

令和3年12月22日

山形県内産婦人科
施設長 様
責任者

山形県産婦人科医会 会長 手塚尚彦
医療安全担当常務理事 村山一彦



日本産婦人科医会「産婦人科偶発事例報告事業」における
「年間状況報告書」提出のお願いについて

謹啓 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、日本産婦人科医会「産婦人科偶発事例報告事業」は、平成17年から開始され、報告施設数・事例数ともに年々増加し、会員のためにより確かな安全情報を発信できる事業として機能できるようになり、本年も継続的に事業を行うため協力依頼がありました。今年分の報告も平成23年1月に発刊された「偶発事例報告事業 妊産婦死亡報告事業 報告事業の概要（平成23年版）」（オレンジ色の冊子）に基づきご報告ください。

つきましては、ご多用中大変恐縮に存じますが同封の報告書用紙に令和3年1月から12月までの分娩数、偶発事例数（下記事例参考）を令和4年1月31日（月）まで、同封の返信用封筒に切手を貼付していただき、ご報告をお願い申し上げます。件数がない場合も様式1はご提出ください。

なお、報告書様式は日本産婦人科医会および本会ホームページに掲載されており、ダウンロードしてご利用いただきことができます。 敬具

記

○日本産婦人科医会 HP・報告書様式掲載ページ URL

<http://www.jaog.or.jp/about/project/document/ns/>

○山形県産婦人科医会 HP・報告書様式掲載ページ URL

<https://www.yamagata-aog.jp/member/document> （会員向け「各種様式・資料等」）

○報告先 〒990-2473 山形市松栄一丁目6番73号

山形県産婦人科医会事務局 （TEL：023-666-5200）

○参考偶発事例

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. 医療事故調査制度への報告事例
7. 前各号に準ずるような偶発事例および医療過誤

追而 ご報告内容についての個人情報保護には十分に配慮することを申し添えます。

— 本件に関する問合せ先 —

山形県産婦人科医会 医療安全担当常務理事 村山一彦

山形市吉原三丁目10番17号 セントラルクリニック TEL：023-647-3837

| | | | | |
|--------------|--------|--|--|--|
| ※都道府県 記入欄 | 整理 No. | | | |
| | | | | |

「産婦人科偶発事例」年間状況報告書（産婦人科責任者用）

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| A. 報告年 | 西暦 2021 年分 | | | |
| B. 報告医師（※） | フリガナ | | | |
| | 氏 名 | 姓 | 名 | |
| C. 所属施設名（※） | | | | |
| D. 施設分類 | <input type="checkbox"/> 1 大学病院 | <input type="checkbox"/> 3 公的病院 | <input type="checkbox"/> 5 診療所 | |
| 該当する□に✓を入れて下さい | <input type="checkbox"/> 2 公立病院 | <input type="checkbox"/> 4 私的病院 | <input type="checkbox"/> 6 その他 | |
| （貴施設年間状況：1～12 月） | | | | |
| E. 分娩数 | 件 | | | |
| F. 偶発事例数 婦人科診療に関するものも含む | 件 | | | |

- (1) 本報告書（様式 1）は、会員施設の年間状況（1～12 月）を都道府県産婦人科医会で把握するためのものです。本書により集計したものが日本産婦人科医会に報告されます。
- (2) 産婦人科責任者（施設または産婦人科）は、当該年翌年の 1 月末日までに本様式で都道府県産婦人科医会にご報告ください。
- (3) 主な報告データは以下のとおりです。
 - A. 報告年：1～12 月が単位です。
 - B. 報告医師氏名：日本産婦人科医会には報告されません。
 - C. 所属施設名：日本産婦人科医会には報告されません。
 - D. 施設分類：1. 大学病院：設立母体に関係なくすべての大学病院
2. 公立病院：設立母体が国・自治体の病院（前記 1 を除く）
3. 公的病院：前記（1, 2）病院と私的病院を除く病院
4. 私的病院：設立母体が私立・企業等の病院（前記 1 を除く）
5. 診療所：病院以外の診療施設
6. 前記（1～5）以外の施設
 - E. 分娩数：貴施設の年間分娩数（1～12 月）。分娩を取り扱っていない施設や分娩の取り扱いがなかった場合は「0」を記入し、“0”報告してください。
 - F. 偶発事例数：産婦人科偶発事例（婦人科診療に関するものも含む）に該当する年間（1～12 月）の件数をご記入ください。経験しなかった（該当件数：0）の場合も“0”を記入してご報告ください。この事例について様式 1-1 で事例を全てご報告ください。

(産婦人科責任者用 → 都道府県産婦人科医会)

様式 1 - 1 - 1

事例報告書

| SEQ. No | 分類 | ※都道府県記入欄 | | | |
|---------|----|----------|--|--------|--|
| | | 都道府県 No | | 事例 No. | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------|----|---|---|---|-----|
| 報告年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | 記載者 |
|-------|----|---|---|---|-----|

| | | | | |
|----------|----|---|---|---|
| I. 事例発生日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
|----------|----|---|---|---|

II. 偶発事例分類 (該当する口に✓を入れて下さい)

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事例診療分野の分類 | <input type="checkbox"/> 産科診療 (妊娠分娩) に関わる事例 (異所性妊娠含) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 婦人科診療に関わる事例 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 不妊症診療に関わる事例 | | | | | | | | |

| 事例対象の分類 | 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 (死亡原因) | 年齢 | 妊娠・分娩回数 |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|----|---------|
| <input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・褥婦 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> () | | G P |
| <input type="checkbox"/> 胎児・新生児 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> () | | |
| <input type="checkbox"/> 非妊女性 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> () | | G P |

| | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--------|---|--|--|
| 事例分類 | <input type="checkbox"/> 子宮内容除去術 (流産・産褥)・人工妊娠中絶に絡む事例 <input type="checkbox"/> 妊娠中の管理に絡む事例 (陣痛発来前) <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例①産科処置・手術に伴う事例 <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例②産科重症合併症 <input type="checkbox"/> 分娩に伴う事例③胎児側合併症 <input type="checkbox"/> 新生児管理上の事例 <input type="checkbox"/> 婦人科手術事例 <input type="checkbox"/> 婦人科・不妊症診療に関わる事例 <input type="checkbox"/> 輸血関連事例 <input type="checkbox"/> その他の事例 | | | | | | 術式 (手術の場合) | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 開腹手術 <input type="checkbox"/> 鏡下手術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡、 <input type="checkbox"/> 子宮鏡、 <input type="checkbox"/> 卵管鏡 <input type="checkbox"/> 腔式手術 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | | | | | | 臨床的診断名 | | | |

III. 簡単な臨床経過 : 具体的な臨床経過は様式 1-1-2 に記載のこと

| |
|--|
| |
|--|

IV. この事例の問題点、争点

| |
|--|
| |
|--|

V. 医事紛争への発展の可能性 (該当する口に✓を入れて下さい)

| | | |
|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 医事紛争中 | <input type="checkbox"/> 5 訴訟 (示談・和解・勝訴・敗訴・その他) | 付記事項 |
| <input type="checkbox"/> 2 証拠保全・訴状有 | <input type="checkbox"/> 6 紛争なし | |
| <input type="checkbox"/> 3 カルテ開示請求有 | <input type="checkbox"/> 7 不明 | |
| <input type="checkbox"/> 4 訴訟前解決 (示談・話し合い解決) | <input type="checkbox"/> 8 事故調査制度 (医療安全調査機構) への報告 | 産科医療補償制度への申請 : 有 ・ 無 ・ 不明 |

VI. 都道府県産婦人科医会への要望 (この事例について)

| |
|--|
| |
|--|

事例報告書

Ⅷ. 具体的な臨床経過 ※ 経過サマリーがある場合は添付して提出してください