

## C. 分娩後の診断・ケア

---

分娩後2時間まで

### 18. 胎盤娩出後の診断

FTA フローの診断図に基づき、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】

<母体因子>

- 1) 一般状態
- 2) \*\*\*\*\*
- 3) \*\*\*
- 4) 出血
- 5) \*\*\*\*\*
- 6) \*\*\*\*\*
- 7) 子宮、膣、骨盤の状態
- 8) \*\*\*\*
- 9) 妊娠中の異常、合併症

<胎児因子>

- 12) \*\*\*\*\*
- 13) \*\*
- 14) \*\*
- 15) \*\*
- 16) \*\*\*\*\*
- 17) \*\*\*\*\*
- 18) \*\*\*\*
- 19) \*\*\*\*\*
- 20) \*\*\*\*

10) 既往歴、妊娠既往歴

11) \* \* \* \* \*

#### 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。

##### -1. 全身状態：

- ・ 体温、呼吸、脈拍、血圧の測定をする。
- ・ 褥婦の訴え（頭痛、胸内苦悶、心悸亢進、口渴、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。
- ・ 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。
- ・ 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。

##### -2. 子宮収縮と出血：

- ・ 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ない。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、冷罨法、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。

#### 20. 母子の対面

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。

### C. 分娩後の診断・ケア

---

#### 分娩後 2 時間まで

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。

- ・ 対象となる児は成熟健常児であり、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。
- ・ 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。
- ・ 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ているなど）、児に衣服を着用させること。
- ・ 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。

#### 2.1. 褥棟への移送

分娩 2 時間後の観察で異常の認められない場合は褥棟に移送し、病棟勤務者に申し送る。

添付資料 5. 失敗ケアの保証度査定のためのワークシート（日本赤十字社医療センターの例）

【 失敗ケアの保証度査定のためのワークシート 】

失敗ケアの発生頻度（起こりやすさ）と検出難易（発見しやすさ）を、下記の規準に基づき査定してください。

◎ 査定規準

発生頻度：5	⇒	1ヶ月に1回程度（よくある）
4	⇒	数ヶ月に1回程度
3	⇒	1年に1回程度（たまにある）
2	⇒	数年に1回程度
1	⇒	10年に1回程度（ほとんどない）
検出難易：5	⇒	分娩終了まで発見されないことが多い
4	⇒	次々行程で発見されることが多い
3	⇒	次行程で発見されることが多い
2	⇒	同一行程内に発見されることが多い
1	⇒	その場で発見されることが多い

※ 「行程」とは、出産プロセスにおける以下の区切りを指す。

行程1：事態発生～入院まで	↑	A
行程2：入院直後	×	
行程3：分娩第1期	×	
行程4：分娩第2期	×	B
行程5：分娩第3期	×	
行程6：分娩後2時間まで	↓	C

失敗ケア	現状の保証度		対策の要否	対策	対策後の保証度	
	発生頻度	検出難易			発生頻度	検出難易
<b>A. 事態発生～入院直後の診断・ケア</b>						
事態発生～入院前						
A-1. 主訴の把握： 主訴の確認忘れ／誤認	(4)	(3)	要	Ⅰ	(3)	(2)
A-3. 入院前の診断： 外来診療録の確認忘れ／誤認／理解不十分 ＜判例＞帝王切開既往を誤認し、産婦が分娩時に子宮破裂を起こし、胎児が死亡（1980.6.24 東京地裁）	(4)	(3)	要	Ⅱ	(3)	(2)
入院直後	(2 or 1)	(1)	否			
A-5. 産婦同定： 産婦の確認忘れ、取り違え	(1)	(1)	否			
A-6. 入院直後の診断： 不完全な情報の収集（母体の合併症やリスクの不適切な把握・対処）／情報の誤認／誘発分娩の適応についての判断の誤り ＜判例＞早期破水で入院直後に生じた胎児死亡（1976.9.29 東京高裁）	(2)	(4)	要			
A-7. 入院直後のケア：						
7-1. 入院時のオリエンテーション： 不十分なオリエンテーション／設備・備品の点検管理不十分 ＜判例＞インターフォンの機能不備による墜落分娩および新生児死亡（1988.9.16 東京地裁）	(4)	(5)	要	Ⅲ	(3)	(4)
7-3. 産婦への対応： 不十分な医療者情報の提供／分娩経過に関する不正確もしくは画一的な説明／不誠実で非支援的な関わり	(4)	(5)	要	Ⅳ	(3)	(4)
7-4. 付添者への対応： 付添者への説明と注意の促しの不十分さ／誠意がない、納得を伴わない関わり	(4)	(5)	要	Ⅴ	(3)	(4)

失敗ケア	現状の保証度		対策の要否	対策	対策後の保証度	
	発生頻度	検出難易			発生頻度	検出難易
<b>B. 分娩進行中の診断・ケア</b>						
<b>分娩第1期</b>						
B-8, -9. 分娩進行中の診断と観察： 分娩進行や母児の健康状態の不適切な把握・対処／異常徴候の見落とし・対処の遅れ ＜判例＞・正常位胎盤早期剥離による胎児死亡（1983.9.25 東京高裁／1993.3.30 東京地裁 他） ・骨盤位で臍帯脱出し、胎児が死亡（1975.3.28 大阪地裁） ・胎児心拍数の不適切な観察により低酸素脳性麻痺を後遺（1993.3.22）	(3)	(3)	要	⑤	(2)	(2)
B-11.分娩室への入室： 分娩室入室の時期を見誤り、不適切な時期に分娩室に移送 ＜判例＞病室内での突然の分娩により新生児措置が遅延、重度の脳性麻痺を後遺（1983.5.20 横浜地裁）	(3)	(3)	要			(2)
<b>分娩第2期</b>						
B-13. 分娩進行中の診断と観察： 分娩進行や母児の健康状態の不適切な把握・対処／異常徴候の見落とし・対処の遅れ ＜判例＞巨大児分娩時子宮破裂を来し、帝王切開を選択しなかった過失を問われた事例（1981.1.31 東京地裁）	(2)	(2)	要			
<b>分娩第3期</b>						
B-16, -17. 分娩直後の診断と観察： 胎盤剥離徴候や子宮収縮状態の不適切な把握・対処／異常徴候の見落とし・対処の遅れ	(2)	(3)	要			

失敗ケア	現状の保証度		対策の要否	対策	対策後の保証度	
	発生頻度	検出難易			発生頻度	検出難易
<b>C. 分娩後の診断・ケア</b> 分娩後2時間まで C-18, -19. 胎盤娩出後の診断と観察： 母児の健康状態の不適切な把握・ 対処／異常徴候の見落とし・対処 の遅れ <判例>・胎盤遺残、クリステレ ル娩出法適用で出血性 ショックと子宮腔内癒 着を来した事例 (1991.6.14 東京地裁) ・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) C-20.母子の対面： カンガルーケア時の注意事項を守ら ないことによる児の異常(窒息、低 体温、低温火傷など)	(3)	(3)	要	Ⅵ	(2)	(1)
	(4)	(2)	要			

※ 表の見方

- ・ 「対策の要否」に関して：

「要」は対策の優先度が最も高い項目であることを、「要」は対策の優先  
 度が高い項目であることを、「否」は対策の優先度が低い項目であることを  
 示す。

- ・ 「対策」に関して：

「要」の項目に対して対策を講じた項目には○印を付す。

○中にあるローマ数字は、対策の番号（次頁以降参照）に対応する。

## ◎対策

### I. 主訴の把握

1. 診断項目を問い合わせノートに添付し、内容の漏れがないようにする。

### II. 入院前の診断

1. I でリスクが予測されたときは、外来診療録を取り寄せ確認する。
2. 判断に迷ったら他のスタッフに相談をする。

### III. 産婦への対応

1. 自己紹介を必ず行う。
2. スタッフが 3 交代するシステムについて、産婦に不安を抱かせないように説明をする。
3. 産婦の言動についてスタッフ間で情報交換を行う。特に経過の長い産婦に対しては、産婦が自らの思いを表出しやすいように、適宜複数のスタッフが対応する。
4. ナースコールについて：
  - ・「何かあったら」ではなく、具体的にナースコールで連絡してほしい内容を伝える。
  - ・トイレにも設置されていることを伝える。
  - ・「産婦に任せきりではない（基本的に観察・ケアは助産師サイドで行う）が、万が一のために」という点を伝え、余分な不安を抱かせないように配慮する。
5. バースレビューでクレーム等があった内容については、スタッフ間で共通理解を図り、状況に応じてカンファレンス等で対策を検討する。

### IV. 付添者への対応

1. 付添者到着時、産婦に対し、付添者に入室してもらってよいか否か確認する。
2. 付添者に現在の分娩経過・今後の見通しを伝える。
3. 会話をする機会を多くし、付添者の思いを把握する。

4. 付添者の食事や休息に気を配る。
  - ・ 食事の勧め、立会い食の検討
  - ・ 簡易ベッド・椅子・待合室の活用、自宅待機の勧め

#### V. 分娩進行中の診断と観察／分娩室への入室

1. 交代時に申し送る側・送られる側と一緒に産婦の所に挨拶に行く（交代時に事故が起こり易い）。
2. 病棟内で“分娩室入室は、早くても遅いよりはいい”という雰囲気を作る（予備室での墜落分娩等を防止する）。
3. 判断に迷ったら他のスタッフに相談をする。
4. 分娩室への移動が困難なときは、予備室で分娩を安全に行えるようにする。
  - ・ 必要物品のリスト、セッティングや分娩介助のマニュアル作成など

#### VI. 胎盤娩出後の診断と観察

1. ナート終了までは産婦のそばに付き添い、出血状況を確認する。
2. ナースコールについて：
  - ・ 「何かあったら」ではなく、出血や痛みなど、具体的にナースコールで連絡してほしい内容を伝える。
3. 15分おきのカンガルーケアのチェック時に、産婦の訴えや全身状態を把握し、ケア・処置の必要性を判断する。
4. 高度救急・緊急対策マニュアル、輸血マニュアルを熟読し、異常時の対応に備える。

以上

平成 14 年度

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

病院内

総合的患者安全マネジメントシステム

の構築に関する研究

第三部

クライシスマネジメント

主任研究者

長谷川敏彦

国立保健医療科学院

政策科学部

平成 15 年 3 月

## 目次

### 総論

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| I. 安全・質をめぐる新たな概念     | 長谷川敏彦 |
| II. クライシスマネジメント総論と手法 | 長谷川敏彦 |
| III. リスクマネジメント総論     | 長谷川友紀 |

### マニュアル編

1. 情報
2. 苦情対応
3. マスコミ対応
4. 自殺
5. 暴力
6. 盗難
7. 環境問題
8. 職務倫理違反
9. 職員の犯罪
10. 食中毒
11. 労働災害
12. 火災、自然災害
13. 失踪

# 総論

I. 安全・質をめぐる新たな概念

長谷川敏彦

# 安全・質をめぐる新たな概念

## I はじめに

このたった数年間に、日本の医療の質安全性をめぐる状況は大きく変化している。もはや今日、医療事故の予防は日本の医療界にとってもっとも重要な課題のひとつである。事故を防ぐことは全ての医療機関にとってこれまでも重要な課題であった。しかし1999年1月の某教育病院におけるありべからざる事故をきっかけに、事故の予防が国民的な関心となり、これまで積極的に取り組んでこなかった政府を含めて、全国的な活動が始まっている。「治療を受けに来て逆に病気になるかもしれない」という患者の医療に対する不信感に医療界が応えていくかが問われている。

日本ではその後の数年で医療事故の課題に対し、急速な進展を見た。しかし、実は取り組みは日本に限ったものではない。ちょうどここ数年間に、米英豪国では日本と同様に医療事故があいつぎ、医療事故医療の質の実態が明らかになるにつれ、同様の世論の喚起を見、政府自らが総合的な予防戦略を策定するに至っている（註1-7）。国際的にみて日本は第四番目に総合戦略を策定した国であり、カナダやシンガポールがそれに続いて近日策定予定となっている。図1

米国はこれまで事故に対する医療訴訟も多く、リスクマネジメント（危険管理）のシステムが発達し、医療事故問題に積極的に取り組んできた国と知られており、いまさらなげ21世紀の世紀の変わり目にも新たな問題提起なのか、不思議に思われる。そして事故の問題は歴史のある米国のみならず、他の国々に広がり、最近では国際的課題として世界保健機構（WHO）でも取り組み始めている（註8）。いまさらなんでそこまで言う疑問を呈せざるをえない。おそらく世界同時多発的に取り組まれ始めた事故予防の課題には歴史的な原因が存在すると考えられる（註9）。

まず第一に1970年代以降、医療技術が急速に発展し、高度化し技術も複雑となり、様々な職種が多数関わって一人の患者を治すこととなったために、以前にまして実際に事故の起こる可能性が高まったのではなかろうか。図2 第二に医療技術が成熟化し特定の疾病に関する治療法が標準化されつつあり、期待される結果と正反対の外れ値である医療事故は捉えられやすく目立つ存在になったのではなかろうか。第三に提供者からみれば、医療の質の改善も一定の標準を目標に格差を埋めるといったアプローチで改善されうるが、大きな質の改善は外れ値である事故をなくすことによってしか、えられぬところまで到達したと考えられるかもしれない。第四に情報システムが発達し、医療の質の測定が可能となり、また一般人への知識の普及が進み、医療の質や安全性についての意識が高まり、吟味する目が厳しくなっているからであると考えられる。第五にこれらの変化の中で、医療界

での取り組みの欠如の問題が考えられる。他産業では、商品製造とその製造過程における安全性は車の両輪として発展してきた。その典型は飛行機業界や原子力産業である。その結果、航空業界の事故率は当初よりも格段に減少し、安全に関する知見や方法も積み重ねられてきて。翻って、医療産業は医療行為が命に直結し、生命に危険を及ぼす危険性が高いにも関わらず、その努力を怠ってきた付けが今日回ってきたのではなかろうか。

このような国際的動向と背景を見ると、20世紀から21世紀の世紀の変わり目に出現した新しい取り組み「医療の安全管理」は、人類史上初めて歴史的な必然性を持って登場したことが分かる。医療安全の諸方策については、既存の答えはなく、欧米の日本もアジアも発展途上国も横一列に並んで、研究開発を行っている。自転車操業のごとくつくりながらつかう人類最先端の研究の試みと言うことがいえる（註10）。

そこで今回は新しい考え方についての6つの特徴とこれを実施するための四つの新しい核概念を紹介し、実践のための戦略的展開を提案してみたい。

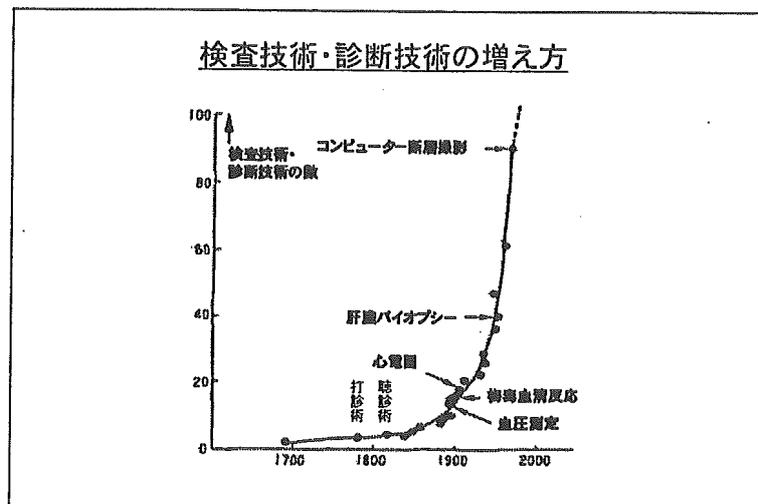
図1

### 安全質向上国際潮流

	米	英	豪	日
1995	ダナファーバー事件		医療事故頻度研究発表	
1996	大株額質諮問委員会		質作業組最終報告書	
1997		ブリストル王立小児病院事件		
1998		A First Class Service		
1999	IQM 報告書(戦略計画)			横浜市立大事件
2000	QuIC 報告書(行動計画)	An Organization with Memory (戦略計画)	Safety First (戦略計画)	
2001		Building a Safer NHS for Patient (行動計画)	National Action Plan 2001 (行動計画)	患者安全行動(PSA)
2002				患者安全国家戦略

### カナダ・シンガポール戦略検討中

図2



## II 六つの考え方の展開

世界各国での新しい医療安全の潮流を比較研究した結果、とくに米英豪などのアングロサクソンの国を中心に六つの新しい考え方の転換が認められる。図3

図3

<b>医療安全 新たな考え方</b>		
	<b>旧</b>	<b>新</b>
<b>人の性質</b>	人は間違ふべきではない	人は間違ふもの
<b>過誤の原因</b>	個人に問題	システムに問題
<b>責任の所在</b>	個人の責任	リーダーシップ(施設、政府)
<b>解決の方法</b>	医療界の中で解決	他産業から学習
<b>管理の対象</b>	危険管理(リスクマネジメント)	安全管理(セーフティマネジメント)
<b>質安全の関係</b>	質と危機管理は別	質と安全はコインの裏表

### 1) 人の性質「人は間違ふべきではない」から「人は間違ふもの」へ

医療事故はあってはならないことである。したがってこれまで人は間違つてはならないと医療界では思い続けてきたのではなかろうか。確かに間違ふべきではない。しかし間違つてはならないと思ってしまうことは、かえって危険なのではなかろうか。なぜなら人は間違ふものであるから、だれの望んで間違いをする人はいない。むしろ間違ふことを前提に、その間違いをいかに減らすか、さらにはその間違いによって起こる損傷をいかに少なくするか、システムを構築することの重要性に気がついたのである(註1)。

### 2) 過誤の原因「個人に問題」から「システムの問題」へ

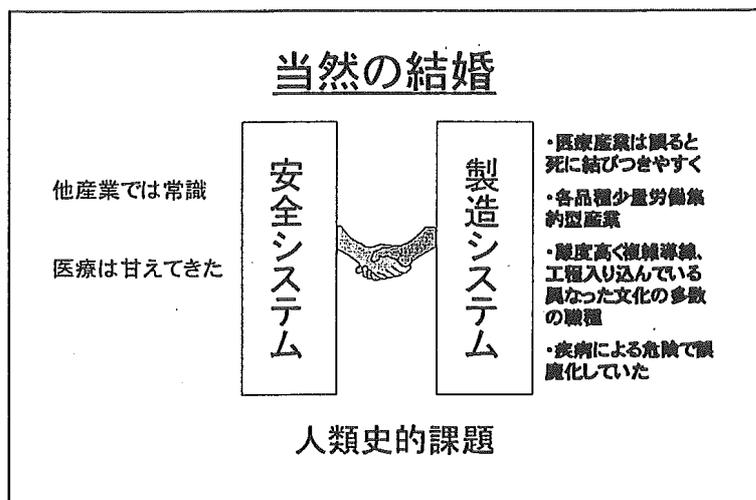
システムとして「誤りから学ぶ」そして「教訓を記憶する」ことが、第一段階である。図4 そしてそれを予防のためのシステム構築にいかすことが第二段階といえよう。もともと個人が緊張し、注意をしつづけるのにも限度がある。注意しなくても、ある程度注意の負担を減らすことがシステム構築の目的である。



4) 解決の方法「医療界の中で解決」から「他産業から学習」へ

医療界は、前述のごとく、系統的方法で医療サービス提供時に安全性を確保するシステムの構築を怠ってきた。図6 すくなくとも他の産業からその方法を学ぶことをしてこなかった。他の産業では成果が着々とあがっているにもかかわらず、すくなくともそれから学ぼうとはしなかった。今日工学的な手法を含め、医療サービス生産過程の安全保障システムを構築する必要がある。

図6



5) 管理の対象「危険管理 (リスクマネジメント)」から「安全管理 (セーフティマネジメント)」へ

これまでの4つの転換から考えると、医療事故の課題を「危険管理」、すなわちリスクマネジメントとして捉える考えから、セーフティマネジメント、「安全管理」として捉える考え方に変わってきたのではなからうか。詳しく再定義するとかつての対策は病院へのリスクとくに訴訟対策として危険管理であった。図7 しかし新しい国際的な潮流の中で広く、むしろ患者へのリスクが病院へのリスクに繋がると広義にとらえる考えが広がりつつある。ひっくり返すと患者への安全性、安全管理の概念が提案されたのではなからうか。「安全管理」セーフティマネジメントもかつては医療行為を含まない、火災、盗難等の狭い意味で使われてきた。しかしこの新しい転換期を経て医療行為をも含む、患者への安全対策と広義に再定義された。実は誤り、すなわち「過誤」を犯しても、「損傷」に繋がるとは限らず、損傷があっても、その原因が過誤とは限らず、約半分くらいがエラーではない副作用とうの医原性の損傷と考えられている。また損傷があっても、「訴訟」になるとは限らず、訴訟がなくても損傷はありうる。いわば過誤、損傷、訴訟はそれぞれ独立した集合を描きうる。図8 危険管理とはその意味で訴訟等による、病院の損害を防ぐことに重点を置き、また安全管理とは過誤や損傷を防ぐことに重点を置くと言える。ハインリッヒの法則によると

重篤な傷害の背後に数十倍の過誤があるといわれており、ヒヤリハットの報告や事故の報告を収集し、分析することによって、損傷や訴訟が起こらなくように予防することこそ、この新しい安全管理の目標といえよう。

図7

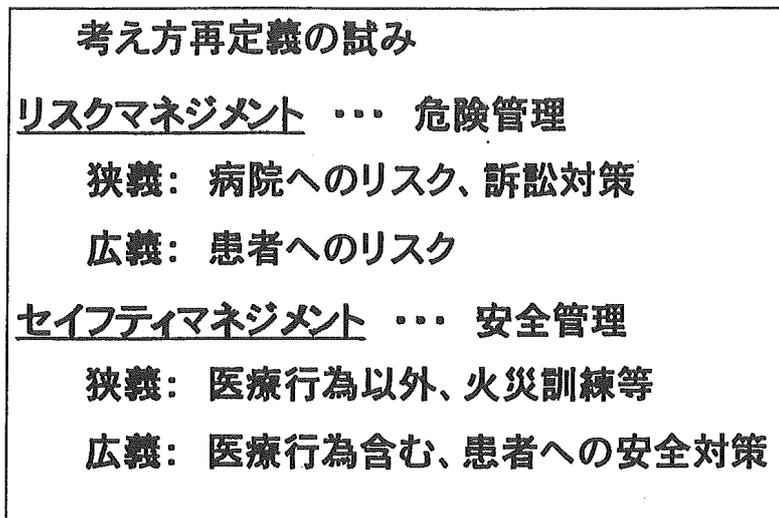
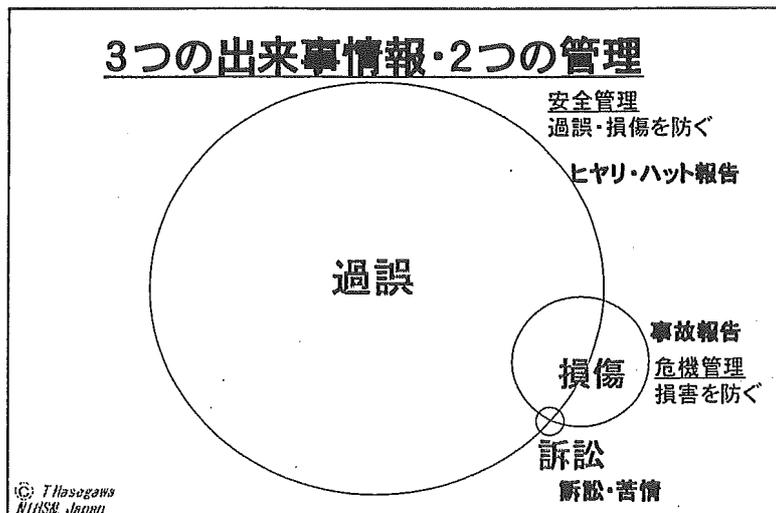


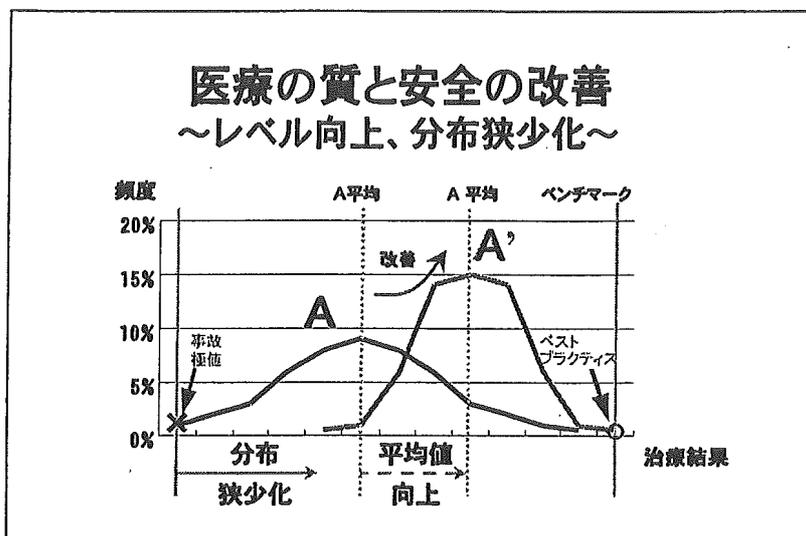
図8



6) 質・安全の関係「質とリスクマネジメントは別」から「質と安全はコインの表裏」へ  
 質の向上は元来、最良結果、ベストプラクティスのベンチマークに向かって、診療結果の平均値（レベル）を上げ、分布（ばらつき）を少なくすることこそが、目的である（註11）。図9 実は医療事故はその分布の悪い方の外れ値、極値であり、事故をなくすことが分布を少なくし、平均値をあげる働きがあると同時に、平均値が上がり分布が狭小化すると事故も減ることを意味している。つまり医療機関の経営上は、質も安全性も改善の方法としては連続しており、コインの裏表である。したがって質の管理もまず提供者にとつ

でも切実で分かりやすい安全管理をまず窓口として出発することが有効と考えられる。

図 9



#### 7) まとめ

かつてのニューイングランド医学誌の編集長、ベルマン教授によると、人類は 80 年代後半以降、第三期の新しい医療革命の時代に入ったと言われる（註 1 2）。すなわち量の拡大を目指した第一期、やりすぎて医療費が高騰したので医療費抑制に走った第二期に続く評価と説明責任（assessment and accountability）の時代と呼ばれている。第二期の医療費抑制時代は、抑制のための抑制が行われ、それに対して医療供給者を中心に結果に見合った資源（Value for Money）を追求する必要を痛感したことから、この第三期は始まっている。専門家によって始められたこの運動は、結果マネジメントとも呼ばれ、近年日本の医療界が直面している新しい様々な課題は、結果マネジメント運動の一側面であると捉えると判りやすい。図 10 EBM やクリパスを標準化の尺度とし、測定された質、すなわち平均値を高度化し、ばらつきを低下させることが経営工学の CQI や TQM の手法に他ならない。医療事故はその際の外れ値であり、またこのような医療の専門家による評価を一般人の感覚でキャリブレーションすることが必要で、顧客満足（Customer Satisfaction）と呼ばれている。これらの評価は第三者によって行われそれを公表することによって、医療機関の経営を改善していくことが結果マネジメント運動を推進していくことになる。

医療の質や安全性の改善には一般的には新たな資源を必要とする。少なくとも資源の再配分は必要といえよう。しかし一方で、結果マネジメント運動によって、ムダ、ムリ、ムラを省く、すなわち質と効率を同時に改善することは、可能なはずであり、それこそ経営の本質なのではなからうか。図 11 ムダを省くことによって、再獲得された資源を質の向上に必要な活動に再投資することにより、効率と質を同時に改善することは理論的には

可能なはずである。安全管理から質管理の流れが最後に行き着くところは、資源の管理、すなわち使用する資源を有効に利用することによって、経営の効率を高める段階に至るといえよう。

図 1 0

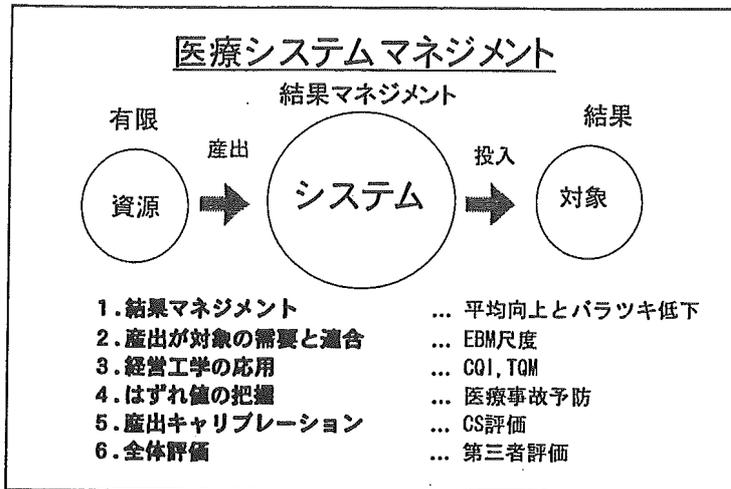


図 1 1

