

無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言への取り組み

更新日時 令和8年3月30日

スワンレディースクリニックは、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検票の項目を猶予項目以外全て満たしています。

【無痛分娩に関する施設の方針】

- 1, 無痛分娩の安全な提供体制の構築へ積極的に取り組みます。
 - 2, 無痛分娩を希望する全ての方に安全で快適な無痛分娩を提供します。
 - 3, 24時間365日どんな時も速やかに無痛分娩を提供する体制を整えます。
 - 4, 陣痛、分娩の痛みを全て取り除くことを目指します。
 - 5, 計画無痛分娩の方は、陣痛開始前から麻酔薬を注入して、最初から最後まで無痛を目指します。陣痛が発来した方は、クリニックに到着したら直ぐに麻酔を開始して痛みをとります。
 - 6, インフォームドコンセントを実施して、同意書にサインを頂きます。
 - 7, 常に医師、助産師、看護師、看護助手を最低1名ずつ配置して安全な無痛分体制を構築します。
 - 8, インシデント、アクシデント発生時に備えて、危機対応シュミレーションを定期的の実施します。
- 急変時には医師、助産師、看護師、看護助手の少なくとも4人以上で速やかに対応する。初期治療後、母体搬送も考慮する。

1) 局所麻酔薬中毒

初期症状（金属味，不穏，興奮）を認めたときには，ただちに局所麻酔薬の投与を中止し，医師、応援看護師を呼ぶ。救急カートを用意し，心電図を追加装着し患者の監視を続ける。意識障害，痙攣，重症不整脈，循環虚脱などを認めた場合には分娩室に常備してある20%脂肪乳剤（イントラリポス輸液 20% 250ml）を静脈内投与する。まず、1分間に100mlの静脈内投与を行い、次に500mlを30分間で投与する。症状がなくなるまで継続する。同時に、必要に応じて補助呼吸や人工呼吸を行いつつ、循環作動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図る。

2) 全脊髄くも膜下麻酔 鎮痛開始後の呼吸循環の管理中，全脊髄くも膜下麻酔を疑う所見（投与用量に見合わない麻酔の効き）が見られたら、直ぐに医師、応援看護師に連絡する。硬膜外カテーテルを吸引し，髄液が引ければそれ以上の薬液注入をしない。心電図モニターを追加し，その場を離れず麻酔効果が減弱するまで患者を監視する。全脊髄くも膜下麻酔を強く疑う所見（意識消失，徐脈，低血圧，呼吸抑制）が見られたら，気道確保をし，呼吸の補助（補助呼吸，人工呼吸）を行いつつ（意識が残っている場合には鎮静を行う），循環作動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図る。

3) 硬膜外血腫（無痛分娩後）

両側性に感覚または運動障害がある，帰室時よりも感覚または運動障害が悪化，拡大している，硬膜外麻酔穿刺部に叩打痛があるなど硬膜外血腫を疑う所見が一つでも見られたら，医師に連絡。硬膜外血腫のルーラアウトを行う。

【スワンレディースクリニックの無痛分娩説明書】

陣痛に対する痛みやストレスは多くの場合、呼吸法やリラックスで軽くするようにしますが、それも限界があります。分娩に対する不安や恐怖感が強い方や痛みに対してストレスを強く感じる方では、ストレスや不安感から分娩の進行が遅れたりして、ご本人や赤ちゃんに悪影響を及ぼすことがあります。

また経産婦さんでも前回の分娩で強いストレスを感じ今回の分娩に関し不安を抱いてる方では、分娩時の痛みを取り除くことでよりよい分娩にすることができます。痛みを適切に取り除き、安全で快適なお産を目指すのが無痛分娩という方法です。無痛分娩で行う硬膜外麻酔とは、脊髄の外側の硬膜外腔という箇所にかテーテル（細くて柔らかい管）を留置し、その管を通して麻酔薬を入れ、お産の痛みを和らげる方法です。無痛分娩の処置は10分程度で終了します。

ベッドに横になっていただき、背中を丸めた姿勢でカテーテルを挿入します。背中に局所麻酔をしてから針を刺してカテーテルを挿入しますので、カテーテル挿入時に痛みはありません。カテーテルを挿入した後は姿勢に制限はありませんので、立ったり座ったり仰向けに寝たり、どんな姿勢でも問題ありません。

無痛分娩では、子宮収縮に伴う軽い陣痛は感じますが、痛みはなく子宮口が全開したら普通の分娩と同様に『いきみ』を行い出産します。自分の力でいきんで産むという点においては、自然分娩と変わりません。麻酔の効果や陣痛の感じ方には個人差がありますが、薬の注入量、注入方法を工夫することによって分娩に伴う痛みの大部分を軽減できます。麻酔薬はおもに子宮より下の痛みを取り除きますので、意識ははっきりしています。足は少し重い感じがしますが動かすことはできます。（個人差が若干あります。）麻酔薬注入後約10分から15分くらいしてから麻酔は効き始めます。無痛分娩では、陣痛が間延びすることがあるので、遷延分娩を回避する目的で陣痛促進剤を使用します。使用する薬剤に関しましては、胎児に影響がないものを適切に使用いたします。吸引分娩や鉗子分娩は増える傾向にありますが、帝王切開率は増加しません。分娩室ではできる限り自由な姿勢で過ごしていただきます。出生した赤ちゃんについては他の分娩と同様、分娩直後の抱っこやカンガルーケアを行うことができます。

■スワンレディースクリニックでは、妊娠37週台での計画無痛分娩を実施しています。出産日を決めて計画的に陣痛をおこしていきます。陣痛促進剤の投与開始と同時に麻酔の投与を開始しますので、陣痛開始から出産まで無痛です。ご家族で宿泊に来ていただく場合は予定が立ちやすく、最初から最後まで無痛なので安心して出産を迎えられます。計画日より前に陣痛がきても24時間365日対応しますのでご安心ください。【無痛分娩は計画分娩で行っております。計画入院日は37週台でのクリニックが指定する日となります。ご自身で日程を指定したい方は出産日予約サービスをご利用ください。】

■無痛分娩のメリット

身体的、精神的ストレスが軽くなります。痛みが大部分軽減されますので、痛みに対する恐怖心が減り落ち着いて分娩に臨めます。・子宮胎盤の血流量を維持し、赤ちゃんへのストレスを軽くします。・産後の回復が早く、育児にスムーズに入れます。

■副作用について

硬膜外麻酔で重篤な合併症が起こることは稀ですが、副作用として以下のことが起こることがあります。しかし、厳重なモニターにより早期発見に努め、迅速に対処します。

- ・チューブ挿入部位の痛み
- ・一時的低血圧：体位変換、輸液にて回復します
- ・硬膜穿刺後の頭痛：1週間程度で回復します
- ・非常に稀な合併症：一時的ふるえ、局所麻酔薬中毒、硬膜外血腫、硬膜外膿瘍、呼吸困難 等上の問題点はその発生の早期発見により、ある程度回避可能です。

そのため当院においては無痛分娩にあたり、水分摂取以外は絶食とし、点滴による血管確保、胎児心拍監視装置を装着し母児管理を厳重に行い異常の早期発見に努めます。

※麻酔効果には若干個人差があります。効果が不十分と感じられる方は遠慮なくお申し付けください。

■《緊急時の対応》

無痛分娩の方針としている場合でも、母児の状況の変化によっては緊急に帝王切開が必要となることがあります。

実際に緊急を要する事態では母児の危険回避の観点から、ご家族に連絡がつかない場合でも帝王切開を行うことがありますのでご了承下さい。

令和8年3月30日 更新

【スワンレディースクリニック無痛分娩マニュアル】

I. 無痛分娩を行う体制

1. インフォームドコンセントの取得

誘発分娩と麻酔分娩の同意書を渡し入院までに署名し持参してもらう。

2. 麻酔を担当する医師

（硬膜外麻酔）麻酔科研修修了者 硬膜外カテーテル留置 100 例以上の経験がある 循環虚脱、呼吸不全などの母体急変に対して適切な蘇生処置ができる

3. 無痛分娩を施行する場所 分娩室

母体に自動血圧計装着と SPO2 連続モニタリングができる。急変時に対応する設備がある（酸素供給、口腔内吸引装置、救急カート）

II. 無痛分娩の管理

1. 硬膜外麻酔前の情報収集

妊娠後期の血液止血凝固能を含む血液、尿検査をチェックする。既往歴、家族歴、服用薬、アレルギー、身体所見（気道、脊柱、神経障害の有無）等の確認をする。妊娠経過、胎児合併症、推定児体重 分娩に関する要望

2. 硬膜外麻酔開始時の確認事項

破水・感染の有無、現在の分娩の進行状況（VAS、視覚的疼痛尺度）

無痛分娩を開始することへの患者の同意

産科医が分娩エリアにおいて硬膜外麻酔開始後の状態変化に対応できる

末梢静脈路が確保され輸液が開始される

自動血圧計、パルスオキシメーターが装着されている。

3. 脊髄くも膜下穿刺、硬膜外カテーテル留置

左側臥位または座位にて L3/4 より穿刺を行う。正中アプローチを第一選択とする。

穿刺、カテーテル留置手技中に放散痛の訴えがあったら、針カテーテルを引き、放散痛の位置を確認する。穿刺部位、硬膜外腔までの距離、脊髄くも膜下穿刺の有無、硬膜外カテーテル挿入 吸引テストの結果、放散痛の有無、その他のイベントについてカルテ記載する。

鎮痛薬投与 痛みの程度や分娩進行状況によって薬剤の種類や用量を変更する場合あり。

鎮痛の導入 硬膜外鎮痛：1%キシロカインを 3ml、吸引テストしながら 0.1%アナヘイン シリンジポンプ 14ml/h 開始・維持

疼痛時変更あり

4. 硬膜外鎮痛中のルチーン管理

① 硬膜外鎮痛開始から分娩 2 時間後までを通して 医療スタッフが LDR 近くにいる。ナースコールを患者に渡す。自動血圧計を装着し、連続的に脈拍数、血圧を 監視する。血圧の測定間隔は 15 分おきに行う。冷覚消失・低下域の評価 導尿 歩行せずベッド上で過ごす 絶飲食

- ② 硬膜外鎮痛開始直後は離れずに監視する。意図せぬ脊髄くも膜下薬剤注入がないかを確認する。硬膜外無痛分娩開始後のバイタルサインチェックは0～5分まで連続。それ以降は15分間隔。低血圧（収縮期血圧が通常の20%以下または80mmHg以下）時は下肢拳上と輸液急速負荷（300～500ml）を行う。昇圧剤投与。胎児心拍数の低下がないか監視する。十分な鎮痛が得られているか。左右の冷覚低下・消失域の評価。
- ③ 怒責開始から分娩室退室までバイタルサインチェック15分毎。産後出血確認。出血多量時は全身管理をする。産道裂傷や会陰切開部の縫合が終了するところに硬膜外注入を終了する。
- ④ 分娩室退室後。感覚・運動神経遮断からの回復を観察する。

5. トラブルシューティング

- ① 産婦が痛みを訴えた時は、痛みの部位と性状、分娩進行状況、冷覚低下領域を確認し薬剤の追加投与を行う。冷覚低下域に左右差があるようなら、体位変換、カテーテルの引き抜き（0.5～1cmくらい）
- ② 怒責開始から分娩室退室まで。母体の意識レベル、血圧、脈拍数を確認する。緊急C/Sの可能性がでた段階で、手術麻酔のための硬膜外投与薬、手術室の準備を始める。
- ③ 重大な合併症に対する対応
 - (ア) 局所麻酔薬中毒。薬剤を投与する度の硬膜外カテーテルの吸引テスト、患者を監視しながらの少量分割注入。金属味、不穏、興奮を認めた時はただちに局所麻酔薬の投与中止し応援を呼ぶ。救急カートを用意、監視続行。意識障害、痙攣、重症不整脈、循環虚脱を認めた場合は常備してある20%脂肪乳剤を静脈内投与する。同時に必要に応じて補助呼吸や人工呼吸を行い循環作動薬や輸液をもちいて循環動態の安定を図る。
 - (イ) 全脊髄くも膜下麻酔。薬剤用量に見合わない麻酔効果などから、意図しない脊髄くも膜下投与に早い段階で気づき全脊髄くも膜下麻酔を未然に防ぐことが最も大事である。鎮痛開始後の呼吸循環の管理中、全脊髄くも膜下麻酔を疑う所見（投与量に見合わない麻酔の効き）が見られたら硬膜外カテーテルを吸引し、髄液が引ければそれ以上の薬液注入をしない。モニター監視を継続、その場を離れず麻酔効果が減弱するまで患者を監視する。全脊髄くも膜下麻酔を強く疑う所見（意識消失・徐脈・低血圧・呼吸抑制）がみられたら気道確保し呼吸の補助（補助呼吸・人工呼吸）を行いつつ循環作動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図る。
 - (ウ) 硬膜外血腫（無痛分娩後）両側性に感覚または運動障害がある、帰室時よりも感覚・運動障害が悪化、拡大している。硬膜外または脊髄くも膜下麻酔穿刺部に叩打痛があるなど硬膜外血腫を疑う所見が1つでも見られたら血算/凝固能チェックを行う。

6. 入院・誘発当日の管理。誘発当日に器械的頸管拡張（ミニマトロ）を挿入し、胎児心拍陣痛図を装着する。分娩進行中は胎児心拍数陣痛図を継続的に装着しモニター監視を行う。子宮収縮薬（オキシトシン）を持続静脈内投与。ラクトリンゲル500ml+オキシトシン5単位を12ml/hより開始し30分毎に12ml/h増量。子宮収縮を確認しながら最大点滴速度120ml/hとする。人工破膜：児頭が-2より下降し概子宮口が3cm開大した時点で人工破膜を施行。破膜前に臍帯の位置と胎児心拍数陣痛図に異常がないか確認する。

7. 無痛分娩開始後の産科管理

2 時間毎の診察を行い子宮口の状態を確認する。適宜体位変換を行う。排尿防止障害のため、4 時間毎に助産師による導尿を行う。

9. 帝王切開への切り替え 以下の場合には経膈分娩から帝王切開に切り替える。(ア) 高度胎児心拍数異常の出現時 (イ) 分娩進行がなく、経膈分娩が困難と判断した時 (ウ) 母体状況の悪化により経膈分娩が困難と判断して時 (エ) 母児にリスクがあると判断した時

令和 8 年 3 月 30 日 更新

ゲストの皆様にご満足いく無痛分娩を提供できるよう、安心して無痛分娩に臨めるように援助いたします。

1. 妊娠中における看護

- ①妊婦健診においてきめ細やかな指導を行い、不安の軽減に努めていきます。
- ②無痛分娩希望者には、無痛分娩における情報提供を行い、無痛分娩の動画が HP に掲載されていることをお伝えして閲覧していただきます。

2. 入院当日における看護

- ①入院前 ・来院前にカルテより情報収集を行い、医師の指示を確認します。
 - ・同意書の有無、署名・同意日、記載漏れの確認
 - ・必要物品が揃っているか確認
 - ・救急カートの物品を確認
- ②入院時（7時40分に来院していただきます）
 - ・母子手帳、診察券、保険証より本人確認を行います。
 - ・必要書類が追加であれば受け取ります。
 - ・点滴類、分娩監視装置、硬膜外麻酔セット、診察器具等の準備を行います。
 - ・インファントウォーマーおよび新生児蘇生物品の点検を行います。
- ③硬膜外麻酔介助前
 - ・産婦さん本人であることを口頭、ネームバンドより確認します。
 - ・分娩監視装置の装着、およびバイタルサインの測定を行います。
 - ・摂取は水分のみ摂取が可能です。
- ④硬膜外麻酔介助～コールドチェックまで
 - ・産婦さんの体勢介助を行います。
 - ・硬膜外麻酔処置後、分娩監視装置の装着、バイタルサイン（血圧・脈拍・酸素飽和度）測定をし、異常がなければテストドーズ（麻酔の初回注入）を開始します。
 - ・血圧測定は15分間隔で測定していきます。
 - ・テストドーズ後、副作用（金属味、耳鳴り等）がないかを確認します。
 - ・テストドーズより20分後、コールドチェックを行います。アイスノンを腹部に当て、冷感が消失しているかを確認します。冷感が消失していない場合などは硬膜外麻酔処置をやり直すこともあります。
- ⑤分娩進行中
 - ・硬膜外カテーテルの刺入部は適宜確認し、異常がないことを確認していきます。
 - ・無痛分娩中は分娩監視装置を継続的に装着していきます。
 - ・硬膜外麻酔が効いてきたところで医師の診察があり、人工破膜（破水させる処置）を行います。羊水が流れ出てくる感じがあります。
 - ・適宜、診察および導尿をおこない、分娩進行をその都度評価していきます。必要に応じて医師とともに診察を行ったり、エコーにて赤ちゃんの状態を確認することがあります。
 - ・麻酔効果を評価し、痛みに応じて麻酔薬を追加していきます。痛みが生じた場合や不安がある時はナースコールでお知らせください。その都度、対応いたします。
 - ・医師の指示のもと、必要に応じて促進剤の量を段階的に調整していきます。

⑥分娩時

- ・分娩の準備を行っていきます。
- ・陣痛に合わせて努責をかけていきます。鎮痛効果により、陣痛のタイミングが分からない場合でも、介助者が声をかけてサポートしていきます。
- ・必要時、クリステレル圧出法（母体のお腹の上を押す方法）や吸引分娩でお産をお手伝いすることがあります。
- ・赤ちゃんのケアは新生児蘇生法のアルゴリズムに従って進めていきます。

⑦分娩後

- ・母体のバイタルサインや子宮復古の状況、出血量等確認していきます。異常時は医師へ報告し、適切な処置を行っていきます。
- ・母児ともに異常がなければ、産後2時間一緒に過ごしていただきます。
- ・分娩後2時間が経過し、異常がなければ帰室の準備をしていきます。また、帰室後の注意事項や入院中のスケジュールを説明いたします。

出産は産婦さんご本人やご家族にとって、とても大切なイベントです。素敵なお産となるようスワンレディースクリニックスタッフ一同、精一杯寄り添いお手伝いさせていただきます。

令和8年3月30日 更新

【無痛分娩中の急変時の体制について】

急変時には医師、助産師、看護師の少なくとも3人以上で速やかに対応する。初期治療後、母体搬送も考慮する。

2) 局所麻酔薬中毒

初期症状（金属味，不穏，興奮）を認めたときには，ただちに局所麻酔薬の投与を中止し，医師、応援看護師を呼ぶ。救急カートを用意し，心電図を追加装着し患者の監視を続ける。意識障害，痙攣，重症不整脈，循環虚脱などを認めた場合には分娩室に常備してある20%脂肪乳剤（イントラリポス輸液 20% 250ml）を静脈内投与する。まず、1分間に100mlの静脈内投与を行い、次に500mlを30分間で投与する。症状がなくなるまで継続する。同時に，必要に応じて補助呼吸や人工呼吸を行いつつ，循環作動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図る。

2) 全脊髄くも膜下麻酔 鎮痛開始後の呼吸循環の管理中，全脊髄くも膜下麻酔を疑う所見（投与用量に見合わない麻酔の効き）が見られたら、直ぐに医師、応援看護師に連絡する。硬膜外カテーテルを吸引し，髄液が引ければそれ以上の薬液注入をしない。

心電図モニターを追加し，その場を離れず麻酔効果が減弱するまで患者を監視する。全脊髄くも膜下麻酔を強く疑う所見（意識消失，徐脈，低血圧，呼吸抑制）が見られたら，気道確保をし，呼吸の補助（補助呼吸，人工呼吸）を行いつつ（意識が残っている場合には鎮静を行う），循環作動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図る。

3) 硬膜外血腫（無痛分娩後） 両側性に感覚または運動障害がある，帰室時よりも感覚または運動障害が悪化，拡大している，硬膜外麻酔穿刺部に叩打痛があるなど硬膜外血腫を疑う所見が一つでも見られたら，医師に連絡。硬膜外血腫のルールアウトを行う。

【危機対応シミュレーションの実施について】

2025年6月29日 危機対応シミュレーションを実施した。 その日勤務のスタッフが9名参加。

①全脊髄くも膜下麻酔

(想定)無痛分娩中に患者が呼吸苦を訴えた。

(対応)

局所麻酔薬の投与を中止、陣痛促進時の投与を中止して、直ぐに医師に報告、応援看護師にも連絡した。

酸素投与を開始。心電図、SP02モニターを追加装着して血圧、脈拍等患者の監視を続ける。点滴をラクテックに変更して全開投与。

到着した医師は、浅い呼吸、手の脱力症状などから全脊髄くも膜下麻酔と診断した。

応援看護師は救急カート、酸素マスク、挿管セットを準備。

医師は酸素投与下にバッグアンドマスクで呼吸補助を開始した。心拍出量を保つために頭低位とし静脈環流を確保。応援看護師は子宮左方転位。徐脈と低血圧にエフェドリンを使用。

気管内挿管実施。

高次医療機関への連絡準備と搬送準備。

②局所麻酔薬中毒

(想定) 無痛分娩中に患者が不穏状態になり、意思の疎通がとれなくなった。

(対応)

ただちに局所麻酔薬の投与を中止、陣痛促進時の投与を中止して医師、応援看護師に連絡した。

酸素投与を開始。心電図、SP02モニターを追加装着して血圧、脈拍等患者の監視を続ける。点滴をラクテックに変更して全開投与。

到着した医師は、不穏状態、多弁などから局所麻酔薬中毒と診断した。

応援看護師は救急カート、酸素マスク、挿管セットを準備。

意識消失、呼吸抑制が始まったので、医師は酸素投与下にマスクアンドバッグで呼吸補助を開始した。

痙攣が始まったので、セルシン5mg静脈注射。低血圧に対してエフェドリン投与。不整脈に対して20%脂肪乳剤（イントラリポス輸液 20% 250ml）を静脈内投与すした。

まず、1分間に100mlの静脈内投与を行い、次に500mlを30分間で投与する。

気管内挿管実施。

高次医療機関への連絡準備と搬送準備。

3号 7mm 21cm 10ml

(評価)

各スタッフの役割を再確認すると同時に必要物品、薬剤の確認した。

【無痛分娩管理者】・【麻酔担当医】

岩本 英熙

JALA 講習会 カテゴリー A 受講済み(2025年4月)

JALA が認定するカテゴリー B 講習会受講済み【J-MELS 硬膜外鎮痛急変対応コース修了(2026年3月29日)】

JALA が認定するカテゴリー C 講習会受講済み【J-MELS ベーシックコース修了 (2026年3月15日)】

(主な麻酔研修歴)

河内総合病院 麻酔科 平成 12 年

全身麻酔 100 例以上、硬膜外麻酔 100 例以上 脊椎麻酔 100 例以上

関西医科大学麻酔科 平成 15 年

全身麻酔 50 例以上 脊椎麻酔 20 例以上

スワンレディースクリニック 令和 1 年 - 令和 8 年

硬膜外麻酔 5000 例以上 脊椎麻酔 500 例以上

【無痛分娩に関わる助産師・看護師について】

カテゴリー C 受講歴を有する 助産師・看護師 1 人

カテゴリー D 受講歴を有する 助産師・看護師 8 人

NCPR(新生児蘇生法)の資格を有する助産師・看護師 5 人