

平成 29 年度第 3 回愛知県周産期医療協議会
議 事

日時：平成 30 年 3 月 23 日（金） 午後 3 時から午後 5 時

場所：名古屋第一赤十字病院 東棟 2 階 内ヶ島講堂

●委員

出席者：石田委員、伊藤（富）委員、今峰委員（代理 谷田寿志）、岩田委員、浦田委員（代理 長谷川真司）、大城委員、岡田（純）委員、岡田（節）委員、岡田（真）委員、尾崎委員、加藤（紀）委員、加藤（有）委員、加納委員、小久保委員、小谷委員、小山委員、榊原委員、佐橋委員、田中委員、西村委員、早川委員、星野委員、松澤委員、真野委員、丸山（幸）委員、丸山（晋）委員、水野委員、宮田委員、村松委員、森川委員、森鼻委員、山田（恭）委員、山田（緑）委員

欠席者：大原委員、小口委員、勝股委員、木村委員

●事務局

出席者：愛知県健康福祉部医務課長、医務課主幹、名古屋市立大学講師加藤丈典先生

欠席者：名古屋市立大学助教松本洋介先生

●オブザーバー

出席者：家田先生、大辻先生（代理 安井竜志）、大野先生、木村先生、佐々先生、篠原先生、鈴木先生、関谷先生、田中先生、西川先生、林先生、山本（ひ）先生、和田先生

欠席者：千原先生、山本（真）先生

司会者：名古屋市立大学講師加藤丈典先生

議長：小山会長

1 開会

2 小山会長挨拶

3 議事

(1) 愛知県周産期医療情報システムについて

次年度平成 30 年度周産期医療情報システムの維持管理費については、240 万円（税込 259 万 2 千円）。内訳は、サーバー管理費、システムプログラム・保守・メンテナンス管理費用、ウイルス対策設定管理費用。また、愛知県周産期医療情報システムホームページに関する不具合については、事務局あて連絡願いたい。

【質疑応答等】

なし

(2) 平成 29 年度専門相談研修会の報告と次年度の事業計画について

今年度開催済み、及び開催予定の専門相談研修会は資料 2-1 から 2-7 のとおり。これまで安城更生病院、愛知医科大学病院、名古屋市立西部医療センター、江南厚生病院、一宮市立市民病院、豊橋市民病院において開催され、明日 3 月 24 日に名古屋第二赤十字病院で開催される予定となっている。平成 30 年度専門相談研修会の事業計画は、91 万 2 千円（15 万 2 千円×6 回）の予算額。担当施設は、名古屋・尾張中部医療圏（名古屋第一赤十字病院、名古屋大学医学部附属病院）、尾張東部医療圏（公立陶生病院）、尾張北部医療圏（小牧市民病院）、知多半島医療圏（半田市立半田病院）、西三河南部医療圏（岡崎市民病院）の 6 施設であるので、開催内容が決定次第、事務局まで連絡願いたい。

【質疑応答等】

○専門相談研修会は毎年地域ごとに病院を指定して開催をお願いしているのですが、どうぞよろしくお願いしたい。また、実は豊橋は指定されていなくても事務局負担なしで、豊橋市民病院のスタッフを中心に、専門研修事業を毎年開催している。地域の先生方に周産期センターの様子をフィードバックするというので、コミュニケーションの機会を作りながらやっている。事務局負担がなければ指定されていない病院であっても開催することは可能であるため、積極的に開催していただけたらいいと思う。

(3) 平成 29 年度周産期医療関係者研修会（新生児蘇生法講習会）の報告と次年度の同研修会（新生児蘇生法講習会・母体救命講習会）の事業計画

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターにて年間 5 回程度実施することになっており、1 回につき会場費、講師料など 10 万 4 千円の予算を組んでいる。今年度は、5 月 20 日に公立陶生病院で開催されており、報告書については、前回協議会にて配付済み。ページをおめくりいただき、資料№1 の 3 ページ上段をご覧ください。(3) の平成 30 年度の事業計画である。これまで、この周産期医療関係者研修会については、新生児蘇生法講習会を対象としていたが、平成 30 年度からは本研修会の対象に母体救命講習会を追加する。先程説明した予算の範囲内での対応となるので、母体救命講習会を追加したことにより、新生児蘇生法講習会の費用を事務局で負担できない場合もあるので、ご承知おき願いたい。平成 30 年度は状況を見ながらの対応となるが、平成 30 年度の状況を踏まえ、平成 31 年度以降の計画を検討していきたい。開催される場合は、事務局まで連絡願いたい。なお、各施設において新生児蘇生法練習用人形を用意できない場合は、レンタルも可能となっている。器材レンタル料は 1 セットにつき 3 万 5 千円で、他に配送料と消費税が発生します。また、講師料は 1 名あたり医師が 1 万円、看護職等は 5 千円です。これらの費用は予算の範囲内であれば事務局で負担しますので各病院の負担はありません。次に資料№3 をご覧いただきたい。新生児蘇生法インストラクターの名簿について、平成 30 年 1 月現在のリストを周産期医療情報システムにアップしている。名簿の内容について更新、変更等があれば、次回協議会までに記載してあるメールアドレスまで連絡願いたい。次回協議会時に確認後、更新を行う。

【質疑応答等】

○これまでは新生児蘇生法講習会が中心だったが、産科の方も積極的に講習会を開くということで、事業を広げていこうということになっている。どんどん広くなったら、また費用もかかると思うので先を見越しながら予算を組んでいただけたらと思う。

(4) 平成 29 年度愛知県周産期医療調査・研究事業の報告及び中間報告と次年度の事業計画

○平成 29 年度愛知県周産期医療調査・研究事業の報告

【愛知県における新生児医療ネットワークの構築に関する検討】

名古屋第二赤十字病院 第一新生児科部長兼総合周産期母子医療副センター長

田中 太平

名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター新生児部門

早川 昌弘

愛知医科大学生殖・周産期母子医療センター

山田 恭聖

資料No.4-1 をご覧いただきたい。内容が多いので、一部ピックアップして話をさせていただく。今年度については、いろいろと会議を行い、ディスカッションなどを行っているが、それについて具体的なものも紹介する。まず、意見交換だが、エコリシンの点眼が中止になったということで、新生児眼炎予防についてどのようにしているかについて、各施設に伺った。エリスロマイシンの眼軟膏を施設が使い、これを機会にして点眼薬を中止したという施設も 5 施設ほどあった。特にエリスロマイシン眼軟膏についてはクラミジアには効かないと記載されているのでその点を注意しながら使われればいいのかと思う。ページをめくっていただいて、高難度新規医療技術についての厚生労働大臣が定める基準であるが、当院では、現時点では、「高難度新規医療技術評価部門」が立ち上がったが、それに関して、どのようにしていけばいいかと質問があった。特定機能病院、県内では 4 大学がそれに相応するものかなというところだが、名大では既に以前からいろいろと侵襲的な治療を行っているので、それに対して新たに対応することはないという話が出ている。また、今日、東海 Neo Forum の会議も行われるので、そこで意見が出ればと思う。シナジスの投与開始時期について、これはこの後でまた会議を行うが、去年は 6 月から RSV が流行して、8 月にさらに感染者が急増したということで、従来は 9 月から RSV の抗体のシナジスを投与していたが、去年は一部の施設では、8 月中からシナジスの投与をケースバイケースで行っていた。神奈川県としては、8 月から全県で投与を始めようという申し合わせをして行っていたという経緯がある。来年度どうすればいいかということについては、これからディスカッションしていく予定としている。サイトメガロ陰性血について、施設も限られているし不要ではないかという話があったが、実際は各施設サイトメガロ技術でフリーの血液の輸血をしている施設の方が多い。ここと認識の違いがあると思うし、現場の方では、サイトメガロ陰性血を新生児には使ってくださいという勧告も出ているので、それは従来通り継続してもらおうという話になった。脂肪製剤のヘパリンについてだが、ヘパリンは実際

には添加している施設が多かった。脂肪製剤であっても、ゴムの小さなかけらの混入を防ぐという意味や、逆流防止弁を使うとよりよいという情報提供があった。中心静脈栄養のPIの消毒方法だが、1%クロルヘキシジンアルコールを使い始めている施設もだんだん増えている。それについての情報交換をしている。また、アルコールから移行していく可能性は高いと思うが、各施設での使用状況を見て確認をする予定にしている。あと、重症黄疸、NICU に入ってくるに当たって、加算を取っていたが、それに対して返戻があったという情報が提供された。へパプラスチンテスト、これは微量の凝固因子を測定する凝固機能検査で、内科が主導して保険収載取り消しになってしまうという情報が入っていて、学会を通じて何とか取り消しをさらに取り消そうと動いていったのだが、なかなかうまくいわずに、微量の凝固機能検査はできなくなってしまうような状況になっている。鎮静について、各施設でも、同意書をもってトリクロなども使えるようになったという情報提供があった。あと、MRSA だが、一部保菌率が上昇するということで、第一赤や藤田保健衛生大学で入院制限があったが、大きなトラブルなく、保菌率が減ったので、また送るという形になっている。母乳添加剤の使用の特別食加算については、厚生局などに申し出をして、加算が取れるようになってきた。梅毒や妊娠の感染予防の啓蒙について、以前お話をしたことがあるかと思うが、なるべく積極的にお願いしたいという話をした。あと、MRI のプローベをどういうものを使ったらいいかなどのお話があったが、特に、次のページ、聴覚スクリーニングだが、依然各施設で行っているだろうというものが、名古屋市でいうと既に公費負担を積極的に子ども達のためには考慮していただいているので、できれば周産期医療協議会や公的な場所で、なんとか公費負担というのを働き掛けたらどうかという意見があった。その他もいろいろあり、共同研究としてまた後で話が出ると思うが、この東海 Neo Forum を通じて多施設共同研究をしようということで、新生児血糖管理に関するアンケート調査を行って、新生児呼吸療法モニタリングフォーラムで発表し、早産児における IgG の推移と感染リスクの検討に関するアンケート調査を今後行っていき、新生児慢性肺疾患に合併する肺高血圧症についての愛知県コホートでの多施設共同前方視的調査、そのようなものを今後もさらに進めていくと予定している。

【質疑応答等】

なし

【新生児慢性肺疾患に合併する肺高血圧症についての愛知県コホートでの多施設共同前方視的調査】

藤田保健衛生大学医学部小児科

宮田 昌史

藤田保健衛生大学医学部小児科

川井 有里

帽田 仁子

小島 有紗

眞鍋 正彦

船戸悠介

名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター新生児部門

早川 昌弘

名古屋第二赤十字病院 第一新生児科部長兼総合周産期母子医療副センター長

田中 太平

これは、昨年度からやっていることの続きで、東海 Neo Forum の参加施設の皆様にご協力いただき、昨年度レトロスペクティブでの愛知県コホートでの慢性肺疾患に合併する肺高血圧症について調査を行っている。その結果については、今年度の日本周産期新生児学会で報告をさせていただいているが、予想されていた数より、肺高血圧症の合併が少ないという結果があって、その中から検討する中でいくつかの問題点を考えたが、やはりある程度診断基準をしっかりと決めての調査が必要であろうということで、今回前方視的調査を考えていた。ただ、進めていくにあたり、本来東海 Neo Forum の会議で先生方のご意見をいただいて、プロトコルを作っていこうというところだったが、また検討すべきことをいくつか追加していただいたが、その中でも、慢性肺疾患の診断基準がやはりどこの施設でもまだ統一されていないということと、肺高血圧症の管理指針が充分統一されていないということが問題になっていて、少しこのところで、後方視的などところがあった。全国的にも、慢性肺疾患に合併する肺高血圧症は問題となっているようで、いくつかの研究会や学会で、そういったシンポジウムに参加し、いろいろご意見を伺ってきて、ある程度その中でもコンセンサスが得られそうな提言が出てきたので、BPD 慢性肺疾患の評価のための Oxgen reduction test を導入するなど、心エコーでの肺高血圧の評価についても、PPHNet の評価を導入していけばいいのではないかとということで目途が立ったので、それでプロトコルを作ったところである。それに先立ち、先日、アンケート調査として、現時点での愛知県の各施設の慢性肺疾患管理指針と肺高血圧をどのように管理しているかということについて、アンケート調査を行っていただいて、それを資料 2 とした。ご協力ありがとうございました。これを見ても、まだ慢性肺疾患に対する肺高血圧というのはみなさん問題視されているが、どういった症例をどのようなタイミングで管理するかというものができていないことが明らかになった。最後に添付してあるのが現状だが、そういった今後のプロトコルで管理体制が作成できるようになればよいと考えている。

【質疑応答等】

なし

【愛知県における平成 26 年～28 年の妊産婦死亡の実態調査と検証】

安城更生病院 副院長兼総合周産期母子医療センター長

松澤克治

名古屋第二赤十字病院 産婦人科部長兼総合周産期母子医療センター長

加藤紀子

愛知県産婦人科医会 会長

加納武夫

愛知県における平成 26 年～平成 28 年の 3 年間の妊産婦死亡についての調査を行った後、この 10 年間の妊産婦死亡についてまとめた。まず、平成 26 年～平成 28 年の分娩において、分娩を扱っている全部の 150 施設に一次アンケートを送り、母体死亡があったと返答いただいた施設に二次アンケートを送って詳細をいただいた。表 3、過去 3 年間の母体死亡の数である。平成 26 年が 1 例、平成 27 年が 5 例、平成 28 年が 1 例である。平成 27 年の 1 月と 12 月にな

っているので、1, 5, 1 になっているが、だいたいここ 3 年間で 7 例の母体死亡があった。原因は、肺塞栓症、羊水塞栓症、肺血栓症、脳出血、心室細動、肺血栓症、脳梗塞。ここ 3 年間は、やはり出血による死亡が羊水塞栓症の他に、血栓による死亡が 3 例、脳疾患に関する症例が 2 例となっている。それも合わせて、最初石川先生の方で 3 年間、その後鈴木先生の方で 4 年間の母体死亡のデータがあるので今回の 3 年間で 10 年間で母体死亡を検討した。その表に入る。最初、生まれた頃は、全国調査と、周産期医療協議会への報告の数にバラつきがあったが、ここ最近では全て全国調査に報告しているものと周産期医療協議会が把握している母体死亡数が同じになっている。愛知県は全国平均より母体死亡が多かったが、最近ではほとんど全国レベルになっている。内訳の図 4 にあるように、だいたい原因別頻度も全国とほとんど同じよう出血に関するものが多く、その次に脳卒中、それから羊水塞栓、あとは肺血栓症がだいたいを占めている。症状が起きてから母体死亡に至るまでの時間経過も全国とほとんど同じ形になっている。やはり羊水塞栓、要は心肺虚脱型で来る疾患は救命が難しく、短時間で心停止が起きている。脳卒中や産科危機的出血は、やはり 2 時間以内、短時間で死に至る症例は少ない。肺塞栓症は、すぐ死に至る方と、長期間かかる方と、症例によりバラつきがあったが、今後愛知県の母体死亡を減らすためには、産科危機的出血の早めの転送をより促すことと、脳卒中の早めの転院、紹介を心がけることが、必要ということとなった。

【質疑応答等】

○ひとつ確認したいが、産科危機的出血による死亡が多いが、例えば何か愛知県が今回のまとめからアピールするものはあるかというのは、羊水塞栓含め、産科危機的出血は早めの輸血が必要で、FAP が必要であることは分かっているが、FAP や RCC を常備しておき、少しでも早く輸血をしながら搬送しなさい、その代わりに、使わないケースが多いので、それを廃棄するという問題が今出ていて、それに対して、中央はいろいろ働き掛けをしているようだが、個人的には反対で、1 パック入れたところで何にもならないので、早く搬送してその情報を医師に示した方がいいと思うが、何かコメントは出るのか。

→個人的な意見だが、当然死亡に至る症例は自施設で輸血を取り寄せたりして搬送が遅れている症例がほとんどなので、やはりおかしいと思ったら、自施設で輸血ではなく、大きな病院への搬送が確実だという印象は持っている。自施設で輸血を取り寄せている症例が非常に危ない状態になっているのは事実である。

○ただ、一次施設で常備しろと言ってもそんなに多く常備できるはずがないので、それくらいの量で足りる状況の症例は非常に少ない。従って、輸血が考えなければならない状況になったらすぐに搬送するというのが大原則としていかなければならない。本当にひどい症例は、ER なしで、大型を使ったり、最寄りのものを使ったりというのがほとんどで、一次施設でどうこうしているというのは非常に難しいと思うので、是非、常備するよりも、できるだけ早い搬送体制を整えることが第一であると思う。

○当院は一次施設で、その通りだと思うので、先程もご紹介したように、実は医会でもそういう意見があり、廃棄すると問題になる。それに対して何か良い案がないかということにかなり労力を割いているところが実はあるようなので、例えば今回のものでも、すぐに搬送することが大事であると強調していただければよいと思う。

○今のことに関連してだが、おそらくこの研究のコンクルージョンとして、先程母体救命のコースを今年度やっていくという話に関連していくと思うが、母体救命のコースもたくさんあるが、一次施設に対応するようなものから、二次、三次施設に対応するものもあるので、そういった多くの選択肢の中から母体救命のコースを適切に選んで皆さんが受講できることになるとういと考える。

○平成 30 年度愛知県周産期医療調査・研究事業の事業計画について

【高ウイルス量の HBV キャリア妊婦に対する母子感染予防のための核酸アナログ投与】

名古屋市立大学大学院医学研究科	新生児・小児医学分野	准教授	岩田 欧介
名古屋市立大学大学院医学研究科	新生児・小児医学分野		伊藤 孝一
名古屋市立大学大学院医学研究科	病態医科学分野		田中 靖人

当院の伊藤孝一助教が中心になって準備した、A 型肝炎に関する垂直感染予防に関する研究の概略を説明する。私も不勉強で、B 型肝炎の垂直感染は今のやり方で非常に効率よくブロックされているものだと思っていたが、専門家によると 5% くらいのブロック失敗があるということ、そして母体の HBe 抗原が陽性になるような症例で、ウイルスコピーを調べてみると非常に高く、それが 10 の 6 乗を越えると数% くらい、そして 10 の 9 乗を越えると 20~30% 近くの垂直感染のブロック失敗が起こるといことがわかっている。そして、これに対してテノホビルをはじめとする非常に副作用の少ない傾向の核酸アナログを出生後 1~2 ヶ月くらいのところまで統一することによって、非常に強く垂直感染が予防できることが、中国のスタディーで証明されていること、そして、母体のウイルス量が非常に減少して、かつ当院の関連病院で経験した 9 例においては、ほぼ完全に非常に保菌数の多い、放っておいたらおそらくは 3 割近くは感染したであろう症例が 9 例全例でブロックが成功したというデータが出ている。今回は、愛知県内でだいたい予想される年間 50~60 くらいの HBe 抗原陽性の妊婦さんに関して、採血をしていただいて、だいたい 28 週~30 週くらいの段階で核酸アナログ、テノホビルを内服開始していただいて、生後 1~2 ヶ月くらいまで続けていただくということで、内服前中後の血液中のウイルスコピー、そして、赤ちゃんに関しては普通に垂直感染のブロックは今までと同じように行っていた上で、生後 1 年間経過したところで、感染予防ということを明らかにすることによって、一番はまず垂直感染がしっかり予防できていることを日本でも証明する、二番目に関しては、比較的副作用は少なくいけるということを是非できればと思っている。ちなみに、母体に関しては、核酸アナログの投与を中止したところで若干上昇するということが知られているようだが、先程の中国で行われたそれぞれの投与分 100 例、非投与分 100 例くらいのスタディーでは大きな合併症には至らなかったということが報告されているので、おそらくは比較的安定な投与ができるのではないかと。そして、海外のガイドラインのいくつかでは、テノホビルが既に感染予防に推奨されている。そして日本の医療においても慢性 B 型肝炎に対してテノホビルが適応を得ているということで、スタンダードな治療と言えなくもないが、これを機会に広く先生方に知っていただきたいという狙いもあり、研究させていただく。

【質疑応答等】

- 年間 50 例くらいが対象となるが、その中でテノホビルを内服するのは、推測で何例くらいになりそうか。
- 伊藤先生が補足するが、基本的には 100%にしたいが、理想としては 7~8 割を狙う。理由としては、産科領域もしくは内科領域でお互いにしっかりと情報共有して垂直感染防止を正常のブロック、プロトコルに加えて何かできることがあるという認識がまだ乏しいからである。なので、これを機にしっかりとプロモーションを展開して、ひとりでも多くの患者さんが垂直感染予防を受けられるような体制を作っていく引き金になればいいと思う。
- 慢性肝炎については、保険収載されている。そこに入れば、内科でフォローされているテノホビルが投与されてしまっているケースもあると認識しているがいかがか。
- 可能性としてあり得る。伊藤先生に補足をお願いする。
- 既に若年の妊婦さんで、テノホビルを飲んでいる方は少ないと思う。基本的には高齢の方で治療されることが多い。あとは、分娩後に 1~2 ヶ月で内服は終了する予定だが、慢性肝炎を併発した場合には、妊婦さんは内服治療を継続する可能性はある。
- 今日初めてこれを知ったが、愛知県内の分娩取り扱い施設でこれをどのように周知していくか、具体的な方法を教えてほしい。この場の先生は問題ないが、ここに出ていない先生方にはどのような形で周知していくかということと、広い意味では保険収載されているかもしれないが、厳密には、臨床研究なので倫理委員会が必要になるかと思うが、各施設でどうしていくかなど、その辺りのことはどう考えているか。
- 名市大が既に倫理委員会の承認を得ているので、妊婦さんに名市大で受診していただいて、名市大の肝臓内科、共同研究者の田中先生にかかっていたら、田中先生に処方してもらうという形を考えている。実際に今そういう形で動いている。
- 周知はどのように進めればいいのか。
- この場で研究について皆さんに知っていただく。
- そうすると、ここにいる先生方しかわからないのではないか。ここに出ていない施設の先生方は知らないことになる。
- 研究費から、通信費用を使って、県内の産科施設、周産期施設に広くチラシをお送りする。
- 産婦人科医会では、今日初めてこの話を聞いた。私は産婦人科医会の理事会に出ているが、そもそもこの薬はまだ保険収載がされていない、保険適用にはなっていないのか。
- 保険収載はされている。
- では、どういう病名が付いていけばいいのか。
- B 型肝炎という病名が付いていけばいい。
- 例えば、ハイリスクと考えるなら、HBe 抗原陽性の人など、そういう人達に推奨するというわけではなく、誰でもいいということか。
- HBe 抗原陽性で、ウイルス量が 10 の 6 乗以上で母子感染のリスクが高い人と考えている。
- そういう条件があるのであれば、ウイルス量を量る必要があるのか。
- 母子感染予防のためにデータを使おうとなればその通りである。
- 当院でも 10 の 6 乗はウイルス母子感染のリスクが高いということで、10 の 3~4 乗くらいのところは通常通りでいいかとしてきたが、資料の中に 10 の 6 乗というのがあまり明記されていな

- かったが、対象となるのは 10 の 6 乗以上の妊婦さんが対象となるのか。それとも 10 の 3 乗、4 乗の人も対象となるのか。
- 通常、HBe 抗原陽性であると、ほとんどの場合 10 の 6 乗以上である。
- HBe 抗原陽性でも 10 の 3 乗や 4 乗を今まで見たが。
- あり得るが、ほとんどの場合がウイルス量は多い。
- ウイルス量が多ければ、慢性肝炎にはなっている可能性が高いと思うが、慢性肝炎でなければ、問題なかったと思うが、その点はいかがか。
- 実際には、肝炎、肝障害がなくとも母子感染予防のために使っている。
- 慢性肝炎でなくとも、ウイルス量が多ければ今回の対象にして、保険診療するのか、それとも慢性肝炎が証明されていない人に関しては、大学で治療費を出すのか、それはどうなっているか。
- 言葉通り捉えると、慢性肝炎でない方は保険的には問題なく、返戻が来たということない。
- 一般の方がするより、肝臓専門医が治療した方がいいので、名市大に紹介いただければと思う。
- 臨床研修としてやる場合に、個人情報の問題なども出てくるので、一定の基準を満たした人は名市大に紹介くださいということ。その段階で患者としっかりとコミュニケーションした上で、治療に入るか入らないかを決めた上で、臨床研究をはじめめるかどうか、ということ間違いなにか。
- その通りである。臨床研究は既に始まっている。
- すると、広く開業医にも呼びかけるには、具体的にどういう患者を紹介してほしい、あるいはできれば分かり易い解説の紙などを一緒に配付すると拡がりやすいのではないかと。先生方がどうしていいかわからず、勝手に動いてしまっても、混乱することがあるかと思うので、情報の周知を是非お願いしたい。とても大切な試みだと思うので、是非そこのところをお願いしたい。
- こういった臨床研究の際には、どのくらいの症例を集めて、どのくらいの差が出たら有意差が出そうかということはある程度持っていないと、やっただけということでは済まされないと思うが、その辺はどうか。
- 理想は 50 例だが、20~30 例しか集まらないと思うので、おそらくは延長して、資金を得て、3 年分くらいの症例数で 60 症例くらいだと、これは比較研究ではないので、一般コホートでの 5% 弱くらいの垂直感染と、ウイルスコピー数と感染率の査定の確立されたものがあるので、それと比較して、おそらくはコホートがあった場合には、低いのではないだろうかという推論になると思う。なので、一つは、完全に日本で有効であるということと、比較研究によって出すのは、次のステップである。

【愛知県における新生児医療ネットワークの構築に関する検討】

名古屋第二赤十字病院 第一新生児科部長兼総合周産期母子医療副センター長	田中 太平
名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター新生児部門	早川 昌弘
愛知医科大学生殖・周産期母子医療センター	山田 恭聖

これは従来から継続という形になるが、平成 24 年度から東海 Neo Forum で、先程話したように、各施設が集まって共同研究を行い、情報共有を行っていく貴重な機会となっているので、

是非来年度も継続して事業を行わせていただければと思う。

【質疑応答等】

なし

【新生児慢性肺疾患（BPD）に合併する肺高血圧症についての愛知県コホートでの多施設共同前方視的調査】

藤田保健衛生大学医学部小児科

宮田 昌史

藤田保健衛生大学医学部小児科

川井 有里

帽田 仁子

長谷 有紗

眞鍋 正彦

船戸 悠介

名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター新生児部門

早川 昌弘

名古屋第二赤十字病院 新生児科部長兼総合周産期母子医療副センター長

田中 太平

愛知医科大学 周産期母子医療センター

山田 恭聖

先程述べた前方視的な研究をしたいと考えている。極低出生体重児を対象としてきたが、症例数を考えていくと、実際に慢性肺疾患が重症化して、肺高血圧症になる症例は、28週未満の症例が多いと考えている。先程の資料に添付した案の中にある研究計画書では28週未満を対象症例としている。それに対して、NICU退院後も肺高血圧のフォローアップをしていって、1歳の時点での肺高血圧の有無を確認していきたい。そのフォローアップ体制について、別に示した研究計画書に記載している。そういったスタディーをしていくことで、ある程度重症が予測されるこのフォローアップ体制が構築できて、意味あるのではないかとということと、愛知県コホート、これくらいの出生数がある地域全体の中でどれくらいの発症率があるかというデータはないと思うので、有意義なデータが得られるのではないかと思う。

【質疑応答等】

○こういう臨床研究を進めようと思うと、最近また個人情報のことや法的なことでも随分細かい気遣いが必要になると思うので、各施設で参加するときに、おそらくその病院の臨床研究の審査を受けなければいけないことがあると思うので、それも含めて各病院の協力と宮田先生からのサポートも必要になるかと思うので、よろしくお願ひしたい。

<以下非公開>

<非公開終了>

4 報告事項

(1) 平成 29 年度特別講演・調査研究報告会の報告について

日 時：平成 29 年 12 月 2 日（土） 午後 3 時～午後 6 時

場 所：名古屋第一赤十字病院 バースセンター4 階 演習室 1

<調査研究報告会>

【愛知県における新生児医療ネットワークの構築に関する検討】

名古屋第二赤十字病院 新生児科部長兼総合周産期母子医療副センター長	田中 太平
名古屋大学医学部附属病院 病院教授	早川 昌弘
愛知医科大学生殖・周産期母子医療センター 教授	山田 恭聖

【ビタミンK欠乏性出血症の予防に関する検討】

名古屋第二赤十字病院 新生児科部長兼総合周産期母子医療副センター長	田中 太平
名古屋第二赤十字病院 新生児科	山田 嵩春、廣岡 孝子、横山 岳彦、栗屋 梨沙、 水谷 優子、矢野 聡子、圓若 かおり

【愛知県における子癇、妊産婦脳卒中および尿蛋白陽性妊婦管理に対する実態調査】

元名古屋第一赤十字病院	古橋 円
名古屋第二赤十字病院 第二産婦人科部長兼総合周産期母子医療センター長	加藤 紀子
大野レディースクリニック 院長	大野 泰正

<特別講演会>

演 目：「周産期医療に貢献する輸血医学」

講 師：福島県立医科大学 総括副学長 大戸 斉 先生

【質疑応答等】

なし

(2) 愛知県地域保健医療計画（周産期医療対策）について

資料 7 をご覧いただきたい。愛知県地域保健医療計画（周産期医療対策）である。これについては、小山会長に座長を務めていただいた、1 月 25 日開催の周産期医療体制検討会議において、意見をいただき、その意見を踏まえて修正した計画案を、周産期医療協議会の先生方にも 1 月末に文書照会させていただいた。特に修正意見等はなかったため、この内容で医療審議会に提出した。先週 3 月 16 日に開催した愛知県医療審議会において、医療計画案が審議され、適当である旨の答申が知事に対してなされたため、この内容で計画が確定し、公示されることとなる。それでは、前回の協議会に提示した案からの、主な変更箇所を簡単に説明する。165 ページの左側○の 4 つ目、「地域周産期母子医療センターがない 2 次医療圏があります。」という現状に対して、10 月の周産期医療協議会で示した計画案では、その右側は「ハイリスク妊産婦に対

する医療提供体制の充実を図るため、全ての2次医療圏に地域周産期母子医療センターの整備を検討する必要があります。」との課題を記載していたが、検討会議での意見で、「地域周産期母子医療センターをすべての2次医療圏に整備する」という内容は現実的ではないという意見をいただいた。その意見を踏まえ、右側の課題欄の記載を「ハイリスク妊産婦に対する医療提供体制の充実を図るため、全ての2次医療圏で周産期医療が適切に提供される体制の整備について検討する必要があります。」に修正した。また、167ページの上部の「愛知県周産期医療連携体系図」について、前回の当協議会で、「母体、新生児の流れが矢印で示されているが、直接、総合周産期母子医療センターに搬送される事例や、総合周産期母子医療センターから地域周産期母子医療センターに戻る事例もある。」等の意見をいただいた。意見を踏まえて、連携図の下に注釈を2つ追加した。「妊婦及び新生児の状態によっては、消防機関から直接、総合周産期母子医療センターや大学病院へ搬送する場合があります。」「状態が改善した妊婦又は新生児は、搬送元医療機関や地域の医療機関へ転院する場合があります（戻り搬送）。」との注釈である。また、あくまでこの体系図は基本的な流れを示したものであるので、【体系図の説明】の最初に「周産期医療に係る基本的な流れを示したものです。」と追記した。以上が、医療計画の周産期医療対策となるが、本計画は、平成30年度から平成35年度までの6年間の計画となり、本計画に基づき、本県の周産期医療対策を進めていくこととなる。先生方のご協力を今後ともよろしく願いたい。

【質疑応答等】

なし

(3) 精神疾患を合併する妊産婦に係る実態調査結果について

精神疾患を合併する妊産婦に係る実態調査について、資料8-1、8-2により説明させていただく。本資料は取扱注意とさせていただいている。具体的な病院の数字が出ているので、病院内での共有に留めていただきたい。前回の周産期医療協議会において、本調査を実施する旨アナウンスをして、各周産期母子医療センターにご協力いただき調査を実施した。始めに資料8-2をご覧ください。こちらが各周産期母子医療センターにご回答いただいた調査票の様式である。質問の1から3が救急搬送や紹介状により他施設から精神疾患を合併する妊婦を受け入れた件数やその状況、また、その紹介は妥当であったのか、そうでなかったのか、という受入施設としての判断を記載いただいている。質問4、5は受入ができなかった件数とその状況、1枚おめくりいただいて、質問6、7は他施設へ搬送や紹介した事例の状況を記載いただいた。その回答をまとめたものが、資料8-1である。一番左の、質問1の列は「精神疾患を合併する妊産婦に対応した件数」で、一部不明のセンターもあるが、平成28年度の対応件数の合計は一番下のとおり211件であった。4大学病院を上部に、4大学病院以外の周産期母子医療センターを下部に記載しているが、上部の大学病院を見ていただくと、4大学病院で147件となり全体211件の約70%を占めている。質問2は、質問1のうち、他施設から救急搬送や紹介された事例の数で、一番下の合計欄を見ていただくと救急搬送16件、紹介は125件となっており、合計で141件となっている。他施設からの搬送・紹介については、4大学病院で115件となっており、

搬送や紹介の合計 141 件のうち、80%強は大学病院への紹介となっている。質問 3 は、搬送や紹介された 141 事例に対し、受け入れ施設が、その搬送・紹介をどう判断したかである。項目としては、「搬送、紹介は妥当と考える」「搬送元、紹介元で対応可能と考える」「近隣の周産期センターで対応可能と考える」「その他」の 4 項目から選択していただいた。結果、141 件中、140 件は「搬送、紹介は妥当」という回答であり、実態としては妊婦の状態に応じた適切な事例の紹介、搬送が行われていると考えられる。次に、搬送元・紹介元をみると、一番下の合計欄だが、周産期母子医療センター以外の病院産科及び産科診療所からの紹介が、103 件となっており、103 件のうち 86 件（83%強）が大学病院への紹介、残りの 17 件が大学病院以外の周産期母子医療センターへの紹介となっている。また、周産期母子医療センターから、大学病院への紹介は 8 件であり、大学病院への紹介は、周産期母子医療センター以外の病院産科及び産科診療所が中心である。なお、産科と精神科双方からの紹介を含む、精神科関係からの紹介は合計で 28 件であった。質問 4 は「他施設からの受入をできなかった件数」だが、こちらは数としては把握されていない施設が多く、全体として詳細は不明であった。続いて質問 6 は、受け入れとは逆に、「周産期母子医療センターから他施設へ搬送、紹介した件数」だが、こちらも一部不明な施設もあるが、把握できた件数としては、一番下の合計欄ですが、救急搬送で 1 件、紹介状で 17 件の合計 18 件だった。質問 7 は周産期母子医療センターから他施設へ紹介した理由、紹介先である。紹介等の理由としては、「対応可能な精神科医がない」「重症例で入院管理が必要」というものが主な理由となっている。紹介先が、センター以外の病院や診療所となっている事例は、「病状は安定しているが、対応可能な精神科医がないため、精神科の病院や診療所へ紹介をしているもの」、「対応可能な精神科医がいる産科のある病院へ紹介をしているもの」が主であった。以上が調査結果の概要である。

【質疑応答等】

- 今これは全国的にすごく大きな問題になっているが、確認しておきたいのが、大学病院にかなり集中しているということもあるが、本来ハイリスク妊婦を扱うべきセンターに精神疾患合併妊婦が集まって労力が割かれるということもいろいろ考えなければいけない問題だと思う。そこをこれからどう考えていくかということと、大学病院、受け手の方が実は限界であるという印象を持たれているが、まだ余裕があるのかどうかを確認したいということが 1 点目。大学病院以外の周産期センターで、例えば刈谷豊田は 11 例、受け入れが 0 というところもあるが、この違いは精神科の有無で決まるのか、何か理由があるのかどうかを検討されたかということが 2 点目。3 点目が、ここに載っていない病院、例えば稲沢厚生病院など、精神科病棟があるところには、多数受け入れている可能性がある。そこを把握されているかということと、このデータをどう使っていくかについてお聞きしたい。まだこれだけ調べただけなのか、それ以外の、例えば稲沢厚生病院の話だとか、受け入れられている、いない、病床があるかないかという根本的な問題なのか、もっと受け入れられるものがあるのかなど、あるいは大学病院に偏っているということ、このデータを元にどう動こうとしているか。
- 今回これを調査したきっかけが、この協議会でもお話があったが、大学に負担が掛っているという話から、具体的に周産期センターから大学にお送りしたものや、そういうものが適正な判断でされているのかどうかをまず調査したものである。

○この調査は、精神疾患を合併する妊産婦をこれから周産期医療協議会を中心に、どうやっていこうかという最初の基礎的な調査をやってみたというもので、大野先生のおっしゃった他の病院もあるではないかという意見だが、それはもちろん他の病院もあるわけで、これはとりあえずこういう調査の結果が出たというだけで、これを元にこれからどうしようということを協議すればいいのであって、まだこれからの問題だと思う。実はこれは全国レベルで妊産婦のメンタルヘルスは問題になっていて、先進的なところは随分やっている。愛知県産婦人科医会も、去年の9月に精神科医会と連携をしようと動きだした。精神科というのは、精神病院協会と精神科医会と2つある。調査したところ、精神科医会は60施設、精神病院協会は42施設あった。その医会それぞれの代表に会って、お話をし、アンケート調査をした結果をこの機会に報告させていただくが、できるだけ妊産婦の精神疾患を持った人を精神科の先生方に繋いでもらい、連携したいとお願いしたら、その代表の先生方は、精神疾患を持った患者だけを診ているわけではなくて、他に多くの患者を診ているので、妊産婦を全て受け入れることはとても無理だと。せめて産後のうつ病だけくらいならいいということで、9月の時点で話し合った結果、調査をしてもらった。すると、精神科医会、これは開業医中心でこの中には4大学が1つ入っているが、60施設の中で約55%が受入れ可。大学病院は入院があるが、精神科医会の場合は、入院はない。精神病院協会は42施設中78%受入れ可。そういう状況で、産後うつだけに関してはそれができるが、もっと広いところに行くと、非常に、精神科の先生方は大変な業務をしているので、何でも精神科にお願いすればいいというわけではないという結果である。産婦人科医会はそのデータがあるので、近々産後うつに関しては受入れ可能な精神科医がいるかを、産婦人科医会の中で公表する予定である。それから、今日の資料を見て気がついたが、この精神病院協会の中に、周産期医療協議会の病院は入っていない。なので、精神病院協会は42施設と言ったが、この十数件のデータはまた別ということは、探せばあるというところで、これから一步一步進んでいけばいいので、この場で全て決めるわけではないので、これから少しずつ進んで行きましょうというのが産婦人科医会のスタンスである。

○この評価の仕方、妥当だという評価について、どういう評価をされたのかというのを確認したい。というのは、おそらくこれは、事務に依頼が来たので、「紹介状を持ってきた、だから妥当な紹介であった」としか読み取れないデータである。実際現場にいてたくさんの患者を診ているが、事務レベルでは妥当かもしれないが、中のことについては一切書いてない。このアンケートではそこまで書けない。これは現実には医療行為として妥当な紹介だったかという評価を一切していない。アンケートも回ってきていない。もしそうだとしたら、愛知医大だけは全部入れ替えさせてほしい。ほとんど3割以下ほどしか妥当と言えないと思う。

→この「妥当」は、県で判断したわけではなく、病院が判断したものである。

○病院の事務が病院として紹介患者を妥当といただけであって、医療的に必要な患者を紹介されたという評価を一切していない。なので、少なくとも愛知医大については、そういう結果ではない。病院にアンケートを出して、病院の事務の「妥当」と実際の医療の現場の「妥当」は、全く違う。愛知医大については、本当に筋違いなアンケートである。愛知医大については、再度検討させていただきたい。

○この調査は、取りかかりとして、第一弾としてやったもので、これが全てではなくて、これだけで結論を出すものではないと思うので、不明という回答が多かったように、過去のことを振

り返って回答していると思う。ドクターが回答しているところも、事務が回答しているところもあると思うが、正確に記憶に残っていない事例もあると思う。特に、印象が薄かったり、断ったような例は、送った側も送られた側も案外残ってなかったりする可能性もあるので、この調査は、後から振り返ったデータという意味で、正確でないところはかなりあると思う。

- それは意味が違う。こんな大事な調査はしっかりすべきであって、スタートこそ大事である。だからこれは県が各病院に投げただけであって、検証もせずにデータを公表されるのであれば非常に不正確で問題のある内容であると思う。
- これはただ、始めにこうやってみたらこういうデータが出ましたというだけで、批判していてもしょうがないので、これからどうしていくかという議論をすべきで、まだ何もわかっていない。
- これで終わりではないので、しっかりとポイントを絞って、できれば予めどういうことを調査するか、前向きに調査をしないと実態が見えてこないと思う。やはり負担ばかり多くなっても大変なことになるので、ポイントを絞って、これも平成 31 年度の調査研究事業とするのもよいのではないか。
- 次の調査で何をするかという一つの提案だが、これは皆さん見ていただくと、例えば名古屋大学病院は 50 件受け入れていて、紹介状なしが 4 名、紹介状ありが 46 名。すると紹介状ありの 46 例中 46 例が妥当ということなので、100%妥当という評価になる。それは、全ての 4 大学において、紹介状がある数は 100%妥当とっている。紹介状があるものは 100%妥当という調査結果では、妥当性を評価するには少し物足りないと思う。なので、紹介状の中身をもう一度調査して、これが妥当かどうか、どういう理由で大学病院に紹介したかということ、アンケート調査を取って、中身を精査する必要がある。是非次のステップでは、そういったアンケートも候補に入れていただきたい。
- 当院は精神科がないので、この場で強く言えないが、大学病院にお願いしているのは非常に申し訳ないが、精神科医がないので、そこをベースのデータとして、精神科の病床も医者もないので、そういう病院と精神科病床がある病院、そういったこともデータに入れていただかないと我々が嫌がって患者を送っているわけではないので、実態として診療できない。そこも調べていただけるといい。
- 先生の言われた話で、今回はあくまで医療計画上の中で、事務的に病院に依頼した。病院がどのように調査して回答いただいたかまでは把握していない。先程小山先生がおっしゃったように、前向き調査をしていくのであれば、各病院の中でも、理解を頂いて、周産期医療協議会の研究課題として、皆さんで共有しながらやっていくという形がベストだと思う。
- 今、病院の精神科医はどんどん減っていて、開業や精神病院としての精神科医はいるが、総合周産期センターにいる精神科医は減っていて、あるいは、いてもあまり機能していないという実態があるので、その実態はすぐ調査できると思う。そこをしっかりと調査した上で、そのベースに今ある資源をどうやって使っていくのかを探りながら、実際の様子を確認した上で、議論をしないといけない。全部調べようと思うと、随分負担が掛かると思うので、少しポイントを絞って、大事なところから調査をしていく。当然個人情報絡むと思うので、研究として、県、あるいは中心となる施設で臨床研究として立ち上げていただいて、データをとっていかないといけないので、皆さんのご協力が必要になると思う。周産期の精神科患者に関する問題という

のは、今後必ず問題になるので、是非これは今後当協議会でしっかり取り組んでいかなければいけない。全員で協議していてもなかなか進まないと思うので、主に産婦人科の先生方の中で揉んでいただいて、ポイントを絞りながら、平成31年度の調査研究事業として進めていただきたい。

(4) リエゾン研修の開催結果について

資料9をご覧いただきたい。先週、3月18日の日曜日に愛知リエゾン研修を開催したので、結果を報告する。出席者は15名で、当協議会出席者も含む。その中で、講義と意見交換を行った。講義としては、「災害時小児周産期リエゾンの必要性と活動概要」を北里大学病院の海野先生に、「災害時小児周産期リエゾン 具体的活動」をあいち小児保健医療総合センターの伊藤先生に、「高知県の取り組み」について高知医療センターの渡邊先生にお話いただいた。意見交換では、(1)リエゾンの任命要件と(2)リエゾンの参集順序について意見交換をした。始めにリエゾンの任命要件だが、本県としては(1)にあるように、①愛知DMAT研修と②愛知リエゾン研修の両研修を受講した先生をリエゾンとして任命することを考えていた。頂いた意見では、「DMAT研修の受講は災害医療関係者と顔つなぎができ良かった」であるとか、「DMAT研修を受講する必要性や、一部研修メニューが災害医療関係者と別になるとの事前説明があった方がよい。」との意見、また、具体的な任命要件に関しての意見では「厚生労働省のリエゾン研修は演習も含めた1日研修で、今後さらに充実されるということであり、②の要件に厚生労働省のリエゾン研修受講を加えるべきである。」との意見もいただいた。

また、「厚生労働省の研修は人数が限られているため、それを補完していく愛知リエゾン研修ということであれば、研修内容を今後検討して行く必要がある。」との意見もいただいた。意見交換を元にした任命要件の(案)としては、四角で困ったところだが、以下の①と②の両研修、「①愛知DMAT研修」と「②愛知リエゾン研修又は厚生労働省災害時小児周産期リエゾン研修」の受講を任命要件としたいと考えている。参考までにこの要件を満たす先生は、資料9の2枚目の右側をご覧いただくと、あみかけとしている8名の先生である。本県としては、次年度はまずこの8名の先生方をリエゾンとして任命させて頂きたいと考えている。次に(2)リエゾンの参集順序についてである。頂いた意見としては、「あいち小児センターは県立病院であり、同センターの伊藤先生は熊本地震の際に実際にリエゾンとして活動経験があること、また今井先生はDMAT隊員でもあることから、最初に本部に参集してCSCAを立ち上げることが現実的ではないか。」、その次に「医師数の多い大学病院」「3番目以降は、県庁から距離の近い順序」とするのはどうかという意見であった。「順番を決めたとしても実際の被災状況で参集できるかどうかは不明のため、あくまで連絡する順序」ということで、参集できなければ、飛ばして次に連絡するというものである。資料にある参集順序の表は、意見を元に産婦人科の参集順序をまず整理し、同時に同一病院から2名とならないよう小児科で調整している。これは、「この順序とする」と決定したものではなく、出された意見を整理すると「このような順序となる」というものである。資料9の説明は以上。

【質疑応答等】

○順番は妥当かと思うが、実際明日災害が起きたら、この中で順番に、繰り上がってくるということか。これは皆が受講するまで災害が起きないかは分からないので、もし今この場や明日災害が起きたら、残っているこの方々で回さなくてはいけないという理解でよろしいか。

→とりあえず認定は、まずは要件のある先生方にさせていただく。起きた場合は病院にご相談しかない。あくまで、明日起きることを前提に決めるわけにはいかないので、システムとしてどうするかという形で決めさせていただいたと理解いただきたい。

○次のDMA T研修やリエゾン研修はいつ頃なのか。

→リエゾン研修は年2回程度。DMA T研修は、例年だが、1月～2月に開催する。そこはDMA Tの先生方と調整していく。

○リエゾン研修だが、ここに掲げられている氏名の方以外でも病院から実行してもよろしいものなのか。というのは、人を継続して配置していかなければいけないし、人の入れ替えもあるので、多数になりすぎてもいけないが、なるべくリエゾン研修を受ける機会を設けていただけるとありがたいが、いかがか。

→研修のときにもお話があったが、あくまでも病院から推薦をいただいて、やっところまで来たという現実がある。まずは、推薦いただいた先生の中で、システム化して、各病院のご理解をいただいた上で、先生がおっしゃったように広げていくことも必要という意見があれば、病院の了解をいただきながらやっていくしかないと思う。

○推薦があればよろしいということか。

→今後その課題があるということは認識している。

○県ではいろいろ病院から御意見を頂いていて、たくさんの医師がリエゾンで現場から持って行かれたら、現場が成り立たないのではないかという意見を病院長からも頂いており、その辺りの手続きを踏んで、リエゾンを養成していきたいと考えている。

○藤田保健衛生大学が、総合周産期母子医療センターになれば、この中に藤田も加わることを報告しておく。

(5) 「母体搬送受け入れ可能な疾患・基準の一覧」の更新について

資料10をご覧ください。こちらは、母体搬送受け入れ可能な疾患基準の一覧である。1月から2月にかけて、各センターの産科の先生方に現情報の確認をさせていただき、最新の情報に更新したものである。本情報は、医師会、病院協会等の医療関係団体のほか、県の防災局を通じて各消防本部へも通知する。

【質疑応答等】

なし

(6) HTLV - 1 母子感染予防のための手引き書の一部改訂について

愛知県では平成27年3月にHTLV - 1 母子感染予防のための手引き書（保健医療機関関係者用）を作成し、関係の皆様にご活用いただいているところである。国の動きだが、平成29年4

月 14 日付けで厚生労働省母子保健課より、板橋先生を代表とする研究班において、新たに HTLV - 1 母子感染予防対策マニュアル、以下新マニュアルが作成されたと事務連絡があった。これは、図にあるように、平成 23 年の手引きとマニュアルを統合したものである。今回の研究班における新マニュアルにおける主な変更点は、2 点あり、一つ目として、WB 法で判定保留があった場合に、平成 28 年に保険収載された PCR 法を行うことが望ましいとしたこと、2 つ目に、妊婦がキャリアであることが明らかな場合には、原則として完全人工栄養を勧めることとしたこと、この 2 点である。平成 27 年 3 月発行の愛知県の HTLV - 1 母子感染予防のための手引き書は、HTLV - 1 母子感染予防対策医師向け手引き（平成 23 年 3 月のもの）と HTLV - 1 母子感染予防対策保健指導マニュアル改訂版（平成 23 年 3 月）を参考にしているので、今回の研究班による新マニュアルに従って愛知県の HTLV - 1 母子感染予防のための手引き書（保健医療機関関係者用）の一部を改訂した。改訂原案については、名古屋市立大学腫瘍免疫内科石田准教授に相談し、安心安全な妊娠・出産推進委員会、母子保健運営協議会で検討してきた。石田先生は、平成 30 年 1 月から、岩手医科大学教授に就任されたが、改訂の監修作業をお願いした。平成 30 年 3 月 23 日付けで愛知県医師会、愛知県産婦人科医会、愛知県小児科医会、愛知県助産師会、市町村保健センター、保健所等関係機関への周知をさせていただいて、併せてホームページで掲載している。

【質疑応答等】

なし

【事務局】

<周産期医療協議会の旅費支給方法の変更について>

愛知県周産期医療協議会ご出席時の旅費支給方法に関して、これまで現金により当日支給とされていたが、業務の簡素化を図るため、平成 30 年度第 1 回開催分より振り込みによる後日支給に変更する。ついては、振り込み先をご指定いただく必要があるため、本日の配付資料の一番下の用紙に必要事項を記載のうえ、本日協議会終了後、若しくは平成 30 年 4 月 20 日（金）までに、同じく配付の返信用封筒にてご提出をお願いしたい。また、委員・オブザーバー交代の際は同様の手続きが必要となるので、その都度事務局までご連絡いただきたい。

<次回周産期医療協議会開催について>

平成 30 年度第 1 回愛知県周産期医療協議会は、平成 30 年 6 月 1 日（金）、第 2 回は 10 月 26 日（金）、第 3 回は翌年 3 月 22 日（金）に開催予定とする。

<連絡事項>

4 月 1 日をもって人事異動があると思われる、異動があった委員、オブザーバーは、その都度事務局までご連絡いただきたい。

5 丸山技監挨拶

6 小山会長挨拶

7 閉会