無痛分娩の分娩促進と産婦の安楽のバランスをめぐる助産師の実践

山形県母性衛生学会
我妻 睦（米沢市立病院）

Ⅰ.はじめに

日本の総分娩数に占める無痛分娩数の割合は、2018 年報告の 5.2%から 2024 年には 13.8%と 6 年間で 2.7 倍に増加している [1)]。山形県では全分娩数に占める無痛分娩の割合は 11.3%と、東北地方では最多の県であった [1)2)]。

無痛分娩は、痛みを少なくし体力の温存を目的とした無痛分娩を希望する産婦、母体合併症があり、疼痛コントロールが必要とされる産婦に実施されている。無痛分娩に関連して生じる合併症として、麻酔の直接的影響で生じるものと、麻酔による分娩促進への影響が生じるものがある。[3)] 合併症の対応のため、静脈確保や母体バイタル・胎児心拍モニターによる連続監視が行われており体位の制限が生じる。また、薬剤による微弱陣痛が挙げられている。これらの要因から分娩第 2 期の遷延が起こる可能性が高いことが明らかになっている [1)2)3)]。助産師は無痛分娩における麻酔の影響を考慮したケアや分娩促進のケアを行うことが求められる [4)]。

先行研究では、意思決定のプロセス [5)] 実態調査 [6)7)] 分娩促進を判断する要因 [4)] 硬膜外麻酔を実施した褥婦への調査 [8)] ケアへの困難感 [9)] ケアへの負担増加と助産師のやりがいの喪失について [10)] 無痛分娩における助産ケアに困難を感じていることが明らかとなっている。今回、経験年数が長く熟練した助産師に、困難と感じること、分娩促進のケアと安楽のケアについてインタビューを行った結果を報告する。

Ⅱ.研究目的

本研究は無痛分娩を実施している助産師の、無痛分娩中の分娩促進ケアと安楽ケアの実践、それに伴う困難感を明らかにすることを目的とした。

Ⅲ.研究方法

1）研究手法

A 病院に勤務している助産師 10 名に半構造化面接を行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。半構造化面接では、無痛分娩中のケアや困難に思うことについて尋ねた。

2）研究期間

令和 7 年 11 月1日～令和 8 年 3 月 31 日

3）研究対象者

本研究への参加に同意し、無痛分娩の分娩介助をしている A 病院助産師 10 名

Ⅳ. 倫理的配慮

研究者所属の倫理委員会より承認を得た。協力を依頼した助産師には、研究目的、背景、研究への参加とその撤回、プライバシーの保護、研究の公開について文書と口頭で説明し同意を得た。

Ⅴ. 結果

助産師 10 名から回答を得た。助産師の経験年数は、平均 25.4 年（12.6±21.4）であった。

分娩第 1 期のケアでは、3 つのカテゴリーと 7 つのサブカテゴリーに分類された。分娩第1期のケアについて表 1 に示す。分娩第1期では子宮口開大を促進するための多様な実践が抽出された。助産師は、産婦の身体活動を促し、非薬理的刺激を活用しながら分娩促進を支援していた。また、胎児の回旋を意識した体位管理や、産痛や麻酔効果に応じた個別的な体位調整が行われていた。さらに、母体疲労を最小限に抑えるため、休息や水分・栄養摂取の確保、疲労度および胎児の状態を踏まえた待機判断がなされていた。麻酔開始時期の判断においては、痛みの訴えや陣痛の有効性や分娩予測、産婦の希望を総合的に判断し開始していることがわかった。

分娩第 2 期のケアでは、5 つのカテゴリーと 10 のサブカテゴリーに分類された。分娩第 2 期のケアについて表 2 に示す。胎児の下降および回旋を促進するための支援が主に行われていた。重力を活用した立位や座位の選択、体位変換による分娩促進の促進、活動性の維持を意識した関わりが確認された。また、努責を引き出すために、助産師は陣痛の正確な評価と産婦の感覚の共有を重視し、自然な努責を支援していた。分娩促進のアセスメントとして、助産診断の見直しや医師との協働による介入判断が行われていた。安全管理の側面では、転倒予防を前提とした付き添いや下肢の運動機能の確認、医療機器トラブルの回避などが実践されていた。一方で、分娩促進と疼痛緩和においては、介入や薬剤投与のタイミングに関する迷いが生じており、子宮口開大と痛みの訴えの不一致や、鎮痛効果に対する追加要求への対応に困難がみられた。

困難感では、4 つのカテゴリーと 7 つのサブカテゴリーに分類され、助産師が抱える葛藤や不安が明らかとなった。困難感について表 3 に示す。医療介入の増加に伴い、内診や導尿の回数増加、吸引分娩や分娩遷延の増加への懸念が示された。また、分娩遷延に伴う出血リスクの上昇に対する不安も語られた。さらに、産婦の分娩体験の質に関しては、痛みの捉え方の違いや、麻酔効果の偏り、医療介入の多さによる分娩体験の満足度低下が挙げられた。また、チューブやモニター類のトラブル、緊急時対応への不安など、医療管理上の課題も認識されていた。

表 1　無痛分娩における分娩第 I 期のケア

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
子宮口開大促進	身体活動の促進	積極的に体を動かす
	非薬理的刺激による促進	薬剤を使用しない分娩促進
		導尿の実施
	回旋を意識した体位管理	同一体位を避ける
		四つん這いなど回旋を意識した体位の選択
	個別的な体位調整	産痛部位や麻酔の効果を判定し体位を決める
母体疲労を最小限	休息の確保	食事や水分などの摂取
		麻酔使用時の眠気
	状況に応じた待機の判断	疲労度と胎児のウェルビーイングを考慮
麻酔開始時期の判断	麻酔開始時期の判断	痛みの訴えの評価
		陣痛の評価
		分娩の予測
		産婦の訴えと希望

表 2　無痛分娩における分娩第 2 期のケア

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
胎児の下降･回旋を促すケア	重力を活用した児頭下降促進	積極的に立位や座位になる
	体位調整	同一体位を避ける
	活動性維持による下降促進	コードの多さによる体動困難を避ける
努責を引き出すケア	陣痛の正確な把握	有効陣痛の評価
	陣痛の感覚の共有	産婦の感覚、自然努責を確認
分娩促進のアセスメントと調整	分娩予測と修正	助産診断の評価と修正
	医師との協働	促進剤使用、医師と共同管理
安全管理	転倒予防下での活動支援	体動、体位交換時は必ず付きそう
		下肢の動きを確認
		導尿の必要性を考慮
		チューブトラブルを避ける
分娩促進と疼痛緩和のバランス	介入のタイミングの迷い	子宮口開大と痛みの訴えが合わない
		充分痛みは取れているが、追加を求められる
	薬剤の投与のタイミングの迷い	疼痛緩和の区域がうまく調整できない

表 3　無痛分娩におけるケアに伴う困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医療介入増加のジレンマ	医療介入の増加の体験	内診や導尿の回数の増加
	分娩経過への影響の懸念	吸引分娩の増加
		遷延分娩の増加
分娩進行への不安	分娩遷延後の出血リスク増加の懸念	産後出血量の増加
産婦の分娩体験の質低下	助産師と産婦の痛みのとらえ方の違い	痛みの感じ方の違い 薬剤の追加に対してためらう
	不満足な分娩体験	麻酔効果の偏りによる満足度低下
		医療介入の多さによる満足度低下
		痛みに対しての否定的な受けとめ
		助産師のやりがい低下
医療管理上の不安	医療機器トラブルの不安	チューブトラブル
		モニター類のコードトラブル
	合併症への不安	緊急時の対応

Ⅵ. 考察

対象者の平均経験年数が 25.4 年と長いことから、これらの実践は熟練した臨床判断に基づくものであると考えられる。

分娩第 I 期において助産師は、身体活動の促進や非薬理的支援などを用いて分娩促進を促しつつ、休息の確保や体位調整により母体の疲労軽減を図っていた。このことから、助産師は分娩の促進を単に促進するのではなく、母体の負担との均衡を考慮しながらケアを調整していると考えられる。先行研究にもある通り、麻酔の影響を考慮したケアや分娩促進のケア[4)]が行われていた。

分娩第 2 期では、胎児の娩出に向けてより積極的な介入が行われており、体位変換や努責の誘導などを通して分娩を主導する役割が強まっていた。助産師は陣痛の正確な評価と産婦の感覚の共有を重視し、自然な努責を支援していた。さらに、分娩促進のアセスメントと調整として、助産診断の見直しや医師との協働による介入判断が行われていた。産痛部位が変化していく第 2 期では麻酔区域がうまく調整できない難しさを感じていた。疼痛緩和と麻酔使用に対する迷いが示された点は重要である。熟練助産師であっても、無痛分娩特有の判断に迷いがあり、個人の経験だけでは判断できないことから、医師やほかの助産師との協働を密に行うことが重要である。

困難を感じていることは、表 1、表 2、表 3 から麻酔開始時期の判断や、産婦の疼痛緩和と分娩促進への影響との間で葛藤を抱えていた。また、医療介入の増加や分娩遷延、出血への不安、さらには産婦の満足度低下など、多面的な困難感を認識していた。これらは、硬膜外麻酔が単に疼痛を軽減する手段ではなく、分娩経過やケアの在り方に影響を及ぼす要因であることを示している。先行研究においても無痛分娩に携わる助産師は，無痛分娩の良さや支援の難しさを感じ，葛藤している[9)]とされている。助産師は、産婦の身体的・心理的ニーズに応じた支援を提供することが求められている。助産師が考える無痛分娩ケアは「分娩促進」と「産婦の安楽」、さらに「自然経過」と「医療介入」の

バランスの上に成り立っている。しかし熟練した助産師にとって無痛分娩は、医療介入へのジレンマが起こるため、バランスがより複雑化し、助産師の判断負担が増大していることが考えられた。

Ⅶ. 結論

無痛分娩の分娩ケアは、分娩期の促進段階に応じて変化し、分娩促進の促進と産婦の安楽のバランスを図るものであった。

Ⅷ.おわりに

助産師の分娩ケアは高度な臨床判断と調整能力に基づく専門的実践である。今後は、助産師の助産診断の意思決定を支援する体制の整備や、多職種との連携の強化が重要である。

本研究は対象者数が限られていることから、結果の一般化には限界がある。今後は、対象を拡大した研究や、産婦の視点を含めた検討が求められる。

（本研究は、山形県より山形県母性衛生学会への委託を受けて実施した。本研究に関連する利益相反事項はない。）

引用文献

1）a0105ae2eac16223ef14f10c0ddb0428.pdf：無痛分娩の実態調査についての報告 日本産婦人科医会 医療安全部 最終閲覧：2026 年 2 月 15 日
2）www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2025/04/matome_202503.pdf：硬膜外無痛分娩の現状 公益社団法人日本産婦人科医会 医療安全部 最終閲覧：2026 年 3 月 27 日
3）産婦人科診療ガイドライン 産科編 2023.
4）硬膜外麻酔分娩における助産ケアに関する質的研究：水尾 智佐子 母性衛生学会会誌 61 巻 4 号,498-507,2021.
5）無痛分娩で出産した女性の妊娠・分娩・産褥期の思いから考える助産師の役割：近田 佑有子 日本母子看護学会誌 18 巻 2 号（2025 年 2 月発行）
6）日本における無痛分娩に関わる助産師の現用と今後の課題：寺林 加菜子 札幌保健科学雑誌（12）,7-12,2023-03.
7）満足のいく無痛分娩となるために－助産師の立場から－：大山 由香 日本臨床麻酔学会誌 33（3）,404-410,2013.
8）初産で無痛分娩を選択する女性の意思決定プロセス：座波 ゆかり 母性衛生学会誌 64 巻 4 号,746-755,2024.
9）無痛分娩に携わる助産師の思い：山本 佳奈 日本助産学会誌 36（1）,93-104,2022.一般社団法人 日本助産師会
10）当院における助産師・看護師の無痛分娩に対する認識と課題：尾堂公彦 分娩と麻酔,102,1-7,2020.