

治療・検査等の名称：分娩誘発・促進について

〔説明要旨〕

多くの医療行為は、身体に対する侵襲（ダメージ）を伴います。通常、医療行為による利益が侵襲の不利益を上回りますが、医療は本質的に不確実です。過失がなくとも重大な合併症や事故が起こり得ます。医療行為と無関係の病気や加齢に伴う症状が医療行為の前後に発症することもあります。合併症や偶発症が起これば、もちろん治療には最善を尽くしますが、死に至ることもあり得ます。予想される重要な合併症については説明いたします。しかし、極めて稀なものや予想外のものもあり、全ての可能性を言い尽くすことはできません。

こうした危険があることを承知した上で署名して下さい。疑問があるときは、納得できるまで質問をして下さい。納得できない場合は、無理に結論を出さずに、他の医師の意見（セカンド・オピニオン）を聞くことをお勧めします。必要な資料は提供します。他の医師の意見を求めることで不利な扱いを受けることはありません。

1. 症状とその原因

分娩には、十分な強さの陣痛（子宮収縮）が必要です。陣痛が弱いと分娩が長期化したり分娩が止まってしまうことがあります。あらかじめ分娩日を決めている計画分娩の場合、その日に陣痛がなければ分娩となりません。

2. 医療行為の目的と内容

- **陣痛促進（陣痛促進法）**：陣痛が弱く分娩が進まない場合に、陣痛を強くする方法です。

○ **陣痛促進薬**（オキシトシン、プロスタグランジン F2α）の点滴を使い、陣痛を強くしていきます。

- **誘発分娩（分娩誘発法）**：人工的に陣痛を起こし分娩することを誘発分娩と言います。

妊婦様やご家族のご希望・分娩の予定日を過ぎたのに陣痛が来ない場合・妊婦様やお腹の赤ちゃんに何らかの問題があり、妊娠を続けるのが望ましくない場合に行います。

- **妊娠 10 か月（妊娠 36～39 週）**に入り、内診で子宮の出口の状態を見ながら、

分娩の準備が整ったところで分娩する日が決まります。しかし、分娩予定日を越える場合や、妊娠を続けるのが望ましくない場合は、子宮の出口の準備が整わなくても分娩誘発を行うことがあります。

- **分娩をする前日**に入院します。子宮の出口が硬い場合は前処置を行い準備します。

前処置：内診でヘその緒（臍帯）が子宮の出口近くに降りてきていないことを確認した後に、

メトロイリンテル（ミニメトロ®）という小さな風船や、**吸湿性頸管拡張材**を子宮の出口に挿入します。

- **分娩当日**：陣痛が不十分な場合は、以下の**陣痛促進薬**を使用します。

プロスタグランジン E2（内服錠） ジノプロストン（腔剤）



オキシトシン（点滴）

プロスタグランジン F2α（点滴）

妊婦様や赤ちゃんの状態によって、使い分けていきます。

2 ■ その他（誘発分娩・陣痛促進・自然分娩にかかわらず）

○ 分娩監視装置を使い、陣痛と赤ちゃんの心拍数を厳重にモニタリングしていきます。

○ 妊婦様や赤ちゃんへの感染予防のため、抗生物質を使用します。

○ 分娩の進行状況によっては、赤ちゃんを包んでいる膜（卵膜）をやぶる（人工破膜）ことがあります。

※ 上記の医療行為を行っても、分娩までに数日かかる場合があります。

3. 医療行為を行った場合の改善の見込み

○ 陣痛によって分娩が進行します。

4. 医療行為に伴う危険性

● 臍帯脱出：メトロイリントルを使用するときや、人工破膜を行うときに

赤ちゃんよりも先にへその緒（臍帯）が子宮から出てしまう臍帯脱出が起こる可能性があります。

メトロイリントルの使用 0.03%（※1）、未使用 0.01%（※1）、人工破膜 0.2%（※2）

（※1；公益財団法人日本医療機能評価機構 2013，※2；Tetsuya Kawakita 2018）

赤ちゃんの頭とへその緒の位置関係に注意しながら処置を行います。

● 子宮破裂・羊水塞栓：陣痛促進薬を使うときに陣痛が強くなりすぎる（過強陣痛）と、

子宮が破れてしまう子宮破裂や、子宮内の羊水が妊婦様の血管の中に入り込むことによって起こる重篤なアレルギー様反応（羊水塞栓）が起こる可能性があります。

子宮破裂（※3）：陣痛促進薬の使用 0.01～0.02%、未使用 0.002%

羊水塞栓（※4）：陣痛促進薬の使用 0.01%、未使用 0.005%

（※3；IqbalAl-Zirqi 2017，※4；Michael S Kramer 2006）

分娩監視装置を使用しつつ、陣痛促進薬の量を厳密に調整していきます。

■ 赤ちゃんへの影響：

○ 誘発分娩を行っても、新生児死亡、新生児集中治療室への入院、呼吸障害、

肩甲難産、巨大児の発生率は上昇しないと言われています（※5）。

○ 妊娠 37～41 週の分娩誘発について、周産期死亡率（※6）及び帝王切開率（※5）が

自然陣痛を待機された方に比べて減少したという報告があります。



○一方で、妊娠 37～38 週の誘発分娩で生まれた赤ちゃんは、39～40 週の誘発分娩に比べて **呼吸障害**が起こる可能性があります(※7)。

(※5; Blair G. Darney 2013, ※6; Sarah J Stock 2012, ※7; Consortium on Safe Labor 2010)

4 ■その他（誘発分娩・陣痛促進・自然分娩にかかわらず、分娩中に起こりうること）

- **子宮内感染**：抗生物質を使用しても、**子宮内感染**を起こすことがあります。
- **産道損傷**：分娩によって**産道が損傷する（頸管裂傷・腔壁裂傷・会陰裂傷）**ことが少なからず起こります。その場合は**傷の修復術**を行います。
- **会陰切開**：会陰裂傷の重症化を回避するために、**会陰切開**を行うことがあります。
- **帝王切開**：分娩が進まない場合・子宮内感染の疑いが強い場合・妊婦様や赤ちゃんの具合が悪い場合は、**帝王切開**が必要となります。
- **器械分娩・子宮底圧迫法**：赤ちゃんが産道の出口に近いところにいて、帝王切開よりも下からのお産が早いことが見込まれる場合は、吸引カップや大きいスプーン状の器具（鉗子）を赤ちゃんの頭に装着して引っ張る、**吸引分娩・鉗子分娩（器械分娩）**でお産にすることがあります。
また、妊婦様のお腹ごしに子宮を押す**子宮底圧迫法**を行うことがあります。
陣痛促進薬の使用・無痛分娩の時に**器械分娩・子宮底圧迫が増加**します(北里大学病院調べ)。
吸引・鉗子分娩　：無痛分娩あり 32.6%、無痛分娩なし 7.8%
子宮底圧迫　　：無痛分娩あり 52.2%、無痛分娩なし 22.9%

5. 医療行為を行わない場合の予後等

- 陣痛促進薬を使わないことにより十分な強さの陣痛が起こらず、分娩が進まなくなることがあります。
- 妊婦様・赤ちゃんの状態により妊娠を続けるのが望ましくない場合、時間が経つにつれて更に状態が悪くなることが考えられます。

6. 代替可能な医療行為の内容・効果・危険性および予後

- 帝王切開となりますが、医学的な理由がない場合は帝王切開を選択できません。
- 帝王切開を行う場合は、帝王切開の同意書に沿って説明いたします。

7. 本医療行為を拒否した場合について

- 希望されない方は、分娩誘発・陣痛促進は行いません。



説明文書

○可能な範囲で最善の医療に努めます。

8. 質疑応答

以上、私は、 様の上記医療について説明致しました。

 年 月 日

産科

印

病院側同席者署名（ ）

北里大学病院

北里大学病院長 殿

20 年 月 日

私は、上記の説明を受け、質問をする機会を得て、内容を理解しました。

☐ 医療行為を受けること、又、上記の医療行為を行う上で必要な処置、及び上記の医療行為において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることに**同意します**。

☐ 医療行為を受けることに**同意しません**。

患者様署名

親族等署名

患者様との関係（ ）

