第 4 回診療ガイドライン産科編 2026 パブリックコメント実施について

会員ならびに関係各位

産婦人科診療ガイドライン産科編
作成委員会委員長　三浦　清徳

現在、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の共同事業として「産婦人科診療ガイドライン産科編 2026 改訂版」（以下、本書）を、2026 年 4 月発刊予定として作成を進めております。

本書では「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023」に掲載した 116 項目の Clinical Question（CQ）& Answer（A）および留意点について統合や見直しを行うとともに、新たに 4 項目の CQ を追加のうえ 119 項目の CQ＆A と、「留意点」を掲載する予定です。

これら 119 項目の CQ＆A および「留意点」の原案について、これまで 3 回にわたりパブリックコメントを実施致しましたが、皆様より頂きましたコメントを産婦人科診療ガイドライン産科編 2026 作成委員会および評価委員会で検討した結果、大幅な修正や追加が必要と考えられた 4 項目の CQ 原案につきまして、第 4 回産婦人科診療ガイドライン産科編 2026 パブリックコメントを実施することとなりました。

是非、原案をご覧頂き **2026 年 1 月 5 日（月）まで**にご意見をお送り頂けますと幸いです。

改めまして、建設的なご意見をお送り頂けますよう宜しくお願い申し上げます。

【本 CQ＆A 原案作成までの経緯】

1)「産婦人科診療ガイドライン産科編 2023」（2023 年 8 月）発刊は、3 年後の改訂を約束したものです。
2023 年 8 月より診療ガイドライン産科編作成委員会委員（31 名）において、2026 年改訂版発刊のための準備が開始されました。
全ての CQ についてそれぞれ文献検索式を作成し、2024 年 12 月までの国内外の文献を検索する作業を行ないました。
2024 年 9 月までに 119 項目に亘る CQ&A の原案をまとめ、診療ガイドライン評価委員会（委員長・佐藤昌司先生）の査読による意見を鑑み、再度作成委員会で協議・検討のうえ加筆修正致しました。
診療ガイドライン運営委員会では、学会側調整役として小林陽一先生、医会側調整役として小林浩先生が、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会間ならびに作成委員会・評価委員会間の連携を図られております。

2)　2023 改訂版から変更箇所が多い CQ&A および新 CQ&A については、 4 回に分けて開催したコンセンサスミーティング（すべて現地開催）において作成委員会よりご説明させて頂いており、この度、第 4 回産婦人科診療ガイドライン産科編 2026 パブリックコメントを実施するに至りました。

2025 年 12 月16日

第 4 回　産婦人科診療ガイドライン産科編 2026 パブリックコメント
（4 項目の CQ＆Answer 原案）

	カテゴリ	CQ 番号	タイトル
1	A 妊娠の管理	CQ002	妊娠初期に行う検査・情報収集は？
2	C 妊娠初期の異常・処置	CQ205	妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶時の留意事項は？
3	E 分娩・産褥の管理	CQ406（追加となった参考 2 のみ）	吸引・鉗子娩出術、子宮底圧迫法の適応と要約，および実施時の注意点は？
4	G 感染症	CQ604	妊婦のトキソプラズマ感染については？

CQ002 妊娠初期に行う検査・情報収集は？

Answer

1 問診票（妊婦自身が記入）等を用いて妊娠管理上，必要な情報の提供を求める．(B)

2 以下の情報収集あるいは計測を行う．(B)
身長，体重，BMI，血圧，尿蛋白半定量，尿糖半定量

3 以下の検査を行う．
ABO 式血液型（A），Rh 式血液型（A），不規則抗体スクリーニング（A），血算（A），HBs 抗原（A），HCV 抗体（A），風疹抗体（HI）（A），梅毒スクリーニング（A），HTLV-1 抗体（A，初期が望ましいが遅くとも 30 週頃までに），HIV スクリーニング（A），血糖検査（A），トキソプラズマ抗体（B）※，性器クラミジア検査（初期から妊娠 30 週までに）（B），子宮頸部細胞診検査（B）

※：トキソプラズマ抗体については，これまで得られているトキソプラズマ感染症の予防・治療に関する知見から，検査を周知し実施することによって一定の利益を得る妊婦が存在しうること，自費負担が可能な妊婦に対して本検査を実施することによる不利益は小さいと考えられること，抗体検査の一部が薬事承認を受け，さらに保険収載に向けて検討されていることから，検査の普及が今後の公費支援体制の整備拡充にも資する，との判断により，推奨レベルを B とした．しかしながら，自費負担に関して地域格差および設定金額が全国一律ではない現状を踏まえ，公費助成が開始されていない期間における全妊婦への検査実施を推奨するものではない．本検査については，妊婦への経済的負担を充分に考慮し，今後の公費支援の体制整備等の拡充に即して，適切に実施すべきである．

Key Words 問診票，母子関係性障害，妊婦健診，血液検査，妊娠初期検査，子宮頸部細胞診

解説

1 問診票で問うべき項目については厚生労働科学研究の妊娠リスクスコア[1]，アメリカ[2]およびイギリスのガイドライン[3]を踏まえ**表 1** のとおりとした．アメリカおよびイギリスのガイドラインではうつ傾向を含む妊婦のもつ精神的問題や家庭内暴力（domestic violence：DV）など妊婦をとりまく社会的問題について妊娠初期からスクリーニングし，妊娠出産やその後の家庭育児環境の改善へつなげる配慮をしている[2)3)]．わが国でも増加する児童虐待について専門委員会で分析が行われた[4]．児童虐待の要因として母親の産後うつ病や母子関係性障害がある．妊娠時から早期発見に努め，適切な援助につなげることが必要で，わが国でも Social Life Impact for Mother（SLIM）尺度などのスクリーニング指標が作成されている[5]．妊婦の精神的支援が必要かどうかの糸口となる項目を問診表に設けるとともに，個人情報を行政へ提供する場合の許諾を得ることが望ましい（CQ421 参照）．

第4回診療GL産科編2026ベッドサイドクエスチョン

SFG002再.indd 1 2025/11/14 17:19:15

（表 1）問診票（見本）

以下の下線部には数値あるいは回答を，当てはまる項目は□にチェックをお願いします．

1. 名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入日＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
2. 身長＿＿＿cm，妊娠前の体重＿＿＿kg，現在の体重＿＿＿kg
3. ご職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
4. 月経について
   最終月経の始まった日は？＿＿月＿＿日　　周期は：□順，□不順　（＿＿＿日周期）
5. 今回の妊娠成立法について
   □自然妊娠
   □不妊治療後の妊娠（□タイミング法，□排卵誘発，□人工授精，□体外受精，□顕微授精，□卵子提供）
6. 現在結婚していますか？
   □結婚している（＿＿歳時）□結婚していない（□入籍予定あり，□入籍予定なし）
7. 離婚の経験はありますか？　□ない，□ある（＿＿歳時）
8. 過去の妊娠や分娩について
   妊娠（＿＿回）（流産，異所性（子宮外）妊娠や人工妊娠中絶も含む）
   分娩（＿＿回）（22 週以降の死産も含む）

出産時期	分娩週数	出生体重	性別	分娩様式	病院名	特記事項（切迫早産，大量出血など）
年　月	週	g	男・女	経腟（普通）・吸引・鉗子・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		
年　月	週	g	男・女	経腟（普通）・吸引・鉗子・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		
年　月	週	g	男・女	経腟（普通）・吸引・鉗子・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		
年　月	週	g	男・女	経腟（普通）・吸引・鉗子・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		

9. 過去に分娩されたお子さんについて　※当てはまる場合，各項目にチェックしてください
   □出生体重 2500g 未満，□出生体重 3500g 以上，□肩甲難産，□B 群溶連菌感染症，□新生児仮死，
   □現在病院に定期的に受診している（理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
   □新生児・乳児死亡（第＿＿子/原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
10. アレルギーについて
    薬のアレルギー：□なし，□あり（薬剤名：＿＿＿＿＿＿＿＿　症状：＿＿＿＿＿＿＿＿）
    食物アレルギー：□なし，□あり（食品名：＿＿＿＿＿＿＿＿　症状：＿＿＿＿＿＿＿＿）
    ラテックス（ゴム）アレルギー：□なし，□あり
    その他のアレルギー：（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
11. 痛み止めでアレルギーが起きたことはありますか？　□はい，□いいえ
12. 喘息はありますか？　□はい（最終発作：＿＿＿歳頃），□いいえ
13. 喫煙と飲酒について
    ご本人
    たばこ：現在（□なし，□あり（1日＿＿本））・妊娠前（□なし，□あり（1日＿＿本））
    飲酒　：現在（□なし，□あり）
    家族・同居人
    たばこ：現在（□なし，□あり）　飲酒：現在（□なし，□あり）
14. いままでに指摘されたことがある，あるいは現在治療中の病気について
    □高血圧，□糖尿病，□腎疾患，□心疾患，□甲状腺疾患，□肝炎，□自己免疫性疾患，□脳梗塞，
    □脳内出血，□てんかん，□精神疾患，□血液疾患，□血栓症，□悪性腫瘍，□乳腺疾患
    □その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
15. 現在使用している薬はありますか？
    □なし
    □あり（□睡眠薬，□抗不安薬，□向精神薬，□その他薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
16. 過去に手術を受けたことがありますか？
    □なし，□あり

手術時期	病名	手術名	病院名
年　月			
年　月			

17. 過去に輸血を受けたことがありますか？　□なし，□あり
18. 過去 3 か月以内に次のことはありましたか？
    □発熱，□発疹，□首のリンパ節の腫れ，□風疹患者との接触，□小児との接触が多い職場での就労
19. 子宮頸がん検診を受けたことはありますか？　□なし，□あり（＿＿年＿月　結果＿＿＿＿＿）
20. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患について
    □子宮筋腫，□子宮腺筋症，□子宮内膜症，□子宮奇形，□卵巣腫瘍，□子宮頸部異形成，
    □子宮頸癌，□子宮体癌，□子宮内膜ポリープ，□その他（＿＿＿＿＿＿＿）
21. ご家族・ご親戚に以下の病気を持った方はいますか？いる場合は[　]に関係を記入してください．
    □高血圧[　　]，□糖尿病[　　]，□静脈血栓塞栓症[　　]
    □その他の遺伝性疾患（病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿[　　]）
22. 気持ちに関することについて
    ・妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか？　□うれしかった　□困った　□複雑な気持ち　□不安
    ・妊娠・出産その後の育児・授乳において不安や心配がありますか？　□なし，□あり
    ・まわりに相談できる人はいますか？　□なし，□あり
    ・入院を要する場合，他の子供などへの支援を依頼できる人はいますか？　□なし，□あり
23. そのほかに相談したいことがありますか？
    ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第4回産婦人科GL産科編2026パブリックコメント

SFG002再.indd　2　　2025/11/14　17:19:15

一方で，特定妊婦など許諾が得られなくても行政機関と連携した対応が求められる場合もあることに留意する必要があり，問診票での許諾確認項目は設けていない．

2 血圧，尿蛋白，尿糖の有無は簡単な検査で情報が得られ，その後の妊娠高血圧症候群の診断や腎疾患，糖尿病の診断に有用である．妊娠前の体重と身長により body mass index（BMI）を算定して妊婦の体格評価を行う（CQ009 参照）．

3 妊娠初期に行うべきスクリーニング検査としての血液検査項目は，各種疾患の罹病率の違いから費用対効果が異なるため，国際的に統一した基準はなくわが国と欧米で異なる[2)3)]．厚生労働省は「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」（平成 27 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 226 号）で，血液型等の検査（ABO 血液型，Rh 血液型および不規則抗体に係るもの），B 型肝炎抗原，C 型肝炎抗体，ヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus：HIV）抗体，梅毒血清反応，風疹ウイルス抗体の検査を妊娠初期に 1 回，血糖検査を妊娠初期と妊娠 24～35 週に各 1 回，血算検査を妊娠初期，妊娠 24～35 週，妊娠 36 週～出産までに各 1 回，成人 T 細胞白血病ウイルス（human T cell leukemia virus：HTLV）-1 抗体検査を妊娠初期～妊娠 30 週までに 1 回（早期産となった場合の母乳利用を考慮して妊娠初期に行うことが望ましい），性器クラミジア検査を妊娠初期～妊娠 30 週までに 1 回を実施するよう通達している[6)]．日本では子宮頸癌の若年化が進んでおり，妊娠進行に伴い診断困難となるため，妊娠初期に細胞診を実施することが大切である．ただし，妊娠の直前（月経周期程度）に実施された場合はその結果を活用することも考慮される[6)]．

妊娠初期に診断される妊娠糖尿病の臨床的意義は明らかではないが[7)]，妊娠前より存在する未診断の糖尿病を見逃さないためにも妊娠初期の血糖測定は有用である[8)]．なお，この観点から随時血糖だけでなく，HbA1c を測定することも考慮される（CQ004-1 参照）．トキソプラズマ感染症については，スクリーニング検査として，議論はあるが少なくとも IgG 抗体の測定を推奨する．推奨度は B としたものの，前述の※のとおり自費負担の地域格差を考慮し，妊婦の経済的負担に配慮しながら公費支援体制の整備に合わせて適切に実施すべきである．なお，2024 年 10 月よりトキソプラズマ IgG avidity 検査が体外診断用医薬品として薬事承認され，診療体制の整備が進んだため推奨度 B とした（CQ604 参照）．サイトメガロウイルスについては，抗体測定によるスクリーニングを推奨しないが，感染予防の啓発活動を推奨する（CQ609 参照）．

文　献

1）厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「妊婦健康診査および妊婦届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」分担研究報告書　「ハイリスク妊娠チェックリスト作成に関する研究」研究分担者　松田義雄，他　平成 29 年（III）

2）American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, Kilpatrick SJ, et al.（eds.）：Guidelines for Perinatal Care, 8th ed, Elk Grove Village：American Academy of Pediatrics, 2017［Cited 04 Nov 2025］Available from https://publications.aap.org/aapbooks/book/522/Guidelines-for-Perinatal-Care（III）

3）National Institute for Health and Care Excellence：Antenatal care［NG 201］. Published：August 2021［Cited 04 Nov 2025］Available from https://www.nice.org.uk/guidance/ng201（III）

4）厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」総括報告研究書　研究代表者　光田信明　平成 28 年（III）

5）厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）「社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究」総括報告研究書　研究代表者　光田信明　令和 2 年度（III）

6）厚生労働省：妊婦に対する健康診査についての望ましい基準．厚生労働省告示第 226 号　平成 27 年 3 月 31 日［Cited 20 Feb 2024］Available from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11921000-Kodomokateikyoku-Soumuka/0000208373.pdf（III）

7）Nakanishi S, et al.：High probability of false-positive gestational diabetes mellitus diagnosis during early pregnancy. BMJ Open Diabetes Res Care 2020；8：e001234 PMID：32699112（II）

8）International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel：International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care 2010；33：676-682

第4回診療ガイドライン産科編2026ステークホルダーコメント

SFG002再.indd 3　2025/11/14 17:19:16

PMID：20190296（II）

第4回診療GL産科編2026パブリックコメント

SFG002再.indd 4 2025/11/14 17:19:16

CQ205 妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶時の留意事項は？

Answer

1 子宮内容除去術もしくは薬物療法（ミフェプリストン，ミソプロストールの順次投与）による人工妊娠中絶を行うに際して，以下を行う．
1）母体保護法を順守する．（A）
2）できるだけ正確な妊娠週数を診断し，妊娠歴，合併症，既往歴，アレルギー歴，服用中薬剤などの情報を収集する．（A）
3）内診や超音波検査などで子宮内・外の状態を確認する．（A）
4）以下の検査を行う．
血液型（ABO 型，RhD 型）（A），血算（B），心電図（C，術中の心電図モニターでも可），感染症検査（C）

2 子宮内容除去術による人工妊娠中絶では以下を行う．
1）手術法や麻酔法，術前術後の経過や処置，手術時・麻酔時の合併症について説明し同意を得る．（B）
2）術前に，緊急時の対応が可能であることを確認する．（A）
3）術中は，心肺監視装置を装着する．（C）
4）子宮損傷や感染の回避に努める．（A）
5）実施後に摘出物中の絨毛の有無を確認する．（A）
6）手術終了時および術後 7 日目頃に，超音波検査等により子宮腔内遺残の有無を確認する．（C）

3 薬物療法（ミフェプリストン，ミソプロストールの順次投与）による人工妊娠中絶では以下を行う．
1）妊娠 63 日（9 週 0 日）以下の妊婦に対して使用する（ミフェプリストンの投与日が妊娠 63 日を超えないこと）．（A）
2）投薬後の経過，副作用や合併症，妊娠を継続した場合の先天異常のリスク，人工妊娠中絶が達成されなかった場合の対応について説明し同意を得る．（B）
3）緊急時に適切な対応が取れる体制の下で投与する．（A）
4）胎嚢排出時および実施後 7 日目頃に，超音波検査等により子宮腔内遺残の有無を確認する．（C）
5）人工妊娠中絶が達成されなかった場合は，子宮内容除去術を考慮する．（B）
6）適正使用を確実に進めるための体制整備が完了するまでの当分の間は，入院可能な有床施設において使用し，本剤の投与を受ける者の居住地が医療機関の近隣でない場合，または医療機関の属する二次医療圏または周産期医療圏外である場合には，胎嚢が排出されるまで入院または院内待機を必須とする．（A）

4 当面妊娠を希望しない場合は，避妊法について指導する．（C）

第4回診療ガイド産科編2026プリントアウトメント

SFG037再.indd 1 2025/11/10 14:57:49

Key Words 人工妊娠中絶，母体保護法，緊急時の対応，避妊法

解　説

妊娠 12 週未満の人工妊娠中絶には外科的治療（子宮内容除去術）および，妊娠 63 日（9 週 0 日）以下の妊婦に対しての薬物療法（ミフェプリストン，ミソプロストールの順次投与）がある．妊娠 12 週以降の人工妊娠中絶（いわゆる中期中絶）は入院のうえ慎重に実施する．

1 人工妊娠中絶のための子宮内容除去術は，母体保護法指定医師が指定を受けた施設内において，あるいは指定医師の指定を受けるために研修を受けている医師が指定医師研修機関またはその連携施設で指導医の直接指導の下に実施する手術である．薬物療法による人工妊娠中絶では，母体保護法指定医師のみが薬剤を使用でき，指定医師の確認のもとに薬剤が投与されなければならない．実施にあたっては母体保護法を順守しなければならないが，特にⓐ中絶の適応の理解，ⓑ本人と配偶者の同意（配偶者の同意に関しては例外条項あり，同法での「配偶者」の定義の詳細は指定医師必携等を参照する．暴行もしくは脅迫等や，婚姻関係が実質破綻しており配偶者の同意を得ることが困難な場合などでは令和 2 年 10 月厚生労働省発子 1020 第 1 号〔https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20201022_kourousho.pdf〕，令和 3 年 3 月厚生労働省発子母発 0310 第 1 号〔https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210316_shuuchi.pdf〕に即して対応する），取得，ⓒ規定の届出，の 3 点に留意する[1)2)]．実施前に最終月経の確認や超音波検査による児計測などで正確な妊娠週数を診断する．心疾患や結合織疾患など，手術の実施に影響があると考えられる合併症を有する場合には，必要に応じて事前に専門医に相談する．また，既往歴，アレルギー歴，服用中薬剤（ステロイド，ワルファリン，アスピリン，抗けいれん薬，エイコサペンタエン酸〔eicosapentaenoic acid：EPA〕を含有するサプリメントなど）の有無について確認する．薬物療法による場合は，**表 1** に示す条件がある症例には投与しない．実施前に内診および超音波診断装置を用いて，ⅰ）子宮の大きさ，ⅱ）子宮の前後屈の程度，ⅲ）初期胎盤の付着部位，ⅳ）子宮奇形の有無，ⅴ）子宮筋腫の有無を確認する[3)~5)]．帝王切開既往女性では着床部位を確認する．極めてまれだが，帝王切開瘢痕部妊娠（Cesarean scar pregnancy）では，多量出血をきたしうる．また頸管妊娠でも同様の危険が指摘されている．人工妊娠中絶での輸血は極めてまれであるが，輸血の可能性を考慮し，ABO 血液型を確認する．RhD 陰性

（表 1）次の患者にはミフェプリストンおよびミソプロストールを投与しないこと

異所性妊娠およびその疑いがある
重度の肝機能障害（Child-Pugh 分類 C）がある
本剤の成分に対し過敏症の既往歴がある
プロスタグランジン E_1 誘導体製剤に対し過敏症の既往歴がある
ポルフィリン症
全身性または吸入のステロイドを投与中でそれらの効果の減弱による状態の悪化や離脱症状の発現が懸念される
出血性疾患がある
抗凝固薬を使用中
中程度または強い CYP3A4 誘導作用を有する薬剤を投与中

＊休薬する必要がある

第4回診療GL産科編2026パブリックコメント

SFG037再.indd 2 2025/11/10 14:57:49

であれば，Rh 不適合妊娠予防のために術後の抗 D 免疫グロブリン投与が勧められる（CQ007-2 参照）．また，必要に応じて凝固検査の実施を考慮する．術前に患者の術後感染症予防の観点からクラミジア，淋菌の感染症検査を行うことが望ましい．

2 2012 年 1 年間のわが国における 12 週未満の人工妊娠中絶における合併症の頻度は 0.58%で，その内容は絨毛遺残，子宮穿孔，出血，頸管損傷，癒着，感染，アナフィラキシーなどの麻酔に伴う合併症であったと報告されている[6]．手術法や麻酔法，術前術後の経過や処置に加え，事前にそれらの可能性についても説明し，文書にて同意を得ておく．手術前に静脈ルートを確保し，緊急時に備え酸素投与可能であることを確認し，また，救急器具および薬品を準備しておく．手術中は，心肺監視装置（パルスオキシメータ，血圧計，心電図など）を装着する．手術後は十分覚醒するまで意識，呼吸，脈拍，血圧，出血の監視を行う．また，安全性の観点から，全身麻酔薬使用時は日帰り手術であっても入院管理を考慮する．日本産婦人科医会は自然流産の手術である「子宮内容除去術（dilatation and curettage：D & C）」，「電動吸引法」，「MVA」の手術合併症について調査を行った．子宮穿孔，子宮内遺残などの合併症発症率は手術方法と有意な関連は認めなかった[7]．実施後に摘出物中の絨毛組織を確認する．絨毛が含まれていない場合には正所異所同時妊娠を含む異所性妊娠の可能性，あるいは完全流産後を想定する（CQ202，CQ203 参照）．実施後は遺残に注意する．特に摘出絨毛が少ない場合には手術終了時に経腟超音波検査で確認するなど慎重な対応が必要である．術後 7 日目頃に行う診察においても子宮内容残存の有無確認を行う．手術終了後に，手術の結果，少量出血が 7 日間程度あること，異常症状（中等量の出血，下腹部痛，発熱）などがあれば来院すること，経過良好でも術後の経過を観察するために受診することなどを説明する[1)~3)]．

3 妊娠 9 週 0 日までを対象とした人工妊娠中絶用製剤として「ミフェプリストン（プロゲステロン受容体拮抗薬）/ミソプロストール（プロスタグランジン E_1 誘導体製剤）」（2 剤の順次投与）が 2023 年 4 月 28 日に薬事承認された．用法・用量は，ミフェプリストン 200 mg を経口投与し，その 36～48 時間後にミソプロストール 800 μg のバッカル投与（頬と歯茎の間にはさみ，唾液でゆっくりと溶かして口腔粘膜から吸収させる）である．本剤の適応は，ミソプロストール投与日に妊娠 63 日以下の人工妊娠中絶を希望する妊婦に限られる．妊娠 64 日以降の人工妊娠中絶は別の方法で行う．ミフェプリストンとミソプロストールの両剤の投与は，処方した医療機関において行う必要がある．本剤の危険性および有効性，ならびに本剤投与時に必要な対応を患者に十分に説明し同意を得てから，本剤の投与を開始する．ミソプロストール投与後は多くの症例で比較的短時間で下腹部痛や子宮出血が始まり，胎嚢が排出される．わが国での第三相試験では，ミソプロストール投与後 4 時間までの人工妊娠中絶成功率は 63.3%（76/120 例），投与後 8 時間までの人工妊娠中絶成功率は 90.0%（108/120 例）であった[8]．また，本試験では，ミソプロストール投与前に全被験者に鎮痛薬を投与することを規定し，鎮痛薬としてジクロフェナクナトリウム，ロキソプロフェンナトリウム水和物およびアセトアミノフェンが投与された．胎嚢排出に至った可能性のある子宮出血が認められたとき，人工妊娠中絶の成否（胎嚢の排出の有無）の確認のため本剤の処方医療機関への受診が必要である．子宮出血が確認されない場合であっても 1 週間を目途に必ず受診させ，超音波検査等を用いて人工妊娠中絶の成否を確認する．胎嚢の排出に至っていない症例は，本剤の追加投与は行わず，外科的処置（子宮内容除去術）を考慮する．胎嚢が排出されても子宮内遺残がある場合は，異常症状（中等量の出血，下腹部痛，発熱）に留意しながら自然排出を期待して経過観察することは可能であるが，異常症状を伴う場合は外科的処置を検討する．本剤による人工妊娠中絶が未達成で，妊娠の継続を希望した場合のデータは限られている．海外では，ミフェプリストンやミソプロ

第4回診療ガイドライン産科編2026 パブリックコメント

SFG037再.indd 3 2025/11/10 14:57:50

ストールを投与した妊婦の児において先天異常の報告がある[9)10)]．ミフェプリストンは非臨床試験において妊娠中絶作用により十分高い用量での評価がなされておらず児への影響は不明である．

本剤は，厚生労働省からの通知に従い，適正使用を確実に進めるための体制整備が完了するまでの当分の間，入院可能な有床施設（病院または有床診療所）において使用する[11)]．本剤の承認時には，ミソプロストール投与後は胎嚢が排出されるまで入院または院内待機を必須とする旨の通知が厚生労働省から発出されていたが，2024 年 11 月 29 日にその内容が変更され，原則としてミソプロストール投与後は胎嚢が排出されるまで入院または院内待機を要するものの，自宅での経過観察を希望し，医療機関から半径 16 km 以内かつ同一の二次医療圏または周産期医療圏内に居住し，緊急時に速やかに来院可能であることなどの条件をすべて満たす場合に限り，帰宅が許可されることとなった[11)]．

4 反復中絶を防止することは母体保護法指定医師の重大な責務と考えられており，当面妊娠を希望しない場合は適宜各種避妊法や月経再開の予測について解説指導する[2)]．

文　献

1）日本産婦人科医会：指定医師必携，平成 26 年度改訂，東京：日本産婦人科医会，2014；1-44（III）
2）日本医師会：母体保護法指定医師の指定基準モデル，東京：日本医師会，2017（III）
3）松岡知奈，他：子宮内容除去術・流産手術の実際．産婦の実際　2017；66：339-343（III）
4）日本産婦人科医会：研修ノート No. 99 流産のすべて，東京：日本産婦人科医会，2017；31-38（III）
5）Møller BR, et al.：Pelvic infection after elective abortion associated with Chlamydia trachomatis. Obstet Gynecol 1982；59：210-213 PMID：7078867（III）
6）厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「望まない妊娠防止対策に関する総合的研究」分担研究報告書「反復中絶防止を目的としたカウンセリング技術の開発に関する研究」研究分担者　安達知子　平成 22 年（III）
7）Nakamura E, et al.：Survey on spontaneous miscarriage and induced abortion surgery safety at less than 12 weeks of gestation in Japan. J Obstet Gynaecol Res 2021；47：4158-4163 PMID：34571569（III）
8）Osuga Y, et al.：Short-term efficacy and safety of early medical abortion in Japan：A multicenter prospective study. Reprod Med Biol 2023；22：e12512 PMID：37013166（III）
9）Pastuszak AL, et al.：Use of misoprostol during pregnancy and Möbius' syndrome in infants. N Engl J Med 1998；338：1881-1885 PMID：9637807（III）
10）Bernard N, et al.：Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone：an observational prospective study. BJOG 2013；120：568-574 PMID：23346916（III）
11）令和 5 年 4 月 28 日付け薬生薬審発 0428 第 5 号・子母発第 54 号厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長・こども家庭庁成育局母子保健課長連名通知「ミフェプリストン及びミソプロストール製剤の使用にあたっての留意事項について」（III）

第4回診療GL産科編2026パブリックコメント

SFG037再.indd　4　　2025/11/10　14:57:50

『CQ406 吸引・鉗子娩出術，子宮底圧迫法の適応と要約，および実施時の注意点は？』に追加となった【参考2】について

（参考２）産科的肛門括約筋損傷(Obstetric Anal Sphincter Injuries: OASIS)について

我が国で用いられている会陰裂傷分類における第３度および第４度裂傷は、近年、諸外国のガイドライン 26-28)では産科的肛門括約筋損傷（OASIS: Obstetric Anal Sphincter Injuries）として扱われている。OASIS とは、Sultan が 1999 年に提唱した分娩損傷分類 29)（参考表 2)における第 3 度・4 度裂傷のことを指し、便失禁、骨盤臓器脱、性交痛、うつ病などと関連し、女性の QOL に大きく影響を及ぼす重要な分娩時損傷である。分娩時に臨床的に OASIS と診断されていなくても、経腟分娩後に肛門括約筋の損傷が一定の頻度で認められることが報告されている 30)。また、無痛分娩の普及に伴い増加が予想される器械分娩は OASIS のリスク因子の一つとして知られている。これらの点を踏まえ、本ガイドラインでは留意点として OASIS を取り上げる。

参考表２ Sultaan の分娩損傷分類 29)

第１度	腟粘膜もしくは会陰皮膚まで及ぶ損傷
第２度	会陰筋（球海綿体筋・浅会陰横筋）まで及ぶ損傷
第３度	肛門括約筋まで及ぶ損傷
3a	外肛門括約筋厚さ 50%未満の損傷
3b	外肛門括約筋厚さ 50%以上の損傷
3c	内肛門括約筋まで及ぶ損傷
第４度	肛門上皮・直腸粘膜まで及ぶ損傷

OASIS（産科的肛門括約筋損傷）の国内頻度は不明だが、海外のシステマティックレビュー30)では初産婦 5.7%、経産婦 1.5%と報告されている。リスク因子として、鉗子分娩（OR 5.5)、吸引分娩（OR 3.98)、会陰正中切開（OR 3.82)、初産婦（OR 3.24)、後方後頭位（OR 3.09)、アジア人（OR 2.74）などが挙げられる 26)。予防法としては、分娩第 2 期における会陰の温罨法や会陰保護が挙げられるが 26-28)、いずれも確立した方法とは言えず、会陰切開の有効性も一定の結論は得られていない。診断には、縫合開始前に行う指診・直腸診が有用である 26-28)。縫合方法や使用する縫合糸については、文献 26～28 を参照されたい。術後管理では、創部感染などの合併症予防のため、単回の広域抗菌薬投与が有用とされ 31)、排便管理として緩下剤の投与を行う 26-28)。次回妊娠での分娩様式については、日本大腸肛門病学会のガイドライン 32)を参考されたい。

追加分の文献

26) Globerman D et al.: Guideline No. 457: Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS) Part I: Prevention, Recognition, and Immediate Management. J Obstet Gynaecol Can 2024; 46: 102719 PMID: 39581327 (Guideline)

27) RCOG Green-top Guideline No29: The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. 2015

第４回診療CU産科編2026パブリックコメント

［Cited 10 Nov 2025］Available from https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/third-and-fourth-degree-perineal-tears-management-green-top-guideline-no-29 (Guideline)
28) ACOG Clinical Practice Guideline No.198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol 2018; 132: e87-e102. PMID: 30134424 (Guideline)
29) Sultan AH: Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. Clinical Risk. 1999; 5: 193-196. ［Cited 10 Nov 2025］Available from https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/135626229900500601 (Ⅲ)
30) Jha S, et al.: Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2016; 27: 849-857. PMID: 26676912（Ⅰ）
31) Duggal N, et al. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2008; 111: 1268-1273 PMID: 26676912（Ⅰ）
32)：日本大腸肛門病学会: CQ3 分娩時肛門括約筋損傷の既往を有する妊婦の出産方法として、経腟分娩と帝王切開のどちらが推奨されるか？. 便失禁診療ガイドライン, 2024 年版(改訂第 2 版), 東京: 南江堂, 2024; 96-98 （Guideline）

第4回診療GL産科編2026パブリックコメント

CQ604 妊婦のトキソプラズマ感染については？

Answer

1. 妊婦に感染防止のための情報を提供する（表 1 参照）．(B)
2. IgM 抗体陽性が長期間持続する妊婦（persistent IgM）がいることに留意し，IgM 抗体陽性妊婦では感染時期を推定するため IgG avidity 検査などの精査を行う．(B)
3. 妊娠初期の IgG avidity 検査が高値の場合は妊娠中の初感染の可能性は極めて低いと判断する．(B)
4. 妊娠成立後の初感染が疑われる場合，スピラマイシンを投与する．(B)
5. 羊水 PCR 検査で胎児感染が確認できた場合，ピリメタミンとスルファジアジンの投与を考慮する．(C)

（表 1）トキソプラズマ感染予防のための妊婦教育・啓発の内容

①食事からの感染予防
・肉類は十分に加熱し食べる（調理前に数日間冷凍するとより効果が高い）
　牛トロ，レバ刺し，馬刺し，鳥刺し，ユッケ，タルタルステーキなど生肉だけではなく，加熱不十分な肉，生ハムや生サラミからも感染する．特に野生動物の肉を用いた「ジビエ」料理は，しっかりと加熱し調理する．
・貝類（牡蠣，アサリ，ハマグリなど）は生食を避けてしっかりと加熱し調理する．
・野菜や果物はよく洗うかきちんと皮をむいて食べる．
・生肉や洗っていない野菜や果物を扱った調理・食事用具，手指は十分な洗剤と温水で洗浄する．
・猫をキッチン，食卓に近づけない．
②環境からの感染予防
・飲料水以外は飲まない．
・ガーデニングなどで土を触る際は手袋を着用し，土を触った後は手指を石鹸と温水で洗浄する．
・土や砂を持ち込まないように手洗いの大切さを子どもに教える．
・砂場にはカバーをかける．
・妊娠中に新しい猫は飼わない．
・飼い猫はできるだけ部屋飼いにし，食餌はキャットフードを与える．
・猫のトイレの砂は妊婦以外のものが毎日交換する．

（文献 1 より引用）

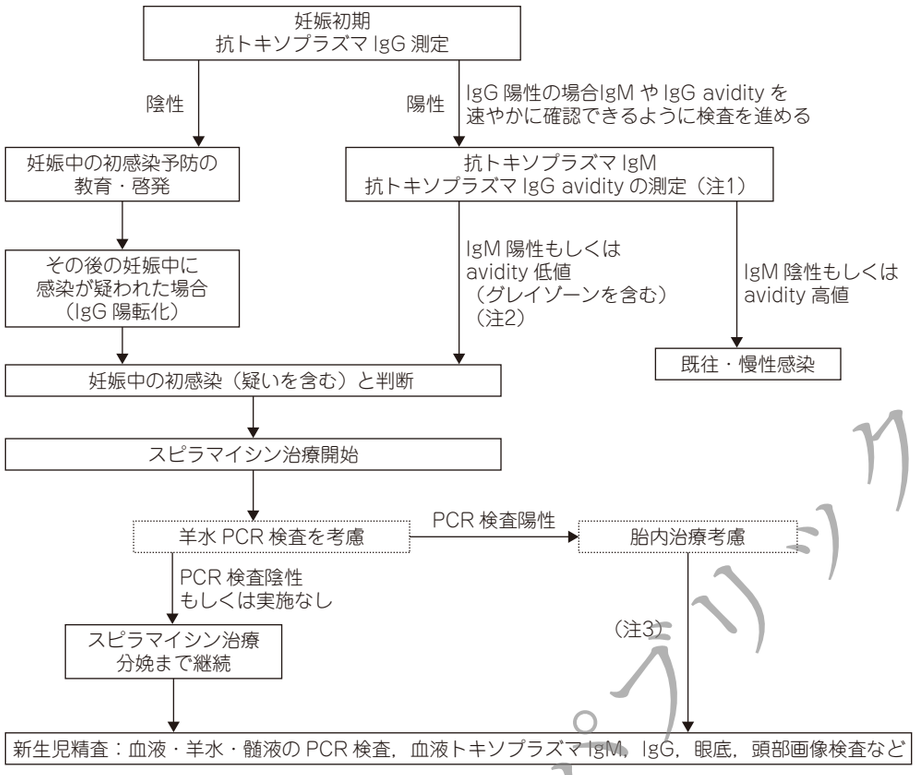
Key Words 先天性トキソプラズマ症，胎児感染，IgG avidity，persistent IgM

解　説

わが国におけるトキソプラズマ抗体の陽性率は，低下傾向にあり，2013～2015 年の妊婦の抗体陽性率は 6.1%だった[1]．妊娠中の初感染は先天性トキソプラズマ症の発症につながる．わが国での先天性トキソプラズマ症の発生数は 10,000 出生当たり 1.26 人と推計されている[2]．全妊婦対象の universal screening はトキソプラズマ抗体保有率の高いヨーロッパ諸国でおもに実施されており，わが国では 2011 年の調査報告では妊婦取扱施設の半数程度でスクリーニングが実施されていた[3]．その後，2018 年

第4回診療ガイド産科編2026パブリックコメント

SFG093三2.indd 1 2025/12/11 18:09:37



注1：抗トキソプラズマ IgG 陽性の場合に，抗トキソプラズマ IgM と抗トキソプラズマ IgG avidity 検査の片方もしくは両方を行う．現時点（2025年3月）で，Toxo-IgG Avuduty・アボットは自費診療検査，トキソプラズマ IgM は保険適用である．両者を同日に測定することは避ける必要がある．

注2：IgM 陽性もしくは IgG avidity 低値ないしグレイゾーンの結果が判明したら，妊娠中のトキソプラズマ初感染が疑われる妊娠として速やかにスピラマシンを開始する．

注3：Answer 5の胎内治療に関する記載を参照．

参考：Toxo-IgG Avuduty・アボットの検査結果の判断について
%Avu≧60%を高値，%Avu<50%を低値，60%＞%Avi≧50%グレイゾーンとしている。
グレイゾーンは低値と同等とみなして妊娠中の初感染の可能性が否定できないと判断する。
IgG avidity 検査が高値であった場合には採血時点 4 ヶ月（16 週）以上前の感染の可能性が高く，低値であった場合には 4 ヶ月（16 週）未満の初感染の可能性があると判断する。

（図 1）妊娠初期抗体スクリーニングプロトコルの参考例

（文献 1 から引用，注釈を一部改変）

8 月に先天感染防止のためのスピラマイシンが投与が保険適用となり，2024 年 10 月に感染時期の推定のための IgG avidity 検査が薬事承認となり診療体制の確立が進み，妊娠中の母体血清スクリーニング検査の重要性がさらに高まっている（妊婦健診の初期検査項目としての推奨レベルは B〔CQ002 参照〕）．トキソプラズマの妊婦スクリーニングと診断・治療の対応については，日本医療研究開発機構成育疾患克服等総合研究事業の「母子感染のリスク評価と先天性感染の新たな診断・予防法の開発研究」において作成された「トキソプラズマ妊娠管理マニュアル」が参考になる（**図 1**）[1]．血清学的スクリーニング検査の実施順序としては，トキソプラズマ特異的 IgG を実施し，陽性者において，特異的 IgM 検査や IgG avidity 検査を実施して，初感染の可能性の判断を行うことが一般的である（**図 1**）．

1 トキソプラズマ特異的 IgG 抗体陰性の妊婦には，妊娠中に初感染を生じる危険があり，感染防止のための指導が重要であり[4)5)]，初感染防止のため**表 1** を参考にした情報提供を行う．日本ではトキソプラズマ抗体の保有率が低いことを考えると，なるべく妊娠の早い時期に感染防止の情報を提供

第4回診療GL産科編2026 パブリックコメント

SFG093三2.indd 2 2025/12/11 18:09:38

することが望ましい．また，妊娠直前の初感染が先天感染となる場合もあるため可能であれば妊娠前からの情報提供が理想的である．

2 トキソプラズマ特異的 IgM 抗体陽性の場合，IgM 抗体が長期間陽性（persistent IgM）であることがあり，必ずしも妊娠中の感染を意味しない．まず，問診でリンパ節腫脹や発熱などの臨床症状や感染に関連する行動（**表 1** に基づく）の有無について明らかとする．超音波検査で，水頭症，頭蓋内石灰化，小頭症，腹水，肝脾腫，胎児発育不全などの所見に留意する．超音波検査で所見のない IgM 陽性者の約 7 割は妊娠中の本当の感染ではなく persistent IgM やキット感度などによる偽陽性である[1]．感染時期の推定は IgG と IgM 抗体価の推移等から行う．また，感染時期の推定が困難な場合に，IgG avidity（抗体結合力）の測定が有用である．IgG avidity は抗体の抗原との親和性が感染から時間が経つとともに高まることを利用したもので avidity が高値の場合，感染後 16 週以上経過していると推定できる[6]．2024 年 10 月に化学発光免疫測定法（chemiluminescent immunoassay：CLIA）法による IgG avidity 検査（Toxo-IgG Avidity・アボット，アボットジャパン合同会社）が体外診断用医薬品として薬事承認され，それを用いて標準化された臨床検査の実施が可能である．

3 前述の IgG avidity 検査（Toxo-IgG Avidity，アボット，アボットジャパン合同会社）の臨床性能評価試験では，国内の妊婦血清を用いて初感染から 16 週以上経過しているかどうかを判定しており（%Avi 低値＜50%を陽性，%Avi 高値≧60%を陰性），検査精度について判定保留（グレイゾーン：50%≦%Avi＜60%）を%Avi 低値とともに陽性に含めて扱った場合には，感度 100%（6/6），特異度 65.2%（86/132），陽性的中率 11.5%（6/52），陰性的中率 100%（86/86）であった．これは，海外における同じ測定法による報告[7]と同等の結果であった．つまり，IgG avidity が高値である場合は血清採取時点から 16 週未満の初感染の可能性は極めて低いと判断される．そのため，妊娠初期に IgG avidity 検査が高値を示す場合には妊娠中の初感染は否定的である．IgG avidity が低値を示す場合は，妊娠中（あるいは妊娠直前）の初感染の可能性があり，先天感染ハイリスクと判断する．つまり，低値であった場合には，必ずしも 16 週未満の初感染であるとは断定できないが，初感染の可能性が否定できないことを念頭においた対応が必要となる．グレイゾーン（判定保留）の結果となる場合は，低値に準じて初感染の可能性が否定できないと認識して対応することが望ましい．

4 母体のトキソプラズマ初感染による胎児感染率は妊娠時期の影響を受け，妊娠初期の感染では胎児感染率は低いが症状は重度であり，妊娠末期では胎児感染率は高いが不顕性感染が多くなる（**表 2**）[8]．初感染であっても 7 割（感染時期による）は，胎児に感染しない．3 割は先天性感染児となるが，何らかの障害を発症するのはそのうち 15%（感染時期による）であり，残りの 85%は小児期に脈絡網膜炎を発症することがあるものの，ほぼ正常に発達する[1]．妊娠中の薬剤投与は，児の臨床症状の重症化の防止効果があり，より早期からの治療が重症化の防止につながるとされている[9]．また，IgG 陽転化後 3 週間以内に投薬を開始するほうが，8 週間以降に開始するよりも有意に先天感染を予防できたというメタ解析の結果がある[10]．そのため，トキソプラズマ IgM 陽性や問診などにより妊娠中の初感染が疑われる場合，分娩までスピラマイシンの投与を継続するスピラマイシン（保険適用があるのはスピラマイシンのみ）を速やかに投与開始する．そして，その後 IgG avidity 検査の結果，IgG/IgM 値の変化や問診で得られた感染に関連する情報や胎児超音波所見に基づき，妊娠中の初感染が否定できる場合は投与を中断する．妊娠中に初感染が疑われた場合には，新生児に対して先天感染にかかわる所見の精査を行う．考慮すべき検査として血液・羊水・髄液の polymerase chain reaction（PCR）検査，血液トキソプラズマ IgM，IgG 検査，眼底，頭部画像検査などがあげられる．

第4回診療ガイド産科編2026パブリックコメント

SFG093三2.indd 3 2025/12/11 18:09:38

（表 2）感染時期による胎児感染率，先天性トキソプラズマ症発症率の変化

抗体陽性化の時期（weeks）	経胎盤感染率（%）*	臨床症状出現リスク（%）**
12	6	75
16	15	55
20	18	40
24	30	33
28	45	21
32	60	18
36	70	15
40	80	12

*羊水穿刺を行い評価.
**胎児感染し，生後 3 歳以内にトキソプラズマ症の臨床症状が出現するリスク.
（文献 8 より引用改変）

5 胎児の感染はPCR法で羊水中にトキソプラズマ特異的な遺伝子を同定することで診断する．妊娠中の初感染を疑う症例で，不安が強い場合などで羊水 PCR 検査を適用する選択肢がある[1)]．羊水 PCR 検査の感度は 83%，特異度は 98.3%と報告されており，偽陰性のある検査であることに注意する必要がある[11)]．羊水 PCR 検査で陽性の場合は胎内感染と判断して解説**6**にある胎内治療を考慮する．陰性の場合はその後に母体から胎児への移行が生じる可能性を考慮してスピラマイシンによる治療の継続が望ましい．羊水 PCR 検査（自費検査）については，国内で体外診断薬としての認可はなく保険収載されていないが，ラボコープ・ジャパン合同会社（TEL：03-6226-0880），大阪大学微生物病研究所・感染病態分野（TEL：06-6879-8333），信州大学医学部・寄生虫感染症学/感染病態解析学（TEL：0263-37-2625），千葉大学大学院医学研究院・感染生体防御学（TEL：043-226-2073）などが相談に応じている．

羊水 PCR 検査で胎児感染と診断された場合，ピリメタミン（pyrimethamine）とスルファジアジン（sulphadiazine）を用いた胎内治療により児の予後改善効果が示されている[12)～16)]．しかし，これらの薬剤は，国内未承認であるため胎内治療については国立国際医療研究センター国際感染症センター国際感染症対策室熱帯病治療薬研究班（TEL：03-3202-7181）が主導している臨床研究に基づいて実施する必要がある．そして薬剤の使用は，羊水検査による胎内感染の診断が確定したあとに，熱帯病治療薬研究班（https://www.nettai.org）の研究に参加している薬剤使用機関で行うことになる．妊娠 16～27 週の間はピリメタミン（pyrimethamine）とスルファジアジン（sulphadiazine）の投与が勧められている．ピリメタミンには催奇形性が確認されているため，妊娠 16 週以降に治療を開始する．また，葉酸合成阻害作用があるので，治療中はフォリン酸（ロイコボリン® 5～20 mg）を経口投与する．スルファジアジンは分娩直前まで内服すると新生児核黄疸の原因になるため，妊娠 28 週以降は投与しない．

文　献

1）日本医療研究開発機構成育疾患克服等総合研究事業母子感染のリスク評価と先天性感染の新たな診断・予防法の開発研究：トキソプラズマ妊娠管理マニュアル．第 7 版，2025［Cited 12 Mar 2025］Available from https://cmvtoxo.umin.jp/_assets/pdf/manual_toxoplasma.pdf（III）
2）Yamada H, et al.：Prospective study of congenital toxoplasmosis screening with use of IgG avidity and multiplex PCR methods. J Clin Micro-

第4回診療ガイド産科編2026パブリックコメント

SFG093三2.indd 4 2025/12/11 18:09:38

biol 2011；49：2552-2556 PMID：21543572（II）
3）Yamada H, et al.：Nationwide survey of maternal screening for mother-to-child infections in Japan. Congenit Anom 2014；54：100-103 PMID：24330048（III）
4）American College of Obstetricians and Gynecologists：ACOG Practice Bulletin No. 151：Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. Obstet Gynecol 2015；125：1510-1525 PMID：26000539（Guideline, III）
5）Di Mario S, et al.：Prenatal education for congenital toxoplasmosis. Cochrane Database Syst Rev 2013；2：CD006171 PMID：23450566（I）
6）Pelloux H, et al.：Determination of anti-Toxoplasma gondii immunoglobulin G avidity：adaptation to the Vidas system（bioMérieux）. Diagn Microbiol Infect Dis 1998；32：69-73 PMID：9823527（II）
7）Gay-Andrieu F, et al.：Comparative evaluation of the ARCHITECT Toxo IgG, IgM, and IgG Avidity assays for anti-Toxoplasma antibodies detection in pregnant women sera. Diagn Microbiol Infect Dis 2009；65：279-287 PMID：19822270（II）
8）Dunn D, et al.：Mother-to-child transmission of toxoplasmosis：risk estimates for clinical counselling. Lancet 1999；353：1829-1833 PMID：10359407（II）
9）Foulon W, et al.：Treatment of toxoplasmosis during pregnancy：a multicenter study of impact on fetal transmission and children's sequelae at age 1 year. Am J Obstet Gynecol 1999；180（2 Pt 1）：410-415 PMID：9988811（II）
10）SYROCOT（Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis）study group：Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis：a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2007；369：115-122 PMID：17223474（I）
11）De Oliveira Azevedo CT, et al.：Performance of Polymerase Chain Reaction Analysis of the Amniotic Fluid of Pregnant Women for Diagnosis of Congenital Toxoplasmosis：A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2016；11：e0149938 PMID：27055272（I）
12）矢野明彦，他：先天性トキソプラズマ症．矢野明彦編著：日本におけるトキソプラズマ症，福岡：九州大学出版会，2007；25-67（Textbook，III）
13）Remington JS, et al.：Toxoplasmosis. In：Remington JS, et al.（eds.）：Infectious diseases of the fetus and newborn infant, 6th ed, Philadelphia：WB Saunders, 2006；947-1091（Textbook, III）
14）Montoya JG, et al.：Toxoplasmosis. Lancet 2004；363：1965-1976 PMID：15194258（III）
15）Montoya JG, et al.：Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. Clin Infect Dis 2008；47：554-566 PMID：18624630（III）
16）Paquet C, et al.：Toxoplasmosis in pregnancy：prevention, screening, and treatment. J Obstet Gynaecol Can 2013；35：78-81 PMID：23343802（Guideline, III）

第4回診療GL産科編2026パブリックコメント

SFG093三2.indd 5 2025/12/11 18:09:38