

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>・ 児頭発露前の呼吸は全身の力を抜き、少しあけた口から静かに吸い、軽く息を吐き出す。「フワァー、フワァー、フワァー」と呼吸をさせ、一気にかかる努責を防ぐのがよい。(最近は、積極的に努責を加えず、自然の娩出力のままに分娩を進める方法も用いられる。)</p> <p>分娩第3期</p> <p>16. 分娩直後の診断</p> <p>問診、内診、外診、超音波エコー（必要時）を行い、下記の項目について確認し、異常の有無を診断する。</p> <p>【診断項目】＜母体因子＞一般状態、出血、子宮・膈・胃盤の状態、妊娠中の異常・合併症、既往歴、妊娠既往歴 等</p> <p>＜胎児因子＞胎盤・臍帯 等</p> <p>17. 分娩直後の観察とケア</p> <p>異常が想定されない場合は、以下の観察とケアを行う。</p> <p>-1. 全身状態：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>顔色、意識状態に注意をし、児娩出直後、血圧、脈拍、呼吸などを測定する。脈拍の増加は出血やシヨックの初期症状ともいわれるので、他症状とも併せて注意をする。</li> </ul> <p>-2. 子宮収縮と出血：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>胎児娩出後、子宮底に手掌を当て、その高さ、形状、収縮状態（柔らかさ）を連続的に観察する。子宮収縮の良い時は硬く触れ出血も少ないが、不良の時は柔軟で出血も持続する。</li> </ul>	<p>・ 胎盤剥離徴候 や子宮収縮状態の見誤り ・ 胎盤剥離徴候前の無理な臍帯牽引</p>	<p>・ 胎盤娩出や子宮収縮不全に関する知識や理解、査定能力の不足</p>	<p>・ 無理な臍帯牽引→子宮内反症、弛緩出血、胎盤用手剥離術施行に伴う出血と易感染症、臍帯や胎盤の断裂・遺残、子宮損傷、出血性シヨックなど</p>	

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<ul style="list-style-type: none"> <li>胎盤剥離徴候をみて胎盤を娩出させるが、臍帯を無理に牽引することは子宮内反症や出血の原因となる。胎盤娩出後も子宮収縮が悪く、子宮が柔らかく触れる場合は、子宮底部を輪状マッサージする、腹部に冷電法(アイソノンの貼用)を施す、子宮収縮剤を投与するなどの対処をして子宮の収縮を促す。</li> <li>膀胱の充満は子宮収縮とも関係するので、分娩時導尿のできなかった場合は導尿をする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>子宮収縮剤の誤った投与方法(時期・種類・用量など)</li> <li>胎盤遺残や子宮収縮不良時の対処の遅れ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤の準備、施行、管理上の問題</li> <li>異常時の対処能力の不足</li> <li>面倒、手抜き、確認の不徹底(仕事への慣れや煩雑な業務、人員不足など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>子宮収縮不全→弛緩出血、急性貧血症、出血性ショックなど</li> </ul>	
<p><b>C.分娩後の診断・ケア</b></p> <p>分娩後?時間まで</p> <p>18. 胎盤娩出後の診断 問診、内診、外診、超音波エコー(必要時)を行い、下記の項目について確認し、異常の有無を診断する。 【診断項目】&lt;母体因子&gt;一般状態、出血、子宮・膈・骨盤の状態、妊娠中の異常・合併症、既往歴、妊娠既往歴 等</p> <p>19. 胎盤娩出後の観察とケア 異常が想定されない場合は、以下の観察とケアを行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身状態観察不十分</li> <li>異常の発見と対処の遅れ</li> <li>疲労回復のための援助不十分</li> <li>病棟勤務者への不正確な報告</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問診や診察、鑑別診断、異常時の対処のための知識・技術・査定不足</li> <li>Jiコミュニケーションの不足</li> <li>面倒、手抜き、確認の不徹底(仕事への慣れや煩雑な業務、人員不足等)、</li> <li>観察と看護の必要性に関する説明不十分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>胎盤遺残、クリステル娩出法適応で出血性ショックと子宮腔内癒着を来した事例(1991.6.14 東京地裁)</li> <li>分娩後の大量出血で死亡した産婦につき抗生</li> </ul>	

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>-1. 全身状態：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体温、呼吸、脈拍、血圧の測定をす。</li> <li>・ 褥婦の訴え（頭痛、胸内苦悶、心悸亢進、口渇、全身疲労状態）をよく聞き、顔色、意識状態などにも注意をし、異常状態を早期に発見する。</li> <li>・ 分娩直後の褥婦は出産を成し遂げたという充実感をかみしめているが、身体的には体力の消耗による強い疲労感がある。このため、分娩後は静かな環境を作り、保温に留意し休息を取らせる。疲労感著明な時は清拭後足浴をさせることにより爽快となる。</li> <li>・ 水分の補給は、季節により気分を爽快にする飲み物を必要に応じて与える。保温や疲労回復の点からは、温かい牛乳、スープ、番茶などを与えると効果がある。空腹を訴え食物を摂取する意欲があれば、消化の良い食物ならば与えて良い。</li> </ul> <p>-2. 子宮収縮と出血：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 子宮収縮状態は、分娩後1時間後と2時間後に子宮底の高さ、硬さにより知る。また、子宮収縮状態の観察と同時に、出血量の測定も行う。出血量の多い場合は、1時間間隔とせず適時行い、出血の性状および部位の確認をして、異常出血かどうかを早期に鑑別しなければならぬ。裂傷や胎盤遺残などがなく子宮収縮が不良の場合は、子宮底の輪状マッサージや、冷電法、腹帯などにより子宮収縮を促す。直腸や膀胱の充満は、子宮収縮を遅延させるため、尿が貯留している場合、歩行できる状態であれば自尿を試み、自尿のない場合は導尿を行う。</li> </ul>	<p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 異常徴候の見逃ごし</li> <li>・ 異常時の対応の遅れ</li> <li>・ 異常時の対応に伴うミス（腔内強填タンポン・ガーゼ・縫合針や器具の置き忘れ、薬剤・輸血・検査上のミス）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 思い込み、思い違い、うっかり</li> <li>・ 医師やスタッフとの連携不充分</li> <li>・ 「生じ得る事故」に対する認識・危機感の不足</li> <li>・ &lt;以下、共通&gt;</li> <li>・ 問診や診察、鑑別診断、異常時の対処のための知識・技術・査定不足</li> <li>・ 観察と看護の必要性に関する説明不十分</li> <li>・ エンカウンター力の不足</li> <li>・ 面倒、手抜き、確認の不徹底（仕事への慣れや煩雑業務、人員不足等）</li> <li>・ 思い込み、思い違い、うっかり</li> <li>・ 医師やスタッフとの連携不充分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 癒着胎盤、胎盤一部遺残→弛緩出血（完全癒着胎盤の場合を除く）、胎盤用手剥離に伴う出血と易感染症、出血性シヨックなど、</li> <li>・ 弛緩出血→出血性シヨック、母体死亡など</li> <li>・ 子宮頸管裂傷→裂傷部からの大量出血、出血性シヨック</li> <li>・ 止血処置→膀胱・尿管の損傷、排尿障害</li> <li>・ 子宮内反症→出血性シヨック、母体死亡、産後の損傷、排尿管塞</li> <li>・ 子宮内反症→出血性シヨック、母体死亡、産後の損傷、排尿管塞</li> <li>・ 子宮頸管裂傷や易感染症など</li> <li>・ DIC→出血性シヨック、多臓器不全症、母体死亡、子宮全摘術など基礎疾患の処置に伴う身体侵襲や易感染症など</li> <li>・ 子癇発作→外傷、咬傷、気道閉塞、母体死亡など</li> </ul>	<p>剤投与が不充 分だった事例 (1981.10. 27 東京地裁)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 弛緩出血の際、輸血の手配遅延のため母体死亡 (1985.6.20 前橋地裁)</li> <li>・ 出産時の性器からの大量出血による母体死亡につき輸血の措置を怠った事例 (1982.12.24 大阪地裁)</li> <li>・ 子宮頸管裂傷による大量出血の際輸血の手配が遅れ母体死 (1980.7.30 東京地裁)</li> </ul>

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>20. 母子の対面</p> <p>新生児期の母子間の接触が早ければ早いほど、長ければ長いほど、その後の乳児の育ちがよく、母子関係もよいと言われている。母子に異常がなければできるだけ早い時期に対面させ、乳頭の吸てつをさせたりして児との接触を図ることができ、るように配慮する。パートナーとの対面についても同じである。</p> <p>母子の肌を直接触れ合わせる SKIN TO SKIN カンガルーケアは、その後の母子関係に資することが大きいことが明らかにされている。カンガルーケア施行時には、児の低体温を導きやすいため、以下のような注意事項を守る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象となる児は成熟健康児であり、Apgar Score もよく活気があること。母親も分娩経過が順調であり、児を落ち着いて保持できるだけの体力・気力があること。</li> <li>児は温かく乾いた毛布やタオルなどでしっかりと保温されていること。</li> <li>SKIN TO SKIN を原則とする。直接肌同士を接触させることができない場合には（母体が仰臥位で安静を強いられるなど）、児に衣服を着用させること。</li> <li>最低でも 15 分毎に児のバイタルサインをチェックし、異常が見られたら直ちにしかるべき処置を行い、新生児科・小児科の医師に連絡すること。母親には状況をわかりやすく説明し、過剰な心配をかけないこと。</li> </ul> <p>21. 褥瘡への移送</p> <p>分娩 2 時間後の観察で異常の認められない場合は褥瘡に移送し、病棟勤務者に申し送る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児出産後、児の状態と無関係に児と母親の接触の機会を奪う</li> <li>・ カンガルーケア時の注意事項を守らない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母子関係、父子関係に対する知識や理解、査定能力の不足</li> <li>・ 固定化された業務システム（根拠に基づかない因習的ケア）</li> <li>・ 医師の理解や協力が得られない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児の低体温</li> <li>・ 児の転落</li> </ul>	<p>判例等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 帝王切開に際し縫合針を産婦の腹部に遺留 (1986. 6.10 東京地裁 / 2001. 3. 31 京都地裁)</li> </ul>

添付資料 2. HFWEA の手法を用いた新生児の診断・ケア（修正版）

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>A. 出生から生後 24 時間</p> <p>1. 新生児の観察に必要な母体情報 以下のような出生前の母体・胎児情報を十分に把握し、リスク因子を探索する。</p> <p>1) 年齢 2) 既往歴</p> <p>(1) 産科歴（妊娠・分娩回数、産科異常、分娩様式、分娩式、新生児の出生体重・在胎週数、新生児期の異常） (2) 今回の妊娠経過（予定日・在胎週数、合併症の有無（糖尿病、甲状腺疾患、心疾患、腎疾患、貧血）、感染症の有無（梅毒、結核、トキソプラズマ、クラミジア、GBS、肝炎、風疹、サイトメガロ、ヘルペスなど）のウイルス感染）、産科異常（多胎、出血、妊娠中毒症など）、胎児発育・健康状態（胎児体重の推定、NST・羊水による胎児成熟度判定法・羊水量などのデータ） (3) 分娩経過（分娩様式、分娩所要時間、産科異常・産科手術（PROM、鉗子分娩、吸引分娩、帝王切開、骨盤位分娩）、胎児仮死の有無、分娩促進の有無と使用された薬剤、麻酔の有無と使用された薬剤、胎盤および付属物の所見など</p> <p>2. 健康審査 観察のポイント：胎外生活に適応できているか、外表面形や分娩損傷などはないか。</p> <p>1) アプガースコア： 主として出生直後の呼吸、循環について新生児の状態を簡便に評価するもの。 出生 1 分後、5 分後に観察し、採点する。</p>	<p>・異常徴候の発見の遅れ緊急時の対応の遅れ</p> <p>&lt;以下、共通&gt; ・不適切な診査と査定 ・不適切な治療、処置、看護</p>	<p>・問診や診察の知識・技術・査定不足 ・カルテ不備、未検査 ・情報伝達時の報告ミスや聞き違い ・薬剤や検査にからむ問題 ・思い込み、思い違い、うっかり、面倒、手抜き、確認の不徹底（仕事への慣れ、煩雑業務、人員不足など）</p> <p>&lt;以下、共通&gt; ・診査に必要な知識・技術・査定能力の不足 ・ハイリスク児に対する観察や処置の知</p>	<p>・新生児の取り違い ・分娩遷延、微弱陣痛、胎位異常、分娩促進、産科手術、胎児仮死→MAS、特発性呼吸窮迫症候群、易感症、分娩損傷、低酸素性虚血性脳症→重度の後遺症、新生児仮死・死亡など ・低出生体重→消化器奇形（食管閉鎖症、十二指腸及び上部空腸閉鎖症、臍帯ヘルニア等）、低血糖、呼吸器障害などの可能性 ・羊水過多→食道閉鎖、十二指腸閉鎖症の可能性／羊水過少→尿路閉塞の可能性</p> <p>・在胎 42 週以上の児→新生児仮死、MAS、胎盤機能不全症候群、低血糖、多血症などの可能性 ・妊娠中毒症の児→低出生</p>	<p>・新生児の取り違い事件（1972.9.5 東京地裁 /1982.6/） ・2 歳児検診時脳性麻痺診断・原因不明事故（1982.10.20 浦和地裁） ・吸引分娩出産児死亡事故（1986.8.28 東京高裁） ・巨大児死産事故（1988.12.28 東京地裁） ・臍帯脱出分娩後、脳性麻痺事故（1989.4.25 東京地裁）</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>7～10点が正常、3～6点は軽度仮死、0～2点は重症仮死と分類され評価される。</li> <li>生後1分のアプガースコア6以下の児は5分後に再び採点する。1分後のスコアの低い児には蘇生治療の適応となり、5分後のスコアの低い児では神経学的異常を残す頻度が高いといわれ、その後の注意深い観察が必要となる。</li> <li>最近では、分娩直後の臍動脈血液ガス分析による酸素分圧と二酸化炭素分圧、pH値を、分娩ストレスの程度や、出生時の状態を反映するものとして、アプガースコアと併用して新生児仮死の診断に用いている施設もある。</li> </ul> <p>2) 外表奇形の有無</p> <p>以下のような所見があったら、次のような診断名を疑う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 頭部 <ul style="list-style-type: none"> <li>水頭症：頭部が軀幹に比して大きすぎる場合、大泉門が膨隆している場合。</li> <li>小頭症：頭部が小さすぎる場合。</li> </ul> </li> <li>② 顔貌 <ul style="list-style-type: none"> <li>ダウン症：眼が上方につきあがり、舌挺出、耳が小さく、首が太く、皮膚がたるんでいる場合。染色体検査により診断する。</li> <li>18トリソミー：小頭症、後頭骨の突出、耳介の奇形などがある場合。</li> </ul> </li> <li>③ 眼 <ul style="list-style-type: none"> <li>単眼症：眼球が1つしかないもの。</li> <li>無眼球症；眼球が欠如しているもの。</li> <li>白内障：先天性風疹症候群やガラクトース血症を疑う。</li> </ul> </li> <li>④ 口腔内： <ul style="list-style-type: none"> <li>口蓋裂・口唇裂：口蓋裂は口唇裂に合併することが多い。</li> <li>真珠腫；歯肉や口蓋に数mmの白色腫瘤ができている場合。正常なものであり、生後1～2ヶ月で消失する。</li> </ul> </li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>識・技術・査定能力の不足</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師やスタッフ間の伝達・連携ミス（報告忘れや遅れ、言い違い、聞き違いなど）</li> <li>・ 診査に必要な設備・備品の不足や故障、使い方が不慣れ</li> <li>・ 思い込み、思い違い、うっかり、面倒、手抜き、確認の不徹底</li> <li>（仕事への慣れ、煩雑業務、人員不足など）</li> <li>（同上）</li> </ul>	<p>体重児、SFD児、低血糖症、多血症、感染、など</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症の児→先天性感染症、呼吸障害、消化器症状、新生児のキヤリア化、重症化すれば敗血症、髄膜炎など</li> <li>・ 糖尿病の児→巨大児、分娩損傷、呼吸窮迫症候群、低血糖症、低カルシウム血症、高ビリルビン血症、多血症など</li> <li>・ 甲状腺機能亢進症の児→頻脈</li> <li>・ 薬剤その他→</li> <li>・ 多胎→低出生体重児、双胎間輸血症候群（一卵性の場合）</li> <li>・ 異常徴候の発見や緊急時の対応の遅れ</li> <li>→低血糖、低体温、特異性呼吸窮迫症候群、易感染症、急性薬物中毒、ショック、溶血性疾患、重症黄疸（核黄疸）、低酸素性虚血性脳症、分娩障害、内臓奇形（心奇形）など</li> <li>→重度の後遺症、新生児仮死・死亡など</li> </ul>
---	-------------	--	--

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>・ 魔歯：生後すでに歯がはえているが、とてももろくて抜けやすい。</p> <p>⑤ 耳</p> <p>・ 副耳：副耳や耳介の奇形は小奇形であり、必要があれば形成外科の診察を依頼する。</p> <p>・ 耳廊孔：内部から膿性の分泌物などが排出されない場合はそのまま経過観察とする。</p> <p>⑥ 胸部</p> <p>・ 魔乳：乳房肥大。魔乳は母体からのエストロゲンが移行して起こる。男女ともみられ、生後2～3ヶ月で消失する。</p> <p>・ 臍出血：臍帯動脈が1本の場合には単一臍帯動脈であり、他の奇形が合併していないかを観察する。同時に臍出血の有無も確認する。</p> <p>⑦ 背部・臀部</p> <p>・ 髄膜瘤：仙骨部に腫瘍が触れる場合。</p> <p>・ 鎖肛：肛門がない場合。肛門体温計またはゴムブジーを挿入して確認する。</p> <p>⑧ 四肢</p> <p>・ 多肢・欠指：指の数が多く、または不足しているもの。指と指が合わさっているものを合指と判断する。</p> <p>・ 内反症：四肢の長さに左右差がないか確認する。内反症は胎勢によって生じることが多く、自然に回復する場合もある。</p> <p>・ 股関節脱臼：関節制限や脚長差があり、クリックテストでクリック音が聞かれる場合。</p> <p>・ 上腕神経叢麻痺：肩甲難産に多く、損傷レベルにより上位型（上腕型）、下位型（前腕型）に分類される。</p> <p>⑨ 性器</p>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p> <p>・ 頭血腫→重症黄疸、貧血などの可能性</p> <p>・ 頭蓋内出血により後遺症を遺</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 停留睾丸：男児で、睾丸が下降していない場合。両側性か片側性かを観察する。尿道下裂の有無も観察する。</li> <li>・ 半陰陽：女児で、大陰唇が異常に突出している場合など。</li> <li>⑩ 皮膚 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血管腫・母斑：チアノーゼ、浮腫、血管腫、紅斑、母斑の有無とその部位を観察する。血管腫や紅斑は生後1～2年で消失するものが多いが、母斑は悪性化するものもある。</li> </ul> </li> <li>3) 分娩損傷の観察 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 産瘤と頭血腫：産瘤は産道を通過する際、圧迫を受けて先進部に浮腫を生じる。出生直後が著明であり、数日で軽減する。頭血腫は産道通過の際、児の骨膜が頭蓋骨から剥離してその隙間に血液がたまってできる。骨縫合を越えず、波動性をもった腫瘍として触れる。出生直後は産瘤と判別しにくく、数日後に明らかになることが多い。</li> <li>・ 頭蓋内出血：原因は頭部外傷と無酸素症に分けられる。不規則で浅く速い呼吸、無呼吸発作、チアノーゼの出現、筋緊張の異常、甲高い泣き声、痙攣、モロー反射の欠如、大泉門の膨隆(硬膜下血腫)などの所見から疑う。</li> <li>・ 骨重積：産道の圧迫により、骨と骨とが重なり合っできる。生後数日で自然消失する場合が多い。</li> <li>・ 眼球結膜出血：分娩時の圧迫によって眼球の静脈がうっ血して起こる。生後1ヶ月前後で消失する。</li> <li>・ 頭蓋陥没骨折：脳に障害を与えるため、手術的整復を行わなければならぬので発見後は速やかに医師に報告する。</li> <li>・ 鎖骨骨折：骨折部を触診することにより発見できる。骨折側の腕の動きが少ない。モロー反射が左右不対称で減弱することからも判断できる。</li> <li>・ 顔面神経麻痺：患側の眼を閉じることができない。啼泣時、患側の口角が下がることにより判断できる。</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頭蓋内出血 → 意識不明、虚血性脳症、新生児仮死・死亡などの可能</li> </ul>	<p>( 1989. 4. 24 宮崎地裁)</p> <p>・ 分娩障害(上腕神経叢麻痺)事故 1985. 1. 30 東京高裁)</p>
---	--	--	---

<p>上腕神経叢麻痺：上位型（上腕型）は患側の肘関節が伸展し、モロー反射が減弱する。下位型（前腕型）は把握反射が欠如する。</p> <p>4) 成熟度の判定：          一般にはドゥボウィッツの成熟度判定スコアが用いられている。外表所見と神経学的所見により、在胎週数を、生後 24 時間以内に推定する。</p> <p>5) 診察・計測に必要な技術          (1) バイタルサイン測定：          出生直後から出生 3 時間までは 1 時間ごと、その後は異常がなければ 1 日 3 回の測定を実施する。</p>		<p>の可能性</p> <p>(「2-2」に準ず)</p> <p>(同上)</p>	
---	--	---	--

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>①呼吸測定：          胸部と腹部の動きを 1 分間測定する（腹部に軽く手を当てて測定しても良い）。          シルバーマン・スコアにより、40～50 回/分が正常であり、30 回以</p>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	

<p>下、60回以上であれば異常と判断する。</p> <p>また、呻吟、無呼吸、陥没呼吸などは異常呼吸である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肺雑音は、生後数時間は正常でもみられることがあるので異常との鑑別の必要性がある。</li> <li>・ 啼泣は弱々しくないか、甲高い声ではないかをあわせて観察する。</li> </ul> <p>②心拍測定；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 左第5肋骨（心尖部）に聴診器を当てて、1分間測定する。</li> <li>・ 出生直後160回/分であるが、その後は120～140回/分となる。100以下は徐脈、200以上は頻脈と判断する。</li> <li>・ リズム不整、心雑音が聞かれる場合は、生後数日間は生理的に聴取される場合もあるので、経過を観察していく。</li> </ul> <p>③体温；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出生直後は体温の変動が激しいので、直腸温で測定する。しかし、頻回に計測すると直腸粘膜を傷つけることがあるので、出生後3時間以降は皮膚温で計測する。</li> <li>・ 37℃前後が正常である。</li> </ul> <p>(2) 身体計測</p> <p>① 身長測定；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身長計を用いて、頭部の先端が身長計の端についていることを確認し、両膝を上から軽く抑えて測定する。</li> </ul> <p>② 躯幹・児頭の計測；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児頭計測器を使用して、肩幅、腰幅を測定する。次にメジャーを用いて肩甲骨周囲、胸囲、腰囲を測定する。</li> <li>・ 躯幹の計測・観察が終了したら衣服を着用し、頭部の計測・観察を行う。</li> <li>・ 児頭計測器で小横径、大横径、前後径、小斜径、大斜径を計測し、メジャーにしてその周囲と大泉門の大きさ、毛髪の長さなどを測定する。前後径、小斜径、大斜径とその周囲は、児を側臥位にする測定しやすい。</li> </ul>	<p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不適切な診査と査定</li> <li>・ 不適切な看護</li> </ul> <p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 査定に基づいた看護に必要ない知識・技術・査定能力の不足</li> <li>・ 看護に必要な設備・備品の不足や故障、使い方が慣れない</li> <li>・ 医師やスタッフ間の伝達・連携ミス（報告忘れや遅れ、言い違い、聞き違いなど）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不適切な看護による胎外環境への適応の遅れ、逸脱→低体温、呼吸困難、低酸素症、胃穿孔、胎便吸引症候群（MAS）など</li> <li>・ 異常徴候の発見や緊急時の対応の遅れ</li> <li>→低血糖、易感染症、薬剤アレルギー反応、シヨ</li> </ul>	
---	--	---	--

<p>3. ケア</p> <p>1) 気道の確保:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>鼻腔・口腔内にある羊水をガーゼですばやく除去し、第一呼吸を助ける。</li> <li>清拭後、カテーテルを使用して、吸引を行う。新生児は鼻腔のみで呼吸を行うので、まず鼻腔の吸引を行う。次に、口腔、胃内吸引を行う。</li> <li>7Frのカテーテルで、20mmHg前後の吸引圧で行う。</li> <li>咽頭にカテーテルを挿入する場合は、吸引圧をかけずに行う。挿入後、吸引圧をかけて1箇所圧がかからないように、らせんを描きながらカテーテルを引いてくる。1回の吸引時間は5~10秒までとする。</li> </ul>	<p>(「3-1 事故防止」参照) (同上)</p>	<p>・思い込み、思い違い、うっかり、面倒、手抜き、確認の不徹底(仕事への慣れ、煩雑業務、人員不足など)</p>	<p>ツク、溶血性疾患、核黄疸、低酸素性脳症、分娩障害、内臓奇形(心奇形)など →重度の後遺症、新生児仮死・死亡など</p>
<p>2) 保温</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>出生直後は蒸散により急激な体温低下を来しますので、できるだけ早期に温かいタオルなどで全身の羊水などを清拭する。処置および計測はインフアントウォーマーで行う。</li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<p>・低体温→肺血管の収縮、肺血流量の低下、代謝性アシドーシス、低血糖、酸素消費量増大による低酸素血症など</p>
<p>3) 児の標識・性別(「3-1」事故防止)参照)</p>			
<p>4) 児の観察</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アプガースコア、外表奇形、分娩損傷の有無を観察する。ただちに処置が必要な場合は、すみやかに臍帯を切断し、医師と協力してそれにあたる。</li> </ul>			
<p>5) 臍帯の処置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>臍輪部から4~5cm離れたところをコッヘル鉗子で2箇所止め、児側から1.5~2センチのところを臍帯クリップをし、臍帯クリップから胎盤側に1cm離れたところまで切断する。</li> <li>切断面を消毒しながら、臍帯の血管(動脈2本、静脈1本)を確認する。</li> </ul>			

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>6) 沐浴</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>最近では、出生直後の沐浴は低体温の原因となるため行わず、血液を落とす程度に部分清拭を行うことが多い。</li> </ul> <p>7) 身体の計測</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(・「2-8」診察・計測に必要な技術参照)</li> </ul> <p>8) 眼処置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>産道の淋菌や細菌による結膜炎予防のために、抗生剤による点眼を行う。</li> </ul> <p>9) 母子の早期接触</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>出生後できるだけ早期に母子を対面させる。また、可能ならば母親の胸の上に裸の児を乗せ、肌と肌を直接触れ合わせて抱かせ(カンガルーケア)、乳首を吸啜させる。このような早期接触は、母子関係確立のために重要である。</li> </ul> <p>10) 事故防止</p> <p>(1) 新生児の取り違い事故</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>識別標識を児と母親の両方に装着し、児がその母親の子であることを同定する。</li> <li>標識は消失・脱落があることを考慮して、必ず2種類以上装着することになっている。児娩出後、最初につけるものを第1標識、次につけるものを第2標識としている。第1標識は母児ともに装着する器具標識にし、第2標識は新生児に記入する標識がよい。母児標識は、産婦が分娩室入室時に母児1組の標識を、目的を説明して左手首に装着する。このとき、児標識は切り離さない。児娩出後、児の標識を切り離し、新生児の左足首または左手首に装着する。母児の対面とともに、番号の確認をいっしょに行う。第2標識の記入は沐浴や処置が終了してから行っても良い。</li> <li>新生児入室時、スタッフ間で標識を再確認する。</li> </ul>	<p>(同上)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新生児の取り違い</li> <li>識別標識取り付け前の取り違い</li> <li>識別標識の新生児氏名(母親氏名)の誤記</li> <li>識別標識の使用手順の誤り</li> <li>新生児の性別</li> </ul>	<p>(同上)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>思い込み、思い違い、うっかり、面倒、手抜き、確認の不徹底(仕事への慣れ、煩雑業務、人員不足など)</li> <li>識別標識の使用手順の誤り</li> <li>医師やスタッフ間の情報伝達・連携不十分</li> <li>母親や家族とのコミュニケーション不足</li> </ul>	<p>・低体温→肺血管の収縮、肺血流量の低下、代謝性アシドーシス、低血糖、酸素消費量増大による低酸素血症など</p> <p>・低体温→肺血管の収縮、肺血流量の低下、代謝性アシドーシス、低血糖、酸素消費量増大による低酸素血症など</p> <p>・見の転落(ベッド柵の不使用、産婦管理不十分などによる)→打撲、頭部出血、脳性麻痺、新生児仮死・死亡など</p>	<p>・新生児性別誤記事件(1977.11.25)</p> <p>・出生届や母子手帳など公</p>

<p>(2) 新生児の性別誤認および誤記</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>分娩の直接助産者は、見出生時、児の性別を確認する。明確に判別できれば男か女かを明言し、居合せ産婦と家族、医師、助産婦、看護婦の間で共通確認できるようにする。</li> <li>間接助産者は、児の性別を所定の経過記録用紙に正確に記入する。直接助産者は、その記録内容をチェックし、自分の認識との違いを発見したら、ただちに児を直接観察して正しい性別を把握し、誤記は訂正する。記録をした間接助産者にもその旨を伝え、注意を促す。</li> <li>直接助産者は、分娩記録や出生証明書などの必要書類に性別を正しく記入する。記入もれや誤記がないか必ずダブルチェックする。</li> <li>児の性別により、識別標識の色が異なっている場合（男児が青、女児がピンクなど）は、正しい色の標識を児に装着する。母親や家族にも児の性別による標識色の違いについて説明し、正しい色の標識が児に装着されたことを複数の目で確認する。</li> </ul>	<p>の誤認/誤記</p> <p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>異常徴候の発見の遅れ</li> <li>異常時の対処の遅れ</li> </ul>	<p>的書類の誤記→誤った性別で戸籍登録</p> <p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診査に必要な知識・技術・査定能力の不足</li> <li>ハイリスク児に対する観察や処置の知識・技術・査定能力の不足</li> <li>医師やスタッフ間の伝達・連携ミス（報告忘れや遅れ、言い違い、聞き違いなど）</li> <li>診査に必要な設備・備品の不足や故障、使い方が不慣れ</li> </ul>
<p>B. 生後24時間～7日間</p> <p>1. 健康診査（異常と思われる健康状態の判断）</p> <p>1) 呼吸器</p> <p>① 異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>多呼吸：1分間に60回以上の呼吸数。呼吸が浅いことが多い。</li> <li>呻吟：呼吸時にうなり声を出す。</li> <li>陥没呼吸：吸気時に肋間、胸骨下や鎖骨上窩が陥没する。</li> <li>鼻翼呼吸：鼻翼が律動的に動く。</li> <li>シーソー呼吸：吸気時に胸部が下がり、腹部が上がる。</li> <li>無呼吸：20秒以上の無呼吸あるいは20秒以下でもチアノーゼ、徐脈（100回/分以下の心拍数）を伴うもの。</li> </ul>		

<p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸障害の指標シルバーマンのリトラクション・スコアでは、2点以上は呼吸窮迫ありとされ、継続的観察を要する。</li> <li>無呼吸発作は、放置すると低酸素状態に陥る危険性がある。さらに無呼吸発作は、微細痙攣の1症状であり、重篤な合併症の危険性もあるので、早期発見と呼吸回復に努める。</li> <li>新生児の呼吸器症状は、低血糖、低体温、アシドーシスや心疾患、中枢神経疾患、感染症など多彩な原因でも起こりうるので、産科情報や児の全身状態を注意深く継続的に観察する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>思い込み、思い違い、うっかり、面倒、手抜き、確認の不徹底（仕事への慣れ、煩雑業務、人員不足など）</li> </ul>		
---	--	--	--	--

<p>2) 子アノーゼ</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 子アノーゼで問題になるのは中心性子アノーゼである。全身や舌、口唇が暗紫色に変化し、悪化すると全身蒼白の状態に陥る。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 子アノーゼは還元ヘモグロビンが 4~6 g/dl を超えると観察される。原因として低酸素血症と循環障害がある。低酸素血症は、呼吸障害や先天性心疾患の左右短絡がある場合に起こる。</li> <li>・ 中心性子アノーゼが観察されたら、呼吸障害の有無を観察し、必要なら酸素投与、マスク&amp;バッグにより蘇生を行う。酸素投与を行っても子アノーゼの回復が悪い場合は、先天性心疾患の左右短絡に注意する。</li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<p>・末梢性子アノーゼ←循環障害、低酸素血症</p> <p>・中心性子アノーゼ←呼吸障害、先天性心疾患の左右短絡、血圧下降、</p>
<p>3) 消化器症状</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 嘔吐回数が5~6回/日以上と多く、持続的で、量も多い。</li> <li>・ 吐物が緑色または血性。</li> <li>・ 腹部膨満を伴う。</li> <li>・ 体重減少が著明で脱水がある。</li> <li>・ 全身状態が悪い。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 嘔吐により疑われる疾患は種々あるがあるが、特に緊急手術を要する疾患（先天性消化管閉鎖、腹膜炎、腸重積など）か否かは迅速な鑑別診断が必要となる。消化管閉鎖では、口に近い上方であれば嘔吐は早期に出現し、下方、肛門に近ければ嘔吐の出現は上方より遅れる。</li> <li>・ 吐物は、生後24時間以内のものは、産道通過時に嚥下した母体血（真性性メレナ）、それ以降（生後1~6日）では新生児出血性疾患（真性</li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<p>・嘔吐の発見と対処の遅れ→緊急手術を要する疾患（先天性消化管閉鎖、腹膜炎、腸重積など）、メレナ（真性・仮性）、腹部膨満の発見と対処の遅れ→胎便の排泄遅延、便秘、病的嘔吐を合併する消化管通過障害時、腹部腫痛、腹水、腹壁の筋緊張低下。</p>

<p>メレナ)の頻度が高い。</p> <p>下血は、生後3日以内のものであれば、母体血と新生児出血性疾患、それ以降では新生児出血性疾患に加え、細菌性腸炎、壊死性腸炎、消化管穿孔、腸回転異常などがあるので注意する。吐物・下血が母体血か新生児血かの判別にはアプト試験を行う。</p> <p>腹部膨満は、腹腔内や腸管のガス貯留によるものが多く、胎便の排泄遅延、便秘、病的嘔吐を合併する消化管通過障害時にみられる。他にも、腹部腫瘍、腹水、腹壁の筋緊張低下でもみられる。</p> <p>4) 発熱・低体温</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発熱：深部体温（直腸温）で37.5℃以上、皮膚温で37.0℃以上。</li> <li>・ 低体温：深部体温（直腸温）で36.0℃以下、皮膚温で35.5℃以下。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新生児は体温調節可能温度域が狭く、環境温度の変化や適切でないケアによっても容易に発熱・低体温となる。皮膚温で37.5℃以上や36.0℃未満では環境温度や水分摂取状況に注意をする。改善がみられなければ医師に連絡して適切な対応をとる。</li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 低体温→肺血管の収縮、肺血流量の低下、代謝性アシドーシス、低血糖、酸素消費量増大による低酸素血症など</li> </ul>
<p>5) 体重</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体重減少量が生下時体重の10%以上または生後10~14日を経ても出生体重に戻らない場合は何らかの異常を疑う。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生理的な体重減少は、出生体重の約10%未満で、一時的なものである。</li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 体重の著しい減少→脱水症、重症黄疸（核黄疸）、新生児仮死・死亡</li> </ul>



<p>れる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>24 時間以内に発現する早発黄疸は、新生児溶血性疾患 (ABO 不適合、Rh 不適合)、子宮内感染症、敗血症が疑われる。血液型不適合の有無、子宮内感染症では破水の時期や羊水混濁の有無も併せて確認する。</li> <li>臨床上で頻度が高いのは特発性高ビリルビン血症で、成熟児では総ビリルビン値が 15mg/dl とされている。予防として、①臍帯早期結紮、②早期に哺乳を開始する、③頻回哺乳と水分の補給、④採光や照明等、環境に注意し、光エネルギーによる代謝を促す、⑤黄疸増強因子 (感染、嘔吐、薬物投与) への予防、がある。</li> </ul> <p>③核黄疸による症状 (Praag の分類)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第 1 期：筋緊張低下、嗜眠、吸吮反射の減弱</li> <li>第 2 期：痙性症状、発熱、後弓反張</li> <li>第 3 期：痙性症状の消褪期。第 1 週の終わりごろに始まる。</li> <li>第 4 期：生後 1 ヶ月以内に錐外路症状が発現し、脳性麻痺となる。</li> </ul> <p>7) 神経症状</p> <p>(1) 筋緊張</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緊張低下：腹臥位でも四肢全体がベッドに付着するような蛙様肢の姿勢がみられ、抱いた時、体がグラリとした印象を受ける。</li> <li>筋緊張亢進：体が「硬い」と感じられ、後弓反張の姿勢がみられる。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>筋緊張低下は、新生児期の重篤な脳障害や全身疾患で一過性にみられる。筋緊張低下を主症状とする Floppy infant は、筋緊張の低下が持続的にみられ、神経系や筋肉の疾患、代謝性疾患なども疑われる。</li> <li>筋緊張亢進は、低酸素性脳障害、髄膜炎、頭蓋内出血、核黄疸でみられることがある。</li> </ul> <p>(2) 痙攣</p>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>筋緊張の持続的低下→筋肉や神経系の疾患、代謝性疾患などの可能性</li> <li>筋緊張亢進→低酸素性脳障害、髄膜炎、頭蓋内出血、核黄疸などの可能性</li> </ul>
--	-------------	-------------	--

標準ケア	失敗ケア	影響因子	生じ得る事故	判例等
<p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 微細発作の主な症状は、眼の異常症状（眼球偏位、眼球振盪、凝視瞬目）、口唇・顔面の動き（吸嚙、舌の出し入れ、咀嚼、流涎）、四肢の異常運動（遊泳様、ポートこぎ様、自転車こぎ様）、無呼吸などがある。</li> <li>・ 間代性痙攣は、1～3回/秒のリズミカルな四肢の動きをす。振戦は痙攣よりも動きが速く、抑制できることで判別する。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 発作頻度としては微細発作が最も多く、正常新生児にもみられる原始運動が発現するため、しばしば見逃されがちになるので注意を要する。</li> <li>・ 新生児の痙攣は、年長児と異なり強直間代痙攣はなく、強直性または間代性のみ、または非定型発作が多い。</li> <li>・ 新生児痙攣の原因として、頭蓋内疾患（低酸素性虚血性脳症、頭蓋内出血）、感染症、代謝異常（低血糖、低カルシウム血症、低マグネシウム血症など）、先天性代謝異常（ビタミンB6依存症、アミノ酸代謝異常など）、頭蓋内出血による脳性麻痺後遺症などの可能性。</li> </ul>	<p>(同上)</p> <p>(同上)</p> <p>(同上)</p> <p>(同上)</p>	<p>(同上)</p> <p>(同上)</p> <p>(同上)</p> <p>(同上)</p>	<p>・ 新生児痙攣→頭蓋内疾患（低酸素性虚血性脳症、頭蓋内出血）、感染症、代謝異常（低血糖、低カルシウム血症、低マグネシウム血症など）、先天性代謝異常（ビタミンB6依存症、アミノ酸代謝異常など）、頭蓋内出血による脳性麻痺後遺症などの可能性。</p> <p>・ 臍出血→感染症、貧血、出血性ショックの可能性</p>	
<p>8) 臍出血</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臍帯切断面、または臍帯脱落面より、持続性の出血を来す。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臍帯結紮が不十分な時、出血性素因などがある時に起こりやすい。</li> <li>・ 処置としては、臍帯の再度結紮を行う。脱落面の場合は、硝酸銀焼灼し、時には圧迫帯を施すこともある。出血が多量で血管が明瞭ならば、</li> </ul>	<p>(同上)</p>	<p>(同上)</p>	<p>・ 臍出血→感染症、貧血、出血性ショックの可能性</p>	

<p>9) 皮膚の膿疱</p> <p>血管を結紮することもある。</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主として黄色ブドウ球菌による表在性の化膿性炎症。</li> <li>膿疱は黄色を呈し、全身、特に屈曲部位に好発する。</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中毒性紅斑と区別する。</li> <li>ポピドノンヨード系の消毒薬にて消毒し、抗生剤の軟膏が塗布される。</li> </ul> <p>10) 外表奇形</p> <p>①異常所見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>頭部：小頭症、大頭症、脳瘤</li> <li>顔面：眼…両眼間距離の異常、内眼角贅皮、眼瞼の長短および角度の異常、小眼球症、青色強膜、白内障</li> <li>鼻…鷹鼻</li> <li>口…小顎症、唇裂、口蓋裂、巨舌</li> <li>耳…耳介低位、耳介変形</li> <li>頸部：短頸、翼状頸</li> <li>胸部：乳首異常、小胸廓</li> <li>四肢：短縮、揺り椅子様足、内反足、外反肘、猿線</li> <li>指趾：合指（趾）症、多指（趾）症、爪低形成</li> </ul> <p>②判断の視点または根拠</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>奇形の部位や程度により、通常のケアの可否を判断する。</li> <li>多発奇形症候群などの場合もあるので、それぞれ関連した奇形の発生しやすい部位をより詳細に観察する。</li> <li>各奇形のリスク（起こしやすい内蔵奇形や合併症の有無など）を考慮し、適切に対処する。</li> </ul> <p>2. ケア</p> <p>1) 保温</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>室内温度を26.0℃以上とする。</li> </ul>	<p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不適切な観察及び看護</li> </ul>	<p>&lt;以下、共通&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>観察及び看護に必要な知識、技術、</li> </ul>	<p>・膿胞の悪化、汎化</p> <p>・多発奇形症候群、内臓奇形合併の可能性</p> <p>→低血糖、低体温、呼吸窮迫症候群、易感染症、急性薬物中毒、シヨック、溶血性疾患、重症黄疸（核黄疸）、低酸素性虚血性脳症など</p> <p>→重度の後遺症、新生児仮死・死亡など</p>	
---	---	---	--	--