無痛（和痛）分娩について

当院では硬膜外麻酔による無痛（和痛）分娩を 30 年以上前から実施しています。最近の施行数を右に示します。

年	無痛分娩数	経腟分娩数	%
2023年	31	155	20
2024年	27	122	22.1
2025年	39	140	27.9

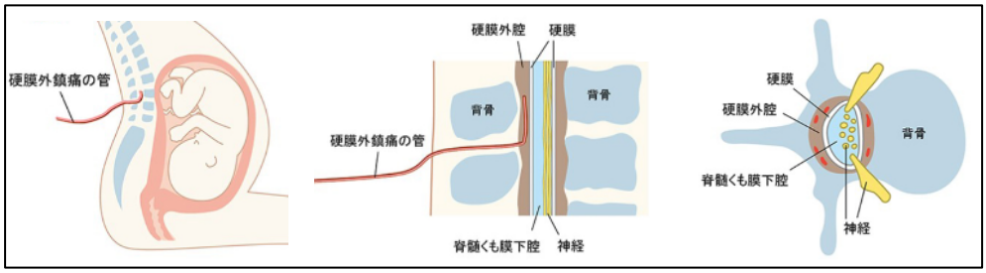
麻酔分娩は産婦人科医と麻酔科医との十分な連携のもと行っています。

【費用】

100,000 円 ＋ 消費税

【方法】　　（図は日本産科麻酔学会ホームページより; https://www.jsoap.com/general/painless/q4）

背骨のところにある硬膜外腔という場所に細くて柔らかい管（直径 1 mm 位）を入れ、管から薬を注入して痛みをとる方法です（右図）。



陣痛がきてから麻酔を開始する方法と、日時を決めて入院をし、麻酔のカテーテルを挿入してから子宮収縮薬（陣痛促進剤）を使用しながら分娩を進めていく方法があります。陣痛がきてから麻酔を開始する場合は時間帯によっては対応できないことがあります。

【麻酔分娩ご希望の方へ】

麻酔分娩を希望される場合には外来主治医もしくは助産師にお申し出ください。外来にて麻酔分娩が可能な状態かどうか診察・確認いたします。

麻酔分娩が可能であることが確認できましたら同意書に沿ってメリット、デメリットについて説明させていただきます。

入院時に同意書と再度麻酔希望の意思を確認し、採血にて麻酔が施行可能かの最終確認を行なった後に準備を進めていきます。

原則的に麻酔分娩を行うことができるのは、事前に外来での診察と説明を受けた方のみとしています。

東海大学医学部付属病院
硬膜外麻酔分娩マニュアル

東海大学医学部付属病院総合周産期母子医療センター

TOKAI UNIVERSITY

2026年4月1日 改訂

麻酔分娩の適応と禁忌

【適応】
① 麻酔分娩を希望している
② 母体合併症などにより分娩時の疼痛緩和が必要
【禁忌】
① 麻酔分娩を希望しない
② 血小板＜10万
③ 血液凝固異常を有する（PT-INR≧1.5、APTT≧50秒）
④ 穿刺部位の感染や敗血症
【要相談；適応を慎重に判断】
① 脊椎・脊髄疾患もしくは手術歴を有する
② 局所麻酔薬へのアレルギー歴
③ BMI：30以上

麻酔分娩までの流れ

【入院までに外来で行うこと】

① 患者本人の麻酔分娩の希望を確認
② 禁忌/要相談事項に該当しないか確認
③ 担当医による同意書を用いたインフォームドコンセント
④ 当院における麻酔分娩の原則について説明
　＊夜間・休日は麻酔分娩は行わない
　＊平日でも緊急入院の場合は希望に添えないことがある
⑤ 原則として事前に外来でインフォームドコンセントが行われていない患者には麻酔分娩は行わない
⑥ 入院前に血液検査を行っておく（血算、凝固；36週時の検査で）

【入院時に行うこと】

① 同意書の確認と患者本人の意思確認
② 速やかに採血を行い、血算や凝固に異常がないか確認する

カテーテル挿入の準備

① 入院時の採血を確認
② 末梢点滴挿入（20G以上で）
③ 術衣に着替える
④ 実施場所：陣痛室、分娩室、LDR
⑤ CTGモニター、血圧計、SpO_2モニター装着
⑥ 麻酔実施担当医（産婦人科医）をコール

麻酔分娩時の準備物品・薬剤

＊麻酔器、人工呼吸器：分娩室に常備
＊AED：産科病棟に常備
＊母体用生体モニター：産科病棟に常備
　血圧計、心電図モニター、パルスオキシメーター
＊蘇生用の機器：分娩室、陣痛室、LDRもしくは救急カートに常備
　酸素配管、酸素流量計、バッグバルブマスク、酸素マスク（リザーバー付き含む）、喉頭鏡、気管チューブ、スタイレット、経口エアウェイ、吸引カテーテル、吸引装置
＊緊急対応用薬剤（救急カートに常備）
　アドレナリン、硫酸アトロピン、エフェドリン、静注用キシロカイン、ジアゼパム、硫酸マグネシウム、静注用脂肪乳剤（20%イントラリポス）、細胞外液（ヴィーンF）

硬膜外カテーテル挿入

① 麻酔実施担当医はマスク、帽子を着用し、アルコールによる手指消毒を行う
② 患者の体位をとったら十分広範囲の皮膚消毒を行う
消毒液：イソジン、ハイポアルコール、クロルヘキシジン（アレルギー確認）
③ L3/4から穿刺を行う（穿刺困難時や硬膜穿刺時はL2/3で再穿刺）
④ 硬膜外腔へのカテーテル挿入は3～5㎝
⑤ テストドーズ使用前に必ず吸引テストを行う（吸引テスト時はフィルターは装着しない）
⑥ 1%リドカイン局麻用を3mlテストドーズし異常所見がないかを確認する（テストドーズで麻酔効果が出現した場合は硬膜穿刺を疑う）
⑦ 診療録に穿刺部位・カテーテル挿入長・皮膚固定の部位・吸引テスト実施・テストドーズ時の異常所見の有無について記載

麻酔分娩実施の実際

① 陣痛が開始し、患者からの希望があれば麻酔薬使用開始

② 持続投与の前に少量分割投与を行う
1%キシロカイン3ml(もしくは0.2%アナペイン3ml)を
5分ごとに3回投与し投与ごとに全脊麻の有無と局所麻酔薬中毒
の有無を確認

③ 異常がなければ持続投与を開始
PCAポンプ:0.2%アナペイン48ml+フェンタニル2mlを4～6ml/h
自動間欠的投与:0.2%アナペイン96ml+フェンタニル4mlを45分間隔で
5ml

④ ボーラス投与
PCAポンプ使用時:1回3ml、30分以上あけて
自動間欠的投与時:1回5ml、ロックアウトタイム15分

⑤ 麻酔分娩開始後30分は5分間隔でバイタル測定、それ以降は15～
30分に1回測定する
常時パルスオキシメーターを装着し、1時間ごとに体温測定する

麻酔分娩実施中の管理

① 麻酔薬投与中はCTG持続モニタリング
② 麻酔薬持続投与中は原則禁食、少量飲水は可
③ 運動抑制がなければ歩行可、ただし転倒には十分注意すること
④ 歩行困難な場合は適宜導尿を行う
⑤ 麻酔分娩の場合は子宮口全開大後、初産婦は3時間、経産婦は2時間で分娩遷延と判断される
内診所見にて麻酔の一時中止や吸引分娩などについても検討する
⑥ 分娩後のカテーテル抜去時にはカテ先を必ず確認する
⑥ 麻酔分娩においては以下の母体急変の原因疾患において診断が困難となる可能性があることを常に留意する
常位胎盤早期剥離　後腹膜血腫　子宮破裂　子宮内反症