

200805007A

厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

## 助産師と産科医の協働の推進に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

平成21年3月

研究代表者 池ノ上 克

(宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)

厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

## 助産師と産科医の協働の推進に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

平成21年 3 月

研究代表者 池ノ上 克

(宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)

# 目 次

## I. 総括研究報告

### 助産師と産科医の協働の推進に関する研究

池ノ上 克

A. 研究目的	1
B. 研究方法	1
C. 研究結果	2
D. 考 察	3
E. 結 論	3

## II. 分担研究報告

### 1. ー院内助産ガイドラインー

#### 医師と助産師の役割分担と協働

中林 正雄

A. 研究目的	7
B. 研究方法	7
C. 研究結果と考察	8
1 院内助産システム	8
1-1 院内助産システムとは	
1-1-1 助産外来	
1-1-2 院内助産	
1-2 看護・助産提供体制	
1-3 助産ケアの考え方	
1-4 妊産褥婦のケアの視点	
2 助産師を中心とした分娩支援	11
2-1 院内助産における対象者の考え方	
2-2 医師への報告の目安	
2-2-1 分娩期の医師への報告の目安	
2-2-2 産褥期の医師への報告の目安	
2-2-3 新生児期の医師への報告の目安	
2-3 院内助産における分娩監視装置の装着基準	
2-4 院内助産を担当する助産師の基準	
3 記 録	15

4 責任の範囲 .....	16
4-1 助産師の責任	
4-2 施設管理者の責任	
D. 結 論 .....	17
参考文献 .....	17
解説 1 胎児心拍数パターンの考え方 .....	18
資料 1 胎児心拍数モニタリング異常所見の報告時期と対処法 .....	18
2. 「助産所業務ガイドラインの見直し検討」	
近藤 潤子	
A. 目 的 .....	21
B. 方 法 .....	21
1 助産所業務ガイドラインの使用状況	
2 助産所業務ガイドラインの見直し検討会議の開催	
3 公開フォーラムの開催	
C. 結 果 .....	23
1 助産所業務ガイドラインの使用状況等に関する実態調査	
2 助産所業務ガイドライン見直し検討会議	
3 公開フォーラム	
D. 考 察 .....	27
E. 結 論 .....	30
「助産所における分娩の適応リスト」	
参考文献 .....	34
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	35
IV. 研究成果の刊行物・別刷 .....	35



#### 研究代表者

池ノ上 克 宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授

#### 研究分担者

中林 正雄 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育病院 院長

#### 研究協力者（五十音順）

石渡 勇 石渡産婦人科病院 院長  
井上 正樹 金沢大学医学部附属病院産婦人科学教室 教授  
遠藤 俊子 京都橘大学看護学部看護学科 教授  
可世木成明 可世木病院 院長  
久保 敦子 宮崎大学医学部附属病院看護部 副看護部長  
齋藤いづみ 神戸大学大学院保健学研究科看護学領域母性看護学 教授  
鮫島 浩 宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 准教授  
澤 倫太郎 日本医科大学付属病院女性診療科・産科 講師  
杉本 充弘 日本赤十字社医療センター第一産科 部長  
水上 尚典 北海道大学大学院医学研究科産科・生殖医学分野 教授

#### 研究分担者

近藤 潤子 社団法人日本助産師会 会長

#### 研究協力者（五十音順）

市川 香織 社団法人日本助産師会事務局 次長  
上田 隆 阿南共栄病院小児科 部長  
岡本喜代子 おたふく助産院 院長  
加藤 尚美 社団法人日本助産師会 専務理事  
神谷 整子 みづき助産院 院長  
神谷 直樹 慈恵医大晴海トリトンクリニック 教授  
黒川寿美江 聖路加国際病院産科 師長  
小谷 博子 東京電機大学先端工学研究所 研究員  
竹内美恵子 徳島大学病院看護教育支援室 スーパーアドバイザー  
田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター小児科学 教授  
豊倉 節子 豊倉助産院 院長  
兵頭 慶子 宮崎大学医学部看護学科小児・母性助産専攻看護学講座 教授  
前田 和寿 徳島大学病院周産母子センター 講師  
宮崎亮一郎 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター婦人科 科長  
順天堂大学産婦人科 准教授  
山田美也子 なごみ助産院 院長  
山本 詩子 山本助産院 院長

厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

## 助産師と産科医の協働の推進に関する研究

研究代表者 池ノ上 克

## 平成20年度厚生労働科学特別研究事業

# 「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」 総括研究報告書

(主任研究者：池ノ上 克 宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)  
研究分担者：中林 正雄 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育病院 院長  
研究分担者：近藤 潤子 社団法人日本助産師会 会長

### 研究要旨

わが国の最近の周産期死亡率や妊産婦死亡率などは世界のトップレベルに達しているにもかかわらず、国内では産科医不足や産科施設の減少など、産科医療の危機が叫ばれている。住民が安心して医療を受けることができ、また医療者も安心して適正な医療を提供できるためには、成熟した社会における医療体制の整備と係る人々の職業人としての質を高く保つことが必要である。

わが国には古くから助産師制度が確立されており、妊娠・出産・産褥期のケアや新生児のケアなど、母子保健の向上をめざして助産師による多大な貢献がなされてきた。長年にわたり維持されてきた助産師制度が、現在の産科医療の中で、これまで以上に有効に活用されて、産科や新生児の担当医と協働しながら、質の高い産科医療を提供する必要が高まってきた。

このような時代のニーズに応えて、最近では、全国各地で医師と助産師が協働して行う院内助産の取り組みが始まっている。また、平成20年度からは厚生労働省でも院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業が開始されている。医師と助産師が協働して産科医療に携わる院内助産システムを安全で有用に実施して行くためには、お互いが理解し活用できる共通のガイドラインが必要である。

一方、実施から5年目を迎えた「助産所業務ガイドライン」の現在の使用状況を把握し、課題を明らかにして、問題解決に向けたガイドラインの見直しを行うことになった。両分担研究班の報告に基づき、研究総括で整合性をはかり最終的な報告書にまとめた。

### A. 研究目的

最近各地で医師と助産師が協力して行う院内助産の取り組みが始まっており、厚生労働省は平成20年度から院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業を開始した。

安全で快適な院内助産を実現するためには、医師、助産師が共に合意できるガイド

ラインが必要である。本研究では、助産師と産科医の協働を推進するために必要なガイドラインの作成と、実施から5年目を迎えた助産所業務ガイドラインの見直しを目的としている。

### B. 研究方法

院内助産ガイドラインは、日本産科婦人

科学会（2008）の示す「産婦人科診療ガイドライン」を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が院内助産をどのように進めていくのかを検討の上、作成された。また、助産師の行うケアは、先行研究や日本助産師会の提示している助産所業務ガイドラインを参考にして作成した。

開業助産師と産科医師及び小児科医師に対し、ガイドラインの使用状況等に関する実態調査を行い、その結果をふまえ、見直し案を検討した。さらに公開フォーラムを開催し、意見を聴取した上で検討会議で最終的に「助産所業務ガイドライン2009年改定版」としてまとめるに至った。

## C. 研究結果

### 1. 院内助産システム

#### 1-1 院内助産システムとは

病院や診療所において、看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を置き、助産師を活用する仕組みをいう。院内助産システムにおける助産師は、医師との役割分担・連携のもと、医療法、医師法第17条および保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を主導的に行う。また、妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、ガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。

#### 1-1-1 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師によって行われる外来をいう。

※ 外来における実践内容を示す標記が望ましいため、本ガイドラインでは「師」はあえてつけない。

#### 1-1-2 院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が中心となってケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩介助は助産師によって行われる。

※ 厚生労働省の事業で使用している「院内助産所」もここでいう「院内助産」と同義である。この場合の「院内助産所」は、医療法でいう「助産所」ではない。

## 2. 助産師を中心とした分娩支援

### 2-1 院内助産における対象者の考え方

院内助産の対象者は、妊娠37週の時点で分娩に関してリスクが低く（正常産になると予測され）、助産師による分娩が可能であると医師が判断した妊産婦、および正常分娩で分娩した産褥とその新生児である。

### 2-2 医師への報告

医師への報告の目安は、分娩期、産褥期、新生児期に分けた。産褥期と新生児期は入院中から1ヵ月健診までとしたため、一部は助産外来での適応事項となる。

母子の状態、褥婦の状態、新生児の状態で異常が疑われる症状が見られたときには、医師に報告し指示を受ける必要がある。医師への報告の目安は、中林正雄先生による分担研究報告書「院内助産ガイドライン医師と助産師の役割分担と協働」にまとめた。

## 3. 助産所業務ガイドライン

助産所における分娩の安全性をより高めるために、実施より5年目を迎えた「助産所業務ガイドライン」の使用状況等の実態を把握し、課題を明確化すると共に、新たな諸問題に対して、問題解決に向けたガイ



ドラインの見直しを行った。

見直したガイドラインでは、GBS、ヘルペス、HTLV-1 妊婦を医師管理とするなど新たな基準が追加されると共に、管理方法については「産婦人科診療ガイドライン」との整合性を図り、医師と助産師の協働が図れるようにした。また、正常分娩急変時のガイドラインについては、搬送例が多く、より緊急性の高い事項から記載し、実用性の高いガイドラインとなるよう工夫した。特に、新生児期発症のガイドラインについては、周産期医療の現場で早急に普及を図っている「新生児救急蘇生ガイドライン」との整合性を重視した。また、緊急度は低いが医師に相談すべき新生児の症状については、新たな枠組みを設け記載した。見直したガイドラインの結論は近藤潤子先生による分担研究報告書「助産所業務ガイドラインの見直しの検討」にまとめた。

#### D. 考察

助産所外来や院内助産は、施設の規模や体制などによって、様々な形態で運用される。すなわち施設の看護管理者が中心となって、このシステムを推進する体制や入院のスペースを採配することができる。特に院内助産では、年間分娩件数、病床数、助産師数、設備などに応じて、様々な看護の提供体制をとることができる。

年間分娩数が多く（1,000件程度）、産科単科の病棟であり、助産師の人数が多い施設においては、スタッフをユニットなどに分け、産婦のリスクやニーズに応じた助産ケアを提供する。

一方、診療所等で年間分娩件数が少ない場合や、産科と他科等の混合病棟にあって

は、現行の体制の中での運用も可能である。個々の妊産婦の状況に応じ、助産師と医師がチームとして、構成人数や経験の度合いにより、ガイドラインに基づいた個別のケアを提供できる。

妊産婦のリスクに応じたケア必要量は変化するものである。ローリスクでは、助産師のケアと医師の節目健診程度のケア量となり、妊産婦自身のセルフケアが期待される。しかしながら、ハイリスク妊娠では合併症や産科異常をもつ妊産婦への助産師によるケアの必要量は当然ながら医師の診断・治療とともに母子の観察やその生活上の工夫、リスクによる不安への対応など助産師のケアも相応に増加するものと考えられる。

#### E. 結論

安全で快適な妊娠・出産の支援のために必要なことは、産科医と助産師の相互理解と協働である。その一つの形として、本ガイドラインは作成された。

また、正常な経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理に助産師が積極的に取り組むためには助産師自身のさらなる自己研鑽が必要であるが、同時に助産に関する知識や技術の向上をはかるための卒後研修制度や認定制度の確立も急務である。そして、今後はさらに臨床と教育が連携し、助産師養成数の増加を目指して取り組むことも新たな課題である。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）  
分担研究報告書

院内助産ガイドライン  
医師と助産師の役割分担と協働

研究分担者 中林 正雄

## 平成20年度厚生労働科学特別研究事業

### 「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」

(主任研究者：池ノ上 克 宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授)

#### 分担研究報告書

## 院内助産ガイドライン

### 医師と助産師の役割分担と協働

研究分担者：中林正雄 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会愛育病院 院長

#### 研究要旨と院内助産ガイドライン作成の経緯

産科医療の進歩によって、わが国の母子保健統計は世界のトップレベルを維持しているが、それとともに、安全性の確保とより高い快適性が求められるようになってきた。社会は産科医療の安全性を担保しながら、妊産婦と家族の気持ちや生活面など、社会的側面を重視した医療を期待している。少子社会となったわが国では、子どもを産みやすく、産むことや育てることに夢と希望のもてる社会を作る必要がある。そのため、わが国の産科医療における助産師の新たな役割が求められている。

最近、全国各地で医師と助産師が協力して行う院内助産の取り組みが始まっている。平成20年度から厚生労働省は院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業を開始した。

安全で快適な院内助産を実施するためには、医師、助産師が共に合意できるガイドラインが必要となる。今後院内助産施設の増加が予測されることから、ガイドラインにそった助産師と産科医の協働を推進する必要性が高まると思われる。

本ガイドラインは、日本産科婦人科学会（2008）の示す「産婦人科診療ガイドライン」<sup>1)</sup>を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が院内助産をどのように進めていくかの指針を示している。助産師の行う助産ケアは、先行研究や日本助産師会の提示している助産所業務ガイドライン<sup>2)</sup>を参考にして作成した。本ガイドラインは、現在、すでに院内助産を実施している施設の指針や基準を制限するものではない。一方、これから院内助産を開始する施設には、日本看護協会（2006）発行の「病院・診療所における助産師の働き方」<sup>3)</sup>が企画や組織作りの参考になる。

本ガイドラインは助産師が中心となって原案を作成し、医師を含めた厚生労働科学研究班で検討のうえ完成した。さらに、「助産所業務ガイドライン」改訂の研究者、「産科医と助産師の役割分担と協働関係構築に向けたガイドライン」作成の研究者からも広く意見をいただいた。本ガイドラインを有効に活用していただきたいと願う次第である。

#### A. 研究目的

最近、全国各地で医師と助産師が協力して行う院内助産の取り組みが始まっている。平成20年度から厚生労働省は院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業を開始した。

安全で快適な院内助産を実施するためには、医師、助産師が共に合意できるガイドラインが必要となる。今後院内助産施設の増加が予測されることから、ガイドラインにそった助産師と産科医の協働を推進する必要性が高まると思われる。

#### B. 研究方法

本ガイドラインは、日本産科婦人科学会（2008）の示す「産婦人科診療ガイドライン」<sup>1)</sup>を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が院内助産をどのように進めていくかの指針を示している。助産師の行う助産ケアは、先行研究や日本助産師会の提示している助産所業務ガイドライン<sup>2)</sup>を参考にして



作成した。本ガイドラインは、現在、すでに院内助産を実施している施設の指針や基準を制限するものではない。一方、これから院内助産を開始する施設には、日本看護協会（2006）発行の「病院・診療所における助産師の働き方」<sup>31</sup> が企画や組織作りの参考になる。

## C. 研究結果と考察

### 1 院内助産システム

#### 1-1 院内助産システムとは（図1）

病院や診療所において、看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を置き、助産師を活用する仕組みをいう。

院内助産システムにおける助産師は、医師との役割分担・連携のもと、医療法、医師法17条および保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を主導的に行う。また、助産師は医師と連携して、妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、ガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産褥婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに健康相談・教育を助産師が行う。

##### 1-1-1 助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師によって行われる外来をいう。

※ 外来における実践内容を示す標記が望ましいため、本ガイドラインでは「師」はあえてつけない。

##### 1-1-2 院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が中心となってケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩介助は助産師によって行われる。

※ 厚生労働省の事業で使用している「院内助産所」もここでいう「院内助産」と同義である。この場合の「院内助産所」は、医療法でいう「助産所」ではない。

### 1-2 看護・助産提供体制

助産外来や院内助産は、施設の規模や体制などによって、様々な形態で運用することができる。施設の看護管理者が中心となって、このシステムを推進する体制や入院のスペースを采配することができる。特に、院内助産では、年間分娩件数、病床数、助産師数、設備などに応じて、様々な看護の提供体制をとることができる。年間分娩件数が多く（1,000件程度）、産科単科の病棟であり、助産師の人数が多い施設においては、スタッフをユニットなどに分け、産婦のリスクやニーズに応じた助産ケアを提供する。

例えば、病棟の看護・助産提供単位を「産科ユニット」と「院内助産ユニット」などに分け、産科ユニットがハイリスク産婦および褥婦を、院内助産ユニットがローリスク産婦および褥婦を受け持つなど、各々のニーズに応じたケアを提供する。また、分娩室が複数ある場合、リスクに応じて分けて用いることもできる。このようなユニットを設置しオープンシステムをとることによって、開業助産師等が利用しやすくなり、出産の安全性が高まるとともに地域連携が一層進むことが予想される。

一方、診療所等で年間分娩件数が少ない場合や、産科と他科の混合病棟にあっては、現行の体制の中での運用も可能である。個々の妊産婦の状況に応じ、助産師と医師がチームとして、各々の構成人数や経験の度合いにより、ガイドラインに基づいた個別のケアを提供できる。

#### 1-3 助産ケアの考え方

助産師は、親になる人を妊娠中から分娩・産褥・育児期を通して支援していく。加えて、わが国の助産師は看護師の資格も有するため、院内助産では助産師が中心となって分娩介助だけでなく看護ケアも行われる。

妊産婦のリスクに応じたケア必要量のイメージを図2に示した。ローリスクでは、助産師のケアと医師の節目健診程度のケア量となり妊産婦自身のセルフケアが期待される。しかしながら、ハイリスクにあっては、合併症や産科異常をもつ妊産婦へのケア必要量は当然ながら医師の診断・治療とともに母子の観察やその生活上の工夫、リスクによる不安への対応など助産師のケアも相応に増加するものと考えられる。

助産師は、リスクの有無にかかわらず妊娠中から育児期にわたり親になる人とその家族を支えていく。図3に示すように、医療介入が必要な医師中心の分娩管理においても、当然助産師による分娩介助やケアは行われる。院内助産でケアを受けていた産婦にリスクが発生した場合には、ただちに医師中心の分娩管理に移行することが保証されなければならない。助産師中心の院内助産から医師中心の分娩管理に移行した場合にも可能な限り同じ助産師による継続的なケアが受けられるような配慮も重要である。言い換えれば、助産ケアを受ける妊産婦を中心とした一人ひとりに必要な助産ケアを助産師は実践するよう努める。

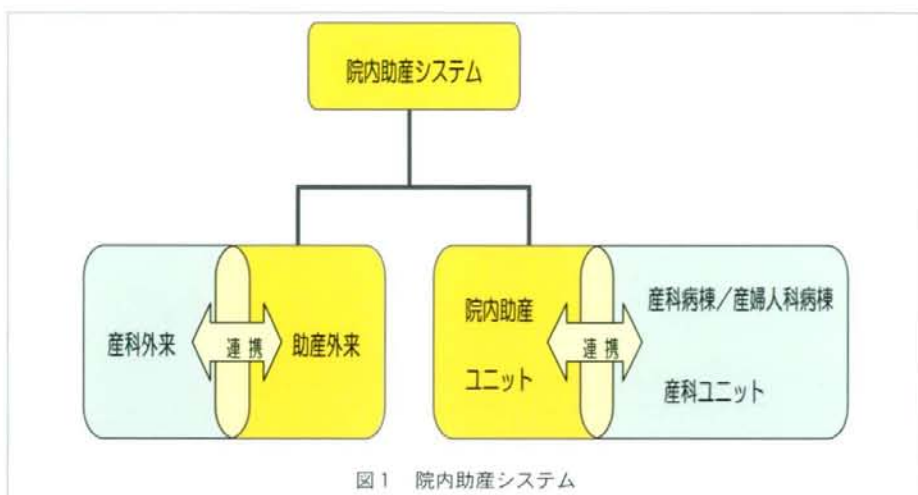


図1 院内助産システム

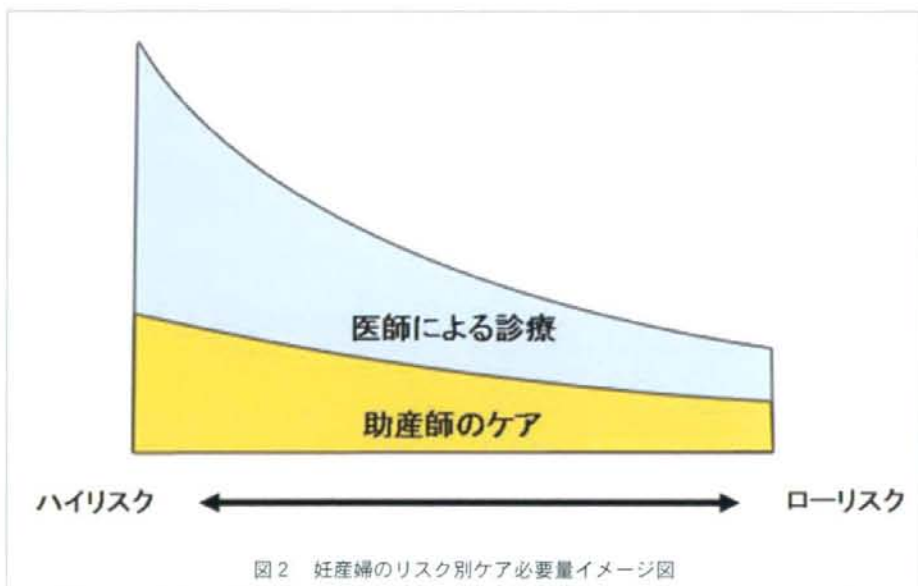
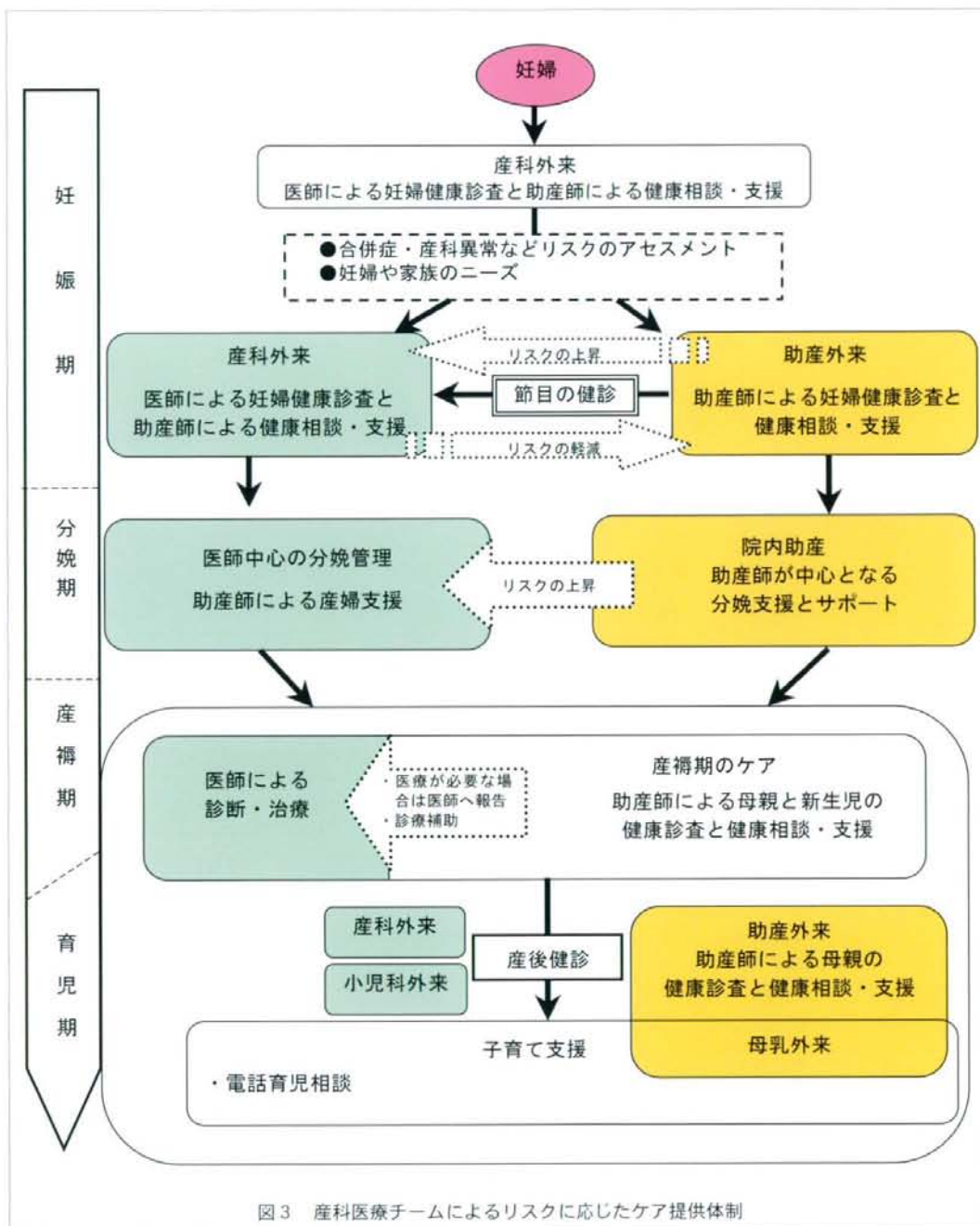


図2 妊産婦のリスク別ケア必要量イメージ図





#### 1-4 妊産褥婦のケアの視点

妊産褥婦のケアに関するアセスメントの視点と援助は以下のとおりである。

アセスメントの視点	援 助
①妊娠・分娩・産褥に対する評価 および経過の評価 →リスク因子のスクリーニング	すべての妊産褥婦に共通する基本的なケア
②妊娠中の過ごし方、分娩、産褥期の 過ごし方、育児に対する学習状況	情報の提供 各個人の生活に応じた具体的な対処方法の検討
③妊産褥婦の心理	気持ちが表出できるような環境の整備 妊産褥婦の言動に対する受容と支援
④セルフケア能力と技術	セルフケア能力に応じた必要な技術の指導 セルフケア能力を高めるための情報提供や技術習得の 指導
⑤親役割取得の準備状況と支援	胎児への愛着を促進するための援助 育児準備への支援 育児技術習得のための支援
⑥妊産褥婦に対する家族などのソーシャル サポート	家族に状況を説明し、妊産褥婦への援助を促す 家族その他のサポート体制の調整
⑦妊娠・分娩・産褥による社会・経済 的問題	利用できる社会資源の紹介・活用できる具体的な情報の 提供 継続的ケアが受けられるよう他職種間との調整

ハイリスク妊産褥婦に対するケアの視点も上記と同様であるが、ハイリスク妊産褥婦では、リスクを有するがゆえに妊娠経過や親になることへの不安、その後の母乳や育児に対する心配などケアのニーズも高い。ハイリスク妊産褥婦に対する援助では、①妊産褥婦のニーズの把握とケアの提供、②妊産褥婦や家族の理解と協力を促す、③妊産褥婦や家族への心理面への支援、④妊産褥婦や家族のセルフケア能力を高める、以上4点を強化する必要がある。

## 2 助産師を中心とした分娩支援

### 2-1 院内助産における対象者の考え方

院内助産の対象者は、妊娠37週の時点で分娩に関してリスクが低く（正常産になると予測され）、助産師による分娩が可能であると医師が判断した妊産婦、および正常分娩で分娩した褥婦とその新生児である。

### 2-2 医師への報告の目安

医師への報告の目安は、分娩期、産褥期、新生児期に分けた。産褥期と新生児期は入院中から1ヵ月健診までとしたため、一部は助産外来での適応事項となる。

母子の状態、褥婦の状態、新生児の状態で以下の異常が疑われる症状が見られたときには、医師に報告し指示を受ける必要がある。



## 2-2-1 分娩期の医師への報告の目安

入院から分娩終了時に加え、産後2時間（早期産褥期）までとする。

時期	母児の状態	医師への報告の目安
入院時	異常な出血	産徴とは認められない異常出血（量、性状）がある
	異常な腹痛	陣痛周期にかかわらず疼痛が続いている
	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や産婦の訴えがある
	前期破水	破水が確定し陣痛が開始していない
	羊水混濁	混濁の程度が薄緑色～鶯色～暗緑色、血性である
	胎位の異常	頭位以外の胎位である
	胎児心拍数パターンの異常	reassuring fetal statusでない状態が認められる <b>（解説1）</b>
	分娩第1期	異常な出血
CPD		児頭の骨盤腔への嵌入がみられず、ザイツ法（+、±）である
回旋異常 産瘤の増大		内診所見で矢状縫合の位置が正常な回旋と異なる 産瘤の増大が認められる
遷延分娩 （微弱陣痛が原因と考えられる）		分娩開始後、初産30時間、経産15時間以内に分娩にならないと予想される子宮口開大が3～4cmとなった時点以降（活動期：active phase以降）で、1時間あたりの子宮口開大速度が1.0cm未満の場合
羊水の異常		羊水混濁がある。血性羊水である。
バイタルサインなどの異常		38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や産婦の訴えがある
胎児心拍数パターンの異常		reassuring fetal statusでない状態が認められる <b>（解説1）</b>
早期破水		陣痛開始後に破水が確定した
分娩第2期	遷延分娩	有効な陣痛があっても子宮口全開大後、初産婦で2時間以上、経産婦で1時間以上児が娩出されない
	胎児心拍数パターンの異常	reassuring fetal statusでない状態が認められる <b>（解説1）</b>
	羊水の異常	羊水混濁がある 血性羊水である
分娩第3期	軟産道の裂傷	胎児娩出直後から鮮紅色の出血が持続的に流出する →頭管裂傷、膣壁裂傷、第2度以上の会陰裂傷など
	胎盤の娩出が困難	胎児娩出後30分経過しても胎盤剥離徴候が認められない
	胎盤の遺残	胎盤娩出後の検査で、胎盤実質の欠損が認められる
	子宮内反	胎盤娩出後の出血で、腹壁上から子宮が触知できない
	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や妊婦の訴えがある
	異常な出血	胎盤娩出までの出血量が500ml以上である

早期産褥期	弛緩出血	胎盤娩出後、暗赤色の出血が持続的あるいは断続的にあり子宮収縮が不良である
	異常な出血	胎盤娩出後から1時間の出血量が50ml以上である 2時間値（1時間値以降の1時間）の出血量が50ml以上である 胎盤娩出後から2時間までの総出血量が200ml以上である
	血腫	腔壁あるいは外陰部・肛門部周辺の疼痛を訴え、かつ弾力性のある有痛性の腫瘍が認められる
	バイタルサインなどの異常	38.0℃以上の発熱、脈拍（100回/分以上の頻脈）、呼吸などの異常が認められる 収縮期140mmHg以上、あるいは拡張期90mmHg以上に血圧が上昇している 収縮期血圧が100mmHg以下である 頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良などの異常な徴候や妊婦の訴えがある 乏尿

\*「胎児心拍数モニタリング異常所見の報告時期と対処法」は、資料1として18ページに示した。

## 2-2-2 産褥期の医師への報告の目安

産褥期とは、分娩終了直後から、分娩後1ヵ月までをいう。

褥婦の状態	医師への報告の目安
産褥熱	2日以上にわたり38℃以上の発熱が続く 子宮の圧痛が続く 悪露の量や性状に異常が認められる
子宮復古不全	子宮底の位置が分娩後の日数に比べて高く収縮が不良である 日々の経過から総合的に判断して子宮復古不全が疑われる 分娩後2週間をこえても子宮底をふれる場合
創痛、創部の異常 収縮痛など 脱肛痛	鎮痛薬等が必要な場合
排尿障害	分娩後12時間以内に自然排尿がない 分娩後24時間以上経過しても尿意が全くない
乳腺炎	乳腺内に疼痛をともなう硬結や発赤を伴い38度以上の発熱がある
不眠やマタニティブルー、 産褥うつ等の症状	他の身体疾患がないのに精神的に不安定な状態が続き、内服薬や他科受診などのコンサルテーションを必要とする場合
妊娠高血圧症候群	収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上が続く
貧血	ヘモグロビン値が11.0g/dl未満である
産褥出血	出血があり持続する
血栓性静脈炎 深部静脈血栓症	表在性の静脈が怒張し、圧痛があり浮腫がある Homans 徴候（+）

退院診察では、上記内容をもとに総合的に判断する。報告の目安に該当する症状が予測される、あるいは出現している場合には医師に報告する。

\* 1か月の健康診査は、岡村州博（主任研究者）厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」班の「助産外来ガイドライン」<sup>21</sup>が参考になる。

### 2-2-3 新生児期の医師への報告の目安

新生児期とは、出生直後から生後1ヵ月までをいう。

新生児の状態	医師への連絡の目安
〈出生直後の新生児所見〉 出生後30秒以内の時点での 児の状態の評価	新生児蘇生ガイドラインに基づき、出生後30秒以内の評価で以下の条件に1つでも該当している場合には、医師が到着するまでの間、ガイドラインに従って蘇生法を行う ①成熟児（正期産児）でない、②羊水の胎便汚染がある、③呼吸か啼泣が良好でない、④筋緊張が良好でない
低出生体重児 巨大児	<ul style="list-style-type: none"> <li>2500g未満の体重で出生</li> <li>出生時体重が4000g以上</li> </ul>
出生時の仮死状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>5分後のアプガールスコア7点以下</li> <li>蘇生後の呼吸状態、全身色の改善がみられない</li> <li>蘇生による改善がみられない</li> </ul>
呼吸障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>呻吟、陥没呼吸が続く</li> <li>多呼吸、鼻翼呼吸が続く</li> <li>無呼吸発作を繰り返す</li> </ul>
チアノーゼ	<ul style="list-style-type: none"> <li>啼泣があり、呼吸状態の改善が見られても全身色が悪い</li> </ul>
全身状態の異常	<ul style="list-style-type: none"> <li>筋緊張が不良</li> <li>胸・腹部の異常（腹部膨満、腹部腫瘤など）</li> <li>頸部、鎖骨の異常</li> <li>背部、腰部、脊柱の異常</li> <li>股関節、四肢の異常</li> <li>原始反射がみられない</li> <li>皮膚の異常</li> <li>成熟徴候が認められない</li> </ul>
奇形	<ul style="list-style-type: none"> <li>外表奇形が認められる</li> <li>臍帯ヘルニアなど緊急手術を要する</li> </ul>
特異な顔貌	<ul style="list-style-type: none"> <li>染色体異常が疑われる</li> <li>その他異常症状を有する</li> </ul>
けいれん	<ul style="list-style-type: none"> <li>硬直性、間代性けいれん症状がある</li> <li>痙攣様運動が認められる</li> </ul>
嘔吐	<ul style="list-style-type: none"> <li>吸引チューブが胃内まで届かない</li> <li>強い嘔気と嘔吐を繰り返す</li> <li>胆汁様嘔吐を繰り返す</li> <li>胆汁様嘔吐や血性嘔吐がある</li> <li>強い嘔気と嘔吐を繰り返し、哺乳力不良、腹満などの症状がある</li> </ul>
発熱	<ul style="list-style-type: none"> <li>38.0℃以上の熱が続く</li> <li>37.5℃以上でも他の症状がある</li> </ul>
低体温	<ul style="list-style-type: none"> <li>保温しても36.0℃未満が持続する</li> <li>36.5℃未満でも他の症状がある</li> </ul>
心拍数ならび心雑音	<ul style="list-style-type: none"> <li>徐脈（心拍数が100回/分未満）が持続している</li> <li>リズム不整がある</li> <li>生後24時間以降にも心雑音が聴取される</li> <li>生後24時間以内であってもチアノーゼや多呼吸を伴う</li> </ul>



黄疸	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 生後24時間以内に認められる</li> <li>• 生理的範囲を逸脱する</li> <li>• 光線療法の基準に達する</li> </ul>
排泄の異常	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 尿性状の異常、出血など</li> <li>• 24時間以内に排尿がない</li> <li>• 便の性状の異常</li> <li>• 24時間以内に排便がない</li> <li>• 下痢が続き脱水症状がある</li> <li>• 体重減少が続く</li> </ul>
哺乳力の不良	左記の症状が認められる場合
体重増加不良	
活気不良	
なんとなくおかしい (not doing well)	

退院診察では、上記内容をもとに総合的に判断する。報告の目安に該当する症状が予測される、あるいは出現している場合には医師に報告する。

### 2-3 院内助産における分娩監視装置の装着基準

分娩時の胎児心拍数モニタリングが、間歇的胎児聴診法に比較して産科子後を大きく改善したとのエビデンスは存在しないといわれている。そのため、院内助産における産婦への分娩監視装置の装着基準（ローリスク妊婦に限る）を以下に示した。

#### 入院時

分娩監視装置を装着し、胎児がreassuring status（状態良好）であることを確認する。

#### 分娩室入室時

子宮口が全開し分娩室に入室した時点、LDRにおいては分娩介助の準備を始める時に分娩監視装置を装着する。

上記以外、急に陣痛が強くなった時や破水時など担当助産師の判断において適宜装着する。

分娩監視装置を装着しない場合の間歇的胎児聴診法による胎児心拍数の観察は、産婦と助産師の1対1の対応で頻回に聴診を行う必要がある（分娩第1期15分ごと、分娩第2期5分ごとに子宮収縮の1サイクル以上聴くことを原則とする）。また、パルトグラムへは、最低1時間ごとに記録しておく。

### 2-4 院内助産を担当する助産師の基準

助産師免許取得後3～5年以上の臨床経験をもつ助産師で100例程度の分娩介助経験があることが望ましい。両親学級、母親学級、母乳相談などの保健指導経験を有し、院内外で必要な研修を受講しており、以下の能力を有している助産師が望ましい。

- 確実な問診・聴診・触診技術
- 母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力
- 産婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力
- 分娩期・産褥期のトラブルやリスクへの対応能力
- 異常発生時の対処能力
- 産婦・褥婦とその家族とのコミュニケーション能力
- 関係者・部署との連携能力

## 3 記録

記録は医師との共有を原則とし、情報の一元化をはかる。

また、保健師助産師看護師法第41条に助産録の記載及び保存に関する事項が示されている。