

ニュージーランドの助産システムの紹介

著者	吉留 厚子, 井上 尚美
雑誌名	鹿児島大学医学部保健学科紀要=Bulletin of the School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University
巻	23
号	1
ページ	15-18
別言語のタイトル	The Maternity Care System In New Zealand
URL	http://hdl.handle.net/10232/19740

ニュージーランドの助産システムの紹介

吉留 厚子¹⁾, 井上 尚美¹⁾

要旨 1960年代から80年代のニュージーランドでは、出産する際に医療介入がなされ、99%が病院で出生し、助産師による家庭分娩は減少した。女性は母子ケアサービスについて幸せではなかった。助産師も断片的な役割なので幸福ではなかった。助産師達は、制度の変革を望み、1990年の改正で、助産師が、医師なしで出産させること、妊娠から出産6週間まで継続してケアができることを可能にした。助産師は研修により、診断し、検査し、薬剤の処方できるようになり、いつでも女性のために病院にアクセスできるようになった。医師と同等の料金を得ることができるようになった。助産師教育はダイレクトエントリーを確立した。妊婦はLead Maternity Career (LMC) と契約しなければならない。LMCになれるのは、助産師、かかりつけ医師、産科医師であり、80%が助産師を選択している。妊婦はどこで出産するか、出産の際および出産後に誰に援助を依頼するか選ぶことができる。

キーワード: ニュージーランド, LMC, マタニティケア, 助産師

はじめに

2007年に全国助産師教育協議会の講演会で、ニュージーランドにおける助産システムについてカレン・ギリランド氏(ニュージーランド助産師会会長)および、サリー・ペアマン氏(オタゴ助産師単科大学学長)より話しを伺うことができた。同国での出産は、妊産婦を中心とし、助産師が自信と責任をもち出産に関わっていて、また、独自の制度であるLead Maternity Career (LMC)についても知り、非常に興味を覚えた。2012年3月24日から4月1日にかけて、全国助産学会主催のニュージーランドスタディーツアーに参加する機会を得て、施設見学や開業助産師たちと会い話しを伺った。助産師の人数や出産の規模はわが国と大きく違っているが、今回の研修を通して、わが国の助産システムを再考する機会となったので報告する。

1. ニュージーランドの助産の歴史

1800年代から1930年代まで、自立した助産師による助産ケアが主に行われていた。1904年に助産師法が成立し、

出産は自宅、あるいは助産師が運営する助産所で主として行われるようになった。1940年代から1950年代に、鎮痛薬を用いた「優れた」ケアを約束するようになり、出産に医療化が進み、その結果自宅出産から病医院出産への急激な変化がおとずれ、助産師の地位が低下した。1960年代から1980年代は、出産の医療化がほぼ完了し、助産は看護の一部になり、99%の子供が病院で出生した。助産師が運営する助産所が衰退していった。1980年代から1990年代に世界的な女性の健康ムーブメントが、ニュージーランドの女性の態度の変容に大きく影響し、女性たちは出産をもっと自分自身でコントロールしたいと望むようになった。一方、助産師たちは助産師の自立した役割を取り戻そうとするようになった。

2. 制度の変革

1) 変化のきっかけ

変革の重要なきっかけとなったのは、女性や母親がマタニティ・サービスに関し不満を感じ、父親もパートナーのうける治療や自分が締め出されることに同様に感じて

¹⁾鹿児島大学医学部保健学科 母性・小児看護学講座
連絡先: 吉留厚子
鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号
Tel/fax 099-275-6790
e-mail: yosidome@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

いた。助産師も、断片的な役割しか果たせず、助産モデルではなく看護モデルのケアをしなければならず、教育も看護が基盤の課程でしかなかったことに不満を感じていた。医師は、24時間のケア提供やマタニティユニットでの業務に不満を感じていた。政治家は、有権者が満足する要請に応じたいと思い、政府は、医療費削減のために地域を基本にしたプライマリー・ヘルスケア保健政策を推進する方針を示した。

2) 助産師が求めた政策の変化

助産師は、産科医中心のマタニティ制度を、女性が受けるケアについては女性自らに決定権がある制度、病院を中心とする制度から、緊急時にいつでも呼べる医療サービスの支援を保証する各地域における助産師による保健制度、ひとりの妊婦に数多くのプロバイダーが関わることでケアが断片的になる制度から、妊婦とその家族とのパートナーシップによりケアが継続的に与えられる制度、制限が多く報酬が少なく、存在感が薄い助産師の職業を、自立し十分な報酬が保証される自己統制制度の職業への変化を求めた。

3. 法的な枠組み

1990年の改正看護師法は、診断、治療、検査や調査での医師の紹介、業務範囲内の薬剤の処方、入院予約、医師と同料金の請求、ダイレクトエントリーの助産教育の開始（助産師になるためには看護師の資格は必要がなく、助産師のみを育てる教育）の助産業務を認めた。

4. 助産師による新しいマタニティケア（LMC：Lead Maternity Career）の契約

1) 法的整備 第88条

女性たちにLMCを保証する政府との契約、サービスの内容を指定し、料金表を設定する。LMCは、出産後6週間までの母子ケアがウエルチャイルド部門に移行するまでのマタニティ期間において、必要なサービスの提供を調整する責任を担う。ニュージーランドでは女性がどこで出産するか、誰に出産の際介助してもらうか、出産後誰に世話をしてもらうかは妊婦自身が決定することができる。

2) LMC

LMCになれるのは、助産師、かかりつけの医師（GP）、産科医であり、妊婦はまず、LMCを決めなければならない。LMCは妊婦の妊娠中の責任者であり、ケアプランを妊婦と一緒に計画し、必要に応じて変更し、陣痛、分娩、そして出産後の全ての期間において援助を

継続して行う。もし、妊婦がLMCに不満があった場合は、いつでも他の人に変更できる。

5. 女性の妊娠と出産時の権利

見学した施設の壁には必ず以下の「女性の妊娠と出産時の権利の箇条書き」が掲示されていた。

- 1) 人間的な尊厳と文化的背景を尊重した扱いを受ける権利
- 2) 出産場所を選ぶ権利
- 3) LMCの選択と変更をする権利
- 4) 分娩時の立会人を決める権利
- 5) 出産にあたって薬の使用、治療、検査に同意する前に、それらの薬品、治療、検査が母体と胎児に及ぼす影響についての質問をする権利。
- 6) 出産方法を選ぶ権利
- 7) 大きい病院に移される時、LMCとサポートしてくれる人の同行を要求する権利
- 8) 新生児と同室にいる権利
- 9) 母乳で育てたいとき、粉ミルクによる授乳を拒否する権利
- 10) LMCや他にケアをした人たちへ抗議する権利と満足いく説明をうける権利
- 11) 妊娠中の健診記録と新生児の健診記録の閲覧とコピーをする権利
- 12) 英語が母国語でない場合、通訳を要求する権利
- 13) 何らかの調査への協力と拒否をする権利
- 14) 実習生による世話を拒否する権利

6. LMCの実際

ニュージーランドのマタニティ・サービスでは、妊娠した女性はLMCと、出産する場所を選ぶことができる。つまり、女性が主体的に「誰に自分のケアをして欲しいか」そして「どこで出産をしたいか」ということを選択し、決定できるシステムになっている。しかも、女性と子どもに係る医療費を国が負担し、助産師とGPの費用はほとんどが無料になる（表1）。このシステムはNew Zealand College of Midwives（ニュージーランド助産師会）が政府に提言し、1996年に実現したシステムである。

表1 有料となる費用

・妊娠検査で尿検査が陰性と出た場合
・個人の産科医に行った場合
・私立の産科病院に行った場合
・ニュージーランド国籍か永住権がない場合
・私立の検査室で検査を受けた場合
・超音波検査
・出産準備クラス（両親学級）
・救急車で家から病院、又は、病院を替わった時の費用

LMCは、妊婦と一緒にケアプランを立案し、必要に応じてよりよいものに変更するなど女性の妊娠・分娩・産褥期のケアの責任者となる。妊娠中は14回の妊婦健診とケアの提供を行う。もちろん分娩にも付き添い、援助する。そのため、産科医療施設は完全オープン制になっており、LMCは女性が選択した出産場所でケアが提供できるように医療施設と契約を結び、LMCが利用できるシステムを取っている。産褥の入院中（ほとんどが48時間入院）は毎日ケアを提供し、産後6週間で7回（内5回は自宅でのケア提供）の訪問が行われている。LMCになれるのは、助産師、GP、産科医であり、もしLMCにGPか産科医を選んだ場合も、助産師のケアは不可欠とされ、すべての分娩に助産師が立ち会うことが義務付けられている。GPと助産師の行える業務範囲、診療報酬はほぼ同等である。開業助産師は登録すればLMCになれるが、GPがLMCになるためには、認定を受ける必要がある。産科専門医は、医師になってから6年以上の訓練と試験に合格する必要がある。現在、LMCとして80%の妊婦が助産師を選択している。

Dry Chris Hendry は、ニュージーランドのマタニティ・サービスでは1人の女性に1人の助産師がケアを提供することを基本に考えており、1人の助産師がケアを提供できる対象者は年間50人と試算している。現在、同国には約1,000人の助産師（内58%の助産師のみが病院で働いている）がいるが、年間出生数が64,331人/年であることから考えると、助産師数が不足していると話された。日本の助産師のほとんどが病院等で働いている状況を聞いたDr. Chris Hendry は、LMCの助産師が女性と一緒に産科施設へ行き、ケアを提供すれば病院で働く助産師はそれほど多く必要がないはずと言われた。継続したケアの必要性を改めて考えさせられた。

7. ニュージーランドの周産期医療体制の現状

83ヶ所の maternity hospital があり、58か所は医学的産科サービスが受けられない、つまり助産師だけで運営が行われている日本で言う“助産院”である。今回は7か所の施設を訪問することができた。5か所が第一次レベルの施設で助産師によるマタニティケアが提供されていた。他の2か所は第二次レベルで産科医が常駐し、無痛分娩や帝王切開に対応できる日本の産科施設とほぼ同じレベルであった。第一次レベルの施設が地域住民により支えられ、地域に根差した存在であることを強く感じた。ほとんどの女性が、自分たちが住んでいる近くの施設で助産師のLMCからケアを提供され、出産することが「あたりまえ」と考えられることの素晴らしさを感じた。ニュージーランドにおけるヘルス・サービスは、「女性中心であり、ケアを受ける人を中心にする」「文化的安

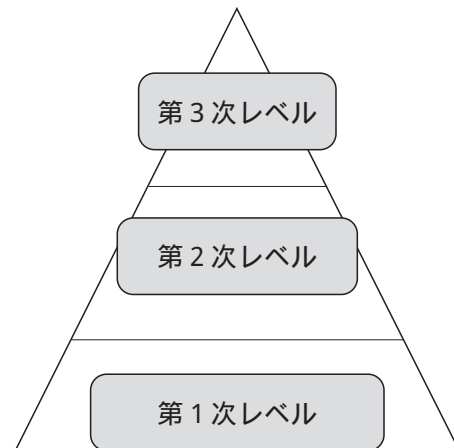


図1 マタニティ・サービスの構造

全性、先住民族、少数民族の文化の尊重」を理念に提供されていると聞いていたが、施設を見学し、助産師および出産を経験した女性達から話しを聞くことにより実感した。

このように女性が安心してマタニティ・サービスを受けられる背景には、周産期システムが第一次レベル・第二次レベル・第三次レベルときちんと分けられ、それぞれのレベルの施設が役割を認識し、ふさわしいケアや医療を提供するシステムが築き上げられているからである。女性が助産師から質の高い必要なケアを提供されることは、大きなピラミッド型のマタニティ・サービスの根底を支えることになっているのである（図1）。現在の日本の産科医療施設の集約化など、周産期問題を考えるときに参考となるだろう。

第一次レベルの施設搬送率は、約20%と話された。搬送時間が2時間以上かかることもあり、早い時期に搬送を決断するための高い診断能力が助産師に求められる。2010年の統計では、正期産での帝王切開率は21.1%、医療介入は7.6%であった。

今回の研修は、マタニティ・サービスにおける助産師の役割や能力について多くの示唆を得る機会となった。

参考

1. カレン・ギリランド：「ニュージーランドで起こったマタニティケア政策の転換」講演会、京都アバンティホール、2007年6月4日。

The Maternity Care System In New Zealand

Atsuko Yoshidome¹⁾, Naomi Inoue¹⁾

1) Department of Maternal and Child Health Nursing, School of Health Sciences,
Faculty of Medicine, Kagoshima University
8-35-1, Sakuragaoka, Kagoshima 890-8544, Japan
e-mail : yosidome@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

Abstract

There were almost complete medication from 1960's to 1980's in New Zealand and 99% of babies was born in hospitals, so midwifery owned maternity homes declined. Women and mothers were unhappy with maternity service and also midwives were unhappy with their fragmented role. Midwives wanted to change the government policies. The 1990 Nurses Amendment Act enabled midwives to practice without medical supervision, provide total care from pregnancy test to six weeks post-partum. And also they diagnose for tests and investigations, prescribe drugs within their scope of practice, access hospital beds for their clients and claim the same fees as doctors. They could establish direct entry midwifery education. A pregnant woman should be new contract with LMC (Lead Maternity Career) and Being able to become LMC is midwives, GP (personal physician), an obstetrician. 80% pregnant choose the midwives as LMC. The pregnant woman can decide who takes care of after it gives birth and where the woman gives birth, and to who give birth whether help.

Key words: New Zealand, LMC, Maternity care, Midwife