MRI 検査時の鎮静に関する共同提言　添付表一覧

添付表１．MRI検査についての説明書（例）

添付表２．MRI検査事前チェック表（例）

添付表３．造影MRI検査を受けられる方へ（例）

添付表４．造影MRI検査問診票（例）

添付表５．造影MRI検査同意書（例）

添付表６．鎮静薬についての説明書（例）

添付表７．MRI検査に用いる鎮静薬の使用同意書（例）

添付表８．救急カートに必要な物品と薬剤リスト（例）

添付表９．MRI検査のための鎮静前チェックリスト

添付表10-1．鎮静記録シート例1

添付表10-2．鎮静記録シート例2

添付表11．家族への説明・指導に用いる文書の例

添付表12．「MRI検査時の鎮静に関する共同提言」の早見表

添付表13．【共同提言:評価シート】

添付表1（第Ⅰ章）．MRI検査についての説明書（例）

* あなたのお子さんは依頼医による医学的な判断からMRI検査が必要であり、検査は○月○日に予定されております。
* MRI検査は、必要な撮像を得るために体の動きを完全に抑えることが求められます。通常のMRI検査は30分程度の時間を要しますが、依頼医が必要と考える検査内容次第では、より長く時間がかかることもあります。
* 全検査中、あなたのお子さんは完全な静止状態が求められますが、通常は検査中の体動を抑える目的で鎮静薬が使用されます。多くの8歳以下の子どもたちにとって30分以上の時間、身体を全く動かさない状態を保つことは困難なためです。
* 鎮静薬を安全に使用するために、MRI検査前は透明な飲み物は2時間前まで、母乳は4時間前まで、その他の飲食物は6時間前までにとどめてください。もしも上記の時間を超えて直前に飲食物を摂ってしまった場合には、鎮静薬が使用できず検査は延期となってしまいますので、その点をご了承ください。
* MRI検査のために要する時間は前後併せて約2時間半程度です。鎮静薬使用後は足もとがふらふらよろめいてしまうため、終了後に起き上がるまでの一定時間は介助が必要です。
* 検査中、お子さんに鎮静薬がうまく作用するために、検査前日はいつもより1時間遅く就寝させ、当日は1時間早く覚醒させることにご協力ください。そうすればお子さんは通常より眠りやすくなり、検査中、少ない薬剤で済ませられることが期待できます。
* 鎮静薬を必要量使用しても、お子さんに十分な鎮静効果が得られず、必要な検査ができない場合もあります。その場合は安全を考慮して検査が延期となることがある点をご了承ください。
* 入院前 (特に入院日の2週間以内)に発熱や咳、鼻水などの症状が出た場合は、鎮静薬の使用を控えた方が良い場合があります。事前にお知らせした連絡先にご相談をお願い致します。
* お子さんのMRI検査に関する疑問が生じた場合には、どうぞ遠慮なく依頼医、担当医、担当看護師までご連絡ください。

※同意書の撤回：検査前のいつの時点でも撤回できますのでお申し出ください。

添付表2（第Ⅰ章）．MRI検査事前チェック表（例）

患者ID 　　氏名 　　生年月日

検査日 　　所属　　　　　 　　依頼医

* MRI検査では強い磁石と電波を使いますが、人体には無害なことが確かめられております。
* ただ、日常には経験しないような強い磁石を使いますので、○印で有無を記入してください。
* 検査当日には、この用紙をお持ちいただき、検査室に提出してください。

①脳動脈クリップ 有・無 ⑪導電性金属を含む貼付剤 有・無

②水頭症シャント術 有・無 　　　　 （ニトロダームなど）

③心臓ペースメーカー 有・無 ⑫携帯用医療機器 有・無

④人工心臓弁　　　　 有・無 　　（インシュリンポンプなど）　種類　（　　　　　　　）

⑤他の手術クリップ 有・無 ⑬J-VAC（ドレーンなど） 有・無

⑥人工骨頭・関節 有・無 ⑭歯矯正・入れ歯・補聴器 有・無

⑦義足・義手 有・無 ⑮刺青・タトゥー（アイライン等を含む） 有・無

⑧その他の体内金属 有・無 ⑯人工内耳 有・無

⑨義眼・コンタクトレンズ 有・無 ⑰下着など（発熱・保温機能性付）有・無

⑩磁石入り絆創膏・カイロ 有・無 ⑱妊娠　週または妊娠の可能性　有・無

⑲授乳している 有・無

　　身長 　　　　cm 体重 kg 記入者氏名

※注意

患者様の安全の考え、全てのコンタクトレンズを対象に外して頂きますので、保管ケースをご用意ください。一緒に入室される場合、金属類や貴重品（磁気カード・時計など）を持ち込まないよう、お願いいたします。

入室前確認：病棟看護師または担当医師

1．点滴シーネ 有・無 2．MRI対応シーネ確認 有・無

3．心電図電極 有・無 4．その他の金属類 有・無

上記確認しました。　 医師または看護師（署名）

※全身麻酔下で検査を受ける場合　 記入看護師名

1．最終飲食時間　　 　時　　分 2．最終飲水時間　　　　時　　分

上記確認し検査可能と判断しました。診療放射線技師（署名）

添付表3（第Ⅰ章）．造影MRI検査を受けられる方へ（例）

造影MRI検査とは？

ガドリニウムと呼ばれる金属を含んだ薬を血管内に注射して行うMRI検査で、病変の存在や性状などが詳しく描出され、診断に役立ちます。また、肝臓の検査では鉄分を含んだ薬を用いることがあります。

造影剤の副作用

検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気、家族の方がかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後しばらくしてから下記の様な副作用症状がおきることがあります。

軽い副作用（頻度は1～2％以下）

* 吐き気、おう吐、動悸、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、発熱、咳などの症状では基本的に治療を要しません。鉄分を含んだ薬の場合、特に腰痛や背部痛が起こることがあります。

重い副作用（極めてまれで1万人に5人以下、すなわち0.05％以下）

* 呼吸困難、意識障害、血圧低下などが生じることがあります。このような場合には、通常は治療が必要で後遺症が残る可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。また、さらにまれ（100万人に1人、すなわち0.0001％）ですが、病状や体質によっては亡くなる方がいることも知られています（鉄分を含んだ薬の場合、その頻度は不明です）。

なお、勢いよく造影剤を注入する場合には、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には、注射部位が腫れて、強い痛みを伴うことがあります。基本的には時間がたてば、吸収されますので心配はいりません。漏れた量が非常に多い場合には、処置が必要になることがありますが、非常にまれです。

検査をできるだけ安全に行うために次のページの質問（問診票）にお答えください。

問診票はご署名の上、検査の時に必ずお持ちください。

分からないことがありましたら、担当医または放射線診断部まで遠慮なくご質問ください。

同意を撤回される場合

外来の方は事前に担当科外来までご連絡ください。

入院中の方は、前日までに担当医にご連絡ください。

添付表4（第Ⅰ章）．造影MRI検査問診票（例）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 診療科 |  |
| 氏名 |  | 依頼日 |  |
| 生年月日 |  | 依頼医 |  |

検査日時　：　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分

※以下必要事項をご記入の上、この書類を検査当日に必ずお持ちください。

当てはまる方の□にレ印を入れてください。“あり”を選ばれた場合は、当てはまる内容を○で囲むか、あるいは（　）の中に具体的な言葉を書いてください。

1. 今までに、造影剤（注射/点滴）を使った検査を受けたことがありますか？

□なし　□あり：MRI検査、CT検査、尿路造影、胆道造影、血管造影

1. その際、副作用はありましたか？

□なし　□あり：吐き気、おう吐、動悸、頭痛、発疹、かゆみ、

その他（ ）

1. 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？

□なし　□あり：（🡺具体的にお書きください：　 ）

1. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

□なし　□あり：　じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性皮膚炎など

薬のアレルギー（薬剤名：　 ）

食物のアレルギー（食物名：　 ）

その他（ ）

1. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？

□なし　□あり：（🡺具体的に：　 ）

記入者氏名

造影担当医師の記入欄

以上の問診の結果、本日の造影MRI検査を実施します。

　　医師（署名）

※　放射線科医師の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

添付表5（第Ⅰ章）．造影MRI検査同意書（例）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 診療科 |  |
| 氏名 |  | 依頼日 |  |
| 生年月日 |  | 依頼医 |  |

検査日時　：　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分

造影MRI検査に同意される場合は、以下の欄にご署名ください。

私は、造影検査とその危険性について「造影MRI検査を受けられる方へ」を読み、納得しましたので、造影MRI検査をうけることに同意します。また、放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合があることも同意いたします。

同意日：　　　　　　年　　　月　　　日

患者または保護者（続柄：　　　　　）（署名）

造影MRI検査を希望されない場合は、以下の欄にご署名ください。

私は、造影MRI検査の必要性についての説明を受けましたが、造影検査を受けることを希望しません。

患者または保護者（続柄：　　　　　）（署名）

造影担当医記載

上記患者に対して、本文書において造影MRI検査について説明しました。

説明日：　　　　　　年　　　月　　　日

科 担当医（署名）

添付表6（第Ⅰ章）．鎮静薬についての説明書（例）

* MRI検査中の体動を確実に抑え、かつ副作用が一切発生することなく鎮静効果を発揮するような理想的薬剤は残念ながらありません。なぜならば、鎮静薬は“気道・呼吸・循環のコントロール”という生命を守る機能に作用する薬であり、どの鎮静薬も子どもの病状・病態、用い方次第では危険を伴うことがあるからです。
* 担当医は、あなたのお子さんの病状・病態にあわせて鎮静薬剤の使用種類・使用量を決定します。
* 鎮静薬には以下の3種類の投与方法があります。
* 経口内服薬　：飲み薬　トリクロリール®
* 座薬・注腸液：肛門から挿入 エスクレ®座剤・注腸液
* 静脈注射薬　：静脈から注射 ドルミカム®・ラボナール®など
* この度、あなたのお子さんに用いる薬剤は、 です。
* MRI検査中の鎮静薬による有害事象・副作用は下記の報告がありますが、薬剤により点滴部位の痛み・腫れ、色調変化、吐き気、おう吐、アレルギー反応、頻度は低いものの重篤な有害事象には呼吸抑制、呼吸停止など応急処置が必要なものがあります。
* 鎮静薬による有害事象発生時には、急遽入院対応に切りかえることがあります。
* 当院では副作用に迅速に対応できる体制を整えた上で検査を行っており、緊急時には担当医は依頼医の協力の元で最善の処置を行います。
* 鎮静薬剤に関する不明な点がありましたら、どうぞ遠慮なく担当医までご連絡ください。

＜小児科専門医研修施設におけるMRI検査時鎮静の現状＞

　日本小児科学会医療安全委員会報告　日本小児科学会雑誌 2017; 121: 1920-1929

* 子どもの鎮静で何らかの有害事象を経験した施設は24.9%（小児科専門医研修施設341施設中85施設）
* 過去2年間（2014年8月～2016年7月）に経験された有害事象の内訳は341施設中、低酸素血症75施設（22.0％）、呼吸停止22施設（6.5％）、徐脈8施設（2.3％）、心停止2施設（0.6％）であった。

添付表7（第Ⅰ章）．MRI検査に用いる鎮静薬の使用同意書（例）

□　私は、 医師から鎮静薬を用いたMRI検査の説明を受け理解しました。

□　別紙に示されたような鎮静薬と起こりうる有害事象について理解しました。

□　鎮静薬による有害事象時、子どもが急遽入院治療となる可能性がある点を理解しました。

□　鎮静薬が使用されたとしても必要なMRI検査が撮れない状況もおこる点を理解しました。

□　私は子どもに関する必要な医学的情報を指示医もしくは担当医に全て伝えました。

□　MRI検査の当日、検査の前後に担当する大人（保護者）が常に同伴する点を理解しました。

鎮静薬の使用に同意される場合は、以下の欄にご署名ください。

私は以上の説明を読み、MRI検査に用いる鎮静薬の作用と起こりうる副作用・有害事象および緊急時の対応について十分に理解した上で、担当医が子どもに鎮静薬を使用することに同意します。

同意日：　　　　　　年　　　月　　　日

患者名：

患者または保護者（続柄：　　　　）（署名）

鎮静薬を用いるMRI検査を希望されない場合は、以下の欄にご署名ください。

私は、鎮静薬を用いるMRI検査の必要性についての説明を受けましたが、子どもに鎮静薬を使用することを希望しません。

患者または保護者（続柄：　　　　）（署名）

鎮静担当医記載

上記患者に対して、本文書において鎮静薬を用いたMRI検査について説明しました。

説明日：　　　　　　年　　　月　　　日

科 担当医（署名）

添付表8（第Ⅲ章）. 救急カートに必要な物品と薬剤リスト（例）

|  |  |
| --- | --- |
| 物品\* | 薬剤\*\* |
| 酸素投与マスク | アドレナリン |
| バッグバルブマスク、マスク | 硫酸アトロピン |
| 経口および経鼻エアウェイ | 筋弛緩薬（ロクロニウムなど）\*\*\* |
| 気管チューブ | 生理食塩水（希釈、溶解用） |
| スタイレット | 輸液製剤（乳酸リンゲル液など） |
| 喉頭鏡 | ステロイド（メチルプレドニゾロンなど） |
| バイトブロック | 抗ヒスタミン薬 |
| ラリンジアルマスク | 拮抗薬（フルマゼニル、ナロキソン）\*\*\* |
| 気管チューブ固定機器 |  |
| 呼気二酸化炭素検出器 |  |
| 聴診器 |  |
| 吸引カテーテル |  |
| 点滴カテーテル、点滴ライン |  |
| シリンジ |  |

* 物品は対象患者の年齢、大きさに合わせて様々なサイズを揃えておく（A）

\*\* 薬剤は体重ごとの投与量換算表などを添付しておく（B）

\*\*\*薬剤の使用方法や適応などは経験豊富な医師と相談しておく

添付表9（第Ⅴ章）**MRI検査のための鎮静前チェックリスト**

患者氏名(ID) ( ) 歳　か月　身長 cm 体重 kg 男・女

|  |  |
| --- | --- |
| 検査実施日　　　年　　月　　日 | 使用予定薬剤名 |
| ASA分類（III以上は麻酔科対応）  分類I　　　　　分類II | Mallampati分類（III以上で挿管困難）  I II III IV |
| * アレルギー * 現在使用中の薬剤   内服・その他　最終使用時間   * 気道閉塞に関わる因子   なし　あり   * 過去に鎮静で問題を起こした既往   なし　あり   * 既往歴（けいれん・早産） * 家族歴（筋疾患など） | 検査当日鎮静前評価   * 心拍数　　　　　　回／分 * 呼吸数　　　　　　回／分 * SpO2　 % * 血圧　　　/　　mmHg * 体温　　　　　　　℃ * 急性気道感染症状　なし　あり * 最終飲食時刻： * 鎮静に関する同意書 |
| 鎮静施行医師（上記確認のうえサイン） | 担当看護師 |

（第Ⅵ章）**鎮静後覚醒評価スコア (Aldrete スコアリングシステムより)**

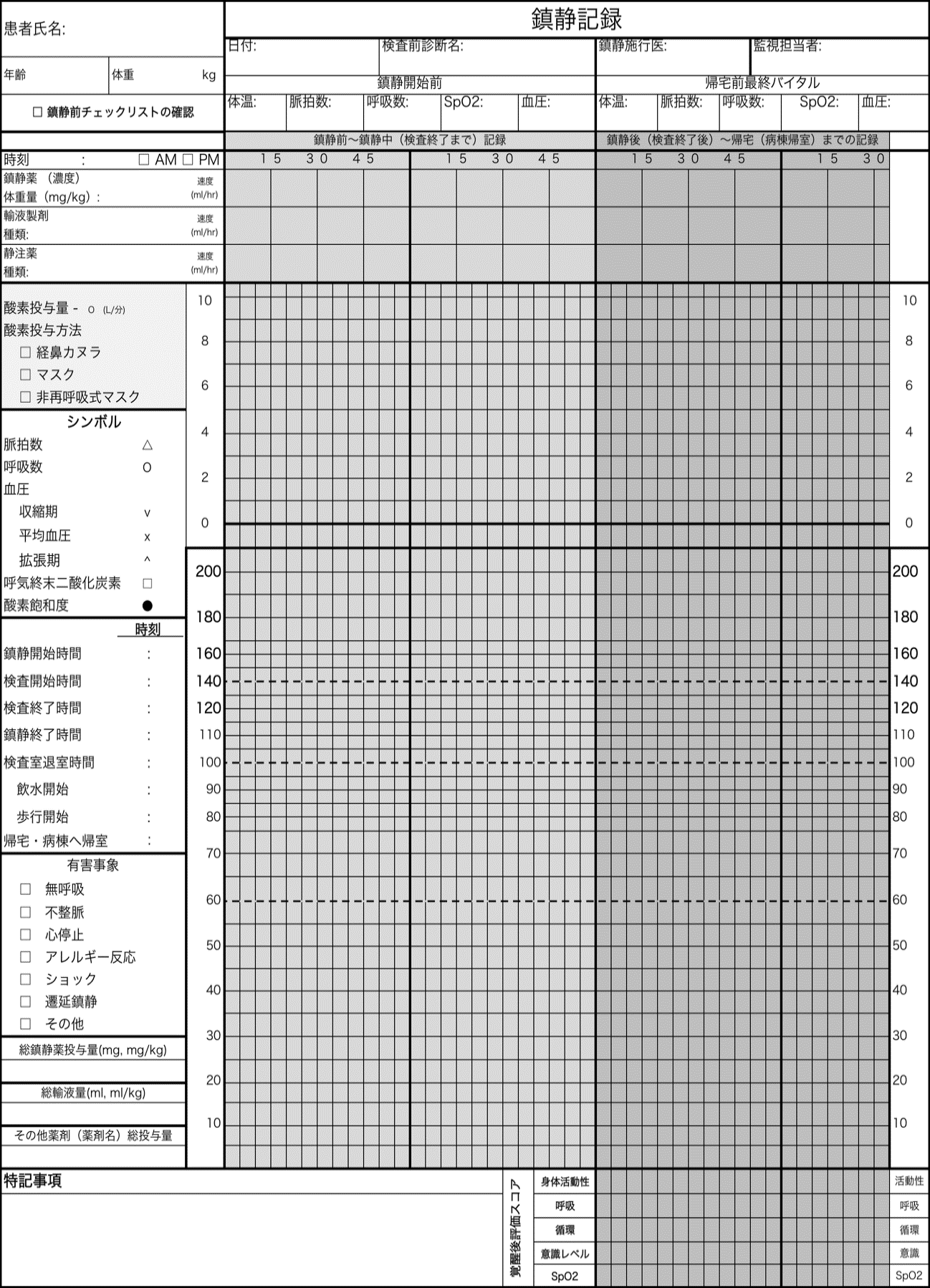
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 評価カテゴリー | 評価内容 | スコア |
| 身体活動性 | 命令に従って手足を適切に動かすことができる | 2 |
| 命令に従って手足を動かせるが、動きが緩慢である | 1 |
| 命令に従って手足を動かすことができない | 0 |
| 呼吸 | 深呼吸と十分な咳ができる | 2 |
| 呼吸困難もしくは自発呼吸が10/分未満 | 1 |
| 無呼吸 | 0 |
| 循環 | 血圧が処置前の値より±20 | 2 |
| 血圧が処置前の値より±21-49 | 1 |
| 血圧が処置前の値より±50 | 0 |
| 意識レベル | 全覚醒 | 2 |
| 呼名で覚醒 | 1 |
| 無反応 | 0 |
| 酸素飽和度SpO2 | Room AirでSpO2≧92%以上を維持できる | 2 |
| SpO2≧92%を維持するのに酸素が必要 | 1 |
| 酸素投与してもSpO2<90% | 0 |

鎮静後覚醒評価スコアの合計点により、以下のように対応。

1. 合計スコア6未満の場合 ⇨ 継続的に患者を監視し続ける。
2. 合計スコアが6-8の場合 ⇨ 一般病室に移動可能だが、一般病室移動後もバイタルサイン計測し、患者のバイタルサインが処置前の値に戻るまで監視し続ける。
3. 合計スコアが9-10の場合 ⇨ 帰宅可能

添付表10-1（第Ⅴ章）【鎮静記録シート例1】.

患者氏名(ID) ( ) 歳　　か月　　体重 kg



添付表10-2（第Ⅴ章）【鎮静記録シート例2】

添付表11（第Ⅵ章）．家族への説明・指導に用いる文書の例

鎮静を受けられたお子様のご家族に

ご帰宅後の注意点

本日あなたのお子様は、MRIの検査を受けた際に検査を確実にかつスムーズに行うために眠くなる薬（鎮静薬）の投与を受けられました。検査中および検査後は、厳密な監視体制のもと全身状態に問題がないことが確認されており、かつ帰宅できる状態であると判断されました。一般的に今後鎮静薬の影響がでることはないと思われますが、極めてまれに24時間以降までふらつくなどの影響がみられることがあります。今後24時間は以下のことにご注意ください。

１）ご自宅に着かれるまでの間、特に呼吸の仕方を注意深く監視してください。チャイルドシートにのせられる場合は、特にご注意ください。

２）帰宅後そのまま眠ってしまわれるようであれば、できれば最低1回は2時間以内に起こし、問題のないこと（呼吸の仕方がおかしくないことや刺激を加えると短時間でも目を覚ますこと）を確認ください。

３）帰宅後嘔吐することがあるかもしれません。検査後に水分が摂れることは確認していますが、帰宅後すぐに固形物を与えることは避け、まず水がしっかりと飲めることを確認し、食事を開始してください。食事の再開は、検査終了から最低2時間程度が目安です。

４）検査終了後、8時間程度はひとりで入浴させないようにしてください。

５）検査終了後、24時間は、以下のような運動を保護者の目の届かないところで行うことは避けてください。

＊　水泳など危険を伴う運動

＊　自転車やスケートボードなど手足を協調させて行う運動

６）呼吸の仕方がおかしい、起こしても全く反応しないで目を覚まさないなどの問題が発生したときには早急に救急車を呼んでください。

７）その他、帰宅後に何らかの疑問点、心配な点などがありましたら遠慮なく下記連絡先までご連絡ください。

TEL○○―○○○―○○○○

以上説明を受けました。

患者氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　日付　­＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係　＿＿＿＿

説明者　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

添付表12.**「MRI検査時の鎮静に関する共同提言」の早見表**

**(A) 必ずしなければならない：現時点で必ず実施する**

**(B) 強く推奨する：現時点で実施することを強く推奨する**

**(C) 望ましい：現時点では実施が望ましい**

**第Ⅰ章. MRI検査の適応とリスクの説明と同意 (A:４項目)**

当該施設では、画像診断医と必要時に話し合える体制を整備する（A）

鎮静担当医は、鎮静中に子どもの監視から外れて読影行為を行わない（A）

検査依頼医は、鎮静の説明と同意の確認を行う（A）

検査依頼医は、有害事象の場合には鎮静担当医と患者・家族対応を行う（A）

**第Ⅱ章. 患者の評価 (A:2項目　B:１項目)**

検査依頼医は、最悪の状態を想定し系統的に患者を評価する（A）

鎮静担当医は、アメリカ麻酔科学会の分類Ⅲ以上の患者では、経験のある上級医もしくは小児患者に対応できる麻酔科医に相談した上で行うか、症状が安定するまで検査を延期する（B）

検査依頼医は、総合的に鎮静リスクを判定し、自施設でのMRI検査の可否を判定する（A）

**第Ⅲ章. 緊急時のためのバックアップ体制 (A:11項目　B:1項目)**

当該施設では、緊急時に対応する人員を事前に配置して緊急時体制を共有する（A）

当該施設では、MRI 対応と非対応の物品を明確に区別する（A）

当該施設では、MRI 検査室内に酸素と吸引の配管設置をする。配管がない場合は、隣室に酸素ボンベと吸引器を準備し、必要時に延長チューブなどを用いて、いつでも使えるように整備する（A）

当該施設では、緊急時に磁場の及ばぬ検査室外に患者を移動して救命処置を行う（A）

当該施設では、新設・改築する時、救命処置を行える場所を確保し、酸素と吸引の配管を設置する（A）

当該施設では、緊急時に使用する物品をどこに設置するかなどの手順を作成する（A）

当該施設では、人材が手薄な時間帯(夜間や休日)のバックアップ体制を事前に定める（A）

当該施設では、緊急時対応の専門科が院内にいる場合は、緊急時の体制を共有しておく（A）

当該施設では、緊急時は、物品と薬剤、除細動器が、すぐに利用できるように配置する（A）

当該施設では、救急カートの物品と薬剤は、バックアップチームと事前に相談しておく（A）

当該施設では、パドルや挿管チューブ、エアウェイなどは、年齢や体格にあったものを準備する（A）

当該施設では、緊急時に使用する薬剤の体重頃の投与量換算表を準備する（B）

**第Ⅳ章　鎮静前の経口摂取の制限 (A:4項目　B:2項目)**

当該施設では、鎮静下のMRI検査では一定時間、経口摂取を制限する（A）

当該施設では、患者の覚醒を確認するまで経口摂取の制限を継続する（A）

鎮静担当医は、経口摂取を行った患者に対して、鎮静薬を一定時間投与してはならない（A）

鎮静担当医は、消化管狭窄や気道介入が必要な場合、誤嚥の危険性が高いと考え慎重に評価を行う（A）

当該施設では、経口摂取の制限 (清澄水2時間、母乳4時間、人工乳/固形物は6時間前)を行う（B）

鎮静担当医は、緊急性が高く誤嚥の危険性が高い場合には、気管挿管下での鎮静を計画する（B）

**第Ⅴ章. 患者の監視 (A:10項目　B:5項目 C:1項目)**

鎮静担当医は、鎮静薬の投与前に患者を評価する（A）

鎮静担当医は、鎮静当日に(1)最終飲食時刻、(2)気道症状の有無、(3)鎮静薬の禁忌事項の該当、(4)鎮静直前のバイタルサインを確認する（A）

鎮静担当医は、確認事項を漏れなく確認するため、チェックリストを利用する（B）

鎮静担当医は、チェックリストの項目を複数名で確認する（B）

鎮静担当医は、使用薬剤の特性や禁忌事項、起こりうる有害事象に対する知識と技術を持つ（A）

当該施設では、MRI対応のパルスオキシメーターを必ず準備する（A）

患者監視に専念する人は、MRI対応のパルスオキシメーターで持続的に監視する（A）

当該施設では、MRI対応のカプノメーターを準備する（B）

当該施設では、MRI対応の自動血圧計や心電図モニターを必要な患者に準備する（C）

患者監視に専念する人は、鎮静中の患者の様子や生体情報モニターを監視する（A）

当該施設では、患者を監視できるように、2方向以上からのモニターカメラを設置する（B）

当該施設では、MRI装置の更新時には2方向以上のモニターカメラとMRI対応のカプノメーターを含む多機能モニターを設置する（A）。

患者監視に専念する人は、鎮静中の監視内容を記録用紙に記載する（A）

患者監視に専念する人は、有害事象があれば適宜記録用紙に追記する（A）

患者監視に専念する人は、SpO2、脈拍数、呼吸数、呼気終末二酸化炭素値を5分おきに記録する（B）

患者監視に専念する人は、予定外の有害事象が発生した場合は、定められた規則に従い報告する（A）

**第Ⅵ章　検査終了後のケアと覚醒の確認 (A:12項目　B:2項目 C:6項目)**

当該施設では、下記条件を満たす覚醒までの監視場所を設置する

・MRIによる磁気の影響がない場所（A）

・パルスオキシメーター、酸素、吸引が使用できる場所（A）

・蘇生に必要な物品が使用できる場所（A）

・蘇生行為を行える人員が容易に集まることできる場所（A）

・患者が安心できる、保護者も同席できる場所（C）

・MRI検査室から移動が容易で、検査室の近くにある場所（C）

鎮静担当医は、検査終了後、移動に同行して監視場所で引き継ぐ（B）

当該施設では、検査終了後から覚醒確認まで、監視する医師または看護師を配置する（A）

患者監視に専念する人は、検査終了後から覚醒確認までパルスオキシメーターを装着する（A）

患者監視に専念する人は、検査終了後から覚醒確認まで必要時に応じてカプノメーターを使用する（C）

患者監視に専念する人は、検査終了後から覚醒確認まで必要に応じて心電図モニターを使用する（C）

患者監視に専念する人は、検査終了後から覚醒確認まで有害事象が発生した際には記録する（A）

患者監視に専念する人は、検査終了後から覚醒確認までバイタルサインは5分ごとに記録する（C）

患者監視に専念する人は、記録終了の条件を満たすまで記録を行う（C）

患者監視に専念する人は、検査終了後から覚醒確認まで異常が生じた場合の手順を事前に作成する（A）

鎮静担当医は、帰宅や一般病室の条件を確認後、移動を許可する (A）

鎮静担当医あるいは鎮静担当医から依頼された医師は、帰宅許可の最終確認を行う（B）

鎮静担当医は、帰宅前に鎮静後に起こり得る事象に対する説明、その対応を家族に指導する（A）

鎮静担当医は、帰宅の条件を満たさない場合、入院や転院を考慮する（A）

患者監視に専念する人は、飲水開始時および歩行開始時には、必ず介助し安全を確認する（A）

添付表13. 【共同提言:評価シート】

2024年4月　添付表6（第Ⅰ章）．鎮静薬についての説明書（例）

　　　＜小児科専門医研修施設におけるMRI検査時鎮静の現状＞　一部修正