

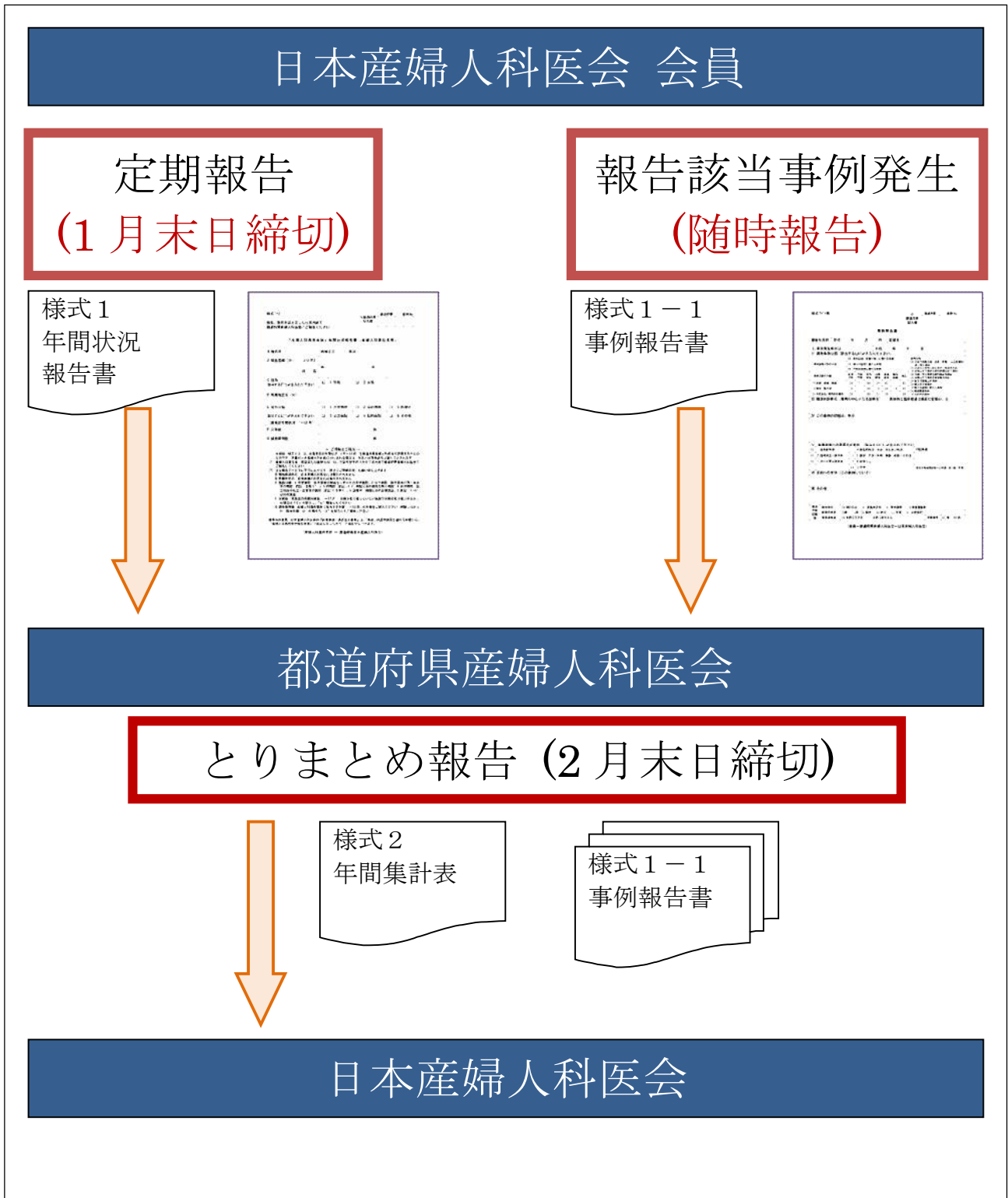
◆偶発事例報告事業について

医療に伴い偶発的に発生する不慮な出来事は極力避けなければならない。しかし、医療の不確実性は、生命の複雑性、多様性、医学の限界に由来する。すべての医療行為は、大小は別として生体に対する侵襲を伴い、本来、危険な行為である。特に産科医療は、妊娠・分娩・産褥と連続したダイナミックに変化する母体と、子宮内環境・脆弱性・ストレス・先天異常などに影響される胎児の双方を管理し、正常分娩へと誘導する過程でもあり、偶発的であるがゆえ避けられない一面もある。

医療者はこれらのリスクを承知の上で、より安全で質の高い医療の提供に努力してきた。偶発事例が発生した場合は、その原因を究明し、再発防止にも努めてきた。日本産婦人科医会（以下、医会）では組織をあげて医療安全に取り組んできており、その一貫として、「偶発事例報告事業」を平成16年4月に開始している。全国の会員と都道府県産婦人科医会の協力によって、偶発事例を収集し、体系化して、医療安全に資する提言をするとともに、その研修を通じて「医療の安全と質の向上」にも取り組み、同時に、偶発事例に遭遇した会員への支援も行ってきた。事業開始以降、全国の会員・支部には事例の内容・その背景・地域状況など、細部にわたる煩雑な報告をお願いしてきた。そこで、この7年間の本事業を振り返り、重点的な項目を整理し、簡素で報告しやすい新たな報告様式を作成した。

産婦人科医療の中で、妊産婦死亡と児の脳性麻痺は最も痛ましいものである。医会では①脳性麻痺児と家族に対しての補償、②脳性麻痺の原因を分析し再発防止と産科医療の質の向上、紛争の防止と早期解決を図ることを目的に、日本産科婦人科学会・日本医師会等と協調し、無過失補償制度の立ち上げを国に要望してきた。その結果、平成21年1月より産科医療補償制度が発足し、現在、その運用が軌道に乗っている。産科医療補償制度の中で最も重要なことは、原因分析と再発防止である。詳細な資料（診療録、胎児心拍数陣痛図等）が提出され、産科医療補償制度原因分析委員会の中にある6つの部会（構成員：産科専門医9名、新生児科医2名、助産師1名、弁護士2名）で分析し、報告書が作成されている。その上で、再発防止委員会で再発防止に向けた提言が行われていく予定である。本事業は、産科医療補償制度と妊産婦死亡報告事業（後述）を補って産婦人科医療全体の中での医療安全上の問題点を抽出し、再発防止に向けた取り組みを行う基礎となるものである。該当する事例が発生した場合には、確実に報告いただくようお願いしたい。

◆偶発事例報告事業：報告書の流れ



発生した偶発事例は全例、事例報告書（様式1-1）を提出する

◆偶発事例報告事業の概要

目的

- 偶発事例報告は、より安全な産婦人科診療の実現を目的に、
1. 全国で発生した医療紛争になりうる事例の実態を把握する
 2. 事例の第三者的視点での評価を行う
 3. 同種事例の再発防止対策を検討する

報告を要する事例

1. 満期新生児死亡
2. 新生児脳性麻痺
生後6ヵ月以内に死亡した脳性麻痺事例も含む
3. 産婦人科異状死
4. 医事紛争事例
5. 係争中、示談、和解、刑事・民事訴訟等、または都道府県医師会・医師賠償責任保険会社へ連絡した偶発事例
6. 前各号に準ずるような偶発事例および医療過誤

注：妊産婦死亡については「妊産婦死亡報告事業」で別の報告制度がありますので、その様式を用いて報告してください。

各産婦人科施設が都道府県産婦人科医会に提出する書類

毎年1月末日を締め切りに、前年度の事例を報告する

- | | |
|--------|-----------------------------|
| 様式 1 | 「産婦人科偶発事例」年間状況報告書（産婦人科責任者用） |
| 様式 1-1 | 事例報告書 |

都道府県の産婦人科医会が日本産婦人科医会に提出する書類

毎年2月末日を締め切りに、前年度の事例を報告する

- | | |
|--------|--|
| 様式 2-0 | 年間状況報告書（様式 1）集計用紙 |
| 様式 2-1 | 都道府県産婦人科医会：事例年間集計表 |
| 様式 1-1 | 事例報告書 ※記載者名は塗りつぶす |
| 様式 2-2 | 医療安全に関する会員研修会・医療事故に対する
集団・個人研修報告書 ※必要に応じて提出 |