

7. 分娩

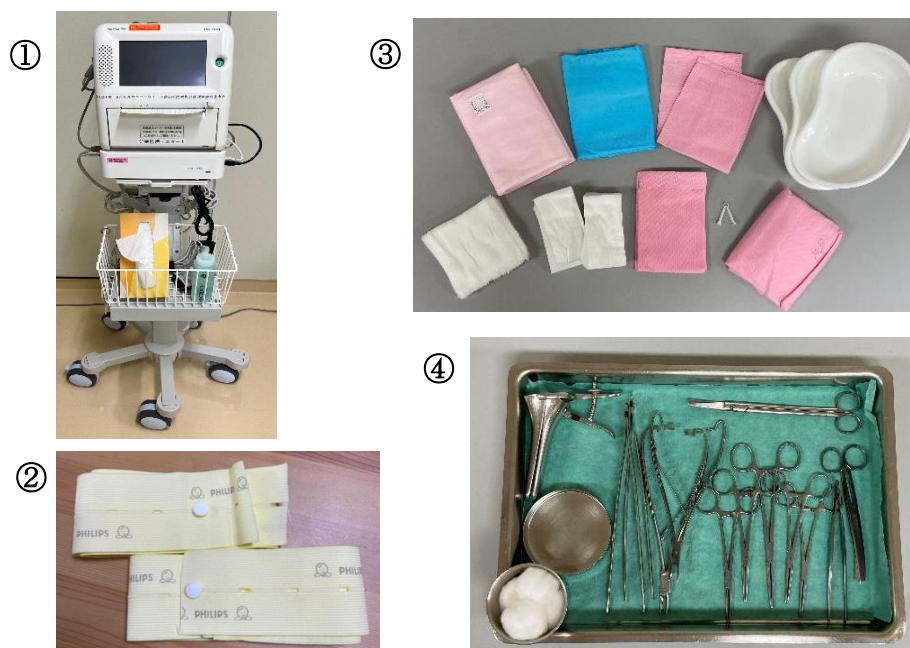
5-13 無痛分娩

I 目的

- 1 患者の不安、緊張を取り除く
- 2 産痛、母体疲労の緩和

対象：無痛分娩希望者で産科医師と麻酔科医師に「無痛分娩適応あり」と評価され「無痛分娩の麻酔についてのご案内」用紙で説明を受け、同意が得られた妊婦

II 必要物品



- ①分娩監視装置（付属マンシエット、付属S p O₂計）
- ②分娩監視装置のベルト
- ③分娩キット(防水シート：ピンク・ブルー)、足袋、膿盆3個、ガーゼ、アルファパッド、処置シート（腹部用）、臍帯クリップ、ガウン）
- ④分娩セット（メーヨ板、金属コップ、シャーレ、クスコ、長鑷子2本、マチュウ持針器2本、コッヘル2本、ペアン3本、短鑷子、長クーパー、臍帯剪刃、綿球）
- ⑤フェイスシールド付きマスク
- ⑥滅菌手袋
- ⑦シューズカバー
- ⑧動脈血採血キット2本
- ⑨23G針3本（局所麻酔用1本、動脈血採血用2本）
- ⑩18G針1本（生化スピッツ用1本）
- ⑪20ccシリンジ（局所麻酔用）、10ccシリンジ（生化スピッツ用）、生化スピッツ1本
- ⑫滅菌蒸留水、ザルコニン液0.05%®、カインゼロゼリー®1本
- ⑬必要な薬剤（医師指示のもとキシロカイン®、アトニン®、など）
- ⑭ルートキープに必要な物品（看護手順「1-4 静脈内注射」に準ずる）
- ⑮黄色のバイオハザードマーク入り専用ポリペール20ℓ
- ⑯橙色バイオハザードマーク入り付専用段ボール箱（ビニール袋入り）60ℓ
- ⑰リナセートD®500ml
- ⑱リナセートF®500ml

- ①⑨サージカルキャップ
- ②⑩オルテックス® 40 cm
- ③⑪無痛分娩麻酔科カート
- ④⑫救急カート
- ⑤⑬生体モニター
- ⑥⑭滅菌プローブカバー
- ⑦⑮電子カルテ 2 台（麻酔科医師用、看護師用）
- ⑧⑯パーテーション、診察ライト（LDR 560 で分娩の場合）

Ⅲ 方 法

1 入院日（無痛分娩前日）

- 1) 産科医師は患者に子宮頸管拡張・分娩誘発・無痛分娩・帝王切開・血液製剤に関する説明を行い、同意を得る。IC時は受け持ち助産師が同席する
- 2) 受け持ち助産師とMFICUリーダー（または産科入院室リーダー）は子宮頸管拡張・分娩誘発・無痛分娩・帝王切開・血液製剤に関する同意書の記載内容をダブルチェックする
- 3) 受け持ち助産師は予定無痛分娩の患者用パスでオリエンテーションを行う
- 4) 受け持ち助産師は産科医師の指示に従い、必要時患者に採血（血液・凝固検査・術前感染症検査）の目的・理由を説明し、実施する
- 5) 受け持ち助産師は、患者に分娩監視装置の目的・理由を説明し、装着前に排泄を促す
- 6) 受け持ち助産師は子宮収縮の有無、胎児の状態を評価するため、分娩監視装置を装着する
- 7) 受け持ち助産師はナースコールを患者の手の届く位置に置き、気分不快や排泄時などの時に押すことを患者に説明する
- 8) 受け持ち助産師はリーダーへ子宮収縮と痛みの有無、胎児の状態を報告し、必要時リーダーから産科医師に報告する
- 9) 胎児心拍異常がある際（胎児心拍数波形レベル分類 2 以上）は分娩監視装置の除去の判断は、産科医師が行う
- 10) 受け持ち助産師は産科診察の目的・理由を説明し、患者に同意を得て診察の介助を行う
- 11) 受け持ち助産師は診察時にバスタオルやカーテンでプライバシーの保護に努め、患者が安心できるよう声掛けを行う。また、診察台からの転落に注意する
- 12) 産科医師は患者確認を行い、内診で子宮口の開大を評価する
- 13) 子宮口開大が 3 cm 未満であり産科医師が必要と判断した際には、産科医師は子宮頸管拡張の説明を患者に行う。受け持ち助産師は同席する
- 14) 受け持ち助産師は子宮頸管拡張の介助を行う。疼痛を伴う処置のため、口呼吸を促し、力をぬくように声かけを行う
- 15) 子宮頸管拡張の器具が抜けてしまった場合は、速やかにナースコールまたは病棟スタッフへ伝えるよう説明する。対応スタッフは受け持ち助産師へ速やかに報告する。また、排泄時に子宮頸管拡張の器具が抜け出た場合は、トイレは流さずナースコールし、対応スタッフへ伝えるよう説明する
- 16) 受け持ち助産師は必要時分娩監視装置を装着し、胎児状態と子宮収縮の有無を確認し産科医師へ報告する
- 17) 無痛分娩当日の朝食が禁食または術前食の場合は、24 時より禁食、飲水は水、お茶、スポーツドリンクのみ摂取可能であることを説明する。無痛分娩食の場合は朝食まで制限がないことを説明する

2 入院翌日（無痛分娩当日）

- 1) 受け持ち助産師は患者に部屋移動の説明を行い、同意を得てLDRへ移床する。LDR室内の物品配置は画像の通りとする



- 2) 受け持ち助産師は患者に無痛分娩当日のスケジュールを患者用パスで再度説明する
- 3) 受け持ち助産師はバイタルサイン測定の目的・方法を説明し、測定する
- 4) 受け持ち助産師は患者に排泄を促し、輸液の説明を行い、右前腕へ20Gサーフローでルートキープを実施する
- 5) 輸液ポンプを使用してリナセートD®を120ml/hで投与する
- 6) 朝食が無痛分娩食の場合は配膳する
- 7) 受け持ち助産師は分娩監視装置を装着することを患者へ説明し、継続モニタリングを開始する
- 8) 受け持ち助産師はナースコールを患者の手の届く位置に置き、気分不快や排泄時などの時に押すことを患者に説明する。受け持ち助産師は、ベッド柵が上がっていることを確認する
- 9) 産科医師は産科診察の説明を行い、同意を得て子宮頸管拡張の器具を取り除く。受け持ち助産師は同席し、産科医師と受け持ち助産師は内診をし、内診所見を評価する
- 10) 受け持ち助産師は産科医師の指示に従い分娩誘発を開始する
- 11) 受け持ち助産師は、患者に痛みの自覚や程度を、0から10の数値で伝えていただくことを説明する（0が痛みを全く感じない、10が人生で最大の痛みとする）
- 12) 分娩誘発は子宮収縮薬（アトニン0注®）を輸液ポンプ使用し12ml/hから開始し、有効陣痛が得られるまで産科医師の指示に従い30分毎に12ml/hずつ増量させる（最大120ml/h）。リナセートD®と合わせて120ml/hになるよう速度調整を行う
- 13) 患者から痛みの増強や疼痛緩和の希望があったら、受け持ち助産師は産科医師へ報告する
- 14) 受け持ち助産師は、痛みに対して呼吸法を指導し、痛みの部位をマッサージしながら不安の軽減をする。また、患者に産科診察の説明を行い、同意を得て産科医師と実施する
- 15) 産科医師は子宮収縮状態と胎児の状態を評価し、麻酔科医師と無痛分娩開始の協議をする
- 16) 無痛分娩導入決定後、産科医師から患者に無痛分娩開始の説明をし、患者に同意を得る

- 1 7) 患者に分娩監視装置の S p O₂ 計、オルテックスを巻いた上から自動血圧計を装着する
- 1 8) MF I C U 責任者または病棟スタッフは麻薬（フェンタニル 0. 1 m g ®）を薬剤部へ取りに行く。麻薬台帳と麻薬伝票を持参し、手持ちせずカゴに入れて運搬する

3 硬膜外カテーテル留置の介助と看護

麻酔導入時の物品配置は画像の通りとする



- 1) 患者が痛みを我慢できない時に行く
- 2) 麻酔科医師は患者に硬膜外カテーテル留置の説明を行い、同意を得る。助産師は同席する
- 3) 麻酔科医師は P P E を装着する。患者と受け持ち助産師はサージカルキャップを装着する
- 4) 麻酔科医師は無痛分娩麻酔チャートでタイムアウトを行う。氏名と生年月日を患者に名乗ってもらい、助産師はリストバンドとベッドネームで確認する。麻酔科医師が妊娠週数やアルコール、薬品のアレルギーの有無を患者に確認し、血液凝固異常なし、合併症、既往歴を発声する
- 5) 受け持ち助産師は麻酔科医師の指示で 2 分毎に血圧測定を開始する
- 6) 受け持ち助産師は麻酔科医師の指示でリナセート F® 5 0 0 m l の全開投与を開始する
- 7) 受け持ち助産師は、硬膜外カテーテル留置終了まで、痛みに対し呼吸法を指導、患者の表情をみながら声をかけ、不安や緊張を和らげる
- 8) 麻酔科医師は硬膜外カテーテル留置時の体位を患者に説明し、同意を得る

- 9) 受け持ち助産師は、痛みがない時に声をかけながら患者を右側臥位にし、プライバシーに配慮しながら腰背部を露出させる
- 10) 受け持ち助産師は分娩監視装置のベルトを腸骨より下までおろす。胎児心音は外さない
- 11) 子宮収縮測定用を外すため、受け持ち助産師は、患者の子宮壁に触れ陣痛間隔を評価する
- 12) 患者が患者本人の腹部を覗き込むように右側臥位のまま前屈し、膝を外側から抱え込むように声をかける。患者左側のベッド柵を下ろした後、受け持ち助産師は患者の前面に立ち体位を固定する
- 13) 麻酔科医師が硬膜外カテーテルを挿入する
- 14) 受け持ち助産師は、患者の表情をみながら声をかけ、不安や緊張を和らげ、呼吸法を一緒に行いながら、痛みの緩和を行う
- 15) 受け持ち助産師は血圧低下持続（90/50 mmHg 以下）、脈拍異常持続（120回/分以上または50回/分以下）、SpO₂低下（95%以下持続）、呼吸抑制（10回/分以下）、顔面蒼白、意識レベルの低下（JCS 1-1 以下）、胎児心音の異常（胎児心拍数波形レベル分類3以上）がないか観察を十分に行う。異常時は産科医師および麻酔科医師へ報告する（それぞれの急変対応は表1参照）
- 16) 受け持ち助産師は硬膜外カテーテル留置終了後、麻酔科医師の指示に従い体位変換を行う
- 17) 受け持ち助産師は分娩監視装置と衣服を整え、掛け物を掛ける。患者の左側のベッド柵を上げる。気分不快や違和感などを確認する
- 18) 麻酔科医師はコールドテストを実施する。麻酔高Th10（臍下）からS領域までの上昇を確認する（図1参照）。また、ブロマージュスコアも確認する（図2）

図1 デルマトーム

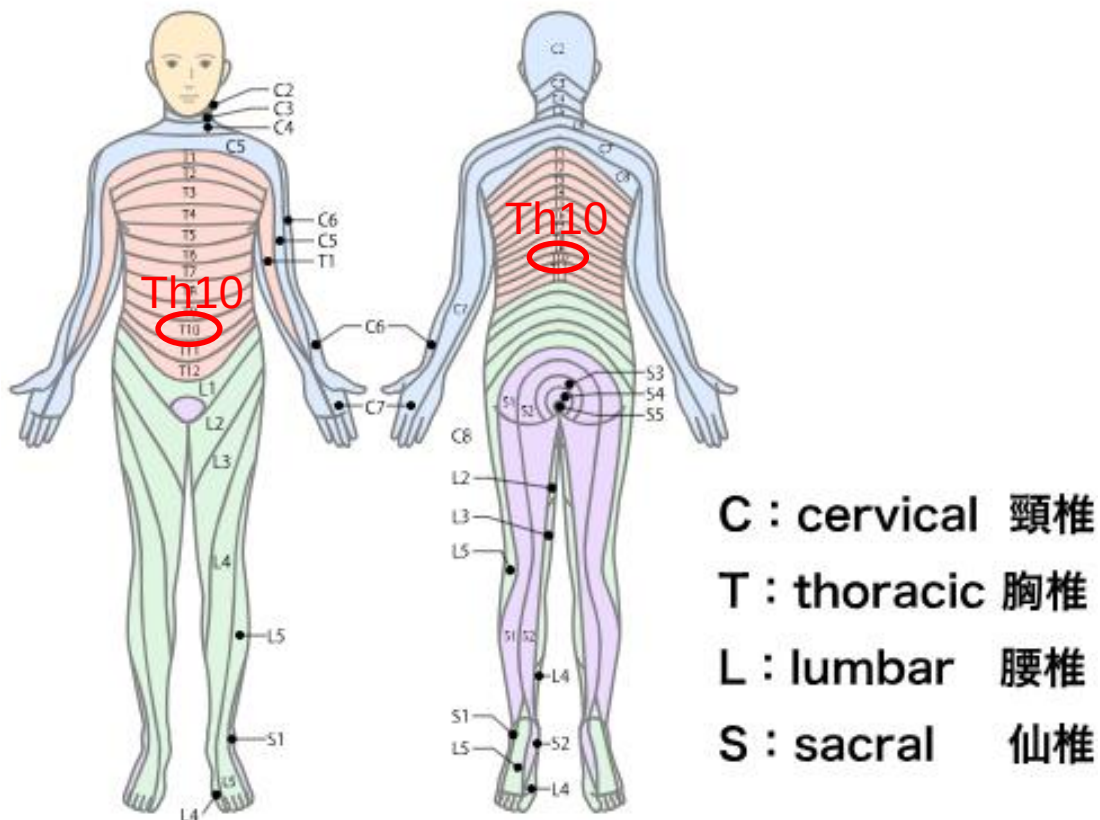


図2 プロマージェスコア

0	膝を伸ばしたまま、足を挙上できる
1	膝は曲げられるが、伸ばしたまま足は挙上できない
2	膝は曲げられないが、足首は曲げられる
3	全く足が動かない

4 麻酔管理と分娩中の看護

- 1) 受け持ち助産師は麻酔科医師の指示で脈拍数、S p O₂の持続計測を開始する。血圧は開始後15分間は2分間隔、注入後15～30分間は5分間隔、30分～60分は15分間隔、その後は30分間隔で測定する。間隔変更時には患者に説明し同意を得る。体温は1時間毎に測定する。麻酔範囲や疼痛増強の有無を1時間毎に確認する。患者の訴えがある際は速やかに観察し、必要時麻酔科医師へ報告する。異常時（低血圧、呼吸抑制、S p O₂低下、脈拍異常、発熱（37.5度以上持続）、意識レベル低下、下肢運動不能や痺れ、気分不快、搔痒感）は表1の対応を行う。また、マシネット部位の痛みの有無を確認する
- 2) 麻酔体位をとってから麻酔導入後30分はアトニン®の増量は不可であるため、受け持ち助産師は再開のタイミングを産科医師へ確認し情報共有する
- 3) 麻酔科医師は患者に麻酔投与開始を説明し、同意を得て実施する
- 4) 受け持ち助産師は、麻酔開始後15分以降は麻酔科医師と相談しリナセートD®を120ml/hで持続投与する。受け持ち助産師はリナセートF®1本目の投与が終了したら、2本目が必要な麻酔科医師へ確認し必要時投与する
- 5) 麻酔科医師は、PCAボタンの使用方法を説明する。また、初回プッシュ時は麻酔科医師が同席する、PCAボタンは毎回患者が押すこと。助産師や家族が押すことはできないことも麻酔科医師から患者に説明する
- 6) 受け持ち助産師は内容についての質問を受け、理解できたかを確認する
- 7) 受け持ち助産師は麻酔開始から1時間毎に内診、導尿をする
- 8) 痛みの増強があり麻酔科医師が麻酔をボーラスする際は、分娩が進行している可能性があるため、受け持ち助産師は患者に説明を行い、同意を得て内診を行う
- 9) 患者から麻酔に関する質問（下肢運動不能や鎮痛効果がないなど）がある場合は受け持ち助産師は麻酔科医師に報告する。胎児心拍異常がある際は産科医師に報告する
- 10) 子宮口開大が10cmになったら、受け持ち助産師は産科医師、麻酔科医師に報告する。児娩出が見込まれる場合は分娩体位にする。分娩時の物品配置は画像の通りとする



- 1 1) 受け持ち助産師は、努責のタイミングを子宮収縮に合わせて誘導し、胎児心拍の変化に注意する
- 1 2) 分娩終了後、麻酔科医師は機械式ポンプを用いた麻酔薬の投与を停止する
- 5 分娩終了後の看護
 - 1) 分娩2時間値終了後に産科医師が硬膜外カテーテルを抜去する
 - 2) 硬膜外カテーテルの抜去後から鎮痛薬の内服を開始する
 - 3) 受け持ち助産師はADL拡大時に起立性低血圧や下肢運動麻痺（つま先や膝の動かしにくさ）の残存の有無を確認する
 - 4) 受け持ち助産師は患者に部屋移動の説明を行い、同意を得る
 - 5) 受け持ち助産師は患者の状態に合わせた移送方法で病室に移床する
 - 6) 食事は分娩2時間後から再開するため産科医師は食事オーダーを入力する。MFICUリーダーまたは受け持ち助産師はアレルギーやコメントを確認する

IV 観察・注意事項

- 1 無痛分娩当日の朝食は、産科医師の指示により無痛分娩食または術前食、禁食のいずれかとなる。術前食、禁食の場合は24時以降から禁食となる。飲水量の制限はないが水・お茶・スポーツドリンクのみとする。無痛分娩食の場合は朝食まで食事制限がないことを説明する
- 2 受け持ち助産師は子宮頸管拡張後のシャワー浴は行わないよう説明する
- 3 持続血圧測定時は上腕にオルテックスを巻き、圧迫による皮膚症状に留意する
- 4 硬膜外カテーテル留置や麻酔による急変に備えて救急カートを準備する
- 5 無痛分娩当日に分娩が見込めない場合は、産科医師は患者に状況説明を行う。翌日に再度無痛分娩を行う時は、硬膜外カテーテルの留置を継続する
- 6 受け持ち助産師は異常分娩に備え吸引分娩や鉗子分娩、緊急帝王切開の準備をする
- 7 緊急帝王切開の可能性がある場合、産科医師は飲水中止を患者に説明する
- 8 NICUへの情報共有のタイミングは、入院時・胎児心拍異常時・分娩誘発開始時・無痛分娩開始時・分娩体位時・まもなく出産時、出産後で、MFICUリーダーが連絡する
- 9 分娩体位にする時は麻酔範囲に注意し、受け持ち助産師は転落防止に努める
- 10 分娩後は子宮収縮不良による弛緩出血を起こしやすいため、受け持ち助産師はバイタルサインの観察を行う
- 11 異常出血がない、運動神経ブロックがないことを産科医師が確認し、硬膜外カテーテルを抜去する。ただし、異常出血の処置を行う場合は、硬膜外カテーテルの留置を継続し、鎮痛管理を行う。大量出血の場合、翌日の血液・凝固検査を産科医師が評価してから硬膜外カテーテルを産科医師が抜去する
- 12 産後に頭痛、下肢の感覚麻痺、運動障害（つま先や膝が曲がらない）、排尿障害などがある場合、産科医師および麻酔科医師に報告する
- 13 麻薬の残液は、機械式ポンプの薬剤カセットごと薬剤部へ返却する
- 14 無痛導入後、麻薬は速やかに受け持ち助産師またはMFICU責任者が金庫へしまう。部屋や廊下に放置しない
- 15 無痛分娩終了後、麻酔科医師がプログレスノートに記載するため、受け持ち助産師またはMFICU責任者は使用量と残液量に間違いがないか計算し、麻薬伝票と麻薬台帳に記載する。記載後、受け持ち助産師またはMFICU責任者は空アンプル（箱に入れて保管）、ある場合は残液のシリンジとカセット、麻薬伝票、プログレスノートを金庫へしまう。他患者と混在しないように1患者

- 1 トレイで保管する
- 1 6 MFICU責任者は各勤務帯で申し送りをし、翌朝（日曜祝日は平日の朝）に管理者へ申し送りをする
- 1 7 麻酔使用時の合併症および対応は表2のとおりに実施する。また、麻酔科コール基準（資料1）に該当する場合は、麻酔科医師へ連絡する

V 記載事項

無痛分娩の経過記録や副作用・合併症の有無は周産期管理システムのS e r i oからパルトグラムへ入力する

2022年5月26日作成
2024年9月12日改訂
2025年4月1日改訂
2025年10月27日改定
2026年9月28日改訂

表 1：無痛分娩異常時対応

異常所見	D r コール値	対応
血圧低下	90 / 50 mmHg 以下持続	・受け持ち助産師は人員要請 ・MF I C Uリーダーから産科医師に連絡 ・産科医師から麻酔科医師へ連絡 (状況によりMF I C Uリーダーが麻酔科医師へ連絡) ・受け持ち助産師はアトニン®を使用している場合は投与中止しリナセートD®を全開投与する ・受け持ち助産師はベッドサイドモニターを装着する ・応援スタッフは下肢挙上や体位変換をする ・麻酔科医師が必要時昇圧剤投与 (状況により受け持ち助産師または応援スタッフが麻酔科医師指示のもと実施) ・応援スタッフは救急カートの用意 ・緊急時産科医師より蘇生チーム7999またはR R T 8999へ連絡
発熱	37.5度以上持続	・受け持ち助産師またはMF I C Uリーダーは産科医師に連絡 ・受け持ち助産師は産科医師と感染症の有無、胎児心拍モニター所見(胎児頻脈等)、破水の有無、母体バイタルサインの確認を行う
脈拍異常	120回/分以上 または 50回/分以下持続	・受け持ち助産師が人員要請する ・MF I C Uリーダーから産科医師に連絡 ・産科医師は麻酔科医師へ連絡 (状況によりMF I C Uリーダーから麻酔科医師へ連絡) ・受け持ち助産師がベッドサイドモニターを装着する ・応援スタッフは必要時救急カート、バグバルブマスクの準備をする ・緊急時産科医師より蘇生チーム7999またはR R T 8999へ連絡
S p O 2 低下	95%以下持続	・受け持ち助産師が酸素マスクを装着し酸素3Lから投与開始し、95%以上維持できるよう酸素量調整及び人員要請する ・受け持ち助産師またはMF I C Uリーダーが産科医師へ連絡 ・産科医師は麻酔科医師へ連絡 (必要時MF I C Uリーダーから麻酔

		科医師へ連絡) ・受け持ち助産師はベッドサイドモニターを装着する ・応援スタッフは必要時救急カートとバッグバルブマスクの準備をする ・緊急時産科医師より蘇生チーム7999またはRR T8999へ連絡
呼吸抑制	10回／分以下	・受け持ち助産師は人員要請する ・MFICUリーダーから産科医師に連絡 ・産科医師から麻酔科医師へ連絡 (状況によってはMFICUリーダーから麻酔科医師へ連絡) ・受け持ち助産師は酸素投与(リザーバーマスク10L)またはバッグバルブマスクで補助換気開始 ・受け持ち助産師はベッドサイドモニターを装着する ・緊急時産科医師より蘇生チーム7999またはRR T8999へ連絡
意識レベル低下	JCS1-1以下	・受け持ち助産師は人員要請する ・MFICUリーダーから産科医師に連絡 ・産科医師は麻酔科医師へ連絡 (状況によりMFICUリーダーから麻酔科医師へ連絡) ・受け持ち助産師はベッドサイドモニターを装着する ・応援スタッフは必要時救急カート、バッグバルブマスクの準備をする ・緊急時産科医師より蘇生チーム7999またはRR T8999へ連絡
胎児心音の異常	胎児心拍数波形レベル分類3以上	・受け持ち助産師が人員要請する ・MFICUリーダーから産科医師に連絡 ・受け持ち助産師はアトニン®を使用している場合は投与を中止し、リナセートD®を全開投与する ・受け持ち助産師は酸素マスクで酸素10L投与を開始する ・受け持ち助産師は四つ這いや側臥位へ体位変換する ・応援スタッフはプロウペス留置中の場合は抜去準備(クスコMサイズ、鑷子、ビニール袋、懐中電灯)をする ・産科医師の指示で応援スタッフはラピットトコライシス(ウテメリン

		注1%®1ml + 5%ブドウ糖®9ml、計10ml）準備し産科医師の指示のもと投与を行う ・受け持ち助産師は必要時、帝王切開の準備をする
--	--	--

表2：麻酔使用時の合併症と対応

合併症	対応
局所麻酔薬中毒	予防として、薬剤の硬膜外投与を行う度に吸引テストを行い、少量分割投与を基本とする。耳鳴り、金属味、口周囲のしびれ、多弁、興奮といった初期症状を認めた場合は、直ちに局所麻酔薬の投与を中止する。速やかに応援を呼び、酸素投与、心電図モニターを追加して、救急カートを室内に入れて蘇生の準備を行う。意識障害、痙攣、重症不整脈、循環虚脱を認めた場合は、蘇生と同時に20%脂肪乳剤の投与を開始する。麻酔科医師、産科医師で対応困難と判断した場合は速やかに蘇生チーム7999またはRRT8999へ連絡する
高位脊髄くも膜下麻酔 全脊髄くも膜下麻酔	投与量に見合わない麻酔効果がみられた場合は、硬膜外カテテルから吸引テストを実施し、髄液が引けた場合は薬剤投与を中止する。高位脊麻・全脊麻が疑われる場合は、心電図モニターを追加し、室内で麻酔高が下がるまで監視する。意識消失、徐脈、低血圧、呼吸抑制といった全脊麻を疑う症状が出現した場合は、気道確保の後、補助呼吸または人工呼吸を行い、急速輸液や循環作動薬を投与して循環動態の安定に努める
硬膜外血腫 硬膜外膿瘍	産後に両側性の感覚・運動神経障害が出現または増悪した場合や徐々に増悪する背部痛がある場合は、硬膜外血腫の可能性があるため、採血（血小板・凝固能）と腰部MRI撮影を行う。また、併行して整形外科にコンサルトを行い、診断と緊急手術の適応について判断を仰ぐ
薬剤アレルギー アナフィラキシー	皮膚・粘膜症状（蕁麻疹、紅斑、水疱、皮膚掻痒感）や全身症状として呼吸障害（呼吸苦、咽頭掻痒感、咳嗽、喘鳴）、循環虚脱（血圧低下、意識障害、ショック）、消化器症状（嘔気・嘔吐、腹痛、下痢）、浮腫などが見られた場合は、アレルギーを疑い被疑薬の投与を中止する。アナフィラキシーと判断した場合は、速やかに応援を呼び、救急カートを室内に入れて、蘇生を行う。妊婦にアドレナリン投与は推奨されないが、有益性が勝ると判断した場合にのみアドレナリン0.1%注0.01mg/kg（最大0.5mg）の筋注を行う。胎児モニタリングを継続し、産科医師は緊急帝王切開術の必要性があるかを判断する。麻酔科医師、産科医師で対応困難と判断した場合は速やかに蘇生チーム7999またはRRT8999へ連絡する

無痛分娩 麻酔科コール基準

■緊急連絡■

- ✓ 突然の運動神経遮断
- ✓ 突然の感覚神経遮断
- ✓ 意識レベルの低下

■通常連絡■

- ✓ 疼痛が強いとき (NRS $\geq$ 5)
- ✓ Modified Bromage Scale 2 以上
- ✓ 母体バイタルサインの異常
(母体心拍数 $<$ 50bpm or 120bpm,
母体血圧 $<$ 80mmHg or $>$ 140mmHg,
SpO₂ $<$ 94)
- ✓ 分娩進行がみられたとき
(破水, 子宮口全開大, 分娩体位)
- ✓ 分娩方法の変更の可能性のあるとき
(ダブルセットアップ, 帝王切開)