

貴病院は複数の施設で構成されますか？	はい# いいえ		
<b>A 電子データの利用可能性</b>			
電子データの利用可能性	外来クリニック	診療科	
基本管理データ	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
臨床検査データ	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
院内の通信	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
放射線検査報告書	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
細菌検査報告書	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
病理検査報告書	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
手術報告書	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
画像（X線、CT、MRIなど）	はい	はい	
	いいえ	いいえ	
	一部	一部	
電子データの利用可能性	外来クリ ニック	病院薬剤 部	診療科
処方された薬剤の投薬データ	はい	はい	はい
	いいえ	いいえ	いいえ
	一部	一部	一部
外来クリニックで処方された薬剤の投薬データ	はい	はい	はい
	いいえ	いいえ	いいえ
	一部	一部	一部
他の場所（院外）で処方された薬剤の投薬データ	はい	はい	はい
	いいえ	いいえ	いいえ
	一部	一部	一部
その他（具体的に）：			

- ・ はい：業務に当該情報を必要とする誰もが閲覧可能
- ・ いいえ：自動的に閲覧することは不可能
- ・ 一部：いずれの診療科／職責が閲覧可能かを説明してください。

説明：外来クリニックにおける電子データの利用可能性：

<b>B プロセス支援 ICT の利用可能性</b>		
プロセス支援 ICT の利用可能性	外来クリニック	診療科
医療問診の電子的登録	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
看護問診の電子的登録	はい	はい
(看護コンサルテーションを行う手術がある場合のみ)	いいえ	いいえ
	一部	一部
医療クリニカルパスの電子的登録	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
看護クリニカルパスの電子的登録	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
複数の診療科にわたる計画システム、治療経過 (説明)	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
検査室へのオーダー連絡	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
処方支援	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
投薬のオーダー連絡	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
外来患者の投薬オーダー連絡	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
放射線科へのオーダー連絡	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
プロトコール主導型のオーダー連絡 (説明)	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
他部門に対するオーダー連絡	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部
治療経過の電子的モニタリング (説明)	はい	はい
	いいえ	いいえ
	一部	一部

・はい：業務に当該情報を必要とする誰もが利用可能

- **いいえ**：自動的に利用することは不可能
- **一部**：いずれの診療科／職責が利用可能かを説明してください。

説明：診療科におけるプロセス支援 ICT の利用可能性：

## 5 院内感染

院内感染は、入院およびインターベンションによる合併症です。時に重度となる院内感染は、死亡率の上昇、在院期間の延長、ならびにコストの増大を招きます。院内感染は多くの場合、回避することができます。

患者が院内感染を発症するリスクの程度にはかなりの差があります。院内感染する可能性は、すべての侵襲的なインターベンション、手術、呼吸管、点滴およびカテーテルに関連して高くなりますが、患者の疾患重症度、インターベンションの種類、および病院職員を対象とした衛生管理対策や規則によっても左右されます。起こり得る院内感染の件数と種類に関する情報を基に、自病院の院内感染予防策を評価し、改善策の実施可能性または必要性を判断することができます。

文献により、院内感染率は、院内感染に関するデータの登録と解析、およびフィードバック（すなわちサーベイランス）によって低減できることが示されています。

### 5.1 説明：院内感染サーベイランス

効果的な日常の感染予防策は、院内感染発生防止に役立ちます。多くの病院は、院内感染件数の低減に向けた対策に取り組んでいます。その 1 つとして、院内感染サーベイランスがあります。同サーベイランスの目的は、感染予防策の最適化を図り、継続的なサーベイランスを通してその効果を評価することです。特記すべきは、サーベイランスが単に感染に関するデータの登録に留まらないという点です。院内感染サーベイランスでの代表的な取り組みとして、手法の立案、データの収集（登録）、データの処理、解析および解釈、ならびに関係診療科および専門家へのフィードバックがあります。その後、必要に応じて介入策を実施することができます。

院内感染予防に関する報告書（IGZ、2004 年 5 月）において、IGZ は積極的なサーベイランス（発見、分析、介入、評価）を感染予防策に盛り込むべきであるとし、病院は、*Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance* (PREZIES)（サーベイランスによる院内感染予防）ネットワークの発生率モジュールのいずれかに年に 1 度以上参加するよう推奨しています。

## 5.1 指標：院内感染サーベイランス

貴病院は複数の施設で構成されますか？	はい# いいえ
	各施設のデータを示してください。
貴病院は院内感染のモニタリングを実施していますか？	はい いいえ* 該当せず*
	* 説明してください。

		術後の創 感染	心臓手術 後の創感 染	中心静脈 カテーテ ル関連敗 血症（カ テーテル 性敗血症）	人工呼吸器 関連肺炎	導尿カテ ーテル関 連感染
発生率評価	PREZIES					
	独自の発生率評価 （質問1参照）					
	発生率評価の対象 患者は何例です か？					
	発生率評価に適格 な患者は何例です か？					
罹患率評価	PREZIES					
	独自の罹患率評価 （質問1参照）					
	罹患率評価の対象 患者は何例です か？					
	罹患率評価に適格 な患者は何例です か？					
一般	サーベイランスの 結果に基づき何ら かの介入を行いま したか？					
	介入によって所期 の結果が得られま したか？					
	発生率、罹患率の 評価を実施せず （質問2参照）					

院内感染の定義について、CDC/WIP（疾病管理対策センター／感染予防作業グループ）の基準を用いていますか？	はい いいえ
1 独自の発生率および罹患率評価法を用いた場合は、サーベイランスの方法について説明してください。	
2 発生率、罹患率の評価を実施しなかった場合は、具体的なサーベイランスを実施しない感染予防策について説明してください。	
説明：	

## 6 合併症の登録

合併症とは、医学的介入の間または後に生じる意図しない、あるいは望ましくない転帰を指します。合併症は患者の健康に悪影響を及ぼすため、不可逆的な障害を回避するために医学的介入および／または治療の調節が必要となります。

これらの意図しない、望ましくない転帰は、患者と医療制度双方にとって問題です。合併症は医療に伴う「一般的な」リスクである一方、ミスによって生じる場合もあります。しかし、すべての登録が合併症の登録となるわけではありません。患者の特定の合併症や特徴および／または状態、治療とその結果が登録された場合のみ、合併症の登録症例となります。これらの要素から、特定の合併症が起こる程度と、合併症が起こる状況に関する情報を得ることができます。このような情報があることで、専門家はリスクと実行可能な改善策を検討できると同時に、患者に情報を提供し、教育することができます。オランダ専門医師会は、統一された合併症の登録データベースを推進すべく、全診療科を対象とした全国的な基準を策定しました。これらの基準に基づき、多数の専門医師会が、各専門分野においていずれの合併症および状況を登録すべきかを決定しました。合併症の登録と当該情報の使用方法は、外部の専門機関による質保証査察の対象となります。

合併症を登録することにより、医療部門の安全性が向上します。登録されたリスクについて効果的かつオープンな議論を行うための前提条件として、以下が可能な環境があります。

- 合併症の確実な報告
- 信頼性および安全性の確かなシステムへの合併症の登録

上記の重要な側面として、登録データベースの情報は提携組織または診療科など内部でのみ閲覧可能であり、第三者には開示されないという点があります。厳格に言うなら、合併症の登録は基礎データの収集から始まります。たとえば、合併症の有無、ある場合にはどの合併症か、などです。しかし、このような合併症の登録のみでは十分ではありません。望ましくは、合併症登録データベースが、いわゆる質サイクルの中で使われるべきです。質サイクルでは、合併症に関するデータを収集および解析し、合併症の程度と件数に影響を及ぼす要因に関する情報を得ることができます。その結果、一連の改善策を実施することができます。結局のところ、合併症は多岐にわたる要因によって生じます。たとえば、治療にあたる専門医および／またはチームの対応、あるいは装置の故障によって合併症が発生する可能性があります。しかし、合併症のリスクはまた、患者自身の健康状態と行動による影響も受けます。年齢、性別、および／または全般的な健康状態は、合併症の発症に関与する場合があります。したがって、収集されたデータを解析することで、合併症の原因を特定できる可能性があります。これにより、医療プロセスのいずれの段階で、どの

ような改善が必要かを容易に見極めることができます。改善策を実施した後も、合併症の登録を継続することが重要です。これにより、改善策が有効であったか否かが明らかになります。

合併症は患者に直接的な悪影響を及ぼします。そのため、専門医と患者が直接接触しない専門分野にとって、合併症の登録は質保証策としての適切性は低くなります。たとえそうであっても、これらの専門分野において、医療に関連するプロセスの安全性を監視することは重要です。したがって、6.1項の表には、すべての医学専門分野が含まれています。

## 6.1 説明：合併症の登録

関連する専門医師会との協議の末、これら医師会によって立案された、またはこれらの医師会が支持する具体的な合併症の登録方法を示すことになりました。一部の登録方法については、現在策定中です。IGZ は全国的に受け入れられる合併症の登録手順の策定を奨励ならびに促進すべく、本段階で具体的な登録データベース名を公表することとしました。IGZ は、本リストのさらなる検討の必要性を認識しています。しかしながら、これまでの経験から、指標の質向上にあたっては、（たとえさらなる進展および検証が必要であっても）その導入こそが成功の機会となることが示されています。このような検証プロセスの成功は、概ね指標の実際的な使用にかかっています。そのため、IGZ は専門機関に対し、今後も本リストの変更要請を奨励します。

以下の表で、各専門分野について回答してください。

- a. 独立した専門分野として診療業務を実施している<sup>1</sup>。
- b.
  - 全診療科を対象とした全国的な基準および関連医学学会の専門領域固有の合意事項に従った合併症登録データベースを維持している。
  - 異なる合併症登録システム（独自または他の全国システム）を使用している（登録システムの構成について詳しく説明）。
  - 合併症の登録は行っていない。
- c. 改善サイクルの体系的な検討において合併症登録を行っている（検討の頻度）。

---

<sup>1</sup> 主要診療科の一部として診療を行う（下位）診療科（たとえば、一般内科の一部としての、あるいは独立した血液科）は、別途データを提出する必要はありません。

## 6.1 指標：合併症の登録

貴病院は複数の施設で構成されますか？	はい# いいえ
	#各施設のデータを示してください。

表 6.1：各専門分野における合併症の登録

専門分野	貴病院は複数の施設で構成されますか？		病院で独立した専門分野として診療を実施	合併症の登録 全診療科の全国的基準に従った全国登録データベースを記載	その他の登録データベース（具体的に）	該当する場合は、登録データベース名を記載および/または説明	チームでの検討に登録データベースを使用しますか？ 1=いいえ 2=はい（不定期） 3=はい（月1回） 4=はい（週1回）	未登録
	はい#	いいえ						
一般外科	はい	いいえ	はい	LCHR			1 2 3 4	
麻酔科	はい	いいえ	はい	LCR NVA			1 2 3 4	
心臓外科	はい	いいえ	はい	LCHR Euroscore LRC NVVC*	NICE		1 2 3 4	
心臓科	はい	いいえ	はい				1 2 3 4	
皮膚科	はい	いいえ	はい				1 2 3 4	
透折科	はい	いいえ	はい	Diamant/Renine			1 2 3 4	
老年医学	はい	いいえ	はい	LCR NIV			1 2 3 4	
婦人科	はい	いいえ	はい	LCR 妊孕性 婦人科学登録データベース			1 2 3 4	
血液科	はい	いいえ	はい	LCR NIV			1 2 3 4	
内科	はい	いいえ	はい	LCR NIV			1 2 3 4	
集中治療	はい	いいえ	はい		NICE		1 2 3 4	
心血管インターベンション	はい	いいえ	はい				1 2 3 4	
口腔外科	はい	いいえ	はい	LHCR			1 2 3 4	
耳鼻咽喉科	はい	いいえ	はい	CR NV-KNO			1 2 3 4	
小児科	はい	いいえ	はい	LCR NVK			1 2 3 4	

臨床化学	はい	いいえ				1234	
臨床腫瘍学	はい	いいえ	LCR NIV			1234	
臨床病理学	はい	いいえ				1234	
呼吸器科	はい	いいえ	LCR 呼吸器科			1234	
消化器科	はい	いいえ	LCR-MDL*			1234	
医微生物学	はい	いいえ				1234	
腎臓病学	はい	いいえ	LCR NIV				
新生児学	はい	いいえ	Neosafe			1234	
脳神経外科	はい	いいえ	LHCR			1234	
神経学	はい	いいえ	LCR NVN			1234	
核医学	はい	いいえ				1234	
眼科	はい	いいえ	LCR NOG* CPO			1234	
整形外科	はい	いいえ	CR NOV ORVECO			1234	
形成外科	はい	いいえ	LHCR			1234	
精神科	はい	いいえ	LCR NVvP*			1234	
放射線診断学	はい	いいえ				1234	
放射線治療科	はい	いいえ	EORIC-RTOG			1234	
リウマチ学	はい	いいえ				1234	
リハビリテーション	はい	いいえ	LCR VRA*			1234	
泌尿器学	はい	いいえ	LCR NVU*			1234	
血管外科	はい	いいえ	LHCR			1234	
産科学	はい	いいえ	VOKS-I			1234	
その他(具体的に)							
診療科名	登録データバー ス名						

\* 本専門分野の専門医師会は、オランダ専門医師会との協力の下、合併症登録基準の適用方法に関する概要を決定しました。当該概要には、関連する専門領域固有の合意事項が組み込まれました。また、概要では、2006年以降の取り組み、結果、ならびに方針について詳述しています。当該概要（オランダ語のみ）は [www.orde.nl](http://www.orde.nl) よりダウンロード可能です。

## 7 術後の疼痛

疼痛管理は、患者のウェルビーイングと治癒過程において重要です。標準化された疼痛評価により、患者が経験する疼痛の評価、ならびにその結果として疼痛管理が向上することが明らかになっています。術後の疼痛管理に対する組織的な取り組みは、今もなお比較的新しい取り組みであることから、病院のすべての診療科で同じ規模で実践されているわけではありません。そのため、患者が回復段階にある手術直後、ならびにその後、患者が看護病棟に戻る術後期における疼痛対策には違いが生じ得ます。

### 7.1 説明：標準化された疼痛評価を実施した術後患者の割合

オランダ麻酔科学会（NVA）により、術後疼痛管理のガイドラインが作成されました。同ガイドラインでは、推奨薬ならびに疼痛評価についても検討されています。同ガイドラインに基づき、病院は評価法の使用、評価間隔、および評価対象となる患者の状態に関する独自の方針を策定することができます。

術後疼痛は、予想される、好ましくない手術の副作用です。術後疼痛は望ましくないだけでなく、迅速な回復の妨げとなります。さらに、重度の術後疼痛は術後の慢性疼痛の発現に関連していると思われます。

ビジュアルアナログスケール（Visual Analog Scale：VAS）、数値的評価スケール（Numerical Rating Scale：NRS）、あるいは口頭式評価スケール（Verbal Rating Scale：VRS）を用いた疼痛強度の体系的評価（疼痛スコア）は、効果的な疼痛管理の一助となります。疼痛スコア 4未満（10段階評価）、4～7、および 8以上は、それぞれ許容できる疼痛、中等度の疼痛、および重度の疼痛を示します。

## 7.1 指標：標準化された疼痛評価を実施した術後患者の割合

対象となる患者は複数の施設にまたがっていますか？	はい# いいえ
報告対象年の、標準化された疼痛評価を実施した術後患者の割合は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
術後患者の疼痛評価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：	
分子 1：回復室で、標準化された疼痛評価が実施された手術患者数	
分母 1：回復室に入室した手術患者総数（滞在期間）	
割合 1（自動計算）：	%
分子 2：看護病棟で、標準化された疼痛評価が実施された手術患者数	
分母 2：看護病棟の手術患者総数	
割合 2（自動計算）：	%
除外基準：	
7歳未満の小児	
日帰り手術患者	
組み入れ基準：	
術後患者	
説明：	

## 7.2 説明：術後 72 時間以内に疼痛スコア 7 を超える痛みを経験した患者の割合

術後 72 時間以内のいずれかの時点で重度の疼痛スコアを示す患者の割合は、術後疼痛管理の指標です。日帰り手術患者は追跡が困難であるため、本指標の対象外とします。手術直後の回復室で過ごす期間と、看護病棟に戻った後の術後期間を区別します。7 歳未満の小児については、本指標の対象外となりますが、疼痛評価は実施します。その際には修正評価法を使用します。

7.2 指標：術後 72 時間以内に疼痛スコア 7 を超える痛みを経験した患者の割合

対象となる患者は複数の施設にまたがっていますか？	はい# いいえ
報告対象年について、術後 72 時間以内のいずれかの時点で疼痛スコア 7 を超える痛みを経験した患者数は判明していますか？	はい いいえ* 該当せず*
回復室での術後疼痛の登録システムがありますか？	はい いいえ
看護病棟での術後疼痛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：	
分子：術後 72 時間以内のいずれかの時点で疼痛スコア 7 を超える痛みを経験した患者数	
分母：体系的な疼痛スコアが評価された総患者数（1 患者あたり 6 回以上、術後 72 時間にわたり、等間隔で）	
割合（自動計算）	
組み入れ基準： 体系的な疼痛スコアが評価された術後患者	
除外基準：	
7 歳未満の小児	
日帰り手術患者	
説明：	

## 8 危険性が高いインターベンションの件数

危険性が高いインターベンションにより、重度の合併症が起きる可能性があります。このようなインターベンションとして、腹部大動脈瘤手術や食道癌切除術などがあります。一般的な手術や腹部大動脈瘤手術や特に食道癌切除術などの技術的に複雑な手術では、手術件数が多いほど、合併症発生リスクが低いことが明らかになっています。これは執刀医のみならず、手術適応、手術チーム、麻酔チームならびに集中治療室（ICU）および外科病棟の医師や看護師の質に関してもいえることです。

### 8.1 説明：腹部大動脈瘤手術件数

腹部大動脈瘤は高い頻度で見られる疾患であり、欧米諸国ではその発生率が上昇傾向にあります。65歳以上の男女における推定罹患率はそれぞれ男性で5～8%、女性で約2%です。腹部大動脈瘤の外科的処置には高度な専門技術と知識が求められます。このような手術では、時に致命的な不整脈、急性心筋梗塞、失血、腎機能障害や虚血などの合併症が生じる可能性があります。腹部大動脈瘤手術の実施件数が少ない病院では、実施件数が多い病院と比較して、患者の死亡あるいは術後合併症のリスクが高いことが文献によって示されています。*Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie*（オランダ血管外科学会）は、腹部大動脈瘤手術は血管外科医のみが実施すべきであるとの見解を示しています。同手術件数と結果の関係から、執刀医の経験のみならず、手術チーム全体の専門的知識・技術も関係していることがわかります。これは、緊急ならびに非緊急いずれの腹部大動脈瘤手術にもいえることです。

説明では、腹部大動脈瘤に関する病院の具体的な方針（他院への紹介、救急車の手配、血管内手術などの特定の手術の実施等）の有無を示してください。

### 8.1 指標：腹部大動脈瘤手術件数

この手術は複数の施設で実施されていますか？	はい# いいえ
報告対象年に実施された腹部大動脈瘤手術（緊急・非緊急を問わず）の件数	
説明：	

#各施設のデータを示してください。

## 8.2 説明：食道癌切除術件数

オランダにおける食道癌患者の割合は、男性および女性 10 万人あたりそれぞれ 8.5 例および 3.1 例です。毎年およそ 1,100 例の新規症例が報告されています。食道癌の根治治療は外科的切除です。食道癌切除術には、特定の手術手技における経験とともに、術後ケアにおける経験が必要となります。起こり得る合併症として、縫合不全、敗血症、および肺炎などがあり、時に死に至る可能性があります。外科的切除を受ける患者の割合は 60～65%で、死亡率は 2～30%です。米国で実施された試験により、レベル 3（最高レベル）の集中治療室（ICU）でのケアが生存に関連していることが示されました。専門病院では、術後合併症が相対的に少なく、術後死亡率も低くなっています。また、これらの病院では、長期生存率が高くなっています。執刀医のみならず、手術チームの専門的技術・知識が重要となります。したがって、食道癌切除術の実施件数は、医療の質を示す指標となります。

2007 年、IGZ は、食道癌切除術の年間実施件数が 3 年にわたり 10 件未満の病院に対し、当該手術は実施せず、患者が地域内の別の病院で手術を受けられるように手配するよう文書で要請しました。

## 8.3 指標：食道癌切除術件数

この手術は複数の施設で実施されていますか？	はい# いいえ
報告対象年に実施された食道癌切除術実施件数	
食道癌切除術を実施していない場合：	
食道癌患者をどの病院に紹介していますか？	
2008 年に何人の患者を紹介しましたか？	
説明：	
	# 各施設のデータを示してください。

## 10 結腸直腸手術

前回の手術後 30 日以内に、同じ適応に対して行われる手術のほとんどが緊急再手術です。緊急再手術とは、前回の手術によって生じた合併症に対して行われる、あるいは前回の手術で所期の結果が得られなかった場合に行われる手術です。常に合併症が生じる可能性があるとはいえ、不適切な医療の質（初回手術における手術手技、周術期ケア、または手術適応が最適以下など）がその原因となる場合があります。

患者の側からすれば、再手術は望ましいことではなく、また、多額の費用がかかります。再手術率の評価は、質の向上につながる可能性があります。しかし、初回手術と再手術が別の病院で実施される場合があるため、再手術率の評価は単純ではありません。再手術の登録は、犯したミスから学ぶプロセスと回避可能な合併症の予防対策実施を促します。本書では、虫垂切除術を除く結腸直腸手術後の再手術率を示しています。

指標 10.1 の分母集団のサブグループにおける結腸直腸癌手術については、指標 10.2 で扱います。

### 10.1 説明：結腸直腸手術後の緊急再手術

*Nederlandse Vereniging voor Heelkunde* (NVvH)（オランダ外科学会）は、再手術の頻度の評価対象として、結腸直腸手術を提案しています。

質問は、複雑ではない結腸直腸切除術後 30 日以内に 1 回以上の緊急再開腹手術を受けた患者数および再手術のために他院に紹介された患者数についてです。

分子の定義：

複雑ではない結腸直腸切除術後 30 日以内に 1 回以上の緊急再開腹手術を受けた患者数。緊急再手術を受けた患者数には、再手術のために他院に紹介された患者が含まれます。

分母の定義：

報告対象年に複雑ではない結腸直腸切除術を受けた患者数

\* 2007 年、NVvH ならびに IGZ は、パイロット試験実施後、より詳細に結腸直腸手術の定義を定めることになっています。

- ・除外基準：
  - 予定されたフォローアップ手術
  - 初回手術時年齢が 18 歳以下の患者
  - 虫垂切除術
  - 他院での初回手術実施
- ・組み入れ基準：
  - 他院に紹介された患者

#### 10.1 指標：結腸直腸手術後の緊急再手術

この手術は複数の施設で実施されていますか？	はい# いいえ
報告対象年の、結腸直腸手術後 30 日以内の再手術率が判明していますか？	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：	
分子：結腸直腸手術後 30 日以内の再手術件数	
分母：初回結腸直腸手術件数	
割合（自動計算）：	%
説明：	
	# 各施設のデータを示してください。
	*説明してください。

- ・除外基準：
  - 予定されたフォローアップ手術
  - 初回手術時年齢が 18 歳以下の患者
  - 虫垂切除術
  - 他院での初回手術実施
- ・組み入れ基準：
  - 他院に紹介された患者

## 10.2 説明：Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) への参加

腸切除術は、オランダの病院で一般的に行われる外科手術です。同手術の件数は多い（年間およそ 10,000 件）ものの、合併症（縫合不全など）のリスクはかなり高く、患者の 7% は術後に死亡しています（Engel, 2005）。結腸直腸癌の治療には、多様な手法や内視鏡的手技がますます用いられつつあります。そのため、ケアのプロセスはますます複雑になっています。適切な患者の選択、質的に良好な診断プロセス、適切な外科治療、および良好な周術期ケアは、短期および長期転帰に影響を及ぼします。

結腸直腸癌治療の転帰について、手術件数が少ない病院と多い病院、ならびに外科専門医と非外科専門医との間では大きな差があることが報告されています（Birkmeyer 2002, 2003; Chowdhury 2007）。医療の質向上を図るためには、好ましい転帰と好ましくない転帰をもたらすそれぞれの要因についてさらに検討する必要があります。これが、Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) が目指すものです。オランダ内外における転帰の登録は、質向上に向けた強力な一助となることが証明されています。この質の向上は、チームの各メンバーに結果をフィードバックすることにより、さらに確実なものとなります（Wibe 2003, Rowell 2007）。

DSCA により、オランダ国内の各病院は、結腸直腸癌に対し腸切除術を受けた患者の治療に関連するデータを分かりやすく、かつ国レベルで登録することができます。外科治療の転帰に関する情報に加え、患者の癌のステージ、年齢および併存疾患などのケースミックスに関する詳細な情報が得られます。このような情報は定期報告を通して、個々の病院や治療担当医にフィードバックされます。これにより、同じ患者集団の治療を行っている医師や病院と自病院の実績を比較することができます（ミラー情報）。

特筆すべきは、各施設における医療の質向上を図るべく、質に関する個別の情報が得られる点です。最優良事例の特定と紹介は、質の向上に役立つでしょう。国レベルでは、専門機関が質に関する問題点を適時に特定し、目標を設定した教育・研修コース、視察、および認証などによる改善策を実施することができます。

10.2 指標：Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) への参加

DSCA に、報告対象年の結腸直腸癌切除術に関する情報を提供しましたか？	はい いいえ* 該当せず*
分子：DSCA にデータを提出した、結腸または直腸にある癌の外科的切除（原発および再発癌の切除を含む）件数	
分母：結腸または直腸にある癌の外科的切除（原発および再発癌の切除を含む）件数	
割合（自動計算）：	%
説明：	
	*説明してください。