

胎児体重推定の時期・および意義についての臨床データを得る。

#### キーワード2

# 未受診妊婦の問題（中井）

学会などで発表されている施設からの報告をまとめて報告

# 国際医療センターの実情（水主川）

# 助産師の立場から母子手帳の改良と助産師に対するアンケート（斉藤益子）

#### 討論の内容

未受診妊婦の主因である経済問題だけの解決だけでは不十分

個人、地域の実情に応じた対応が必要で、‘個人、地域の多様性’を考えていくことが大事。

妊婦さんにいかに「自分のこと」と理解してもらうか、未受診に無関心な人が多いのでそのような妊婦に警鐘をならす必要あり

モデル地区を栃木と岐阜に依頼：母子手帳の改良＋妊婦健診体制

#### キーワード3

# 妊娠高血圧症候群の予知（関沢、大口）

#### 2. 分担研究班別の討論

##### キーワード1:

部分コホートが日本全体のことを示しているといえるか？との質問に対する回答：厚生労働省発行による人口動態統計に掲載されている主要項目との比較を行い、大差ないことを示すことで、証明すればよいことで一致

##### キーワード2

今年度は、母子手帳の改良案に対するアンケートを母親と助産師に出したものをまとめる。改良にあたって、大幅及び一部改良がどこまで可能であるのか。母子手帳の目的が「患者自身の健康管理か」「医師や助産師が診療する際の地域連携パス的要素のものか」コンセンサスを得て進める必要があることを討議

#### 3. 全体討論

今年度のまとめをどうするか（母子手帳の大改訂が平成13年から10年後の23年に予想される）

### キーワード1

主な産科合併症の部分コホートの比較を完成させる（分娩週数の比較、部分コホートとの属性の比較、データベースを用いて IUGR のリスク因子の抽出  
大きな目的は妊婦にいかに関与情報を与えるか）

今後の課題：主要疾患を全部完成させて、分娩週数の分布の違いを明らかにする。さらに、各主要疾患とコホートの比較をする（妊娠回数、分娩回数など）

### キーワード2

未受診がメインテーマ

データ整理と追加調査をして3回目に提示

母子手帳が医師のためか妊婦のためか

検査項目へのアイデアを出していく

既存の検査項目と有病率 削減するものが無いか

グループ1で検討できないか

自己記入表や初診問診表など

ガイドライン・検査項目のチェックリスト

### キーワード3

症例を蓄積していく

### 第 3 回 松田班議事録

我が国におけるにおける新しい妊婦検診体制構築のための研究

(敬称略)

#### 議題

#### 1. 今年度の総括と問題点

##### # 主任研究者からの報告

松田より研究課題に至った経緯(評価委員からのコメントに続く研究計画の概要と研究者の役割分担)と 2 月 2 日に予定されているヒアリングの概要が説明された。(詳細は当日配布資料参照)

##### # 分担研究者からの報告

○ キーワード 1 : 母子手帳の充実にむけた、産科合併症の特性研究 (松田、斎藤滋) (資料当日配布)

28 万強の周産期データから、欠損や不完全データ、多胎を除いた約 24 万データとして、その中からランダムにサンプルした約 5000 例を、このデータを代表する集団ということで、部分コホート群とした。加えて、偶発・産科合併症がなく、37-41 週で分娩となり、2500-3499g で出生となった群を対照群と設定した。

その上で、産科合併症の分娩時期の検討(生命表分析)、リスク因子の検討(ケースコホート研究)を行った。松田からの産科合併症 19 疾患の分娩時妊娠週数と、胎盤早期剥離のケースコホート研究に関する報告に続いて、斎藤滋からは、妊娠高血圧症候群、子癇、前期破水(全体と 37 週未満)、頸管無力症、絨毛膜羊膜炎におけるケースコホート研究の結果が紹介された。

データの処理方法について、コホート群設定の妥当性について議論された。

確かに 24 万にも及ぶ大規模データを代表しているものではあるが、我が国全体のデータを代表したものではない。集められたデータが、重症例を多く取り扱う施設からのものだからである。

早産率や男女比などを考慮した新たな対照群を設定することに意味があるかとの疑問に対し、コホート群と大きな差がないとの予想がある一方、臨床医の立場からは、意味があるかもしれないとの意見も出た。

生命表解析では相対危険率(RR)というよりもハザード比の表現が妥当。

年齢のカットオフポイントについて、35 歳以上を細分して欲しい; 20 歳未満、20-34 歳、35-39 歳、40 歳以上に分けて検討することも次年度は考える。

25%タイルに相当する妊娠週数を明らかにすることは意味がある。

リスク因子の検討に当たっては、背景因子や偶発合併症に限定して、産科合併症については互いに影響する可能性があるため、個々に検討していく必要あり。

多胎の検討を加えてほしい。

次年度は全ての産科合併症の分析を完了して、重要な妊娠週数やリスク因子の情報を母子健康手帳に入れ込む。対象疾患を検討する。

海外データに振り回されない、日本独自のデータに基づく情報を母子健康手帳の改訂版に入れ込む

○ キーワード 1 : 子宮内胎児発育の評価(篠塚) (資料なし)

胎児発育の評価に当たっては、篠塚曲線を使う方が、正当性がある。出生児の評価は、従来どおり小

川（仁志田）曲線を利用。ただし、この基準体重曲線は、再検討中。

○ キーワード2：未受診妊婦の問題点（中井）（当日資料配布）

前回（第二回）の追加資料

○ キーワード2：助産師からみた妊婦健康診査の問題点（斎藤益子）（資料配布）

バースプランのアンケートに是非の意見が分かれた

医師と助産師の見方は異なるため、妊婦だけでなく医師と助産師もアンケート調査してみたほうがよい。

○ キーワード3：発症予知マーカーの開発（関沢、大口）

初産・経産婦の違いがあるのか？初産のほうがリスクが大きそう？

## 2. 次年度の予定

### # キーワード1&2：

次年度には川緒は岐阜県と松原は栃木県で、新たに改良された妊婦検診体制の導入の前後の検証を施行する。その際、新たな母子健康手帳を案として使用するかが検討された。

改訂版の作成完了（新たな母子手帳を作成するか、改訂箇所のみ数ページを挿入するか、要検討）

改定内容：重要な妊娠週数の明記、胎児発育曲線の挿入、助産師・保健師との情報交換欄の挿入など  
母子健康手帳の改訂版の作り方について

a.形式について：差し込み式にするか、冊子ごと全部変更するか？

b.タイムスケジュールの検討

c.提案・提言までか？検証までなのか？今後検討となるが、あくまでも、母子健康手帳は「妊産婦のためのもので、妊婦にとってよりよいもの」を検討する。

時間がないので、次回までに追加したいものを持ち寄ることになったが、松田・久保、斎藤（益）・米山で案を検討し、メールで配信するので、それに対する検討をしていくことになった。

### # キーワード3：

採血の継続、症例の予後調査

2. 次年度の予定 2月13日までに分担研究の初校締切ですので、2月7日までに松田まで

## 3. 日程調整

## 4. 学会活動

学会でシンポジウムなどを開催予定

平成 21 年度 厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）  
「我が国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」

第一回班会議議事録

日時：平成 21 年 5 月 20 日（水）13：00－17：30

場所：東京女子医科大学第二別館 4 階会議室 03-3353-8111

議事次第

1. 今年度の研究計画の概要

2 月 1 日に行なわれた平成 20 年度研究事業のヒアリング結果を踏まえた 中間評価を元に、平成 21 年度の研究計画（資料 1）が主任研究者の松田より説明され、今年度の研究計画が示された。

日本産科婦人科学会周産期委員会内に「新しい妊婦健診体制に関する小委員会」（松田義雄委員長）が設置され、平成 23 年 3 月までの二年間で、母子手帳の改変と健診体制の構築を検討することが報告された。

2. 各テーマ別の討論

研究 1：母子手帳の充実

母子手帳別冊案（資料 2）が提示された。

母子手帳は現行では市町村単位での作成となっている。今回の改訂版作成にあたり既存の項目で削除可能な部分を検討したが、特に指摘された箇所はなく、数ページからなる別冊を作ることとなった。

2 年後の大改訂にあたって、今回の試案を新規項目としていれ込んでもらえるように、内容の十分な検討が必要であることが確認された。

【産科合併症の分娩週数とリスク因子】（松田）

・ 「母子保健の主なる統計」から得られたわが国における分娩時週数や男女比などを調整して作成した対照群を用いて行なったケースコントロール研究と比較した所、ケースコホート研究の結果と非常に近似していることから、今回の妥当性が概ねいえるのではないかと結論された。RR と OR に大きな差がみられなかった理由は、発症頻度が多くない疾患を対象としていることで説明できる。

・ リスクの強さを「大」「中」「小」に分けて表示する意義はについて個人の特性によるリスク増加をリスク比からみることは妥当な方法である。また

妊婦さんに、リスク比の数値ではなく段階化し表示することでリスク認知してもらうことは良いアイデアだと考える（ただし、基準となるリスクの大きさが判るようにすること。また、大・中・小と区分するのではなく、リスク比の段階区分として表示すべき）。

- ・ コントロールに対する疾患のリスク差を示す方が分かりやすいとの意見もあったが、リスク比を表示する方法はサンプルの抽出方法に限らず普遍的であるので、意味がある。
- ・ 分娩週数の表示は 50% タイルまでの表示で十分
- ・ 産科合併症とリスク因子は、年齢を 40 歳以上に限定、妊娠回数を省略、偶発合併症の「中枢神経」「血液疾患」を削除
- ・ 切迫早産は現在データ精製中
- ・ 前期破水は 37 週未満に限定すべき、（そうすればリスク因子は消えた）
- ・ 以上の意見を総合して、改訂版 ver. 2 を早急に作成することになった

#### 【リスクの自己評価】（久保）

- ・ 仙台では、自己評価で点数が低い場合には、開業医で分娩、問題を生じた場合には逆紹介としているが、その割合は 0.1% 程度と説明された。

#### 【胎児発育】（篠塚）

- ・ 篠塚の胎児発育曲線
  - 8-9 週：CRL、週数確認
  - 12-13 週：BPD、胎児四肢の確認
  - 20 週：発育の変曲点、発育負荷の低減
  - 28 週：発育カーブの直線的増加
  - 34 週：発育増加のピーク上記の根拠より、これらの 5 ポイントが超音波施行の最低限の施行回数であり必要時期として考えられる

#### 【対話欄】（斎藤益子）

- ・ 指導欄について
  - チェックは医療者と本人の 2 つが必要→指導をしたらチェックする
  - 身体面は健診でチェックし、生活面をチェックしていく
  - 内容を増やすのはよいが、文字が小さくなる。読みやすい方が望ましいと思われる
  - 最初の 1-2 ページをもっと充実させたい。
  - テンカウントなどは毎回聞く項目なので検討する

毎回小さな問診表を渡すと時間の短縮になる  
テンカウントについては、胎動が減っていないかの確認であり、  
テンカウントが有用とのエビデンスはない  
などの意見が出され、再検討することとなった。

## 研究2：妊婦健診体制の整備

### 【妊婦健診体制に関する従来の問題点と今後の改正点】

- ・ この研究班には、母子手帳のみではなく、健診体制の見直しを行なうことが強く要求されている。助産師外来との連携はどうするのかも含めて、リスク別に妊婦をトリアージすることが中心となる。
- ・ ローリスク分娩をどこまで周産期専門医がみるべきか
- ・ チーム医療をどうしていくか（助産師外来との関係）
- ・ どの時点で専門職が介入するかを提示する（ガイドライン作成など）
- ・ 妊婦に迎合するような超音波検査、サービスの行なわれるNSTや助産師との連携について検討の余地がある
- ・ 助産師の診断能力をあげるためには教育が必要 などが指摘された。

本研究班でのモデル地区での検証用並びに学会周産期委員会での地域における実態調査のための下地となる、妊婦健診体制の整備の現状に関するアンケート案（資料3）が示され、意見が交換された。調査項目が未だ不十分のため、明後日（5/22）周産期委員会での意見を踏まえ、再検討することとなった。

- ・ この研究班からだけではなく、日産婦学会の協力の下にアンケートを行なうと、回答率の上昇が期待できる
- ・ モデル地区（岐阜県（川繕）と栃木県（松原））において、以下のような検証事業を行う予定とした。
- ・ 1）同地区において、新母子手帳（仮）に対する実地医家の意見を伺う。そのためのアンケート調査を行い、その結果を新手帳へ反映させる。
- ・ 2）日本産婦人科学会周産期委員会と連動して、現行妊婦健診体制の現況を明示し、その欠陥を洗い出す。2）については、モデル2地区単独で行うのではなく、周産期委員会との連動調査であるため、調査細目と施行時期はまだ決定できなかった。ただ、当研究班から周産期委員会事業に対して多くの提案が示される可能性が高いことが再確認された。1）については仮新手帳完成後に行われる必要があり、新手帳（仮）完成が急がれることが再認識された。

【未妊健】（中井/水主川）

未妊健や未受診妊婦を減らすにはどうしたらよいか？

水主川より、新宿区の説明があった（新宿区保健所長および健康企画主査との面談結果）

- ・ 2009年度から母子手帳交付時期が遅れた者、10代の妊婦に対しては保健師が積極的に介入している
- ・ 入院助産制度が十分活用されていない。新宿区には3施設あるが、妊婦受入数に施設間格差を認める。また、助産施設の減少に伴い、区外居住者の受入数も増え、通院に1時間近くを要する遠方在住の妊婦も受入対象になっている。
- ・ 新宿区をモデルケースとして、妊婦の背景に応じ、生活保護課、女性相談センター、児童相談所などの行政機関との円滑な連携を図るため、各部署間での連絡網を作成することを目指し、医療機関と行政機関の積極的な連携をはかる
- ・ 昨年度の未受診妊婦の全国調査では約20%が未保険であり、手当金を入れても、病院が未回収になる場合がある

（生保では分娩手当金は20万しかもらえない）

追加発言：

岐阜県の場合：既婚者や確信犯が多い。県内で4箇所が受け皿として設定されている。地域が狭いので、保健婦などの協力が得られやすい利点はある。

東京都の場合：未婚、既婚、地方からの家出者、ネットカフェ難民などさまざまな人がいる。保険未加入でも母子手帳は発行される。一時金は払われない

未受診の啓蒙活動をどうする？

産婦人科初診が遅延した妊婦を受入したモデルとは別に、未受診を受けた場合のモデルを示しては？

【オープン、セミオープンシステム】（中井）

全国25都府県で、43基幹施設が本システムを導入し、675施設が連携施設として参加している。全国のセミオープンシステム利用率は約20%程度で推移しているが、オープンシステム利用率は減少傾向にある。しかし、利用者の感想では、連携施設の医師や事務などの対応が高く評価され、約50%の妊婦で本システムが支持されていた。

新しい妊婦健診体制構築は、現在の周産期医療危機を改善するため急務であり、これらの結果は、オープン・セミオープンシステムシステムのさらなる可能性を示すものと推察された。



日本医大多摩永山病院の現状：

東京都では猪瀬副知事をリーダーに東京都周産期医療体制整備プロジェクトチームを立ち上げ、本年4月に、具体的な提言を行なっている。その筆頭に日本医科大学多摩永山病院が行なっているセミオープンシステム「母と子のネットワーク」が取り上げられ、模範モデルと位置付け、都全域への普及が提言されている。

本システムで特徴的な点は、患者情報を複数施設で共有するために作成された「母と子のネットワーク」手帳である。手帳には、超音波計測、内診、血液検査所見に加え、週数毎のチェック項目等が記載できるようになっており、情報の共有化と同時に、診療の標準化を促す目的がある。

本システム運用前後で、診療実績を比較すると、外来患者数は1日平均約120名から100名に減少し、妊婦健診（初診を含む）は15名減少した。また、分娩数は年間700件から900件に増加したものの、約半数がリスク患者になり、帝王切開率は約20%から35%に増加し、リスクが集約していることが示唆された。一方、母体搬送受入数は年間130件から90件に減少した。

質問：母体搬送症例が減少しているのは、どうしてか？

→連携施設間における診療の標準化によるものと推察される。連携施設では、ネットワーク妊婦の健診時、チェック項目に異常があれば、軽微なものでも基幹病院への受診を促すシステムをとっている。この方法がネットワーク妊婦以外の健診にも適応され、より早期の予防的な段階での紹介患者が増加し、搬送減少に至ったものと考えられた。

#### 【助産師外来】（斎藤益子）

雑誌「看護管理」に研究協力者の内木が投稿しているが、医師と助産師に対して助産師外来の担当回数を聞いたところ、医師は助産師には20週と28週の2回なら保健指導として任せられると回答した。一方、助産師は11週まで、16週、28週、41週～を医師に依頼し、残りの7回を担当する希望であった。結果として大森日赤では、助産師外来を20週、28週、36-39週の4回実施することになった。1回/週 医師と助産師交互に受診する体制など検討が必要。

助産師外来の目的としては、

- ①医師外来の軽減のみでなく、妊婦の生活に即してリスクの軽減のための生活指導を取り入れた健診にする。
- ②妊婦が自分自身で主体的に心身の状態を理解し、妊娠生活に適応させていくことを目指した保健指導の充実で正常域を維持できるようにする。
- ③合併症や異常妊娠・分娩の妊婦に対しても細かな保健指導や生活指導を行う。

④妊娠中から児童虐待などのリスクを考慮し、予防的支援を行う。

### 研究3：ハイリスク妊娠発症予知マーカーの開発

昨年度の成果を踏まえた今年度の計画が示された。

(関沢) 昨年度検討した胎盤に由来する遺伝子定量マーカーの他に、至適な遺伝子の絞り込みを継続的に行う。その上で、インドネシア大学との共同で行った **ASIP Trial** という抗酸化剤による妊娠高血圧症候群の発症予防の **RCT** での血液サンプルで、各種遺伝子マーカーの効率的な組み合わせを検討し、妊娠高血圧症候群の発症予知のマーカー検査法を確定する。さらに、昨年を引き続き、妊娠初期、中期前期の血液サンプルの採取を継続し、来年度の検討の基礎データとする。

(大口、松原) 昨年度は、血清 **PIGF**、**sFlt1**、**sFlt1/PIGF** 比、**sEng** の妊娠 **20-40** 週における正常域を作成した。本年度は妊娠 **16-23** 週で、子宮動脈血流速度波形異常 (両側 **notches**) を認めたハイリスク妊婦 **370** 例において、妊娠 **16-23** 週での **sFlt1/PIGF** 比、**sEng** を測定し、これらのマーカーを用いた場合の、妊娠高血圧腎症(**PE**)、ことに早産となる **PE (preterm PE)** 発症の **positive predictive value** を明らかにする。

また、**2008** 年 **10** 月以降、「**PE** ハイリスク妊婦における、**sFlt1/PIGF** 比、**sEng** 反復測定による **preterm PE** 発症予知法の開発」研究を開始しており、最終年度に、各種リスク因子の効率的な組み合わせを検討し、妊娠高血圧症候群の発症予知のマーカー検査法を確定する。昨年を引き続き、妊娠中期、後期の血液サンプルの採取を継続する。

### 3. 連絡事項

#### ● 今年度の会議日程

第2回(案)：10/3 公開シンポジウムの前、午前中

第3回(案)：1/20(水) 東京女子医大

#### ● シンポジウム・ワークショップについて(資料4)

7/13 日本周産期・新生児医学会ワークショップ

9/28 日本母性衛生学会シンポジウム

#### ● 公開シンポジウムについて

10/3(土) 発明会館(虎ノ門) 250名程度収容

〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-9-14

電話 03-3502-5499

平成21年度 厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）  
「我が国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」

第二回班会議議事録

日時：平成21年10月3日（土）9：00－12：00

場所：発明会館（虎ノ門）港区虎ノ門2-9-14

出席者（敬称略、順不同）：松田、川道、森岡、齋藤滋、塩崎、石川、米山、久保、川籬、中井、林、篠塚、田口、関沢、大口、水主川、

議事次第

会に先立ち、森岡久尚厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課課長補佐より挨拶があった。

1. 第一回議事録が改めて配付された（当日配付資料1）
2. ワークショップの報告（当日配付資料7）

7月に名古屋で開催された日本周産期・新生児医学会でのワークショップについて、今年の暮れに発刊される学会特集号での座長コメントが配付された。

3. 各テーマ別の進捗状況

研究1：母子手帳の充実

妊婦の特徴と産科合併症の起こりやすさ（当日配付資料2）

◆ 発症頻度の一覧を提示

以前は項目がバラバラとの指摘があったため、疾患の頻度別（多い順）での提示に変更した。喫煙について、わが国の妊婦喫煙頻度は6%前後の報告もある。調査方法が一定していないため、データのばらつきがある。現在、記入漏れが確認された2003年分を除外した4年間のデータを再解析中である。

◆ 産科合併症における分娩週数の分布

- ・図が理解しにくい→

今回の図はX週でX%分娩しているかを示している

- ・慢性疾患と急性疾患（DICや肺水腫など）が混在しているので理解しにくい→

疾患の平易な説明と、急性に経過（発症後すぐに分娩となる）疾患と慢性に経過（治療により妊娠延長が可能となる）疾患を明示する

- ・発症頻度のグラフの方がよいのでは→  
前回、箱図がわかりにくいとのことで今回変更した
- ・切迫早産なら 25%は早産する、といった数字で提示する方がいいと思う。  
CAM なら 75%は早産しますよ、という方がいい→  
そのような表現を考えてみる
- ・発症時期を提示する→  
できない疾患もある。
- ・1%を表示すれば→  
1%の発症より 5%の発症の方が正規分布するので、5%のままでよい
- ・妊婦への理解のため、どのぐらいの頻度で、何週でどのぐらい産まれるか頻度を書く→  
再検討する
- ・頻度の高いものだけを抽出し、疾患の詳細を書く→  
DIC や肺水腫などは削除する

### 妊婦リスク自己評価

- ・「7点以上は周産期センターに行きましょう」は必ず入れる
- ・妊婦のトリアージをする目的で使用
- ・0-3点と4点以上の二つ（7点以上はかっこ書き）で分類する。

### 胎児発育曲線（当日配付資料3）

- ・CRL9-10週、BPD12週以上が正確であるという根拠となるデータを提示
- ・IUGRについて：37週で帝王切開など医療介入があるため急にデータが突出し、正規分布せず、うまくデータの特徴がだせない。
- ・助産師外来との関連  
多くの病院では、37週以降はDr外来となるが、37週までは医療介入がはいっているもので、むしろ37週以降はローリスクと考える助産師管理でいいのでは。
- ・超音波検査の施行回数  
初期2回、20週、28週、36週の5回くらいが妥当  
一次施設に対するアンケートによると、毎回エコーする一次施設は85%ある。  
母性衛生学会で、エコーをすることでコミュニケーションをはかっているといっていたDrもいたが、それは健診の意義としては異なることを啓蒙した方がいいと思われる。
- ・成長曲線について、妊婦さん向けには-1.5SDは削除し、-2SDだけにした方がよ

いと思われる。

#### 対話欄（当日配付資料 4）

- ・妊婦と医療者との対話のため、妊婦自身の記録表
- ・20 週ごろ～妊婦体操の指導、30 週ごろ～バースプラン
- ・医師外来では時間がないため、助産師外来で指導をしていく
- ・対話表の語句を確認（下腹部痛はありませんか、赤い性器出血はありませんかなどの項目）
- ・セルフケアと対話をふやす目的としている。（Dr または MW）
- ・確認欄という言い方をもう少しやさしい言い方にかえる。

#### ◆ 妊娠初期

- ・赤い性器出血はありませんか→出血はありませんかに
  - ・体力づくり→体づくり
  - ・時間外労働などに加え、通勤のことも記入する
  - ・法的に保護→やさしい表現に変更
- \* 胎動、腹痛、出血、おりもの、便秘、食事、体づくり、労働の順番で聞いていく

#### ◆ 妊娠中期

- ・里帰りの準備をしているか聞き取る→  
この項目は中期ではなく、初期に変更する
- ・近所に小児科があるかは、ない場合もあるため、確認してもらうようにす
- ・使いやすいところから、最終的には頻度の大きなものからいれて選別する。
- ・厚労省の冊子を参考とする（記載の表現方法に決まりあり）

#### ◆ 妊娠後半

- ・職場からの申請書、、、は不要

#### ◆ シェーマ

- ・妊婦の運動は気をつけないと股関節の異常をきたすこともある。  
（股関節をいためる可能性がある）
- ・1 日の行動はもう少し細かく入力できるようにしてもらう。
- ・記入欄を大きく。

全般を通じて：

平成 23 年から 24 年にかけて、母子健康手帳の大改訂が予定されている  
表現方法の決まりがあるので、それを参考にして欲しい  
前半のページ変更に関値が高いが、後半の変更は比較的やさしい

## 研究 2：妊婦健診体制の整備

### アンケート調査報告（当日配付資料 5）

・現在、日本産婦人科学会周産期委員会と合同で行なっている一次施設に対する妊婦健診のアンケート結果（200 施設/750 施設）の概要が報告された。全集計を終えた後の層別解析が必要となるが、本日の時点では、一次施設では、毎回 Dr 健診 100%、エコーを毎回する 85%という結果であった。  
血糖検査や GBS など行うべき項目がなされていない。

### オープン、セミオープンシステムの現状（配付資料の追加）

- ・アンケート結果が提示された
- ・セミオープンの方が将来的に支持されやすいのでは

### 未受診妊婦（配付資料の追加）

- ・2 割は保険未加入 4 割は未払い
- ・保険未加入または、入っているが、保険料未払いは一時金ももらえない
- ・未受診妊婦が救急車を利用することが多い 未入籍も多い 住所不定も多い
- ・婚姻情報と生活拠点について検討
- ・確信犯もいる

## 研究 3：ハイリスク妊娠発症予知マーカーの開発

### ハイリスクマーカーの予知発見

・血圧 NDI（ノッチ） PIGF、この 3 指標を組み合わせると、早産 PE となる妊婦の 70%以上をハイリスクとして同定可能

・SOD 活性値 妊娠初期に測定 低値で酸化ストレスあり  
FLT-1 吸着法→ただし、日本では妊婦では除外規定になっている PL 法保険

## 4. 第 3 回までの課題

研究 1：

- ・妊婦リスク因子の追加最終確認
- ・多胎と単胎とを比較
- ・母子健康手帳改訂版の作成：今回指摘された点を変更して、11 月中に別冊の形で印刷に回す

研究 2：

- ・未受診妊婦問題への提言まとめ
- ・妊婦健診の実態調査：一次調査結果を日産婦周産期委員会報告として報告予定
- ・モデル地区に母子健康手帳改訂版別冊を配付、それに対するアンケートの作成

研究 3：

- ・症例の追加

5. 今年度の会議日程調整他

1/20 第 3 回班会議（13 時～

2/15 厚労省ヒアリング

平成 21 年度 厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）

「我が国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」

### 第三回班会議 議事録

日時：平成22年1月20日（水）13：00－17：00

場所：東京女子医科大学第二別館 大会議室

電話：03-3353-8111（内線 38318, PHS 28197）

出席者：松本（厚生労働省より）、松田、篠塚、田口、中井、林、川緒、  
久保、松原、大口、齋藤益子、山崎、水主川、関沢、杉本、川道  
吉見（たばこ政策情報室、オブザーバー）

欠席者：齋藤滋、海野、林（敬称略、順不同）

#### 議事次第

1. 第二回議事録の確認（松田）（資料1）

2. 公開シンポジウムの報告（松田）

3. 各テーマ別の進捗状況

◆ 研究1：母子健康手帳の充実（松田、齋藤滋、久保、篠塚、齋藤益子）  
改訂版（補足版）について（当日配布）

・ 妊婦のローリスクとハイリスクの分類は、厳密に2つには分けられないので、  
中間帯を含むような表示がよいとの指摘があった

・ リスク因子の最終案が、資料2で説明された。

タバコとリスクについて、林先生が現在英文投稿準備中の資料を紹介したと  
ころ、大口先生より **publish** されたら、産婦人科診療ガイドラインで使用したい  
ので、データを引用させていただきたいとの要望がでた。後日、林先生に確認予  
定

・ 「年齢と産科合併症」のデータが一部紹介されたが、切迫早産（37週未満）  
や **PROM** の頻度が他の疾患と一桁違う事で、誤解をまねきやすいとの指摘あり。  
統一性を持たせて分かりやすく変更することになった

・ 胎児発育パターンからみて、発育のチェックが効率よくできるのが、妊娠中  
5回で妥当との意見が出された



## ◆ 研究2：妊婦健診体制の整備

(松田、海野、中井、松原、川緒、久保、斎藤益子)

・ 未受診妊婦問題の総括と解決策(水主川、松田)が資料3で説明された。福祉事務所との連携については、妊婦自身が公的支援制度へアクセスできるようにする。

情報提供の具体的な提案として、

市販妊娠検査薬や生理用品を通じた情報提供、メールやネットでの情報、医療機関にメッセージカードを配布(これは新宿区で配布が予定されている)、インターネットカフェでの情報提供などいずれも、相談内容の秘密は守られることを強調する

連絡先は都道府県ごと

例えば、‘妊娠SOS’など一つの窓口から各都道府県に連絡できるとよい  
市販妊娠検査薬による情報提供をおこなう場合、企業単位の活動では参画に企業間の差異が生じる可能性があるため、行政機関が作ったパンフを薬剤師会で配布の方がよいのではないか?

自殺予防総合対策センターによるいきる・ささえる相談窓口と同様なシステムで、インターネット検索サイトに‘妊娠SOS’などができるように提示する  
全国的システムにするなら、厚生労働省による小児救急電話相談(#8000)事業のようなものがよいかもしれない

・ セミオープン・オープンシステム(中井) (当日配付資料)

施設周囲の状況によりかなり異なる

栃木県の実状を松原が報告；自治医大周囲：ほぼ1つだが、他の地区では、開業医は皆自分のところで患者をかこう傾向がある

独協医大；周りの開業医が軽装備のため、すぐに搬送するセミオープンが多い

(中井)ビル診のみだけで、夜間診療を行ってなく、そういう人が夜間飛び込みでくるのは困るので、そういう人をセミオープンで診る方がいいのでは  
満足度77%は、あくまでも医療者側の満足度で、しかも明確な定義ではない

・ 健診体制の現状：アンケート調査一次解析結果の報告(松田)

(日本産婦人科学会周産期委員会との合同調査、資料4)配付のみ

・ 母子健康手帳改訂版使用前後の検証に当たって(松原、川緒) (資料5)

岐阜県から全面協力の申し出あり。現在、100くらい保健センターからアンケートがかえってきた

リスク評価によって、医師からはかえって患者をとられる(開業医→大病院へ)、妊婦の不安をあおるなど、否定的な意見もある(東京と比べると、搬送に苦慮し

ないため、ぎりぎりまで開業医がみている)

その一方で、妊婦自身はよい反応だった (地域保健師と妊婦の意見の相違)

地方のほうが、大病院とコンタクトがとりにくいため、保健師の存在、活躍の場が多い

母子手帳に付録する資料が多すぎる→1冊ですむようにしたい

自治体によっても保健師の対応が違う

・助産師の立場から (齋藤益子)

20週、32週ごろ指導をうけることを推奨

14回の健診とどうかかわるか、Drが提示している週数とどうかかわるか

改訂版に関するアンケート調査依頼 (当日配付の資料) の説明があった

新しい母子手帳に対する意見を助産師、妊婦に対して聞いた (妊婦は継続的に)

12ページ以降は作りすぎという意見もある (項目が多すぎるか?)

妊娠で疑問に思うところを妊婦が確認でき、医療従事者とコミュニケーションをとりながら確認できる利点あり

尺度を使った評価 (5段階尺度)

このアンケート調査は、改訂版を使用しなくてもこのアンケートは出来るので、「改訂版の有用性」を示す (冊子をもらう、もらわないの相違→もらった方がよいデータになればいい) ためには、コントロールの意味で先行研究として、改訂版を使用しない妊婦に対するアンケートを開始した方がいいという意見が多かった: 検討する

#### ◆ 研究3: ハイリスク妊娠発症予知マーカーの開発 (資料6、7)

・ (関沢、資料6) 初産+FLT-1+ENG+PIGFの4項目で、かなりよいROC curveとなった。インドネシア、イタリアの症例でも同様で、発症が少ないわが国ではどうかを検討中である

・ (大口、資料7) 3指標として、平均血圧、子宮動脈血流波形 Notch depth index とPIGFを併せると、PEの感度は7割、早産に限定したPEではさらに感度が高く93%となった。

今後どうしていくのかとの質問に対し、介入は難しいが、ハイリスクを絞り込み、2段階で他のマーカーも取り込むことでPPVを上げることが可能と考えている。4週間くらいの間隔でマーカーを測定する。

初期の血圧を用いるが、どこで血圧をとらえるか (何週の血圧か) どのくらいの

血圧なのかとの質問もあった

11 週の段階でひっかかる場合には、ビタミン投与、FLT-1 除去などを考えている  
(関沢)

4. 平成 21 年度報告書 (メ切 2/10)、ヒアリング (2/15) に向けて

5. 各研究の研究成果と来年度の予定 (資料 8)

テーマ別にみた最終年度の到達目標

キーワード 1 多胎と不妊治療の影響 コホート研究の総まとめ

FGR→データを再検討中 ケースコホートを検討

キーワード 2 未受診妊婦問題の解決策を検証

キーワード 3 PIH 予測式の作成

・未受診妊婦についてもう一度ディスカッションがあった

バックグラウンドが多様

分娩施設→常に更新していないといけない(?)

相談窓口を国がやるべきか、都道府県か

妊娠診断薬は国が認可しているため、診断がされた後に病院にいきなさいという  
メッセージを国がだすべきである。

企業に頼むよりは、店頭で配るほうがよい

① 妊娠したら、病院に受診しましょうと一行入れる。一あたり前すぎる?

② 相談場所を提示する

地区の薬剤師会に相談

メインは困った場合に、受診しましょうと記載する

福祉事務所を知っておくと便利

地方都市、都市、大都会によって個別の対応

・ 公開シンポジウム、母性衛生学会 その他 (資料 9)

今後の会議日程

第一回：東京女子医大 5/19 (水) 午後

第二回：発明会館 10/2 (土) 午前

6. 事務連絡その他

経理関係の締切り：2/19 東京女子医大の大学資金管理室に連絡

平成 21 年度報告書の締切り：2/10

平成 22 年度 厚生労働科学研究（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「我が国における新しい妊婦健診体制構築のための研究」

#### 第一回班会議議事録

日時：平成 22 年 5 月 19 日（水）13：00－17：30

場所：東京女子医科大学南別館大会議室 03-3353-8111 PHS 28197

#### 議事次第

1. 今年度の研究計画の概要説明（松田）13：00-14：00
2. 各テーマ別の討論 14：00-15：00
3. 全体討論 15：15-17：00
4. 今年度の会議日程調整（公開シンポジウムを含む）
5. その他

出席者：敬称略、順不同

松田、山口（厚労省）、川鯖、松原、久保、中井、林、篠塚、田口、塩崎、林昌子、齋藤益子、関沢、川道、

オブザーバー：飯田（東京都）

事務局：鳥居、木下

欠席者：海野、齋藤滋、石川、米山、遠藤、大口

#### 平成22年度の松田班班会議

第一回：5/19（水）

第二回：10/2（土）午前；発明会館

第三回：1/19（水）午後；東京女子医大