

1, 外来（妊娠中）の看護

- ①妊婦より無痛分娩の相談を受けたら、妊婦の希望に合わせて意思決定ができるよう援助する。
- ②33-34週で助産師外来を担当した助産師は、硬膜外麻酔前の問診および体重の実測値をトワイツカルテに記載する。助産師外来終了後、硬膜外麻酔前検査（採血）に行くよう妊婦を案内する。次回麻酔科外来の日程を確認し、「無痛分娩に関する説明書および同意書」が渡されているか確認する。

2, 入院時の看護

- ①産科トワイツカルテに沿って情報収集を行う。無痛分娩実施にあたってのリスク事項がないか確認する。
<確認項目>血液凝固能障害（APTT 50 秒以上延長など）、抗凝固剤使用重症妊娠高血圧症候群、局所麻酔薬アレルギー、感染症、神経疾患、脊椎疾患、他
- ②妊婦から「無痛分娩に関する説明書」の提出（もしくはスキャン）を確認。コピーして妊婦に渡し、原本をカルテに控える。
- ③陣痛発来または破水で入院の場合は、内診を行い、所見を医師と共有する。有効陣痛があるようなら、タイミングを見て硬膜外カテーテル挿入を麻酔科医に依頼する。
- ④誘発目的で入院の場合は、「分娩誘発・促進の説明書」も確認する。破水（未陣発）で入院した場合も、翌日の誘発分娩となる。産婦に入院オリエンテーションを行い部屋待機とする。
- ⑤局所麻酔薬(0.2%アナペイン、1%キシロカイン)、100ml 生食は分娩室に常備。麻薬は、金庫に保管する。注射オーダー（補液）が入っているか確認する。
- ⑤誘発目的や破水（未陣発）での入院の場合は、

3, 誘発当日の看護

- ①当日朝より禁食とするが、誘発分娩中もクリアウォーターであれば飲水可。
- ②妊婦に手術着を着せる。
- ③6：00 頃より陣痛室で分娩監視装置を装着、胎児心拍モニタリングを行う。
- ④胎児モニタリングに問題なければ、6：30 頃産科病棟医に内診を依頼し、必要時ミニメトロ挿入の介助を行う。その後、20Gで（可能な限り左手に）ルートキープし、ミニメトロ挿入1時間経過後より分娩誘発を開始する。
※この時点では側管からの補液は不要。
※ミニメトロを挿入しない場合は、分娩誘発を産科病棟医の内診後より開始する。
※GBS陽性の場合は、ミニメトロ挿入時に抗生剤（ピクシリン）2g を初回投与し、以降4時間毎に抗生剤（ピクシリン）1g を投与する。

- ⑤陣痛促進剤（オキシトシンまたはプロスタグランジンF2 α ）が最大量になっても陣痛発来しない場合は、夕方麻酔科医に連絡し硬膜外カテーテル挿入を依頼する（夜間の自然陣痛発来に備えるため）。

4、カテーテル挿入時の看護

- ①子宮口が 3-5cm 開大し、陣痛発来と判断でき、かつ産婦が希望した時点で、担当助産師または産科病棟医より麻酔科医に連絡する。分娩室で分娩監視装置と母体の生体モニターを装着、血圧測定を3分間隔に設定する。麻酔科医が到着したら、担当助産師は分娩の進行状況や陣痛の程度などの情報提供をする。
- ②側管からボルベン 100ml/h で補液開始。
- ③カテーテル挿入時の体位は側臥位とする。産婦の恐怖心や不安に配慮し声掛けする。
- ④麻酔科医師がテストドーズの薬剤を注入するため、薬液をトレイに準備しておく。
- ・ 1回目 硬膜外カテーテル挿入時に 1%キシロカイン 2～3ml
 - ・ 2回目 5分後に 0.1%アナペイン 6ml
 - ・ 3回目 さらに5分後に 0.1%アナペイン 6ml
- ※各回、体位は可能であれば変える。
- ※0.1%アナペインがない場合は、1%アナペイン2ml+生食18mlで0.1%アナペインを作成しテストドーズに使用する。
- ※1回目の投与後問題なければカテーテルをテープで固定する。

5、麻酔開始（持続注入器の接続）

- ①薬剤の注射オーダーを確認する。
- ②薬剤の点検と補充を各勤務ごとに行う。
- ※無痛分娩用持続注入薬：0.2%アナペイン40ml+フェンタニル 4 ml+生食56ml
(0.2%アナペインがない場合は1%アナペイン4ml+フェンタニル2ml+生食44ml)
- ※0.2%アナペイン注 100mLバッグ、生食は分娩室常備としてあり。
- ※フェンタニル注 0.1mg/2mL は分娩室の麻薬金庫内にあり。
- ※フェンタル注使用後は、麻薬請求票並びに施用票を記入する。
- ※フェンタニル空アンプルは空箱に入れ、麻薬請求票並びに施行票とともに金庫に保管し、日勤帯で薬剤師とWチェックして薬局へ返却する。
- ※鎮痛開始後、陣痛が遠のき一旦麻酔中止する場合は外した薬液バッグは返却伝票とともに薬局に返却する。再開時は新しいバッグに薬液を再度準備する。
- ③血圧低下防止のため、ボルベン 100ml/h を継続する。
- ④救急カートを分娩室内に準備しておく（1日1回点検）。
- ⑤インファントウォーマーに児の蘇生物品を準備しておく（使用するたびに点検）。
- ⑥持続注入用ポンプ（エイミー）に患者 ID を入力する。

⑦薬液バッグ内の麻酔薬剤が残 20mlになったら、医師に報告し、追加の薬剤準備を依頼する（日勤帯は麻酔科医、夜勤帯は当直産科医に報告）。

⑧麻酔投与中の観察項目とドクターコール基準は以下の通り。

観察項目	観察間隔	コール基準	対応
血圧	3分/投与後10分間 10分/10-30分後 60分/60分以降	収縮期血圧90mmHg未満	左側臥位または右側臥位 補液全開投与 エフェドリン5mg IV
心拍数	同上	100回/分以上、45回以下	左側臥位または右側臥位 補液負荷 麻酔 levelチェック
SpO2 呼吸数	同上	SpO2 90%以下 呼吸数10回以下	酸素投与 麻酔科医コール 夜間は当直医コール
鎮静度 意識レベル	同上	鎮静スコア 0：意識清明 1：やや傾眠 2：声掛けで覚醒 3：声掛けで覚醒しない	経過観察 経過観察 経過観察 麻酔科医コール 夜間は当直産科医コール
体温	1-2時間毎	38℃以上	クーリング、補液 子宮内感染有無確認
麻酔高評価 感覚神経ブロック 評価 (アルコール綿等 用いて前額部と左 右鎖骨中線で比 較)	テストドーズ注入後 麻酔薬持続注入開始直 後・開始10分後・以後 60分毎 又はバイタル変動時 疼痛増強時	Th5より頭側の感覚低下  疼痛が強い	麻酔薬中止、麻酔科医コール 当直産科医コール フローチャート参照 産科的異常との鑑別
運動神経ブロック 評価	同上	Bromageスケール 0：膝を伸ばして下肢挙上可 1：膝曲げ可	0,1は経過観察 2,3の場合は麻酔科医（夜間

		2：膝曲げ不可、足首可動 3：まったく足が動かない	は当直産科医)をコール 麻酔域確認、髄液、血液の逆流あるか確認、持続量減量
--	--	------------------------------	--

6、分娩進行中の看護

- ①無痛分娩開始後は飲水（クリアウォーター）のみ可と説明する。
- ②妊婦に PCA を押すタイミングを説明する。
- ③1-2時間おきに導尿を行う。または妊婦の希望により尿道カテーテルを留置する。
- ④活動期に入ったら 30分-1時間おきに内診を行う。
- ⑤無痛分娩中は、ずっと同じ姿勢でなく、側臥位や座位の体位変換を即す。なるべく仰臥位は避ける。少なくとも 2時間ごとに体位変換を行う。下肢の感覚低下により褥瘡発生の可能性があるため。
- ⑥いきむタイミングがわかりやすいよう、GTGを見ながら努責誘導する。
- ⑦分娩介助は正常分娩に準ずる。

7、分娩終了後の看護

- ①産科医師に確認し麻酔薬持続注入ポンプを止める。
- ②分娩後 2時間で産科医師がカテーテルを抜去するため、介助する。先端欠損がないことを確認する。止血を確認したら、絆創膏で保護する。分娩時出血量が多かった場合は凝固系の検査値異常がないことを確認する。カテーテル抜去後より食事可。
- ③残薬がある場合は硬膜外カテーテルとの接続部から外し、バッグごと薬局に返却する（返却伝票必須）。返却した旨を電カルに掲示記録で記載する。残量は薬剤師が計量する。抜去したカテーテルは捨ててよい。
- ④帰室時は必ず車いすを使用する。
- ⑤初回歩行以後は、正常分娩のマニュアルに準ずる。
- ⑥電子カルテに必要な記録を行う。エイミーにボラス投与の履歴が残るので、カルテに記載してから電源を切る。
- ⑦アンケートの QR コードを渡し、入力を依頼する。