に登録し、妊婦の妊娠期から産後まで包括的なケアを実践している。正常妊娠であれば、妊娠中の定期診断はこの Community Midwife に委譲される。産後ケアは、28 日間は母子の健康管理のため毎日の訪問を義務付けられているが、特に異常がなければ、産後 12 日で毎日の訪問は終了し、その後は必要に応じて訪問をしている。施設における分娩であってもプライマリケアの実践をしている。

(2) 出産環境

パースセンターは、水中出産等を取り入れ、病院よりも自宅に近い形での自然でリラックスした出産を目指している。

(4) 医師と助産師の役割分担

約 75%の分娩は、助産師のみによって行われている。GP はお産を扱わないことが多い（出産補助が助成されないため）。

助産師の業務内容は、EEC（European Economic Community）により決められており、その内容は、妊産婦への指導・助言、妊娠診断の為に必要な検査を指示すること、会陰切開や骨盤位の緊急時の分娩管理等、詳細である。会陰切開と縫合、子宮収縮剤・鉄剤・鎮痛剤・ビタミン剤等の処方も、助産師の業務範囲として規定されている。

BUMPS(Birth Under Midwifery Practice Scheme)など、出産改革がすすんで、助産師が主体的・継続的に、地域で妊産褥婦に関わるグループ助産システムができてきている。

異常出産となった場合や緊急時には、病院に搬送して病院での出産となる。妊産婦を搬送する場合は、病院附属のパースセンターまたは妊産婦が指定する NHS の病院に搬送する。NHS でカバーされない開業助産師は、個人的なつながりで病

院に依頼する場合が多い。

(5) オープンシステム

GP は分娩介助をしても、出産補助が助成されないので、分娩を介助することはまずない。健診時、妊婦は GP のオフィスに行くか、または助産師に自宅に来てもらい、分娩が始まったら NHS（病院またはバースセンター）に行く。

NHS には専属で勤務する助産師がおり、その助産師たちが分娩介助する。BUMPS の助産師のように、病院に所属して地域で活動し、分娩時はその病院で分娩介助をする、オープンシステムをとることもある。この他、「アルバニー助産師チーム」等、NHS に所属せずに自営している助産婦のチームも存在する。しかし、NHS には提携しているので、地域の GP から紹介されている。

妊婦の医療費など出産に関する費用は、NHS と提携しているので、NHS と同様無料である。

(6) 妊娠および出産にかかる費用

① 公費

全国民が NHS によってカバーされている。財源は国民保健と税であり、薬剤などを除き、利用者の自己負担はない。出産手当金は、国民健康保険をとおして自ら税金を拠出している国民保険の被用者または自営業者が出産する場合に払われる。6 ヶ月以上同一雇い主の下で働いた女性には、雇用主より法定出産手当金が支払われる。

② 私費

NHS 改革が進められており、NHS でカバーされないサービスの割合が 10%を超えている。NHS の対象とならないサービスを受けるためには、利用者が全額負担するか、または、民間保険からの給付を受ける必要がある。開業助産所を利用しての分娩は、全額自費である。

開業助産師 Independent Midwife は完全に国民健康保険制度から独立し、業を営み、妊産婦と独自に契約を結び、出産を支援している。妊婦は初診から産後 1 ヶ月までを総合的にケアを受け、約 4,000 ポンドを開業助産師に支払う（私費診療を選ぶと、分娩だけで約 100 万円高いという状況である）。

(7) 出産給付金

前述の通りである。

c. 産褥期・育児期

(1) 産褥入院日数

英国の多くの病産院では、産婦の入院期間は出産した本人の希望にもよるが、早ければ産後 6 時間、遅くとも産後問題がない場合には 2 日後に退院を勧められている。

(2) 退院後の継続医療

継続ケアが推奨されている。しかし、病院で出産の場合、出産後に自宅に帰った場合には、NHS に所属する助産師が担当する。地域を担当する助産師に出産記録を渡し、家庭訪問を行ってもらう場合もある。褥婦には施設から産褥カードが手渡され、母子双方の記録をもとに適切な指導が行われる。地域助産師は、1 ヶ月までの健康教育・育児支援を行う。

d. 医療従事者の数と資格

(1) 医師

BMA (British Medical Association) には、約 128,000 名の登録者がいるが、英国医師全体の約 80%との報告がある。

NHS に勤務する医師（歯科医を含む）は 108,993 人（2003 年）、人口 1000 人あたりの医師数は 1.8 名（1999 年）である。

(2) 助産師

2000 年の登録助産師数は 92,183 名、就業助産師数は 33,897 名であったが、2003 年には登録助産師数 47,617 名、就業助産師数 29,387 名と急激に減少している。人口 1000 人あたりの助産師数は 4.3 名（1989）である。

王立助産師協会と開業助産師組合がある。助産師登録数は、徐々に減少しつつある。

(3) 看護師 (Registered Nurse ; RN)

登録看護師数は 645,580 名（2003 年）であり、人口 1000 人あたりの看護師数 4.5 名（1999 年）である。

(4) 保健師

2003 年現在、登録訪問看護師は 24,578 名、精神保健看護師は 94,636 名である。

e. 産科医療をめぐる問題

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、外来勤務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は分娩介助をする、という形態がとられている。

NHS の待ち時間が長いことや、医師や看護師のサービスの低下が問題視され、妊娠期間を通して同じ医師や助産師が診てくれる綺麗な病院での私費診療を選択する妊婦が増えてきている。

助産師で構成される団体「The Royal College of Midwives」は、不足している看護助産関連のスタッフは 10,000 人と推計され、低給や職場でのストレスなどが助産師不足に拍車をかけているとコメントしている。また、過去 2 年間で離職した助産師は 5,000 人以上にもものぼるとされ、同団体では、パートタイムや定年退職したスタッフに頼らざるを得ない傾向がしばらく続くという現在の状況に警鐘を鳴らしている。

以上

資料・文献

<http://www.stat.go.jp/data/sekai/02.htm> 総務省統計局

<http://www.nmc-uk.org/nmc/main/home.html> Nursing and midwifery council HP

<http://www.okinawa-nurs.ac.jp/kiyo/no1/3-2-2.html> 米・英国における助産師の活動と助産師教育

<http://www.statistics.gov.uk> NHS HP

http://www.jetro.go.jp/ip/j/Access/iryofukushi_shiryō.pdf 医療・介護サービスの国際比較

<http://www3.who.int/whosis/> WHO 統計

<http://www.birthchoiceuk.com/BirthChoiceUKFrame.htm> 英国の分娩事情

<http://www.statistics.gov.uk/statbase> 英国の統計

<http://www.publications.doh.gov.uk/public> 英国 department of health の統計

<http://pregnancyuk.net/>

宮本雅子：BUMPS—英国の「出産改革」の取り組みから生まれたグループ助産方式，助産雑誌，54(1):51—55，2000.

増崎英明：英国お産事情シリーズ，ペリネイタルケア，21（1—5 連載）2002.

日方圭子：英国助産婦学生日記シリーズ，助産雑誌，56—58（1—12 連載）、2002—2004.

洪麗信他：日本と米英韓との助産業務比較実態調査，助産雑誌，56(5):413—420，2002.

劔陽子他：諸外国における若者の望まない妊娠の予防対策，厚生指標，49(3)，2002. 日本助産師会発行.

目次

- A. フィンランドの概要
 - 1. 国土および人口動態
 - 2. 略史

- B. フィンランドの保健医療制度
 - 1. 保険制度
 - 2. 病院システム

- C. フィンランドにおける妊娠・出産・育児のサポートシステム
 - 1. 出生状況
 - 2. 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) 出産環境
 - (3) 医師と助産師の役割分担
 - (4) オープンシステム
 - c. 産褥期・育児期
 - (1) 産褥入院日数
 - (2) 届出制度
 - (3) 退院後の継続医療
 - (4) 産休制度
 - 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. フィンランドの概要

1. 国土および人口動態

フィンランドの国土面積は 1,399 km² で、日本とほぼ同じだが、約 1/4 が北極圏であることから、人口は 520 万人強 (5,206,000 人 ; 2002 年)、人口密度は 33 (2000 年 : 日本の 4.6%) と少ない。フィンランドの 1995~2000 年にかけての年平均増加率は 0.9 と 1. を割り、日本と同じく少子化問題を抱えている。

表 1. フィンランドの国土および人口動態

国土面積 (2000 年)	1,399 km ²
人口 (2002 年)	5,206,000 人
人口密度 (2000 年)	33
人口増加率 (1995~2000 年)	0.9

2. 略史

フィンランドは、男女平等の概念を世界に先駆けて確立したことで有名である。1907 年、西欧で最初に婦人参政権を認めたほか、働く女性が安心して家庭を築きながら出産できるための社会保障を充実させて、女性の社会進出を促進しながら、出生率低下を抑えたシステムを作りあげてきている。

B. フィンランドの保健医療制度

1. 保険制度

フィンランドの社会保障の目的は、人々に一定水準の基本的サービスを提供し、個人の居住場所や経済的地位にかかわらず最低限の収入を保証することにある。

フィンランドの社会保障は、①予防目的の保健医療政策、②社会福祉サービス、③所得保障、の 3 つの柱で成り立っている。保健医療と社会福祉サービスは地方自治体、所得保障は国が担当し、国と自治体の役割分担は明確である。社会サービスや保健サービスは、地方自治体が無料または適切な料金をとって実施している。

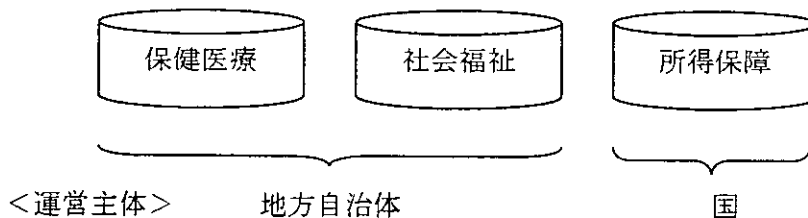


図 1. フィンランドの社会保障制度

保健医療サービスや社会福祉サービスは、すべて自治体が提供している。そのサービスは、「住民全員への基本サービス」と「特別法に基づくサービス」の種類に分けられている。「基本サービス」は、実施方法と規模を財源に応じて自治体で決定している。

「特別法に基づくサービス」は、自治体に義務として定められており、財源の多少にかかわらずサービスを提供しなければならない。例えば 6 歳以下の全児童への保育、知的障害者の教育、重度障害者への特別サービスなどがある。いずれのサービスも、住民登録していれば誰でも受給資格があり、国籍には関係ない。

国の健康保険制度は市民の健康を推進している。国の健康保険は私設医療サービス料金の一部を補償し、検査・治療・投薬・交通費をカバーしている。国の健康保険は、所得別に手当を給付し、給付額は一般に受給者の所得の約 66%となっている（1992 年現在、無所得の人にも 1 日 64.95 マルカ給付される）。国の健康保険は住民すべてを対象としている。

2. 病院システム

フィンランドでは、病院は社会福祉省の組織化に置かれ、自治体においては社会福祉局の管轄下にある。社会福祉局では、児童福祉から障害者、高齢者福祉、歯科医療、一般医療について統括している。また、その医療制度は「一次医療（プライマリヘルスケア）」と「特殊医療」の 2 段階に分けられる。この医療保障制度は、1950 年代から 1970 年代にかけて整備されたものである。

一次医療（プライマリヘルスケア）は、主に自治体が運営する保健医療センターで実施される。一次医療にあたる保健医療センターには、外来診療と入院病棟がある。保健医療センターの他にも、多数の民間病院や個人病院がある。

一次医療以上の医療は、特殊医療へと移行する。フィンランドでは 20 の専門医療地区に区分されており、すべての自治体がいずれかの医療区分に所属している。これらの専門医療地区には、大学病院や中央病院など高度な医療機関が存在する。

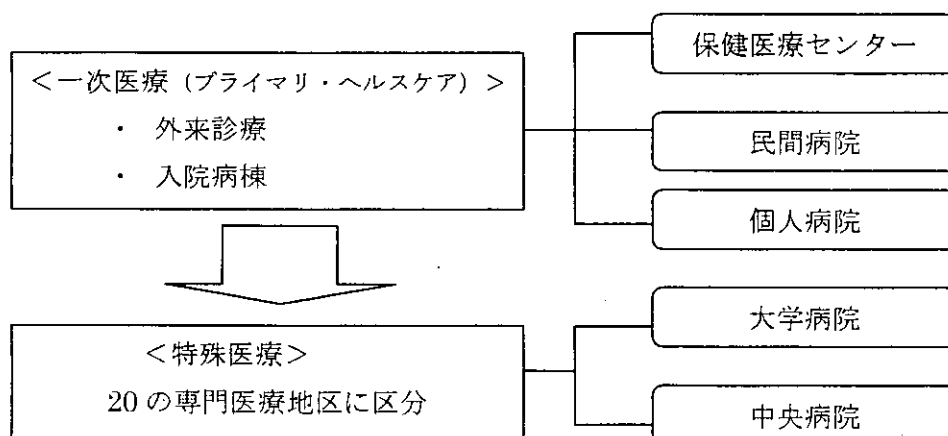


図 2. フィンランドの病院システム

フィンランドでは、医療現場のリスクマネジメントに取り組みために1993年3月1日にヨーロッパで初めて患者の権利向上を目指した「患者の権利と地位に関する法令」が施行され、患者自身が健康状態に関する情報と自分に施される医療方法について納得するまで知る権利が保証された。この法律が遵守されるために保健医療センターも含め各病院では「オンブズマン」が設置されることが義務付けられた。

C. フィンランドにおける妊娠・出産・育児のサポートシステム

1. 出生状況

2000年のフィンランドの出生数は56,742人、普通増加率（年央人口1,000人に対する出生率）は11.0となっている。普通増加率は1996年11.8から年々減少傾向にある。

1998年の後期胎児死亡数（妊娠26週以上の胎児死亡数）は150人となっている。死亡率については不明である。1999年の合法的人工妊娠中絶数は10,819人である。

1998年の乳児死亡数（胎児死亡を除く1歳未満の乳児死亡数）は239人、乳児死亡率（出生1,000当たりの1歳未満の乳児死亡数）は4.2である。乳児死亡率は、1996年4.0、1997年3.9であり、4代を前後してほぼ横ばいに推移している。

1999年の妊産婦死亡数は2人、妊産婦死亡率は3.5となっている。妊産婦死亡率は、1991年4.6、1993年3.1、1995年1.6、1997年5.1、1998年5.3であり、いずれも低い値であるが年によってばらつきがみられる。

表2. フィンランドの出生状況

出生数 および 普通増加率（2000年）	56,742人 11.0
後期胎児死亡数（1998年）	150人
合法的人工中絶数（1999年）	10,819人
乳児死亡数 および 乳児死亡率（1998年）	239人 4.2
妊産婦死亡数 および 妊産婦死亡率（1999年）	2人 3.5

2. 妊娠・出産・育児のサポートシステム

フィンランドでは、政府の強力な主導のもとに、効率を優先した中央集権的出産ケアを確立してきた。1930年代以降、子供は国にとっての宝物であり、生まれてくる子供と産む女性を大切にすべきである、という考え方が確立し、現在でも母子保健サービスの基本となっている。

1987年から始まった出生登録（Birth Register）は1996年に改善され、周産期に関わる細かいデータが登録されており、サービス評価をはじめとするさまざまな研究に使用可能な体制がとられている。

a. 妊娠期

(1) 妊娠時の受診システム

フィンランドには「ネウヴォラ（Neuvola）」という国民すべての健康管理と医療行為にたずさわる地域の保健相談所（日本の保健所に相当）がある。女性は妊娠すると、ネウヴォラへ電話で予約を入れ、健診を受ける。ネウヴォラ（Neuvola）で妊娠が確認されると「母親手帳」と「父親手帳」の交付を受け、出産までの両親学級や妊婦健診、出産後の子どもに対する予防接種などが受けられ、子育てなどで悩んだ場合もネウヴォラで相談サービスが受けられる。

妊娠中の健診は殆どネウヴォラの公衆衛生看護師によって行われるが、あるレベル以上のハイリスク妊婦は、病院へ紹介される。妊娠初期・中期・後期に各1回、定期的に一般医（GP）の診察を受けることとなっている。

出産は、居住地域によって割り当てられた地域の病院から希望する施設を選択し、そこで行う。妊婦健診を担当したチームが出産に関わることはない。産後の母子のケアは、妊婦健診をおこなったチームによって行われる。フィンランドにおいては、妊娠・出産・産後の継続ケアは、システムとして対応できない状況にある。

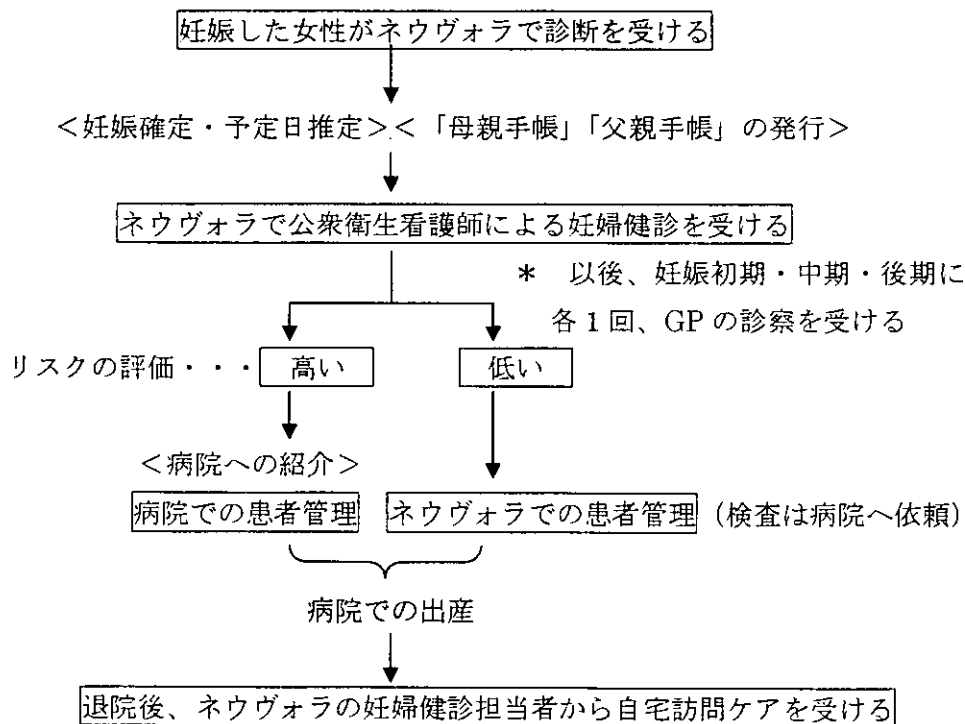


図3. フィンランドの妊娠時の受診システム