

## Special Vision #4

# WHO(世界保健機関)の 新しい分娩ガイドラインを知る

ひとりひとりが大切にされ、  
出産のSDGsが実現されるために

令和 3 年 6 月 27 日（日曜日）14:00～16:30



### ガイドライン要旨



ガイドライン作成グループの日本人医師：森臨太郎氏、永井真理氏、小原ひろみ氏

翻訳メンバー（10名）：飯村ブレット 古宇田千恵 笹川恵美 新福洋子  
杉本敬子 高橋優子 ドーリング景子 春山怜  
日隈ふみ子 福澤利江子

監修：永井真理氏

# 本日の内容

1. **WHO 分娩期ケアガイドライン（2018年）の概要**
2. **最新の国際的な診療ガイドラインの作られ方**
3. **Conversation Time**

推奨項目の解説

このガイドラインを日本の臨床ケアに上手に活かすには

# 翻訳チーム（計10名）

| 分担翻訳    |                                                           | 担当項目        |
|---------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| 古宇田千恵   | 日本妊産婦支援協議会りんごの木代表／出産ケア政策会議共同代表                            | 19,21-25    |
| 笹川恵美    | 東京大学大学院医学系研究科母性看護学・助産学分野 助教（助産師）                          | 5-9,41-46   |
| 新福洋子    | 広島大学大学院医系科学研究科・国際保健看護学 教授（助産師）                            | 20,47-51    |
| 杉本敬子    | 筑波大学医学医療系 助教（助産師）（現 医療創生大学 准教授）                           | 17-18,52-56 |
| 高橋優子    | 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程／<br>前 国際協力機構（助産師）            | 34-37,39-40 |
| ドーリング景子 | 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻母性看護・助産学分野 助教<br>／出産ケア政策会議 共同代表（助産師） | 4,26-33,38  |
| 福澤利江子   | 筑波大学医学医療系 助教（助産師）                                         | 1-3,10-16   |

## 全体の確認

|        |                                          |
|--------|------------------------------------------|
| 飯村ブレット | 出産教育センター（CEC）所長、バースエデュケーター               |
| 春山怜    | 国立国際医療研究センター国際医療協力局（産婦人科医）               |
| 日隈ふみ子  | 前 佛教大学保健医療技術学部看護学科 教授／出産ケア政策会議 共同代表（助産師） |

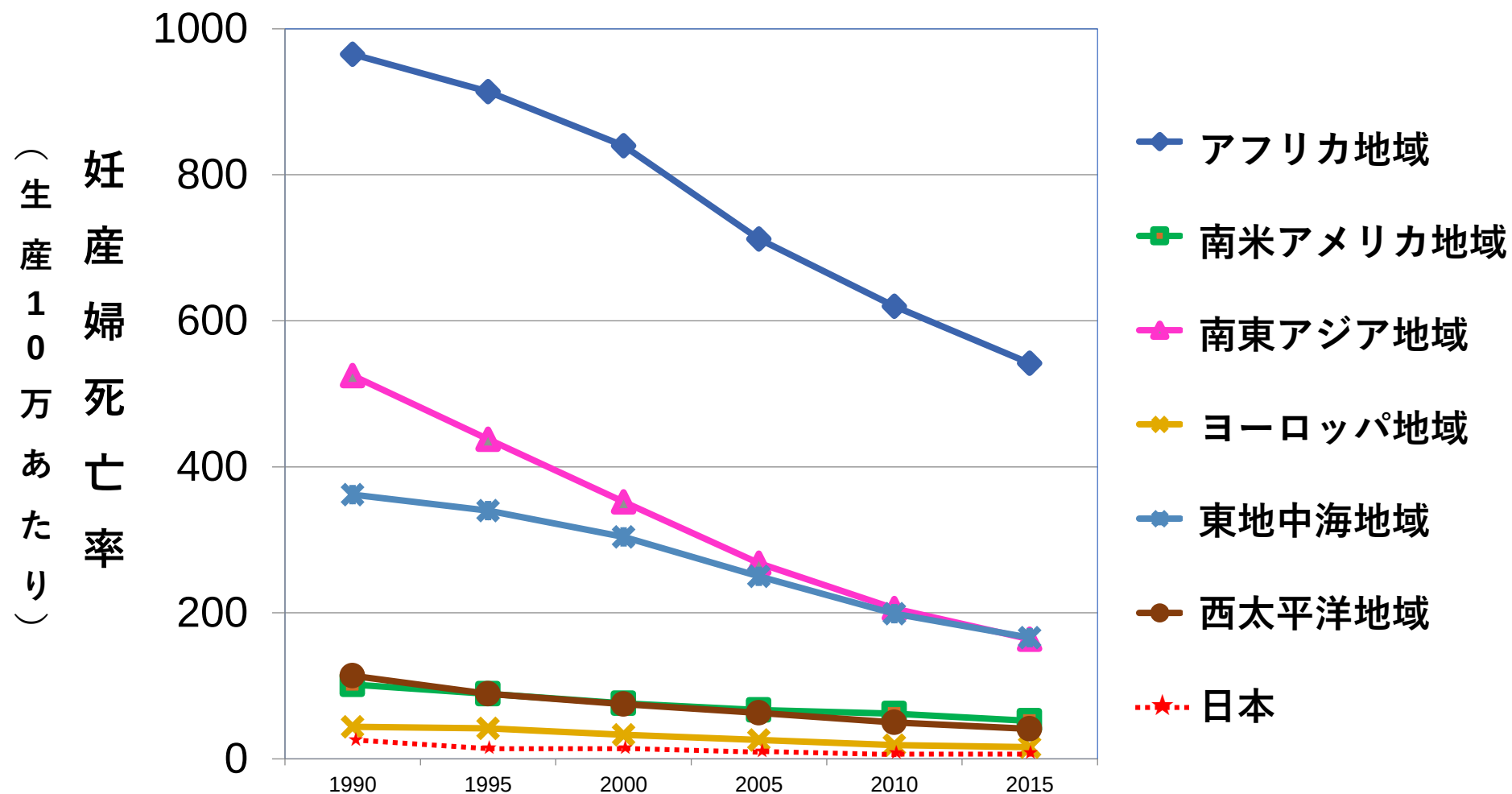
# 1. WHO 分娩期ケアガイドライン (2018年) の概要

## Point:

- ✓ 1992年版の59か条が、2018年版では56項目になった
- ✓ 関連する他のWHOガイドラインも更新・統合されている
- ✓ 出産ケアの安全性（安全面）だけでなく、女性の満足度や人権、長期的・包括的な健康、不要な医療介入のない生理的な出産プロセスを重視している

# 世界の妊産婦死亡率の推移

Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division (2015)



# 2010年代からの流れ

2010年頃～：「**産科的暴力**（obstetric violence）」や「**ケアの質**（quality of care）」の問題について実態調査が進む

2014年：WHO声明「**施設分娩中の軽蔑と虐待の予防と撲滅**」  
Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth

「WHOは今後、女性の権利と、安全でタイムリーで妊産婦を尊重した出産ケアを推進していく」という宣言

『妊産婦を尊重したケア（respectful maternity care）』というキーワード

サバイブ スライブ  
**survive→thrive**（より健康に成長・生きる）  
**ケアの量→ケアの質**

# 妊産婦を尊重するケア：途上国の状況

WHOによる4カ国比較 (Bohren et al., 2019)



ガーナ、ギニア、ナイジェリア、ミャンマーで、2,016件の出産現場観察と2,672件の産後アンケート回答を分析

## 【観察結果より抜粋】

- 出産中の付き添いなし：93.8%
- カーテンなどプライバシーへの配慮なし：37.4%
- 陣痛中の自由な歩行の禁止：56.8%
- 分娩時の体位の制限：94.4%

## 【アンケート結果より抜粋】

- 内診がとても不快だった：28.6%
- 内診時のプライバシー配慮不足：41.9%
- 痛み止めをリクエストしたがもらえなかった：28.5%
- 未払いが理由で赤ちゃんの身柄を拘束された：5.0%

# 妊産婦を尊重するケア：先進国の状況

米国のGiving Voice to Mothers調査 (Vedam et al, 2019)



コロナ禍に伴う  
悪化も心配

助産院や自宅出産も含む2,138名のアンケート回答

## ☆先進国でも妊産婦が大切にされていない問題は課題

全体的に、産婦の**17.3%**がなんらかのmistreatment（不当な対応）を体験

- 医療者に怒鳴られた・叱られた：8.5%
- 助けを求めているのに無視された・適時対応せず：7.8%
- プライバシー配慮の不足：5.5%
- 処置に同意しないと治療をやめると脅された、受けたくない処置を受けさせられた：4.5%
- 身体的な暴力は1.3%のみ

- ✓妊産婦の背景による差：初産婦、若年、マイノリティ、貧困、低学歴などで高率。
- ✓場所による差：自宅出産では5.1%、助産院7.0%、院内助産院24.0%、病院28.1%
- ✓医療者と考え方が合わない場合、合う場合よりmistreatmentが23倍起こりやすい

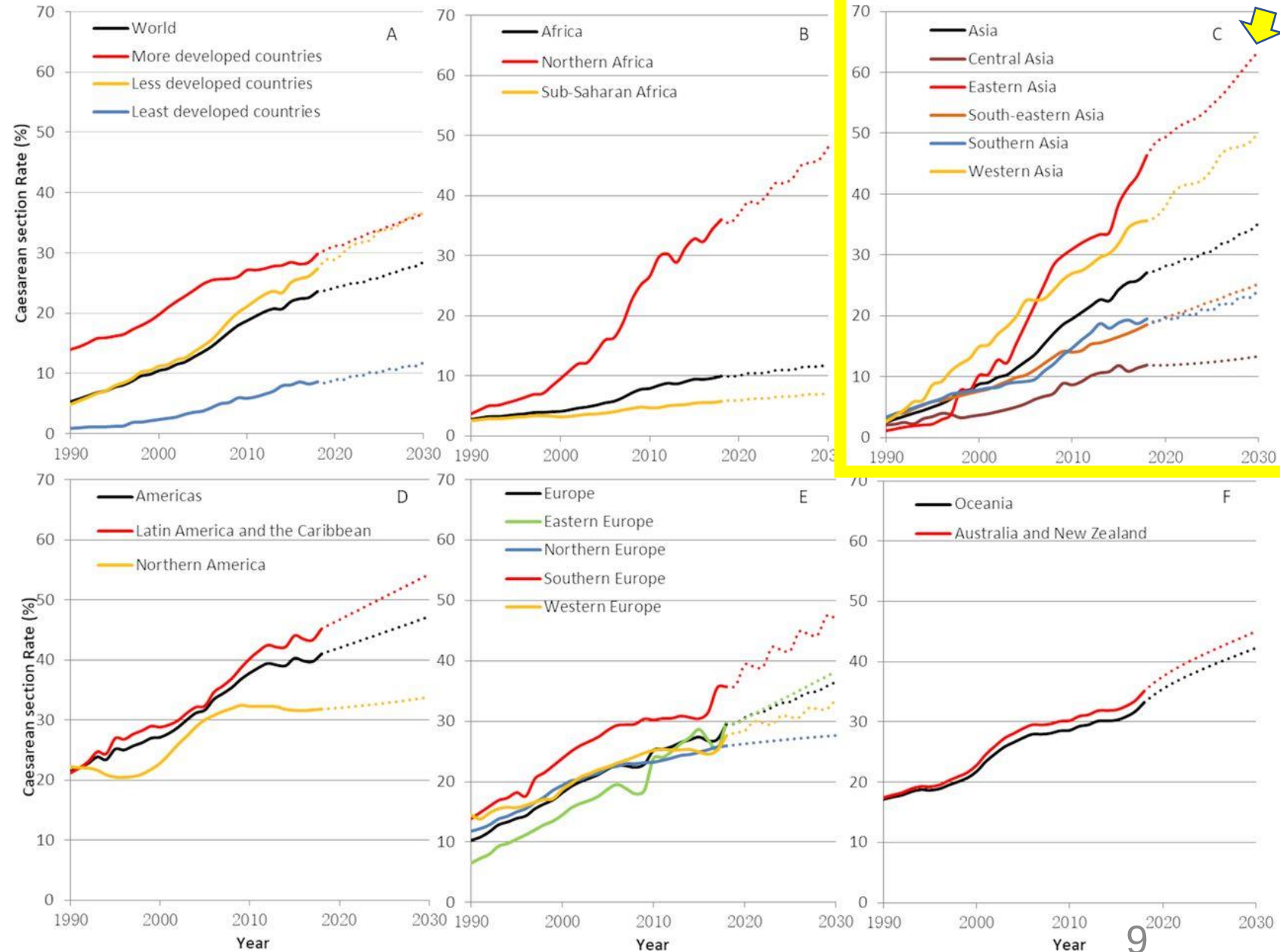
## 6/15に発表された論文

1990年～2018年の  
154か国の帝王切開率  
2018年の世界平均：21.1%  
(低) サハラ以南アフリカ：5%  
(高) 南アメリカ：42.8%

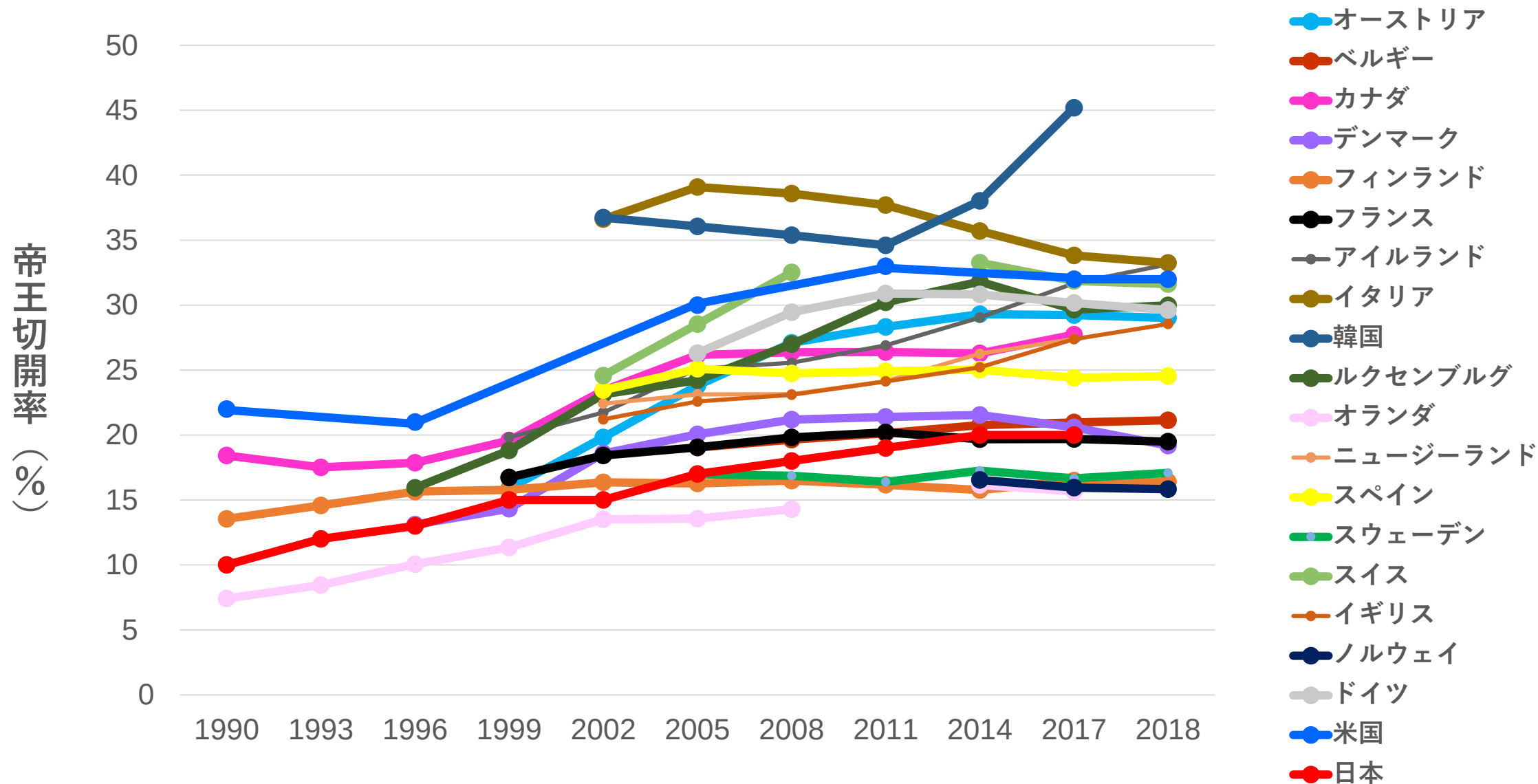
途上国でも先進国でも  
増加している



2030年までに  
28.5%に上昇する見込み  
(低) サハラ以南アフリカ：7.1%  
(高) 東アジア：63.4%



# 国際的な帝王切開率の上昇（1990年～2018年）

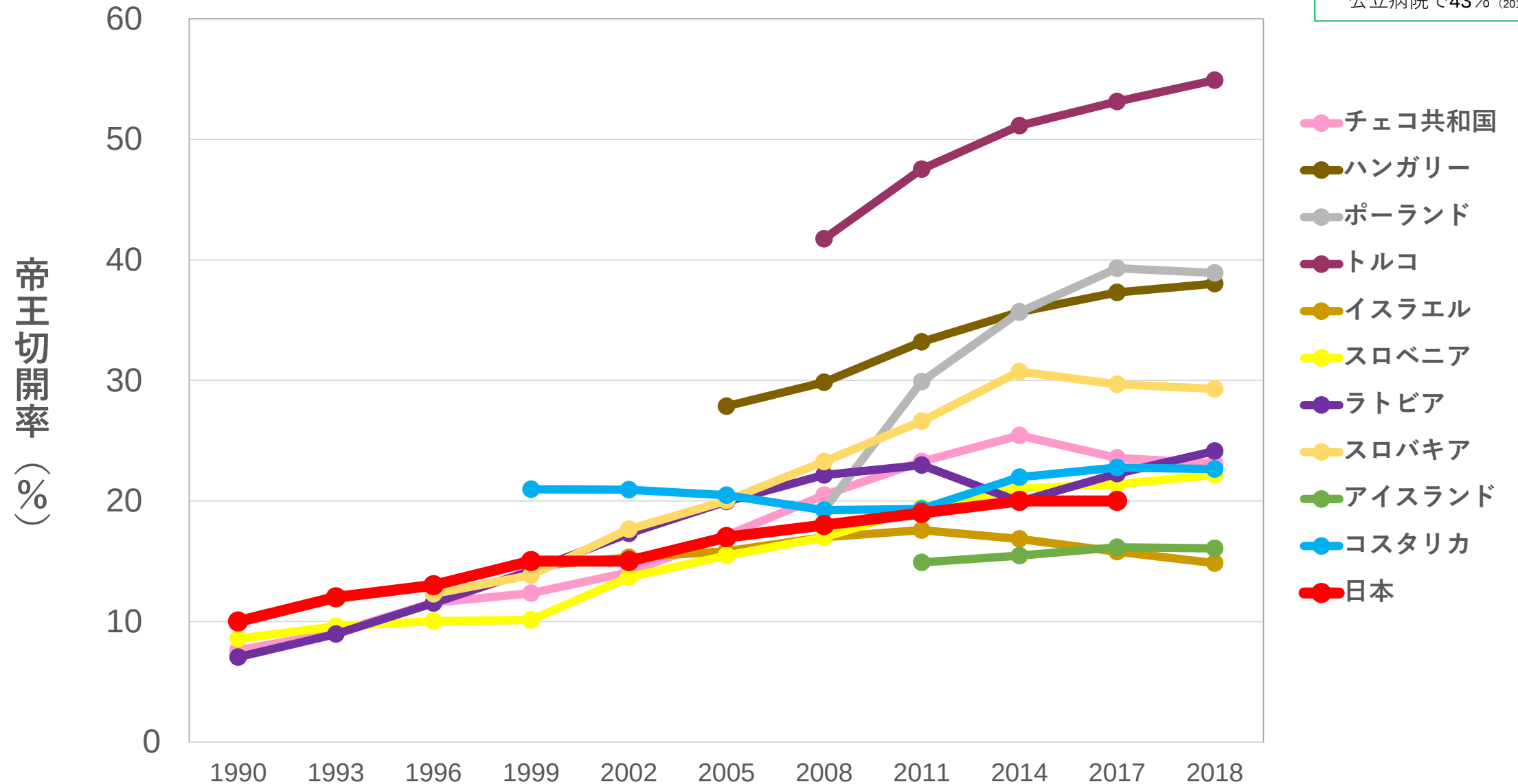


日本以外の国のデータ：OECD (2021), Caesarean sections (indicator). doi.org/10.1787/1a1ac034-en(Accessed on 23 June 2021)

日本のデータ：厚労省統計：平成29年(2017)医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況 より計算

# 国際的な帝王切開率の上昇（1990年～2018年）

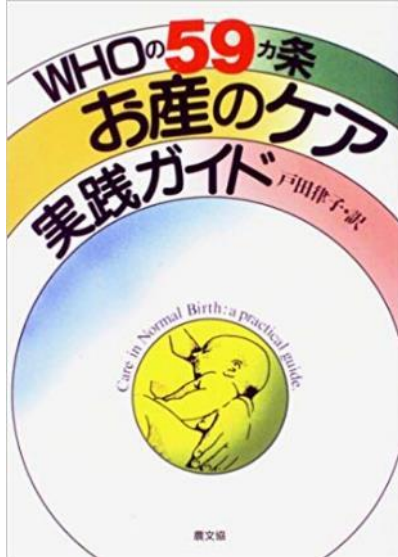
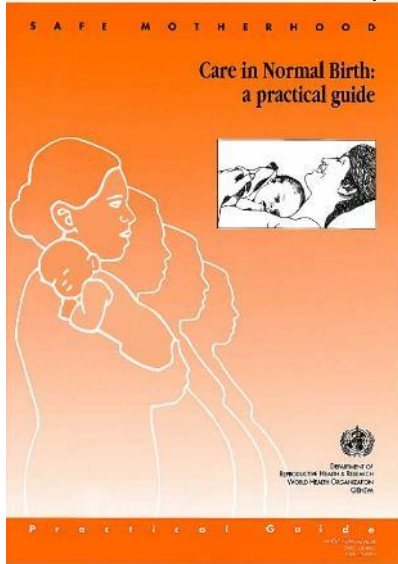
追記：ブラジル  
 国全体55.4%（2016）  
 私立病院で88%  
 公立病院で43%（2018）



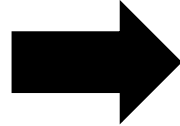
日本以外の国のデータ：OECD (2021), Caesarean sections (indicator). doi.org/10.1787/1a1ac034-en(Accessed on 23 June 2021)  
 日本のデータ：厚労省統計：平成29年(2017)医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況 より計算

# 「ポジティブな出産体験のための分娩期ケア」

1996年



1997年



構成（全**56**項目）

分娩期全体：4項目  
 分娩第I期：28項目  
 分娩第II期：8項目  
 分娩第III期：6項目  
 新生児期：5項目  
 産褥期：5項目

ガイドライン作成グループ（18名）には、3名の日本人医師が参加：  
 森臨太郎氏、永井真理氏、小原ひろみ氏

日本語版監修：永井真理氏  
 担当編集者：竹内亜祐子氏（医学書院）

# ガイドラインの目的・対象者・読者

**目的：**分娩期に最も広く行われているケアを特定し，合併症のない出産のための**良いケアの実践基準を確立**すること

**ケアの対象：****全ての健康な母子**（母子共に特定のリスク因子がなく，妊娠していることを除けば健康そうな，成人期や思春期の妊娠した女性）＝いわゆる“ローリスク”

**出産の考え方：**出産とは**生理的なプロセス**で，大半の母子は合併症を伴わず成し遂げられる

**読者：**国レベルおよび地方の保健**政策**に携わる人々，母子保健プログラムの実施や管理に関わる人々，医療施設の**管理者，非政府組織**，母子保健サービスを計画・運営する**専門家組織**，医療従事者（**看護師，助産師，一般医，産科医**など），医療従事者の養成課程の**教員**など

# 「ポジティブな出産体験」とは

- 女性がそれまで持っていた個人的・社会文化的**信念や期待を満たしたり，あるいは超えたりする**ような体験
- 女性が、臨床的にも心理的にも**安全な環境で，付き添い者と，思いやりがあって技術的に優れた臨床スタッフから，实际的で情緒的な支援を継続的に受けながら，健康な児を産むこと**
- ほとんどの女性は**生理的な出産**を望んでおり，意思決定に参加して個人的な**達成感やコントロール感**を得たいと思っている，という前提に基づく。たとえ医療介入が必要であったり，産婦が介入を望むような場合でも同様

# 本ガイドラインの特徴

- 産婦と現場の個別性や意思決定を尊重
- 社会的弱者の人権、格差の是正、持続可能性を考慮
- 過去の関連するWHOガイドラインも更新し統合
- エビデンスに基づく実践のため系統的レビューを最大限活用

## 2. 最近の国際的な診療ガイドラインの 作られ方

**Point:**

- ✓ 診療ガイドラインは、専門家や権威者の意見ではなく、  
良質なエビデンスに基づいて作られる
- ✓ 今後研究が進めば、ガイドラインも変化する

# 本ガイドラインの特徴

## 研究（エビデンス）に基づくケア

科学的根拠に基づく実践を推進するため

- 臨床上の問いに対し、最新の**系統的レビュー**を世界中から集めて統合（WHOと**コクラン**が連携）
- 透明性（作成手順 & 大容量）：前回37頁➡今回202頁（文献リスト除く）

➡エビデンスの裏付けがない**慣例的なケア**や**有害なケア**を見直す

➡エビデンスの裏付けのある**効果的で産婦が望むケア**は取り入れる

# 「WHO」と「エビデンス」の絶大な影響力

2019年9月 助産学生対象



2020年1月 医療者・看護助手対象



分娩室を家庭的に



院長のリーダーシップ



1夜で計19件の出産に付き添った助産学生

モンゴルでの研究：  
代表者：トゴバタラ・ガンチメゲ（筑波大学）  
& ツェツェグマー・パーチャー

首都の25%の出産が集約する  
アムガラン産科病院を中心



# エビデンスのレベル

量的研究は**GRADE**、質的研究は**CERQual**という方法を使い  
研究のレベルをA～Dの4段階に判断

| レベル | エビデンスの確実性          |           | 原文の助動詞・副詞        |
|-----|--------------------|-----------|------------------|
| A   | Highest confidence | 確実性が高い    | will, would      |
| B   | Higher confidence  | 中程度       | probably, likely |
| C   | Lower confidence   | 確実性が低い    | <b>may</b>       |
| D   | Lowest confidence  | 確実性がとても低い | might, could     |

\*エビデンスの「品質（quality）」、「確証性（certainty）」、「確実性」などコクランの中でも様々な呼ばれ方があったが、今回「確実性（confidence）」に統一

エビデンスのレベルを考慮しつつ、臨床現場でどうすべきかについて推奨のレベルを判断する

# 判断のまとめ表

例：推奨項目1の場合

表3.2 判断のまとめ：妊産婦を尊重したケアの介入と非介入（対照群）との比較

|                     |                 |           |               |                  |                        |                            |                    |
|---------------------|-----------------|-----------|---------------|------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| 望ましい効果が得られるかどうか     | 不明              | 多岐        |               | 些少               | 小さい                    | 中程度                        | 大きい                |
| 望ましくない効果が起こるかどうか    | 不明              | 多岐        |               | 大きい              | 中程度                    | 小さい                        | 些少                 |
| エビデンスの確実性           | 該当する研究なし        |           |               | とても低い            | 低い                     | 中程度                        | 高い                 |
| 価値                  |                 |           |               | 重大な不確実性やばらつきがある  | 重大な不確実性やばらつきが恐らくある     | 重大な不確実性やばらつきが <b>おそくない</b> | 重大な不確実性やばらつきがない    |
| 効果のバランス             | 不明              | 多岐        | 通常のケアの方が良い    | 通常のケアの方が恐らく良い    | 尊重したケアも通常のケアもどちらも変わらない | 尊重したケアの方が恐らく良い             | <b>尊重したケアの方が良い</b> |
| 必要な資源（リソース）         | <b>不明</b>       | 多岐        | 多大なコスト        | 中等度のコスト          | コストも費用削減も無視できる程度       | 中等度の費用低減                   | 相当の費用低減            |
| 必要な資源についてのエビデンスの確実性 | <b>該当する研究なし</b> |           |               | とても低い            | 低い                     | 中程度                        | 高い                 |
| 費用対効果               | <b>不明</b>       | 多岐        | 通常のケアの方が優れている | 通常のケアの方が恐らく優れている | 尊重したケアも通常のケアもどちらも変わらない | 尊重したケアの方が恐らく優れている          | 尊重したケアの方が優れている     |
| 公正性                 | 不明              | 多岐        | 低下する          | 恐らく低下する          | 恐らく変化しない               | <b>恐らく向上する</b>             | 向上する               |
| 受け入れやすさ             | 不明              | <b>多岐</b> |               | なし               | 恐らくなし                  | 恐らくあり                      | あり                 |
| 実行可能性               | 不明              | <b>多岐</b> |               | なし               | 恐らくなし                  | 恐らくあり                      | 20あり               |

# 推奨のレベル

GRADE evidence-to-decision (EtD) frameworkという方法を使用

◎**推奨（31項目）**：その介入またはそのケアを実施すべき

×**非推奨（22項目）**：その介入またはケアの選択肢を実施すべきでない  
「非推奨＝おすすめはしない＝やってもいい」ではなく、「するな」というニュアンス

⑧**限定された状況下でのみ推奨（2項目）**：特定の状況・環境  
・対象集団に対してのみ実施すべき

⑨**厳密な研究的状況下でのみ推奨（1項目）**：この介入・ケア  
の不確実性の問題に取り組むための研究  
としてであれば実施可能

# エビデンスの増加 & ピラミッドの変化 ➡ ガイドラインも変化

- 本ガイドラインの**エビデンス**は2017年時点。ガイドライン発表後、関連する研究は急激に増加。今後、研究結果（エビデンス）が変われば、当然、ガイドラインの内容も更新されていく
- **臨床上の問題**も変化していく。2020年にCOVID-19が世界的に流行。当面は信頼できるエビデンスを探究 & 吟味しつつ、各現場で最善を尽くすしかない ➡ さらに研究が必要
- **系統的レビューの方法**も年々進化（量的研究だけでなく**質的研究**、介入研究だけでなく**観察研究**、さらに混合研究法についても）
- **診療ガイドラインの作成方法**も進化

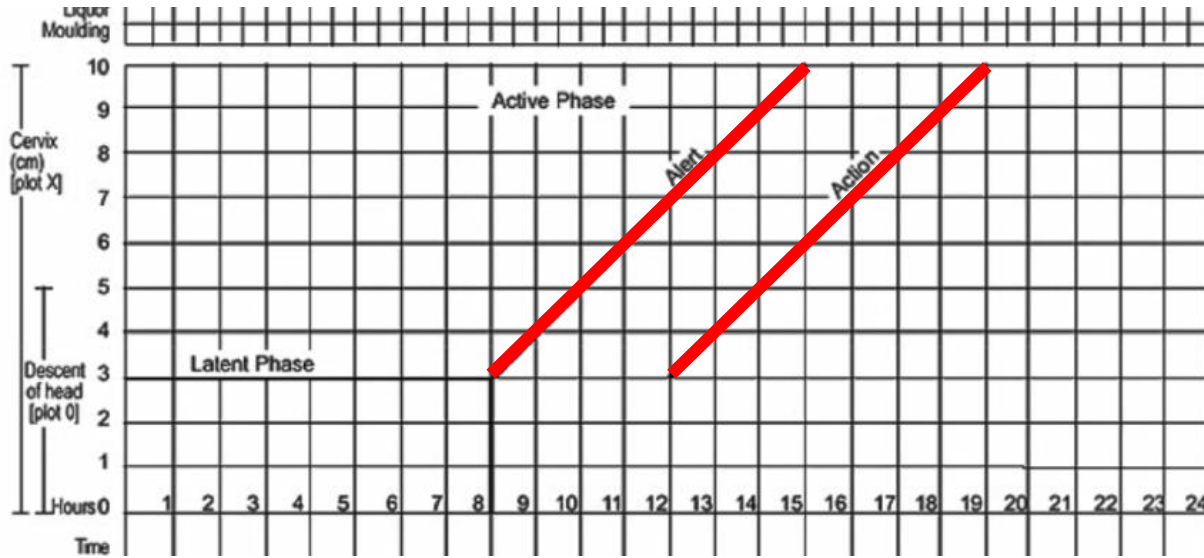
「個別性」と「待つお産」を尊重するための  
WHO新世代パルトグラム

2020年12月発表  
詳細：<https://www.who.int/publications/i/item/9789240>

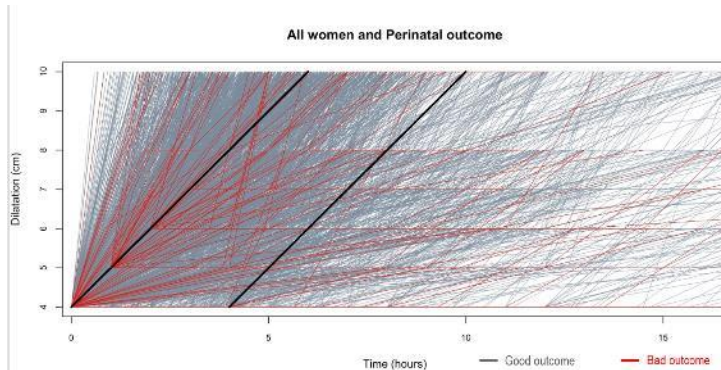
詳細：<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>

<https://www.dropbox.com/s/l1mlaeflqs1g1zj/WHO%20Labour%20Care%20Guide.pdf?dl=0>

途上国で普及しているWHOパルトグラム（旧）



SOURCE: SOUZA ET AL. BJOG 2018



新世代パルトグラム (新)

英語



日本語訳



|                                    |            | WHO 出産ケアガイド      |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|------------------------------------|------------|------------------|-------------------------|---|--------------|--------|--------|---|---|---|---|---|----|----|----|-------|
| 産婦氏名:                              |            | 経産回数:            |                         | 回 | 陣痛開始:自然 / 誘発 |        | 活動期開始: |   | 年 |   |   |   |    |    |    |       |
| 破水時刻:                              |            | 月                | 日                       | 時 | 分            | リスク因子: |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    |            | 時間               | :                       | : | :            | :      | :      | : | : | : | : | : | :  | :  | :  | :     |
|                                    |            | 時間               |                         | 1 | 2            | 3      | 4      | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 2 3 |
|                                    |            | 実正度              | ← 分娩第1期の活動期 → ← 分娩第2期 → |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| サ<br>ボ<br>ー<br>ト                   | 体温測定       | おしり              |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 胎動観察法      | おしり              |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 尿量         | おしり              |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 排便         | おしり              |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| 児                                  | FHR ベースライン | (正常値)            |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 一過性変動      | 速発(10)           |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 羊水         | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 胎位         | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| 産<br>婦                             | 心拍数        | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 収縮間隔       | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 収縮強度       | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 胎位(°)      | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| 分<br>娩<br>進<br>行                   | 経過観察       | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 経過観察       | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 経過観察       | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 経過観察       | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| 子<br>宮<br>口<br>開<br>大<br>小<br>(cm) | 10         | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 9          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 8          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 7          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| 矢張り下<br>(O形)                       | 6          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 5          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 4          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 3          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
| オキシドリン(質量・濃度)                      | 2          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 1          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 0          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |
|                                    | 0          | 胎動(10)<br>胎心(10) |                         |   |              |        |        |   |   |   |   |   |    |    |    |       |

分娩の進行を確認するための記録シートです。分娩の進行状況、胎動、胎心、子宮口の開き、陣痛の強さなどを記録します。

分娩の進行を確認するための記録シートです。分娩の進行状況、胎動、胎心、子宮口の開き、陣痛の強さなどを記録します。

# まとめ

- WHO推奨「ポジティブな出産体験のための分娩期ケア」は、厳密な研究から得られた量的・質的エビデンスに基づき、最新の診療ガイドラインの手順に沿って作られた総合的なガイドラインである。よくおこなわれるケアについて、専門家がローリスク産婦と最善の意思決定ができるように作成され、**56**の推奨項目からなる。
- エビデンスの増加・発達に伴い、推奨項目は今後も更新されていく。
- 主に途上国で起こっている問題を念頭に、欧米出身が多い専門家集団が最善を尽くしてこのガイドラインを作成した。日本では、このガイドラインが目指すケアや前提となるケア哲学などを日本女性のよりポジティブな出産体験実現への後押しとして活用し、日本の状況に合わせて取り入れていくことが望まれる。

# ご清聴ありがとうございました

謝辞

ガイドライン作成グループの日本人医師：

森臨太郎氏、永井真理氏、小原ひろみ氏

翻訳メンバー（10名）

飯村ブレット 古宇田千恵 笹川恵美 新福洋子 杉本敬子 高橋優子

ドーリング景子 春山怜 日隈ふみ子 福澤

翻訳監修：永井真理氏

医学書院：竹内亜祐子氏

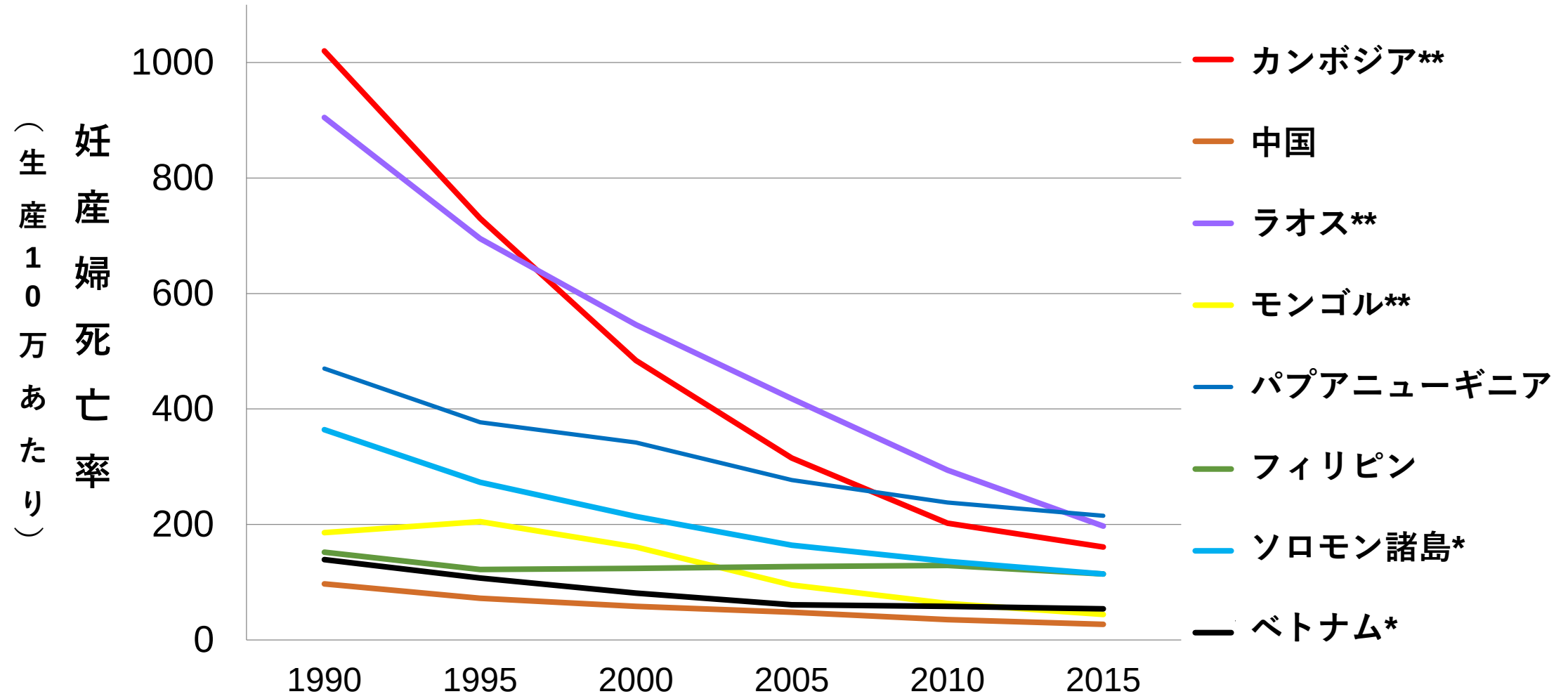


# Conversation Time

WHOガイドライン作成にかかわった森先生、永井先生と共に

# 西太平洋（WPRO）地域の妊産婦死亡率の推移

Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and  
the United Nations Population Division (2015)



# 出産ケアの世界の動向：近年、新たな段階へ

背景：医療者不足、貧困、健康格差、女性が尊重されない社会

産科ケアの現場で妊産婦や赤ちゃんの尊厳が守られない対応（無視, 説明不足, 差別, 虐待など）…多くの問題は先進国・途上国で共通。しかし表立って問題になりにくかった。母児の生命が無事であればそれ以上は我慢しがちだから。

- ✓ 安全・救命だけでは不十分
- ✓ 医療は人権
- ✓ 本人の主観を尊重
- ✓ 科学的根拠に基づく推進



WHO推奨

ポジティブな出産体験のための  
分娩期ケア

母子のより良い健康と幸せのためのケアの変革

サバイブ                      スライブ  
**survive → thrive** (より健康に成長・生きる)  
**ケアの量 → ケアの質**

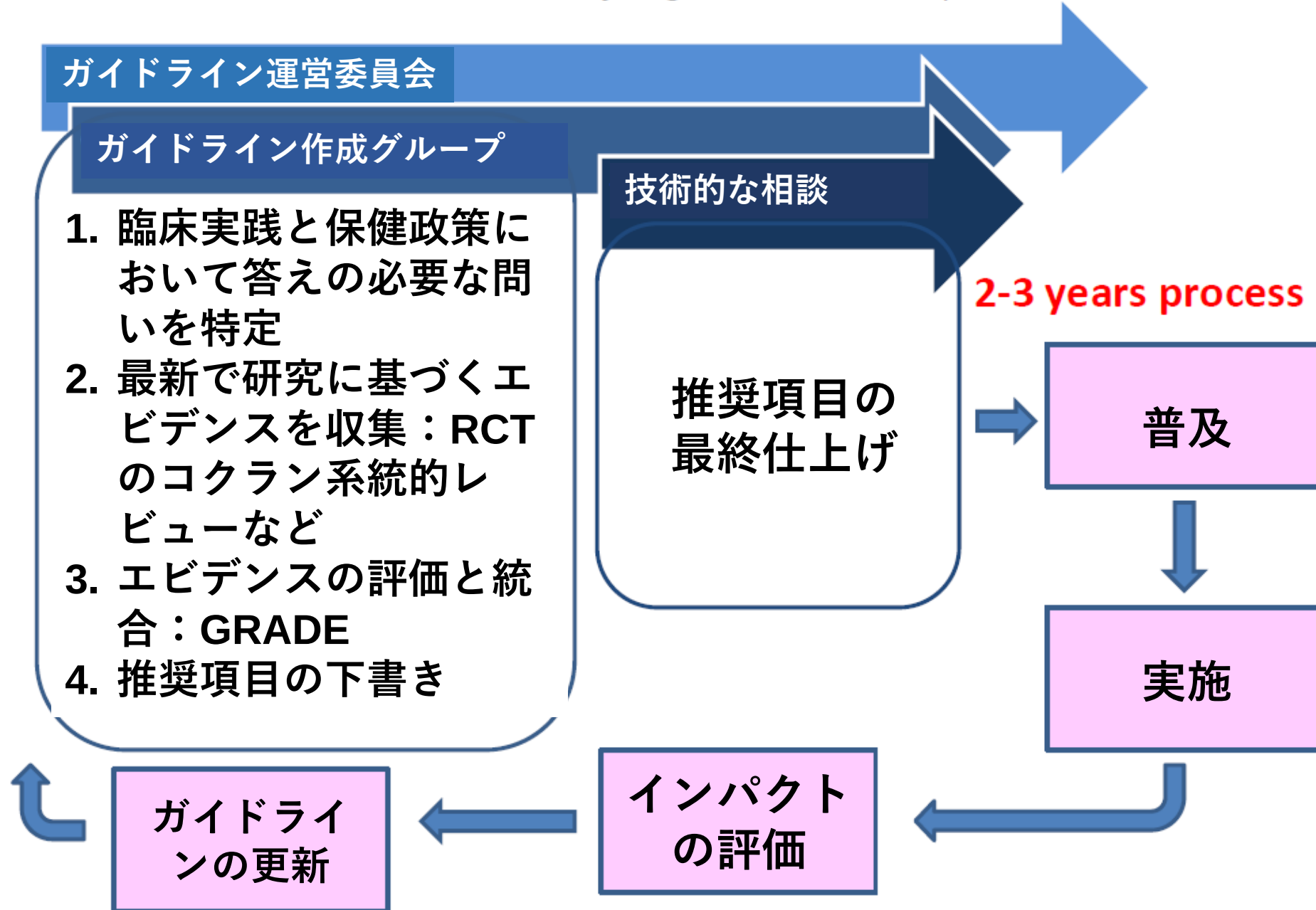
強く生き抜く

(森臨太郎先生)

# 担当者の再検討の例：医療サービスへのアクセス改善

|                     | 非医療者<br>(TBA含む) | 看護<br>助手     | 助産<br>助手     | 看護師 | 助産師          | 医師<br>助手 | 上級<br>医師助手   | 産科医以<br>外の医師 |
|---------------------|-----------------|--------------|--------------|-----|--------------|----------|--------------|--------------|
| オキシトシン<br>予防的投与（注射） | △<br>(研究として)    | ○            | ○            | ○   | ○            | ○        | ○            | ○            |
| 新生児の蘇生              | △<br>(研究として)    | △<br>(研究として) | ○            | ○   | ○            | ○        | ○            | ○            |
| 大量出血時の点滴管理          | ×               | ○            | ○            | ○   | ○            | -        | ○            | ○            |
| 軽度会陰裂傷の縫合           | ×               | ○            | ○            | ○   | ○            | -        | ○            | ○            |
| 産婦の分娩期ケア            | ×               | ×            | ○            | -   | ○            | -        | ○            | ○            |
| 吸引分娩                | ×               | ×            | -            | ×   | △<br>(状況により) | ×        | ○            | ○            |
| 帝王切開                | ×               | ×            | ×            | ×   | -            | ×        | △<br>(状況により) | ○            |
| 早産妊婦への硫酸Mg<br>投与    | ×               | ×            | △<br>(研究として) | ×   | △<br>(研究として) | -        | ○            | ○            |

Making of a WHO guideline  
WHO handbook for guideline development



# 図1 WHOの出産ケアモデル



表3.1.3 出産付き添いの科学的根拠の表 EB Table 3.1.3: Companionship during labour and childbirth

文献: Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(7):CD003766.

出産中の付き添いと通常のケアの比較

| 研究の質評価<br>Quality assessment                    |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  | 研究参加者の数<br>No. of participants         |                         | 効果<br>Effect                  |                                                | 確証性<br>(GRADE)<br>Certainty<br>(GRADE) | 重要性<br>Importance |
|-------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|
| 研究数<br>No. of studies                           | 研究デザイン<br>Study design | バイアスリスク<br>Risk of bias | 一貫性の欠如<br>Inconsistency | 間接性<br>Indirectness  | 不正確さ<br>Imprecision | その他の考慮<br>Other considerations                   | 出産付き添い<br>during labour and childbirth | 通常のケア<br>Usual practice | 相対リスク<br>Relative<br>(95% CI) | 絶対リスク<br>Absolute<br>(95% CI)                  |                                        |                   |
| Spontaneous vaginal birth 自然な経膣分娩               |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  |                                        |                         |                               |                                                |                                        |                   |
| 21                                              | RCTs                   | serious <sup>a</sup>    | not serious             | not serious          | not serious         | publication bias strongly suspected <sup>b</sup> | 5092/7153 (71.2%)                      | 4898/7216 (67.9%)       | RR 1.08 (1.04-1.12)           | 54 more per 1000 (from 27 fewer to 136 more)   | ⊕⊕○○ LOW                               | critical          |
| 21件                                             | ランダム化比較試験              | 深刻                      | 深刻でない                   | 深刻でない                | 深刻でない               | 出版バイアスが強く疑われる                                    | 7153名中5092名                            | 7216名中4898名             | 95%信頼区間                       | 1000名中54名 (27-81名)                             | 低い                                     | 重要                |
| Caesarean birth 帝王切開                            |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  |                                        |                         |                               |                                                |                                        |                   |
| 24                                              | RCTs                   | not serious             | not serious             | serious <sup>a</sup> | not serious         | publication bias strongly suspected <sup>b</sup> | 948/7663 (12.4%)                       | 1120/7684 (14.6%)       | RR 0.75 (0.64-0.88)           | 36 fewer per 1000 (from 17 fewer to 52 fewer)  | ⊕⊕○○ LOW                               | critical          |
| Instrumental vaginal birth 器械経膣分娩（訳注：吸引分娩・鉗子分娩） |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  |                                        |                         |                               |                                                |                                        |                   |
| 19                                              | RCTs                   | not serious             | not serious             | serious <sup>a</sup> | not serious         | publication bias strongly suspected <sup>b</sup> | 1283/7028 (18.3%)                      | 1420/7090 (20.0%)       | RR 0.90 (0.85-0.96)           | 20 fewer per 1000 (from 8 fewer to 30 fewer)   | ⊕⊕○○ LOW                               | critical          |
| Perineal trauma 会陰裂傷・会陰切開                       |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  |                                        |                         |                               |                                                |                                        |                   |
| 4                                               | RCTs                   | not serious             | not serious             | serious <sup>c</sup> | not serious         | none                                             | 2339/4057 (57.7%)                      | 2396/4063 (59.0%)       | RR 0.97 (0.92-1.01)           | 18 fewer per 1000 (from 6 more to 47 fewer)    | ⊕⊕⊕○ MODERATE                          | critical          |
| Labour length 分娩時間                              |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  |                                        |                         |                               |                                                |                                        |                   |
| 13                                              | RCTs                   | not serious             | not serious             | not serious          | not serious         | publication bias strongly suspected <sup>b</sup> | 2732                                   | 2697                    | -                             | MD 0.69 lower (1.04 lower to 0.34 lower)       | ⊕⊕⊕○ MODERATE                          | critical          |
| Any analgesia/anaesthesia 鎮痛剤や麻酔薬の使用（種類は問わない）   |                        |                         |                         |                      |                     |                                                  |                                        |                         |                               |                                                |                                        |                   |
| 15                                              | RCTs                   | not serious             | not serious             | serious <sup>a</sup> | not serious         | publication bias strongly suspected <sup>b</sup> | 4455/6173 (72.2%)                      | 4699/6260 (75.1%)       | RR 0.90 (0.84-0.96)           | 75 fewer per 1000 (from 30 fewer to 120 fewer) | ⊕⊕○○ LOW                               | critical          |

# エビデンス表

ガイドライン作成に使われた研究結果の一覧表  
アウトカムごとに評価

WHOのウェブサイトからダウンロード可

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260215/WHO-RHR-18.04-eng.pdf?sequence=1>



# ガイドラインは良質な研究を求めている

系統的レビューであっても完璧なエビデンスではない  
確実性が低いエビデンス、原文も“may（かもしれない）”が多かった

本ガイドライン第5章：今後必要な研究のリスト  
(例)

- ◆出産付き添いは、1対1でないと効果はないのか？1人の付き添い者が2名以上の産婦に付き添ったら効果がないのか？
- ◆コードレス式の分娩監視装置（CTG）で、出産アウトカムはどうなる？
- ◆無痛分娩に（硬膜外麻酔の代わりに）オピオイドを使うと、産婦の出産体験はどうなる？
- ◆間欠的な胎児心拍の聴診の、理想的な間隔・聴取時間・タイミングとは？
- ◆どうすればクリステレル児圧出術をなくせるだろう？

# 分娩期ケア

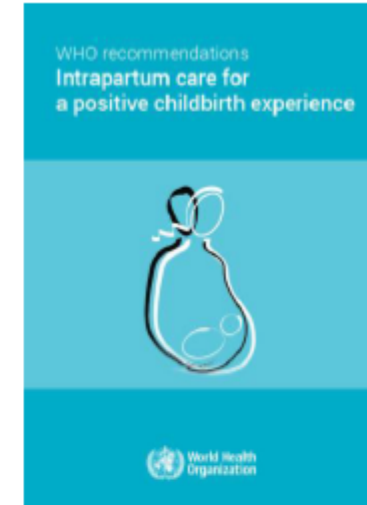
56の推奨項目（26項目は新規、30項目は既存）

31項目：推奨（すべき）

2項目：一定の状況下のみ推奨

21項目：非推奨（すべきでない）

1項目：さらに研究が必要（判断できない）



推奨項目（分娩各期）

|                 | 推奨項目の数 | 新規の項目数 |
|-----------------|--------|--------|
| 分娩全体にわたって行われるケア | 4      | 3      |
| 分娩第1期           | 28     | 9      |
| 分娩第2期           | 24     | 18     |
| 新生児のケア          | 5      | 0      |
| 産後の母親のケア        | 5      | 0      |

# 1. ◎妊産婦を尊重したケア

産婦を尊重したケアとは、女性の**尊厳**、**プライバシー**、**個人情報**が守られ、**有害なケアや不当な対応がない**ことが保証され、**インフォームド・チョイス**（訳者注：十分な説明を受けた上での選択）と**継続的支援**が受けられるように**体系化**され、提供されるケア

- 人権に基づくアプローチ
- エビデンスはまだ不十分
- 個人の努力に頼るのではなく、システムを作ることが必要
- スタッフも大切にされる必要がある

## 2. ◎効果的なコミュニケーション

わかりやすく、文化的に適切で、効果的なコミュニケーションが、産科医療者と産婦の間で行われることを推奨する

- ✓ 産婦と産婦の付き添い者に対して自己紹介し、産婦を**名前で呼ぶ**。
- ✓ 産婦とその家族に対し、（相手が話すことばで）彼らが必要としている情報を**わかりやすく簡潔に**提供する。経過や処置について話し合う時には、医学的な専門用語は避け、絵や図の資料を適宜使う。
- ✓ 産婦の**ニーズ・希望・疑問を尊重**し、肯定的な態度で対応する。
- ✓ 産婦の情緒的なニーズに対し、励ます、賞賛する、安心感を与える、積極的に傾聴することを通じて、**共感と思いやり**をもって支援する。
- ✓ 産婦が**自分に選択権があることを理解できる**よう支援し、本人の選択が確実に支持されるようにする。
- ✓ 内診や他の処置について、産婦に確実に説明されるようにし、口頭や、適宜書面により、**インフォームドコンセント**を本人から確実に得られるようにする。
- ✓ 産婦に自分のニーズや希望を**表現するよう勧め**、何が起きているかについて、最新情報を本人とその家族に**定期的に伝え、質問があるかどうか尋ねる**。
- ✓ **プライバシーと個人情報**が常に確実に守られるようにする。
- ✓ **苦情を申し立てるための方法を産婦が認識している**ことを確認する。
- ✓ どのようにすれば出産中の産婦をうまく支援できるかをわかりやすく説明するために、産婦本人が選んだ**付き添い者と交流**する。

- エビデンスはまだ不十分

### 3. ◎出産中の付き添い

- **産婦が選んだ付き添い者**を持つことを推奨する。出産中の継続的支援の提供者として産婦が選んだ人であれば、**誰でも良い**。  
(夫・パートナー、友人、親戚、ドゥーラなど)
- コストが低く、文化的にも受け入れられやすい方法が良い
- 陣痛室や分娩室が多床室の場合には配慮が必要
- 希望する産婦には、保証する努力をすべき
- **効果のエビデンスが確立している割に実践されていないため、実現のためには更なる働きかけが必要**

## 出産中の女性への継続的支援

方法：17か国の研究対象者15,858名を含む計27件の無作為化比較試験（RCT）をまとめた系統的レビュー（メタアナリシス）

結果：出産中に継続的な付き添い支援を受けた女性は...

- ✓ **↑増** 自然な経膣分娩が8%増える (平均RR 1.08, 95% CI 1.04 to 1.12);
- ✓ **↓減** 出産体験のネガティブな評価（不満）が31%減る (平均RR 0.69, 95% CI 0.59 to 0.79);
- ✓ **↓減** 出産中の鎮痛剤使用が10%減る (平均RR 0.90, 95% CI 0.84 to 0.96);
- ✓ **↓減** 分娩所要時間が平均19分短くなる (MD -0.69 hours, 95% CI -1.04 to -0.34);
- ✓ **↓減** 帝王切開率が25%減る (平均RR 0.75, 95% CI 0.64 to 0.88; 24 trials);
- ✓ **↓減** 吸引分娩・鉗子分娩が10%減る (平均RR 0.90, 95% CI 0.85 to 0.96);
- ✓ **↓減** 局所麻酔の使用が7%減る (平均RR 0.93, 95% CI 0.88 to 0.99); or
- ✓ **↓減** 児のアプガースコア低値が38%減る (平均RR 0.62, 95% CI 0.46 to 0.85)

- ✓ 継続的支援の提供者が付き添いのためだけに存在し、産婦自身のもともとの知り合いではなく、支援経験があり、ドゥーラのように少なくともある程度のトレーニングを受けている場合に、有益であるようだ。
- ✓ 付き添いがない場合と比べると、産婦の家族や友人から選ばれた付き添い者に支援を受ける場合には出産体験への満足度が高まるようだ。

結論：出産中の継続的な付き添いには母子に様々な効果があり、副作用は認められない

## 4. **限**助産師主導の継続ケア

限定された状況下でのみ推奨

**助産師制度が十分に機能している状況においては、助産師主導の継続ケアモデル（女性が知っている1人，または少数の助産師が、一連の産前・分娩・産後を通して1人の女性を支援すること）を妊婦に推奨する。**

- 助産師主導の継続ケア（midwife-led continuity-of-care：MLCC）モデルと呼ぶ
- メカニズムは不明だが、**様々な効果は証明**されている
- **十分な助産師数が必要**。不足の場合は助産師以外を検討。
- 「ポジティブな妊娠体験のための産前ケア」ガイドラインに詳細

## 助産師主導の継続ケア

方法：4か国の研究対象者17,674名を含む計15件の無作為化比較試験（RCT）をまとめた系統的レビュー（メタアナリシス）

結果：助産師主導の継続ケアを受けた女性は...

- ✓ ↓減 局所麻酔の使用が15%減る (平均RR 0.85, 95% CI 0.78 to 0.92);
- ✓ ↓減 吸引分娩・鉗子分娩が10%減る (平均RR 0.90, 95% CI 0.83 to 0.97);
- ✓ ↓減 早産（37週未満）が24%減る (平均RR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.91);
- ✓ ↓減 胎児死亡や新生児死亡が16%減る (平均RR 0.84, 95% CI 0.71 to 0.99);
- ✓ ↑増 自然な経膈分娩が5%増える (平均RR 1.05, 95% CI 1.03 to 1.07);
- ✓ ↓減 人工破膜が20%減る (平均RR 0.80, 95% CI 0.66 to 0.98);
- ✓ ↓減 会陰切開が16%減る (平均RR 0.84, 95% CI 0.77 to 0.92);
- ✓ ↓減 在胎24週未満の死産と新生児死亡が19%減る (平均RR 0.81, 95% CI 0.67 to 0.98);
- ✓ ↑増 鎮痛/麻酔薬の不使用のケースが1.2倍に増える (平均RR 1.21, 95% CI 1.06 to 1.37)
- ✓ ↑増 分娩時間が平均30分長くなる (MD 0.50 hours, 95% CI 0.27 to 0.74);
- ✓ ↑増 顔見知りの助産師による出産立会いが7倍に増える (平均RR 7.04, 95% CI 4.48 to 11.08)
- ✓ 大多数の研究で、母親の満足度がより高く、コストがより低かった。

結論：助産師主導の継続ケアを受けると、医療介入が減り、満足度が高くなる傾向がある。  
母児の有害アウトカムは他のケアモデルと少なくとも同等であった。

## 6. ◎分娩第1期の所要時間

- **潜伏期（～5cm）**：標準的な所要時間は確立されておらず、産婦によって**個人差が大きい**ことを、**女性は知らされるべき**である。
- **活動期（5cm～）**：初産では**12時間**，経産では**10時間**を超えないのが**一般的**である。（活動期の所要時間の中央値は初産婦で4時間，経産婦で3時間）

分娩所要時間のみを理由に医療介入を行う決定はすべきでない  
所要時間が増えるとベッド代は増えるかも、でも帝王切開は減り、全体的なコストやリソース使用は減るはず

標準的な時間制限の有無にかかわらず、産婦本人が自分のお産の「流れに乗る」ことができた場合には、ポジティブな出産体験だったと報告する傾向

# 17-18. 分娩第1期の慣例的なケア

## × 陣痛中の継続的なCTG

新生児痙攣が1000件あたり1件減るかもしれないが長期予後は不確実  
医療介入が増える、コスト増加、自由な体動を制限

CTGにベビーシッターをさせないこと

CTGは訴訟対策にはならない

ワイヤレスCTGについてはエビデンス不足

## ◎ ドップラーや聴診器による間歇的な胎児心拍聴取

胎児低酸素症を減少させるかもしれないが実質的な効果エビデンス不足

**胎児心拍の間欠的モニタリングは不可欠（頻度：第1期には15～30分毎、第2期には5分毎、収縮中+収縮後30秒以上、110-160bpm外→陣痛3回分を確認するまで聴取時間を延長）**

産婦への説明と意思決定共有も大切

# 19-20. 産痛緩和法（いわゆる無痛分娩）

薬剤を使う方法：

## ◎産婦が求める場合には硬膜外麻酔を推奨

ただし、産婦の希望やニーズは様々な要因（陣痛の状態、他の方法の可否、状況、担当者）により左右されることを認識すべき

硬膜外麻酔は効果的だがコストは高い

運動機能を保持するため、効果濃度は最低限に

使用開始のタイミングが遅すぎないこと

第2期は上体を起こし、努責開始を遅らせることを推奨

## ◎産婦が求める場合には非経口オピオイド系鎮痛薬（静注や筋注）も選択肢

産婦に複数の選択肢から選んでもらう

副作用に注意 コストは低め 医師でなくても管理可能かも

産痛緩和法を  
提供しすぎても  
提供しなさすぎても  
産婦の満足度は低下

## 21-22. 産痛緩和法（薬を使わない方法）

非薬剤

- ◎産婦の好みに合わせたリラックスのための技法（呼吸法、瞑想、音楽、マインドフルネスなど）を推奨
- ◎産婦の好みに合わせたマッサージや温罨法などの手技を推奨

産婦は産痛緩和を望んでいる。出産体験の質が高まる。

**選択肢**を示し、**長所と短所**を示し、**自分で選んでもらう**。

いろいろな方法がある（ヒプノバーシング、鍼灸、入浴など）

**効果のエビデンスは十分でない**ことは産婦に伝えるべき。

ただし**有害ではない**だろうという見解。

## 34-35. ◎分娩体位

- 硬膜外麻酔を使用している場合も、
- 硬膜外麻酔を使用している場合も、  
産婦が**自分が好きな分娩体位**をとるよう**勧めることを推奨**

胎児の健康状態を確認することは重要（産婦に説明）

会陰保護をしやすくするために児娩出直前には背もたれを倒すか  
四つんばいになってもよい

現在主流の低用量の硬膜外麻酔であれば分娩体位の選択は可能

## 38. ◎会陰裂傷予防の手技

- 第2期には産婦の好みなどに合わせて会陰マッサージ、温罨法、会陰保護（手を当てる）を推奨する

会陰マッサージは無傷の可能性を高め、重度の傷を予防する可能性

温罨法は第Ⅲ度、第Ⅳ度裂傷を減らす可能性がある

会陰保護は第Ⅰ度裂傷がおそらく減る

低コスト、産婦の受け入れ良好

会陰保護の具体的な方法と効果についてはエビデンスが不足

## 39. × 会陰切開

- 自然な経膣分娩をしている産婦に、**慣例的あるいは積極的な会陰切開は推奨しない**

× **慣例的**な会陰切開：全員に行う

× **積極的**な会陰切開：裂傷が生じる前に念のために先に切る

○ **限定的**な会陰切開：どうしても必要な場合のみ切る

← この2つを禁止したい

世界中で過剰に行われている問題

エビデンスが不足 「許容できる会陰切開率」 は定められない

正中側切開、連続縫合を推奨

産婦へのインフォームドコンセントが必要

## 40. × クリステレル児圧出法

- 分娩第2期に子宮底用手圧迫（クリステレル児圧出法）により児娩出を促すことは推奨しない

母子にとって有害であることを非常に懸念

産婦は、児の状態が危険でない限り、受けたくない

同意を得ない場合には人権侵害にも

「努責に合わせて軽く押すような圧迫法」や空気注入式ベルトを用いる新しい方法などが開発中だが、まだエビデンスが少ない

文化によっては産婦に受け入れられている可能性

## 41-43. ◎分娩第3期の子宮収縮薬の全例投与

分娩後異常出血（24時間以内に1000ml以上）の予防のため

- 全ての出産で子宮収縮薬を投与することを推奨する
- オキシトシン10単位を筋肉内あるいは静脈内注射
- オキシトシンを入手できない場合には他の子宮収縮薬（エルゴメトリンなど）の注射薬あるいはミソプロストール600 $\mu$ gの経口薬を投与

2020年11月追記：

すでに点滴を行っている場合にはゆっくり滴下投与することを推奨  
過疎地などではPG錠を分娩前にあらかじめ配布しておくことも推奨

## 44-46. 臍帯の結紮・牽引、子宮底マッサージ

◎**出生後1分以降に臍帯を結紮**することを推奨する

児の貧血予防、母の異常出血予防の効果がみられた  
一連の「早期必須新生児ケア（早期母子接触、保温、授乳、臍帯処置から成る）」の中でおこなう

◎少しでも出血量を減らしたい（平均**11ml**）、少しでも所要時間を短縮させたい（平均**6分**）と、医療者と産婦が共に判断した場合には、**臍帯を牽引**して胎盤を娩出することを推奨する

×オキシトシンの予防投与を受けた産婦に対し、**持続的な子宮底マッサージ**は推奨しない

子宮底マッサージの効果はエビデンスが不足、しかし**硬さの評価は重要**

## 47-49. 新生児の出生直後の処置

- × 自発呼吸があり、羊水混濁がなかった場合には、**鼻腔・口腔内吸引**は推奨しない
- ◎ 合併症がない新生児は、低体温予防と母乳育児開始のため、**出生直後1時間は早期母子接触**を推奨
- ◎ 低出生体重児を含むすべての新生児は、可能であればできるだけすぐに**母親の胸の上に置かれて母乳育児を開始**することを推奨

## 52-54. 産褥期の子宮復古評価、 予防的な抗生剤投与

- ◎全ての褥婦に対し、**子宮の硬さを触診**で評価することを推奨  
定期的かつ頻回に行い、子宮弛緩を早期発見するため

### 抗生剤の慣例的・予防的投与

- ×合併症なく経膣分娩した褥婦にも推奨しない
- ×会陰切開（II度程度）を受けた褥婦にも推奨しない

感染兆候の観察は必要  
薬剤耐性の発生を懸念

**III度・IV度の場合には予防的に投与すべき**

# ポジティブな出産体験を得るために すべての女性がもつ権利とは



- 尊重され、尊厳をもって扱われること
- 産婦自身が選んだ人に付き添ってもらうこと
- 効果的なコミュニケーション
- 痛みを和らげる方法が得られること
- 陣痛中も自由に動けること、  
出産時の体位を自分で選べること



World Health  
Organization

免責事項: この翻訳は世界保健機構(WHO)によるものではなく、WHOは翻訳の内容や正確さに責任を負いません。  
原版を常にご参照ください。"Intrapartum Care" World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0  
IGO, [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/intrapartum-care-infographics/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/intrapartum-care-infographics/en/)

# すべての出産に個性があります

速く進む出産もあれば、そうでない出産もあります  
産婦と赤ちゃんの状態が良い場合、不要な医療介入  
は避けるべきです



World Health  
Organization

免責事項: この翻訳は世界保健機構(WHO)によるものではなく、WHOは翻訳の内容や正確さに責任を負いません  
原版を常にご参照ください "Intrapartum Care" World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0  
IGO, [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/intrapartum-care-infographics/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/intrapartum-care-infographics/en/)

「分娩第Ⅰ期活動期には子宮口が1時間あたり1cmの速さで開大すべき」という分娩進行基準は非現実的であることがあります



# 参考文献

- 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム. (2021). ポジティブな出産体験のための分娩期ケア. 医学書院.
- 特集：ガイドラインの改定内容を解説！ ポジティブな出産体験のための推奨項目56. 助産雑誌, 75, 6. (2021).

- 原文ガイドライン・要旨・エビデンス表など（英語）：  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- 要旨の翻訳版：<http://apps.who.int/iris/handle/10665/272447>



原文（英語）



日本語要旨



- Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019 Nov 9;394(10210):1750-1763.
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T.K. *et al*. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* 16, 77 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.