



助産師基礎教育テキスト 2024年版

B5判 2色刷 全7巻 全巻合計金額 定価 31,020円（本体 28,200円＋税 10%）

- 「助産師国家試験出題基準」の改定を踏まえて、これからの助産師に必要な知識と技術、態度を示しました。
- 多様化している助産師基礎教育のどのコースにおいても必要な、基礎的な事項を収載しました。
- 看護基礎教育で学んだ看護学の知識や技術、態度を、助産領域において発展・応用できるよう構成しました。



新版 助産師業務要覧[第4版] 2024年版

変化著しい教育・臨床現場や社会情勢に鑑み、2024年版より、全面リニューアル！
読者の立場（学習者、実践者、管理者）ごとのニーズに特化した巻構成！

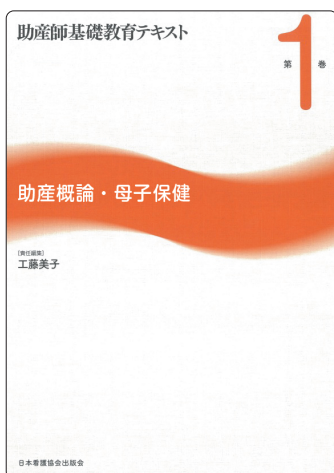


教科書・副読本紹介サイトの閲覧方法

日本看護協会出版会ホームページ内の「教科書紹介」をクリックしてください。
お探しの書籍タイトル横の「PR 動画」をクリックしてください。
本カタログ掲載の QR コードの内容をパソコンでもご覧になれます。

教科書・副読本紹介サイト
→ https://www.jnapc.co.jp/user_data/education





助産師基礎教育テキスト 2024 年版

第1巻

助産概論・母子保健

責任編集：工藤美子

定価 4,400 円（本体 4,000 円＋税 10%）

B5 判 306 頁

2024 年 1 月刊行予定

電子版

ご紹介動画



POINT

① 助産師がケアを行う際の基盤となる考え方、助産学の基礎知識を解説

助産師として理解しておくべき基本的事項を整理。助産や助産師の定義と役割・機能、助産師の教育、助産ケアの理論、助産をめぐる倫理、リプロダクティブ・ヘルス／ライツなど、助産ケアの基盤となる考え方を幅広く学ぶことができます。→ [SAMPLE 1](#)

② 日本ならびに世界の母子保健の動向と課題を網羅

地域母子保健における法制度、統計データなどを、最新の動向を反映して解説。また、日本や世界が抱えている母子保健の課題への理解が深まるよう、記述を工夫しました。母子保健制度・政策の変更に合わせて内容を毎年アップデートしています。→ [SAMPLE 2](#)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

1

助産とは

1 | 子どもを産むこと、子どもが生まれること

地球上に生命が誕生しておよそ 35 億年。人類が誕生して 500 万年。命は脈々と受け継がれ、子どもが生まれることは人々に大きな喜びをもたらしている。

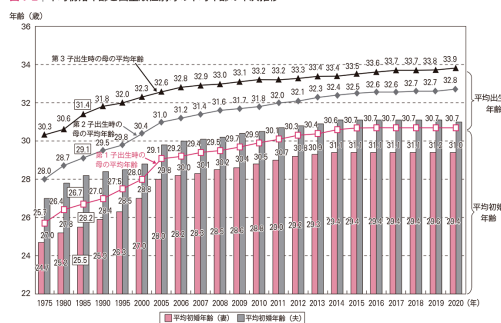
日本列島に人類が住み始めたのは、およそ 10 万年前とされ、旧石器時代を経て、およそ 1 万 2000 年前より縄文時代が始まる。縄文人は定住生活を始め、集落を形成するようになる。集落を維持するためにも、子どもが生まれ育つことが共同体にとっては重要であった。この時代の遺跡からは人型土偶が数多く出土している。その大部分は女性を表す特徴を備えており、なかには、産産をしている様子をかたどったものもあった。出産が無事に行われること、子どもが育つことが人々の願いであったのだ。

現代においても、安産のために腹帯をもらい受けたり、その腹帯を妊娠 5 か月に入って最初の戌の日に腹帯に巻いたり、生まれた子どもの宮参りをしたりして、人々は安産を祈願し、子どもが無事に生まれ育つことを願っている。国を維持するためにも子どもが無事に生まれ育つことは重要であるが、日本をはじめとする先進国は少子化の傾向を示し、開発途上国では妊娠死亡や乳児死亡率が今なお高い状況にある。子どもを産み育てることにかかわる課題・問題は、国によって異なる。

日本の人口置換水準、つまり、人口が増加も減少もしない均衡した状態となる合計特殊出生率は、2001 年以降、2.07 であるが、1975 年以降、日本の合計特殊出生率は人口置換水準を下回っており、特に、2007 年以降は出生数が死亡数を下回り、日本の人口は減少している。

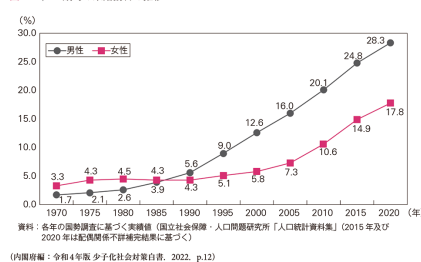
夫婦が生産にもつ子どもの平均数（完結出生数）は 1.94 人であるが、妻の年齢が 50 歳未満の夫婦を対象とした第 15 回出生動向基本調査（2015 年）の結果、理想とする子どもの数 2.32 人に対し、実際に予定する子どもの数は 2.01 人と、理想とする子どもの数が得られていない現状にある（図 1-1）。予定数が理想数を下回る理由（複数回答）は、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」56.3%、「高齢で産むのは嫌だから」39.8%、「欲しいけれども

図 1-2 | 平均初産年齢と出生順位別の平均年齢の年次推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」
 （内閣府編：令和 4 年版 少子化社会対策白書、2022、p.13）

図 1-3 | 50 歳時の未婚割合の推移



資料：各年の国勢調査に基づく未婚率（国は社会労働・人口問題研究所「人口統計資料集」(2015 年及び 2020 年は国勢調査不詳補完結果に基づく)

（内閣府編：令和 4 年版 少子化社会対策白書、2022、p.12）

る社会環境を整えることが重要課題となる。たとえば、開発途上国における妊娠死亡の原因は、若年妊娠、妊娠中の母体保護の欠如、早産、多産、専門技能者の立ち会いはなく伝統的産婆や家族の介助による出産、医療機関や医療関係者の不足、緊急時の搬送手段の不足、異常時の対応の遅れなどが

第1章 助産師とは

1. 助産とは
2. 助産師の定義
3. 助産師の業務
4. 助産師の教育
5. 助産師と研究
6. Evidence Based Practice

第2章 助産師が行うケア

1. 対象理解とケア論の考え方
2. 対象の見方
3. 女性の意思決定を支えるしくみ
4. Women-centered care: 女性を中心にしたケア
5. Family-centered care: 家族中心のケア
6. 相談・教育活動: 対象別のアプローチ

第3章 助産実践の倫理

1. 倫理の位置づけ
2. 実践と倫理的意思決定

第4章 女性の健康と人権

1. リプロダクティブ・ヘルス/ライツ
2. 女性の健康にかかわる権利
3. 性差医療の中の女性医療
4. 生命倫理上の課題

第5章 お産の歴史と文化

1. 日本のお産の歴史
2. 諸外国のお産の歴史
3. お産と文化

第6章 日本の母子保健の動向と課題

1. 母子保健の基本的知識
2. 母子保健に関する指標と動向
3. 母子保健行政のしくみと関係法規
4. 母子保健に関する制度

第7章 世界の母子保健の動向と課題

1. 母子保健に関する動向
2. 母子保健施策
3. 母子保健に関する国際的な活動の場

資料

1. 保健師助産師看護師法(抄)
2. 母子保健法(抄)
3. ICM 助産師の倫理綱領
4. ICM 助産実践に必須のコンピテンシー(抄)
5. 助産師の倫理綱領
6. 少子化社会対策大綱(抄)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

2

母子保健に関する指標と動向

1 母子保健の水準を示す指標

母子保健は、疾病の予防や健康の保持増進、QOLの向上を目指している。母子保健施策の基本的な方針は、国によって体系的に示され、人口動態(出生率・死亡率)、女性の就労や子育て環境、生活観・育児観・就業観などの社会的背景を含めた統計資料を十分に検討したうえで策定されている。母子保健の水準は、妊産婦死亡率、周産期死亡率、乳児死亡率などの代表的な統計指標により測られている。

2 出生に関する指標

出生に関する指標には、出生率^{※1}と合計特殊出生率^{※2}がある。厚生労働省の人口動態統計(確定数)によると、2021(令和3)年の出生数は81万1622人で、前年の84万835人より約2.9万人減少し、1899年の人口動態調査開始以来最少となった。出生数は、第二次世界大戦後の第一次ベビーブーム(1947[昭和22]～1949[昭和24]年)をピークに減少するが、昭和40年代には第二次ベビーブームにより増加傾向となる。昭和50年代以降は減少幅に差がみられ、微増減する時期もあったが総じて減少傾向にある。出生率においても同様の傾向にある。合計特殊出生率は1966(昭和41)年の丙午による低下を除き、昭和40年代は2.1台で推移し、1975(昭和50)年に2.0を下回ってから低下傾向となる。2005(平成17)年には1.26と最低値を記録し、それ以降は微増し、2021(令和3)年は1.30である(図6-2)。

合計特殊出生率の低下は、近年の晩婚化や晩産化に伴う主に20歳代後半の出生率の低下によるものであるが、母親の年齢別に比べると、30歳以上の階級では上昇が見られる(図6-3)。特に35～39歳、40～44歳の階級では、第二次ベビーブームの頃の数値と比べて3～5倍であり、近年の特徴といえる(図6-3)。

※1 出生率は【年間出生数】／【10月1日現在日本人人口】×1000として算出。
※2 合計特殊出生率は【年間の丙午の年齢別出生数】／【10月1日現在年齢別女性人口】で算出される年齢別出生率を、15歳から49歳まで合計したもの、1人の女性が一生の間に産む子どもの数に相当する。
※3 1千分の1つ、臨産五段階によると、両手も足の性を表すところから、これに当たっては出生の発生が早いという特徴があり、また江戸時代以来、この年に出生した者は災厄が襲く、ことに妊婦は夫と亡くなった男性を早死にさせるという迷信が広まった。

2 少子化対策と母子保健に関する施策

a. 少子化対策

●これまでの少子化対策

近年の少子化に伴い、わが国の母子保健施策は少子化対策が中心となっている。1990(平成2)年の「1.57ショック」を契機に政府による少子化対策の検討が着手されるようになった。それ以後の少子化対策の経緯(図6-10)および主な施策の概要(表6-8)を示す。

●新たな少子化社会対策大綱の策定と推進

2014(平成26)年、新たな少子化社会対策大綱の策定について有識者によ

※1 1.57ショック
1989(平成元)年の合計特殊出生率が1.57となり、「Dのようま」という特殊景況により過去最低であった1966(昭和41)年の合計特殊出生率1.58を下回ったことが明らかとなった。衝撃を指している(内閣府「少子化社会白書」より)。

表6-8 少子化対策の概要

名称	主な内容
エンゼルプラン(1994)	子育ては社会全体で取り組むべき課題とし、今後10年間に取り組むべき基本的方向と重点施策を定めている。
エンゼルプラン(1999)	「少子化対策推進基本方針」(1999)に基づく重点施策の具体的実施計画であり、仕事と育児の両立のための雇用環境の整備と企業風土の是正を含む。
少子化社会対策大綱(2004)	両者ともに「少子化社会対策基本法」の制定を受けて策定された。 ・大綱は少子化に対応するための総合的な施策の指針であり、プランは大綱の具体的な実施計画であり、国が地方公共団体や企業等とともに計画的に取り組む必要がある重点課題に基づき、施策と目標が示されている。5年ごとに見直し、2020年に第4次が策定。 ・若者自立と子どもの育ち、仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し、生命の大切さ・家庭の役割等についての理解、子育ての新たな支え合いと連携に関する具体的な施策と目標を掲げている。
新しい少子化対策について(2006)	・2005(平成17)年、合計特殊出生率は1.26と過去最低を記録し、少子化対策の抜本的な拡充、強化、転換を図るために決定された。 ・「第2次少子化対策」の策定などによる環境、地域のきずなや再生や社会全体の意識改革を促すための国民運動の推進とともに、子どもの成長に応じて子育て支援のニーズが変化することに着目して、妊娠・出産から高校・大学生期に至るまでの年齢別行ごとの子育て支援策を掲げている。 ・「マタニティマーク(右図)の広報・普及が図られた。
子ども・子育てビジョン(2010)	少子化社会対策基本法第7条の規定に基づく「大綱」として定められた。「子どもの育ちを支え、若者が安心して成長できる社会へ」「妊娠、出産、子育ての希望が実現できる社会へ」「多様なネットワークで子育て力のある地域社会へ」「男性も女性も仕事と生活が調和する社会(ワーク・ライフ・バランスの実現)へ」を4本柱として、12の施策が示されている。
子ども・子育て支援新制度(2015)	「子ども・子育て支援法」(認定こども園法の一部改正)「子ども・子育て支援法及び認定こども園法の一部改正法の施行期に当たっての経過措置に関する法律」の子ども・子育て関連3法に基づき制度である。社会全体が費用を負担し、市町村が実施主体となり、「施設型給付」と「地域型保育給付」の創設、認定こども園制度の改善や、地域の実情に応じた子ども・子育て支援を掲げている。また内閣府に子ども・子育て本部を設置するとともに、国に「子ども・子育て会議」が設置された。
ニッポン一億総活躍プラン(「希望出生率1.8」の実現に向けた対応策)(2016)	少子高齢化に歯止めをかける「希望出生率1.8」の実現に向けて、若者の雇用安定・待遇改善・多様な保育サービスの充実、働き方改革の推進や希望する教育を受けたいことを目指す幼児の育保などの対応策を掲げ、10年間のロードマップとして示されている。子育て世代包括支援センターの全国展開、保育の受け皿の整備、保育士の処遇改善などが示されている。
子育て安心プラン(2017年6月)	・25歳から44歳の女性就業率の上昇や、保育の利用希望の増加が見込まれること、2017年6月に公表。2018年度から2022年度末までに女性就業率40%にも対応できる約32万人分の保育の受け皿を整備することを示した。2017年12月に閣議決定された「新しい経済政策パッケージ」では、これを前倒しして2020年度末までに整備とした。 ・「新子育て安心プラン」では2021年度～2024年度末までに約14万人分の保育の受け皿を整備、地域の特性に応じた支援、保育士の確保、地域のあらゆる子育て資源の活用を推進。
全世代型社会保障政策の方針(2020年)	少子化対策の前進のため、不妊治療への保険適用の平準化など、待機児童の解消に向けた新たな計画の策定、男性の育休休みの取得促進などを提示。

(内閣府「少子化社会対策白書」を基に作成)

日本と世界における母子保健の知識を網羅。助産師をめぐる歴史や文化も充実

★ 採用献本は、注文数20冊につき1冊を上限とさせていただきます。



2024 年版にて
大改訂！

助産師基礎教育テキスト 2024 年版 第2巻 ウィメンズヘルスケア

責任編集：吉沢豊予子

定価 5,060 円（本体 4,600 円＋税 10%）

B5 判 350 頁

2023 年 10 月刊

電子版

ご紹介動画



POINT

① 【2024 年版改訂】「女性の健康とケア」の最新かつ重要な事項を解説

女性のライフサイクル各期の基礎知識、そこで生じる健康問題とケアについて図解しながら解説。高度生殖医療などの性と生殖をめぐる今日的課題、女性の生き方の変化についても詳しく述べ、幅広い知識が得られる内容としました。→ [SAMPLE 1](#)

② 国家試験出題基準の改定に対応し、より学びやすく

「助産師国家試験出題基準 令和 5 年版」を踏まえて全面改訂。遺伝・ゲノム医療、性自認・性的指向、プレコンセプションケア、産前・産後サポートなど、出題基準で改定された項目に対応し、国家試験を見据えた学習をサポートします。→ [SAMPLE 2](#)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

1

不妊に悩む女性への支援

1 | 不妊症、不育症：女性側の原因・診断・治療

a. 不妊症の定義

●不妊症とは

日本産科婦人科学会は、不妊症の定義として、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的にやっているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については 1 年というのが一般的である。なお、妊娠のために医学的介入が必要な場合は期間を問わない¹⁾」としている。この 1 年という期間については、世界保健機構 (WHO) の定義においても同じである。

不妊症には、妊娠を 1 回も経験していない原発性不妊と、以前に妊娠歴があるがその後妊娠しない続発性不妊とがある。また、不妊の原因が明らかでない場合は器質的不妊症、原因が認められない場合は機能的な不妊症と分類される。

機能的な不妊症は、全不妊症の約 10% といわれる²⁾。さらに原因が女性側である場合は女性不妊、男性側の場合は男性不妊と分けられるが、不妊症のカップルの 1/4 は双方に原因があるとされる³⁾。

●不妊症と現代社会

妊娠を希望する夫婦の約 9 割が 1 年以内に妊娠に至ることから、残りの約 1 割の夫婦が不妊症に悩んでいることが考えられる。近年ではさらに 6～8 組に 1 組の夫婦が不妊であるといわれている。WHO が 2023 年に公表した推計によると、成人人口の約 17.5% (世界の 6 人に 1 人) が不妊を経験している。

2021 年の第 16 回出生動向基本調査⁴⁾の結果では、不妊について心配したことがある夫婦の割合は、39.2% と増加傾向にあり、全夫婦の 3 組に 1 組以上となっている。さらに実際に不妊の検査または治療経験がある夫婦も 22.7% と増加傾向にある。

その背景として、女性の晩婚化と育児希望年齢の高齢化などの社会的要因

c. 不妊症の診断

●基本的な検査の流れ

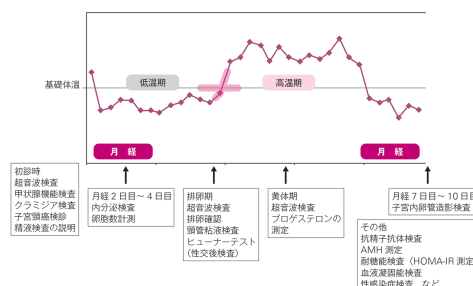
不妊症の原因検索の一次検査として、「産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編 2020」¹²⁾では、①基礎体温測定、②超音波検査、③内分泌検査、④クラミジア抗体検査あるいは核酸増幅検査、⑤卵管通性検査、⑥精液検査、⑦頸管因子検査の 7 項目が挙げられている。不妊症の検査の特徴として、これらの検査は月経周期に応じて行う (図 3-3)。不妊症は一つの原因が見つかったり他の原因がないとはいえず、網羅的に検査を進めていく必要がある¹³⁾。

不妊症の検査で原因がわかれば、それに対応した治療が行われるメリットがある。検査から推測される障害部位とその治療を表 3-1 に示す¹⁴⁾。しかし一方で、検査をひと通り行っても、原因がわからない場合もある。原因がわからない、特に異常な所見はみられないという結果は、検査を受ける側にとっては自分には原因がなかったと安堵に似た心境と、子どもができていく理由がわからない戸惑いとの両方を経験しかねない。不妊症の検査は、原因を突き止めることが目的ではなく、治療の方針を明確にして健康な育児を得ることである。検査の結果によっては対象者に丁寧な説明が必要になる。

●基礎体温の測定

基礎体温とは安静時の体温で、卵胞期の低温層と黄体期の高温層の二相性

図 3-3 | 不妊治療の検査の流れ



第1章 女性の身体のしくみ

1. 成人の身体のしくみ
2. 女性の生理学
3. 女性が発症しやすい疾患

第2章 生涯における女性のケア

1. ウィメンズヘルスケアとは何か
2. 思春期女性のケア
3. 成熟期女性のケア
4. 中高年女性のケア
5. 女性の生涯と社会の移り変わり; 貧困と格差が健康にもたらすもの

第3章 現代女性に特別に支援を要する健康問題

1. 不妊に悩む女性への支援
2. ドメスティック・バイオレンスに悩む女性への支援
3. 月経障害で悩む女性への支援
4. ゲノム・遺伝医療と女性への支援

第4章 性科学

1. 性科学の概念
2. 性行動とライフスタイル

第5章 性の多様性

1. 生物学的性別
2. 多様な性と医療、健康支援
3. 多様な性のあり方と法制度の課題
4. LGBTQと家族形成支援

第6章 性感染症とヘルスプロモーション

1. 性感染症の変遷と疫学
2. 性感染症の診断・治療・ケア
3. 妊娠・出産・育児と性感染症
4. 性感染症の予防

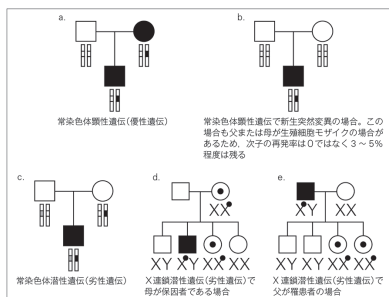
第7章 セクシュアルヘルス

1. 家族計画の基礎知識
2. 避妊法
3. セクシュアルカウンセリング
4. プレコンセプションケア
5. 包括的な性教育

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

図3-21 | メンデル遺伝病の遺伝形式



d. X連鎖性遺伝(劣性遺伝)

X連鎖性遺伝(劣性遺伝)は、X染色体上の遺伝子に変異が入ることにより症状を呈する。男性はX染色体を1本しか持っていないために罹患者となる。保因者女性(多くは無症状であるが、時に症状を呈することがある。保因者女性が正常男性と結婚した時、次世代において男児では2分の1が罹患者、女児では2分の1が保因者になる(図3-21d))。

X連鎖性遺伝(劣性遺伝)も新生突然変異がある。例えば代表的な疾患であるデュシェンヌ(Duchenne)型筋ジストロフィーで、罹患者男児の母が保因者である確率は3分の2であり、3分の1は母が保因者でなく新生突然変異によって起こるとされる。母が保因者かどうか考えるにあたり、家族歴の聴取が重要である。

X連鎖性遺伝(劣性遺伝)の罹患者が正常女性と結婚した時、その子どもにおいて男児は罹患者とならず、女性はいずれも保因者となる(図3-21e)。

X連鎖性遺伝(劣性遺伝)の代表的な疾患は、デュシェンヌ(Duchenne)型筋ジストロフィーのほか、ファブリー(Fabry)病、血友病、網膜白質ジストロフィーなどがある。

4 | 染色体・遺伝子に関わる検査

ここでは染色体や遺伝子調べる検査を述べる(表3-21)。解析方法によ

4

プレコンセプションケア

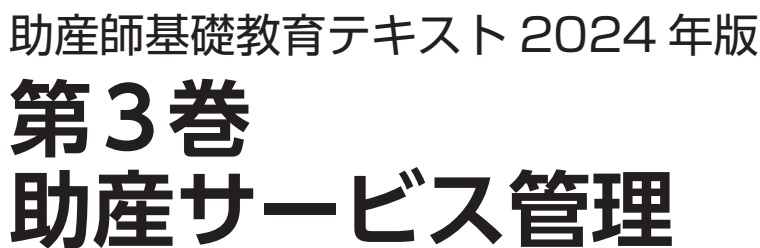
1 | プレコンセプションケアとは

プレコンセプションケア(PCC)は、米国疾病管理予防センター(Center for Disease Control and Prevention: CDC)によって2006年に提唱され、「予防と管理を通じて、女性の健康または妊娠の結果に対する生物医学的、行動的、社会的リスクを特定し、修正することを目的とした一連の介入」と定義された¹⁾。2013年には、世界保健機構(WHO)がPCCの定義を「妊娠前の女性とカップルに医学的・行動的・社会的な保健介入を行う」としている。国立成育医療研究センターでは、PCCを「将来の妊娠を考えながら女性やカップルが自分たちの生活や健康に向き合うこと」と定めている²⁾。それぞれの定義から見えてくるものは、生殖年齢にあるもののまだ妊娠していない男性または女性に対して、女性や胎児、新生児の健康を最適化するために、妊娠前に医学的・行動的・社会的保健介入を行うこととまとめることができる。

もう一つの近似用語として、プレコンセプションヘルス³⁾がある。これは、生殖年齢または子どもを持つことができる年齢の人々の健康を指し、将来生まれるかもしれない子どもの健康を守るために、今すぐ対策を講じることに焦点を当てている。プレコンセプションヘルスの原則は、子どもを産む予定があるかどうかにかかわらず、すべての人に恩恵をもたらすもので、人々が一生を通じてトータルに健康になり、維持することであり、そのために妊娠アウトカムを最高の状態に高めること(母児のオプティマルヘルス[最高・最善の健康状態])である。

プレコンセプションヘルスは、次世代の最善な健康を高める可能性を示し、医療専門家から受ける医療でもあると言われている⁴⁾。女性にとってのプレコンセプションヘルスとは、妊娠を計画している女性のみでなく、すべての女性にとって重要である。健康的な習慣を選択し、良く生きること、健康であること、そして自分の人生に満足していることを意味し、将来の計画を立て、そこに到達するために最善策を講ずることである。

男性にとっても重要な概念である。健康を維持することでパートナーを助



定価 4,070 円 (本体 3,700 円+税 10%)
B5 判 228 頁
2023 年 10 月刊

[ご紹介動画](#)

**2024 年版にて
大改訂！**

POINT

書名を「周産期における医療の質と安全」から「助産サービス管理」に変更。助産管理の基本的事項を「助産サービス」の観点から解説し、医療安全や感染対策、災害対策などの最新の動向を反映。助産業務や母子にかかわる関係法規も網羅しました。➡ **SAMPLE 1**

助産師教育において強化されている災害への備え、災害対策の内容を刷新しました。また、国家試験対策として活用できるよう、「助産師国家試験出題基準 令和5年版」の助産管理にかかわる内容を網羅し、新規項目にも対応しました。→ **SAMPLE 2**

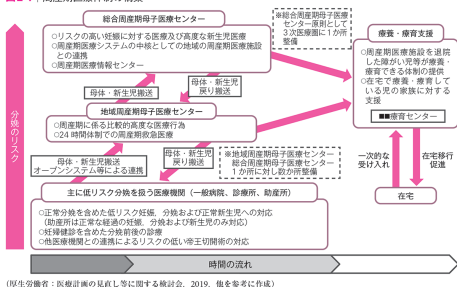
SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

日本の周産期医療システムと助産師

1 | 周産期医療整備の開始

1997年には周産期医療対策整備事業として、都道府県ごとに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、主に低リスク分娩を扱う医療機関(一般病院、診療所、助産所)から構成される、一次・二次・三次医療機関を結ぶネットワークの構築が始まった(図2-1)。都道府県は実施主体として、周産期医療ネットワークの構築と運営を行っている。



(厚生労働省：医療計画の見直し等に関する検討会，2019，他を参考に作成)

次代に向けての 助産サービスの構築

1 | 社会の変化と看護職に求められる役割

次代に向けた助産サービスにおいても、新旧の強みを活かして、暮らしの場でのウェルビーイングの実装を目指していくことが求められる。キャリアマネジメントやリスキリング^{※4}がより大切になってくる。

2 | サービス提供の場

a. 地域で集える場づくりや顔の見える立場での情報発信

出生数の推移や医療資源の集約化など、住民を取り巻く環境や健康課題は地域によってさまざまである。助産師が、仲間の助産師や看護師、医師、保

★4 リスキング
「新しい職業に就くために、ある人は、今の職業で必要とされるスキルの大幅な変化に適應するために、必要なスキルを獲得する/させること。『学び』への注目のなかには、個人が関心に基づいて『さまざまな』ことを学ぶこと全体をよとする言説が多いが、リスキングは「これから職業で価値創出し続けるために」「必要なスキル」を学ぶ、という点が強調される。

第1章 助産サービス管理

1. 助産サービス管理とは
2. 助産サービス管理の基本的な要素
3. 助産サービスと質の保証
4. 助産サービスの経済的側面
5. 次代に向けての助産サービスの構築

第2章 周産期医療における助産師の役割

1. 日本の周産期医療の改善の歴史
2. 日本の周産期医療システムと助産師
3. 国際的な周産期医療・母子保健と助産師

第3章 地域保健福祉における助産師の役割

1. 地域における助産サービス
2. 地域における助産サービスの実践

第4章 助産業務とリスクマネジメント

1. 医療安全とリスクマネジメント
2. 周産期におけるリスクマネジメント
3. 感染リスクマネジメント
4. 災害リスクマネジメント

第5章 病院における助産サービス管理

1. 周産期医療・福祉における病院の役割と助産師
2. 病院における助産サービス管理

第6章 診療所における助産サービス管理

1. 周産期医療・福祉における診療所の役割と助産師
2. 診療所における助産サービス管理

第7章 助産所における助産サービス管理

1. 助産師と開業
2. 助産所における妊産婦管理の実践
3. 開業助産師の多様な機能と役割

第8章 助産師および助産業務に関わる法と責任

1. 助産師の法的義務・届出、業務に関わる関係法規
2. 女性の支援に関わる関係法規
3. 子どもの支援に関わる関係法規

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

1

助産師の法的義務・届出、業務に関わる関係法規

1 | 戸籍法

a. 法律の概要

戸籍法は、1947(昭和22)年に、日本国民の国籍とその親族的身分関係(夫婦、親子、兄弟姉妹等)を戸籍簿に登録し、これを公証する制度(戸籍制度)を規定した法律である。また、人の身分関係の形成(婚姻、離婚、縁組等)についても規定している。なお、戸籍に関する事務は各人の本籍地の市町村長、東京都23区と政令指定都市では区長が取り扱う。

● 出生の届出

出生の届出は、14日以内(国外で出生があったときは、3カ月以内)にこれをしなければならない(第49条第1項)。届書には、次の事項を記載しなければならない(第49条第2項)。

- 一 子の男女の別及び嫡出又は嫡出でない子の別
- 二 出生の年月日時分及び場所
- 三 父母の氏名及び本籍、父又は母が外国人であるときは、その氏名及び国籍

四 その他法律省令で定める事項

● 死亡の届出

死亡の届出は、届出義務者が、死亡の事実を知った日から7日以内(国外で死亡があつたときは、その事実を知った日から3カ月以内)にしなければならない。また、届書には、死亡の年月日時分及び場所、その他法律省令で定める事項を記載した診断書または検案書を添付しなければならない(第86条)。

b. 助産師として重要なポイント

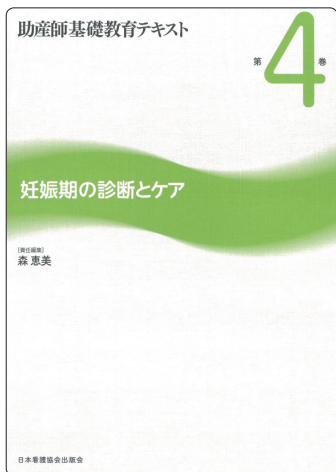
● 出生証明書

分娩を介助した助産師は、子の父または母が市町村長に届け出る出生届(子の戸籍登録に必要)を提出する際に必要な出生証明書を作成する必要がある。出生証明書の様式(図8-1)は、第49条第3項の規定に基づき、出生

★ 子の出生前に父母が離婚をした場合には母が、離婚でない子の出生の届出は母が行う。この規定によって届出すべき者が届出できない場合は、①同居者、②出生に足る身分の氏親、助産師またはその他の者の届出で行い、この者が届出できない場合には法定代理人も届出できる(第84条)。

表4-3 | 災害サイクル別・災害場所からの距離別による支援内容・検討事項(妊産婦期・乳児育児期の家族、女性への支援)

災害サイクル	避難期・準備期 (震災から3年程度以降)	急性期 (震災直後～1カ月)	慢性期 (数カ月～数年)
支援対象	【日常的な備え】 ・防災体制の整備(防災マニュアルの作成と改訂) ・職員への災害・防災教育、防災訓練 ・災害に備えた備蓄と更新 ・合同防災訓練による地域内での連携体制の構築 ・災害時に備えたネットワークの構築とネットワークへの参加	【被災直後(緊急時期)への対応】 ★危険回避(職員自身の安全確保→患者安全確保) →避難誘導 被災状況の把握、安否確認(患者、職員)、ライフライン、施設の被害状況の把握 ・情報伝達手段の確保・確認(災害情報の入手) ・診療能力の評価(職員確保) ↓ ★被災災害対策本部の設置→広域要請 トリアージ・応急処置・搬送 ・医療支援隊(DMAT等)の受け入れ ・感染管理、食糧確保等 【急性期～1週間(約1週間)の対応】 ・入院患者への対応(転院等)、傷病者の受け入れ ・職員の手配、人材派遣の受け入れ ・必要物品の確保、支援物資の受け入れ ・感染管理 ・日常業務の回復への取り組み等 ・このころのケア 【慢性期(～1カ月)の対応】 ・救急、トリアージから高度医療への移行 ・避難所への健康支援、地域医療の再建への協力 ・このころのケア	【中・長期的な支援】 ・施設自体・施設機能(外来・入院)の再建 ・地域医療再建への協力 ・患者、地域住民、職員へのこのころのケア ↓ 【日常的な備えへの移行】
被災状況	【日常的な備え】 ・産科医療特有の防災体制の検討・マニュアル作成と改訂 ・安全な環境作り ・産科関連物資の備蓄と更新 ・産科特有の災害・防災に関する教育 ・産科防災訓練(新生児の移送を含む避難訓練等) ・入院待機に対する災害時避難等の指導 ・妊産婦への意識づけ(防災教育)(妊婦健康診査、両親学級等)	【被災直後(緊急時期)への対応】 ★危険回避(職員自身の安全確保→母子の安全確保) →避難誘導 ・分娩の終了、帝王切開術の終了、手術の中止、点検管理、保育器、酸素機器等への対応、等 ・入院母子の安否確認と被害状況の把握 ・産科特有の感染管理(手洗い消毒、衛生物品の確保、調乳用水の確保等) ・母乳継続への支援 ・母子の避難先の確保と安全な移動 ・このころのケア 【急性期の対応】 ・混乱時下での新生児連れ去りの予防 ・母子の避難先の確保と安全な移動 ・分娩予定日に近い妊婦への連絡→受診先・分娩場所の調整→分娩開始時対応法について指導 ・通院妊婦の安否確認と指導、他施設との調整 ・支援物資の調達・受け入れ ・マンパワーの確保 ・母子育児支援、このころのケア 【慢性期の対応】 ・マンパワーの確保 ・支援物資の調達・受け入れ通院妊婦への分娩施設の紹介・調整 ・このころのケア	【周辺住民への中・長期的支援】 ・産科機能の再建、被災体験からの改善策の立案・実施 ・地域の周産期医療再建への協力 ・地域に住む母子と家族へのこのころのケア ↓ 【日常的な備えへの移行】



助産師基礎教育テキスト 2024 年版 第4巻 妊娠期の診断とケア

責任編集：森 恵美

定価 4,070 円（本体 3,700 円＋税 10%）

B5 判 232 頁

2024 年 1 月刊行予定

電子版

ご紹介動画



POINT

① 妊娠期の医学的知識について、基本から最新の臨床的知識まで解説

妊娠の生理や確定診断、妊娠に関連した各種検査、胎児の発育に関する診断・モニタリングなどについて、基本的な知識はもちろん、最新の臨床的知識まで丁寧に説明しています。➡ [SAMPLE 1](#)

② 助産師に求められる妊娠期のケア内容を網羅

妊娠期のケアの概念から、心理社会的なアセスメント、妊娠経過に対応したアセスメントとケア、日常生活におけるケア、親準備・出産準備までを解説。根拠に基づく実践につながる知識を示し、助産師学生から中堅助産師に至るまで活用できる内容となっています。➡ [SAMPLE 2](#)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

1

妊娠の成立

1 妊娠の定義

妊娠とは、「受精卵の着床から始まり、胎芽または胎児および付属物の排出をもって終了するまでの状態」（日本産科婦人科学会）をいう。

以前は、女性が体内に受精卵を保有している状態を妊娠としていた。これは、新しい遺伝子をもつ細胞が「受精」によって発生することによって妊娠が開始するという考え方である。しかし、体外受精・胚移植、さらには受精卵の培養や凍結保存などが一般的に行われるようになった現在、単に受精卵を体内に保有するだけでは妊娠の成立とみなし得ないようになってきた。よって、ヒトに限っては妊娠の始まりは母児の結合である「着床」からと定義されるようになった。

※1 体外受精・胚移植
日本産科婦人科学会産科分科会の2020年度（2019年のデータ）の分娩統計報告では、産科施設での分娩の約19%が体外受精による妊娠で、そのうち体外受精率が約18%、体外受精が約42%、人工授精が約10%、自然妊娠が約38%であった。

2 妊娠の成立

正常な妊娠が成立するためには、正常な月経周期（性周期）が存在し、排卵、卵の卵管への移動、受精、胚の形成、子宮内膜への着床という過程を経ることが必要である。

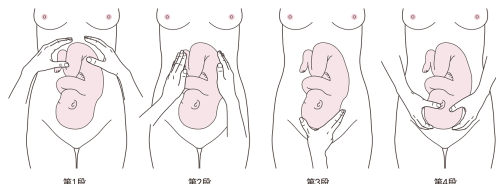
a. 排卵

ヒトの成熟期の卵巣では、周期的な排卵（ovulation）と月経が起こる。その背景には、視床下部－下垂体－卵巣系における内分泌学的調節機構の働きがある（図2-1）。下垂体からの卵巣刺激ホルモン（follicle stimulating hormone: FSH）によって、卵巣で卵胞の発育および成熟が促進されると、この卵巣から分泌されたエストロゲンが一定閾値を超えてピークに達すると、下垂体から黄体化ホルモン（luteinizing hormone: LH）が多量に放出され（LHサージ）、その24～36時間後に排卵が起こる。

排卵後の卵胞は黄体を形成し、プロゲステロンを産生する。黄体は、（妊娠が成立して、受精卵・胚からヒト絨毛性ゴナドトロピン（human chorionic gonadotropin: hCG）が分泌されない）約14日で寿命がきて退縮す

※2 LHサージ
尿中や唾液中の高濃度LHを感知することによって排卵検査薬が反応している。ホルモンの変動が正常であることが排卵の目安となるが、月経周期28日の場合は12日目頃から連日自己検査を行って、排卵を推定する方法が一般的である。

図3-5 レオポルド触診法



を診断する。

③第3段：胎児の下降部を手指で挟むようにして診断する。

④第4段：向きを変えて両手指で胎児下降部の陥入程度を診断する（固定、可動あり、浮遊など）
ことによって、胎児の大きさ、子宮収縮の様子、羊水量の推定を含めて診察する。

●ザイツ法

骨盤入口部の児頭骨盤不均衡（cephalopelvic disproportion: CPD）のスクリーニング法としてザイツ法（Seitz method）がある。仰臥位にして、両下肢を伸展させ、恥骨結合上においた2指（一般に示指および薬指）を軽く圧下しながら臍部方向に移動させる。その際、児頭を恥骨結合より高く触れ、移動する指が水平面より上方に動く場合、ザイツ法陽性として、骨盤入口部のCPDを疑う所見となる。

i. 腹部聴診（胎児心音の聴取）

超音波ドプラ法を用いた胎児心音の聴取は、妊娠12週頃から可能になる。胎児心音が最も明瞭に聴取できるのは、胎児の上体が子宮壁に最も接近した部位である。

j. 外診

外診の手順として、①（陣痛があれば）陣痛の強弱および周期を両手掌で触知する、②子宮底長の計測を行い、胎位・胎向を診断する、③胎児下降部を触知する、④胎児心音を聴取する、そして、⑤ザイツ法陽性などによってCPDが疑われた場合や、骨盤位の場合などは骨盤X線計測を考慮する。

※3 骨盤X線計測
CPDが疑われる症例に対して、骨盤と児頭の大きさを比較し、産道通過が可能かを診断する検査法である。骨盤撮影のグートマン法（Guthmann method）と骨盤入口面を観察するマルチウス法（Marti's method）が一般的である。しかし、産後の有胎性不確実であり、産後での骨盤X線計測は帝王切開率を増加させるだけであったという報告もある。

第1章 助産師が行う妊娠期のケア

1. 妊娠期とは
2. 妊娠期ケアの理念
3. 妊婦（胎児）の全人的アセスメント
4. 妊娠期ケアの特徴

第2章 妊娠の生理と確定診断

1. 妊娠の成立
2. 妊娠の早期診断
3. 妊娠に伴う全身の変化
4. 胎児の発育と器官形成
5. 胎児付属物

第3章 妊娠経過と産科学的診断

1. 妊娠経過の診断
2. 妊娠に関連した検査
3. 出生前検査、スクリーニング
4. 血液型不適合に関する検査
5. 母子感染症に関する検査
6. 胎児の発育の診断
7. 胎児モニタリング

第4章 妊婦の心理社会的側面のアセスメント

1. 日常生活状況、セルフケアに関するアセスメント
2. 親になることについてのアセスメント
3. 出産準備に関するアセスメント
4. 家族機能に関するアセスメント

第5章 妊娠経過に対応したケア

1. 妊娠経過のアセスメントとケア
2. 異常の早期発見と予防
3. 妊娠初期（妊娠13週まで）のアセスメントとケア
4. 妊娠中期（妊娠14～27週）のアセスメントとケア
5. 妊娠末期（妊娠28週以降）のアセスメントとケア

第6章 妊婦の日常生活におけるケア

1. マイナートラブル
2. 不安など否定的な感情へのケア
3. 食生活、衣生活、住生活
4. 運動と安静、性生活

第7章 妊婦や家族の親準備・出産準備へのケア

1. 初産婦とその家族の親準備へのケア
2. 2人目以降の子どもをもつ妊婦と家族のケア
3. 出産準備教育

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

1

マイナートラブル

1 妊娠経過に伴うマイナートラブル

妊娠経過に伴うホルモンの変化や増大する子宮に代表される身体的変化によって、妊婦の身体にはさまざまな不快症状が現れる。症状の強さやとらえ方は妊婦によってさまざまであり、その症状が強いときには日常生活に支障をきたす場合がある。

症状のとらえ方は、症状があることにより、「妊娠」を意識したり、妊娠である自覚を高めたり、その症状自体を体験することで妊娠であることを楽しむといったように肯定的にとらえられる妊婦もいれば、妊娠しているから仕方がない、我慢しなければならないと半ば受動的にとらえる妊婦もいる。また嫌悪感やひたすら不快としか考えられない妊婦もいる。妊娠に伴うマイナートラブルといわれる症状が否定的にとらえられれば、身体的苦痛以外にも不快や苦痛という心理的な反応も同時にたらし、さらには「妊娠」そのものの受け入れ困難や、否定へとつながっていく可能性もある。妊娠中に生じるマイナートラブルに伴う不快感をできるだけ最小限に抑え、妊娠期を快適に過ごすことで、妊娠を肯定的に受けとめることや、さらには主体的な出産や育児へとつながっていくことが期待される。

マイナートラブルに対する保健指導の場合、どんな症状も妊娠理由にして妊婦に我慢を強いてはならず、はじめから正常範囲内であると思込んで対応してはならない。もちろん妊娠が原因で生じている症状ではあるが、正常な妊娠経過から逸脱するリスクが高まり、異常へと移行してしまう徴候であったり、妊婦自身がもっている疾患が妊娠を契機に発症もしくは症状の悪化へとつながる場合も考えられる。そのため、妊婦が訴えるこれらの症状についてよく耳を傾け、その訴えを軽んずることなく、症状についての観察とアセスメントを十分にを行い、疾患や異常のスクリーニングを行う必要がある。生理的範囲内であれば、妊娠によるどのような変化がこれらの症状をもたらしているのか、いつ頃に軽減あるいは消失していくものなのかを提示して、理解・納得が努めるとともに、どうすれば少しでも軽減できるのかという対処法を、その妊婦個人の生活に合わせるとともに考えていくことが大切と

●異常との鑑別

日常生活や行動範囲が制限されるほどの腰痛、腰痛に伴う症状として、下腹痛、子宮口の開大・軟化、子宮収縮の存在、炎症反応、側腹部仙骨痛発作、膀胱炎症状、悪寒、発熱、血尿、片側の殿部・下肢痛、坐骨神経痛、間欠性跛行、心窩部痛、吐・下血、仙骨痛発作、胸部の背部痛（狭心症や解離性動脈瘤など）、腹部の背部痛（尿路結石や水腎症など、左側では急性肺炎、右側では胆嚢炎など）がある場合（表6-3）。

●保健指導

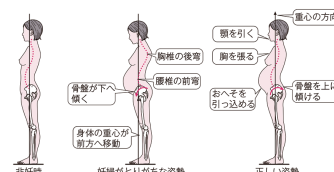
急激な体重増加を避け、正しい姿勢（腹部増大に伴い妊娠の姿勢は、お腹を突き出し（腰椎が前弯）、猫背（胸椎が後弯）になりがちなので、胸を張り、おへそを引っ込めるような姿勢）を確認する（図6-3）。そのほか、適度に運動したり、腰を冷やさないように腹帯や使い捨てカイロなどを利用してよい。正しい姿勢を保つために、ヒールの低い靴（2～3cm）を履いたり、骨盤支持ベルト（トコちゃんベルト®など）といった補助具も利用できる。また、長時間の立位を避け、荷物を持つときや上の子どもを抱っこするときは片側の腕だけに偏らないようにする。前かがみになる作業は腰痛を悪化させるため、足台（電話帳などで一時的に代用するもの）を利用したり、台そのものの高さを調節するといった工夫も検討する。勤労妊婦の場合、基本的に断続作業10kg以上、継続作業6kg以上の荷物を取り扱う作業は禁止し、妊婦に適した作業への配置転換を検討する。

★「適度な運動」マタニティエクササイズやマタニティピラティス、マタニティヨガ、妊娠体操など。妊娠中の適度な運動についてはp.182参照。

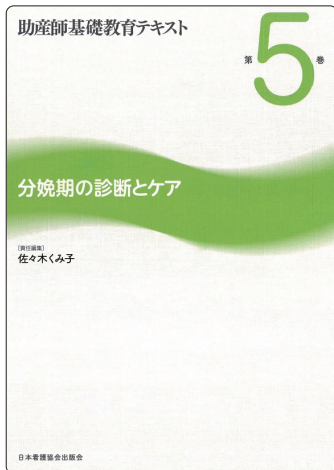
表6-3 腰痛の原因で考えられるもの

産婦人科疾患	妊娠による生理的なもの、切迫流産・早産、常位胎盤早期剥離、子宮筋腫、卵巣腫瘍などの腫瘍合併妊娠
泌尿器疾患	尿路結石、腎盂腎炎などの尿路感染症、腎臓痛
整形外科性	椎間板ヘルニア、急性腰痛症、骨格分離すべり症
内臓性	胃十二指腸潰瘍・腫瘍、胆嚢炎・胆嚢結石、肺炎
血管性	腹部大動脈瘤
心因性	うつ病、心身症

図6-3 妊婦の姿勢



妊娠期のケア内容を詳述



助産師基礎教育テキスト 2024 年版

第5巻

分婉期の診断とケア

責任編集：佐々木くみ子

定価 4,070 円（本体 3,700 円＋税 10%）

B5 判 238 頁

2024 年 1 月刊行予定

電子版

ご紹介動画



POINT

① 分婉期の診断とケアに関する基礎的知識が充実

分婉期の診断とケアにおいて、分娩経過に伴う診断・アセスメントの視点とケア、具体的な分娩介助技術、正常経過逸脱の予測と予防など、助産師に必要な基礎的知識を、イラストや図表を豊富に使い、まとめました。→ [SAMPLE 1](#)

② 最新の研究からエビデンスを取り入れた構成

基礎知識をしっかりと学んだうえで、さらにエビデンスに基づくケア提供につなげてほしいとの意図から、最新のエビデンスを多く盛り込みました。学生にとっても臨床の助産師にとっても、実践で活用できる内容となっています。→ [SAMPLE 2](#)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

表3-6 陣痛の種類と作用

時期	妊前期		分娩期				産後期
	分婉開始前数日		分婉第1期	分婉第2期	分婉第3期	分婉第4期～ 産後3日後	
種類	ブラクストン・ヒックス収縮（虚痛）	前陣痛（偽陣痛）	潜伏期 陣痛	加速期 陣痛	出口期 陣痛	完結期 陣痛	付着物娩出
作用	子宮頸管を 熟化させる 作用はない	子宮下部の伸 張。子宮頸管 の熟化を促す	子宮頸管の展 開。子宮口開 大を促す	腹圧とともに 胎児娩出を促 す	胎盤および胎 膜・臍帯の娩出 を促す	胎盤剝離面の 血管を圧迫し て止血を行う	
特徴	不規則 痛みがある場合と ない場合がある	不規則～規則的 陣痛は自覚するこ とが多いが、必ず しも痛みを伴わな い	規則的 有痛性 子宮底隆起	規則的 有痛性 子宮底隆起	不規則 陣痛自覚は軽い	不規則 一般に経産婦の ほうが収縮が強く、 痛みも強い	

注1 第3章「1分婉開始の診断」参照

注2 全開大しても、腹圧が出現しない場合もある

が形成され、子宮頸管の熟化が完了しているとは限らない⁹⁾。潜伏期が遅延していても、産婦の水分摂取・食事摂取・睡眠が可能であり、胎児の健康状態に問題がなければ病的意義は少ない¹⁰⁾。

b. 分婉第1期活動期：active phase（子宮口開大5cm以降）

開口期陣痛は、分娩進行とともに陣痛強度が増強し、子宮頸管を展開・開大させる。初産経産を問わず、子宮口開大速度が1時間あたり1cm未満の場合は、陣痛強度をはじめとする分娩の4要素をアセスメントして子宮口開大を妨げる要因を見つけて対処する⁹⁾。子宮口開大が4時間以上停滞することが予測される場合は医師に報告する。正常分娩経過では、1時間1cm開大のみで判断しない¹⁰⁾。

陣痛強度について、日本産科婦人科学会は、子宮口開大度による子宮内圧

図5-11 胎盤の計測

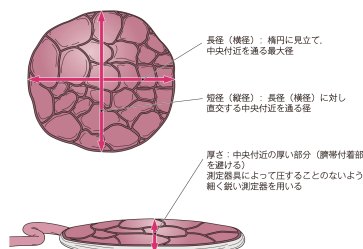
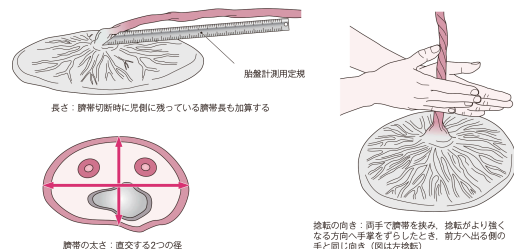


図5-12 臍帯の観察



c. 卵膜の観察

卵膜は裂口部位、欠損、着色、強度、枚数などを観察する。卵膜裂口部位から、胎盤の子宮壁への附着位置が推定できる。側方から辺縁の裂口の場合は低置胎盤の可能性がある。卵膜欠損は卵膜を袋状に整えて欠損の有無を判断する。実際は、大きな欠損でない限り判断するのは難しい。したがって、卵膜娩出時の状況も加味して判断する。卵膜残留がある場合は子宮収縮不全

イラストや図解を豊富に使い解説

第1章 助産師が行う分娩期のケア

1. 助産師が行う分娩期のケアの基本的な考え方

第2章 分娩経過の診断に必要な知識

1. 分娩の概念
2. 分娩の3要素
3. 分娩経過と所要時間
4. 分娩の機序
5. 分娩が母体・胎児に及ぼす影響

第3章 分娩経過の診断・アセスメントの視点

1. 分娩開始の診断
2. 分娩の4要素の関連性
3. 娩出力の状態
4. 産道および胎児の下降度の状態
5. 胎児の発育・健康状態
6. 胎児付属物の状態
7. 産婦の心理的、社会的、文化的な状態

第4章 分娩経過に伴う診断・アセスメントとケア

1. 分娩期の診断・アセスメントの特徴と助産過程の展開
2. 入院時の診断・アセスメントとケア
3. 分娩第1期の診断・アセスメントとケア
4. 分娩第2期の診断・アセスメントとケア
5. 分娩第3期の診断・アセスメントとケア
6. 分娩後2時間までの診断・アセスメントとケア

第5章 分娩助産技術

1. 分娩助産の意義と原理
2. 分娩助産に伴う技術
3. 分娩体位と分娩助産法
4. 胎児付属物の精査と計測
5. 出生直後の新生児のアセスメントとケア
6. 新生児の蘇生

第6章 分娩進行に伴う正常経過逸脱の予測と予防

1. 身体的側面
2. 緊急事態への対応準備

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

1

助産師が行う分娩期のケアの基本的な考え方

本シリーズ第1巻では、助産師が行うケアの理念として以下の内容を挙げている。

① evidence based practice, ②対象の見方(セルフケア理論, アタッチメント理論, 役割理論), ③女性の意思決定を支えるしくみ, ④ women-centered care (女性を中心にしたケア), ⑤ family-centered care (家族中心のケア)である。

これらの考え方は当然分娩期にも当てはまるが、この第1章では、①産婦の意思・主体性の尊重—women-centered care, ②産婦の心身の苦痛緩和と胎児へのストレス軽減, ③家族中心のケア—family-centered care, ④エビデンスに基づくケア, の4つの観点から、助産師が行う分娩期のケアの基本的な考え方について述べる。

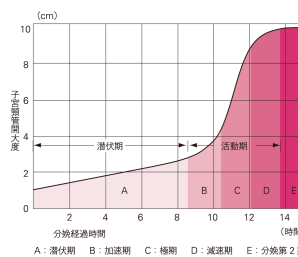
1 産婦の意思・主体性の尊重—women-centered care

産婦の意思・主体性を尊重していく考え方は、助産師の倫理綱領¹⁾や ICM 助産師の国際倫理綱領²⁾に表明されているように、自分が受けるケアに関する決定に積極的に参加するという、産婦の権利を支持していくことである。これはインフォームドコンセントやインフォームドチョイス、共同意思決定(Shared decision making)という形で実践される。

産婦の意思や主体性を尊重する支援では、「出産するのは産婦である」という基本的事実を助産師自身が明確に認識していることが重要である。産婦自身が「どんな出産をしたい」と希望しているのか、「理想としている出産」はどのようなものかを理解することから支援が始まる。実際のケアにつなげるためには、産婦の希望や理想が実践可能な具体的な計画として立案されることが望ましい。たとえば、出産前に分娩の仕組みや分娩経過、分娩期の過ごし方について、具体的にイメージできるようにわかりやすく説明したうえで、パースプランを立案することを促し、パースプランをともに考える。

合併症のある妊婦については、合併症が分娩経過に及ぼす影響について説

図 2-14 | 初産婦のフリードマン曲線



ため、胎膜は緊張し、遂に陣痛間欠期には胎膜は弛緩する。児頭が下降し子宮壁との間隙がなくなると、胎膜は陣痛周期の時期にかかわらず絶えず緊張する。子宮口が全開大下時点で胎膜は破れ、前羊水が腔内に流出する(破水)。

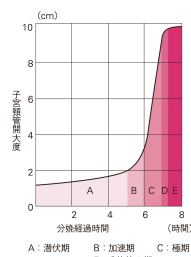
分娩第1期の所要時間に影響を与える要因は、子宮頸管の開大速度である。フリードマン(Emanuel A. Friedman)は正常分娩経過を解析し、子宮開大曲線を得た(図 2-14, 2-15)。フリードマン曲線は初産婦と経産婦に対するものがあり、縦軸に子宮頸管開大度を0~10cmで、横軸に分娩経過時間を表示する。分娩経過の最初 2/3 では子宮口開大は緩徐であり、潜伏期(latent phase)と呼ばれる。後 1/3 では、子宮口の開大は急速に進行するため活動期(active phase)と呼ばれる。活動期は、子宮口の開大速度の違いから、加速期(acceleration phase)、極期(phase of maximal slope)、減速期(deceleration phase)の3期に分類される。令和2年度日本産科婦人科学会周産期委員会報告で「初産・経産ともに、分娩第1期は5cm までが潜伏期、5~6cm を加速期、6~10cm を極期とするのが妥当である」との報告がなされた。

2 分娩第2期(娩出期)

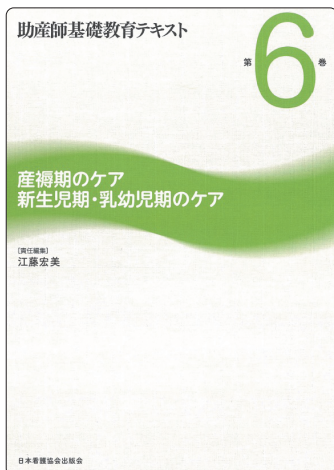
陣痛はさらに増強し、発作時間は約1分、陣痛周期は約2~4分になる(娩出期陣痛)。胎児先進部が腔内に下降すると、フランケンホイゼル神経節を刺激し、陣痛はさらに増強する。また、この時期には陣痛発作に伴い腹圧が反射的に起こり、胎児娩出を促進する(共圧陣痛)。

以下は後頭位分娩の経過を示す。

図 2-15 | 経産婦のフリードマン曲線



★ | 日本産科婦人科学会編。2021: 73 (6): 678。原稿は以下の論文を参照: Spontaneous labor curve based on a retrospective multi-center study in Japan. J. Obstet. Gynaecol. Res. 47(12): 4263-4269, December 2021 doi:10.1111/jog.15053



助産師基礎教育テキスト 2024 年版 第6巻 産褥期のケア／ 新生児期・乳幼児期のケア

責任編集：江藤宏美

定価 4,070 円（本体 3,700 円＋税 10%）

B5 判 256 頁

2024 年 1 月刊行予定

電子版

ご紹介動画



POINT

① 産後の女性とパートナーに求められるケアを提示

第6巻は2部構成です。前半の「産褥期のケア」では、産後の女性とパートナーを支える過程に必要な考え方や知識・技術を、褥婦の適応とアセスメント、ニーズとセルフケア、母乳育児支援、親子の絆、家族計画の視点でまとめています。→ [SAMPLE 1](#)

② 新生児期・乳幼児期のケアにおける基本的な知識・技術を紹介

後半の「新生児期・乳幼児期のケア」では、胎児が出生期を経て新生児となり成長発達を遂げていく過程を助けることができるよう、新生児の適応生理やニーズに基づく健康診査・ケアなどに関して、助産師がもつべき基本的な考え方や知識・技術について解説しています。→ [SAMPLE 2](#)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

1

産褥期の身体的変化と フィジカルアセスメント

女性の身体には、分娩が終了すると同時に妊娠前の状態に戻ろうとする変化がみられる。妊娠・分娩によって生じた母体の解剖・生理機能的変化が妊娠前の状態に復古する過程を「産褥」といい、産褥期間中の女性を「褥婦」という。

産褥期間は、生殖器の復古を基準に胎盤娩出直後から6～8週間とされている。また、WHOではこれを42日間と規定している。しかし、全身の回復や排卵による次の妊娠の可能性を考慮すると、助産学の観点からは6～12カ月と長期にとらえることが望ましい。産褥復古に要する期間を図2-1に示す。

産褥期のフィジカルアセスメントは、産褥経過に伴って変化する「退行性変化」と「進行性変化」の2側面から行う。退行性変化とは、生殖器や全身の状態が非妊時の状態に回復する変化を指し、①子宮等生殖器の非妊時への復古、②分娩時産道にできた創傷の治癒、③体重、体力、ホルモンバランスなど全身の解剖・生理機能的な非妊時への回復、の3つに大別できる。一方、進行性変化とは乳腺に起こる変化のことで、乳汁分泌活動を指す。乳汁分泌活動については第4章にて述べる。

図2-1 産褥復古に要する期間

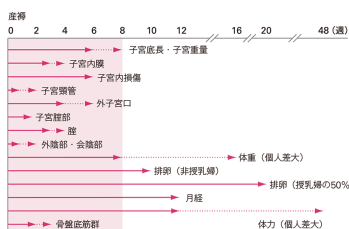


図3-7 産褥体操

産褥1日目

○膝たまで頭を起こす運動

目的：産褥運動の準備(腹直筋離開傾向にある場合に有効)

方法：①仰臥位で両下腿を伸ばす。片手を臀部あたりに置く

②息を吐きながら頭を起こして、腹部の手を見る。この間、呼吸は止めない

③一呼吸して、頭をゆっくり下ろす

(片手5回ずつで合計10回、1日数サイクル実施)



○肩の運動

目的：肩こりをほぐし、乳汁分泌を促進する

方法：①両腕を伸ばし、息を吸い込んで両肩を上げ、息を吐きながら下ろす

②肩関節の前屈し、後ろ回しをする

③肩関節を回すときには、肩甲骨同士を寄せたり開いたりする感覚で行う

(2～3回ずつ、授乳前後に実施)



産褥2日目

○足の運動

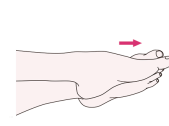
目的：骨盤底筋群の引き締め

方法：①両下腿を伸ばし、上下に組む

②上になった足で、下になった足を2～3度軽く叩く

③両足を併せ、股門を引き締める。一息おいてゆっくり元に戻す

(左右5回ずつで合計10回、就寝時、起床時に実施)



イラスト図解でわかりやすいセルフケアの紹介

[産褥期のケア]

第1章 助産師が行う産褥期のケア

1. 助産師が行う産褥期のケアとは

第2章 産褥期の適応とアセスメント

1. 産褥期の身体的変化とフィジカルアセスメント
2. 産褥期の心理・社会的変化とアセスメント

第3章 褥婦のニーズとセルフケア

1. 退行性変化の促進
2. 日常生活援助
3. 親役割獲得を支えるケア
4. セルフケア能力を高めるケアと指導

第4章 母乳育児支援

1. 乳房の形態
2. 乳房の機能
3. 吸啜・嚥下・呼吸にかかわる新生児の解剖と機能
4. 授乳の方法
5. 授乳中に起こりやすい問題
6. 母乳育児支援に必要な情報とケア

第5章 親子の絆とアタッチメントの形成

1. 親子関係を支えるケア
2. 家族関係・機能の再調整を支えるケア

第6章 家族計画

1. 産後の家族計画の意義
2. 産後の家族計画指導の基本
3. 産後の避妊法の実践

[新生児期・乳幼児期のケア]

第1章 助産師が行う新生児期・乳幼児期のケア

1. 助産師が行う新生児期・乳幼児期のケアとは

第2章 新生児の適応生理

1. 子宮外生活への適応
2. 新生児の行動上の特徴

第3章 新生児のフィジカルイグザミネーション

1. 新生児の分類と特徴
2. 新生児のフィジカルイグザミネーションの実践

第4章 新生児のニーズとケア

1. 体温維持
2. 身体の清潔
3. 感染予防
4. 黄疸のケア
5. 記録と安全管理
6. 新生児のスクリーニング

第5章 乳幼児の発達と健診

1. 乳幼児健康診査
2. 乳幼児の健康増進と疾病予防

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

1

子宮外生活への適応

1 子宮内生活と子宮外生活の違い

出生は胎児から新生児へ、すなわち子宮内生活から子宮外生活への変化である。新生児が子宮外で生活するためには、多くの適応過程を経る必要がある。さらに、その適応過程は迅速である必要がある。そのため、胎児から新生児に変わる過程は人生の中で最大の変化であり、また同時に最も問題が発生するリスクが高い。したがって、出生はヒトにとって生命が最も脅かされる瞬間となる。

図2-1に子宮内と子宮外の環境の主たる違いを示すが、新生児が子宮外で生活するためにはこれらの変化に適応する必要がある。まず第1には、出生前は胎盤でガス交換が行われているので、胎児の肺は呼吸器官として働く必要がない。しかし、出生と同時に胎盤血流は途絶するので、出生後直ちに肺での呼吸が必要となる。この肺呼吸の確立のためには、多くの要素が複雑に関連している。

図2-1 子宮内と子宮外の違い

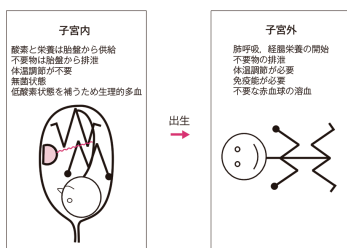


図2-11 出生体重別、生後日数別の至適温度環境

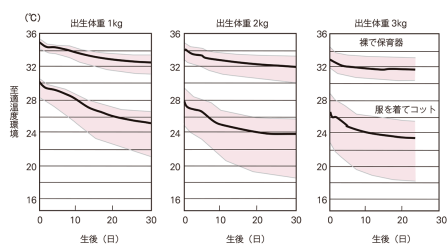


表2-6 新生児の熱喪失経路

経路	熱喪失のメカニズム	防止する方法
①伝導	直接に触れる物体へ熱が伝わる	接触物の温度を上げる
②蒸散	水分が気化するとき熱が奪われる	環境を加湿する、皮膚を乾燥させる
③対流	空気の流れにより熱が奪われる	空気の流れを最小限にする
④輻射	新生児の体表から直接周囲の壁に奪われる	壁の温度を上げる

喪失経路を図で表わすと図2-12のようになる。

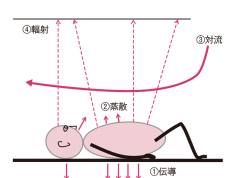
伝導は直接触れる物を通じて熱が失われることで、新生児に使用する物は、リネンも含めあらかじめ温めておく。また、熱伝導を少なくするために、空気を含むマット等を背部に置く。

ヒトは呼吸することによって常に肺から水分と熱を失っている。また、常に皮膚からも水分が気化し、その気化熱を奪われている。これを不感蒸散という。これをゼロにすることは不可能であるが、環境湿度を上げることによって水分の蒸散を減らすことができる。したがって、新生児はある程度加湿された環境で保育する必要がある。また、一度皮膚が水分でぬれると多量の気化熱を奪われるので、ぬれた皮膚はすぐに乾燥させる必要がある。

対流は流れる空気に熱を運ばれるために熱を喪失するものである。風が強いと体感温度が下がるのはこの対流による影響である。そのため、新生児には空気の対流がない環境が必要である。

最後に輻射は、熱が赤外線として体表から壁に投影されて熱を喪失するものである。体表温度と壁の表面温度の差に比例して熱を失う。したがって、新

図2-12 新生児の熱喪失経路





助産師基礎教育テキスト 2024 年版 第7巻 ハイリスク妊産褥婦・新生児へのケア

責任編集：小林康江

定価 5,280 円（本体 4,800 円＋税 10%）

B5 判 404 頁

2024 年 1 月刊行予定

電子版

ご紹介動画



POINT

① ハイリスク群に対応するための知識と技術を凝縮

「助産師国家試験出題基準」における正常な経過からの逸脱およびハイリスク妊産褥婦・新生児への支援に関する内容を網羅。この一冊で、ハイリスク妊産褥婦・新生児の異常とケアについて基本的な知識と技術を学べる構成となっています。→ [SAMPLE 1](#)

② 第一線で活躍する助産師・医師が執筆

第一線で妊産褥婦と新生児のケア・診療にあたる助産師と医師が、妊娠期・分娩期・産褥期および新生児の主要な疾患などについて「定義と病態」「診断と治療・管理」「助産ケア」の視点で解説しています。

→ [SAMPLE 2](#)

SAMPLE PAGES

SAMPLE 1

1

ハイリスク妊娠と助産師の役割

1 ハイリスク妊娠の定義

ハイリスク妊娠 (high-risk pregnancy) とは、「妊娠期間中あるいは分娩後にもなく、母児のいずれかまたは両者に重大な予後が予想される妊娠。予後に影響する因子は医学的なもの（高齢、多胎、各種合併症妊娠など）と社会的なもの（経済面や環境など）があり、その幅は広い。したがって、特別の注意や監視、さらに治療が必要となることが多く、胎児に重点をおく統計学的、予防医学的な色彩の濃い表現ととらえられる¹⁾」とされている。

ハイリスク妊娠とは、妊娠期間中に限らず、それに続く分娩期・産褥期、さらには育児期を視野に入れた広い概念でとらえる必要がある。

a. ハイリスク妊娠の割合と推移

ここでは、リスク要因として「出産時の女性の年齢」「出生時体重が 2,500 g 未満である低出生体重児の出生」「多胎児の出生」について、1990 年以降のデータをもとに示す（図 1-1）。

第 1 子出産時の平均年齢は、2012 年には 30.3 歳と初めて 30 歳を超え、その後も上昇している²⁾。出産時の母体年齢について 1990 年と 2020 年で比較すると、全出産に対する 35 歳以上の母体からの出生数割合は 8.6 % から 29.2 % と 3.4 倍以上に、40 歳以上では 1.0 % から 5.9 % と 5.9 倍になった³⁾。

次に出生児のデータを見ると、出生時の平均体重は 1990 年には男児 3,160 g、女児 3,080 g であったが、2019 年には男児 3,050 g、女児 2,960 g とそれぞれ 110 g、120 g 減少した⁴⁾。2,500 g 未満の低出生体重児の割合は、1990 年の 6.3 % から 2020 年は 9.2 % と 1.5 倍に増加している⁵⁾。低出生体重児の出生数割合は、2005 年以降 9.5 % 前後で推移している。また、全出生児に対する多胎児の出生数割合は、1990 年の 1.4 % から 2020 年は 2.0 % と 1.4 倍に増加している⁶⁾。多胎児の出生数割合は、2005 年は 2.3 % と最も高い割合であったが、それ以降は 2.0 % 程度の割合で推移している。

や薬物治療に対するケアを行う。流産に至った際には、出血の管理と子宮復古の促進が重要である。子宮収縮が不良の場合は出血量が増え、血圧低下や頻脈などバイタルサインに変化があるため、注意する。出血量が多いまたは持続的にグラグラ出血する場合は医師に報告する。流産後は精神的なショックも大きいので、できる限り疼痛を軽減することが望ましい。

● 児の喪失に対する精神的ケア：流産は、思い描いていた「妊娠」や「児」の喪失であるため、本人や家族への悲嘆に対するケアが必要である。特に母親の自責の念は強く、「自分が悪かったのか」「なぜ自分が」という思いを抱きやすいが、流産の原因はわからないことが多いことを説明する。本人および家族の子どもへの思いを傾聴し、時に情報提供を行い、流産後に母親としてわが子にしてあげたいことはないかなど、短い期間の中で実施できる母親役割や児との別れをともに考え、グリーフワークを行っていく。

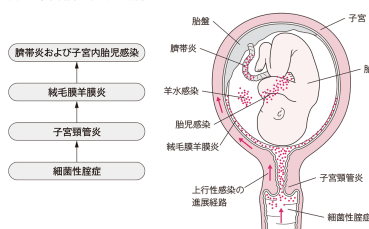
2 切迫早産 (threatened preterm delivery) / 早産 (preterm delivery)

a. 定義と病態

● 定義：早産とは妊娠 22 週から 37 週未満の分娩で、切迫早産とは、子宮収縮があり、かつ、子宮頸管の開大と展退が進行し、早産となる可能性がある状態をいう。

● 原因：早産のリスク因子として、早産歴や子宮頸部円錐切除歴が挙げられる。早産既往妊婦の早産率は 16.3 % で、早産既往の回数が増えるごとに早産率が高くなる⁷⁾と報告されている。また、多胎妊娠、頸管短縮、細菌性陰道炎でも早産率は高く、妊娠 32 週未満の早産例の約 50 % に絨毛膜羊膜炎 (chorioamnionitis: CAM) が認められ、これらの症例では感染が早産の原因と考えられている。子宮内感染の発生機序を図 2-3 に示す。

図 2-3 子宮内感染の発生機序



★ 1 死亡した胎児が胎膜期子宮内に残存した場合、DIC を引き起こす可能性がある。早期流産の場合はほとんどの子宮内容物が小さいので、胎産物の子宮収縮の状態確認が難しく、超音波検査や内診で確認することが多い。また、妊娠 12 週以降の流産の場合は、乳汁を産出する可能性があるため、産褥性乳汁分泌抑制の処置を行う。妊娠経過が変化はとけい分も起こりやすく、産褥性や、乳房のうっ滞、乳房への刺激を避けることなどを十分に説明する必要がある。

★ 2 不眠が続き疲労が蓄積すると、抑うつ状態に陥ることがある。抑うつ状態に陥ると、必要時は睡眠薬などの治療を考慮する。流産のショックから、妊娠や子どもを見るのがつらいと見え、そう思うことに罪悪感を抱く人も多いため、自然なことだと伝えられるように。

★ 3 2017 年における早産率は 5.7 %⁸⁾。早産は新生児死亡の原因として最も多く、児の精神発達遅延や未熟児呼吸器症候群、低性腺、呼吸器障害等の合併症を引き起こし、周産期予後との関連が強い。

第1章 ハイリスク妊娠と助産ケア

1. ハイリスク妊娠と助産師の役割
2. 周産期医療体制における役割分担と協働・連携
3. 異常徴候の早期発見のための定期健康診査とアセスメント

第2章 妊娠期の異常とそのケア

- I 産科合併症のある妊婦へのケア
- II 合併症のある妊婦へのケア

第3章 分娩期の異常とそのケア

- I 娩出力の異常とケア
- II 産道の異常とケア
- III 胎児および胎児付属物の異常とケア
- IV 分娩に伴う損傷・合併症とケア
- V 産科処置・手術とケア
- VI 緊急時の処置とケア

第4章 産褥期の異常とそのケア

- I 身体的な問題のある褥婦へのケア
- II 精神的な問題のある褥婦へのケア

第5章 ハイリスク新生児の疾患とそのケア

- I 低出生体重児・早産児の特徴
- II ハイリスク新生児の疾患と生理学的特徴に基づくケア

第6章 心理社会的なハイリスク状態にある妊産褥婦と家族へのケア

1. 特定妊婦へのケア
2. 不妊治療によって妊娠した親へのケア
3. 外国人妊産褥婦へのケア
4. 帝王切開分娩を経験した親へのケア
5. 多胎児を育てる親へのケア
6. 障害児や予後不良児を育てる親へのケア
7. 子どもを亡くした親へのケア
8. 出生前診断を受ける妊婦・家族へのケア

SAMPLE PAGES

SAMPLE 2

3

低出生体重児・早産児の予後と経過

1 | 死亡率

出生時の体重別、出生割合をみると、低出生体重児の出生は、1990年代に増加して以降、近年は大きな変動はなく、一定の割合を占めている。2018年には体重2,500g未満が9.4%、1,500g未満が0.7%、1,000g未満が0.3%となっている¹⁾。

a. 乳児死亡率の推移と死亡の原因

日本の乳児死亡率は、過去には欧米諸国と比べ高い値で推移していたが、社会全体の生活水準や衛生状態、保健水準の向上から、2018年には1.9となり、地域差もみられず、世界のトップレベルを維持している²⁾。

乳児死亡の原因は、戦後は肺炎と腸炎およびその他の下痢性疾患が多かったが、近年は変化しており、2018年には、先天奇形、変形および染色体異常、周産期に特異的な呼吸障害等の順になっている³⁾。

b. 新生児死亡率と早期新生児死亡率

2018年の乳児死亡率1.9のうち、新生児死亡率が0.9、早期新生児死亡率が0.7である⁴⁾。諸外国と比べて低い値となっているものの、乳児死亡の約半数は新生児死亡であり、特に早期新生児死亡の割合が多い。また、早期新生児死亡率0.7(614人)のうち、500g未満が186.2(62人)、500～999gが50.3(125人)、1,000～1,499gが17.3(68人)であった⁵⁾。出生後早期で体重が軽いほど新生児死亡に至りやすく、集中的な医学管理が必要となることが示唆される。

c. 周産期死亡率

周産期死亡率は母体の健康状態に強く影響を受けるため、出生をめぐると死亡という意味では重要な指標の一つとなる。2018年は3.3(2,999人)、うち妊娠満22週以後の死産率が2.6(2,385人)、早期新生児死亡率が0.7(614人)である⁶⁾。戦後大きく改善しているが、早期新生児死亡と比べて妊娠28

★1 | 乳児死亡率
1歳未満の死亡を乳児死亡と定義し、1年間の出生数1,000に対する比で表現する。

★2 | 新生児死亡率
生後28日未満の死亡を新生児死亡と定義し、1年間の出生数1,000に対する比で表現する。

★3 | 早期新生児死亡率
新生児死亡のうち、出生後7日(168時間)未満の死亡を早期新生児死亡とし、1年間の出生数1,000に対する比で表現する。

★4 | 周産期死亡率
胎前産後1,000に対する妊娠満22週以後の胎児死亡数と早期新生児死亡数の和の比率。

2

呼吸器系疾患の病態に基づくケア

●呼吸器系の特徴：出生後の第一呼吸の開始によって、新生児の呼吸は始まる。呼吸器系は、解剖学的・生理学的特徴から、正期産児であっても未熟性や脆弱性を有しており、容易に呼吸不全に陥る。胎児から新生児への呼吸・循環器系の移行は劇的な変化であり、呼吸器系の異常を示す頻度は高い。

呼吸器系疾患を大別すると、①器官発生の異常から生じる疾患(気道や肺の奇形)、②未熟性に起因する疾患(呼吸窮迫症候群、無呼吸発作)、③胎児仮死や分娩状況を誘因とし、胎外生活適応過程で生じる疾患(一過性多呼吸、胎便吸引症候群)などに分けられ、ハイリスク新生児が発症しやすい。

児の出生早期には呼吸の確立が第一であり、循環状態と併せて経過を観察する。また、呼吸状態の悪化は、呼吸器疾患特有のものではなく、さまざまな疾患の症状であることが多いため注意が必要である。

1 | 新生児一過性多呼吸(transient tachypnea of the newborn: TTN)

a. 定義と病態

●疾病概念：胎内では、肺は肺水に満たされており、出生後は速やかに肺水が吸収され、空気に入れ替わる。この過程が障害されてTTNを発症する。一般的には比較的軽症で、24時間を過ぎ生後2～3日で回復する。

●病態：出生後間もなく、頻呼吸(>60回/分)、チアノーゼ、酸素飽和度の低下を認め、ときには陥没呼吸、呻吟を呈する。肺水の吸収障害・排泄遅延であり、肺のコンプライアンス低下と1回換気量低下のために苦しい呼吸(多呼吸、呻吟、陥没呼吸)となる。

●原因：帝王切開で出生した児、新生児仮死を合併した児、母体糖尿病、早産、多胎などが肺水の動態に影響を及ぼす。

b. 診断と治療・管理

●診断：胸X線検査では、すりガラス状陰影、肺門部の縦維状陰影の増強、全体の過膨張陰影が認められるが、すりガラス状陰影は呼吸窮迫症候群時にも出現するため、鑑別を要する。血液検査では軽度の低酸素血症を認め、高

★1 | 陣痛に伴うカタコラミンやステロイドの分泌によって、肺水の吸収を促すepithelial sodium channels (ENaC)が発現し、活性化する¹⁾。

★2 | 頻呼吸・チアノーゼ・陥没呼吸・呻吟などの努力呼吸の状態を「呼吸窮迫症候群」と呼び、出生後の新生児の呼吸観察で注目する症状である。



新版 助産師業務要覧 第4版 I〔基礎編〕 2024年版

福井トシ子・井本寛子 編

B5判 248頁 定価3,190円(本体2,900円+税10%)

2023年10月刊

電子版

ご紹介動画



1970年の刊行以来、改訂・増刷を重ねるロングセラー書籍 『助産師業務要覧』が、6年ぶりに全面リニューアル！

- 助産関連分野の第一線で活躍する教育者・実践者・研究者が執筆
- 巻ごとに読者対象を想定し、ニーズに対応した内容で構成。全巻連動した内容のため、併読で理解がさらに深化
- I巻は主に助産学生が対象。助産業務の根拠となる関連法規や各団体の文書に基づき、基本的知識を解説

主な内容

第1章 助産師とは

助産師の定義
助産師の免許
助産師の名称独占・業務独占
少子化社会における助産師の現状

第2章 助産師の教育

日本の看護基礎教育／助産師教育
世界の助産師教育
助産師の能力

第3章 助産師と倫理

医療従事者と倫理綱領・ガイドラインなど
助産師に関する倫理綱領
研究の倫理

第4章 助産師の業務と義務

助産師の業務
助産師の義務
助産業務と助産ガイドライン
安全管理体制
ケーススタディで学ぶ関連法規

第5章 活動場所の特性と業務

診療所
助産所
周産期母子医療センター・病院
地域

第6章 助産政策

助産政策の必要性
助産政策が実現される過程

資料

傍注でキーワードなどを補足説明

2 助産所の形態

1) 助産所の開業形態

助産師の開業には、下記のような業務形態がある。

- ① 有床助産所：入院分娩、産褥入院、保健指導などを取り扱う（自宅分娩含む）。
- ② 無床助産所：自宅分娩、出張保健指導などを取り扱う。
- ③ 助産所あり：入院分娩を取り扱わず、保健指導のみ取り扱う（訪問保健指導含む）。
- ④ 助産所なし：訪問保健指導のみ取り扱う。

2) 助産所経営の人員形態

助産所経営では、個人経営、共同経営、法人経営などの形態があるが、それぞれメリットとデメリットがあるため、熟慮の上、経営形態を決定することがすすめられる。

(1) 個人経営

個人経営の場合、主に自宅を助産所に増改築し、1～3床で始めることが多い。開業当初は分娩件数や母乳外来の人数も少ないため、ほぼ1人での運営が可能である。分娩の取り扱いは必ず助産師2人以上で当たることが推奨され、オンコール体制をとっている場合が多く、開業助産師同士で補助し合うケースや、近隣の助産師数人とチームを組むケースがある。助産所を運営するに当たり、助産業務のみならず、調理や清掃、経理事務全般を担うことが多い。

(2) 共同経営

助産師数人でチームを作って助産所の経営に当たるため、開業当初からの資金繰りもまとまりやすく、ローテーションの勤務体制が組めるため、身体的負担も少ないといえる。

たとえば、埼玉県和光市のわこう助産院は、民間と行政の協力により設立され、助産師が運営に当たっているが、このような場合は、助産師間での取り決め（契約）を明確にしながら公平な条件となるような合意が必要である。

(3) 法人経営

公益法人には、社団法人や財団法人、NPO法人がある。

公益社団法人の形態の助産所は、昭和30～40年代（1950年代半ば～1960年代半ば）に設立されたところが多く、老朽化とともに後継者不足による閉院が相次ぎ、現在では、鹿児島中央助産院（鹿児島県）、まつやま助

●1 ここでは示す保健指導とは、乳房ケアを主体とした業務形態を指す。

●2 社団法人
人が集まって一定の目的を達成するために作った組織で、会費によって運営される。

●3 財団法人
寄附行為によって拠出されたお金を一定の目的のために運用する組織。

●4 NPO法人
特定非営利活動促進法に基づき法人格（個人以外で権利や義務の主体となるもの）を取得した「特定非営利活動法人」の一般の総称。



新版 助産師業務要覧 第4版 Ⅱ〔実践編〕 2024年版

福井トシ子・井本寛子 編

B5判 320頁 定価3,960円(本体3,600円+税10%)

2023年10月刊

電子版

ご紹介動画



周産期医療や母子保健を取り巻く状況、社会の変化を踏まえ、 〈新しい知見〉〈助産師として求められる知識と技術〉を精選して収載！

- Ⅱ巻は主に臨床助産師が対象。助産師のコア・コンピテンシーを構成する4つの能力を軸に、現場で役立つ知識を紹介
- 女性のライフサイクル全般を見すえた助産実践に重点を置いて構成
- 具体的実践事例などを交えた解説で、卒業後の臨床現場や地域での実践等にも寄与する幅広い視野を獲得できる

主な内容

第1章 助産実践に必須のコンピテンシー

第2章 倫理的感応力

第3章 マタニティケア能力

妊娠期／分娩期／産褥期の診断とケア
地域母子保健におけるケア

第4章 ウィメンズヘルスケア能力

助産師に求められる〈ウィメンズヘルスケア能力〉
女性のライフサイクルの観点からの対象理解
リプロダクティブ・ヘルス／ライツに基づく支援
不妊への支援
産前・産後の支援
女性のメンタルヘルスの支援
産前からの子育て支援による胎児を含む子どもの虐待予防の支援
食育

第5章 専門的自律能力

教育／研究／コミュニケーション(対人関係)／
倫理／管理(マネジメント)
ケーススタディで学ぶ意思決定支援

第6章 ハイリスク母子への支援

ハイリスク新生児／遺伝性疾患に不安を抱える
妊産婦／NICU長期入院児への支援

第7章 助産師に必要な知識と技術

新生児蘇生法
胎児心拍数モニタリング
超音波診断
会陰切開と縫合
産科緊急時の薬物療法
出血時のアルゴリズム

資料

図表や写真で視覚的理解を促進

一方、急激な血圧増加は、脳や心臓の血管傷害を引き起こすが、それを防ぐために圧受容器が働く。血圧が急激に増加すると、圧受容器がその異常を感知し、心臓血管中枢にインパルスを送る。心臓血管中枢では、副交感刺激を介して心拍数を減少させ、血圧を下げることで臓器を保護しようとする。いわゆる迷走神経反射である。

胎児の心拍数は、これらの作用により変動する。CTG波形を見て、判読に迷ったら、低酸素か、圧変化か、あるいは双方が混在しているのか、必ずここに戻って考えていただきたい。

4 胎児心拍数陣痛図 (CTG) 判読の基本

測定開始時には、記録紙の時刻が正しいかどうかを確認し、記録紙の紙送り速度は3 cm/分とする。胎児心拍数は、児背側で心音が明瞭に聴取できる部位にプローブ（ブロープ）を置く。収縮計は、子宮底に置き、子宮収縮がきちんと計測できるよう、ベルトもしっかり装着する。

CTGの判読に当たっては、①胎児心拍数基線（10分間の平均心拍数で、5の倍数で表現）、②胎児心拍数基線細変動（心拍数の細かい変動）、③一過性頻脈（15秒以上2分未満の15bpm以上の心拍数増加）、④一過性徐脈（15秒以上10分未満の心拍数減少）、⑤子宮収縮（陣痛図で確認される子宮収縮）の5項目は必ずチェックする。また、これらの5項目は、上述の順に判読することが推奨される。

これに沿って図7-3のCTGを判読すると、①胎児心拍数基線は、一過性変動部分や基線細変動増加の部分は除外し、2分以上持続している部

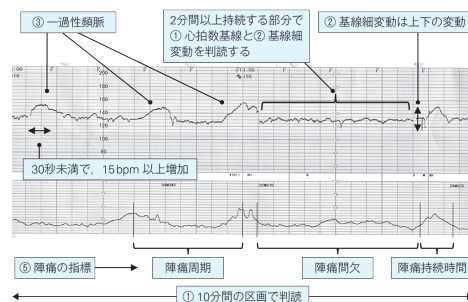


図7-3 CTG例 (1) 安心して胎児が健康であると保証できる状態



新版 助産師業務要覧 第4版 Ⅲ [アドバンス編] 2024年版

福井トシ子・井本寛子 編

B5判 264頁 定価 3,520円 (本体 3,200円 + 税 10%)

2023年10月刊

電子版

ご紹介動画



フロックミップ® CLoCMiP® レベルⅢ 認証制度の必読テキスト (2025年度～) 認証に求められる重要な事項を、事例を交え具体的に解説

- Ⅲ巻は主にアドバンス助産師、中堅的・管理的立場の助産師が対象。より高度な助産実践に資するマネジメントなどを紹介
- 助産関連分野の第一線で活躍する執筆陣が、豊富な知見と新しいデータ・情報をもとに解説
- 特に助産実践能力習熟段階 (CLoCMiP®) レベルⅢ (アドバンス助産師) に求められる知識に重点を置いて記載

主な内容

第1章 「アドバンス助産師」の役割

「アドバンス助産師」に期待されること
組織の中で助産師が役割発揮するために

第2章 助産サービスのマネジメント

助産サービスの提供体制 (周産期医療体制の現状／
職種間・部門間・地域の連携／院内助産・助産師外来／
産科混合病棟におけるユニットマネジメント／
産後ケア／「母子のための地域包括ケアシステム」の推進)
助産サービスの質保証
リスクマネジメント
感染管理
災害時のマネジメント

第3章 労務管理

助産提供体制マネジメントに関わる労働関係法令の
基礎知識
人材のマネジメント
助産業務の管理 (人事・労務管理)

第4章 助産師に関連する法律・制度・政策の変遷

助産師に関連する近年の法律・制度
助産師を取り巻く現状
助産政策の必要性和政策が実現される過程
周産期に関わる診療報酬

第5章 助産政策の実践

院内助産・助産師外来の推進
助産師出向事業

資料

現場での実践を具体的にイメージできる解説

3

助産政策の必要性和政策が 実現される過程

1 助産政策とは

妊産婦を取り巻く課題を解決するための助産師の活動

少子化に伴って、出産環境や子育て環境は激変している。この環境の変化が、妊産婦あるいは子どもにとって不利益になっている場合、誰が改善すべきなのだろうか。私たち助産師のケアの対象である妊産婦や子どもが不利益をこうむっているのであるから、課題を解決するための提案を行うことも助産師の役割である。「課題を解決する」ということは、妊産婦の置かれている環境や子育て環境を「あるべき姿にする」ということでもある。

妊産婦に関わる法律には、医療法、健康保険法、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律 (成育基本法)、そして母子保健法などがある。これらの法律によって、妊産婦の環境が守られることになるはずだが、妊産婦を取り巻く状況は、これら法律をもってしても解決が困難にしている課題が山積している。そのため、これらの法律を変え、政策が実現することによって、妊産婦の置かれた環境や子育て環境があるべき姿に近づくことになる。

政策とは、社会を効率よく機能させるためのものであって、個人の利害を超えて公的に取り組むべき課題を実践するための前提となる方針や行動プランのことをいう。また、法律や制度だけではなく、具体的な問題解決の方策など、広い意味での政策は、理想やあるべき姿を実現するための方針から具体的な実施に至るプロセスを含んでおり、〈政策→施策→事業〉というように、理念から具体的に変化する。政策が形成される段階から実施することを前提としているため、プロセスとしてとらえられることが多い。

したがって、助産政策とは、
「妊産婦や子育て環境のあるべき姿 (目的) に向かって、現在の妊産婦や子育て環境の問題などを改善するために、助産師などが関係者間で政策を形成、実施し、評価を行う一連の過程である」
と、筆者は定義している。事業を実施しても効果が得られない、妊産婦や子育て支援の成果として事業自体を円滑に運営できない、という場合に、あるべき姿とのギャップを解消するための提案などを行うことも、助産政

電子教科書のご案内

いつでもどこでも**予習・復習**ができる
日本看護協会出版会の電子教科書は
医書.jpで取り扱っております

医書.jpとは⇒医学系専門書出版社4社ならびに医学専門情報管理団体1団体が共同で設立し運営。医学専門書籍・雑誌の幅広い医学情報を共通プラットフォームより配信しています。

19

推奨環境 (2023 年 8 月時点)

iOS 端末: iOS15 以降の iPhone、iPad

Android 端末: Android11.0 以降の国内キャリア経由で販売されている端末 (動作確認機種: Xperia、GALAXY、AQUOS、ARROWS、Nexus など)

アクセス型では必ず下記 WEB ブラウザをご使用ください。その他のブラウザでは正常に動作しないことがあります。

Chrome 最新版 /safari 最新版 /Firefox 最新版 /Microsoft Edge 最新版

● 価格表および概要 ※当社では電子端末購入の斡旋は行っておりません。

本体価格	電子のみ	冊子と同額
	冊子+電子	冊子×120%
利用期間	利用期間の設定はなく、卒業後も利用可能	
利用端末数	1人3台まで	

ご購入までの流れなどの詳細は
 当社 HP のバナーをクリック、
 もしくは下記 QR コードに
 アクセスしてご確認ください。

isho.jp 電子版



当社 HP: <https://www.jnapc.co.jp/>
 特設サイト: <https://jnapcdc.com/sp/digitaltext/>

定期刊行物のご案内

日本看護協会機関誌

看護

日本看護協会の重点政策・
 重点事業や全国各地の優れた
 看護実践を紹介

- ・ A4判変型 / 100 ~ 112 頁
- ・ 通常号 (毎月) 定価 1,760 円 (本体 1,600 円 + 税 10%)
- ・ 臨時増刊号 (3 月、6 月、11 月)
 定価 2,200 円 (本体 2,000 円 + 税 10%)
- ・ 年間 / 15 冊 定価 27,720 円 (本体 25,200 円 + 税 10%)
 ※通常号は毎月 20 日発行・発売

電子版 isho.jp

個人向けサービス

- 医書.jp にて 1 冊からお買い求めいただけます。年間購読も受付中!

施設向けサービス

- 医書.jp オールアクセス (医学・医療分野の電子ジャーナルサービス) にて配信中!

詳細はこちら▶▶

詳細はこちら▶▶

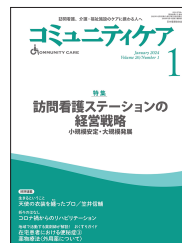
訪問看護、介護・福祉施設のケアに携わる人へ

コミュニティケア

COMMUNITY CARE

制度施策や
 地域ケアの
 最新動向を知る
 ことができる専門誌

- ・ A4判変型 / 80 頁
- ・ 通常号 (毎月) 定価 1,760 円 (本体 1,600 円 + 税 10%)
- ・ 年間 / 12 冊 定価 21,120 円 (本体 19,200 円 + 税 10%)
 ※毎月 5 日発行・発売
 ※2024 年 1 月号より価格改定、臨時増刊号は休刊となります



目 注文票について

★採用献本は、注文数 20 冊につき 1 冊を上限とさせていただきます。

注文票は弊社ホームページ「お知らせ」ページより
 ダウンロード可能です。ご利用ください。

<https://www.jnapc.co.jp>

日本看護協会出版会
 営業部 X (旧 Twitter)

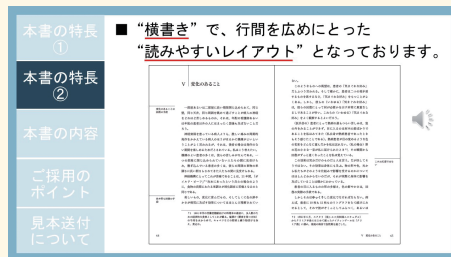


教科書・副読本ご紹介動画、ぜひご覧ください！

ご紹介動画 のマークのある書籍は、ご紹介動画(約3分)をパソコン・スマートフォンでご覧いただけます。書籍の特長や改訂・ご採用のポイントに加え、採用検討用見本の送付方法についてご説明しています。営業担当者によるナレーションにもご注目ください。



■ **動画・特設ページ** <https://jnapcdc.com/sp/dougapage/#tekisuto>



学校教員様向けメールインフォメーションのご案内

看護学校教員様向けに教科書に関するご案内をメールでお送りしています。ご登録は弊社ホームページ内もしくは右のQRコードからの登録フォームに必要事項を記入後、送信するだけで完了です。ぜひご登録ください。

登録フォーム



メリット① いち早く教科書に関する情報をご案内 **メリット②** 電子教科書や役に立つ情報についても随時ご案内

「授業目的公衆送信補償金制度」について

オンライン授業等で弊社書籍の利用を希望される場合は、以下のページをご確認ください。

<https://www.jnapc.co.jp/news/detail/227>



ご記入いただく個人情報は、商品の発送、お支払い等の確認及び弊社の商品情報のお知らせのために使用し、その他の目的での使用はいたしません。

注文票

教科書・副読本 助産師編
2024年度版

弊社からの案内 不要 ☐

ご注文年月日 年 月 日

貴校名	ご担当者名
ご住所 〒□□□-□□□□	
TEL () -	

書店名
取次番線印

★採用献本は、注文数20冊につき1冊を上限とさせていただきます。

	書籍名	定価	注文数	献本
助産師 基礎教育 テキスト 2024年版	7巻セット	31,020円(本体28,200円+税10%)		
	第1巻 助産概論/母子保健	4,400円(本体4,000円+税10%)		
	第2巻 ウィメンズヘルスケア	5,060円(本体4,600円+税10%)		
	第3巻 助産サービス管理	4,070円(本体3,700円+税10%)		
	第4巻 妊娠期の診断とケア	4,070円(本体3,700円+税10%)		
	第5巻 分娩期の診断とケア	4,070円(本体3,700円+税10%)		
	第6巻 産褥期のケア/新生児期・乳幼児期のケア	4,070円(本体3,700円+税10%)		
新版 助産師業務要覧 第4版 2024年版	第7巻 ハイリスク妊産褥婦・新生児へのケア	5,280円(本体4,800円+税10%)		
	I 基礎編	3,190円(本体2,900円+税10%)		
	II 実践編	3,960円(本体3,600円+税10%)		
	III アドバンス編	3,520円(本体3,200円+税10%)		



日本看護協会出版会

〒112-0014 東京都文京区関口2-3-1
TEL.03-5319-8018 FAX.03-5319-7213

コールセンター(ご注文)
TEL.0436-23-3271 FAX.0436-23-3272
<https://www.jnapc.co.jp>