

S2-02

感染症診療の質からみた、指標選択と活用

熊本赤十字病院 総合内科副部長兼総合診療科副部長

○加島 雅之

『戦略とは指標の選択である』とも言われるように、事業の質の向上のためには、事業のコンセプトを明確化した上で、どの指標を選択し、それをどのように解釈・利用するかが最も重要である。コンセプトの段階では、事業を構築している要素とプロセスの明確化、最終的なアウトカムの設定が重要である。その上で選択される指標にはその性格上、評価したいものそのものを表すものと、直接的に測定困難であるために代替的に用いるものがあり、また、事業に附随して現れてくる副次的な指標と直接的に設定・介入目標となる指標、質の最低限の保証を担保するものと高みを目指す達成目標、最終的なアウトカムを測るものとプロセスを評価するもの、ある指標の反対側にあって補完する指標、短期的な状況を表す指標と長期的な指標が存在している。当院で採用している感染症診療の指標を例にとって具体的に指標の性質を鑑みた選択と活用を論じてみたい。感染症診療の質の向上とは「1. 正しい感染症診断を行い、2. 適切な感染症治療を行って3. 治癒率の向上を図りつつ、4. 耐性菌を増やさないこと」である。これを実現させるためには、それぞれの段階で有効な指標の選定が必要となる。正しい感染症診断で最も重要かつ感染管理のためにも必要なのは培養検査である。すべての培養が適切に行われているかを評価するのは困難であるため、採取に最も手間を要する血液培養の検体数を指標として採用している。また、その質を担保するため陽性率、コンタミネーション率、2セットでの検体採取率を指標として評価している。次に、感染症治療の代表と言えば抗生剤投与であるが、広域抗生剤の乱用は耐性菌増加の要因であるばかりではなく、病型に応じた標準的抗生剤選択がなされていないことを示す。単に規制のかかる広域抗生剤の選択回避に終始しているわけではなく、適切な抗生剤選択がなされているかを測るため、最も狭域な抗生剤の代表であるアンピシリン/アモキシシリンの使用頻度を評価することで標準的抗生剤選択および適切なde-escalationが行われているかを評価している。治癒率を測定するため最も代表的な感染症である肺炎（市中肺炎/誤嚥性肺炎）の在院日数を測定するとともに、急性期の患者の多くに感染症が関与していることから、全院内死亡率と再入院率の評価を行っている。最後に耐性菌の推移をみるため、代表的耐性菌であるカルバペネム耐性緑膿菌の推移を観察している。本演では実際のデータを示しながら指標の性質を考慮した選択と活用の成果を議論したい。

S2-03

臨床指標作製の過程と課題

石巻赤十字病院 副院長兼救命救急センター長

○石橋 悟

2001年外科として石巻赤十字病院に赴任後、学会データ登録や学会発表用術後5年生存率、合併症発生率算出など、外科全体のデータを扱い解析する機会が増加した。しかし、それらはあくまでも個人や科のデータであり院内全体で共有されなかったため、病院としての公式データの必要性を感じていた。そして独自データではあったが出し続けているうちに、立ち位置の確認（ベンチマーク）に対する欲求が高まっていた。

2009年9月聖路加国際病院からQuality Indicatorが出版されたことをきっかけに、当院もデータセンターを見据えた臨床指標作製の取り組みを開始した。2009年11月医師3名を含む10名で第1回臨床指標ワーキンググループを開催し、項目の公募と既存のデータ収集を行った。公募で集まった項目は例えばリハビリでは介入時期とADL改善率の関係など各部署現場に還元することを目的にしたものや、例えば呼吸器内科では救急外来で肺炎と診断された患者に対する受診から初回抗生剤投与までの時間など診療ガイドラインとの整合性の確認などが挙げられた。また、既存データを収集したところ癌登録、DPCなど主に医事関係のもの、褥創、術創感染SSIなどチーム活動、医療安全室など組織上の活動に伴うものなど、おのの独自に集積作製しているデータが多数存在することが明らかとなった。

ワーキンググループにおいて集まった項目と既存データを検討した結果、出したい項目が出せる項目ではないことが確認され、すぐ質改善に到達するのは困難と判断し、まず現状把握を目的として臨床指標を作製した。2011年3月7日開催の第9回ワーキンググループではほぼ臨床指標は完成したが、東日本大震災により活動は中断した。

2011年10月ワーキンググループから診療情報管理委員会として活動を再開し、2011年12月に初版発行に至った。初版の内容は作製の容易さから病院概要などのストラクチャーと、死亡率などのアウトカムが中心となった。その後の委員会では項目の見直し、追加作業の後、改訂版を作製したが、院内からの強い要望としてプロセス部分の強化が求められた。そのためには不正確な病名や指示と実施が必ずしも一致しないなど元データの不確実性不安定性の解消、時間単位の検討を可能にすること、定義、判断基準が部門やデータにより同じではないため統一作業が必要など多くの課題が指摘された。

現在はこれら課題の克服のため、電子カルテやデータ解析用アプリケーションなどのハードと、カルテ記載、入力ルールの作製、運用の見直しなどのソフトの両者を整備中で、臨床指標の改訂版発行は中断している。

シンポジウムⅡ
10月17日(金)