

## 5-1. 羊水過多、羊水過少

### ① リスク因子の確認

#### 羊水過多

基本情報 ／家族歴	産科情報	既往歴	基礎疾患
	胎児の消化管閉鎖* 胎児の染色体異常* (18、21トソミ一) 胎盤異常(血管腫など)*		糖尿病(GDM含む)*

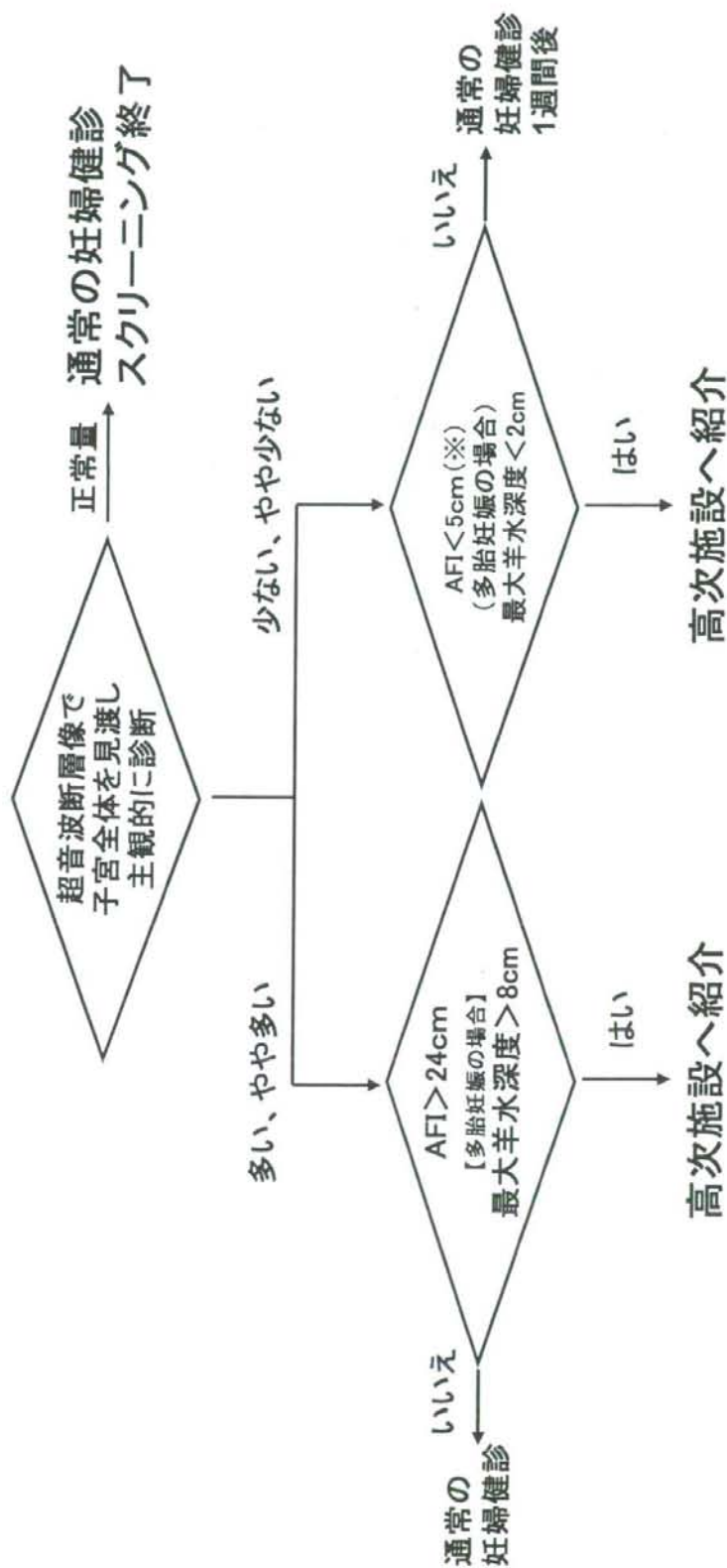
#### 羊水過少

基本情報 ／家族歴	産科情報	既往歴	基礎疾患
	胎児腎尿路系の異常* 破水* MD*		自己免疫疾患* PIH* IUGR*

\* 高次施設に紹介

## 5-2. 羊水過多、羊水過少

### ② スクリーニング検査(妊娠16週以降に適応)



※ 分娩予定日超過、破水(36週以降)を除く  
高次施設紹介の基準に達していない場合でも、1週間後に再検査が望ましい

## 6-1. IUGR



### ① リスク因子の確認

基本情報 ／家族歴	産科情報	既往歴	基礎疾患

### ② リスク判定の確認

胎児推定体重⇒ -1.5SD 以下なら高次医療施設に紹介

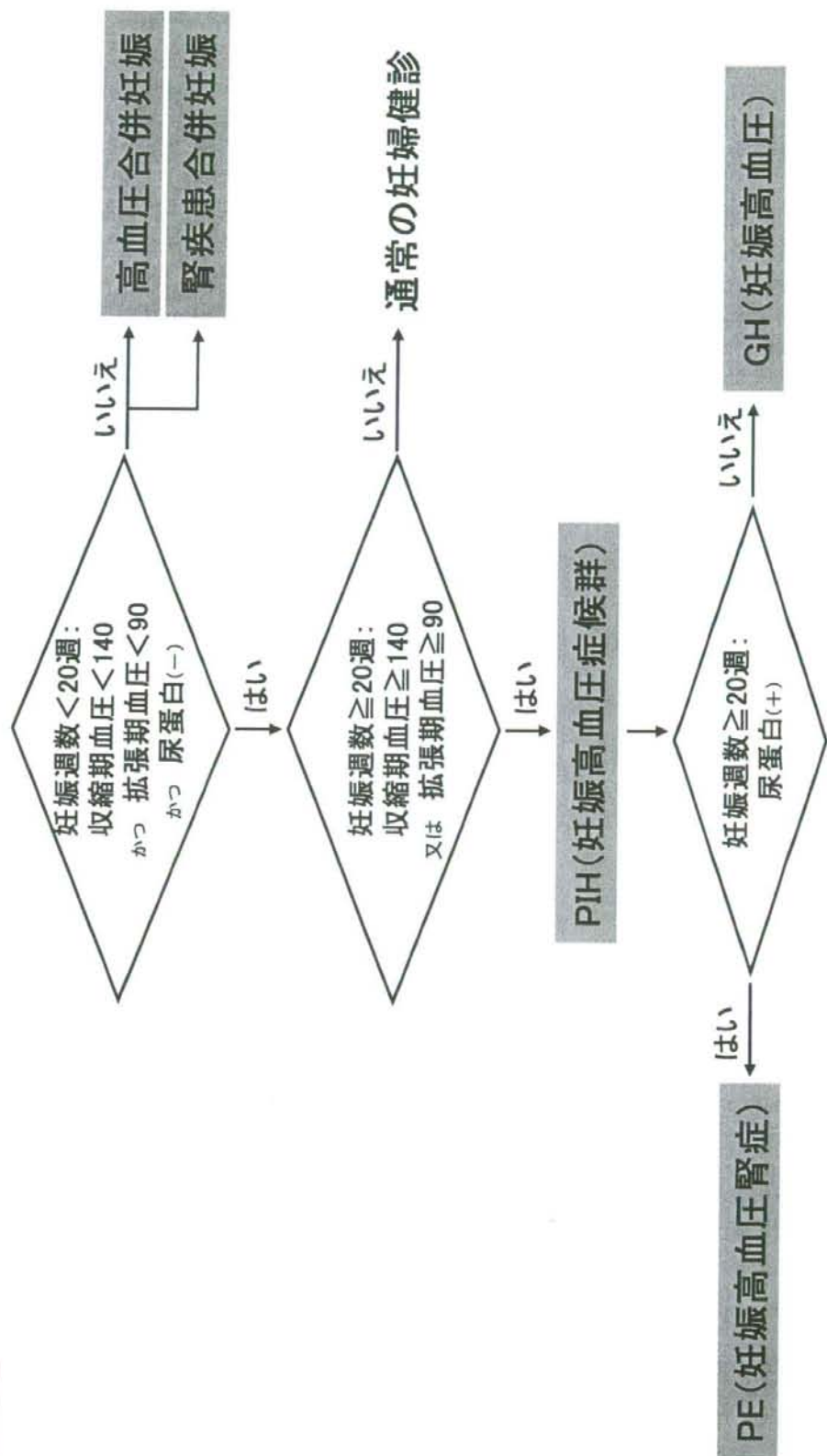
## 7-1. PIH(妊娠高血圧症候群)



### ① リスク因子の確認

基本情報 ／家族歴	産科情報	既往歴	基礎疾患	検査値

## 7-2. PIH(妊娠高血圧症候群)



※ さらに重症・軽症、早期型(E0)・遅発型(L0)・加重型(S)と細かく分かれる

## 8-1. 双胎

### ① 膜性診断の確認

### ② 判定の基準

1絨毛(MD、MM)は、高次医療施設に紹介又は連携することが前提の妊婦管理

#### 注意点

- ◆ (DDtwin)早産に注意し、必要時は、切迫早産クリティカルパスに移行
- ◆ 児のwell-being
- ◆ 双胎妊娠1児死亡

# 母児の安全対策

- ① 詳細な病歴聴取による妊娠リスク評価
- ② ハイリスク症例の早目の対応  
(母体搬送・紹介を含む)
- ③ PIHの早期診断・治療
- ④ 重症感染症の予防
- ⑤ 早産予防
- ⑥ 胎児機能不全の早期診断・対応
- ⑦ 適切な時期の迅速な帝王切開
- ⑧ 分娩時出血の管理(輸血体制の確立)
- ⑨ 肺血栓・塞栓症の予防
- ⑩ 新生児蘇生の習熟

# 妊産婦死亡および新生児死亡の原因

## 妊産婦死亡原因

- 分娩時出血  
(早剥、DIC、HELLP症候群を含む)
- PIH  
(子癇、脳出血を含む)
- 肺血栓・塞栓症
- 妊娠偶発合併症  
(悪性腫瘍、脳出血など)

## 新生児死亡原因

- 胎児機能不全
- 吸引・鉗子分娩
- 臍帯下垂・脱出
- 常位胎盤早期剥離
- 双胎
- MAS
- 未熟性



## 安全で快適な妊娠・出産の 支援のために必要なこと

1. 産科医が周産期医療のチームリーダーとして  
の自覚をもつこと
2. 産科医と助産師の相互理解と協働  
(院内助産システムガイドラインの作成)
3. 助産に関する知識・技術の向上  
(卒後研修・認定制度の確立)
4. 助産師の増員

## 妊婦の快適性

- 妊婦の個性の尊重  
(ニーズに合った支援)
- 主体的分娩の支援
- 安全な範囲での選択の自由  
(リラックスした分娩)

# 助産外来ガイドライン

## 医師と助産師の役割分担と連携

## 目 次

助産外来ガイドライン作成の経緯	2
1 院内助産システム	3
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	
2 助産師外来基準	5
2-1 妊婦健診回数と内容	
2-2 助産外来対象基準の考え方	
2-3 医師への報告基準	
2-3-1 妊娠期	
2-3-2 産褥期	
2-4 助産外来健診項目	
2-4-1 妊娠期	
2-4-2 産褥期	
2-5 助産外来における超音波検査の考え方	
2-6 助産外来担当助産師の基準	
3 記録	9
4 責任の範囲	10
4-1 助産師の責任	
4-2 施設管理者の責任	
5 助産外来機能評価	11
おわりに	11
解説	
巻末資料	
参考文献	

## 助産外来ガイドライン作成の経緯

産科医療の充実により、わが国の母子保健統計は世界トップレベルとなっている。それとともに、利用者のニーズは安全が確保された上で、より高い快適性を求めるようになってきた。人々の産科医療への期待は、安全性を担保しながら、妊産婦や家族の生活面、気持ちや社会的側面を重視した医療提供体制である。少子社会であるわが国では、子どもを産むことが困難でない、産むこと育てることに夢や希望のもてる社会を作るためにも、医療従事者のチームの一員としての助産師の役割が見直しをされてきている。

必要な医療介入が可能な施設の中で、全国各地で医師と助産師が協力して行う妊産婦の健診の取り組みが報告されている。正常に経過する妊婦健診を助産師が担当する「助産師外来」は利用者から高い満足の評価を得ている<sup>1)</sup>。医師、助産師はそれぞれの職務を遂行し、専門性を発揮することで職務満足度も高くなっている<sup>2)</sup>。

このように各施設での取り組みが先行する中、平成20年度より厚生労働省においても院内助産所・助産師外来開設のための施設整備や助産師等研修事業も開始した。

安全で快適な助産外来のためには医師、助産師が共通合意できるガイドラインが必要となっている。今後さらに多くなると予測される助産外来開始施設では、特にそのニーズが高いと思われる。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>3)</sup>を参考に、病院・診療所に勤務する助産師が妊婦や褥婦の健診をどのように進めていくかの指針を示している。助産師の行う健診内容は、先行研究や日本助産師会の提示している開業助産所ガイドライン<sup>4)</sup>を参考にして作成した。本ガイドラインは、すでに開始されている助産外来実施施設で作成されている指針や基準を制限するものではない。医療の安全性、適切性は実践する個々の医療人に委ねられており、医療チームの連携によって効果的に実行されるものだからである。

それぞれの病院・診療所が助産師外来を開始するには、各々の施設の組織としての取り組みが必要であり、企画や組織作りについては日本看護協会(2006)発行の「病院・診療所における助産師の働き方」<sup>5)</sup>が参考になる。

本ガイドラインは臨床で実践にあたっている助産師が中心となり原案を作成し、厚生労働科学研究班の会議の席上で医師と論議して完成した。さらに、並行して進められている、「産科医と助産師の役割分担と共同関係構築に向けたガイドライン」の研究者、「助産所業務ガイドライン」改訂に取り組んでおられる日本助産師会の皆様、厚生労働省の職員の方々からも広くご意見をいただいた。

すでに取り組まれている施設の職員の皆様には参考にして頂き、これから取り組まれようとしているの方々には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。

## 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、医療法、医師法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・教育を助産師が主導的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持ち、助産師を活用する仕組みをいう。

助産師は、医師との役割分担・連携のもと、全ての妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、また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健康相談・支援が助産師により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、「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、助産師が中心となりケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。

※ 厚生労働省の使用した「院内助産所」も「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。

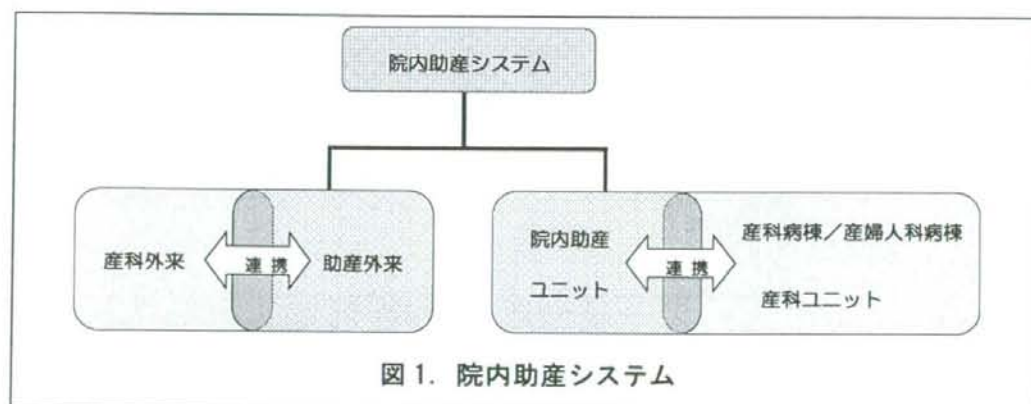


図1. 院内助産システム

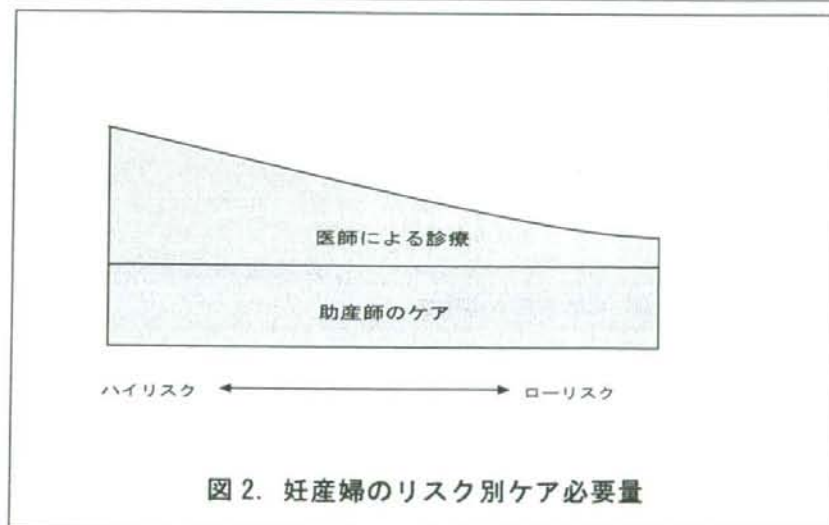


図2. 妊産婦のリスク別ケア必要量

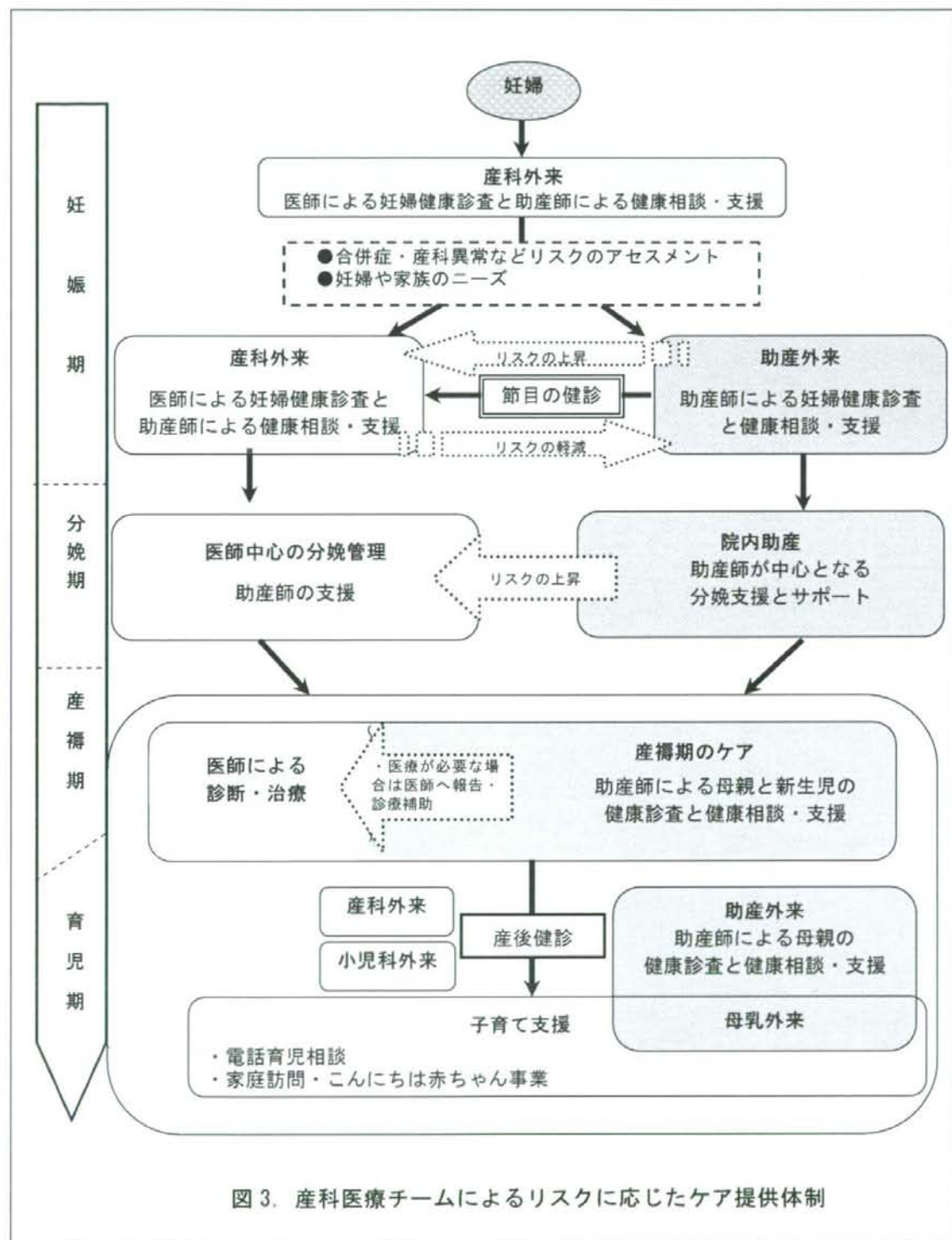


図3. 産科医療チームによるリスクに応じたケア提供体制

## 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、様々な形態により運用することができる。このシステムを推進する看護・助産提供体制や入院のスペースは、施設の看護管理者を中心とする采配により編成が可能である。特に、院内助産は、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・助産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を、院内助産ユニットがローリスク産婦及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。加えて、オープンシステムなどに資することも可能である。

一方、分娩件数の少ない場合及び診療所や産婦人科等の混合病棟においては、現行の体制の中での運用もできる。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する。

## 2 助産外来基準

### 2-1 妊婦健診回数と内容

特に異常のない一般的な妊婦の健診回数は、母性、乳幼児に対する健康診査及び保健指導の実施について（平成8年厚生省児童家庭局長発通知）<sup>6) 7)</sup>に定められた、妊娠23週までは4週間に1回、妊娠24週から妊娠35週までは2週間に1回、妊娠36週以降は1週間に1回と考え、かつ40週0日に生まれたとすると健診回数は約14回前後になる。

産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008<sup>9)</sup>には「特にリスクのない妊婦にも勧められる検査種類とその実施時期」が示されている。助産外来の対象となる妊婦は、これに準じた検査を受けることを推奨する（表1）。

#### CG001 特にリスクのない単胎妊婦の定期健康診査（定期健診）は？

1. 定期的に妊婦健診を行い、切迫早産、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群、胎盤位置異常、胎児異常（発育遅延、胎位、羊水量等）、胎児機能不全等の早期発見に努める。
2. 健診ごとに、体重・子宮底長・血圧の測定、尿化学検査（糖・蛋白）、児心拍確認、浮腫の評価を行う。
3. 妊娠11週末までに3回程度、12～23週末までは4週ごと、24～35週末までは2週ごと、それ以降40週末までは1週ごとに健診を行う。
4. 41週以降は定期的に胎児 well-being 評価を含む健診を行う。

日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会（編）：産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008, P1 より引用

#### CQ002 妊娠初期に得ておくべき情報は？

1. 問診票（見本を添付、妊婦自身が記入）等を用いて妊婦管理上、必要な情報の提供を求める。
2. 以下の計測を行う。  
体重、血圧、尿中蛋白半定量、尿糖半定量

日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会（編）：産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008, P6 より引用

## 問診票（見本）

以下の下線部には数値を、当てはまる項目は□にチェックをお願い致します

- 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 年齢 \_\_\_\_\_ 歳、身長 \_\_\_\_\_ cm、妊娠前の体重 \_\_\_\_\_ kg
- 月経についてお聞きします。  
最終月経開始日は？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に開始  
周期は：□順、□不順
- 現在、結婚していますか？  
□結婚している（ \_\_\_\_\_ 歳時）、□結婚していない（離婚の経験：□なし、□あり）
- 薬剤アレルギー、喫煙、飲酒についてお聞きします。  
薬のアレルギー：□なし、□あり（薬品名： \_\_\_\_\_ ）  
たばこ：□吸わない、□以前吸っていた、□現在吸っている（ \_\_\_\_\_ 本/日）  
飲酒：□しない、□ときどきする、□ほぼ毎日する（ \_\_\_\_\_ を /日）
- 喘息がありますか？  
□なし、□あり（最終発作は \_\_\_\_\_ 歳）
- 現在、服用している薬はありますか？  
□なし、□あり（薬品名： \_\_\_\_\_ ）
- 過去に手術を受けたことがありますか？  
□なし、□あり（ \_\_\_\_\_ ）
- 子宮頸部円錐切除術についてお聞きします。  
□受けたことあり、□受けたことなし
- 過去に輸血を受けたことがありますか？  
□なし、□あり（ \_\_\_\_\_ ）
- 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？（ありの場合チェック）  
□発熱、□発疹、□頸部リンパ節の腫れ、□風疹患者との接触、  
□児童との接触が多い職場での就労
- 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。  
□今回が初めての妊娠  
□過去に妊娠したことがある（当てはまる場合、すべてにチェック）  
□人工流産（ \_\_\_\_\_ 回）、□自然流産（ \_\_\_\_\_ 回）、□子宮外妊娠（ \_\_\_\_\_ 回）、  
□経腔分娩（ \_\_\_\_\_ 回；うち吸引分娩 \_\_\_\_\_ 回、鉗子分娩 \_\_\_\_\_ 回）、  
□帝王切開分娩（ \_\_\_\_\_ 回）、  
□早産、□妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）、□常位胎盤早期剥離、□ヘルペス症候群、  
□分娩時大量出血  
□その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 過去に分娩した児についてお聞きします。（当てはまる場合、すべてにチェック）  
□出生体重2,500g未満、□出生体重3,500g以上、□肩甲難産、□死産、□新生児死亡、  
□B群溶連菌（GBS）感染症、□新生児仮死、  
□その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 今回の妊娠成立法についてお聞きします。  
□自然妊娠、□不妊症治療後妊娠、  
□その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします。  
□子宮筋腫、□子宮内膜症、□子宮腺筋症、□子宮奇形、□卵巣腫瘍、  
□その他（病名： \_\_\_\_\_ ）
- 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。  
□高血圧、□糖尿病、□腎疾患、□心疾患、□甲状腺疾患、□肝炎、□自己免疫性疾患、  
□脳梗塞、□脳内出血、□てんかん、□精神疾患、□血液疾患、□悪性腫瘍、□血栓症、  
□その他（病名： \_\_\_\_\_ ）
- ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？  
□高血圧、□糖尿病、  
□その他の遺伝性疾患（病名： \_\_\_\_\_ ）



表1 特にリスクのない妊婦にも勧められる検査種類とその実施時期

妊娠週数	初診時	4~12 週	13~19 週	20週 前後	24週 頃	26週 頃	30週 頃	33~36 週	37週 頃	41週~
必要な検査										
問診票完成	○	○								
子宮頸癌細胞診		○								
理学所見										
身長	○									
体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
子宮底長			○	○	○	○	○	○	○	○
胎児心拍		○	○	○	○	○	○	○	○	○
尿検査										
蛋白	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
糖	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
内診・腔鏡診				○	○		○		○	○
血液検査										
風疹(HI)	○	○								
	(初診時が望ましい)									
血液型(Rh含む)		○								
不規則抗体		○								
血算		○					○		○	
梅毒検査		○								
HBs抗原		○								
HCV抗体		○								
HIV抗体		○								
HTLV-1抗体		○								
トキソプラズマ抗体		○								
エコー検査										
胎囊・頭臀長	○	○								
胎児心拍確認	○	○								
頭管長					○					
胎児発育	○	○		○			○		○	
胎盤位置・胎位				○			○		○	
羊水量				○			○			
耐糖能検査										
随時血糖		○				○				
50gGCT										
細菌関連検査										
細菌性陰症		○								
クラミジア				○*						
GBS								○		
胎児 well-being 検査										○

\*治療が必要になることも考慮し30週くらいまでに行うことが勧められる

耐糖能異常スクリーニングは妊娠初期随時血糖と妊娠中期50gGCTによる二段階スクリーニングが勧められる

### CG003 妊娠初期の血液検査項目は？

1. 以下の項目を行う。

A 実施することが強く勧められる

ABO 式血液型, Rh 式血液型, 間接クームス試験 (不規則抗体スクリーニング),  
血算, HBs 抗原, HCV 抗体, 風疹抗体 (HI), 梅毒スクリーニング

B 実施することが勧められる

HIV スクリーニング

C 実施することが考慮される

血糖検査, HTLV-1 抗体 (中期以降でも可), トキソプラズマ抗体

日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会 (編): 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2008, P8 より引用

### 2-2 助産外来対象基準の考え方

施設の状況や対象者のリスクレベルに応じて, 対象者基準や助産外来受診回数を設定する。産婦人科医師が助産外来での診察可能と判断する妊婦, 褥婦とする。妊婦自身も、現在の妊娠の状態のリスクの状態を自己評価できるよう、妊娠リスクスコアの活用 (中林正雄 2005) の活用等を勧める。

### 2-3 医師への報告基準

#### 2-3-1 妊娠期

- ① 血圧 収縮期 140mmHg, 拡張期 90mmHg 以上
- ② 浮腫 (2+) 以上, 体重増加 500 g/週以上を伴う (\* 解説)
- ③ 尿蛋白 (2+) 以上, または 2 回以上連続 (+)
- ④ 尿糖 (+) 以上
- ⑤ 子宮底長が正常範囲を逸脱している (\* 解説)
- ⑥ 子宮収縮が生理的範囲を逸脱している (\* 解説)
- ⑦ 性器出血がある
- ⑧ 破水や感染を疑う帯下の異常
- ⑨ 胎児心拍数異常
- ⑩ 医師による検査や処方が必要と考えられる所見を有する場合

妊娠中に発症しやすい疾患として, 妊娠糖尿病, 切迫早産, 前期破水, 前置胎盤, 羊水過多・羊水過少, IUGR, 妊娠高血圧症候群, 双胎などがある。

巻末にスクリーニング検査およびリスク因子の確認等の資料を添付した (資料 1)。

- ⑪ その他, 医師の診察が必要と判断した場合

#### 2-3-2 産褥期

- ① 血圧 収縮期 140mmHg, 拡張期 90mmHg 以上
- ② 浮腫 (2+) 以上
- ③ 尿蛋白 (2+) 以上
- ④ 尿糖 (2+) 以上
- ⑤ 子宮復古の異常
- ⑥ 悪露の異常
- ⑦ 創部の異常
- ⑧ 乳腺炎症状
- ⑨ 産後うつ症状

- ⑩ その他、医師の診察が必要と判断した場合

## 2-4 助産外来健診項目

### 2-4-1 妊娠期

- ① 体重測定
- ② 子宮底長測定（妊娠 16 週までは省略可能）
- ③ 血圧測定
- ④ 尿化学検査（糖・蛋白）
- ⑤ 胎児心拍確認
- ⑥ 浮腫の評価
- ⑦ 問診ならびに健康相談・支援（巻末資料参照）

### 2-4-2 産褥期

- ① 体重測定
- ② 血圧測定
- ③ 尿化学検査（糖・蛋白）
- ④ 子宮復古の評価
- ⑤ 乳房の状態の評価
- ⑥ 浮腫の評価
- ⑦ 問診ならびに健康相談・支援（巻末資料 3 参照）

## 2-5 助産外来における超音波検査の考え方

助産師は、正常に経過しているという母子の状態を助産技術としての問診、触診、聴診、計測などによって判断できることを原則とする。従って、助産師が行う経腹超音波検査は、助産師の行う判断に補助的な情報として超音波を用いて、胎児および付属物の状態を妊産婦と共有する手段として利用することができる。超音波はあくまでも補助的な手段であることの認識をもつことが重要である。

また、超音波診断の最終的な判断は医師に委ねる。検査の実施にともなう異常と疑わしき所見の存在する場合は、必ず医師による診断を受ける。

以上の前提を考慮し、各施設における助産師の実施については、各施設の実情に合わせて、十分な協議を行い実施することが望まれる。

## 2-6 助産外来担当助産師の基準

概ね、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とする。

- ・ 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
- ・ 妊婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力
- ・ 妊娠中・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
- ・ 妊婦・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記録を原則とし、情報の一元化をはかる。

## 4 責任の範囲

### 4-1 助産師の責任

助産師の責任の範囲は、医療法、医師法および保健師助産師看護師法に規定されている。その範囲で業務を遂行し、その範囲の職務に責任を持つ。

#### 保健師助産師看護師法

##### 第37条 特定業務の禁止

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てをし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然付随する行為をする場合は、この限りでない。

##### 第38条 異常妊産婦等の処置禁止

助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認められたときは、医師の診察を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当については、この限りではない。

#### 医師法

##### 第17条 医師でない者の医業禁止

医師でなければ、医業をしてはならない。

\*「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことである。

(\*平成17年7月26日 政発第0726005号 厚生労働省医政局長通知より抜粋)

### 4-2 施設管理者の責任

病院など開設管理者の責任については施設全体としての医療提供体制が医療法に定められている。医療法の中で、平成18年に厚生労働省から示された「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」について、また、翌年平成19年の「医療提供体制の確保に関する基本方針」などに施設として取り組むべき事項が示されている。

#### 医療法

##### 第三章 医療の安全の確保

##### 第6条の十

病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。