

年間のインフレーションを踏まえたうえでコストに基づいて適切な支払いがなされること、(2)十分な対象患者数を持つこと、(3)すべての専門家との連携を構築すること、(4)医師がリーダーシップをとること、(5)情報技術を有効活用することなどが挙げられた。

また経験上、頻繁な救急受診と入院を減らすことがポイントであり、情報技術を活用して十分にコーディネートされたケアを提供することが重要であることが指摘された。

#### ・1件ごとの包括支払い

IHA は 2009 年から特定の手術について、疾病を単位として専門治療と施設サービスの費用を支払う、1 件ごとの包括支払い (bundled episode payment) を試行的に行っている。この試行プログラムでは、医療資源の効率的な使用が促進されるか否か、また医療提供者と医療保険者、患者で費用抑制がみられるかどうかを検討されている。

支払い上の特徴は、(1)臨床医グループを単位とした単一価格による支払い、(2)同一のエピソードに対する同一クリティカルパスの利用、(3)支払い価格は提供者グループと交渉をして決めるためグループごとに異なる、などである。

試行プロジェクトの対象となっている骨関節炎の入院医療費は全米 (\$18,000) と比較してカリフォルニア州では低い (\$13,200) ことが紹介された。

#### 【質改善への取り組み】

##### ・トヨタ生産方式を導入した事例

Virginia Mason Medical Center (VMMC) では 2000 年に生き残りへの方策やビジョンの欠如といった局面を迎え、その解決策としてビジョンやミッション、ストラテジーの再整理を行い、トヨタ生産方式を導入した。

導入に際して、7つの無駄 (overproduction、

transportation、over processing、inventory、motion、defective products or poor quality、engineering) の排除が目標とされた。導入後は医薬品在庫や経費の削減、平均在院日数の減少に成功し、また Leapfrog のベンチマークでも成績が向上したことが報告された。

#### D. 考察

1 質向上、安全確保、チーム医療の展開、効率化、経営の安定のためには、組織的取組みが必要であることが医療機関の全職員に認識されつつある。

2 主要な P4P プログラムでは、参加病院における医療の質に関する指標の向上がみられるなど、各プログラムは順調に運営されていると考えられる。また、IHA による P4P プログラムではインセンティブ額の拡大も検討されており、パフォーマンスの測定とデータの公開、P4P プログラムの運用は、今後も他の支払い方式と調和をとりながら継続すると考えられる。

#### E. 結論

いかに効率的かつ効果的に標準的な質評価指標を設定し、全国的に展開するかが課題である。

P4P プログラムにおけるパフォーマンス測定の方法や収集されたデータの公開方法、さらに測定されたパフォーマンスの診療報酬への反映方法は、わが国への P4P プログラム導入を検討する際に有益な知見となると考えられる。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究研究事業）

分担研究報告書

医療の質評価に関する諸外国の状況調査研究

—臨床指標を用いたベンチマーク事業(IQIP)についての研究—

研究分担者 長谷川 友紀（東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 教授）

研究分担者 飯田 修平（社団法人全日本病院協会 常任理事）

研究協力者 北澤 健文（東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 助教）

研究協力者 松本 邦愛（東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 助教）

研究協力者 瀬戸 加奈子（東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 博士課程）

研究協力者 村井 はるか（河北総合病院診療情報管理室）

研究要旨

医療の質についての関心の増大は先進国共通の事象である。医療の質を確保し、向上させる方法については、①診療ガイドライン、パス法などを用いた診療内容の標準化、②臨床指標を用いたアウトカム評価とベンチマーク、③第三者機関による機能評価と認定、④医療の質に基づいた診療報酬支払、⑤情報の公開等が代表的なものである。各国において、これらが並行して進められているのが通常である。日本では、財団法人医療機能評価機構による病院機能評価の結果の一部、医療機能情報提供制度に基づく病院の症例数などの情報の公開は始まったばかりであり、公開されているデータも限定されている。また、臨床指標を用いたベンチマークについては、未だに病院の自主的参加に留まっている。今後は、世界の状況を明らかにしながら、日本における医療の質と安全確保・向上の方策を検討していく必要がある。

A. 研究目的

医療の質についての関心の増大は先進国共通の事象である。医療の質を確保し、向上させる方法については、①診療ガイドライン、パス法などを用いた診療内容の標準化、②臨床指標を用いたアウトカム評価とベンチマーク、③第三者機関による機能評価と認定、④医療の質に基づいた診療報酬支払、⑤情報の公開等が代表的なものである。各国において、どの分野に主軸をおくかは異なるが、これらが並行して進められているのが通常である。

本研究では、米国メリーランド州病院協会が運営するIQIP(International Quality Indicator Project)を中心に、臨床指標を用いたベンチマーク事業の状況、問題点、今後の方向性について

明らかにする。

B. 研究方法

関係者のヒアリング調査、及び文献調査を行った。

C. 研究結果

(1) IQIP の概要

何らかの臨床指標を用いたベンチマークは、多くの国ですでに実施されている。

IQIP は、臨床指標を用いたベンチマークとしては代表的なもので、1985年から運営を開始している。目的は、医療者による医療サービスの質確保であり、医療者の自発的な取り組みとして位置づけられる。最近では、①世界的な質に

ついでに関心の高まりを背景として、米国以外での活動の展開の拡大、参加病院の増加、②反面、米国内では Hospital Compare の制度化に伴い、参加病院数が減少し、逆に研究的な色彩が強化されたこと、が特徴として挙げられる。現在、世界 13 カ国の病院が参加している。参加病院数は臨床指標により異なっているが、2009 年 10-12 月期では 321 病院がデータを送付し、うち 153 病院が米国以外からの参加であった。

臨床指標を用いた測定は世界共通であるが、評価は地域特性を考慮したローカルなものであるとの考え方から、米国以外からの参加は原則として 5 病院以上の参加が得られる場合に限定している。日本は 2006 年以降、社団法人全日本病院協会を窓口として 7 病院が参加している。

用いられている臨床指標は、急性期、慢性期、精神等のモジュールに分けられ、また同一モジュールの中でも、各病院がデータ送付する指標を選択することができる。表 1 に急性期の臨床指標モジュールを示す。

表 1 IQIP の急性期臨床指標

- ・ 院内感染症発症率
- ・ ICU でのデバイスの使用率
- ・ 手術創の感染率
- ・ 入院死亡率
- ・ 新生児死亡率
- ・ 周手術死亡率
- ・ 予定しない再入院
- ・ 外来処置後の予定しない入院
- ・ 予定しない ICU への再転科
- ・ 予定しない手術室への再入室
- ・ CABG による死亡率
- ・ 抑制
- ・ 転倒・転落
- ・ 鎮静・麻酔に伴う合併症
- ・ MRSA 感染症 (2009 年より新規)

- ・ 針刺し事故 (検討中)
- ・ 心肺蘇生成功率 (検討中)
- ・ 看護労働投入量 (検討中)
- ・ 医療スタッフの離職率 (検討中)

データは四半期毎に集計され、病院別のほか、地域別の比較が可能である。集計画面の例を図 1 に示す。

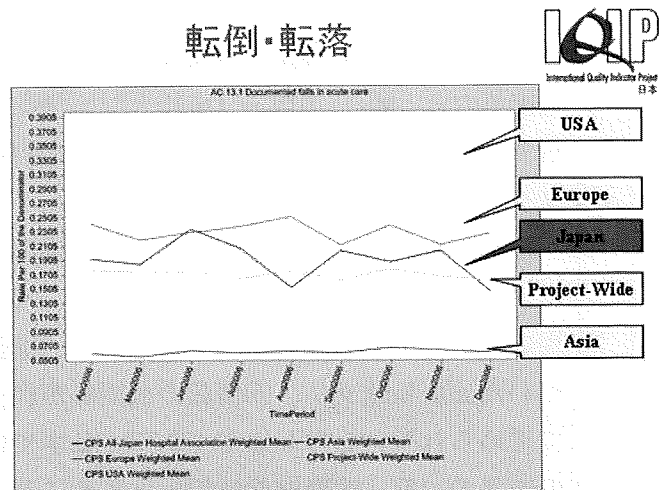


図 1 転倒・転落の地域別比較

各国の代表者を集めたユーザー会議は毎年開催されており、新規臨床指標の検討などが行われる (表 2)。各国のプロジェクト運営主体は、政府、大学、医療機器メーカー、コンサルタント会社など種々である。

表 2 2010 年ユーザー会での議題

- ・ Welcome and introductions (CPS)
- ・ Reports from IQIP Coordinators
  - Austria
  - epos (Germany, Switzerland, Luxemburg))
  - Italy
  - Japan
  - J&J (Latin America)
  - Portugal

Ireland, Singapore, Thailand

- ・ Update since last meeting (CPS)
- ・ Technical news (IQIP Data File Upload)
- ・ Changes to the manuals

PC restraints by reason

Glossary of Terms

・ Introduction to the MPSC Adverse Event Reporting tool (provided during lunch)

・ Indicator 17: Feedback from Coordinator Survey, consequences, future indicator

- ・ Development of new indicators
- ・ WHO Medication Reconciliation project
- ・ Miscellaneous, open discussion

IQIP で収集されるデータの構造は、基本的に病院単位で分母、分子を集計し、その比率で表される。表 3 に、例として転倒・転落に関連した指標、およびそれを計算するためのデータセットを示す。

表 3-1 指標 13 転倒・転落の指標

- 13.1 報告された転倒・転落
  - 13.1a 患者の健康状態による転倒・転落
  - 13.1b 治療、薬剤、麻酔による転倒・転落
  - 13.1c 環境上の問題による転倒・転落
  - 13.1d その他の原因による転倒・転落
- 13.2 傷害を伴う転倒・転落
  - 13.2a Severity Score 1 の傷害をもたらす転倒・転落
  - 13.2b Severity Score 2 の傷害をもたらす転倒・転落
  - 13.2c Severity Score 3 の傷害をもたらす転倒・転落
- 13.3 繰り返しの転倒・転落

表 3-2 指標 13 を計算するためのデータ

- ・ 述べ入院患者数 (人・日)
- ・ 転倒・転落件数
- ・ 原因別転倒・転落件数
- ・ 障害を伴う転倒・転落件数
- ・ 障害のレベル別の障害を伴う転倒・転落件数
- ・ 複数回の転倒・転落を認める患者数
- ・ 1 回以上の転倒・転落を認める患者数

(2) 日本での臨床指標を用いたベンチマーク事業の展開

社団法人全日本病院協会では 2002 年より臨床指標を用いたベンチマーク事業を行っている。この事業を行なうことにより、①医療の透明性と説明責任の促進：現在の医療の実態を社会に広く示すことができる、②インフォームドコンセントの充実：参加病院や自院のものなど、実際のデータを示しながら説明を行い、患者がデータに基づいて治療法を選択することが可能になる、③改善へのインセンティブの付与：参加病院の中での自院の改善すべき点、優れている点など、位置付けが明らかになる、などの効果が期待される。

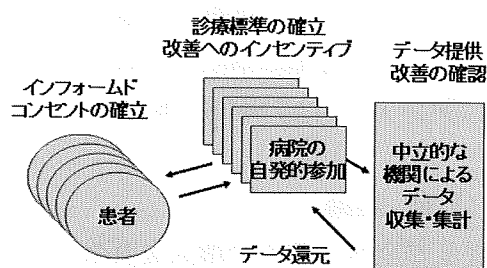


図 1 診療アウトカム評価のモデル

これは当初は、病院の自発的な参加に基づき、診療結果の評価に重点をおいたものであった。収集するデータは、①主要 25 疾患について全退院患者、医療内容・結果・費用などの個別データ、②転倒・転落、院内感染、抑制については

分母・分子の数値、の2種類からなる。対象疾患を25疾患に限定したのは、これらにより全退院患者の30-40%をカバーし病院のパフォーマンスを測定することは十分に可能であること、ICD（国際疾病分類）コーディングが十分に普及していない状況を鑑みて、プルダウンメニューを入力に用いるにあたって対象疾患を制限する必要があったためである。2003年にはDPCが急性期病院の診療報酬支払い方法として導入され、その後対象病院の拡大により標準的な支払い方法となるにいたった。DPCデータは、①多くの急性期病院が用いている標準的な支払い方法である、②標準コード（ICD10およびKコード）を用いている、③日々の診療内容がE、Fファイルとして情報に含まれる、④電子化された状態でデータが提供される、等の特徴を有し、これを用いた医療パフォーマンスの評価が最近では試みられている。このような状況を踏まえ、2009年にはシステムの抜本的な変更を行い、臨床指標を用いたベンチマーク事業全体を3階層構造とし、①DPCデータを用いた分析（medi-Target）、②これに転帰等、診療面のデータを加えた診療アウトカム評価事業、③IQIP、として運営している。IQIPに比較して、①②では患者を単位としたデータ収集が特徴である。現在、①については約120病院、②については約20病院、③については7病院が参加している。

#### D. 考察 と E. 結論

医療の質と安全への関心の増大を背景として、最近10年間先進各国では、質と安全の向上を図るための方策が試みられてきた。これらは、①診療ガイドライン、パス法などを用いた診療内容の標準化、②臨床指標を用いたアウトカム評価とベンチマーク、③第三者機関による機能評価と認定、④医療の質に基づいた診療報酬支払、⑤情報の公開等が代表的なものである。

診療ガイドラインについては、

GIN(Guideline International Network)等の学会活動が行われ、EBM方法論の見直し、またAGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) instrumentのような診療ガイドラインの評価のツールが開発され、活用されるにいたっている。また、パスについても、電子化、あるいは複数の医療施設での利用を前提とした連携パス等が試みられている。臨床指標を用いたアウトカム評価とベンチマークについては、臨床指標の開発、疾患別病院死亡率の開発など技術面の進歩とともに、これらのデータを行政などに提出することを制度化する国が増加している。病院の第三者評価、認定についても制度化する国が増えるとともに、ISQua(International Society for Quality in Health Care)による認定機関の質保証の仕組みが行われ、また自国での認定のみでなくJCI(Joint Commission International)による認定を受ける病院も増加しつつある。これらの国際的な質保証の仕組みは、国境を越えた患者の移動、医療ツーリズムのインフラともなっていることは留意すべきであろう。英国における診療所、米国 Medicare における病院への支払方法としての Value-based Purchase 等、医療の質に基づく支払も一部の国で試みられている。また、これらのデータのおおくは一般に公開されている。

日本では、財団法人医療機能評価機構による病院機能評価の結果の一部、医療機能情報提供制度に基づく病院の症例数などの情報の公開は始まったばかりであり、公開されているデータも限定されている。また、臨床指標を用いたベンチマークについては、未だに病院の自主的参加に留まっている。今後は、世界の状況を明らかにしながら、日本における医療の質と安全確保・向上の方策を検討していく必要があると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

病院の医療の質を測る” Quality Indicator に関する調査

研究分担者：高橋 理 聖路加国際病院 一般内科 副医長

研究要旨

目的：質指標（QI）の測定に対する医療機関の認識・現状、必要な資源、また QI を公開することに関する意識を調査する

方法：研究デザインは、質問紙を使った横断研究。対象は、日本病院会会員のうち病床 100 床以上：約 2,000 施設と全国の大学病院：約 150 施設、合計 2170 施設の病院管理者。質問内容は、病院の規模などの特徴、医療の質評価に対する意識・関心、Quality indicator（QI）測定に必要な資源について、QI 公開について、QI 測定や公開を全国医療機関に導入することについての意見、また、実際に医療の質を測定しているかどうかとその内容についての実施状況など、合計 15 問とした。意識については、Likert-scale で測定し、それぞれの割合や 95%信頼区間を計算した。

結果：回答数は 472 施設（一般病院：432 施設・大学病院：36 施設、回収率 22%）であった。全医療機関の 65.5%が、医療の質評価に“とても関心がある”と答え、“すこし関心がある”を含めると、全体の 9 割以上（94.3%）が医療の質を評価することに関心を示した。関心がない、ほとんどないと回答した割合は全体の 2.1%のみであった。全体の 77%がなんらかの医療の質評価活動を行っており、そのうちの 35.1%（115 施設：全医療機関の 25%）が実際に QI を測定して医療の質を評価していた。それらの結果を一般公開しているのは 39%（45 施設：全医療機関の 9.7%）であった。全医療機関の半数以上（52%）が“全国の医療機関に QI 測定を導入するべき”と回答し、導入の形式は 69%の医療機関が自由参加にするべきで、全病院参加（28%）を上回った。また、63%の医療機関が“QI を測定しその結果を一般公開することは質の高い医療を提供するために有用”であると回答した。

結論：本研究に回答した全医療機関の 9 割以上が医療の質評価に関心を示し、約 1/4 の 100 以上の医療機関で実際に QI 測定を行っていた。また、6 割以上の医療機関が、“QI を測定しその結果を一般公開することは質の高い医療を提供するために有用と考えており、QI 測定・一般公開による病院の質評価を全国の医療機関に導入するための議論を始める時期に来ているかもしれない。

A. 目的：質指標（QI）の測定に対する医療機関の認識・現状、必要な資源、また QI を公開することに関する意識を調査する

#### B. 方法

研究デザインは、質問紙を使った横断研究。対象は、日本病院会会員のうち病床 100 床以上：約 2,000 施設と全国の大学病院：約 150 施設、合計 2170 施設の病院管理者。質問内容は、病院の規模などの特徴、医療の質評価に対する意識・関心、Quality indicator (QI) 測定に関する資源について、QI 公開について、QI 測定や公開を全国医療機関に導入することについての意識、また、実際に医療の質を測定しているかどうか、その内容などの実施状況、合計 15 問とした。意識などについては、Likert-scale で測定し、それぞれの割合やその 95%信頼区間を計算した。統計ソフトは SPSS Ver. 18 (SPSS, Tokyo, Japan)を用いた。この研究は、聖路加国際病院の研究審査委員によって承認された。

#### C. 結果

回答数は 472 施設(一般病院：432 施設・大学病院：36 施設、回収率 22%)であった。病院の特徴として、規模は一般病院では 100 床以上から 300 床未満が最も多く全体の約半数 (50.5%) を占め、大学病院は 700 床以上の病院が全体の 63.9%であった。医療の質測定に必要と思われる、電子カルテは全病院の 45%が使用しており、大学病院 (75%) のほうが一般病院 (42%) より高かった ( $P<0.01$ )。医療情報部あるいは医療情報を専門に扱うスタッフについても、大学病院 (97%) のほうが一般病院 (68%) よりも割合が高く ( $P<0.01$ )、DPC 参加率も同様の傾向であった (大学病院：97%、一般病院：59%) ( $P<0.01$ )。

医療の質評価への関心度は、全体の

65.5%が“とても関心がある”と答え、“すこし関心がある”を含めると、全体の 9 割以上 (94.3%) が関心を示した。関心がない、ほとんどないと回答した割合は全体の 2.1%であった。“とても関心がある”と回答した割合は、大学病院中 83.3%で一般病院 (64.3%) を上回った ( $P=0.02$ )。

医療の質評価の実施状況は、全体の 77%がなにかしらの活動を行っており、そのうちの 95%が患者満足度調査 (312 施設：全医療機関の 67%) で、35.1% (115 施設：全医療機関の 25%) が実際に QI を測定していた。それらの結果を実際に一般公開しているのは、患者満足度調査では 34% (104 施設：全医療機関の 22.2%)、QI 測定結果は 39% (45 施設：全医療機関の 9.7%) であったが、全医療機関の約半数 (47.9%) が“QI の結果を院外に一般公開すべき”で、全医療機関の 63%の医療機関が“QI の結果を一般公開することは質の高い医療を提供するために有用”であると回答した。

QI 算出の為の資源として利用可能な項目に関して、“診療データベースの後利用”は全体の 78.6%の医療機関で利用可能であり、大学病院 (97.1%) が一般病院 (77.1%) を上回った ( $P=0.02$ )。QI 活動の為の人材 (28.9%)・資金 (6.6%) はあまり利用されていなかった。これらの項目については大学病院と一般病院間では差がなかった。

“全国の医療機関に QI 測定やその結果の一般公開を導入すべきか”どうかについては、それぞれ、全医療機関の 52%、42%で導入するべきと回答し、導入の形式については、どちらも導入するべきと回答した医療機関の約 70% (QI 測定：69%、一般公開：71%) が、自由参加にするべきとし、全病院参加 (28%) を上回った。“QI 測定の結果に対して経済的インセンティブが必要”と回答した割合は全体の 48%であり、一方“わからない”の割合が 35%と比



較的高かったことは興味深い。これらの項目については大学病院と一般病院間では差がなかった。

各 QI の測定状況・測定可能状況に関しては、現在測定している割合の最も高い項目は、褥瘡有病率（62%）で、転倒・転落発生率（55%）・死亡退院患者率（50%）と続き、もっとも測定されていない項目は、予防的抗菌薬投与率（9%）、2 番目は糖尿病患者の血糖コントロール（12%）であった。測定されている割合に加えて、測定可能を加えると、ほとんどの項目で 90%以上の医療機関が測定もしくは可能と回答した。糖尿病患者の血糖コントロールの項目が、測定困難（23%）と回答した割合が最も多かった。これらの項目については大学病院と一般病院間では差がなかった。

#### D. 考察

本研究は、医療の質を評価することについての全国医療機関の調査としては、はじめてと考えられ今後の医療の質評価・一般公開を我が国に導入するかどうか検討する場合に貴重な基礎情報になると思われた。

本研究より、全医療機関の 9 割以上（94.3%）が医療の質評価に関心を示し、25%の 115 施設で実際に QI 測定を行っていることが分かった。また、60%以上の全医療機関が QI を算出・一般公開することは質の高い医療を提供するために有用と考えており、全医療機関の約半数が全国医療機関に QI 測定を導入するべきと回答していることより、我が国の医療の質を向上させるために QI を算出・公開を全国医療機関に導入するべきかどうかの議論の必要性があると考えられる。

しかし、全国医療機関に導入する場合、QI 活動に必要な人材、資金が十分に提供できなければ医療機関に大きな負担になる可能性が示唆される。我々の研究で、QI 測定

に高い関心をもち、有用であると認識している医療機関においても、実際に QI を測定する割合は低く、これらの課題を議論しなければ医療機関に導入する場合の障害になると考える。また、導入を促進する方法の一つとして、pay-for performance などの経済的インセンティブの導入が、英国をはじめ米国でも始まっている。効果についての強いエビデンスはないが、我が国においても検討する必要があるかもしれない。

本研究における limitation のひとつは、回答率が 22%とやや低く日本全国の医療機関にこれらの結果を一般化することは困難であり、医療の質に関心の高い医療機関が調査票を回答した可能性が高い。しかし、440 以上の医療機関が医療の質の評価・公開に関心をもち、100 以上の医療機関で実際に QI 測定を行っていることが明らかとなったことは貴重な情報である。また、本研究では 100 床以上の病院を対象にしており、診療所など 100 床未満の医療機関については調査されていないことにも注意する必要がある。日本の医療の質を向上させるためには、かかりつけ医の 6 割以上を担っている診療所の質の評価は重要であり今後検討する必要があるだろう。

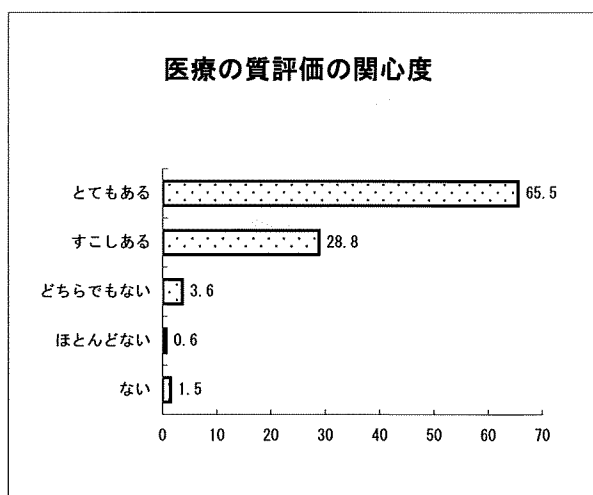
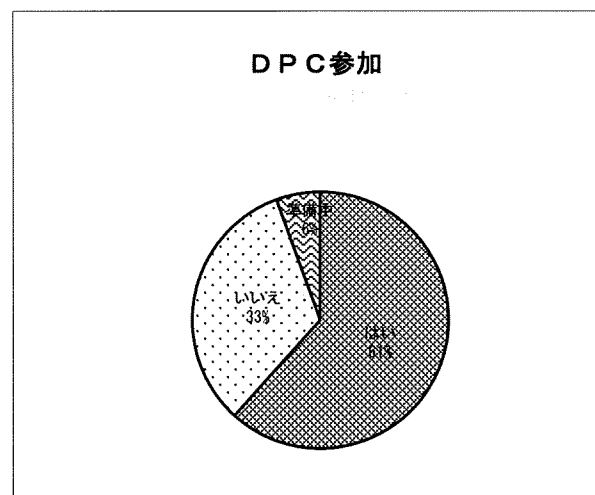
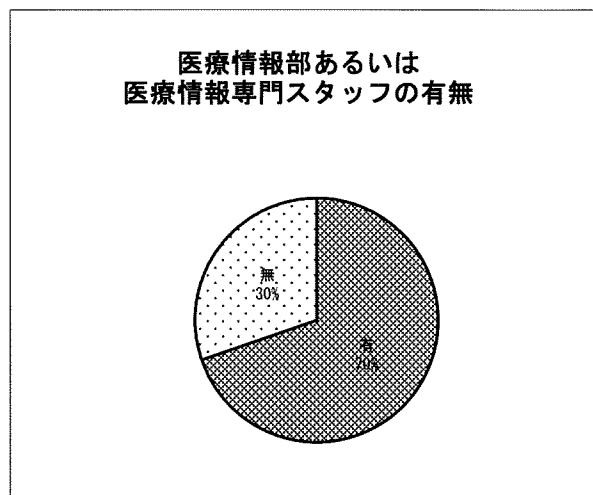
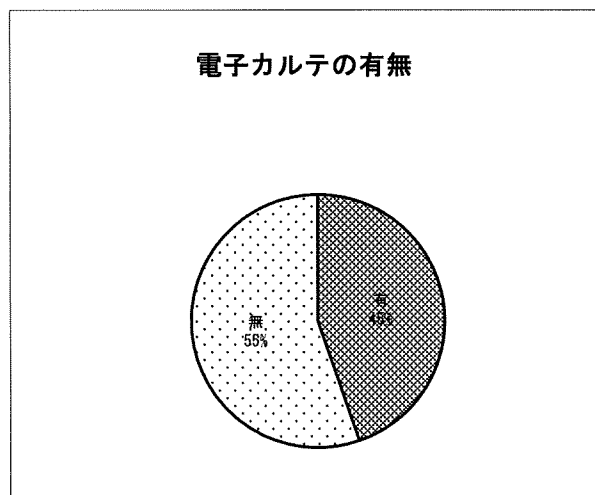
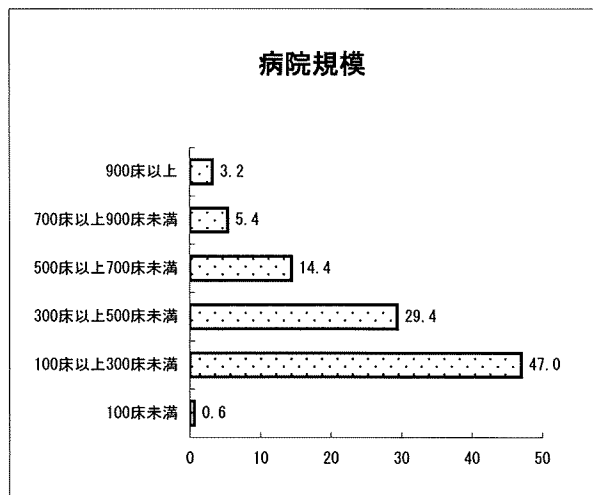
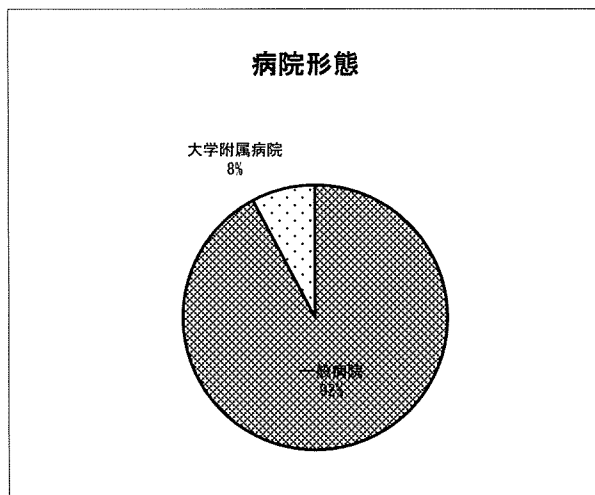
#### E. 結論

全医療機関の 9 割以上が医療の質評価に関心を示し、約 1/4 の医療機関で実際に QI 測定を行っていることが分かった。また、60%以上の医療機関が QI の測定・一般公開することは質の高い医療を提供するために有用であり、約半数が全国医療機関に QI 測定を導入するべきと回答した。今後、QI の項目数・内容、導入する場合に必要な資源について議論する必要があるであろう。

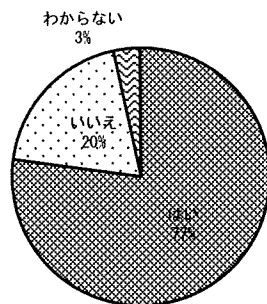
F. 研究発表 特になし

G. 論文発表 特になし

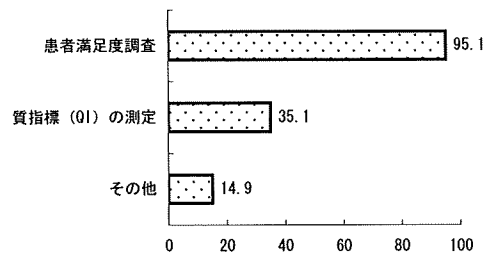
“病院の医療の質を測る” Quality Indicatorに関する調査 集計結果 (全体)



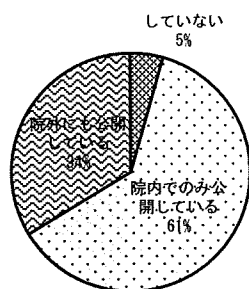
医師の質を評価する活動を行っているか



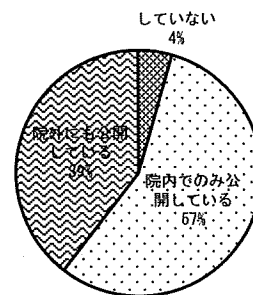
医師の質を評価する活動を行っている内容について



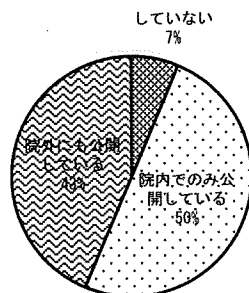
患者満足度調査について評価結果の公開をしているか



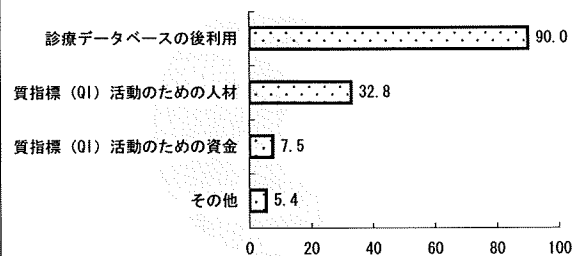
質指標 (QI) の測定について評価結果の公開をしているか



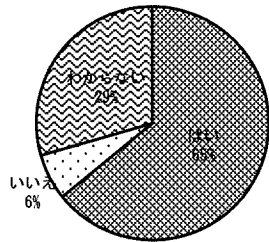
その他について評価結果の公開をしているか



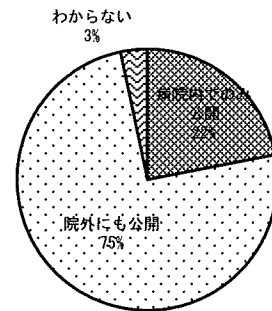
質指標 (QI) を算出するための資源として利用可能なものは



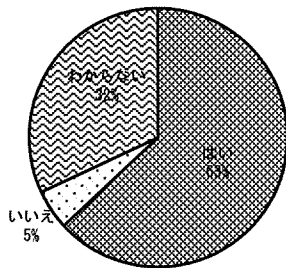
質指標(QI)の結果を公開すべきか



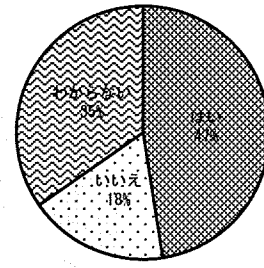
質指標(QI)の結果を公開する場合のレベルは



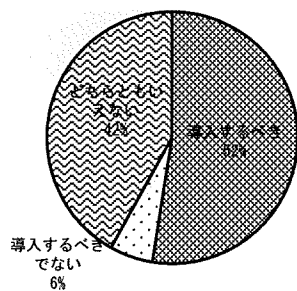
質指標(QI)の結果を一般公開することは、質の高い医療を提供するために有用か



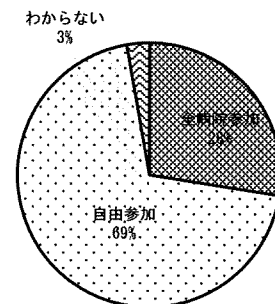
質指標(QI)の結果に対して経済的インセンティブは必要か



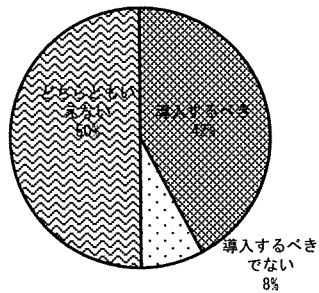
質指標(QI)の測定は今後、全国の医療機関に導入すべきか



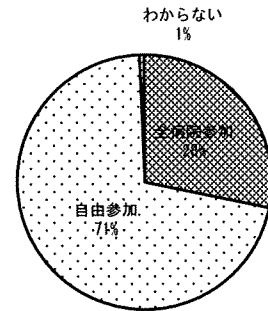
質指標(QI)の測定を今後、全国の医療機関に導入する場合の形式は



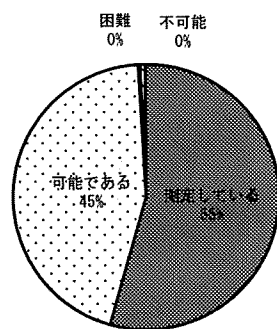
質指標(QI)の結果の一般公開は  
今後、全国の医療機関に  
導入するべきか



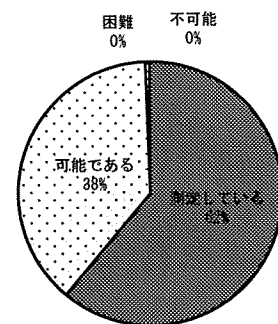
質指標(QI)の結果の一般公開を  
今後、全国の医療機関に  
導入する場合の形式は



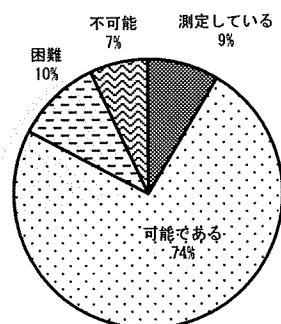
入院患者の転倒・転落発生率



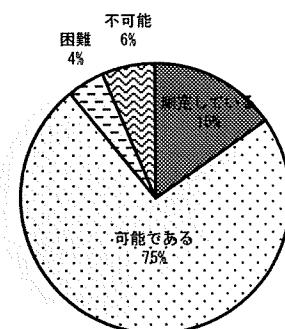
褥瘡有病率



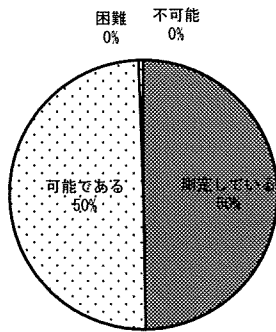
手術開始1時間以内の  
予防的抗菌薬投与率



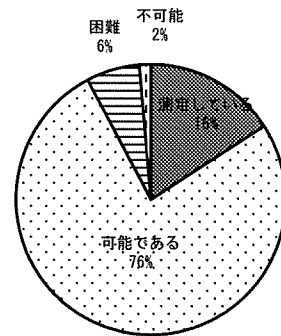
入院中の緊急再手術率



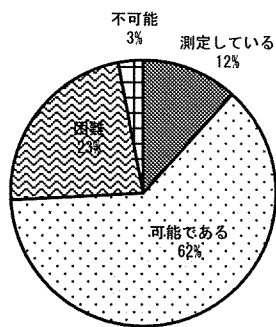
### 死亡退院患者率



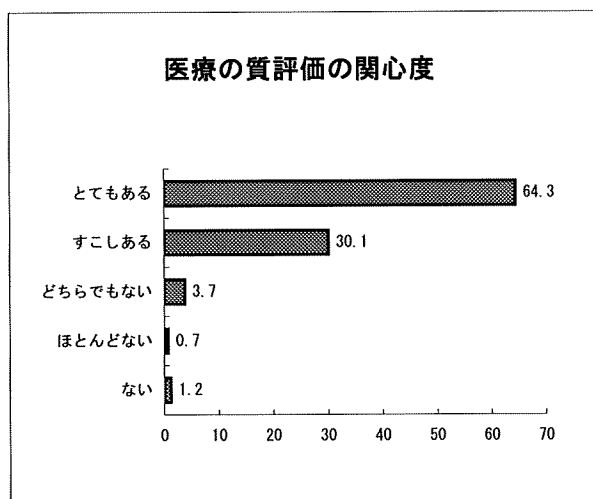
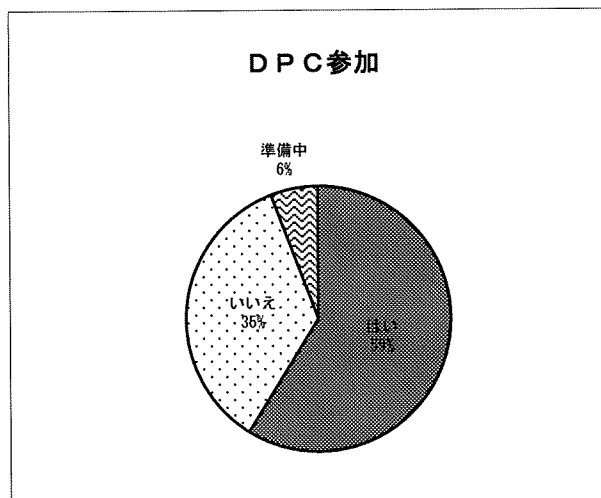
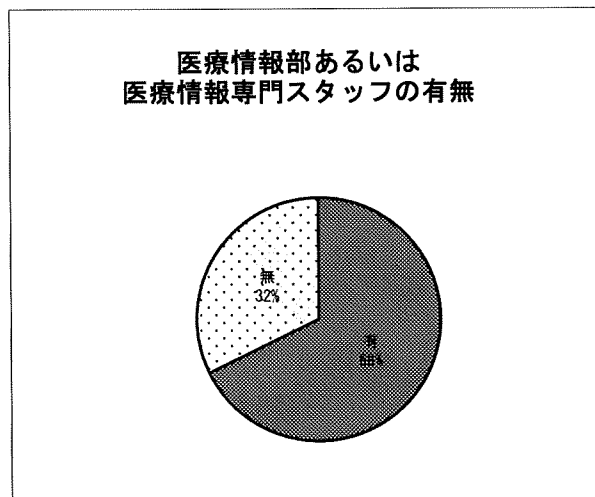
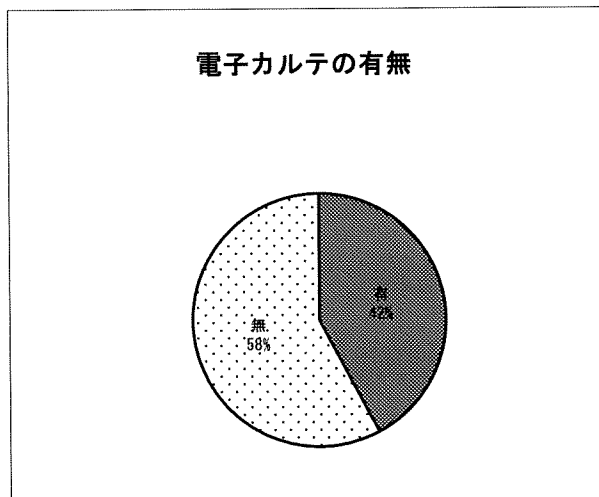
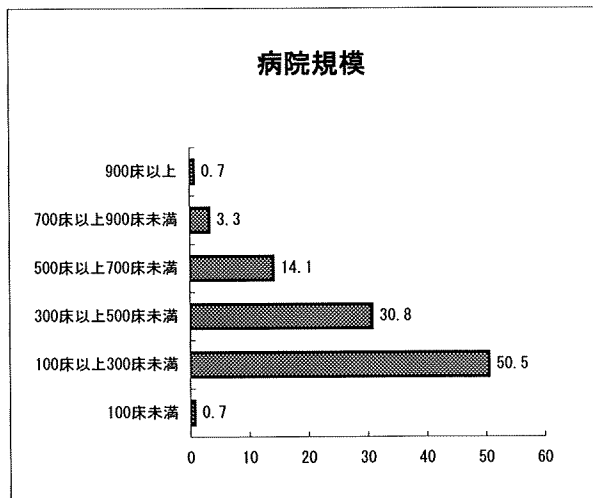
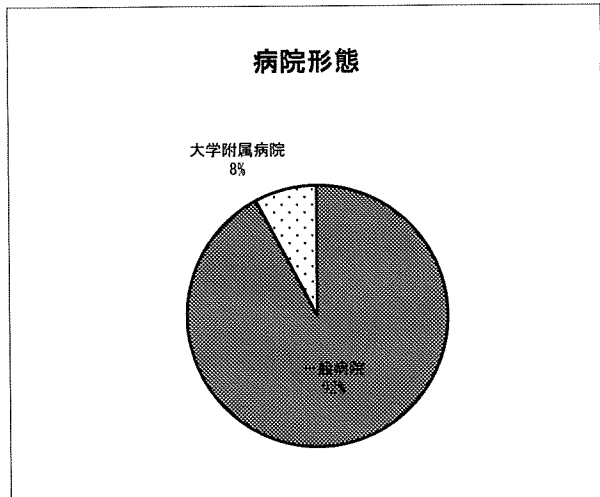
### 退院後6週間以内緊急再入院率



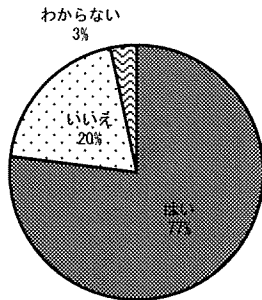
### 糖尿病患者の血糖コントロール



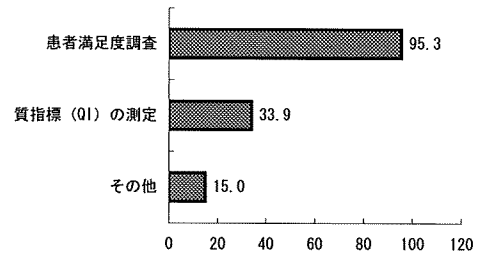
“病院の医療の質を測る” Quality Indicatorに関する調査 集計結果（一般病院）



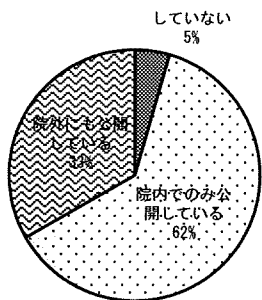
医師の質を評価する活動を行っているか



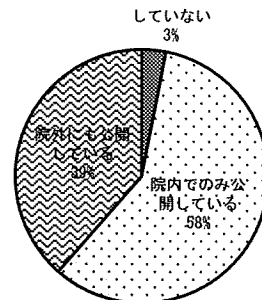
医師の質を評価する活動を行っている内容について



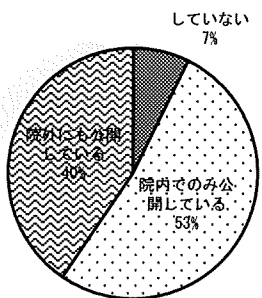
患者満足度調査について評価結果の公開をしているか



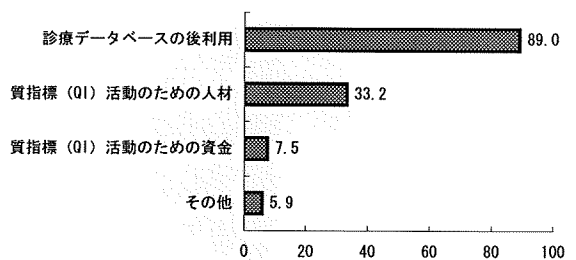
質指標 (QI) の測定について評価結果の公開をしているか



その他について評価結果の公開をしているか

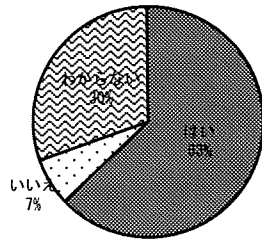


質指標 (QI) を算出するための資源として利用可能なものは

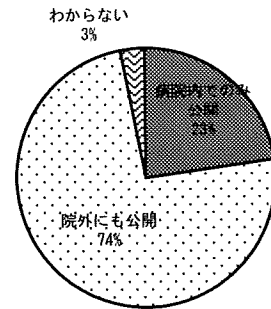




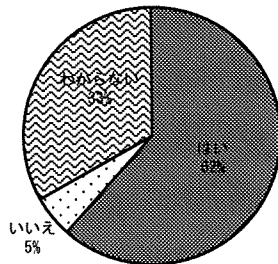
質指標(QI)の結果を公開すべきか



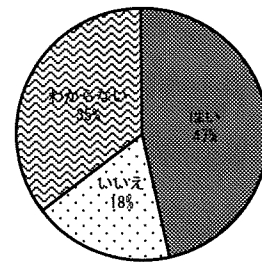
質指標(QI)の結果を公開する場合のレベルは



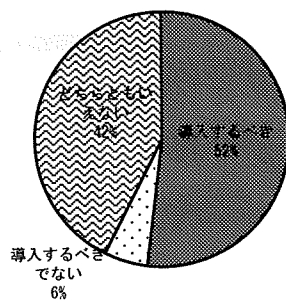
質指標(QI)の結果を一般公開することは、質の高い医療を提供するために有用か



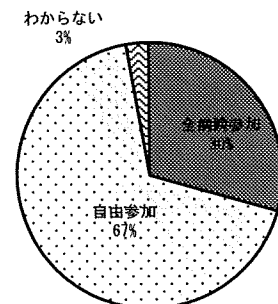
質指標(QI)の結果に対して経済的インセンティブは必要か



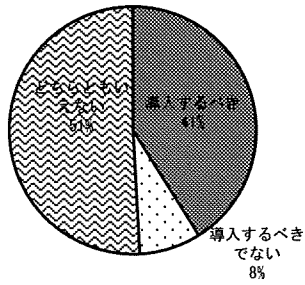
質指標(QI)の測定は今後、全国の医療機関に導入すべきか



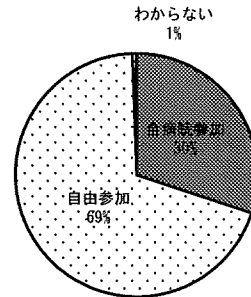
質指標(QI)の測定を今後、全国の医療機関に導入する場合の形式は



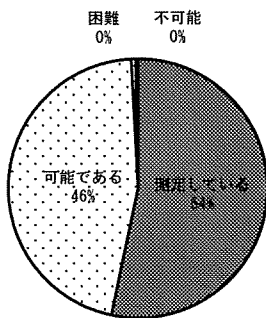
質指標(QI)の結果の一般公開は  
今後、全国の医療機関に  
導入すべきか



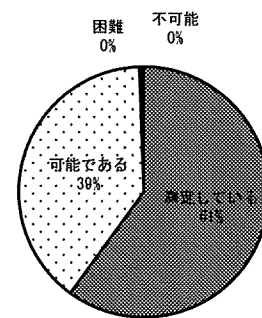
質指標(QI)の結果の一般公開を  
今後、全国の医療機関に  
導入する場合の形式は



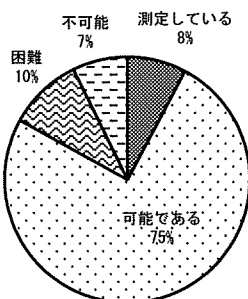
入院患者の転倒・転落発生率



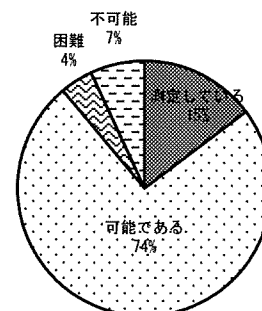
褥瘡有病率



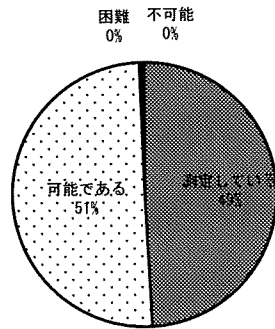
手術開始1時間以内の  
予防的抗菌薬投与率



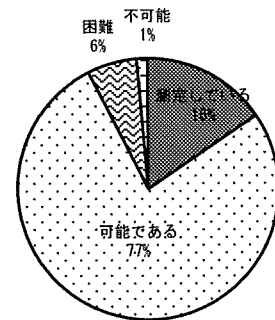
入院中の緊急再手術率



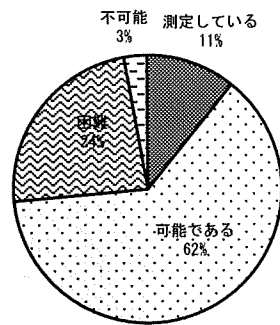
### 死亡退院患者率



### 退院後6週間以内緊急再入院率



### 糖尿病患者の血糖コントロール



“病院の医療の質を測る” Quality Indicatorに関する調査 集計結果 (大学病院)

