

新生児のバイタルサイン1 呼吸・心拍・体温

1 事前の準備

- 事前に母親に説明を行い、了承を得る
・新生児の観察の目的、時間、方法など説明し、了解を得る
注意 新生児と母親の標識を必ず照合する



2 看護師は衛生学的手洗いを行う

1 バイタルサインを測定する

- 新生児の意識レベルを観察する
・新生児の意識レベル(state1～6)を観察し、state1～4の深睡眠から静覚醒の状態で観察する



state 1 state 2



state 3 state 4



state 5 state 6

- ・新生児の空腹時および哺乳直後は避ける

2 新生児の準備を整える

- ・観察に必要な範囲を露出するため、衣服を取り

3 呼吸状態を観察する

- ・腹部まで露出し、視診により呼吸数を1分間測定し、呼吸様式、リズムを観察する

- ・呼吸数を測定したら、聴診器の膜面を手掌内で温め、膜面を胸壁にやさしくのせる



聴診器の膜面を手掌で温める

- ・呼吸音を聴取し、副雑音や左右差がないかを聴取する(図1)

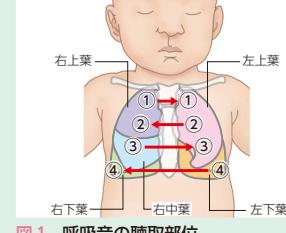


図1 呼吸音の聴取部位

4 心音、心拍を聴診する

- ・聴診器の膜面を手掌内で温め、心尖部(第5助間胸骨左縁)に膜面を当て、I音、II音を聴取する(図2)
・心拍数を1分間測定する

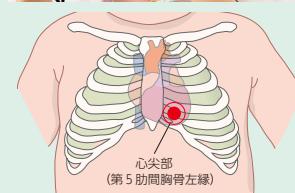


図2 心音の聴取部位

5 体温を測定する

《腋窩の場合》

- ・腋窩の最深部(腋窩動脈)に体温計の先端をやや下方から挿入し、腋窩に隙間ができるよう新生児の上腕に手を添えて固定する



《頸部の場合》

- ・頸部の動脈走行付近の皮膚に体温計の先端(感温部)を密着させて測定してもよい



頸部で皮膚温を測定する

《直腸の場合》

- ※中枢温として正確な値を得たい場合、直腸温を測定する
・新生児の臀部が動かないよう片方の手で固定し、利き手で体温計を持ち、体温計がベッドと水平になる角度で肛門から1～1.5cm挿入する

新生児のバイタルサイン2 アプガースコア

※1分後の観察は、分娩介護者が新生児の出生後のケアを行いながら実施することが多い

1 準備を整える

- 看護師は衛生学的手洗いをする

2 環境を整える

- ・室温を25~26°Cに設定し、気流の少ない場所にラジアントウォーマーを設置する

3 必要物品を準備する

- ・聴診器、バスタオル(2枚)を菱形に敷き、ラジアントウォーマーの上で温めておく

4 事前に新生児の状態を予測し、必要な対応をとる準備を整える

1 アプガースコアの観察と採点を行う

新生児の出生から1分後にアプガースコアの採点に必要な状態(心拍、呼吸、筋緊張、刺激に対する反射、全身の皮膚の色)を観察する



出生直後の新生児

2 心拍動の状態を観察する

- ・心基部付近に示指～環指の指腹をやさしく当て、心拍動の有無を観察する。臍帯拍動をみると多い

- ・心拍数が100/分以上の場合はアプガースコア(以下同)2点、100/分未満は1点、心拍が全く触知できない場合は0点とする



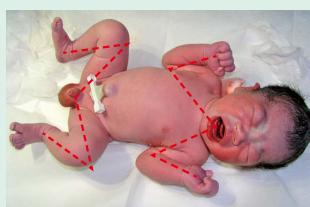
臍帯拍動を触知する

3 呼吸状態を観察する

- ・新生児の泣き方を観察する。強く泣く、浅くない規則的な呼吸があれば2点、弱い泣き声、浅い不規則な呼吸の場合は1点、全く啼泣せず呼吸がない場合は0点

4 筋緊張を観察する

- ・四肢を活発に動かしている、または動かしていない場合でも四肢が屈曲姿勢であれば2点、四肢が屈曲姿勢をとっていないが、肘関節・膝関節をいくらか曲げていれば1点、四肢がだらんとのびている場合は0点とする



上肢がW字、下肢がM字の状態

5 刺激に対する反射を観察する

- ・皮膚刺激や口鼻腔吸引で泣く場合は2点、顔をしかめるなど多少の反応がある場合は1点、無反応は0点となる

6

- 全身の皮膚の色を観察する
- ・全身がピンク色の場合、2点、顔面・体幹はピンク色であるが四肢のみチアノーゼがみられる場合、1点、全身蒼白、またはチアノーゼがみられる場合、0点とする



全身ピンクの状態

7

- アプガースコアを採点し、状態を評価する。同時に必要な蘇生や処置、ケアを行う
- ・5項目の点数を合計し、状態を評価する。合計点数が8点以上の場合はそのまま経過を観察する

表 状態の評価の指標

合計点数	評価
8~10点	正常
4~7点	軽症仮死
0~3点	重症仮死

*4~6点を軽症仮死とする場合もある

8

- 新生児を分娩介助者から受け取り、ラジアントウォーマーのバスタオルの上に寝かせる

9

- 新生児の出生から5分後にアプガースコアの採点に必要な状態(心拍、呼吸、筋緊張、刺激に対する反射、全身の皮膚の色)を観察する

10

- 評価が終了したら、新生児のその他の状態を観察する

新生児の視診1 全身の状態

1 新生児の準備を整える

- ・新生児の空腹時および哺乳直後を避ける
- ・衣服を取り外し裸にする

1 新生児の全身の観察を行う

全身を診察・観察しやすいように寝かせる

2 体格・バランスを見る



- ・新生児の全身を眺め、何頭身であるかみる。続いて、四肢と体幹のバランス、胸団と腹団のバランスを見る

3 姿勢を見る



- ・四肢の屈曲の度合いや左右対称性を見る

4 筋緊張・四肢の動きを見る



- ・上下肢の動きが正常か観察する。分娩麻痺による上肢の動きの片側性の有無、過剰振戻、痙攣などの異常を観察する

5 皮膚の色を見る



- ・黄疸が生理的範囲を逸脱していないか確認する

6 皮膚の状態を見る



- ・発疹や湿疹、出血斑や母斑、血管腫の有無を観察する
- 新生児中毒性紅斑
・新生児中毒性紅斑は新生児中毒疹ともいわれ、紅斑として始まり、のちに中央部が白～黄色の丘疹となるもので、生後3日頃までにみられるが自然に消失する

7 浮腫の状態を見る



- ・浮腫の状態を見る
- ※「バイタルサイン①呼吸・心拍・体温」参照

各部の観察のポイント

●頭部・顔

- ・頭の大きさ：頭部の高さが身長のおよそ1/4(4頭身)か
- ・頭部の形
- ・表皮の欠損、外傷の有無
- ・顔面：顔つきがなんとなくおかしい、元気がなさそうな顔つきなど、気になることがないか

・眼：眼の位置、眼裂の大きさ

- ・耳：耳の位置、耳介の変形
- ・口：口唇の異常、口蓋裂の有無

・あご：大きさ

・鼻：鼻の位置、形状

●頸部・胸部

- ・首の動き、形
- ・胸郭の形
- ・胸壁の動き
- ・乳房(乳輪、乳頭)の大きさ

●腹部

- ・腹部の大きさ、形、膨満や陥没の有無

・腹壁：欠損の有無

- ・臍：出血、乾燥、肉芽形成、臍ヘルニアなどの有無

●背部

- ・背部が左右対称か、異常な姿勢(ゆがみ)がないか

●四肢

- ・四肢の形、屈曲度
- ・四肢の動き：活発か、左右対称か、長さの左右差
- ・内反足、外反足の有無
- ・指の形、数

●生殖器

- ・外性器の形：性別の判断
- ・男児の生殖器：陰茎の長さ、陰嚢の形や大きさ、しわ、左右差

- ・女児の生殖器：大陰唇が小陰唇を覆っているか、性器出血や帯下がないか

●肛門

- ・肛門があるかどうか、排便の有無と同時に観察する

新生児の視診2 成熟度の診断（在胎週数の評価～身体外表所見による評価）

出生時の在胎週数の評価

- ・下記①～⑤の項目について、在胎週数に比較して適切な発育であるか評価する
- ・正期産前後であれば、簡便な評価法（アッシャー法）を用いる



- 36週以前：細かくふさふさ、縮れている
37～38週：同上
39週以降：粗くしなやか、まっすぐ

・バラードらの評価法の項目に基づいて、身体外表所見による評価を行う

1 足底のしわ



- ・新生児の足底にあるしわの部位と程度を観察する
(アッシャー法による評価)
36週以前：足底後3/4に1～2本
37～38週：足底前2/3
39週以降：足底全体～かかと

2 乳腺組織の大きさ



- ・乳腺組織の大きさを観察する。乳輪周囲にやさしく触れて、乳腺組織と皮膚の境界を観察する
36週以前：2mm
37～38週：4mm
39週以降：7mm

3 頭髪

- ・頭髪の太さ、量、縮れの程度を観察する

4 耳介



- ・耳介の軟骨の有無と厚さの程度を観察する
36週以前：軟骨なし
37～38週：中等度の軟骨
39週以降：厚い軟骨で硬い

5 性器（男児の場合）

- ・陰茎および精巣（睾丸）の大きさやしわの程度を観察する
36週以前：小さくしわの少ない陰嚢に精巣部分下降
37～38週：—
39週以降：正常大でしわの深い陰嚢に精巣完全下降
- ・性器（女児の場合）
・大陰唇と小陰唇の状態を観察する
・大陰唇が小陰唇を覆っているか、成熟徵候と判断できる

身体外表所見による評価を行う

- ・新生児が安静であることを確認し、仰臥位に寝かせる

評価の実際

- 浮腫：手足に明らかな浮腫がないか視診と触診により観察する。下腿の脛骨部を母指と示指の指腹で軽く圧迫して圧痕が残らないか観察する
- 皮膚の構造：皮膚の状態を視診と触診により観察する。皮膚の薄さと厚さ、皮膚の表皮剥離や亀裂の有無と程度を観察する
- 皮膚の色：全身の皮膚の色（手掌や足底、耳や口も）を観察する
- 皮膚の（不）透明度（体幹）：体幹に静脈、細静脈がどの程度みられるか、腹壁に数本の大きな血管がどの程度みられるか観察する
- うぶ毛（背部）：背部のうぶ毛の部位と程度を観察する
- 足底のしわ：足底に赤い線や陥没線がみられる場合、その部位と程度を観察する
- 乳頭の形成：乳頭と乳輪の大きさ、乳頭の隆起の有無、乳輪の辺縁の隆起の有無を観察する
- 乳房の大きさ：乳腺組織が触れるかどうか触診により観察する
- 耳の形：耳介が平坦か、上部全体が十分に内彎曲しているか
- 耳の硬さ：耳介の硬さを触診により観察し、辺縁まで軟骨があるか確認する
- 性器（男児・女児）：男児の場合、停留精巣の有無と程度を触診により観察する。女児の場合、大陰唇が小陰唇を覆っているか、小陰唇が露出していないか観察する

新生児の視診3 成熟度の診断（神経学的所見による評価）

神経学的所見による評価を行う

- ・新生児が安静であることを確認し、仰臥位に寝かせる
- ・バラードらの評価法の項目に基づいて、視診、触診を組み合わせて評価する

1 評価の実際

姿勢

- ・新生児の四肢の屈曲の度合いや左右対称性を観察する



2 手の前屈角

- ・母指と示指で児の手を前腕の方向へ十分屈曲させるように圧力を加えた時の前腕と小指側の角度を観察する



3 足首の背屈

- ・児の足底に母指を当て、他の指を児の脚の背面に置き、足を脚の前面に向けて屈曲させた時の足関節の背屈の程度を観察する



4

腕の戻り反応

- ・児の腕を5秒間屈曲させた後、両手を包み込むようにして引っ張って十分に伸展させ、それから手を離す。この時、上肢の動きと、肘関節の屈曲の程度を観察する



伸展後、肘関節の屈曲の程度をみる

8

スカーフ徵候

- ・児の顔を正面に向けた状態で、一方の手首をつかみ、首に巻き付けるようにして反対側の肩の後方に持っていく
- ・この時の肘の位置を正中線を基準に観察する



一方の手首を反対側の肩に巻きつけるように引っ張る

5

脚の戻り反応

- ・児の股関節と膝関節を完全に5秒間屈曲させ、次に脚を引っ張って下肢を伸展させた後、手を離す。この時、下肢の動きと、股関節と膝関節の屈曲の程度を観察する



伸展後、股関節と膝関節の屈曲の程度をみる

9

頭部の遅れ

- ・児の両手を握りゆっくり座位に引き起こす。頭部と体幹の位置関係を観察する



座位に引き起こした時の体幹と頭部の位置関係をみる

6

膝窩角

- ・左の母指と示指で児の大腿を胸壁につけて膝胸位にした後、右の示指で足関節の後部を圧迫して下肢を伸展させる



10

腹位水平宙づり

- ・児を腹臥位に寝かせ、胸の下に手を当てて持ち上げる。この時、背部の伸展の程度、上肢と下肢の屈曲の程度、頭部と体幹の位置関係を観察する



7

かかと-耳

- ・児の足を持って頭部に近づけ、足と頭の距離、膝の伸展の度合いを観察する

新生児の身体計測

1 新生児の準備を整える

新生児が測定してもよい状態であるかを観察・判断する

2 母親に新生児の身体計測の目的や方法などを説明する

3 新生児を母親から預かり、温まったラジアントウォーマーの上に静かに寝かせる

1 身長計による身長の計測

身長計の上にバスタオルを敷き、新生児を静かに寝かせる

2 頭側は、眼窩点と耳珠点とを結んだ直線が台板(水平面)に垂直になるように児頭を固定し、新生児の膝関節を伸展させて、両足底が足板にぴったり付くように当て、素早く計測値を読む



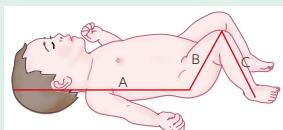
1 メジャーによる身長の計測

児の右体側面の各部位(頭頂、大転子、膝関節、足底)が計測できるよう、児の姿勢を保持する

2 新生児の頭頂部にメジャーの0点を置き、右大転子までメジャーを当て、計測値を読み取る。この値をAとする ・大転子から膝関節までメ

ジャーを当て、計測値を読む。この値をBとする

・膝関節から足底までメジャーを当て、計測値を読む。この値をCとする



頭頂部から大転子までを計測する(A)



大転子から膝関節までを計測する(B)



膝関節から足底までを計測する(C)

・各計測値を加えた値(A + B + C)が身長となる

●腰囲

・両側の大転子を通る周囲径、標準値：27cm

肩幅、腰幅を計測する

●肩幅

・両側の肩峰間の距離、標準値：11～12cm

●腰幅

・両側の大転子間の距離、標準値：9cm

頭部の各部位を計測する

●頭囲(前後径周囲長)

・前後径測定部を通る周囲長、標準値：33～34cm

●小斜径周囲長

・小斜径測定部を通る周囲長、標準値：32cm

●大斜径周囲長

・大斜径測定部を通る周囲長、標準値：35cm

●前後径

・後頭結節から眉間までの最大距離、標準値：11cm

●小斜径

・大泉門中央から項窩(後頭結節直下のくぼみ)までの最大距離、標準値：9cm

●大斜径

・オトガイ(頸)部先端から後頭までの最大距離、標準値：13cm

●小横径

・左右冠状縫合の最大距離、標準値：7cm

●大横径

・左右の頭頂骨結節間の最大距離、標準値：9cm

●大泉門

・大泉門は菱形で約2cmの大きさがある。発育に伴い、生後1歳6か月頃に閉鎖する

肩甲周囲、胸囲、腹囲、腰囲を計測する

●肩甲周囲

・両側肩峰直下約1cmの上腕を通る周囲径、標準値：35cm

●胸囲

・両肩甲骨下縁と左右の乳頭を通る周囲径、標準値：32cm

●腹囲

・臍上を通る腹部の周囲径、標準値：32～33cm

黄疸

1 必要物品の準備を整える

看護師は衛生学的手洗いをすませる

2 観察する環境を整える

・黄疸を視診(肉眼)により観察するのに必要な照度に整える

3 経皮的黄疸計を点検・準備する

- ・充電され、測定可能な状態であるか確認する
- ・経皮的黄疸計の測定部・発光部の測定プローブを消毒する

1 新生児の準備を整える

事前に出生前、出生時、出生後の情報を確認する

2 新生児の準備を整える

- ・衣服を取り外し、裸にする

1 新生児の黄疸の観察を行う

皮膚の色をみる
・成熟児では赤みを帯びたピンク色をしている

・全身の皮膚および眼瞼結膜の黄染の有無、程度を経日の・経時に観察する
・新生児の生理的黄疸は生後2～3日に出現し、3～5日にピークに達し、10日～14日頃までに消失する

・クラマー法を用いて視診により全身の黄疸の範囲・進行度を観察する(図1)

・クラマー法では黄疸の進行度をゾーン①～⑤に分け、④以上の末梢の部位に黄疸を認めた場合に採血による血清ビリルビン値の検査が必要になる

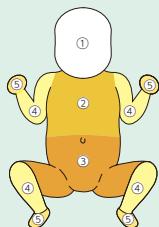


図1 クラマー法による黄疸の進行の観察

コツ 視診により肉眼的に皮膚の黄染が観察されるのは、血清ビリルビン値が8 mg/dLとされる。クラマー法による黄疸の進行の図をもとに、ゾーン①～⑤の皮膚の黄染の広がりを観察する

1 血清ビリルビン値(推定)の測定

ラジアントウォーマーあるいは新生児用ベッドの上に新生児を寝かせる(仰臥位)



2 経皮的黄疸計を新生児の前額部と前胸部に当て、経皮ビリルビン値(推定される血清ビリルビン値)を測定する
・測定は血流の多い前額部と前胸部で行う



コツ 経皮的黄疸計のプローブが前額部に垂直に当たるようにする(測定プローブを当てる角度により測定値がばらつくため)

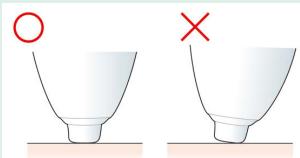


図2 経皮的黄疸計のプローブ

・経皮的黄疸計によるビリルビン値を少なくとも1日1回以上、決められた時間(多くの施設で午前中)に測定し、経日の・経時的变化を観察する

・新生児の病的黄疸には生後24時間以内に肉眼的黄疸が認められる早発黄疸、血清ビリルビン値が正常域を超えて高い重症黄疸、黄疸が生後2週間以上持続する遷延性黄疸がある

与薬（点眼、ビタミンK内服）

1. 点眼

1 必要物品を準備する

点眼する薬剤名、開封日、使用期限、保存方法を確認する

2 看護師は衛生学的手洗い後、ディスポーザブル手袋を装着する

1 新生児の準備をする

新生児の名前を確認する

2 新生児が点眼できる状態か確認する

1 新生児に点眼を実施する

新生児に点眼する旨を伝える

2 清浄綿を開封し、左右の眼瞼や眼周囲を清拭する

3 非利き手で新生児の頭部を固定する

4 利き手で点眼薬を持ち、反対の手の母指で下眼瞼を下方に開き、眼瞼結膜を露出させる



5

点眼薬を結膜囊に1滴、確実に滴下し、軽く眼瞼を閉じる



6

あふれ出てきた余分な薬液を清浄綿で拭き取る



7

反対側の眼も同様に行う

2. ビタミンK内服

事前の準備など

※「1. 点眼」に準ずる

1

ケイツーシロップを与薬する

新生児の首元にガーゼを当て、与薬する旨、声をかける

2

看護師は椅子に座り、片手で新生児を抱き、与薬できるよう児の体勢を安定させる

《カップで与薬する方法》

- ①新生児の上半身を少し立てた状態で抱く
- ②ケイツーシロップを入れたカップの縁で児の下唇を刺激

する

③新生児が口を開けたら、カップの縁を新生児の舌にのせ、舌の動きに合わせて数滴ずつためせるようにして飲ませる



《人工乳首で与薬する方法》

- ①新生児を膝に座らせるように抱く
- ②児の下唇を刺激し、口を開けたら人工乳首を舌の上にのせてしっかりとくわえさせ、利き手で乳首を固定し、別の看護師に乳首内にシロップを注いでもらう
- ③新生児の吸啜リズムに合わせて与薬する



排気させる

指定量を最後まで与薬したことを確認し、排気させる

根拠 与薬後に排気することで、ケイツーシロップ内服後の嘔吐や誤嚥を防ぐことができる

注意 与薬直後に水平に寝かせると、嘔吐や溢乳によりケイツーシロップが排出されることがある

更衣

1 更衣が可能か判断する

全身状態、意識レベルを観察し、児の意識レベルがstate1(深睡眠)でないことを確認する

2 前回の授乳時間を確認する ・授乳直前や直後は避ける

3 更衣が可能か判断する ・①②の観察内容から総合的に判断する

1 環境を整え、準備をする

室温は24～26℃、湿度は50～60%に調節する

2 看護師は不要なものを外し、衛生学的手洗いを行う

1 衣類を準備する

児の大きさ、環境や季節に応じた適切な衣類を用意する

2 衣類を長着、短着、紙おむつの順に重ねて準備する

1 汚れた衣類を脱がし、おむつを外す

セットした衣類の隣に、新生児を静かに寝かせる

2 短着の紐を外して前を開く

3 片袖を脱がせる



内側から肘関節を持ち、他方の手で袖を引き抜く

4 反対側も同様に脱がせる

5 おむつを外し、小さく丸める



・おむつに汚染があった場合、「おむつ交換」を参照

1 新しい衣類を着せる

片方の手で後頭部から頸部、肩甲部を支え、他方の手で殿部を支えて新生児を抱き上げ、着替え用の衣服の上に寝かせる

2 着替え一式の上に寝かせた後、すぐにおむつを軽く当てる



3 兩肩を衣類で覆う

4 関節に負担をかけないよう袖に通す



肘関節を持ち迎え手で袖に通す

5 反対側も同様に袖に通す

6 肘関節がしっかりと袖の中にあるか確認する



7 おむつを当てる(「おむつ交換」参照)

8 テープ固定後、腹部と大腿部周囲がきつくなかったか確認する



目安はウエストに指が1～2本挿入できる程度

9 襟元を合わせて紐を結び、衣類のしわを伸ばす

おむつ交換

1 おむつ交換のタイミングの観察

新生児の状態を観察する
・おむつ交換のタイミング(排泄時、授乳前後、啼泣時)を見極める

- ・排泄された便や尿の性状、量、色を観察し、異常の有無を確認する。同時に陰部や肛門および肛門周囲の発赤やかぶれ・ただれ(おむつ皮膚炎)の有無を確認する



1 環境を整える

室温は24～26℃、湿度は50～60%に調節する

1 準備をする

看護師の手指を消毒し、必要な物品を準備する
・紙おむつ(あるいは布おむつ、おむつカバー)、清拭用綿花(お尻拭き)を準備する

2 看護師の準備をする

・看護師は、身につけている不要なものを外し、衛生学的手洗いをし、ディスポーザブル手袋を装着する

1 おむつを交換する

新生児におむつを交換することを伝え、新生児の近くに新しいおむつを広げて用意する

2 掛け物を取り除き、衣類を汚さないように軽くたくし上げる。おむつカバーのテープを外し、身体につかないように外したテープを折り返す

3 排泄物や、陰部・肛門・肛門周囲の皮膚の状態を観察する

- 4 お尻拭き(清拭用綿花)で汚れを落とし清潔にする
・排尿のみの場合はお尻拭き1枚で陰部をきれいに拭く
・排便がある場合は、量に応じた枚数のお尻拭きで、便をきれいに拭き取る。殿部に付着した便もきれいに拭き取る



- ・男児の場合：陰茎・陰嚢の裏側も拭く
- ・女児の場合：清拭用綿花の面を変えながら、大陰唇の中央、左右の順に前から後ろへ拭く。肛門は最後に拭く

- 5 拭き取ったお尻拭きも汚れたおむつの上に置き、排泄物とともに汚れたおむつの内側に閉じ込められるようにおむつを丸める

- 6 新生児の殿部の下に手を入れて軽く持ち上げ、新しいおむつを下に敷く

- 7 同様に殿部の下に手を入れ軽く持ち上げ、汚れたおむつを素早く取り出す



- ・新生児の殿部を持ち上げ、汚れたおむつを素早く抜き取り、殿部を拳上したまま新しいおむつを挿入してもよい

- 8 看護師は手袋を外し、新しいおむつを当てる



- ・おむつは新生児の呼吸が妨げられないよう少しゆとりをもって、臍にかかるないよう両側のテープで固定する
- ・おむつを当てる強さは、指1～2本が入る程度にする



- 9 新生児の衣類や掛け物を整え、おむつ交換が終了したことを伝える

沐浴① 準備～眼, 顔面, 耳を拭く

1 新生児の状態を確認する

バイタルサイン, 意識レベル, 全身状態を観察する

2 前回の授乳時間を確認する

・授乳後1時間程度経過していることが望ましい

3 母親に新生児の沐浴を行うことを伝え, 承諾を得る

1 環境を整え, 準備をする

新生児室の室温は24～26°C, 湿度は50～60%に調節する

2 看護師は, 不要なものを外し, 卫生学的手洗いを行う

1 必要物品を準備する

新生児用処置台に, 長着, 短着, 紙おむつの順に準備する

2 ボウル, ガーゼハンカチ, ベビーソープを看護師の手の届く台座などの上に準備する

3 浴槽に湯(38～41°C)を入れ, 湯温計で確認する

4 新生児を浴槽に入れる前に必ず, 再度看護師自身で湯の温度を確認する

1 新生児を湯に入れる

新生児に声をかけながら衣類を脱がせる

2 両手で後頸部と殿部を持ち上げる

・左手の母指と他の4指で後頭部を支え, 右手の母指と他の4指で殿部から鼠径部を支える



・沐浴布を使用する場合は, 首から下を覆うように上から掛ける

3 児に声をかけながらゆっくり湯の中に入れる

・新生児の足から順にゆっくり湯の中に入れ, 股間から殿部にかけて支えていた右手を外し, 少しづつ児の身体全体に湯をかける。児の後頸部を支えた左前腕の後面を沐浴槽の縁につけ, 固定する



看護師の前腕を沐浴槽に固定する



右手を新生児の胸腹部に当て, 落ち着かせる

4 ガーゼハンカチを湯に浸し, 片手で絞り, 指に巻き付ける

1 沐浴の実施

新生児の眼, 顔面, 耳を拭く
・ガーゼハンカチでくるんだ示指を新生児の目頭に当て, 目尻に向かって拭く



・児の額に, ゆすいだガーゼハンカチでくるんだ示指を当て, 3の字を描くように額からこめかみを通り, 鼻の下で折り返し, 頬, あごに向かって拭く(額からSの字を描くように拭いてもよい)



実線が「3」の字, 点線が「S」の字で拭くパターン

・ガーゼハンカチをゆすぎ, 示指に巻き付け, 耳をやさしく拭く



※「沐浴②頭部～殿部」につづく

沐浴2 頭部～殿部

1 沐浴の実施(つづき)

- 新生児の頭部を洗う
・湯に浸したガーゼハンカチを使い頭部全体を湯で濡らす



- ・頭部全体を包み、輪を描くように洗う



- ・ガーゼハンカチを使い湯をかけながら石鹼分を洗い流す
・ガーゼハンカチをしっかりゆすいで後固く絞り、頭部を拭き、水分を拭き取る

2 頸部を洗う



- ・沐浴布を頸部からずらし、右手でベビーソープをとり軽く泡立て、新生児の首元に母指と示指(中指)の指腹を使って側頸部から手前に引き寄せるようにしてやさしく洗う

3 上肢を洗う ・肩から手首を洗う

- ・手掌を洗う
・上肢の石鹼分を洗い流す
・沐浴布を上肢に掛ける

4 胸部・腹部を洗う



- ・看護師の右前腕を、沐浴槽の縁につけて固定する



5 下肢を洗う



6 後頸部、背部、殿部を洗う

- ・新生児を腹臥位にして洗う
・看護師の右前腕で児を支え、安定したら左手を離す



腹臥位にして
看護師の右手
で支える

- ・左手を離したら、新生児の右腕を看護師の右前腕にかけると新生児の身体が安定する



新生児の右手を看護師の右前腕にかける

7 陰部と肛門部を洗う

- ・新生児を仰臥位に戻し、沐浴布を掛け、最後に洗う
・泡立てたベビーソープで陰部と肛門部を洗う



8 全身を洗い終えたら、湯の中で全身を温める

9 かけ湯(上がり湯)をする

10 児を湯から出し、バスタオルに寝かせ、水分を拭き取る

ドライテクニック(全身清拭)

※新生児の状態確認および環境整備は「沐浴①」を参照

1 必要物品を準備する

新生児用処置台に、長着、短着、紙おむつの順に重ねて準備する

2 ワゴンに湯(45～50℃)の入ったボウル、ガーゼハンカチ、綿棒、ベビーブラシ、湯温計を準備する



1 ドライテクニックを行う

新生児を準備した新生児用処置台の上に静かに寝かせる

2 ガーゼハンカチを湯に浸し、片手で絞る



4 看護師の前腕内側にガーゼハンカチを当て、湯温を確認する

5 眼、顔面、耳を拭く

※「沐浴①準備」を参照

6 頭部を拭く



7 頸部を拭く

- ・衣類の襟元を緩め、ゆすいだガーゼハンカチで頸部を拭く

8 胸部、腹部を拭く

- ・胸部を露出させて拭く



9 上肢、腋窩を拭く

- ・袖を脱がせる



- ・新生児の肘関節を持ち、上肢を軽く挙上し腋窩を拭く



10 下肢を拭く

- ・上半身など、清拭をしていない部位にはバスタオルをかけ、下肢を露出させる
- ・片方の手で足関節を持ち、足部、下腿をガーゼハンカチで包むように拭く

11 背部、殿部を拭く

- ・バスタオルをかけたまま児を側臥位にし、背部のみを露出する
- ・ゆすいだガーゼハンカチで背部から殿部まで拭く

12 着用していた衣類、おむつを丸めて足元にまとめる

13 仰臥位に戻した後バスタオルをかけ直し、丸めた衣類とおむつを取り除く

14 陰部、肛門を拭く

- ・バスタオルをかけたまま、陰部のみを露出する
- ・ゆすいだガーゼハンカチで陰部、肛門、その周囲を拭く
- ・終了後すぐにおむつを軽く当てる

抱き方・寝かせ方

1 新生児の準備をする

抱き上げる前に新生児の状態を観察するとともに、意識レベルや異常の有無を観察し、授乳時間も確認する



2 ネームバンドの名前とコットのネームプレートの名前が一致していることを確認する

1 新生児を抱く

新生児に抱くことを伝える

2 新生児の後頭部に看護師の片手をやさしく挿入し、軽く頭部を持ち上げる



3 頭部を持ち上げた手と反対の手を新生児の後頸部に挿入し、大きく広げ、母指を右耳の後ろ、中指を左耳の後ろあたりに当てる



4 後頸部を支えた手掌全体で新生児の後頸部から肩甲付近までしっかりと支えたら、先に挿入した手をゆっくり外す

5 外した方の手の母指以外の4指を新生児の殿部に差し込み、母指は鼠径部あたりに当てる



6 母指と残りの4指でしっかり殿部から鼠径部を把持し、両手で持ち上げる

7 看護師は前傾姿勢になり、新生児を看護師の身体に沿わせるようにして抱き上げると同時に、ゆっくりと看護師の身体を起こす



8 新生児と対面する姿勢から、新生児の身体を看護師の身体に引き寄せ、後頸部を支える手の側に頭部がくるように新生児の向きを変える

9 児の体幹に上肢を沿わせ、看護師の身体に密着させ、手掌全体で新生児の殿部あたりに添える



1 新生児を寝かせる

殿部に当てていた手を外し、後頸部を支える

2 両手で新生児の後頸部を支えながら、ゆっくりと寝具などに下ろし新生児を寝かせる



3 新生児のおむつや衣類の乱れを整えて、掛け物をかける ・新生児の状態を観察する