無痛分娩看護マニュアル

公開用簡易版 看護用　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、無痛分娩における看護の基本方針、母児の観察、異常時の対応をまとめた公開用資料です。個別の観察・処置は、母児の状態と医師の指示に応じて行います。

1　基本方針と担当者

産婦の希望を尊重し、痛みの軽減と母児の安全を大切にします。硬膜外麻酔を基本とし、医師と助産師・看護師が連携して管理します。

麻酔の適応、方法、薬剤、投与量、開始・変更・再開・終了は医師が判断します。助産師・看護師は、母体・胎児の観察、分娩進行の把握、異常の報告、器材・投与経路の確認、記録を担当します。異常時には、必要な投与停止、応援要請、訓練した救命処置を遅らせず行います。

担当医、受持者、応援者と連絡方法を共有します。麻酔管理中は医師が院内で対応できること、必要な観察担当者を確保できることを確認します。担当者が交代するときは、引継者が観察を引き受けたことを確認します。必要な体制を確保できない場合は、開始を見合わせ、継続中の管理方針は医師が判断します。

2　開始前の確認と穿刺の介助

- 本人確認、説明・同意、希望や不安、既往歴、アレルギー、内服薬、採血結果を確認します。抗凝固薬等は最終使用時刻も確認します。
- 最終飲食、基準となる血圧・脈拍・呼吸・SpO_2・体温、意識、痛み、下肢の感覚と動き、胎児心拍数を確認・記録します。
- 静脈路、モニター、分娩監視装置、薬剤表示、投与経路、ポンプ、救急器材・薬剤、連絡方法を確認します。
- 穿刺時は無菌操作を守り、安全な体位を支えます。電撃痛、強いしびれ、気分不良等は直ちに医師へ伝えます。
- カテーテル固定・皮膚位置の目盛を確認し、硬膜外ルートと静脈ルートを区別します。薬剤名、投与経路、量、時刻を記録します。

3　母体・胎児の観察

場面	主な観察・記録
麻酔開始後	ベッドサイドで直接観察し、少なくとも 30 分間は 5 分ごとに血圧・脈拍・SpO_2・呼吸・意識を確認します。
医師による追加投与・増量後	5 分ごとに 15〜30 分間、同項目を確認します。状態に応じて観察を延長・強化します。
安定した維持期	血圧・脈拍・SpO_2・呼吸・意識を 15〜30 分ごとに記録します。
継続する観察	心電図・SpO_2、胎児心拍数・子宮収縮を連続監視します。痛み、左右の麻酔範囲、下肢の動きを少なくとも 1 時間ごとに評価し、体温、出血、排尿等も確認します。

呼吸数だけでなく、呼吸の深さ、無呼吸、眠気・反応も直接確認します。数値や定時の観察時刻にかかわらず、変化があれば再評価・報告します。導入中や状態が不安定な産婦を、モニターのみに任せて無人にしません。

4　分娩中のケアと薬剤・機器の確認

痛みへの対応　痛みの強さ（NRS：0〜10）、部位、左右差、陣痛との関係、麻酔範囲を確認します。強い痛みが続く場合や、突然の痛み・普段と異なる持続痛は医師へ報告します。鎮痛への対応後も効果と母児の状態を再評価します。

体位・転倒予防　分娩鎮痛中はベッド上で過ごし、移乗や体位変換を介助します。下肢の過度な屈曲・開脚、長時間の圧迫を避けます。ナースコールを手の届く位置に置きます。

飲食・排尿　麻酔開始後は固形物を摂取せず、飲水は医師が許可した清澄な飲料を指示範囲で摂取します。尿意だけで判断せず、最終排尿、尿量、膀胱膨満を確認し、必要時に導尿等を行います。

ポンプ・ルート　薬液の調製、ポンプ設定・変更、医療者による追加投与は医師が行います。助産師・看護師は、患者、薬剤表示、濃度、経路、設定、投与履歴、残量、接続・固定を照合します。自己調節鎮痛（PCEA）のボタンは産婦本人のみが操作します。

接続外れ、漏れ、カテーテルのずれ、閉塞等は投与を止めて医師へ報告します。抜けたカテーテルを押し戻す、汚染した接続部を独自に再接続する、閉塞に対して強く注入することは行いません。

5　直ちに医師へ報告する主な変化

以下は分娩鎮痛中の報告目安です。基準に達しなくても症状や急な悪化を優先します。帝王切開中・術後は、その場面の指示に従います。

観察項目	主な報告目安
呼吸・意識	呼吸数 10 回/分未満、$SpO_2$95%未満、浅い呼吸、強い眠気、反応低下、息苦しさ・発語困難。
循環	収縮期血圧 90mmHg 未満、又は開始前から 20%以上低下。収縮期 160mmHg 以上又は拡張期 110mmHg 以上。
麻酔範囲・運動	冷覚の低下が胸の高い位置（T6 以上）へ広がる、膝を曲げられないほどの脱力、急に増えるしびれ・麻痺、上肢の症状。
薬剤による異常の疑い	口周囲のしびれ、耳鳴り、金属味、動悸、けいれん等。
母体・胎児	胎児心拍数異常、38.0°C以上の発熱、増加する出血、強い痛みの持続、カテーテル異常。

無呼吸、意識消失、けいれん、循環虚脱、大量出血、急速に上行する麻痺などは緊急対応です。 医師・応援者を直ちに招集し、母体のそばに観察者を残します。

6　急変時の初動

原因と考えられる麻酔薬等の投与を停止し、気道・呼吸・循環を評価します。必要な酸素投与・換気補助を行い、心停止時は胸骨圧迫・AED 等の蘇生を開始します。救命に必要な輸液・薬剤まで一律に中止しません。

麻酔が広がりすぎた状態、局所麻酔薬中毒、呼吸抑制、出血等を考え、医師の処置を介助します。局所麻酔薬中毒が疑われる場合は脂肪乳剤等を準備します。蘇生・観察を続けながら、救急要請と搬送調整、時系列記録を並行します。

7　院内対応と搬送

緊急の器械分娩・帝王切開が必要な場合は、母児の状態、緊急度、人員・設備から、医師が院内実施又は搬送を判断します。手術時は母体観察、器械出し、新生児対応の担当を明確にし、継続観察が途切れないようにします。

当院では、全身麻酔による手術・全身麻酔への変更、院内輸血には対応していません。 救命のための気道確保、換気補助、循環管理・蘇生を行い、高次医療機関への搬送を調整します。院内で対応困難な病態や輸血等が必要になる可能性がある場合は、早期に搬送先へ連絡します。

母体の主な搬送先は富士市立中央病院、新生児の主な搬送先は順天堂大学医学部附属静岡病院です。病状と受入状況に応じ、富士宮市立病院、沼津市立病院等の高次医療機関とも調整し、救急車で搬送します。

母児の状態、麻酔・投与薬、最終投与時刻、処置と反応、出血量、検査、CTG 等を引き継ぎます。搬送の同行者と、院内に残る患者への対応を医師と確認します。資料の完成や連絡待ちのために、救命処置を中断しません。

8　分娩直後から産後の観察

出血量・増加速度、子宮収縮、意識、呼吸、血圧・脈拍、SpO_2、下肢の感覚・運動、排尿を確認します。血圧低下を麻酔の影響だけと判断せず、出血などの原因も評価します。

経腟分娩後は、分娩、最後の麻酔薬投与、ポンプ停止の時刻を記録し、麻酔からの回復まで観察を続けます。時間だけで終了せず、意識・呼吸・循環、出血、感覚・運動の回復を医師が確認します。回復が不十分な場合や異常がある場合は観察を継続します。

帝王切開後に硬膜外鎮痛を継続する場合は、術後の指示に従って観察を続けます。経腟分娩後の観察終了・歩行基準を、そのまま当てはめません。

9　カテーテル抜去・歩行・退院時の説明

抜去　カテーテルの抜去は医師が行います。抗凝固薬の使用状況、出血・凝固の問題を確認し、抜去後は先端の完全性、刺入部、感覚・運動の回復を確認します。

初回歩行　経腟分娩後は所定の観察を行い、医師が許可した後に開始します。循環が安定し、めまいがなく、左右の下肢の感覚・動きが回復していることを確認します。座位・立位を段階的に確認し、初回歩行・トイレ移動は職員が付き添います。

頭痛・神経症状　強い頭痛、強い背部痛、下肢のしびれ・脱力、排尿・排便の異常を確認します。症状が新たに出現・進行する場合は直ちに医師の評価を求めます。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、医師へ報告します。退院時には、これらの症状や発熱・刺入部の発赤等が生じた場合の連絡方法を説明します。意識障害、けいれん、呼吸困難等は救急要請が必要です。

10　記録・申し送りと教育

観察値、投与薬・時刻、実施した対応、反応、医師への報告・指示、産後回復を記録します。交代時は、未解決の問題と次の観察・処置予定まで引き継ぎます。

担当業務に必要な研修・技能を確認し、急変対応や新生児蘇生等の教育・訓練、事例の振り返りを通じて改善を図ります。診療体制や薬剤・機器の変更等に合わせて、関連文書と公開内容を見直します。

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