

このたび、『助産業務ガイドライン 2024(案)』について、皆様からのご意見を募集したところ、下記のとおりご意見をいただきました。本会の今後の課題に繋がるご意見など、貴重なご意見を多くいただきましたこと、改めてお礼申し上げます。

お寄せいただきましたご意見について結果を取りまとめ、ご意見に対する回答とともにお知らせいたします。回答にあたりましては、多くのご意見のなかで助産業務ガイドラインに直接該当するものいたしました。さらに、同じ内容のご意見は併せて回答いたしました。

今後とも、日本助産師会の活動にご理解ご協力をお願いいたします。

1. ご意見募集の期間

2024年4月17日（水）～5月13日（月）

2. ご意見募集時のご案内ページ

※ご意見募集時点でのガイドライン案もこちらをご参照ください。

<https://www.midwife.or.jp/midwife/safety/topics/20240417.html>

3. 提出された意見件数

176件（意見提出51名）

4. 提出された意見に対する回答

※【分類】は以下のようなカテゴリでの表示としています

ア. 説明する：記載内容の意図について、【回答】欄で説明しています

イ. 取入れる：ご意見を最終版に取り入れました

ウ. ご意見としてうかがう：今後の検討材料として、参考にさせていただきました

章	頁	ご意見	分類	回答
Ⅱ	1	「分娩を取り扱うすべての助産所に…」を「助産所(自宅出産を含む)に…」にするか、「このガイドラインにおいては、分娩を取り扱う助産所とは自宅出産も含む」と注釈をつける。	ア	開設届を出している助産所の助産師が「分娩を取り扱う」場合のことであるため、場所を特定しなくても網羅されと考えています。
Ⅱ	1	妊産婦に説明して、informed consent、shared decision making を導く頻度、リスクからどのような予後を考えるべきかなどのエビデンスが開示されていません。	ア	どのようなリスクを有するのかは、妊婦によって異なると考えられます。その妊婦の有するリスクについて、十分説明し、対応に関して同意を得る必要があります。現在のガイドラインでは、リスク別の記載（リスクと予後）はしておりません。今後の課題と致します。

章	頁	ご意見	分類	回答
Ⅲ	3	社会的リスクが高いもの(未婚で周囲からのサポートがない,ドメスティックバイオレンス被害者など) 特定妊婦は,児童福祉法において「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されているので、→「特定妊婦など社会的リスクの高いもの(未婚で・・・)」に変更してはいかがでしょうか。	イ	ご提案どおり、「特定妊婦など社会的リスクの高いもの(未婚で・・・)」といたしました。
Ⅲ	3	非妊時 BMI → 妊娠前 BMI としてはいかがでしょうか。	イ	ご提案どおり、妊娠前 BMI に統一いたしました。
Ⅲ	3	B-3 常位胎盤早期剥離の既往に関して:既往があると発症率は 10 倍になるとされており、急激に転機が悪くなることもありうる 今のリスク分類より高く設定する or 注意喚起を強化することを検討してよいのではないかと思います。	イ	ご提案どおり、解説に、「常位胎盤剥離の既往がある場合は、再発のリスクが高いため、胎動の減少～」と下線部を追記いたしました。
Ⅲ	3	A 助産師が管理できる対象者に 3.妊娠中,複数回産婦人科医師の診察を受けたもの、とあるが不適切である。助産師による妊婦健診だけで正常な妊娠かどうかを診断できるはずであり、妊娠中に産科医にかかっていることが条件というのはおかしい。 <u>1.3 Planning place of birth</u>	イ	ご提案どおり、A 適応欄は「妊娠中に産婦人科医医師の診察が複数回可能なもの」と修正いたしました。
Ⅲ	3	血圧管理に十分に注意する→具体性に欠ける、自宅血圧をはじめとする血圧管理に十分に行う。早産は再発するリスクが高い→高いは抽象的ですので具体的数字を入れた方が良くと思います。p5 表の下に注釈がありますので、この項目の最後に注 1 を記載することを望みます。	イ	ご提案どおり、修正いたしました。
Ⅲ	3	A の解説欄の内容では、B でも助産所または院内助産をしてはいけなく読み取れる。 B は「助産所、院内助産での対象となるが、医師への相談や協働管理が必要」	イ	ご提案どおり、B の適応でも助産所および院内助産で分娩管理ができないように読み取れますので、Ⅲの冒頭の説明文に追加しました。
Ⅲ	3	連携する産婦人科医師と相談の上,協働管理すべき対象者 理学的所見のあるもの身長 150cm 未満 非妊時 BMI が 18.5 未満または 25 以上,年齢 40 歳以上(『産婦 人科診療ガイドライン-産科編 2023』pp46-49 とあるが、このエビデンスは弱い。 <u>1.3 Planning place of birth</u> こちらを参照にして助産師のみの関りで足りる人の枠を決め直してください。	ア	妊婦の体格に応じたリスク評価については、NICE のガイドラインは、外国人女性を対象とした研究をもとにした内容となっていることが多いため、日本人の体型に沿った基準で考える必要があるため、現在の記載のままいたしました。

章	頁	ご意見	分類	回答
Ⅲ	3	理学所見年齢が35歳から40歳に変更されていますが、このように改訂に伴って見直されたものは理由、解説が必要です。	ア	理学所見年齢が35歳から40歳に変更した理由は、我が国の妊婦の出産年齢は高くなっており、高年妊娠の割合が多く、もはや35歳という区分をもって一律に国内の全体集団の中でハイリスクとすることは現状にそぐわない状態となっています。また、厚生労働省の初期妊娠ハイリスク自己評価表では、40歳以上のリスク点数が5点に対して、35-39歳のリスク点数が1点であることから、年齢基準を40歳以上とすることに妥当性があると考えています。ただし、医学的には35歳以上は周産期リスクが高くなることから、35-39歳は妊娠既経過の管理を十分していく必要があることは従来通りとしています。
Ⅲ	3	厚生労働省の初期妊娠リスク自己評価表では、40歳以上が5点となっており、4点以上ではハイリスク妊娠に対応可能な病院での管理が推奨されている。40歳で一律にハイリスクとすることは不適切である。	ア	現在は、「厚生労働省の初期妊娠リスク自己評価表」の内容を参考の一つとしてリスク判断しており、その中では40歳以上はそれだけでリスク点数が高いため、40歳以上を区切りとして評価することを提示しています。年齢以外の因子によってもリスクが変化することはもっともですが、それを客観的な指標で示すことは難しいため、年齢を一つの判断基準としています。
Ⅲ	3	B-1の年齢が40才以上とありますが時代的に晩婚化が進んでいるので45才以上とか考慮してもいいと思います。今の45才は昔の45才と違いますよね。見た目も体力も。今や寿命も延びているわけですから。2割引きでみて大丈夫だと思います。	ウ	
Ⅲ	3	B.連携する産婦人科医と相談の上協働管理すべき対象者の表現を、連携する産婦人科医と妊婦と相談の上、協働管理すべき対象者と変更してみてもいいでしょうか？自分の出産のあり方を、リスクを踏まえたうえで責任を共有し選択するのは妊婦やその家族だと思いますので、提案いたします。	ア	本ガイドラインは、専門家同士の話し合いをするためにあり、安全な助産業務の指針として作成しています。最終的な方針決定では、妊婦の意思決定を行うことは当然のことですが、本ガイドラインは医療専門家同志のコンセンサス形成の目安を示すものであり、妊産婦の意思決定のプロセスの問題はガイドラインの目的の範疇としておりません。ご了解ください。

章	頁	ご意見	分類	回答
Ⅲ	3	産科以外の疾患の既往がある妊婦は、妊娠中、各疾患専門医の定期的フォローを受けることが望ましい。この時に助産師が連携する必要があるのは産科医ではない。各専門医と連携する必要がある、ここに産科医を必要とするかどうかはその女性の状態で判断すべき。	ア	産科以外の疾患の既往がある妊婦は、妊娠中、各疾患専門医の定期的フォローを受けることが望ましく、その場合には、妊娠期の投薬内容や妊娠による疾患への影響の判断については、産婦人科医医師との相談や連携は必要と考えています。
Ⅲ	4	「母親がHTLV-1 キャリアの場合、母乳を介した垂直感染を予防するためには、完全人工栄養が最も確実な方法であると考えられる。しかし、…共有意思決定支援を行うとともに、母親の選択を最大限に尊重する姿勢が求められる。」→このままでは産婦人科診療ガイドラインの推奨とニュアンスが異なり、助産師の説明と医師の説明に齟齬が生じる危険が高いように思えます。「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023」では母親がHTLV-1 キャリアの場合、完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立された方法として推奨されている。しかし、母子感染予防の観点に加えて妊娠・出産・育児の観点からも、90日未満の待機母乳栄養を含めて提示して、母親が自らの意志で選択できるように共有意思決定支援を行うとともに、母親の選択を最大限に尊重する姿勢が求められる。」としてはいかがでしょう。	イ	ご提案どおり、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023」との齟齬がないように、修正いたしました。
Ⅲ	4	不妊治療後に妊娠された方の助産所で取り扱い基準があれば…と	ア	不妊治療と直接結びつく周産期医療の異常にもとづいて、リスク分類を行うことは難しいと思われます。
Ⅲ	4	胎児発育遅延の既往の確認は難しい。なぜならば胎児の推定体重で診断されるからである。既往として胎児発育の問題を問うならば在胎期間別出生時体格評価SGA、LFDの方が助産師が判断しやすい。	イ	ご提案どおり、「SGAあるいはLFDの既往」に変更しました。
Ⅲ	4	「異所性妊娠の既往」なぜ既往として問われるのか解説が必要。子宮内妊娠を確認して妊婦健診に入った症例で異所性妊娠の既往が問われるべきものはないのではないのでしょうか。	イ	ご提案どおり、異所性妊娠の既往は、繰り返す可能性があるため記載していましたが、助産所や院内助産の受診時にはすでに正所性妊娠が確定して来所しているため、削除いたしました。
Ⅲ	4	「性器クラミジア感染は妊娠後でも治療を確認できれば助産師管理でよい」解説が必要です。	イ	ご提案どおり、「また、性器クラミジア感染については、治療後に治癒の確認が、連携する産婦人科医師等の機関において確認されれば助産師管理が可能である。」を挿入いたしました。

章	頁	ご意見	分類	回答
Ⅲ	4	吸引・鉗子分娩の既往で重要なのは適応の確認です。妊婦の問診で正確に聞き取るのは難しい。また、経膣分娩既往で経膣分娩の可否を判断する要素としては重要ではない。削除が望ましい。	イ	ご提案どおり、削除しました。
Ⅲ	5	1. 合併症のある妊婦について の内容で、気管支喘息、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、精神疾患の4疾患について、内服をしていても症状が落ち着いて安定している場合は、B 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者として、さらに追記として、疾患専門医との協働を記載して、「B」ランクにしてほしい。	イ	ご提案をうけて、「合併症のある妊婦の合併症の程度が軽症にあり、状態が安定している場合は、産婦人科医師の判断に基づいて、産婦人科医師と助産師との協働管理が可能な場合もある。」と追記しました。
Ⅲ	5	例えば、甲状腺機能低下症を合併している妊婦に投与するチラージンは、トラブルを回避するために予防的に投与されるものなので、治療の範疇には入らないのではないかと？予防的な内服を治療とみなすと内服を拒否する妊婦がいるので本末転倒な気がします。専門医に継続的に管理してもらい、妊娠、分娩、新生児への影響を回避するための薬剤投与は B の対象に入れるべきだと思います。	イ	ご提案をうけて、「合併症のある妊婦の合併症の程度が軽症にあり、状態が安定している場合は、産婦人科医師の判断に基づいて、産婦人科医師と助産師との協働管理が可能な場合もある。」と追記しました。
Ⅲ	5	医師が管理すべき妊婦につき、Rh(－)の妊婦は医師と共同管理にして欲しい。他3件	ア	Rh(－)の妊婦の場合、妊娠中に胎児貧血に伴う胎児水腫の発症の懸念があり、早期発見・対応が必要です。また、出産時の大量出血において迅速な適合血を用意することの困難から、妊娠中から対応を事前に決めておく必要があるため、産婦人科医師が管理すべき対象者としています。
Ⅲ	5	母子感染では、未治療、または治療中と既往完治の区別が必要と考えます。	ア	ご指摘の部分は、「母子感染の危険性がある感染症の妊婦」の項であるため、助産所ならびに院内助産での管理において、母子感染の危険性がある感染症の妊婦は治療中、治療後を問わず胎児への影響が生じている危険性があることを考慮して産婦人科医師が管理すべき対象者としています。
Ⅲ	5	1. 合併症のある妊婦 中の「血小板減少症」の「C」となる数値的基準を示してほしい。	イ	ご指摘をうけて、表の最後に注2)とし、「妊娠初期、中期については血小板値15万/mm ³ 、妊娠末期については血小板値が10万/mm ³ 以下を目安とする。」を追記しました。

章	頁	ご意見	分類	回答
Ⅲ	5	異常な妊娠経過で切迫流産は切迫流産、切迫早産、PROM(37週前の前期破水)と明確に分けた方が良い。切迫流産は妊娠22週未満の問題であり、その後助産師管理に関わることは稀である。	イ	ご指摘どおり、「切迫流産、切迫早産、37週未満の前期破水」と修正しました。助産所および院内助産においても、妊娠22週未満の妊婦の受診もあるため、切迫流産はそのままといたしました。
Ⅲ	5	適応リストの対象疾患は、単純に羅列されているだけで、その頻度が示されておらず、助産師が扱う可能性が高い病態などが配慮されていません。整理して各疾患ごと詳細な判断基準を表示すべきです。甲状腺機能も潜在性の低下、一過性の機能亢進など病態が多様で、助産師管理でも安全に管理できるものもある。	ア	あくまでもガイドラインであるため、各疾患の詳細は専門書をご覧ください。
Ⅲ	5	妊娠34週未満の早産既往は、「妊娠37週まで医師によって管理される」と記載されていますが、早産予防のために、助産師による継続ケアが有効なのではないでしょうか？その記載はすべきではないのでしょうか？ 他1件	ア	本ガイドラインは、専門家同士の、安全な助産業務の指針として作成しています。
Ⅲ	6	多胎妊娠を異常と表現するのはどうなのでしょう？海外では問題がなければ多胎でも助産所/自宅出産しています。	ア	多胎妊娠自体は異常ではありませんが、ハイリスクではあります。母体や胎児の安全性を確保するためには、医療が必要になる場合が多くあります。
V	28	1) 医師・助産師・妊産婦の連携についての、3行目「医療およびケアの受け手である対象者(妊産婦)」の()内に、「胎児・新生児」を入れる。開業助産師は、胎児・新生児の訴えにも注意深く関心を寄せています。胎児が病院で生れたい時は、それなりの状況を作ります。腹部膨満が強い時、腹部マッサージや背中ของタッピングで様子見ていい時は、それなりに気持ちよさげにします。	ウ	ご意見ありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
V	33	個人情報の扱いについて、医療機関同士の間における診療情報提供としての視点、解説の追加が必要と思います。	ア	P34に記載しております。
V	33	2) 記録の記載と管理について、帝王切開などの医療行為のあったお産でも、産婦へのバースレビューをしっかりと行い、お産(手術)の流れも細かく振り返りながら伝えて、産婦や家族が求める情報は開示するようにしてほしい。	イ	ご提案をうけて、「診療情報の提供とは～行わなければならない」の後に、「そのため、妊産婦が求める場合は情報開示を行わなければならない」を追記しました。家族からの求めによって、記録を開示することはありません。
V	36	妊婦健康診査について 妊娠41週の健康診査の扱いが明記されていません	イ	ご提案を受けて、追記しました。

章	頁	ご意見	分類	回答
V	38	骨盤位の場合の移行管理 妊娠週数を考慮した表記が必要です。外回転禁止だけでは不十分です。他1件	ア	助産師の業務外のことであるため、施術は行わないことを記載しました。
V	39	生殖補助医療による妊娠が妊娠管理適応リストから削除され、医療安全管理にのみ書かれているのは理解しにくい。	ア	不妊治療後の妊娠であることが強いリスク因子となる周産期異常は少なく、また、不妊治療自体をリスクとするのではなく、実際にその後生じた異常そのものに基づいて妊婦のリスク評価を行うことが適切と考えて現在の記載としています。
III	2	適応リストの対象疾患は、単純に羅列されているだけで、その頻度、助産師が扱う可能性が高い疾患などが配慮されていません 整理して表示すべきです。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	注意すべき病態が、適応リストと安全管理上留意すべき注意事項に分かれて書かれており、整合性がなく分かりにくいです。統一が望ましい。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	全般的に初産婦と経産婦ではリスクがかなり違います。分類・ラベリング・構成要素の整理・構造化が必要です。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
IV	6	助産師による薬物療法、臨時応急の薬物療法は別にガイドラインで明示すべきである。	ア	使用薬剤は、嘱託医師、嘱託医療機関の判断により異なるためこの中には明示していません。抗菌薬投与・アナフラキシーの薬剤投与については、フローを作成しました。ご参照ください。
IV	6	1.前期破水 2)で、破水から 36 時間以上経過し、分娩が完了しない場合とありますが、高位破水では陣痛発来までに時間がかかることがあり、ゆっくりでも進んでいればいいと思います。分娩が完了しない場合ではなく、分娩進行が認められない場合搬送とするがいいと思います。	ア	高位破水でも絨毛膜羊膜炎の存在は否定できず、経過時間によって子宮内感染、出生後の新生児のリスクが生じます。内診で卵膜が触れるとしても羊水の流出が明らかな場合は破水に準じて扱い、嘱託医師や医療機関との適切な連携で対応されることが望まれます。
IV	7	胎児心拍異常：レベル分類と対応、処置（p12）について、表3「医療機関における助産所の対応と処置を示し、助産所におけるものではない」とあり、以前より抱えた問題が解決していません。助産所はこの件について梯子を外されたままです。明確な解説を加えるべきです。	ア	助産所では正常経過にある産婦の分娩管理を行っておりますが、分娩経過により不測の事態になった場合の対応を示しております。
IV	7	5 羊水の正常の異常 考えられる疾患 「胎児機能不全を合併している場合は」→不要	イ	羊水混濁時の MAS（胎便吸引症候群）については、胎児機能不全を合併している場合に限らず修正後に注意すべき視点として修正しました。

章	頁	ご意見	分類	回答
IV	7-8	「1) 母体発熱や胎児心拍異常を伴う羊水混濁」の考えられる疾患などに、「劇症型 A 群溶連菌感染症」を加えてはいかがでしょう。「感染症の疑い 発熱,頭痛,咳嗽,発疹,水疱,排尿時痛などの症状」の考えられる疾患などに「劇症型 A 群溶連菌感染症」を加えてはいかがでしょう。	イ	産婦人科診療ガイドラインでは G 感染症の領域ではなく、F 合併症妊娠 CQ506（急激に発症・悪化し、妊産婦死亡を起こしうる合併症は？）に入っています。非常に経過が早い疾患であり、羊水の性状・異常などの一般的な母体感染の観察項目に入れることは適切ではないと解釈しました。ただし、A 群溶連菌感染症は経産婦に多いとされており、助産所では注意が必要なので、考えられる疾患に追記しました。
IV	7	胎児心拍異常：レベル分類と対応、処置（p 12）について、表 3「医療機関における助産所の対応と処置を示し、助産所におけるものではない」とあり、以前より抱えた問題が解決していません。助産所はこの件について梯子を外されたままです。明確な解説を加えるべきです。	ア	助産所では正常経過にある産婦の分娩管理を行っておりますが、分娩経過により不測の事態になった場合の対応を示しております。
IV	9	血管確保に使用する留置針ですが、以前部会集会で伺ったことがあります。皆さん 20G を使用していました。産科ガイドラインは 18G ですが助産所の現状と合っていないと思います。	イ	産科危機的出血時の対応フローチャートに記載されていることを推奨しています。記載事項に則り、血管確保については“18G”から“20G 以上で複数”に修正しました。
IV	9	分娩時間について Obstetric Care Consensus #1 “Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery” is published in the March issue of Obstetrics & Gynecology のような考え方、意見があることを文献エビデンスとして開示して助産師会としての解説を加えるべきです。「各施設の実情に応じた変更を行う」と謳った 1 頁の文言を体現すべきです。	ア	ここでは時間を区切っておらず、「～児の娩出が期待できない」と助産師の個々の判断によっています。
IV	9	膣壁裂傷のところに、後膣円蓋裂傷を加える。理由：後膣円蓋裂傷は、小さめの胎児が急激に分娩した場合でも発症し、場所が見にくいので原因追及しにくい。	ア	出血により搬送が必要かを判断することを優先するため、出血部位として詳細な診断は困難な場合が多いため、膣壁裂傷に含めています。
IV	9	分娩遷延の項ですが、「30 時間」「15 時間」、分娩第 2 期の「2 時間」はエビデンスないですね？エビデンスあるなら記載してほしいです。言い伝えレベルの数字であるならば（おおよその目安を書きおきたい気持ちもわかる）、「おおよそ 30 時間」などのやんわりとした書き方がよいと思います。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。

章	頁	ご意見	分類	回答
IV	9	「出血の性状,非凝固性の出血の有無（さらさらした出血）」これはとても大切な視点と考えます。現在「産科 DIC スコア」は「暫定版産科 DIC 診断基準」に改訂されています。従来の産科 DIC スコアとは異なり、血液凝固検査結果がないと採点できない基準になりましたので、医師の指示の下での採血検査が不可欠です。そのため、助産所や院内助産だけで判断することは、できなくなりました。そこで、「出血の性状,非凝固性分娩後異常出血の有無（凝血塊を伴わないさらさらした出血）」に変更し、「搬送までの対応の例」にある「出血量の継続的な観察と記録」を「出血量の継続的な観察と記録と非凝固性分娩後異常出血の有無」として、「産科 DIC スコアの医師への報告」を削除してはいかがでしょうか。さらに「産科 DIC スコアの確認」を「非凝固性分娩後異常出血の確認」に変更してはいかがでしょうか。	イ	「2024 年改訂版産科 DIC 診断基準(日本産婦人科学会 日本産婦人科・新生児血液学会 合同委員会)」が発表されました。新基準は基礎疾患・徴候のほかに凝固系・線溶系の検査結果に基づいてより正確・早期に産科 DIC を診断して治療を開始できるものになっています。助産所では迅速な血液検査ができないので、旧・産科 DIC スコアの確認を観察の視点として残しています。観察項目として「基礎疾患」の DIC 型出血（低凝固）が該当します。産婦のバイタルサインと併せて、“産科 DIC “を想定した医師への報告を対応の例としました。
IV	9	絨毛膜羊膜炎や産科 DIC の観察と判断の視点に血液検査が含まれていますが、助産所での速やかな実施は可能でしょうか。不可ならば実施可能な客観性のある代替方法が記載されることが望ましいと考えます。	ア	嘱託医師・嘱託医療機関の医師の判断と指示に従い助産所で検査を実施することもあります。
IV	9	分娩遷延の項ですが、「30 時間」「15 時間」、分娩第 2 期の「2 時間」はエビデンスないですね？エビデンスあるなら記載してほしいです。言い伝えレベルの数字であるならば（おおよその目安を書いておきたい気持ちもわかる）、「おおよそ 30 時間」などのやんわりとした書き方がよいと思います。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
IV	9	分娩時出血の項、出血量「500 ml」はエビデンスありますか？あるのであれば記載をお願いします。	ア	分娩後異常出血の定義は記述しています。ご覧ください。
IV	11	GBS 陽性というだけで医療機関での出産を強いられて納得いかない女性が数多くいます。全部説明した上で女性を選択するという事を認めるようなガイドライン内容になりませんか。他 1 件	ア	GBS 感染は、頻度は高くないですが、新生児死亡や脳性麻痺が毎年報告されている合併症であることから、抗菌薬使用をガイドラインから外すことはできません。一方、嘱託医師からの指示で抗菌薬を使用できるかは施設状況によります。ご理解ください。
V	30	分娩予約・同意書の「費用については」妊婦一般健康診査受診票、だけでなく、産婦の新生児一カ月健診（※以降記載なし）	ア	当該助産所の費用に関しては、当該助産所にある料金表に記載されております。

章	頁	ご意見	分類	回答
V	30	分娩予約同意書（案）データ収集システムに参加しているオプトアウトの記載には拒否の記載がある方が良いと思います。	ア	分娩予約同意書（案）について、分娩取り扱い助産所での管理上確認が必要なことを“例”として記載しています。個人情報の提供については、対象となる女性へのメリットが個人情報の侵害を上回ると考えられる医療事故など、を想定しており、同意を前提としている項目です。
V	30	分娩予約・同意書(案) において「助産所で管理できる妊婦の状態」「管理方針について」など、妊婦を「管理する」という表現が、とても威圧的に感じます。自分が妊娠時にこのような文章を読むと、自分は管理される立場かと思うと、なんだかリラックスできず構えてしまいます。「管理」ではなく「ケア」「支援」「サポート」等、病院や助産所は、妊婦さんが安心してお産が出来るように応援しています。というスタンスが伝わる言葉であると、妊婦さんも安心して出産に迎えると思います。	ア	これは分娩予約・同意書の（案）としてお示ししていますので、文面については、各助産所でご利用者様にわかりやすい表現に変えてください。
V	32	陣痛開始前に破水が起こる(前期破水)場合の、2個目の●、37週以降で破水と認めた場合について、「2017年版、産科婦人科診療ガイドラインに、妊娠37週以降の前期破水に対する抗菌薬のルーチン投与による、母児への有益性は示さない」と改定されています。同じページ下から2行目「都道府県内の周産期・・・」となっていますが、「内」は取って、「都道府県の周産期・・・」とした方がいいと思います。県内に適切な医療機関が確保できない場合は県外の施設への搬送例もあります。	イ	ご提案をうけ、周産期母子搬送システムは県により異なるため、「別の医療機関を利用する場合がある」としました。
V	38	「アナフィラキシーショックでの対応ができない助産所は…」とありますが、医療事故報告で抗菌剤投与2回目に重篤なアナフィラキシーショックで死亡した報告がありました。アドレナリン筋肉注射を常備すれば、助産所でも抗菌剤の投与を良しとするのか、病院内に緊急ドクターコールをするほどの状況を推測して、安全管理を考えるのか、日本助産師会としての姿勢に一貫性を見出せません。他1件	ア	嘱託医師・嘱託医療機関の医師の指示により対応が異なりますので、各助産所で確認してください。
V	39	2) 人工破膜について 人工破膜は分娩管理において重要という立場ですが、分娩施行に状況によって行わざるを得ない場合は具体的にどのような場合を想定しているのでしょうか？	ア	ガイドラインに記載している分娩進行の状況により行わざる得ないときの記載をご参照ください。

章	頁	ご意見	分類	回答
V	40	産後のメンタルヘルスケアにおいて 妊娠中 分娩直後 2週間健診 1ヶ月健診におけるメンタルヘルスの把握の重要性、助産師の関わり方を明記すべきです	ア	関わりやケアの詳細に関しては、参考文献をご参照ください。
V	40	1) 産後のメンタルヘルスの把握について→ 妊娠中のストレスは、分娩や産後のメンタルヘル스에影響を及ぼすことから、「妊娠中から母親のメンタルヘルスの状況を把握し」といった内容の1文を追加してはどうでしょうか。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
V	41	2) 産後ケアについて という項目の中では「産後ケア」という表現がされている箇所が何か所か見受けられるが、この項目で記載されている内容からすると、母子保健法に定められている「産後ケア事業」である…産後ケア事業として記載して、産後ケアの文言はすべて「産後ケア事業」と表記をする。2024年段階では、産後ケア事業（妊娠・出産包括支援事業の一部）と位置付けられている、自治体事業であることを明記する。関わり方とすると、直営で関わる助産師、委託事業として関わる助産師（助産所や医療機関）。市区町村の仕事をしているという意識付けをする。「産後ケア」と「産後ケア事業」の意味することをきちんと使い分けた方がよい。そして、退院直後の受け入れを考えると、産後ケア事業を行う助産師も「助産業務ガイドライン」を確認した方がよいことを普及していく。	ア	産後ケアに関しては、定義を示しておりますのでご確認ください。委託された産後ケア事業であっても、助産師として産後の母子にすべきケアや注意点を示しました。
V	41	「賠償責任保険に加入することを推奨する」ではなく、「賠償責任保険に加入することを必須とする」ぐらいきつくてもいいと思います。分娩取り扱いについて賠償責任保険加入の義務をどこにも謳っていないような気がします。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
II	1	⑦ 新生児蘇生法（NCPR）講習会専門コース（Aコース）の修了認定を受けていること、となっています。助産所では薬剤を使うことはほとんど無いので、Bコース認定を受けることを条件にさせていただくのが良いと思います。他9件	イ	新生児蘇生全体のフローを理解したうえで対応することが重要と考えてAコースとしましたが、継続的に更新していくことが重要であることを加筆した文章に修正します。なお、挿管は該当しなくても「声門上器具の使用によるバッグ換気」は推奨される方向です。
IV	17	新生児の酸素飽和度のスクリーニングに1コ1000円以上するセンサーを使用すると実費で入院費用に上乗せすることになります。他に方法はないのでしょうか？	ア	センサーは消毒後に再利用が可能ですのでご検討ください。

章	頁	ご意見	分類	回答
IV	17	早産児の記載がない。助産所でも急激に進行した早産例を扱うことがあるので、搬送までの対応など明確に示した方がよい。	ア	正期産以外の週数での陣痛発来は助産所では対象外であるため、入院の段階で嘱託医療機関になると考えています。
IV	17	新生児期の搬送すべき状況 1.の搬送までの対応が空欄部分には何か記載が入りますか？（腹部膨満と発熱についても）例えば出生直後は SPO2 が上がりその後すぐ悪化するような動脈管依存性の場合、酸素投与や SPO2 の目標値について新生児科医師に相談して搬送時のクベース内酸素投与量を決める。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
IV	18	血糖測定器など医療機器について 保有していないとダメという表記ではなく、保有が望ましい医療検査機器、設定条件などガイドラインで明示すべきだと考えます。	ア	新生児用検査デバイスは複数の助産所で共有している地域もあり、運用で対応できる可能性もあると考えます。
IV	21	心雑音 観察と判断の視点 「VSD と大動脈縮窄…アセスメントする」がここに心 VSD の合併を特筆されている理由根拠が不明。	ア	助産師の観察できる範囲で該当する疾患として掲載しており、診断を求めるものではないため現状維持といたしました。
IV	22	黄疸は助産所管理の分娩で最重要課題の一つです。可視性黄疸、血性ビリルビン値の確認方法など解説が必要と考えます。	ア	ご指摘のとおり、黄疸は助産所管理の最重要課題と考えております。今回、「搬送までの対応の例」も状況に合わせて追記し、V3) 44 頁にも項目を追加しました。個別案件であるため、解説は最小限として新生児(小児)科医師への報告、指示受けを原則としています。
IV	22	早発黄疸の数値を 5 g/dl と具体的に書かれていますが 23 時間で測っても 5 g/dl は転院ですか?10 時間で測った時にその数値で転院ならわかりますが?ガイドラインに転院と書かれてしまうと遵守しなければならず表現を変えていただきたい。	ア	早発黄疸は緊急に搬送すべき状態であると考えます。
IV	22	ミノルタの数値が 15g/dl 以上は採血と書かれているが 4 日目 5 日目では黄疸の光線療法対象が 18g/dl なので採血までは考えていない。ノモグラフ表を参照して採血を考慮するので良いのではと考えます。ガイドラインに書かれることはとても重いことなので表現を変えていただきたい。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。

章	頁	ご意見	分類	回答
IV	24	17 外表以上 「2)外性器の異常…」は、「1)感染の危険があり…」とは段落(マス)を別にして、両親が児を受け入れ対応できるように時間をかけて支援し、専門家との連携を図るなど「監察と判断の視点」「搬送までの対応の例」を詳しく示す。	ア	緊急に搬送すべき状況として記載しているため、専門家との連携を前提としています。助産師の対応例は、他の状況でも同様に行われることと考え、割愛しています。
IV	27	「1 か月健診で…20g 未満の場合」の後に、「母親の食事指導、人工乳の補足をアドバイスし、日増 20g を超えるまで一週間に 1 回程度支援を継続する。」を追加する。	ア	この欄は、医師に相談すべき児の状態に関する「観察と判断の視点」であるため、その後の対応は助産師のみの判断ではなく医師との協議の後になると考えています。
V	43	早期母子接触についての安全性、リスクに関しては、妊娠中に説明・共有するものだと思いますが、実施中の母子の状態に関する観察・責任は助産師にあり、その上で妊娠・分娩・産褥における助産所での自然性を活かした出産への責任を共有することが大切だと思われるので、行う行為の一つ一つに同意書を設けなくてもよいのではと思います。十分な話し合いのうえでパートナーシップを築きますが、この同意書は、それをやや阻害するのでは？とも考えました。	ア	早期母子接触の同意書は現ガイドラインにも掲載されていますが、今回の変更では「妊娠中に行うこと」と時期を追記しました。その意図は、出産後に注意点を確認する手段ではなく、早期母子接触の意義を妊娠中から助産師と話し合うことで充分ご理解いただき、出産を楽しみに待つことにあります。ぜひコミュニケーションを深める手段としてご活用いただきたいと思います。
V	45	④ 第 3 回目以降：3 カ月まで 1 週間ごとにビタミン K2 シロップ 1mL (2 mg) を経口的に 1 回投与する。とありますが、退院以降毎週投与かと思っていましたがどうでしょうか。この記載だと、退院から 1 ヶ月健診までは飲まなくていいように読み取れますが、よかったでしょうか。	イ	ご提案を受け、修正しました。
V	45	ビタミン K2 シロップ投与について：助産所でお産される方は薬剤の使用を嫌います。3 ヶ月法と 3 回法のリスクを十分に説明した後両親が選べるようにすることは出来ないでしょうか。他 1 件	ア	現在のところ「3 か月法でビタミン K 欠乏性出血症を完全に予防できるとは言えないものの 3 か月法によるビタミン K 欠乏性出血症予防の可能性が示された」とされており、本ガイドラインとしては 3 カ月法を推奨しています。
V	45	ビタミン K 投与について「ガイドラインに従い、全ての新生児に必ず実施」とあるが、こちらについて妊娠中に事前説明をし、妊産婦の同意を得ることや、任意のため妊産婦は拒否できるということを記載してください。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。

章	頁	ご意見	分類	回答
V	46	(2)検査方法「生まれた日を0として生後3～5日の新生児を対象…」とある。確かに厚生労働省が示した指針の通り記載されている。この指針は、医療機関に自動調整脳幹反応検査機器を所有している前提で書かれている基準です。検査機器そのものが高額であり、そのメンテナンスなど維持費を考慮すると助産所で所有するのは難しい。サイトメガロウイルスによる難聴と診断された場合の望ましい治療開始、生後3週間に間に合うよう検査すればよいと考えます。それゆえ「生後3週以内の検査を実施して、治療を開始できるように整える」とするか、この基準を推奨するのであれば、各助産所が検査機器を所有しメンテナンスなど維持できるように日本助産師会が補助していただきたいと考えます。当助産所は、生後2週間健診時に嘱託医療機関にて検査を実施できるように嘱託医療機関をご理解とご協力を得て実施できるようなシステムにいたしました。「生後3～5日」は、赤ちゃんにやさしい病院では、母乳育児が十分分泌していないので頻回授乳が必要なので、検査に適した児が眠っているか、静かにしている状況は稀で、検査のタイミングを見つけるのが難しい状況です。この時期に嘱託医療機関を受診し検査を受けるのは現実的に難しいです。	ア	新生児用検査デバイスは複数の助産所で共有している地域もあり、運用で対応できる可能性もあると考えます。
V	47	「生まれた日を0として生後4～6日目の新生児を対象に、哺乳後2時間前後で」とありますが、赤ちゃんにやさしい病院など人工乳を補わない場合、生後2時間は次の授乳時間です。当助産所も完全母乳栄養を行っているため、児が眠っている時間に採血をしようと思うと、哺乳後2時間前後は守れていません。「足底から採血する」とありますが、手背の血管に26G注射針を使用して採血する方法は、多くの病院で実施されています。新生児の足底に18G注射針を刺す方法は、大人の足に置き換えた場合、どんなに太い針を使用しているか想像してみてください。より新生児への侵襲の少ない方法を勧めるガイドラインを望みます。	ア	このガイドラインでは、新生児の先天代謝異常等検査の採血を、新生児が睡眠している時に行うと限定していません。新生児の足底採血のデバイスについても言及していません。
—	—	こちら（パブコメ募集）、記名性になっています。産む側としては率直な意見を述べたいので構いませんが、助産師さんの立場を考えた時に、どこの誰かがわかることで、自身への不利益を想像し、率直な意見が出ない可能性があるのではないかと思います。	ア	本ガイドラインの作成に参加していただき、責任ある立場で意見を提出していただく必要があるということから記名性にしています。但し、委員会の場においては全て匿名として検討しています。
—	—	基準となる数値や数字が出てきますが、科学的根拠がどこから来たのか合わせて書いて欲しいです。	ア	可能な範囲で、科学的根拠を入れております。ご確認ください。

章	頁	ご意見	分類	回答
—	—	新生時期の異常は病態が多様多岐に渡っていますが、その頻度もかなりバラつきがあり、ごく稀なものもあります。エビデンスとして頻度を提示し、妊産婦に説明できる書式にしてほしい。助産所管理の最大の弱点は出生後の新生児異常です。●●地区のように小児総合医療センターのドクターカーが自宅、助産所に救急要請できるのは全国的に見れば例外でしょう。とりわけ助産師管理を望む妊産婦は胎児、新生児リスクの説明が必要です。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
III	—	C 産婦人科医師が管理すべき対象者に関して。この書き方だと、対象者が妊娠がわかった時点で、ハイリスクなんでムリ！の一言で片付けられる（助産所の門戸を閉じられる）ように感じます（経験者ですが、ひどく傷つきました）。医療との協働の必要はあるとともに、助産所の助産師とお産に向けて歩める可能性もあることを明記して欲しいです。これではこのガイドラインをみた（活用しようとする）助産師の在り方を制限してしまうことになりませんか。また、こちらが「管理すべき」理由がわかるような根拠を、例えば注釈等で説明してくださると嬉しいですね。当事者立場より、丁寧かつ詳細な説明が欲しいです。	ウ	ご意見をありがとうございます。
—	—	緊急時対応はありますがそれとは別に、自然災害等への対応法を盛り込んでいただきたく存じます。私の関係する行政職員等による防災訓練では、医師や看護師、薬剤師がチームを組んでいますが、その中に助産師がいません。これから起こる大災害時に、医療の世界ではなく、独自に赤ちゃん目線として助産師会が助産所拠点で活動できる支援の場を新たに設けて欲しいと思います。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	「各施設の実情に応じた変更を行う」とあるが、適応リストごとに何をどのように勘案、斟酌するのかを示すのがガイドラインであるべきです。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	わたしは安心が安産に繋がることを経験で知って、助産所と自宅出産を選択しました。開業助産師さんは継続的に妊婦に寄り添ってくれます。安心をもっと考慮したガイドラインも入れてほしい。ガイドラインは絶対ではない、助産師と妊婦が話し合うことが大事など。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	ガイドラインに沿って助産師管理の分娩を望む妊産婦に説明、指導する書式になっていません。妊産婦が助産ケアを受けるためのツールとして活用しにくい書式です。可能な限り「考慮すること」「説明すること」「勧めること」などで終わる answer 文にすべきです。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	産婦人科診療ガイドラインだけでなく、厚生労働省や WHO、UNICEF やコクランレビューなど、他の機関が出しているガイドラインや提言もありますので、そちらもぜひ記載して頂ければと思います。医療だけではなく、女性とその家族に寄り添った助産ケアの指針となるものだと思いますので。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。

章	頁	ご意見	分類	回答
—	—	助産師管理の妊娠・分娩・新生児管理のリスク分析は、分類・ラベリング・構成要素の整理・構造化が必要です。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	年々ガイドラインが厳しくなっていますが、それで本当にお産の現場がよくなってきているとは思えません。ルールでがんじがらめになった環境では女性の産む力もサポートする側の力も最大限には発揮できないと思います。改訂ではなく、一度抜本的にガイドラインを考えなおしてみてもどうでしょうか？お産をするのは医療者ではなく妊婦さんであり、彼女たちがお産の中心にいるべきです。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	全ての項目でエビデンスをガイドラインに示す必要があると思います。もしエビデンスがなければ、エビデンスがない旨を明示する必要があると思います。そういう項目がありうると思います。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	ガイドラインに当てはまらないときには、保険が下りないこともあると聞きました。保険が下りない可能性もあることを助産師と女性が合致しておくこと、そういう具体的なところまで交わす文書で表示されていると良いと思いました。女性の意思を拒否するガイドラインではなく、女性の意思を応援する、まずは話をしっかり聴く、お産ができなくても妊娠中の継続ケアをする、オープンシステムへ繋げるなど、女性が励まされ元気が出るガイドラインにしたいです。そのためには、もう少し分かりやすい文章が間に入っていることが大事だと思います。	ウ	ご意見をありがとうございます。今後の参考にさせていただきます。
—	—	助産師業務が妊娠前の女性や妊婦さん、産後を一貫して見守り・寄り添うための職業だと、思っているのですが、管理するための保険適用のための点数やお金のための業務とするためのガイドラインなんだ、と受け取れました。病院に勤務されている助産師さんも多い中、助産所の助産師の皆様の「愛」としか言い表されない点を、見える化するためのガイドラインではないんだな。ということは、とても感じました。畜産の動物のように、女性を産むための動物としてしか、このガイドラインは見えてなくて、女性の権利は守ってくれない…とまで、感じました。そもそも女性を軽視し、お産を生理現象としてではない、リスクを以下に医療として支えるか。というところなのか違和感を感じずにいられないガイドラインでした。	ウ	ご意見ありがとうございます。
—	—	マイナスなことが多く、希望を持てる項目が少なく、これでは助産所や助産師を頼ろうと思う女性がそもそもいなくなるようなリストだと感じました。お産のマイナス炙り出すためのガイドラインで、助産師さんが頭を抱えて胸を張って仕事として取り組むための守りの要になるのか謎だ…と受け取りました。	ウ	ご意見ありがとうございます。
—	—	何だか、医療介入前提でこれは作成されている気がします。少しのマイナス？ここにある通常から外れたものがあると、病院にきてください。と言わんばかりに感じます。	ウ	ご意見ありがとうございます。

章	頁	ご意見	分類	回答
—	—	妊婦さんや赤ちゃんを守るためのガイドラインが出来ることは、とても大切なことだと思います。しかし「〇〇の状態でなければ助産所や自宅では出産できない」という基準が近年どんどん増えているように感じます。そのことによって、「自分の望んだお産が出来ない」ということで医師や助産師に頼らずにお産をする人が増えているのも事実です。また、これまで医師や助産師が持っていた技術が、例えば双子や逆子の経膈分娩などの技術が受け継がれなくなってしまっているのも事実です。規制を厳しくするだけでなく、妊婦さんや家族の「このように新しい命を迎えたい」という思いをくみ取って、どのようにしたらそれがかなえられるのか。医師や助産師の技術を向上することや、妊婦さん自身が健康管理を進めて行くことももっともっと必要だと思います。	ウ	ご意見ありがとうございます。
—	—	外国のように、妊娠してすぐに、産む場所の説明や寄り添いが十分でない日本で、生んだ後に助産師さんが看護師さんとは違う存在で、助産所や自宅での出産も可能なことを知るケースが多い現実。病院だけが安全に出産できる場所でない。妊娠した女性が産む場所を選べ、自分でどんな風に産みたいかを、きちんと考えるために、このガイドラインが活用されることを願います。安全だけの優先でなく、安心のために助産師さんの一貫した寄り添いが受けられることで、安全と安心の両方があるのが、お産だと思います。安全優先だけでは、産みたいと思う女性は増えないことを、片隅に置いていただければ幸いです。	ウ	ご意見ありがとうございます。