

妊婦は、ネウヴォラから発行される妊娠証明書を「ケラ (Kela)」と呼ばれる各地域の社会保険機構に持参すると、自治体から養育費、母親手当、およびアイティウスパッカウス (Aityspakkaus) と呼ばれるベビー用品一式が支給される。アイティウスパッカウスは一種の給付金として現金で受け取ることもできるが、日本円で4万円相当の育児用品が支給されるとあって、多くの妊婦は現金ではなく現物で受け取っている。

*付記：以前は助産師が妊婦健診を担当していたが、1972年の公衆衛生令 (Public Health Act) により、助産師は病院内に入り、健診は公衆衛生看護師と一般医 (GP) によって行われるようになった。公衆衛生看護師や GP は、妊婦のみならず、小児から老人まで広くケアを提供する。妊娠・出産に関して公衆衛生看護師はわずか1ヶ月しかトレーニングを受けていないが、本人たちの努力と支援システムがあることで十分に機能しているという。

(2)妊婦健診の内容

ネウヴォラへの通院回数は、日本と同様、妊娠初期は4週間に1回、妊娠後期 (28週) 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。診察内容は、尿検査、血圧、体重、触診、児心音の聴取がメインであり、内診、血液検査、超音波検査の時のみ、出産する病院に妊婦が出向いて検査を受ける。

両親学級は、通常妊娠6ヶ月を過ぎた頃から、ネウヴォラおよび出産予定の病院で行われるクラスに参加するよう指導される。開始時間は夕方の遅い時間帯で、仕事の後でも参加しやすくなっている。

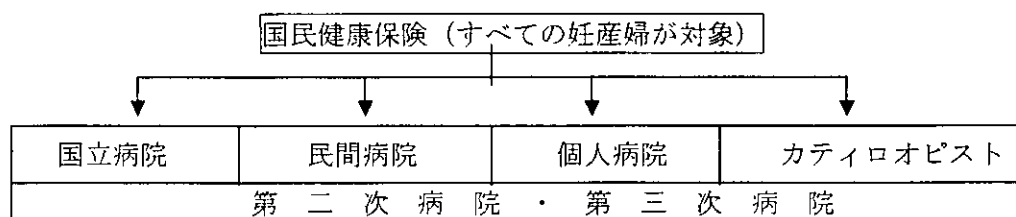
b. 出産期

(1)出産施設の種類の選択

フィンランドの出産の主流は、国立・民間・個人病院の、第2次・第3次施設で行われる医療管理を中心とした病院出産である。出産は、原則として、定められた病院圏内の施設を女性が選ぶセンター化システムが採用されている。選ばれる病院側は、いかに消費者に指示されるかにより、つまり分娩数によって予算が配分される。年間分娩取り扱い数は、少ないところでも500、多くは3,000から5,000近くのケースを扱っているが、どの施設でも丁寧なケアが受けられる。

一般の病院の他に、「カティロオピスト (Ka:tilo:poisto)」と呼ばれる助産師学校附属の病院が産科施設として利用されている。ヘルシンキ最大のカティロオピストでは、家族中心、女性中心の出産へのさまざまな試みが行われており、その影響はフィンランド全国に及ぶ。妊婦の望むあらゆるスタイルの出産に対応できるようになっている他、産婦人科のより精密な検査も行う。

研究者やケア提供者たちは、out-of-hospital birth（病院施設外の出産）のもつ潜在的な需要と可能性は理解しながらも、フィンランドの現況としては施設内出産以外のオプションを考えにくいと理解している。



* 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

図4. フィンランドの出産施設の選択

(2) 出産環境

病院は、静かさ、清潔さ、スペースが十分確保される作りとなっている。分娩室には個室となっており、普通のベッド（日本のような分娩台はない）、家族がくつろげるためのソファ、麻酔設備、トイレ・シャワー、TV、CD プレーヤーなどが設置されている。産後の部屋は個室、2人部屋、4人部屋、ファミリールームなどの多様なタイプがある。それぞれに使用料が異なっており、利用者の希望で選べるようになっている。

出産時の配偶者立ち会いは84%と、日常的に行われている。産後は3.4日入院するが、夫や子どもとともに過ごせるファミリールームが用意されている施設が多く、出産、産後の時間を父親や家族と分かち合うことを推奨している。こうした家族中心の出産のケアに向けた動きは、フィンランドでは1998年頃から起こり、施設の多くが出産の夫立ち会いと産後のファミリールームの整備を行ったといわれる。

三砂（2002）が行ったフィンランド女性への聞き取り調査によると、女性たちは現在の出産ケアサービスに満足しており、出産に付添った夫も一様に家族としての出産と産後の経験を喜んでいるという。

(3) 医師と助産師の役割分担

フィンランドでは、医師数の不足から助産師（カティロ Ka:tilo と呼ばれる）が出産の中心的役割を担ってきた歴史があり、現在でも正常産のケアの担い手は一貫して助産師である。産科医はリスクグループ中心の産科医療を行い、正常産には関わらない。フィンランドでは歴史的に助産師と産科医は競合関係ではなく、職種間転換もなかった。むしろ、助産師と公衆衛生看護師の間など、他職種間に転換がみら

れる。

通常、病院には 50～60 人の助産師がおり、出産の開始から終了まで 1 人の助産師がその産婦をケア・分娩介助する。出産とともに介助そのものも施設化されており、他のヨーロッパ諸国で起きたような、助産師からの自宅分娩、助産所での出産、といった提言はされることがなかった。これは、助産師が自然出産のケアを担当する、という意識が強く、病院内での自立的な助産活動を展開することができたから、とみられている。

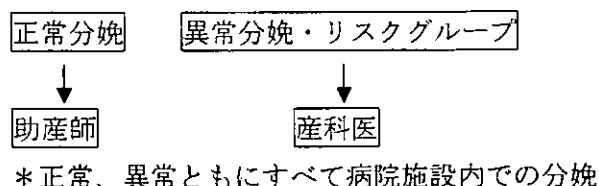


図 5. フィンランドの産科医と助産師の役割分担

会陰切開以外の医療介入は増加の傾向にある。地方分権化推進のもとに、施設間格差も大きくなり、極端に介入の多い施設もある。例えば、硬膜外麻酔使用率は全国で 40% であるが、ヘルシンキの大病院は 60%、地方の中規模病院では 13% である。全体として、いわゆる第二次以上の病院施設出産では、すべての医療介入は多くなる。例えば、分娩監視装置はルーティンで使用されている。カティロオピスト（助産師学校附属病院）でも硬膜外麻酔使用は全出産の 60% に及ぶ。

(4) オープンシステム

フィンランドでは助産師に自律した開業権がないことから、意識の高い助産師は、病院で働く傍ら、限られた数の妊婦を自宅訪問し、自らの働く病院でお産をしてもらうオープンシステムを利用することにより、継続ケアを実施しようとしている。

c. 産褥期・育児期

(1) 産褥入院日数

産後、正常分娩の場合は通常 3～4 日間病院で過ごす。

(2) 届け出制度

フィンランド国籍の場合、新生児が生まれると、出生先の病院は速やかに各市にある住民登録所「マイストラッティ (Maistraatti)」にコンピュータでデータを送信し、新生児の ID 番号を取得するという手続きを踏む。そのため、公には名前より先に ID 番号が取得されているという状態になり、親権者が後日自宅に郵送される書

類に名前を記入し、返送することによって名前を届け出る仕組みになっている。

(3)退院後の継続医療

退院後、産後約 1 週間で、妊娠時に担当したネウヴォラの公衆衛生看護師による家庭訪問がある。その後は母親が自ら 6 週、3 ヶ月、4 ヶ月…と予約をとり、ネウヴォラで健診を受ける。児の身長・体重測定、予防接種などが行われる。

(4)産休制度

就学前の子どもをもつ母親の 80%がフルタイムで働くフィンランドでは、保育は大きな関心事であり、中央政府、地方政府は保育に大きな補助を与えている。

母親や父親は自宅で生後 1 ヶ月まで子どもを保育する。子どもと共に自宅にとどまる親は産休をとることができ、その後自分の職場に復帰する権利がある。親は参級期間中、国の健康保険制度のもとで本人の通常所得の 66%に当たる育児手当を受給する。親が産休をとる前に雇用されていない場合も最低限の手当てを受給することができる。

親には、産休が終わった後で自治体のデイケアか在宅保育手当の受給のいずれかを選ぶ法的権利がある。地方当局は、デイケアサービスを必要とするすべての家族にサービスを提供する責任がある。現在、3 歳未満の児童の親が、デイケアか在宅保育手当の受給のいずれかを選ぶことができる。

親にとっては在宅保育手当を受給して最初の数ヶ月～1 年間、家で子どもを保育するのが当然のことになっている。親はこの保育期間が終わったあともなお子どもを自治体のデイケアセンターに預ける権利をもつ。親は家で乳児を保育している期間、仕事は持ちつづける。

7 歳未満の児童の親は、勤務時間を 1 日 6 時間または週 30 時間に短縮する権利がある。中央政府は勤務時間の短縮を選んだ親に対し、所得補償として月額 489FIM を支給する。しかしその利用率はあまり高くない。

d. 医療従事者の数と資格

(1)医師

2000 年現在、全国に約 584 人の産科医が活動している。

ネウヴォラで妊婦健診に関わる一般医 (GP) は 1.950 人である。

(2)助産師

2000 年現在、全国に約 4.220 人登録され、約 2000 人活動している。

現在 EU では、ダイレクトエントリー助産師 (ヨーロッパにおける殆どの助産師教育) は 3~4 年、看護助産師の場合は 4 年半の教育年限を基準として定めている。

る。フィンランドでは現在のところ、ダイレクトエントリーではなく、日本と同様に看護助産師の教育制度をとっており、EUの基準に従って、看護教育を3年半、それに引き続き1年間の助産師教育を行っているが、看護の入学試験の段階で、一般の看護師と助産師を分けているため、少なくとも「助産師になる意欲のある人だけが4年半の助産師コースに入ってくる」状況にはなっている。助産師になるためには40例の出産（EU基準）、100例の産前健診、100例の新生児ケアの実習が義務付けられている。看護師と比べ助産師は常に人気の高い職種であり、優秀な学生が集まる。

(3)保健師（公衆衛生看護師）

2000年現在、ネウヴォラで妊婦健診に関わる公衆衛生看護師は12,941人である。

e. 産科医療をめぐる問題

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、現実に医療介入も増えつづけており、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。

社会学者 Sipra Wrede 氏によると、フィンランドの出産ケアは「よき理由によってなされた誤った決定（Wrong decisions made by good reasons）」の連続による、一貫しないモザイクのようなシステムである。また「フィンランドの母性保健サービスは、システムのニーズで進められてきたものであり、女性のニーズをサポートしてきたことはない」という（三砂,2002）。

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。

付記：1920～1930年にかけて、フィンランドにおいて出生率の低下および高い乳幼児死亡率と妊産婦死亡率に関する憂慮が高まると共に、ヨーロッパ全体で子どもの福祉に関する関心が高まったことを契機に、各市に母性ケアセンターと小児ケアセンターができ、助産師と公衆衛生看護師を雇うことになった。出産はずっと自宅で行われていた。

1960～1970年代にかけて、技術革新と共に産科学は医療介入指向を強めていき、出産の施設化が社会政策として進められた。フィンランドでは、助産師による自宅出産、小さな助産所での出産が一挙に大規模施設へと移っていき、小規模な病院の必要性は議論されないままに終わった。例えば、病院外の助産師によるバースセンター（病院附属の助産所）設立の動きは、助産師

側からもおこらず、また中央集権的なフィンランドのヘルスケアシステムの中でも考慮されることはなかった。

またこの頃、地域のプライマリケアを担当する保健センターを作る構想が立ち上げられた際、公衆衛生看護師に妊婦健診を担当させることが提案された。これは、妊娠・出産の継続ケア否定の始まりであった。

以上

資料・文献

A. フィンランドの概要

1. 国土、人口動態、歴史

- 1) ヨーロッパ連合編, 猪口孝監訳 (2003), ヨーロッパ統計年鑑 2002 (1900-2001年), 東洋書林.
- 2) <http://www.kmatsum.info/suomi/finfo/tilasto/vaesto.html>
- 3) <http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/jigyo/TAISAKU/k/H14-4.html>

B. オーストラリアの保健医療制度

1. 保険制度、病院システム

- 1) <http://www.moimoifinland.com/technical/health.html>
- 2) <http://www.moimoifinland.com/technical/system.html>
- 3) <http://www.finland.or.jp/social-j.html>
- 4) <http://homepage3.nifty.com/medio/archives/kennri/belgium.html>

C. オーストラリアにおける妊娠・出産・育児のサポートシステム

1. 出生状況 (各種統計・母子保健統計)

- 1) ヨーロッパ連合編, 猪口孝監訳 (2003), ヨーロッパ統計年鑑 2002 (1900-2001年), 東洋書林.

2. 妊娠・出産・育児のサポートシステム

- 1) 竹内正人 (2002), フィンランドの出産ケア事情, 日産婦医会年報 (平成 14 年 4 月), <http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/jigyo/TAISAKU/k/H14-4.html>
- 2) 三砂ちづる (2002), フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56(2):67-75.
- 3) <http://www.moimoifinland.com/technical/children.html>
- 4) <http://www.finland.or.jp/social-j.html>
- 5) <http://www.medical-tribune.co.jp/ss/2001-10/ss0et01.html>
- 6) <http://langaspl.tripod.com/suomi/daiary/finwords.html>
- 7) <http://www.geosities.co.jp/SilkRoad-Forest/3507/a/airiysl.html>
- 8) 「北欧に続けーフィンランドの少子化対策 成功例は日本にもヒントにー」, 読売新聞, 2003 年 11 月 26 日朝刊.

目次

A. オーストラリアの概要

1. 国土および人口動態
2. 略史

B. オーストラリアの保健医療制度

1. 保険制度
2. 病院システム
 - a. 医師の役割分担
 - b. 病院の機能分担

C. オーストラリアにおける妊娠・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) 妊娠時の受診システム
 - (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) 出産給付金
 - c. 産褥期・育児期
 - (1) 産褥入院日数
 - (2) 退院後の継続医療
 - (3) 保育所
 - (4) 育児支援制度
 - 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. オーストラリアの概要

1. 国土および人口動態

オーストラリアの国土面積は7,741,220 km²と米国や中国と同程度の広大な面積を誇る国である。その人口は2000万人弱(17,892,423人;2000年)、人口密度は2と少なく、その大半が首都キャンベラを含むわずか5つの主要都市に集中している。オーストラリアの1995~2000年にかけての年平均増加率は1.2である。

オーストラリアの正式名称は「Commonwealth of Australia」であり、6つの州と北部準州および首都特別地域からなる連邦制の立憲君主国である。6つの州のうち、最も人口が多いのはニュー・サウス・ウェールズ州であり、面積は80,1600 km²で、この州だけでも日本の約2.12倍の広さがある。州都はシドニーである。

2001年現在、オーストラリアで出生した人は国民の約78%であり、その他のオーストラリア人口は150カ国以上の国からの移民で構成されている。

表1. オーストラリアの国土および人口動態 (2000年)

国土面積	7,741,220 km ²
人口(人口密度)および人口増加率(1995~2000年)	17,892,423人(2) 1.2
オーストラリア国籍の国民割合	78%(他150カ国以上の移民で構成)

2. 略史

オーストラリア発祥の地として、シドニーの歴史は古く、オーストラリアで最初に移民団が入植した土地である。1788年に第1次移民船団(英国人の移民)がロックスに到着したことがきっかけとなり、その後オーストラリアを代表する金融・経済・観光の中心地として発展し、現在に至っている。

1901年にオーストラリア連邦政府が確立するまでは、上記の州は英国の植民地としてそれぞれ独立して存在していた。そのため、国家で統一された法律もあるが、保健医療制度に関わる細かい規則やシステムは州ごとに異なっている。

B. オーストラリアの保健医療制度

1. 保険制度

オーストラリアの医療保険制度は、連邦政府の政策にのっとり、州政府によって定められている。

オーストラリアは1984年にMediCareと呼ばれる国民皆保険制度を導入した。Medicareは、オーストラリア国籍保持者・永住権保持者(以下「市民」)であれば誰に

でも与えられる。税金として、収入の1.5%（年収\$100,000以上の場合、さらに1%）が Medicare のために収められている。したがって、「市民」であれば、公立病院は全く無料で治療が受けられる。

さらに、67.4%のGP（General Practitioner 家庭医）は、Bulk-Billing といって、全く無料で診療を行っている。費用は、医師から直接 Medicare に請求されるためである。

医師によっては、規定の額よりも多く患者に請求するが、その場合は、その差額のみを患者が自己負担する。

残念ながら、この Bulk-Billing の制度は、今、存続が危ぶまれている。訴訟件数の増大による医師の保険料引き上げにより、政府の指定する金額では医師の採算が合わないことがその原因である。政府も医療費の増大により、Medicare 財政が厳しく、解決が難しい。現在、国会では、子供や年金生活者・生活保護者を診察したGPには、診察1回あたり\$5多く支給し、Bulk-Billing のGPを80%に増やすべく、法改正を進めている。

保健医療に関わる法制度は、各州によって若干異なるが、Health Law や Public Health Law などを中心になっている。細かい施策については、National Health Act、Legislation などに定められている。その他に、State Health Act、Nurses Act、Trade Practices Actなどがある。育児に関しては、Welfare Law Child Care Actも関わっている。

2. 病院システム

オーストラリアの病院はオープンシステムをとっており、一般医（GP）や専門医は、特定の病院と契約してその医療設備や医療機器を自由に使用することができる。彼らは、患者に手術や特別な検査が必要なとき、その処置に都合のよい契約病院に患者を送る。これらの医師は、4畳半～8畳ほどの小さな診療オフィスで聴診や触診、レントゲンの診断、予防注射など簡単な外来診療をし、あとは必要に応じて患者の入院している病院をまわり、指示を与える。

大学病院や大きな公立病院など教育病院としての役割を果たしているところでは、病院専属医とインターンが常勤しているが、主治医の専門医は手術や診察が終わるとすぐに病院を去る。私立の病院では、医師は常勤していないことが多い。

なお、オーストラリアで「地方；rural」というと、学校まで数10km、近くの町まで300kmというような場所であるため、都市部と同様の医療設備を完備するのは非常に困難である。このようなエリアには、「Flying Doctor」というシステムがあり、GPで対処できないような重症患者の場合は、ヘリコプターやセスナに乗った医師が飛んできて、治療をしながら、最寄りの大病院に転送することになる。

a. 医師の役割分担

〔1〕 一般医 (General Practitioner : GP)

オーストラリアでは、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。GP 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、自身の手には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。

このシステムの問題点としては、体調がすぐれないときに患者が採血やレントゲンのために遠方の病院まで足を運ばなければならなかったり、再度 GP に結果を聞くためにアポイントを取らなければならなかったり（その都度料金を支払う）と、何事も一度では終わらないことに対する患者の不満が挙げられている。一方で、こうしたシステムによって過剰医療が少なくなり、医師や病院が変わっても検査結果がしかるべき医師や病院に回されるため、同じ検査が繰り返されることがないという利点もある。

患者の身体的負担を軽くし、また医療費節約にもつながる点では、有効なシステムであるといえる。

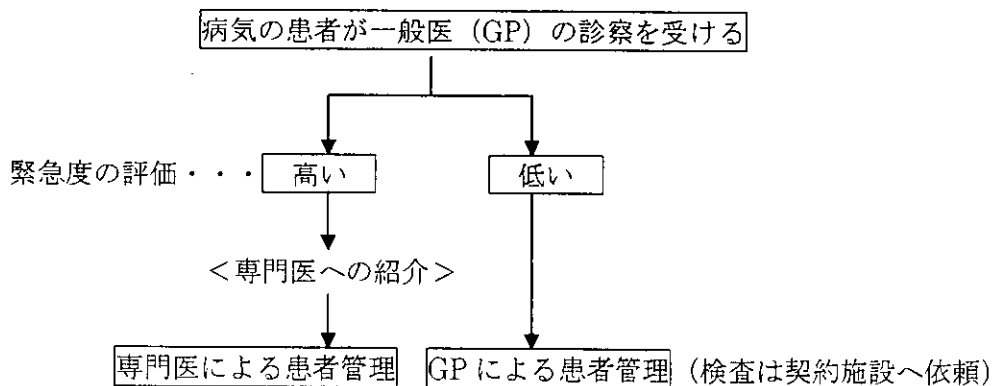


図 1. オーストラリアの受診システム (医師の役割分担)

〔2〕 専門医 (Specialist)

オーストラリアの専門医は、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。各科はさらに細分化されており、例えば胸部外科医は胸部の手術のみ、胆石症は腹部外科のみ、癌患者は腫瘍学の医師のみが担当する。患者が合併症を有する場合には、その疾患を専門とする医師が治療にあたり、時には 1 人の患者に 3~4

人の専門医が関わることもある。

b. 病院の機能分担

患者が一般医（GP）から病院を紹介されたとき、MediCare に加入し公立病院を利用するか、もしくは民間の健康保険に加入して私立病院を利用するかは国民の任意による。

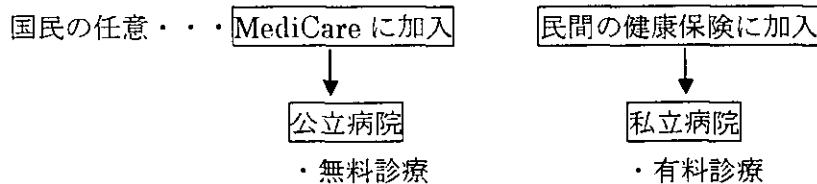


図 2. オーストラリアの受診システム

[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、大学病院と州立病院に分けられる。患者は通常は一般医（GP）の外来にかかるが、救急の場合は直接こうした病院に行くことができる。MediCare 加入者は、公立病院での治療は一切無料で行われ、救急外来においても無料で診療が行われるため、多くの患者が公立病院に行くが、状態に応じて一般医（GP）の所へ行くことを薦められる患者もいる。

政府が予算不足のため、毎年医療費を削減している。そのため、多くの公立病院では予算がないために病棟を閉鎖したり、緊急以外の手術を受ける患者を半年から 1 年以上待たせたりしており、公立病院の運営は近年社会問題となっている。

[2] 私立病院 (Private Hospital)

国や州から予算が与えられない病院を、私立病院という。オーストラリアの私立病院には、医師が経営者となり利潤を目的として運営される病院と、コミュニティや協会団体が基盤となって運営し利潤を上げることを目的としない病院がある。

私立病院は一般に、患者に対して高い治療費を請求する。手術を受ける場合、手術室利用料として 300～800 ドル（日本円に換算して 3～8 万円）、1 泊すると集中治療室で 700 ドル（7 万円）、病棟で 350～450 ドル（3.5～4.5 万円）、加えて外科医と麻酔科医からも料金を請求される。さらに医師は私立病院で治療を受けている患者には、医師会で定められた定額料金以上の治療費を請求することができるため、患者の出費はかなり高額になる。

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。

C. オーストラリアにおける妊娠・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

オーストラリアにおける妊娠・出産・育児に関する法規定は、各州によって若干異なるが、Health law, Public Health Lawなどが中心になっている。細かい施策については、National Health Act, Legislation, State Health Act, Nurse Act, Trade Practices Actなどに定められている。育児に関しては、Welfare Law Child Care Actも関わっている。

2. 出生状況

2000年のオーストラリアの出生数は248,861人、普通増加率（年央人口1,000人に対する出生率）は13.0となっている。普通増加率は1996年13.9から年々減少傾向にある。

2000年の後期胎児死亡数（妊娠26週以上の胎児死亡数）は997人となっている。死亡率については不明である。

2000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1,212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4.9である。乳児死亡率は、1998年5.0、1999年5.7であり、5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13、妊産婦死亡率は5.2となっている。妊産婦死亡率は、1991年3.5、1993年6.1、1995年8.2、1997年4.8、1998年2.0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。

オーストラリアにおいては施設での分娩が主流であり、2000年は施設分娩が97.1%、バースセンターでの分娩が2.2%、自宅分娩が0.3%となっている。

表2. オーストラリアの出生状況（2000年）

出生数 および 普通増加率	248,861人 13.0
後期胎児死亡数	997人
乳児死亡数 および 乳児死亡率	1,212人 4.9
妊産婦死亡数 および 妊産婦死亡率	13人 5.2

施設分娩	97.1%
パースセンターでの分娩	2.2%
自宅分娩	0.3%

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

オーストラリアでは、妊娠の可能性のある女性はまず一般医 (GP) の外来に行き、血液検査等で妊娠判定を受け、GP から予定日を教えてもらう。女性は、自分の希望に合う産科施設を GP から数名紹介される。または Yellow Page の Medical Practitioner の項に掲載されている Obstetrics/Gynecology、GP Obstetrics、あるいは Childbirth Services から好みの医師や助産師を選ぶ。女性が施設を決定したら、その施設に宛てた紹介状を GP に書いてもらい、女性はその紹介状を持って施設を受診する。以後、女性は定期健診から出産、出産後の母子健診までをその施設で受けることとなる。

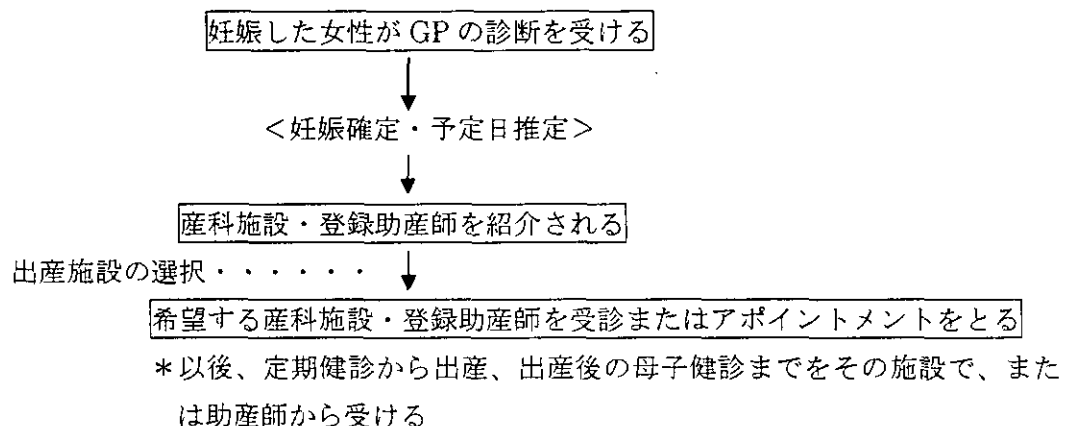


図 3. オーストラリアの妊娠時の受診システム

(2) 妊婦健診の内容

公立病院の場合、妊婦健診は主に公立病院の助産婦外来で行われる。ただし、初回のみ、公立病院外来に所属している「産科専門医」に診察を受けることが多いようである。(この場合、産科専門医は、個人のビジネスとしてではなく、公立病院の Visiting Medical Officer (産科チームの相談役) として診察するため、無料である)。以後は、助産婦の健診となる。異常がある場合は、resident または、registrar の診察に回される。各種検査は病院内で行われる。

一方、私立病院の場合、妊婦健診は、産科専門医のオフィスに毎回通う。血液検査・超音波検査等は、医師に検査指示書をもらい、通常各検査会社のオフィスに出向き、そこで行われる。

通院回数は、日本と同様、妊娠初期は4週間に1回、妊娠後期（28週）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。バースセンターの場合、妊娠初期に1度は附属病院の専門医の健診を受ける必要がある。

診察内容は、尿検査、血圧、体重、触診、児心音の聴取がメインで、正常経過の場合、内診は出産時まで行われない。超音波検査は妊娠18週頃に1回実施するのみであるが、超音波専門の医師が1時間位かけて入念に検査をする。血液検査については、妊娠初期の検査項目は日本と同様であるが、妊娠28週目には血中糖度負荷テストも実施される。35歳以上の妊婦の場合、妊娠初期にトリプルマーカー検査について説明され、妊婦の希望により実施される。

母親学級は、通常妊娠8ヶ月を過ぎた頃から、出産予定の病院で行われるクラスに参加するように指導される。開始時間は夕方6時半と、仕事の後で参加できるような時間となっている。

b. 出産期

(1) 出産施設の種類の選択

オーストラリアの女性が出産する場合、以下5つの選択肢が与えられる。

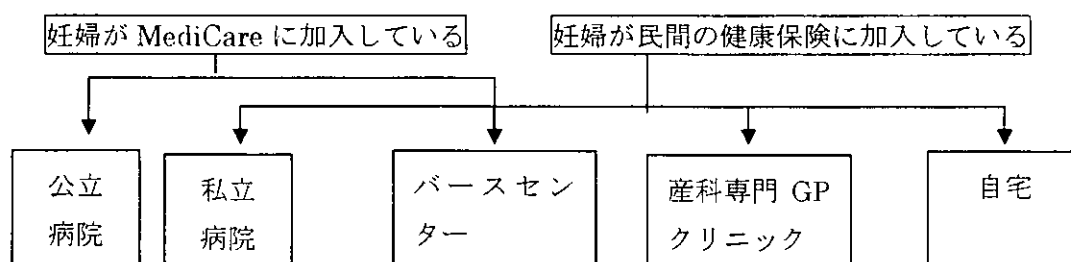


図4. オーストラリアの出産施設の選択システム

① 病院の産科での出産

上述の通り、オーストラリアの病院は公立（Public Hospital）と私立（Private Hospital）に分かれている。MediCareを適用し公立病院で出産する場合、どの病院で出産するかは、通常、居住地により決まる。担当医師を指定することはできず、その日の当直医師に診察される（毎回違う医師の可能性もある）が、費用の個人負担はない。通常の入院期間5日となっている。一方、私立病院は、通常、民間医療保険に加入している人が対

象となり、自分の選んだ（あるいは紹介された）「産科専門医」が提携し、かつ、保険会社が提携している病院で出産する。私立病院では医師を自分で指定でき、妊娠全期を通じて同じ医師に診察される。入院期間も希望に応じられるが、費用は4000～5000ドル（40～50万円）以上かかる。

MediCare 適用外の妊産婦が、公立病院を Private 患者として利用する場合には、医師を指定することができ、費用も私立病院に比べれば割安となる。施設やサービスの内容は病院によりかなり異なる。

② パースセンターでの出産

いくつかの公立病院に、附属のパーセンターが設置されている。パーセンターでは、助産師 (Midwife) が主体となって正常妊娠・分娩を扱い、私立病院に劣らない整った施設・設備とゆったりとした家庭的な雰囲気の中で、医療介入の少ない自然な分娩が行われている。入院期間は一般に短く、出産後 24 時間の退院も珍しくない。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 産科専門 GP クリニックでの出産

産科専門医および GP の中でも産科を扱う医師がいるクリニックで、妊娠から出産、産後まで一貫して 1 人の医師にみてもらうことができる。出産は一般に、そのクリニックでは行わず、その医師が指定する病院で行う。

④ 自宅での出産

オーストラリアでは出産の主流は病院分娩であるが、自宅での出産も 0.3%ほどある。自宅出産を希望する女性は、Yellow Page などを手がかりに登録助産師への連絡先を調べ、電話や書面で連絡をとる。費用は 1000 ドル程度（約 10 万円）で、MediCare の適用はない。正常妊娠・分娩のみを扱う。

開業助産師 (Independent Midwife) は、自宅分娩 (Home Birth) は行うが、自分の家に入院させるという方法はとらない。妊婦健診は、妊婦の自宅を訪問し、家族、特にパートナーや子供を交えて出産教育をする。必要な検査は、GP を介して手配される。

Independent Midwife による自宅分娩で、医療介入が必要となった場合、産婦は病院に搬送される。その病院にその助産師が登録してある場合は、医師とともにその助産師が分娩を扱うが、登録していない病院に搬送された場合は、搬送先の医師が指揮を取り、助産師はサポーターとして産婦に付き添う。しかし、Home Birth にいたる妊婦の管理は非常に行き届いており、緊急搬送される産婦は非常に稀である。

Independent Midwife は、骨盤位分娩も自宅分娩で扱う。出血時の応急

処置などは、あらかじめ提携医師との間に「Standing Order」で取り決められた方法（輸液や子宮収縮剤の投与など）が適用される。

⑤ Shared Care

以上の他に、「Shared Care」というシステムがある。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で行い、初回の専門医の診察と、数回の病院外来日以外は、病院に来る必要はない。GPで異常が疑われる場合は、公立病院に受診する。Shared Careの場合、分娩そのものをGPは扱わない。異常がない限り、公立病院の助産師がinitiativeを取る。

(2) 出産環境

病院やクリニックの場合、分娩室は広々とした部屋に普通のベッド、テーブル、椅子が置かれ、別室にトイレとシャワールームがあり、医療用機器はベッドの後ろにカーテンで隠された状態となっている。分娩台を使用することは殆どない。

パースセンターの場合も、産婦と家族が自分なりのスタイルで過ごせるよう、シャワー・トイレ、電話、キッチン付きの個室で、LDRタイプの出産環境が提供されている。パートナーが寝泊りできるようにベッドはクイーンサイズのものが用意されている。部屋数は3、4部屋と少なく、水中出産用のプールも別室に用意されている。

夫や子どもの立ち合い率が高く、病院にプライベートの助産師を連れて行くこともできる。

(3) 医師と助産師の役割分担

オーストラリアでは、日本と同様、助産師は正常妊娠・分娩のみを扱い、医師は主に異常妊娠・分娩にたずさわる。オーストラリアでは、公立病院における自然分娩は、助産師が介助するのが当前のこととなっている。たとえ、医師がナースステーションでコーヒーを飲んでいたりしても、分娩が正常に経過している限りは医師を呼ぶことは必要ないとされている。産婦は入院から出産まで医師に会わないこともある。

異常が予測される場合には、医師に経過が報告され、必要であれば、医師が診察する（陣痛誘発や促進の必要性、合併症など）。女性がパースセンターもしくは自宅出産を選択した場合、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。しかし、予測された問題が起こらずに進行すれば（一時は医師に診察を受けたケースでも）、やはり分娩そのものは助産師によって介助される。

医師が分娩介助するのは、帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩、骨盤に分娩（場合によっては、助産師による）などの場合に限られる。Resident 研修医が自分の課題と

して自然分娩を介助することがあるが、この場合は、医師ではなく助産師の監督の下に分娩介助をする。

民間健康保険に加入して、Private Obstetrician 産科専門医を指定した場合は異なる。産婦は、自分の指定した産科専門医のオフィスで妊婦健診を受け、産科専門医が提携した私立病院（ときに公立病院。ただし、扱いは private patient）に入院する。分娩は、その医師が立ち会うことになるが、現実には、分娩経過中は、その病院の助産師がケアをし、適時医師と連絡を取り、医師が「分娩の瞬間に間に合うように」呼び出す、ということになる。

つまり、通常自然分娩は助産師が、器械による分娩は医師が取り扱う。プライベート産婦は（分娩経過によらず）医師が介助する、というのがオーストラリアの特徴である。

医師と助産師がそれぞれ担当する異常と正常の判断基準については、各病院に、各条例や施策に基づいた非常に細かい Protocol が作られている。Protocol は、病院の審査委員会で認可される必要がある。

(4) オープンシステム

前述の通り、オーストラリアでは「Shared Care」及び Independent Midwife による「Home Birth」でオープンシステムが採られている。

Shared Care の場合、分娩そのものを GP は扱わず、異常がない限り公立病院の助産師が initiative をとる。

Independent Midwife による Home Birth で医療介入が必要となった場合、産婦は病院に搬送される。搬送先病院に Independent Midwife が登録している場合は、医師とともにその助産師が分娩を扱うが、登録していない病院に搬送された場合は、搬送先の医師が指揮をとり、Independent Midwife はサポーターとして産婦に付き添う。しかし、Home Birth に至る妊婦に対する Independent Midwife の管理は非常に行き届いており、緊急搬送される産婦はごく稀である。Independent Midwife は骨盤位分娩も家庭分娩で扱う。出血時の応急処置などは、あらかじめ提携医師との間に「Standing Order」で取り決められた方法（輸液や子宮収縮剤の投与など）が適用される。

(5) 妊娠および出産にかかる費用

①公費

女性が MediCare 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。

公立病院で働く医療職は、州からの給料を受け取る。分娩件数や異常の有無などは、全く関係がない。

Medicare の場合は、難しいケースで VMO (相談役として) 産科専門医がかかわるとしても、患者にとっては無料であり、専門医も、extra の費用は受け取らない。退院後に、専門医のオフィスに通院する場合は、有料になる (一部 Medicare が補助)。

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る。

保険会社、および保険の種類によってカバーの内容が異なる。出産入院に際し、患者には大きく分けると、4 種類の請求書が来る。

1. 病院からの請求書：純粹な入院料で、部屋・食事、看護料等。多くの場合、民間保険により 100%カバーされる。
2. 産科専門医からの請求書：施術料の請求。分娩の種類によって請求額も変わる。一部 Medicare、残りの 1 部を民間保険がカバーする。残りの差額は自己負担である。
3. 小児科医からの請求書：新生児を診察した医師 (普通は産科医から紹介された医師) からの請求。保険のカバーは産科医の場合と同様。
4. 検査料：入院中に行われた検査がある場合、請求される。保険のカバーは産科医の場合と同様。

これらに加えて、分娩中に硬膜外麻酔や帝王切開をした場合は、麻酔科医にもかかるため、もう 1 つ請求が来る。

妊婦健診・検査は入院ではないので、民間保険の対象外である。そのかわり、このような「外来」扱いのものは Medicare が 6~7 割を負担する (政府規定料金 (schedule fee) の 85%といわれているが、実際は、規定料金より請求額が高いため)。全て自費で支払った場合は、約 1 万ドルかかる。

私立病院で勤務している看護スタッフ (助産師を含む) は、病院からの給料以外には支給されない。

前述のように医師の数千ドルの請求額は、患者、保険会社、Medicare によって分担され、支払われる。医師の請求額は schedule fee の設定とは別に個人で設定しているため、医師によって異なる。

(6) 出産給付金

政府による出産給付金は、Maternity Allowance と呼ばれ、\$833.52 が、一時金として Family Assistance Office から支給される。分娩の種類を問わず、一件あたりに支給される。但し、多胎の場合は追加支給がある。

c. 産褥・育児期

(1) 産褥入院日数

オーストラリアでは 1989 年以來、入院日数の短縮化を導入し、公立病院の場合、現在では平均産褥入院日数は、経膈分娩の場合 24~36 時間(2~3 日との報告もある)、帝王切開の場合、5~6 日と報告されている。

もちろん合併症や新生児に黄疸がある場合などは、治療目的のため入院期間が延長される。また、母児に退院の許可が出ても、初産婦で母乳哺育がうまくいかないような場合、助産師の判断で入院を延長できる。

私立病院の場合は、入院期間がやや長く、自然分娩後 5 日、帝王切開後 7 日くらいである。

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

どの公立病院にも、早期退院プログラムがあり、そのための訪問助産師のチームが組まれている。出産後 48 時間以内に退院する場合、通常このプログラムによってフォローされる。訪問に関する基準は、概ね以下のとおりである。

表 3. オーストラリアにおける地域助産師の早期訪問看護基準

訪問開始日	退院後翌日から開始
訪問回数	産褥 2 週間までに平均 2~3 回
1 回の訪問時間	<ul style="list-style-type: none">・ 母子の健康診査・ 児の体重測定・ 母乳哺育確立のための援助・ 育児指導 (オムツ交換など)・ 必要時、ビリルビン測定、ガスリー検査・ 精神的サポート・ 地域育児支援システムの紹介

このプログラムは、病院の助産師により行われているため、助産師が給料以外に受け取る費用はない。公立病院から行われる場合は、もちろん Medicare でカバーされ、褥婦には費用の負担はない。永住者でない場合は、Medicare がないため自費扱いとなる (1 回約 \$85)。ちなみに、私立病院ではこのシステムは非常にまれである。

早期退院プログラムではなく、病院を普通に退院した場合は、病院からの往診は

通常はない。その代わりに、地域看護チームが訪問を行う。

各居住区には日本の保健所のような施設があり、「Early Childhood Centre」というところに、病院から自動的に出産データが転送される。通常は、退院後1週間以内に家庭訪問（往診）が行われ、以後は、母児の状態によっては、数日おきに、あるいは、数週間毎に、往診またはセンターでの健診が行われる。小学校入学までは、定期的に健診を受け、結果を健康手帳に記入してもらう。

日本のような「集団健診」はない。プライバシーを守るため、また、個人の生活パターンや子供の体調に合わせるため、健診は全て、個人単位で行われる。

病院勤務の地域助産師による訪問看護のほか、産後10日目以降には、Maternal and Child Health Service（地方自治体が運営し、州政府により資金援助を受けている組織）に所属する地域の保健師が訪問看護を行っている。地域保健師は、病院やクリニック、バースセンターからの出産通知を受け、褥婦の自宅に訪問する。対象は、新生児から小学校就学前の子供とその家族である。

表4. オーストラリアにおける地域保健師の訪問看護の指導内容

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 母乳育児、健康と成長・ 母親の健康・ 親子関係・ 幼児の事故と怪我防止・ 予防接種・ 住居と車の安全性・ 家族計画 |
|---|

(3) 保育所

2000年12月現在、450,000箇所の保育所が運営され、650,000人の子供が入所しているとされている（Department of Family and Community Services Annual Report, 2000）。

保育所の種類としては、日本の「保育所」によくあるタイプの「Long Day Care Centre」（公立、私立）をはじめ、Family Day Care（審査・認可を受けた一般家庭で保育をする…保育ママ）、臨時保育が頼める（Occasional care）などがある。都市部の病院などには、保育所が完備され、シフト勤務に対応して、夜間まで預かる保育施設も存在する。

学童保育（Outside School Hours Care）は、都市部の小学校の多くに見られるシステムである。学校は通常9時から3時まで開校されるが、始業前と、終業後、通学する小学校の校内で保育が行われる。したがって、子供は、学校から保育所まで移動する必要がない。（オーストラリアでは、低学年の