

2. 専門委員会報告—活動の軌跡—

3) 周産期委員会

委員長 寺尾俊彦

座長：慶應義塾大学教授

野澤 志朗

副委員長 中野 仁 雄

委員 雨宮 章, 池ノ上 克, 岡井 崇, 木下 勝之, 齋藤 良治

佐藤 郁夫, 中林 正雄, 村田 雄二

事業概要

平成 9, 10 年の 2 年間に常置的事業として, 以下の 4 項目について検討した.

1. 周産期管理登録
2. 妊娠41週の分娩誘発の取り扱いについて
3. トリプルマーカーの適正な使用について
4. 公的臍帯血バンク運営に関して

小委員会事業としては, 以下の三つの小委員会を発足させ討議した.

5. 周産期における先端医療のあり方検討小委員会
6. 周産期医療システムにおける情報ネットワークの整備に関する小委員会
7. 早産の原因に関する検討小委員会

常置的事業

1. 周産期管理登録

1) 従来の登録方法の問題点と変更点

昭和49年の登録以来, 10年, 20年間のトレンドを解析するため, できる限り登録内容を変更しないようにしてきた. しかし, 医療の進歩, 変遷は著しく現状にそぐわない部分も散見され, 以下の項目について, 登録内容の追加, 変更を行った.

(1) 従来, 500g 未満の児は, 登録対象ではなかった. しかし, 平成 4 年から早産の定義が, 妊娠24週以降から妊娠22週以降に, また平成 7 年から周産期死亡のうち死産が妊娠28週から妊娠22週以降に変更されたこと, 500g 未満の児でも妊娠22週以降であれば, 生育の報告があることを踏まえ, 平成 9 年の調査から妊娠22週以降に分娩に至ったすべての児を対象とした.

(2) 18主要臨床死因の「奇形」, 「その他」に関しては, これらが全体に占める割合も多く, その内訳を詳細に把握するため, 該当する疾患名を疾病コード (ICD-9) で記述することにした.

(3) 胎児治療の動向を知るため, 胎児治療調査登録病院で行われた胎児治療の対象疾患名も調査票に記載することにした.

(4) 集計においては, 出産体重が「1,000g 以上の児」と, 1,000g 以上の児を含めた「500g 以上の児」の 2 群に分けて実施してきたが, 出産体重による区分を500g 未満, 500g 以上1,000g 未満, 1,000g 以上の 3 群とし, 群間の重複を避けることにした. さらに, 旧周産期管理登録委員会内の23施設 (以下委員会内施設) に限って集計していた妊娠28週以降の区分を, 全登録機関で新たに実施することにした.

2) 調査対象と方法

周産期委員会に登録した施設（登録機関）において、平成8,9年の2年間における周産期死亡症例の集計ならびに解析を実施した。調査項目は生産数、死産数、早期新生児死亡数、診断決定後に搬送された胎児死亡数と無脳児数、剖検数、18主要臨床死因別死亡数、NICUの有無および胎児治療調査登録病院の有無とした。従来、登録手順は、上記項目を記入する「周産期死亡登録用紙」を各登録病院に個別に送付した。委員会内施設には、周産期死亡登録用紙に加えて、個々の周産期死亡例の臨床経過を詳細に記載する個表も送付した。調査結果は日本産科婦人科学会事務局で回収し、宮崎大学工学部で分析した。

3) 集計成績

(1) 登録機関

登録成績は平成8年271施設中、263施設（回収率97.0%）より、平成9年275施設中、268施設（回収率97.5%）より回答があった。ここ数年、新規登録施設と統廃合登録施設が相殺されるような傾向があり、登録施設数270、回収率97%で変動なく推移している。

(2) 周産期登録成績

全症例：登録対象は、平成8年は500g以上の児を、平成9年は妊娠22週以降の児を対象とした。以下、（ ）内数値は平成8年の成績を示す。

生産数は144,280(142,290)であった。これは同期間における我が国の生産数1,191,665(1,206,555)の12.11%(11.79%)に相当する。周産期死亡数は1,808(1,606)で、これは同期間における我が国の周産期死亡数7,624(8,080)の23.71%(19.88%)を占める。周産期死亡の内訳は、死産数が1,250(1,072)、死産率8.59(7.48)、早期新生児死亡数が558(534)、早期新生児死亡率3.87(3.75)、であった。同期間における我が国の死産数6,009(6,333)、早期新生児死亡数1,615(1,747)に対して、登録機関の死産数と早期新生児死亡数が占める割合は、各々20.8%(16.9%)、34.6%(30.57%)であった。このことから登録機関はハイリスク母体・胎児新生児を集中的に管理していたことが明らかになった。周産期死亡率は12.42であり、修正周産期死亡率は10.83であった。剖検数は350(310)、全死亡数の19.4%(19.3%)であった。

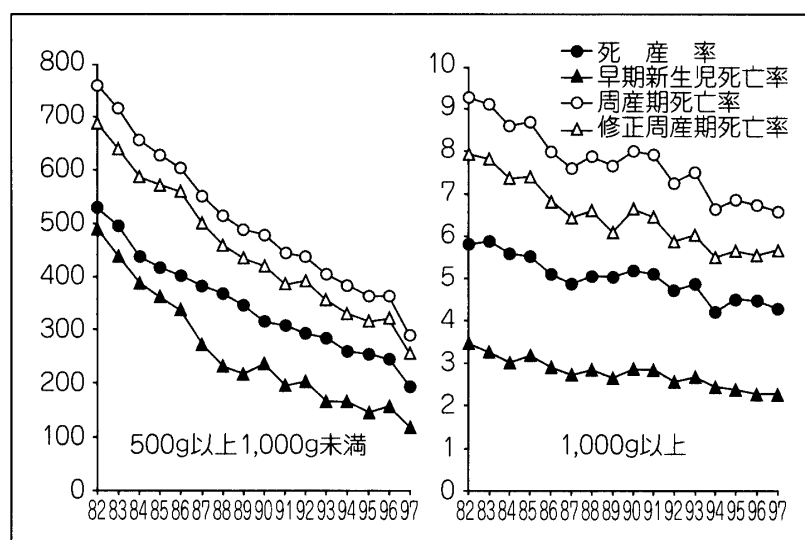
① 出産体重1,000g以上

生産数は142,665(140,959)で、死産数（出産体重が1,000g以上の死産）は622(638)、死産数4.34(4.51)であった。早期新生児死亡数は329(324)、早期新生児死亡率2.31(2.30)であった。周産期死亡率は6.64(6.79)であり、修正周産期死亡率は5.72(5.59)であった。剖検数は221(223)であった。

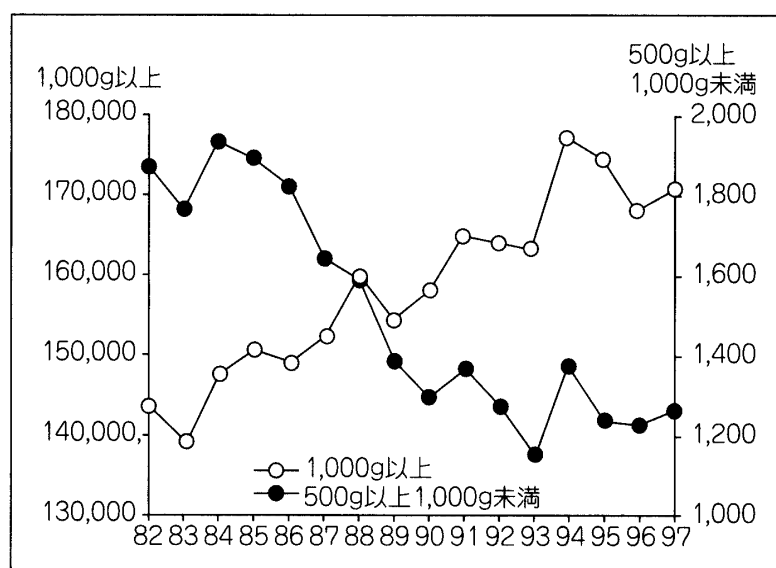
周産期死亡率、修正周産期死亡率、死産率、早期新生児死亡率の年次推移をみると、いずれも昭和57('82)年から平成9('97)年まで緩やかに減少していた（図1）。

② 出産体重500g以上1,000g未満

生産数は1,459(1,331)で、死産数は352(434)であった。早期新生児死亡数は174(210)であった。周産期死亡率ならびに修正周産期死亡率は各々、290.45(364.87)、256.76(322.95)であった（図1）。剖検数は84(87)で1,000g以上の剖検率に比べ低値であった。周産期死亡率、修正周産期死亡率、死産率、早期新生児死亡率の年次推移をみると、いずれも昭和57('82)年から平成9('97)年までほぼ一定の割合で減少し、その改善率は1,000g以上に比較し顕著であった。出産数は、昭和57('82)年が1,273で、その後増加傾向にあったが、平成6('94)年の1,948をピークとして、その後減少し平成9('97)年は1,811であった（図2）。全登録機関の生産数1,000当たりの500g以上1,000g未満の児の生産数を生産率（500g以上1,000g未満）とした。生産率は、昭和57('82)年に3.5であったものが激増



(図1) 周産期死亡率, 修正周産期死亡率, 死産率, 早期新生児死亡率の年次推移



(図2) 出産数の年次推移

し、平成9(’97)年には10.1であった。その原因として、近年の不妊治療による多胎妊娠の増加が強く影響しているものと思われる。全登録機関の出産数1,000当たりの500g以上1,000g未満の児の死産数を死産率(500g以上1,000g未満)とした。死産率は昭和57(’82)年に3.86であったものが漸減し、平成9(’97)年は2.42となり、ほぼ半減した。早期新生児死亡率は昭和57(’82年)に489.97であったものが年々著明に低下し、平成9(’97)年は119.26と約1/4になった。

③ 出産体重500g未満

この区分は今回が初めての統計である。生産数は156であった。死産数は276(死産率638.89: 1,000g以上の約147倍, 500g以上1,000g未満の約3.3倍)であり、早期新生児

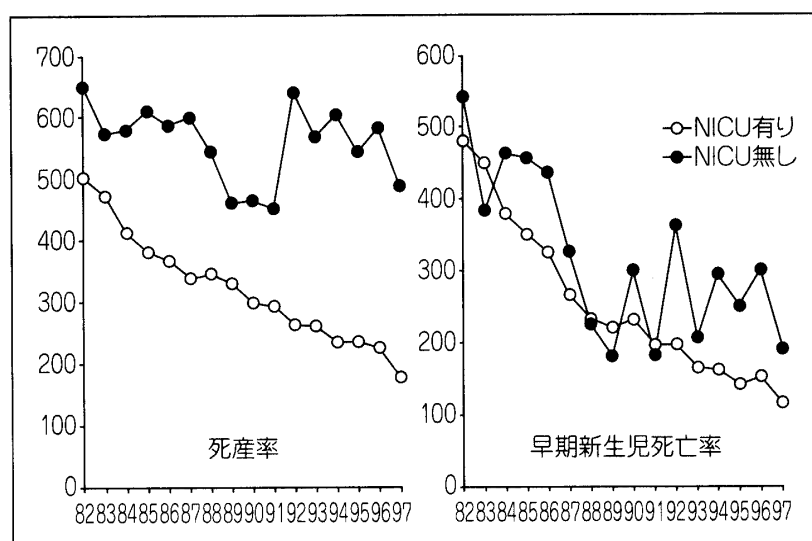
死亡数は55（早期新生児死亡率352.56：1,000g以上の約153倍，500g以上1,000g未満の約3倍）であった。見方を変えれば，101例が生後1週間以上生存したことになる。しかし，500g未満の児は1週間を経過しても死亡することが多いので正確な生存率とはいえない。周産期死亡率ならびに修正周産期死亡率は各々，766.20（1,000g以上の約115倍，500g以上1,000g未満の約3倍），675.93（1,000g以上の約120倍，500g以上1,000g未満の約3倍）であった。剖検数は45（本区分における全死亡数の13.6%）で，500g以上1,000g未満および1,000g以上の剖検率に比べ低値であった。

④妊娠28週以降：＜ ＞内は1,000g以上の値

今回からこの区分の統計は全登録機関を対象として行うことになった。生産数は142,727<142,665>で，死産数は709<622>，死産率4.94<4.34>であった。早期新生児死亡数は342<329>，早期新生児死亡率2.40<2.31>であった。周産期死亡率は7.33<6.64>であり，修正周産期死亡率は6.25<5.72>であった。剖検数は225<221>であった。1,000g以上の統計と比較すると，早期新生児死亡数および率はほぼ同等の数値であるが，死産数（率），周産期死亡率および修正周産期死亡率は妊娠28週以降の群の方が高値であった。この原因としては，妊娠28週以降の群には子宮内発育遅延の児を多く含んでいることが考えられた。委員会内施設においては，生産数は10,695，死産数は67（死産率6.23），早期新生児死亡数は50（早期新生児死亡率4.68），周産期死亡率は10.87，修正周産期死亡率は9.94であった。剖検数は45（全死亡数の38.5%）であった。いずれの値も全機関の統計に比較し高値であった。委員会内施設はいずれもハイリスク妊娠・新生児を数多く取り扱う地域の中心的周産期センターに相当する施設であるため，特殊な統計となっていたことがわかった。

⑤新生児集中治療部の有無による比較

新生児集中治療部（NICU）の有無で，死産数/早期新生児死亡数を検討すると，1,000g以上ではNICUを有する施設（NICU有り：193施設）が1.76，NICUを有さない施設（NICU無し：75施設）では2.32，500g以上1,000g未満ではNICU有りが1.73，NICU無しが4.33と，いずれにおいてもNICU有りでは低値であった。1,000g以上の死産率はNICU有りが4.88，NICU無しが2.38，早期新生児死亡率はNICU有りが2.66，NICU無しが1.01といずれもNICU有りが高値であった。これは母体搬送によるハイリスク児のNICU施設を有する施設への集中によって死産率と早期新生児死亡率がNICU有りでは高値であると考えられる。1,000g以上の児においては，NICUを有する施設における生産数が全生産数に占める比率は昭和57（'82）年に72.5%で，年々徐々に増加し，平成9（'97）年には78.5%となっている。500g以上1,000g未満の死産率はNICU有りが178.59，NICU無しが489.13とNICU有りが低値で，早期新生児死亡率もNICU有りが116.86，NICU無しが191.49とNICU有りが低値であった。NICUを有する施設における生産数が全生産数に占める比率は，500g以上1,000g未満の児では昭和57（'82）年に86.5%であったが年々増加し，平成9（'97）年には96.8%であった。母体搬送が徹底されたことにより，死亡の転帰をとり得るハイリスク妊娠がNICUを有する施設に集中していることが確認された。500g以上1,000g未満の児において，修正周産期死亡率をNICUの有無により検討すると，修正周産期死亡率がNICU有りで240.84，NICU無しで554.35とNICU有りが明らかに低値であった。修正周産期死亡率の年次推移を検討すると，NICU無しにおいては昭和57（'82）年に797.41であったものが，昭和63（'88）年に518.29まで減少したが，以後横這いで推移し，平成9（'97）年には554.35であった。NICU有りでは昭和57（'82）年に664.75であったものが，平成9（'97）年には240.84と著明に減少して

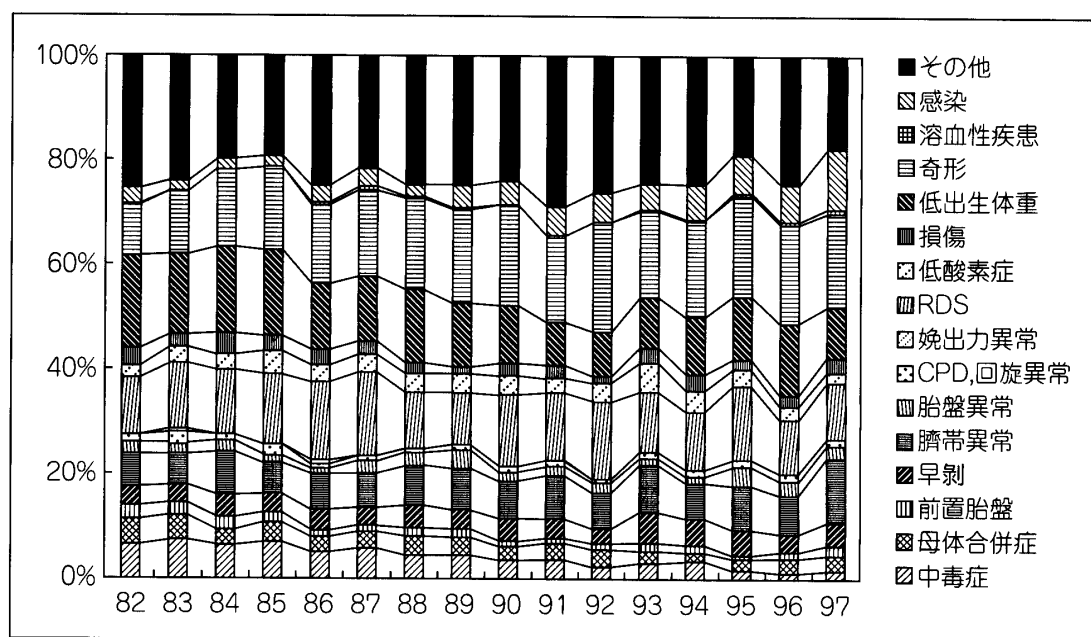


(図3) 500g以上1,000g未満の死産率と早期新生児死亡率の年次推移

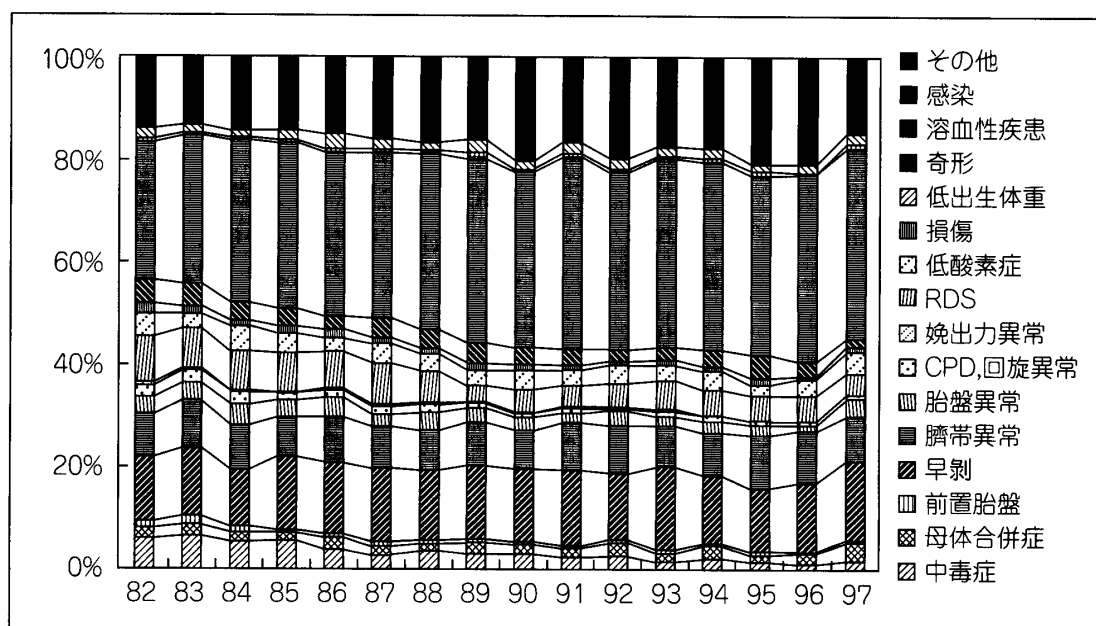
いる。死産率と早期新生児死亡率の年次推移を検討すると、NICU無しではNICU有りに比していずれも高値で、平成2(’90)年以降横這いで推移しているのに対して、NICU有りでは両者ともに年々減少している(図3)。これはNICUを有する産科施設の管理水準の高さとNICUにおける治療成績の向上によるものと考えられる。

(3) 主要臨床死因(割合)の年次推移

この16年間で妊娠中毒症・子癇による死亡は500g以上1,000g未満、1,000g以上において共に一貫して減少しほぼ1/3まで減少している。前置胎盤は減少し、臍帯異常と常位胎盤早期剥離は漸増した。臍帯異常と常位胎盤早期剥離を合わせると、500g以上1,000g未満では全臨床死因の約1/6、1,000g以上では約1/4を占めている(図4, 5)。これらを減少させるためには、胎児連続モニタリング、カラードプラなどによる早期診断、さらには発症の予測法の開発・臨床応用に向けての研究が必要である。呼吸障害(RDS)による死亡は、産科管理の進歩と人工サーファクタントによる新生児医療の治療成績の向上によって、昭和62(’87)年以降著明に減少したが、平成2(’90)年以降は横這いである。この傾向は、人工サーファクタントの投与によっても克服できない他臓器の未熟性を有する超早産児の出産が増加しているためと考えられた。感染による死亡は、平成元(’89)年以降、1,000g以上の群では増減を認めないが、500g以上1,000g未満においては著明に増加している。この要因としては、背景に感染が考えられるpreterm PROM症例の増加とその長期管理症例の増加が推定される。今後、子宮内感染の診断・治療法の確立が望まれる。低出生体重が主要死因である死亡に関しては、500g以上1,000g未満、1,000g以上の両群とも平成3(’91)年以降増加していたが、平成9年は減少した。500g以上1,000g未満の群での増加は、超低出生体重児の出産の割合が近年増加していることから説明できる。奇形による死亡は、1,000g以上、500g以上1,000g未満の両者において、昭和57(’82)年から昭和63(’88)年まで上昇傾向にあったが、その後ほぼ横這いの状況にあり、死因の最多数を占めている。「その他」に分類された死因の頻度は本年、減少した。その理由として、本年から記載法を厳密にしたため、より正確な統計が可能になったと思われる。この内訳は、出産体重を問わず原因不明が最も多く、40~60%を占めていた。



(図4) 主要臨床死因 (500g 以上1,000g 未満)



(図5) 主要臨床死因 (1,000g 以上)

これは前述した剖検率の低さに起因する可能性がある。ついで、非免疫性胎児水腫、双胎間輸血症候群が残りの30%を占めていた。従来用いてきた18の主要臨床死因には、児頭骨盤不均衡、娩出力の異常や溶血性疾患など本調査の開始時から常に低頻度なものが存在する一方で、「その他」のなかに原因不明、双胎間輸血症候群、「その他」と奇形の両方に含まれる非免疫性胎児水腫などの死因が高頻度に混在していた。したがって、今後の周産期登録の改善事項として18主要臨床死因の見直しが不可欠である。

今回の調査では、妊娠22週以降の出産体重500g 未満の早産児も初めて対象とした。出

産体重が500g以上あれば、早期新生児死亡に至らなかった場合の生命予後は概ね良好であるが、500g未満の児では、後期新生児死亡もしくはそれ以降に死亡することも推定される。本調査における出生後の死亡統計は早期新生児死亡までを対象としているため、500g未満の児の転帰を詳細に把握するためには、生後1カ月あるいは3カ月の統計が必要であると思われる。本調査は周産期死亡例の登録であるが、今回、胎児治療調査登録病院で行われた胎児治療症例の調査を試験的に行った。胎児治療の詳細な登録調査は周産期委員会の事業として別個に行っているが、将来的には周産期死亡登録と合同で行う予定である。登録業務の改善にあたって、周産期死亡登録用紙を電子化し発生源入力とすることやデータベースに用いる分類コードのICD-9からICD-10への移行が望まれる。

2. 妊娠41週の分娩誘発の取り扱いについて

周産期委員会委員が所属する19施設の1996年1～12月における合併症のない妊娠40週以降の分娩の取り扱いについて、後方視的にアンケート調査を行った¹⁾。

予定日超過（妊娠40週以降）妊婦に対し、全施設が分娩誘発を行っていた。その分娩誘発時期は初産・経産婦とも妊娠41週以降が13施設（68.4%）と最も多く、妊娠42週以降が4施設（21.1%）、妊娠40週以降が2施設（10.5%）であった。総分娩数9,295例中2,302例（24.8%）が予定日以降の分娩で、そのうち386例（16.8%）に分娩誘発を行った。週数別誘発頻度は全体で40週が10.6%、41週が28.5%、42週が50.0%、初産、経産とも妊娠週数の増加につれ有意に誘発頻度の増加を認めた。

Apgar Scoreに関しては、7点以下の頻度は、40週8.2%、41週11.1%、42週18.1%と有意に増加するが、41週と42週には統計学的有意差は認められなかった。同様に4点以下の頻度でも、40週0.6%に対し、41週3.6%、42週4.5%と有意に増加するが、41週と42週には統計学的有意差は認められなかった。初産・経産別でのApgar Score 7点以下の頻度は、初産、経産とも週数につれて増加し、初産で40週、41週に、経産で41週、42週に有意差を認めた。同様にApgar Score 4点以下の頻度でも、初産で40週と41週に、経産で41週、42週に有意差を認めた。誘発・自然分娩別でのApgar Score 7点以下の頻度の検討では週数間に統計学的有意差は認めなかった。

帝王切開率は、40週8.0%に対し、41週12.8%、42週18.5%と有意に上昇するが、41週と42週には統計学的有意差は認めなかった。

初産経産別での帝王切開術の検討では、初産で40週と41週、42週間に有意差を認めたが、経産では有意差は認められなかった。

誘発・自然分娩での帝王切開率の頻度では、誘発群では週数間に有意差は認められなかったが、自然分娩群においては、40週と41週、42週間に有意差を認めた。さらに初産・経産別で検討すると、初産誘発群は、40週、41週において有意に初産自然分娩群に比べ、帝王切開率が高かった。

以上、現状の管理では40週での分娩誘発が41週以降の誘発に比べ、低Apgar Scoreの頻度、帝王切開率の頻度が有意に低く、分娩予後、新生児予後に差を認める可能性が示唆された。至適分娩誘発の時期と適応に関するコンセンサスの獲得には、誘発方法を統一したProspective randomized trialが必要であると考えられる。

3. トリプルマーカーの適正な使用について

委員会内でも、厚生省科学審議会先端医療技術評価部会との意見調整を行い、討議を重ねてきた。平成11年6月23日、本部会の出生前診断に関する専門委員会から「母体血清マーカー検査に関する見解（報告）」が出された。周産期委員会としては、この見解をもって会員各位に一読のうえ、適切に対応するようにした²⁾。

4. 公的臍帯血バンク運営に関して

臍帯血移植は、白血病や再生不良性貧血などの治療の一手法として実用化されつつある。骨髓移植による方法と異なり、本法は、ドナーに侵襲を加えることなく、またコーディネーションの手順を必要としないため、多くのレシピエントに提供できる利点があげられる。今後、広く普及するものと考えられるが、臍帯血移植を希望する患者が、公正かつ安全に治療を受けられるようにするには、技術的な問題や、運営・財政上の課題も多く、幅広い検討を必要とする。現在、民間の運営組織体として、臍帯血バンキングを実施している施設が全国で9カ所あるが、独自の基準によるバンキングのため、品質、安全面において均一であるとは言い難い。そこで、厚生省からの発議に基づき臍帯血移植検討会が発足し、周産期委員会からも中林正雄委員が参画され、すでに10回開催され、討議が重ねられた。

平成10年7月27日、この検討委員会から、「中間まとめ」と、「臍帯血移植の実施のための技術指針」が策定された。HLA型の5抗原以上が適合し、臍帯血移植を希望する9割以上に提供できる体制作りが目指されているが、これには今後5年間で、約2万件を目処に採取・保存されなければならない。臍帯血移植を長期的に継続、運営されていくためには、根本的にこのシステムを支えることになる、産科施設の協力が不可欠であることが確認された。

小委員会事業

1. 周産期における先端医療のあり方検討小委員会

委員長 池ノ上克

委員 雨宮 章, 伊藤昌春, 岡井 崇, 久保武士, 桑原慶紀, 千葉喜英,
中林正雄, 名取道也

本小委員会では、日本における胎児治療の動向を知るために、全国の胎児治療の登録調査を行った³⁾。胎児治療に対する必要性は不十分とはいえ、社会的にもかなり認知を受けてきている。しかし、医療経済的保障を伴って、広く国民の医療として定着したとは言い難く、多くの未解決の問題をかかえている。

一方、産科医の学問的発展の方向からみても、胎児医療に関する先端医療の必要性はますます高くなっている。このようなことをベースにして、これまで行ってきた胎児治療調査登録病院の事業を今後も続けていくことが重要な課題である。この事業を通じて得られた、情報の公表作業についても前向きに検討を重ねていく必要がある。

胎児治療登録病院の横の連携を強化し、胎児治療の効果や適応症例の個別化などを検討していかなければならない。さらに、まだ日本では確立されていない胎児治療に関するインフォームドコンセントや医療倫理的側面を、社会の理解を得ながら検討していく必要がある。

2. 周産期医療システムにおける情報ネットワークの整備に関する検討小委員会

委員長 佐藤郁夫

委員 荒木 勤, 木下勝之, 工藤尚文, 久保隆彦, 小柳孝司, 住本和博,
舘野政也, 西島正博, 原 量宏

1) 母体搬送連絡書・新生児搬送連絡書の作成⁴⁾：周産期医療での情報ネットワーク化とデータベース化を念頭においた母体搬送情報提供書案を作成し、試験運用した。この結果を踏まえて、日本母性保護産婦人科医会（日母）周産期委員会・医事紛争対策委員会や厚生省班会議で作成されたものとも比較し、必要十分なデータ量の母体搬送連絡書を日母と共同で作成した。新生児搬送情報提供書についても、厚生省ハイリスク児出生の実態把

握と新生児管理に関する研究班で作成されたものと個々の項目を検討し、本学会周産期委員会と日母共同のフォーマットを作成した。日母からは日母医報に掲載されることになった。また厚生省周産期医療推進協議会と各県の周産期医療協議会へも報告し、全国的に普及させる努力をした。

2) 周産期管理登録の ICD-10 への対応：ICD-9 から ICD-10 への病名コード変更については、1 対複数に対応するためコード表を作り替える必要がある。ICD-10 で問題となる用語とその定義について教育用語委員会とも検討の上、対応コード表を作成している。現状では ICD-9 で登録業務を続けることにした。データ発生源入力については MUMPUS 言語のシステムを開発したが、著作権問題がクリアできず断念し、JAVA 言語での開発を次期委員会に継続した。

3. 早産の原因に関する検討小委員会

委員長 村田雄二

委員 岡村州博, 荻田幸雄, 金山尚裕, 齋藤良治, 佐川典正, 佐藤 章,
末原則幸, 豊田長康, 森川 肇

平成 6 年 1 月から平成 7 年 12 月迄の間に、日本産科婦人科学会周産期委員会委員の所

(表 1) 各症例について 担当医の意見、感想

この症例は		
☐ 早産はやむを得なかった。	…486	68.0%
☐ 防止し得た。	…95	13.3%
☐ 何ともいえない。	…112	15.7%
「早産はやむを得なかった。」とお答えの先生に、		
☐ 当院に来院したときは既に陣痛が始まっていた。または分娩が進行していた。	…137	28.2%
☐ 破水していた。	…125	25.7%
☐ 感染徴候があった。子宮内感染が疑われた。	…73	15.0%
☐ 胎児仮死など児を娩出すべき状況にあった。	…105	21.6%
☐ 前置胎盤、胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、重症妊娠中毒症など妊娠を終了させるべき状況にあった。	…145	29.8%
☐ 治療に対する妊婦・家族の同意が得られなかった。治療を拒否した。	…2	0.4%
「防止し得た」とお答えの先生に		
☐ もう少し早く来院しておれば ☐ 紹介元の判断が遅かった。	…17	17.9%
☐ 患者の来院が遅かった	…28	29.5%
☐ 治療方法が適切でなかった。別の治療法を選択すれば防止し得た可能性がある。	…15	15.8%
☐ 紹介元の管理が適切でなかった。	…37	38.9%
☐ 治療に対する妊婦・家族の同意が得られたら防止できた。	…9	9.5%
この症例を通して大切だと思われたことは		
☐ 担当する(貴院の)医師の知識・技術の向上	…81	11.3%
☐ 担当する(貴院の)医師の意欲の向上	…26	3.6%
☐ 貴施設での関連する診療科との連携などの充実	…41	5.7%
☐ 紹介元の医師の知識・技術の向上	…120	16.8%
☐ 紹介元の医師の意欲の向上	…43	6.0%
☐ 助産婦・看護婦の知識・技術の向上	…4	0.6%
☐ 母体搬送システムなどシステムの改善	…47	6.6%
☐ 妊婦教育・指導	…142	19.9%
☐ 夫や家族の協力	…32	4.5%
☐ 行政への働きかけ	…8	1.1%

属する施設で、妊娠22週以後妊娠34週未満で早産に至った715症例についてまとめ、早産と健診との関連性などについて検討した⁵⁾。

1) 症例は、(1) PROM, (2) 切迫早産, (3) 前置胎盤や各種の合併症に関連するものに大別され、上記3つの疾患群がおおよそ1/3ずつ占めていた。74.6%は母体搬送であり、67.4%は緊急母体搬送であった。

2) PROM, 切迫早産, IUGR, 妊娠中毒症では、約半数が入院後1日以内に、分娩になっていた。一方、前置胎盤の30%は、入院後28日以後に分娩に至っていた。

3) 157例について、分娩入院の直前の健診の情報が得られた。切迫早産・PROMの多くは入院の1週間前の定期的健康診査で、68.5%に何らかの症状を有していた。また、24.7%に子宮収縮が認められ、16.4%に子宮口の開大を認めた。これらの定期健康診査の結果、治療を受けたものは28.8%にとどまっていた。

予定外の健診は、その47.1%に出血が認められた。それでも治療を受けたものは、52.9%にとどまっていた。このような症状があるにも関わらず、入院には至っていなかった。今後は、このような症状を慎重に受け止める必要があると考えられた。

4) 今回の症例を通じて、主治医の意見をまとめると、多くの症例、すなわち約68%(表1)で「やむを得ない」との意見であったが、やむを得ないと判断するに至った段階「陣痛発来・PROM・感染など」の前に、何らかの治療や予防の可能性を検討する必要があると考えられた。「防止し得た」ものの29.5%で、患者の来院が遅かったとあるのは、今後の患者教育の余地を残していると考えられた。

5) 今後は、妊婦健診の機会を増やすことが、早産の防止につながるか否か、前方視的調査を行うことにより、早産の防止に有用な資料が得られるものと期待している。

《文 献》

- 1) 周産期委員会報告. 合併症のない妊娠40, 41, 42週例の分娩誘発の実情に関するアンケート調査. 日産婦誌 1999; 51: 243—245
- 2) 周産期委員会報告. 母体血清マーカー検査に関する見解について. 日産婦誌 1999; 51: 823—826
- 3) 千葉喜英. 胎児治療の現況と問題. 日新生児会誌 1998; 34: 715—719
- 4) 周産期委員会報告. 母体搬送連絡書(情報提供書), 新生児搬送連絡書. 日産婦誌 1999; 51: 315—319
- 5) 周産期委員会報告. 早産の原因に関する小委員会報告(妊娠34週未満の早産に関する実態調査報告). 日産婦誌 1999; 51: 246—254
- 6) 平成9年度専門委員会報告 周産期委員会報告. 日産婦誌 1998; 50: 908—909
- 7) 周産期委員会報告(平成8年集計). 日産婦誌 1999; 51: 169—201
- 8) 周産期委員会報告(平成9年集計). 日産婦誌 1999; 51: 395—440
- 9) 平成10年度専門委員会報告 周産期委員会報告. 日産婦誌 1999; 51: 1006—1007