

# 助産業務ガイドライン 2014



# 『助産業務ガイドライン 2014』の刊行にあたって

委員長 池ノ上克

平成 13～14 年度、厚生労働科学研究補助金（子ども家庭総合研究事業）総合研究報告書『助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究』（主任研究者：青野敏博）で、「助産所における分娩の適応リスト」および「正常分娩急変時のガイドライン」が報告された。その内容を本会の平成 16 年度総会で審議し、『助産所業務ガイドライン』として採択した。その後 10 年が経過しようとしているが、この間、平成 21（2009）年に改定を行った。

産科医療の進歩に伴い、医療連携のあり方、院内助産の拡大、産科医療補償制度の整備等の助産を取り巻く変化に対応すべく、当初から 5 年ごとの改定を目指しており、今回は 2 回目の改定となる。

このたびの改定作業は、平成 25 年度厚生労働省医療関係者研修費等補助金の助成を得て実施した。その結果、以下の点で、助産師にとってより根本的に大きな意義を持つ改定になったと考えている。

改定のポイントは以下の 3 点である。

第 1 点は、助産業務は、活動の場（地域、病院など施設内）に関わらず、重要事項は同じであり、妊産婦管理はチーム医療として実施されるものである。そのため、開業助産師だけでなく、院内助産、助産外来など施設に勤務する助産師も活用できる内容を目指した。名称も「助産所業務」から「助産業務」と変更し、『助産業務ガイドライン 2014』とした。しかし、助産所と院内助産では、具体的な医師との連携のあり方などが異なるため、それぞれ活用方法を解説している。この趣旨に沿って、「助産所における分娩リスト」を「妊婦管理適応リスト」とした。

第 2 点は、よりわかりやすいものにするために、「Ⅳ 妊婦管理適応リスト」ならびに「Ⅴ 正常分娩急変時のガイドライン」として解説を加え、観察や判断の視点、搬送などの対応例をより具体的に挙げた。

第 3 点は、今まではガイドラインに準じる扱いであった事項を、さらに精査、検討し、新たにガイドラインの一部として包含した点である。その内容は、日本医療機能

評価機構・産科医療補償制度再発防止委員会の提言などをもとに、特に助産師が業務を展開していく上で重要な「Ⅵ 医療安全上留意すべき事項」12項目である。すなわち、①助産師と記録、②妊娠期の定期健康診査、③医師・助産師・妊産婦の連携、④常位胎盤早期剥離の保健指導、⑤骨盤位の外回転術、⑥分娩時の胎児心拍数聴取、⑦人工破膜、⑧新生児蘇生、⑨早期母子接触、⑩新生児のビタミンK投与、⑪胆道閉鎖症早期発見のための母子健康手帳便色カードの活用、⑫ GBS 陽性、未検査妊婦から出生した児についてである。

このガイドラインが十分に活用され、それぞれの施設に応じた業務手順を検討して、チーム医療、医療連携のさらなる推進を図り、より安全で安心な助産業務が広がることを願っている。

## 目次

『助産業務ガイドライン 2014』の刊行にあたって	1
I 初版（2004年）から第1回改定版（2009年）までの経緯	4
1. 初版ガイドライン策定までの経緯	4
2. 2009年改定版刊行の経緯	4
II 『助産業務ガイドライン 2014』作成の流れ	7
1. ガイドライン見直し検討会議	7
2. ガイドラインの構成と要点	7
III ガイドラインの活用について	11
1. 助産所における活用	11
2. 院内助産における活用	12
IV 妊婦管理適応リスト	14
V 正常分娩急変時のガイドライン	18
1. 分娩期	18
2. 産褥期	28
3. 新生児期	30
VI 医療安全上留意すべき事項	41
1. 助産師と記録	41
2. 妊娠期の定期健康診査	44
3. 医師・助産師・妊産婦の連携	45
4. 常位胎盤早期剥離の保健指導	49
5. 骨盤位の外回転術	50
6. 分娩期の胎児心拍数聴取	50
7. 人工破膜	51
8. 新生児蘇生	51
9. 早期母子接触（early skin to skin contact）	52
10. 新生児のビタミンK投与	53
11. 胆道閉鎖症早期発見のための母子健康手帳便色カードの活用	54
12. GBS陽性、未検査妊婦から出生した児について	56
おわりに	57
<hr/>	
◆参考文献	59
◆参考資料	61
◆助産業務ガイドライン改定特別委員会	66

---

# I 初版（2004年）から第1回改定版（2009年）までの経緯

---

## 1. 初版ガイドライン策定までの経緯

2000（平成12）年に、21世紀の母子保健の取り組みとして「健やか親子21」が策定された。その主要課題2の「安全で快適な妊娠・出産の確保と不妊への支援」を受け、平成13・14年度厚生労働科学研究『助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究』（主任研究者：青野敏博）において、助産所におけるガイドラインの提案がされた。ガイドラインは、①「助産所における適応症リスト」、②「正常分娩急変時のガイドライン」から成り立っている。

ガイドラインの策定にあたっては、日本助産師会助産所部会への調査を実施し、さらに諸外国の調査も実施し、既に活用されていたオランダの産科指針（The Obstetric Indication）が参考にされた。さらに4カ所（東京、大阪、福岡、北海道）で開業助産師への公聴会を実施した。その報告書を基に、2004（平成16）年度日本助産師会通常総会でガイドラインが採択され、『助産所業務ガイドライン』は2004（平成16）年に初版が刊行された。

## 2. 2009年改定版刊行の経緯

2009（平成21）年に改定版が刊行された。この時には、院内助産の広がりを見出し、「助産所業務」ではなく「助産師業務」の判断基準内容となった。この前年、産科医療に携わる医療者が参考とする『産婦人科診療ガイドライン—産科編2008』が上梓され、2011年には改定版が発行されている。

『助産所業務ガイドライン2009年改定版』の見直しに際しては、2008（平成20）年に次に述べるように初版『助産所業務ガイドライン』の使用状況等に関する調査、ガイドライン検討会議、公開フォーラム等の検討を経て改定された。

## 1) 『助産所業務ガイドライン』使用状況等に関する調査（平成20年実施）

開業助産師に対する調査については、有床・無床の助産所416カ所、嘱託医師および嘱託医療機関の産婦人科医師、小児科医師370カ所を対象に『助産所業務ガイドライン』の使用状況、問題点、改善案等について調査がされた。また「助産所における分娩の適応リスト」および「正常分娩急変時のガイドライン」に関しては、基準は適切だと思うか、改善すべきか、改善すべきだと思う場合は、改善点・不足している点を具体的に記述してもらった。

その調査結果および4回の検討会議（池ノ上克 宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学教授を委員長に、産婦人科医師、小児科医師、助産師、消費者の立場からの代表17名で構成）を実施し、さらに2回（東京、大阪）の公開フォーラムをふまえて改定された。

## 2) 『助産所業務ガイドライン 2009年改定版』の主な変更点

「助産所における分娩の適応リスト」は、「C. 産婦人科医が管理すべき対象者」の2. 母子感染の危険性がある感染症の妊婦の項目にGBS（B群溶血性レンサ球菌）、ヘルペス、HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）陽性妊婦が追加された。

GBS陽性の取り扱い、日常的に頻度が高く、開業助産師から、「基準を決めてほしい」という要望が最も多かったため、GBS陽性妊婦は、原則として「C. 産婦人科医が管理すべき対象者」であるが、嘱託医師あるいは嘱託医療機関の産婦人科医師の指示がある場合に限り、『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2008』日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会編・監での取り扱い基準に準じることになった。

「正常分娩急変時のガイドライン」（分娩中・産褥期発症）の記載に関しては、より緊急性の高い事項から記載されることとなった。すなわち、出血、血栓症、胎児心拍異常がまず記載され、羊水混濁、分娩遷延、陣痛発来前の破水、裂傷、発熱と続くように変更された。特に、血栓症については、「血栓症が疑われる場合」として具体的な症状を挙げ、より早期に相談や搬送が行われるように記載された。

「正常分娩急変時のガイドライン」（新生児期発症）については、前回のガイドラインで入っていなかったチアノーゼと心雑音の項目が、新たに取り入れられた。

また、仮死の対応として、「救急蘇生ガイドライン 2010—新生児の蘇生」との整合性から、新生児の蘇生法アルゴリズムが収載されることとなった。

さらに、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されることになった。すなわち、「なんとなくおかしい」という臨床場面ではよく遭遇するが、記述するのが難しい新生児の症状と、救急車で搬送するまではいかないが、医師に相談しておきたい症状がまとめられた（not doing well：なんとなくおかしい、哺乳不良、活気不良、体重増加不良、特異な顔貌：ダウン症様顔貌などがあり、他に症状がある場合である）。

ガイドラインは医療関係者だけのものではなく、妊産婦に対する助産師の責任範囲を説明し、妊産婦自身が納得した上で助産ケアを受けるためのツールとして活用されることが重要である。そのため全体を通して、わかりやすい表現に変更され、初版より実用性の高いガイドラインとなった。



---

## II 『助産業務ガイドライン 2014』 作成の流れ

---

### 1. ガイドライン見直し検討会議

日本助産師会メンバーを中心に、助産関連団体、産科・新生児関連団体の代表者を加えた17名で構成される委員で検討を重ねた。助産業務ガイドライン改定特別委員会開催とガイドライン作成については、厚生労働省医療関係者研修費等補助金の交付を受けて実施した。

本委員会は平成24年8月～平成25年12月まで計5回開催された。助産所、嘱託医療機関等への『助産所業務ガイドライン 2009年改定版』に関して、アンケートによる調査を実施し、助産師、医師からの意見を収集した。委員会では、小グループ活動によって内容を検討し、本委員会でディスカッションを行い、さらに吟味するという作業を繰り返した。前回改定からこれまでに至る周産期、新生児医学、助産の状況、各団体で作成されたガイドライン、産科医療補償制度からの提言、助産所、嘱託医療機関からのアンケート結果等を参考にして、委員会で改定案をまとめた。

また、委員会で作成した『助産業務ガイドライン 2014』（案）について広く意見を聞くために、日本助産師会ホームページよりパブリックコメントを2回にわたって求め、東京と大阪の2カ所で公開フォーラムを開催した。

### 2. ガイドラインの構成と要点

本ガイドラインは、初版から一貫して周産期における医療安全のために助産師と医師、妊産婦が共通理解できるように作成されている。今回の改定では、さらに危機管理に重点をおいた構成と内容とした。

#### 1) ガイドラインの活用について

今回改定の大きな要点は、これまで助産所における業務ガイドラインとした内容から、院内助産にも適応できるガイドラインとしたことである。2009年の『助産所業

務ガイドライン 2009 年改定版』刊行後、産科医療の質向上に加え、医師との連携のもと、院内助産や、開業助産師が分娩時に病院を利用するオープンシステムなど、新たな出産環境の提供も増えてきた。これらの状況をふまえ、今回の改定では、助産師が行う周産期の助産ケアは、低リスク妊産婦を安全に管理し、女性が満足する出産をサポートすることであり、働く場所が異なっても基本的に同様と考えられること、さらに、助産師は個々で妊産婦に対応するわけではなく、医療チームの一員として妊産婦管理を行っていることを意識する必要性があることなどをふまえ、助産所および施設における院内助産にも適応できる内容としている。

助産師が行う業務は、助産所、院内助産においても基本的には同じであるが、業務する場に応じて人的、物理的環境などが異なるため、「助産所における活用」「院内助産における活用」についての留意点を解説している。

## 2) 妊婦管理適応リストについて

妊婦適応リストでは、「対象者」「適応」「対象疾患」とそれらを補う「解説」を加えている。また、今回の改定では、助産師の扱う範囲を、連携する産婦人科医師と協働し、「十分な管理のもと」という条件で一部拡大している。

「A. 助産師が管理できる対象者」では、これまで「助産師が分娩可能と判断したもの」としていたが、「助産師、産婦人科医師双方が助産所または院内助産で分娩可能と判断したもの」に変更した。これは、助産師の判断だけでは不十分という意味ではなく、チーム医療の基本的方針からみれば、連携する産婦人科医師と助産師の双方が判断したとするほうが適切と考えられるからである。

「B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」では、これまでの3項目に「理学的所見のあるもの」を追加した。また、項目間の分類を整理した。「理学的所見のあるもの」では、低身長（150cm 未満）や肥満等は、必要に応じて医師との連携が必要であるため、これを明記した。「産科以外の既往のある妊婦」では、疾患を限定せず妊娠中の定期フォローの重要性について述べている。「産科的既往がある妊婦」については、「常位胎盤早期剥離の既往」、「妊娠 34 ～ 36 週の早産の既往」を新たに加えた。胎児の関連では、「先天性疾患を有する児の分娩歴」を「C. 産婦人科医師が管理すべき対象者」から B に移動した。分娩時の状況では、「癒着胎盤・用手剥離の既往」を追加した。「異常妊娠経過が予測される妊婦、妊娠中に発症した

異常」では、「若年妊娠」を削除し、「母子感染の危険性がある感染症の治療を行った場合」として、「性器クラミジア感染」「GBS（B群溶血性レンサ球菌）陽性」を、「出産後に母子感染の危険性がある場合」として、「HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）」を挙げている。「GBS陽性」「HTLV-1」については、従来、医師が管理すべき対象者としていたが、医師と連携をとった管理のもとで協働管理とした。

### 3) 正常分娩急変時のガイドラインについて

これまで、「分娩中・産褥期発症」として、分娩期、産褥期をまとめて記述していたが、「分娩期」を分娩後2時間まで、「産褥期」を分娩後2時間以降24時間までとして独立させている。

助産所では、「緊急に搬送すべき母体の状況」、院内助産では「医師に相談すべき母体の状況」とし、「観察と判断の視点」を加えている。さらに、重要ないくつかの項目については根拠となる資料を添付し注釈をつけた。

記述については「分娩期」は分娩進行経過、「新生児期」は出生からの経過とその重要性に沿った配列とした。

#### (1) 分娩期について

臍帯下垂や臍帯脱出が考えられる「臍帯の異常」、常位胎盤早期剥離や子宮破裂が考えられる「下腹部痛」「感染症の疑い」「GBS陽性あるいはGBS未検査」の4項目を新規に追加した。GBSは、「破水後18時間以上経過した場合」「または、38℃以上の母体発熱がある場合」とした。

「前期破水」では、「破水後陣痛が発来しても破水から36時間以上経過し、分娩進行が認められない場合は、早めに医師に連絡しておく」を追加し、搬送までの対応として分娩監視装置による「胎児心拍数モニタリング」を加えた。「胎児心拍異常」については、『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2011』（表1）の心拍数波形のレベル分類に応じて記載している。「羊水の性状の異常」では、「羊水混濁が高度」と「血性羊水」に分け、「分娩が遷延している」では、分通開始からの時間と有効陣痛について具体的に述べている。「分娩後出血」では、出血量を500mLから800mLとし、ショックインデックスの視点を加えている。

## (2) 産褥期について

産褥期では「異常出血」「胸部痛，呼吸困難，血圧低下，頭痛，嘔吐，転倒，意識消失等」「膣壁，外陰部の血腫」「下肢の疼痛，圧痛，うっ血性浮腫，炎症性腫脹等」「母体の持続する発熱」を挙げた。「胸部痛，呼吸困難，血圧低下，頭痛，嘔吐，転倒，意識消失等」では，羊水塞栓症，肺血栓塞栓症，脳血管障害を念頭においた「観察と判断の視点」となっている。また，産科以外の領域でも問題となっている深部静脈血栓症などを「考えられる疾患等」とした「下肢の疼痛，圧痛，うっ血性浮腫，炎症性腫脹等」についても記述している。

## (3) 新生児期について

新生児期は症状が必ずしも明確ではなく，複合的な場合も多いため，判断の視点や観察内容とその方法，アセスメントの視点を多く盛り込んでいる。

体重に関して，低血糖，低体温などに注意を要する「LFD 児・HFD 児」を新規に追加し，18 項目とした。「新生児仮死」は日本周産期・新生児医学会の新生児の蘇生法アルゴリズムにしたがった視点としている。「無呼吸発作」では具体的な基準を明確に示し，「出血」では，児の血小板数低下の可能性のある「広範な皮下出血」を加えた。「外表大奇形」は「外表異常」と表現を変更した。

「医師に相談すべき新生児の状況」については，「観察と判断の視点」に具体的な内容を入れている。

## 4) 医療安全上留意すべき事項について

今回の改定では新たに内容として「VI 医療安全上留意すべき事項」を加えた。日本医療機能評価機構・産科医療補償制度再発防止委員会からの提言等を参考にして，助産師が特に留意すべき 12 の事項について記述している。「IV 妊婦管理適応リスト」「V 正常分娩急変時のガイドライン」で説明が必要な項目，助産行為を行う上で前提となる知識，技術について述べている。

---

### Ⅲ ガイドラインの活用について

---

#### 1. 助産所における活用

助産所において本ガイドラインを活用するにあたり、ガイドライン活用の前提となる事項について述べる。すなわち、以下に述べる9項目は、分娩を取り扱うすべての助産所において、妊産婦、胎児、新生児の安全管理のために整備されていることが自明である内容として示している。

- ①分娩を取り扱う助産所は、有床・無床にかかわらず、本ガイドラインに則り業務を遂行すること。
- ②無床助産所の取り扱い対象者は、原則として助産師の移動所要時間を1時間以内とすること。
- ③助産所で分娩を取り扱う際は、複数の助産師で対応すること。
- ④助産所におけるケアは、妊産婦のインフォームド・コンセントを得た上で実施すること。
- ⑤個人情報保護すること。
- ⑥新生児蘇生法（NCPR）講習会の修了認定を受けていること。
- ⑦夜間や休日の場合、医療機関が遠距離のため搬送に時間を要する場合、搬送等に社会的要因が関連する場合等は、事前に医師と話し合い、対応を検討しておくこと。
- ⑧医師による妊婦健康診査では、妊婦に嘱託医師あるいは嘱託医療機関等の受診を勧め、その受診を確認しておくこと。
- ⑨医師との協働管理が予測される場合は、早めに医師に報告、相談しておくこと。

次に、助産所における本ガイドラインの具体的な活用について述べる。

本ガイドラインは、助産所を開業する助産師にとって自身の標準的な業務指針であるとともに、嘱託医師および嘱託医療機関との連携指針でもある。さらに、助産師が妊産婦に対してその責任範囲を示し、妊産婦が納得した上で助産ケアを受けるための

ツールとしても活用が可能である。

「Ⅳ 妊婦管理適応リスト」では、特に「B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」に関しては、妊産婦に十分な説明を行い、妊産婦、助産師、産婦人科医師の三者が妊娠、分娩の管理方針について互いに合意することが重要である。

また、分娩期、産褥期、新生児期の「Ⅴ 正常分娩急変時のガイドライン」では、緊急に搬送すべき状況に際しては、列挙されている「観察や判断の視点」を参考にしつつ、搬送までの対応の拠りどころとしていただきたい。

妊産婦に安全、安心、快適な出産環境を提供するために、出産に携わるすべての関係者との連携を促進し、妊産婦を守り、かつ助産師自身を守るためにも、本ガイドラインが広く活用されることを期待する。

## 2. 院内助産における活用

院内助産では、病院内や診療所内において、保健師助産師看護師法で定められている助産師の業務に則って、分娩を目的に入院する母子に対して助産師の主体的なケアが提供されている。現在、「院内助産」「院内助産所」「院内助産システム」等の用語が用いられている。本書では、「院内助産」を用いている。

正常経過をたどるローリスクの妊産婦、胎児、新生児のケアは助産師の責任のもとで行われるため、助産師は、妊産婦、胎児、新生児に正常経過からの逸脱の可能性が予測される場合は、速やかに状況を判断し、適切な時期に医師に相談すべきである。その判断基準として、本ガイドラインを活用していただきたい。

助産師が母子に対して主体的なケアを提供するにあたり、医師との連携という観点から院内助産と助産所を比較すると、その大きな違いとして医師（特に産婦人科医師）との物理的・心理的距離が指摘できる。院内助産では、同じ施設内に連携する医師が（ほとんど）常駐するため、当然のことながら医師との物理的・心理的距離が近い。

しかしながら、今回示された「Ⅴ 正常分娩急変時のガイドライン」では、分娩期、産褥期、新生児期のいずれにおいても「緊急に搬送すべき母体の状況（助産所）」と「医師に相談すべき母体の状況（院内助産）」は、同じ内容が記載されている。す

なわち、助産所が搬送すべき時期と院内助産で医師に相談すべき時期は同じであるということである。ややもすると、院内助産では助産師と医師との距離が近いがゆえに、いつでも医師に速やかに対応してもらえするという理由で、本ガイドラインに記載された状況よりも医師への報告が遅くなってしまうことが危惧される。

ただし、緊急時の対応は、休日や夜間、夜勤や当直体制、マンパワー、他の入院患者の状況等さまざまな要因に影響されるため、院内助産であっても助産師の早めの判断や医師への相談が望まれる。たとえ早めに報告したとしても、医師との話し合いの上、そのまま助産師主体の対応で可能なのか、医師との協働管理とするのかを決定し、相互に方針を確認しておくことで一層安全な体制が確保できる。

院内助産においても本ガイドラインを遵守し、医師への早めの相談を心がけていただきたい。

## Ⅳ 妊婦管理適応リスト

この適応リストは、助産所で管理することを基準として作成している。院内助産での管理適応リストとして用いる場合に助産所で分娩予約を受ける際には、妊産婦と分娩予約・同意書を取り交わすことを勧める。また、「B. 連携する産婦人科医 (p.45「Ⅵ 3. 医師・助産師・妊産婦の連携」参照)。

対象者	適応	対象疾患
A. 助産師が管理できる対象者	以下の4項目に該当するもの 1. 妊娠経過中継続して管理され、正常に経過しているもの 2. 単胎・頭位で経膈分娩が可能と判断されたもの 3. 妊娠中、複数回、助産師と連携する産婦人科医師の診察を受けたもの 4. 助産師、産婦人科医師双方が助産所または院内助産で分娩が可能と判断したもの	
B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者	以下に該当する場合、妊娠中は、産婦人科医師と助産師が協働管理を行い、疾患の経過および妊娠経過を総合的に判断したうえで、助産所および院内助産の分娩が可能かどうかを判断していく。また、社会的リスクが高いもの（未婚で周囲からのサポートがない、ドメスティックバイオレンス被害者など）については、他の専門職者との協働管理が必要であることも考慮する	
	1. 理学的所見のあるもの	身長150cm未満 非妊時BMIが18.5未満または25以上 年齢35歳以上（『産婦人科診療ガイドライン—産科編2011』p.215を参考にした）
	2. 産科以外の既往のある妊婦	妊娠中は各疾患専門医のフォローを定期的に受けており、妊娠中の発症がなく、治療を必要としないもの（妊娠中は発症していないもの、婦人科疾患、精神科疾患を含む）
	3. 産科的既往がある妊婦 妊娠中の発症を認めないもの	軽度妊娠高血圧症候群の既往、常位胎盤早期剥離の既往、 妊娠34～36週の早産の既往
		前回の分娩時吸引または鉗子分娩など



は、施設管理者あるいは産婦人科医師との協議の上、各施設の実情に応じた変更を行って活用してほしい。  
師と相談の上、協働管理すべき対象者」の場合には、医師に報告、相談し、文書によって確認することが望ましい。

解説
<ul style="list-style-type: none"> <li>助産所および院内助産での分娩対象者は、既往歴、産科歴、妊娠経過中において、対象者B、Cに該当するような状況がなく、単胎・頭位で経膈分娩が可能で、心身あるいは社会的状況を総合的にみても、助産師を中心とする分娩管理が可能であると判断できるものとする</li> <li>この判断を行う際に重要なのは、対象妊婦が、妊娠中に推奨される健診の間隔を理解し、継続的に担当助産師の健診を受けていると同時に、助産師と連携する産婦人科医師からも正常経過で、助産所および院内助産で分娩可能であることが確認されていることである</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>左記所見のものは、単独に該当項目があっても直ちに協働管理とする必要はない。しかしながら、妊娠中の体重管理方針や異常徴候の早期発見、経膈分娩の可否などについては、必要に応じて産婦人科医師に相談することが望ましい</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>産科以外の疾患の既往がある妊婦は、妊娠中、各疾患専門医の定期的フォローを受けることが望ましい</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>軽度妊娠高血圧症候群の既往があり、今回の妊娠中に発症がない場合には、助産所および院内助産の分娩を行う。ただし、分娩開始と同時に連携する産婦人科医師との連絡を密にし、分娩中、分娩後の血圧管理に十分留意する。上昇が認められる場合には、直ちに産婦人科医師へ報告する</li> <li>常位胎盤早期剥離の既往があり、胎動の減少、出血、持続する下腹部痛などがみられる場合には直ちに連携する産婦人科医師に診断を要請する</li> <li>早産は再発するリスクが高いため、切迫早産症状に留意し慎重に管理する。頸管長短縮は、最も高い早産の予測因子であるため、産婦人科医師の診察で早産傾向を確認する。なお、切迫早産症状があっても妊娠37週を超えた場合、助産所および院内助産での分娩は可能となる</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠経過中に産道の評価、胎児発育状態などをもとに経膈分娩が可能かどうか産婦人科医師と検討する</li> </ul>

#### Ⅳ 妊婦管理適応リスト

対象者	適応	対象疾患
B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者	3. 産科的既往がある妊婦 妊娠中の発症を認めないもの	胎児発育不全（FGR）の既往，妊娠中期以降の子宮内胎児死亡の既往，先天性疾患を有する児の分娩歴  分娩時大量出血（800mL以上）の既往，頻産婦（出産5回以上），癒着胎盤・用手剥離の既往
	4. 異常妊娠経過が予測される妊婦 妊娠中に発症した異常	母子感染の危険性がある感染症の治療を行った場合（性器クラミジア感染，GBS〔B群溶血性レンサ球菌〕陽性），出産後に母子感染の危険性がある場合（HTLV-1〔ヒトT細胞白血病ウイルス1型〕）  予定日を超過した場合（妊娠41週以降）
C. 産婦人科医師が管理すべき対象者	1. 合併症のある妊婦	気管支喘息，血小板減少症，甲状腺機能亢進症，甲状腺機能低下症，心疾患，糖尿病合併妊娠，腎障害，膠原病（関節リウマチ，全身性エリテマトーデス，シェーグレン症候群等），重症筋無力症，骨盤骨折，精神科疾患等
	2. 婦人科疾患の既往または合併症のある妊婦	円錐切除後妊娠，子宮筋腫核出後妊娠，子宮頸部高度異形成，子宮癌等
	3. 母子感染の危険性がある感染症の妊婦	B型肝炎，C型肝炎，HIV感染，性器ヘルペス，梅毒等
	4. 産科的既往がある妊婦（妊娠中の発症，再発の可能性があり，周産期管理が必要とされるもの）	妊娠34週未満の早産既往 <sup>注1)</sup> ，帝王切開，頸管無力症の既往，妊娠糖尿病の既往，重症妊娠高血圧症候群の既往，子癇，ヘルプ症候群の既往，Rh（-）を含む血液型不適合妊娠の既往等
	5. 異常な妊娠経過の妊婦	前置胎盤，多胎妊娠，切迫流早産，妊娠高血圧症候群，妊娠糖尿病，胎児外表異常，胎児発育不全（FGR），巨大児，羊水過多，羊水過少，子宮内胎児死亡，胎児水腫，血液型不適合妊娠，骨盤位（34～35週で頭位とならない場合），羊水塞栓，常位胎盤早期剥離，深部静脈血栓症（DVT）等
	6. 異常な分娩経過の妊婦	「Ⅴ 正常分娩急変時のガイドライン」参照
	7. 産褥期に異常がある妊婦	

注1) 早産の再発リスクは，第1子が正期産であった妊婦に比べ，早産であった妊婦は2.5倍高いことが報告されている（Goldenbergら）。早産が再発したうちの70%は，前回の妊娠週数とほぼ同じであり，妊娠週数が早いほど次も早産しやすいことが報告されている。1回目分娩が妊娠35週以上であった場合2回目分娩が妊娠34週以下であるのは5%であるのに対し，1回目の分娩が妊娠34週未満であった場合は16%と高くなる（Cunninghamら）。

Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al.: Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008 ; 371 (9606) : pp.75-84.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al.: Williams Obstetrics. 23th edition, Mc Graw-Hill Professional pub. 2010, pp.811-812.

## 解説

- 妊娠経過中は連携する産婦人科医師の管理を十分に受ける
- 今回の分娩においても大量出血や胎盤の癒着が危惧される。妊娠経過が順調で、助産所および院内助産での分娩対象者でも、血管確保等あらかじめ出血への対策および緊急時の対応や連携について産婦人科医師と取り決めておく必要がある
- 原則として、性器クラミジア感染、GBS陽性などの場合は、産婦人科医師が管理することが望ましい。しかし、GBS陽性は社会的状況などを考慮し、助産所および院内助産での分娩を行う場合には、『産婦人科診療ガイドライン—産科編2011』での取り扱い基準を適応する。また、その際は、連携体制が十分であるか（産婦人科医師の管理を十分に受け、新生児の経過管理についても小児科医師と連携がとれる状態である）、慎重に協議をしたうえで行う
- HTLV-1は、ウエスタンブロット法確認検査後、抗体陽性の妊婦に各栄養法のメリット、デメリットを医師と助産師が役割分担して説明し、妊婦それぞれが栄養法を納得して選択できるよう支援する。また、妊婦が選択した栄養方法が実施できるよう継続支援を行う
- 妊娠41週以降の妊婦に対しては、産婦人科医師とともに助産所および院内助産での分娩が可能か協議する。誘発分娩が必要と判断された場合には産婦人科医師の管理する対象者となる
- 左記は、妊娠によって重症化する、あるいは妊娠経過に重大な影響を及ぼすことが予想される。このため疾患専門医と産婦人科医師が協働のうえ、きめ細かな妊娠管理を行っていく必要がある
- 左記の疾患は妊娠経過中に増悪などのリスクが高いため、産婦人科医師が妊娠期から産褥期をとおして経過管理をしていく対象である
- 円錐切除後妊娠、子宮頸部高度異形成の場合は、妊娠37週まで医師によって管理され、順調に経過した場合は、助産所および院内助産での分娩が可能である
- 左記感染症を持つ妊婦の管理は産婦人科医師が行う  
管理の詳細は『産婦人科診療ガイドライン—産科編2011』参照
- これらは、今回の妊娠経過においても産婦人科医師が注意深く経過管理を行っていくべき対象者である。なお、妊娠34週未満の早産既往、頸管無力症の既往があっても、妊娠37週まで医師によって管理され、順調に経過した場合には、助産所または院内助産での分娩が可能である
- 左記の疾患を疑った場合には、直ちに産婦人科医師の診断を要請し、診断後は産婦人科医師の管理とする。また、妊娠末期（妊娠34～35週以降）に骨盤位であって、骨盤位のまま分娩に至ると予測される場合は、医師管理となる。骨盤位分娩は、妊娠経過が正常であっても助産師が取り扱ってはならない。なお、いったん「C. 産婦人科医師が管理すべき対象者」の適応とはなったが、骨盤位が分娩直前に頭位となった場合、胎児発育不全（FGR）が疑われたが最終的には週数相当児の分娩が予測される場合には、助産所または院内助産での分娩は可能である

## V 正常分娩急変時のガイドライン

### 1. 分娩期

分娩期は産婦や胎児の状態がダイナミックに変化するため、迅速な観察や判断が求められる。したがって、ここでは特に「観

緊急に搬送すべき母体の状況（助産所） 医師に相談すべき母体の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<b>■前期破水</b> 破水後24時間経過しても陣痛が発来しない 破水後陣痛が発来しても破水から36時間以上経過し、分娩進行が認められない場合は、早めに医師に連絡しておく	<ul style="list-style-type: none"> <li>母体バイタルサイン（特に体温「母体発熱」参照）</li> <li>胎児心拍数の評価</li> <li>子宮収縮</li> <li>羊水混濁の有無（「羊水混濁」参照）</li> <li>内診所見</li> </ul>
<b>■陣痛開始後の胎位異常</b>	入院時の診察で胎位を確認する（内診、外診、超音波検査等）
<b>■母体発熱（38.0℃以上）</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>破水の有無</li> <li>母体のバイタルサイン</li> <li>子宮の圧痛</li> <li>腔分泌物、羊水の臭い</li> <li>胎児心拍数の評価</li> </ul> 臨床的絨毛膜羊膜炎の診断 <sup>注1)</sup> を参照。臨床的絨毛膜羊膜炎（子宮内感染）と他の感染症（麻疹、水痘、ヘルペス、インフルエンザ、上気道感染症、肺炎、腎盂腎炎等）との鑑別を行う
<b>■胎児心拍異常</b> 1) 胎児頻脈（胎児心拍数基線が160bpmを超える） 2) 繰り返す変動一過性徐脈 3) 繰り返す遅発一過性徐脈 4) 遷延一過性徐脈 5) 基線細変動の減少、または消失 6) 胎児徐脈（胎児心拍数基線が110bpm未満である）	胎児心拍数波形のレベル分類と対応、処置（表1）をもとに判断する
<b>■羊水の性状の異常</b> 1) 羊水混濁が高度（うぐいす色～暗緑色）	<ul style="list-style-type: none"> <li>母体バイタルサイン</li> <li>胎児心拍数の評価</li> <li>羊水の性状</li> </ul>
2) 血性羊水	<ul style="list-style-type: none"> <li>血性分泌物との鑑別（腔鏡診等）</li> <li>疼痛の有無と性質（正常な子宮収縮との鑑別）</li> </ul>
<b>■臍帯の異常</b> 1) 卵膜を介した臍帯拍動の触知 2) 臍帯の触知、腔外への脱出	<ul style="list-style-type: none"> <li>胎児心拍数の評価</li> <li>内診所見</li> <li>視診</li> </ul>

察と判断の視点」を重点的に示している。

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母体バイタルサインの観察</li> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 臨床的絨毛膜羊膜炎（子宮内感染）</li> <li>• 微弱陣痛</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 速やかに搬送</li> <li>• 急速遂娩の準備，最終経口摂取時間の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 骨盤位</li> <li>• 横位</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母体バイタルサインの継続的観察</li> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>• 血管確保，最終経口摂取時間の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 臨床的絨毛膜羊膜炎（子宮内感染）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>• 体位変換</li> <li>• 輸液</li> <li>• 酸素投与</li> <li>• 血管確保，最終経口摂取時間の確認</li> <li>• 医師に胎児心拍数波形のレベルを報告</li> </ul> <p>※搬送中も分娩監視装置による胎児心拍モニタリング，間欠的胎児心拍数聴取が望ましい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 胎児機能不全</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>• 血管確保，最終経口摂取時間の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 胎児機能不全</li> <li>• MAS（胎便吸引症候群）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>• 血管確保，最終経口摂取時間の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 常位胎盤早期剥離</li> <li>• 子宮破裂</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>• 血管確保，最終経口摂取時間の確認</li> <li>• 骨盤高位</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 臍帯下垂</li> <li>• 臍帯脱出</li> </ul>

## V 正常分娩急変時のガイドライン

緊急に搬送すべき母体の状況（助産所） 医師に相談すべき母体の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<b>■下腹部痛</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 疼痛の性質（正常な子宮収縮との鑑別）</li> <li>• 胎動の減少、消失</li> <li>• 出血の有無や性状</li> <li>• 板状硬の有無</li> </ul>
<b>■感染症の疑い</b> （発熱、頭痛、咳嗽、発疹、水疱、排尿時痛等の症状）	麻疹、水痘、ヘルペス、インフルエンザ、上気道感染症、肺炎、腎盂腎炎等の感染症を合併している可能性がないか判断する
<b>■異常出血（分娩第1・2期）</b> 1) 持続する出血 2) 大量出血	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 血液の性状や量</li> <li>• 血性羊水の否定</li> <li>• 産道裂傷や子宮破裂の有無</li> <li>• 疾患によっては陣痛の状況が変わるので注意（常位胎盤早期剥離では板状硬、子宮破裂では子宮収縮がなくなる等）</li> <li>• 胎児心拍数の評価</li> </ul>
<b>■分娩が遅延している</b> 1) 分娩第1期：陣痛開始から初産婦では30時間以上、経産婦では15時間以上経過しても分娩が進行せず、有効な陣痛に至らない 2) 分娩第2期：有効な陣痛はあるが2時間以上分娩が進行しない	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 胎児心拍数の評価</li> <li>• 子宮収縮の状態</li> <li>• 母体疲労の程度</li> <li>• 内診所見（子宮口、児頭回旋等）</li> <li>• 排泄状況</li> <li>• 分娩進行を促すケアを行っても、分娩が進行しないことを確認</li> </ul>
<b>■分娩後出血（2時間まで）</b> 1) 拍動性の出血が持続的に流出 2) 凝固しない血液が持続的に流出 3) 出血量が800mLを超え、出血が持続している 4) 母体の血圧低下、頻脈（SIが1以上）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 出血量</li> <li>• 母体のバイタルサイン（SIの算出）  <math>SI（ショックインデックス） = \text{脈拍数} / \text{収縮期血圧}</math></li> <li>• 出血の原因検索</li> <li>• 産科DIC（播種性血管内凝固）スコアの確認（表2）</li> <li>• 子宮収縮の状態</li> <li>• 膀胱充満の有無</li> <li>• 産道裂傷（頸管、腔壁）の有無</li> <li>• 娩出胎盤の精査（欠損の有無）</li> <li>• 子宮内反の有無</li> </ul> 産科危機的出血への対応フローチャート参照（図1）
<b>■胎盤遺残、癒着胎盤</b> 1) 胎盤剥離徴候がない 2) 持続的な出血を認める （大量出血は「分娩後出血」に準ずる）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 胎盤娩出前は胎盤剥離徴候や剥離出血の確認</li> <li>• 娩出胎盤の精査（欠損の有無）</li> <li>• 子宮底長</li> <li>• 子宮収縮の状態</li> <li>• 膀胱充満の有無</li> </ul>
<b>■会陰裂傷</b> 1) 会陰裂傷Ⅲ～Ⅳ度 2) 拍動性の出血が持続的に流出（大量出血は「分娩後出血」に準ずる）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 損傷の部位や程度</li> <li>• 出血の状態</li> </ul>

V 正常分娩急変時のガイドライン

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>分婭監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>血管確保, 最終経口摂取時間の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>常位胎盤早期剥離</li> <li>子宮破裂</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>母体バイタルサインの観察</li> <li>胎児心拍数の聴取</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>気道感染 (インフルエンザ, 上気道感染症)</li> <li>肺炎</li> <li>尿路感染 (腎盂腎炎, 膀胱炎)</li> <li>ウィルス感染 (麻疹, 水痘, ヘルペス)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>分婭監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>血管確保, 輸液</li> <li>酸素投与</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>常位胎盤早期剥離</li> <li>低位胎盤</li> <li>診断されなかった前置胎盤</li> <li>子宮破裂</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>胎児心拍数の聴取</li> <li>母体バイタルサインの観察により疲労や感染の程度をアセスメント</li> <li>血管確保, 最終経口摂取時間の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>微弱陣痛</li> <li>回旋異常</li> <li>児頭骨盤不均衡</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>母体のバイタルサイン</li> <li>血管確保 (18G以上, 複数ラインが望ましい)</li> <li>子宮底マッサージ</li> <li>子宮収縮薬の投与</li> <li>腔内長ガーゼや強圧タンポンの挿入</li> <li>必要に応じて酸素投与</li> <li>DICスコアを医師に報告</li> <li>必要に応じて導尿</li> <li>尿道カテーテルの留置が望ましい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>弛緩出血</li> <li>子宮型羊水塞栓症</li> <li>頸管裂傷</li> <li>腔壁裂傷</li> <li>子宮破裂</li> <li>胎盤遺残</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>母体のバイタルサイン</li> <li>出血状態と出血量の確認</li> <li>血管確保</li> <li>必要に応じて尿道留置カテーテルの使用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>胎盤遺残</li> <li>癒着胎盤</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>母体のバイタルサイン</li> <li>圧迫止血</li> <li>血管確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>会陰裂傷 (Ⅲ~Ⅳ度)</li> </ul>

## V 正常分娩急変時のガイドライン

緊急に搬送すべき母体の状況（助産所） 医師に相談すべき母体の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<b>■血腫</b> ※V 2. 産褥期の考えられる疾患等の血腫を参照	
<b>■血栓症（肺血栓塞栓症，深部静脈血栓症），羊水塞栓症</b> ※V 2. 産褥期の考えられる疾患等を参照	

注1) 臨床的絨毛膜羊膜炎の診断の目安

①母体に38.0℃以上の発熱が認められ，かつ以下の4点中，1点以上認める場合

母体頻脈 $\geq 100$ /分，子宮の圧痛，腔分泌物／羊水の悪臭，母体白血球数 $\geq 15,000/\mu\text{L}$

②母体体温が38.0℃未満であっても上記4点すべて求める場合

ただし，肺炎，腎盂腎炎，虫垂炎，髄膜炎，インフルエンザなどが①に合致してしまう可能性があるため，母体発熱時にはこれらの鑑別診断も行うことが望ましい。

（日本産科婦人科学会，日本産婦人科医会編・監：産婦人科診療ガイドライン—産科編2011. 2011, pp.100-101.）

妊娠期から産婦人科医師との協働管理であるため，上記とは別に記載

緊急に搬送すべき母体の状況（助産所） 医師に相談すべき母体の状況（院内助産）	判断の視点・注意点・解説
<b>■GBS陽性あるいはGBS未検査</b> 1) 破水後18時間以上経過した場合 2) または，38℃以上の母体発熱がある場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 子宮収縮状態</li> <li>• バイタルサイン（特に体温，脈拍）</li> </ul>



V 正常分娩急変時のガイドライン

搬送までの対応の例	考えられる疾患等

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 分娩監視装置による胎児心拍数モニタリング</li> <li>• 血管確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 重篤な児の肺炎, 髄膜炎等</li> </ul>

表1 心拍数波形のレベル分類と対応、処置

(表 I) 胎児心拍数波形のレベル分類

レベル表記	日本語表記	英語表記
レベル1	正常波形	normal pattern
レベル2	亜正常波形	benign variant pattern
レベル3	異常波形（軽度）	mild variant pattern
レベル4	異常波形（中等度）	moderate variant pattern
レベル5	異常波形（高度）	severe variant pattern

(表 II-1) 基線細変動正常例

一過性徐脈 心拍数基線	一過性徐脈		変動		遅発		遷延	
	なし	早発	軽度	高度	軽度	高度	軽度	高度
正常脈	1	2	2	3	3	3	3	4
頻脈	2	2	3	3	3	4	3	4
徐脈	3	3	3	4	4	4	4	4
徐脈 (< 80)	4	4		4	4	4		

(表 II-2) 基線細変動減少例

一過性徐脈 心拍数基線	一過性徐脈		変動		遅発		遷延	
	なし	早発	軽度	高度	軽度	高度	軽度	高度
正常脈	2	3	3	4	3*	4	4	5
頻脈	3	3	4	4	4	5	4	5
徐脈	4	4	4	5	5	5	5	5
徐脈 (< 80)	5	5		5	5	5		

3\* 正常脈＋軽度遅発一過性徐脈：健常胎児においても比較的頻繁に認められるので「3」とする。ただし、背景に胎児発育不全や胎盤異常などがある場合は「4」とする。

(表 II-3) 基線細変動消失例

薬剤投与や胎児異常など特別な誘因がある場合は個別に判断する

一過性徐脈 心拍数基線にかかわらず	一過性徐脈		変動		遅発		遷延	
	なし	早発	軽度	高度	軽度	高度	軽度	高度
心拍数基線にかかわらず	4	5	5	5	5	5	5	5

\* 薬剤投与や胎児異常など特別な誘因がある場合は個別に判断する。

\* 心拍数基線が徐脈(高度を含む)の場合は一過性徐脈のない症例も“5”と判定する。

(表 II-4) 基線細変動増加例

一過性徐脈 心拍数基線にかかわらず	一過性徐脈		変動		遅発		遷延	
	なし	早発	軽度	高度	軽度	高度	軽度	高度
心拍数基線にかかわらず	2	2	3	3	3	4	3	4

\* 心拍数基線が明らかに徐脈と判定される症例では、表 II-1 の徐脈(高度を含む)に準じる。

(表Ⅱ-5) サイナソイダルパターン

一過性徐脈	なし	早発	変動		遅発		遷延	
			軽度	高度	軽度	高度	軽度	高度
心拍数基線にかかわらず	4	4	4	4	5	5	5	5

付記：

- i. 用語の定義は日本産科婦人科学会 55 巻 8 月号周産期委員会報告による。
- ii. ここでサイナソイダルパターンと定義する波形は i の定義に加えて以下を満たすものとする。
  - ①持続時間に関して 10 分以上。
  - ②滑らかなサインカーブとは short term variability が消失もしくは著しく減少している。
  - ③一過性頻脈を伴わない。
- iii. 一過性徐脈はそれぞれ軽度と高度に分類し、以下のものを高度、それ以外を軽度とする。
  - ◇遅発一過性徐脈：基線から最下点までの心拍数低下が 15bpm 以上
  - ◇変動一過性徐脈：最下点が 70bpm 未満で持続時間が 30 秒以上、または最下点が 70bpm 以上 80bpm 未満で持続時間が 60 秒以上
  - ◇遷延一過性徐脈：最下点が 80bpm 未満
- iv. 一過性徐脈の開始は心拍数の下降が肉眼で明瞭に認識できる点とし、終了は基線と判定できる安定した心拍数の持続が始まる点とする。心拍数の最下点は一連の繋がりを持つ一過性徐脈の中の最も低い心拍数とするが、心拍数の下降の緩急を解読するときは最初のボトムを最下点として時間を計測する。

(表Ⅲ) 胎児心拍数波形分類に基づく対応と処置 (主に 32 週以降症例に関して)

波形レベル	対応と処置	
	医師	助産師**
1	A：経過観察	A：経過観察
2	A：経過観察 または B：監視の強化、保存的処置の施行および原因検索	A：経過観察 B：連続監視、医師に報告する。
3	B：監視の強化、保存的処置の施行および原因検索 または C：保存的処置の施行および原因検索、急速遂娩の準備	B：連続監視、医師に報告する。 または C：連続監視、医師の立ち会いを要請、急速遂娩の準備
4	C：保存的処置の施行および原因検索、急速遂娩の準備 または D：急速遂娩の実行、新生児蘇生の準備	C：連続監視、医師の立ち会いを要請、急速遂娩の準備 または D：急速遂娩の実行、新生児蘇生の準備
5	D：急速遂娩の実行、新生児蘇生の準備	D：急速遂娩の実行、新生児蘇生の準備

〈保存的処置の内容〉

一般的処置：体位変換、酸素投与、輸液、陣痛促進薬注入速度の調節・停止など

場合による処置：人工羊水注入、刺激による一過性頻脈の誘発、子宮収縮抑制薬の投与など

\*\*：医療機関における助産師の対応と処置を示し、助産所におけるものではない。

(日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会編・監：産婦人科診療ガイドライン—産科編2011, pp.200-202.)

V 正常分娩急変時のガイドライン

表2 産科 DIC スコア (備考)

以下に該当する項目の点数を加算し、8点～12点：DICに進展する可能性が高い、13点以上：DIC

基礎疾患	点数	臨床症状	点数	検査	点数
早 剥 (児死亡)	5	急性腎不全 (無尿)	4	FDP : 10 $\mu$ g/dL 以上	1
〃 (児生存)	4	〃 (乏尿)	3	血小板 : 10万 mm <sup>3</sup> 以下	1
羊水塞栓 (急性肺性心)	4	急性呼吸不全 (人工換気)	4	フィブリノゲン : 150mg/dL 以下	1
〃 (人工換気)	3	〃 (酸素療法)	1	PT : 15秒以上	1
〃 (補助換気)	2	臓器症状 (心臓)	4	出血時間 : 5分以上	1
〃 (酸素療法)	1	〃 (肝臓)	4	その他の検査異常	1
DIC型出血 (低凝固)	4	〃 (脳)	4		
〃 (出血量: 2L 以上)	3	〃 (消化器)	4		
〃 (出血量: 1～2L)	1	出血傾向	4		
子 癇	4	ショック (頻脈: 100 以上)	1		
その他の基礎疾患	1	〃 (低血圧: 90 以下)	1		
		〃 (冷汗)	1		
		〃 (蒼白)	1		

(日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会編・監: 産婦人科診療ガイドライン—産科編2011, pp.154)

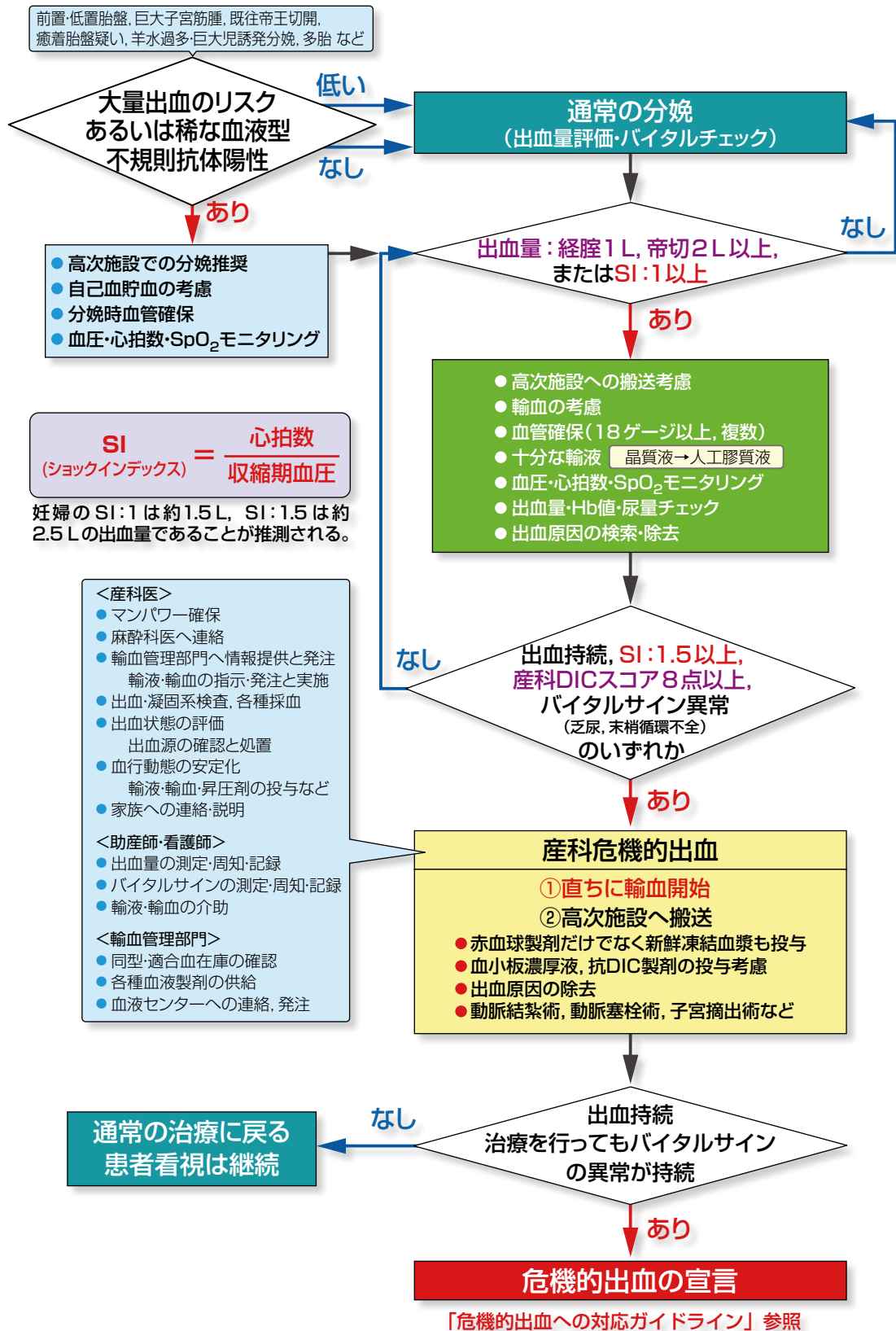


図 1 産科危機的出血への対応フローチャート

日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会, 日本周産期・新生児医学会, 日本麻酔科学会, 日本輸血・細胞治療学会編: (産科危機的出血への対応ガイドライン, 2009)

## V 正常分娩急変時のガイドライン

### 2. 産褥期

ここでの産褥期とは、分娩後2時間以降24時間までを主に示している。産褥期に起こる緊急に対応が必要な母体の状況につ

緊急に搬送すべき母体の状況（助産所） 医師に相談すべき母体の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<b>■異常出血（分娩後24時間まで）</b> 1) 鮮血の流出，凝血塊の頻回な排出 2) 凝固しない血液が持続的に流出 3) 出血量が800mLを超える 4) 母体の血圧低下，頻脈	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 子宮収縮：内外診において産褥経過時間に比較して大きく軟らかい子宮の触知の有無</li> <li>• 胎盤，卵膜遺残の確認：胎盤および付属物の観察</li> <li>• 出血量</li> <li>• 母体のバイタルサイン（SI値の算出） SI（ショックインデックス）＝脈拍数／収縮期血圧</li> <li>• 出血の原因検索</li> <li>• 産科DICスコアを評価し医師に確認する（「V 1. 正常分娩急変時のガイドライン」（分娩期），表2，図1参照）</li> </ul>
<b>■胸部痛，呼吸困難，血圧低下，頭痛，嘔吐，転倒，意識消失等</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 意識状態，全身状態</li> <li>• 母体のバイタルサイン</li> <li>• 疼痛の部位，程度および随伴症状（麻痺，視力障害等）の有無</li> <li>* 臨床的羊水塞栓症の判断<sup>注1)</sup></li> <li>* 脳血管疾患を疑う場合の観察ポイント<sup>注2)</sup></li> </ul>
<b>■腔壁，外陰部の血腫</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 腔壁，会陰の膨隆，局所の拍動性疼痛，直腸刺激症状の有無と程度</li> <li>• 母体のバイタルサイン</li> <li>• 血腫の形成部位：会陰裂傷部だけでなく，対側形成例もあるので注意する。後腹膜腔血腫は，腫脹や疼痛は現れにくく，鼠径部の圧痛，腰痛，ショック症状で発見されることがある</li> </ul>
<b>■下肢の疼痛，圧痛，うっ血性浮腫，炎症性腫脹等</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 下肢の浮腫，腫脹，発赤，熱感，圧痛の有無</li> <li>• 深部静脈血栓症：膝関節伸展位で足関節を背屈させると，腓腹筋に疼痛を感じる（ホーマンス徴候；Homan's sign），腓腹筋をつかむと疼痛が増強する（プラット徴候；Pratt's sign）等が認められる</li> </ul>
<b>■母体の持続する発熱</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 下腹部痛，子宮の圧痛，悪露の異常，悪寒戦慄，急性腹膜炎等の有無と程度</li> <li>• 悪寒戦慄，膿尿，背部痛，膀胱刺激症状などの有無と程度</li> <li>• 麻疹，水痘，ヘルペス，インフルエンザ，上気道感染症，肺炎等の鑑別</li> </ul>

注1) 〈臨床的羊水塞栓症診断<sup>1)</sup>〉

以下の3つを満たすもの

1. 妊娠中または分娩後12時間以内に発症した場合
2. 下記に示した症状，疾患（1つまたはそれ以上でも可）に対して集中的な医学治療が行なわれた場合
  - ①心停止，②分娩後2時間以内の原因不明の大量出血（1,500mL以上），③播種性血管内凝固症候群（DIC），④呼吸不全
3. 観察された所見や症状が他の疾患で説明できない場合

注2) 〈FAST：脳卒中などを疑う場合の視点〉

F：Face 顔の麻痺

A：Arm 腕の麻痺

S：Speech ことばの障がい

T：Time 時間が大事，急いで行動しよう

いては、妊娠、分娩が原因でない他の疾患との鑑別も大切であるため、観察と判断の視点として記述した。

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 血管確保（18G以上，複数が望ましい）</li> <li>• 母体バイタルサイン，SpO<sub>2</sub>の観察の継続</li> <li>• 子宮底マッサージ</li> <li>• 子宮収縮薬の投与</li> <li>• 必要に応じて酸素投与</li> <li>• 医師にDICスコアを報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 器質性子宮復古不全（胎盤・卵膜遺残，悪露の子宮腔内滞留，子宮筋腫，子宮内膜炎等）</li> <li>• 機能性子宮復古不全（子宮筋の過度の伸展，微弱陣痛，母体疲労，膀胱や直腸の慢性的充満等）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 気道確保（必要時CPR）</li> <li>• 母体バイタルサイン，SpO<sub>2</sub>の観察の継続</li> <li>• 血管確保</li> <li>• 必要に応じて酸素投与</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 羊水塞栓症</li> <li>• 肺血栓塞栓症</li> <li>• 脳血管障害（脳梗塞，脳出血等）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 血管確保（18G以上，複数が望ましい）</li> <li>• 母体バイタルサインの観察の継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 会陰血腫</li> <li>• 腔壁血腫</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母体バイタルサインの観察の継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 深部静脈血栓症（DVT）</li> <li>• 血栓性静脈炎</li> <li>• 静脈瘤</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母体バイタルサインの観察の継続</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 産褥熱</li> <li>• 骨盤内感染症</li> <li>• 尿路感染症</li> <li>• 上気道感染症</li> <li>• ウイルス感染症</li> </ul>

〈脳血管障害の危険信号<sup>2)</sup>〉

- 突然発症の頭痛，あるいは明らかに従来の慢性頭痛とは異なった性状の頭痛
- 局所神経症候の合併した頭痛
- 意識，人格の変容や認知障害を伴う頭痛
- 40歳以降に発症した頭痛
- ヴァルサルヴァ（Valsalva）法により生じたり，増悪したりする頭痛
- 髄膜刺激症状を伴う頭痛
- 最近の頭頸部外傷既往を有する場合
- 高血圧や内分泌疾患の既往歴を有する場合

◆参考文献

- 1) 日本周産期・新生児医学会，教育・研修委員会編：症例から学ぶ周産期診療ワークブック，メジカルビュー社，2012，pp.145-147.
- 2) 日本周産期・新生児医学会，教育・研修委員会編：症例から学ぶ周産期診療ワークブック，メジカルビュー社，2012，pp.111.

### 3. 新生児期

新生児は必ずしも症状が明確でなく、複合的な場合も多い。特に判断の視点が重要となるので、そのポイントを示し、観察

緊急に搬送すべき新生児の状況（助産所） 医師に相談すべき新生児の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<p><b>■新生児仮死</b></p> <p>1) 人工呼吸をしても自発呼吸がみられず、かつ心拍数が100/分以上にならず、胸骨圧迫を必要とした場合</p> <p>2) 酸素を投与して呼吸が改善するが中心性チアノーゼが改善されない場合</p>	<p>○新生児の蘇生法アルゴリズム（図2）に則り、30秒ごとに評価する</p> <p>〔観察項目と評価〕 出生直後：早産児、弱い呼吸・啼泣、筋緊張低下を認めた場合は、搬送までの対応①を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自発呼吸があって、心拍が100/分以上の場合</li> </ul> <p>30秒後：呼吸と心拍数を確認（SpO<sub>2</sub>モニタの装着を検討）。努力呼吸とチアノーゼがある場合は、搬送までの対応②、③を行う</p> <p>さらに30秒後以降：努力呼吸、中心性チアノーゼがある場合は、搬送までの対応④を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自発呼吸がなく心拍100/分未満の場合</li> </ul> <p>30秒後：呼吸と心拍数を確認（SpO<sub>2</sub>モニタの装着を検討）。搬送までの対応③、④を行う</p> <p>さらに30秒後以降：心拍数、SpO<sub>2</sub>（目標：60%以上）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自発呼吸がなく心拍数60/分未満の場合：搬送までの対応④、⑤を行う</li> <li>自発呼吸がなく心拍60/分以上になったら：搬送までの対応②、④を行う</li> <li>心拍100/分以上、呼吸が改善されたら：搬送までの対応①、②を行う</li> </ul> <p>・アプガースコアの判定：出生後1分、5分、10分を評価する</p> <p>4～7点を軽度仮死、0～3点を重症仮死と判断する</p> <p>5分値が7点より低い場合は、最高20分まで5分ごと観察する</p> <p>〔観察方法〕 経時的に観察し評価する。パルスオキシメーターを使用する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>分娩時の状況を合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p><b>■早産児または出生体重2,300g未満</b></p>	<p>○在胎期間が37週未満の分娩は早期産であるので搬送する。在胎期間が37週以上でも出生体重2,500g未満の低出生体重児で、血糖値のチェック<sup>注2)</sup>ができない、または血糖値が50mg/dL未満の場合は搬送する</p> <p>〔観察内容〕 体温、血糖、呼吸状態、チアノーゼ、筋緊張、末梢冷感等</p> <p>〔観察方法〕 パルスオキシメーターで下肢のSpO<sub>2</sub>を観察する<sup>注3)</sup>。血糖値のチェックを生後30分以内に開始し、2回連続して血糖50mg/dL以上となるまで、30分ごとに測定する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>37週以降で2,500g未満の場合、体温維持と哺乳ができるかをアセスメントする</li> </ul>
<p><b>■巨大児</b></p> <p>1) 出生体重が4,000g以上で、低血糖症状（痙攣など）および多血症が疑われる場合</p> <p>2) 血糖値50mg/dL未満</p>	<p>○低血糖、多血症の疑いがある場合は搬送する</p> <p>〔観察内容〕 低血糖症状：易刺激性、振戦、無呼吸、活気不良、眼球上転、嗜眠傾向、多呼吸、チアノーゼ、痙攣、泣き声の異常等</p> <p>多血症症状：末梢チアノーゼ、心不全症状（多呼吸、浮腫等）、出血傾向、血栓症症状等</p> <p>〔観察方法〕 血糖値のチェックを生後30分以内に開始し、2回連続して血糖50mg/dL以上となるまで30分ごとに測定する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>両親の体格を合わせてアセスメントする</li> </ul> <p>両親の体格が大きいと、妊娠経過に異常がなくても、巨大児が出生する場合がある</p>



内容とその方法、アセスメントの視点を記述した。

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 新生児の蘇生法アルゴリズムに則り対応する</li> <li>①蘇生の初期処置：保温，体位保持，気道開通（胎便除去を含む），皮膚乾燥と刺激</li> <li>②SpO<sub>2</sub>の測定（右上肢）</li> <li>③酸素投与</li> <li>④人工呼吸</li> <li>⑤胸骨圧迫</li> <li>⑥体温の低下を防ぐ。処置中の継続的な保温</li> <li>⑦体温測定</li> <li>⑧胎盤の保存と搬送先への持参が望ましい<sup>注1)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 胎児機能不全</li> <li>• 呼吸障害（胎便吸引症候群等）</li> <li>• 重症仮死後の多臓器不全</li> <li>• 先天性心疾患</li> <li>• 新生児遷延性肺高血圧症</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温</li> <li>• SpO<sub>2</sub>の測定（下肢）</li> <li>• 血糖値が低い場合は哺乳等に対応する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 早期産</li> <li>• 胎児発育不全（FGR）</li> <li>• 子宮内感染症</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 早期授乳</li> <li>• 血糖値が低い場合は哺乳等に対応する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 低血糖症</li> <li>• 多血症</li> </ul>

V 正常分娩急変時のガイドライン

緊急に搬送すべき新生児の状況（助産所） 医師に相談すべき新生児の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<p>■LFD児, HFD児</p> <p>1) 体温36℃以下（肛門体温）が持続し他の症状があるもの</p> <p>2) 血糖値50mg/dL未満</p> <p>3) 光線療法の適応基準（図4）に合致するもの</p>	<p>○体重が2,500g以上であっても在胎期間別出生体重標準曲線において10thパーセントイル未満のLFD (light for dates) および90thパーセントイル以上のHFD (heavy for dates) に該当する場合がある（図3）。出生直後に体重曲線でLFDやHFDに該当しないかを確認する。LFD児およびHFD児については低体温および低血糖、高ビリルビン血症の発症リスクが高いため、それ以外の児と区別して注意深く観察する</p> <p>〔観察内容〕 低血糖症状：易刺激性、振戦、無呼吸、活気不良等 低体温、黄疸（「黄疸」の項を参照）等</p> <p>〔観察方法〕 血糖値のチェックを生後30分以内に開始し、2回連続して血糖50mg/dL以上となるまで30分ごとに測定する 「低体温」「黄疸」の項を参照</p> <p>• LFD児、HFD児に該当する場合は生後3日まで（72時間）は、低血糖、低体温、高ビリルビン血症を発症していないかを特に注意深く観察する</p>
<p>■呼吸障害</p> <p>多呼吸、陥没呼吸、呻吟、鼻翼呼吸、シーソー呼吸、不規則な呼吸などのいずれかを示す場合</p>	<p>○新生児期は呼吸循環動態が不安定であることに十分留意する</p> <p>下肢に装着したパルスオキシメーターでSpO<sub>2</sub> 90%以下が持続する場合には搬送する<sup>注3)</sup></p> <p>91～95%の場合はモニタリングを継続する</p> <p>〔観察内容〕 心拍数、体温、皮膚色、嘔吐、腹部の状態、吸引物の性状等</p> <p>〔観察方法〕 パルスオキシメーターで観察する</p> <p>• 呼吸障害の原因をアセスメントする 分娩時の状況、呼吸器以外の疾患</p>
<p>■無呼吸発作</p> <p>1) 20秒以上続く呼吸停止</p> <p>2) 20秒以内でも、チアノーゼ、徐脈（100回/分以下）を伴う</p> <p>3) 無呼吸発作を繰り返す</p>	<p>○無呼吸か周期性呼吸かを判断する</p> <p>〔観察内容〕 無呼吸の持続時間と頻度、チアノーゼ、心拍数等</p> <p>〔観察方法〕 パルスオキシメーターで持続的に観察する。血糖値のチェック</p> <p>• 授乳との関係を合わせてアセスメントする 授乳中の無呼吸発作の場合には、授乳方法を確認する</p>
<p>■チアノーゼ</p> <p>1) 中心性チアノーゼ</p> <p>2) 呼吸障害、嘔吐、活気がない、浮腫を伴うチアノーゼ</p> <p>3) 心雑音を伴うチアノーゼ</p>	<p>○原因をアセスメントし、中心性か末梢性かを判断する。中心性の場合はずみやかに搬送する</p> <p>〔観察内容〕 チアノーゼの部位・範囲、心拍数、心雑音、呼吸状態、啼泣、筋緊張、吐物、吸引物等</p> <p>〔観察方法〕 必ず下肢のパルスオキシメーターで観察する</p> <p>• どのようなときに出現するかをアセスメントする</p>
<p>■心雑音</p> <p>1) チアノーゼや多呼吸を伴う場合</p> <p>2) 生後24時間以降明らかな心雑音を聴取する場合</p>	<p>○生後24時間以内の心雑音では動脈管開存の場合があるが、全身チアノーゼや多呼吸を伴う場合は搬送する。生後24時間以降に心雑音を聴取する場合は、医師に相談する。チアノーゼの目安はSpO<sub>2</sub> 90%以下である。SpO<sub>2</sub> 91～95%は注意深くモニタリング継続する</p> <p>〔観察内容〕 心雑音の位置、心拍数、活気、呼吸、SpO<sub>2</sub>値、チアノーゼ等</p> <p>〔観察方法〕 下肢に装着したパルスオキシメーターで観察する</p> <p>• 心雑音の位置、多呼吸の有無、SpO<sub>2</sub>の上下肢差、経時的变化を合わせてアセスメントする</p>

V 正常分娩急変時のガイドライン

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温</li> <li>• 早期授乳</li> <li>• その他（低体温、「黄疸」の項に準ずる）</li> <li>• 血糖値が低い場合は哺乳等に対応する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 低血糖</li> <li>• 低体温</li> <li>• 高ビリルビン血症</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 気道の開通</li> <li>• 酸素投与</li> <li>• バッグ・マスク（あえぎ呼吸の時）</li> <li>• 保温（高体温以外の場合）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 新生児一過性多呼吸</li> <li>• 気胸</li> <li>• 横隔膜ヘルニア</li> <li>• 敗血症</li> <li>• 高度な腹部膨満（イレウス等）</li> <li>• 中枢神経異常（頭蓋内出血等）</li> <li>• 低体温</li> <li>• 代謝性疾患等（先天性代謝異常症、低血糖、低カルシウム血症その他の電解質異常）</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RDS（呼吸窮迫症候群）</li> <li>• MAS（胎便吸引症候群）</li> <li>• 先天性心疾患</li> <li>• 多血症</li> <li>• 高体温</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 気道閉塞因子の除去</li> <li>• 刺激</li> <li>• 酸素投与（チアノーゼの強い場合）</li> <li>• バッグ・マスク（呼吸を開始しない場合）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 呼吸中枢の未熟性</li> <li>• 低酸素症（肺炎、高度な貧血）</li> <li>• 中枢神経異常（頭蓋内出血等）</li> <li>• 反射性無呼吸発作（気道吸引、迷走神経反射）</li> <li>• 代謝性無呼吸発作（低血糖、低カルシウム血症）</li> <li>• 母体に投与していた薬剤の影響</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温</li> <li>• 気道閉塞因子の除去</li> <li>• 酸素投与（医師の指示がない場合は3 L/分または25%程度の酸素濃度）</li> <li>• SpO<sub>2</sub>値の搬送先医療機関への伝達と搬送中の継続モニタリング</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MAS（胎便吸引症候群）</li> <li>• 気胸</li> <li>• 肺低形成</li> <li>• 横隔膜ヘルニア</li> <li>• 先天性心疾患</li> <li>• 新生児遷延性肺高血圧症</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 先天性心疾患</li> <li>• 新生児遷延性肺高血圧症</li> </ul>

V 正常分娩急変時のガイドライン

緊急に搬送すべき新生児の状況（助産所） 医師に相談すべき新生児の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<p>■痙攣</p> <p>痙攣（強直性、間代性）または痙攣様運動</p>	<p>○振戦か痙攣かを判断する（痙攣は、手で押さえても止まらない）</p> <p>〔観察内容〕呼吸、SpO<sub>2</sub>値、皮膚色、血糖等</p> <p>〔観察方法〕血糖チェック。パルスオキシメーターで持続的に観察する（痙攣中は SpO<sub>2</sub>が低下する）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 原始反射と鑑別し、出現部位と経時の変化、易刺激性による出現、哺乳の状況、分娩時の状況も合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p>■黄疸</p> <p>1) 生後24時間以内の黄疸</p> <p>2) 光線療法の適応基準に合致するもの（図4）</p> <p>3) 灰白便を排泄するもの</p>	<p>○生理的黄疸か否かを判断する</p> <p>〔観察内容〕哺乳力、便色、眼球、筋緊張、嗜眠傾向、発熱、体重減少の程度等</p> <p>〔観察方法〕経皮的ビリルビン濃度測定器による観察。生後2週以降は母子健康手帳便色カードを活用する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 黄疸の原因をアセスメントする</li> </ul>
<p>■嘔吐</p> <p>1) 嘔吐を繰り返す場合</p> <p>2) 胆汁様嘔吐がある場合</p>	<p>○治療が不要な初期嘔吐か病的嘔吐かを判断する</p> <p>〔観察内容〕吐物の性状、排泄（胎便）の状況、腹部膨満の有無、活気、発熱の有無等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 嘔吐の原因をアセスメントする</li> <li>消化管の異常、消化管以外の原因、哺乳関連</li> </ul>
<p>■腹部膨満</p> <p>1) 皮膚は緊満し、光沢ある膨満を認める</p> <p>2) 腹部は膨満し、腹部の皮膚の色調に変化を認める</p> <p>3) 腹部は膨満し、胃内容が胆汁色を帯びる</p> <p>4) 腹部腫瘤</p> <p>5) 生後24時間以上胎便の出ない腹部膨満</p> <p>6) 生後24時間以上排尿しない腹部膨満</p>	<p>○器質性か機能性かを判断する</p> <p>〔観察内容〕嘔吐（吐物の性状）、流涎（泡沫状）、呼吸状況、排泄（胎便）状況、活気、発熱の有無等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 何が腹部膨満させているのかをアセスメントする</li> <li>排泄状況に関わらない場合もあるので、症状を的確に判断する</li> </ul>
<p>■発熱</p> <p>1) 38℃以上（肛門体温）</p> <p>2) 37.5℃以上（肛門体温）で他の症状がある場合</p>	<p>○脱水によるものか感染等によるものかを判断する</p> <p>〔観察内容〕哺乳状態、呼吸状態、循環状態、排泄の回数および状況、活気、発疹、温度環境等</p> <p>〔観察方法〕肛門体温を計測する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 発熱の原因をアセスメントする</li> <li>分娩時の母体との関連、授乳方法および哺乳量、その他の症状</li> </ul>
<p>■低体温</p> <p>36.0℃未満（肛門体温）が持続し、他の症状がある場合</p>	<p>○温度環境によるものか否かを判断する</p> <p>〔観察内容〕皮膚色、哺乳状態、呼吸状態、循環状態、排泄の状況、活気、温度環境等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 代謝性アシドーシスに注意してアセスメントする</li> </ul>

V 正常分娩急変時のガイドライン

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温</li> <li>• 気道確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 低酸素性虚血性脳症</li> <li>• 頭蓋内出血</li> <li>• 髄膜炎</li> <li>• 低血糖症</li> <li>• 低カルシウム血症</li> <li>• 核黄疸</li> <li>• 過粘度症候群</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母体血採血検体があれば搬送先医療機関へ持参（血液型不適合の判断材料になる）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 溶血性疾患</li> <li>• 閉鎖性出血</li> <li>• 感染症</li> <li>• 胆道閉鎖</li> <li>• 消化管通過障害</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 誤嚥防止</li> <li>• 胃内吸引（確実な手技が可能な施設）</li> <li>• 吐物の保存</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 消化管閉塞（食道閉鎖，十二指腸閉鎖，腸捻転，消化管通過障害）</li> <li>• 神経系の疾患</li> <li>• ミルクアレルギー</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 消化管穿孔</li> <li>• 下部消化管閉塞（鎖肛等）</li> <li>• ヒルシュスプルング病</li> <li>• 腹膜炎</li> <li>• 尿路閉塞</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 敗血症</li> <li>• 髄膜炎</li> <li>• 脱水症</li> <li>• 痙攣重積</li> <li>• 新生児TSS様発疹症（NTED）<sup>注4)</sup>（図5）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温（急な加温は代謝を亢進させるため注意を要する<sup>注5)</sup>）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 低体温</li> <li>• 敗血症</li> <li>• 髄膜炎</li> <li>• ショック</li> </ul>

V 正常分娩急変時のガイドライン

緊急に搬送すべき新生児の状況（助産所） 医師に相談すべき新生児の状況（院内助産）	観察と判断の視点
<p>■出血（吐血，下血を含む）</p> <p>1) 吐血，下血 2) 咯血 3) 広範な皮下出血 4) 皮膚蒼白，ショック状態等の大量出血を疑わせる所見がある時</p>	<p>○出血の原因が母体由来か児由来かを判断する</p> <p>〔観察内容〕循環状態，SpO<sub>2</sub>値，便の色調，分娩の状況，母乳の性状，母親の乳頭亀裂の有無，筋緊張，活気，点状出血斑等</p> <p>〔観察方法〕帽状腱膜下出血では，後頭部から頸部にかけて血液が貯留するので，児を起こして確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>どこからの出血かをアセスメントする</li> </ul> <p>皮下出血を全身に認める時は，児の血小板数低下の可能性もある</p> <p>外表からは確認できない肝臓等からの臓器出血が分娩時に発症する可能性があることを念頭におく</p> <p>頻脈を伴う場合は，大量出血の可能性もある</p> <p>貧血があるとSpO<sub>2</sub>値は低下しないので注意が必要である</p>
<p>■外表異常</p> <p>1) 感染の危険があり，緊急手術を要する場合（臍帯ヘルニア，髄膜瘤，鎖肛等） 2) 性別の判断が困難な場合</p>	<p>○全身を観察し，医学上治療の対象となる外表異常かを判断する</p> <p>〔観察内容〕心音，全身状態等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>複数の外表異常がないかを確認し，先天的な疾患についてアセスメントする</li> </ul> <p>妊娠分娩歴，家族歴の確認</p>
<p>■浮腫</p> <p>1) 四肢または全身に指圧痕を残す浮腫 2) 異常な体重増加 3) 硬性浮腫</p>	<p>○分娩の影響か病的な浮腫かを判断する</p> <p>〔観察内容〕尿量，哺乳状況，活気，心雑音，呼吸状態，皮膚色，四肢の冷感等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>浮腫以外の症状と合わせてアセスメントする</li> </ul>
<p>■下痢</p> <p>1) 発熱を伴う場合 2) 脱水症状がある場合 3) 体重減少が持続する場合 4) 血便や粘液便を伴う場合</p>	<p>○便の性状だけでは異常と判断がつかないため，下痢以外の症状の有無で判断する</p> <p>〔観察内容〕脱水症状，皮膚の乾燥，大泉門の状態，排尿回数減少，嘔吐，哺乳状態，体重増加，活動性，便の悪臭等</p> <p>〔観察方法〕排泄量の計測，便性状などは複数のスタッフでの観察</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>下痢以外の症状に注意し，大泉門陥没や排尿回数低下，体重減少が続く児は特に注意する</li> </ul>

医師に相談すべき新生児の状況	観察と判断の視点
<p>■なんとなくおかしい</p> <p>複数のスタッフで症状を認めた場合</p>	<p>○複数のスタッフが症状を認めた場合には，医師に相談する</p> <p>〔観察内容〕啼泣の強さ，活気，哺乳状態，チアノーゼ，嘔吐や下痢，呼吸状態，傾眠，振戦</p> <p>〔観察方法〕継続的に児を観察できるような状態にする</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新生児は感染症に罹患しても症状が出現しにくい。無欲状態，弱々しい啼泣，体重増加不良，哺乳不良，蒼白やチアノーゼ，嘔吐，下痢，多呼吸，無呼吸，傾眠，振戦等，明らかに症状が認められた時にはかなり進行していることが多いため日頃の観察が大切である</li> </ul>
<p>■哺乳不良</p>	<p>○安定した哺乳が認められない場合で他の症状を認める場合</p>
<p>■活気不良</p>	<p>○筋緊張，強い啼泣がなくぐったりしている場合</p>
<p>■体重増加不良</p>	<p>○生後5日を経過しており，必要な補足を実施しても体重増加がない場合</p>
<p>■特異な顔貌</p> <p>特異な顔貌等がみられ他に症状がある場合</p>	<p>○特異な顔貌を認めた場合</p>

V 正常分娩急変時のガイドライン

搬送までの対応の例	考えられる疾患等
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 吐血, 下血の保存</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 新生児メレナ</li> <li>• 消化管奇形</li> <li>• 肺出血</li> <li>• 先天性サイトメガロウイルス感染症</li> <li>• 先天性風疹症候群</li> <li>• 新生児免疫性血小板減少症</li> <li>• 分娩損傷</li> <li>• 帽状腱膜下出血</li> <li>• 内臓破裂</li> <li>• DIC (播種性血管内凝固)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 露出している患部のラップによる保護 (保水した布類での保護は体温を奪うため行わない)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 先天性心疾患や消化管閉塞の合併</li> <li>• 水頭症</li> <li>• 先天異常症候群</li> <li>• 性腺・副腎皮質疾患</li> </ul>
<p>毎日の体重測定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 敗血症</li> <li>• 低体温</li> <li>• 胎児水腫</li> <li>• アシドーシス</li> <li>• 心不全</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 保温</li> <li>• 外科疾患を疑う場合は胃管の留置 (可能な場合)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 細菌性腸炎</li> <li>• 腸捻転</li> <li>• 腸重積</li> <li>• ヒルシュスプルング病</li> <li>• ミルクアレルギー</li> <li>• 乳糖不耐症</li> </ul>

注1) 胎盤の病理検査により子宮内感染症が判明すれば、それが新生児仮死の原因と考えられる場合がある。

注2) 正常な新生児の血糖値は生後1時間程度で低くなるが、その前に低くなることもあるので、生後30分以内に一度測定する。その際に50mg/dL以下であれば30分ごとに測る。出生直後、30分後、1時間後が望ましいが、分娩時の状況等で困難な場合も考えられるので最初の測定は出生後30分以内に行う。

注3) 初期の蘇生後は下肢のSpO<sub>2</sub>で全身の酸素化の状況を判断する。動脈管での右-左シャントにより下肢のSpO<sub>2</sub>が低下する。

注4) 新生児TSS様発疹症 (NTED: neonatal toxic shock syndrome-like exanthematous disease)  
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) が産生するスーパー抗原性外毒素toxic shock toxin-1 (TSS-1) により発症する疾患である。症状は、生後7日以内に出現する発熱 (38.0℃以上) とそれに引き続く全身の発疹である。血液検査では、CRPの陽性化と血小板の減少を認める。経過は、正期産児の場合には無治療で2~3日で自然軽快する場合が多いが、時として重症例が存在する。出生後に皮膚あるいは臍帯に定着するMRSAが原因菌と考えられている。

注5) 出生直後の新生児の体温は母体の子宮内温度より約1℃高く、37.5~38.5℃である。しかしながら、出生後に適切な保温処置がなされなければ、およそ0.1℃/分の割合で体温が低下する。したがって、新生児は生後数十分で低体温 (体温36.0℃以下) に陥る危険性がある。低体温に陥った場合は、復温する必要があるが、児がすでにショック状態でない限り、受動的復温法で緩徐に加温する。急速に復温するために、体外から過剰に加温すると、不整脈、低血圧、低血糖、皮膚温と深部温の乖離等の合併症を起こす危険性がある。新生児が低体温に陥った時には、低体温の原因除去と適切な環境温度下に新生児を収容することを優先する。一方、低体温のためにすでにショック状態の場合には、通常の心肺蘇生術と能動的体外復温が必要である。

(Brown D, Brugger H, Boyd J, Paal P. Accidental Hypothermia. N Engl J Med 367: 2012, pp.1930-1938.)

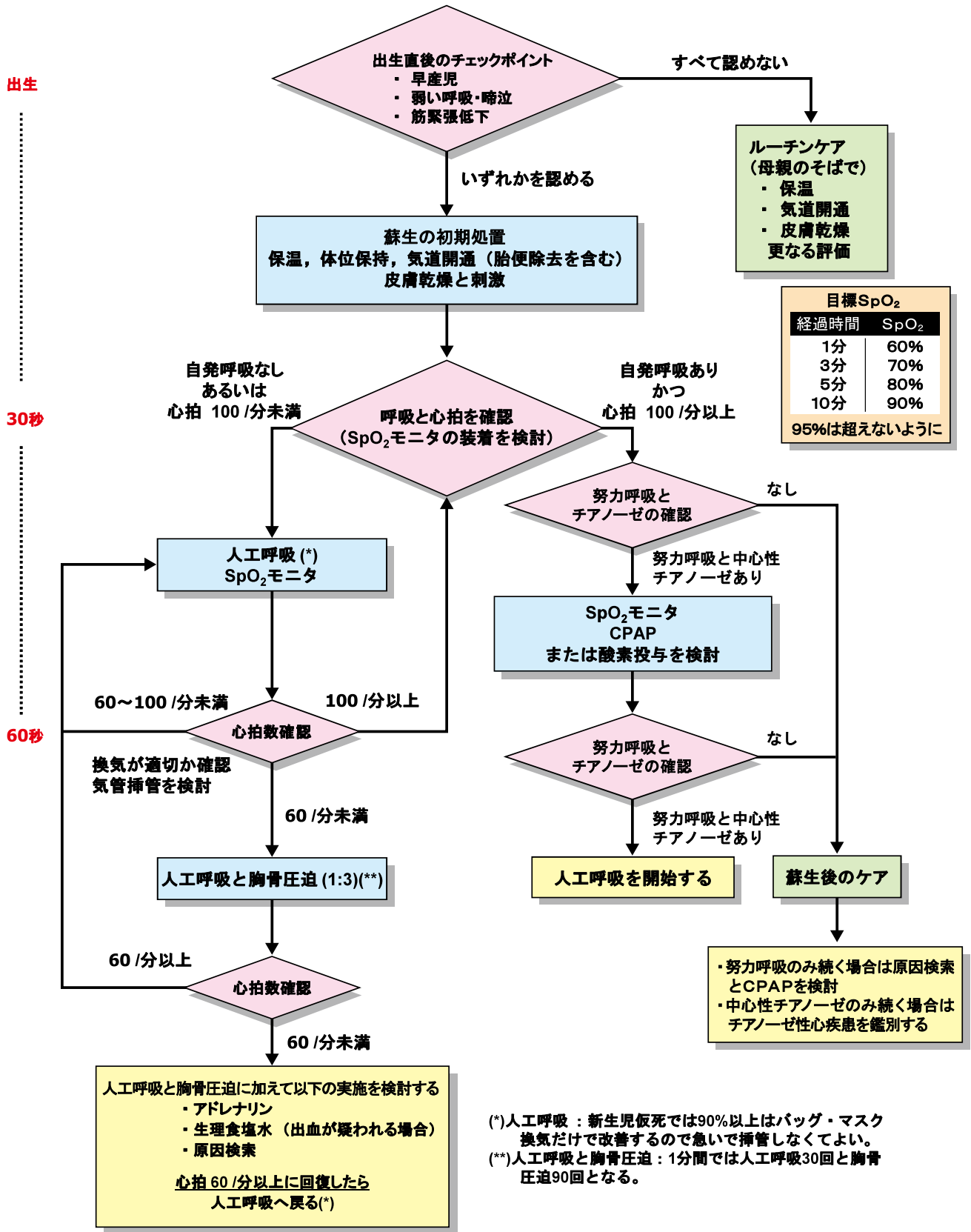


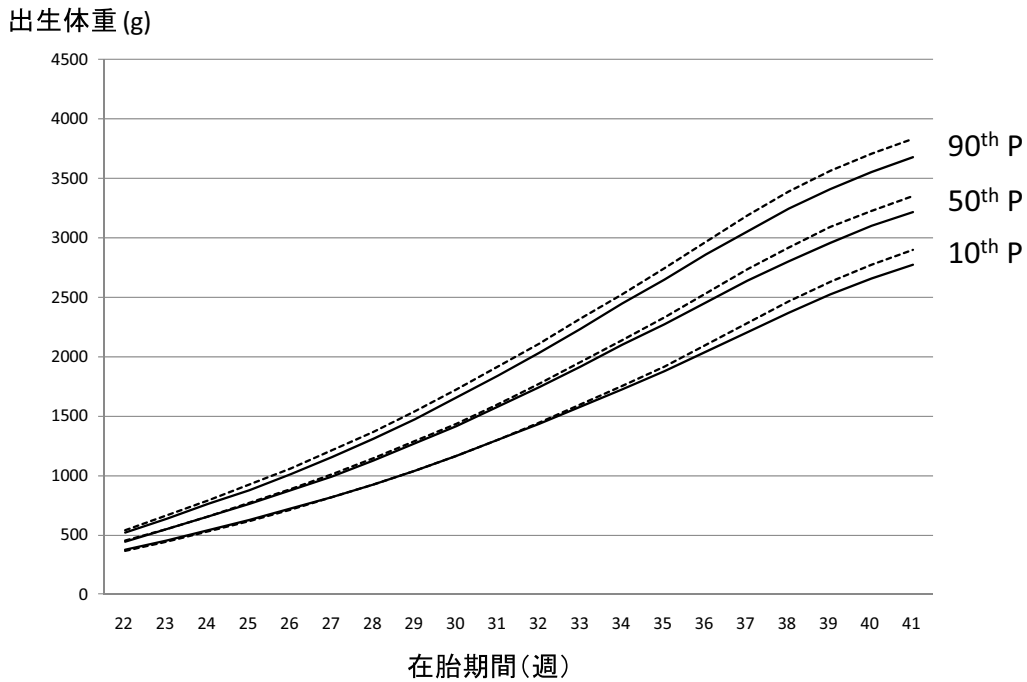
図2 新生児の蘇生法アルゴリズム

(日本周産期・新生児医学会：2010 JRC新生児アルゴリズム図)



### 在胎期間別出生体重標準曲線（男児）

実線：初産、破線：経産



### 在胎期間別出生体重標準曲線（女児）

実線：初産、破線：経産

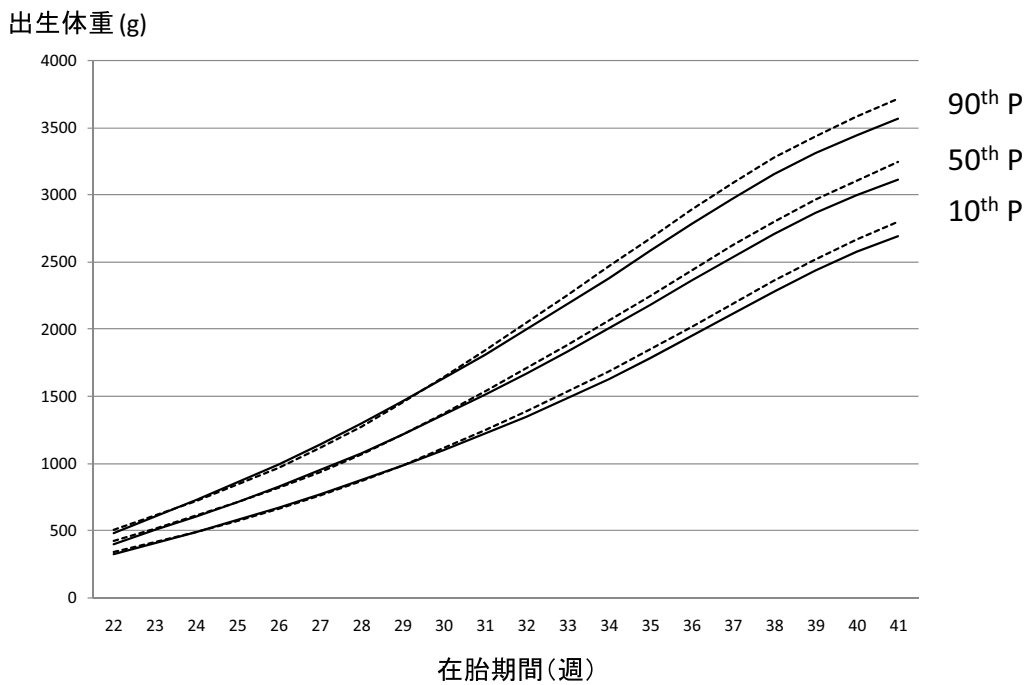


図3 胎児期間別出生体重標準曲線

日本小児科学会：日本小児科学会新生児委員会報告. 新しい在胎期間別出生時体格標準値の導入について. 日本小児科学会雑誌114, 2010, pp.1271-1293.

V 正常分娩急変時のガイドライン

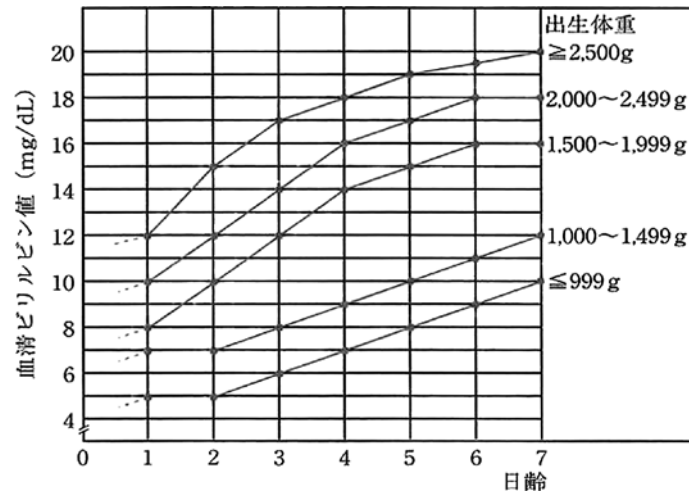


図4 光線療法の適応基準 (村田の基準を一部改変, 井村, 1985)

井村総一：新生児黄疸の治療光線療法の適応基準と副作用の防止.  
日本臨床43巻8号, 1985, pp.1741-1748.



図5 NTEDの発疹

(J Infection, 2009 ; 59 : pp.194-200.)

---

## VI 医療安全上留意すべき事項

---

### 1. 助産師と記録

妊産婦、胎児、新生児の状況と助産行為と記録は、助産師にとって義務であるとともに、医療専門職としての責務である。

#### 1) 記録の目的

- 診療情報の提供と助産ケアへの妊産婦の参画

記録開示の目的のためであり、説明と同意、そして妊産婦の助産ケアへの積極的な参画を促す。

- リスクマネジメントの視点

助産行為を記録していなければ、それは実施していないと判断がされることもある。記録だけが助産行為の証明となる場合がある。

- 助産ケアの質向上

助産ケアを振り返ることで、今後の助産の質向上に貢献できる。

#### 2) 記録のポイント

- 妊産婦と胎児、新生児の状態を正確に記録する。
- 判断と実践した内容、妊産婦と家族の同意について記載する。
- 分娩に関わる医療者の連携と役割分担がわかる記録とする。
- 助産ケアを行ったら速やかに記録する。

#### 3) 助産録の記載義務

分娩を取り扱った助産師の助産録記載義務は、保健師助産師看護師法第42条で定められており、その保存期間は5年間である。その内容については保健師助産師看護師法施行規則第34条に規定されている。

#### 4) 診療情報の提供

医療機関では情報開示が進み、積極的に診療情報を提供するようになってきている。厚生労働省は『診療情報の提供等に関する指針』を策定している。診療情報の提供に関する一般原則は「医療従事者等は、患者等にとって理解を得やすいように、懇切丁寧に診療情報を提供するよう努めなければならない」「診療情報の提供は、①口頭による説明、②説明文書の交付、③診療記録の開示等具体的な状況に即した適切な方法により行われなければならない」としている<sup>1)</sup>。前記の保健師助産師看護師法で定められている助産録の内容に加え、より具体的な記載が求められている。

#### 5) 産科医療補償制度再発防止委員会からの提言

2012年5月の「第2回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」<sup>2)</sup>では、診療録等の記載不足に関して指摘している。そのうえで、診療録の記載の重要性を下記の5つの観点から指摘している。

- 同施設内のスタッフ間の診療情報を共有する。
- 他施設への転院の際に施設間の診療情報を共有する。
- 妊産婦および家族に医療に対する理解を得る。
- 医療関係者が施行した診療行為を振り返って検討する。
- 医療の質・安全を評価しその向上を図るために活用する。

#### 6) 場面に応じた記録の重要性

##### (1) 妊婦健診時の記録

- 妊婦と胎児の状況、保健指導と妊婦の反応を記録する。
- 妊産褥期に必要な妊婦の基礎情報を記録する。
- 妊産褥婦の助産ケアに関する希望を聴取し記録する。

##### (2) 分娩時の記録

###### ①入院前

- 産婦からの電話連絡のやり取りを記録する。分娩時の入院では、産婦自身が分娩取り扱い施設に連絡するところから始まる。産婦の訴えと助産師がどのように判断して応答したかを記録に残す。

## ②入院時

- 入院時の産婦と胎児の状況を記録する。

## ③分娩経過中

- 1：胎児心拍数と陣痛の状況を正確に記録し，その評価を記載する。
  - 分娩監視装置による連続モニタリングを行う場合は定期的に時刻合わせを行う。
  - 1分間3cmで記載する。
  - 間歇的胎児心音聴取の場合は聴取した時間と測定結果を全て記載する。
  - 誰がどのように判断したかの所見を記載する。
- 2：分娩経過中の状態変化は関連する症状とともに記録する。
  - 破水や，胎児心音，出血，発熱，血圧上昇など，状態の変化があればアセスメントを行い，関連する症状を記録する。
- 3：全ての助産ケアと産婦の反応を記録する。
  - 安楽への支援や陣痛を促進する助産行為を産婦に説明し，産婦の反応を記録する。
  - 助産ケアの実施とその効果を記録する。
- 4：原則として全ての情報を産婦と共有し記録する。
  - 医療職種間での連携状況（医師への報告，相談等）などを産婦に説明し記録する
  - 分娩監視装置の遠隔監視など，産婦のそばで行っていない行為についても産婦に説明し記録する。
- 5：産婦以外の家族の状況について記録する。
  - 夫や家族への説明内容とその反応を記録にとどめる。
- 6：産婦のそばで記録する。
  - 産婦のそばにいる時間が多くなり，なかなか記録できない場合もある。産婦のそばで，観察した内容，実施した助産ケア，産婦の反応などを記載することが，迅速で正確な記録へとつながり，産婦や家族との情報共有が促進される効果もある。
- 7：出生直後の新生児は経過を追ったアプガースコア測定結果とその他の状態を記録する。
  - アプガースコアは1分後，5分後と測定するが，5分値が7点より低い場合は，最高20分まで5分ごと記録を延長する。
  - 新生児の顔色，バイタルサイン，羊水嘔吐の有無，啼泣，吸啜反応などアプガー

スコア以外の状態について記録する。

- 母親や父親の児に対する反応も合わせて記録する。
- 早期母子接触を行う場合には、実施前、実施中、実施後の母子の状態を記録する。

8：分娩に関わった医療者は、誰が、いつ、どのように判断し、何をしたのかを記録する。

- 医師に報告する場合、助産師は何を判断し報告したのかを記録する。
- 助産師や医師などへの相談連絡時間と内容を記録する。
- 応援者の到着時間を記録する。
- 誰がどのような役割をはたしていたのかが明確な記録とする。

### (3) 産褥期の記録

褥婦の心身変化と助産ケアに関する内容の他、保健指導と褥婦、家族の反応を記録する。

### (4) 新生児期の記録

新生児の身体的変化とケアに関する内容の他、母子関係に着目した記録とする。

#### ◆参考文献

---

- 1) 厚生労働省：診療情報の提供等に関する指針. 2003 [平成 15] 年 9 月 12 日医政発第 0912001 号, 2010 [平成 22] 年 9 月 17 日
- 2) 日本医療機能評価機構（産科医療補償制度再発防止委員会）編：第 2 回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書. 2012, pp.69.

## 2. 妊娠期の定期健康診査

助産所および院内助産で助産師が管理できる対象者とは、妊娠初期に必要な問診および諸検査が全て行われた結果、特にリスクがなく正常に経過することが予測された者である。

妊娠期において特にリスクのない妊婦が、定期健康診査を受診することが望ましい回数は、①妊娠初期より妊娠 23 週まで：4 週間に 1 回、②妊娠 24 週より妊娠 35 週まで：2 週間に 1 回、③妊娠 36 週以降分娩まで：1 週間に 1 回とされている<sup>3)</sup>。

また、妊婦には上記の健康診査の間隔を遵守するとともに、妊娠中期ならびに末期に医師による健康診査を2回受診することを勧奨する必要がある。医師による健康診査で行う検査は表3に示す通りである。

表3 妊娠中期、妊娠末期に受けるべき検査

妊娠中期 (妊娠 24 ～ 28 週)	妊娠糖尿病 (GDM) スクリーニング検査 胎児発育状態ならびに胎盤位置・羊水量確認、子宮頸管長測定のための超音波検査 妊娠貧血や妊娠中の血小板推移を確認するための血液一般検査
妊娠末期 (妊娠 34 ～ 36 週)	上記に加え、腔内 GBS (B群溶血性レンサ球菌) 検査

また、助産師はこの2回の健康診査受診の勧奨だけでなく、助産師自身が行った健康診査において、異常に移行している、またはその可能性があると判断した場合には、速やかに医師に報告し、診療を依頼する責務を有する。

◆参考文献

3) 平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知

### 3. 医師・助産師・妊産婦の連携

周産期における医療・ケアは、提供する場所がどこであろうとも、医師、助産師およびその他医療職者とのチーム医療が原則であり、助産所、院内助産においても、それは例外ではない。また、医療およびケアの受け手である対象者(妊産婦)もよりよい医療・ケアが受けられることを実現するための参画者の一人といえる。

このため、助産所助産師が、妊産婦の分娩を引き受ける際には、連携する産婦人科医師ならびに妊産婦と以下のような確認を口頭ならびに文書で行うことが望ましい。このことを全国一律に行うことは難しいかもしれないが、現在多くの医療機関で、治療やケアを行う際に合意書を作成し、双方で確認することは必要不可欠なものと認識されている。体制が整備されているところから積極的に行ってほしい。

### 1) 連携する産婦人科医師との確認

妊産婦の分娩予約を受けた場合には、嘱託医師、嘱託医療機関の産婦人科医師に紹介状を送付する。紹介状には例示のように、どのリスクに該当するのか、妊産婦にはどのような説明を行ったのか、その概要が記述されていることが必要である。

また、紹介状を受けとった医師から、返信書を得ることが望ましい（図6）。

### 2) 妊産婦との連携

妊産婦から分娩予約を受ける際には、妊産婦が自身のリスクおよび管理方針を理解できるように、十分な説明を行う。また、その管理方針に同意を得たことが確認できるような文書を作成し、保存することが勧められる（図7）。

すでに同様の産婦人科医師ならびに妊産婦との連携システムが現時点で整っている場合は、そのシステムを維持すればよい。整備されている各地域のシステムを全国一律に変更する必要はなく、医師、助産師、妊産婦の連携を推進することが肝要である。



## 紹介状(案)

本院で分娩を予約されている \_\_\_\_\_ 様をご紹介します。  
 下記のような説明をさせていただきましたので宜しくお願い申し上げます。

1. 本院の助産業務は、助産業務ガイドライン（日本助産師会）を基準として行っていること
2. 上記ガイドラインにおいては
  - A. 助産師が管理できる対象者であること
  - B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者であること
    - 産科以外の既往歴（症）がある（ \_\_\_\_\_ ）
    - 産科的既往歴（症）がある（早産の既往，子宮内胎児発育不全の既往， \_\_\_\_\_ ）
    - 母子感染の危険がある（GBS 陽性， \_\_\_\_\_ ）
    - 予定日の超過
    - その他

〈管理方針の概要：説明内容〉

平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇助産院 助産師 〇〇 〇〇

## 返信書

\_\_\_\_\_ 様のご紹介の件，確認いたしました。

平成〇〇年〇〇月〇〇日 (医師) \_\_\_\_\_

図6 紹介状(案)と返信書

## 分娩予約・同意書（案）

ご妊娠おめでとうございます。

本院の助産業務は、助産業務ガイドライン（日本助産師会）を基準として行っております。

上記ガイドラインにおいて \_\_\_\_\_ 様は

A. 助産師が管理できる対象者であること

B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者であること

産科以外の既往歴（症）がある（ \_\_\_\_\_ ）

産科的既往歴（症）がある（早産の既往、子宮内胎児発育不全の既往、 \_\_\_\_\_ ）

母子感染の危険がある（GBS 陽性、 \_\_\_\_\_ ）

予定日の超過

その他

〈管理方針の概要：説明内容〉

\*なお、妊娠から産後までその管理方針に変更があった場合には、その都度十分な説明を行います。

私は上記の説明を受け、その内容に同意し、分娩を予約いたします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日 (妊婦氏名) \_\_\_\_\_

(助産師氏名) \_\_\_\_\_

図7 分娩予約・同意書（案）

## 4. 常位胎盤早期剥離の保健指導

常位胎盤早期剥離は原因が不明で発症予測が困難な疾患で、特にリスクのない妊婦であっても発症することがある。このため、助産師は妊産婦やその家族に対する常位胎盤早期剥離発症リスクに関する情報提供および発症時の対応についての保健指導強化に努力していく必要がある。

常位胎盤早期剥離は、発症後母児ともに急速に状態が悪化する疾患である。『第2回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書』では、常位胎盤早期剥離を認めた事例の分析から、今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項として、以下の4点が挙げられている<sup>4)</sup>。

- 妊婦健診や母親学級などで妊娠各期の異常な症状、徴候と、突然発症する常位胎盤早期剥離のような緊急事態への対応について指導、教育することは重要であり、不安な点については、いつでも電話で相談に応じるシステムなどを整備することが望まれる。
- 常位胎盤早期剥離の症状を妊産婦と家族に十分説明し、その可能性が疑われた場合には病院に電話連絡し、早急に受診するよう、妊産婦への教育、指導を行うことが望まれる。
- 子宮収縮抑制剤の処方には際しては、早産期の腹痛で最も危惧されるのが常位胎盤早期剥離であることから、よりきめの細かい指導が必要であり、その充実を検討することが望まれる。
- 喫煙は、常位胎盤早期剥離のリスク因子である。妊産婦への適切な禁煙指導が望まれる。

このため、妊婦健診時や両親学級などでは、常位胎盤早期剥離の病態や常位胎盤早期剥離になりやすい危険因子（妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離の既往、切迫早産、外傷）を説明し、妊婦やその家族の理解を深めることが重要である。

また、常位胎盤早期剥離の典型的症状である、急な腹痛、持続的な腹痛や腹部の張り、性器出血などばかりでなく、胎動減少、めまい、便意など、出現頻度は少ないが、注意すべき症状についても妊産婦と家族に十分説明することが望ましい。これら

の症状は、切迫早産の徴候あるいは陣痛や産徴などの分娩の徴候と判別が困難な場合がある。しかし、その可能性が少しでも疑われる場合は早急に、助産所ではなく嘱託医療機関（病院）に、妊婦自らが電話連絡して受診するよう指導する。

◆参考文献

- 4) 日本医療機能評価機構（産科医療補償制度再発防止委員会）編：第2回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書. 2012, pp.52-59.

## 5. 骨盤位の外回転術

助産師は実施してはならない手技である。

## 6. 分娩期の胎児心拍数聴取

分娩期は、適宜、分娩監視装置による胎児心拍数モニタリングを行うことが望ましい。表1に示したように胎児心拍数波形のレベル分類と対応、処置にそって速やかに対応する。

分娩監視装置による胎児心拍数モニタリングが難しい場合、間歇的胎児心拍数聴取の間隔は、分娩第1期潜伏期は30分ごと、活動期は15分ごとで、分娩第2期は5分ごとあるいは子宮収縮のたびに確認する。聴取時間はいずれも、子宮収縮直後に60秒間測定し、子宮収縮に対する胎児心拍数の変動について児の状態（well being）を評価する。分娩第1期（入院時を含む）には分娩監視装置を一定時間（20分以上）使用し、胎児心拍数パターンを確認することが望ましい。

また、以下の場合には一定時間（20分以上）分娩監視装置を装着する<sup>5)</sup>。

- 1) 破水時（B）
- 2) 羊水混濁あるいは血性羊水を認めたとき（B）
- 3) 間欠的児心拍聴取で（一過性）徐脈、頻脈を認めたとき（A）
- 4) 分娩が急速に進行したり、排尿・排便後など、胎児の位置の変化が予想される場合（胎児心拍聴取でもよい）（C）

推奨レベルは、「産婦人科診療ガイドライン」のA：（実施すること等が）強く勧められる，B：（実施すること等が）勧められる，C：（実施すること等が）考慮される（考慮の対象となるが，必ずしも実施が勧められているわけではない）である。

モニタリングの記録は助産録に準じて5年間保存しておく。

#### ◆参考文献

- 
- 5) 日本産科婦人科学会，日本産婦人科医会編・監：産婦人科診療ガイドライン—産科編  
2011. 2011, p.195.

## 7. 人工破膜

- 分娩促進を目的とした人工破膜は行わない。
- 人工破膜は，子宮口全開大で被膜児分娩が予測される場合に行う。
- 人工破膜時は臍帯脱出の予防に心がけ，内診所見ならびに胎児心拍数を確認し，助産録に記載する。
- 人工破膜後は直ちに児心音を聴取し，羊水の量と性状（色，臭気等），臍帯や四肢の脱出，陣痛の状態等を観察する。

## 8. 新生児蘇生

新生児は，出生時に胎外生活への適応段階にあり，新生児仮死に陥った場合にはバッグ・バルブ・マスク法を用いた人工呼吸をはじめ，新生児蘇生技術が有効である。すべての分娩に新生児蘇生法を習得した医療スタッフが新生児の担当者として立ち会うことを，日本周産期・新生児医学会，日本産科婦人科学会，日本産婦人科医会，日本医療機能評価機構（産科医療補償制度再発防止委員会）は提言している。

すなわち，助産業務を行う助産師は，新生児蘇生法についての知識と技術に熟練しているべきである。

### 1) 新生児蘇生法の知識技術の習得

助産師は日本周産期・新生児医学会が主催する「新生児蘇生法講習会」を受講し，

定期的に知識や技能を更新する。また、施設内では『新人看護職員研修ガイドライン』にある「新生児の心肺蘇生」の項のチェックリストを活用した、知識テストや技術訓練を定期的実施する。

## 2) 新生児の蘇生法アルゴリズムに従った手順の実施 (図2 参照)

新生児の蘇生法アルゴリズムを分娩室などに掲示する。また、新生児蘇生は手順に従って実施する。

## 3) 器具機器類の整備

- 必要な器具の常備：  
保温に必要な物品（急激な加温に注意する）、バッグ・マスク、SpO<sub>2</sub> モニタ、吸引器具
- 酸素投与ができるように整備する。

### ◆参考文献

厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン，新生児の心肺蘇生，2010.

日本医療機能評価機構（産科医療保障制度再発防止委員会）編：第1回産科医療補償制度再発防止に関する報告書，2011.

## 9. 早期母子接触 (early skin to skin contact)

早期母子接触による母親の児に対する愛着行動や母子相互関係の確立などに対する効果は、既に証明されている。生後すぐに母子が引き離されることなく、肌と肌を接触させることは母子にとって自然なことである。しかし、早期母子接触が行われる出生後早期は、胎児期から新生児期へと呼吸・循環の適応がなされる不安定な時期でもある。早期母子接触の実施時に児の呼吸状態が悪化し、重篤な後遺症を残す等の事故が報告されている。そこで、実施に際しては、以下の事項に注意し実施することが望ましい。

- 1) 実施にあたっては、母子ともに実施できる状態にあるかを観察し、母親に十分な説明を行い、本人の希望を確認する。

- 2) 抱き方を十分指導し、常時そばで観察できる体制をとって実施する。それが不可能な場合は、SpO<sub>2</sub> モニタを装着し、頻繁な観察を行う。
- 3) 施設内で実施基準を整備して、安全に実施する。
- 4) 早期母子接触を実施した場合には、その状況を必ず記録する。
- 5) 出生後早期に授乳を行う場合には、児が生後胎外生活に適応する時期であることをふまえ、細心の注意をはらい、授乳指導するとともに観察し、記録する。
- 6) 早期母子接触を行う助産師は、急変時に備えるために新生児蘇生法を必ず全員が習得する。

日本周産期・新生児医学会、日本助産師会等の8団体は、「『早期母子接触』実施の留意点」を2012年に発表している。今後実施する上で参考にすることが重要である。

---

◆参考文献

日本周産期・新生児医学会：「早期母子接触」実施の留意点，2012.

## 10. 新生児のビタミンK投与

### 1) 投与の必要性

ビタミンKは、肝臓でのビタミンK依存性凝固因子の産生に必要であり、欠乏すると凝固因子の不足による出血傾向を起こす。乳児、特に新生児期はビタミンK欠乏症の危険性が高い。その理由は、ビタミンKは胎盤移行性が悪い、腸内細菌叢での産生が少ない、母乳中の含有量が少ない、腸管での吸収能が低い、還元酵素活性が低い等である。

ビタミンK欠乏性出血症は、生後数日以内に発症し消化管出血を特徴とする新生児ビタミンK欠乏性出血症と、それ以降に発症し頭蓋内出血を特徴とする乳児ビタミンK欠乏性出血症に分けることができる。

これらの出血症はビタミンK製剤（メナテトレノン）を新生児に予防投与することで発症を防ぐことが可能である。この予防効果の科学的根拠は高く、ガイドラインに従い、全ての新生児に必ず実施すべきである<sup>6)</sup>。また、投与の実施について母子健康手帳に記録する必要がある。一方、医療従事者がビタミンK製剤の投与を行わないあ

るいは家族に投与を指導しなかった場合には、その結果発症したと考えられるビタミンK欠乏性出血症について責任追及される可能性がある<sup>7)</sup>。

## 2) 投与方法

日本小児科学会のガイドラインに従い、予防投与を実施する<sup>6)</sup> (図8)。なお、このガイドラインは産婦人科診療ガイドラインにも記載されている<sup>8)</sup>。ただし、早産児および合併症を持つ正期産新生児の場合には別の投与方法が必要である<sup>6)</sup>。

<p>わが国で推奨されている3回投与は以下のとおりである。</p> <p>①第1回目：出生後、数回の哺乳によりその確立したことを確かめてから、ビタミンK<sub>2</sub>シロップ1mL(2mg)を経口的に1回投与する。なお、ビタミンK<sub>2</sub>シロップは高浸透圧のため、滅菌水で10倍に薄めて投与するのもひとつの方法である。</p> <p>②第2回目：生後1週または産科退院時のいずれかの早い時期に、ビタミンK<sub>2</sub>シロップを前回と同様に投与する。</p> <p>③第3回目：1か月健診時にビタミンK<sub>2</sub>シロップを前回と同様に投与する。</p> <p>④留意点等</p> <p>(1)1か月健診の時点で人工栄養が主体(おむね半分以上)の場合には、それ以降のビタミンK<sub>2</sub>シロップの投与を中止してよい。</p> <p>(2)前文で述べたように、出生時、生後1週間(産科退院時)および1か月健診時の3回投与では、わが国およびEU諸国の調査で乳児ビタミンK欠乏性出血症の報告がある。このような症例の発生を予防するため、出生後3か月までビタミンK<sub>2</sub>シロップを週1回投与する方法もある。</p> <p>(3)ビタミンKを豊富に含有する食品(納豆、緑葉野菜など)を摂取すると乳汁中のビタミンK含量が増加するので、母乳を与えている母親にはこれらの食品を積極的に摂取するように勧める。母親へビタミンK製剤を投与する方法も選択肢のひとつであるが、現時点では推奨するに十分な証左はない。</p> <p>(4)助産師の介助のもと、助産院もしくは自宅で娩出された新生児についてもビタミンK<sub>2</sub>シロップの予防投与が遵守されなければならない。</p>
---

図8 合併症をもたない正期産新生児への予防投与

日本小児科学会新生児委員会ビタミンK投与見直し小委員会：新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症の改訂ガイドライン(修正版)。2011。

### ◆参考文献

- 6) 日本小児科学会新生児委員会ビタミンK投与見直し小委員会：新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症に対するビタミンK製剤投与の改訂ガイドライン(修正版)。日本小児科学会雑誌, 2011; 115: pp.705-712.
- 7) 日本周産期・新生児医学会：ビタミンK予防投与への緊急声明。2010年8月5日。
- 8) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会編・監：産婦人科診療ガイドライン—産科編 2011。2011, pp.310-313.

## 11. 胆道閉鎖症早期発見のための母子健康手帳便色カードの活用

胆道閉鎖症の症状に早く気付くことにより、予後、生活の質が大きく改善されることが期待される。



## 1) 便を観察することにより発見される疾患

### (1) 胆道閉鎖症

新生児および乳児の肝外胆管が、原因不明の硬化性炎症によって閉塞するため、肝臓から腸へ胆汁を排出できない。出生 9,000 人に 1 人であるが死亡率が高い。ビタミン K の吸収が不良になり、頭蓋内や消化管に出血を起こすことがある。黄疸はくすんだ黄色で目立たず見逃がされることもある。

### (2) その他の疾患

先天性胆道拡張症，新生児肝炎（症候群），アラジール症候群，シトリン欠損症，敗血症，尿路感染症，先天性代謝異常，染色体異常，進行性家族性管内胆汁うっ滞など

## 2) 便色カード（母子健康手帳参照）の活用方法

- 「胆道閉鎖症早期発見のためのフローチャート」<sup>9)</sup> に従い，生後 2 週，1 か月，2 か月は，必ず便と便色カードの色を見比べて記録し，生後 5 か月までは，注意が必要である。
- どちらの色か判断に迷った時は，数字の小さい方にする。
- 判定が 3 番だった場合は，産科や小児科に便を持参して，医師に便色カードと見比べてもらう。
- 便色カードの色は，コピー機等では正確な色が再現できないため原本を使用する。

## 3) 便色カードの保管方法

生後 5 か月ごろを目途に使用をやめる。便色カードの紫外線による変色を防ぐため直接日光が当たる場所は避ける。

### ◆参考文献

- 9) 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業  
小児科慢性特定疾患の登録・管理・回関・情報提供に関する研究  
(研究代表者 松井陽)：胆道閉鎖症早期発見のための便色カード活用マニュアル。  
平成 24 年 (2012 年) 3 月  
母子健康手帳の購入先：母子保健事業団 (<http://www.mcfh.co.jp/items/detail/72>)

## 12. GBS 陽性，未検査妊婦から出生した児について

GBS（B群溶血性レンサ球菌：Group B *Streptococcus*）は妊婦の10～20%に保菌が認められ、新生児の肺炎，髄膜炎，敗血症の原因となる。しかし，実際に新生児に感染症を認めることは稀で，分娩時に母体に抗生物質を投与することでさらに感染の頻度は低くなる。ただし，母体抗生物質投与で児の感染症の頻度は確実に低下するが，ゼロにはならないし，一度新生児に感染症が起こると死亡あるいは後遺症を残す可能性が高く，新生児の予後は不良である。したがって，GBS感染症の重篤性を考えると，GBS陽性妊婦から出生した新生児は，感染徴候に注意して観察し，GBS感染症の早期発見に努める必要がある。

新生児GBS感染症の発症時期は生後1週以内の早発型，しかも生後数日以内に発症する例が圧倒的に多いが，生後1週以上を経過して発症する遅発型の症例も存在する。感染症の初期症状は非特異的で，哺乳不良，活気の低下，発熱，末梢冷感等である。その後急速に症状が進行し，肺炎であれば多呼吸，髄膜炎があると痙攣，敗血症であればショック状態となる。したがって，GBS感染症のリスクのある新生児では，出生後常に非特異的な症状である哺乳不良，体温の不安定等の出現に注意し，疑わしい時は搬送する必要がある。また，破水後18時間以上経過しての分娩，38℃以上の母体発熱がある場合には，新生児の感染症のリスクが高いため，搬送対象とする。

### ◆参考文献

---

Verani JR, McGeel, Schrag SJ : Prevention of perinatal group B streptococcal disease. revised guidelines from CDC, 2010, MMWR Recomm Rep, 2010 ; 19 (RR-10) : pp.1-36.

## おわりに

副委員長 岡本喜代子

今回の改定は、地域での開業、病院・診療所で働く勤務助産師の働く場に関わらず、助産師の業務として重要な指針となるものである。その活用により助産業務の質が大きく改善されていくものであると確信している。

今回の改定のポイントは3点である。

第1は、助産業務は、基本的には活動の場（地域、病院等施設内）に関わらず活用できるものにした。

第2点は、よりわかりやすいものにするために、「IV 妊婦管理適応リスト」ならびに「V 正常分娩急変時のガイドライン」について、解説を加え、観察や判断の視点、搬送までの対応の例等をより具体的に挙げた。

特に、「IV 妊婦管理適応リスト」の「B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」の管理に関して、産婦人科医師と助産師、そして妊産婦も含めた三者のコンセンサスを得たアプローチが重要であることを明らかにした。すなわち、協働管理をしやすくするために紹介状・同意書の全例活用を目指したこと、産婦人科医師との密な連携のもと、GBS陽性が、「C. 産婦人科医師が管理すべき対象者」から「B. 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」になったこと等である。それによって、助産師は活動しやすくなり、より助産師に配慮した改定となったと考える。

第3点は、「VI 医療安全上留意すべき事項」12項目をガイドラインに包含した（常位胎盤早期剥離の保健指導、骨盤位の外回転術、分娩時の胎児心拍数の聴取、人工破膜、新生児蘇生、早期母子接触、新生児のビタミンK投与、GBS陽性、未検査妊婦から出生した児について等）。

『助産業務ガイドライン 2014』は、助産業務の範囲を縮小するものではなく、むしろチーム医療の考え方を基本に、地域であろうと施設内であろうと、働く場に関係なく、助産師が保健師助産師看護師法に基づき自律した業務を展開していく上で役立つものであると確信している。

おわりに

今後の課題としては、特に助産所における助産録等の記録の整備と今回の改定の意図をふまえた適正なガイドラインの啓発・普及があげられる。

活用して気づかれた点があれば、次の改定に反映させたい。今後の改善につながる忌憚のない意見を寄せていただきたい。

本ガイドラインが、より多くの助産師や関係者に活用され、産婦人科医師等との連携が促進され、安全で安心な助産業務が広がり、幸せな家族が増えることを心から願って止まない。

## ◆参考文献

---

- 1) 日本助産学会編：エビデンスに基づく助産ガイドライン—分娩期 2012. 日本助産学会, 2012
- 2) 厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班編：科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013年版. 金原出版, 2013
- 3) 日本助産師会：助産所開業マニュアル 2013年度版. 日本助産師会出版, 2013
- 4) 日本助産師会：分娩を取り扱う助産所の開業基準. 2012  
<http://www.midwife.or.jp/pdf/kaigyokijyun/kaigyokijyun.pdf> (2014年2月18日現在)
- 5) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会編・監：産婦人科診療ガイドライン—産科編 2011, 日本産科婦人科学会事務局, 2011
- 6) 日本医療機能評価機構（産科医療補償制度再発防止委員会）編：第1回産科医療補償制度再発防止に関する報告書. 日本医療機能評価機構, 2011
- 7) 日本医療機能評価機構（産科医療補償制度再発防止委員会）編：第2回産科医療補償制度再発防止に関する報告書. 日本医療機能評価機構, 2012
- 8) 日本医療機能評価機構（産科医療補償制度再発防止委員会）編：第3回産科医療補償制度再発防止に関する報告書. 日本医療機能評価機構, 2013
- 9) 日本未熟児新生児学会医療提供体制検討委員会：正期産新生児の望ましい診療・ケア. 日本未熟児新生児学会雑誌, 第24巻 第3号, 2012; pp.419-441.  
<http://jssp.gr.jp/pdf/sinseijikea.pdf> (2014年2月18日現在)
- 10) 助産師と産科医の協働の推進に関する研究 院内助産ガイドライン（主任研究者池ノ上克, 平成20年度分担研究報告. 2009, pp.7-18.
- 11) 岡村州博（主任研究者）：助産外来ガイドライン, 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, 平成20年度分担研究報告, 遠藤俊子：助産師活用システム—助産師外来推進のための諸課題に関する研究. 2009



## 参考資料

---

### 法令関係

---

- 助産師の責任範囲，臨時応急の手当
  - 保健師助産師看護師法
  - 医師法
- 記録の保存
  - 保健師助産師看護師法
  - 保健師助産師看護師法施行規則
- 医療安全
  - 医療法
  - 医療法施行規則
- 病院等に勤務している助産師が自宅出産等を取り扱ってよいか
  - 医療法に関する疑義について

---

## 法令関係

---

### ○助産師の責任範囲，臨時応急の手当

#### 保健師助産師看護師法

第37条 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つた場合を除くほか，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に付随する行為をする場合は，この限りでない。

第38条 助産師は，妊婦，産婦，じよく婦，胎児又は新生児に異常があると認めたときは，医師の診療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，この限りでない。

#### 医師法

第17条 医師でなければ，医業をなしてはならない。

\* 「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も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 医政発第0726005号 厚生労働省医政局長通知 抜粋）

### ○記録の保存

#### 保健師助産師看護師法

第42条 助産師が分べんの介助をしたときは，助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しなければならない。

2 前項の助産録であつて病院，診療所又は助産所に勤務する助産師が行つた助産に関するものは，その病院，診療所又は助産所の管理者において，その他の助産に関するものは，その助産師において，5年間これを保存しなければならない。

3 第1項の規定による助産録の記載事項に関しては，厚生労働省令でこれを定める。



## 保健師助産師看護師法施行規則

### (助産録の記載事項)

第34条 助産録には、次の事項を記載しなければならない。

- 一 妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業
- 二 分べん回数及び生死産別
- 三 妊産婦の既往疾患の有無及びその経過
- 四 今回妊娠の経過、所見及び保健指導の要領
- 五 妊娠中医師による健康診断受診の有無（結核、性病に関する検査を含む。）
- 六 分べんの場所及び年月日時分
- 七 分べんの経過及び処置
- 八 分べん異常の有無、経過及び処置
- 九 児の数及び性別、生死別
- 十 児及び胎児附属物の所見
- 十一 産じよくの経過及びじよく婦、新生児の保健指導の要領
- 十二 産後の医師による健康診断の有無

## ○医療安全

### 医療法

第6条の10 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。

### 医療法施行規則

第1条の11 病院等の管理者は、法第六条の十の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない（ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。）。

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
  - 二 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
  - 三 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
  - 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。
- 2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない。
- 一 院内感染対策のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの（ただし、ロについ

ては、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)

- イ 院内感染対策のための指針の策定
  - ロ 院内感染対策のための委員会の開催
  - ハ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施
  - ニ 当該病院等における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施
- 二 医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
- イ 医薬品の使用に係る安全な管理（以下この条において「安全使用」という。）のための責任者の配置
  - ロ 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
  - ハ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施
  - ニ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施
- 三 医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
- イ 医療機器の安全使用のための責任者の配置
  - ロ 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
  - ハ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
  - ニ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

## ○病院等に勤務している助産師が自宅出産等を取り扱ってよいか

### 医療法に関する疑義について

(昭和二八年三月二日)

(医取第六七号)

(山梨県知事あて厚生省医務局長回答)

### 照会

医療法適用上左記諸点に付疑義が生じたので御回答煩わしい。

### 記

1・2 略

3 官公署(保健所、市役所、町村役場等)及び学校、病院等へ勤務の、保健婦並びに助産婦が自

己の公務とは全く関係なく他の需要に応じて、自宅又は患者に自ら出向いて、これ等保健及び助産行為をなすことに依り、これに対する報酬を取得することは妥当であるが、この場合国家公務員法第百四条の規定による許可又は、地方自治法附則第九条及び同施行規程第二十八条の規定に基き、従前の規定に基き、従前の規定による許可は受けているものとする。

- 4 前項が妥当であるとすれば助産婦に付いては医療法第五条第一項の規定によりその助産婦の自宅を「助産所」と解してよいか、又保健婦については、保、助、看法第三十三条の規定に基く「業務開始届」を必要と解してよいか。
- 5 前各項が妥当であるとすれば、保健婦に対しては、保、助、看法第三十三条、助産婦に対しては、保、助、看法第三十三条並びに医療法第八条の規定による届出を必要とするから違反者には、医療法第七十四条第一項又は、保、助、看法第四十五条の規定を適用してよろしいか。

#### 回答

昭和二十七年九月十二日医第八ノ七九号をもって貴県衛生部長から照会のあった右のことについては左記の通り回答する。

#### 記

##### 1・2 略

- 3 官公署に勤務する保健婦助産婦が正当の手續を経て公務以外に保健指導、助産行為を行うことは、医療法及び保健婦助産婦看護婦法上は差し支えないが、この場合は、医療法第二条第一項又は第五条第一項に該当し、医療法及び保健婦助産婦看護婦法に定める届出等に関する諸規定の適用をうけ、これらの手續を怠った場合は罰則の伴うことは当然である。

## ◆助産業務ガイドライン改定特別委員会

(アイウエオ順 敬称略)

---

委員長	池ノ上 克	宮崎大学医学部附属病院病院長
副委員長	岡本 喜代子	日本助産師会会長
	島田 真理恵	上智大学教授
委員	安達 久美子	首都大学東京教授
	伊東 宏晃	浜松医科大学附属病院病院長教授（日本産科婦人科学会）
	井本 寛子	日本赤十字社医療センター副看護部長
	葛西 圭子	日本助産師会専務理事
	片岡 弥恵子	聖路加看護大学准教授（日本助産学会）
	草野 恵子	くさの助産院院長
	楠田 聡	東京女子医科大学母子総合医療センター所長（日本周産期・新生児医学会）
	武田 智子	八千代マタニティセンター武田助産院院長
	中井 章人	日本医科大学教授（日本産婦人科医会）
	中島 桂子	中島助産院院長
	平田 恵美	京都保健会京都民医連中央病院看護師長
	福井 トシ子	日本看護協会常任理事
	淵元 純子	ふちもと助産院院長
	村上 明美	神奈川県立保健福祉大学教授
事務局	市川 香織	日本助産師会事務局長（平成 24 年度）
	高村 志保	日本助産師会総務課長（平成 25 年度）

## 助産業務ガイドライン 2014

---

平成16年10月1日 第1版発行  
平成21年12月10日 第2版発行（全面改定）  
平成26年3月31日 第3版発行（全面改定）

編 集 公益社団法人日本助産師会  
助産業務ガイドライン改定特別委員会

発 行 公益社団法人 **日本助産師会**  
〒111-0054 東京都台東区鳥越2丁目12-2  
tel: 03-3866-3054(代) fax: 03-3866-3064  
URL—<http://www.midwife.or.jp>

---

\*本書の無断複写・転載を禁じます。