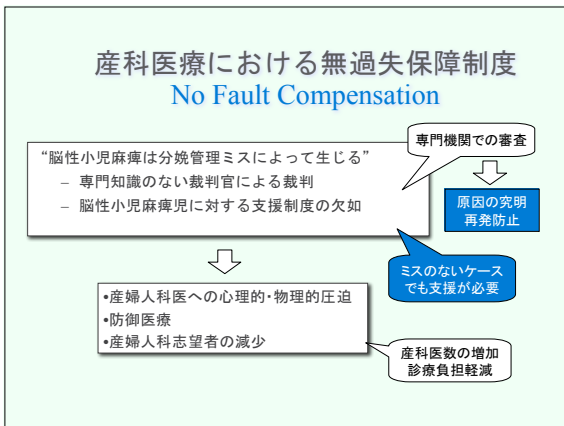
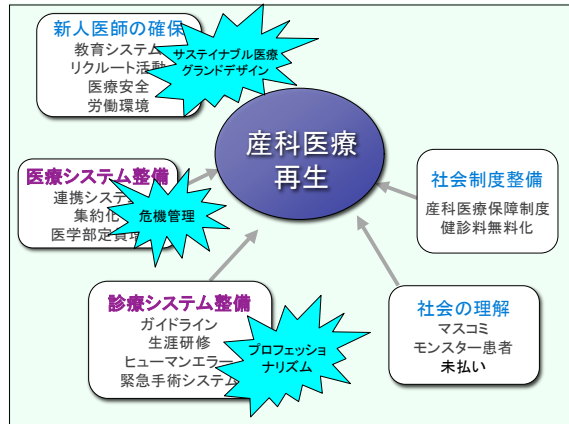


再生にむけて



産科補償制度開始以降の審査累計

児の出生年度	補償対象基準	審査件数	補償対象	対象外		継続審議
				再審査不可	再審査可能	
H21	>2.0kgかつ>33w	137	128	4	5	0
	>28wかつ所定の要件	15	11	2	1	1
H22	>2.0kgかつ>33w	35	35	0	0	0
	>28wかつ所定の要件	4	4	0	0	0
合計		191	178	6	6	1

2011年7月7日

2011年(平成23年)8月23日 火曜日 朝日新聞

お産事故の処置 問題事例を公表

報告書まとまる

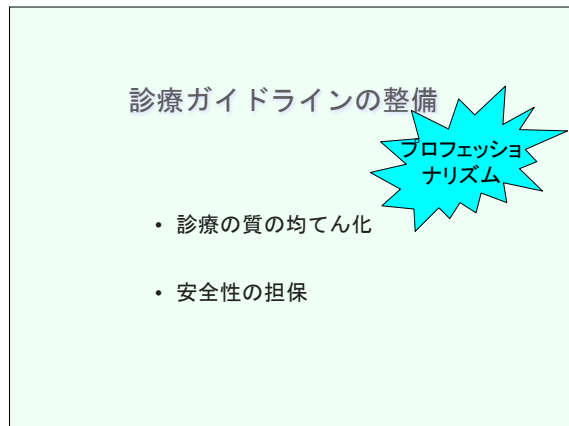
お産の際の事故で重い脳性まひになった赤ちゃんに補償金を支払う「産科医療補償制度」で20日、支給が決まった中に診療行為に問題があった事例が多く含まれていることがわかった。運営する日本医療機能評価機構が、再発防止に向けた報告書を初めて公表した。

この制度は2009年に始まり、医師の過失の有無を問わず補償される。報告書は2010年まで

に原因分析が終わった15件をもとに作成。病院が7件、診療所1件、助産所1件だった。問題があったとされたのは①胎児の心拍数を十分に確認していなかった(8件)②蘇生が不適切(2件)③陣痛促進剤の使用量が診療指針を逸脱していた(6件)など。1件の事故で複数の問題点が指摘されたケースもある。

再発防止委員会の池ノ上克委員長(高崎大学病院長)は「基本的なことが必ずしも守られているわけではない」と話した。

(月籠彩子)



CQ 803 **産科診療ガイドライン**

36週未満早産児が退院する時、RSV (Respiratory Syncytial Virus) 感染症に関する情報提供は？

Answer

- 36週未満早産児はRSVに感染すると重症化しやすいことを伝える。(C)
- 予防的薬剤が存在し、RSV感染流行期に投与することにより症状軽減が期待できると伝える。(C)
- 予防的薬剤の投与可能施設についての情報を提供する。(C)

>解説

RSV (Respiratory Syncytial Virus) はparamyxovirus科、Pneumovirus属のRNAウイルスである。表面にGとFの2種類の糖蛋白の突起を有し、G蛋白は呼吸器粘膜細胞への接着に、F蛋白はウイルスの細胞内への導入に必要とされている。F蛋白による細胞融合作用の結果、呼吸器粘膜細胞は特徴的な合胞体 (syncytia) を形成することがこのウイルスの名前の由来である。RSV感染症は、温帯地域では冬(本州では大体10月～4月)に流行し、乳幼児の呼吸器感染症の主要な原因ウイルスである。

在胎34～36週(Late Preterm)で出生した早産児は、おおむね成熟していると考えられがちであるため、出生直後に呼吸障害や新生児仮死がなければ、小児科や新生児科を介入せずに、正常産児と同様に正常新生児として一次産科診療施設より退院する可能性がある。しかし、在胎36週未満早産児は気道の解剖学的・機能的脆弱性および免疫能の未熟性のためにRSVに感染すると、重症化しやすい。

千葉大学産婦人科の取り組み

- ・ 周産期見学バスツアー
- ・ モーニングセミナー・ランチョンセミナー
- ・ うりぼうクラブ

- ・ NCPR
- ・ 緊急帝切システム
- ・ 産科危機的出血アクションコード

- ・ “新しい医療資源”の発掘

周産期ランチョンセミナー
＜BSL直前短期集中講座＞

日時：
第1回：1月21日(月) 12:10～12:40
第2回：1月28日(月) 12:10～12:40
第3回：2月4日(月) 12:10～12:40
第4回：2月18日(月) 12:10～12:40
会場：千葉大学医学部 1階 セミナー室
対象：医学部4年生
定員：約20名(昼食の用意があります)

テーマ：「ステロイドホルモンの不思議」

講師：周産期母性科 生水 真紀夫

ベッドサイドランチョンがいよいよ近づいて来た4年生の皆さん。ランチョンを食べながら講義では聞けない興味深い話に耳を傾けてみませんか。臨床現場にも役に立つことは間違いありません。ぜひ参加して下さい。

※専攻の都合上、参加希望者は下記メールアドレスに必要事項を記入の上申し込んで下さい。(4回とも参加が前提です)
E-mail: hosadai@faculty.chiba-u.jp
必要事項：氏名、所属科メールアドレス、(何か質問があれば)申し込み希望の回：1月18日(日)
問い合わせ先：千葉大学産科母性科 長田久美 内線6582 FHS:72663

千葉大学周産期母性科主催
新生児蘇生法(NCPR)
「一次(B)コース」講習会

日時：平成22年 3月20日(土)
13時30分～17時30分(予定)
会場：千葉大学医学部 2階大カンファ室
対象：医学部学生、初期臨床研修医 定員25名
受講料：1,000円(他に指定テキストの事前購入が必要)
内容：講義、基本的手法/ケーススタディによる演習
※講習終了後の試験合格者には日本産科婦人科学会から「専任認定証」が発行されます

研修申込み：下記メールアドレスへ必要事項をご記入の上お申込み下さい。
<E-mail>hosadai@faculty.chiba-u.jp
<必要記入事項> 氏名、所属、学年(研修年数)、住所、メールアドレス、電話番号
専攻所属科：平成22年3月1日(日)12:00～12:00(千葉大学産科母性科2階大カンファ室)
問い合わせ先：〒260-8677 千葉大学医学部 内線6582 FHS:72663
所属専攻科名、専攻名：FHS:産科母性科1階(産科) FHS:産科母性科2階(産科)

第6回千葉県周産期研修施設見学ツアーセミナー
8月20日(土)・21日(日)
期日：平成23年8月20日(土)・21日(日)
(研修組合、16研修施設予定)
対象：医学部学生、初期研修医(定員25名)

・見学研修施設：
<第1日>千葉県立産科医療センター(千葉市)、産科中央病院(船橋市)、松戸市立産科(松戸市)、東京女子医科大学中野区センター(八千代市)、
<第2日>千葉大学医学部附属産科(千葉市)、東京大学医学部センター(千葉県船橋市)、聖隷中央病院(千葉県船橋市)、船橋中央病院(船橋市)
・宿泊研修先：生体の森リゾート 日本エアロビクスセンター 〒97-0201 千葉県美玉郡新井町上野521-4
・参加費：3000円(研修費、昼食代)

千葉大学の主要な産科センターをバスで巡回し、施設内にあるリフトを利用して見学します。各センターで産科医の現状を把握してもらうとともに、産科では胎児保護に力ける最新の技術を知ることができます。どうぞご参加ください！

下記メールアドレスへ必要事項をご記入の上お申込み下さい
<E-mail>hosadai@faculty.chiba-u.jp
<必要事項> 氏名、所属、学年(研修年数)、住所、メールアドレス、電話番号
専攻所属科名：平成23年7月15日(日)12:00～12:00(千葉大学産科母性科2階)

第1回 周産期急変対応セミナー

日時：2011年2月19日(土) 13時～17時
会場：千葉大学産科母性科 3階 産科急変/シミュレーションセンター
対象：初期研修医・専門研修医、医学部学生・助産スタッフ・看護学部学生
定員：20名(先着順)
共催：千葉大学産科母性科産科母性科
NPO法人千葉産科研修支援ネットワーク

講師：熊井 亮生 (東京医科大学産科母性科センター副科長)

12:00-16:30 レクチャーとシミュレーション学習
16:40-17:00 質疑講演
“産科から学ぶ周産期急変対応と妊婦の心療養生”

※研修のワイヤレス分岐シミュレーター“Hoseda”や新生児シミュレーター“HAL”などワンストップで研修施設を巡ります。
※熊井先生は産科急変対応の第一人者で、最新鋭の高度な研修内容で研修生が最新の知識を身に付けていただきます。
※セミナー終了後、引き続き1階ワンルームにて懇談を行います。
※セミナー、懇談ともに参加は無料です。

研修申込みは下記メールアドレスに必要事項を記入の上お申し込み下さい。
<E-mail>hosadai@faculty.chiba-u.jp
必要事項：氏名、所属、学年(研修年数)、メールアドレス、(研修が希望の回)申し込み希望の回：平成23年2月18日(日)
問い合わせ先：〒260-8677 千葉大学産科母性科 内線6582 FHS:72663

医療の質と安全性を担保する

プロフェッションナリズム

分娩介入の標準化
Freedman Curve / CTG

緊急帝切システム

産科危機的出血コード

危機管理

緊急帝切 30分ルール

全国の大学病院 アンケート調査 2009

可能 32% 不可能 17% 時に可能 51%

帝切決定から児娩出までの時間

分

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

min max ave

76% >30min

30分

娩出までの時間が読めない!

千葉大式緊急帝切システム

2007年11月～

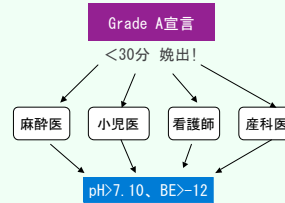
- 意思疎通ツールとしてのグレード分類
- 目標は共通
臍帯血pH>7.10, BE>-12, 娩出まで<30分
- 手段は現場の判断 (マニュアル無し)

チューニングのための分析とフィードバック

麻酔準備中の胎児心拍モニターの提案など麻酔科医師からの提案
ほとんどのハイリスク出産に小児科医が積極的に立ち会い
全科で採用された2009～

緊急帝切を30分以内にするために

ことばと目標を共有する



緊急度を正確に伝えるツール

手段は各科で判断
マニュアルなし

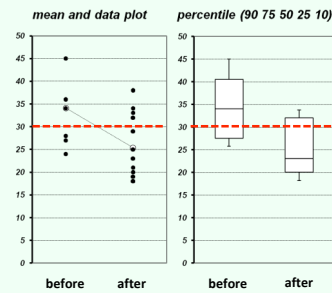
ゴールは共有
feedback

帝王切開の緊急度分類

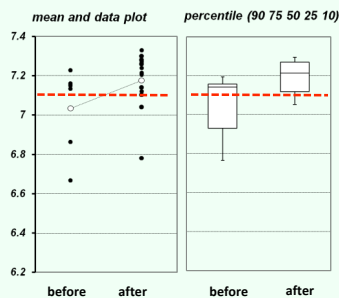
千葉大学2008.6改訂

Grade	決定から児娩出までの目標時間	原因となる疾患
A	30分	重症早剥・子宮破裂・持続性徐脈・前置血管破裂・臍帯脱出
B	B1 60分	繰り返す胎児一過性徐脈・早剥
	B2 120分	分娩停止・出血
C	4時間	妊娠高血圧症・予定帝切患者の陣発
D	予定	前回帝切・骨盤位・CPD・前置胎盤

GradeA 症例における帝王切開決定から児娩出までの時間の比較



GradeA 症例の臍帯血 pH



Grade B と判断された症例での目標達成率は 97%

産科危機的出血への対応ガイドライン

- 産科死亡の1/2は出血による
 - 1/500分娩に大量出血が発生
 - 3.5人/10万分娩、39人/年 が死亡(2008年)
- 輸血学会の輸血ガイドライン

RC	<7.0g/dl	産科急性出血ではHbは低下しない→補液で希釈されていきなりショック
FFP	>4 -6 L	産科出血では早期にフィブリノーゲンが低下して DICに

2011年産婦人科救急21日(日曜日) 産婦人科

出産時に大量出血16人死亡 妊婦10人救命可能性

厚生労働省発表

2010年統計
 妊産婦死亡 48人
 出血による 16人
 そのうち 救命可 10人

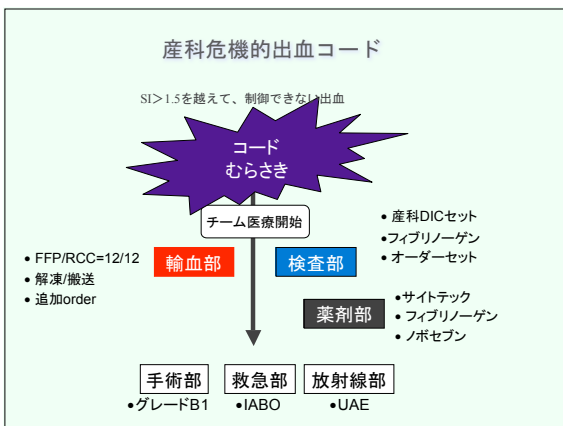
産科DICの発生率を低下させるには、出血を早期に止血し、輸血を適切に行うことが重要である。また、産科DICの発生率を低下させるには、出血を早期に止血し、輸血を適切に行うことが重要である。

産科DICの発生率を低下させるには、出血を早期に止血し、輸血を適切に行うことが重要である。

産科危機的出血への対応ガイドライン

2010年4月

- HbやBPより、HR(>100bpm), Shock Index を指標に!
- 補充には、RC-FFP-PtIsを「10-15-20単位」
- 早期から、十分に補充を
- 危機的出血では、クロスマッチを待たない!
- 産科DICには補充療法を (FFP/血小板・ATIII)
- ヘパリンは原則禁忌



コード むらさき

- 輸血学会ガイドラインと異なるRCC/FFPの使用基準と方法の認知
- 解凍や搬送、オーダーの簡略化
- 薬剤使用
 - 適用外使用薬の準備
 - 適用外使用の認知
- 検査
 - オーダーの簡素化、DIC項目の追加

