

平成29年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業
院内助産・助産師外来ガイドライン2018



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 **日本看護協会**

院内助産・助産師外来ガイドライン 2018 目次

| | |
|---------------------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 1 院内助産・助産師外来の必要性 | 2 |
| 1-1 周産期の現状と課題 | 2 |
| 1-2 チーム医療強化の必要性 | 5 |
| 2 院内助産・助産師外来の現状と課題 | 7 |
| 2-1 院内助産・助産師外来の現状 | 7 |
| 2-2 アドバンス助産師の活用 | 8 |
| 3 院内助産・助産師外来 | 9 |
| 3-1 院内助産・助産師外来の定義 | 9 |
| 3-1-1 院内助産とは | 9 |
| 3-1-2 助産師外来とは | 9 |
| 3-2 院内助産・助産師外来の機能 | 9 |
| 3-2-1 院内助産の機能 | 9 |
| 3-2-2 助産師外来の機能 | 10 |
| 3-2-3 助産師中心の継続ケアを提供する機能 | 10 |
| 3-3 院内助産・助産師外来の開設と運営に必要な体制 | 11 |
| 3-3-1 組織の位置づけ | 11 |
| 3-3-2 設備 | 11 |
| 4 院内助産・助産師外来開設のプロセスと運営 | 12 |
| 4-1 理念の明確化 | 12 |
| 4-2 現状分析 | 12 |
| 4-3 開設に向けた準備 | 12 |
| 4-4 運営 | 12 |
| 4-5 多職種との連携・調整 | 14 |
| 4-6 地域住民に対する周知活動 | 14 |
| 5 院内助産・助産師外来に必要な体制整備 | 15 |
| 5-1 運営規定 | 15 |
| 5-1-1 運営規定の意義・目的 | 15 |
| 5-1-2 運営規定の内容 | 15 |
| 5-2 安全管理指針 | 16 |
| 5-2-1 安全管理指針の意義・目的 | 16 |
| 5-2-2 安全管理指針の内容 | 17 |
| 5-3 対象者の選定基準 | 18 |
| 5-4 院内助産・助産師外来を担当・指導する助産師の基準 | 20 |
| 5-5 産科医師・新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準 | 20 |

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|----|
| 5-5-1 | 妊娠期の産科医師への相談・報告基準 | 21 |
| 5-5-2 | 分娩期の産科医師への相談・報告基準 | 22 |
| 5-5-3 | 産褥期の産科医師への相談・報告基準 | 24 |
| 5-5-4 | 新生児期の産科医師および新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準 | 25 |
| 5-6 | 記録 | 29 |
| 5-6-1 | 助産録の意義・目的 | 29 |
| 5-6-2 | 助産録に記載すべき内容 | 30 |
| 5-6-3 | 助産録に記載すべき内容が含まれる記録物の把握 | 30 |
| 5-6-4 | 電子カルテ等電子媒体による保存について | 30 |
| 5-7 | 評価 | 31 |
| おわりに | | 32 |
| 引用文献 | | 33 |
| 参考となる資料等 | | 34 |
| 周産期医療対策と院内助産・助産師外来の推進経過（参考資料） | | 35 |

はじめに

2008（平成 20）年に作成された「院内助産ガイドライン—医師と助産師の役割分担と協働」¹⁾（以下、旧ガイドライン）から 10 年が経過した。

旧ガイドラインが作成された当時の医療現場では、医師の業務負担が大きな課題になっており、周産期においては、産科医師の業務負担軽減や妊産褥婦の多様なニーズへの対応を目的に、助産師を積極的に活用する「院内助産・助産師外来の推進」が図られた。これを契機に、分娩取扱医療機関における院内助産・助産師外来の開設増加が予測された。そこで、安全で快適な院内助産を実施するために、産科医師と助産師がともに合意できる指針として、旧ガイドラインが作成された。

旧ガイドライン公表後の周産期を取り巻く現状を概観すると、全出生数に対する 35 歳以上の分娩割合は、2014（平成 26）年は 27.5%で、約 10 年前の 2005（平成 17）年 16.4%と比べ約 1.7 倍となり²⁾、母体年齢が上がるとともに妊娠合併症等のリスクも増加することが明らかとなっている³⁾。

また、「周産期医療体制のあり方に関する検討会」では、精神疾患合併妊婦の帝王切開率が 30%を超え、全分娩における帝王切開率（約 19%）より高いと報告している⁴⁾。さらに、東京 23 区における妊産婦の自殺率が東京都の妊産婦死亡率の 2 倍以上であり、自殺した妊婦のうち約 4 割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の約 5 割が産後うつ病等の精神疾患であったことから、これらは医療体制の強化で防ぎうる群であると報告している⁵⁾。

また、国が取り組んでいる働き方改革では、医師については、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえつつ、労働基準法の改正法の施行期日の 5 年後を目処に、新たな時間外労働規制を適用することが示された⁶⁾。週当たりの勤務時間が 60 時間以上の病院常勤医師の診療科別割合では、産婦人科が 53.3%と最も多くなっており⁷⁾、周産期における産科医師と助産師等の連携・協働がより一層求められている。

上記を踏まえると、妊娠期から育児期における切れ目のない支援にむけた体制整備や効率的な役割分担による産科医師との連携・協働体制の整備が、喫緊の課題といえる。

今回、策定した「院内助産・助産師外来ガイドライン 2018」では、周産期医療を取り巻く環境や医療機関の機能や特徴を踏まえ、妊産褥婦とその家族の多様なニーズに応えるために、対象者の選定基準を設定し、産科医師・新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準を加えた。さらに、本ガイドラインを、産科医師・助産師の他に、病院管理者・看護管理者・事務部門等が現場で確認・共有しやすいように、ダイジェスト版も作成した。

本ガイドラインを活用され、各医療機関に応じた、院内助産・助産師外来の開設や運営に活用されることを期待したい。

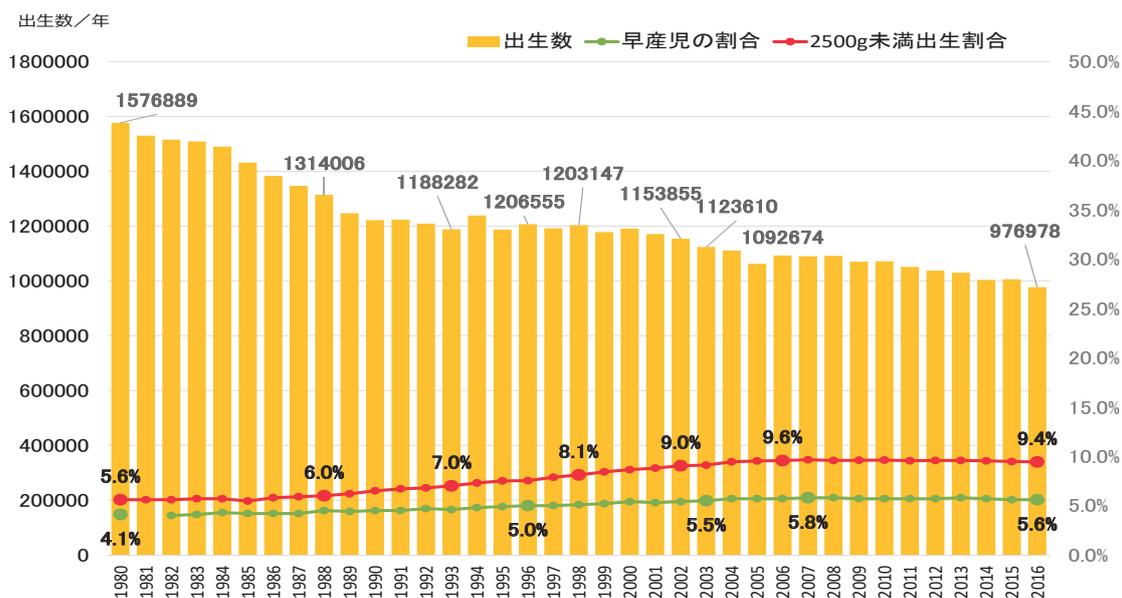
2018（平成 30）年 3 月

1 院内助産・助産師外来の必要性

1-1 周産期の現状と課題

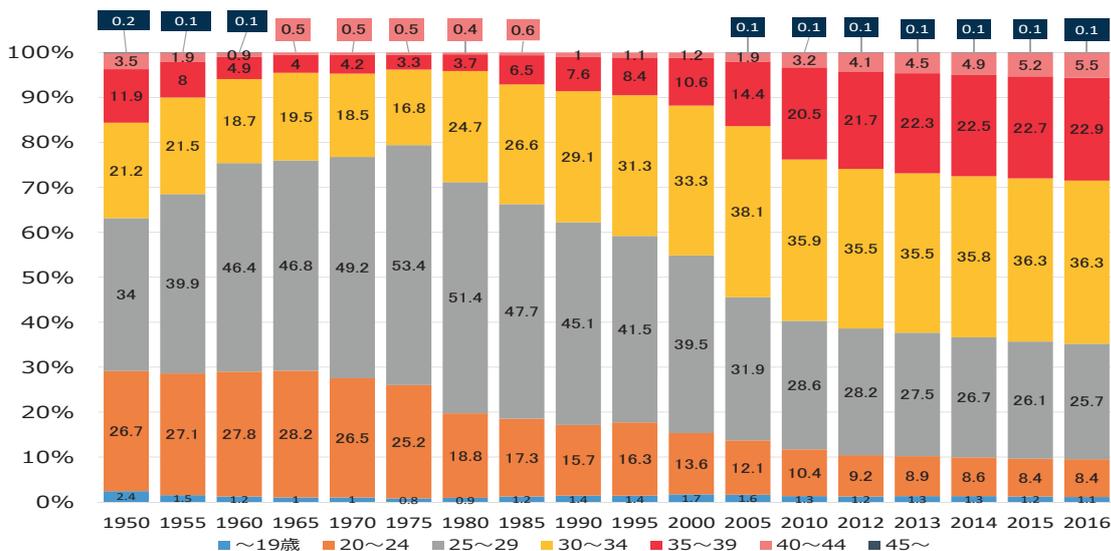
我が国の出生数は、総じて減少傾向にある。2008（平成20）年以降の全出生数に対する早産児および低出生体重児が占める割合はほぼ横ばいで推移し（図表1）、35歳以上の分娩割合は年々増加している（図表2）²⁾。また、ハイリスク分娩の増加に伴い、一般病院における帝王切開娩出術の割合は増加し続けている（図表3）⁸⁾。

図表1 出生数と早産児・2500g未満の出生割合



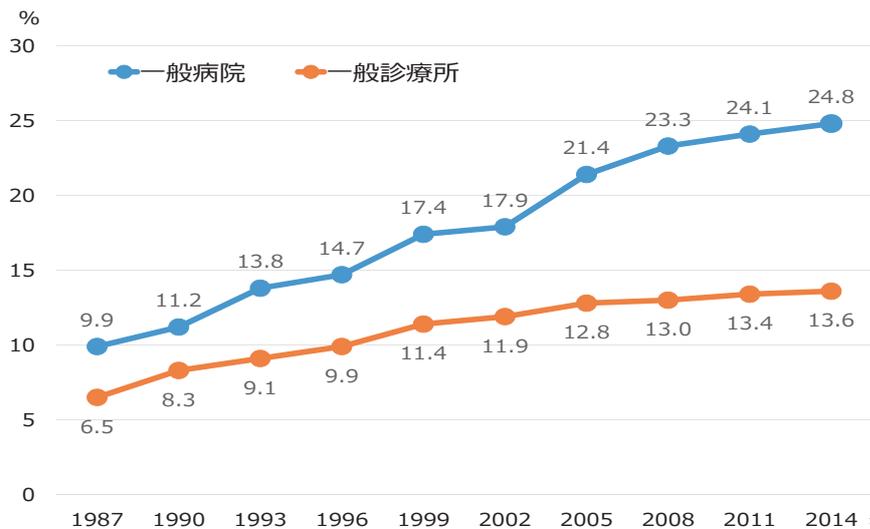
出典：「平成28年（2016）人口動態統計（確定数）の概況」を基に作成（日本看護協会）

図表2 母の年齢別にみた年次別出生数の割合



出典：「平成28年（2016）人口動態統計（確定数）の概況」を基に作成（日本看護協会）

図表 3 分娩取扱医療機関における帝王切開娩出術の割合の年次推移

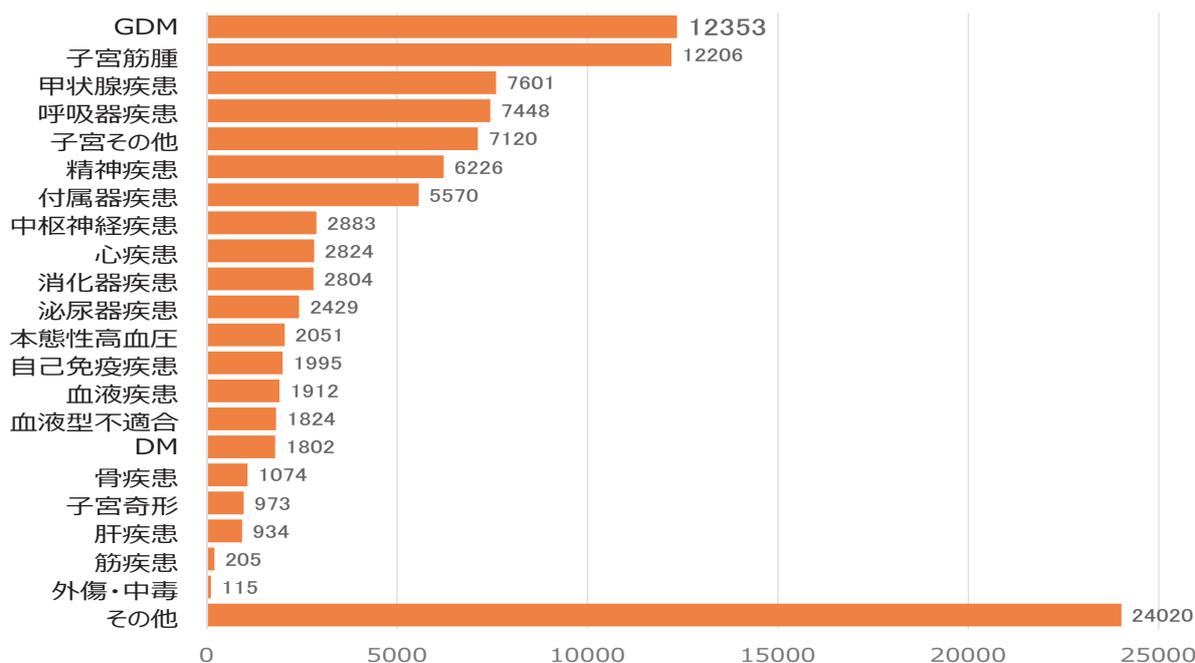


出典：「平成26年（2014）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」P20を基に改変（日本看護協会）

「周産期医療体制のあり方に関する検討会」では、ハイリスク妊産婦の詳細について、精神疾患合併妊婦の帝王切開率は30%を超え、全分娩における帝王切開率（約19%）より高いと報告している⁴⁾。

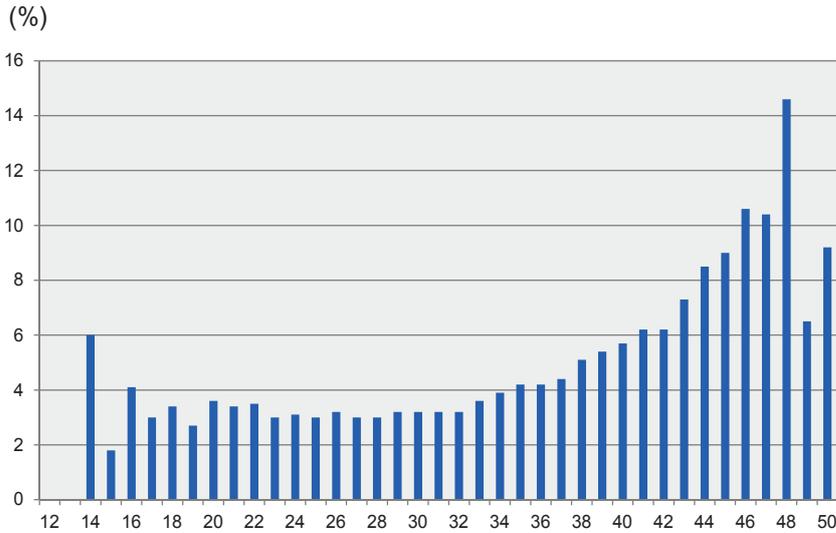
妊娠期または妊婦の合併症では、妊娠糖尿病が他の疾患より多くなっており（図表4）⁹⁾、分娩取扱医療機関の約7割で、助産師が妊娠糖尿病を持つ女性の相談に対応していたことが明らかになっている¹⁰⁾。また、母体の年齢が上がるとともに、妊娠高血圧症候群等のリスクが増加することも報告されている（図表5）³⁾。

図表 4 母体基礎疾患の内訳（重複あり）



出典：日本産科婦人科学会 周産期委員会 報告（日産婦誌 69 巻 6 号）P1459 を基に改変（日本看護協会）

図表 5 母体年齢別にみた妊娠高血圧症候群



出典：不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会 報告書（平成 25 年 8 月 23 日）関係資料 3（厚生労働省）、第 3 回不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会 荻原参考人提出資料一部改変

周産期のメンタルヘルスケアについては、東京 23 区の妊産婦の自殺率が東京都の妊産婦死亡率の 2 倍以上であったことが報告され、自殺した妊婦のうち、約 4 割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の約 5 割が産後うつ病等の精神疾患であったことが明らかになっている⁵⁾。

さらに、子ども虐待については¹¹⁾、心中以外の虐待死亡 52 人のうち 0 歳児が占める割合は 57.7%（30 人）、月例別では 0 か月の占める割合が 43.3%（13 人）と最も多かったことが報告されている。心中以外の虐待死における主たる加害者は、実母 50.0%（26 人）と全体の半数を占めており、日齢 0 日児事例においては約 8 割となっている。これらの背景には、予期せぬ妊娠や若年（10 代）妊娠等の課題が挙げられている。

上記を踏まえ国では、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する「子育て世代包括支援センター（法律名：母子健康包括支援センター）」や、産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図る観点から産後 2 週間、産後 1 か月の母子支援の強化として「産婦健康診査事業」が推進されている。

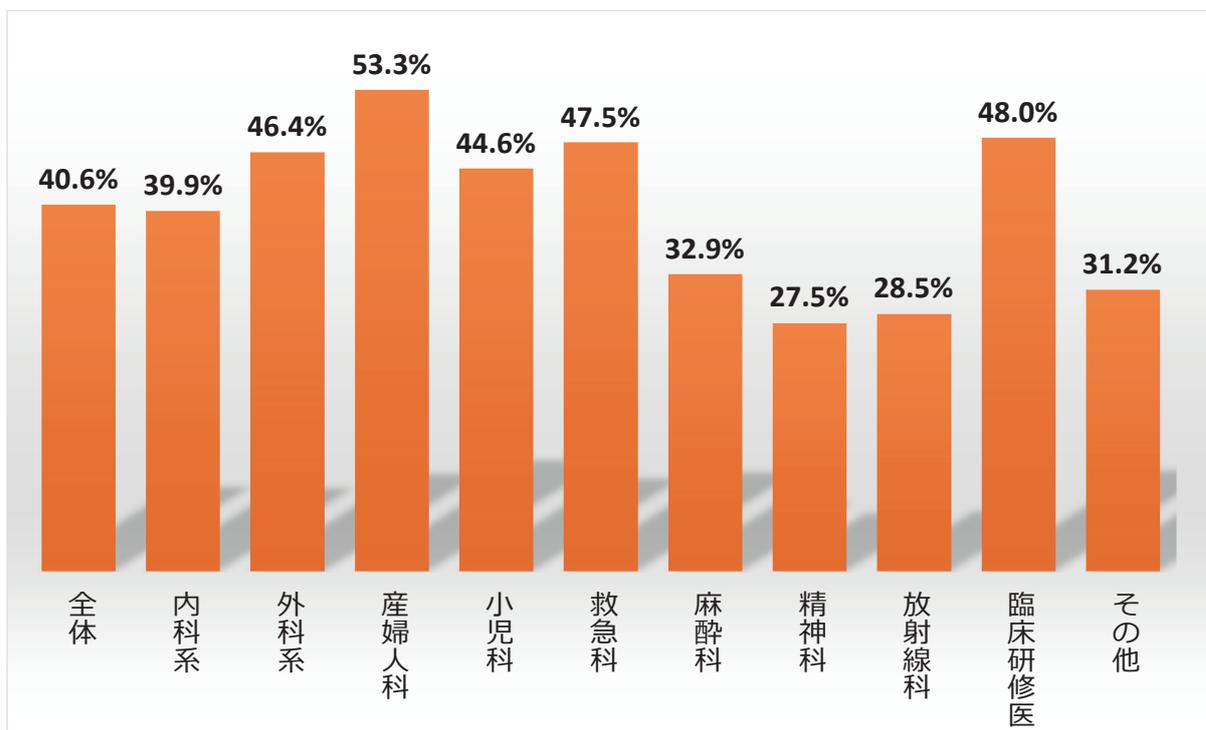
産婦健康診査では、エジンバラ産後うつ質問票（EPDS）等を活用し、産後の初期段階における母子支援の強化を図っていることから、分娩取扱医療機関は、地域へつなぐ役割があり、そのため体制整備が急務である。

1-2 チーム医療強化の必要性

2008（平成20）年の「安心と希望の医療確保ビジョン」¹²⁾をはじめ、これまでに助産師の専門性発揮によるチーム医療の強化が求められてきた。このことに加え、働き方改革において、日本の労働制度と働き方の課題として、長時間労働が挙げられている。

1週間の労働時間が60時間を超える雇用者の割合を職種別にみると、医師が41.8%と最も多くなっている¹³⁾。特に、週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合では、産婦人科が53.3%と最も多く、次いで臨床研修医48.0%、救急科47.5%と報告されている。（図表6）⁷⁾。

図表6 週当たりの勤務時間60時間以上の病院勤務医師の診療科別割合



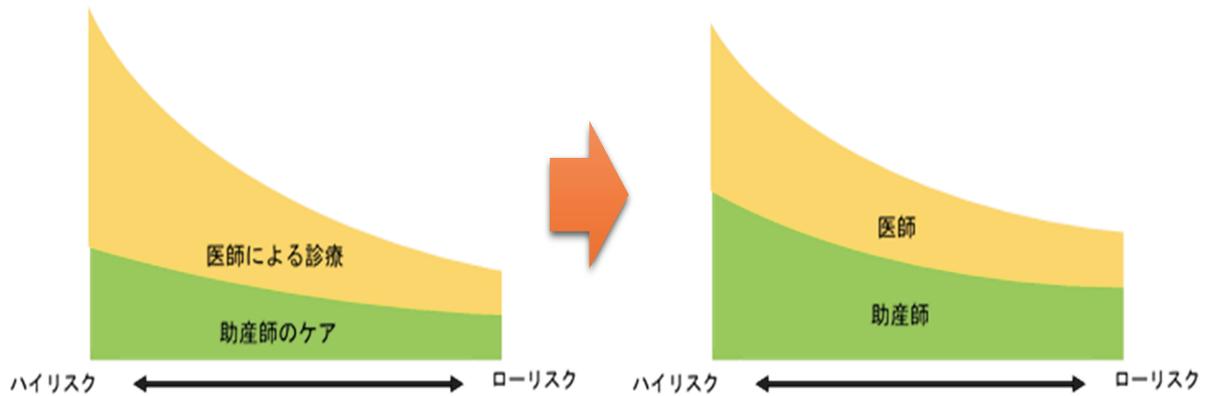
出典：医師の勤務実態について（第2回医師の働き方改革に関する検討会（平成29年9月21日 資料3）を基に改変（日本看護協会）

今後、働き方改革が推進されることで、さらに役割分担が進み、産科医師・助産師がともに、それぞれの専門性を発揮した連携・協働が求められる。

旧ガイドラインでは、「ハイリスクにあつては、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」と述べている¹⁾。

ハイリスク妊産婦は産科医師、ローリスク妊産婦は助産師とリスクで分担するのではなく、助産師は全ての妊産婦に関わり、ハイリスク妊産婦には加えて産科医師が関わることで、妊産婦のニーズや状態に応じたチーム医療となる。

図表 7 妊産婦のリスク別診療とケアの割合（医師・助産師）¹⁴⁾



妊産婦のリスク別ケア必要量イメージ図

出典：「院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働」¹⁾ P9

出典：平成26年度安全・安心な出産環境提供体制の推進に関する検討委員会報告書（日本看護協会）

効率的な医療提供体制を構築していくためには、各医療機関の機能や地域ニーズ・対象者ニーズを踏まえ、産科医師と助産師とが役割分担し、チーム医療の推進にもつながる院内助産・助産師外来の体制整備が求められる。

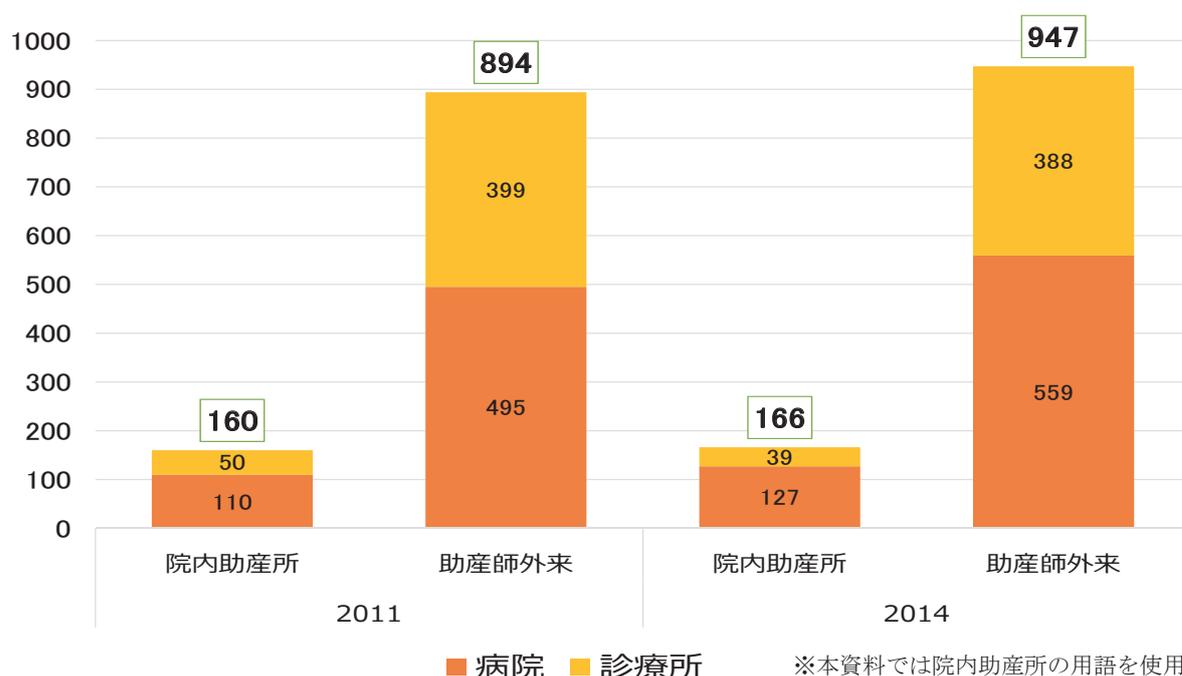
2 院内助産・助産師外来の現状と課題

2-1 院内助産・助産師外来の現状

医療施設（静態・動態）調査⁸⁾によると、助産師外来の開設数は増加しているが、院内助産の開設数については、ほぼ横ばいとなっている（図表 8）。

院内助産・助産師外来の運営については、開催日程や回数、助産師の配置・ケア提供内容等が様々であることが課題に挙げられている。

図表 8 院内助産所・助産師外来の開設状況（病院・診療所別）



出典：平成 23 年医療施設（静態・動態）調査／平成 26 年医療施設（静態・動態）調査を基に作成（日本看護協会）

日本看護協会は、2008（平成 20）年から 3 年間、「院内助産システムの推進 3 カ年計画」として、院内助産システムに関する用語・要件・支援体制等の整備、院内助産システムに関する医療関係職およびサービス利用者に対する普及啓発、政策提言等に取り組んだ。

2010（平成 22）年に「院内助産システム機能評価指標」¹⁵⁾（以下、評価指標）を開発し、活用を推進した。その後、2015（平成 27）年には、院内助産システムを先駆的に導入した 11 施設に対し、評価指標の活用状況等について情報収集を行った。しかし、評価指標を活用していた施設は、2 施設に留まっていた。

一方、日本助産学会では、院内助産と助産師外来を設置している分娩取扱医療機関における組織体制、運営、ケア、評価に関する実態を明らかにし、院内助産・助産師外来の標準化に活用できる「助産外来・院内助産の組織、運営、評価に関する調査報告書」¹⁶⁾を公表した。院内助産・助産師外来の開設や運営における活用が期待される。

2-2 アドバンス助産師の活用

アドバンス助産師とは、院内助産・助産師外来において自律してケア提供できる助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）（以下、^{クロックミップ}CLoCMiP[®]）¹⁷⁾ レベルⅢを日本助産評価機構によって認証された助産師をいう。

^{クロックミップ}CLoCMiP[®]レベルⅢ認証制度は、2015（平成27）年に助産関連5団体（日本看護協会・日本助産師会・日本助産学会・全国助産師教育協議会・日本助産評価機構）によって創設され、これまでに、^{クロックミップ}CLoCMiP[®]レベルⅢに認証されたアドバンス助産師が多く誕生している。

分娩取扱医療機関で^{クロックミップ}CLoCMiP[®]を活用することは、全ての妊産褥婦とその家族に、標準化した助産師のケアを提供することにつながる。また、組織における助産ケアの質保証やチーム医療を推進する際には、助産師の実践能力を多職種と共通認識することが可能になる。

しかし、助産師の実践能力については、就業する医療機関の機能等によって差が生じることから、助産師出向支援導入事業¹⁹⁾を活用する等、人材育成のための教育体制を整備する必要がある。

さらに、第7次医療計画「周産期医療の体制構築に係る指針」現状把握の項では、“院内助産及び助産師外来の活動状況”が記載され、指標例には“アドバンス助産師数”が明記された¹⁸⁾。

上記を踏まえ、アドバンス助産師が院内助産・助産師外来での活用が期待される。

3 院内助産・助産師外来

3-1 院内助産・助産師外来の定義

3-1-1 院内助産とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥 1 か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

旧ガイドラインでは、院内助産を「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」¹⁾と定義している。また、注釈として、「厚生労働省の事業で使用している“院内助産所”も“院内助産”と同義であり、この場合の“院内助産所”は、医療法でいう“助産所”ではない。」としている。

本ガイドラインでは、“院内助産所”という名称が、医療法でいう“助産所”を想起させ、正常分娩のみを扱うイメージや、特別に“場所の確保”が必要ということの思い浮かべるため、「所」を削除し「院内助産」とした。また、今回の定義では、妊産褥婦にケアを提供する期間を示した。

3-1-2 助産師外来とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。

旧ガイドラインでは、外来における実践内容を示す標記が望ましいため、“助産師外来”の「師」はあえてつけず「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」¹⁾と定義している。

本ガイドラインでは、“助産師”が実施している外来であることが、妊産褥婦等の対象者に明確に分かるよう、「助産師外来」とした。また、対象者を中心に産科医師と助産師が連携・協力することを示した。

3-2 院内助産・助産師外来の機能

3-2-1 院内助産の機能

院内助産は、「①緊急時の対応が可能な医療機関において、②助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、③妊娠から産褥 1 か月頃まで、④正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう」と定義した。①～④の実施のために必要な以下の機能をもつ。

① 緊急時の対応が可能な機能

- ・各医療機関の機能や特徴等を踏まえ、対象者の基準や産科医師・新生児科医師（小児科医

- 師) への相談・報告基準を用いた速やかな連携体制
- ・緊急時を想定した妊娠期・分娩期・産褥期・新生児期の各期、症状別の報告ルート（リスト）の明確化
- ② 助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重する機能
 - ・バースプランを活用する等して、院内助産を担う助産師と産科医師等が情報共有し、妊産褥婦とその家族の意向を尊重し支援できる体制
- ③ 妊娠から産褥 1 か月頃まで助産ケアを提供する機能（継続してケアを行う機能）
 - ・バースプラン・バースレビューを活用する等して、産後に母親が主体的に育児を行えるよう、必要な支援を提供できる体制
 - ・切れ目のない支援にむけて、母子の 2 週間健診等の実施・支援ができる体制
 - ・支援が必要な母子については、医療機関と子育て世代包括支援センターとの連絡・調整のための体制
- ④ 正常・異常を判断して助産ケアを提供する機能
 - ・院内助産を担当する助産師が的確な判断ができる実践力を保持するための教育体制

3-2-2 助産師外来の機能

助産師外来は、「①緊急時の対応が可能な医療機関において、②助産師が産科医師と役割分担をし、③妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、④健康診査や保健指導を行うことをいう」と定義した。①～④の実施のために必要な以下の機能をもつ。

- ① 緊急時の対応が可能な機能
 - ・各医療機関の機能や特徴等を踏まえ、対象者の選定基準や産科医師への相談・報告基準を用いた速やかな連携体制
- ② 助産師が産科医師と役割分担するチーム医療の機能
 - ・周産期におけるメンタルヘルスケアや虐待予防等の観点から、支援が必要な妊産褥婦とその家族が地域で安全・安心に生活できるよう、子育て世代包括支援センターや関係職種との連携体制
 - ・平成 30 年度診療報酬改定では、「精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価」²¹⁾が新設されたため、産科・精神科および自治体の多職種連携が実施できる体制
- ③ 助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重する機能
 - ・バースプランを活用し、助産師外来や院内助産を担当する助産師や産科医師等で情報を共有する等、妊産褥婦とその家族の意向を尊重し支援できる体制
- ④ 健康診査や保健指導を行う機能
 - ・助産師外来を担当する助産師が的確な判断ができる実践力を保持するための教育体制
 - ・支援が必要な妊産褥婦のスクリーニングと支援・連携に関する教育体制

3-2-3 助産師中心の継続ケアを提供する機能

助産師外来で継続した支援を行った妊産婦については、分娩期・産褥期まで継続した支援を提供することが望ましい。

助産師中心の継続ケアは、妊産褥婦とその家族との信頼関係が構築され、安心感や満足感につながり、硬膜外麻酔分娩や吸引・鉗子分娩、会陰切開等の医療介入を最低限に抑える効果があることが報告されている²⁰⁾。しかし、一人の助産師が一人の妊婦を継続的に受け持つプライマリー制の実施は、交代制勤務を行っている医療機関では困難なことが多い。方策として、少人数の助産師がチームを組み、妊産褥婦を継続して担当することや、予定日が同じ月の妊婦を対象にした母親学級をチームで運営・担当する等の工夫で、継続ケアの提供が可能となる。助産師が助産師外来から院内助産まで継続して支援することができるよう、病棟外来一元化の体制を導入する等して、妊娠から産褥1か月頃まで、継続した助産ケアが提供できるよう体制を整備する。

3-3 院内助産・助産師外来の開設と運営に必要な体制

3-3-1 組織の位置づけ

院内助産・助産師外来を組織に位置づけることは、組織の中で院内助産・助産師外来が他部署・他部門とどのような関係にあるのかを明確にすることができ、報告・連絡ルートが理解しやすくなる。また、妊産褥婦とその家族・地域等に対し、その医療機関が提供する周産期医療機能として院内助産・助産師外来を有していることを周知することにつながる。さらに、組織に位置づけることによって、組織としての実績評価や人材育成の取り組みとして、院内助産・助産師外来の実績評価や助産師の人材育成が行われることになる。特定妊婦等のハイリスク妊婦とその家族を支援するために必要な医療機関内外の連携も図りやすくなる。

3-3-2 設備

院内助産・助産師外来の開設・運営にむけて、現在、実施している産科外来や分娩室等の環境を大きく変えず、工夫することにより、コストを抑えて設備を整えることが可能である。

院内助産・助産師外来を開設し、運営・維持していくために必要な物品や助産師の研修等については、職能団体や都道府県行政との協力が不可欠となる。例えば、補助金（地域医療介護総合確保基金）等の活用が可能であるかどうかについても都道府県行政等に相談する。

4 院内助産・助産師外来開設のプロセスと運営

院内助産・助産師外来開設のプロセスと運営については、図表 9²²⁾ を参考のこと。

4-1 理念の明確化

医療機関の理念／妊産婦ケアに対する理念・看護部の理念に基づき、どのような助産ケアを提供するのか、その院内助産や助産師外来の理念を明文化し、組織全体で共有する。

中心メンバーとなる助産師等の意思決定や目指す方向性の共有を図るとともに、協働する産科医師および病棟管理者（師長等）とも協議し合意を得る。その後、看護部長、事務部長、施設長等へ説明を行い、組織内の合意形成を図る。

4-2 現状分析

地域ニーズや医療機関の現状分析を行い、院内助産・助産師外来が地域に果たす役割や期待される役割、地域住民のニーズ等を把握する。

分析結果を基に検討したことを踏まえ、院内助産・助産師外来でどのようなケアを提供していくのか、その意義と目的を明文化する。

- 周産期医療体制の現状と課題：国・都道府県・医療圏等の状況
- 地域ニーズの分析：人口構成、出生数、分娩取扱医療機関数、院内助産・助産師外来を実施する医療機関数・実施状況等
- 医療機関内の現状分析：産科診療データ（年間・月別分娩件数、初経産婦数、ハイリスク妊産婦数等）、看護提供体制、助産師数、助産師の実践能力、学生実習等
- 医療機関の理念に沿った助産ケアの意義・目的の検討

4-3 開設に向けた準備

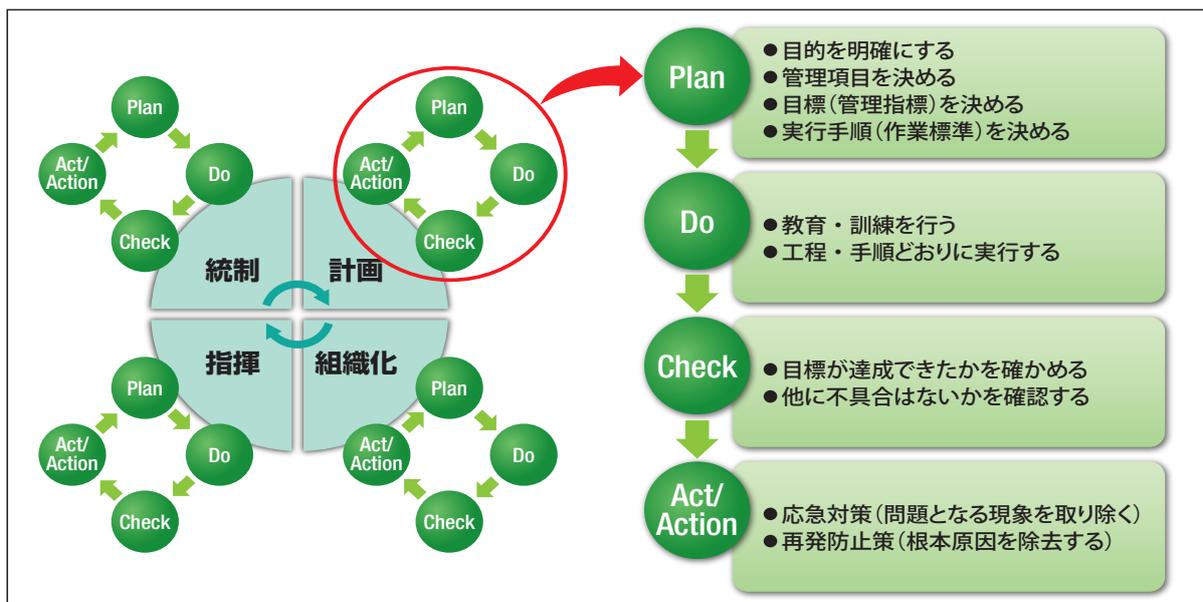
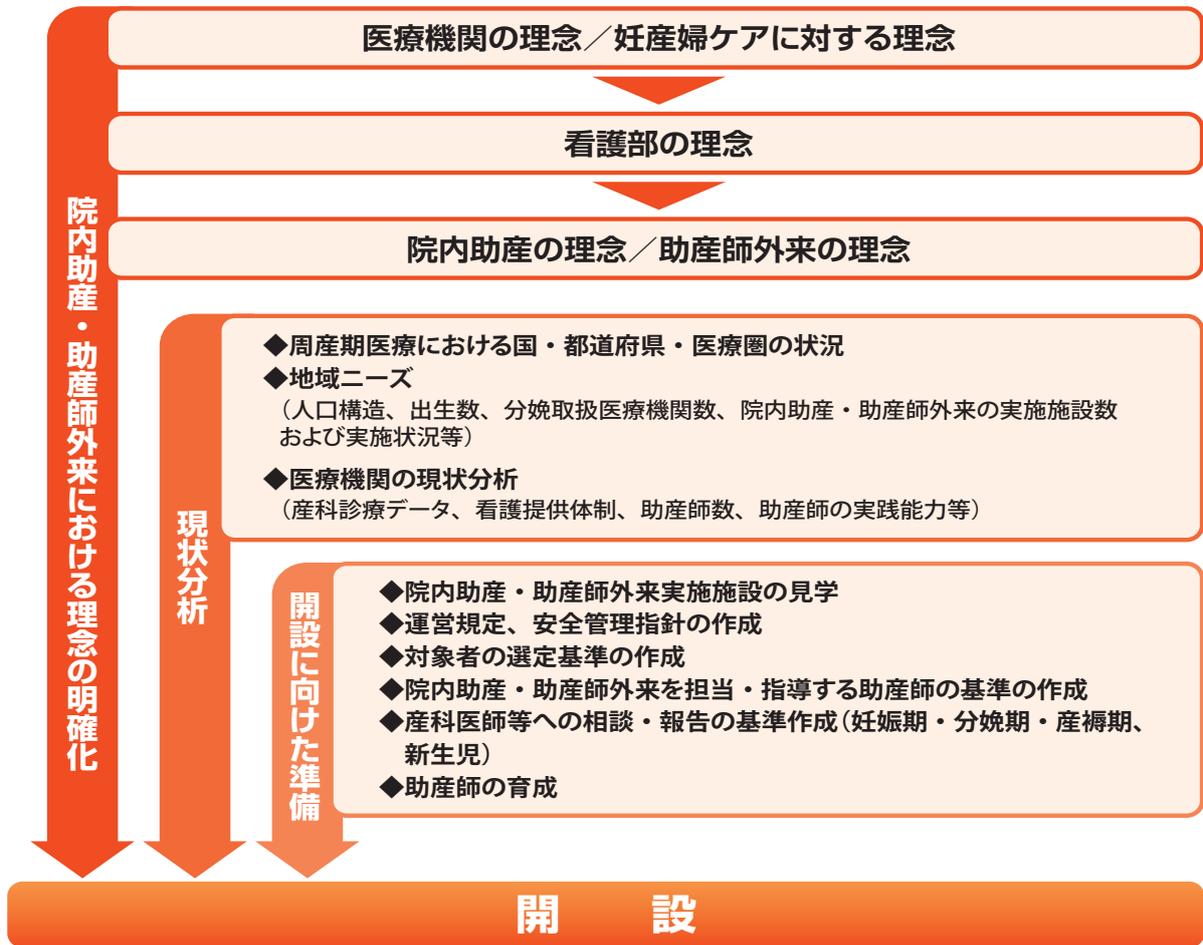
院内助産・助産師外来のイメージを具体化するために、必要に応じて、院内助産・助産師外来を実施する医療機関の見学を行う。見学等で得た情報を参考に、院内助産・助産師外来に必要な体制や運営規定・安全管理指針、対象者の選定基準、物品等の検討・準備を行う。また、院内助産・助産師外来を担当する助産師の育成に必要な研修について、年間計画を立案し、研修等に必要な予算の確保を行う。

4-4 運営

運営や課題解決について検討する場として、院内助産・助産師外来運営委員会等を設置する。看護管理者は、円滑な運営・維持・継続にむけたマネジメントを行い、運営上の課題等については、産科医師・新生児科医師（小児科医師）を含め検討し、その結果は運営規定・安全管理指針等の見直しの際に反映する。また、院内助産・助産師外来に関するデータを分析し、対象者の選定基準、産科医師・新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準についても、関係者とともに定

期的な見直しを行い、見直し箇所について明文化し共有する。

図表 9 院内助産・助産師外来開設のプロセスと運営



出典：「看護管理学習テキスト第2版 看護管理概説 2016年度刷 第1巻」P93を基に改変

4-5 多職種との連携・調整

院内助産・助産師外来の開設では、関係職種との連携・調整が重要となる。中でも、産科医師との共通理解のもとにすすめることが重要である。産科医師以外にも、開設に協力が必要な部門（看護部・事務部門等）や職種（看護師・新生児科医師・小児科医師等）を意識し、組織の合意形成を図る。組織の幹部に同意を求める際は、院内助産・助産師外来が、病院の運営・経営上、どのような利点があるか、根拠データを示しながら説明する。

院内助産・助産師外来を開設・運営し、維持・継続していくためには、職能団体や都道府県行政と協力し、例えば、補助金（地域医療介護総合確保基金）の活用が可能かについても相談する。

4-6 地域住民に対する周知活動

地域住民に院内助産・助産師外来を認知・理解してもらうためには、周知活動が重要となる。地域住民に院内助産・助産師外来を周知することは、その医療機関が提供するケアの内容を可視化することになる。また、医療機関に勤務する職員や医療機関を利用する患者・家族、友人等を対象に院内助産・助産師外来を活用するメリットを具体的に提示することでも、その認知度を高め、利用促進につなげることができる。

周知の具体的方法としては、地域住民がより院内助産や助産師外来を身近に感じられるよう、院内助産・助産師外来の名称を募集し、開設プロセスに参画してもらう等も有用である。また、公表には、マスメディアを活用すると効果的である。

その他、産科外来を受診する全ての妊産褥婦に院内助産・助産師外来のリーフレットを配布する、あるいは、ポスター・チラシ等を病院入口や産科外来・病棟に掲示し、医療機関の内外を問わず周知することも効果的である。さらに、院内助産や助産師外来の流れ等を含め、妊産褥婦と家族等がイメージしやすいよう、動画や写真を活用することも検討する。

5 院内助産・助産師外来に必要な体制整備

5-1 運営規定

5-1-1 運営規定の意義・目的

一般的に運営規定とは、組織や事業の運営に必要な事項を示したものをいい、目的や運営の指針等、その組織や事業に関する基本的で重要な事項が含まれる。運営規定があることで、関係者間において共通認識を共有することができる。

院内助産・助産師外来の運営に必要な事項を明示することで、関連事項に関する関係者間での理解の齟齬を防ぐことができ、問題が発生した場合には、運営規定を基に検討することが可能となる。

運営規定の作成にあたっては、助産師間および産科医師との十分な協議を要する。そのため運営規定は、作成するだけにとどまらず、病院管理者・看護管理者、産婦人科医師・新生児科医師・小児科医師、助産師・看護師・看護補助者、事務担当者等、院内助産・助産師外来に関わる者に周知しておく必要がある。さらに、運営規定の見直しは定期的に行う。

5-1-2 運営規定の内容

院内助産・助産師外来の運営規定には、院内助産・助産師外来の運営に必要となる基本的な事項を明示する。

運営規定に明示する事項として①目的、②定義、③運営に関する事項、④対象者に関する事項等が挙げられる。

- ① 目的：所属医療機関の理念等を踏まえ、院内助産・助産師外来が何を目的とするかを明記する。所属医療機関の周産期医療機能や地域におけるニーズを踏まえ、院内助産・助産師外来の目的はもちろん、基本方針・活動目標等も含まれることが望ましい。
- ② 定義：所属医療機関における院内助産・助産師外来の定義および組織における位置づけについて明記する。定義は、第三者との共通認識を得るために重要であり、本ガイドラインの定義（P9）を踏まえ、所属医療機関に応じた内容で明記する。
- ③ 運営に関する事項：運営に関わる組織や助産師に関すること等について明記する。また、院内助産・助産師外来における業務内容や安全管理体制についても明示しておくことが望ましい。

[組織] 運営に関わる事項を協議し意思決定する場（会議や委員会名等）やその構成メンバー等について明記する。この会議や委員会の運営等の詳細については、別途、申し合わせ事項等を作成しておくことが望ましい。

[助産師] 院内助産・助産師外来における助産師の役割、担当できる助産師に求められる事項（基準の有無等）や、ケア提供の方法等について明記する。助産師に求められる基準や産科医師等との役割分担等の詳細については、別途、運用手順等に明記しておく。

[業務] 院内助産・助産師外来の目的・活動方針・目標に沿った業務内容について、明記する。業務として、適切な助産ケアを提供することはもちろん、助産ケアの質改善のために行う業務に関することや、人材育成に関することも明記する。

[安全管理体制] 安全管理のために必要な事項を明記する。例えば、基準・手順の活用に関すること、対象者への説明と同意に関すること、緊急時対応の体制に関すること、医療行為が必要となった際の対応に関すること、災害時の対応に関すること等である。所属医療機関の安全管理体制に準じた対応である場合には、その旨、明記する。所属医療機関の安全管理体制に準じる場合においても、分娩時の災害時対応については、別途明記しておくことが望ましい。災害発生時の対応等については「分娩施設における災害発生時の対応マニュアル作成ガイド」²³⁾等を参照する。

- ④ 対象者に関する事項：院内助産や助産師外来を利用できる対象者について明記する。今日的な背景を踏まえると、ハイリスク妊産婦等に対する助産師のかかわりも重要であることから、ハイリスク妊産婦をどの程度対象とするのかについても協議し、明記することが望ましい。

ハイリスク妊産婦を対象とする際の考え方

ハイリスク妊産婦は、身体的ハイリスク・精神的ハイリスク・特定妊婦*等社会的ハイリスクに区分できる。このうち身体的ハイリスク・精神的ハイリスクの妊産婦については、産科医師との連携・協働、役割分担が不可欠である。また、特定妊婦等社会的ハイリスクで妊娠・分娩経過が正常である場合は、院内助産・助産師外来での対応も可能である。このことを踏まえると、「ハイリスク妊産婦」と一括りにして、ケア対象者から除外するのではなく、その状況を分析した上で、対応する必要がある。

*特定妊婦については、児童福祉法第6条の3第5項に「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦（以下「特定妊婦」という。）」と明示されている。

5-2 安全管理指針

5-2-1 安全管理指針の意義・目的

安全管理指針は、安全管理における基本的な方針であり、医療機関では、医療安全管理指針等が設けられ、関係者間で共有し、医療安全に必要な行動がとられることで安全な医療を提供することにつながる。

院内助産・助産師外来においても、安全で安心な助産ケアを提供するために、その根拠となる指針を明示しておくことが必要である。所属医療機関の医療安全管理室との連携について明記しておく。個人情報保護の観点から踏まえた情報管理の視点、産科医師等との役割分担に関連し、助産師の権限（職務範囲）についても明記する。所属医療機関における院内助産・助産師外来の組織的位置づけによっては、産科病棟等と共有する場合や所属医療機関の安全管理指針に準拠する

場合もある。また、分娩中の災害発生時対応等、院内助産・助産師外来特有の事項については、別途明示しておく。

5-2-2 安全管理指針の内容

安全管理指針には、院内助産・助産師外来における安全管理指針の「目的」や「基本的な考え方」に加え、①安全管理体制、②助産師の権限（職務範囲）、③インシデント・アクシデント発生時の対応および報告・連絡・相談体制、④感染管理、⑤災害発生時の対応、⑥情報管理、⑦安全管理教育、⑧保安体制等について記載する。また、医療機関における産科医療補償制度の加入について明記する。

① 安全管理体制：

安全管理のための体制について明記する。院内助産・助産師外来における安全管理者を明確化するとともに、所属医療機関の医療安全管理室等との関係について記し、体外的な対応についても、組織としての対応ができるようにしておく必要がある。院内助産・助産師外来の担当者間および所属医療機関の医療安全管理室等との報告・連絡・相談の方法について記載しておくことによって、事案発生時の対応について、関係者で共有することができる。所属医療機関のマニュアル等に則る場合には、その旨明示しておく。

② 助産師の権限（職務範囲）：

産科医師との役割分担の際に取り決める助産師の職務範囲については、その根拠となる法律において定められた範囲内であることを明記しておく。

③ インシデント・アクシデント発生時の対応および報告・連絡・相談体制：

院内助産・助産師外来で予測できるインシデントや医療事故等について記載するとともに、インシデント・アクシデント発生時の対応と報告・連絡ルート等についても記しておく。また、インシデント・アクシデントを共有することで改善策につなげること等、リスクの分析・評価等を実施する体制の整備に関することも明らかにし記載する。

④ 感染管理：

感染経路別予防策に基づいた手順について明記する等、各医療機関における感染管理体制を基本にし、必要な感染管理に関する内容を記載する。

⑤ 災害発生時の対応：

災害発生時の連絡体制や責任体制について明記するとともに、災害発生に備えた訓練の実施に関することや、発災時およびその後について、関係者がどのような役割を担うのか等について記載しておく。また、妊産婦の安否確認についても示しておくことが望ましい。

⑥ 情報管理：

個人情報の保護に関する法律を踏まえ、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」²⁴⁾や「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」²⁵⁾を参照し、個人情報の適切な取り扱いについて明記する。電子化された情報の取り扱いについては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」²⁶⁾等を参照し、保存等運用に関すること等について記載する。組織内の情報管理部門との連

携や情報管理における責任者等についても記しておく。別途、組織として、対応されていけばそれでよい。

⑦ 安全管理教育：

院内助産・助産師外来に関わる助産師について行う安全管理教育を明記しておくことで、管理者および個々の助産師に対して、安全管理における教育や学習の必要性について、認識を共有することができる。

⑧ 保安体制：

院内助産等における保安体制について明記し、新生児の安全確保、避難経路・非常口等について関係者が共通認識しておく必要がある。

5-3 対象者の選定基準

院内助産・助産師外来の対象者は、運営規定に概要を示し、詳細は、「対象者の選定基準」として明示する。対象者の選定基準によって、産科医師との役割分担と連携・協働を推進することができ、妊産褥婦の安全・安心な出産を支援することにつながる。

対象者選定については、最新版の「産婦人科診療ガイドライン 産科編」や「助産業務ガイドライン」等を参照しながら、医療機関の周産期医療機能や助産師の実践能力等を考慮し、産科医師と助産師の協議のもとに作成する。

「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」²⁷⁾では、助産ケア中心の妊娠・出産支援システムの対象にできる妊娠および分娩について、「各病院（医院）においてあらかじめ当該施設常勤医師と常勤助産師とで協議して定められた基準に基づいて決定する」ことが明記されている。

「産科医師の支援体制が十分で、母子の安全が十分に配慮されたシステムであること」を前提に、助産ケア中心の妊娠・出産支援と医療介入について下記のように記載されている。

「異常発見のための検査」と「識別すべきすべての異常」をあらかじめ定めておき、それらに基づき最後まで正常と判断された妊婦に関しては、妊娠全期間を通して医療の介入なしで管理することができる。しかし、妊娠初期には鑑別すべき異常の種類（流産、異所性妊娠、多胎、胎状奇胎など）が多いこと、妊娠 20 週頃と 30 週頃の「通常超音波検査」によるスクリーニング（頸管所見、胎児発育、羊水量、胎盤位置）は予後に多大な影響を与え得ることなどにより、これらの時期の健診は医師の支援の下でなされることが望ましい。

出典：「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」P299

また、「助産業務ガイドライン 2014」²⁸⁾では、妊産褥婦へのケア提供における産科医師との役割分担を推進するための対象者の選定基準として「妊婦管理適応リスト」を明示している。

このリストでは、「A.助産師が管理できる対象者」、「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」、「C.産婦人科医師が管理すべき対象者」に分類されているが、「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」と「C.産婦人科医師が管理すべき対象者」について、所属医療機関の周産期医療機能や緊急時対応の体制状況等を考慮し、産科医師と協議の上、

対象者基準を決定するとある。

「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」には、“ローリスク妊婦抽出のためのチェックリスト”が示されている。各医療機関では、このリストの内容を基に、所属医療機関の周産期医療機能に応じて助産師が対応できる基準を明確化する。

なお、設定した基準については、少なくとも年に1回以上、変更の必要性等について検討し見直すことが求められる。

身体的所見（非妊時あるいは妊娠初期）

- 身長 150cm 以上
- 年齢 35 歳未満
- BMI（[体重 kg] ÷ [身長 m]²）18.5 以上，25 未満
- 高身長（>160cm）だが「やせていて極端に手足が長い」という印象がない
- 収縮期血圧 140mmHg 未満，拡張期血圧 90mmHg 未満
- 蛋白尿半定量陰性
- 尿糖陰性

家族歴

- 両親あるいは兄弟姉妹に高血圧なし
- 両親あるいは兄弟姉妹に糖尿病なし
- 両親あるいは兄弟姉妹に既知の遺伝性疾患なし
- 両親あるいは兄弟姉妹に 40 歳未満の突然死（事故等を除く）なし

既往歴

- 既知の内科・外科・神経疾患（喘息，糖尿病，心臓手術，自己免疫疾患，甲状腺疾患，てんかん，精神疾患など）なし
- 内科・精神疾患による長期（>2 か月）の薬剤服用歴なし
- 子宮頸部円錐切除術既往なし
- 子宮筋腫の診断歴，あるいは子宮筋腫核出術既往なし
- 子宮奇形の診断歴なし
- 3 回以上の自然流産歴なし

以下は経産婦に対しての産科既往歴

- 帝王切開既往なし
- 切迫早産のための長期入院歴（≥14 日間）なし
- 子宮頸管縫縮術歴なし
- 早産歴なし
- 妊娠糖尿病既往なし
- 妊娠高血圧症候群既往なし
- 子癩既往なし
- 常位胎盤早期剥離既往なし
- HELLP 症候群既往なし
- 分娩時大量出血既往なし
- 子宮内反既往なし
- 重症仮死児（5 分後 Apgar スコア <7）出産既往なし
- 早期新生児死亡児の出産既往なし
- 低出生体重児出産既往なし
- 出生体重 ≥3,800g の児の出産既往なし
- 体表ならびに内臓形態異常児の出産既往なし
- 先天性感染症児（GBS，サイトメガロウイルス等）の出産既往なし
- 運動神経麻痺（脳性麻痺，腕神経叢麻痺等）児出産既往なし
- 知的発達が遅れた児の出産既往なし

出典：産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017 P300

既に、院内助産・助産師外来を実施している医療機関では、上記に加え、下記の項目についても基準を設けているところもある。

・喫煙の有無 ・自然妊娠か否か

5-4 院内助産・助産師外来を担当・指導する助産師の基準

院内助産・助産師外来を担当・指導する助産師の基準を設けておくことは、助産ケアサービスの質を保証することができると同時に、医療安全を確保する上でも必要なことである。

院内助産・助産師外来を担当する助産師は、日本看護協会が開発した^{クロックミップ}CLoCMiP[®]におけるレベルⅢ以上の助産実践能力を保持していることを強く推奨する。また、各医療機関の院内助産・助産師外来の業務に応じて必要な実践能力を身につけておく必要があり、各医療機関においては、院内助産・助産師外来を担当する助産師を育成するための教育計画等、教育体制を整備する必要がある。基準として、下記の事項を明確にしておく。

- ① 求められる能力：所属医療機関の組織理念や母子ケアの方針等について理解していること、情報収集能力、アセスメント能力、スクリーニング能力、計画立案と変更への対応力、急変時の対応と報告できる行動力、他部門との調整能力等
- ② ラダーレベルまたは経験年数：所属医療機関でラダーを導入している場合には、ラダーレベル(例えば、^{クロックミップ}CLoCMiP[®]レベルⅢ以上等)、ラダーを導入していない施設では経験年数等をひとつの基準とすることも可能
- ③ 分娩介助例数：一定数の分娩介助経験
- ④ 自己研鑽の状況：学習機会への積極的な参加の態度等

5-5 産科医師・新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準

院内助産・助産師外来は、妊産褥婦の意思を尊重したケアが提供されることに加え、緊急時には産科医師による緊急対応がより速やかに実施され、医療資源を活用できる等のメリットがある。そのため、院内助産・助産師外来の担当助産師は、妊産褥婦の経過に対し異常が予測される際は速やかに産科医師と連携し、妊産褥婦が産科医師の診察を受けられるよう支援する責務がある。

意思を尊重したケア提供と同時に安全が保証されるためには、産科医師との連携は不可欠であり、院内助産・助産師外来から産科医師管理への移行がスムーズに行われるためには、必要な基準である。

産科医師への相談・報告基準は、最新版の「産婦人科診療ガイドライン 産科編」、「助産業務ガイドライン」等を参考にし、産科医師等と助産師が協議の上、合意された基準を定める。

「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」には、「母子の安全に十分配慮された助産ケア中心の妊娠・出産支援システム」が運用されるための要件として、下記が明記されている。

- 各施設の独自性や規模に合わせた無理のない運用
- 妊婦との良好なコミュニケーション

- 助産師・医師間の「異常の判断」や「医師への報告」基準に関して十分に協議されたコンセンサス
- 何らかの異常が発生した時の助産師・医師間の相互の信頼関係に基づくスムーズな連携システムの確立

設定した基準については、少なくとも年に1回以上、変更の必要性等について検討し、見直しを行う。

5-5-1 妊娠期の産科医師への相談・報告基準

「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」では、健診時に毎回行うチェックリストとして下記を提示している。

- 頻回の子宮収縮（1時間あたり4回以上の収縮）（問診による）なし
- 喉の渇き（妊娠30週以降、問診による）の訴えなし
- 全身倦怠感の訴え（妊娠30週以降、問診による）なし
- 食欲不振の訴え（妊娠30週以降、問診による）なし
- 悪心・嘔吐の訴え（妊娠30週以降、問診による）なし
- 前回健診時（妊娠30週以降）からの体重減少なし
- 高血圧（収縮期血圧 ≥ 140 mmHgあるいは拡張期血圧 ≥ 90 mmHg）なし
- 浮腫なし
- 1週間当たりの体重増加 ≤ 0.8 kg
- 妊娠蛋白尿（ $\geq 1+$ ）なし
- 子宮底長正常範囲内
- 胎児心拍数正常（110～160bpm）
- 頭位（32週以降）

出典：「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」P301

これらにおいて、該当する項目がある場合には、産科医師に連絡し対応等について相談する必要がある。また、各医療機関で、上記項目以外に設ける項目の有無やその内容等について、産科医師と助産師間で協議しておく。

なお、設定した基準については、少なくとも年に1回以上、変更の必要性等について検討し、見直しを行う。

5-5-2 分娩期の産科医師への相談・報告基準

分娩期の産科医師への相談・報告の基準は、助産業務ガイドラインを基本とする。これらの基準については、ガイドラインを遵守するとともに、各医療機関の状況を踏まえ、産科医師と協議し確認しておく。

なお、これらの基準について、少なくとも年に1回以上、産科医師と助産師で変更の必要性等について検討し見直しを行う。

| 母体の状況 | 観察の判断と視点 |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 前期破水 1) 破水後 24 時間経過しても陣痛が発来しない 2) 破水後陣痛が発来しても破水から 36 時間以上経過し、分娩の進行が認められない場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・母体のバイタルサイン(特に体温「母体発熱」参照) ・胎児心拍数の評価 ・子宮収縮 ・羊水混濁の有無(「羊水の性状の異常」参照) ・内診所見 |
| <input type="checkbox"/> 陣痛開始後の胎位異常 | <ul style="list-style-type: none"> ・入院時の診察で胎位を確認する(内診・外診・超音波検査等) |
| <input type="checkbox"/> 母体発熱(38.0℃以上) | <ul style="list-style-type: none"> ・破水の有無 ・母体のバイタルサイン ・子宮の圧痛 ・膣分泌物、羊水の臭い ・胎児心拍数の評価 臨床的絨毛膜羊膜炎の診断(「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」P159)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 |
| <input type="checkbox"/> 胎児心拍異常 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・胎児心拍数波形のレベル分類と対応、処置(「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」P284-286 参照)をもとに判断する |
| <input type="checkbox"/> 羊水の性状の異常 1) 羊水混濁が高度(うぐいす色～暗緑色) 2) 血性羊水 | <ul style="list-style-type: none"> ・母体のバイタルサイン ・胎児心拍数の評価 ・羊水の性状 ・血性分泌物との鑑別(腔鏡診等) ・疼痛の有無と性質(正常な子宮収縮との鑑別) |
| <input type="checkbox"/> 臍帯の異常 1) 卵膜を介した臍帯拍動の触知 2) 臍帯の触知、膣外への脱出 | <ul style="list-style-type: none"> ・胎児心拍数の評価 ・内診所見 ・視診 |
| <input type="checkbox"/> 下腹部痛 | <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛の性質(正常な子宮収縮との鑑別) ・胎動の減少、消失 ・出血の有無や性状 ・板状硬の有無 |
| <input type="checkbox"/> 感染症の疑い (発熱、頭痛、咳嗽、発疹、水疱、排尿時痛の症状) | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |

| | |
|--|---|
| <p>□異常出血(分娩第1・2期)</p> <p>1)持続する出血 2)大量出血</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・血液の性状や量 ・血性羊水の否定 ・産道裂傷や子宮破裂の有無 ・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) ・胎児心拍数の評価 |
| <p>□分娩が遅延している</p> <p>1)分娩第1期：陣痛開始から一定時間*経過しても分娩が進行せず、有効な陣痛に至らない ※初産婦；30時間以上、 経産婦；15時間以上</p> <p>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</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・胎児心拍数の評価 ・子宮収縮の状態 ・母体疲労の程度 ・内診所見(子宮口、児頭回旋等) ・排泄状況 ・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 |
| <p>□分娩後出血(2時間まで)</p> <p>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500mL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)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・出血量 ・母体のバイタルサイン(SIの算出) SI(ショックインデックス)=心拍数/収縮期血圧 ・出血の原因検索 ・産科DIC(播種性血管内凝固)スコアの確認 (「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」P223参照) ・子宮収縮の状態 ・膀胱充満の有無 ・産道裂傷(頸管、腔壁)の有無 ・娩出胎盤の精査(欠損の有無) ・子宮内反の有無 (「産科危機的出血への対応指針 2017年1月(改訂)」P1²⁶⁾参照) |
| <p>□胎盤遺残、癒着胎盤</p> <p>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)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・胎盤娩出前は胎盤剥離徴候や剥離出血の確認 ・娩出胎盤の精査(欠損の有無) ・子宮底長 ・子宮収縮の状態 ・膀胱充満の有無 |
| <p>□会陰裂傷</p> <p>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)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・損傷の部位や程度 ・出血の状態 |
| <p>□血腫</p> <p>1)会陰血腫 2)腔壁血腫</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・母体のバイタルサイン ・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 |
| <p>□血栓症(肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症)、羊水塞栓症</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・意識状態、全身状態 ・母体のバイタルサイン ・疼痛の部位、程度および随伴症状(麻痺、視力障害等)の有無 ・ホーマンス徴候(膝関節伸展位での足関節背屈による腓腹筋の疼痛) ・プラット徴候(腓腹筋をつかむことで疼痛増強) |
| <p>□GBS陽性あるいはGBS未検査</p> <p>1)破水後18時間以上経過した場合 2)または、38.0℃以上の母体発熱がある場合</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・子宮収縮状態 ・バイタルサイン(特に体温、脈拍) |

5-5-3 産褥期の産科医師への相談・報告基準

産褥期の産科医師への相談・報告の基準は、最新版の助産業務ガイドラインを基本とする。これらの基準については、ガイドラインを遵守するとともに、各医療機関の状況を踏まえ、産科医師と協議し確認する。

なお、これらの基準について、少なくとも年に1回以上、産科医師と助産師で変更の必要性等について検討し見直しを行う。

| 母体の状況 | 観察の判断と視点 |
|---|--|
| <p>□異常出血(分娩後 24 時間まで)</p> <p>1)鮮血の流出、凝血塊の頻回な排出</p> <p>2)凝固しない血液が持続的に流出</p> <p>3)出血量が 500mL を超える</p> <p>4)母体の血圧低下、頻脈</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・胎盤、卵膜遺残の確認：胎盤および付属物の観察 ・出血量 ・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)=心拍数/収縮期血圧 ・出血の原因検索 ・産科 DIC スコアを評価し医師に確認する (「産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017」P223/「産科危機的出血への対応指針 2017 年 1 月(改訂)」P3²⁹⁾参照) |
| <p>□胸部痛、呼吸困難、血圧低下、頭痛、嘔吐、転倒、意識消失等</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・意識状態、全身状態 ・母体のバイタルサイン ・疼痛の部位、程度および随伴症状(麻痺、視力障害等)の有無 ※臨床的羊水塞栓症の判断(臨床的羊水塞栓症診断) 以下の3つを満たすもの <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中または分娩後 12 時間以内に発症した場合 ・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 ・観察された所見や症状が他の疾患で説明できない場合 ※脳血管疾患を疑う場合の観察ポイント <FAST：脳卒中等を疑う場合の視点> 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 |
| <p>□腔壁、外陰部の血腫</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・母体のバイタルサイン ・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 |
| <p>□下肢の疼痛、圧痛、うっ血性浮腫、炎症性腫脹等</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・下肢の浮腫、腫脹、発赤、熱感、圧痛の有無 ・ホームンス徴候(膝関節伸展位での足関節背屈による腓腹筋の疼痛) ・プラット徴候(腓腹筋をつかむことで疼痛増強) |

| | |
|------------|--|
| □母体の持続する発熱 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・悪寒戦慄、膿尿、背部痛、膀胱刺激症状等の有無と程度 ・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 |
|------------|--|

出典：「助産業務ガイドライン 2014」 P28-29 一部改変

5-5-4 新生児期の産科医師および新生児科医師（小児科医師）への相談・報告基準

新生児期の産科医師および新生児科医師（小児科医師）への相談・報告の基準は、助産業務ガイドラインを基本とする。これらの基準については、ガイドラインを遵守するとともに、各医療機関の状況を踏まえ、産科医師および新生児科医師（小児科医師）と協議し確認しておく必要がある。

なお、これらの基準について、少なくとも年に1回以上、産科医師および新生児科医師（小児科医師）・助産師で変更の必要性等について検討し見直しを行う。

| 新生児の状況 | 観察の判断と視点 |
|--|--|
| □新生児仮死 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 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・新生児の蘇生法アルゴリズム(「新生児蘇生法テキスト第3版」³⁰P44参照)に則り、30秒ごとに評価する [アプガースコアの判定] ・出生後1分・5分・10分を評価する [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 ・分娩時の状況を合わせてアセスメントする |
| □早産児または出生体重2,300g未満 1) 在胎期間が37週未満の分娩は早産児 2) 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 3) 血糖値のチェックができない、または 血糖値が50mg/dL未満* *院内助産の場合は、各医療機関において、相談・報告基準を定めること | <ul style="list-style-type: none"> [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 [観察方法] ・パルスオキシメーターで下肢のSpO₂を観察する ・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 ・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 |
| □巨大児 1)出生体重が4,000g以上で、低血糖症状(痙攣等)および多血症が疑われる場合 2) 血糖値50mg/dL未満* *院内助産の場合は、各医療機関において、相談・報告基準を定めること | <ul style="list-style-type: none"> [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 ・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 [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 ・両親の体格を合わせてアセスメントする ・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>□LFD 児、HFD 児</p> <p>1)体温 36.0℃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>*院内助産の場合は、各医療機関において、相談・報告基準を定めること</p> <p>3)光線療法に適応基準(「助産業務ガイドライン 2014」P40 参照)に合致するもの</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・体重 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 パーセンタイル未満の LFD(light for dates)および 90th パーセンタイル以上の HFD(heavy for dates)に該当する場合があります(「助産業務ガイドライン 2014」P39 参照) ・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>[観察内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低血糖症状：易刺激性、振戦、無呼吸、活気不良等、低体温、黄疸等 <p>[観察方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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>□呼吸障害</p> <p>下記のいずれかを示す場合</p> <p>1)多呼吸</p> <p>2)陥没呼吸</p> <p>3)呻吟</p> <p>4)鼻翼呼吸</p> <p>5)シーソー呼吸</p> <p>6)不規則な呼吸等</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・下肢に装着したパルスオキシメーターで SpO₂90%以下が持続する場合には搬送する。91～95%の場合はモニタリングを継続する <p>[観察内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心拍数、体温、皮膚色、嘔吐、腹部の状態、吸引物の性状等 <p>[観察方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パルスオキシメーターで観察する ・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>□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> | <ul style="list-style-type: none"> ・無呼吸か周期性呼吸かを判断する <p>[観察内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・無呼吸の持続時間と頻度、チアノーゼ、心拍数等 <p>[観察方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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>□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> | <ul style="list-style-type: none"> ・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>[観察内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>[観察方法]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必ず下肢のパルスオキシメーターで観察する ・どのようなときに出現するかをアセスメントする |

| | |
|---|---|
| <p>□心雑音</p> <p>1)チアノーゼや多呼吸を伴う場合 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</p> <p>・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 SpO₂90%以下である。SpO₂91%～95%は注意深くモニタリング継続する</p> <p>【観察内容】</p> <p>・心雑音の位置、心拍数、活気、呼吸、SpO₂ 値、チアノーゼ等</p> <p>【観察方法】</p> <p>・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、SpO₂ の上下肢差、経時的変化を合わせてアセスメントする</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】</p> <p>・呼吸、SpO₂ 値、皮膚色、血糖等</p> <p>【観察方法】</p> <p>・血糖値のチェック。パルスオキシメーターで持続的に観察する(痙攣中は SpO₂ が低下する)</p> <p>・原始反射と鑑別し、出現部位と経時的変化、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</p> |
| <p>□黄疸</p> <p>1)生後 24 時間以内の黄疸 2)光線療法の適応基準に合致するもの (「助産業務ガイドライン 2014」P40 参照) 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】</p> <p>・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】</p> <p>・経皮的ビリルビン濃度測定器による観察</p> <p>・生後 2 週以降は母子健康手帳便色カードを活用する</p> <p>・黄疸の原因をアセスメントする</p> |
| <p>□嘔吐</p> <p>1)嘔吐を繰り返す場合 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】</p> <p>・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> <p>・嘔吐の原因をアセスメントする</p> <p>・消化管の異常、消化管以外の原因、哺乳関連</p> |
| <p>□腹部膨満</p> <p>1)皮膚は緊満し、光沢ある膨満を認める 2)腹部は膨満し、腹部の皮膚の色調に変化を認める 3)腹部は膨満し、胃内容物が胆汁色を帯びる 4)腹部腫瘤 5)生後 24 時間以上胎便が出ない腹部膨満 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】</p> <p>・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> <p>・何が腹部膨満させているのかをアセスメントする</p> <p>・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</p> |
| <p>□発熱</p> <p>1)38.0℃以上(肛門体温) 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】</p> <p>・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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肛門体温を計測する ・発熱の原因をアセスメントする ・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 |
| <p>□低体温</p> <p>1)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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・代謝性アシドーシスに注意してアセスメントする |
| <p>□出血(吐血、下血を含む)</p> <p>1)吐血、下血 2)喀血 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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・循環状態、SpO₂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>【観察方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・どこからの出血かをアセスメントする ・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はある ・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 ・頰脈を伴う場合は、大量出血の可能性はある ・貧血があると SpO₂値は低下しないので注意が必要である |
| <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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心音、全身状態等 ・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 ・母の妊娠分娩歴、家族歴の確認 |
| <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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿量、哺乳状況、活気、心雑音、呼吸状態、皮膚色、四肢の冷感等 ・浮腫以外の症状と合わせてアセスメントする |
| <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】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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>【観察方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄量の計測、便性状等は複数のスタッフでの観察 ・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 |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> なんとなくおかしい 1)複数のスタッフで症状を認めた場合 | ・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 【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 【観察方法】 ・継続的に児を観察できるような状態にする ・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 |
| <input type="checkbox"/> 哺乳不良 | ・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 |
| <input type="checkbox"/> 活気不良 | ・筋緊張、強い啼泣がなくぐったりしている場合 |
| <input type="checkbox"/> 体重増加不良 | ・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 |
| <input type="checkbox"/> 特異な顔貌 1)特異な顔貌等がみられ他に症状がある場合 | ・特異な顔貌を認めた場合 |

出典：「助産業務ガイドライン 2014」P30-37 一部改変

5-6 記録

5-6-1 助産録の意義・目的

助産録は、法的に義務付けられた公的文書であり、助産師は分娩の介助をしたときには、助産録に助産に関する事項を遅滞なく記載しなければならない(保健師助産師看護師法 42 条)。

記録は、下記の目的もある。

1. 実施の表示：実施時間や実施内容等を記録しておくことで、実施したことを示すことができ、対象者から情報開示請求に応じることができる。
2. 情報の共有：関係職種および対象者との間で情報を共有することが可能となる。チーム医療においては不可欠である。
3. 質改善への活用：記録内容を分析することで、質改善や安全管理の推進等に活用することができる。
4. 教育等への活用：記録内容を振り返ることで、助産ケア等の実践内容を評価し、考察することができる。

記録については、「診療情報の記録指針」（日本診療情報管理学会 2017 年 3 月）³¹⁾ や「助産録」（日本助産師会 2016 年 5 月）³²⁾、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5 版」（厚生労働省平成 29 年 5 月）³³⁾、「看護記録に関する指針」（日本看護協会 2018 年）³⁴⁾ 等を参照すること。

5-6-2 助産録に記載すべき内容

助産録に記載すべき内容については、下記のように定められている³⁵⁾。

- 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

出典：保健師助産師看護師法施行規則第 34 条

「第 2 回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」³⁶⁾では、診療録の記載について検討され、「産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録及び検査データ等の記載事項」を参考に診療録等を記載することと、特に異常の出現時の母子の状態、分娩誘発・促進の処置や急速遂娩施行の判断と根拠や内診所見、新生児の蘇生状況については詳細に記載することが提言されている。

5-6-3 助産録に記載すべき内容が含まれる記録物の把握

院内助産・助産師外来において、助産録に記載すべき内容として挙げられている事項を記録している記録物について把握し、一元的な管理ができるように工夫が必要である。

「第 2 回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」において、医療安全の観点から診療に関する情報が正しく十分に記載されることが重要であるとして、一見して分娩経過がわかるようパルトグラムに診療情報を集約する等の工夫が必要であるとの提言もなされている。

5-6-4 電子カルテ等電子媒体による保存について

助産録の記載について、「診療録等の記載方法について(昭和 63 年 5 月 6 日通知)」³⁷⁾によって、OA 機器による記載が可能となった。また、1999(平成 11)年には「診療録等の電子媒体による保存について(平成 11 年 4 月 22 日通知)」³⁸⁾により、一定の条件の下に電子媒体による保存が認められることになった。その後、個人情報の保護に関する法律等の施行に伴い、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5 版」が策定されている。2004(平成 16)年には、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律」(平成 16 年法律第 149 号)³⁹⁾が公布され、2005(平成 17)年 4 月より施行されている。この中で電磁的記録の保存を行う場合の基準が明記されており、次の三基準を満たす必要がある。

①見読性の確保

必要に応じ電磁的記録に記録された事項を出力することにより、直ちに明瞭かつ整然とした形式で使用に係る電子計算機その他の機器に表示し、及び書面を作成できるようにすること。

②真正性の確保

電磁的記録に記録された事項について、保存すべき期間中における当該事項の改変又は消去の事実の有無及びその内容を確認することができる措置を講じ、かつ、当該電磁的記録の作成に係る責任の所在を明らかにしていること。

③保存性の確保

電磁的記録に記載された事項について、保存すべき期間中において復元可能な状態で保存することができる措置を講じていること。

また、診療録等の電子保存を行う場合の留意として下記が示されている。

1 施設の管理者は診療録等の電子保存に係る運用管理規定を定め、これに従い実施すること。

2 運用管理規程には以下の事項を定めること。

- (1) 運用管理を総括する組織・体制・設備に関する事項
- (2) 患者のプライバシー保護に関する事項
- (3) その他適正な運用管理を行うために必要な事項

出典：厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版」（平成29年5月）

診療録の電子媒体による保存等に関しては、最新版の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」³³⁾を参照すること。

5-7 評価

院内助産システム機能評価指標活用指針や助産記録等を活用して、定期的に見直しを行う。分娩取扱医療機関としての産科診療データ、妊産婦や新生児の転帰に関するデータ等から、院内助産・助産師外来の評価を行い、さらなる質向上を目指す。

おわりに

平成 19 年の医政局長通知「分娩における医師、助産師、看護師等役割分担と連携等について」（平成 19 年 3 月 30 日 医政発 0330061 号）、「医師及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」（平成 19 年 12 月 28 日 医政発 1228001 号）で医師と助産師の役割分担と助産師の専門性発揮が推進された。これに続き、「安心と希望の医療確保ビジョン」（平成 20 年 6 月 厚生労働省）や「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書」（平成 21 年 3 月 4 日 厚生労働省）、「チーム医療の推進について」（平成 22 年 3 月 19 日 厚生労働省）が公表され、院内助産・助産師外来の推進が図られ、ガイドライン（旧ガイドライン）が作成された。しかし、その後、助産師外来を開設する施設は増えたものの、院内助産については、分娩取扱医療機関の 1 割程度にとどまっている。その要因には、関係者間での合意形成の難しさや助産師の実践能力に関する課題が挙げられた。

そこで、本ガイドラインを活用して、合意形成を図り、院内助産・助産師外来を増加させて欲しい。助産実践能力については、全国で活用できる「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）」が開発され、『助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド（平成 25 年 8 月 日本看護協会）』として公表されている。これを基に助産関連 5 団体（日本看護協会・日本助産師会・日本助産学会・全国助産師教育協議会・日本助産評価機構）で、「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢ認証制度」が創設され、助産師の実践能力の認証が平成 27 年に開始された。「自律して助産ケアを実践できること」「院内助産が自律して行えること」を認証された助産師であるアドバンス助産師は、現在、就業助産師の 3 割を超えている。

10 年前に院内助産・助産師外来の推進における課題であった助産師の助産実践能力については、アドバンス助産師の活躍に期待したい。

日本の全ての母子が安全・安心に出産できるための体制が整備されるために、関係者間で本ガイドラインが活用され、院内助産・助産師外来が推進されることが望まれる。

引用文献

- 1) 中林正雄：厚生労働科学研究補助金（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.2008
- 2) 厚生労働省：平成 28 年（2016）人口動態統計（確定数）の概況（平成 29 年 9 月 15 日）
- 3) 厚生労働省：不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会報告書（平成 25 年 8 月 23 日）関係資料（3）
- 4) 厚生労働省医政局地域医療計画課：第 6 回周産期医療体制のあり方に関する検討会（平成 28 年 8 月 24 日）合併症を有する妊娠と周産期医療体制（資料 2）
- 5) 厚生労働省：第 6 回周産期医療体制のあり方に関する検討会（平成 28 年 8 月 24 日）うつ病等の精神疾患合併妊産婦の診療と支援について．岡井崇（資料 3）
- 6) 働き方改革実行計画（平成 29 年 3 月 28 日）働き方改革実現会議決定
- 7) 厚生労働省医政局：第 2 回医師の働き方改革に関する検討会（平成 29 年 9 月 21 日）．医師の勤務実態について（資料 3）
- 8) 厚生労働省：平成 23 年医療施設（静態・動態）調査／平成 26 年医療施設（静態・動態）調査
- 9) 日本産科婦人科学会：周産期委員会 報告（日産婦誌 69 巻 6 号）
- 10) 日本看護協会：平成 28 年度分娩取扱医療機関におけるウィメンズヘルスケアと助産ケア提供状況等に関する実態調査 報告書．平成 29 年 3 月
- 11) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 13 次報告（平成 29 年 8 月）
- 12) 厚生労働省：安心と希望の医療確保ビジョン.2008.6
- 13) 厚生労働省医政局：第 1 回医師の働き方改革に関する検討会（平成 29 年 8 月 2 日）．医師の働き方改革に関する検討会 医師の勤務実態等について（資料 3）
- 14) 日本看護協会：安全・安心な出産環境提供体制の推進に関する検討委員会報告書（平成 27 年 3 月）
- 15) 日本看護協会：院内助産システム機能評価指標（2017 年 5 月 26 日 一部改訂）
- 16) 日本助産学会：「助産外来・院内助産の組織、運営、評価に関する調査報告書」（2018 年 3 月）
- 17) 日本看護協会：「助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）活用ガイド」（平成 25 年 8 月 1 日）
- 18) 厚生労働省：医療計画．平成 29 年 3 月 31 日厚生労働省医政局長通知（平成 29 年 7 月 31 日一部改正）
- 19) 日本看護協会：助産師出向支援導入事業ガイドライン（平成 27 年 3 月）
- 20) Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. : Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women.Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- 21) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 総会（第 389 回）（平成 30 年 2 月 7 日）総-1 資料
- 22) 井部俊子／中西睦子監修：看護管理学習テキスト第 2 版第 1 巻 看護管理概説 2016 年度刷
- 23) 日本看護協会：分娩施設における災害発生時の対応マニュアル作成ガイド（平成 25 年 1 月）
- 24) 厚生労働省 個人情報保護委員会：個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成 29 年 3 月一部改正）
- 25) 厚生労働省 個人情報保護委員会：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス（平成 29 年 4 月）
- 26) 厚生労働省：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5 版（平成 29 年 5 月）
- 27) 日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会：産婦人科診療ガイドライン 産科編 2017（2017 年 4 月 3 日）
- 28) 日本助産師会：助産業務ガイドライン 2014（平成 27 年 3 月 31 日）
- 29) 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：産科危機的出血への対応指針 2017 年 1 月（改訂）
- 30) 細野茂春監修：日本版救急蘇生ガイドライン 2015 に基づく 第 3 版 新生児蘇生法テキスト（2017 年 7 月 20 日）
- 31) 日本診療情報管理学会：診療情報の記録指針（2017 年 3 月）
- 32) 日本助産師会：助産録～記録と助産師の責務～（2016 年 5 月 26 日）
- 33) 厚生労働省：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 5 版（平成 29 年 5 月）
- 34) 日本看護協会：看護記録に関する指針（2018 年）
- 35) 看護行政研究会：看護六法 平成 29 年版（平成 29 年 3 月 16 日）
- 36) 日本医療機能評価機構：第 2 回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書（2012 年 5 月 7 日）

- 37) 厚生労働省：診療録等の記載方法について（昭和 63 年 5 月 6 日通知）
- 38) 厚生労働省：診療録等の電子媒体による保存について（健政発第 517 号、医薬発第 587 号、保発第 82 号）（平成 11 年 4 月 22 日通知）
- 39) 民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律（平成 16 年法律第 149 号）

参考となる資料等

- ・日本看護協会：医療に起因する予期せぬ死亡又は死産が発生した際の対応（平成 27 年 9 月）
- ・日本看護協会：産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引（平成 26 年 6 月）
- ・遠藤俊子：院内助産システムガイドブック 産科医と助産師の連携・協働の実際（医歯薬出版株式会社、2010 年 4 月 20 日）
- ・松尾博哉・遠藤俊子監修：チーム医療で支える院内助産院－企画・運営の Q&A－10 の事例付（株式会社薬ゼミ情報教育センター、2010 年 12 月 18 日）
- ・福井トシ子：成功する助産外来・院内助産所－計画・開設・運営マニュアル（株式会社メディカ出版、2009 年 9 月 15 日）
- ・日本助産評価機構：アドバンス助産師 2017.8 月号、創刊号。（2017 年 8 月 1 日）
- ・日本助産評価機構：アドバンス助産師 2018.2 月号、Vol.2.（2018 年 2 月 1 日）

周産期医療対策と院内助産・助産師外来の推進経過（参考資料）

1996（平成 8）年、地域における高度専門的な医療を効果的に提供し、総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを生み育てることができる環境づくりの推進にむけて「周産期医療対策整備事業」¹⁾が通知された。この通知には「周産期医療システム整備指針」が提示され、都道府県における周産期医療の推進が図られた。

2007（平成 19）年 12 月、国は「医師及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」（厚生労働省医政局長通知、医政発第 1228001 号）²⁾を発出した。

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ことで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減させることが可能となる。こうした産科医療機関における医師の業務負担の軽減は、医師が医師でなければ対応できない事案により専念できることにより、医師の専門性がより発揮されることを可能とするとともに、地域のより高次の救急医療を担う医療機関における産科医師の負担の軽減にも資することとなる。

特に医療機関においては、安全・安心な分娩の確保と効率的な病院内運用を図るため、妊産婦健診や相談及び院内における正常分娩の取扱い等について、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。

医師と助産師の間で連携する際には、十分な情報の共有と相互理解を構築するとともに、業務に際しては母子の安全の確保に細心の注意を払う必要があることは当然の前提である。

2008（平成 20）年 3 月、産科医療の確保の観点から、妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するために、下記事業が開始された（厚生労働省医政局長発、医政発第 0331028 号）³⁾。

- 「院内助産所」「助産師外来」施設・設備整備事業
- 院内助産所・助産師外来開設のための助産師等研修事業
- 助産師活用地域ネットワークづくり推進事業

同年 6 月「安心と希望の医療確保ビジョン」⁴⁾では、職種間の協働・チーム医療の充実において、院内助産・助産師外来の推進が明記された。

助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進める。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。

2008（平成 20）年に、安全で快適な院内助産の実施に向けて、医師と助産師役割分担と協働を推進することを目的に、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」分担研究報告「院内助産ガイドライン」が作成された。

また、同年 10 月に、東京都の妊産婦死亡事案等を契機に、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」が開催され、報告書（厚生労働省、平成 21 年 3 月）が示された。

・院内助産所・助産師外来の普及やハイリスク妊娠・出産の増加とともに、助産師の保健指導等への関与がこれまで以上に必要となっている。

・診療所等に勤務する助産師の確保や地域で妊産婦の保健指導を行う要員等としての助産師の確保が必要である。また、病院においては助産師による妊婦健康診査（助産師外来）や、チーム医療としての院内助産所を推進する必要がある。このためには、地域における助産師の確保や助産師の養成を推進するとともに、教育を充実させ助産師の資質の向上を図る必要がある。

・潜在助産師の発掘や他科に勤務する助産師を産科に呼び戻すこと、また、助産師が充足している施設から不足している施設への出向を推進する体制を構築することなども確保策の一つである。

同報告書には、周産期医療と救急医療の一層の連携強化や周産期医療対策事業の見直し等の必要性が強く求められている。

2016（平成28）年は、東日本大震災等の大規模災害における周産医療体制の確保や、依然として産科医などの不足等が課題になっていたことから、「周産期医療体制のあり方に関する検討会」が設置、意見のとりまとめが行われ、第7次医療計画⁵⁾に反映された。

周産期医療の体制構築に係る指針に、“院内助産所及び助産師外来の活動状況”や、“医療体制構築に係る現状把握のための指標例”に、アドバンス助産師数が明示された。

- 1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長：「周産期医療対策整備事業の実施について」（児発第488号.平成8年5月10日）
- 2) 厚生労働省医政局長：「医師及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」（医政発第1228001号.平成19年12月28日）
- 3) 厚生労働省医政局長：「院内助産所・助産師外来開設促進事業等の実施について」（医政発第0331028号.平成20年3月31日）
- 4) 厚生労働省：「安心と希望の医療確保ビジョン」（平成20年6月）
- 5) 厚生労働省：第7次医療計画

平成29年度

日本看護協会 院内助産・助産師外来ガイドラインの見直しに関する検討委員会
委員

| | | |
|--------|--------|------------------------------------|
| (五十音順) | 池ノ上 克 | 国立大学法人 宮崎大学／学長 |
| | 井本 寛子 | 日本赤十字社医療センター／看護副部長 |
| | 岡井 崇 | 社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院／病院長 |
| | 古宇田 千恵 | 日本妊産婦支援協議会 りんごの木／代表 |
| | 高橋 弘枝 | 公益社団法人 大阪府看護協会／会長 |
| | 中井 章人 | 公益社団法人 日本産婦人科医会／常務理事 |
| | 中野 則子 | 公益社団法人 兵庫県看護協会／会長 |
| | 原口 眞紀子 | 旭川医科大学病院／看護部長 |
| | 藤井 知行 | 公益社団法人 日本産科婦人科学会／理事長 |
| | 森本 俊子 | 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院聖隷浜松病院／総看護部長 |
| | 山本 詩子 | 公益社団法人 日本助産師会／会長 |
| | 和田 和子 | 一般社団法人 日本周産期・新生児医学会／理事長 |

2017年4月現在

【担当役員】

吉川 久美子 公益社団法人 日本看護協会／常任理事

【担当職員】

| | |
|--------|-----------------------------|
| 村中 峯子 | 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部／部長 |
| 早川 ひと美 | 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課／課長 |
| 山西 雅子 | 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課 |
| 長友 千晴 | 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課 |

2018年3月現在

平成29年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業
院内助産・助産師外来ガイドライン 2018

| | |
|---------|---|
| 2018年3月 | 発行 |
| 発行者 | 公益社団法人 日本看護協会 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2 TEL : 03-5778-8831 (代表) FAX : 03-5778-5601 (代表) ホームページ http://www.nurse.or.jp/ |
| 問合せ先 | 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部助産師課 TEL : 03-5778-8843 |

本書の無断複写・転載を禁じる

