

○指標別検討

IFC-01：血液培養2セット実施率

Phase1：準備作業

- Phase1a：参照ガイドラインの選定
- Phase1b：インプット情報の収集
- Phase1c：論点の整理とPhase2への準備

Phase2：修正案（方針案）の検討

Phase3：修正案の最終化

IFC-01：血液培養2セット実施率

1. 計測の意義

広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。2014年度診療報酬改定から、血液を2か所以上から採取した場合に限り、2回算定できるようになっています。

2. 計測対象期間（略）

IFC-01：血液培養2セット実施率

3. 指標定義・使用データ (DPCデータ)

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数}}{\text{血液培養オーダー日数}} \times 100$$

<使用するデータ>

DPC様式1	DPC様式3	入院EF統合 ファイル	外来EF統合 ファイル	サーベイランス	その他
		○	○		

※本指標の分子では、EファイルとFファイルを使用した計測手順も掲載しています。

補足

- ガイドラインの推奨からは、年齢によらず新生児も含めて2セットの実施を指標として参照することが望まれる。ただし実運用として、特に小児を考慮した他の施設での実施状況との比較として、年齢別の指標値を併せた検討も考慮できる。
- 感染を疑わないスクリーニング検査として1回のみの実施を多く行っている場合、実施率が低くなる。

IFC-01：血液培養2セット実施率

4. 計測手順（DPCデータ）1/3

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	<ul style="list-style-type: none"> 入院EFファイル 外来EFファイル 	<ul style="list-style-type: none"> 実施年月日 レセ電算コード 	<p>EFファイルを参照し、計測対象期間内に、下記の検査を実施した患者を対象とする。</p> <p>160058610 細菌培養同定検査（血液）</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> 入院EFファイル 外来EFファイル 	実施年月日	<p>1のうち、上記の血液培養オーダーが、1患者1日毎に実施された日数を合計し、分母とする。</p> <p>※同一日に複数人に実施している場合は、その人数の合計を、日数で計上する。</p>

IFC-01 : 血液培養2セット実施率

4. 計測手順 (DPCデータ) 2/3

2) 分子

[EFファイルを使用する場合]

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	<ul style="list-style-type: none"> 入院EFファイル 外来EFファイル 	<ul style="list-style-type: none"> 行為明細番号 使用量 行為回数 出来高実績点数 	<p>血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。</p> <p>*実施回数は1患者1日で合計する。 つまり、同一日に 2 セット以上採取している患者の合計数を日数で計上する。具体的な計算方法はFAQのNo●の例を参照。</p> <p>*実施回数は、行為明細番号(EF-7)= '000' 以外のレコード(Fファイル相当)から集計し、以下のいずれかの場合を分子とする。</p> <p>A: 行為回数(EF-21) × 使用量(EF-12)を1日当たりで合計したものが2以上 (ただし、使用量「0」の場合1として計算) の場合</p> <p>B: 出来高実績点数(EF-16)の1日当たり合計が2回分以上の場合</p>

IFC-01：血液培養2セット実施率

4. 計測手順（DPCデータ）3/3

2) 分子

[Eファイル・Fファイルを使用する場合]

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	<ul style="list-style-type: none"> 入院Eファイル 入院Fファイル 外来Eファイル 外来Fファイル 	<ul style="list-style-type: none"> 使用量 出来高実績点数 行為回数 	<p>血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する。</p> <p>*実施回数は1患者1日で合計する。 *Fファイルより使用量(F-12)あるいは出来高実績点数(F-18)を抽出し、それに紐づくEファイルの行為回数(E-15)を掛け合わせて算出する。（ただし、使用量は「0」の場合1として計算）</p>

IFC-01：血液培養2セット実施率

4. 計測手順（補足）

<注意点>

- 行為回数（E-15、EF-21）の入力方法の解釈により行為回数のみを用いた場合は、分子に含まれないことがあるため、出来高実績点数も利用した手順としている。
- 同一日に同一行為が複数回発生した場合は、合計した点数がE-11、12、13に計上され、回数は1とすることを基本とする。（薬剤等） 但し、合計処理が不可能な場合で、各々を別レコードとして分離できず、かつ、点数が1回当たり点数となる場合は、回数として2以上が入る。合計処理は、統一データ処理にて実施。

※「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」実施説明資料より

検討事項：参照ガイドラインの選定について(IFC-01)

○ これまで参照していた診療ガイドラインの最新版を、参照ガイドラインとしてはどうか。

IFC-01：血液培養2セット実施率

参照	診療ガイドライン名	作成者	発行年	Minds 掲載状況	形式 入手状況
主要	JAID/JSC 感染症治療ガイドライン2017 一敗血症およびカテーテル関連血流感染症—	一般社団法人日本感染症学会 公益社団法人日本化学療法学会	2018	未	PDF・入手
	JAID/JSC感染症治療ガイド2023	一般社団法人日本感染症学会 公益社団法人日本化学療法学会	2023	未	書籍・入手
	日本版敗血症診療ガイドライン2024	日本集中治療医学会 日本救急医学会	2024	未	PDF・入手
	成人肺炎診療ガイドライン2024	日本呼吸器学会	2024	掲載	PDF・入手
	臨床検査のガイドライン JSLM2024	日本臨床検査医学会	2024	未	未入手
	血液培養検査ガイド	日本臨床微生物学会	2013	未	未入手
	CUMITECH 血液培養検査ガイドライン	米国微生物学会	2007	未	未入手

[Phase1b] 1. 専門家ヒアリング概要(IFC-01)

IFC-01：血液培養2セット実施率

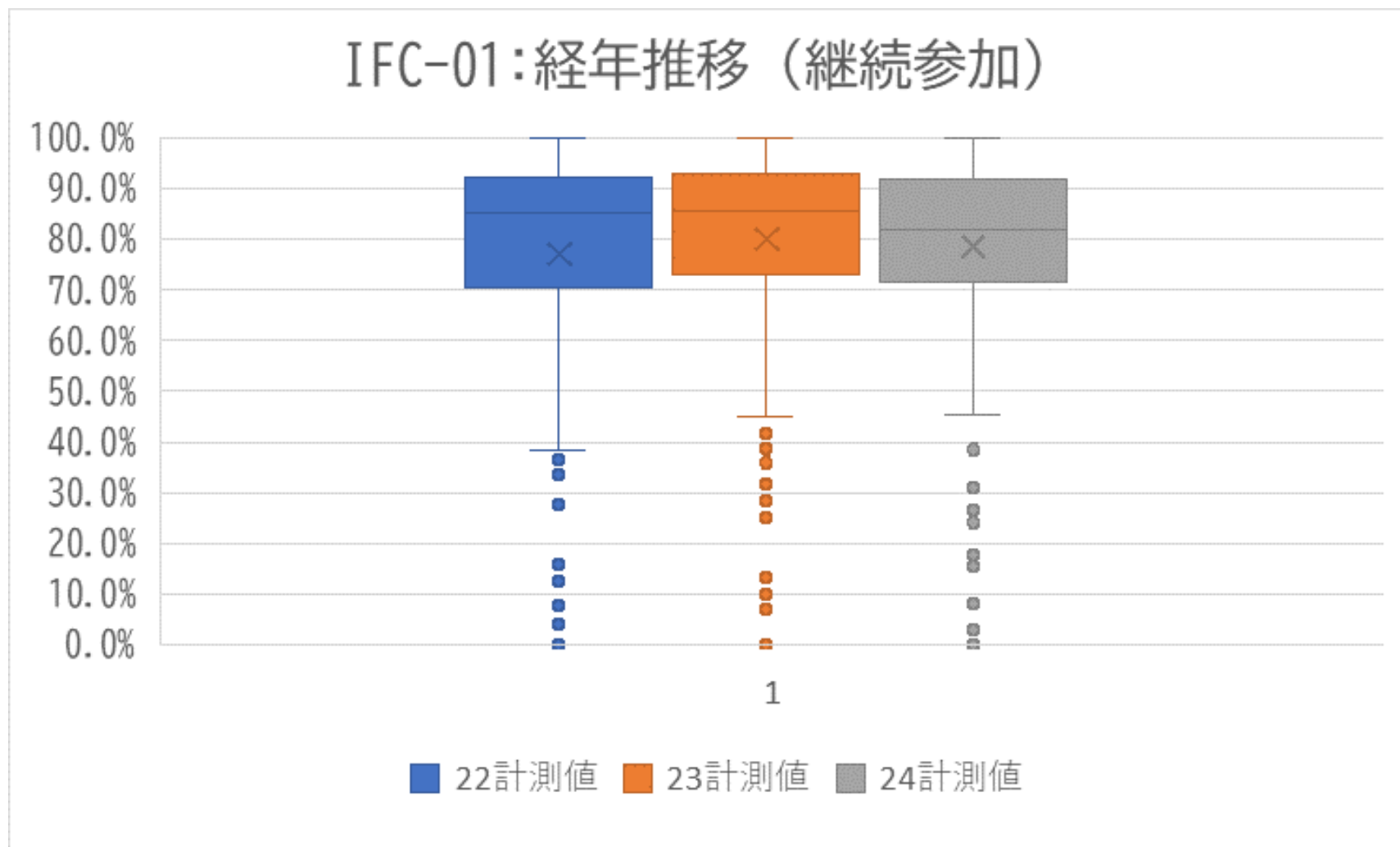
① 計測意図に関するコメント

- ▶ 医学的エビデンス（計測の根拠）：
 - 根拠論文では、検出率は1セット 73%→2セット 93%→3セット 96%。。別の論文も2セット妥当と論じている。
 - この20年間、2セット採取の原則は変更なし
 - 血液培養 2セット採取は、20 年以上にわたり確立された医療の基本原則である
- ▶ 現状の課題と今後の目標：
 - 改善には相当の努力と PR が必要
 - 現状の実施率 76%から更なる向上を目指し、継続的な啓発活動が必要である。

② 定義・手順に関するコメント

- ▶ 標準的な採取手順：
 - 左右の腕から各1セット（好気10cc・嫌気10cc、計20cc。したがって2セットで4本）
 - 消毒：アルコール綿→1%以上クロルヘキシジン含有アルコール
 - 抗菌薬投与直前にほぼ同時採取が鉄則
- ▶ 例外対応と推奨事項：
 - 新生児・小児：物理的に採取困難な場合はやむを得ない
 - ただし、1セットを積極的に推奨する文献はない。
 - スクリーニング目的で1回のみ採取は推奨されない。
- ▶ 対象範囲（診療科・病態）：
 - 血液内科：敗血症リスクが高いため、むしろ2セット採取を徹底すべき
 - 特定診療科を除外する根拠はない
 - カテーテル感染症、敗血症を問わず2セット採取が原則
 - 新生児等の物理的制約を除き、全例で2セット採取を徹底すべきである

継続参加施設の経年推移：箱ひげ図(IFC-01)



継続参加施設の経年推移：統計量(IFC-01)

	2022	2023	2024
施設数 (※)	269	269	269
平均 (施設ベース)	77.0%	80.0%	78.5%
標準偏差	23.5%	19.9%	18.6%
最大値	100.0%	100.0%	100.0%
75%値	92.2%	93.0%	91.6%
中央値	85.3%	85.7%	81.7%
25%値	70.6%	73.1%	72.2%
最小値	0.0%	0.0%	0.0%
四分位範囲	21.6%	19.8%	19.5%
最大値(100%)に達した施設数	11 (4.1%)	11 (4.1%)	9 (3.3%)

継続参加施設の経年推移：考察(IFC-01)

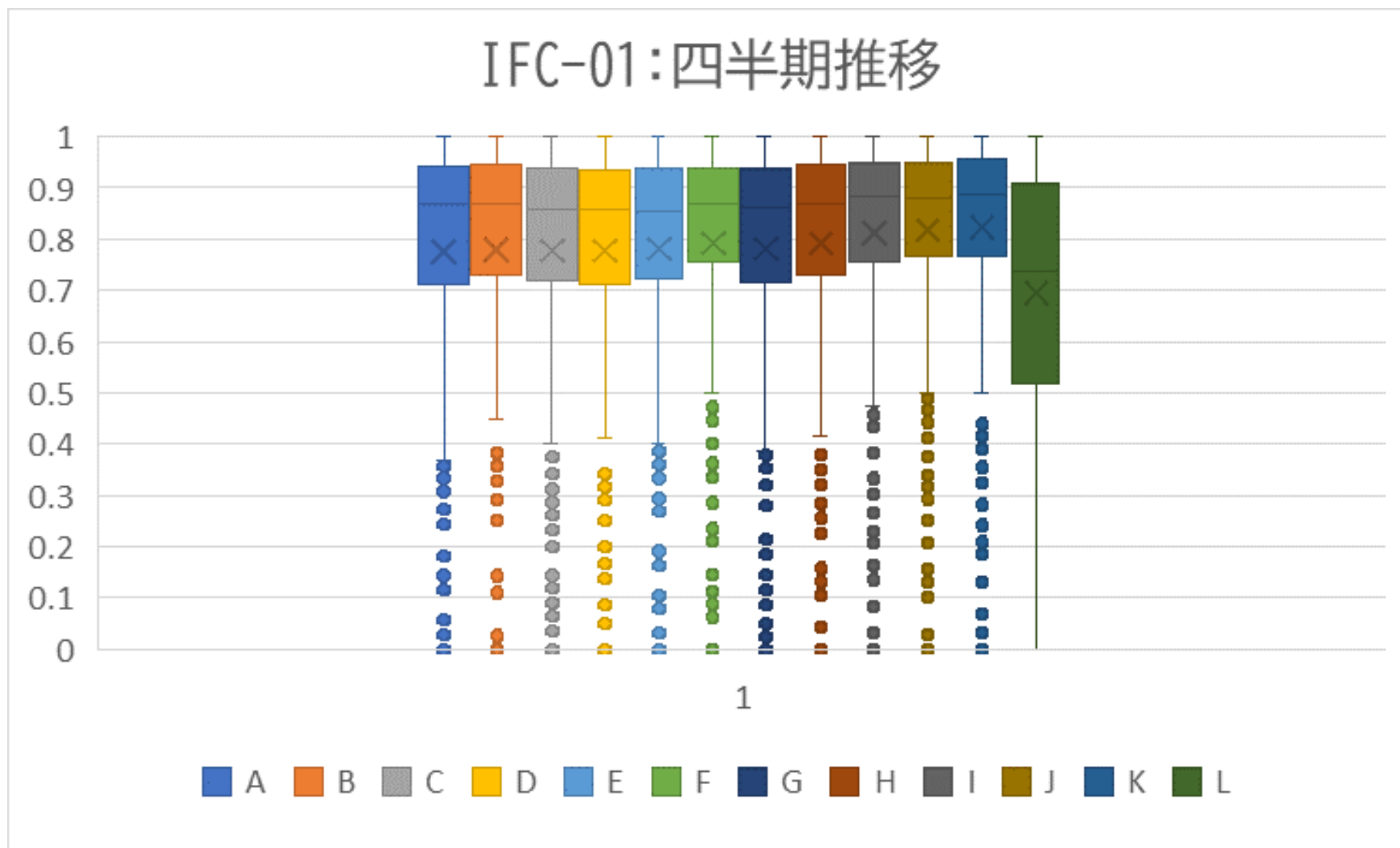
○ 分布の経年推移

- ▶ 3か年連続参加の施設に限定すると、22→23年度は全体として底上げ（低値施設が減少）し改善傾向が見られる。一方、23→24年度は年間値ではやや低下に見えるが、四半期推移では平時（I-K）は高水準で推移している。
- ▶ 24年度の注意点（外的要因の混入）：24年7-9月（L期）は血液培養ボトルの出荷調整に伴う運用変更（2セット採取の限定→1セット運用）が発生し、2セット実施率が四半期で明確に低下した。L期は件数（分母）面でも影響が大きく、年間値の下振れは実態の後退よりも、一時的要因が年合算に混入した可能性が高い。

○ 天井効果の状況

- ▶ 全体として100%に張り付く施設が多数という状況ではなく、改善余地は残る。一方、高水準（90-100%帯）では上限100%のため差が見えにくく、少数の未達や一時的な運用変更で率が動きやすい（特に小分母施設ほど100%/急変が起きやすい）ため、上位群の僅差評価は慎重に解釈する必要がある。

参考：四半期ごとの推移（IFC-01、全施設）



指標のライフサイクル区分案 (IFC-01)

- 本指標の再集計結果を区分案に当てはめると「b. 成熟・安定期の指標」と位置付けられるのではないか。
- したがって、計測を継続しつつ、下位施設の状況把握や改善促進、上位施設は維持確認を中心に解釈することとしてはどうか。

判断基準	本指標の現状
1. 分布の広がり集中度	高値に偏る一方、低値側の裾が長く、ばらつきはなお残る。
2. 低水準施設の残存	50%未満は減少傾向だが、依然として一定数の低水準施設が残存している。
3. 中央値・75Pの推移	中央値・75Pは高位で概ね横ばい。24年はL期要因で下振れが混入した。
4. 指標としての実務的意義	下位施設の運用改善余地を示すモニター指標として有用と思われる。上位は維持確認を中心に解釈する。
5. 全国普及への寄与	標準的な感染管理の定着度を可視化でき、全国展開の共通指標として使いやすい。

指標のライフサイクル区分案	状況の特徴	取扱いの方向性 (例)
a. 改善途上の指標	分布のばらつきが大きく、中央値・上位層にも改善余地あり	引き続き詳細分析・改善促進を目的として扱う
b. 成熟・安定期の指標	中央値・75%値が高く、上位は飽和。下位施設が一部残存	計測を継続しつつ、下位施設は状況把握と改善促進、上位施設は維持確認を中心に解釈する
c. 飽和・定着した指標	全体が高水準で安定し、低水準施設もほとんど存在しない	計測の縮小・休止を検討する。必要に応じて後継指標や改訂版への移行を検討する。

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(IFC-01)

(N=187, 複数回答)

項目	件数	%
定義の見直しが必要	12	6.4
手順の見直しが必要	21	11.2
現状のままで良い	142	75.9
わからない	20	10.7

(N=27, 複数回答)

選択回答	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)。	14
	データ抽出や加工が複雑で、作業負荷が高いと感じる。	9
	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。	7
	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。	5
	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。	3
自由記載	小児科の症例はすべて2セット採取は行っていないため、実施率に大きく反映されている。	1
	前回調査時はボトルの供給不足等で減少の傾向にあり、比較が難しいと感じた。	1
	包括のためコストを考えると実施率が低い(1セットの人が多い)。	1

アンケート結果③ 計測状況(IFC-01)

項目	件数	%
ソフト等で自動算出	93	50.3
ソフト等を使わず計測	92	49.7
総計	185	100.0

(N=185, 未計測2病院除く)

(N=92)

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	不明
		(5)	(17)	(26)	(24)	(11)	(4)	(3)	(2)
病床規模	200床未満		7	9	8	4	3		
	200～399床	4	4	7	3	4		1	1
	400～599床		1	5	7		1		1
	600床以上	1	5	5	6	3		2	
職種	医師		2					1	
	看護師	1	1	5	2	2	2	1	
	薬剤師		1	1	1		1		1
	診療情報管理士	2	6	8	10	4	1	1	
	臨床検査技師			2	1	1			
	診療放射線技師		1						
	事務職	2	6	10	10	4			1

アンケート結果④ 定義に関する改善点・要望(IFC-01)

病床規模	職種	定義に関する意見	カテゴリ
1 <200	診療情報管理士	抗菌薬使用のためではない血液培養件数は除外してよいのではないか。	
2 200-399	診療情報管理士	院内的に小児科を除外して算出しているの、院内の数値と提出データが一致しない。	
3 400-599	診療情報管理士	院内の取り決めで小児科は1セットしか採取していないため、割合が下がる。診療科をしばってほしい。	
4 400-599	診療情報管理士	当院の指標では血液内科の患者さんは実施率から除外して計測している。2セット取るよりも感染のリスク等の方が大きいからとの理由から（感染管理認定看護師より）。	対象条件・除外条件
5 600～	事務職	小児患者では血液培養の2セット採取が困難な場合も多い。調査対象に年齢制限を考慮しても良いと思います。	
6 600～	医師	小児では血培2セットを実施できないケースが多く、小児を多く診療している施設では実施率が低下してしまう。	
7 600～	診療情報管理士	定義として、小児を除外していただきたい。院内では、小児を除いた数も出しており、集計が二重となっている。	

続き)

	病床	職種	定義に関する意見	カテゴリ
8	400-599	事務職	低いことが悪いイメージがあり、何か指針が必要と思う。	
9	400-599	薬剤師	定義は適切であると思う。ただ同一部位からの採血は2セットではなく異なる部位からの採血である理解しているが、その点について区別する適切な方法になればと思っている。	
10	600～	事務職	<p>血液培養の2セット率を日数で計算というのは何を示すのか不明であり、非常に違和感がある。この記載では同日に、2人以上の患者が複数セット血液培養を実施しても1日にしかないと思う。</p> <p>感染症の分野では血液培養のサーベイランスを実施しているが、下記の記載であれば集計担当者も違和感なく集計方法も容易に理解できると考える。</p> <p>[分母]計測対象期間内に、血液培養検査を実施した患者数を集計し分母とする。 但し、同一日に複数回の検査があっても1とカウントとする。</p> <p>[分子]血液培養の実施回数が1日2回以上の患者数を合計する。</p>	全体
11	600～	事務職	定められた定義を基に専門部署でデータを抽出してもらう際、「どうしてこういう定義なの？」と質問されることがあるため、コンソーシアム内で解説するのではなく計測手順書にも載せていただきたい。	
12	600～	医師	一般的なサーベイランス(cumitech等)にあわせたほうがよい。	
13	600～	医師	J-SIPHEの基準に合わせてはどうか。	

アンケート結果⑤ 計測手順に関する改善点・要望(IFC-01)

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 : 2件 薬剤師 : 1件 看護師 : 2件 事務職 : 2件	ツール使用 : 1件 30-60分未満 : 2件 60-120分未満 : 1件 240分以上 : 1件 不明 : 2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	10-30分未満	肺血栓や抗菌薬の抽出でEFファイルを用いるため、同じデータを使えば作業時間は短くできるが、目視で1件ずつ確認するため時間が掛かり負荷が高い。	
3 200-399	診療情報管理士	10分未満	件数が少ないため、検査オーダーから計測した。検査オーダーからの計測も手順にしてほしい。	
4 400-599	事務職	ツール使用	外来EFファイルも含めるとかなりのデータ量になるため、もう少し容易な方法があれば検討してほしい。	DPCでの計測負荷
5 400-599	薬剤師	60-120分未満	DPCデータを利用すると、1日2回以上実施していないように計測される。算定料からの抽出でもうまくいかない。EFファイルの実施された行数を合算することで確認している。	
6 600~	医師	10-30分未満	DPCデータでは取得しづらく、検査部の協力が必要。	
7 600~	事務職	120-180分未満	EFファイルからの抽出では、算定漏れが多く含まれていたため、検査部のデータを使用した。	
8 600~	事務職	30-60分未満	J-SIPHE等、既に多くの病院が参加している事業との差別化を図る必要があるのではないか。	その他

論点整理表の作成 (IFC-01：対象母集団/分母適用条件)

- 専門家ヒアリングや現場の意見を指標の要素に紐づけて、論点を整理した。
(詳細は参考●を参照)。
- また、要素別の論点全体を俯瞰して、本指標の主な課題を整理した(p41-)。

構成要素	現行定義・条件	論点	専門家ヒアリング	現場の意見
対象母集団	計測対象期間に入院履歴のある患者および計測対象期間に外来受診した患者	TP-01：対象患者の範囲設定の妥当性	カテーテル感染症、敗血症を問わず2セット採取が原則。特定診療科を除外する根拠はない。新生児等の物理的制約を除き、全例で2セット採取を徹底すべきである【Hearing】	外来EFファイルも含めるとかなりのデータ量になるため、もう少し容易な方法があれば検討してほしい
分母適用条件	計測対象期間に血液培養検査を実施した場合を、1患者1日単位で延べ数(人日)として合計したもの。血液培養検査は、レセ電算コード：160058610(細菌培養同定検査(血液))の算定で抽出	Dinc-01：血液培養実施対象の設定	血液培養2セット採取は、20年以上にわたり確立された医療の基本原則である。【Hearing p.3】 血液は抗菌薬が使用される前に採取することが大切である(AI)。【CPG guideline_JAID-JSC_2017.pdf p.26】 感染症治療ガイド 2023 には「ただちに血液培養を2セット採取し(中略)速やかに抗菌薬投与を開始すること」と明記(同ガイド p3)。【Hearing p.2】	包括のためコストを考えると実施率が低い(1セットの人が多い)。

論点整理表の作成 (IFC-01：分母除外条件)

構成要素	現行定義・条件	論点	専門家ヒアリング	現場の意見
分母除外条件	除外条件なし (年齢、疾患、診療科による除外は設定しない)	Dexc-01：医学的理由による除外基準の要否	2セット採取が困難な場合として「新生児・小児：物理的に採取困難な場合はやむを得ない」「貧血のリスク：採血による貧血のデメリットが大きい場合」がある。[【Hearing f p.2】] ただし、1セットを積極的に推奨する文献はない。[【Hearing p.2】]	抗菌薬使用のためではない血液培養件数は除外してよいのではないかと。
分母除外条件	除外条件なし (年齢、疾患、診療科による除外は設定しない)	Dexc-02：年齢・体格による除外基準の要否	新生児・小児：物理的に採取困難な場合はやむを得ない。[【Hearing p.2】]	<ul style="list-style-type: none"> 小児科の症例はすべて2セット採取は行っていないため、実施率に大きく反映されている。 院内的に小児科を除外して算出しているため、院内の数値と提出データが一致しない。 院内の取り決めで小児科は1セットしか採取していないため、割合が下がる。(同様な指摘多数)
分母除外条件	除外条件なし (年齢、疾患、診療科による除外は設定しない)	Dexc-03：疾患・診療科による除外基準の要否	血液内科：敗血症リスクが高いため、むしろ2セット採取を徹底すべき。[【Hearing p.2】] 特定診療科を除外する根拠はない。[【Hearing p.2】] スクリーニング目的で1回のみ採取は推奨されない。[【Hearing p.2】]	当院の指標では血液内科の患者さんは実施率から除外して計測している。 2セット取るよりも感染のリスク等の方が大きいからとの理由から(感染管理認定看護師より)。

論点整理表の作成 (IFC-01：分子適用条件/分子評価期間)

構成要素	現行定義・条件	論点	専門家ヒアリング	現場の意見
分子適用条件	分母対象患者のうち、血液培養検査を同一日に2セット以上実施した場合を、1患者1日単位で延べ数(人日)として合計したもの	Ninc-01：2セット実施判定基準の妥当性	血液採取は2セット以上とし、可能であれば感染していると疑われるカテーテルから1セット、末梢静脈から1セット採取する。[【CPG guideline_JAID-JSC_2017.pdf p.26】] 感染症治療ガイド 2023 には「ただちに血液培養を2セット採取し(中略)速やかに抗菌薬投与を開始すること」と明記(同ガイド p3)。[【Hearing p.2】]	定義は適切であると思う。ただ同一部位からの採血は2セットではなく異なる部位からの採血である理解しているが、その点について区別する適切な方法になればと思っている。 EFファイルからの抽出では、算定漏れが多く含まれていたため、検査部のデータを使用した。
分子評価期間	評価期間の制限なし(血液培養実施日当日の2セット実施を評価する。時間帯の制限は設けない)	Ntw-01：同日実施要件の妥当性	抗菌薬投与直前にほぼ同時採取が鉄則。[【Hearing p.1】] 血液は抗菌薬が使用される前に採取することが大切である(AI)。[【CPG guideline_JAID-JSC_2017.pdf p.26】] カテーテルから採取した血液検体の方が、末梢から採取された血液検体よりも少なくとも2時間以上早く陽性になることをもってCRBSIの確定になる(A-II)。[【CPG guideline_JAID-JSC_2017.pdf p.26】] 敗血症性ショック診断後1時間以内に抗菌薬投与が推奨される。[【CPG guideline_JAID-JSC_2017.pdf p.22】]	

論点整理表の作成 (IFC-01：集計方法)

構成要素	現行定義・条件	論点	専門家ヒアリング	現場の意見
集計方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分母：血液培養オーダー延べ数（人日） ・分子：血液培養オーダーが1日2件以上ある延べ数（人日） ・除外条件：なし ・計算式：分子÷分母×100（%） <p>【計上ルール】 - 1患者1日単位で延べ数（人日）として算出 - 入院・外来のデータを統合して算出</p>	Agg-01：計測単位の妥当性	（該当する記述なし）	<p>血液培養の2セット率を日数で計算というのは何を示すのか不明であり、非常に違和感がある。この記載では同日に、2人以上の患者が複数セット血液培養を実施しても1日にしかならないと思う。</p> <p>感染症の分野では血液培養のサーベイランスを実施しているが、下記の記載であれば集計担当者も違和感なく集計方法も容易に理解できると考える。</p> <p>[分母]計測対象期間内に、血液培養検査を実施した患者数を集計し分母とする。 但し、同一日に複数回の検査があっても1とカウントとする。 [分子]血液培養の実施回数が1日2回以上の患者数を合計する。</p>
集計方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分母：血液培養オーダー延べ数（人日） ・分子：血液培養オーダーが1日2件以上ある延べ数（人日） ・除外条件：なし ・計算式：分子÷分母×100（%） <p>【計上ルール】 - 1患者1日単位で延べ数（人日）として算出 - 入院・外来のデータを統合して算出</p>	Agg-02：他事業との整合性	（該当する記述なし）	<p>一般的なサーベイランス(cumitech等)にあわせてほうがよい。 J-SIPHEの基準に合わせてはどうか。</p>

Phase1c. 論点整理とPhase2への準備
論点の集約・再構成(IFC-01)

専門家ヒアリング／現場アンケートの内容を、主要な論点に整理した。

論点整理表 (構成要素)	コード	A. 論点1：指標定義について (適用・除外基準等)	B. 論点2：計測の正確性 (近似による誤差)	C. その他の課題
対象母集団	TP-01	入院・外来の両方を対象		外来EFファイルも含めるとかなりのデータ量になる
分母適用条件	Dinc-01		包括のためコストを考慮するため実施率が低い(1セットの人が多い)。	
分母除外条件	Dexc-01/02	小児・新生児の扱い		
	Dexc-03	血液内科の扱い		
分子適用条件	Ninc-01	異なる部位からの採血		
分子評価期間	Ntw-01	—	—	
集計方法	Agg-01/02		計測単位「日」	国内他事業（J-SIPHEなど）との整合
				EFファイルは算定漏れがある EFファイルが使いにくい

[Phase2] 修正案（方針案）の検討

- 意義の確認
- 定義・手順の検討

検討事項 意義の確認：継続方針（継続／廃止）の検討(IFC-01)

a. 臨床的な意義の確認（[Phase1b]--1. 専門家ヒアリング概要 P9）

- 専門家ヒアリングより、本指標の臨床的意義は確認できたのではないか。

① 計測意図についてのコメント

▶ 医学的エビデンス（計測の根拠）：

- 根拠論文では、検出率は1セット 73%→2セット 93%→3セット 96%。。別の論文も2セット妥当と論じている。
- この20年間、2セット採取の原則は変更なし
- 血液培養 2セット採取は、20 年以上にわたり確立された医療の基本原則である

▶ 現状の課題と今後の目標：

- 改善には相当の努力と PR が必要
- 現状の実施率 76%から更なる向上を目指し、継続的な啓発活動が必要である。

▶ 計測意図に関して肯定的な見解を得ている

b. 計測を続けることの意義の確認（Phase1b--2. 過去データの再集計結果 P14）

- ▶ 計測参加施設の過去データより、b.成熟・安定した指標として引き続き計測の意義があるのではないか。

指標のライフサイクル区分案	状況の特徴	取扱いの方向性（例）
b. 成熟・安定期の指標	中央値・75%値が高く、上位は飽和。 下位施設が一部残存	計測を継続しつつ、下位施設は状況把握と改善促進、上位施設は維持確認を中心に解釈する

c. 指標計測の方針（暫定）

- ▶ 以上より、本指標の計測を継続することを前提に、指標特性の再評価作業を実施してはどうか。

定義・手順の検討 IFC-01の検討課題

論点整理表で抽出された本指標の課題を以下のように整理した。質改善に資する指標の要件※を考量して、本指標に関する最終方針（維持／修正／廃止）を検討いただきたい。

検討課題	対応（案）	状況
<p>1. 本指標のみ入院患者・外来患者の両方を対象としている（例えば「IFC-02:広域抗菌薬使用時の細菌培養」は入院患者対象）。対象患者の整合性を考慮する必要はあるか（TP-01）。</p>	<p>「血液培養を実施すると判断した以上は、その場所（入院・外来）や目的（確定診断・スクリーニング）にかかわらず、正しい手順（2セット）で行わなければ検査としての価値が担保されない」という考え方が優先されており、現行通りでよいのではないか」。</p>	
<p>2. 出来高病院では、2か所以上から採取した場合に限り、2回分を算定でき。一方DPC対象病院では、検体検査は定額払いに包括されえるため、複数セット採取するとコスト持ち出しになるとの意見がある(Dinc-01)。</p>	<p>・DPC対象病院：DPCの包括点数は、全国の実績データを基にした「平均的な資源投入」を前提に設計されており、コスト増を理由に2セット採取を実施しないということにはならない。</p>	
<p>3. 現行手順では除外条件を設けていないが、年齢や診療科による除外条件を設けるべきか(Dexc-01)。</p>	<p>新生児・小児であっても2セット採取が望ましいがCPG作成代表者も「物理的に採取困難な場合はやむを得ない」としている。また、現実には現場の裁量で除外運用がなされている。計測手順の標準化の観点からは新生児・小児を除外してはどうか。 ・診療科による除外条件は、現状同様、設けないことではどうか。</p>	
<p>(※) ①エビデンスベース②改善の余地③テーマとの関連性④信頼性⑤妥当性⑥計測可能性</p>		

定義・手順の検討 IFC-01の検討課題

論点整理表で抽出された本指標の課題を以下のように整理した。質改善に資する指標の要件※を考量して、本指標に関する最終方針（維持／修正／廃止）を検討いただきたい。

検討課題	対応（案）	状況
4. 異なる部位からの採血の確認方法	現行通り（DPCデータからは判断できない）。	
5. 計測単位が「日数」であり、指標の意味がわかりにくい。	「作業量」ではなく「判断の質」を評価していることをFAQで説明してはどうか。	

(※) ①エビデンスベース②改善の余地③テーマとの関連性④信頼性⑤妥当性⑥計測可能性

検討課題1：対象患者（入院＋外来）の設定

本指標のみ入院患者・外来患者の両方を対象としている（例えば「IFC-02:広域抗菌薬使用時の細菌培養」は入院患者対象）。現行通りでよいか。

- 本指標は「血液培養を実施すると判断した以上は、その場所（入院・外来）や目的（確定診断・スクリーニング）にかかわらず、正しい手順（2セット）で行わなければ検査としての価値が担保されない」という考え方が優先されていると思われる。
- したがって、現行通り、入院患者＋外来患者の両方を対象としてはどうか。
- 派生して、「抗菌薬使用のためではない血液培養件数は除外してよいのではないか」との現場からの意見があるが、現行通り、目的によらず対象とすることとしてはどうか。

検討課題2：包括による計測値低下懸念への対応要否

DPC対象病院において血液培養（細菌培養同定検査）の検査料は、原則としてDPCの包括支払い（定額払い）の中に含まれているため、DPC病棟に入院中の患者に対しては、2セット実施しても病院側が受け取る診療報酬（1日あたりの定額点数）が増えることはない。したがって現場からは「コストのことを考えるため実施率が低い(1セットの人が多い)」との指摘がある。現行通りの計測手順でよいのか。

- DPCの包括点数は、全国の実績データを基にした「平均的な資源投入」を前提に設計されているため、血液培養検査を必要とする疾患では、診療ガイドラインで推奨されている2セット採取を想定した点数が設定されていると考えられる。したがって、経営的な理由によって1セットのみとすることは正当化されない。
- 現行通りの計測手順としてはどうか。

検討課題3 年齢や診療科による除外設定の要否

現場から、新生児・小児患者を除外する要望が多い。また、特定の診療科（血液内科）患者を除外しているとの報告もある。これらの除外を考慮すべきか。

○ 新生児・小児患者

- ▶ 計測上は「例外なし」であるが、専門家ヒアリングでは臨床現場の物理的な制約に対する理解が示されている。
 - 物理的困難：新生児や小児において、血管確保や採血量の問題で「物理的に採取が困難な場合は（1セットでも）やむを得ない」とのコメントがある。
 - 推奨の限界：「1セットを積極的に推奨する文献はない」としつつも、成人のように絶対的な原則として押し付けることの難しさが示唆されている。
- ▶ 現状、新生児・小児患者を対象に含む／含まないの判断が現場により異なっている現状を鑑み、適切な他施設比較の運用という観点から、新生児・小児患者を除外することを検討してはどうか。

○ 血液内科

- ▶ 診療科によらず2セット採取が原則であることから、診療科による除外条件は設けないこととしてはどうか。