

# 分娩管理に関する確認事項

## 1. 評価に関して

- ① 分娩管理においては基本情報、リスク、現在の所見のみならず、経過見通しについて必ず評価する。
- ② ワンポイントではなく、経時的变化の中での現状と分娩終了までの見通し（時間予測を含む）を考える。
- ③ 評価をチーム内（医師、助産師）で共有する。また、患者にも情報提供を逐次行う。
- ④ 内診やエコー施行時には妊婦だけでなく立ち会い家族に所見および評価の説明を行う。
- ⑤ 診察時には評価した所見、CTG所見と評価、今後の方針について必ず診療録に記載する。CTG所見内容（心拍数基線、細変動、一過性変動、およびレベル分類）とその総合的な評価を明記する。
- ⑥ ダブルセットアップを宣言した場合、帝切選択の判断のみならず、帝切しない選択に対する責任があることを認識する。
- ⑦ 急速遂娩の可能性が高い場合、事前にNICU医師、麻酔科医師・手術室スタッフとも情報共有する。

## 2. 分娩管理に関して

- ① 入院時モニター判読の際、以前（外来）のモニターと必ず比較する。特に、心拍数基線の変化に注意する。
- ② 基線細変動の評価
  - (ア) 胎児頻脈の際の基線細変動や変動/遷延一過性徐脈の重症度の評価は過小評価されやすいと認識する。慎重な対応が必要である。
  - (イ) ノイズによる基線細変動の過大評価を防ぐため、破水後NRFSには児頭誘導装着を考慮する。
- ③ 連続モニタリング
  - (ア) 連続モニタリングは安心かもしれないが安全ではないと認識する。
  - (イ) 連続モニタリング中にNRFSを認めた場合は、直近との比較だけでなく、数時間前のモニターと比較して経時的变化を評価するとともに、分娩終了までの予測から急速遂娩（実際には帝王切開）の要否を判断する。評価を伴わないもう少し、もう少しはとても危険な管理方法と認識する。
- ④ 胎児機能不全（胎児心拍数波形分類レベル3-4）
  - (ア) 胎児機能不全の状態で経過観察する場合には、一定の時間毎（少なくとも1時間ごと）に胎児の状態と分娩予測を評価し、その評価所見を診療録に記載する。
  - (イ) 胎児機能不全の状態での子宮収縮薬の投与開始は原則行わない（ガイドラインでも禁止されている）。
  - (ウ) NICU医師・麻酔科医・手術室との情報共有の必要性を認識して対応する。
- ⑤ クリステル胎児圧出法
  - (ア) 原則禁忌とする。クリステル圧出法は急速遂娩の1種であり、実施して娩出不可の場合はGrade Aを行う。

## 3. 引き継ぎおよびコンサルトに関して

- ① 日勤から当直への引き継ぎは対面を基本とし、不可の場合でも少なくともPHSで情報を直接交換する。当直から日勤への引き継ぎも同様とする。
- ② 日勤/夜勤にかかわらず、分娩管理の方針がチーム内で乖離した場合は、担当医師（当直帯は上級医も含め）、担当助産師・リーダー助産師が対面でミーティングを行う。その招集権限は全ての職種に平等にある。また、ミーティングで方針統一が得られない場合は上級医や拘束医に相談し、判断を仰ぐ。
- ③ 急速遂娩で拘束医や上級医が応召された場合、その要否などに関する指導は、原則、分娩終了後に行う。
- ④ 上級医、拘束医は担当医と同じかそれ以上の責任を症例に対して持っていることを自覚する。

(2019年1月1日作成)