



患者 〇 様

医 師 0 (自署又は記名押印)

## 5 診療行為後の予想経過

分娩が順調にすすめば、児娩出、胎盤娩出および創部処置まで陣痛および創痛を緩和したまま出産を終了することが可能です。分娩後は硬膜外カテーテルを抜去しますが、数時間後から後陣痛が出現することがあります。

## 6 診療行為に付随する危険性

### □ 1 遷延分娩

無痛分娩では、子宮口全開大から児娩出までの期間(分娩第2期)が1時間前後延長する傾向があり、吸引分娩など機械分娩の頻度が増加すると報告されています。結果、それに伴う合併症(母体では産道裂傷や血腫形成、児では頭血腫など)のリスクが高まるとされています。

### □ 2 腰痛・排尿障害

分娩が遷延した場合、児頭の産道圧迫が長期化することにより、2次的に産後の腰痛、排尿障害をきたす恐れが高くなります。

### □ 3 胎児心拍数変動(一過性徐脈)

麻酔薬投与にともない母体に血圧変動(おもに低血圧)をきたし、その際子宮への血流が低下するなどして胎児徐脈を認めることがあります。通常は一過性ですが、胎盤機能などによっては徐脈が数分間持続することもあり、その際は緊急帝王切開を検討することもあります。

### □ 4 発熱

投薬開始後数時間してから、38度を超える発熱を認めることがあります。原因として体温調節能の一時的な変動などがいわれますが不明な点が残されています。感染にともなうものと判別するため、血液検査などを追加することがあります。

### □ 5 その他

発熱がある、抗凝固薬などを常用されている場合など、硬膜外カテーテル留置ができない(無痛分娩ができない)状況があります。体調に関しては、主治医とよくご相談ください。

その他、上記以外にも予期しないことが生じる可能性はありますが、その都度適切と考えられる処置・対応を行います。

## 7 診療行為を受けなかった場合の予想経過

通常通りの周産期管理(助産支援、必要に応じた医療介入)をうけていただきます。

## 8 推奨される診療行為

無痛分娩が医学的に有用な状況以外では、穿刺処置や投薬は任意での医療行為となります。メリット・デメリットをふまえたうえでご本人の意向にそって対応します。

なお、当院での無痛分娩に関して、麻酔科医が対応可能な時間帯は平日の8時30分から17時までとなり、夜間休日対応はできません。計画外での陣痛発来となった場合も、対応困難となる場合があります。また、無痛分娩を導入した場合、十分な効果を得られなくても費用は発生します。

## 9 希望する場合にはセカンドオピニオンを聞くことができること

もし、これらの説明にご理解いただけない場合、他院での治療方針の相談・治療を希望される場合は、いつでもセカンドオピニオンを受けることができます。ただし、切迫した状況では対応できない場合もあります。相談は主治医に直接お伝えいただくか、看護スタッフやクラーク、相談窓口の事務スタッフなどを通じて主治医に教えていただいても結構です。その際は、別途受診に関わる手続きや費用が必要になります。

## 10 いつでも同意の撤回ができること

治療方針に悩みが生じたり、同意を取り消したいという希望がある場合は、いつでもこの同意を撤回することが可能です。

セカンドオピニオン同様、主治医に直接お伝えいただくか、看護・事務スタッフを通じてお知らせいただき、主治医とよくご相談いただけるようお願いいたします。



# 説明・同意書

国家公務員共済組合連合会 立川病院 病院長殿

私は、診療行為を受けるにあたり、下記の医師から、説明書に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この診療行為を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

予定術式  
(予定する診療行為) ☐ 硬膜外麻酔をもちいた無痛分娩管理

下記に説明を受け理解した項目を示します(□の中にご自身で☑をつけてください)。

- ☐ 1 診断名、疑われる病名または症状
- ☐ 2 併存疾患、既往歴またはその他の状態
- ☐ 3 診療行為の選択肢(実施予定の診療行為、それ以外の選択肢、それぞれの利害得失)
- ☐ 4 実施予定の診療行為の詳細(目的、必要性、具体的な方法、予定日)
- ☐ 5 診療行為後の予想経過
- ☐ 6 診療行為に付随する危険性
- ☐ 7 診療行為を受けなかった場合の予想経過
- ☐ 8 推奨される診療行為
- ☐ 9 納得できない場合にはセカンドオピニオンを聞くことができること
- ☐ 10 いつでも同意の撤回ができること

上記項目を理解した上で、私は、自由な意思に基づき次の選択肢を希望します(下記のどちらかひとつの□の中にご自身で☑をつけてください。それ以外の方法を選択される場合には、わかる範囲で結構ですので( )の中に記載をしてください)。

☐ 推奨される診療行為を受けることに同意します。

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医 師 \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

看護師等同席者 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者(患者)氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

代諾者とその続柄 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

ご家族等同席者 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

国家公務員共済組合連合会 立川病院