

子供は、スクールバスでない限り、保護者が送迎することが多く、一人で留守番させることもしない。)

学童保育は、公立校の場合は、地域の市民による「共同保育所」のように運営されたり、保育をビジネスで行っている業者が学校の校舎に来て運営されたりする。

都市部では、2歳未満の乳幼児を預かる保育所が不足し、数ヶ月から、1年も入所を待たされることがある。

(4) 育児支援制度

児童手当に相当するものとして Family Tax Benefit というものが、国の機関 (Family Assistance office, 旧称 Centrelink から) 支給される。たとえば、5歳未満の子供が一人いる場合、最大で、年間 \$ 6,321 (非課税) の支給がある。子供が増えるごとに支給額が増えるが、世帯の収入によって減額される (最低支給額 \$ 1,092)。母子家庭・障害児の場合などは、さらに別の手当が支給される。

保育費用の援助は、Child Care Benefit という名目で支給される。これも、世帯の収入によって減額されるが、子供一人の場合、最大で、週 \$ 137 (年間 \$ 7,124)、二人の場合、週 \$ 286.3、3人では \$ 446.96 と、子供が多いほど一人当たりの援助額が手厚くなる。ちなみに、都市部の保育所 (Long Day Care) の料金は、1日 \$ 40~60 である。

仕事や学業、ボランティア活動などに携わっている保護者の場合、通常週 50 時間までの保育に対し、手当が付く。

専業主婦でも、子供を保育所に入れることは出来る。これは、親 (特に母親) が乳幼児と家にこもって社会から孤立するのを防ぐのに役立っている。この場合、週に 20 時間分までの費用の援助が受けられる (子供一人の場合、最大週 \$ 54.8)。

オーストラリアでは、出産後の職場復帰後は、パーマネント・パートタイム*) で、就業する人が多く、そのため、週に 5 日、フルタイムで保育所に通う子供ばかりではない。働く曜日に合わせて、保育所に入所日を決めるので、週に 3 日通う子供、2 日だけの子供、様々で、料金も普通は 1 日あたり、または時間当たりで請求される。

保護者は、収入よりも子供と過ごす時間を多くしたければ、週の半分は子供と過ごし、半分は仕事をする、ということが出来る。これは、男女とも同様である。

*オーストラリアでは、就業形態が大きく分けて 3 つある。

1. パーマネント・フルタイム : 日本の一般にいう「正規職員」と同様。

例) 週 38 時間勤務。週休 5 日勤務。4 週間に 1 日の有給休暇・プラス年休 20 日。病欠 10 日。10 年勤続すると、勤続休暇年間 15 日など。雇用主による年金加入。

2. パーマネント・パートタイム：フルタイムと待遇は同じ。年休や病休も保障されるが、勤務時間に比例した給与額および休日。例) 週 20 時間の契約なら、給与は約半分。年休は 10 日のみ。年金加入もフルタイムと同様。正当な理由なく解雇されない。
3. カジュアル：日本で一般にいうアルバイトまたはパート。年休、病欠は認められず、雇用主の都合で解雇できる。雇用主の年金加入義務はない。

(5) 母親の健康支援

産後の育児支援事業として、政府の外郭団体が家庭訪問や、産褥入院の受け入れ、24 時間電話相談、などを行っている。これらのサービスはいずれも無料である。公のものとは別に、産後のヨガ、エアロビクス、各種セミナーなども盛んで、これらの参加費用は、民間医療保険が費用の一部をカバーしてくれることもある。

d. 医療従事者の数と資格

(1) 医師

1999 年現在の医師の登録人数は 50,329 名、医師職従事者 47,436 名である。医師職従事者には、Primary care 20,966 名、Hospital non-specialist 4,740 名、Specialists 17,091 名、Specialist-in-training 4,640 名が含まれている。Primary care とは一般に GP を指すが、それ以外のカテゴリー (Hospital non-specialist、Specialists、Specialist-in-training) には、それぞれ産科領域の医師が存在する。※注：医師の呼称が日本とは異なるため、「産科医」というカテゴリーではデータが見つからない。

(2) 看護師 (Registered Nurse ; RN)

1999 年現在の看護職の登録人数は、265,983 名、看護職就業者 221,988 名であるが、これには、Enrolled Nurses (准看護師)、Registered Nurses (正看護師)、Certified Midwife (助産師) が含まれており、半数近くは、パートタイムで働いているといわれる。

RN の養成は、以前は主に州立病院で 3 年間働きながら、もしくは一部の大学で勉強しながら病院実習をし、Diploma (日本でいう短大卒業の資格) を取るというかたちで行われていた。1980 年代後半より各州で看護教育制度改革が始まり、サウス・オーストラリア州では RN の教育はすべて大学で行われるようになった。

オーストラリアには看護師の国家試験というものは無い。大学の授業と病院実習にパスして、その州の看護省に登録すれば資格が与えられる。しかし、各州で少しずつ違いがあり、他の州に転居した場合にはその州の看護省に登録し直さなければならない。

看護師の資格については、Code of Professional Conduct for Nurses in Australia National Competencies for the Registered and Enrolled Nurse が基準となっている。一方、看護師の倫理規定の元になるものが Code of Ethics for Nurses in Australia である。細かい業務内容などは、Nurses Act、Health Act などに定められている。

免許更新は毎年必要である。審査等はありませんが、毎年登録料金を支払い、連絡先を明確にしておく、新しい免許証(1年有効)が送られてくる。

給与等の待遇については、職種別に、Department of Commerce, Office of Industrial Relations 10'のなかで、最低賃金、休暇やその他の手当について保障されている。これを基準に、各州に Nurses' Award というものがあり、給与の詳細が定められている。

Registered Nurse (含 Midwife) の場合、卒後 8 年目までは昇給するが、それ以後は、マネージメント(看護管理)、教育、クリニカルコンサルタント(専門看護師)などの新たなスキルアップをしないと昇給しない。

オーストラリアでは、求人広告に性別や年齢を明記することは、法律で禁止されている。年齢や性別による「差別」となり得るためである。したがって、「定年」もない。本人と、雇用主が「働ける」と思うならそれでよく、履歴書にも年齢・性別は書かない。

オーストラリアの病院では、ベッド数や患者数ではなく患者の重症度や依存度によって看護師数が決められる(例:人工呼吸器装着患者の看護は患者 1 人に対し看護師 1 人)。

各州にいくつかの看護師斡旋会社があり、そこには何百人という看護師、看護助手が登録されている。オーストラリアではすべての看護師が 4~6 週間の有給休暇や病気の場合決められた日数の病欠をとる権利が確保されており、また立場に応じては勉強のため勤務を離れることが許可される。これらの欠員をカバーする、もしくは病棟が忙しいときの追加スタッフを補うため、看護師斡旋会社が使われる。

(3) 助産師

助産師の登録人数は、②に示した通り、看護師に含めた人数でのデータのみ把握できた。

助産師教育については、オーストラリア政府の Department of education

science and training (教育、科学及び研修部門) の Web サイトに掲載されている、Midwifery education Literature review and additional material (助産師教育検討報告書) 2002 年度版に詳しい。

この助産師教育報告書は、オーストラリアで周産期のケアを継続的に行うという新しいモデルを国が導入したことをきっかけに、そのシステムで働ける能力をもつ助産師を養成するために、現行の助産師教育を見直し、未来への提言をまとめるために組織されたものである (大石,2004)。オーストラリアの助産師活動は、助産師が独立した臨床家として異常がない限りは医師の診察や判断を要せず、医師と同じように分娩をひとりで任され行うシステムである。このシステムを運用できる助産師の養成方法について他の西洋先進国の助産師教育制度を総合的に検討した本調査は、教育期間を3年間、分娩介助例数は40例が必要であるとし、形態はダイレクトエントリーが最も適していると結論した。その論議の基礎は、助産は看護とは異なった職業であるから、というものである (大石,2004)。

e. 産科医療をめぐる問題

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、出生率のもとより、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。これは産科に限った問題ではない。

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。もともと、オーストラリアの公立病院は、各地域(区)に中程度の病院があり、ほとんどの場合はそこで治療されるが、高度な医療が必要な場合は、各地域(市)にある大きな「紹介病院」に転送され、そこで治療されるというのが一般的である。

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、以下の点が提案されている。

- ・ 4年間に \$ 2,400,000 の投入
- ・ 子供・年金生活者・生活保護者を Bulk-Billing で診察したときは、\$ 5 医師に追加支給。
- ・ 低所得者の年間医療費が \$ 500 以上の場合、その 80% を政府が負担。
(高所得者の場合は、\$ 1000 以上の場合)
- ・ 2006-2007 年に、1500 名の医師 (海外からも) を増やす。(特に地方の医師を増加)
- ・ 2006-2007 年に、1600 名の看護師を増加。
- ・ 公立病院での無料診療。

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。

謝辞

今回、オーストラリアの分娩事情の調査において、ヒアリング調査に御協力いただきました助産師の松本未乃氏に深く感謝いたします。

参考 産科領域における医師について

産科領域に登場する医師には、大きく分けて、以下の4種類がある。

1. GP (general practitioner)

家庭医。新生児から老人まで、全ての健康問題に対処するが、専門的な検査・治療（手術や専門知識を必要とする内科的管理など）は、専門医に紹介する。症状が落ち着いたり、回復した場合は、またGPに戻される。産科領域では、妊娠の診断および患者の紹介、妊婦健診（「Shared Care」の場合）、産後健診にかかわる。

2. Resident

医学部を卒業して間もない研修医。公立病院で、Registrarの指導を受けながら、各科を数ヶ月ごとに移動し、知識と技術を学ぶ。日本の「インターン」のような存在。妊産婦に異常が疑われる場合、あるいは、妊婦が他の健康問題を持っている場合は、まず、residentの診察に回される。必要な場合は、residentがregistrarに相談し、治療方針を決定する。

3. O&G Registrar

Residentとして一通りの知識と技術を習得し、かつ、産婦人科領域の課程を修めた医師。日本でいう、「産婦人科医」。

4. Gynecologist & Obstetrician

産（婦人）科専門医。一定期間以上のO&G registrarの経験を経て、審査を通過する必要がある。通常、自分のオフィスを持ち（開業）外来診療をすることが出来る。プライベート患者（民間保険保持者）の手術や、分娩も扱う。

また同時に、公立病院のVMO (Visiting Medical Officer) として、Medicare患者（パブリック患者）の外来診察（特に治療方針を決める際）の一部を担当したり、Registrarの治療方針の相談にのったりすることもある。

通常、公立病院に入院すると、Registrarと、Residentの診察を受けることになる。手術も、多くの場合、Registrarが執刀する。しかし、どのRegistrarが執刀するかは、患者は選べない。

公立病院における専門医（VMO）は、相談役のような存在である。知識と経験から言うところ、Registrarより優れているということになる。これら専門医に継続して診察を受け、手術（分娩）をしてほしいという場合は、プライベート患者になる必要があり、全額自己負担するか、民間保険が必要である。

しかし、公立病院の医師でも、複雑なケースについては、常に当番の産科専門医（VMO Visiting Medical Officer）の意見を仰ぐという点では、医療のレベルそのものに大きな違いがあるとは言い切れない。

専門医は、ビジネスとして治療をするため、医療介入をすればするほど収入になる。公立病院の医師は、どんなに医療介入をしても個人の収入にはならないため、余計な介

入をしない。

具体的には、公立病院での自然分娩率が71.8%に対し、私立病院ではわずか55.5%(2000年：NSW州)になっている。訴訟を恐れるためか、Private Patient に対し、予定帝王切開をする専門医がますます増加し、この傾向は、近年さらに顕著になっているという。

資料・文献

A. オーストラリアの概要

1. 国土、人口動態、歴史

- 1) 国際連合経済社会総局編，阿藤誠翻訳監修．世界人口年鑑2000．Vol. 52，原書房．
- 2) <http://www.aerospaceweb.com/location/australia.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.magna.com.au/aplac/nurse/kango01/1.html>
- 2) NSW Department of Health : NSW Public Health Bulletin Supplement Vol 12 *New South Wales Mothers and Babies 2000*, Nov, 2001
- 3) Health Law Public Health Law :
<http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/law2.pdf>
- 4) National Health Act :
<http://scaletext.law.gov.au/html/pasteact/0/173/top.htm#top>

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

- 1) Health Law Public Health Law :
<http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/law2.pdf>
- 2) National Health Act :
<http://scaletext.law.gov.au/html/pasteact/0/173/top.htm#top>

2. 出生状況（各種統計・母子保健統計）

- 1) <http://www.abs.gov.au>
- 2) New South Wales における母子保健の統計：NSW Department of Health；NSW Public Health Bulletin Supplement Vol 13 *New South Wales Mothers and Babies 2001*, Dec, 2002
<http://www.health.nsw.gov.au/public-health/mdc/mdcrep01.html>

3. 妊娠・出産・育児のサポートシステム

- 1) 保育所の種類と利用状況：
http://www.aph.gov.au/library/INTGUIDE/sp/childcare_support.htm#typechild
- 2) 児童手当・保育費用の補助・出産給付金：

目次

A. ニュージーランドの概要

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. 保険制度とその歴史
2. 病院システム
 - a. 医療施設
 - b. 医師の種類
 - c. 施設・病床数

C. ニュージーランドにおける妊娠・出産・育児のサポートシステム

1. 女性のニーズとマタニティケアの歴史と概況
2. 妊娠・出産・育児に関する法規定
3. 出生状況
4. 産科施設数
5. 医療従事者の数と資格
6. マタニティサービスに関する医療費
7. 妊娠・出産・育児のサポートシステム
 - a. 妊娠期
 - b. 出産期
 - c. 産褥期・育児期
8. 医療訴訟に関して
9. 産科医療をめぐる問題

資料・文献

A. ニュージーランドの概要

1. 国土および人口動態

ニュージーランドは、太平洋の南西に位置する緑豊かな島国である。政体は立憲君主制である。人口は日本の約 30 分の 1 であるが、ここ 20 年間めざましいヘルスケアの向上がもたらされている。それに伴い平均寿命も延び、50 年後には 65 歳以上の人口が 26% と推定されており、日本同様ヘルスプロモーションとプライマリケアの充実が課題となっている。日本とは 1985 年よりワーキング・ホリデー制度を実施、姉妹都市関係は現在 41 でなじみの深い国でもある。

表 1. ニュージーランドの国土および人口動態

1. 国土面積	27 万 534 km ² (日本の約 4 分の 3)
2. 人口	4,009,100 人 (2003 年 NZ 統計局)
3. 人口密度	14 人/km ²
4. 都市人口率	85.4%
5. 主要都市・人口	オークランド (32.2 万人) クライストチャーチ (32.4 万人)
6. 首都	ウェリントン (17.37 万人; 2002 年)
7. 人種	英国系 (先住民マオリ人系約 52 万 7 千人; 13.8% 2001 年)
8. 言語	英語 マオリ語
9. 主要産業	畜産を中心とする生産性の高い農業; 林業; 観光; 水産業
10. GDP	593 米ドル
11. 一人当たり GDP	13,100 米ドル
12. 失業率	5.4% (2001 年)
13. GDP に対する医療費比率	8.7% (2001 年)
14. 人口千当たりのベッド数	6.0 (2001 年)
15. 人口千当たりの医師数	2.2 (2001 年)
16. 平均寿命	男性; 75.9 歳 女性; 80.9 歳

2. 略史

ニュージーランドは、1642 年タスマニア人に発見される。1840 年、英国代表と先住民マオリ族の間でワイタングィ条約署名が行われ、英国はニュージーランドを自国の植民地とした。1907 年英国自治領となり、その後 1947 年ウェストミンター法受諾により英国法から独立した立法機能を取得した。

B. ニュージーランドの保健医療制度

1. 保健制度とその歴史

- 1983～89年：地域保健委員会法により全国 27 箇所に設置されていた病院委員会と、公衆衛生を統括していた保健省の地域医療部局を統合し、14 の地域保健委員会 (Area Health Boards) が創設された。
- 1989年：保健医療憲章の設定と人頭割資源配分方式の見直しが行われた。
- 1991年：イギリス、オランダをモデルとし、市場原理の導入を主眼とする保健医療改革が検討された。
- 1993年：地域保健委員会により維持されていた公立病院の多くは、全国 23 の認可医療機関 (Crown Health Enterprises)、コミュニティ・トラストへ再編成された。また、全国 4 ヶ所の広域保健機関 (Regional Health Authorities) が新設されて政府から予算を受け、医療機関と医療サービスの購入契約を締結した。
- 1997年：認可医療機関は病院・医療サービス (Hospital and Health Services) に改編された。
- 1998年：広域保健機関は保健財政機関 (Health Funding Authorities) に改編された。
- 2001年：病院・医療サービスと保健財政機関の機能継承と、障害者サービスを統括する地区保健委員会 (District Health Boards) を全国 21 箇所に設立した。

ニュージーランドの保健省では、医療と健康に関する政策予算立案の他に、モニタリングと監査の機能と役割が非常に重視され実施されている。医療施策は7つのカテゴリーに分けて捉えられ、母子保健に関する施策は Public Health and Disability Act (保健と障害法) に含まれている。Public Health and Disability Act に明記された国の政策や方針に沿って、地域保健委員会 (21 保健管区に分けた District Health Board) が地域の特性に合った政策をすすめている。ニュージーランドには公的医療保険制度はなく、国民の 2/3 が私的医療制度に加入している。

2. 病院システム

a. 医療施設

医療施設は公立と私立があり、一般に私立のほうが高額である。緊急時以外は予約制になっており、公立病院は無料、または治療費の一部負担であるため、費用が安い分予約が取りにくく非常に混雑している。診療はすべて予約制で、私立の専門医は比較的早く予約が取れるが、公立病院は予約から診療までに時間がかかることが多い。また、公立病院には待機リストがあり、入院も順番を待たなく

てはならないため、その間の容態変化も問題となっている。緊急時に早く診療してくれる私立病院の治療費を補償するため、現在では保険加入者が増加している。

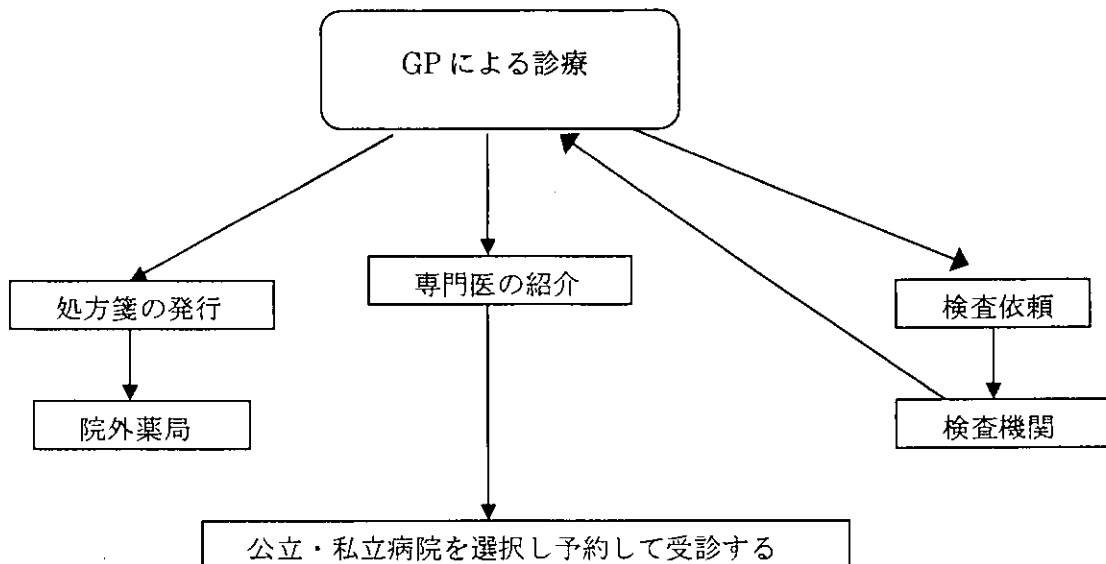


図1. NZの病院システム

b. 医師の種類

(1) GP ; General Practitioner

通常は、GPと呼ばれる一般開業医に行き、処方箋をもらい薬局で薬を購入する。GPはホームドクターとして内科・小児科・婦人科など幅広く診療を行う。多くのクリニックでは検査設備がなく、検査専門の施設へ行き検査を行うことが多い。GPは健康管理を中心とした一次医療機関であるが、24時間体制で休日診療も行っているEmergency Clinicもある。

(2) 専門医 ; Specialist

専門の治療を必要とする場合には Specialist (専門医) にかかる。その場合、GPから紹介状をもらって予約を行い、各専門医のいる施設で診療を受ける。

c. 施設・病床数

病院数は444 (公立病院 : 84、私立病院 : 360)、病床数は23,741 (公立病院 12,364床、私立病院 11,377床) である。

* 2001年 Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003より

C. ニュージーランドにおける妊娠・出産・育児のサポートシステム

1. 女性のニーズとマタニティケアの歴史と概況

ニュージーランドでは1989年、看護協会助産師部会が閉鎖され助産師会が設立された。1990年、看護師法の改正によりニュージーランド助産師会が設立され、助産師は開業権を獲得した。助産の方針や意思決定機構に消費者が関与することを協会側が世間に提示した結果、多くの女性から賛同を得て、助産師による継続ケアの実現、助産師の業務の自立性と専門職の地位の確立、法制度の改革へとつながった。1996年にLead Maternity Carer（周産期に手を差しのべ、ケアを提供する人）の概念のシステム化をおこない、1997年、3年間の教育プログラムの開発、助産学士号の提供を開始した。助産師教育の研修制度では、女性中心のパートナーモデル制度として、学生を施設ではなく女性に対して配置している。

マタニティケアに関する情報開示と受給者の企画参加は非常に充実しており、インターネットを通じた施設・地域・年齢・民族などのアウトカム公表がなされ、National Women's Hospitalの中には、政府の資金援助を受けている受給者側からの情報提供機関もある。また、マタニティケアの受給者の代表である市民の支援グループの包括的団体として、MSCC(Maternity Services Consumer Council)があり、政府や各関連団体に意見を提出している。このように、ケア提供者側と受給者側の意見交換が積極的になされ、女性の権利を尊重したケアの立案と、それに対する監視・評価がなされている。

2. 妊娠・出産・育児に関する法規定

「保健と障害 (Public Health and Disability Act) に関するサービス条例」の中にマタニティ施策も規定されている。

a. 助産師に関する条例

1990年、看護師法の中から独立して助産師法が設定された。

助産師に関する条例は、「保健と障害 (Public Health and Disability Act) に関するサービス条例」の第51条に記載されている。

助産師の業務範囲は以下の通りである。

助産師の業務範囲	
妊産婦の診察、指導、検査	子宮収縮剤の処方・使用
分娩介助	新生児の診察
酸素吸入の処方	分娩時の児の蘇生
会陰切開、縫合	褥婦の診察、保健指導
思春期の相談	ピルの処方・家族計画相談

b. 妊産婦に関する条例

「保健と障害 (Public Health and Disability Act) に関するサービス条例」第 51 条、「両親の休業および雇用保護法」で産前産後の休業について規定されている。両親は、産前・産後の一年間休業できる。現在 52 週間の育児休業のうち、12 週間が有給化されている。

c. 現行の周産期医療保険制度の概略

マタニティサービスにかかるプライマリケアの費用は、国から提供され無料である。正規のビザで 2 年以上滞在する外国人に対しても同様に無料となる。ただし、費用に含まれない超音波検査や羊水検査は Secondary Care として本人負担となることが特徴である。通常、プライマリケアとしてのマタニティケアに関する費用は、国から施設に対して担当者である LMC (Lead Maternity Carer) に支給される (妊娠 16 週～分娩まで 320NZ\$, 分娩時には初産婦 950 NZ\$, 経産婦 750 NZ\$ が LMC に支払われる)。ニュージーランドでは、様々な形式のバースユニットがあるが、バースユニットは地域の自治体が経営するかたちで、行政側が資金を提供する。出産給付の範囲は以下の項目を除くケア全般が対象となる。

給 付 範 囲 外

1. 私的産科医によるケア
全て自己負担となるため正常分娩で 2000NZ\$, 帝王切開で 2500NZ\$～3000NZ\$。
2. 私立産科病院におけるケア
3. 妊娠テストや私的な検査 (羊水検査など含む)
4. 超音波診断 (妊娠中一回を除く)
5. 分娩準備教育に関するもの
6. 入院や転院のための搬送費用

3. 出生状況

以下の統計は、ニュージーランドのヘルスイノベーションサービスが 2003 年に刊行した「Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003」のものである。これらのデータの基盤は、病院からの報告書と報酬請求と、LMC からの報酬請求を基にしており、NMDS (National Minimum Dataset) といわれる。

表 2. ニュージーランドの出生状況 (2001 年)

出産数	53,805
出生数	54,288
出生率	14.23
合計特殊出生率	1.86
子宮内胎児死亡	379 (0.7%)
新生児死亡	134 (0.2%)
乳児死亡率	7.55

a. 出生時の母の平均年齢と年齢別出産割合の変化、分娩様式

出産時の母の平均年齢は、2000 年 29.3 歳、2001 年 29.4 歳であった。25 歳から 34 歳までの割合は、2000 年 57.6%、2001 年 57.0%で、35 歳以上の割合は 2000 年度 17.5%、2001 年度 18.0%であった (表 3)。1989 年は 10%以下であり、ここ 10 年間の間にニュージーランドでも出産の高年齢化がおこっていることがうかがえる。

分娩様式は、2001 年の 53,805 件のうち自然分娩 36,364 件 (67.6%)、帝王切開 11,891 件 (22.1%)、Operative births (鉗子・吸引・骨盤位分娩) 5,550 件 (10.3%) であった。2001 年は、予定帝王切開 7.9%で、緊急帝王切開 14.2%と、2000 年と比較してともに上昇している (表 4)。

表 3. 母の年齢別出産割合

年齢	2000 年		2001 年	
	人数	%	人数	%
16 歳未満	145	0.3	149	0.3
16~19 歳	3,632	6.6	3,632	6.8
20~24 歳	9,908	18.0	9,689	18.0
25~29 歳	15,254	27.8	14,396	26.8
30~34 歳	16,415	29.9	16,251	30.2
35~39 歳	8,065	14.7	8,074	15.0
40 歳以上	1,527	2.8	1,613	3.0
合計	54,946	100.0	53,805	100.0

*Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003
Data source NMDS

表 4. 分娩様式

	2000年 (%)	2001年 (%)
Normal birth	68.4	67.6
Total caesarean section	20.8	22.1
Acute caesarean section	13.6	14.2
Elective caesarean section	7.2	7.9
Total operative Vaginal birth	10.8	10.3
Vaginal breech birth	0.9	0.6
Forceps birth	4.8	4.2
Vacuum extraction	5.1	5.5
合計	100.0	100.0

* Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003 Data source NMDS

b. 妊娠中の合併症と平均入院日数

妊娠中に、何らかの合併症が起こり病院に入院、または治療をした数は 11,282 件 (2001 年) で、妊娠中毒症や悪阻、前期破水、前置胎盤等が多く、その平均入院・滞在期間は妊娠中毒症が一番長く 5.4 日で、次いで前置胎盤で 4.1 日である。

c. 医療介入

Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003 で報告されている NMDS のデータでは、2001 年の分娩において、分娩時に医療介入を行った割合は、分娩誘発・促進 20.9%、硬膜外麻酔 25.4%、会陰切開 11.0%、胎盤用手剥離 1.7%、産後出血の処置 8.7%、子宮摘出 0.033%となっている。

4. 産科施設数

1 次施設は 63、2 次・3 次施設数は 24、全数で 87 施設と報告されている。

5. 医療従事者の数と資格

a. 産科医と助産師数

1999 年現在、産婦人科専門医は 235 人 (実動 168 人、うち private practice は 142 人)、産婦人科認定 GP は 632 人で、実際に出産に関わる件数は減少傾向である。

2002 年現在、助産師数は 4200 人 (実動 2000 人) であり、1999 年現在、direct entry course 出身者は 122 人である。助産師のうち半数は Independent midwife (病院内外で開業助産師) として、残りの半数は Core midwife (公立または私立病院勤務の助産師) として活躍している。

b. 助産師教育

① 教育コース

助産師の教育コースには以下2つの選択肢が存在する。

- ・ Direct-entry Course ; 3年間の教育コース。実施校は5校。
- ・ Nurse Entry Course ; 18ヶ月の practice のみの実習。

② 国家試験

卒業後に state exam を受けることになっている。

③ 卒後教育

卒後教育では妊産婦とのパートナーシップ、ケアの継続性に重点が置かれており、メリットは、組織内でのポジションの取得などに若干影響があるといわれている。実施校は5校であり、以下のようなコース・内容で行われている。

<コース>

- ・ Certificate ; 1~2年で 80credits (practice150時間 lecture200時間)
- ・ Diploma ; 1~2年で 240credits
- ・ Master ; 1~2年で 340credits

<内容>

- ・ Hospital Midwife のためのハイリスク妊婦ケア
- ・ Independent Midwife のための通常の妊婦ケア

c. 助産師免許の更新

毎年、住所と就業場所について更新希望者が記入をし、書類を提出すると、自動的に助産師免許が更新される仕組みとなっている。

6. マタニティサービスに関する医療費

プライマリケアを重視したモジュール型請求を行っている。これにより、疾病治療等に関わる他の医療費体系と区別され、マタニティケアに適合した、効率よく無駄のない診療を自主的に行うことができている。また、quality control を充実させ医療アウトカムの水準低下を図っている。正常分娩と帝王切開は、違った財源から支払いが行われるが基本的に健康に関する予算 (Health Budget) に組み込まれている。各施設が健康省と契約形式で、予算の管理運営を行っている。それぞれの施設が、患者数、処方した薬代、食費、メンテナンス、事務、清掃、必要な物品などの経費を年単位で算出し、病院単位で施設経営・運営費 (Unit Price) に関する調査を行い申請する。これにより、予算構想が立てられ、最終的な意見調整を行ったうえで政府予算となる。各施設は割り当てられた予算内で運営することが求められている。

マタニティケアは基本的に無料であるが、高次機能施設での specialist care 、産褥

入院期間の延長などの Secondary Service は自由診療となり、消費者が直接支払いを行う。LMC は、産婦の自宅、または契約を結んだ施設でケアを提供する。助産師以外の LMC を選択した場合には、通常付帯する施設助産師 (core midwife) サービスを利用するが、開業助産師を雇うことになる場合もあり、その場合、LMC が雇った助産師に報酬を支払う形になる。施設利用費は、医療施設から政府に請求される。公的病院では保険管区の地域委員会に請求され、地域委員会から施設に支払われる。

7. 妊娠・出産・育児のサポートシステム

a. 妊娠期

(1) 受診システム

ニュージーランドのマタニティケアの提供者は、LMC (Lead Maternity Carer) と呼ばれる。LMC は、産婦人科認定 GP、開業助産師、産婦人科専門医であり、妊娠から産後 6 週間までの継続ケアを行うものである。妊娠の可能性のある女性は、産婦人科認定 GP を受診し、妊娠判定を受ける。その後 GP から産科施設と開業助産師の紹介がある。女性自身が LMC の選択を行い、GP 以外を選択する場合には紹介状を書いてもらい予約後に受診する。LMC の選択の時期は、通常妊娠 14 週以降に行われる。LMC は妊婦が望めば、妊婦の自宅、自身の開業施設、公的・私的一次産科施設のどこで健診を行ってかまわない。妊娠中に提供されたケアに不満があれば、妊婦は LMC をいつでも変更することができる。

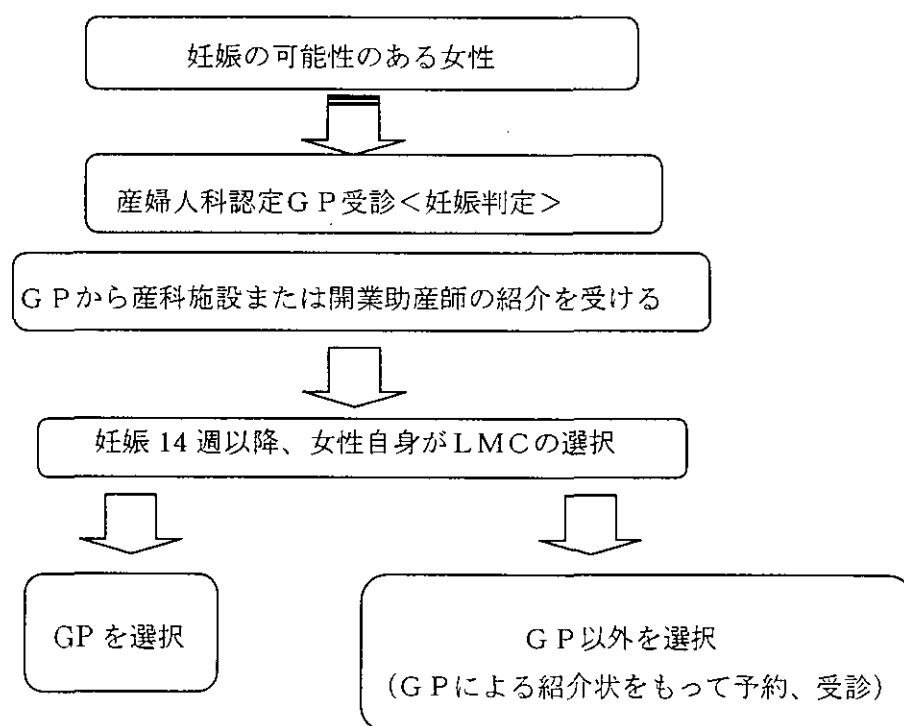


図 2. ニュージーランドにおける妊娠時の受診システム

* LMCは妊婦の自宅、自身の開業施設、公的・私的一次産科施設のどこでも健診可能。
* 提供されたケアに不満があれば妊婦はLMCをいつでも変更できる。

(2) ケア計画書

妊婦は、助産師や医師と話し合い、妊娠・出産・育児などについて希望を記録した「ケア計画」をつくる。これは、妊娠継続中常に評価と修正がなされ、安全と快適性の確保に役立っている。安全という基盤の上に、女性の希望が常に反映されるよう LMC は常に努力を惜しまない。開業助産師によるケアは、継続性と個別性を兼ね備え妊婦の満足度が高いと支持を得ている。妊婦健診は、自宅のほかに提携バースユニットで行われる。また、ケア計画は3部複写になっており、1部は助産師に、もう1部は健診の際の教育内容、検査結果等の写しとともに女性自身の手へ渡され、さらにもう1部は保健省に送られ、報酬請求と様々な母子保健統計の貴重なデータとなっている。

(3) 母体搬送

緊急時には必要に応じ医師と連携を図っている。医師と連携を要する場面に関する国の規定、また地方の規定がある。産後は基本的に母児一組で搬送を行い母児分離の問題を回避している。

(4) LMC

女性は、以下の中から自分に適切であると思う人を LMC として選択できる。

- ① 助産師 (Midwife)
- ② 産婦人科認定 GP (General Practitioner)
- ③ 産科専門医 (病院専門医 Hospital Specialists または私的産科医 Private Obstetrician)

LMC の概念に関して、「Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003」で以下のように記載されている。

「LMC の概念 :

全ての女性は妊娠中、LMC としてその道の専門家を選ぶことが望ましいとされている。助産師、一般開業医、産科専門医が LMC である。LMC は、「分娩・出産の管理を含む、妊娠・産褥を通して、女性に与えられるケアに対し責任を負う」という立場にある。

LMC の仕事の内容や方法については多種多様である。つまりそれは、女性との契約内容の違いや地域的な違いによって国全体で様々に変わっている。特に開業

医においては LMC という立場の他に、様々な専門医との間でケアを分け合うというチームワーク体制を取ることが可能であり、多様なケアを実施できるのである。このような体制は、病院でのケアを受けることを希望した女性に多く見られる。また一方で、産科医、助産師も病院で働いているし、同時に開業している場合もある。独立して産科医は中間リスクのケアをすることが多く、病院の産科医はよりハイリスクな女性の治療を行う。」

LMC に関しては、MNIS (Maternal and Newborn system)、Section51 の「妊娠の注意」にある報告書からのものであり、プライマリーケアについてのみのデータとなっており、病院からのデータは含んでいないため、NMDS のデータ数とは異なっている。

2001 年は、73.5%の女性が LMC として助産師を初回に登録している (表 5)。年齢別では、比較的若い母親ほど LMC に助産師を選択しており、16 歳～19 歳の母親の 81.3%が助産師を選択している。年齢が高いほど医師を選択する傾向にあるが、40 歳以上の母親でも 62.3%が助産師を選択している。

最終的に、助産師が取り扱った出産は 73.1%である (表 6)。

表 5. 初回登録時の LMC の種類 (Original LMC type at registration)

LMC のタイプ	2000 年		2001 年	
	数	%	数	%
助産師	24,140	69.9	24,062	73.5
産婦人科認定 GP	5,699	16.5	3,851	11.8
産科専門医	4,694	13.6	4,846	14.8
合計	34,533	100.0	32,759	100.0

* Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003

表 6. 分娩時の LMC の種類 (LMC type at birth)

LMC のタイプ	2000 年		2001 年	
	数	%	数	%
助産師	24,140	70.8	23,467	73.1
産婦人科認定 GP	4,519	13.4	3,095	9.6
産科専門医	5,347	15.8	5,544	17.3
合計	33,807	100.0	32,106	100.0

* Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003

(5) 妊婦健診の内容と回数

妊婦健診は、妊娠 28 週までは 1 ヶ月に 1 回の訪問ケア、妊娠 35 週までは 2 週に