

妊娠出産される女性と ご家族のための 助産ガイドライン

Midwifery Guidelines for Pregnant Women and Their Family

日本助産学会 編
Japan Academy of Midwifery

2021
年度



デザイン 高畑 香織
(写真提供 tada(クリエイター名) 四ツ谷(クリエイター名) / PIXTA(ピクスタ))

イラスト 石野史子(p. 2, 9, 12, 30, 31, 37)
アゲオカ/イラストAC(p. 38, 46)

日本助産学会理事長 ごあいさつ

一般社団法人 日本助産学会
理事長 片岡 弥恵子

本書は、出産施設にて、助産師がどのような支援を、どのような根拠で行っているかを示しています。示されている支援の内容は、日本において標準的なものといえます。出産施設は、施設の種類（病院、クリニック、助産所）、規模、地域によって異なり、行っている支援も同じではありません。しかし、本書に示されている支援は、標準的なものとして、各出産施設において勧められているものです。

妊産婦さんご家族が、標準的な支援とその根拠を知ることで、助産師をはじめ医療者と相談する際、同様の基盤（情報）を持つことができます。同じ基盤の情報を持って十分話し合うことができれば、妊産婦さんにとって、もっともよい方法を選択することにつながります。しっかりした根拠を持つ情報はとても重要です。

妊娠・出産・子育てにおいては、妊産婦さんにとって、「選択する」または「決めなくてはならない」場面に遭遇します。自分のことだけでなく、生まれてくる赤ちゃんのこともあるからです。私たちの社会は、情報であふれています。インターネットを使えば、様々な情報がたくさん手に入ります。しかし、根拠が不確かな情報も多くあるのです。しかし、その判別は難しい現状があります。

本書に示した情報は、支援の根拠や必要性について、科学的に適切な情報を吟味して掲載しています。本書を妊産婦さんやご家族に活用していただき、助産師をはじめ医療者と共有し、よりよい妊娠、出産、育児において役立てていただけましたら幸いです。

妊娠出産される女性とご家族のための 助産ガイドライン解説版について

一般社団法人 日本助産学会
助産ガイドライン委員会 委員長 江藤 宏美

日本助産学会では、2012年から「エビデンスに基づく助産ガイドライン」を作成し、それから4年ごとに内容の充実を行ってきました。初版は、分娩期のみ29の臨床上の疑問について、そして、第2版は妊娠期・分娩期の36の疑問についてまとめました。2020年版の本書は、妊娠期から分娩期、産褥期に至る54の様々な疑問とそれに対する最新の臨床研究結果をまとめたものです。一連の時期をまとめることができたので、今回、解説版として医療者以外の方にもわかりやすくまとめて、知っていただきたいと思いました。

本ガイドラインの目的は、助産師が独立して正常分娩を行うために必要な実践指針を示すことです。推奨として示す内容は、エビデンスに基づく現時点の「最良の実践 (good practice)」が示されています。私たち助産師は、「女性を中心としたケア」を提供することがたいへん重要だと考えています。そのことを常に意識し、助産ケアを行いたいと考えています。その際、この助産ガイドラインにそって、女性を尊重し、話し合い、最良の意思決定ができるように支援をしていきたいと思っています。

本書は、妊娠中からの疑問などについて、必要な情報を得るための資料として広く活用いただけるとたいへんうれしいです。また、必要な意思決定を迫られた時、医療者と話し合う時の参考にしていただければと思います。是非、納得のいく医療を受けるためにご活用いただきたいと思っています。活用いただいた際に、忌憚のないご意見やコメントを日本助産学会までお寄せいただければ、たいへんありがたいです。

本書を読む際の手引き

助産ガイドライン解説版ワーキンググループ

田所 由利子

本書の内容は「妊娠中」「お産のとき」「お産後のお母さんと赤ちゃんについて」「赤ちゃんが亡くなってしまったときに」の4章から構成されています。それぞれの章にはその時期に関わる疑問:Qとその回答、解説を示しました。最初から読み進めていただいても、気になる箇所から読み進めていただいてもかまいません。本文中では、本書のオリジナルである「エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期 2020」は「助産ガイドライン」、オリジナル作成時に参照され本書でも引用されている「産婦人科診療ガイドライン産科編-2020」（日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会）は「産婦人科診療ガイドライン」と省略して記しています。

Qの末尾にある[CQ 数字]

本書のオリジナルである助産師向けの「エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期 2020」（https://www.jyosan.jp/modules/topics/index.php?content_id=32）に掲載されている該当Qの箇所を示しています。本書は妊娠・出産される女性とご家族に向けて作成されましたが、助産師も読むことを想定し、助産師がオリジナルのガイドラインにもどる際の参考に付記しました。

用語の説明

本文中に出てくる言葉で、追加の説明が必要と思われるものには、初めてその言葉が出てきたQで「用語の説明」を設け、そこで説明しています。後のQで同じ言葉が出てきた際には、➡で説明が記されているページを示しました。

記号の説明

本文中に出てくる➡の記号は、関連する記述を示しています。上記の用語の説明の他、関連するQ、補足の説明を示したコラムの表示に使用しています。本書をPDFでお読みの際には、➡の後に記されているページ数やQ番号、コラム番号をクリックしていただければ該当の箇所に移動するよう設定しています。

では、どうぞお読みすすめてください。

作成メンバー

妊娠出産される女性とご家族のための助産ガイドライン解説版

日本助産学会 助産ガイドライン解説版ワーキンググループ

メンバー(五十音順)

井上 さとみ	聖路加国際大学(非常勤)
巖 千晶	東京都立大学
笹川 恵美	東京大学
園田 希	日本赤十字九州国際看護大学
高畑 香織	湘南鎌倉医療大学
田所 由利子	東京医療保健大学

エビデンスに基づく助産ガイドライン -妊娠期・分娩期・産褥期 2020

日本助産学会 ガイドライン委員会

委員長 堀内 成子 聖路加国際大学

委員(五十音)

飯田 真理子	横浜市立大学
江藤 宏美	長崎大学生命医科学域
片岡 弥恵子	聖路加国際大学
穴戸 恵理	聖路加国際大学
下田 佳奈	聖路加国際大学
田所 由利子	東京医療保健大学
増澤 祐子	東京医療保健大学
馬場 香里	聖路加国際大学
八重 ゆかり	聖路加国際大学

目次

日本助産学会理事長 ごあいさつ	i
妊娠出産される女性とご家族のための 助産ガイドライン解説版について	ii
本書を読む際の手引き	iii
作成メンバー	iv

第1章 妊娠中	1
1. サプリメントや嗜好品について	2
Q1. 妊娠前・妊娠中は葉酸の摂取した方がよいですか? [CQ110]	2
Q2. 妊娠中はビタミンA・B1・B2・B6・B12・C・D・Eのサプリメントを摂取した方がよいですか? [CQ111]	5
Q3. 妊娠中は貧血にならないように鉄分のサプリメントを摂取した方がよいですか? [CQ109]	8
Q4. 妊娠中は少量ならお酒を飲んでもよいですか? [CQ116]	9
Q5. カフェインの摂取は控えるべきですか? [CQ117]	10
2. マイナートラブルや不快な症状の改善について	12
Q6. 妊娠中の腰痛や骨盤の痛みの改善に効果的な方法は何がありますか? [CQ112]	12
Q7. 浮腫(むくみ)を軽減できる方法がありますか? [CQ113]	14
Q8. 便秘を改善できる方法がありますか? [CQ114]	15
Q9. 痔の症状を改善できる方法がありますか? [CQ115]	16
Q10. 静脈瘤の症状を改善できる方法がありますか? [CQ113]	17
3. 暴力や虐待の予防に向けて	18
Q11. 妊娠中のDVを発見するために、医療機関では女性に対してどのような対応が勧められていますか? [CQ102]	18
Q12. 医療機関では、どのようにDVのスクリーニングを行いますか? [CQ103]	20

Q13. DVを受けている女性またはDVのリスクが高い女性に対してどのような支援が勧められていますか？ [CQ104].....	22
Q14. 医療機関では、赤ちゃんを虐待する可能性が高い妊婦さんを見つけるために、どのようなスクリーニングが勧められていますか？ [CQ105].....	23
Q15. 赤ちゃんを虐待する可能性が高い親に対して、どのような支援が勧められていますか？ [CQ106].....	24
4. その他	25
Q16. 助産所や、院内助産、助産師外来における、助産師による継続ケアは勧められますか？ [CQ101].....	25
Q17. 妊娠中や産後にメンタルヘルスの問題を抱える可能性が高いか、医療者はどのように評価することが勧められていますか？ [CQ107].....	28
Q18. 出産時に会陰に傷ができないようにするためにできることはありますか？ [CQ108].....	30
第2章 お産のとき.....	33
1. 自然な陣痛発来のために	34
Q19. 分娩予定日を超えた場合の分娩誘発は効果がありますか？ [CQ201]	34
Q20. 乳房や乳頭の刺激には、自然に陣痛を起こす効果がありますか？ [CQ203].	36
Q21. 卵膜剥離には、自然な陣痛がくる効果がありますか？ [CQ202].....	37
Q22. 鍼療法や指圧には、自然に陣痛を起こす効果がありますか？ [CQ204].....	38
2. 赤ちゃんの心拍の確認方法	40
Q23. お産のために入院した際の赤ちゃんの心拍の確認方法はどのようなものが勧められていますか？ [CQ205].....	40
Q24. 分娩第1期*の赤ちゃんの心拍の確認方法として、連続的と断続的のどちらの方法が勧められていますか？ [CQ206]	42
3. 分娩中の過ごし方と産痛の緩和	43
Q25. お産中に飲食の制限をすることは必要ですか？ [CQ210]	43

Q26. 分娩第1期に身体を起こして自由に動くことは、お産を進める効果がありますか？	
[CQ211].....	44
Q27. 分娩第1期にお湯につかることは、産痛緩和の効果がありますか？ [CQ208]	45
Q28. 鍼療法や指圧で、産痛は緩和しますか？ [CQ209]	46
Q29. 硬膜外麻酔分娩とは、どのような方法ですか？ [CQ207]	47
4.お産を進めるための方法について.....	48
Q30. 鍼療法や指圧は、陣痛を強くするのに効果がありますか？ [CQ214].....	48
Q31. 分娩第1期の浣腸は、陣痛を強くする効果がありますか？ [CQ213]	50
Q32. 陣痛が弱いと診断された場合に、人工的に破水させることでお産は進みますか？	
[CQ212].....	51
Q33. 赤ちゃんの顔が産婦の腹側を向いている回旋異常は、四つばいの姿勢をとると改	
善しますか？ [CQ222]	52
5.会陰の傷を予防するには	53
Q34. 分娩第2期に会陰マッサージを医療者にしてもらうことで、会陰が切れること(会	
陰裂傷)を予防できますか？ [CQ218]	53
Q35. 会陰裂傷や会陰切開を減らすために、分娩第2期に医療者に会陰保護をして	
もらうことは必要ですか？ [CQ220].....	54
Q36. 分娩第2期に会陰を温めてもらうことで、会陰裂傷を予防できますか？	
[CQ219].....	56
6.赤ちゃんが生まれる直前.....	57
Q37. 分娩第2期には、どのような姿勢でいたら良いですか？ [CQ216]	57
Q38. 分娩時に外陰部を洗浄する場合には、消毒剤を使用する必要はありますか？	
[CQ215].....	59
Q39. お産の時に子宮底圧迫法(またはクリステレル胎児圧出法)を行うことで、赤	
ちゃんが生まれやすくなりますか？ [CQ217]	60

Q40. お母さんと赤ちゃんの状況から会陰切開が不要とされた場合に、会陰切開をしなかったことで会陰裂傷がひどくなったり、赤ちゃんが苦しくなったりすることはありますか？ [CQ221].....	61
7.お産直後のお母さんについて.....	62
Q41. 出産時、会陰に傷ができたときには、どのような処置が行われますか？ [CQ226]	62
Q42. 赤ちゃんの出生後、胎盤が出てくるまでの分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤を出す方法と、自然に胎盤が出てくるのを待つ方法の、どちらが勧められますか？ [CQ227].....	63
Q43. 分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤を出すために用いる子宮収縮薬のうち、効果の高い薬剤はなんですか？ [CQ228]	65
Q44. 分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤を出すために用いる子宮収縮薬は、どのような使用時期・使用方法が効果的ですか？ [CQ229]	66
Q45. 赤ちゃんの出生後に実施される子宮マッサージは、分娩後異常出血を予防することができますか？ [CQ230, CQ231].....	68
8.お産直後の赤ちゃんについて.....	70
Q46. 赤ちゃんが生まれた直後に、口と鼻から羊水を吸引することは必要ですか？ [CQ223].....	70
Q47. 赤ちゃんの出生後、臍帯（臍の緒）を切断するタイミングは、生まれてすぐに切断するのと、しばらくたってから切断するのとでは、どちらがよいですか？ [CQ224]	72
Q48. 赤ちゃんが生まれてすぐに行う早期母子接触には、どのような効果がありますか？ [CQ225].....	74
第3章 お産後のお母さんと赤ちゃんについて.....	77
Q49. メチルエルゴメトリンの内服は産後に子宮が元に戻ることを促しますか？ [CQ301].....	78
Q50. 会陰の痛みは冷やすと軽くなりますか？ [CQ302]	80

Q51. 乳幼児突然死症候群の予防方法として, 赤ちゃんを眠らせる環境について教えて ください [CQ118].....	81
第4章 赤ちゃんが亡くなってしまったときに	83
Q52. 医療施設では, 死産となってしまった場合に, 女性や家族に対して, どのような支 援を行うことが勧められていますか? [CQ303].....	84
Q53. 死産となってしまった場合に, 次の妊娠や出産へ向けて, どのような支援を行うこ とが勧められていますか? [CQ304]	86
Q54. 死産のケアに関わる助産師に勧められるトレーニングはありますか? [CQ305]	88
索引.....	89

コラム

コラム ① アドバンス助産師について.....	26
コラム ② うつ病, 不安障害評価のための質問 ⁴⁾	29
コラム ③ 会陰裂傷予防のための会陰マッサージの方法.....	31
コラム ④ 陣痛発来のために研究で用いられていた経穴(ツボ)	38
コラム ⑤ 産痛緩和のために研究で用いられていた指圧の経穴(ツボ) と方法.....	46
コラム ⑥ 陣痛を強くするために研究で行われていた指圧の方法.....	48
コラム ⑦ 会陰裂傷予防のための会陰を温める方法(1つ目の研究での方法)	56

図

図 1 妊娠初期の胎児の変化と妊娠週数.....	2
図 2 胎盤のはたらき	9
図 3 妊婦に生じやすい姿勢と腰痛	12

図 4 会陰の位置	30
図 5 卵膜剥離	37
図 6 ハンズオン	54
図 7 会陰保護	54
図 8 出生後早期の新生児管理について	75

表

表 1 葉酸を多く含む食品	3
表 2 ビタミンを多く含む食品	6
表 3 諸外国のガイドライン:カフェイン摂取量の制限	10
表 4 カフェイン含有量の目安 (100mL あたり)	11
表 5 女性に対する暴力スクリーニング尺度: Violence Against Women Screen (VAWS)	20
表 6 仰向け以外の姿勢のメリット/デメリット	57

用語の説明

* 1 無脳症	3
* 2 二分脊椎	3
* 3 脳瘤	4
* 4 催奇形性	5
* 5 妊娠黄体	15
* 6 プロゲステロン	15
* 7 DV (ドメスティック・バイオレンス)	18
* 8 ローリスク	25

* 9 妊婦健診.....	25
* 10 助産所.....	26
* 11 院内助産.....	26
* 12 助産師外来.....	26
* 13 医療的介入.....	26
* 14 会陰裂傷.....	31
* 15 胎便吸引症候群.....	34
* 16 子宮頸管.....	37
* 17 鍼療法.....	38
* 18 指圧.....	38
* 19 分娩監視装置.....	40
* 20 超音波ドップラー装置.....	41
* 21 器械分娩.....	41
* 22 吸引分娩.....	41
* 23 鉗子分娩.....	41
* 24 分娩第1期.....	42
* 25 医療者による会陰マッサージ.....	53
* 26 臍帯早期切断.....	63
* 27 子宮マッサージ.....	68
* 28 正期産.....	70
* 29 羊水吸引.....	71
* 30 羊水混濁.....	71
* 31 新生児蘇生法.....	71
* 32 生理的黄疸.....	72
* 33 高ビリルビン血症.....	73

* 34 光線療法.....	73
* 35 巨大児.....	78
* 36 双胎.....	78
* 37 羊水過多.....	78
* 38 分娩遷延.....	78
* 39 悪露.....	79
* 40 遺伝看護専門看護師	87
* 41 認定遺伝カウンセラー®	87

第1章

妊娠中

1. サプリメントや嗜好品について

Q1. 妊娠前・妊娠中は葉酸の摂取した方がよいですか？ [CQ110]

妊娠1か月前から緑黄色野菜などの食品での摂取に加え、サプリメントでも1日0.4mgを摂取することが勧められています。特に妊娠1か月以上前から妊娠12週(妊娠4か月)までが重要な時期です。ただし、サプリメントでの摂取量は1日1.0mgを超えないように注意が必要です。

葉酸とは、水に溶けやすいビタミンBの一種で、妊娠初期に赤ちゃんの体を作るために必要な栄養素の一つです。そのため、妊娠初期にこの栄養素の摂取が不足すると、赤ちゃんに神経管閉鎖障害(Neural Tube Defects: NTDs)が発症する可能性が高くなります。神経管閉鎖障害とは、妊娠6週頃(妊娠2か月頃)に発生する、脳や脊髄の生まれつきの障害で、無脳症*や二分脊椎*, 脳瘤*などが含まれます。

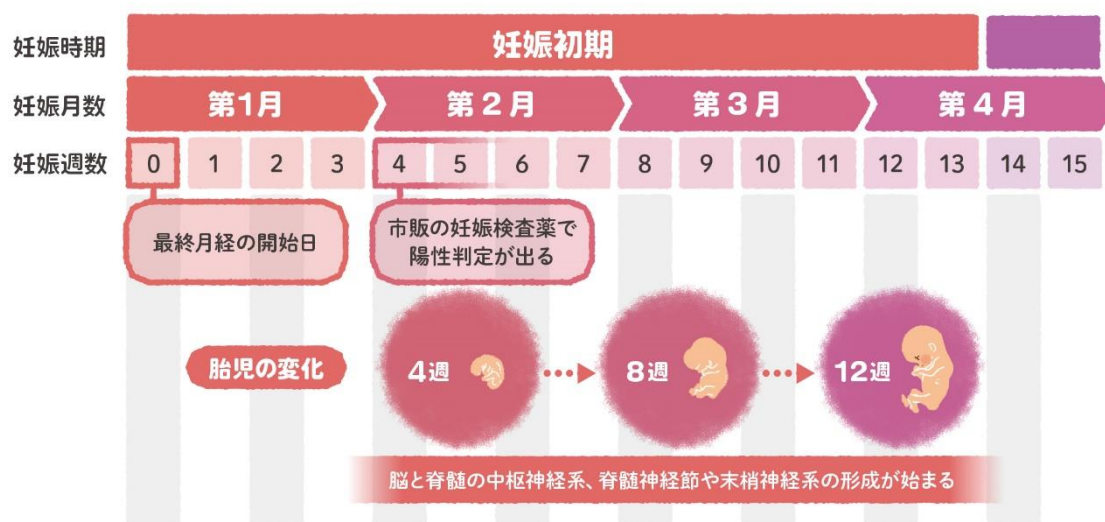


図1 妊娠初期の胎児の変化と妊娠週数

日本での神経管閉鎖障害の発生数は、二分脊椎56名、無脳症4名、脳瘤9名でした(2012年の統計結果。なお死産も含みます)¹⁾。日本の神経管閉鎖障害の特徴としては、二分脊椎の頻度が増加していることがあげられます(1974年から2011年の期間で出生10,000あたり1.64から5.59へと増加しています)¹⁾。

葉酸を摂取する目的は、赤ちゃんの神経管閉鎖障害の予防です。最新の研究結果では、妊娠前から1日0.4mgの葉酸を摂取することで、赤ちゃんの神経管閉鎖障害の発生の低下が期待できると報告されています^{2,3)}。葉酸は食品にも多く含まれますが(→表1)、調理の過程で失われやすく、含まれている葉酸の半分の量しか体には吸収されません。そのため、食品からの摂取だけでなく、サプリメントでの摂取が推奨されます。

妊娠を知るのは神経管が形成され始める時期よりも遅いため、妊娠を希望する女性は葉酸を多く含む食品を積極的に摂取し、サプリメントも上手に活用しながら、葉酸を摂取しましょう。

葉酸を摂取する際には、過剰な摂取とならないようにすることも重要です。妊娠初期に葉酸のサプリメントを摂取した女性から生まれた子(生後18か月まで)に、喘息や呼吸器感染症がわずかに増加すること⁴⁾、妊娠後期に葉酸のサプリメント摂取をした女性から生まれた子(生後3.5歳)に、喘息のリスクが上昇するとの報告もあります⁵⁾。そのため、葉酸の1日の摂取量は1.0mgを超えるべきではない、と指摘されています。なお、葉酸を摂取することでの妊娠期や分娩期に関連する効果については、低出生体重児の減少の可能性も報告されています⁶⁾。

表1 葉酸を多く含む食品⁷⁾

分類	食品名
緑黄色野菜	ほうれん草 グリーンアスパラガス 春菊 芽キャベツ など
果物類	いちご アボカド など
豆類	納豆 調整豆乳 など

用語の説明

* 1 無脳症

脳(大脳や小脳)の一部もしくは全体が欠損している病気のことです。死産や、生まれて数日で亡くなると言われています。

* 2 二分脊椎

神経管の閉鎖不全により、背中の神経(脊髄馬尾神経)が神経管の外へ脱出し、神経障害がおこる病気のことです。出生後早期の背中の手術療法のほか、水頭症、歩行障害、排泄障害などの治療、リハビリテーションが必要になることがあります。

* 3 脳瘤

神経管の閉鎖不全によって欠損が生じた頭蓋骨から、頭蓋内容の一部が頭蓋外へ脱出し嚢胞を形成したものです。神経学的障害が残る可能性があるといわれています。

引用・参考文献

- 1) International Clearinghouse for Birth Defects. Annual Report 2014. 2014.
<http://www.icbdsr.org/resources/annual-report/>
- 2) Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4: CD001056. DOI:
10.1002/14651858.CD001056.pub2.
- 3) MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet*. 1991; 338(8760): 131-7.
- 4) Håberg SE, London SJ, Stigum H, Nafstad P, Nystad W. Folic acid supplements in pregnancy and early childhood respiratory health. *Arch Dis Child*. 2009; 94(3): 180-4.
- 5) Whitrow MJ, Moore VM, Rumbold AR, Davies MJ. Effect of supplemental folic acid in pregnancy on childhood asthma: a prospective birth cohort study. *Am J Epidemiol*. 2009; 170(12): 1486-93.
- 6) Lassi ZS, Salam RA, Haider BA, Bhutta ZA. Folic acid supplementation during pregnancy: maternal health and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; Issue 3: CD006896.
- 7) 文部科学省. 日本食品標準成分表 2015年版(七訂). 2015.
https://www.mext.go.jp/a_menu/syokuhinseibun/1365297.htm
- 8) 小児慢性特定疾病情報センター. 2 脊髄髄膜瘤. 2014.
https://www.shouman.jp/disease/details/11_01_002/

Q2. 妊娠中はビタミンA・B1・B2・B6・B12・C・D・Eのサプリメントを摂取した方がよいですか？ [CQ111]

通常のお食事がとれている健康な方には、ビタミン(A・B1・B2・B6・B12・C・D・E)のサプリメントの摂取はお勧めしません。

ビタミンには、水に溶けやすい水溶性ビタミン(B₁, B₂, B₆, B₁₂, C)と油脂に溶けやすく脂肪組織や肝臓に貯蔵される脂溶性ビタミン(A, D, E)の2種類があります。これらのビタミンを摂取することで、お母さんや赤ちゃんに対して有効であるという研究結果はありません¹⁻⁹⁾また、脂溶性のビタミンであるビタミンAは、妊娠初期の過剰摂取による赤ちゃんへの催奇形性*が報告されており¹⁰⁾、サプリメントによる過剰摂取に注意が必要です。そのため、あなたが健康で、通常のお食事がとれている場合には、ビタミン(A・B₁・B₂・B₆・B₁₂・C・D・E)のサプリメントの使用は勧められません。

なお、水溶性ビタミンと脂溶性ビタミンは、表2に示す食品に主に含まれています。

用語の説明

* 4 催奇形性

妊娠中の母親が、先天異常を引き起こす、もしくはその可能性を高める物質(催奇形因子と呼びます。例:放射線・特定の薬剤・毒性物質・アルコールなど)にさらされると、胎児に異常を起こすことです¹³⁾。

表 2 ビタミンを多く含む食品^{11, 12)}

分類	名称	食品名
水溶性 ビ タ ミ ン	ビタミンB1	・調味料及び香辛料類 (パン酵母) ・穀類 (米ぬか・小麦はいが・中華麺) ・肉類 (豚肉: ヒレ・もも) など
	ビタミンB2	・魚類 (さけ) ・肉類 (牛や豚のレバー) ・調味料及び香辛料類 (パン酵母・みそ) ・藻類 (ほしのり・焼きのり・味付けのり) など
	ビタミンB6	・野菜類 (とうがらし・にんにく) ・穀類 (米ぬか・小麦はいが) ・いも及びでんぷん類 (こんにやく・じゃがいも) ・魚介類 (まぐろ) など
	ビタミンB12	・魚介類 (さけ・いわし・しじみ・あさり・あかがい) ・藻類 (ほしのり・味付けのり・焼きのり) ・肉類 (牛・鶏・豚のレバー) など
	ビタミンC	・果実類 (アセロラ・グアバ・キウイ・レモン) ・嗜好飲料類 (ケール・せん茶) ・野菜類 (赤ピーマン・ブロッコリー) など
脂 溶 性 ビ タ ミ ン	ビタミンA	・肉類 (鶏・豚・牛のレバー) ・魚類 (うなぎ・たら・まぐろ) ・藻類 (ほしのり・味付けのり) ・野菜類 (モロヘイヤ・人参・ほうれん草) など
	ビタミンD	・魚介類 (しらす干し・まいわし・さけ・さんま) ・きのこ類 (きくらげ・しいたけ・まいたけ) など
	ビタミンE	・油脂類 (ひまわり油・グレープシードオイル・べにばな油) ・種実類 (アーモンド・ひまわりの種)

※含有量の多い順に記載

引用・参考文献

- 1) van den Broek N, Kulier R, Gülmezoglu AM, Villar J. Vitamin A supplementation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010, Issue 11: CD001996. DOI: 10.1002/14651858.CD001996.pub2.
- 2) Christesen HT, Falkenberg T, Lamont RF, Jørgensen JS. The impact of vitamin D on pregnancy: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91(12): 1357-67.
- 3) Christesen HT, Elvander C, Lamont RF, Jørgensen JS. The impact of vitamin D in pregnancy on extraskeletal health in children: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; 91(12): 1368-80.
- 4) Salam RA, Zuberi NF, Bhutta ZA. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of

- Systematic Reviews. 2015; Issue 6: CD000179. DOI: 10.1002/14651858.CD000179.pub3.
- 5) Dror DK, Allen LH. Interventions with vitamins B6, B12 and C in pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2012; Jul 26 Suppl 1: 55-74.
 - 6) Duggan C, Srinivasan K, Thomas T, Samuel T, Rajendran R, Muthayya S, Finkelstein JL, Lukose A, Fawzi W, Allen LH, Bosch RJ, Kurpad AV. Vitamin B-12 supplementation during pregnancy and early lactation increases maternal, breast milk, and infant measures of vitamin B-12 status. *J Nutr.* 2014; 144(5): 758-64.
 - 7) Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015; Issue 9: CD004072. DOI: 10.1002/14651858.CD004072.pub3.
 - 8) De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016; Issue 1: CD008873. DOI: 10.1002/14651858.CD008873.pub3.
 - 9) Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue2: CD004069. DOI: 10.1002/14651858.CD004069.pub2.
 - 10) Rothman KJ, Moore LL, Singer MR, Nguyen US, Mannino S, Milunsky A. Teratogenicity of high vitamin A intake. *N Engl J Med.* 1995; 333(21): 1369-73.
 - 11) 厚生労働省. 「統合医療」に係る 情報発信等推進事業 eJIM evidence-based Japanese Integrative Medicine. 2014. <https://www.ejim.ncgg.go.jp/public/index.html>
 - 12) 文部科学省. 食品成分データベース. 2021. <https://fooddb.mext.go.jp/index.pl>
 - 13) 南山堂医学大辞典 第20版. 南山堂, 2015, P900

Q3. 妊娠中は貧血にならないように鉄分のサプリメントを摂取した方がよいですか？ [CQ109]

貧血を予防する目的で鉄分のサプリメントを摂取することは勧められません。

貧血を予防する目的で妊娠中に鉄分のサプリメントを摂取すると、貧血になりにくくなることは期待できます。ですが、胃腸への刺激や便秘・下痢といった消化器症状を伴うこともあります。また、鉄分のサプリメントを摂取することによる母体や胎児・新生児への影響については、良い影響、悪い影響のどちらに関しても、はっきりとした結論は出ていません¹⁻⁴⁾。

以上より、鉄分のサプリメントを摂取することで貧血になりにくくなる可能性はありますが、消化器症状を伴うことがあり、また、他に母子にメリットがあるという結論は得られていないため、貧血を予防する目的で鉄分のサプリメントを摂取することは勧められません。

なお、上記は貧血と診断されていない時に、貧血を予防する目的で摂取する鉄分のサプリメントについての場合です。妊娠中に貧血と診断され、鉄剤を処方された場合には、きちんと内服しましょう。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies [CG62] (updated 2017). 2008.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-pdf-196748323>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-pdf-975564597445> [updated]
- 2) Cantor AG, Bougatsos C, Dana T, Blazina I, McDonagh M. Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015 Apr 21;162(8):566-76.
- 3) Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Jul 22;(7):CD004736.
- 4) Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Oct 19;(10):CD009997.

Q4. 妊娠中は少量ならお酒を飲んでもよいですか？ [CQ116]

妊娠中は少量であっても飲酒は避け、禁酒をすることが推奨されています。

赤ちゃんは胎盤を通して、あなたの血液から栄養や酸素をもらい、お腹の中で成長しています(→ 図 2)。あなたがアルコールを摂取すると、まず、あなたの血液中のアルコール濃度が上昇します。そして、胎盤を通過して赤ちゃんへアルコール成分が移行します。

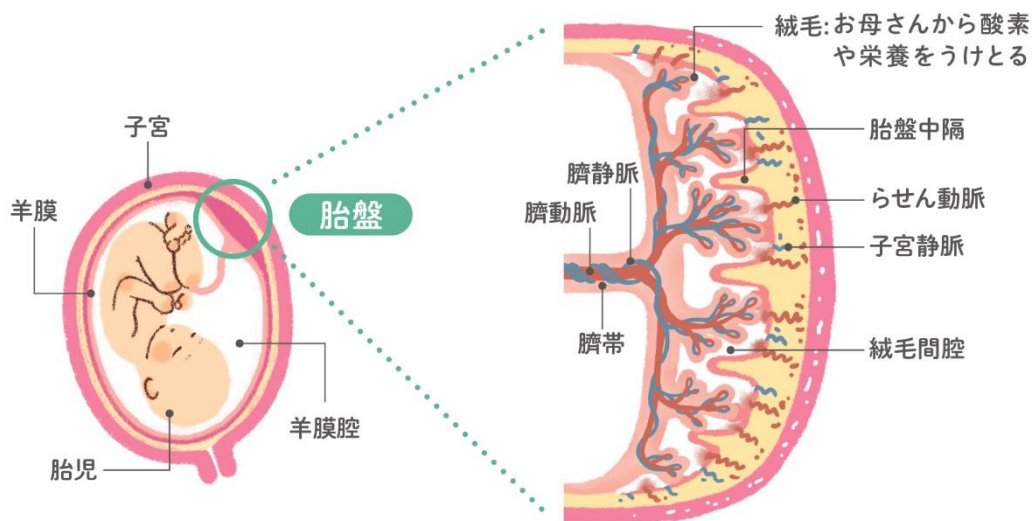


図 2 胎盤のはたらき

妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール・スペクトラム障害を引き起こす可能性が指摘されています。さらに、飲酒量が増えるほど、赤ちゃんへの影響は大きくなります¹⁾。

飲酒の時期やお酒の量、お酒の種類に関わらず、安全な時期や安全な飲酒量は存在しないため^{2, 3)}、妊娠中は少量であっても飲酒は避け、禁酒をすることが推奨されています。

引用・参考文献

- 1) Department of Health and Social Care. UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines. 2016. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf.
- 2) May PA, Baete A, Russo J, et al. Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*. 2014; 134(5): 855-66.
- 3) Williams JF, Smith VC, Committee on substance abuse. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2015; 136(5): e1395-406.

Q5. カフェインの摂取は控えるべきですか？ [CQ117]

妊娠中のカフェイン摂取は、控えることが推奨されています。

カフェインは、コーヒーやお茶(玉露・紅茶・烏龍茶), エナジードリンク, ココアなどに含まれており, 日本の女性(30~39歳)の平均カフェイン摂取量は213mg/日と報告されています¹⁾。妊娠中のカフェインの代謝は妊娠していない時と比べて低下しており, 赤ちゃんのカフェイン代謝も緩やかです。そのため, あなたが妊娠中にカフェインを摂取すると, 胎盤を通過して(→ Q4.), 赤ちゃんがカフェインにさらされます。あなたが摂取したカフェインは, 赤ちゃんの血液だけでなく羊水中にも認められます²⁾。

妊娠中にカフェインを摂取することでの赤ちゃんへの影響(赤ちゃんの先天性疾患・胎児死亡がわずかに増加することや低出生体重児の増加)が報告されています。また, カフェインの摂取量が10mg/日未満の場合と, 10mg/日以上(10~100mg/日未満との比較)の場合の比較では, 10mg/日以上の場合で, 赤ちゃんの先天性疾患(四肢欠損・神経管閉鎖障害・小腸閉鎖)のわずかな増加を認めたとの報告もあります³⁻⁵⁾。なお, 諸外国のガイドラインではカフェイン摂取を表3のように制限することを推奨しています⁶⁻⁸⁾。

表3 諸外国のガイドライン:カフェイン摂取量の制限⁶⁻⁸⁾

国名	機関名/ガイドライン名	制限摂取量
イギリス	Food Standards Agency/ Pregnant women advised to limit caffeine consumption.	200 mg/日未満
カナダ	Health Canada/Caffeine in food.	300 mg/日未満
アメリカ	American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG/ ACOG Committee Opinion No. 462 : Moderate caffeine consumption during pregnancy.	明記されていない

表 4 カフェイン含有量の目安 (100mL あたり)^{9, 10)}

飲料名	浸出方法	カフェイン含有量
レギュラーコーヒー	コーヒー豆の粉末 10 g を熱湯 150 mL で浸出	約 60mg
玉露	茶葉 10 g に 60℃ の湯 60 mL を加える。 浸出時間 2.5 分間	約 160mg
紅茶	茶葉 5 g に熱湯 360 mL を加える。 浸出時間 1.5~4 分間	約 30mg
烏龍茶	茶葉 15 g に 90℃ の湯 650 mL を加える。 浸出時間 0.5 分間	約 20mg
エナジードリンクまたは 眠気覚まし用飲料 (清涼飲料水)	—	32mg~300mg ※製品によりカフェイン濃度が異なる。 ※製品 1 本あたりのカフェイン含有量は、36~150mg

引用・参考文献

- 1) Yamada M, Sasaki S, Murakami K, et al. Estimation of caffeine intake in Japanese adults using 16 d weighed diet records based on a food composition database newly developed for Japanese populations. *Public Health Nutr.* 2010; 13(5): 663-72.
Doi:10.1017/S1368980009992023
- 2) Berger A. Effects of caffeine consumption on pregnancy outcome. A review. *J Reprod Med.* 1988; 33(12): 945-56.
- 3) Chen L, Bell EM, Browne ML, et al. Maternal caffeine consumption and risk of congenital limb deficiencies. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2012; 94(12):1033-43.
Doi:10.1002/bdra.23050
- 4) Schmidt RJ, Romitti PA, Burns TL, Browne ML, Druschel CM, Olney RS. Maternal caffeine consumption and risk of neural tube defects. *Birth Defects Res A, Clin Mol Teratol.* 2009; 85(11): 879-89. Doi:10.1002/bdra.20624
- 5) Browne ML, Bell EM, Druschel CM, et al. Maternal caffeine consumption and risk of cardiovascular malformations. *Birth Defects Res A, Clin Mol Teratol.* 2007; 79(7): 533-43. <https://doi.org/10.1002/bdra.20365>
- 6) Food Standards Agency (Institute). Pregnant women advised to limit caffeine consumption. 2008.
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120206100416/http://food.gov.uk/news/newsarchive/2008/nov/caffeinenov08>.
- 7) Health Canada. Caffeine in food. 2015. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/addit/caf/food-caf-aliments-eng.php#tphp>.
- 8) American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 462: Moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010; 116(2 Pt 1): 467-8. doi:10.1097/AOG.0b013e3181eeb2a1
- 9) 文部科学省. 16 嗜好飲料類, 第 2 章 日本食品標準成分表 Excel (日本語版). 2015.
http://www.mext.go.jp/a_menu/syokuhinseibun/1365420.htm.
- 10) 食品安全委員会. 食品中のカフェイン ファクトシート. 2018.
http://www.fsc.go.jp/factsheets/index.data/factsheets_caffeine.pdf

2. マイナートラブルや不快な症状の改善について

Q6. 妊娠中の腰痛や骨盤の痛みの改善に効果的な方法は何がありますか？ [CQ112]

運動は、腰痛や骨盤の痛み（骨盤痛）の改善に役に立つ可能性があります。

妊娠期の腰痛・骨盤痛は頻度の高いマイナートラブルとされています。赤ちゃんが成長するにつれ、お腹が大きくなり、身体のバランスをとるために、重心が移動します。そうすると無意識に肩を後ろに引き、後傾姿勢をとるようになります(→ 図 3)。さらに、ホルモンの作用により筋肉や靭帯が緩み、体を支える力が低下します。このような理由から、腰痛や骨盤痛が発生するといわれています。

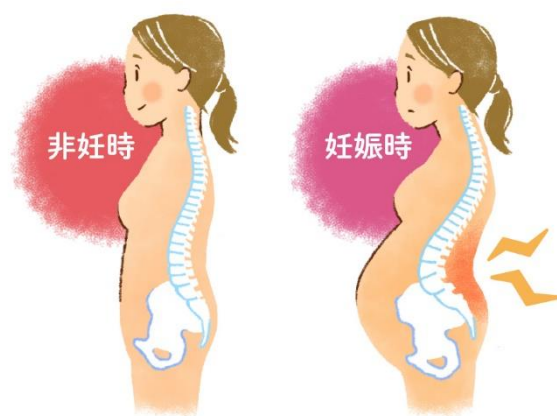


図 3 妊婦に生じやすい姿勢と腰痛

妊娠期の腰痛や骨盤痛に関する研究は、世界中で非常に多く実施されています。現時点では腰痛・骨盤痛に有効である運動は明らかになっていませんが、何もしない場合と比べると、“何らかの運動”をすることで腰痛・骨盤痛の程度や腰痛・骨盤痛の頻度は減少していました¹⁾。“何らかの運動”とは、陸上で行われる任意の運動(有酸素運動やストレッチ, リラックスなど)でした。運動の内容, 時期や時間は研究によって大きく異なっていたので, 本項では“何らかの運動”と記載しています。研究で腰痛や骨盤痛に対して効果があるとされた“何らかの運動”とは下記の内容でした。

- 60 分間のクラスを週に 3 回, 12 週間の運動プログラム²⁾

この研究で行われた運動には、ゆっくりとした歩行, 伸展運動, 無酸素運動などが含ま

れています。この運動は、助産師の見守りの元実施されており、心拍数が140回/分を超えると中止されました。

● 30分間のクラスを週に3回、8週間の運動プログラム³⁾

この研究で行われた運動には、4.5分の準備運動、21分間の歩行、ストレッチ、強化運動、そして4.5分間のリラクセスの動作が含まれています。

あなたが生活の中に運動を取り入れる際には、あなたの近くにいる医療者へ相談するとよいでしょう。

なお、鍼療法(➡ p.38, * 17)やカイロプラクティック専門家による療法、骨盤ベルトの使用については研究が少なく、腰痛・骨盤痛への効果は有効であるとは言い難いのが現状です^{4,5)}。鍼療法やカイロプラクティック専門家の療法を受ける際には、医療者との相談の上施術を受けることが望ましいです。骨盤ベルトの使用に関しても、骨盤ベルトの使用により腰痛・骨盤痛の痛みが軽減するという自覚があれば、使用するのもよいでしょう。

引用・参考文献

- 1) Young G, Jewell D. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002; Issue 1: CD001139. DOI: 10.1002/14651858.CD001139.
- 2) Garshasbi A, Faghih Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2005; 88: 271-5. DOI: 10.1016/j.ijog.2004.12.001
- 3) Kashanian M, Akbari Z, Alizadeh MH. The effect of exercise on back pain and lordosis in pregnant women. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2009; 107(2): 160-1. DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.06.018
- 4) Kvorning N, Holmberg C, Grennert L, Aberg A, Akesson J. Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. Acta Obst Gynecol Scand. 2004; 83: 246-50.
- 5) George JW, Skaggs CD, Thompson PA, Nelson DM, Gavard JA, Gross GA. A randomized controlled trial comparing a multimodal intervention and standard obstetrics care for low back and pelvic pain in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2013; 208(4): 295.e1-7. Doi:10.1016/j.ajog.2012.10.869

Q7. 浮腫(むくみ)を軽減できる方法がありますか？ [CQ113]

リフレクソロジーやスイミングプールの中で立った状態で膝から下(下肢)をぬるま湯に浸けることは浮腫の軽減が期待できる可能性があります。

浮腫は、マイナートラブルの1つで、体の中に水分が溜まった状態のことをいいます。妊娠中は、大きくなった子宮により足の付け根付近の血管(静脈)が圧迫され、下半身から心臓に戻る血液が下半身に滞りやすくなります。さらに、ホルモンの影響により水分が貯留してやすくなることで、浮腫を生じやすくなります。

海外の研究では、15分間のフットリフレクソロジー¹⁾やスイミングプールの中で立った状態で下肢を29℃~33℃のぬるま湯に20分間浸けること²⁾は、浮腫の軽減が期待できる可能性があると言われています。研究が少ないため、効果に関しては十分な根拠にはなりませんが、この方法による副作用はみられていないため、妊娠期の浮腫の改善策の一つとして考えられます。

引用・参考文献

- 1) Mollart L: Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2003; 9: 203-208. Doi:10.1016/S1353-6117(03)00054-4
- 2) Irion JM, Irion GL. Water immersion to reduce peripheral edema in pregnancy. *J Womens Health Phys Therap*. 2011; 35(2): 46-49.

Q8. 便秘を改善できる方法がありますか？ [CQ114]

食物繊維を摂取することで排便回数が増加し、便秘が改善する可能性があります。

便秘は、マイナートラブルの1つです。妊娠中は、妊娠の維持や、妊娠中の排卵を抑制させるため妊娠黄体*や胎盤からプロゲステロンというホルモンが分泌されます。プロゲステロン*の影響を受け、妊娠中は、腸の動きも低下します。さらに、増大した子宮により腸が圧迫され、妊娠中は便秘になりやすくなります。

妊娠中の便秘を改善する薬剤を用いた方法としては、大腸刺激性下剤や膨張性下剤の使用があげられます。海外の研究では、妊娠中の便秘の女性が大腸刺激性下剤を使用した場合、膨張性下剤を使用した場合と比べて、便秘の症状は改善しましたが、腹部の不快感や下痢症状も報告されています¹⁾。この研究で使用された薬剤は、日本では使用されていない薬剤のため、本項では記載しません。

一方、食物繊維を摂取した場合には、排便回数の増加がみられたという研究報告があります²⁾。便秘の治療に対する効果は、十分には明らかになっていませんが、妊娠中の便秘に対して、食物繊維を摂取することで、排便回数が増加し、便秘を改善する可能性があります。なお、この研究で使用された食物繊維の摂取では食物繊維が豊富なビスケットや小麦ブランが使用されていました。

用語の説明

* 5 妊娠黄体

排卵後の卵胞のことです。妊娠すると、排卵後の卵胞は妊娠黄体へと変わり、プロゲステロンを分泌します。

* 6 プロゲステロン

妊娠黄体や胎盤から分泌されるホルモンです。妊娠の維持や妊娠期間中の排卵を抑制する働きがあるとされています。

引用・参考文献

- 1) Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; Issue 9: CD011448. DOI: 10.1002/14651858.CD011448.pub2.
- 2) Jewell D, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001; Issue 2: CD001142. DOI: 10.1002/14651858.CD001142.

Q9. 痔の症状を改善できる方法がありますか？ [CQ115]

食物繊維を摂取することで、痔核による痛みやかゆみ、出血などの症状が改善する可能性があります。

痔核とは、肛門の正常な構造である皮膚やそれを支える組織が、排便や日常の生活の中で徐々に緩み、表面の粘膜や血管(静脈)が増大したものをいいます。痔核は、外痔核(いぼ痔)や裂肛(切れ痔)など様々な種類があります。痔核の症状としては、痛み、かゆみ、出血、脱出、腫脹、分泌物などがあります。

痔核はマイナートラブルの1つです。妊娠中に痔核が発生しやすい理由は、プロゲステロン(→ p. 15, * 6)の分泌により腸の蠕動が抑制されて便秘になること(→ Q8.)や、妊娠に伴い、大きくなった子宮が血管を圧迫することで肛門周囲の血管(直腸静脈叢)がうっ血することがあげられます。さらに、出産の時には、いきむことで痔核が悪化する可能性があります。

妊娠中の痔核の治療の主な目標は、出血や痛み、かゆみなどの症状を軽減することです。妊娠中の便秘は、痔核悪化の要因とされています。そのため、便秘を改善するために食物繊維摂取すること(→ Q9.)は、妊娠中の痔核の悪化を予防することにつながる可能性があります^{1,2)}。

痔核の症状は妊娠中によくみられる症状です。気になる症状は、あなたの近くにいる医療者へ相談しましょう。

※妊娠中の女性を対象に、痔核への薬剤使用に関する研究があります³⁾。しかし、この研究で使用された薬剤は母児への安全性が分かっておらず、また日本では使用されていない薬剤のため、本項では記載しません。

引用・参考文献

- 1) Jennifer AC, Suzanne R: Constipation, diarrhea, hemorrhoids and fecal incontinence. In: Pregnancy in Gastrointestinal Disorders. American College of Gastroenterology. 2007; 4-9.
- 2) Avsar AF, Keskin HL: Haemorrhoids during pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2010; 30(3): 231-7.
Doi:10.3109/01443610903439242
- 3) Wijayanegara H, Mose JC, Achmad L, Sobarna R, Permadi W. A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of haemorrhoids of pregnancy. J Int Med Res. 1992; 20(1): 54-60.

Q10. 静脈瘤の症状を改善できる方法がありますか？ [CQ113]

静脈瘤の症状改善については、有用性が確認されたものはありません。

静脈瘤はマイナートラブルの1つで、皮膚の下の比較的浅いところを流れる血管(静脈)が広がったり、蛇行する状態で、血管(静脈)が淡青色に見えたり、瘤を形成することがあります。妊娠中は子宮へ流れる血液の量が増加することや、大きくなった子宮が腹部の血管を圧迫すること、ホルモン(プロゲステロン → p. 15, * 6)の影響を受け血管が広がりやすくなることで静脈瘤が生じやすくなります。その結果、夜間のこむら返りや疲労感、知覚異常感などが症状として現れます。静脈瘤は、お産が終わると劇的に症状が改善します。

静脈瘤のある患者を対象に弾性ストッキングの着用の受け入れをみた海外の研究¹⁾がありますが、この研究では妊婦の静脈瘤に対する症状改善への効果は検討されていません。そのため、現時点で静脈瘤の症状改善については、有用性が確認されたものはありません。

※海外の研究では、食品添加物として使用が認められている成分を使用した報告もあります²⁾。しかし、この研究で使用された食品添加物の成分は、副作用の発生が増加する傾向があること、妊娠中の安全に関しては十分なデータがないことより本項では記載しません。

引用・参考文献

- 1) Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; Issue 12: CD008819. DOI: 10.1002/14651858.CD008819.pub3.
- 2) Bergstein NAM. Clinical study on the efficacy of O-(beta- hydroxyethyl) rutoside (HR) in varicosis of pregnancy. J Int Med Res. 1975; 3: 189-93.

3. 暴力や虐待の予防に向けて

Q11. 妊娠中のDVを発見するために、医療機関では女性に対してどのような対応が勧められていますか？ [CQ102]

妊娠期の女性が安心してDV(Domestic Violence)*を打ち明けられる環境の整備が勧められています。加えて、妊婦に対して、DVスクリーニングを実施することが望まれています。

DVは、現在または過去のパートナー・夫からの身体的、性的、心理的暴力*を指します。妊婦の約5%に起こっており決して珍しいことではありません¹⁾。医療機関では、母子の健康と安全を確保するために、妊娠期の女性が、安心してDVについて打ち明けられる環境を整備することが助産ガイドラインでは勧められています。ご不安なこと、相談したいことがありましたら、いつでもお声がけください。妊婦健診の際などに、妊婦へのDVスクリーニングを実施している施設もあります。

DVスクリーニングとは、DVを受けている可能性がある人を見つけるための検査のことです。この検査を実施する際は、女性のプライバシーが守られる場所で、かつパートナーや他の家族を同席させずに、女性が一人のときに行います。スクリーニングを行うことで、DVにあっていない女性の発見を高める効果があります。他に、妊娠期の発見によって、早産や極低出生体重児を減少させるという効果の可能性も報告されています。

スクリーニングを行う負の影響としてわずかに報告されていることは、スクリーニングを受けることでの不快感、プライバシーの侵害、DVを他の人に告白することによる暴力の悪化に対する心配、DV被害者とラベリングされてしまう、などが挙げられています²⁾。

スクリーニングだけでは、暴力の再発防止を抑制することはできないため、その先の支援につなげる必要性が指摘されています。

用語の説明

* 7 DV(ドメスティック・バイオレンス)³⁾

DVとは、親密な関係にあるパートナーへの暴力のことです。親密な関係とは、恋人、元恋人、夫や妻、元夫や元妻などを指します。DVには、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力があり、安全や尊厳を脅かす力の行使とみなされます。身体的暴力とは、外傷など

の害を及ぼすかもしれない身体的な力を故意に使うことを指します。身体的暴力には、引っかけ、押す、突き飛ばす、投げ飛ばす、強くつかむ、噛み付く、髪を引っ張る、平手打ちをする、殴る、火傷させるなどが含まれます。

精神的暴力とは、精神的な危害または苦痛となる行為、あるいはそうなる恐れのある行為であり、さらに、そのような行為としての威嚇、強制を含みます。言葉により侮辱する、行動をコントロールする、孤立させる、相手が意に沿わないと無視するなどの行為、または脅しを指します。

性的暴力とは、本人の意思に反して、性的行為を強要することを指します。見たくないのにポルノビデオやポルノ雑誌を見せる、中絶を強要する、避妊に協力しないことも含みます。

引用・参考文献

- 1) 片岡 弥恵子, 八重 ゆかり, 江藤 宏美, 堀内 成子. 妊娠期におけるドメスティック・バイオレンス. 日公衛誌 2005;52(9):785-795.
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care for uncomplicated pregnancies [CG62] (updated 2017). 2008.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/evidence/full-guideline-pdf-196748323>;
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-pdf-975564597445> [updated]
- 3) 聖路加看護大学 女性を中心にしたケア研究班. EBM の手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン Minds 版. 2004, 金原出版. 東京.
<https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0027/G0000069/0045>

Q12. 医療機関では、どのようにDVのスクリーニングを行いますか？

[CQ103]

DVスクリーニングとは、DV（→ p.18, *7）を受けている可能性がある人を見つけるための検査のことです。DVスクリーニングでは、過去のパートナーとの関係について、数問程度の質問にご回答いただきます。コンピューターやタブレット端末でのご回答をお願いすることもあります。

日本では、信頼性のあるDVスクリーニングツールとして、“女性に対する暴力スクリーニング尺度 (Violence Against Women Screen: VAWS)” を用いることができます¹⁾。これは過去12か月以内の暴力を査定するスクリーニングツールです。全7項目からなり、「よくある」「たまにある」「まったくない」などの3つの選択肢から回答します。

スクリーニングの実施方法として、対面式、自記式、コンピューターやタブレット端末への自己入力式などがあります。その中でも、コンピューターやタブレット端末への自己入力式は、DV被害の発見率が高い傾向であるとされています¹⁾。

表5 女性に対する暴力スクリーニング尺度: Violence Against Women Screen (VAWS)

問1から問7は、過去1年間のあなたとパートナーとの関係についての質問です。

あなたとパートナーの状態に最もよくあてはまると思われるもの1つにをつけてください。

No	項目			
1	あなたとパートナーの間でもめごとが起こったとき、話し合いて解決するのは難しいですか？	<input type="checkbox"/> 非常に難しい	<input type="checkbox"/> ある程度難しい	<input type="checkbox"/> 難しくない
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> まったくない
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> まったくない
4	あなたのパートナーは、怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> まったくない
5	あなたは、気が進まないのにパートナーから性的な行為を強いられることがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> まったくない
6	あなたのパートナーは、あなたをたたき、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> まったくない
7	あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力をふるうことがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> まったくない

使用の際は、片岡弥恵子 (yaeko-kataoka@slcn.ac.jp) まで連絡すること。

※改訂・短縮版も開発中で、こちらは問2・4・5・6番へ回答を求めます²⁾

引用・参考文献

- 1) 片岡 弥恵子. 女性に対する暴カスクリーニング尺度の開発. 日看科会誌 2005;25(3):51-60.
- 2) 今関 美喜子, 片岡 弥恵子. 改訂版「女性に対する暴カスクリーニング尺度」の正確度の検討. 日本助産学会誌 2013;26(3):122.

Q13. DVを受けている女性またはDVのリスクが高い女性に対してどのような支援が勧められていますか？ [CQ104]

DV (⇒ p.18, *7) のリスクが高い女性やDVを受けている女性への支援として、認知行動療法、支持的カウンセリング、家庭訪問が助産ガイドラインでは勧められています。これらは、暴力を減らしたり予防したり、女性の健康やQOLを向上させる効果が認められています。

認知行動療法では、エンパワメント理論に基づき、安全を守るための行動ができるように支援します。エンパワメント理論とは、利用者のもっている力に着目し、その力を引き出して積極的に利用、援助することです。助産ガイドラインには、妊娠中に30分程度を複数回、産後に2回程度のセッションをした研究などが含まれていました。

支持的カウンセリングでは、困っていることをお話いただき、一緒に解決策について考えます。話し合ったことを少しずつ実行しながら、問題解決を目指していきます。助産ガイドラインには、1回あたりの30分程度のセッションの研究などが含まれていました²⁾。

家庭訪問では、定期的な家庭訪問によって、相談しやすい環境をつくり、DVを減らしたり、DVが起こるのを予防します。面談内容の例として、母親の健康状態、子どもの健康と安全、母親としての成長、母親としての役割、パートナーとの関係、家族と友人、社会資源の活用(経済的な自立の支援、住居の支援)などがあります。助産ガイドラインで含まれた研究では、最も少ないアプローチで、妊娠中3回、産後3回、各回15~20分程度の家庭訪問が行われていました³⁾。

いずれも、ご本人の希望を確認してから、支援させていただきます。

引用・参考文献

- 1) Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010; 115(2 Pt 1): 273-83. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181cbd482.
- 2) Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG* 2005; 112(9): 1249-56.
- 3) Sharps PW, Bullock LF, Campbell JC, Alhusen JL, Ghazarian SR, Bhandari SS, Schminkey DL. Domestic violence enhanced perinatal home visits: The DOVE randomized clinical trial. *J Womens Health (Larchmt)* 2016; 25(11): 1129-38.

Q14. 医療機関では、赤ちゃんを虐待する可能性が高い妊婦さんを見つけるために、どのようなスクリーニングが勧められていますか？

[CQ105]

赤ちゃんを虐待してしまう可能性が高い妊婦さんを、できるだけ正確にみつけることができるツールを使った医療者によるスクリーニングが勧められています。

日本語で使用できるツールとしては Family Stress Checklist (ケンプ・アセスメント) があります。Family Stress Checklist には、赤ちゃん・子どもを虐待している・虐待する可能性が高い人を見つけるための確認項目が載っています。このチェックリストは、妊娠中から育児中まで使用でき、医療者が面接して検査します。確認項目の内容は 10 に分けられ、①生育歴と子ども時代の環境、②生活様式と精神保健、③親としての経験、④日常の問題解決技法と支援を得られる組織、⑤現在のストレス源、⑥怒りの処理の技術、⑦乳幼児の発達段階の知識と期待、⑧しつけの計画、⑨新しい赤ちゃんに対する想い、⑩乳児から親への愛着 (アタッチメント) と子どもに対する親の情緒的な絆 (ボンディング) となっています^{1,2)}。

赤ちゃんを虐待する可能性が高い人は、妊娠中から適切な援助を受ける必要があります。不安がある方は医療者に相談しましょう。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [CG37]. 2006. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-pdf-485782237>
- 2) 新井香里, 片岡弥恵子. 産褥早期における児童虐待の早期発見に向けたケンプ・アセスメントの実用の可能性. 日本助産学会誌. 2010;24(2):215-26.

Q15. 赤ちゃんを虐待する可能性が高い親に対して、どのような支援が勧められていますか？ [CQ106]

専門家による家庭訪問が勧められています。家庭訪問は、妊娠中または出産後早い時期に開始し、少なくとも赤ちゃんが6か月になるまで1週間に1回定期的に行うことが勧められています。

児童虐待に関する海外のガイドライン¹⁾において、家庭訪問で親子の良好な関係を促す支援や、親が問題を解決する能力を向上できる支援、薬物乱用やドメスティック・バイオレンス、精神面の問題への支援等が提供されることで、赤ちゃんの虐待が減ると期待されています。支援を行う専門家は家庭訪問のための訓練を受けていることが望ましいとされています。薬物乱用や怒りのコントロールが難しい等の問題が親にある場合には、それぞれの問題に対応した10~12週間程度のペアレンティング・プログラム(子どもを育てるための講座・教育)を受けることも勧められています。

ただし、日本では家庭訪問のための専門家への訓練や、ペアレンティング・プログラムの方法はまだ確立されておらず、このような支援の提供体制は整っていません。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Child abuse and neglect. 2017.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng76/evidence/full-guideline-pdf-4607478261>

4. その他

Q16. 助産所や、院内助産、助産師外来における、助産師による継続ケアは勧められますか？ [CQ101]

助産師主導による継続ケアを受けることをローリスク*妊婦では勧められます。

助産師主導による継続的なケアとは、「あなたが安心できる、少人数の決まった助産師から受ける妊娠中から産後までのケア」を指します。現在、日本の妊婦健診*では14回程度の公費助成を受けることができます。妊婦健診は大きく分けて、産婦人科医師が主体となっていくもの、助産師が継続的に行うものがあります。助産師による継続ケアは、助産所*や、院内助産*、助産師外来*で実施されています。具体的には、助産師が責任を持ってあなたの妊娠から産後までに提供されるケアを計画し、必要な場合は医師や他の医療職、他施設への調整を担うケア体制のことです。1回の健康診査の時間が長く設定されており、相談しやすいのが特徴です。いくつかの体制があり、複数の決まった助産師がチームとなって女性にケアを提供する“チーム助産”と、ある特定の助産師が女性にケアを提供する“ケースロード助産”があります。

あなたがローリスク妊婦なら、助産師主導による継続ケアを受けることで多くの良い影響を受けられる可能性があります。ただし、前提として、必要に応じて速やかに医師の診察や治療を受けることができる環境が整っていることが必要です。助産師による継続ケアを受けることで、医療的介入*が少なくなる効果があります。さらに、女性の満足度は高くなり、ポジティブな出産体験となるとされています¹⁻³⁾。

用語の説明

* 8 ローリスク

母子のいずれか、または両者に重篤な合併症が予想されないことです⁵⁾。

* 9 妊婦健診

助成額や検査内容、使用可能な施設(特定の週数の健診は助産院を除外するなど)は、各自治体によって異なります。厚生労働省が勧める妊婦健診の頻度は、妊娠初期から妊娠23週までは4週間に1回、妊娠24週から妊娠35週までは2週間に1回、妊娠36週から出産までは週1回の受診です。

* 10 助産所

助産師を施設の責任者とする医療法で定められた施設です。緊急時の対応などについては、嘱託医療機関と連携することで安全な助産ケアを提供しています。

* 11 院内助産

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥 1 か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制のことです。

* 12 助産師外来

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行います。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まれません。

* 13 医療的介入

局所麻酔、器械分娩(⇒ p.41, * 21)、人工破膜、会陰切開、分娩時の麻酔薬の使用などを指します。

コラム① アドバンス助産師について

自律してケア提供できる助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)(CLoCMiP クロックミップ®)において、もっとも高いレベルⅢであると日本助産評価機構によって認証された助産師のことです。本制度は、更新制の認証制度であり、より安全で満足度の高いケアを提供できるよう 2015 年から開始されました。2017 年より厚生労働省における「周産期医療の医療体制」の評価項目の一つにアドバンス助産師の人数が挙げられています。

引用・参考文献

- 1) Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD. DOI: 10.1002/14651858.CD004667. Pub5.
- 2) Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, Flood M, Shafiei T, Waldenström U. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases

- women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC pregnancy and childbirth 2016; 16: 28.
- 3) McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, Waldenstrom U. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: Results from the COSMOS randomised controlled trial. BJOG. 2016; 123: 465-74.
- 4) 日本看護協会. 平成 29 年度 厚生労働省看護職員確保対策特別事業. 院内助産・助産師外来ガイドライン 2018 ダイジェスト版, 2018, 1,
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/innaijosan_2018_digest.pdf
- 5) 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム.WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア.医学書院.2021:224

Q17. 妊娠中や産後にメンタルヘルスの問題を抱える可能性が高いか、医療者はどのように評価することが勧められていますか？

[CQ107]

医療者はメンタルヘルスの問題として、うつ病や不安障害がある、または、その可能性が高い人を見つける質問を妊婦および産後の方に行い、その回答を評価することが勧められています。

妊娠中やお産後は、ホルモンや今までの生活が大きく変わるため、メンタルヘルスに問題が生じやすい時期です。メンタルヘルスの問題を抱える可能性が高い妊婦さんや産後の方が、必要な支援を得られることが大事です。そのため、まずそのような妊婦さんや産後の方を見出すことが必要です。そこで、妊娠中や産後のメンタルヘルスの問題として、うつ病や不安障害をもっている・もつ可能性が高い人を見分ける質問を行いその回答結果を評価することが医療者には勧められています¹⁾。勧められている評価の時期は、妊婦健診(→ p. 25,*9)での初めての診察時と産後の早い時期(産後10日程度まで)の少なくとも2回です。

この評価では、うつ病と不安障害についてそれぞれ2段階で評価することが勧められています。1段階目の評価でうつ病または不安障害をもっている・もつ可能性が高いと判定された場合に、2段階目の評価が行われます。

1段階目の評価はうつ病と不安障害それぞれ2つの質問があります(→ コラム ②)。2段階目の評価では、うつ病についてはエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale:EPDS)、不安障害については全般性不安障害尺度7項目版(Generalized Anxiety Disorder-7: GAD-7)という質問票が使用され、それぞれ1段階目より質問数が増えます。

なお、産後3~10日頃に、軽度の抑うつ状態を一過性に経験することがあります。これをマタニティ・ブルーズといいます。症状には、疲労感や涙もろさん、不安感、怒りっぽさなどがあります。マタニティ・ブルーズは通常10日~2週間程度で自然に回復する産後の経過で見られる生理的な反応です。しかし、症状が長引く場合には、産後うつ病の場合もあります。症状が強かったり、もともとメンタルヘルスに問題を抱えていたりした場合には特に注意が必要です。これらがあつたり、症状が2週間以上続く場合には、医療者に相談しましょう²⁾。³⁾。医療者が妊娠中から産後1年以内の方と接する際には、メンタルヘルスを気にかけています。

コラム ② うつ病, 不安障害評価のための質問⁴⁾

- うつ病 (Whooley の 2 項目質問票)
「はい」または「いいえ」で回答します。
 1. 過去 1 か月の間に, 気分が落ち込んだり, 元気がなくなる, あるいは絶望的になって, しばしば悩まれたことがありますか?
 2. 過去 1 か月の間に, 物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして, しばしば悩まれたことはありますか?
- 不安障害 (Generalized Anxiety Disorder-2: GAD-2)
過去 2 週間に質問にある経験があった頻度を「全くない」「数日」「半分以上」「ほとんど毎日」から選んで回答します⁴⁾。
 1. 緊張感, 不安感, また神経過敏を感じる
 2. 心配することを止められない, または心配をコントロールできない

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [CG192]. 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>
- 2) 日本産婦人科医会. マタニティブルーについて教えてください. ホーム > 女性の健康 Q&A > 妊娠・出産.
<https://www.jaog.or.jp/qa/confinement/jyosei200226/>
- 3) 小黒道子. アセスメントスキルを修得し質の高い周産期ケアを追求する母性看護学 II 周産期各論. 有森直子編. アセスメントスキルを修得し質の高い周産期ケアを追求する母性看護学 II 周産期各論. 第 2 版. 東京: 医歯薬出版; 2020. p. 290.
- 4) 日本周産期メンタルヘルス学会. CQ1 妊娠中のうつ病・不安障害のスクリーニング方法は?. 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド 2017. 2017. p. 2-7. moz-extension://eb627bd8-5762-444c-96b7-d8b6591a9ca6/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fpmhguideline.com%2Fconsensus_guide%2Fcq01-20.pdf

Q18. 出産時に会陰に傷がでないようにするためにできることはありますか？ [CQ108]

経膣分娩が初めての妊婦さんでは、妊娠 34 週以降に会陰をマッサージすることで、会陰に傷ができにくい、もしくは、できたとしても縫う必要がない程度の傷となる可能性があります。

会陰とは、小陰唇の肛門側と肛門の間の皮膚のことです(→ 図 4)。お産の時には赤ちゃんが出る過程で伸ばされるため、小陰唇側から切れたり、傷ができることがあります、これを会陰裂傷*と言います。会陰裂傷がでないように妊婦さんができることとして、会陰のマッサージ¹⁾(→ コラム ③)、会陰部と会陰部の周囲にある筋肉である骨盤底筋群のトレーニング²⁾の効果を検討した研究があります。

経膣分娩が初めての妊婦さんの場合には、妊娠 34 週以降に会陰のマッサージを週に3回で行った場合に、会陰裂傷を減らしたり、できたとしても縫う必要がない程度の傷となる可能性が示されました。しかし、マッサージの頻度が週4回以上ではこれらの効果はみられず、マッサージを多くすればよいというわけではありません。適切なマッサージの頻度やマッサージの方法については研究によって違いがみられ、マッサージによって会陰裂傷が減ることは期待できますが、まだ確実な方法とは言えないのが現状です。

上のお子さんを経膣分娩で出産したことのある妊婦さんについては、会陰をマッサージすることで会陰裂傷を減らす効果は見られませんでした。経膣分娩を経験している方は、していない方と比べて会陰が伸びやすく、会陰に傷ができづらい、できても深くなりづらいため、会陰をマッサージすることによる違いがみられなかったのかもしれない。

骨盤底筋群トレーニングでは会陰裂傷を減らす効果はみられませんでした。

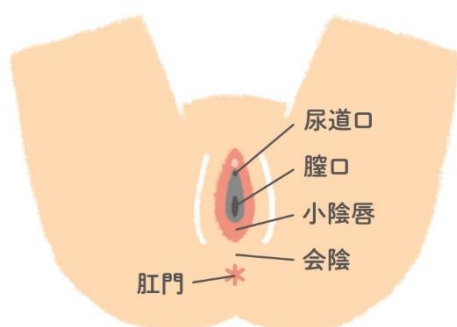


図 4 会陰の位置

用語の説明

* 14 会陰裂傷

分娩時に赤ちゃんの頭や体が会陰（外陰部から肛門にかけて）を通過する際に生じる傷のことで、第1度から第4度に分けられます。

第1度会陰裂傷：会陰の皮膚および腔壁粘膜の損傷

第2度会陰裂傷：会陰の皮膚だけでなく筋層の裂傷を伴うが、肛門括約筋には達しない裂傷

第3度会陰裂傷：肛門括約筋や腔直腸中隔に達するが、直腸粘膜は損傷されていない裂傷

第4度会陰裂傷：第3度会陰裂傷に加え、肛門粘膜や直腸粘膜の損傷を伴う裂傷

コラム ③ 会陰裂傷予防のための会陰マッサージの方法

会陰のマッサージと聞くと、会陰の皮膚のマッサージを思いつかれるかもしれませんが、マッサージするのは会陰の小陰唇側です。会陰の小陰唇側をマッサージで伸びやすくしておくことで、お産で赤ちゃんが出る時に会陰に傷ができるのを防ぐというイメージです。

● 研究で行われていた方法

マッサージを行う人

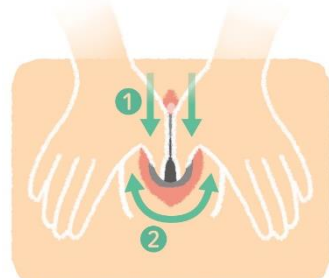
妊婦さん自身かパートナー

マッサージの所要時間

4分間、5分間、10分間の3通りありました

方法

指と会陰部にスイートアーモンドオイルを塗り、指1～2本を膣の中に3～4cm(5cmとした研究もありました)入れて、膣の出口を下側(会陰側)に圧します。真下だけでなく、Uの字のようにも圧します。



● 気を付けることなど³⁾

- オイルにアレルギーがないか確認するために事前にパッチテストが必要です。パッチテストの方法はオイルを購入するお店や専門家に相談しましょう
- 研究ではスイートアーモンドオイルが使われていましたが、他の会陰マッサージの説明では植物性のオイルと示しているものもあります
- 爪を短くきっておきます
- マッサージ前にマッサージをする手指を石鹸できれいに洗います
- 入浴・シャワー後のリラックスした状態で行います(1つの研究では、入浴・シャワー後の実施と決められていました)
- マッサージに適しているのは、立った状態で片足を台に乗せたり、壁によりかかって足を開いた姿勢です

引用・参考文献

- 1) Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(4).
- 2) Schreiner L, Crivelatti I, de Oliveira JM, Nygaard CC, Dos Santos TG. Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Oct;143(1):10-8.
- 3) 馬場香里. 【助産ガイドライン 最新エビデンス 妊娠・分娩・産褥期の CQ で知識とケアをアップデート!】《事例で CQ 解説編》【妊娠期】会陰裂傷予防のための効果的な方法. ペリネイタルケア. 2021;40(5):436-9.

第2章

お産のとき

1. 自然な陣痛発来のために

Q19. 分娩予定日を超えた場合の分娩誘発は効果がありますか？ [CQ201]

ローリスク(→ p. 25, * 8)妊婦においては、予定日を過ぎた場合に、妊娠41週0日以降に分娩誘発をする方法と自然に陣痛がくるのを待つ方法を比べた研究¹⁾では、分娩誘発をした方が胎児または生後1週未満までの赤ちゃんの死亡率、胎便吸引症候群*発生率、帝王切開率が低下したという結果が報告されました。

ただし、妊娠41週0日～6日の期間に限った場合では、自然な陣痛を待つ場合と、分娩誘発を行う場合を比べた時に、分娩誘発を行う方が明らかに優れているという根拠は確立していません。

また妊娠42週以降においては、自然な陣痛を待つよりも分娩誘発を行う方が望ましい可能性があります。しかし、分娩誘発をいつまでにすべきかについては、結論が出ていません。

分娩予定日とは、具体的には妊娠40週0日の日のことを指します。しかし分娩予定日ちょうどにお産になる方はほとんどいません。お産の時期としては、妊娠37週0日～妊娠41週6日の時期にお産をすることを正期産と言い、妊娠42週以降にお産をすることを過期産と言います。過期産の時期になると、胎盤の機能が落ちてきたり、羊水の量が減ったりして赤ちゃんに影響が出てくると考えられています。

そのため、分娩予定日を超えた場合の対応としては、自然に陣痛が来るのを待つ方法と、分娩誘発と言って、子宮収縮が起こる薬剤を使用して陣痛を起こし、出産に向かうようお手伝いする方法の、2つの選択肢があります。どちらの方法を選択するかについては、医師がお母さんと赤ちゃんの様々な状況を考慮して、あなたと相談をして決めていきます。

分娩誘発を行うかどうかや、分娩誘発を行う時期については、分娩施設の設備等によっても変わってきます。あなたが分娩をする予定の医療機関とよく相談しましょう。

用語の説明

* 15 胎便吸引症候群

赤ちゃんが生まれる前に子宮内で出した胎便を気道に吸い込んでしまうことが原因で、呼吸が苦しい状態になることを指します。

引用・参考文献

- 1) Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes 79 for women at or beyond term. 2012.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub3>.

Q20. 乳房や乳頭の刺激には、自然に陣痛を起こす効果がありますか？ [CQ203]

ローリスク(⇒ p. 25,* 8)妊婦の方にとっては、選択肢の1つとなりますが、必ず医師や助産師へ相談しましょう。

乳房や乳頭を刺激することで、子宮を収縮させるオキシトシンというホルモンが分泌されます。この作用を利用して、自然に陣痛が起こることを期待した方法です。

ローリスク妊婦の方にとっては、選択肢の1つとなりますが、必ず医師や助産師へ相談しましょう。ローリスク妊婦では、乳房や乳頭の刺激をすることで、刺激を始めてから72時間以内の出産が増えることが確認されています¹⁾。さらに、分娩時間が短くなったり、お産後の出血を減らす効果もあります。

一方で、ハイリスク妊婦では、胎児死亡例の報告があり²⁾、危険性が指摘されています。そのため、ハイリスク妊婦では、乳房や乳頭への刺激は勧められません。

刺激の方法として、指や搾乳器を用います。有効とされる刺激の中で、最も短い刺激時間は、1日1時間の刺激(左右の乳頭を15分ずつ)を連続で3日間という方法があります。長いものでは、出産まで毎日の刺激を勧める研究もあります¹⁾。

初めて刺激する場合は医療者とともに実施するのが良いでしょう。いずれにしてもかかりつけの産婦人科へ事前に相談しましょう。

引用・参考文献

- 1) Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD003392. DOI: 10.1002/14651858.CD003392.pub2.
- 2) Damania KK, Natu U, Mhatre PN, Mataliya M, Mehta AC, Daftary SN. Evaluation of two methods employed for cervical ripening. J Postgrad Med 1992; 38: 58. <http://www.jpgmonline.com/text.asp?1992/38/2/58/720>

Q21. 卵膜剥離には、自然な陣痛がくる効果がありますか？

[CQ202]

子宮頸管*が未成熟の方を対象に卵膜剥離を行った研究¹⁾において、初産婦・経産婦に関わらず、卵膜剥離を行うことで自然に陣痛がくる可能性が高まり、妊娠42週以降に分娩になることを減らす効果があると報告されています。また、卵膜剥離による母子への悪い影響はみられませんでした。

卵膜とは赤ちゃんを包んでいる膜のことで、通常は子宮の壁に張り付いています。卵膜剥離とは、内診の際に、卵膜の一部を子宮の壁から指で剥がす手技のことを指します。卵膜を剥がした刺激で、陣痛を誘発することを期待して行います。いわゆる「内診ぐりぐり」は、卵膜剥離の手技を指すことが多いです。

卵膜剥離には、自然に陣痛がくる可能性が高まり、妊娠42週以降に分娩になることを減らす効果があると報告されています¹⁾が、卵膜剥離を受けた女性は不快感や痛みが強く、出血や前駆陣痛を訴えることが多かったとされています。



図5 卵膜剥離

用語の説明

* 16 子宮頸管

子宮頸管とは、子宮の出口にある、筒のようになっている部分のことを指します。お産が近くなると、この部分が柔らかく、短くなって開いてくるのですが、この変化を熟化と言います。この熟化がまだ進んでいない場合を、子宮頸管の熟化が未熟である、と表現します。

引用・参考文献

- 1) Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. 2005.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub2>.

Q22. 鍼療法や指圧には、自然に陣痛を起こす効果がありますか？

[CQ204]

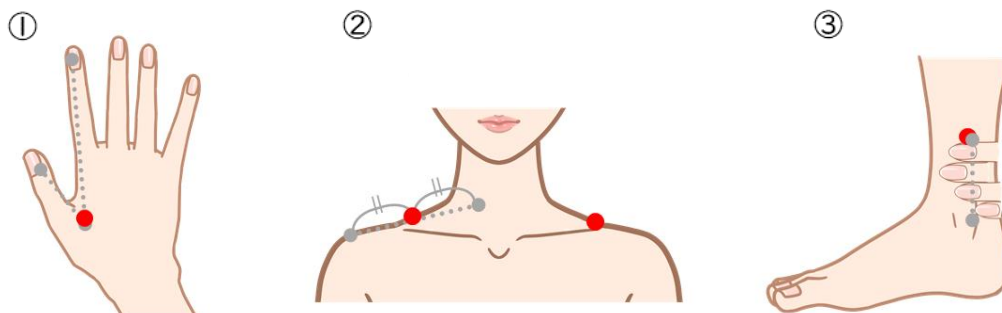
鍼療法*によって、自然に陣痛が起こるかについて、結論はでていません。しかし、子宮頸管（⇒ p. 37, * 16）を柔らかくする効果は確認されています¹⁾。鍼療法による、お母さんや赤ちゃんへの悪影響は報告されていません。

指圧*によって、自然に陣痛が起こる可能性があります²⁾。

指圧するツボとして3か所が勧められています（⇒ コラム ④）。しかし、研究事例が少ないため、さらに研究を重ねていく必要があります。指圧によるお母さんや赤ちゃんへの有害な影響は報告されていません。

コラム ④ 陣痛発来のために研究で用いられていた経穴（ツボ）

- ①合谷（ごうこく）：手背側の親指とひとさし指が交わる部分
- ②肩井（けんせい）：首の骨と肩先（骨の出っ張り）を結ぶ線の中央部分
- ③三陰交（さんいんこう）：足の内側のくるぶしから指4本分上の部分



用語の説明

* 17 鍼療法

国家資格である「はり師」が患者の経穴（ツボ）に金属の細い針を刺入し、経穴に刺激を加え病気を治そうとする施術を指します。

* 18 指圧

体の経穴（ツボ）を母指、手掌等を用いて押圧する方法です。手軽に自分で実施することもできます。他者に施術してもらう場合は、国家資格であるあん摩マッサージ指圧師に施術してもらうと良いでしょう。

引用・参考文献

- 1) Smith CA, Crowther CA. Acupuncture for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD002962. DOI: 10.1002/14651858.CD002962.pub2.
- 2) Mollart LJ, Adam J, Foureur M. Impact of acupuncture on onset of labour and labour duration: A systematic review. *Women Birth* 2015; 28(3): 199-206. doi:10.1016/j.wombi.2015.03.007

2. 赤ちゃんの心拍の確認方法

Q23. お産のために入院した際の赤ちゃんの心拍の確認方法はどのようなものが勧められていますか？ [CQ205]

お産のために入院した際に赤ちゃんの心拍に異常がないか確認する方法として、分娩監視装置の装着が勧められています。

お産の時には陣痛が強くなると胎盤や赤ちゃんへの血流障害が起こり、赤ちゃんの心拍が変化することがあります。この変化を適切に観察し、赤ちゃんの心拍に異常がないか確認する必要があります。

赤ちゃんの心拍を確認する方法として、分娩監視装置*、超音波ドップラー装置*が用いられています。

赤ちゃんの心拍の確認方法の2つを比較した研究からは、分娩監視装置の方がお産の時に帝王切開、器械分娩*などの医療介入が多いことが報告されています¹⁾。また、赤ちゃんに関しての影響は、2つの機器に差は見られなかったという研究もあります¹⁾。

産婦人科診療ガイドラインでは、分娩監視装置と断続的に赤ちゃんの心拍を聴取する方法を2つ示しています。そして、入院時には分娩監視装置を一定時間(20分以上)装着してモニタリングを記録することが報告されています²⁾。

また、日本の医療機能を評価する団体の報告書では、「入院時には一定時間(20分以上)分娩監視装置を装着し、赤ちゃんの心拍に異常がないことを確認する」³⁾と分娩監視装置の装着を勧めています。

用語の説明

* 19 分娩監視装置

連続的に装着し、赤ちゃんの心拍の変化と陣痛との関係(胎児心拍陣痛図)を合わせて評価する機器です。



* 20 超音波ドップラー装置

断続的に陣痛の状況に合わせて、赤ちゃんの心拍を聴取する機器です。



* 21 器械分娩

器具を用いて赤ちゃんの出生を助ける方法で、吸引分娩*や鉗子分娩*を指します⁴⁾。

* 22 吸引分娩

シリコンや金属製の吸引カップを赤ちゃんの頭につけて、吸引圧をかけて体全体を引っ張り出し、赤ちゃんの出生を助ける方法です。

* 23 鉗子分娩

大きなスプーンを2枚合わせたような器具(鉗子)で赤ちゃんの頭をはさみ、体全体を引っ張り出し、赤ちゃんの出生を助ける方法です。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour[CG70].2008.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/full-guideline-pdf-241871149>
- 2) 日本産科婦人科学会.日本産婦人科医会.産婦人科診療ガイドライン産科編 2020.日本産科婦人科学会.2020:223-227(CQ410)
- 3) 公益財団法人 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度 再発防止委員会 2015. 第5回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書～産科医療の質の向上に向けて～.2015年. http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/documents/prevention/report/pdf/Saihatsu_Report_05_All.pdf
- 4) 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム.WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア.医学書院.2021:225-226

Q24. 分娩第1期*の赤ちゃんの心拍の確認方法として、連続的と断続的のどちらの方法が勧められていますか？ [CQ206]

赤ちゃんの心拍の確認方法として、分娩監視装置（⇒ p.40, * 19）を使用し連続的に確認する方法は、断続的に確認する方法と比較して、新生児痙攣は減ります¹⁾。これは、長時間赤ちゃんの心拍を監視でき、早期に発見・対応できるためと考えられます。その一方で、器械分娩（⇒ p.41, * 21）や帝王切開を増加させると報告されています¹⁾。そのため、ローリスク（⇒ p. 25, * 8）妊婦では、断続的に確認する方法（15分以下の間隔で、1回あたり1分以上）が勧められています。

また、お産中にリスクが高くなった場合は、連続的に分娩監視装置を使用して赤ちゃんの心拍を確認し、問題がなければ、断続的に確認する方法に戻すことが勧められています。入院時に、分娩監視装置を装着し、赤ちゃんの心拍に異常がないと確認されたローリスク妊婦は、分娩第1期では、超音波ドップラー装置（⇒ p. 41, * 20）による断続的聴取（15分以下の間隔で、1回あたり1分以上）が勧められています。ただし、リスクが高く（赤ちゃんの心拍に気になるサインがある場合、お母さんの発熱、赤ちゃんが産まれる前におしるし以外の出血がある場合、陣痛を強くする薬を使用する場合など）なる場合は、分娩監視装置により連続的に確認を行う必要があります。

産婦人科診療ガイドラインでは、リスクが高い妊娠の場合や、お産中にリスクが高くなった場合は、断続的に確認する方法をやめて、連続的に分娩監視装置を使い観察を行うように記載されています²⁾。

以上より、入院後に分娩監視装置を使い、赤ちゃんの心拍に異常がないと確認できたローリスクの妊婦は、分娩第1期には、断続的に確認する方法を勧められています。

用語の説明

* 24 分娩第1期

お産が開始し子宮の入り口が全部開くまでの期間を指します。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and their babies. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>
- 2) 日本産科婦人科学会. 日本産婦人科医会. 産婦人科診療ガイドライン産科編 2020. 日本産科婦人科学会. 2020:223-227(CQ410)

3. 分娩中の過ごし方と産痛の緩和

Q25. お産中に飲食の制限をすることは必要ですか？ [CQ210]

お産中に、飲食の制限をすることは、必要ありません。

お産中に飲食を制限しない人と飲食を制限した人を比較したいくつかの研究によると、飲食をしても、母子に悪影響はありませんでした^{1,2)}。また、お産中に食事をとった場合、母体へのエネルギー源になるのでメリットがありますが、嘔吐した人の割合が2倍に増加するという報告もあります¹⁾。しかし、現在の研究では飲食の制限をすることは有効であるとは言えない現状です。

帝王切開や硬膜外麻酔分娩の場合には、麻酔が使用され、誤嚥を防ぐなどの目的で飲食の制限が必要です。合併症のある方や、リスクや異常のない経膈分娩の方でも、飲食が制限されることがありますので、医療者に相談しましょう。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and their babies. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>
- 2) Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.

Q26. 分娩第1期に身体を起こして自由に動くことは、お産を進める効果がありますか？ [CQ211]

分娩第1期（⇒ p. 42, * 24）に、身体を起こして自由に動かすことは、お産を進めることに効果があります。

研究によると、ベッド等で横になって過ごすことと比べ、身体を起こして自由な動きをして過ごすことのほうが、分娩第1期の時間を短くします^{1,2)}。また、自由に動くことで、帝王切開や硬膜外麻酔の使用、NICU(新生児集中治療室)への入院数は減っていました²⁾。

しかし、医療処置などして動きが制限される場合もありますので、医療者に相談をしましょう。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>
- 2) Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Q27. 分娩第Ⅰ期にお湯につかることは、産痛緩和の効果がありますか？ [CQ208]

分娩第Ⅰ期（⇒ p. 42, * 24）にお湯につかることは、産痛緩和の効果が期待できます。

産痛とは、分娩の際に感じる痛みのことであり、産痛緩和とは、産痛をやわらげることを言います¹⁾。

いくつかの研究によるとお湯につかることによって、①産痛の減少、②麻酔の使用の減少、③会陰裂傷（⇒ p. 31, * 14）の減少、④赤ちゃんへの悪影響がないという結果が報告されています²⁾。また、分娩が開始してからの早い時期（子宮口開大が5 cm 未満）にお湯につかる場合よりも、遅い時期（子宮口開大が5 cm 以上）にお湯につかる場合のほうが、より高い産痛緩和の効果があると報告されています³⁾。

以上より、分娩第Ⅰ期にお湯につかることは、産痛緩和の目的の選択肢の一つとなります。

引用・参考文献

- 1) 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム.WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア.医学書院.2021:224
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and their babies. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>
- 3) Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.

Q28. 鍼療法や指圧で、産痛は緩和しますか？ [CQ209]

鍼療法（→ p.38, * 17）や指圧（→ p. 38, * 18）は、産痛緩和方法の選択肢の1つになります。

鍼療法や指圧（→ コラム ⑤）は、痛みを軽くし、産痛緩和への満足度を高め、鎮痛剤の使用を減らす可能性があります¹⁾。しかし、どの研究も小規模であるため、母親と赤ちゃんの有害作用も含めて、さらなる研究が必要な状況です。

コラム ⑤ 産痛緩和のために研究で用いられていた指圧の経穴(ツボ)と方法

経穴(ツボ)

- ①合谷…手背側の母指と示指がまじわるところ
- ②三陰交…足の内くるぶしから上に約4横指のところ
- ③至陰…足の小指の外側の、爪の付け根



方法

- ①三陰交を30分または30分以上指圧する
- ②合谷・至陰を5分ずつ指圧する

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and their babies. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>

Q29. 硬膜外麻酔分娩とは、どのような方法ですか？ [CQ207]

硬膜外麻酔分娩とは、無痛分娩の1つの方法で、背中にある硬膜外腔に麻酔薬を注入して、お産をする方法です¹⁾。

研究により、硬膜外麻酔分娩は、産痛をやわらげる効果が確実に得られること^{2,3)}、産婦の出産満足度が高いことが示されています³⁾。その一方で、器械分娩(→ p.41, * 21)・帝王切開・お産にかかる時間の割合などの影響に関しては、様々な結果がでており、結論が出ていません^{2,3)}。また、麻酔薬使用に伴う稀で重篤な副作用や、児への今後の影響についてはまだ明らかになっていない現状があります。

硬膜外麻酔分娩を希望する場合は、医療者に相談し、選択することをお勧めします。

引用・参考文献

- 1) 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム.WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア.医学書院.2021:225.
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and their babies. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>
- 3) Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.

4. お産を進めるための方法について

Q30. 鍼療法や指圧は、陣痛を強くするのに効果がありますか？

[CQ214]

鍼療法 (→ p.38, * 17) や指圧 (→ p. 38, * 18) は、陣痛を強くする方法の選択肢の1つになります。

鍼療法や指圧によって、お産にかかる時間の短縮がみられ¹⁻¹⁰⁾、陣痛を強くする可能性があります。しかしどの研究も小規模であるため、さらなる研究が必要となっています。

Q28. には、鍼療法と指圧での産痛緩和効果について記載してあります。また、陣痛を強くする効果で使用する経穴(ツボ)も、産痛緩和の効果同様の①合谷②三陰交③至陰であり、Q28. に詳しい場所について示しています。

コラム ⑥ 陣痛を強くするために研究で行われていた指圧の方法

- ①三陰交を30分指圧する
- ②合谷・至陰を5分ずつ指圧する
- ③合谷を20分指圧する

引用・参考文献

- 1) Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232
- 2) Hantoushzadeh S, Alhousseini N, Lebaschi AH. The effects of acupuncture during labour on nulliparous women: A randomised controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007; 47(1): 26-30.
- 3) Ramnero A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture treatment during labour - A randomised controlled trial. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109: 637-644.
- 4) Martensson L, Stener-Victorin E, Wallin G. Acupuncture versus subcutaneous injections of sterile water as treatment for labour pain. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2008; 87(2): 171-177.

- 5) Mollart LJ, Adam J, Foureur M. Impact of acupressure on onset of labour and labour duration: A systematic review. *Women Birth* 2015 9; 28(3): 199-206.
- 6) Kashanian M, Shahali S. Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparous women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2010; 23(7): 638-41.
- 7) Makvandi S, Mirzaiinajmabadi K, Sadeghi R, Mahdavian M, Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 135: 5-10.
- 8) Yesilcicek CK, Komurcu N. Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor. *Iran Red Crescent Med J* 2014 Oct 5; 16(10): e16461.
- 9) Mafetoni RR, Shimo AK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: Randomized clinical trial. *Rev Saude Publica* 2015; 49: 9.
- 10) Hamlacı Y, Yazıcı S. The Effect of Acupressure Applied to Point LI4 on Perceived Labor Pains. *Holistic Nursing Practice* 2017; 167-176.

Q31. 分娩第1期の浣腸は、陣痛を強くする効果がありますか？

[CQ213]

分娩第1期（⇒ p. 42, * 24）の浣腸は、陣痛を強くする効果はなく、お勧めしません。

浣腸とは、肛門から直腸や大腸へ薬を注入し、腸に刺激を与え、腸の動きを活発にし、排便を促すことを言います¹⁾。お産の時に医療者は、陣痛を強めるように刺激をしたり、腸を空にして赤ちゃんの頭が下がれるようにするため、浣腸をすることを考えますが、浣腸は気持ち良いものではなく、腸を傷つけるという危険性も伴います。

研究結果からも分娩第1期に浣腸をしても、お産にかかる時間は短くならないと報告されています^{2,3)}。さらに、浣腸は不快な処置でもあることから、お産を進める目的とした浣腸は勧められません。

お産時の排便については、赤ちゃんが下がってくると、母親の直腸を赤ちゃんの頭で圧迫して、頻回に便意をもよおし、陣痛が来た時に自然に少量の便が排出されることもあります。しかし、助産師が赤ちゃんに排便が触れないように注意しながらお産の介助をしています。

引用・参考文献

- 1) 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム.WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア.医学書院.2021:224
- 2) Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330
- 3) Cuervo LG, Bernal MP, Mendoza N. Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – the N-Ma randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2006; 6: 8

Q32. 陣痛が弱いと診断された場合に、人工的に破水させることでお産は進みますか？ [CQ212]

人工的に破水させることでお産が進むか否かについては、結論は出ていません。

陣痛が弱くお産が進まない場合に、微弱陣痛と診断されることがあります。微弱陣痛と診断され破水していない場合、お産が進むことを期待して、人工的に破水させる人工破膜が行われることがあります。

期待したように人工破膜でお産が進めば、陣痛を強くする薬は不要になります。また、出産に至れるよう行われる帝王切開や吸引分娩(→ p. 41, * 22), 鉗子分娩(→ p. 41, * 23)といった器械分娩(→ p. 41, * 21)も減ると考えられます。しかし研究¹⁾の結果では、人工破膜をした場合としない場合を比べて、陣痛を強くする薬の使用や、器械分娩に違いはみられませんでした。また、痛み止めの使用や出生直後の赤ちゃんの状態などについても違いはみられませんでした。違いがみられたのは出産体験への満足で、人工破膜をした方が高くなっていました。

なお、この研究は小規模で、この研究結果だけで微弱陣痛の際に人工破膜をするとお産が進むか否かについて結論づけることはできません。

引用・参考文献

- 1) Blanch G, Lavender T, Walkinshaw S, Alfircvic Z. Dysfunctional labour: a randomised trial. Br J Obstet Gynaecol. 1998 Jan; 105(1): 117-20.

Q33. 赤ちゃんの顔が産婦の腹側を向いている回旋異常は、四つばいの姿勢をとると改善しますか？ [CQ222]

四つばいの姿勢をとることで回旋異常が改善されるかについての根拠は明確に示されていません。

赤ちゃんはお産が進むにつれて産道をおりてきます。この過程で、少しずつ赤ちゃんの体の向きがかわって(回旋), 赤ちゃんの顔が産婦のお尻側を向くのが通常です。ですがこの回旋が起こらず, 赤ちゃんの顔が産婦の腹側を向いている後方後頭位では, 赤ちゃんの頭の大きい部分と産道の広い部分が合わず, お産が進みづらくなります(回旋異常)。回旋異常を改善するために産婦さんが四つばいの姿勢をとることを勧められることがあります。しかし, 分娩第2期の回旋異常に対して四つばいを行う効果を検討した研究は見あたりませんでした。

分娩第1期(⇒ p. 42, * 24)に後方後頭位の産婦さんを対象にした研究では, 出産時に回旋異常が改善したという明確な結果は得られていません^{1, 2)}。

そのため, 四つばいの姿勢をとることで回旋異常が改善されるかについては, 結論が出ていません。

引用・参考文献

- 1) Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. Birth. 2005 Dec;32(4):243-51.
- 2) Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M. Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. BJOG. 2016;123(13):2199-207.

5. 会陰の傷を予防するには

Q34. 分娩第2期に会陰マッサージを医療者にしてもらうことで、会陰が切れること(会陰裂傷)を予防できますか? [CQ218]

分娩第2期に医療者が会陰マッサージ*を行うことで、会陰裂傷(→ p. 31, *14)や会陰切開を減らす明確な根拠は得られていません。

初産婦さんでは、会陰裂傷、会陰切開、産後の会陰部の痛みにおいて、マッサージの効果が示されている研究結果¹⁾もあります。また、会陰裂傷がない人の割合が増え、会陰裂傷ができたとしても、深い傷(第3度・4度会陰裂傷)ができる割合を減らす、という研究結果もあります。一方で、会陰裂傷の程度別に比較した場合や、縫合を必要とする会陰裂傷の発生についての差は認められないとする研究結果もあります^{2~4)}。

会陰裂傷を防ぐ方法には、お産の時の体位、会陰部の皮膚の柔らかさ、お産のスピードなど多くの要因が複雑に関与しているため、会陰マッサージの効果に関しては、更なる研究が必要とされています。

用語の説明

* 25 医療者による会陰マッサージ

ここでの会陰マッサージの方法は、2本の指を膣の中に挿入し、会陰部を内側から左右に優しく動かす、ということを指します。

引用・参考文献

- 1) Shahoei R, Zaheri F, Nasab LH, Ranaei F. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. 2017. <http://dx.doi.org/10.19082/5588>.
- 2) Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: Randomised controlled trial. 2001. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7297.1277>.
- 3) Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. 2005. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.012>.
- 4) Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>.

Q35. 会陰裂傷や会陰切開を減らすために、分娩第 2 期に医療者に会陰保護をしてもらうことは必要ですか？ [CQ220]

必ずしも会陰保護をしてもらう必要はありません。

お産の時に、赤ちゃんが生まれてくるスピードを調整するために、医療者が会陰と赤ちゃんの頭に手のひらを当てることがあります。これをハンズオン(→ 図 6)と言います。会陰に手のひらを当てて会陰を支えることを会陰保護(→ 図 7)といい、会陰が切れることを予防するために行われています。

一方で、赤ちゃんの頭や会陰に触れず、赤ちゃんの頭が出てきた後に受け止めるだけの方法があります。これを、ハンズオフと言います。

ある研究¹⁾では、ハンズオンと比べて、ハンズオフの方が分娩後 10 日の会陰の痛みがある人が多い傾向でしたが、会陰切開をした人は少なく、会陰裂傷(→ p. 31, * 14)の程度に違いは認められませんでした。また他の研究²⁾では、ハンズオフの場合に、第 1 度会陰裂傷は多く、第 2 度～第 4 度会陰裂傷は少ない傾向があり、会陰切開を実施している割合が少ない、という結果が報告されました。

なお、お産の時の産婦さんの姿勢によって、会陰のどの部分に負荷がかかるかは違ってきます。しかし、これらの研究では、お産の時の姿勢について限定されずに分析された結果であるため、姿勢によっては違う結果が得られるかもしれません。

これらの結果から、会陰裂傷や会陰切開を減らすために、会陰保護を行う方が良いかどうかについては、はっきりとした結論は得られていません。

また研究によって、ハンズオン・ハンズオフの定義が異なっており、さらに会陰裂傷の発生には、会陰保護の有無に加えて、会陰の皮膚の柔らかさやお産のスピードなど、多くの要因が複雑に関係しています。そのため、会陰保護の必要性に関して評価するためには、更なる研究が必要です。



図 6 ハンズオン



図 7 会陰保護

引用·参考文献

- 1) McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal. 1998.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10004.x>.
- 2) Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. 2017.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>.

Q36. 分娩第2期に会陰を温めてもらうことで、会陰裂傷を予防できますか？ [CQ219]

分娩第2期に会陰を温めることは、会陰の傷が深く（第3・4度会陰裂傷（→ p. 31, *14））なる頻度を減らすとされているため、あなたが受けるケアの選択肢のひとつになり得ます。

分娩第2期に会陰を温めることに関する効果を検討した研究は2つありました。1つ目の研究¹⁾では、分娩第2期に会陰部を温める方法は、会陰裂傷が起こる頻度を低下させ、さらに初産婦さんの場合は、会陰切開の頻度を低下させた、という結果が示されました。

ただし、2つ目²⁾の研究結果では、分娩第2期において、①会陰を温める方法、②潤滑油を用いて会陰をマッサージする方法、③ハンズオフの方法、を比較した時に、第1度～第4度までの会陰裂傷が起こる割合の違いに関しては、はっきりした結論は出ていません。

なお、会陰を温めてもらうことによる母子への悪影響は報告されておらず、会陰を温めてもらうことで会陰裂傷を予防できる可能性があるため、分娩第2期にあなたが受けるケアの選択肢のひとつになり得ます。

コラム ⑦ 会陰裂傷予防のための会陰を温める方法（1つ目の研究での方法）

分娩第2期に、会陰部及び陰部に、お湯に浸して温め（温度に関する記載なし）、余分な水分を絞った清潔な布を、手袋をした助産師の手で当てて支え、持続的に圧迫する方法。この布は、保温と清潔を保持するために必要に応じて交換する。

引用・参考文献

- 1) Albers LL, Anderson D, Cragin L, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. 1996. [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(96\)00042-0](https://doi.org/10.1016/0091-2182(96)00042-0).
- 2) Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. 2005. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.05.012>.

6. 赤ちゃんが生まれる直前

Q37. 分娩第2期には、どのような姿勢でいたら良いですか？

[CQ216]

分娩の時のそれぞれの姿勢に対するメリット・デメリットについてよく知り、自分が一番快適と感じられる姿勢を取ることを勧めます。また分娩第2期に、仰向けで寝たままでいることや、仰向けに近い姿勢を取り続けることはできるだけ避けることが望ましいです。

お産をする時の姿勢には、仰向け、横向き、四つ這い、膝立ち、といった姿勢や、座った姿勢、立った姿勢、しゃがんだ姿勢等、様々な種類があります。仰向けの姿勢が他の姿勢に比べて優れているという結果は示されていません¹⁾。仰向けとそれ以外の体位を比較した時のメリット/デメリットについての表を見て、あなたが一番快適と思える姿勢を取ることを勧めます。

しかし、母子の状況や施設の設備によっては、お産の時の姿勢が制限される場合もあります。

表 6 仰向け以外の姿勢のメリット/デメリット¹⁾

姿勢	メリット	デメリット
垂直位(座る, 膝立ち, スクワットの姿勢) または横向き	器械分娩(→ p.41, * 21)の減少, 会陰切開の減少, 分娩中の赤ちゃんが苦しいというサインが出る割合の減少	第2度会陰裂傷(→ p. 31, * 14)の増加, 500ml以上の出血の割合の増加
分娩椅子	会陰切開の減少	第2度会陰裂傷の増加
横向き	分娩第2期の所要時間, 分娩様式, 会陰切開率について差はなし	

※研究の結果をそのまま記載しているので、複数の姿勢についての結果がまとまって記述されている部分もあります

引用·参考文献

- 1) Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.2017.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>.

Q38. 分娩時に外陰部を洗淨する場合には、消毒剤を使用する必要はありますか？ [CQ215]

消毒剤を使用する必要はありません。分娩時に外陰部を洗淨する時は、水道水で洗淨するのが勧められています。

お産の準備を行う時に、外陰部を清潔な水や消毒薬で洗淨することがあります。その際に、消毒剤（逆性石鹼やクロルヘキシジン）を使用する場合と、水道水を使用する場合を比べた結果、お母さんの感染や、赤ちゃんの感染について、差はみられませんでした¹⁾。

したがって、分娩時に外陰部を洗淨する時に、消毒剤を利用することは、水道水を利用することと比べて優れているという根拠はありません。

引用・参考文献

- 1) Keane HE, Thornton JG. A trial of cetrimide/chlorhexidine or tap water for perineal cleaning. *British Journal of Midwifery*. 1998.

Q39. お産の時に子宮底圧迫法(またはクリステレル胎児圧出法)を行うことで、赤ちゃんが生まれやすくなりますか？ [CQ217]

正常なお産の場合、医療者が子宮底圧迫法を行うことは勧められていません。

分娩の時に、赤ちゃんが早く生まれるように、医療者がお母さんのお腹(子宮底)を押すことがあります。これを医療用語で、子宮底圧迫法またはクリステレル胎児圧出法といいます。子宮底圧迫法を行うことで、お産までの時間が短くなったり、経膣分娩でお産をする確率が上がったりする、という効果は認められていません。反対に、子宮の入り口が切れてしまうこと(頸管裂傷)が増えることが分かっています。また、吸引分娩(➡ p. 41, * 22)や鉗子分娩(➡ p. 41, * 23)が増えたり、赤ちゃんの具合が悪くなったりする可能性があります¹⁾。

したがって、正常に経過しているお産では、子宮底圧迫法を行うことは勧められません。

引用・参考文献

- 1) Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>

Q40. お母さんと赤ちゃんの状況から会陰切開が不要とされた場合に、会陰切開をしなかったことで会陰裂傷がひどくなったり、赤ちゃんが苦しくなったりすることはありますか？ [CQ221]

お母さんと赤ちゃんの状況から会陰切開が不要とされ会陰切開をしなかった場合には、会陰切開をしなかったことで会陰裂傷（⇒ p. 31, * 14）がひどくなったり、赤ちゃんが苦しくなったりすることはありません。

会陰切開が慣例的に行われた場合と、赤ちゃんや産婦さんの状態から必要なときにだけ行われた場合を比べて、会陰裂傷の程度などを検討した研究があります。その研究結果からは、必要なときにだけ会陰切開が行われた方が、膣の傷や深い会陰裂傷（第Ⅲ・Ⅳ度）が生じる割合が少ないことが示されました。また、会陰部の痛みが強い人も少ない傾向でした。赤ちゃんの出生直後の状態について違いはありませんでした¹⁾。赤ちゃんや産婦さんの状態から会陰切開が必要なときは、胎児の状態が悪く早く出産する必要があるときを挙げられます。重度の会陰裂傷を防ぐことを「会陰切開が必要なとき」に含んだ研究もあれば含まなかった研究もありました。

イギリスのガイドラインにおいても、正常な経膣分娩では会陰切開を慣例的に行うべきではないとされています²⁾。

引用・参考文献

- 1) Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 8;2017(2).
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [CG190] version 2 (updated 2017). 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

7. お産直後のお母さんについて

Q41. 出産時、会陰に傷ができたときには、どのような処置が行われますか？ [CQ226]

第1度会陰裂傷（⇒ p. 31, *14）の場合、傷は自然に治ることが多いですが、傷の断面が合っていない場合には縫うことが勧められています。傷が筋層に達している第2度会陰裂傷以上の場合には、医師に傷を縫ってもらいます。

第1度、第2度会陰裂傷では、傷を縫っても縫わなくても、傷の痛みの程度に明らかな違いは認められませんでした。また、縫った方が傷の治りは良好でした¹⁾。

イギリスのガイドラインによると、第1度会陰裂傷で傷の断面が合っていない場合には、縫合した方が傷の治りが良いと報告されています。第2度会陰裂傷の場合も、治癒を促進するために傷の縫合が勧められています²⁾。

なお、傷を縫うことは医療行為であり、助産師は実施できないため、「クレンメ」というクリップのような小さな金具で傷を止めておくことがあります。今後はクレンメの使用など、縫うこと以外の対応に関するさらなる研究が求められています。

引用・参考文献

- 1) Fleming VE, Hagen S, Niven C. Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2003,110(7): 684-9.
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [CG190] version 2 (updated 2017). 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> [updated]

Q42. 赤ちゃんの出生後、胎盤が出てくるまでの分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤を出す方法と、自然に胎盤が出てくるのを待つ方法の、どちらが勧められますか？ [CQ227]

ローリスク(→ p. 25, * 8)の産婦さんの場合、自然に胎盤が出てくるのを待つことは選択肢の一つとなるでしょう。しかし、分娩後の異常出血のリスクが懸念される産婦さんに対しては、医療介入を行って積極的に胎盤を出す方法をとることが勧められます。

妊娠期間中、胎盤は子宮の内側(子宮内壁)に付着し、赤ちゃんに栄養や酸素を送っていますが、赤ちゃんの出生後、胎盤はその役割を終え、子宮内壁からはがれて、体外に出てきます。赤ちゃんの出生から胎盤が出てくるまでの期間が分娩第3期であり、そして、自然に胎盤がはがれるのを待つ方法を分娩第3期の「待機的管理」といいます。

分娩第3期の子宮収縮の弱さや分娩第3期の所要時間が、分娩後異常出血の発生と関連していることから、異常出血の予防を目的とした医療介入を行い、積極的に胎盤が出てくるのを促すことを、分娩第3期の「積極的管理」といいます。

分娩第3期の積極的管理に含まれる医療介入には、子宮収縮を促すために薬剤(子宮収縮薬)を投与すること、赤ちゃんが生まれてから1分以内に臍帯を切断すること(臍帯早期切断*)、子宮を圧迫しながら臍帯を軽く引っ張るように、胎盤が出るのを促すこと(臍帯牽引)、があります¹⁾。産婦人科診療ガイドラインでは、上記の介入に加えて、子宮マッサージも積極的管理の医療介入に含まれています²⁾。

積極的管理と待機的管理の産後の出血への影響を比較した研究によると、積極的管理の方が、異常出血の割合が少ないものの、血圧の上昇や嘔吐など、産婦さんの不快症状が増加したと報告されています³⁾。積極的管理の副作用を考慮すると、産婦さんの出血のリスクが低い場合には、待機的管理を行うことも選択肢の一つとなりえるでしょう。しかし、分娩誘発、会陰切開、分娩の遷延、器械分娩(→ p. 41, * 21)、等のリスクがある場合には、積極的管理を行うことが求められます。

用語の説明

* 26 臍帯早期切断

赤ちゃんが生まれてから1分以内に臍帯を切断することです。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [CG190] version 2 (updated 2017). 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> [updated]
- 2) 日本産科婦人科学会.日本産婦人科医会.産婦人科診療ガイドライン産科編 2020.日本産科婦人科学会.2020:260-263(CQ418-1)
- 3) Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2019, Issue 2. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub5

Q43. 分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤を出すために用いる子宮収縮薬のうち、効果の高い薬剤はなんですか？ [CQ228]

効果の高い薬剤はオキシトシンとされています。

分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤が出てくるのを促す「積極的管理」(→ Q42.)において、子宮収縮薬の使用は欠かすことができない医療介入です。オキシトシンは体内で分泌されるホルモンですが、ここでは医薬品として用いられる化学的に合成された薬剤であるオキシトシン製剤のことを指しています。オキシトシン製剤は分娩誘発や促進(陣痛を強くすること)、産後の異常出血の予防や治療にも用いられています。

分娩第3期の積極的管理に用いる子宮収縮薬の効果を調べた研究では、オキシトシン製剤が分娩後の異常出血の割合を最も減らしたと報告されています¹⁾。

産婦人科診療ガイドラインは、WHOの分娩後異常出血の予防と対応に関する推奨にならない、オキシトシン製剤が子宮収縮薬の第一選択薬であるとしています^{2), 3)}。

オキシトシン製剤を使用できない場合は、他の子宮収縮薬(ミソプロストールやエルゴメリン)の使用が勧められますが、オキシトシン製剤以外の子宮収縮薬では、血圧上昇や嘔気・嘔吐など、産婦さんの不快症状が増加したと報告されています⁴⁾。そのため、医療者は症状に注意しながら子宮収縮薬を使用しています。

引用・参考文献

- 1) Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2019, Issue 4. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub3.
- 2) 日本産科婦人科学会. 日本産婦人科医会. 産婦人科診療ガイドライン産科編 2020. 日本産科婦人科学会. 2020:260-263(CQ418-1)
- 3) World Health Organization: WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf
- 4) Quibel T, Ghout I, Goffinet F, Salomon LJ, Fort J, Javoise S, Bussieres L, Aegerter P, Rozenberg P; Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG). Active management of the third stage of labor with a combination of oxytocin and misoprostol to prevent postpartum hemorrhage: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2016; 128(4): 805-11. doi: 10.1097/AOG.0000000000001626.

Q44. 分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤を出すために用いる子宮収縮薬は、どのような使用時期・使用方法が効果的ですか？

[CQ229]

積極的管理における子宮収縮薬の使用時期は、胎盤が出る前でも、後でもよいとされています。また、使用方法は、筋肉注射でも、静脈注射でも、どちらでも効果が期待されています。

分娩第3期に、医療介入を行って積極的に胎盤が出てくるのを促す、「積極的管理」(→ Q42.)に用いられる子宮収縮薬の効果的な使用時期を調べた研究によると、胎盤が出る前、胎盤が出た後、赤ちゃんが生まれた後のいずれの時期の使用においても、分娩後の異常出血や貧血の発生状況に違いはなく、平均出血量は、ほぼ同様でした^{1, 2)}。子宮収縮薬の使用方法について調べた研究によると、筋肉注射でも、静脈注射でも、どちらでも分娩後の異常出血の発生状況に違いはなく、平均出血量も、ほぼ同様でした³⁻⁵⁾。さらに、使用時期と使用方法の組み合わせによる子宮収縮薬の効果を調べた研究では、いずれの組み合わせにおいても、平均出血量や貧血の発生状況は、ほぼ同様でした⁶⁾。これらの結果を統合すると、どのような時期・方法でも、分娩後の異常出血を予防する効果があると期待できます。

なお、産後異常出血となった場合には、「産科危機的出血への対応指針 2017」に従い、治療が行われます⁷⁾。

引用・参考文献

- 1) Soltani H, Hutchon DR, Poulouse TA. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010, Issue 8. Art. No.: CD006173. DOI: 10.1002/14651858.CD006173.pub2.
- 2) Yildirim D, Ozyurek SE. Intramuscular oxytocin administration before vs. after placental delivery for the prevention of postpartum hemorrhage: A randomized controlled prospective trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; 224: 47-51. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.012.
- 3) Oladapo OT, Okusanya BO, Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018, Issue 9. Art. No.: CD009332. DOI: 10.1002/14651858.CD009332.pub3.
- 4) Adnan N, Conlan-Trant R, McCormick C, Boland F, Murphy DJ. Intramuscular versus intravenous oxytocin to prevent postpartum haemorrhage at vaginal delivery: Randomised controlled trial. *BMJ* 2018; 362: k3546. doi:10.1136/bmj.k3546.
- 5) Charles D, Anger H, Dabash R, Darwish E, Ramadan MC, Mansy A, Salem Y, Dzuba IG, Byrne ME, Breebaart M, Winikoff B. Intramuscular injection, intravenous infusion, and

- intravenous bolus of oxytocin in the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage: A three-arm randomized control trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1): 38. doi: 10.1186/s12884-019-2181-2.
- 6) Oguz Orhan E, Dilbaz B, Aksakal SE, Altınbas S, Erkaya S. Prospective randomized trial of oxytocin administration for active management of the third stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 127(2): 175-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.05.022.
- 7) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会, 日本周産期・新生児医学会, 日本麻酔科学会, 日本輸血・細胞治療学会: 産科危機的出血への対応指針 2017.
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/k_isyoku/yuketsu-manual.files/29guideline.pdf

Q45. 赤ちゃんの出生後に実施される子宮マッサージは、分娩後異常出血を予防することができますか？ [CQ230, CQ231]

子宮マッサージ*の効果は、子宮収縮薬を使用されたか、使用されていないかによって異なります。子宮収縮薬が使用されていない場合には、子宮マッサージだけを受けても分娩後異常出血を予防できる可能性は低いです。子宮収縮薬が使用されている場合には、胎盤が出てから子宮マッサージを受けることで、分娩後異常出血の予防に一定の効果があると考えられます。

赤ちゃんの出生後に受ける子宮マッサージの、分娩後異常出血に対する予防の効果を調べた研究によると、子宮収縮薬が使用されていない場合には、子宮マッサージだけを受けても、分娩後異常出血を減らす効果が低いことが分かりました。そのため、分娩後異常出血を予防するためには、子宮収縮薬を投与されることの方が、子宮マッサージを受けることよりも優先されます¹⁾。

子宮収縮薬が使用されている場合には、胎盤が出た後に子宮マッサージを継続的に受けた方が、マッサージを受けない場合と比べて、平均出血量が少なく、分娩後異常出血の予防につながる可能性がありました²⁾。

なお、子宮マッサージを受けた女性は、マッサージによる痛みや不快感を訴えていたとの報告があります。そのため、医療者は産婦の表情や訴えに注意しながら、苦痛のないようにマッサージを行います³⁾。

用語の説明

* 27 子宮マッサージ

日本の産科施設で受ける子宮マッサージの多くは、「子宮底の輪状マッサージ」のことを指しています。赤ちゃんが生まれた後、子宮の位置が下がりますが、下がった子宮のある下腹部あたりをマッサージすることで、子宮内にたまった血液が排出され、子宮収縮を促すことができます^{4, 5)}。

引用・参考文献

- 1) Abdel-Aleem H, Singata M, Abdel-Aleem M, Mshweshwe N, Williams X, Hofmeyr GJ. Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010; 111(1): 32-6.

- 2) Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2013, Issue 7. Art. No.: CD006431. DOI: 10.1002/14651858.CD006431.pub3.
- 3) Chen M, Chang Q, Duan T, He J, Zhang L, Liu X. Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2013; 122(2): 290-5.
- 4) 後藤順子. “胎盤娩出 積極的にすべき?” 助産師が今さら聞けない臨床のギモン. 長谷川潤一編. ペリネイタルケア夏季増刊. 大阪. メディカ出版, 2018, 145-8.
- 5) 今井晶子. 分娩第3期の積極的管理 THE 分娩: ビジュアルで学ぶ 生理学・助産診断・分娩介助のすべて. 石川紀子, 中川有加編, 村越 毅監. 大阪. メディカ出版, 2021, 129-32.

8. お産直後の赤ちゃんについて

Q46. 赤ちゃんが生まれた直後に、口と鼻から羊水を吸引することは必要ですか？ [CQ223]

正期産*で生まれ、明らかな疾病を有していない赤ちゃんの場合、しっかりとした呼吸、筋緊張（手足に力が入っている状態）があれば、口や鼻から羊水吸引*をする必要はありません。

赤ちゃんの呼吸を助けるために、慣例的に羊水を吸引することがあります。しかし、日本蘇生協議会（JRC）蘇生ガイドラインによると、正期産で生まれ、しっかりした呼吸と筋緊張がある赤ちゃんに対して、口と鼻からの羊水吸引を行うことは、むしろ心拍数の低下や呼吸状態の悪化につながりやすくなるため、慣例的な口や鼻からの羊水吸引は勧められていません¹⁾。産婦人科診療ガイドラインにおいても、慣例的な口や鼻からの羊水吸引は勧められていません²⁾。

なお、赤ちゃんの代表的な呼吸障害の一つに、混濁した羊水を赤ちゃんが飲み込むことで発症する、胎便吸引症候群（➡ p. 34, * 15）という疾病があります。羊水混濁*がある赤ちゃんに対して、口と鼻から羊水を吸引した場合と、吸引しなかった場合とを比較した研究によると、赤ちゃんの呼吸障害の発生状況に大きな違いはありませんでした³⁾。この結果に基づき、海外のガイドラインにおいても、赤ちゃんの羊水吸引は勧められていません⁴⁾。

もし、生まれた直後の赤ちゃんが、しっかりと呼吸できていない時には、人工呼吸や心臓マッサージ、羊水吸引等の新生児蘇生法*（Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation: NCPR）とよばれる処置が必要です。日本周産期・新生児医学会では、すべての出産に、新生児蘇生法を習得した医療者が立ち会うことできる体制の確立を目指し、その普及に向けて新生児蘇生法講習会を開催し、医師・助産師・看護師・救急救命士等が受講しています⁵⁾。

用語の説明

* 28 正期産

妊娠 37 週 1 日から 41 週 6 日までの出産のことです。

* 29 羊水吸引

赤ちゃんの口や鼻から羊水を吸引して、呼吸を助ける医療行為のことです。お母さんの子宮内では、赤ちゃんの肺は羊水で満たされています。肺の中の羊水は、出産時に産道を通るときの肺の圧迫によって排出され、また呼吸が始まると体内に吸収されます。しかし、肺の中に羊水が残っている場合には、赤ちゃんの呼吸が苦しくなるため、呼吸を助ける目的で羊水を吸引することがあります。

* 30 羊水混濁

お母さんの子宮内で赤ちゃんの胎便がでて、羊水が濁ってくることです。

* 31 新生児蘇生法

生まれたばかりの赤ちゃんが、子宮内から子宮外の呼吸や循環の変化に順調に移行できない場合に行う、赤ちゃんへの人工呼吸や心臓マッサージ等の処置のことです。

引用・参考文献

- 1) 日本蘇生協議会:JRC 蘇生ガイドライン 2015, 第4章 新生児の蘇生(NCPR). 東京:医学書院.
- 2) 日本産科婦人科学会.日本産婦人科医会.産婦人科診療ガイドライン産科編 2020.日本産科婦人科学会.2020:351-356 (CQ801)
- 3) Vain NE, Szyld EG, Prudent LM, Wiswell TE, Aguilar AM, Vivas NI. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: Multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2004; 364: 597-602.
- 4) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [CG190] version 2 (updated 2017). 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> [updated]
- 5) 細野茂春. 新生児蘇生法 (Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation:NCPR) 普及プロジェクト. 日本版救急蘇生ガイドライン 2020 に基づく新生児蘇生法テキスト第4版. 細野茂春監. 東京. メジカルビュー社, 2021, 16-22.

Q47. 赤ちゃんの出生後、臍帯(臍の緒)を切断するタイミングは、生まれてすぐに切断するのと、しばらくたってから切断するのとでは、どちらがよいですか? [CQ224]

生まれてすぐの臍帯の切断が勧められます。

臍帯の切断は、切断するタイミングによって、赤ちゃんが生まれてすぐ(1分以内)に切断する「早期切断」と、しばらく(1分以上)経ってから、あるいは、臍帯内の血管の拍動が消失してから切断する「遅延切断」の2つに分類されます。早期切断をすると、母体から赤ちゃんへの血液の流れが、早期に遮断されます。遅延切断をすると、母体から赤ちゃんへの血流はしばらく維持されるため、赤ちゃんの血液量が増加します。また、切断するタイミングによって、赤ちゃんの「黄疸」や「高ビリルビン血症*」の発症と関連していると言われています。

これまで実施されてきた研究では、早期切断と遅延切断、双方のメリットとデメリットが報告されています。早期切断のメリットは、遅延切断と比べて高ビリルビン血症治療のための光線療法を必要とする赤ちゃんの割合が少なくなることです。デメリットは、生後3~6カ月の時点で貧血の割合が増加することです。他方、遅延切断のメリットは、早期切断と比べて赤ちゃんの貧血の発生を減らすことで、デメリットは高ビリルビン血症を増加させることです⁴⁾。しかし、その他の赤ちゃんへの長期的な影響に関する結果は一貫していません。そのため、臍帯を切断するタイミングに関しては、お母さんと赤ちゃんの両方のメリットとデメリットのバランスを考慮した、さらなる研究が必要とされています。

日本蘇生協会(JRC)の蘇生ガイドラインでは、遅延切断は推奨も否定もされていません。その理由は、日本人を含め東アジア人種は欧米人に比べビリルビン値が高いことや、出生後に生理的黄疸*になりやすく、高ビリルビン血症*のリスクも高いことが関連しています。もし日本人の赤ちゃんに臍帯の遅延切断を導入した場合には、高ビリルビン血症治療のための光線療法*を受ける赤ちゃんが増加する可能性が危惧されるため、我が国における臍帯の遅延切断の推奨は保留されることとなりました⁵⁾。

このような背景から、日本助産学会では、日本人の赤ちゃんに対する臍帯の早期切断を勧めています。

用語の説明

* 32 生理的黄疸

全ての赤ちゃんに多かれ少なかれみられ、生後3~5日目をピークに皮膚が黄色味があり、自然に消失していく生理的現象です。子宮内にいる赤ちゃんの血液中の赤血球数は、大人より多く存在しています。それは、胎盤や臍帯内の血管を通じて、お母さんから届

けられる酸素を効率よく全身に運ぶためです。しかし、赤ちゃんの赤血球の寿命は大人よりも短いため、たくさんの赤血球が短い周期で壊れ、赤血球に含まれているビリルビンは血液中に増えやすくなります。これが新生児黄疸の誘因となりますが、ビリルビンが尿や便によって身体外へ排出されると、黄疸も消失していきます。日本の産科医療施設では、赤ちゃんが生まれてから退院するまで毎日、経皮的に赤ちゃんのビリルビン値を測定しており、治療が必要な高ビリルビン血症を見逃さない体制が整っています。

* 33 高ビリルビン血症

血液中のビリルビン濃度が上昇し、黄疸が強くなる状態です。

* 34 光線療法

血液中の高いビリルビン濃度を減らす治療方法のことです。特殊な波長の光を赤ちゃんの体に当てて、血液中のビリルビンを分解し、尿や便と共に体外へ排出することを促します。新生児に対して行われる最も多い治療の一つです。

引用・参考文献

- 1) McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- 2) Chen X, Li X, Chang Y, Li W, Cui H. Effect and safety of timing of cord clamping on neonatal hematocrit values and clinical outcomes in term infants: A randomized controlled trial. *Journal of Perinatology* 2018; 38(3): 251-7. doi: 10.1038/s41372-017-0001-y. Epub 2017 Dec 18.
- 3) Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC, Collins J, Parker AB, Wang M, Joelson S, Mercer EN, Padbury JF. Effects of delayed cord clamping on 4-month ferritin levels, brain myelin content, and neurodevelopment: A randomized controlled trial. *Journal of Perinatology* 2018; 203: 266-72.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.06.006. Epub 2018 Jul 6.
- 4) Nesheli HM, Esmailzadeh S, Haghshenas M, Bijani A, Moghaddams TG. Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates. *JPMA the Journal of the Pakistan Medical Association* 2014; 64(11), 1303-5.
- 5) 日本蘇生協議会:JRC 蘇生ガイドライン 2015, 第4章 新生児の蘇生(N CPR). 東京:医学書院.

Q48. 赤ちゃんが生まれてすぐに行う早期母子接触には、どのような効果がありますか？ [CQ225]

赤ちゃんが生まれてすぐに行う早期母子接触には、母乳育児を促進し、赤ちゃんの心拍・呼吸・体温といった身体状況を安定させ、親子の絆を深める等の効果があります。ただし、事前に早期母子接触のメリットとデメリットについて、十分な説明を受けること、実施中は、赤ちゃんに心電図モニター等の医療機器を装着したり、お母さんと赤ちゃんの様子を医療者が継続的に観察することが求められています。

早期母子接触は、お母さんと赤ちゃんの状態が安定している場合、羊水で濡れている赤ちゃんの身体を拭いてあげた後に行います。お母さんと赤ちゃんの肌が直接触れ合うよう、お母さんの胸の間に赤ちゃんを包み込むように抱っこし、保温のために、温かい掛物で赤ちゃんを覆います¹⁾。

早期母子接触は、出生後できるだけ早期に、できるだけ長く実施することが勧められています²⁻⁵⁾。しかし赤ちゃんにとって、生まれた直後というのは、子宮内から子宮外への急激な環境の変化に適応している時期でもあります。そのため、稀に赤ちゃんの呼吸機能・循環機能が突然急変する可能性もあり、赤ちゃんの注意深い観察と管理が必要になってきます⁶⁾。

早期母子接触を実施するためには、妊娠中から、メリットだけではなく、デメリットについても十分に説明を受けておくことが大切です。また医療者は、出産後に早期母子接触の希望の有無をお母さんに再度確認したうえで、お母さんと赤ちゃんの状態が、早期母子接触を実施可能な状態であるかを評価しながら実施しています⁶⁾。

早期母子接触は図 8 のように行います。

出生後早期の新生児管理について、以下の点を心がけましょう。

新生児管理全般

新生児期は不安定な時期であり、予期せぬ重篤な症状が出現する可能性があることから、より慎重な観察を行い、観察した内容を記録する。

早期母子接触実施時の管理

実施前に

- ◆妊娠中に妊産婦・家族へ十分説明を行った上で、妊産婦・家族の早期母子接触実施の希望の有無を確認する。
- ◆早期母子接触の適応基準・中止基準に照らし、母子の状態が早期母子接触実施可能な状態であるか評価する。

実施にあたって

児の顔が母親からよく見える位置で行う。

上体挙上する
(30度前後が望ましい)。

児の顔色が悪い、呼吸がとまる、うなり声が出るなど、児の異変に気づいたら、すぐに報告するよう伝える。

温めたバスタオル等で児を覆う。

児の顔を横に向け鼻腔閉塞を起こさず、呼吸が楽にできるようにする。



医療関係者による母子の継続的な観察を行う。

または

新生児へのSpO₂モニタ、心電図モニタ装置等の機器による観察と医療関係者による頻回な観察を行う。

「早期母子接触」実施の留意点[※]では、「出生後早期から母子が直接肌を触れ合い互いに五感を通して交流を行うことは、人間性発達の面から見て、親子が育みあうという母子の当然の権利ともいえる。さらに、早期母子接触は科学的にその有効性が証明されているのみならず、一定の条件の下に安全に実施すれば決して危険ではない。」とされています。

注：「早期母子接触」実施の留意点[※]の詳細は、日本産婦人科-新生児医学会のホームページ(http://www.jpnm.com/sbsv13_8.pdf)等に掲載されています。

本リーフレットは、産科医療補償制度ホームページ(<http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/>)に掲載されています。

図 8 出生後早期の新生児管理について(産科医療補償制度再発防止委員会によるリーフレット「出生後早期の新生児管理について」より一部抜粋)

引用・参考文献

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度 再発防止委員会. 産科医療関係者の皆様へ
出生後早期の新生児管理について. 2016. http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/documents/prevention/proposition/pdf/Saihatsu_sinseizikanri_sankairyokankeisya.pdf.
- 2) National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [CG190] version 2 (updated 2017). 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-pdf-248734770>,
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> [updated]
- 3) Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin - to - skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- 4) Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* 2005; 21(1): 71-9. doi:10.1016/j.midw.2004.09.002.
- 5) contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr.* 2002; 91(12): 1301-6. doi:10.1080/08035250216102.
- 6) 日本周産期・新生児医学会理事会内「早期母子接触」ワーキンググループ. 「早期母子接触」実施の留意点. 2012. http://www.midwife.or.jp/pdf/h25other/sbsv12_1.pdf.

第3章

お産後のお母さんと 赤ちゃんについて

Q49. メチルエルゴメトリンの内服は産後に子宮が元に戻ることを促しますか？ [CQ301]

産後に出血が多くなるリスクが無い方は、メチルエルゴメトリンの内服をすることで、子宮が元に戻ることを促す効果を期待できる根拠は得られていません。

お産のあと、子宮は収縮することで段々と妊娠前の大きさに戻っていきます。また、子宮が収縮することで出血が増えることを予防しているため、しっかりと子宮が収縮することは大変重要です。

しかし、様々な理由(巨大児*, 双胎*, 羊水過多*, 分娩遷延*, など)で子宮が収縮する力が弱いときには、子宮の収縮を助けるための薬剤を使用することがあります。薬剤には色々な種類があります。その中のひとつとして、メチルエルゴメトリンという内服薬があります。

メチルエルゴメトリンの内服をした場合とプラセボ(効果のない薬)の内服をした場合を比べた研究¹⁾では、メチルエルゴメトリンを内服した方が、500mL以上の出血のリスクは増加する傾向、産後72時間および4週時点での悪露*の量は減少する傾向がみられ、悪露が4週以上続くリスクは増加することが示されました

この結果から、メチルエルゴメトリンを内服することで、子宮の収縮を促したり、産後に出血が多くなることを予防したりという効果を期待できるという研究結果は得られていません。

用語の説明

* 35 巨大児

生まれた時の体重が4000g以上の赤ちゃんのことです。

* 36 双胎

ふたごのことです。

* 37 羊水過多

羊水の量が多すぎてしまう状態のことです。

* 38 分娩遷延

お産の時間が長引くことです。

* 39 悪露

胎盤が剥がれた部分から出た血液や、子宮や膣からの分泌物や粘液などが混ざったおりものことです。お産後に約1か月かけて悪露の色は変化していきます。お産後すぐは真っ赤な血液の色をしていて、だんだん生理の終わりかけのような茶色になり、最終的には血液が混ざらない黄色～白色のおりものへ変化していきます。

引用・参考文献

- 1) Yaju Y, Kataoka Y, Eto H, Horiuchi S, Mori R. Prophylactic interventions after delivery of placenta for reducing bleeding during the postnatal period. 2013.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009328.pub2>.

Q50. 会陰の痛みは冷やすと軽くなりますか？ [CQ302]

会陰が痛む際に、その部位を冷やすと痛みを軽く感じる方が多いです。

お産後に会陰部を冷やした場合に、冷やさなかった場合と比べて痛みが軽くなったという複数の研究結果^{1,2)}があります。また、冷やしたことで傷の治りが悪くなるという結果は認められていません。

冷やす方法としては、布で包んだクーリングジェルパッドやアイスパックなどが研究では使用されていました。冷やす時期はお産がおわった直後からお産後 48 時間以内、冷やす所用時間は本人の希望する間や 10~20 分間、冷やす回数は 1 回のみものから 6 時間毎のように定期的なものまで研究によって様々でした。

なお、軽くなってきていた痛みがひどくなった場合やズキンズキンと感じる痛みは、異常である場合もあるため医療者に相談しましょう。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth [CG37]. 2006. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-pdf-485782237>
- 2) East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. Cochrane database Syst Rev. 2012 May 16;(5):CD006304.

Q51. 乳幼児突然死症候群の予防方法として、赤ちゃんを眠らせる環境について教えてください [CQ118]

以下のような睡眠環境が、赤ちゃんにとって安全な睡眠環境として勧められています。

- 赤ちゃんは仰向けで眠らせましょう。
- 赤ちゃんが眠る場所には高反発のマットレスを使用しましょう。
- ベビーベッドを使用し、あなたと同じ部屋で眠らせましょう。
- 枕は使用しないようにしましょう。
- ゆったりとした掛物は使用しないようにしましょう。
- 室温が高温になりすぎないようにしましょう。

赤ちゃんの乳幼児突然死症候群(Sudden Infant Death Syndrome: SIDS)の発症の可能性を低くするためには、安全な眠りの環境を整えることが大切です。

乳幼児突然死症候群とは、それまで元気に過ごしていた赤ちゃんが、ある日突然眠っている間に亡くなってしまふ病気です。赤ちゃんが突然亡くなる原因には、生まれつきの病気や窒息による事故などがありますが、乳幼児突然死症候群は、それまで元気に過ごしていた赤ちゃんが眠っている間に亡くなる原因が分からない病気です。令和元年には78名の乳幼児が乳幼児突然死症候群で亡くなったと報告されています¹⁾。乳幼児突然死症候群の発症は、主に睡眠中で、日本での発症頻度はおおよそ出生6,000~7,000人に1人と推定されています。最も発症が多い時期は、生後2か月から6か月と言われています。

日本の乳幼児突然死症候群診断ガイドラインでは、乳幼児突然死症候群の発症の可能性を低くするために、うつぶせ寝をさせないことを推奨しています²⁾。2016年のアメリカ小児科学会ガイドラインでは、乳幼児突然死症候群の発症の可能性を低くするためには、赤ちゃんが眠る姿勢は仰向けであり、眠る環境は高反発のマットレスとし、枕やおもちゃ、掛物は不要であるとしています³⁾。さらに、赤ちゃんは両親と同じ部屋で眠ることが勧められており、その際、ベビーベッドの使用が推奨されています³⁾。そのため、あなたの赤ちゃんが安全に眠るためには、赤ちゃんを仰向けで眠らせること、高反発のマットレスを使用すること、あなたと同じ部屋かつベビーベッドを使用すること、まくらやゆったりとした掛物は使用しないこと、室温が高温になりすぎないこと(室温は20~25度が適当とされています)⁴⁻⁷⁾が推奨されます。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省. 乳幼児突然死症候群(SIDS)について. 2020.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids.html>
- 2) 厚生労働省 SIDS 研究班. 乳幼児突然死症候群 (SIDS) 診断ガイドライン (第 2 版) 2012.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/sids_guideline.pdf
- 3) Moon RY and AAP Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016, 138(5): e20162940.
- 4) Fleming PJ, Gilbert R, Azaz Y. Interaction between bedding and sleeping position in the sudden infant death syndrome: A population based case-control study. *BMJ* 1990, 301(6743): 85-9.
- 5) Ponsonby A-L, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Jones ME, McCall MJ. Thermal environment and sudden infant death syndrome: Case-control study. *BMJ* 1992, 304(6822): 277-82.
- 6) Ponsonby A-L, Dwyer T, Gibbons LE, Cochrane JA, Wang Y-G. Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. *N Engl J Med* 1993, 329(6): 377-82.
- 7) Iyasu S, Randall LL, Welty TK, et al. Risk factors for sudden infant death syndrome among Northern Plains Indians. *JAMA* 2002, 288(21): 2717-23.

第4章

赤ちゃんが
亡くなってしまった
ときに

Q52. 医療施設では、死産となってしまった場合に、女性や家族に対して、どのような支援を行うことが勧められていますか？ [CQ303]

亡くなった赤ちゃんとの面会や抱っこ、写真撮影など、あなたの赤ちゃんとできることを1つ以上提案し、あなたやご家族が望む支援を話し合うことが勧められています^{1,2)}。

亡くなった赤ちゃんとの向き合い方について、あなたとご家族の気持ちに配慮しながら、医療者から十分に説明します。あなたやご家族の希望を伝えましょう。赤ちゃんと過ごすことは、ご家族の精神的な回復を助ける可能性があります。そのため、赤ちゃんとは、いつでも面会できるよう支援することが勧められています。もし、話し合った結果、これらのことを断ったとしても何の問題もありません。また、気持ちが変わった場合にはいつでもお伝えください。

【あなたの赤ちゃんとできること】

名前をつける

両親が赤ちゃんに名前を付けることは、現実を受け入れることや、将来、赤ちゃんについて話す助けになることがあります。

面会や抱っこ

面会や抱っこをしないことで、後悔や苦痛を感じるか、あるいは、面会が苦痛となるかについて、予測することはできません。ただ、残念なことに、面会には期限があります。赤ちゃんの解剖などが予定されている場合には面会できる期間が変わることがあります。

写真撮影

年月が経っても赤ちゃんと過ごした時間を記憶しておくのに役立ちます。写真撮影をして良かったという声や、もっとたくさんの写真を残しておきたかったという人もいます。

メモリーボックスなどの記念品の作成

思い出をブックレットやボックスなどに残すこともできます。例えば、手型・足型をとったり、髪の毛を残したり、両親が赤ちゃんへのメッセージを残すことなどです。

赤ちゃんの着替えや沐浴

着替えや沐浴などの赤ちゃんのお世話をすることで、赤ちゃんをより身近な存在に感じることがあります。赤ちゃんは、皮膚が柔らかく、とても脆い状態になっていることがあるため、医療者より事前に十分に方法をご説明いたします。

着替え

あなたやご家族が選んだ洋服を、赤ちゃんに着せてあげることができます

沐浴

沐浴は、赤ちゃんの皮膚に配慮して、ぬるま湯、または少し冷たい水を使用します。

※亡くなった週数によっては、赤ちゃんとできることは異なります。医療者と十分に話し合い、希望をお伝えください。

引用・参考文献

- 1) National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [CG192]. 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>
- 2) SANDs (Stillbirth & Neonatal Death charity). Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals 4th edition. 2016; SANDs. London.
<https://www.sands.org.uk/professionals/bereavement-care-resources/sands-guidelines-4th-edition>

Q53. 死産となってしまった場合に、次の妊娠や出産へ向けて、どのような支援を行うことが勧められていますか？ [CQ304]

次の妊娠へ向けて、以下のような様々な種類の支援を行うことが勧められています。

死産から9カ月後の調査では、次子妊娠中の方が4割、いつか妊娠できるように計画している人が4割という結果でした。他に、再び妊娠することへの不安を抱く方や、妊娠自体を断念している方もいました¹⁾。

妊娠へ向けての支援²⁾

- 1) 両親が身体的にも精神的にも回復できるようなサポート
- 2) 遺伝の知識を持つ専門家（遺伝看護専門看護師*や認定遺伝カウンセラー®*など）の紹介
- 3) 病院・保健所・地域に開設されている相談窓口の紹介
- 4) 禁煙、葉酸の摂取、体重管理やアルコール摂取などの保健相談

妊娠中の生活への支援

希望があれば、診察時間や回数を増やすことができる可能性があります。他の妊婦と同じマタニティクラスに参加するか、個別で支援を受けるかについて希望を伝えてみましょう。

お産への支援

バースプランについてスタッフと話し合みましょう。死産時のお産がトラウマとなっている女性では、お産中にフラッシュバックやパニックを引き起こす可能性があります。今回のお産に関する希望をスタッフと共有しましょう^{2,3)}。

前回、死産した週数が近づくと不安が増す可能性があります。早くお産したいと思う方もいるかもしれませんが、お産の時期を早めることで生じるリスクがあるため、医療者と十分に話し合う必要があります。

用語の説明

* 40 遺伝看護専門看護師

日本看護協会の認定制度であり2017年に開始されました。看護師の資格・経験を持つ者が、さらに大学院で専門的な知識を修め、一定条件を満たしたのちに認定されます。また、資格の維持には定期的な更新が必要とされます。対象者の遺伝的課題を見極め、診断・予防・治療に伴う意思決定支援とQOL向上を目指した生涯にわたる療養生活支援を行い、世代を超えて必要な医療・ケアを受けることができる体制の構築とゲノム医療の発展に貢献することが目的とされています。

* 41 認定遺伝カウンセラー[®]

日本遺伝カウンセリング学会と日本人類遺伝学会が共同認定する資格です。遺伝医療を必要としている患者や家族に適切な遺伝情報や社会の支援体勢等を含むさまざまな情報提供を行い、心理的、社会的サポートを通して当事者の自律的な意思決定を支援する役割があります。

引用・参考文献

- 1) Redshaw M, Rowe R, Henderson J. Listening to parents after stillbirth or the death of their baby after birth. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. 2014, <https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/listeningtoparents/report/Listening%20to%20Parents%20Report%20-%20March%202014%20-%20FINAL%20-%20PROTECTED.pdf>.
- 2) SANDs (Stillbirth & Neonatal Death charity). Another Pregnancy? After a late miscarriage, Stillbirth or Neonatal Death. 2014; SANDs. London.
- 3) Mills TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AEP, Whitworth M, Lavender. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis. BJOG. 2014;121: 943-50.

Q54. 死産のケアに関わる助産師に勧められるトレーニングはありますか？ [CQ305]

死産に関わる助産師のケアは、死産を経験した両親の精神的な回復に影響を与えるため、相手のニーズに寄り添った質の高いケアが求められます¹⁾。そのため、両親の感情にフォーカスし相手の気がかりを引き出す、認知行動理論に基づいた共感的なコミュニケーション・スキルを身に着けるトレーニング²⁾を受けることが勧められています。

子どもを亡くした両親と向き合う時、医療者でも戸惑いや困難を感じる場合があります³⁾。しかし、トレーニングを受けることで、自信をもってケアすることにつながるとされています。

医療者が戸惑いや困難を感じる理由について以下のように報告されています。

- 1) 両親が受ける精神的負担の予測が困難
- 2) 間違ったことや余計なことを言うことで両親を苦しませてしまう可能性
- 3) 苦痛や痛みを和らげることができないという無力感
- 4) 自分の感情的な反応への対処
- 5) 両親が医療者に対して怒りや敵意を表すのではないかという不安
- 6) 死産のケアの経験が少ないことで、自身がショックを受けたり、どうしたら良いのか分からなくなること
- 7) 施設の方針や時間的制約により両親の希望するケアを十分に行えない可能性

引用・参考文献

- 1) SANDs (Stillbirth & Neonatal Death charity). Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals 4th edition. 2016; SANDs. London .
- 2) 蛭田明子, 堀内成子, 石井慶子, 堀内ギルバート祥子. 周産期喪失のケアに従事する看護者を対象とした認知行動理論に基づくコミュニケーションスキルプログラムの開発と評価. 日本助産学会誌. 2016;30(1): 4-16.
- 3) Kenworthy D, Kirkham M. Midwives Coping with Loss and Grief: Stillbirth, Professional and Personal Losses. 2011; Radcliffe Publishing Ltd: London.

索引

あ

アルコール, 9

い

飲酒, 9
飲食の制限, 43
院内助産, 25

う

うつ病, 28
運動, 12

え

会陰, 30
会陰切開, 26, 53, 54, 56, 61, 63
会陰保護, 54
会陰マッサージ, 30, 53
会陰裂傷, 30, 53, 54, 56, 61, 62
会陰を温める, 56
会陰を冷やす, 80

お

黄疸, 72
お酒, 9
お産を進める, 44
お産を進めるための方法, 48
おしるし, 42
お湯につかる, 45
悪露, 79

か

外陰部の洗浄, 59
回旋異常, 52
過期産, 34
カフェイン, 10
鉗子分娩, 41, 60
浣腸, 50

き

器械分娩, 41
虐待, 18, 23, 24
吸引分娩, 41, 60
巨大児, 78

く

クリステレル胎児圧出法, 60
クレンメ, 62

け

下剤, 15

こ

光線療法, 73
高ビリルビン血症, 72
硬膜外麻酔分娩, 47
呼吸障害, 70
骨盤痛, 12
骨盤底筋群トレーニング, 30

さ

催奇形性, 5
臍帯, 63, 72

サプリメント, 2, 5, 8
産後の出血, 36, 63, 68, 78
産痛, 43

し

痔, 16
指圧, 38
——産痛緩和, 46
——自然な陣痛, 38
——陣痛促進, 48
子宮頸管, 37
子宮収縮薬, 63, 65, 66, 78
子宮底圧迫法, 60
子宮マッサージ, 68
嗜好品, 2
死産, 84, 86, 88
自然な陣痛発生, 34
出血, 16, 42
静脈瘤, 17
食事, 2, 5, 43
食物繊維, 15, 16
助産師外来, 25
助産所, 25
神経管閉鎖障害, 2
人工破膜, 51
新生児蘇生法, 70
心拍, 40

す

睡眠, 81
スクリーニング, 18, 20, 23

せ

正期産, 70

そ

早期母子接触, 74

た

待機の管理, 63

胎盤, 9

胎盤を出す方法, 63, 65, 66

胎便吸引症候群, 34

ち

超音波ドップラー装置, 40,
42

て

帝王切開, 34, 40, 42, 43, 44,
51

と

ドメスティック・バイオレン
ス, 18

な

内診, 37

に

二分脊椎, 3

乳房や乳頭の刺激, 36

乳幼児突然死症候群, 81

入浴, 45

妊婦健診, 25

は

ハイリスク妊婦, 36

破水, 51

鍼療法, 38

——産痛緩和, 46

——自然な陣痛, 38

——陣痛促進, 48

ひ

微弱陣痛, 51

ビタミン, 5

貧血, 8

ふ

不安障害, 28

プロゲステロン, 15

分娩監視装置, 40, 42

分娩後異常出血, 68

分娩時の体位, 52, 53, 57

分娩第1期, 42

分娩第2期, 53

分娩第3期, 65

分娩中の過ごし方, 43

分娩誘発, 34, 63

分娩予定日, 34

へ

臍の緒, 72

便秘, 15

ほ

暴力, 18

母乳育児, 74

ま

マイナートラブル, 12

マタニティ・ブルーズ, 28

む

浮腫, 14

無痛分娩, 47

無脳症, 3

め

メンタルヘルス, 28

よ

葉酸, 2

羊水吸引, 70

羊水混濁, 71

腰痛, 12

ら

卵膜剥離, 37

ろ

ローリスク妊婦, 25, 28

妊娠出産される女性とご家族のための 助産ガイドライン 2021 年度

発行日:2022 年 3 月 31 日


編集・発行: 一般社団法人 日本助産学会
ガイドライン委員会 助産ガイドライン解説版ワーキンググループ

〒116-0011 東京都荒川区西尾久 7-12-16 創文印刷工業株式会社 内
一般社団法人 日本助産学会事務局

TEL: 03-3893-0111 FAX: 03-3893-6611

E-mail: jam@soubun.com URL: <https://www.jyosan.jp/>

印刷版からリンクを訂正しております。印刷版からデザインが多少異なる箇所
がありますが内容に違いはありません。



妊娠出産される女性と
ご家族のための
助産ガイドライン

Midwifery Guidelines for Pregnant Women and Their Family

2021
年度

日本助産学会 編
Japan Academy of Midwifery

