

(資料1) 各検査項目等における課題

「望ましい基準」に記載の検査

#	検査名	課題
0	胎児心拍確認	● 特になし
1	健診頻度	● レビュー論文において、妊婦健診回数について単胎では14回を推奨しているが、双胎妊娠においては16回を提示している。 ● 産科婦人科診療ガイドライン産科編（以下、「ガイドライン」。）2023 の記載は、妊娠11週まで（初期）に3回、12-23週は4週ごと、24週～35週は2週ごと、その後は毎週となっているが、妊娠6週で初診の場合には初期に3回、23週までに3回、35週までに6回、36週以降に4-5回となり、計15-16回となる。このように、妊婦の初診の時期や分娩時期によって健診回数は一律とはならない。
2	腹囲・子宮底	● 胎児発育評価を目的としているが、超音波検査の方が精度が高いことから、子宮底を評価することの重要性は低い。また、腹囲測定は子宮底よりもさらに測定の意義は低いが、助産院での健診も実施されているため、重要度Cと記載した。
3	血圧	● 血圧測定に至適頻度及び高血圧の際の降圧目標に関するエビデンスが不足しているものの、妊婦健診での血圧測定の重要度は高い。
4	浮腫	● 妊娠前半に浮腫を評価することの重要度は高くなく、浮腫を確認することの意義及び必要性に関するエビデンスが不足しているものの、妊娠後半においては妊娠高血圧症候群や深部静脈血栓症に関連する徴候として重要性はある。
5	尿糖・尿蛋白	● 尿糖検査の有用性に関するエビデンスは不足しているものの、尿糖検査は尿蛋白と同時に測定することが可能であることから、基本的な検査という位置づけで実施している。
6	体重	● 特に妊娠後半期の急激な体重増加は妊娠高血圧腎症の徴候として重要である。
7	保健指導	● 身体的・心理的なハイリスク妊婦はもちろん、ローリスク妊婦も正常経過を逸脱しないように、医療者による保健指導（地域との連携、連絡調整）が必要である。 ● 産前の保健指導による母児の健康に対する効果として明らかになっているエビデンスは限定的であるが、妊娠中から産後まで、母児が健やかに過ごすために、保健指導は欠かせない。 ● 現状、医療機関によって妊婦健診で実施する保健指導の内容は異なり、保健指導の標準化が課題である。
8	血液型（ABO, Rh）	● 特になし
9	不規則抗体	● 不規則抗体の種類ごとのリスク評価が定まっていない。

		● 精密検査としての不規則抗体同定検査や抗体価検査などが保険適用されていない（試薬が薬事承認されていないことが要因の一つ） ● <u>妊娠後期の不規則抗体測定（ガイドラインでの推奨度は C）についてレビュー論文に記載した（対応済）</u>
10	B 型肝炎抗原検査	● 特になし
11	C 型肝炎抗体検査	● 特になし
12	HIV 抗体検査	● HIV-1 核酸増幅検査法（HIV-1 NAT 法）は保険収載されており、通常の判定は実施可能である。一方、HIV-2 核酸増幅検査法は保険収載されていない。
13	梅毒血清反応検査	● 梅毒患者の増加を踏まえ、妊娠後期の梅毒検査の必要性について今後の検討が必要である。
14	風疹ウイルス抗体検査	● 特になし
15	血糖検査	● 妊娠初期の血糖検査は「明らかな糖尿病」のスクリーニングを目的にしており、HbA1c の測定に変えることも可能である。 ● 妊娠初期から妊娠糖尿病（GDM）に対して食事療法などで介入することの有益性は報告されており、その抽出は必要である。
16	血算検査	● 貧血評価のために重要度が高い検査であるが、妊娠初期は悪阻に伴う脱水などの影響もあり、血算単独での精度には限界があり、フェリチンの併用も検討される。 ➡ <u>フェリチンの測定についてはガイドライン 2026 の解説中に追加記載された。</u>
17	HTLV-1 抗体検査	● キャリア妊婦に対して、分娩後の新生児管理において小児科医と連携すること、母子感染の検査を 3 歳以降に行うこと、短期母乳を選択した場合の母乳ケアを実施することなどのサポートが十分でない。十分な情報提供とともに、診断されたことで困ることがないようにサポートする体制の構築が必要である。
18	子宮頸がん検査（細胞診）	● 子宮頸がん検診で細胞診を実施した妊婦について、妊娠初期検査の 2-3 か月以内でない場合には、妊娠初期に再度検査が必要である。 ● ガイドライン 2023 の CQ002 において、「要否を判断のうえで子宮頸部細胞診検査を行う。（B）」と推奨されている。また、解説内に「子宮頸部細胞診検査の受検歴や公費負担の有無などから検査の実施の要否を判断し、一定期間検査を受けていない妊婦に対しては、妊娠初期に子宮頸部細胞診検査を行う」とされている。 ➢ 現状として、2 年ごとの子宮がん検査を行う自治体の中に、妊婦の子宮がん検査の補助金を支給していない自治体がある。 ● 「子宮頸部細胞診検査を行う。（B）：妊娠初期に子宮頸部細胞診検査の受検歴を確認し、2～3 か月以内に検査を実施していない場合には検査を実施する」とガイドラインを改定することが望ましい。 ➢ <u>ガイドライン 2026 の改定で対応された。</u>

		● なお、子宮頸がん検診で HPV 単独検査法を行った女性が妊娠した場合にも、妊婦健診においては細胞診を実施することが推奨される。
19	超音波検査	● <u>レビュー論文において、妊娠 32 週以降の主な観察項目に「胎位・胎向」を加え、その理由についても追記した（対応済）。</u>
20	性器クラミジア検査	● 妊婦の淋菌感染症が 2%程度にあり、性器クラミジア検査を実施する際に同時検出が可能であることから、淋菌感染症のスクリーニングを加える必要性については今後の検討事項とする。
21	B 群溶血性レンサ球菌（GBS）検査	● GBS の検査が選択増菌培地（通常の溶血寒天培地と比較して検出率が 1.9 倍高い）を用いて行われていないことが多く、採取部位も単純に膣培養検査と同じような採取法が行われていることも多いと想定され、課題がある。 ● 選択増菌培地の利用がすすまない理由には専用培地を用いる検査にはコストがかかり、検査会社に対応してくれないことがある。検査会社に対して選択培地での検査実施を要望すること、選択増菌培地を用いた検査の保険点数増点を要望することなど、日本産科婦人科学会（周産期委員会）を通じて取り組んでいく必要がある。 ● レビュー論文に記載はないものの PCR を用いた迅速検査も利用可能になってきている。臨床での評価を実施し、検出率の高い検査法であることが判明した場合には、その活用を検討する必要がある（今後の課題）。 ● <u>ガイドライン 2026 では検査時期が妊娠 36 週以降に変更になるので、レビュー論文の記載についても時期を合わせた（対応済）。</u>
22	子宮頸管長	● 一般集団における子宮頸管長の測定については、早産ハイリスク症例を抽出し介入を行うことで早産が減少するというエビデンスは乏しいものの、早産ハイリスク症例を抽出することは、その後の妊娠管理において重要であり、子宮頸管長の測定はその代表的な方法である。 ● 既往歴などからのハイリスク症例に対するプロゲステロン膣剤が保険適用になっていない（17-α-hydroxyprogesterone caproate(17-OHPC)筋注法の早産予防効果は否定的と考えられているが、保険収載されている）。 ➢ 日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本産婦人科医会の連名で、早産予防目的でプロゲステロン膣坐剤の保険収載を求める要望が提出されている。

「望ましい基準」に記載されていない検査

#	検査名	課題
1	トキソプラズマ抗体	● トキソプラズマの IgG avidity が薬事承認され、保険収載される見込みであり、治療薬（スピラマイシン）もあることから、検査の重要度は B とした。 ● 羊水トキソプラズマ PCR 検査、および胎児感染が確認された場合の治療薬（ピリメタミン、スルファジアジン）は日本で製造販売されておらず、熱帯病治療薬研究班に参加する薬剤使用機関にて自費で治療を行う必要がある。 ● <u>ガイドライン 2023 での検査推奨度は C であり、B とする必要性を提言した。</u> →ガイドライン 2026 に解説付きで反映された。
2	CMV 抗体検査	● 妊娠中の介入方法がないことから、一般妊婦に抗体検査を実施する意味合いは低い。他方、CMV 感染に関連する兆候のある妊婦への抗体検査は意味がある。 ● 先天性感染児が出生している現状及び治療法があることを踏まえると、新生児尿を用いた CMV スクリーニングは推奨していくべきではないか。 →ガイドライン改定に要望はしたものの、未反映。
3	甲状腺機能 (TSH, fT3, fT4)	● 特になし
4	HbA1c (初期)	● ガイドライン 2023 では妊娠初期の 1 次スクリーニングが陽性であった場合、75gOGTT か HbA1c を用いて診断検査を行うとあるが、HbA1c では妊娠中の明らかな糖尿病の除外しかできない。他方、75gOGTT は GDM /妊娠中の明らかな糖尿病どちらも診断可能である。そこで、スクリーニングとして HbA1c で明らかな糖尿病を除外したうえで 75gOGTT を施行することを検討すべき。 ● ガイドライン 2023 には妊娠初期の 1 次スクリーニングで随時血糖に加え、HbA1c を測定するようにすることも選択肢になることが、国際学会の推奨を根拠に記載されている。
5	50g GCT	● 特になし
6	腔培養検査	● 検査の至適な実施時期や介入方法が定まっておらず、まずは評価法や介入法の標準化が必要である。
7	フェリチン	● 鉄欠乏性貧血については、経口鉄剤、静注鉄剤の選択肢があり、いずれも保険診療ができる。妊娠初期に血算で貧血を評価することは、悪阻による脱水などの影響もあって難しく、フェリチンの併用が推奨される。 ● 妊娠初期の妊婦の約 70%がフェリチン低値を示すという報告もあり、かつ諸外国のガイドラインにおいてフェリチンの測定を推奨しているものも多いことから、本邦でも検査を積極的に推奨すべきである。 ● フェリチンを測定する適切な時期や回数については、治療介入の判断と介入までの期間を考慮すると、妊娠初期および後半期(妊娠 24-32 週)の 2 回

		程度が適切と考える。 ● ガイドラインにも貧血評価についてフェリチンの測定の有用性を記載するように要望する。→ガイドライン 2026 の解説中に記載された。
8	妊娠初期妊娠高血圧腎症スクリーニング	● 早産期妊娠高血圧腎症発症ハイリスク症例の抽出という点で一定の重要性はあるものの、子宮動脈 pulsatility index (PI)は、一般産婦人科医が必ずしも測定できる検査ではないこと、Placental Growth Factor (PIGF)は保険収載されていないことが、一般集団に対する妊婦健診での実施を検討する上での課題である。
9	血清 sFlt-1/PIGF 比	● 現状は妊娠高血圧腎症のハイリスク集団への検査が保険収載されているが、原則、1回のみの検査しか認められていない。 ● 産科施設の重点化が起こった場合にハイリスク集団の抽出に、一般集団を対象に利用することもメリットがある。
10	家庭血圧	● 家庭血圧の測定とその評価は重要な管理ツールであるが、診断基準や測定値の評価方法について、統一されたコンセンサスがない。 ● 内科では生活習慣病管理料Ⅱとして高血圧患者の管理料を請求しているが、妊婦において家庭血圧測定に関する管理料がない。 ● 妊娠高血圧症候群のハイリスク症例に対して重要度 B としたが、ガイドライン 2023 には家庭血圧に関する記載はなかった →ガイドライン 2026 への記載を要望したが、白衣高血圧との鑑別に有用であることと、家庭血圧での高血圧の基準を記すにとどまっている。
11	NST	● ガイドライン 2023 では「41 週以降の健診は週 2 回 NST を行う(B)」との記載になっているが、それ以前の使用についてのエビデンスがなく、記載がない。ACOG Practice Bulletin においてローリスク妊婦において妊娠 40 週以降に週 1 回の実施が推奨されており、本レビューにおいてもその推奨を採用したが、39 週以前の対応についてのエビデンスはなく、その必要性について引き続き検討が必要である。
12	NIPT	● 妊婦の 10%程度が NIPT を選択するように実施率が上昇してきている。また、NIPT を行う認証施設も次第に増加し、妊婦にとってのアクセスは向上してきている。 ● NIPT は妊婦の真に自律的な意思決定に基づいて実施されるものであるが、検査が高額であることがその判断に影響することに対する配慮も検討課題である。

産後に行われる検査

#	検査名	課題
1	血圧	● 特になし
2	蛋白尿定性	● 特になし
3	体重	● 特になし
4	産後の超音波検査	● 産後 1 か月健診で、子宮復古や子宮内腔の状態を確認するために、一般妊婦において経膈超音波検査は必須である。

		● 後期分娩後異常出血において B モードとカラードプラ法を併用し、RPOC、仮性動脈瘤、子宮動静脈奇形などを確認する。
5	メンタルヘルス評価	● ガイドライン 2023 には産後のメンタルヘルスクリーニングを産後 2 週、産後 4 週に実施することが記載されている。公費助成のある自治体が多いが、自費診療として行われている自治体もある。 → ガイドライン 2026 に <u>メンタルヘルスケアの重要性を十分に記載するように要望したが、該当する CQ が設定されておらず、記載には至っていない。</u>
6	産後の血糖管理	● 特になし
7	乳房ケア	● 特になし

注) 下線部について：「産婦人科診療ガイドライン産科編 2026」において、赤字はガイドライン委員会との調整の結果、本研究班の意見が反映された事項、および、本レビューでの修正が必要になった事項であり、青字は要望したものの対応が見送られた事項を示す。