

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

# 第5回 QI コンソーシアム

(医療の質向上のためのコンソーシアム)

## 事例から紐解く、質指標活用のヒント

資料集

日 時 2025年3月6日(木)17時30分～19時00分

開催形式 オンライン開催(Zoomウェビナー)



公益財団法人 日本医療機能評価機構  
Japan Council for Quality Health Care



## 医療の質向上のためのコンソーシアムとは、

医療の質向上のための体制整備事業(厚生労働省補助事業)で実施する研修会や質改善プログラムへの参加等を通じて、医療の質向上に積極的に取り組み、事例や経験の共有などを目的とした、全国の医療施設や関係者による活動の場(コミュニティ)です。

## 医療の質向上のための協議会 設置趣意書

「最善の医療を受けたい」という根源的な願いに応えようと、我々医療に関わるものは、これまで多くの努力を重ねてきた。そのひとつとして、各医療団体のリーダーシップのもと、指標を用いて医療の質を可視化し、向上を図ろうという取り組みが行われ、多くの意欲的な医療機関などで、貴重な成果が得られているところである。

しかし、医療の質とは何か、どのように測り、どう継続的な改善につなげるのかなどについては未だに全国的なコンセンサスが得られているとは言えない状況にある。

このたび、この分野で実績を重ねてきた団体、医療機関を基盤として全国版の協議会を立ち上げ、国の支援を受けながら、改めて、医療の質の向上、情報の適切な開示・活用、そして患者中心の医療連携、などを継続的に進めていくための体制を構築することとした。

決して容易な取り組みではなく、長期的な努力の積み重ねが必要となるが、すべての人々の幸福に貢献すべく、団体の枠を超えた未来志向の建設的な協業を進めていく決意である。

2019年9月25日

# ご協力をお願い

## アンケートについて

---

皆さまの声を今後の事業運営に参考とさせていただきますので、ご協力をお願いします。

※アンケートは全15問の簡単な内容です。



<https://questant.jp/q/6G4AEPR1>



# 目次

## 資料

---

1. プログラム	5
2. 委員長挨拶/趣旨説明 「事例から紐解く、質指標活用のヒント」	7
<b>質指標の計測とその活用</b>	
3. 2024年度可視化プロジェクト概要 コンソーシアム 発表事例の選定	13
4. 可視化プロジェクト参加病院からの事例発表① 「身体的拘束最小化に向けた取り組み」	19
5. 可視化プロジェクト参加病院からの事例発表② 「静脈血栓塞栓症（VTE）予防の取り組み」	37

## ご案内

---

1. 医療の質可視化プロジェクトのご案内	49
2. 質改善支援ツールのご案内	53
3. 第21回 運営委員会（医療の質向上のための協議会） 開催のご案内	57

# 1. プログラム

[敬称略]

17:30 開会

17:30~17:35 委員長挨拶／趣旨説明

楠岡 英雄

(医療の質向上のための体制整備事業 運営委員会  
委員長／独立行政法人国立病院機構 名誉理事長)

17:35~17:40 来賓挨拶

加藤 拓馬

(厚生労働省 医政局総務課 保健医療技術調整官)

17:40 質指標の計測とその活用

・座長: 楠岡 英雄

・コメンテーター:

本橋 隆子

(聖マリアンナ医科大学 予防医学教室 講師, 聖マリアンナ医科大学病院 Total Quality Management室 副室長)

鳥羽 三佳代

(東京科学大学 医療本部クオリティ・マネジメント・センター 講師)

17:40~17:50

2024年度可視化プロジェクト概要  
コンソーシアム 発表事例の選定

的場 匡亮

(QI標準化・普及部会 部会長  
／昭和大学大学院保健医療学研究科 准教授)

17:50~17:55

イントロダクション  
質改善活動を考える上での重要なポイント

本橋 隆子

(聖マリアンナ医科大学 予防医学教室 講師,  
聖マリアンナ医科大学病院  
Total Quality Management室 副室長)

17:55~18:15

可視化プロジェクト参加病院からの  
事例発表 ①  
「身体的拘束最小化に向けた取り組み」

袖川 聖子

(八尾市立病院)

18:15~18:35

可視化プロジェクト参加病院からの  
事例発表 ②  
「静脈血栓塞栓症(VTE)予防の取り組み」

大中 由美子

(ヒロシマ平松病院)

18:30~18:55

質疑応答・コメント

<座長>

楠岡 英雄

<コメンテーター>

本橋 隆子・鳥羽 三佳代

<発表者>

袖川 聖子・大中 由美子

18:55~19:00

閉会挨拶

亀田 俊忠

(公益財団法人日本医療機能評価機構 理事)

19:00 閉会



## 2. 事例から紐解く、 質指標活用のヒント

楠岡 英雄

医療の質向上のための体制整備事業  
運営委員会 委員長

(独立行政法人国立病院機構 名誉理事長)

厚生労働省補助事業  
第5回 医療の質向上のためのコンソーシアム

# 『事例から紐解く、質指標活用のヒント』

本会及び可視化プロジェクトの趣旨説明

医療の質向上のための体制整備事業 運営委員長  
(独立行政法人国立病院機構 名誉理事長)

楠岡 英雄

## 医療の質向上のための体制整備事業とは

### 【事業目的】

医療の質向上のための具体的な取組の共有・普及、医療の質指標等の標準化、医療の質指標等の評価・分析支援等を通じて、医療の質向上のための体制を整備することを目的とする（事業実施要綱より）。

本事業では、医療の質指標の活用を通じて、以下を実現させることを目指します。

- 現場の自主的な質改善活動を充実させる。
- 医療の質を可視化し信頼性を向上させる。

# 医療の質向上のためのコンソーシアムとは

医療の質向上のための体制整備事業で実施する研修会や質改善プログラムへの参加等を通じて、医療の質向上に積極的に取り組み、事例や経験の共有などを目的とした、全国の医療施設や関係者による活動の場（コミュニティ）です。

# 医療の質可視化プロジェクトとは

- 本プロジェクトは、我が国の全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。
- 病院の役割・規模等にかかわらず、本事業で検討した質管理に重要な指標を計測し、医療の質の更なる向上を目指すオールジャパンの取組です。

表：病院の規模・機能に関わらず共通して計測が求められる質指標(9指標)

医療安全	①転倒・転落(件数) ②転倒・転落(3b以上) ③肺塞栓の予防（リスクレベル「中」以上）
感染管理	④血培2セット ⑤広域抗菌薬使用時の細菌培養 ⑥予防的抗菌薬投与
ケア	⑦褥瘡発生(d2以上) ⑧入院早期の栄養アセスメント(65歳以上) ⑨身体的拘束

# 2024年度の可視化プロジェクトについて

- 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、9指標全てをDPCデータで計測することが可能となりました。
- 本プロジェクトで取りまとめた集計結果は、すべての医療機関における組織的な質改善活動の充実や、社会における医療の信頼性の向上を目的に、当事業オフィシャルサイトにて公表します

[https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/event/kashika\\_project\\_2024/#report](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/event/kashika_project_2024/#report)



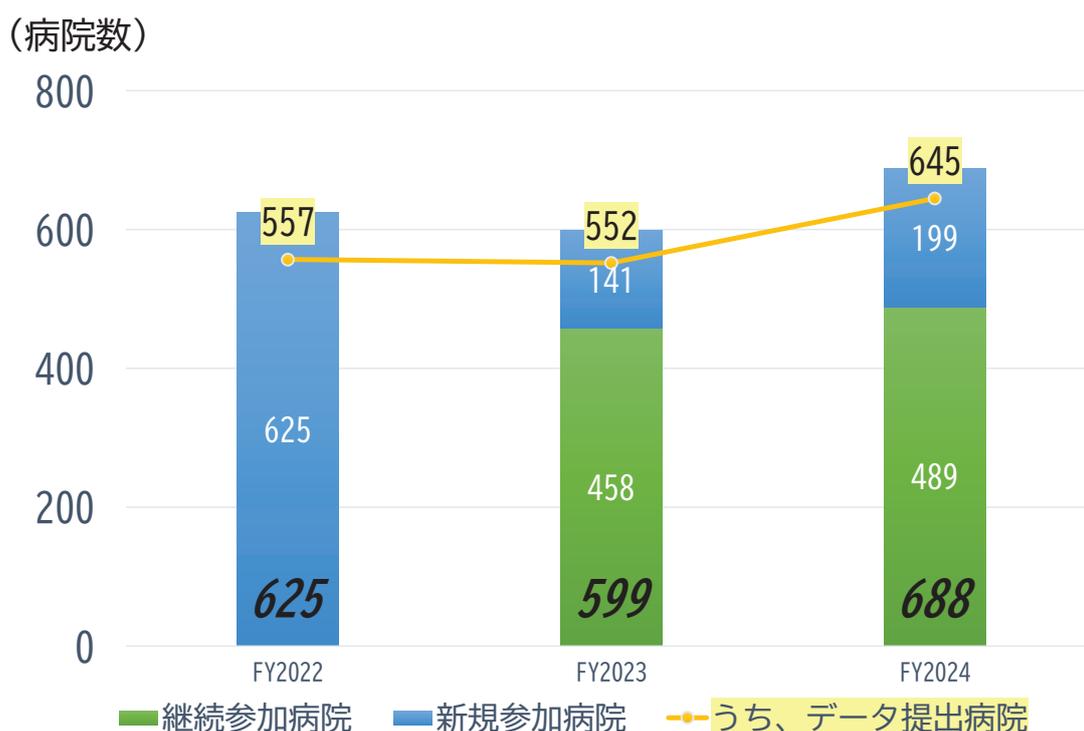
全国各地から**645病院**にご提出いただきました。  
ご協力いただきありがとうございました。



医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

5

## これまでのプロジェクト参加病院数の推移



医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

6

# 開催趣旨

本会は、以下2点を目的に開催します。

2022年度以降に実施した「医療の質可視化プロジェクト」の計測結果をもとに、

1. 自主的な質改善活動につなげた医療機関の実例を紹介し、質指標を活用した取り組みに関して現場で役立つヒントを提供する。
2. 可視化プロジェクトの計測結果を、有識者を交えて参加者とレビューし、質指標を用いた可視化の意義を確認する。

## 「質指標の計測とその活用」

(敬称略)

座長：楠岡 英雄

コメンテーター：

- 本橋 隆子（聖マリアンナ医科大学 予防医学教室 講師  
聖マリアンナ医科大学病院 Total Quality Management室 副室長）
- 鳥羽 三佳代（東京科学大学 医療本部クオリティ・マネジメント・センター 講師）

### ● 可視化プロジェクト概要と、コンソーシアム発表事例の選定

的場 匡亮（昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授  
／QI標準化・普及部会 部会長）

### ● イントロダクション

質改善活動を考える上での重要なポイント

本橋 隆子

### ● 可視化プロジェクト参加病院からの事例発表 ①

「身体的拘束最小化に向けた取り組み」

袖川 聖子（八尾市立病院）

### ● 可視化プロジェクト参加病院からの事例発表 ②

「静脈血栓塞栓症(VTE)予防の取り組み」

大中 由美子（ヒロシマ平松病院）

### ● 質疑応答・コメント

コメンテーター：本橋 隆子・鳥羽 三佳代

### ● まとめ



講演

### 3. 2024年度可視化プロジェクト概要 コンソーシアム 発表事例の選定

的場 匡亮

昭和大学大学院保健医療学研究科 准教授  
／QI標準化部会 部会長

厚生労働省補助事業  
第5回 医療の質向上のためのコンソーシアム  
『事例から紐解く、質指標活用のヒント』

## 質指標の計測とその活用

- 1) 2024年度 可視化プロジェクト概要
- 2) コンソーシアム 発表事例の選定

QI標準化・普及部会 部会長  
(昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授)

的場 匡亮

厚生労働省補助事業  
第5回 医療の質向上のためのコンソーシアム  
『事例から紐解く、質指標活用のヒント』

## 質指標の計測とその活用

- 1) 2024年度 可視化プロジェクト概要
- 2) コンソーシアム 発表事例の選定

QI標準化・普及部会 部会長  
(昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授)

的場 匡亮

# 2024年度医療の質可視化プロジェクト実施概要

- 目的
- 全国の病院を対象に医療の質指標を活用した継続的な計測活動を実施。
  - 経時的変化、他施設比較を通じて現状を客観的に把握し改善の契機とする。

実施期間 2024年7月1日～2025年3月31日

対象 医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院

下記に関する3テーマ・9指標

テーマ	質指標
医療安全	①転倒・転落(件数),②転倒・転落(3b以上),③肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)
感染管理	④血培2セット,⑤広域抗菌薬使用時の細菌培養,⑥予防的抗菌薬投与
ケア	⑦褥瘡発生(d2以上),⑧入院早期の栄養アセスメント(65歳以上),⑨身体的拘束

参加病院の  
対応事項

12か月分のデータをもとに各指標について計測を行い、  
原則、下記のタイミングで2回データを提出

	計測データの対象期間	提出時期
I期間/J期間	2023年10-12月/2024年1-3月(計6か月分)	2024年8月30日
K期間/L期間	2024年4-5月/6-9月(計6か月分)	2024年12月20日

医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

3

# 2024年度医療の質可視化プロジェクトのポイント

point 1

**他施設比較による可視化**

全体分布及び基本統計量など、自院の現状を客観的に把握可能とする情報をフィードバックいたします。

point 2

**DPCデータを使った計測**

一部の計測対象期間では、令和6年度診療報酬改定の内容をふまえた定義・手順で運用します。DPCデータを扱う病院ではより手軽に自院の質を可視化できます。

※DPCデータを使用しない場合の定義・手順もあわせて設定します。

point 3

**集計結果の公表**

本事業でまとめた集計結果は、全国の医療機関における組織的な質改善活動の充実や社会における医療の信頼性の向上を目的に本事業オフィシャルサイトにて公表します。

※病院名と集計結果がリンクする形では公表しません。

point 4

**質改善活動への動機づけ**

集計結果の解釈とともに、指標を活用した質改善活動の契機となるセミナーの開催をします。

医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

4

# ご案内

## (2024年度医療の質可視化プロジェクト 集計結果報告)

集計結果報告書は、下記からダウンロードいただけます

こちら👉



### 2024年度 医療の質可視化プロジェクト

2024年05月01日

開催日 2024年7月1日(月)

実施期間 2024年7月1日(月)~2025年3月31日(月)

概要

- 本プロジェクトは、我が国の全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。
- 病院の役割・規模等にかかわらず、本事業で検討した質管理に重要な指標を計測し、医療の質の更なる向上を目指すオールジャパンの取組です。

本プロジェクトで取りまとめた集計結果は、すべての医療機関における組織的な質改善活動の充実や、社会における医療の信頼性の向上を目的に本事業オフィシャルサイトに公表いたします。  
※集計結果報告書にはデータ提出病院名の一覧を掲載しています。ただし、病院名と集計結果はリンクしていません。  
👉公表先はこちら

集計結果報告書  
可視化プロジェクトに未参加の病院でも、閲覧・ダウンロードが可能です。

① 集計結果報告書  
200床単位の病床規模別に集計結果を棒グラフで示しています。自院の立ち位置の把握にご利用ください。

② 個別集計表  
属性別(地域・施設主体など)に基本統計量(中央値・平均値・最大値など)を表にまとめています(1指標1シート)。Excelのフィルタ機能で自院に当てはまる属性に絞るなど、適宜ご利用ください。

- 医療安全(3指標)
- 感染管理(3指標)
- ケア(3指標)

[https://jq-qiconf.jcqh.c.or.jp/event/kashika\\_project\\_2024/#report](https://jq-qiconf.jcqh.c.or.jp/event/kashika_project_2024/#report)

医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

多くの皆さまにご協力いただきありがとうございました。

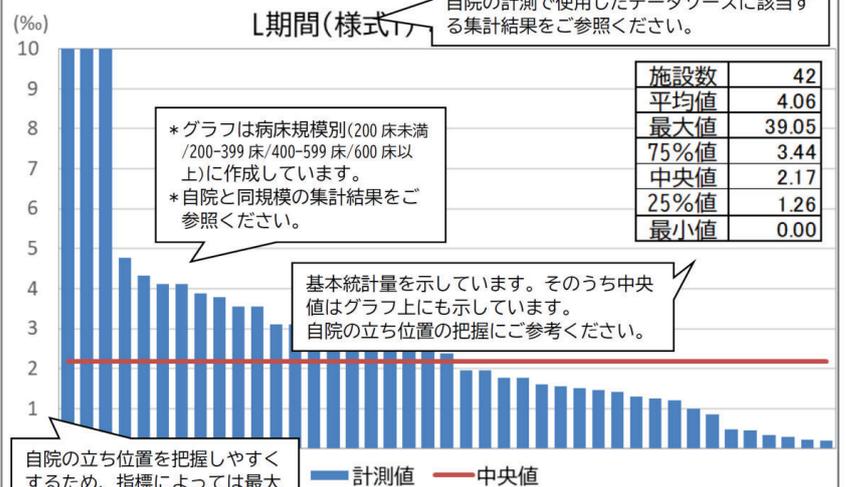
5

# 2024年度医療の質可視化プロジェクト 集計結果報告書

## 目次

医療の質可視化プロジェクトについて	2
1. プロジェクト設置の経緯	2
2. 2024年度プロジェクトについて	3
I. 本報告書について	6
II. 病院の属性情報【645 病院】	10
III. 各指標の計測状況	
IV. 各指標の計測結果	
医療安全	
感染管理	
ケア	
V. データ提出病院一覧	
VI. 医療の質可視化プロジェクト 運営メンバー一覧	
計測ワークシートをご活用ください	

### 【棒グラフの見方】



※病院名と集計結果がリンクする形では公表しません。

医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

0

# 質改善ツールキット

## 質改善活動を学ぶ

e-learning動画で、  
質指標とは何か、改善とは何か  
などを学習できます

**データのばらつき**

平均値、中央値はデータの分布の中心を表す

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳	㊴	㊵	㊶	㊷	㊸	㊹	㊺	㊻	㊼	㊽	㊾	㊿
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

標準偏差  $\sigma = 0$  はばらつきがない

歪度 (せんと、分布の左右非対称性、歪み)



## 質改善活動の準備

ワークシートに沿って  
自院の現状把握や強み・弱みを  
整理・分析できます

	ストラクチャー (施設・設備、人員配置、など)	プロセス (診療・ケア、投薬、リハビリテーション、など)	アウトカム (治療実績、患者満足度、など)
秀でている点	例：脳血管内治療など高度な治療を提供している	例：他診療科との連携が進んでいる	例：地域からの信頼が厚く、お礼状も多くいただいている
課題と思われる点	例：専門医の人数が足りない	例：PT・OTによる個別リハビリテーションの体制が不十分	例：入院患者の転倒件数が多い

## 質改善活動の実践

- テンプレートに沿って詳細な改善計画を立てられます
- モニタリングシートを使って、定期的に改善計画の効果を確認できます

各指標のデータ算出・モニタリング

#	指標名称	計測値 (活動前)	目標値	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
1		70%	95%	78.0%	80.0%	82.0%	91.0%

改善計画と現状メモ記入シート

#	計画内容	進捗管理 部署(者)	具体的な内容			
			第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
1		計画				
		活動状況				

<https://jq-qiconf.jcqh.c.or.jp/tool/>

医療の質向上のための体制整備事業  
公益財団法人日本医療機能評価機構

厚生労働省補助事業  
第5回 医療の質向上のためのコンソーシアム  
『事例から紐解く、質指標活用のヒント』

## 質指標の計測とその活用

- 1) 2024年度 可視化プロジェクト概
- 2) コンソーシアム 発表事例の選定

QI標準化・普及部会 部会長  
(昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授)

的場 匡亮

# コンソーシアム発表事例の選定

【定量的データ】  
可視化プロジェクト  
計測結果から



【定性的データ】  
好事例収集アンケート  
回答内容から

## 好事例収集アンケートの実施 2024.11～

- コンソーシアム当日の発表事例を選定するとともに、当日の議論の参考とし、さらには今後の検討の参考にするため、事務局による分析を踏まえてリストアップされた複数病院に対して事例の提出を「好事例収集アンケート」として依頼。

## 好事例収集アンケートの集計・活用 2025.01～

- ① コンソーシアム発表病院・発表事例の選定
- ② コンソーシアム当日の進行イメージの共有（総括・コメントの方向性）
- ③ “好事例集”の作成と公表

# 今回ご発表をいただく2事例

指標ID	可視化プロジェクト_指標名	好事例収集アンケート 依頼対象（件）		
		高業績	改善	総計
MSM-01	転倒・転落(件数)	16	12	28
MSM-02	転倒・転落(3b以上)	8	8	16
MSM-03	肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)	10	20	30
IFC-01	血培2セット	9	24	33
IFC-02	広域抗菌薬使用時の細菌培養	8	28	36
IFC-03	予防的抗菌薬投与	23	20	43
CRM-01	褥瘡発生(d2以上)	12	12	24
CRM-02	入院早期の栄養アセスメント(65歳以上)	28	31	59
CRM-03	身体的拘束	17	29	46
総計		131	184	315

- ①高業績群：継続的に可視化プロジェクト協力をいただいている病院のうち、いずれかの測定指標において、各計測対象期間の実績値が 25 パーセンタイル値を下回る、もしくは 75 パーセンタイル値を上回っていた
- ②改善群： 継続的に可視化プロジェクト協力をいただいている病院のうち、いずれかの測定指標において、統計分析(マン・ケンドール検定)で有意な変化がみられた

## 4. 身体的拘束最小化に向けた 取り組み

袖川 聖子  
八尾市立病院

# 身体的拘束最小化 に向けた取り組み

八尾市立病院 看護局  
認知症看護認定看護師  
袖川 聖子



## 八尾市立病院概要

### 地域の中核病院

- ・ 地域医療支援病院
- ・ 地域がん診療連携拠点病院
- ・ 地域周産期母子医療センターなど

病床数 380床

(ICU 6床・NICU 6床・HCU8床含む)

診療科 24診療科

外来患者数 171,881

1日平均外来患者数 707

新入院患者数 10,564

延べ入院患者数 99,138

病床稼働率 71.3

平均在院日数 8.4

(2023年度)



# 実施体制

## 認知症ケア/

### 身体的拘束最小化委員会メンバー

- ✓ 特命院長      ✓ 精神科部長
- ✓ 内科部長      ✓ MSW
- ✓ 薬剤師        ✓ 管理栄養士
- ✓ 理学療法士   ✓ 心理士
- ✓ 看護師（副看護局長、看護師長、  
認知症看護認定看護師）

## 今回の取り組みを支援する/

### 連携する部署・委員会

- ✓ 病院長            ✓ 看護局
- ✓ 倫理委員会    ✓ 医療安全推進部会
- ✓ 記録委員会
- ✓ 認知症ケアリンクナース会
- ✓ 看護師

# 現状把握

## 認知症ケアチーム発足前のアンケート調査

質問内容	回答内容	結果
認知機能低下のある患者への対応	できている	23名 (9%)
認知機能低下のある患者へ実際の対応	環境調整 睡眠薬の検討 せん妄対策 身体拘束 認知機能をアセスメントしケアの検討	183名 (73%) 161名 (64%) 133名 (53%) 105名 (42%) 58名 (23%)
認知機能低下のある患者の対応で難しいと感じた症状・行動	チューブ類トラブル 転倒・転落 大声 暴力 帰宅欲求	152名 (60%) 120名 (48%) 70名 (28%) 69名 (27%) 63名 (25%)
認知機能低下のある患者の対応が困難な要因	意思疎通が図れない 人手不足 治療優先 対応方法がわからない	135名 (54%) 116名 (46%) 61名 (24%) 34名 (13%)

2019年 看護師252名アンケート調査結果より抜粋

## 身体的拘束についてのアンケート調査

質問内容	回答内容	結果
身体的拘束はどのような時に 行っていますか	チューブ類を抜去する恐れがある チューブ類を抜去した 転倒・転落の恐れがある 安静が守れない 転倒・転落した	169名 (79%) 168名 (79%) 121名 (57%) 115名 (54%) 100名 (47%)
身体的拘束開始前に代替策の検討	できている	62名 (29%)
不必要な身体的拘束をしていると 思うことはありますか	ある	89名 (42%)
身体的拘束が長期化していると思 ったことがありますか	ある	148名 (69%)
身体的拘束を解除する際迷いは ありますか	ある	157名 (73%)
多職種で身体的拘束の検討が できていますか	できている	102名 (48%)

2020年 病棟看護師214名アンケート調査結果より抜粋

# 認知症ケアチームの 取り組みで必要なこと

- ✓ 認知症・せん妄に関する知識の普及
- ✓ 認知症者の状態像をアセスメントし、ケア方法の検討
- ✓ 認知症者にとって安心かつ安全な生活・療養環境の調整

具体的な取り組み

# 認知症ケアチーム

- ・ 2019年11月に発足し、2020年度より活動開始
- ・ 3回/週 新規介入患者・病棟ラウンドを実施  
(認定看護師と医師・MSW・心理士の2名以上で実施)  
うち1回/週は認知症ケアチームでカンファレンス・ラウンドを実施
- ・ 病棟の認知症ケアカンファレンスに認定看護師が参加 (現在5病棟実施)
- ・ 2回/年 院内認知症ケア研修の開催
- ・ 認知症/せん妄マニュアルの作成
- ・ 不眠時/せん妄時の入院時指示のための参考資料を作成
- ・ 薬剤調整の依頼は主治医から精神科部長へコンサルトとしている

## 各職種役割

職種	各メンバーの主な役割
医師	主疾患やその治療との関連、身体の変調、薬剤の影響などを考える。必要に応じて主治医に連絡したり、主治医から直接相談を受ける
看護師	状態を把握し、看護ケアや日常生活ケアの提案、カンファレンスの調整
MSW	入院前の生活情報の入手
理学療法士	運動・感覚機能の評価、日常生活動作への指導
薬剤師	せん妄リスク薬剤、薬剤の効果・副作用、持ち越し効果等の確認
管理栄養士	栄養状態のアセスメント (摂取状況、好みや形態の確認)
臨床心理士	認知機能の評価やカウンセリングを行い心理状態の観察・分析

# 認知症ケアリンクナース会



- ・ 看護師/看護補助者のラダー研修に認知症看護を導入し、ファシリテーターとして参加。昨年よりリンクナースが講師を担当  
⇒リンクナースの認知症看護の知識・技術の向上により、各部署での認知症・せん妄ケアの質向上
- ・ よくあるケア場面の動画作成（良い例・悪い例）  
⇒現場で活かせる研修にすることを心がけている
- ・ 認知症ケア新聞の発行
- ・ 毎月の身体的拘束実施人数/のべ日数センサー機器使用人数/のべ日数を集計して提出

# 付き添い・見守り依頼表



月 日( ) 付き添い・見守り依頼表

部屋番号	氏名	年齢	依頼内容	自立度	障害情報	飲水食事制限	担当看護師	PHS番号	依頼時間	備考	チェック欄
例	701	八尾 太郎	70	コミュニケーション	自立	視覚	飲水制限	山本	1234	15分	怒りやすい。物忘れあり。
				散歩	杖	右・左・両 (右)	有(無)				
1				常時見守り	杖	聴覚	食事制限			30分	
				一緒に買い物	車椅子	右・左・両 (両)	有(無)				
				コミュニケーション	自立	視覚	飲水制限			15分	
				散歩	杖	右・左・両	有・無				
				常時見守り	杖	聴覚	食事制限			30分	
				一緒に買い物	車椅子	右・左・両	有・無				
				その他	車椅子	右・左・両	有・無				

# 認知症ケア新聞

せん妄における代表的な促進因子は、次の通りです。ぜひ覚えておきましょう。

## 身体的苦痛

不眠、疼痛、搔痒感、便秘、尿閉、不動化、ドレーン類、身体拘束、視力・聴力低下など

## 精神的苦痛

不安、緊張、ストレス、抑うつなど

## 環境変化

入院、ICU、明るさ、騒音など



せん妄を誘発しやすく、悪化・遷延化につながるもの

前回、「せん妄対策とはリスクの引き算」だとお話ししました。促進因子は「看護の力」によって減らせるものがたくさんあります。まずは、何がせん妄のリスク因子となっているのか把握し、そのリスク因子を減らすために、どういった看護ケアが必要かを考えることが大切です。

せん妄の促進因子は「不快」「非日常」がキーワード



せん妄に対する治療効果と鎮静・催眠は区別して使用しましょう。

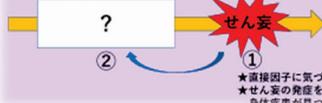
**クスリ ↔ リスク**

効果が期待できないのに使用し続けるのは  
リスクではありません！！

【よくあるケース】



【注意が必要なケース】



せん妄は意識障害であることから、その言動は、患者さんが本来意図したものではありません。「キャラ」などで片づけないようにしましょう。まずは、せん妄を引き起こす身体疾患や薬剤などを精査し、それを除外することが必要不可欠です。

入院患者に何らかの精神症状を来した時は、まずはせん妄を疑いましょう

重要です

せん妄でみられる症状	間違えやすい疾患	誤った対応
不眠	不眠症	ベンゾジアゼピン系の投与
記憶障害	認知症	対症療法のみ
見当識障害	年のせい	経過観察
徘徊	認知症	対症療法のみ
幻覚・妄想	統合失調症	精神科への転院
不安・焦燥	不安障害	抗不安薬
	アカシジア	抗コリン薬
易怒性・興奮	性格	強制退院
活動性低下	うつ病	抗うつ薬

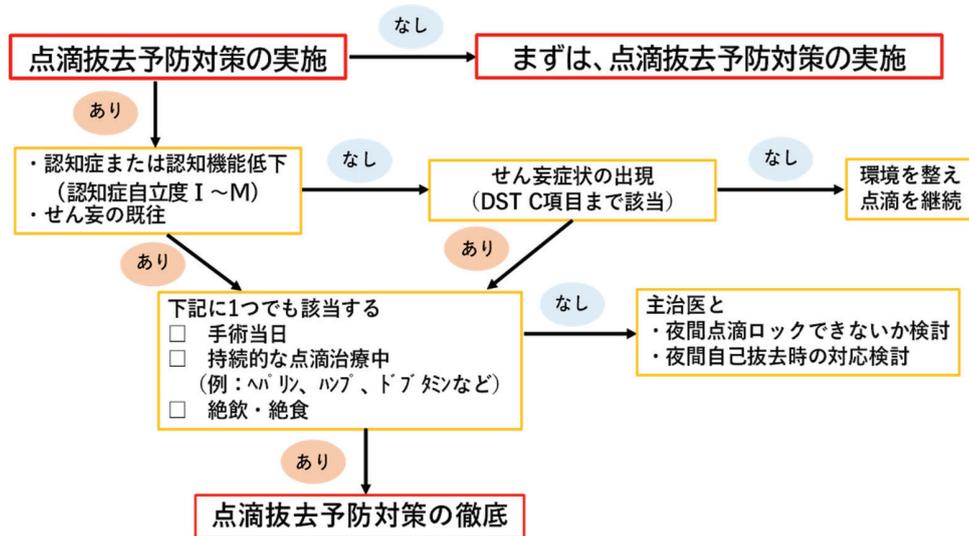
こうなる前に  
気づいてね



## 医療安全推進部会との協働

- ・ 2020年度より医療安全管理者と認知症看護認定看護師でカンファレンス・ラウンドの実施  
転倒転落/チューブ類自己抜去事象の共有し、発生要因を分析  
⇒病棟ラウンドを行い、部署看護師と対策の検討
- ・ 自施設でのインシデントを用いてKYTの実施
- ・ 点滴を安全に実施するためのアセスメントシート、点滴抜去予防対策リーフレットの作成
- ・ 転倒転落予防のためのセンサー機器フローチャートの作成
- ・ 医療安全・認知症ケア通信の発行

# 点滴を安全に実施するための アセスメントシート



## 点滴除去予防対策

入院時に立案したせん妄予防対策を実践し、  
患者さんの視点で療養環境を考えてみましょう！！

緊急入院や術後高齢患者さんは不安でいっぱい。

「入院中です」「点滴中です」「ナースコールを押してください」など  
その都度声かけを行ない、本人が気にならないよう工夫を。  
声かけ+視覚に働きかけ、一緒に確認していきましょう。



チューブ類がつながっていると、どう動いてもいのかわからず抜いてしまうことも・・・

「どうされました?」「何か困っていませんか?」と  
声をかけてみましょう。  
トイレ誘導など本人のニードを満たすかわかりを行います。  
チューブを服の中に通しておく、引っかからず脱げることも  
あります。



痛みやかゆみ等があると、剥がしてしまいます。

まずは、本人に痛みやかゆみ等ないか聞いてみましょう。  
刺入部や皮膚の観察を行い、入れ替えの検討や皮膚保護剤の  
使用・皮膚の保湿を行っていきましょう。



リモイスコート

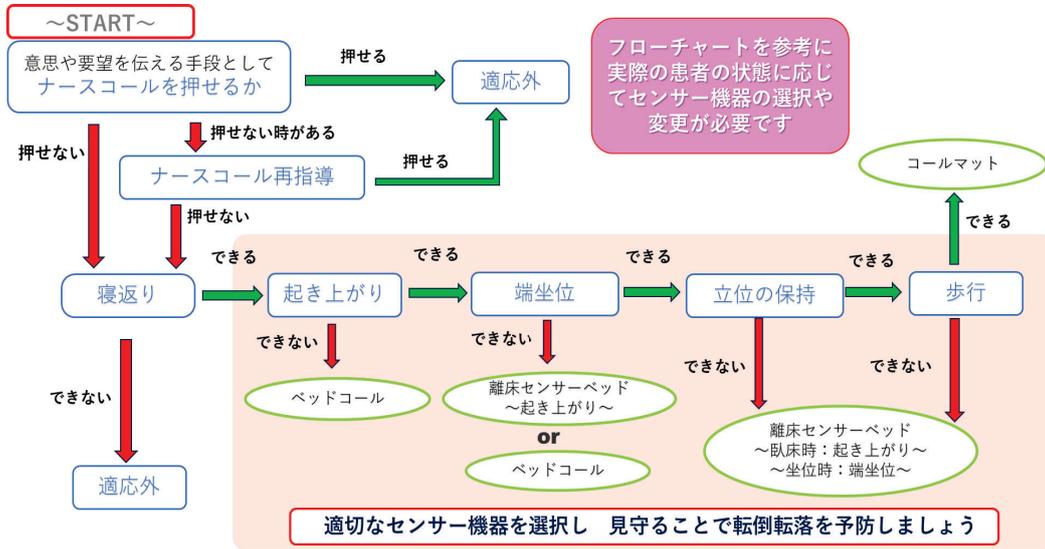
危険物がないか確認しましょう。  
本人と確認し、必要なものは手の届く位置に設置しましょう。  
チューブ類も引っ張られないように、ある程度のゆとりをもち、  
整理も行いましょう。



スタッフで情報を共有し、みんなで患者さんを見守りましょう。  
スタッフで統一したケアを行い、混乱を防ぎましょう。



# 転倒転落予防のためのセンサー機器 選択基準フローチャート



## インシデント報告

～転倒・転落～

2023年度  
転倒・転落件数:235件(転倒184件/転落51件)



## 医療安全・認知症ケア通信

発行：八尾市立病院  
医療安全  
認知症ケア  
リンク委員会

### 「転倒のきっかけとなる行動」

半数近くは「排邪」で、あとは「移乗・移動目的」「不穩」となっています。  
転倒・転落発生時、患者さんに何をしようとしていたのかなど確認できていますか？ 思い込みではなく、本人に確認することが重要です。  
その確認が、次の事故を予防する大切な情報となります。

### 「DST 評価の実施ポイント」

転倒・転落、特にチューブ類自己抜去時は、DST評価(せん妄スクリーニング)を行うタイミング、せん妄の可能性があるなら、インシデント内容の対策に加え、せん妄を予防するための対策が必要になります。  
DST は自分の勤務時の状況だけでなく、24時間を振り返って評価するものです。

認知症を有する患者さんが呈する症状に対し、一つひとつの症状をじっくり見つめて考えることが大切です。具体的な状態の記録を残すことで、対応策や解決策が浮かんでくることがあります。  
スタッフの「大変だ」と思うことを、一度見直し内容を整理し、対応策や業務改善を検討してみませんか？  
みなさんのアイデアをお待ちしています。



高齢患者さんが増えているなかで  
この結果は、高齢患者さんやせん妄患者さんに対して  
きちんとケアが行えているからだと思います。  
その時はとても大変ですが、みなさまの看護のおかげで、  
高齢者の方が安心して入院生活を送れることにつながっています。  
人それぞれ要因(ニード)や環境は異なります、  
その人にあった対策を行っていきましょう。



みなさま、ほんとうにありがとうございます

### 病棟の工夫をご紹介します

【スタッフ伝言板＆看護指示】でケアの統一化

を図ってくれていました。

【スタッフ伝言板】

※点滴自己抜去あり。列入部包帯保護、点滴ルートは服の中を通してください。

【看護指示】

ルートは服の中を通す(自己抜去予防)と入力されていました



すばらしい！

上枝の点滴を抜去された患者さん。下枝に再挿入し、支柱台ごと老人から見えないよう工夫されていました。

# 入院前支援看護師との協働

- ・ 65歳以上の患者へもの忘れチェック (OLD)の実施  
⇒認知機能低下の早期発見  
⇒希望者には認知機能検査 (HDS-R/MMSE)の実施
- ・ せん妄ハイリスク患者へ「せん妄のご説明」リーフレットで説明  
⇒入院時に時計やカレンダー、馴染みのあるもの等の持参を依頼
- ・ 入院前より認知機能低下がうかがえる患者の情報提供  
⇒認知症看護認定看護師が、入院前に患者カルテにせん妄予防ケアを記載し病棟スタッフへ伝達。また、必要な情報収集の依頼

## せん妄についてのご説明

### せん妄とは

せん妄は、病気により体の調子が悪くなることで、脳の機能が一時的にうまく働かなくなり、ご本人にとっては、夢と現実が混ざったような夢うつのような状態が起こります。

せん妄は、入院している患者の20～30%に認められると言われています。せん妄は、認知症と誤解されやすい症状が現れますが、全く別のもので、原因がよくなればほとんどの人は改善します。

### せん妄になりやすい人

- 高齢の人
- 認知症あるいはもの忘れが目立ってきた人
- 脳梗塞や脳出血になったことがある人
- せん妄になったことがある人
- 視力や聴力が低下している人
- お酒をたくさん飲む習慣がある人

### 影響するもの

- 緊急入院
- 環境の変化
- 身体症状 (痛み、かゆみ、息苦しさ、熱、便秘など)
- 点滴、尿管、心電図モニター
- 安静
- 絶食
- 手術
- 薬



### せん妄のときは、このような変化があります

- ぼんやりしている
- 落ち着きがない
- 話しのつじつまが合わない
- 日時や自分がいる場所、家族のことがわからない
- 見えないものが見えると言ったり、ありえないことを言ったりする
- 点滴などのチューブ類を抜いてしまう
- 怒りっぽくなったり、感情のコントロールができない
- 昼間に眠って、夜に醒れない

(注：すべての方に見られるわけではありません)

※「いつもと違う」と感じたときは、看護師にお声かけください

## せん妄を予防するために

- ▶ 普段使用しているメガネや補聴器、入れ歯を正しく着用する
- ▶ なじみのある物 (家族やペットの写真) を飾る
- ▶ 時計・カレンダーを見えるところに置き、一緒に日時の確認をする
- ▶ テレビ、ラジオ、本、新聞や趣味の道具など活用し、昼間の覚醒を促し夜間入眠できるように生活リズムを整える
- ▶ 不快な症状を取り除くようつとめますので、下記の症状があれば看護師にお声かけください  
痛み、かゆみ、息苦しさ、熱、便秘など
- ▶ 安心して過ごしてもらえよう、家族の負担のない程度で面会をお願いします  
慣れ親しんだ人との会話は、不安を感じているご本人にとって大きな安心となります

※安全を守るため、刃物 (ナイフ、はさみ、爪切り)、ライターなどは置かないでください

わからないこと、お困りごとがありましたら、  
いつでも看護師にお声かけください

# 病棟看護師の取り組み

ここは八尾市立病院  
7階東病棟です

様は、 月 日に

で入院しました

様  
困った時、トイレに行きたい時  
呼出ボタンを押してください



- ・せん妄アセスメント（DST）、認知症高齢者の日常生活自立度評価を定期的に実施し、認知症ケアチームへの早期介入
- ・看護師が自分自身の表情・態度・姿勢に注意を払う
- ・患者の思いを傾聴し、ニーズを満たせるかかわりを心がけている
- ・時計やカレンダー、掲示物の活用を行い、見当識への働きかけ
- ・必要なものは手の届く位置に設置、危険なものは片付ける
- ・チューブ類は患者が気にならないよう整理し、医師と早期抜去を相談
- ・入院前のADLが維持できるよう、早期離床に努めている
- ・見守りができる巡視体制の調整/看護補助者と協働

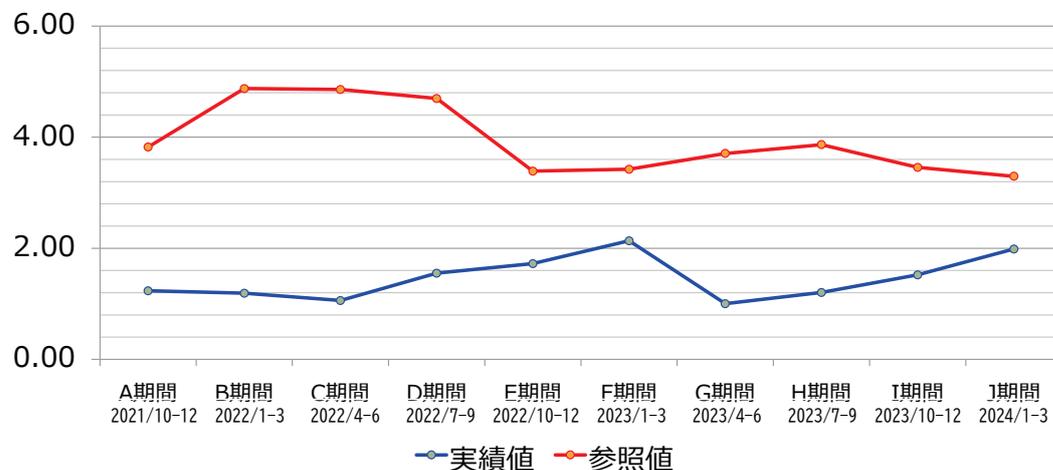
# 身体的拘束最小化チーム の取り組み

- ・2024年6月より活動開始
- ・身体的拘束最小化マニュアルの作成  
⇒医師の診療録の記載方法、指示簿の記載方法を明文化
- ・身体的拘束実施人数/のべ日数センサー機器使用人数/のべ日数表の作成
- ・身体的拘束開始/継続の看護記録（カンファレンス記録）をテンプレート化
- ・1回/週 病棟ラウンド・カンファレンスの実施  
(ラウンドメンバー) 精神科部長、副看護局長、医療安全管理室専任看護師、認知症看護認定看護師  
⇒患者の状況、目的、対策、拘束具の整合性がとれているか確認  
⇒患者の状況を聞き、テンプレート入力を一緒に確認しながら代替策の提案を行っている

# 結果

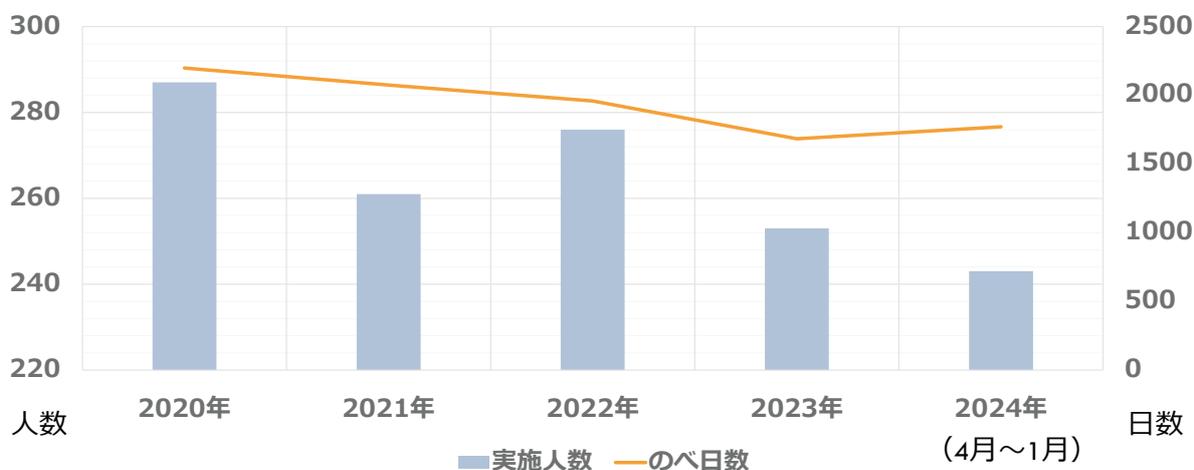
## 身体拘束率

CRM-03



可視化プロジェクトにおける指標計測結果より（2021年10月～2024年3月）

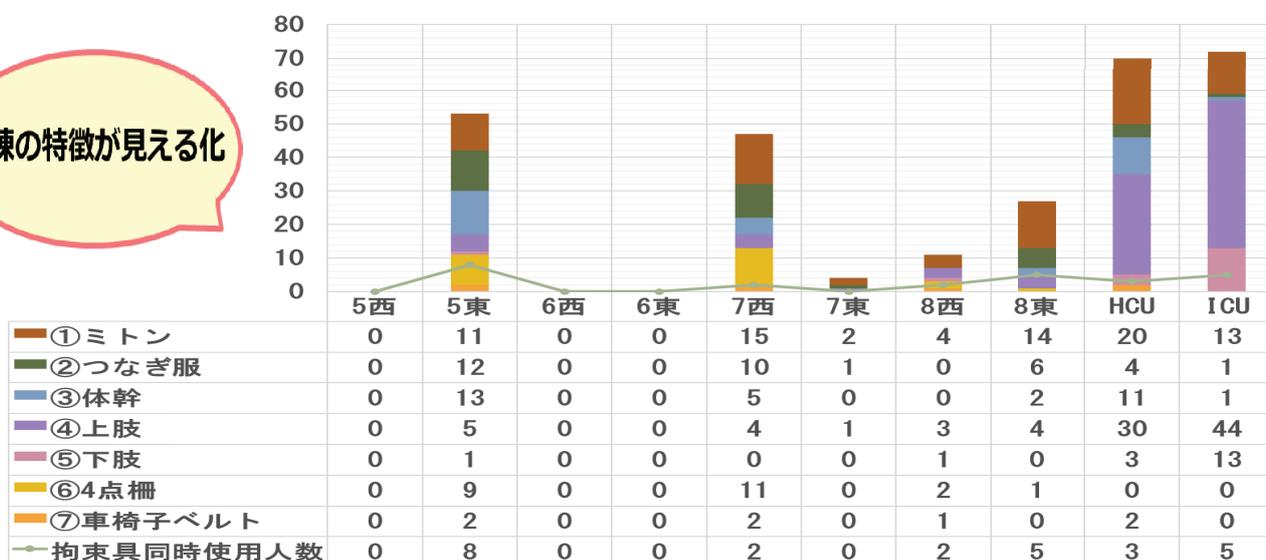
# 身体的拘束実施人数/のべ日数



	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
新入院患者数	11,461	9,907	9,889	9,954	10,564
延べ入院患者数	124,247	104,183	96,370	97,407	99,138

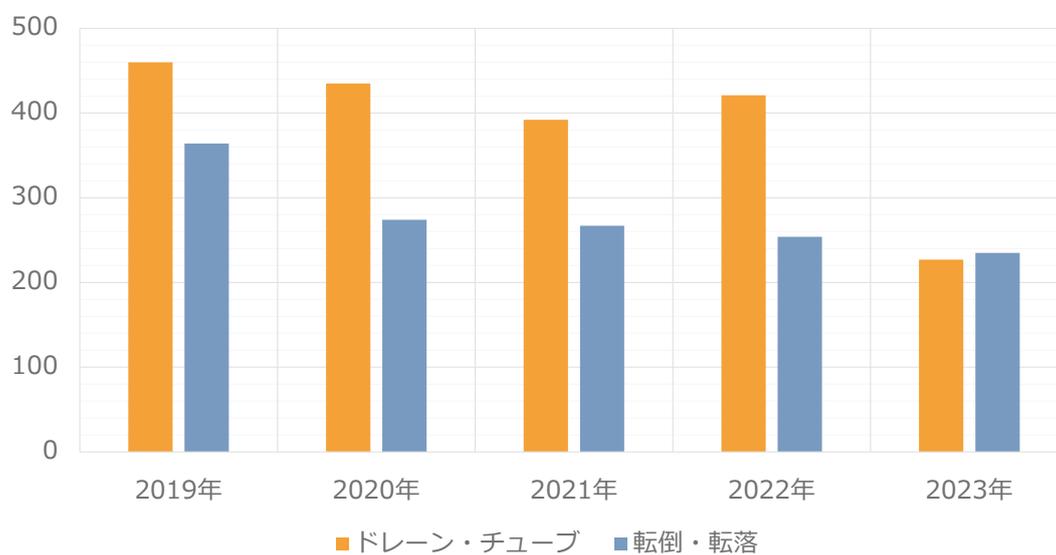
# 拘束具別使用件数

病棟の特徴が見える化



2024年6月~12月

# インシデント件数



振り返り

## 成果・波及効果

- ・ 認知症やせん妄に対する知識の普及
- ・ 認知症の症状や言動からアセスメントができるようになってきている
- ・ 患者の行動を制止するのではなく、患者の希望を満たせるかかわりを検討し実践につながっている
- ・ 何か起きてから取り組むのではなく、せん妄を予測して事前に対策が行えるようになってきている
- ・ 積極的な疼痛コントロールや睡眠覚醒リズムの調整（日中のかかわり・離床）ができてきている
- ・ 早期離床を行い、ADLを低下させないかかわりができてきている

身体的拘束・インシデント件数の結果につながっている

## うまくいった点

（体制面での配慮や活動面での組織的な支援）

- ・ 3日/週 認知症看護認定看護師として活動
  - ⇒認知症ケアチーム介入依頼に早期に対応できた
  - ⇒病棟のカンファレンスに参加し、普段の患者の様子を聞くことでアセスメントやケアの方向性を検討することができた
- ・ 精神科部長やMSW、心理士の協力があり、多職種で病棟ラウンドを行え、アセスメントやケアの検討ができた
- ・ 医療安全推進部会と協同
  - ⇒安全面の視点からも考えることができた
  - ⇒医療安全推進部会と認知症ケア委員会から関係者に情報を下ろすことで伝達がスムーズになった

## 苦勞した点

(課題を乗り越えた方法など)

- ・ 看護師の認知症やせん妄患者への苦手意識  
⇒現場で活かせる研修内容、良くあるケア場面の動画や事例を作成しわかりやすい研修、自分で考え他者と意見交換できる場を作った  
⇒ケアを行って「当たり前」と思わず、ケアを行えているから患者が穏やかに過ごすことができていることを伝えた
- ・ 看護師の困っていることや本人のできない部分に目が向き、患者中心のカンファレンスができていない  
⇒患者がなぜそのような行動をとるのか、患者のできること・どうすればできるかを問いかけ、主語が患者となるようにカンファレンスをすすめた

## 課題

- ・ 超高齢社会に対応するための設備（DX等）の拡充や人員配置
- ・ 稼働率が上がった場合のベッドコントロール
- ・ 入院前の患者情報を早期に収集し、不安や混乱を最小限にする個別性をもった環境調整
- ・ 多職種協働への取り組み
- ・ 医師の認知症やせん妄に対する知識の普及。また、身体的拘束最小化の必要性の理解⇒カンファレンスへの参加
- ・ 病棟の特徴や身体拘束具の使用状況から、最小化に向けた対策の検討
- ・ 身体的拘束の代替策の知識や成功例を増やし、スタッフで共有していく

## まとめ

### 身体的拘束最小化に向けた取り組みには

- ・病院のトップが取り組みを理解していること
- ・身体的拘束に関する課題を明らかにすること
- ・認知症やせん妄ケアに対する知識と技術、患者のサインに気づく観察能力が不可欠
- ・看護師だけではなく多職種の理解や協力が必要
- ・スタッフ全員でケアの充実を図ること

**「できない」ではなく「実践するためにどうするか」  
と考え、できることからはじめていく**





## 5. 静脈血栓塞栓症(VTE)予防の 取り組み

大中 由美子  
ヒロシマ平松病院

# 静脈血栓塞栓症(VTE) 予防の取り組み

医療法人社団まりも会 ヒロシマ平松病院

(演者) 大中由美子

(共同演者) 医局: 高澤篤之 下瀬省二

看護部: 清水雅子 川本ひとみ

## 医療法人社団まりも会 ヒロシマ平松病院(介護施設併設)

所在地: 広島県広島市南区比治山本町11-27

病床数: 161床(一般80床 地域包括ケア40床 回復期リハビリ41床)

病院機能: 二次救急指定病院

診療科: 整形外科、形成外科、外科、内科、呼吸器科、脳外科、麻酔科、循環器科  
リウマチ科、リハビリテーション科、歯科口腔外科、放射線科など全16科

R5年度実績(年間): 577人救急搬送、586人時間外受診、手術件数1906件

入院患者の69.2%が整形外科疾患の患者

VTE予防実施率(整形外科患者のみ)80.7%



まりも会イメージキャラクター

# VTE予防に取り組むことになった背景

「肺血栓塞栓症の予防率をあげよう！」と意識したわけではない

きっかけは「看護師(演者)がVTE予防法を疑問に思ったこと」

- ・弾性ストッキングや間欠的空気圧迫療法(IPC)の研究が少ない
- ・静脈瘤、VTEの既往がある患者さんの圧迫療法を行って良いか？曖昧
- ・カプリーニスコアが分かりにくく、点数が低く出やすい
- ・医師ごとにVTE予防の指示が異なる  
「離床開始まで」「軽介助で車いす移乗できるまで」など指示が曖昧  
いつまでVTE予防が必要なのか、適切な期間など、曖昧

これでは、看護師個々の捉え方で  
実践内容が変わってしまう

「弾性ストッキング圧迫療法コンダクター」の資格を取得しよう！！

## 弾性ストッキング 圧迫療法コンダクターとは

◎日本静脈学会の認定資格である

5年毎に更新、臨床指導書の提出が必要

◎静脈血栓塞栓症(VTE)の予防・リンパ浮腫治療などの圧迫療法  
において、合併症を起こさず十分な効果を得られるよう実践

弾性着衣・弾性包帯の正しいタイプとサイズの選択

圧迫圧の選択

使用方法の指導

着用時および着用後の観察と指導



## (新設)VTE予防チーム医療の実施体制

**弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター**(看護師2名)

**理事長・看護部長** 資格取得前から相談  
**師長会** 資格取得に当たり、臨床指導を実施するために相談  
**院長** WG立ち上げの打診

**VTE WG** 医師1名(前院で経験あり) 看護部長 薬剤師1名  
看護師8名(外来・手術室・各病棟1名、コンダクター2名含む)

**褥瘡委員会** コンダクター2名、皮膚排泄ケア認定看護師1名

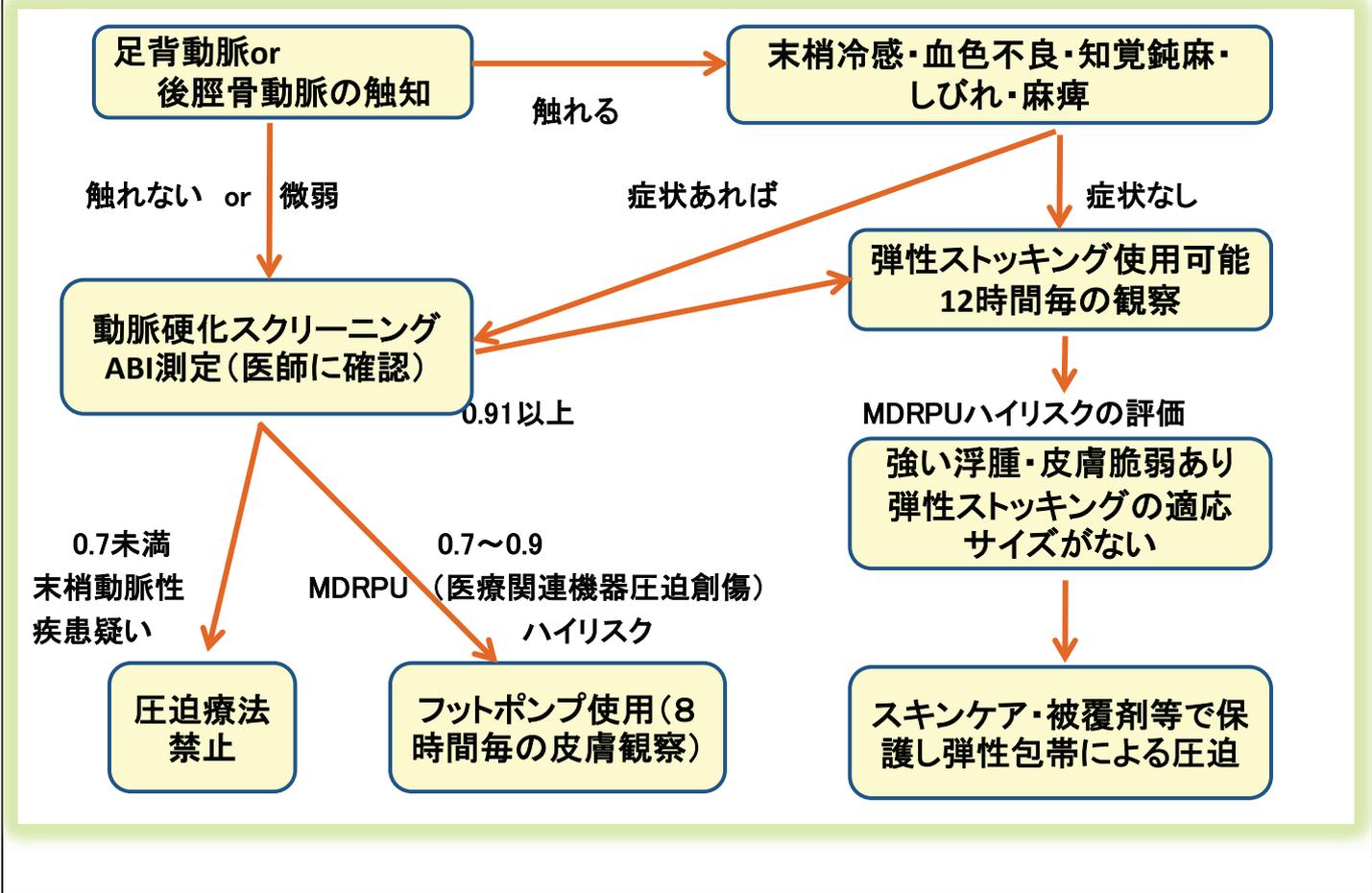
**医療安全委員会** 院内ラウンド・VTE予防マニュアル改定の提案

**実技研修・指導:** 看護師 リハビリスタッフ 看護補助者

## VTE予防チーム医療の進捗

- 2022.5 看護部長へ資格取得について相談、理事長へ報告
- 2022.10 コンダクター講習受講、師長会で資格と臨床指導について説明  
術後患者や救急患者への臨床指導を医師へ提案・開始  
コンダクター資格取得
- 2023.2. 師長会で説明 フローチャート作成の指示を受ける
- 2023.4 褥瘡委員会へ委員として参加  
MDRPU予防に特化したフローチャートとすり合わせ
- 2023.6 医局会1回目の説明(フローチャートの説明)  
医局会2回目の説明(運用マニュアルの説明)  
カプリーニスコアの見直し、医師指示セットの見直し、看護指示の見直し
- 2024.2. 広島県病院学会にて成果発表 (優秀賞受賞)
- 2024.4. 医療安全委員会から定期院内ラウンド実施の提案・開始
- 2024.6. 従来のVTE予防マニュアルの改定着手
- 2024.7. VTE予防WG新設とWGにてVTE予防マニュアルの改定を進める
- 2024.12. VTE予防マニュアル改定完結

# 弾性ストッキング・圧迫療法の取り組みフローチャート



あなたの現在の血管は?

氏名: テスト 性別: 男  
 年齢: 43 歳 身長: 155 cm 基礎疾患:  
 BMI: 24.6 体重: 59.0 kg 喫煙: 否

足の血管の詰まりは? ABI検査

今回の検査結果は **正常範囲** です。

右腕 107/67 mmHg (前回値: 127/77) 左腕 110/69 mmHg (前回値: 126/77)

右足血管イメージ 左足血管イメージ

右足動脈 121/71 mmHg 左足動脈 119/74 mmHg

ABI 右足: 1.10 (前回値: 1.19) 左足: 1.08 (前回値: 1.20)

血管年齢は? あなたの「推定血管年齢」は **実年齢相応** です。

baPWV 右: 1153 (前回値: 1155) (cm/s) 左: 1164 (前回値: 1164)

これまでの経過・推移 定期的に血管検査を

ABI動脈硬化スクリーニング検査数

2022年度	24件
2023年度	94件↑
2024年度	99件↑

# 禁忌・慎重性を要する患者の一覧表

- 禁** 下肢に蜂窩織炎や、血栓性静脈炎などの急性炎症がある患者
- 禁** 下肢に急性期外傷や急性期創傷がある患者

炎症がコントロール出来れば使用可能となる

- 禁** 深部静脈血栓症の急性期  
急性期とは一般的に発症後14日以内  
主な急性期症状は、  
下肢の腫脹・疼痛・暗赤色の発赤(立位で悪化)など

既往があっても慢性期では使用可能

## 慎 糖尿病

- 動脈硬化の進行 → 下肢動脈血行障害を合併しやすい
- 感染症に対し抵抗力が低下 → 皮膚感染症を起こしやすい
- 神経障害 → 痛みなどを自覚しにくい → 皮膚損傷を起こしやすい

MDRPU  
ハイリスク



## 慎 うっ血性心不全

- 静脈還流量が増加 → 心不全が悪化する可能性

注意深く観察

# カプリーニスコア

2点 61~74歳 関節鏡視下手術 開腹大手術 (>45分) 腹腔鏡下手術 (>45分) 悪性腫瘍 **ベッド上安静 (>72時間)** ギプス固定

--- ベッド上安静 (>72時間)

72時間以上離床困難でベッドに拘束されている (10m連続して歩くことができない, 安定のための補助器具の使用は含まない)

3点

75歳以上 **VTEの既往** VTEの家族歴 第V因子ライデン変異 プロトロンピン202110A遺伝子変異 ループス抗凝固因子 抗カルジオ

その他の先天性または後天性血栓症素因

--- VTEの既往

現在または過去の血栓症の病歴の基準を満たすエピソードが1つ以上ある患者は、各診断に対して3点を加算する

5点 脳卒中 待機的関節形成術 **股関節、骨盤、下肢骨折** 急性脊髄損傷 (<1か月)

--- 股関節、骨盤、下肢骨折

選択的股関節置換術または膝関節置換術の件数を入力する (全置換術または部分置換術, 各術式ごとに評価されるポイント [例: 両側の関節置換術=手術ごとに5点を加算する])

合計スコア 11

# 医師が選択するVTE予防法とその理由

入院指示 > VTE予防方法

- 弾性ストッキング開始（入院後速やか）
- 弾性ストッキング開始（手術当日）
- 弾性ストッキング終了10m部分荷重歩行
- IPC開始（入院後速やか）
- IPC開始（手術室開始）
- IPC終了（離床）
- IPC終了（手術終了まで）
- IPC終了10m部分荷重歩行可能
- 弾性包帯EASO外伸ショウガイドで圧迫
- VTE予防薬を使用せずIPCのみ使用
- 圧迫療法不要（ES/IPC/弾包）

VTE予防薬を使用せずIPCのみ使用

出血リスクが血栓リスクを上回るため

2025/02/27 ~ 退院確定時終了  
毎日

圧迫療法不要（ES/IPC/弾包）

手術当日から歩行可能なため

加<sup>o</sup>リーニスコア0点のため

ABI 0.7未満のため（ASO疑い）

MDRPUHリスクのため

# 医師指示セット

入外	開始日	転開日	有効年月
共通	2024/07/23		
共通	2024/07/23		

2025/02/12(水)

時 処方

リクシアナ錠15mg 1回 2錠 (1日2錠)

1日1回朝食後 10日分

投与前の注意事項をダブルチェックしてください。

【ヘパリンCa10日間】

■注射

□基準日

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間：9時0分  
開始に伴う注意事項をダブルチェックしてください

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間：21時0分

□基準日より1日後

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間：9時0分

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間：21時0分

□基準日より2日後

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間：9時0分

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間：21時0分

□基準日より3日後

皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒

送信のみ(Z) 完了(X)

テスト 佐藤医 社保

お気に入り

オーダー

結果・歴

記録・文書

医師セット

医師セット 医師オーダー歴

医師別 共通 診療科 他医師

検索 編集

- 外来クラーク用
- 病棟クラーク用
- 指導料・加算等
- 外来手術指示
- 入院手術指示
- 術後指示
- OP前後処置
- 手術点滴
- VTE
  - リクシアナ15mg
  - リクシアナ30mg
  - ヘパリンCa10日間
  - 新規セット
- 外科セット
- CF

# 医師指示セット

## リクシアナ錠

2022年度: 217件

2023年度: 256件↑

2024年度: 376件↑

## ヘパリンカルシウム皮下注

2024年度4月~8月 0件

9月~2月 4件↑

【ヘパリンCa10日間】

送信のみ(Z) 完了(X)

テスト 佐藤医 社保

お気に入り  
オーダー  
結果・歴  
記録・文書  
医師セット

医師セット 医師オーダー歴

医師別 共通 診療科 他医師

検索 編集

- 外来クラーク用
- 病棟クラーク用
- 指導料・加算等
- 外来手術指示
- 入院手術指示
- 術後指示
- OP前後処置
- 手術点滴
- VTE
  - リクシアナ15mg
  - リクシアナ30mg
- ヘパリンCa10日間
- 新規セット
- 外科セット
- CF

リクシアナ15mg  
リクシアナ30mg  
ヘパリンCa10日間  
新規セット

ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間: 21時0分  
□基準日より2日後  
皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間: 9時0分  
皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒  
開始時間: 21時0分  
□基準日より3日後  
皮下注射(S.C.)  
ヘパリンカルシウム皮下注5千U/0.2mLシリンジ 1筒

# その他の取り組み: 圧迫療法院内ラウンド

[ES]

上緑の位置 踵の位置 しわ・ねじれ 汚染・伝導 指が出ていないか

良  不良  良  不良  あり  なし  あり  なし  あり  なし

サイズ適合 洗い替え

良  不良  あり  なし  不要

エラスコットテンションガイド

踵が出ていないか ずれ 巻き終わりの位置 適切な圧(マーク重なり) 足関節裏巻き

あり  なし  あり  なし  良  不良  良  不良  良  不良

皮膚観察

乾燥 浮腫 落屑 悪臭 爪が伸びている

あり  なし  あり  なし  あり  なし  あり  なし  あり  なし

発赤・皮膚損傷・水泡

膝窩部 足趾 足関節 前脛骨部 その他

あり  なし  あり  なし  あり  なし  あり  なし  あり  なし

[IPC]

巻く位置 指2本入るか 単体では腓脛部 併用では足底部 電源

良  不良  良  不良  良  不良  良  不良  ON  OFF

チューブ圧迫・ねじれ パッド外れ 装着忘れ

あり  なし  あり  なし  あり  なし

看護指示観察時間入力

あり  なし

経過表観察項目(ES/IPC/弾包)

あり  なし

新しいES出しました。  
コストとりました。  
看護指示を入力してください。  
観察項目を入力してください。  
爪切りをしてください。

圧迫療法MDRPU

計期間: 2024/12/01~2024/12/31

レポート記載患者数: 29件

		集計表			
		4階病棟	5階病棟	6階病棟	7階病棟
ES	上緑の位置	0	0	0	1
	踵の位置	0	0	0	1
	しわ・ねじれ	0	0	0	3
	汚染・伝導	0	0	0	0
	指が出ていないか	0	0	0	1
エラスコットテンションガイド	サイズ適合	0	0	0	1
	洗い替え	0	0	1	1
	踵が出ていないか	0	0	0	0
	ずれ	0	0	0	0
	巻き終わりの位置	0	0	0	0
皮膚観察	適切な圧(マーク重なり)	0	0	0	0
	足関節裏巻き	0	0	0	0
	乾燥	1	0	0	3
	浮腫	0	0	0	1
	落屑	0	0	0	1
発赤・皮膚損傷・水泡	悪臭	0	0	0	0
	爪が伸びている	0	0	0	3
	膝窩部	0	0	0	0
	足趾	0	0	0	1
	足関節	0	0	0	1
IPC	前脛骨部	0	0	0	0
	その他	1	0	0	1
	巻く位置	0	0	0	0
	指2本入るか	0	0	0	1
	単体では腓脛部	0	0	0	1
合計	併用では足底部	0	0	0	0
	電源	0	0	0	0
	チューブ圧迫・ねじれ	0	0	0	0
	パッド外れ	0	0	0	0
	装着忘れ	0	0	0	0
看護指示観察時間入力	0	0	0	0	
経過表観察項目(ES/IPC/弾包)	0	0	0	0	
合計	2	0	1	21	

## 圧迫療法 ラウンドチェックリスト

# その他の取り組み: 圧迫療法院内ラウンド

**ES**  
上縁の位置 踵の位置 しわ・ねじれ 汚染・浸漬 指が出ていないか

**サイズ**  
指が出ていないか

**エアスクリュー**  
指が出ていないか

**皮膚観察**  
乾燥 浮腫 潰瘍 悪臭 爪が伸びている

**発赤・皮膚損傷・水泡**  
膝窩部 足趾 足関節 前脛骨部 その他

**IPC**  
巻く位置 指2本入るか 単体では腓腹部 併用では足底部 電源

チューブ圧迫・ねじれ パッド外れ 装着忘れ

看護指示観察時間入力

経過表観察項目(ES/IPC/弾包)

新しいES出しました。  
コスト取りました。  
看護指示を入力してください。  
観察項目を入力してください。  
爪切りをしてください。

**圧迫療法  
ラウンドチェックリスト**

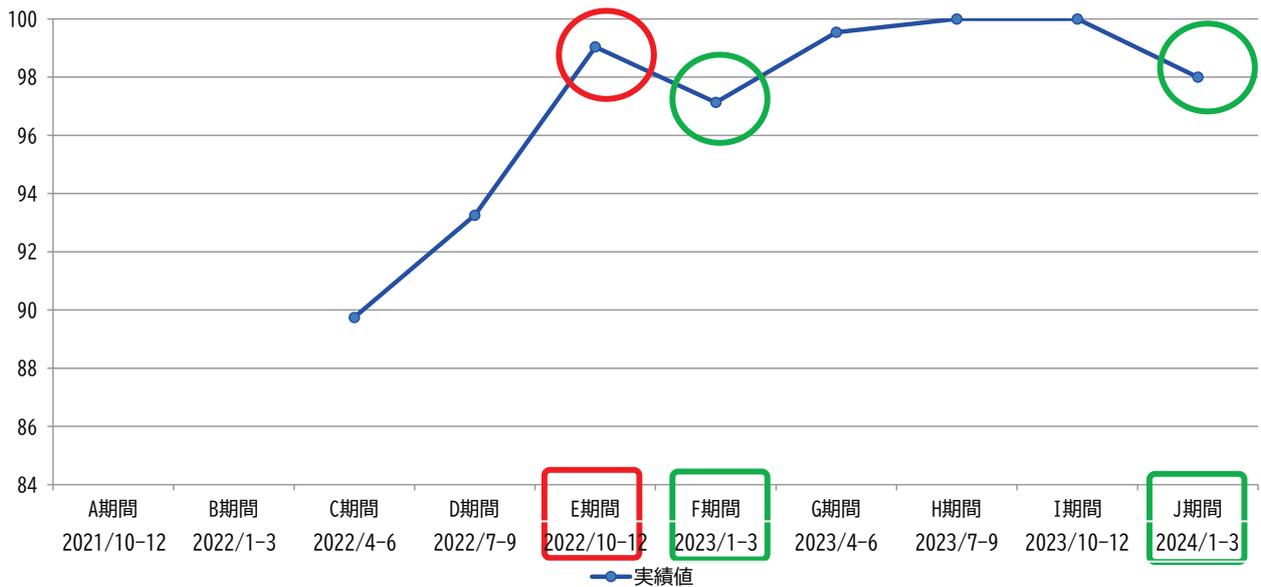
**圧迫療法MDRPU**  
計測期間: 2024/12/01~2024/12/31  
レポート記載

**集計表**

項目	発生数	発生率	発生率	発生率
指が出ていないか	0	0	1	1
汚染・浸漬	0	0	0	0
指が出ていないか	0	0	0	0
乾燥	0	0	0	0
浮腫	0	0	0	0
潰瘍	0	0	0	0
悪臭	0	0	0	0
爪が伸びている	0	0	0	0
膝窩部	0	0	0	0
足趾	0	0	0	1
足関節	0	0	0	1
前脛骨部	0	0	0	0
その他	1	0	0	1
巻く位置	0	0	0	0
指2本入るか	0	0	0	1
単体では腓腹部	0	0	0	1
併用では足底部	0	0	0	0
電源	0	0	0	0
チューブ圧迫・ねじれ	0	0	0	0
パッド外れ	0	0	0	0
装着忘れ	0	0	0	0
看護指示観察時間入力	0	0	0	0
経過表観察項目(ES/IPC/弾包)	0	0	0	0
合計	2	0	1	21

## 結果: リスクレベル「中」以上の手術患者において 肺血栓塞栓症予防法の実施率向上

MSM-03



計測対象期間	A期間	B期間	C期間	D期間	E期間	F期間	G期間	H期間	I期間	J期間
	2021/10-12	2022/1-3	2022/4-6	2022/7-9	2022/10-12	2023/1-3	2023/4-6	2023/7-9	2023/10-12	2024/1-3
実績値			89.74	93.26	99.04	97.13	99.54	100.00	100.00	98.00

※ 経時的に実施率が向上する傾向が確認されました。(マン・ケンデル検定 有意水準5%)

## 考察・振り返り

### ＜うまくいった点：体制面での配慮や組織的な支援＞

- ・カプリーニスコアの詳細表示などはSE(システムエンジニア)へ依頼し作成した。
- ・資格取得やWGを立ち上げる計画を打診した際、看護部長・理事長・院長に迅速な対応をしてもらい許可が得られた。  
→誰にどのように働きかけていくべきかも重要なポイント
- ・圧迫療法についてエキスパート資格を持って介入したことで、医師や看護師の理解を得やすかった。
- ・電子カルテや業務の標準化を進めたことで、オーダーがしやすくなった。

### ＜苦勞した点＞

- ・看護師が医局会で医師の指示領域へ提案することに苦勞したが、意見を尊重し、修正・改善した。
- ・看護部への周知は、各病棟を巡回し何度も説明を行った。
- ・弾性ストッキングやIPC(間欠的空気圧迫療法)については研究が少なく、マニュアル作成に苦勞したが、医師の参加により、進捗が加速した。
- ・新しい取り組みを導入する際には、否定的な意見も把握し、受け入れることが必要である。

## その他の指標以外の成果・波及効果

- ・褥瘡委員会とリンクし、双方で一体的な実践が出来るようになった。
- ・適切な圧迫療法が行えるようになり、MDRPU(圧迫療法において)の発生率が減少した。  
2023年度11件→2024年度6件(3月末集計)
- ・看護師のVTE予防・MDRPU予防に対する意識高揚が見られる。
- ・院内研修会と実技指導を実施(看護師・リハビリスタッフ・看護補助者)  
→多職種との連携強化・相乗効果の発生・タスクシフトの促進
- ・医療安全とコスト面の観点から採用医療機器の見直しを行った。
- ・コンダクターとしての取り組みを、広島県病院学会で発表し、他病院への水平展開ができた。
- ・リンパ浮腫指導管理料の算定を開始した。

## 今後の課題

- ・カプリーニスコアの点数が正しいか、VTE予防の指示は正しいか、継続して確認する。
- ・院内ラウンドの継続と職員教育  
→コンダクターだけでなく、全部署の看護師や補助者、リハビリ職などの教育を強化する。
- ・ABIで未治療や未診断の末梢動脈性疾患が確認された場合の対応マニュアルを作成する。
- ・医療機能評価機構からのデータを院内連絡ツールで確認し、関係部署へのフィードバックを徹底する。



# 医療の質可視化プロジェクトのご案内

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）」を実施しています。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。

IJK期間



L期間



## 計測手順書（2024年度）

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。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けます。

IJK期間

[https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/05/FY24\\_keisoku\\_tejun\\_20240531.pdf](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/05/FY24_keisoku_tejun_20240531.pdf)

L期間

[https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24\\_Ltejun\\_20240621.pdf](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/06/FY24_Ltejun_20240621.pdf)

## 集計結果報告書（2024年度）



2024年度の本プロジェクトの集計結果報告書を掲載しています。他施設比較が可能なグラフや表にまとめていますので、自院の質改善活動に向けて現状把握にお役立てください。

※どなたでも閲覧・ダウンロード可能です。

[https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/event/kashika\\_project\\_2024/#report](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/event/kashika_project_2024/#report)

## 集計結果の活用動画（2023年度）



「第4回 医療の質向上のためのコンソーシアム」では、2022年度可視化プロジェクトの集計結果を使って、専門家より他施設比較や自施設内での経年比較のポイントなどを解説いただきました。集計結果を解釈する際の参考に、してください。

<https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/event/da4kai-qiconsortium/>

# 2024年度 医療の質可視化プロジェクト 計測指標一覧①

2023年10月-24年5月（I～K期間;診療報酬改定前）の計測定義

	指標名	分子	分子	データソース
<b>医療安全</b>				
1	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	SV
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	入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	SV
3	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	DPC
<b>感染管理</b>				
4	血液培養2セット実施率	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダ日数	DPC
5	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC
6	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	手術室で行った手術件数	SV
<b>ケア</b>				
7	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	入院患者延べ数	SV
8	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	65歳以上の退院患者数	SV
9	身体拘束率	分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	SV

集計結果報告書（2024年度）より

# 2024年度 医療の質可視化プロジェクト 計測指標一覧②

## 2024年6月-9月（L期間;診療報酬改定後）の計測定義

指標名	分子	分母	データソース
<b>医療安全</b>			
1 転倒・転落発生率	退院患者に発生した転倒・転落件数	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
	転倒・転落の発生件数	入院患者延べ数	DPC[様式3] またはSV
2 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	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	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
	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	入院患者延べ数	DPC[様式3] またはSV
3 リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	DPC [様式1,EF ファイル]
<b>感染管理</b>			
4 血液培養2セット実施率	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダ日数	DPC [EFファイル]
5 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC [様式1,EF ファイル]
6 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	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	DPC[様式1] またはSV
<b>ケア</b>			
7 d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
		除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	DPC[様式3] またはSV
8 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	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	65歳以上の退院患者数	DPC[様式1] またはSV
9 身体的拘束の実施率	分母のうち、身体的拘束日数の総和	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
		入院患者延べ数	SV

集計結果報告書（2024年度）より



# 質改善支援ツールのご案内

医療の質向上のための体制整備事業では、現場の自主的な質改善活動を充実させるために、「質改善支援ツール」を開発しています。ぜひ院内での医療の質向上に向けた取組にお役立てください。

## 医療の質指標基本ガイド

～質指標の適切な設定と計測～ 第1.1版

p. 54

医療の質指標の目的・意義をはじめ、指標の役割、活用における留意点など、医療の質指標に対する共通した理解を深めることを目的に、医療の質及び質指標の基本的な考え方について解説しています。

## 質改善ツールキット

p. 55

質改善を「学ぶ」、質改善活動の「準備」、質改善活動の「実践」の3段階で構成し、それぞれの段階で活用できる計12種類のe-learning動画、テキスト、ワークシートを掲載しています。

## 医療の質向上に参考となる動画リスト

p. 56

過去に本事業で開催したイベントでの講演内容や有識者によるe-learning動画をまとめました。

# 医療の質指標基本ガイド

## ～質指標の適切な設定と計測～ 第1.1版

「医療の質向上のための体制整備事業」では、医療の質指標の目的・意義、扱いなど基本的な考え方を整理し、我が国において医療の質指標についての共通理解が深まることを目途としたガイドを作成し公開しています。

医療の質指標の目的・意義をはじめ、指標の役割、活用における留意点など、医療の質指標に対する共通した理解を深めることを目的に、医療の質及び質指標の基本的な考え方について解説しています。

臨床現場の医療者はもちろん、医療関連施設等の管理者・幹部の方など、医療の質向上のさらなる取組を検討するうえで、是非参考にしてください。



今回の計測結果を質改善活動に活用しませんか!!

# 「質改善ツールキット」のご紹介

医療の質可視化プロジェクトでは、他施設比較や時系列比較の結果を質改善活動につなげていただくことを目指しています。本事業では、現場の自主的な質改善活動を後押しするツールキットを提供しています。ぜひご利用ください!!

## 質改善を学ぶ

E-learning動画で、質指標とは何か、改善とはなにかなどを学習できます

### データのばらつき

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	平均	中央値
△	7	3	3	4	6	7	7	8	10	11	6.0	6.5
□	3	4	6	7	7					9	6.0	6.5

平均値、中央値はデータの分布の中心を表す

### データの分布のばらつき

- 標準偏差 0 = ばらつきがない
- 尖度 (せんど、分布のどがり具合)
  - 正規分布
- 歪度 (わいど、分布の左右対称性、歪み)
  - 正規分布

### ①はじめに 医療の質改善活動の流れ

医療の質改善の基礎知識の習得

準備フェーズ(講義) → 実践フェーズ(実習) → 正常化

① 総論: 医療の質指標の位置と改善の目的、医療現場で質改善活動が継続しない理由、医療の質指標を用いた院内の課題抽出

② 体制構築: 質改善活動のチーム構築

③ 現状分析 課題整理: 自院の現状を可視化(データ分析・ヒアリング)、課題の整理

④ 目標設定: 数値目標の設定

⑤計画: 課題改善のための短期行動計画の立案

⑥実行: 短期行動計画の執行予定表を作成

⑦改善: 短期行動計画の進捗・実施

⑧検証: 計画実行の進捗管理 課題の再確認

## 質改善活動の準備

ワークシートに沿って自院の現状把握や強み・弱みを整理・分析できます

	ストラクチャー (施設・設備、人員配置、など)	プロセス (診療・ケア、投薬、リハビリテーション、など)	アウトカム (治療実績、患者満足度、など)
秀でている点	例: 脳血管内治療など高度な治療を提供している	例: 他診療科との連携が進んでいる	例: 地域からの信頼が厚く、お礼も多くいただいている
課題と思われる点	例: 専門医の人数が足りない	例: PT・OTによる個別リハビリテーションの体制が不十分	例: 入院患者の転倒件数が多い

## 質改善活動の実践

・テンプレートに沿って詳細な改善計画を立てられます  
 ・モニタリングシートを使って、定期的に改善計画の効果を確認できます

### 各指標のデータ算出・モニタリング

#	指標名称	計測値(活動前)	目標値	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
1		70%	95%	78.0%	80.0%	82.0%	91.0%

### 改善計画と現状メモ記入シート

#	計画内容	進捗管理部署(者)	具体的な内容				
			第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	
1			計画				
			活動状況				

ツールキットの詳細はこちら!

<https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/tool/>



# 医療の質向上に参考となる動画リスト

過去に本事業で開催したイベントでの講演内容や有識者によるe-learning動画をもとめました。ぜひ院内での医療の質向上に向けた取組にお役立てください。

分類	動画タイトル (クリックすると動画が再生されます)	内容	講師 (所属は動画作成時点のもの)	推奨対象者		動画時間
				管理者層	臨床現場 計測担当者	
医療の質向上を目指した 病院経営・戦略	<a href="#">医療の質向上を目指して</a>	1. 病院は、医療及び病棟の質と経営の質の両立が必須 2. 仕組みをつくり動かす 3. 組織のマネジメント 4. 可視化により組織のベクトルを合わせる 5. 手段に惑わされず目的を見失わない	相澤孝夫 (一般社団法人日本病院会 会長/社会医療法人財 団慈泉会 相澤病院 最高経営責任者)	○		31:48
	<a href="#">病院経営における医療の質指標の活用</a>	1. 質指標を付加価値の視点で考える 2. 質指標をリスク対応の視点で考える 3. 質指標を運用コストの視点で考える	岩淵 勝好 (山形市立病院済生館 呼吸器内科長)	○		14:23
	<a href="#">医療の質向上に向けた指標の役割と意義</a>	1. 医療の質の指標の意義・役割の理論的想定 2. がんQuality Indicator(QI)の活動概要 3. がんにおけるQIから判明した新しい意義	東 尚弘 (国立がん研究センター がん対策研究所 がん登 録センター 医療政策部 部長)	○		35:11
	<a href="#">医療の質向上に向けた診療ガイドライン の活用</a>	1. Mindsの事業について 2. 診療ガイドライン(CPG)とエビデンス総体(Body of Evidence) 3. 様々なガイドラインとRapid/Living Recommendation, 指針 4. DPCによる「パラッキ」の可視化とQI事業の成果 5. 可視化→QI→質向上 CPGの役割は	福岡 敏雄 (公益財団法人日本医療機能評価機構 執行理事 (EBM・診療ガイドライン担当))	○		30:08
	<a href="#">Patient Experience(PX)を用いた医療の 質評価・改善</a>	1. Patient Experience (PX)とは? 2. 日本語版PX尺度 3. PXの分析事例 4. PXを活用した病院での質改善 5. PX向上を目指す施設・職種を越えたコミュニケーションの形成	青木 拓也 (東京慈恵会医科大学 総合医科学研究所センター 臨床疫学研究部 講師)	○		13:19
医療の質指標に関する 基礎知識	<a href="#">海外における医療の質指標の活用動向に ついて</a>	1. 米国及び英国での医療の質指標の活用 2. DIKW(Data, Information, Knowledge, Wisdom)ピラミッドについて ※日本語の通訳付	Antonio Silva Perez (亀田メディカルセンター 品質管理本部 品質管 理部 部長)	○		28:11
	<a href="#">医療の質とその評価について</a>	1. 医療の質の概念 2. 医療の質の評価 3. 医療の質の改善	尾藤 誠司 (国立病院機構 東京医療センター 臨床研修科医 長)	○		35:48
	<a href="#">医療の質指標に関する基礎知識</a>	1. クリニカル・インディケーターとは 2. 医療の質指標測定の目的・意義 3. 医療の質指標設計と活用の実践 4. 他施設との比較による目標設定(ベンチマーク) 5. 病院団体間の指標の相違点 6. 指標の表名公開の影響	猪飼 宏 (京都府立医科大学 大学院医学研究科 医学・医 療情報管理学 教授)	○		34:25
	<a href="#">医療の質の改善に関する基礎知識</a>	1. 総論 2. 医療の質改善活動の体制構築のポイント 3. 現状分析・課題整理のポイント 4. 目標設定のポイント 5. 持続可能な改善案の作成のポイント 6. 改善案の実行計画書の作成とモニタリングのポイント	本橋 隆子 (聖マリアンナ医科大学 予防医学教室 講師)	○		33:10
	<a href="#">データの収集・分析</a>	1. 病院データの種類とその特徴 2. データの収集 3. データの分析	荒井 康夫 (学校法人北里研究所北里大学病院 医療支援部 診療情報管理室 特別専門職)	○		29:44
データの収集・ 分析	<a href="#">医療の質指標の活用について</a>	1. 当院のQI・データの分類 2. 分母・分子の粒度が細かい場合のデータ抽出方法 3. 分母・分子が診療報酬と直結しない内容の場合のデータ抽出方法 4. 電子カルテからデータを抽出するために必要な体制	松本 聡子 (NIT東日本関東病院 品質保証室 医療情報分析担 当 副室長)		○	11:57

# 開催のご案内

## 第21回 運営委員会

### (医療の質向上のための協議会)

---

- ・ 2025年3月18日（火） 15:30-17:30（2時間、オンライン）
- ・ 可視化プロジェクトで扱う9指標について、計測率や手順書の遵守率、計測値のばらつきなどを詳細にご紹介します。
- ・ 事前申し込み不要でどなたでも傍聴いただけます。



[https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/council/21th\\_council](https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/council/21th_council)

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

TEL : 03-5217-2326 / E-mail : info-qiconf@jcqhc.or.jp  
事業オフィシャルサイト : <https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/>



本資料の無断転載及び複製は禁じます