

医療安全指標の開発 － 他施設間比較用外部公表指標と内部管理指標 －

研究分担者 鳥羽三佳代 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター
森脇睦子 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター
尾林聡 東京医科歯科大学医学部附属病院 医療安全管理部
研究代表者 伏見清秀 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野

研究要旨

医療機関の医療安全管理体制の機能的充実を計測する指標作成を目的として、DPC データを用いて計測する他施設とのベンチマークも可能な外部公表用指標 6 指標と、DPC データとその他の医療データを統合して計測する内部管理用のモニタリング指標 19 開発を行った。外部公表用指標計測は、医療安全の標準化と均てん化、内部管理用指標計測は、院内の医療安全に関連する事象の発生を定量的に評価する管理体制の整備と、データに基づいた継続的な PDCA 改善活動の実践に資するものと期待される。

A. 研究目的

2016 年 6 月医療法施行規則一部改正に伴い、特定機能病院には、医療安全に資する診療内容のモニタリングや従事者の医療安全認識についてのモニタリングを平時から行うこと、および病院管理者が死亡および死産を確実に把握するための体制整備が求められるようになった。これら事象は当然のことながら、特定機能病に限り行えばよいものではない。本研究では、各医療機関の医療安全管理体制の機能的充実を計測する指標の作成を目的とした。指標は、DPC データを 2 次利用して計測することで、他施設とのベンチマーク可能な外部公表用指標と、DPC データとその他の医療データ（インシデントレポートや診療録、死亡症例検証結果など）を

統合して計測する内部管理用指標に分けて作成した。

B. 研究方法（図 1）

1) DPC データを用いて計測する指標

国内外で既に使用されている安全指標のなかから、DPC データで計測可能であり、①ある程度広く使用されている、②事象の発生を反映できている（感度がよいと推測される）③患者にとって重要なアウトカムに繋がる、④介入によって改善が期待できる、等の観点から計測する指標を選定した。選定された指標は、東京医科歯科大学医学部附属病院の DPC データを用いて実際に計測を行い、その手法の精度等について検証を行い、指標を絞り込み、算出ロジックの改定、考案を行った。

さらに、既存指標とは別に新規指標の開発も行った。

2) DPC データやその他の医療データを用いて計測する指標

2-1: DPC データのみでは計測できない指標

DPC データで症例を抽出し、その他の医療データで症例を検出する方法で計測できる指標を開発

2-2: 医療安全認識についてのモニタリング指標

DPC データを用いて計測する指標計測により、検出された症例について、インシデントレポートが提出されているかを計測することで、従事者の医療安全認識についてのモニタリング指標を開発

2-3: 院内体制整備により、各施設が保有しているデータを用いて計測する指標

医療事故調査制度や医療法施行規則一部改正に伴う院内体制整備により、各施設が保有しているデータを用いて計測する指標として、病院管理者への全死亡事例についての速やかな遺漏なき報告体制整備にあたり、死亡症例検証会を実施している施設であれば、副次的に算出できると考えられる指標を開発

本研究は東京医科歯科大学医学倫理委員会にて承認され実施した。

C. 研究結果

1) DPC データを用いて計測する指標

肺血栓塞栓症に関するプロセス指標 2 指標、肺血栓塞栓症に関するアウトカム指標 1 指標、中心静脈カテーテル挿入に伴うアウトカム指標 1 指標、その他の事象に関するアウトカム指標 2 指標の計 6 指標を作成した (表 1-1)。

診療報酬情報を用いた医療安全の計測は、国外では 1990 年台前半から行われており、アメリカの AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) が作成した PSI (Patient Safety Index) が良く知られている (表 2)。国内では、2003 年、DPC 制度 (診断群分類包括支払い制度) が開始後より、国立病院機構、全日本病院協会、日本病院会、京都大学の Quality Indicator/Improvement Project などが、DPC データを用いた様々な質評価指標を開発、計測している。これらの指標のうち、医療安全に関連する指標をまとめたものが表 3 である。各病院団体の指標を比べると、類似した指標名称の指標があるが、分子、分母の定義を確認すると、指標ごとに異なっていることがわかる。つまり、これらの指標は、同じ算出定義の計測結果の比較はできても、別団体間で類似名称の指標結果の比較はできないことになる。また、全ての団体が詳細な算出定義を開示しているわけではないことが、数字の解釈をさらに困難にさせている。数字だけが一人歩きしやすい現在の情報社会において、似て非なる指標結果が、数字だけ比較されてしまうというリスクを抱えている状態にあることが問題となっている。本研究班が指標の作成と算出定義を公開することには、類似指標の統一化につながる可能性があり、その意義は大きいと考える。以下作成経緯と其の意図を解説する。

◆死亡率に関する指標

患者背景因子の調整などが難しいことから、DPC データを用いて計測する指標の対象として、本年度は選択しないこととした。

◆肺血栓塞栓症に関連するプロセス指

標（指標1・指標2）

健政発第98号新旧対照表に、『医療に関わる医療安全の確保に資する診療状況の把握』の具体例として『手術時の血栓予防策実施率等』と記載されていることから、手術症例の肺血栓塞栓予防策に関するプロセス指標と、内科的症例にも関連するようなプロセス指標として、脳卒中症例に対する肺血栓塞栓予防策に関するプロセス指標を選出することとした（指標の算出定義：資料1-2）。

指標1. 脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策実施率は国立病院機構の算出定義をそのまま採用した。**指標2. 手術あり症例の肺血栓塞栓症の予防対策実施率**は、表3のNO.7（国立病院機構）、NO.9（全日本病院協会）に相当する。両者の指標算出定義を比較すると、分母に関して、NO.9は、全身麻酔かつ、『肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症予防ガイドラインで発症リスクが中レベル以上とされている手術を実施した患者を年齢問わず対象としているが、NO.7は麻酔に関する定義付けはなく、術式区分別に対象年齢を15歳以上もしくは、40歳以上と定義している。分子に関しては、NO.9は肺血栓塞栓管理料が算定された症例を分子と定義しているのに対して、NO.7は肺血栓塞栓管理料が算定されているか抗凝固療法が行われている患者と定義されており、前述したように、類似名称指標であってもその算出定義が異なっていた。東京医科歯科大学医学部附属病院ではNO.7の算出定義を用いて、同指標の算出を行っているが、麻酔法に関する規定がないため、入院期間中に病棟で無麻酔下に実施された子宮頸管ポリープ切除症例（150216010）や、局所麻酔下の四肢皮下腫瘍切除術（150308610）など、術後安静度の制限が

なく、肺血栓塞栓予防が実施されない手術も術式コードから分母として拾われてしまうことから、指標算出結果が実際の実施状況よりも低く評価されていた。また、NO.9の指標定義を用いると、腰椎麻酔や硬膜外麻酔下に実施される産科や整形外科の術後肺血栓塞栓ハイリスク症例は対象から外れてしまう。これらの、意見をふまえ、本指標では、分母の定義をNO.7をベースとして、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔のいずれかの麻酔下に実施された、肺血栓塞栓症のリスク因子が中リスク以上の患者を分母とすることとした。

◆肺血栓塞栓症に関連するアウトカム指標（指標3）

指標3：手術あり患者の肺血栓塞栓症発生率

表3のNO.8（国立病院機構）、NO.10（全日病）、NO.11（QIP）が術後患者に発生した肺塞栓症発生率の指標であるが、NO.8とNO.10はそれぞれ、前述のNO.7とNO.9のプロセス指標と同じ症例を分母として定義し、NO.11は18歳以上の緊急手術・周産期・産褥期・出産以外の手術症例を分母としており、3指標とも分母定義が異なっていた。研究班としては、プロセス指標である指標2と対になるアウトカム指標として指標3を作成するという意図もあることから、指標3の分母は指標2で決定した分母と同じ症例を分母とすることとした（指標の算出定義：資料3）。

◆医原性気胸に関するアウトカム指標（指標4）

指標4：中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率

表3のNO.12-15が医原性気胸に関連する指標となる。今回は、入院中に比較的高頻度実施される侵襲的処置に関する合併

症モニタリング指標として、中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸発生率を採用することとした。どの算出法も入院後発生疾患名に気胸病名が記入されている症例を検出することになるため、保存的経過観察となった軽症気胸の感度は低いことが推測されたことから、持続的ドレナージが実施された重症な気胸・血胸を検出対象としている国立病院機構の算出ロジックを採用することとした。

◆予定していない再入院や救急入院に関する指標は、その定義づけや入力精度、疾患調整が困難であることから、今回の指標作成からは外した。敗血症や術後呼吸不全に関連した指標についても、病名付与に関する施設ごとの習慣や癖により、精度評価が難しいと判断し、今回の指標対象からは外した

◆入院中の骨折に関するアウトカム指標（指標 5）

指標 5：75 歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率

算出法は表 3 NO. 21 国立病院機構の算出法を採用した。指標の意図としては、入院中の転倒・転落に伴う骨折発生率に相当する指標として作成されたものと推測される。本指標を東京医科歯科大学医学部附属病院でも計測し、検出された症例の診療録調査を実施したところ、症例の 95%は転倒・転落に起因する骨折症例であった。転倒・転落は、医療安全の抱える大きな課題の 1 つである。転倒率などを、医療安全指標として公表している施設はあるが、転倒者の検出には、任意提出性のインシデントレポートが用いられており、施設によってレポート提出精度が異なることから、他施設比較は困難とされていた。本指標は、定量的なデータから症例

を検出できることから、施設ごとの安全文化の差の影響は回避できることが期待される。しかしながら、病院の検出には入院後発生疾患名を用いていることから、転倒・転落に起因しない、院内骨折（移乗時の動作に伴う骨折など）も含まれてくることも考慮して、解釈する必要はある。転倒・転落との関連の有無にかかわらず、入院中の骨折は重大インシデントとなることから、本指標を計測する意義は大きいと考える（指標の算出定義：資料 5）。

◆その他のアウトカム指標（指標 6）

指標 6：経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率

新規に作成した指標である。DPC データで計測可能な有害事象のモニタリング指標は、有害事象発生時に、なんらかの医療介入が実施され、手術、処置、投薬等に対する診療報酬請求が行われるか、入院後発生疾患名に病名が記載されなければ、計測は困難である。入院後発生疾患名は診療報酬請求に直接関連しないこともあり、その入力精度には施設間差があることも懸念されている。対して、実施した医療行為に関するデータはオーダーリングシステムと連動している施設などでは比較的漏れにくいことが期待されることから、医療行為で症例を検出できるような事象は、DPC データを用いた計測に適していると考えられる。経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデは、発生後実施される処置としては、まず心嚢穿刺が行われ、それでも改善しない場合は開胸止血が実施されることが多い。事象発生時に実施される医療行為が、比較的限定されている事例であることから、DPC データのみで指標作成ができる可能性があると判断されたため、今回、新規指標として作成した（指標の算出定義：資料 6）。

2)DPC データやその他の医療データを用いて計測する指標 表 1-2

DPC データは計測可能な症例が限定されることから、DPC データを用いて症例を抽出し、その症例の診療録調査を実施して計測する指標を作成した。DPC データと他の医療情報を統合することで、計測可能な対象が広がる。診療録調査には、臨床の知識も必要となるため、データ操作のみで計測する手法よりも、計測者に専門的知識が求められることと、時間的人的労力がかかることは否めない。しかしながら、チャートレビューのような、手法と比較すると、DPC データで症例と診療録を調査する日時をある程度絞り込んで情報収集する本手法の作業の効率は悪くないと考える。

2-1 : DPC データのみでは計測できない指標 (指標 1、2)

他施設比較用指標の指標 5 :75 歳以上の退院患者の入院中の予期せぬ骨折発生率は、転倒転落に伴う骨折率の計測が指標作成の意図ではあったが、DPC データのみでの計測では、転倒転落に起因しない症例も含まれてくる。検出された症例は、転倒転落の関連する否かに関わらず、院内で発生した重大インシデントである。院内の内部管理を考えた場合、指標の分子として検出された症例の診療録調査を実施し、インシデント発生の予防対策立案を実施するためのエビデンスとすることになる。その過程で、副次的に転倒転落に起因する骨折発生率が算出できると考えたことから、内部管理用の指標として、指標 1:入院中の転倒転落に起因する骨折発生率を作成した。内部管理用指標では、院内骨折予防対象者は高齢者のみではないこと、また疾患・年齢・性別によって骨折

好発部位がことなることが推測され、対応策が異なることも推測されることから、対象を 75 歳以上の高齢者に限定せず、院内の骨折症例を網羅的に把握し、さらに事例の詳細分析を実施し、対策を立案するエビデンスとなることを目指した指標とした (指標の算出定義 : 資料 8)。

転倒転落に起因する重体インシデント事象は、骨折と頭蓋内出血であることから、頭蓋内出血についての指標として作成したのが指標 2 : 入院中の転倒転落に起因する頭蓋内出血発生率である (指標の算出定義 : 資料 9)。両指標とも診療録調査が必要となるが、DPC データのみでなく、電子カルテのレセプト病名検索機能も用いれば、病名発行日が絞り込めるため、この日の診療録調査を実施すれば、転倒転落に起因する事象であるかどうかの判断は比較的容易である。この判断が容易にできない施設は、診療録記載に不備があると言わざるを得ないことから、この指標計測を機に、診療録の適正な記録についての改善活動にもつなげる契機になることも期待される。

2-2: インシデントレポート提出率を算出 (指標 3、6)

中心静脈カテーテル挿入による重症な気胸・血胸や経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ、院内発症骨折、入院中の転倒転落に起因する骨折および頭蓋内出血などのアウトカム指標 (他施設比較用指標 4-6、内部管理用指標 1-2) の分子症例は、インシデントレポート提出対象症例となっている施設が多いと推測される。これらの症例について、インシデントレポートが適切に提出されているか、インシデントレポート症例と統合して計測するのが内部管理用指標 3-6 である。施設によっては、統合可能な状態でデータ保

存されていない施設もあることが推測されるため、統合可能な施設に限られる指標にはなるものの、安全管理文化の浸透状況や、診療科・部門による浸透率の差などを数値で示すことで、レポートニング効果による提出率の改善を目指したり、（レポートニング効果が認められず改善活動が必要と判断される場合は）改善活動に繋げる際のエビデンスとしたりすることも期待される指標である（指標の算出定義：資料 10）。

2-3：死亡症例検証により得られる結果から計測する指標（指標 7-20）

2015 年 10 月より医療事故調査制度が開始されるにあたり、医療法施行規則第 1 条の 10 の 2 のように、『予期しなかった死亡』が定義された（資料 12）。2016 年 6 月には医療法施行規則の一部が改正を受け、医政総発 0624 第 1 号で特定機能病院は、病院管理者が医療法第 6 条の 10 第 1 項の規定による報告を速やかに行うため、死亡・死産を確実に把握する体制を整備することが求められており、各施設が、施設の現状に即した体制を整備している。東京医科歯科大学医学部附属病院では、院内の全死亡事例検証会を実施している。検証は週 1 回、1 週間分の死亡症例について、医療安全管理部で医師・看護師・薬剤師 GRM、質管理部門医師らが担当症例の診療録調査を実施し、医療安全の観点から疑義がないかを検証し、安全管理委員会に諮るべきか、死亡症例検証会で再検証すべきか、Mortality and Morbidity カンファレンスやリスクマネージャー会議で広く情報共有すべきかをなどを判断する（迅速な判断を要する事例もしくは診療科医師が判断に迷うような事例については、死亡発生時に速やかに医療安全管理部

に連絡が入るシステムがあるため、週 1 回の医療安全管理部で実施している検証時には、対応が済んでいるため、週 1 回開催で現在のところ支障はない）。さらに、月 1 回開催される死亡症例検証会において、1 か月分の症例の検証を検証会メンバーと再度検証を行い、疑義症例については、当該診療科の医師から症例についての説明を求めている。医療の専門的な事項についての検証は、各診療科もしくは複数診療科グループでのデスクカンファレンスが実施されており、検証会では主として、医療事故調査制度の視点、医療安全の視点で、適切に医療が提供されていたか、死因究明についての現状を医療安全の視点で、適切に実施されていたかを評価している。死亡症例検証会での検証内容は安全管理委員会でも情報共有されている。以下の指標は複数名の医療者が参加する死亡症例検証会が実施されていると仮定した場合に副次的に計測できるもしくは東京医科歯科大学医学部附属病院で計測している内部管理用指標を示した（指標の算出定義：資料 11）。

指標 7-14 は医療事故調査制度を意識した指標として作成した。死亡症例検証会の有無やその内容については、各施設に委ねられており、施設によってはこれらの指標が副次的に作成できない施設もあるかもしれない。

指標 7：提供した医療に起因した死亡率 指標 8：予期せぬ死亡率

指標 7、8 は、医療事故調査制度の調査対象の定義に用いられている症例の発生状況を把握するための指標である。複数の医療者による死亡症例検証を経て、自院における提供した医療に起因した症例の発生数や予期せぬ死亡の発生数を定量的に把握することが、提供した

医療の適切性や医療提供前に適切な説明ができていのかなどについて自己点検、相互批判の文化の保持に繋がることが期待される。

指標 9: 死亡についてのインフォームド・コンセント (IC) 率

指標 10: 死亡についてのインフォームド・コンセント (IC) 記録率

指標 9、10 は、『予期していた死亡である』とする根拠を診療録に残せていたかどうかを評価する指標である。診療録記載に不備があれば当該科へ改善を求めると同時に、定量的に計測することで、診療録記載の改善が実行されているかを継続的に評価できる。また、計測対象事項は診療録に記載しなければいけない事項であることを全診療科に啓蒙する指標にもなると考えている。

指標 11: 原病による死亡率

指標 12: 原病に伴う合併症*による死亡率

指標 13: 合併症 (併発症) による死亡率**

*合併症: ある病気が原因となって起こる別の病気
**合併症 (併発症): 医療行為に際して2次的に発生し患者に影響を及ぼす事象
指標 11-13 は死因に関する指標である。特定の術式や診療科の術後合併症による死亡事例の増加がないかという視点から、合併症**に起因する死亡事例などが集積していないかを計測する指標である。医療安全の視点から計測対象としたのは、指標 13 の医療行為に際して2次的に発生し患者に影響を及ぼす事象としての合併症 (例: 直腸癌手術後の縫合不全や骨盤内膿瘍形成など) による死亡率であるが、『合併症』という言葉には、ある病気が原因となって起こる別の病気 (例: 膵臓癌に伴うトルソー症候群

による脳梗塞) という意味もあり、現場でも混乱がみられることから、指標 12 を作成することで、両者を意識的に分けて計測できるようにした。

これらの指標作成のためには、データベースを作成することになり、合併症**に起因する死亡数もしくは率を診療科別に算出することが可能となり、特定の術式もしくは診療科で合併症**による死亡が多発していないかも容易に判断することができるようになる。

指標の意図からすると、合併症**による死亡であるかの判断は、主治医の判断ではなく、死亡症例検証会などで、複数名の第3者の医療者が診療録を精読して判断することが望ましいため、これらのシステムが整っている施設でないとは計測できない指標となる。

指標 14: 死亡診断書直接死因と検証結果との一致率

指標 14 は死亡症例検証会で直接死因であると判断された事象が適切に死亡診断書に記載されているかどうかを判定する指標である。死亡診断書は統計表の源泉であるばかりでなく、ご遺族にお渡しする公文書であり、その記載不備は医療不信にも繋がりがねない重要な書類である。厚生労働省が公表している死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアルに沿った診断書作成が行われているかを評価し、院内の啓蒙活動に利用できる指標として作成した。

指標 15: 剖検実施率 (死産以外)

指標 16: 剖検実施率 (死産)

指標 17: 提供した医療に起因した死亡事例の剖検実施率

指標 18: 予期せぬ死亡事例の剖検実施率

指標 19: Ai (Autopsy imaging) 実施率

指標 15-19 は死因究明に関する指標である。病理解剖数は日本のみならず、世界的

にも減少しているが、死因究明における病理解剖の重要さに変わりはない。また、日本病理学会は、病理解剖・CPCを継続して行うことは医療における自己点検、相互批判の文化を保持する上で極めて重要であり、医療安全文化の基盤として、その減少に強い危機感を示し、積極的な啓蒙活動に努めている。病理解剖の減少には、画像診断技術の向上や剖検にかかる費用が病院持ち出しになってしまうという費用的な側面から、臨床医・病理医双方の剖検に対する意識の変化、医師-患者関係の変化など様々な要因が絡み合っていると推測されている。剖検率を医療の質を計測する指標として公表している病院もあるが、分母を救急初療室以外の入院死亡症例としていたり、救急初療室死亡症例込の院内死亡症例としていたり、院内死亡の検視症例や死産症例の取り扱いについて記載されていない施設も多く、分母が統一されていないことが課題であった。本指標では、自院で死亡を確認した、検視以外の症例を分母として、死産症例と死産以外の症例を分けて指標を作成した（指標 15、16）。これらの指標計測により自院の剖検率の推移を把握し、その要因を分析し、なんらかの改善活動の必要性の有無を判断する、つまり、剖検に対する自院の組織としての考え方を明確にする契機になることが期待される指標である。指標 17、18 では死亡症例検証会で提供した医療に起因する死亡と判断された事例、予期せぬ死亡と判断された事例それぞれの剖検率を算出するものとした。指標の解釈には様々な考え方があると思われるが、自院の組織としての考え方を明確にするもしくは、考えてみる契機になることが期待して作成した。指標 19 は、剖検率の低下に影響していると、一般的に言われることの多い、死後画

像診断の実施率を算出するものとした。死後画像診断については、学術的評価が一定でないこと、診断体制が未整備であること、診断能力を有する医師の確保など、さまざまな課題を孕んでいる新規診断法である。こちらも自院として、医療の質を担保するための死因究明法として、病理解剖と死後画像診断のあり方を自院は組織としてどのように判断するかを考える契機となる指標となることを期待して作成した。

このほか、CPCが充実している施設であれば、病理解剖診断率やAi診断率なども算出できるが、定義づけが主観的にならないよう、複数名で検証できる体制を整備しないと、指標としての確度が低くなるため、定義づけが困難であることから、本研究では採用しなかった。

D. 考察

1) DPC データを用いて計測する指標

DPC データを用いて算出可能な 6 指標を他施設比較も可能な外部公表用指標として作成した。これらの指標は表 2 に示すように、国内の病院団体に類似名称の指標計測はすでに実施されているが、分母、分子の定義がそれぞれの指標で異なっていることから、別団体間の指標の結果を比較することはできなかった。本研究班は、それぞれの指標の長所・短所を比較して定義を改変したほうがよいものはより、定義を変更して新規指標として作成している。DPC データを用いた指標算出の利点は、既存のデータから比較的容易に算出可能である点である。しかしながら、本手法に関しては、限界もある。以下、指標計測実施にあたり、その解釈にあたり注意しなければいけない点について述べる。**指標 1: 脳卒中に対する静脈血栓塞栓症予防策の実施率**

予防策が実施されたかどうかの判断は、入院期間中 1 回しか算定できない血栓予防加算が算定されていれば実施されたと判断している。つまり、予防策の質を担保する指標ではない（適切なタイミング予防策が開始され、適切な期間継続されていたかどうかなど）ことがこの指標の限界である。

また、臨床的に予防策が肺血栓塞栓症発生予防に効果が期待できないような症例（入院当日に死亡退院した入院時 DNAR 症例など）も含まれてくることで、実施率が臨床現場の実感よりも低く算出されるなどの限界はある。

指標 2. 手術あり症例の肺血栓塞栓症の予防対策実施率

指標 1 と同様、予防策の有無を評価し、その質についての評価はできないことがこの指標の限界となる。

指標 3: 手術あり患者の肺血栓塞栓症発生率

本指標は、入院後発生疾患名に肺塞栓の病名が記入されている症例を肺血栓塞栓症例として検出している。医療資源病名が肺塞栓症の病名は、診療報酬請求に直結することから、入力漏れが起こらないが、入院後発生疾患名が肺塞栓症の症例は、病名付与の有無が診療報酬請求に関与しないため、入力精度に施設間差があると言われている。

また、術後深部病脈血栓症スクリーニング法や造影 CT を始めとする画像診断法の進歩もあり、無症候性の肺塞栓症と診断される症例も増えている。東京医科歯科大学医学部附属病院で国立病院機構の算出法 (NO. 7) で指標計測を試算してみたところ、無症候性の肺塞栓症が多く含まれており、公表されている国立病院機構の指標目標値よりも高い結果となった。すべての症例の診療録調査を実施したが、

全例手術リスクに準じた術後血栓塞栓予防を適切な時期まで継続実施されていた。無症候性肺塞栓症例は、無症候性であるため、術後血栓塞栓症を積極的にスクリーニングしていない施設では、肺塞栓と診断されない症例が多く含まれていると推測され、診断能力が高い施設はアウトカム指標としての結果は、悪くでてしまうことに注意が必要である。このように、本指標の算出定義では、病名入力を適切に実施している施設や診断能力精度の高い施設が、病名入力精度の低い施設や診断能力の低い施設よりも悪い結果が出てしまう可能性があることも考慮しなければならない。

指標 4 : 中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率

この指標は中心静脈カテーテルが挿入され、持続的胸腔ドレナージが実施された症例のうち、入院後発生疾患名に気胸が記載されている症例を検出している。病名から検出する本手法の限界は、陽性的中率が 100%にはならないことである。この検出法では気管支鏡下生検時や ESD 時に医原性気胸が発生し、持続的胸腔ドレナージが開始され、同日に中心静脈カテーテルが挿入された症例なども含まれてくる。また、穿刺部位の情報や超音波ガイド下穿刺であったのかどうか等、事象の要因分析にあたって医療安全管理上確認したい事項については本手法では評価できないという限界がある。

指標 5 : 75 歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率

この指標も前述までの指標と同様、入院後発生疾患名に骨折病名が記入されていることが検出条件になるため、病名入力精度が感度に大きく影響する。東京医科歯科大学医学部附属病院での計測では、外科的介入が必要となる大腿骨骨折や上

腕骨折などは病名が漏れないが、鎖骨骨折や肋骨骨折などの医療資源投入が少ない骨折は病名入力に漏れやすいことがわかった。

指標 6：経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率

術式と処置から症例を検出する方法である。病名から検出する指標よりも感度は高いと推測されるが、経皮的心筋焼灼術とは関連しない入院中の心嚢穿刺実施症例が混在してくる可能性は否定できない。また、算出定義で対象の難易度を考慮していないため、難易度の高い症例の経皮的心筋焼灼術を実施している施設のアウトカムが悪くなる可能性がある。将来的には、症例の難易度も考慮した指標の開発(改正)も念頭にいれつつ、指標限界を提示するためにも、現段階でこの指標を作成した。

2)DPC データやその他の医療データを用いて計測する指標

2-1：DPC データのみでは計測できない指標（指標 1、2）

診療録調査を実施する検出法なので、計測には、診療録を読み、評価できる医療知識と、施設の慣習（計測対象事項が診療録のどこに、どのような書式で記載されるのか）などを理解していることなどが求められる。指標 1、2ともに、診療録が適切に記載されている施設ではレセプト病名を確認して、病名開始時の診療録を調査して転倒転落に起因したという記録を確認するだけなので、比較的短時間で調査を行うことができる。しかしながら、記載に不備が多い施設では、記載を探すために診療録を広く読み込んでいかなければならず、場合によっては当事者にヒアリングをしないと評価できないこともあるかもしれない。そのような施設では、

指標計測前に、診療録記載の適正化に取り組む必要があることになる。

2-2：インシデントレポート提出率を算出（指標 3、6）

元になる指標の計測精度に限界があるなかでのインシデントレポートとの統合であるため、インシデントレポート提出率の高い施設では、インシデントレポートは提出されているのに、DPC データでは検出できない事例も発生してくるはずである。指標案では分母を、DPC データを用いた算出法で検出した症例数にしているが、インシデントレポートで検出した症例と合わせた症例数を分母とすることで、指標の精度をさらにあげることができる。いづれにしても、診療報酬請求漏れかつ、インシデントレポートも提出されていない症例の検出は不可能ということになるが、入院患者全症例のチャートレビューを行っても記録がない症例がある可能性を考えると、全症例を網羅的に検出できる方法はなく、業務として、内部管理のために、改善活動の必要な事象を検出するという目的での事象検出においては、現状では、本手法での検出が継続的に実施可能な検出法となるのではないかと考えている。

2-3：死亡症例検証により得られる結果から計測する指標（指標 7-19）

全死亡症例の検証を実施していると仮定した場合、副次的に算出可能な指標として作成した指標である。医療事故調査制度そのものも、今後順次見直しが予定されている未完成な制度であり、指標の算出法も、その解釈も、法改正や社会情勢の変化で流動的に変化すると考えられる指標ではある。計測を行うことで、その結果を組織としてどう捉えるのか、自問自

答する機会を設けるエビデンスになったり、インフォームド・コンセントの在り方、診療録記載の在り方、死亡診断書の書き方などについても啓発する活動につながったりすることが期待される指標である。剖検率は、医療の質評価指標として既に外部公表している施設もあるため、外部公表用指標に分類することもできたが、DPC データではなく、死亡症例検証会や医事課データを用いて算出する指標であることから、今回は内部管理用指標に分類した。算出法が統一できるのであれば、指標 15、16 は外部公表用指標とすることもできると考えている。指標 19 については、死亡時画像診断についての学術的評価が一定していない現状では、質評価指標として外部公表する指標とすることは適切ではないという立場をとる。

E. 結論

DPC データで算出する他施設間比較用指標と、DPC データとその他の医療データも用いて自院の内部管理用に作成する指標を開発した。他施設間比較用指標は汎用性に着目し、多くの施設において、できる限り少ない人的・質的労力の投資で計測できるよう、院内ビッグデータである DPC データを利用した指標を作成することとした。指標内容は、医療安全を定量的に計測することに慣れていない施設であっても受け入れやすい項目を選択している。多くの施設で、統一された算出定義で安全指標が計測されるようになることで、欧米諸国に遅れをとってきた日本においても、医療の質評価の普及と医療安全文化の浸透、その結果として、医療の質の更なる向上が期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表

・鳥羽 三佳代, 森脇 睦子, 佐瀬 裕子, 尾林 聡, 伏見 清秀. 診療報酬情報を用いた中心静脈カテーテル挿入に伴う重症気胸事例検出法—内部監査における診療報酬情報利用の可能性—. 日本医療・病院管理学会誌, 53(4), 15-23

2. 学会発表

・安全管理レポートと DPC データを用いた入院患者転倒の重症化に影響を及ぼす因子分析, 第 18 回日本医療マネジメント学会学術総会(口演), 2016 年 4 月 22 日~23 日, 福岡

・DPC データを用いた子宮体癌手術関連死亡率算出の試み, 第 68 回日本産婦人科学会(ポスター), 2016 年 4 月 22 日~24 日, 東京

・DPC データを用いた婦人科悪性腫瘍手術合併症検出の試み, 第 58 回婦人科腫瘍学会(ポスター), 2016 年 7 月 8 日~10 日, 鳥取

・Calculation of inpatient mortality after surgery for uterine endometrial cancer using a nationwide administrative database, International Forum on QUALITY & SAFETY in HEALTHCARE (poster), 2016 年 9 月 26 日~28 日, Singapore

・診療報酬情報を用いた入院中の転倒転落に起因する骨折および頭蓋内出血症例の検出 -単施設における質管理のためのモニタリング手法開発-, 第 11 回医療の質・安全学会学術集会(口演), 2016 年 11 月 19 日~20 日, 千葉

医療安全指標

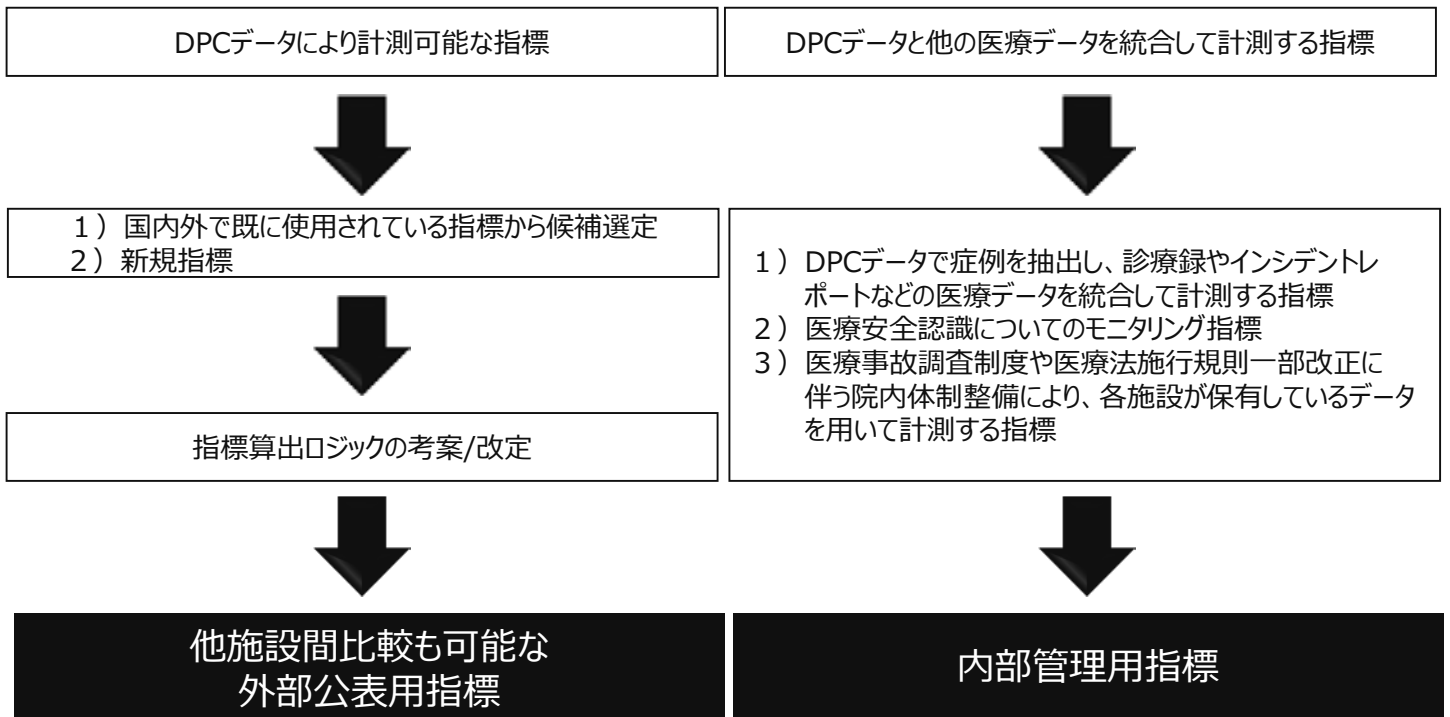


表1 医療安全指標

表1-1 他施設比較用指標 6指標（案）

No.	指標名称
DPCデータを用いて計測する指標	
肺血栓塞栓症 プロセス指標	
1	脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率
2	手術ありの患者の肺血栓塞栓症予防対策の実施率
肺血栓塞栓症 アウトカム指標	
3	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率
中心静脈カテーテル挿入 アウトカム指標	
4	中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率
その他 アウトカム指標	
5	75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率
6	経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率

表1-2 内部管理用指標 19指標（案）

No.	指標名称
DPCデータと他の医療データ（インシデントレポート・診療録等）を統合して計測するアウトカム指標	
1	入院中の転倒転落に起因する骨折発生率
2	入院中の転倒転落に起因する頭蓋内出血発生率
安全管理体制評価指標	
3	中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸に関するインシデントレポート提出率
4	経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生に関するインシデントレポート提出率
5	入院中の転倒転落に起因する骨折に関するインシデントレポート提出率
6	入院中の転倒転落に起因する頭蓋内出血に関するインシデントレポート提出率
死亡症例検証会等から副次的に計測可能な指標	
死因に関する指標	
7	提供した医療に起因した死亡率
8	予期せぬ死亡率
9	死亡についてのインフォームド・コンセント（IC）率
10	死亡についてのインフォームド・コンセント（IC）記録率
11	原病による死亡率
12	原病に伴う合併症*による死亡率
13	合併症**（併発症）による死亡率
14	死亡診断書直接死因の検証結果との一致率
死因究明に関する指標	
15	剖検実施率（死産以外）
16	剖検実施率（死産）
17	提供した医療に起因した死亡事例の剖検実施率
18	予期せぬ死亡事例の剖検実施率
19	Ai（Autopsy imaging）実施率

*合併症：ある病気が原因となって起こる別の病気

**合併症(併発症)：医療行為に際して2次的に発生し患者に影響を及ぼす事象



AHRQ Quality Indicators™

Patient Safety Indicators

Help assess quality and safety of care for adults in the hospital

Patient Safety Indicators—

- Can be used to help hospitals and health care organizations assess, monitor, track, and improve the safety of inpatient care.
- Can be used for comparative public reporting, trending, and pay-for-performance initiatives.
- Can identify potentially avoidable complications that result from a patient's exposure to the health care system.
- Include hospital-level indicators to detect potential safety problems that occur during a patient's hospital stay.
- Include area-level indicators for potentially preventable adverse events that occur during a hospital stay to help assess total incidence within a region.
- Are publicly available at no charge to the user.
- Include risk adjustment where appropriate.
- Can be downloaded at www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V50/TechSpecs/PSI_50_updates_techspecs.zip.

The AHRQ Patient Safety Indicators were developed under a contract with the University of California, San Francisco, Stanford University Evidence-based Practice Center, and the University of California,

Davis. The Patient Safety Indicators were first released in 2003 and have been updated as needed over time.

Other AHRQ Quality Indicators

AHRQ has other sets of QIs:

- Prevention Quality Indicators—Indicators representing hospital admission rates for common ambulatory care-sensitive conditions. Hospitalization for these types of conditions can often be avoided with appropriate use of high-quality, community-based primary care services.
- Inpatient Quality Indicators—Hospital- and area-level indicators relating to utilization, mortality, and volume. Hospital-level indicators include in-hospital procedures for which outcomes can vary by hospital; area-level indicators include procedures for which inpatient utilization rates have been shown to vary by metropolitan statistical area.
- Pediatric Quality Indicators—Hospital- and area-level indicators that focus on potentially preventable complications and errors in pediatric patients treated in hospitals. Includes a subset of Neonatal Quality Indicators.

See www.qualityindicators.ahrq.gov for announcements of updates to AHRQ QI software.



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care • www.ahrq.gov

Endorsement

A number of measures have been endorsed by the National Quality Forum (NQF), which reviews the endorsements periodically. Find NQF-endorsed AHRQ measures at www.qualitymeasures.ahrq.gov.

Mailing List

Sign up for free notifications about new and updated AHRQ QIs and associated software tools by registering at www.qualityindicators.ahrq.gov.

User Tools and Support

- Free software to compute AHRQ QI rates, available for SAS® and Windows®
- A detailed users' guide and technical specifications for the Patient Safety Indicators
- Parameter estimates, benchmark data tables, and methodology to create composite measures
- Guidance for designing a report using the Patient Safety Indicators
- Answers to frequently asked questions
- Access to QI Technical Support by email at QIsupport@ahrq.hhs.gov or by phone at 301-427-1949

Patient Safety Indicators

Provider-Level Indicators

- PSI 02 - Death rate in low-mortality diagnosis related groups (DRGs)
- PSI 03 - Pressure ulcer rate
- PSI 04 - Death rate among surgical inpatients with serious treatable conditions
- PSI 05 - Retained surgical item or unretrieved device fragment count
- PSI 06 - Iatrogenic pneumothorax rate
- PSI 07 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- PSI 08 - Postoperative hip fracture rate
- PSI 09 - Perioperative hemorrhage or hematoma rate
- PSI 10 - Postoperative physiologic and metabolic derangement rate
- PSI 11 - Postoperative respiratory failure rate
- PSI 12 - Perioperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis rate
- PSI 13 - Postoperative sepsis rate
- PSI 14 - Postoperative wound dehiscence rate

- PSI 15 - Accidental puncture or laceration rate
- PSI 16 - Transfusion reaction count
- PSI 17 - Birth trauma rate – injury to neonate
- PSI 18 - Obstetric trauma rate – vaginal delivery with instrument
- PSI 19 - Obstetric trauma rate-vaginal delivery without instrument
- PSI 90 - Patient Safety for Selected Indicators

Area-Level Indicators

- PSI 21 - Retained surgical item or unretrieved device fragment rate
- PSI 22 - Iatrogenic pneumothorax rate
- PSI 23 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- PSI 24 - Postoperative wound dehiscence rate
- PSI 25 - Accidental puncture or laceration rate
- PSI 26 - Transfusion reaction rate
- PSI 27 - Postoperative hemorrhage or hematoma rate



QI Web Site: qualityindicators.ahrq.gov



AHRQ Pub. No. 15-M053-4-EF
Replaces AHRQ Pub. No. 10-M043-4
September 2015

表3. 国内の団体が使用している安全関連指標一覧

No.	使用団体	分類	指標名称	分母	分子
1	国病 ^{※1)}	死亡率	PCI（経皮的冠動脈インターベンション）を施行した患者（救急車搬送）の入院死亡率	救急車で搬送され、PCI（経皮的冠動脈インターベンション）が施行された「不安定狭心症」や「急性心筋梗塞」の急性脳梗塞患者における入院死亡率	分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数
2	国病		急性脳梗塞患者における入院死亡率	急性脳梗塞（発症時期が3日以内）の退院患者数	分母のうち、退院時転帰が「死亡」の患者数
3	国病		退院患者の標準化死亡比	予測死亡患者数	観測死亡患者数（調査対象期間中に退院時転帰が「死亡」の患者数）
4	全日病 ^{※2)} 日本病院会		死亡率	期間中に退院した患者人数	期間中に死亡した患者人数
5	国病	血栓塞栓症	脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率	脳卒中（くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳血管疾患の続発・後遺症）の退院患者数	分母のうち、当該入院期間中に「B001-6 肺血栓塞栓症 予防管理料」が算定された患者数
6	国病		胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率	胃がん、大腸がん、膵臓がん、静脈血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	分母のうち、当該入院期間中に「B001-6 肺血栓塞栓症 予防管理料」が算定された患者数
7	国病		手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率（リスクレベルが中リスク以上）	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）が実施された患者数
8	国病		手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベルが中リスク以上）	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	分母のうち、肺血栓塞栓症を発症した患者数
9	全日病		手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	肺血栓塞栓症予防管理料が算定された症例	肺血栓塞栓症予防管理料が算定された症例
10	全日病		手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の発生率	期間中に全身麻酔かつ肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院症例	入院後発症疾患名が肺血栓塞栓症であった症例
11	QIP ^{※3)}		術後肺塞栓症発症数および発症率（緊急手術を除く）	18歳以上の手術（緊急手術を除く）を行い退院した症例（周産期、産褥期、出産は除外）	分母のうち、入院後に肺塞栓症を発症した症例
12	国病	医原性気胸	中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率	IVH挿入した患者数	分母のうち、重症な気胸・血胸を発症した患者数
13	QIP		医原性気胸の発生割合（18歳以上）	18歳以上の退院症例	医原性気胸発生症例
14	QIP		中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸の合併率	中心静脈カテーテル挿入を受けた症例	医原性気胸発生症例
15	QIP	再入院	経胸壁的肺/縦隔生検を実施した症例において、手術後に治療を要する気胸や血胸が生じた症例の割合	18歳以上で、肺、気管、気管支、あるいは縦隔腫瘍が疑われ、かつ経胸壁的肺/縦隔生検を受けた症例	胸腔ドレナージを受けた症例
16	全日病		予定しない再入院率	期間中に退院した患者人数	予定しない再入院であった退院患者数
17	日本病院会	その他	退院後6週間以内の救急医療入院率	退院患者数	退院後6週間以内の救急医療入院患者数
18	QIP		術後呼吸不全発症率（緊急手術を除く）	18歳以上の手術（緊急手術を除く）を行い退院した症例（周産期、産褥期、出産は除外）	分母のうち、術後呼吸不全のある症例（入院後発症した傷病名に呼吸不全の見られる症例）
19	QIP		術後敗血症発症率（緊急手術を除く）	18歳以上の手術（緊急手術を除く）を行い退院した症例	分母のうち、術後敗血症のある症例（入院後発症した傷病名に敗血症の見られる症例）
20	国病		骨髄検査（骨髄穿刺）における胸骨以外からの検体採取率	15歳以上で「D404 骨髄穿刺」が算定された患者数	分母のうち、「D404_2 骨髄穿刺（その他）」が算定された患者数
21	国病	骨折	75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症	75歳以上の退院患者数	分母のうち、入院日2日目以降に診断された骨折患者数

1) 国病：国立病院機構法人

2) 全日病：全日本病院協会

3) QIP:京都大学大学院医学研究科・医療経済学教室が中心となって実施しているQIP（Quality Indicator/Improvement Project）

肺塞栓症プロセス指標

指標 1. 脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率

分母の算出方法

使用データ：様式1

- 1) 計測期間において、様式1の医療資源傷病名に **I60\$ くも膜下出血** と記載されている退院患者を抽出する。
- 2) 1) の患者のうち、以下のいずれかに該当する患者を抽出し、分母とする。
 - ◆様式1の手術情報を参照し、入院中に手術を施行した患者
 - ◆様式1の「発症前Ranking Scale」が「5 重度の障害」に該当する患者
 - ◆様式1の「入院時意識障害がある場合のJCS」が「Ⅲ群（100、200、300）」に該当する患者
 - ◆様式1の「身長」、「体重」より算出したBMI *が35 以上（高度肥満以上）に該当する患者
 - * BMI = 体重 (kg) / 身長 (m) ²
 - ◆様式1の該当する傷病の項目のいずれかに **G82\$ 対麻痺および四肢麻痺** が記載されている患者

主傷病名	入院契機傷病名	医療資源傷病名	医療資源2傷病名	入院時併存症	入院後発症疾患
○	○	-	○	○	○

分子の算出方法

使用データ：EF ファイル

- 1) 分母のうち、EF ファイルを参照し、当該入院期間中に **B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料** の算定があった患者を抽出し、分子とする。

肺塞栓症プロセス指標

指標 2. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率（リスクレベルが中リスク以上）

分母の算出方法

使用データ：様式1、EF ファイル

- 1) 計測期間において、EF ファイルを参照し、『肺血栓塞栓症/ 深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防ガイドライン』に準じて、リスクレベルが「中」以上の手術（別表参照）を、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔のいずれか（下記参照）により実施された患者を分母とする。
- 様式1 の生年月日と入院年月日より入院時年齢を求め、別表の区分1の手術 は15 歳以上の患者、区分2の手術 は40 歳以上の患者を対象とする。

麻酔法

- ◆L002\$：硬膜外麻酔
- ◆L004：脊椎麻酔
- ◆L008：マスク又は気管内挿入管による閉鎖循環式全身麻酔

分子の算出方法

使用データ：EF ファイル

- 1) 分母のうち、EF ファイルを参照し、当該入院期間中に以下のいずれかに該当する患者を抽出し、分子とする。
 - ① **B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料** の算定があった患者
 - ② **抗凝固療法【以下の薬価基準コードの薬剤が用いられたもの】** が行われた患者
 - ◆3332\$
 - ◆3334400\$
 - ◆3334401\$
 - ◆3334402\$
 - ◆3334406\$
 - ◆3339001\$
 - ◆3339002\$
 - ◆3339003\$
 - ◆3339004\$
 - ◆3339400\$

別表

肺血栓栓塞症リスクが中リスク以上の術式

国立病院機構 臨床評価指標Ver.3 計測マニュアルより

別表名	コード	診療行為名
区分1	150009410	筋膜切離術
区分1	150009510	筋膜切開術
区分1	150009610	筋切離術
区分1	150009710	股関節内転筋切離術
区分1	150009810	股関節筋群解離術
区分1	150009910	筋炎手術（腸腰筋）
区分1	150010010	筋炎手術（殿筋）
区分1	150010110	筋炎手術（大腿筋）
区分1	150011110	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（大腿）
区分1	150011210	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（下腿）
区分1	150011410	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（足）
区分1	150011810	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）
区分1	150011910	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（下腿）
区分1	150012110	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（足）
区分1	150019210	骨折観血の手術（大腿）
区分1	150019410	骨折観血の手術（下腿）
区分1	150019610	骨折観血の手術（膝蓋骨）
区分1	150019810	骨折観血の手術（足）
区分1	150020710	骨内異物（挿入物を含む）除去術（大腿）
区分1	150021110	骨内異物（挿入物を含む）除去術（膝蓋骨）
区分1	150021310	骨内異物（挿入物を含む）除去術（足）
区分1	150021610	骨部分切除術（大腿）
区分1	150021810	骨部分切除術（下腿）
区分1	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨）
区分1	150022210	骨部分切除術（足）
区分1	150022710	腐骨摘出術（大腿）
区分1	150022910	腐骨摘出術（下腿）
区分1	150023110	腐骨摘出術（膝蓋骨）
区分1	150024910	骨腫瘍切除術（大腿）
区分1	150025110	骨腫瘍切除術（下腿）
区分1	150025510	骨腫瘍切除術（足）
区分1	150025850	多発性軟骨性外骨腫摘出術（大腿）
区分1	150026050	多発性軟骨性外骨腫摘出術（下腿）
区分1	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿）
区分1	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿）
区分1	150027710	骨切り術（大腿）
区分1	150027910	骨切り術（下腿）
区分1	150028110	骨切り術（膝蓋骨）
区分1	150028310	骨切り術（足）
区分1	150028810	偽関節手術（大腿）
区分1	150029010	偽関節手術（下腿）
区分1	150029210	偽関節手術（膝蓋骨）
区分1	150029410	偽関節手術（足）
区分1	150032010	関節切開術（股）
区分1	150032110	関節切開術（膝）
区分1	150035310	関節脱臼観血の整復術（股）
区分1	150035410	関節脱臼観血の整復術（膝）
区分1	150035810	関節脱臼観血の整復術（足）
区分1	150036310	関節内異物（挿入物）除去術（股）
区分1	150036410	関節内異物（挿入物）除去術（膝）
区分1	150036810	関節内異物（挿入物）除去術（足）
区分1	150037210	関節滑膜切除術（股）
区分1	150037310	関節滑膜切除術（膝）
区分1	150037710	関節滑膜切除術（足）

区分1	150038350	滑液膜摘出術（膝）
区分1	150038750	滑液膜摘出術（足）
区分1	150040910	半月板切除術
区分1	150041810	関節切除術（股）
区分1	150041910	関節切除術（膝）
区分1	150042310	関節切除術（足）
区分1	150042710	関節内骨折観血の手術（股）
区分1	150042810	関節内骨折観血の手術（膝）
区分1	150043210	関節内骨折観血の手術（足）
区分1	150043510	靭帯断裂縫合術（十字靭帯）
区分1	150043610	靭帯断裂縫合術（膝側副靭帯）
区分1	150045410	観血的関節授動術（膝）
区分1	150045810	観血的関節授動術（足）
区分1	150046210	観血的関節制動術（股）
区分1	150046310	観血的関節制動術（膝）
区分1	150047110	観血的関節固定術（股）
区分1	150047210	観血的関節固定術（膝）
区分1	150047610	観血的関節固定術（足）
区分1	150047910	靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
区分1	150048010	靭帯断裂形成手術（膝側副靭帯）
区分1	150048310	関節形成手術（股）
区分1	150048410	関節形成手術（膝）
区分1	150048810	関節形成手術（足）
区分1	150049510	人工骨頭挿入術（股）
区分1	150050010	人工骨頭挿入術（足）
区分1	150050410	人工関節置換術（股）
区分1	150050510	人工関節置換術（膝）
区分1	150050910	人工関節置換術（足）
区分1	150051610	四肢切断術（大腿）
区分1	150051710	四肢切断術（下腿）
区分1	150051810	四肢切断術（足）
区分1	150052210	四肢関節離断術（股）
区分1	150052310	四肢関節離断術（膝）
区分1	150052610	四肢関節離断術（足）
区分1	150052950	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（股）
区分1	150053050	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（膝）
区分1	150053350	化膿性又は結核性関節炎搔爬術（足）
区分1	150058810	腸骨窩膿瘍切開術
区分1	150058910	腸骨窩膿瘍搔爬術
区分1	150059310	脊椎骨搔爬術
区分1	150059410	骨盤骨搔爬術
区分1	150059810	脊椎、骨盤脱臼観血の手術
区分1	150060210	仙腸関節脱臼観血の手術
区分1	150060310	恥骨結合離開観血の手術
区分1	150060810	腸骨翼骨折観血の手術
区分1	150060910	骨盤骨折観血の手術（腸骨翼骨折を除く）
区分1	150061810	脊椎内異物（挿入物）除去術
区分1	150061910	骨盤内異物（挿入物）除去術
区分1	150062910	黄色靭帯骨化症手術
区分1	150063110	椎間板摘出術（前方摘出術）
区分1	150063210	椎間板摘出術（後方摘出術）
区分1	150063310	椎間板摘出術（側方摘出術）
区分1	150063710	脊椎腫瘍切除術
区分1	150063810	骨盤腫瘍切除術
区分1	150063910	脊椎悪性腫瘍手術
区分1	150064010	骨盤悪性腫瘍手術
区分1	150064210	骨盤切断術
区分1	150064410	脊椎披裂手術（神経処置を伴う）
区分1	150064510	脊椎披裂手術（その他）

区分1	150064610	脊椎骨切り術
区分1	150064710	骨盤骨切り術
区分1	150064810	白蓋形成手術
区分1	150066110	仙腸関節固定術
区分1	150067210	試験開頭術
区分1	150067350	穿頭術及び試験開頭術を2か所以上
区分1	150067410	減圧開頭術（その他）
区分1	150067510	脳膿瘍排膿術
区分1	150067710	耳性頭蓋内合併症手術
区分1	150067850	耳科的硬脳膜外膿瘍切開術
区分1	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術
区分1	150068310	脳切截術（開頭）
区分1	150068410	延髄における脊髄視床路切截術
区分1	150068510	三叉神経節後線維切截術
区分1	150068610	視神経管開放術
区分1	150068710	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）
区分1	150068850	顔面神経管開放術
区分1	150068910	脳神経手術（開頭）
区分1	150069050	頭蓋内微小血管減圧術
区分1	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術
区分1	150069210	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術
区分1	150069510	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜外）
区分1	150069610	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜下）
区分1	150069710	頭蓋内血腫除去術（開頭）（脳内）
区分1	150069850	脳血管血栓摘出術
区分1	150069950	脳血管血栓摘出術
区分1	150070010	脳内異物摘出術
区分1	150070110	脳膿瘍全摘術
区分1	150070210	頭蓋内腫瘍摘出術
区分1	150070310	脳切除術
区分1	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術（松果体部腫瘍）
区分1	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術
区分1	150071110	脳動静脈奇形摘出術
区分1	150071310	脳・脳膜脱手術
区分1	150072110	頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみ）
区分1	150072210	頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）
区分1	150072950	骨形成的片側椎弓切除術と髄核摘出術
区分2	150121610	乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術））
区分2	150121710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
区分2	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
区分2	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
区分2	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
区分2	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）
区分2	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
区分2	150124710	試験開胸術
区分2	150127350	試験的開胸開腹術
区分2	150128310	縦隔腫瘍、胸腺摘出術
区分2	150128610	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）
区分2	150129710	肺切除術（楔状部分切除）
区分2	150129810	肺切除術（区域切除（1肺葉に満たない））
区分2	150129910	肺切除術（肺葉切除）
区分2	150130010	肺切除術（複合切除（1肺葉を超える））
区分2	150130110	肺切除術（1側肺全摘）
区分2	150130650	肺切除と胸郭形成手術併施
区分2	150132210	食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）
区分2	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）
区分2	150132410	食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）
区分2	150132610	食道周囲膿瘍切開誘導術（その他）
区分2	150133810	食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）

区分2	150133910	食道切除再建術（胸部、腹部の操作）
区分2	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）
区分2	150134110	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）
区分2	150134210	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）
区分2	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）
区分2	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）
区分2	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）
区分2	150135510	食道アカシア形成手術
区分2	150136510	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）
区分2	150136610	横隔膜縫合術（経胸）
区分2	150136710	横隔膜縫合術（経腹）
区分2	150136810	横隔膜縫合術（経胸及び経腹）
区分2	150136950	横隔膜レラクサチオ手術（経胸）
区分2	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）
区分2	150137150	横隔膜レラクサチオ手術（経胸及び経腹）
区分2	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）（1歳以上）
区分2	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）（1歳以上）
区分2	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）（1歳以上）
区分2	150137810	後胸骨ヘルニア手術
区分2	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）
区分2	150138010	食道裂孔ヘルニア手術（経腹）
区分2	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
区分2	150138210	心膜縫合術
区分2	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）
区分2	150138410	心膜切開術
区分2	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術
区分2	150160810	急性汎発性腹膜炎手術
区分2	150162310	後腹膜悪性腫瘍手術
区分2	150165210	胃切除術（単純切除術）
区分2	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
区分2	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
区分2	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
区分2	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））
区分2	150170050	胆管悪性腫瘍手術
区分2	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）
区分2	150171310	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）
区分2	150171510	十二指腸空腸吻合術
区分2	150172410	胆嚢摘出術
区分2	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）
区分2	150176110	肝内結石摘出術（開腹）
区分2	150176210	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術
区分2	150177210	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術
区分2	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）
区分2	150177410	肝内胆管外瘻造設術（経皮経肝）
区分2	150178110	脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切除術・腫瘍摘出術含む）（脾同時切除）
区分2	150178210	脾体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
区分2	150178410	脾頭部腫瘍切除術（脾頭十二指腸切除術）
区分2	150178710	脾全摘術
区分2	150179010	脾嚢胞胃（腸）吻合術
区分2	150179110	脾管空腸吻合術
区分2	150179310	脾嚢胞外瘻造設術（開腹）
区分2	150179710	脾縫合術（部分切除を含む）
区分2	150179810	脾摘出術
区分2	150180010	破裂腸管縫合術
区分2	150180110	腸切開術
区分2	150180210	腸管癒着症手術
区分2	150180350	腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）
区分2	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症整復術）（観血的）
区分2	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（悪性腫瘍手術以外の切除術）

区分2	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
区分2	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（半側切除）
区分2	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
区分2	150181110	腸重積症整復術（観血的）
区分2	150181210	小腸切除術（悪性腫瘍手術以外の切除術）
区分2	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）
区分2	150181710	結腸切除術（小範囲切除）
区分2	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
区分2	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
区分2	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
区分2	150183510	結腸ポリープ切除術（開腹）
区分2	150184110	腸吻合術
区分2	150187110	直腸切除・切断術（切除術）
区分2	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
区分2	150192810	副腎悪性腫瘍手術（1歳以上）
区分2	150193010	腎破裂縫合術
区分2	150193150	腎破裂手術
区分2	150194610	腎部分切除術
区分2	150194810	腎嚢胞切除縮小術
区分2	150195010	腎摘出術
区分2	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術（1歳以上）
区分2	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿路変更を行わない））
区分2	150209310	前立腺悪性腫瘍手術
区分1	150215110	子宮脱手術（腔壁形成手術及び子宮位置矯正術）
区分1	150215310	子宮脱手術（マンチェスター手術）
区分1	150215410	子宮脱手術（腔壁形成手術及び子宮全摘術）（腔式、腹式）
区分1	150215550	子宮脱手術（腔壁裂創縫合術、子宮筋腫核出術（腔式））
区分1	150216010	子宮頸管ポリープ切除術
区分1	150216510	子宮頸部（腔部）切除術
区分1	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）
区分1	150217050	痕跡副角子宮手術（腹式）
区分1	150217510	子宮全摘術
区分1	150217610	広靱帯内腫瘍摘出術
区分1	150217710	子宮悪性腫瘍手術
区分1	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）
区分1	150219210	腔式卵巣嚢腫内容排除術
区分1	150219410	子宮附属器癒着剥離術（両側）（開腹）
区分1	150219650	卵管口切開術（開腹）
区分1	150219710	卵巣部分切除術（開腹）
区分1	150219850	卵管結紮術（両側）（開腹）
区分1	150220010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）
区分1	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）
区分1	150220250	卵管腫瘍全摘除術（両側）（開腹）
区分1	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）
区分1	150220710	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
区分1	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）
区分1	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）
区分1	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）
区分1	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）
区分1	150222910	子宮破裂手術（子宮腔上部切断を行う）
区分1	150223010	子宮破裂手術（その他）
区分1	150223110	妊娠子宮摘出術（ポロ-手術）
区分1	150224510	子宮外妊娠手術（開腹）
区分1	150243210	体外式脊椎固定術
区分1	150243410	脳動脈瘤被包術（1箇所）
区分1	150243510	脳動脈瘤被包術（2箇所以上）
区分1	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（1箇所）
区分1	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（2箇所以上）
区分1	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）

区分1	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング（2箇所以上）
区分1	150245310	骨盤内臓全摘術
区分2	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
区分2	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）
区分2	150245610	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））
区分2	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管S状結腸吻合利用で尿路変更を行う））
区分2	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））
区分2	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））
区分2	150253610	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）
区分2	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術
区分1	150255510	組織拡張器による再建手術
区分1	150256010	人工関節再置換術（股）
区分1	150256110	人工関節再置換術（膝）
区分1	150256510	人工関節再置換術（足）
区分1	150261910	半月板縫合術
区分2	150262710	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
区分2	150264410	精巣悪性腫瘍手術
区分2	150264510	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術
区分1	150264610	子宮付属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）
区分1	150264710	卵巣部分切除術（腹腔鏡）
区分1	150264910	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）
区分2	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））
区分1	150267650	卵管結紮術（両側）（腹腔鏡）
区分1	150267750	卵管口切開術（腹腔鏡）
区分1	150268050	卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）
区分1	150268150	卵管腫瘍全摘除術（両側）（腹腔鏡）
区分1	150268250	子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡）
区分1	150270010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）
区分2	150270150	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術
区分2	150270750	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
区分2	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術
区分2	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術
区分2	150271850	腹腔鏡下脾摘出術
区分2	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（悪性腫瘍手術以外の切除術）
区分1	150272250	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
区分1	150273310	椎間板摘出術（経皮的髄核摘出術）
区分2	150274710	食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）
区分2	150274810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜切除術）
区分2	150275110	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術
区分2	150277410	脛体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
区分2	150277510	脛体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
区分2	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切開術
区分2	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）
区分1	150278510	子宮筋腫摘出（核出）術（腔式）
区分1	150278610	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
区分2	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術
区分1	150282510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）
区分1	150282610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）
区分1	150282750	脊椎側彎症手術（固定術）
区分1	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術（その他）
区分2	150288310	食道腫瘍摘出術（縦隔鏡下）
区分1	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
区分1	150291110	顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術）
区分1	150291210	顕微鏡使用によるてんかん手術（側頭葉切除術）
区分1	150291310	顕微鏡使用によるてんかん手術（脳梁離断術）
区分1	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
区分2	150296310	腹腔鏡下食道アカラシア形成手術
区分2	150296910	脛頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
区分2	150297010	脛頭部腫瘍切除術（十二指腸温存脛頭切除術）

区分2	150297110	臍頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
区分2	150297210	臍頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
区分2	150297310	小腸切除術（悪性腫瘍手術）
区分2	150297410	結腸憩室摘出術
区分2	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）（経肛門的結腸囊肛門吻合）
区分2	150298750	胸腔鏡下肺縫縮術
区分2	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（悪性腫瘍手術）
区分1	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術
区分1	150300310	人工関節抜去術（股）
区分1	150300410	人工関節抜去術（膝）
区分2	150303110	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））
区分1	150308510	股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）
区分1	150308610	四肢・躯幹部腫瘍摘出術（躯幹）
区分1	150308710	四肢・躯幹部悪性腫瘍手術（躯幹）
区分1	150308810	大腿骨頭回転骨切り術
区分1	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術
区分1	150309510	関節鏡下関節内異物（挿入物）除去術（膝）
区分1	150309910	関節鏡下関節内異物（挿入物）除去術（足）
区分1	150310310	関節鏡下関節滑膜切除術（股）
区分1	150310410	関節鏡下関節滑膜切除術（膝）
区分1	150310810	関節鏡下関節滑膜切除術（足）
区分1	150311210	関節鏡下滑液膜摘出術（股）
区分1	150311310	関節鏡下滑液膜摘出術（膝）
区分1	150313110	関節鏡下半月板切除術
区分1	150313210	関節鏡下半月板縫合術
区分1	150313310	関節鏡下靭帯断裂縫合術（十字靭帯）
区分1	150313710	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
区分1	150313810	関節鏡下靭帯断裂形成手術（膝側副靭帯）
区分1	150314210	内視鏡下椎弓切除術
区分1	150314410	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）
区分1	150314510	寛骨臼移動術
区分1	150314610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）
区分1	150314710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）
区分1	150314810	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
区分2	150316510	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
区分2	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）
区分2	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
区分2	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）
区分2	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）
区分2	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）
区分2	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）
区分2	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（臍頭十二指腸切除を伴う）
区分2	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
区分2	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
区分2	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
区分2	150325710	腹腔鏡下腎部分切除術
区分2	150325810	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術
区分2	150325910	腹腔鏡下腎摘出術
区分2	150326010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
区分2	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術
区分2	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
区分1	150327210	腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術
区分2	150329510	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）（1歳未満）
区分2	150329610	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）（1歳未満）
区分2	150329710	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）（1歳未満）
区分1	150334810	多発性骨腫摘出術（下腿）
区分1	150335610	減圧開頭術（キアリ奇形、脊髓空洞症）
区分1	150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）
区分2	150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）

区分2	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
区分2	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
区分2	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）
区分2	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
区分2	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
区分2	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
区分2	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術
区分2	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
区分2	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
区分1	150343910	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）
区分1	150344010	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）
区分1	150344110	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）
区分1	150344250	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸郭変形矯正用材料使用）
区分2	150346310	食道空置バイパス作成術
区分2	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）
区分2	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
区分2	150348410	臍体尾部腫瘍切除術（臍尾部切除術・腫瘍摘出術含む）（脾温存）
区分1	150349210	帝王切開術（前置胎盤を合併又は3 2 週未満の早産）
区分1	150352210	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿）
区分1	150352410	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿）
区分1	150352610	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（足）
区分1	150353310	関節鏡下関節内骨折観血の手術（股）
区分1	150353410	関節鏡下関節内骨折観血の手術（膝）
区分1	150353810	関節鏡下関節内骨折観血の手術（足）
区分1	150354110	関節鏡下靭帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靭帯）
区分1	150354810	腫瘍脊椎骨全摘術
区分1	150354910	脊椎制動術
区分1	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）
区分1	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）
区分1	150355210	経皮的椎体形成術
区分2	150356910	胸腔鏡下試験開胸術
区分2	150357110	膿胸腔有茎大網充填術
区分2	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）
区分2	150357310	胸腔鏡下縦隔切開術
区分2	150357410	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）
区分2	150357710	胸腔鏡下肺切除術（その他）
区分2	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）
区分2	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）
区分2	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1 肺葉を超える）
区分2	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
区分2	150358210	肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）
区分2	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
区分2	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部切除を伴う肺切除）
区分2	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管分岐部再建を伴う肺切除）
区分2	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）
区分2	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
区分2	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1 肺葉を超える）
区分2	150359110	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術
区分2	150361110	腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術
区分2	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術
区分2	150361710	腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術
区分2	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術
区分2	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））
区分2	150362610	肝切除術（部分切除）（1 歳以上）
区分2	150362710	肝切除術（亜区域切除）（1 歳以上）
区分2	150362810	肝切除術（外側区域切除）（1 歳以上）
区分2	150362910	肝切除術（1 区域切除（外側区域切除を除く））（1 歳以上）
区分2	150363010	肝切除術（2 区域切除）（1 歳以上）
区分2	150363110	肝切除術（3 区域切除以上）（1 歳以上）

区分2	150363210	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）（1歳以上）
区分2	150363510	腹腔鏡下痔体尾部腫瘍切除術
区分2	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（悪性腫瘍手術）
区分2	150363810	全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術
区分2	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術
区分2	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術
区分2	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術
区分2	150365010	経尿道の尿路結石除去術（レーザー）
区分2	150365110	膀胱悪性腫瘍手術（経尿道の手術）（電解質溶液利用）
区分2	150365210	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
区分2	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術
区分2	150365710	経尿道のレーザー前立腺切除術（ホルミウムレーザー）
区分1	150366010	腹腔鏡下子宮腔上部切断術
区分1	150366110	腹腔鏡下卵管形成術
区分2	150366910	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）

肺塞栓症アウトカム指標

指標 3. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベルが中リスク以上）

分母の算出方法

使用データ：様式1、EF ファイル

1) 計測期間において、EF ファイルを参照し、『肺血栓塞栓症/ 深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防ガイドライン』に準じて、リスクレベルが「中」以上の手術

（別表参照）を、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔のいずれか（下記参照）により実施された患者を分母とする。

麻酔法

- ◆L002\$：硬膜外麻酔
- ◆L004：脊椎麻酔
- ◆L008：マスク又は気管内挿入管による閉鎖循環式全身麻酔

分子の算出方法

使用データ：EF ファイル

1) 分母のうち、様式1 の入院後発生疾患にI26\$ 肺塞栓症が記載されている患者を抽出し、分子とする。

中心静脈カテーテル挿入 アウトカム指標

指標 4. 中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率

分母の算出方法

使用データ：様式1、EF ファイル

1) 計測期間において、EF ファイルを参照し、G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入の算定があった患者を抽出する。

分子の算出方法

使用データ：EF ファイル

1) 分母のうち、様式1 の入院後発症疾患名に下記の傷病名が記載されている退院患者を抽出する。

- ◆J939 気胸、詳細不明
- ◆J942 血胸
- ◆S270\$ 外傷性気胸
- ◆S271\$ 外傷性血胸
- ◆S272\$ 外傷性血気胸
- ◆T812 処置中の不慮の穿刺および裂傷(laceration)、他に分類されないもの（ただし、「医原性気胸」の用語を含むもの）

2) 1) のうち計測期間において、EF ファイルの診療行為レコードを参照し、J019 持続的胸腔ドレナージ算定があった患者を抽出し、分子とする。

その他 アウトカム指標

指標5. 75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折

分母の算出方法

使用データ：様式1

1) 計測期間において、様式1の生年月日と入院年月日より入院時年齢を求め、75歳以上の退院患者を抽出し、分母とする。

分子の算出方法

使用データ：EF ファイル

1) 分母のうち、様式1の入院後発症疾患名に以下の傷病名が記載されている患者を抽出し、分子とする。

- ◆S02\$ 頭蓋骨及び顔面骨の骨折
 - ◆S12\$ 頸部の骨折
 - ◆S22\$ 肋骨、胸骨及び胸椎骨折
 - ◆S32\$ 腰椎及び骨盤の骨折
 - ◆S42\$ 肩及び上腕の骨折
 - ◆S52\$ 前腕の骨折
 - ◆S62\$ 手首及び手の骨折
 - ◆S72\$ 大腿骨骨折
 - ◆S82\$ 下腿の骨折、足首を含む
 - ◆S92\$ 足の骨折、足首を除く
 - ◆T02\$ 多部位の骨折
 - ◆T08\$ 脊椎骨折、部位不明
 - ◆T10\$ 上肢の骨折、部位不明
 - ◆T12\$ 下肢の骨折、部位不明
 - ◆T142\$ 部位不明の骨折
- ただし、上記の病名に「疑い」、「圧迫」、「遷延」、「陳旧性」、「後遺症」、「術後」、「骨粗鬆症」、「疲労骨折」、「（疑）」、「骨転移」、「遷延」、「超音波」、「陳旧性」、「遅延性」、「既存」、「脆弱性」、「腫瘍」が記載されている症例は除外

2) 1)のうち、診療開始日が入院2日目以降の患者を抽出し、分子とする。

その他 アウトカム指標

指標6.経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率

分母の算出方法

使用データ：様式1

1) 計測期間において、EFファイルを参照して、**K5951, K5952 経皮的心筋焼灼術**が実施された退院患者を抽出し、分母とする。

分子の算出方法

使用データ：EF ファイル

1) 分母のうち、経皮的心筋焼灼術当日以降に、**J048-00 心膜穿刺心嚢穿刺**が実施されている症例を抽出して分子とする。

アウトカム指標

指標1. 入院中の転倒転落に伴う骨折発生率

分母の算出方法

使用データ：様式1

- 1) 計測期間に退院した患者数

分子の算出方法

使用データ：様式1

- 1) 分母のうち、様式1の入院後発症疾患名に以下の傷病名が記載されている患者を抽出

- ◆S02\$ 頭蓋骨及び顔面骨の骨折
 - ◆S12\$ 頸部の骨折
 - ◆S22\$ 肋骨、胸骨及び胸椎骨折
 - ◆S32\$ 腰椎及び骨盤の骨折
 - ◆S42\$ 肩及び上腕の骨折
 - ◆S52\$ 前腕の骨折
 - ◆S62\$ 手首及び手の骨折
 - ◆S72\$ 大腿骨骨折
 - ◆S82\$ 下腿の骨折、足首を含む
 - ◆S92\$ 足の骨折、足首を除く
 - ◆T02\$ 多部位の骨折
 - ◆T08\$ 脊椎骨折、部位不明
 - ◆T10\$ 上肢の骨折、部位不明
 - ◆T12\$ 下肢の骨折、部位不明
 - ◆T142\$ 部位不明の骨折
- ただし、上記の病名に「疑い」、「圧迫」、「遷延」、「陳旧性」、「後遺症」、「術後」、「骨粗鬆症」、「疲労骨折」、「（疑）」、「骨転移」、「遷延」、「超音波」、「陳旧性」、「遅延性」、「既存」、「脆弱性」、「腫瘍」が記載されている症例は除外

- 2) 1)の診療録調査を実施し、転倒転落に起因する骨折症例と判定された症例を分子とする

アウトカム指標

指標2. 入院中の転倒転落に伴う頭蓋内出血発生率

分母の算出方法

使用データ：様式1

- 1) 計測期間に退院した患者数

分子の算出方法

使用データ：様式1

- 1) 分母のうち、様式1の入院後発症疾患名に以下の傷病名が記載されている患者を抽出

- ◆S06\$ 頭蓋内損傷

- 2) 1)の診療録調査を実施し、転倒転落に起因する頭蓋内出血症例と判定された症例を分子とする

安全管理体制評価指標

DPCデータとインシデントレポートデータを統合して計測する4指標

指標名称	定義
指標3 中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸に関するインシデントレポート提出率	分子：分母のうちインシデントレポートが提出されていた症例数 分母：ベンチマーク用指標4の分子
指標4 経皮的心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生に関するインシデントレポート提出率	分子：分母のうちインシデントレポートが提出されていた症例数 分母：ベンチマーク用指標6の分子
指標5 入院中の転倒転落に伴う骨折発に関するインシデントレポート提出率	分子：分母のうちインシデントレポートが提出されていた症例数 分母：内部管理用指標1の分子
指標6 入院中の転倒転落に伴う頭蓋内出血発に関するインシデントレポート提出率	分子：分母のうちインシデントレポートが提出されていた症例数 分母：内部管理用指標2の分子

死因に関する指標指標

死亡症例検証会から副次的に算出可能な8指標

指標名称	定義
指標7 提供した医療に起因した死亡率	分子：提供した医療に関連した死亡症例数 分母：救急初療室以外の院内死亡数
指標8 予期せぬ死亡率	分子：予期せぬ死亡症例数 分母：救急初療室以外の院内死亡数
指標9 死亡についてのインフォームド・コンセント（IC）率	分子：分母のうち診療録記載の有無を問わず、死亡についてICされていた症例数 分母：救急初療室以外の院内死亡数
指標10 死亡についてのインフォームド・コンセント（IC）記録	分子：分母のうち死亡についてのICが診療録に記載されていた症例数 分母：救急初療室以外の院内死亡数
指標11 原病による死亡率	分子：死因が原病の死亡症例数 分母：検視対象以外の院内死亡症例数
指標12 原病に伴う合併症による死亡率	分子：死因が原病に伴う合併症の症例数 分母：検視対象以外の院内死亡症例数
指標13 合併症*（併発症）による死亡率	分子：死因が医療行為に際して2次的に発生した事象の症例数 分母：検視対象以外の院内死亡症例数
指標14 死亡診断書直接死因と検証結果との一致率	分子：死亡診断書に記載された原死因とGRMの見解が一致 分母：検視対象以外の院内死亡症例数

死因究明に関する指標

死亡症例検証会から副次的に算出可能な5指標

指標名称	定義
指標15 剖検実施率（死産以外）	分子：分母のうち剖検が実施された件数 分母：検視対象、死産以外の院内死亡症例数
指標16 剖検実施率（死産）	分子：分母のうち剖検が実施された件数 分母：妊娠12週以降の死産症例数
指標17 予期せぬ死亡事例の剖検実施率	分子：分母のうち剖検が実施された件数 分母：死産以外の予期せぬ死亡症例数
指標18 提供した医療に起因した死亡事例の剖検実施率	分子：分母のうち剖検が実施された件数 分母：提供した医療に関連した死亡症例数
指標19 Ai（Autopsy imaging）実施率	分子：Ai件数 分母：検視対象、死産以外の院内死亡症例数

医療法施行規則

第一章 総則(第一条)

資料12

(医療事故の報告)

第一条の十の二 法第六条の十第一項 に規定する厚生労働省令で定める死亡又は死産は、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。

- 一 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該医療の提供を受ける者又はその家族に対して当該死亡又は死産が予期されることを説明していたと認めたもの
- 二 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されることを当該医療の提供を受ける者に係る診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- 三 病院等の管理者が、当該医療を提供した医療従事者等からの事情の聴取及び第一条の十一第一項第二号の委員会からの意見の聴取（当該委員会を開催している場合に限る。）を行った上で、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を予期していたと認めたもの

医政総発 0624 第 1 号
平成 28 年 6 月 24 日

各都道府県医務主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局総務課長
（公印省略）

医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について

平成 26 年 6 月 25 日付けで公布された、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）により、医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）の一部が改正されたところです。このうち、改正後の法における医療事故調査及び医療事故調査・支援センターに関する規定については、平成 27 年 10 月 1 日から施行されているところですが、今般、医療事故調査制度の運用の改善を図るため、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 28 年厚生労働省令第 117 号。以下「改正省令」という。）を本日付けで公布したところです。

これらの改正内容については、別添の「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について」（平成 28 年 6 月 24 日付け医政発 0624 第 3 号）により、厚生労働省医政局長から各都道府県知事宛てに通知されたところですが、改正省令の施行に伴う留意事項等については下記のとおりですので、貴職におかれましては、その内容を御了知の上、その運用に遺憾のないよう特段の御配慮をいただくとともに、管下政令指定都市、保健所設置市区、医療機関、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

記

第一 支援団体等連絡協議会について

- 1 改正省令による改正後の医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 1 条の 10 の 5 第 1 項の規定に基づき組織された協議会（以下「支援団体

等連絡協議会」という。)は、地域における法第6条の11第2項に規定する支援(以下「支援」という。)の体制を構築するために地方組織として各都道府県の区域を基本として1か所、また、中央組織として全国に1か所設置されることが望ましいこと。

- 2 各都道府県の区域を基本として設置される地方組織としての支援団体等連絡協議会(以下「地方協議会」という。)には、当該都道府県に所在する法第6条の11第2項に規定する医療事故調査等支援団体(支援団体を構成する団体を含む。以下「支援団体」という。)が、全国に設置される中央組織としての支援団体等連絡協議会(以下「中央協議会」という。)には、全国的に組織された支援団体及び法第6条の15第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた医療事故調査・支援センター(以下「医療事故調査・支援センター」という。)が参画すること。
- 3 法第6条の11第2項の規定による、医療事故調査(同条第1項の規定により病院等の管理者が行う、同項に規定する医療事故調査をいう。以下同じ。)を行うために必要な支援について、迅速で充実した情報の共有及び意見の交換を円滑かつ容易に実施できるよう、専門的事項や個別的、具体的事項の情報の共有及び意見の交換などに際しては、各支援団体等連絡協議会が、より機動的な運用を行うために必要な組織を設けることなどが考えられること。
- 4 各支援団体等連絡協議会は、法第6条の10第1項に規定する病院等(以下「病院等」という。)の管理者が、同項に規定する医療事故(以下「医療事故」という。)に該当するか否かの判断や医療事故調査等を行う場合に参考とすることができる標準的な取扱いについて意見の交換を行うこと。
なお、こうした取組は、病院等の管理者が、医療事故に該当するか否かの判断や医療事故調査等を行うものとする従来の取扱いを変更するものではないこと。
- 5 改正省令による改正後の医療法施行規則第1条の10の5第3項第1号に掲げる病院等の管理者が行う報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修とは、地方協議会又は中央協議会が、それぞれ病院等の管理者及び当該病院等で医療事故調査に関する業務に携わる者並びに支援団体の関係者に対して実施することを想定していること。
- 6 改正省令による改正後の医療法施行規則第1条の10の5第3項第2号に掲げる病院等の管理者に対する支援団体の紹介とは、地方協議会が、各都道府県内の支援団体の支援窓口となり、法第6条の10第1項の規定による報告を行った病院等の管理者からの求めに応じて、個別の事例に応じた適切な支援を行うことができる支援団体を紹介することをいうこと。

- 7 その他、支援団体等連絡協議会の運営において必要な事項は、各支援団体等連絡協議会において定めることができること。

第二 医療事故調査・支援センターについて

- 1 医療事故調査・支援センターは、中央協議会に参画すること。
- 2 医療事故調査・支援センターは、医療事故調査制度の円滑な運用に資するため、支援団体や病院等に対し情報の提供及び支援を行うとともに、医療事故調査等に係る優良事例の共有を行うこと。
なお、情報の提供及び優良事例の共有を行うに当たっては、報告された事例の匿名化を行うなど、事例が特定されないようにすることに十分留意すること。
- 3 医療事故調査・支援センターは、第一の5の研修を支援団体等連絡協議会と連携して実施すること。
- 4 遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は病院等が行う院内調査等への重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターに対して遺族等から相談があった場合、法第6条の13第1項に規定する医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を病院等の管理者に伝達すること。
- 5 医療事故調査・支援センターは、医療事故調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討を充実させるため、病院等の管理者の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うこと。
なお、医療事故調査・支援センターから医療事故調査報告書を提出した病院等の管理者に対して確認・照会等が行われたとしても、当該病院等の管理者は医療事故調査報告書の再提出及び遺族への再報告の義務を負わないものとする。

第三 病院等の管理者について

- 1 改正省令による改正後の医療法施行規則第1条の10の2に規定する当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制とは、当該病院等における死亡及び死産事例が発生したことが病院等の管理者に遺漏なく速やかに報告される体制をいうこと。
- 2 病院等の管理者は、支援を求めるに当たり、地方協議会から支援団体の紹介を受けることができること。
- 3 遺族等から法第6条の10第1項に規定される医療事故が発生したのではないかという申出があった場合であって、医療事故には該当しないと判断した場合には、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明するこ

と。

第四 医療安全支援センターについて

医療安全支援センターは、医療事故に関する相談に対しては、「医療安全支援センター運営要領について」（平成 19 年 3 月 30 日付け医政発 0330036 号）の別添「医療安全支援センター運営要領」4（2）④「相談に係る留意事項」に留意し、対応すること。

以上

医政発 0624 第 3 号
平成 28 年 6 月 24 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公印省略)

医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について

平成 26 年 6 月 25 日付けで公布された、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）により、医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）の一部が改正されたところである。このうち、改正後の法における医療事故調査及び医療事故調査・支援センターに関する規定については、平成 27 年 10 月 1 日から施行されているところであるが、今般、医療事故調査制度の運用の改善を図るため、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 28 年厚生労働省令第 117 号。以下「改正省令」という。）を本日付けで公布したところである。

改正省令による改正の要点は下記のとおりであるので、御了知の上、その運用に遺憾のないよう特段の御配慮をいただくとともに、管下政令指定都市、保健所設置市区、医療機関、関係団体等に対し周知願いたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

第一 病院等の管理者が行う医療事故の報告関係

病院等の管理者は、法第 6 条の 10 第 1 項の規定による報告を適切に行うため、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。こと。（医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 1 条の 10 の 2 第 4 項関係）

第二 医療事故調査等支援団体による協議会の設置関係

- 1 法第6条の11第2項に規定する医療事故調査等支援団体（以下「支援団体」という。）は、同条第3項の規定による支援（以下「支援」という。）を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会（以下「協議会」という。）を組織することができるものとする。こと。（医療法施行規則第1条の10の5第1項関係）
- 2 協議会は、1の目的を達するため、病院等の管理者が行う法第6条の10第1項の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。こと。（医療法施行規則第1条の10の5第2項関係）
- 3 協議会は、2の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、以下の事項を行うものとする。こと。（医療法施行規則第1条の10の5第3項関係）
 - （1）病院等の管理者が行う法第6条の10第1項の報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施
 - （2）病院等の管理者に対する支援団体の紹介

以上

医療法施行規則の一部を改正する省令 新旧対照条文 目次

◎ 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）（抄）

（傍線部分は改正部分）

改正案	現行
<p>第一章の三 医療の安全の確保</p> <p>（医療事故の報告）</p> <p>第一条の十の二 法第六条の十第一項に規定する厚生労働省令で定める死亡又は死産は、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。</p> <p>一～三 （略）</p> <p>2 法第六条の十第一項の規定による医療事故調査・支援センターへの報告は次のいずれかの方法により行うものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>3 法第六条の十第一項に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。</p> <p>一～四 （略）</p> <p>4 病院等の管理者は、法第六条の十第一項の規定による報告を適切に行うため、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。</p> <p>（遺族への説明）</p>	<p>第一章の三 医療の安全の確保</p> <p>（医療事故の報告）</p> <p>第一条の十の二 法第六条の十第一項に規定する厚生労働省令で定める死亡又は死産は、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする。</p> <p>一～三 （略）</p> <p>2 法第六条の十第一項の規定による医療事故調査・支援センターへの報告は次のいずれかの方法により行うものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>3 法第六条の十第一項に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。</p> <p>一～四 （略）</p> <p>（新設）</p> <p>（遺族への説明）</p>

第一条の十の三 法第六条の十第二項に規定する厚生労働省令で定める者は、当該医療事故に係る死産した胎児の祖父母とする。

2 法第六条の十第二項に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一〜四 (略)

(医療事故調査の手法)

第一条の十の四 病院等の管理者は、法第六条の十一第一項の規定により医療事故調査を行うに当たっては、次に掲げる事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うものとする。

一〜七 (略)

2 病院等の管理者は、法第六条の十一第四項の規定による報告を行うに当たっては、次に掲げる事項を記載し、当該医療事故に係る医療従事者等の識別（他の情報との照合による識別を含む。次項において同じ。）ができないように加工した報告書を提出しなければならない。

一〜四 (略)

3 法第六条の十一第五項の厚生労働省令で定める事項は、前項各号に掲げる事項（当該医療事故に係る医療従事者等の識別ができないようにしたものに限る。）とする。

(医療事故調査等支援団体による協議会の組織)

第一条の十の五 法第六条の十一第二項に規定する医療事故調査等支援団体（以下この条において「支援団体」という。）は、法第六条の十一第三項の規定による支援（以下この条において単に「支援」という

第一条の十の三 法第六条の十第二項に規定する厚生労働省令で定める者は、当該医療事故に係る死産した胎児の祖父母とする。

2 法第六条の十第二項に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一〜四 (略)

(医療事故調査の手法)

第一条の十の四 病院等の管理者は、法第六条の十一第一項の規定により医療事故調査を行うに当たっては、次に掲げる事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行うものとする。

一〜七 (略)

2 病院等の管理者は、法第六条の十一第四項の規定による報告を行うに当たっては、次に掲げる事項を記載し、当該医療事故に係る医療従事者等の識別（他の情報との照合による識別を含む。次項において同じ。）ができないように加工した報告書を提出しなければならない。

一〜四 (略)

3 法第六条の十一第五項の厚生労働省令で定める事項は、前項各号に掲げる事項（当該医療事故に係る医療従事者等の識別ができないようにしたものに限る。）とする。

(新設)

。）を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会（以下この条において単に「協議会」という。）を組織することができる。

2 協議会は、前項の目的を達するため、病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。

3 協議会は、前項の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、次に掲げる事項を行うものとする。

一 病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施

二 病院等の管理者に対する支援団体の紹介

第一条の十一 病院等の管理者は、法第六条の十二の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない（ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。）。

一 四 （略）

2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない（ただし、第四号については、特定機能病院以外の病院に限る。）。

一 四 （略）

第一条の十一 病院等の管理者は、法第六条の十二の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない（ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。）。

一 四 （略）

2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない（ただし、第四号については、特定機能病院以外の病院に限る。）。

一 四 （略）

○厚生労働省令第百十七号

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）を実施するため、医療法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。

平成二十八年六月二十四日

厚生労働大臣 塩崎 恭久

医療法施行規則の一部を改正する省令

医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）の一部を次のように改正する。

第一条の十の二に次の一項を加える。

4 病院等の管理者は、法第六条の十第一項の規定による報告を適切に行うため、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。

第一条の十の四の次に次の一条を加える。

（医療事故調査等支援団体による協議会の組織）

第一条の十の五 法第六条の十一第二項に規定する医療事故調査等支援団体（以下この条において「支援団

体」という。)は、法第六条の十一第三項の規定による支援(以下この条において単に「支援」という。)を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会(以下この条において単に「協議会」という。)を組織することができる。

2 協議会は、前項の目的を達するため、病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査の状況並びに支援団体が行う支援の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行うものとする。

3 協議会は、前項の情報の共有及び意見の交換の結果に基づき、次に掲げる事項を行うものとする。

一 病院等の管理者が行う法第六条の十第一項の報告及び医療事故調査並びに支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施

二 病院等の管理者に対する支援団体の紹介

附 則

この省令は、公布の日から施行する。