

無痛分娩看護マニュアル

2025 年 10 月 初版
2026 年 9 月 第 2 版

1. 目的

- 分娩時の痛みを緩和し、産婦が安心して分娩に臨めるよう支援する。
- 母児の安全を最優先に、無痛分娩を安全に実施する。
- 麻酔に伴う合併症や母児の状態変化を早期に発見し、急変時に速やかに対応する。

2. 対象となる方

- 妊娠 38 週以降～41 週未満
- 経産婦
- ローリスク妊娠（非妊時 BMI30 未満など）
- 計画分娩に限る
- 最終的に産科医師と麻酔科医師が無痛分娩可能と判断した妊婦

3. 当院の体制

- 産科医師・麻酔科医師・助産師が連携して無痛分娩を実施する。
- 麻酔導入時は、直接介助助産師と間接介助者の 2 名で対応し、間接介助は基本的に病棟リーダーが担当する。
- 無痛分娩中は、分娩監視装置・心電図・SpO2・血圧等を用いて母児の状態を継続的に観察する。
- PCEA ポンプ・輸液ポンプは ME と連携して準備・管理する。
- 小児科医・NICU と情報共有し、必要時に速やかに対応できる体制を整える。
- 救急カート、新生児蘇生 BOX、吸引・鉗子、緊急帝王切開に必要な物品を準備し、急変時に備える。

4. 入院当日の看護

1. 「無痛分娩」の入院診療計画書に沿ってオリエンテーションを行う。
2. 「無痛分娩に関する説明・麻酔同意書」「麻酔質問票」「分娩誘発同意書」がスキャンされ、実施日が記入されていることを確認する。
3. 指示薬が処方されていることを確認し、バースプランを確認する。
4. 弾性ストッキングのサイズを測定し、装着する。
5. 分娩監視装置を装着し、胎児心拍・子宮収縮・母体の状態を評価する。

6. 診察前にシャワー・排泄を済ませるように説明する。
7. 病棟リーダーは産科医師の診察の介助につき、ミニメトロ挿入の有無について確認する。
8. ミニメトロ挿入後は安静度がトイレ・洗面までとなること、脱出時や分娩開始徴候がある場合は速やかにナースコールすることを説明する。
9. ミニメトロ挿入後は速やかに LDR で分娩監視装置を装着し、母児に問題がなければ帰室する。
10. 排泄時にミニメトロが抜けた場合は流さず、ナースコールするよう説明する。
11. 20G で点滴ルートを確認する。三方活栓 2 個・逆流防止弁を装着し、生食でロックする。
12. 病棟ホワイトボードに産婦情報を記載する。
13. 病棟リーダーは NICU リーダーへ無痛分娩対象者が入院したことを伝える。
14. 夕食後に指示された抗菌薬を与薬する。
15. 21 時以降は禁食とする。翌朝 7 時までに LDR へ移動できるよう荷物・更衣・排泄を整える。

5. 無痛分娩当日：麻酔導入前

1. 6 時に検温し、禁食状況を確認する。
2. 7 時までに分娩着へ更衣し、弾性ストッキングを装着、排泄を済ませて LDR3 へ移動する。
3. LDR 入室後から、分娩経過は maple note のパルトグラムに記載する。
4. バイタルサインを測定し、分娩監視装置を装着する。セントラルモニターに胎児心拍・母体モニターが反映されていることを確認する。
5. 医師診察前までに、指示された輸液を輸液ポンプで開始する。
6. 8 時を目安に産科医へ診察を依頼し、分娩監視装置を確認後、ミニメトロを除去する。
7. 医師の指示により分娩誘発・促進を開始する。促進剤は側管から投与する。
8. 緊急時に備え、入院時とは別の血管確保を行い、逆流防止弁を装着する。
9. 産科医に当日の麻酔担当麻酔科医を確認する。
10. LDR・病棟ホワイトボードに産科医、分娩担当者、病棟リーダー、ベビーキャッチ担当、麻酔導入介助者、麻酔科医、ME の氏名・連絡先を明記する。
11. パースプランを再確認し、産科医と助産師で共有する。

12. 病棟リーダーはフェンタニルを薬剤科から受領し、使用まで麻薬金庫で管理する。
 13. 「無痛分娩チェックリスト」に沿って、LDR 室内外の必要物品・機器を最終確認する。
 14. 急速遂娩に備え、吸引器・鉗子を準備し、かつ分娩セットを展開する。
 15. 硬膜外麻酔開始に必要な物品を準備する。
 16. 産婦の痛み・希望・分娩進行を産科医へ報告し、産科医から麻酔科医へ連絡する。
- 麻酔開始の目安は、規則的な子宮収縮、NRS4～5、子宮口 4～5cm 程度、または産婦の希望がある時とし、産科医が判断する。

6. 硬膜外麻酔導入の介助

6-1. 介助体制

直接介助助産師と間接介助者の 2 名で対応する。

6-2. 産婦への説明

- 麻酔開始後はベッド上管理・禁食となること、膀胱留置カテーテルを挿入することを説明する。
- 夫・パートナーは、麻酔導入中はラウンジで待機するよう案内する。
- 穿刺中は体動が危険であるため動かないよう説明し、痛み・気分不快・しびれ等は我慢せず申し出るよう伝える。

6-3. 導入前の観察・環境整備

1. CTG プローブを確実にテープで固定し、胎児心拍・陣痛波形に異常がないことを確認しボルペン 500ml を全開で投与する。
2. 心電図、SpO2、自動血圧計を装着し、体温・血圧・心拍数・SpO2・呼吸数を確認する。自動血圧計は 2.5 分毎に設定する。
3. 救急カートをすぐ使用できる位置に準備し、酸素・吸引・バグバルブマスク・昇圧薬等のレスキュー物品を確認する。
4. 必要時、エコーの電源を入れてベッドサイドに準備する。
5. 緊急帝王切開に備え、移動用ベッド・緊急 CS チェックリスト・患者ベッドネーム等を準備する。
6. 麻酔実施者・介助者・産婦はディスポーザブル帽子とサージカルマスクを装着する。

7. 硬膜外麻酔セットを小ワゴンに清潔操作で展開する。

6-4. 穿刺体位

- 側臥位：両膝を抱え、頭部を前屈し、顎を胸につけ、背中を丸める。穿刺部位がベッドに対して垂直になるよう調整する。
- 座位：あぐらの姿勢で顎を胸に近づけ、背中を丸める。転落やルート抜去に注意しながら体位を保持する。
- 露出は最小限とし保温に留意する。消毒・局所麻酔など、産婦から見えない処置では適宜声掛けする。

6-5. 硬膜外カテーテル挿入～PCEA 開始

1. 麻酔科医が穿刺部位を確認し、背部消毒後、局所麻酔を行う。
2. 麻酔科医が、硬膜外カテーテルを留置する。血液・髄液の逆流がないことを確認する。
3. カテーテル挿入長を確認して記録し、足先のしびれ等の有無を確認する。
4. 刺入部から側腹部までカテーテルを固定し、折れ・たるみ・固定のはずれがないことを確認する。
5. 麻酔科医がテストドーズを行い、知覚・運動機能、バイタル変化から血管内・くも膜下腔迷入の有無を確認する。
6. 異常がなければイニシャルドーズを行い、5 分毎に麻酔範囲を確認する。
7. PCEA 開始時は、リーダーと直接介助者で薬剤・患者・接続・ポンプ設定をダブルチェックし、患者認証を行う。
8. ボーラス投与後は、カテーテル・フィルター・接続部からの液漏れがないか確認する。
10. 麻酔導入（イニシャルドーズ開始）から 30 分間は産婦のそばを離れず、麻酔科医とともに母体・胎児・麻酔範囲を観察する。

7. 麻酔開始直後～分娩第 1 期

7-1. 観察項目

- 麻酔中は心電図、SpO2、分娩監視装置を持続装着する。
- 血圧・心拍・SpO2・呼吸数・意識レベル：麻酔開始～10 分は 2.5 分毎、10～30 分は 5 分毎、30 分以降は 30 分毎、60 分以降は 1 時間毎を基本とする。
- 麻酔高・鎮痛：麻酔開始 10 分～30 分は 5 分毎に確認し、30 分以降は 30 分毎、60 分以降は 1 時間毎に評価する。麻酔高はコールドテストで評価する。鎮痛は NRS で評価し、1～3 を目標とする。

- 運動神経ブロック：Bromage スケールを左右で評価する。麻酔開始 10 分～30 分は 10 分毎に確認し、30 分以降は 30 分毎、60 分以降は 1 時間毎に評価する。
- 体温は 2 時間毎に測定する。
- 1 時間毎に、カテーテル挿入部の出血・発赤・腫脹、液漏れ、固定、チューブ、皮膚、気分不快、めまい、しびれ、耳鳴り等を観察する。

7-2. 麻酔効果の評価

- コールドテストは前額部の冷感と比較し、左右の鎖骨中線上で麻酔範囲を確認する。
- 分娩第 1 期は T10 付近で左右同程度のブロックを目安とする。臍より頭側まで感覚低下が及ぶ場合は産科医へ報告する。
- 分娩第 2 期では膣・会陰部の痛みに対し S 領域まで麻酔が効いていることを確認する。
- Bromage 1 では注意して経過をみる。Bromage 2 以上では硬膜外薬液注入を中止し、ただちに産科医へ報告する。

7-3. 異常時対応

- 血圧低下：速やかに産科医へ報告し、指示により輸液負荷・昇圧薬投与等を行う。
- 胎児心拍異常：母体血圧低下や子宮過収縮の有無を確認し、産科医へ報告する。
- Breakthrough pain：バイタル、麻酔範囲、カテーテル・投薬ルート、CTG を確認し、速やかに産科医へ報告する。
- 耳鳴り・しびれ・めまい・意識変化等：局所麻酔薬中毒、高位ブロック、カテーテル迷入等を念頭に評価し、直ちに報告する。
- 強い下腹部痛・上腹部痛：胎盤早期剥離、子宮破裂、HELLP 症候群、腹腔内出血等の可能性を念頭に、速やかに医師へ報告する。

8. 分娩進行中の看護

1. 回旋異常、胎位胎向、児頭下降度を評価する。
2. 陣痛の強さ・持続時間は CTG 波形と触診で評価する。
3. 適宜内診を行い、児頭先進部・下降度・回旋を確認し、回旋異常の早期発見に努める。
4. 産婦の状態と分娩進行を評価し、医師指示に沿って促進点滴を調整する。

5. 胎児心拍モニターに異常があれば産科医へ報告し、必要時診察・処置につなげる。
6. 長時間の仰臥位・同一体位を避け、仰臥位低血圧と麻酔の偏りによる突出痛を予防する。
7. カテーテルや点滴ルートの牽引・屈曲・抜去・液漏れ・固定異常に注意する。
8. 麻酔により皮膚知覚が低下するため、褥瘡・低温熱傷を予防し、ホットパック・湯たんぽは使用しない。
9. 産婦へ分娩進行を適宜説明し、不安軽減と体位調整・呼吸法を支援する。
10. ベビーキャッチ担当は分娩進行を確認し、インファントウォーマー・新生児蘇生 BOX を準備する。
11. 間接介助者は吸引・鉗子など急速遂娩に必要な物品を準備する。

9. 分娩第2期

1. 分娩進行が認められた場合は、産科医へ報告し分娩準備を開始する。
2. 分娩体位作成後、間接介助者は自動血圧測定を5分毎に設定する。
3. 膀胱留置カテーテルは児娩出直前に抜去する。抜去後1時間を超えて娩出しない場合は導尿する。
4. CTG・触診・内診所見から児頭下降を確認し、長時間の早期努責を避け、適切なタイミングで努責を誘導する。
5. 一過性徐脈を認めた場合は、母体血圧と子宮過収縮の有無を確認し、産科医へ報告する。
6. 急速遂娩時は小児科医へ立ち会いを依頼し、新生児蘇生の準備を行う。
7. 児の蘇生はNCPRアルゴリズムに沿って観察・ケアを実施する。

10. 分娩第3期・第4期

1. 胎盤娩出後、診察・会陰縫合の介助を行う。
2. 児娩出後にPCEAポンプを終了し、終了時刻・薬剤残量・総使用量、ボーラス回数、ボーラス要求回数を確認して記録する。
3. 縫合終了後、産科医による硬膜外カテーテル抜去を介助し医師とともに刺入部とカテーテル先端に異常がないことを確認する。
4. 抜去直後の下肢運動レベル、しびれ、麻痺の有無を確認する。
5. 分娩後1時間・2時間で、バイタルサイン、子宮収縮、悪露量、下肢運動・下肢感覚を観察する。母体状態に応じて追加観察する。

6. 分娩 2 時間後の観察結果を医師へ報告し、食事・歩行・帰室の許可を確認する。
7. PCEA 残薬は麻薬を含むため、院内手順に従いクレンメをロックし、返却まで麻薬金庫で管理する。

11. 帰室後の看護

1. 初回歩行時は必ずナースコールするよう説明し、スタッフが付き添う。
2. 初回歩行時に下肢感覚、運動レベル、歩行状態、しびれの有無を確認する。
3. 帰室後の自尿を確認し、自尿がない場合は導尿を行い、その後は自尿量・残尿量を確認する。
4. 硬膜外カテーテル抜去後の観察として下肢・臀部のしびれ、背部痛、頭痛、下肢運動レベルを確認する。
5. 背部痛がある場合は、穿刺部の発赤・圧痛等を観察し、一過性刺入部痛と硬膜外血腫等の鑑別を意識する。
6. 硬膜穿破後頭痛を疑う頭痛の有無を確認する。
7. 産褥 2 日目頃を目安に、直接介助助産師がバースレビューを行い、出産体験を振り返る機会を設ける。

16. 緊急時・中止時

- 母体急変、胎児心拍異常、局所麻酔薬中毒、高位ブロック、重度低血圧、カテーテルの血管内・くも膜下腔迷入等が疑われる場合は、ただちに医師へ報告し救急対応へ移行する。
- 血圧低下時は胎児心拍への影響も考慮し、母体血圧を速やかに再確認する。
- カテーテル・接続部から麻薬を含む薬液の漏出があった場合は、管理者・安全管理部門へ報告し、院内手順に従って対応する。
- 分娩遷延・陣痛停止など、硬膜外麻酔が分娩経過に影響している可能性がある場合、PCEA の中止・再開は産科担当医が判断する。
- 当日 17 時までに PCEA を開始したが娩出に至らない場合は、産科医・麻酔科医でその後の方針を検討する。