無痛分娩マニュアル

公開用簡易版 医師用　第 1 版

医療法人社団 美作会　富士バースクリニック

公開版作成日 2026 年 10 月 23 日

本書は、当院の無痛分娩における基本方針、診療の流れ、安全管理及び急変時の対応をまとめた公開用資料です。具体的な薬剤投与・機器操作は、院内手順と患者ごとの医師指示に基づき行います。

1　基本方針と実施体制

母児の安全を優先し、産婦の希望を尊重して痛みの軽減を図る。硬膜外鎮痛を基本とし、子宮収縮をある程度認識しながら分娩に取り組める鎮痛を目標とする。

無痛分娩麻酔管理者は、院長・産婦人科専門医の矢田大輔とする。当院は常勤の産婦人科医が産科管理と麻酔管理を兼務する体制であり、麻酔科医の常時配置はない。担当医は適応判断、麻酔手技、薬剤・機器設定、経過評価、合併症への対応及び搬送判断を担う。助産師・看護師は観察、分娩支援、報告、処置の介助及び記録を行う。

計画分娩及び自然陣発・破水後の希望に対応する。夜間・休日も、母児の状態、分娩進行、人員、設備及び他患者への対応を確認して実施を判断する。医師の院内対応と必要な観察体制を確保できない場合は、開始を延期・見合わせる。継続中も状況を再評価し、必要時は中止、分娩方針の変更又は搬送を行う。

2　説明と同意及び事前評価

説明書を用いて、方法、効果と限界、痛みが残る可能性、血圧低下・発熱・頭痛・排尿障害等の合併症、まれな重篤な合併症、代替方法、費用及び搬送の可能性を説明し、本人の同意を得る。誘発・促進を行う場合は、別途説明・同意を行う。

低濃度の局所麻酔薬とフェンタニルを用いる。当院で用いるレボブピバカインの分娩鎮痛への使用は国内承認効能上の適応外使用に当たるため、その点、使用理由、効果・危険性及び代替法を説明する。

既往歴、麻酔歴、アレルギー、出血傾向、抗凝固薬・抗血小板薬等の内服、感染徴候、神経症状、脊椎の状態及び気道を評価する。血小板数等の検査結果と推移を確認し、病状に変化があれば追加評価する。重い凝固異常、感染、循環不安定、緊急娩出が必要な状態等では開始を見合わせる。当院で安全な管理が困難と判断した場合は高次医療機関へ相談する。

3　麻酔開始前の確認

- 本人、説明・同意、検査・内服、最終飲食、母体バイタル、胎児心拍数及び分娩進行を確認する。
- 静脈路を確保し、血圧・心電図・SpO_2 及び分娩監視装置を装着する。必要な酸素、吸引、気道・蘇生器材、救急薬の使用準備を確認する。
- 担当医、母体観察者、新生児担当、応援要請先及び緊急連絡方法を共有する。観察や救命対応が維持できることを開始条件とする。

4　硬膜外鎮痛と投与管理

無菌操作で硬膜外カテーテルを留置し、穿刺部位、固定位置及び手技中の異常を記録する。強い放散痛、血液・髄液の逆流又は異常な反応を認めた場合は、手技・投与を止めて再評価する。

薬剤名、濃度、量、投与経路及び患者を照合する。吸引確認だけで誤留置を完全に否定せず、少量ずつ投与して、意識・呼吸・循環、麻酔範囲、下肢運動及び胎児心拍数を確認する。機能が不明なカテーテルから追加投与を続けない。

維持には、間欠的な自動投与（PIEB）と産婦本人による自己調節鎮痛（PCEA）を用いる。薬液調製、ポンプ設定・変更及び医療者による追加投与は医師が行う。患者別に投与量と累積量を管理し、ポンプ外からの追加投与も合算して評価する。**PCEA ボタンを押すのは産婦本人のみとし、家族・職員は代理操作しない。**

5　母体と胎児の観察

場面	観察の要点
導入時	初回投与から少なくとも 30 分間は直接観察し、血圧・脈拍・SpO_2・呼吸・意識を 5 分ごとに確認する。追加時刻と状態に応じ延長する。
安定した維持期	血圧・脈拍・SpO_2・呼吸・意識を 15〜30 分ごとに記録する。痛み、左右の麻酔範囲及び下肢運動を少なくとも 1 時間ごとに評価する。
医師による追加投与又は増量後	血圧等を 5 分ごとに 15〜30 分間観察し、呼吸・意識、麻酔範囲及び下肢運動も再評価する。異常があれば延長する。
継続する監視	心電図・SpO_2、胎児心拍数・子宮収縮を連続監視する。体温、出血、排尿、カテーテル及び薬剤投与状況も確認する。

モニター値だけで判断せず、呼吸の深さ・無呼吸、会話や呼びかけへの反応を直接確認する。酸素投与下で SpO_2 が正常でも、十分な換気があるとは限らない。異常時は定時評価を待たず診察する。

6　分娩中の管理と鎮痛不十分への対応

分娩鎮痛中は歩行を制限し、体位変換・移乗を介助する。固形物は原則摂取せず、飲水は医師が許可した清澄飲料に限る。尿意低下、悪心・かゆみ、発熱及び出血を評価する。発熱を麻酔の影響だけと決めつけず、感染等を鑑別する。

鎮痛が不十分な場合は、疼痛部位・左右差、分娩進行、カテーテル、ポンプ、既投与量及び母児の状態を確認する。体位調整や必要な追加投与後も再評価し、改善しなければ再留置や鎮痛方法を検討する。急な強い持続痛は産科的異常も考慮し、反復増量だけで対応しない。

7　急変時の対応

異常を認めたら医師・応援者を招集し、原因と疑う薬剤・投与を停止する。気道・呼吸・循環を評価し、必要な酸素投与、換気補助、循環管理を開始する。救命に必要な輸液・薬剤まで一律に中止しない。重症例では初期対応と 119 番通報・受入要請を並行する。

主な状態	対応の要点
低血圧又は胎児心拍数異常	体位、循環、子宮収縮及び薬剤を確認する。母体低血圧には原因に応じた輸液・昇圧薬等で対応する。胎児心拍数異常・過強陣痛時は促進薬を停止し、改善しなければ急速遂娩・搬送を判断する。
高位麻酔又は呼吸抑制	麻酔薬投与を停止し、気道確保・換気補助と循環管理を行う。上肢症状、発語困難、急な脱力、意識低下を重視する。
局所麻酔薬全身毒性	局所麻酔薬を停止し、気道・換気を確保する。重い神経症状又は循環障害では 20%脂肪乳剤を早期に投与し、搬送を調整する。
大量出血やその他の急変	出血、アナフィラキシー、子癇、肺血栓塞栓症等を鑑別し、原因に応じた治療と搬送調整を行う。心停止時は直ちに胸骨圧迫・AED 等の蘇生を開始する。

8　院内対応の範囲と搬送

器械分娩・帝王切開の必要性は、母児の状態、緊急度、人員・設備及び搬送に要する時間から判断する。院内帝王切開は医師 2 名を基本とし、医師による継続的な麻酔管理、母体観察・手術介助・新生児対応が成立する場合に行う。

当院では全身麻酔による手術・全身麻酔への変更及び院内輸血には対応しない。 救命のための気道確保・人工呼吸・循環管理は初期対応として行い、院内で管理困難又は輸血等が必要と予測される場合は早期に搬送を調整する。

母体は富士市立中央病院を主な搬送先とし、受入状況により富士宮市立病院、沼津市立病院等へ相談する。新生児の主な搬送先は順天堂大学医学部附属静岡病院とする。病状と受入状況に応じて決定し、救急車で搬送する。搬送中の医療と院内に残る患者への対応も調整し、診療経過、投与薬・時刻、処置と反応等を引き継ぐ。

9　産後管理と記録

鎮痛終了後も意識・呼吸・循環、出血・子宮収縮、下肢の感覚・運動及び排尿を観察し、医師が回復を確認する。カテーテル抜去は出血・凝固状態と抗血栓薬等を確認して医師が行う。歩行は回復を評価して許可し、初回は介助する。帝王切開後に鎮痛を継続する場合は術後の指示に従う。

新たな又は進行する下肢脱力、強い背部痛、排尿・排便障害は直ちに評価する。最終局所麻酔薬投与から 4 時間後も運動遮断が残る場合は医師が診察する。強い頭痛等は原因を評価し、必要時は専門施設へ紹介する。退院時に連絡・受診方法を説明する。

薬剤・投与時刻、観察、判断、処置と反応、産後回復を記録する。有害事象を報告・検討し、教育・訓練と文書の見直しに反映する。

参考資料

厚生労働省 自主点検表 令和 7 年 5 月版 ／ ASA 産科の神経軸鎮痛 麻酔に関する声明 2021 年改定