



第16回 検査後プロセスにおけるDS (diagnostic stewardship : 診断支援)

前回に引き続き、近年重要視されるようになったDSについて特集します。臨床検査のプロセスは、検査前、検査、検査後の3つに分けられます。今回は、その中の、検査後プロセスにおけるDSについて解説します。

1. わかりやすい報告書を目指して

検査報告書は、臨床医だけでなく看護師や薬剤師など多くの医療従事者が目にするものです。

一方で、微生物検査の報告書はグラム染色の結果・検出菌名・薬剤感受性試験の結果などが記載されていますが、**その解釈にはある程度専門的な知識が必要であり、感染症を専門にしていない医療従事者には決してわかりやすいものではありません。**

検出菌を例にすると、*Staphylococcus aureus* (黄色ブドウ球菌) のように広く知られている細菌はまだいいのですが、多くの細菌にどのような検出意義があるのかを理解・解釈することは、感染症専門医や微生物検査技師のような専門家以外には中々難しいものがあります。

例えば、**レンサ球菌の一種である*Streptococcus gallolyticus*が血液培養から検出された場合は大腸がんや感染性心内膜炎と関連性が強い**という報告があるため、血液培養陽性時には下部消化管内視鏡検査や心エコーを追加検査することが推奨されていますが、専門家以外には十分認知されているとは言えません。

今後は検出菌や薬剤感受性試験の結果だけでなく、**検出菌の意義や解釈、追加検査の提案、抗菌薬の選択なども、付記され、かつ、ミスリードされないことがないようなわかりやすい報告書である必要があると考えます。**

2. 検体の品質評価

検査前プロセスでも解説しましたが、適切な検体を用いて検査しないと、病態を正確に反映した検査結果が得られず、誤った診療・治療につながる可能性があります。

特に、喀痰検査は、痰そのものでなく唾液成分が喀痰として提出されることが多い検査です。喀痰培養の品質評価として、**肉眼的品質評価**（Miller & Jones 分類）と、**顕微鏡的品質評価**（Gecklerらの分類）があります。肉眼的品質評価で検査に適していない喀痰が提出された場合は再提出を依頼したり、検査報告の際はこれらの喀痰の品質評価の結果も記載したりするなど、質の担保も併記する必要があります。

喀痰培養の品質評価

肉眼的品質評価	Miller & Jones 分類
M1	唾液、完全な粘性痰
M2	粘性痰の中に少量の膿性痰を含む
P1	膿性部分が全体の1/3以下の痰
P2	膿性部分が全体の1/3～2/3の痰
P3	膿性部分が全体の2/3以上の痰

P1～P3が検査に適した喀痰

グループ	顕微鏡的品質評価 Gecklerらの分類	
	細胞数/1視野（100倍）	
	WBC	扁平上皮
1	<10	>25
2	10～25	>25
3	>25	>25
○4	>25	10～25
◎5	>25	<10
6	<10	<10

白血球が多く扁平上皮が少ないグループ
4～5が細菌検査に適した喀痰

3. 検査結果報告のタイミング

最終報告まで数日を要するため、適宜、中間報告される必要があります。

例えば、**血液培養陽性時のグラム染色の結果は最終結果がでるまでの抗菌薬選択や感染巣推定の重要な手がかりです**し、24時間・48時間時点での培養陰性報告は、症例によっては再提出を検討する材料にもなります。

また、培地上のコロニーの所見や各種検査の結果から、**推定菌を中間報告すること**も重要です。**最終的な検査報告日がいつになるかを記載すること**も、診療支援や診療の効率化につながります。施設の現状にあったアプローチが求められるでしょう。

次回は「血液培養検査」について解説します。