

とはできないが各州、各地域に均等に開業している一般家庭医、専門医にかかることができる。最近、保険会社の中には家庭医制を勧めるところもあり、その場合自分では判断できない病状の場合に無駄な手間、時間や診療費が削減できることを強調している。この場合でも眼科産婦人科は特に家庭医を通さなくてもかかることができる。

2-2. 医師の制度について

前節で説明したように、ドイツは英国などとは異なり家庭医制ではないものの、一般家庭医も存在する。ドイツにおいて一般家庭医と専門医は別であり、専門医は一般家庭医での開業はできない。また開業医の定員制というものがあり、全国 558 の各行政地域は、その地域の住民の構成によって開業できる専門医の数が決められている。開業している医師にはさまざまな規則があるが、緊急業務については開業医全員に参加が義務付けられている。また、開業医には定年制があり、55 歳以上で開業することはできないこと、68 歳で保険医の許可が終了することが定められている。

一般病院については必ず内科、外科、産婦人科の専門医がいなければならない、すべてが救急病院である。ドイツの病院は日本のような個人病院は存在せず、半数以上が州や郡、地方自治体によるいわゆる公立病院である。自由公益病院と呼ばれる教会、自由福祉事業連合体が開設者になっている病院も存在する。

3. 周産期の医療システム

ドイツでは国民のすべてが一貫した高度医療が受けられるよう保険制度が整えられている。それは周産期に関しても同様であり、国民は出産前後の助産師による家庭訪問や針、分娩に関しても保険が適応される。周産期の一般的流れは、まず初めに女性が妊娠を疑った時、近くもしくはかかりつけの産婦人科医師(Frauenarzt)を訪ねる。ドイツでは、義務ではないものの、女性が 20 歳になったら産婦人科での検診を勧めているため、多くの女性はかかりつけの産婦人科医がいる。そこで妊娠が判定されると、その医師より母親手帳を受け取ることになる。ドイツの場合、妊娠が診断された時に母親には母親手帳、出産後に子供手帳が別々に渡される。母子手帳は必ず行った保健指導や処置、検査データなどが記載される。

たいていの妊婦は、かかりつけの医師と同様にかかりつけの助産師をもつことを勧められている。助産師はかかりつけの医師から紹介される場合もあれば、その地域にある助産所でフリーに活動している助産師を探すこともできる。インターネットでも検索が可能で、自宅に近いフリー助産師も探すことができる。

このように妊娠した女性は、担当の医師と助産師による検診・保健指導を受けることができる。妊婦健診の回数や内容は日本と同様である。また助産所で活動する助産師により、出産教室・両親学級・母乳育児教室・マタニティーヨガクラス・水泳等さまざまな

クラスが提供されており、女性は希望することで受講できる。

分娩場所については多くの女性が施設を希望するが、その施設とは主に病院(97%)である。その他の施設として、助産院が選択することができる。助産院や自宅分娩を希望する人は日本と同様に極めて少数である。施設での出産にあたっては、出産後の滞在日数は日本と比べるとやや短く、経膈分娩後3、4日、帝王切開の場合は術後5日間が主流である。また、アンビュラントとって、出産だけ病院で行い、その日の内に帰宅するケースもある。ドイツでは施設での出産の際に助産師、医師のほかにも医師補助員(Alzthelfarin/helfer)という医療従事者がおり、医師の代わりに会陰裂傷などあった場合縫合をすることができる。しかし出産に関しては場所を問わず、前例助産師が立ち会うことが義務付けられている。産後は全例、助産師による家庭訪問を受けることができる。家庭訪問では母体ケア、新生児ケア、育児相談、母乳相談を含む産褥ケア全般を受けられることができ、その期間は、退院後もしくは出産直後から授乳期間までである。

ドイツの助産師は約70-80%が、施設勤務とフリーの両方で従事している。ほとんどの勤務助産師は施設内では分娩介助に従事しており、多くの施設内での産後のケアは小児看護師(Kinderkrankenschwester)によって行われている。勤務助産師は、その後フリー助産師として産婦が退院したあとの家庭訪問に行くケースが多い。しかし自分の施設の出産件数に比べ助産師の数が少ないことや、女性の退院先が範囲外などの理由で、地域で活動する他のフリー助産師が家庭訪問を請け負うことが多い。

4. ドイツの患者の権利

2003年2月、ドイツ連邦法務大臣、連邦保健医療社会保障大臣の連名で「患者の権利憲章」が発表された。これは患者団体、医師団体、公的疾患金庫、民間医療保険、自由福祉事業団、ならびに保健大臣、法務大臣会議の代表達により制作されている。この憲章は、保健医療に関係する人全員、特に医師、歯科医師、看護要員、心理療法士、および医療専門職従事者にむけて、患者の有する権利を尊重し患者がその権利を行使するのを支え、日常の診療において保健医療に関与するすべての人が患者の権利に配慮することを目指すように呼びかけるために作成されている。

憲章では医師や病院を患者自身が選ぶことの権利、医学的処置の種類と範囲を自ら選ぶ権利、患者は自分に関係した診療記録を見る権利が定められている。患者は自分の費用でコピーさせたり、記録からプリントアウトさせる権利も有する。また、医師、看護要員、病院および医療保険者に対しては、患者に関係ある情報、記録およびデータを秘密に扱わなければならないと書かれている。医師の守秘義務は他の医師に対しても存在する。データベースに記録された患者情報、記述などは破壊、変更および不法なアクセスから技術的および組織的に保護されなければならない、とある。それらは保存期限が経過したら消去されなければならない。損害を受けた場合、患者は苦情や相談の頼みを

医師会、歯科医師会、疾病金庫（保健組合）にあるいは独立した患者の苦情機関、消費者センターおよび自助組織に持ち込むことができる。多くの病院に患者苦情機関が設置されている。被保険者の要望により診療過誤によって起こった可能性のある損害賠償請求権を行使する場合、公的 disease 金庫は無料でその被保険者に対して相談し支援する。そのほかに、患者は民事裁判に賠償請求を提訴することもできる。

C. まとめ

医療安全に関してはすでに存在している膨大な資料から更なる調査が必要である。しかし、その前にドイツの持つ特有な制度について理解する必要があると思われる。ドイツの独特な制度とは、連邦と州の管轄についてであり、これは大変複雑で、どれが連邦管轄でどれが州管轄なのかははっきりとしたきまりが無い。例えば外交、国防などは連邦の管轄であるが、医療や教育は州の管轄である。文部省は各州にあるが、連邦にはない。医療に関しては、連邦の保健医療社会保障省が一部の権限を有するが、医療の実際は州政府の管轄の下にある。そして、医師や他の医療職者を監督する権限と義務は、州政府が州医療職法に基づいて、医師の自治組織である州医師会に委任した形を取っている。助産師についても同じで、規則も連邦での憲章をもとに各州で規定されている。このようにドイツでは制度が非常に複雑化しており、このようなことを理解、整理することが課題として挙げられる。

今回の調査によって医師には医療裁判所というものが定められており、患者—医師間、医師—医師間での問題は、そこで争うことができるということがわかったが、患者—助産師間、または助産師—他の医療従事者間に関してどのようになっているのか系統だった調査が必要である。

D. 参考文献

1. ドイツにおける患者の権利
岡嶋道夫 <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/d127/d127.htm>
2. ドイツの医療制度について
岡嶋道夫 <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m401.htm>
3. ヨーロッパにまなぶこと日本に学ぶこと：米塚昌代 助産雑誌 2004年5月号
4. DESTZTIS http://www.destatis.de/d_home.htm
5. 外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/germany/data.html>

資料3-1-1. ドイツの周産期ケア指標・母子保健統計(人口動態)

	数値	年	統計リソース	備考
出生数	706,728		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
死亡数	853,926		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
乳児死亡数	2,991		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
新生児死亡数				
妊産婦死亡数				
周産期死亡件数				
婚姻数	382,923		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
離婚数	213,975		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
出生率				
合成特殊出生率				
乳児死亡率	1.3		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
新生児死亡率	4.2		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
妊産婦死亡率	2.7		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
周産期死亡率	6.1		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
人工妊娠中絶数	128,030		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	
死産数				
自然死産数				
人工死産数				
死産率				
自然死産率				
人工死産率	17.6		Statistisches Bundesamt Deutschland http://www.destatis.de	

資料3-2. ドイツの周産期ケア指標・母子保健統計(医療者、分娩施設)

医療者	Medical Staff	数値	年	統計ソース
医療者	Medical Staff			
医師数	The number of Doctor	388,201		http://www.bundesärztekammer.de/30/Aerztestatistik/02Stat2003/index.html
一般家庭医数	The number of General Practitioner(GP)	109,937		http://www.bundesärztekammer.de/30/Aerztestatistik/02Stat2003/index.html
産科専門医数(産婦人科専門医数)	The number of Obstetrician	19,634		http://www.bundesärztekammer.de/30/Aerztestatistik/02Stat2003/index.html
小児科専門医数	The number of Pediatrician(including Neonatal doctor)	15,808		http://www.bundesärztekammer.de/30/Aerztestatistik/02Stat2003/index.html
新生児専門医数	The number of Neonatal doctor	949		http://www.bundesärztekammer.de/30/Aerztestatistik/02Stat2003/index.html
助産師数	The number of Midwife	9,282		http://www.bundesärztekammer.de/30/Aerztestatistik/02Stat2003/index.html
保健師数	The number of Public Health Nurse	-		
看護師数	The number of Nurse	384,189		
出生教育者数	The number of Birth Educator	-		
ラクテーションコンサルタント数	The number of Lactation Consultant	845		IBCLE office in Europe< http://www.ibcle-europe.org/start_1.htm >
医師率	The number of Doctor per 100,000 population	-		
一般家庭医率	The number of GP per 100,000 population	-		
産科専門医率(産婦人科専門医率)	The number of Obstetrician per 100,000 population	23		
小児科専門医率	The number of doctor Pediatrician per 100,000 population	18		
新生児専門医率	The number of Neonatal doctor per 100,000 population	-		
助産師率	The number of Midwife per 100,000 population	-		
保健師率	The number of Public Health Nurse per 100,000 population	-		
看護師率	The number of Nurse per 100,000 population	-		
出生教育者率	The number of Birth Educator per 100,000 population	46.8		
ラクテーションコンサルタント率	The number of Lactation Consultant per 100,000 population	-		
分娩介助者別出生数	The birth number of classified by delivery care worker			
医師	Doctor			
助産師	Midwife			
その他	Others			
分娩介助者別出生割合	The Birth rate classified by delivery care worker			
医師	Doctor			
助産師	Midwife			
その他	Others			
出産施設	Delivery institution			
病院数	The number of Hospital			
助産院数	The number of Maternity Home			
分娩場別出生割合	The Birth rate classified by Delivery institution			
病院	Hospital	97%		
助産院	Maternity Home			
自宅	House			

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

4. フィンランドにおける周産期ケアシステムに関する調査

分担研究者 谷津 裕子（日本赤十字看護大学）

研究協力者 Maurice E. Jenkins

研究要旨

わが国において医療事故に占める産科医療の割合は高く、産科領域における医療安全、リスク管理の方策を提供することは急務の課題となっている。フィンランドでは、人口が少ないながらも社会保障の充実や女性の地位向上を達成することで出生率の低下に歯止めをかけているといわれ、この国から日本が学ぶべき点は多いと考えられる。そこで今年度は、フィンランドにおける周産期ケアシステムについて基礎的な調査を行った。

調査方法は、文献やインターネットからの情報収集、及び現地の事情に詳しい有識者へのヒアリング調査であり、1. フィンランド国家の概要、2. フィンランドの産科医療システムの概要、3. 医療安全システムの概要（苦情処理・相談システム）、4. フィンランドの統計指標の概要、の4点について情報を整理した。その結果、次のような特徴が明確化した。

- ・フィンランドの妊娠・出産・育児のサポートシステムは整然と機能している。特に、働きながら子育てに取り組む夫婦にとって手厚い保障を与えるフィンランドの産休制度、周産期に関わる細かいデータが登録される出生登録（Birth Register）制度は、日本にも必要な制度である。
- ・フィンランドの産科医療システムでは妊娠・出産・産後の継続ケアが展開しにくい点、助産師が自律した開業権を持たない点、医療化された出産がフィンランドの主流となり医療介入が増え続けている点については、女性の安全性と快適性という側面から慎重に検討する必要がある。
- ・医療上の苦情処理や相談システム、事故報告の手続きにおいては、1993年には欧州で初めて成立した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」が基盤となり、患者の安全と人権の尊重について細やかな規定がなされている。

なお、「患者の権利と地位に関する法令」は産科的な問題だけ特別に扱うものではないため、産科医療に特化した規制や産科医療安全システムが学会や協会レベルで存在するか、その内容はどのようなものか等について今後詳細を明らかにすることが必要である。来年度は、STAKES から提供された情報入手先を手がかりに調査を進めるとともに、フィンランドに関する文献やインターネットでの情報収集およびヒアリング調査を通して、医療安全やリスク管理を含めた妊娠から分娩、産褥までの周産期ケアシステムの評価指標・評価体制に関する調査を深めていくことが課題である。

フィンランドにおける周産期ケアシステムに関する調査

はじめに

わが国において医療事故に占める産科医療の割合は高く、産科領域における医療安全、リスク管理の方策を提供することは急務の課題となっている。その一助として本研究では、母子保健指標の水準が日本よりも高い先進諸外国における医療事故および医療サービスに焦点を当て、医療安全やリスク管理を含めた妊娠から分娩、産褥までの周産期ケアシステムの評価指標・評価体制に関する調査に取り組んでいる。

フィンランドは、日本とほぼ同じ国土面積でありながらその約4分の1が北極圏内にあり、人口密度は日本のわずか20分の1と著しく少ない「森と湖の国」である。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り、1907年、西欧諸国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上げている¹。

このように、人口が少ないながらも社会保障の充実や女性の地位向上を達成することで出生率の低下に歯止めをかけているフィンランドを通じてわが国が学ぶことは多いと考えられる。特に、出産における医療安全やリスク管理についても、社会的・政治的な動きを基盤とした先端的な取り組みを行っていると考えられ、興味深いのが、その実態は明らかではない。そこで、今年度はフィンランドにおける周産期ケアシステムについて基礎的な調査を行ったので、以下に結果を報告する。

I. 調査方法

1. 調査期間

2004年5月から12月までの7ヶ月間、調査を行った。

2. 調査内容

主として次のような内容を調査した。

- ・ フィンランド国家の概要
- ・ フィンランドの産科医療システムの概要
- ・ フィンランドの医療安全システムの概要（苦情処理・相談システム）
- ・ フィンランドの統計指標の概要

¹ 谷津裕子（2003）：フィンランドの分娩事情，厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業：主任研究者・中林正雄）「妊婦のリスク評価に関する基礎的研究」平成15年度研究報告書，33-43.

3. データの収集および分析方法

文献やインターネットからの情報収集ならびに現地の事情に詳しい有識者へのヒアリング調査を実施した。得られた情報を整理し、定例班会議で発表して、他の研究者とのディスカッションのもと付加すべき情報や論点を明確化した。

4. 倫理的配慮

ヒアリング調査を実施する際には、調査対象者に対して分担研究者が本研究の目的や内容、倫理的配慮として以下の点を説明し、同意を得た上で調査を実施した。

- 1) 調査で得られた情報は、本研究においてのみ用いられ、情報を提供することによって調査対象者に不利益が及ぶことがないように細心の注意を払って取り扱われること。
- 2) 調査対象者は、伝えたくない情報を伝えなくても良い権利、一度は伝えた情報でも途中でこれを却下することができる権利をもつこと。
- 3) 研究成果は、年度毎の研究成果報告書にて公表されること。

II. 調査結果

1. フィンランド国家の概要²³⁴⁵⁶⁷

- ・ 正式国名：フィンランド共和国（スオミ共和国）
- ・ 面積：33万8145平方キロメートル
- ・ 人口：約522万（2003年）
- ・ 首都：ヘルシンキ（人口約56万）
- ・ 政体：一院制の議会制民主主義国家
- ・ 民族構成：フィンランド人、スウェーデン人、サーメ人
- ・ 宗教：プロテスタント（福音ルーテル派）
- ・ 歴史：1155年以降1809年までスウェーデンの一部だったが、同年ロシアのCzarに譲渡された。同年にCzarがフィンランドは自治州であると発言し、わずか100年後の1917年に、フィンランドは独立宣言して、1919年に共和国となった。

² 国際連合編（2001）. 世界人口年鑑 2000. vol.52, 原書房, p.119.

³ http://www.stat.fi/index_en.html

⁴ 黒澤明夫（2003）. ワールドが仆`13 北欧. R b するぶ, pp.260-261.

⁵ <http://www31.ocn.ne.jp/~kmatsum/finnhist/hist0.html>

⁶ 読売新聞（2003年11月26日）「北欧に続け：フィンランドの少子化対策、成功例は日本にもヒントに」

⁷ ヨーロッパ連合編（2003）. ヨーロッパ統計年鑑 2002, 東洋書房, p.110.

また、第二次世界大戦後、ある土地は当時のロシアに譲渡されたが、フィンランドは自国の独立と国家としての権限を守り続けた。1995年には国連、EUに加盟を果たし、翌年はNordic Councilに入った。豊かな森林資源を背景に先進工業国に成長し、1997年に独立80周年を迎えた。

- ・ 行政単位：南フィンランド州、西フィンランド州、東フィンランド州、オウル州、ラップランド州の5州、及びオーランド自治州
- ・ 地方分権：約450の自治体が住民への課税権をもち、教育、保健医療、福祉、地域計画を担う。
- ・ 主たる産業：紙、パルプ、製材、金属、エンジニアリング、エレクトロニクス、情報技術。
- ・ 文化的・経済的水準：「総合競争力ランキング」第1位、「ビジネス生産性」第1位、「15歳学習到達度の読解力」第1位（いずれも2003年の調査）と高い。
- ・ 失業率：9.8（2000年）

2. フィンランドの産科医療システムの概要

1) 社会保健行政の概要⁸⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾

フィンランドの保健福祉システムは、1990年代初頭までは極めて中央集権主義であった。1990年代にWHO「すべての人に2000年までに健康を」プロジェクトに参画し、1993年に国庫補助金の改革が行われた。これにより、地方自治体の自立性が強化され、自治体運営の経済性や効率が向上した。

フィンランドにおける現在の中央官庁及び地方官庁の活動概要は以下の通りである。

- ・ 中央官庁（社会保健省）：
 - ・ 社会保障、社会福祉、保健における原則提示やサービスの発展を指導。
 - ・ 毎年、社会福祉と保健事業の供給についての国家の4年計画を作成（ただし地方官庁を拘束するような計画ではない）。
- ・ 地方官庁（地方自治体）：
 - ・ 5つの州に分かれ、それぞれの行政は州庁によって行われる。
 - ・ 地方政府は、地方自治体への国庫補助金の給付と支払いについて責任をもち、個々の行政上の問題の決定権をもつ。

⁸ 奥井幸子編（2000）. 国際交流の足跡：フィンランドの地域保健と福祉，岡山県立大学保健福祉学部看護学科講演集（非売品），pp.119-120.

⁹ <http://www.finland.or.jp/social-j.html>

¹⁰ <http://www.moimoifinland.com/techinial/system.html>

¹¹ Finish Family Policy 1999

(<http://pre20031103.stm.fi/english/pao/publicat/paocontents9.htm>)

- ・ 地方自治体でのサービスは、地方自治体が徴収する「地方税」と、国が地方自治体に配布する「補助金」とでまかなわれる。政府補助金の金額は、各自治体の住民の年齢構造、死亡率、人口密度、地方自治体の財政事情に応じて決められる。
- ・ 保健医療サービスや社会福祉サービスは、地方自治体が提供している。
- ・ 福祉、ヘルスケア、サービスに関する苦情は州庁によって調査される。

2) 病院システムの概要

フィンランドの病院は社会保健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。1990年代後半、ヘルスケア資金の総額に占める公的資金の割合は減少し、代わりに民間の出資率が増大している。この動きにともない、施設内にあるサービスが地域など施設外サービスへと転換し、外来患者サービスも発展してきている¹²。

フィンランドの医療機関とその役割は以下の通りである。どの医療機関においても、1日の入院費及び1回の診察料の自己負担は110マルカ（約2,200円）であり、それ以上の費用についてはKERA（ケラ）という国の保険機関から支払われる¹³。

- ・ 第1次医療：保健センターが全国に広がり、2,000～20,000人の地域住民の登録とプライマリーケアが行われる。
- ・ 第2次医療：地域病院と専門病院（産科病院、小児病院、循環器センター、呼吸器センター、整形外科センターなど）が中核病院としての役割を担っている。全国に600～700ヶ所ある。
- ・ 第3次医療：大学病院において教育、高度医療、地域性のある研究が行われている。全国に5ヶ所ある。
- ・ 民間病院・民間診療所：効率化と自由競争を図るために、民間病院や民間診療所が育成され始めている。全国に40の民間病院と約600の民間診療所がある。

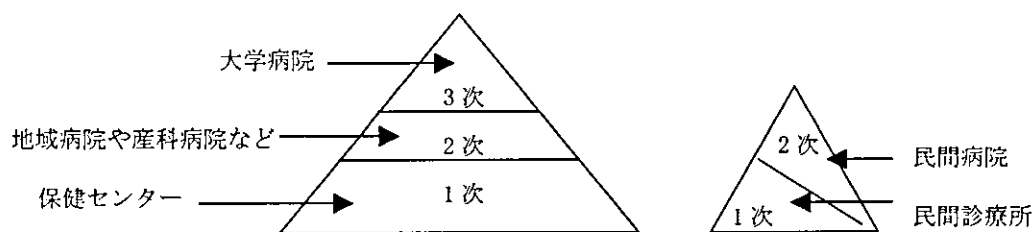


図1. フィンランドの医療機関の分類¹⁴

¹² 奥井幸子編（2000）. 国際交流の足跡：フィンランドの地域保健と福祉，岡山県立大学保健福祉学部看護学科講演集（非売品），p.120.

¹³ 浜田徹（2001）. フィンランドの医療について，ペリネイタルケア 20（1）：94.

¹⁴ 浜田徹（2001）. フィンランドの医療について，ペリネイタルケア 20（1）：93.

3) マタニティケアシステムの概要

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¹⁵。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¹⁶。

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さまざまな研究に使用可能な体制がとられている¹⁷。

フィンランドのマタニティケアシステムについて、妊娠期、出産期、産褥期に分けて以下に概要を説明する。

(1) 妊娠期

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、自分に妊娠の可能性があるかと判断したとき、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¹⁸。

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^{19,20}。

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²¹。

(2) 出産期

フィンランドの出産の主流は、国立・民間・個人病院の、第二次・第三次施設で

¹⁵ <http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/jigyo/TAISAKU/k.../H14-4.html>

¹⁶ 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.

¹⁷ 三砂ちづる (2002). フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56 (2) : 68.

¹⁸ <http://www.moimoifinland.com/techinial/system.html>

¹⁹ Finish Family Policy 1999 p.30

(<http://pre20031103.stm.fi/english/pao/publicat/paocontents9.htm>)

²⁰ 浜田徹 (2001). フィンランドの医療について, ペリネイタルケア 20 (1) : 94.

²¹ 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.

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、いかに消費者に支持されるかにより、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²²。

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出産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、産婦人科のより精密な検査も行うこともできる^{23,24}。

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という。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²⁵。

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。

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での出産以外のオプションを考えにくいと理解している²⁶。

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。

出産時の配偶者立ち会いは70% (1997年) 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²⁷。

(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

²² <http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/jigyo/TAISAKU/k.../H14-4.html>

²³ 三砂ちづる (2002). フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56 (2), p.68.

²⁴ <http://langas.pl.tripod.com/suomi/diary/finwords.htm>

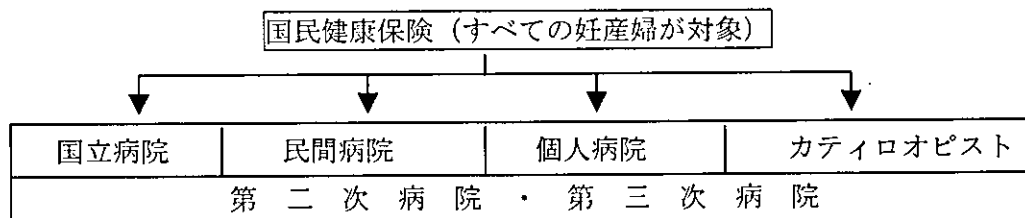
²⁵ 三砂ちづる (2002). フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56 (2), p.68.

²⁶ 三砂ちづる (2002). フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56 (2), p.68.

²⁷ <http://www.jaog.or.jp/JAPANESE/jigyo/TAISAKU/k.../H14-4.html>

産後の経験を喜んでいるという²⁸。

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にはなく、職種間転轍もなかった。むしろ、助産師と公衆衛生看護師の間に職種間に転轍がみられる²⁹。



* 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2. フィンランドの出産施設の選択³⁰

(3) 産褥期

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³¹。

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³²。

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

²⁸ 三砂ちづる (2002). フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56 (2), p.68.

²⁹ 三砂ちづる (2002). フィンランドの出産事情, 助産婦雑誌 56 (2), p.72.

³⁰ 谷津裕子 (2003): フィンランドの分娩事情, 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業: 主任研究者・中林正雄)「妊婦のリスク評価に関する基礎的研究」平成 15 年度研究報告書, 33-43.

³¹ <http://langas.pl.tripod.com/suomi/diary/finwords.htm>

³² <http://langas.pl.tripod.com/suomi/diary/finwords.htm>

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。親は産休期間中、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、仕事に復帰する権利がある。

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³³。

3. フィンランドの医療安全システムの概要

1) 医療安全、患者の権利向上のための施策³⁴

フィンランドでは、1986年に成立した「患者傷害法」(The Act On Patient Injury)によって「被過失保険規定」が設けられている。この規定により、医療処置による障害を受けた患者は無料で患者障害評議会による調査を依頼することができ、患者が医療従事者の過失や不注意を立証する必要がないことが保証されている。

1987年には医療の分野に「無過失保険システム」が導入された。

1993年3月1日、欧州ではじ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」(資料1)が成立した。患者に対して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、自分が受ける医療方法についての最終決定は患者自身にある点が明記された。この法律が遵守されるために、保健医療センターを含め各病院では「オンブズマン」が設置されることが義務付けられた。

オンブズマン制度は保健医療センターや中央病院、大学病院において義務付けられている。この制度により、患者とその家族が医療に関して何らかの不利益を得た場合、裁判に持ち込まなくても専門家の間で早期解決することが可能となっている。またオンブズマンが扱う問題を分析することで、失敗の可能性が高い(術後生存率が芳しく

³³ <http://www.finland.or.jp/social-j.html>

³⁴ <http://www.moimoifinland.com/techinial/system.html>

ないなど)「難しい治療」を「特定の病院に集中」させるなど、医療安全対策に役立っている。

2) 苦情処理・相談システム

(1) 苦情処理システムにおいて政府はどのような役割を果たしているのか?³⁵³⁶

患者の権利や苦情などを管理する基礎的な法的資源は、1992年8月17日にヘルシンキで公布された「患者の地位と権利に関する法令」³⁷である。その法令は、産科的な問題だけ特別に扱うものではないが、その法令によると、「患者は質的に優れた保健・医療ケアを享受する権利を持つ。そのため患者は、人間としての尊厳が損なわれることなく、プライバシーが確保された状態で扱われるべきである」(第2条第3項)。患者はまた、十分に情報を与えられる権利を持ち(第5項)、第6項のもとで「患者が治療や処置を拒む場合には、彼/彼女はその他の受け入れ可能な方法で、彼/彼女と(医療者との)相互の了解のもとに、できる限りのケアを受けなければならない」こととなっている。

患者の権利と苦情に関する情報は、the Ministry of Social Affairs and Health のウェブサイト³⁸に次のように要約されている。

患者の権利をカバーするフィンランドの法律は、患者の地位と権利に関する法令に定められている。この法令は、一般的なヘルスケアシステムの全部門と、社会福祉施設で提供されるヘルスケアサービスに適用される。

その法的規制は次の通りである：

- ・ 治療は、患者の同意を必要とする。
- ・ 患者の同意は、治療の形式に関することも含まなければならない。
- ・ 患者は、必要とすればいつでも自分の健康状態や治療の範囲、すべての危険因子、代替可能な治療形式について情報を与えられなければならない。
- ・ 患者は、自分の患者履歴(カルテ)を見、入力された情報を修正する資格をもつ。
- ・ 治療のための待機リストに挙げられた人々は、遅れている理由と推定待ち時間を告げられるべきである。
- ・ 自分が受けた治療に不満のある患者は、関連機関に告訴する資格がある。

³⁵ <http://www.stm.fi> >>subject areas>health>rights of patient

³⁶ <http://www.finlex.fi/en/> >>legislation>translation of Finnish acts and degrees

³⁷ Act on the Status and Rights of Patients, unofficial translation.
<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf>

³⁸ <http://www.stm.fi> >>subject areas>health>rights of patient

- ・ 医療を提供する機関は、患者オンブズマンを配置しなければならない。患者オンブズマンの義務は、患者に対して彼らの権利について情報を提供し、彼らを支援することであり、必要ならば、苦情、訴えあるいは保証のためのクレームを提出することである。
- ・ 若い患者の意思については、彼らが自分の意思を表現できる発達段階に至っているかどうかを考慮されなければならない。患者の発達段階について査定するのは、医師及びその他の専門職者の役割である。
- ・ 子供の親もしくは保護者は、未成年者の健康の危険を回避する、あるいは彼らの命を救う可能性のある治療を拒絶する資格をもたない。

苦情に関しては（第3条第10項）、「保健・医療ケアやそれに関連して彼／彼女が受けた扱いに対して不満のある患者は、当該のヘルスケア・ユニットにおけるヘルスケア責任者に対し、問題に関する苦情を訴える権利をもつ。その苦情に関する決定は、苦情申し立てがあつてから理に適った期間内に下されなければならない」。患者は、ヘルスケア専門家が働くユニットの責任者に対し、ヘルスケア専門家の言動やふるまいに関するあらゆる苦情を述べるように助言される。ヘルスセンターおよび病院は、患者の権利に関する問題について忠告を与えることができる患者オンブズマンを確保している。必要な場合、オンブズマンは患者が苦情を上訴するのをサポートする。

ヘルスケア・スタッフに関する苦情は、州のオフィス（それらは苦情を The National Authority for Medicolegal Affairs へ引き渡してもよい）に訴えるよう指示される。The Ministry of Social Affairs and Health は直接的に苦情を扱わない。

（2）苦情処理においてどのような人が責任をもっているのか？

苦情処理に関する責任者としては、第一に、1）に述べた通り、当該のヘルスケア・ユニットにおけるヘルスケア従事者とその責任者が挙げられる。また、患者オンブズマンの役割も重要である。患者の地位と権利に関する法令（第3条第11項）には、「患者オンブズマンはヘルスケア・ユニットに任用されるべきである。患者オンブズマンは2つ以上のユニットで共通に任用されても良い。」と明記されている。患者オンブズマンの任務は以下の通りである。

1. この法律の適用に関する問題において患者に助言すること。
2. 第10項のパラグラフ1と3に該当する問題について患者を援助すること。
3. 患者の権利について患者に情報を与えること。
4. 患者の権利の保護と履行のためにその他のことを行うこと。

（3）苦情のコンサルタントに携わる人々にはどのような教育や訓練が行われているか？

STAKES から提供された情報によると、2004 年 12 月現在、フィンランドには患者オンブズマンが約 2000 人存在する。ほとんどの患者オンブズマンはパートタイムで勤務しており、彼らの 1/3 は看護師、1/3 はソーシャルワーカー、1/3 はユニットで働くその他の専門職者である。ラップランド大学は、患者オンブズマンのための 3 年間のトレーニング計画を開発した。オウル地域で行われた患者オンブズマンに関する調査によると、180 人の患者オンブズマンのうち約 25%は、特別な（オンブズマンのための）トレーニングを受けたことがなかった³⁹。

(4) 苦情コンサルタントシステムはどのような成果をあげているか？

STAKES によると、このトピックに関する調査は最小限のものしか存在しない。フィンランドにおいて、“患者の代弁者としての患者オンブズマン”に関する調査に同定される資源は非常に限られており、その資源⁴⁰もすでに入手できないものになっている。

3) インシデント報告システム

助産師や医師による産科医療上の事故報告のための手続きについて、現時点で明らかになったことは少ない。STAKES から勧められた情報入手先^{41,42,43}を手がかりに、今後詳細を明らかにする予定である。

患者のプライバシー上の問題は、先に引用された「患者の地位と権利に関する法令」でカバーされる。「患者記録における情報の機密性」について扱う第 4 条第 13 項では、患者の書面による承諾のない部外者に対しては情報が与えられないが、患者の治療に必要な情報が別のヘルスケア・ユニットやヘルスケア専門家には与えられる可能性があることを規定している。

³⁹ Internet,Kuntalehti(in Finnish) and Internet/YLE,Akuutti(in Finnish)

⁴⁰ Kuivuniemi,Paivi(1992):Potilasasiamies potilaan oikeuksien edustajana,Heisingin yliopistollinen keskussairaala.ISBN:951-45-6220-8

⁴¹ <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm>

⁴² <http://www.nam.fi/english/>

⁴³ <http://www.vakes.fi/pvk/english/index.jsp>

4. フィンランドの統計指標の概要 44

1) 出生率

出生登録簿によると、2003 年は総計 55,789 の出生があり、56,633 人の児の誕生が報告されている。出生数の低下は 1990 年代中ごろから始まり、2003 年の出生数は 1993 年より 13%低くなっている。しかしながら、2003 年の出生率は前年よりも 2%の増加がみとめられている。

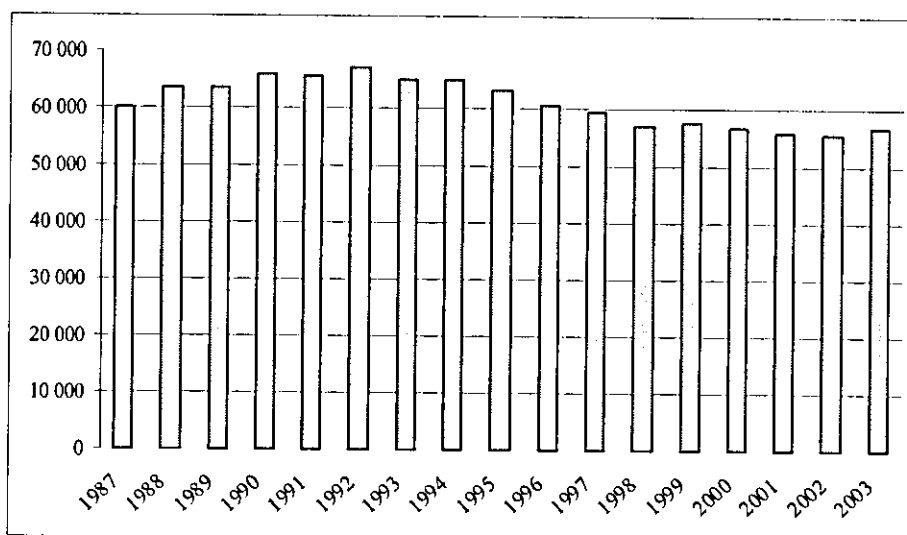


図 3. フィンランドにおける出生数の変遷 (1987~2003 年)

Statistics Finland によると、2003 年の出生数の総計は 56,630 であるが、STAKES の出生登録における総出生数は 56,448 である。Statistics Finland と STAKES の間の差異は、登録基準の違いによるものとされている。すなわち、Statistics Finland では子どもを産んだ時にフィンランドの永住権を有していた全ての妊婦の数をデータとして収集しているのに対し（その中にはフィンランド以外の国で出産した女性も含まれる）、STAKES の出生登録ではフィンランドで出産した女性の総数をカウントするという集計方法の違いが反映されていると STAKES は説明している。

Statistics Finland が収集した 2004 年 1 月から 8 月までのデータによると、出生数は前年の同時期と比較して 2%の増加がみとめられている。この現象は、過去 2 年間に比べて 25~29 歳の年齢層が多いという事実によって部分的に説明されるかもしれない。フィンランドの総出生率は、ヨーロッパ諸国のレベルと比較して比較的高いレベル (2003 年は 1.76) を長期間維持している。

⁴⁴ 統計資料に関する以下のレポートは、STAKES のサイト [Parturients, birth and newborns 2003] をもとに作成した。 http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt26_04.pdf

地区別の出産率をみると、2003 年に出産年齢にある女性 1 人あたりの出産率が最も高いのは、North Ostrobothnia と Central Ostrobothnia の病院区で、最も低いのは Itä-Savo と Etelä-Savo と Lapland の病院区であった。

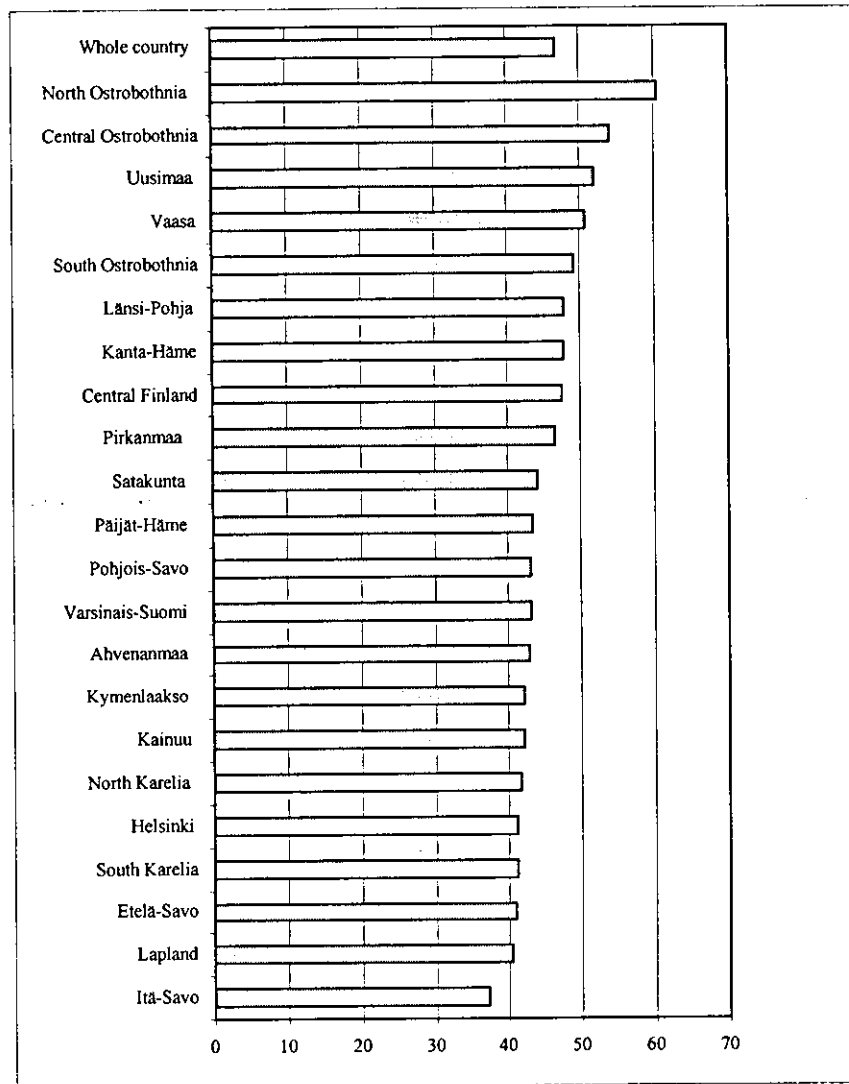


図 4. フィンランドにおける 15～49 歳の女性 1000 人あたりの病院区ごとの出生数 (2003 年)

2) 出産年齢

全妊婦に占める 35 歳以上の妊婦の割合は、1995 年には 15.1%であったが、2003 年には 19.4%にまで増加していた。2003 年は、全初産婦の 10%が 35 歳以上であったが、1993 年には 6%に過ぎなかった。20 歳以下の妊婦数は少しずつ減少しており、2003 年は全妊婦の 2.9%であった (2002 年は 3.3%)。妊婦の平均年齢は長い間、約 30 歳に固定されている (2003 年は 30.0 歳)。初産婦の平均年齢は、1995 年からだいたい同レベルを維持

しており、2003年には27.8歳であった。初産婦の平均年齢はHelsinki-Uusimaa 病院区で最も高く(29.0歳)、Lansi-Pohja(25.2歳)とKainuu(25.4歳)の病院区で最も低かった。

3) 喫煙率

妊娠中の喫煙の普及は、1990年代初期の16.6%から2003年には14.7%まで減少をみせた。妊娠初期に喫煙をやめる女性の数は、1991年の11%から2003年の19%まで増加している。その一方で、20歳以下の若年妊婦で妊娠中に喫煙している者は46.3%にも上る。彼女らのうち、16.3%は妊娠初期を過ぎると禁煙している。35歳以上の喫煙妊婦は11.1%で、妊娠初期に禁煙する妊婦は14.4%である。

4) 多胎出生率

多胎児の出生率は1987年1.1%から1998年1.7%まで増加したが、その一部は不妊治療の増加が原因とみられている。2003年は多胎児の出生数は1.5%であったが、その減少の理由の1つは不妊治療での移植胚が以前よりも少なくなったことが挙げられる。

5) 出産後の入院期間

出産後の病院滞在期間は短縮化の傾向にある。2003年に出産後1週間以上入院した母親は、全母親の4%であったが、この数値は10年前には9%に上った。2003年は、全母親の25%が出産後2日以内に退院したが、この数値は1993年には10%に過ぎなかった。出産当日の退院は一般的ではなく、2003年には全体の0.5%以下であった。2003年は、全体の79%が、出産後4日間以内に自宅に帰ったが、この数値は1993年には59%であった。入院平均日数は、1993年には4.2日間であったが、2003年には3.5日間まで短縮された。

6) 帝王切開

全出産数に占める帝王切開数の割合は、年々増加傾向にあり、1987年は14.5%、1993年は14.7%、2003年には約16.4%に上った。しかしながら、2003年の帝王切開率は、前年(16.6%)に比べると若干低下した。2003年、初産婦の帝王切開率は19.9%、経産婦の帝王切開率は13.8%であった。

7) 和痛分娩・無痛分娩

少なくとも1つ以上の和痛方法を用いる妊婦の割合は、1993年は67.6%、2003年は78.5%であった。陣痛を和らげることを目的とした硬膜外麻酔の使用は、絶えず増加傾向を示している。2003年には、全ての病院の産科病棟に入院する妊婦の45.2%(1993年には15.9%)、大学病院に入院する妊婦の52.6%(1993年には24.7%)が、経膈分娩