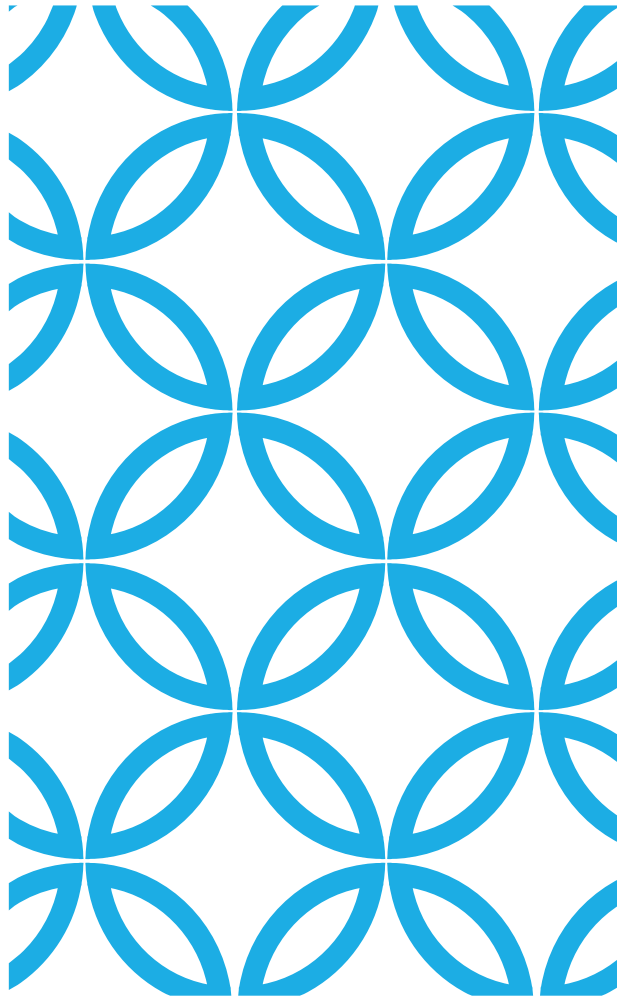




推奨項目 4 : 助産師主導の継続ケア
推奨項目33 : 分娩第2期の定義と所要時間
推奨項目38 : 会陰の創傷予防の手技

Special Vision #5

WHOの新分娩ガイドライン第2弾

特に注目したい項目 & 大きな効果が期待される項目

ドーリング景子

4. ④ 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）を提供することを推奨する。

【注釈】

1. この推奨項目は、『WHO 推奨：ポジティブな妊娠体験のための産前ケア』（35）から統合されました。
2. 助産師主導の継続ケア（midwife-led continuity-of-care：MLCC）モデルは、女性が知っていて信頼する1人の助産師（受け持ち制助産），または女性が知っている少数の助産師（チーム制助産）が、健全な妊娠・出産，健やかな育児行動を促すために、産前・分娩・産後の期間を通して、女性を支援するケアモデルです。

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。

助産師主導の継続ケアのエビデンス



- 自然経膣分娩が多い。
- 会陰切開が少ない。
- 無痛分娩が少ない。
- 吸引・鉗子分娩が少ない。
- 他のケアモデル（医師・チームケア等）と比べて劣る結果はない。



Source: Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, 2016

システマティックレビュー (コクランレビュー)

対象：17,674名

オーストラリア、カナダ、
アイルランド、英国の公的
保健システムにおける研究

【注釈（続き）】

3. MLCC モデルは複雑な介入であり、諸々のポジティブなアウトカムを生み出す影響が、**ケアの継続性**によるものなのか、**助産哲学**に基づいたケアによるものなのか、またその両方であるのかは不明です。MLCC モデルに内在する助産哲学は、他のケアモデルの中の標準的な助産実践にも適応されているかもしれないし、されていないかもしれません。**助産師制度が十分に機能していない環境**にある政策立案者は、ケアを実践する助産師数の増加に成功して（またその質を向上させて）はじめて、このMLCC モデルの導入を検討すべきです。さらに、女性はケアの継続性を重視しているので、関係者は、**助産師以外が継続ケアを提供する**方法を検討してもよいかもしれません。

【注釈（続き）】

4. ガイドライン作成グループは、このモデルの受け持ち制とチーム制の状況下でより持続可能か判定するため、**持続可能性**、資源の心身疲労や労働負荷のモニタリングが重要である、と指摘しています。
5. MLCCでは、1人ひとりの女性が、妊娠・出産を通して、1人、または少数の**助産師の量（数）と質（能力）**からケアを受けるために、十分に訓練された助産師とします。つまりこのモデルは、個々に安心して持つ助産師を、十分に確保できる保健システムで、それに向けた**資源の転換**が必要になるかもしれません。
6. MLCCの導入は、助産師や、これまで産前や産後のケアを担ってきた他の医療者の、**役割や責任の移行**をもたらすかもしれません。その場合、全ての関係者に意見を求めたり、人材局を巻き込んだりすれば、より効果的に実施できるでしょう。状況によっては、**専門機関と政府レベル**の協議も、その実施プロセスに役立つかもしれません。

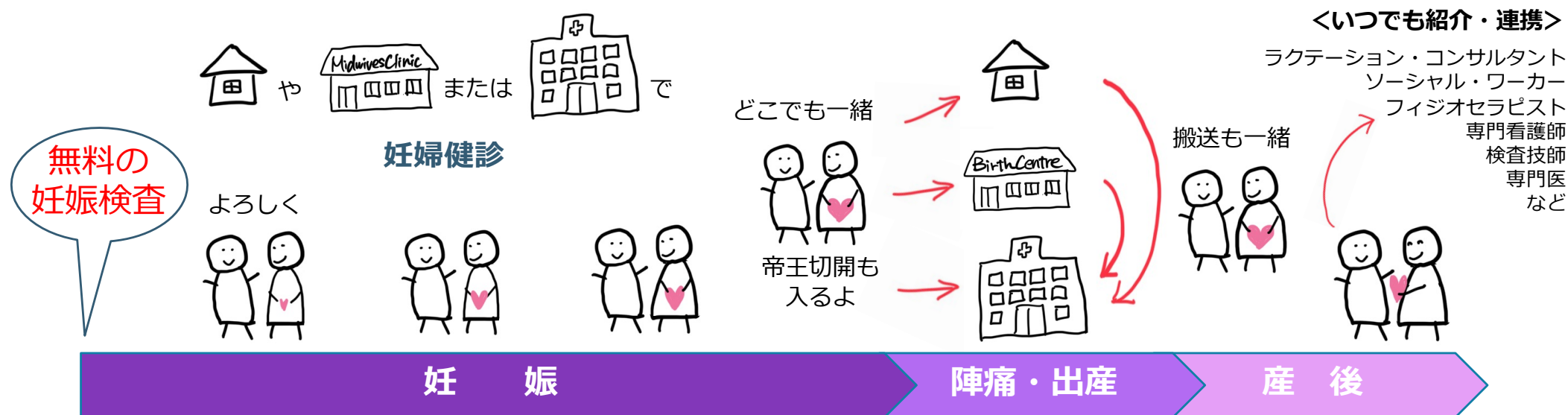
【注釈（続き）】

7. 単発または継続した研修や教育を追加する必要性がないかを評価すべきですし、必要な研修があれば提供すべきです。
8. この推奨項目を裏付けるエビデンスは、下記のウェブサイトにある出典元であるガイドライン文書に掲載されています。
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>



LMC (LEAD MATERNITY CARER) 制度 マタニティケア責任者

LMCが**ワンストップ窓口**となって、妊産婦や母子に必要な**医療・保健・福祉サービスと連携**をとる。



LMC登録

72%が妊娠12週前に登録
94.2%が助産師を選択

**LMCが責任を持って
女性にとって
本当に切れ目のないケアを提供**

産婦訪問

入院施設や自宅を7-9回訪問
最低5回の家庭訪問を含む

産後6週: WellChild ナースへ引継

33. ◎分娩第2期の定義と所要時間

実践の場では、分娩第2期の定義と所要時間について、下記の定義を使用することを推奨する。

【注釈】

1. 分娩第2期とは、子宮口全開大から児が出生するまでの時期を指す。この時期に産婦は、娩出力のある子宮収縮の結果、自然に湧き起こる努責感がある。
2. 分娩第2期の所要時間には個人差があることを、産婦は知らされるべきである。分娩第2期は、**初産婦では3時間以内に、経産婦では2時間以内に**、児娩出に至るのが一般的である。

【注釈】

1. 研究での分娩第2期開始の記述は科学的に厳密ではなく、臨床上でも分娩第2期の開始は正確に分からないことがほとんどです。産婦は子宮口が全開する前に努責感があるかもしれない一方で、子宮口全開大と診断されたときであってもまだ努責感がないこともあります。内診で子宮口全開大が確認されたとしても、この子宮頸管の状態がどのくらい続いていたかは不明確なままです。
2. 分娩第2期のはじめに陣痛室から特定の分娩室に移動することは産婦にとって不快である可能性があり、分娩が正常に進んでいるときには不要です。
3. 分娩介助者は、産婦は子宮口開大度が10 cmになる前に努責感があることもある、と認識すべきです。
4. 分娩第2期を短縮させる決定は、母子の状態の観察と分娩経過に基づくべきです。産婦の状態が良好で、胎児もよい状態で、児頭下降が見られれば、介入すべき根拠はありません。しかしながら、分娩第2期が上記の標準的な所要時間を超えた場合には、妥当な時間内での自然な分娩の可能性は低下するため、急速遂娩のための介入が考慮されるべきです。

分娩第2期の所要時間

方法：17か国・37件の研究（20万人以上の産婦対象）の系統的レビュー

初産婦の第2期：4件の研究から得られた確実性が中程度のエビデンス
所要時間の中央値14～66分，95パーセンタイル値65～138分
平均所要時間20～116分

硬膜外麻酔ではより長い所要時間（中央値53～66分，95パーセンタイル値138～216分）
平均所要時間20分・40分

経産婦の第2期：2件の研究から確実性の低いエビデンス
所要時間の中央値6～12分，95パーセンタイル値58～76分

15件の研究から得られた確実性が低いエビデンス
平均所要時間6～30分

第2期に介入が行われた場合を除外した感度分析：同じような範囲の値
初産婦 20～78分以内に第2期を無事に完了 統計的限界値60～174分
経産婦 6～30分 統計的限界値16～78分

Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in “low-risk” women with “normal” perinatal outcomes: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;223:123–32.

38. ◎会陰の創傷予防の手技

分娩第2期の産婦には、本人の好みや使用可能な選択肢に合わせて、会陰の創傷を予防し自然な出産を促すための手技（会陰マッサージ、温罨法、会陰を保護する「ハンズオン」など）を推奨する。

【注釈】

1. 会陰マッサージを行うと会陰が無傷に保たれる可能性が高くなるかもしれないことと重度の会陰裂傷のリスクが減るかもしれないこと、会陰の温罨法を行うと第Ⅲ度、Ⅳ度会陰裂傷が減ること、ハンズオンの方法（保護）を行うと第Ⅰ度会陰裂傷が恐らく減ることが、エビデンスにより示唆されています。多くの産婦が、これら低コストの会陰裂傷予防の手技を受け入れており、これらの手技によるアウトカムを高く評価しています。

会陰の創傷予防の手技

方法：22件の無作為化比較試験（RCT）をまとめた系統的レビュー
10か国の研究対象者15,181名を含む20件の研究データ

比較1：会陰マッサージ と ハンズオフまたは通常ケア

会陰マッサージを行うと、出産後に会陰が無傷であることが多くなるかもしれない。

無傷増[△] 168名（25～393名）／1,000名

第Ⅰ・Ⅱ度会陰裂傷 エビデンスの確実性低い 第Ⅲ・Ⅳ度会陰裂傷 5名（2～22名）減[△]

比較2：会陰への温電法 と ハンズオフまたは通常のケア

温電法が、出産後の会陰が無傷であることに及ぼす差は些少か皆無である。

第Ⅰ・Ⅱ度会陰裂傷・会陰縫合の必要性 エビデンスの確実性低い

第Ⅲ・Ⅳ度会陰裂傷 24名（9～33名）減[△] 会陰切開率 生じる差は些少か皆無

比較3：ハンズオフ と ハンズオン

出産後に会陰が無傷であることに与える差はおそらく些少か皆無である。

ハンズオフの場合、第Ⅰ度会陰裂傷が増えるかもしれない（2名減少～139名増加／1,000名）

第Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ度会陰裂傷・会陰切開 エビデンスは確実性が非常に低い

比較4：リットゲン操作 と 通常のケア（ハンズオン）

リットゲン操作の第Ⅲ・Ⅳ度会陰裂傷や会陰切開への効果は些少か皆無かもしれない。

会陰が無傷である可能性やその他の会陰に関するアウトカムのエビデンスは確実性が非常に低い。

【注釈（続き）】

2. リットゲン操作（産婦の肛門と尾骨の間に片手を置いて児の顎を引き、もう片方の手を児の後頭部に置きスピードをコントロールする）のエビデンスは非常に不確実であるため、この手技は推奨しません。



Arun Nagrath, Manjula Singh (2003) Practical Management of Labour