

産科医と助産師の協働について 助産師の卒後の就職先について

第26回記者懇談会
平成21年10月14日(水)

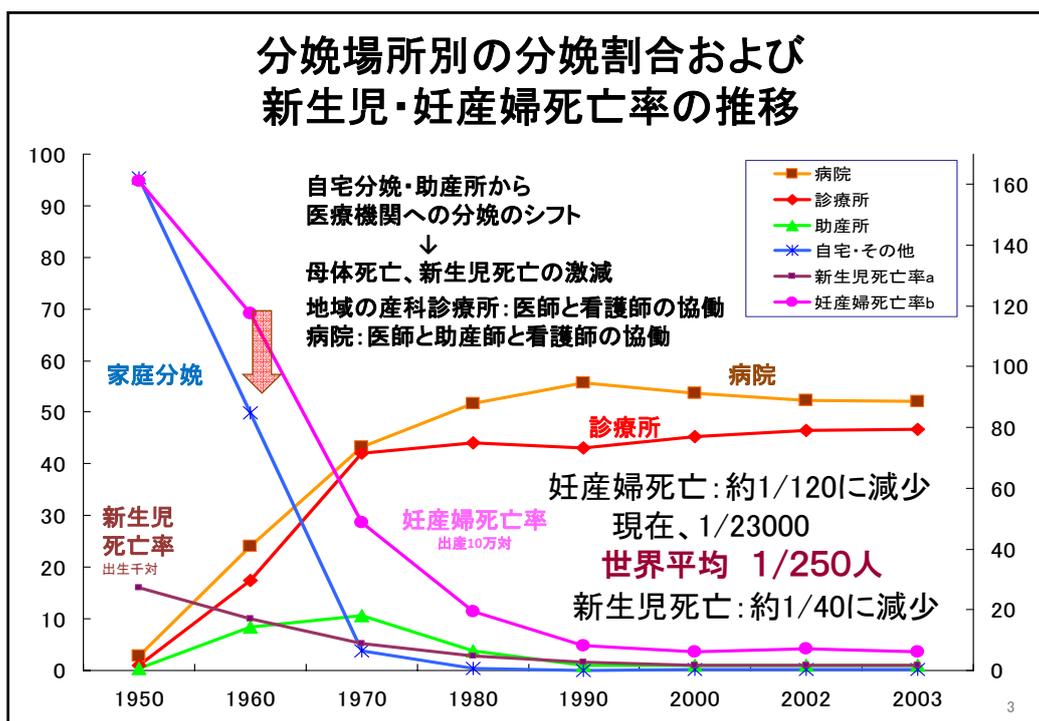
日本産婦人科医会
常務理事 神谷 直樹
常務理事 石渡 勇

1

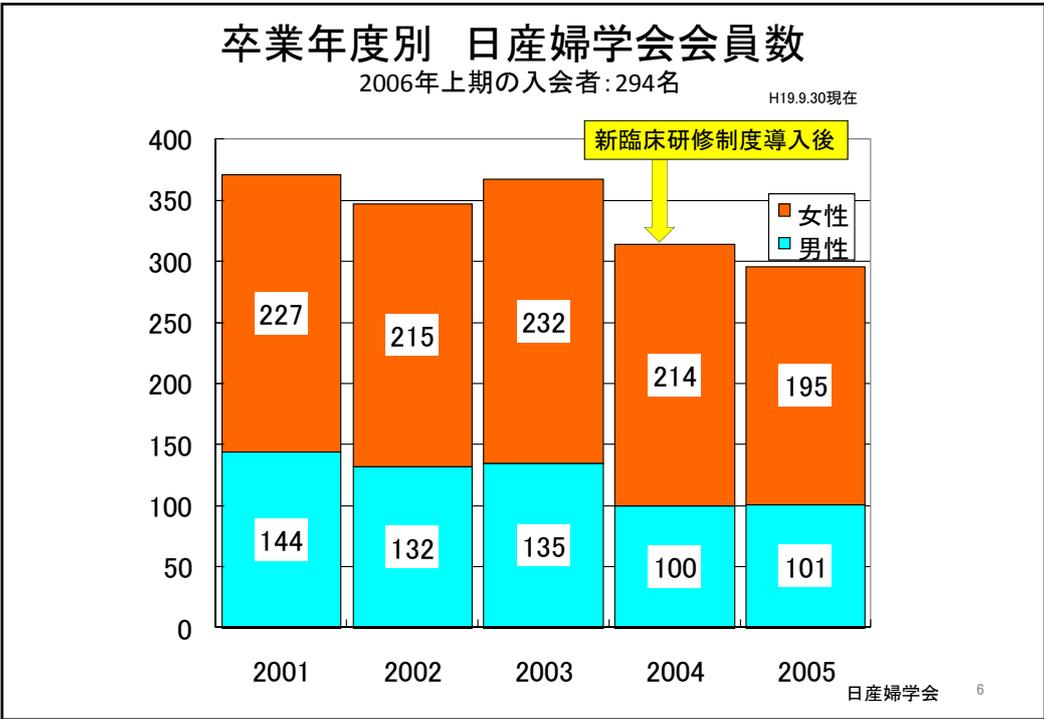
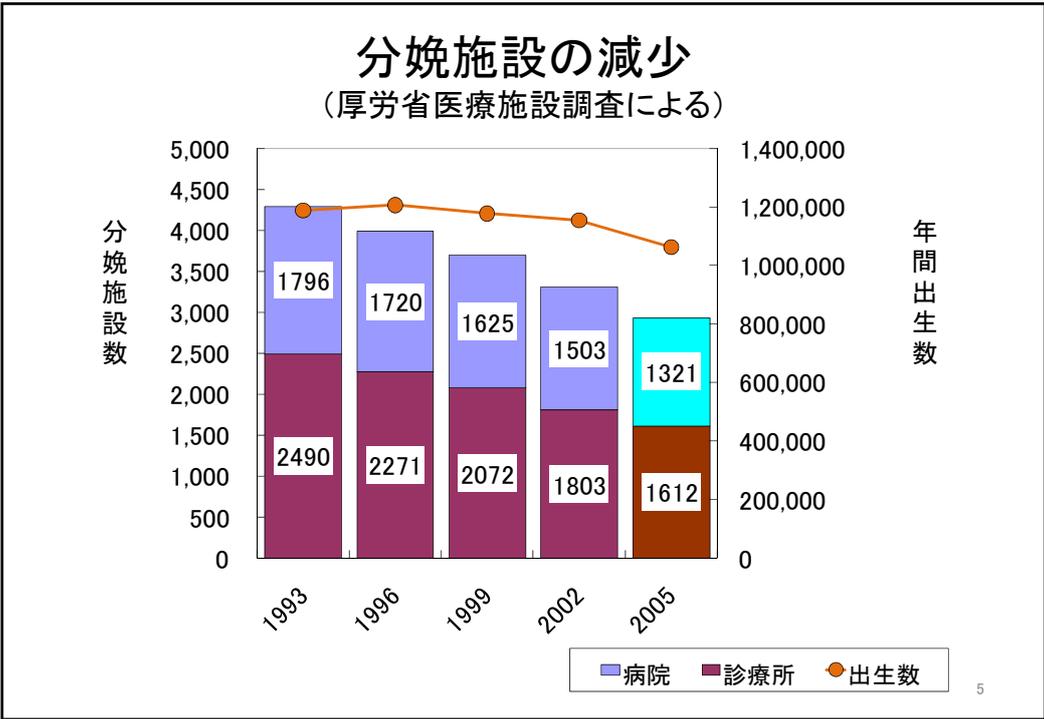
産科医と助産師の協働

1. 周産期医療の変遷(現在は、世界最高水準)
2. 周産期医療の危機
3. 分娩機関の減少と偏在
4. 産婦人科医師数
5. 医療訴訟の現状
6. 医師の労働環境
7. 助産師数と偏在
8. これまでの国(厚労省の認識)
9. 医政局長通知(産科医・助産師・看護師等の役割分担と連携)
10. 助産外来と院内助産システム(施設規模に応じた)
11. 助産所と嘱託医療機関との連携、周産期医療体制

2

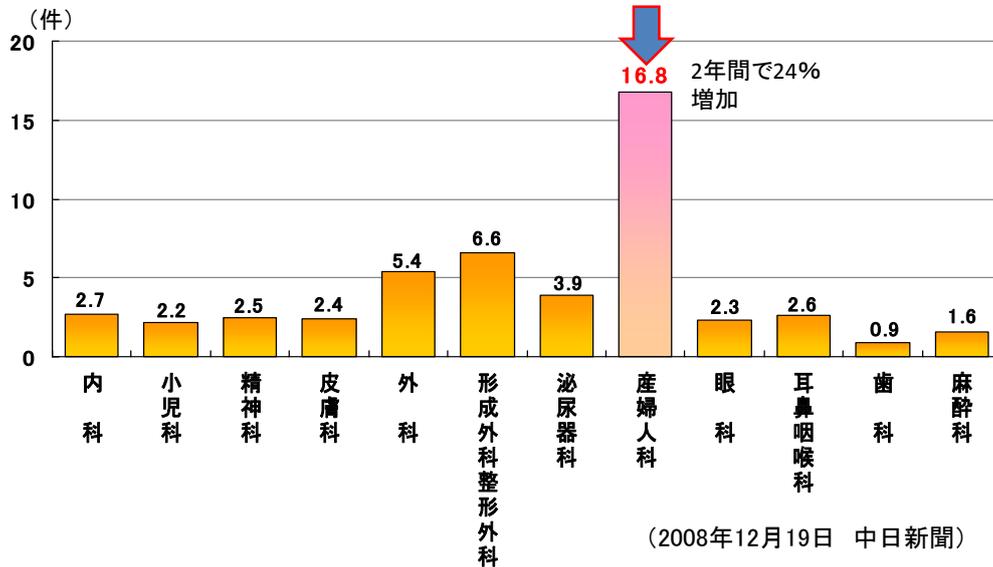


- ### 周産期医療の問題点
- 周産期医療崩壊の5つの要因
- ①産科医不足：新医師臨床研修制度・過酷な勤務
 - ②分娩医療機関の減少
 産科病院・診療所：医師の高齢化・助産師看護師不足
 周産期センター・総合病院：新医師臨床研修制度・過酷な勤務・訴訟
 - ③医療訴訟増加・刑事司法の医療への介入
 - ④行政・国民の無理解と周知不足：
 安全神話・民事・刑事訴訟の過度の報道
 - ⑤周産期医療システム不備



医療訴訟の診療科別件数(医師1000人あたり)

・2006年に終了したもの。最高裁データから



医師の労働環境

衆院予算委員会2009-5-7民主党の前原議員

事例:愛育病院に労働基準監督署がはいった件、
奈良県立病院:時間外手当未払い訴訟の(原告:医療側)勝訴

質問内容:

- ・ 宿直として労働しているのは労働基準法違反ではないか?
- ・ 医師のいわゆるサービス残業により、医療はささえられてきたのではないか?
- ・ 診療報酬の引き下げなどを含めた医療費削減を推しすすめた小泉内閣からの医療政策が間違っていたのではないか?
- ・ 医師は余っていると言っていたのは間違っていたのではないか?
- ・ 過労死の認定基準以上(96時間以上)に働いている勤務医が2割もいる、これは労働基準法違反ではないか?

政府答弁:

- ・ 麻生首相、舛添大臣は労働基準監督署の意見に従い是正されるべき
- ・ 残業代はきちんと支払われるべき とはっきりと答弁。

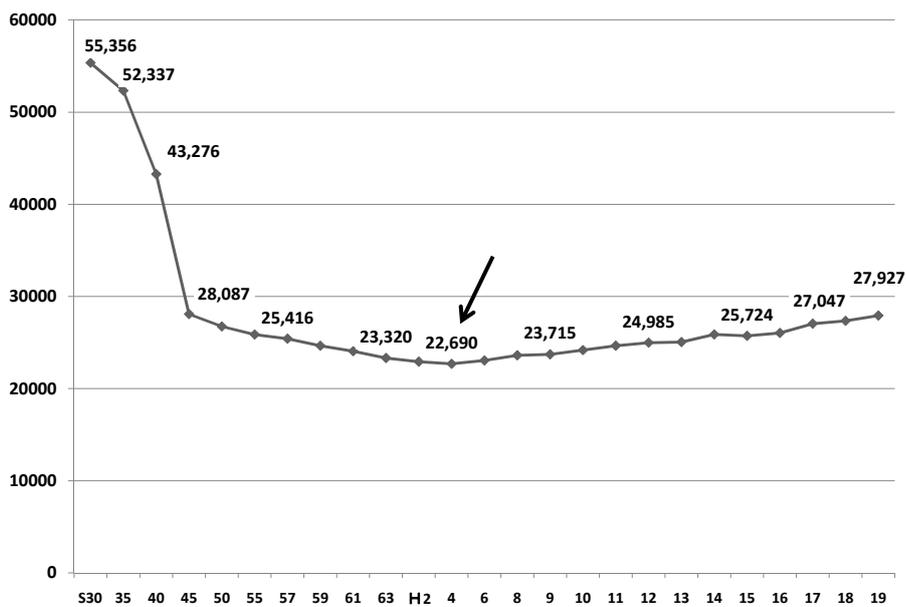
助産師充足率と取り扱い分娩数(日本産婦人科医会調査2005/12月・日医総研分析)

| | 診療所 | 病院 | 合計 |
|----------|---------|---------|--------------|
| 分娩取り扱い施設 | 1,658 | 1,247 | 2,905 |
| 総分娩数 | 476,770 | 517,820 | 994,590 |
| 助産師充足率 | 40.6 % | 84.7 % | 71.1 % |
| 助産師不足数 | 4,203 | 2,515 | 6,718 |

| 充足率区分施設数(分娩数) | 診療所 | 病院 | 合計 |
|---------------|---------------|-------------|---------------|
| 0% | 250 (40,508) | 10 (1,140) | 260 (41,648) |
| 10%未満 | 37 (9,624) | 1 (900) | 38 (10,524) |
| 20%未満 | 175 (51,250) | 19 (4,338) | 194 (55,588) |
| 30%未満 | 141 (43,157) | 27 (7,670) | 168 (50,827) |
| 30%未満総数 | 603 (144,539) | 57 (14,048) | 660 (158,587) |
| 助産師募集(半年応募無し) | 1,228 | 973 | 2,201 |

9

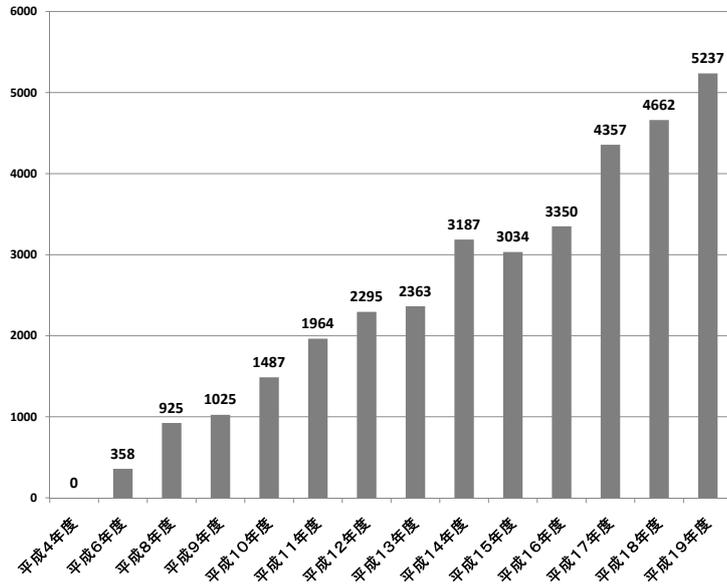
助産師数年次推移(厚生労働省医政局看護課調べ)



10

増加助産師数
平成4年を基準に

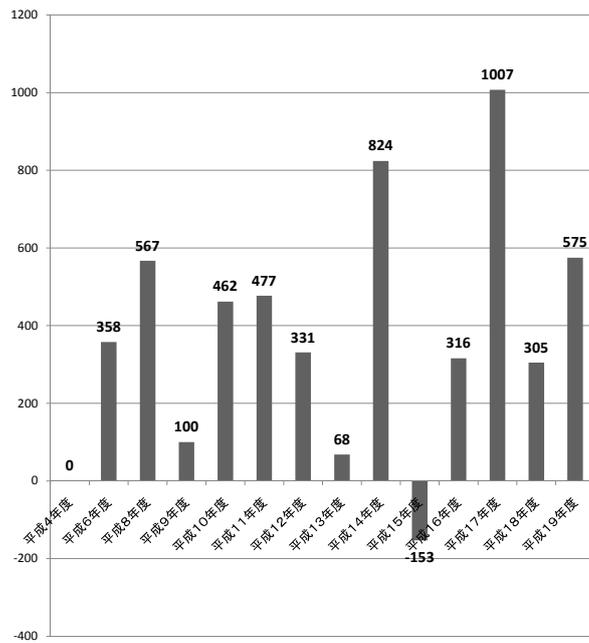
| | 増加数 |
|--------|-------|
| 平成4年度 | 0 |
| 平成6年度 | 358 |
| 平成8年度 | 925 |
| 平成9年度 | 1,025 |
| 平成10年度 | 1,487 |
| 平成11年度 | 1,964 |
| 平成12年度 | 2,295 |
| 平成13年度 | 2,363 |
| 平成14年度 | 3,187 |
| 平成15年度 | 3,034 |
| 平成16年度 | 3,350 |
| 平成17年度 | 4,357 |
| 平成18年度 | 4,662 |
| 平成19年度 | 5,237 |



11

就業助産師数増減
前年比較

| | 増減数 |
|--------|-------|
| 平成4年度 | 0 |
| 平成6年度 | 358 |
| 平成8年度 | 567 |
| 平成9年度 | 100 |
| 平成10年度 | 462 |
| 平成11年度 | 477 |
| 平成12年度 | 331 |
| 平成13年度 | 68 |
| 平成14年度 | 824 |
| 平成15年度 | -153 |
| 平成16年度 | 316 |
| 平成17年度 | 1,007 |
| 平成18年度 | 305 |
| 平成19年度 | 575 |



平均増加数
328人増/年

12

助産師養成所数
年次推移

| 年次 | 養成所数 | 1学年定員 | 総定員 |
|-----|------|-------|-------|
| H8年 | 101 | 2,827 | 2,827 |
| 9 | 107 | 3,045 | 3,045 |
| 10 | 116 | 4,130 | 4,130 |
| 11 | 123 | 4,635 | 4,635 |
| 12 | 124 | 4,958 | 4,958 |
| 13 | 127 | 5,468 | 5,468 |
| 14 | 128 | 5,958 | 5,958 |
| 15 | 132 | 6,490 | 6,490 |
| 16 | 144 | 7,514 | 7,554 |
| 17 | 146 | 7,884 | 7,939 |
| 18 | 147 | 8,324 | 8,394 |
| 19 | 150 | 8,740 | 8,832 |
| 20 | 159 | 9,120 | 9,222 |

助産師養成校数

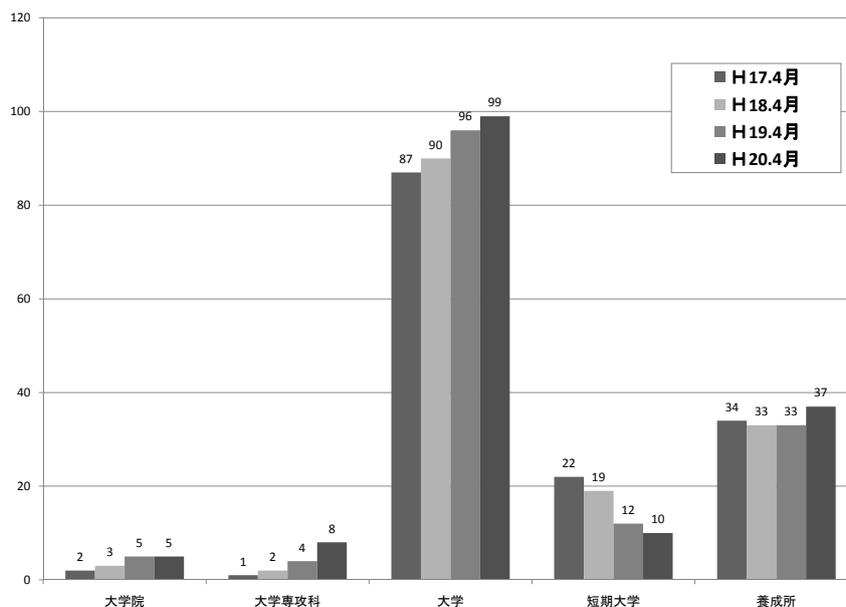
| | 平成16年 | 平成21年 |
|----|-------|-------|
| 国立 | 42 | 42 |
| 公立 | 43 | 44 |
| 私立 | 59 | 92 |
| 合計 | 144 | 178 |

養成所種類別数
年次推移

| | H17.4月 | H18.4月 | H19.4月 | H20.4月 |
|-------|--------|--------|--------|--------|
| 大学院 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| 大学専攻科 | 1 | 2 | 4 | 8 |
| 大学 | 87 | 90 | 96 | 99 |
| 短期大学 | 22 | 19 | 12 | 10 |
| 養成所 | 34 | 33 | 33 | 37 |
| 総数 | 146 | 147 | 150 | 159 |

13

養成所数推移



14

助産師等養成学校卒業者の就業状況

出典:看護関係統計資料(日本看護協会)

| 年次 | 大 学 | | | | | 助産師学校養成所 | | | | | 総数 |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-------|-------|
| | 病院 | 診療所 | 助産所 | その他 | 計 | 病院 | 診療所 | 助産所 | その他 | 計 | |
| 平成10年3月 | 49 | — | — | — | 49 | 1,225 | 19 | 3 | 5 | 1,252 | 1,301 |
| 11 " | 71 | — | — | 3 | 74 | 1,363 | 20 | 8 | 2 | 1,393 | 1,467 |
| 12 " | 79 | — | 3 | — | 82 | 1,379 | 21 | 1 | 3 | 1,404 | 1,486 |
| 13 " | 105 | 1 | 1 | 2 | 109 | 1,254 | 15 | 3 | 2 | 1,274 | 1,383 |
| 14 " | 163 | — | 2 | 1 | 166 | 1,103 | 17 | 3 | 1 | 1,124 | 1,290 |
| 15 " | 183 | 2 | 1 | 1 | 187 | 1,022 | 13 | 2 | 3 | 1,040 | 1,227 |
| 16 " | 275 | 2 | 3 | — | 280 | 1,033 | 28 | — | 2 | 1,063 | 1,343 |
| 17 " | 418 | 7 | 3 | 1 | 429 | 1,013 | 10 | 1 | 2 | 1,026 | 1,455 |
| 18 " | 370 | 5 | 2 | 1 | 378 | 962 | 24 | 2 | 1 | 989 | 1,367 |
| 19 " | 422 | 3 | 2 | 2 | 429 | 916 | 19 | — | — | 935 | 1,364 |
| 20 " | 552 | 2 | 1 | — | 555 | 876 | 22 | 1 | — | 899 | 1,454 |

15

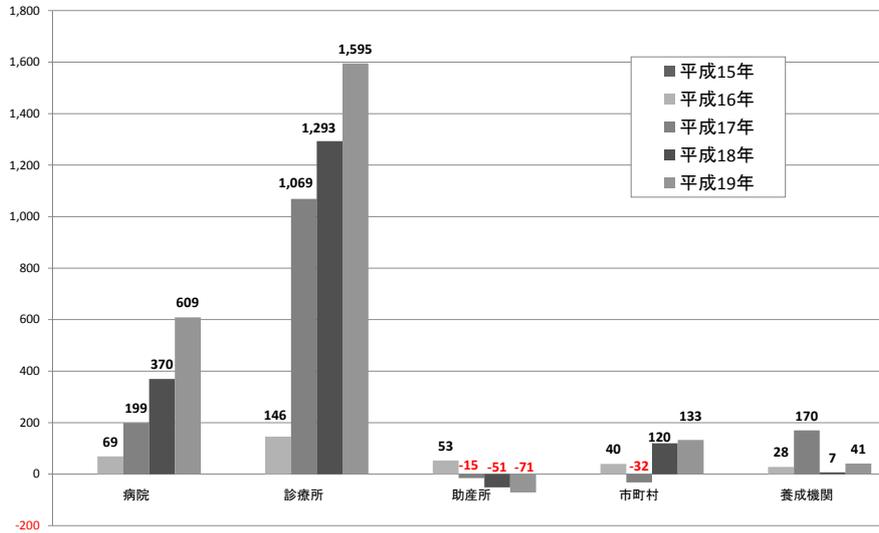
助産師就業者数 [年次別・就業場所別]

| | 総数 | 病院 | 診療所 | 助産所 | | | | 保健所 | 市町村 | 社会福祉施設 | 事業所 | 看護師等養成機関 | その他 |
|----|--------|--------|-------|-----|-----|------|-------|-----|-----|--------|-----|----------|-----|
| | | | | 開設者 | 従事者 | 出張のみ | 計 | | | | | | |
| 15 | 25,724 | 17,684 | 4,534 | 723 | 192 | 686 | 1,601 | 216 | 437 | 15 | 12 | 1,020 | 205 |
| 16 | 26,040 | 17,753 | 4,680 | 722 | 205 | 727 | 1,654 | 231 | 477 | 7 | 13 | 1,048 | 177 |
| 17 | 27,047 | 17,883 | 5,603 | 691 | 225 | 670 | 1,586 | 221 | 405 | 2 | 18 | 1,190 | 139 |
| 18 | 27,352 | 18,054 | 5,827 | 683 | 281 | 586 | 1,550 | 221 | 557 | 12 | 12 | 1,027 | 92 |
| 19 | 27,927 | 18,293 | 6,129 | 679 | 298 | 553 | 1,530 | 229 | 570 | 12 | 13 | 1,061 | 90 |

16

助産師就業者数
[年次別・就業場所別]
(平成15年からの増減数)

| | 病院 | 診療所 | 助産所 | 市町村 | 養成機関 |
|-------|-----|-------|-----|-----|------|
| 平成15年 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 平成16年 | 69 | 146 | 53 | 40 | 28 |
| 平成17年 | 199 | 1,069 | -15 | -32 | 170 |
| 平成18年 | 370 | 1,293 | -51 | 120 | 7 |
| 平成19年 | 609 | 1,595 | -71 | 133 | 41 |



17

助産師不足への対応

- (1) 助産師の養成の促進
養成学校の増加、教育課程の見直し
- (2) 潜在助産師の掘り起こし
潜在助産師の登録制度と教育
- (3) 助産師の待遇改善
- (4) 産科エキスパート・ナースの養成
- (5) 産科医療・ケアにおける役割分担と協働

18

まとめ

- (1) 平成17年12月に当会が行った助産師の充足率は、診療所で40.6%、病院で84.7%であった(全体で71.1%)。不足数は6,718人と算出された。
- (2) 助産師数の年次推移をみると、平成4年の22,690名を最低として、以後微増している。平成4年からの増加数を見ると平成19年までに5,237名であった。年間平均328人の増加であった。
- (3) 助産師養成所数は漸増しており、施設別では大学が漸増であり、養成所は微増である。高学歴化が顕著である。平成20年度における一学年定員としては年間9,120人であるが、卒業数は1,454人であった。そして就業先は圧倒的に病院であり、診療所へは年間20名前後である。
- (4) 全助産師の就業場所別数の年次推移を見てみると、診療所と病院での増加が明らかである。しかし病院・診療所における平成17年以降の増加数は936名で依然として不足である。
- (5) 助産師不足への対応策を示した。

19

これまでの国(厚生労働省)の認識？

- ◆産科医は少なくない
11,391(H6)-10,694(H16)=697人(6%)減少
分娩に従事する産婦人科医6,107人(2005年日産婦学会調査)
分娩施設:4,286(H5)→3,056(H17)=1230(30%)減少(2005年日産婦学会調査)
 - ◆助産師の不足数は僅か1,700人
6,718人不足(日母2005年全国調査)、51,784人不足(理想的、助産師6-8人/施設)
 - ◆助産師は安全に分娩ができる
助産所の母体死亡、特に新生児死亡は多い
医療機関内の医師の指示下でのベテラン看護師の分娩管理は安全、内診も安全
 - ◆分娩に関する法律は保助看法である
分娩医療機関では医師法下で医師の責任でチーム(医・助・看)で分娩を行う
 - ◆助産所で安全にお産ができる
助産所では医療行為はしてはならない(母体救急、新生児蘇生は不可能)
ローリスク妊娠でも約3%に緊急帝王切開、約3%に新生児仮死が発生
助産所からの搬送された母児の予後は極めて不良(2006年日母)
 - ◆産科診療所がやめたお産は助産所がやればよい
助産所は常時10人以上の産婦をおけない。分娩数に制限がある。
 - ◆集約化・重点化すれば供給体制は維持できる。
集約化:完了2.2%、進行中20.4%、検討中20.8%、未検討37%、予定無し19.6%(日医総研)
- ☆助産所は産科医療機関の代替にはならない。

20

助産師への社会的要請

安心と希望の医療確保ビジョン

1. 医療従事者等の数と役割

(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

ア. 医師と看護職との協働の充実

「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日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。)で示したように、各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。(中略)

ま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。

2. 地域で支える医療の推進

3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進

出典：安心と希望の医療確保ビジョン（厚生労働省 平成20年6月）

21

保健師助産師看護師法

(1948年 法律203号)

第3条

この法律において「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。

第7条

2 助産師になろうとする者は、助産師国家試験及び看護師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければならない。

第30条

助産師でない者は、第3条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法(昭和23年法律第201号)の規定に基づいて行う場合は、この限りではない。

第37条 特定業務の禁止

主治の医師また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其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、洗腸を施し其他助産師の業務に当然付随する行為をする場合は、この限りではない。

第38条 異常妊産婦などの処置禁止

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るときは、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。但し、臨時応急の手当てについては、この限りではない。

第42条の3

2 助産師でない者は、助産師又はこれに紛らわしい名称を使用してはならない。

22

分娩における医師、助産師、看護師等の役割分担と 連携等について 厚生労働省医政局長 平成19年3月30日

母子の安心・安全の確保や新生児の健全な育成の観点から、妊娠初期から産褥期までの一連の過程における医師・助産師・看護師等の適切な役割分担と連携が確保される必要がある。

具体的には、

- ①医師は、助産行為を含む医業を業務とするものであること(医師法第17条)
- ②助産師は助産行為を業務とするものであり(保助看法第3条)、正常分娩の助産と母子の健康を総合的に守る役割を担っているが、出産には予期せぬ危険が内在することから、日常的に医師と十分な連携を取ることができるように配慮する必要がある。
- ③看護師等は、療養上の世話及び診療の補助を業務とするものであり(保助看法第5条・6条)、分娩期においては、自らの判断で分娩の進行管理は行うことができず、医師または助産師の指示監督の下に診療又は助産の補助を担い、産婦の看護を行う。

23

分娩における医師、助産師、看護師等の 役割分担と連携等について

厚生労働省医政局長 平成19年3月30日

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」

- 助産所の嘱託医師は産科又は産婦人科の医師とする
- 嘱託医師による対応が困難な場合のため連携医療機関を確保する
- 安全な周産期医療体制を構築
- 助産師確保策:助産師養成所の設置、定員数の増加、入学者数の確保、社会人卒の導入

24

バースセンター構想(院内助産所、助産師外来)

| 国 | 妊娠管理 | 分娩管理 | 効率性 | 安全性 | 満足度 | 利便性 |
|------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| オランダ・ニュージーランド | 低リスク:助産師 ハイリスク:産科医 | 低リスク:助産師(自宅) ハイリスク:病院で医師管理 | 低 | 低 | 高 | 高 |
| イギリス・フランス・ドイツ・スウェーデン・オーストラリア | 低リスク:助産師 ハイリスク:産科医 | 病院で管理 低リスク:助産師 ハイリスク:産科医師 | 高 | 高 | 中~低 | 低 |
| 日本 | 産科医主導 | 低リスク:診療所で産科医師 ハイリスク:病院で産科医師 | 低 | 中 | 中 | 高 |

平成20年3月31日 医政発第0331028号
院内助産所・助産師外来開設促進事業等の実施について

| 平成20年3月医会調査 | | |
|-------------|-------|----|
| 助産師外来 | 院内助産所 | 併設 |
| 97 | 1 | 14 |

25

院内助産システム

26

これからの周産期医療における 助産師の役割

周産期センター

ハイリスク妊娠・分娩の支援
低リスク妊娠・分娩の主体的管理(院内助産システム)
助産師外来の充実(継続妊婦制など)
産後ケア(乳房ケアを含む)

一般病院、有床診療所

低リスク妊娠・分娩の主体的管理
助産師外来の充実
産後ケア

無床診療所、助産所

低リスク妊娠の妊婦健診
産科オープンシステムの登録助産師として分娩管理
産後ケア

27

安全で快適な妊娠・出産の 支援のために必要なこと

1. 産科医が周産期医療のチームリーダーとしての自覚をもつこと
2. 産科医と助産師の相互理解と協働
(院内助産システムガイドラインの作成)
3. 助産師の増員
4. 助産に関する知識・技術の向上
5. 関連する法で定められた業務範囲を順守

28

院内助産システム

院内助産システムとは

- 病院・診療所において、妊婦健康診査、分娩介助、保健指導を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制(助産(師)外来、院内助産)がある仕組みをいう
- 助産師は医師との役割分担・連携のもとで全ての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
- 医療法・医師法・保助看法で定められている業務範囲に則って行う

29

助産外来

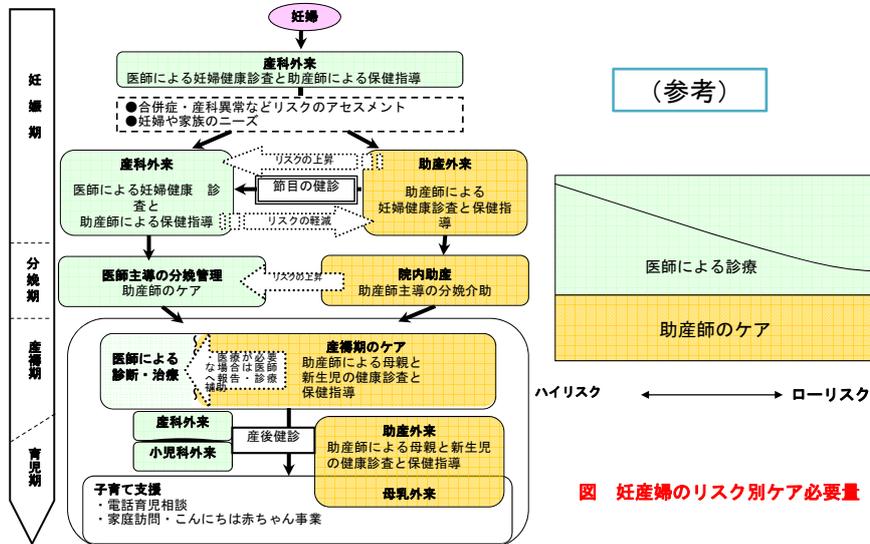
- 妊婦褥婦の健康診査、保健指導が助産師により行われる外来
特に、ローリスク妊産褥婦に対しては、妊婦健診、保健指導を助産師が行う

院内助産

- 分娩を目的に入院する産婦および産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう
特に、ローリスクの分娩は助産師により行われる
 - ・厚労省事業で使用されている「院内助産所」と同義
 - ・施設の規模や体制によって様々な形態で運用できる
 - ・医療法でいう「助産所」ではない

30

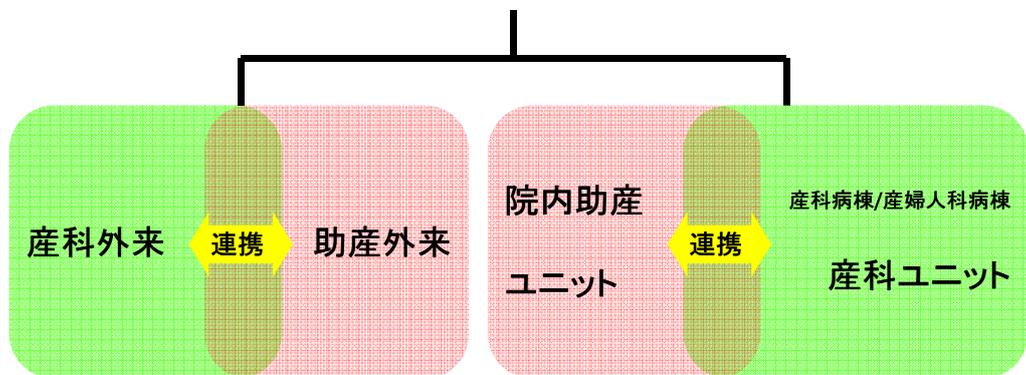
産科医療チームによるリスクに応じたケア提供体制



31

看護・助産供給体制

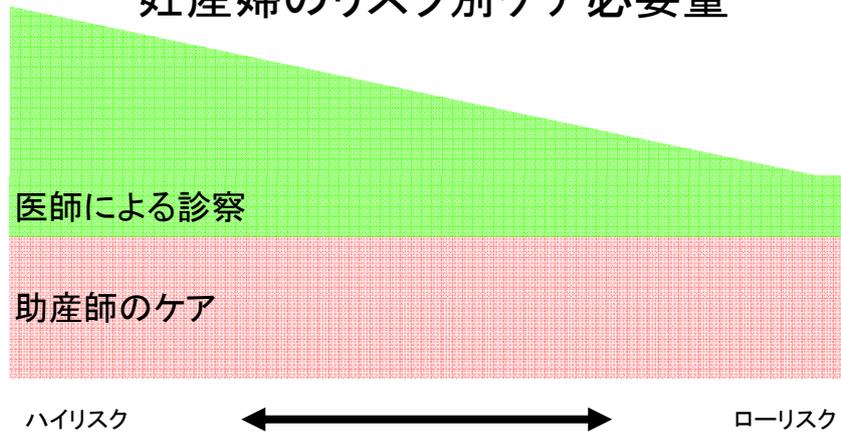
院内助産システム



32

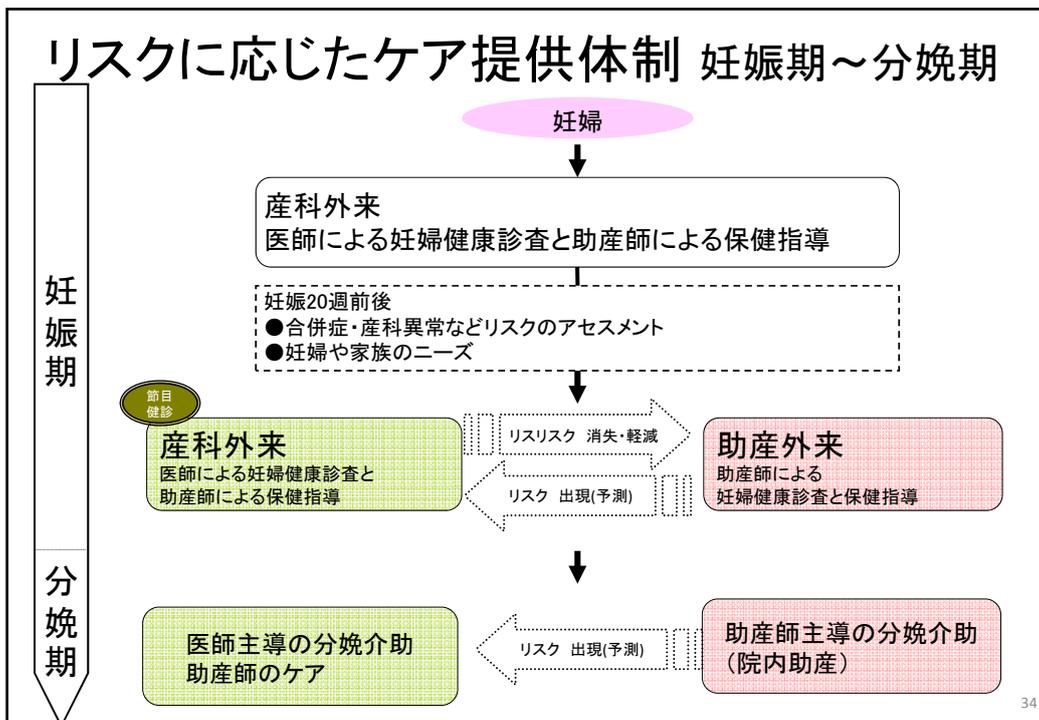
助産ケアの考え方

妊産婦のリスク別ケア必要量



33

リスクに応じたケア提供体制 妊娠期～分娩期



34

妊産褥婦のケアの視点
ハイリスク妊産褥婦に対する援助

- 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

35

助産外来ガイドライン

- 対象基準
- 医師への報告基準
 妊娠期、産褥期
- 健診項目
- 超音波検査の考え方
- 担当助産師の基準
- 責任の範囲(助産師、施設管理者)
- 機能評価(日看協、助産師職能委員会)
- 参考資料
 産婦人科診療ガイドラインより一部引用

36

院内助産ガイドライン

- 対象基準
- 医師への報告基準
分娩期、産褥期、新生児期
- CTGの装着基準
- 担当助産師の基準
- 責任の範囲(助産師、施設管理者)
- 解説
CTGパターンの読み方

37

助産師を中心とした分娩支援

1. 院内助産における対象者の考え方
妊娠37週の時点で分娩に関してリスクが低く、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
2. 医師への報告の目安
母児の状態、褥婦の状態、新生児の状態で異常が疑われる症状が見られた時、医師に相談し、指示を受ける
3. 分娩監視装置の装着基準と装着しない場合の間歇的胎児聴診法(第Ⅰ期15分ごと、第Ⅱ期5分ごと)
4. 院内助産を担当する助産師の基準

38

産科医と助産師の チーム医療推進のために

- 助産(師)外来を推進する
- 院内助産を推進する
- 産科医と助産師のチーム医療にむけたガイドラインを作成する
- 助産師の卒後研修制度(認定制度)の確立
- 助産師の増員

39

院内助産システム

記録

記録は医師と共有を原則とし、情報の一元化を図る

責任の範囲

- 助産師の責任: 医療法・医師法・保助看法に規定されている範囲の職務に責任を持つ
- 施設管理者の責任: 医療法に定められている病院等の管理者は、施設全体の医療提供体制に責任を有する

40

院内助産システムに必要な助産師数

施設分娩数：約100万件 / 年

1人の助産師が介助可能な分娩数：約25件 / 年

⇒ 助産師の必要数 : 40,000人

現在の助産師数 : 25,000人

⇒ 助産師の不足数 : 15,000人

41

助産師増加対策

- 養成数の増加
現行1400人/年を 2000人/年規模にする
- 魅力ある働き方の創設
助産(師)外来、院内助産の推進

42

助産外来の意義

- 助産師のモチベーション向上、スキルアップが可能
- 妊婦の日常的な疑問・不安の解消に有用
→ 妊婦の満足度が高い
- チーム医療の推進、価値観の共有に有用
- 医師の外来業務が軽減される

43

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

入院時

- 異常な出血
- バイタルサイン等の異常
- 前期破水
- 羊水混濁
- 胎位の異常
- 胎児心拍数パターンの異常

44

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

分娩第Ⅰ期

- ・ 異常な出血
- ・ CPD
- ・ 回旋異常
- ・ 産瘤の増大
- ・ 遷延分娩(微弱陣痛が原因と考えられる)
- ・ 羊水の異常
- ・ バイタルサイン等の異常
- ・ 胎児心拍数パターンの異常
- ・ 早期破水

45

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

分娩第Ⅱ期

- ・ 遷延分娩
- ・ 胎児心拍数
パターンの異常
- ・ 羊水の異常

分娩第Ⅲ期

- ・ 軟産道の裂傷
- ・ 胎盤の娩出が困難
- ・ 胎盤の遺残
- ・ 子宮内反
- ・ バイタルサイン等の
異常
- ・ 異常な出血

46

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

早期産褥期

- ・弛緩出血が疑われる
胎盤娩出後、暗赤色の出血が持続的あるいは断続的に流出し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
胎盤娩出後から2時間の総出血量が200ml以上
- ・500ml以上の出血:直に連絡
分娩中の総出血量が500ml以上である。
- ・血腫が疑われる
腔壁あるいは外陰部・肛門部周辺の疼痛を訴え、かつ弾力性のある有痛性の腫瘍が認められる。
- ・バイタルサインなどの異常
38℃以上の発熱100回/分以上の頻脈、呼吸の異常、血圧(140mmHg ↑ /90mmHg ↑、収縮期100mmhg ↓、頭痛・嘔吐・胸痛・上腹部痛・顔色不良

47

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

産褥期の医師への連絡基準

- ・産褥熱
2日に以上にわたり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
子宮底の位置が産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
産褥2週間をこえても子宮底をふれる場合

48

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

産褥期の医師への連絡基準

- ・創痛、収縮痛など脱肛痛
鎮痛薬等が必要な場合
- ・排尿障害
産後12時間以内に自尿が出ない
産後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

49

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

産褥期の医師への連絡基準

- ・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な不安定が続き、
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

50

医師への連絡基準(院内助産システム)母児の異常

産褥期の医師への連絡基準

- ・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

表在性の静脈が怒張し、圧痛があり浮腫がある場合

深部静脈血栓症: Homans 徴候(+)

51

医師への連絡基準(院内助産システム)新生児の状態

- ・ 出生直後の新生児所見: 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)

- ・ 低出生体重児

- ・ 巨大児

- ・ 出生児の仮死状態

- ・ 呼吸障害

- ・ チアノーゼ

- ・ 全身状態の異常

- ・ 奇形

52

医師への連絡基準(院内助産システム)新生児の状態

- ・ 特異な顔貌
- ・ けいれん
- ・ 嘔吐
- ・ 発熱
- ・ 低体温
- ・ チアノーゼ
- ・ 心拍数ならびに心雑音
- ・ 黄疸
- ・ 排泄の異常
- ・ 哺乳力の不良
- ・ 体重増加不良
- ・ 活気不良
- ・ なんとなくおかしい(not doing well)

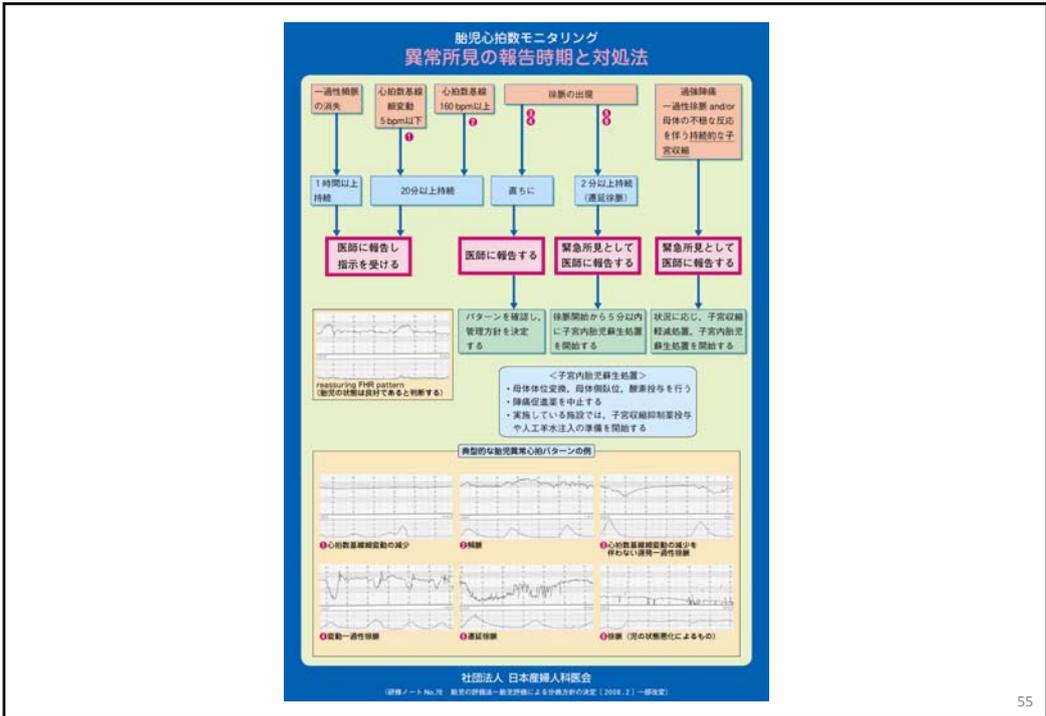
53

院内助産を担当する助産師の基準

以下の能力・医療の自覚・コミュニケーション力を持ち、カンファランスが定期的に行われている

- 確実な問診・聴診・触診技術
- 母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力
- 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

54



胎児心拍数波形分類 (2008年周産期委員会)

基線細変動正常

| 一過性徐脈 心拍数基線 | なし | 早発 | 変動 | | 遅発 | | 遅延 | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 軽度 | 高度 | 軽度 | 高度 | 軽度 | 高度 |
| 正常波 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 頻脈 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 徐脈 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 高度徐脈 | 4 | 4 | | 4 | 4 | 4 | | |

基線細変動低下

| 一過性徐脈 心拍数基線 | なし | 早発 | 変動 | | 遅発 | | 遅延 | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | 軽度 | 高度 | 軽度 | 高度 | 軽度 | 高度 |
| 正常波 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 頻脈 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 |
| 徐脈 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 高度徐脈 | 5 | 5 | | 5 | 5 | 5 | | |

基線細変動消失

波形5

胎児心拍数波形分類毎の推奨処置 (2008年周産期委員会報告)

| FHR波形分類 | | 処置 |
|---------|----------------|----------------------------|
| 1 | 正常波形 | 経過観察 |
| 2 | 亜正常波形 | 経過観察/監視の強化、 保存的処置の施行 |
| 3 | 異常波形 level I | 監視の強化、保存的処置の施行/ 急速遂娩の準備 |
| 4 | 異常波形 level II | 急速遂娩の準備/施行 |
| 5 | 異常波形 level III | 急速遂娩の施行 |

57

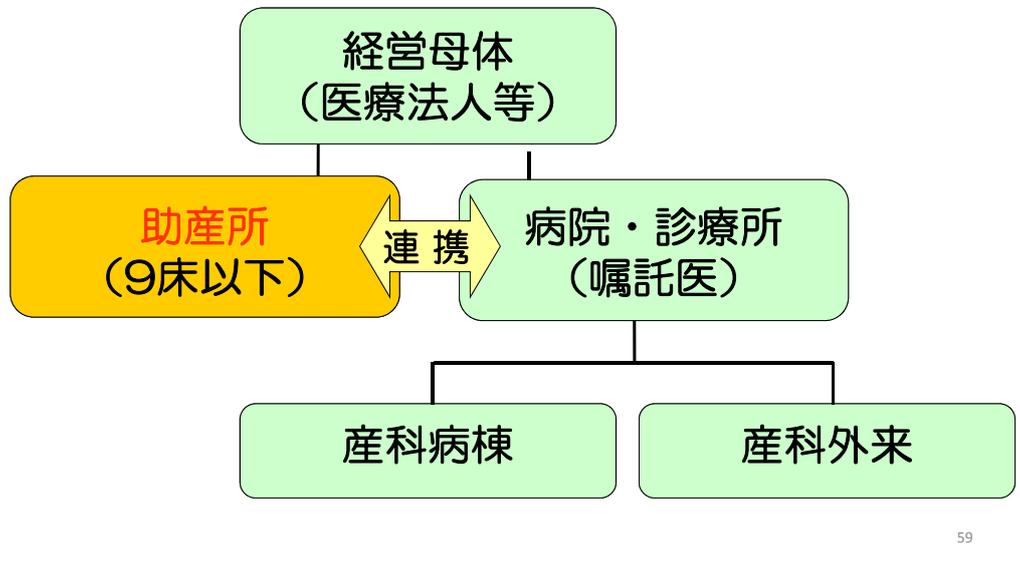
助産所業務ガイドライン 改訂版2008（5年目見直し）

改訂のポイント

- 母児感染症のリスクが高い疾患をもつ妊婦は医師の管理とする。
- 管理方法については、「産婦人科診療ガイドライン2009」と整合性を図る。
- 正常分娩急変時は医療機関に搬送することが多く、より緊急性の高い事項から記載した。
- 「新生児救急蘇生ガイドライン」との整合性を図った。
- 周産期医療に係る関係者の協働と連携を重視した。
- 地域周産期医療システムに組み込む。

58

助産所：従来の独立型助産所、併設された助産所
— 病院（診療所）併設であっても、医療法上の助産所 —



59

産科チームにおける助産師の働き方 — 助産所の定義 —

◆助産所の定義

第2条 この法律において、「助産所」とは、
助産師が公衆又は特定多数人のため
その業務（病院又は診療所において
なすものを除く）を行う場所をいう。

- 2 助産所は、妊婦、産婦又はじょく婦10人以上の入所施設を有してはならない。

出典：医療法 60

正常分娩急変時のガイドライン

嘱託医療機関へ緊急に搬送すべき母体の症状

1. 分娩後の出血: バイタルサインのチェック、血管確保、酸素投与
子宮マッサージ、医師の指示で子宮収縮剤
 - ・ 鮮血が持続的に流出するも
 - ・ 凝血塊を何度も排出する
 - ・ 凝固しない血液が流出
 - ・ 500ml以上の異常出血があり、持続する可能性がある
母体バイタルサインに変化(頻脈、血圧低下、冷汗、呼吸異常など)
2. 異常出血(分娩第1期): 胎児Well-beingの評価、バイタルサインのチェック、輸液、酸素投与
 - ・ 鮮血が多量に流出するも
 - ・ 凝固しない血液が流出

61

正常分娩急変時のガイドライン

嘱託医療機関へ緊急に搬送すべき母体の症状

3. 子宮胎盤の異常: バイタルサインのチェック、血管の確保・輸液、子宮底の観察、頸管の観察、出血量の測定
 - ・ 胎盤娩出困難・胎盤実質の欠損
 - ・ 子宮内反が考えられる場合(腹壁から子宮を触れない)
 - ・ 子宮破裂が考えられる場合
4. 血栓症が疑われる場合: バイタルサインのチェック、血管の確保・輸液、酸素投与
 - ・ 脳梗塞・脳出血が考えられる場合(頭痛、嘔吐、転倒、意識消失)
 - ・ 肺塞栓症が考えられる場合(息苦しさ、意識消失、徐脈、血圧低下)
 - ・ 深部静脈血栓症が考えられる場合(下肢の疼痛・うっ血・膨張)
 - ・ 血栓性静脈炎が考えられる場合(表在性静脈の怒張・圧痛など)

62

正常分娩急変時のガイドライン

嘱託医療機関へ緊急に搬送すべき母体の症状

5. 会陰・頸管裂傷：異常な出血ならば直ちに搬送：消毒、血管確保
バイタルサインのチェック、タンポン圧迫
 - ・第三～第四度会陰裂傷
 - ・頸管裂傷
 - ・会陰・膣血腫
6. 母体発熱
 - ・子宮内感染が疑われる場合
 - ・高熱(38℃以上の場合)
7. 発熱(産褥早期)：悪露のチェック、尿のチェック、乳房、
バイタルサイン、血管の確保
 - ・高熱(38℃以上の場合)

63

助産所業務ガイドライン 改訂版2008

嘱託医師との連携

嘱託医療機関との連携

助産所における分娩適応リスト

64

助産所業務ガイドライン

改訂版2008

助産所における分娩の適応リスト

A. 助産所での分娩対象者

1. 妊娠経過中継続して管理、正常に経過しているもの
2. 単胎、頭位で経膈分娩可能なもの
3. 妊娠中、複数回、嘱託医師あるいは
嘱託医療機関の診察を受けているもの
4. 助産師が分娩可能と判断したもの

B. 産婦人科医と相談の上、共同管理すべき対象者

C. 産婦人科医が管理すべき対象者

65

助産所業務ガイドライン

改訂版2008

正常分娩急変時のガイドライン(分娩中・産褥期) 嘱託医療機関に緊急搬送

- A. 分娩後出血
- B. 異常出血(分娩第Ⅰ期)
- C. 子宮・胎盤の異常
- D. 血栓症が疑われる場合
- E. 胎児心拍異常(分娩第Ⅰ・Ⅱ期)
- F. 羊水混濁
- G. 分娩遷延
- H. 陣痛発来前の破水
- I. 会陰・頸管裂傷
- J. 母体発熱
- K. 分娩開始後の胎位異常

66

助産所業務ガイドライン 改訂版2008

正常分娩急変時のガイドライン(新生児期発症)

嘱託医療機関に緊急搬送

- | | |
|---------------|--------------|
| A. 早産児・低出生体重児 | K. 腹部膨満 |
| B. 巨大児 | L. 発熱 |
| C. 仮死 | M. 低体温 |
| D. 呼吸障害 | N. 出血(吐血・下血) |
| E. 無呼吸発作 | O. 外表大奇形 |
| F. チアノーゼ | P. 浮腫 |
| H. 痙攣 | Q. 下痢 |
| I. 黄疸 | R. 心雑音 |
| J. 嘔吐 | |

67

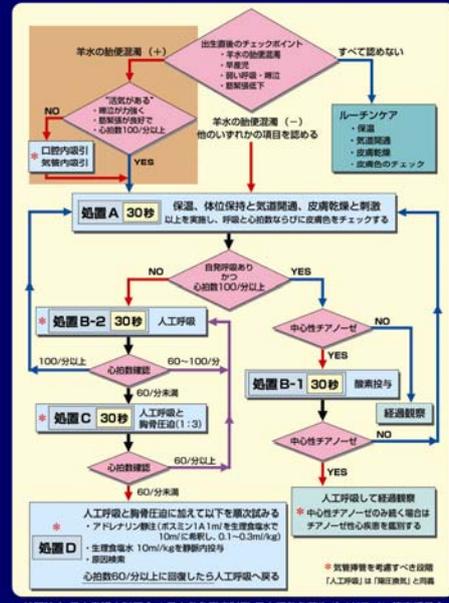
助産所業務ガイドライン 改訂版2008

嘱託医師または嘱託医療機関の医師に相談

- A. Not doing well なんとなくおかしい
- B. 哺乳不良
- C. 活気不良
- D. 体重増加不良
- E. 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

68

新生児心肺蘇生法のアルゴリズム



社団法人 日本産婦人科医会 / 日本救急医療財団 日本救急蘇生ガイドライン策定委員会