

無痛分娩看護マニュアル

(硬膜外麻酔分娩における助産師・看護師業務標準)

対象部署:産科病棟

作成日:_2026_年_4月_1日

1. 本マニュアルの目的	3
1.1 当院の無痛分娩の実績	3
2. 適用範囲	3
3. 無痛分娩(硬膜外麻酔分娩)の概要	3
3.1 主なメリット	3
3.2 主なリスク・合併症	4
4. 実施体制と役割分担	4
4.1 医師(産科医が麻酔管理を兼任)	4
4.2 助産師・看護師	4
4.3 緊急時のバックアップ・搬送体制	4
5. 適応・禁忌	4
5.1 適応の目安	4
5.2 禁忌・実施を慎重に検討すべき状態	5
6. インフォームド・コンセント	5
6.1 説明すべき内容	5
6.2 看護スタッフの役割	5
7. 分娩前の準備	5
7.1 入室時チェック	5
7.2 物品準備	5
8. 硬膜外カテーテル挿入時の看護	6
9. 麻酔管理中の観察・モニタリング	6
9.1 疼痛評価	6
9.2 運動・感覚ブロックの評価(Bromageスケール等)	6
9.3 報告基準(医師への即時報告が必要な所見)	6
10. 偶発症・緊急時対応	7
10.1 血圧低下	7
10.2 局所麻酔薬中毒(LAST:Local Anesthetic Systemic Toxicity)	7
10.3 全脊髄くも膜下麻酔(高位脊椎麻酔)	7
10.4 胎児心拍異常	7
10.5 硬膜穿刺後頭痛(PDPH)	7
10.6 緊急時対応の基本フロー	8
11. 分娩進行中の看護	8
12. 分娩後・産褥期の観察	8
13. 記録・書類	8
14. スタッフ教育・トレーニング	8
15. インシデント報告・振り返り	9

1. 本マニュアルの目的

本マニュアルは、当院における無痛分娩(硬膜外麻酔分娩)を安全かつ標準化された手順で提供するため、助産師・看護師が担うべき観察・ケア・緊急時対応の基準を定めるものである。

無痛分娩は産科的なメリットが大きい一方、麻酔手技に伴う合併症リスクを伴う。当院では産科医が麻酔管理も兼任する体制であるため、麻酔科医不在下でも安全性を担保できるよう、看護スタッフによる早期異常発見と迅速な報告・対応が特に重要となる。

1.1 当院の無痛分娩の実績

当院は2012年の開院時より無痛分娩を継続して提供しており、10年以上の実施実績を有する。近年の分娩・無痛分娩実績は以下のとおりである。

年	分娩件数	帝王切開件数	無痛分娩件数
2023年	716件	126件	127件(約17.7%)
2024年	491件	85件	45件(約9.2%)
2025年	507件	69件	100件(約19.7%)

長年の実施実績があるとはいえ、症例数・スタッフの経験には年ごとの変動があるため、経験の浅いスタッフへの教育や、繁忙期・体制変化時の再確認を継続的に行う必要がある(「14. スタッフ教育・トレーニング」参照)。

2. 適用範囲

- ・ 適用対象:当院分娩室において硬膜外麻酔による無痛分娩を実施する全ての産婦
- ・ 適用職種:助産師、産科病棟看護師
- ・ 関連部署:産科外来、手術室(緊急帝王切開時)、新生児室

3. 無痛分娩(硬膜外麻酔分娩)の概要

硬膜外腔にカテーテルを留置し、局所麻酔薬(および必要に応じ鎮痛補助薬)を持続的または間欠的に投与することで、分娩に伴う疼痛を緩和する方法である。

3.1 主なメリット

- ・ 分娩時の疼痛緩和による産婦の身体的・精神的負担の軽減
- ・ 過度な疼痛による過換気・カテコラミン上昇の抑制
- ・ 遷延分娩や吸引・鉗子分娩時の産婦協力の得やすさ

3.2 主なリスク・合併症

- ・ 血圧低下、局所麻酔薬中毒(LAST)
- ・ 硬膜穿刺による頭痛(PDPH)、全脊髄くも膜下麻酔(高位脊椎麻酔)
- ・ 運動麻痺による分娩第2期遷延、器械分娩率の上昇
- ・ 胎児心拍異常(母体血圧低下に伴う胎盤循環不全等)

詳細は「10. 偶発症・緊急時対応」を参照。

4. 実施体制と役割分担

4.1 医師(産科医が麻酔管理を兼任)

当院産婦人科の医師体制は常勤医3名、非常勤医6名である。専任の麻酔科医は配置しておらず、産科医が分娩の管理と麻酔(硬膜外穿刺・薬剤投与・合併症対応)を兼任する。このため、以下の点を体制上の前提として周知する。

- ・ 麻酔手技中は産科医が処置に集中するため、母体・胎児のモニタリングは助産師・看護師が主体的に担う
- ・ 異常所見を認めた場合、看護スタッフは基準値・報告基準(本マニュアル該当項目)に従い、口頭ではなく明確な数値・所見で速やかに医師へ報告する
- ・ 緊急時(全脊髄くも膜下麻酔、LAST等)に備え、応援要請の手順・連絡先を分娩室内に掲示する

4.2 助産師・看護師

- ・ 分娩前の準備、同意確認の補助、バイタルサイン・胎児心拍の継続モニタリング
- ・ 疼痛評価、運動・感覚ブロックの評価、体位管理
- ・ 異常の早期発見と医師への報告、緊急時の応援要請・物品準備

4.3 緊急時のバックアップ・搬送体制

- ・ 院内で対応困難な重篤合併症(心停止、痙攣重積等)発生時の高次医療機関への搬送基準・連絡先を明記(別紙:緊急連絡網)
- ・ 急変時コールスタッフ(応援医師・看護師)の招集手順
- ・ 救急カート・気道確保物品・脂肪乳剤(LAST治療用)の配置場所を分娩室内に掲示

5. 適応・禁忌

5.1 適応の目安

- ・ 本人が無痛分娩を希望し、事前説明・同意を得られている
- ・ 経膈分娩が可能と判断される単胎・頭位妊娠(施設基準による)

5.2 禁忌・実施を慎重に検討すべき状態

- ・ 穿刺部位の感染、出血傾向・抗凝固薬使用中
- ・ 重度の脊椎変形、既往の脊椎手術
- ・ 局所麻酔薬アレルギーの既往
- ・ 循環動態が不安定な状態(高度な出血、重症妊娠高血圧症候群の管理不良例 等)
- ・ 肥満、妊娠中の過度な体重増加

6. インフォームド・コンセント

無痛分娩は妊娠中(可能な限り妊娠後期以前)に説明を行い、文書で同意を取得することを原則とする。

6.1 説明すべき内容

- ・ 無痛分娩の方法、メリットとリスク・合併症
- ・ 実施できない場合があること(急激な分娩進行、医師の判断等)
- ・ 当院の実施体制(産科医が麻酔を兼任すること)

- ・ 費用

6.2 看護スタッフの役割

- ・ 同意書の記載・署名の有無を分娩開始前にダブルチェックする
- ・ 産婦・家族から追加の質問がある場合は医師へ取り次ぐ
- ・ 当日の体調変化により同意内容の再確認が必要な場合は医師に報告する

7. 分娩前の準備

7.1 入室時チェック

- ・ 同意書の確認、最終絶食時間の確認
- ・ バイタルサイン(血圧・脈拍・SpO2・体温)、胎児心拍(NST)の確認
- ・ 末梢静脈路の確保、輸液の準備
- ・ アレルギー歴・既往歴・内服薬の再確認

7.2 物品準備

- ・ 硬膜外穿刺セット、消毒物品、局所麻酔薬(医師指示による)
- ・ 救急カート、酸素投与物品、気道確保物品
- ・ 血圧計(自動反復測定可能なもの)、SpO2モニター、胎児心拍モニター
- ・ 脂肪乳剤(LAST発生時使用)の在庫・使用期限確認

8. 硬膜外カテーテル挿入時の看護

- ・ 体位保持の介助(側臥位または坐位)、体動の抑制
- ・ 穿刺中は産婦の表情・訴え(下肢のしびれ・電撃痛等)を観察し、異常があれば直ちに医師へ伝える
- ・ 穿刺中・穿刺後は継続的にバイタルサイン・胎児心拍をモニタリングする
- ・ テストドーズ投与後は特に血圧低下・不整脈・耳鳴り・口周囲のしびれ等、局所麻酔薬中毒の初期症状の有無を注意深く観察する

9. 麻酔管理中の観察・モニタリング

以下は標準的な観察間隔の目安である。産婦の状態や医師の指示により頻度を増やす。

タイミング	血圧・脈拍・SpO2	疼痛評価(NRS)	胎児心拍(CTG)
投与直後15分間	2.5分ごと	評価する	持続モニタリング
以降、安定するまで	15分ごと	定期的に評価	持続モニタリング
以降(安定期)	15～30分ごと	1～2時間ごと・訴え時	持続または間欠(施設基準)
薬剤追加投与時	2.5～5分ごと	投与後に再評価	持続モニタリング

9.1 疼痛評価

- ・ NRS(0～10)を用いて定期的に評価し記録する

9.2 運動・感覚ブロックの評価(Bromageスケール等)

- ・ 下肢の運動麻痺の程度を定期的に評価し、過度なブロックの進行がないか確認する
- ・ 感覚レベル(冷覚・触覚)の上昇がないか確認し、胸部まで及ぶ場合は高位脊椎麻酔を疑い直ちに医師へ報告する

9.3 報告基準(医師への即時報告が必要な所見)

項目	報告基準の目安
血圧	収縮期血圧が投与前より20%以上低下、または90mmHg未満
SpO2	94%未満
感覚ブロックレベル	胸部(T4)以上への上昇
運動麻痺	下肢の完全麻痺・急激な進行
意識レベル	傾眠・不穏・呂律不良・耳鳴り・口周囲のしびれ等の新規出現
胎児心拍	遅発一過性徐脈、遷延性徐脈、基線細変動の消失等

10. 偶発症・緊急時対応

以下は代表的な合併症と初期対応の考え方である。実際の薬剤・投与量・手順は担当医の指示および院内急変対応プロトコルに従う。

10.1 血圧低下

- ・ 症状:めまい、悪心、顔面蒼白、胎児心拍異常
- ・ 初期対応:体位変換(左側臥位)、輸液速度の調整、酸素投与、医師への報告
- ・ 看護のポイント:血圧低下は胎盤循環不全に直結するため、胎児心拍と併せて評価する

10.2 局所麻酔薬中毒(LAST:Local Anesthetic Systemic Toxicity)

△ 生命に関わる緊急事態であり、初期症状の見逃しが重篤化に直結する。

- ・ 初期症状:口周囲のしびれ、耳鳴り、金属味、興奮・多弁、めまい
- ・ 進行時の症状:痙攣、意識消失、不整脈、心停止
- ・ 看護の役割:初期症状出現時点で直ちに医師に報告し、救急カート・脂肪乳剤の準備を行う。心停止に至った場合は院内急変対応(コードブルー等)を発動する

10.3 全脊髄くも膜下麻酔(高位脊椎麻酔)

- ・ 症状:急激な血圧低下、呼吸困難・呼吸停止、意識消失
- ・ 初期対応:直ちに医師へ報告、気道確保・補助換気の準備、救急コール
- ・ 看護のポイント:硬膜外投与後、通常想定される時間経過より急激かつ広範囲な感覚・運動ブロックが進行する場合は本病態を疑う

10.4 胎児心拍異常

- ・ 母体の血圧低下・低酸素の是正を最優先に行う(体位変換、輸液、酸素投与)
- ・ 改善が乏しい場合は緊急帝王切開の適応を医師が判断するため、速やかに報告し手術準備を並行して進める

10.5 硬膜穿刺後頭痛(PDPH)

- ・ 分娩後、体位(特に坐位・立位)により増悪する頭痛の有無を観察する
- ・ 水分摂取の励行、安静保持を説明し、症状が強い場合は医師に報告する

10.6 緊急時対応の基本フロー

段階	看護スタッフの行動	留意点
①発見	異常所見を確認、バイタル再測定	「9.3 報告基準」に照合
②報告	医師へ即時報告(所見を具体的数値で)	口頭指示は復唱確認
③応援要請	必要時、院内急変コール・応援スタッフ招集	搬送基準に該当する場合は連携先へ連絡
④初期対応	体位変換・酸素投与・輸液・救急物品準備	医師到着まで継続観察
⑤記録	経時的にバイタル・対応内容を記録	後述「13. 記録・書類」参照

11. 分娩進行中の看護

- ・ 運動麻痺により体位変換の介助が必要となるため、転倒・転落防止に努める(特に排泄時)
- ・ 分娩第2期の遷延がみられる場合は、いきみのタイミング指導を医師・助産師で連携して行う
- ・ 導尿の必要性を定期的に評価する(麻酔により尿意を感じにくい)
- ・ 体温上昇(硬膜外関連発熱)の有無を観察する

12. 分娩後・産褥期の観察

- ・ カテーテル抜去時刻・抜去部位の異常有無を記録する
- ・ 初回歩行時は運動麻痺の残存に注意し、必ず介助のもとで実施する
- ・ 分娩後のバイタルサイン、疼痛、頭痛(PDPH)、排尿状態を継続観察する
- ・ 弛緩出血等、無痛分娩と直接関連しない産科合併症の観察も通常通り継続する

13. 記録・書類

- ・ 同意書(署名済み)
- ・ 麻酔経過記録(穿刺時刻、薬剤名・投与量・投与時刻、バイタルサイン推移)
- ・ 疼痛評価・ブロックレベル評価の経時記録
- ・ 異常所見発生時は、発見時刻・報告時刻・対応内容・医師の指示内容を時系列で記録する
- ・ インシデント発生時は別途インシデントレポートを作成する(「15. インシデント報告・振り返り」参照)

14. スタッフ教育・トレーニング

- ・ 新規配属スタッフへの本マニュアルによるオリエンテーションを実施する
- ・ LAST・高位脊椎麻酔等の緊急事態を想定したシミュレーション訓練を定期的(例:年2回)に実施する
- ・ 救急カート・脂肪乳剤等の配置・使用期限を定期的に点検する
- ・ 外部研修(日本産科麻酔学会等の関連学会・講習会)への参加を推奨する

15. インシデント報告・振り返り

- ・ ヒヤリハット・インシデントは規模の大小にかかわらず報告する

- ・ 重大事例発生時は院内医療安全委員会に報告し、多職種でのケースレビューを行う
- ・ 再発防止策を本マニュアルに反映し、定期的に改訂する

16. 参考文献・関連ガイドライン

- ・ 日本産科麻酔学会 関連ガイドライン・提言
- ・ 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)「無痛分娩の安全な提供体制の構築のための提言」
- ・ 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会 関連ガイドライン