

新生児の健康状態を診断し、母親と夫や家族に説明します。特にビタミン K の投与に関して、産婦や家族の意志を尊重します。

また、母と子の接触を促し、絆を深めていきます。

新生児が以下のような場合には、医師に連絡、相談し、適時、適切なケアと搬送を行います。

- ・ 仮死状態
- ・ 心拍数が 100 未満
- ・ 著しい異常
- ・ 羊水に胎便が混じっている
- ・ 未熟児

新生児に対する検査と診察は全て女性または可能であれば女性に選ばれた人が立ち会って行なわれなければなりません。

(13) 産後初めての時点（分娩直後から 24 時間以内）の診断ポイント

このタイミングは、助産師が女性と共に出産経験を振り返り、母子の健康と幸福を評価する機会となります。

(1) 共有情報

- ・ 継続支援について確かめ、話し合う。
- ・ 全体的な健康状態について話し合う。
- ・ 母乳育児に必要な支援について確かめる。

(2) 診察から

以下の事柄を含む女性の全ての身体検査

- ・ 子宮の退縮、悪露、出血
- ・ 会陰
- ・ 乳房

(3) 以下の事柄を含む新生児の全体の身体検査

- ・ 心音
- ・ 股関節の検査
- ・ 適当な時期の体重および胸囲、頭囲等の測定

(4) 考えられる検査

- ・ Rh 因子および直接クームス/クライハウエル検査での血液型

(5)考えられる処置

- ・ 新生児に対するビタミン K
- ・ 抗 D ガンマグロブリン

(6)健康状態を判断するための情報とそのための教育

- ・ 母子の関係を築けるよう促す。女性が選択すれば、平和で静かな母乳による授乳の機会を与えます。
- ・ 家庭であれば休息を促し、継続支援を行ないます。
- ・ 以下の事項について出産からの回復に関連した自己管理の教育をします。
子宮、腸、悪露、出血、膀胱、会陰、感情の安定、乳房、社会支援
- ・ いつどのようにして支援を求めるか。
- ・ 求めがあれば母乳育児の指導と補助
- ・ 授乳、呼吸、尿および胎便の排泄、臍帯、泣き方、保温、安全に関連した新生児ケアのための情報
- ・ 授乳を含めた育児技術の向上に関する情報

(7)法的に必要なこと

- ・ 出生届

1 4) その後の診断ポイント（女性が家庭環境の中で自信が出るまでの産後 24 から 48 時間毎）

このタイミングでは、母と子の状態を安定させながら女性の自立を促す機会を与えます。

(1)共有情報

- ・ 身体的、心理的な女性の健康状態について話し合う。
- ・ 乳汁分泌と授乳の継続について話し合う。
- ・ 親子の健康状態について話し合う。

(2)診察から

- ・ 乳房診査及び出産過程からの回復を確かめるための全ての身体検査
- ・ 新生児の全ての身体検査

(2)検査から

- ・ ガスリー検査

(3)考えられる処置

- ・ 風疹ワクチン

(4)以下の場合さらなるケアを考える

- ・授乳における問題
- ・新生児の先天的な異常
- ・産後鬱病
- ・育児における問題
- ・家庭内暴力の問題

(5)健康状態を判断するための情報とそのための教育

- ・家事・育児支援、各種の育児サービス、継続支援の機会
- ・授乳を含む育児
- ・避妊、予防注射、栄養、運動、精神的健康などの自分および家族の自己管理
- ・母乳育児推進グループまたは子育て支援サークル、出産後の各種支援団体、多胎出産のグループなどのその他の支援団体

15) 出産後4~6週間目または最後の産後訪問

このタイミングで、提供した助産業務と受けたケアに対するフィードバックを終了します。

産褥期の女性に対して

(1)共有情報

現在までの経過から

- ・現在の健康状態（身体的、社会的、感情的、精神的、性的、文化的に）
- ・子どもの授乳

(2)診察から

- ・子宮の復古と退縮
- ・乳房と会陰
- ・内診の必要性を考える
- ・会陰の回復

新生児に対して

(1)現在まで経過から

- ・授乳および行動パターン

(2)診察から

- ・発達の評価
- ・全ての身体検査

(3)健康についての情報と教育

- ・子宮頸管スクリーニングの必要性
- ・避妊
- ・性
- ・栄養、運動、休息、支援、生活スタイルのパターンを含む自己管理
- ・必要であれば地域団体とその他の保健の専門家への紹介
- ・自己評価とケアを受けた女性からの評価（意見）
- ・こどもの成長／発達の情報（成長、発達のフォローアップ）

8 助産実践エビデンスと医師との共同管理

1) 女性のエンパワーメントに視点をおいた援助

(1)女性の意志決定への支援を行います。

- ① 情報提供（出産の場、助産ケアの情報など求めに応じた情報を提供します。）
- ② 教育、指導は、女性が自らの健康を維持するために、女性自身がつ力を高めるために行います。
 - ・ 女性のニーズを査定
 - ・ ニーズの査定に基づいて改善すべき健康問題を明らかにする。
 - ・ 適切な目標や目的を示す。
 - ・ 目標、目的を達成するために援助方法を考える。
 - ・ 教育、指導を行う
 - ・ 結果を評価する。（妊婦、産婦、褥婦は目標とされる行動へと変化したか）

2) 医師との共同管理におけるケア

(1)共同管理すべき対象者へのケア

（囑託医または囑託医療機関と相談の上、共同管理すべき対象者）

① 産科以外の既往を有する妊婦：妊娠中の発症を認めず、治療を必要としないもの

〔気管支喘息の既往をもつ妊産婦へのケア〕

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
気管支喘息 全妊婦の 0.3~1.3%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 流早産率やや高い（子宮筋の易刺激性による） ・ 胎児発育遅延の報告多い（頻回な喘息発作による低酸素が原因と考えられる） ・ 妊娠が喘息に与える影響 ・ 喘息の悪化 1/3、改善 1/3、 ・ 不変 1/3 ・ 悪化する者は、妊娠中期以降悪化する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロスタグランディ F_{2α} は、気管支収縮作用があるため絶対的禁忌 ・ 喘息が重症の場合は、医師の管理下で妊娠出産を行う。 ・ 死産率、早期新生児死亡率、低出生体重児の頻度高い ・ 重症の喘息の場合は、生後1年後の児の神経学的異常の発生頻度高い

ケアのポイント

[妊娠期]

発作の誘因となるもの（アレルギー性因子：動物の毛、ダニ、カビなど、非アレルギー性因子：呼吸器感染、公害物質、運動、冷氣、心因など）をできるだけ避け、安静を心がけるよう生活調整を行う。

経産婦の場合、妊娠・出産・産褥時の喘息の状態は、前回と同様の傾向を認めることが多いので、前回の経過状況を詳しく把握し、妊娠、分娩への影響を予測しておく。

[分娩期]

分娩期の喘息発作への対応は、医師により行われる。

助産師は、発作の誘因となるものを回避し、特に、分娩第1期の助産師による継続的なケアは、母児に好ましい効果（陣痛の緩和、帝王切開率の減少、分娩時間の短縮など）がある（Cochrane data base）ことから、不安が軽減され、喘息発作の誘因を減少させることができる。

[産褥期]

母乳栄養については、移行抗体が児のアレルギー反応を抑制するため、積極的に授乳を行うことが望ましい。

[結核の既往をもつ妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
結核 1~3% 内 1/10 は活動性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠分娩への適応が困難な事例：非妊時の日常生活困難、肺機能が正常の1/3 ・ 重症の肺結核、肺性心、日常生活困難、肺機能正常の1/3以下の事例は、医師の管理下で妊娠継続の可否を検討する。通常、避妊が望ましい。 ・ 経胎盤感染はまれ ・ 妊娠16~28週までの流早産率は、非結核妊婦の約9倍という報告もある。 ・ 妊娠進行とともに呼吸困難が増悪する事例は帝王切開が望ましい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分娩時の血液や羊水吸引による感染は非常に少ない ・ 新生児：母体が排菌性結核である場合、50%以上が結核に罹患

ケアのポイント

*十分な化学療法を行えば、妊娠中あるいは産褥期の予後は、非妊娠女性の場合と差はない。

[妊娠期]

結核の既往を有しているが、現在妊娠継続上問題なしと診断された事例：過労を避けるよう生活調整を行う。化学療法が行われる事例では、妊産婦が薬の妊娠分娩への影響

と投薬の必要性を十分認識したうえで、治療が継続できていることを確認する。（医師により、薬の作用と副作用の説明が十分行われるよう環境調整する）

〔分娩期〕

妊娠期に増悪する事例は、帝王切開。

肺活量が 50%以下の場合は、酸素吸入を行い、分娩第 2 期をできるだけ短縮するよう効果的なケア、必要であれば医療介入（吸引、鉗子分娩）を行う。

〔産褥期〕

産褥期には、増悪する者が多い。この原因には、横隔膜の下降による肺の拡大、特に、育児中の授乳による睡眠不足、過労や低栄養などがある。このような状況から、疲労を防ぐために精神的身体的サポートが重要となる。

〔尿路感染症の既往をもつ妊産婦へのケア〕

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
尿路系感染症 無症候性細菌尿 5% 膀胱炎 1%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 無症候性細菌尿は、尿路感染の既往のある妊婦に多い。 ・ 無症候性細菌尿への予防的治療が行われなかった場合、約 30%に腎盂炎が発生 ・ 症候性細菌尿の場合、早産の頻度高い（無症候性と早産との関連はまだ結論がでていない） ・ 急性腎盂腎炎(40%)、慢性腎盂腎炎(29%)など 60~70%が症候性の尿路感染症へと移行し、時には腎機能低下による高血圧や貧血を生じることがある。 ・ 尿路感染は、妊婦の 10%に認め、分娩前の重症感染は 5~8%。 ・ 膀胱炎患者では、膣内感染を併存することがあり、頸管炎からの絨毛膜炎、前期破水の可能性あり。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早産率が高いことから、周産期死亡を増加させる。

ケアのポイント

〔妊娠期〕

- ・ 前回妊娠時尿路感染の既往がある場合は、妊娠初期に十分な検査が必要。
- ・ 慢性腎炎、妊娠中毒症などを合併する場合は、感染が機会となって憎悪させ、母体の腎機能低下をきたし妊娠経過や胎児に影響を及ぼす可能性がある。
- ・ 無症候性細菌尿の抗生物質療法は、妊娠中の腎盂腎炎のリスクを減少させる(Cochrane date base) ことから、正しい内服続行の確認が重要。

〔分娩期・産褥期〕

- ・ 尿路感染を起こす機会が多いため、感染予防とそのセルフケア教育が重要。

[子宮頸癌の既往をもつ妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響/疾患への影響	分娩への影響/疾患への影響
子宮頸癌 頻度 1.01% 軽度～中等度異 形成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 進行期別の予後は、非妊時と差が無い（若年者の進行が早いことから、妊娠可能年齢での進行は早いと考える） ・ 悪性度が高い場合は、ただちに治療開始（放射線療法の適応の場合は、妊娠の中絶を余儀無くされる） ・ 進行期 I a の場合、円錐切除術を行う。病巣の遺残がある場合は、1カ月毎に細胞診とコルポ診を行い、胎児が胎外生活可能な時期まで待機し、帝王切開を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経膣分娩は可能（経膣分娩が子宮頸部癌病変を進行させる危険性があるため帝王切開が望ましいとする報告もあるが、経膣分娩を行っている報告が多い） ・ 癌の進行状況によっては、できる限り早期に児を娩出させ根治治療を開始する ・ 異形上皮および上皮内癌では、分娩終了後に治療開始

ケアのポイント

[妊娠期]

子宮頸癌ないし前癌病変は、妊娠初期の検査により発見されることが多いので、妊娠の継続は母児の予後を考慮して決定される。対象者は、妊娠継続可能と判断された場合でも、癌であるという怯えや児への影響など多くの不安をもつ。医師によりこれらに対する十分な説明がなされ、対象者が抱く不安が軽減されるよう環境調整する。

- ・ 進行期 I a で、円錐切除術が実施され病巣の遺残がない場合は、医師との共診により助産所管理を行うが、病変部の経過観察は慎重に行われなければならない。

[分娩期]

- ・ 経膣分娩可能な事例に対しては、自然分娩の介助を行う。

[産褥期]

- ・ 病状に応じた治療が継続されるようフォローする。特に、育児に追われて自分の健康管理がおろそかになることが多いために注意が必要。

[不妊治療後妊娠に至った妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響/疾患への影響	分娩への影響/疾患への影響
不妊治療後の妊娠	<ul style="list-style-type: none"> ・ 流産率は、23.8%と高率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 帝王切開率は有意に高い

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多胎妊娠率は 18.0%と高率 ・ 子宮外妊娠の発生頻度は 2~5%と高率 ・ IVF-ET による妊娠の結果、染色体異常の発生が多いという報告はない。 ・ 早産率は、13.3%と高率（多胎妊娠例では 28.4%、単胎妊娠例では 9.2%） ・ 産科異常（妊娠初期中期の性器出血、妊娠中毒症、貧血、子宮内胎児発育不全、低出生体重児など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多胎妊娠に伴う早期新生児死亡は、自然妊娠群のほうが高い（排卵誘発群では早期から管理がなされることが多いためと考えられる）
--	--	--

ケアのポイント

[妊娠期]

- ・ 不要な心配を取り除く。そのための検査や説明は重要となる。

妊婦が希望する検査（染色体検査や超音波診断など）が、適切な時期に受けられる様環境調整する（医師との共診）とともに、検査を受けるか否かの自己決定ができるよう十分な情報と知識の提供が重要となる。

- ・ 不妊治療後妊娠にいたった事例が持つ不安には、妊娠継続、児の障害、分娩形態や育児など、不安内容は、他の妊婦と変わり無いが、不安要因は多い。

継続的で十分な話し合いは、妊婦を支える力となる。

[子宮内避妊器具挿入後妊娠に至った妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響/疾患への影響	分娩への影響/疾患への影響
子宮内避妊器具挿入後の妊娠 3%の妊娠率	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子宮外妊娠の頻度高い（卵管より子宮腔のほうが避妊効果が高いため） ・ FD-1 では、自然脱出率は、1~2%である ・ 胎児奇形の増加はない ・ IUD 挿入のままの妊娠継続では、自然流産の発生率は 10 倍、早期陣痛初来、早産の頻度は 4 倍 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重症な感染が発生した場合は、妊娠中絶が検討される

ケアのポイント

[妊娠期]

医師による診断と処置

- ・ 経膈超音波を用いて IUD が子宮腔内に存在しているか確認する。
- ・ 妊娠継続の有無を確認する。
- ・ 妊娠初期に IUD のひもを引っ張ってははずれる場合は、医師が除去する（流産の増加はない）。
- ・ ひもが子宮口から見えない場合は、除去操作は困難であるし控える（流産の増加）。
- ・ IUD を留置したままの妊娠継続によるデメリット（感染を招きやすい、流産、前期破水、早産の原因となる）を説明する。

助産師による妊娠期のケア

- ・ IUD が除去された事例においても、流産の危険性は高いことを認識してケアにあたる。
- ・ IUD を留置したままの妊娠継続によるデメリットを可能な限り予防する。

特に、発熱、腹痛、性器出血など感染徴候に十分注意する。

[分娩期]

- ・ 経膈分娩可能
- ・ 早期陣痛発来、早産の頻度は4倍であることから、児の周産期管理が必要とされる。このことへの対応を備えて、分娩にあたる。

2. 産科的既往を有する妊婦：妊娠中の発症を認めないもの

[流産、切迫流産の既往をもつ妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
流産、切迫流産の既往 自然流産は、妊娠の約15%	<ul style="list-style-type: none"> ・ 習慣流産：2回続けて流産する確率は2.3%。3回続けて流産する確率は0.34% ・ 流産の約70%は妊娠12週までに起こる ・ 妊娠初期の半数は、染色体異常によるもの ・ 流産の頻度は、両親の加齢とともに増加 ・ 性器出血と流産との関係：出血が見られなかった群の流産率は4.2~6.1%、出血を認めた群では12.4% 	

[早産、切迫早産の既往をもつ妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
早産、切迫早産の既往	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早産の原因は、前期破水が多く、常位胎盤早期剥離、頸管無力症、妊娠中毒症、多胎妊娠、前置胎盤の順 ・ 絨毛膜羊膜炎は、上行性感染によるものであり、前期破水の主要な原因 ・ 頸管無力症による流早産は、全出生数の約0.1%程度、絨毛膜下血腫の70%は、自然に消失するが、消失しなかった場合は流早産となる。 	

ケアのポイント

[妊娠期]

・ 妊娠初期には、出血の有無に関わらず、超音波断層法による検査（胎芽、胎児心拍動の有無の確認）を行う。

☆注意すべき所見：子宮口の開大、頸管の熟化、頸管の短縮、子宮収縮、性器出血など

前回の妊娠経過を十分把握しておく。

- ・妊婦の生活状況を把握し、流産、早産に至る要因となる生活環境要因を調整する。
- ・妊娠期を健康に過ごすためには、セルフケアが重要であることを認識させ、セルフケアが実行できていることを支持し励ますことで、前回の流産、早産体験を乗り越え、不要な不安に打ち勝ち、今回の妊娠を楽しんで継続していかれるよう支援する。

[軽症妊娠中毒症の既往をもつ妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響/疾患への影響	分娩への影響/疾患への影響
軽症妊娠中毒症の既往 慢性高血圧、妊娠中毒症は、全妊婦の0.5~9%	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中毒症のハイリスク因子： 高血圧、妊娠中毒症家族歴、経産回数（初産）、多胎妊娠、高齢、肥満、妊娠期体重増加（過剰増加、増加不良特に5Kg未満の体重増加）慢性高血圧合併、耐糖能異常、不適切な生活習慣（塩分やアルコールの過剰摂取、Caや野菜の摂取不足によるNa貯留による高血圧） ・母児への適応不全症候群：母体には高血圧、蛋白尿、浮腫、児には子宮内胎児発育遅延、胎児仮死などを来す。 ・早産：母体の臓器障害と胎児成熟の状況により分娩時期を決定する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・早産に起因する周産期死亡率の増加 ・母体臓器障害による母体死亡の原因疾患である ・胎盤早期剥離のリスクファクターである（慢性高血圧、妊娠中毒症、破水、感染、高年齢、喫煙など）

ケアのポイント

[妊娠期]

- ・前回の妊娠中の生活を詳しく聞き、妊娠中毒症を発症した要因を分析する。
- ・今回の妊娠生活を確認し、妊娠中毒症発症要因の有無を査定する。
- ・妊婦とともに妊娠中毒症を発症しないための生活調整を行い、セルフケアレベルでの改善に導く。

[前回の分娩時、吸引または鉗子分娩の既往のある妊産婦へのケア]

対象疾患と発生率	妊娠への影響/疾患への影響	分娩への影響/疾患への影響
吸引遂娩術 鉗子遂娩術	<ul style="list-style-type: none"> 吸引遂娩術の適応 ・胎児心拍異常、陣痛微弱、遷延分娩、軟産道強靱、母体の内科的疾患あるいは妊娠中毒症、 無痛分娩時鉗子遂娩術の適応 ・胎児心拍異常、微弱陣痛、遷延分娩、軟産道強靱、児頭の回旋異常、母体の内科的疾患あるいは妊娠中毒症 	

ケアのポイント

[妊娠期]

- ・前回、吸引遂娩術あるいは鉗子遂娩術に至った経緯と結果を詳細に確認しておく。
- ・妊婦が吸引遂娩術あるいは鉗子遂娩術を受けたことによる身体的精神的影響を妊婦との会話から査定し、フォローが必要な事例は妊娠期を通してケアしておく。
- ・今回の分娩において、妊婦が希望している分娩を把握するとともに、上記の適応となった場合、妊婦がどのような選択ができるのかを話し合っておく。

③ 異常妊娠経過が予測される妊婦：妊娠中に発症した異常

[若年妊娠（16歳未満）・高年初産（35歳以上）]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
若年妊娠 通常16歳以下	<ul style="list-style-type: none"> ・未婚の場合が多い—社会的家庭的経済的問題 ・妊娠中毒症の発生頻度は、約18%で、15歳以下の妊娠例に多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・早産の頻度は10~20%と高い（未熟児）。 ・低出生体重児 SFD も12~17%と高い ・分娩形態や分娩時間は成熟女性と差はない。また、狭骨盤の頻度が高いという報告もない。 ・先天異常の率は、米国では多いという報告がある染色体異常の発生頻度には差を認めない。

ケアのポイント

[妊娠期]

・若年妊婦であって、妊娠を継続する上で多くのケア介入が必要とされる事例は、妊婦自身が妊娠を受け入れていない事例、妊婦及びその家族、あるいは児の父親となる者が妊娠を受け入れていない事例であろう。家族間の調整が重要であるが、介入が困難なことも多い。

・妊婦の生活状況を十分把握し、妊娠継続に必要なセルフケア能力を査定する。妊娠継続のための生活調整とセルフケア能力を高めるための教育を妊娠期を通して継続的に行う。

[分娩期]

・未熟児、低出生体重児の出産が多いことから、児の周産期管理が必要とされる。このことへの対応を備えて、分娩にあたる。

[育児期]

・育児期は、どのような産婦であってもサポートが重要な時期である。殊に、若年妊婦の場合、自分自身生活体験が少なく、サポートが必要とされる身でありながら、育児という役割を担うには多くのサポートが必要となる。必要とされるサポートを査定し、可能な限りのサポートが受けられる様調整するとともに、家族であるサポートパーソンへの助言が重要となる。

高年初産（35歳以上）

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
高年初産 定義：満35歳以上の初産婦	<ul style="list-style-type: none"> ・自然流産率は、35歳以上では20%以上と高率である。 ・40歳以上では、ダウン症を主とした染色体異常の頻度が増加する。 ・妊娠中毒症は、年齢が上昇するにつれて上昇する（29歳以下では4.6%、30~34歳では6.1%、35歳以上では12.3%、40歳以上では20%以上）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・帝王切開率は、35歳以上では12.3%。

ケアのポイント

[妊娠期]

・高齢イコール異常という概念を持ちやすい。高齢ゆえの不安は、不要な検査に進みやすいが、妊婦が納得できる検査や説明は重要である。

妊婦が希望する検査（染色体検査や超音波診断など）が、適切な時期に受けられる様環境調整する（医師との共診）とともに、検査を受けるか否かの自己決定ができるよう十分な情報と知識の提供が重要となる。

妊婦との継続的で十分な話し合いは、妊婦を支える力となる。

[子宮内胎児発育遅延が疑われた場合]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
<ul style="list-style-type: none"> ・発育不全型 胎児側の原因（染色体異常、薬剤、喫煙、子宮内感染）。10~30% ・栄養不良型 母体要因や子宮胎盤循環傷害による胎児への栄養供給障害による発育障害。70~90% 	<ul style="list-style-type: none"> ・胎児仮死や子宮内胎児死亡となる頻度が高い 	<ul style="list-style-type: none"> ・新生児仮死、多血症、肺炎、敗血症、肺出血などをきたしやすい。 ・妊娠中毒症が原因の場合、児は心不全、血小板減少、低血糖が多くみられる。 ・早期に発症したIUGRほど重症になりやすく、神経学的後遺症を残す。

ケアのポイント

[妊娠期]

・前回IUGRの既往を持つ妊婦の場合、前回の妊娠経過を把握し、IUGRの原因を確認しておく。

・今回の妊娠経過中で、IUGRが発症する要因の有無を査定する。

リスク査定により今回IUGR発症が予測される事例は、医師による頻回な超音波検査が

行われるが、妊婦が検査を受けるか否かの自己決定ができるよう十分な情報と知識の

提

供が重要となる。

・ IUGR が疑われた場合、医師による診察を受け、IUGR の診断がなされた事例では、さらに原因究明のための精査が行われる。治療可能な原因がみつかった場合には、それに対する治療が開始される。助産師は、妊婦が正しい情報と知識が得られるよう環境調整する。

[巨大児が疑われた場合]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
巨大児：出生体重 4000g 以上 超巨大児：4500g 以上 経産婦＞初産婦 男児＞女児	原因 母体要因（耐糖能異常、肥満、 栄養過剰など） 胎児要因（Beckwith-Wiedmann 症 候群、心奇形、大血管転位、胎 児赤芽球症など）	母体 ・微弱陣痛、分娩遷延が有意に多 い。 ・CPD の発生率は有意差なし ・回旋異常がおこりやすい：鉗子 分娩、帝王切開 胎児 ・産道抵抗大：頭血腫、頭蓋内出 血、上腕神経叢麻痺、鎖骨損傷、 肩甲難産、胎児仮死など ・胎児の高インスリン状態 がある場合は、RDS や多 血となりやすい。

ケアのポイント

[妊娠期]

・ 巨大児妊娠の可能性査定：巨大児出産の既往や、肥満妊婦、糖尿病合併妊婦など
・ 母体の体重増加、子宮底や腹囲などの計測値の推移（変化）、超音波を用いての児
の
推定体重の測定により妊娠経過を診断していく。

・ 児が大きい場合は、その原因を査定し、必要とされるセルフケア（食事・活動
など）を指導する。
・ 原因疾患がある場合は、医師による原因疾患の治療管理が行われる。

[分娩期]

・ 明らかに巨大児であって、母体産道通過が困難と予測される事例は、医師の管理下
に置く。

[過期妊娠：妊娠 42 週以降場合]

対象疾患と発生率	妊娠への影響／疾患への影響	分娩への影響／疾患への影響
過期妊娠 2～3%	・胎盤機能不全に伴う、胎児 栄養不全、低酸素症などの 発生	・巨大児出産の頻度増加 ・胎児仮死、新生児死亡の増加（胎 盤機能不全のよるものが主） ・帝王切開率上昇

--	--	--

ケアのポイント

- ・自然陣痛発来を待ってよい事例か否かの診断：医師により、胎児胎盤機能検査、NST、超音波による胎児行動観察が行われる。
- ・自然陣痛発来を待ってよい事例の場合、妊婦及び家族に児の健康状態が良く、急いで分娩させなくてよいことなどについて医師より説明が受けられ、対象者が了解できるよう環境調整を行う。
- ・診断の結果、児を積極的に出産させたほうがよい事例の場合、分娩誘発が行われるが、妊婦が分娩誘発を受けるか否かの自己決定ができるよう十分な情報と知識の提供が重要となる。

9 搬送のガイドライン（正常分娩急変時の一部を再掲）

妊娠、出産は女性の正常な生活経験の一部です。それぞれの女性の妊娠、出産の経験は、個人的な事象であり、インフォームド・チョイス（情報を得た上での選択）とインフォームド・コンセント（十分に説明がなされた上での同意）が基礎となっています。女性一人一人にとって、「正常」というのは、特徴のあるものと助産学では捉えています。大多数の女性は、問題なしに妊娠、出産、母乳育児をする能力をもっています。

しかし、時として急変する場合も生じます。どのような状況にあらうとも全ての女性は、安全性と快適さが保証されたケアサービスを受ける権利があります。妊娠、出産が安全で満足な体験であるためには、一つには急変する事態にも、的確で適正なケアが受けられるために、搬送は重要です。助産業務は、妊娠、出産過程で母子の健康が危うくなった場合、さらなる処置が必要な場合、搬送が必要となり、搬送の時を判断し、その準備をしています。

搬送には、つぎのような方針で行います。

まず、女性は、妊娠、出産をする場所を選択し、受けるケアを選択することができます。同時に、助産所を選択した結果に関して女性自らも責任を負うことを受け止められるように、助産師は時間をかけて、ケアや処置について十分に説明した上で、女性から合意を得る必要があります。そのためには、どのような目的で搬送をおこなうのかを納得のいくまで説明を致します。

搬送の過程

- a 女性およびその家族と共に搬送の必要性を決定します。
（搬送に至るまでの経過、搬送原因などについての一切の記録を含めて情報を提供します。）
- b ケアの選択肢についての情報を提供します。
- c インフォームド・チョイスであるかどうかを確認します。

- d 提供された選択肢から女性が選択します。
- e 助産師は選ばれた選択肢について進めていきます。

搬送場所

- ・ 産科医、小児科医のいる嘱託医療機関
- ・ 嘱託医師のいる医療機関
- ・ その他

搬送の決定

- ・ 助産師の専門家としての判断
- ・ 女性や家族からの要請

「記録」

記録は連携する医師、助産師との伝達手段の1つです。搬送する場合は、特に、ケア計画と助産ケアの提供に関して、正確に記載する必要があります。①どのようなケアが計画され、②どのような決定がなされ、③どのようなケアが提供され、④どのような情報が共有されたか、⑤搬送についての説明がどのようになされたか、また、ケアを受ける女性の意志が明記され、継続して記録されていることが必要です。

「責任」

搬送の場合の責任は、助産ケアについては助産師にあり、医療処置に関する責任は医師にあります。それぞれの専門家としての役割を相互に確認する事で、協力関係を築き、責任については嘱託医師、嘱託医療機関と話し合い、文章化しておくことが大切です。

適切な助産ケアを維持して行くためには、助産師は現実的な取り扱い件数のレベルを確認しておくことも必要です。助産師が主たるケアの提供者である場合、1年間に扱う件数として英国では(40~50)名の女性を取り扱うという事をガイドラインにしています。参考にして下さい。

9 助産ケアの質の評価(文献検討)

助産師にとっては、共通した助産ケアの質の基準が求められ、積極的なケアの質の評価、向上に取り組むことが求められています。

評価方法は、行政による評価、助産師自身の評価、ケアを受ける利用者の評価、第三者評価(国際規格ISO9001シリーズ認証など)があります。また、何を評価するかは目標からは、組織や構造の評価、ケアのプロセス評価、ケアの結果(アウトカム)評価、満足度評価があり、効果的な助産サービス評価・管理をどのように行うか、評価の目的をきめることが大切です。

活動指針には、実践の基準を示しています。その基準が達成されたかを評価することが第一に上がってきます。各施設では、妊産婦に応じた具体的な助産ケアが必要となります。

助産ケアについては、助産分野の専門家による評価としてピア・レビューを基本とし

て助産師の正常妊娠、分娩、産褥、新生児に関する一連のケアが、一定の基準として維持されているかを監査することが必要です。助産師は、常に監査が受けられるように、分娩後、無記名の個人記録表を記載することや、嘱託医師に報告するシステムを持ち、ケアの改善に勤めることが大切です。また、これらは、英国やオランダにおいては適法か否かの評価を含めて、義務づけられています。助産評価活動として、助産師の分娩時のケアに関する監査ツールを資料として示しています。ケア提供の立場から、専門的な質を評価することが最も重要です。ケアの質とQOLの改善をはかり、ケアの質を保証していく上で特に有用と考えられます。

今後の課題として各助産所、出産の施設でアセスメントツールを作成し、評価することが求められています。

なお、ケアプラン作成のためのアセスメント（課題分析）の方式としては以下のものがあります。

- 1, MDS-HC方式 (Minimum Data Set Home Care) : 在宅サービスのアセスメントツールです。米国のナーシングホームの施設用アセスメントツールで、ケアの質が確実に向上することを目指して、米国では1991年以降、システムとしての研究が進められています。
- 2, 自立支援アセスメント (日本介護福祉士会方式)、
- 3, ケアマネジメント実践記録様式 (日本社会福祉士会方式)、
- 4, 日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン (日本訪問看護振興財団方式)、
- 5, 居宅サービス計画ガイドライン (全社協方式)、
- 6, 包括的自立支援プログラム (三団体方式)

なお、このMDS方式は、ケアプランのアセスメントと共に、データを集計することによりケアの質の評価に活用することが可能です。

(1)妊娠、分娩、産褥期のケアを利用する女性の動作を評価することにより、ケアの内容に関する指標として、質の指標をつくり、各々の質の状態に該当する女性の数を分子にし、ケアを受けた女性すべてを分母として、各助産所、各病棟および施設としてのQI (%) (Quality Indicator)、を表すことにより、評価が得られることとなります。即ち、ケアの内容に関する結果の指標が得られます。

これらの指標がQI (Quality Indicator、質の指標)であり、助産ケアの結果 (アウトカム)としての評価指標となり、助産所、病院での質を評価する基本情報として最も重要なものとなります。

それらを各助産所、または各病院毎に比較分析、検討し、改善が必要と判断したQIについては、個々の女性のケアプランにもどり、助産活動指針の基準に沿って点検します。

この過程を繰り返すことによって、ケアの質の向上に結びつけることが可能となります。分娩期のケアの結果 (アウトカム)としての評価指標となるように提示しています。

1) 「分娩期のケアの結果 (アウトカム)としての評価指標」例

(1)女性に関する情報

分娩歴、②分娩開始時の妊娠週数 (何週何日)、③妊娠中にケアをどこで受けたか (助産師のケアが産婦人科医師のケアかなど)、④自然分娩の場所を選択したの

は誰か（自分の意志決定、産婦人科医師／病院、診療所のどの位置にいる医師か、助産師、助産師学生など）

(2)分娩中のケア

分娩中のケア領域	ケア	結果 (頻度)	ケアの指標 QI (%)
(1)分娩第一期			
産痛緩和のために使用した緩和法	シャワー		
	お風呂		
	マッサージ		
	アロマテラピー（オイルの種類）		
	その他の方法		
分娩経過中の体位	①歩いて		
	②立って		
	③しゃがんで		

分娩中のケア領域	ケア	結果 (頻度)	ケアの指標 QI (%)
(1)分娩第一期			
分娩経過中の体位	④ベッドまたは椅子に座って		
	⑤ひざまづいて		
	⑥ ②から⑤のすべての体位で		
	⑦ベッド上で横になる		
	⑧その他希望の体位（記載する）		
出産時の女性の体位	①歩いて		
	②立って		
	③しゃがんで		
	④ベッドまたは椅子に座って		
	⑤ひざまづいて		
	⑥、②から⑤のすべての体位で		
	⑦ベッド上で横になる		
	⑧その他希望の体位（記載する）		
分娩第一期の人工破膜が行われたか	はい		
	いいえ		
分娩第一期の進行診断は、どのように診断したか？	陣痛の強さの程度など具体的に		

分娩第二期			
分娩第二期の開始はどのように診断したか？	女性の意志で		
	助産師の指示で導かれた		
女性は助産師の指示なしで自然にいきんだか	自然に		
	助産師の指示で導かれた		
分娩第二期に（全開大で）人工破膜をおこなったか？	はい		
	いいえ		
分娩第三期			
女性は「積極的な管理」又は「自然で生理的な管理」の選択ができたか？	選択できた		
	出来なかった		
女性自身の力によって自然に胎盤の娩出ができたか？			
もし「出来た」ならば、第3期の長さを記録してください。			

分娩中のケア領域	ケア	結果 (頻度)	ケアの指標 QI (%)
胎盤の娩出は、子宮収縮剤と臍帯牽引でコントロールした積極的な管理であったか？	自然に		
	子宮収縮剤		
	牽引		
もし「はい」ならば、第3期の所要時間を記録してください			
分娩期			
出生時の妊娠週数（週と日）は？			
女性は、出産を自然な経過で達成したか？	自然な経過		
	正常からの逸		
どのような、分娩様式か？	自然な経産		
	吸引の援助（Ventouse）		
	鉗子の援助		
	緊急の下部分帝王切開		
分娩により会陰等に創傷を負ったか？	第一度		
	第二度		
	第三度		
負った場合、場所と創傷の大きさを図示してください。			

会陰側切開の、陰唇、陰核の損傷を示してください。			
上記の創傷は、縫合することを必要としたか？（縫合したか）			
出生直後の出血量はどれだけであったか？			
これは、正確に計った出血量であったか？			
新生児のケア			
分娩中に、胎便を認めたか？	認めない		
	認めた		
「はい」ならば、分娩中のどの時期に認めたか？	破水時		
	胎児娩出時		
胎便はどのような状態であったか。	胎便様で混入		
	羊水中に黄泥色で混入		
	臍帯、皮膚を着色		

分娩中のケア領域	ケア	結果 (頻度)	ケアの指標 QI (%)
1分と5分でのアプガースコアはどうだったか？	1分後		
	5分後		
臍帯pH値は、出生時得られたか？	もし「はい」ならば、動脈と静脈のpHと塩基過剰を記録してください		
児の出生時の体重は？(g)			
この児は、出生時にいくらかの酸素，吸入，または蘇生処置を必要としたか？	はい		
	いいえ		
もしはいならば，記載してください。	酸素を与えた		
	バッグとマスク-		
	挿管-		
小児科医は、出生時この赤ちゃんをチェックする必要があったか？			

もし「はい」ならば、理由を記載してください			
母が母乳哺育を選んだ場合、出産後どれくらいで、乳汁分泌は始まったか？	1 日め		
	2 日後		
	3 日後		

2) ケアのプロセス評価

(1)助産の実践

①助産ケア利用者に適切な助産ケアが実践されている

① 妊娠・分娩・産褥期にある女性と新生児のケアを行うための診断と、診断に基づいたケアを実施している

- ・ 妊産婦の健康状態の的確な診断と診断に基づく個別なケアの実施
- ・ 妊娠・出産・産後の期間を通して、継続ケアの実施
- ・ 妊産婦のニーズに応じた身体的、心理、社会的な対応

③妊産婦が妊娠・分娩・産後の変化によりよく適応できるように支援している

④ 情報を女性・家族とで共有している。

⑤ 十分な説明と助産ケアへの女性・家族の参加を奨励する。

④助産師としての倫理に基づいてケアが実践している（活動指針参照）

(2)助産ケアの質

① 助産基準に基づいて、手順や方策を示し常にケアの向上に活用している。

② 助産の基準は、助産ケアの質を規定する内容になっている

③ 助産の質を保証するための助産基準が活用されている

④ 産基準の見直しが行われている。

⑤ 助産の手順が利用されている。

⑥ 助産の手順の見直しが行われている。

⑦ 助産ケアの継続性が保証されている。

⑧ 助産ケアを継続するために必要な外部機関との連携体制が整備されている

⑨ 退院時の褥婦および家族の社会的・経済的・心理的相談に応じている

⑩ 女性にケアが継続されているか、外部機関との連携によるケア継続を管理する

(3)助産ケアを提供する組織に関する規程が定められている。

① 助産ケアを提供する組織内で、役割と責任内容が明確になっている

② 担当の助産師が女性と家族に紹介し、受け入れられている。

③ 嘱託医師及び嘱託医療機関との連携システムが構築されている。

④ 医師との共同管理における業務と責任が明らかになっている。

⑤ 正常分娩急変時の搬送時の状況の記録と医師への連絡、報告を行っている。

⑥ 医師の治療や指示について疑問を持つとき、倫理規約及び EBM に基づいて医師に相談する。

⑦ 助産診断とケア計画に基づく妊産婦の状態が記録されている。