

# 令和6年度診療報酬改定対応

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：24年6月-24年9月]

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
III テーマ別計測手順.....	9
医療安全	
MSM-01 転倒・転落発生率.....	10
MSM-02 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.....	15
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.....	22
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.....	39
CRM-02 65 歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合.....	45
CRM-03 身体的拘束の実施率.....	49

※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。

今般、令和6年度診療報酬改定において、医療の質向上に向けた取組が評価されることとなり、本プロジェクトに関連する内容が取り上げられました。そこで、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、診療報酬改定内容に準拠する形で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。

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。

※ 本書は、当事業 QI 標準化・普及部会において、協力団体の質指標定義・手順および令和6年度診療報酬改定を基に検討し取りまとめました。

→[参考][2024年度DPCの評価・検証等に係る調査関連情報](#)

※ 計測そのものが難しい指標は割愛して問題ありません。

※ 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。

<DPC データを使って計測する病院様>

算出元である、様式1または様式3への入力方法に疑義が生じた場合は、厚生労働省にお問い合わせください。

<DPC データを使わずに計測する病院様>

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で問題ありません。

● 計測手順に関する疑義は、本書末尾に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

※ 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、ご注意ください。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

I 計測手順書の見方

① ページ番号

ページ数を示しています。

② 指標の略称

指標の略称を記載しています。

③ 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。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ データの種類

使用するデータの種類を記載しています。

⑦ 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「除外条件」として記載しています。

⑧ 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。

⑨ 手順

計測のステップを示しています。

⑩ 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。「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。

10 医療の質可視化プロジェクト計測手順書  
MSM-01 転倒・転落発生率

**MSM-01 転倒・転落発生率** 転倒・転落(件数)

**1. 計測の意義**

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。

**2. 計測の定義・手順**

<計測対象期間>

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	

III テーマ別計測手順 11  
MSM-01 転倒・転落発生率 サーベイランスデータ

**サーベイランスデータを使用する場合**

<定義・計算式>

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

<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

<計測手順>

1) 分母

手順	使用データ	作業
1	入退院記録	計測対象期間中における <b>入院患者延べ数</b> (許可病床数にかかわらず 24 時間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。

2) 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「インシデント・アクシデント報告」が提出された入院中の <b>転倒・転落件数</b> を分子とする。

## 2) 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 <sup>1</sup> 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

## ⑪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。

## 3. 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	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

## 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。

## 2) 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

## 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「2024 年度 DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」の調査データのことです。様式 1、様式 3、入院 EF 統合ファイル、外来 EF 統合ファイルなどが含まれます。

（参考）2024 年度 DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料：

<https://www01.prrism.com/dpc/2024/top.html>

- 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 EF 統合ファイルや外来 EF 統合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](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 EF 統合ファイルや外来 EF 統合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

- ・ **退院患者数**  
退院日が計測対象期間に含まれる患者数
- ・ **退院患者の在院日数の総和**  
計測対象期間に退院した患者を対象として、それらの患者の在院日数（退院年月日－入院年月日＋1）を合計した値。  
※入院年月日が、計測対象期間の初日より前の場合を含みます。  
※計測対象期間の最終日に入院中の患者（退院前の患者）は含みません。
- ・ **入院患者延べ数**  
計測対象期間中の各日において、24 時現在入院している患者数及び退院患者数を合計した値。  
※計測対象期間中に入院していた患者の計測対象期間中の在院日数の総和と同じです。

## 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 EF 統合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）

## II 指標の計測にあたって

## 3. 計測上の留意点

## 1) DPC データについて

- ・ 様式1と様式3では、対象範囲や使用するデータが異なりますので、計測の際にご留意ください(下表参照)。

	対象	使用するデータ
様式1	様式1「対象範囲」に該当する患者※	親様式1（入院日から退院日までの期間のもの）
様式3	全患者	DPC 調査対象期間の最終調査年月の様式3【補助票】

※ 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料

- ・ 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。
- ・ 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「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」と入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

## Ⅲ テーマ別計測手順

---

### 医療安全

- MSM-01 転倒・転落発生率
- MSM-02 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

MSM-01 転倒・転落（件数）

**MSM-01 転倒・転落発生率**

転倒・転落(件数)

**1. 計測の意義**

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。

**2. 計測の定義・手順**

## &lt;計測対象期間&gt;

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	

**DPC データ（様式1）を使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

- ・DPC データ（様式1）

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A000030-1 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	・A000030-1 退院年月日 ・A000020-1 入院年月日	1の患者の在院日数 <sup>※</sup> 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>

## 2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A004040-2 転倒・転落回数	分母の対象患者の転倒・転落回数を合計し、分子とする。

**DPC データ（様式3）を使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{転倒・転落の発生件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000$$

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

- ・DPC データ（様式3）

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母

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	計測対象期間中における入院患者延べ数を分母とする。

## 2) 分子

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

## サーバイランスデータを使用する場合

### <定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{転倒・転落の発生件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000$$

### <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

### <計測手順>

#### 1) 分母

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

#### 2) 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 <sup>1</sup>	計測対象期間に発生した転倒・転落の発生件数を分子とする <sup>2</sup> 。

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 医療安全管理部門へインシデント・アクシデント報告が提出された入院中の転倒・転落件数を分子とする。

MSM-01 転倒・転落（件数）

### 3. 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	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

#### 2) 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](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 2022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 2022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\\_r04/houkoku\\_r04\\_06.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r04/houkoku_r04_06.pdf)
- 日本赤十字社 令和4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/20240118-f75f9bd74cb67aefca8c3dc22714418604ffaea2.pdf#page=20>
- 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料  
[https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei\\_20240329.pdf#page=68](https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240329.pdf#page=68)

## MSM-02 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)

### 1. 計測の意義

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。

### 2. 計測の定義・手順

<計測対象期間>

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	

MSM-02 転倒・転落(3b以上)・DPCデータ(様式1)

**DPCデータ(様式1)を使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## &lt;準備(使用するデータ・資料)&gt;

・DPCデータ(様式1)

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母 (「MSM-01 転倒・転落発生率」と同じ分母を使用します)

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A000030-1 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	・A000030-1 退院年月日 ・A000020-1 入院年月日	1の患者の在院日数 <sup>*</sup> 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>

## 2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A004040-3 インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落	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・転落回数を合計し、分子とする(19ページ<資料>参照)。

**DPC データ (様式 3) を使用する場合**

<定義・計算式>

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

<準備 (使用するデータ・資料) >

- ・DPC データ (様式 3)

<計測手順>

1) 分母 (「MSM-01 転倒・転落発生率」と同じ分母を使用します)

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	計測対象期間中における入院患者延べ数を分母とする。

2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 3	インシデント影響度分類レベル 3b 以上の転倒・転落の発生件数	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・転落の発生件数を分子とする (19 ページ<資料>参照)。

MSM-02 転倒・転落(3b 以上)・サーバイランスデータ

**サーバイランスデータを使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

- ・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

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母（「MSM-01 転倒・転落発生率」と同じ分母を使用します）

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入院患者延べ数を分母とする。

## 2) 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	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・転落の発生件数を分子とする（19 ページ<資料>参照）。

<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、ギプス、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
- ・ 2024 年度 DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料内の表と同一

MSM-02 転倒・転落(3b 以上)

### 3. 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 パーセンタイル	0.10	0.11	0.12	0.09	0.08
中央値	0.06	0.07	0.06	0.05	0.05
25 パーセンタイル	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](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](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 2022 年度  
 「転倒・転落（3b 以上）」  
[https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/pdf/2022/all/2022\\_outcome\\_43.pdf](https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/pdf/2022/all/2022_outcome_43.pdf)

## MSM-02 転倒・転落(3b 以上)

- ・ 全日本民医連 QI 委員会 医療の質の向上・公開推進事業 2022 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\\_r04/houkoku\\_r04\\_06.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r04/houkoku_r04_06.pdf)
- ・ 日本赤十字社 令和 4 年度医療の質の評価・臨床評価指標  
医療安全 No.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/20240118-f75f9bd74cb67aefca8c3dc22714418604ffaea2.pdf#page=22>

MSM-03 肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)

## 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)

### 1. 計測の意義

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。

### 2. 計測の定義・手順

#### <計測対象期間>

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	

#### <定義・計算式>

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

#### -除外条件 (分母)

入院時年齢が 15 歳未満の患者を除外する。

#### <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)

#### <計測手順>

##### 1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	A000030-1 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	・ A000010-1 生年月日 ・ A000020-1 入院年月日	手順 1 に該当する患者の入院時年齢 <sup>*</sup> を求める。 <u>※入院時年齢 = 入院年月日 - 生年月日</u>

MSM-03 肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)

手順	使用データ	参照する変数	作業
3	様式 1	・ A000010-1 生年月日 ・ A000020-1 入院年月日	2のうち、入院時年齢が15未満の患者を除外する。 【除外条件】
4	・ EF ファイル ・ 別表 1	レセ電コード	EF ファイルのレセ電コードを参照し、危険因子の手術リスト（別表 1）に該当する手術名 <sup>3</sup> 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。

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 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】 <sup>4</sup> 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。

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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。

MSM-03 肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)

### 3. 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	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パーセンタイル	95.81	99.16	95.11	95.13	94.62
中央値	92.30	93.86	91.73	92.76	91.45
25パーセンタイル	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

#### 2) 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](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](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・医療安全指標の評価・公表等推進事業 令和 5 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/20240404/i\\_16.pdf](https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20240404/i_16.pdf)
  - 指標の定義 [version9.1]  
[https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20221117/teigi\\_ver9.1.pdf#page=16](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](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 2022 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\\_r04/houkoku\\_r04\\_31.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r04/houkoku_r04_31.pdf)
- ・ 日本赤十字社 令和 4 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/20240118-f75f9bd74cb67aefca8c3dc22714418604ffaea2.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

IFC-01 血培 2 セット

## IFC-01 血液培養 2 セット実施率

血培 2 セット

## 1. 計測の意義

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。

## 2. 計測の定義・手順

## &lt;計測対象期間&gt;

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	

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

## ① DPC データ（EF ファイル）を使用する場合

・DPC データ（EF ファイル/E ファイル・F ファイル）

## ② オーダリングデータ等を使用する場合

・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

## [ご参考]

令和6年度診療報酬改定により、基本的検体検査実施料については、実施された診療行為等をEFファイルに出力することとなっています(経過措置：令和6年9月末まで)。

## &lt;計測手順&gt;

## ① DPC データ（EF ファイル）を使用する場合

## 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）

手順	使用データ	参照する変数	作業
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合計し、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
1	EF ファイル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行為明細番号</li> <li>・ 使用量</li> <li>・ 行為回数</li> <li>・ 出来高実績点数</li> </ul>	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  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
1	E ファイル F ファイル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 使用量</li> <li>・ 出来高実績点数</li> <li>・ 行為回数</li> </ul>	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(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)

<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。

## IFC-01 血培 2 セット

**② オーダリングデータ等を使用する場合**

## 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合計し、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。

### 3. 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) 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 <sup>th</sup> 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 <sup>th</sup> 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

#### 3) 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](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 2022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\\_r04/houkoku\\_r04\\_17.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r04/houkoku_r04_17.pdf)
- ・ 日本赤十字社 令和4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/20240118-f75f9bd74cb67aefca8c3dc22714418604ffaea2.pdf#page=60>
- ・ 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要 入院V（DPC/PDPS・短期滞在手術等）」（令和6年3月5日版）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221678.pdf#page=40>

## 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

#### 1. 計測の意義

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。

#### 2. 計測の定義・手順

##### <計測対象期間>

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	

##### <定義・計算式>

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

##### <準備（使用するデータ・資料）>

###### ① DPC データ（EF ファイル）を使用する場合

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

###### ② オーダリングデータ等を使用する場合

- ・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）

##### [ご参考]

令和6年度診療報酬改定により、基本的検体検査実施料については、実施された診療行為等をEFファイルに出力することとなっています（経過措置：令和6年9月末まで）。

<計測手順>

① DPC データ (EF ファイル) を使用する場合

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	A000030-1 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 ペパラシリン ◆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	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】 <sup>6</sup> ◆D018\$ 細菌培養同定検査

<sup>5</sup> 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。

<sup>6</sup> 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。

## IFC-02 広域抗菌薬使用時の細菌培養

**② オーダリングデータ等を使用する場合**

## 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】 <sup>7</sup> 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わかるデータ	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。

<sup>7</sup> 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. 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	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 パーセンタイル	88.97	84.44	88.26	90.67	89.66
中央値	81.03	71.43	79.32	85.29	85.05
25 パーセンタイル	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

#### 2) 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>
- ・ 厚生労働省「令和 6 年度診療報酬改定の概要 入院 V（DPC/PDPS・短期滞在手術等）」（令和 6 年 3 月 5 日版）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221678.pdf#page=40>

IFC-03 予防的抗菌薬投与

**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**1. 計測の意義**

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します。

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。

**2. 計測の定義・手順**

&lt;計測対象期間&gt;

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	

**DPC データ（様式1）を使用する場合**

<定義・計算式>

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

<準備（使用するデータ・資料）>

・DPC データ（様式1）

<計測手順>

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A000030-1 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	A007010 手術情報	手術情報の連番に「1」が入力されたレコードを抽出する。
3	様式1	A007010-6 麻酔 A007010-7 予防的抗菌薬投与	2のうち、麻酔が「1」または「6」の手術 <sup>*</sup> で、かつ予防的抗菌薬投与が「1」、「2」、「3」の手術件数を合計して分母とする。

※ 2024 年度「DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料」より抜粋

1. 全身麻酔	L007:開放点滴式全身麻酔 L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
6. 全麻+硬膜外	L007:開放点滴式全身麻酔 又は L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 + L002:硬膜外麻酔 (L003:硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入)

2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A007010-7 予防的抗菌薬投与	分母のうち、予防的抗菌薬投与が「1」の件数を分子とする。

**サーベイランスデータを使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

- ・手術開始時刻、抗菌薬投与時刻、麻酔法がわかるデータ・資料（手術記録など）

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母

手順	使用データ	作業
1	手術記録など	全身麻酔手術 <sup>※</sup> で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数を分母とする。

※ 全身麻酔手術とは、当該手術実施時に使用していた麻酔の種類が以下2つのいずれかを含むものを指す。硬膜外麻酔（L002）を併用した場合を含む。

L007:開放点滴式全身麻酔

L008:マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

## 2) 分子

手順	使用データ	作業
1	手術記録など	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

### 3. 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	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パーセンタイル	98.14	100.00	97.75	95.56	95.25
中央値	88.86	94.12	88.86	83.07	86.81
25パーセンタイル	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

#### 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>
- ・ 公益社団法人全国自治体病院協議会 医療の質・医療安全指標の評価・公表等推進事業 令和5年度  
「一般15 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」  
[https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20240404/i\\_15.pdf](https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20240404/i_15.pdf)
  - 指標の定義 [version9.1]  
[https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20221117/teigi\\_ver9.1.pdf#page=15](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](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アセスメント実施割合
- CRM-03 身体的拘束の実施率

## 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)

## 1. 計測の意義

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。

## 2. 計測の定義・手順

<計測対象期間>

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	

**DPCデータ(様式1)を使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## -除外条件(分母)

- ① 日帰り入院、同日入退院の患者
- ② 入院時既に褥瘡(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

## &lt;準備(使用するデータ・資料)&gt;

・DPCデータ(様式1)

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A000030-1 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	・A000030-1 退院年月日 ・A000020-1 入院年月日	1のうち、日帰り入院、同日入退院の患者を除外する。 【除外条件①】
3	様式1	A001040-3 入院時の褥瘡の有無	2のうち、入院時既に褥瘡(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を除外する。【除外条件②】
4	様式1	・A000030-1 退院年月日 ・A000020-1 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>

## 2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A001040-5 入院中の褥瘡の最大深度等	分母の対象患者のうち、入院中の褥瘡の最大深度等の1桁目が「2」以上の患者を分子とする。

**DPCデータ(様式3)を使用する場合**

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の発生患者数}}{\text{除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数}} \times 100$$

-除外条件(分母)

- ① 日帰り入院、同日入退院の患者
- ② 入院時刻から24時間以内に発生した褥瘡(d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U)を持つ患者
- ③ 入院時既に褥瘡(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
- ④ 調査対象期間(2024年5月31日以前も含む)より前に褥瘡(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

<準備(使用するデータ・資料)>

- ・DPCデータ(様式3)

<計測手順>

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式3	除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数を分母とする。

2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式3	褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の発生患者数	褥瘡(d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡)の発生患者数を分子とする。

**サーバイランスデータを使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

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

## -除外条件 (分母)

- ① 日帰り入院、同日入退院の患者
- ② 入院時刻から 24 時間以内に発生した褥瘡(d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U) を持つ患者
- ③ 入院時すでに褥瘡(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
- ④ 調査対象期間 (2024 年 5 月 31 日以前も含む) より前に褥瘡 (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

## &lt;準備 (使用するデータ・資料) &gt;

- ・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

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 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条件に該当する患者 (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	入院患者延べ数を分母とする。
2	入退院記録 など	1のうち、同日入退院 <sup>8</sup> の患者を除外する。【除外条件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 時間以内に発生した褥瘡を持つ患者を除外する。【除外条件②】
4	褥瘡の情報が記録されたデータ	3のうち、入院時すでに褥瘡(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を除外する。【除外条件③】
5	褥瘡の情報が記録されたデータ	4のうち、計測対象期間より前に褥瘡 (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を除外する。【除外条件④】
6		5で絞り込まれた入院患者延べ数を分母とする。

<sup>8</sup> 入院日および退院日が同一のもの

## 2) 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 <sup>9</sup> 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 分類における d2（真皮までの損傷）以上の患者を分子とする。

## &lt;資料&gt;

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

<sup>9</sup> 入院期間中に新たに褥瘡(DESIGN-R 分類における(d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U))のいずれかが発生した患者。褥瘡の原因は問わない。

CRM-01 褥瘡発生(d2以上)

### 3. 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	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パーセンタイル	0.10	0.09	0.10	0.10	0.11
中央値	0.07	0.05	0.06	0.07	0.07
25パーセンタイル	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

#### 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  
[https://jspu.org/medical/books/docs/design-r2020\\_doc.pdf](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](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 医療の質の評価・公表等推進事業 全日本民医連報告 2022年 年間報告書  
「指標5 褥瘡発生率」  
[https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku\\_r04/houkoku\\_r04\\_05.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r04/houkoku_r04_05.pdf)
- 日本赤十字社 令和4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/20240118-f75f9bd74cb67aefca8c3dc22714418604ffaea2.pdf#page=28>

## CRM-02 65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合

入院早期の栄養アセスメント(65歳以上)

### 1. 計測の意義

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。

### 2. 計測の定義・手順

<計測対象期間>

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	

**DPC データ (様式 1) を使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、入院後 48 時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数}}{\text{65 歳以上の退院患者数}} \times 100$$

## &lt;準備 (使用するデータ・資料) &gt;

- ・DPC データ (様式 1)

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	A000030-1 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	・ A000020-1 入院年月日 ・ A000010-1 生年月日	1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
3			2により絞り込まれた患者を分母とする。

## 2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式 1	A004030-9 入院後 48 時間以内 の栄養アセスメント の実施	分母のうち、入院後 48 時間以内の栄養アセスメントの実施が「1」の患者を分子とする

**サーバイランスデータを使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、入院後 48 時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数}}{\text{65 歳以上の退院患者数}} \times 100$$

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

- ・入退院記録
- ・患者の年齢がわかるデータ・資料
- ・栄養アセスメントの実施状況がわかるデータ・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）

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 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	患者情報	1のうち、入院時年齢が65歳以上の患者を抽出する。
3		2により絞り込まれた患者を分母とする。

## 2) 分子

手順	使用データ	作業
1	栄養アセスメントの実施状況がわかるデータ・資料	分母のうち、入院後48時間以内の栄養アセスメントが実施された患者を分子とする。

### 3. 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	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パーセンタイル	100.00	100.00	100.00	98.63	99.05
中央値	95.85	98.30	95.16	92.83	95.90
25パーセンタイル	84.56	89.07	83.45	83.57	89.77
最小値	54.32	54.32	54.63	58.35	69.71

※2022年10月1日～2023年9月30日間の計測結果

#### 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](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/FY23_keisoku_tejun_20230801.pdf)
- 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要 入院V(DPC/PDPS・短期滞在手術等)」(令和6年3月5日版)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221678.pdf#page=41>

## CRM-03 身体的拘束の実施率

### 身体的拘束

### 1. 計測の意義

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る等の身体的拘束は慎むべきものです。

### 2. 計測の定義・手順

#### <計測対象期間>

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	

**DPC データ（様式1）を使用する場合**

## &lt;定義・計算式&gt;

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

## &lt;準備（使用するデータ・資料）&gt;

- ・DPC データ（様式1）

## &lt;計測手順&gt;

## 1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A000030-1 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	・A000030-1 退院年月日 ・A000020-1 入院年月日	1の患者の在院日数 <sup>*</sup> 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>

## 2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A004050-2 身体的拘束日数	分母のうち、身体的拘束日数の総和を分子とする。

身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を指す。

Q：身体的拘束は具体的にどのような行為か。

A：身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、該当しないものとして取り扱うこと。

(2024年度「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」実施説明資料より引用)

## サーバイランスデータを使用する場合

### <定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{入院患者延べ数}} \times 100$$

### <準備（使用するデータ・資料）>

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

### <計測手順>

#### 1) 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。

#### 2) 分子

手順	使用データ	作業
1	身体的拘束日数の情報が記載されたデータ	分母のうち、身体的拘束日数の総和を分子とする。

身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を指す。

Q：身体的拘束は具体的にどのような行為か。

A：身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、該当しないものとして取り扱うこと。

(2024年度「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」実施説明資料より引用)

CRM-03 身体的拘束

### 3. 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	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パーセンタイル	14.53	15.87	14.55	16.25	11.07
中央値	8.49	9.22	8.35	9.77	7.65
25パーセンタイル	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

#### 2) 参考資料

- 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料  
[https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei\\_20240531.pdf#page=71](https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf#page=71)

発行日（版）	改訂履歴
2024.6.21 版	新規作成

発行日：2024年6月21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