

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

**DPC データを用いた
例示指標 計測手順案
(案)**

【2024. 3. xx】

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療の質向上のための体制整備事業事務局

<目次>

はじめに	3
テーマ別計測手順	4
医療安全	
MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率.....	5
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	11
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.....	21
感染管理	
IFC-01 血液培養 2 セット実施率.....	26
IFC-02 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率.....	30
IFC-03 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率.....	34
ケア	
CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率.....	38
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	42
CRM-03 身体拘束率.....	48

※計測にマスターデータ（Excel）を必要とする指標があります。

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ます。これまで、全国の病院で共通に計測が求められる質指標として9個の質指標（医療の質指標基本ガイド 例示指標）を定め、医療の質可視化プロジェクトとして、全国の病院を対象にベンチマーク評価を実施して、質指標の計測および計測結果に基づく改善活動を支援してきました。

今後、質指標の標準化と普及を一層推進するためには、すでに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、専門家によるワーキンググループによりDPCデータを用いた質指標の計測方法の検討を行いました。具体的には、本事業で定めた9個の質指標のうち、算出元がDPC以外のデータとなっている指標について、DPCデータを活用して計測できるようにするための課題を整理し、仮の計測手順案を検討しました。本書はその検討結果を示すものです。

なお、本書に示されている内容は検討時点における医療環境を前提としており、本書作成時点では実装されていない事項が含まれています。あくまでも今後の可能性として、もし、このような事項がDPCデータに盛り込まれたとしたら、質指標の計測に活用できるのではないかという検討結果を示すものであることにご留意ください。

本書を活用して、DPCデータを用いた質指標の計測について、ご検討いただきますようお願い申し上げます。

医療安全

MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率

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

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

赤文字：DPC データを用いた計測手順の検討対象指標
黒文字：既存指標

MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率

転倒・転落(件数)

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

1. 定義・計算式(案)

様式1

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{退院患者に発生した転倒・転落件数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 1000$$

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

・DPC データ（様式1）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式1	転倒・転落件数	入院期間中に発生した転倒・転落件数	xxx 件
データ収集時の参考情報			
※以下の場合を含む。 a) 計測対象期間外に報告されたものでも、計測対象期間中に転倒・転落が発生した場合 ㊦a) 医療スタッフによる介助時や移動時の転倒・転落によるもの ㊦b) 医療施設の敷地外や外泊中の転倒・転落によるもの ㊦c) 意図的な転倒・転落によるもの			
<カウント方法> ・ 同一患者における複数回の転倒・転落によるものは個別にカウントする。 ・ 同一患者における同一転倒・転落に対し複数のインシデント・アクシデント報告が提出された場合には、まとめて1件とカウントする。			

3) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	様式 1	退院年月日 入院年月日	1 の患者の在院日数 [※] の総和を分母とする。 ※在院日数 = 退院年月日 - 入院年月日 + 1

4) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	転倒・転落件数	分母の対象患者の転倒・転落件数を合計し、分子とする。

4. 参考情報

1) 参考値 (2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果)

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	519	165	156	112	86
平均値	3.03	3.44	3.11	2.70	2.56
最大値	17.65	14.48	13.16	10.79	17.65
75 パーセントイル	3.57	4.27	3.84	3.24	2.83
中央値	2.70	3.19	2.83	2.54	2.30
25 パーセントイル	1.97	2.28	2.10	1.88	1.83
最小値	0.00	0.00	0.19	0.63	0.81

2) 参考資料

- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023 年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1 版】MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧 (2023 年度)
 - ✓ 一般病床定義・算出方法 (DPC 外) No. 3-a 入院患者の転倒・転落発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681794696.pdf>
 - ✓ 療養病床定義・算出方法 No. 3-a 入院患者の転倒・転落発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798780.pdf>
 - ✓ 精神病床定義・算出方法 No. 3-a 入院患者の転倒・転落発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802119.pdf>
- 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和 3 年度 総括研究報告書

共通 QI セット 2021/10/21 版「入院患者での転倒転落発生率」

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=18

- 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2021 年度
「転倒・転落（件数）」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/42/>
- 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
「指標 6A 入院患者の転倒・転落発生率」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_06.pdf
- 日本赤十字社 令和 3 年度医療の質の評価・臨床評価指標
医療安全 「No.06 転倒・転落① 入院患者での転倒転落発生率」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=20>

MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率

転倒・転落(件数)

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

1. 定義・計算式(案)

様式3

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

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

・DPC データ（様式3）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式3	転倒・転落件数	入院期間中に発生した転倒・転落件数	xxx 件
様式3	入院患者延べ数	入院患者延べ数	zzz 人日
データ収集時の参考情報			
※以下の場合を含む。 a) 計測対象期間外に報告されたものでも、計測対象期間中に転倒・転落が発生した場合 b) 医療スタッフによる介助時や移動時の転倒・転落によるもの c) 医療施設の敷地外や外泊中の転倒・転落によるもの d) 意図的な転倒・転落によるもの			
<カウント方法>			
<ul style="list-style-type: none"> 同一患者における複数回の転倒・転落によるものは個別にカウントする。 同一患者における同一転倒・転落に対し複数のインシデント・アクシデント報告が提出された場合には、まとめて1件とカウントする。 			

3) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 3	入院患者延べ数	入院患者延べ数を分母とする。

4) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 3	転倒・転落件数	計測対象期間に発生した転倒・転落件数を分子とする。

4. 参考情報

1) 参考値 (2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果)

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	519	165	156	112	86
平均値	3.03	3.44	3.11	2.70	2.56
最大値	17.65	14.48	13.16	10.79	17.65
75 パーセントイル	3.57	4.27	3.84	3.24	2.83
中央値	2.70	3.19	2.83	2.54	2.30
25 パーセントイル	1.97	2.28	2.10	1.88	1.83
最小値	0.00	0.00	0.19	0.63	0.81

2) 参考資料

- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023 年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1 版】MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧 (2023 年度)
 - ✓ 一般病床定義・算出方法 (DPC 外) No. 3-a 入院患者の転倒・転落発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681794696.pdf>
 - ✓ 療養病床定義・算出方法 No. 3-a 入院患者の転倒・転落発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798780.pdf>
 - ✓ 精神病床定義・算出方法 No. 3-a 入院患者の転倒・転落発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802119.pdf>

- ・ 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和3年度 総括研究報告書
 共通 QI セット 2021/10/21 版「入院患者での転倒転落発生率」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=18
- ・ 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2021 年度
 「転倒・転落（件数）」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/42/>
- ・ 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
 「指標 6A 入院患者の転倒・転落発生率」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_06.pdf
- ・ 日本赤十字社 令和3年度医療の質の評価・臨床評価指標
 医療安全 「No.06 転倒・転落① 入院患者での転倒転落発生率」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=20>

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

転倒・転落(3b以上)

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

1. 定義・計算式(案)

様式1

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{退院患者に発生したインシデント影響度分類レベル 3b 以上の転倒・転落件数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 1000$$

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

- ・DPC データ（様式1）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式1	転倒・転落件数	入入院期間中に発生した転倒・転落件数 うち、インシデント影響度分類レベル 3b 以上の 転倒・転落件数	xx 件 yy 件
データ収集時の参考情報			
※以下の場合を含む。			
a) 計測対象期間外に報告されたものでも、計測対象期間中に転倒・転落が発生した場合			
b) a) 医療スタッフによる介助時や移動時の転倒・転落によるもの			
c) b) 医療施設の敷地外や外泊中の転倒・転落によるもの			
d) c) 意図的な転倒・転落によるもの			

<カウント方法>

- ・ 同一患者における複数回の転倒・転落によるものは個別にカウントする。
- ・ 同一患者における同一転倒・転落に対し複数のインシデント・アクシデント報告が提出された場合には、まとめて1件とカウントする。

インシデント影響度分類

→次ページ参照

2) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	様式1	退院年月日 入院年月日	1の患者の在院日数 [※] の総和を分母とする。 <u>※在院日数=退院年月日-入院年月日+1</u>

※ 「MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率」と同じ分母を使用します。

3) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	影響度レベル 3b 以上の転倒・転落 件数	分母の対象患者のインシデント影響度分類レベルが 3b以上の転倒・転落件数を合計し、分子とする。

<資料>

- ・ インシデント影響度分類レベル 3b 以上（赤枠部分）が対象です。
- ・ インシデント損傷レベルでデータを保有している場合は、損傷レベル 4 以上がインシデント影響度分類レベル 3b 以上に対応します。

インシデント影響度分類、及び損傷レベルの対比表

インシデント影響度分類				(参考) 損傷レベル分類		
レベル	傷害の継続性	傷害の程度	傷害の内容			
レベル5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）	5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う	4	重度	手術、ギブス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は 伴わない			
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）			
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）	3	中程度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）	2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
レベル1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）	1	なし	患者に損傷はなかった
レベル0	－		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった			
その他				6	UTD	記録からは判定不可能

国立大学附属病院長会議常置委員会 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）（平成 24 年 6 月）および日本病院会 QI プロジェクト 年度別指標一覧 2022 年度 一般病床 No. 4c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）をもとに事務局作成

4. 参考情報

1) 参考値（2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	546	170	165	120	90
平均値	0.09	0.09	0.08	0.08	0.09
最大値	1.66	0.59	0.60	0.26	1.66
75 パーセントイル	0.11	0.13	0.11	0.10	0.09
中央値	0.06	0.07	0.07	0.06	0.05
25 パーセントイル	0.03	0.03	0.03	0.04	0.03
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

2) 参考資料

- ・ 国立大学附属病院長会議常置委員会 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）（平成 24 年 6 月）
http://nuhc.jp/Portals/0/images/activity/report/sgst_category/safety/kohyosisin201206.pdf
- ・ 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023 年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023. 8. 1 版】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
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- ・ 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧（2023 年度）
 - ✓ 一般病床定義・算出方法（DPC 外）No. 3-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681794716.pdf>
 - ✓ 療養病床定義・算出方法 No. 3-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798799.pdf>
 - ✓ 精神病床定義・算出方法 No. 3-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802136.pdf>
- ・ 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和 3 年度 総括研究報告書
共通 QI セット 2021/10/21 版 「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」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=20

- ・ 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2021 年度
「転倒・転落（3b 以上）」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/43/>
- ・ 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
「指標 6b 入院患者での転倒転落によるインシデント・アクシデント影響度分類レベル 3b 以上」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_06.pdf
- ・ 日本赤十字社 令和 3 年度医療の質の評価・臨床評価指標
医療安全 07 転倒・転落②「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」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=22>

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

転倒・転落(3b以上)

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

1. 定義・計算式(案)

様式3

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

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

- ・DPC データ（様式3）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式3	転倒・転落件数	入入院期間中に発生した転倒・転落件数 うち、インシデント影響度分類レベル 3b 以上の 転倒・転落件数	xxx 件 yyy 件
様式3	入院患者延べ数	入院患者延べ数	zzz 人日

データ収集時の参考情報

※以下の場合を含む。

- 計測対象期間外に報告されたものでも、計測対象期間中に転倒・転落が発生した場合
- 医療スタッフによる介助時や移動時の転倒・転落によるもの
- 医療施設の敷地外や外泊中の転倒・転落によるもの
- 意図的な転倒・転落によるもの

<カウント方法>

- ・ 同一患者における複数回の転倒・転落によるものは個別にカウントする。
- ・ 同一患者における同一転倒・転落に対し複数のインシデント・アクシデント報告が提出された場合には、まとめて1件とカウントする。

インシデント影響度分類

→次ページ参照

3) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式3	入院患者延べ数	入院患者延べ数を分母とする。

※ 「MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率」と同じ分母を使用します。

4) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式3	影響度レベル3b以上の転倒・転落件数	計測対象期間に発生したインシデント影響度分類レベルが3b以上の転倒・転落件数を分子とする。

<資料>

- ・ インシデント影響度分類レベル 3b 以上（赤枠部分）が対象です。
- ・ インシデント損傷レベルでデータを保有している場合は、損傷レベル 4 以上がインシデント影響度分類レベル 3b 以上に対応します。

インシデント影響度分類、及び損傷レベルの対比表

インシデント影響度分類				(参考) 損傷レベル分類		
レベル	傷害の継続性	傷害の程度	傷害の内容			
レベル5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）	5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う	4	重度	手術、ギブス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は 伴わない			
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）			
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）	3	中程度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）	2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
レベル1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）	1	なし	患者に損傷はなかった
レベル0	－		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった			
その他				6	UTD	記録からは判定不可能

国立大学附属病院長会議常置委員会 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）（平成 24 年 6 月）および日本病院会 QI プロジェクト 年度別指標一覧 2022 年度 一般病床 No. 4c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）をもとに事務局作成

5. 参考情報

1) 参考値（2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	546	170	165	120	90
平均値	0.09	0.09	0.08	0.08	0.09
最大値	1.66	0.59	0.60	0.26	1.66
75 パーセントイル	0.11	0.13	0.11	0.10	0.09
中央値	0.06	0.07	0.07	0.06	0.05
25 パーセントイル	0.03	0.03	0.03	0.04	0.03
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

2) 参考資料

- ・ 国立大学附属病院長会議常置委員会 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針（改訂版）（平成 24 年 6 月）
http://nuhc.jp/Portals/0/images/activity/report/sgst_category/safety/kohyosisin201206.pdf
- ・ 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023 年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023. 8. 1 版】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
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- ・ 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧（2023 年度）
 - ✓ 一般病床定義・算出方法（DPC 外）No. 3-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681794716.pdf>
 - ✓ 療養病床定義・算出方法 No. 3-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798799.pdf>
 - ✓ 精神病床定義・算出方法 No. 3-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上）
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802136.pdf>
- ・ 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和 3 年度 総括研究報告書
共通 QI セット 2021/10/21 版 「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」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=20

- ・ 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2021 年度
「転倒・転落（3b 以上）」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/43/>
- ・ 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
「指標 6b 入院患者での転倒転落によるインシデント・アクシデント影響度分類レベル 3b 以上」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_06.pdf
- ・ 日本赤十字社 令和 3 年度医療の質の評価・臨床評価指標
医療安全 07 転倒・転落②「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」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=22>

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

肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)

周術期の肺血栓塞栓症の予防行為の実施は、発生率を下げることに繋がる。

1. 定義・計算式

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数}}{\text{肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数}} \times 100$$

2. 準備（使用するデータ・資料）

- ・DPC データ（様式 1、EF ファイル）
- ・マスターデータ（別表 1～3）

3. 計測

1) 計測対象期間

3 か月毎に計測する。

2) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	様式 1	・生年月日 ・入院年月日	手順 1 に該当する患者の入院時年齢 [*] を求める。 ※入院時年齢=入院年月日-生年月日
3	・EF ファイル ・別表 1	手術情報	EF ファイルの手術情報を参照し、危険因子の手術リスト（別表 1）に該当する手術名 ¹ がある患者を抽出する。 ※別表 1 について 区分 1 は 15 歳以上の患者、区分 2 は 40 歳以上の患者を対象とする。
4			3 で絞り込んだ患者数を分母とする。

3) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	・EF ファイル ・別表 2, 3	・薬価基準コード ・レセ電コード	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する。

¹ リスクレベルが「中」以上の手術は、「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2017年改訂版)」(日本循環器学会等)に準じて抽出

手順	使用データ	参照する変数	作業
		<ul style="list-style-type: none"> ・実施年月日 ・診療明細名称 	(ア)以下の算定があった患者 113006910 肺血栓塞栓症予防管理料 (イ)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 【薬価基準コード】* 3332\$ 3334400\$ 3334401\$ 3334406\$ 3339001\$ 3339002\$ 3339003\$ 3339004\$ 3339400\$
2			1で絞り込んだ患者数を分子とする。

* これらの薬価基準コードに対応したレセ電コードを別表3でお示ししています。事務局が外部サイトを利用して取得した情報であり、本手順を参照した病院団体に採用されている情報ではありませんので、ご参考までご利用ください。

4. 参考情報

1) FAQ（よくある質問：MSM-03）

区分	Q	A
分母	リスクレベル「中」の定義が曖昧なので詳細を教えてください。	計測手順書及びマスターデータ（Excel）として提供しています。
分母	計測対象期間中に退院されていれば、入院日が当該期間以前であっても、集計対象と考えてよろしいでしょうか。計測対象期間とEFファイルの対象期間は違うと言う認識でしょうか。	ご認識のとおり、入院日が計測対象期間以前であっても、計測対象期間中に退院された場合は集計対象となります。また、当該指標は、分子のカウントにおいて「EF ファイルを参照し、当該入院期間中に…」と指定しておりますので、計測対象期間とEFファイルの対象期間は異なります。
分母	手術は実施したが算定できなかった場合も含めると解釈でよいか。	手術を実施した場合は、算定の有無に関わらずカウントしてください。
分母	一人の患者に複数回手術を行った場合はどのように扱うのか。	分母の定義は「患者数」ですので、同一患者に複数回手術しても「1」とカウントしてください。

2) 参考値（2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	401	90	131	108	72
平均値	86.42	80.97	85.50	90.14	89.35
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75 パーセントイル	96.07	97.21	95.35	96.16	95.38
中央値	91.94	90.24	91.75	93.16	91.25
25 パーセントイル	84.14	77.09	80.15	88.09	86.63
最小値	0.00	0.00	0.00	39.00	31.70

3) 参考資料

- 日本循環器学会等「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断，治療，予防に関するガイドライン(2017 年改訂版)」
https://js-phlebology.jp/wp/wp-content/uploads/2019/03/JCS2017_ito_h.pdf
- 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和 3 年度 総括研究報告書
 共通 QI セット 2021/10/21 版「手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=36
- 公益社団法人全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 令和 4 年度
 「一般 16 肺血栓塞栓症の予防対策実施率」
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20230406/i_16.pdf
 - 指標の定義 [version9.1]
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20221117/teigi_ver9.1.pdf#page=16
 - 入力支援資料 [version9.1]
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20221117/nyuryoku_ver9.1.pdf#page=80
- 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2022 年度
 「手術ありの患者の肺血栓塞栓症（予防対策の実施率）」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/11/>
- 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
 「指標 31A 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_31.pdf
- 日本赤十字社 令和 3 年度医療の質の評価・臨床評価指標
 病院全体 「No. 21 手術ありの患者の肺血栓塞栓症「手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率」

<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=50>

感染管理

- IFC-01 血液培養 2 セット実施率
- IFC-02 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率
- IFC-03 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率

赤文字：DPC データを用いた計測手順の検討対象指標
黒文字：既存指標

IFC-01 血液培養 2 セット実施率

血培 2 セット

広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。2014年度診療報酬改定から、血液を2か所以上から採取した場合に限り、2回算定できるようになっています。

1. 定義・計算式

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数}}{\text{血液培養オーダー日数}} \times 100$$

2. 準備（使用するデータ・資料）

・DPC データ（EF ファイル/E ファイル・F ファイル）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	EF ファイル	・実施年月日 ・レセ電コード	EF ファイルを参照し、計測対象期間内に、下記の検査を実施した患者を対象とする。 160058610 細菌培養同定検査（血液）
2	EF ファイル	実施年月日	1のうち、上記の血液培養オーダーが、1患者1日毎に実施された日数を集計し、分母とする。 ※同一日に複数のレコードがあっても、1とカウント。

2) 分子

<EF ファイルを使用する場合>

手順	使用データ	参照する変数	作業
-	EF ファイル	・行為明細番号 ・使用量 ・行為回数 ・出来高実績点数	血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。 *実施回数は1患者1日で合計する。 *実施回数は、行為明細番号(EF-7)= '000' 以外のレコード(F ファイル相当)から集計し、以下のいずれかの場合を分子とする。 A: 行為回数(EF-21) × 使用量(EF-12)を1日当たりで合計したものが2以上（ただし、使用量「0」の場合1として計算）の場合

手順	使用データ	参照する変数	作業
			B:出来高実績点数(EF-16)の1日当たり合計が2回分以上の場合

<Eファイル・Fファイルを使用する場合>

手順	使用データ	参照する変数	作業
-	Eファイル Fファイル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使用量 ・ 出来高実績点数 ・ 行為回数 	血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。 *実施回数は1患者1日で合計する。 *Fファイルより使用量(F-12)あるいは出来高実績点数(F-18)を抽出し、それに紐づくEファイルの行為回数(E-15)を掛け合わせて算出する。(ただし、使用量は「0」の場合1として計算)

<注意点>

- ・ 行為回数 (E-15、EF-21) の入力方法の解釈により行為回数のみを用いた場合は、分子に含まれないことがあるため、出来高実績点数も利用した手順としている。
同一日に同一行為が複数回発生した場合は、合計した点数がE-11、12、13に計上され、回数は1とすることを基本とする。(薬剤等) 但し、合計処理が不可能な場合で、各々を別レコードとして分離できず、かつ、点数が1回当たり点数となる場合は、回数として2以上が入る。合計処理は、統一データ処理にて実施。 ※「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料より
- ・ ただし、出来高実績点数には0を入力しているデータも多く存在し、DPCデータによる判定では分子に含まれないケースが潜在的に存在しうる。

4. 参考情報

1) 補足

- ガイドラインの推奨からは、年齢によらず新生児も含めて2セットの実施を指標として参照することが望まれる。ただし実運用として、特に小児を考慮した他の施設での実施状況との比較として、年齢別の指標値を併せた検討も考慮できる。
- 感染を疑わないスクリーニング検査として1回のみの実施を多く行っている場合、実施率が低くなる。

2) FAQ（よくある質問：IFC-01）

区分	Q	A
データソース	本指標は、入院と外来両方の EF ファイルを用いて計測するのか。	入院と外来両方の EF ファイルが対象となります。
分子	分子「血液培養オーダーが 1 日に 2 件以上ある日数」とあるが、「朝」と「夕」で 2 回とカウントしてよいか。	当該指標の実施回数は、1 患者 1 日で合計します。したがって、考え方としては同日の朝・夕に実施された場合は同日に 2 回とカウントできます。
分子	1 人の患者の右手と左腕に、それぞれオーダーがある場合は 2 件とカウントするのか。 それとも 1 件とカウントするのか。	同日に血液を 2 か所以上から採取した場合、当該日を「1 日に 2 回以上実施した日」としてカウントします。

3) 参考値（2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	448	131	141	107	69
平均値	77.19	75.48	79.91	77.44	74.51
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75 パーセンタイル	93.13	95.62	94.21	89.72	87.56
中央値	85.60	87.93	88.54	83.45	80.31
25 パーセンタイル	70.55	66.67	73.32	72.38	67.73
最小値	0.00	0.00	0.00	0.15	3.97

4) 参考資料

- ・ JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2017 ―敗血症およびカテーテル関連血流感染症―
https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/guideline_JAID-JSC_2017.pdf
- ・ 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧（2023 年度）
一般病床定義・算出方法（DPC） No.26-c 血液培養検査において、同日に 2 セット以上の実施割合
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681707293.pdf>
- ・ 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2022 年度
「血液培養の実施（2 セット培養）」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/56/>
- ・ 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
「指標 17B 血液培養実施時の 2 セット実施率」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/hokoku_r03_17.pdf

- ・ 日本赤十字社 令和3年度医療の質の評価・臨床評価指標
感染管理 「No.26 血液培養の実施「血液培養実施時の2セット実施率」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=60>

IFC-02 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

広域抗菌薬使用時の細菌培養

近年、多剤耐性アシネトバクター属菌や、幅広い菌種に効果を有するカルバペネム系抗菌薬に耐性のある腸内細菌科細菌など、新たな抗菌薬耐性菌（以下、耐性菌）が出現し、難治症例が増加していることが世界的な問題となっています。不適切な抗菌薬の使用は、耐性菌の発生や蔓延の原因になることから、各医療機関において抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）を組織するなど、抗菌薬適正使用を推進する取り組みが求められます。抗菌薬適正使用の鍵を握るのは正確な微生物学的診断であり、抗菌薬投与前の適切な検体採取と培養検査が必要です。

1. 定義・計算式

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までに細菌培養同定検査が実施された患者数}}{\text{広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数}} \times 100$$

2. 準備（使用するデータ・資料）

- ・DPC データ（様式 1、EF ファイル）
- ・マスターデータ（別表 4～6）

3. 計測

1) 計測対象期間

3 か月毎に計測する。

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	・ EF ファイル ・ 別表 4, 5	・ データ識別番号 ・ 実施年月日 ・ 薬価基準コード ・ レセ電コード	1 のうち、EF ファイルを参照し、計測対象期間において、広域スペクトルの抗菌薬（以下の薬価基準コードの薬剤）が投与された患者を抽出する。 【薬価基準コード】* ピペラシリン ◆6131403\$ カルバペネム系 ◆6139002\$ テビペネムピボキシル ◆6139400\$ メロペネム水和物 ◆6139401\$ ビアペネム ◆6139402\$ ドリペネム ◆6139501\$ イミペネム・シラスタチンナトリウム ◆6139503\$ パニペネム・バタミプロン ◆6139505\$ タゾバクタム 第 4 世代セフェム系 ◆6132418\$ セフトジジム水和物

手順	使用データ	参照する変数	作業
			◆6132424\$ セフピロム硫酸塩 ◆6132425\$ セフェピム塩酸塩水和物 ◆6132426\$ セフォゾプラン塩酸塩
3			2で抽出した患者を分母とする。

* これらの薬価基準コードに対応したレセ電コードを別表5でお示ししています。事務局が外部サイトを利用して取得した情報であり、本手順を参照した病院団体に採用されている情報ではありませんので、ご参考までご利用ください。

2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	EF ファイル 別表 6	レセ電コード	分母のうち、当該入院日～抗菌薬投与日までの期間に以下の算定があった患者を抽出し、分子とする。 【診療行為コード】* ◆D018\$ 細菌培養同定検査

* 診療行為コードに対応したレセ電コードを別表6でお示ししています。事務局が外部サイトを利用して取得した情報であり、本手順を参照した病院団体に採用されている情報ではありませんので、ご参考までご利用ください。

4. 参考情報

1) FAQ (よくある質問：IFC-02)

区分	Q	A
分母	「広域スペクトル抗菌薬」の指定（一覧）はあるか。	計測手順書及びマスターデータ（Excel）として提供しています。
分母	EF ファイルを元にしたデータ抽出において、手術時に使用した抗菌薬は計算対象となるか。	入院中の手術時に手順書に記載の広域抗菌薬を使用した場合は、対象となります。
分母	計測対象期間中に退院した患者が計測対象期間よりも前に抗菌薬を投与された場合、分母はどのように捉えたらよいか。	本指標の分母は、計測期間中に抗菌薬が投与された患者になりますので、計測期間外に投与された事例は分母の対象外となります。
分母	1名の患者に対して、対象となる広域スペクトラムの抗菌薬を複数種類使用した場合も分母は1としてカウントしてよろしいでしょうか。	分母は実患者数です。そのため、1名の患者に対し複数種類の薬剤が処方された場合は「1」とカウントします。

分母	同一患者が同月に複数回入院し、その都度対象となる広域スペクトラムの抗菌薬を使用した場合、入院の回数に併せて分母を複数カウントしてよろしいでしょうか。	ご認識のとおり、入院の回数にあわせてカウントをお願いします。ただし、退院年月日当日に再入院した場合は、計測の対象外となります。詳しくは、計測手順書(P7「2. 計測の対象外となるデータ」)をご参照ください。
分子	分子（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）について、抗菌薬の処方日と細菌培養の同定検査日が同じ日の場合も分子に含まれますか？	同日の場合も分子に含まれます。
分子	細菌培養同定検査を複数回実施した場合、患者数はどのようにカウントしたらよいか。	1名の患者に対し、細菌培養同定検査を複数回実施した場合、分子は1とカウントします。
分子	1つの入院期間において、広域抗菌薬Aを投与する前には培養検査がされておらず、その後広域抗菌薬Bに変更する前に培養検査をした場合、分子は1とカウントするのか。	1つの入院期間において、広域抗菌薬の処方前に培養検査が行われた場合、分子は1とカウントします。 なお、広域抗菌薬Aの投与前検査が未実施という点については、自院における取り扱いを再度ご確認ください。
分子	特定機能病院は「D025 基本的検体検査実施料」を算定しております。実施料には、微生物学的検査が含まれるため、「D018 細菌培養同定検査」をデータ上抽出できません。 DPCデータ・レセプトデータだけではなく、オーダー実績等で補正して算出すればよろしいでしょうか。	特定機能病院の場合は、DPCデータではなく、検査オーダーがわかる資料を用いて算出してください（本書30ページ参照）
分子	抗菌薬投与時よりも相当前に細菌培養同定検査をしていた場合、両者に関連性は考えられないようなケースもすべてカウントするのか。	指標の趣旨から考えて両者に関係性がないと思われる場合は、貴院のご判断で除外いただいて問題ありません。その際、計測データ提出時に、当該指標の最初の質問「手順通りに計測を行いましたか」を「いいえ」にして、簡潔に理由をご記入願います。

分子	広域抗菌スペクトラムの抗菌薬投与前であれば、いずれの細菌培養検査であっても提出されていれば分子に含むということによろしいでしょうか。例えば、肺炎に対して抗菌薬を使用する場合、痰培養を提出せずに尿培養を提出している場合であっても分子にカウントしてよろしいでしょうか。	入院日から広域抗菌薬投与前までの期間に、D018\$に該当する細菌培養同定検査がひとつでも行われている場合は、分子に含みます。そのため、例示いただいた事例の場合も分子にカウントします。該当する細菌培養同定検査は、別途配布しているマスターデータをご参照ください。
----	--	--

2) 参考値（2022年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	443	132	143	104	64
平均値	69.89	61.99	70.27	78.23	71.78
最大値	100.00	100.00	100.00	98.07	97.30
75パーセンタイル	87.54	81.46	87.94	88.82	87.40
中央値	75.85	66.67	75.45	81.26	77.25
25パーセンタイル	57.25	46.96	56.88	70.35	61.22
最小値	0.00	0.00	0.00	34.01	10.10

3) 参考資料

- 独立行政法人国立病院機構 臨床評価指標 Ver. 4.1 計測マニュアル 2020（令和2）年 診療報酬改定対応版
「No. 107 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率」
<https://nho.hosp.go.jp/files/000157249.pdf#page=200>

現在、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、抗生物質をあらかじめ投与することを予防的抗菌薬投与とといいます。

開胸、開腹を伴う手術等は、手術開始直前に抗菌薬を点滴などで投与することにより、手術後の感染を抑えることが期待されています。

1. 定義・計算式(案)

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{全身麻酔手術で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数}} \times 100$$

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

- ・DPC データ（様式1）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

1) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式1	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与	0：投与していない 1：術前1時間以内に投与 2：術前1時間～2時間の間に投与 3：術前2時間より前に投与 9：投与対象外(感染症患者であり治療投与中など)	1
データ収集時の参考情報			
* 手術室で行ったすべての手術とする			
*同一患者に対し、同時に複数の手術が行われた場合は算定件数に関わらず1件とする。			
*同一患者で同一日に複数回の手術を手術室で行われた場合は最初の1件のみカウントする。			

2) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	様式1	手術情報	1のうち、手術を実施した患者を抽出する。
3	様式1	麻酔	2のうち、麻酔が「1:全身麻酔」または「6:全麻+硬膜外」の手術を抽出する。
4	様式1	術前1時間以内の抗菌薬投与	3のうち、予防的抗菌薬投与が実施された手術を抽出し、その手術件数を合計して分母とする。

3) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	術前1時間以内の抗菌薬投与	分母のうち、「術前1時間以内に投与」の件数を合計し、分子とする。

4. 参考情報

1) 参考値 (2022年度医療の質可視化プロジェクト計測結果)

	全施設	200床未満	200床~399床	400床~599床	600床以上
施設数	384	108	126	90	60
平均値	81.15	75.57	83.79	81.18	85.63
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75パーセントイル	98.32	100.00	98.46	96.40	96.37
中央値	86.80	86.75	88.57	83.82	90.65
25パーセントイル	72.82	62.03	76.10	72.64	77.16
最小値	0.00	0.00	0.00	1.78	50.21

2) 参考資料

- 公益社団法人日本化学療法学会/一般社団法人日本外科感染症学会, 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, 2016.
<http://www.gekakansen.jp/file/antimicrobial-guideline.pdf>
- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1版】IFC-03 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 公益社団法人全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 令和4年度「一般15 手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率」
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20230406/i_15.pdf

- 指標の定義 [version9.1]
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20221117/teigi_ver9.1.pdf#page=15
- 入力支援資料 [version9.1]
https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20221117/nyuryoku_ver9.1.pdf#page=67

ケア

- CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率
- 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
- CRM-03 身体拘束率

赤文字：DPC データを用いた計測手順の検討対象指標
黒文字：既存指標

CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率

褥瘡発生(d2以上)

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

本指標の定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

1. 定義・計算式(案)

1) 計算式

様式1

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

2) 除外要件（分母）

持ち込みの褥瘡を除外する。

① 日帰り入院患者、同日入退院患者は除外する。

~~② 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。~~

③ 入院時すでにDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの褥瘡保有が記録されていた患者は除外する。

~~④ 計測対象期間より前に（例えば前の計測期間に）褥瘡（d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U）の院内発生が確認され、継続して入院している患者は除外する。~~

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

・DPC データ（様式1）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式1	(既存) 入棟時の褥瘡の有無		

様式 1	入院中の褥瘡の最大深度	入院中の褥瘡の最大深度について、日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R® 2020 に沿った情報を求めていくことが考えられた。	
データ収集時の参考情報			
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。			

3) 分母手順(案)

※手順としてはまず除外要件に該当する患者を除外し、その後に絞り込まれた患者の在院日数の総和を調べる順番になります。

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を対象とする。
2	様式 1	退院年月日 入院年月日	1のうち、同日入退院の患者を除外する。【除外要件①】
3	様式 1	褥瘡の有無・ 入棟時	2のうち、入棟時に褥瘡があった患者を除外する。【除外要件②】
4	様式 1	退院年月日 入院年月日	3で絞り込まれた患者の在院日数*の総和を分母とする。 ※ <u>在院日数 = 退院年月日 - 入院年月日 + 1</u>

4) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	入院中の褥瘡の最大深度	分母の対象患者のうち、入院中の褥瘡の最大深度が DESIGN-R® 2020 の d2 (真皮までの損傷) 以上の患者を分子とする。

5) 資料

日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R® 2020 Depth(深さ)

※赤枠内が本指標の分子の対象範囲です。

Depth (深さ)	内容
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織を超える損傷
D5	関節腔, 体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い*
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

* 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断する

4. 参考情報

1) 参考値（2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	517	163	158	110	86
平均値	0.24	0.23	0.30	0.19	0.18
最大値	7.26	5.35	7.26	2.04	4.17
75 パーセントイル	0.13	0.14	0.13	0.11	0.15
中央値	0.08	0.07	0.08	0.08	0.09
25 パーセントイル	0.04	0.03	0.04	0.05	0.05
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

2) 参考資料

- 一般社団法人日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント
- http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf
- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023 年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1 版】CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧（2023 年度）
 - ✓ 一般病床定義・算出方法（DPC 外） No.4 褥瘡発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681794775.pdf>
 - ✓ 療養病床定義・算出方法 No.6 褥瘡発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798888.pdf>
 - ✓ 精神病床定義・算出方法 No.6 褥瘡発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802209.pdf>
- 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和 3 年度 総括研究報告書
共通 QI セット 2021/10/21 版「新規褥瘡発生率（患者延べ数ベース）」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=24
- 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2022 年度
「褥瘡の発生率」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/30/>
- 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
「指標 5 褥瘡発生率」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_05.pdf

- 日本赤十字社 令和3年度医療の質の評価・臨床評価指標
医療安全 「No.10 褥瘡推定発生率」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=28>

CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率

褥瘡発生(d2以上)

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

本指標の定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

1. 定義・計算式(案)

1) 計算式

様式3

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

2) 除外要件（分母）

持ち込みの褥瘡を除外する。

- ① 日帰り入院患者、同日入退院患者は除外する。
- ② 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。
- ③ 入院時すでにDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの褥瘡保有が記録されていた患者は除外する。
- ④ 計測対象期間より前に（例えば前の計測期間に）褥瘡（d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U）の院内発生が確認され、継続して入院している患者は除外する。

2. 準備（使用するデータ・資料）

・DPCデータ（様式3）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPCデータ	項目	内容	例
様式3	新規褥瘡発生患者数	院内で新規にDESIGN-R® 2020のd2(真皮までの損傷)以上の褥瘡が発生した患者数	xx人
様式3	入院患者延べ数	入院患者延べ数 ただし除外要件に該当する患者を除く。	yyy人日

データ収集時の参考情報

持ち込みの褥瘡を除外する。

- ① 日帰り入院患者、同日入退院患者は除外する。
- ② 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。
- ③ 入院時すでに DESIGN-R® 2020 Depth(深さ)の d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの褥瘡保有が記録されていた患者は除外する。
- ④ 計測対象期間より前に（例えば前の計測期間に）褥瘡（d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U）の院内発生が確認され、継続して入院している患者は除外する。

3) 分母手順(案)

※単位は「入院患者延べ数（人日）」ですが、手順としてはまず除外要件に該当する患者（人）を除外し、その後に絞り込まれた患者の入院延べ数（人日）を調べる順番になります。

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 3	入院患者延べ数	入院患者延べ数を分母とする。

4) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 3	新規褥瘡発生患者数	分母の対象患者のうち、新規褥瘡発生患者数を分子とする。

5) 分子・分母の算出例（参照元団体の図を参考に作成）

例	入院期間	計測対象期間	d2 以上の褥瘡発生日	分子	分母
1	9/1～11/30	10/1～12/31	11/15	1	61
2	9/1～11/30	10/1～12/31	9/15	(対象外)	(対象外)
3	9/1～11/30	10/1～12/31	初回：9/15 2回目：10/15	(対象外)	(対象外)
4	10/1～10/15	10/1～12/31	初回：10/3 2回目：10/10	1	15

6) 資料

日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R® 2020 Depth(深さ)

※赤枠内が本指標の分子の対象範囲です。

Depth (深さ)	内容
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織を超える損傷
D5	関節腔, 体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い*
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

* 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する

4. 参考情報

1) 参考値（2022年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	517	163	158	110	86
平均値	0.24	0.23	0.30	0.19	0.18
最大値	7.26	5.35	7.26	2.04	4.17
75°-センチル	0.13	0.14	0.13	0.11	0.15
中央値	0.08	0.07	0.08	0.08	0.09
25°-センチル	0.04	0.03	0.04	0.05	0.05
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

2) 参考資料

- 一般社団法人日本褥瘡学会 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント
- http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf
- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1版】CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 一般社団法人日本病院会 QIプロジェクト 指標一覧（2023年度）
 - ✓ 一般病床定義・算出方法（DPC外） No.4 褥瘡発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681794775.pdf>
 - ✓ 療養病床定義・算出方法 No.6 褥瘡発生率
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798888.pdf>

✓ 精神病床定義・算出方法 No.6 褥瘡発生率

<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802209.pdf>

- ・ 厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」令和3年度 総括研究報告書
共通 QI セット 2021/10/21 版「新規褥瘡発生率（患者延べ数ベース）」
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202122065A-sokatsu1.pdf#page=24
- ・ 公益社団法人全日本病院協会 診療アウトカム評価事業 2022 年度
「褥瘡の発生率」
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/30/>
- ・ 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021 年 年間報告書
「指標 5 褥瘡発生率」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_05.pdf
- ・ 日本赤十字社 令和3年度医療の質の評価・臨床評価指標
医療安全 「No.10 褥瘡推定発生率」
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20230315-582d8c05aef0ae49612430650be09d07e3c8d594.pdf#page=28>

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

入院早期の栄養ケア(65歳以上)

早期に低栄養リスクを評価し適切な介入をすることで、在院日数の短縮、予後改善につながります。

1. 定義・計算式(案)

1) 計算式

計測値(%) =

$$\frac{\text{分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数}}{\text{65歳以上の退院患者数}} \times 100$$

2) 除外要件(分母)

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。

・ 準備(使用するデータ・資料)(案)

・ DPC データ(様式1)

・ 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式1	入院3日目までの 栄養ケアアセスメントの実施	1:入院3日目までに実施 0:上記以外 ※65歳以上の患者を対象	1
データ収集時の参考情報			
なし			

3) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	様式1	退院年月日 入院年月日	1のうち、以下の場合を除く。 ・入院期間が3日以内の患者
3	様式1	入院年月日 生年月日	2のうち、入院時年齢※が65歳以上の患者を抽出する ※入院時年齢 = 入院年月日 - 生年月日
4			3により絞り込まれた患者を分母とする

4) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	入院3日目までの 栄養ケアアセスメント	分母のうち、栄養ケアアセスメントが「入院3日目までに実施」された患者を分子とする

*カルテ記載がなくても栄養管理計画書や栄養スクリーニングシート等で栄養面のリスク判定（評価）が行われていれば、栄養ケアアセスメントが行われたとみなして問題ありません。

参考情報

1) 参考値（2022年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200床未満	200床～399床	400床～599床	600床以上
施設数	421	141	133	84	63
平均値	82.81	80.66	83.81	84.23	83.63
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75パーセンタイル	100.00	100.00	100.00	99.09	98.50
中央値	94.09	95.61	94.09	94.35	92.75
25パーセンタイル	77.01	73.73	80.33	81.25	79.75
最小値	0.00	0.00	0.65	0.00	0.62

2) 参考資料

- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1版】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
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2021年 年間報告書
「指標 4A 入院納期の栄養ケアアセスメント実施割合」
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/hokoku_r03_04.pdf
- 全日本民主医療機関連合会 QI 委員会 2019年 民医連 QI 推進事業「医療指標の定義と解釈－Q&A集」V.9-1
https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/qa/2022/220725_08.pdf#page=4

身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束は慎むべきものです。

1. 定義・計算式(案)

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

2. 準備（使用するデータ・資料）(案)

・DPC データ（様式1）

3. 計測

1) 計測対象期間

3か月毎に計測する。

2) 想定される入力項目

DPC データ	項目	内容	例
様式1	物理的身体拘束の実施日数	入院中に行われた物理的身体拘束の実施日数	xxx 人日
データ収集時の参考情報			
なし			

3) 分母手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	退院年月日 入院年月日	計測対象期間に退院した患者の在院日数※の総和を分母とする。 ※在院日数 = 退院年月日 - 入院年月日 + 1

4) 分子手順(案)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	物理的身体拘束の実施日数	分母のうち、物理的身体拘束の実施日数を合計し、分子とする。

4. 参考情報

1) 参考値（2022 年度医療の質可視化プロジェクト計測結果）

	全施設	200 床未満	200 床～399 床	400 床～599 床	600 床以上
施設数	412	133	133	87	59
平均値	12.85	12.74	14.70	12.48	9.45
最大値	65.80	64.78	65.80	37.78	34.75
75 パーセントイル	17.57	17.94	20.53	17.32	12.16
中央値	10.31	9.79	12.32	11.25	9.04
25 パーセントイル	4.24	2.23	4.25	6.08	5.58
最小値	0.00	0.00	0.00	0.17	0.10

2) 参考資料

- 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 「身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に」（平成 13 年 3 月）
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf
- 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 2023 年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標 計測手順書【2023.8.1 版】CRM-03 身体拘束率
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf
- 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト 指標一覧（2023 年度）
 - ✓ 療養病床「No.4 病床における身体抑制率」
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681798849.pdf>
 - ✓ 精神病床「No.4 病床における身体抑制率」
<https://www.hospital.or.jp/qipro/pointer/file/1681802172.pdf>

3) 補足

<p>介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」である。具体的には次のような行為があげられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ② 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。 ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。 ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。 ⑥ 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子 テーブルをつける。 ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。 ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。 ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 ⑩ 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。 ⑪ 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 出典：厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」,2001, p7 ・ 質指標の計測では、①～⑨を物理的身体拘束とみなして計測対象とした。
<p><補足></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 柵と柵の間に患者が座れるほどの隙間がある4点柵は、身体拘束に該当します。 ・ センサー類（離床センサー、離床マット、センサーベッドなど）の使用は、身体拘束に該当しません。 ・ 体動コール（クリップで首の襟につなげている こと）は身体拘束に該当します。 	<p>出典：2023 年度医療の質可視化プロジェクト 計測手順書【2023. 8. 1 版】 p49</p>

お問い合わせ先

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療の質向上のための体制整備事業事務局

E-mail : qi_pilot@jcqhc.or.jp