

RQ7 医師や助産師の継続ケアを受けているか？

推奨

同一の医師または助産師に継続的なケアをうけた女性は、妊娠から産後を通しての満足度が高く、再び同じケアを受けることを希望している。継続ケアを受けた女性では医療者とのコミュニケーションや意思疎通と説明への理解が高く、顔見知りの助産師にケアを受けた女性の方が自分で陣痛をコントロールできた感じと出産体験への評価が高い。

妊娠・分娩・産褥にわたる継続的ケアは分娩期の医療介入が減少し、反対に自然分娩やケアが多くなる。妊娠・分娩経過や新生児への臨床結果に影響のある根拠は認められず、継続ケアの有無による安全性に有意な差を示す根拠は認められなかった。このことから、医師や助産師の継続ケアは有益である。

【推奨の強さ B】

妊娠経過中いつでも、女性が医療ケアを受ける医療者を変えられるよう保証する。

【推奨の強さ C】

単独の医療者による継続ケアが困難な場合、医師と助産師の協働チームによる継続ケアによって、母子ケアの満足度を上げる。

【推奨の強さ C】

背景

母子にとって安全でかつ快適な周産期医療とは、信頼関係が形成されている人と常にコンタクトを維持でき、母子の基礎情報を熟知している医療者によって、いつもと異なる変化や正常からの逸脱が早期発見され、心身のニーズを理解し、妊娠分娩産褥の全期間に亘り同じ医療者から継続的にサービスが提供されることなのではないだろうか。

研究の概要

RQ7 検索式、研究デザインフィルタを使用して追加検索を行った結果、MEDLINE 42 件、CINAHL 5 件、CDSR 2 件、DARE 1 件、医学中央雑誌 1 件の結果を得た。これをスクリーニングした結果、2 件のエビデンス文献を採用した。検索外の追加文献 1 件、前回採用の文献 6 件のうち引き続き採用した 4 件と合わせて、本研究では合計 7 件のエビデンス文献を採用した。

研究の内容

文献名	研究デザイン	簡単なサマリー	EL
-----	--------	---------	----

<p>「科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究—継続ケアに関する全国調査」 平成 23 年度厚生労働科研分担研究報告書</p>	<p>層化無作為抽出法による質問紙を使用した横断調査 (疫学調査)</p>	<p>44 都道府県 11 地方における大学病院、一般病院、診療所、助産所 施設で平成 23 年 8 月～12 月に 1 か月検診に来院した褥婦 4020 名を対象に自記式調査を行った。</p> <p>医療サービス等とそれに対する満足度とのロジスティック解析で、独立して有意な関連をもつ変数として以下の項目が抽出された。妊娠中、分娩中、産後に同じ医師に診てもらった場合には妊娠中の満足度は (adjusted odds ratio 1.36, CI 1.16-1.59, p=0.0001)、分娩の満足度は (adjusted odds ratio 1.50, CI 1.23-1.83, p<0.0001)、産後の満足度は (adjusted odds ratio 1.59, CI 1.37-1.84, p<0.0001) と高かった。同様に、妊娠中、分娩中、産後に同じ助産師にケアを受けた場合には、妊娠中の満足度は、(adjusted odds ratio 1.39, CI 1.15-1.68, p=0.0008)、産後の満足度は (adjusted odds ratio 1.85, CI 1.52-2.24, p<0.0001)、と満足度が有意に高かった。</p> <p>施設別に医師による継続診療の有無と満足度の関係を検討した結果、大学病院、一般病院、診療所においては、継続診療を受けた女性の方が有意に満足度が高かった(x², p,0.001)。大学病院、一般病院、診療所、および助産院においては、助産師による継続ケアを受けた女性の方が有意に満足度が高かった(p<0.0001～0.01)。</p>	<p>2++</p>
<p>Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al: Continuous support for women during childbirth. CD003766Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD003766</p>	<p>SR</p>	<p>21 の RCT 調査 (継続ケアと 15061 名の女性を分析対象とした SR。分娩期に 1 対 1 の継続ケアを受けた場合 (継続ケア群) とこれまでの標準ケアを受けた場合 (標準ケア群) における継続ケアの効果について検討した。</p> <p>継続ケア群では、標準ケア群に比べて自然経膣分娩が多かった (RR 1.08, 95% CI 1.04 to 1.12)、麻酔の使用も少なかった (RR 0.90, 95% CI 0.84 to 0.97) 不満足割合も少なかった (RR 0.69, 95% CI 0.59 to 0.79)。また、分娩所要時間も短かった (mean difference -0.58 hours, 95% CI -0.86 to -0.30)、帝王切開も少なかった (RR 0.79, 95% CI</p>	<p>1++</p>

		<p>0.67 to 0.92)、機械分娩も少なかった (fixed-effect, RR 0.90, 95% CI 0.84 to 0.96)。 局所麻酔の使用も少なかった(RR 0.93, 95% CI 0.88 to 0.99), 5分後 Apgar score が7点未満の児も少なかった (fixed-effect, RR 0.70, 95% CI 0.50 to 0.96)。周産期の明らかな介入や、母子の合併症、母乳については、両群に差はなかった。</p>	
<p>Wan H, Hu S, Thobaben M, et al: Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. Contemporary Nurse. 2011;37(2):149-59.</p>	RCT	<p>2008年12月～2009年6月に上海の病院に受診した出産をした女性を対象。初診時に、継続的なプライマリーナーシングケアを受けるCPNC群(230名)と、そうでないTCNC群(240名)の2群にランダムに割りつけられた。CPNP群とTCNC群は、両群間での接触がないように、2つの異なる建物においてケアの提供を受けた。CPNP群では、臨床経験平均6.7年の助産師が継続ケアについてのトレーニングを受けた後、プライマリーナースとして出産予定の8週間前から妊婦の相談、指導、教育にあたった。出産入院時から退院までは、外来でケアを提供していた同じチームのスタッフがケアを提供し、退院後は1週間に2回プライマリーナースによってケアが2週間提供された。TCNC群は、臨床経験平均7.5年の助産師が、必要とされた相談、指導、教育指導を妊婦に行い、出産入院～退院まで、標準的な褥婦と新生児のケアを提供した。助産師は固定されていない、異なる者が担当した。</p> <p>評価は、5段階リッカートによるHPWS(病院のサービスに関する満足度)質問紙、BFK(母乳に関する)質問紙によって測定された。調査は退院後2カ月に実施された。</p> <p>その結果、入院環境、ファシリティに関する満足度、スタッフの態度・コミュニケーション、病棟管理、スタッフの技術・能力、健康教育に関する満足度、満足度の総合計は、CPNC群がTCNC群より有意に高かった(p<.001)。BFKについても、同様にCPNC群の得点が有意に高かった。</p>	1+

<p>Homer CS, Davis GK, Brodie PM, et al: Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. BJOG , 2001 ; 108(1) : 16-22</p>	<p>R C T</p>	<p>1997年1月から1998年4月にオーストラリア首都の公立病院を予約初診した妊娠中の女性 1089名。「地域密着型の助産師と医師による継続ケアモデル (n= 550、6人の常勤助産師が年間300件の分娩、地域の2クリニックで、各々助産師2名+分娩 on call 1名、および異常妊婦健診を行う産科医1名が参画)」、または「病院での標準的ケア(対照群 n= 539)」のどちらかにランダム化された。 (属性・既往歴・産科歴は両群に差無し)。 地域での継続ケアを受けた女性の方が産後の早期退院プログラムを多く利用していた。(43%と45%、OR1.4、95%CI1.1-1.8、P=0.003) 帝王切開率は地域継続ケアグループ13.3%(73/550)、対照群(96/539)17.8%と有意差があり。帝王切開に既知の寄与因子をコントロール後も、この差は認められた (OR=0.6、95%CI=0.4-0.9、P= 0.02)。出産時と出生時の出来事中には有意差無し。 地域継続グループの新生児80人(14.5%)と、対照群の新生児102人(18.9%)は特別ケアを受ける部屋に入院したが、有意差ではなかった(OR 0.75、95% CI =0.5-1.1、P= 0.12)。 新生児の入院を決定した最も重要な因子は、37週未満 (OR21.4、95%CI10.8-42.5、P<0.0001)、出生前の母体リスク (OR3.5、95%CI2.3-5.3、P<0.001)、帝王切開 (OR1.6、95%CI1.03-2.5、P=0.03)であった。 8人の新生児(各グループからの4人)が周産期に死亡した。従って全体の周産期での新生児死亡は誕生1000あたりの7.3であった。 助産婦と産科医によって提供される地域での継続ケアは、帝王切開率を減少させた。しかし、その他の臨床結果には差がなかった。</p>	<p>1++</p>
--	--------------	--	------------

<p>Homer CS, Davis GK, Cooke M, et al: Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. <i>Midwifery</i>, 2002 ; 18 (2) : 102-112</p>	<p>RCT</p>	<p>Homer ら 2001 と同一対象、1997～1998 年 4 月にオーストラリア首都の公立病院で妊婦健診と出産した褥婦 1089 名。「地域密着型の助産師と医師による継続ケアモデル」(n= 550) と「病院での標準的ケア」(対照群 n= 539)無作為割り当て、出産後 8～10 週後に 9 頁の質問紙を郵送で回収。継続ケアの女性は対照群よりも分娩誘発、鎮痛、産痛緩和、帝王切開などの情報が充分であったと回答したが、新生児のケアや産褥早期の出来事に関しては差がなかった。</p> <p>継続ケア群の女性は「分娩時にコントロールしている感覚」がより高く (p=0.005)、31%が分娩時のケアに肯定的なコメントを回答した。継続ケアを受け、分娩時に彼女らをケアした助産師を知っていたと感じていた女性は、知らない助産師だったと答えた女性よりもコントロール感が有意に高く (p=0.02)、肯定的な出産体験だった(=0.002)。しかし、産後ケアは両群とも多くのネガティブなコメントがあった。</p> <p>地域での継続ケアモデルは、よりよい情報提供や出産時の選択肢を広げ、分娩時のコントロール感と出産体験が高く評価されると証明された。</p>	<p>1+</p>
<p>Biró MA, Waldenström U, Pannifex JH: Team Midwifery Care in a Tertiary Level Obstetric Service: A Randomized Controlled Trial. <i>Birth</i>, 2000 ; 27 (3) 168 -173</p>	<p>RCT</p>	<p>1996 年 3 月から 1998 年 1 月の間にオーストラリアのメルボルンの Monash Medical Centre Clayton Camps (Tertiary Level) における、妊婦健診を受診中の 1000 名。院内の助産チームケア (n=502、7 人の助産師が産科スタッフと協力して妊娠・分娩・産褥期のケアを同じグループに行う継続的なチームケア、妊娠 12,16,28,36 週の医師による定期診察、41 週にもう 1 人の産科医に相談する以外は、助産師が毎回ローリスク女性を診察する) と、従来の標準ケア (対照群 498 名、83%は医師のみ) が割付された。</p> <p>チームケアグループの女性は、分娩促進 (OR=0.66,95%CI=0.48-0.90) や胎児モニタリング (OR=0.72,95%CI=0.54-0.97) や麻薬 (OR=0.74,95%CI=0.55-0.98) もしくは硬膜外麻酔 (OR=0.65,95%CI=0.47-0.90) の使用が少なか</p>	<p>1+</p>

	<p>った。会陰切開 (OR=0.64,95%CI=0.46-0.90) がより少ないが、縫合を必要としない裂傷 (OR=3.54,95%CI=1.91-6.62) が多かった。チームケアを受けていた女性は、標準的なケアを受けていた女性に比べて病院の滞在時間は7時間少なかった (平均値 0.3 日の差、95%CI=0.5-0.04)。標準的なケアを受けていた母親の子どもは、早産のために NICU に 5 日間長く入院していた (OR=0.39,95%CI=0.18-0.84)。チームケアを受けた母親の子どもは IUGR のため保育室に 5 日間長く入院していた。しかし、特別なケアをする育児室への入院件数、早産、IUGR、周産期死亡に有意差は無し。</p>	
--	---	--

<p>Biró MA, Waldenström U, Brown S, et al: Satisfaction with Team Midwifery Care for Low and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. Birth, 2003 ; 30 (1) : 1-10</p>	<p>R C T</p>	<p>Biró ら 2000 と同一対象、1995 年 11 月から 1998 年 1 月に、産後 4 ヶ月に女性達のケアの評価が郵送法による質問紙調査で行われた。</p> <p>オーストラリアのメルボルンの Monash Medical Centre Clayton Camps (Tertiary Level) における、院内の助産チームによる継続ケアグループに割り付けられた女性の 95%はチームケアを受けていたが、標準ケアの 83%は医師のケアのみを受けていた。</p> <p>助産師チームによるケアは、妊娠中、分娩時とある面でも産褥期のケアの満足度に関連があった。特に産前のケアについて最も違いがみられた。産前のケアにおける主な違いは、医療提供者のタイプ(p<0.001)、提供者の数(p<0.001)、健診の待ち時間(p<0.001)である。さらに医療提供者の訪問(p<0.05)、分娩時の助産師の数(p<0.001)であった。</p> <p>チームケアを受けた女性は標準ケアを受けた女性よりすべての項目で肯定的な評価をした。満足度は 7 段階評価で、全体として妊娠中のケアをどう表現するか (RR=1.24,95%CI=1.13-1.36、p<0.001) であり、(チームケアは標準ケアと比較して、健診のときにいつでも聞きたいことが質問できた、いつも妊娠についての心配事や不安や気がかりを話せた、児は真剣に扱われていると感じていたなど) 分娩時のケアをどう表現するか (RR=1.11,95%CI=1.03-1.20、p<0.001)であった。</p> <p>チームケアを受けた女性は標準的ケアをうけた女性よりも分娩中のケアも満足していた。産前のケアも有意差に (p<0.05) 満足していた。産後ケアの満足に差はなかった。</p>	<p>1+</p>
--	--------------	--	-----------

科学的根拠 (文献内容のまとめ)

産科医または助産師による継続ケアに関する研究は、地域密着型のプライマリー施設での医師と助産師との協働による継続ケアの有無に関する RCT、第 3 次医療機関 (病院内) で助産師の継続ケアの有無に関する RCT で、いずれも病院内での様々な医師や助産師・産科スタッフによる標準的ケアを対照としている。

分娩期の継続ケアに関する RCT システマティックレビュー (Hodnett ら) では、継続ケ

アにより自然経膣分娩が多く、麻酔の使用、器械分娩、帝王切開分娩が少ないことが示された。

妊娠期から産褥期までの継続ケアに関する RCT (Hu S.ら) では、女性のケアに関する満足度、母乳確立について継続ケアをうけることで高くなることが示された。

層化無作為抽出法による質問紙を使用した横断調査 (島田ら) では、一般病院、診療所においては、医師による継続診療を受けた女性の方が有意に満足度が高く、助産院においては、助産師による継続ケアを受けた女性の方が有意に満足度が高かった。

地域密着型の助産師と医師による継続ケアモデルに関する調査 (Homer ら) では、継続ケアモデル群において帝王切開分娩が減少した。また、継続ケア群の女性は、「分娩時にコントロールしている感覚」がより高く、分娩について肯定的であったことが示された。

議論・推奨への理由 (安全面を含めたディスカッション)

同じ医師または助産師による継続ケアを受けた女性では、医療介入が少ないが母子の臨床結果に差が無く、一方で心身のケアは多く、満足感と受けたケアに対する評価が高い。従って、医師や助産師の継続ケアは安全で有益であると推奨される。しかし、信頼関係を築けない場合には、いつでも女性が医療ケアを提供する医療者を変えられるよう保証すべきである。

医療従事者の人数が少数である第1次分娩施設では主にローリスクを診療するが、ローリスクでも安全性を考慮して2人以上で、バックアップ体制の下で行うべきである。Homer ら (2001 年) のオーストラリアの RCT では、地域で助産師6人に年間300件の妊婦を産後まで継続ケアを行っている。この RCT は地域の2クリニックで、各々助産師2名と異常妊婦の健診を行う産科医1名が組んで継続ケアを行い、その他に on call 助産師1名が分娩時は産婦を病院へ同伴して分娩を行い入院中のケアも行う所謂オープンシステムである。

日本全国で産科医の不足に因り産科病棟の閉鎖が続く中で、周産期医療の集約化により健康な全ての母子が遠隔地の第3次医療機関で出産を余儀なくされることが危惧される。しかし、本研究班の疫学的全国調査で診療所や助産所の方が妊娠から産後の医療サービスへの満足度が高かった事、Homer らの地域のプライマリ施設での「助産師と医師の協働による継続ケア」の安全性を否定する証拠が無かった事から、地域の診療所等のプライマリ施設で助産師と医師とのチームで継続ケアモデルをシステム化し、ローリスクの女性が生活する自分の町で、家族と自分の助産師または医師と出産できる体制を整備することが望ましい。ハイリスクを受け入れる高次医療機関、大半のローリスクを受け持つ第1次分娩施設の診療を充実する医療体制の検討が必要である。地方によっては、地理的にも時間的にもプライマリ施設との中継的役割を果たす地域の第二次医療機関が必要とされている。Homer らの「助産師と医師の協働による継続的なチームケア」はその参考モデルになり得ると考えられる。

一方、本研究班の疫学的全国調査で大学病院や一般病院で継続ケアの割合が低く、妊娠から産後の医療サービスへの満足度が低かった。病院では医師や助産師が交代で妊産婦のケアを担当するため、妊娠・分娩・産褥を通して一人の医療従事者が継続的に一人の女性

の医療ケアを提供するのは困難であるが、チームで継続ケアが行えるよう体制を整えることが期待される。Biróら（2000年）のオーストラリアのRCTでは、第3次医療機関内で7人の助産師が産科スタッフと協力して妊娠から産褥期までチームで継続ケアを行い、妊娠中12,16,28,36週に定期的にMedical checkする以外は、助産師が毎回ローリスク妊婦を診察している。この助産師主導の継続ケアは医療介入が少なく、臨床結果に有意差が無く安全性を否定する根拠が示されなかった。従って、第3次医療機関でもチームによる継続ケアが可能であることが示唆された。例えば、妊婦健康診査は曜日固定で同じ医師や助産師が診察できるような体制にし、数人の助産師チームが同じグループの妊婦の分娩を扱う等、グループによる受持ち制の継続ケアが望ましいと考えられる。チームによる継続ケアは医療スタッフの過重負担やストレスを軽減する事ができ、更にチームメンバーの診断能力の優劣を補完し、安全性の確保の点でも重要である。

いずれの場合も、継続ケアにはマンパワーの量と質の確保が課題である。我が国では未だに産科医不足が続いている。それを補うために、女性医師の勤務環境の改善を促進するのみならず、院内院外で助産師の活用をせざるを得ない。診療所や病院内で「医師と助産師の協働チームによる継続ケア」により、職種本来の能力を伸ばし、母子ケアの満足度を上げることが薦められる。しかし、現在の日本の助産師をローリスク妊婦の継続ケア（健康診査と助言・ケア）に活用する際、妊娠経過中に例えば20週、30週など定期的なMedical checkが現実的には必要であろう。今後、助産師の適正配置と養成数の増員、ローリスク妊婦の健康診査ができる質の高い卒前卒後の助産師教育が望まれる。また、地域において退院後の母子の継続ケアを実現するために、自治体レベルで母子健康手帳を交付する時、施設内助産師も含めた当該地域の担当助産師にある定数の妊婦を割当て、育児期までの継続ケアを行えるようなシステム作りが望まれる。

継続ケアに必要な医師・助産師のマンパワーの試算等、実現化には労働体制の整備が不可欠である。周産期医療機関（病院・診療所・助産所）で、有る程度の分娩件数（例えば50件）に助産師1名を配置するなどの設置基準を設け、それに対して看護師の7：1制度の人件費手当や、産科医の「地域周産期医療調整手当」（平成17年海野班報告書²⁾）のような経済的なインセンティブを設け、人員配置の経済的な問題を解決することは周産期医療体制の整備の点でも促進要因となり得る。女性にとって快適で安全な妊娠出産育児の実現には、医師や医療者にとっても快適な労働環境が必要である。

文献

- 1) 「健やか親子21」推進検討会：「健やか親子21」中間評価報告書、
- 2) 海野信也：平成17年度厚生労働科学研究報告書