

「医療安全に向けた日本産婦人科 医会の取り組み」 産科医療補償制度を中心に

2021年12月8日
記者懇談会
医療安全委員会
石渡勇

1

本日のメニュー

- 医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み
- 医会が医療安全対策に取り組んだ背景
- 偶発事例報告事業
- 妊産婦死亡報告事業:「母体安全への提言」 長谷川先生
- 産科医療補償制度
11年の歩みからみた功績と今後の課題
- 医療事故調査制度
- 会員支援事業

2

医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み

報告事業

インシデント・アクシデントレポート調査
(2002年)
院内研修会用資料配布(2006年)
偶発事例報告制度(2004年-)
妊産婦死亡報告事業(2010-)
無痛分娩事故の報告(2020-)
妊産婦重篤合併症報告事業(2021年-)

協力事業

羊水塞栓症の血清検査事業(2003年)
産科医療補償制度(2009年-)
医療事故調査制度(2014年-)
無痛分娩関係学会・団体連絡協議会
の支援(2018年-)

会員支援活動

紛争処理の相談
判例集・文献送付
再発防止対策
研修会、リピーター対策
医療事故防止のための資料送付

情報の共有化

全国医療安全担当者連絡会(毎年)
日本産婦科医会報(毎月)
母体安全への提言(毎年)
日本産科婦人科学会と共同で
生涯研修プログラム担当

3

日本産婦人科医会 医療安全部(2021-22年度)

- ①インシデント・アクシデントレポート調査(2002年)
- ②偶発事例報告事業:2004年から
- ③妊産婦死亡報告事業:2010年から、①より独立、症例検討評価委員会の開催・母体安全への提言の検討 長谷川先生が報告
- ④医療安全に向けての会員支援事業:さらに強化:警察活動への協力・刑事事件化の防止支援
- ⑤産科医療補償制度への協力と提言、原因分析委員会、再発防止委員会、制度の見直し、等
- ⑥医療事故調査制度への対応:相談窓口業務、報告書作成の迅速化
- ⑦全国医療安全担当者連絡会開催
- ⑧羊水塞栓症の血清検査事業(血清診断・病理診断):浜松医大・金山教授、事業の継続
- ⑨出版物:・母体安全への提言(毎年発刊(2020, Vol.11)、全会員へ配布
・分娩監視装置モニターの読み方と対応テキスト改訂、ポケット版配布
・日産婦医会報「シリーズ医事紛争」、研究発表(特に外国雑誌への投稿)
- ⑩日本母体救命研修事業(2015年度より):日本母体救命システム普及協議会(J-CIMELS) 長谷川先生 JMELSの全国展開と認定等を付与する。例えば、無痛分娩実施機関の研修など
- ⑪医療訴訟への会員支援事業強化
学会・医会等から示された指針がない状況の中で、裁判所が独自の指針をだし、将来の医療に弊害をもたらす危険がある場合。地裁と高裁の判断がわかれて、高裁の判断に極めて納得ができないケース
- ⑫分娩取り扱い機関への無痛分娩実態調査と安全な無痛分娩の確立と周知(厚労省研究班と共同)
2018年厚労科研特別研究事業「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」終了、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会JALAへの協力
- ⑬妊産婦重篤合併症報告事業(2021年-) 長谷川先生が報告

4

本日のメニュー

- 医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み
- 医会が医療安全対策に取り組んだ背景
- 偶発事例報告事業
- 妊産婦死亡報告事業:「母体安全への提言」 長谷川先生
- 産科医療補償制度
11年の歩みからみた功績と今後の課題
- 医療事故調査制度
- 会員支援事業

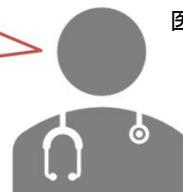
5

医療の不確実性

私の誤診率は14%であった

その低さに感嘆した

医師



その誤診率の高さに驚いた

一般の人

沖中 重雄 東京大学教授 最終講義 (1963年)

6

患者と医師の認識に大きなズレ

医師には、医療行為にあたり、患者・家族が「**医療行為の不確実性**」を自覚できるだけの質の高いI・Cが求められている

医師	患者
<p>医療に絶対という言葉はなく、医療は不確実なものである</p> <p>人間の体は非常に複雑なものであり、人によって差も大きい。医学は常に発展途上のものであり、変化し続けている。医療には限界がある。しかも、医療行為は、生体に対する侵襲を伴うため、基本的に危険である。</p>	<p>医療は100%確実でなければならない</p> <p>現代医学は万能で、あらゆる病気はたどころに発見され、適切な治療を受ければ、まず死ぬことはない。医療にリスクは伴ってならず、100%安全が保障されなければならない。期待感が高い。</p>

7

医事紛争をめぐる時代の背景～繰り返された主な医療 刑事事件

発生した医療機関	発生日月	事故の概要	最終担当者	予後
	19670323	中絶手術の際、空気栓塞死(吸引管を排気孔に接続した)	医師	死
	19700930	中絶手術の際、空気栓塞死(吸引管を排気孔に接続した)	医師	死
	19790903	中絶手術の際、空気栓塞死(吸引管を排気孔に接続した)	医師	死
最近の主な医療事故 (人違い事故)				
	19970921	人違い人工妊娠中絶事故	医師	
	19921126	肺の一部を切除予定の男性が肝臓の一部を切除	医師	
横浜市立大学医学部付属病院	19990111	患者取り違え手術事故 (心臓と肺)	医師	
	200707	患者取り違え手術事故 (肺癌でない患者に肺癌手術)	医師	
最近起きた主な医療事故 (患部取り違え事故)				
	19990908	乳癌 健康側を切除	医師	
	200002	左右間違え足指手術	医師	
最近の主な医療事故 (注射事故)				
	19860317	胃に入れるべき消化酵素剤を静脈点滴ルートに注入	看護師	死
	19900325	胃痛患者にミルクをIVH	看護師	死
	19941011	ミルクを静脈注射	看護師	死
	19970729	麻酔の筋弛緩剤と誤って消毒液を注射	看護師	後遺症
	19980113	内服薬抗癌剤を鼻からのチューブに入れるところ静脈注射	看護師	死
	19990123	胃チューブから入れる栄養剤を点滴静脈注射	看護師	死
都立広尾病院	19990221	ヘパリン生食を点滴するところ消毒剤ヒテングルコネートを注入	看護師	死
	19990117	末期癌の女性に肺炎患者の栄養点滴	看護師	死
	19990127	異型輸血	看護師	?
	19990220	肺炎患者と癌患者の点滴間違	看護師	両者死
	19990311	点滴チューブに消毒薬	看護師	死
	19991217	抗癌剤過剰投与	看護師	死
	20000409	鼻からのチューブで入れる内服薬を静脈点滴ルートに注入	看護師	死
最近の主な医療事故 (その他)				
杏林大学病院	19990710	男児 4歳が喉頭に割り箸を刺す	医師	死
	19991125	心筋保護剤に蒸留水の間違	臨床工学技師	死
	20000122	人工呼吸器のスイッチ遮断	看護師	死
	20000218	大腸静脈カテーテル外れ	看護師	死
	20000328	人工呼吸器加湿器にエタノール	看護師	死
	20000327	人工呼吸器停止	看護師	死
福島県立大野病院	20041217	總動船 帝切 出血死	医師	死

8

医療事故 WHY（なぜ？）

なぜ、人の命を救う医療現場で、人の命が奪われる事故がおきるのか？

なぜ、同様の医療事故が各地で繰り返されるのか？

なぜ、日本医師会はじめ医療界では有効な事故防止対策がとられてこなかったのか？

なぜ、病院や医師は医療事故を隠そうとするのか？

なぜ、医療事故の被害者は裁判に訴えなければ事実を知ることができないのか？

なぜ・なぜ・の連発である

9

1. 医療紛争から見た時代背景

- ① **刑事事件の多発の時代（1960年代）**：
医療事故死亡事案では当該医師は刑事処罰されていた。
例：人工妊娠中絶時の空気塞栓による死亡事案（連続かつ多発）
原因は吸引機の吸気口と排気口が同じ大きさによる接続ミスであった

なぜ、繰り返されたか？

→ それは**医療界における有害事象の共有化ができていなかった**ためである

10

医療事故が繰り返される現場での共通項

1. 医療の密室性
2. 「事故」という認識の欠落
3. 医療の高度化・複雑化
4. 病院・医師の事故の防衛意識の強さ
5. 医療者がオープンになれる制度的保証がない
6. 医療界に事故調査の方法が確立されていない
7. 医療事故の教訓が医療界に共有化されていない

これは、30年前の話、改善、医療の共有化

11

医療紛争をめぐる時代の背景

- ① 刑事事件多発（1960年代）：人工妊娠中絶時の空気塞栓
- ② 嵐の前（1998年まで）：
カルテ開示が囁かれていた時代
- ③ 医療不信の時代（1999～2006）：
横浜市大患者取り違え事件、都立広尾病院事件（ヒビテン誤注）、杏林大割り箸事件があり、主要新聞における「医療事故」記事件数が年間383から一気に10倍の3047件になるなどマスコミを中心とする医療バッシングの時代
- ④ 医療崩壊の時代（2006～2010）：
福島県立大野病院事件に象徴されている、国家権力の横暴である。医師の逮捕、警察官を表彰するという前代未聞の暴挙。
- ⑤ 医療再建の時代（2010～）：
私は、この時代に入ってきたと感じる。マスコミの論調も医療の本質（生命の複雑性、多様性、医学の限界による不確実性）を語るようになってきた？ようにも思える。

12

2. 医療紛争から見た時代背景

⑤医療再建の時代（2010～）：

紛争・訴訟の減少

→ 医療の標準化

→ インフォームド・コンセント

ガイドラインとは、インフォームド・コンセント（患者に情報を開示し患者がその内容を十分に理解し、納得した上で自律的な決定ができるように支援）するために最適と考えられる推奨を提示する文書

2004年	偶発事例報告事業開始	産婦人科診療ガイドライン （日産婦学会・医会共同） 作成委員会
2008年	産婦人科ガイドライン発刊	評価委員会
2010年	妊産婦死亡報告事業開始	コンセンサスマーケティング ドラフトの雑誌掲載
2009年	産科医療補償制度開始	発刊、3年ごとの改正
2015年	医療事故調査制度開始	

医療機関から報告される医療事故・有害事象

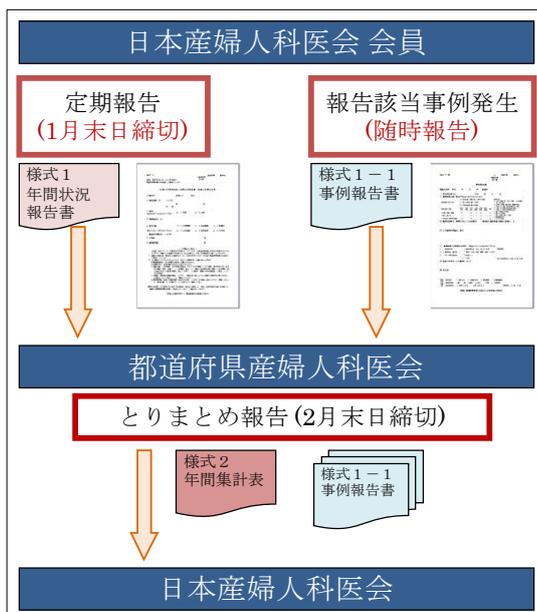
主体	制度・事業	公表内容	報告義務
医療事故調査・支援センター （日本医療安全調査機構）	医療事故調査制度	再発防止委員会で分析テーマを選定し、テーマ別に詳細分析、医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策を検討し、報告書を作成。医療機関等へ送付、HPで公表。	医療法にもとづく義務
日本医療機能評価機構	医療事故情報収集等事業 ①医療事故情報 ②ヒヤリハット	医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家などで構成される専門分析班からの助言を得ながら、事業の研究者や事務局員が分析を実施し、総合評価部会の審議を得て報告書をHPで公表。	一部、医療法にもとづく義務
	産科医療補償制度	原因分析報告書は医療機関と患者・家族に送付 要約版はHPで公表 全文版（個人情報マスク）は限定的	約款に基づき報告義務
日本産婦人科医会（収集） 妊産婦死亡症例検討評価委員会（解析）	妊産婦死亡報告事業（偶発事例報告） 無痛分娩事故報告 重篤症例報告	妊産婦死亡症例検討評価委員会で各事例検討の上、症例検討評価報告書を作成し、医会に提出。評価委員会と医会の連名で、母体安全への提言を発行し、解析結果とテーマ別の提言を記載。学会で報告、HPで公表。	産婦人科診療ガイドラインでは推奨レベルA

本日のメニュー

- 医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み
- 医会が医療安全対策に取り組んだ背景
- 偶発事例報告事業
- 妊産婦死亡報告事業:「母体安全への提言」 長谷川先生
- 産科医療補償制度
11年の歩みからみた功績と今後の課題
- 医療事故調査制度
- 会員支援事業

15

偶発事例報告システム

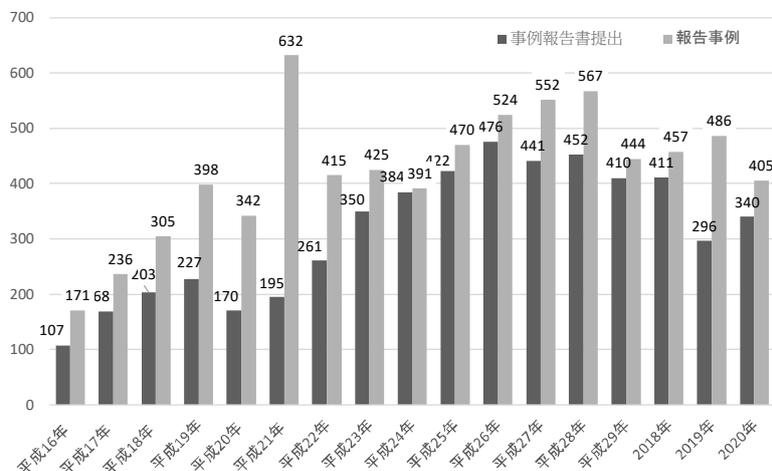


2011年から報告システム・報告書式が変更

1. 該当事例が発生した場合、会員は都道府県産婦人科医会に事例を随時報告する
2. 定期報告(年間状況報告書)提出は、1月末日締切
3. 都道府県産婦人科医会は取り纏めを行い、2月末日までに年間集計表と事例報告書を日本産婦人科医会に提出する

16

偶発事例報告書の提出数



平成22年以降は妊産婦死亡例を除く

平成23年以降、全例で偶発事例報告書を提出するようシステム変更された。

2020年偶発報告340事例の内訳

診療分野	事例数	2020年	2019年	2018年	2017年
妊娠・分娩に関わる事例	253	74.4%	65.9%	72.7%	74.0%
婦人科診療に関わる事例	77	22.6%	31.3%	23.8%	24.1%
不妊症診療に関わる事例	10	2.9%	3.0%	3.4%	1.9%
合計	340				

事例対象	計	因果不明	予後不明	自然軽快	治療軽快	後遺障害	脳性麻痺	死亡
妊産褥婦	139	12	13	7	99	8		0
胎児・新生児	141	0	11	3	23	11	32	61
非妊娠婦人	88	12	12	8	47	5		4
合計	368	24	36	18	169	24	32	65

重複報告あり

2020年の妊産婦死亡報告事業に報告された事例は除く

本日のメニュー

- 医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み
- 医会が医療安全対策に取り組んだ背景
- 偶発事例報告事業
- 妊産婦死亡報告事業:「母体安全への提言」 長谷川先生
- 産科医療補償制度**
11年の歩みからみた功績と今後の課題
- 医療事故調査制度
- 会員支援事業

21

日本産婦人科医会会長 ご挨拶

産婦人科医療における産科医療補償制度

産科医療補償制度が創設される前の産科医療は、医療訴訟が多く、過重労働から産科医師は減少し、産科医療崩壊の危機が叫ばれていました。本制度の導入から10年が経過し明らかになったことは、①産婦人科の訴訟件数が減少傾向にあること、②2017年12月末時点での分娩機関に対する損害賠償請求等の状況は、本制度の補償対象となった事例全体で、2,233件中97件(4.3%)であること、③脳性麻痺の補償対象となった事例を見ると、審査結果が確定した2009年から2011年かけて、年々、補償対象者数が減少傾向にあること、でありました。

この理由は、本制度への意識が高まり、原因分析報告書に基づく事例の評価や提言を考慮し、再発防止に関する報告書の提言に従って臨床に臨んだ結果であると思います。



(公社) 日本産婦人科医会

会長

キノシタ カツユキ
木下 勝之 先生

22

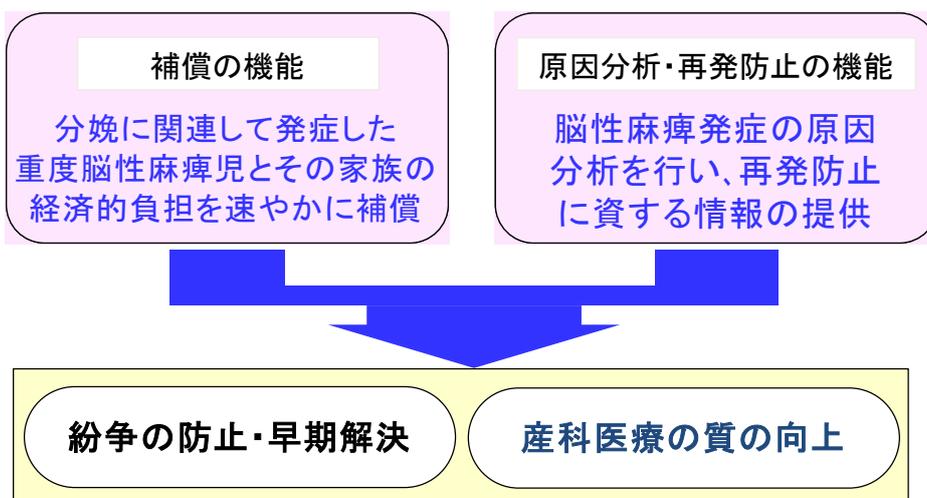
一方で、同じ脳性麻痺であるにも関わらず、審査において**補償対象外と認定されるケースが30%**にも及ぶことも明らかとなっております。今後は、このような補償対象外となった事例の分析を行い、「どうしたら補償対象になるのか」を検討することが必要であると考えています。

また、産科医療において注目すべきことは、日本国中の脳性麻痺事例が一個所に集まり、その原因分析の結果、**今までの産科学の常識から脳性麻痺の原因が不明である事例が全体の約40%も存在**することです。現代でも子宮内の胎児の発育の生理と病理が明らかでない事実から、CTGに頼ることに限界があり、これからの原因不明の脳性麻痺事例の解析方法につき、発想を変えての研究が求められます。

産科医療崩壊の危機を打開するために発足した**本制度は、このように、初期の目的を達成**しています。補償を受けた児の家族は第三者による原因分析を高く評価しており、同様に、医療側も本制度のおかげで、安心して産科医療ができると喜んでいきます。

これからは、本制度のお蔭で明らかとなった課題をクリアする努力を惜しまず、更に安定した制度に成熟することを期待しています。

基本的な考え方



一般審査基準の見直し



2015年1月以降は、児の出生年によって適用される基準が異なります。

除外基準

分娩に関連して発症した脳性麻痺に該当するとは考え
 難い、出生前・後(以下の(1)、(2))の要因によって脳
 性麻痺となった場合は、補償の対象から除外されます。

(1)先天性要因

- ①両側性の広範な脳奇形
- ②染色体異常
- ③遺伝子異常
- ④先天性代謝異常
- ⑤先天異常

(2)新生児期の要因

分娩後の感染症等

補償対象外事案の概要

2021年6月現在

審査結果	内容	2009年-2014年 出生児 ^(※1)	2015年-2020年 出生児 ^(※2)	代表的な具体例
補償対象外	在胎週数28週以上の個別審査において補償対象基準を満たさない事案	414	70	臍帯動脈血pH値が7.1以上で、胎児心拍数モニターも所定の状態を満たさない
	児の先天性要因または児の新生児期の要因によって発生した脳性麻痺の事案	199	71	両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天異常
	本制度の脳性麻痺の定義に合致しない事案	100	11	進行性の脳病変
	重症度の基準を満たさない事案	112	19	実用的歩行が可能
	その他	28	9	補償対象外(再申請可能)であったが、再申請がなされなかった事例
補償対象外 (再申請可能)	現時点では将来の障害程度の予測等が難しく補償対象と判断できないものの、適切な時期に再度診断が行われること等により、将来補償対象と認定できる可能性がある事案	—	41	現時点の児の動作・活動状況では、将来の障害程度の予測が困難
合計		853	221	

(※1)2009年-2014年出生児は、審査結果が確定している。

(※2)2015年-2020年出生児のうち、2015年出生児は審査結果が確定しているが、それ以降は審査結果未確定である。

審査件数:4, 456、補償対象:3, 374

27

制度加入状況

2021年5月末現在

	分娩機関数	加入分娩機関数	加入率(%)
病院	1,179	1,179	100.0
診療所	1,559	1,556	99.8
助産所	438	438	100.0
合計	3,176	3,173	99.9

未加入機関:診療所3機関

28

原因分析報告書の構成

1. はじめに
2. 事例の基本情報
3. **脳性麻痺発症の原因**
4. **臨床経過に関する医学的評価**
5. **今後の産科医療向上のために検討すべき事項**
 - 1) 当該分娩機関における診療行為について検討すべき事項
 - 2) 当該分娩機関における設備や診療体制について検討すべき事項
 - 3) わが国における産科医療について検討すべき事項
6. 事例の経過
 - 1) 妊産婦に関する基本情報
 - 2) 今回の妊娠
 - 3) 分娩経過
 - 4) 産褥経過
 - 5) 新生児経過
 - 6) 診療体制等に関する情報
7. 関連情報

原因分析報告書の公表

■ 要約版

原因分析報告書の内容を要約したものであり、特定の個人を識別できる情報や分娩機関を特定できるような情報等を記載していないもの

➡ 制度ホームページに掲載し公表



3～5ページ程度

■ 全文版(マスキング版)

原因分析報告書において、特定の個人を識別できる情報や個人が特定されるおそれのある情報、また分娩機関が特定されるような情報等をマスキング(黒塗り)したもの

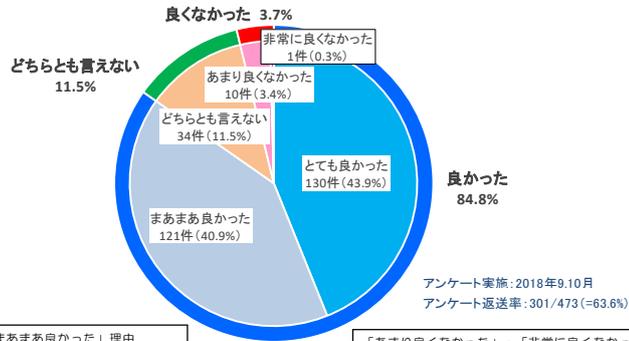
➡ 所定の要件を充たした利用申請があった場合に、申請者のみに開示



20～30ページ程度

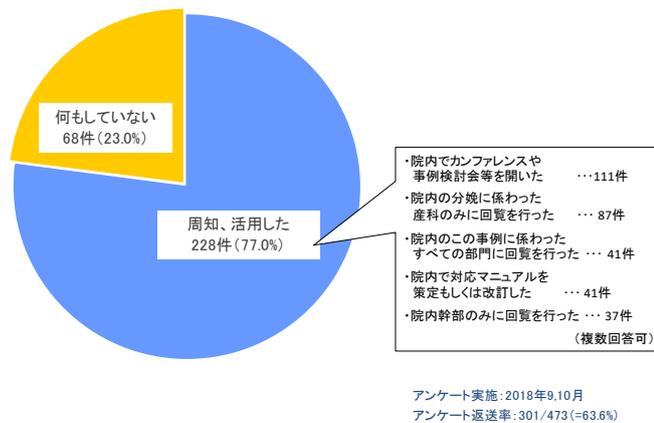
原因分析に関するアンケート結果(1) (分娩機関向け①)

問. 原因分析が行われたことは良かったですか。



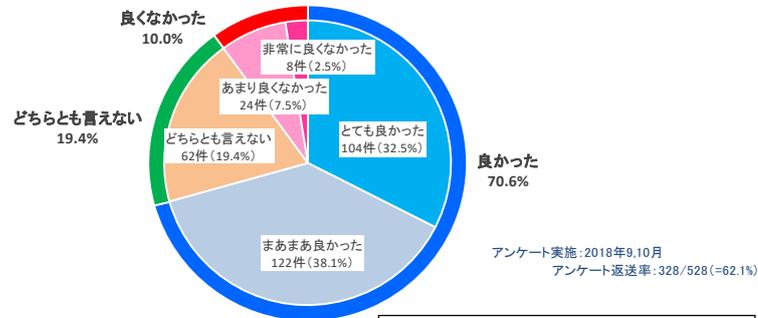
原因分析に関するアンケート結果(1) (分娩機関向け②)

問. 原因分析報告書を院内で周知、活用されましたか。



原因分析に関するアンケート結果(1) (保護者向け①)

問. 原因分析が行われたことは良かったですか。



「とても良かった」・「まあまあ良かった」理由
(複数回答可)

■第三者により評価が行われたこと	… 174件
■今後の産科医療の向上に繋がること	… 126件
■再発防止に役立つこと	… 92件
■原因がわかったこと	… 81件
■気持ちの整理がついたこと	… 79件

「あまり良くなかった」・「非常に良くなかった」理由
(複数回答可)

■結局原因がよくわからなかったこと	… 19件
■今後の産科医療の向上に繋がるとは思えないこと	… 19件
■思い出すことで辛い思いをしたこと	… 15件
■分娩機関や医療スタッフに対するご家族の不信感が高まったこと	… 12件
■公正中立な評価だと思えないこと	… 6件

33

再発防止の目的

1. 原因分析された個々の事例情報を体系的に整理・蓄積
2. 広く社会に情報を公開

- 再発防止に関する報告書の定期的発行
- 再発防止委員会からの提言の発行
- 関係団体や行政機関との連携・協力

- 将来の脳性麻痺の再発防止
- 産科医療の質の向上
- 国民の産科医療に対する信頼の向上

34

【再発防止に関する報告書】 ～産科医療の質の向上に向けて～



再発防止に関する報告書を公表

- ◆2011年8月発行の「第1回産科医療補償制度再発防止に関する報告書」以降、毎年再発防止に関する報告書を発行
- ◆2021年3月には2019年12月までに原因分析報告書を児・保護者および分娩機関に送付した事例2,527例を分析対象とした「第11回産科医療補償制度再発防止に関する報告書」を発行

本制度のHPに掲載：

<http://www.sanka->

[hp.jcqhc.or.jp/documents/prevention/index.html](http://jcqhc.or.jp/documents/prevention/index.html)

【報告書】再発防止に関する分析



テーマに沿った分析

深く分析することが必要な内容についてテーマを設けて分析を行い、再発防止策等の「再発防止委員会からの提言」を示す。

産科医療の質の向上への取組みの動向

「再発防止委員会からの提言」が産科医療の質の向上に活かされているか、その動向を把握するため、出生年毎の年次推移を示す。

分析対象事例の概況

個々の事例から妊産婦の基本情報、妊娠経過、分娩経過、新生児期の経過、診療体制等の情報を抽出し、蓄積された情報を基本統計により示す。



原因分析がすべて終了した出生年別統計

原因分析がすべて終了し同一年に出生したすべての補償対象事例を基本統計により示す。

【報告書】分析対象事例の概況
脳性麻痺発症の主たる原因について

病態	件数	%
原因分析報告書において主たる原因として単一の病態が記されているもの	1,179	46.7
胎盤の剥離または胎盤からの出血	410	16.2
常位胎盤早期剥離	405	(16.0)
前置胎盤・低置胎盤の剥離	5	(0.2)
臍帯因子	309	12.2
臍帯脱出	55	(2.2)
臍帯脱出以外の臍帯因子 ³³⁾	254	(10.1)
感染	82	3.2
CBS感染症	44	(1.7)
ヘルペス感染	16	(0.6)
その他の感染 ³⁴⁾	22	(0.9)
児の頭蓋内出血	53	2.1
子宮破裂	48	1.9
双胎における血流の不均衡（双胎間輸血症候群を含む）	45	1.8
母児間輸血症候群	40	1.6
母体の呼吸・循環不全	37	1.5
羊水塞栓症	14	(0.6)
羊水塞栓症以外の母体の呼吸・循環不全	23	(0.9)
児の脳梗塞	40	1.6
胎盤機能不全または胎盤機能の低下 ³⁵⁾	31	1.2
その他 ³⁶⁾	84	3.3
原因分析報告書において主たる原因として複数の病態が記されているもの ³⁷⁾	264	10.4
臍帯脱出以外の臍帯因子 ³³⁾	163	6.5
胎盤機能不全または胎盤機能の低下 ³⁵⁾	75	3.0
感染 ³⁴⁾	38	1.5
常位胎盤早期剥離	32	1.3
原因分析報告書において主たる原因が明らかでない、または特定困難とされているもの	1,084	42.9
脳性麻痺発症に關すると推定される頭部画像所見 ³⁸⁾ または産科的象徴 ³⁹⁾ あり ⁴⁰⁾	776	30.7
妊娠 ⁴¹⁾ ・分娩期の発症が推定される事例	702	(27.8)
新生児期 ⁴²⁾ の発症が推定される事例	74	(2.9)
脳性麻痺発症に關すると推定される頭部画像所見または産科的象徴なし ⁴³⁾	308	12.2
脳性麻痺発症の原因は不明である事例	217	(8.6)
先天性要因 ⁴⁴⁾ の可能性があるまたは可能性が否定できない事例	91	(3.6)
合計	2,527	100.0

単一疾患： 1179 47%
胎盤の剥離 出血 16%
臍帯因子 12%
感染 3%
双胎間輸血症候群 2%
母児間輸血症候群 2%
児の頭蓋内出血 2%

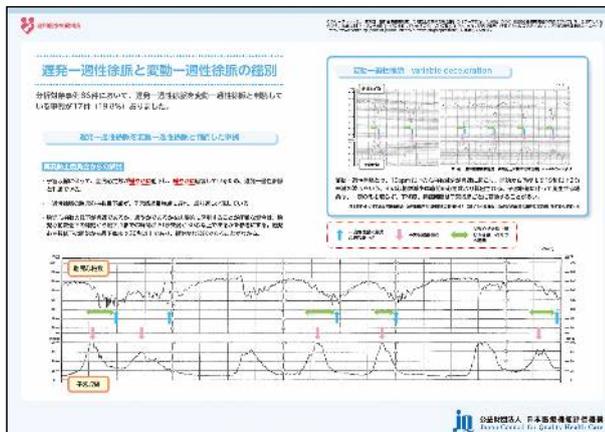
原因として複数の病態 264 10%

原因不明、特定できない 1084 43%

合計 2527

【リーフレット等①】産科医療関係者向け再発防止委員会からの提言

再発防止報告書で取り上げたテーマ内容を一部抜粋しリーフレットを作成



遅発一過性徐脈
と変動一過性徐脈
の鑑別

本制度へ加入分娩機関のほか、
国、地方自治体、関係学会・団
体等に送付

本制度のHPにも掲載：

<http://www.sanka->
<http://jcqhc.or.jp/documents/preven>
[tion/proposition/](http://jcqhc.or.jp/documents/prevention/proposition/)

【リーフレット等②】保護者への保健指導

保護者に対する保健指導のため、「いつもと違ってなんとなく元気がないと感じたら～退院後の赤ちゃんについて～」と題したチラシを作成



(表)



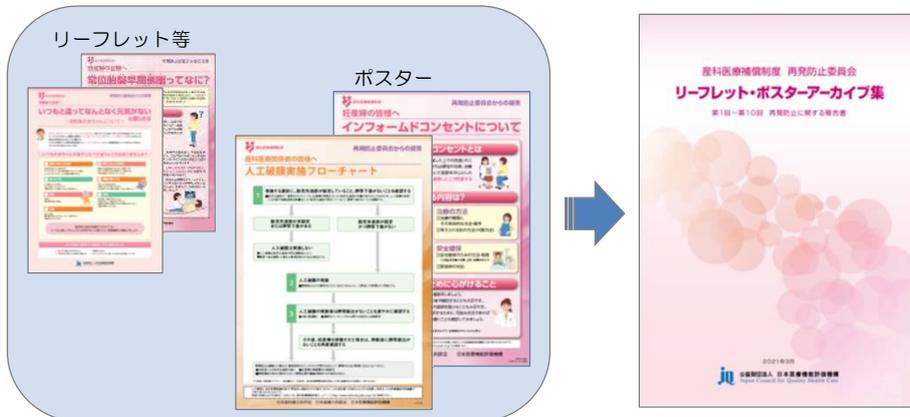
(裏)

本制度へ加入分娩機関のほか、
国、地方自治体、関係学会・団体等に送付

本制度のHPにも掲載：
<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/documents/prevention/proposition/>

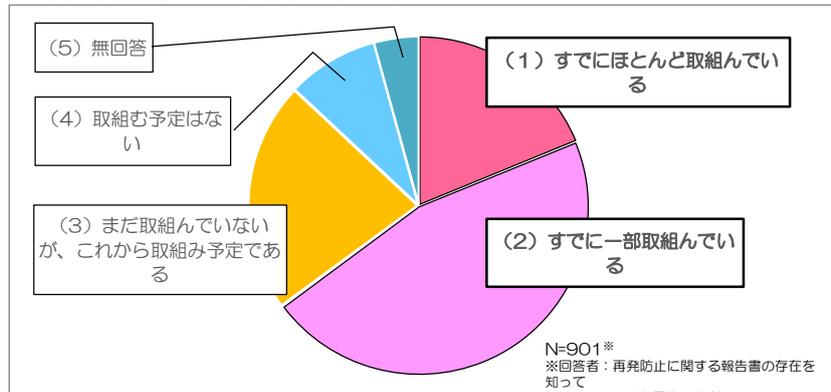
【リーフレット等③】リーフレット・ポスターアーカイブ集

第1回～第10回までの再発防止報告書をもとに発行したリーフレット等やポスターなどを産科医療関係者および妊産婦や保護者向けに取りまとめている。



再発防止に関するアンケート結果(2)

問2. 「再発防止に関する報告書」等に記載されている「産科医療関係者に対する提言」に取り組みましたか？



- 2018年8月実施
- 調査対象施設は、本制度加入分娩機関から無作為抽出(助産院のみ全施設実施)
- アンケート回答率：59.5% (=968/1,626)

43

損害賠償請求等の状況

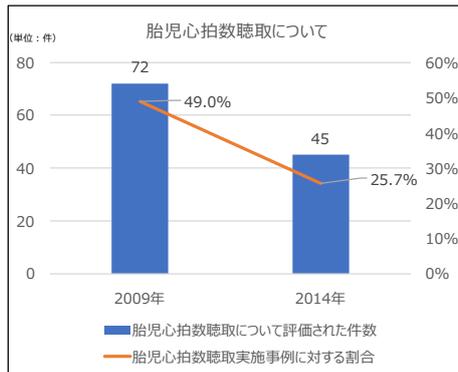
2019年12月末現在

- 補償対象と認定された3,214件のうち損害賠償請求等132件(4.1%)。
 - 損害賠償請求が行われた132件のうち、訴訟提起が65件、訴外の賠償交渉67件である。
 - ※別途証拠保全のみで訴訟提起・賠償交渉がなされていない事案が14件ある。
- 原因分析報告書が送付された2,792件のうち、原因分析報告書が送付された日以降に損害賠償請求等が行われている事案は53件(1.9%)。
 - (訴訟提起が19件、訴外の賠償交渉事案20件)

44

胎児心拍数聴取について

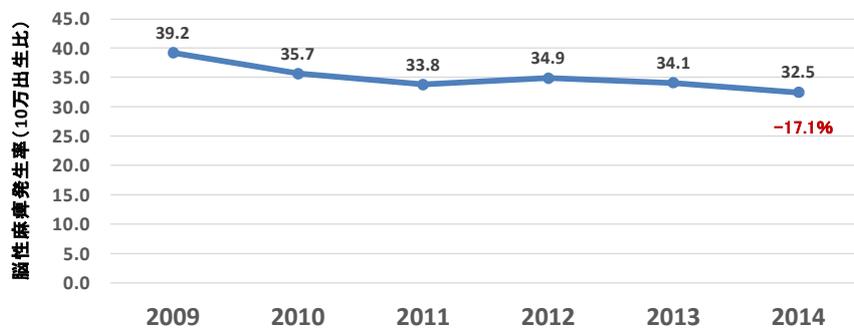
- 胎児心拍数聴取について、改善が必要とされた事例が2009年49.0%であったが、2014年には25.7%と改善がみられている。



45

脳性麻痺発生率の年次推移

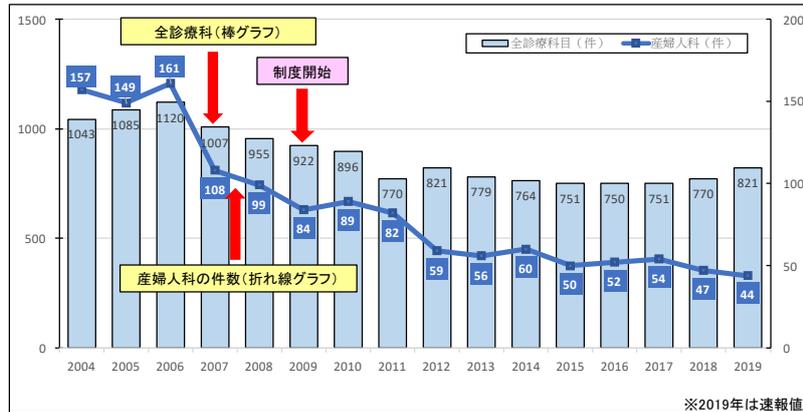
産科医療補償制度対象事例での検討



46

産婦人科の訴訟(既済)件数

- 本制度が創設される前年2008年は99件であったが、年々減少し2018年には47件と半減している。



最高裁判所医事関係訴訟委員会
「医事関係訴訟事件の診療科目別既済件数」

47

産婦人科の医師1,000人あたりの訴訟件数

- 本制度が創設される前年2008年は産婦人科医が最も多く9.6であったが、2018年には4.3と大幅に減少している。

	医師1,000人あたりの訴訟件数		
	産婦人科	外科	小児科
2008	9.6	6.3	0.7
2018	4.3	4.9	0.3

48

「別紙」対応の状況

- 2019年6月末時点で、89件（2,400件中）が同じ原因で発生している。「別紙」に注意点を記し、対応を実施
- 対象分娩機関は、診療所が最も多く、次いで周産期指定のない病院、これら2者で全体の約8割を占める
- 改善を求めた事項としては、「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」が最も多く、次いで「診療録の記載」、「子宮収縮薬の投与方法」、「分娩監視方法」、「新生児蘇生と新生児管理」と続く
- 分娩機関・医師からの依頼があれば医会は支援・指導

49

本日のメニュー

- 医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み
- 医会が医療安全対策に取り組んだ背景
- 偶発事例報告事業
- 妊産婦死亡報告事業:「母体安全への提言」長谷川先生
- 産科医療補償制度
11年の歩みからみた功績と今後の課題
- 医療事故調査制度
- 会員支援事業

50

医療事故調査制度 相談方法

医療事故調査制度における産婦人科死亡事例の報告に関する基本的な考え方（医会・学会共同）に明記
 ※ 都道府県産婦人科医会内に保管

1. 管理者によって本制度の報告の対象が否か判断できない場合に、相談票をFAX（03-3269-4730）して下さい。なお、現時点で不明な点は、不明と記載して下さい。
2. 夜間・土曜日曜・祝日は翌日（最も早い医会事務局開局日に電話（03-3269-4730）して下さい。FAXがきたことの確認です。なお、現時点で不明な点は、不明と記載して下さい。
3. 連絡が取れない時、非常に急ぐ場合は、センターに相談することもできます。「医療事故調査・支援センター」における相談対応体制：センター電話番号（03-3434-1110）。
4. どうしても時は、石渡携帯（090-3246-4762）でも結構です。

○管理者によって本制度の報告の対象が判断できない場合に、相談票をFAXして下さい。

医療事故調査制度 相談票

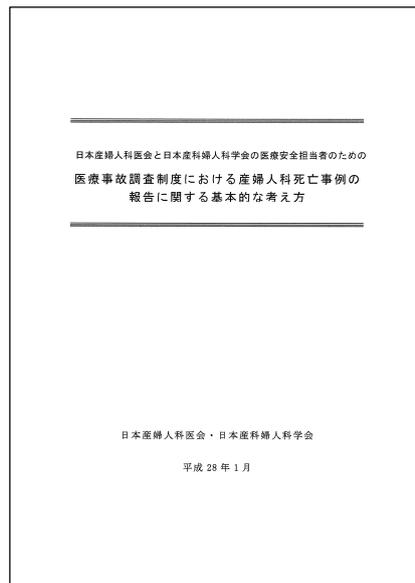
施設名												
所在地	〒											
管轄医会	印											
連絡先	名称	氏名		FAX								
報告施設	センター名	報告施設		施設	科	性別						
報告年月日	年	月	日	時	分	日	月	日	時	分	日	月
死亡日時	年	月	日	時	分	日	月	日	時	分	日	月
診療科												
診療科	不詳											
報告施設 （報告施設が不明な場合は、報告施設を記載）												
死亡前様の状況												
経過の要約												
医療と死因との関連が疑われる点												
死亡の予断	管轄医会	不明していた	不明していた	不明	不明	不明						
ご連絡の手段	郵送	不明	不明	不明	不明	不明						
	その他	不明	不明	不明	不明	不明						

※欄外に記入する場合は、本欄に記載して下さい。

51

医療事故調査制度における産婦人科死亡事例の報告に関する基本的な考え方

内容
 省令
 死産
 妊産婦死亡
 新生児死亡



本日のメニュー

- 医療安全に向けた日本産婦人科医会の取り組み
- 医会が医療安全対策に取り組んだ背景
- 偶発事例報告事業
- 妊産婦死亡報告事業:「母体安全への提言」 長谷川先生
- 産科医療補償制度
11年の歩みからみた功績と今後の課題
- 医療事故調査制度
- 会員支援事業**

53

医療安全に向けての会員支援事業

- ・産科医療補償制度原因分析委員会
- ・妊産婦死亡評価委員会
- ・医賠償保険委員会・日医指導・改善委員会

医療安全のための支援が必要と思われる 会員についての報告

※原則、会員からの支援要請（同意）があった場合

日産婦医会医療安全部
医療安全委員会
(注) 検証し、実施の判断は、同委員会が行う
・常務理事会に報告する

*具体的な指導・
改善内容を検討

都道府県産婦人科医会と連携

支援1:

改善点の指摘

支援2:

改善策を検討・実行し、その結果の報告を求める

支援3:

会員を訪問・直接支援し、改善を求め、その結果の報告を求める

[会員への支援の趣旨]

- ・公益法人としての責務
「不特定かつ多数の者の利益の増進に寄与する」
- ・医療行為における重大な問題を起こした当事者に対して、その内容によっては直接関係した事項に関する再研修制度を構築し、より安全な医療を行うための仕組みを確立
- ・日本産婦人科医会として自浄活性化を図り支援を行うべき

[対応する組織]

日産婦医会および都道府県産婦人科医会医療安全部

[対象]

- ・産科医療補償制度原因分析委員会および妊産婦死亡症例評価委員会から連絡を受けた症例で当該医師が支援を求めるとき
- ・医師賠償責任保険、日医指導・改善委員会からの要請事案
- ・医療安全部が必要と考えた症例

[支援の方法]

- 支援1：改善点の指摘（症例評価結果報告書、等）
- 支援2：改善策を検討・実行し、その結果の報告を求める
- 支援3：会員を訪問・直接支援し、改善を求め、その結果の報告を求める

都道府県産婦人科医会担当役員等の同席
または日産婦医会医療安全部が単独で行う

54

➤ 会員、都道府県産婦人科医会、多くの関連団体との連携のもとに成果がでてきている。

➤ 産科医療補償制度については開始13年目を迎えるが、

紛争訴訟は激減

したばかりか、脳性麻痺発症すら減少してきている。

➤ 妊産婦死亡報告事業も12年目を迎えるが死亡は減少、特に

産科危機的出血による死亡は原因の25% → 12%

となっている。

➤ 刑事事件化もほとんど回避

できるようになってきた。

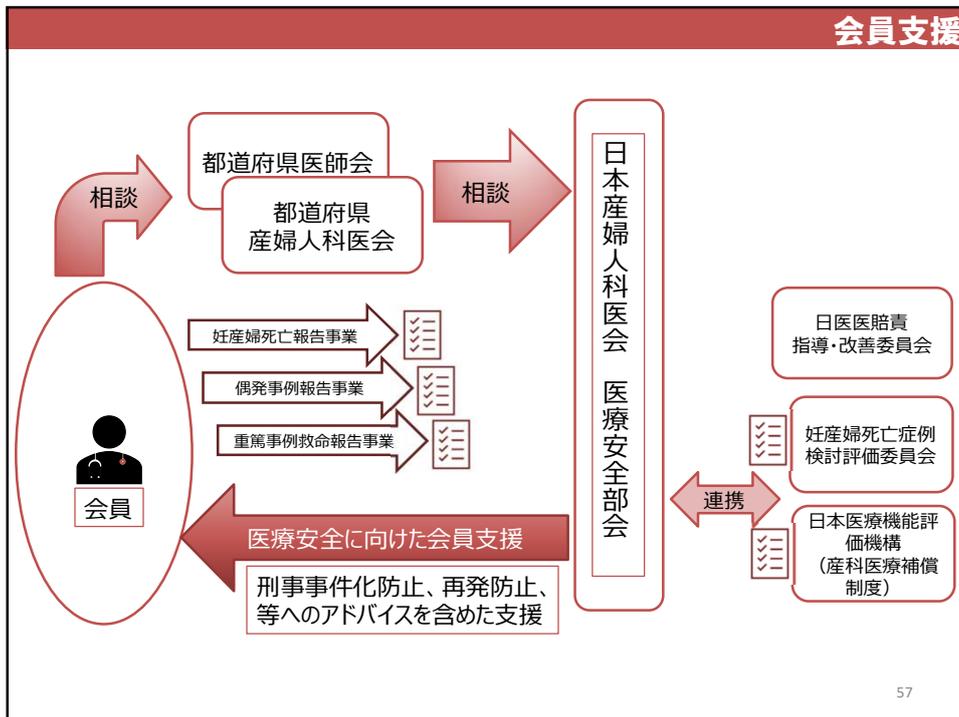
個別支援

- ① 刑事事件化への防止
- ② 民事事件への対応
- ③ 産科医療補償制度におけるリピーターへの支援
- ④ 医師会からの依頼

早めの相談を！

全体支援

- ① 妊産婦死亡症例報告書、母体安全への提言
- ② J-MELS 各種コース開催と認定
- ③ 医療事故調査制度の報告対象事案への相談
- ④ 硬膜外麻酔急変対応コースの開催
- ⑤ CTG判読と対応



指導・改善委員会の設置

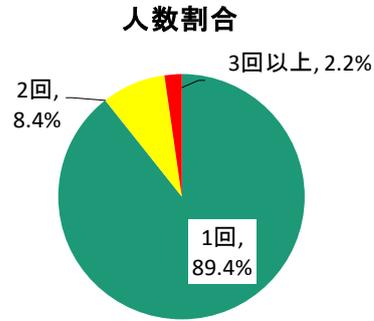
日本医師会の果たすべき役割として、医療事故を繰り返す医師に対して教育・指導に当たることが求められている。そこで上記答申を具現化する最初の一步として『医賠償保険制度における「指導・改善委員会」』の設置及びその活動を提言するものである。

医療事故・紛争低減に向けた取り組みは、公益社団法人として新たに出発する日本医師会にとって、社会的見地からも喫緊を要する重要な課題であり、本委員会の活動を通じて、専門職業集団として自浄機能を発揮し、国民に安全な医療を提供することを目的とするものである。

活動の開始：平成25年8月～

医賠償保険の付託状況

付託回数	人数	割合
1回目	2,530	89.4%
2回目	237	8.4%
3回目	47	1.7%
4回目	12	0.4%
5回目	2	0.1%
6回目	1	
	2,829	100%



毎年日医に付託される案件数: 300件

平成16年4月～25年3月の10年間で日医医賠償保険に付託された事案で付託回数毎の会員数と回数毎の割合

59

産婦人科医会医療安全事業継続・変遷のまとめ

- ・医療事故の収集・報告: 偶発・妊産婦死亡
- ・分析・評価: 妊産婦死亡症例検討評価等
- ・再発防止・医療の質の改善向上策の立案
提言の発信、ガイドラインへの反映
- ・関連学会・団体との事業の連携・協力
 - ・産科医療補償制度
 - ・医療事故調査制度
 - ・日医医師賠償責任保険事業 その他
- ・会員支援(直接指導を含む)

○無過失補償制度の拡大 産科医療補償制度の成果を踏まえ医療界は大きく変わった。医療は刑法になじまず

【刑法第211条 第1項】:業務上過失致死傷罪

業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者 故意・著しい怠慢

【刑法第35条】:正当な業務による行為は、罰しない

さらなる医療の質の向上、再発防止、医療安全に向けて努力します。

60