

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を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」¹⁾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²⁾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」³⁾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」¹⁾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²⁾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」³⁾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。

妊産褥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褥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褥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。

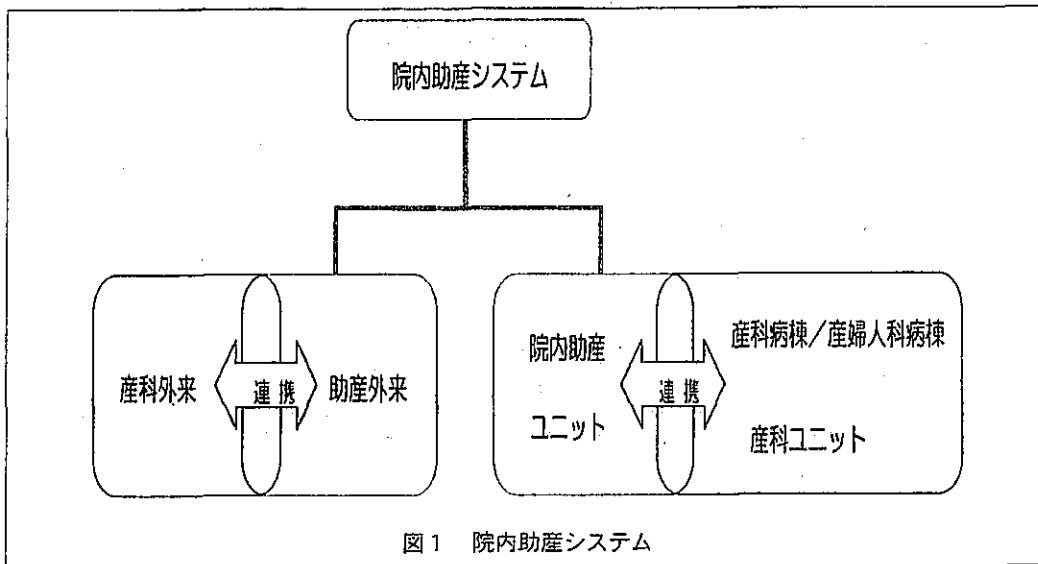


図1 院内助産システム

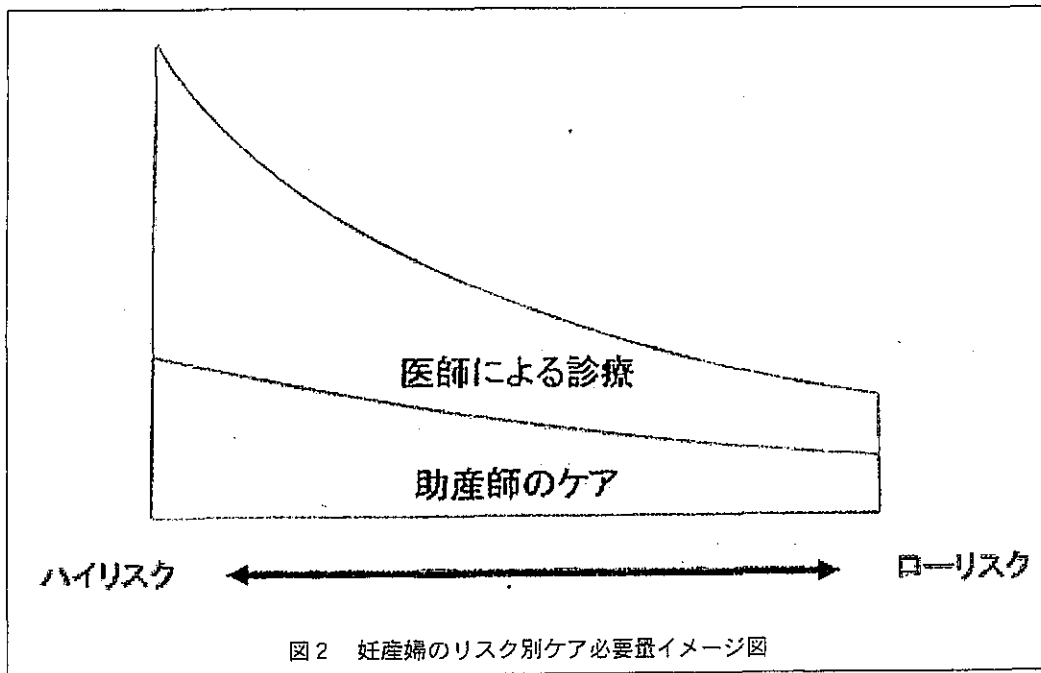


図2 妊産婦のリスク別ケア必要量イメージ図

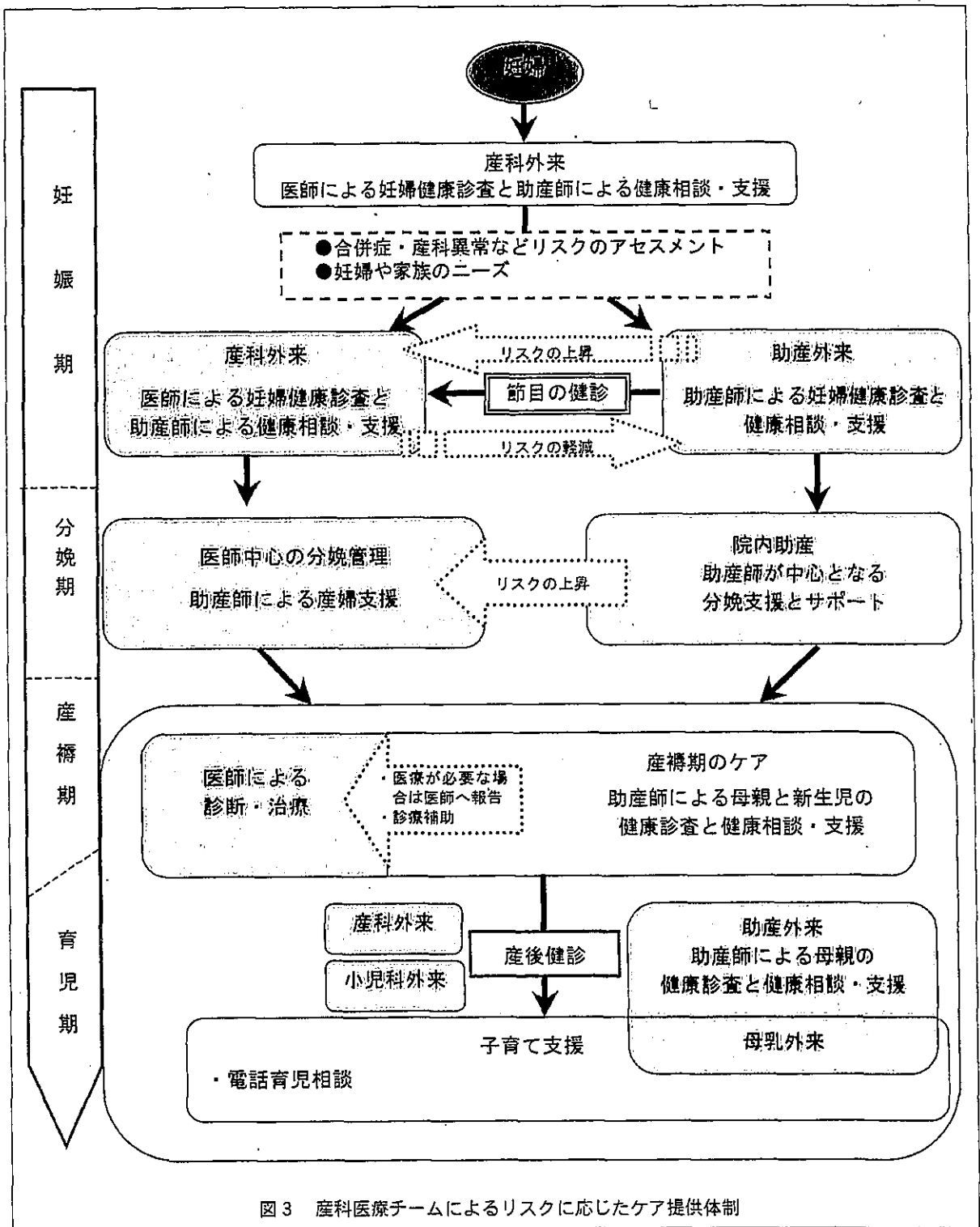


図3 産科医療チームによるリスクに応じたケア提供体制

1-4 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～麓色～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（解説1）
	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（解説1）
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（解説1）
	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 →頸管裂傷、腔壁裂傷、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	膣壁あるいは外陰部・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13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」¹²⁾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	• 2500 g未満の体重で出生
巨大児	• 出生時体重が4000 g以上
出生時の仮死状態	• 5分後のアプガールスコア7点以下 • 蘇生後の呼吸状態、全身色の改善がみられない • 蘇生による改善がみられない
呼吸障害	• 呻吟、陥没呼吸が続く • 多呼吸、鼻翼呼吸が続く • 無呼吸発作を繰り返す
チアノーゼ	• 啼泣があり、呼吸状態の改善が見られても全身色が悪い
全身状態の異常	• 筋緊張が不良 • 胸・腹部の異常（腹部膨満、腹部腫瘤など） • 頸部、鎖骨の異常 • 背部、腰部、脊柱の異常 • 股関節、四肢の異常 • 原始反射がみられない • 皮膚の異常 • 成熟徴候が認められない
奇形	• 外表奇形が認められる • 臍帯ヘルニアなど緊急手術を要する
特異な顔貌	• 染色体異常が疑われる • その他異常症状を有する
けいれん	• 硬直性、間代性けいれん症状がある • 痙攣様運動が認められる
嘔吐	• 吸引チューブが胃内まで届かない • 強い嘔気と嘔吐を繰り返す • 胆汁様嘔吐を繰り返す • 胆汁様嘔吐や血性嘔吐がある • 強い嘔気と嘔吐を繰り返す、哺乳力不良、腹満などの症状がある
発熱	• 38.0℃以上の熱が続く • 37.5℃以上でも他の症状がある
低体温	• 保温しても36.0℃未満が持続する • 36.5℃未満でも他の症状がある
心拍数ならび心雑音	• 徐脈（心拍数が100回/分未満）が持続している • リズム不整がある • 生後24時間以降にも心雑音が聴取される • 生後24時間以内であってもチアノーゼや多呼吸を伴う

黄疸	<ul style="list-style-type: none"> • 生後24時間以内に認められる • 生理的範囲を逸脱する • 光線療法の基準に達する
排泄の異常	<ul style="list-style-type: none"> • 尿性状の異常、出血など • 24時間以内に排尿がない • 便の性状の異常 • 24時間以内に排便がない • 下痢が続き脱水症状がある • 体重減少が続く
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予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。

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

第三十七条

(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。

第三十八条

(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

第十七条

(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 医政発第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

病院等の管理者は、施設全体の医療提供体制に責任を有すること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。

医師法

第三章 医療の安全の確保

第六条の一〇

(病院等の管理者の責務)

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。

D. 結論

平成19年12月28日に出された厚生労働省医政局長通知（医政発第1228001号）「医師および医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」には、医師と助産師との役割分担について「医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用する…（省略）」と示された。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取り組むことも新たな課題である。

本ガイドラインを活用していただき、妊産褥婦およびその家族に対してより質の高いケアの提供ができることを願うと同時に忌憚のないご意見をいただきたい。

〈参考文献〉

- 1) 日本産婦人科学会／日本産婦人科医会編集・監修：産婦人科診療ガイドライン-産科編2008，日本産婦人科学会事務局，2008。
- 2) 日本助産師会：助産所業務ガイドライン，日本助産師会，2008。
- 3) 日本看護協会：病院・診療所における助産師の働き方-助産師が自立して助産ケアを行う体制のために-，日本看護協会，2006。
- 4) 日本看護協会：平成20年度助産センターの設置推進プロジェクト答申，平成21年度日本看護協会総会資料，2009。
- 5) 日本産科婦人科学会：産婦人科研修の必修知識2007，日本産科婦人科学会，2007。
- 6) 日本産科婦人科学会編集：産科婦人科用語集・用語解説集 改定第2版，金原出版，2008。
- 7) 日本産婦人科医会編：胎児の評価法-胎児評価による分娩方針の決定-，日本産婦人科医会，2008。
- 8) 荒木 勤：最新産科学 正常編 改定第22版，文光堂，2008。
- 9) 荒木 勤：最新産科学 異常編 改定第21版，文光堂，2008。
- 10) 坂元正一他編：改訂版 プリンシプル産科婦人科学2，メジカルビュー社，1998。
- 11) 和田雅樹：新生児の基本管理マニュアル-出生直後の新生児の扱い方-仮死児，周産期医学，37（1），21-24，2007。
- 12) 主任研究者 岡村州博：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氏の集中化モデル事業」班ホームページ
URL：<http://www.osan-kiki.jp/index.html>
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-，資料1「助産外来ガイドライン」 URL：<http://www.osan-kiki.jp/researchreport-02.html>

解説 1 〈胎児心拍数パターンの考え方〉

胎児心拍数に関する用語および定義は、日本産科婦人科学会で2003年に出されたものに則った。また、所見の記載および評価については、日本産婦人科医会の「胎児の評価法—胎児評価による分娩方針の決定—」(平成20年2月)⁷⁾に準拠している。

reassuring fetal statusを示す典型的所見

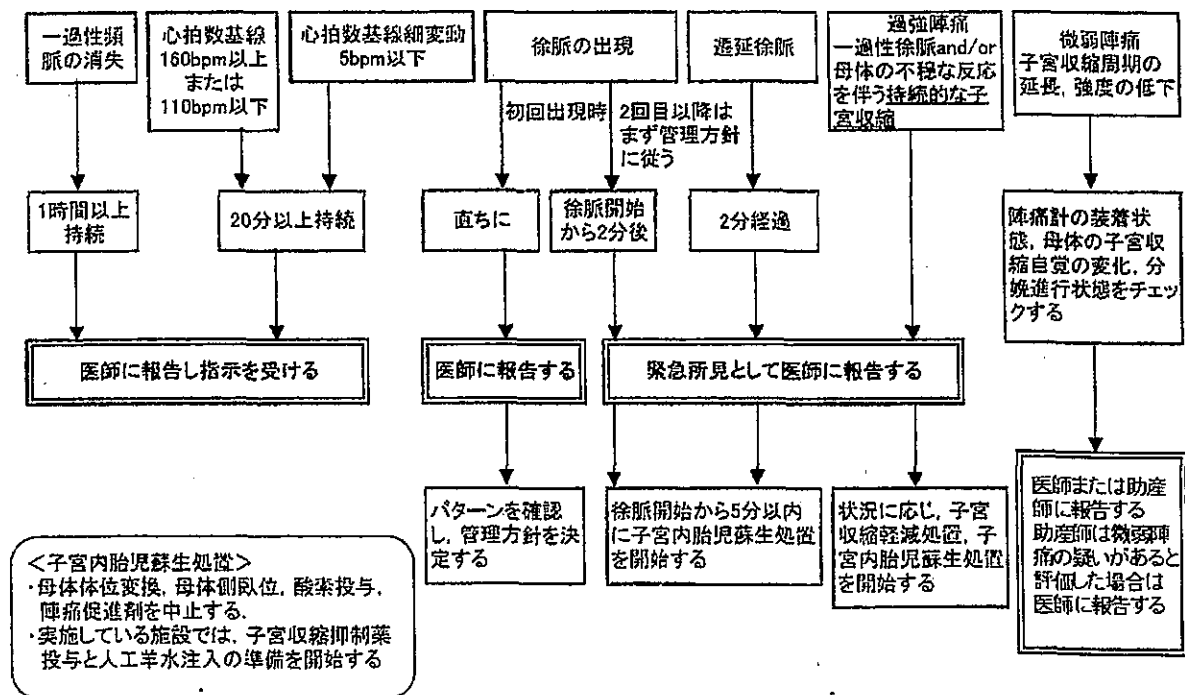
- ①心拍数基線が正常範囲内 110~160bpm
- ②心拍数基線細変動が正常範囲内 6~25bpm
- ③一過性頻脈が認められる 振幅15bpm以上、持続15秒~2分間
- ④一過性徐脈が認められない

reassuring fetal statusでない状態を示す所見

- ①心拍数が110bpm未満の徐脈
- ②心拍数が160bpmを超える頻脈
- ③心拍数基線細変動の減少 5 bpm以下
- ④心拍数基線細変動の増加 26bpm以上
- ⑤心拍数基線細変動の減少を伴わない遅発一過性徐脈
- ⑥心拍数基線細変動の減少を伴った遅発一過性徐脈
- ⑦遷延一過性徐脈 2分以上10分未満

◎変動一過性徐脈は、臍帯圧迫により起こることが多いため、出現時の児の状態は様々である。除脈出現頻度、深さ、心拍数基線細変動の状態などから総合的に判断する必要がある。

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



胎児の評価法—胎児評価による分娩方針の決定、p23より引用
(社団法人 日本産婦人科医会 平成20年2月発行)

