

## 5章 海外報告

### 1. 米国の出産・分娩初期における看護師・看護助産師の役割

#### 1. 調査の背景と目的

##### (1) 日本における背景

第二次世界大戦直後まで、日本の妊産婦死亡率は出生 10 万件あたり 161.2 と、比較的高い割合であった<sup>16</sup>。周産期死亡率<sup>17</sup>は、1980 年時点で出産千件あたり 21.6 であったが、その後両者とも大きく下がり、2003 年には世界で最も低い水準を達成した(妊産婦死亡率：出生 10 万件あたり 6。周産期死亡率出産千件あたり 5.3)<sup>18</sup>。また、乳児死亡率(出産千対 2.8)は北欧諸国と並び、世界で最も低い割合となっている。

その主な要因として、近現代の関連法整備(「母子保護法」1938 年、「優生保護法」1948 年)、行政機関の整備(厚生省設置、1938 年)等が指摘されている<sup>19</sup>。また、厚生省(現厚生労働省)は「保健師助産師看護師法(1948 年)」を制定し、江戸時代以来、開業が制度化されていた助産師の研修等を新たに開始した。

分娩場所に関しては、1960 年代以降、自宅分娩から施設分娩に移行し、現在、日本における殆ど(99.8%)は産科医療機関で行われている(1998 年)<sup>20</sup>。

一方、以前から指摘されている看護師不足に加え、昨今、産科医療機関における助産師不足<sup>21</sup>、産婦人科医の減少から、出産・分娩における医療の質(quality of care)の確保・向上についての課題が指摘されている。

##### (2) 調査の目的

そこで、緊急調査として米国を例に取り、出産・分娩期、とりわけ分娩第一期における看護師・看護助産師の役割を概観する。とくに、医療の質を向上させるため、どのような医療の基準(standard of care)が定められ、いかに臨床が行われているのか、文献調査と米国産科医療従事者への聞き取り調査から検討する。

##### (3) 用語の定義

本章の米国調査で用いる用語の定義は次の通りである。

---

<sup>16</sup> 1950 年。

<sup>17</sup> 妊娠満 28 週以後の死産数に早期新生児死亡数を加えたものを出生数で除したもの(厚生労働省定義)。

<sup>18</sup> 「産科における看護師等の業務についての意見」日本産婦人科医会、2005 年 9 月 5 日。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0905-7f.html>

<sup>19</sup> 国際協力機構『日本の保健医療の経験』2004 年。

<sup>20</sup> 母子衛生研究会『母子保健の主なる統計平成 14 年度』2003 年。

<sup>21</sup> 日本医師会総合政策研究機構 調査結果 2005 年。

### ① 看護師

正看護師(registered general nurse)と准看護師(licensed practical nurse)<sup>22</sup>に分類される。本調査の焦点は分娩第一期の内診であることから、その実施資格のある正看護師を主たる対象とし、本章では単に“看護師“と記載する。

なお、米国の看護師免許は各州で取得する仕組みとなっており<sup>23</sup>、多くの州が更新期限を設けている。また、産科看護師の場合、例えばカリフォルニア州の多くの病院で、新生児蘇生、上級レベルの分娩時・胎児モニタリング(Advanced Fetal Monitoring)の資格保有が求められている。

### ② 看護助産師 (CNM: Certified Nurse Midwife)

米国の助産師は3種類に分類される。看護助産師は、看護師が大学院レベルの助産師教育を受け助産師免許を有した、専門性の高いAdvanced practice nurseと位置づけられている。

看護助産師になるには、米国看護助産師協会(American College of Nurse-Midwives: ACNM)が認可した全米43の教育機関のいずれかで教育を受け、免許を取得する必要がある。これらの機関のうち、39校は修士課程、4校は学士号取得後資格プログラム(Post- baccalaureate certificate programs)である。全米において看護助産師による助産が認められており、33州では看護助産師介助による出産・分娩への健康保険適用を義務付けている(2004年)<sup>24</sup>。また、48州と首都(ワシントンDC)は、看護助産師に処方箋を出す権限を与えている。

### ③ 助産師

助産師として認定を受けた助産師を Certified Professional Midwife(CPM)と呼称する。Direct-Entry Midwife とも呼ばれる。北米助産師登録協会(North American Registry of Midwives)の基準を満たし助産資格を得た者を指し、看護資格の保有は認定条件ではない。分娩介助において医師等の監督は不要であるが、医療従事者との連携が推奨されている<sup>25</sup>。

ほかに、看護師免許、助産師免許とも有さない Plain Midwife と称される助産師がいる。

助産師史を振り返ると、1915年、米国における助産師介助の分娩は全体の約4割であったが、1935年には1割に減少した。現代米国の体系的な助産師活動の始まりは、1925年、英国で看護師として助産教育と訓練を受けた Mary Breckinridge

<sup>22</sup> LVN (licensed vocational nurse)の呼称を用いる州もある。

<sup>23</sup> National Council Licensure Examination (NCLEX)。

<sup>24</sup> 2005年8月時点。ACNM 2005年。

<sup>25</sup> 北米助産師登録協会。http://www.narm.org

がケンタッキー州に Frontier Nursing Service を開設したことに遡る<sup>26</sup>。

#### ④ 産婦人科医

本章では、産婦人科医と産科医を総称して「産婦人科医」とする。ただし、本調査で見学した病院の診療科は産科(Department of Labor and Delivery)であったので「産科」と記す。

#### ⑤ 分娩第一期

分娩を四期<sup>27</sup>に分類したうち、陣痛開始から胎児が下降して頸管全開大(10センチ)するまでの「開口期」を指す。

#### ⑥ 内診

出産の経過を確認するため、産婦の産道に手を入れ、頸管の開口状況、胎児の下降状況等を定期的に調べることを指す。米国の産婦人科では、“pelvic examination (骨盤内診)”、“vaginal examination (膣内診)”、“cervical examination (頸部内診)”等の用語が用いられる。

女性の健康・産科・新生児看護師協会は、内診の目的を次のように解説している。「膣内診は子宮頸部の状態を評価するために行う。膣内診は子宮頸管の開大、展退度、位置、および先進下降部の位置の評価を含む」<sup>28</sup>。内診の結果は、「内診所見採点基準(Bishop Score)<sup>29</sup>」と照合し、産道の経過を判定する。

#### ⑦ 産科機関

##### (ア)附属病院 (Teaching Hospital)

日本の医学大学附属病院に近い位置づけであるため、本章では「附属病院」と記す。しかし、直訳は「教育研究病院」で、医学生および研修医の臨床教育を請け負う総合病院を指す。また、医学大学に直接属さず、単に教育提携を結ぶ病院も含む。附属病院は医療提供と医学教育において、米国保健医療制度を支える重要な役割を果たす。全米7～8割の医学生・研修医が、附属病院・医療制度審議会の会員である400の病院で臨床教育を受けている<sup>30</sup>。次項の地域病院(community hospital)と、研修医・医学生

<sup>26</sup> M. Brucker、サウス・ウェスタン医療センター。

(<http://www3.utsouthwestern.edu/midwifery/mdwfhsus.html>)

<sup>27</sup> 第二期(娩出期:子宮口全開大～胎児娩出)、第三期(後産期:児娩出～胎盤等の娩出)、第四期(娩出後2～3時間)。単に三期に分類することもある。

<sup>28</sup> AWHONN“Fetal Heart Monitoring Principles and Practices (3rd Ed)”2003年。

<sup>29</sup> 子宮頸部の熟化を判定する指標で、頸管開大度、展退、児頭位置、頸部の硬さ、子宮口位置をそれぞれ採点し、産道経過を判定するものである。

<sup>30</sup> 米国医師会。<http://www.aamc.org/teachinghospitals.htm>

の有無の観点から区別される。

(イ) 地域病院 (Community Hospital)

比較的規模が大きく、地域への貢献を目的とし、主に都市部で高度な医療サービスを提供する総合病院を指す。

(ウ) 診療所 (Clinics)

産婦人科医が開業する診療所を指す。

(エ) バース・センター (Freestanding Birth Center)

助産師または看護助産師が正常分娩の介助を行う。専門医療機関への照会システムや、緊急時の搬送ネットワーク等が構築されている。家庭的な雰囲気の中で、安全かつ自然な出産・分娩を促進する。「バース・センター国家基準」(National Standard for Birth Centers)を満たす必要がある<sup>31</sup>。

⑧ 患者

米国では、出産は疾病扱いで健康保険の適用内である。そのため、本章では文脈によっては妊婦・産婦を「患者」と記す。

## 2. 調査方法

(1) 調査内容

本章では、米国の以下の状況につき調査を実施した。

- ① 看護師・看護助産師・助産師の需要および供給
- ② 出産・分娩初期における看護師・助産師の法定役割
- ③ 上期における看護師・看護助産師・助産師の役割分担

(2) 調査方法と範囲

① 文献調査

- (ア) 米国行政資料
- (イ) 先行文献 (英文、邦文) (章末【参考文献】参照のこと)
- (ウ) 関連協会資料
- (エ) 聞き取り調査先 (以下②掲載) の診療ガイドライン
- (オ) 聞き取り調査先を顧客とする保険会社の診療ガイドライン等

---

<sup>31</sup> 米国バース・センター協会。 <http://www.birthcenters.org/faq/wiabc/index.php>

## ② 聞き取り調査

### (ア) 職種

職務経験 4 年の若手から 30 年以上のベテランと、多岐に亘る以下の職種、合計 16 人から聞き取り調査を行った。

- ・産婦人科医
- ・看護師
- ・看護助産師
- ・助産師
- ・研究者（米国の産科専門）
- ・医療シミュレーション・センター講師（出産・分娩専門）

### (イ) 対象機関

米国疾病対策センター（Center for Disease Control and Prevention: CDC）が分類する、以下全ての産科医療機関において聞き取り調査を実施した<sup>32</sup>。研修医の有無による看護師の業務範囲の相違を勘案するため、附属病院（研修医有）と地域病院（研修医無）の両方で調査を行った。

- ・附属病院
- ・地域病院
- ・診療所
- ・バース・センター

これらの産科機関に加え、医療シミュレーション教育で高い評価を得ている、ハーバード大学附属・医療シミュレーション・センター（マサチューセッツ州）で、実際にシミュレーションを見学し、講師（医師、博士）から聞き取り調査を実施した。

### (ウ) 訪問州

州間の相違を把握するため、12 州において調査を実施した（マサチューセッツ州、ニューヨーク州、メリーランド州、バージニア州、イリノイ州、ジョージア州、フロリダ州、ニューメキシコ州、コロラド州、ネヴァダ州、オレゴン州、カリフォルニア州）。

そのうち、地理的、社会文化的に異なる地域（東部、西部、中西部）から各 1 州を選出し、産科機関を訪問して現場見学と聞き取り調査を実施した（マサチ

---

<sup>32</sup> 本調査の目的から外れる「自宅（出産）」は除いた。

ューセッツ州ボストン市、カリフォルニア州サンフランシスコ市、オハイオ州ケタリング市)。訪問先の詳細情報は、章末の表 3 参照のこと。

#### (エ) 調査内容・方法

①分娩第一期における内診の実施状況②その背景と理由③根拠となる法律・指針④多業種間のチームワークのあり方・問題点⑤自由コメントを尋ねた。聞き取り調査は、基本的に職場を訪問し 1 対 1 の面接方式を採用した。16 人中 3 人は、都合により電子メールと電話のみによる聞き取り調査であった(各、複数実施)。

#### (オ) 調査期間

2006 年 11 月から 2007 年 2 月 (4 ヶ月間) において上述の調査を実施し、本章の報告書として取り纏めた。

### 3. 調査結果

#### (1) 米国における出産・産科に関する基礎データ

はじめに、米国における出産・産科に関する概要を既存文献により把握した。入手可能な最新データ(2004 年統計)に拠ると、以下のような状況である(表 1)。

##### ① 医療従事者

米国における看護師(就業中)は約 240 万人(人口 10 万人あたり 815 人)、推計平均年齢は 46.8 歳であった。学歴は、短大卒業者が看護師全体の 42.2%、看護専門学校卒業者は 25.2%、看護大学卒業者は 30.5%と推計されている。なお、0.5%(15,511 人)は修士号または博士号を有する。また、看護師で助産師免許を有する看護助産師(就業中)は、約 31 万人(人口 10 万人あたり 105 人)であった。そのうち 56.5%は修士課程を修了し、5.8%は修士号取得後助産師養成課程を修了している<sup>33</sup>。全米で助産師免許を有する者は 2,000 人と報告されている。なお、産婦人科医は約 38,000 人(人口 10 万人あたり 12.9 人)であった。

##### ② 出生数・出生場所・合計特殊出生率

全米の出生数は約 411 万件で、99%の分娩が病院で行われている。米国平均の合計特殊出生率<sup>34</sup>は 2.05 で、2003 年より僅かながら上昇した。合計特殊出生率は 1997 年

<sup>33</sup> 保健社会福祉省、2004 年。

<sup>34</sup> その年次の 15 歳から 49 歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1 人の女子が仮にその年次

から 2000 年まで穏やかな上昇傾向にあったが、2000 年以降、飽和に達したと観られている<sup>35</sup>。なお、表には非掲載であるが、全出生数に対する帝王切開率は 29.1%（前年比 6%上昇）で、米国史上、最も高い割合を記録した<sup>36</sup>。

### ③ 分娩介助者

全米における出産の 91% (3,757,438 件) は、医師介助による分娩と報告されている。看護助産師および助産師(有資格・無資格者合計)による分娩介助は全体の約 8% (325,899 件) であった。しかし、経膈分娩だけを見た場合、全出産に占める看護助産師介助による出産は 10.6%となり、1989 年(4.8%)以降、増加している。

看護助産師介助による経膈分娩の割合は州間の差が大きい。2004 年は最も割合が高かった順に、ニューメキシコ州 (35.9%)、バーモント州 (24.6%)、ジョージア州 (23.7%) となっている。ニューメキシコ州では、1990 年比で 22.5%増であった。一方、最も割合が低かったのは、アーカンソー州 (0.7%)、アラバマ州 (3.2%)、ミシシッピ州 (2.8%) であった<sup>37</sup>。

---

の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子ども数に相当する（厚生労働省定義）。

<sup>35</sup> Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kimeyer S (2006)。

<sup>36</sup> 同上。

<sup>37</sup> Declercq, 2006 年, unpublished article.

表 19 米国出産・産科関連基礎データ（2004 年統計）

		人数・件数	出典
看護師	正看護師*	合計	Occupation search on the bureau of labor statistics
		対 10 万人	
	准看護師 **	合計	
		対 10 万人	
看護助産師 ***	合計	308,113	Trends in CNM attended births
	対 10 万人	104.9	
助産師 ****	有資格	合計	Professional issues in midwifery
		対 10 万人	
	無資格	合計	
		対 10 万人	
産婦人科医*****	合計	38,015	Physician characteristics and distribution in the US
	対 10 万人	12.9	
出生数	合計	4,112,052	National vital statistics reports
出生場所	病院	4,074,709	
	その他	35,578	
	(自宅)	再掲(23,150)	
	(バース・センター)	再掲 (9,620)	
分娩介助 *****	医師	3,757,438	
	助産師	合計	
	(看護助産師)	再掲(308,113)	
	(その他の助産師)	再掲 (17,786)	
合計特殊出生率		2.05	
全米人口		293,638,158	U.S. Census Bureau

\* Registered Nurse（就業中）。

\*\* Licensed Practical Nurse（就業中）。

\*\*\* Certified Nurse/Midwife（看護師免許・助産免許あり）。

\*\*\*\* 有資格は Directory-Entry Midwife（看護師免許なし、助産免許あり）を指す。

無資格は Plain-Midwife（看護師免許なし、助産免許なし）を指す。

\*\*\*\*\* 産婦人科医（37,779 人）と産科医（236 人）の合計。産科医状況は本調査の焦点ではないが、参考までに掲載。

\*\*\*\*\* 主な介助者のみ抜粋

なお、米国における乳児死亡率は出産千対 6.85 で、OECD の平均を上回っている。人種間の格差が非常に大きく、白人 5.72 に対し、アフリカ系アメリカ人 14.01 と推定されている。

妊産婦死亡率は全米平均出生 10 万件あたり 12.1 で、アフリカ系アメリカ人が 30.5 であった。米国では米国疾病対策センターの 2 種類の定義により周産期死亡率を推計している。妊娠 28 週以降、出産 7 日後までの周産期死亡率は出産千件あたり 6.74 であった。一方、妊娠 20 週以降、出産 28 日までの周産期死亡率は、出産千件あたり 10.83 と推計されている。両者とも 1990 年以降下降傾向にある（以上、数値はすべて 2003



年統計)<sup>38</sup>。

## (2) 米国看護師・看護助産師・助産師の需給状況

### ①看護師

看護師の需給については、地域間で格差がみられる。人口 10 万人あたりの看護師割合が最も高いのはニューイングランド地方（東海岸・北部）の 1,107 人であった。次に高いのは中部・北西地方の 1,026 人、次いで南西部の 677 人、最も低いのは太平洋沿岸（西海岸）の 645 人である<sup>39</sup>。看護師不足を補うため、COMPACT（他州の看護師免許で臨床を許可する協定）が 17 州で合意されている。全看護師の 22.9%がこれらの州で免許を取得していると推計される。

産科に配置する看護師人数について、米國小児科 (AAP)・米国産婦人科学会 (ACOG) 共同出版の『周産期医療の指針 第 5 版』は、「分娩時、常に少なくとも一人の産科看護師が付き添うこと。妊婦の担当看護師が望ましい」としている<sup>40</sup>。しかしながら、現在、看護配置基準<sup>41</sup>を州法で定めているのは、全米でカリフォルニア州のみである<sup>42</sup>。そのカリフォルニア州では、産科患者に対し次のように看護師配置を制定している<sup>43</sup>。

分娩前（陣痛初期）＝患者 1 人に対し看護師 4 人

陣痛中期（active labor）以降＝ 1 : 2

LDRP<sup>44</sup>＝ 1:3

分娩後＝産婦 1:6

保育室＝1:8

不足といわれる看護職を補うため、米国では海外で教育を受けた看護師を受け入れており、その割合は全米看護師の 3.5%（100,917 人）となっている。国別ではフィリピン（50.2%）とカナダ（20.3%）が多い。海外で看護教育を受けた看護師の割合が高い州は、カリフォルニア州（25.5%）、フロリダ州（9.6%）、テキサス州（6.7%）、ニ

<sup>38</sup> 米国疾病対策センター。 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55\\_06.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_06.pdf)

<sup>39</sup> Department of Health and Human Services. 2004 年。

<sup>40</sup> AAP（米國小児科学会）・ACOG（米国産婦人科学会）。前掲. p142。

<sup>41</sup> 病床数から割り出す日本の方式と異なり、米国ではワークロードによる看護師配置を決定している。看護配置基準の国際比較は、次の論文を参考にした。安川文朗「看護配置基準の問題点とその背景：国際比較をふまえて」。同志社大学 技術・企業・国際競争研究センター リサーチ・ペーパー05-07.2005 年。

<sup>42</sup> 2002 年までに複数の州が看護配置基準を提案している（コネチカット州、ニューヨーク州、マサチューセッツ州等）。LexisNexis 調査による。

<sup>43</sup> カリフォルニア州法 [http://www.seiu121rn.org/docUploads/Ratios\\_Enforcement\\_Packet.pdf](http://www.seiu121rn.org/docUploads/Ratios_Enforcement_Packet.pdf)

<sup>44</sup> Labor-Delivery-Recovery-Postpartum 室。陣痛・分娩・回復を一部屋でできる個室。

ュージャージー州（6.1%）の順である。カリフォルニア州の産科看護師休憩室でも、タガログ語で一息つく看護師たちの姿が見られた。

また、米国でも看護師養成機関の教職員不足が長期的問題となっている。看護師のうち48,666人がこれらの機関で教鞭を執っている。看護学等の博士号を有する教職員の平均年齢は55.7歳と推計されている。

## ②看護助産師

前掲のように、看護助産師および助産師による分娩介助は全体の約8%であった。このうち、看護助産師による分娩介助は94.5%を占め、データ収集を開始した1989年以来、同程度の割合となっている。その多くは、病院勤務の看護助産師による分娩介助であった<sup>45</sup>。このことから、病院における看護助産師の分娩介助の需要は継続的に求められているといえる。

## ③助産師

助産師介助による出産は、リスクが低く、自宅で計画的に出産する場合、また、バース・センターでのより自然な出産希望者による場合が多い。その理由の一つとして、看護資格のない助産師による分娩介助は健康保険扱いとならない州もあるためである。

### （3）米国における関連法律と規定

#### ① 関連法律および指針

まず、米国产科の医療従事者が一般的に遵守する法律と指針を鑑みた。以下に示す6層の法規に従い業務を行っているを総括できる。重層化した法規の下で業務を行う理由は、米国がいわゆる英米法（慣習法）を採用しており、主に慣習の蓄積で法律が形成されるためである。また、連邦国家のため各州の独立性が高く、各州が法律を制定することにも起因する。これらの点で、文書の形式で制定される日本の成文法と異なる。

##### （ア）州法規(Code)

看護業務法令<sup>46</sup>等

##### （イ）医療機関が所属する協会の指針 (Guideline)

#### A. 全米レベル

AHA (米国病院協会)<sup>47</sup>

<sup>45</sup> 看護助産師介助による実際の分娩数は、掲載数より多いと推測されている。文献前掲。

<sup>46</sup> 各州の看護評議委員会 (Nursing Board) が制定。

<sup>47</sup> American Hospital Association.

JCAHO（病院認定合同委員会）<sup>48</sup> 等

B. 州レベル

（ウ）医療従事者が所属する協会・学会の指針（全米レベル）

A. AMA(米国医師会)<sup>49</sup>

B. ACOG (米国産婦人科学会)<sup>50</sup>

C. ACNM (米国看護師助産師大学協会)<sup>51</sup>

D. AWHONN（女性の健康・産科・新生児看護師協会）<sup>52</sup> 等

医療機関の指針

診療科の指針<sup>53</sup>

医療機関・医療従事者が加入する保険会社の指針<sup>54</sup>

【解説】

（ア）州法規(Code)

州内で遵守される法規が制定されている。看護業務については、看護業務法令（Nursing Practice Act）が各州の看護評議委員会により制定されている。一例として、オハイオ州では、「看護師が分娩経過を観察する場合、その指示にあたる看護助産師は医師の監督下、看護師と同室、無線、電話または他の連絡手段にて意思疎通を図ること」が定められている<sup>55</sup>。なお、公立病院で勤務する場合、公務員としての法的拘束も生じる。

（イ）医療機関が所属する協会の指針（Guideline）

全米レベルの病院認可団体が講じたもので、医療機関の基準を統一化することを目的とする。この基準に合致しない病院は認定が得られないが、法的拘束力はない。

（ウ）医療従事者が所属する協会・学会の指針（全米レベル）

各種専門団体が“Expert Witness(鑑定人)”として医療の基準として設けるものであり、法的拘束力はない。

米国小児科（AAP）・米国産婦人科学会（ACOG）の共同指針では、経膈分娩の介助につき次の点を奨励している。(1)新生児の蘇生技術を要する専門家が対応可能であること、(2)麻酔医が対応可能である、(3)産科の付添人（obstetric attendance）による分娩の立会い、(4)必要に応じ、妊婦の手術室搬送

<sup>48</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

<sup>49</sup> American Medical Association.

<sup>50</sup> American College of Obstetricians and Gynecologists.

<sup>51</sup> American College of Nurse-Midwives.

<sup>52</sup> Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

<sup>53</sup> AAP（米国小児科学会）・ACOG(米国産婦人科学会)共同刊行の“Guidelines for Perinatal Care”は、各産科が定期的に指針を見直すことを勧奨している（2002年.p126）

<sup>54</sup> 主に医療過誤訴訟を視野に入れた保険加入。

<sup>55</sup> Ohio Administrative Code, Chapter 4723-8.

が可能であること。<sup>56</sup>

また、出産・分娩には多職種・多分野が関わるため、齟齬のないよう標準化された専門用語（Standardized Language）の使用が奨励されている。

(エ) 医療機関の指針

各病院が定めるもので、診療科を超えた、病院内の医療の基準を目的に設けられている。

(オ) 診療科の指針

本調査の場合、各病院の産科が関連する全ての職種間で講じ設定したもので、上述（ウ）の奨励により明文化した5～10センチ幅のファイルが「帯禁出」と記され、ナースステーションに常備されている。

(カ) 医療機関・医療従事者が加入する保険会社の指針

最近の傾向として、主に医療過誤訴訟を視野に加入する保険会社が設定する指針を指す。例えば、ある保険会社の指針は、「分娩経過の観察結果は2時間以内に記録する」と細かく指定している。

米国一般の医療従事者同様、産科の医療従事者も多くの規定・指針の下で日々の業務を遂行している。多層におよぶ規則遵守のため、例えば同一の看護師が異なる病院で勤務した場合、それぞれの法律、規定、指針に従い業務を行う<sup>57</sup>。しかしながら、患者の安全確保、全米レベルで設けられている医療の基準は、州や病院を越えて、共有されているといえる（詳細は、以下、聞き取り調査結果参照）。

看護師の役割として、米國小児科（AAP）・米国产婦人科学会（ACOG）の共同指針『周産期ケアのガイドライン：第5版（2002年）』<sup>58</sup>は、「看護師は産科の初期評価を行うことができる」と記載している<sup>59</sup>。その内容は、「少なくとも、妊婦の心拍数・血圧、胎児の心拍数、子宮収縮を含むこと」が推奨されている。しかし、内診実践者は規定されていない。従って、誰がどのような体制下で内診を行うかについては、各診療科（産科）の指針に委ねられていると解釈できる。

(4) 分娩第一期における看護師・看護助産師の役割分担【聞き取り調査結果】

そこで、本調査では、産科病院で分娩介助を行う看護助産師と、分娩補助を行う看

<sup>56</sup> AAP (米國小児科学会)・ACOG (米国产婦人科学会)刊行。前掲、p142。

<sup>57</sup> ボストンの看護助産師（大学助教授）との聞き取り調査で、複数の病院規定と指針を観る機会に恵まれた。鍵のかかる引き出しから取り出された数冊の指針のうち、ある病院のものは投薬量まで細かく書かれ、別の病院の同項目は2、3行の簡易な記述であった。医療機関により指針が異なる好例といえよう。

<sup>58</sup> “Guidelines for Perinatal Care” 最新版。

<sup>59</sup> AAP (米國小児科学会)・ACOG (米国产婦人科学会)刊行 前掲。p126-7。

看護師に焦点を当て、12州における分娩第一期の内診状況を中心に合計16人から聞き取り調査を行った。また、3州6施設を訪問し、産科を見学した。聞き取り調査の内容を次のように分類し取り纏めた<sup>60</sup>。

#### ① 分娩第一期の看護師の内診

##### (ア) 分娩介助者別

###### A. 主担当が産婦人科医の場合

聞き取り調査の範囲内では、産婦人科医が主たる分娩介助者である場合、一般に看護師が医師の指示を受け、分娩第一期中の内診を行っていた。多くの場合、医師は同室せず看護師一人で内診を行う。看護師は、内診結果および母子の心拍数等を担当の医師に知らせ、その指示に従い経過観察を続ける(分娩第一期の時点では、基本的に医師は分娩室に同室しないが、緊急時には対応可能な体制を整備している)。ある産婦人科医は、「内診を行い、その結果を報告する看護師は私の右腕であり、チームで最初に患者に接する重要な役割を果たす」と評価していた。

なお、分娩第一期でも、破水時<sup>61</sup>、出血時<sup>62</sup>には、緊急時を除き、慣習的に看護師による内診は行われていない。

###### B. 看護助産師の場合

看護助産師の指導下で看護師が業務を行う場合も、一般的に一人が内診を行い、状態を看護助産師に報告し、看護助産師がその結果を診断する。複数ではなく内診をする人数が一人である理由は、感染症予防、患者の精神的負担の軽減、同一者による経時的内診結果の比較である。看護師に内診を任せるか自ら行うかの判断は、看護助産師間で差がみられた。

###### C. 分娩介助者別のまとめ

内診実施に関する産婦人科医と看護助産師の見解は、次のように総括できる。

#### 【医療の効率化】

看護師として産科に勤務後、助産師資格を取得した看護助産師(地域病院勤務)は、自ら内診を行う理由として、多忙な産科病棟で看護師の巡回を待つより、自

<sup>60</sup> 研究者が所属するライト州立大学の研究倫理委員会の指導により、本調査では個人の臨床経験を質問することができないため、「米国における一般の傾向」を尋ねた。

<sup>61</sup> 産褥感染症、臍帯脱出等の予防のため。

<sup>62</sup> 前置・低位胎盤・胎盤早期剥離などを示唆する。

ら内診を行ったほうが、即時に診断・判断が可能となり、効率的であると述べている。

また、原則的に看護師に内診を任せる別の看護助産師（附属病院勤務）は、内診実施者（看護師）と診断者（看護助産師）の役割を明確化することが、医療の効率化につながると語った。

医療の効率化を図りつつ医療の質を向上させるため、様々な手法が採られている。その一つとして、評価の基準化が挙げられる。産科看護師は、分娩観察結果を一覧表に記入していく。この一覧表のなかに内診も含まれている（章末 Appendix 1、円内）。ある地域病院の看護師は、「内診ができなければチームワークを乱すことになり、産科では看護師として機能しません」と語った。

#### 【付加価値（経験値・専門知識）】

基本的に自ら内診を行う看護助産師と産婦人科医は、「内診は単に頸管の開口度を測ることではない」点を強調する。米国外で助産師経験を有する産科看護師は、内診の目的は分娩経過の診断と同時に、次に起こりうることを予測し、事態に先んじて方策を立てることであると述べた。

内診では、子宮口の位置、開大、胎児下降部とその位置、子宮頸部の熟過度、骨盤の形状と軟産道などの観察が行われる。これらの観察により、分娩進行の予想および診断、破水の有無の確認、子宮口全開の確認、異常分娩の発見と回避が可能となり、胎児頭皮用電極<sup>63</sup>の挿入、子宮用カテーテル等の目的を果たす。内診はレオポルド触診法<sup>64</sup>などの外診法と併せ実施される。そのため、自ら内診を行うことにより、自分の経験値や専門知識を加味した診断が母子の安全につながるとの見解を示した。

#### (イ) 医療機関別（米国疾病対策センター分類）

附属病院、地域総合病院、診療所、バース・センターの各医療機関における実施状況をまとめると表 20 のようになる。

<sup>63</sup> 子宮内の胎児の逃避に付着し、胎児のバイタルサインを監視する。

<sup>64</sup> 妊婦の腹部に手を当て胎児を触診する方法。

表 20 分娩第一期の内診実施状況\*

	附属病院	地域病院	診療所	バース・センター
医師	室外で指示**	室外で指示	室外で指示	—— (不在)
看護助産師 ***	室外で指示、 同室で指示、 または自ら内診	分娩介助 (通常経膈分娩)	——	分娩介助****
助産師	——	——	——	補助
指導医****	室外で指示	——	——	——
研修医	内診	——	——	——
医学生	内診	——	——	——
看護師	補助	内診 *****	内診	——

\*調査範囲をまとめたもので、全米の内診実施状況を代表する結果ではない。

\*\*同室はしないが、緊急時にはすぐに駆けつけることのできる待機状態を示す。

\*\*\*通常経膈分娩介助の免許があり、判断能力・資格を有するが、研修医・医学生の教育のため、または多数の患者を一度に担当する等の理由により、誰に内診をさせるかは多様性が見られた。

\*\*\*\*訪問先のバース・センターは看護助産師が分娩介助を行っていたが、助産師（看護資格なし）がバース・センターで分娩介助を行う場合もある。

\*\*\*\*\* 臨床教育の指導にあたる医師(Attendant または Attending Physician)。

\*\*\*\*\* 分娩数の多い地域病院（年間 7、8,000 件）では、看護助産師自ら内診を行う例も観られ、必ずしも看護師のみが内診を実施するわけではない。

#### (ウ) 研修医・医学生<sup>65</sup>の有無

##### A. 定期的に参与（附属病院）

表 2 にも示されるように、基本的に、研修医の臨床教育を行う附属病院の場合、研修医を優先させる傾向が窺われた。そのため、看護師だけでなく、分娩介助資格のある看護助産師よりも臨床医が優先的に内診を実施するケースが聞き取り調査の範囲では多いことが分かった。ただし、「経験を積むためだけの内診」は忌諱される傾向も窺われた。

##### B. 不定期に参与（附属病院または地域病院）

研修医や医学生の実習がない時期は、基本的に主に看護師が内診を実施している病院が多い。研修医や医学生の教育時には、内診機会の提供もする。

##### C. 研修医・医学生の参与なし（診療所またはバース・センター）

地域病院、診療所、バース・センターなど、研修医がいない医療機関では、上述①のように、看護師が内診を行うことが基本的傾向であった。

<sup>65</sup> 米国の医学教育は 4 年制大学卒業者に施され、大学院の位置づけである。正式には医学大学院生であるが、便宜上「医学生」と記す。

## ② 看護助産師の内診・分娩介助

看護助産師には分娩介助を行う資格免許があり、その業務範囲として内診も実施する。ただし、看護助産師が介助を行うのは正常の経膈分娩である。経過中に帝王切開等に切り替わった場合、産婦人科医師の担当となる<sup>66</sup>。(看護助産師の指導下における看護師の内診実施については、上述①参照のこと)。

## 4. 総括

本調査の限界と優位点を検討したうえで、米国調査を総括したい。まず、調査の限界として2点が挙げられる。1点目は、聞き取り調査は無作為抽出<sup>67</sup>の手続きを踏んでいないため、本調査結果は全米の状況を代表するものではないこと。2点目は、日本国土の約25倍を有する米国では、結果欄で観たように州間の差が大きく、また同じ州でも都市部と僻地の差が大きい。そのため「全米の平均値」の類推が困難であること。

一方、本調査の優位点として3点が考えられる。一つは、全米50州のうち12州の状況を「産婦人科医」、「看護師」、「看護助産師」、「助産師」、「専門家(研究者)」、「出産・分娩の医療シミュレーション講師」等、多職種への聞き取り調査から鑑みたこと。もう一つは、30年以上の職務経験を有する産科医療従事者の話から、現況に併せ、米国の産科医療の潮流を把握することが可能であった点。また、選出した3州で、米国疾病対策センターが分類する三種の産科機関を全て訪問し具体的状況を詳細に調査した。以上の試みから、多様性を網羅しつつ、米国では一般に看護師の内診が広く認められている点を把握できたものと思われる<sup>68</sup>。米国現状の背景は次の3点に集約できる。

### (1) 産科看護教育・訓練の充実化

米国では過去20~30年間、看護全体における教育・訓練の充実化が推進されてきた。その理由の一つとして、医療全体が高度化・専門化し、医師、看護師に高度な専門知識と技術が求められるようになったことが挙げられる。また、医療サービス効率化のため、医師と看護師の役割分担を明確化し、専門性の高い看護師を活用することで病院コストを抑制してきた点にも起因する<sup>69</sup>。

このような流れを受け、産科における看護師の役割も拡大したといえる。それは、内診は診断ではなく、内診所見採点基準と、児頭の回旋等を観察し分娩介助者への報告という基本的認識のため、適切な教育と訓練を受ければ正しい報告が可能であると

<sup>66</sup> 手術室に同室し、出産まで経過を見守る看護助産師もいる。

<sup>67</sup> 標本調査を行う際、偏りを防ぐため、任意に標本を抜き取ること(random sampling)。

<sup>68</sup> しかしながら、調査結果で観たように、カリフォルニア州の公立附属病院では、研修医と医学生の教育を優先し、看護師が内診を遠慮する事例も確認されている。

<sup>69</sup> 安川文朗、前掲。



の視点に立つものである。その技術を最新医療と合致させるため、看護師免許を管轄する州は定期的な免許更新制度を設け、産科病院は看護師の心肺機能蘇生資格等の更新を義務付け、患者に最新医療を提供する体制を整備している。

## (2) 法制度・指針の見直し

看護教育・訓練の充実化とともに、米国では多職種間の連携による出産・分娩および産科に関する法制度・指針の見直しが長期間に亘り進められてきた<sup>70</sup>。それは、科学的根拠に基づくことを原則に推進されてきた<sup>71</sup>。長期間、共同作業を行った医師、助産師、看護助産師、研究者は、職場が変わっても、あるいは居住地が離れていても、互いの立場と専門性を尊重し、良好な人間関係を継続していることが、東部、西部、中西部における聞き取り調査から窺うことができた。

## (3) 医師・看護師・看護助産師・助産師のチームワーク

### ①信頼関係とコミュニケーション

複数に関わる出産・分娩はチームワークである。医療従事者間または患者との信頼関係の構築、潤滑なコミュニケーションが重要である。聞き取り調査から、産婦人科医は、適確な教育と訓練を受けた看護師を信頼し、医師不在の現場で医療補助を任せる傾向が窺われた。看護助産師の間では意見の相違が見られたが、特に研修医や医学生のない地域病院では、看護師に「実際的なケア (hands on care)」を任せる傾向にあった。

ハーバード大学附属・医療シミュレーション・センター主催の、「出産・分娩のチームワーク講習」では、実務と講義を交え、産婦人科医、麻酔医、看護師、看護助産師、助産師にチームを組ませ、チームワークと、医療従事者間または患者とのコミュニケーション法を教育している。医療従事者、研究者の双方から好評を得ていることは、特に多くの医療従事者が関わる総合病院や附属病院の出産・分娩で、チームワークと

---

<sup>70</sup> 例えば、1998年、カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校は、全米8人の専門家による調査部会を発足し、政策・実践・法規制・教育・研究の5つを柱に、看護助産師による助産介助を包括的に検討し実現に向けて働きかけてきた (Paine L, Dower CM, O'Neil EH, 1999年)。また、「助産に関する調査は、研究者だけでなくすべての助産師によって行われる」ことが推奨されている。Paine, 1991年。ほかに、女性の健康・産科・新生児看護師協会も調査の重要性を強調している。

医師、看護師、看護助産師、助産師間で医療提供のあり方について合意に達しているが、確執が全く存在しないとはいえない。例えば、患者の権利を巡り、米国医師会と患者の人権協会 (34団体) は異なる見解を示している。米国看護助産師大学協会は後者に属する

(<http://www.patientsrightscoalition.org/statement/joint.htm#coalmembs>)。

<sup>71</sup> 米国小児学会と米国産婦人科学会は共同で周産期医療の指針を構築し、医学進歩に合わせて更新している。カリフォルニア州の産科病院では、「ホームスタイル分娩」が助産師により導入され、看護ケアの指針作成につき、看護師、医師、助産師、病院の倫理委員会、指針作成協議会等、職種・領域を越えたチームにより検討が進められている。

コミュニケーションが重要視されている表れであるといえよう。

## ②チームワークの目的

米国のチームワークによる医療サービス提供は、少なくとも三つの目的があると考えられる。一点目は、医療の効率化である。産婦人科医や看護助産師ではなく、相対的に賃金の安価な看護師が患者に就くことにより、病院全体の費用を抑制する働きがある<sup>72</sup>。

二点目は、多面的アプローチによる出産・分娩における母子の安全確保。その不履行は医療過誤訴訟につながる可能性もある。安全確保のため、診療科には明文化した指針があり、チーム全体が従う体制となっている。

三点目は、患者・家族の満足度の向上。人生の重要な事象である出産において、患者や家族が固有の方針を希望する傾向がみられる。一般に患者の権利が重視される米国では、例えば患者が医師の忠告に従わず退院することを選択し、書類(Against Medical Advice)に署名した場合、基本的に医療従事者は患者の意思を尊重する。産科でもこの方式が採られている(Appendix 2、3)。患者の意思と母子の安全確保が一致しない場合、医療従事者は医療倫理との確執の中で、最大限、母子の安全の確保に努めていることが、聞き取り調査および産科見学から窺われた。

## 日本への示唆

米国には日本と異なる状況がいくつかある。連邦制のため州の権限が強く各州が保健医療サービス制度を担っており、「全国平均」という概念に欠ける点。また、消費者と目される米国患者が有する強い権利。そして、自己責任を重んじる社会のため、政府干渉を最低限に抑える傾向にあること。このため、日本の方策を検討するうえで、米国が最善例であるとは確言しがたい。しかしながら、本章で観てきたように、一国の例として次のことがいえる。

現時点、米国で広く認められている看護師の内診業務は、過去20～30年間、医療の質の向上と医療の効率化を図るため、①科学的根拠に基づき、医療政策および指針の再検討を連携して行い、②各職種の業務範囲を明確化したうえで看護教育・訓練を充実させ、卒後教育を整備し、③その内容を産科現場のチームワークに反映してきた結果である。これらを同時に推進してきた米国の手法は、日本が産科医療のあり方を講じるうえで一つの示唆となりえよう。

---

<sup>72</sup> 2004年、看護師の全米平均年収は57,784ドルと推計されている(約690万円、1ドル=120円換算)(保健社会福祉省)。同年、産婦人科医の平均年収は247,348ドル(約3,000万円)(U.S. Department of Labor Bureau of Labor Statistics)。

表 21 訪問機関一覧表 \* 分娩数は入手可能な最新データ

医療機関名	ブリガム・ウィメンズ病院 (Brigham and Women's Hospital)
所在地	マサチューセッツ州ボストン市
分類	附属病院 (teaching hospital)、民間
分娩数	8,382 (2005年1月～12月)
研修医の受入	有 (常時)
主な患者	都市部の富裕層
主な内診実施者	看護助産師、看護師、研修医、医学生
調査日	2006年12月23日
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・米国有数の富裕層を対象とした私立病院で、附属大学としてハーバード医学大学院の医学生や研修医を受け入れている。</li> </ul>
ホームページ	<a href="http://www.brighamandwomens.org/">http://www.brighamandwomens.org/</a>

医療機関名	サンフランシスコ総合病院 (San Francisco General Hospital)
所在地	カリフォルニア州サンフランシスコ市
分類	附属病院 (teaching hospital)、公立
分娩数	----
研修医の受入	有 (常時)
主な患者	都市部の貧困層
主な内診実施者	看護助産師、研修医、医学生、看護助産学生
調査日	2007年2月9日
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カリフォルニア州立大学バークレー校、同サンフランシスコ校の医学生や研修医による内診が中心となっている。</li> <li>・カリフォルニア州では診療所での分娩は認められていない。診療所に通院していた患者も病院またはバース・センターで出産する。出産時、病院を初診する患者も多いため、看護助産師および看護師が必要な情報を入手している。</li> <li>・地域柄、多様な文化背景の患者に配慮し、多言語で応じる体制が敷かれている。</li> </ul>
ホームページ	<a href="http://www.dph.sf.ca.us/chn/SFGH/default.asp">http://www.dph.sf.ca.us/chn/SFGH/default.asp</a>

医療機関名	カリフォルニア・パシフィック・メディカル・センター、セント・ルーク・キャンパス (St. Luke's Campus, California Pacific Medical Center) <sup>73</sup>
所在地	カリフォルニア州サンフランシスコ市
分類	地域総合病院 (community hospital)、民間
分娩数	1,163 件 (2006 年 1 月～12 月)
研修医の受入	有 (不定期、年間合算 3 ヶ月程度)
主な患者	都市部の貧困層
主な内診実施者	看護助産師、看護師、医師
調査日	2007 年 2 月 13 日～14 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師不足解消のため、外国人看護師を多く受け入れている。</li> <li>・ 多様な文化背景の患者に配慮し、10 ヶ国語で応じる体制が敷かれている。</li> <li>・ カリフォルニア州における入院時の患者状況については、前掲サンフランシスコ総合病院参照のこと。</li> </ul>
ホームページ	<a href="http://www.stlukes-sf.org/programs/svs_wclabor.html">http://www.stlukes-sf.org/programs/svs_wclabor.html</a>

医療機関名	セージ・フェム助産サービス (Sagefemme Midwifery Service)
所在地	カリフォルニア州 サンフランシスコ市
分類	バース・センター、民間
分娩数	約 500 件 (設立以来、7 年間)
研修医の受入	無
主な患者	メディケイド受給者、または自然分娩希望者
主な内診実施者	看護助産師、助産師 (看護師の雇用なし)
調査日	2007 年 2 月 12 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サンフランシスコ市周辺で唯一のバース・センター。</li> <li>・ カリフォルニア州では、助産師による出産は健康保険適用外となる。そのため、患者はメディケイド受給者 (貧困層) または自費で支払能力のある比較的裕福な層となっている。</li> <li>・ 自然分娩のみ取り扱う。</li> <li>・ 当機関では看護師を雇用していない。</li> </ul>
ホームページ	<a href="http://www.sagefemme.net/">http://www.sagefemme.net/</a>

<sup>73</sup> 旧セント・ルーク病院(St. Luke's Hospital)。

機関名	ハーバード大学附属 医療シミュレーション・センター (Center for Medical Simulation)
所在地	マサチューセッツ州 ケンブリッジ市
分類	医療シミュレーション教育機関 (含: 出産・分娩期)、民間
主な受講者	中堅 (臨床経験 3~5 年) の産婦人科医、麻酔医、看護師、看護助産師、助産師
受講者数	年間約 620 人
講習内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1993 年開設の、米国屈指の医療シミュレーション・センター。</li> <li>・ 1 日コースの講習では、受講者 6 人 (看護師 1 人、産婦人科医 5 人、麻酔科医 1 人) に、講師 6 人がつき、分娩室、手術室でのシミュレーションと、教室での講義が交互に行われた (レベル 1)。</li> <li>・ 見学日のシミュレーションは、経膈分娩 2 件、帝王切開 3 件、合計 5 件 (経膈分娩 2 件、帝王切開 3 件) であった。</li> <li>・ 参加者および見学者は、シミュレーションの詳細について口外しないことが条件となっている。</li> </ul>
調査日	2006 年 12 月 20 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 米国屈指の医療シミュレーション・センター。</li> <li>・ 出産・分娩期の講義は 2003 年から実施。</li> </ul>
ホームページ	<a href="http://www.harvardmedsim.org/cms/l_d.html">http://www.harvardmedsim.org/cms/l_d.html</a>

#### 【参考文献】

- 加藤尚美.「米・英国における助産婦の活動と助産婦教育」沖縄県立看護大学紀要.2002 年.第 1 号. <http://www.okinawa-nurs.ac.jp/kiyo/no1/> (accessed 11/1/2006)
- 加藤尚美ほか.「諸外国における出産事情と助産婦活動に関する研究」厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合事業) 分担研究報告書. <http://www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1998/h1007004.pdf> (accessed 11/1/2006)
- 特定非営利活動法人 お産サポート JAPAN「出産場所の集約化問題を考える」. 2006 年.
- 安川文朗「看護配置基準の問題点とその背景:国際比較をふまえて」.同志社大学 技術・企業・国際競争研究センター リサーチ・ペーパー05-07.2005 年.
- American Academy of Pediatrics & The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 5th ed. 2002.
- American College of Nurse-Midwives. “Basic Facts about Certified Nurse- Midwives.” 2005. <http://www.midwife.org/siteFiles/news/BasicFactsAboutCNMsAug2005.pdf?CFID=3278393&CFTOKEN=42877857> (Accessed 2/25/07)
- American Medical Association. Physician characteristics and distribution in the US, 2006 edition. p22.

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Standards for professional nursing practice in the care of women and newborns. 6th ed. Washington, DC: 2003.
- AWHONN. Fetal Heart Monitoring Principles and Practices, 3 ed. 2003.
- California Safe Staffing Law. California nurse-to-patient ratio requirement. [http://www.seiu121rn.org/docUploads/Ratios\\_Enforcement\\_Packet.pdf](http://www.seiu121rn.org/docUploads/Ratios_Enforcement_Packet.pdf) (accessed 2/17/07)
- Declercq, E. Trends in CNM Attended Births, 1990-2004. (unpublished article). Boston University. 2006.
- Department of Health and Human Services. National sample survey of registered nurses. March 2004. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnpopulation/preliminaryfindings.htm> (accessed 1/10/07)
- Department of Health and Human Services. A survey of nurse-midwives. Pub no. OEI-04-90-02150. Washington: DHHS, Office of Inspector General. 1992. A-13.
- Garceau LM, Paine L, Barger M. Population-based primary health care for women: An overview for midwives. J of Nurse-Midwifery. Vol. 42. no6. November/December 1997.
- Hondnett ED, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. JAMA. Vol 288. No11. 2002: 1373 – 1381.
- Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 2005;330:1416.
- Lynette A. Ament ed. Professional issues in midwifery. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett, 2007. p9
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kimeyer S. Birth: Final data for 2004. National vital statistics reports., Vol. 55, No. 1. September, 2006. Centers for Disease Control and Prevention. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55\\_01.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_01.pdf) (accessed 1/10/07)
- McDomann MF, Hoyert DL, Martin JA, Munson ML, Hamilton BE. Fetal and perinatal mortality, United States, 2004. National vital statistics reports. Vol 55, No. 6. February, 2007. Centers for Disease Control and Prevention. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55\\_06.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_06.pdf) (accessed 2/25/07)
- Miller AR. The impact of midwifery-promoting public policies on medical interventions and health outcomes. A BEJEAP *Advances* article. University of Virginia. <http://www.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1589&context=bejeap> (accessed 11/12/06)
- North American Registry of Midwives. "How to Become a NARM Certified Professional Midwife (CPM)". <http://www.narm.org/htb.htm#whatis> (accessed 2/25/07)
- Paine L. Midwifery education and research in the future. J of Nurse-Midwifery. Vol. 36. No 3. Mar/June 1991.
- Paine L, Dower CM, O'Neil EH. Midwifery in the 21st Century: Recommendations from the

Pew Health Professions Commission/ UCSF Center for the Health Professions 1998 Taskforce on Midwifery. J of Nurse-Midwifery, Vol 44, No.4, July/August, 1999.

- U.S. Census Bureau. National and state population estimates: Annual population estimates 2000 to 2006.

<http://www.census.gov/popest/states/NST-ann-est.html> (accessed 1/10/07)

- U.S. Department of Labor Bureau of Labor Statistics. Occupation Outlook Handbook. 2005.

<http://www.bls.gov/oco/ocos074.htm> (accessed 2/27/07)

- World Health Organization. World health statistics 2006. Core health indicators: United States of America.

[http://www3.who.int/whosis/core/core\\_select\\_process.cfm?country=usa&indicators=healthpersonnel&intYear\\_select=all&language=en](http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?country=usa&indicators=healthpersonnel&intYear_select=all&language=en) (accessed 1/10/07)

## 2. フランスにおける産科医療の現状レポート

1. はじめに
2. 周産期政策
3. 助産師の活動
4. 診療報酬
5. 医療訴訟
6. フランスの医療紛争制度：司法訴訟と ADR 制度
7. 産科に関する統計
8. SYNGOF フランス産婦人科連盟代表へのインタビュー

### 1. はじめに

日本と同様に、フランスにおける産科医の不足問題が指摘されて久しい。この問題は、2020 年以降、更に深刻化する事が予測されている。公表されている統計で把握できる産婦人科専門医の中で実際に分娩に携わっている医師の数は、SYNGOF（フランス産婦人科医師連盟）によると、国公立マタニティに 2,000 人、私立マタニティに 1,500 人で、計 3,500 人と見られている。SYNGOF の発表によると、1997 年から 2003 年の 6 年間、産科医数は 26%減少し、代わって婦人科医数が 25%上昇した。ただし、公的統計上では、1990 年から 2003 年にかけて、フランス本土の産婦人科医は 15%増となっている。

フランスの産科における大きな問題は、1984 年以前までは医学部に婦人科 (Gynecologie Medicaux) インターン・コースが存在し（これは EU 国間医学教育ハーモナイゼーションにより廃止）、分娩を行わない産婦人科医が統計上に多く存在する事である。本制度廃止にも関わらず、今後も分娩を行わない産婦人科医数は増えると思われる。SYNGOF によれば、その原因として、①女性産科医の増加（産婦人科医インターンの 70%が女性）によって、自身の出産・育児・家庭との両立と直面する期間の分娩活動を休止すること②医療訴訟リスクや重労働を回避するため、不妊治療専門や婦人科を志望する傾向があること③産科医師の高齢化-などが挙げられている。本稿では、様々な統計データと併せて、SYNGOF でのインタビューと、2006 年 10 月 21 日に開催された学会より、フランスの産科の状況を概括する。



国の周産期政策では、各医療機関の安全度（新生児 ICU の有無等）をレベル I から III に分類して、リスク妊婦（妊婦病歴・多胎児・低体重児等）の誘導を図り、分娩実績が少なかったり安全度が低いマタニティの閉鎖・合併を推進した（周産期ネットワーク政策）。

上記の政策により、産科医療機関数は激減し、この影響で、産科医 1 人当たりの仕事量は相当増えたとされる。

## 2. 周産期政策

### 1998 年省令

1998 年 10 月 8 日発布の省令により、フランス国内の全てのマタニティが、以下の通り 3 つのカテゴリーに分類された。

表 22 マタニティの 3 カテゴリー

カテゴリー	定義	備考
レベル I	基本的医療を行う、新生児科病床を持たない医療機関。当該機関の新生児ベッド数は、国の医療計画地図の中の病床数にカウントされない。地域密着型医療を担う。	妊産婦・新生児の 80%が対象となる。
レベル II	医療計画地図において新生児科病床とカウントされる。新生児 ICU の有無によってレベル II A とレベル II B に再分類される。	リスクにより、II A、II B に分類される。
レベル III	高リスク妊婦・出産の医療を行う。新生児科、新生児 ICU 設備を持つ。	妊婦・胎児のリスクによって、妊娠早期より誘導する

表 23 マタニティ・レベル別医療機関数、病床数、分娩件数、多胎児出産率

マタニティ・レベル	I	II	III	合計
医療機関数	443	202	55	700
病床数	10,846	8,339	4,176	23,361
分娩件数	363,440	268,655	129,990	762,085
多胎児出産率 (%)	2.1	2.8	5.3	2.9

出典： SAE・PMSI 2000 年

3 つのレベルの各マタニティは、地域内で医療機関間の連携を取り、低リスク妊婦をレベル 1 へ誘導し、リスクに対応可能な医療機関で高リスク妊婦が分娩できることが望ましいとして計画された。本省令により、マタニティのカテゴリー分類と同時に、「年間出産件数 300 件」を満たさないマタニティの分娩活動認可の取り消しが決定され、多くのマタニティが閉鎖・合併を余儀なくされた。1980 年に 750 存在したマタニティは、2000 年には 700 に、更に 2001 年には 520 に減少している。会計監査院の報告書によると、妊産婦の安全性には何ら影響を及ぼしていないとされている（妊産婦の半数が、自宅から 6 km 以内で出産しており、3/4 の妊産婦が 15 km 以内で出産しているとされている）。

なお、年間 300 件に満たない医療機関による周産期活動の特別認可の維持例としては、公立病院での産後フォロー、および 45 分以内の移動距離圏内に医療機関が無い場合などがある。しかし、実際には、経営コストの面から自主的に閉鎖するケースが多い。2002 年の分娩件数 300 未満のマタニティ数は、公私医療機関を併せて 46 であった。

保健省は、2003 年発表の「1996-2000 年フランスネットワークに関するスタディ」の中で、以下の点について述べている。

- 1970 年代から 20 年間に展開された地域再編成計画に引き続き、閉鎖・合併の傾向がある。閉鎖した医療機関の大部分 (61%) は、私立のクリニックである。
- 1998 年省令以降の連携政策実践に、地域格差（フランス本土には、以下の表にある 22 の地方が存在する）がみられる。

表 24 地域別未熟児、多胎児出産率、レベル別医療機関

地方	体重 2,500g 未満児出産率 下段：多胎児出産率	レベル I	レベル II	レベル III
アルザス	6.4 2.9	2.3 1.7	5.4 3.7	12.9 3.7
アキテーヌ	7.0 2.2	4.1 1.7	6.5 2.2	14.8 3.1
オーベルニュ	7.1 2.5	3.5 2.0	12.1 2.4	7.1 4.9
低ノルマンディー	6.9 2.5	3.2 1.4	8.2 2.7	12.7 4.8
ブルゴーニュ	7.7 2.3	7.6 1.4	7.9 3.2	
ブルターニュ	6.2 3.0	2.8 2.9	5.6 2.1	14.2 4.8
センター	7.5 2.4	4.2 1.3	9.6 2.6	6.1 3.4
シャンパーニュ	8.4 3.2	9.5 3.6	7.5 2.7	9.0 4.5
コルシカ	6.3 2.0	2.7 0.2	8.6 3.3	
フランシュコンテ	7.5 4.4	2.6 2.0	7.2 5.0	19.4 8.3
高ノルマンディー	6.9 2.6	2.6 1.1	10.5 2.3	10.2 6.6
イルドフランス	7.0 3.4	3.9 2.8	8.4 2.8	12.8 6.5
ラングドック・ルシヨン	8.3 2.9	3.7 1.6	6.6 2.1	21.9 7.1
リムジン	8.8 2.8	3.9 1.7	9.4 2.0	16.5 5.5
ロレーヌ	7.3 2.7	5.2 1.9	6.6 2.3	11.8 4.4
ミディ・ピレネー	6.7 3.4	3.8 2.1	9.5 3.0	18.9 12.0
ノール・パ・ド・カレ	7.6 2.5	4.4 1.7	9.0 3.6	14.7 3.9
ロワール	7.1 2.9	3.7 1.7	8.1 2.9	11.8 4.7
ピカルディ	7.0 2.3	3.1 1.5	8.8 2.8	16.6 3.2
ポワトゥ・シャラント	6.7 2.0	3.7 1.2	8.2 2.0	10.5 3.9
プロヴァンス・アルプス・ コート・ダジュール	6.5 3.0	3.9 2.0	7.3 3.6	18.8 6.4
ローヌ・アルプス	7.1 2.8	3.6 2.3	7.0 2.3	20.7 5.7
フランス本土 全国平均	7.1 2.9	3.9 2.1	7.9 2.8	14.1 5.3

出典：SAE・PMSI 2000 年

フランスでは、国の保健行政機関である地方病院機構 (ARH : Agence Regional Hospitalisation) が、その地域の病床数、医療機器設備台数、医療機関の開設など様々な認可を行なっている。周産期政策においても、いくつかの医療計画 (SROS : Schema Regional Organization de Sante) が実施され、1970 年より現在まで主に 3 つのプランが行われてきた。

最初の政策は、1970-1976 年計画であり、妊婦の予防強化と、4 回の定期的な受診義務、新生児 ICU 設備の強化、周産期スタッフ (産科医・小児科医・助産師・看護師等) の教育を掲げている。第 2 の政策は、1995-2000 年計画であり、①産婦死亡率の 30% 減少 (1.39%) ②新生児死亡率の 18% 減少 (0.82→0.67%) ③2500 g 未満の低体重児出生率を 25% 減少 (5.7%→4.3%) ④妊婦による義務診察の未受診率の減少 (1→0.5%) の 4 つの柱を掲げている。後日、5 番目として「新生児突然死予防と減少」が加えられた。この 5 ヶ年計画の期間中に、昨今で最も重要な政策である「1998 年省令」が立法化された。

最後が現在も進行中の 2005-2007 年計画である。2004 年 8 月 9 日法に基づき、①新生児死亡率 0.55% (2001 年の 0.65% から 15% 減にあたる) ②2006 年末までの安全基準の徹底 (ネットワーク強化 (= 病診連携・公私医療連携)・小規模マタニティ閉鎖に起因するその地域周辺の医療機関による安全補強・患者情報の共有) を掲げている。

現在、この安全基準徹底を進めるために、大規模な人材確保が必要とされているが、2005 年公表の会計監査院報告書においても、「1998 年省令は、国内に現存する有資格者数を十分に考慮せず立法されたため、現場での実践困難を引き起こしている」と指摘されている。

医療費予算の観点からみると、2003-2007 年の 4 ヶ年に、15 億ユーロがマタニティへの補助予算とされる。しかし、これは主に公立病院が対象であり、例えば、2005 年度の予算 1 億 3,000 万ユーロのうち、1 億 1,000 万ユーロが公立病院向けであり、私立医療機関への分配は、わずか 2,000 万ユーロにすぎない (会計監査院報告書によると、民間に対しては、安全規格遵守目的の費用を補填できるような診療報酬改正が、2001 年に行われた事になっている)。

最近の政策では、2006 年 3 月 30 日付けの保健省病院オーガナイゼーション局長名の通達 Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 により、全国周産期ネットワークに関する指示事項が出されている。各地方は、CRN (commission régionale de la naissance) を中心にネットワークを構築し、各医療機関で連携する事が推奨されている。その他、周産期在宅入院医療 (2004 年 2 月 4 日通達) が出され、周産期における医療機関での入院に替わって在宅での高度医療を推奨している。

### 3. 助産師の活動

フランスの助産師は、パラメディカル職ではなく、メディカル職（医師・歯科医師・薬剤師と同格）の国家資格であり、医療機関での勤務以外に一人で個人開業もできる。近年の早期退院、マタニティ閉鎖政策や産科医不足とも相まり、独立して個人開業する助産師が増える傾向にある。

フランス助産師会（医歯薬会と同様に義務加入）によれば、その数は 15,000 名であり、その 80%が医療機関勤務であり、男性が 1%未満ながら存在する。

フランスの公立病院での分娩の 70%は、産科医師が不在の場合、助産師によって行われており、助産師はリスクを判断し、必要に応じて産科医師を呼ぶことになっている。産前産後のフォローとして内診・触診・聴診、胎心モニタリング、超音波検査から、（正常）分娩、限定薬剤の処方、産後の新生児・母親検診まで、すべて医師不在のもとで単独で行う事が可能で、開業医同様に、公定診療報酬を出来高で保険請求する。

#### 教育制度・カリキュラム

満 18 歳時にサイエンス系バカロレア（大学入学資格）取得後、フランス保健省認可の専門学校（全国に 17 校。その大多数が、国公立大学病院付属）で 4 年間修学する。医歯薬学生同様、毎年、保健省により学生の定員数が公定される。最近の傾向としては、産科医師の不足を補うべく増員傾向にある（約 730 名/年）。

フランスの特徴として、医学部に入学したものの、二年生進級の難関（倍率 1/10～1/20、再々受験不可。定員数公定）を突破できない医学生が多くいる。このため、医学部一年生修了後、医学部継続の断念を余儀なくされる学生が大部分となる。この中に、助産師に進路を変更する者も多く出る。現在、助産師の履修年数は、事実上、5 年間と言われているのは、この為である。（看護師、リハビリ技師、骨矯正師などのパラメディカル学生にも同様の現象が見られる）。

表 25 カリキュラム

学年	理論	実技	臨床研修
一年生	人体解剖学 病理解剖学 公衆衛生学 新生児学 薬学 心理学 IT	32 週間 新生児学 外科 内科 マタニティ	6 週間 付属の大学病院の産婦 人科および周産期関連 科に配属
二年生	同上	36 週間	12 週間
三年生	同上	36 週間	12 週間
四年生	同上	24 週間	12 週間

表 26 助産師数と内訳

私立公的病院勤務 Sages-femmes salariées des établissements privés participant au service public	839
私立営利医療機関勤務 Sages-femmes salariées des établissements privés à but lucratif	2,248
国公立病院勤務 Sages-femmes des hôpitaux publics	9,549
公衆衛生地方保健行政機関勤務 Sages-femmes territoriales des centres de protection maternelle et infantile (P.M.I.)	783
個人開業 Sages-femmes libérales (à part entière)	1,624
兼業（勤務・開業） Sages-femmes polyactives (libérales & salariées)	401
その他（教員、託児所・保育施設等） Activités diverses (enseignantes, directrices de crèches, etc.)	152

#### 4. 医師の診療報酬

フランスの診療報酬は、7,200 種類の医療行為と CCAM(Classification Commune des Actes Medicaux :医療行為共通分類)により公定されている。40 の専門科から各科代表医師（勤務医・開業医合わせて）20 名の抽出を行い、まず同じ専門科内で 2 種の医療行為を比較して、当該医療行為の知的貢献度・技術的難易度、ストレス、時間的・経済的負担の水準を定め、点数を決定している。

産科開業医の多くは、分娩に対する診療報酬を非常に低いと考えている。

表 27 2006 年 CCAM 公的保険協定料金(1 ユーロ:161 円。為替レートは 2007 年 4 月 20 日現在)

施術	円(ユーロ)
自然分娩	50,474(313.50)
自然分娩（逆子）	56,501(350.94)
自然分娩（複数胎児）	67,298(418.00)
計画的帝王切開	50,474(313.50)
麻酔	33,649(209.00)
緊急帝王切開	50,474(313.50)
麻酔	36,615(227.42)
子宮部縫合	30,867(191.72)
麻酔	22,023(136.79)
会陰縫合	25,161(156.28)
麻酔	14,773(91.76)

## 5. 医療訴訟

フランスにおける医療訴訟問題には、医療関係者のみならず、マスコミを通して国民も大きな関心を持っている。医学生が産科を回避する理由として、訴訟リスクが上位に挙げられている。激増した医療訴訟件数と賠償額が問題となっている。

成績優秀者順に卒後インターン・コースをとってゆくフランスの医学教育制度では、このままだと成績下位者が仕方なく定員数の残った産科を選ぶ事になりかねないと SYNGOF 代表は憂慮している。フランスの国家主導型 ADR 制度である ONIAM ができたのは 2004 年である。

国家型とはいえ、その財源の多くを負担する事になった保険会社は、これを機に医療賠償責任保険の保険料を一斉に跳ね上げた。ここでは、一般紙・専門誌からの記事をいくつか抜粋し、本問題がフランスでどのように議論されているかを紹介する。

### ル・モンド紙 2006 年 8 月 4 日

先の 7 月 24 日に Union Chirugiens de France (フランス外科医連合) の呼びかけでストライキ「ノー・オペレーション・デイ」が全国的に展開された。フランス保健省の発表によれば、医師のストライキ参加率は 16.6%であった。このストライキの主訴は、高騰し続ける医療賠償責任保険料への公的援助と、訴訟リスクに見合う診療報酬改定の要求であった。8 月 2 日の関連団体との長時間に渡る交渉後に「医療の安全とクオリティ契約を遵守する条件で、医師の医療賠償保険料の 55%から 2/3 を公的健康保険 (CNAM : 全国疾病金庫) がカバーする」こととなった。これによる疾病金庫の新たな支出は、2,000 万ユーロと見られている。同時に医療賠償保険会社に対しても何らかの措置を示したいとし、各社の保険料計算方法により透明性を求める方針を明らかにした。

一方、診療報酬に関しては、既に前保健大臣のドスト・ブラジー氏によって約束されていた「ある枠内での自由診療報酬の許可」を執行することをロビー側は再度要求した。これに対して、CNAM 総裁のフレデリック・ヴァン・ロェクゲム氏も「今回のストを通じたロビー側の真の要求は、診療報酬の自由化である」と抗議した。

### フィガロ紙 2006 年 8 月 3 日

公的健康保険から 2,000 万ユーロを支出して、民間医師の保険料負担への一部助成を行うという今回のベルトラン保健大臣の決定に対し、国内最大手労組 FO は「民間保険が保険料を上げるのに応じて公的保険から支出することは、完全な公金の民間保険への投入である」と見ている。



一方、FFSA フランス保険会社連盟は、この度の決定を「良い方向へと向かっている」と歓迎している。

2007 年の大統領選を前にして、現政府与党（右派）の票田とされる民間保険業界、開業外科医へのプレゼントであると FO は見ている。

#### レ・ゼコー2006年7月11日

11 万 6 千人の医師を顧客に持つ国内有数の医療賠償責任保険会社 SOU-MEDICAL (MACSF グループ) が「2007 年以降、産科補償契約を全面停止する」ことを発表した。産科医の 1/3 が、本グループの保険に加入している。

SOU-MEDICAL の発表の直後に、従来は公立病院勤務医のみを対象としていた SHAM 社が、新規顧客開拓目的なのか「既に SHAM 社がカバーする医療機関で働いた事がある産科医師とそれ以外の産科医師」別の料金で、私立開業医部門も開設することを発表した。

一方、医療訴訟リスク問題にいち早く対応したフランス麻酔蘇生医学会 (SFAR : Societe Francaise Anesthesiste et Reanimation) からは多くを学ぶ事ができる。

1993 年、医療賠償保険エージェント BRANCHET は、SFAR と共同で ARRES 協会を設立し、①事故申告者からのフィードバックによるリスク情報の共有と原因解析②研究者・大学・公・私立病院間での検証・講習会③医療機器メーカー協賛のシミュレーション検証等-による安全対策を徹底化した。近年、SFAR では「重大な事故」件数を実に 1/10 に減らす事に成功した。現在、重大な事故の発生確率は 15 万分の 1 となり、BRANCHET 保険では、外科・産婦人科医に比べても高めだった麻酔医の保険料を下げることに成功した。

会員は上記 ARRES 協会と共に情報の共有化に努め、法廷指名鑑定医や弁護士らを講師に迎えた講習会を数多く開催している。飛行機事故の原因解析方法を手本に、事故には至らなかったニアミス情報 (ヒヤリハット・インシデント・レポート)、手術や入院の全過程ごとのチェック・リスト (体内にガーゼを忘れていないか、電子メスによる火傷の注意等)、特にエラーが起こり易い項目リスト (使用済品と未使用品の識別、よく似た外観の薬瓶の識別方法等) も履修カリキュラムの中にある。

患者への説明技術も重要なプログラムであり、協会では、患者役・医師役のロール・プレイによる説明技術の訓練を行っている。保険会社と医学会共同でのリスク予防安全対策は、まだまだアメリカに比べフランスは低いとされている。ARRES や ASSPRO のような協会の役割は大きい。

## 6. 医療事故紛争制度：司法裁判とADR制度

### 1978年～2002年

フランスの医療紛争件数は年々増加の傾向にあり、その賠償額は日本・米国と比べれば明らかに低い。増加傾向にある。政府は1978年10月から特別調査を開始し、ADR<sup>74</sup>（医療紛争の司法制度枠外における解決方法）の構想がマック・アレーズらによる司法省ワーキング・レポートで発表された。3年後の1981年5月15日法により、フランスで初のメディカル・コンシリエーター（仲裁）機関が創設された。以降80年代は、国内の様々な医療機関でADRの動きが活発となった。

1994年にアラン・ジュッペが首相に就くと、大きな病院改革<sup>75</sup>が行われ、1996年4月24日法、98年11月2日法によって、私立・公立全ての医療機関内に医療紛争解決機能の設置が（努力）義務付けられた。

1990年初頭の非加熱血液製剤事故以来、従来の医師・医療機関・国家の保健行政機関への信頼関係が崩れ、フランスにおいても係争に持ち込むことへの萎縮感は一挙に取り去られた。国民は、HIV、B型肝炎ワクチン被害、クロイツェル・ジェイコブと相次ぐ薬害事件の報道により、個々の医師・医療機関への過誤に対しても疑いをもち、責任追及を行うようになった。

政府は患者権利法である2002年3月4日法（時の保健大臣名をとって、ベルナル・クシュネール法と称される）を立法化して、国家によるADRである「無過失医療事故紛争調停・賠償委員会 ONIAM(Office National d'Indemnisation des Accidents Medicaux)」を設立し、国内に4つのCRCI(Commission Regionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accident Medicaux)地方委員会を設置することを公衆衛生法典の中に盛り込んだ。

この委員会は、法廷への訴訟回避・紛争調停、国民連帯思想の下、社会保障疾病金庫を財源とし、特に重度の被害者に限定して救済する事を目的として設立された、新しい司法と保健行政機関である。このため、重度基準<sup>76</sup>を満たさない事故被害者への救済や、人的エラー・過失を追及する機能は無い（2003、2004年の活動実績を見る限り、院内感染事故賠償が圧倒的である）。

不十分な点はまだ多いながらも、裁判による時間的・経済的負担を軽減するADR

<sup>74</sup> Alternative Dispute Resolution

<sup>75</sup> いわゆるジュッペ・ブランとよばれる複数の議会無通過立法による強行改革

<sup>76</sup> 永久損失率25%未満は、重度とみなされない。（永久損失率25%例：片眼失明）

制度として、1980年から20年に渡って続けられてきた国家努力の成果として評価すべきである、と大方の法曹家の見解が一致している。

司法制度は日本と同様に、公立病院を相手取った訴訟は行政裁判、私立医療機関に関する訴訟は民事裁判であり、刑事裁判になることは比較的稀である。政府は2000年7月10日法で、損害との直接的因果関係が認められない過失(間接的過失)の定義と、患者側によるその立証義務を定めた。

医療従事者が直接損害を引き起こした過失にのみ(例:医師が間違えて患者身体のある器官を切除した等)、患者の立証義務はない。刑法においては、間接的に偶発した損害についての過失責任追及はできない。一方、行政・民事法では軽度の過失、推定過失、推定間接的因果関係、結果安全義務、成功機会・チャンスの損失に対しての賠償責任を求めることができる。このため、医療刑事訴訟では、証拠不十分等で5係争中4件が不起訴となっており、とりわけ2000年7月10日法制定以来は、医療機関側に寛大な判例が示されている。

## 7. 産科に関する統計

表 28 フランス本土 産婦人科医数

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003
産婦人科医	5,723	5,719	5,661	5,635	5,590	5,352

出典: ADELI/CNAMTS (全国被用者疾病金庫)

表 29 フランス本土 産科医数

年	1990	1994	2000	2003	1990/2003
産科医	4,503	4,843	5,133	5,182	+15%
麻酔科医	10,305	10,229	10,043	10,140	-2%
小児科医	5,428	5,949	6,244	6,454	+19%

出典: DREES

表 30 2006 年度医学部研修医インターン定員数 (2005 年 5 月 25 日省令、同 31 日官報公布)

	イルド フランス地方 Ile de France	北東地方 Nordest	西北地 方 Nord ouest	ローヌ アルプ ス地方 Rhône alpes	西部地方 Ouest	南部地方 Sud	南西部 地方 Sud ouest	アンテ イー ユ・ギ アナ諸 島 Antill es Guya ne	合計 Total
内科系専門医 Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
外科系専門医 Spécialités chirurgicales	89	81	97	42	101	56	75	9	550
一般医 Médecine générale	474	555	396	227	348	137	197	66	2400
麻酔蘇生 Anesthésie réanimation	35	39	43	26	38	26	33	3	243
バイオロジスト Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
<b>婦人科 Gynécologie médicale</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>産科 Gynécologie-Obst étrique</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>150</b>
産業医 Médecine du travail	10	10	13	4	8	4	7	0	56
小児科 Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
精神科 Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
公衆衛生 Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
<b>Total</b>	<b>891</b>	<b>935</b>	<b>822</b>	<b>426</b>	<b>755</b>	<b>372</b>	<b>511</b>	<b>91</b>	<b>4 803</b>

出典：CNOM au 01/01/2006 注意：本数値は、省令により定められたインターン募集定員数であり、実際のインターン生の数ではない

表 31 2007 年度医学部研修医インターン定員数 (2006 年 6 月 19 日省令、同 28 日官報公布)

	Ile de France	Nord-est	Nord-ouest	Rhône-alpes	Ouest	Sud	Sud-ouest	Antilles-Guyane	Total
Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
Spécialités chirurgicales	89	84	93	44	100	56	75	9	550
Médecine générale	380	452	420	225	422	159	229	66	2 353
Anesthésie réanimation	35	39	43	26	38	26	33	3	243
Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
<b>Gynécologie médicale</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Gynécologie-Obstétrique</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>150</b>
Médecine du travail	10	11	16	4	8	4	7	0	60
Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
<b>Total</b>	<b>795</b>	<b>837</b>	<b>846</b>	<b>426</b>	<b>829</b>	<b>392</b>	<b>544</b>	<b>91</b>	<b>4 760</b>

出典 : CNOM au 01/01/2006 2005 年度研修医インターン試験合格者上位 1000 名の内、産科・婦人科専門医コースを選択した学生は、女子学生は全体の 7%、男子学生は全体の 2%であった。

#### 出産件数と公私立医療機関数

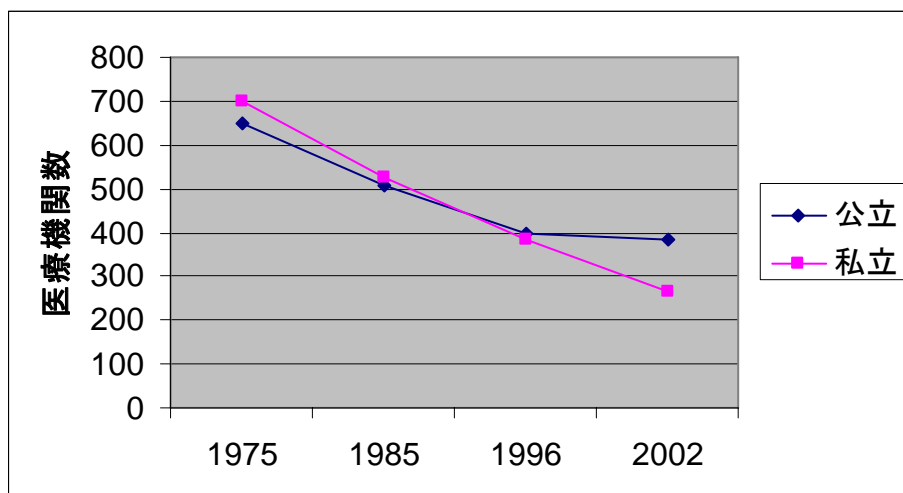
表中 211 の私立医療機関マタニティの内、78%がレベル I、22%がレベル II (その内 75%が IIA、25%が IIB) である。

表 32 出産件数と公私立医療機関の割合

年間出産件数	私立医療機関数 (%)	公立医療機関数 (%)
500 未満	34 (16)	75 (19)
500～799	40 (19)	79 (20)
800～999	28 (13)	52 (13)
1000～1199	28 (13)	36 (9)
1200～1499	32 (15)	39 (10)
1500～2499	34 (16)	84 (21)
2500 以上	15 (7)	32 (8)
合計	211 (100%)	397 (100%)

出典：PMSI 2004 年

図 98 公私立マタニティ医療機関数



出典：DREES

## 8. フランス産婦人科連盟 SYNGOF 代表へのインタビュー

昨今の周産期政策問題は、フランス国民も大きな関心を集めている。マスコミでも医療訴訟問題を大きく取り扱っている。国内最大の産婦人科ロビーSYNGOFとして、現況を説明頂きたい。

国の政策によって、最低年間 300 件の出産件数を満たさないクリニックは、閉鎖・合併を余儀なくされており、これは、特に地方で深刻な問題を呈している。都市部では、年間 2,000 件から 5,000 件の出産を扱う事が標準的であり、小児科医・麻酔医（全てのフランス人産婦は、分娩時に硬膜外麻酔を要求できる権利がある）を置くことも出来るが、地方では同じ権利や安全を守れない状況である。このため、我々SYNGOFは政府に働きかけ、「分娩の為、医療機関に行くのに 45 分間以上の移動を要する距離」では、年間 300 件未満でも閉鎖しなくても良いという例外措置を作った。

現在我々が最も懸念しているのは、産科医・麻酔医・外科医の内、特に産科医の医療賠償保険料高騰の問題である。昨今の医療訴訟件数増と、2004 年から開始された国による ADR 制度への資金を確保するために各医療賠償保険会社は、保険料を何倍にも跳ね上げた。

私個人を例にとると、現在年間 3 万ユーロの保険料を支払うか、または現行の料金（1 万ユーロ）で上限設定のリスク補償にするかという旨の通知を受け取った。全国的に同僚の何名かは、その医療活動リスクのために、保険会社側から今後は契約を続けることはできないと更新を断られ、保険に加入できない産科医もいる<sup>77</sup>。我々は、政府にこの問題を掛け合い、今年の 7 月にストライキを行った。これに対し医療安全のリスク管理契約を遵守することを条件に、協定医師の保険料の 2/3 を公的医療保険からカバーする約束を保健相から引き出せた。契約の内容はインシデントの報告義務、適正医療の実践（グッド・プラクティス）、生涯教育、リスク管理評価を HAS（Haute Autorite de Sante :2004 年のブラジー保健改革によって設立された高等保健機構）の指示書に沿って産科医会や学会、産科医労組、医師会が共同で作成するというものである。HAS の指示のもとに、詳細内容を我々医師が作るということで産科医に広く受け入れられるはずと政府も期待している。

---

<sup>77</sup> Sou-Medical 社より 2006 年 1 月 1 日付けで更新を断られた産科医数 500 名