

鎮静下診療MRI検査・安全性：全国調査

- **対象**：鎮静下の診療MRI検査を施行されることのあるご施設に回答をお願い致します。鎮静の程度・方法・対象を問いません。MRI検査を目的とした鎮静だけではなく、術後等で元々鎮静状態にある患者を対象とする検査も含まれます。
- **設問**：深鎮静・全身麻酔＝意識消失を伴い呼吸管理が必要になることがあるものに関する設問が多いですが、より軽度の鎮静に関するものもあります。小児鎮静に関する設問もあります。
- **Email**：フォーム送信後、下記Emailに頂いた回答の控えが送付されます。
- **1施設1回答**におまとめ頂きたくどうぞよろしくお願いいたします。

日本磁気共鳴医学会 安全性評価委員会

Google にログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

* 必須の質問です

メールアドレス *

メールアドレス

1.1. 回答者氏名 *

回答を入力

1.2. 回答者職種 *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 放射線科診断医
- 放射線技師
- その他: _____



1.3. 都道府県（施設） *

選択

1.4. 施設名 *

回答を入力

1.5. 施設整理番号 *

こちらのリンク：[医療機関リスト](#)よりご施設名を検索の上、最左列の整理番号をコピーペーストして下さい。病院がタブ01 診療所がタブ02です。お手数おかけしてすみませんが、集計時のエラー回避に用いますのでどうかお願い致します。
※全国厚生局データから作成していますが、万が一該当が無い場合は333333と記載下さい。

回答を入力

1.6. 施設分類 *

- 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 一般病院
- 診療所

1.7. 病床数 *

選択



1.8. 画像診断管理加算 *

1.9. 放射線科診断専門医数（常勤のみ） *

半角数字で回答下さい

回答を入力

1.10. 磁気共鳴専門技術者数（常勤のみ） *

半角数字で回答下さい

回答を入力

1.11. 診療MRI台数 3T未満 *

3T未満の診療検査用MRI合計台数

1.12. 診療MRI台数 3T以上 *

3T以上の診療検査用MRI合計台数

1.13. オープンMRI台数 *

合計台数を選んで下さい

1.14. 2024年度のべMRI検査数 *

年間件数を半角数字で回答下さい

回答を入力

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは東京大学ECCSクラウドメール 内部で作成されました。
このフォームが不審だと思われる場合 [報告](#)

Google フォーム



鎮静下診療MRI検査・安全性アンケート調査

Switch account



* Indicates required question

2. MRI検査室の設備と運用

2.1. MRI 検査室（スキャンルーム）の酸素配管 *

- なし
- あり（少なくとも一部で）

2.2. MRI 検査室（スキャンルーム）の吸引器 *

- なし
- あり（少なくとも一部で）

2.3. MRI 検査室（スキャンルーム）内の患者を監視できる窓やモニターカメラ（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- なし
- 窓
- モニターカメラ1方向
- モニターカメラ2方向
- Other: _____



2.4. MRI 検査室（スキャンルーム）近くの蘇生処置可能な場所 *

- なし
- あり

2.5. MRI 検査室（スキャンルーム）近くの救急カート *

- なし
- あり

2.6. 導波管 *

- なし
- あり（少なくとも一部で）

2.7. MRI対応人工呼吸器 *

- なし
- あり

2.8. MRI対応シリンジポンプ *

- なし
- あり

2.9. 検査室で使用する機器/器具はMRI対応と非対応を明記している *

- ほとんど明記していない
- 一部明記している
- 概ね明記している



2.10. 夜間・休日のMRI検査体制（複数選択可）*

その他の場合はOtherに記載下さい

- 基本的に行わない
- 施行条件・ルールが定めてある
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 基本的に依頼は全件施行
- Other: _____

2.11. 夜間・休日の ※深鎮静・全身麻酔下MRI検査（複数選択可）*

その他の場合はOtherに記載下さい

※深鎮静・全身麻酔下=意識消失を伴い、呼吸管理が必要になることがある鎮静

- 基本的に行わない
- 施行条件・ルールが定めてある
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 基本的に依頼は全件施行
- Other: _____

2.12. スタッフ以外のスキャンルーム入室者やその持ち込み物品の管理・チェックをしていますか？（複数選択可） ※鎮静時に限定しません*

その他の場合はOtherに記載下さい

- ルールはない
- ルールに従って入室者が自己管理
- 技師等、他者がチェックするルールがある
- その他
- Other: _____

Back

Next

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.



This form was created inside of 東京大学ECCSクラウドメール.
Does this form look suspicious? [Report](#)

鎮静下診療MRI検査・安全性アンケート調査

[Switch account](#)



* Indicates required question

3. 鎮静・麻酔下MRI検査の実施状況

※深鎮静・全身麻酔=意識消失を伴い、呼吸管理が必要になることがある鎮静

3.1 非検査目的の深鎮静・全身麻酔：

*

術後や意識障害等で元々深鎮静・麻酔下にある患者のMRI検査をどの程度行っていますか？

※3.2, 3.3のMRI検査を目的とする深鎮静・全身麻酔を含みません

- なし・ほぼなし
- 月1件未満
- 月1-2件未満
- 月2-3件未満
- 月3-4件未満
- 月4件以上
- わからない



3.2 検査目的の深鎮静・全身麻酔：

*

小児MRI検査において検査目的の深鎮静・全身麻酔をどの程度行っていますか？

- なし・ほぼなし
- 月1件未満
- 月1-2件未満
- 月2-3件未満
- 月3-4件未満
- 月4件以上
- わからない

3.3 検査目的の深鎮静・全身麻酔：

*

成人MRI検査において検査目的の深鎮静・全身麻酔をどの程度行っていますか？

- なし・ほぼなし
- 月1件未満
- 月1-2件未満
- 月2-3件未満
- 月3-4件未満
- 月4件以上
- わからない



**3.4 3.3 検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行う場合、予め気道確保 *
をしますか？（複数選択可）**

その他の場合はOtherに記載下さい。検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない
- 気道確保はしない
- 気管内挿管を行う
- ラリンジアルマスクを使用する
- その他: _____

**3.5 3.3で成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔が検討される理由は何 *
ですか？（複数選択可）**

その他の場合はOtherに記載下さい。検査目的の深鎮静・全身麻酔の検討を成人に対して行わない場合は「成人の深鎮静・全身麻酔を検討することは全く無い」のみ選択下さい。

- 成人の深鎮静・全身麻酔を検討することは全く無い
- 患者の希望（閉所恐怖症など）
- 主治医の希望（せん妄・精神遅滞・認知症等による安静保持困難）
- その他: _____



**3.6 3.3で意識消失を伴わない最小～中等度鎮静を代わりに選択しない主な理由 *
は何ですか？（複数選択可）**

その他の場合はOtherに記載下さい。検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない
- 患者の希望（閉所恐怖症など）
- 主治医の希望（せん妄・精神遅滞・認知症等による安静保持困難）
- 鎮静者の方針
- わからない
- その他: _____

**3.7 3.2で小児の深鎮静・全身麻酔下MRI検査を計画した場合、検査適応を放射 *
線科医に相談しますか？**

最も近いものを選んでください。検査目的の深鎮静・全身麻酔を小児に対して行わない場合は「小児のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 相談可能な放射線科医師がない
- 必ず相談する
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 放射線科以外の医師（主治医・他のコンサルト医師）で決定



3.8 3.3で成人の深鎮静・全身麻酔下MRI検査を計画した場合、検査適応を放射線科医に相談しますか？ *

最も近いものを選んでください。検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 相談可能な放射線科医師がない
- 必ず相談する
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 放射線科以外の医師（主治医・他のコンサルト医師）で決定

3.9 小児MRIの鎮静方法/投薬等全般に関して院内にて決まったコンサルト先がありますか？ *

最も近いものを選んでください。その他の場合はOtherに記載下さい

- 深度に関わらず小児の鎮静下検査を全く行っていない
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 小児科
- わからない
- 主治医が判断
- その他: _____

3.10. 成人MRIの鎮静方法/投薬等全般に関して院内にて決まったコンサルト先がありますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深度に関わらず成人の鎮静下検査を全く行っていない
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 麻酔科
- 精神科
- 救急科
- 放射線科で指定
- わからない
- 主治医が判断
- その他: _____

3.11. 小児MRIの深鎮静・全身麻酔※は誰が担当しますか？（複数選択可） *

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。その他の場合はOtherに記載下さい。深鎮静・全身麻酔を小児に対して行わない場合は「小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 小児科
- （小児科以外の）主治医
- わからない
- その他: _____

3.12. 成人MRIの深鎮静・全身麻酔※は誰が担当しますか？（複数選択可）*

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。

その他の場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 主治医
- 救急科
- 麻酔科
- その他
- わからない
- その他: _____

3.13. 小児の深鎮静・全身麻酔下MRI検査※について、緊急時のバックアップ体制を含め、複数診療科（麻酔科・小児科など）の医師が連携して対応する体制があるか教えて下さい（複数選択可）。

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。小児の深鎮静・全身麻酔を行わない場合は「小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔を全く行っていない
- 小児の深鎮静・全身麻酔下MRIに関する複数診療科連携体制がある。
- 小児の深鎮静・全身麻酔下MRIマニュアルがあり複数診療科で共有されている。
- 小児の深鎮静・全身麻酔下MRIにおける緊急対応フローと担当者が決定されている。（小児科内チームなど）
- 該当なし
- わからない
- その他: _____

3.14. 成人の深鎮静・全身麻酔下MRI検査※について、緊急時のバックアップ体制を含め、複数診療科（麻酔科・救急科など）の医師が連携して対応する体制があるか教えて下さい（複数選択可）。

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。

その他の体制がある場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 成人の深鎮静・全身麻酔下MRIに関する複数診療科連携体制がある。
- 成人の深鎮静・全身麻酔下MRIマニュアルがあり複数診療科で共有されている。
- 成人の深鎮静・全身麻酔下MRIにおける緊急対応フローと担当者が決定されている。
- 該当なし（特に決まりなく主治医が対応など）
- わからない
- その他: _____

3.15. 深鎮静・全身麻酔の可能性のあるMRI検査は原則入院検査としていますか？*

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下の予定検査を全く行っていない
- 原則入院
- 静脈麻酔が必要な場合は入院
- 原則外来
- わからない
- 取り決めはない
- その他: _____

3.16. 成人の深鎮静・全身麻酔に主に用いている薬剤は何ですか？（複数選択 * 可）

その他の場合はOtherに記載下さい ご施設医師にも可能な範囲で確認いただけると幸いです

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を行っていない
- プロポフォール（ディプリバン）
- ミダゾラム（ドルミカム）
- プレセデックス・デクスメトミジン
- ジアゼパム（セルシン注）
- バルビツレート（ラボナール注）
- わからない
- その他: _____

3.17. 成人の意識消失を伴わない鎮静（＝最小～中等度鎮静）に主に用いている薬剤は何ですか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい ご施設医師にも可能な範囲で確認いただけると幸いです

- 成人の意識消失を伴わない最小～中等度鎮静下検査を全く行っていない
- デパス・エチゾラム
- コントミン・クロルプロマジン塩酸塩
- ラボナ
- アタラックスP注
- サイレース注
- プレセデックス・デクスメトミジン
- わからない
- その他: _____



戻る

次へ

フォームをクリア

鎮静下診療MRI検査・安全性：全国調査

Google にログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

* 必須の質問です

4. 深鎮静・全身麻酔運用規則

4.1 深鎮静・全身麻酔下MRIの対応全般： 小児検査中の監視に専念する人がいますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- なし
- 鎮静担当者
- 依頼医師
- 看護師
- 技師
- その他: _____

4.2 深鎮静・全身麻酔下MRIの対応全般： 成人検査中の監視に専念する人がいますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- なし
- 鎮静担当者
- 依頼医師
- 看護師
- 技師
- その他: _____

4.3 深鎮静・全身麻酔中の通常の検査監視方法を教えてください（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 検査室内で監視
- モニターカメラ
- 心電図
- SpO2 モニター
- カプノメーター
- その他: _____

4.4 MRI室における人工呼吸器使用ルールはありますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない・MR対応人工呼吸器がない
- 使用出来る検査室が決まっている
- 使用場所が決まっている
- 使用手順が使用する診療科（医師）に予め共有されている
- 検査中は機器に付き添う医師がいる
- その他: _____

4.5 MRI室におけるシリンジポンプの使用ルールはありますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない・MR対応シリンジポンプがない
- 使用出来る検査室が決まっている
- 使用場所が決まっている
- 使用手順が使用する診療科（医師）に予め共有されている
- 検査中は機器に付き添う医師がいる
- その他: _____



4.6 深鎮静・全身麻酔中について、スキャンルームの扉を介した（一部開放・挟むなど）配線・配管を行うことがありますか？ *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- （一部開放・挟むなどを）行うことがある
- （一部開放・挟むなどを）いつも行っている
- ない（導波管を使っている・用手注入など）
- その他: _____

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは 東京大学ECCSクラウドメール 内部で作成されました。
このフォームが不審だと思われる場合 [報告](#)

Google フォーム



鎮静下診療MRI検査・安全性アンケート調査

Switch account



* Indicates required question

5. MRI検査目的の深鎮静・全身麻酔の導入・覚醒

5.1 MRI検査目的の深鎮静・麻酔導入はどこで行っていますか？（小児の場合） * （複数選択可）

その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- スキャンルーム近傍の処置室
- スキャンルーム
- 病棟
- 外来処置室
- オペ室
- Other: _____

5.2 MRI検査目的の深鎮静・麻酔導入はどこで行っていますか？（成人の場合） * （複数選択可）

その他の場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- スキャンルーム近傍の処置室
- スキャンルーム
- 病棟
- 外来処置室
- オペ室
- Other: _____



5.3 MRI検査目的の深鎮静・麻酔の覚醒監視はどこで行っていますか？（複数選択 * 択可）

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- スキャンルーム近傍の処置室
- 病棟
- 外来処置室
- オペ室
- Other: _____

Back

Next

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.

This form was created inside of 東京大学ECCSクラウドメール.
Does this form look suspicious? [Report](#)

Google Forms



鎮静下診療MRI検査・安全性：全国調査

Google にログインすると作業内容を保存できます。詳細

* 必須の質問です

6. 有害事象

6.1. 検査条件別に貴施設でのトラブル経験を教えてください。（トラブルのあったもの全てにチェック）

※検査中だけではなくの鎮静検査前後でのトラブルも含まれます。検査条件（鎮静ありなしや成人小児）によらずトラブルがなかった場合は該当なしを選択下さい

	該当なし	小児鎮静あり 検査※	小児鎮静なし 検査	成人鎮静あり 検査※	成人鎮静なし 検査
SpO2低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
徐脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シリンジポンプ停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モニター停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸着事故（機器破損を伴う）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.2. 「鎮静MRI検査」における過去2年間の有害事象数*

※検査中だけではなくの鎮静検査前後でのトラブルも含まれます

	なし	1	2	3回以上
SpO2低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
徐脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シリンジポンプ停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モニター停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸着事故（機器破損を伴う）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.3. 「非鎮静MRI検査」における過去2年間の有害事象数*

	なし	1	2	3回以上
SpO2低下	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
呼吸停止	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
徐脈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心停止	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
外傷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
火傷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人工呼吸器停止・破損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
シリンジポンプ停止・破損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
モニター停止・破損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
吸着事故（機器破損を伴う）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.4. 鎮静・麻酔下MRI検査に関連して貴施設で工夫していること、小児に比べて成人で特に留意していることがあれば教えてください。【任意】

※記載に患者氏名など個人情報は含まないでください。

回答を入力

6.5. 貴施設にて安全管理見直しの契機となった有害事象があれば教えてください【任意】

時期は問いません。事例とその後の対応・対策について簡単に教えてください。※記載に患者氏名など個人情報は含まないでください。

回答を入力

6.6. 鎮静・麻酔下MRI検査に関して、危険や対応検討の必要性を感じていることがあれば記載下さい。【任意】

※記載に患者氏名など個人情報は含まないでください。

回答を入力

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは 東京大学ECCSクラウドメール 内部で作成されました。
このフォームが不審だと思われる場合 [報告](#)

Google フォーム