

# 母子同室実施の留意点

2019年9月5日

一般社団法人  
日本周産期・新生児医学会

## 【「母子同室」実施の留意点】

1. 出生後早期から母子が同じ部屋で過ごす医療施設内で実践するケアを母子同室と言う。
2. 母子同室が行われる出生後早期は、胎児から新生児へと呼吸・循環の適応がなされる不安定な時期でもあるが、母子同室の実施の有無と急変（sudden infant death syndrome :SIDS もしくは apparent life-threatening event :ALTE）には関連がなかった。
3. 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。
4. 母子同室を実施するにあたっては、新生児蘇生法プログラム（NCPR）を修得したスタッフを配置する、急変時に蘇生をする場所をあらかじめ定めておき、蘇生に必要な物品を準備する、急変時の緊急コール体制を決める。
5. 母子同室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。
6. 妊娠中（たとえばバースプラン作成時）に、母子同室の十分な説明を妊婦へ行い、夫や家族にも理解を促す。
7. 分娩後に母子同室希望の有無を再度確認したうえで実施し、そのことを記録する。

### 【解説】

#### 1) 名称について

「母子同室」は英語表記で rooming-in であるが、本邦では「母子同室」「母児同室」の用語が混在している。本ワーキンググループで検討した結果「母子同室」に統一することとした。

#### 2) 定義

出生後早期から母子が同じ部屋で過ごす医療施設内で実践するケアを母子同室と言う（帝王切開で出生した児を含む<sup>1)</sup>。また、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」とする。なお、出生直後に行う「早期母子接触」<sup>2)</sup>は、「母子同室」とは異なるケアである。

### 3) 背景

母子同室は伝統的に行われているケアである。出生後早期からの母子間の相互関係は母乳分泌の促進と母乳栄養の確立に関係する<sup>1)</sup>。母子同室を実施できない特別な医学的理由が存在しない場合は、周産期医療従事者として、その機会を設けることを考える必要がある。母子同室は医療ではなくケアであることから、母親とスタッフ間のコミュニケーションがスムーズに行われている必要があり、出産後の母子を孤立させない配慮が大切である。特に、母子同室が行われる出生後早期は、胎児から新生児へと呼吸・循環の適応がなされる不安定な時期でもあることに留意する。また、母子同室開始時には診断されていない重篤な基礎疾患を児が有することもある。母親に児のケアを任せてしまうのではなく、スタッフも児の観察を怠らないように注意する必要がある。

### 4) 母子同室中に小児科入院を要する事象の出現

(第6回産科医療補償制度再発防止に関する報告書<sup>3)</sup>)

公表した事例793件のうち、生後5分までに新生児蘇生処置(人工呼吸、胸骨圧迫、気管挿管、アドレナリン投与)が実施されず、生後5分以内のアプガースコアが7点以上であり、かつ原因分析報告書において生後5分までに新生児蘇生処置の必要性が指摘されなかった事例(以下、「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例」)は188件(23.7%)であった。これらの事例は、出生から生後5分までは新生児蘇生処置が不要であったが、その後の経過において児に異常徴候が出現し、重度脳性麻痺と診断された事例である。そのうち母子同室中に小児科入院を要する事象が出現した事例が18件(9.6%)であった。18件中新生児蘇生処置が必要となった事例が11件、母子同室中に新生児蘇生処置は必要とならなかったが、小児科入院を要する事象が出現した事例が7件であり、母子同室のガイドライン作成が望まれる、としている。

### 5) 全国調査結果

本ワーキンググループでは、全国の産科医療機関2,458施設、助産所274施設の計2,732施設に以下の点について全国調査を行った。調査では母子同室の実施の有無と急変(sudden infant death syndrome :SIDSもしくはapparent life-threatening event :ALTE)の有無に関連はなかったが、母子同室中の急変では母と添い寝中の急変が最も多かった。

### (1) 一次調査結果

- ◆回答の得られた産科医療機関 1,682 施設のうち、1,574 施設 (93.6%) で母子同室が行われていた。
- ◆2014 年 1 月 1 日から 2016 年 12 月 31 日までの 3 年間に分娩数は 2,127,775 であり、そのうち SIDS が 15 例、ALTE が 89 例、計 104 例の急変例があった。急変の経験のある施設 81 施設、経験のない施設 1,601 施設であった。「急変あり」の 81 施設中 75 施設 (92.6%)、「急変なし」1,601 施設中 1,499 施設 (93.6%) は、母子同室を行っていた。母子同室の実施の有無と急変の有無に関連はなかった。
- ◆母子同室のベッド環境：急変のあった施設、急変のなかった施設両方ともに、3～4%の施設が母親と同じベッドで母子同室を行っていた。
- ◆母子同室中のモニターの有無：急変のあった 81 施設中、「モニターあり」43 施設 (53%)、「モニターなし」29 施設 (35.8%)、急変のなかった 1,601 施設中「モニターあり」669 施設 (41.8%)、「モニターなし」821 施設 (51.3%) であった。急変を経験している施設のほうが、母子同室時モニターを使用していた。

### (2) 二次調査結果

一次調査で急変ありと回答した産科医療機関 81 施設に、助産所の 3 施設を加えた計 84 施設に二次調査を行った。回答施設数 66 施設 (回答率 78.6%)、77 例の回答を得た。

- ◆母子同室中の急変の内訳として、「母と添い寝中」(40 例中 18 例：45.0%) が最も多かった。
- ◆急変時の第一発見者は 77 例中「医療スタッフ」が最も多く (56 例：73.7%)、次に「母親」(15 例：19.5%) であった。
- ◆急変時に 77 例中 44 例 (57.1%) は、モニターを装着していなかった。
- ◆急変時室内に「医療スタッフがいた」43 例、「医療スタッフがいなかった」32 例であった。
- ◆急変時に必要とした蘇生の内容としては、「皮膚刺激」45 例、「酸素投与」60 例であったが、「人工呼吸」56 例、「胸骨圧迫」37 例であった。
- ◆胎児異常を含む合併症あり 16 例、なし 61 例であった。胎児異常について詳細な回答のあった 15 例中先天性心疾患 4 例 (うち 2 例は動脈管依存性先天性心疾患)、代謝性疾患 2 例 (疑いを含む)、筋疾患疑い 1 例、帽状腱膜下出血 1 例、脳血管異常 1 例などがみられた。
- ◆最終転帰が判明している 77 例の予後は「神経学的後遺症あり」16 例、「死亡」21 例であった。

◆施設の管理体制として、77 例中「蘇生する場所を決めていなかった」が 14 例あり、「急変時の新生児蘇生物品を準備していなかった」2 例、「緊急コールがなかった」は 4 例であった。

## 6) 急変例の病態把握

現在までの事例において、危急事態の病因については、いくつかの原因疾患(遷延性肺高血圧、新生児呼吸障害、先天性心疾患などその他の先天異常、細菌感染症、代謝性疾患)などが診断されている例もある。今回の二次調査において、胎児異常を含む合併症 15 例が報告されている。しかし、実際には病因不明の場合も多く、今後の病態把握に関する研究が望まれる<sup>3)</sup>。

これらの調査結果などをもとに、母子同室実施の留意点作成ワーキンググループでは、米國小児科学会の提言(2016 年)<sup>4)</sup>を参考に「母子同室実施の留意点」を作成した。

### 【母子同室の適応基準、中止基準、実施方法】

分娩施設は母子同室を行わなかった場合の母子のデメリットを克服するために、産褥期およびその後の育児に対する何らかのサポートを講じることが求められる。

施設の物理的、人的条件などにより、ここに推奨する基本的な実施方法を一部変更せざるを得ない場合がある。そのような場合にも、母子同室の効果と安全性について十分に吟味し、母子の最大の利益となるような実施方法を決定する。また、母子同室を実施しない選択肢も考慮すべきである。

#### <適応基準>

##### 母親の基準

- ・「母子同室」を実施する意思がある
- ・バイタルサインが安定している
- ・疲労困憊していない
- ・医師、助産師、看護師が不適切と認めていない

#### <注意を要する状態>

- ・鎮痛剤、鎮静剤を使用している場合
- ・喫煙歴がある場合

##### 児の基準

- ・胎児機能不全<sup>注1)</sup>がない
- ・胎児異常を含む児の合併症がない

- ・新生児仮死がない（1分・5分 アプガースコアが8点以上）<sup>注2)</sup>
- ・正期産新生児である
- ・医師、助産師、看護師が不適切と認めていない

<注意を要する状態>

- ・低出生体重児

\* 「注意を要する状態」とは、実施の除外基準とはしないが、実施に際して十分な注意が必要な状態をいう。

<中止基準>

**母親の基準**

- ・休息をとれない状況が続く
- ・医師、助産師、看護師が不適切と判断する

**児の基準**

- ・呼吸障害（無呼吸、あえぎ呼吸を含む）がある
- ・チアノーゼもしくは SpO<sub>2</sub> 90%未満が持続する
- ・ぐったりし活気に乏しい
- ・医師、助産師、看護師が不適切と判断する

<実施前の準備>

- ・新生児の急変時対応に準じ、以下を確認する
  - 新生児蘇生法プログラム（NCPR）を修得したスタッフを配置する<sup>注3)</sup>
  - 急変時の緊急コール体制を定める
  - 急変時に蘇生をする場所をあらかじめ決めておき、蘇生に必要な物品を準備しておく

---

注1) 胎児心拍モニターでレベルVに該当する明らかな異常を認めた場合。ただし、実施に際し、児が〈中止基準〉に該当する状態ではなく、全身状態に問題がなければ実施可能とする。

注2) 新生児仮死があっても、その後児が〈中止基準〉に該当する状態ではなく、全身状態に問題がなければ実施を可能とする。

注3) 学会からの認定の有無に関わらず、新生児蘇生法等について学習した者。

## <実施方法>

- ・バースプラン作成時に「母子同室」について説明を行う
- ・出生後できるだけ早期に開始し、長く母子が同室で過ごす
- ・母子同室実施にあたり適応基準を満たしているか確認し記録する
- ・児は仰臥位とする（腹臥位・側臥位にしない）
- ・母子はベッドを共有しない
- ・児が寝るベッドは母親のベッドの近くに置く
- ・児のベッドに軟らかい寝具（枕、毛布など）を用いない
- ・児の処置などは母親のベッドサイドで行う
- ・母が昼寝したり、シャワーを浴びたり、部屋を離れるときは、スタッフが児を定期的に観察し記録する<sup>注4)</sup>
- ・母に助けが必要な時はコールすることを伝える
- ・児を過度に温めない
- ・帽子や寝具などで頭を覆わない
- ・母乳育児が望ましい

## （解説）

### ・児の仰臥位について

1歳までは仰臥位とすることでSIDSのリスクを軽減することができる<sup>5)~9)</sup>。側臥位もSIDSのリスクがあるので避ける<sup>8),10)</sup>。仰臥位でも窒息や誤嚥のリスクは増加しない。たとえ胃食道逆流（gastroesophageal reflux : GER）があったとしても、乳児は解剖学的にも機能的にも誤嚥を防ぐようになっている<sup>11),12)</sup>。米國小児科学会の提言では、SIDSのリスクのほうが、GERにおける腹臥位、側臥位の有用性を上回るとされる。よって、出生後早期から、1歳までは児の睡眠中は仰臥位にする。もしも、授乳直後などで、十分児の状態が観察される状況でかつ児が覚醒していれば腹臥位も可能である。上気道の異常があり、胃食道逆流症（gastroesophageal reflux disease : GERD）により死に至る可能性がある場合にのみ、腹臥位の有効性がSIDSのリスクを上回る<sup>13)</sup>。

---

注4) 状況により新生児室等の観察可能な場所に預ける。

・ベッドを共有しない（添い寝はしない）<sup>注5)</sup>

授乳中、母親はしばしば眠りに陥る。「ベッドの共有」はSIDSのリスクを高めるため、決して児を母親と同じベッドに寝かせない。二次調査結果では、母子同室中の急変の内訳として、母と添い寝中が18例と最も多かった。次いで母による授乳中7例であった。授乳中に母親が眠ってしまった場合、目が覚めたらできるだけ早く分離してベッドに乳児を戻すべきである。

乳児の場合、少なくとも生後6か月まで、できれば1歳までは両親との「ベッドの共有」を避けることが望ましい<sup>14)~19)</sup>。早産児、低出生体重児も「ベッドの共有」は避ける<sup>20),21)</sup>。母乳栄養であっても、生後4か月までは「ベッドの共有」はSIDSのリスクがある。

・ベビーベッドの表面は固いものにする

柔らかい寝具（枕、毛布など）を使わない

・母乳育児が望ましい

母子同室は母乳育児を促す利点がある。さらに、母乳育児はSIDSのリスクを低下させる<sup>22)~24)</sup>。

---

注5) 本留意点は、分娩後数日間の医療機関や施設における母子同室に関するものなので、“自宅に戻ってからの”親子の添い寝や川の字などの習慣に関しては文献的考察を示しただけで、家族の意思に基づく生活習慣に反対するものではない。

## 【参考資料】

### 1) バースプラン記載用資料（例）

バースプランとは、ご自分の出産イメージについてあらかじめ希望を伺い、ご自身の理想に近づけるようお手伝いをさせて頂くためのプラン作成のことです。以下についてご希望をお聞かせください。

#### 1 出産について

分娩：

自然分娩を希望します

計画分娩を希望します

無痛分娩を希望します

家族等の立会い

分娩時の立会いを希望します ⇒ （ 夫 実母 その他 ）

分娩時の立会いを希望しません

#### 2 分娩室・陣痛室での過ごし方について（ ）

#### 3 出産後すぐの肌と肌との触れ合い（早期母子接触）について\*

希望します

希望しません

#### 4 母子同室について

当院ではできる限り出生後早期から母子が同じ部屋で過ごすことを推奨しております。赤ちゃんと一緒に過ごすことで生後早期の母子の相互関係を確立し、母乳栄養や退院後の育児への適応を助けることにつながります。母親とお子さんの状況をみながら実施していきますが、希望されない場合にはその旨をお伝えください。

希望します

希望しません

#### 5 赤ちゃんへの栄養について（ ）

#### 6 赤ちゃんとの過ごし方について（ ）

#### 7 その他の希望について自由に記載ください

( )

.....  
\* : 出産後すぐの肌と肌との触れ合い（早期母子接触）について

出産後、母子が共に過ごすことは自然であり、母子関係に良い影響を及ぼします。特に出産後早期の肌と肌の接触は、母乳育児、お子さんとお母さんの心身の安定に効果があります。30分以上の実施を原則としますが、お子さんの状態、お母さんの分娩時の疲労など、状況に合わせて実施していきます。出生直後のお子さんは、胎外生活への適応をする、不安定で変化しやすい時期でもあります。急変は約1万人に1人、重篤な事例は約5万人に1人発生すると報告されています。したがって、触れ合いを行っている間は、助産師（看護スタッフ）が十分見守るあるいはモニターを装着するとともに、抱き方などを指導いたします。貴方が肌と肌との触れ合いを希望する場合は、バースプランに記載していただくようお願いいたします。

## 母子同室に関する診療録記載基準（例）

母子同室に関して、妊娠中のバースプランの説明から診療録に記載する。実施主体者は助産師である場合が多いが、十分な説明と本人の希望の有無、母子同室中の観察、母親への指導などの記載が重要である。

施設によって SOAP\*\*、経時記録など診療録の記載基準が異なる場合は、施設の状況に合わせて記載基準を作成する。

\*\*：問題志向型医療の考え方によって得られたデータを内容ごとに分類・整理したうえで、下記のように S、O、A、P の 4 つの項目に分けて考える分析手法でもある。

- ・ S (Subject) : 主観的データ。患者の話や病歴など。
- ・ O (Object) : 客観的データ。身体診察・検査から得られた情報。
- ・ A (Assessment) : 上記、S と O の情報の評価。
- ・ P (Plan) : 上 3 者をもとにした治療方針。

### 1. バースプラン説明時

- ①効果：母子相互関係、母乳育児、退院後の育児への適応、母子の心身の安定
- ②実施方法：母子の状況をみながら実施し、ベッドは共にしない

### 2. 母子同室開始時

- ①母子同室の意思の有無（バースプラン記載の希望の有無にかかわらず確認し記載する）
- ②母親と児が適応基準を満たしていること
- ③母親への同室時の説明

### 3. 母子同室実施中の観察

- ①母の状況：抱き方 授乳状況 同室による疲労の有無 児への声掛け 表情など
- ②児の状況：皮膚色 呼吸状態（必要に応じて呼吸・循環・体温の計測値）  
哺乳行動 体動

### 4. 家庭での過ごし方（退院までに実施）

ベッドを共有しない、児の寝かせ方など

参考：母子同室テンプレート（例）（電子カルテなどの場合に活用）

1. テンプレート名：母子同室（バースプラン説明）

- 効果：母子相互関係、母乳育児、退院後の育児への適応、母子の心身の安定
- 実施方法：母子の状況をみながら実施し、ベッドは共にしない  
(場合によっては一時的に児を預かること)

2. テンプレート名：母子同室開始時

- 母子同室の意思 ○ある ○ない
- 母親の疲労が少なく母子同室ができる状態である
- 母親の疲労が大きく母子同室ができない状態である
- 鎮痛剤、鎮静剤の使用 ○ない ○ある
- 喫煙歴 ○ない ○ある

児の1分後アプガースコア（ ）点、5分後のアプガースコア（ ）点

- 胎児機能不全 ○ない ○ある
- 児の合併症 ○ない ○ある
- SIDS、ALTEの家族歴 ○ない ○ある
- 正期産新生児 ○ある ○ない
- 低出生体重児 ○ない ○ある

母親への同室時の説明

- 児は仰臥位とする（腹臥位・側臥位にしない）
- 母子はベッドを共有しない
- 母が昼寝したり、シャワーを浴びたり、部屋を離れるときは、スタッフが児を定期的に観察すること
- 母に助けが必要な時はコールする
- 児を過度に温めない
- 頭を帽子や寝具などで覆わない
- 母乳育児を推奨する

3. テンプレート名：母子同室実施中

母の状況（  ）

児の状況：皮膚色（ チアノーゼなし、チアノーゼあり）

呼吸状態（ 異常呼吸なし、異常呼吸あり）

（  ）

4. 家庭での過ごし方

家庭での過ごし方について母子同室実施の留意点に準じた説明

## 参考文献

- 1) Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS : Cochrane Database of Systematic Reviews. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No. : CD006641. DOI: 10.1002/14651858.CD006641.pub3
- 2) [https://www.jsnm.com/sbsv13\\_8.pdf](https://www.jsnm.com/sbsv13_8.pdf)
- 3) [http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/documents/prevention/report/pdf/Saihatsu\\_Report\\_06\\_All.pdf](http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/documents/prevention/report/pdf/Saihatsu_Report_06_All.pdf)
- 4) TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics 2016;138; DOI: 10.1542/peds.2016-2938 originally published online October 24, 2016 ;  
<http://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162938>
- 5) Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. : Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. Pediatrics 2003; 111(5 pt 2):1207-1214
- 6) Li DK, Petitti DB, Willinger M, et al. : Infant sleeping position and the risk of sudden infant death syndrome in California, 1997-2000. Am J Epidemiol 2003;157(5):446-455
- 7) Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, et al; CESDI SUDI Research Group. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. BMJ 1999;319(7223):1457-1461
- 8) Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. : Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. BMJ 1996;313(7051):191-195
- 9) Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet 2004;363(9404):185-191
- 10) Malloy MH : Trends in postneonatal aspiration deaths and reclassification of sudden infant death syndrome: impact of the "Back to Sleep" program. Pediatrics 2002;109(4):661-665

- 11) Tablizo MA, Jacinto P, Parsley D, et al.: Supine sleeping position does not cause clinical aspiration in neonates in hospital newborn nurseries. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(5):507-510
- 12) Vandenas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al.: North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition; European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49(4):498-547
- 13) Feldman-Winter L, Goldsmith JP; American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for healthy term Newborns. *Pediatrics* 2016;138(3):e20161889
- 14) McGarvey C, McDonnell M, Chong A, et al.: Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child* 2003;88(12):1058-1064
- 15) McGarvey C, McDonnell M, Hamilton K, et al.: An 8 year study of risk factors for SIDS: bed-sharing versus non-bed-sharing. *Arch Dis Child* 2006;91(4):318-323
- 16) Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, et al.: Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012;160(1):44-48, e42
- 17) Blair PS, Platt MW, Smith IJ, et al.: CESDI SUDI Research Group. Sudden infant death syndrome and sleeping position in pre-term and low birth weight infants: an opportunity for targeted intervention. *Arch Dis Child.* 2006;91(2):101-106
- 18) Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, et al.: Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3(5):e002299
- 19) Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al.: Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009;339:b3666

- 20) Malloy MH, Hoffman HJ: Prematurity, sudden infant death syndrome, and age of death. *Pediatrics* 1995;96(3 pt1):464-471
- 21) Sowter B, Doyle LW, Morley CJ, et al. : Is sudden infant death syndrome still more common in very low birthweight infants in the 1990s? *Med J Aust* 1999;171(8):411-413
- 22) Ip S, Chung M, Raman G, et al. : A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med* 2009;4(suppl 1) : S17-S30
- 23) Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, et al; GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2009;123(3). Available at: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/e406](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/e406)
- 24) Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. : Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128(1):103-110

## 日本周産期・新生児医学会

### 母子同室による新生児管理の留意点検討ワーキンググループ委員一覧

#### 委員長

田村 正徳\*<sup>1</sup>(埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター)

#### 委員

石渡 勇\*<sup>2</sup>(石渡産婦人科病院)

葛西 圭子\*<sup>3</sup>(日本助産師会財務担当理事[作成当時])

渡部 晋一\*<sup>1</sup>(倉敷中央病院 総合周産期母子医療センター)

田中 守\*<sup>4</sup>(慶應義塾大学医学部産科婦人科学教室)

楠田 聡\*<sup>5</sup>(杏林大学医学部 小児科)

中井 章人\*<sup>5</sup>(日本医科大学多摩永山病院 女性診療科・産科)

#### 委員の推薦団体

\*1:公益社団法人日本新生児成育医学会

\*2:公益社団法人日本産婦人科医会

\*3:公益社団法人日本助産師会

\*4:公益社団法人日本産科婦人科学会

\*5:一般社団法人日本周産期・新生児医学会

## 共同提言学会一覧

公益社団法人日本産科婦人科学会

公益社団法人日本産婦人科医会

公益社団法人日本助産師会

公益社団法人日本新生児成育医学会