こども家庭庁科学研究：人工妊娠中絶実態調査票

施設番号
施設名

1. 人工妊娠中絶術の調査期間中（令和5年5月～10月）取扱件数（概数でも結構です）

妊娠週数	総数	掻爬法のみ	吸引法のみ	掻爬・吸引併用のみ	メフィーゴパック
～9週0日	件	件	件	件	1剤のみで排出＿＿＿＿件，　2剤＿＿＿＿件 手術併用（1剤使用後＿＿件、 2剤使用後＿＿件
9週1日～11週6日	件	件	件	件	メフィーゴパックの件数は 「～9週0日」の欄に記載してください

2. 貴院の施行症例で、各方法に伴う合併症があれば件数をお教えください（なければ空欄で結構です）

（複数の合併症発生例については、主要なもの1つのみご回答ください）

週数	合併症の種類	掻爬法のみ	吸引法のみ	掻爬吸引併用のみ	メフィーゴパックのみ1剤投与後	メフィーゴパックのみ2剤投与後	メフィーゴパック手術併用後
～9週0日	子宮穿孔・子宮破裂	件	件	件	件	件	件
	頸管裂傷	件	件	件	件	件	件
	上記以外の輸血を要する大量出血	件	件	件	件	件	件
	重症感染症	件	件	件	件	件	件
	血栓・塞栓症	件	件	件	件	件	件
	アナフィラキシー	件	件	件	件	件	件
	遺残による再手術	件	件	件	件	件	件
	麻酔の合併症	件	件	件	件	件	件
	母体死亡	件	件	件	件	件	件
	他（　　）	件	件	件	件	件	件
9週1日～11週6日	子宮穿孔・子宮破裂	件	件	件	メフィーゴパック使用症例の合併症は「～9週0日」の欄に記載してください		
	頸管裂傷	件	件	件			
	上記以外の輸血を要する大量出血	件	件	件			
	重症感染症	件	件	件			
	血栓・塞栓症	件	件	件			
	アナフィラキシー	件	件	件			
	遺残による再手術	件	件	件			
	麻酔の合併症	件	件	件			
	母体死亡	件	件	件			
	他（　　）	件	件	件			

3.貴院の妊娠9週0日以下の中絶施行症例で、搬送や時間外受診が必要であった症例があれば件数をお教えください

主に対応した病院	メフィーゴパックのみ1剤投与後	メフィーゴパックのみ2剤投与後	メフィーゴパック手術併用後	その他の方法
貴院のみで対応	貴院の時間**外**＿＿件	貴院の時間**外**＿＿件	貴院の時間**外**＿＿件	貴院の時間**外**＿＿件
他院のみで対応	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件
貴院から他院へ搬送	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件	貴院の時間内＿＿件 時間外＿＿件

4. 妊娠12週未満の人工妊娠中絶前に常に施行する検査をお教えください（○をつけて下さい）

手術前	血算 ・ 生化学 ・ 凝固機能 ・ 血液型 ・ 不規則抗体 ・ 感染症 ・ 心電図 ・ 胸部X-P
メフィーゴパック使用前	血算 ・ 生化学 ・ 凝固機能 ・ 血液型 ・ 不規則抗体 ・ 感染症 ・ 心電図 ・ 胸部X-P

5.貴院で人工妊娠中絶を受けられる方に対する支援の実施状況についてお教えください（○をつけて下さい）

グリーフケア・メンタルヘルスケアの実施	全例 ・ 必要症例のみ（約＿＿割）→実施内容（　　） ・ 実施していない
自治体や団体等の相談窓口の紹介	全例 ・ 必要症例のみ（約＿＿割）・ 実施していない → （ 窓口を 知っている ・ 知らない）
その他の対応	全例 ・ 必要症例のみ（約＿＿割）・ 実施していない （実施内容:　　）
主な対応者はどなたですか	医師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ ソーシャルワーカー ・ 薬剤師 ・ 事務職 ・ その他（　　）
対応者が支援を実施するにあたり行っている取り組み	相談マニュアル等の整備 ・ 手引き*の活用 ・ 研修会や勉強会の開催 ・ 研修会や講習会への参加または参加推進 ・ 特に取り組みを行っていない ・ その他（　　） ＊手引き＝令和3年度子ども・子育て推進調査研究事業により作成「流産・死産・人工妊娠中絶を経験した女性等への支援の手引き」

6.貴院で人工妊娠中絶を受けられる方に対する反復中絶の予防策についてお教えください（○をつけて下さい）

予防策を実施していますか	全例 ・ 必要症例のみ（約＿＿割）・ 実施していない
低用量ピル・子宮内避妊具(IUD)などの避妊法の情報提供をしていますか	全例 ・ 必要症例のみ（約＿＿割）・ 実施していない
予防策提案の主な担当者	医師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ ソーシャルワーカー ・ 薬剤師 ・ 事務職 ・ その他（　　）

7. メフィーゴパックについて何かご意見があればお書きください

ご協力有難うございました。日本産婦人科医会宛 （FAX 03－6862－5693）へご返信願います。

（FAXがつながりにくい場合 03－3269－4730へご返信下さい）　〆切:2023年11月20日（月）