

17 股関節骨折

(ICD-9 コード 820; ICD-10 コード S72.0、S72.1)

股関節骨折は 50 歳未満ではまれで、通常は事故による重大な外傷によるものです。高齢者（65 歳以上）では、転倒の頻度の上昇に伴って股関節骨折が起きています。2005 年には股関節骨折により約 18,000 人が入院し、そのうち 15,500 人は 65 歳以上でした。

17.1 説明：股関節骨折後 24 時間以内に手術を受けた患者の割合

文献から、入院から骨折手術までの所要時間は、その治療転帰に影響することが明らかとなっています。入院から手術までが 24 時間以上である場合、深部静脈血栓症、肺塞栓症および褥瘡といった合併症のリスクが増大します。明確な定義された登録を行うため、00.00 時から 24.00 時という「1 暦日」という言葉を選びました。つまり、23.00 時に入院した患者は 25 時間まで、01.00 時に入院した患者は 47 時間まで手術の延長を認めることとしました。

高齢の股関節骨折患者の大部分に対し迅速に手術を施行する病院は優れた病院で、救急体制が整っている施設です。骨折から手術までの時間が長いことは、患者の年齢や、関連疾患の重症度（ASA 分類）が関係している場合があります。Dutch National Association of Trauma Centres (LVTC) が National Trauma Register (LTR) の調整を行っています。これは緊急入院したすべての外傷患者に関する匿名のデータベースです。実際のところ、すべての股関節骨折患者は緊急入院です。

17.1 指標：股関節骨折後 24 時間以内に手術を受けた患者の割合

含まれる患者が 2 カ所以上の施設にまたがっていますか？	はい いいえ #
入院後 1 暦日以内に手術を受けた 65 歳以上の股関節骨折患者の割合が、報告の対象年について分かっていますか？	はい いいえ該当せず * *
分類が分かっていますか？	はい いいえ
「はい」の場合：	
A：ASA スコアが 1～2 の患者	
分子：来院の 1 暦日以内に手術を受けた 65 歳以上の股関節骨折患者の数	
分母：股関節骨折で来院した 65 歳以上の患者の総数（保存的治療を含む）	
割合（自動計算）：	%
B：ASA スコアが 3～5 の患者	
分子：来院の 1 暦日以内に手術を受けた 65 歳以上の股関節骨折患者の数	
分母：股関節骨折で来院した 65 歳以上の患者の総数（保存的治療を含む）	
割合（自動計算）：	
	* 説明してください。
	# 各施設のデータを示してください。
「いいえ」の場合：	
C.ASA 分類不明の患者	
分子：来院の 1 暦日以内に手術を受けた 65 歳以上の股関節骨折患者の数	
分母：股関節骨折で来院した 65 歳以上の患者の総数（保存的治療を含む）	
割合（自動計算）：	%
D.登録システム	
股関節骨折の準備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（詳しく）：	
症例数：	
選択基準：	
E.LTR にしたがった登録	
分子：National Trauma Registration (LTR) のガイドラインにしたがって登録された股関節骨折患者の数	
分母：股関節骨折患者の総数	
割合（自動計算）：	%
説明：	

18 乳癌

癌はオランダで最も多い死因の 1 つです。人口の高齢化が進むにつれて、癌の有病率も上昇しています。また 2010 年以降は、癌が最も多い死因になると予想されています。

癌患者の治療は複雑です。オランダでは、あまり有病率の高くない癌や特殊な癌（たとえば造血臓器の癌、脳腫瘍など）は、大病院や特殊医療機関に集中することが多くなります。一方で、その他の乳癌、前立腺癌、肺癌、大腸癌などは有病率が高く、原則的にはオランダ国内のすべての病院で治療が可能です。効率的で患者中心の治療のためには、癌が疑われる患者に対する治療を組織化することがきわめて重要です。このような治療のためには、様々な治療法に関する情報を通して、また最終的に勧められる治療に対する賛成／反対意見を通して、それに必要な診断を迅速かつ友好的に進める必要があります。診断および治療法は可能な限りまで実現化され、様々な治療法に関する質の保証が守られているべきです。また、治療のあらゆる点で調和されているべきです。これを確実にするため、癌患者（または、癌が疑われる患者）には診断と治療プロセスに関する特別な体制が必要で、関係する専門家同士の組織的な協力が必須であることを覚えておく必要があります。これは、集学的診療により可能であり、ときに専門外来も加わることがあります。

癌の外科治療に関する限り、外科医の経験が生存率に大きく影響します。5 件の試験に基づくあるフランスの総説では、乳癌の場合最低でも 1 人の専門家が 1 年に 20 件の手術を行うことを提案しています¹。また、127 カ所の病院でほぼ 3 万人の患者を対象とした試験からは、病院の規模が生存率大きく関与することが明らかにされています。この研究では、手術を年間 70 件以上施行している病院では、年間 35 件施行している病院に比べ、5 年生存率が 7~9% 高いという結果が得られました²。上記に基づき、Association of Surgeons of the Netherlands (NVvH : オランダ外科学会) のワーキンググループは、乳癌の外科治療は 2 人以上の専門外科医の協力体制か、外科医 1 人あたりの担当が最大 50% である診療科で行うべきである、と提言しています。このように医師を集中させる目的は、外科医の数を制限することで彼らに最大限の経験を積んでもらうことにあります。経験のある医師が 2 人以上いることで、適切な時間内に手術をすることが保証されます。

¹ l'Institut National du Cancer: L'influence du volume d'activité et de la formation des chirurgiens en matière de chirurgie des cancers. Revue systématique de la littérature. October 2005.

² Skinner KA, Helsper JT, Deapen D, Sposto R. Breast Cancer: do specialists make a difference? Ann Surg Oncol 2003;10 (6) :606-615.

Inspectorate は、乳癌に関連して何らかの手術を行える外科医数を報告するよう求めています。例えば、10 人の医師が協力体制をとるとして、4 人は乳癌手術の専門ですが、全員が報告年度内に 2、3 回の手術を行っているとするれば、報告される数は 10 人となります。

18.1 説明：分類方針

外科医に乳癌手術の経験が数回しかないからといって、必ずしも治療の質が劣るわけではありません。これは、多くの手術を経験したからといって、質の高い治療ができるわけではないことと同じです。しかし、1 人の医師や研修医が腫瘍手術の経験をどのように積むか、また、協力体制／診療科が外科医の経験レベルをどのように維持しているかは、医療の質をみる指標となります。経験レベルの維持の組織化は、病院により様々な方法で実現することができます。例えば、それぞれの外科医がその専門分野をもっているか、また複雑な介入に対して共同で取り組んでいるか、などについて分類することで可能となります。また、それぞれの外科手技について、一人の医師が最終的な責任を負うべきです。

教育病院／大学病院では、分類の方針とともに、経験を積むことへの同意も重要です。ここで問うべき重要な点は、その監督が組織化されているか、また、研修中の医師が単独で治療をする際の基準や安全上の問題は何かということです。

定義：

外科的治療の施行：主任外科医としての手術の最終責任を負い、研修医を補助し、監督役として手術室内にいる者。

乳癌：細胞診または組織診で確認された乳房の悪性腫瘍（上皮内癌を含む）

18.1 指標：分類方針

治療が 2 カ所以上の施設にまたがっていますか？	はい いいえ #
外科の協力体制／診療科で乳癌の分類方針がありますか？	はい いいえ 該当せず * *
分子：報告年度内で、1 回以上の乳癌手術を協力体制／診療科内で行った外科医の数	
分母：力体制／診療科に所属する外科医の総数	
割合（自動計算）：	
報告年度内に乳癌治療を受けた患者数	
病院に認められている外科研修プログラムがありますか？	はい いいえ
説明：	

18.2 説明：初回乳房温存手術後に in situ に腫瘍が残存していた患者の割合

転移が確認されない比較的小さな腫瘍の場合には、2種類の治療が考えられます。すなわち乳房温存手術と乳房切除術です。乳房温存手術では、腫瘍周辺の健全組織の境界部を残して局所的に腫瘍を切除し、乳房全体に放射線療法を行います。乳房温存手術の目的は、美容的に最良の結果を得ながら、腫瘍を徹底的に取り除くことです。しかし、よい結果を得るためには、乳癌の浸潤を適切かつ正確に診断することが重要な要素となります³。例えば腫瘍の浸潤を実際より大きく評価してしまった場合、健康な組織も大きく切除して美容上好ましくない結果となります。反対に少なく評価してしまった場合は、腫瘍切除が不完全となり、再手術が必要となります。ほとんどの乳房温存手術後の再発症例では、残存腫瘍が局所的に増殖したことが原因になります。

NABON 基準⁴によれば、乳房温存手術の90%以上は十分に根治できなものであるはずで、したがって再手術は不要だと報告されています⁵。しかし、多くの病院はまだこの基準を実現しておらず改善の余地が多いことが、研究から明らかにされています⁶。

切除端に腫瘍組織の存在が認められることは、残存腫瘍の最も重要な予測因子の1つです⁷。癌登録システムでは、これは「腫瘍残存」として登録されます：

³ Eline Deurloo. Correlation of diagnostic breast imaging data and pathology: application to diagnosis and treatment (乳房画像診断データと病理の相関：診断と治療への応用) . Thesis University of Amsterdam 2005

⁴ Dutch National Breast Cancer Consultative Committee (NABON：オランダ乳癌諮問委員会)

⁵ Dutch National Breast Cancer Consultative Committee 覚書。The organisation of the diagnosis and treatment of breast pathology in the Netherlands 1999 (オランダにおける乳癌病理の診断と治療の体制)

⁶ Van den Hurk CJG, Van de Poll-Granse LV, Tutein Nolthenius-Puylaert MCBJE, Roukema JA, Van der Sangen MJC, Nieuwenhuijzen GAP, Van den Eijnden van Raaij AJM, Coebergh JWW. Compliance with the Breast Cancer guidelines in the region of the South Netherlands Comprehensive Cancer Care Centre (南オランダの総合癌センターにおける乳癌ガイドラインへの遵守率) , 2003/2004. Ned Tijdschr. Geneesk 2006; 150: 963-8. [in Dutch].

⁷ Dutch Institute for Healthcare Improvement CBO / Association of Comprehensive Cancer Centres, EBRO guideline treatment of Breast Cancer (乳癌治療のCBO/EBROガイドライン) . Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications 2005, Addendum Pathology.

http://www.onciline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=25207&richtlijn_id=500.

0=腫瘍残存なし（切除端に腫瘍が認められない／根治手術と病理医が判断）

1=顕微鏡的腫瘍残存（切除端に腫瘍が認められる／根治手術ではないと病理医が判断したが、外科医は in situ の残存腫瘍を認めない）

2=肉眼的腫瘍残存（外科医が in situ の残存腫瘍を認める）

X=不明

この指標は、上皮内癌および浸潤癌の両方に関する医療の質と強く関連しています。

除外基準：

- 乳房切除術
- 再手術

18.2 指標：初回乳房温存手術後に in situ に腫瘍が残存していた患者の割合

含まれる患者が2カ所以上にまたがっていますか?	はい いいえ #
初回乳房温存手術施行患者の数が判明していますか?	
分子 1：悪性乳癌の初回局所切除後に癌組織が in situ に残存していた患者数（腫瘍残存 1 または 2） ⁸	
分子 2：悪性乳癌の初回局所切除後に癌組織が in situ に残存していたか不明である患者数（腫瘍残存 X） ⁵	
分母：悪性乳癌の初回乳房温存手術を受けた患者の総数 ⁹	
割合 1（自動計算）：	%
割合 2（自動計算）：	%
除外基準：	
- 乳房切除.	
- 再手術.	
どのデータソースを使用しましたか?	癌登録システム
	Palga
	手術報告書
	病理報告書
	CTG 手順書
	その他、具体的に
説明：	

⁸ CCC/病院の共同モデル合意に従い、臨床医はこの癌登録システムに分子となるデータを請求することができる。

⁹ CCC/病院の共同モデル合意に従い、臨床医はこの癌登録システムに分母となるデータを請求することができる。病院の登録システムから入手できるのであれば、病院の分母とする：

PALGA（乳癌検索システム）、CTG 手技登録: 手術報告/CTG 手技コード MST

- 333914 r/l 腫瘍切除

- 333915 r/l 腫瘍切除および腋窩リンパ節郭清（MST）

18.3 説明：院内情報システムまたは電子カルテにおける、術前・術後の複数診療科にわたる乳癌診療結果報告の利用可能性

癌患者の治療には、関連する様々な分野の専門家による、注意深くハーモナイズされたアプローチをとる必要があります。外科的、放射線療法的および内科的介入を利用した治療法が改善され、利用可能になるにつれ、多くの場合、診断直後の診療が望ましいこととなります。以前には、外科医による腫瘍摘出手始めに、その後の集学的腫瘍ミーティングの間に、後の治療に関する診療が行われるのが通常でした。しかし、このような状況は徐々に、術前の集学的診療にとって代わられつつあります。すなわち手術は一次治療の選択肢の1つではありますが、それと同様に、放射線療法（直腸癌）、放射線化学療法（進行直腸癌／食道癌）、全身療法（進行乳癌）なども選択されるようになってきました。このようにして集学的見地から作成された一次治療計画は、それぞれの治療期間の後に修正されていきます。この修正では、治療効果に加えて腫瘍特性や患者の状態などのデータも考慮することで、個々の患者の必要性に合わせた治療が可能となります。集学的癌治療にとって重要な要素の1つは、関係者同士の報告と連絡を密にとることです。このことは、多数の分野が関わる乳癌の診断と治療に特に当てはまります。

多くの医療組織が、集学的診療の報告様式に独自に取り組んでいます。しかし、一般的な病院情報システムではアクセスできず、電子カルテ自体やその旧システムともつながらないことが多くなります。

この指標の基本前提：病院における腫瘍治療の連続性の中で適切な治療を行うためには、電子カルテ（またはその病院の旧情報システム）で術前および術後の集学的診療報告が利用できることが不可欠です。

18.3 指標：院内情報システムまたは電子カルテにおける、術前・術後の複数診療科にわたる乳癌診療結果報告の可用性

提供される治療が 2 カ所以上にまたがっていますか？	はい いいえ #
病院情報システムまたは電子カルテの形で、術前の集学的乳癌診療報告（患者の必要性に合わせて作成した治療計画を含む）が利用できますか？	はい いいえ *
病院情報システムまたは電子カルテの形で、術後の集学的乳癌診療報告（修正した治療計画を含む）が利用できますか？	はい いいえ *
説明：	
	* 説明してください。

19 白内障

全世界の失明および視力障害の 50%は、白内障という眼疾患によるものです。白内障では眼の水晶体が徐々に濁り、その結果視力が低下し、最終的に失明に至る可能性があります。関連の視力障害のタイプと疾患の程度により、個人の生活の質（QOL）にもさまざまな影響が生じます。白内障患者の数は 1971 年から 2000 年にかけて急増しました。白内障の有病率は加齢に伴って急激に上昇し、45 歳未満での発症はまれです。人口統計学的調査によると、白内障の人の数は 2000 年から 2020 年にかけても上昇し続けることが予想されます。

白内障は、混濁した水晶体を人工レンズと置き換える手術によって治療することができます。2004 年、オランダではこうした手術が約 130,000 件施行されました。

19.1 説明：手術データの登録

白内障手術の転帰と質についてさらなる洞察を得るには、手術データ（術前、術中、術後）の登録と分析を最適なものとする必要があります。

現在オランダでは白内障手術の登録方法が統一されていないため、合併症、再手術、処置の適格性、病院の成績等によって転帰にどの程度の差が出るかはよくわかっていません。オランダで白内障の手術を行った医師全員を対象に実施された 2005 年の調査によると、白内障のデータ処理にコンピュータのプログラムを用いた医師は半数強にすぎませんでした（回答率 72%）。白内障の手術は、感染症、網膜剥離、眼内レンズ偏位および出血などの重度の合併症を伴う可能性があるため、合併症の記録が手術の登録の重要な要素となります。

合併症の登録と分析は、手術の合併症の原因を特定し将来これを予防しようとする取り組みに寄与すると考えられます。

以下の指標は、合併症の登録に関する質問が、術前、術中、術後の登録に分けて作成されています。

19.1 指標：手術データの登録

治療が行われた施設は 2 カ所以上にまたがっていますか？	はい #	いいえ	
NOG ガイドラインに従い、白内障摘出術に関するデータベースに合併症のデータを登録していますか？	はい	いいえ *	該当なし *
白内障摘出術の術前のデータを登録していますか？	はい	いいえ *	該当なし *
どの登録システムを使用していますか？	CPO EPD その他：		
白内障摘出術の術中のデータを登録していますか？	はい	いいえ *	該当なし *
どの登録システムを使用していますか？	CPO EPD その他：		
白内障摘出術の術後のデータを登録していますか？	はい	いいえ *	該当なし *
どの登録システムを使用していますか？	CPO EPD その他：		
説明：			
	* 説明してください		

19.2 説明：片方の眼ともう一方の眼の手術の間に十分な待機時間がある患者の割合

白内障の人には、通常両眼の手術が必要です。2 番目の眼の手術は、日常生活活動における患者の視機能と QOL に大きな利益をもたらします。その利益は、片方の眼の手術による利益を大きく上回ります。

もう一方の眼の手術に懸念がある場合は、1 回目の手術と 2 回目の手術との間隔を十分に空けることで、2 回目の手術のために注意深い外科的指示を確立することが重要です。この指示を行う際は、1 回目の手術の結果も考慮しなければなりません。最初の眼の手術の最終的評価は、術後 4 週間以降に行うべきです。

患者の治療とサポート（手術の指示から術後のケアまでの）は、手術を行った医師が実施あるいは監督することが望ましいです。

19.2 指標：片方の眼ともう一方の眼の手術の間に十分な待機時間がある患者の割合

治療を 2 カ所以上の施設でまたがって受けた患者がいましたか？	はい いいえ #
両眼の白内障の手術を受けた患者の割合は判明していますか？また、これらの患者の 1 回目の手術と 2 回目の手術の間の待機時間は 28 日以上ですか？	はい いいえ 該当なし * *
分子：報告年度に 1 回目の手術から 28 日以上間隔を空けて 2 番目の眼の白内障手術を受けた患者の数 ¹	
分母：報告年度に 2 番目の眼の白内障手術を受けた患者の総数 ²	
割合（自動計算）	%
除外基準：年齢 50 歳以下の患者	
説明：	

¹ 情報源である病院の情報システム、DBC の登録および CTG 手続き

分子の情報源：

- 母集団については分母の情報源を参照のこと
- 手技を行った日時（Date 1）：報告年度内において、DBC に定義された最初の手技 0312431 を決定した。
- 手技を行った日時（Date 2）：報告年度内において、DBC に定義された 2 回目の手技 0312431 を決定した
- Date 2 と Date 1 の間は 28 日以上

² 分母の情報源：

- DBC 11.554.31 または 11.554.32 または 11.554.33（2 回登録）
- 年度内に報告された DBC
- また、手技 031241 を関連のある DBC に指定し、報告年度内に実施した
- 並行した DBC は除外した

20 小児の手術

小児に対する難しい手術、あるいはごく若齢の小児に対する手術は、小児外科病院で実施するのが最適な場合があります。虫垂切除術のようなルーチンの手術は、原則的にすべての病院で実施することができます。

20.1 説明：虫垂切除術後の在院日数

術後の在院日数は、提供されたケアの質と関連する可能性があります。その正確な関連性については、今後詳細な研究が必要です。術後の在院日数の長期化の背景には、合併症やケースミックス因子などの複数の原因が存在する可能性があります。

20.1 説明：虫垂切除術後の在院日数

治療を受けた施設が 2 カ所以上にまたがっていた患者がいましたか？	はい #	いいえ
報告年度に虫垂切除のために入院した 15 歳未満の小児は合計で何人でしたか？		
その患者群について、術後の入院期間（手術日と退院の日を含む）は何日でしたか？		
A 平均：		日数
B 最短：		日数
C 最長：		日数
D 中央値：		日数
除外基準：		
- 15 歳以上の患者		
小児の虫垂切除症例の入院期間に関する登録システムがありますか？	はい	いいえ
サンプル調査を行っていますか？	はい	いいえ
母集団（記述して下さい）：		
被験者数：		
選択基準：		
説明：		

#各部位に関する情報を詳細に記して下さい。

21 専門医のパフォーマンス評価

医療の質の大部分は、専門医の業務の質によって決まります。このため、責任を伴う専門的な治療は主に専門医の質に左右されると考えられています。病院の質も責任を伴う治療に大きく関わっているからといって、この事実の重要性を否定するものではありません。責任を伴う治療を決定付ける因子がどの程度統合されているかが個々の質より重要だということも、否定できません。言うまでもなく、基本指標の開発に関与するすべての機関が、専門医の個人的な質を効果的・効率的に高める手段を是認すべきです。近年、そのための重要なイニシアチブがいくつか実施されています。

現在、専門医が各自のパフォーマンスを評価する際に用いるシステムが、少なくとも 2 つ存在します。これらのシステムの一方、あるいは両方に参加することにより、責任を伴う治療を提供する機会が増加します。このため、監査の基本指標についてこの項に指標を記すこととします。

Care Institutions (Quality) Act は、提供された治療の質の総合的な最終責任は病院の理事会にあるとしています。したがって、IGZ は、人事考課面談がどの程度病院の質保証の方針に基づいているかを見極めることが重要です。

21.1 説明：年 1 回の人事考課面談

部門長と専門医が面談し、とりわけ責務に関連する各専門医のパフォーマンスを評価する年 1 回の人事考課面談のシステムは、これまでも存在していました。

21.1 指標：年1回の人事考課面談

あなたの病院には、部門長（専門医）と個々の専門医の間で実施される年1回の人事考課面談のシステムがありますか？	はい いいえ 該当なし * *
	*説明してください
このシステムによる最初の面談は何年の何月に実施されましたか（24カ月以上前の場合は、「24カ月以上前」と回答して下さい）？	
分子：報告年度の12月31日より前の24カ月間に年1回の人事考課面談を1回以上受けた専門医の数 ¹	
分母：報告年度の12月31日より前の24カ月間に病院の職務を遂行した専門医の総数（雇用契約の形態は問わない）	
割合（自動計算）：	%
説明：	

21.2 説明：専門医の個別パフォーマンス評価システム

予備試験の成功後の2008年4月21日、OMSによってIFMSレポート（各専門医のパフォーマンスに関する報告書）が公開されました²。IFMSのモットーは、「専門医から専門医のために」であり、各専門医のパフォーマンスの強化に焦点を当てています。この目的のため、専門医は、自分がCCMS（Central College Medical Specialists）に記されている7つの主要な能力をどのように、またどの程度満たしているかに関するデータのポートフォリオを保持しています。さらに、専門医の状況も調査され、現場における責務の解釈次第では患者も評価に関与します。これらのデータをもとに、同僚の専門医との人事考課面談が行われます。

21.2 指標：専門医の個別パフォーマンス評価システム

2008年4月21日付けのOMSの報告書の記載に従いIFMSをすべて実施しましたか？すべて実施していない場合は、どのような変更を行ったか詳細に記して下さい。	はい いいえ 該当なし * *
このシステムに従った最初の面談は何年の何月に実施されましたか（24カ月以上前の場合は、「24カ月以上前」と回答して下さい）？	

¹ この質問は個々の専門医に関するものである。24カ月間に3回面談を受けても1回と勘定する。面談を行った側の専門医は総数に含めない。

分子：報告年度の 12 月 31 日より前の 24 カ月間に年 1 回の人事考課面談を 1 回以上受けた専門医の数 ³	
分母：報告年度の 12 月 31 日より前の 24 カ月間に病院の職務を遂行した専門医の総数（雇用契約の形態は問わない）；分母は指標 21.1 と同じ。	
割合（自動計算）：	%
IFMS の参加病院では、理事会は専門医の人数に関するフィードバックを受けていますか？	はい いいえ 該当なし * *
説明：	
	* 説明してください

21.3 説明：専門医のパフォーマンス不良⁴に対する措置

IGZ の職務の原則は、治療に対する患者の正当な信頼を守ることです。患者は、どこの病院においても、パフォーマンスが不良な医師から無責任な治療を受けることがないという信頼感を持つなければなりません。最近 IGZ は、病院の専門職員のパフォーマンス不良に関する施策への洞察が不十分だったとの批判を受けています。IFMS の報告書は、専門医のパフォーマンス不良に関する問題を解決するために、病院は妥当な措置を講じなければならないと述べています。IGZ はしばしば、パフォーマンス不良が認められるにもかかわらずこれに対処するための措置が取られていない状況を目にしています。このため、パフォーマンス不良が疑われる各々の事例において、こうした措置が実際に取られているかどうか質問する必要があります。IGZ は、パフォーマンス不良はもちろん望ましくありませんが、これを認識できないことは無責任であると考えています。IGZ は、病院からの報告をもとに、パフォーマンス不良に対し取られている措置を評価することができ、また評価する必要があると考えます。

² http://orde.artsennet.nl/url/?url=AMGATE_6059_397_TICH_R2087051227327008

³ この質問は個々の専門医に関するものである。24 カ月間に 3 回面談を受けても 1 回と勘定する。面談を行った側の専門医は総数に含めない。

⁴ 「患者が危害を受けた、あるいは危害を受けるリスクがあり、関与する医師がもはや問題を解決する立場にない、あるいは解決する意思のない無責任なケアの構造的状況」

21.3 指標：：専門医のパフォーマンス不良に対する措置

病院は専門医のパフォーマンス不良に対し措置を講じていますか？	はい いいえ *
その措置は、専門医のパフォーマンス不良が疑われる事例ごとに実施されていますか？	はい いいえ *
説明：	
	*説明してください

付録

頻出用語の定義

患者

診断または治療のために専門医または病院の職員による治療を受ける個人。治療は、日中の外来受診時あるいは病院の入院中に実施されます。

有病率

特定の期間に特定の疾患に罹患している人の集団に占める割合¹

点有病率

特定の時点に特定の疾患に罹患している人の集団に占める割合²

発生率

特定の期間に集団内に発生した（新たな）疾患の症例数³

報告年度

2009年1月1日から12月31日まで

¹ Belgian Ministry of Health <http://www.health.fgovbe.vesalius/factory/publication/decubitus>

² Belgian Ministry of Health <http://www.health.fgovbe.vesalius/factory/publication/decubitus>

³ Belgian Ministry of Health <http://www.health.fgovbe.vesalius/factory/publication/decubitus>

2009年の基本指標の変更点（2008年との比較）

No.	指標	変更されていない質問	修正された質問	割愛した質問	新規の質問	注釈
1	褥瘡					
1.1	病院全体の褥瘡の点有病率	X				
1.2	均質な患者集団における褥瘡発生率		X			股関節骨折に関する質問に関する部分を削除
2	栄養失調					
2.1	病院における栄養失調のスクリーニング	X				
	A 成人	X				
	B 小児	X				
2.2	栄養失調の治療	X				
	A 股関節全置換術を受ける重度栄養失調の成人に対する栄養失調の治療	X				
	B 成人の栄養失調の治療	X				
	C 小児の栄養失調の治療	X				
3	医薬品の安全性監視					
3.1	細胞増殖阻害薬の依頼に関するデータの完全性		X			本文の処方に関する説明を修正
3.2	細胞増殖阻害薬の出庫	X				
4	医療 ICT					
4.1	電子データおよびプロセス支援 ICT の利用可能性	X				
	A 電子データの利用可能性	X				
	B プロセス支援 ICT の利用可能性	X				
5	院内感染					
5.1	院内感染サーベイランス	X				
6	合併症の登録					