

1回の訪問ケア、妊娠36週以降は週に1回の訪問ケアを行うこととなっている。

助産師が行う1回の健診時間は妊婦1人当たり約1時間をかけ、妊娠・出産・育児に関する様々な事を話し合い、不安の軽減を図る。内診はまれにしか行われない。

(6) 妊婦健診の内容

妊婦健診の健診内容は日本と同様で、以下の通りである。

妊娠期間中、超音波検査は妊娠中1回のみ無料になる。その他は自己負担となるが、現在は多用される傾向にある。

<初期>

- ・血液型 ・血液一般検査 ・抗体検査 ・肝機能検査 ・尿検査
- ・風疹 ・STD ・HIV ・B型肝炎 ・C型肝炎
- ・子宮頸癌 ・結核

*必要時または希望時、絨毛膜検査、トリプルマーカーテスト、羊水検査を実施。

<中期>

- ・超音波検査 ・必要時GDMに関する検査 ・Rh(-)妊婦の場合抗体検査

*必要時または希望時、超音波検査を実施。

<後期>

- ・血液一般 ・抗体検査 ・CTG

*必要時または希望時、超音波検査を実施。

(7) 関連機関と職種連携

医療レベルによる施設およびケアの区分は図3の通りである。

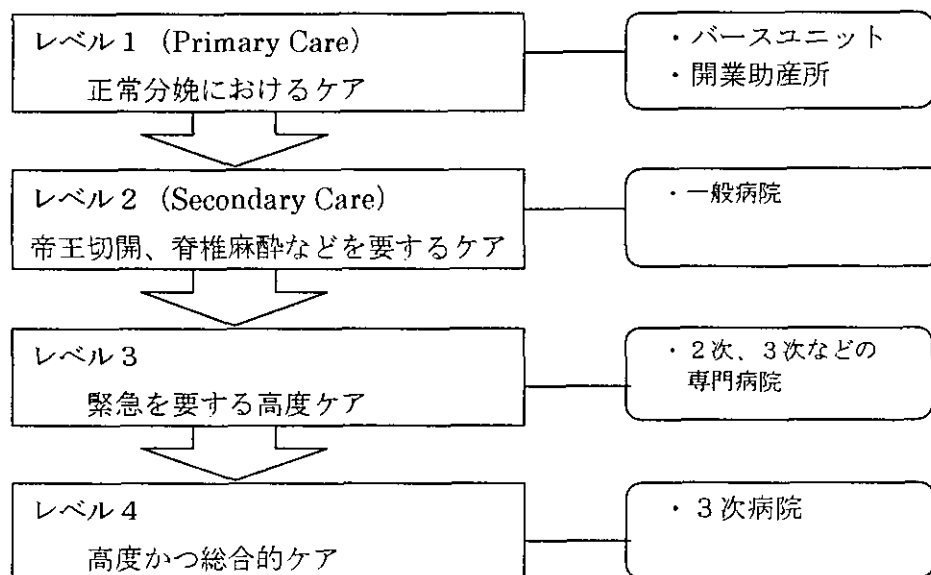


図3. ニュージーランドにおける医療レベルと関連機関

(8) 助産師と医師の連携

緊急時のガイドラインは、国、地方、施設ごとに規定されている。助産師と医師の相談ガイドラインについては、ニュージーランド保健省が発行している「MATERNITY SERVICES」の各種書類の形式冊子の中で、分娩に関する取り決めやレベル分けについて詳細に記載されている。

* ガイドラインの詳細は、巻末の資料1を参照のこと。

b. 出産期

(1) 出産施設の種類

出産施設は、以下の4種類に分けられる。

ニュージーランドの場合、日本のように出産場所でケアの提供者が決定するのではなく、女性がどの時点でどのような選択を行っても、LMCが責任を持って継続ケアが行われる点が特徴的である。妊娠経過中にハイリスクとなり、遠隔地の高次機能施設へ長期入院が予測される場合には、その施設の産科医と勤務助産師に引き継がれることもある。

① 開業助産所

マタニティケアの主担当 LMC として位置づけられる。全助産師の40%が開業助産師である。

開業施設での分娩のほか自宅出産もおこなっている。

② バースユニット（病院併設）

開業助産師や産科認定 GP との連携がある。助産師の10%がバースユニットで勤務している。

③ 僻地バースユニット（独立）

開業助産師や産科認定 GP との連携がある。GP と助産師の shared care の場合には妊産婦健診をユニットにて実施する。

④ 病院

出産状況により産後のマタニティケアを区分して実施する。助産師の40%が勤務している。

(2) 出産環境

最新の分娩室にはベッドや床用マット、バースプールやバースボール、バースツールなどが設備されている。蘇生用具、酸素は作り付けの棚の中で、分娩台はない。アクティブバースが奨励され、EBMによりハイリスク症例以外はルート確保、点滴、分娩監視装置を連続装着せず、分娩姿勢の固定は皆無である。また、ハイリスク症例を取り扱う2次・3次施設でも、LMCと相談しながらアロマセラピーやホ

メオパシーを利用でき、照明の調整などにも心配りがある。

(3) 出産時の助産師の立ち会い

出産の際に助産師は必ず立ち会う。正常過程であれば、医師の立会いは義務づけられていない。助産師は、出産時に立会いが出来ない状況になったときのため、補助の LMC を指名しておく必要がある。助産師以外の LMC は、利用契約先の core midwife のサービスの依頼をしておくことが一般的である。場合によっては開業助産師を雇うことになるが、その費用は雇用主である LMC が支払う。

出産の際には、産婦から LMC に連絡が入る。自宅出産の場合には、LMC が自宅を訪問する。病院あるいはバースユニットでの出産の場合には、状況に応じて入院か待機かを診断する。入院の場合、LMC は産婦に付き添い施設へと向かい、産後 2 時間までは必ず付き添う義務がある。

c. 産褥・育児期

(1) 産褥入院と産褥搬送

通常、産褥入院ケアは 24～36 時間である。ハイリスクケースを扱う高次施設では、2～3 日で退院となる。帝王切開であっても分娩終了後 12 時間以内に、別の私的産科ユニットに産褥入院する女性がかかなり多い。3 泊までは産褥のモジュール区分内で無料であるが、この期間を超えて入院を希望する場合には有料となる。出産前から、出産する施設と出産後に過ごす施設を別々に選択できる Transfer という制度もある。

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。産後母児が搬送された場合にも、基本的に LMC が訪問を続け継続ケアに当たる。

(2) 退院後の継続ケア

退院後は産後 1 週間までは毎日、1 ヶ月までは助産師が自宅を訪問し、授乳指導や育児指導、母親の健康相談等を行う。母親の健診は、LMC がケアを行う産後 6 週間までの経過に異常がなければ終了となる。その後は、通常助産師からプランケット協会（後述）に連絡を取り、プランケットナースやファミリードクターにケアを引き継ぐ。産後の訪問は通常、10 回以内は有料のケアの選択をしない限り無料である。

産褥・新生児訪問は助産師のみができるシステムであり、女性が LMC として産科医を選択した場合、雇っている看護師では認められていないため、助産師を雇ってケアを行ってもらう形となる。

(3) プランケット協会

プランケット協会とは、妊娠中の女性や就学前の子どもを持つ家庭に対して総合的に支援サービスする組織である。看護師と育児の専門教育を受けた約 8000 人のポ

ランティアからなり、18の地域に130の支部とその傘下にある非公式な数多くのグループから組織されている。資金源の6割は国からの支援で、4割が公式なスポンサー団体からの支援となっている。

両親学級や出産前の知識普及のイベントの開催、出産後は新生児訪問や多方面の育児サポートなどを行っている。プランケット診療所では、健診や育児相談を行い、遠隔地へバスの移動診療所による訪問サービスを行っている。また、「プランケット・カリタネ・ファミリーセンター」と呼ばれる母親達が集う場所では下記のような様々なサービスが提供されている。

プランケット・カリタネ・ファミリーセンターのサービス内容

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| ・ 育児サポート | ・ 地域子育てグループとの交流 |
| ・ 24時間対応無料電話相談 | ・ 高校生対象の「子育て体験コース」 |
| ・ 中学生対象の保健教材開発と提供 | ・ 事故予防の安全教育 |
| ・ 育児書「Thriving Under Five」の作成と配布 | ・ 子育てセミナー |
| ・ チャイルドシートのレンタルサービス | |
| ・ ボランティア、ファシリテーターの養成 | |

8. 医療訴訟に関して

産科医療について過誤があった場合には、事故処理委員会 ACC に申請し倫理委員会にかけ、アドバイスをを行う。ACC は問題により発生したコストに対して、両親に全額支払うことになっている。ACC 自体は医療過誤の判定は行わないが、必要に応じて裁判所などに調査依頼を出すこともある。問題が発生した場合には、両親からだけでなく病院や同僚からも訴えられることがある。しかしこの場合は、訴訟という形ではなく調査の依頼を行うという形となる。調査の依頼を受けた場合、それが助産師の場合には助産師会の問題解決の過程に沿って検討する。コミッショナーは助産師会に全ての苦情を知らせ、助産師会が直接苦情を受けた場合には、コミッショナーに苦情の内容を報告する。問題の発生過程において、医療者が消費者の権利を阻害したと考えられる場合、最終的にコミッショナーから裁判所に訴えるという場合もある。基本的に、どのような場合においても女性の権利が守られるということが重要で、そのため、評議会には消費者の代表である女性が参加している。

9. 産科医療をめぐる諸問題

ニュージーランドではマタニティケアにかかる医療費は税金からの支出となっているため、EBM に基づいて、不必要な処置や医療に非常に厳しい監査がある。医療者の自主的な努力もあり、剃毛、浣腸は行わず、ルート確保はハイリスク症例のみで、会陰切開率も 20%以下である。しかし超音波検査に関しては、妊娠中の一回の無料検査

だけではならず、現在多用される傾向にあることが問題となっている。基本的なマタニティケアだけでなく、私的保険を使用したオプションとしての医療処置、いわゆるセカンダリーケアが増加している傾向にある。

またニュージーランドでは、外国人に対しても妊娠・出産費用を免除しているが、最近、無料出産と、国籍の取得を目的とした外国人が急増しているため、規制の方向を検討中である。僻地でのケアは効率が悪いという理由で、国からバースユニット廃止の圧力もあった。しかし、バースユニットの廃止により遠方の大病院への通院や、早い時期からの受診・入院・医師の介入がメインとなることから継続ケアの実施が困難となり、ケアの質の低下が懸念されている。バースユニットでの出産が高い評価を得ていることが統計的に明らかにされており、バースユニットを財団扱いとして自治体の運営としているところもある。僻地のバースユニットには、1,500NZ\$の分娩費のほか別途施設費が3,000NZ\$が支援として支払われている。

退院後の褥婦への支援不足、有給の育児休暇などに関しては、経済的問題を中心とした社会支援が不足しているといわれており、出産後の支援に対しての問題も多い。

謝辞

今回、ニュージーランドの分娩事情の調査において、インタビュー調査に御協力いただきましたニュージーランド助産師会会長のサンディ・グレイ女史、御同行いただきました戸田律子氏に深く感謝いたします。

(資料1) ニュージーランド：助産師と医師の相談ガイドライン

- レベル1：LMCは、妊娠、分娩、産褥および新生児とその他の具合の悪い症状において、専門医の診察が適切であるということを勧めても良い。
その進行中の状態についての責任ある行動については、LMC、専門医、女性自身の3人の間で決定されるべきものである。
これには、専門医の診察を受けるタイミングやどの程度必要性があるかという話し合いも含まれる。専門医は自動的にこれから行われるであろうケアに対しての責任を負わない。これにおいては、臨床症状と女性個人の意思による。
- レベル2：LMCは、妊娠、分娩、産褥および新生児とその他の具合の悪い症状において、専門医の診察が適切であるということを勧めなくてはならない。
その進行中の状態についての責任ある行動については、LMC、専門医、女性自身の3人の間で決定されるべきものである。
これには、専門医の診察を受けるタイミングやどの程度必要性があるかという話し合いも含まれる。専門医は自動的にこれから行われるであろうケアに対しての責任を負わない。これにおいては、臨床症状と女性個人の意思による。
- レベル3：LMCは、妊娠、分娩、産褥および新生児とその他の具合の悪い症状において、ケアの責任を専門医に委ねるということを、女性に勧めなくてはならない。
その進行中の病態についての責任ある行動については、LMC、専門医、女性自身の3人の間で決定されるべきものである。
今後の責任を負う専門医と、最初に診断をした医療従事者はお互いにこの決定に際し、納得していなければならない。このような場合には、最初に診断した医療従事者に帰していくタイミングも話し合われるべきである。

表. リスク因子と相談レベル

麻酔関連		レベル
麻酔におけるトラブル	既往異常・合併症等、麻酔に関する問題や失敗	2
悪性高熱症候群 筋神経系疾患		3
自己免疫/リウマチ疾患		
SLE	主要臓器の合併	3
	症状が皮膚と関節障害のみで非急性である 腎障害や高血圧の合併のないもの	2
原発性高リン脂質症候群	妊娠中の血栓症、産科的合併症の既往、ワーファリン療法中	3
	上記症状を認めないもの	2
循環器系		
不整脈		2
心弁膜疾患	僧帽弁/大動脈弁の逆流	2
	僧帽弁/大動脈弁狭窄	3
	その他	2
弁置換術		3
心筋症		3
先天性心疾患		2
高血圧	軽症、140~150/90~100、薬物治療無し	2
	中等度~重症	3
虚血性心疾患		3
肺高血圧症		3
動悸	再発、頻発、持続性を有する その他の症状が有る	2
代謝/内分泌系		
糖尿病	インシュリン依存型/非インシュリン依存型(既往含)	3
	妊娠中食事療法でコントロール可能な症例	2
	妊娠中インシュリン療法の必要な症例	3
甲状腺疾患		2
脳下垂体機能不全		2
高プロラクチン血症		2
消化器系		

胆石症		2
胆汁うっ滞（妊娠に伴う）		3
高プロラクチン血症		2
尿路感染症	急性、薬物療法中	3
	急性以外	2
肝炎	急性／慢性	2
	慢性転化	3
静脈瘤		3
遺伝性疾患		
マルファン症候群		3
上記以外		2
血液疾患		
貧血	Hb < 9.0 mg/dl 治療に反応のないもの	2
溶血性貧血		3
異常出血	Von Willebrands 症を含む	2
サラセミア／地中海性貧血		2
血小板減少症		2
鎌状赤血球		3
血栓症		3
易血栓症		3
感染症		
サイトメガロウイルス／トキソプラズマ	急性	3
B 群溶連菌		1
HIV ポジティブ		3
リステリア症	急性	3
風疹		2
梅毒		2
結核		2
水痘／帯状疱疹	症状化、急性または接触例	2
神経系		
動静脈奇形		3
てんかん	コントロール可能	2
	数種の薬物投与	3
多発性硬化症		2
重症筋無力症		3
脊椎損傷		3
筋ジストロフィー／筋ミオトミー		3
精神科系		
アルコール・薬物依存		2
内服治療中／症状安定		2
精神的変調		1
腎疾患		

糸球体腎炎		3
蛋白尿		2
腎盂腎炎		2
腎不全		3
腎臓の異常/尿道・膀胱の逆流		2
呼吸器疾患		
喘息	軽度	1
	中等度、前年に2回以上の発作例または維持療法、ステロイド内服	2
	重症、過去2年内の入院治療、ICU入院治療、FEIV < 70%、急性発作の予測されるもの、吸入ステロイド剤使用、気管支拡張剤を必要とするもの > 1200mcg	3
その他の明らかな異常		2
婦人科疾患・手術既往		
円錐切除・レーザー切除を含む子宮頸部の手術	経膈分娩の既往有	1
	経膈分娩の既往無	2
先天性の子宮の異常	以前の正常分娩の関連無	2
	関連有またはその結果	1
不妊症	クロミッド・AIH	1
	IVF・GIFT	2
子宮脱	手術既往有	2
子宮手術既往	子宮筋腫摘出	2
	子宮破裂・子宮穿孔	2
	その他の手術	2
膈の異常	隔壁	2
産科既往歴		
胎盤早期剥離		2
自己免疫性(胎児)血小板減少症		3
帝王切開		2
頸部機能不全		3
受精卵の異常	正常妊娠既往無かつモーレ形成有	2
	正常妊娠既往有	1
高血圧	子癇の前兆としての	1
	IUGRを伴う子癇の前兆、34週以前の分娩を必要とする例、または多臓器に合併症がみられる症例	2
巨大児	> 4500 g	1
IUGR	< 5 th percentile	2
用手剥離	癒着胎盤	2
周産期死亡		2
分娩時出血	1000mls、 > 1000mls	2
早産	< 35 weeks	2
習慣性流産	3回、またはそれ以上	2
肩甲難産		2

妊娠継続の中止	3回、またはそれ以上	2
現存の妊娠		
急激な腹痛		2
腹部外傷		2
CTGの異常	RANZCOG ガイドライン	2
分娩前の出血		2
血液群免疫グロブリン		2
子癇		3
胎児異常		2
妊娠蛋白尿	>0.3 mg/24時間	2
妊娠高血圧		2
子宮内胎児死亡		3
IUGR/SGA	AC<5パーセンタイル、羊水量異常なし	2
	AC<5パーセンタイル、羊水過多、臍帯の異常所見	3
Large for dates	子宮の大きさが4W以上大きい例、腹部外周の異常、推定体重90%tile以上	2
母の低体重	BMI<17	1
悪性腫瘍		3
胎位の異常	>36、骨盤位、横位、斜位、不安定な胎位	2
病的な肥満		3
多胎	双胎またはそれ以上	3
羊水過少	羊水腔<2cm以上	2
羊水過多	Scans Pools>10cms	3
前置胎盤	≤32Weeks	3
子癇前兆	BP>140/90 (30/15の上昇を認めるもの) ① 蛋白尿 >0.3g/24時間 ② 血小板 <150×10 ⁹ /l ③ 腎・肝機能の異常 ④切迫子癇/子癇	3
早産の前期破水	<37週、陣痛のないもの	2
過期産	41週以上、>41週：アセスメントし話し合いプランを立てる	2
早産	34週～36週	2
	<34週	3
満期での前期破水	アセスメントし話し合いプランを立てる	2
胎動の減少		1
性器ヘルペス	急性進行中の病巣	2
予定日が確定できない例		2
子宮ガン		2
尿路感染症	再発	2
分娩：第一期・第二期		
羊水塞栓		3
羊水過少		3
脳の低酸素状態/心拍停止		3
麻酔に伴う合併症		3

無痛や鎮静に伴う合併症		2
複雑な胎位		3
臍帯脱出・下垂		3
低在横低位		3
硬膜外麻酔		2
経膣分娩の失敗（機会を使用した例）		3
胎児心拍異常		2
子宮過伸展		2
分娩誘発		2
器械使用の分娩	排臨または低位	2
	排臨していない、st0 +1	3
分娩時出血		3
母体頻脈	持続するもの	2
羊水混濁	中等度または重度	2
分娩時ショック		3
分娩遷延		3
第一期遷延	初産婦：進行停滞、オキシトシンの投与	2
	経産婦：進行停滞	2
第二期遷延	初産婦：2時間以上、経産婦：1時間以上の進行停滞	2
母体熱発	胎児頻脈を伴う、または伴わない38℃以上の発熱	2
肩甲難産		2
分娩：第三期		
Ⅲ・Ⅳ度裂傷		3
頸管裂傷		3
膣壁裂傷	複数の	2
外陰・会陰のヘマトーマ		3
分娩後出血	600ml以上の持続出血	2
胎盤遺残		2
ショック		3
分娩に伴うもの：母側		
乳ガン		2
周産期死亡		2
分娩後神経欠損		2
分娩後精神抑制	精神科的でない	2
	精神科的である	3
産褥敗血症	37.6度以上、母体頻脈	3
原因不明の発熱	硬直やショックを伴う例	2
二次的な分娩後出血		2
分娩に伴うもの：新生児側		
一般		
診療所見の異常	正常からの逸脱	2
超音波権散の異常	所見の認められたもの	2
奇形	早めの治療を必要とする先天的な異常	2
循環器系		

	症状のない心雑	2
	症状のある心雑	3
	反復、再発するチアノーゼ	3
中枢神経系		
	小頭症：3パーセント以下以下の頭囲	2
	ひきつけ、無反応	3
	興奮症	2
	低血圧、筋トーンスの少ないもの、昏睡様	2
	重症仮死：5分以内のアプガー6点以下、10分後や や改善した例	3
	やや重症の仮死（上記より軽症）積極的な蘇生が必要 な場合	2
発育と哺乳		
哺乳	在胎週数に関わらず乏しい吸啜	2
	脱水、または10%以上の体重減少	2
	持続する嘔吐（血液・胆汁を含まない）	2
IUGR	非対称性発育	2
低出生体重	出生体重：2000～2005 g	2
	出生体重：<2000 g	3
体重増加不良	出生14日経過しても体重増加のないもの	2
過期産	発育遅延	2
早産	妊娠35～36週	2
	妊娠<36週	3
消化器系		
	食堂通過障害	3
	腹部膨満	2
	胆汁様嘔吐、鮮血便	3
	24～36時間、胎便排泄のないもの	2
	鼠径ヘルニア	2
泌尿器系	24～36時間、排尿のないもの	2
	尿道下裂	2
	停留睾丸	2
血液系		
	少量の出血、吐血、メレナ、血尿、紫斑、全身の点 状出血	3
	臍よりの出血	3
	母体自己免疫：以前の出産との関係	3
	妊娠中の血栓症	2
感染症		
敗血症のリスクファク ター、破水>24時間以上	児の状態は良好で母が抗生剤治療を行っている場 合、児のスクリーニングが望ましい	2
絨毛膜・羊膜炎、胎児頰 脈、母体熱発、害のある 羊水	時の状態良好、または不良	3
体温不安定	適切な環境下において、体温36度以下、または37.5 度以上の発熱	2

黄疸		
	出生後 24 時間以内の発症	3
	48 時間以内のビリルビン値 250micromol 以上	2
	全経過において 300micromol 以上	2
	遅延黄疸：可視黄疸 > 150、満期産 = 生後 2 週間、早産 = 生後 3 週間	2
		2
母体因子		
母親の薬物、アルコール乱用・依存	メサドン、マリファナ、アルコール、コデイン、バリウム	2
母体糖尿児	低血糖、乏しい経口状態、染色体異常	3
	正常新生児	2
子宮内感染症	トキソプラズマ、風疹、CMV、その他産前に罹患したもの	2
母親の希望	正常に対する不安	2
児に影響のある薬の服用	抗けいれん薬、抗精神薬、抗うつ薬、その他	2
母性または家族性の遺伝的リスク因子	先天性心疾患、グレーブス病、重度身体障害者、家族に総合失調症のものがある、	2
その他	新生児死亡、SIDS、先天性異常	2
整形		
殿部	殿部不安定、骨盤位、家族性の骨盤・殿部異常	2
下肢	尖足、変形	2
呼吸器		
	チアノーゼ、蒼白	2
	無呼吸	3
	呼吸速迫 (60 回/分以上)、呼吸抑制	3
	狭窄、鼻の閉塞 (呼吸器症状のみられないもの)	2

資料・文献

- 1) 戸田律子：「女性が求める妊娠・出産・産後のケアに関する研究」，平成 14 年厚生科学研究。
- 2) 戸田律子：一人ひとりに寄り添うマタニティ・ケア，2003，助産雑誌 57 (12)，47-53.
- 3) 社団法人日本助産師会：地域における子育て支援のための効果的な助産婦活動に関する研究，平成 12 年度社会福祉・医療事業団「子育て支援基金」助成研究報告書。
- 4) 山岡テイ：ニュージーランドの多様な幼児教育と育児支援サービス，世界の多文化子育てと教育，2003 年 12 月～2004 年 1 月。
<http://www.aiiku.or.jp/aiiku/jigoyo/contents/tabunka/tb312.htm>
- 5) 武内砂由美：ニュージーランド社会保障研究の現在，2002 年，大原社会問題研究所雑誌，no.519，18-30.
- 6) Report on Maternity 2000&2001 New Zealand Health Information Service:2003, 2003 年，New Zealand, MINISTRY OF HEALTH.
- 7) 「Maternity Services」 Notice Pursuant to SECTION88 of the New Zealand Public Health & Disability Act 2000 : 2000 年，New Zealand, MINISTRY OF HEALTH ,
<http://www.nzhis.govt.nz//stats/nursestats>
- 8) New Zealand Workforce Statistics 2003 Nurses and Midwives:2003 年，New Zealand,
<http://www.nzhis.nz.stats.html>

以上

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
「妊婦のリスク評価に関する基礎的研究」

分担研究：妊婦のリスク評価

主任研究者：中林正雄（愛育病院）

分担研究者：久保隆彦（国立成育医療センター）

中野眞佐男（済生会神奈川病院）

1. はじめに

本邦では妊娠・分娩を管理する医療施設としては周産期センター、大学病院などの大病院、中規模病院、診療所、助産所などがあるが、これらの施設を受診する妊婦のリスクは様々であり、各施設間の役割分担は明確でない。

本研究では諸外国における妊婦のリスク評価法について調査し、本邦の現状に適した、母児にとって安全な周産期医療システムを普及・推進するための基礎的研究を行った。

2. 研究方法

妊婦のリスク評価法は 1. 妊娠前評価項目、2. 妊娠中の評価項目について本邦および諸外国の文献を参照した。参照した妊婦リスク評価法は、Nesbit(1969), Goodwin(1969), Hobel(1973), Wilson(1973), Morris(1979), Edwards(1979), Halliday(1980), Pattison(1990), Humphrey(1990), 竹村(1975), ニュージーランドガイドライン(2002)である。

3. 結果と成績

妊婦のリスク評価法は国により時代により異なっているが、主に妊娠前評価項目と妊娠中の評価項目に分類される。さらに 1. 基本情報、2. 既往歴、3. 産婦人科既往歴、4. 現病歴に分けて検討されている（表）。

1. 基本情報としては、年齢（若年、高年）、経産回数、結婚歴、人種、身長（低身長）、体重（BMI、肥満）、経済的事情、家族歴などがあげられる。

2. 既往歴としては、高血圧、心疾患、内分泌疾患、糖尿病、腎臓病、てんかん、神経学的異常、婦人科手術、STD、呼吸器疾患、自己免疫疾患、肝炎、血液疾患、タバコ・アルコール・麻薬常用などがあげられる。

3. 産婦人科既往歴としては、常位胎盤早期剥離、死産、新生児死亡、早産、産褥出血、妊娠中毒症、吸引・鉗子分娩、帝王切開術、大奇形児、巨大児、IUGR児、反復・習慣流産、不妊症治療、頸管無力症などがあげられる。

4. 現病歴としては、染色体異常疑、性感染症、切迫流産、切迫早産、前期破水、妊娠 20 週以後の出血、妊娠 28 週までの妊婦健診回数、妊娠中毒症、羊水量異常、多胎妊娠、耐糖能異常、34 週以降の骨盤位、CPD疑、前置胎盤、などがあげられる。

これらの項目について、本邦の実情にあったスコアリング、重みづけを行い、妊婦の適正なリスク評価を行うことが必要である。こうして作成された妊婦リスク評価法の有用性について、多数例について検討することが必要である。

4. 結論

妊産婦死亡率、乳児死亡率などの産科指標が良好な諸外国においては妊婦のリスク評価に応じて一般医（GP）または助産師から産科専門へ紹介されるシステムが一般的である。

また、妊婦のリスクに応じて、分娩のほとんどが周産期センター（医師主体）、またはバース

センター（助産師主体）で集約して管理されている。

このような周産期医療システムによって、妊娠・出産が安全かつ経済的に管理されている。

表 妊婦のリスク評価法

[1]	Goodwin	1969	Goodwin JW, Dunne JT, Thomas BW : Antepartum identification of the fetus at risk., Can Med Assoc J.,1969 Oct 18;101(8) 458-64
[2]	Hobel(prenatal factor)	1973	Hobel CJ, Hyvarinen MA, Okada DM, Oh W : Prenatal and intrapartum high-risk screening. Am J Obstet Gynecol. ,1973 117(1)
[3]	Wilson	1973	Wilson EW, Sill HK : Identification of the high risk pregnancy by a scoring system., N Z Med J.,1973 Nov 28;78(503):437-40.
[4]	Morrison	1979	Morrison I, Olsen J : Perinatal mortality and antepartum risk scoring. Obstet Gynecol.,1979 Mar;53(3):362-6.
[5]	Edwards	1979	Edwards LE, Barrada MI, Tatreau RW, Hakanson EY : A Simplified antepartum risk-scoring system., Obstet Gynecol.,1979 Aug;54(2):237-40.
[6]	Halliday	1980	Halliday HL, Jones PK, Jones SL : Method of screening obstetric patients to prevent reproductive wastage., Obstet Gynecol.,1980 May;55(5):656-9.
[7]	Pattison	1990	Pattison NS, Sadler L, Mullins P : Obstetric risk factors: can they predict fetal mortality and morbidity?., N Z Med J.,1990 Jun 13;103(891):257-9
[8]	Cairns Base Hospital (オーストラリア)	1990	Michel D Humphrey : The Beneficial Use of Risk Scoring in a Remote and High-Risk Pregnant Population, Aust NZ Obstet Gynecol., 1995; 35: 2 139
[9]	PASS	1975	竹村晃:周産期医学とシステム科学,産婦人科の進歩 27 :217,1975
[10]	MCHC Index	1969	Nesbitt REL,Aubry RH : Highrisk obstetrics. Am J Obst Gynec 103:972,1969
[11]	Ministry of Health New Zealand	2002	Maternity Services Guidelines for consultation with obstetric and related specialist medical services

1. 基本情報

・年齢

[1]	35歳以上	1	40歳以上	2					
[2]	15歳以下	5	35歳以上	5					
[3]	16歳以下	10	17~30歳	0	31~35歳	5	36歳以上	10	
[4]	16歳未満	1	16~35歳	0	36歳以上	2			
[5]	15歳以下	2	35歳以上	2					
[6]	16歳未満	2	30歳以上	1					
[7]	35歳以上	1	40歳以上	2					
[8]	20歳未満	1	20~29歳	0	30~34歳	1	35歳以上	2	
[9]	24~34歳	0	35~39歳、15~19歳	1	45歳以上14歳以下	2			
[10]	15歳未満	20	15~19歳	10	30~34歳	5	35~39歳	10	40歳以上 20

・経産数

[1]	0回	1	6回以上	2					
[1]	前回の分娩より二年	1							
[2]	6回以上	5							
[3]	0回	10	1~3回	0	4回以上	10			
[4]	0回	1	1~4回	0	5回以上	2			
[5]	0回	1	grand multipara	2					
[6]	0回	1	4回	2	5回以上	3	35歳以上初産	2	
[7]	0回	1	6回以上	1					
[8]	0回	1	1~2回	0	3回	1	4回以上	2	
[9]	1、2、3回	0	4、5回	1	6回以上	2			
[10]	0回	10	4~7回	5	8回以上	10			

・人種

[5]	白人以外	1
[10]	非白人	5

・既婚

[3]	既婚	0	未婚	5
[5]	未婚	1		
[6]	未婚	2		
[10]	未婚	5		

・身長

[3]	152.5cm以上	0	152.5cm未満	5
[6]	157.5cm未満	1		
[8]	<157.5cm	1		

・体重

[1]	90kg以上	1		
[2]	100pound以下	5	200pound以上	5
[6]	90kg以上	1		
[7]	90kg以上	1		
[8]	>90kg	1	<50kg	1

・経済的事項

[3]	夫の職業が半熟練 や不熟練労働者	5			
[5]	生活保護	1			
[8]	収入がすべて社会 保障による	1	サポートのない母親	1	
[9]	良好(入籍済み)年 収200万以上	0	入籍予定 100-200万	1	未婚、100万以下
[10]	社会的、経済的状态 (0~10)				

・家族歴

[9]	異常なし	0	従兄結婚他 異常の疑 あり	1	遺伝素因などの異常あり	2
-----	------	---	------------------	---	-------------	---

2. 既往歴

・高血圧

[1]	140/90以上	1	160/110以上	2		
[2]	慢性高血圧症	10				
[3]	140/90未満	0	140/90以上	10	拡張期圧100以上	20
[4]	高血圧	2				
[5]	中等度高血圧	2	重症高血圧	7		
[6]	高血圧	3				
[7]	拡張期血圧100未満	1	100以上	2		
[8]	20週以前に140/90以上	4	20週以降に140/90以上	2	160/100以上	4
[10]	軽症	15	重症	30	腎炎合併	30
[11]	なし	レベル1	軽症、薬物療法なし	レベル2	中等～重症	レベル3

・心臓疾患の既往歴

[2]	クラスI	5	クラスII-IV	10		
[3]	通常のeffort tolerance	10	reduced effort tolerance	20	心不全の既往	30
[5]	クラスIorII	2	クラスIIIorIV	5	心不全の既往	7
[6]	心疾患	4				
[7]	心疾患	2				
[9]	なし	0	NYHAI	1	NYHAI以上	2
[10]	クラスI、II	10	クラスIII、IV	30	心不全の既往	30
[11]	心疾患なし	レベル1	不整脈、僧帽弁ノド大動脈弁の逆流	レベル2	虚血性心疾患、僧帽弁ノド大動脈弁狭窄	レベル3
[11]	心弁膜疾患なし	レベル1		レベル2		レベル3