

無痛分娩について

つくばセントラル病院 産婦人科 長田 佳世

社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院 セントラル総合クリニック



つくばセントラル病院 産婦人科病棟



ココにあります



当科の特徴

- ・「産婦人科のかかりつけ医」を目指しています。
- ・地域医療におけるゲートキーパーとしての役割を担っています。

産科

麻酔科専門医と協働して無痛分娩を行っています。
新型出生前検査の認定施設（連携型）です。

ローリスクの妊娠・出産の管理だけではなく、スタッフや行政とともに母乳育児支援・産後ケアなど「切れ目のない支援」を行っています。

妊娠中のリスク評価を行い、当科で可能な治療や適正な分娩機関を紹介を行っています。

婦人科

一部、オンライン診療も行っています

良性疾患（子宮筋腫、卵巣のう腫、子宮内膜症、性器脱など）を中心に、その方のライフスタイルや考え方に合わせた治療が選択できるようにと考え、保存的治療から手術療法（開腹手術、腹腔鏡下手術）まで対応しています。

悪性腫瘍と診断された場合には、ご本人・ご家族の希望に沿った治療を支援します。

月経不順や月経困難症、過多月経、避妊などに対し、対症療法・薬物療法を中心に満足のいく治療を通じ、かかりつけ医としての役割を果たします。

自己紹介

- ・ 1990年 筑波大学医学専門学群卒 産婦人科入局、県内や東京で勤務
- ・ 2006年より、つくばセントラル病院 産婦人科 勤務

ここ数年は、県内各地でJ-MELSコース、病院前産科救護（プレホスコース）などの開催に関与

産婦人科専門医・指導医、母体保護法指定医、認定産科医

女性ヘルスケア専門医・指導医

女性のヘルスケアアドバイザー・日本産科婦人科臨床遺伝学会認定医（周産期）

J-MELSベーシックコースディレクター、J-MELSアドバンスコースインストラクター

NCPR専門コースインストラクター

PCキューブインストラクター、ICLSインストラクター



女性の健康をサポートする仕事をしています。
妊娠・出産の管理だけではなく、中高生の月経トラブルやお母さん世代の過多月経や更年期障害まで幅広く対応します。

産婦人科の私と麻酔・無痛分娩

- 医師1年目の最後の3か月間は麻酔科研修。
- 2年目から2年間出向した周産期センター、3年目から4年目の大学病院では、自分で麻酔をすることはほとんどなし。院外のバイトでは自分で麻酔をかけて帝王切開を行った。
- その当時、大学病院では医学的適応での硬膜外無痛分娩は行っていた。
- 5年目に出向した総合病院では、麻酔科常勤医はおらず、自家麻酔で子宮全摘や帝王切開を行っていた。
- 東京での勤務を経て、県北の総合病院に赴任。緊急帝王切開は自家麻酔。時々硬膜外無痛分娩も。
- 2006年より、つくばセントラル病院勤務。夜間の緊急も麻酔科医が来てくれた。たまに自家麻酔。時々、分娩中の痛みの訴えの強い方へこちらから勧めて、麻酔科医と共同で硬膜外無痛分娩を行っていた。
- 2023年より、ホームページで「希望による無痛分娩を行う」ことを周知した。



つくばセントラル病院の無痛分娩

当院での分娩総数と無痛分娩数

当院では、医学的適応で無痛分娩の方がよいと判断され、ご本人の同意が得られた症例、また、ご本人の希望がある場合を中心に行っています。当院では、硬膜外麻酔の穿刺は麻酔科医が行い、麻酔科医と産婦人科医がチームとなって無痛分娩を担当しています。

	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
分娩総数	388	429	401	357	314
非無痛経膣分娩件数	321	353	293	228	195
無痛分娩件数	7	16	44	57	55
帝王切開分娩件数	60	60	64	72	64

非無痛経膣分娩数：無痛分娩を開始して、帝王切開になった件数は含まず



妊婦の友達に「無痛分娩について
教えて。私も受けた方が良いか
な？」と聞かれたら、なんて答える？

無痛分娩に関わるために必要なことは？

- ① 医学的知識：安全性と適応を判断するための基礎
- ② コミュニケーションスキル：価値観を尊重し、気持ちに寄り添う力
- ③ 評価・アセスメント能力：適切な情報を収集する力
- ④ 制度・地域医療に関する知識：実現可能性を判断する力
- ⑤ チーム医療の連携スキル：医師や他職種と連携し支援する力

無痛分娩を理解するためには、まず自然分娩・誘発分娩の経過を十分に把握しておくことが不可欠です。

無痛分娩を選んでも、無痛分娩を選ばなくても
大事なのは、母子の安全を優先した上での
「本人が満足して納得できるお産」と思っています。
⇒ それをサポートできるのが助産師さん！



(前略)助産師は、自然経膣分娩でも帝王切開でも、その産婦の出産が安産で、良い出産経験になるように全力でサポートします。それは無痛分娩でも同じです。無痛分娩を「安産」かつ「いいお産」にするのです。(p14)

本日の内容

- 無痛分娩の基礎知識（合併症なども）
- 麻酔導入の実際
- 日本や世界の無痛分娩の現況
- 安全な無痛分娩のために
- おわりに

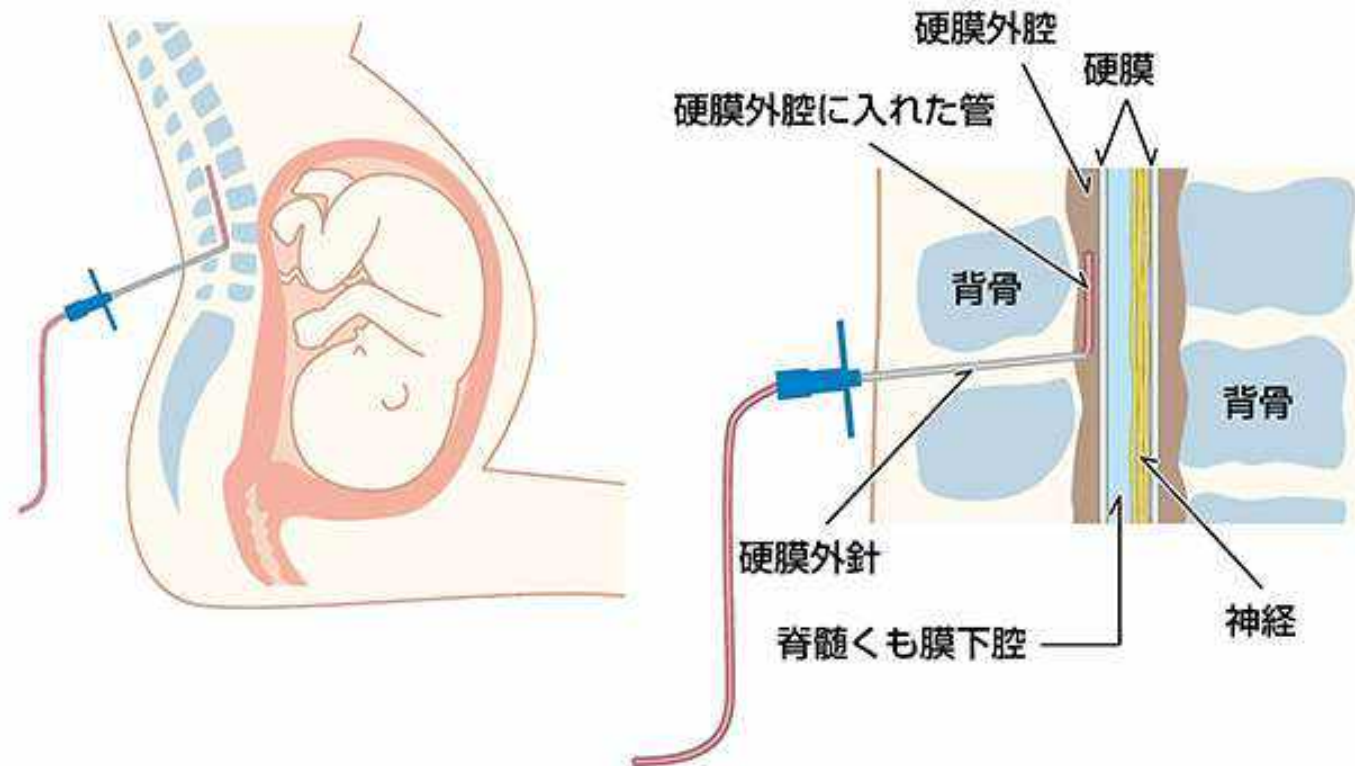
本日の内容

- 無痛分娩の基礎知識（合併症なども）
- 麻酔導入の実際
- 日本や世界の無痛分娩の現況
- 安全な無痛分娩のために
- おわりに

無痛分娩とは

名称については、現在いろいろな団体が提案中。日本麻酔科学会は「分娩時鎮痛（鎮痛分娩）」を提案

- ・ 無痛分娩とは、子宮の収縮や怒責感を残しながら痛みを軽減させるために行う、麻酔を併用したお産の総称。
- ・ 一般的には、硬膜外麻酔または脊髄くも膜下麻酔が使用される。



無痛分娩のメリット

母体の身体的・精神的ストレス抑制

子宮胎盤血流の改善

胎児のストレス低下

産科処置が容易

帝王切開への移行容易



無痛分娩をする、しないでどう変わるの？



たまひよ
「めくるめくニンプの世界」より

無痛分娩をする、しないでどう変わるの？



「逃げるは恥だが役に立つ」より

無痛分娩のデメリット

麻酔の副作用

- ・低血圧
- ・発熱
- ・掻痒感
- ・胎児一過性徐脈

麻酔の合併症

- ・硬膜外穿刺後頭痛
- ・神経障害
- ・感染や硬膜外膿瘍
- ・アナフィラキシー
- ・高位/全脊髄くも膜下麻酔
- ・局所麻酔薬中毒

陣痛誘発剤の使用や器械分娩（吸引分娩・鉗子分娩）など、医療行為が増える

子宮破裂や常位胎盤早期剥離など、痛みでわかる産科合併症に気づきにくい

無痛分娩と思ったら緊急帝王切開になることもあります。



んぎいちゃんとはびすけ @ngychan · 2024年8月16日

無痛分娩のはずが緊急帝王切開になった話 1/3 2

#漫画が読めるハッシュタグ #育児漫画



あくまでも、いろんなお産の中の ひとつの個人体験です！

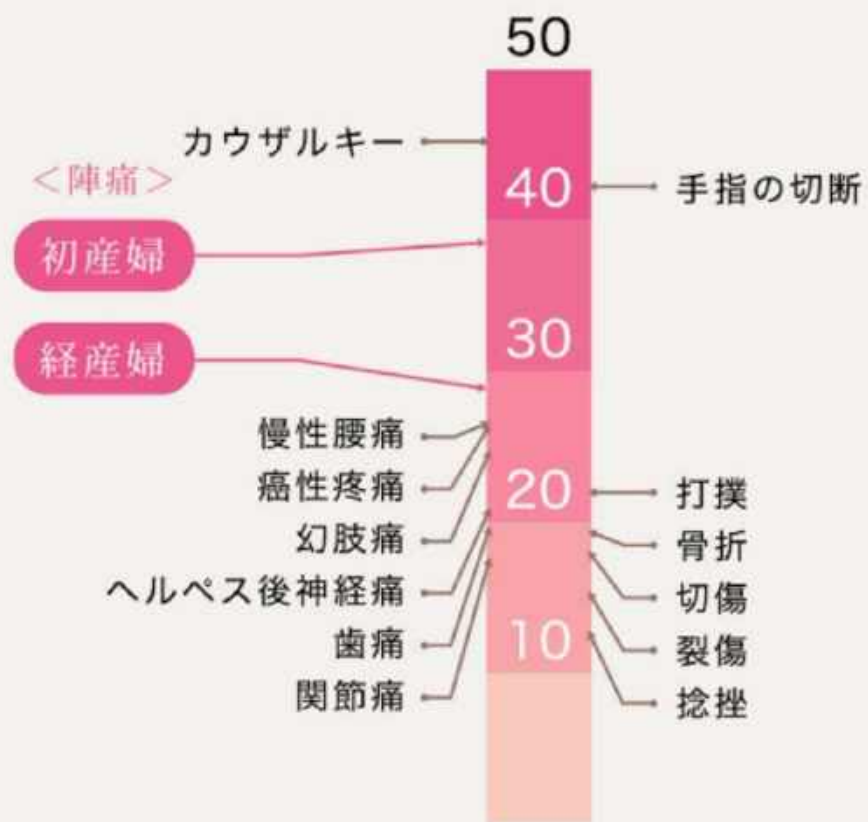
と、言っても、出来るだけ、無痛分娩がスムーズに進むような知識やスキル、サポートはあります！それを知るのは大事なことだと思います。



分娩の痛みってどのくらい？



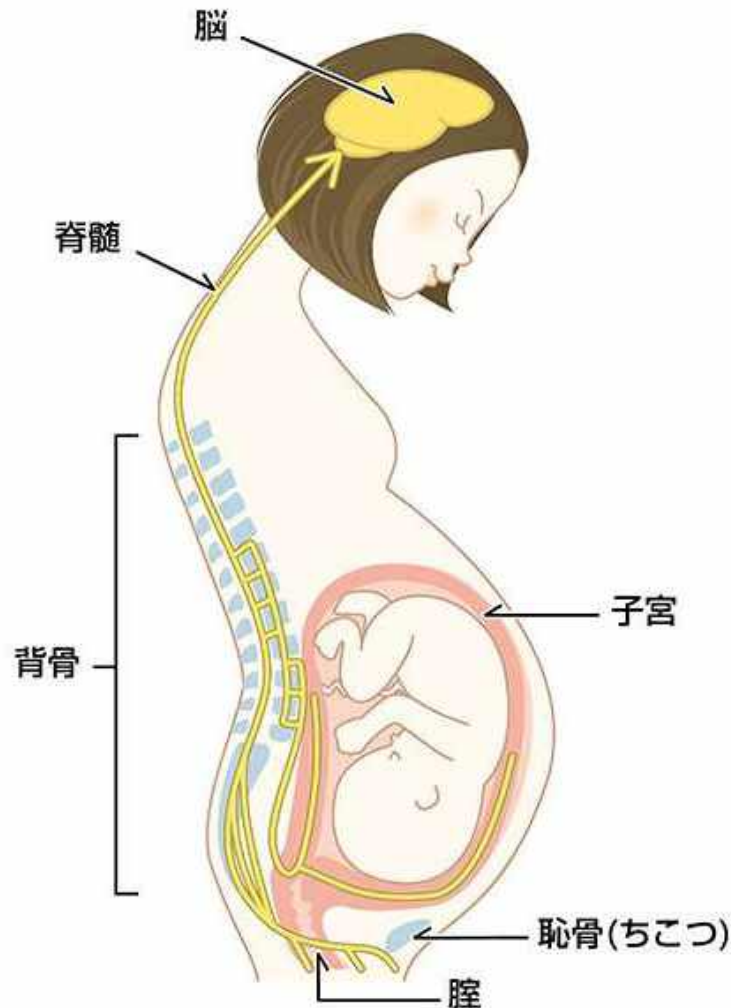
痛みの尺度



【参考文献】

※お産の痛みを比べると… McGill 陣痛質問表を用いた場合の陣痛尺度
(Melzack, R.Pain.19, 1984, 321-37より簡略化 (田中))

どうしてお産は痛いのか？

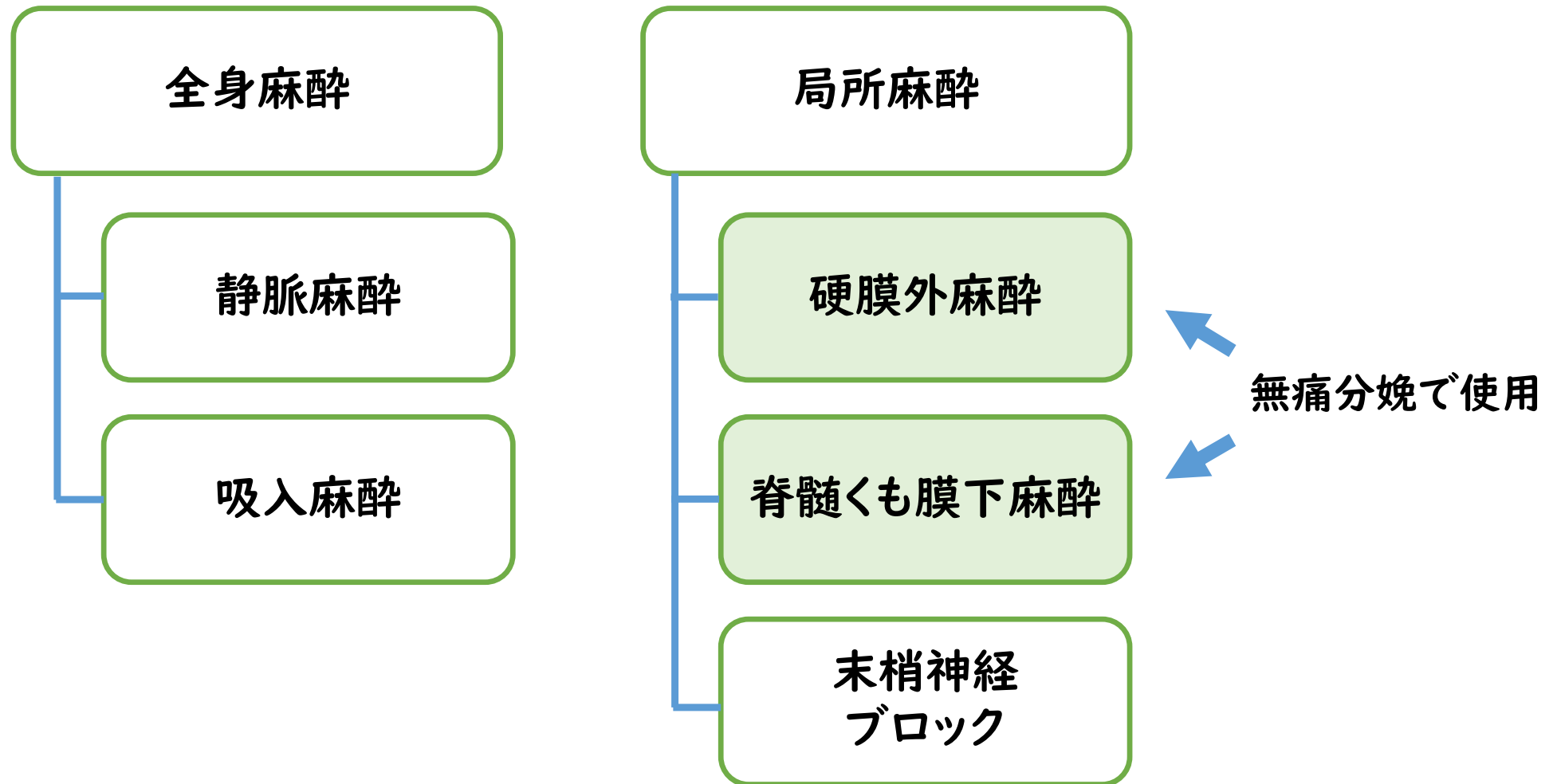


子宮が収縮したり、膣や会陰が引き延ばされると、その刺激は神経を介して脊髄に伝わる。その後、脊髄から脳に至り、「痛み」として感じる。

さまざまな部位の痛みは分娩第Ⅰ期から第Ⅱ期で突然変化するものではなく、強さを増しながら徐々に変化していく。

第Ⅰ期	子宮体部と頸管拡張 (交感神経関与) Th10-L1:内臓痛
第Ⅱ期	子宮下部、頸部の痛み (陰部神経関与) S2-S4:体性痛

麻酔の種類と方法

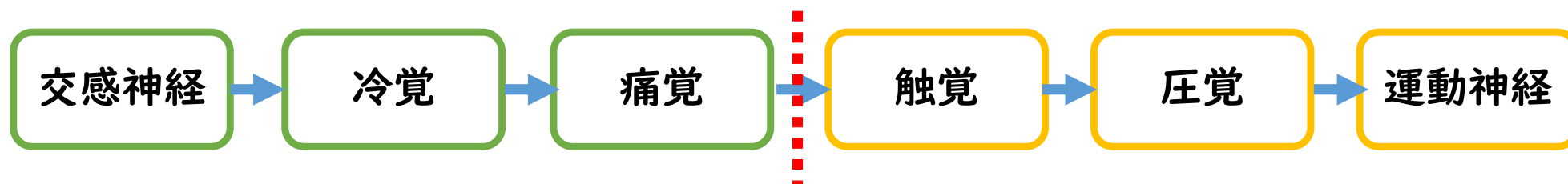


帝王切開時と無痛分娩時の麻酔の違い

手術室での麻酔とは異なり、分娩室という急変時の人員・設備が限られた環境下で、長時間にわたる持続的な麻酔管理が求められる点が特徴

	帝王切開	無痛分娩
場所	手術室	分娩室や陣痛室、LDR
人員	多い	少ない
全身管理医	いる	いないこともある
麻酔の深度	深い	浅い
所要時間	1時間程度	数時間

経膈分娩の麻酔では運動神経を残し痛覚神経までをブロックしたい



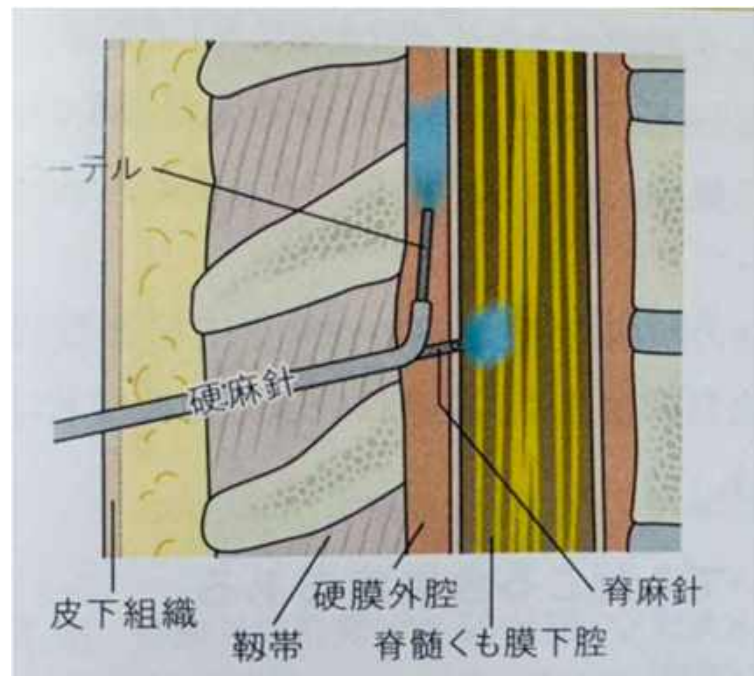
無痛分娩で使用する麻酔方法

	硬膜外麻酔	脊髄くも膜下麻酔
薬液投与部位	硬膜外腔	脊髄くも膜下腔
投与方法	長時間投与可能(カテーテル留置)	単回投与
投与量	3~10ml	1~3ml
効果発現	ゆっくり(15~20分)	速い(1~3ml)
効果範囲	分節性	拡散性
効果の強さ	脊髄くも膜下麻酔の10分の1程度*	強い
血圧	ゆっくり下がる	急激に下がる
運動神経遮断	ゆっくり起こる	急激に起こる
局所麻酔薬中毒	起こり得る	通常起こらない
高位脊髄くも膜下麻酔	通常起こらない	起こり得る
硬膜穿刺後頭痛	通常起こらない	起こり得る
手技の難易度	比較的困難	比較的容易

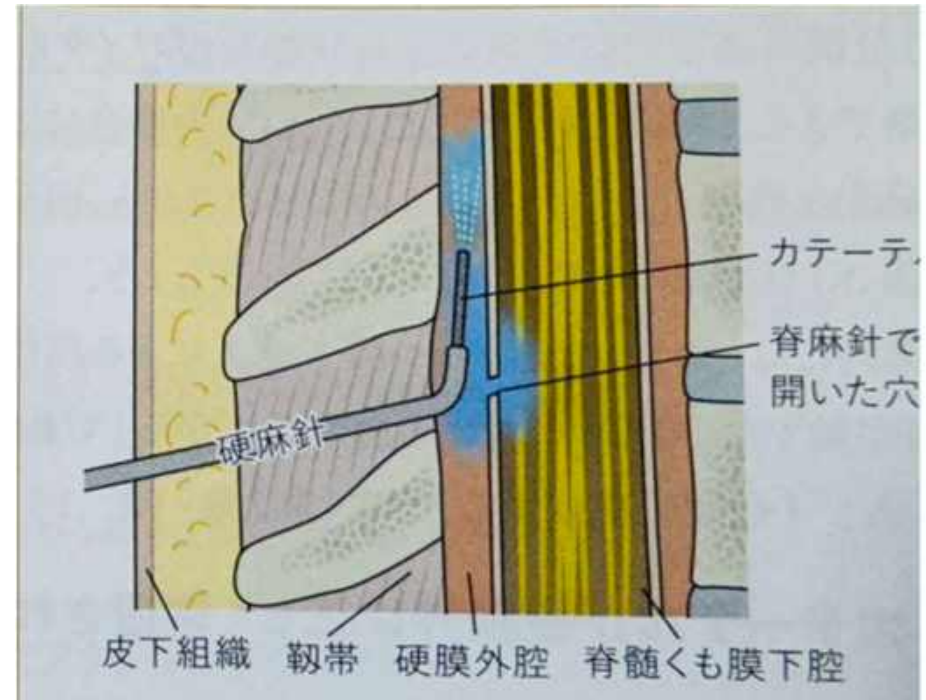
*効果は麻酔薬の濃度に依存する

脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔

CSEA: combined spinal-epidural anesthesia



ニードルスルーニードル法の針は硬麻針の中を脊麻針が通る仕組みになっている。同じタイミングでくも膜下麻酔を行い、硬膜外カテを挿入できる



DPE(dural puncture epidural)は、くも膜下腔には薬液を入れず、硬膜に穴だけ開けて、硬膜外腔に投与された薬液の一部がくも膜下に流れ込むことで鎮痛効果を高める方法

麻酔の副作用と合併症

- ① 低血圧
- ② 高位/全脊髄くも膜下麻酔
- ③ 局所麻酔薬中毒
- ④ 硬膜外血種・硬膜外膿瘍

① 低血圧

【原因】

- ・仰臥位低血圧症候群（下大静脈の圧排）
- ・麻酔効果 → 交感神経ブロック

【症状】

- ・気分不良、意識低下
- ・低血圧、徐脈、心停止、胎児機能不全

【予防】

- ・麻酔開始から30分間は5分ごと、以後15分ごと定期的にバイタル測定
- ・体位に注意 事前に十分に補液

【治療】

- ・体位変換、輸液負荷、必要時昇圧剤（エフェドリンなど）

② 高位/全脊髄くも膜下麻酔

【原因】

- ・硬膜外カテーテルのくも膜下腔への迷入
- ・局所麻酔薬の過量投与

【症状】

第4胸椎より高位あるいは全脊髄麻酔効果により

下肢の不動化、発生困難、呼吸停止、心停止、胎児機能不全に至る

【治療】

速やかなマスク換気による人工呼吸管理、気管内挿管、循環作動薬などの全身管理が必要

【早期発見と予防】

- ・麻酔導入時： 麻酔開始から30分間の観察、少量分割投与
- ・分娩経過中： 定期的なバイタル観察
- ・初発症状に注意： 下肢が動かない、血圧低下 → すぐに麻酔中止、診察、報告

③ 局所麻酔薬中毒

【原因】

- ・硬膜外カテーテル血管内の迷入
- ・局所麻酔薬の過量投与

【症状】

金属味覚、不穏状態、多弁、耳鳴り、口唇のしびれ、筋肉痙攣

意識消失 → けいれん → 呼吸停止、不整脈、心停止

【治療】

麻酔中止、けいれんの治療、心肺蘇生

脱脂乳剤（20%イントラリポス）投与

【予防】

鎮痛効果が不良時には、硬膜外カテーテルの血管内迷入を考慮

④ 硬膜外血種・硬膜外膿瘍

【原因】

- ・凝固能障害（血小板減少、抗凝固薬）
- ・感染

【症状】

下肢が動かない、背部痛

【治療】

発症から8時間以内に、外科的な治療が必要

【予防】

血小板数（10万/ml以下）、凝固能異常では硬膜外麻酔は不可
へパリンと低用量アスピリン投与歴も含め麻酔前評価

医療行為が増える事での合併症

- ・吸引分娩や鉗子分娩による分娩損傷
- ・陣痛促進剤の使用による過強陣痛など
- ・子宮破裂や常位胎盤早期剥離などに気づくのが遅くなる恐れなど

本日の内容

- 無痛分娩の基礎知識（合併症なども）
- **麻酔導入の実際**
- 日本や世界の無痛分娩の現況
- 安全な無痛分娩のために
- おわりに

無痛分娩の適応や禁忌

適応	禁忌
本人の希望 医学的 ・呼吸器循環器疾患 ・脳血管疾患 ・精神疾患 ・妊娠高血圧症候群 ・その他	本人の拒否 医学的 ・血小板低下や凝固能異常 ・大量出血や脱水 ・脊髄疾患 ・穿刺部位の感染 ・敗血症

それぞれの施設での取り決めもあります。当院だとBMI 35以上はやらない約束

麻酔導入前に必要なこと（産婦）

- 事前の十分な説明
- 同意書
- 検査データの確認（血液凝固能）
- 気道確保困難のリスク因子の有無の確認

麻酔導入前に必要なこと（施設）

- 人員体制
（麻酔導入時、定期診察など）
- マニュアル共有
- 緊急時の対応の準備
- 必要なモニターの準備
- 救急カート、薬剤の定期的な点検



国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター産科麻酔科 提供

必要な設備・医療機器

厚労省の出した
「自主点検表」

(1) 蘇生設備及び医療機器を配備し、すぐに使用できる状態で管理している。

- 蘇生設備：酸素ボンベ、酸素流量計、バッグバルブマスク、マスク、酸素マスク、喉頭鏡、気管チューブ、スタイルット、経口エアウェイ、吸引装置、吸引カテーテル等
- 医療機器：麻酔器（設置場所は手術室でもよい）、除細動器又はAED（自動体外式除細動器）等

(2) 救急用の医薬品をカートに整理してベッドサイドに配備し、すぐに使用できる状態で管理している。

- アドレナリン、硫酸アトロピン、エフェドリン、フェニレフリン、静注用キシロカイン、ジアゼパム、チオペンタール又はプロポフォール、スキサメトニウム又はロクロニウム、スガマデクス、硫酸マグネシウム、精製大豆油（静注用脂肪乳剤）、乳酸加（酢酸加、重炭酸加）リンゲル液、生理食塩水等

(3) 母体用の生体モニターを配備し、すぐに使用できる状態で管理している。

- 心電図、非観血的自動血圧計、パルスオキシメータ等

計画無痛分娩とオンデマンド無痛分娩

	計画無痛分娩	オンデマンド無痛分娩
自然陣発	待たない	待つ
医療介入	必須 ・頸管熟化のための処置 ・陣痛促進剤投与	分娩の進行状態により考慮
主な特徴	・マンパワーが確保されている状況下で実施できる ・頸管拡張に伴う器械的操作に伴う痛みを感じる ・分娩が誘発されなければ、仕切り直しをすることもある 日本に特徴的	・産婦の要請/希望に沿った麻酔の開始時期を選択することが出来る 海外ではオンデマンド無痛が標準

医療施設の方針によって、違う。初産/経産で決める施設もある。

計画無痛分娩の流れ (つくばセントラル病院の場合)

希望があったら、予約をします。妊娠36週ごろに、外来で医師が無痛分娩・誘発分娩について説明します。
初産は39週ごろ、経産は38週ごろに予約しますが、所見で日程を変更します。

(例)入院後のながれ

Day1 入院日

14:00	入院、採血(血算・凝固系)、胎児心拍モニター
夕	内診(必要時、頸管拡張のための前処置を行います)

Day2 誘発当日 朝食なし、飲水(クリアウォーター)のみ可

朝	LDRへ移動。内診(必要時、頸管拡張のためミニメトロなど挿入)
7:30頃	陣痛誘発のため、陣痛促進剤の点滴を開始
9:30～10:00頃	麻酔科医師により硬膜外カテーテル留置 (内診して、必要時は人工破膜します) 陣痛の痛みが出てきたら、麻酔薬の投与を開始

※分娩の進行状況によっては、夜間は陣痛促進剤の点滴を終了してお休みして、Day3(誘発2日目)に分娩が持ち越すこともあります。

※分娩後2時間で硬膜外カテーテルを抜去。LDRから個室に戻ります。

麻酔導入のながれ

1. 末梢静脈確保、内診所見確認、分娩監視装置とバイタルモニター開始
2. 清潔野に留意のうえ、産婦の体位介助を行い麻酔導入にうつる
3. 麻酔開始後から30分間は傍で観察、CTGや母体バイタル変化にすぐに対応
4. 随時産科診察と導尿
5. 定期的に麻酔に関わる診察（バイタルと鎮痛効果のアセスメント）
6. 疼痛時の対応 → 分娩進行状況や硬膜外麻酔の有効性の評価
7. 分娩後も麻酔の影響がなくなるまで観察・記録

麻酔導入時の姿勢

図5. 背中から麻酔をする時の姿勢

図5A 横向きに寝て背中から麻酔をする時の姿勢

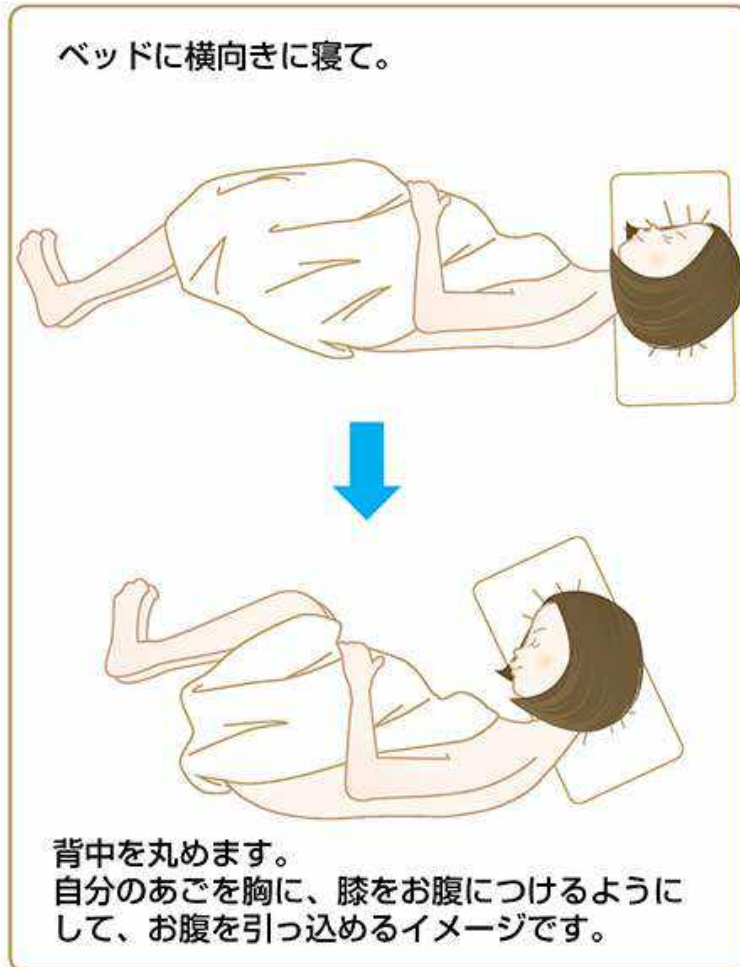


図5B 座って背中から麻酔をする時の姿勢



麻酔導入の時期と方法

【いつ】 施設によって、考えが異なる

- ・産婦が痛みを訴えたら
- ・分娩が活動期になったら

【初回投与】

- ・テストドーズ（キシロカイン3ml）で硬膜外腔であることを確認。
- ・その後、少量分割投与

【維持】 施設によって、方法が異なる

- ・連続投与
- ・間欠投与
- ・PCA patient controlled analgesia

定期観察の主な項目

母児のバイタル	鎮痛効果のアセスメント
母体：血圧・脈拍数・SpO2 胎児：分娩監視装置（子宮収縮と胎児心拍数）	・スケールによる痛みの評価 ・コールドテストで鎮痛の効果範囲の確認 ・運動神経ブロックの程度の評価

分娩の進行状況の把握も大事！

内診やモニター上の子宮収縮だけではなく、本人の訴えも重要

「おしりが押されているような感じがする」という訴えだけで、もう全開大ということもあります。

麻酔導入後の胎児遷延一過性徐脈

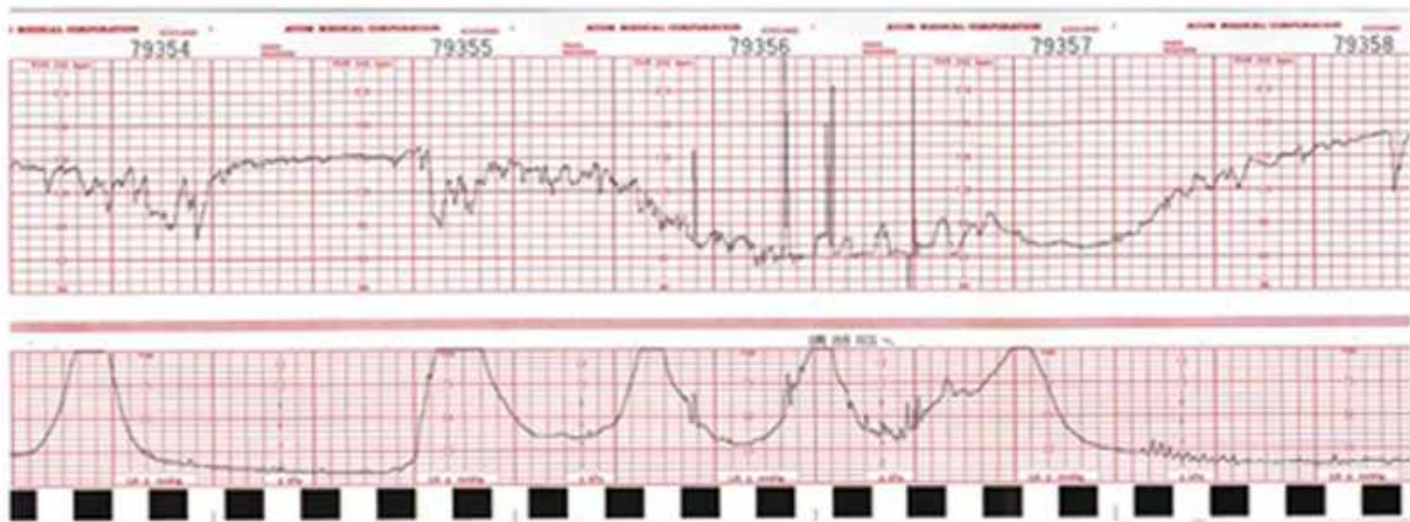
麻酔開始後の急速な鎮痛によりカテコラミンが減少



子宮筋が強直性の過収縮や頻収縮を引き起こす



臍帯圧迫や胎盤循環不全により、遷延一過性徐脈となる



体位変換や酸素
投与で対応

痛みの評価方法

■ NRS (Numerical Rating Scale)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

「痛みの程度」を11段階の数字で評価

0:痛みがない 10:想像しうる最も強い痛み

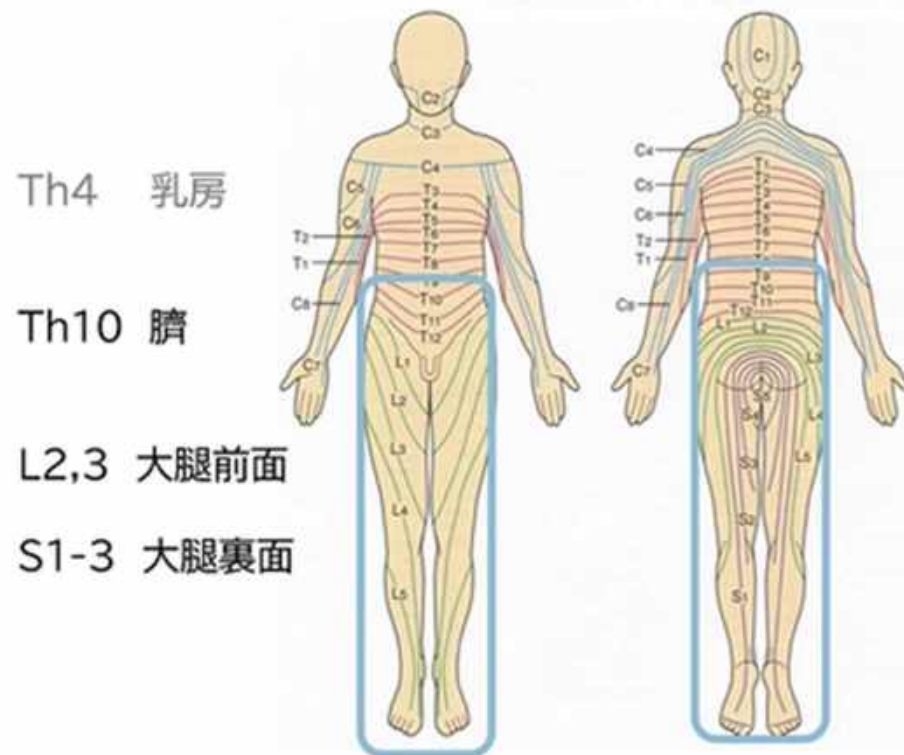
■ VAS (Visual Analogue Scale)

痛みがない

最悪の痛み

「10cmのスケールより痛みの程度評価」

鎮痛効果範囲と運動神経への影響の評価



脊髄神経 デルマトーム

冷覚の消失範囲をアイスノン
などで確認

下肢が動くかどうかを確認
*動きにくい、動かないときには
脊髄くも膜下麻酔を鑑別

突発痛の対応

一度鎮痛を得られた（NRS 1～3）のに、NRS 4点以上に痛みが強くなった状況

まずは「陣痛かそれ以外か」を考える

→ 病的な痛みを来す疾患の有無

- ・常位胎盤早期剥離や子宮破裂
- ・その他の痛みを呈する病態

急激な分娩進行が無いのか、または麻酔効果の確認

→ 麻酔効果に問題がある場合は、カテの交換なども相談

＊回旋異常や不正軸侵入の場合には、痛みが取れづらいことがある

＊無痛分娩の時は、回旋異常や不正軸侵入になりやすい

分娩遷延の時の対応

- 陣痛が微弱なら、陣痛促進剤などの投与
 - 回旋異常があったら、体位変換など
 - 努責が上手く出来ない場合には、タイミングを指導したり、誘導したり
-
- 器械分娩（吸引・鉗子など）の準備
 - 新生児蘇生の準備
-
- 緊急帝王切開になるかもしれないので準備

緊急帝王切開になったとき

- いろいろな理由（分娩遷延や分娩停止、胎児機能不全など）で、無痛分娩から緊急帝王切開になることがある
- 緊急手術に必要な準備
- 急な変更戸惑う産婦や家族のころころにも寄り添うことが必要

ちょっと前のデータですが・・

安全な無痛分娩のために (つくばセントラル病院の場合)

✓ 硬膜外鎮痛法

✓ 原則として平日日中の計画分娩

経産婦は妊娠38週以降、初産婦は可能な限り
妊娠39週以降で予定している

同意書
マニュアル
記録用紙



助産師

- ・麻酔薬などの準備
- ・母子のモニター装着
- ・バイタル測定/記録
- ・分娩進行の状況確認



麻酔科医

- ・硬膜外カテの挿入
- ・麻酔合併症の対応
- ・鎮痛コントロール不良の際の対応



産婦人科医

- ・無痛分娩の説明
- ・入院オーダー
- ・分娩誘発/管理
- ・鎮痛コントロール
- ・必要時に器械分娩施行

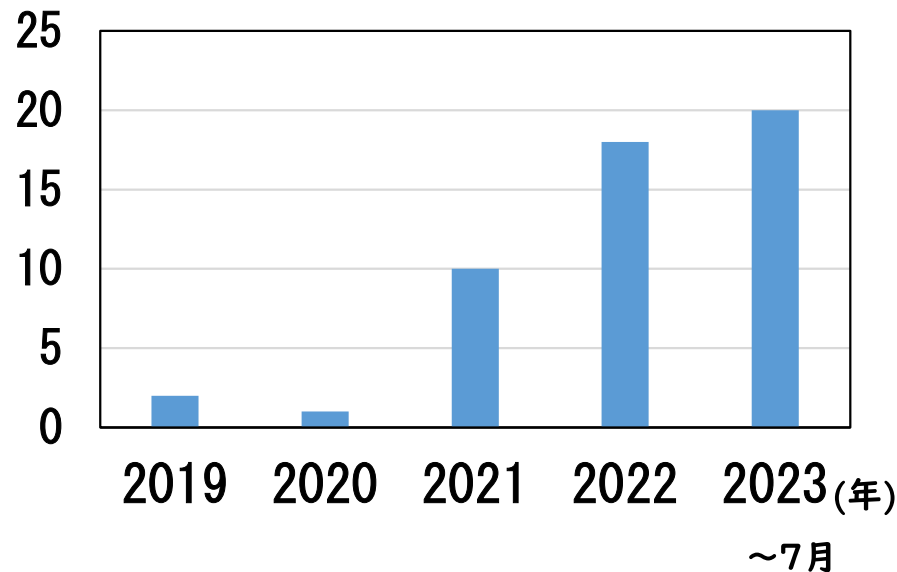


当院における無痛分娩の実際

(2019年1月から2023年7月まで51件の検討)

第194回茨城産科婦人科学会例会「当院における無痛分娩の現状と課題」蒲田郁ら より

(件) 無痛分娩実施件数



✓ 適応: 本人希望 34件
分娩進行中の疼痛不安 12件
血圧上昇 4件
その他 1件

✓ 年齢: 平均33歳(22-42歳)

✓ 初産経産: 初産婦 29人
経産婦 22人

分娩転帰 ～非無痛分娩との比較～

無痛分娩	51件	
正常分娩	36件	71%
吸引・鉗子分娩	9件	17%
帝王切開分娩	6件	12%

非無痛分娩 (2019～2022年)	1619件	
正常分娩	1313件	81%
吸引・鉗子分娩	60件	4%
帝王切開分娩	246件	15%

無痛分娩は、非無痛分娩と比較して有意に吸引・鉗子分娩が多い
(Fisher正確確率検定 $p=0.0002$)

無痛分娩と非無痛分娩で帝王切開の比率に有意差はない
(Fisher正確確率検定 $p=0.6902$)

副作用・合併症

発熱	11件	(子宮内感染が疑われるものを含む)
血圧低下	2件	
嘔気	1件	
硬膜穿刺後頭痛	1件	

全脊椎麻酔や局所麻酔薬中毒など、
重篤な合併症は認めなかった。



病棟スタッフへのアンケート

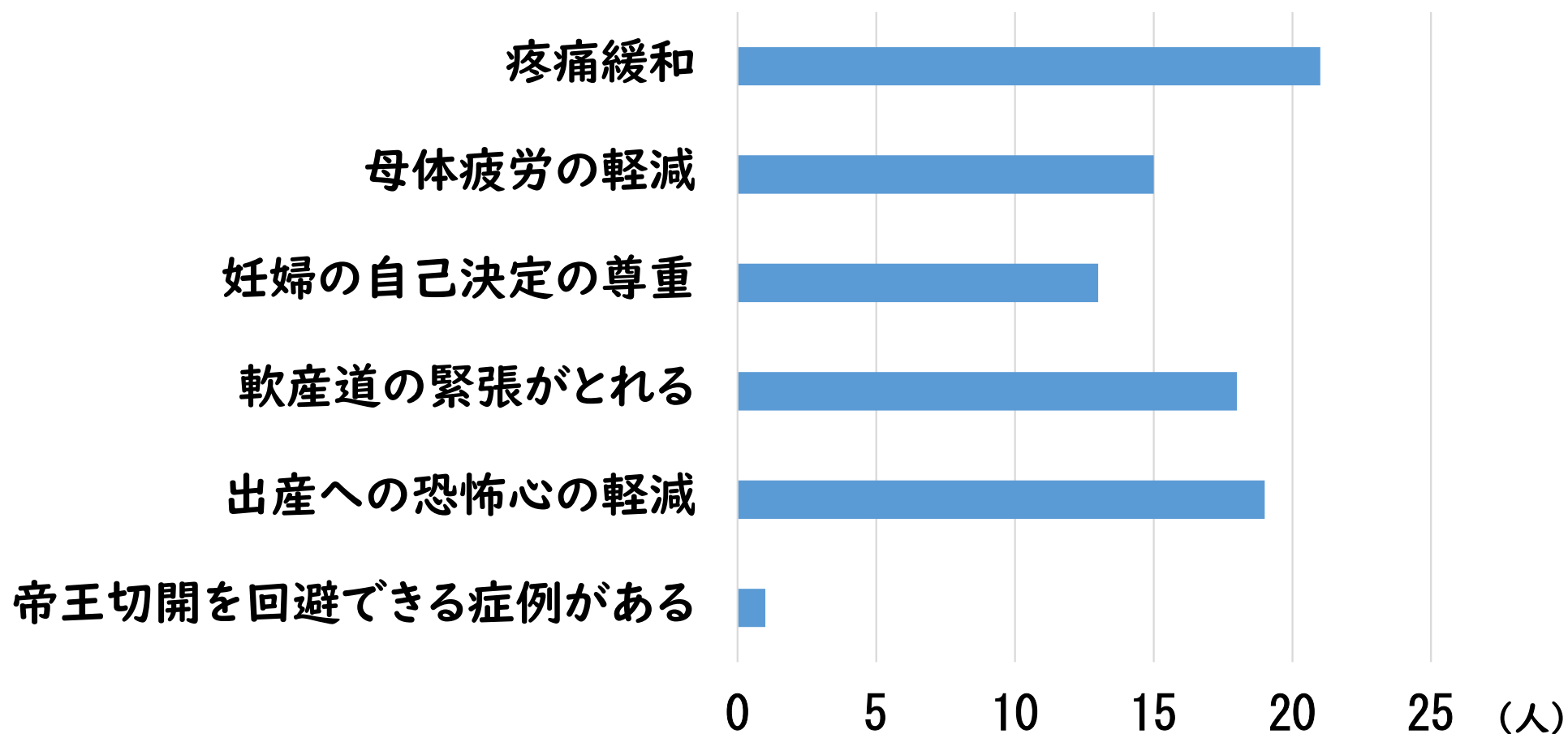
1. 目的

無痛分娩の本格導入から約半年が経過し、実際の助産ケアに当たる病棟スタッフが感じていることや問題点などを把握することで、今後の適切な運用につなげる。

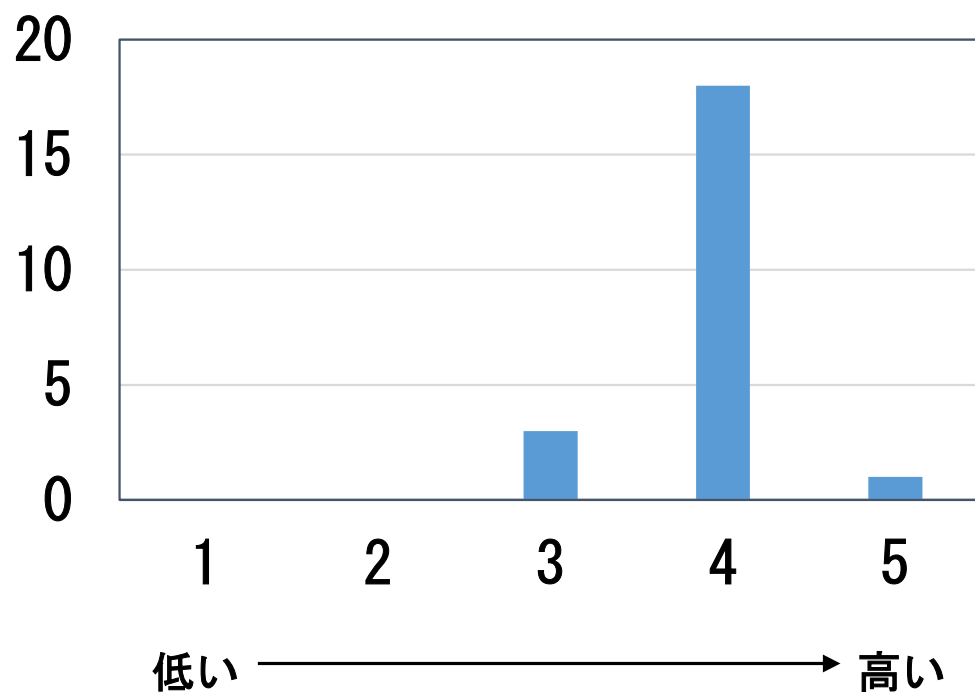
2. 実施概要

- (1) 期間：2023年9月19日～30日
- (2) 対象：産婦人科病棟勤務の助産師 29人
- (3) 回答率：76% (22人)

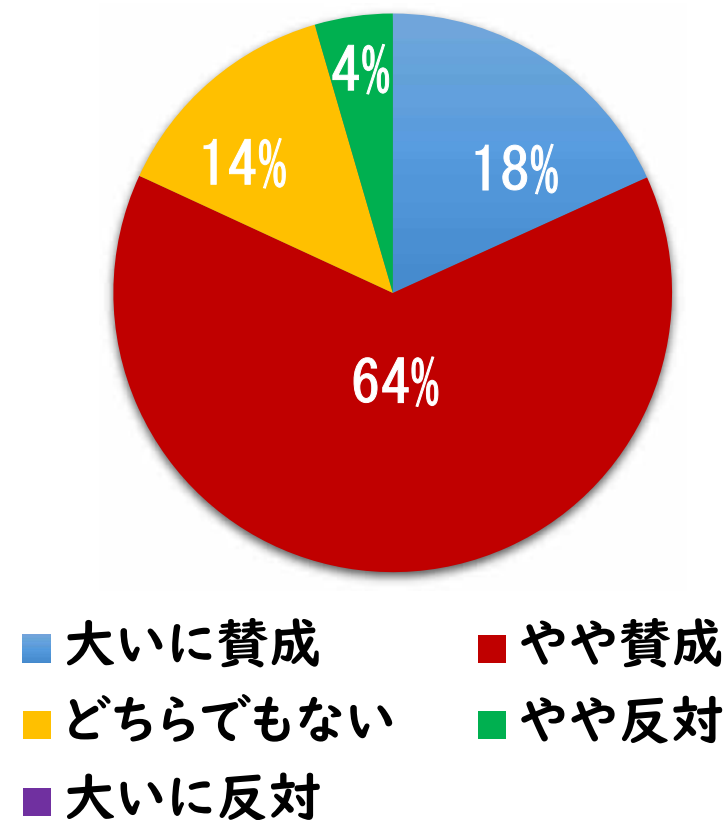
◆無痛分娩について持っている良い印象
(複数回答可)



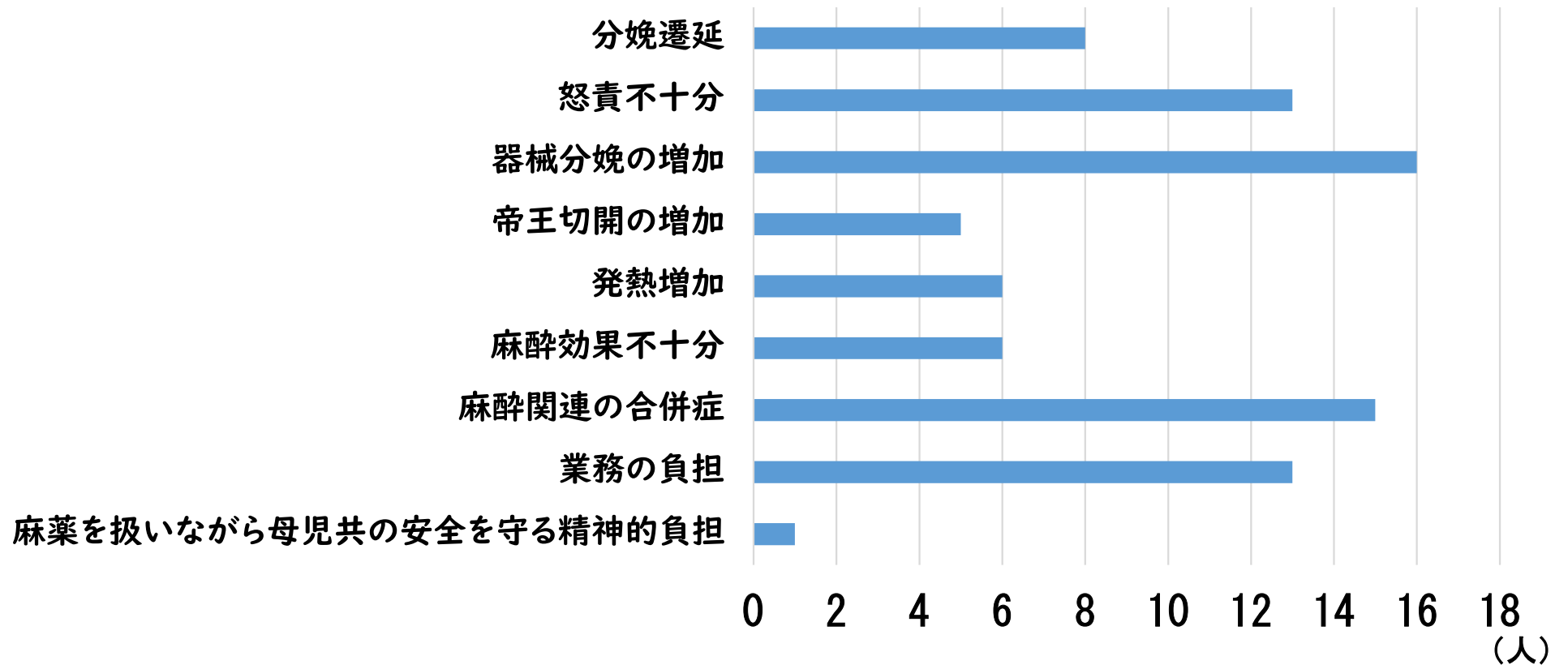
◆当院の無痛分娩に対する
妊婦の満足度について。
あなたの印象を教えてください。



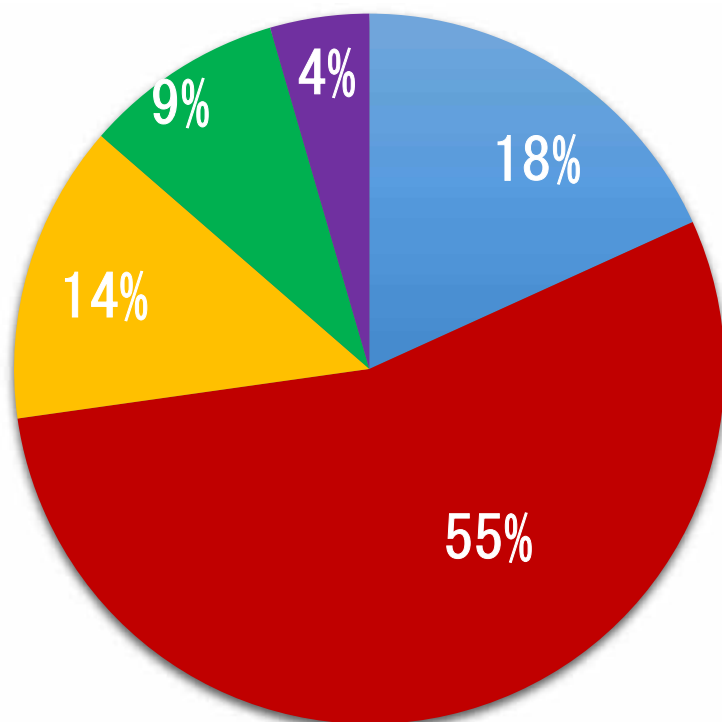
◆今後、当院で無痛分娩を
推進していくことについてど
う思いますか。



◆無痛分娩について持っている悪い印象 (複数回答可)



◆無痛分娩により、産婦との関わりに変化はありますか。



行動制限下で進行を促す関わりが難しい。

痛みの部位や強さなどで分娩進行の評価ができないため、その他の観察点を重視している。

会話できる時間が増えた。

産婦が痛みを感じている際に寄り添う時間が減り、助産師としての役割がどこか寂しくなったと感じる。

■ 大いにある ■ ややある ■ どちらでもない ■ あまりない ■ 全くない

そう言えば

経産骨盤位を、
選択的帝王切開にするなんて..
産婦人科医の技量を発揮できない
って、思っていたなあ



今は、「骨盤位は帝王切開」が当たり前
妊産婦さんがそれでよいと思っているなら
帝切率が低いことを自慢する時代じゃないかな

本日の内容

- 無痛分娩の基礎知識（合併症なども）
- 麻酔導入の実際
- **日本や世界の無痛分娩の現況**
- 安全な無痛分娩のために
- おわりに

【世界】硬膜外無痛分娩を受ける割合

アジア諸国	日本	16.2%*
	イスラエル	60%
	中国	10%
	シンガポール	50%
	韓国	40%

日本のデータは、令和7年
日本産科婦人科学会の調査より

分娩に対する考えや、出産する医療機関の規模など、様々な要因がある
例えば、中国では2024年に各医療機関で無痛分娩ができるように、指示を出したので、今後大きく変わるかもしれない。

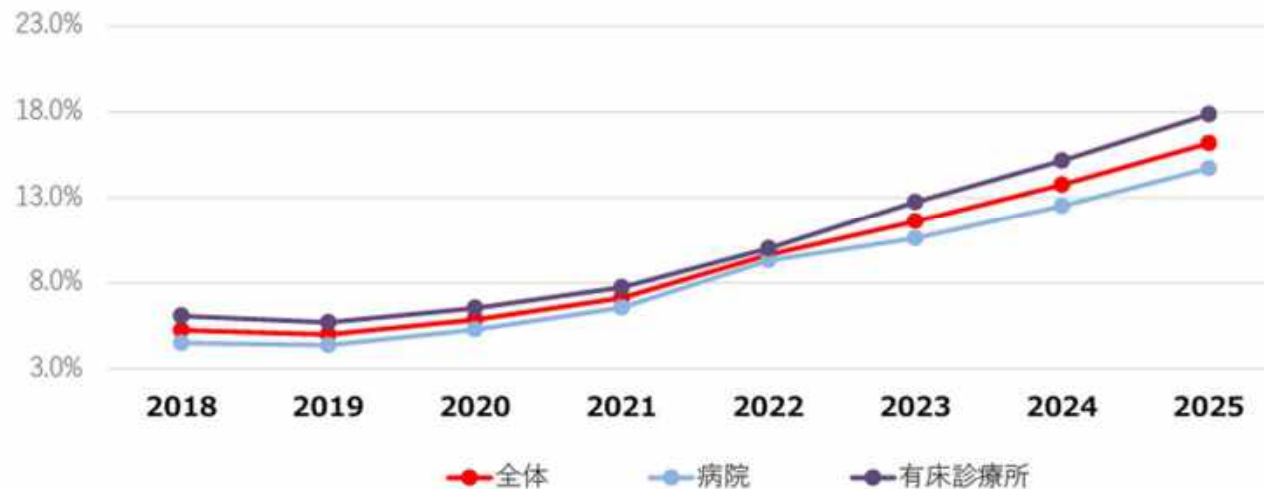
欧米諸国	アメリカ	73.1%
	フランス	82.2%
	カナダ	57.8%
	イギリス	60%
	スウェーデン	66.1%
	フィンランド	89%
	ベルギー	68%
	イタリア	20%
	ドイツ	20-30%
	ギリシャ	20%

日本産科麻酔下学会ホームページより改変

全分娩数に占める硬膜外鎮痛分娩の件数

総分娩数に占める硬膜外鎮痛分娩数の割合の年次推移

	2018年 報告	2019年 報告	2020年 報告	2021年 報告	2022年 報告	2023年 報告	2024年 報告	2025年 報告
全 体	5.2%	5.0%	5.9%	7.1%	9.6%	11.6%	13.8%	16.2%
病 院	4.5%	4.4%	5.3%	6.6%	9.3%	10.6%	12.5%	14.7%
有床診療所	6.1%	5.7%	6.5%	7.7%	10.0%	12.7%	15.2%	17.9%



* 各報告は前年（1月から12月）の実績を示す

2024年
東京 31.2%
茨城 8.0%

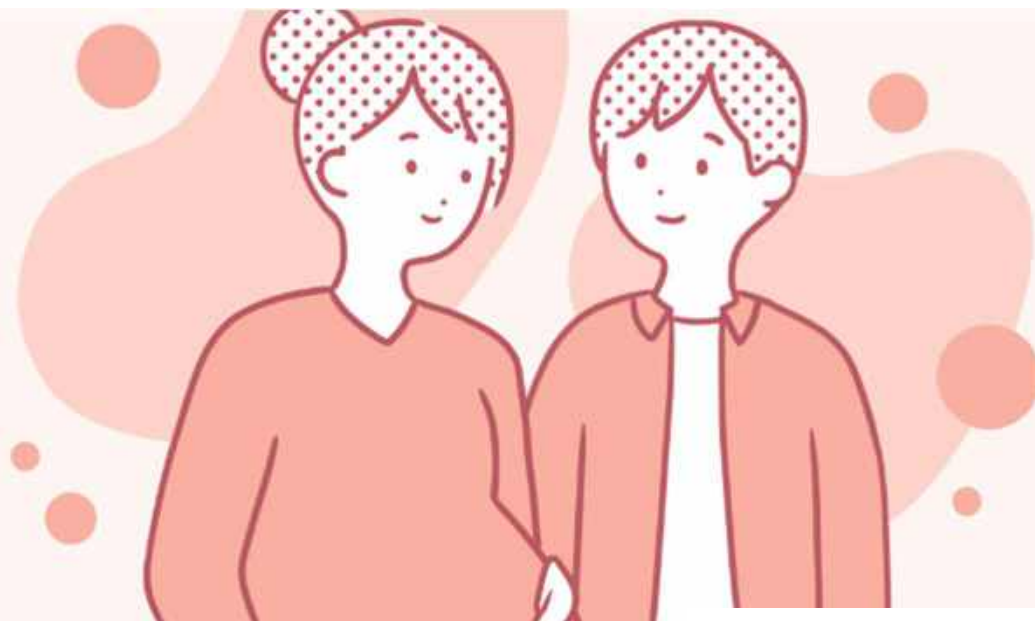
全分娩数に占める硬膜外鎮痛分娩率



あなたにあった出産施設を探せるサイト

「出産ナビ」

へようこそ



・茨城県内で、「希望による無痛分娩」を行っている施設はいくつ？

＊ただし、このサイトに載っていない施設が数か所あります。

＊JALA(無痛分娩関連学会等連絡協議会)サイトに載っていない施設(第3者評価をされていない)もあります。

全国無痛分娩施設検索

- このサイトでは、各施設からの提供情報を元に、全国の無痛分娩施設の詳細情報を掲載しています。
- 各施設の詳細情報については、直接、各施設までお問い合わせ下さい。

地図から検索する

住所から検索する



🏠 > 無痛分娩施設検索 > 関東 > 茨城県 > 牛久市

施設検索

地域別検索結果 | 牛久市

牛久市【無痛分娩施設】産科・産婦人科を下記より選択してください。

1件中 1～1件を表示

社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院

電話番号：029-872-1771

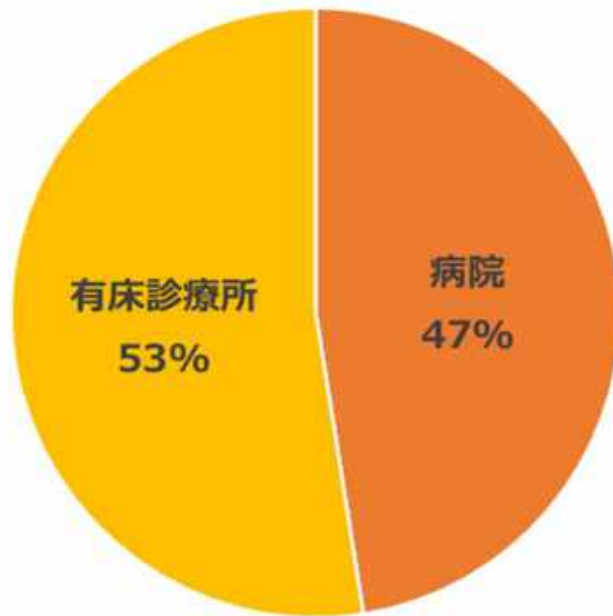
郵便番号：300-1211

住所：茨城県牛久市柏田町1589-3

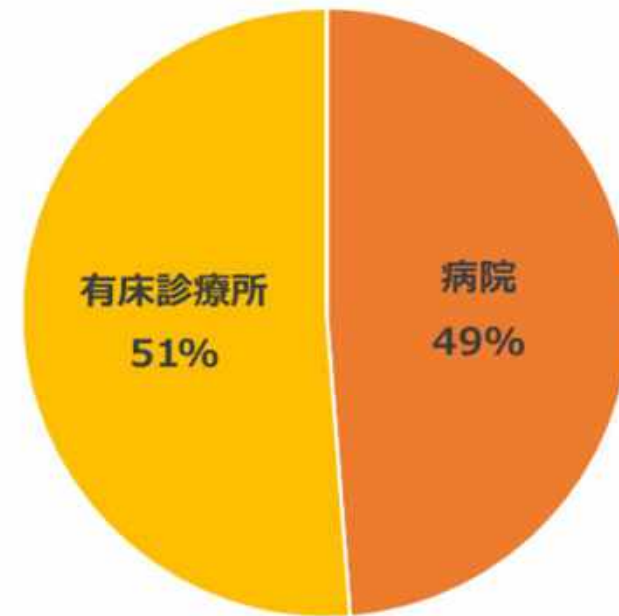
URL：https://central.or.jp/sector/obstet_painless.php

- このサイトでは、各施設からの提供情報を元に、全国の無痛分娩施設の詳細情報を掲載しています。
- 各施設の詳細情報については、直接、各施設までお問い合わせ下さい。

硬膜外鎮痛分娩取扱施設数
859施設(2025年報告)



硬膜外鎮痛分娩実施産婦数
111,712人(2025年報告)

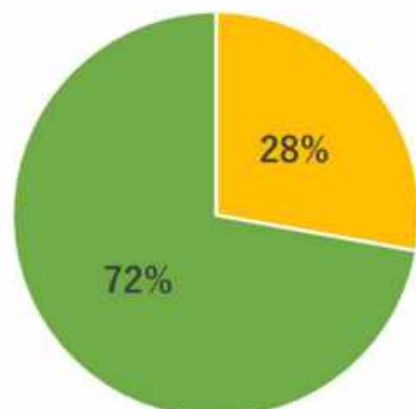


対象施設 1875施設

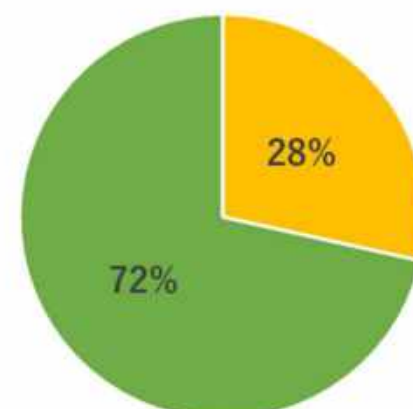
対象施設の取り扱い分娩数 690,477人

分娩数に占める帝王切開の割合〔施設/硬膜外鎮痛分娩（年間10件以上）有無別〕

病院
【硬膜外鎮痛分娩する施設】



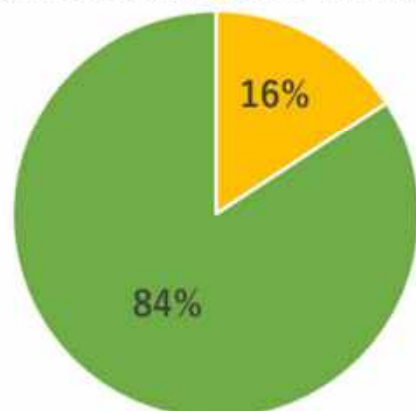
病院
【硬膜外鎮痛分娩しない施設】



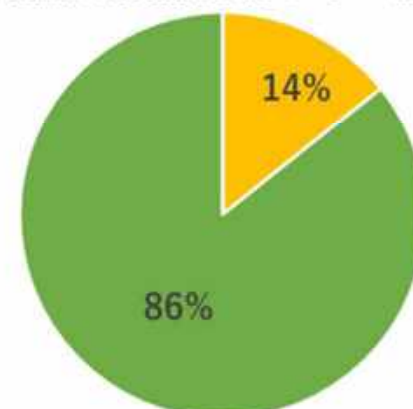
<8年計>

■ 帝王切開 ■ 他

有床診療所
【硬膜外鎮痛分娩する施設】



有床診療所
【硬膜外鎮痛分娩しない施設】



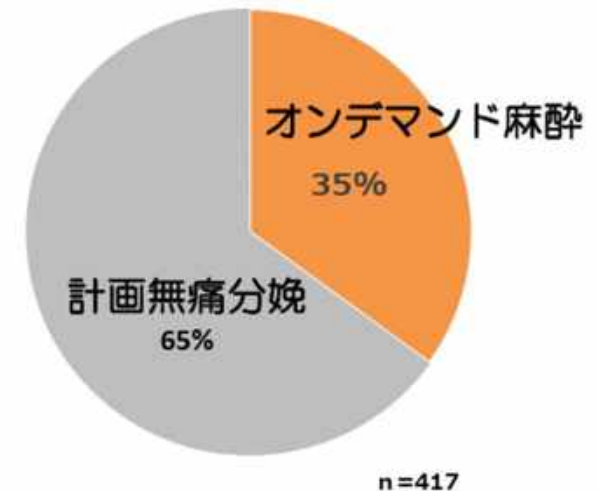
診療所では硬膜外鎮痛分娩の施行の有無で帝王切開率に変化は見られない

無痛分娩の方法

無痛分娩の麻酔方法

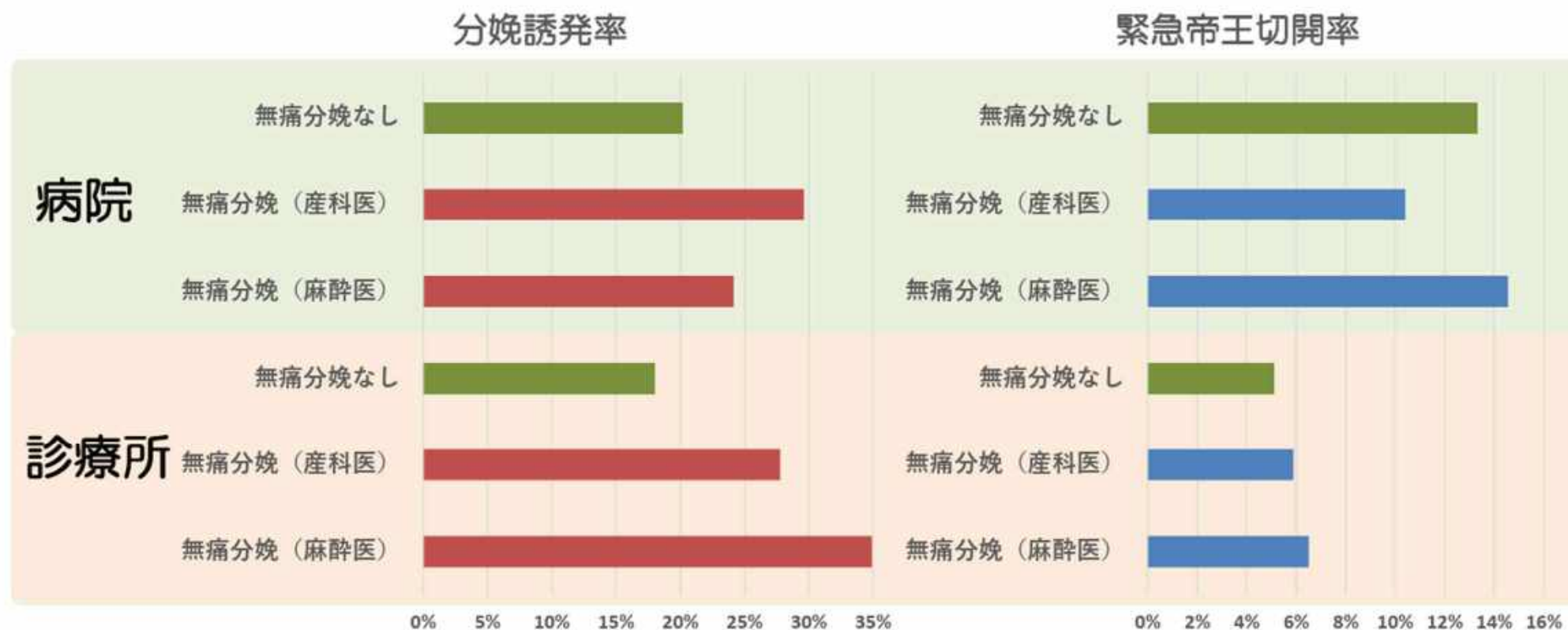


無痛分娩時の分娩方法



- 無痛分娩の多くは硬膜外麻酔を主体とする方法で行われている
- 無痛分娩のために2/3は分娩誘発（計画無痛分娩）が行われており、オンデマンド麻酔は35%である

無痛分娩施設での緊急帝王切開率と分娩誘発率

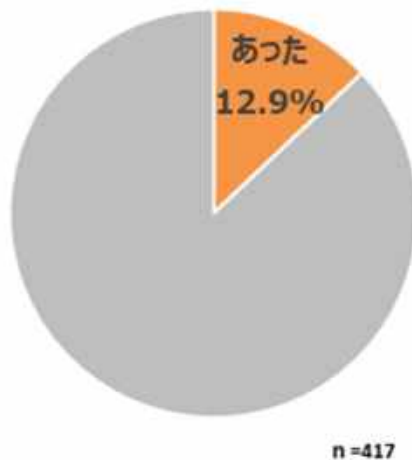


無痛分娩を提供する施設では、分娩誘発率が高いが、緊急帝王切開率に違いはない

無痛分娩に関連した有害事象

無痛分娩実施417施設における無痛分娩53,092件でのデータ

有害事象の発生状況

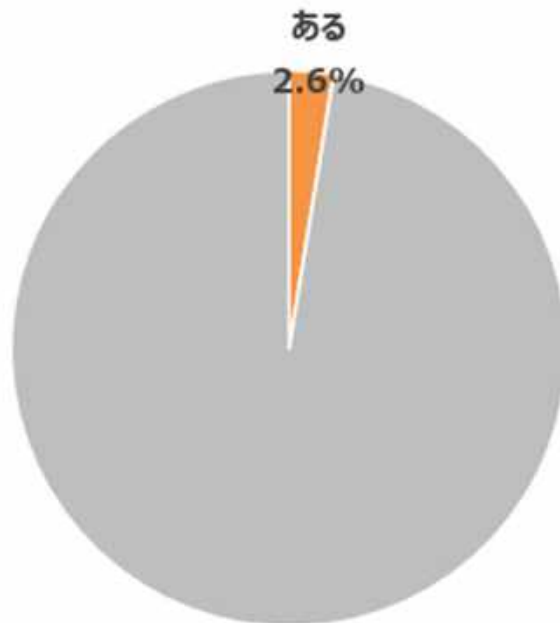


有害事象の内容	頻度（事例数）
高位脊椎くも膜下麻酔・局麻中毒・神経損傷など	0.07% (38) 1:1400
その他記載以下含む 母体血圧低下 (7), 硬膜穿刺後頭痛 (4), カテーテル遺残・抜去困難 (3), 熱発 (1), 硬膜穿破 (1)	
無痛分娩に関連した処置での母体の後遺症・損傷	0.9% (454) 1:120
無痛分娩に関連した処置での児の後遺症・損傷	0.04% (21) 1:2500
その他記載以下含む 誘発・分娩に関連した処置による児の有害事象 (4)	

無痛分娩に関連した麻酔の直接的な合併症、間接的な合併症ともに多くは発生していないが、更なる削減努力は必要

子宮破裂

子宮破裂の経験（施設）



回答施設数 n=1,016

発症時期	症例数
分娩開始前（早産期含）	16
頸管熟化、促進なし分娩中	1
TOLAC中	1
誘発目的の頸管熟化中	1
誘発・促進あり分娩中	8
児・胎盤娩出前後	6
合計症例数	33

→ 30%は医療介入中 (10/33)

医原性の子宮破裂の発症に注意を払う必要がある

子宮破裂 2次調査 無痛分娩中の子宮破裂例

経産	妊娠週数	誘発・促進	経 過
1	38	計画無痛 誘発	分娩中発見 9cm 高度持続性徐脈＋子宮底上昇 緊急帝王切開
2	38	計画無痛 誘発	分娩中発見 分娩第2期 持続徐脈 吸引分娩不成功 陣痛が消失 緊急帝王切開
1	38	計画無痛 誘発	分娩後発見 分娩第2期 高度遷延一過性徐脈 吸引分娩＋クリステル
0	37	計画無痛 誘発	分娩後発見 分期第2期 高度変動一過性徐脈＋嘔吐症状 鉗子分娩＋クリステル
1	39	計画無痛 誘発	分娩後発見 胎児機能不全で鉗子分娩 分娩後90分持続低血圧 無痛のため腹痛なし エコーで血腫 開腹
2	39	計画無痛 誘発	分娩後発見 分娩第1期後半 変動一過性徐脈の頻発 子宮口用手開大＋鉗子分娩 5時間後より気分不良 ショック搬送

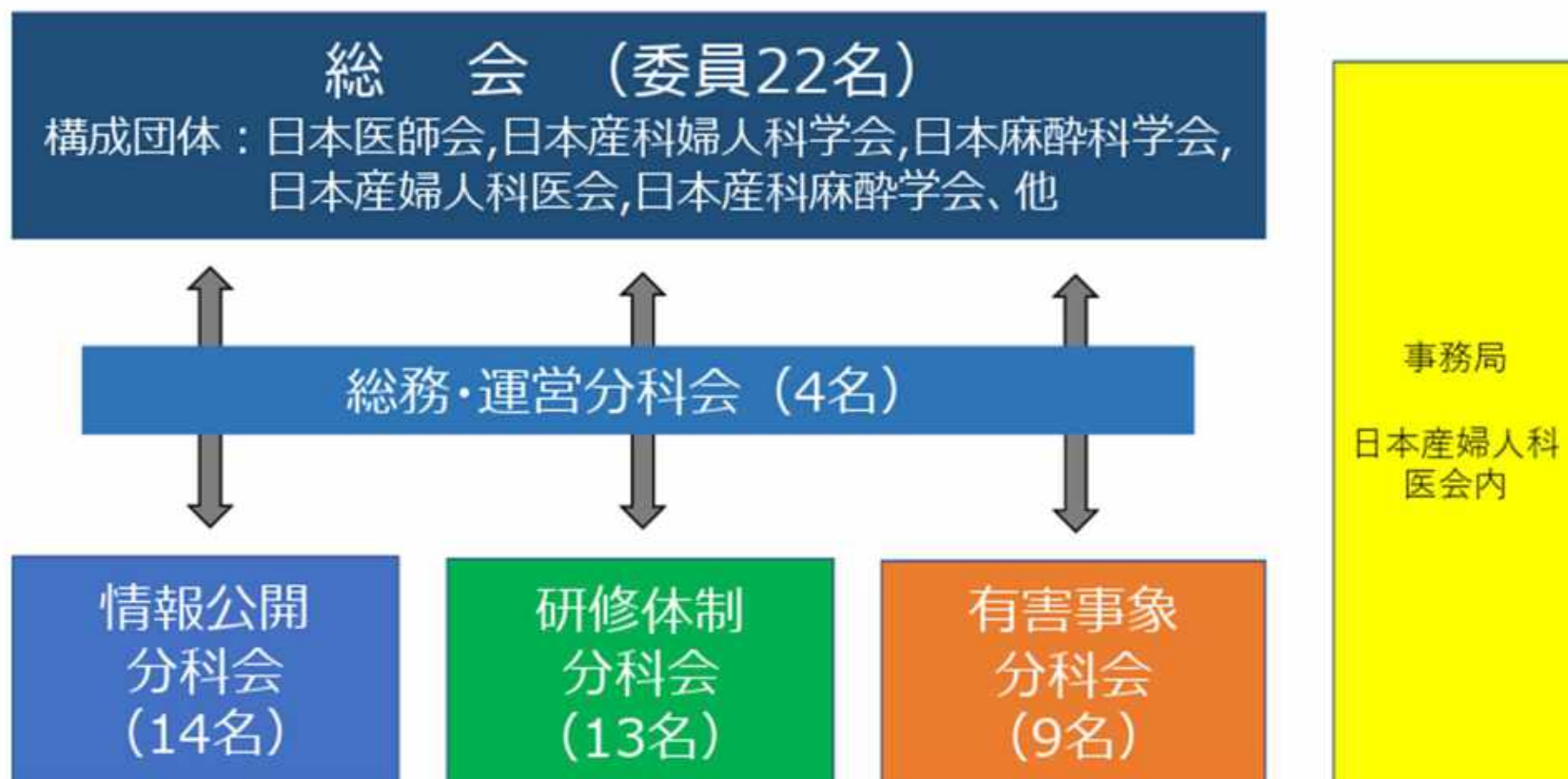
- 33例中6例で計画無痛分娩・分娩誘発が行われていた
- すべて計画無痛・分娩誘発で、分娩中は全例でCTG異常が見られ、臨床症状は明確ではないことが多い
- 分娩後すぐに診断がついていない例もみられる

本日の内容

- 無痛分娩の基礎知識（合併症なども）
- 麻酔導入の実際
- 日本や世界の無痛分娩の現況
- **安全な無痛分娩のために**
- おわりに

- 2017年 大阪・近畿で無痛分娩事故発生、マスコミ報道過熱
妊産婦死亡報告事業（2010年～）で初めて無痛分娩が主因の死亡症例が報告された。無痛分娩に関する症例を抽出・分析した結果、母体死亡271例中14例（5.2%）に無痛分娩が行われていた。
- 2017年4月 第69回日本産科婦人科学会学術講演会（広島）で無痛分娩への注意喚起（緊急提言）
→ 医会は2度にわたり会員に無痛分娩への注意喚起に関する通知を発出
- 2017年6月 分娩に関する実態調査を医会会員施設にアンケート調査を実施
- 2017年8月 厚生労働科学特別研究「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」が立ち上がる
再発防止策の立案を行う責務がある、との観点から、より安全な無痛分娩の施行に向けて、産婦人科医療界が自ら提言すべき方策を関連学会等と共同で研究・検討し、実施
- 2018年3月 「無痛分娩の安全な供給体制に関する提言」が厚労省から出される
- 2019年 無痛分娩関係学会・団体連絡協議会：JALA設立

無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)組織図



JALA 無痛分娩研修体制整備推進事業

- ・ 無痛分娩診療の安全性向上を目的として講習会の受講を推奨している。
- ・ 講習内容によりA,B,C,Dのカテゴリーに分類される。

講習会のカテゴリー分類

カテゴリー	講習内容	対象者
A	安全な産科麻酔の実施と安全管理に関する最新の知識の修得及び技術の向上のための講習会	無痛分娩麻酔管理者または麻酔担当医である産婦人科専門医対象
B	産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会	無痛分娩麻酔管理者・麻酔担当医対象
C	救急蘇生コース	無痛分娩麻酔管理者・麻酔担当医・ <u>助産師・看護師対象</u>
D	安全な産科麻酔実施のための最新の知識を修得し、ケアの向上をはかるための講習会	<u>助産師・看護師対象</u>

母体安全への提言 2024

Vol.15

令和7年10月

妊産婦死亡症例検討評価委員会
日本産婦人科医会

令和6年度 循環器病研究開発費

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「地域において安心して妊娠・子育てが可能となる安全な周産期医療体制の構築のための政策研究」



公益社団法人 日本産婦人科医会

Japan Association of Obstetricians and Gynecologists

ホーム

産婦人科医会のこと

ホーム > 産婦人科医会のこと > 部会別資料

部会別資料

医療安全部会

母体安全への提言 2024

母体安全への提言より 産科麻酔関係の提言

2013年	提言 4 : 周産期医療に麻酔科医が積極的に関われるような環境を整備する。
2014年	提言 3 : 癒着胎盤のマネージメントに習熟する
2015年	提言 4 : 麻酔管理 / 救命処置を行った際は、患者のバイタルサイン / 治療内容を記載する
2016年	提言 2 : 無痛分娩を提供する施設では、器械分娩や分娩時異常出血、麻酔合併症などに適切に対応できる体制を整える
2019年	提言 5 : ・帝王切開が予定されている妊産婦では気道確保困難のリスクを事前に評価し、ハイリスク症例は高次施設への紹介を検討する ・硬膜外麻酔による無痛分娩を受ける産婦では、高位脊髄くも膜下麻酔による呼吸抑制が起こりうるため、試験注入と少量分割注入とにより予防に努め、呼吸抑制が起こった場合でも対応できるように準備をしておく
2021年	提言 3 : 全身麻酔の気道確保困難による妊産婦死亡を削減する
2023年	提言2 : 硬膜外無痛分娩では間接的に重篤な合併症をもたらすことがあり、産婦人科医も麻酔科医もこれらの合併症を念頭に、事前説明と適切な麻酔・分娩管理を行う。

事例Ⅰ 40歳代 初産婦

既往歴に特記すべきことはない。

無痛分娩の希望で妊娠39週に有床診療所に入院した。入院当日に頸管拡張を行い、入院2日目の朝に硬膜外カテーテルを留置したのちに人工破膜を施行したうえで、子宮収縮薬の投与を開始した。子宮口全開大後5時間が経過したため分娩停止の診断で吸引分娩を決定した。3回の吸引で分娩に至らず、最後はクリステレル併用で経膣分娩となった。会陰裂傷に対して会陰縫合を行なっている間も出血が持続したため輸液で対応したが、DICのためか針穴から非凝固性の出血を認めるようになった。バイタルサインも徐々に悪化し、分娩から1時間後に収縮期血圧70mmHg、心拍数110bpm (SI1.5)となった時点で母体搬送を決定した。搬送依頼から10分後に救急車が到着したが、救急車内で心停止となり高次施設での蘇生処置に反応せずに死亡確認となった。その後の血清診断で子宮型(DIC 先行型)羊水塞栓症と診断された。

事例2 20 歳代経産婦

既往歴に特記すべきことはない。

無痛分娩希望で妊娠39週に有床診療所に入院した。入院当日に硬膜外カテーテルを留置してから頸管拡張を行った。その後、陣痛発来したため、院内のマニュアルに従って助産師が硬膜外自己調節鎮痛（PCEA: patient controlled epidural analgesia）を開始した。開始後 1 時間経過しても十分な鎮痛が得られなかったため産科医に報告し、その指示に従って助産師が 0.2%アナペイン 10ml を硬膜外カテーテルから投与した。投与から30分経過しても鎮痛効果不良であったために再度報告し、産科医の指示で助産師が0.2%アナペイン 10ml を再度追加投与した。さらに60分後にも産科医の指示で助産師が**0.2%アナペイン 10ml を追加投与したところ、産婦はけいれん発作を起こした。**当直医が訪室し、セルシン 10mg を静脈内投与した。痙攣はおさまったが母体が呼吸抑制による低酸素血症となり、胎児徐脈を認めたため緊急帝王切開を決定した。手術室で全身麻酔を導入後、気管挿管は困難で、母体はショック状態となったが、手術を続行し児を娩出した。その後、母体は**心停止**となり蘇生に反応せず死亡確認となった。

事例3 40 歳代 初産婦

自然陣痛発来後に本人希望のため硬膜外無痛分娩を開始した。硬膜外カテーテルを問題なく留置して、0.25%ブピバカインを 10ml 投与したところ、**5分後に両下肢運動不能**を訴えた。血圧低下を認め、胎児心拍数が低下したため、昇圧薬を投与した。母体は呼吸苦を訴えたため、マスクから酸素を投与した。胎児心拍数は回復せず、母体はチアノーゼを認め、意識なく無呼吸であった。**バッグバルブマスク換気を試みるがチアノーゼは改善せず、気管挿管を試みるも不成功であった。**持続する胎児徐脈に対して帝王切開術を施行して児を救命した。救急要請し母体をマスク換気しながら高次施設に搬送したが、高次施設で母体は死亡確認となった。

母体安全への提言2021

提言1:産科危機的出血の初期対応時、血中フィブリノゲン値を迅速に確認し、速やかに凝固因子の補充を行う

提言2:子宮腺筋症核出術後妊娠では、癒着胎盤・子宮破裂に注意して管理する

- 1)緊急時に対応するため、高次施設での周産期管理、管理入院とする
- 2)胎盤付着部位が術創部に一致して認められる場合、癒着胎盤の合併を考える
- 3)腹痛、頻回の子宮収縮を認める場合には子宮破裂を考えて精査する

提言3:全身麻酔の気道確保困難による妊産婦死亡を削減する

- 1)麻酔を予定している前症例で麻酔リスクの評価を行い、気道確保や脊髄幹麻酔の困難が予想される賞は高次施設へ紹介する
- 2)脊髄幹麻酔が成功しなかった場合や、やむをえず全身麻酔を導入して喉頭展開時の声門視認が難しい場合は、麻酔を安全に中断し、高次施設へ搬送する

提言4:各地で母体急変の講習会を開催し、施設内とともに、施設間の連携システムを構築する

提言5:妊産婦死亡が起こった場合を想定し、遺族に対し、解剖について適切な説明ができるよう、事前に自施設で準備する

事例4 30歳代 経産婦

身長155 cm、体重85 kg、(非妊娠時79 kg、BMI 32 kg/m²)

妊娠経過に問題はなかった。既往帝切のため、妊娠 38 週に産科診療所で帝王切開術が予定された。脊髄くも膜下穿刺を何度か試行したが、いずれも穿刺針が骨に当たり穿刺できなかったため、全身麻酔を導入した。プロポフォールとロクロニウムを投与後、喉頭鏡にて喉頭展開をしたが声門は視認できなかった。喉頭蓋が確認できたので、その背側に挿管チューブを進めたが食道挿管であった。SpO₂が 80%まで低下したので、マスク換気を行った。SpO₂ が 98%まで回復したので、再度、喉頭鏡にて喉頭展開を試みたが、やはり声門の視認はできなかった。再度、挿管を試みたができなかった。SpO₂が 80%まで低下したのでマスク換気を試みたが、となった。その後高次施設に救急搬送したが有効な換気が得られなかった。SpO₂はさらに低下し、心肺停止死亡に至った。

母体安全への提言2023

提言1: 不安を訴える妊産婦には、Bio, Psycho, Socialの3点を押さえた評価を行い、問題点を明確にする。

提言2: 硬膜外無痛分娩では間接的に重篤な合併症をもたらすことがあり、産婦人科医も麻酔科医もこれらの合併症を念頭に、事前説明と適切な麻酔・分娩管理を行う。

提言3: 妊産婦は、劇症型A群溶連菌感染症のハイリスクと認識し、早期スクリーニング実施と早期介入を行う。

提言4: ・死因の同定は、未だ病理解剖が最も有力な方法であるため、すべての妊産婦死亡の遺族に病理解剖の必要性を説明する。

・感染症や内分泌代謝性疾患の診断には血液検査が必要であることから、血液、尿など生前に行った検査の残検体を回収し凍結して保管する。

事例5 20代 初産婦

妊娠前のBMI 30。有床診療所での妊娠経過に異常はなかった。妊娠40週に自然陣発し入院した。子宮口1cm開大で、破水を認めた。10時間後にオキシトシンによる分娩促進を開始し、その20時間後に子宮口5cmとなり、硬膜外無痛分娩を開始した。0.25%および0.5%のマーカイン®で導入し、2時間毎に0.25%マーカイン® 8 mLを投与した。さらに20時間後、子宮口が全開大したときには、硬膜外鎮痛の影響で**下肢が動かせない状態**であった。子宮口全開大10時間後に硬膜外鎮痛薬の投与を停止した。その10時間後に排臨し、努責がかけられるようになり、吸引分娩を試みようとしているところで、**意識消失、痙攣、眼球上転を認め、血圧65/45 mmHg、脈拍数 105 回/分であった。直後に心停止**と判断して人工呼吸と胸骨圧迫を開始し、心肺蘇生中に児を娩出した。高次施設に搬送したが死亡確認となった。病理解剖で肺塞栓血栓症の確定診断となった。分娩時間は70時間、**無痛分娩時間は40時間**であった。

事例6 30代 経産婦

自然妊娠後、有床診療所で妊婦健診を行い、特に異常なく経過した。

本人の希望で硬膜外無痛分娩の方針となった。妊娠39週、朝、子宮口2 cmのため頸管熟化バルーンとL4/5より硬膜外カテーテルを挿入した。夕方、硬膜外カテーテルから脳脊髄液および血液が逆流しないことを確認後、テストドースとして1%キシロカイン3 mLを注入した。無痛分娩開始の希望あり、0.2%アナペイン®3 mL、以降数分ごとに0.2%アナペイン®3~5 mLを分割し、合計14 mL投与した後の冷覚消失域はTh12-S5であり、陣痛の痛みの自覚は消失した。血圧90/60 mmHg、脈拍100回/分であった。硬膜外カテーテルを持続ポンプに接続し、0.2%アナペイン®10 mL+生理食塩液10 mL+フェンタニル1 mLを5 mL/hで開始した。1時間後、疼痛あり、0.2%アナペイン®3 mL+生食1.5 mL+フェンタニル0.5 mLを計3回硬膜外投与した。2時間後、子宮口全開大となり、胎児機能不全の診断でクリステレル子宮底圧出法を併用した吸引分娩2回で3300gの児を娩出した。

事例6 30代 経産婦

児娩出直後より血圧60/30 mmHg、脈拍 150回/分であった。意識は清明で普通に会話可能で、腹痛などの症状の訴えはなかった。胎盤娩出後も性器出血は多くなかったが、子宮収縮はやや不良であり、点滴にさらにオキシトシンを追加した。30分後、普通に会話可能であったが、軽度腰痛の訴えがあった。硬膜外鎮痛の効果が不十分と考え、塩酸ケタミン30 mg、ミダゾラム10 mg、エフェドリン8 mgを静注し、会陰縫合を行った。頸管裂傷、産道血腫、腹部の異常所見を認めなかった。用手的に子宮腔内を触診し、胎盤や卵膜遺残、子宮破裂がないことを確認して子宮腔内にヨードホルムガーゼを充填して圧迫止血した。**30分後、血圧90/40 mmHg、脈拍150回/分**、活動性の出血を認めなかったため、補液の増量で経過観察した。2時間後、血圧 60/25 mmHg、脈拍 160回/分となったため母体搬送を決定した。救急車内では血圧測定不能、意識レベルJCS III-300となった。搬送先に到着後、性器出血は少量であったが、超音波検査では腹腔内にモリソン窩まで液体貯留像が認められた。その後、蘇生に反応せず死亡確認となった。**子宮動脈近くの子宮破裂**による死亡であった。

産婦人科診療ガイドライン 産科編2026

CQ421 無痛分娩の安全な実施のために望ましい施設の体制は？

Answer 1

以下の人員体制を整備する

- 1) 無痛分娩の運営・業務管理・リスク管理に責任を負う無痛分娩麻酔管理者(B)
- 2) 定期的な産婦の状況観察および緊急時に迅速な対応が出来る麻酔担当医(B)
- 3) 無痛分娩のケアに習熟した助産師・看護師(C)

産婦人科診療ガイドライン

産科編2026

CQ421 無痛分娩の安全な実施のために望ましい施設の体制は？

Answer

2. 無痛分娩実施のためのマニュアルを作成して、担当職員内で内容を周知する(C)
3. 施設内で危機対応のシミュレーションを定期的実施する(C)
4. 産婦の麻酔合併症への対応に必要な蘇生設備・医療機器・救急用医薬品・母体用生体モニターをベッドサイドに準備しておく(C)
5. 無痛分娩に関する説明書を用いて文書による同意説明に基づいて実施する(B)
6. 無痛分娩に関わる医師・助産師・看護師は、JALAが認定する研修に参加して産科麻酔に関する知識・技術の向上に努める(C)
7. 無痛分娩取扱施設の管理者は、無痛分娩の診療体制に関する情報をWEBサイト等で公開する(C)

産婦人科診療ガイドライン

産科編2026

CQ421 無痛分娩の安全な実施のために望ましい施設の体制は？

Answer

8. 無痛分娩の実施において有害事象の発生にかかわる報告は以下に従う

- 1) 母体又は児に重篤な有害事象が生じた事例はJALAに報告する(C)
- 2) 妊娠中から分娩後1年以内の妊産婦死亡となった事例は妊産婦死亡報告授業に報告する(A)

産婦人科診療ガイドライン 産科編2026

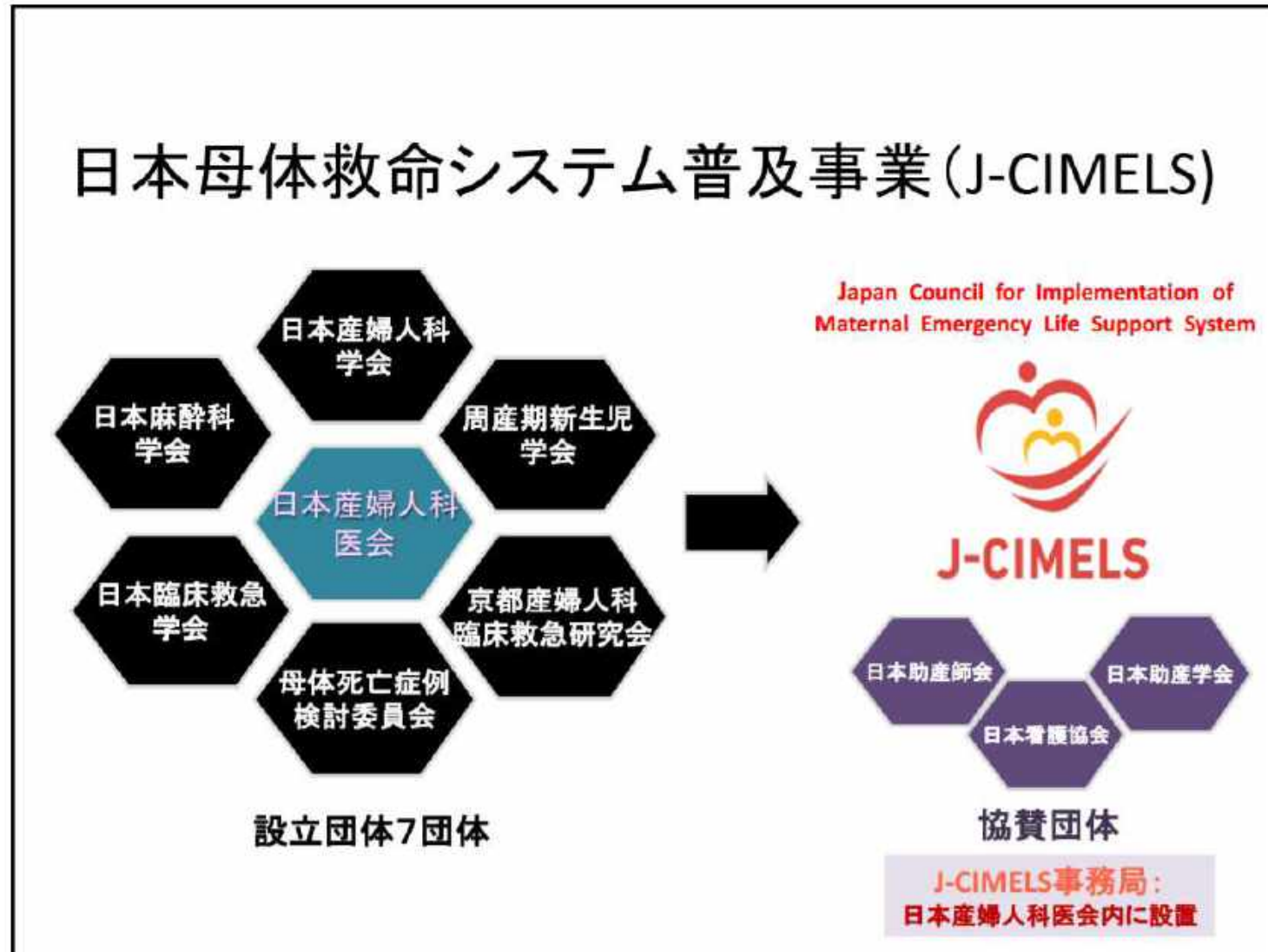
cQ903－1 妊産婦の蘇生法は？

Answer 3

突然の妊産婦の急変に適切に対応するための準備として以下を行う。(c)

- 1) 救急蘇生処置に必要な機材や薬品を確認して常備する.
- 2) 各医療施設内で多職種が連携した救急対応システムを構築する.
- 3) 母体救命の教育プログラムなどの講習会に参加する.
- 4) 地域に特化した母体救命搬送システムを把握する.

日本母体救命システム普及協議会



日本母体救命システム普及協議会 ベーシックコースの内容

- ◆ 講習時間：約4時間
- ◆ 講習会の形式および内容：講義と実技
- ◆ 少人数によるグループ講義ならびに実技実習

簡単に言うと
一次医療施設で急変に早く察知し、出来る
ことをして、高次医療施設へ搬送するまで
の対応を学ぶ、実技もあるセミナー

①1グループの構成：

インストラクター1～2名、受講者6名以内、

必要に応じてインストラクター補助2名以内

②講義内容：産科急変対応プロトコール概説 等

③実技内容：BLS、ACLSに準じた内容。産後の出血性ショック、肺塞栓症、脳血管障害などの6場面を設定し、各疾患での母体の救命処置の実技。





母体急変時の初期対応を学ぶ

- 1) 急変の感知
- 2) 母体の急変対応
- 3) 妊産婦の心肺蘇生
- 4) 急変に対する準備

シミュレーション用の症例は16
それぞれの疾患の特徴や治療
法も学べます。

最新の蘇生を学ぶ

- BLS:basic life supportとは、心肺停止または呼吸停止に対する一次救命処置を学ぶコース(1日間)
- ICLS:Immediate Cardiac Life Supportとは、医療従事者のための蘇生トレーニングコースで、突然の心停止に対する最初の10分間の対応と適切なチーム蘇生を学ぶコース(1日間)
- ACLS: Advanced Cardiovascular Life Supportとは、病院等の医療機関等における救命救急における心肺蘇生法のこと。一般に二次救命処置とも呼ばれている(2日間)

搬送後の母体急変対応を学ぶコース

- J-MELSアドバンスコース
- J-CIMELS主催
- 半日4時間コース
- PCキューブ
- りんくう総合病院が主催
- 1日コース



ALSO ®: Advanced Life Support in Obstetrics

- 病院内での妊産婦救急を想定した、産科に関する実践的なトレーニングプログラム
- 「周産期救急に対する苦手意識を克服する」「内診手技を行えない医療従事者が目の前の産科救急に的確に対応できる」を目標としている。
- コースは2日で、補助経膣分娩、肩甲難産、胎位胎向異常分娩、胎児心拍モニター、妊婦蘇生など

妊娠・出産で命を落したり、
重い後遺症を持つことになるような
妊産婦さん・赤ちゃんを0にしたい！



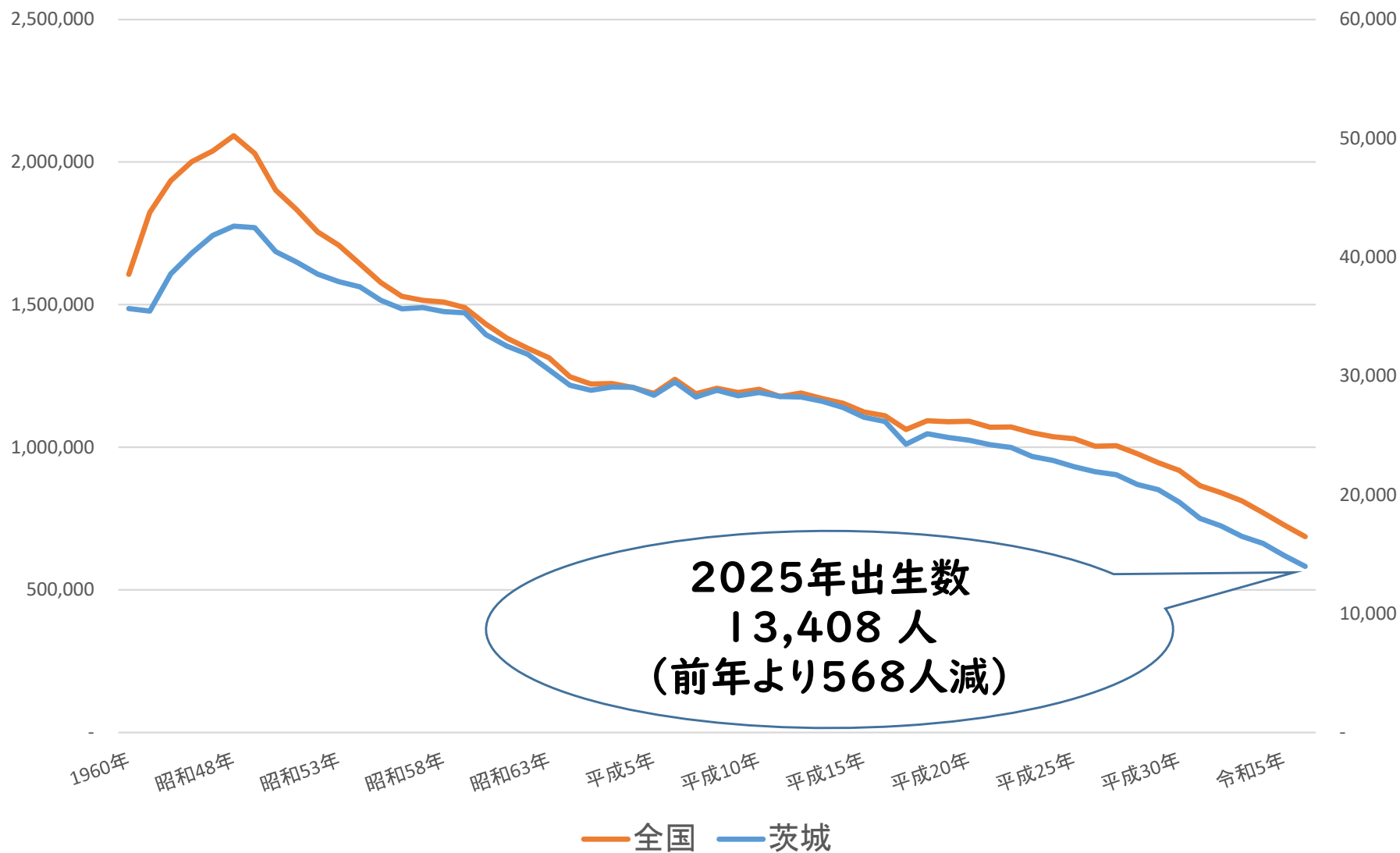
周産期教育プログラム普及の意義

本日の内容

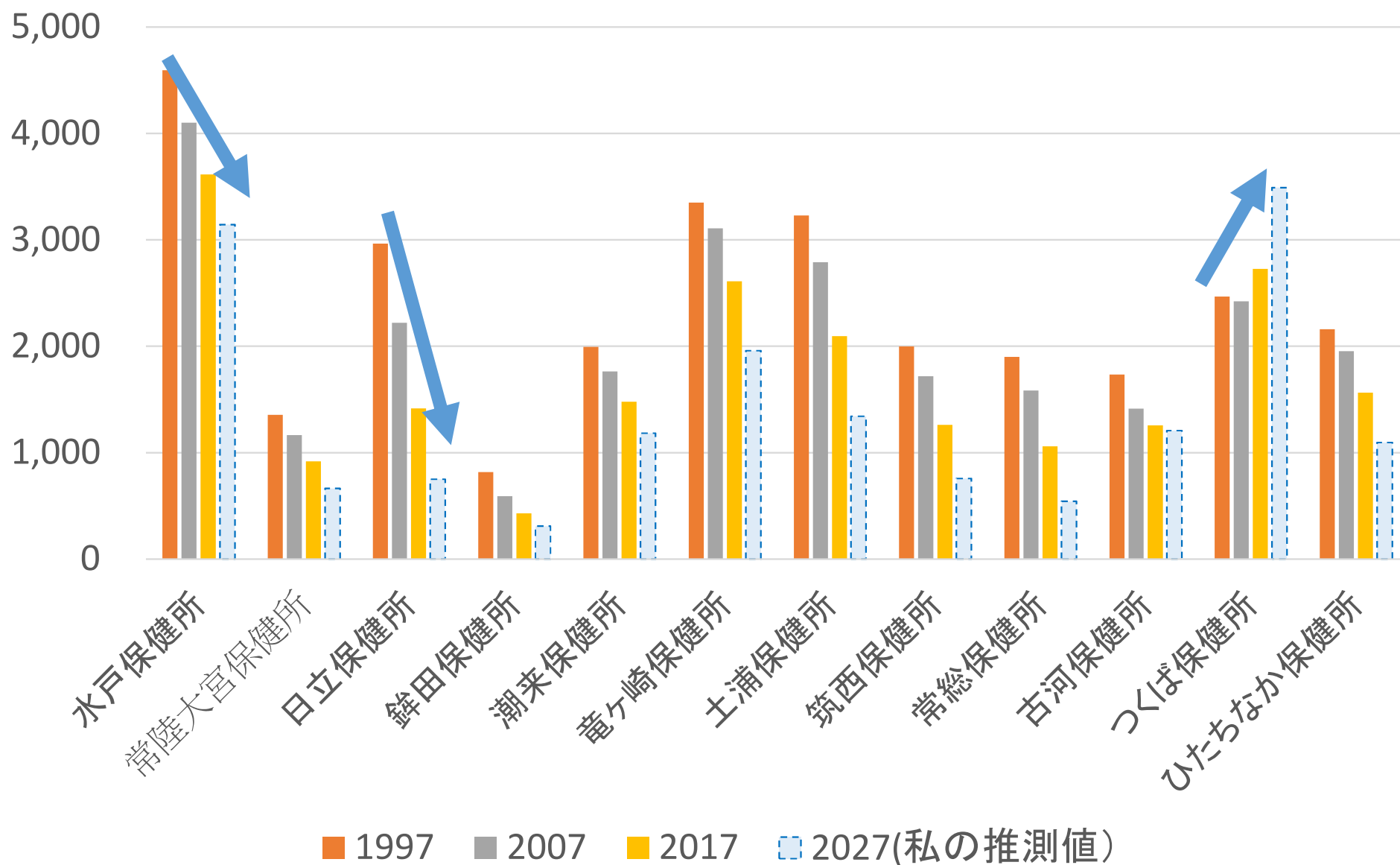
- 無痛分娩の基礎知識（合併症なども）
- 麻酔導入の実際
- 日本や世界の無痛分娩の現況
- 安全な無痛分娩のために
- おわりに

母子をめぐる状況（県内）

出生数の変化



各保健所管内での出生数の変化



* 1997年 当時の市町村別出生数を現在の各保健所管轄市町村に割振った値

** 2027年 10年ごとの出生数の変化率がそのままの伸びだったという私の推測値

茨城県の概要

人口 279万1,207人(2025年)

出生数 13,408人/年(2025年)

10万人当たりの産婦人科医数 40位(2022年)

10万人あたりの 小児科医数 42位(2022年)

分娩施設 2026年4月時点 41か所
*1997年 101か所

令和6年
県内出生数
13,976人
(-568人)

東京23区(103施設)

*希望による無痛分娩可能 91施設

*総合周産期母子医療センター 11施設

茨城県は東京23区に比べても非常に広い地域に、
分娩施設が点在している。総合周産期医療セン
ターまで遠い場合がある

【凡例】

- 総合周産期母子医療センター
- 地域周産期母子医療センター(中核)
- ▲ 地域周産期母子医療センター
- ◆ 周産期救急医療協力病院

県央・県北ブロック

水戸済生会総合病院(周産期)
県立こども病院(新生児)

筑西
古河
八千代
下妻
筑東
つくば
つくばみらい
宇谷
坂東
茨城西南
医療センター病院

つくば・県西ブロック

筑波大学附属病院

県南・鹿行ブロック

土浦協同病院



これから

たぶん、急速に少子化が進むでしょう
分娩施設は集約化され、大規模化されるかも

無痛分娩の方法も施設の体制や人員で変化すると思います
新しいことを学び、現場で生かしてください

全ては、母児と家族の新しいスタートのために！

無痛分娩が当たり前になったとき 求められるスキルは？

- ・ 硬膜外麻酔時の合併症を理解する
- ・ 合併症を早期に発見する
- ・ バイタルモニターの管理
- ・ 痛みが無い・少ない中で、分娩の進行を評価する
- ・ 痛みが無い・少ない中で、常位胎盤早期剥離や子宮破裂など産科合併症が起きた際に、発症を早期に気づく
- ・ 器械分娩となった際の介助

etc

そんな時代がすぐ来るよ！
準備できていますか？



Take Home Message

1. 自然経膣分娩の理解が基本

無痛分娩を理解するためには、まず自然分娩・誘発分娩の経過を十分に把握しておくことが不可欠です。

2. 麻酔の影響を正しく理解する

無痛分娩では、麻酔薬が陣痛や分娩進行に及ぼす影響があります。正常経過との違いを理解し、アセスメントに活かしましょう。

3. 多職種連携が重要

分娩誘発の判断や麻酔薬投与のタイミングには、産婦の状態を的確に評価し、産婦人科医・麻酔科医と連携・協議する力が求められます。

4. 継続的な学習と研修で安全を支える

母子の安全を守るために、無痛分娩に関する最新の知識と実践的なスキルを継続して学び、必要な研修を受けましょう。

5. 産婦と家族の意思を尊重する支援者としての姿勢

どのような分娩の選択や経過であっても、産婦とその家族が理解し、納得して参加できるように支援することが助産師の役割です。

資料・参考

無痛分娩パーフェクトガイド
無痛分娩プラクティスガイド

日本産科麻酔科学会
「母体安全への提言」
「産婦人科ガイドライン 産科編」

無痛分娩関連学会連絡協議会 (JALA)
カテゴリーDおよびカテゴリーA講習