

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

2024年度 医療の質可視化プロジェクト 適用指標 計測手順書

[計測対象期間：23年10月-24年5月]

- 本書は、I～K期間(以下表の赤枠内)を計測対象期間とする場合の計測手順書です。
- L期間(24年6月～9月)の計測手順は、令和6年度診療改定報酬の内容を反映させたうえで別途配布します。

2024年度医療の質可視化プロジェクト 計測対象期間
【I期間】 2023年10月1日～12月31日
【J期間】 2024年1月1日～3月31日
【K期間】 2024年4月1日～5月31日
【L期間】 2024年6月1日～9月30日

本書の対象

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
I 計測手順書の見方	4
II 指標の計測にあたって	6
1. 用語の定義	6
1) 使用するデータの種類について	6
2) データ項目について	6
3) 計測の対象について	7
2. 計測の対象外となるデータ	7
3. 計測上の留意点	8
1) DPC データについて	8
2) マスターデータについて	8
3) FAQ (よくある質問)	9
III テーマ別計測手順	10
医療安全	
MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率	11
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	14
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	19
感染管理	
IFC-01 血液培養 2 セット実施率	24
IFC-02 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	29
IFC-03 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率	35
ケア	
CRM-01 d2 (真皮までの損傷) 以上の褥瘡発生率	41
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	46
CRM-03 身体拘束率	51

※計測にマスターデータ (Excel) を必要とする指標があります。
本データは別途、配布します。

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では、質指標活用の普及・促進に向けて、我が国の全病院を対象に、質指標を活用した質の可視化を実践する「医療の質可視化プロジェクト（以下、本プロジェクト）」を実施いたします。病院の機能・規模等にかかわらず、重要なテーマである「医療安全」「感染管理」「ケア」を取り上げ、関連する代表的な質指標の計測を通じ、自院の更なる質向上を目指すオールジャパンの取組です。

本計測手順書（以下、本書）は、本プロジェクトで扱う9指標について、各指標の定義や計測に使用するデータ、分子・分母の詳細な計測手順等をまとめています。なお、取りまとめにあたっては、本事業の協力団体が既に運用している指標の計測手順を参考にしています。

本書の目的は、医療の質を可視化するために、医療現場の方々が円滑に質指標を計測できるようにすることです。主に、計測の実務に携わるスタッフの方々にご活用いただくことを想定しておりますが、病院が組織全体で医療の質を向上させるためにも、様々な職種の方々に幅広くご活用いただくことを想定しています。

本書を活用して、医療の質指標の計測に継続的に取り組んでいただきますようお願い申し上げます。

- 本計測手順書は、当事業 QI 標準化・普及部会において、各協力団体が運用する計測手順書を基に検討し取りまとめました。
- 基本的には、記載された手順に沿って計測をお願いいたします。ただし、手順書どおりの計測が難しい場合や手順書に記載されている内容以上の解釈が必要となった場合は、分子・分母の定義に基づき、各病院のご判断で計測手順を見直していただいて問題ありません。
- 計測そのものが難しい指標は割愛して問題ありません。
- なお、各指標の定義は、必ずしも標準的な診療・ケアを表現するものではない旨、ご留意ください。計測を通して、自院の取組を振り返る機会につなげてください。

I 計測手順書の見方

①指標番号・指標名

テーマごとに指標番号をつけ、具体的な指標名を記載しています。

③解説

当該指標を計測する意図(ねらい)や目指すべき方向性(本来のあり方や望まれる状況)を記載しています。

④定義・計算式

分母・分子の定義とその計算式・単位を記載しています。また、該当する場合は分母から除外するものを「除外要件」として記載しています。

⑤準備

当該指標の算出に必要なデータや資料を記載しています。

⑥計測対象期間

当該指標を計測するために必要なデータの期間です。

⑦手順

計測のステップを示しています。

⑧使用データ

各ステップで使用するデータを記載しています。

- ・ DPC データやレセプトデータの場合は、各データに含まれている項目名を「参照する変数」として記載しています。
- ・ 「別表 X」の記載がある場合は、別途配布する Excel も併せてご利用ください。

②指標の略称

指標の略称を記載しています。

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

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

2. 準備 (使用するデータ・資料)

- ・ 入院患者延べ数が出るデータ・資料(入退院記録など)
- ・ インシデント・アクシデント報告

3. 計測

- 1) 計測対象期間 (L期間(2024年6月1日~9月30日)の計測手順は別途配布します)

計測対象期間	データ提出期間
【I期間】2023年10月1日~12月31日	2024年7月1日(月)~8月30日(金)12時
【J期間】2024年1月1日~3月31日	
【K期間】2024年4月1日~5月31日	
【L期間】2024年6月1日~9月30日	2024年9月9日(月)~12月20日(金)12時

- 2) 分母

手順	使用データ	作業
1	入退院記録など	計測対象期間中における入院患者延べ数(許可病床数にかかわらず24時現在に在院していた患者数および退院患者数)を分母とする。

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	インシデント・アクシデント報告	医療安全管理部門へインシデント・アクシデント報告 ¹⁾ が提出された入院中の転倒・転落件数を分子とする。 ※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>

- ・ 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。

4. 参考情報

1) FAQ (よくある質問: MSM-01)

区分	Q	A
分子	分子の対象にインシデント影響度分類レベル0も含まれるか。	インシデント・アクシデント報告が提出されていれば、レベル0でも分子に含まれます。
分子	同一患者における同一転倒転落はまとめて1件とのことですが、1日においてでしょうか、それとも計測期間内においてでしょうか。	1日であっても、計測期間内であっても同一の転倒に対して、複数の職員からレポートが挙がってきた場合は「1件」とカウントします。また、期間内に同じ患者が複数回転倒している場合は個別にカウントします。
	入院患者の転倒の部分についてです。この転倒に入院患者のリハビリ中の転	本指標では「インシデント・アクシデ

⑨作業

ステップごとに計測に必要な具体的な作業を記載しています。

⑩資料等

指標によっては、分母・分子の算出例や、計測時に参考となる資料を掲載しています。

⑪FAQ (よくある質問)

過去に協力病院から寄せられた疑義照会と、その回答を記載しています。

2) 参考値 (2023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	489	150	147	109	83
平均値	2.77	3.04	2.84	2.60	2.40
最大値	6.11	6.11	5.88	5.30	4.50
75パーセンタイル	3.45	3.85	3.60	3.20	2.87
中央値	2.69	3.16	2.82	2.42	2.31
25パーセンタイル	1.95	2.24	2.02	1.88	1.85
最小値	0.00	0.00	0.03	0.93	0.71

※2022年10月1日~2023年9月30日間の計測結果

3) 参考資料

- ・ 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

⑫参考値

昨年度の医療の質可視化プロジェクトの計測結果値を記載しています。

⑬参考資料

本手順のとりまとめの参考とした病院団体等の指標に関する資料です。さらにより詳しい情報を調べたい時に参考としてください。

Ⅱ 指標の計測にあたって

1. 用語の定義

1) 使用するデータの種類について

- ・ DPC データ

DPC データとは、厚生労働省保険局医療課が行っている「DPC 導入の影響評価に関する調査」の調査データのことです。様式1、入院統合 EF ファイル、外来統合 EF ファイルなどが含まれます。

(参考) 2023 年度「DPC 導入の影響評価に関する調査」実施説明資料：

https://www01.prrism.com/dpc/2023/file/setumei_20230403.pdf

- ・ レセプトデータ

レセプトデータとは、保険医療機関・保険薬局が保険者に医療費を請求する際に使用するレセプトに含まれるデータのことです^{*}。受診日、傷病名、診療行為、医薬品などのデータが含まれます。

※社会保険診療報酬支払基金ホームページ

<https://www.ssk.or.jp/smph/seikyushiharai/rezept/index.html> より一部改変

- ・ サーベイランスデータ

サーベイランスデータとは、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示します。サーベイランスデータを用いる指標の場合は、各施設の実情に応じて測定可能なデータをご利用ください。

2) データ項目について

- ・ データ識別番号

データ識別番号とは、患者を特定する番号です。各医療機関において匿名化の処理をした番号です。いわゆる患者 ID と同義です。そのためデータ識別番号を使えば、DPC データにおける複数のファイル間で患者を紐づけることができます。

- ・ **薬価基準コード**

薬価基準コードとは、厚生労働省により管理されている薬価基準収載医薬品コードのことで、薬価ごとに設定されている英数 12 桁のコードから成ります。DPC データの入院統合 EF ファイルや外来統合 EF ファイルを使用する際は、本コードに相当するレセプト電算処理システム用コードを調べる必要があります。

※薬価基準コードは各桁に意味があります。1~4 桁目が薬効分類、5~7 桁目が投与経路および成分、8 桁目が剤形、9 桁目が規格単位を示しています。

一般財団法人 医療情報システム開発センター(MEDIS-DC)

https://www.medis.or.jp/4_hyojyun/medis-master/terms/index.html より一部改変

- ・ **レセ電コード**

レセ電コードとは、レセプト電算処理システム時に使用するコードのことで、正式名称は「レセプト電算処理システム用コード」です。本コードは DPC データの入院統合 EF ファイルや外来統合 EF ファイルに含まれる項目です。

※社会保険診療報酬支払基金ホームページ

<https://www.ssk.or.jp/smph/seikyushiharai/rezept/index.html> より一部改変

- ・ **診療行為コード**

診療行為コードとは、医科診療報酬点数表の区分番号のことです。

3) 計測の対象について

- ・ **計測期間に退院した患者**

退院日が計測期間に含まれる患者

- ・ **入院患者延べ数**

当日の 24 時現在入院している患者及び退院患者数を合計した延べ人数

2. 計測の対象外となるデータ

【各データソース共通】

- ・ 各指標の手順に特記されていない限り、分母および分子に必要なデータに欠損がある場合

【DPC データを使用する場合】

- ・ 自費、医科または歯科保険以外の場合（医科レセプトのほかに歯科レセプトが併用されている患者については、その医科レセプトを計測対象に含める）
- ・ 入院期間中に入院統合 EF ファイルがない日が 1 日以上含まれる場合
- ・ 退院年月日当日に再入院した場合
- ・ 様式 1 の生年月日、入院年月日、退院年月日に明らかな誤りがある場合
- ・ 様式 1 の医療資源を最も投入した傷病名に DPC コードが存在しない場合（例：DPC の対象外となる正常分娩 080\$ など）

【入院のレセプトデータを使用する場合】

- ・ 同カルテ番号で生年月日、性別が異なる場合
- ・ 入院年月日と退院年月日から計算される入院期間と診療実日数が一致しない場合

3. 計測上の留意点

1) DPC データについて

- ・ 様式1とEFファイルの両方を用いる指標の場合、「データ識別番号」を用いて患者を紐づけます。
- ・ DPCデータとそれ以外のデータの両方を用いる指標の場合における患者の特定は、各施設の規定に準じます。
- ・ 診療行為コードや薬価基準コード内に「\$」が含まれることがあります。その場合、当該部分に入るすべての数値が計測対象となります。

2) マスターデータについて

(ア) 各手順の「2. 準備 (使用するデータ・資料)」に「マスターデータ(別表〇)」の記載がある指標は、別途配布するマスターデータ(Excel) もご利用ください。計測に必要な手術リストや薬剤リストなどを掲載しています。

(イ) 薬価基準コードに紐づくレセ電コードの取得方法について

- ・ 本来、DPCデータにおいて、指定された薬剤を抽出する際はEFファイルにあるレセ電コードを使用しますが、参照した協力団体の手順書によっては薬価基準コードのみが記載されています。
- ・ そこで今回は参考まで、事務局が外部サイトを利用して薬価基準コードに対応するレセ電コードを取得しマスターデータを作成しています(別表3,5,6)。
- ・ ただし、外部サイトによるデータ更新時期によっては、本来対象となる薬剤が漏れる可能性も想定されます。当該表はご参考までにご利用ください。
 - ※ 以下にてマスターデータの取得方法をお示しいたしますので、計測対象期間に合わせて適切なデータをご利用いただくか、自院で薬価基準コードとレセ電コードとを紐づけるツール等をお持ちの場合は、そちらをご利用ください。

<マスターデータの取得方法(医薬品の場合)>

1. MEDIS「医薬品HOTコードマスターダウンロード履歴」ページ (<http://www2.medis.or.jp/hcode/old.html>) にアクセスする。
2. 参照したいZipファイルをダウンロードする。
3. ファイル名の末尾に「HOT9」といったテキストファイルをExcelに読み込む。
4. 手順書に記載された薬価基準コードに対応するレセ電コードを抽出する。

参考：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 等

3) FAQ (よくある質問)

Q	A
① 全指標共通	
<p>自院の判断で、特定の診療科を計算式から除くような対応をおこなってもよろしいか。</p>	<p>貴院のご判断で、特定の診療科を除外することは問題ありません。</p> <p>なお、フィードバックデータをご確認いただく際は、各施設によって計測対象に対するご判断が異なる旨ご注意ください。</p>
<p>DPC データの様式 1 の A 様式 (7 日以内再入院)、B 様式 (DPC 対象外病棟期間含む) は計測対象外とし、個々の入院期間のみ対象となるのか。</p>	<p>ご認識のとおり A 様式、B 様式は計測対象外とし、様式 1 の統括診療情報番号が 0 (入院サマリ) のレコードを対象とします。</p>
<p>救外死亡、COVID-19 症例も計測対象データとしてみなしてよいか。</p>	<p>除外要件に指定がなければ、救外死亡、COVID-19 症例も含みます。</p>
<p>各指標で定められている定義は、病院機能評価の評価項目においても同じ解釈で良いか。</p>	<p>今回の 9 指標は病院団体が運用している指標を参考に設定しているため、各指標の定義は必ずしも病院機能評価項目と同じとは限りません。</p>
②安全管理・ケア指標共通	
<p>「入院患者延べ数」について、1 人の患者が 5 日間入院したら 5 カウントになるが、「入院数」ではないか。</p>	<p>「入院患者延べ数」は、計測期間中の各日における「24 時現在での入院患者数+退院患者数」を合計した数になります。1 人の患者が 5 日間入院したら、「5 人日」となります。</p>
<p>日帰り入院の場合は「入院患者延べ数」に含めますか。</p>	<p>日帰り入院の患者は入院日の 24 時には在院していませんが、当日の退院患者に含まれるので、特に除外要件の記載がなければ、「1」とカウントします。</p> <p>※CRM-01 (d2 以上の褥瘡発生率) では、日帰り入院は除外要件となります。</p>
③感染管理共通	
<p>JANIS や J-SIPHE のデータを使用してもよければデータ作成が容易だが活用できないのか。</p>	<p>感染管理サーベイランスにおいてすでに計測した値で、本プロジェクトの感染管理指標の定義に合致しているものがあれば、利用して構いません。</p>

※ 個別の指標に関する FAQ (よくある質問) は、各指標の計測手順をご参照ください。

Ⅲ テーマ別計測手順

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

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

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

2. 準備（使用するデータ・資料）

- ・入院患者延べ数がわかるデータ・資料(入退院記録など)
- ・インシデント・アクシデント報告

3. 計測

1) 計測対象期間 *(L 期間(2024年6月1日~9月30日)の計測手順は別途配布します)*

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】 2023年10月1日~12月31日	2024年7月1日(月)~8月30日(金) 12時
【J 期間】 2024年1月1日~3月31日	
【K 期間】 2024年4月1日~5月31日	2024年9月9日(月)~12月20日(金) 12時
【L 期間】 2024年6月1日~9月30日	

2) 分母

手順	使用データ	作業
1	入退院記録 など	計測対象期間中における入院患者延べ数（許可病床数にかかわらず24時現在に在院していた患者数および退院患者数）を分母とする。

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	インシデント・アクシデント報告	<p>医療安全管理部門へインシデント・アクシデント報告¹が提出された入院中の転倒・転落件数を分子とする。</p> <p>※以下の場合を含む。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c)医療施設の敷地外や外泊中の転倒・転落によるもの</p> <p>d)意図的な転倒・転落によるもの</p>

<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。

4. 参考情報

1) FAQ (よくある質問：MSM-01)

区分	Q	A
分子	分子の対象にインシデント影響度分類レベル0も含まれるか。	インシデント・アクシデント報告が提出されていれば、レベル0でも分子に含みます。
分子	同一患者における同一転倒転落はまとめて1件とのことですが、1日においてでしょうか、それとも計測期間内においてでしょうか。	1日であっても、計測期間内であっても同一の転倒に対して、複数の職員からレポートが挙がってきた場合は「1件」とカウントします。また、期間内に同じ患者が複数回転倒している場合は個別にカウントします。
分子	入院患者の転倒の部分についてです。この転倒に入院患者のリハビリ中の転倒は含みますでしょうか？リハビリ中の転倒はある程度仕方のない部分も入ってきてしまうため、数に入れてしまうと今回のプロジェクトの意図とは外れてしまうのではないかと考えています。	本指標では「インシデント・アクシデント報告が提出された入院中の転倒・転落」が分子の対象となりますので、リハビリ中の転倒でもインシデント・アクシデント報告が提出されていれば、対象となります。

¹ インシデント・アクシデント報告とは、院内で定められた基準で医療安全管理部門へ報告されたものを指す。

2) 参考値（2023 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	489	150	147	109	83
平均値	2.77	3.04	2.84	2.60	2.40
最大値	6.11	6.11	5.88	5.30	4.50
75 パーセントイル	3.45	3.85	3.60	3.20	2.87
中央値	2.69	3.16	2.82	2.42	2.31
25 パーセントイル	1.95	2.24	2.02	1.88	1.85
最小値	0.00	0.00	0.03	0.93	0.71

※2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日間の計測結果

3) 参考資料

- 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

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

2. 準備（使用するデータ・資料）

- ・入院患者延べ数がわかるデータ・資料(入退院記録など)
- ・インシデント・アクシデント報告

3. 計測

1) 計測対象期間 *(L 期間(2024 年 6 月 1 日～9 月 30 日)の計測手順は別途配布します)*

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】 2023 年 10 月 1 日～12 月 31 日	2024 年 7 月 1 日 (月) ～8 月 30 日 (金) 12 時
【J 期間】 2024 年 1 月 1 日～3 月 31 日	
【K 期間】 2024 年 4 月 1 日～5 月 31 日	2024 年 9 月 9 日 (月) ～12 月 20 日 (金) 12 時
【L 期間】 2024 年 6 月 1 日～9 月 30 日	

2) 分母

手順	使用データ	作業
1	入退院記録 など	計測対象期間中における入院患者延べ数（許可病床数にかかわらず 24 時現在に在院していた患者数および退院患者数）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。

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	インシデント・アクシデント報告	<p>医療安全管理部門へインシデント・アクシデント報告²が提出された入院中の転倒・転落件数のうち、インシデント影響度分類レベルが 3b 以上の件数を分子とする（16 ページ<資料>参照）。</p> <p>※以下の場合を含む。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c) 医療施設の敷地外や外泊中の転倒・転落によるもの</p> <p>d) 意図的な転倒・転落によるもの</p>

<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。

² インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたものを指す。レポート報告体制が計測値に影響する可能性がある。

<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（2023 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	518	162	156	116	84
平均値	0.08	0.08	0.08	0.07	0.06
最大値	0.24	0.24	0.24	0.24	0.24
75 パーセントイル	0.10	0.11	0.12	0.09	0.08
中央値	0.06	0.07	0.06	0.05	0.05
25 パーセントイル	0.03	0.03	0.04	0.03	0.03
最小値	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

※2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日間の計測結果

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）
https://nuhc.jp/wp-content/themes/NUHC/Portals/0/images/activity/report/sgst_category/safety/kohyosisin201206.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

1) 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) 除外要件（分母）

入院時年齢が15歳未満の患者

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 (L 期間(2024年6月1日～9月30日)の計測手順は別途配布します)

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】 2023年10月1日～12月31日	2024年7月1日（月）～8月30日（金）12時
【J 期間】 2024年1月1日～3月31日	
【K 期間】 2024年4月1日～5月31日	2024年9月9日（月）～12月20日（金）12時
【L 期間】 2024年6月1日～9月30日	

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	様式 1	・生年月日 ・入院年月日	2 のうち、入院時年齢が 15 歳未満の患者を除外する。【除外要件】
4	・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 ³ 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。
5			4 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 ・実施年月日 ・診療明細名称	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。 (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】 ⁴ 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。

³ 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

⁴ 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すので、ご参考までにご利用ください。

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E F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E F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いう解釈でよいか。	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。
分母	区分1(15歳以上)の年齢の上限は特に定められていないか。区分2が40歳以上なので、15歳~39歳とも解釈できる。	区分1の年齢の上限は特にありません。
分子	薬剤リストについて、別表3(HOTマスターをもとに作ったリスト)にない薬剤も使っている場合、分子の対象になるか。	別表3はあくまで参考です。計測手順書に記載の「薬価基準コード」に該当する薬剤であれば分子の対象になります。
分子	術中のみに抗凝固薬を使用した場合であっても「抗凝固薬の使用あり」としてよいものなのでしょうか。	分子は、「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」ですので、術中のみに抗凝固薬を使用した場合であっても、肺塞栓予防対策として抗凝固薬を使用した場合は分子に該当します。

2) 参考値（2023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	368	80	116	106	66
平均値	90.92	91.66	90.65	91.18	90.07
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75パーセントイル	95.81	99.16	95.11	95.13	94.62
中央値	92.30	93.86	91.73	92.76	91.45
25パーセントイル	86.87	86.34	87.34	88.97	86.77
最小値	69.84	72.34	71.69	72.32	69.84

※2022年10月1日～2023年9月30日間の計測結果

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

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）

① 特定機能病院以外の場合

- ・DPC データ（EF ファイル/E ファイル・F ファイル）

② 特定機能病院の場合

- ・検査オーダーなど、血液培養の実施日、件数が分かるデータ

3. 計測

1) 計測対象期間 *（L 期間(2024年6月1日～9月30日)の計測手順は別途配布します）*

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】2023年10月1日～12月31日	2024年7月1日（月）～8月30日（金）12時
【J 期間】2024年1月1日～3月31日	
【K 期間】2024年4月1日～5月31日	2024年9月9日（月）～12月20日（金）12時
【L 期間】2024年6月1日～9月30日	

① 特定機能病院以外の場合

2) 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。

3) 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
1	EF ファイル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行為明細番号 ・ 使用量 ・ 行為回数 ・ 出来高実績点数 	<p>血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。</p> <p>*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。</p> <p>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</p> <p>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</p>

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
1	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 	<p>血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。</p> <p>*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(EF-16)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)</p>

<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の評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」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。

② 特定機能病院の場合

1) 分母

手順	使用データ	作業
1	検査オーダーなど、血液培養の件数が分かるデータ	計測対象期間内に、血液培養検査を実施した患者を対象とする。
2	検査オーダーなど、血液培養の件数が分かるデータ	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。 ※同一日に複数回の検査があっても、1とカウント。

2) 分子

手順	使用データ	作業
1	検査オーダーなど、血液培養の件数が分かるデータ	血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。

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。
分母/分子	<p>集計単位は【日数】とあります。計算式の分母に関して、集計自体を患者数ではなく、同日複数人実施していても1日〔毎月最大値は30日(31日)〕としてカウントすると認識してよろしいでしょうか。</p> <p>また、計算式の分子に関して、同日複数人血液培養実施していた場合、ひとりでも2セット採取していれば1日(例えば同日3人血液培養実施し、2セット採取は1人いた場合)とカウントされるでしょうか。</p>	<p>計測手順書では、<u>1患者あたり1日ごと</u>に実施した日数を集計します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・分母は、<u>同日複数人に実施していればその検査数の合計</u>です。 ・分子は、<u>同日2セット以上採取している患者の合計数を日数で計上</u>します。 <p>計算方法を以下の例にてお示しいたします。</p> <p>例) 以下2名の入院患者がいる場合(○で囲んだ数字は、血液培養の実施回数)</p> <p>Aさん：1月1日に②回、同月2日に①回、同月3日に②回</p> <p>Bさん：1月1日に②回、同月2日に②回</p> <p>*当該指標の分母は【5日】(たとえば1月1日の分母は1日ではなく【2日】となります)</p> <p>*当該指標の分子は【4日】</p> <p>*計測値は80%</p>
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。

区分	Q	A
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 それとも1件とカウントするの	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 (2023 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	427	123	130	107	67
平均値	83.87	86.00	84.34	82.10	81.84
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	99.01
75 th パーセンタイル	93.94	96.96	94.28	91.16	90.03
中央値	87.34	92.42	88.21	84.50	82.31
25 th パーセンタイル	77.41	82.84	78.13	73.89	76.49
最小値	41.00	41.67	41.00	43.00	48.39

※2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日間の計測結果

4) 参考資料

- ・ JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2017 一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/houkoku_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）

① 特定機能病院以外の場合

- ・DPC データ（様式 1、EF ファイル）またはレセプトデータ（入院）
- ・マスターデータ（別表 4～6）

② 特定機能病院の場合

- ・検査オーダー、診療録など、細菌培養実施日と広域抗菌薬投与日がわかるデータ
- ・マスターデータ（別表 4～6）

3. 計測

1) 計測対象期間 (L 期間(2024 年 6 月 1 日～9 月 30 日)の計測手順は別途配布します)

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】 2023 年 10 月 1 日～12 月 31 日	2024 年 7 月 1 日（月）～8 月 30 日（金）12 時
【J 期間】 2024 年 1 月 1 日～3 月 31 日	
【K 期間】 2024 年 4 月 1 日～5 月 31 日	2024 年 9 月 9 日（月）～12 月 20 日（金）12 時
【L 期間】 2024 年 6 月 1 日～9 月 30 日	

① 特定機能病院以外の場合

2) 分母

DPC データを使用する場合

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】 ⁵ 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・ベタミプロン ❖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 ❖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。

レセプトデータ（入院）を使用する場合

手順	使用データ	作業
1	レセプト（入院）	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	・ レセプト（入院） ・ 別表 4, 5	医薬品レコード（IYレコード）を参照し、広域スペクトルの抗菌薬（上記＜DPC データを使用する場合＞の手順2と同様）が投与された患者を抽出し、分母とする。

⁵ 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すので、ご参考までにご利用ください。

3) 分子

DPC データを使用する場合

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】 ⁶ ❖D018\$ 細菌培養同定検査

レセプトデータ（入院）を使用する場合

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	・レセプト (入院) ・別表 6		分母のうち、診療行為レコード（SI レコード）を参照し、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】 ❖D018\$ 細菌培養同定検査

⁶ 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すので、ご参考までにご利用ください。

② 特定機能病院の場合

1) 分母

手順	使用データ	作業
1	退院記録など	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	・ 広域抗菌薬の投与日がわかるデータ ・ 別表 4, 5	1のうち、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】 ⁷ 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・ベタミプロン ◆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 ◆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。

2) 分子

手順	使用データ	作業
1	検査オーダーなど細菌培養の実施日が分かるデータ	分母のうち、当該入院日～抗菌薬投与日までの期間に細菌培養を実施した患者を抽出し、分子とする。

⁷ 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すので、ご参考までにご利用ください。

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。

区分	Q	A
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 29 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。
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日までの期間に、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（2023 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	418	116	136	102	64
平均値	75.58	69.89	74.01	81.19	80.28
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	98.37
75 Ⅰ -セタイル	88.97	84.44	88.26	90.67	89.66
中央値	81.03	71.43	79.32	85.29	85.05
25 Ⅰ -セタイル	64.78	56.09	63.55	73.50	75.53
最小値	24.59	28.07	24.59	28.77	29.93

※2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日間の計測結果

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>

IFC-03 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率 予防的抗菌薬投与

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

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

2. 準備（使用するデータ・資料）

手術開始時刻、抗菌薬投与時刻がわかるデータ・資料（手術記録など）

3. 計測

1) 計測対象期間 *(L 期間(2024年6月1日~9月30日)の計測手順は別途配布します)*

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】2023年10月1日~12月31日	2024年7月1日（月）~8月30日（金）12時
【J 期間】2024年1月1日~3月31日	
【K 期間】2024年4月1日~5月31日	2024年9月9日（月）~12月20日（金）12時
【L 期間】2024年6月1日~9月30日	

2) 分母

手順	使用データ	作業
1	手術記録など	手術室で行った手術件数を分母とする。 *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。

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	手術記録など	手術室で行った手術のうち、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 ・抗菌薬の種類及び投与方法は問わない

4. 参考情報

1) FAQ（よくある質問：IFC-03）

区分	Q	A
データソース	本指標は、入院と外来両方のデータが対象になるのか。	入院と外来両方のデータが対象となります。
分母/分子	<p>元々手術前から抗菌薬を投与されている症例には、予防的抗菌薬とは異なる方法で抗菌薬が投与されています。</p> <p>例)元々感染症治療のため抗菌薬が1日2回（朝・夕）静脈投与されており、朝（手術開始前1時間以上前）の抗菌薬が投与されたのち、手術が行われた。</p> <p>このような症例は、当該指標の対象にならないと判断してよろしいでしょうか？</p>	<p>本指標は、目的を問わず、手術適用のすべての患者に対し、術前1時間以内の投与の有無を確認する指標ですので、分母・分子はそれぞれ以下の扱いになります。</p> <p>【分母】 「手術室で行ったすべての手術」を対象としているため、ご提示いただいた症例も含む想定です。</p> <p>【分子】 感染症治療で既に抗菌薬が投与されていても、術前1時間「以内」に抗菌薬が投与されている場合は、分子の対象となります。</p> <p>なお、計測結果をご覧ください際には、ご提示いただいた症例も含まれた結果であるということを院内に共有し、分析につなげてください。</p>
分母	分母の対象は、計測対象期間に退院した患者のうち手術室でおこなった手術件数でしょうか？もしくは、計測対象期間中に手術室で行った手術件数でしょうか？	「計測対象期間中に手術室で行った手術件数」が分母の対象となります。
分母	「手術室で行った手術件数」は、軽微な手術も含めた件数で良いか。	手術室で行ったすべての手術を対象としています。なお、同一患者に対し、同時又は同一日に複数の手術が行われた場合は算定件数に関わらず最初の1件のみとしています。
分母	手術室で行った手術のうち、開胸・開腹以外の手術も分母に含まれるのか。	「手術室で行ったすべての手術」を対象としているため、開胸・開腹以外の手術も含む想定です。
分母	手術室で行った手術のうち、局所麻酔による手術など、一般的に「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与」の対象ではない手術も分母に含まれるのか。	「手術室で行ったすべての手術」を対象としているため、一般的に「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与」の対象ではない手術も含む想定です。

区分	Q	A
分母	膀胱鏡検査など、おなかを切らない場合も手術室に入ることがある。その場合も分母「手術室で行った手術件数」に含めるか。	手術室で実施した場合であっても、検査のみであれば分母から除外してください。
分母	生検も分母に含めるか。	
分母	胃瘻造設と CV ポートは手術に入るか。	いずれも K コードに含まれているため、手術に含まれます。
分母	当院で実績のある手術が血管造影室で行う手術の場合、分母の定義「手術室で行った手術」にならって除外すべきでしょうか。	手術室以外で行われた場合は、「手術室で行われた手術」に該当しないため、原則除外になります。ただし、手術室での手術と同等と考えられる場合は自院の裁量で計測対象として問題ありません。
分母	診療報酬の区分が「手術 (K コード)」となっても手術室では行われていない場合は分母に含めないという考え方でよいか。	
分母	当院で行われている眼科手術ではユニットパスが組み込まれている術式が多く、投与時間のカルテ記載が残っていないため、分子に含められず計測値が低くなっております。このような場合は、分母から外すことは可能でしょうか。	投与時間が不明な症例は、分母には含めて分子からは除外してください。
分母	分母対象は手術室で行った手術すべてとなっておりますが、眼科手術については、当該科ガイドラインで抗菌薬不使用と定められています。このような手術も分母に含めるのは何か意味があるのでしょうか。すべての手術に予防的抗菌薬の投与が推奨されているのでしょうか。	<p>今回扱っている指標の定義や手順は、病院団体に実際に運用されている内容を参考にしています。</p> <p>また、各指標は本事業で取りまとめた「医療の質指標基本ガイド」で定めた「質改善に資する指標の 6 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)」に基づいて選定されています。</p> <p>(参考) 医療の質指標基本ガイド https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/04/Quality_Indicator_Guide.pdf</p> <p>このような経緯をふまえ、本指標の分母は「手術室でおこなったすべての手術」としています。</p> <p>なお、計測結果をご覧いただく際には、ご提示いただいた抗菌薬不要の手術も含まれた結果であるということを院内に共有し、分析につなげてください。</p>

区分	Q	A
分子	<p>当院では手術室に入る前に予防的抗菌薬の投与を開始します。手術室に入室後は、麻酔を投与してから手術を行っております。</p> <p>この場合「手術開始前1時間」とは「手術室への入室」「麻酔開始」「手術開始」のうち、どの時点からの1時間以内と考えればよいでしょうか。</p>	<p>「手術開始」の定義について、計測手順上は特に決まりはありません。自院において、術後の感染を予防するための抗菌薬投与が適切に行われているかを振り返るうえで、適切なタイミングをご判断ください。</p> <p>なお、「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#page=11)では、皮膚切開の1時間前以内の投与が推奨されています。</p>
分子	「抗菌薬の種類及び投与方法は問わない」とあるが、内服薬も対象となる認識でよいか。	ご認識のとおり、内服薬も分子の対象となります。
分子	「抗菌薬の種類及び投与方法は問わない」の解釈として、術前指示の点眼薬も含まれる事によろしいでしょうか。	手術開始前1時間以内に点眼の抗菌薬が投与されている場合、分子の対象となります。
分子	「投与方法は問わない」とあるが、手術開始2時間前から点滴で予防的抗菌薬を投与しているケースは分子に含まれるか。	本指標の分子は、手術開始1時間以内に投与が「開始」された件数ですので、それよりも前に投与が開始されたケースは、分子に含まれません。

2) 参考値 (2023 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	358	91	120	93	54
平均値	84.83	87.03	85.16	81.98	85.30
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75パーセントイル	98.14	100.00	97.75	95.56	95.25
中央値	88.86	94.12	88.86	83.07	86.81
25パーセントイル	76.06	77.30	77.18	73.06	79.21
最小値	36.86	37.10	41.95	36.86	39.64

※2022年10月1日～2023年9月30日間の計測結果

3) 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

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

1) 計算式

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

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）

- ・入院患者延べ数がわかるデータ・資料（入退院記録など）
- ・褥瘡の情報が記録されたデータ・資料

3. 計測

1) 計測対象期間 *（L 期間(2024年6月1日～9月30日)の計測手順は別途配布します）*

計測対象期間	データ提出期間
【I 期間】 2023 年 10 月 1 日～12 月 31 日	2024 年 7 月 1 日（月）～8 月 30 日（金）12 時
【J 期間】 2024 年 1 月 1 日～3 月 31 日	
【K 期間】 2024 年 4 月 1 日～5 月 31 日	2024 年 9 月 9 日（月）～12 月 20 日（金）12 時
【L 期間】 2024 年 6 月 1 日～9 月 30 日	

2) 分母

※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	作業
1	入退院記録など	計測対象期間中における在院患者および退院患者を対象とする。
2	入退院記録など	1のうち、同日入退院 ⁸ の患者を除外する。【除外要件①】
3	褥瘡の情報が記録されたデータ	2のうち、入院時刻から24時間以内にDESIGN-R [®] 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者を除外する。【除外要件②】
4	褥瘡の情報が記録されたデータ	3のうち、計測対象期間より前に院内新規褥瘡 ⁹ があった患者を除外する。【除外要件③④】
5		4で絞り込まれた患者の入院延べ数を分母とする。

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	褥瘡の情報が記録されたデータ	院内新規褥瘡があった患者を抽出する。
2	褥瘡の情報が記録されたデータ	1のうち、DESIGN-R [®] 2020のd2（真皮までの損傷）以上の患者を分子とする。 ※計測対象期間中に再発や異なる部位に発生した場合でも、1とカウントする。 ※NPAUP分類の場合は、「ステージⅡ以上」を分子の対象とする。

4) 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

⁸ 入院日および退院日が同一のもの

⁹ 入院時刻から24時間以内にDESIGN-R分類のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がない、かつ入院後24時間以上経過のうちDESIGN-R分類のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録があるもののうち初回のもの。褥瘡の原因は問わない。

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) FAQ（よくある質問：CRM-01）

区分	Q	A
分母	<p>分母の入院患者延べ数について、24時現在に在院していた患者数だけでよいでしょうか。</p> <p>他の指標（入院患者の転倒・転落発生率）では24時現在に在院していた患者数および退院患者数が含まれています。</p>	<p>基本的に本指標も「当日の24時現在入院している患者及び退院患者数を合計した延べ人数」でカウントしてください。ただし、本指標では、日帰り入院患者、同日入退院患者を除外してください。</p>
分子	<p>褥瘡ができる要因として、自重によるもの（寝たきりで自身の体重でなるもの）と医療材料の圧迫損傷によるもの（カーゼや包帯によってできるもの）の2つが考えられるが、院内新規褥瘡発生患者を算出するにあたり、褥瘡患者の定義はあるか。</p>	<p>本プロジェクトでは、褥瘡の原因を問いませんので、2つの要因をあわせて計測・提出してください。</p> <p>なお、院内で改善活動を進めるにあたり原因別に考えることが有用と考える場合は、院内分析用にデータを区分しておくことは構いません。</p>
分子	<p>複数褥瘡を持つ患者の場合、一番深いものを1とカウントすればよいか。</p>	<p>分子の単位は患者数ですので、計測対象期間中に複数褥瘡が発生し、そのうち1つでもd2以上の褥瘡があれば、1とカウントしてください。</p>
分子	<p>同じ患者に新たに、d2以上の褥瘡ができたとしても、すでに別の部位でカウントしている場合は新規発生ではないと捉えてよいか。</p>	<p>分子の単位は患者数ですので、計測対象期間中に異なる部位に発生した場合、1とカウントしてください。</p> <p>ただし、計測対象期間より前に褥瘡の院内発生が確認されている患者は計測の対象外です。</p> <p>詳細は、本書P41「1.2)除外要件」をご確認ください。</p>
分子	<p>計測期間内に同じ部位に発生したd2以上の褥瘡を3回確認しても、1とカウントするのか。</p>	<p>分子は患者単位ですので、いずれの場合も1とカウントしてください。</p>

2) 参考値（2023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	487	148	154	103	82
平均値	0.07	0.06	0.07	0.07	0.08
最大値	0.21	0.19	0.21	0.20	0.19
75パーセントイル	0.10	0.09	0.10	0.10	0.11
中央値	0.07	0.05	0.06	0.07	0.07
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

※2022年10月1日～2023年9月30日間の計測結果

3) 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
https://jspu.org/medical/books/docs/design-r2020_doc.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

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。

2. 準備(使用するデータ・資料)

- ・入退院記録
- ・患者の年齢がわかる資料・データ
- ・栄養状態のリスク評価が記載されたデータ・資料(診療録/栄養管理計画書、栄養スクリーニングシートなど)

3. 計測

1) 計測対象期間 (L期間(2024年6月1日~9月30日)の計測手順は別途配布します)

計測対象期間	データ提出期間
【I期間】2023年10月1日~12月31日	2024年7月1日(月)~8月30日(金)12時
【J期間】2024年1月1日~3月31日	
【K期間】2024年4月1日~5月31日	2024年9月9日(月)~12月20日(金)12時
【L期間】2024年6月1日~9月30日	

2) 分母

手順	使用データ	作業
1	入退院記録	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	入退院記録	1のうち、以下の場合を除く。 ・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)
3	患者情報	2のうち、入院時年齢が65歳以上の患者を抽出する
4		3により絞り込まれた患者を分母とする

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	栄養状態のリスク評価が記載された資料・データ等	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。

4. 参考情報

1) FAQ（よくある質問：CRM-02）

区分	Q	A
分母/分子	計測期間内に複数の入退院履歴がある患者の場合、分子、分母ともに患者数をカウントするのでしょうか？ それとも3回入退院の履歴があれば入退院毎に分母・分子をカウントするのでしょうか？	計測期間内に複数の入退院歴がある患者の場合、入退院ごとに分母・分子をカウントしてください。 なお、カウントの際は、本指標の除外基準や、全指標を通して計測の対象外となるデータ（計測手順書 P7）も併せてご確認ください。
分母	手順2「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)を除く」について 単純に3日以内の入院患者を除外、と考えてよいか。 例えば、手術後に予期せず3日で転院となった患者も除外と考えてよいか。	ご認識のとおり、単純に3日以内の入院患者を除外してください。
分母	手順2「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)を除く」について 検査入院の合併症などで4日以上入院になった場合、検査入院のため除外するのか。 それとも、入院期間が4日以上のため検査入院でも分母に含めるのか。	4日以上入院となった場合は分母に含みます。
分子	分子について、アセスメントが行われたことがカルテに記載とありますが、記載を行う職種や最低限の記載内容等があるのか。	入院3日以内に、栄養状態のリスク評価が行われていることがわかる記載が求められます。
分子	入院診療計画書を作成し、入院3日以内に栄養アセスメントを実施した患者数でよいか。具体的な抽出条件の情報が欲しい。	たとえばスクリーニングシートなどで栄養面のリスク評価が行われていれば、栄養ケアアセスメントが行われているものとカウントいただいて問題ございません。なお、記載を行う職種の指定はございません。
分子	入院後に行うスクリーニング調査は該当しますか？	

区分	Q	A
分子	栄養ケアアセスメントの分子に「SGA 評価」は含まれるか？	本指標では、栄養面のリスク判定（評価）が行われた患者が分子となります。そのため、SGA において栄養状態のリスク評価が記載されていれば分子の対象となります。
分子	分子は、診療計画書を作成し入院3日以内に栄養アセスメントを実施した患者でよいか。 入院診療計画書の項目で、「特別な栄養管理の必要性の有無」が無となった患者を分子に加えるか迷っています。 入院時に医師が計画書を立てる段階での有無の判断となり、有となった場合は、栄養管理計画書が作成されます。	
分子	入院前の外来受診時に、栄養管理計画書や栄養スクリーニングシートを作成している場合、分子に含めてよいか。	外来受診時に作成した場合は、入院3日目までに作成したとみなすことができます。ただし、栄養面でのリスク評価であることが求められます。
分子	「入院早期の栄養ケアアセスメント」というのは、「早期栄養介入管理加算」の対象患者か。それとも65歳以上の入院患者全員か。	加算取得に関係なく、分母の65歳以上の退院患者数の症例が対象になります。
分子	当院では、スクリーニング結果を紙媒体で記録しており、電子カルテには嚥下などの問題があった症例のみ記載している。この場合、紙媒体も計測対象となるのか。	本指標では、カルテ記載がなくてもスクリーニング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ます。そのため、紙媒体も分子の対象となります。
分子	「入院3日まで」とした根拠を教えてください。	本指標は、全日本民医連が運用する定義や手順（以下 URL）を参考にしています（ https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/houkoku_r03_04.pdf ）。こちらの団体では、急性期病棟の場合「3日以内」、急性期病棟以外の場合「7日以内」と区別して運用していますが、本プロジェクトでは、指標を設定する際に専門家のコンセンサスの元、病棟区分に関わらず「3日以内」と設定しています。
分子	分子定義の「入院3日目まで」とは、入院日を0日目とするか、1日目とするのか。	入院日を1日目としてカウントしてください。

2) 参考値（2023 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	383	121	123	81	58
平均値	90.91	91.88	89.46	90.12	93.06
最大値	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
75 パーセントイル	100.00	100.00	100.00	98.63	99.05
中央値	95.85	98.30	95.16	92.83	95.90
25 パーセントイル	84.56	89.07	83.45	83.57	89.77
最小値	383	121	123	81	58

※2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日間の計測結果

3) 参考資料

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/houkoku_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

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

2. 準備（使用するデータ・資料）

- ・入院患者延べ数がわかるデータ・資料（入退院記録など）
- ・身体拘束の情報が記載されたデータ・資料

3. 計測

1) 計測対象期間 (L期間(2024年6月1日～9月30日)の計測手順は別途配布します)

計測対象期間	データ提出期間
【I期間】2023年10月1日～12月31日	2024年7月1日（月）～8月30日（金）12時
【J期間】2024年1月1日～3月31日	
【K期間】2024年4月1日～5月31日	2024年9月9日（月）～12月20日（金）12時
【L期間】2024年6月1日～9月30日	

2) 分母

手順	使用データ	作業
1	入退院記録 など	計測対象期間中における入院患者延べ数を分母とする。

3) 分子

手順	使用データ	作業
1	身体拘束の情報が記載されたデータ	<p>分母のうち、物理的身体拘束（下記項目の①～⑨、赤枠内）を実施した患者延べ数を分子とする。</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>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。</p> <p>② 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> </div> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;"><i>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」より</i></p>

<補足>

- ・ 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。

4) 分子・分母の算出例（参照元団体の算出例を参考に作成）

例	内容	分子	分母
1	身体拘束を実施している日が1/25, 1/27で、身体拘束を実施していない日が1/22-24, 1/26, 1/28-31の場合	2	10
2	調査期間に複数回入院（1/1入院-1/10退院、1/20入院-1/25退院、身体拘束実施日1/5のみ）の場合	1	16
3	1/25入院-2/5退院、身体拘束実施日2/1-2/5の場合	5 (1月:0, 2月:5)	12 (1月:7, 2月:5)
4	1/25入院-2/5退院、身体拘束実施日2/5のみの場合	1 (1月:0, 2月:1)	12 (1月:7, 2月:5)

4. 参考情報

1) FAQ（よくある質問：CRM-03）

対象	Q	A
分母	対象患者は精神科や小児病棟、NICUの入院患者も含むのか。	本指標は、すべての入院患者が対象ですので、精神科や小児病棟、NICUの入院患者も含まれます。
分子	「物理的身体抑制」とは抑制帯等で身体拘束することという認識で良いか。または離床センサーやマットも含まれているか。	厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」に示されている禁止対象となる具体的行為のうち1～9を物理的身体拘束とみなします。患者の行動を感知するためのマットセンサー、シートセンサー、ベッド柵センサー等は、身体拘束含みません（2022年度からの変更点）。ただし、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。
分子	身体抑制以外の目的でセンサーマットや四点柵を使用している場合でも、身体抑制とみなして分子に含めるのか。	センサーマットは、身体拘束に含みません（2022年度からの変更点）。一方、4点柵は身体拘束に含みます（2022年度からの変更点）。本プロジェクトでは、指標の計測により医療の質を可視化することを目的としておりますので、まずは使い方を問わず四点柵を対象に含めて計測することを推奨します。なお、院内で改善活動を進めるにあたり、使用目的別に考えることが有用と考える場合は、院内分析用にデータを区分しておくことは構いません。
分子	3本柵のみの使用は、身体抑制に該当しませんか？	3本柵を設置した場合、患者が自分でベッドから降りられないなど、動きの妨げになる状況であれば、身体抑制とみなします。そのほか、貴院において抑制に該当すると判断されるものは、計測対象に含めてください。
分子	座れる隙間があり、行動抑制にはなっていない場合でも身体抑制に該当するか。また、「座れる隙間のある4点柵も身体拘束とする」は集計せず、行動抑制目的に使用した4点柵やロック式オーバーテーブルの集計で提出してよいか。	本プロジェクトでは、指標の計測により医療の質を可視化することを目的としておりますので、まずは行動抑制目的か否かを問わず、計測対象に含めていただくことを想定しています。ただし、ご提示いただいたデータ（行動抑制目的に使用した4点柵やロック式オーバーテーブルの集計）が既にありましたら、そちらをご提出いただいても問題ありません。

2) 参考値（2023 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	410	130	129	88	63
平均値	10.16	10.86	9.97	11.07	7.87
最大値	32.64	32.28	31.83	32.64	32.02
75 パーセントイル	14.53	15.87	14.55	16.25	11.07
中央値	8.49	9.22	8.35	9.77	7.65
25 パーセントイル	3.51	3.02	3.38	5.58	4.14
最小値	0.00	0.00	0.00	0.10	0.13

※2022 年 10 月 1 日～2023 年 9 月 30 日間の計測結果

3) 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
- 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>

発行日（版）	改訂履歴
2024.5.31 版	新規作成

発行日：2024 年 5 月 31 日

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