

DPCデータを用いた例示指標の 計測に係る課題整理・検討結果報告書 (案)

2023(令和5)年9月8日

厚生労働省補助事業
医療の質向上のための体制整備事業
公益財団法人日本医療機能評価機構

目次

はじめに	3
1. 医療の質指標に関する事業の経緯と課題	4
2. DPCデータを用いた例示指標の計測方法の検討	8
3. 検討結果	9
➤ 検討結果（概要）	9
➤ ① 指標ごとの検討	10
• MSM-01：転倒転落(件数)	10
• MSM-02：転倒転落(3b以上)	11
• IFC-03：予防的抗菌薬投与	12
• CRM-01：褥瘡発生(d2以上)	13
• CRM-02：入院早期の栄養ケア(65歳以上)	15
• CRM-03：身体拘束率	17
➤ ② その他の検討	19
4. 参考資料	20

はじめに

- 厚生労働省補助事業「医療の質向上のための体制整備事業」（以下「本事業」）では、医療の質指標等の標準化と普及に取り組んでいる。
- 質指標の標準化と普及を一層推進するためには、標準化されたデータの活用が有効な手段であると考えられることから、DPCデータを用いた質指標の計測方法の検討を行った。本報告書はその検討結果を示すものである。
- 具体的には、本事業で定めた質指標をDPCデータを用いて計測する方法について、①指標ごとの検討、および②その他の検討を行った。
- 医療の質指標の運用とDPCデータの活用に関しては、DPCデータを用いた質指標の計測方法以外にも「公表について」「DPCデータの収集、集計方法について」など多くの論点があるが、今後の検討課題としている。
- 医療の質向上に向けたDPCデータの活用について、ご検討いただきたい。

※本報告書は、2023年8月時点での検討内容に基づいています。

1. 医療の質指標に関する事業の経緯と課題

- 本事業では、先行事業の成果と課題を踏まえ、協力団体の総意のもと全国共通して計測が求められる指標の設定（標準化）と、全国の病院への普及に取り組んでいる。
- しかし、質指標の活用に取り組む病院は一部に留まっており、質指標の一層の標準化と普及が課題である。

医療技術の高度化・複雑化に伴うガイドラインや根拠に基づく医療（EBM）の進展
医療の質に関する国民意識の変化に伴う質に関する情報の公表の高まり

厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業（2010年度～2018年度）」 事業実施機関：病院団体

成果	<ul style="list-style-type: none">○ 9団体、約1000病院が参加○ 独自の臨床指標を作成し(計271指標)運用 など
課題	<ul style="list-style-type: none">○ 団体間で情報共有する機会が限定的であるため、蓄積されたノウハウの共有が十分でない。○ 臨床指標の算出方法、臨床指標の評価分析方法、臨床指標の公表手法、人材養成手法、好事例の共有手法を含めたノウハウを共有し臨床指標の標準化を図ることが重要ではないか。

これまでの既存の取組を最大限に活かすことを前提とし、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、医療機関、病院団体等を支援する仕組みを構築する。

厚生労働省「医療の質向上のための体制整備事業（2019年度～）」

事業実施機関：公益財団法人日本医療機能評価機構

主な取組	<ul style="list-style-type: none">○ 標準化：規模・機能に依らず全国共通して計測が求められる指標（医療の質指標基本ガイド例示指標）を9指標設定。医療の質可視化プロジェクトで9指標を計測。○ 普及：「医療の質指標基本ガイド」「質改善ツールキット」などを作成。
課題	<ul style="list-style-type: none">○ 先行事業を含め10年以上取り組んでいるが、質指標の活用に取り組む病院は約1200病院にとどまっており、全国の病院に普及できていない。

質指標の標準化・普及におけるこれまでの取組

これまでの取組として、医療の質指標の標準化と普及に向け、「a. 基本的な考え方」及び「b. 考え方に準拠した指標」を検討した。また、検討結果を全国の病院へ普及させるために「c. 全国的なプロジェクト」を現在展開中である。

前提：先行研究^(※)における提言「10項目程度のQIをできるだけ多くの医療機関で測定・公表する」を踏まえ、**10指標程度**設定することを目標とした。

※ 平成21年度厚生労働科学研究 医療の質向上に資するアウトカム評価に関する研究(研究代表者：福井次矢)

これまでの取組	主な内容等
a. 基本的な考え方 「 <u>医療の質指標基本ガイド</u> 」	<ul style="list-style-type: none">○ 現在、様々な意向を反映した数多くの質指標が設定・運用されている。○ 協議会において、質指標の考え方(目的・意義, 取扱, 留意点など)を明文化してはどうかとの意向により<u>医療の質指標基本ガイド</u>を作成した。○ また、質改善に資する指標の要件(①エビデンスベース, ②改善の余地, ③テーマとの関連性, ④信頼性, ⑤妥当性, ⑥計測可能性)や例示指標の選定方法を定めた。
b. 考え方に準拠した指標 「 <u>医療の質指標基本ガイド例示指標Ver1.0</u> 」	<ul style="list-style-type: none">○ 質向上に向け、質指標を活用していない病院が7000施設程度あるとされている。○ 全国の病院が質指標を活用できるよう、<u>規模・機能に依らず重要な領域である「医療安全」「感染管理」「ケア」に関連した質指標</u>を上記ガイドに準拠し選定(次頁参照)した。
c. 全国的なプロジェクト 「 <u>医療の質可視化プロジェクト</u> 」	<ul style="list-style-type: none">○ 上記a, bの検討をもとに、「<u>医療安全」「感染管理」「ケア」に関連する計9指標</u>(次頁参照)を<u>全国の病院へ展開</u>した(2022年度:625施設)。○ 今年度は7月よりプロジェクトを開始し、すでに500病院以上が参加している(申込締切り:11月末)。

医療の質指標基本ガイド例示指標 Ver.1.0(9指標)

テーマ	指標名	分子	分母	算出元	
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-02	入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-03	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数	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	DPC
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダ日数	DPC
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC/レセプト
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	手術室で行った手術件数	サーベイランス
ケア	CRM-01	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数	入院患者延べ数	サーベイランス
	CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	65歳以上の退院患者数	サーベイランス
	CRM-03	身体拘束率 ^(※)	分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	サーベイランス

※ 「身体抑制」を「身体拘束」に表現統一（2023年8月31日 QI標準化・普及部会）

質指標の標準化と普及に向けた、標準化されたデータの活用

- 医療の質指標を活用するための体制は整備されつつあるが、質指標の活用に取り組む病院は、未だ一部に留まっている。
- 医療の質向上に向けた質指標の活用を普及・促進させるには、医療現場における計測作業の負荷軽減、統一した計測手順の設定によるデータの質の向上、プレプリント形式でのフィードバックなどを考慮する必要がある。

そこで、今回、DPCデータなど既存の標準化されたデータの活用に焦点を当て検討を進めた。

(参考)医療の質向上のための体制整備事業 令和5年度事業実施要綱 (一部抜粋)

医療の質指標等の標準化の検討にあたっては、以下の点を踏まえること。

- ・ 医療の質指標等は医療機関の負担軽減の観点からDPCデータ等の既存の標準化されたデータの活用を考慮することが望ましいこと

2. DPCデータを用いた例示指標の計測方法の検討

- 本事業で定めた例示指標(9指標)は、規模・機能に依らず重要な領域(医療安全、感染管理、ケア)に関わる指標であり、全国共通して計測が求められる(#5-6)。
- それらをDPCデータを用いて計測することができれば、計測可能性や信頼性などが向上し、医療の質の観点からメリットが想定される(#7)。
- そこで、DPCの専門家によるワーキンググループを設置し、本事業で定めた例示指標について、DPCデータを用いた計測方法を検討した。

DPCデータを用いた検討概要

対象指標	例示指標(9指標)。特にDPCデータを算出元としていない指標。
検討事項	<ul style="list-style-type: none">• 既存のDPCデータを用いた計測可否• 計測可能な場合の具体的な計測方法(使用するDPCデータ、計測手順等)• 計測不可能な場合の対応
留意点	報酬や診断群分類とは切り離し、 指標のあるべき姿から検討する。

3. 検討結果（概要）

- DPCデータを算出元としていない6指標について、関連項目を利用した算出や代替指標の利用、DPC様式での項目追加の可能性等について検討を行った(#10-18)。
- その他、DPCデータを算出元とする指標のうち2指標(IFC-01, 02)について、一部の施設で計測できない場合があり、その対応に向けた検討を行った(#19)。

例示指標	算出元*1, 2	様式1	様式3	EFファイル
MSM-01：入院患者の転倒・転落発生率	SV	様式1または様式3への項目追加の検討		
MSM-02：入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	SV			
MSM-03：リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	DPC	(すでに使用)		(すでに使用)
IFC-01：血液培養2セット実施率	DPC	(すでに使用)		(すでに使用) *3
IFC-02：広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	DPC	(すでに使用)		(すでに使用) *3
IFC-03：手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	SV	項目追加の検討		
CRM-01：d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	SV	項目追加および入力対象の拡大の検討		
CRM-02：65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	SV	項目追加の検討		
CRM-03：身体拘束率	SV	項目追加の検討		

*1：算出元とは、当該指標の計測に必要な診療情報である（DPC：DPC データ SV：サーベイランスデータ）。

*2：SV(サーベイランスデータ)は、診療記録（電子カルテや看護記録など）や独自調査などのデータを想定している。

*3：特定機能病院で正しく計測できない場合がある。

検討結果：①指標ごとの検討

MSM-01:転倒・転落(件数)

A. 指標情報

$$\text{入院患者の転倒・転落発生率} = \frac{\text{入院患者に発生した転倒・転落件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000(\%)$$

除外要件：設定なし

B. 現行のDPC様式等

- ・ 転倒・転落を入力する項目はない。

C. 検討結果

- 現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難である。
- 一方、診療録情報から入手可能なデータと考えられ、様式1または様式3に「転倒・転落件数」および「影響度レベル3b以上の転倒・転落件数」の項目を追加することが考えられるのではないかと。

D. (参考) WGで指摘された事項

- ・ 様式1に、転倒の有無と転倒ありの場合、各事象の日ごとに事象レベル等を記載してはどうか、ペイロードなので複数回の記載が可能。また、1入院で複数回転倒する患者もいるので、有無よりも回数の方がよい。
- ・ 多くの施設で医療安全管理部門が既に計測している指標なので、インシデントレポートデータの活用が考えられる。各病院で、転倒転落の集計値を、様式3に入力してはどうか。
- ・ 様式1のメリットは、年齢や背景で層別化、リスク調整ができるということ。様式3では集計値のみとなるため、実際の対策のためには、もう1回独自にデータを取る必要がある。
- ・ 様式3のメリットは、入力者の負担が少ないこと。また、様式1に入力すると転倒・転落に関する院内データが医療安全部門とDPCデータに2元化されるが、様式3を用いれば回避できる。転倒転落に関する質改善活動は医療安全部門がインシデントレポートを活用して展開すると思われるので、指標活用の場面のことを考えると様式3がよいのではないかと。
- ・ 転倒・転落は未然防止と適切な事後対応が課題であり、転倒・転落の指標としては、患者に傷害が発生した率と、傷害に至らなかった発生率との両者を指標化することに意味があるとされている。傷害に至らなかったケースでは、転倒・転落による医療行為が発生しない場合が想定される。

検討結果：①指標ごとの検討

MSM-02:転倒・転落(3b以上)

A. 指標情報

$$\text{入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率} = \frac{\text{入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000(\%)$$

除外要件：設定なし

B. 現行のDPC様式等

- ・ 転倒・転落を入力する項目はない。

C. 検討結果

(再掲)

- 現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難である。
- 一方、診療録情報から入手可能なデータと考えられ、様式1または様式3に「転倒・転落件数」および「影響度レベル3b以上の転倒・転落件数」の項目を追加することが考えられるのではないか。

D. (参考) WGで指摘された事項

- ・ 様式1または様式3に「転倒・転落件数」を入れるとしたら、「影響度レベル3b以上」も様式1または様式3でカバーする(3b以上の件数を入れる)ことよい。
- ・ 入院後発症病名＝外傷性の骨折、損傷の症例を集計して一貫性のチェックも考えられる。
- ・ 副傷病名に「入院中に発生した外傷」の追加が考えられるのではないか。ただし、入院後発症しても、結果的に最も資源を投入した傷病名となった場合には、副傷病名に入ってこなくなるので注意が必要である。

検討結果：①指標ごとの検討

IFC-03: 予防的抗菌薬投与

A. 指標情報

$$\text{手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率} = \frac{\text{分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{手術室で行った手術件数}} \times 100(\%)$$

除外要件：設定なし

B. 現行のDPC様式等

- 予防的抗菌薬投与を入力する項目はない。

C. 検討結果

- 現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難である。
 - 様式1では手術ごとの情報が入力されており、様式1に「術前1時間以内の抗菌薬投与」の項目を手術ごとに設けることが考えられるのではないかと。
- ※ 抗菌薬の種類を問うQIに指標自体を変えることについても意見があった。

D. (参考) WGで指摘された事項

- 様式1の手術の情報に「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与の有無」を追加してはどうか。1入院で複数回の手術を受けている患者でも、今のデータはペイロード形式になっており、全ての手術についてデータを取ることができるので対応可能と思われる。
- 術式を絞って、診療ガイドラインに準じた抗菌薬の選択・投与をしているかなどを概観することはできると思われる。
- 診療区分50番台の抗菌薬使用を代替指標としてはどうか。
- 抗菌薬の選択・使用と言っても、エビデンスが高いものが少ないので手術が限定される。また投与期間の適切性なども組み合わせるとパターンが複雑であり、留意が必要。例えば留意が必要な事項として、「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」には「VCM とフルオロキノロン系薬は 2 時間前以内に投与を開始する」との記載がある。

検討結果：①指標ごとの検討

CRM-01：褥瘡発生（d2以上）

A. 指標情報

$$\text{d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率} = \frac{\text{d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 100(\%)$$

除外要件：持ち込みの褥瘡を除外する。

- 入院時すでに褥瘡保有が記録(d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U)されていた患者 は除外する。
- 計測対象期間より前に(例えば前の計測期間に)褥瘡の院内発生(d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U)が確認され、継続して入院している患者 は除外する。
- 入院時刻から24時間以内に発生した褥瘡は院内発生とみなさない。
- 日帰り入院患者、同日入退院患者は除外する。

B. 現行のDPC様式等

- 様式1 A001030 ペイロード番号3, 4 「入棟時、退棟時の褥瘡の有無」を入力。
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病棟へ入院した期間が、様式1開始日から様式1終了日までの間にある場合は入力する。
- 「DESIGN-R分類」に基づき、入棟時の褥瘡(いわゆる持ち込み褥瘡)及び退棟時(死亡退院も含む。)の褥瘡を下表に従って各分類の値を決め、その値を連ねて各々③④に7桁で入力する。評価は創内の一番深い部分により行うこととする。

C. 検討結果

- DPCデータ上に関連項目が存在し算出に利用しうるが、一部の病棟に入力が限定されている等の課題がある。
- 既存の入力項目について、入力を全病棟に拡大することが考えられるのではないか。また、「入院中の褥瘡の最大深度」の項目を追加することが考えられるのではないか。

※指標の算出に当たっては、疾患分類(DPCコード)や年齢等で層別化することが考えられる。

D. (参考) WGで指摘された事項

- 様式1の褥瘡記載は現行は、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟に限られるため、全病棟へ対象を拡大してはどうか。
- 入棟時の褥瘡の有無は“なし”、退棟時の褥瘡の有無が“d2以上”で判定してはどうか。
- 入院中の最大深度を入力する項目を設けてはどうか。
- 深さをD3、大きさ100cm²とするならば、「J001-4 重度褥瘡処置(1日につき)」を間接的な指標として活用できるのではないか。ただし、かなり件数が小さくなり、他施設比較が難しくなる懸念もある。
- 指標の算出に当たっては、DPC10桁あるいは14桁分類で層別化あるいはリスク調整した「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」算定割合を比較するのはどうか。

(参考) CRM-01:褥瘡発生(d2以上)に関連するDPC様式等

◆様式1

A001030	患者プロ ファイル/ 褥瘡	◇	ア	○	1	○	入棟日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2023 年 6 月 1 日→20230601
					2	○	退棟日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2023 年 6 月 1 日→20230601
					3	○	入棟時の褥瘡の有無	入力要領を参照
					4	○	退棟時の褥瘡の有無	入力要領を参照

◆入力要領 (抜粋)

③、④ 入棟時・退棟時の褥瘡の有無

「DESIGN-R分類」に基づき、入棟時の褥瘡（いわゆる持ち込み褥瘡）及び退棟時（死亡退院も含む。）の褥瘡を下表に従って各分類の値を決め、その値を連ねて各々③④に7桁で入力する。評価は創内の一番深い部分により行うこととする。

桁数	項目	値							
		0	1	2	3	4	5	6	9
1 桁 目	深さ	皮膚損傷・ 発赤なし	持続する発赤	真皮までの損傷	皮下組織まで の損傷	皮下組織を こえる損傷	関節腔、体 腔に至る損 傷	深部損 傷褥瘡 (DTI) 疑い※1	判定不能
2 桁 目	滲出液	なし	少量：毎日の交換 を要しない	中等量：1日1 回の交換	多量：1日2 回以上の交換				
	大きさ (cm ²)								

検討結果：①指標ごとの検討

CRM-02:入院早期の栄養ケア(65歳以上)

A. 指標情報

$$\text{65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合} = \frac{\text{分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数}}{\text{65歳以上の退院患者数}} \times 100(\%)$$

除外要件：入院期間が3日以内の患者（検査入院、短期滞在 手術入院など）を除外する。

B. 現行のDPC様式等(関連する施設基準含む)

- 様式1 A004030 ペイロード番号3、5
様式1開始時点と終了時点の「低栄養の有無」を入力 [0.無 1.有 9.当該判断を行っていない]
- 65歳以上の患者、又は40歳以上の介護保険が適用されている患者の場合は入力する。
- 5 栄養管理体制の基準
 - (1) (2) 略
 - (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
 - (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
 - (5)～(9)略

C. 検討結果

- 現行のDPC様式等に関連項目が存在し算出に利用しうるが、アセスメントの実施時期が指標の趣旨に合致していないという課題がある。
- 入院早期のアセスメント実施を評価し、計測するのであれば、新たに様式1に「入院3日目までの栄養ケアアセスメント」の項目を追加することが考えられるのではないか。

D. (参考) WGで指摘された事項

- 様式1に変数「入院3日以内の栄養アセスメントの実施の有無」を追加してはどうか。
- 入院基本料及び特定入院料の施設基準に栄養管理に関する項目が追加され、入院7日以内に、特別な栄養管理の必要性の有無について評価し、特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成されている。それに対して当該指標は、より早期（入院3日目まで）の栄養ケアアセスメントの実施を求めているので、その意義を強調する必要があるが、「3日目まで」という閾値が適切かどうかは、今後も継続して検討する必要がある。
- 算定対象病床は限定されるが、早期栄養介入管理加算を代理指標として活用できる可能性がある。

(参考) CRM-02:入院早期の栄養ケア(65歳以上)に関するDPC様式等

◆様式1

A004030	要介護情報	○	ウ	-	3	○	低栄養の有無(様式1開始日時点)	0.無 1.有 9.当該判断を行っていない場合
					4	○	摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点)	0.無 1.有 9.当該判断を行っていない場合
					5	○	低栄養の有無(様式1終了日時点)	0.無 1.有 9.当該判断を行っていない場合
					6	○	摂食・嚥下機能障害の有無(様式1終了日時点)	0.無 1.有 9.当該判断を行っていない場合
					7	○	経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点)	入力要領を参照
					8	○	経管・経静脈栄養の状況(様式1終了日時点)	入力要領を参照

◆入力要領 (抜粋)

③、⑤ 低栄養の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

様式1開始日・様式1終了日時点において、低栄養ありの場合は“1”を、なしの場合は“0”を、当該判断を行っていない場合は“9”を入力する。③は様式1開始日時点の状態を、⑤は様式1終了日時点の状態を入力すること。

ここでいう低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了日を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

検討結果：①指標ごとの検討

CRM-03:身体拘束率

A. 指標情報

$$\text{身体拘束率} = \frac{\text{分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 100(\%)$$

除外要件：設定なし

B. 現行のDPC様式等

- M170020、ペイロード番号4、精神保健福祉法に基づく身体拘束実施日数を入力
- 身体拘束とは、精神保健福祉法に基づいて行われる行為に限定され、点滴等を目的に同法に基づかずに短時間のみ四肢等の一部を拘束する行為は含まれない。また、同一日に複数回の身体拘束指示及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

C. 検討結果

- 現行のDPCデータでは精神保健福祉法に基づく身体拘束の実施について入力されている。
- 診療録情報から入手可能と考えられる「物理的身体拘束の実施日数」についても様式1に「物理的身体拘束の実施日数」の項目を追加することが考えられるのではないか。

※ さまざまな疑義が寄せられている指標であり、職能団体や関連学会等で統一した定義を示すことが望ましい。

D. (参考) WGで指摘された事項

- 身体拘束を行う場合、カルテ情報への記載が期待されるため、様式1へ入力を求めることには合理性があると考えられる。
- 現行は、様式1に「M170020 精神保健福祉法に関する情報」に「精神保健福祉法に基づく身体拘束日数」があるが、身体拘束は精神科以外の領域でも課題であることから別途追加が必要と考える。
- 身体拘束の実施の有無を毎日Hファイルに入れる方が、データの質は高い。ただし、Hファイルはすべての病棟で入力が求められているわけではないので、Hファイルを全病棟で作成するという方針にすることも含めて提案してはどうかとの意見もあった。
- 身体拘束の定義があいまい（例えば、体動コール、ベッド柵と壁の位置関係調整など）。職能団体、専門家、若しくは役所で日本のスタンダードを決めてほしい。

(参考) CRM-03: 身体拘束率に関連するDPC様式等

◆様式1

M170020	精神保健福祉法に関する情報	※32	ア	-	2	○	精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院
					3	○	精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入 (単位 日)
					4	○	精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入 (単位 日)

◆入力要領 (抜粋)

④ 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数

身体拘束とは、精神保健福祉法に基づいて行われる行為に限定され、点滴等を目的に同法に基づかずに短時間のみ四肢等の一部を拘束する行為は含まれない。また、同一日に複数回の身体拘束指示及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。

検討結果：②その他の検討 診療報酬上、包括されている項目について

■検討結果

- 現行のDPCデータの入力方法では、一部の診療行為について出力されない場合がある。
- Fファイル上に出来高払い上包括となる診療行為を含めて出力されるようになれば、より確実な診療データに基づく医療の質指標計測が可能となるのではないか。

■理由

- DPCデータを算出元として医療の質指標を計測する場合には、EFファイルに基づき計測したい診療行為をカウントする手法が一般的である。しかし、一部において、EFファイルに明細が出力されない場合がある。
- 例えば、例示指標のうち「IFC-01：血培2セット」および「IFC-02：広域抗菌薬使用時の細菌培養」では「細菌培養同定検査」をカウントする計測手順にしているが、特定機能病院では「基本的検体検査実施料」に包括されており、Fファイルに明細が出力されないため、計測ができない。
- Fファイルに保険診療範囲内のすべての医療行為が出力されていれば、医療行為の内容を把握しやすく、計測の手間もあまりかからないため医療の質向上につながると考える。

4. 参考資料

- ・ 2022年度医療の質可視化プロジェクト計測状況

2022年度医療の質可視化プロジェクト計測状況

(計測対象期間:2021年10月~2022年9月)

大半の施設で計測されたことから、今回の指標は概ね計測可能と考えられる。一方、大学病院本院群ではIFC-01, 02の計測率がやや低い。

参考)IFC-01, 02で定義する微生物学検査は、特定機能病院においては「D025 基本的検体検査実施料」に含まれ、検査項目がEFファイルに記載されない場合が多い。

各指標の計測施設 (上段:施設数、下段:割合%)		医療安全			感染管理			ケア		
区分	協力 病院数	MSM-01	MSM-02	MSM-03 (DPC使用)	IFC-01 (DPC使用)	IFC-02 (DPC使用)	IFC-03	CRM-01	CRM-02	CRM-03
全体	557(*1)	521 (93.5%)	546 (98.0%)	405 (72.7%)	454 (81.5%)	448 (80.4%)	385 (69.1%)	521 (93.5%)	424 (76.1%)	414 (74.3%)
DPC全体(*2)	391(*3)	363 (92.8%)	387 (99.0%)	342 (87.5%)	330 (84.4%)	321 (82.1%)	305 (78.0%)	365 (93.4%)	292 (74.7%)	282 (72.1%)
大学病院 本院群	32	32 (100.0%)	32 (100.0%)	26 (81.3%)	20 (62.5%)	17 (53.1%)	17 (53.1%)	28 (87.5%)	20 (62.5%)	21 (65.6%)
DPC特定病 院群	74	72 (97.3%)	74 (100.0%)	64 (86.5%)	67 (90.5%)	65 (87.8%)	59 (79.7%)	72 (97.3%)	55 (74.3%)	53 (71.6%)
DPC標準病 院群	285	259 (90.9%)	281 (98.6%)	252 (88.4%)	243 (85.3%)	239 (83.9%)	229 (80.4%)	265 (93.0%)	217 (76.1%)	208 (73.0%)

*1 協力病院数は625病院。うちデータ提出があった病院は557病院

*2 中央社会保険医療協議会 総会(第522回)議事次第「機能評価係数Ⅱの内訳(医療機関別)令和4年4月1日時点」

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00148.html

*3 協力病院は430病院。うちデータ提出があった病院は391病院

医療の質向上のための体制整備事業 関係者一覧

医療の質向上のための協議会 (運営委員会)	<p>*座長</p> <p>今村 英仁 岡田 千春 草場 鉄周 楠岡 英雄 桜井 なおみ 塩見 尚礼 進藤 晃 田中 一成 田中 桜 永江 京二 西尾 俊治 福井 次矢 松原 了 松原 為人 吉川 久美子</p>	<p>公益社団法人日本医師会 常任理事 独立行政法人国立病院機構 審議役 医療法人北海道家庭医療学センター 理事長 独立行政法人国立病院機構 理事長 キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長 日本赤十字社 医療事業推進本部 副本部長 公益社団法人全日本病院協会 東京都支部長 公益社団法人全国自治体病院協議会 副会長 独立行政法人地域医療機能推進機構 理事 独立行政法人労働者健康安全機構 理事 一般社団法人日本慢性期医療協会 常任理事 一般社団法人日本病院会 QI委員会 委員長 社会福祉法人恩賜財団済生会 理事 全日本民主医療機関連合会 理事 公益社団法人日本看護協会 常任理事</p>
QI標準化・普及部会	<p>*部会長</p> <p>青木 拓也 鴨打 正浩 國澤 進 鈴木 理恵 林田 賢史 東 尚弘 的場 匡亮 矢野 諭</p>	<p>東京慈恵会医科大学 総合医科学研究センター 臨床疫学研究部 講師 九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 教授 京都大学 大学院医学研究科 社会医学系専攻 医療経済学分野 准教授 公益社団法人日本看護協会 医療政策部 看護情報課 専門職 産業医科大学病院 医療情報部 部長 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野 教授 昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授 一般社団法人日本慢性期医療協会 副会長</p>
DPCデータ計測ワーキング グループ	<p>*座長</p> <p>荒井 康夫 猪飼 宏 國澤 進 鳥羽三佳代 東 尚弘 村松 圭司 福井 次矢</p>	<p>学校法人北里研究所 北里大学病院 医療支援部 診療情報管理室 特別専門職 京都府立医科大学 附属病院 医療情報部 部長 京都大学 大学院医学研究科 社会医学系専攻 医療経済学分野 准教授 東京医科歯科大学病院クオリティ・マネジメント・センター 副センター長 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野 教授 産業医科大学公衆衛生学教室 准教授 一般社団法人日本病院会 QI委員会 委員長</p>
(公財)日本医療機能評価機構	<p>亀田 俊忠</p>	<p>医療の質向上のための体制整備事業 執行理事</p>