

プロセス

データの効率的な入力と解析を円滑にし、それによって登録に要する労力を軽減するためにも、社会的説明責任に関する年次文書の入力モジュールをご使用ください (www.jaarverslagenzorg.nl)。同モジュールへのアクセスに必要なログインコードは、別途文書にてお知らせします。

IGZ はウェブサイト (www.igz.nl) 上で、データをご提出いただいた病院のリストを公開しています。最終的なデータは、政府情報法に従ってすべて開示されます。IGZ は、理事会ならびに専門家との年次会議において、各病院に個別に結果を報告します。また、収集されたデータをまとめた報告書を作成します。

基本理念

以下に記載する 5 つの項目は、病院におけるパフォーマンス指標の基本理念の要素です。

- パフォーマンス指標は、医療の質を示すシグナルです。IGZ はこれらの指標に基づき、さらなる調査の必要性を判断します。

マイナスのシグナルが発せられた場合、IGZ は年次会議で質問します。IGZ は公表されたデータのみに基づき、個々の病院に関する見解を表明しない点に留意してください。指標は予防的監督を実施するための情報源であり、他の情報源（主題研究、病院からの報告など）を補足するものです。

- 病院による実績の公開

パフォーマンス指標は、詳しい説明がない限り、個々の病院における医療の実態を的確に示すことはできません。たとえば、病院間で患者集団の特性が異なるためです。このような理由から、病院には詳細な説明とともに実績を公開するよう (*Annual Social Accountability in Care Document* [医療における社会的説明に関する文書] または病院のウェブサイトにて) 要請しています。

- 院内の質向上の重要性

指標は院外に対する説明責任にとどまらず、院内での質向上を目的としたものであり、一部の指標は質の向上を目的として登録されます。病院が複数の施設で医療を提供している場合、予想される医療の質の差に関する洞察は、院内における品質保証の面でも監督という面でも重要です。

- 登録業務の負荷はわずか

Basic Set of Hospital Performance Indicators の作成にあたっては、大部分の病院では他の理由から指標がすでに登録されているという状況を勘案しました。そのため、登録に必要な追加業務はわずかですみます。医療の質向上につながる場合のみ、登録業務の増加を容認できます。

- *Basic Set of Hospital Performance Indicators* は発展途上にあるモデル

病院などの複雑な部門の指標の開発が完了することはありません。指標の発展は、病院の反応と結果に部分的に依存しています。時間の経過とともに、関連のない指標、あるいは誰もが「はい」と回答する指標は、いずれ他の指標と置き換えられることになるでしょう。

ユーザーマニュアル

Basic Set of Hospital Performance Indicators は、多岐にわたる医療が提供される、すべての総合病院、大学病院、ならびに少数の専門病院を対象としています。

提携／診療科	医療の提供	データが個別に報告される施設数
複数の個別提携／診療科	複数の施設で包括的医療	2カ所以上
合併／協力	複数の施設で包括的医療	2カ所以上
合併／協力	2カ所以上の施設で医療が部分的に重複 ¹ 、包括的な基本的ケア、特定疾患患者を1カ所に集中	2カ所以上
合併／協力	1カ所以上の施設で医療が部分的に重複 ¹ 、外来診療／日帰り診療は1カ所、包括的医療	1カ所
合併	医療が完全に重複 ¹ 、すべての医療を1カ所で提供	1カ所

各指標の対象：

各指標を記載する前に、指標の対象について概説します。以下にさまざまな対象について記載しています。

説明

説明の項では、医療の質に関連する指標の重要性について概説します。多数の特定サービス／施設については、関係専門家グループが重要と判断した特徴について概説しています。このような特徴の記載は、病院の状況を説明する上で有用です。説明に特徴を含めることで、病院の回答がより明確になります。さらに、定義を通してより詳細に重要な概念を説明します。これらの部分に含まれる質問については回答の必要はありません。

指標

指標に関連する質問が記載されています。質問文は淡色で記載されています。該当する場合は、すべての質問に答えてください。

¹ 医療が重複する場合、医療の「主要コンポーネント」は1カ所で提供されます。たとえば、最も複雑な医療が必要な患者は施設 A に集中させ、一方、より単純な医療を受ける患者は、施設へのアクセスや患者の好みに応じて施設 A または B に振り分けるなどです。

割合または比率を記載する必要がある場合は、分母・分子を示し、詳しく説明してください。ウェブサイトでは割合が自動的に計算されます。

データの報告対象期間は、2009年1月1日から12月31日までの1年です。登録期間が設定されているため、フォローアップ期間の長さを問わず、すべての登録を12月31日で終了することができます。これにより、年次報告書を適時に作成することができます。分母の対象期間は常に報告対象年とします。これにより、その他のソースとの比較を行うことができます。

指標の例

この手術は複数の施設で実施されますか？	はい いいえ #
報告対象年について、直腸結腸手術後30日以内の再手術率が明らかになっていますか？	はい いいえ* 該当せず*
直腸結腸再手術の登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	
サンプルサイズ：	
選択基準：	
分子：直腸結腸手術後30日以内に実施された再手術件数	
分母：直腸結腸手術（初回）実施件数	
割合（自動計算）：	%
説明：	

* 説明してください。

各施設のデータを示してください。

回答欄にアスタリスク（*）がある場合は、説明が必要です。その他については、データの説明をお勧めします。丁寧な説明を心がけてください。回答欄にシャープマーク（#）がある場合は、各施設のデータを示してください。本文書ならびにウェブサイトの作成にあたっては、入念な取り組みが進められていますが、それでも文書とウェブサイト間で不一致が生じる可能性があります。不一致が生じた場合には、ウェブサイト版（www.jaarverslagenzorg.nl）が優先します。

指標

1 褥瘡

(ICD-9 コード 707.0、ICD-10 コード L89)

褥瘡はかなりの痛みと不自由を伴い、時に命を脅かすことがあります。Dutch National Prevalence Survey of Care Problems (LPZ) (医療問題全国調査)により、病院においてしばしば褥瘡が発生していることが明らかになりました(調査対象集団における発生率は2006年で平均5.3%)。オランダ国内外の文献により、良好な予防策を講じ、褥瘡が発生するリスクの高い患者を適時に特定することで褥瘡を回避し、医療の質の大幅な向上を実現できることが示されています。

褥瘡は、提供される看護の質を示す重要な指標と見なされています。

褥瘡の発生率と程度(褥瘡スコア)の登録は、褥瘡予防策の質を示す指標です。LPZによって定義される同スコアは、全国的に収集され、ミラーデータとともに提供されます。

褥瘡登録システムは、褥瘡リスクを抑える上で重要です。したがって、体制に関する指標では、病院が組織的な褥瘡登録システムを運用しているか否かが問われます。組織的な褥瘡登録の特徴を以下の表に記載しています。これらの特徴に基づき、病院の組織的な褥瘡登録について説明します。表を使って説明しても構いません。

組織的な褥瘡登録の特徴：

- 1名以上の褥瘡コンサルタントの配置
- 病院全体の入院患者を対象とした、褥瘡の点有病率の定期的な評価
- 1つ以上の特定の患者集団を対象とした褥瘡登録の維持
- これらの登録に基づき、必要に応じて褥瘡予防策を変更する委員会または作業部会の設置

1.1 説明：病院全体の褥瘡の点有病率

点有病率評価結果の登録はアウトカム指標として選択されています。したがって、褥瘡問題の程度に関する洞察を得ることができます。点有病率評価では、特定の日の特定の時間に、病院にいる全患者を対象に褥瘡の有無を調べます。結果の信頼性を高めるべく、グレ

ード1の褥瘡は除外します。これはLPZ¹登録と一致しています。同指標は入院中に発生した褥瘡を対象としているため、入院時にすでに褥瘡が認められた患者は除外します。

点有病率評価が病院全体ではなく、複数の診療科あるいは無作為に抽出した患者を対象とする場合には、総入院患者数に対する評価対象患者の割合を示し、さらに／または評価対象集団の選定理由を明示することが重要です。

組み入れ基準：

- 皮膚の浸軟が認められた患者
- 入院時に褥瘡が認められ、入院後に新たな褥瘡が発生した患者

除外基準：

- 入院時、すでに褥瘡症状が認められた患者
- 外来診療患者
- 小児科の入院患者および／または短期入院患者

¹ LPZ プロトコールの最新版は <http://www.lpz-um.nl> で閲覧可能。

1.1 指標：病院全体の褥瘡の点有病率

組み入れられた患者は複数の施設にまたがりますか？	はい# いいえ
報告対象年の褥瘡発生率が判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
分子：報告対象年の定点において病院で確認された、グレード2～4の褥瘡が認められた患者数	
	# 説明してください。
	* 各施設のデータを示してください。
分子：定点時における褥瘡の有病率評価対象となった入院患者数	
評価時点での総入院患者数	
評価実施日時	
実施者：	褥瘡コンサルタント
	病棟看護師
	その他（具体的に）：
組み入れ基準 - 皮膚の浸軟が認められた患者 - 入院時に褥瘡が認められ、入院後に新たな褥瘡が発生した患者	
除外基準 - 入院時、すでに褥瘡症状が認められた患者 - 外来診療患者 - 小児科の入院患者および／または短期入院患者	
基準	LPZ プロトコール
	独自のプロトコール
	規定のプロトコールなし
褥瘡発生率の登録システムがありますか？	はい いいえ
LPZ システムに従って登録していますか？	はい いいえ
「いいえ」の場合、どのシステムに従って褥瘡を登録していますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	
サンプルサイズ：	#
選択基準：	
説明：	

1.2 説明：均質な患者集団における褥瘡発生率

褥瘡発生リスクが低い均質な患者集団における発生率により、特定集団に対して提供された医療に関する洞察を得ることができます。このような情報を使って、褥瘡管理の観点で病院を比較することができます。このような理由から、人工股関節全置換術患者を褥瘡発生率の評価対象としました。均質な患者集団では集団内の差異がより小さいため、病院全体の褥瘡発生率よりも優れた指標です。

組み入れ基準：

- 皮膚の浸軟が認められた患者

1.2 指標：均質な患者集団における褥瘡発生率

組み入れられた患者は複数の施設にまたがりますか？	はい# いいえ
報告対象年の、人工股関節全置換術患者（CTGコード038567）における褥瘡発生率は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
人工股関節全置換術患者における褥瘡発生率の登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	.
サンプルサイズ：	#
選択基準：	
	# 説明してください。
	* 各施設のデータを示してください。
説明：	
分子：人工股関節全置換術（CTGコード038567）のために入院した患者におけるグレード2～4の新規褥瘡発生件数	#
分母：人工股関節全置換術のために入院した総患者数	
発生率：	
いずれのデータソースを使用しましたか？	LPZ ZIS
	合併症登録システム （具体的に）：
	その他（具体的に）：
説明：	

2 栄養失調

病院における疾患関連の栄養失調は、長年にわたる問題です。罹患率は高く（成人および小児で20～40%）、系統的なスクリーニングが行われない場合、栄養失調が確認されて治療を受ける患者はわずか半数に留まります。数多くの研究によって栄養失調が招く結果が示されています。たとえば、栄養失調により、創傷治癒の遅れ、術後罹患率の上昇、入院期間の長期化、さらには早期死すら生じる可能性があります。そしてこれらの要因は、医療費の増大につながります。

病気を患うとエネルギー代謝に変化が起こります。そのため、身体がエネルギーを効率的に使うことができなくなります。また、病気の際は筋肉組織もより多く代謝されるため、蛋白質の消費量が増大します。代謝による体重減少を回避するためには、栄養不良状態にある患者に蛋白質とエネルギーの豊富な食物を摂取させることが重要です。

入院患者の（危険な）栄養失調を迅速に治療することで、食物摂取や栄養状態の改善、体重の安定化あるいは増加、さらには筋力などの機能転帰パラメータや身体、感情、精神面でのQOL（生活の質）改善がもたらされます。さらに、合併症、入院日数および死亡率の低減にもつながります。小児の場合、栄養失調はIQや最終身長を低下を招く可能性があります。

迅速な治療の第一条件は、入院時に栄養失調であるか否かを評価することです。有効な栄養失調スクリーニング法を系統的に使用することで、栄養失調患者を正確に識別する割合を50%から80%へ上昇させることができます。

栄養失調の効果的な治療の要件として、入院時のスクリーニング、必要に応じて入院後48時間以内の治療実施、および入院後4日以内の蛋白質およびエネルギー目標量摂取があります。

このパフォーマンス指標は、入院時の系統的な栄養失調スクリーニングがどの程度実践されているのか、また、栄養失調患者が迅速かつ適切な治療を受けているか否かを評価するものです。

同指標のデータは、病院全体について収集します。基本的ケアにスクリーニングが組み込まれていなければ、全患者群における栄養失調罹患率が高くなることから、このようなアプローチを取っています。さらに、有効な栄養失調スクリーニング法はすべての患者に使用可能です。

ここで除外される唯一の患者群は、外来診療患者です。また、0歳から18歳までの小児については、別途報告する必要があります。小児科では別の方法でスクリーニングが実施されること、および最適の栄養療法の基準が、成人患者群の基準とは異なるためです。

定義

栄養失調患者：

- 入院時のスクリーニング結果が SNAQ \geq 3 ポイントまたは MUST \geq 2 ポイントの成人患者 (>18 歳) (以下参照)
- 体重が、年齢に基づく成長曲線の-2 SD 未満の小児 (0~1 歳)
- 体重が、年齢に基づく成長曲線の-2 SD 未満の小児 (1~18 歳)^{1,2}

2.1 説明：病院における栄養失調のスクリーニング

栄養失調への対応の第一ステップは、入院時に栄養失調またはそのリスクについて各患者のスクリーニングを行い、必要に応じて治療計画を立案することです。有効なスクリーニング法の例として、SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire³) があります。入院時に、看護師は SNAQ の 3 つの質問を使って患者が栄養失調であるか否かを確認することができます (以下の表参照)。より詳しい検査では、看護師が MUST (Malnutrition Universal Screening Tool⁴) を使って各患者の BMI (体格指数) と体重減少率を算出し、疾患要因を評価します。小児の場合は体重および身長測定によるスクリーニングを実施します。また、1歳以下の乳児については、年齢に応じた体重に基づき評価します。

この Quality Indicator (質指標) の主要アウトカムは、栄養失調のスクリーニングを受けた患者の割合です。栄養失調の程度に関する詳細 (中等度および重度) は、治療計画の作成にとって重要であり、また、病院が直面している栄養失調関連の問題の程度が明らかになります。

SNAQ スクリーニング法

¹ 成長曲線については www.growthanalyser.org を参照。

² Frederiks AM, van Buure S, Burgmeijer RJ et al. Continuing positive growth in the Netherlands 1955-1977, *Pediatr Res* 2000; 47:316-323.

³ 詳しくは www.snellerbeter.nl/ondervoeding を参照。

⁴ 詳しくは www.snellerbeter.nl/ondervoeding を参照。

ダイエットしていないのに体重が減りましたか？

過去6カ月で6kg以上？***

過去1カ月で3kg以上？**

過去数カ月、食欲が低下しましたか？*

過去数カ月に流動食または点滴を受けましたか？*

* 栄養失調ではない、対応無し

** 中等度の栄養失調、1日あたり2回の追加食

*** 重度の栄養失調、1日あたり2回の追加食および栄養士による治療

2.1 指標：病院における栄養失調のスクリーニング

組み入れられた患者は複数の施設にわたりますか？	はい# いいえ
A 成人	
報告対象年の、入院時に栄養失調のスクリーニングを受けた成人患者の割合は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
成人患者のスクリーニングにいずれのスクリーニング法を使用しましたか？	SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) その他 (具体的に) :
成人患者の栄養失調の登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
	# 説明してください。
	* 各施設のデータを示してください。
集団 (説明) :	
サンプルサイズ :	
選択基準 :	
A 2008年の成人入院患者数	
B 入院時に栄養失調のスクリーニングを受けた成人患者数	
C 「中等度の栄養失調」に分類された患者数	
D 「重度の栄養失調」に分類された患者数	
割合 1 (B÷A) : 栄養失調のスクリーニングを受けた成人患者の割合 (自動計算)	%
割合 2 (C÷B) : 中等度の栄養失調に分類された成人患者の割合 (自動計算)	%
割合 3 (D÷B) : 重度の栄養失調に分類された成人患者の割合 (自動計算)	%

説明：

除外基準：

- 外来診療患者

B 小児

入院時に栄養失調のスクリーニングと受けた小児患者の割合は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
小児患者の栄養失調の登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	
サンプルサイズ：	
選択基準：	
A 2008年の小児入院患者数	
B 入院時に栄養失調のスクリーニングを受けた小児患者数	
C 栄養失調に分類された小児患者数	
割合1 (B÷A)：栄養失調のスクリーニングを受けた小児患者の割合 (自動計算)	%
割合2 (C÷B)：栄養失調に分類された小児患者の割合 (自動計算)	%

説明：

除外基準

- 外来診療患者

* 説明してください。

2.2 説明：栄養失調の治療

この指標では、入院第4日において、栄養失調患者が規定の蛋白質必要量をどの程度（%）摂取しているかを示します⁵。栄養失調の治療にあたっては、診断後できる限り速やかに治療を行うことが重要であることから、入院第4日を設定しました。

成人ならびに小児の蛋白質摂取基準を以下に記載しています。小児についてはエネルギー摂取量も記載しています。成人の栄養失調については、推奨蛋白質摂取量が満たされていれば、エネルギー必要量も補われます。小児の場合、成人と比較して生理的予備力が低くなります。そのため、エネルギーの豊富な食物や他の栄養素を追加的に摂取する必要があります。したがって、小児については、蛋白質摂取基準に加えて、エネルギー摂取基準が設定されています。

この指標は3つのパートで構成されます。パートAのデータは連続評価によって収集します。パートBおよびCについては、ポイント評価を行います。

連続評価

治療方針を評価するために、均質な患者集団（重度の栄養失調の人工股関節全置換術患者）を対象に、栄養失調治療の連続評価を実施します。同患者集団は、すでに他のパフォーマンス指標の対象として規定されているため、本指標についても対象集団として選択しました。さらに、同集団では栄養失調の罹患率が高く、栄養療法の効果も証明されています。

ポイント評価

すべての栄養失調患者（重度の栄養失調の成人患者および栄養失調の小児患者）を対象に、年4回（四半期に1回）の一点評価を実施します。入院第5日に、入院第4日の蛋白質摂取量を評価します（小児についてはエネルギー摂取量も評価）。

これらの評価結果より、栄養失調患者の栄養療法が迅速かつ適切に実施されているか否かが明らかになります。

⁵入院当日を第1日とします。入院第5日に、栄養士が入院第4日の食物摂取状況を確認し、栄養療法を評価します。たとえば、検査または治療のために、入院第4日目に（一時的に）絶食しなければならない患者の場合は、前日または次の日の食べなかった食事を食物摂取状況の評価に含めます。

定義

成人および小児の蛋白質必要摂取量：体重 1kg あたり 1.2～1.5g⁶

小児のエネルギー最低必要摂取量：Schofield⁷+30%まで

2.2 指標：栄養失調の治療

組み入れられた患者は複数の施設にまたがりますか？	はい# いいえ
A 重度の栄養失調の人工股関節全置換術患者における栄養失調の治療	
報告対象年の、入院時に栄養失調のスクリーニングを受けた成人患者の割合は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
人工股関節全置換術患者の栄養失調の登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	
サンプルサイズ：	
選択基準：	
A. 人工股関節全置換術のために入院した成人患者数	
B 人工股関節全置換術患者で、入院第 5 日に重度の栄養不良が認められた成人患者数	
	# 説明してください。
	* 各施設のデータを示してください。
C 重度の栄養失調の人工股関節全置換術患者で、入院第 4 日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数	
割合 1 (B÷A)：人工股関節全置換術患者で、入院第 5 日に重度の栄養不良が認められた成人患者数（自動計算）	%
割合 2 (C÷B)：重度の栄養失調の人工股関節全置換術患者で、入院第 4 日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数	%

説明：

組み入れ基準：

- 入院日数が 5 日以上 of 成人の人工股関節全置換術患者（年齢 > 18 歳）で、重度の栄養失調と分類された患者

⁶ BMI が 27 を超える成人については、BMI 27 の体重で計算。

⁷ Schofield 式は、小児のエネルギー必要量を算出するための計算式。

B 成人の栄養失調の治療

重度の栄養失調患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
評価日1 (1~3月)	年月日
分子：重度の栄養失調患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数	
分母：入院第5日に重度の栄養失調が認められた成人患者数	
割合 (自動計算)	%
	* 説明してください。
評価日2 (4~6月)	年月日
分子：重度の栄養失調患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数	
分母：入院第5日に重度の栄養失調が認められた成人患者数	
割合 (自動計算)	%
評価日3 (7~9月)	年月日
分子：重度の栄養失調患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数	
分母：入院第5日に重度の栄養失調が認められた成人患者数	
割合 (自動計算)	%
評価日4 (10~12月)	年月日
分子：重度の栄養失調患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった成人患者数	
分母：入院第5日に重度の栄養失調が認められた成人患者数	
割合 (自動計算)	%

説明：

組み入れ基準：

- 入院日数が5日以上成人の人工股関節全置換術患者（年齢＞18歳）で、重度の栄養失調と分類された患者

C 小児の栄養失調の治療

栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日の蛋白質およびエネルギー摂取量が十分であった患者数は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
評価日1 (1~3月)	年月日
分子1：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった患者数	
分子2：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日のエネルギー摂取量が十分であった患者数	
分母：入院第5日に栄養失調が認められた小児患者数	
割合1 (自動計算)	%
割合2 (自動計算)	%
評価日2 (4~6月)	年月日
分子1：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった患者数	
分子2：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日のエネルギー摂取量が十分であった患者数	
分母：入院第5日に栄養失調が認められた小児患者数	
割合1 (自動計算)	%
割合2 (自動計算)	%
	* Provide explanation
評価日3 (7~9月)	年月日
分子1：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった患者数	
分子2：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日のエネルギー摂取量が十分であった患者数	
分母：入院第5日に栄養失調が認められた小児患者数	
割合1 (自動計算)	%
割合2 (自動計算)	%
評価日4 (10~12月)	年月日
分子1：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日の蛋白質摂取量が十分であった患者数	
分子2：栄養失調が認められる小児患者で、入院第4日のエネルギー摂取量が十分であった患者数	
分母：入院第5日に栄養失調が認められた小児患者数	
割合1 (自動計算)	%
割合2 (自動計算)	%

説明：

組み入れ基準：

- 入院日数が5日以上、栄養失調が認められる小児患者 (0~18歳)

3 医薬品の安全性監視

投薬ミスは、患者の安全に関連する最も重大な問題の 1 つです。医薬品の処方、調剤、受け取り、そして投与という一連のプロセスには、ミスが発生する余地が多くあります。患者、医薬品、そして当該プロセスに十分配慮した適正な医薬品安全性監視方針を立てることで、リスクを確認し、適時に対応することができます。

医薬品安全性監視のパフォーマンス指標作成にあたり、医薬品リスクグループとして細胞増殖阻害薬を選択しました。

細胞増殖阻害薬の製造、調剤、および投与には、かなりのミス発生リスクが存在します。ミスが発生した場合、患者に多大な危険が及びます。Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ) (オランダ医療監督局) はこれまでたびたび細胞増殖阻害薬の用量ミスを確認しており、2005 年 11 月には、投薬ミスの防止策に関する通達¹を発行しました。同通達は、本パフォーマンス指標作成の土台となっています。

本パフォーマンス指標の目的は、無作為に抽出した細胞増殖阻害薬投与患者を対象に、病院が通達に記載された依頼書²を適切に使用しているか否かを評価することです。細胞増殖阻害薬の出庫に関する情報も求められます。この点について、IGZ は医薬品の出庫に関する GMP-z (病院薬剤部の質保証システム) の定義に準拠しています。同ガイドラインは医薬品の出庫を、製造された医薬品の全ロットが使用に適していることの公式な表明であるとしています。GMP-z では、在庫医薬品の出庫は、調剤担当者ではなく、質保証責任を有する病院薬剤師が行うことと規定されています。細胞増殖阻害薬 (随時調剤薬) の出庫は、同薬の調剤を行った薬剤師とは別の薬剤師が行います。

¹ www.igz.nl/publicaties/circulaire/circulaires2005 参照

² 依頼書毎にカウントします。依頼書 1 件に複数の細胞増殖阻害薬が記載されている場合があります。

3.1 指標：細胞増殖阻害薬の依頼に関するデータの完全性

複数の施設で細胞増殖阻害薬の調剤が行われますか？	はい# いいえ
報告対象年の細胞増殖阻害薬調剤件数	
	# 各施設のデータを示してください。
依頼書の以下の項目がすべて記載されていることの確認：	
項目	数値の記載 数値の確認
患者の体重+身長または体重+体表面積：	
用量：	
投与日：	
組み入れ基準：	
- 初回クールのみ	
除外基準：	
- 第2クール以降	
本指標のデータを自動的に得ることのできる登録システムがありますか？	はい いいえ
無作為抽出調査を行いましたか？	はい いいえ
集団（説明）：	
サンプルサイズ：	
選択基準：	
説明：	

3.2 指標：細胞増殖阻害薬の出庫

細胞増殖阻害薬が薬剤部から持ち出される前に薬剤師が同薬の出庫を行いますか？	はい いいえ*
説明：	

4 医療 ICT

ICT（情報通信技術）は医療における患者の安全、効果、効率、および患者中心の治療の向上において重要な役割を担います。IGZ による調査では、近年、病院がさまざまな分野で大きく前進していることが示されました。しかし、病院間にはいまだかなりの差がみられます。

過去数年で、病院には PACS（医用画像情報システム）が普及しました。外来診察室にはワークステーションが備わり、Medline や Cochrane などの文献データベースや、医学学会のウェブサイトにはアクセスできるようになりました。今や優れた ICT インフラによるサポートなくして効果的な医療を実践することはできません。

4.1 説明：電子データおよびプロセス支援 ICT の利用可能性

- a. 外来クリニックおよび看護病棟における電子データの利用可能性（医薬品安全性監視については病院薬剤部も）：基本管理データ、臨床検査データ、院内の通信、放射線検査報告書、細菌検査報告書、投薬データ、病理検査報告書、手術報告書、画像（対象はデータの閲覧と依頼であり、必ずしもデータ入力ではありません。）
- b. 外来クリニックおよび看護病棟におけるプロセス支援 ICT の利用可能性（医薬品安全性監視については病院薬剤部も）：医療および／または看護問診の電子的登録、医療および／または看護クリニカルパス、他の医療従事者に対する電子的報告、オーダーの連絡（オーダーの入力および転帰／結果のフィードバック）、オーダーリスト、電子的計画システムなど（対象は、情報またはオーダーの電子的登録、投薬および栄養スケジュールの計画支援、および予約の電子的計画です。）

理想的な環境として、プロトコール主導型のオーダー連絡、治療経過のモニタリング、計画システムおよび患者の電子ファイルで単一のシステムが形成される統合型患者情報システムがあります。これらの高度な ICT 機能を導入している場合は、詳しく説明してください。

4.1 指標：電子データおよびプロセス支援 ICT の利用可能性

以下の表では、外来クリニックおよび病棟における電子データおよびプロセス支援 ICT（技術インフラおよび具体的内容）のそれぞれの利用可能性（データへのアクセス可能性）について説明してください。データの利用可能性が限られている場合は、いずれの診療科に由来するデータであるかを示してください。