

このたびは、「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」の改訂につきまして、多くの方より貴重なコメントをいただき、大変ありがとうございました。

2016年の改訂の際にいただいたコメント数は16個でしたが、今回は49個と3倍ものコメントをいただくことができました。皆様からいただいたコメントをひとつひとつガイドライン委員会で検討し、回答書を作成すると同時に、最終ガイドラインに反映いたしました。

最終版のガイドラインは、学会のホームページにて閲覧可能ですのでご覧ください。

<妊娠期ガイドライン>

CQ101 妊娠中から産褥までの助産師による継続ケアは勧められるか？

コメント1：

助産師主導の継続ケアと医療介入の頻度が少ない解説がありますが、助産師主導であるから介入が行えない、行わない事例の検討であるなどの Selection bias はないのでしょうか。あるのであれば記載すべきではないでしょうか。

回答：

採用をしたコクラン SR では15件のRCTを統合しており、研究により産科医もしくは家庭医の健診をルチーンにしていたり、必要時受診をしていたりしました。そのため、必要時には医療介入が行われていました。

しかし、その記載がないため、上記以外のエビデンスの3段落目に次の内容を追記いたします。

「ただし、助産師主導の継続ケアを受けている女性であっても、産科医もしくは家庭医の健診をルチーンに受ける、もしくは必要時受診をする、という女性も含まれていた。」

また、他の方のコメント受け、推奨の記載も修正しております。

コメント2：

【推奨】の記載について、助産師主導の継続ケアを行うための必要条件が記載されている必要があると考えます。「ローリスク妊婦で、必要に応じて速やかに医師との協働ケア（医師主導）に切り替えられる体制が整えられていれば、」等の必要条件を【推奨】の文中に追記すべきと考えます。

回答：

吟味した文献はローリスクの女性が対象となっているため、推奨文を次のように修正します。また、他の推奨文と記載方法を合わせるために、アウトカムの記載は削除します。

【推奨】「ローリスク妊婦に対する助産師主導の継続ケアは勧められる。ただし、必要に応じて速やかに医師と協働できるケア体制が整えられ、その体制が十分に機能していることが必要である。」

CQ103 どのようにDVスクリーニングを行うのか？

コメント3：

コンピュータに入力する方法は日本でもあるのでしょうか。できないものであるのなら推奨はできな

いと思われました。

回答：

「コンピュータやタブレット端末への自己入力式」という表現に修正いたしました。最近では、問診票などと合わせ、実際にも行われている施設も増えている状況です。

CQ105 どのように児童虐待ハイリスク者のスクリーニングを行うのか？

コメント4：

【推奨】の記載について、「比較的正確度の高いツール」の具体例（Family Stress Checklist (FSC)）を追記しておいた方がわかりやすいと思います。また「妊産婦ヘルスケアマニュアル（日本産婦人科医会、平成29年3月）」をご参照いただき、「特定妊婦」の認定や「子育て支援包括支援センター」等地域行政との連携、助産師の果たす役割等についても記載し、情報提供をお願いいたします。

回答：

まず1つ目のご指摘への回答を致します。【推奨】の中で比較的正確度の高いツール Family Stress Checklist を追記するか否かについては、（日本語版が開発される FSC 等）として推奨に取り上げさせていただきます。

2つ目のご指摘への回答を致します。

ご指摘いただいた内容について、【産婦人科診療ガイドライン産科編】の最後に、以下のように追記させていただきます。

「なお、現在日本産婦人科医会が発行しているマニュアル（2014）は、2017年に改訂されている（日本産婦人科医会 2017）。この中で、児童福祉法の改正により、特定妊婦に関する市町村への情報提供が努力義務となったことを受け、周産期医療において、どのように妊産婦のリスクアセスメントを実施し、支援すべきかが示されている。さらに、母子保健法の改正に伴って、妊娠期から育児期にわたる切れ目のない支援の実現を目指し、2020年度末までに子育て世代包括支援センターが全国設置されることから、周産期医療に関わる看護職が、子育て世代包括支援センターを中心に多職種連携していく重要性が明記されている。

CQ106 児童虐待ハイリスクの親に有効な介入は？

コメント5：

【推奨】の記載について、「トレーニングされた専門家」の自宅訪問を推奨するのであれば、我が国においてどのようなトレーニング（もしくは資格）を受けた者がそれに該当するかを【解説】に記載されるべきであると考えます。

回答：

日本でこのようなトレーニングに該当するものが未確立であるため、その点を【解説】および【根拠】に示したいと思います。参考として、文献の中で紹介されていたトレーニング例として、Note.に追記いたします。[Note. トレーニングされた専門職：自宅訪問に関する一定のトレーニングを受けた看護師、ソーシャルワーカー等のこと。一定のトレーニングとは、1日講習会（事例対応ロールプレイ、動機付け面接法、自立支援コミュニケーション等）を2回/年受けることであり、さらに定期的スーパーバイズを受け、訪問者は訪問毎に同行し、互いに評価し合う。このような専門家へのトレーニングは、我が

国では未確立である。]

CQ107 周産期のメンタルヘルスの問題を抱える妊婦のリスクをどのように評価するか？

コメント6：

「妊産婦ヘルスケアマニュアル（日本産婦人科医会、平成29年3月）」との整合性に関して検討が必要と考えます。時期：妊娠初期、中期、出産時、産後（2週および1か月）

質問票：いわゆる「3つの質問票」（育児支援チェックリスト、EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票）

これらの含め、ハイリスク妊産婦のスクリーニング、子育て支援包括支援センター等地域行政との連携、助産師の果たす役割等、具体的な指針が示されているので、ご参考にし、記載の再検討をお願いしたいです。

回答：

ご指摘のとおり、「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」は重要なエビデンスと考え、当該CQに関する記述を引用として加えました。特に、スクリーニングツール（3つの質問票）、スクリーニングの時期（妊娠中期、出産時、産後2週、産後1か月）の記載については、ガイドラインの解説にて追記しております。

ガイドラインの推奨につきましては、NICEガイドライン、産婦人科診療ガイドライン、妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル、その他のエビデンスを検討し、スクリーニングの時期は、最も必要性が高いと考えられる初診時と産褥早期（産後10日程度）といたしました。また、メンタルヘルスについては、継続的な評価と支援が重要であると考え、「周産期女性のメンタルヘルスについては、産後1年まで継続的に観察する必要がある」という記述も加えました。

スクリーニングツールに関しては、NICEガイドライン、産婦人科診療ガイドラインを参考としました。しかし、2次評価としEPDSの活用を推奨しております。「赤ちゃんの気持ち質問票」で評価するボンディング障害については、次回の改定の際に、エビデンスを基盤に検討していきたいと考えます。その他については、CQ105をご参照ください。

コメント7：

p.30 最下段 偽陰性

回答：

誤字です。擬陰性から偽陰性に修正いたします。

CQ108 会陰裂傷予防のための効果的な方法は？

コメント8：

初産婦にはではないでしょうか。誰にだれが伝える文章かあいまいです。

回答：

推奨文を「初産婦には、」で始まる文に修正いたします。

コメント9：

【推奨】の記載について、会陰マッサージによる会陰裂傷予防に関するエビデンスが存在しない条件下

で「会陰裂傷予防につながる可能性がある」という記載は読者の誤解を招きやすいと考えます。「可能性がある」という表現はあらゆる事象に関して使用出来てしまうため、読者の行動を変容させるような情報提供になりにくいと考えます。「会陰マッサージと会陰裂傷予防との関連性は証明されていない」と、中立的に記載すべきと考えます。

回答：

対象を初産婦に限定した場合にのみ、会陰マッサージにより会陰損傷が減少するとする研究結果があるため、現在の推奨文の表現となっております。このことをより明確にするために、推奨文を次のように修正いたします。「初産婦には、妊娠 34 週以降に会陰マッサージを行うことにより会陰裂傷予防につながる可能性があることを伝えてもよい。しかし、経産婦での会陰マッサージや、初産婦・経産婦での骨盤底筋トレーニング、腔伸展器の使用は、会陰裂傷予防介入としては勧められない。」

CQ109 妊娠中の鉄剤補給の効果的方法は？

コメント 10：

助産ガイドライン CQ109 で鉄剤のサプリメント摂取が勧められないというのに反対します。NICE のガイドラインを拠り所にしており、日本の事情を全く反映していません。産婦人科診療ガイドライン産科編に記載がないというのも間違いです。記載があります。

まず産婦人科診療ガイドライン産科編 2017 では、CQ001 の特にリスクのない単胎妊婦の定期健康診査（妊婦健診）は？の解説文（P2）において「第 1,2 三半期の貧血は低出生体重児と早産のリスクを上昇させ、一方、鉄剤投与は低出生体重児を減少させるので、貧血の妊婦に対して鉄剤による改善に努め、早産等に注意する」とかなり踏み込んで記載があります。日本の妊婦では国民健康・栄養調査によると明らかに生殖可能年齢で鉄摂取が推奨量から足りません。また朝食を食べない女性が多くいることがわかっています。日本の林の報告では年々女性の貧血は増加しており、世界における鉄欠乏性貧血と鉄欠乏状態（ヘモグロビンが正常でフェリチンが低下している状態）が低栄養と考えられるトルコ、バングラディッシュと同じ程度となっております。助産ガイドラインで拠り所としている NICE はイギリスですから添付した資料をみていただければわずか 6%しか鉄欠乏性貧血がおりません。日本と世界とは事情が違います。ただでさえ、やせ、妊娠中の低栄養が問題となっている我が国で鉄のサプリメントは不要ですというのは無謀であり、さらに低出生体重児が増加することに寄与するのではないかと考えます。ご存知かと思いますが低出生体重児が我が国で増加している資料を添付します。帝王切開は経膈分娩より出血が多くなることから、我が国でも帝王切開率が上昇していることも貧血を予防することは非常に重要であると提言させてください。

回答：

ご指摘いただきました、産婦人科診療ガイドライン産科編 2017、CQ001 での記載は、その文章にもあるとおり「貧血の妊婦への鉄剤投与を推奨している」ものと考えます。これは、貧血ではない正常経過をたどるローリスク妊婦への貧血予防を目的とした鉄剤サプリメントでの鉄補給とは異なります。一方、本助産ケアに関するガイドラインは、妊娠経過において特に問題のないローリスク妊婦を対象としたケアに関するものを取り扱っており、本ガイドラインの CQ109 は、貧血ではない正常経過をたどるローリスク妊婦への貧血予防を目的とした鉄剤サプリメントでの鉄補給について言及しております。そのため、推奨文においても「予防的な鉄剤サプリメント摂取は勧められない」としてあります。

日本における妊娠中の低栄養の問題、また妊婦の貧血の問題等に関しましてはご指摘のとおりと考えます。そして、妊婦における貧血治療としての鉄剤投与は医師が行うものであり、本助産ガイドラインで言及する内容でないことは言うまでもありません。

以上より、産婦人科診療ガイドライン産科編 2017 の項目における「記載なしは現行のままといたしますが、いただいたご意見の趣旨を踏まえまして、『ただし、CQ001「特にリスクのない単胎妊婦の定期健康診査(妊婦健診)は?」には、「貧血の妊婦に対して鉄剤による改善に努め、早産とうに注意する。」との記述がある。』を追記いたします。また現在の推奨文の後に、以下を追記いたします。

「なお、妊娠中に貧血が認められた場合には、鉄剤による適切な貧血治療が行われるべきである。」

CQ110 妊娠中における葉酸の効果は?

コメント 11 :

推奨の文章で「妊娠 3 か月まで」という表現が誤解を生みます。解説まで読まずに判断することがあるからです。3 か月までというのは妊娠 8 週までを言っているのか? 12 週までなのかわかにくいのです。しかし、解説の「根拠」を読めば妊娠 12 週までとわかります。ここで 12 週と書いてあるのになぜ 1 か月以上まえから 3 か月までと月表示に変えてしまったのか? 妊娠前を月表示であったから月表示で統一してしまったのでしょうか。妊娠前は月表示でもいいかもしれませんが、妊娠した以降は週数で表すべきです。それは他の CQ でもそのようになっていてこの CQ のみ妊娠時期を「か月」で表現しています。

解説の本文 3 行目に「これらの日本における発生頻度は、2010 年の統計では出生 10,000 あたり、無脳症 0.88、脳瘤 0.00、二分脊椎 5.93 であり、英国 (3.60, データなし, 8.85) や米国 (2.43, 1.42, 5.26) と比較して発生率は低い (ICBD 2012)。」とあります。これは問題があります。添付しましたように二分脊椎において海外と比較して日本が増えているのが問題となっています。無脳症は超音波診断で 22 週より前に診断がつくために生まれません。だから低い頻度となっています。二分脊椎は出生診断がついてないために数が多く問題となります。日本に葉酸摂取が足りなくて諸外国と差があることが書かれていないのは問題です。根拠となる論文を調べ直した方がよいと言えます。

二分脊椎の件で添付しましたグラフの引用は以下になっていました。

神経管の先天異常の 1 つ、二分脊椎の発症率が、増加傾向を続ける日本 (データ : International Clearinghouse for Birth Defect Surveillance and Research. Annual Report 2013 より作図)

回答 :

ご指摘にしたがって、推奨文を以下に修正いたします。

「食品からの摂取に加え、サプリメントにより 1 日 0.4mg(1 日 1.0mg を超えない) を、妊娠 1 か月以上前から妊娠 12 週まで摂取することが推奨される。」

また、解説のご指摘部分に関しましては、参考文献をより新しいものとし、以下に修正いたします。

「これらの日本における発生頻度は、2012 年の統計では出生 10,000 あたり、無脳症 0.37、二分脊椎 5.18、脳瘤 0.83 であり、英国 (4.24, 6.21, 0.56)、米国 (3.24, 4.83, 1.21)、フランス (3.74, 5.93, 1.09)、およびドイツ (0.00, 7.08, 1.77)と比較してほぼ同じかやや低い値となっている。なお日本では二分脊椎の発生頻度が 1974 年~2011 年の変化をみた場合 1.64 から 5.59 に増加していることが特徴として言われている (ICBD 2014)。」

以上にもないまして、文献での表記も以下に修正いたします。

ICBD 2014

International Clearinghouse for Birth Defects: Annual Report 2014. [2019.12.16]

<http://www.icbdsr.org/resources/annual-report/>

CQ112 妊娠中の腰痛・骨盤痛の改善に効果的な方法は何か？

コメント 12：

【推奨】の記載について、「可能性がある」という表現はあらゆる事象に関して使用出来てしまうため、読者を混乱させてしまう恐れがある印象があります。「妊娠期の女性の運動が、腰痛や骨盤痛の改善につながるという効果は現時点で証明されていない」と、中立的に記載すべきと考えます。

回答：

【推奨】の記載について、何らかの運動が腰痛・骨盤痛を有意に軽減させる統合結果が出ており、また単独の RCT においても有意差が出ております。確実なエビデンスには欠けるものの、情報提供については有益なのではないかと考えます。そのため、以下のように推奨文を修正します。

「妊娠期の女性に何らかの運動が腰痛や骨盤痛の改善に役に立つ可能性があることを伝えてもよい。」
また、それに伴って、解説および根拠に単独の RCT に関するエビデンスを加筆します。

CQ113 妊娠中の静脈瘤および浮腫の症状改善に効果のあるものは何か？

コメント 13：

【根拠】のところで「弾性ストッキングが症状改善に有効である」というエビデンスが紹介されていますので、【推奨】のところで追記される方が良いと考えます。

回答：

【根拠】に引用していた「弾性ストッキングが症状改善に有効」という記載に関しては、静脈瘤を「予防」するための介入としてのストッキング使用を検証した研究であったため、根拠から該当の文章を削除いたします。そのため【推奨】の記載について、弾性ストッキングに関する記述は加筆しないこととします。

また、解説内の静脈瘤症状改善に関して、根拠の中で記載したルトサイドについて加筆しています。それに伴い、推奨文を有効性から有用性という言葉に変更しています。

CQ114 妊娠中の便秘の改善に効果的な方法は何か？

コメント 14：

「可能性がある」という表現はあらゆる事象に関して使用出来てしまうため、読者の行動を変容させるような情報提供になりにくいと考えます。また、排便回数以外にも便秘の症状（下腹部痛、痔疾の悪化等）はありますので、「食物繊維の摂取が便秘症状改善のための選択肢の一つとなりうる」くらいのトーンで記載されて方がよいと思います。

回答：

RCT のアウトカムに設定されていないため、排便回数が増加するという結果以外にエビデンスがありませんでした。そのため、このような推奨文の表現としてとどめております。

コメント 15 :

本文 55 ページの 1 行目および 2 行目の「介入後 4 週週目」と“週”が重複しておりました。

回答 :

「介入後 4 週週目」を「介入後 4 週目」と誤字の修正を行いました。

<分娩期ガイドライン>

CQ201 予定日超過における分娩誘発の有効性について

コメント 16 :

妊娠週数には すべて「妊娠 x x 週」と書くべきではないでしょうか。

回答 :

「〇〇週」の部分を「妊娠〇〇週」に修正いたします。

コメント 17 :

妊娠 42 週以降の取り扱いについて、「産婦人科診療ガイドライン産科編」の記載と整合性を担保しておいた方が良くと考えます。我が国において妊娠 42 週（下記妊娠）の誘発などに関する判断を助産師がすることは想定されているのでしょうか？ 訴訟になった時のことを考えると最後の一文の記載は「産婦人科診療ガイドライン産科編」の記載と合致させておく、もしくは削除された方がよろしいかと考えます。

回答 :

本 CQ では、予定日超過における分娩誘発の判断は産科医が行うものであるとする前提のもとに、助産ケアとしての推奨は行わず、「エビデンスと解説」に留めております。またそこでの記述は、産婦人科診療ガイドライン産科編での記述に配慮した内容としており、適切な内容になっていると考えます。

CQ206 分娩第 1 期の間欠的聴取法と持続的モニタリングは、どちらがよいか？

コメント 18 :

CQ206 分娩第 1 期で連続モニタが間欠的聴診に比べ有意に問題を減らすエビデンスはないのに、第 1 期では間欠的聴診が推奨される根拠にはならないと思います。自然分娩の割合が減る可能性があるからといって連続聴取より間欠的なものが推奨される根拠とも考えられません。産科ガイドラインで分娩第 1 期の間欠的聴取を連続より薦めているわけではありません。また、CQ205 との関連でも、入院時は連続聴取を薦めているに、その後は異なるというのもよくわかりませんし、CQ206 単独で読んだ読者は 205 の内容を誤認する危険性があります。

回答 :

CQ205 において「入院時の胎児心拍の確認方法として分娩監視装置装着を勧める」とした点に関しましては、研究上では連続聴取のほうが間欠的聴取よりも優れているというエビデンスは得られていな

いものの、日本における産科医療補償制度での知見等に配慮したという背景があります。

本 CQ206 では、分娩第 1 期での分娩監視方法を扱っておりますが、本文にも記述しておりますとおり、英国 NICE ガイドラインでは「低リスク妊婦では、(略) 間歇的聴診で行う。」と明示されております。また、この NICE ガイドラインが根拠論文としているものの最新版においても、同様の結論が導かれており、本助産ガイドラインでも、これらのエビデンス情報をもとに、「ローリスク妊婦においては、(略) 間歇的聴診 (15 分以下の間隔で、1 回あたり 1 分以上) が勧められる。」といたしました。この「ローリスク妊婦においては」の部分に関しては、単なるローリスクという意味ではなく、あくまでも入院時のモニタリングにより正常であることが確認されたことが前提ですので、この点をより明確にするために推奨文の最初に「入院時の持続的モニタリングで胎児心拍が正常波形であることが確認された」という文言を追加いたします。また CQ も、「分娩期の」を「分娩第 1 期の」といたします。

なお、連続聴取により器械分娩や帝王切開を増加し得るという事実は、産婦の安全を担保する視点からも、間歇的聴取を勧める根拠になり得ると考えます。

コメント 19 :

用語に関しても、分娩監視装置を装着するという記載と、連続聴取など混在し、重要事項であるので適切に記述すべきと考えます

回答 :

分娩監視装置を装着するという文脈と、連続聴取か、または間歇的聴取かという文脈で使い分けております。

CQ212 微弱陣痛による分娩進行異常に人工破膜は有効か？

コメント 20 :

人工破膜の分娩進行に関する有用性に関するエビデンスがないからといって、勧められないという理由にはならないと思います。産科ガイドラインでは、勧めもしていませんが、否定もしていません。施行に際して注意すべきと記載されているだけです。

回答 :

NICE 分娩期ガイドライン、産婦人科診療ガイドライン 産科編、ほかのデビデンスではそれぞれに別の論文を採用しているためアウトカムが異なり、一定の見解がありません。そのため、下記のように【エビデンスと解説】を修正いたします。「微弱陣痛による分娩進行異常に対する人工破膜の有効性に対する一定の見解はない。」

CQ215 分娩時の外陰部洗浄は、何を用いたらよいか？

コメント 21 :

消毒液で洗浄することの有意性はないが、やってはいけないわけではないです。解説にもあるように 52%の施設が消毒液を使用しているにもかかわらず、水道水が良いと推奨するのはいかがなものか。

回答 :

消毒液と水道水で感染率に差がないなら、できるだけ安価で、身近にあるものを使う方が望ましいと考えました。

水道水でよいなら、消毒液を使う必要はないと思います。

コメント 22 :

【解説】【根拠】:「抗生剤」→「抗菌薬」

回答 :

抗菌薬に修正いたします。

コメント 23 :

語句の誤りがある。解説の 2 行目以降頻回に出てくる「抗生剤」というのは誤りです。正確には「抗菌薬」です。理由はネットなどで検索してください。

【根拠】の本文 4 行目では「縫合部離開」とありますが、上記以外のエビデンスの本文 2 行目には「創部離解」とあります。

回答 :

ご指摘にしたがい、抗菌薬に修正をいたします。また「縫合部離開」に統一いたします。

CQ216 分娩第 2 期の体位は、仰臥位が勧められるか？

コメント 24 :

【推奨】の記載について、【根拠】の記載からは、「仰臥位を避けることが望ましい。」とするほどの推奨は「書きすぎ」と考えます。後半の記載のみにした方が誤解は少ないと思います。

回答 :

NICE ガイドラインより、「女性は分娩第 2 期に仰臥位分娩ではなく、最も快適な他の姿勢が推奨されている。」であり、日本でも多くの場合、仰臥位で分娩第 2 期の時間を過ごすことが多いことを懸念しています。ただし、エビデンスより、書きすぎの懸念を招くことも事実です。解説の第 3 段落目「分娩時の体位は、仰臥位分娩に比べて、その他の体位が優れているという明確なエビデンスは示されていない。しかし、垂直位に比べ仰臥位分娩の方が、帝王切開率を減少させる傾向が示されているものの、その他のアウトカムについては仰臥位が優れているというエビデンスもない。」は削除いたします。

また、【解説】には、メリットとデメリットの詳細を追記いたします。

CQ218 分娩第 2 期の会陰マッサージは、会陰裂傷を予防できるか？

コメント 25 :

「可能性がある」という表現はあらゆる事象に関して使用出来てしまうため、読者を混乱させてしまう恐れがある印象があります。「医療者による会陰マッサージが会陰裂傷を減少させるという十分なエビデンスは得られていない」という中立的な記載が望ましいと考えます。

回答 :

【推奨】を、以下のように修正いたします。

「会陰裂傷が予防できるというエビデンスは得られておらず、推奨されない」

CQ221 ルチーンの会陰切開は、産婦および新生児のアウトカムを改善するか？

コメント 26 :

【エビデンスと解説】について、「ルチーンの会陰切開」と「限定的な会陰切開」の記載が混在しています。分けて記載された方が良く考えます。また、「selective use of episiotomy」の訳語として「限定的な—」という記載をされているのであれば、「産婦により選択的な（もしくは個別に選択された）会陰切開」という表現が適切と考えます。

回答 :

「限定的な」を「産婦の状態に応じた選択的な会陰切開」と修正したいと思います。

CQ222 分娩進行中に回旋異常（後方後頭位）となった場合、四つん這いは回旋異常の改善に有効か？

コメント 27 :

【推奨】の記載について、十分なエビデンスが存在しない状況で「選択肢の一つとなりうる」という記載をされると読者の誤解を招く恐れがあると考えます。「四つん這い体位の回旋異常改善の有効性は確認されていない」といぐらいの中立的な記載をされた方が良く考えます。

回答 :

「推奨されない」に修正いたしました。

CQ224 臍帯結紮の時期は、臍帯早期結紮と臍帯遅延結紮で、どちらがよいか？

コメント 28 :

日本ではとあるが、海外と異なることをするのか。CQに適切にこたえるのであれば、早期も遅延も予後が違うというエビデンスがない。と答えるしかないのではないか。

回答 :

本CQの表現について、「臍帯結紮の時期は、臍帯早期結紮と臍帯遅延結紮でどちらがよいか？」と変更致しました。また、ご指摘いただいたエビデンスがないという点についてですが、臍帯早期結紮は、遅延結紮よりもSRの結果より新生児死亡率が減少傾向であること、光線療法の頻度が減ること、日本人という人種的特徴を踏まえて、再度検討した結果、早期結紮群を推奨することと修正致しました。

コメント 29 :

「どちらでもよい」→「推奨に関する一定の見解はない」ぐらいの表現の方が適切かと考えます。

回答 :

臍帯早期結紮は、遅延結紮よりもSRの結果より新生児死亡率が減少傾向であること、光線療法の頻度が減ること、日本人という人種的特徴を踏まえて、再度検討した結果、早期結紮群を推奨することと修正致しました。また、CQのタイトルについても表現を、「臍帯結紮の時期は、臍帯早期結紮と臍帯遅延結紮でどちらがよいか？」と変更致しました。

CQ225 出生直後に行う早期母子接触 (early skin-to-skin contact) は有効か？

コメント 30 :

CQ225 出生直後に行う早期母子接触 (skin-to-skin contact) は有効か？」についてです。

①3 段落目の上から 7 行目に、(児は)とありますが、(母は)の間違いなのではないでしょうか？

②早期母子接触やカンガルーケアと呼ばれるものについて、間違った方法で行われている例がまだ多く、それに伴う事故報告もあると聞いています（産科医療補償制度の報告書等）。なお、日本周産期・新生児医学会から 2019 年 9 月に出された母子同室実施の留意点が以下に示されており、こちらの情報にも触れておいたほうがよいと思います。

<https://www.jspnm.com/Teigen/Teigen.aspx>

本 CQ は母子同室に関するものではないですが、正常児における早期母子接触と低出生体重児での NICU におけるカンガルーケアとが、実施対象も実施場所・時点も全く異なるケアとして、きちんと区別されて適切に行われているのであれば、日本周産期・新生児医学会からの「母子同室実施の留意点」が 2019 年 9 月に再度注意喚起として出されることはなかったのではないのでしょうか？ですから、早期母子接触が母子同室での添い寝授乳等ではないことを明記するだけでは不十分であり、したがって、母子同室での添い寝授乳等で行われる可能性がある母子接触のケアについても言及されるべきだと思います。

・今回の CQ は、あくまでも分娩直後に分娩室で行われる「早期母子接触」であって、母子同室での添い寝授乳等ではないこと、を明記するだけでは不十分ではないのでしょうか。母子同室での添い寝授乳等で行われる可能性がある母子接触のケアは、推奨されるのかされないのかについて、記述すべきではないのでしょうか。

③上記の「間違った方法で行われている例が多い」という点に配慮して、ケアをしている様子の具体的な絵を追加したほうがよいのではないのでしょうか。

④本文において SIDS の危険性については言及されていますが、ALTE との関連については記述されていません。言及が必要ではないのでしょうか。

回答 :

① 「(母親は)」と修正いたしました。

② 解説に以下を追加いたしました。

日本周産期・新生児医学会から 2012 年に公表された『『早期母子接触』実施の留意点』では、『『カンガルーケア』とは、全身状態が安定した早産児に NICU (新生児集中治療室) 内で従来から実施されてきた母子の皮膚接触を通常指す』とし、「一方で、正期産新生児の出生直後に分娩室で実施される母子の皮膚接触は、異なるケアが求められるにも関わらず、この「カンガルーケア」という言葉が国内外を問わず用いられ、用語の使用が混乱している」と指摘した。そして、この混乱を避けるために「出生直後に分娩室で行われる母子の早期接触を『早期母子接触』と呼ぶことが提案された。また、同日本周産期・新生児学会から 2019 年に公表された「母子同室実施の留意点」では、「母子同室中に母子が同じベッドで過ごすもしくは添い寝をすることを『ベッドの共有』とし、「出生直後に行う『早期母子接触』は、『母子同室』と異なるケアである」とされている [なお、「母子同室中の急変は、母と添い寝中の急変が最も多く、母子はベッドを共有せず、児は仰臥位とする」とされている]。本 CQ の早期 SSC に

ついても、出生直後の正期産新生児において母子の状態が早期母子接触可能な状態である時に分娩室で行う SSC を指し、NICU や母子同室中、ベッドの共有 (添い寝)、添い寝授乳での母子接触などは含まない。

-----中略-----

「早期母子接触」実施の留意点 (日本周産期・新生児医学会 2012) では、「出生直後の新生児は、胎内生活から胎外生活への急激な変化に適応する時期であり、呼吸・循環機能は容易に破綻し、呼吸循環不全を起こし得る。したがって、『早期母子接触』の実施に関わらず、この時期は新生児の全身状態が急変する可能性があるため、注意深い観察と十分な管理が必要である (この時期には早期母子接触の実施に関わらず、呼吸停止などの重篤な事象は約 5 万出生に 1 回、何らかの状態の変化は約 1 万出生に 1.5 回と報告されている)」「分娩施設は、『早期母子接触』実施の有無にかかわらず、新生児蘇生法 (NCPR) の研修を受けたスタッフを常時配置し、突然の児の急変に備える。また、「新生児の蘇生法アルゴリズム」を分娩室に掲示してその啓発に努める」「『早期母子接触』を実施する施設では、各施設の実情に応じた『適応基準』『中止基準』『実施方法』を作成する」「妊娠中 (たとえばバースプラン作成時) に、新生児期に起き得る危険状態が理解できるように努め、『早期母子接触』の十分な説明を妊婦へ行き、夫や家族にも理解を促す。その際に、有益性や効果だけではなく児の危険性についても十分に説明する」「分娩後に『早期母子接触』希望の有無を再度確認した上で、希望者にのみ実施し、そのことをカルテに記載する」としている。産科医療補償制度 再発防止委員会においてもでは、新生児管理全般として「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 SSC 実施前の管理として、・・・

また、誤解・混乱を防ぐために CQ の SSC のスペルアウトに early を、【推奨】の冒頭に「出生直後に行う」を追記、early skin-to-skin contact の略称を「SSC」から「早期 SSC」に修正、【根拠】の NICE 産褥ケアガイドラインの内容記載末尾にあった「また、可能な場合には SSC を継続することも推奨されている」および、根拠と総意に基づくカンガルーケア・ガイドラインの 4 段落目にあった「後期早産児での SSC や母親以外の家族による SSC の抱っこについての報告がすくなかったことから」の記述を削除いたしました。

なお、「母子同室での添い寝授乳等で行われる可能性がある母子接触のケアは、推奨されるのかされないのかについて、記述すべき」とのご意見については、本 CQ は出生直後に行う早期母子接触についての CQ であるため上記のように解説の本 CQ でいう早期母子接触は母子同室での添い寝授乳等で行われる可能性がある母子接触とは異なること、母子同室中に母子はベッドを共有しないことが指摘されている旨を明記するにとどめました。次回改訂の際に新たな CQ とすることを検討いたします。また、次回改定時に CQ を募集しますので、その際に、具体的な CQ をご提案いただけますと幸いです。

③ 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」のイラストを追加いたしました。

④ 【解説】に以下を追記いたしました。

また、乳幼児突発性危急事態 (Apparent Life-Threatening Events: ALTE) の発生と、早期 SSC を実施していたことや SSC 実施中に医療スタッフが不在となり児が観察されなかったこととの関連も指摘され

ている (Dageville 2008, Andres 2011)。

CQ226 第1度、第2度会陰裂傷は縫合が必要か？

コメント 31 :

【エビデンスと解説】

2行目：「進めている」→「勧めている」

回答 :

「勧めている」に修正いたします。

CQ227 分娩第3期の積極的管理と待機的管理ではどちらが望ましいか？

コメント 32 :

【推奨】の記載について、【根拠】の記載からは、待機的管理を「勧められる」ほどのエビデンスには乏しいと考えます。「待機的管理を行ってもよい」くらいのトーンで修正された方が良いと考えます。

【解説】6行目：「分娩第3期所要時間の延長」は本当ですか？積極的管理の方が「分娩第3期の時間が短い」と記載されているので矛盾するような印象を受けますが……。文中に主語がないので誤解を招きやすいと思います。

回答 :

【推奨】の記載について、「ローリスクの産婦の場合には、待機的管理を行うことも選択肢の一つとなりうる」という表現に修正いたしました。この修正に伴い、【解説】の8行目も、「ローリスクの産婦の場合には、待機的管理を行うことも選択肢の一つとなりうる」と修正を行いました。

【解説】6行目：「分娩第3期所要時間の延長」は「上記以外のエビデンス」に記載のコクランSR(Begley 2019)の結果を確認し、延長ではなく、「分娩第3期所要時間の短縮」の誤りでした。「短縮」に修正いたしました。

また、解説は誤解を招くことのないよう、「ローリスク産婦に限った場合においては、『積極的管理は待機的管理に比べて、』500 ml 以上の分娩時出血の割合を減らすが、分娩第3期所要時間の延長や、胎盤用手剥離、分娩後の嘔吐、後陣痛の割合は増加した。」と介入について追記をいたします。

コメント 33 :

ローリスクに積極的管理をしてはいけない理由はないと思います。解説に500ml以上の分娩出血量を減らすが、分娩第3期の時間延長、用手剥離、分娩後嘔吐、後陣痛の割合が増加したとあるが、分娩時500ml以上の出血を有意に減らすのであればそれはよっぽど良いことなのではないか。嘔吐が多少あっても、出血量の問題のほうが大きいと考える。

助産院での分娩では、搬送すべき出血量になるとは考えないのか。

回答 :

積極的管理は待機的管理と比較した場合のベネフィットとして考える500ml以上の出血の発生と、リ

スクとして考える分娩第3期の時間延長、用手剥離、分娩後嘔吐、後陣痛の発生リスクとして捉える効果量を考慮し、リスクをベネフィットが上回るとの考えから、現在の推奨文の表現となっております。ローリスク産婦の分娩場所となる助産院での分娩も含め、常にリスクアセスメントをすることは必要であると考え、分娩期に分娩後出血のリスクが発生した場合には、積極的管理に移行するという推奨文も記載しております。

CQ228 分娩第3期の積極的管理における子宮収縮薬は何が効果的か？

コメント 34：

子宮収縮薬の選択は助産の範疇であるのか。血圧上昇があるからということでオキシトシンが望ましいというのは over statement であって、それぞれをその状況にあわせて適切に選択すべきであります。子宮型羊水塞栓症などの多量出血ではエルゴメトリンを優先して使用すべきであると考え。

回答：

本 CQ では、薬剤の処方、医師の領分の為、助産ケアとしての推奨は行わず「エビデンスと解説」に留めております。CQ227 の Note に記載しておりますとおり、本 CQ では、「分娩第3期の積極的管理」とは、分娩後出血の予防を目的としており、予防的な包括的ケアとしての薬の扱い方を取り扱っております。2つの試験 "RCT (Ezeama 2014) " "コクラン SR (Salati 2019)" におきまして、エルゴメトリンはオキシトシンと比べ、胎盤用手剥離および血圧上昇が増加するというエビデンスが示されております。そのため、「エルゴメトリンはオキシトシンと比べ、胎盤用手剥離および血圧上昇が増加する。」という記載に留めます。対応につきましては、医師の判断によるため、「オキシトシンの方が望ましい」という記載は削除いたしました。

多量出血の対応につきましても、【エビデンスと解説】に「なお出血多量の際は、「産科危機的出血への対応指針 2017」(日本産科婦人科学会 2017) に従う。」と記載しております。

コメント 35：

ミソプロストール（日本での商品名サイトテック）を推奨しています。p149 のミソプロストールの記載の最後にもありますが、「オキシトシンにミソプロストールを加えて投与しても、分娩後出血の発生を減らすことができず、有害事象の発生は増加すると結論づけている。」とあります。つまり CQ のアンサー、解説文ではミソプロストールを推奨していながら一般的に使用するオキシトシンとの併用は有害事象発生率を増加させる可能性があること、適用外使用であるため有害事象が発生した際にトラブルがある可能性があります。また、推奨していながら有害事象のこと、オキシトシンとの併用でも分娩後出血の発生を減らさないというのには矛盾があります。

助産ガイドライン CQ228 分娩第3期の積極的管理における子宮収縮薬は何が効果的か？案での「エビデンスと解説：経口投与のミソプロストール (400-600 µg)はプラセボと比較した場合、輸血の実施を減らし、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩 0.2-0.5 mg は無治療と比較した場合、治療的な子宮収縮薬の使用を減らす。案での解説文(p150) 1. 分娩後出血量を減らすために最もよい薬剤は何か？ のところで分娩後出血予防の標準薬剤であるオキシトシンよりも、エルゴメトリンとオキシトシンの併用、ミソプロストールとオキシトシンの併用、カルベトシンは、より効果的な薬剤であることが分かった。これらの中で最も副作用の少ないカルベトシンは試験のサンプルサイズが小さく精度が低かったため、

現在進行中の試験結果を組み込んでのさらなる検討が必要である。」助産ガイドライン p150「Note: 経口投与のミソプロストールの商品名はサイトテックである」

回答：

本 CQ では、薬剤の処方、医師の領分の為、助産ケアとしての推奨は行わず「エビデンスと解説」に留めております。オキシトシンと比較し、坐剤のミソプロストールは、輸血の実施を減少させたというエビデンスをもとに、【エビデンスと解説】に記載をしております。

エルゴメトリン (IV) につきまして、プラセボと比較した場合のエビデンスを追記いたしました。

多量出血の対応につきましても、【エビデンスと解説】に「なお出血多量の際は、「産科危機的出血への対応指針 2017」(日本産科婦人科学会 2017) に従う。」と記載しております。

CQ230 予防的に子宮収縮薬の投与を受けていない場合の児娩出後の子宮のマッサージは、分娩後出血を予防することができるか？

コメント 36：

CQ230 が不適切と考えます。予防的に子宮収縮薬を投与するよりも、薬剤を使用しないマッサージの方がリスクを減らすという議論はないのでしょうか。CQ231 も同様。産後の一次止血に何を推奨したいのかが全くわからないガイドラインの構成となっています。

回答：

予防的な子宮収縮薬投与を実施していない施設もあることから、この CQ を立案しております。子宮収縮薬の投与と子宮マッサージを比較した場合の出血量の減少の効果についてのエビデンスは、CQ231 に記載しております。分娩第 3 期の積極的管理を構成する要素である、予防的子宮収縮薬の投与、臍帯結紮のタイミング、臍帯けん引の実施、子宮のマッサージについて、これらのすべての要素をパッケージとした介入だけではなく、これらの構成要素のいずれかのみを実施している日本の状況や、世界的にもこれらの構成要素が見直されている状況を鑑み、このような CQ の構成としております。

コメント 37：

【推奨】の記載について、子宮マッサージが「勧められない」というほどの否定的なエビデンスは存在しません。「ルチーンの子宮マッサージは必ずしも必要ではない」というくらいの抑制的な記載が適切と考えます。

回答：

マッサージが出血量を減らすという有効性を示すエビデンスがないため、根拠には乏しいことから、このような【推奨】の記載としております。

CQ231 で示す臨床試験で、マッサージを受けた女性が不快感を訴えていたという結果がありましたので、こちらの CQ にも追記をしました。

CQ231 予防的に子宮収縮薬の投与を受けている場合の児娩出後の子宮のマッサージは、分娩後出血を予防することができるか？

コメント 38：

【推奨】の記載について、CQ230 の記載と同一ですので誤植と考えます。CQ230 と CQ231 を分離させ

なくてもよいのではないのでしょうか？

回答：

マッサージを勧められないという根拠には乏しいことから、【推奨】の記載について、「分娩後出血に対する予防介入としてルチーンで実施することは勧められない。」に修正いたしました。

CQ230 は待機的管理との関連、CQ231 は積極的管理と関連する問いとなりますよう、CQ を設定しております。

コメント 39：

本文 159 ページの井上さとみの引用文献タイトルの「全国の参加施設における…」の“参加”は“産科”の間違いでしょうか。

回答：

ご指摘ありがとうございます。なお、本文献は、この CQ より削除し、ガイドライン 2020 の使い方に移動いたしました。

<産褥期ガイドライン>

CQ303 死産と診断された時に、すぐに分娩誘発の必要があるか？

コメント 40：

死産の原因を追究しないで、分娩誘発のタイミングの可否は判断できません。破水や出血といった自覚所見でのみ、他覚所見、採血、超音波検査の診断もなく判断するというのは全く医学的判断がありません。conceal 型の早剥で出血がなく待機したら DIC で妊産婦死亡が起きます。医師が決めることではないのでしょうか。

回答：

検討の結果、CQ303 は削除いたしました。

コメント 41：

この CQ は助産師に必要な事項なのでしょう？助産師ではなく医師が個別に判断すべき事項であるという印象を持つため、このガイドラインをもとに助産師が判断を行って、万が一訴訟等になった場合のことを考えると、この CQ は削除した方が良いと思います。

回答：

検討の結果、CQ303 は削除いたしました。

コメント 42：

・冒頭の【エビデンスと解説】の部分に、「分娩の時期の決定は両親の希望が尊重されるべきである」ということを追加してほしい。分娩の時期を決める際に、両親の心理状態が考慮されることが少ない（医師が一方向的に決めている）現状、そしてそのことで両親がどのような思いをしているのか、という

ことが背景にあつての CQ だと思う。時間が経過することで起こりうる害があるとしても、なぜ待つという選択肢が必要なのか、その説明が少しあってもいいのではないか。

・母体の健康状態が良い、という表現があいまいではないかと思った。RCOG の推奨は、ラボデータがどうであるか、ということ的前提条件としているのではないか。

・p.166 の下から 4 行目、「分娩様式は主に妊娠週数や産科歴などによるが、分娩の誘発や促進は、女性にとって、最も医学的なリスクが低いと報告されている」は原文通りなのだと思うが、分娩の方法としてリスクの高い低いを論じるのであれば、経膈分娩か帝王切開か、の比較であり、下線部分を「経膈分娩は」としてはどうなのか。また、可能であれば、経膈分娩の方がリスクは低い、しかし経膈分娩がもたらす心身への苦痛を考慮したケアが必要であることに触れてほしい。

・「ミソプロトール」ではなくて、「ミソprostool」しかし、日本では産科では保険適応外。妊娠中の使用をしているところがあるのか？

回答：

ご指摘の「分娩の時期の決定は両親の希望が尊重されるべきである」ことに関連した研究を見出すことができませんでした。

また、分娩時期や方法の決定は、医師の判断であること等、検討の結果この CQ は削除いたしました。

CQ303 (旧 CQ304) 死産後の母親や父親、家族に亡くなった子どもとの面会、記念品づくり等を勧めるか？

コメント 43：

・【推奨】「母親および父親の意思決定を確認し、面会・抱っこ・写真撮影・記念品づくりのうち1つ以上を提案し、話し合うことを推奨する。」面会・抱っこ...などの意思決定を支援する、のが推奨されるべきことではないか。1つ以上とあえて入れる必要があるか。

・「3. 児との思い出を作る」の中に、名前をつける、沐浴や洋服を着せる、メモリーボックスの説明があるとおもう。→見出しは、1) 名前を付ける、2)、3) ?

回答：

ご指摘の点は、情報を提供してもなお、選択肢がゼロと回答する両親をできるだけなくするために、「1つ以上」と入れる必要があります。

また、「母親および父親の意思決定を確認し」という表現よりも「母親および父親の気持ちに配慮し」と修正しています。

「3. 児との思い出を作る」の中に、名前をつける、沐浴や洋服を着せる、メモリーボックスの説明があると思う。→見出しは、1) 名前を付ける、2)、3) 見出しを付けることに修正します。

CQ304 (旧 CQ305) 周産期喪失後の次の妊娠・出産への支援には、どのような方法があるのか？

コメント 44：

・このCQ は、「次の妊娠・出産への支援にはどのようなものがあるか」。これに対して、推奨の中にはいわゆるグリーフケアと、次の妊娠によりフォーカスがあたったケアが混在しているように感じられる。身体的・精神的なサポート、病院・保健所で死産後のケアを担当している相談窓口の紹介は、次の妊娠のために必要なのではない。専門家への紹介として、解説で遺伝の専門家への紹介があるが、誰にでも紹介が必要なわけではないし、最近では遺伝よりも不育症の検査の方が現実的に多く実施されていると思う。

・次の妊娠の時に女性が求めているのは、健診の回数、長さ以上に、継続した助産師・医療者との関

わりであり、前回の体験への配慮であると思う。

・産後のケアは、面会に支援が必要なこともあるかもしれないが、その後の育児に辛さが増すことがあるので、育児の支援に特別な配慮が必要だと思う。

回答：

「次子妊娠までのケア」という表現よりも「次子妊娠に向けたケア」のほうが表現として相応しいと考え修正しました。

ご指摘の通り、グリーンケアと並行して次の妊娠に向けたケアが必要になっていると考えます。対象者を「妊娠可能という医師の診断が出た後における、次の妊娠までのケア」であることを根拠の冒頭にも加えました。

ご指摘の不育症の相談につきましては、産婦人科ガイドラインの CQ204 を引用しての原因探索の説明を加筆いたしました。

産後ケアの部分は、CQ との整合性が図れないため削除しました。

CQ305 (旧 CQ306) 死産に関わる助産師は、ケアの質向上のために、共感的なコミュニケーション・スキルを身につけるトレーニングを受けることが勧められるか？

コメント 45：

・スタッフのトレーニングやスタッフのケアについて、Lancet シリーズ 2016 も参考になるのではないかと。

回答：

該当論文を検討いたしましたが、看護職の教育・訓練に相応しい介入研究を見つけることができませんでした。

<ガイドライン全体に対して>

コメント 46 :

今回の内容は、産科学的なものも含め、エビデンスが十分に記載されて、様々な場面で利用しやすく、協働する産科医にも提示しやすいと思います。ただ昨今の状況から、妊娠初期における NIPT も含めた出生前検査に関して、助産師として関わる視点からの項目は取り上げられないのでしょうか？ 厚労省関連の検討会、研究班、WG などには XX 先生、YY 先生、ZZ 氏も参画していますし、母性・遺伝看護各専門看護師では人数的に不十分で、また認定遺伝カウンセラーでは、検査の説明ではなく、【妊婦の不安】として対処するには不十分です。

また、出生時や産褥などで、染色体異常であることが判明した際に、いまだに【生まれておめでとう】との声かけがなかったことから、助産師への提言も冊子などでまとめられています。助産師が自律的な実践を行っているオランダやイギリスでは、妊娠期の出生前診断に関して、説明やサンプル採取、結果提示などを実施している国も従来からあります。

【遺伝看護】だけではなく、妊娠する女性、家族をサポートする立場の助産師として、ゲノム医療時代となった現代では、それらに助産師としてエビデンスをもとに支援する内容を、ぜひ含めていただきたいと思います。

回答 :

2011 年の日本助産学会学術集会交流集会の中で CQ の募集をしました。今回の改定では、その時に募集した CQ と、ガイドラインの作成メンバーで CQ を決定しております。その段階では、CQ として立案しておりませんが、現社会の状況を鑑み、妊娠初期における NIPT も含めた出生前検査に関して、助産師として関わる視点からの CQ を次の改訂に加えたいと思います。次回改定時に CQ を募集しますので、その際に、具体的な CQ をご提案いただけますと幸いです。

コメント 47 :

本ガイドラインの目的および本ガイドラインの対象を前提に意見させていただきます。全体的にいえることですが、good practice 推奨 をするのであれば産科ガイドラインの様に、医療者に指示的な記載にすべきであると思います。エビデンスがないことが記載されていても、行動規範にはなりえず、読者の実践にはつながりません。Clinical question になっている項目もあればそうでないものもあり、曖昧です。推奨が question に対する answer でないものが多々あり。また、「助産師が独立して正常分娩の介助を行うために必要となる実践指針」とありますが、それを逸脱したものも多々あります。

回答 :

「医療者への指示的な記載を」とのことですが、本ガイドラインは、産科ガイドラインとは、異なる記載方法を取っております。

本ガイドラインでは、エビデンスに基づき「推奨」を記載しています。

また、医行為に該当する CQ については、「推奨」の提示を避けています。ただし、医師との協働で妊産婦と関わるため、必要な関連情報の知識を得ているべきと考え、「エビデンスと解説」に留めました。この点において、本ガイドラインは、「助産師が独立して正常分娩の介助を行うために必要となる実践指針」と考えております。「Clinical question になっている項目もあればそうでないものもあり、曖昧で

す。推奨が question に対する answer でないものが多々あり。」とのご指摘ですが、次の改訂版で検討いたします。

コメント 48 :

5. ガイドラインに期待される役割、教育：4 行目

「日進月歩の研究を探索する意味を学ぶこと、ガイドラインが、数年ごとにアップデートされ、新たな知識やケアの質が改善していく事実を知る道具としての役割がある。」という記載において、主語述語が不明であり、前後との文脈がわかりにくく、本文の意図が伝わりにくい記載になっているので改善されることを望みます。

回答 :

6. ガイドラインに期待される役割について、以下のように修正いたします。

「教育教材としての役割は、日進月歩の研究を探索すること、新たな知識やケアが刷新していく事実を知る道具として活用できます。」

コメント 49 :

- ・文章の構造を見直していただけるとよい。誰が？何を？などと感じたところが随所にあったため。
 - ・死産をとりあげていただき、ありがとうございました。コメントが参考になれば幸いです。
- 大変な作業であることは承知していますが、どうぞよろしく願いいたします。

回答 :

参考意見として、伺います。