

# MSM-03：現場アンケート結果

(第11回 QI標準化・普及部会 (2025.11.14) から抜粋)

## アンケート結果① 回答者属性

(N=187)

属性		件数	%
病床規模	200床未満	55	29.4
	200～399床	54	28.9
	400～599床	41	21.9
	600床以上	37	19.8
職種	医師（うち看護師, 薬剤師等との兼務：4名）	6	3.2
	看護師（うち薬剤師や診療情報管理士等との兼務：5名）	21	11.2
	薬剤師（うち事務職等との兼務：3名）	8	4.3
	診療情報管理士（うち事務職等との兼務：8名）	71	38.0
	臨床検査技師	4	2.1
	診療放射線技師	1	0.5
	理学療法士	1	0.5
	事務職	75	40.1

# アンケート結果② 見直しの要否と課題(MSM-03)

(N=187, 複数回答)

項目	件数	%
定義の見直しが必要	10	5.3
手順の見直しが必要	21	11.2
現状のままで良い	139	74.3
わからない	21	11.2

(N=27, 複数回答)

選択回答	データ抽出や加工が複雑で、作業負荷が高いと感じる。	12
	分母や分子の定義に、実際に対象とすべき患者・症例が含まれていない／除外すべきものが含まれている。	10
	手順どおりの計測が困難である(DPCデータでは取得しづらいなど)。	8
	指標に設定された対象期間や単位が、現場の実態や記録方法と合致していない。	6
	手術・薬剤・診療行為などのリストが現場で使用しているコード体系やガイドラインと一致していない。	3
	変数名や手順の記載が分かりにくく、解釈に迷う箇所がある。	2
自由記載	分子抽出方法にある「(ア)肺血栓塞栓症予防管理料の算定があった患者」は理学的予防法、「(イ)抗凝固療法が行われた患者」は薬物療法である。異なる医療行為が混在する中で、正しい評価が行われるか疑問である。	1
	自院で加工や抽出を行うのは本調査ぐらいである。膨大なデータをマスターデータにある複数の項目と突合、抽出するには相応のPCスペック、Excel関数、作業時間等が必要であり、その方法すら提示されないため、作業負荷がかなり高いと感じる。また、参加病院の全てがこれらの作業を手順書どおりに行っているか不明確であるため、作業負荷が調査結果の信頼性に大きく影響しているのではないかと危惧している。	1

# アンケート結果③ 計測状況(MSM-03)

項目	件数	%
ソフト等で自動算出	99	55.0
ソフト等を使わず計測	81	45.0
総計	180	100.0

(N=180, 未計測7病院除く)

(N=81)

属性	計測時間 (N)	10分未満	10分以上～ 30分未満	30分以上～ 60分未満	60分以上～ 120分未満	120分以上～ 180分未満	180分以上～ 240分未満	240分以上
		(3)	(12)	(18)	(29)	(8)	(6)	(5)
病床規模	200床未満		5	6	9	4	1	1
	200～399床	3	5	2	7	3	1	1
	400～599床		1	5	7	1	2	1
	600床以上		1	5	6		2	2
職種	医師			1				1
	看護師	2	1	1	3		1	1
	薬剤師			1	1	1	1	
	診療情報管理士		5	3	14	4	2	3
	臨床検査技師			2				
	診療放射線技師			1				
	事務職	1	6	9	11	3	2	

# アンケート結果④ 定義に関する改善点・要望(MSM-03)

	病床規模	職種	定義に関する意見	カテゴリ
1	<200	薬剤師	分母が退院患者数になっていることに違和感を感じる。	
2	400-599	薬剤師	分母は退院患者だが、EFファイルだけであれば、退院日を危惧することなく、肺血栓塞栓症発症レベル「中」以上の手術を施行した患者で計測できる。その期間で実際行われた手術が対象となり、管理料の算定月日も同じ期間内であると推測できる。退院患者にこだわる理由が知りたい。	分母定義 (退院患者)
3	<200	看護師	リスクレベル「中」以上の手術のみに限定されているが、循環器学会ガイドラインでは手術の有無のみだけでなく、患者の状態に応じて総合的に評価したうえで肺塞栓予防の実施が推奨されている。paduaスコアなどで評価した患者を分母とすると、予防対策が必要な患者が含まれるのではないか？	
4	200-399	診療情報管理士	手術が肩や抜釘の場合、予防管理料が算定できない（査定される）ため低い値になってしまう。除外必要ではないか。	
5	400-599	事務職	リストの術式が少なすぎる。術式だけではリスクレベル中かは判断できないのではないか。	分母定義 (術式)
6	400-599	事務職	定義上15歳以上の評価だが、参照ガイドラインでは年齢による区分が40歳以下で大手術で低リスクという項目のみであり、実質15歳未満が含まれてくる。	
7	600～	医師	婦人科の円錐切除術はレセプトで査定されるため、当院では肺塞栓予防対策を実施していない。	
8	600～	医師	ロボット手術が含まれていない。	

# 続き)

病床規模	職種	定義に関する意見	カテゴリ
9 400-599	診療情報管理士	弾性ストッキング等を使用して肺血栓塞栓症予防管理料を算定しても、手術により保険診療上査定されることがある。実際に予防的行為をしていても算定できない事例もあるため、様式1で予防的行為を実施したかを調査してはどうか。	
10 400-599	薬剤師	管理料算定のみを対象にし、薬剤からの測定はしないでも良いように思う。	
11 400-599	事務職	分子が肺塞栓予防管理料の算定数というのは計測しやすい一方で、算定したから対策したとはならないのでは？とも思うので「算定情報からやるのが正解か」という議論をしていただきたい。（例えば、リスク評価をして早期離床を促すだけで算定しなかったら、予防対策しなかった事になる）	分子定義 (算定)
12 600~	診療情報管理士	分子の肺血栓塞栓症予防管理料は単に予防対策を実施しただけでは算定できず、医学的管理（リスク評価等）が行われ、そのうえで予防対策が実施されて初めて算定可能と認識している。そのため、実際の予防対策の実施件数と算定件数の間には乖離があるのではないか。	
13 200-399	診療情報管理士	8月末に公表された病院情報公表の定義と合致していないので揃えてほしい。 [可視化プロジェクト] 除外患者無し。また、計測期間中に退院していれば、入院日が計測期間以前であっても対象になる。 [病院情報の公表] 除外患者あり。計測対象期間のEFファイルしか使わないため、入院日が計測期間以前であったら対象外。	全体
14 200-399	診療情報管理士	外来からコントロールしている患者や、自施設で処方していない(他施設から持参薬がある)場合を想定できると良いと思う。	
15 400-599	事務職	本循環器病学会のガイドラインが2025年版に更新されていない。	

# アンケート結果⑤ 計測手順に関する改善点・要望(MSM-03)

病床規模	職種	計測方法・時間	計測手順に関する意見	カテゴリ
1 200-399 : 4件 400-599 : 1件 600~ : 2件	診療情報管理士 : 3件 薬剤師 : 1件 看護師 : 1件 事務職 : 2件	ツール使用 : 3件 60-120分未満 : 2件 180-240分未満 : 1件 240分以上 : 1件	DPCデータから自動算出されるツールを提供してほしい(7件)。	ツールの配布
2 <200	事務職	120-180分未満	出来高請求のためDPCデータを活用することが難しく、手間がかかる。別表の区分1と区分2が探しにくいいため、区分ごとに分けてほしい。	手術の抽出
3 400-599	事務職	60-120分未満	指定された手術を抽出することに手間がかかる。	
4 600~	事務職	60-120分未満	「区分1」は15歳以上、「区分2」は40歳以上の患者を抽出する作業が煩雑である。	
5 <200	事務職	30-60分未満	分母で手術患者を抽出するが、手術日が計測対象期間内か、期間前でも入院日以降全ての手術が対象かが明確でない。 分子では「当該入院期間中に」と明記されているので、分母も入院期間中(対象期間前)と解釈しているが、様式1と違いEFファイルは月別データであり、入院日に遡って何ヶ月~何年分も集計をかけるのはほぼ不可能である。	対象期間の設定
6 400-599	事務職	ツール使用	提示された薬価基準コードには、手術に関係のない処方も含まれる可能性がある。病院の裁量で対象外として構わないとのことだが、裁量があまり必要ない手順にしてほしい。	薬剤の設定