

助産診断・技術学 ハイリスク・異常産婦の アセスメントと支援

令和8年6月4日

土浦協同病院 産科・MFICU

遠藤 香織

目的：ハイリスク・異常状態にある産婦の経過及び健康状態の判断に必要な基本的知識・技術を習得する

目標：ハイリスク・異常産婦の助産診断と支援方法を理解する

母児ともに安全で健康な分娩ができるように
分娩経過の正確なアセスメントに基づいた予防的ケアを行い、
異常を早期発見して即座に対応できる
⇒母体安全への提言（産婦人科医会により毎年更新）や
産科医療補償制度の分析報告書等から常に最新の対応ができる
ようにしていく

最新の2024年では
胎盤早期剥離へのフィブリノゲン値測定、
凝固因子の補充

帝切縫合不全時の再開腹
HELLP症候群
妊産婦の自殺対策
妊娠悪阻への介入

の5つが提言

- 助産学講座7
- △ 助産師テキスト
- ガイドライン

A ハイリスク・異常分娩時のアセスメント

ハイリスク分娩とは (○P180)

- 分娩時に母児に異常が生じる可能性の高い分娩である

助産師は常にリスクアセスメントと分娩経過の注意深いアセスメント、
基礎疾患や妊娠合併症に対する管理と異常の早期発見・支援を行う
ことが必要である。

* 身体的、心理的、社会的因子のアセスメント

⇒ アセスメントの視点として

母体の異常状態と胎児や胎児付属物の異常状態を把握

1. 身体的ハイリスク因子のアセスメント

- 助産師が行う分娩時にケアには、
 - ①異常な経過に対する予防的措置
 - ②母児の異常の発見
 - ③異常発見時に医学的援助を得ること
 - ④医学的援助が欠如している場合の緊急措置の実施 などが含まれる。

分娩の進行にそってハイリスクをアセスメントし、どのような援助を行うかを正確に判断する必要がある。そのためには、産婦の状態をアセスメントして、医師による管理に移行すべき基準知っておく必要がある。

【母体の異常状態を把握するアセスメントの視点】

- * バイタルサインの変化（○ P181 表7-1）
- * 意識レベルや神経学的症状の変化
- * 尿量
- * 腹部の緊満度・圧痛・圧迫感・疼痛
- * 出血量と性状の観察産科的既往歴の確認

【胎児や胎児付属物の異常状態を把握するアセスメントの視点】

- * 胎児心拍モニタリングによる観察
- * 胎児の発育や胎位・胎向・胎勢
- * 多職種連携チームによる早期対応

2. 心理・社会的ハイリスク因子のアセスメント

- ハイリスク産婦は、自身に身体的異常が生じる可能性や胎児への影響に対する懸念などを生じやすい。

以下の状況下では不安や恐怖が増強するため、心理的・社会的背景を含めて統合的にアセスメントしていく。

* 身体的ハイリスク因子はあるか

* 妊娠への受容

* 分娩への産婦・家族の適応状態

⇒陣痛によるパニックに陥っていないか

精神疾患の既往

前回の出産体験 等

* 産科既往歴

⇒流産、早産、死産の経験

* ソーシャルサポートの状態

3. 異常分娩・偶発疾患のアセスメント

- 正常経過逸脱の評価

- ⇒分娩各期の経過が正常であるか否かの判断

- 分娩経過の予測

- 異常の予防と早期発見、適切な対応

- 検査結果の評価

- 緊急事態の予測と予防的対応

- ⇒産婦のストレス軽減

- 救急カートの整備

B ハイリスク・異常分娩時の産婦への支援 (○P184～ △116～)

1. 娩出力の異常とケア

- ・ 分娩の進行には4要素（
）の調和が必要
- ・ 4要素の1つでも異常があると分娩進行は妨げられ、異常分娩となる
- ・ 娩出力とは・・・胎児およびその付属物を産道を通して母体外に排出する力のことであり、陣痛（子宮収縮）と腹圧からなる
- ・ 娩出力の異常には微弱陣痛と過強陣痛がある
- ・ 産婦の身体的状態・精神的状態は？ ⇒ 考えてみよう！

(1) 微弱陣痛

- 定義・診断：子宮収縮不全により分娩が進行しないもの。胎児心拍数陣痛図とフリードマン子宮開大曲線を参考に診断（△P116）

	子宮開大度			
	4～6cm	7～8cm	9cm～分娩第2期	
陣痛周期	6分30秒以上	6分以上	初産婦	4分以上
			経産婦	3分30秒以上
持続時間	40秒以内	40秒以内	30秒以内	

(1) 微弱陣痛

- 分類と原因

- **原発性：分娩開始時より陣痛が微弱である**

- 子宮の器質的異常（子宮奇形、子宮筋腫など）
- 子宮筋の過伸展（多胎や羊水過多など）
- 子宮下部の神経に対する刺激不足（前置胎盤、胎位異常など）
- 恐怖、精神的不安

- **続発性：分娩途中から陣痛が微弱となる**

- 産道異常（CPDや軟産道強靱）
- 胎児の異常
- 胎位、胎勢、回旋異常
- 膀胱、直腸の充満
- 母体疲労

(1) 微弱陣痛

フリードマンの曲線を参考にしてはいたが
現在、日本産科婦人科学会では
子宮口開大**5cm未満**を潜伏期、
5cm以上を活動期
としている。

- 管理 治療 助産ケア

- ・ 潜伏期 + 未破水

→ 母児の健康状態アセスメントし、基本的には待機

- ・ 活動期、破水時

→ 原因検索し、陣痛促進を検討

- ・ 自然な陣痛促進ケア

⇒ 疲労回復の促し 睡眠、休息の必要性

食事、水分摂取の促し

定期的な排泄

心身の緊張緩和

具体的な実際のケアは？

(1) 微弱陣痛

□ P215~217. 246~247. 248~261

△ P163~165



• 管理 治療 助産ケア

・ 薬剤による陣痛促進、誘発（オキシトシン・PGF2α

PGE2経口剤 腔用剤）

①薬剤使用のIC

②骨産道の評価 ⇒

X線骨盤計測

（ゲースマン・マルチウス法）

産科真結合線

③子宮頸管熟化の評価 ⇒

熟化不良での薬剤使用は失敗率が上昇

その為器械的**子宮頸管熟化処置**を実施

子宮頸管拡張剤やメトロインテル、経腔製剤



ネオメトロ

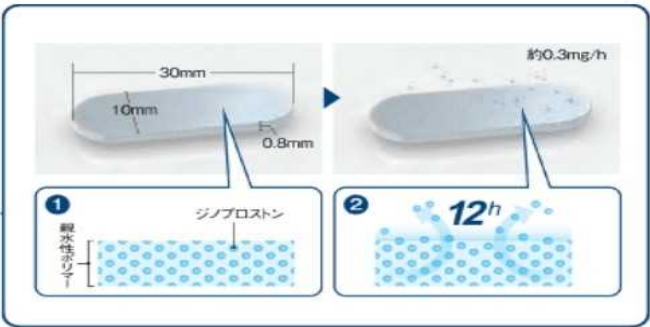


ラミケンR

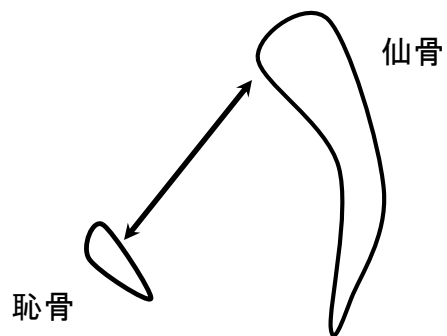


ダイラパン

ジノプロストン腔内留置用製剤



産科的真結合線



骨盤計測

真結合線の長さ	骨盤の名称	分娩
12.5~10.5cm	正常	
10.5~9.6cm	比較的狭骨盤	ほとんど自然分娩
9.5~7.6cm	狭骨盤	自然分娩はまれ
7.5~5.6cm		自然分娩不可能
5.5cm以下		

児頭の産道通過機転

(回旋)

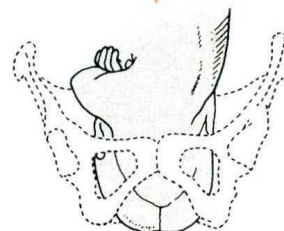
回旋前



第1回旋



第2回旋



第3回旋



第4回旋

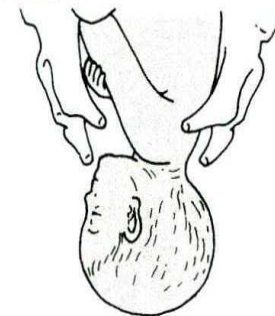
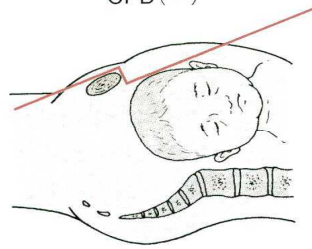


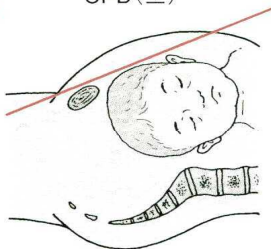
図 3-3 ● ザイツ法

CPD(-)



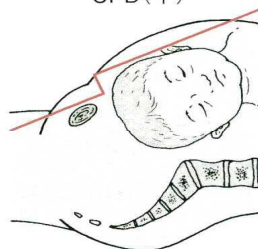
正常

CPD(±)



軽度狭骨盤

CPD(+)



強度狭骨盤

国試問題

- 骨産道について正しいのはどれか
 1. 類人猿型は正常な骨盤入口部の形状である
 2. 骨盤腔の区分で最も広いのは骨盤濶部である
 3. 解剖学的真結合線は岬角の中央と恥骨結合後面との最短距離である
 4. 仙骨の形状のエックス線撮影での評価はマルチウス法で行う

(1) 微弱陣痛

④胎児健康状態の監視：薬剤の投与開始前から評価

⑤陣痛（子宮収縮）の監視

④⑤は連続的モニタリング

⑥輸液ポンプ使用し正確な薬剤投与 ⇒ 投与方法（量）

⑦母体の定期的なバイタルサインの測定

⑧薬剤使用によるリスク

⇒ 過強陣痛

子宮破裂

胎児機能不全

⑨精神的サポート・・・経膈分娩を完遂する上で極めて有用

産婦の精神状態は？

状態に合わせた具体的ケアは？

(1) 微弱陣痛

- 管理 治療 助産ケア

- ・ 人工破膜による陣痛促進：分娩第2期

- ①評価が一定していない＝医師と相談の上慎重に行なう

- ②臍帯脱出のリスクが伴うため内診により児頭固定確認後に行なう

- ③十分なIC、説明

微弱陣痛と診断された産婦への支援をまとめると

- * 経膈分娩への意欲を失うことなく臨める様に精神状態をアセスメントし、説明・声かけを充分に行なう

- * 異常の早期発見、急速遂娩を考慮した行動をとる

(2) 過強陣痛

- 定義・診断：子宮収縮が異常に強く、その持続が異常に長いものをいう

	子宮開大度		
	4～6cm	7～8cm	9cm～分娩第2期
陣痛周期	1分30秒以内	1分以内	1分以内
持続時間	2分以上	2分以上	1分30秒以上

- 原因：陣痛促進剤の不適切投与、狭骨盤、軟産道強靱など

(2) 過強陣痛

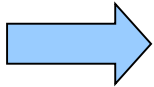
- 管理 治療 助産ケア

- ・ 原因検索
- ・ 合併症の予防 ⇒ 子宮破裂（収縮輪上昇、
一般状態の観察）
胎児機能不全、頸管裂傷
- ・ 陣痛促進剤使用の場合中止、状況で子宮収縮抑制剤使用
- ・ 母体が不穏状態→酸素投与や体位変換
- ・ 精神的サポート・・・強い陣痛に恐怖を感じたり、
努責抑制が困難となる
⇒ そばに付き添う、タッチング
声かけ

2. 産道の異常とケア

- 骨産道の異常：狭骨盤、比較的狭骨盤
- 軟産道の異常：軟産道強靱
- 児頭骨盤不均衡

遷延分娩が起こりやすい



→ 分娩開始後**初産婦30時間経産婦15時間**
経過しても児娩出に至らないもの
微弱陣痛の助産ケアに準ずる

3. 胎位の異常

- 胎位の異常：骨盤位（3～5%）、横位（0.5%）
 - ・ 早期破水による臍帯脱出を起こしやすい
 - ・ 分娩方式 骨盤位・・・帝王切開の施設が多い
横位・・・帝王切開
- ⇒胎位が変わることを考慮し確認が必要
- ・ 助産ケア⇒精神的サポート
- ➡ 分娩方針の突然の変更に対する受容を
アセスメントする
- 出産体験を肯定的に受け止められるような支援

4. 回旋の異常

人形で
イメージしよう！

- 定義：正常回旋以外の経過で回旋する分娩

分類：第1回旋の異常：胎勢（反屈位）の異常

第2回旋の異常：胎向の異常

正常 . . .

異常 . . . 後方後頭位

低在横定位

- 診断：内診で回旋状態を判断

分娩遷延や陣痛の異常がみられた場合に考慮

- 助産ケア：体位の工夫により回旋の矯正を試みる

精神的サポート

国試問題

- 妊娠41週1日、分娩誘発を行ったが、有効な陣痛は発来しなかった。41週2日の6時頃から自然に陣痛が発来した。10時、子宮口全開大、Station+3で自然破水した。14時、陣痛間欠3分、発作45秒。内診所見は矢状縫合が横径に一致し、Station+4。胎児心拍数150bpm、軽度の変動一過性徐脈がみられる。

現在の異常な所見はどれか

1. 陣痛間欠3分
2. 陣痛発作45秒
3. 変動一過性徐脈
4. 胎児心拍数150bpm
5. 矢状縫合が横径に一致

国試問題

- オキシトシンによる分娩誘発法で正しいのはどれか。
 1. 希釈法は、5単位のおキシトシンを500mlの5%ブドウ糖液に溶解する
 2. 分娩監視装置は、子宮収縮薬投与開始時から装着する
 3. オキシトシンを増量するときは15分ごとに行う
 4. 血圧と脈拍は測定は2時間ごとに行う

国試問題

- プロスタグランジンF2 α の投与が禁忌である産婦の内科合併症はどれか
 1. 糖尿病
 2. 気管支喘息
 3. 甲状腺機能低下症
 4. 突発性血小板減少紫斑病

国試問題

- 32歳の初産婦。喘息を合併している。妊娠28週の時に喘息発作を起こした。現在はステロイド吸入薬を使用し、症状は落ち着いている。妊娠39週5日、陣痛発来で入院した。内診所見は子宮口4cm開大、展退度60%、Station-2、未破水であった。その後、陣痛の増強はなく内診所見も変化がない。胎児心拍に異常はなく、微弱陣痛のため促進することになった。適切な方法はどれか。

1. 人工破膜
2. ラミナリア桿の挿入
3. メトロインテルの挿入
4. オキシトシンの点滴静脈内注射
5. プロスタグランディンF_{2α}の点滴静脈内注射

国試問題

- 微弱陣痛の原因となるものはどれか。
 1. 前期破水
 2. 羊水過多
 3. 子宮内感染症
 4. 頸管無力症
 5. 胎児発育不全 (FGR)

国試問題

・分娩進行中の子宮口全開大後の経時的内診所見を図に示す。
この場合の児頭回旋で正しいのはどれか。

1. 第一前方後頭位
2. 第二前方前頭位
3. 低在横定位
4. 高在横定位
5. 不正軸進入

