

締め切り：2024年9月5日

施設番号	施設名
------	-----

(FAX : 03-6685-3718)

迅速に集計処理を行うため、できるだけWebでの回答をお願いします。
回答フォームは、医会ホームページ【ホーム > 産婦人科医会のこと > 部会別資料 > 医療安全部会】
からアクセスできます。右記QRコードからもできます。
FAX 利用時 (FAX : 03-6685-3718) は回答記入した用紙のみ返信ください。



産科医療の質に関する調査 (2024)

ご注意 ※ 2023年1月1日より2023年12月31日 (もしくは2023年度) の分娩状況等についてご記入ください。

Q01. 貴院の昨年1年間 (2023年1月～12月、もしくは2023年度) の分娩状況等について	
<input type="checkbox"/> 予定帝王切開数 (予定帝切前の前期破水、陣発などは予定に含む)	例
<input type="checkbox"/> 分娩開始前の緊急帝切数 (早剥、臍帯脱出、胎児機能不全など)	例
<input type="checkbox"/> 分娩開始後の緊急帝切数	例
<input type="checkbox"/> 経膈分娩数	例
分娩誘発なし	例
分娩誘発あり	例
頸管熟化法の内訳 (重複なし、複数の場合はその症例で行った最後の方法)	
<input type="checkbox"/> 頸管熟化なし	例
<input type="checkbox"/> プロウペス	例
<input type="checkbox"/> ミニメトロ	例
<input type="checkbox"/> ネオ・オバタメトロ	例
<input type="checkbox"/> その他 ()	例

メトロイリーゼについてお伺いします。

Q02. 期間中、メトロイリーゼを使用しましたか？

<input type="checkbox"/> 使用しない	➡ 次ページへ
--------------------------------	---------

<input type="checkbox"/> 使用した

Q03. 期間中、メトロを使用する状況について

<input type="checkbox"/> ミニメトロ	件
<input type="checkbox"/> ネオメトロ、ひょうたん型、ディスク型、ダブルバルーン型	件
<input type="checkbox"/> フジメトロ・オバタメトロ	件

通常注入量（近い量、ダブルバルーンであれば子宮内注入量）（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 50 ml以下	<input type="checkbox"/> 51～101 ml	<input type="checkbox"/> 101～150 ml	<input type="checkbox"/> 151 ml以上（ ml）
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

Q04. メトロ使用時の管理等について

挿入前には基本的に胎児心拍数モニタリングを行っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
挿入後、胎児心拍数モニタリングについて	<input type="checkbox"/> 間歇的（一時的） <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 継続的
経膣超音波検査で、臍帯下垂などの確認について	<input type="checkbox"/> 挿入前 <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 抜去時
子宮収縮薬と併用することがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
前期破水症例でメトロを使用することがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
早産期にも使用することがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
➡ 早産期に使用する場合、何週目以降ですか？	_____週目以降	

Q05. 分娩誘発や頸管熟化の同意について

<input type="checkbox"/> 説明（同意）は特別に行っていない
<input type="checkbox"/> 説明はするが文書で同意は得ていない
<input type="checkbox"/> 説明し文書で同意を得ている

Q06. 期間中、メトロ使用の有害事象はありましたか？

<input type="checkbox"/> なかった	➡ 次ページへ
-------------------------------	---------

<input type="checkbox"/> あった

Q07. メトロを使用する状況について

<input type="checkbox"/> メトロ使用時の臍帯脱出	例
<input type="checkbox"/> メトロの使用に起因するその他の有害事象があればご記入ください	
有害事象（ _____ ）	例
有害事象（ _____ ）	例
有害事象（ _____ ）	例

無痛分娩についてお伺いします。

Q14. 期間中、無痛分娩を実施しましたか？

<input type="checkbox"/> 実施していない	→ 次ページへ
<input type="checkbox"/> 実施した	

Q15. 期間中、無痛分娩の実施状況について

<input type="checkbox"/> 無痛分娩取り扱い総数		件
硬膜外無痛分娩		件
脊椎麻酔＋硬膜外無痛分娩		件
静脈麻酔、鎮静薬による和痛など		件
その他 ()		件
<input type="checkbox"/> 無痛分娩実施中の帝王切開数		件

Q16. 無痛分娩の実施者について

<input type="checkbox"/> 主に、麻酔科医が麻酔導入している		
<input type="checkbox"/> 主に、麻酔標榜医をもつ産婦人科医がまず導入している		
<input type="checkbox"/> 主に、産婦人科医(A)がまず導入している		
(A)の実施者で、J-MELSの硬膜外鎮痛対応コース、JALAなどの講習を受けている人の割合を教えてください	<input type="checkbox"/> ほとんどいない	<input type="checkbox"/> 30%位
	<input type="checkbox"/> 60%位	<input type="checkbox"/> 80%以上

Q17. 無痛分娩の管理について

原則、オンデマンド麻酔（計画・分娩誘発でない）である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
母体バイタルサインの連続監視を行っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
開始前には基本的に胎児心拍数モニタリングを行っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
開始後の胎児心拍数モニタリングについて	<input type="checkbox"/> 間歇的（一時的）	<input type="checkbox"/> 継続的
	<input type="checkbox"/> 行っていない	
早産期も行うことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
→ 早産期も行う場合、何週目以降ですか？	_____週目以降	

Q18. 無痛分娩の同意について

<input type="checkbox"/> 説明（同意）は特別に行っていない			
<input type="checkbox"/> 説明はするが文書で同意は得ていない			
<input type="checkbox"/> 説明し文書で同意を得ている			
同意内容	<input type="checkbox"/> 微弱陣痛・器械分娩の増加	<input type="checkbox"/> 母体の合併症	<input type="checkbox"/> 児の合併症

Q19. 期間中、無痛分娩の有害事象はありましたか？

<input type="checkbox"/> なかった	→ 次ページへ
<input type="checkbox"/> あった	
<input type="checkbox"/> 高位脊椎くも膜下麻酔・局麻中毒・神経損傷、感染など	例
<input type="checkbox"/> 無痛分娩に関連した処置（微弱陣痛、急遂など含む）での母体の後遺症・損傷（例：出血多量、輸血、頸管裂傷、子宮破裂など）	例
うち、子宮破裂	例
<input type="checkbox"/> 無痛分娩に関連した処置（微弱陣痛、急遂など含む）での児の後遺症・損傷（例：帽状腱膜下血腫、骨折、死亡、脳性麻痺など）	例
<input type="checkbox"/> 無痛分娩に関連するその他の有害事象があればご記入ください	
有害事象 ()	例
有害事象 ()	例
有害事象 ()	例

重篤な分娩時の有害事象の事例について

Q20. 期間中、貴院の分娩における重篤な分娩時の有害事象の事例数

①臍帯脱出	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	例
<input type="checkbox"/> 分娩開始前（早産期含）	例
<input type="checkbox"/> 頸管熟化、促進なし分娩中	例
<input type="checkbox"/> 誘発目的の頸管熟化中	例
<input type="checkbox"/> 誘発・促進あり分娩中	例
②子宮破裂	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	例
<input type="checkbox"/> 分娩開始前（早産期含）	例
<input type="checkbox"/> 頸管熟化、促進なし分娩中	例
<input type="checkbox"/> TOLAC 中	例
<input type="checkbox"/> 誘発目的の頸管熟化中	例
<input type="checkbox"/> 誘発・促進あり分娩中	例
<input type="checkbox"/> 児・胎盤娩出前後	例
③分娩時の医療介入に関連した母体後遺症・損傷	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	例
④分娩時の医療介入に関連した胎児後遺症・損傷	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	例

「ある
方は、
二次調
へご
協力
をお
願
い
致
し
ま
す

ご協力ありがとうございました。

施設番号	施設名
------	-----

【二次調査】 重篤な分娩時の有害事象の事例について

症例番号	
------	--

※複数事例がある場合、症例番号は、適宜、番号やイニシャルなど付与してください。

※用紙はコピーして症例毎にご報告お願いいたします。妊産婦死亡報告、偶発事例報告が済んでいてもご回答願います。

ご報告いただきたい有害事象の種類			
<input type="checkbox"/> 臍帯脱出	<input type="checkbox"/> 子宮破裂	<input type="checkbox"/> 分娩時の母体後遺症・損傷	<input type="checkbox"/> 分娩時の胎児後遺症・損傷
患者背景			
<input type="checkbox"/> 初産婦	<input type="checkbox"/> 経産婦（産）	<input type="checkbox"/> 既往帝王切開（回）	
<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 双胎	<input type="checkbox"/> 三胎	
<input type="checkbox"/> 年齢（）歳			
<input type="checkbox"/> 分娩時妊娠週数（）週			
発生までの状況			
発生時期			
<input type="checkbox"/> 分娩開始前	<input type="checkbox"/> 分娩中（ <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発・促進 <input type="checkbox"/> 帝切）	<input type="checkbox"/> 分娩後	
無痛分娩		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
簡単な経過をご記載ください			
関連したことがあればチェックしてください（複数回答可）			
<input type="checkbox"/> メトロ（種類：）	<input type="checkbox"/> 破水・人工破膜	<input type="checkbox"/> 器械分娩	<input type="checkbox"/> クリステレル
発生後の対応			
簡単な経過をご記載ください			
実施したことがあればチェックしてください（複数回答可）			
<input type="checkbox"/> 緊急帝王切開（開腹）	<input type="checkbox"/> 器械分娩	<input type="checkbox"/> クリステレル	
<input type="checkbox"/> 臍帯用手環納	<input type="checkbox"/> 児頭挙上	<input type="checkbox"/> 胸膝位・骨盤高位	
<input type="checkbox"/> 高次医療機関へ搬送	<input type="checkbox"/> その他（）		
予後			
異常発生から児娩出までの時間		（）時間（）分	
母体	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 後遺症あり生存（）	<input type="checkbox"/> 死亡
児	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 後遺症あり生存（）	<input type="checkbox"/> 死亡

ご協力ありがとうございました。