

日本外科感染症学会

教育施設 代表 各位

評議員 各位

会員 各位

術後感染性合併症サーベイランス登録会員 各位

平成 27 年 6 月吉日

日本外科感染症学会

術後感染性合併症サーベイランス 2015 年度特別集計

(JPICS '15 : Japanese Post-operative infectious complication surveillance in 2015)

参画のお願い

日本外科感染症学会 理事長 炭山嘉伸

医療の質・安全委員会担当理事 竹末芳生

委員長 三鴨廣繁

担当 草地信也

日本外科感染症学会では、消化器外科手術のすべての周術期感染症（手術部位感染と遠隔感染）を、保菌状態も含めてサーベイランスする術後感染性合併症サーベイランスを構築しておりました。今回、日本の周術期感染症の現状を明らかにする目的で、特別集中期間を設定し、サーベイランスを行うことになりました。遠隔感染をも含めた周術期感染症のサーベイランスは世界的にもほとんど報告がなく大変貴重なデータになると期待しております。また、サーベイランスの結果は、さまざまな論点から解析し複数の論文化が可能と考えます。その一部は、後日、協議の上、参加施設の登録症例数に応じて論文作成の権利を譲渡いたします。また、投稿される論文の筆頭著者は担当施設に一任いたしますので、各々の教育機関の基準であらゆる業績として使用可能です。是非ともご参画いただけますようお願い申し上げます。なお、本状は日本外科感染症学会教育施設代表と本学会評議員にメールにてお願いしております。また、会員には本学会誌にて公告しております。重複してご連絡させていただいていることをご容赦ください。

JPICS '15 の概略（詳細は資料をご参照ください）

- ・対象疾患・術式：すべての開腹・開胸操作（内視鏡下外科手術を含む）を伴う消化器外科手術
- ・対象症例：2015 年 9 月 1 日～2016 年 2 月 29 日の消化器手術症例
- ・データ入力期間：2015 年 9 月 1 日～2016 年 4 月 30 日
- ・方法：日本外科感染症学会術後感染性合併症サーベイランス（別資料）web 入力
- ・倫理的配慮：非連結後方視的観察研究のため IRB 承認は不要と考えますが、各施設に一任する。（東邦大学医療センター大橋病院倫理委員会では承認済み。承認番号、当時の書類は本サーベイランス HP にて公表済）
- ・UMIN 登録中です。

参画いただけるご施設は、草地（kusachi@med.toho-u.ac.jp）までご連絡ください。

ID の発行は https://entry2.eps.co.jp/infection_svfce/ より可能です。

資料

日本外科感染症学会

医療の質・安全委員会

外科感染性合併症サーベイランスの概要（本サーベイランス HP より）

はじめに

本サーベイランスは日本外科感染症学会 医療の質・安全委員会で行うサーベイランスであり、外科感染症”に関連する“医療の質・安全”の向上と維持を目的とする。

目的

外科医自身が手術手技、周術期管理を工夫し、手術の質と安全を保ち、術後感染症の減少、耐性菌の出現を予防する。

[解説]

米国と日本の医療には医療費の支払いや許容される医療行為、国民感情が大きく異なり、“医療の質・安全”を単純には比較できない。

米国と日本の医療の最大の違いは医療費の支払制度の差であり、幸い日本の GPC 制度は医療の質・安全を維持することを重視しており、治療法の許容範囲が広い。一方、米国の保険では明快なエビデンスがある治療はカバーするが、エビデンスの乏しい治療は許可されない。このため米国では、日本並みの術後合併症治療が行えず、術後死亡率は高率である。例えば、大腸癌の術後死亡率を比較すると、3.3%（米国）と0.23%（日本）と大きな差がある。また、米国の外科医は自らの評価ともなる SSI には強い関心があるが、遠隔感染（呼吸器感染、カテーテル感染、尿路感染、抗菌薬関連性腸炎）は術後感染症としてのサーベイランスは行われない。これは米国では術後遠隔感染症の治療は感染症科、集中治療部に依頼する診療形態がとられており、手術とは別の支払いとなる。よって米国の外科医は日本の外科医が目指してきた術後合併症を減少させようと術式、周術期管理を工夫しようとする姿勢に欠けていると言わざるを得ない。実際に米国では major surgery において入院中の SSI は 1.8%であるのに対し、術後呼吸器感染症は 8%（Bratzler ら SCIP 2003）も発症している。

本サーベイランスは、日本の高い術後感染対策、その成績を維持し、さらに高い目標を達成することを目的とする。

術後感染性合併症サーベイランス（以下、本サーベイランス）の概要

SSI だけでなく、術後呼吸器感染、尿路感染、抗菌薬関連性腸炎（MRSA 腸炎、CD 腸炎）カテーテル感染をも集計する

* 耐性菌が分離されやすい感染症（術後呼吸器感染、尿路感染、抗菌薬関連性腸炎）重症化しやすい感染症（術後呼吸器感染）医療側の責任が大きい感染症（抗菌薬関連性腸炎、カテーテル感染）手術の手技・周術期管理によって予防できる感染症（SSI、術後呼吸器感染、尿路感染、カテーテル感染）

* 術後呼吸器感染を減少させる最良の方法は、術後呼吸不全を起こさないような手術手技、周術期管理を行うことである。また、カテーテル関連性感染を減少させるためには、中心静脈栄養を必要としない手術手技、周術期管理を行うことである。このような対策は外科医自身が工夫しなければ達成することが難しいので、全ての術後感染症を対象とする。

MRSA や耐性緑膿菌（IPM 耐性、MDR）などの院内感染を起こしやすい耐性菌の分離実態を把握

* 病棟もしくは診療科単位の耐性菌の頻度ではなく、術式別、感染部位別に明らかにして、各担当医または診療チームにフィードバック可能とする

術後感染症を起こした症例をリアルタイムに入力し、一定期間後に該当術式の患者数を入力し集計する

* On-line による web 登録システム（術後感染症例が発生したときに登録し、結果・経過を後入力、一定期間後に対象期間の対象術式の手術件数を登録し自動計算する）を用いるため労力が少なく、外科医自身がデータを集計可能である。このため、継続しやすく、全国の施設に義務化できる可能性が高い。

* 患者 ID は自施設の web 上に表示されますが、データ管理機関や閲覧不可能です。

* 解析に用いるデータ一覧表にも表示されません。

極めて現実的なサーベイランスである

* 耐性菌の抑制、手術の質・安全の確保とレベルの均一化、患者の満足度の増加、医療費の削減がはかれる

各施設でデータベースを持つことで臨床研究が促進され、本学会の発展に寄与する

一方、本サーベイランスの欠点は、SSI サーベイランスの長所でもある点で、米国、他国との比較ができない、術後感染症を発症した症例と発症していない症例のリスク因子を比較できない、ことであると考えます。

については、米国とは医療の背景も体型も術式も違い、術後死亡率を比較しても日本は米国に比べて遙かに高度な手術・術後管理・感染症治療を行っているので日本のなかで行うサーベイランスがあっても良いのではないかと考える。また、については、日本の手術術式を元にした術後感染のリスク因子はすでに様々な論文で明らかになっており、本サーベイランスで検討する必要は少ないと考えられる。

本サーベイランスの特長 をまとめますと、

耐性菌が関与することが多く、重症化しやすい術後肺炎、縫合不全もサーベイランスしている
労力が少なく継続されやすい

手術術式の分類が日本の実情にあっており、外科医に対するフィードバックが確實
優秀な成績の施設は、5年に一度のデータの提出でよい（検討事項）

データ提出施設の術後感染症発症率が、他の施設の平均よりも明らかに高い場合は、その理由（例：
高齢者が多かった、DM 罹患率が高かった、など）を述べていただく。判定委員会検討し、“その理由”
が認められなければ改善策を検討頂き、次の時期にその術式のみデータを提出してもらう。

提出されたデータが正しいものであるか、実地検査を行う

術後感染症のみならず、術後死亡を含めた術後合併症全体の発症率の低下が期待できる

外科医の労働時間が減少し、多くの患者の受け容れが可能となる

手術術式の平均化が得られ、手術レベルが高まる

以上より、医療費が削減できる

データ集積の実際

参画いただけるご施設は、草地（kusachi@med.toho-u.ac.jp）までご連絡ください。

https://entry2.eps.co.jp/infection_svfce/より ID 発行を依頼する

Log in 後、マニュアルをご参照ください。

入力に関するご質問は草地までご連絡ください。

結果の公表(案)

1. 全体の結果

1)委員会報告(日本外科感染症学会雑誌)

筆頭: 草地

共著: 竹末担当理事、三鴨委員長、炭山理事長他

2)論文投稿: 英文が望ましい(投稿雑誌は検討する)

筆頭: 草地または実務担当者、

共著: 竹末担当理事、三鴨委員長、炭山理事長、他

3)委員会報告(日本外科感染症学会総会時の委員会、または理事会)

筆頭: 草地

共著: 竹末担当理事、三鴨委員長、炭山理事長、他

4)学会発表: 国内外外科系学会、国内外感染症および感染制御関連学会

筆頭: 草地または実務担当者

共著者: 竹末担当理事、三鴨委員長、炭山理事長、他

2. 各術式または臓器別、感染症別、分離菌別の発表(案)

担当施設はデータ集積完了後に協議する

* 食道、胃、肝、胆、膵、大腸癌、炎症性腸疾患、虫垂炎、穿孔性腹膜炎、などで論文化が可能な場合

(例) 論文、発表とも最多症例登録施設が担当し、一任する。

投稿は1年以内に行うこととする。

筆頭者は施設に一任

3. 自施設のみ症例データの公表

日本外科感染症学会医療の質・安全委員会によるサーベイランス事業によることを明記する以外は各施設に一任する。

4. 本学会教育認定施設の認定要件のサーベイランスの要件に適応とする。(従来より)

5. 本サーベイランス結果の学会報告や投稿に伴う費用について、学会からの援助はありません。